



Research Article

บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายสาธารณะ

ศึกษกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

พรสวรรค์ จันทรัตน์

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Role of Rural Doctor Movement on Public Policy Advocacy: A Case Study of Universal Health Coverage Scheme

Phonsawan Chantaratt

Faculty of Political Science, Chulalongkorn University

Email: t.phonsawan@gmail.com

Received: March 27, 2020

Revised: May 13, 2020

Accepted: May 15, 2020

Published: June 29, 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมาและบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบกับทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม เครือข่ายสังคม ตัวแบบพหุกระแส และ ตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ เริ่มศึกษาตั้งแต่การก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท ในปี ค.ศ. 1978 จนกระทั่งแพทย์ชนบทมีส่วนร่วมในการผลักดันพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2002 การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยเก็บข้อมูลจากเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 9 คน ได้แก่ กลุ่มแพทย์ชนบท 2 คน ภาคประชาสังคม 2 คน ภาคการเมือง 2 คน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3 คน ผลการศึกษาพบว่า บทบาทที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ บทบาทด้านองค์ความรู้ กล่าวคือ ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้ส่งสมองค์ความรู้ผ่านโครงการวิจัยต่าง ๆ ได้แก่ โครงการชุมชนสุขภาพ โครงการอยุธยา และโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป กลายเป็นรากฐานของการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ก่อนที่จะประสานความร่วมมือกับภาคประชาสังคมและฝ่ายการเมือง ในช่วงระยะเวลาก่อนการเลือกตั้งปี ค.ศ. 2001 การเลือกตั้งครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการรวบรวมรายชื่อเพื่อเสนอร่างกฎหมายโดยประชาชนตามมาตรา 170 และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จากความพร้อมของผู้สร้างวาระนโยบายในสถานการณ์และโอกาสข้างต้น จึงกลายเป็นหน้าต่างแห่งนโยบายที่ประกอบไปด้วยกระแสสามด้าน ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย อันนำมาสู่การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่านความร่วมมือเชิงเครือข่ายทั้งภาคองค์ความรู้ ภาคการเมืองเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน

คำสำคัญ: ขบวนการแพทย์ชนบท, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การผลักดันนโยบายสาธารณะ

**บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์กรพัฒนาเอกชน ศึกษกรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

This research aims to study the history and roles of rural doctor movement on advocating for the universal health coverage scheme. The research was studied through 'the triangle that moves the mountain' framework, combined with social movement theory, social network theory, multiple stream model and policy formation model. 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 research is qualitative method. The data was collected through documentary review and interview 9 stakeholders including 2 rural doctors, 2 civil society, 2 political sectors and 3 key informants of relevant organizations. The result showed that the major role of rural doctor movement is a knowledge role on advocating for universal health coverage scheme. The rural doctor movement accumulated knowledge through various research projects such as the Khun Han project, Ayutthaya project and the health service system reform project which is funded by the European Union. The knowledge was become the foundation of the universal health coverage scheme. After that, both civil society and a political sector had collaborated during the period before the 2001 election. The first election under the constitution of the kingdom of Thailand 1997, which had the provisions on the collection of names for proposing the bill by the people under section 170 and encouraged the participation of the public sector. The readiness of the policy makers in the above situations and opportunities had become a policy window that comprising of three streams including problem stream, political stream and policy stream which lead to the universal health coverage policy through a network collaboration, consists of the relevant knowledge, the social movement and the political involvement. All of which are connected.

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

บทนำ

ขบวนการแพทย์ชนบท คือ องค์การพัฒนาเอกชน (Non-Governmental Organization; NGO) หรือองค์การนอกงบประมาณที่มีการดำเนินงานอย่างเป็นอิสระและไม่มีวัตถุประสงค์ในการแสวงหากำไร โดยมีเครือข่ายครอบคลุมวิชาชีพแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชนบท ซึ่งมีจุดเริ่มต้นมาจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี ค.ศ. 1967 กำหนดให้นักศึกษาแพทย์ผู้ไม่ประสงค์จ่ายค่าบำรุงการศึกษาทำสัญญาปฏิบัติงานในระบบราชการหรือการใช้ทุนโดยสมัครใจ และต่อมาในปี ค.ศ. 1973 ได้มีมติคณะรัฐมนตรีกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ต้องใช้ทุนทุกราย จากความยากลำบากและปัญหาที่พบระหว่างการปฏิบัติงานของบรรดาแพทย์ชนบทรุ่นแรก ๆ จึงเกิดการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันประสบการณ์ และร่วมกันแก้ปัญหา กลายเป็นกลุ่มสหพันธ์แพทย์ชนบทก่อนจะเปลี่ยนชื่อเป็นชมรมแพทย์ชนบทในปี ค.ศ. 1978 และก่อตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทดำเนินงานควบคู่กันไปในปี ค.ศ. 1982 ทั้งชมรมแพทย์ชนบทและมูลนิธิแพทย์ชนบท มีส่วนร่วมกับการพัฒนาระบบ

สาธารณสุขไทยมาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานด้านองค์ความรู้ทางสาธารณสุข อย่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) การตรวจสอบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน การรณรงค์ดูแลสุขภาพ และการผลักดันนโยบายสำคัญอย่างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายการคุ้มครองสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาล โดยคุ้มครองบุคคลที่เป็นคนไทย มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจอื่น ๆ จากรัฐ ให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2002 (National Health Security Office, 2013, p. 6) ซึ่งเป็นกฎหมายที่ประกอบไปด้วยความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ท่ามกลางกระแสการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร

ไทย ค.ศ. 1997 รัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการเสนอร่างกฎหมายโดยประชาชน คือ ประชาชนมีสิทธิเข้าชื่อเสนอกฎหมายได้เป็นครั้งแรกตามมาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญกำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาในการเสนอกฎหมายได้นอกจากนี้กรอบการจัดทำร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 ยังมุ่งเน้นสาระสำคัญ คือ การส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน การให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองและตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐเพิ่มขึ้น ดังที่ปรากฏชัดเจนในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ในขณะที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (1997-2001) ก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางไปจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับอื่น ๆ ที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐเท่านั้น คือ การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเริ่มต้นจากการเปิดโอกาสให้คนไทยทุกกลุ่มสาขาอาชีพเข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นและกำหนดทิศทางการพัฒนาประเทศอย่างกว้างขวาง แทนการกำหนดแผนจากภาครัฐแต่เพียงฝ่ายเดียวอย่างแต่ก่อน ตลอดจนปรับแนวคิดการพัฒนาจากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นหลักมาเป็นการเน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเพื่อสร้างความสมดุล

ถึงแม้ว่าบริบทดังกล่าวจะส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะ แต่การจะผลักดันประเด็นปัญหาใดปัญหาหนึ่งให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะจะนำไปสู่การปฏิบัติไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่ายนัก จากอดีตจนถึงปัจจุบันประเด็นปัญหามากถูกเพิกเฉย ไม่ได้รับการแก้ไขหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ดังนั้นประเด็นปัญหาที่ถูกหยิบยกจากองค์การพัฒนาเอกชนและได้รับการผลักดันเป็นนโยบายสาธารณะจนประสบความสำเร็จ จึงเป็นกรณีตัวอย่างที่มีคุณค่าต่อการศึกษาให้ได้มาซึ่งบทบาทของการผลักดันนโยบายสาธารณะโดยองค์การพัฒนาเอกชน ผ่านการมีส่วนร่วมของขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อตอบประเด็นคำถามของการวิจัยว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทอย่างไรในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้สำเร็จ โดยผู้วิจัยเลือกศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเนื่องมาจากความสำเร็จของขบวนการแพทย์ชนบทพร้อมกับ

องค์กรเครือข่ายในการผลักดันนโยบายที่สร้างหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชน ทำให้ประชาชนไทยที่ไม่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลสามารถเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาล สร้างโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในวงกว้าง

วัตถุประสงค์

การศึกษาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประวัติความเป็นมาและบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระเบียบวิธีวิจัย

บทความวิจัยเรื่อง บทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาและรัฐประศาสนศาสตร์มุ่งศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ได้มาซึ่งประวัติความเป็นมาและบทบาทของแพทย์ชนบทในการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนสำเร็จเป็นนโยบายสาธารณะ โดยขอบเขตด้านเวลาของการศึกษา คือ เริ่มศึกษาตั้งแต่การก่อตั้งของชมรมแพทย์ชนบทในปี ค.ศ. 1978 สิ้นสุดที่ ค.ศ. 2002 เมื่อการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากลายเป็นนโยบายสาธารณะตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ ได้แก่ การเก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลปฐมภูมิ ได้แก่ การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ใช้คำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Criterion-based Selection) และวิธีการเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 9 ท่าน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มแพทย์ชนบท

1) นายแพทย์วิรัช โชควิวัฒน์ ที่ปรึกษาอาวุโส สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

2) นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท (ค.ศ. 1986-1988)

2. ภาคประชาสังคม

- 1) คุณสารี อ๋องสมหวัง เลขาธิการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
- 2) เกษัชกรหญิงยุพดี ศิริสินสุข คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ผู้แทนจากองค์กรเอกชนด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

3. ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ

- 1) นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ค.ศ. 2001-2002)
- 2) นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ค.ศ. 2000-2003)

4. หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

- 1) นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- 2) นายแพทย์ศักดิ์ชัย กาญจนวัฒนา เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 3) เกษัชกรคณิตศักดิ์ จันทราพิพัฒน์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยไดมานั้นถูกต้อง โดยพิจารณาผ่านการเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันไปในด้านเวลา สถานที่ และบุคคลผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสร้างข้อสรุปจากการศึกษาข้อมูลผ่านการตีความ (Interpretation) ตามกรอบแนวคิดการวิจัยซึ่งมีต้นแบบมาจากแนวคิดสามเหลี่ยมเชียนภูเขาของนายแพทย์ประเวศ วะสี ประกอบด้วยแนวคิดและทฤษฎีทางสังคมวิทยาและรัฐประศาสนศาสตร์ ได้แก่ ทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement Theory) ทฤษฎีเครือข่ายสังคม (Social Network Theory) ตัวแบบพหุกระแส (Multiple Stream Model) และตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ (Policy Formation Model) มีรายละเอียด ดังนี้

แนวคิดสามเหลี่ยมเชียนภูเขา เริ่มต้นขึ้นเมื่อนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูปการเมืองภายหลังการเลือกตั้งปี ค.ศ. 1993 จากการจัดตั้งคณะกรรมการประชาธิปไตย (คปป.) เพื่อแก้ไขปัญหาในปี ค.ศ. 1994

ประกอบด้วยคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน 58 คน นำโดยนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธาน อีกทั้งยังมีคณะกรรมการที่มาจากขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ และนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ เข้าร่วมศึกษาหาแนวทางการปฏิรูปการเมืองและเสนอไปยังสภาผู้แทนราษฎร อันนำมาสู่การแก้ไขรัฐธรรมนูญมาตรา 211 เพื่อให้มีสภาร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่สุดก็เกิดเป็นรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1997 อย่างไรก็ตามการปฏิรูปทางการเมืองในครั้งนี้ไม่เพียงแต่นำมาซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนเท่านั้น หากแต่นายแพทย์ประเวศ วะสี ยังได้สังเคราะห์ยุทธศาสตร์สำคัญที่ใช้ในการขับเคลื่อนปัญหาที่ยากลำบากในสังคม คือ ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเชียนภูเขา (Wibulpolprasert, 2003, p. 231)

