

การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบาย
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2562
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE PARTICIPATION OF NON GOVERNMENTAL ORGANIZATION IN PUBLIC POLICY
ADVOCACY : A CASE STUDY OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE SCHEME



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การ พัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า
โดย	น.ส.พรสวรรค์ จันทรัตน์
สาขาวิชา	รัฐประศาสนศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์วันชัย มีชาติ

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณะบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์วันชัย มีชาติ)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรา พงศาพิชญ์)

พรสวรรค์ จันทรัตน์ : การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนา
 เอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (THE PARTICIPATION OF
 NON GOVERNMENTAL ORGANIZATION IN PUBLIC POLICY ADVOCACY : A
 CASE STUDY OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE SCHEME) อ.ที่ปรึกษาหลัก :
 รศ.วันชัย มีชาติ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะ
 องค์การพัฒนาเอกชนที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2) เพื่อศึกษาปัจจัย
 ความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพ
 ถ้วนหน้า เริ่มศึกษาตั้งแต่การก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ในปี พ.ศ. 2521 จนกระทั่งแพทย์ชนบทมี
 ส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.
 2545 ศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพโดยการเก็บข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วน
 เกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า ขบวนการ
 แพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญด้านองค์ความรู้ในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 กล่าวคือ ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้ส่งสมองค์ความรู้ผ่านโครงการวิจัยต่าง ๆ ได้แก่ โครงการชุน
 หาญ โครงการอยุธยา และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จนกลายเป็นรากฐานของการ
 ผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนที่จะประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคม
 และภาคการเมืองในช่วงระยะเวลาก่อนการเลือกตั้งปี พ.ศ. 2544 ในส่วนของปัจจัยความสำเร็จ
 ของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบไปด้วย 5
 ปัจจัยสำคัญ คือ 1) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม 2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้ 3) ปัจจัยด้านผู้นำและ
 อุดมการณ์ 4) ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม และ 5) ปัจจัยด้านทรัพยากร

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์
 ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิติ
 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5980618224 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD: Rural Doctor Movement, Universal Health Coverage Scheme, Public Policy Advocacy

Phonsawan Juntarat : THE PARTICIPATION OF NON GOVERNMENTAL ORGANIZATION IN PUBLIC POLICY ADVOCACY : A CASE STUDY OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE SCHEME. Advisor: Assoc. Prof. WANCHAI MEECHART

This study aimed to 1) study the roles of rural doctor movement as non-governmental organization with the participation in advocating for the universal health coverage scheme, and 2) study the success factors of rural doctor movement in advocating for the universal health coverage scheme. The scope of study was from the rural doctor club establishment in 1978, until the rural doctor movement was a part of advocate for national health security act in 2002. This study is qualitative method. The data was collected through documentary review and interviews the key informants who involved in advocating for the universal health coverage scheme. The results showed that the major role of rural doctor movement was a creator of knowledge in advocating for the universal health coverage scheme. The rural doctor movement accumulated knowledge through various research projects such as the Khun Han project, the Ayutthaya project and the health care reform project. The knowledge was became the foundation of the universal health coverage scheme. After that, both civil society and political sector had collaborated during the period before the 2001 election. In terms of success factors that the rural doctor movement advocated the policy, comprising of five factors including 1) context factors, 2) knowledge factors, 3) leader and ideology factors, 4) social network factors, and 5) resource factors.

Field of Study: Public Administration

Student's Signature

Academic Year: 2019

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่อง การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องมาจากความกรุณาของรองศาสตราจารย์วันชัย มีชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้ให้คำแนะนำ การตรวจทาน และให้กำลังใจผู้ศึกษาเสมอมา ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง นอกจากนี้ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.อมรา พงศาพิชญ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ และขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าและกรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

ณ โอกาสนี้ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 9 ท่าน ที่ให้โอกาสเข้าพบเพื่อสัมภาษณ์และนำข้อมูลมาประกอบการศึกษา ประกอบด้วยเภสัชกรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา คุณสารี อ่องสมหวัง และเภสัชกรหญิงยุพดี ศิริสินสุข

สุดท้ายนี้ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้แก่ผู้ศึกษาตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ขอขอบคุณบุคลากรและเจ้าหน้าที่ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่มีส่วนสนับสนุนให้วิทยานิพนธ์เรื่องนี้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจอันยิ่งใหญ่ให้ผู้วิจัยก้าวผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พรสวรรค์ จันทรัตน์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	6
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
1.7 นิยามศัพท์	11
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	13
2.1 การระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification).....	14
2.2 การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะ (Agenda Setting).....	17
2.3 ตัวแบบการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Policy Formation).....	18
2.4 เครือข่ายสังคม (Social Network).....	20
2.5 การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement).....	23
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	26
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	31
3.1 ประชากร.....	31

3.2	วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	32
3.3	การตรวจสอบข้อมูล	33
3.4	การวิเคราะห์ข้อมูล	34
3.5	ระยะเวลาในการวิจัย	35
บทที่ 4	พัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบท	36
4.1	จุดเริ่มต้นของชมรมแพทย์ชนบท.....	37
4.2	การก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท.....	39
4.3	การประชุมกลุ่มสามพราน.....	41
4.4	การขยายเครือข่ายแพทย์ชนบท.....	45
บทที่ 5	กระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	49
5.1	การระบุประเด็นปัญหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	50
5.2	การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	54
5.3	การกำหนดนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545)	58
บทที่ 6	อภิปรายผลการศึกษา	64
6.1	ขั้นตอนการวิเคราะห์.....	64
6.2	ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์	67
6.3	ขั้นตอนการระดมพล.....	71
6.4	ขั้นตอนการดำเนินการ	75
6.5	ขั้นตอนการประเมินผล	78
6.6	ขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย	80
6.7	ปัจจัยความสำเร็จในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	83
บทที่ 7	บทสรุปและข้อเสนอแนะ	92
7.1	บทสรุป	92

7.2 ข้อเสนอแนะ	96
บรรณานุกรม.....	98
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก.....	103
ภาคผนวก ข.....	108
ภาคผนวก ค.....	109
ภาคผนวก ง.....	110
ประวัติผู้เขียน.....	119



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการนโยบายสาธารณะตามแนวคิดของโรมัส อาร์ ดาย เจมส์ อี แอน เดอร์สัน และโคตราน&มาโลน.....	14
ตารางที่ 2 ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ และขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม แบบใหม่	26



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	8
--------------------------------------	---



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ท่ามกลางกระแสการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งองค์การภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เติบโตขึ้นพร้อมกับการปฏิรูปประเทศตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management) และหลักธรรมาภิบาลการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance) ซึ่งถือเป็นหลักการบริหารที่ให้ความสำคัญกับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม นำมาซึ่งการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาสังคม (Civil Society) ได้แก่ บุคคล ชุมชน กลุ่ม และองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐ (Non - Governmental Organizations หรือ NGOs) หรือองค์การพัฒนาเอกชน หรือองค์การนอกภาครัฐตามการบัญญัติศัพท์ของราชบัณฑิตยสถาน โดยเป็นองค์การที่มีการดำเนินงานเพื่อสาธารณประโยชน์ในกิจการต่าง ๆ สามารถแบ่งออกเป็น 11 กลุ่ม จำแนกตามระบบของ International Classification of Non - Profit Organization (ICNPO) จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2539 ของเลสเตอร์ เอ็ม ซาลามอน (Lester M. Salamon) และเฮลมุท เค อันไฮเออ (Helmut K. Anheier) นักวิชาการมหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ (Johns Hopkins University) ได้แก่ กลุ่มวัฒนธรรมและสันตนาการ กลุ่มการศึกษาและวิจัย กลุ่มสุขภาพอนามัย กลุ่มบริการสังคม กลุ่มสิ่งแวดล้อม กลุ่มการพัฒนาชนบทและเมือง กลุ่มการรณรงค์ กฎหมาย และการเมือง กลุ่มองค์กรการกุศลและอาสาสมัคร กลุ่มกิจกรรมระหว่างประเทศ กลุ่มศาสนา และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มสมาคมธุรกิจและผู้ประกอบการวิชาชีพ (Salamon & Anheier, 1996) กล่าวได้ว่ากระแสการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมโดยเฉพาะภาคประชาสังคมได้ส่งเสริมให้องค์กรพัฒนาเอกชนกลายเป็นตัวแสดงสำคัญผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในฐานะตัวแทนภาคประชาชนภายใต้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสะท้อนประเด็นปัญหาจากภาคประชาชนให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะตามความหมายของโรมัส อาร์ ดาย (Thomas R. Dye) คือ “Whatever governments choose to do or not to do” (Dye, 1984) หรือที่มีความหมายว่านโยบายสาธารณะคือสิ่งที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำนั่นเอง

องค์การพัฒนาเอกชนมีการรวมกลุ่มเพื่อดำเนินงานเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะมาเป็นระยะเวลายาวนาน ซึ่งรูปแบบขององค์กรในลักษณะนี้ได้ปรากฏเป็นครั้งแรก ๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกา

จากการเคลื่อนไหวที่เป็นที่รู้จักในชื่อ TVA and The Grass Root หรือภาคประชาชนในสังคมท้องถิ่นที่รวมตัวกันเพื่อต่อต้านโครงการสร้างเขื่อนขององค์การที่ราบลุ่มแม่น้ำเทนเนสซี (Tennessee Valley Authority) หรือ TVA นอกจากนี้องค์การในลักษณะดังกล่าวยังคงถูกกล่าวถึงในที่ประชุมสหประชาชาติด้วยพบว่า การดำเนินงานพัฒนาประเทศของระบบราชการโดยทั่วไปมักมีขีดจำกัดค่อนข้างสูง การจะอาศัยแต่เพียงภาครัฐอย่างเดียวไม่สามารถดูแลแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ อย่างทั่วถึงได้ จึงมีแนวคิดที่สมควรให้องค์การภาคเอกชนซึ่งมีอยู่แล้วเข้ามาช่วยดำเนินการบางด้านที่เห็นว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า (ศรีสุวรรณ จรรยา, 2550)

ในส่วนของการริเริ่มองค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทยได้เกิดขึ้นตั้งแต่อดีตก่อนที่จะมีสถานภาพทางกฎหมายอย่างในปัจจุบัน องค์การพัฒนาเอกชนมักจะอยู่ในรูปแบบขององค์การทางศาสนาที่มีกิจกรรมการเผยแพร่ความรู้ ให้การศึกษา และให้การช่วยเหลือพร้อมกับคำสอนทางศาสนา นอกจากนี้ยังอยู่ในรูปขององค์การการกุศลที่ให้ความช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยากโดยเฉพาะในช่วงสงครามและโรคระบาด จนกระทั่งปี พ.ศ. 2528 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กป.อพช.) ระดับชาติขึ้น โดยมีหน้าที่ประสานงานระหว่างองค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานในเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนา แต่สมาชิกส่วนมากก็ยังเป็นองค์การพัฒนาเอกชนที่ไม่ได้จดทะเบียนและไม่เคยทำงานร่วมกับหน่วยงานในภาครัฐอย่างเป็นทางการ จนทศวรรษที่ 1990 หรือประมาณปี พ.ศ. 2533 – 2542 กระแสพลวัตของภาคประชาสังคมในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอันเนื่องมาจากสภาพการณ์ทางเศรษฐกิจ จากรายงานเรื่องภาคประชาสังคมในประเทศไทยโดยสังเขปชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวทางสังคมในเชิงต่อต้านรัฐบาล (Social Protest Movement) กับความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ เมื่อเศรษฐกิจของประเทศเติบโตได้รวดเร็วขึ้น การเคลื่อนไหวขององค์การพัฒนาเอกชนก็จะเปลี่ยนจากที่เคยเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องการจัดสรรบริการทางสังคมและสาธารณูปโภคต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อประชาชน กลายเป็นการเคลื่อนไหวที่เน้นการจัดกิจกรรมรณรงค์เป็นหลัก (ธนาคารพัฒนาเอเชีย, 2554) สำหรับประเทศไทยภายหลังปี พ.ศ. 2540 ซึ่งเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่ ประกอบกับการประกาศใช้รัฐธรรมนูญฉบับที่ 16 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ส่งผลให้บทบาทของภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน รวมไปถึงองค์การพัฒนาเอกชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ด้วยองค์การพัฒนาเอกชนในยุคนี้เริ่มมีการติดตาม ฝ้าระวัง และ

ตรวจสอบการดำเนินนโยบายของรัฐบาลมากยิ่งขึ้น จากการทำงานขององค์การพัฒนาเอกชนที่อยู่อย่างอิสระในอดีต กลายมาเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การและการทำงานร่วมกันในระบบเครือข่าย ซึ่งเป็นแรงผลักดันที่มีศักยภาพมาจนถึงปัจจุบัน

การเข้ามามีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชนภายใต้หลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ถือได้ว่าองค์การพัฒนาเอกชนนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องตลอดทั้งกระบวนการของวงจรชีวิตนโยบายสาธารณะ เริ่มต้นตั้งแต่ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบาย ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย และเกี่ยวข้องไปจนถึงขั้นตอนการต่อเนื่องหรือสิ้นสุดนโยบาย เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกระบวนการจะพบว่า สิ่งที่องค์การพัฒนาเอกชนมีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุดคือการแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายต่าง ๆ ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่องค์การพัฒนาเอกชนในฐานะตัวแทนประชาชนพึงกระทำ โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 มาตรา 34 ความว่า บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น การพูด การเขียน การพิมพ์ การโฆษณา และการสื่อความหมายโดยวิธีอื่น การจำกัดเสรีภาพดังกล่าวจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ตราขึ้นเฉพาะเพื่อรักษาความมั่นคงของรัฐ เพื่อคุ้มครองสิทธิหรือเสรีภาพของบุคคลอื่น เพื่อรักษาความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนหรือเพื่อป้องกันสุขภาพของประชาชน เสรีภาพทางวิชาการย่อมได้รับความคุ้มครอง แต่การใช้เสรีภาพนั้นต้องไม่ขัดต่อหน้าที่ของปวงชนชาวไทยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน และต้องเคารพและไม่ปิดกั้นความเห็นต่างของบุคคลอื่น

นอกจากนี้องค์การพัฒนาเอกชนยังมีส่วนร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ สื่อสาร และเผยแพร่ให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง รวมไปถึงการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) ภายหลังการดำเนินนโยบายซึ่งเป็นเสมือนการประเมินผลนโยบายในเบื้องต้นที่ผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบายควรนำไปพิจารณาในกระบวนการตัดสินใจว่าจะต่อเนื่องหรือสิ้นสุดนโยบายนั้น ๆ ถึงแม้ว่าองค์การพัฒนาเอกชนจะเติบโตและมีศักยภาพในการเข้ามามีส่วนร่วมกับกระบวนการนโยบายสาธารณะมากขึ้น แต่ในขั้นตอนการตัดสินใจนโยบายนั้นก็ยังคงเป็นของผู้มีอำนาจและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบกับปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ ส่งผลให้การเคลื่อนไหวขององค์การพัฒนาเอกชนเพื่อเรียกร้องสิทธิประโยชน์ของสาธารณะในหลายครั้งถูกเพิกเฉยด้วยเหตุผลหลายประการ การผลักดันประเด็นปัญหาของประชาชนโดยตัวแทนอย่างองค์การพัฒนาเอกชนจึงส่งไปไม่ถึงผู้มีอำนาจตัดสินใจและจบลงที่

ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบายเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจมุ่งศึกษาไปที่จุดเริ่มต้นของนโยบาย สาธารณะเพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน กล่าวคือ เริ่มตั้งแต่การระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification) การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะ (Agenda Setting) การก่อตัวขึ้นเป็นนโยบายสาธารณะ (Policy Formation) ตลอดจนการกำหนด เป็นนโยบายสาธารณะ (Policy Formulation) นอกจากกระบวนการดังกล่าวจะเป็นจุดเริ่มต้นของ กระบวนการนโยบายสาธารณะแล้ว ยังเป็นการเริ่มต้นของประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมผ่านองค์การ พัฒนาเอกชน เมื่อประกอบกับการศึกษารูปแบบขององค์การ วิธีการดำเนินงาน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความสำเร็จ เช่น ระบบเครือข่าย การสื่อสาร และการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นต้น การศึกษานี้อาจ นำมาซึ่งการถอดบทเรียนของการผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่นโยบายสาธารณะโดยองค์การพัฒนา เอกชน เพื่อสร้างความเข้าใจและสร้างความร่วมมือระหว่างองค์การภาครัฐ ภาคเอกชน และภาค ประชาชนต่อไปในอนาคต

อย่างไรก็ตาม การจะผลักดันประเด็นปัญหาใดปัญหาหนึ่งให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะจน นำไปสู่การปฏิบัติก็ไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก จากอดีตจนถึงปัจจุบันประเด็นปัญหาจำนวนมากถูก เพิกเฉย ไม่ได้รับการแก้ไข หรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้วยเหตุผลต่าง ๆ ทั้งเรื่อง ของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ เรื่องของความคุ้มค่า เรื่องของความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ เรื่องของ ผลประโยชน์ทั้งสาธารณะประโยชน์และประโยชน์ส่วนบุคคล ตลอดจนระยะเวลาการดำเนินเรื่องที่ ยาวนานทำให้ประเด็นปัญหาถูกลดทอนความสำคัญไปตามกาลเวลา ดังนั้นประเด็นปัญหาที่ถูก หนีบจากองค์การพัฒนาเอกชนในฐานะตัวแทนภาคประชาสังคมและได้รับการผลักดันเป็นนโยบาย สาธารณะได้สำเร็จ จึงเป็นกรณีตัวอย่างที่มีคุณค่าต่อการศึกษาให้ได้มาซึ่งต้นแบบของการผลักดัน นโยบายสาธารณะโดยประชาชน เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมในการบริหารประเทศของ ประชาชนผ่านบทบาทการเคลื่อนไหวขององค์การพัฒนาเอกชน โดยผู้วิจัยเลือกศึกษากรณีนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันเนื่องมาจากความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทร่วมกับเครือข่าย องค์การเพื่อสุขภาพในการผลักดันนโยบายที่สร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนไทย ทำให้ ประชาชนไทยทุกคนที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลตามกฎหมายประกันสังคม หรือสิทธิ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือสวัสดิการรักษายาบาลอื่น ๆ สามารถเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลที่ได้ทำการลงทะเบียนไว้ การผลักดัน

นโยบายโดยเริ่มจากองค์การพัฒนาเอกชนอย่างขบวนการแพทย์ชนบทในกรณีนี้จึงเป็นการสร้างโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในวงกว้าง นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังเป็นองค์การพัฒนาเอกชนที่มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลายาวนานอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากการก่อตั้งขึ้นของชมรมแพทย์ชนบทในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 ต่อมาได้ก่อตั้งเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2525 และเกิดกลุ่มสามพรานที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 จนกระทั่งเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการผลักดันประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระจนกลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากที่กล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกรณีศึกษาสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงการผลักดันนโยบายสาธารณะโดยเริ่มต้นจากองค์การพัฒนาเอกชน และยังชี้ให้เห็นว่านโยบายทางด้านสาธารณสุขเป็นนโยบายสำคัญที่ครอบคลุมผลประโยชน์ของประชาชนทั้งประเทศ โดยเป็นหนึ่งในหน้าที่ของรัฐที่ถูกระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 5 มาตรา 55 ความว่า รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ประกอบกับแนวนโยบายแห่งรัฐอันเป็นแนวทางให้รัฐดำเนินการตรากฎหมายและกำหนดนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน มาตรา 65 ได้ระบุใจความเกี่ยวกับการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาล โดยให้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรานี้ต้องมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึง อีกทั้งยังพบว่าพันธกิจของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) มุ่งเน้นไปที่แนวทางการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย นั่นคือ เสริมสร้าง สนับสนุน และประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการและภาคประชาสังคม ในการอภิบาลและพัฒนาระบบสุขภาพไทยให้เข้มแข็ง รองรับกับบริบทของการเปลี่ยนแปลงในอนาคต ("แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12," 2559) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มีกลไกเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมได้ทำงานเรื่องนโยบายเพื่อสุขภาพพร้อมกัน ดังนั้นจึงยังเป็นการบ่งชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนจะเติบโตขึ้นพร้อม ๆ กับกระแสการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม โดยเฉพาะตัวแทนภาคประชาชนอย่างองค์การพัฒนาเอกชนและเครือข่าย

องค์การเพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินงานทางด้านนโยบายสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้หลักธรรมาภิบาลการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดีซึ่งให้ความสำคัญกับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และทั้งหมดนี้จึงนำมาสู่การศึกษาการมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสะท้อนบทบาทขององค์การพัฒนาเอกชน ตลอดจนชี้ให้เห็นปัจจัยความสำเร็จขององค์การพัฒนาเอกชนในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายสาธารณสุข

1.2 คำถามการวิจัย

ขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้การผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่นโยบายสาธารณสุขประสบความสำเร็จ

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.3.1. เพื่อศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.3.2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา: มุ่งศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยความสำเร็จในการเข้ามามีส่วนร่วมกับนโยบายสาธารณสุขขององค์การพัฒนาเอกชน ตั้งแต่กระบวนการเริ่มต้นของวงจรรณโยบายสาธารณสุข ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา การกำหนดระเบียบวาระนโยบายสาธารณสุข และการกำหนดนโยบายสาธารณสุข โดยศึกษาผ่านกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณสุข “A” Frame for Advocacy

ของ Johns Hopkins School of Public Health มหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ประกอบกับตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ แนวคิดระบบเครือข่าย และการเคลื่อนไหวทางสังคม

1.4.2 ขอบเขตด้านเวลา: ศึกษากระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเริ่มศึกษาตั้งแต่การก่อตัวของชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2521 รวมถึงการก่อตั้งเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2525 จนนำไปสู่การผลักดันประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระจนกลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

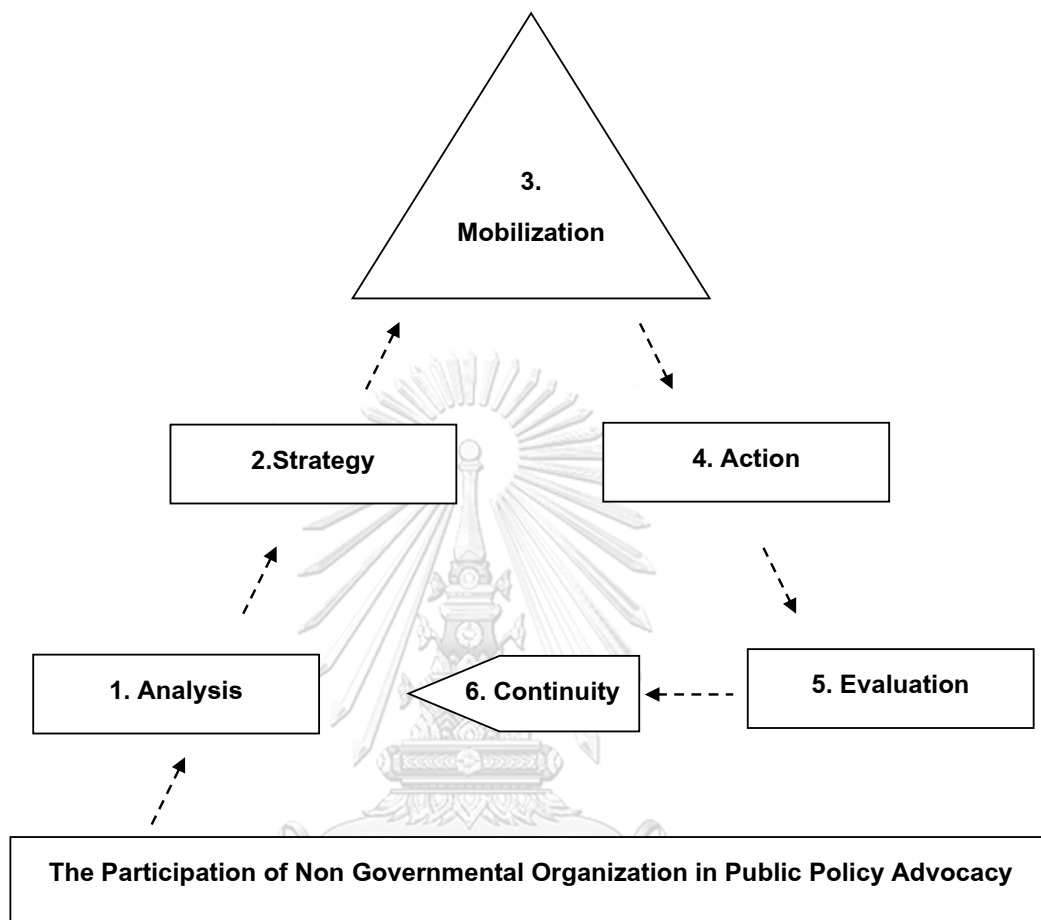
1.4.3 ขอบเขตด้านสถานที่: ศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งเป็นองค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทยที่สามารถผลักดันประเด็นปัญหาให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะได้สำเร็จ โดยมีสำนักงานของมูลนิธิแพทย์ชนบทตั้งอยู่ที่ 88/20 ชั้น 2 อาคารที่ทำการสวนกีฬา กระทรวงสาธารณสุข ซอยสาธารณสุข 7 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

1.4.4 ขอบเขตด้านประชากร: ศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทโดยเฉพาะกลุ่มบุคคลที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเครือข่ายองค์การด้านสาธารณสุขที่มีการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยขึ้นจากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา การกำหนดวาระนโยบาย ตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ แนวคิดระบบเครือข่าย และการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy ของ Johns Hopkins School of Public Health มหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ซึ่งเป็นโมเดลต้นแบบนำมาสู่กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ที่มา: Johns Hopkins School of Public Health (1999)

กรอบแนวคิดการวิจัยของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์กรพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ใช้เพื่อศึกษากระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy เพื่อศึกษาบทบาทและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องด้วยกรอบแนวคิดดังกล่าวครอบคลุมขั้นตอนการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในการผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่โยบายสาธารณะ โดยเฉพาะกระบวนการก่อนการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะซึ่งเหมาะสมต่อลำดับในการศึกษาและนำไปสู่วัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ

“A” Frame for Advocacy ได้รับการตีพิมพ์จากมหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ รัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (United States Agency for International Development - USAID) ในปี พ.ศ. 2542 ประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ดังต่อไปนี้ (Johns Hopkins School of Public Health, 1999)

1) การวิเคราะห์ปัญหา (Analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลบริบทแวดล้อมเชิงลึกเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้อย่างแท้จริง และเพื่อพิจารณาว่าปัญหาใดต้องการแก้ไขด้วยนโยบายสาธารณะ รวมทั้งวิเคราะห์ถึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนโยบายที่มีรองรับอยู่ในปัจจุบัน ตลอดจนการพิจารณาช่องทางในการโน้มน้าวประชาชนและผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายให้เห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าว

2) การเลือกกลยุทธ์ในการเข้าไปมีส่วนร่วม (Strategy) เป็นการพิจารณากลยุทธ์ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาซึ่งวิเคราะห์ในขั้นตอนแรก เพื่อศึกษาการวางแผนการดำเนินงาน การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจงที่แสดงจุดยืนของการสนับสนุน ตลอดจนแนวทางอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย

3) การระดมพล (Mobilization) ในขั้นตอนนี้จะชี้ให้เห็นถึงองค์ประกอบของการสร้างความร่วมมือและการสร้างระบบเครือข่าย ซึ่งจะพิสูจน์ข้อสมมติฐานว่าระบบเครือข่ายส่งผลให้การสนับสนุนและชี้แนะเชิงนโยบายมีความเข้มแข็งขึ้นผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การจัดงานนิทรรศการ การทำกิจกรรมร่วมกัน และการสื่อสาร เป็นต้น เพื่อให้เกิดผลกระทบด้านบวกอย่างรุนแรงต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายและเกิดแรงต้านน้อยที่สุดจากฝ่ายตรงข้าม

4) การดำเนินการ (Action) เป็นการศึกษาขั้นตอนการผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และแนวทางการรักษาไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมสนับสนุนและชี้แนะเชิงนโยบายของผู้ที่เกี่ยวข้อง ด้วยการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ร่วมอุดมการณ์ยังคงไว้ซึ่งความสนใจและตระหนักในเรื่องที่สนับสนุน

5) การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนการศึกษาลักษณะการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ซึ่งควรมีการประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อดูความก้าวหน้าของการสนับสนุนว่าบรรลุวัตถุประสงค์ไปมากน้อยเพียงใด รวมถึงการพิจารณาว่าสิ่งใดที่ยังไม่บรรลุผลและต้องดำเนินการต่อ

6) การต่อเนื่อง (Continuity) เป็นขั้นตอนที่มุ่งศึกษาแนวทางขององค์การพัฒนาเอกชนในการต่อเนื่องความสำเร็จของการผลักดันประเด็นปัญหาที่ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะ โดยศึกษาการวางแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมายระยะยาว และดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนในการสนับสนุนเพื่อรักษาให้ประเด็นที่ต้องการสนับสนุนยังคงมีความสำคัญ

กรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy จะถูกนำมาเป็นกรอบกระบวนการหลักที่ใช้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายขององค์การพัฒนาเอกชนตาม 6 ขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ในรายละเอียดของบทบาท และปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านแนวคิดการระบุประเด็นปัญหาเพื่อพิจารณาปัญหาสาธารณะของนโยบายสาธารณสุขที่ผลักดันโดยขบวนการแพทย์ชนบท การพิจารณาด้วยแนวคิดการริเริ่มระเบียบวาระนโยบายเพื่อศึกษาแนวทางการผลักดันนโยบายดังกล่าว รวมถึงการวิเคราะห์รูปแบบการผลักดันนโยบายที่นำไปสู่ความสำเร็จด้วยตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ ตลอดจนการวิเคราะห์องค์ประกอบการระดมพลและการดำเนินกิจกรรมขององค์การพัฒนาเอกชนผ่านทฤษฎีทางสังคมวิทยา ได้แก่ การเคลื่อนไหวทางสังคม และระบบเครือข่าย ประกอบกับการพิจารณาแนวทางการประเมินผลระหว่าง การเคลื่อนไหวและแนวทางในการสานต่อนโยบาย จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในช่วงเวลาการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ได้มาซึ่งวัตถุประสงค์ของการศึกษา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ได้ทราบถึงบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.6.2 ได้ทราบถึงปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.7 นิยามศัพท์

องค์การพัฒนาเอกชน หมายถึง องค์การนอกระบบราชการซึ่งจัดตั้งขึ้นจากการรวมตัวโดยสมัครใจของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายร่วมกันในการจัดทำกิจกรรมเพื่อการช่วยเหลือและการพัฒนาสังคม โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นอิสระและไม่มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไร

นโยบายสาธารณะ หมายถึง สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกดำเนินการหรือไม่ดำเนินการครอบคลุมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งหมดของรัฐบาล ทั้งกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในบางโอกาส โดยสิ่งที่รัฐเลือกที่จะดำเนินการหรือไม่ดำเนินการอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อสาธารณะ

นโยบายสาธารณสุข หมายถึง นโยบายอันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย ตลอดจนการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง นโยบายการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยคุ้มครองบุคคลที่เป็นคนไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งไม่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจอื่น ๆ จากรัฐ ให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545

การกำหนดวาระนโยบาย หมายถึง การผลักดันประเด็นหรือปัญหาที่เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือประชาชนรับรู้และให้ความสนใจจนกลายเป็นปัญหาสาธารณะเพื่อนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย

บทบาท หมายถึง สิทธิหรือหน้าที่ในการประพฤติปฏิบัติตามสถานภาพในสังคม หรือตำแหน่งในองค์กร หรือในโครงสร้างความสัมพันธ์ใดความสัมพันธ์หนึ่ง

ปัจจัยความสำเร็จ หมายถึง หนทางหรือเหตุอันเป็นทางให้เกิดผล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ต้องทำให้มีหรือให้เกิดขึ้นเพื่อบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย

เครือข่าย หมายถึง การจัดรูปแบบความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างของการทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่สองหน่วยงานขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาครัฐ หน่วยงานเอกชนที่แสวงหากำไร หน่วยงานพัฒนาเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร กลุ่มอาสาสมัครของประชาชน หรือองค์การระหว่าง

ประเทศ เพื่อร่วมมือร่วมใจกันดำเนินกิจการสาธารณะบางประการ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงเหล่านี้จะเป็นไปในลักษณะที่พึ่งพาอาศัยกัน และมีความสัมพันธ์ทั้งลักษณะที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งศึกษากระบวนการนโยบายสาธารณะตามแนวคิดของโทมัส อาร์ ดาย (Thomas R. Dye) ที่เสนอไว้ในปี พ.ศ. 2515 และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเจมส์ อี แอนเดอร์สัน (James E. Anderson) ที่เสนอไว้ในปี พ.ศ. 2522 รวมไปถึงชาร์ล แอล โคคราน (Charles L. Cochran) และอีลอยซ์ เอฟ มาโลน (Eloise F. Malone) ที่เสนอไว้ในปี พ.ศ. 2548 โดยมุ่งไปที่ช่วงเริ่มต้นของกระบวนการนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification) การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะ (Agenda Setting) การก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Policy Formation) และการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ (Policy Formulation) อธิบายปรากฏการณ์ทางนโยบายสาธารณะผ่านการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy ของ Johns Hopkins School of Public Health มหาวิทยาลัยจอห์นส์ฮอปกินส์ รัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบกับการอธิบายบทบาท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแสดงสำคัญอย่างขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันประเด็นปัญหาให้กลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยศึกษาผ่านแนวคิดและทฤษฎีทางรัฐประศาสนศาสตร์ ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยา ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 2.1 การระบุประเด็นปัญหา
- 2.2 การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะ
- 2.3 ตัวแบบการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ
- 2.4 เครือข่ายสังคม
- 2.5 การเคลื่อนไหวทางสังคม
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบกระบวนการนโยบายสาธารณะตามแนวคิดของโรมัส อาร์ ดาย
เจมส์ อี แอนเตอร์สัน และโคตราน&มาโลน

โรมัส อาร์.ดาย	เจมส์ อี. แอนเตอร์สัน	โคตรานและมาโลน
การนิยามปัญหา (Problem Identification)	การก่อตัวของนโยบาย (Formation)	การระบุปัญหาและกำหนดระเบียบวาระ (Problem Identification and Agenda Setting)
การจัดทำวาระนโยบาย (Agenda Setting)		
การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)	การกำหนดนโยบาย (Formulation)	การกำหนดนโยบายและสร้างทางเลือกของนโยบาย (Policy Formulation and Alternative)
การสร้างความชอบธรรมในนโยบาย (Policy Legitimation)	การยอมรับนโยบาย (Adoption)	การยอมรับนโยบาย (Policy Adoption)
การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)	การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation)	การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)
การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation)	การประเมินผลนโยบาย (Evaluation)	การประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation)

ที่มา: เพ็ญพักตร์ อุทิศ (2552)

2.1 การระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification)

การระบุประเด็นปัญหา เป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายสาธารณะโดยเกิดขึ้นจากปัญหาสาธารณะหรือปัญหาที่กระทบกับคนส่วนใหญ่ในสังคมและอาจนำมาซึ่งปัญหาอื่น ๆ ตามมา จึงได้รับความสนใจ

จากสังคมและเกิดการศึกษาเพื่อนำปัญหาเข้าสู่กระบวนการนโยบายสาธารณะในลำดับต่อไป โดยมีนักวิชาการได้ศึกษาเกี่ยวกับการระบุประเด็นปัญหาดังต่อไปนี้

เดวิด เดอรี (David Dery) (1984) ได้พิจารณาระดับของสภาพปัญหาและแบ่งสภาพปัญหาออกเป็น 3 ประเภท คือ ปัญหาส่วนตัว หมายถึง ปัญหาของตนเองที่ก่อให้เกิดความกดดันและไม่อยากจะอยู่ในสภาพนั้น ๆ ต่อไป ถัดมาคือปัญหาสังคม หมายถึง ปัญหาที่เกิดกับกลุ่มคนจำนวนมาก เป็นสภาพที่ไม่พึงปรารถนาและต้องการให้เกิดสภาพที่ดีขึ้น สุดท้ายคือปัญหานโยบาย หมายถึง ปัญหาที่เกิดกับกลุ่มคนในสังคมจำนวนมาก มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับปัญหาสังคมแต่แตกต่างกันตรงที่ปัญหาสังคมนั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในสังคมหรือชุมชนของตนเองเพื่อให้สภาพที่เป็นปัญหาหมดไป ในขณะที่ปัญหานโยบายเป็นปัญหาที่คนในสังคมนั้น ๆ ไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเองได้และร้องขอให้รัฐบาลเข้าช่วยเหลือ โดยการใช้ทรัพยากรส่วนรวมที่มีอยู่เข้ามาแก้ไข อย่างไรก็ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันก็มีอยู่จำนวนมากและยังคงเกิดความแตกต่างในเรื่องของการรับรู้สภาพปัญหาซึ่งมักมีแนวโน้มที่จะมองสภาพปัญหาขัดแย้งกันเนื่องจากฝ่ายหนึ่งมีความเห็นว่าปัญหาควรถูกกำหนดเป็นนโยบายในขณะที่อีกฝ่ายมองว่าปัญหายังไม่ควรถูกกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ

การจะบ่งชี้หรือระบุประเด็นปัญหานโยบายเป็นกลไกสำคัญอย่างหนึ่งของกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อนำข้อมูลไปประกอบการตัดสินใจนโยบายนั้น ๆ ซึ่งสามารถระบุประเด็นปัญหาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การศึกษาจากข้อมูลรายงานทางสถิติ และการสำรวจวิจัยเพื่อสุ่มตัวอย่างทัศนคติของประชาชน ทั้งนี้ แลร์รี เอ็น เจอร์สตัน (Larry N. Gerston) (1997) ได้เสนอเกี่ยวกับประเด็นปัญหาไว้ว่า ลักษณะของปัญหาที่จะได้รับความสำคัญจากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจมักเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างขอบเขต (Scope) ได้แก่ ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ ความเข้มข้น (Density) ได้แก่ ระดับความตื่นตัวของสาธารณะต่อปัญหา และเวลา (Timing) ได้แก่ ช่วงเวลาที่ปัญหานั้นอยู่ในความสนใจของสาธารณะ

ในส่วนของวิลเลียม ดันน์ (William Dunn) (1986) ได้เสนอทฤษฎีการวิเคราะห์ปัญหาในนโยบายสาธารณะว่าปัญหาสาธารณะมีโครงสร้างที่สลับซับซ้อน การที่ปัญหาใดจะเข้าสู่ความสนใจจนกลายเป็นนโยบายสาธารณะได้นั้นเป็นเรื่องที่อาศัยความเกี่ยวข้องกันของปัจจัยหลายประการ โดยปัญหาสาธารณะดังกล่าวจะมีลักษณะสำคัญของการเกิดปัญหาดังนี้

1) ความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน (Interdependence) คือการที่ปัญหาในนโยบายสาธารณะเรื่องหนึ่ง ไม่อาจแยกพิจารณาหรือแยกขาดจากปัญหาอื่นได้ อันมีผลมาจากสภาพปัญหาที่สัมพันธ์กับนโยบายอื่น ๆ ปัญหาสาธารณะเรื่องหนึ่งจะมีความเกี่ยวโยงสัมพันธ์กับบริบททางสังคม การเมือง และเศรษฐกิจทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ

2) ความเป็นอัตนัยของปัญหา (Subjectivity) คือความเป็นปัญหาและความร้ายแรงของปัญหาสาธารณะขึ้นอยู่กับความรู้และมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย ดังนั้นปัญหาของผู้หนึ่งอาจไม่ใช่อีกผู้หนึ่ง เช่น กลุ่มคนในสังคมส่วนหนึ่งให้ความสำคัญกับปัญหาด้านสาธารณสุข ในขณะที่อีกฝ่ายให้ความสำคัญกับเศรษฐกิจ เป็นต้น

3) ความไม่มีตัวตนแท้จริงของปัญหา (Artificiality) จากการที่ปัญหานโยบายสาธารณะขึ้นอยู่กับความรู้และการนิยามของแต่ละกลุ่มบุคคลหรือการรับรู้ปัญหาของผู้กำหนดนโยบาย สาธารณะ ทำให้ปัญหาสาธารณะมีการเปลี่ยนแปลงไปตาม พื้นที่ เวลา และกลุ่มคน ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงผู้กำหนดนโยบาย ปัญหานโยบายก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

4) ความเป็นพลวัตของปัญหา (Dynamism) คือการที่ปัญหาแปรเปลี่ยนไปตามเวลาส่งผลต่อทางเลือกในการแก้ปัญหาซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามความเป็นพลวัตของปัญหาด้วย เนื่องจากปัญหาใดปัญหาหนึ่งสามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ปัญหาอื่นได้อย่างง่ายดาย ดังนั้นทางเลือกที่ใช้ในการแก้ปัญหาเก่า อาจไม่สามารถใช้แก้ปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการศึกษาเกี่ยวกับการระบุประเด็นปัญหาของเดวิด เดอร์รี แลร์รี เอ็น เจอร์สตัน และวิลเลียม ดันน์ พบว่าปัญหาสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภทหลัก ๆ คือ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาสังคม และปัญหานโยบาย โดยลักษณะของปัญหาที่จะได้รับความสำคัญจากผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ มักเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างขอบเขตของปัญหา ความเข้มข้นของปัญหา และระยะเวลาหรือช่วงเวลาปัญหาอยู่ในความสนใจ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาสาธารณะจะต้องมีลักษณะสำคัญอยู่ 4 ประการ ได้แก่ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันของแต่ละปัญหา มีความเป็นอัตนัยของปัญหา ไม่มีตัวตนที่แท้จริงของปัญหา และมีความเป็นพลวัตของปัญหา การศึกษาข้างต้นผู้วิจัยจะนำมาใช้วิเคราะห์ถึงลักษณะของปัญหาสาธารณสุขไทยก่อนการก่อตัวของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันนำมาซึ่งกระบวนการระบุประเด็นปัญหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกำหนดเป็นวาระนโยบายสาธารณะ

2.2 การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะ (Agenda Setting)

ภายหลังจากการศึกษาการระบุประเด็นปัญหาที่จะนำไปสู่การผลักดันให้เป็นนโยบายสาธารณะ จำเป็นที่จะต้องผ่านขั้นตอนการกำหนดระเบียบวาระนโยบายสาธารณะเพื่อให้ปัญหานั้นอยู่ในความสนใจและผลักดันไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะได้สำเร็จ ซึ่งมีนักวิชาการได้ศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดวาระนโยบายสาธารณะไว้ดังต่อไปนี้

นพดล อุดมวิศวกุล (2560) ได้เสนอว่าปัญหาต่าง ๆ ไม่สามารถเข้าสู่วาระนโยบายได้เองแต่ต้องมีผู้สร้างวาระนโยบายขึ้นมา ได้แก่ ผู้นำ กลุ่มผลประโยชน์ และสื่อมวลชน ซึ่งการเข้าสู่วาระนโยบายของปัญหาต้องประกอบด้วยกลไกกระตุ้น (Triggering Mechanism) หรือแรงขับเคลื่อน (Driver) หรือกระแส (Stream) โดยตัวกระตุ้นให้เกิดนโยบายมีอยู่สองปัจจัย คือ ปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน กล่าวคือ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพการณ์ทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ และองค์การระหว่างประเทศ ขณะที่ปัจจัยภายใน ได้แก่ นายกรัฐมนตรี คณะรัฐมนตรี การเปลี่ยนแปลงของรัฐบาล อิทธิพลของหน่วยงานภาครัฐ และความสนใจของผู้เชี่ยวชาญ

ในขณะที่โรเจอร์ ดับเบิลยู โคบบ์ (Roger W. Cobb) เจนนี่ คีธ รอสส์ (Jennie - Keith Ross) และมาร์ค ฮาวเวิร์ด รอสส์ (Marc Howard Ross) (1976) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการริเริ่มระเบียบวาระนโยบายไว้ว่าการริเริ่มระเบียบวาระนโยบายสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การริเริ่มจากภายนอก (Outside Initiative) โดยกลุ่มผลประโยชน์ภายนอกบางกลุ่มที่ไม่ใช่รัฐบาลเป็นผู้ริเริ่มสร้างระเบียบวาระ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การร้องเรียนแล้วขยายไปสู่ความสนใจของกลุ่มอื่น ๆ จนเป็นระเบียบวาระ และเกิดเป็นแรงกดดันต่อรัฐบาลในฐานะผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายที่ต้องกำหนดประเด็นนั้นให้กลายเป็นวาระนโยบายสาธารณะอย่างเป็นทางการ

2) การเข้าถึงโดยคนใน (Inside Access) เป็นการริเริ่มระเบียบวาระที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานรัฐหรือกลุ่มที่ใกล้ชิดกับรัฐบาลซึ่งเป็นผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย

3) การระดมกำลัง (Mobilization) เป็นระเบียบวาระที่ริเริ่มโดยผู้นำทางการเมืองหรือกลุ่มสังคมนั้น ๆ และได้รับการสนับสนุนจากประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมเพื่อให้เกิดผลในการนำไปปฏิบัติ

นอกจากนี้จอห์น ดับเบิลยู คิงดอน (John W. Kingdon) (1984) เสนอว่าการกำหนดวาระนโยบายเกิดขึ้นจากกระแสสามด้านที่เป็นอิสระต่อกันแต่มาพบโดยพร้อมกัน ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กระแสปัญหา (Problem Stream) เป็นกระแสปัญหาที่มุ่งเน้นไปที่ความสนใจของประชาชนและความสนใจของผู้กำหนดนโยบายในปัญหาของสังคมที่เฉพาะเจาะจงไปในปัญหาใดปัญหาหนึ่ง กระแสปัญหาจึงได้แก่ วิกฤตการณ์ที่ทำให้ปัญหาได้รับความสนใจ การนิยามปัญหา และข้อมูลป้อนกลับจากการนิยามปัญหา

2) กระแสการเมือง (Political Stream) เป็นกระแสที่รัฐบาลหรือฝ่ายการเมืองเป็นฝ่ายกำหนดปัญหา ซึ่งประเด็นปัญหาจะเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของพลังที่สำคัญต่าง ๆ ในสังคม เช่น อารมณ์หรือความรู้สึกของประชาชนในสังคม (Public Mood) อำนาจอิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ (Interest Group Power) และการเคลื่อนไหวของรัฐบาล (Governmental Movement)

3) กระแสนโยบาย (Policy Stream) เป็นกระแสที่เกี่ยวกับการจัดระเบียบวาระในการตัดสินใจหรือระบุรายละเอียดเกี่ยวกับทางเลือกที่ใช้ในการตัดสินใจ กระแสนโยบายจึงได้แก่ การพัฒนาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เช่น กฎหมาย เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับการแก้ไขปัญหา และการยอมรับของสาธารณะชนต่อการแก้ไขปัญหาของรัฐบาล เป็นต้น

จากการศึกษาการกำหนดวาระนโยบายของนพดล อุดมวิศวกุล โรเจอร์ ดับเบิลยู โคบบ์ เจนนี่ คีธ รอสส์ มาร์ค ฮาวเวิร์ด รอสส์ และจอห์น ดับเบิลยู คิงดอน พบว่ารูปแบบการริเริ่มระเบียบวาระนโยบายสาธารณะสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ การริเริ่มจากภายนอก การเข้าถึงโดยคนใน และการระดมกำลัง ซึ่งการกำหนดวาระนโยบายนี้ยังต้องประกอบไปด้วยกลไกการกระตุ้นหรือกระแสจากทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน นอกจากนี้ยังพบว่าการกำหนดวาระนโยบายจะเกิดจากสามกระแสหลักที่มาพบกัน ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดดังกล่าวข้างต้นมาใช้ในการศึกษาและอธิบายลักษณะการกำหนดวาระนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อทำความเข้าใจนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์

2.3 ตัวแบบการก่อตัวของนโยบายสาธารณะ (Policy Formation)

ตัวแบบการก่อตัวของนโยบายสาธารณะเป็นตัวแบบที่ช่วยสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้น โดยชาร์ล เอช เลวีน (Charles H. Levine) ในปี พ.ศ. 2528 ได้จำลองปรากฏการณ์เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถ

เข้าใจได้ง่าย เพื่อที่จะอธิบายถึงพัฒนาการของประเด็นปัญหา นโยบายสาธารณะและความคิดริเริ่มทางนโยบายสาธารณะในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตัวแบบ ได้แก่ ตัวแบบถังขยะ ตัวแบบชุมชนนโยบาย ตัวแบบผู้ประกอบการ และตัวแบบหน้าต่างนโยบาย (ทศพร ศิริสัมพันธ์, 2559) ดังนี้

1) ตัวแบบถังขยะ (Garbage Can Model) เป็นตัวแบบที่ได้รับการประยุกต์มาจากทฤษฎีว่าด้วยทางเลือกขององค์การ (Organization Choice) ซึ่งมองว่าองค์การบางครั้งตกอยู่ในสภาพสับสนอลหม่าน ขาดความชัดเจนในวัตถุประสงค์ เทคโนโลยี และกระบวนการทำงาน รวมทั้งมีบุคคลหลายฝ่ายหมุนเวียนเปลี่ยนกันเข้ามาทำการตัดสินใจ จึงทำให้องค์การดังกล่าวเป็นเสมือนถังขยะที่รับปัญหาและทางแก้ไขต่าง ๆ ที่ถูกทิ้งลงมาโดยบุคคลกลุ่มต่าง ๆ และพยายามหาทางออกในลักษณะที่นำปัญหาและทางแก้ไขมาจับคู่กัน

2) ตัวแบบชุมชนนโยบาย (Policy Communities) เป็นตัวแบบที่เชื่อว่าการผลักดันปัญหาสาธารณะใดให้เข้าสู่วาระและเป็นที่สนใจของผู้กำหนดนโยบายนั้น เป็นผลมาจากความคิดริเริ่มของผู้ชำนาญการ (Specialists) และผู้เชี่ยวชาญ (Experts) ในสาขานโยบายด้านต่าง ๆ ความคิดริเริ่มเหล่านี้เกิดขึ้นมาจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ การแลกเปลี่ยนความรู้ และการปฏิสัมพันธ์ของบรรดาผู้เกี่ยวข้องที่ได้สั่งสมกันมาเป็นระยะเวลาานาน

3) ตัวแบบผู้ประกอบการ (Policy Entrepreneurs) เป็นตัวแบบที่เน้นภาวะผู้นำของผู้สร้างวาระนโยบาย กล่าวคือผู้ประกอบการนโยบายจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการสนับสนุนและชี้แนะนโยบาย รวมทั้งยินยอมที่จะเสียสละทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นเวลา พลังงาน เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนเงินทอง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ทั้งนี้ผู้ประกอบการนโยบายดังกล่าวจะทำหน้าที่หลักอันสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประการแรกจะทำหน้าที่ในการสนับสนุน ส่งเสริม และผลักดันความคิดหรือประเด็นปัญหาให้เข้าสู่วาระนโยบาย ประการถัดไปจะทำหน้าที่ในการทำให้ระบบมีความอ่อนตัวลง (Soften Up The System) หรือเปิดช่องเพื่อให้ปัญหาสาธารณะมีโอกาสในการเข้าสู่วาระนโยบายได้ และประการสุดท้ายจะทำหน้าที่ในการเสนอประเด็นนโยบายเมื่อเห็นว่ามีโอกาสอันเหมาะสมเกิดขึ้น นอกจากนี้ประเภทของผู้ประกอบการนโยบายยังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ผู้ประกอบการนโยบายที่เป็นฝ่ายชักนำ (Advocacy) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนหรือชี้แนะปัญหา นโยบายสาธารณะอันหนึ่งอันใด และผู้ประกอบการที่เป็นฝ่ายนายหน้าหรือคนกลาง (Brokerage)

ทำหน้าที่ในการประสานงาน เจรจาต่อรอง และประนีประนอมกับบุคคลต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ประกอบการหนึ่งคนอาจจะแสดงบทบาททั้งสองพร้อมกันก็ได้

4) ตัวแบบหน้าต่างนโยบาย (Policy Windows) เป็นตัวแบบที่เชื่อว่าการที่ปัญหาใดจะเข้าสู่ วาระนโยบายและเป็นที่สนใจของผู้กำหนดนโยบายนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และโอกาส หาก สถานการณ์เอื้ออำนวยย่อมหมาความว่าหน้าต่างนโยบายได้ถูกเปิดออก และพร้อมให้ปัญหา สาธารณะที่เกี่ยวข้องหลุดเข้าไปสู่วาระนโยบายได้ การที่หน้าต่างนโยบายอาจจะเปิดหรือปิดได้ตาม สถานการณ์ทำให้ผู้สร้างวาระต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผู้ประกอบการนโยบายและที่อยู่ในชุมชนนโยบายต้องทำ การเตรียมข้อเสนอหรือความคิดเกี่ยวกับปัญหาสาธารณะของตนให้พร้อมอยู่เสมอ

ภายหลังจากการศึกษาการระบุประเด็นปัญหาและการกำหนดระเบียบวาระนโยบายนำมาสู่ การศึกษาตัวแบบการก่อตัวของนโยบายสาธารณะของชาร์ล เอช. เลวิน ซึ่งจะถูกนำมาใช้เพื่ออธิบาย ลักษณะการก่อตัวของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อเปรียบเทียบถึงตัวแบบที่มีความ คล้ายคลึงกับลักษณะการก่อตัวของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สุด

2.4 เครือข่ายสังคม (Social Network)

นักวิชาการทางสังคมวิทยาหลายคนได้ศึกษาระบบเครือข่ายทางสังคม พบว่า เครือข่ายเป็น การรวมกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะซับซ้อนและแตกต่างจากคำว่ากลุ่มในเรื่องของขอบเขตและความเป็น รูปธรรม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่าง ๆ ตามที่นักวิชาการได้ศึกษาไว้ดังนี้

น้ำทิพย์ วิภาวิน (2558) ระบุว่าเครือข่ายสังคมเป็นแนวคิดที่มีรากฐานมาจากทฤษฎี โครงสร้าง - หน้าที่นิยม (Structural - Functionalism Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่ใช้ อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมผ่านการวิเคราะห์เครือข่าย เริ่มต้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2473 เมื่อนักสังคม วิทยาชาวเยอรมันได้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีการใช้จุด (Points) เส้น (Lines) และความ เชื่อมโยง (Connections) ในการวิเคราะห์และอธิบายรูปแบบของความสัมพันธ์

ในขณะที่ เกษม นครเขตต์ (ม.ป.ป.) ศึกษาไว้ว่าเครือข่าย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร หรือขยายไปถึงระหว่างรัฐชาติ โดยมีการสื่อสารและสาระที่นำเข้าสู่กระบวนการสื่อสาร เป็นเครื่องมือในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ (รวมทั้งอาจทำลายความสัมพันธ์ได้ด้วย) การเกิด ของเครือข่ายไม่ใช่การเรียกผู้คนมาร่วมประชุมในเวทีที่เป็นทางการ แต่เกิดจากการที่บุคคลหรือกลุ่ม

องค์กรได้มีโอกาสติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่บุคคล กลุ่ม และองค์กรกำหนดไว้ ข้อพิจารณาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งไม่จำเป็นต้องเกาะเกี่ยวกันอย่างเหนียวแน่นเสมอไป เพราะการมีความสัมพันธ์แบบหลวม ๆ แต่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ก็สามารถช่วยให้การทำงานของเครือข่ายดีได้

นอกจากนี้ เจ. ไคลด์ มิทเชลล์ (J. Clyde Mitchell) และเจเรมี บอยสเซเวน (Jeremy Boissevain) (1973) นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาชาวดัตช์และชาวอังกฤษ ยังได้ศึกษาถึงแนวคิดระบบเครือข่าย พบว่า เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่ม คือ กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ใครไม่ใช่สมาชิก มีความเป็นรูปธรรม มองเห็นได้ มีโครงสร้างทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต และการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นหรือมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ โดยสาระของการเชื่อมโยงระหว่างกันที่ช่วยให้มองเห็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะ คือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสาร และเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตามเครือข่ายไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว จึงอาจมีการออกแบบโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคลให้ต่อเนื่อง นอกจากนี้แต่ละกลุ่มบุคคลหรือองค์การใด ๆ ในเครือข่ายต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอ ๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ารูปแบบกลุ่ม

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของเครือข่าย พบว่า องค์ประกอบของเครือข่ายมีองค์ประกอบสำคัญ 7 ประการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การรับรู้มุมมองร่วมกัน (Common Perception) การรับรู้ร่วมกันถือเป็นหัวใจของเครือข่าย เพราะหากสมาชิกไม่มีความเข้าใจในการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายจะมีผลทำให้การประสานงาน และการขอความร่วมมือในการดำเนินการเป็นไปได้ยากลำบาก แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่าสมาชิกของเครือข่ายไม่สามารถจะมีความคิดเห็นแตกต่างกัน เพราะมุมมองที่แตกต่างย่อมมีประโยชน์และช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ในการทำงาน แต่ต้องอยู่ภายใต้จุดร่วมของเครือข่ายที่สมาชิกยอมรับกันหาไม่แล้วความแตกต่างที่มีอยู่จะนำไปสู่ความแตกแยกและแตกหักในที่สุด

2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common Vision) สมาชิกในเครือข่ายจะต้องมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และการมีเป้าหมายที่จะดำเนินไปด้วยกันจะช่วยทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างลงไปได้ แม้ว่าวิสัยทัศน์ร่วมจะเป็นสิ่งที่ต้องใช้เวลาในการสร้างให้เกิดขึ้น แต่ก็จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นและสมาชิกของเครือข่ายก็ควรมีวิสัยทัศน์ย่อยส่วนตัวที่สอดคล้องไปด้วยกันกับวิสัยทัศน์ของเครือข่าย

3) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual Interests/benefits) เครือข่ายเกิดจากการที่สมาชิกแต่ละคนต่างก็มีความต้องการของตนเอง แต่ความต้องการเหล่านั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ความจำกัดนี้ทำให้เกิดการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วมที่มากเพียงพอจะดึงดูดให้รวมเป็นเครือข่าย ดังนั้นการรวมเป็นเครือข่ายจึงต้องตั้งอยู่บนฐานของผลประโยชน์ที่มีร่วมกัน

4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All Stakeholders Participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่ายจะต้องเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในเครือข่าย ซึ่งการมีส่วนร่วมย่อมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแข็งขัน สถานะของสมาชิกในเครือข่ายควรเป็นไปในลักษณะของความเท่าเทียมกัน (Equal Status) ในฐานะหุ้นส่วน (Partner) ของเครือข่าย ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (Horizontal Relationship) ที่เท่าเทียมกันแทนความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (Vertical Relationship) หมายความว่าหากการรวมตัวเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นระหว่างรัฐกับชุมชนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐก็ต้องวางสถานะของตนเองเทียบเท่ากับประชาชนในฐานะของสมาชิกเครือข่าย

5) กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary Relationship) คือการที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดยที่จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผลตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายมากกว่าการไม่สร้างเครือข่ายแต่ต่างคนต่างอยู่

6) การพึ่งพิงร่วมกัน (Interdependence) สมาชิกของเครือข่ายต่างจำเป็นต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การจะทำให้สมาชิกหรือหุ้นส่วน of เครือข่ายยึดโยงกันให้แน่นหนา จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกว่าเขาหุ้นส่วน

คนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงไปได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงจำเป็นต้องมีการดำรงอยู่ของเครือข่าย ซึ่งการพึ่งพิงร่วมกันนี้จะส่งผลทำให้สมาชิกต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยอัตโนมัติ

7) การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้ว ย่อมไม่มีทางที่จะเกิดความร่วมมือกันได้และจะไม่เกิดเครือข่ายความร่วมมืออย่างแท้จริง ดังนั้นสมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน เช่น มีการติดต่อกันผ่านทาง การเขียนหรือการพบปะพูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หรือมีกิจกรรมประชุมสัมมนาร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งผลของการปฏิสัมพันธ์นี้ต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามมาด้วย ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวจะเป็นลักษณะความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกัน (Reciprocal Exchange) มิใช่ปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว (Unilateral Exchange) ยิ่งสมาชิกมีการปฏิสัมพันธ์กันมากเท่าใดก็จะมีผลผูกพันภายในระหว่างกันมากขึ้นเท่านั้น และช่วยให้เกิดการเชื่อมโยงในระดับที่แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น (Highly Integrated) นอกจากนี้การปฏิสัมพันธ์ยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้นอันจะช่วยให้เครือข่ายเข้มแข็งยิ่งขึ้น

แนวคิดระบบเครือข่ายข้างต้นจะถูกนำมาใช้เพื่อศึกษาลักษณะขององค์การพัฒนาเอกชนที่สามารถผลักดันนโยบายสาธารณะได้สำเร็จนั้นคือ การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเฉพาะการศึกษาองค์ประกอบของเครือข่ายเพื่ออธิบายรูปแบบการดำเนินงานกิจกรรมขององค์การเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และองค์การพัฒนาเอกชนอื่น ๆ ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวแสดงที่มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และก่อให้เกิดพลังในการผลักดันสิ่งที่ยากลำบากได้สำเร็จ

2.5 การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social movement)

แนวคิดเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นแนวคิดทางสังคมวิทยา แบ่งออกเป็นหลายกระแส ได้แก่ ทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior Theory) ทฤษฎีการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) และทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยมุ่งศึกษาทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ คือ แนวคิดที่เกิดขึ้นมาจากการวิพากษ์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเก่าว่ามีข้อจำกัดในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมสมัยใหม่ที่เกิดขึ้น

ในช่วงทศวรรษ 1960 – 1970 โดยแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเก่าจะเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการหาคำตอบว่าขบวนการทางสังคมเกิดขึ้นได้อย่างไร (How) และสนใจการเคลื่อนไหว ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ตลอดจนความสำเร็จหรือล้มเหลวของขบวนการทางสังคม ได้แก่ ทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดัน ซึ่งมองว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งในสังคมเกิดจากการกระจายทรัพยากรในสังคม (Politics of Redistribution) และทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์นี้จะมีการเคลื่อนไหวเติบโตอยู่ในระบอบการเมืองปกติ มียุทธศาสตร์บูรณาการทางการเมืองและเศรษฐกิจภายใต้สิทธิทางการเมือง โดยมีรูปแบบองค์กรเป็นองค์กรแบบราชการหรือองค์กรสายบังคับบัญชา และมียุทธวิธีในการเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยการระดมทรัพยากรทางการเมือง ตลอดจนการเจรจาต่อรองหรือลှอบบี้

ในขณะที่ทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นไปที่คำถามว่าเหตุใดหรือทำไมขบวนการทางสังคมจึงเกิดขึ้น (Why) โดยมองว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งทางสังคมเกิดจากปัญหาใหม่ ๆ ในสังคม เช่น สิ่งแวดล้อม อัตลักษณ์ และอื่น ๆ การเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่จะมีการเคลื่อนไหวเติบโตอยู่ในภาคประชาสังคม มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และเปลี่ยนค่านิยม วิถีชีวิต ตลอดจนปกป้องส่วนของประชาสังคม โดยรูปแบบองค์กรจะมีลักษณะของเครือข่ายหรือขบวนการระดับรากหญ้า รวมถึงเคลื่อนไหวโดยการท้าทายหรือขัดขวางระบบการเมืองปกติ (Disruptive) และกระทำการโดยตรง (Direct Action)

จากการศึกษาพบว่า ประภาส ปิ่นตบแต่ง (2552) ได้สรุปลักษณะสำคัญของขบวนการทางสังคมแบบใหม่ไว้ 3 ประการ ดังนี้

1) ขบวนการเหล่านี้ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของชนชั้นเดียวกันเหมือนขบวนการทางสังคมในอดีตที่ทฤษฎีมาร์กซิสได้อธิบายไว้ แต่เป็นการตอบโต้กับปัญหาและความขัดแย้งใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมซึ่งวางอยู่บนฐานหลากหลายชนชั้น

2) ในขณะที่กรอบทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดันอยู่ภายในระบบการเมือง แต่การปรากฏตัวของขบวนการทางสังคมแบบใหม่ในสังคมหลังอุตสาหกรรม จะมีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวเรียกร้องที่ไม่ผ่านกลไกทางการเมืองที่ดำรงอยู่ เช่น พรรคการเมือง นักการเมือง หรือหวังพึ่งกลไกรัฐ เพราะความขัดแย้งใหม่ ๆ เหล่านี้สลัดซับซ้อนเกินกว่าที่สถาบันทางการเมืองในระบบการเมืองปกติจะจัดการได้ ขบวนการเหล่านี้จึงได้แสวงหากลไกที่จะเปิดช่องทางทางการเมืองแบบใหม่ที่มากกว่าสถาบันและกลไกการเมืองปกติในระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน

3) ขบวนการเหล่านี้มิได้เรียกร้องเกี่ยวกับผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มดังเช่นในกรอบของทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์ อีกทั้งจุดหมายของขบวนการเหล่านี้ก็ไม่ได้ต้องการช่วงชิงอำนาจรัฐดังเช่นขบวนการทางชนชั้นที่มุ่งสู่การปฏิวัติ แต่ขบวนการทางสังคมใหม่นี้ต้องการสร้างกติกากฎหรือกฎเกณฑ์ชุดใหม่ให้กับสิ่งที่ต่อสู้ หรือเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างวาทกรรมชุดใหม่ในเรื่องนั้น ๆ

นอกจากนี้ ม.ร.ว.พททิสาน ชุมพล (2546) ได้สรุปให้เห็นลักษณะสำคัญของขบวนการทางสังคมใหม่ไว้ 3 ประการเช่นเดียวกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ขบวนการทางสังคมใหม่มีความเป็นขบวนการทางสังคมมากกว่าจะเป็นขบวนการทางการเมือง เพราะให้ความสนใจในเรื่องค่านิยมและวิถีชีวิตซึ่งก็คือเรื่องเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นจึงมีลักษณะทางสังคมมากกว่าทางการเมืองโดยตรง จุดมุ่งหมายของขบวนการเหล่านี้อยู่ที่การระดมพลในสังคมประชาซึ่งมีส่วนสำคัญสำหรับการทำกิจกรรมในอาณาบริเวณสาธารณะ (Public Sphere) เพื่อสังคมโดยรวม และไม่ได้มุ่งที่จะเข้าไปมีส่วนในอำนาจรัฐหรือครองอำนาจรัฐ

2) ขบวนการทางสังคมใหม่มีฐานที่มั่นอยู่ในภาคประชาสังคม กล่าวคือเน้นกระทำการอ้อมรัฐ (Bypass The State) ไม่สนใจที่จะติดต่อหรือทำทายกับอำนาจรัฐโดยตรง หากแต่ต้องการที่จะปกป้องประชาสังคมจากการก้าวก้าวโดยรัฐเทคโนโลยีเทคโนโลยี ขบวนการทางสังคมใหม่จึงมีลักษณะการทำกิจกรรมและลักษณะอุดมการณ์เชิงสัญลักษณ์เป็นหลัก

3) ขบวนการทางสังคมใหม่พยายามที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมทั้งโดยการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและโดยการพัฒนาวิถีชีวิตใหม่ ๆ ขึ้นมาเป็นทางเลือก (Alternative Life Style) กล่าวคือแทนที่จะมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงผ่านระบบการเมืองหรือโดยการกระทำทางการเมือง ขบวนการทางสังคมแบบใหม่จะมุ่งความสนใจไปที่นวัตกรรมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Innovation) ซึ่งสร้างสรรค์วิถีชีวิตใหม่ โดยการท้าทายค่านิยมเดิม ๆ การเน้นสัญลักษณ์ และความมีตัวตน

จากการศึกษาขบวนการทางสังคมแบบใหม่ พบว่ามีลักษณะที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ รากเหง้าของปัญหาที่จะเป็นความขัดแย้งใหม่ ๆ ในสังคม มีตำแหน่งที่สำคัญในภาคประชาสังคม มีจุดมุ่งหมายเปลี่ยนค่านิยมและวิถีชีวิต ปกป้องภาคประชาสังคม สร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม มีรูปแบบองค์กรแบบเครือข่ายรากหญ้า และมียุทธวิธีการท้าทาย ขัดขวางระบบการเมืองปกติ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมทางวัฒนธรรม ซึ่งจะนำมาใช้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบท และใช้ในการอธิบายถึงแนวทาง

การเคลื่อนไหวของกลุ่มขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรเครือข่าย ตั้งแต่กระบวนการระบุประเด็นปัญหาไปจนถึงการผลักดันให้กลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สำเร็จ

**ตารางที่ 2 ตารางแสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่มผลประโยชน์
และขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่**

ประเด็นหลัก	กลุ่มผลประโยชน์	ขบวนการทางสังคมใหม่
รากเหง้าปัญหา ความขัดแย้งทางสังคม	การกระจายทรัพยากรในสังคม	ความขัดแย้งใหม่ ๆ ในสังคม
ตำแหน่งแห่งที่ในสังคม	การเติบโตภายในระบบ การเมืองปกติ	ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน
จุดหมาย/ยุทธศาสตร์	สร้างการบูรณาการทาง การเมือง/สิทธิทางการเมือง และ เศรษฐกิจภายใต้สิทธิพลเมือง	เปลี่ยนค่านิยมและวิถีชีวิต ปกป้องประชาสังคม สร้าง ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม
รูปแบบองค์กร	องค์กรแบบราชการ องค์กรสายบังคับบัญชา	เครือข่าย ขบวนการ ระดับรากหญ้า
ยุทธวิธีการเคลื่อนไหว	การระดมทรัพยากรทาง การเมืองและเจรจาต่อรอง หรือลှอบบี้	การทำทลาย ขัดขวางระบบ การเมืองปกติ และการสร้าง นวัตกรรมทางวัฒนธรรม