หลังจากประสบความสำเร็จในการปฏิรูปทางการเมือง กรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเชียนภูเขาถูกหยิบยกขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางในการผลักดันนโยบายสาธารณะหรือการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะนโยบายด้านสาธารณสุขที่นายแพทย์ประเวศ วะสี มักเข้าไปมีส่วนร่วมในฐานะที่ปรึกษาอาวุโส ดังนั้นสามเหลี่ยมเชียนภูเขาจึงเป็นกรอบแนวคิดที่มุ่งเสนอการขับเคลื่อนสิ่งที่ยากลำบากซึ่งเปรียบเป็นภูเขา โดยจะต้องอาศัยองค์ประกอบ 3 ส่วน (Wasi, 2000, p. 96) คือ การสร้างความรู้หรือการทำงานเชิงวิชาการ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการเชื่อมต่อการเมือง ซึ่งสามารถสรุปแนวคิดสามเหลี่ยมเชียนภูเขา ของนายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ดังนี้

1. ภาคองค์ความรู้ คือ การสร้างความรู้ การทำงานเชิงวิชาการ และการศึกษาหาความรู้ต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเขียนกฎหมายที่จะกำหนดระบบ โครงสร้าง กลไก และพฤติกรรม โดยเฉพาะในเรื่องที่ประสงค์จะขับเคลื่อนให้สำเร็จ จากนั้นต้องมีแนวทางให้ผู้คนเรียนรู้ร่วมกันและมีความรู้ในเรื่องเดียวกันอย่างแตกฉานจนถึงขั้นปฏิบัติตามความรู้นั้น ๆ ได้

2. ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม หมายถึง การทำให้ผู้คนหันมาเรียนรู้และปฏิบัติตามความรู้ที่เป็นรากฐานของการเคลื่อนไหวเป็นกลุ่มไปในทิศทางเดียวกันเพื่อให้เกิดพลังในการชักจูงประชาชนส่วนใหญ่ให้ยอมรับความรู้และความคิดที่ต้องการผลักดันให้สำเร็จ โดยอาศัยความรู้ทางวิชาการที่

จำเป็นต้อง แปรรูปให้สาธารณะเข้าใจได้ง่ายจึงจะสามารถเพิ่มอำนาจ (Empower) ให้คนทั่วไปได้

3. ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญที่จะขาดมิได้ เพราะทั้งการเรียนรู้และการเคลื่อนไหวจะสัมฤทธิ์ผลได้ก็ต่อเมื่ออำนาจรัฐยอมรับและนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งจะพิจารณาทางเลือกอันจะทำให้เกิดเป็นกฎหมายหรือระเบียบที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ภาคการเมืองยังเป็นส่วนที่ตัดสินใจในเรื่องของการใช้ทรัพยากรภาครัฐ เช่น คน งบประมาณ และสื่อ เป็นต้น

ภูเขาในแนวคิดสามเหลี่ยมเขี่ยภูเขา คือ จุดมุ่งหมายร่วมกัน ซึ่งจะต้องผลักดันด้วยการประสานความร่วมมือของตัวแสดง 3 ส่วน ได้แก่ ภาคองค์ความรู้ ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ ดังนั้นสามเหลี่ยมเขี่ยภูเขาจึงเป็นการผลักดันสิ่งที่ยากลำบากให้สำเร็จ โดยจะขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไปไม่ได้ เพราะทั้ง 3 องค์ประกอบ ล้วนสนับสนุนซึ่งกันและกัน เกื้อกูลกัน และก่อให้เกิดเป็นพลังอันยิ่งใหญ่ที่สามารถเคลื่อนไหวภูเขาได้ บนพื้นฐานของทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคมผ่านการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย

ทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement Theory) เป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยา แบ่งออกเป็นหลายกระแส ได้แก่ ทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior Theory) ทฤษฎีการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization) และทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ ซึ่งผู้วิจัยมุ่งศึกษาทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ คือ แนวคิดที่เกิดขึ้นมาจากการวิพากษ์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเก่าว่ามีข้อจำกัดในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมสมัยใหม่ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 1960-1970 โดยแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเก่าจะเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการหาคำตอบว่าขบวนการทางสังคมเกิดขึ้นได้อย่างไร (How) และสนใจการเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ตลอดจนความสำเร็จหรือล้มเหลวของขบวนการทางสังคม ได้แก่ ทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดัน ซึ่งมองว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งในสังคมเกิดจากการกระจายทรัพยากรในสังคม (Politics of Redistribution) และทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์นี้จะมีการเคลื่อนไหวเติบโตอยู่ในระบอบการเมืองปกติ มียุทธศาสตร์บูรณาการทางการเมืองและ

เศรษฐกิจภายใต้สิทธิทางการเมือง โดยมีรูปแบบองค์กรเป็นองค์กรแบบราชการหรือองค์กรสายบังคับบัญชา และมียุทธวิธีในการเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยการระดมทรัพยากรทางการเมือง ตลอดจนการเจรจาต่อรองหรือลobbies

ในขณะที่ทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นไปที่คำถามว่าเหตุใดหรือทำไมขบวนการทางสังคมจึงเกิดขึ้น (Why) โดยมองว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งทางสังคมเกิดจากปัญหาใหม่ ๆ ในสังคม เช่น สิ่งแวดล้อม อัตลักษณ์ และอื่น ๆ การเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่นี้จะมีการเคลื่อนไหวเติบโตอยู่ในภาคประชาสังคม มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และเปลี่ยนค่านิยม วิถีชีวิต ตลอดจนปกป้องส่วนของประชาสังคม โดยรูปแบบองค์กรจะมีลักษณะของเครือข่ายหรือขบวนการระดับรากหญ้า รวมถึงเคลื่อนไหวโดยการท้าทายหรือขัดขวางระบบการเมืองปกติ (Disruptive) และกระทำการโดยตรง (Direct Action) จากการศึกษาพบว่า Pintobtang (2009) ได้สรุปลักษณะสำคัญของขบวนการทางสังคมแบบใหม่ไว้ 3 ประการ ดังนี้

1. ขบวนการเหล่านี้ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของชนชั้นเดียวกัน เหมือนขบวนการทางสังคมในอดีตที่ทฤษฎีมาร์กซิสได้อธิบายไว้ แต่เป็นการตอบโต้กับปัญหาและความขัดแย้งใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมซึ่งวางอยู่บนฐานหลากหลายชนชั้น

2. ในขณะที่ยกรอบทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดันอยู่ภายในระบบการเมือง แต่การปรากฏตัวของขบวนการทางสังคมแบบใหม่ในสังคมหลังอุตสาหกรรมจะมีลักษณะเป็นการเคลื่อนไหวเรียกร้องที่ไม่ผ่านกลไกทางการเมืองที่ดำรงอยู่ เช่น พรรคการเมือง นักการเมือง หรือห่วงโซ่ผลประโยชน์ เพราะความขัดแย้งใหม่ ๆ เหล่านี้สลับซับซ้อนเกินกว่าที่สถาบันทางการเมืองในระบบการเมืองปกติจะจัดการได้ ขบวนการเหล่านี้จึงได้แสวงหากลไกที่จะเปิดช่องทางทางการเมืองแบบใหม่ที่มีมากกว่าสถาบันและกลไกการเมืองปกติในระบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน

3. ขบวนการเหล่านี้ไม่ได้เรียกร้องเกี่ยวกับผลประโยชน์เฉพาะกลุ่มดังเช่นในกรอบของทฤษฎีกลุ่มผลประโยชน์ อีกทั้งจุดหมายของขบวนการเหล่านี้ก็ไม่ได้ต้องการช่วงชิงอำนาจรัฐ ดังเช่นขบวนการทางชนชั้นที่มุ่งสู่การปฏิวัติ แต่ขบวนการทาง

สังคมใหม่นี้ต้องการสร้างกติกาหรือกฎเกณฑ์ชุดใหม่ให้กับสิ่งที่ต่อสู้ หรือเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างวาทกรรมชุดใหม่ในเรื่องนั้น ๆ

นอกจากนี้ Chumpol (2003) ได้สรุปให้เห็นลักษณะสำคัญของขบวนการทางสังคมใหม่ไว้ 3 ประการ เช่นเดียวกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขบวนการทางสังคมใหม่มีความเป็นขบวนการทางสังคมมากกว่าจะเป็นขบวนการทางการเมือง เพราะให้ความสนใจในเรื่องค่านิยมและวิถีชีวิตซึ่งก็คือเรื่องเชิงวัฒนธรรม ดังนั้นจึงมีลักษณะทางสังคมมากกว่าทางการเมืองโดยตรง จุดมุ่งหมายของขบวนการเหล่านี้อยู่ที่การระดมในประชาสังคมซึ่งมีส่วนสำคัญสำหรับการทำกิจกรรมในอาณานิคมสาธารณะ (Public Sphere) เพื่อสังคมโดยรวม และไม่ได้มุ่งที่จะเข้าไปมีส่วนในอำนาจรัฐหรือครอบงำอำนาจรัฐ

2. ขบวนการทางสังคมใหม่มีฐานที่มั่นอยู่ในภาคประชาสังคม กล่าวคือเน้นกระทำการอ้อมรัฐ (Bypass the State) ไม่สนใจที่จะติดต่อหรือทำทลายกับอำนาจรัฐโดยตรง หากแต่ต้องการที่จะปกป้องประชาสังคมจากการก้าวร้าวโดยรัฐเทคโนโลยี เครือข่ายขบวนการทางสังคมใหม่จึงมีลักษณะการทำกิจกรรมและลักษณะอุดมการณ์เชิงสัญลักษณ์เป็นหลัก

3. ขบวนการทางสังคมใหม่พยายามที่จะนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงสังคมทั้งโดยการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและโดยการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ ขึ้นมาเป็นทางเลือก (Alternative Life-style) กล่าวคือแทนที่จะมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงโดยผ่านระบบการเมืองหรือโดยการกระทำทางการเมือง ขบวนการทางสังคมแบบใหม่จะมุ่งความสนใจไปที่นวัตกรรมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Innovation) ซึ่งสร้างสรรค์วิถีชีวิตใหม่ โดยการท้าทายค่านิยมเดิม ๆ การเน้นสัญลักษณ์ และความมีตัวตน

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

นำมาใช้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของขบวนการแพทย์ชนบท และใช้ในการอธิบายถึงแนวทางการเคลื่อนไหวของกลุ่มขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรเครือข่าย

ทฤษฎีเครือข่ายสังคม (Social Network Theory)

เป็นทฤษฎีที่มีรากฐานมาจากทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่นิยม (Structural-functionalism Theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมผ่านการวิเคราะห์เครือข่าย เริ่มต้นตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1930 เมื่อนักสังคมวิทยาชาวเยอรมันได้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีการใช้จุด (Points) เส้น (Lines) และความเชื่อมโยง (Connections) ในการวิเคราะห์และอธิบายรูปแบบของความสัมพันธ์ (Wipawin, 2015, p. 124)