ที่มา: ประภาส ปิ่นตบแต่ง (2552)

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

“การศึกษาเรื่องการเข้าสู่วาระนโยบายระบบขนส่งทางรางในประเทศไทย : กรณีศึกษาโครงการรถไฟความเร็วสูงโดยใช้ตัวแบบของคิงดอน” โดยประสงค์ชัย เศรษฐสุรวิชัย (2557) เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ศึกษากระบวนการเข้าสู่วาระนโยบายของระบบขนส่งทางรางในประเทศไทย ผ่านตัวแบบทฤษฎีกระแสของจอห์น คิงดอน เพื่อทำความเข้าใจความเป็นมาของนโยบาย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดขึ้นของนโยบาย รวมไปถึงบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใน

การผลักดันนโยบาย ตลอดจนสร้างตัวแบบเพื่ออธิบายการเข้าสู่วาระนโยบายของโครงการรถไฟความเร็วสูง ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าสู่วาระนโยบายมาจากสามกระแสซึ่งสอดคล้องกับตัวแบบพหุกระแสของคิงดอน ได้แก่ กระแสการเมือง กระแสปัญหา และกระแสนโยบาย แต่ในบริบทของการเมืองไทยพบว่ากระแสทั้งสามอาจไม่ได้ดำรงอยู่อย่างอิสระตามที่คิงดอนเสนอ ซึ่งชี้ให้เห็นว่ากรอบแนวคิดดังกล่าวยังต้องอาศัยการพิจารณาภูมิสังคมและกระแสโลกร่วมด้วย ดังนั้นการนำวาระนโยบายไปสานต่อให้เกิดขึ้นจริงต้องอาศัยปัจจัยทางการเมืองที่มีเสถียรภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีความพร้อม อีกทั้งยังต้องมีจุดวิกฤติอันหมายถึงจุดที่ประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคมเห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกันว่า รถไฟความเร็วสูงจำเป็นต่อประเทศไทยอย่างแท้จริง ในขณะที่วิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” นำแนวคิดของคิงดอนมาเป็นส่วนหนึ่งในการวิเคราะห์ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ร่วมกับแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของนายแพทย์ประเวศ วะสี ที่ประกอบไปด้วยภาคองค์ความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งกลยุทธ์ดังกล่าวเป็นพื้นฐานในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนนำไปสู่ความสำเร็จ อีกทั้งยังนำแนวคิดและทฤษฎีอื่น ๆ มาร่วมวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา ตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ เครือข่ายสังคม และการเคลื่อนไหวทางสังคม

“การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ : ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย” โดยเชษฐา ทรัพย์เย็น (2556) เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทเพื่อชี้ให้เห็นช่องว่างในทางทฤษฎีและความเป็นจริงของความเป็นประชาสังคมในประเทศไทย โดยคำถามการวิจัย คือ องค์การพัฒนาเอกชนที่ยังคงมีลักษณะของความไม่เป็นประชาธิปไตย แต่มีการเคลื่อนไหวในระดับสังคมต่อการมีส่วนร่วมทางการเมืองในกระบวนการนโยบายระดับประเทศ ได้ส่งผลทางบวกต่อความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทยหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างนวัตกรรมในการจัดรูปแบบองค์กรประชาสังคมที่มีรูปแบบโดดเด่นมีเอกลักษณ์ที่แตกต่าง แต่มีความเข้มแข็งมากในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความเป็น NGOs ใน GO คือ ลักษณะของสมาชิกในองค์กรเป็นบุคคลสองสถานภาพในคนเดียว อีกทั้งยังมีการผลักดันเชิง

ยุทธศาสตร์ที่สะท้อนบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท และสะท้อนปัจจัยความสำเร็จของการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพ ซึ่งเกิดจากยุทธศาสตร์ที่สำคัญใน 4 ระดับ ประกอบด้วย 1) ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual Level) ได้แก่ การให้นิยามใหม่ การชูผู้นำความคิด และมีโครงสร้างการถ่ายทอดอุดมการณ์ 2) ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural Level) ได้แก่ การขับเคลื่อนเป็นทีม การจัดตั้งองค์กรเป็นปีกแผ่น การสร้างกลไกถาวรผ่านการสร้างกฎหมายรองรับ การวางรากฐานโครงสร้างองค์กรใหม่โดยคนของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมบริหารงานในสมาคมวิชาชีพ (แพทยสภา) 3) ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and Activity Level) ได้แก่ การบริหารความรู้สึกรักของโครงสร้างอำนาจเดิมเพื่อไม่ให้รู้สึกถูกทอดทิ้ง บทบาท การเข้าฝังตัวกับโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข การเริ่มผลักดันประเด็นพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน การมุ่งยึดเป้าหมายมากกว่ากระบวนการ และการใช้การเมืองเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนประเด็นการเคลื่อนไหว 4) ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้างรวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (Impact Level) ได้แก่ การสร้างฐานองค์ความรู้ การเกาะเกี่ยวกับขั้วอำนาจทางการเมือง การเพิ่มการยอมรับทางความรู้ด้านสาธารณสุข การสร้างความเชื่อมโยงในระดับนานาชาติ การสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน และการเชื่อมเครือข่ายกับสื่อมวลชนอย่างใกล้ชิด

ในขณะทีวิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์กรพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” นำผลการศึกษาของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในเบื้องต้นซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของการผลักดันนโยบายด้วยปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง นำมาสู่การตั้งคำถามการวิจัยว่า ขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์กรพัฒนาเอกชนมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้การผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่นโยบายสาธารณะประสบความสำเร็จ โดยมุ่งศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทตามวงจรนโยบายสาธารณะ เพื่อชี้ให้เห็นกระบวนการดำเนินงานและการเคลื่อนไหวอย่างมีส่วนร่วมทั้งภาคการเมืองและภาคประชาชน จนนำไปสู่ความสำเร็จของการผลักดันประเด็นปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขให้กลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545

“พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท : ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง” โดยณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์ (2554) เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษิตที่

ศึกษาความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ผ่านกรอบแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดการระดมทรัพยากร แนวคิดกระบวนการสร้างกรอบความคิด และแนวคิดโครงสร้างโอกาสทางการเมือง เพื่อตอบคำถามว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไร และทำไมขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมือง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีลักษณะชนชั้นนำทางการเมือง ไม่ว่าจะมาจากกรรมาธิการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ก็ตาม ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการทางสังคมที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวเพื่อการมีส่วนร่วมทางการเมือง กล่าวคือขบวนการแพทย์ชนบทมีรูปแบบการปรับตัวและยุทธศาสตร์ที่น่าสนใจ แม้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองยังปิดหรือไม่เอื้ออำนวย ขบวนการเคลื่อนไหวก็สามารถปรับตัวและระดมทรัพยากรเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายในจุดที่ทำได้ เพื่อรอโอกาสในการผลักดันการเคลื่อนไหวต่อไปเมื่อโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเปิดขึ้น หรือดำเนินการเคลื่อนไหวโดยการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองผ่านการเคลื่อนไหวเพื่อนำเสนอแนวคิดต่อสาธารณะเพื่อผลักดันให้เป็นประเด็นที่ต้องการสร้างความเปลี่ยนแปลงกลายเป็นวาระทางสังคม อันจะสามารถระดมการสนับสนุนจากสังคมเพื่อโน้มน้าวหรือกดดันชนชั้นนำทางการเมืองให้หันมารับประเด็นที่ขับเคลื่อนต่อไป ในขณะที่วิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ศึกษาความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบาย “A” Frame for Advocacy ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ปัญหา การเลือกกลยุทธ์ในการเข้าไปมีส่วนร่วม การระดมพล การดำเนินการ การประเมินผล (การผลักดันนโยบาย) และการต่อเนื่องนโยบาย เพื่อวิเคราะห์บทบาทและปัจจัยแห่งความสำเร็จจาก 6 ขั้นตอนดังกล่าว

“การเข้าสู่วาระและการกำหนดนโยบายสาธารณะ : ศึกษากรณีนโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารในประเทศไทย” โดยนพดล อุดมวิศวกุล (2548) เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญาโท

บัณฑิตที่ศึกษานโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหาร โดยกำหนดขอบข่ายไว้ที่การเข้าสู่วาระนโยบาย การกำหนดนโยบาย ผลกระทบจากกระบวนการกำหนดนโยบายที่มีต่อสาระของนโยบาย และประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าสู่วาระนโยบายของคิงดอน แนวคิดการกำหนดนโยบายของไคร์แวมสเลย์ และซาล ผลการวิจัยนำมาสู่ข้อค้นพบ 3 ประการ คือ 1) ประเด็นเรื่องมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารเป็นปัญหาที่ได้รับความสำคัญอย่างมากในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทำให้ประเด็นเรื่องมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารเข้าสู่วาระนโยบายของรัฐบาลในประเทศที่กำลังพัฒนาได้ 2) การก่อตัวของนโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารในประเทศไทยเป็นไปตามตัวแบบผู้นำที่ส่วนราชการเป็นตัวแทนในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์กับองค์การระหว่างประเทศ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยตัวแบบส่วนราชการในฐานะตัวกลางในการเข้าสู่วาระและการกำหนดนโยบายที่การศึกษานี้ได้พัฒนาขึ้น 3) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากรูปแบบการก่อตัวของนโยบายตามตัวแบบที่ส่วนราชการเป็นตัวกลางในการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ ทำให้กระบวนการกำหนดนโยบายกลายเป็นเวทีเจรจาต่อรองอำนาจหน้าที่ รวมทั้งฝ่ายการเมืองที่ได้รับประโยชน์จากการประชาสัมพันธ์ต่อสาธารณะไปแล้ว เช่นเดียวกับองค์การระหว่างประเทศที่ได้รับผลประโยชน์ไปแล้วจากการที่รัฐบาลยอมรับความตกลง ท้ายที่สุดจึงไม่สามารถที่จะรับรองได้ว่ากระบวนการดังกล่าวจะสะท้อนผลประโยชน์สาธารณะได้ ในขณะที่วิทยานิพนธ์เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” นำแนวคิดและทฤษฎีในงานวิจัยข้างต้นมาเป็นจุดเริ่มต้นของการศึกษาการเข้าสู่วาระนโยบาย โดยมีขอบเขตของการศึกษา คือ กระบวนการก่อตัวนโยบายและกระบวนการกำหนดนโยบายตามวงจรนโยบายสาธารณะ ซึ่งการเข้าสู่วาระนโยบายหรือการกำหนดระเบียบวาระนโยบายเป็นเพียงส่วนหนึ่งในขั้นตอนที่จะผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่การแก้ไขด้วยนโยบายสาธารณะให้สำเร็จ นอกจากนี้ยังมุ่งศึกษาในมุมมองของขบวนการแพทย์ชนบทเพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัย 2 ประการ คือ บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยเลือกใช้หลักการศึกษาเชิงคุณภาพหรือเชิงคุณลักษณะ (Qualitative Research) โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินงาน ได้แก่ ประชากร การเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.1 ประชากร

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยมุ่งศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันนโยบายสาธารณะ รวมไปถึงเครือข่ายองค์การด้านสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Criterion - Based Selection) และวิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับองค์การพัฒนาเอกชน และสามารถให้ข้อมูลในเรื่องการผลักดันประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขจากภาคประชาชนไปสู่การเป็นนโยบายสาธารณะได้ลึกซึ้งที่สุดประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 4 กลุ่ม จำนวน 9 ท่าน ดังนี้

กลุ่มองค์ความรู้ ได้แก่

1) นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

2) นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

ประธานคณะกรรมการมูลนิธิแพทย์ชนบท

กลุ่มการเมืองหรืออำนาจรัฐ ได้แก่

3) นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2544 - 2545)

4) นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2543 - 2546)

กลุ่มการเคลื่อนไหวทางสังคม ได้แก่

5) คุณสารี อ๋องสมหวัง

เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

6) เกศักรหญิงยุพดี ศิริสินสุข

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทนจากองค์กรเอกชนด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

กลุ่มผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่

7) นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

8) นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

9) เกศักรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

3.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขขององค์กรพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์และตอบคำถามการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยแบ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 2 วิธีการหลัก ดังนี้

1) การเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – Depth Interview) ซึ่งใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi – Structured Interview) โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) ที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในการผลักดันประเด็นปัญหาให้

กลายเป็นนโยบายสาธารณะ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านองค์การพัฒนาเอกชน และผู้เชี่ยวชาญทางด้านนโยบายสาธารณสุขภายใต้หลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ประกอบกับการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม (Non – Participant Observation) โดยสังเกตการดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบท ผ่านกิจกรรม การเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิ การประชุมองค์การ ตลอดจนสังเกตการณ์หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) การเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) เป็นการวิจัยด้วยเอกสาร (Documentary Research) โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผ่านหนังสือ เอกสารทางวิชาการ เอกสารประกอบการเรียนการสอน เอกสารทางราชการ และวิทยานิพนธ์ รวมทั้งศึกษาจากสื่ออื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต

3.3 การตรวจสอบข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยเลือกใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้นั้นถูกต้อง โดยพิจารณาผ่านเวลา สถานที่ และบุคคล ดังนี้

1) การตรวจสอบแหล่งเวลา หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่าง ๆ นั้นเหมือนกันหรือไม่ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบวิธีนี้โดยมุ่งเน้นไปที่ข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อพิจารณาว่าการเก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เวลาในการจัดทำแตกต่างกัน แต่กล่าวถึงข้อมูลในเรื่องเดียวกันมีข้อมูลที่ถูกต้องตรงกันชัดเจนหรือไม่ โดยเฉพาะทฤษฎีและแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลาย เช่น การตรวจสอบกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy ของ Johns Hopkins School of Public Health มหาวิทยาลัยจอห์นส์ ฮอปกินส์ ผู้วิจัยตรวจสอบทั้งจากงานแปลในภาษาไทยและเอกสารต้นฉบับในภาษาอังกฤษที่ระยะเวลาการจัดทำต่างกัน

2) การตรวจสอบสถานที่ หมายถึง การตรวจสอบว่าข้อมูลต่างสถานที่กันจะเหมือนกันหรือไม่ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบโดยการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมของมูลนิธิแพทย์ชนบท และเครือข่ายองค์การด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแตกต่าง

สถานที่ออกไปว่ามีกระบวนการในการดำเนินงานที่เหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง รวมไปถึง การแสดงออกผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ที่นับเป็นสถานที่สาธารณะและถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม

3) การตรวจสอบบุคคล หมายถึง การตรวจสอบว่าหากบุคคลผู้ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลจะยังคงเหมือนเดิมหรือไม่ ผู้วิจัยตรวจสอบด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลายท่าน ในประเด็นที่คล้ายคลึงโดยใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง เพื่อตรวจสอบความเหมือนหรือแตกต่างและนำมาประกอบกับข้อมูลเบื้องต้นที่ได้ศึกษาไว้เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต่างกันออกไปในหลากหลายวิธีเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องเดียวกัน เช่น วิธีการสืบค้นจากเอกสารประกอบกับการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น และนำไปสอบถามผู้เชี่ยวชาญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตลอดจนสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อการตรวจสอบวิธีการรวบรวมข้อมูล อันจะนำมาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องในการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูล โดยวิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การสร้างข้อสรุปจากการศึกษาข้อมูลจำนวนหนึ่งผ่านการตีความ (Interpretation) และทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ ซึ่งขั้นตอนแรกจะเริ่มจากวิเคราะห์ข้อมูลประเภททฤษฎีที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายสาธารณะ เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนโดยเฉพาะขบวนการแพทย์ชนบท ตลอดจนเอกสารทางราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์ กฎหมาย และคำสั่ง เป็นต้น เพื่อให้ได้มาซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยที่มีต้นแบบมาจากกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ “A” Frame for Advocacy หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาวางโครงเรื่องตามกรอบแนวคิดการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับเนื้อหา เริ่มต้นที่การวิเคราะห์บทบาทและการดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่เริ่มก่อตั้งองค์การ และการวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จเบื้องต้นของ

ขบวนการแพทย์ชนบทที่ใช้ในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการวิเคราะห์ ข้อมูลดังกล่าวจึงนำมาสู่การตั้งคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับบทบาทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยขบวนการแพทย์ชนบท ภายหลังจากการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์จึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรเครือข่ายอย่างละเอียดตามกรอบแนวคิดการสนับสนุนนโยบายสาธารณะ ได้แก่ ขั้นตอนการวิเคราะห์ ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ ขั้นตอนการระดมพล ขั้นตอนการดำเนินการ ขั้นตอนการประเมินผล และขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย เพื่อหาข้อสรุปที่ตอบคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการศึกษา หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ภาพรวมทั้งหมดของงานวิจัยเพื่อชี้แจงข้อเสนอแนะ

3.5 ระยะเวลาในการวิจัย

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินงานและระยะเวลาการดำเนินงานออกเป็น 4 ช่วง ตามระยะเวลาดังนี้

ช่วงที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2560 – เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2561 ทบทวนวรรณกรรม เก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ และสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์

ช่วงที่ 2 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561 – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ศึกษาการดำเนินงานและบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จเบื้องต้นของขบวนการแพทย์ชนบทที่ใช้ในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ช่วงที่ 3 เดือนมกราคม พ.ศ. 2562 – ธันวาคม พ.ศ. 2562 เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมด้วยการสังเกตการณ์และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทที่ใช้ในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบแนวคิดการวิจัย

ช่วงที่ 4 เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 – เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2563 สรุปผลการศึกษา เพิ่มเติมข้อเสนอแนะ นำเสนอบทความ และสอบวิทยานิพนธ์

บทที่ 4

พัฒนาการของขบวนการแพทย์ชนบท

องค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานตั้งแต่ก่อนการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 ซึ่งดำเนินการในขอบเขตขนาดเล็กโดยชนชั้นนำในสังคม ภายใต้หลักการทางศาสนาและความเชื่อ ก่อนจะเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในรูปแบบของอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภัยสงคราม นับได้ว่าองค์การพัฒนาเอกชนถือกำเนิดขึ้นจากกลุ่มคนที่มีเจตนารมณ์เดียวกัน มารวมตัวกันเป็นองค์การภาคประชาสังคม เพื่อเติมเต็มช่องว่างระหว่างองค์การภาครัฐและองค์การภาคเอกชนตลอดจนประชาชนโดยทั่วไป องค์การพัฒนาเอกชนมีการดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไรแต่มุ่งไปที่ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ตอบสนองความจำเป็นพื้นฐาน ค้ำครองสิทธิของประชาชน และเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิประโยชน์บางประการทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมไปถึงการดำเนินงานเพื่อสาธารณประโยชน์ เช่น ให้การศึกษา การพยาบาล การพัฒนาสังคม และการเยียวยาช่วยเหลือให้พ้นจากสภาพปัญหา เป็นต้น เมื่อกาลเวลาผ่านไปองค์การพัฒนาเอกชนจึงเติบโตท่ามกลางกระแสการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม จนกลายเป็นองค์การพัฒนาเอกชนขนาดใหญ่ หรือองค์การที่ไม่ใช่ของภาครัฐ (Non - Governmental Organization) หรือองค์การที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Nonprofit Organization) ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยจะกล่าวถึงด้วยคำว่าองค์การพัฒนาเอกชน ภายใต้กรณีศึกษาที่มีประวัติความเป็นมาอย่างยาวนาน นั่นคือ ขบวนการแพทย์ชนบท อันเป็นกลุ่มคนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่ได้มารวมตัวกันเป็นองค์การภาคประชาสังคมเพื่อเป็นตัวแทนประชาชนขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาทางด้านสาธารณสุข เริ่มต้นจากการเป็นกลุ่มคนวิชาชีพเดียวกันมารวมตัวกันเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบท พัฒนาเป็นชมรม และกลายเป็นมูลนิธิที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีประวัติความเป็นมา การดำเนินงาน และการเคลื่อนไหวทางสังคมที่นำมาซึ่งจุดเปลี่ยนสำคัญ อาทิ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การเปิดโปงการทุจริตยา และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำมาสู่การเป็นต้นแบบของการสร้างเครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขไทยมาจนถึงปัจจุบัน โดยสามารถแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ จุดเริ่มต้นของชมรมแพทย์ชนบท การก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท การประชุมกลุ่มสามพราน และการขยายเครือข่ายแพทย์ชนบท

4.1 จุดเริ่มต้นของชมรมแพทย์ชนบท

จุดกำเนิดแห่งความเป็นมาทั้งหมดของขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2519 จากความยากลำบากของการทำงานวิชาชีพแพทย์ในชนบทสู่เจตนารมณ์ของกลุ่มแพทย์ที่หวังสร้างความเท่าเทียมทางสังคม โดยขบวนการแพทย์ชนบทได้ก่อตัวขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2519 เมื่อนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์ใช้ทุนซึ่งประสบปัญหาต่าง ๆ จากการทำงานในศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอเกิดความคิดว่า การร่วมมือระหว่างผู้มีปัญหาด้วยกันเป็นหนทางที่จะบรรเทาปัญหาได้จึงออกหนังสือเวียนถึงศูนย์การแพทย์และอนามัยอำเภอตามที่แตกต่างกัน นำมาสู่การประชุมครั้งแรกที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และมีการจัดตั้งกลุ่มสหพันธ์แพทย์ชนบทขึ้น โดยมีนายแพทย์ประสพ พาลพ่าย เป็นประธานสหพันธ์แพทย์ชนบท และนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขานุการ พร้อมกับเป้าหมายที่ชัดเจนตามความตอนหนึ่งในวารสารสหพันธ์แพทย์ชนบทฉบับเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2519 ที่สะท้อนให้เห็นถึงเจตนารมณ์ของแพทย์ชนบท ความว่า สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นศูนย์กลางประสานงานแพทย์ระดับอำเภอทั่วประเทศ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของพวกเขา... สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็น ศูนย์กลางในการสรุปความชัดเจนของพวกเขา และสนับสนุนนโยบายสาธารณสุขที่เอื้อประโยชน์แก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศอย่างแท้จริง... สหพันธ์แพทย์ชนบทจะเป็นกำลังส่วนหนึ่งในการผลักดันให้การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ชนบทได้ปรากฏเป็นจริงขึ้นมาในอนาคตอันใกล้... นี่คือการกระทำที่อันสูงส่งและมีเกียรติของสหพันธ์แพทย์ชนบท (ระชา ภูษชงค์ และคณะ, 2556) กล่าวได้ว่าการเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นการเคลื่อนไหวของกลุ่มคนอันเนื่องมาจากสถานการณ์ภายใต้สภาพปัญหาเพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมทางสังคม กลายเป็นองค์การสะท้อนบทบาทของภาคประชาสังคมซึ่งมีจุดเริ่มต้นมาจากประชาชนสู่ประชาชน เฉกเช่นเดียวกับการรวมตัวของกลุ่มประชาชนเพื่อต่อต้านโครงการสร้างเขื่อนผลิตกระแสไฟฟ้าขององค์การที่ราบลุ่มแม่น้ำเทนเนสซี ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2476 ซึ่งเกิดขึ้นท่ามกลางวิกฤตเศรษฐกิจของประเทศ ประกอบด้วยข้อสงสัยเกี่ยวกับความโปร่งใสของการดำเนินโครงการ อีกทั้งยังมีจุดมุ่งหมายไปที่ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนเป็นหลักจนเป็นต้นแบบที่นำมาสู่องค์การพัฒนาเอกชนในปัจจุบัน

นอกจากนี้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546) ซึ่งเป็นนายแพทย์ผู้มีส่วนร่วมกับ ขบวนการแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง ยังได้วิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการก่อกำเนิดของ ขบวนการแพทย์ชนบทว่ามาจาก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมคือ กระแสสังคมช่วงก่อน ระหว่าง และหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุข คือ ความทุกข์ของ ประชาชนในชนบทจากการขาดแคลนแพทย์และบริการสาธารณสุข และความต้องการแพทย์เพิ่มขึ้น ของประเทศสหรัฐอเมริกาจากสงครามเวียดนามทำให้แพทย์จบใหม่อพยพไปยังประเทศสหรัฐอเมริกา และปัจจัยสุดท้าย ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคลและการศึกษา คือ ภาวะผู้นำที่มีสติปัญญาและการฝึกฝน ให้รู้จักการแก้ปัญหาจากระบบการศึกษาและระบบการทำงานบริการสุขภาพ ดังนั้นทั้ง 3 ปัจจัยจึง นำมาซึ่งการก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2519

ในปีเดียวกันกับการก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทได้เกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 หรือ เหตุการณ์ชุมนุมเพื่อต่อต้านจอมพลถนอม กิตติขจร เหตุการณ์ดังกล่าวได้ลุกลามบานปลายไปจนถึง การใช้ความรุนแรงเพื่อปราบปรามกลุ่มผู้ชุมนุม อีกทั้งยังมีความแตกแยกทางความคิดในวงกว้างทำ ให้บทบาทของแพทย์ชนบทต้องยุติลง เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการถูกรัฐเพ่งเล็งว่ามีความเชื่อมโยง กับฝ่ายคอมมิวนิสต์ ก่อนจะกลับมารวมตัวกันอีกครั้งในปี พ.ศ. 2521 ภายใต้ชื่อว่า ชมรมแพทย์ ชนบท โดยมีนายแพทย์อุเทน จารณศิริ เป็นประธานชมรมฯ นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็น เลขาธิการ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ช่วยเลขาธิการ อีกทั้งยังคงมีเจตนารมณ์ เพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขไทยให้เท่าเทียมอย่างทั่วถึง ตามวัตถุประสงค์ของชมรมที่ปรากฏใน วารสารชมรมแพทย์ชนบท ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมีนาคม 2522 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) ดังนี้

- 1) เป็นศูนย์รวมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของแพทย์ชนบททั่วประเทศ
- 2) เพื่อฟื้นฟูความรู้ด้านบริการและวิชาการของแพทย์ชนบททั่วประเทศ
- 3) เป็นศูนย์กลางเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการบริการประชาชน
- 4) เพื่อยกฐานะแพทย์ในชนบทให้เป็นที่ยอมรับและรู้จักกันโดยทั่วไป

นอกจากนี้ยังคงมีเจตนารมณ์เพื่อผลประโยชน์ของสาธารณะที่สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ตามความตอนหนึ่งที่เป็นข้อความเผยแพร่โดยชมรมแพทย์ชนบทในสื่อสังคมออนไลน์ของชมรมแพทย์ ชนบทซึ่งระบุว่า “ชมรมแพทย์ชนบทเป็นการรวมตัวของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งทำงานใน

ชนบท และหมายรวมถึงแพทย์ที่มีจิตใจใส่ใจกับการสร้างความเป็นธรรม ความเท่าเทียมให้กับคนชนบท ด้านการคอร์ปชั่น สร้างธรรมาภิบาลในกระทรวง และในยามที่บ้านเมืองวิกฤตจะขอยื่นเคียงข้างมวลมหาประชาชน” นับจากการรวมตัวของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2519 และการก่อตั้งเป็นชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2521 ขบวนการแพทย์ชนบทมุ่งเน้นการดำเนินงานในส่วนของการวางระบบสาธารณสุขไทย การพัฒนาโรงพยาบาลในชนบท และการสร้างเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทในภูมิภาคต่าง ๆ จนกระทั่งพัฒนารูปแบบองค์กรให้กลายเป็นองค์การพัฒนาเอกชนที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย นั่นคือ การจดทะเบียนเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบท ตามมติเห็นชอบของที่ประชุมในการประชุมสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทภาคอีสาน ที่เขื่อนลำพระเพลิง อ.ปักธงชัย จ.นครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ. 2523

4.2 การก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท

ภายหลังจากปี พ.ศ. 2525 ขบวนการแพทย์ชนบทได้ดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านบทบาทของชมรมแพทย์ชนบทควบคู่ไปกับบทบาทของมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นรูปแบบองค์การที่พัฒนามาจากการรวมกลุ่มคนที่มีเจตนารมณ์เดียวกันจนกลายมาเป็นองค์การพัฒนาเอกชนที่จดทะเบียนนิติบุคคลถูกต้องตามกฎหมาย โดยขออนุญาตจัดตั้งมูลนิธิจากสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ ได้รับใบอนุญาตเลขที่ ต. 228/2524 ออกให้ ณ วันที่ 2 กันยายน 2524 จากนั้นจึงได้จดทะเบียนจากกระทรวงมหาดไทยเพื่อเป็นนิติบุคคล ซึ่งได้รับเลขทะเบียนจากกรุงเทพมหานครทะเบียนลำดับที่ 1719 เมื่อวันที่ 15 มีนาคม 2525 และกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ ดังนี้ (มูลนิธิแพทย์ชนบท, ม.ป.ป.)

- 1) เพื่อสนับสนุนบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท
- 2) เพื่อสนับสนุนการวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท
- 3) เพื่อสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในชนบท
- 4) เพื่อส่งเสริมขวัญและกำลังใจของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชนบท

วัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นเกิดจากการรวมกลุ่มของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นสหพันธ์แพทย์ชนบทสู่องค์กรในรูปแบบมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งจะประกอบไปด้วยกลุ่มผู้นำที่เป็นนายแพทย์ชนบทหลายรุ่นด้วยกัน แบ่งออกเป็น 3 รุ่นหลัก ๆ คือ รุ่นผู้อาวุโส รุ่นคนกลาง และรุ่นคนหนุ่ม ที่ได้มา

รวมกันจัดตั้งเป็นคณะกรรมการมูลนิธิประกอบด้วยศาสตราจารย์นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ตัวแทน
 รุ่นอาวุโสดำรงตำแหน่งประธานมูลนิธิฯ และมีนายแพทย์รุ่นหนุ่มในยุคนั้นอย่างนายแพทย์มานิตย์
 ประพันธ์ศิลป์ เป็นกรรมการและเลขานุการ อีกทั้งยังมีแรงผลักดันให้เกิดการรวมกลุ่มจากตัวแทน
 นายแพทย์รุ่นคนกลางอีกหลายท่าน เช่น นายแพทย์อุเทน จารณศรี นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย
 นายแพทย์คม ห่องจันทร์ นายแพทย์ชะลอ คุปตะวินทุ และนายแพทย์อนันต์ เทนะรุจิ เป็นต้น
 นอกจากนี้ยังมีผู้สนับสนุนด้านเงินทุนด้วยการบริจาคเงิน 100,000 บาท เป็นทุนเริ่มแรกของการจัดตั้ง
 มูลนิธิแพทย์ชนบท ผู้สนับสนุนคือศาสตราจารย์ แพทย์หญิง จินดาภา สายันทวิกลิต อดีตอาจารย์แพทย์
 ที่ศิริราช โดยติดต่อผ่านการประสานงานของเหรียญก๊อคือนายแพทย์ปรีชา ดีสวัสดิ์ (สุวิทย์ วิบุลผล
 ประเสริฐ, 2546) อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของมูลนิธิในช่วงแรกก็ยังคงประสบกับปัญหาต่าง ๆ ทั้ง
 การขาดแคลนทุนทรัพย์ การขาดกำลังคน และการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งคณะกรรมการโดยเฉพาะ
 นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ บุคคลสำคัญผู้ซึ่งก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบท ชมรมแพทย์ชนบท
 และมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งได้โอนย้ายไปรับราชการที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงแต่งตั้งให้นายแพทย์
 สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ทำหน้าที่เลขานุการแทน ด้วยปัญหาหลายประการ ณ เวลานั้นมูลนิธิแพทย์
 ชนบทจึงยังไม่มีกิจกรรมที่ชัดเจนมากนัก ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมในรูปแบบการจัดหาทุนและ
 สนับสนุนการจัดพิมพ์วารสารและจุลสารของชมรมแพทย์ชนบท ซึ่งยังคงดำเนินกิจกรรมองค์การใน
 รูปแบบชมรมแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง อันเนื่องมาจากมีความคล่องตัวสูงกว่าการเคลื่อนไหวใน
 รูปแบบมูลนิธิฯ

ในปี พ.ศ. 2527 มูลนิธิแพทย์ชนบทได้จัดตั้งกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร เพื่อเป็น
 อนุสรณ์ถึงนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตาพระยา จ.สระแก้ว ที่เสียชีวิตใน
 ระหว่างปฏิบัติหน้าที่เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยมีการสรรหาและมอบรางวัลแพทย์ดีเด่นให้กับแพทย์ที่
 ปฏิบัติงานในชนบทด้วยความกล้าหาญ เสียสละ และอดทน เป็นประจำทุกปี ต่อมาในปี พ.ศ. 2530
 การดำเนินงานของมูลนิธิแพทย์ชนบทเริ่มมีความชัดเจนขึ้นและมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มขึ้น
 หลายท่าน ได้แก่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ แพทย์หญิงสุพัทธรา
 ศรีวณิชชากร นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ และนายแพทย์ทรงกิจ อติวณิชยพงศ์ เป็นต้น
 (เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่, 2552) ในช่วงเวลานั้นมีการจัดทำ
 แผนงานมูลนิธิขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2530 – 2531 ประกอบกับการประชุมประจำปีของชมรม

แพทย์ชนบทที่จัดขึ้น ณ เชื้อนลำพระเพลิง จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2534 ทำให้การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบททั้งหมดมีความชัดเจนยิ่งขึ้น โดยแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนภายใต้ 2 กลไกหลักที่เชื่อมโยงกัน คือ ชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลไกลักษณะที่ทำงานการเคลื่อนไหว เป็นองค์การที่ไม่เป็นทางการ ไม่เป็นนิติบุคคล และมีความคล่องตัวสูง ส่วนมูลนิธิแพทย์ชนบทเป็นกลไกลักษณะที่เป็นแหล่งสะสมทุน ทั้งทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนทางการเงิน เป็นองค์การที่เป็นทางการ เป็นนิติบุคคล ทำงานในลักษณะสมานฉันท์

จากกลไกเชื่อมโยงข้างต้นจะเห็นได้ว่ามูลนิธิแพทย์ชนบทถูกตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทโดยยังคงดำเนินการควบคู่กันไป และมีการหาแหล่งเงินทุนเพิ่มเติมจากผู้สนับสนุนในลักษณะของภาคเอกชน รวมไปถึงภาครัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่ไปกับโครงการเยี่ยมแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทยังคงมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขไทยอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกโดยอาศัยความร่วมมือจากสังคม (Social Mobilization) เช่น โครงการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2530 บทบาทในการสร้างองค์ความรู้ด้านสาธารณสุขไทยอย่างการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ตลอดจนบทบาทในการสร้างธรรมาภิบาลในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งกรณีการแต่งตั้งโยกย้ายอย่างไม่เป็นธรรมและกรณีการทุจริตยา พ.ศ. 2541 นับได้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเพื่อพัฒนาสาธารณสุขไทย ร่วมกับองค์กรเครือข่ายจำนวนมาก ซึ่งสะท้อนบทบาทขององค์การพัฒนาเอกชนที่เข้ามาเติมเต็มช่องว่างระหว่างองค์การภาครัฐและภาคประชาชน

4.3 การประชุมกลุ่มสามพราน

กลุ่มสามพรานเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นและต่อเนื่องมาอย่างยาวนานของขบวนการแพทย์ชนบท ด้วยเปรียบเป็นเวทีทางวิชาการที่จัดประชุมหารือกันระหว่างกลุ่มแพทย์ชนบท ทั้งผู้นำจากชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท แพทย์ชนบทผู้มีบทบาททางวิชาการ ตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมในประเด็นที่เกี่ยวข้อง การประชุมจัดขึ้นทุกเดือน ณ สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม เริ่มต้นขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 ตามคำแนะนำของนายแพทย์ประเวศ วะสี ที่มอบให้กับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นประธานชมรม

แพทย์ชนบทในขณะนั้น (พ.ศ. 2528 - 2529) เมื่อครั้งที่เข้าไปปรึกษาถึงปัญหาความอึดอัดใจในการทำงานร่วมกันกับแพทย์ชนบทที่ทำงานส่วนกลางด้วยกันและความห่างเหินกับแพทย์ชนบทในพื้นที่ เมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ต้องเข้ามาทำงาน ณ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้โครงสร้างราชการที่มีระบบบริหารแนวดิ่งและขาดอิสระทางการทำงาน แตกต่างจากที่เคยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอำเภอซึ่งเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบที่ค่อนข้างมีอิสระ ดังนั้น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงอยากจัดให้มีการพูดคุยปรับความเข้าใจกันของขบวนการแพทย์ชนบท ในขณะที่นายแพทย์ประเวศ วะสีแนะนำให้จัดเป็นเวทีทางวิชาการ โดยให้เหตุผลว่าการประชุมเพื่อสร้างความรู้นี้จะลดทอนความไม่เข้าใจกันลงไปได้เอง

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2562) ได้บอกเล่าเรื่องราวการประชุมกลุ่มสามพรานไว้ว่า การประชุมจะจัดขึ้นในทุกเดือนเพื่อให้แพทย์ที่อยู่ในชนบทและแพทย์ในกระทรวงได้พบปะกันอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง โดยมาร่วมกันแก้ปัญหาาระบบสุขภาพของประเทศ และให้สมาชิกกลับไปคิดแนวทางนำมาเสนอมาแลกเปลี่ยนกัน เมื่อเห็นต่างก็มาสู้กันด้วยสติปัญญาให้แตกฉาน เพราะฉะนั้นสิ่งที่คิดก็จะถูกปรับแต่งจากหลาย ๆ คน สิ่งที่ทำจึงเหมือนการวางแผนออกมาเป็นอย่างดี นี่จึงเป็นกลไกหรือหัวใจสำคัญที่วงการอื่นไม่มี มีเพียงองค์การสุขภาพที่ทำสำเร็จ หากประชุมกันเป็นครั้งคราวก็จะไม่สำเร็จ จึงต้องประชุมเป็นประจำตามหลักการบริหารนิยธรรมของพระพุทธศาสนาที่มีอยู่ 7 ประการ¹ ซึ่งการประชุมกลุ่มสามพรานในครั้งแรกที่ประชุมได้มอบหมายให้นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐเป็นผู้นำเสนอด้วยเรื่องระบบบริการสาธารณสุข ในขณะที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (สัมภาษณ์, 11 ธันวาคม 2562) ได้กล่าวถึงการประชุมกลุ่มสามพรานว่า ณ เวลานั้นว่า แพทย์ชนบทได้แยกไปทำงานในส่วนงานที่แตกต่างกัน นายแพทย์สงวนไปอยู่สาธารณสุขมูลฐาน นายแพทย์สมศักดิ์อยู่กองแผนงาน นายแพทย์สมชัยอยู่กองสาธารณสุขภูมิภาค พอมีสังกัดก็เริ่มมีการกระทบกระทั่งกันเมื่อมีการประชุมในกระทรวงก็จะเกิดการถกเถียง

¹ หลักการบริหารนิยธรรมของพระพุทธศาสนาที่มีอยู่ 7 ประการ ได้แก่ 1) หมั่นประชุมกันเนืองนิตย์ 2) พร้อมเพรียงกันประชุม เลิกประชุม และทำกิจกรรมร่วมกัน 3) ไม่บัญญัติสิ่งที่มีได้บัญญัติไว้อันขัดต่อหลักการเดิมและไม่ล้มล้างสิ่งที่บัญญัติไว้ตามหลักการเดิม 4) ให้ความเคารพและรับฟังความคิดเห็นของผู้ใหญ่ 5) ให้เกียรติและคุ้มครองสตรีและกุมารีทั้งหลาย 6) เคารพสักการบูชาเจดีย์ (ปูชนียสถาน ปูชนียวัตถุ และอนุสาวรีย์ต่าง ๆ) และ 7) ให้การอารักขาพระภิกษุสงฆ์หรือผู้ทรงศีล

นายแพทย์สงวนจึงไปปรึกษานายแพทย์ประเวศ วะสี เกิดเป็นการประชุมกลุ่มสามพรานขึ้น โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นคนแรกที่นำเสนอ ท่านเล่าถึงเหตุการณ์ในครั้งนั้นว่า “ผมจบจากต่างประเทศกลับมา นำเสนอเรื่องระบบบริการสาธารณสุข โครงสร้าง วิธีคิด ทำเป็น Paper แล้วก็มาคุยกัน ก็สนุกสนานดีเพราะในเวลานั้นไม่มีความขัดแย้ง เป็นเวทีที่คุยเรื่องวิชาการทำให้บรรยากาศดีขึ้น ผู้คนที่มีความคิดไม่ตรงกันในกระทรวงก็ดีขึ้น กลับไปในกระทรวงก็ดีขึ้น และการประชุมก็อยู่เรื่อย ๆ มาจนถึงทุกวันนี้ มีคนใหม่เข้ามา มีคนเก่าออกไป มีคนที่อยู่ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลอำเภอไปจนถึงระดับกระทรวงต่าง ๆ”

ในส่วนของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2549) กล่าวถึงความสำคัญของกลุ่มสามพรานไว้ว่า เวทีสามพรานเป็นเวทีเสนอการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าเป็นเวทีถกเถียงเพื่อหาข้อยุติในแนวคิด บ่อยครั้งที่เวทีสามพรานนำเรื่องใหม่ ๆ หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นมาหารือร่วมกัน บางเรื่องเมื่อมีการแลกเปลี่ยนกันมากเข้าก็เห็นความสำคัญมากขึ้น สมาชิกที่ผลักดันเรื่องนั้น ๆ ก็อาจถูกมอบหมายจากกลุ่มให้ไปติดตามและนำความคืบหน้ามาถ่ายทอด นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ยกตัวอย่างการประชุมครั้งหนึ่งของกลุ่มสามพรานในช่วงการผลักดันพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 สมัยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ซึ่งเป็นกฎหมายใหญ่ที่มีผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขจึงมีการค้นคว้าหาความรู้ในเรื่องดังกล่าวมานำเสนอ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้มีบทบาทสำคัญในการวางระบบการเหมาจ่ายของประกันสังคมถูกเชิญให้มาวิเคราะห์ถึงผลกระทบพร้อมกันกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งขณะนั้นรับผิดชอบงานการวางแผนของกระทรวงสาธารณสุข จากการประชุมกลุ่มสามพราน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงถูกมอบหมายจากกลุ่มให้ไปร่วมผลักดันโครงการประกันสังคม ร่วมกับกรมแรงงานซึ่งขณะนั้นยังสังกัดกระทรวงมหาดไทย เพื่อไม่ให้ประกันสุขภาพภายใต้โครงการประกันสังคมเดินไปในทิศทางที่ไม่ถูกต้อง นับเป็นจุดหักเหครั้งใหญ่ที่กลายเป็นเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบท

จากการสัมภาษณ์ยังพบความเกี่ยวข้องระหว่างกลุ่มสามพรานกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้ให้ข้อมูลชี้ให้เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องพิจารณาทั้งในด้านการเงินและด้านระบบบริการ ซึ่งกลุ่มสามพรานไม่ได้มีบทบาทในการเข้าไปเคลื่อนไหวอย่าง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่เป็นตัวหลักในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กลุ่มสามพรานเป็นเวทีที่มานั่งคุยกันโดยเฉพาะในเรื่องระบบบริการสาธารณสุข รวมไปถึงประเด็น

ด้านอื่น ๆ ดังนั้นกลุ่มสามพรานจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างระบบบริการสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้ให้ข้อสังเกตเพิ่มเติมว่าการเมืองมีผลต่อการขยายสิทธิในด้านต่าง ๆ กล่าวคือ ในช่วงรัฐบาลเลือกตั้งจะเป็นการขยายสิทธิให้ครอบคลุมประชาชนเพื่อเรียกคะแนนเสียงจากประชาชน ในขณะที่รัฐบาลทหารหรือข้าราชการจะมุ่งเน้นไปที่การวางระบบ เช่น รัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ มีการสร้างสถานีอนามัย สร้างโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ ผลิตแพทย์กระจายไปอยู่ในชนบท ผลิตพนักงานอนามัย ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปอยู่ชนบท ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขกระจายไปทั่วประเทศ ส่วนเรื่องการเงินเป็นเรื่องที่แพทย์ชนบทเฉพาะบุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมไม่ใช่การดำเนินงานของเครือข่ายแพทย์ชนบททั้งหมด

การประชุมของกลุ่มสามพรานในทุกเดือนจะมีแพทย์ชนบทกลุ่มหลัก ๆ ที่เข้าร่วมประชุมเกือบทุกครั้ง ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ นายแพทย์สมชัย (รวินันท์) ศิริกนกวิไล นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นายแพทย์อภิสิทธิ์ อารังวรารุร นายแพทย์วิชัย อัครภาคย์ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อีกทั้งยังมีแพทย์อาวุโสที่เป็นสมาชิกกลุ่มสามพราน ได้แก่ นายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช นายแพทย์ดำรงค์ บุญยีน และนายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของแพทย์ชนบทและมาเข้าร่วมทุกครั้งเป็นเวลานานนับสิบปีจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ประธานชมรมแพทย์ชนบทที่ผ่านมาทุกคนก็จะได้รับเชิญให้เข้าร่วมกลุ่มสามพรานด้วยเพื่อสืบทอดจิตวิญญาณของขบวนการแพทย์ชนบท (คณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์, สัมภาษณ์, 8 พฤศจิกายน 2562) นับได้ว่ากิจกรรมการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทล้วนแล้วแต่มีแนวคิดของกลุ่มสามพราน และยังสร้างเครือข่ายที่กว้างขวาง มีผู้ร่วมผลักดันอยู่ในหลากหลายวิชาชีพ ดังนั้นกลุ่มสามพรานจึงเป็นอีกส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในฐานะเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ถ่ายทอดประสบการณ์ และการทดลองถูกจนนำมาซึ่งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านการวางระบบบริการสาธารณสุขที่มีความพร้อมรองรับนโยบายทำให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว

4.4 การขยายเครือข่ายแพทย์ชนบท

หลังจากการก่อตัวของชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2521 และการก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท ในปี พ.ศ. 2524 แพทย์ชนบทมีศักยภาพมากขึ้นด้วยการขับเคลื่อนขบวนการผ่านกลไกการทำงานระบบเครือข่าย ภายใต้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เหนียวแน่นในบรรดาแพทย์ชนบทที่มักพบปะกันเสมอโดยเฉพาะในการประชุมกลุ่มสามพรานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 แพทย์ชนบทรุ่นบุกเบิกได้เข้าไปมีตำแหน่งสำคัญทางการเมือง อย่างนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2524 - 2526 และนายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2534 และ 2535 แพทย์ชนบทส่วนหนึ่งเข้าไปทำงานในกระทรวง เช่น นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เริ่มจากเป็นหัวหน้าสำนักงานประสานงานวิชาการและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2528 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นรองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน พ.ศ. 2529 นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เป็นผู้อำนวยการกองการสาธารณสุขต่างประเทศ พ.ศ. 2535 และแพทย์ชนบทอีกหลายท่านก็เข้าไปมีบทบาทในองค์การวิชาชีพอย่างแพทยสภา ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นต้น กลายเป็นการขยายเครือข่ายสู่องค์กรรูปแบบอื่น ๆ ที่นอกเหนือไปจากองค์การพัฒนาเอกชน นำไปสู่การมีส่วนร่วมและขับเคลื่อนงานสำคัญ ๆ ที่ก่อให้เกิดเครือข่ายสนับสนุนการทำงานของขบวนการแพทย์มากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นโครงการรณรงค์งดสูบบุหรี่ พ.ศ. 2530 กองทุนประกันสังคม พ.ศ. 2534 การก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พ.ศ. 2535 ตลอดจนการเปิดโปงกรณีทุจริทยา พ.ศ. 2541 ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

โครงการรณรงค์งดสูบบุหรี่มีแนวความคิดแรกเริ่มจาก พ.ศ. 2523 องค์การอนามัยโลก ประกาศเป็นปีแห่งการไม่สูบบุหรี่ นำมาสู่ความตื่นตัวในการแสวงหาและวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งนายแพทย์ประเวศ วะสี รองประธานมูลนิธิหมอชาวบ้านในขณะนั้น ได้มีโอกาสไปร่วมประชุมกับหน่วยงานนี้ในต่างประเทศโดยตลอด จึงรับรู้ข้อมูลเรื่องพิษภัยจากบุหรี่ที่มีการศึกษาในหลายประเทศ และนำข้อมูลมาพูดคุยในเวทีสามพรานว่า ควรจะทำการรณรงค์ทั่วประเทศ โดยการใช้ยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนที่เน้นเรื่องสุขภาพ เป็นการวิ่งรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ ไม่ใช่การต่อต้านคนสูบบุหรี่ ใช้การทำงานแบบ NGO ภายใต้โครงสร้างของ GO

และใช้การมีส่วนร่วมของหลายภาคี คือ องค์การอนามัยโลก แพทยสภา โรงพยาบาลชุมชน และ สื่อมวลชน (IHPP & HITAP, 2556) โดยมอบหมายให้คณะกรรมการประสานงานองค์การพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข (คปอ.ส.) ศึกษา รวบรวมข้อมูล และประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ เพื่อจัดตั้งเป็น คณะทำงานขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2530 ต่อมาในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เริ่มขยายผลกว้างไกลออกไปยิ่งขึ้น เมื่อชมรมแพทย์ชนบทซึ่งมีนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เป็นประธาน ชมรมในขณะนั้น จัดงานวีรกรรมรงค์จากทุกภาคของประเทศมุ่งสู่กรุงเทพมหานคร โดยวางเป้าหมาย เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่พร้อมกับกล่าวรายชื่อแสดงประชามติเห็นด้วยกับการไม่สูบบุหรี่ รายชื่อที่นักวีรกรรมรงค์รวบรวมได้ 5,900,000 คน ถูกมอบสู่มือ ฯพณฯ ชวน หลีกภัย ประธานสภา ผู้แทนราษฎรในขณะนั้น เพื่อเป็นเครื่องยืนยันว่าคนไทยต้องการกฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่และ กฎหมายที่ให้ความคุ้มครองสุขภาพคนส่วนรวมจากควันบุหรี่ โดยในขณะนั้นประเทศไทยยังไม่มี กฎหมายในเรื่องดังกล่าว มีเพียงแต่ข้อบัญญัติห้ามสูบบุหรี่ในโรงพยาบาลนตร์และรถโดยสารประจำทาง เท่านั้น ก่อนจะประสบความสำเร็จเป็นพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ในรัฐบาลของนายกรัฐมนตรีอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งเป็นผลโดยตรงจากการทำงานอย่างหนักของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายในครั้งที่ไทยถูกบีบให้ เปิดตลาดบุหรี่นอกในปี พ.ศ. 2532 (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ม.ป.ป.)

กองทุนประกันสังคมมีผลบังคับใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2534 จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ ประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีสำนักงานประกันสังคมเป็นผู้บริหารจัดการกองทุน โดยกำหนดให้บุคคล 3 ฝ่าย ได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาล จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมฝ่ายละเท่า ๆ กัน เพื่อ คุ้มครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตน โดยใช้วิธีเหมาจ่ายรายหัวอัตราเดียวซึ่งเริ่มต้นขึ้น จากข้อเสนอแนะของนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ต่อเลขาธิการคณะกรรมการประกันสังคม คนแรก คือ คุณอำพล สิงห์โกวินท์ ณ เวลานั้น นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เสนอระบบการใช้จ่ายรูปแบบใหม่จากระบบเดิมที่คิดค่าใช้จ่ายตามรายการการให้บริการ (Fee - For - Service) เป็น ระบบที่ให้โรงพยาบาลเหมาจ่ายรายหัวในอัตราคนละ 750 บาทต่อปี ซึ่งสามารถควบคุมค่าใช้จ่าย ทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน และยังจัดปัญหาการตรวจสอบเอกสารค่ารักษาพยาบาลจำนวนมากราว 5.4 ล้านฉบับหากคิดค่าใช้จ่ายตามการให้บริการ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2554) นอกจากนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร จะมีบทบาทในการวางระบบใช้จ่ายสิทธิประกันสังคมแล้ว ยังมีบทบาทในการคำนวณ

ค่าใช้จ่ายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเวลาต่อมา อีกทั้งยังเข้าร่วมประชุมเรื่องประกันสังคมกับกลุ่มสามพราน จนนำไปสู่การผลักดันให้นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เข้าไปมีบทบาทในโครงการประกันสังคม ด้วยการจัดตั้งคณะกรรมการแพทย์ชุดแรกและเข้าไปเป็นประธานคนแรก จึงทำให้ได้เรียนรู้เกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพมากมาย เช่น ระบบการเงิน การคลัง และการใช้พลังทางด้านการเงิน (financial power) ในการจัดสรรงบประมาณเพื่อกำกับทิศทางของสถานพยาบาล ในการให้บริการ การเกิดเครือข่ายของสถานพยาบาลของโรงพยาบาลที่จับกลุ่มกับคลินิกเอกชน และการเลือกสถานพยาบาลของประชาชนให้เหมาะสม (หोजดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์, ม.ป.ป.-c) ระบบประกันสังคมจึงกลายเป็นการบุกเบิกระบบเหมาจ่ายรายหัวและยังเป็นความรู้ต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอีกด้วย

การก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นการก่อตั้งสถาบันเพื่อรองรับกระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ เริ่มต้นจากการพูดคุยกันในเวทีคณะกรรมการระบาคติวิทยาแห่งชาติ ซึ่งมีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ หลังจากมีการประชุมร่วมกับนายแพทย์ไพโรจน์ ینگสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น และเห็นตรงกันว่าควรมีการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงนำไปสู่การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านวิชาการ การจัดการความรู้ และสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นตรงกันว่าในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้เชิงระบบเสียก่อน และความรู้เชิงระบบดังกล่าวก็จะต้องมาจากสถาบันวิจัยระบบที่เป็นอิสระด้วย โดยแพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นผู้ยกร่างพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งยังช่วยดำเนินการให้กฎหมายผ่านสภานิติบัญญัติในวันสุดท้ายของการประชุมอีกด้วย หลังจากก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ได้รับเลือกให้เป็นผู้อำนวยการคนแรกของสถาบัน ทำหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการและวางรากฐานให้แก่ สวรส. เพื่อให้สามารถทำงานสร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเป็นอิสระ (ระชา ฤชชงค์ และคณะ, 2556)

การเปิดโปงกรณีทุจริตยาช่วงปี พ.ศ. 2541 เกิดขึ้นจากการยกเลิกราคากลางยาและไม่มี การกำหนดราคากลางยาขึ้นใหม่เป็นเวลานานเกือบ 2 ปี ระยะเวลาช่องว่างที่ไม่มีราคากลางยาในประเทศ

ก่อให้เกิดการทุจริตขนานใหญ่ มีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ราคาผิดปกติในกระทรวงสาธารณสุขวงเงินกว่า 1.4 พันล้านบาท ทำให้แพทย์และเภสัชกรรุ่นใหม่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศซึ่งรับไม่ได้กับสภาพที่ถูกสั่งการจากผู้บังคับบัญชาให้ซื้อยาและเวชภัณฑ์ในราคาที่แพงกว่าปกติที่เคยซื้อถึง 50 - 300% รวมกันเคลื่อนไหวต่อต้านในนามของชมรมแพทย์ชนบทและชมรมเภสัชชนบท อีกทั้งยังมีการยื่นยันสนับสนุนจากแพทย์อาวุโส รวมถึงเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 30 องค์กร ที่รวมตัวกันออกมาเคลื่อนไหวสนับสนุนแพทย์ชนบท ได้สร้างแรงกดดันให้ผู้บริหารกระทรวงตั้งคณะกรรมการขึ้นตรวจสอบข้อเท็จจริง (ประชาไท, 2547) นอกจากนี้ชมรมแพทย์ชนบทและชมรมเภสัชชนบทยังทำการสำรวจพบว่า การทุจริตจัดซื้อยาเกิดขึ้นครอบคลุมพื้นที่ 56 จังหวัด มีนักการเมืองเกี่ยวข้อง 4 คน ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย 8 คน และบริษัทยาเกี่ยวข้องจำนวน 36 บริษัท ในขณะที่คณะกรรมการสอบสวนซึ่งมีนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน สรุปว่าการยกเลิกราคากลางทำให้มีการฉวยโอกาสซื้อขายยาในราคาแพงโดยไม่มีเพดานกำกับรายการยาที่สูงสุด แพงกว่าราคากลาง 602.87% และสรุปความเสียหายครั้งนั้นมีมูลค่า 181 ล้านบาท กรณีการทุจริตยานี้มีนักการเมืองร่วมกับข้าราชการประจำระดับสูงในการสั่งการให้เกิดการทุจริตสั่งซื้อยาในวงกว้างทั่วประเทศ ซึ่งมีผลทำให้คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ (ป.ป.ป.) ยื่นมือเข้ามาสอบสวนกรณีดังกล่าวโดยทันที (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ, 2558)

จากกรณีตัวอย่างข้างต้นชี้ให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่มีความต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมาก ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีรากฐานของระบบเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงานในส่วนที่องค์กรเครือข่ายนั้น ๆ มีความเกี่ยวข้อง นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีการวางรากฐานด้านองค์ความรู้ทางสาธารณสุขผ่านการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ส่งเสริมให้บุคลากรเข้าไปเรียนรู้และขับเคลื่อนโครงการที่สำคัญเกี่ยวกับสาธารณสุข ตลอดจนการวิจัยในโรงพยาบาลชนบทที่ได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ชนบทและประชาชนในพื้นที่ ซึ่งบริบททั้งหลายเหล่านี้ล้วนสร้างเครือข่ายและองค์ความรู้ที่กลายเป็นเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในที่สุด

บทที่ 5

กระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage Scheme) หรือที่รู้จักกันในชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค คือ นโยบายสาธารณะที่ขบวนการแพทย์ชนบทพยายามผลักดันประเด็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะได้สำเร็จอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 ผ่านการดำเนินงานร่วมกันหลายฝ่าย โดยการสร้างหลักประกันด้านสุขภาพของประชาชนไทยในการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์อย่างเท่าเทียม เพื่อให้ประชาชนผู้ถือสัญชาติไทยทุกคนมีสิทธิการรักษาพยาบาลรองรับตั้งแต่แรกเกิดจนวันสุดท้ายของชีวิต ทั้งนี้การดำเนินงานของนโยบายดังกล่าวจะใช้ระบบการลงทะเบียนผู้มีสิทธิกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ และภาครัฐจะจัดสรรงบประมาณไปที่โรงพยาบาลนั้น ๆ ตามจำนวนคนในทะเบียนรายชื่อ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในการดูแลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

แต่เดิมก่อนที่ประเทศไทยจะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมผู้ถือสัญชาติไทยทุกคนอย่างทั่วถึง ประเทศไทยมีสิทธิการรักษาพยาบาลที่คุ้มครองโดยรัฐอยู่หลายโครงการ ซึ่งกระจัดกระจาย ทับซ้อน และยังคงมีช่องโหว่ที่คนบางกลุ่มไม่ได้รับสิทธิ ตัวอย่างสิทธิการรักษาพยาบาลที่รัฐให้การคุ้มครองก่อนปี พ.ศ. 2545 ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ สิทธิประกันสังคม สิทธิการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ สิทธิรักษาพยาบาลในโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) ก่อนจะเปลี่ยนเป็นสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ตลอดจนนโยบายสาธารณสุขสำหรับคนบางกลุ่มในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น นโยบายรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่าแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มเด็กแรกเกิดจนถึง 12 ปี คนพิการ กลุ่มทหารผ่านศึก ภิกษุสามเณร ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข จนกระทั่งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถือกำเนิดขึ้นจึงกลายเป็นหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมเกือบทุกสวัสดิการรักษาพยาบาลที่รัฐบาลเคยจัดตั้งขึ้น

ในปัจจุบันสามารถจำแนกสิทธิการรักษาพยาบาลที่ประชาชนผู้ถือสัญชาติไทยได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐออกเป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556)

1) สิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลของข้าราชการ คู่ครองบริการรักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและบุคคลในครอบครัว (บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย) เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลของรัฐ โดยมีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ดูแลระบบและออกกฎระเบียบ

2) สิทธิประกันสังคม คู่ครองบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ประกันตนตามสิทธิสามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้ที่โรงพยาบาลที่เลือกลงทะเบียน โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทำหน้าที่ดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล

3) สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท คู่ครองบุคคลที่เป็นคนไทยมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ที่ไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิอื่น ๆ จากรัฐ ให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากที่กล่าวข้างต้นจึงนำมาสู่การศึกษานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อพิจารณาให้ลึกลงไปในรายละเอียดตามวงจรรณโยบายสาธารณะ โดยเฉพาะในกระบวนการก่อตัวของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ การระบุประเด็นปัญหา และการกำหนดวาระนโยบาย จนกระทั่งกระบวนการกำหนดเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เพื่อให้เข้าใจถึงกระบวนการผลักดันนโยบายสาธารณะที่เริ่มต้นจากปัญหาของภาคประชาชนสู่เส้นทางการเป็นนโยบายสาธารณะที่มีผลประโยชน์ครอบคลุมประชาชนไทยทั้งประเทศ

5.1 การระบุประเด็นปัญหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายสาธารณะมักเริ่มต้นขึ้นจากประเด็นปัญหาที่มีผลกระทบในวงกว้างและมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก อันนำมาซึ่งการจุดประกายให้ปัญหานั้น ๆ ได้รับความสนใจและถูกผลักดันจากกระบวนการระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification) ให้กลายเป็นวาระนโยบายสาธารณะก่อนจะพัฒนาทางเลือกไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยกระบวนการนโยบายสาธารณะต่อไป ในกรณีของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เป็นอีกหนึ่งนโยบายสำคัญที่

เริ่มต้นขึ้นจากปัญหาสาธารณสุขด้านสาธารณสุขของประชาชนไทยจำนวนมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทุกท่านชี้ให้เห็นตรงกันว่าก่อนปี พ.ศ. 2545 หลายครอบครัวเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยและต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลจะต้องหยิบยืมเงิน ขายไร่ ขายนาค หรือปฏิเสธการรักษาเนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่าย ไม่เพียงแต่ผู้มีรายได้น้อยเท่านั้น หากแต่ยังรวมถึงผู้มีรายได้ปานกลางจนถึงรายได้สูง เมื่อต้องประสบกับโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนมากก็ล้วนประสบปัญหา ผู้ป่วยบางรายต้องได้ชื่อว่าเป็นคนไข้อย่างยาก คือ คนไข้ตามระบบช่วยเหลือเรื่องค่ารักษาพยาบาลในอดีต เมื่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลก่อนออกจากโรงพยาบาลก็ต้องไปพบนักสังคมสงเคราะห์ หรือขอให้หัวหน้าสถานพยาบาลยกเว้นค่ารักษาพยาบาลเป็นครั้ง ๆ ไป เวลาลงบัญชีเจ้าหน้าที่ก็จะเขียนด้วยคำว่า อน. ถึงแม้ว่าผู้มีอำนาจในการตัดสินใจนโยบายบางส่วนจะเล็งเห็นถึงปัญหาและหิบบกนนำไปแก้ไข แต่นโยบายที่ออกมาก่อนปี พ.ศ. 2545 ก็ยังไม่ครอบคลุมคนไทยทั่วประเทศ เช่น โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) พ.ศ. 2518 ก่อนจะเปลี่ยนเป็นโครงการบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (บัตร สปร.) คือ โครงการที่ผู้มีบัตรดังกล่าวสามารถไปรับบริการสุขภาพ สถานพยาบาลระดับต้นที่กำหนดเอาไว้ได้โดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น โครงการนี้มุ่งช่วยเหลือผู้มีรายได้น้อยตามเกณฑ์ที่รัฐกำหนด ดังนั้นอำนาจในการพิจารณาระดับรายได้หรือความสามารถในการจ่ายค่าบริการสุขภาพจึงเปลี่ยนมือจากหัวหน้าสถานพยาบาลไปอยู่ในมือของผู้ปกครองในระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2543 พบว่ากว่าร้อยละ 50 ของคนจนที่ควรจะมีสิทธิ์กลับไม่ได้รับบัตรและถูกเรียกเก็บค่าบริการสุขภาพ แต่มีคนไม่จนจำนวนมากกลับได้รับบัตรและไม่ต้องเสียค่าบริการสุขภาพ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2562)

บรรดาแพทย์ผู้ปฏิบัติงานโดยเฉพาะในโรงพยาบาลห่างไกลต้องพบเจอกับสภาพปัญหา โดยเฉพาะคำว่าคนไข้อย่างยากที่ขอความช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาลจากแพทย์ผู้รักษาและหัวหน้าสถานพยาบาล แพทย์ชนบทจึงพยายามผลักดันไปสู่การระบุประเด็นปัญหาเพื่อสร้างการรับรู้และสร้างแนวร่วมนำไปสู่การแก้ไข โดยการปฏิบัติงานร่วมกันของขบวนการแพทย์ชนบทภายใต้การนำของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 8 (พ.ศ. 2528 - 2529) ที่รับรู้ถึงสภาพปัญหาจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (ประทีป ธนกิจเจริญ, สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2562) การปฏิบัติงานที่นี้เป็นเวลา 5 ปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2521 - 2526 ของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ทำให้พบกับคำว่าคนไข้อย่าง

หรือผู้ป่วยยากไร้ที่ไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลจึงต้องขอความช่วยเหลือจากทางโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้แตกต่างไปจากสภาพการณ์ของนายแพทย์ชนบทท่านอื่น ๆ ณ เวลานั้น ตลอดจนการพบเจอกับปัญหาของระบบสาธารณสุขไทยในพื้นที่ห่างไกล ทั้งปัญหาด้านระบบการทำงาน ด้านบุคลากร และด้านเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นต้น หลังจากทำงานที่โรงพยาบาลชนบทเป็นเวลา 5 ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เดินทางไปเรียนต่อที่ประเทศ สหราชอาณาจักร และเบลเยียม ก่อนจะกลับมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา และย้ายเข้ามาทำงานในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2529

การย้ายเข้าทำงานในกระทรวงของนายแพทย์ชนบทหลายท่าน ตัวอย่างเช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งล้วนเคยผ่านเหตุการณ์ 16 ตุลามาด้วยกัน ยิ่งกลายเป็นเครือข่ายที่มีพลังพร้อมขับเคลื่อนโครงการที่สำคัญต่อสาธารณสุขไทย โดยเฉพาะนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้บุกเบิกแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเข้าดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ก่อนจะย้ายไปอยู่กองแผนงานซึ่งเป็นหน่วยงานที่มองภาพรวมของนโยบายการบริหารระบบสาธารณสุขทั่วประเทศ ยิ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่นำไปสู่แนวคิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพอย่างเป็นเรื่องเป็นราว ด้วยการสนับสนุนจากแพทย์ชนบทในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันเป็นอย่างดีโดยเฉพาะจากเวทีกลุ่มสามพราน ประกอบกับประสบการณ์ชีวิตในการเป็นแพทย์โรงพยาบาลชนบท และการศึกษาด้านระบบสาธารณสุขจากต่างประเทศ ทำให้นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เริ่มสร้างรากฐานการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยเริ่มสร้างองค์ความรู้จากการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการชุมชนหาญ ณ อำเภอชุมหาญ จังหวัดศรีสะเกษ (พ.ศ. 2529 - 2531) โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรจากมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ อีกทั้งยังมีนักวิจัยภายนอกคอยสังเกตและให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปได้ในทิศทางที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานประสบอยู่ ผลของการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีอาการหรือโรคทั่วไป ไม่มี ความซับซ้อน ผู้ป่วยหรือชาวบ้านสามารถดูแลตนเองได้ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุข จากเดิมที่เน้นระดับชุมชนอย่างเดียวเป็นการส่งเสริมให้ชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ในโรงพยาบาล

คุณภาพอยู่ในระดับที่ไม่เกินความจำเป็น ทำให้ทราบค่าเฉลี่ยของจำนวนยา ต้นทุน และราคา เมื่อเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายของสถานีนามัยในโรคอาการเดียวกัน ทำให้ทราบต้นทุนการบริการซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเสริมศักยภาพสถานีนามัยเพื่อรักษาโรคพื้นฐานง่าย ๆ ให้ดียิ่งขึ้น (หอบจดหมายเหตุผลหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์, ม.ป.ป.-a) จากการศึกษาสภาพการณ์ของโรงพยาบาลชนบทดังกล่าวนำมาสู่อีกหนึ่งโครงการต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ โครงการอยุธยา