เครือข่าย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์กร หรือขยายไปถึงระหว่างรัฐชาติ โดยมีการสื่อสารและสารที่นำเข้าสู่กระบวนการสื่อสาร เป็นเครื่องมือในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ (รวมทั้งอาจทำลายความสัมพันธ์ได้ด้วย) การเกิดของเครือข่ายไม่ใช่การเรียกผู้คนมาร่วมประชุมในเวทีที่เป็นทางการ แต่เกิดจากการที่บุคคล กลุ่ม หรือองค์กรได้มีโอกาสติดต่อสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพื่อการสนับสนุนให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายที่บุคคล กลุ่ม และองค์กรกำหนดไว้ ข้อพิจารณาที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งไม่จำเป็นต้องเกาะเกี่ยวกันอย่างเหนียวแน่นเสมอไป เพราะการมีความสัมพันธ์แบบหลวม ๆ แต่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอก็สามารถช่วยให้การทำงานของเครือข่ายดีได้ (Nakomket, n.d., p. 10)

ในขณะที่ Boissevain and Mitchell (1973) นักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาชาวดัตช์และชาวอังกฤษ ได้ศึกษาถึงแนวคิดระบบเครือข่าย พบว่าเครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่ม คือ กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ใครไม่ใช่สมาชิก มีความเป็นรูปธรรมมองเห็นได้ มีโครงสร้างทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต และการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นหรือมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ โดยสาระของการเชื่อมโยงระหว่างกันที่

จะช่วยให้มองเห็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะ คือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสาร และ เครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน อย่างไรก็ตามเครือข่าย 'ไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว' จึงอาจมีการออกแบบโครงสร้าง ขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มบุคคลให้ต่อเนื่อง นอกจากนี้แต่ละกลุ่มบุคคลหรือองค์การใด ๆ ในเครือข่ายต่างก็ เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอ ๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ารูปแบบกลุ่ม

เครือข่ายสังคมเป็นการรวมกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะซับซ้อน แตกต่างจากคำว่ากลุ่ม โดยเฉพาะในเรื่องของขอบเขต และ มีการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งจะ ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวแสดงต่าง ๆ ในกรอบแนวคิด สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ที่มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน พึ่งพา อาศัยซึ่งกันและกัน และก่อให้เกิดพลังในการผลักดันสิ่งที่ ยากลำบากได้สำเร็จ เมื่อตัวแสดงในกรอบแนวคิดสามเหลี่ยม เขยื้อนภูเขา มีปฏิสัมพันธ์กันผ่านเครือข่ายทางสังคมจึง ก่อให้เกิดพหุกระแสที่นำไปสู่การกำหนดระเบียบวาระนโยบาย สาธารณะ

ตัวแบบพหุกระแส (Multiple Stream Model) เป็นตัวแบบ เกี่ยวกับการกำหนดระเบียบวาระนโยบายสาธารณะ (Agenda Setting) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการก่อตัวของนโยบาย สาธารณะ เพื่อกระตุ้นให้ปัญหานั้นอยู่ในความสนใจของ ประชาชนโดยทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีอำนาจตัดสินใจเชิง นโยบาย และผลักดันไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะให้ สำเร็จ ซึ่งจอห์น ดับเบิลยู คิงดอน (John W. Kingdon) ศึกษา เกี่ยวกับการกำหนดวาระนโยบายสาธารณะไว้ในปี ค.ศ. 1976-1979 โดยศึกษากระบวนการทางนโยบายการขนส่งและ การสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ก่อนเสนอผลการศึกษาใน หนังสือ Agenda, Alternatives and Public Policies ในปี ค.ศ. 1984 ว่าการกำหนดวาระนโยบายเกิดขึ้นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พยายามทำให้กระแสสามด้านที่เป็นอิสระต่อกันมาประสานกัน ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย มีรายละเอียดดังนี้ (Kingdon, 1984, pp. 90-164)

1. กระแสปัญหา (Problem Stream) เป็นกระแสปัญหาที่ มุ่งเน้นไปที่ความสนใจของประชาชนและความสนใจของ

ผู้กำหนดนโยบายในปัญหาของสังคมที่เฉพาะเจาะจงไปใน ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง กระแสปัญหาจึงได้แก่ วิกฤตการณ์ที่ทำให้ ปัญหาได้รับความสนใจ การนิยามปัญหา และข้อมูล ป้อนกลับจากการนิยามปัญหา

2. กระแสการเมือง (Political Stream) เป็นกระแสที่รัฐบาล หรือฝ่ายการเมืองเป็นฝ่ายกำหนดปัญหา ซึ่งประเด็นปัญหาจะเป็น ผลมาจากปฏิสัมพันธ์ของพลังที่สำคัญต่าง ๆ ในสังคม เช่น อารมณ์หรือความรู้สึกของประชาชนในสังคม (Public Mood) อำนาจอิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ (Interest Group Power) และสภาพการณ์ของรัฐบาล (Governmental Movement)

3. กระแสนโยบาย (Policy Stream) เป็นกระแสที่เกี่ยวกับการ จัดระเบียบวาระในการตัดสินใจหรือระบุรายละเอียด เกี่ยวกับทางเลือกที่ใช้ในการตัดสินใจ กระแสนโยบายจึงได้แก่ การพัฒนาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา เช่น กฎหมาย เทคโนโลยีที่เกิดขึ้นเพื่อรองรับการแก้ไขปัญหา และการยอมรับ ของสาธารณะต่อการแก้ไขปัญหาของรัฐบาล เป็นต้น

แนวคิดการกำหนดระเบียบวาระนโยบายสาธารณะแบบ พหุกระแสของ จอห์น ดับเบิลยู คิงดอน ชี้ให้เห็นว่าระเบียบวาระ นโยบายสาธารณะจะเกิดขึ้นได้จากสามกระแสหลักที่มา ประสานกัน ได้แก่ กระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแส นโยบาย อันจะส่งผลให้หน้าต่างแห่งนโยบายเปิดออกกลายเป็น โอกาสในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำ แนวคิดดังกล่าวมาใช้เพื่ออธิบายบทบาทของกระบวนการแพทย์ ชนบทต่อพหุกระแส อันนำไปสู่ความสำเร็จในการผลักดัน ประเด็นปัญหาให้กลายเป็นระเบียบวาระนโยบายสาธารณะ

ตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะ (Policy Formation Model)

เป็นตัวแบบที่ช่วยสร้างความเข้าใจในปรากฏการณ์ต่าง ๆ เกี่ยวกับกระบวนการนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้น โดยชาร์ล เลวิน (Charles H. Levine) จำลองปรากฏการณ์เกี่ยวกับ กระบวนการนโยบายสาธารณะให้อยู่ในรูปแบบที่สามารถเข้าใจ ได้ง่าย เพื่อที่จะอธิบายถึงพัฒนาการของประเด็นปัญหา นโยบายสาธารณะและความคิดริเริ่มทางนโยบายสาธารณะใน ลักษณะต่าง ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตัวแบบ ได้แก่ ตัวแบบถังขยะ ตัวแบบชุมชนนโยบาย ตัวแบบผู้ประกอบการ และตัวแบบ

หน้าต่างนโยบาย (Levine, 1985, as cited in Sirisamphan, 2016, pp. 127-131) ดังนี้

1. ตัวแบบถังขยะ (Garbage Can Model) เป็นตัวแบบที่ได้รับการประยุกต์มาจากทฤษฎีว่าด้วยทางเลือกขององค์การ (Organization Choice) ซึ่งมองว่าองค์การบางครั้งตกอยู่ในสภาพสับสนอลหม่าน ขาดความชัดเจนในวัตถุประสงค์ เทคโนโลยีและกระบวนการทำงาน รวมทั้งมีบุคคลหลายฝ่ายหมุนเวียนกันเข้ามาทำการตัดสินใจ จึงทำให้องค์การดังกล่าวเป็นเสมือนถังขยะที่รับปัญหาและแนวทางแก้ไขต่าง ๆ ที่ถูกทิ้งลงมาโดยบุคคลกลุ่มต่าง ๆ และพยายามหาทางออกในลักษณะที่นำปัญหาและแนวทางแก้ไขมาจับคู่กัน

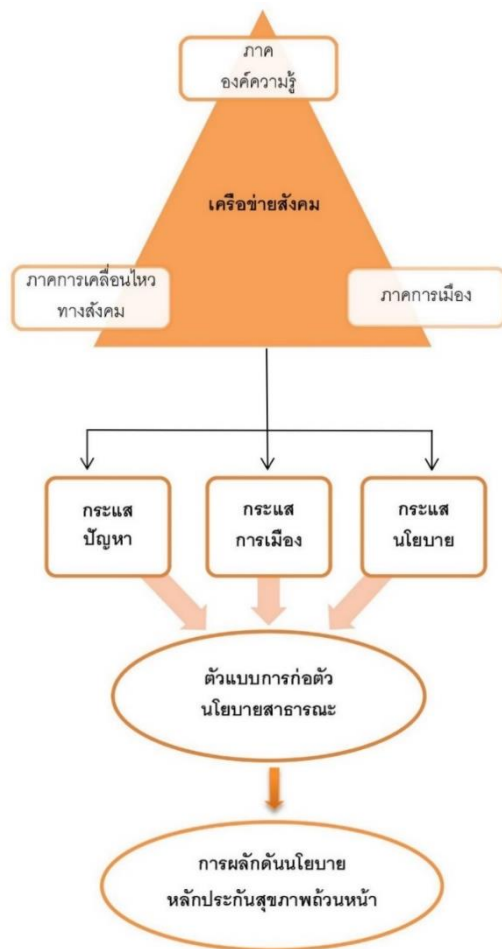
2. ตัวแบบชุมชนนโยบาย (Policy Communities) เป็นตัวแบบที่เชื่อว่าการผลักดันปัญหาสาธารณะใดให้เข้าสู่วาระและเป็นที่สนใจของผู้กำหนดนโยบายนั้น เป็นผลมาจากความคิดริเริ่มของผู้ชำนาญการ (Specialists) และผู้เชี่ยวชาญ (Experts) ในสาขานโยบายด้านต่าง ๆ ความคิดริเริ่มเหล่านี้เกิดขึ้นมาจากการศึกษาวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ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

3. ตัวแบบผู้ประกอบการ (Policy Entrepreneurs) เป็นตัวแบบที่เน้นภาวะผู้นำของผู้สร้างวาระนโยบาย กล่าวคือผู้ประกอบการนโยบายจะเป็นผู้ทำหน้าที่ในการสนับสนุนและชี้แนะนโยบาย รวมทั้งยินยอมที่จะเสียสละทรัพยากร ไม่ว่าจะเป็นเวลา พลังงาน เกียรติยศ ชื่อเสียง ตลอดจนเงินทอง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ผู้ประกอบการนโยบายดังกล่าวจะทำหน้าที่หลักอันสำคัญอย่างน้อย 3 ประการ คือ ประการแรกจะทำหน้าที่ในการสนับสนุน ส่งเสริม และผลักดันความคิดหรือประเด็นปัญหาให้เข้าสู่วาระนโยบาย ประการถัดไปจะทำหน้าที่ในการทำให้ระบบมีความอ่อนตัวลง (Soften up the System) หรือเปิดช่องเพื่อให้ปัญหาสาธารณะมีโอกาสในการเข้าสู่วาระนโยบายได้ และประการสุดท้ายจะทำหน้าที่ในการเสนอประเด็นนโยบายเมื่อเห็นว่ามีโอกาสอันเหมาะสมเกิดขึ้น นอกจากนี้ประเภทของผู้ประกอบการนโยบายยังสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ ผู้ประกอบการนโยบายที่เป็นฝ่ายชักนำ (Advocacy) ทำหน้าที่ในการสนับสนุนหรือนำปัญหา นโยบาย