โครงการอยุธยาดำเนินการในปี พ.ศ. 2532 - 2537 เป็นโครงการปฏิรูปและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับที่ใหญ่ขึ้นกว่าโครงการเดิม ด้วยการทดลองสร้างระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ที่มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง และจัดเก็บค่ารักษาในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ 70 บาท ซึ่งเป็นตัวเลขที่สถานพยาบาลตกลงกับชุมชน จากผลการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองนครศรีอยุธยาที่วัดอินทารามในระยะ 2 ปี พบว่าศูนย์แพทย์ฯ สามารถเลี้ยงตัวเองได้ภายใต้การสนับสนุนจากงบประมาณรัฐในระบบปกติ และได้รับการยอมรับจากทั้งผู้มารับบริการโรงพยาบาลทั่วไป เทศบาล และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์เองที่ต่างมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2549) ทีมงาน ณ ตอนนั้นประกอบไปด้วยทั้งจากส่วนกลางและแพทย์ในพื้นที่อยุธยา ได้แก่ นายแพทย์รวินันท์ ศิริกนกวิไล นายแพทย์สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ แพทย์หญิงนงคิน้อย ภูริพันธ์ ภิโยธิน นายแพทย์พิเชษฐ์ จันทอิสระ และนายแพทย์วีระพล ธีรพันธุ์เจริญ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คือ นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ คณบดีในขณะนั้น รวมทั้งนายแพทย์สุรเกียรติ อาชานานุภาพ หัวหน้าศูนย์เวชศาสตร์ชุมชนซึ่งมาช่วยโครงการสมำเสมอ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ม.ป.ป.) รูปแบบที่สร้างขึ้นเป็นที่สนใจจากจังหวัดอื่น ๆ เช่น นครราชสีมา สงขลา พะเยา และยโสธร เป็นต้น จึงเกิดการขยายเป็นโครงการระดับประเทศที่ชื่อว่า โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป ในปี พ.ศ. 2543 - 2546 โดยนำแนวคิดและประสบการณ์จากโครงการอยุธยามาดำเนินการเพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงินการคลัง บุคลากร ระบบส่งต่อ และขยายพื้นที่การดำเนินงานในหลายจังหวัดทั่วประเทศ

การระบุประเด็นปัญหาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากจะอาศัยโครงการวิจัยอย่างโครงการค้นหา โครงการอยุธยา และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขระดับประเทศ เพื่อสร้างองค์ความรู้เป็นรากฐานไปสู่การกำหนดวาระนโยบายแล้ว ยังมีปัจจัยเสริมด้วยการเข้าไปมีส่วนร่วมกับโครงการบัตรสุขภาพที่ริเริ่มโดยนายแพทย์อมร นนทสุด ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น เริ่มทดลองโครงการในปี พ.ศ. 2526 และโครงการประกันสังคมที่เป็นต้นแบบของระบบเหมาจ่ายรายหัวในปี พ.ศ. 2534 ยิ่งทำให้นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มุ่งองค์ความรู้ในด้านหลักประกันสุขภาพ และสร้างเครือข่ายทั้งกับบุคคลและองค์การพัฒนาเอกชนหลากหลายสาขา โดยอาศัยเครือข่ายของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้สนับสนุนหลัก

5.2 การกำหนดวาระนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การกำหนดวาระนโยบาย (Agenda Setting) คือ กระบวนการหนึ่งของการก่อตัวนโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันประเด็นปัญหาให้อยู่ในความสนใจจนกลายเป็นปัญหาสาธารณะ และนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ หากแต่ประเด็นปัญหาที่จะกลายเป็นวาระนโยบายได้นั้นจะต้องได้รับการตระหนักถึงความสำคัญที่มากพอ เนื่องจากในสังคมมีประเด็นปัญหามากมายที่เกิดขึ้นมา แต่ยังไม่มีการให้ความสำคัญมากพอที่จะเข้าสู่วาระนโยบายเพื่อกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ ในกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเด็นปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในสังคมได้เริ่มต้นจุดประกายด้วยขบวนการแพทย์ชนบท โดยการนำของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ที่มีความคิดจะปฏิรูประบบสาธารณสุขไทยทั้งระบบ คือทั้งเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค แต่เหตุที่เริ่มต้นผลักดันเรื่องระบบบริการก่อนแม้ว่าจะจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพทั้งหมด เนื่องด้วยมีองค์ความรู้ที่ชัดเจนอยู่แล้วในเรื่องนี้ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ม.ป.ป.) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการวิจัยในโรงพยาบาลชนบท นำไปสู่การระบุประเด็นปัญหา การนิยามปัญหา และรวบรวมข้อมูล ก่อนจะนำเข้าสู่วาระนโยบายเพื่อนำเสนอประเด็นปัญหากับผู้ตัดสินใจนโยบายและพัฒนาทางเลือกต่อไป

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีความพยายามผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าสู่วาระนโยบายอย่างมีแนวทางที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้นในช่วงรัฐบาลหลังคณะรักษาความสงบ

เรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) ด้วยเห็นว่าขณะนั้นหลักประกันสุขภาพได้ครอบคลุมประชากร 2 ใน 3 ของประเทศ ควรจะต้องมีกฎหมายกำหนดให้มีหลักประกันสุขภาพให้ครบถ้วนแก่คนไทยทุกคน จึงได้เคลื่อนไหวเสนอต่อคณะกรรมการสาธารณสุขของสภาผู้แทนราษฎร เพื่อให้เสนอร่างกฎหมาย การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น จนได้ร่างกฎหมายเรียบร้อยแล้วแต่สภาฯก็หมดอายุลง เสียก่อนและเกิดวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นจึงต้องชะลอเรื่องกฎหมายไว้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2562)

นอกจากนี้ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ยังกล่าวระหว่างการสัมภาษณ์ว่า นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พยายามขยายสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรไทย โดยเข้าไปร่วมกับ คณะกรรมการสาธารณสุขร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2536 - 2537 แต่แล้ว เรื่องก็เงียบหายไป (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, สัมภาษณ์, 11 ธันวาคม 2562) อย่างไรก็ตาม นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไม่ล้มเลิกความพยายาม เมื่อเห็นว่าทีมงานทั้งที่อยู่ในส่วนกลางและในพื้นที่มีองค์ความรู้หรือวิชาการมากพอแล้ว จึงต้องการสร้างความมั่นคงทางนโยบายโดยการทำงาน ร่วมกับภาคประชาสังคมและสื่อต่าง ๆ ด้วย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักประกันสุขภาพและ เป็นกระบอกเสียงแทนประชาชนได้เป็นอย่างดี ก่อนที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จะเสนอ แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับพรรคการเมืองต่าง ๆ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มี โอกาสพูดคุยกับกับคุณจอน อึ้งภากรณ์ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีจากการช่วยเหลืองานภาคประชาสังคม ตั้งแต่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ยังปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชนบท โดยเล่าว่าเมื่อปี พ.ศ. 2523 คุณจอน อึ้งภากรณ์ จัดตั้งมูลนิธิขึ้นมาชื่อว่า มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม ซึ่งรับบัณฑิตจบใหม่ที่ตั้งใจจะทำงานเพื่อชาวชนบทไปทำงานพัฒนาในหมู่บ้าน โดยมีการประสานกับหน่วยงานและ โครงการต่าง ๆ ที่ทำงานอยู่แล้วในพื้นที่ ทำให้มีการติดต่อมาที่โรงพยาบาลซึ่งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ปฏิบัติงานอยู่ ดังนั้นก่อนหน้าที่พรรคการเมืองจะนำแนวคิดหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้าไปกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ องค์กรภาคประชาชนที่นำโดยคุณจอน อึ้งภากรณ์ และอีก หลายท่านที่ก็ได้ศึกษาเรื่องนี้มาด้วยกัน มีการจัดเวทีระดมความคิดกับภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ม.ป.ป.) จนกระทั่งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มีโอกาสนำเสนอ นโยบายกับคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย ด้วยการช่วยเหลือของนายแพทย์ผู้มีบทบาท ในพรรคอย่างนายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ณ ที่ทำการพรรค ไทยรักไทย ในวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2542 จากการผลักดันอย่างจริงจังของขบวนการแพทย์ชนบท

ในช่วงก่อนการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ. 2544 ส่งผลให้พรรคไทยรักไทยได้خانรับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาบรรจุเป็น 1 ใน 9 นโยบายหาเสียงภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2562) ได้เล่าถึงบรรยากาศการนำเสนอแนวความคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อคุณทักษิณ ชินวัตร ไว้ว่านายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ พร้อมด้วยเจ้าหน้าที่ฉายสไลด์อีกหนึ่งคน² นำเสนอนโยบายนี้กับคุณทักษิณ ชินวัตร โดยนายแพทย์สงวนใช้เวลาประมาณ 20 นาที ประมาณ 7 - 8 สไลด์ คุณทักษิณก็นั่งฟังนำเสนอจนจบแล้วคุณทักษิณก็ถามคำถามสำคัญ 3 คำถาม คำถามที่หนึ่งคุณทักษิณถามว่า ทำได้จริงหรือ ครอบคลุมคน 100% ได้จริงหรือ คำถามที่สองถามว่าทำได้จริงต้องใช้เงินเท่าไร คำถามที่สามคือแล้วจะอย่างไร คำตอบก็คือทำเหมือนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว เป็นโรงพยาบาลเดี่ยวที่ออกนอกระบบแล้วผลคือประสบความสำเร็จอย่างมาก เมื่อได้เงินมาก่อนหนึ่งจะบริหารโดยคนไข้เจ็บไข้ได้ป่วยหนักเบาขอเก็บครั้งละ 40 บาท ไม่ว่าจะรักษาเป็นหลักร้อยหลักพันหลักหมื่นหลักแสน เก็บแค่ 40 บาท โรงพยาบาลก็อยู่ได้ ซึ่งคุณทักษิณก็บอกว่าเราต้องถูกกว่า ให้เก็บ 30 บาท นี่จึงเป็นที่มาของ 30 บาทรักษาทุกโรค ทางด้านนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (สัมภาษณ์, 28 พฤศจิกายน 2562) ก็ได้เล่าถึงเหตุการณ์ในครั้งนั้นว่า นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี มีโอกาสได้พูดคุยกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ในเวลาสั้น ๆ โดยถามว่าในชีวิตนี้มีอะไรที่อยากทำแล้วยังไม่ได้ทำบ้าง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ตอบว่าความฝันของท่านคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อยากทำให้สำเร็จในชีวิตนี้ให้ได้ “เรื่องนี้ผมเคยรับรู้มาก่อนตอนผมอยู่รามธิบดีเป็นอาจารย์แพทย์ไปทำโครงการบัตรประกันสุขภาพครอบครัวที่อยู่ยา ทำงานร่วมกันกับศูนย์แพทย์ชุมชนคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดีและนายแพทย์สงวน โครงการอยู่ยาทำเรื่องบัตรประกันสุขภาพประจำครอบครัว ตอนนั้นทุกครอบครัวซื้อบัตรประกันสุขภาพประจำครอบครัว ครอบครัวละ 500 บาทต่อปี เหมือนกับเป็นการซื้อประกัน” เมื่อนำเรื่องนี้ไปคุยกับคณะกรรมการบริหารพรรค ซึ่งก็เสนอเข้าที่ประชุมกรรมการบริหารพรรค กรรมการบริหารพรรคก็ยังไม่มีความเห็นอะไร แต่หัวหน้าพรรค คุณทักษิณพูดกลางที่ประชุมกรรมการบริหารพรรคว่าเรื่องนี้เห็นด้วยและอยากทำ ขอให้ศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังและเอามาพูดคุยกันคุณ ณ วันนั้น ในแง่รายละเอียดก็ยังไม่ได้มากมายเหมือนทุกวันนี้ ณ ปีที่เสนอกันคือเดือน

² คุณพนิต มโนการ ผู้ช่วยฉายภาพประกอบการนำเสนอ

ธันวาคม พ.ศ. 2542 ยังเป็นรายละเอียดหลักการคร่าว ๆ คุณทักษิณ ชินวัตร ก็บอกว่าเรื่องนี้เห็นด้วยอยากทำและคิดว่าทำได้ ก็คิดในเชิงของนักบริหารและประกาศว่าจะเป็นนโยบายสำคัญของพรรคไทยรักไทย ณ วันนั้น พอประกาศไปผู้ใหญ่ในพรรคการเมืองพรรคนี้ไม่มีใครเห็นด้วยเลย ทุกคนบอกว่าเพื่อฝันเป็นไปไม่ได้ เวลาหาเสียง ติดป้ายหาเสียง ส.ส. ก็ไม่ยอมติดนโยบายนี้ เพราะกลัวว่าถ้าติดนโยบายนี้ไปแล้ว ถึงเวลาเกิดชนะเลือกตั้งในเขตนั้นชาวบ้านมาทวงถามแล้วจะทำไม่ได้ เดี่ยวจะเสียหาย เลือกลงครั้งหน้าอาจจะมีปัญหา ฉะนั้นก็ไม่มีใครพูดถึงนโยบายนี้ ดังนั้นกลยุทธ์ที่หัวหน้าพรรคไทยรักไทยใช้ คือ ตอนหาเสียงพยายามที่จะพูดเรื่องนี้ตลอดเวลาคู่กับนโยบายอื่น ตอนนั้นจะมีนโยบาย 3 ด้านที่สำคัญ คือ พักหนี้เกษตรกร 3 ปี กองทุนหมู่บ้านบ้านละ 1 ล้าน และ 30 บาทรักษาทุกคน ใครจะว่าอย่างไรหัวหน้าพรรคก็ไม่สนใจ ก็จะพูดถึงนโยบายนี้ตลอดในระหว่างการหาเสียง

จากสถานการณ์การเมืองในขณะนั้นประกอบกับรัฐธรรมนูญฉบับที่ 16 ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2540 นับเป็นหน้าตาแห่งนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญซึ่งออกแบบโครงสร้างทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดรัฐบาลเข้มแข็งและมีภาวะผู้นำทำให้สามารถผลักดันนโยบายขนาดใหญ่ได้ รวมทั้งกระแสการเรียกร้องสิทธิของประชาชนที่เข้มข้นขึ้นภายหลังการปฏิรูปทางการเมืองยิ่งทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเล็งเห็นถึงความสำคัญของการผลักดันนโยบายจากภาคประชาชน ถือเป็นโอกาสที่เปิดโอกาสให้กับแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทั้งบทบาทของภาคประชาสังคม องค์กรชุมชน ตลอดจนองค์การพัฒนาเอกชนอย่างขบวนการแพทย์ชนบทมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น ดังนั้นขบวนการแพทย์ชนบทโดยการนำของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่มีความพยายามผลักดันให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงได้รับโอกาสจากหน้าตาแห่งนโยบายที่เปิดรับวาระนโยบายจากภาคประชาสังคม นอกจากนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ยังกำหนดให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนตามมาตรา 52 และมาตรา 82 ทำให้แนวร่วมผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งขบวนการแพทย์ชนบท นักการเมือง นักวิชาการ และเครือข่ายองค์กรเพื่อสุขภาพจึงได้เริ่มปฏิบัติการผลักดันข้อเสนออย่างจริงจัง

5.3 การกำหนดนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545)

การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) เป็นกระบวนการหนึ่งในวงจรนโยบายสาธารณะต่อจากกระบวนการก่อตัวนโยบายสาธารณะ (Policy Formation) เป็นการมุ่งสู่แนวทางการผลักดันนโยบายให้สำเร็จภายหลังจากที่ประเด็นปัญหาถูกรับเข้าไปอยู่ในความสนใจเมื่อพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2544 นายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร กล่าวแถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ประกอบด้วยนโยบายเร่งด่วน 9 ด้าน และนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนที่รัฐบาลจะต้องนำไปปฏิบัติ กล่าวคือ รัฐจะต้องสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีนายแพทย์ผู้สนับสนุนนโยบาย อย่างนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งได้รับแรงผลักดันที่ดีจากทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำเร็จอย่างรวดเร็ว นายแพทย์มงคล ณ สงขลา กล่าวถึงเหตุการณ์ ณ ตอนนั้นว่า ช่วงเวลา 3 เดือน ระหว่างปลายปี พ.ศ. 2543 ถึงต้นปี พ.ศ. 2544 เป็นช่วงที่พวกเราหมั่นประชุมกันเต็มที่ เป็นช่วงที่เรารวมตัวกันตามที่ตั้งใจไว้ เพื่อร่วมกันนั่งคิดว่าจะมีสิทธิประโยชน์อย่างไร เงินที่มีอยู่จะอย่างไร สุดท้ายต้องนำเงินจากทุกกรมมาเพื่อเริ่มต้นให้ได้ เพราะกลัวจะโดนเบี้ยว ช่วงเวลานั้น นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข เป็นอีกหนึ่งกำลังหลักที่ร่วมคิดสิ่งที่เราจะให้บริการว่ามีรูปแบบอย่างไรจากโครงสร้างใหญ่ที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ทำสำเร็จ (มูลนิธิมิตรภาพบำบัด, 2562) จนกระทั่งในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 จึงเริ่มนำร่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยโสธร และยะลา ก่อนจะเพิ่มขึ้นในเดือนตุลาคม 2544 โดยเพิ่มเติมอีก 15 จังหวัด และขยายครอบคลุมทั่วประเทศเมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2545 ซึ่งเปิดให้บริการ 75 จังหวัดในประเทศไทยเป็นครั้งแรก (หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์, ม.ป.ป.-b)

ในด้านของกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นความร่วมมือระหว่างแพทย์ชนบท ภาคการเมือง และภาคประชาชน โดยแพทย์ชนบทได้นำองค์ความรู้ที่ศึกษาผ่านการ

วิจัยในอดีตมาถ่ายทอดสู่ตัวบทกฎหมาย ผ่านผู้ริเริ่มอย่างนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ร่วมกับ นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร แพทย์ผู้มีส่วนสำคัญในการวางระบบหลักประกันสังคมในปี พ.ศ. 2534 โดยประมาณการงบประมาณเริ่มต้นจัดตั้งสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ทั้งหมด 56.5 พันล้านบาท สำหรับการรักษาพยาบาลประชากร 47 ล้านคน งบประมาณเดิมจากกระทรวงสาธารณสุข สำหรับสนับสนุนสถานพยาบาลมีจำนวน 26.5 พันล้านบาท ดังนั้นต้องการงบประมาณเพิ่มเติมจากรัฐบาลอีก 30 พันล้านบาท เพื่อใช้จ่ายด้วยระบบงบประมาณปลายปิด คือ การเบิกจ่ายค่าบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวในอัตรา 1,202.40 บาทต่อคน ร่วมกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)³ ยกเลิกระบบการเงินการคลังที่กำหนดงบประมาณจากความต้องการของสถานพยาบาลซึ่งเคยบริหารจัดการโดยกระทรวงสาธารณสุข (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2561) ในขณะที่ภาคการเมืองและภาคประชาชนมีส่วนสำคัญต่อการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยในปี พ.ศ. 2543 เครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชนได้กำหนดประเด็นดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยความร่วมมือขององค์การพัฒนาเอกชน ด้านสาธารณสุข และเครือข่ายองค์การภาคประชาชน 11 เครือข่าย คือ เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ และเครือข่ายสุขภาพคนจนเป็นเครือข่ายที่ 12 ในเวลาต่อมา (สารี อ่องสมหวัง, สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2563) เกิดเป็นคณะทำงานประกอบด้วยตัวแทนเครือข่าย ดังนี้

- | | |
|--------------------------|--|
| 1) คุณจอน อึ้งภากรณ์ | ประธานโครงการ (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์) ⁴ |
| 2) พ.ท.ต่อพงษ์ กุลกรรชิต | เครือข่ายผู้พิการ (สมาคมคนพิการนนทบุรี) |
| 3) ภ.ญ.เทวี โพธิ์ผละ | เครือข่ายสตรี (สภาสตรีแห่งชาติ) |
| 4) คุณวสันต์ หรีสมวงศ์ | เครือข่ายชุมชนแออัด (สมาคมร่วมกันสร้าง) |

³ กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG) คือ การจัดกลุ่มโรคของผู้ป่วยที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาใกล้เคียงกันไว้ในกลุ่มเดียวกัน ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการคำนวณกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group : DRG)

⁴ หลังจากที่ คุณจอน อึ้งภากรณ์ ได้รับคัดเลือกเป็นวุฒิสมาชิกจึงลาออกจากตำแหน่งประธาน ในปี พ.ศ. 2544 และคุณระภาวีน สีชนะพานิชพันธ์ ดำรงตำแหน่งประธานโครงการ

- คุณคำพอง มีชัย เครื่องข่ายชุมชนแออัด (ชมรมคนจนเมือง)
- 5) คุณแหลมทอง สีหนาม เครื่องข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชน
(สถาบันองค์กรสวัสดิการชุมชน)
- คุณทวย คงคา เครื่องข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชน
(สถาบันองค์กรสวัสดิการชุมชน)
- 6) คุณลำภู สุภารส เครื่องข่ายคนทำงานด้านเด็ก (กลุ่มพันธกิจเพื่อสังคม)
- 7) คุณสุภา ไยเมือง เครื่องข่ายเกษตรกรรมทางเลือก
(มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน)
- คุณทัศนีย์ วีระกันต์ เครื่องข่ายเกษตรกรรมทางเลือก
- 8) คุณบุญนุช สมพันธ์ เครื่องข่ายธนาคารหมู่บ้านภาคใต้
(ธนาคารหมู่บ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช)
- 9) คุณวัฒนา นวลสุวรรณ เครื่องข่ายผู้สูงอายุ
(สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย)
- 10) คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ เครื่องข่ายแรงงานในระบบ
(มูลนิธิอารมณพงศ์พจน์)
- 11) คุณระกาวิณ สีชนะวานิชพันธ์ เครื่องข่ายแรงงานนอกระบบ
(ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้รับงานไปทำที่บ้าน)
- 12) คุณสุรรัตน์ ตรีมรรคา เครื่องข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
(ที่ปรึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
- คุณไพศาล ต้นอุด เครื่องข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- คุณกมล อุปแก้ว เครื่องข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 13) คุณสารี อ่องสมหวัง เครื่องข่ายผู้บริโภคร
(สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค)
- 14) ภญ. ยุพดี ศิริสินสุข นักวิชาการคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 15) คุณนคร ชมพูชาติ สภานายความ
- 16) คุณรุจรี แสงแกลง ประสานงานโครงการ

จากความร่วมมือระหว่างเครือข่ายองค์กร 11 เครือข่าย ประกอบด้วยนักวิชาการ ตัวแทนภาคประชาชน และผู้แทนจากสภานายความ จึงได้ร่วมกันกำหนดกรอบของกฎหมายและรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนเพื่อยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชนขึ้น ตามมาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ที่ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาในการเสนอกฎหมายได้ โดยได้จัดเวทีประกาศเจตนารมณ์ในการรวบรวมรายชื่อประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 50,000 รายชื่อ ณ ศาลาเมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2543 โดยมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ประเวศ วะสี คุณจอน อึ้งภากรณ์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และประชาชนเครือข่ายต่าง ๆ เข้าร่วมจำนวนไม่น้อยกว่า 600 คน หลังจากนั้นได้ดำเนินการยื่นรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 62,412 รายชื่อในวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2544 รัฐสภาใช้เวลาในการตรวจสอบรายชื่อทั้งหมด ประมาณ 5 เดือน โดยมีรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งเหลือจำนวน 44,946 รายชื่อ ทำให้ต้องดำเนินการหารายชื่อเพิ่มเติมภายใน 30 วัน โดยหารายชื่อเพิ่มเติมได้อีกจำนวน 9,481 รายชื่อ ต่อมาวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 รับแจ้งผลการตรวจสอบรายชื่อใหม่เพิ่มเติมที่เป็นผู้มีสิทธิเข้าชื่อเหลือจำนวน 7,891 รายชื่อ รวมทั้งหมด 52,837 รายชื่อ ซึ่งใช้เวลาตลอดกระบวนการเริ่มตั้งแต่นำรายชื่อต่อประธานวุฒิสภาจนได้รับแจ้งว่ามีรายชื่อครบถ้วน 50,000 รายชื่อในการเสนอกฎหมาย เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2545 รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 10 เดือน (สารี อ๋องสมหวัง & รุจรี แสงแกล้ง, ม.ป.ป.) จากความล่าช้าข้างต้นทำให้ร่างกฎหมายฉบับประชาชนเข้าพิจารณาตามกระบวนการรัฐสภาไม่ทันร่างกฎหมายฉบับรัฐบาลและพรรคฝ่ายค้านที่เข้าสู่สภา เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 อย่างไรก็ตามเครือข่ายภาคประชาชนก็ได้เสนอให้กรมการสาธารณสุขของสภาผู้แทนราษฎรเสนอกฎหมายของภาคประชาชนในนามของกรมการและให้มีผู้แทนจากภาคประชาชนเข้าไปเป็นกรรมการวิสามัญร่วมพิจารณาจำนวน 5 คน ในขั้นตอนกรมการวิสามัญของสภาผู้แทนราษฎร และจำนวน 3 คนในขั้นตอนวุฒิสภา ก่อนจะประกาศเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีเนื้อหาสาระประกอบไปด้วย 9 หมวด 70 มาตรา ได้แก่ หมวด 1 สิทธิการรับบริการสาธารณสุข ระบุถึงบุคคลผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ การลงทะเบียนใช้สิทธิรับบริการ การใช้สิทธิรับบริการ และขอบเขตของสิทธิการรับบริการ

สาธารณสุขตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมวด 2 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาระสำคัญในหมวดนี้เกี่ยวข้องกับผู้ดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการฯ จำนวนผู้แทนจากแต่ละด้าน การคัดเลือกคณะกรรมการฯ การพ้นจากตำแหน่ง การประชุม ตลอดจนอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ได้แก่ การกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรฐาน วิธีการ และเงื่อนไขต่าง ๆ ในการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ หมวด 3 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบุให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี มีอำนาจหน้าที่บริหารจัดการการให้บริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัตินี้ และมีเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ รวมทั้งเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกตำแหน่ง หมวด 4 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดรายละเอียดของกองทุน โดยให้จัดตั้งกองทุนขึ้นในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ให้ใช้จ่ายเงินกองทุนโดยคำนึงถึงการพัฒนาการบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยบริการเพียงพอหรือมีการกระจายหน่วยบริการอย่างไม่เหมาะสม หมวด 5 หน่วยบริการและมาตรฐานการบริการสาธารณสุข กำหนดให้สำนักงานจัดให้มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการแล้วประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ เพื่อดำเนินการลงทะเบียนเลือกหน่วยบริการประจำของตน โดยหน่วยบริการนี้ก็คือผู้มีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุข ให้ข้อมูลการรักษาตามที่ผู้รับบริการร้องขอ รักษาความลับของผู้รับบริการ และจัดทำระบบข้อมูลการให้บริการสาธารณสุข หมวด 6 คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ให้มีคณะกรรมการประกอบไปด้วยอธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ และผู้แทนจากเครือข่ายต่าง ๆ มีอำนาจหน้าที่กำหนดมาตรฐาน ควบคุมคุณภาพ และกำกับดูแลการให้บริการสาธารณสุขของเครือข่ายหน่วยบริการ หมวด 7 พนักงานเจ้าหน้าที่ คือผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งโดยคำแนะนำของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานแล้วแต่กรณี โดยระบุให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจเข้าไปในสถานที่ของหน่วยบริการใน

ระหว่างเวลาทำการ เพื่อตรวจสอบข้อเท็จจริง ตรวจสอบทรัพย์สินหรือเอกสารหลักฐาน ถ่ายภาพ ถ่ายสำเนา หรือนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปตรวจสอบ หากพบการกระทำผิดให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจยึดหรืออายัดเอกสารหลักฐาน ทรัพย์สินหรือสิ่งของเพื่อใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณา ดำเนินการต่อไป หมวด 8 การกำกับมาตรฐานหน่วยบริการ เป็นสาระสำคัญเกี่ยวกับการตรวจสอบ มาตรฐานของหน่วยให้บริการ การตั้งคณะกรรมการสอบสวน ตลอดจนการดำเนินการของ คณะกรรมการภายหลังการตรวจสอบ หมวด 9 บทกำหนดโทษ ตามมาตรา 63 และมาตรา 64 ผู้ใด ผ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน คณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว คณะกรรมการสอบสวน หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ ต้อง ระวังโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่ อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ต้องระวังโทษจำคุกไม่เกิน หกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ทั้งนี้ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกกฎกระทรวงและ ประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป คือวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ซึ่งคุณหญิงสุตารัตน์ เกยุราพันธุ์ ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขอยู่ใน ขณะนั้น

บทที่ 6

อภิปรายผลการศึกษา

การวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จขององค์การพัฒนาเอกชนในการผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่การเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อต่อบัณฑิตผู้ประสงค์ของการศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” จำเป็นที่จะต้องพิจารณากระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่การพิจารณาประเด็นปัญหา การพัฒนาเข้าสู่กระบวนการกำหนดวาระนโยบาย และการกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะที่นำไปสู่การปฏิบัติ จึงต้องเลือกใช้กรอบแนวคิดการวิจัยที่เกี่ยวข้องและครอบคลุมเนื้อหาสาระของเรื่องที่ศึกษาได้อย่างครบถ้วน เพื่อพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องก่อนจะวิเคราะห์ถึงปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งประเด็นการศึกษาไปที่แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนจะกลายเป็นนโยบายสาธารณะ ผ่านการใช้บังคับตามกฎหมายว่าด้วยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ภายใต้กรอบแนวคิดการวิจัยที่ชื่อว่า “A” Frame for Advocacy ของมหาวิทยาลัยจอนส์ฮอปกินส์ เพื่ออธิบายการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชนผ่าน 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวิเคราะห์ ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ ขั้นตอนการระดมพล ขั้นตอนการดำเนินการ ขั้นตอนการประเมินผล และขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย มีรายละเอียดดังนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

6.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์

ขั้นตอนการวิเคราะห์เป็นจุดเริ่มต้นของการผลักดันนโยบายสาธารณะ เป็นการพิจารณาถึงข้อมูลบริบทแวดล้อมเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้อย่างแท้จริง และเพื่อพิจารณาว่าปัญหาใดต้องการแก้ไขด้วยนโยบายสาธารณะ รวมไปถึงการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นโยบายที่มีรองรับอยู่ในปัจจุบัน และการพิจารณาช่องทางในการโน้มน้าวประชาชนและผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายให้เห็นความสำคัญของประเด็นปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลอันจะนำไปสู่กระบวนการเลือกกลยุทธ์ในขั้นตอนต่อไป เมื่อมองย้อนกลับไปจุดเริ่มต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะพบว่าเกิดจากการประสบกับสภาพปัญหาในระบบสาธารณสุขไทยของบรรดานายแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ใน

โรงพยาบาลทุรกันดารตามชนบท ทั้งการขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ คนไข้หนาตา และปัญหาความเหลื่อมล้ำของการบริการทางการแพทย์ อีกทั้งยังมีข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2534 หรือสิบปีก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนในประเทศไทยประมาณ 2 ใน 3 ยังไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและมีฐานะยากจน ขณะที่ความช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (สปร.) ที่เริ่มต้นขึ้นในปี พ.ศ. 2518 ก็ครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 13 ของประชาชนทั้งประเทศ จากการครอบคลุมครัวเรือนผู้มีรายได้ต่ำซึ่งประเมินจากรายได้และทรัพย์สิน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2539 โดยเพิ่มสิทธิของผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ภูมิปัญญา และทหารผ่านศึก (สุพล ลิ้มวัฒนนนท์ & ถาวร สกฤตพาณิชย์, 2555) ถึงแม้ว่ารัฐจะมีการเพิ่มโครงการบัตรสุขภาพที่เป็นรูปแบบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยมีเงินสมทบจากรัฐบาล แต่ในปี พ.ศ. 2544 ก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงพบว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ยังมีจำนวนหลายสิบล้านคน จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงเป็นตัวผลักดันให้กระแสปัญหาเข้าสู่วาระนโยบาย

จากขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาจะพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับสภาพปัญหาที่มีอยู่คือประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่ยังขาดหลักประกันสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดของเดวิด เดอร์ซึ่งแบ่งปัญหาออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ปัญหาส่วนตัว ปัญหาสังคม และปัญหานโยบาย จะพบว่าปัญหาสาธารณสุขจัดเป็นปัญหานโยบาย คือ ปัญหาที่เกิดกับกลุ่มคนในสังคมจำนวนมากมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับปัญหาสังคม แต่แตกต่างกันตรงที่ปัญหาสังคมนั้นเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในสังคมหรือชุมชนของตนเองเพื่อให้สภาพที่เป็นปัญหาหมดไป ในขณะที่ปัญหานโยบายเป็นปัญหาที่คนในสังคมนั้น ๆ ไม่สามารถแก้ไขด้วยตนเองได้และร้องขอให้รัฐบาลเข้าช่วยเหลือ โดยการใช้ทรัพยากรส่วนรวมที่มีอยู่เข้ามาแก้ไข นอกจากปัญหาดังกล่าวจะครอบคลุมประชาชนในวงกว้างแล้ว ยังพบว่าผู้มีส่วนสำคัญในการผลักดันนโยบายก็คือ บรรดานายแพทย์ที่มีความรู้และต้องมาประสบพบเจอกับปัญหาด้วยตัวเองยิ่งช่วยสร้างให้เกิดการตื่นตัวกับปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้นำแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปเสนอกับผู้มีบทบาทในการเข้ามาบริหารประเทศ ด้วยการอธิบายให้เห็นถึงหลักความเป็นไปได้และแนวทางปฏิบัติที่เคยมีการทดลองผ่านการวิจัยในโรงพยาบาลจังหวัดอยุธยา อีกทั้งยังถูกหยิบยกขึ้นมาในช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ การนำ

แนวคิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปเสนอกับหัวหน้าพรรคไทยรักไทย ณ ที่ทำการพรรคไทยรักไทย เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาก่อนการเลือกตั้งครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 โดยจัดขึ้นเมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 และเป็นชัยชนะของพรรคไทยรักไทยเข้ามาบริหารประเทศ ยิ่งทำให้บริบททางการเมือง ณ เวลานั้น กลายเป็นตัวผลักดันให้แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอยู่ในความสนใจของผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบาย จากการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างขอบเขตของปัญหา (Scope) ความเข้มข้น (Density) และเวลา (Timing) ตามแนวคิดของแลร์รี เอ็น เจอร์สตัน

นอกจากนี้เมื่อวิเคราะห์ลักษณะสำคัญของการเกิดปัญหาด้วยแนวคิดของวิลเลียม ดันน์ จะพบว่าปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการในการรักษาพยาบาลของประชาชนส่วนใหญ่ในประเทศมีลักษณะของความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน คือ เกี่ยวพันไปสู่ปัญหาระบบสาธารณสุขไทย ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาด้านชีวิตความเป็นอยู่ และอื่น ๆ จากตัวอย่างของรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่พบวก่อนปี พ.ศ. 2545 รายงานด้านสุขภาพที่มาจากครัวเรือนมีสัดส่วนสูงถึง 2 ใน 3 ของรายงานเพื่อสุขภาพทั้งหมด สะท้อนถึงการขาดประสิทธิภาพในระดับมหภาค การปฏิรูประบบการคลังสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิรูปบริการสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นที่จะให้เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดระบบการคลังสุขภาพรวมหมู่ (Collective Financing) (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2548) นอกจากลักษณะความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันของปัญหาแล้ว ปัญหาการเข้าถึงสวัสดิการในการรักษาพยาบาลยังเกิดขึ้นจากลักษณะความเป็นอัตนัยของปัญหา คือ เริ่มต้นจากปัญหาไม่ได้รับการตระหนักรับรู้ถึงสภาพปัญหาในวงกว้าง แต่ละกลุ่มบุคคลจะมีการรับรู้ถึงสภาพความรุนแรงของปัญหาที่แตกต่างกันไป เช่น การรับรู้ถึงปัญหาระหว่างแพทย์ในเมืองกับแพทย์ชนบท หรือแพทย์เอกชนกับแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐบาล เป็นต้น จนกระทั่งขบวนการแพทย์ชนบทพยายามสร้างการรับรู้ถึงสภาพปัญหาในวงกว้างโดยเฉพาะในผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบาย ทำให้เห็นพ้องต้องกันว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข อีกทั้งก่อนที่จะเกิดการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาด้านสาธารณสุขไทยยังมีลักษณะของความไม่มีตัวตนที่แท้จริงของปัญหาและมีความเป็นพลวัตของปัญหา คือ สภาพปัญหาสามารถเปลี่ยนแปลงไปได้ตามกลุ่มบุคคล พื้นที่ และกาลเวลา สะท้อนได้จากการที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ใช้ความพยายามหลายครั้งในการนำนโยบายไปเสนอกับพรรคการเมืองต่าง ๆ แต่ก็ถูกปฏิเสธด้วยเหตุผลหลายประการ อย่างไรก็ตาม ในที่สุดปัญหา

หลักประกันสุขภาพก็ได้ถูกผลักดันโดยกลุ่มแพทย์ชนบทที่มีเจตนารมณ์เดียวกันและสานต่อนโยบายมาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสร้างการรับรู้ไปถึงผู้กำหนดนโยบายในช่วงเวลาที่เหมาะสม ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกหยิบยกไปผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะได้สำเร็จ

ดังนั้นขั้นตอนแรกของการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบแนวคิดการวิจัย จึงชี้ให้เห็นสภาพปัญหาก่อนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเป็นปัญหาที่จัดอยู่ในประเภทปัญหานโยบาย เมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างขอบเขตของปัญหาในวงกว้าง ความเข้มข้นของการตระหนักรู้สภาพปัญหา และช่วงเวลาของการผลักดันที่เหมาะสม ประกอบกับลักษณะของการเกิดปัญหาที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์ไปถึงปัญหาอื่น ๆ ในระบบสาธารณสุขไทย มีความเป็นอัตนัยของปัญหา มีลักษณะไม่มีตัวต้อนอย่างแท้จริงแต่ขึ้นอยู่กับการตระหนักรู้ปัญหาของแต่ละกลุ่มคน พื้นที่ และเวลา ตลอดจนมีการปรับตัวตามความเป็นพลวัตของปัญหา ก่อนที่ขบวนการแพทย์ชนบทจะกลายมาเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ร่วมขับเคลื่อนเพื่อผลักดันนโยบายดังกล่าวให้ได้รับความสนใจจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสานต่อนโยบายด้วยกลุ่มคนที่มีเจตนารมณ์เดียวกันสืบต่อมา

6.2 ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์

เมื่อผ่านขั้นตอนการวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาและบริบทแวดล้อม จึงนำมาสู่การเลือกกลยุทธ์ในการเข้าไปมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายสาธารณะ เป็นการพิจารณากลยุทธ์ขององค์การพัฒนาเอกชนที่มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาซึ่งวิเคราะห์ในขั้นตอนแรก เพื่อศึกษาการวางแผนการดำเนินงาน การแสดงจุดยืนของการสนับสนุน ตลอดจนแนวทางอันจะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมาย จากการศึกษาพบว่า กลยุทธ์ในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้งในระหว่างการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และเป็นที่แพร่หลายในงานเขียนเชิงวิชาการของนายแพทย์ประเวศ วะสี แพทย์อาวุโสผู้เป็นที่นับถือในขบวนการขับเคลื่อนของบรรดาแพทย์ชนบท ผู้ซึ่งเข้าร่วมการประชุมกลุ่มสามพรานและมีส่วนร่วมผลักดันแนวความคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาอย่างต่อเนื่อง กลยุทธ์นั้นก็คือกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นกลยุทธ์ที่เริ่มต้นขึ้นเมื่อนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปการเมืองภายหลังการเลือกตั้งปี พ.ศ. 2536 จากการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา

ประชาธิปไตย (คพ.) เพื่อแก้ไขปัญหาในปี พ.ศ. 2537 ประกอบด้วยคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน 58 คน นำโดยนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน อีกทั้งยังมีคณะกรรมการที่มาจากขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เข้าร่วมศึกษาหาแนวทางการปฏิรูปการเมืองและเสนอไปยังสภาผู้แทนราษฎร อันนำมาสู่การแก้ไขรัฐธรรมนูญมาตรา 211 เพื่อให้มีสภาร่างรัฐธรรมนูญในที่สุด อย่างไรก็ตามการปฏิรูปทางการเมืองในครั้งนี้ไม่เพียงแต่นำมาซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนเท่านั้น หากแต่นายแพทย์ประเวศ วะสี ยังได้สังเคราะห์ยุทธศาสตร์สำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนปัญหาที่ยากลำบากในสังคม คือ ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546)

หลังจากประสบความสำเร็จในการปฏิรูปทางการเมือง กลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา มักถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการผลักดันนโยบายสาธารณะหรือการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุขที่นายแพทย์ประเวศ วะสี มักเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะที่ปรึกษาอาวุโส ดังนั้นสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาจึงเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเสนอการขับเคลื่อนสิ่งที่ยากลำบากซึ่งเปรียบเป็นภูเขา โดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 ส่วน (ประเวศ วะสี, 2543) คือ การสร้างความรู้หรือการทำงานเชิงวิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อการเมือง ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ของนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ดังนี้

1) ภาคองค์ความรู้ คือ การสร้างความรู้ การทำงานเชิงวิชาการ และการศึกษาหาความรู้ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเขียนกฎหมายที่จะกำหนดระบบ โครงสร้าง กลไก และพฤติกรรม โดยเฉพาะในเรื่องที่ประสงค์จะขับเคลื่อนให้สำเร็จ จากนั้นต้องมีแนวทางให้ผู้คนเรียนรู้ร่วมกันและมีความรู้ในเรื่องเดียวกันอย่างแตกฉานจนถึงขั้นปฏิบัติตามความรู้ นั้น ๆ ได้

2) ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม หมายถึง การทำให้ผู้คนหันมาเรียนรู้และปฏิบัติตามความรู้ที่เป็นรากฐานของการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดพลังในการชักจูงประชาชนส่วนใหญ่ให้ยอมรับความรู้และความคิดที่ต้องการผลักดันให้สำเร็จ โดยอาศัยความรู้ทางวิชาการที่จำเป็นต้องแปรรูปให้สาธารณะเข้าใจได้ง่ายจึงจะสามารถเพิ่มอำนาจ (Empower) ให้คนทั่วไปได้

3) ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่จะขาดมิได้ เพราะทั้งการเรียนรู้และการเคลื่อนไหวจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่ออำนาจรัฐยอมรับและนำไปสู่การตัดสินใจเชิง

นโยบาย ซึ่งจะพิจารณาทางเลือกอันจะทำให้เกิดเป็นกฎหมายหรือระเบียบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ภาคการเมืองยังเป็นส่วนที่ตัดสินใจในเรื่องของการใช้ทรัพยากรภาครัฐ เช่น คน งบประมาณ และสื่อ เป็นต้น

ทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าวล้วนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เริ่มตั้งแต่กระบวนการสร้างความรู้ด้วยการศึกษา วิจัย และทดลองปฏิบัติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุข และเป็นรากฐานของการวางแผนปฏิรูประบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า องค์ประกอบต่อมาคือการขับเคลื่อนทางสังคม เป็นการใช้กลยุทธ์ระดมพลเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะด้วยตัวแทนภาคประชาสังคมและองค์การเครือข่ายด้านสุขภาพในหลากหลายรูปแบบ เช่น องค์การพัฒนาเอกชนอย่างชมรมแพทย์ชนบทที่ดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 และมูลนิธิแพทย์ชนบทที่ก่อตั้งในปี พ.ศ. 2525 ตลอดจนภาคประชาชนอย่าง คุณสารี อ๋องสมหวัง คุณระกาวิณ ลีชนะวานิชพันธ์ และเภสัชกรหญิงยุพดี ศิริสินสุข ซึ่งเป็นหัวหอกในการขอสนับสนุนการลงชื่อจากประชาชนเกิน 50,000 ชื่อ เพื่อเสนอกฎหมายต่อรัฐสภา และองค์ประกอบสุดท้ายคือการขับเคลื่อนทางนโยบาย เริ่มขึ้นเมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ แพทย์ชนบทผู้นำในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้พูดคุยกับนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ถึงสิ่งที่ใฝ่ฝันอยากจะทำและยังไม่ได้ทำ ต่อมานายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงได้มีโอกาสพูดคุยและเสนอนโยบายดังกล่าวต่อพรรคการเมืองในระยะเวลาก่อนการเลือกตั้งครั้งสำคัญ เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 นับเป็นหน้าตาแห่งนโยบายที่เปื้อนโอกาสและสถานการณ์มาบรรจบพบกันพอดี กลายเป็นช่องทางนำไปสู่การก่อตัวของนโยบายและพัฒนาทางเลือกไปสู่การกำหนดนโยบายในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่ากลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาสอดคล้องกับแนวคิดการริเริ่มระเบียบวาระนโยบายของโรเจอร์ ดับเบิลยู โคบบ์ เจนนี่ คีธ รอสส์ และมาร์ค ฮาวเวิร์ด รอสส์ ในประเภทการระดมกำลัง (Mobilization) คือ การริเริ่มระเบียบวาระโดยผู้นำทางการเมืองหรือกลุ่มสังคมนั้น ๆ และได้รับการสนับสนุนจากประชาชนส่วนใหญ่ในสังคมเพื่อให้เกิดผลในการนำไปปฏิบัติ สำหรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะใช้กลยุทธ์แบบระดมกำลัง โดยเริ่มต้นจากกลุ่มคนผู้มีบทบาทในสังคมอย่างแพทย์ชนบททำการศึกษาและทดลอง ก่อนจะเสนอไปสู่ผู้นำทางการเมืองกลายเป็นนโยบายที่ใช้ในการหาเสียงจากประชาชน และได้รับแรงสนับสนุนจากประชาชนส่วนใหญ่ในการเลือกตั้ง พ.ศ. 2544 ให้พรรคไทยรักไทยกลายมาเป็นพรรครัฐบาลเพื่อนำนโยบายดังกล่าวไปสู่

การปฏิบัติ นับเป็นกลไกการกระตุ้นหรือแรงขับเคลื่อนจากทั้งกระแสปัญหา กระแสการเมือง และ กระแสนโยบาย ที่มารวมกันตามแนวคิดของจอห์น ดับเบิลยู คิงดอน กล่าวคือ กระแสปัญหา ได้แก่ การมุ่งความสนใจของขบวนการแพทย์ชนบทไปที่ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข และมี ความพยายามที่จะศึกษาเพื่อนิยามปัญหา ก่อนจะนำไปสู่ความสนใจในวงกว้าง กระแสการเมือง ได้แก่ พรรคการเมืองที่รับแนวคิดไปปฏิบัติในช่วงก่อนการเลือกตั้งปี พ.ศ. 2544 ซึ่งเป็นผลมาจากการ ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภาคการเมือง ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคองค์ความรู้ อีกทั้ง ยังมีคนกลางระหว่างภาคการเมืองและขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้ประสานความสัมพันธ์ อย่าง นายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ที่สร้างโอกาสให้นายแพทย์สงวน นิติยาภิรมย์พงศ์ได้เสนอนโยบายต่อคุณทักษิณ ชินวัตร กลายเป็นนโยบายหาเสียงด้วยโครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ 30 บาทรักษาทุกโรคของพรรคไทยรักไทย และสุดท้ายคือกระแสนโยบาย ได้แก่ กระบวนการที่นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สามารถจำแนกทางเลือกนโยบาย เพื่อแก้ไขปัญหาและเสนอเข้าสู่วาระการพิจารณา โดยครอบคลุมถึง ร่างข้อเสนอจากประชาชนและสังคมที่หลากหลาย ในกรณีนี้คือกระบวนการยกร่างกฎหมาย หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องมีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสม ไม่ขัดแย้งกับผู้มีส่วนได้ส่วน เสียในปัญหา และสามารถจัดสรรทรัพยากรได้จริง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จของการผลักดันนโยบาย สาธารณะในที่สุด อันเป็นความพยายามร่วมกันระหว่างภาคองค์ความรู้ ภาคประชาชน และภาค การเมืองที่จะพัฒนาทางเลือกนโยบายให้นำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีการวิจัยโดยขบวนการแพทย์ชนบทถึง แนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติในโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเสนอนโยบายดังกล่าวสู่ สาธารณะ นอกจากนี้เมื่อนโยบายดังกล่าวเริ่มนำไปสู่การปฏิบัติในเดือนเมษายน พ.ศ. 2544 ยังมีการ นำร่องใช้นโยบายใน 6 จังหวัดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่จะขยายไปทั่วประเทศ จนในที่สุดก็ ออกเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545

จากขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ข้างต้นจึงชี้ให้เห็นว่า การประสานความร่วมมือหลายฝ่ายหรือ การระดมพล ส่งผลให้สภาพปัญหาที่มีลักษณะของปัญหานโยบายสามารถผลักดันไปสู่การริเริ่ม นโยบาย และดึงดูดความสนใจจากผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบายได้สำเร็จ อีกทั้งยังมีการพบกันของ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย กลายเป็นแรงขับเคลื่อนสามประสานอันนำมาซึ่ง

ความสำเร็จของนโยบายที่อาศัยกลยุทธ์การระดมพลตามแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ในช่วงเวลาที่หน้าต่างนโยบายเปิดขึ้นจากโอกาสและสถานการณ์ก่อนการเลือกตั้งครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

6.3 ขั้นตอนการระดมพล

ขั้นตอนการระดมพลเป็นขั้นตอนที่สอดคล้องกับขั้นตอนการวิเคราะห์และขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ โดยเป็นสิ่งป่งชี้ว่ากรอบแนวคิด “A” Frame for Advocacy ให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแนวทางขององค์การพัฒนาเอกชน อย่างขบวนการแพทย์ชนบท ในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านเครือข่ายองค์กรด้านสาธารณสุข เริ่มต้นจากความสัมพันธ์ของขบวนการแพทย์ชนบทที่สนับสนุนการดำเนินงานของกันและกันผ่านการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายซึ่งมีความหมายลึกซึ้งกว่าคำว่ากลุ่ม มีตัวแสดงสำคัญอยู่ 3 ส่วนตามกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ แพทย์ชนบทแทนบทบาทของการสร้างองค์ความรู้ องค์กรเครือข่ายและภาคประชาสังคมแทนบทบาทของการเคลื่อนไหวทางสังคม และพรรคการเมืองแทนบทบาทของภาคการเมืองและอำนาจรัฐ โดยเครือข่ายจะต้องประกอบไปด้วย 7 องค์กรประกอบ ดังนี้

1) การรับรู้มุมมองร่วมกัน เป็นหัวใจสำคัญของเครือข่าย แม้จะมีมุมมองหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกันแต่ต้องอยู่ในจุดร่วมของเครือข่ายที่สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน ในกรณีของการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกคนที่เข้าร่วมมือกันไม่ว่าจะเป็นบรรดาแพทย์ชนบทผู้เริ่มขับเคลื่อนนโยบาย ภาคประชาชน หรือภาคการเมือง ต่างก็มีจุดที่รับรู้ร่วมกันถึงปัญหาการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่ขาดความเท่าเทียมและเป็นปัญหาสาธารณสุขไทยมาเป็นระยะเวลายาวนาน แม้จะรับรู้ปัญหาในระดับที่แตกต่างกันไป แต่ก็มีความพยายามในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อลดปัญหาการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในคนยากไร้ และสร้างให้เกิดความเท่าเทียม ครอบคลุมประชาชนไทยทั้งประเทศ

2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน เป็นอีกกลไกหนึ่งหลังจากที่สมาชิกในเครือข่ายมีการรับรู้ถึงมุมมองและจุดร่วมที่สมาชิกยอมรับซึ่งกันและกัน เครือข่ายจะต้องมีจุดหมายที่ชัดเจน เข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน และมีวิสัยทัศน์ส่วนตัวสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของเครือข่าย ในกรณีของการกำหนด

เป้าหมายการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเริ่มต้นจากกลุ่มแพทย์ชนบทผู้บุกเบิกแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน และประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคมอื่น ๆ เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค โดยองค์การเครือข่ายที่เข้าร่วมส่วนใหญ่มีนักมีนายแพทย์เป็นผู้นำในองค์การ อย่างไรก็ตาม กลุ่มอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่กลุ่มแพทย์ชนบทก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายดังกล่าว ยกตัวอย่าง เช่น คุณจอน อึ้งภากรณ์ คุณสารี อ๋องสมหวัง และเภสัชกรหญิงยุพดี ศิริสินสุข เป็นต้น ทุกคนต่างมีเป้าหมายเดียวกันคือการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะที่ครอบคลุมประชาชนไทยทั่วประเทศ

3) การมีผลประโยชน์ร่วมกัน ชี้ให้เห็นว่าเครือข่ายเป็นการลดข้อจำกัดของแต่ละสมาชิกในเครือข่าย นั่นคือทุกคนต่างมีความต้องการของตน แต่ความต้องการเหล่านั้นจะไม่สำเร็จหากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ในกรณีของการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคนล้วนได้ประโยชน์จากนโยบาย ประการแรกประชาชนทุกคนจะได้รับสิทธิการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียมกัน ประการที่สองพรรคการเมืองได้ประโยชน์จากการนำนโยบายดังกล่าวไปหาเสียงเรียกความสนใจจากประชาชน และประการที่สามกลุ่มแพทย์ชนบทจะได้ดำเนินการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายด้วยแนวคิดการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข เพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่บรรดาแพทย์ชนบทต้องเผชิญมาตลอดระยะเวลาการทำงาน

4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง คือการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมลงมือกระทำ และควรเป็นความสัมพันธ์ในแนวราบที่เท่าเทียมแทนความสัมพันธ์ในแนวตั้ง ในกรณีของเครือข่ายการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความสัมพันธ์ในหลากหลายรูปแบบทั้งความสัมพันธ์แนวราบของภาคประชาสังคม และแนวตั้งตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ ซึ่งทั้งระบบล้วนมีส่วนช่วยสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ในขณะที่ภาคประชาสังคมยังมีการประชุมจัดตั้งกลุ่มนอกรอบ เช่น กลุ่มเวทีสามพรานเพื่อแลกเปลี่ยนความคิด และมีการเคลื่อนไหวล่ารายชื่อเพื่อผลักดันกฎหมายตามแนวทางของรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ภาคการเมืองและภาครัฐก็มีส่วนในการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านกระบวนการตามกฎหมาย เริ่มต้นจากการนำเสนอนโยบายต่อที่ประชุมสภา มีการประชุมเพื่อพัฒนาทางเลือก ก่อนจะลงประชามติเพื่อรับร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

5) ภาวะเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary Relationship) คือการที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างซึ่งกันและกัน โดยที่จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผลตอบแทนหรือผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่ายมากกว่าการไม่สร้างเครือข่ายแต่ต่างคนต่างอยู่ ในกรณีของขบวนการแพทย์ชนบทสะท้อนภาพของการเสริมสร้างซึ่งกันและกันมาตั้งแต่การก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทขึ้นมาดำเนินงานควบคู่ไปกับชมรมแพทย์ชนบท เป็นการอุดรอยรั่วหรือจุดอ่อนของชมรมแพทย์ชนบทที่มีลักษณะไม่เป็นทางการ การจะดำเนินงานในเรื่องของทรัพยากรทางการเงินหรือขอการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่น ๆ จึงมิใช่เรื่องง่ายนัก ด้วยเหตุนี้เองจึงเป็นจุดเริ่มต้นของมูลนิธิแพทย์ชนบท ในขณะที่จุดอ่อนของมูลนิธิแพทย์ชนบทคือความเป็นทางการที่ทำให้การเคลื่อนไหวทำกิจกรรมไม่เป็นอิสระเช่นชมรมแพทย์ชนบท ดังนั้นการเคลื่อนไหวทำกิจกรรมของชมรมแพทย์ชนบทจึงมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างจุดอ่อนและจุดแข็งซึ่งกันและกันของขบวนการแพทย์ชนบท

6) การพึ่งพิงร่วมกัน (Interdependence) สมาชิกของเครือข่ายต่างจำเป็นต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในเครือข่ายเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การจะทำให้สมาชิกหรือหุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันให้แน่นหนา จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกหากเอาหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงไปได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงจำเป็นต้องการดำรงอยู่ของเครือข่าย ซึ่งการพึ่งพิงร่วมกันนี้จะส่งผลทำให้สมาชิกต้องมีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ ในกรณีของขบวนการแพทย์ชนบทหลังจากการเสริมสร้างซึ่งกันและกันแล้วยังนำมาสู่กระบวนการพึ่งพิงร่วมกันคือการพัฒนาเครือข่ายไปสู่ความสัมพันธ์ที่ทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายและขาดบุคคลใดไปไม่ได้ โดยยึดหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา คือ ต้องมีทั้งนายแพทย์ผู้มากความสามารถเป็นผู้สร้างองค์ความรู้เพื่อหาแนวทางผลักดันนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แต่ก็ไม่ใช่บุคคลที่สำคัญที่สุดเพียงบุคคลเดียวหากแต่ยังมีเครือข่ายขององค์การพัฒนาเอกชนเป็นตัวแทนของภาคประชาชนที่สะท้อนการยอมรับจากสังคม และร่วมสร้างจุดเน้นไปสู่ นโยบาย และรักษาไม่ให้กระแสปัญหาหายไปตามกาลเวลา ในขณะที่ภาคการเมืองก็มีหน้าที่สำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศในการกระจายความเท่าเทียม

7) การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้ว ย่อมไม่มีทางที่จะเกิดความร่วมมือกันได้และจะไม่เกิดเครือข่ายความร่วมมืออย่างแท้จริง

ดังนั้นสมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกด้วยกัน ในกรณีของขบวนการแพทย์ชนบทสิ่งที่สะท้อนภาพของการปฏิสัมพันธ์ซึ่งสร้างความต่อเนื่องของการร่วมมือกัน คือ เวทีสามพรานซึ่งมีแพทย์ชนบทขับเคลื่อนให้ยังคงดำเนินงานมาจนถึงปัจจุบัน ไม่เพียงแต่ผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์เท่านั้นแต่ยังมีการเชิญกลุ่มอาชีพอื่น ๆ เข้าร่วมตามวาระที่ต้องชี้แจงหรือหารือเรื่องสำคัญ โดยเป็นลักษณะความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกัน ไม่ใช่การปฏิสัมพันธ์ฝ่ายเดียว และเวทีแพทย์สามพรานนี้เองที่ช่วยให้ยังเกิดการเชื่อมโยงในระดับที่แน่นแฟ้น ยิ่งมีความผูกพันภายในระหว่างกันมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้นอันจะช่วยให้เครือข่ายเข้มแข็ง ตามเจตนารมณ์ของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ครั้งไปปรึกษานายแพทย์ ประเวศ วะสี เพื่อหาแนวทางแก้ไขความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ที่ทำงานร่วมกันในกระทรวงกับบรรดาแพทย์ชนบท

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เครือข่ายจะประกอบไปด้วยการรับรู้มุมมองร่วมกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การพึ่งพิงร่วมกัน และการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน จากการดำเนินงานผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอดีตจะเห็นได้ว่าเป็นการดำเนินงานร่วมกันของหลากหลายองค์กร หลากหลายอาชีพ และหลากหลายแขนงวิชา ไม่ใช่เพียงบรรดาแพทย์ชนบทแต่ยังรวมไปถึงตัวแทนจากภาคสาธารณสุขในสายอาชีพอื่น ๆ ตัวแทนจากภาคการเมืองในฐานะผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวแทนภาคประชาชนในฐานะผู้บริโภค ทั้งหมดล้วนแล้วแต่มีจุดหมายเดียวกันคือ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมประชาชนไทยทั้งประเทศ เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์โดยไม่แบ่งชนชั้นฐานะยากดีมีจน ด้วยมุมมองและวิสัยทัศน์ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมไปถึงผลประโยชน์ที่ครอบคลุมทุกฝ่ายทำให้นโยบายนี้ถูกผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะในที่สุด ดังนั้นระบบเครือข่ายจึงส่งผลให้เกิดการสนับสนุนและทำให้การขึ้นนำเชิงนโยบายมีความเข้มแข็งขึ้นผ่านการสื่อสารและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดผลกระทบด้านบวกอย่างรุนแรงต่อผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายและเกิดแรงต้านน้อยที่สุดจากฝ่ายตรงข้าม

6.4 ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นตอนการดำเนินการเป็นการศึกษาขั้นตอนการผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย และแนวทางการรักษาไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมสนับสนุนและชี้แจงนโยบายของผู้ที่เกี่ยวข้องด้วยการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นเตือนให้ผู้ร่วมอุดมการณ์ยังคงไว้ซึ่งความสนใจและตระหนักในเรื่องที่สนับสนุน โดยมุ่งอธิบายการดำเนินงานระหว่างการทำตัวของนโยบายสาธารณะไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ภายหลังจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อตัวขึ้น และหน้าตาแห่งนโยบายเปิดออกก่อนการเลือกตั้งในปี พ.ศ. 2544 ทั้งสถานการณ์และโอกาสเป็นใจให้แนวคิดดังกล่าวถูกเสนอไปสู่ผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิงนโยบาย เมื่อการเลือกตั้งผ่านพ้นไปด้วยคะแนนเสียงสนับสนุนที่ท่วมท้น นโยบายดังกล่าวจึงเดินทางมาสู่กระบวนการกำหนดนโยบาย พัฒนาทางเลือกนโยบาย และนำไปสู่การปฏิบัติซึ่งไม่ใช่ขั้นตอนที่ง่ายนัก ดังนั้นการรักษาไว้ซึ่งผู้สนับสนุนและการสื่อสารระหว่างเครือข่ายอยู่เสมอ จึงเป็นแนวทางหลักในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าท่ามกลางกระแสทัศนคติที่ไม่เชื่อว่านโยบายดังกล่าวจะนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ณ ช่วงเวลานั้นเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ โดยสามารถอธิบายการดำเนินการผลักดันนโยบายได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

1) ภาคองค์ความรู้ นำโดยบรรดานายแพทย์ชนบทซึ่งมีการวิจัยศึกษาถึงความเป็นไปได้มาหลายต่อหลายครั้งผ่านการวิจัยและการทดลอง จนได้มาซึ่งข้อมูลการดำเนินโครงการที่เสนอต่อภาคการเมือง โดยเฉพาะนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีความมุ่งมั่นกับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายหลังจากชัยชนะของพรรคไทยรักไทยในการเลือกตั้ง นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงมีข้อมูลจำนวนมากไปนำเสนอและตอกย้ำให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของนโยบาย โดยการร่วมมือกันจัดทำข้อมูลกับทีมงาน อย่างนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ผู้มีส่วนสำคัญในการวางระบบหลักประกันสังคมในปี พ.ศ. 2534 นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นายแพทย์ผู้แปลงโครงสร้างใหญ่ของแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เป็นแนวทางการให้บริการว่ามีรูปแบบอย่างไร และนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้ร่วมนำเสนอนโยบายต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจนโยบาย จนกลายมาเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยระบบการเหมาจ่ายรายหัว ในอัตรา 1,202.40 บาทต่อคน ภายใต้แนวคิดแยกผู้ซื้อออกจากผู้ขาย ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็น 3,600 บาทต่อคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

2) ภาคประชาชน นำโดยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ด้วยความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข และเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน ๑๑ เครือข่าย โดยภาคประชาชนได้ร่วมกับนักวิชาการกำหนดกรอบของกฎหมายและรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุน เพื่อยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชนขึ้น ซึ่งได้จัดเวทีเพื่อสื่อสารและประกาศเจตนารมณ์ในการรวบรวมรายชื่อประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 50,000 รายชื่อ ณ นครุสภา เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นได้ดำเนินการยื่นรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งเพื่อเสนอร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อสภา และได้รับแจ้งว่ามีรายชื่อครบถ้วน 50,000 รายชื่อในการเสนอกฎหมาย เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2545 อีกทั้งยังได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่างกฎหมาย ทั้งสภาผู้แทนราษฎร และชั้นต่อนวุฒิสภา ก่อนจะประกาศเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 (สารี อ๋องสมหวัง & รุจรี แสงแสลง, ม.ป.ป.) นอกจากนี้เครือข่ายภาคประชาชนยังมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวเพื่อรักษาไว้ซึ่งกระแสจากผู้สนับสนุน ด้วยการรณรงค์และเผยแพร่กับสาธารณชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น จัดทำวิดีโอเทปนำเสนอทางโทรทัศน์ จัดรายการวิทยุ/โทรทัศน์ จัดเวทีประกาศเจตนารมณ์ และเปิดคอลัมน์ในวารสารฉลาดซื้อของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคอีกช่องทางด้วย

3) ภาคนโยบายหรือภาคการเมือง นำโดยคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย คุณสุดารัตน์ เกยุราพันธุ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข นับได้ว่าภาคการเมืองได้ทำให้หน้าต่างนโยบายเปิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ ภายหลังจากนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ได้พูดคุยกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และเสนอนโยบายกับหัวหน้าพรรคไทยรักไทยก่อนที่พรรคไทยรักไทยจะชนะการเลือกตั้งปี พ.ศ. 2544 แนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงเดินทางมาถึงการผลักดันนโยบายอย่างเต็มรูปแบบผ่านเครือข่ายความร่วมมือในวงกว้าง อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากข้าราชการประจำโดยการนำของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น นอกจากนี้ภาคนโยบายหรือภาคการเมืองยังมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการของกฎหมาย โดยดำเนินการเสนอร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภา ทั้งร่างกฎหมายฉบับรัฐบาลและพรรคฝ่ายค้านที่เข้าสู่สภา เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544 จนในที่สุดร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับที่เสนอโดยพรรครัฐบาล ซึ่งมีเจตนารมณ์ของกฎหมายไม่ต่างไปจาก

ร่างกฎหมายฉบับประชาชนก็ได้รับการพิจารณา และประกาศเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

เมื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยเฉพาะการรักษาไว้ซึ่งผู้สนับสนุน จะพบว่าเป็นการดำเนินงานในลักษณะของการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ คือ มุ่งเน้นไปที่ภาคประชาสังคมและเครือข่ายภาคประชาชนด้านต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายการเคลื่อนไหวอยู่ที่วิถีชีวิตและความเป็นอยู่มากกว่าประเด็นทางด้านการเมือง อีกทั้งยังมีช่องทางการเคลื่อนไหวที่หลากหลายนอกเหนือไปจากช่องทางระบบราชการ โดยไม่ได้เน้นเพียงการเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมืองเท่านั้น แต่มุ่งเป้าไปที่ประเด็นปัญหาที่นำมาสู่การเคลื่อนไหว กล่าวคือมีการดำเนินงานในลักษณะขององค์กรเครือข่าย ขบวนการ และระดับรากหญ้า มากกว่ารูปแบบองค์กรที่มีสายการบังคับบัญชาเพื่อผลักดันประเด็นปัญหาไปสู่การแก้ไขให้สำเร็จ อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะก็ไม่สามารถดำเนินการได้เพียงภาคส่วนใดส่วนหนึ่ง แม้ว่าภาคประชาชนและองค์การพัฒนาเอกชนที่มาร่วมกันเป็นเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีความสำคัญอย่างยิ่งในการกระตุ้นให้ประเด็นปัญหาเข้าไปอยู่ในกระแสความสนใจ แต่หากปราศจากการสนับสนุนของภาคการเมืองซึ่งเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจก็อาจทำให้นโยบายไม่สามารถเกิดขึ้นมาได้เช่นกัน ดังที่นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (สัมภาษณ์, 28 พฤศจิกายน 2562) กล่าวไว้ในช่วงท้ายของการสัมภาษณ์ความว่า “ปัจจัยทางด้านความรู้และความตื่นตัวก็มีความสำคัญ แต่สุดท้ายแล้วรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการพัฒนาต่อไปได้” ถึงแม้ว่าขั้นตอนการดำเนินการตาม “A” Frame for Advocacy จะสะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีลักษณะของการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ที่มุ่งเน้นภาคประชาสังคม เช่น ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และองค์กรเครือข่ายด้านสุขภาพ แต่การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ขาดภาคการเมืองไปไม่ได้ เพราะหน้าต่านโยบายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นได้จากระบบเครือข่ายเป็นส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ฝ่าย ได้แก่ ภาคองค์ความรู้ ภาคประชาชน และภาคการเมือง

6.5 ขั้นตอนการประเมินผล

ขั้นตอนการประเมินผลเป็นขั้นตอนการศึกษาลักษณะการประเมินผลการดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ซึ่งควรมีการประเมินเป็นระยะ ๆ เพื่อดูความก้าวหน้าของการสนับสนุนว่าบรรลุวัตถุประสงค์ไปมากน้อยเพียงใด รวมถึงการพิจารณาว่าสิ่งใดที่ยังไม่บรรลุผลและต้องดำเนินการต่อ ในกรณีของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะพบว่าการประเมินผลการดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนเป็นไปในลักษณะการประเมินผลด้วยการมุ่งไปที่เป้าหมาย นั่นคือ เป้าหมายในการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ออกมาเป็นนโยบายสาธารณะ ซึ่งตลอดระยะเวลาการผลักดันนโยบายจะต้องพบกับความผิดพลาด ล้มเหลว หรือพบปัญหามากมาย ก่อนจะมาประสบความสำเร็จกลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ตามที่นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2562) กล่าวระหว่างการสัมภาษณ์ว่าแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติงานคือการลองผิดลองถูก หรือ Learning by doing เมื่อพิจารณาจากบทสัมภาษณ์จะพบว่าการประเมินผลจะเป็นไปในลักษณะของการเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับการดำเนินงาน และนำบทเรียนจากปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงาน ตลอดจนปัญหาในโครงการที่เกิดขึ้นก่อนหน้ามาปรับใช้และแก้ไข เพื่อให้การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2562) ได้ยกตัวอย่างถึงการเรียนรู้จากโครงการในอดีต โดยระบุว่าปัญหาที่เกิดขึ้นกับโครงการประกันสังคมซึ่งมีบรรดาแพทย์ชนบทเคยร่วมขับเคลื่อน พบว่า วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแบบประกันสังคมอาจทำให้เกิดปัญหากับมาตรฐานการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงออกแบบการควบคุมให้รัดกุมและจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขขึ้นมาอีกหนึ่งคณะ โดยแยกการทำงานออกจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสานต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เดินหน้าต่อไปได้ นอกจากการเรียนรู้ปัญหาของโครงการประกันสังคมและถ่ายทอดมาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ยังมีกรณีตัวอย่างในการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาภายใต้การดำเนินงานผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ กระบวนการเสนอร่างกฎหมายที่จะนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งในระยะแรกของการเสนอร่างกฎหมายเป็นเพียงการดำเนินงานร่วมกันของผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์ที่พยายามจะขับเคลื่อน