สาธารณะอันหนึ่งอันใด และผู้ประกอบการที่เป็นฝ่ายนายหน้าหรือคนกลาง (Brokerage) ทำหน้าที่ในการประสานงาน เจรจาต่อรอง และประนีประนอมกับบุคคลต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ประกอบการหนึ่งคนอาจจะแสดงบทบาททั้งสองพร้อมกันก็ได้

4. ตัวแบบหน้าต่างนโยบาย (Policy Windows) เป็นตัวแบบที่เชื่อว่าการที่ปัญหาใดจะเข้าสู่วาระนโยบายและเป็นที่สนใจของผู้กำหนดนโยบายนั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์และโอกาส หากสถานการณ์เอื้ออำนวยย่อมหมายความว่าหน้าต่างนโยบายได้ถูกเปิดออก และพร้อมให้ปัญหาสาธารณะที่เกี่ยวข้องหลุดเข้าไปสู่วาระนโยบายได้ การที่หน้าต่างนโยบายอาจจะเปิดหรือปิดได้ตามสถานการณ์ทำให้ผู้สร้างวาระต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผู้ประกอบการนโยบายและที่อยู่ในชุมชนนโยบายต้องทำการเตรียมข้อเสนอมหรือความคิดเกี่ยวกับปัญหาสาธารณะของตนให้พร้อมอยู่เสมอ

การศึกษาตัวแบบการก่อตัวนโยบายสาธารณะของชาร์ล เอช เลวิน จะถูกนำมาใช้เพื่อเปรียบเทียบกับตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับลักษณะการก่อตัวของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สุด โดยศึกษาร่วมกับกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม ทฤษฎีเครือข่าย และตัวแบบพหุกระแส อันจะนำไปสู่การอธิบายบทบาทและหน้าที่ของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กลายเป็นนโยบายสาธารณะได้สำเร็จใน ปี ค.ศ. 2002



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเขี่ยนภูเขาประกอบไปด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ ภาคองค์ความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยทั้ง 3 องค์ประกอบ ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนั้นเพื่อศึกษาให้ครอบคลุมถึงประวัติความเป็นมาและบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท ผู้วิจัยจึงแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 3 ส่วน คือ ภาคองค์ความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ภาคองค์ความรู้

องค์ความรู้เป็นพื้นฐานของการดำเนินการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการนำของขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งมีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ริเริ่มแนวคิด

ผลักดันประเด็นปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่บรรดานายแพทย์ชนบทต้องพบระหว่างการทำงานให้ไปสู่การแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีรากฐานมาตั้งแต่จุดเริ่มต้นของแพทย์ชนบทในเดือนเมษายน ค.ศ. 1976 เกิดการรวมกลุ่มกันเป็นครั้งแรกของบรรดานายแพทย์ที่ออกไปทำงานชนบทและต้องพบเจอกับความยากลำบากในการทำงาน จึงมารวมตัวเพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน และช่วยเหลือกันในเรื่องต่าง ๆ โดยการประชุมครั้งแรกจัดขึ้นที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา และมีการจัดตั้งกลุ่มสหพันธ์แพทย์ชนบทขึ้น มีนายแพทย์ประสพ พาลพ่าย เป็นประธานสหพันธ์แพทย์ชนบทและนายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขาธิการ ก่อนจะก่อตั้งเป็นชมรมแพทย์ชนบทในปี ค.ศ. 1978 มีนายแพทย์อุเทน จารณศรี เป็นประธานชมรม นายแพทย์มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขาธิการ และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ เป็นผู้ช่วยเลขาธิการ โดยมีเจตนารมณ์เพื่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ของชมรมที่ปรากฏในวารสารชมรมแพทย์ชนบท ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมีนาคม ค.ศ. 1979 ดังนี้ (Wibulpolprasert, 2003, p. 12)

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

ในช่วงระยะเวลาดังกล่าว การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทมุ่งเน้นการดำเนินงานในส่วนของการวางระบบสาธารณสุขไทย การพัฒนาโรงพยาบาลในชนบท และการสร้างเครือข่ายชมรมแพทย์ชนบทในภูมิภาคต่าง ๆ จนกระทั่งพัฒนารูปแบบองค์กรให้กลายเป็นองค์การพัฒนาเอกชนที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย คือ การจดทะเบียนเป็นมูลนิธิแพทย์ชนบทในปี ค.ศ. 1982 โดยดำเนินกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคม

ผ่านบทบาทของชมรมแพทย์ชนบทควบคู่ไปกับบทบาทของมูลนิธิแพทย์ชนบท ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมในรูปแบบการจัดหาทุนและสนับสนุนการจัดพิมพ์วารสารและจุลสารของชมรมแพทย์ชนบท ในขณะที่ชมรมแพทย์ชนบทจะมีความคล่องตัวสูงกว่าในแง่กิจกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคม นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีการเคลื่อนไหวในลักษณะแรงขับเคลื่อนทางความคิดผ่านเวทีการประชุมทางวิชาการอย่างกลุ่มสามพราน ซึ่งเป็นกลุ่มแพทย์ชนบทที่เกิดจากการรวมตัวกันแลกเปลี่ยนและถ่ายทอดความรู้ โดยจัดขึ้นทุกเดือนที่สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ค.ศ. 1986 ตามคำแนะนำของนายแพทย์ประเวศ วะสี ที่มอบให้กับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เมื่อครั้งที่เข้าไปปรึกษาถึงปัญหาความอึดอัดใจในการทำงานร่วมกันกับแพทย์ชนบทที่ทำงานส่วนกลางด้วยกันและความห่างเหินกับแพทย์ชนบทในพื้นที่ เมื่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ต้องเข้ามาทำงาน ณ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ภายใต้โครงสร้างราชการที่มีระบบบริหารแนวดิ่งและขาดอิสระทางการเมือง เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบที่ค่อนข้างมีอิสระ ดังนั้นนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงอยากจัดให้มีการพูดคุยปรับความเข้าใจกันของขบวนการแพทย์ชนบท ในขณะที่นายแพทย์ประเวศ วะสี แนะนำให้จัดเป็นเวทีทางวิชาการ โดยให้เหตุผลว่าการประชุมเพื่อสร้างความรู้นี้จะลดทอนความไม่เข้าใจกันลงไปได้เอง การประชุมของกลุ่มสามพรานในทุกเดือนจะมีแพทย์ชนบทกลุ่มหลัก ๆ ที่เข้าร่วมประชุม ได้แก่ นายแพทย์วิรัช โชคิวัฒน์ นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อีกทั้งยังมีแพทย์ชนบทอาวุโสที่เป็นสมาชิกกลุ่มสามพราน ได้แก่ นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช นายแพทย์ดำรง บุญยีน และนายแพทย์ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นที่เคารพนับถือของแพทย์ชนบทและเข้าร่วมทุกครั้งเป็นเวลานานนับสิบปีจนถึงปัจจุบัน

ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มมีความชัดเจนขึ้น และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพิ่มขึ้นหลายท่าน ได้แก่ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นายแพทย์

ชูชัย ศุภวงศ์ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิชชากร นายแพทย์สุริยวงค์ คงคาเทพ และนายแพทย์ทรงกิจ อติวิชัยพงศ์ เป็นต้น (Leadership Development Network for Health, 2009) ในช่วงเวลานี้มีการขอรับบริจาคเงินจากแพทย์ไทยในประเทศสหรัฐอเมริกา และร่วมกับสมาคมแพทย์อเมริกาดำเนินโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาการอยู่รอดของเด็กไทย และโครงการหนึ่งที่ประสบความสำเร็จอย่างสูงในยุคนี้ก็คือ โครงการวิ่งรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เมื่อเดือนตุลาคม ค.ศ. 1987 เพื่อขอประชามติสนับสนุนโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โดยดำเนินการควบคู่ไปกับโครงการเยี่ยมแพทย์โรงพยาบาลชุมชน อีกทั้งยังมีการจัดทำแผนงานมูลนิธิขึ้นเป็นครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1987-1988 ทำให้การดำเนินงานของขบวนการแพทย์ชนบททั้งหมดมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ทั้งบทบาทของชมรมและมูลนิธิ โดยแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจนภายใต้ 2 กลไกหลักที่เชื่อมโยงกันคือ ชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลไกลักษณะที่ทำงานการเคลื่อนไหวเป็นองค์การที่ไม่เป็นทางการ ไม่เป็นนิติบุคคล และมีความคล่องตัวสูง ส่วนมูลนิธิแพทย์ชนบทเป็นกลไกลักษณะที่เป็นแหล่งสะสมทุน (ทั้งทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนทางการเงิน) เป็นองค์การที่เป็นทางการเป็นนิติบุคคล ทำงานในลักษณะสมานฉันท์และปกป้อง ในช่วงระยะเวลานี้ได้ก่อให้เกิดกิจกรรมสำคัญต่าง ๆ ของชมรมแพทย์ชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการนำของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ริเริ่มผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไม่ละความพยายาม

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทด้วยเป็นประธานชมรมแพทย์ชนบทในปี ค.ศ. 1985-1986 ทั้งยังเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ จนขยายไปในวงกว้าง โดยริเริ่มจุดประกายแนวความคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นเมื่อครั้งไปปฏิบัติหน้าที่อยู่ในโรงพยาบาลชนบท ก่อนจะเริ่มดำเนินโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการขุนหาญ ณ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อปี ค.ศ. 1986-1988 โดยมีผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยบุคลากรจากมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ อีกทั้งยังมีนักวิจัยภายนอกคอยสังเกตและให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ เพื่อให้การพัฒนาเป็นไป

ในทิศทางที่ถูกต้อง และสอดคล้องกับปัญหาที่ผู้ปฏิบัติงานประสบอยู่ ผลของการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะมีอาการหรือโรคทั่วไป ไม่มีความซับซ้อน ผู้ป่วยหรือชาวบ้านสามารถดูแลตนเองได้ จึงนำไปสู่การปรับเปลี่ยนกลวิธีการพัฒนางานสาธารณสุข จากเดิมที่เน้นระดับชุมชนอย่างเดียวเป็นการส่งเสริมให้ชาวบ้านดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหาญอยู่ในระดับที่ไม่เกินความจำเป็น ทำให้ทราบค่าเฉลี่ยของจำนวนยา ต้นทุน และราคา เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาของสถานอนามัยในโรคอาการเดียวกัน ทำให้ทราบต้นทุนการบริการซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงเสริมศักยภาพสถานอนามัยเพื่อรักษาโรคพื้นฐานง่าย ๆ ให้ดียิ่งขึ้น จากการศึกษาสภาพการณ์ของโรงพยาบาลชนบทดังกล่าว นำมาสู่โครงการต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือ โครงการออยุทธา ในปี ค.ศ. 1989-1994 เป็นโครงการปฏิรูปและพัฒนากระบวนการสาธารณสุขในระดับที่ใหญ่ขึ้นกว่าโครงการเดิม ด้วยการทดลองสร้างระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated Health System) ที่มีคนไข้เป็นศูนย์กลาง และจัดเก็บค่ารักษาในอัตราเหมาจ่ายรายหัวที่ 70 บาท ซึ่งเป็นตัวเลขที่สถานพยาบาลตกลงกับชุมชน จากผลการดำเนินงานของศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองพระนครศรีอยุธยาที่วัดอินทารามในระยะเวลา 2 ปี พบว่าศูนย์แพทย์ฯ สามารถเลี้ยงตัวเองได้ ภายใต้การสนับสนุนจากงบประมาณของรัฐในระบบปกติ และได้รับการยอมรับจากทั้งผู้มารับบริการ โรงพยาบาลทั่วไป เทศบาล และเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์เองที่ต่างมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ก่อนจะขยายเป็นโครงการระดับประเทศที่ชื่อว่า โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสหภาพยุโรป โดยนำแนวคิดและประสบการณ์จากโครงการออยุทธามาดำเนินการเพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทย (Nittayarumpong, 2007, pp. 37-42) ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเงิน การคลัง บุคลากร ระบบส่งต่อ และขยายพื้นที่การดำเนินงานในหลายจังหวัดทั่วประเทศ

นอกจากการวิจัยในโครงการต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการก่อตั้งสถาบันเพื่อรองรับ

กระบวนการพัฒนาและปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข หรือ สวรส. เริ่มต้นจากการพูดคุยกันในเวทีคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ซึ่งมีนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นประธานกรรมการ หลังจากมีการประชุมร่วมกับนายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น และเห็นตรงกันว่าควรมีการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงนำไปสู่การจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้นในปี ค.ศ. 1992 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านวิชาการ การจัดการความรู้ และสร้างองค์ความรู้เชิงระบบที่เป็นฐานผลักดันให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มแพทย์ชนบทเห็นตรงกันว่า ในการปฏิรูประบบสุขภาพนั้นจำเป็นต้องมีความรู้เชิงระบบเสียก่อน และความรู้เชิงระบบดังกล่าวจะต้องมาจากสถาบันวิจัยระบบที่เป็นอิสระด้วย โดยแพทย์ชนบทคนสำคัญที่มีบทบาทอย่างมากในกระบวนการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คือ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นผู้ร่างพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทั้งยังช่วยดำเนินการให้กฎหมายผ่านสภานิติบัญญัติในวันสุดท้ายของการประชุมอีกด้วย หลังจากก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ได้รับเลือกให้เป็นผู้อำนวยการคนแรกของสถาบัน ทำหน้าที่แต่งตั้งคณะกรรมการและวางรากฐานให้แก่ สวรส. เพื่อให้สามารถทำงานสร้างความรู้ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องเป็นอิสระ (Puchong et al., 2013, p. 135)

เมื่อขบวนการแพทย์ชนบทมีการสั่งสมองค์ความรู้มาเป็นระยะเวลายาวนาน และวางรากฐานองค์ความรู้เพื่อรองรับการปฏิรูประบบสาธารณสุข นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เขียนสมุดปกเหลืองขึ้นมาหนึ่งเล่มเพื่ออธิบายถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งความเป็นมาของโครงการความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน และงบประมาณที่ต้องใช้เพื่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งอยู่ที่ประมาณ 30,000 ล้านบาทในขณะนั้น (Hfocus, 2014) นอกจากนี้นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ยังได้เข้าไปร่วมทำงานกับโครงการประกันสังคมและทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิทธิการรักษาพยาบาล ดังนั้นนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จึงพยายามขยายสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรไทย โดยเข้าไปร่วมกับ

กรมการสาธารณสุข ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2536-2537 แต่แล้วเรื่องก็เงียบหายไป (Wibulpolprasert, personal communication, December 11th, 2019) เนื่องด้วยการนำเสนอนโยบายดังกล่าวไม่ได้รับความสนใจจากพรรคการเมืองใดเลย จนกระทั่งนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มีโอกาสนำเสนอเนโยบายกับคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย ร่วมกับทีมงานที่ประกอบไปด้วยนายแพทย์ผู้มีความรู้ความสามารถอีกหลายท่าน ยกตัวอย่างเช่น นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นายแพทย์ผู้มีส่วนร่วมวางรากฐานระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ในประกันสังคมเมื่อปี ค.ศ. 1990 ซึ่งแตกต่างจากการจ่ายตามการให้บริการ (Fee-For-Service) อย่างที่ระบบสวัสดิการข้าราชการดำเนินการอยู่ กลายเป็นหลักประกันสังคมอัตราเหมาจ่ายรายหัวคนละ 700 บาทต่อปี ณ เวลานั้น จนในปี ค.ศ. 2001 จึงได้นำแนวทางเหมาจ่ายรายหัวมาใช้กับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในอัตราเหมาจ่ายรายหัวเท่ากับ 1,202.40 บาทต่อคนต่อปี นอกจากนี้ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ยังเป็นนายแพทย์อีกหนึ่งท่านที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยท่านเป็นหนึ่งในกลุ่มคนที่เข้าพบคุณทักษิณ ชินวัตร เพื่อนำเสนอแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพร้อมกับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อีกทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากบรรดานายแพทย์ในภาคราชการ ได้แก่ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา และนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ตลอดจนนายแพทย์อาวุโสอย่างนายแพทย์ประเวศ วะสี นำมาซึ่งความร่วมมือเชิงเครือข่ายอันนำไปสู่การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ประสบความสำเร็จ

ดังนั้นบทบาทสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นบทบาทของผู้นำด้านองค์ความรู้ ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการระบุประเด็นปัญหา คือ การพบเจอกับสภาพปัญหาที่มีลักษณะของปัญหาเนโยบาย คือ ปัญหาที่มีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง และจำเป็นที่จะต้องผลักดันไปสู่การเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อแก้ไขปัญห ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเริ่มผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการศึกษา วิจัย และทดลองอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการโครงการขุนหาญ ณ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ

ในปี ค.ศ. 1986-1988 นำมาสู่โครงการต้นแบบของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นั่นคือโครงการอยุธยา ในปี ค.ศ. 1989-1994 เป็นโครงการปฏิรูปและพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในระดับที่ใหญ่ขึ้นกว่าโครงการเดิม ก่อนจะขยายเป็นโครงการระดับประเทศที่ชื่อว่า โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยนำแนวคิดและประสบการณ์จากโครงการอยุธยามาดำเนินการเพื่อปฏิรูปสาธารณสุขไทย พร้อมกับการก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ขบวนการแพทย์ชนบทเข้าไปมีส่วนร่วม กลายเป็นรากฐานขององค์ความรู้ที่ส่งเสริมให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความพร้อมอยู่เสมอเพื่อจะผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อโอกาสและสถานการณ์เหมาะสม นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีบทบาทในการเริ่มต้นขยายเครือข่ายออกไปสู่ภาคส่วนต่างๆ โดยเฉพาะนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาคราชการในกระทรวงสาธารณสุข ภาคราชการเมืองในพรรคไทยรักไทย และภาคประชาสังคมในองค์การพัฒนาเอกชน ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีเครือข่ายที่พร้อมจะสนับสนุนและผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนประสบความสำเร็จ

2. ภาคราชการหรืออำนาจรัฐ

การดำเนินนโยบายเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของประชาชนไทย มีการวางรากฐานมาตั้งแต่ยุค ม.ร.ว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ด้วยนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลระดับอำเภอในปี ค.ศ. 1975 ก่อนจะประสบความสำเร็จอย่างมากในสมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ โดยการสร้างโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ และสร้างสถานีอนามัยทุกตำบล ก่อนจะพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสมัยรัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (Chokwivat, 2015, pp. 32-34) นับเป็นการวางรากฐานระบบบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อันเป็นปัจจัยรองรับนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในเวลาต่อมา ในส่วนของนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขแต่เดิมจะเป็นลักษณะของการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ก่อนที่จะเกิดนโยบายสาธารณสุขในรูปแบบของการจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาลให้กับบุคคลต่าง ๆ ในปี ค.ศ. 1975 นั่นคือ โครงการสวัสดิการประชาชนด้าน

การรักษาพยาบาล (สปร.) แต่ก็ครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 13 ของประชาชนทั้งประเทศ โดยครอบคลุมครัวเรือนผู้มีรายได้ร้อยละ 28 ในปี ค.ศ. 1996 โดยเพิ่มสิทธิของผู้สูงอายุ เด็ก ผู้พิการ ภูิกษุ สามเณร และทหารผ่านศึก (Limwattananon & Sakulpanich, 2012, pp. 55-72) ถึงแม้ว่ารัฐจะมีการเพิ่มโครงการบัตรสุขภาพที่เป็นรูปแบบการประกันสุขภาพแบบสมัครใจโดยมีเงินสมทบจากรัฐบาล แต่ในปี ค.ศ. 2001 ก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังพบว่าประชาชนจำนวนมากที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ไม่ว่าจะเป็นสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) บัตรประกันสุขภาพโดยสมัครใจ สิทธิประกันสังคม หรือสวัสดิการข้าราชการ

จากปัญหาการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดของประเทศ กลายเป็นสภาพปัญหาที่บรรดาแพทย์ชนบทจะต้องเผชิญระหว่างการทำงาน จึงมีการระดมองค์ความรู้และหาแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขดังกล่าว จนในที่สุดเมื่อหน้าต่างแห่งนโยบายเปิดออกก่อนการเลือกตั้งครั้งแรกภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร ปี ค.ศ. 1997 นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ริเริ่มแนวความคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในขบวนการแพทย์ชนบท ได้มีโอกาสนำเสนอโนบายกับคุณทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย (Surapong Suebwonglee, personal communication, November 28th, 2019) ด้วยการช่วยเหลือของนายแพทย์ผู้มีบทบาทในพรรคอย่างนายแพทย์พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และนายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ณ ที่ทำการพรรคไทยรักไทย ในวันที่ 24 ธันวาคม ค.ศ. 1999 จากสถานการณ์การเมืองในขณะนั้นประกอบกับรัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1997 กลายเป็นหน้าต่างแห่งนโยบายสาธารณะของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญซึ่งออกแบบโครงสร้างทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดรัฐบาลเข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ ทำให้สามารถผลักดันนโยบายขนาดใหญ่ได้ รวมทั้งกระแสการเรียกร้องสิทธิของประชาชนที่เข้มข้นขึ้นภายหลังการปฏิรูปทางการเมืองยิ่งทำให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเล็งเห็นถึงความสำคัญของการผลักดันนโยบายจากภาคประชาชน นอกจากนี้รัฐธรรมนูญ ค.ศ. 1997 ยังกำหนดให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิ

ขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน ตามมาตรา 52 และมาตรา 82 ทำให้แนวร่วมผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งขบวนการแพทย์ชนบท นักวิชาการ และเครือข่ายองค์กรเพื่อสุขภาพได้เริ่มปฏิบัติการผลักดันข้อเสนออย่างจริงจัง

ในที่สุดพรรคไทยรักไทยก็ได้ขานรับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาบรรจุเป็น 1 ใน 9 นโยบายหาเสียงของการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ค.ศ. 2001 ภายใต้ชื่อโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ต่อมาเมื่อชนะการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 2001 คณะรัฐมนตรีพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร กล่าวแถลงนโยบายต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2001 ประกอบด้วยนโยบายเร่งด่วน นโยบายเศรษฐกิจ นโยบายการสร้างรายได้ นโยบายการพาณิชย์และเศรษฐกิจระหว่างประเทศ นโยบายด้านการคมนาคม นโยบายการพัฒนาแรงงาน นโยบายวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นโยบายด้านทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม นโยบายการพลังงาน นโยบายเสริมสร้างสังคมเข้มแข็ง นโยบายการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม นโยบายความมั่นคงแห่งรัฐ นโยบายด้านการต่างประเทศ นโยบายด้านความปลอดภัยของประชาชน นโยบายการบริหารราชการแผ่นดิน และนโยบายพัฒนาภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดเป็น 1 ใน 9 นโยบายเร่งด่วนที่รัฐบาลจะต้องนำไปปฏิบัติ กล่าวคือ รัฐจะต้องสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อลดรายจ่ายโดยรวมของประเทศและประชาชนในการดูแลรักษาสุขภาพ โดยเสียค่าใช้จ่าย 30 บาทต่อครั้ง และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ดังนั้นรัฐบาลจึงนำนโยบายดังกล่าวมาพัฒนาร่วมกับขบวนการแพทย์ชนบทอย่างจริงจัง ขณะนั้นกระทรวงสาธารณสุขมีนายแพทย์ผู้สนับสนุนนโยบาย อย่างนายแพทย์มิ่งคล ณ อยุธยา ดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งได้รับแรงผลักดันที่ดีจากทั้งภายในและภายนอก ส่งผลให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำเร็จอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งในเดือนเมษายน ค.ศ. 2001 จึงเริ่มนำร่องระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 6 จังหวัด ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยโสธร และยะลา

ก่อนจะเพิ่มขึ้นในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2001 โดยเพิ่มเติมอีก 15 จังหวัด และขยายครอบคลุมทั่วประเทศ เมื่อวันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 2002 ซึ่งเปิดให้บริการ 75 จังหวัดในประเทศไทยเป็นครั้งแรก (National Health Security Office, n.d.)

อย่างไรก็ตาม กระบวนการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากขั้นตอนการกำหนดนโยบายสู่การนำไปปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดปัญหาตามมาโดยเฉพาะปัญหากระแสด้านจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เห็นว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำลายระบบสาธารณสุขไทย รัฐบาลใช้เป็นนโยบายประชานิยมในการหาเสียง บุคลากรทางการแพทย์ต้องทำงานหนักขึ้น และยังไม่มีความพร้อมการนำไปสู่ปฏิบัติ ทำให้มีบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนใส่ปลอกแขนดำประท้วง ขณะที่อีกฝ่ายอยากให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและอยากให้เกิดการปฏิรูปไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งจุดนี้ทำให้เกิด 2 แนวคิดที่ปะทะกันตลอดเวลา ตามที่นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (Surapong Suebwonglee, personal communication, November 28th, 2019) กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า การทำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่เรื่องที่อยู่ ๆ ให้คนเดินมาโรงพยาบาลแล้วรักษา 30 บาท แต่เป็นการปฏิรูปงบประมาณทั้งหมด งบประมาณที่เคยให้ตามคำขอของโรงพยาบาล เปลี่ยนเป็นการให้งบประมาณตามจำนวนประชาชนที่เคยขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลนั้น ดังนั้นโรงพยาบาลไหนที่มีประชาชนขึ้นทะเบียนจำนวนมากก็จะได้เงินมาก โรงพยาบาลไหนที่ขึ้นทะเบียนน้อยก็จะได้น้อย โรงพยาบาลไหนที่มีหมอจำนวนมากพอได้เงินน้อยลงก็อาจจะไม่พอจ่าย บางแห่งมีหมอจำนวนน้อยแต่ได้เงินจำนวนมาก นั่นคือความไม่พร้อมของระบบ สิ่งตามมาคือโรงพยาบาลที่มีหมอจำนวนมากจึงเกิดการประท้วงขึ้น อย่างที่เรียกว่าหมอแชนดำ คือ หมอที่ติดแขนดำประท้วงว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะทำให้โรงพยาบาลล่มสลาย ซึ่งสุดท้ายในช่วงระยะแรกเขาแก้ปัญหาโดยเอาเงินเดือนเก็บไว้ตรงกลาง ใครเคยอยู่ที่ไหนก็อยู่ที่นั่นและรับประกันว่าคุณยังมีเงินเดือน ดังนั้นปัญหานี้ก็คือปัญหาเรื่องของระบบที่ยังไม่พร้อม และตั้งเป้าว่าจะต้องมีการพยายามกระจายทรัพยากรอย่างเหมาะสม ที่ใดที่มีหมอจำนวนมากไปควรจะกระจายไปที่ใดที่มีหมอน้อย และที่ใดที่มีหมอน้อยก็จะมีหมอ

มากขึ้น ตลอดจนการกระจายอำนาจให้โรงพยาบาลและประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดนโยบายและทิศทางของโรงพยาบาล

3. ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม

ภายหลังจากที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้วางรากฐานองค์ความรู้ในแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และสร้างความคิดเห็นต่อกระแสนโยบายจากประชาชนอย่างท่วมท้นในการเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทยผู้สนับสนุนนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ณ เวลานั้น จึงยิ่งทำให้ความร่วมมือจากภาคประชาชนหลั่งไหลเข้ามาเพื่อผลักดันนโยบายดังกล่าวให้สำเร็จ โดยในปี ค.ศ. 2000 เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนได้กำหนดประเด็นดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข และเครือข่ายองค์กรภาคประชาชน 11 เครือข่าย คือ เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่มสวัสดิการชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ และเครือข่ายสุขภาพคนจนเป็นเครือข่ายที่ 12 ในเวลาต่อมา (Saree Ongsomwang, personal communication, February 15th, 2020) เกิดเป็นคณะทำงานประกอบด้วยตัวแทนเครือข่าย ดังนี้

- 1) คุณจอน อึ้งภากรณ์ ประธานโครงการ (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์)¹
- 2) พ.ต.ต่อพงษ์ กุลกรรชิต เครือข่ายผู้พิการ (สมาคมคนพิการนนทบุรี)
- 3) ภ.ญ.เทวี โพธิ์ผล เครือข่ายสตรี (สภาสตรีแห่งชาติ)
- 4) คุณวสันต์ หรีสมวงศ์ เครือข่ายชุมชนแออัด (สมาคมร่วมกันสร้าง) คุณคำพอง มีชัย เครือข่ายชุมชนแออัด (ชมรมคนจนเมือง)
- 5) คุณแหลมทอง สีหนาม เครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชน (สถาบันองค์กร สวัสดิการชุมชน) คุณทวย คงคา เครือข่ายกองทุนสวัสดิการชุมชน (สถาบันองค์กร สวัสดิการชุมชน)

¹ หลังจากที่ คุณจอน อึ้งภากรณ์ ได้รับคัดเลือกเป็นวุฒิสมาชิก จึงลาออกจากตำแหน่งประธาน ในปี ค.ศ. 2001 และคุณระภาวิน ลิขนะพานิชพันธุ์ ดำรงตำแหน่งประธานโครงการ

- 6) คุณลำนุ สุภารส เครือข่ายคนทำงานด้านเด็ก
(กลุ่มพันธกิจเพื่อสังคม)
- 7) คุณสุภา ไยเมือง เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก
(มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน)
คุณทัศนีย์ วีระกันต์ เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก
- 8) คุณบุญนุษ สมพันธ์ เครือข่ายธนาคารหมู่บ้านภาคใต้
(ธนาคารหมู่บ้าน จังหวัดนครศรีธรรมราช)
- 9) คุณวัฒนา นวลสุวรรณ เครือข่ายผู้สูงอายุ
(สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย)
- 10) คุณบัณฑิต ธนชัยเศรษฐวุฒิ เครือข่ายแรงงานในระบบ
(มูลนิธิอารมณ์พงศ์พจน์)
- 11) คุณระกาวิน ลิขณวณิชพันธ์ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ
(ศูนย์ศึกษาและพัฒนาผู้แรงงานไปทำที่บ้าน)
- 12) คุณสุรรัตน์ ตริมรรคา เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
(ที่ปรึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี)
คุณไพศาล ต้นอุด เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
คุณกมล อุปแก้ว เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- 13) คุณสารี อ่องสมหวัง เครือข่ายผู้บริโภค
(สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค)
- 14) ภญ.ยุพดี ศิริสินสุข นักวิชาการคณะเภสัชศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 15) คุณนคร ชมพูชาติ สภานายความ
- 16) คุณรุจี แสงแกลง ประธานงานโครงการ

จากความร่วมมือระหว่างเครือข่ายองค์กร 11 เครือข่าย ประกอบด้วยนักวิชาการ ตัวแทนภาคประชาชน และผู้แทนจาก สภานายความ จึงได้ร่วมกันกำหนดกรอบของกฎหมายและรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนเพื่อยกร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าฉบับประชาชนขึ้นตามมาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 ที่ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาในการเสนอกฎหมายได้ โดยได้จัดเวทีประกาศเจตนารมณ์ในการรวบรวมรายชื่อประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 50,000 รายชื่อ ณ ครุสภา เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม ค.ศ. 2000 โดยมีนายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว นายแพทย์ประเวศ วะสี คุณจอน อึ้งภากรณ์ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และประชาชนเครือข่ายต่าง ๆ เข้าร่วมจำนวนไม่น้อยกว่า 600 คน หลังจากนั้นได้ดำเนินการยื่นรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวน 62,412 รายชื่อ ในวันที่ 26 มีนาคม ค.ศ. 2001 ใช้เวลาประมาณ

5 เดือน ในการตรวจสอบรายชื่อทั้งหมด โดยมีรายชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งเหลือจำนวน 44,946 รายชื่อ ทำให้ต้องดำเนินการหารายชื่อเพิ่มเติมภายใน 30 วัน โดยดำเนินการหารายชื่อเพิ่มเติมได้อีกจำนวน 9,481 รายชื่อ ซึ่งใช้เวลาตลอดกระบวนการเริ่มตั้งแต่ยื่นรายชื่อต่อประธานวุฒิสภาจนได้รับแจ้งว่า มีรายชื่อครบถ้วน 50,000 รายชื่อในการเสนอกฎหมาย เมื่อวันที่ 29 มกราคม ค.ศ. 2002 รวมระยะเวลาทั้งสิ้นไม่น้อยกว่า 10 เดือน (Ongsomwang & Saengtalaeng, n.d., p. 8)

จากความล่าช้าข้างต้นทำให้ร่างกฎหมายฉบับประชาชนเข้าพิจารณาตามกระบวนการรัฐสภาไม่ทันร่างกฎหมายฉบับรัฐบาลและพรรคฝ่ายค้านที่เข้าสู่สภา เมื่อวันที่ 22 พฤศจิกายน ค.ศ. 2001 อย่างไรก็ตามเครือข่ายภาคประชาชนก็ได้เสนอให้กรรมาธิการการสาธารณสุขของสภาผู้แทนราษฎร เสนอกฎหมายของภาคประชาชนในนามของกรรมาธิการ และให้มีผู้แทนจากภาคประชาชนเข้าไปเป็นกรรมาธิการวิสามัญร่วมพิจารณาจำนวน 5 คน ในขั้นตอนกรรมาธิการวิสามัญของสภาผู้แทนราษฎร และจำนวน 3 คน ในขั้นตอนวุฒิสภา ก่อนจะประกาศเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ค.ศ. 2002 ในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน ค.ศ. 2002 นอกจากกระบวนการทางกฎหมายแล้ว เครือข่ายภาคประชาชนยังมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันให้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จด้วยการรณรงค์และเผยแพร่กับสาธารณชนผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น จัดทำวิดีโอเทปนำเสนอทางโทรทัศน์ จัดรายการวิทยุโทรทัศน์ จัดเวทีประกาศเจตนารมณ์ และเปิดคอลัมน์ในวารสารฉลาดซื้อของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค อีกทั้งยังมีการดำเนินงานเพื่อสานต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ แพทย์สภา สภากาชาด ทันตแพทย์สภา สมาเภสัชกรรมสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด

องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น (กรุงเทพมหานคร) องค์การเอกชนด้านผู้สูงอายุ องค์การเอกชนด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี องค์การเอกชนด้านเกษตรกรรม องค์การเอกชนด้านชุมชนแออัด องค์การเอกชนด้านแรงงาน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านประกันสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์แผนไทย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ทางเลือก ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการเงินการคลัง ผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมาย และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสังคมศาสตร์ ดังนั้นภาคประชาชนจึงมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนและสานต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้มีบทบาทในการริเริ่มสร้างองค์ความรู้และสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่ายเพื่อผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนประสบความสำเร็จ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบายสาธารณะ ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าการผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบไปด้วยความร่วมมือของตัวแสดง 3 ฝ่าย ที่จะต้องดำเนินงานร่วมกันและส่งเสริมซึ่งกันและกันตามกรอบแนวคิดสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในภาคองค์ความรู้ เมื่อพบเจอกับสภาพปัญหาจึงผลักดันไปสู่การแก้ไขด้วยการสังสมองค์ความรู้จากโครงการวิจัยต่าง ๆ ทั้ง โครงการชุมชนยา ในปี ค.ศ. 1986-1988 โครงการอยุธยา ในปี ค.ศ. 1989-1994 ก่อนจะขยายเป็นโครงการระดับประเทศที่ชื่อว่า โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังมีบทบาทในการประสานความร่วมมือกับภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐและภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม เนื่องด้วยบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในด้านองค์ความรู้เป็นเพียงส่วนหนึ่งขององค์ประกอบในการขับเคลื่อนภูเขาที่ยิ่งใหญ่ หากขาดอีกสององค์ประกอบสำคัญนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคงจะเกิดขึ้นไม่ได้ โดยจะพบว่าการเคลื่อนไหวทางสังคมและภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐเริ่มต้นมีบทบาทสำคัญในปี ค.ศ. 1997-2002 คือเริ่มต้นเมื่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้า

มามีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายสาธารณะด้วยการร่วมลงชื่อเสนอกฎหมาย ตามมาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 ที่ได้กำหนดให้ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาในการเสนอกฎหมายได้ จึงเกิดความร่วมมือระหว่างองค์การพัฒนาเอกชน 11 เครือข่าย ภายใต้ชื่อโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร่วมกันร่างกรอบคุณหมายและรวบรวมรายชื่อผู้สนับสนุนตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ค.ศ. 1997 ในขณะที่ภาคการเมืองก็ได้รับการสนับสนุนให้มีความเข้มแข็งและมีเสถียรภาพ ด้วยการให้ความสำคัญกับการเมืองมากกว่าตัวบุคคล กล่าวคือ มีการเริ่มต้นกลไกการเลือกตั้ง ส.ส. แบบบัญชีรายชื่อ รวมถึงการย้ายพรรคของสมาชิกที่ยากขึ้นกว่าแต่เดิม ก่อให้เกิดการแข่งขันเชิงนโยบายเอาชนะใจประชาชนมากกว่าการใช้บารมีแบบในอดีต เป็นอีกหนึ่งแรงผลักดันที่กระตุ้นให้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีรูปแบบนโยบายแตกต่างไปจากนโยบายในอดีต

จากการศึกษาประวัติความเป็นมาและบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท ตลอดจนความร่วมมือกับองค์การเครือข่าย พบว่าขบวนการแพทย์ชนบทมีการเคลื่อนไหวทางสังคมในเชิงเครือข่าย คือ มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่ม องค์การ โดยมีการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และถ่ายทอดประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่างสม่ำเสมอ ขบวนการแพทย์ชนบทเป็นองค์การที่มีโครงสร้างการทำงานในลักษณะความสัมพันธ์แนวราบ (Civic Organizations) ทำให้มีกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานอย่างกว้างขวาง ด้วยกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างชมรมแพทย์ชนบทที่มีอิสระ มีความคล่องตัวสูง และมูลนิธิแพทย์ชนบทที่เป็นแหล่งสะสมทุน ซึ่งมีลักษณะองค์กรที่เป็นทางารจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล เมื่อพิจารณากระบวนการกำหนดระเบียบวาระนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามตัวบทพหุกระแสของ Kingdon (1984, pp. 90-164) จะพบว่านโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการมาพบกันของกระแสปัญหา กระแสการเมือง และกระแสนโยบาย ประกอบด้วยกระแสปัญหา ได้แก่ ลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนจำนวนมาก ยิ่งกระตุ้นให้เกิดการนิยามปัญหาและผลักดันไปสู่

การแก้ไข กล่าวคือ ในปี ค.ศ. 1991 หรือสิบปีก่อนที่จะมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประชาชนในประเทศไทยประมาณ 2 ใน 3 ยังไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพใด ๆ ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทและมีฐานะยากจน ขณะที่ความช่วยเหลือจากรัฐตามโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาพยาบาล (สปร.) ที่เริ่มต้นขึ้นในปี ค.ศ. 1975 ก็ครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 13 ของประชาชนทั้งประเทศ ก่อนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี ค.ศ. 1996 (Limwattananon & Sakulpanich, 2012, pp. 55-72) แต่ในปี ค.ศ. 2001 ก่อนที่จะเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงพบว่า ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ ยังมีจำนวนกว่าสิบล้านคน ส่วนกระแสการเมือง ได้แก่ พรรคการเมืองที่รับแนวคิดไปใช้หาเสียงในช่วงก่อนการเลือกตั้งปี ค.ศ. 2001 ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มต่าง ๆ ทั้งภาคการเมือง ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคองค์ความรู้ อีกทั้งยังมีสถานการณ์ที่สนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งของพรรคการเมืองและภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมกับการบริหารนโยบายสาธารณะ เมื่อพรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งอย่างถล่มทลายทำให้หนึ่งในนโยบายที่ใช้ในการหาเสียงเลือกตั้ง อย่างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ในส่วนของกระแสนโยบาย ได้แก่ กระบวนการที่นำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถจำแนกทางเลือกนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาและเสนอเข้าสู่วาระการพิจารณา โดยครอบคลุมถึงร่างข้อเสนอจากประชาชนและสังคมที่หลากหลาย ในกรณีนี้คือผลจากการทำงานด้านวิชาการของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการกระบวนการยกย่องกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องมีความเป็นไปได้ มีความเหมาะสม ไม่ขัดแย้งกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหา และสามารถจัดสรรทรัพยากรได้จริง เพื่อก่อให้เกิดความสำเร็จของการผลักดันนโยบายสาธารณะในที่สุด เครือข่ายสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาตามแนวคิดของนายแพทย์ประเวศ วะสี อันประกอบไปด้วย ภาคองค์ความรู้ ภาคการเมือง และภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม ดำเนินงานร่วมกันจนก่อให้เกิดกระแสหลักสามด้านหรือที่เรียกว่าพหุกระแสซึ่งนำไปสู่หน้าต่างแห่งนโยบาย (Policy Windows) ตามการศึกษา

ของ Levine (1985, as cited in Sirisamphan, 2016, pp. 127-131) ซึ่งให้เห็นว่าปัญหาใดจะเข้าสู่วาระนโยบายและอยู่ในความสนใจของผู้กำหนดนโยบายขึ้นอยู่กับสถานการณ์และโอกาส หากสถานการณ์เอื้ออำนวยย่อมหมายความว่าหน้าต่างนโยบายพร้อมเปิดรับปัญหาสาธารณะที่เกี่ยวข้องให้หลุดเข้าไปสู่วาระนโยบายได้ การที่หน้าต่างนโยบายอาจจะเปิดหรือปิดตามสถานการณ์และโอกาส ทำให้ผู้สร้างวาระต่าง ๆ ทั้งที่เป็นผู้ประกอบการนโยบายและที่อยู่ในชุมชนนโยบายต้องทำการเตรียมข้อเสนอหรือความคิดเกี่ยวกับปัญหาสาธารณะของตนให้พร้อมอยู่เสมอ ดังนั้นขบวนการแพทย์ชนบทผู้มีบทบาทสำคัญในด้านองค์ความรู้และการนำประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระนโยบาย จึงมีหน้าที่ที่จะต้องเตรียมความพร้อมทั้งข้อมูล ข้อเสนอ และองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสาธารณะที่ต้องการผลักดันให้เป็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และองค์การเครือข่ายที่มีข้อมูลพร้อมที่จะผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากการวิจัยอย่างต่อเนื่อง จนมาประสบกับโอกาสเมื่อหน้าต่างนโยบายเปิดออก ทำให้ยิ่งได้รับการสนับสนุนจากภาคองค์ความรู้ ภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม และภาคการเมือง อันจะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปไม่ได้ตามทฤษฎีหน้าที่นิยมที่มองว่า สังคมคือระบบความสัมพันธ์ที่หน่วยต่าง ๆ มีส่วนเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน พึ่งพาอาศัยกัน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ภายใต้ความร่วมมือเชิงเครือข่ายในสถานการณ์ที่หน้าต่างแห่งนโยบายเปิดโอกาสให้การผลักดันนำไปสู่ความสำเร็จ

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษากับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่า Sapyen (2013) ศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย พบว่าการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างนวัตกรรมในการจัดรูปแบบองค์กรประชาสังคมที่มีรูปแบบโดดเด่น มีเอกลักษณ์ที่แตกต่าง แต่มีความเข้มแข็งมากในการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความเป็น NGOs ใน GO คือ ลักษณะของสมาชิกในองค์กรเป็นบุคคลสองสถานภาพในคนเดียว ทั้งเจ้าหน้าที่รัฐตามสายบังคับบัญชาแบบระบบราชการ และเป็นพลเมืองเสรี มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจรวมกลุ่ม/องค์กร/ขบวนการ เพื่อเคลื่อนไหวในประเด็นที่

กลุ่มของตนปรารถนา เมื่อพิจารณาอีกด้านหนึ่งลักษณะความเป็นพลีชีพของขบวนการแพทย์ชนบทยังมองได้ว่า ขบวนการแพทย์ชนบทเป็น GO ใน NGOs ควบคู่กัน คือ ขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และมีบทบาทเป็นนักพัฒนาเอกชนด้วย โดยการผลักดันเชิงยุทธศาสตร์ที่ขบวนการแพทย์ชนบทนำมาขับเคลื่อนการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพได้สะท้อนถึงลักษณะความเป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในแง่ของการเพิ่มมิติการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นในกระบวนการนโยบายระดับชาติ นอกจากนี้การผลักดันเชิงยุทธศาสตร์ดังกล่าวยังสะท้อนบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท และสะท้อนปัจจัยความสำเร็จของการปฏิรูปนโยบายระบบสุขภาพซึ่งเกิดจากยุทธศาสตร์ที่สำคัญใน 4 ระดับ ประกอบด้วย (1) ระดับการสร้างแนวความคิด (Conceptual Level) ได้แก่ การให้นิยามใหม่ การชูผู้นำความคิด และมีโครงสร้างการถ่ายทอดอุดมการณ์ (2) ระดับการจัดการเชิงโครงสร้าง (Structural Level) ได้แก่ การขับเคลื่อนเป็นทีม การจัดตั้งองค์กรเป็นปีกแผ่น การสร้างกลไกถาวรผ่านการสร้างกฎหมายรองรับการวางรากฐานโครงสร้างองค์กรใหม่โดยคนของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมบริหารงานในสมาคมวิชาชีพ (แพทยสภา) (3) ระดับการกำหนดกลยุทธ์และกิจกรรม (Strategy and Activity Level) ได้แก่ การบริหารความรู้สึกของโครงสร้างอำนาจเดิมเพื่อไม่ให้รู้สึกถูกลดทอนบทบาท การเข้าฝังตัวกับโครงสร้างอำนาจเดิมด้านสาธารณสุข การเริ่มผลักดันประเด็นพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน การมุงยึดเป้าหมายมากกว่ากระบวนการ และการใช้การเมืองเป็นเครื่องมือขับเคลื่อนประเด็นการเคลื่อนไหว (4) ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้าง รวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป (Impact Level) ได้แก่ การสร้างฐานองค์ความรู้ การเกาะเกี่ยวกับชั่วอำนาจทางการเมือง การเพิ่มการยอมรับทางความรู้ด้านสาธารณสุข การสร้างความเชื่อมโยงในระดับนานาชาติ การสร้างเครือข่ายร่วมกับชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน และการเชื่อมเครือข่ายกับสื่อมวลชนอย่างใกล้ชิด จากยุทธศาสตร์ดังกล่าวโดยเฉพาะในประเด็นสุดท้าย คือ ระดับการสร้างผลกระทบในวงกว้าง รวมถึงการสร้างฐานความรู้ให้คนรุ่นต่อไป ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทในการสร้างองค์ความรู้และ

การสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วม ทั้งภาคการเมือง ชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน ตลอดจนการเชื่อมโยงในระดับนานาชาติ เพื่อสร้างการยอมรับทางความรู้ด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับข้อสรุปของการศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะขององค์กรพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ในขณะที่ Vongtangswad (2017) ศึกษาพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง เป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไร และทำไมขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ผลการศึกษาพบว่าการปรับตัวของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมือง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีลักษณะชนชั้นนำทางการเมือง ไม่ว่าจะมาจากการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ก็ตาม ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการทางสังคมที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวเพื่อการมีส่วนร่วมทางการเมือง กล่าวคือขบวนการแพทย์ชนบทมีรูปแบบการปรับตัวและยุทธศาสตร์ที่น่าสนใจ แม้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองยังปิดหรือไม่เอื้ออำนวย ขบวนการเคลื่อนไหวก็สามารถปรับตัวและระดมทรัพยากรเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายในจุดที่ทำได้ เพื่อรอโอกาสในการผลักดันการเคลื่อนไหวต่อไป เมื่อโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเปิดขึ้น หรือดำเนินการเคลื่อนไหวโดยการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองผ่านการเคลื่อนไหวเพื่อนำเสนอแนวคิดต่อสาธารณะเพื่อผลักดันให้เป็นประเด็นที่ต้องการสร้างความเปลี่ยนแปลง กลายเป็นวาระทางสังคม อันจะสามารถระดมการสนับสนุนจากสังคมเพื่อโน้มน้าวหรือกดดันชนชั้นนำทางการเมืองให้หันมาับประเด็นที่ขับเคลื่อนต่อไป จากงานวิจัยดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีการเตรียมความพร้อมเพื่อปรับตัวต่อ

สถานการณ์และโอกาสในการผลักดันประเด็นปัญหาเข้าสู่วาระนโยบาย ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวทางสังคม อย่างองค์การพัฒนาเอกชน นับเป็นส่วนหนึ่งของบทบาทในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข เป็นไปในทิศทางเดียวกัน กับกลยุทธ์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ประกอบไปด้วยภาคองค์กรความรู้ ภาคการเมืองหรืออำนาจรัฐ และภาคการเคลื่อนไหวทางสังคม ที่สะท้อนบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการเตรียมพร้อมด้านองค์ความรู้อยู่เสมอ เพื่อนำเข้าสู่วาระนโยบาย ได้ทันเวลาที่เมื่อหน้าต่างแห่งนโยบายเปิดขึ้น ตามผลการศึกษา เรื่อง “การมีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายสาธารณะของ องค์การพัฒนาเอกชน: ศึกษากรณีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้สำหรับภาคประชาสังคม โดยเฉพาะองค์การพัฒนาเอกชนในประเทศไทยสามารถนำ ผลการวิจัยไปปรับใช้กับการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันสิ่งที่ ยากลำบากในสังคมให้ประสบความสำเร็จ ด้วยการสร้างความ ร่วมมือเชิงเครือข่าย มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอด ความรู้ ร่วมกันแก้ปัญหา และต้องมีการสื่อสารระหว่างเครือข่าย อย่างสม่ำเสมอ ในส่วนของกรมผลักดันนโยบายสาธารณะ จะต้องเตรียมความพร้อมทางด้านข้อมูลไว้เป็นรากฐานของการ เคลื่อนไหวเพื่อความพร้อมอยู่เสมอสำหรับหน้าต่างนโยบายที่ สามารถเปิดออกได้ตลอดเวลา เมื่อโอกาสและสถานการณ์มา บรรจบกับกระแสการเมือง กระแสปัญหา และกระแสนโยบาย อีกทั้งยังควรมีแผนการดำเนินงานขององค์การเป็นเครื่องมือใน การกำหนดทิศทางขององค์การพัฒนาเอกชน ประกอบไปด้วย วิสัยทัศน์ เป้าหมาย พันธกิจ กลยุทธ์ และแนวทางการ ดำเนินงาน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยเพิ่มเติม ควรศึกษาตัวแสดงอื่นๆ ใน การผลักดันนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่นอกเหนือจาก ขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งมีบทบาทด้านองค์ความรู้ ทั้งบทบาท ของพรรคการเมืองต่าง ๆ ตลอดจนเครือข่ายองค์กรภาค ประชาชน 11 เครือข่าย ได้แก่ เครือข่ายด้านเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้บริโภค ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้สูงอายุ ชุมชนแออัด เกษตรกรรมทางเลือก ธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ กลุ่มสวัสดิการ

ชุมชน กลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ เพื่อวิเคราะห์ บทบาทที่สอดคล้องและแตกต่างกันไป นอกจากนี้ยังสามารถ ศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันนโยบาย สาธารณะที่มีบริบทแตกต่างไปจากนโยบายหลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการ ผลักดันนโยบายสาธารณะ เช่น การรณรงค์จัดสูบบุหรี่ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งขบวนการแพทย์ชนบทโดยการนำของนายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท (ค.ศ. 1986-1988) มีส่วน ร่วมในโครงการวิ่งรณรงค์เพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นต้น

References

- Boissevain, J., & Mitchell, J. C. (1973) *Network analysis: Studies in human interaction*, n.p.: The Hague Mouton.
- Chokwiwat, W. (2015) *Gold card legend: History of Thai universal health coverage system formation* (ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย), Bangkok: Sri Mueang Printing. (in Thai)
- Chumpol, P. (2003) 'The definition of social movement (ความหมายขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม)', in S. Noksuan & A. Tangsupvattana (eds.), *Concepts in contemporary political science (คำและความคิดในรัฐศาสตร์ร่วมสมัย)*, pp. 339-341, Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Hfocus. (2014) *Look back "Universal Health Insurance" reinventing the Thai health system* (ย้อนรอย "หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า" พลิกโฉมระบบสุขภาพไทย), Available: <https://www.hfocus.org/content/2014/02/6290> [23 November 2018] (in Thai)
- Kingdon, J. W. (1984) *Agendas, alternatives, and public policies*, Boston: Little, Brown.
- Leadership Development Network for Health. (2009) *Rural Doctor Foundation (มูลนิธิแพทย์ชนบท)*, Available: <http://wow.in.th/TxyA> [23 November 2018] (in Thai)

Limwattananon, S., & Sakulpanich, T. (2012) 'Situation before occurrence of universal health coverage scheme in Thailand (สถานการณ์ก่อนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย)', in S. Suntorntham (ed.), *Thai health insurance system (ระบบหลักประกันสุขภาพไทย)*, pp. 55-72, Bangkok: National Health Security Office. (in Thai)

Nakornket, K. (n.d.) *Academic document of social network theory (เอกสารวิชาการแนวคิดและทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม)*, Nonthaburi: Ministry of public health. (in Thai)

National Health Security Office. (2013) *10 stories should to know about universal health coverage rights (10 เรื่องควรรู้สิทธิหลักประกันสุขภาพ)*, Bangkok: Bureau of active participation promotion. (in Thai)

National Health Security Office. (n.d.) *The way to universal health coverage scheme (เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)*, Available: <http://wow.in.th/5Mg6> [23 November 2018] (in Thai)

Nittayarumpong, S. (2007) *On the way to universal health coverage scheme (บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)*, Bangkok: Matichon Publishing. (in Thai)

Ongsomwang, S., & Saengtalaeng, R. (n. d.) *Lesson summary from the collection of names for proposing the draft law by the people: A case study of national health security act (สรุปบทเรียนการรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอร่างกฎหมาย กรณีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)*, Available: <https://www.ilaw.or.th/node/289> [24 November 2019] (in Thai)

Pintobtang, P. (2009) *Political framework analysis of the theory of social movement (กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม)*, Chiang Mai: Heinrich boll foundation Southeast Asia regional office. (in Thai)

Puchong, R., et al. (2013) *Rural doctor club's movement and good governance in health system (แพทย์ชนบทธรรมภิบาลกับการเมืองสุขภาพ)*, Nonthaburi: Health Systems Research Institute. (in Thai)

Sapyen, C. (2013) *A study of rural doctor movement in the policy process of health system policy: The movement of civil society and its contribution toward participatory democracy in Thailand (การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย)*, Doctoral dissertation, Chulalongkorn University. (in Thai)

Sirisamphan, T. (2016) *Public policy handout no.1 (เอกสารประกอบการเรียนการสอนนโยบายสาธารณะ ชุดที่ 1)*, Bangkok: Department of public administration, Faculty of political science, Chulalongkorn University. (in Thai)

Vongtangswad, N. (2017) *The dynamics of framing and mobilization of the rural doctor movement: Conflicts and political transformation (พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง)*, Doctoral dissertation, Chulalongkorn University. (in Thai)

Wasi, P. (2000) *On the path of life: The rural doctor in Thailand (บนเส้นทางชีวิต: ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย)*, Bangkok: Moh-Chao-Ban Publishing. (in Thai)

Wibulpolprasert, S. (2003) *25 years rural doctor movement on Thailand (25 ปี ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย)*, Bangkok: World Health Organization. (in Thai)

Wipawin, N. (2015) Social network in a networked society (เครือข่ายสังคมในสังคมเครือข่าย), *TLA Research Journal*, vol. 8, no. 2, pp. 121- 127, Available: https://so06.tci-thaijo.org/index.php/tla_research/issue/view/4268 [24 November 2019] (in Thai)