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ ก่อนที่จะเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานด้วยการร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคประชาชนและภาคการเมือง นำมาสู่การผ่านร่างกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545

ลักษณะของการประเมินผลการดำเนินงานในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับการทำงาน และนำบทเรียนมาปรับใช้เพื่อให้การผลักดันนโยบายประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย สอดคล้องกับความหมายของการประเมินของหน่วยงานพัฒนา ระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกา (United States Agency for International Development : USAID) ซึ่งให้ความหมายการประเมินไว้ว่า คือ การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับลักษณะและผลลัพธ์ของกลยุทธ์ โครงการ และกิจกรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการตัดสินใจเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพและเวลาในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนงานในปัจจุบันรวมถึงอนาคต (Evaluation is the systematic collection and analysis of information about the characteristics and outcomes of strategies, projects, and activities as a basis for judgments to improve effectiveness, and timed to inform decisions about current and future programming.) (USAID, 2016) ดังนั้นขั้นตอนการประเมินผลการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามกรอบแนวคิด “A” Frame For Advocacy ของมหาวิทยาลัยจอนส์ฮอปกินส์ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานพัฒนาระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกา หรือ USAID จึงมีลักษณะสอดคล้องกับการให้ความหมายข้างต้น ตลอดจนสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ด้วยรูปแบบการดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนที่มีความเป็นอิสระ มีทั้งองค์การที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนการประสานงานร่วมกันผ่านเครือข่ายจำนวนมาก ทำให้การประเมินผลการผลักดันนโยบายต้องยึดเป้าหมายเป็นแนวทางหลัก ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับเครือข่ายที่มาร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ นอกจากนี้ยังมีการประเมินสภาพปัญหา คือ การรวบรวมข้อมูล และพิจารณากลยุทธ์ โครงการ หรือกิจกรรมในอดีต เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแนวทางที่มีผลต่อความสำเร็จของการผลักดันนโยบาย ในกรณีของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการพิจารณาถึงสภาพปัญหาและหาแนวทางแก้ไข เช่น การถ่ายทอดความรู้จากโครงการประกันสังคม

ซึ่งทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกออกแบบด้วยความรอบคอบเพื่อให้การบริการทางสาธารณสุขมีคุณภาพ หรือปัญหาที่กลุ่มแพทย์ชนบทพบในการผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครั้งแรกที่มีผู้ร่วมพิจารณาเพียงนายแพทย์เท่านั้น ก่อนจะนำไปสู่การแก้ไขและเชิญภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง

6.6 ขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย

ขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบายเป็นขั้นตอนที่มุ่งศึกษาแนวทางขององค์การพัฒนาเอกชน ในการสานต่อความสำเร็จของการผลักดันประเด็นปัญหาที่ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะ โดยศึกษาการวางแผนดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การตั้งเป้าหมายระยะยาว และดำรงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนในการสนับสนุน เพื่อรักษาให้ประเด็นที่ต้องการสนับสนุนยังคงมีความสำคัญ ในกรณีของการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าขบวนการแพทย์ชนบทและองค์การเครือข่ายจะประสบความสำเร็จ ในการนำปัญหาสาธารณะไปสู่การกำหนดออกเป็นนโยบาย ภายหลังจากพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งที่ประกาศดำเนินการตามนโยบายในทันที แต่การวางรากฐานนโยบายให้เป็นมากกว่าประชานิยมที่พรรคการเมืองใช้หาเสียงและถูกล้มเลิกนโยบายไปตามยุคสมัย จำเป็นที่จะต้องสร้างความต่อเนื่องให้นโยบายและดำรงไว้ซึ่งบทบาทของผู้มีส่วนในการสนับสนุน เริ่มต้นที่กฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งได้กำหนดแนวทางสานต่อนโยบายไว้ในหลายมาตรา ยกตัวอย่างเช่น มาตรา 13 ระบุให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้ในมาตรา 18 และ 19 มีหน้าที่หลักคือกำหนดนโยบายการบริหารสำนักงาน กำหนดมาตรฐานการบริการของหน่วยบริการ กำหนดหลักเกณฑ์การจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนสนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม นอกจากนี้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กฎหมายยังกำหนดให้มีคณะกรรมการอีกชุดหนึ่งเรียกว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 48 มีหน้าที่ กำกับดูแลให้หน่วยบริการมีคุณภาพ เสนอแนะอัตราราคากลางของโรคทุกโรคต่อคณะกรรมการเพื่อประกอบการวางหลักเกณฑ์กำหนดค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการ กำหนดหลักเกณฑ์และ

เงื่อนไขในการร้องเรียน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตรวจตราและการควบคุมกำกับหน่วยบริการ สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการเผยแพร่ข้อมูลแก่ประชาชน ตลอดจนการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล โดยหาผู้กระทำผิดมิได้หรือหาผู้กระทำผิดได้แต่ผู้รับบริการไม่ได้รับค่าเสียหายภายในระยะเวลาอันสมควร ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด นอกจากนี้กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 24 ยังระบุให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานของรัฐ มีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี และกำหนดอำนาจหน้าที่ไว้ในมาตรา 26 มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายดังนี้ 1) รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน รวมทั้งคณะอนุกรรมการของคณะกรรมการดังกล่าว 2) เก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการบริการสาธารณสุข 3) จัดให้มีทะเบียนผู้รับบริการ หน่วยบริการ และเครือข่ายหน่วยบริการ 4) บริหารกองทุนให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด 5) จ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขตามที่คณะกรรมการกำหนด 6) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ 7) ดำเนินการเพื่อให้ประชาชนมีหน่วยบริการประจำ และการขอเปลี่ยนหน่วยบริการประจำ รวมทั้งประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนทราบข้อมูลของหน่วยบริการ 8) กำกับดูแลหน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการในการให้บริการสาธารณสุขให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด และอำนวยความสะดวกในการเสนอเรื่องร้องเรียน 9) ถือกรรมสิทธิ์มีสิทธิครอบครอง และมีทรัพย์สินสิทธิต่าง ๆ 10) ก่อตั้งสิทธิและทำนิติกรรมสัญญาหรือข้อตกลงใด ๆ เกี่ยวกับทรัพย์สิน 11) เรียกเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการในการดำเนินกิจการของสำนักงาน 12) มอบให้องค์กรอื่นหรือบุคคลอื่นทำกิจการที่อยู่ภายในอำนาจหน้าที่ของสำนักงาน 13) จัดทำรายงานประจำปีเกี่ยวกับผลงานและอุปสรรคในการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน และเผยแพร่ต่อสาธารณชน 14) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กฎหมายกำหนด

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 นำมาซึ่งคณะทำงานที่มีบทบาทสำคัญในการสานต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และยังคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสนับสนุนการผลักดันนโยบาย เป็นที่มาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่จัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีพันธกิจหลักคือ 1) สนับสนุนให้มีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย 2) ดำเนินการให้ทุกภาคส่วนมีความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมในระบบหลักประกันสุขภาพอย่างถ้วนหน้า 3) พัฒนาการบริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ทุกคนเข้าถึงได้ และเป็นที่ยังพอใจของประชาชนและผู้ให้บริการ 4) สนับสนุนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ให้บริการ โดยที่เคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ (Human and Patient Rights) และมุ่งเน้นการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน 5) เสริมสร้างความเท่าเทียมกันระหว่าง 3 กองทุน ทั้งด้านสิทธิประโยชน์ การให้บริการ การจัดสรรงบประมาณและการควบคุมค่าใช้จ่าย โดยสปสช. จะบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามหลักการแยกผู้ซื้อกับผู้ให้บริการ (Purchaser - Provider Split) นั่นคือ สปสช. เป็นตัวแทนของผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในฐานะผู้ให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้ซื้ออย่างสปสช. มีอำนาจต่อรองแทนประชาชน ส่วนผู้ขายบริการจะมีรายได้ก็ต้องมีการให้บริการตามมาตรฐานที่ผู้ซื้อกำหนด ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย โดยมีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์เป็นผู้นำในการสานต่อนโยบายด้วยตำแหน่งเลขาธิการคนแรกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังมีนายแพทย์ประทีป รัตนกิจเจริญ ดำรงตำแหน่งรองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งยังมีผู้ร่วมขับเคลื่อนคนอื่น ๆ ดำรงตำแหน่งสำคัญในองค์กรด้านสาธารณสุข เช่น นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เคยดำรงตำแหน่งสำคัญ ๆ ทางด้านสาธารณสุข เช่น เลขาธิการสำนักงานอาหารและยา อธิบดีกรมแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รองประธานคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจุบันยังคงดำรงตำแหน่งที่ปรึกษาอาวุโสสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์อีกด้วย ในขณะที่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ อีกหนึ่งบุคคลสำคัญที่เคยร่วมขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อครั้งยังเป็นข้าราชการประจำที่กระทรวงสาธารณสุข เคยดำรงตำแหน่งสำคัญ ๆ ได้แก่ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองประธานกรรมการมูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ และเป็นคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน นอกจากนี้

ยังมีนักการเมืองอย่างนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ที่ได้ดำรงตำแหน่งสำคัญในคณะรัฐมนตรีระหว่างการขับเคลือนโยบาย คือ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่จะได้รับตำแหน่ง รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีในเวลาต่อมา ตัวอย่างข้างต้นสะท้อนถึงความสำคัญของการปูเส้นทางการบริหารให้กับผู้ร่วมขับเคลื่อนตั้งแต่อดีตที่ก้าวมาเป็นผู้นำองค์กรต่าง ๆ เพื่อสานต่อการขับเคลื่อนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มาจนถึงปัจจุบัน

6.7 ปัจจัยความสำเร็จในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อพิจารณากระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบการวิจัยทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวิเคราะห์ ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ ขั้นตอนการระดมพล ขั้นตอนการดำเนินการ ขั้นตอนการประเมินผล และขั้นตอนการต่อเนื่งของการสนับสนุนนโยบาย นำมาสู่การวิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จร่วมกับบทสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 9 ท่าน ด้วยคำถามเดียวกัน คือ ปัจจัยใดที่มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการผลักดันประเด็นปัญหาให้กลายเป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 9 ท่าน ชี้แจงรายละเอียดซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

เกศจักรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ (สัมภาษณ์, 8 พฤศจิกายน 2562) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญอันดับหนึ่งคือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีมุ่งมั่นตั้งใจในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีกัลยาณมิตร มีภาคประชาชนที่เข้าใจ ในครั้งแรกของการนำเสนอ นโยบายเป็นเพียงวิชาการล้วน ๆ จึงไม่สำเร็จ เมื่อมีภาคประชาชนและองค์กรเครือข่ายที่พบว่ามีหลักประกันสุขภาพจะได้รับประโยชน์อย่างไร จึงเข้าร่วมขับเคลื่อนจนกลายเป็นปัจจัยสำคัญ นอกจากนี้ยังมีอาจารย์อาวุโสคอยสนับสนุน ตลอดจนเพื่อน ๆ นายแพทย์ที่ทำงานในชนบทมาก่อน ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนด้านวิชาการและมีเจตนารมณ์เดียวกัน คือ การเติมเต็มความสุขให้กับประชาชน และการดูแลประชาชนให้มีความเท่าเทียมกัน

นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (สัมภาษณ์, 28 พฤศจิกายน 2562) กล่าวว่า ในแง่ขององค์ความรู้หรือความตื่นตัวทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญแต่ไม่ใช่ปัจจัยที่ขาดไม่ได้ เพราะสุดท้ายแล้วผู้กำหนดนโยบาย รัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้โครงการนี้หรือหลักการนี้พัฒนาต่อไปได้ โดยจะเห็นว่าในอดีตที่ผ่านมาจะมีข่าวว่าจะล้มโครงการบ้าง ต้องเปลี่ยนปรัชญา

โครงการบ้าง อะไรต่าง ๆ เหล่านี้ เนื่องด้วยนายกรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องไม่เข้าใจที่มาที่ไปของเรื่องนี้ จึงทำให้หลายสิ่งหลายอย่างที่จะเป็นกลยุทธ์ของกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่รู้ว่าไปต่ออย่างไร หากจะเดินหน้าก็กลัวจะมีปัญหากับผู้กำหนดนโยบาย จะถอยหลังก็รู้สึกว่ามีมาถึงตรงนี้แล้วคงถอยหลังไม่ได้จึงซบเซงังงันอยู่อย่างนั้น ดังนั้นการจะเดินหน้าต่อไปได้ผู้กำหนดนโยบายต้องพึงระสนับสนุนงบประมาณและสนับสนุนนโยบาย

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 29 พฤศจิกายน 2562) กล่าวว่า ในเหตุการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 คุณเสกสรรค์ ประเสริฐกุล บอกไว้ว่ามนุษย์เราเกิดได้ 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 คือเกิดที่ครรภ์มารดา ครั้งที่ 2 คือเกิดทางวุฒิปัญญา เห็นทุกข์ของผู้คนแล้วเลือกเดินทางเพื่อที่จะแก้ทุกข์ของประชาชน และบางคนเกิดในครั้งที่ 3 ก็คือเกิดในประวัติศาสตร์ ดังนั้นเรื่องสำคัญที่สุด คือ หลักการที่เป็นเรื่องของอุดมการณ์ การหล่อหลอมองค์การมาได้ด้วยอุดมคติ และหัวใจสำคัญของการรวมตัวกัน คือ การมีผู้นำทางปัญญา ผู้นำคุณธรรม และผู้นำทางยุทธศาสตร์ รวมไปถึงแพทย์ชนบททั้งหลายที่อยู่อย่างทุกข์ยากเห็นตาตาอยู่ทุกวัน ทำให้หล่อหลอมและรักษาสิ่งเหล่านี้ไว้ได้ด้วยความรู้ สุจริต ปัญญา และสติ

นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ (สัมภาษณ์, 4 ธันวาคม 2562) กล่าวว่า ปัจจัยหรือว่ากลไกที่เป็นส่วนสำคัญส่วนที่ 1 คือ การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาชนผู้เป็นเจ้าของปัญหา ส่วนที่ 2 คือข้อมูลทางวิชาการที่จับต้องได้ ซึ่งมีความสำคัญทั้งข้อมูลที่ประเทศไทยวิจัยเอง และข้อมูลจากประสบการณ์ในต่างประเทศ ส่วนที่ 3 ต้องมีหน่วยงาน ทีมงาน และเครือข่ายที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่เพียงแต่ทำตามหน้าที่ ซึ่งเป็นจุดเด่นของระบบประกันสุขภาพของไทย คือ มีกลไกภาคประชาชนที่มีความรู้สึกเป็นเจ้าของเข้ามามีส่วนร่วม

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (สัมภาษณ์, 11 ธันวาคม 2562) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญคือ 1) การเมือง 2) ประชาชน 3) วิชาการ และสุดท้ายปัจจัยที่สำคัญที่สุดก็คือระบบบริการสาธารณสุขที่ดี บุคลากรสาธารณสุขของไทยมีคุณภาพ มีจิตใจเสียสละ และมุ่งประโยชน์ประชาชน ซึ่งสิ่งนี้เป็นเพราะได้ร่ำรับมาตั้งแต่อยู่ในโรงเรียนที่มีหลักการให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นกิจที่ 2 ประโยชน์ส่วนรวมเป็นกิจที่ 1 ลาภยศและและสรรเสริญจะมาสู่ท่านเอง นับเป็นสิ่งที่ฝังอยู่ในหัวบุคลากรสาธารณสุขทุกคน เมื่อส่วนใหญ่ทำดีก็ส่งผลให้ระบบดีเป็นปัจจัยที่ 4 ซึ่งสำคัญมาก

นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา (สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2562) กล่าวว่า มีข้อสรุปอยู่ 5 ด้าน เรื่องที่หนึ่งคือสัญญาของผู้นำรัฐบาล (Political Commitment) จะเห็นว่านโยบายนี้จะไม่เกิดขึ้นถ้าคุณทักษิณ ชินวัตร ไม่นำมาเป็นนโยบาย และทุกรัฐบาลก็ให้คำมั่นสัญญาในการผลักดันทำให้งานนี้เดินหน้า เช่น รัฐบาลคุณสุรยุทธ์ จุลานนท์ เพิ่มสิทธิโรครื้อ และรัฐบาลคุณประยุทธ์ จันทร์โอชา มุ่งเรื่องของผู้สูงอายุและเรื่องปฐมภูมิ อันดับที่สองคือระบบบริการ (Service System) ที่ถูกปูพื้นฐานมาตั้งแต่อดีต และเป็นระบบบริการที่มีความเพียงพอในการดูแล ส่วนที่สามคือความรู้ เพราะระบบหลักประกันถูกสะสมองค์ความรู้ มีการทดลอง มีการนำร่อง และต่อยอดพัฒนา ทำให้เกิดสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เกิดโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program : HITAP) และเกิดสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program : IHPP) เป็นหน่วยงานทำหน้าที่ในเรื่องนโยบาย หน่วยงานทางวิชาการเหล่านี้เป็นตัวพิสูจน์ว่าเมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ระบบเข้มแข็งขึ้น อันดับที่สุดคือเรื่องของการมีส่วนร่วมภาคประชาชนซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันของระบบ เพราะระบบที่เกิดขึ้นมานานไปกระทบผลประโยชน์เยอะมาก กระทบผลประโยชน์ต่อธุรกิจโดยเฉพาะเอกชน ดังนั้นเรื่องของการมีส่วนร่วมจึงทำให้เกิดความเข้มแข็งขึ้น และอีกสิ่งหนึ่งเป็นเรื่องผู้สนับสนุน (Champion) จากทั้งหน่วยบริการที่ทุ่มเทและแพทย์ที่เสียสละ ตลอดจนท้องถิ่นที่มาทำเรื่องของสุขภาพและมาดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

คุณสารี อ๋องสมหวัง (สัมภาษณ์, 15 กุมภาพันธ์ 2563) กล่าวว่า ปัจจัยสำคัญมี 3 ส่วน คือ ภาควิชาการ ภาคประชาชน และภาคการเมือง เพราะกฎหมายไม่ได้ทำได้โดยประชาชน การพิจารณาขึ้นอยู่กับสภาผู้แทนราษฎรหรือรัฐบาลเนื่องด้วยสุดท้ายกฎหมายต้องเกี่ยวข้องกับการเงิน ดังนั้นรัฐบาลก็ต้องมีเจตจำนงค์และทำงานรณรงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น คือ การยอมรับจากต่างประเทศจึงมีการนำเรื่องนี้ไปประชาสัมพันธ์ระหว่างประเทศด้วย ประเทศส่วนใหญ่คิดว่าเรื่องนี้ทำไม่ได้ในประเทศที่ยากจนหรือประเทศที่กำลังพัฒนา เมื่อทำสำเร็จจึงกลายเป็นโมเดลให้กับหลายประเทศได้เอาไปใช้งาน

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ (สัมภาษณ์, 19 กุมภาพันธ์ 2563) กล่าวว่า ปัจจัยที่สำคัญที่สุด คือ การทำงานจากพื้นที่จริงโดยมองจากล่างขึ้นบน ไม่ได้มองจากบนลงล่าง ไม่ว่าจะเรื่องบุรี เรื่องประกันสุขภาพ และเรื่องอื่น ๆ ก็มีพื้นที่ทำสำเร็จและสังเคราะห์ตามนี้จริง อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับ

ต่างประเทศ คือ ความรู้ทั้งหมดที่ค้นหาได้จากทั่วโลก จากอาจารย์ที่นายแพทย์สงวนไปเชื่อมโยงระหว่างศึกษาซึ่งช่วยเรื่ององค์ความรู้เต็มที่ ทั้งองค์ความรู้ในไทยและสากลคือสิ่งสำคัญที่สุด หากไม่มีความรู้ มีเพียงนโยบายหรือเงินก็คงทำไม่สำเร็จ และส่วนที่ 2 คือการเตรียมเครื่องมือที่จะขยายจากพื้นที่ที่ปฏิบัติไปทั่วประเทศ เครื่องมือนั้นคือร่างกฎหมายซึ่งเป็นเครื่องมือในการสังเคราะห์นโยบายให้ภาคการเมืองรับเอาไปเป็นนโยบายของรัฐบาล และมีเครือข่ายที่พร้อมขับเคลื่อนนโยบาย ก็คือเครือข่ายของแพทย์ชนบทและเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ ร่วมกันทำงาน ไม่เพียงแพทย์ชนบทองค์กรเดียว อีกจุดสำคัญคือเรื่องของ NGO ที่ทำงานอยู่ในโครงสร้างของ GO กล่าวคือการทำงานเรื่ององค์ความรู้ในพื้นที่และสามารถเชื่อมโยงกับภาครัฐได้ สิ่งนี้คือคุณสมบัติพิเศษทำให้เป็นอันหนึ่งอันเดียว และสามารถทำเรื่องขับเคลื่อนเชื่อมกับทางการเมืองได้

เกศักรหญิงยุพดี ศิริสินสุข (สัมภาษณ์, 10 มีนาคม 2563) กล่าวว่า สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาเป็นรูปธรรมที่ชัดที่สุด เป็นการทำงานร่วมกันของ 3 ฝ่าย ได้แก่ นักวิชาการก็คือทีมนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งไปนำร่องในพื้นที่ด้วยการวางโมเดลของระบบบริการ ดังนั้นงานวิชาการต้องแข็งแรงชี้ให้เห็นว่านโยบายเกิดขึ้นได้จริงในระบบบริการของประเทศไทย สิ่งที่ 2 คือภาคประชาชนที่เข้มแข็ง สิ่งที่ยพยายามจะทำคือศึกษาว่าควรจะมีองค์ประกอบอะไรในกฎหมาย รวมกับความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมในการล่ารายชื่อให้เกิน 50,000 รายชื่อ และในระหว่างการล่ารายชื่อ สิ่งสำคัญคือการให้ความรู้ความเข้าใจว่าระบบหลักประกันจะเข้ามาเพื่ออะไร ทุกคนจะมีสิทธิพื้นฐานในเรื่องสุขภาพอย่างไรบ้าง ดังนั้นจะเป็นเรื่องของความตระหนักรับรู้ (Awareness) ทั้งในเรื่องความรู้ความเข้าใจ และสิทธิพื้นฐาน อีกส่วนก็คือนักการเมือง ณ วันนั้น ทุกคนมองว่าหลักประกันสุขภาพคือภาระงบประมาณในการขับเคลื่อน อาจจะถูกตีตกเพราะเป็นไปไม่ได้ในเรื่องระบบงบประมาณ ช่วงนั้นไทยเป็นประเทศด้อยการพัฒนาซึ่งไม่น่าจะมีเงินแต่สุดท้ายก็ทำสำเร็จ เนื่องจากไม่ได้ใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นเท่าไร เพียงแต่เปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณ แต่ที่ต้องปรับตัวเยอะก็คือโรงพยาบาล ปัจจัยที่ 3 นี้เป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ คือ ความสำเร็จส่วนหนึ่งอยู่ที่ภาครัฐซึ่งจะต้องเปิดใจกว้างพร้อมรับฟังและยอมรับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 9 ท่าน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ องค์ความรู้ ภาคการเมือง และภาคประชาชน ซึ่งเป็นการดำเนินงานระบบเครือข่ายที่ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของนโยบาย นอกจากนี้ยัง

มีปัจจัยด้านระบบบริการสาธารณสุขที่ถูกกล่าวถึงระหว่างการสัมภาษณ์ เนื่องด้วยความพร้อมในการรองรับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของระบบบริการสาธารณสุข ทั้งสถานพยาบาลที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ และบุคลากรที่ถูกปลูกฝังอุดมการณ์ในการทำงานเพื่อส่วนร่วม จึงกลายเป็นอีกปัจจัยสำคัญในทัศนคติของผู้ให้ข้อมูล เมื่อวิเคราะห์ร่วมกับกระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้ง 6 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวิเคราะห์ ขั้นตอนการเลือกกลยุทธ์ ขั้นตอนการระดมพล ขั้นตอนการดำเนินการ ขั้นตอนการประเมินผล และขั้นตอนการต่อเนื่องการสนับสนุนนโยบาย สามารถสรุปปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งออกเป็น 5 ปัจจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม โดยเฉพาะสภาพปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยก่อนปี พ.ศ. 2545 ซึ่งไม่ครอบคลุมประชาชนไทยทั่วทั้งประเทศ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและหนี้สินจากการรักษาพยาบาลซึ่งมีผลต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจ นับเป็นปัญหาระดับประเทศที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตัวบุคคลหรือระดับชุมชน แต่จำเป็นต้องมีแนวทางจากภาครัฐเพื่อจัดสรรทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาซึ่งเป็นปัญหาที่จัดอยู่ในประเภทปัญหานโยบาย นอกจากนี้บรรดานายแพทย์ชนบทยังมีส่วนร่วมในการประสบกับสภาพปัญหาด้วยตนเอง ทำให้เกิดความเข้มข้นของการตระหนักรับรู้สภาพปัญหา การปฏิสัมพันธ์กันระหว่างขอบเขตของปัญหาในวงกว้าง และช่วงเวลาของการผลักดันที่เหมาะสม จึงได้รับความสนใจและการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจนสามารถผลักดันสภาพปัญหาเข้าสู่การริเริ่มระเบียบวาระนโยบายสาธารณะได้สำเร็จ กลายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมท่ามกลางบริบทที่เอื้ออำนวยให้เกิดการมีส่วนร่วมตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการรวบรวมรายชื่อเสนอร่างกฎหมาย และยังส่งเสริมให้พรรคการเมืองมีความเข้มแข็งด้วยการให้ความสำคัญกับพรรคการเมืองมากกว่าตัวบุคคล กล่าวคือ มีการเริ่มต้นกลไกการเลือกตั้ง ส.ส. แบบบัญชีรายชื่อ รวมถึงการย้ายพรรคของสมาชิกที่ยากขึ้นกว่าแต่เดิม ก่อให้เกิดการแข่งขันเชิงนโยบายเอาชนะใจประชาชนมากกว่าการใช้บารมีแบบในอดีต บริบทดังกล่าวจึงเป็นส่วนหนึ่งที่น่ามาสู่หน้าต่านโยบาย และกลายเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้ คือตัวนำทางที่ก่อให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นบทบาทที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ตั้งแต่การสังสมองค์ความรู้ผ่านโครงการวิจัยขุนหาญ

โครงการอยุธยา ก่อนที่จะขยายการดำเนินงานสู่จังหวัดอื่น ๆ กลายเป็นโครงการระดับประเทศภายใต้ทุนสนับสนุนของสหภาพยุโรป นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในนโยบายสำคัญอย่างโครงการบัตรสุขภาพและโครงการประกันสังคมยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบการคลังและการประกันสุขภาพจากการเบิกจ่ายค่าบริการตามที่ใช้จริงเป็นการเหมาจ่ายรายหัวร่วมกับการใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้เพดานงบประมาณ นับได้ว่าองค์ความรู้มีส่วนสำคัญอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การระบุประเด็นปัญหา การกำหนดระเบียบวาระนโยบาย และการกำหนดนโยบายสาธารณะซึ่งส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาเพื่อการแก้ไขปัญหาและผลักดันนโยบายให้สำเร็จ อีกทั้งยังเป็นส่วนหนึ่งของลักษณะการประเมินผลการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการศึกษาจะพบว่าการประเมินผลการดำเนินงานขององค์การพัฒนาเอกชนเป็นลักษณะที่ไม่เป็นทางการ แต่มีการติดตามผลอยู่ตลอดเวลา นั่นคือการเรียนรู้ไปพร้อมกับกระบวนการดำเนินงาน ทำให้มีการนำความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดเห็น และข้อผิดพลาดในอดีตมาปรับใช้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ปัจจัยด้านผู้นำและอุดมการณ์ จะพบว่าขบวนการแพทย์ชนบทเป็นการรวมตัวกันของผู้ที่มีวิชาชีพเดียวกัน มีเจตนารมณ์ร่วมกัน มีการปลูกฝังหลักการ ตลอดจนการเรียนรู้และเติบโตจากการไปเป็นแพทย์ชนบท ทำให้ทุกคนผ่านประสบการณ์ที่ต้องพบกับสภาพปัญหาในโรงพยาบาลห่างไกล และพยายามผลักดันไปสู่การแก้ไข นอกจากนี้แกนนำของขบวนการแพทย์ชนบทหลายคนยังเคยเป็นผู้นำนักศึกษาและผ่านเหตุการณ์ยุค 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 และยุค 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 มาด้วยกัน จึงหล่อหลอมอุดมการณ์เพื่อสังคม กล้าคิด กล้าทำ และกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงจากระบบเดิมที่เป็นอยู่อีกทั้งยังมีเครือข่ายจำนวนมากที่คอยสนับสนุนจากทั้งเพื่อนร่วมวิชาชีพ สหายร่วมอุดมการณ์ ผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือ และบรรดาแพทย์อาวุโสที่ได้ถ่ายทอดอุดมการณ์จากรุ่นสู่รุ่น เสริมสร้างให้เครือข่ายเหนียวแน่นและเข้มแข็งจนสามารถผลักดันสิ่งที่ยากลำบากได้สำเร็จ และท้ายที่สุดคงจะปฏิเสธไม่ได้ว่านายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นหนึ่งในบุคคลสำคัญต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยมีความทุ่มเทอย่างเต็มกำลังเพื่อริเริ่มผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สำเร็จ ทั้งการวางรากฐานด้านองค์ความรู้และการสร้างเครือข่ายกระจายออกไปในแวดวงอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแวดวงทางการเมืองที่ตอกย้ำให้เห็นว่าปัจจัยด้านผู้นำมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จ เนื่องด้วยผู้นำในการบริหารประเทศหรือนายกรัฐมนตรีมีอำนาจในการตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำในสิ่ง

ที่เรียกว่านโยบายสาธารณะ ในอดีตนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีความพยายามที่จะนำเสนอหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับผู้นำประเทศและหัวหน้าพรรคการเมืองหลายท่าน แต่นโยบายก็ไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติด้วยเหตุผลหลายประการ จนกระทั่งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้พบกับคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย ซึ่งเปิดรับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่วันแรกที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เสนอนโยบายต่อคุณทักษิณ ชินวัตร เมื่อปี พ.ศ. 2542 จนกลายเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนที่นำไปสู่การปฏิบัติภายหลังชัยชนะการเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทยเมื่อปี พ.ศ. 2544 ดังนั้นผู้นำประเทศจึงเป็นอีกส่วนหนึ่งในปัจจัยด้านผู้นำ อีกทั้งยังเป็นผลสืบเนื่องไปถึงปัจจัยด้านทรัพยากรที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำประเทศ

4) ปัจจัยด้านเครือข่าย เป็นปัจจัยที่เริ่มต้นจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายสนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะพิเศษขององค์การพัฒนาเอกชนอย่างขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งมีลักษณะเฉพาะตัว กล่าวคือ ขบวนการแพทย์ชนบทมีความเชื่อมโยงกันอย่างเหนียวแน่นด้วยอุดมการณ์ที่ถูกปลูกฝังมาแบบเดียวกัน กลายเป็นองค์การที่ไม่ใช่ภาครัฐหรือองค์การที่ไม่แสวงผลกำไรที่มีศักยภาพแต่ดำเนินงานอยู่ในโครงสร้างของภาครัฐ ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นองค์การที่มีสายบังคับบัญชาทั้งในแนวราบและแนวตั้ง มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และการรวมกลุ่มสามพราน ตลอดจนงานปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้กลยุทธ์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทยึดเป็นแนวทางในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาอยู่บนหลักการของการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ระหว่างภาคองค์ความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และภาคประชาชน เป็นยุทธวิธีที่ทำให้เกิดการร่วมมือเชิงเครือข่ายผ่าน 3 ตัวแสดงสำคัญ ก่อให้เกิดความเป็นเจ้าของในนโยบายร่วมกัน นำไปสู่กระบวนการระดมพลซึ่งเป็นมากกว่าการรวมกลุ่ม แต่มีลักษณะของการทำงานเชิงเครือข่ายที่ประกอบไปด้วยการรับรู้มุมมองร่วมกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีผลประโยชน์ร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การพึ่งพิงร่วมกัน และการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ จึงเป็นองค์ประกอบของเครือข่ายที่นำมาซึ่งความสำเร็จในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

5) ปัจจัยด้านทรัพยากร เป็นปัจจัยสุดท้ายที่ครอบคลุมทุกขั้นตอนของการผลักดันนโยบาย โดยชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จเกิดจากความพร้อมที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้รับในการสนับสนุนด้าน ทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร (Man) งบประมาณ (Money) เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ (Material) ตลอดจนทรัพยากรด้านการบริหารจัดการ (Management) ดังต่อไปนี้

ด้านบุคลากร (Man) การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผู้สนับสนุนที่มีบทบาทในการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข คุณจอน อึ้งภากรณ์ คุณสารี อ๋องสมหวัง และเภสัชกรหญิงยุพดี ศิริสินสุข เป็นต้น นอกจากนี้ ยังได้รับการสนับสนุนที่ดียิ่งจากบุคลากรในพื้นที่ชนบทที่ทำการวิจัย และบุคลากรส่วนกลางที่ทำงานอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

ด้านงบประมาณ (Money) ก่อนการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณสำหรับสนับสนุนสถานพยาบาลจำนวน 26.5 พันล้านบาท เมื่อต้องดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเพิ่มงบประมาณอีกประมาณ 30,000 ล้านบาท สำหรับการรักษาพยาบาลประชากร 47 ล้านคน ด้วยงบประมาณจำนวนมากขึ้นทำให้ไม่มีพรรคการเมืองใดรับนโยบายไปพิจารณาทำให้นโยบายไม่สามารถจะเป็นความจริงได้ จนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีโอกาสพูดคุยกับคุณทักษิณ ชินวัตร และคุณทักษิณ ชินวัตร รับเป็นหนึ่งในนโยบายหาเสียงเลือกตั้ง ก่อนจะกลายเป็นนโยบายเร่งด่วนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2546

ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ (Material) เป็นผลพวงจากการดำเนินนโยบายสาธารณสุขในอดีต ด้วยการสร้างโรงพยาบาลให้กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในสมัยรัฐบาล ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ด้วยนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลระดับอำเภอและนโยบายจัดสวัสดิการ รักษาพยาบาลให้กับบุคคลต่าง ๆ ผ่านโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ในปี พ.ศ. 2518 ก่อนจะประสบความสำเร็จอย่างมากในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ด้วยการสร้างโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ สร้างสถานีอนามัยทุกตำบล และพัฒนาเป็นโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในสมัยรัฐบาลคุณอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ จากโรงพยาบาลที่กระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ และนโยบายที่มีความพยายามส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่ถึงแม้ว่าจะไม่

ครอบคลุมคนไทยทั่วประเทศ แต่ก็ยังเป็นแนวทางที่สร้างให้เกิดความพร้อมรองรับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสามารถนำมาสู่การปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว

ด้านการบริหารจัดการ (Management) จะพบว่า การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการวางรากฐานเพื่อการบริหารในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะมีผลต่อความยั่งยืนของนโยบาย ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงาน ส่งผลต่อแนวทางการผลักดันนโยบายให้สำเร็จ โดยกำหนดแนวทางการบริหารจัดการไว้ในกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เช่น มาตรา 13 ระบุให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่าคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 48 ระบุให้มีคณะกรรมการอีกชุดหนึ่งเรียกว่า คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และมาตรา 24 ระบุให้มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารกิจการที่เกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น



บทที่ 7

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน : ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” มีวัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทที่ใช้ในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

7.1 บทสรุป

ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มต้นขึ้นจากสหพันธ์แพทย์ชนบทใน ปี พ.ศ. 2519 ก่อนจะก่อตั้งเป็นชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2521 และจดทะเบียนเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทในปี พ.ศ. 2525 อีกทั้งยังมีการประชุมกลุ่มแพทย์สามพรานที่เปรียบเสมือนพื้นที่เพื่อเสวนาทางวิชาการ เริ่มต้นขึ้นในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 ณ สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม และยังคงมีการประชุมร่วมกันมาจนถึงปัจจุบันนับเป็นเวลากว่าสามสิบปี ต่อมาได้ขยายบทบาทเข้าไปในสภาวิชาชีพ การดำเนินงานในองค์การพัฒนาเอกชน การเชื่อมโยงกับองค์กรเครือข่ายด้านสาธารณสุข การปฏิบัติงานราชการในกระทรวง ตลอดจนการทำงานด้านการเมือง ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในสังคมและเข้าไปมีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขไทยอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นโครงการรณรงค์ต่อสู้บุหรี กองทุนประกันสังคม การก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข การเปิดโปงกรณีทุจริตยา และการผลักดันนโยบายสำคัญอย่างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กระบวนการมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบไปด้วยความร่วมมือของตัวแสดง 3 ฝ่ายที่จะต้องดำเนินงานร่วมกันและส่งเสริมซึ่งกันและกันตามกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วยองค์ประกอบด้านความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยจะพบว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในภาคองค์ความรู้ ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการระบุประเด็นปัญหา คือ การพบเจอกับสภาพปัญหาที่มีลักษณะของปัญหานโยบาย คือ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างและจำเป็นที่จะต้องผลักดันไปสู่การเป็น

นโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญหา ดังนั้นขบวนการแพทย์ชนบทจึงเริ่มผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการศึกษา วิจัย และทดลองอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการชุมชนหาญ ณ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2529 - 2531 ทำให้ทราบถึงต้นทุนอันนำมาสู่โครงการต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือโครงการอยุธยา ในปี พ.ศ. 2532 - 2537 ด้วยการทดลองสร้างระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง และจัดเก็บค่ารักษาในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ 70 บาท ก่อนจะขยายเป็นโครงการระดับประเทศที่ชื่อว่า โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งเป็นที่มาของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวด้วยอัตราเริ่มต้นที่ 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี และมีการปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี เช่นเดียวกับสิทธิประโยชน์และวิธีการจ่ายงบประมาณที่มีการปรับอย่างต่อเนื่อง โดยในส่วนใหญ่ผู้ป่วยนอกจะเป็นการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว ขณะที่ผู้ป่วยในจะใช้วิธีการจ่ายแบบตื้อาร์จีหรือการจ่ายตามน้ำหนักและภาวะโรค นอกจากนี้ยังมีการแยกบางโรคออกมาจัดตั้งเป็นกองทุนรักษาพยาบาลต่างหากเพื่อให้การบริหารมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น กองทุนเอดส์ และกองทุนโรคไต เป็นต้น (นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา, สัมภาษณ์, 26 ธันวาคม 2562) ล้วนเริ่มต้นจากบทบาทด้านองค์ความรู้ของขบวนการแพทย์ชนบทที่เป็นเสมือนตัวกำหนดทิศทางของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตามบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในด้านองค์ความรู้เป็นเพียงส่วนหนึ่งขององค์ประกอบในการขับเคลื่อนภูเขาที่ยิ่งใหญ่ หากขาดอีกสององค์ประกอบสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคงจะเกิดขึ้นไม่ได้ นั่นคือ การเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ ซึ่งเริ่มต้นมีบทบาทสำคัญในปี พ.ศ. 2540 - 2545 คือเริ่มต้นเมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้วยการร่วมลงชื่อเสนอกฎหมาย ตามมาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 เมื่อปี พ.ศ. 2543 จึงเกิดความร่วมมือจากเครือข่ายองค์การพัฒนาเอกชน 11 เครือข่าย ภายใต้ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และประสานความร่วมมือกับผู้แทนจากสภานายความร่วมกันร่างกรอบกฎหมายและรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีรายชื่อครบถ้วน 50,000 รายชื่อในการเสนอกฎหมาย เมื่อวันที่ 29 มกราคม พ.ศ. 2545 แม้ว่าท้ายที่สุดกระบวนการที่ล่าช้าดังจะทำให้ร่างกฎหมายฉบับประชาชนเข้าพิจารณาไม่ทันฉบับ

รัฐบาลและพรรคฝ่ายค้าน แต่ภาคประชาชนก็มีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาร่างกฎหมายก่อนที่จะประกาศเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 ในขณะที่ภาคการเมืองก็ได้รับการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งและมีเสถียรภาพ เน้นให้เกิดการแข่งขันเชิงนโยบายเอาชนะใจประชาชนมากกว่าการใช้บารมีแบบในอดีต จากหน้าต่านโยบายที่เกิดขึ้นนำมาสู่ความร่วมมือของทุกฝ่ายภายหลังจากที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มีโอกาสนำเสนอโยบายกับคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย ด้วยการช่วยเหลือของนายแพทย์ผู้มีบทบาทในพรรคอย่างนายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ณ ที่ทำการพรรคไทยรักไทย ในวันที่ 24 ธันวาคม พ.ศ. 2542 ก่อนที่พรรคไทยรักไทยจะนำนโยบายดังกล่าวไปใช้เป็น 1 ใน 9 นโยบายหาเสียง และชนะการเลือกตั้งไปในปี พ.ศ. 2544 พร้อมกับเริ่มดำเนินนโยบายในทันทีด้วยความพร้อมและการสนับสนุนอย่างเต็มที่ของภาคข้าราชการ โดยการนำของปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นับได้ว่าภาคการเมืองและอำนาจรัฐมีส่วนทำให้หน้าต่านโยบายเปิดออกอย่างสมบูรณ์แบบ

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์การพัฒนาเอกชน ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตอบวัตฤประสงค์การวิจัยในข้อแรก คือ เพื่อศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์การพัฒนาเอกชนที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพบว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ด้วยการเคลื่อนไหวทางสังคมในเชิงเครือข่าย คือ มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์การ ใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ เป็นขบวนการที่มีโครงสร้างการทำงานทั้งในลักษณะความสัมพันธ์แนวราบและแนวตั้ง ทำให้มีกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานอย่างกว้างขวางและถ่ายทอดประสบการณ์จากรุ่นสู่รุ่น ด้วยกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างชมรมแพทย์ชนบทที่มีอิสระ มีความคล่องตัวสูง และมูลนิธิแพทย์ชนบทที่เป็นแหล่งสะสมทุนซึ่งมีลักษณะองค์การที่เป็นทางการ จดทะเบียนเป็นนิติบุคคล นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีบทบาทเป็นผู้สร้างวาระนโยบายที่มีส่วนสำคัญในการเตรียมความพร้อมอยู่เสมอสำหรับการนำเข้าสู่ข้อมูล ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในสถานการณ์ที่หน้าต่าแห่งนโยบายเปิดออกพร้อมให้ปัญหาสาธารณะที่เกี่ยวข้องหลุดเข้าไปสู่วาระนโยบายได้ ด้วยความร่วมมือ

ระหว่างภาคองค์ความรู้ ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมือง อันจะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปไม่ได้ เนื่องด้วยสังคมคือระบบความสัมพันธ์ที่หน่วยต่าง ๆ มีส่วนเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน พึ่งพาอาศัยกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัยลำดับต่อมา คือ เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทในการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อพิจารณาตามกรอบแนวคิดการวิจัย “A” Frame for Advocacy ซึ่งประกอบไปด้วย 6 กระบวนการ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา การเลือกกลยุทธ์ในการเข้าไปมีส่วนร่วม การระดมพล การดำเนินการ การประเมินผล และการต่อเนื่องการผลักดันนโยบาย วิเคราะห์ร่วมกับทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 9 ท่าน ได้แก่ 1) เกษักรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ 2) นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี 3) นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ 4) นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ 5) นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ 6) นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ 7) นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา 8) คุณสารี อ๋องสมหวัง และ 9) เกษักรหญิงยุพดี ศิริสินสุข จะพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ปัจจัยด้านบริบทแวดล้อม ได้แก่ สภาพปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยก่อนปี พ.ศ. 2545 การมีส่วนร่วมของประชาชนภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และการแข่งขันเชิงนโยบายของพรรคการเมือง ทำให้บริบทแวดล้อมกลายเป็นส่วนหนึ่งที่น่ามาสู่หน้าต่างแห่งนโยบายสาธารณะ

2) ปัจจัยด้านองค์ความรู้ คือตัวกำหนดทิศทางของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและเป็นบทบาทที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ตั้งแต่กระบวนการระบุประเด็นปัญหาจนกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะ ด้วยการเรียนรู้ระหว่างการดำเนินงานและนำมาปรับใช้เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

3) ปัจจัยด้านผู้นำและอุดมการณ์ การเริ่มต้นผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบทเกิดจากภาวะผู้นำที่มีความกล้าเปลี่ยนแปลง มีอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม และสร้างความเชื่อมั่นให้กับคนอื่น ๆ ที่มีเจตนารมณ์ร่วมกัน มีการปลุกฝังหลักการ และถ่ายทอดอุดมการณ์จากรุ่นสู่รุ่น นอกจากนี้ปัจจัยด้านผู้นำยังหมายถึงความรวมถึงผู้นำประเทศซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในความสำเร็จและเกี่ยวข้องไปถึงปัจจัยด้านทรัพยากรที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้นำประเทศ

4) ปัจจัยด้านเครือข่าย เป็นปัจจัยที่เริ่มต้นจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจนกลายเป็นความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายกับองค์กรต่าง ๆ ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นองค์การที่มีสาย

บังคับบัญชาทั้งในแนวราบและแนวตั้ง มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในชมรม แพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท และการรวมกลุ่มสามพราน ตลอดจนการปฏิบัติงานในหน่วยงาน ภาครัฐ อีกทั้งยังดำเนินงานร่วมกันกับองค์กรเครือข่ายด้วยกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

5) ปัจจัยด้านทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร (Man) ทั้งผู้นำองค์กร บุคลากรในพื้นที่ชนบท และ บุคลากรส่วนกลางที่ทำงานอย่างใกล้ชิด ด้านงบประมาณ (Money) ภาครัฐสนับสนุนการดำเนินงาน ด้วยงบประมาณด้านสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากก่อนที่จะมีนโยบายประมาณ 30,000 ล้านบาท ในปี งบประมาณ พ.ศ. 2546 ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ (Material) เป็นความพร้อมจากการ ดำเนินนโยบายสาธารณสุขในอดีต ด้วยการสร้างโรงพยาบาลกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ ด้านการ บริหารจัดการ (Management) มีการวางรากฐานผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 ส่งผลต่อการผลักดันนโยบายในปัจจุบันและการต่อเนื่องนโยบายในอนาคต

7.2 ข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขขององค์การพัฒนาเอกชน ศึกษากรณี นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเพียงการศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ ชนบท และปัจจัยความสำเร็จที่ใช้ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขในมุมมองขององค์การพัฒนา เอกชน โดยสามารถนำไปสู่การวิจัยในมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องด้านต่าง ๆ นอกเหนือจากขบวนการ แพทย์ชนบทที่มีบทบาทด้านองค์ความรู้ ไม่ว่าจะเป็นการดำเนินงานของพรรคการเมือง ตลอดจน เครือข่ายองค์การภาคประชาชน 11 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติด เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่ม สวัสดิการชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ และการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อ วิเคราะห์บทบาทที่สอดคล้องและแตกต่างกันไป ซึ่งจะสะท้อนปัจจัยสำคัญต่อการพัฒนาแนวทางการ ผลักดันนโยบายสาธารณสุขในอนาคต นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท ในการผลักดันนโยบายสาธารณสุขที่มีบริบทแตกต่างไปจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการผลักดันนโยบายสาธารณสุข เช่น การรณรงค์ ดสูบบุหรี่ในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทโดยการนำของนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธาน

ชมรมแพทย์ชนบท (พ.ศ. 2529 - 2531) มีส่วนร่วมในโครงการวิ้งรณรงค์เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะองค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทยสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้กับการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันสิ่งที่ยากลำบากในสังคมให้นำไปสู่ความสำเร็จ ด้วยการสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอดความรู้ ร่วมกันแก้ปัญหา และต้องมีการสื่อสารระหว่างเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของการผลักดันนโยบายสาธารณะจะต้องเตรียมความพร้อมทางด้านข้อมูลไว้เป็นรากฐานของการเคลื่อนไหว เพื่อความพร้อมอยู่เสมอสำหรับหน้าตาต่างนโยบายที่สามารถเปิดออกได้ทุกเวลา เมื่อโอกาสและสถานการณ์มาบรรจบกับกระแสการเมือง กระแสปัญหา และกระแสนโยบาย อีกทั้งยังควรมีแผนการดำเนินงานขององค์การเป็นเครื่องมือในการกำหนดทิศทางขององค์การพัฒนาเอกชน ประกอบไปด้วยวิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ กลยุทธ์ และแนวทางการดำเนินงาน

บรรณานุกรม

- Cobb, R., Ross, J.-K., & Ross, M. H. (1976). Agenda Building as a Comparative Political Process. *The American Political Science Review*, 70(1), 126-138.
doi:10.2307/1960328
- Dery, D. (1984). *Problem definition in policy analysis*: Univ Pr of Kansas.
- Dunn, W. N. (1986). *Policy Analysis: Perspectives, Concepts, and Methods*. Greenwich: Conn: JAI Press.
- Dye, T. R. (1984). *Understanding Public Policy*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Gerston, L. N. (1997). *Public policy Making-Process and Principles* (New York, ME Sharpe). In: Inc.
- IHPP, & HITAP. (2556). *Do It Right and Fear No Man : Dr. Suwit Wibulpolprasert*. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
- Johns Hopkins School of Public Health. (1999). *"A" Frame for Advocacy*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Boston: Little, Brown.
- Mitchell, J. C., & Boissevain, J. (1973). *Network analysis: studies in human interaction*: De Gruyter Mouton.
- Salamon, L. M., & Anheier, H. K. (1996). *The international classification of nonprofit organizations: ICNPO-Revision 1, 1996*: Johns Hopkins University Institute for Policy Studies Baltimore Mar.
- USAID. (2016). *EVALUATION Learning from Experience: USAID EVALUATION POLICY*.
<https://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1870/USAIDEvaluationPolicy.pdf>
- เกียรติก้องดี เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). *การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา*. กรุงเทพฯ: ซัคเซสมิเดีย.
- เกษม นครเขตต์. (ม.ป.ป.). *เอกสารวิชาการแนวคิดและทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่. (2552). *มูลนิธิแพทย์ชนบท*.
http://www.wasi.or.th/wasi/index.php?page=link_p&select_page=1&group_=03&c ode=02&idHot_new=32
- เชษฐา ทรัพย์เย็น. (2556). *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชา*

- สังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2552). เอกสารคำสอนรายวิชาการระบบและนโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. (2559).
http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20180914162453_1_.pdf
- ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์. (2554). พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท : ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2559). เอกสารประกอบการเรียนการสอนนโยบายสาธารณสุข ชุดที่ 1. กรุงเทพฯ: รัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนาคารพัฒนาเอเชีย. (2554). ภาคประชาสังคมในประเทศไทยโดยสังเขป. กรุงเทพฯ: สำนักงานผู้แทนประจำประเทศไทย.
- นพดล อุดมวิศวกุล. (2548). การเข้าสู่วาระและการกำหนดนโยบายสาธารณะ: ศึกษากรณีนโยบายมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารในประเทศไทย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- นพดล อุดมวิศวกุล. (2560). การเข้าสู่วาระและการกำหนดนโยบายสาธารณะ. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- น้ำทิพย์ วิภาวิน. (2558). เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย. ปีที่ 8(เล่มที่ 2), 121 – 127.
- ประเวศ วะสี. (2543). บนเส้นทางชีวิต: ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประชาไท. (2547). รายงานพิเศษ : ย้อนรอยคดีทุจริตยา. <https://prachatai.com/journal/2004/10/977>
- ประกาส ปันตบแต่ง. (2552). กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม. เชียงใหม่: มูลนิธิไฮนริค เบิลล์ สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.
- ประสงค์ชัย เศรษฐสุวิชัย. (2557). การเข้าสู่วาระนโยบายระบบขนส่งทางรางในประเทศไทย: กรณีศึกษาโครงการรถไฟความเร็วสูงโดยใช้ตัวแบบของคิงด็อน. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท), จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. (2545).
<http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>
- พฤทธิสถาน ชุมพล. (2546). ความหมายขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม. In สิริพรรณ นกสวน & เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา (Eds.), คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิแพทย์ชนบท. (ม.ป.ป.). ประวัติความเป็นมา. <http://ruraldoctor.or.th/about/>
- มูลนิธิมิตรภาพบำบัด. (2562). บันทึกจากงานรำลึก 11 ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. นนทบุรี: สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่. (ม.ป.ป.). ประวัติมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่.
http://www.ashthailand.or.th/th/about_page.php?id=221
- ระชา ภูซงค์ และคณะ. (2556). แพทย์ชนบท ธรรมาภิบาลกับการเมืองสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540. (2540).

https://library2.parliament.go.th/giventake/content_thcons/16cons2540.pdf

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. (2560).

<http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย : รากฐานสำคัญของการบรรลุ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [https://www.thelancet.com/pb-](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf)

[assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf](https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf)

วิชัย โชควิวัฒน์. (2554). นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายช่างผู้รังสรรค์ประติมาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ทีคิวพี.

ศรีสุวรรณ จรรยา. (2550). พัฒนาการและบทบาทขององค์การพัฒนาเอกชนไทย. วารสารการจัดการสิ่งแวดล้อม, ปีที่ 3(เล่มที่ 1), 85 - 116.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: มติชน.

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (ม.ป.ป.). งานกับอุดมคติของชีวิต. <http://www.shi.or.th/download/125/>

สารี อ๋องสมหวัง, & รุจรี แสงแถลง. (ม.ป.ป.). สรุบบทเรียนการรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. <https://www.ilaw.or.th/node/289>

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ. (2558). ทุจริตคิดโกงชาติจะพินาศทั้งราษฎร์รัฐ.

กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). 10 เรื่องควรรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.

สุพล ลิ้มพัฒนานนท์, & ถาวร สกุลพาณิชย์. (2555). สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย.

In สุรจิต สุนทรธรรม (Ed.), ระบบหลักประกันสุขภาพไทย (pp. 55 - 72). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2546). 25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย. กรุงเทพฯ: องค์การอนามัยโลก.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2548). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2544 - 2547. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2562). นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ บิดาแห่งการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

<https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/837384>

หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์. (ม.ป.ป.-a). เรียนรู้จากโครงการขุนหาญ.

<https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section1/detail4.aspx>

หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์. (ม.ป.ป.-b). เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.

<https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section1/detail3.aspx>

หอจดหมายเหตุหลักประกันสุขภาพไทยออนไลน์. (ม.ป.ป.-c). นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีคุณูปการต่อระบบ

หลักประกันสุขภาพไทย. <https://www.nhso.go.th/ARCHIVES/section2/detail1.aspx>





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก

แผนผังแสดงลำดับเหตุการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท

	- เริ่มโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย (สปน.) (2518)
นายแพทย์ประสพ พาลพ่าย ประธานสหพันธ์แพทย์ชนบท (2519)	- กำหนดสหพันธ์แพทย์ชนบท (เมษายน 2519) - เหตุการณ์ชุมนุม 6 ตุลาคม (2519)
นายแพทย์อุเทน จารณศิริ ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2521 - 2522)	- กำหนดชมรมแพทย์ชนบท (กุมภาพันธ์ 2521) - วารสารแพทย์ชนบทปีที่ 1 (มีนาคม 2522)
นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2522 - 2524)	- รัฐบาลจัดสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ ประกาศลงราชกิจจานุเบกษา (2523)
นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท (2524)	- ก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบท (2 กันยายน 2524)
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2524 - 2526)	- มูลนิธิแพทย์ชนบทได้รับเลขทะเบียนจาก กรุงเทพมหานคร ทะเบียนลำดับที่ 1719 (2525)

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2526 - 2527)

- กระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการบัตรประกันสุขภาพแบบสมัครใจ 500 บาท (2526)
- มูลนิธิแพทย์ชนบทก่อตั้งกองทุนนายแพทย์กนกศักดิ์ พูลเกษตร (2527)

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2527 - 2528)

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2528 - 2529)

- การประชุมกลุ่มสามพรานครั้งแรก สิงหาคม (2529)
- โครงการวิจัยชุมชนหาญ (2529 - 2531)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

- นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ย้ายเข้าทำงานในกระทรวงสาธารณสุข (2529)

นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2529 - 2531)

- มูลนิธิแพทย์ชนบทแต่งตั้งคณะทำงานผู้มีบทบาทสำคัญ ได้แก่
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
แพทย์หญิงสุภัทรา ศรีวิณิชชากร

- แพทย์หญิงสุภัทรา ศรีวิณิชชากร
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2531 - 2532)
- นายแพทย์วีรวัดน์ พันธุ์ครุฑ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2532 - 2533)
- นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2533 - 2534)
- นายแพทย์ปรีดา แต่อารักษ์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2534 - 2535)
- นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2535 - 2536)
- นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2536 - 2537)
- โครงการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ (ตุลาคม 2530)
- โครงการอีสานไม่กินปลาดิบ (2530)
- จัดทำแผนงานมูลนิธิแพทย์ชนบท (2530 - 2531)
- โครงการวิจัยอยุธยา (2532 - 2537)
- โครงการประกันสังคม (2533)
- ก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) (2535)

นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2537 - 2538)

นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2538 - 2541)

นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์
ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท (2540)

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2541 - 2543)

นายแพทย์วัชรระ บถพิบูลย์
ประธานชมรมแพทย์ชนบท (2543 - 2545)

- ยกเลิกบัตร สปน. ตามประกาศระเบียบสำนัก
นายกฯ ว่าด้วยสวัสดิการประชาชนด้านการ
รักษาพยาบาล (เปลี่ยนเป็นบัตร สปร.) (2537)

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540
(11 ตุลาคม 2540)

- โครงการ Health Care Reform โดยทุน
สนับสนุนจาก EU ใน 6 จังหวัด (2540 - 2543)

- การเปิดโปงกรณีทุจริตยา (2541)

- นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และ
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เข้าพบคุณทักษิณ
ณ ที่ทำการพรรค (24 ธันวาคม 2542)

- รวมกลุ่มองค์กรผลักดันนโยบายหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า 11 เครือข่าย (2543)

- พระคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้ง (6 มกราคม 2544)
- นำร่องโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด (เมษายน 2544)
- เริ่มใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 15 จังหวัด (ตุลาคม 2544)
- ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่กระบวนการพิจารณาในสภา (22 พฤศจิกายน 2544)
- นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 75 จังหวัดทั่วประเทศ (1 เมษายน 2545)
- องค์กรเครือข่ายเสนอรายชื่อ 50,000 รายชื่อ ยกร่างกฎหมาย (29 มกราคม 2545)
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา (18 พฤศจิกายน 2545)

ภาคผนวก ข

รายนามประธานชมรมแพทย์ชนบท

พ.ศ. 2521 - 2522	นายแพทย์อุเทน จารณศรี
พ.ศ. 2522 - 2524	นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์
พ.ศ. 2524 - 2526	นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
พ.ศ. 2526 - 2527	นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
พ.ศ. 2527 - 2528	นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
พ.ศ. 2528 - 2529	นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
พ.ศ. 2529 - 2531	นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
พ.ศ. 2531 - 2532	แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร
พ.ศ. 2532 - 2533	นายแพทย์วีรวุฒน์ พันธุ์ครุฑ
พ.ศ. 2533 - 2534	นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์
พ.ศ. 2534 - 2535	นายแพทย์ปรีดา เต๋ออารักษ์
พ.ศ. 2535 - 2536	นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
พ.ศ. 2536 - 2537	นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
พ.ศ. 2537 - 2538	นายแพทย์ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา
พ.ศ. 2538 - 2541	นายแพทย์ยงยศ ธรรมวุฒิ
พ.ศ. 2541 - 2543	นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ
พ.ศ. 2543 - 2545	นายแพทย์วชิระ บลพิบูลย์
พ.ศ. 2545 - 2547	นายแพทย์อารักษ์ วงศ์วรชาติ
พ.ศ. 2547 - 2549	นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
พ.ศ. 2549	นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ

ภาคผนวก ค

รายนามประธานกรรมการมูลนิธิแพทย์ชนบท

- พ.ศ. 2524 นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว (ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท)
 นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (เลขานุการ)
 นายแพทย์ปรีชา ตีสวัสดิ์ (เหรัญญิก)
- พ.ศ. 2528 แต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม ได้แก่
 นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (กรรมการ)
 นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ (กรรมการ)
 นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (กรรมการ)
 นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (เลขานุการ)
- พ.ศ. 2530 แต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม ได้แก่
 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (กรรมการ)
 นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ (กรรมการ)
 แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร (กรรมการ)
 นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (กรรมการ)
 นายแพทย์ทรงกิจ อติวนิชยพงศ์ (กรรมการ)
- พ.ศ. 2537 แต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มเติม ได้แก่
 นายแพทย์ประทีป ธนะกิจเจริญ (กรรมการ)
- พ.ศ. 2540 เปลี่ยนแปลงประธานมูลนิธิและคณะกรรมการ ได้แก่
 นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ (ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท)
 นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ (เลขานุการ)
- พ.ศ. 2550 เปลี่ยนแปลงประธานมูลนิธิและคณะกรรมการ ได้แก่
 นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ (ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท)
 นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ (เลขานุการ)
- พ.ศ. 2563 - ปัจจุบัน เปลี่ยนแปลงประธานมูลนิธิและคณะกรรมการ ได้แก่
 นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ (ประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท)

ภาคผนวก ง

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

คุณวุฒิ :

แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Master of Public Health มหาวิทยาลัยทูเลน ประเทศสหรัฐอเมริกา

หนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และแขนงสาธารณสุขศาสตร์ จากแพทยสภา

วิทยาศาสตร์ดุสิตบัณฑิตกิตติมศักดิ์ สาขาวิชาแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ประธานชมรมแพทย์ชนบท

เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา

อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รองเลขาธิการแพทยสภา

เหรียญกษาปณ์แพทยสภา

เลขาธิการแพทยสภา

กรรมการแพทยสภาจากการเลือกตั้ง

กรรมการแพทย์ประกันสังคม

ประธานกรรมการวิชาชีพแพทย์แผนไทย

ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (ปัจจุบัน)

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์

คุณวุฒิ :

วิทยาศาสตร์บัณฑิต และแพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 Master of Public Health HARVARD UNIVERSITY ประเทศสหรัฐอเมริกา
 Master of Occupational Health HARVARD UNIVERSITY ประเทศสหรัฐอเมริกา
 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม (เวชศาสตร์ป้องกัน) แพทยสภา

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ประธานชมรมแพทย์ชนบท
 เลขาธิการแพทยสภา
 สมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ
 สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)
 สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.)
 ประธานกรรมการมูลนิธิแพทย์ชนบท (ปัจจุบัน)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี

คุณวุฒิ :

วิทยาศาสตร์บัณฑิต และแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตบริหารธุรกิจศศินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หนังสืออนุมัติผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปลายมาศ จ.บุรีรัมย์

อาจารย์ศูนย์เวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายบริหารและพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ผู้อำนวยการโรงเรียนการบริหารงานโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

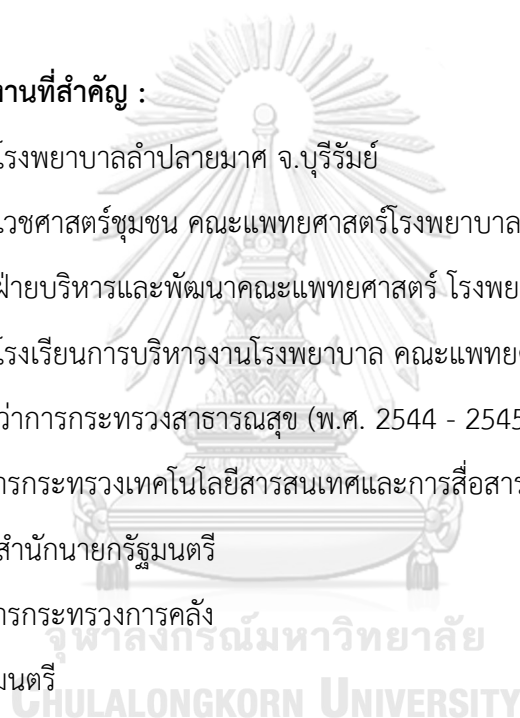
รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2544 - 2545)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

โฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง

รองนายกรัฐมนตรี



ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

คุณวุฒิ :

วิทยาศาสตร์บัณฑิต และแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เกียรตินิยมอันดับ 1 เหรียญทอง)

การศึกษาหลังปริญญาโดยทุน Humphrey Fellowship ที่มหาวิทยาลัยทูเลน นิวออร์ลีอัน สหรัฐอเมริกา

หนังสืออนุมัติผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (Thai Board) สาขา เวชศาสตร์ป้องกันแขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก และสาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสาธารณสุขศาสตร์ ของแพทยสภา

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ประธานชมรมแพทย์ชนบท

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอรวม 4 แห่ง (โรงพยาบาลบ้านกรวด จ.บุรีรัมย์ โรงพยาบาลสอาด และ โรงพยาบาลฝาง จ.เชียงใหม่ และโรงพยาบาลพล จ.ขอนแก่น)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการกองวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (พ.ศ. 2543 - 2546)

รองประธานกรรมการมูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation – IHPF) และมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Foundation – HITAF) (ปัจจุบัน)

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : คุณสารี อ่องสมหวัง

คุณวุฒิ :

พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพัฒนาชุมชน คณะสังคมสงเคราะห์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ร่วมก่อตั้งสภาผู้บริโภคอาเซียน

ประธานอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม

บรรณาธิการผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา นิตยสารฉลาดซื้อ สื่อเพื่อผู้บริโภค

กรรมการสหพันธ์ผู้บริโภคสากล (Consumers International)

เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (ปัจจุบัน)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : เกษักรหญิงยุพดี ศิริสินสุข

คุณวุฒิ :

เภสัชศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (อายุรศาสตร์เขตร้อน) มหาวิทยาลัยมหิดล (สาขาวิชา Social Medicine Program)

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทนองค์กรเอกชน)

คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข คณะกรรมการสอบสวน
คณะที่ 1 คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจพิจารณากรณีอุทธรณ์คณะที่ 2

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทนองค์กรเอกชน)

คณะอนุกรรมการกำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

คณะอนุกรรมการกำหนดมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการและเครือข่าย
หน่วยบริการ

ประธานคณะทำงานพัฒนาการเข้าถึงบริการระบบหลักประกันสุขภาพของกลุ่มคนไทยที่มี
ปัญหาสถานะทางทะเบียน ภายใต้คณะอนุกรรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างหลักประกัน
สุขภาพของทุกภาคส่วน

คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชน

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทนจากองค์กรเอกชนด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
(ปัจจุบัน)

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ

คุณวุฒิ :

แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารสาธารณสุขมูลฐาน (หลักสูตรนานาชาติ)

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประกาศนียบัตรสาขาหลักสูตรระดับปริญญา สถิติทางการแพทย์ และการวางแผนสาธารณสุข
มหาวิทยาลัยบรัสเซลส์ ประเทศเบลเยียม

อนุมัติบัตรสาขาแพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แพทยสภา

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชีไศล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอำนาจเจริญ

ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (ปัจจุบัน)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา

คุณวุฒิ :

วิทยาศาสตร์บัณฑิต และแพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก แพทยสภา

เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา

พัฒนบริหารศาสตรมหาบัณฑิตทางรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

เศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

The Control of Health Hazards: Kumamoto University, Japan

Environmental Medicine: California University, USA

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธวัชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ด

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลครบุรีจังหวัดนครราชสีมา

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 8 จังหวัดสระบุรี

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน 9 จังหวัดสระบุรี

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ระดับ 9 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ระดับ 9 จังหวัดสิงห์บุรี

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 7 ขอนแก่น

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 นครราชสีมา

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ปัจจุบัน)

ประวัติผู้ให้ข้อมูลสำคัญ : เกษักรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์

คุณวุฒิ :

เภสัชศาสตรบัณฑิต คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

อนุมัติบัตร สาขาคุ้มครองผู้บริโภคและบริการสุขภาพ เภสัชศาสตร์ University Sains
Malaysia

ประสบการณ์การทำงานที่สำคัญ :

รองผู้อำนวยการ สปสช. เขต 3 นครสวรรค์

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการยาและเวชภัณฑ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ

ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
(ปัจจุบัน)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	พรสวรรค์ จันทร์ตัน
วัน เดือน ปี เกิด	17 ตุลาคม 2536
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ที่อยู่ปัจจุบัน	708 ถนนสุขุมวิท แขวงบางนา เขตบางนา กรุงเทพมหานคร 10260



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY