

พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท:
ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง



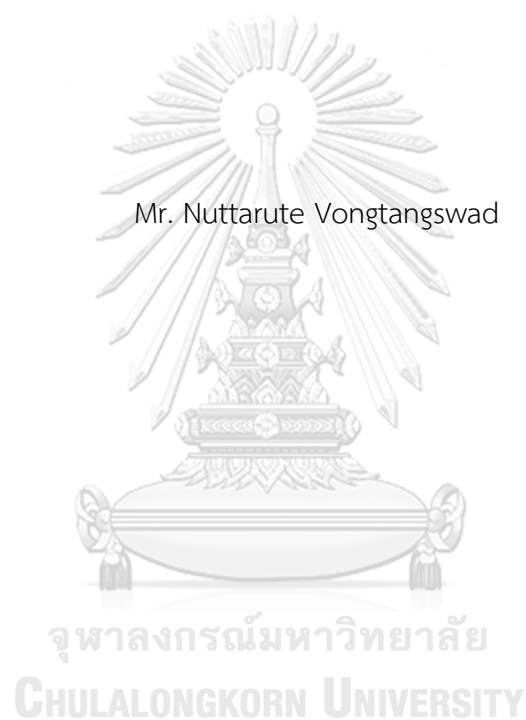
บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE DYNAMICS OF FRAMING AND MOBILIZATION OF THE RURAL DOCTOR MOVEMENT:
CONFLICTS AND POLITICAL TRANSFORMATION

Mr. Nuttarute Vongtangswad



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

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการ
แพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทาง
การเมือง

โดย

นายณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์

สาขาวิชา

รัฐศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร.กนกรัตน์ เลิศชูสกุล

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ทับจุมพล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ดร.กนกรัตน์ เลิศชูสกุล)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาส ปิ่นตบแต่ง)

..... กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นวลน้อย ตริรัตน์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ดร.เดชรัต สุขกำเนิด)

ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์ : พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท: ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง (THE DYNAMICS OF FRAMING AND MOBILIZATION OF THE RURAL DOCTOR MOVEMENT: CONFLICTS AND POLITICAL TRANSFORMATION) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ดร.กนกรัตน์ เลิศชูสกุล, 296 หน้า.

วิทยานิพนธ์ชิ้นนี้ศึกษาพลวัตการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท โดยพยายามตอบคำถามสำคัญ เหตุใดขบวนการแพทย์ชนบทจึงประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข และขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิด และการเคลื่อนไหวอย่างไร โดยงานชิ้นนี้ศึกษาผ่านกรอบแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม 3 แนวคิดได้แก่ แนวคิดการระดมทรัพยากร แนวคิดกระบวนการสร้างกรอบความคิด และแนวคิดโครงสร้างโอกาสทางการเมือง การเก็บข้อมูลใช้วิธีการวิจัยจากเอกสาร ควบคุมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องจำนวน 33 คน

ผลการวิเคราะห์พบว่าพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท สามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลาสำคัญ ช่วงแรก คือช่วงก่อตั้งขบวนการแพทย์ชนบทในปี พ.ศ.2521 ถึงช่วงก่อนเหตุการณ์พฤษภาคม พ.ศ.2535 เป็นช่วงเวลาที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ เคลื่อนไหวภายใต้โครงสร้างระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบความคิดการพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำ ช่วงที่สอง คือช่วงหลังเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 ถึง ช่วงปี 2545 ขบวนการแพทย์ชนบทเปลี่ยนจากขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ มาเป็นหนึ่งในขบวนการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสาธารณสุขและพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ภายใต้กรอบความคิดการมีส่วนร่วม การกระจายทรัพยากรและอำนาจ โดยสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน และพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง ผลักดันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เปิดโอกาสในการเคลื่อนไหวผลักดันการก่อตั้งองค์กรตระกูล ส.จนเป็นผลสำเร็จ และ ช่วงเวลาที่สาม ได้แก่ ช่วง พ.ศ.2545 จนถึง 2560 ซึ่งเป็นช่วงของการปฏิบัติการของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ในฐานะเครือข่ายองค์กรในกรมการระดมทรัพยากร เคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข ภายใต้กรอบความคิดสุขภาวะ การกระจายทรัพยากรและอำนาจ ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถระดมทรัพยากรจากภาครัฐจำนวนมาก เพื่อนำมาสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการและเครือข่ายได้อย่างเป็นอิสระจากการฝ่ายราชการและฝ่ายการเมือง จนทำให้เกิดสถานการณ์มีอำนาจอิทธิพลเชิงซ้อนขึ้นในโครงสร้างระบบสาธารณสุข

ข้อเสนอหลักในงานชิ้นนี้ คือ การปรับตัวของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีลักษณะของการใช้การเข้าถึงชนชั้นนำทางการเมือง ไม่ว่าจะมาจากการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ก็ตาม ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการทางสังคมที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวเพื่อการมีส่วนร่วมทางการเมือง

สาขาวิชา รัฐศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5581207824 : MAJOR POLITICAL SCIENCE

KEYWORDS: FRAMING / MOBILIZATION / THE RURAL DOCTOR MOVEMENT

NUTTARUTE VONGTANGSWAD: THE DYNAMICS OF FRAMING AND MOBILIZATION OF THE RURAL DOCTOR MOVEMENT: CONFLICTS AND POLITICAL TRANSFORMATION. ADVISOR: KANOKRAT LERTCHOOSAKUL, Ph.D., 296 pp.

This thesis studies the dynamics of framings and mobilization of the rural doctor movement. It aims at answering the key questions—why the rural doctor movement has succeeded in pushing healthcare system reform, and what the dynamics of movement’s framings and mobilization are. In doing so, it investigates three social movement frameworks: resource mobilization; framing process; and political opportunity structure theories. In data collecting process, this thesis uses documentary analysis along with in-depth interviews with 33 key informants.

The analysis portrays that the dynamics of framings and mobilization of the rural doctor movement can be separated into 3 crucial phases: first, the movement’s establishment in 1978 to 1992 where the movement was a professional gathering that moved under ministry of health’s official system’s structure, using development and inequality reduction concepts; second, after the 1992 Black May to 2002 where the movement had transformed from a professional movement to become one of the healthcare system reform and participatory democracy development movements under concepts of participation, and resource and power redistribution, by building cooperation with non-governmental organization networks and creating alliance with political elites to push political opportunity structure through the eighth national economic and social development plan along with the 1997 constitution that granted the movement prospect to successfully found the “Sor Organizations”; third, 2002 to 2017 where the Sor Organizations’ network had been operated as healthcare reform’s resource mobilizing bodies under well-being and resource and power redistribution concepts that allowed the rural doctor movement to mobilize tremendous resources from the state in order to autonomously support the movements of the movement and its network. That had created duo autonomy state in the healthcare system’s structure.

The thesis argues that the rural doctor movement successfully adjusted framings and mobilization and worked accordingly with political opportunity structure change. This is a vital key that helps the rural doctor movement efficiently pushed healthcare system reform and reached out to political elites—whether elected through democratic system, or not. In parallel, they collaboratively worked with social movements to promote political participation.

Field of Study: Political Science

Academic Year: 2017

Student’s Signature

Advisor’s Signature

กิตติกรรมประกาศ

การได้มีโอกาสเขียนกิตติกรรมประกาศนี้ เนื่องจากการได้รับโอกาสและความเมตตาจากอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้วิจัย อ. ดร.กนกรัตน์ เลิศชูสกุล ที่ให้โอกาสผู้วิจัยจนถึงวันสุดท้าย อย่างที่ผู้วิจัยไม่เคยคิดว่าจะได้รับ ทั้งยังได้กรุณาสั่งสอนให้คำแนะนำทั้งในทางวิชาการและการใช้ชีวิต ตักเตือนเมื่อผู้วิจัยทำผิดพลาด ให้กำลังใจเมื่อผู้วิจัยเกิดความท้อแท้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ณ. นี้ อย่างไรก็ตามผู้วิจัยขอกราบขอภัยอาจารย์เป็นอย่างสูงจากความไร้วินัยและปัญหาการเขียนที่ล่าช้าทำให้อาจารย์ต้องเป็นกังวลมาโดยตลอด จนทำให้ไม่สามารถแก้ไขงานวิจัยตามคำแนะนำได้ตามที่ควรจะเป็น ผู้วิจัยขออ้อมรับความผิดพลาดนี้ไว้ทุกประการ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน อันได้แก่ ผศ. ดร.นฤมล ทับจุมพล, รศ. ดร.ประภาส ปิ่นตบแต่ง, รศ. ดร.นวลน้อย ตรีรัตน์, และ อ. ดร.เดชรัต สุขกำเนิด ในความกรุณาของทุกท่านที่ได้ให้ความเมตตาแก่ผู้วิจัยทุกครั้งที่ได้ทำการติดต่อประสานในการสอบตั้งแต่การสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ จนถึงการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่ได้ให้โอกาสผู้วิจัยในการสอบในครั้งนี้ รวมถึงกำลังใจที่อาจารย์ทุกท่านได้ให้แก่ผู้วิจัยตามโอกาสต่าง ๆ ที่ได้พบปะกัน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณและระลึกคุณเป็นอย่างยิ่ง

ในด้านกระบวนการทำวิจัยยังมีผู้มีอุปการคุณที่สำคัญอีกมากมาย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำอันมีค่าแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.เวียงรัฐ เนติโพธิ์ ที่กรุณาส่งบทความอันมีประโยชน์อย่างยิ่งแก่ผู้วิจัย ผศ. ดร. บัณฑิต จันทร์โรจน์กิจ ที่ได้ให้กำลังใจและคำชี้แนะในการทำงานอันมีค่าแก่ผู้วิจัยเสมอมา คุณอดิชาติ ดันติโสภณวนิช ที่ได้ให้ความช่วยเหลือด้านการจัดรูปเล่มและการตรวจการอ้างอิง เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการการศึกษาและนายทะเบียนอาจารย์และเจ้าหน้าที่แห่งศูนย์สารสนเทศทางสังคมศาสตร์ และเจ้าหน้าที่แห่งคณะรัฐศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ มาตลอด 10 ปี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างยิ่งในการดูแลอย่างอบอุ่นด้วยมิตรภาพเสมอมา ขอขอบพระคุณมิตรสหายแห่งมหาวิทยาลัยรามคำแหง เพื่อนแท้ในยามยาก และในด้านการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยได้รับการช่วยเหลืออย่างสำคัญจาก เจ้าหน้าที่ทุกท่านแห่งห้องสมุด 100 ปี เสม พริ้งพวงแก้ว เจ้าหน้าที่ทุกท่านแห่งกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเลขานุการทุกท่านที่ได้อำนวยความสะดวกในการติดต่อขอสัมภาษณ์ และที่สำคัญ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ให้สัมภาษณ์ทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้ หากไม่ได้รับความเมตตา และโอกาสในการให้สัมภาษณ์จากทุกท่าน ผู้วิจัยคงไม่สามารถทำงานวิจัยชิ้นนี้ได้สำเร็จ อย่างไรก็ตามถึงแม้ข้อมูลการวิเคราะห์อาจออกมาไม่ตรงกับความเห็นของท่าน แต่ความรู้สึกระลึกคุณของผู้วิจัยที่มีต่อทุกท่านจะยังคงไม่เปลี่ยนแปลงหรือลดน้อยลงไป

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่ทำให้ผู้วิจัยยังคงมีแรงใจและมี “ชีวิต” จนมาถึงตรงนี้ได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่ ผศ.อัญชลี วงศ์ทางสวัสดิ์ ผู้ใช้ชีวิตแก่ลูกคนนี้นับมากกว่าหนึ่งครั้ง ทั้งการสั่งสอนอย่างไม่เข้าข้างอย่าง “ที่เป็นอย่างนี้เพราะทำตัวเอง อย่าไปโทษใคร” และการเชื่อมั่นและรักในลูกคนนี้อย่างถึงที่สุด “ผลจะเป็นยังไงก็ยังเป็นลูกแม่” ที่ทำให้ผู้วิจัยผ่านช่วงเวลาที่สุดช่วงหนึ่งในชีวิต และไม่คิดจะลืมเลิกทั้งการเขียนวิทยานิพนธ์และชีวิตนี้ไปก่อนถึงวันสุดท้าย คุณพ่อ ผศ. ดร.สมเกียรติ วงศ์ทางสวัสดิ์ และน้องชาย ดร.สุวภูมิ วงศ์ทางสวัสดิ์ ที่คอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือที่สำคัญ ผู้เป็นคบไฟที่ส่องทางออกให้แก่ผู้วิจัยในยามมืดแปดด้าน คุณสุรดา จันทะสุดธนกุล น้องและมิตรรักที่มีน้ำใจช่วยเหลือและมีมิตรภาพเสมอมา รวมถึง รศ.สุชาย ตรีรัตน์ ผู้เป็น “ครู” และ “มิตรราวูโส” คนสำคัญของผู้วิจัยเสมอมา “อย่าท้อนะคุณ ไปให้ถึงที่สุด” คำพูดและกำลังใจเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยยังอยู่ตรงนี้ได้ ขอขอบพระคุณครับ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 ที่มาของคำถามการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม.....	1
คำถามการวิจัย	10
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	10
ขอบเขตการศึกษา	10
ระเบียบวิธีวิจัย	11
ประโยชน์ในการวิจัย.....	17
บทที่ 2 ทฤษฎี หรือแนวคิด.....	18
แนวคิดข้อถกเถียงว่าด้วยประชาธิปไตยและการพัฒนาประชาธิปไตย.....	18
แนวคิดทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement theory).....	21
บทที่ 3 กำเนิดการสาธารณสุขสมัยใหม่: การสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งรัฐ	38
1. การสาธารณสุขในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์.....	39
2. การสาธารณสุขในยุคคณะราษฎร	48
3. การขยายตัวของสาธารณสุขช่วงสงครามเย็นภายใต้การสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา	62
บทที่ 4 การก่อตัวทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการสาธารณสุขในช่วง ทศวรรษ 2500 ถึงทศวรรษ 2510	67
1. การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทางการสาธารณสุข และ บทบาทของสหรัฐอเมริกา กับ การก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุข	69

2. คณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลในฐานะ องค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม (mobilizing structure configurations)	90
บทที่ 5 ขบวนการแพทย์ชนบท : กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวระหว่างพ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2535	114
1. โครงสร้างโอกาสทางการเมืองหลัง 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519.....	115
2. ความสำเร็จในการระดมทรัพยากรจาก “ชายขอบ” สู่ “ศูนย์กลาง” ของชมรมแพทย์ชนบท	123
3. กลุ่มสามพราน: องค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมและจัดระเบียบกรอบความคิด เครือข่ายชนชั้นนำของขบวนการแพทย์ชนบท	139
4. ความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบท	153
บทที่ 6 กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535 ถึงการผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545	171
1. เหตุการณ์พฤษภา 2535 และพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง.....	172
2. การจัดตั้งองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม	176
3. การผลักดันการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมือง	192
บทที่ 7 ขบวนการแพทย์ชนบท กับองค์กรตระกูล ส. : กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวในช่วง ปี 2545 ถึง 2560	220
1. องค์กรตระกูล ส. กับการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข	222
2. ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข.....	235
3. การใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในฐานะเครื่องมือในการเคลื่อนไหวของขบวน การแพทย์ชนบท	240
4. โครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.)	252
บทที่ 8 บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	262
รายการอ้างอิง	268
ภาคผนวก.....	284

ภาคผนวก ก	285
ภาคผนวก ข	287
ภาคผนวก ค	291
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	296



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ของประชาคมภายในสายสาธารณสุข (นวนน้อย ตีร์รัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 76).....222



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1

ที่มาของคำถามการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม

การศึกษา “พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท : ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง” เป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไร และทำไมขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมการเมืองในช่วงระยะเวลากว่า 3 ทศวรรษ (ทศวรรษ 2520 – 2550) อันยาวนาน

กระบวนการพัฒนาประชาธิปไตย (democratization) ของไทยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มเคลื่อนไหวทางสังคมต่าง ๆ (social movements) ได้เข้ามามีบทบาทในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้อง และนำเสนอประเด็นปัญหาที่เป็นเป้าหมายของขบวนการทางสังคมนั้น ๆ ต้องการผลักดันให้ได้รับการแก้ไข หรือได้รับความสนใจจากรัฐและสาธารณชน ขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข (public health movements) เป็นหนึ่งในขบวนการเคลื่อนไหวที่น่าสนใจ ในฐานะที่เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวที่มีบทบาทสำคัญในหลากหลายประเด็น อันได้แก่ การผลักดันนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ การตรวจสอบทุจริตในโครงการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข การรณรงค์เสริมสร้างประชาธิปไตย (สมัชชาสาธารณสุขเพื่อประชาธิปไตย) การพัฒนาชุมชนและชนบท รวมถึงบทบาทในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในกระแสของการปฏิรูปประเทศในช่วงเวลาเปลี่ยนผ่านสำคัญทางการเมืองไทย (Bamber, 1997, p. 242)

โดยขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขนี้เป็นการขับเคลื่อนที่มีลักษณะของการขับเคลื่อนแบบคู่ขนานไปพร้อม ๆ กันทั้งในภาคสังคมการเมืองและภาคประชาสังคม เนื่องด้วยกลุ่มขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขที่มีบทบาทหลักในการผลักดันเรื่องต่าง ๆ นั้น คือ กลุ่มเคลื่อนไหวที่มี “แพทย์” เป็นสมาชิกหลักของขบวนการเคลื่อนไหวที่ถูกเรียกว่า “ขบวนการแพทย์ชนบท” (เชษฐาทรัพย์เย็น, 2556; นวลน้อย ตรีรัตน์ และ ชัยยศ จิรพฤกษ์ภิญโญ, 2545, น. 411-418) โดยสถานะแล้ว

แพทย์มีสถานะทาง “วิชาชีพเฉพาะ” ที่อยู่ภายใต้การดูแลควบคุมโดยแพทยสภา¹ ในขณะเดียวกัน ส่วนหนึ่งก็มีสถานะเป็นข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ควบคู่ไปพร้อมกับการเป็นสมาชิกขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม โดยหากจะกล่าวถึงบทบาทของแพทย์สมัยใหม่ที่ถือเป็นแพทย์ที่ได้รับการศึกษาและฝึกหัดตามแบบแผนตะวันตก ได้เข้ามีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวทางการเมืองในประเด็นสาธารณะเริ่มเกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดในช่วงทศวรรษ 2510 (Bamber, 1997) โดยเฉพาะในช่วงที่ขบวนการนักศึกษา (student movements) เข้ามามีบทบาทสำคัญในการรณรงค์เรียกร้องประชาธิปไตย รวมถึงการออกค่ายอาสาพัฒนาชนบท ซึ่งหนึ่งในนั้นมีนักศึกษาแพทย์เป็นกลุ่มเคลื่อนไหวที่สำคัญในด้านการออกค่ายพัฒนาชนบทในด้านสาธารณสุข เช่น สหพันธ์นักศึกษาแพทย์มหิดล สหพันธ์นักศึกษามหิดล สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย ล้วนมีนักศึกษาแพทย์เป็นสมาชิกที่สำคัญ แม้จะผ่านช่วงเวลาแห่งความขัดแย้งอย่างรุนแรงทางการเมืองที่สำคัญทั้งในช่วง 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ที่มีการปราบปรามการเคลื่อนไหวในภาคประชาชน แต่กลุ่มแพทย์ยังคงสามารถรักษาการขับเคลื่อนของตนเองไว้ได้อย่างน่าสนใจ แม้จะมีนักศึกษาและแพทย์ส่วนหนึ่งที่ต้องหนีจากการจับกุมของรัฐบาลในช่วงของการปราบปรามหลัง 6 ตุลา แต่ยังมีนายแพทย์คนสำคัญบางท่านทำการประสานและให้การดูแลนายแพทย์หรือนักศึกษาแพทย์ภายหลังการปราบปราม ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ นพ.เสม พริ่งพวงแก้ว และนพ.ประเวศ วะสี² ซึ่งคอยช่วยเหลือและประสานกับสันติบาลในการรับรองสถานะของนักศึกษาแพทย์หรือนายแพทย์ให้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

¹ มีอำนาจในการควบคุมออกใบอนุญาตโดยใช้อำนาจตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 ในการรับขึ้นทะเบียนและออกใบอนุญาตให้แก่ผู้ขอเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การสั่งพักใช้ใบอนุญาตหรือ เพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตลอดจนการรับรองปริญญา ประกาศนียบัตรในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ หรือวุฒิปริญญาตรีในวิชาชีพเวชกรรมของสถาบันต่าง ๆ เป็นต้น.

² ในช่วงเวลาความหวาดกลัวภัยคอมมิวนิสต์ก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 นพ.ประเวศ วะสีเองก็ได้ถูกกล่าวหาว่าเป็นคอมมิวนิสต์ จนพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 ได้ทรงรับสั่งถาม อาจารย์ ม.ล.เกษตร สนิทวงศ์ ซึ่งเป็นลุงของสมเด็จพระบรมราชินีนาถ และเป็นอาจารย์หมอที่นพ.ประเวศ วะสีใกล้ชิดและให้ความเคารพอย่างสูง ว่านพ.ประเวศ วะสีเป็นคอมมิวนิสต์หรือไม่ ซึ่งอาจารย์ม.ล.เกษตรได้ทำการยืนยันกับพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวว่าไม่ได้เป็นและนอกจากนี้ ม.ล.เกษตร ยังได้เข้าพบพลเอกสหายหยุด เกิดผล เพื่อทำการยืนยันและให้ออกใบรับรองว่านายแพทย์ประเวศ วะสี ไม่ได้เป็นคอมมิวนิสต์อย่างเป็นทางการอีกด้วย (ประเวศ วะสี, 2554, น. 303-307).

ปลอดภัยจากการถูกจับกุมและปราบปรามภายหลังการออกจากป่า รวมถึงการดูแลให้สามารถกลับเข้าสู่การทำงานในระบบได้อย่างปลอดภัย (Bamber, 1997, pp. 237-239)

ภายหลังจากช่วงทศวรรษที่ 2510 ที่เกิดความขัดแย้งรุนแรงทางการเมือง มาถึงในช่วงทศวรรษ 2520 ขบวนการเคลื่อนไหวของแพทย์ยังคงมีบทบาทที่น่าสนใจ แม้จะเป็นไปในทิศทางของการพัฒนาสังคมและชนบทในรูปแบบขององค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) มากกว่าที่จะเป็นการเคลื่อนไหวทางการเมืองก็ตาม แต่ทำให้เห็นถึงพลังของขบวนการเคลื่อนไหวของกลุ่มแพทย์ โดยเฉพาะขบวนการแพทย์ชนบทที่ยังคงสามารถรักษาบทบาทในการขับเคลื่อนพร้อมทั้งมีการปรับตัวเองให้อยู่รอดและเติบโตได้ในสภาวะการทางการเมืองที่มีความผันผวนอยู่ตลอดเวลา (Bamber, 1997, pp. 238-240) เมื่อกล่าวถึงขบวนการแพทย์ชนบทนั้นประกอบด้วย “ชมรมแพทย์ชนบท” ที่ก่อตั้งขึ้นมาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 “มูลนิธิแพทย์ชนบท” จัดตั้งขึ้นในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2525 และ “กลุ่มสามพราน³” ที่ก่อตั้งขึ้นมาในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, และ ระชา ภูซงค์, 2556; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) มีเป้าหมายหลักในการมุ่งพัฒนาการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท ให้ความช่วยเหลือแพทย์ใช้ทุนที่ประสบกับความยากลำบากในการทำงาน ในขณะเดียวกันต้องพยายามทำความเข้าใจและลดความหวาดระแวงจากฝ่ายความมั่นคงของรัฐ จากการถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวคอมมิวนิสต์ โดยนายแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวก่อตั้งขบวนการเหล่านี้ ได้แก่ นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว นพ.ประเวศ วะสี นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ นพ.อุเทน จารณศรี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ประสพ พาลพ่าย นพ.มงคล ณ สงขลา นพ.เจริญ บุญชัย นพ.ล้วน บุชากรณ นพ.อนันต์ เมนะรุจิ นพ.ชัย กฤตยาวิชาตกุล นพ.สุรเกียรติ อาชานานุภาพ เป็นต้น (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 41-44)

³ กลุ่มสามพราน (The Rose Garden Group) เป็นกลุ่มแพทย์ชนบทที่พบปะกันที่สวนสามพราน จังหวัดนครปฐม เดือนละครั้งเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่าง ๆ ร่วมกัน มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำความรู้และแนวคิดไปผลักดันนโยบายและนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ กลุ่มสามพรานสามารถดำเนินกิจกรรมการพบปะกันอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 10 ปี มี นพ.ประเวศ วะสี เป็นหัวหน้าขบวนการที่สำคัญ (นวนน้อย ตรีรัตน์ และ ชัยยศ จิรพุกษ์ภิญโญ, 2545, น. 417) โดยนพ.ประเวศ วะสีนั้นจะเข้าร่วมประชุมทุกเดือนไม่เคยขาดตั้งแต่การเริ่มประชุมสามพรานครั้งแรกในปี 2529 และหากครั้งไหนนพ.ประเวศ ไม่สะดวก การประชุมจะถูกเลื่อนออกไปจนกว่า นพ.ประเวศ จะสามารถมาร่วมประชุมได้ในเดือนนั้น ๆ.

จนกระทั่งถึงทศวรรษ 2530 ขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มแพทย์ได้กลับมามีบทบาททางการเมืองอีกครั้ง จากเหตุการณ์ความรุนแรงในเดือน พฤษภาคม 2535 อันเกิดจากการที่ พล.อ.สุจินดา คราประยูร ได้ตัดสินใจแต่งตั้งตนเองเป็นนายกรัฐมนตรีบริหารประเทศต่อไปหลังจากเกิดการรัฐประหารได้ 1 ปี ทำให้เกิดกระแสต่อต้านและประท้วงอย่างกว้างขวางจากประชาชน โดยเฉพาะจากชนชั้นกลางในกรุงเทพฯ กลุ่มแพทย์ได้เข้าร่วมการเคลื่อนไหวต่อต้านครั้งนี้ได้อย่างเต็มตัว ซึ่งทำให้บทบาทในการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มแพทย์กลับมาอีกครั้ง โดยมีแกนนำแพทย์บางท่าน เช่น นพ.สันต์ ทัศนรัตน์ (นายแพทย์คนสำคัญท่านหนึ่งในชมรมแพทย์ชนบท) และนพ.เหวง โตจิราการ ได้ร่วมเคลื่อนไหวผ่านกลุ่ม “สมาพันธ์เพื่อประชาธิปไตย” ในการระดมการสนับสนุนการเคลื่อนไหวต่อต้านรัฐบาลที่ไม่เป็นประชาธิปไตยร่วมกับประชาชนและกลุ่มเคลื่อนไหวอื่น ๆ นอกจากนี้ นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว ยังได้มีบทบาทในการเคลื่อนไหวขอเข้าเฝ้าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (แม้จะไม่ประสบผลเท่าใดนัก) และการต่อสายไปถึงประธานองคมนตรี พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เพื่อขอให้ตกลงเป็นคนกลางในการเจรจาทางยุติเหตุการณ์ความรุนแรงในครั้งนี้ ซึ่งนอกจากนายแพทย์ที่ได้กล่าวชื่อนี้ยังมีการร่วมมือในการประสานกันของกลุ่มแพทย์ในการให้การช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บจากการชุมนุมในครั้งนี้ พร้อมไปกับการเผยแพร่ใบปลิวต่อต้านและโจมตีรัฐบาลของ พล.อ.สุจินดา คราประยูร ตามโรงพยาบาลและสถานีนามัยในหลายพื้นที่อีกด้วย (Bamber, 1997, p. 241; เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 5)

โดยหลังจากเหตุการณ์ความรุนแรงได้ยุติลงอันมีผลให้ พล.อ. สุจินดา คราประยูร ยอมยุติบทบาทของตนเอง แต่ขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มแพทย์นั้นไม่ได้ยุติลงไปด้วย หากยังคงมีบทบาทในการมีส่วนร่วมทางการเมืองต่อไปอย่างน่าสนใจ ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับกระแสเรียกร้องต้องการการปฏิรูปทางการเมืองและการพัฒนาประชาธิปไตยที่สูงขึ้นในสังคม ได้มีการจัดตั้ง “สมัชชาสาธารณสุขเพื่อประชาธิปไตย” เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2535 ขึ้นโดยกลุ่มแพทย์ เพื่อรณรงค์สนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาประชาธิปไตยของไทย มุ่งเน้นสร้างความเข้าใจและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมทางการเมืองของภาคประชาชน รวมไปถึงการรณรงค์ต่อต้านการซื้อสิทธิ์ขายเสียงในการจัดการเลือกตั้งในปี 2535 ซึ่งมีสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญประกอบไปด้วย นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว นพ.ประเวศ วะสี นพ.สุรชัย สืบวงศ์ลี นพ.หทัย ชิตานนท์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ เป็นต้น (Bamber, 1997, p. 242)

กระแสการเรียกร้องการปฏิรูปการเมืองและการพัฒนาประชาธิปไตยภายหลังเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ 2535 ทำให้ประธานรัฐสภาตั้ง “คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย” (คพป.) ขึ้นมาเพื่อทำการปฏิรูปทางการเมืองและจัดทำร่างรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน โดยมีพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน พร้อมทั้งมีนพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และนพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ร่วมเป็นกรรมการด้วย ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านการพัฒนาชุมชนในฐานะเครือข่ายพันธมิตรของขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา โดยมีพ.พลเดช ปิ่นประทีป เป็นผู้ดำเนินงานหลักในการสร้างการมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นจากท้องถิ่น ทำให้เห็นถึงบทบาทของกลุ่มแพทย์ที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมเคลื่อนไหวทางการเมืองเด่นชัดมากในช่วงเวลาของการเรียกร้องการปฏิรูปทางการเมือง (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 219-220)

ช่วงทศวรรษ 2530 จนถึงทศวรรษที่ 2540 เป็นต้นมา จึงนับว่าเป็นจุดเริ่มต้นของกระแสการปฏิรูปทางการเมืองที่เปิดโอกาสทางการเมืองอย่างสำคัญให้แก่การเคลื่อนไหวของกลุ่มแพทย์ ซึ่งนำมาสู่การขับเคลื่อนบทบาททางการเมืองและสังคมที่น่าสนใจที่สามารถเรียกได้ว่าเป็นการเคลื่อนไหวของ “ขบวนการแพทย์ชนบท” ที่นำโดยขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นความต่อเนื่องที่ดำเนินเรื่อยมาตั้งแต่ช่วงของทศวรรษ 2520 ดังจะเห็นได้จากการก่อตั้งองค์กรเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข (ซึ่งมักถูกเรียกว่าองค์กรตระกูล ส.) ที่สำคัญขึ้นในช่วงของการปฏิรูปทางการเมือง เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)⁴ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)⁵ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)⁶ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)⁷ โดยองค์กรหรือสถาบันทั้งสี่ข้างต้นเป็นกลไกที่ถูกสร้างขึ้นตามแนวคิดของการผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพที่เป็นความร่วมมือจากหลายฝ่าย (นวลน้อย ตริรัตน์ และ เบ็ญจ กามอรุณโชติ, 2555; ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546) ซึ่งกลุ่มบุคคลที่เป็นพลังสำคัญในการผลักดันองค์กรทั้งสี่นี้ได้แก่ นายแพทย์ประเวศ วะสี และเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท โดยชุดขององค์กรเหล่านี้เปรียบเป็นเหมือน “ดุลของล้อรถที่ประสานพลังขับเคลื่อนพลังของการเคลื่อนไหวปฏิรูปทางสาธารณสุข ซึ่งอาจมองได้ว่าเป็นชุดของ

⁴ ตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535.

⁵ เดิมคือ สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2543 โดยต่อมาได้เปลี่ยนไปเป็น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่ตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.

⁶ ตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544.

⁷ ตั้งขึ้นตาม พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545.

องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมทางด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นมาภายใต้ความคิดและอุดมการณ์ที่คล้ายคลึงกันโดยนายแพทย์ประเวศ วะสี มีอิทธิพลอย่างสำคัญ” (นวน้อย ตรีรัตน์ และ เบ็ญจ งามอรุณโชติ, 2555, น. 25) และเป็นพัฒนาการของความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนตั้งแต่การก่อตั้ง “ชุดของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม” ในช่วงทศวรรษที่ 2520 เป็นต้นมา (ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน มูลนิธิแพทย์ชนบท)⁸

หากพิจารณาถึงความต่อเนื่องของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขตั้งแต่ในช่วงของทศวรรษที่ 2510 เกิดอุดมการณ์การพัฒนาชนบทและประชาธิปไตยในหมู่นิสิตนักศึกษาแพทย์ ควบคู่ไปกับการขยายตัวของการทำงานกิจกรรมออกค่ายพัฒนาชนบท ต่อเนื่องมายังทศวรรษที่ 2520 ที่เกิดการก่อตั้งเป็นขบวนการแพทย์ชนบทในลักษณะขององค์กรพัฒนาเอกชนดังที่ได้กล่าวมาแล้ว เห็นได้ว่าทศวรรษที่ 2530 ถึงทศวรรษที่ 2540 เป็นต้นมา เป็นพลวัตและพัฒนาการของรูปแบบการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขของแพทย์ที่เข้มแข็งและทรงพลังมากยิ่งขึ้น ท่ามกลางกระแสของการปฏิรูปทางการเมืองและสังคม (political and social reform) รวมถึงการพัฒนาประชาธิปไตย (democratization) ที่เปิดโอกาสให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูปการเมืองและพัฒนาประชาธิปไตย และใช้โอกาสทางการเมืองที่เปิดกว้างขึ้นนี้เคลื่อนไหวผลักดันวาระทางสังคมการเมืองที่ขบวนการต้องการ จนสามารถก่อตั้งองค์กรทางสาธารณสุขที่สามารถระดมเอาทรัพยากรจากภาครัฐมาใช้ในการขับเคลื่อนขบวนการได้อย่างสำคัญ

ขบวนการแพทย์ชนบทยังได้สร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนประเด็นทางสาธารณสุข (รวมถึงประเด็นทางการเมือง) ร่วมกัน เช่น การต่อต้านการคอร์รัปชันในกระทรวงสาธารณสุข ที่ประกอบไปด้วย ชมรมแพทย์ชนบท ขบวนการเฝ้าระวังชนบท กับ องค์กรพัฒนาเอกชน (อพช.) สายสาธารณสุข 30 องค์กร ซึ่งเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่ขบวนการเคลื่อนไหวของกลุ่มแพทย์ ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขมีพลังและประสบความสำเร็จในการต่อต้านการทุจริตคอร์รัปชันในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (นวน้อย ตรีรัตน์ และ ชัยยศ จิรพฤกษ์ภิญโญ, 2545) โดยความสำเร็จของการเคลื่อนไหวนี้ทำให้เห็นถึงรูปแบบของการระดมทรัพยากรและการสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวที่สามารถ

⁸ โดยสมาชิกคนสำคัญในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเหล่านี้ต่างเข้าไปนั่งในตำแหน่งที่สำคัญในองค์กรขบวนการแพทย์ชนบทตระกูล ส. ที่ถูกตั้งขึ้นมาทั้งสิ้น.

เชื่อมโยงกับสังคมผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ช่วยขยายแรงกดดันและเพิ่มพลังสนับสนุนของการขับเคลื่อนของเครือข่าย บทบาทในการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองเหล่านี้ส่งผลอย่างสำคัญการเสริมสร้างวัฒนธรรมทางการเมืองแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการพัฒนาความเป็นประชาธิปไตย (democratization) ของสังคมไทย อย่างไรก็ตามนอกจากจะเป็นการเคลื่อนไหวในภาคประชาสังคมแล้ว สิ่งที่น่าสนใจคือมีความพยายามเชื่อมโยงเครือข่ายสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทเข้ากับพรรคการเมือง เพื่อขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายสาธารณสุขของรัฐในการเมืองควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวทางด้านภาคประชาสังคม ทำให้สามารถสร้างพลังผลักดันในการเมืองพร้อมไปกับการสร้างกระแสสนับสนุนนโยบายเหล่านี้ในภาคประชาสังคม ซึ่งส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐบาลได้อย่างมีนัยสำคัญ (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556)

นอกจากนี้พัฒนาการของการสร้างขบวนการแพทย์ชนบทที่นำโดยขบวนการแพทย์ชนบทไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการนำเสนอแนวคิดและนโยบายในการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพียงเท่านั้น (Bamber, 1997; เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; ชเนกฐ์ วัลลภ ชุมทอง, 2548) หากยังได้นำเสนอแนวคิดและนโยบายการพัฒนาทางเลือก ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีความสัมพันธ์กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการพัฒนาชุมชน อันนำมาสู่การนำเสนอแนวทางในการพัฒนาตามแนวคิด “ชุมชนนิยม” (localism) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีอิทธิพลต่อขบวนการเคลื่อนไหวด้านการพัฒนาชนบท (Connors, 2008, pp. 270-273) โดยแนวคิดนี้ได้รับการสนับสนุนจากชนชั้นนำทางนโยบายที่เป็นแนวร่วมหรือเป็นพันธมิตรกับขบวนการแพทย์ชนบท (Bamber, 1997, p. 241; Connors, 2008, p. 146; McCargo, 2005, p. 502; ประเวศ วะสี, 2554) ความเชื่อมโยงเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มเครือข่ายทางการเมืองของแพทย์ในฐานะของขบวนการแพทย์ชนบทมีพลังและมีบทบาทที่สำคัญในช่วงเวลาต่าง ๆ

เมื่อผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาบทบาทของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข พบว่าสามารถแยกกลุ่มของงานศึกษาออกได้เป็น 2 กลุ่ม โดยงานในกลุ่มแรก ได้แก่ งานศึกษาขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข ในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายของนพ.ประเวศ วะสี โดยเป็นการเน้นการอธิบายไปที่บทบาททางความคิดและการเคลื่อนไหวทางการเมืองของนพ.ประเวศ วะสีเป็นสำคัญ ตัวอย่างของงานในกลุ่มนี้ได้แก่งานศึกษาเครือข่ายสถาบันกษัตริย์ของ McCargo (2005) ที่ระบุว่า นพ.ประเวศ วะสี (และนายอานันท์ ปันยารชุน) ถือเป็นหนึ่ง

ในเครือข่ายของสถาบันกษัตริย์ (network monarchy) อันเป็นกลุ่มเครือข่ายทางการเมืองที่มีจุดยืนแบบ “ผู้นิยมเจ้าสายเสรีนิยม” (liberal royalist) (McCargo, 2005, p. 502) ในขณะทำงานของ Connors (2008, 2009) ใช้คำว่า royal liberalism ที่มีบทบาทในการสร้างเครือข่ายนอกระบบราชการ (extra-bureaucratic networks) ทำให้บุคคลเหล่านี้มีพลังและมีอิทธิพลสำคัญในการสร้างเครือข่ายทางการเมืองของตนเองขึ้นมา นอกจากนี้พ.ประเวศ วะสี ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำเสนอแนวคิดและสนับสนุนขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการ “ปฏิรูป” (reforming) การเมืองและสังคมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะบทบาทในขบวนการเคลื่อนไหวปฏิรูปการเมืองในช่วงของการร่างรัฐธรรมนูญ 2540 (Connors, 2008, p. 146) และยังมีสถานะที่สังคมให้คำเรียกว่าเป็น “ราชกรอวาโส” ที่เป็นผู้เสนอความคิดเรื่องจริยธรรมต่อสังคม โดยในงานของ ธงชัย วินิจจะกุล ได้อธิบายถึงนายแพทย์ประเวศ วะสี ว่าเป็นปัญญาชนสาธารณะผู้หนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการสร้าง “วาทกรรมการเมืองสะอาด” (clean politics) ที่ได้รับอิทธิพลทางความคิดจากศาสนาพุทธแบบเถรวาท (Theravada Buddhism) ทำให้ “การเมืองเชิงศีลธรรม” (moral politics) สามารถมีพลังบ่อนทำลายความชอบธรรมของประชาธิปไตยแบบเลือกตั้ง (electoral politics) ที่มักถูกโจมตีว่าเต็มไปด้วยการคอร์รัปชันจากนักการเมืองที่ชนะเลือกตั้งด้วยการซื้อเสียง และพร้อมกันนั้นก็ได้สร้างสถานะสูงสุดของความชอบธรรม (ultimate legitimacy) ของผู้ที่มีอำนาจในทางศีลธรรม (moral authority) (สถาบันกษัตริย์) ที่เหนือกว่านักการเมืองที่มาจากการเลือกตั้ง (Winichakul, 2008, pp. 28-29)

ในขณะทำงานในกลุ่มที่สอง ได้แก่ งานที่เน้นการศึกษาไปที่บทบาทของ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข อันได้แก่ การศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบท เช่นงานของ เศรษฐา ทรัพย์เย็น (2556) ที่ศึกษาบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมของไทย งานของ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทผ่านกรอบธรรมาภิบาล และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปของขบวนการแพทย์ชนบท งานของ Harris (2014, 2017) ที่ทำการศึกษขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะของการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวของชนชั้นนำทางนโยบาย อันนำไปสู่ความสำเร็จในการปฏิรูประบบสาธารณสุข และการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรืองานของ Bamber (1997) และ หนังสือชุด “ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย” ทั้งสามเล่ม ที่มี

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นบรรณาธิการ อันเป็นงานศึกษาบทบาทของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมเคลื่อนไหวทางการเมือง

ในขณะที่งานของ นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545) ทำการศึกษาบทบาทของขบวนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในการตรวจสอบการทุจริตของเจ้าหน้าที่รัฐและฝ่ายการเมือง เช่นเดียวกับงานของ Nam (2015, 2018) ที่ศึกษาการเมืองของการปฏิรูประบบสุขภาพ ผ่านบทบาทความร่วมมือเป็นพันธมิตรกันระหว่างข้าราชการแพทย์หัวก้าวหน้า และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และ นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบิ่งค์งามอรุณโชติ (2555) ในการศึกษาความขัดแย้งและดุลทางอำนาจที่เปลี่ยนแปลงไปจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงงานของ Kuhonta (2017) ที่ระบุถึงปัจจัยของโอกาสทางการเมืองที่เปิดขึ้นจากรัฐธรรมนูญ 2540 และการขึ้นมาใช้อำนาจของพรรคไทยรักไทย เป็นปัจจัยที่ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขประสบความสำเร็จ

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขข้างต้น ผู้วิจัยพบว่ามีข้อจำกัดในการอธิบายปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขของไทย โดยยังไม่มีการศึกษาที่สามารถอธิบายพลวัตการเปลี่ยนแปลงทางยุทธศาสตร์และกรอบความคิดในการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขในช่วงระยะเวลายาวนาน รวมถึงปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขและประเด็นทางสังคมการเมืองต่าง ๆ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากข้อจำกัดในการอธิบายดังกล่าวมา จึงเป็นที่มาของการศึกษาเพื่อตอบคำถามข้างต้น ผ่านกรอบการศึกษา ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม อันได้แก่ โครงสร้างโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure) การระดมทรัพยากร (resource mobilization) และกระบวนการสร้างกรอบความคิด (framing process) เพื่อเป็นการเติมเต็มช่องว่างในการอธิบายการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป

คำถามการวิจัย

ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไร และทำไม
ขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูป
ระบบสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์
ชนบท
2. เพื่อศึกษาถึงการปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการผลักดัน
การปฏิรูประบบสาธารณสุขและการผลักดันวาระทางสังคมการเมืองที่สำคัญ

ขอบเขตการศึกษา

ขอบเขตของหน่วยการวิเคราะห์ (unit of analysis) หน่วยในการศึกษาครั้งนี้จะเป็น
การศึกษา ความคิดและการเคลื่อนไหวของตัวแสดงสำคัญของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข
เน้นการพิจารณาไปที่สมาชิกแพทย์ของขบวนการแพทย์ชนบทเป็นสำคัญ โดยเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมตั้งแต่
ยุคเริ่มแรกร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ที่ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2521 อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาต่อมาขบวน
การแพทย์ชนบทได้ขยายตัวโดยมีสมาชิกที่ไม่ได้เข้าร่วมเคลื่อนไหวกับชมรมแพทย์ชนบทในยุคเริ่มแรก
เข้าร่วมเคลื่อนไหว การศึกษานี้จึงรวมเอาสมาชิกที่เข้าร่วมการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบท
ทั้งที่เป็นแพทย์และไม่ได้เป็นแพทย์ เช่น สมาชิกจากองค์กรพัฒนาเอกชนเข้าไปในขอบเขตของ
การศึกษาด้วย โดยพิจารณาจากมุมมองของการเป็น “ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม” ที่มีเป้าหมาย
ร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข แม้จะมีลักษณะที่เชื่อมช้อน
กับการเป็น “กลุ่มผลประโยชน์” ที่เคลื่อนไหวเพื่อต่อสู้ช่วงชิงอำนาจและรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม
ตน แต่เมื่อพิจารณาจากกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทแล้ว จะพบว่า
ขบวนการเคลื่อนไหวนี้มีจุดร่วมกันทางความคิดและอุดมการณ์ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงทาง
สังคมการเมือง ที่ส่งผลต่อการกระจายอำนาจและทรัพยากรทางสาธารณสุขอย่างสำคัญ

หน่วยการวิเคราะห์ในงานวิจัยนี้จึงเป็นการวิเคราะห์ศึกษา ความคิดและการเคลื่อนไหวของ ขบวนการแพทย์ชนบทที่แพทย์เป็นผู้มีบทบาทนำ ควบคู่ไปกับการพิจารณาแนวร่วมของขบวนการ แพทย์ชนบทในฐานะผู้ร่วมเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อผลักดันประเด็นทางสังคมการเมืองร่วมกัน ใน ในฐานะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมการเมือง โดยไม่ได้เน้นการพิจารณาถึงบทบาทในฐานะ ปัจเจกของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทที่เคลื่อนไหวเพื่อประโยชน์ส่วนตัวหรือกลุ่มผลประโยชน์ รวมถึงการขับเคลื่อนองค์กรเคลื่อนไหวในฐานะกลุ่มผลประโยชน์ ผู้วิจัยไม่ได้ปฏิเสธถึงลักษณะ ดังกล่าวว่าจะไม่มีความสำคัญในการศึกษาเพียงแต่การศึกษาจากแง่มุมของการเป็นกลุ่มผลประโยชน์นั้น ไม่อยู่ในขอบเขตของการศึกษาในครั้งนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นการวิจัยในเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดย ทำการค้นคว้าจากเอกสาร หนังสือ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ (documentary research) ควบคู่ไปกับการ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informant) ทั้งที่มีความเกี่ยวข้องทั้ง ที่เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และผู้ที่เป็นคน นอกแต่มีข้อมูลเกี่ยวกับขบวนการแพทย์ชนบทของนายแพทย์ประเวศ วะสี เพื่อที่จะสามารถ ตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับ และเห็นมุมมองที่แตกต่างจากกันเพื่อทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ได้อย่างรอบด้าน โดยการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 33 คน ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้ให้ข้อมูล 2 กลุ่ม กลุ่มแรกได้แก่ ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์ 20 คน ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ ไม่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบไปด้วยผู้ที่อยู่ในฝ่ายขบวนการแพทย์ชนบท ฝ่ายต่อต้าน และฝ่ายที่ระบุว่าเป็นกลาง กลุ่มที่สองได้แก่ ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพอื่นจำนวน 13 คน ได้แก่ องค์กรพัฒนา เอกชน ภาคประชาสังคม สื่อ นักวิชาการผู้มีบทบาทในการร่วมเคลื่อนไหว รวมถึงวิพากษ์วิจารณ์การ เคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท

ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพแพทย์ 20 คน ได้แก่

1. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (ครั้งที่ 1: 28/3/2559. ครั้งที่ 2 : 09/02/60)

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

- อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 4 และ 5
 - อดีตรองประธานคณะกรรมการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
 - อดีตอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พ.ศ. 2545-2550
 - อดีตเลขาธิการกรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2543-2545
2. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (ครั้งที่ 1: 7/4/2559. ครั้งที่ 2 : 10/02/60)
- ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (28/10/59)
- ผู้ริเริ่มการเคลื่อนไหวเพื่อก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทและชมรมแพทย์ชนบท อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 2 และ 3
4. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (9/11/59)
- อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 7
 - กรรมการแพทยสภา โดยการเลือกตั้ง 7 สมัย พ.ศ. 2530-2546
 - อดีตเลขาธิการสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
 - ผู้อำนวยการสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543-2551
 - สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) พ.ศ. 2549-2550
 - สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) พ.ศ. 2557-2558
5. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (10/11/59)
- เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
 - อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)
 - อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในรัฐบาลประยุทธ์ จันทร์โอชา

6. นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (21/1/60)

- คณบดีวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
- อดีตคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
- นายกองคํการนํกศึษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2519
- กรรมการศูนย์กํกลางนํสึตนํกศึษาแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2519

7. นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข (06/02/60)

- อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)
- อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 15
- ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

8. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์. (15/02/60)

- อดีตประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 9 และ 10
- เลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (ระดับ 11) 2 สมัย
- กรรมการมูลนิธิมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ / มูลนิธิสื่อสร้างสรรค์ / มูลนิธิหยาดฝน / ประธานมูลนิธิสื่อมวลชนศึกษา / รองประธานมูลนิธิแพทย์ชนบท /
- สมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550
- รองประธานคณะกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 (คนที่สี่) และประธานคณะอนุกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญกรอบที่ 1 ว่าด้วยสิทธิ เสรีภาพ การมีส่วนร่วมของประชาชนและการกระจายอำนาจ
- กรรมการสมัชชาปฏิรูป และประธานคณะกรรมการติดตามการดำเนินการมติสมัชชาปฏิรูปในคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ (พ.ศ. 2553-2556)
- สมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.)

- กรรมการการยกเว้นรัฐธรรมนูญ และรองประธานกรรมการการยกเว้นรัฐธรรมนูญ คนที่หก (พ.ศ. 2558)
 - สมาชิกสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) พ.ศ. 2558 - ปัจจุบัน
9. นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (20/02/2560)
- ประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 22 และ 23 (ประธานชมรมแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน)
10. นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช. (ครั้งที่ 1 : 7/3/2559; ครั้งที่ 2 : 27/10/59)
- อดีตเลขาธิการนายกรัฐมนตรีในรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร และเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท
11. นพ.พลเดช ปิ่นประทีป (03/03/60)
- อดีตรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2550)
 - เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
 - ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
12. นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (16/11/2559)
- อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - อดีตคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
13. นพ.เหวง โตจิราการ (2/11/2559)
- แกนนำสมาพันธ์ประชาธิปไตย 2535
 - แกนนำแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.)
14. นพ.สลักธรรม โตจิราการ (7/11/2559)
- แนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.)
15. นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา 2560 (ครั้งที่ 1 : 20/03/60 ครั้งที่ 2 : 10/04/60)
- นายกแพทยสภา คณบดี คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

16. พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา (30/03/60)

- กรรมการแพทยสภา กลุ่ม “พลังแพทย์” และ ประธานสหพันธ์ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขแห่งประเทศไทย (สผพท.)

17. พญ.อรพรรณ เมธาติลกุล (03/04/60)

- กรรมการแพทยสภา กลุ่ม “พลังแพทย์”

18. นพ.สุระ วิเศษศักดิ์ (07/03/60)

- ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุข

19. คุณวาทัญญู ประเสริฐเมือง (09/03/60)

- วิทยากรย์ ชำนาญการพิเศษ ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข สถาบันพระบรมราชชนก

20. นพ.วิทยา ต้นสุวรรณนนท์ (21/02/60)

- รองเลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กลุ่มที่สอง ได้แก่ ผู้ที่อยู่ในวิชาชีพอื่นจำนวน 13 คน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกได้แก่ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นสมาชิกของโครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) และกลุ่มที่สองได้แก่ ผู้ที่มีบทบาทเคลื่อนไหวในด้านประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม สื่อ นักวิชาการ โดยมีรายนามดังนี้

1. ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล (16/03/60)

- คศน. รุ่น 2 ระหว่างปี 2554 – 2555
- ผู้จัดการโครงการ คศน.
- อดีตหัวหน้าภาคทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทย์ จุฬาฯ

2. คุณสุภัทรา ฮาสุวรรณกิจ (20/03/60)

- คศน. รุ่น 1 ระหว่างปี 2553 – 2554

- กรรมการชมรมแพทย์ชนบท
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจนะ จังหวัดสงขลา
 - กรรมการ มูลนิธิเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ
3. คุณแสงสิริ ตรีมรรคา (8/02/60)
- หัวหน้างานรณรงค์มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
 - สมาชิก คศน. รุ่น 2 ระหว่างปี 2554 – 2555
4. ดร.สมนึก จงมีวศิน (24/03/60)
- คศน. รุ่น 4 ระหว่างปี 2558 – 2559
 - นักวิจัยชุมชน และผู้ประสานงานฝ่ายวิชาการ ,เครือข่ายเพื่อนตะวันออก, วาระเปลี่ยนตะวันออก
5. คุณจิตตินพ โกมลนิมิ (02/04/60)
- คศน. รุ่น 2 ระหว่างปี 2554 – 2555
 - สื่อมวลชน
6. พญ.ปาริชาติ วงศ์เสนา (01/04/60)
- คศน. รุ่น 3 ระหว่างปี 2556 – 2557
 - อาจารย์ประจำ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
7. นพ.วิรัช เกษมทรัพย์ (05/04/60)
- คศน. รุ่น 1 ระหว่างปี 2553 – 2554
 - ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
 - กรรมการ มูลนิธิเครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะ
8. คุณสุนทรียา เหมือนพะวงศ์ (01/05/60)
- ผู้พิพากษาหัวหน้าศาล ประจำกองผู้ช่วยผู้พิพากษาศาลฎีกา แผนกคดีสิ่งแวดล้อม

- สมาชิก คคน. รุ่น 1 ระหว่างปี 2553 – 2554

9. อธิกิต แสงสุข (7/03/2559)

- (ใบตองแห้ง) สื่อมวลชนผู้มีบทบาทวิพากษ์วิจารณ์องค์กรตระกูล ส.และนพ.ประเวศ วะสี

10. คุณสุภัทรา นาคะผิว (26/01/60)

- คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข ในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนองค์กรเอกชนด้านผู้ติดเชื้อ เอชไอวี หรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่น

11. คุณสุวีรัตน์ ตรีมรรคา (01/02/60)

- ผู้ประสานงานกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ อดีตผู้แทนภาคประชาสังคมในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

12. คุณนิมิตร เทียนโพธิ์อุดม (06/02/60)

- ผู้แทนองค์กรเอกชน ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

13. ศ.สุริชัย หวันแก้ว (21/02/60)

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ พอช. (สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน- CODI) และ คณะกรรมการสุขภาพของประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ประโยชน์ในการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขและประเด็นทางการเมือง
2. ทำให้ทราบถึงความเปลี่ยนแปลงของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท

บทที่ 2

ทฤษฎี หรือแนวคิด

การศึกษา “พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท : ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง” ผู้วิจัยจะใช้ทฤษฎีหรือกรอบแนวคิดมาเป็นแนวทางในการศึกษา 2 แนวคิดด้วยกัน โดยแนวคิดแรกได้แก่ ข้อถกเถียงว่าด้วยประชาธิปไตยและการพัฒนาประชาธิปไตย และแนวคิดที่สองได้แก่ แนวคิดทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement theory) ประกอบไปด้วย กระบวนการสร้างกรอบความคิด (framing process) การระดมทรัพยากร (resource mobilization theory) เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม (social networks) และโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure)

โดยทั้งสองแนวคิดนี้จะช่วยในการศึกษาทำความเข้าใจพลวัตทางความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เชื่อมโยงกับข้อถกเถียงว่าด้วยการพัฒนาประชาธิปไตย ว่าอะไรคือปัญหาของการพัฒนาประชาธิปไตยของไทย อะไรคือประชาธิปไตยที่พึงปรารถนา ซึ่งนั่นจะเป็นอุดมการณ์หรือแนวคิดพื้นฐานที่นำมาสู่แนวคิดในการปฏิรูปทางสังคมและการเมืองที่ถือเป็นวิถีในการแก้ไขปัญหาที่ขบวนการแพทย์ชนบทรับรู้และเข้าใจ ใครที่สมควรเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ใครเป็นคนที่กำหนดว่าใครควรทำอะไร เมื่อไหร่ และอย่างไร ซึ่งล้วนเป็นประเด็นพื้นฐานของรูปแบบของความสัมพันธ์ทางอำนาจในสังคม ทำให้เราเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างพลวัตทางอุดมการณ์และความคิดประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ปรากฏออกมาเป็นรูปแบบของการเคลื่อนไหว การจัดตั้งองค์กร และการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพื่อที่จะสามารถสร้างพลังในการขับเคลื่อนแนวความคิดและเป้าหมายของตนเองให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งยังจะทำให้เราเห็นถึงรูปแบบของยุทธศาสตร์ การระดมทรัพยากร และการปรับตัวของขบวนการแพทย์ชนบทในโครงสร้างทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงเวลา โดยทั้งสองแนวคิดนี้มีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

แนวคิดข้อถกเถียงว่าด้วยประชาธิปไตยและการพัฒนาประชาธิปไตย

กรอบแนวคิดเกี่ยวกับข้อถกเถียงว่าด้วยประชาธิปไตยและการพัฒนาประชาธิปไตยนี้ ผู้วิจัยจะนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาพลวัตความคิดประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อศึกษาถึงข้อถกเถียง ความขัดแย้งและการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยภายในกลุ่มชนชั้นนำ

ของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเฉพาะชนชั้นนำในขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งจะเห็นได้ว่าในช่วงทศวรรษที่ 2510 ที่เป็นจุดเริ่มต้นของกิจกรรมที่นิสิตนักศึกษาแพทย์ได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการรณรงค์เพื่อประชาธิปไตย จนมาถึงช่วงทศวรรษ 2520 ที่มีการปรับตัวให้สามารถรักษาการเคลื่อนไหวภายใต้สภาวะทางการเมืองที่มีความเข้มงวดจากรัฐบาลภายใต้ช่วงสงครามเย็น ทำให้การเคลื่อนไหวต้องหันไปเน้นการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขในชนบทมากกว่าจะเสนอประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาประชาธิปไตย

การรณรงค์ทางความคิดและอุดมการณ์ประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบท มาปรากฏอย่างชัดเจนอีกครั้งในช่วงทศวรรษที่ 2530 ภายใต้กรอบทางความคิดในการสนับสนุนและรณรงค์เพื่อการเลือกตั้งที่ใสสะอาด ปราศจากการซื้อสิทธิ์ ขายเสียง ซึ่งทำให้เห็นถึงกรอบแนวคิดแบบประชาธิปไตยที่มีการเลือกตั้ง (electoral democracy) เป็นกรอบความคิดหลักเกี่ยวกับประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษ โดยเป็นเงื่อนไขขั้นแรกสุดในการพัฒนาประชาธิปไตย

สิ่งที่น่าสนใจคือความคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทนั้น มีการเปลี่ยนแปลงและมีปฏิสัมพันธ์ควบคู่ไปกับปัญหาหรือข้อจำกัดที่ขบวนการแพทย์ชนบท พิจารณาว่าเป็นภัยคุกคามต่อการพัฒนาประชาธิปไตยหรือการพัฒนาสาธารณสุข ที่ถือเป็นเป้าหมายหลักของการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเมื่อผ่านมาถึงช่วงทศวรรษที่ 2540 ภายใต้กระแสของการเรียกร้องการปฏิรูปทางการเมืองและสังคม อุดมการณ์และความคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยของชนชั้นนำในขบวนการแพทย์ชนบทมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง โดยจะเห็นได้ถึงการสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) ดังจะเห็นได้จากกระบวนการร่างรัฐธรรมนูญ หรือความคิดเห็นและบทบาทที่น.พ. ประเวศ วะสีในฐานะประธานของคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพ.) ที่เน้นการให้ประชาชนในภาคประชาสังคมที่ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพันธมิตรของน.พ. ประเวศ วะสีได้มีส่วนร่วมในการจัดตั้งและระดมความคิดเห็น ให้ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอความคิดเห็นในการร่างรัฐธรรมนูญ 2540 ทำให้เห็นว่าความคิดประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นมีความเป็นพลวัต โดยมีปฏิสัมพันธ์ต่อโจทย์ปัญหา ข้อจำกัดหรือภัยคุกคามที่พบในแต่ละช่วงเวลาทางการเมือง ซึ่งประชาธิปไตยแบบเลือกตั้งนั้นไม่สามารถตอบโจทย์ในการสร้างการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนให้เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การเป็นพื้นฐานทางความคิดที่ทำให้เกิดแนวคิดในการปฏิรูปทางการเมืองและสังคมและการสนับสนุนประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

ขึ้นมา เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาหรือข้อจำกัดที่ขบวนการแพทย์ชนบทพิจารณาว่าเป็นอุปสรรคหรือข้อจำกัดของการพัฒนาประชาธิปไตยและสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงความคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยของขบวนการแพทย์ชนบทมาปรากฏอีกครั้งในช่วงของปลายทศวรรษ 2540 เมื่อประชาธิปไตยแบบเลือกตั้ง (electoral democracy) และประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (participatory democracy) พบกับข้อจำกัดและเกิดความเสื่อมถอยในการพัฒนาประชาธิปไตย เมื่อเผชิญกับรัฐบาลเสียงข้างมากที่มีความเข้มแข็งอย่างพรรครัฐบาลของนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร สามารถควบคุมฐานเสียงส่วนใหญ่ของประเทศไว้ได้ ทำให้การพัฒนาประชาธิปไตยประสบภาวะชะงักงันและเป็นประชาธิปไตยที่ถูกจัดการควบคุม (manipulating democracy) (Cheminant และ Parrish, 2011; Fishkin, 2011) โดยผู้นำทางการเมืองที่ใช้นโยบายประชานิยมและมีลักษณะอำนาจนิยม แม้จะชนะการเลือกตั้งตามรูปแบบของประชาธิปไตยที่มาจาก การเลือกตั้ง แต่การมีส่วนร่วมของประชาชนกลับถูกจำกัดหรือถูกจัดการควบคุมให้อยู่ในรูปของ ฐานเสียงทางการเมืองมากกว่าจะเป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมทางการเมือง ทำให้เสียงส่วนน้อยถูกจำกัด การเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองควบคู่ไปกับปัญหาของการทุจริตคอร์รัปชันที่ขาดการตรวจสอบถ่วงดุล อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อประชาธิปไตยแบบเลือกตั้งและประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมพบกับข้อจำกัด และไม่สามารถแก้ไขปัญหาในการพัฒนาประชาธิปไตยของไทยได้ ความคิดประชาธิปไตยของ ขบวนการแพทย์ชนบทจึงมีการเปลี่ยนแปลงอีกครั้ง เพื่อแก้ปัญหาของการพัฒนาประชาธิปไตยใน มุมมองและความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อมั่นในระบบอบ การเมืองประชาธิปไตยแบบตัวแทน (representative democracy) ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือตอบ โจทย์ที่ชนชั้นกลางส่วนหนึ่งต้องการได้ (Kurlantzick, 2013, pp. 1-7) โดยเฉพาะการเมืองเชิงศีลธรรม (moral politics) ที่ขบวนการแพทย์ชนบทและชนชั้นกลางในกรุงเทพฯ ส่วนหนึ่งให้ความสำคัญ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความไม่ไว้วางใจ (distrust) ต่อรัฐบาลที่มาจาก การเลือกตั้ง ทำให้พลังกลุ่มนี้ พลิกกลับไปสนับสนุนการต่อสู้ทางการเมืองที่ปฏิเสธความชอบธรรมของรัฐบาลที่มาจาก การเลือกตั้ง ของเสียงส่วนใหญ่ที่กลุ่มนี้มองว่าถูกซื้อหรือถูกควบคุมโดยรัฐบาลของฝ่ายทักษิณ ชินวัตร ทำให้พลัง ของฝ่ายอนุรักษ์นิยมอำนาจนิยมที่เป็นปฏิปักษ์กับประชาธิปไตย ที่นำโดยพลังของระบบราชการกลับ ขึ้นมามีพลังอีกครั้ง ซึ่งได้ย้อนกลับมาเป็นพลังควบคุมและตอบโต้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ ชนบทอย่างรุนแรง

สิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาคือ ขบวนการแพทย์ชนบทมีการใช้แนวคิดประชาธิปไตยในกระบวนการสร้างกรอบความคิดเพื่อระดมทรัพยากรและสร้างความชอบธรรมในการเคลื่อนไหว รวมถึงมีพลวัตความเปลี่ยนแปลงอย่างไรในแต่ละช่วงเวลา

แนวคิดทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement theory)

1. กระบวนการสร้างกรอบความคิด (framing process)

“กระบวนการสร้างกรอบความคิด” คือ กระบวนการของการสร้างหรือให้ความหมายต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความหมาย สัญลักษณ์ อุดมการณ์ ซึ่งเป็นการสร้างกรอบความคิด (framing) ต่อการทำความเข้าใจและรับรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์หรือเหตุการณ์รอบตัวของมนุษย์ในชีวิตประจำวันและโลกกายรอบที่ส่งผลต่อการตอบสนอง (reaction) ต่อสิ่งนั้น ๆ “กรอบความคิด” (frame) ของความเข้าใจรับรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นทางสังคม (social constructed) ซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างการรับรู้ (cognitively processed) (Edwards, 2014, p. 93) และโดยตัวของการรับรู้นี้จะเป็นการรับรู้ว่าจะอะไรคือความเป็นจริง (perception of reality) สิ่งที่กำลังเกิดขึ้นคืออะไร (What is it that's going on here?) และจะมีปฏิสัมพันธ์อย่างไรต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ซึ่งรูปแบบหรือลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นนั้นก็ขึ้นอยู่กับบริบทและการตีความและให้ความหมายต่อสิ่งนั้นผ่านการรับรู้เข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น (Goffman, 1986, pp. 8-11)

ดังนั้นการสร้างกรอบความคิดจึงสัมพันธ์กับมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิทยาสังคมที่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้นดำรงอยู่ ซึ่งขบวนการทางสังคมจำเป็นที่จะต้องสร้างหรือให้ความหมายต่อประเด็นต่าง ๆ ที่ตนเองเคลื่อนไหวผลักดันอยู่เพื่อทำให้สมาชิกในขบวนการเชื่อหรือเข้าใจต่อความหมายที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้การรวมตัวเคลื่อนไหวร่วมกันในการกระทำรวมหมู่ นั้นมีความเหนียวแน่นและมีพลัง เพราะต่างมีความเชื่อและความคิดแบบเดียวกันในการรับรู้เข้าใจต่อประเด็นในการเคลื่อนไหว นอกจากนี้ยังส่งผลถึงการโน้มน้าวสาธารณชนให้เข้าร่วม (recruitment) ขบวนการเคลื่อนไหวอีกด้วย อย่างไรก็ตามดังที่ได้กล่าวไว้แล้วกระบวนการในการสร้างกรอบความคิดนี้ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ แต่เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงของความหมายที่ขบวนการทางสังคมนั้น ๆ ต้องการให้เกิดขึ้นเรียกว่าเป็น “การจัดระเบียบกรอบความคิด” (framing alignment) (Tarrow, 1994, p. 123; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 114) ซึ่งเป็นกระบวนการ

หรือภารกิจในการระดมระดับจุลภาค (micromobilization tasks and process) ที่เชื่อมโยงถึงการตีความขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมและปัจเจกบุคคล ในเรื่องของ ชุดของผลประโยชน์ (set of interests) คุณค่า (values) และความเชื่อ (beliefs) กิจกรรม (activities) เป้าหมาย (goals) และอุดมการณ์ (ideology) ขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งกระบวนการจัดระเบียบกรอบความคิดนี้จะส่งผลอย่างสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวขององค์กรทางสังคม ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารเชื่อมโยง (Snow, Rochford, Worden, & Benford, 1986) เพื่อทำให้เกิดการรับรู้เข้าใจต่อประเด็นที่ขบวนการทางสังคมต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยการเชื่อมโยงประเด็นเหล่านั้นเข้าสู่การเป็นประเด็นปัญหาของสังคม ที่ประชาชนให้ความสนใจและให้ความสำคัญซึ่งจะนำไปสู่การสนับสนุนให้เกิดการแก้ไข (Jasper, 2014, p. 95) ทำให้เห็นถึงนัยการต่อสู้แข่งขันในการช่วงชิงการครองอำนาจนำของการสร้างชุดของความหมาย ความคิด หรืออุดมการณ์ที่แตกต่างกันในสังคมหรือแม้กระทั่งในตัวองขบวนการทางสังคมเอง เพราะหากในขบวนการทางสังคม มีการยินยอมพร้อมใจยอมรับ (consensus) ทั้งในด้านเป้าหมายและยุทธศาสตร์ร่วมกันน้อยเท่าไร โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมนั้นย่อมจะน้อยตามลงไปด้วย (Buechler, 2011, p. 148)

โดย Snow และคณะ (1986) ได้อธิบายถึงประเภทหรือขั้นตอนในการจัดระเบียบกรอบความคิด (types of frame alignment process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการโน้มน้าวชักจูงให้ สาธารณชนเข้าร่วมหรือสนับสนุนการเคลื่อนไหว (recruitment) 4 ประเภทหรือขั้นตอนได้แก่

- การเชื่อมโยงกรอบความคิด (frame bridging) ประเภทของการเชื่อมโยงนี้คือการเชื่อมโยงกรอบความคิดและอุดมการณ์ที่แตกต่างกันตั้งแต่สองขึ้นไปเข้าด้วยกัน ในการตระหนักหรือรับรู้ร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นปัญหา โดยมีการเชื่อมโยงได้ใน 2 ระดับ ระดับแรกคือการเชื่อมโยงระหว่างองค์กร เคลื่อนไหวทางสังคม 2 องค์กรที่อยู่ในอุตสาหกรรมการเคลื่อนไหว (movement industry) เดียวกัน โดยเป็นการเชื่อมโยงในระดับองค์กร (organizational level) และระดับที่สองคือการเชื่อมโยงกรอบความคิด ระหว่างองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement organization) กับกลุ่มก้อนความคิดเห็นสาธารณะ ที่ไม่ได้มีการจัดตั้งซึ่งเป็นการเชื่อมโยงในระดับปัจเจก (individual level) โดยการเชื่อมโยงในระดับนี้นั้นจะ เกิดขึ้นจากการที่องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมนั้นได้เผยแพร่ข้อมูลและอุดมการณ์ผ่านเครือข่ายความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล (interpersonal networks)

เครือข่ายระหว่างกลุ่ม (intergroup networks) สื่อมวลชน (mass media) และช่องทางการติดต่ออื่น ๆ เช่น อินเทอร์เน็ต จดหมาย โทรศัพท์ ซึ่งถือเป็นการระดมทรัพยากรในระดับจุลภาค (micromobilization)

- การสร้างความชัดเจนให้กับกรอบความคิด (frame amplification) เป็นกระบวนการสร้างความชัดเจน (clarification) และเสริมกำลังทำให้แข็งแรง (invigoration) ในกรอบการตีความต่อเหตุการณ์หรือ ประเด็นปัญหา โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 รูปแบบ คือ การสร้างความชัดเจนให้การรับรู้เข้าใจในคุณค่า (value amplification) โดยเป็นการสร้างการตระหนักในการรับรู้เข้าใจเชิงคุณค่าต่อเป้าหมาย ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวนั้นมีคุณค่าให้สนับสนุนและปกป้องให้ดำเนินต่อไปจนกว่าจะประสบผลสำเร็จ และแบบที่สองคือ การสร้างความชัดเจนแข็งแรงให้กับความรับรู้เข้าใจในเชิงความเชื่อ (belief amplification) โดยในขณะที่ยังรับรู้ในเชิงคุณค่าจะเชื่อมโยงไปสู่เป้าหมาย (goals) ที่การเคลื่อนไหวต้องการได้รับและต้องการการสนับสนุน ความเชื่อจะถูกอธิบายหรือตีความผ่านการรับรู้เข้าใจในองค์ประกอบเชิงอุดมการณ์และอุดมคติ ที่เชื่อมโยงไปสู่การกระทำที่เป็นไปได้ทั้งการสนับสนุนหรือต่อต้านชัดเจนเพื่อดำเนินการไปตามคุณค่าที่ปรารถนา

- การแผ่ขยายกรอบความคิด (frame extension) ขั้นตอนนี้จะเป็นการเชื่อมโยงขั้นตอนที่ผ่านมาคือการสร้างความชัดเจนในการรับรู้เข้าใจทั้งในเชิงคุณค่าและความเชื่อออกไปสู่สังคมในวงกว้าง ทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ เพื่อสร้างการสนับสนุนองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมซึ่งเป็นการระดมในระดับจุลภาค โดยการสร้างกรอบความคิดที่ถูกแผ่ขยายออกไปนี้เป็นไปเพื่อสร้างการจัดระเบียบกรอบความคิดไปสู่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลภายนอกองค์กรเพื่อระดมการสนับสนุนและการเข้ามามีส่วนร่วมกับการเคลื่อนไหวขององค์กร

- การปรับเปลี่ยนกรอบความคิด (frame transformation) เมื่อกระบวนการจัดระเบียบกรอบความคิดที่ผ่านมาได้รับการดำเนินการแล้ว แต่กลับไม่ประสบผลสำเร็จในการสร้างความสัมพันธ์ต่อสังคมหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากรอบความคิดที่องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมสร้างขึ้นอาจขัดต่อแบบแผนทางความคิด ค่านิยม ความเชื่อบางอย่างที่ดำรงอยู่ในสังคมนั้น ๆ จึงทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนและสร้างกรอบความคิดขึ้นมาใหม่ (new values) ให้แก่สังคม ซึ่งเป็นการแก้ไขความผิดพลาดของกรอบความคิด

(misframing) เพื่อที่องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมจะยังคงสามารถรวบรวมการสนับสนุนและรักษาผู้เข้ามามีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวเอาไว้ได้ (Snow et al., 1986, pp. 467-474)

นอกจากนี้บทบาทของการสร้างกรอบความคิด ยังอยู่ที่ความสามารถในการสร้างอัตลักษณ์ร่วมกัน (collective identity) ทั้งในการรับรู้เข้าใจต่อตนเองร่วมกันของสมาชิกในขบวนการหรือองค์กรทั้งในความคิด ความเชื่อ อุดมการณ์ และต่อทิศทางการเคลื่อนไหวของขบวนการ จนกลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า อัตลักษณ์ของขบวนการเคลื่อนไหว (movement identities) ซึ่งเป็นสิ่งที่มาจากพื้นฐานของสมาชิกองค์กรที่มีร่วมกันหรือมาจากความยึดมั่นต่อทิศทางการเคลื่อนไหวขององค์กรที่ตนมีส่วนร่วมอยู่ โดยสัมพันธ์กับขั้นตอนหรือกระบวนการในการทำงานของการสร้างกรอบความคิด 3 กรอบ ได้แก่ “การสร้างกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหา” (diagnostic framing) “การสร้างกรอบความคิดในแนวทางออก” (prognostic framing) และ “การสร้างกรอบความคิดในการจูงใจ” (motivational framing) (Buechler, 2011, pp. 148-149; Snow et al., 1988, อ้างถึงใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 116-117) ซึ่งการสร้างกรอบความคิดเหล่านี้จะทำให้องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถระดมการสนับสนุน รวมไปถึงการชักจูงโน้มน้าว ให้สาธารณชนเข้ามาสนับสนุนหรือเข้าร่วม (recruitment) กับ การเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Snow & Byrd, 2007)

โดย “การสร้างกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหา” (diagnostic framing) หมายถึงการนิยาม ให้ความหมาย และระบุปัญหา รวมถึงการกล่าวโทษ (blame) ต่อต้นเหตุหรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของปัญหาที่ต้องการการแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลง หรือต้องแสดงความรับผิดชอบที่ทำให้เกิดความเดือดร้อนขึ้น การสร้างกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหานี้เป็นการสร้างคำตอบให้กับคำถามที่ว่าอะไรคือความผิดพลาดหรืออะไรทำให้เกิดความผิดพลาด (What is or went wrong?) และ ใครหรืออะไรคือต้นเหตุที่ต้องกล่าวโทษ (Who or what is to blame?) (Snow & Byrd, 2007, p. 124) เพื่อให้องค์กรหรือขบวนการทางสังคมมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการกระทำรวมหมู่ กระบวนการต่อมาคือ “การสร้างกรอบความคิดในแนวทางออก” (prognostic framing) หมายถึงการเสนอทางออกหรือทางเลือกเพื่อเป็นการเยียวยาหรือแก้ไขปัญหา และรวมถึงการเสนอแนวทาง ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี ที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาที่ขบวนการได้ระบุเอาไว้ในขั้นตอนการสร้างกรอบความคิดในการ

วินิจฉัยปัญหา ซึ่งเป็นการสร้างคำตอบต่อคำถามที่ว่า อะไรคือสิ่งที่ต้องถูกดำเนินการหรือกระทำต่อไป (What is to be done?) (Snow & Byrd, 2007, pp. 126-127)

สำหรับขบวนการทางสังคม ขั้นตอนในการสร้างกรอบทั้ง 2 ขั้นตอนที่กล่าวมาจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการและกลไกของการระดมทรัพยากร เพราะทรัพยากรและปัญหาความเดือดร้อนเป็นสิ่งที่ขบวนการต้องสร้างหรือระบุขึ้นมา ดังนั้นการระดมเพื่อสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของสมาชิกในขบวนการเคลื่อนไหว การระดมผู้สนับสนุน ผู้เห็นอกเห็นใจ มาเป็นพลังสนับสนุนทั้งต่อปัญหาที่ขบวนการทางสังคมได้นิยามและเสนอทางเลือกขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้ระบุไว้นั้น จำเป็นที่จะต้องอาศัยขั้นตอนที่สามของการสร้างกรอบความคิด นั่นคือ “การสร้างกรอบความคิดในการจูงใจ” (motivational framing) ซึ่งหมายถึง การสร้างเหตุผลให้เกิดการกระทำหรือลงมือเคลื่อนไหวของผู้ที่ได้รับการสร้างกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหาและทางเลือก ทั้งการร่วมสร้างเครื่องมือต่อสู้เพื่อใช้ในการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมที่จะสามารถชักจูงโน้มน้าวให้ประชาชนเห็นด้วย และสนับสนุนทางเลือกหรือทางออกในการแก้ไขปัญหาตามที่ขบวนการทางสังคมได้ระบุเอาไว้ (Buechler, 2011, pp. 148-149; Snow & Byrd, 2007, p. 128; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 116-118)

กระบวนการสร้างกรอบความคิดจะช่วยทำให้กรอบวาทกรรมที่ขบวนการต่าง ๆ สร้างขึ้นสามารถเข้าไปสู่พื้นที่สาธารณะทางความคิดได้ผ่านสื่อมวลชนและช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ โดยจะเข้าไปมีอิทธิพลต่อการสร้างจิตสำนึกและการตระหนักรู้ถึงปัญหาของสาธารณชน เพื่อระดมผู้คนให้เข้ามามีส่วนร่วมในขบวนการ ทั้งนี้ วิธีการสร้างกรอบความคิดหลักทั้ง 3 ประการที่กล่าวมา อาจเกิดจากการปฏิสัมพันธ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interaction) หรือผ่านสื่อ (media) ต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ หนังสือ บทความ หรือวรรณกรรมต่าง ๆ (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 116-118) ซึ่งการศึกษากระบวนการสร้างกรอบความคิดจะทำให้เราเห็นถึง การสร้างความชอบธรรมให้กับการกระทำรวมหมู่ของขบวนการทางสังคม การทำให้เห็นถึงการเมืองของการสร้างความสำคัญขบวนการเคลื่อนไหว และ ผลที่กระบวนการสร้างกรอบความคิดมีต่อขีดความสามารถในการระดมทรัพยากรและการสร้างโอกาสทางการเมืองของขบวนการทางสังคม (Buechler, 2011, p. 150)

การนำกรอบการวิเคราะห์ในเรื่องของ “กระบวนการสร้างกรอบความคิด” (framing process) มาใช้ในการศึกษาพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทนั้นสามารถที่จะทำให้เห็นถึงกระบวนการสร้างชุดทางความคิด อุดมการณ์ และความเชื่อ รวมไปถึง

มุมมองเกี่ยวกับประชาธิปไตยที่มีคุณภาพหรือรูปแบบการปกครองที่ดีสำหรับประเทศไทยในมุมมองของชนชั้นนำในขบวนการแพทย์ชนบท ที่ได้ขยายขอบเขตการเคลื่อนไหวไปสู่อาณาบริเวณทางการเมืองและสังคมอย่างกว้างขวาง สัมพันธ์กับมิติทางวัฒนธรรม อุดมการณ์ และจิตวิทยาสังคม (social psychology) (Buechler, 2011, pp. 141-143) ยุทธศาสตร์ในการระดมทรัพยากร รวมไปถึงการสร้างอัตลักษณ์ร่วม (collective identity) ในทางความคิดและอุดมการณ์ของขบวนการ อันเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความหมายและอุดมการณ์ในการเคลื่อนไหวขององค์กรหรือขบวนการทางสังคม (Lertchoosakul, 2012, p. 29) ที่ส่งผลให้ขบวนการแพทย์ชนบท มีพลังในการระดมทรัพยากร และสามารถเคลื่อนไหวผลักดันประเด็นต่าง ๆ ได้ตามเป้าหมายภายใต้โครงสร้างทางการเมืองในแต่ละช่วงเวลา

2. ทฤษฎีการระดมทรัพยากร (resource mobilization theory) และเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม (social networks)

การนำ ทฤษฎีการระดมทรัพยากร (resources mobilization theory) มาใช้เป็นกรอบหนึ่งในการศึกษาวิเคราะห์ เพื่อทำความเข้าใจขบวนการแพทย์ชนบท ในด้านของพลวัต (dynamics) และยุทธวิธี (tactics) ที่ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมมีการเติบโต (growth) เสื่อมถอย (decline) และเปลี่ยนแปลง (change) ไป (McCarthy & Zald, 1977, p. 1213) โดยเป็นการศึกษาที่เน้นไปที่การทำความเข้าใจการเคลื่อนไหว (movement) ของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งอธิบายการเกิดและพัฒนาการของขบวนการทางสังคมไปสู่ความเข้มแข็ง ตลอดจนความสำเร็จของขบวนการทางสังคมด้วย “เงื่อนไขที่เพียงพอ” (sufficiency condition) ได้แก่เงื่อนไขของการสร้าง “องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคม” (social movement organization-smo) (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 77) ซึ่งทำให้เราสามารถอธิบายถึงการเริ่มสร้างขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่ในช่วงของทศวรรษ 2520 ที่มีบทบาทอยู่จนถึงปัจจุบัน ตลอดจนพัฒนาการในช่วงเวลาต่าง ๆ (ตั้งแต่การเกิดขึ้นของ ชมรมแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน ในช่วงทศวรรษที่ 2520 จนมาถึงการสร้างเครือข่ายองค์กรสาธารณสุขอย่าง องค์กรตระกูล ส. ในช่วงทศวรรษ 2530-2540) ที่มีการระดมทรัพยากรผ่าน “โครงสร้างของการระดม” (mobilizing structure) ที่เกี่ยวข้องกับ การรวบรวม การระดม และการใช้ทรัพยากรทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุ (material and/or non-material) รวมถึงการแพร่กระจายข้อมูลข่าวสารภายในขบวนการเคลื่อนไหว เพื่อค้ำจุน สนับสนุน กิจกรรมในการเคลื่อนไหว ในการที่จะบรรลุ

เป้าหมายของขบวนการแพทย์ชนบท (Lertchoosakul, 2012, p. 27) โดยการระดมทรัพยากรนี้สามารถทำผ่านเครือข่ายทางสังคม (social networks) ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ตาม (Diani & McAdam, 2003; Edwards, 2014, pp. 67-74) ซึ่งทฤษฎีนี้จะช่วยให้เราเข้าใจการระดมทรัพยากรผ่านเครือข่ายทางสังคมและในทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ทำให้สามารถคำนวณ สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของขบวนการแพทย์ชนบทเพื่อที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ขบวนการตั้งเอาไว้ได้

โดยตัวของทฤษฎีการระดมทรัพยากรนั้นเป็นการนำเอากรอบทฤษฎีการวิเคราะห์ทาง สังคม วิทยา การเมือง และเศรษฐศาสตร์ (political sociological and economic theories) มาปรับใช้ในการวิเคราะห์ขบวนการทางสังคม เนื่องจากความไม่เพียงพอของการศึกษาแนว “พฤติกรรมรวมหมู่” (collective behavior) ในกรอบการศึกษาเชิงจิตวิทยาสังคม (social psychology) ที่เน้นการอธิบายการกระทำรวมหมู่ว่าเป็นผลมาจากอารมณ์ความรู้สึกมากกว่าเป็นเพราะการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของผู้เข้าร่วมการเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งไม่สามารถอธิบายได้ว่าทำไมขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจึงเกิดขึ้นเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น ในขณะที่ความคับข้องใจ (grievance) นั้นแพร่กระจายอยู่ทั่วไปในสังคม ตลอดจนความไม่เพียงพอในการอธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวนั้นสามารถรักษาการเคลื่อนไหวได้ในระยะยาวจนสามารถบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายของการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้น ๆ ได้ (McCarthy & Zald, 1977, pp. 1214-1215) โดยสำหรับทฤษฎีการระดมทรัพยากรนี้เชื่อว่า มนุษย์ หรือ ผู้กระทำในการกระทำรวมหมู่นั้น เป็นตัวแสดงที่มีเหตุผลและมีการตัดสินใจเลือกอย่างมีเหตุผล (rational choice) โดยมีการคำนวณต้นทุนที่ตนต้องเสียไปในการเข้าร่วมกับผลตอบแทนที่จะได้รับ ซึ่งหากได้รับผลตอบแทนที่คุ้มค่าตัวแสดงนั้นย่อมเข้าร่วมหรือสนับสนุนการเคลื่อนไหวนั้น ๆ

สำหรับทฤษฎีการระดมทรัพยากรนั้น องค์การการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement organization) จะเข้ามาทำหน้าที่ในการรวบรวม “ทรัพยากร” ซึ่งทรัพยากรในที่นี้นั้นสามารถเป็นได้ทั้ง material/tangible resources และ non-material/ intangible resources (Edwards, 2014, p. 44; Freeman, 1979) โดย *material/tangible resources* นั้นหมายถึงทรัพยากรที่สามารถจับต้องได้ ได้แก่

- เงินทุน (money) ที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ค่าจ้างทีมงาน ค่าใช้จ่ายด้านสถานที่ และการเดินทาง

- แรงงานของผู้เข้ามามีส่วนร่วม (participants) ผู้ซึ่งอาสาแรงในการเคลื่อนไหว โดยถือว่าแรงงานก็เป็นหนึ่งของทรัพยากรในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

- โครงสร้างพื้นฐาน (สิ่งก่อสร้าง) ขององค์กรและการติดต่อสื่อสาร (organization and communications infrastructure) ที่สามารถใช้ในการติดต่อประสานงานการเคลื่อนไหว

- ผู้นำหรือแกนนำ (leaders) ผู้ที่สามารถบริหารจัดการภารกิจของขบวนการเคลื่อนไหว และสามารถเชื่อมโยงประสานหรือสื่อสารความต้องการรวมถึงเป้าหมายของขบวนการเคลื่อนไหวให้แพร่กระจายไปสู่สาธารณชนในวงกว้างได้

ในขณะที่ *intangible resources/non-material* นั้นหมายถึงทรัพยากรในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่ในเชิงวัตถุที่สามารถจับต้องได้ อันได้แก่

- ทักษะ และองค์ความรู้ (skills and know-how) หมายถึง ทักษะและองค์ความรู้ในการจัดตั้งการเคลื่อนไหวและขับเคลื่อนให้บรรลุตามเป้าหมาย รวมถึงความรู้ความสามารถที่จะติดต่อสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับสาธารณชนหรือสื่อมวลชนได้เป็นอย่างดี

- การสนับสนุนจากสาธารณชน (public support) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของขบวนการเคลื่อนไหวหรือองค์กรเคลื่อนไหวในการที่จะได้รับการยอมรับในด้านของความชอบธรรม (legitimacy) และสถานะทางสังคม (social status) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในทุนทางสังคม (social capital) ที่สำคัญเพราะจะมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจหรือเชื่อมั่น (trust) ที่สังคมมีให้

โดยทฤษฎีการระดมทรัพยากรนั้นจะให้ความสำคัญกับการศึกษาทั้งการสนับสนุนและข้อจำกัดทางสังคม ที่ส่งผลต่อปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวทางสังคมนั้น โดยการพิจารณาถึงความหลากหลายของทรัพยากรที่ต้องถูกระดมเข้ามาใช้ในการเคลื่อนไหว ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของขบวนการทางสังคมกับกลุ่มทางสังคมอื่น ๆ การพึ่งพาการสนับสนุนจากภายนอกของขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อที่จะประสบความสำเร็จตาม เป้าหมาย และยุทธวิธีที่ผู้มีอำนาจหน้าที่หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ใช้ในการควบคุมหรือร่วมมือกับขบวนการเคลื่อนไหว (McCarthy & Zald, 1977, p. 1213)

เนื่องจากทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคมได้นำเอากรอบการวิเคราะห์จากมุมมองของเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเปรียบองค์การเคลื่อนไหวทางสังคมเหมือนองค์กรธุรกิจ ซึ่งองค์กรทางธุรกิจนั้นย่อมต้องมีการจัดการระดมทรัพยากร ยุทธศาสตร์ การสร้างพันธมิตร เพื่อขับเคลื่อนองค์กรให้สำเร็จตามเป้าหมายที่องค์กรได้ตั้งเอาไว้ และในขณะเดียวกันองค์กรทางธุรกิจนั้นย่อมดำรงอยู่ร่วมกับตัวแสดงอื่น ๆ ในบริบทนั้น ๆ เช่นเดียวกันเมื่อนำเอาองค์การเคลื่อนไหวทางสังคมมาเปรียบกับองค์กรธุรกิจ จึงทำให้สามารถเห็นพลวัตและความเชื่อมโยงกันระหว่างองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นขอบเขตหรือพื้นที่ที่มีหลากหลายองค์กรดำรงอยู่ร่วมกัน (multi-organizational field) โดยสามารถแบ่งระดับของพลวัตและความเชื่อมโยงระหว่างกันตามการอธิบายของ McCarthy และ Zald (1977) ได้ดังนี้

- ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีเป้าหมายที่จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขประเด็นปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยความพยายามในการจุดประเด็นข้อเรียกร้องที่ตนต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไข และพยายามขับเคลื่อนด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งพฤติกรรมรวมหมู่ (collective action) ที่เกิดขึ้นนี้อาจเป็นไปอย่างอิสระโดยไม่ได้มีการจัดตั้งหรืออาจมีการระดมการจัดตั้งผ่านเครือข่ายทางสังคมอย่างหลวม ๆ ขึ้นมาก็ได้ แต่พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะอยู่บนฐานของการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลของผู้เข้าร่วมการเคลื่อนไหว

- องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement organization) เมื่อขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมมีพลวัตและพัฒนาการจนสามารถจัดตั้งองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม (formal organization) ขึ้นมาได้แล้วนั้น องค์กรจะทำหน้าที่ในการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนและรักษาการขับเคลื่อนของขบวนการต่อไป ซึ่งจะทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวมีการระดมทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีผลอย่างสำคัญในการเพิ่มโอกาสให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งในมุมมองทางเศรษฐศาสตร์จะมอง องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมเปรียบเป็นเหมือนบริษัททางธุรกิจ (firms) ซึ่งมีการจัดการ กลยุทธ์ การระดมทรัพยากร การขับเคลื่อนองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยในทางกลับกันองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมนี้ สามารถมีลักษณะเป็นองค์กรตอบโต้การเคลื่อนไหว (countermovement) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวในทิศทางตรงข้ามกับองค์กรที่ขับเคลื่อนใน

ประเด็นเดียวกันได้ เช่นการตอบโต้กันระหว่างองค์กรเคลื่อนไหวที่สนับสนุนการทำแท้ง กับ องค์กรที่ต่อต้านการทำแท้ง เป็นต้น

นอกจากนี้องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมยังมีการกิจสำคัญในการคิดค้นนวัตกรรมด้าน วิธีการต่อสู้ อันได้แก่ ยุทธวิธีการระดมผู้สนับสนุน ยุทธวิธีดึงสาธารณชนและชนชั้นนำเพื่อให้เปลี่ยน มาเป็นผู้เห็นอกเห็นใจ หรือทำให้ผู้ที่ขัดขวางต่อต้านกลายมาเป็นผู้ที่เป็นกลางเมื่อขบวนการทางสังคม กระทำการภายใต้บริบททางสังคม ทฤษฎีการระดมทรัพยากรจึงมองว่าขบวนการทางสังคมสามารถ สร้างและใช้ประโยชน์จากบริบทหรือ สภาพแวดล้อมดังกล่าวนี้ได้ เช่น พื้นที่สื่อ หรือเครือข่ายทาง สังคม กลุ่มองค์กรหรือสถาบันทางสังคม ฯลฯ (McCarthy & Zald, 1977, p. 1216; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 77-78)

Tarrow (1994) ได้อธิบายถึงลักษณะขององค์กรหรือการจัดตั้งการเคลื่อนไหว (movement organization) ไว้ 3 ลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนี้

- ความหมายหรือลักษณะแรก เป็นความหมายแบบที่ McCarthy และ Zald (1977) ได้อธิบายไว้คือเป็น องค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement organization) ที่มี ลักษณะเป็นทางการ มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนเรียกร้องเพื่อทำให้วัตถุประสงค์หรือ เป้าหมายขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งเป็นความหมายที่ใช้กันเป็นส่วนใหญ่

- ความหมายหรือลักษณะที่สอง คือ องค์กรจัดตั้งของการกระทำรวมหมู่ (the organization of collective action) ที่เป็นรูปแบบของการเผชิญหน้า (confrontation) หรือ การต่อต้าน (antagonists) ที่มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับฝ่ายตรงข้าม (Tarrow, 2011, p. 123; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 78) ซึ่งอาจถูกควบคุมอย่างหลวม ๆ โดยองค์กรเคลื่อนไหวที่เป็นทางการหรือมีการรวมตัวและมีการเคลื่อนไหวอย่างเป็นอิสระก็ได้ รูปแบบของการ กระทำรวมหมู่ในลักษณะนี้มีความหลากหลาย โดยสามารถเป็นทั้งการรวมตัวเคลื่อนไหว อย่างอิสระ การรวมตัวผ่านการควบคุมของผู้นำ หรือมีความสัมพันธ์อย่างหลวม ๆ กับองค์กร ที่เป็นทางการ แต่การจัดตั้งองค์กรที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดนั้นจะผ่านเครือข่ายทางสังคม (social networks) ที่บุคคลเหล่านั้นอาศัยหรือทำงานอยู่ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากต่างฝ่าย ต่างมีความไว้วางใจ (trust) มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependence) ซึ่งง่ายที่จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (solidarity) ได้

- ความหมายหรือลักษณะที่สาม ซึ่งเป็นลักษณะสุดท้ายเป็นลักษณะที่ Tarrow กล่าวว่ามีจะถูกกละเลยมากที่สุดคือ โครงสร้างเชื่อมโยงของการระดม (the connective mobilizing structure) ที่เชื่อมโยงระหว่างแกนนำหรือผู้นำ (leaders) กับการจัดตั้งหรือองค์กรของการกระทำรวมหมู่ (the organization of collective action) ที่เป็นการเชื่อมโยงระหว่างแกนกลางกับชายขอบ (center with periphery) ซึ่งทำให้การเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถมีการประสานกันและคงทนอยู่ได้แม้ในขณะที่องค์กรเคลื่อนไหวที่เป็นทางการไม่สามารถดำเนินการใด ๆ ได้ เช่นการเคลื่อนไหวภายใต้สภาวะกบฏยึดการศึกษา (Tarrow, 2011, p. 124) โดยเมื่อองค์กรเคลื่อนไหวที่เป็นทางการเริ่มดำเนินการเคลื่อนไหว ผู้นำหรือแกนนำจะพยายามพัฒนาโครงสร้างของการระดมเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการเคลื่อนไหวให้ดำเนินการต่อไปได้ อย่างไรก็ตาม Tarrow ได้ตั้งข้อสังเกตเพิ่มเติมไว้ว่า โครงสร้างของการระดมนี้อาจเป็นอิสระจากการจัดการของแกนนำได้ โดยเป็นการระดมผ่านองค์กรหรือสถาบันในลักษณะของเครือข่ายทางสังคม (social networks) โดยมีลักษณะพื้นฐานมาจากเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal networks) ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้สามารถเกิดขึ้นคู่ขนานไปพร้อมกันได้ และสิ่งที่สำคัญคือลักษณะทั้งสามดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นควรเป็นสิ่งดำเนินไปพร้อม ๆ กันในการเคลื่อนไหวทางสังคม (formal organizations, mobilizing structures, the organization of collective action) (Tarrow, 1994, pp. 135-136)

อุตสาหกรรมเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement industry)

ประเด็นปัญหาทางสังคมในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง สามารถมีองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมที่เคลื่อนไหวร่วมในประเด็นเดียวกันได้หลายองค์กร เนื่องจากอาจมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงร่วมกันแม้จะมีวิธีคิด อุดมการณ์ มุมมองและยุทธวิธีต่อการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกันไป และเมื่อองค์กรที่มีลักษณะร่วมกันในเป้าหมายเหล่านี้มาร่วมตัวเข้าด้วยกันเพื่อขับเคลื่อนและระดมทรัพยากรร่วมกัน จึงเกิดเป็นอุตสาหกรรมเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีหลายองค์กรดำรงอยู่ร่วมกัน เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมการผลิตเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านที่มีบริษัทหรือองค์กรผู้ผลิตหลายประเภทดำรงอยู่ร่วมกัน เช่นบริษัทผลิตเบาะนั่ง บริษัทผลิตโต๊ะเก้าอี้ บริษัทค้าไม้แปรรูป ฯลฯ ซึ่งหากเทียบเป็นอุตสาหกรรม การเคลื่อนไหวทางสังคมด้านสาธารณสุข ย่อมจะมีองค์กรเคลื่อนไหวทางด้าน

สาธารณสุขหลากหลายองค์กรเคลื่อนไหวร่วมกัน ในการขับเคลื่อนและระดมทรัพยากรเพื่อที่จะสามารถสร้างพลังในการเคลื่อนไหวได้มากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งเป็นการลดต้นทุนในการดำเนินการเคลื่อนไหวร่วมกัน (McCarthy & Zald, 1977, p. 1219; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 79) อย่างไรก็ตามภายในอุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้นไม่ได้มีแต่เพียงความร่วมมือเพียงด้านเดียว แต่ย่อมจะมีการแข่งขัน ความขัดแย้งและการแลกเปลี่ยนต่อรองระหว่างกัน ไม่ว่าจะเป็นภายในองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมเดียวกัน หรือระหว่างองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมที่อยู่ในอุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวเดียวกันหรืออุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกันก็ตาม (other social movement industries) (Edwards, 2014, p. 60)

ภาคส่วนการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement sector)

เมื่ออุตสาหกรรมขบวนการทางสังคมต่าง ๆ ที่มีลักษณะเดียวกันมารวมกันเป็นเครือข่าย จึงนำไปสู่การเป็นภาคส่วนของขบวนการทางสังคม (social movement sector) ซึ่งมีอาณาบริเวณที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงทำให้เกิดความร่วมมือและความขัดแย้งแข่งขันระหว่างภาคส่วนหรืออุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวที่แตกต่างกัน ในการกำหนดและจัดสรรหรือแบ่งสรร (reallocation) ทรัพยากรซึ่งมีอยู่อย่างจำกัดในสังคม เนื่องจากระดับพลังของการขับเคลื่อนขององค์กรหรืออุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวย่อมขึ้นอยู่กับระดับของการระดมทรัพยากร (McCarthy & Zald, 1977, p. 1224; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 79)

เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม (social networks)

นอกจากที่ได้อธิบายมาข้างต้น การศึกษาตามแนวทฤษฎีการระดมทรัพยากรได้มีพัฒนาการ การศึกษาวิเคราะห์ ทำให้เกิดแนวการศึกษาการขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในลักษณะของเครือข่ายทางสังคม (social networks analysis) (Edwards, 2014, p. 69) ซึ่งเป็นการพิจารณาว่าองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมนั้นไม่ได้เคลื่อนไหวอย่างโดดเดี่ยวหรืออยู่อย่างตัดขาดกับองค์กรหรือตัวแสดงอื่นที่อยู่ในสังคม ทำให้เกิดแนวการศึกษาความสัมพันธ์ (relational approach) ขึ้นมาเพื่อศึกษาขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในฐานะของการเป็นการกระทำรวมหมู่ ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทของแกนนำ และองค์กรทั้งในระดับภายในและระดับภายนอกระหว่างองค์กร สามารถทำให้เห็นถึงเครือข่ายขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่าง

บทบาทของตัวแสดง (agency) กับโครงสร้าง (structure) ที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลา ซึ่งเครือข่ายทางสังคมนี้มีทั้งเครือข่ายของปัจเจกบุคคล (networks of individuals) เครือข่ายขององค์กร (networks of organizations) และเครือข่ายของการรวมหมู่และกิจกรรม (networks of collectivities and events) (Diani, 2003, pp. 7-12; Diani & McAdam, 2003) โดยการนำแนวคิดเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมมาใช้เป็นแนวการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทนั้นจะทำให้เห็นถึงรูปแบบความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายทั้งในระดับของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal networks) และเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (institutional networks) ทำให้สามารถเข้าใจรูปแบบของความเชื่อมโยงระหว่างการเคลื่อนไหวกับกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทที่พัฒนาไปสู่เคลื่อนไหวของเครือข่ายในทางอุดมการณ์ที่สอดประสานและเกี่ยวพันซึ่งกันและกันทั้งในฐานะขององค์กรเครือข่าย และฐานะของบุคคลที่สามารถเข้าไปดำรงตำแหน่งสำคัญที่มีบทบาทในทางการเมืองในฐานะตัวแทนทางอุดมการณ์ของขบวนการแพทย์ชนบท

การนำเอาทฤษฎีการระดมทรัพยากร รวมไปถึงมุมมองการวิเคราะห์ในแนวการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคม มาเป็นเครื่องมือหรือกรอบการวิเคราะห์จะสามารถทำให้เราเห็นถึงความเป็น “การเมือง” ของขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแสดงอื่น ๆ ทั้งในปัจจุบันด้านเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal networks) ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ขององค์กรทางสังคมที่กำเนิดขึ้นมาในภายหลัง (Edwards, 2014, p. 69) รวมไปถึงการระดมทรัพยากร การจัดสรรทรัพยากร ที่จะทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางอำนาจในเครือข่ายของความสัมพันธ์ของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ทั้งในระดับของอุตสาหกรรมและภาคส่วนของความเคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขและในทางการเมือง จนสามารถมีบทบาทและมีอิทธิพลข้ามภาคส่วน (cross sector) ของการเคลื่อนไหวทางสังคมได้ ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบท ไม่เพียงแต่มีบทบาทในการการเคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่สามารถเป็นหนึ่งในขบวนการเคลื่อนไหวที่มีอิทธิพลทางการเมืองได้อีกด้วย โดยเป็นการแพร่กระจายอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ออกไปในโครงสร้างของเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม

3. โครงสร้างโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure)

“โครงสร้างโอกาสทางการเมือง” เป็นกรอบการอธิบายที่พัฒนาขยายต่อมาจากทฤษฎีการระดมทรัพยากร ในการวิเคราะห์ปัจจัยในการเกิดพัฒนาการและความสำเร็จของขบวนการทางสังคม โดยแทนที่จะวิเคราะห์แต่เพียงปัจจัยการระดมทรัพยากรขององค์กรเคลื่อนไหวซึ่งเป็นปัจจัยภายใน หรือความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม กรอบการวิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมืองได้เปิดมิติการวิเคราะห์ถึงสิ่งที่เกิดขึ้นภายนอกอาณาบริเวณขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคม แทนที่จะวิเคราะห์จากมิติด้านองค์กรและการจัดการภายในองค์กรมิติเดียว โดยกรอบการวิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมืองนั้นเป็นการอธิบายว่าขบวนการทางสังคมถูกกำหนดโดยชุดของข้อจำกัดและโอกาสทางการเมือง ซึ่งหมายรวมถึง เหตุการณ์หรือกระบวนการทางสังคม เช่น ระบอบหรือสถาบันทางการเมือง (political regime and institution) ซึ่งเป็นระบบการเมืองปกติในขณะนั้น โดยการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองนี้สามารถส่งผลต่อการเพิ่มขึ้น หรือ ลดลง ของขีดความสามารถในการระดมทรัพยากรขององค์กรเคลื่อนไหวทางสังคมได้อีกด้วย (Kitschelt, 1986; ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 94, 97-98)

ดังนั้น โครงสร้างโอกาสทางการเมือง จึงหมายถึง ชุดของเงื่อนไข (a set of conditions) ที่กำหนดโอกาส (prospect) ของการกระทำรวมหมู่ (collective action) และ รูปแบบของขบวนการเคลื่อนไหว (forms of movements) โดยมีส่วนที่สำคัญคือเงื่อนไขในการพิจารณาถึง โอกาส-ภัยคุกคามที่มีต่อผู้ทำทนาย และ การสนับสนุนส่งเสริม หรือ การปราบปรามควบคุมโดยผู้มีอำนาจหน้าที่ ทำให้รูปแบบของการอธิบายเน้นพิจารณาไปที่ปฏิสัมพันธ์ของขบวนการเคลื่อนไหวกับการเมืองเชิงสถาบัน (institutionalized politics) (Lertchoosakul, 2012, p. 26; Tarrow, 2011, p. 160) โอกาสทางการเมืองจึงเป็นกุญแจสำคัญในการอธิบายปัจจัยของช่วงเวลาของการกระทำรวมหมู่และผลลัพธ์ของกิจกรรมการเคลื่อนไหว

ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงของโอกาสทางการเมืองจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อความเป็นไปได้และการกระตุ้นการผลักดันในการระดมทรัพยากร ทั้งนี้ช่วงเวลาและแนวทางในการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมล้วนขึ้นอยู่กับโอกาสต่าง ๆ ที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างเชิงสถาบัน (institutional structure) และแนวโน้มทางอุดมการณ์ (ideological disposition) ของผู้ที่ถือครองอำนาจรัฐในช่วงเวลานั้น ๆ นอกจากนี้โอกาสทางการเมืองยังสามารถสร้างให้เกิดขึ้นมาได้โดยตัวของ

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยตัวเองได้อีกด้วย (Lertchoosakul, 2012, p. 26; McAdam, 1985) ซึ่งหากโครงสร้างทางการเมือง “เปิด” (open) หรือเอื้อต่อขบวนการทางสังคม โอกาสที่ขบวนการทางสังคมนั้นจะสามารถระดมทรัพยากร รวมถึงสามารถสร้างหรือเชื่อมโยงตัวเองเข้ากับเครือข่ายพันธมิตรที่อยู่ในระบบการเมืองปกติ เช่น พรรคการเมือง องค์กรของภาครัฐ ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดันวาระของตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายก็จะสูงมากขึ้นไปด้วย แต่หากโครงสร้างโอกาสทางการเมือง “ปิด” (closed) โอกาสที่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจะสามารถผลักดันวาระของตนเองให้ประสบผลสำเร็จก็จะลดน้อยไป ตัวอย่างเช่นในระบบการเมืองที่เป็นประชาธิปไตยย่อมจะมี ความอดทนอดกลั้น (tolerate) และมีการตอบสนอง (responsive to citizen demand) ต่อข้อเรียกร้องและความต้องการของประชาชนมากกว่าที่จะปราบปรามและจำกัดการเคลื่อนไหวทางสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นในระบบหรือสถาบันทางการเมืองที่มีสภาวะแบบ “ปิด” ที่บ่อยครั้งนำมาสู่การใช้กำลังในการปราบปรามและควบคุมการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยตัวระบอบหรือสถาบันนี้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะประเภทหรือรูปแบบของระบอบทางการเมืองปกครองเพียงเท่านั้น แต่ยังหมายถึงระบบกฎหมายและเงื่อนไขของสภาวะแวดล้อมทางการเมือง (political environmental conditions) อีกด้วย โดนเงื่อนไขหรือปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางการเมือง และรูปแบบของการเคลื่อนไหวทางสังคม (Edwards, 2014, p. 83; Eisinger, 1973, p. 12; Kitschelt, 1986, p. 139)

Tarrow (2011) ได้อธิบายถึงนิยามความสัมพันธ์ระหว่างโอกาส (opportunities) ภัยคุกคาม (ข้อจำกัด) (threats) และการเปลี่ยนแปลงระบอบ (regime change) ไว้ว่า โอกาสคือความเป็นไปได้ที่การเคลื่อนไหว (ประท้วง) สังคมจะนำไปสู่ผลสำเร็จในการได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการ ในขณะที่ภัยคุกคาม คือ ด้านกลับของโอกาสของความเป็นไปได้ที่จะประสบผลสำเร็จจากการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับความเสี่ยง (risks) และต้นทุน (costs) ของการกระทำ (action) หรือการไม่กระทำ (inaction) ซึ่งหากความเสี่ยงและต้นทุนของการเคลื่อนไหวมีสูงกว่าโอกาสที่จะประสบผลสำเร็จการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้น ๆ ก็จะถูกจำกัดลงไป และสุดท้ายคือระบอบ ซึ่งเป็นส่วนที่ประกอบขึ้นมาจากความสัมพันธ์ตามปกติระหว่างรัฐบาล (government) ตัวแสดงทางการเมืองที่สำคัญ (key actor) ผู้ท้าทาย (challenger) ตัวแสดงทางการเมืองภายนอกอื่น ๆ โดยการเปลี่ยนแปลงระบอบนั้นอาจหมายถึง การเข้ามาของตัวแสดงใหม่ในระบบความสัมพันธ์ การลดลงทางอำนาจของตัวแสดง

ทางการเมือง หรือการกำหนดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ โดย Tarrow ได้ชี้ไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงสมดุระหว่างโอกาสกับภัยคุกคามทุกครั้งไม่ได้หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของระบอบ แต่การเปลี่ยนแปลงของระบอบในทุกครั้งจะมาจากการเปลี่ยนแปลงของโอกาสและภัยคุกคาม (Tarrow, 2011, pp. 160-161) ซึ่งทำให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของโอกาสและภัยคุกคามจะส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงของระบอบความสัมพันธ์ทางการเมือง หากมีตัวกระทำเข้ากระทำการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นมาภายในสภาวะที่เอื้ออำนวย (เงื่อนไขสภาวะแวดล้อมทางการเมือง “เปิด”) เนื่องจากหากขาดผู้กระทำ (ใหม่) เข้ากระทำการระบอบย่อมจะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงไปแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงในโอกาสและภัยคุกคามก็ตาม

โดย Tarrow (1991, อ้างถึงใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 101) ได้กำหนดตัวชี้วัดที่จะเป็นสภาวะเงื่อนไขที่ทำให้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองเอื้อต่อความสำเร็จในการเคลื่อนไหวไว้ 4 ประการ ดังนี้

1. ระดับการเปิดหรือปิดของระบบการเมือง (degree of openness or closure of polity)
2. เสถียรภาพหรือความไร้เสถียรภาพของระเบียบทางการเมือง (stability or instability of political alignments)
3. การมีหรือไม่มีพันธมิตรและกลุ่มสนับสนุน (presence or absence of allies and support groups)
4. การแตกแยกในหมู่ชนชั้นนำหรือความอดกลั้นผ่อนปรนหรือไม่ของชนชั้นนำต่อการเคลื่อนไหวประท้วง (divisions within the elite or its tolerance or intolerance of protest)

โดยต่อมา Tarrow (1999, อ้างถึงใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 101) ได้เพิ่มการอธิบายตัวชี้วัดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่มีอิทธิพลต่อขบวนการทางสังคมโดยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- โอกาสระดับพื้นฐาน (fundamental opportunity) ซึ่งค่อนข้างแข็งตัวเปลี่ยนแปลงได้ยาก เช่น ธรรมชาติและโครงสร้างของระบบการเมือง (nature and structure of the political system) ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของรัฐ (strength and weakness of the

state) ความสามารถของรัฐ (state's capacity) รูปแบบการปราบปราม (model of repression)

- โอกาสที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน (immediate opportunity) และเปลี่ยนแปลงได้ง่าย เช่น การเพิ่มขึ้นของระดับการเข้าถึง (increasing access) ระบบและพื้นที่การตัดสินใจทางการเมือง การจัดระเบียบทางการเมือง (political alignments) ความขัดแย้งหรือการแตกแยกในหมู่ชนชั้นนำทางการเมือง (divided elites) พันธมิตรที่มีอิทธิพล (influential allies) การปราบปรามและการส่งเสริมขบวนการ (repression and facilitation) เป็นต้น (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552, น. 101-102)

การนำกรอบการวิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมืองมาใช้ในการศึกษา พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท จะช่วยให้เราสามารถเห็นถึงพัฒนาการ การปรับตัวและความเปลี่ยนแปลงของขบวนการแพทย์ชนบท ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบริบทแวดล้อมของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองของรัฐที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างน่าสนใจ ทั้งในด้านการสร้างเครือข่ายพันธมิตร การระดมทรัพยากร รูปแบบของการเคลื่อนไหว ประเด็นที่นำเสนอในการขับเคลื่อน ข้อจำกัดที่ทำให้ขบวนการชะงักงัน หรือ ปัจจัยของโอกาสทางการเมืองที่เอื้ออำนวยให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างประสบผลสำเร็จในการผลักดันวาระต่าง ๆ ทางสังคมการเมืองได้ตามเป้าหมาย

บทที่ 3

กำเนิดการสาธารณสุขสมัยใหม่: การสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งรัฐ

บทนี้ศึกษาเงื่อนไขก่อน (pre-exist conditions) การกำเนิดขบวนการสาธารณสุขในยุคทศวรรษ 2520 (ชมรมแพทย์ชนบท) การทำความเข้าใจรากฐานการเกิดขึ้นของการสาธารณสุขไทยจะช่วยให้ทำความเข้าใจได้ถึงความเป็นมาของกรอบความคิด สำนักทางประวัติศาสตร์ รูปแบบของขบวนการเคลื่อนไหว ยุทธศาสตร์และยุทธวิธี รวมถึงพลวัตของการเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุขในยุคต่อมาที่ได้กำเนิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขขึ้น เป็นการปูพื้นฐานความเข้าใจเงื่อนไขเบื้องต้น ในการตอบคำถามการวิจัยถึงปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขตั้งจะอภิปรายในบทต่อไป

การศึกษาเงื่อนไขที่ก่อนการก่อกำเนิดขบวนการสาธารณสุขนี้ มีประเด็นในการนำเสนอใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ การสาธารณสุขในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ การสาธารณสุขในยุคคณะราษฎร และการขยายตัวของสาธารณสุขช่วงสงครามเย็นภายใต้การสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา ซึ่งในแต่ละประเด็นจะวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงการระดมทรัพยากรทางการสาธารณสุขที่เกิดขึ้นภายใต้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองและกรอบความคิดหลักที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเริ่มต้นด้วยการศึกษายุครัชกาลที่ 5 ในฐานะยุคเริ่มแรกของการวางรากฐานการสาธารณสุขและการแพทย์สมัยใหม่ จนถึงการสาธารณสุขยุคสงครามเย็น

ข้อเสนอหลักของผู้วิจัยภายในบทนี้คือ กรอบความคิดหลักของการพัฒนาสาธารณสุขไทย ตั้งแต่ในช่วงรัชกาลที่ 5 เป็นต้นมานั้นอยู่ภายใต้กรอบคิด “การสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งรัฐ” (health care for state security) ที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้ระบบรัฐราชการรวมศูนย์อำนาจ (bureaucratic polity centralization) โดยความมั่นคงแห่งรัฐนี้มีศูนย์กลางอยู่ที่ความมั่นคงของสถาบันพระมหากษัตริย์ในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์และชนชั้นนำส่วนกลาง การพัฒนาสาธารณสุขในยุคนี้จึงเป็นไปเพื่อการตอบสนองต่อเป้าหมายของกรอบความคิดนั้น ๆ ต่อมาแม้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี 2475 แต่ระบบราชการรวมศูนย์อำนาจยังคงทำงานต่อไปอย่างเข้มแข็ง แม้ว่ากรอบความคิดจะเปลี่ยนไปเป็นกรอบความคิด “ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม ชาตินิยม” ซึ่งส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการกระจายทรัพยากรต่างไปจากยุค

สมบูรณาญาสิทธิราชย์ แต่กรอบความคิดทางสาธารณสุขยังคงรวมศูนย์ที่ความมั่นคงแห่งชาติ หรือเพื่อผลประโยชน์แห่งชาติภายใต้ระบบราชการรวมศูนย์เป็นสำคัญ

1. การสาธารณสุขในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์

การสาธารณสุขไทยมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน แต่สำหรับการสาธารณสุขตามแบบสมัยใหม่ จุดเริ่มต้นเกิดขึ้นในยุคสมัยของรัชกาลที่ 5 ที่ได้ริเริ่มนำเอาการแพทย์ตะวันตกเข้ามาวางรากฐานอย่างเป็นทางการในรัฐไทย การนำเอาการแพทย์สมัยใหม่ตามแบบตะวันตกเข้ามาไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเป็นเอกเทศ หากเป็นหนึ่งในชุดของโครงการทางการเมืองเพื่อการสร้างรัฐชาติสมัยใหม่ของรัชกาลที่ 5 ในการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน ท่ามกลางความท้าทายที่สำคัญในการรักษาความอยู่รอดของสถาบันพระมหากษัตริย์จากภัยคุกคามภายในและภายนอก (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, น. 91-97) หรือกล่าวในอีกแง่มุมหนึ่งคือการสร้างระบบราชการสมัยใหม่ขึ้นมาเป็นกลไกการบริหารและปกครองแผ่นดินตามแบบตะวันตกโดยมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นศูนย์กลางทางอำนาจ

สมัยของพระองค์ต้องเผชิญกับปัญหาท้าทายหรือภัยคุกคาม (threat) ที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ การช่วงชิงอำนาจการปกครองคืนมาจากขุนนางเก่าในสมัยพระบิดา (รัชกาลที่ 4) และภัยคุกคามจากลัทธิล่าอาณานิคมตะวันตก (เบนดิกต์ แอนเดอร์สัน, 2558, น. 12) โดยโจทย์ที่ท้าทายความมั่นคงในพระราชอำนาจและความอยู่รอดของอำนาจอธิปไตยนี้เอง ที่เป็นพลังผลักดันให้รัชกาลที่ 5 ดำเนินการปฏิรูปการปกครองภายในรัชสมัยของพระองค์ การเคลื่อนไหวของพระองค์จึงอาจเรียกได้ว่าเป็น การระดมการเคลื่อนไหวของชนชั้นนำ (elite mobilizations) ที่นำมาสู่การระดมทรัพยากรภายใต้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เป็นทั้งปัจจัยเอื้ออำนวย (facilitate) หรือปัจจัยขัดขวาง (constraint) (Vogus & Davis, 2005, pp. 96, 102) ที่มีผลต่อการกำหนดรูปแบบของการเคลื่อนไหว (Snow & Benford, 1992, pp. 147-149) เพื่อการปฏิรูปในรัชสมัยของพระองค์

1.1) เจ็อนไขของการปฏิรูปการสาธารณสุขในรัชกาลที่ 5

ในส่วนนี้จะเป็นการอธิบายถึง 2 ปัจจัยที่เป็นเจ็อนไขให้เกิดการปฏิรูปการสาธารณสุขในยุครัชกาลที่ 5 ในฐานะการเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบราชการ ได้แก่ ปัจจัยภัยคุกคามจากภายในเนื่องจากอำนาจและทรัพยากรส่วนใหญ่ถูกควบคุมโดยกลุ่มขุนนางเก่า และภัยคุกคามภายนอกจาก

ลัทธิล่าอาณานิคมตะวันตก ซึ่งเป็นเงื่อนไขให้เกิดการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุข ดังจะอธิบายต่อไป

การปฏิรูปของรัชกาลที่ 5 นั้น ส่วนหนึ่งเป็นการท้าทายต่อข้อแนวคิดอนุรักษนิยมเก่าซึ่งมีสมาชิกหลักเป็นขุนนางผู้ใหญ่ที่มีผู้นำคือ เจ้าพระยาบรมมหาศรีสุริยวงศ์ ในฐานะผู้สำเร็จราชการแผ่นดิน ที่มีอำนาจสืบทอดมาตั้งแต่รัชกาลที่ 4 โดยอำนาจในการควบคุมกลไกของรัฐเกือบทั้งหมดตกอยู่ในมือของเจ้าพระยาบรมมหาศรีสุริยวงศ์และผู้สนับสนุน (ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2554, น. 55) ทำให้ในช่วงต้นของรัชกาลที่ 5 ตั้งแต่พ.ศ. 2411-2425 นั้นพระราชอำนาจของพระมหากษัตริย์ต้องพบกับความท้าทายจากการเมืองภายใน ที่อำนาจส่วนใหญ่ในการควบคุมการปกครองอยู่ที่ผู้สำเร็จราชการและเครือข่ายทางการเมืองของผู้สำเร็จราชการ

จากความท้าทายหรือภัยคุกคามภายในนี้ ทำให้เกิดการจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปการปกครอง (reforming movement) โดยมีการรวบรวมสมาชิกจากเหล่าพระญาติ พระสหาย และเหล่าข้าราชการบริพารที่มีแนวคิดปฏิรูปคล้ายคลึงกัน และตั้งขึ้นเป็นกลุ่มขบวนการ “สยามหนุ่ม” (young siam movement) ซึ่งสามารถมองว่ากลุ่มสยามหนุ่มนี้เป็นขบวนการทางการเมืองที่มีพระมหากษัตริย์เป็นผู้นำ โดยสมาชิกที่เข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวนี้มีลักษณะร่วมที่คล้ายคลึงกัน 2 ประการคือ มีจุดยืนตรงข้ามกับสมเด็จพระเจ้าบรมมหาศรีสุริยวงศ์ ซึ่งมีแนวคิดอนุรักษนิยมและไม่สนับสนุนการปฏิรูปไปสู่ความเป็นสมัยใหม่ และอีกประการคือการมีกรอบความคิดในการปฏิรูปและสร้างความเป็นสมัยใหม่ (modernization) ให้แก่รัฐไทย (Mead, 2004, p. 40; Wyatt, 1969, pp. 44-45, 378) เป็นอัตลักษณ์ร่วมของขบวนการสยามหนุ่ม

การเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูปที่สำคัญเริ่มจากการปฏิรูปการคลังในปี พ.ศ.2416 โดยการตั้งหอรัษฎากรพิพัฒน์เพื่อให้การเก็บภาษีหรือรายได้เข้าส่วนกลางมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการปฏิรูปการระดมทรัพยากรจากเดิมที่รายได้จากส่วนต่าง ๆ นั้น ไม่ค่อยจะได้ส่งเข้าคลังทำให้สภาพการเงินของพระคลังอยู่ในลักษณะที่ย่ำแย่มาก รวมถึงการจัดตั้งสถาบันใหม่คือ ที่ปรีการาชการแผ่นดิน และที่ปรีการในพระองค์ในปี พ.ศ. 2417 มีสมาชิกหลักมาจากกลุ่มสยามหนุ่ม ซึ่งมีบทบาทอย่างสำคัญในการประชุมปรึกษาหารือ และ เป็นที่รวมกลุ่มขุนนางหัวก้าวหน้าที่ต้องการความเปลี่ยนแปลง ทำให้สามารถดึงอำนาจทางการเมืองจากผู้สำเร็จราชการแผ่นดินมาสู่รัชกาลที่ 5 ได้ทีละน้อย (ชัยอนันต์ สมุทวณิช,

2523, น. 4-5, 9) โดยภายหลังจากทรงสามารถสร้างความมั่นคงทางอำนาจในพระองค์ได้มากขึ้นและ
ผู้สำเร็จราชการแผ่นดินได้สิ้นลงในปี พ.ศ. 2425 สภาทั้งสองนี้จึงค่อย ๆ ลดความสำคัญและบทบาทลงไป

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้เกิดขึ้นอีกครั้งจากการจัดตั้งสถาบันทางการในฝ่ายบริหารของรัฐ
ขึ้นมาใหม่ ในปีพ.ศ. 2435 โดยเปลี่ยนจากระบบจตุสดมภ์มาเป็นหน่วยงานราชการ 12 กระทรวงตาม
แบบการบริหารของ ตะวันตก (ลิขิต ธีรเวคิน, 2554, น. 105) โดยเป็นการสร้างระบบราชการแบบ
สมัยใหม่ (modern bureaucracy) ขึ้นมาแทนที่ระบบเก่า (Mead, 2004, pp. 66-67) การสร้าง
ระบบราชการใหม่เป็นการกระทำเพื่อทำลายความสัมพันธ์ทางอำนาจของเครือข่ายทางการเมือง
กลุ่มเก่าลงไป และแทนที่ด้วยเครือข่ายทางการเมืองกลุ่มใหม่เข้าไป ด้วยการสร้างกฎระเบียบแบบ
แผนในการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ใหม่ขึ้นมา นำไปสู่การสร้างสถาบันหรือองค์กรทาง
การเมืองที่เป็นทางการ⁹ จัดวางและแทนที่ผู้นำในเครือข่ายความสัมพันธ์เก่าด้วยผู้นำใหม่ที่มี
ความคิดเห็นสอดคล้องกับขบวนการปฏิรูปของพระองค์ และแต่งตั้งคนในขบวนการปฏิรูปเข้าไปนั่งใน
ตำแหน่งบริหารและใช้องค์กรเหล่านี้ในการระดมทรัพยากรทั้ง บุคลากร งบประมาณ เข้าสู่ขบวนการ
เคลื่อนไหวภายใต้การขับเคลื่อนขององค์กรที่เป็นทางการเพื่อให้เป้าหมายของขบวนการปฏิรูป
ประสบความสำเร็จ เปรียบเหมือนเป็น “การปฏิวัติเงียบ” (silent revolution) (Riggs, 1966, p. 111)
ตัวอย่างที่สำคัญในการใช้องค์กรแบบทางการในการระดมทรัพยากรบุคคลเข้าสู่องค์กร ได้แก่ การ
จัดการศึกษาแบบสมัยใหม่ โดยเริ่มที่การจัดสถานศึกษาเพื่อให้นักศึกษาแก่บุตรของขุนนางและชนชั้น
นำก่อนจะกระจายออกไปยังหัวเมืองใหญ่ในภายหลัง เพื่อสร้างข้าราชการที่มีความคิดสอดคล้องกับ
การปฏิรูป (Wyatt, 1969, pp. 63-144) ภายใต้อำนาจสัมพันธ์ของเครือข่ายทางอำนาจแบบใหม่ การ
จัดตั้งกระทรวงทั้ง 12 กระทรวงจึงเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้
เอื้ออำนวยหรือสนับสนุนขบวนการได้อย่างเป็นผล

การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในการปกครองเหล่านี้ ทำให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ (interaction)
ระหว่างขบวนการปฏิรูป (reforming movement) ที่นำโดยรัชกาลที่ 5 กับสภาพแวดล้อมทางการเมือง
(political environment) ที่เป็นทั้งปัจจัยที่เอื้ออำนวยและเป็นอุปสรรคในขณะนั้น สิ่งที่น่าสนใจคือ

⁹ อย่างไรก็ตามยังไม่มี การจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมา โดยหน้าที่ในการจัดการทางสาธารณสุขในช่วงเวลานี้กลับอยู่ภายใต้อำนาจของกรมหรือกระทรวงอื่นๆ ได้แก่ กระทรวงธรรมการ กรมศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย

ขบวนการปฏิรูปของรัชกาลที่ 5 ได้ทำการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ทางการเมือง (political landscape) จากการสร้างระบบราชการสมัยใหม่ 12 กระทรวงขึ้นมา ซึ่งการที่ขบวนการเคลื่อนไหวสามารถกำหนดหรือทำการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองนั้น ทำให้โอกาสทางการเมืองเปิดกว้างมากขึ้น เปิดโอกาสให้การผลักดันเชิงนโยบายของขบวนการมีโอกาสประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

นอกจากปัญหาท้าทายความความขัดแย้งภายในแล้ว ปัญหาอีกประการที่ท้าทายชนชั้นนำไทยอยู่ในขณะนั้นคือ **ภัยจากลัทธิล่าอาณานิคมตะวันตก** ซึ่งภัยจากประเทศมหาอำนาจนี้เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญ ที่ทำให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวปฏิรูปของชนชั้นนำ ซึ่งการสาธารณสุขนับเป็นหนึ่งในกลไกเพื่อแก้ไขภัยคุกคามความมั่นคงจากชาติมหาอำนาจตะวันตก โดยชนชั้นนำไทยได้เริ่มให้ความสำคัญกับ **การเพิ่มจำนวนประชากรของรัฐ** เนื่องจากแรงงานของประชากรถือเป็นกำลังสำคัญในการผลิตทางเศรษฐกิจและการสร้างกำลังทหาร (ใจ อึ้งภากรณ์, 2543, น. 33-35; ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 138-143) นอกจากการผลักดันการเลิกทาสเพื่อให้มีแรงงานเสรีเข้าสู่ระบบการผลิตแล้ว การเพิ่มจำนวนประชากรก็มีความสำคัญในฐานะการเพิ่มความสามารถในการผลิตและการเพิ่มขนาดของกองทัพ

การลดอัตราการตายแต่กำเนิดและการลดความรุนแรงของการเสียชีวิตจากโรคระบาดจึงเป็นเป้าหมายในการสาธารณสุข หรือหากจะกล่าวอีกในนัยหนึ่งคือ การสาธารณสุขเป็นหนึ่งในเครื่องมือของการสร้างรัฐชาติในสมัยรัชกาลที่ 5 ภายใต้ระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เช่นเดียวกันกับการศึกษา (วุฒิชัย มูลศิลป์, 2554, น. 99-148) ดังจะเห็นได้จากคำแถลงต่อที่ประชุมเทศบาลเมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2449 ของพระเจ้าน้องยาเธอ กรมหลวงดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ความว่า

“เมืองไทยเรามีอาณาเขตกว้างขวางแต่มีคนน้อย ย่อมทราบอยู่ทั่วกันแล้วว่าถ้าจะมีคนอีกสักห้าเท่าหรือหกเท่าของเดี๋ยวนี้ก็ยิ่งจะพอมือที่พอกันอยู่ไม่อัศจรรย์ของบ้านเมืองต้องอาศัยผลเมืองในการทุกอย่าง กำลังบ้านเมืองฝ่ายทหารถ้ามีผลเมืองมากทหารก็ยิ่งมีมากขึ้น กำลังฝ่ายโรคทรัพย์ของบ้านเมือง ถ้าคนมากการไถ่การค้าขายและกิจการที่จะเกิดโรคทรัพย์ก็ย่อมมากมีทวีขึ้น กำลังรัฐบาลที่จะจัดการทำนุบำรุงบ้านเมืองก็ต้องอาศัยเก็บภาษีอากร เมื่อมีคนมากเงินภาษีอากร

ย่อมจะเกิดมีมากขึ้นเป็นธรรมดา ด้วยเหตุเหล่านี้จึงเห็นว่าจำนวนพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญแก่การบ้านเมืองมาก”

ทวิศศักดิ์ เผือกสม (2550, น. 135)

จำนวนและสุขภาพของประชากรจึงเป็นสิ่งที่ชนชั้นปกครองเริ่มให้ความสนใจมากขึ้น ภายใต้กรอบความคิดหลักที่มีความมั่นคงของรัฐชาติและระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เป็นศูนย์กลาง โครงสร้างของระบบราชการที่ถูกสร้างขึ้นใหม่เองก็มีความต้องการกำลังคนที่เป็นข้าราชการพลเรือนจำนวนมาก ความเจ็บไข้ โรคระบาด และการเสียชีวิตของทารกก่อนวัยอันควร หรือการเสียชีวิตทั้งแม่และลูกนั้น จึงนับเป็นภัยคุกคามความมั่นคงแห่งรัฐในขณะนั้น เพราะจะส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มกำลังในการผลิตและกำลังของกองทัพในช่วงที่รัฐไทยต้องเผชิญกับภัยคุกคามภายนอกในช่วงล่าอาณานิคม อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงสร้างของโอกาสทางการเมืองในขณะนั้น รวมถึงกรอบความคิดหลักเน้นการรวมศูนย์อำนาจของรัฐไว้ที่ส่วนกลางเป็นสำคัญ โครงสร้างทางอำนาจที่ให้ความสำคัญการอำนาจรวมศูนย์จึงส่งผลให้กรอบความคิดทางสาธารณสุข (public health frame) เน้นความสำคัญอยู่ที่ศูนย์กลางทางอำนาจซึ่งก็คือกรุงเทพมหานครและหัวเมืองใหญ่ที่เป็นจุดยุทธศาสตร์เป็นหลัก ในการรักษาดูแลชนชั้นนำและข้าราชการซึ่งถือเป็นกำลังสำคัญในการค้าจุนและรักษาระบอบการปกครองให้มีความมั่นคง

1.2) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุขในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์

ดังที่ได้กล่าวในส่วนที่ผ่านมาเพื่อตอบโจทย์ในการแก้ปัญหาความมั่นคงทางด้านการสาธารณสุข เพื่อรักษาสุขภาพและเพิ่มกำลังคนให้กับรัฐไทยทั้งในด้านการผลิตและขนาดของกองทัพ รัฐบาลของรัชกาลที่ 5 จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานทางการสาธารณสุขเพื่อเป็นแนวทางออกในการแก้ไขปัญหานี้ ในยุครัชกาลที่ 5 ได้เกิดการจัดตั้งสถาบันโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่สำคัญ 2 ประการได้แก่ การกำเนิดโรงพยาบาลและกรมพยาบาล กำเนิดการสาธารณสุขชนบท โดยโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขทั้งสองกลไกนี้ ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อให้เป็นโครงสร้างในการระดมทรัพยากรเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข ทั้งในด้านขององค์ความรู้ การฝึกฝนทักษะให้แก่ผู้ที่จะทำหน้าที่ทางสาธารณสุข เพื่อส่งไปทำงานยังพื้นที่ต่างๆ ในฐานะกลไกการดูแลพื้นที่ของรัฐ

1.2.1) การกำเนิดโรงพยาบาลและกรมพยาบาล

ก่อนหน้านั้นไทยไม่มีโรงพยาบาลในรูปแบบที่เป็นสถาบันทางการ หากเมื่อใดเกิดโรคระบาดขึ้นก็จะมีการจัดตั้งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเพื่อระงับการระบาดขึ้นเป็นการชั่วคราว เมื่อโรคระบาดนั้นยุติลงไปก็ยุบสถานพยาบาลนั้นตามไปด้วย รัชกาลที่ 5 ได้ทรงจัดตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกขึ้นคือ “ศิริราชพยาบาล” เริ่มจัดสร้างในปี พ.ศ. 2429 โดยกรมหมื่นดำรงราชานุภาพเป็นผู้เสนอแนวคิดในการจัดสร้างโรงพยาบาลแก่รัชกาลที่ 5 และได้ทรงตั้งคณะกรรมการดำเนินการขึ้นคณะหนึ่งชื่อว่า “คอมมิตีจัดการโรงพยาบาล” มีพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมหมื่นศิริราชรังษาศาสตร์ เป็นองค์ประธาน คณะกรรมการได้ดำเนินการจัดสร้างโรงพยาบาลจนแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2431 และในปีเดียวกับที่ศิริราชพยาบาลจัดสร้างแล้วเสร็จ รัชกาลที่ 5 ได้ตั้ง “กรมพยาบาล” โดยให้สังกัดกระทรวงธรรมการ และให้พระเจ้าบรมวงศ์เธอพระองค์เจ้าศรีเสาวภาคย์ เป็นอธิบดีบังคับบัญชากรมพยาบาล โดยกรมพยาบาลนี้มีหน้าที่ในการควบคุมจัดการกิจการของศิริราชพยาบาล จัดการศึกษาวิชาแพทย์ รวมถึงควบคุมดูแลโรงพยาบาลอื่นนอกเหนือจากศิริราชพยาบาล (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 1-3) และจัดการปลูกฝีแก่ประชาชน นับเป็นการ “เริ่มศักราชใหม่ของการแพทย์และสาธารณสุขแผนปัจจุบันของไทย” (สำนักงานกลุ่มประกันสุขภาพ, 2552, น. 47; อำพล จินดาวัฒนะ และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2549, น. 4-54)

ดังที่กล่าวมาทำให้ “กรมพยาบาล” ในขณะนั้นมีหน้าเป็นองค์กรหลักในการดูแลจัดการเรื่องของการสาธารณสุขของไทยในยุคเริ่มแรก อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะอยู่ภายใต้กรอบความคิดการปฏิรูปและการพัฒนาไปสู่ความเป็นสมัยใหม่ของรัฐไทย แต่ในช่วงต้นของการปฏิรูปและจัดตั้งองค์กรทางการเพื่อบริหารรัฐตามแบบสมัยใหม่นี้ยังมีความไม่แน่นอนและยังไม่ลงตัวตัก ดังจะเห็นได้จากกรให้ยุบเลิกกรมพยาบาลลงไปในปี พ.ศ. 2448 ภายหลังจากก่อตั้งมาได้ 17 ปี โดยให้โรงพยาบาลที่สังกัดกรมพยาบาลไปสังกัดกระทรวงนครบาล ยกเว้นโรงพยาบาลศิริราชให้ย้ายไปสังกัดกับกรมศึกษาธิการ ก่อนที่กรมพยาบาลจะได้รับการตั้งขึ้นมาใหม่ในปีพ.ศ. 2455 และเปลี่ยนชื่อเป็น “กรมประชาภิบาล” ในปีพ.ศ. 2459 โดยสังกัดภายใต้กระทรวงมหาดไทยซึ่งทำให้เห็นถึงความสำคัญของการสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับความมั่นคงของการปกครองภายในรัฐ ทำให้กรมพยาบาลไม่สามารถแยกไปอยู่ได้อย่างเอกเทศ

โดยต่อมากรมประชาภิบาลหรือกรมพยาบาลจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น “กรมสาธารณสุข” ในวันที่ 27 พฤศจิกายน พ.ศ. 2461 (อำพล จินดาวัฒนะ และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล, 2549, น. 4-54) อย่างไรก็ตามกรมสาธารณสุขยังคงสังกัดอยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทยเช่นเดิม เนื่องจากการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนรวมถึงข้าราชการและชนชั้นนำ มีผลสำคัญต่อการรักษาความมั่นคงภายในของรัฐไทยและชนชั้นนำ ทั้งยังเป็นเครื่องมือให้รัฐไทยสามารถขยายอำนาจของของศูนย์กลางออกไปสู่หัวเมืองได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น ผ่านการกระจายกิจการสาธารณสุขของรัฐไปสู่พื้นที่หัวเมืองภายใต้การกำกับของกระทรวงมหาดไทย (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 136)

การขยายการดูแลรักษาของกรมสาธารณสุขได้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการขยายอำนาจการดูแลควบคุมพื้นที่ของกระทรวงมหาดไทย การขยายตัวนี้เกิดจากการต่อต้านของกลุ่มอำนาจเดิมในหัวเมือง ซึ่งได้ตั้งคำถามกับการรวมศูนย์อำนาจและทรัพยากรไว้ที่กรุงเทพฯ โดยที่ไม่ได้ก่อประโยชน์ให้แก่หัวเมืองแต่อย่างใด โดยรองกงสุลอังกฤษประจำจังหวัดน่านในปีพ.ศ. 2445 ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเหตุผลที่ชาวเมืองแพร่สนับสนุนการขบถของชาวนานต่อกรุงเทพฯ ว่าเกิดมาจากความไม่พอใจของชาวหัวเมือง ที่ภายหลังจากสถาปนาการปกครองแบบใหม่ที่รวมศูนย์อำนาจเข้าสู่ส่วนกลางแล้ว แต่กรุงเทพฯกลับไม่ได้มีการดำเนินงานใด ๆ ในด้านสาธารณูปโภคให้แก่หัวเมืองเลย ในขณะที่กรุงเทพฯรวบรวมทรัพยากรต่าง ๆ จากหัวเมืองเพื่อนำไปบำรุงส่วนกลาง จากปัญหาเหล่านี้ทำให้รัฐบาลส่วนกลางมีความพยายามในการควบคุมพื้นที่หัวเมืองผ่านการสาธารณสุข และการขยายการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชนภายในพื้นที่หัวเมืองสำคัญ เพื่อเพิ่มจำนวนประชากรของรัฐ ในฐานะเป็นปัจจัยสำคัญของการเพิ่มพลังในการผลิตและกำลังของกองทัพและลดความไม่พอใจที่หัวเมืองมีต่อกรุงเทพฯ ลง ดังจะเห็นได้จากการทดลองจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นเป็นครั้งแรกที่ตำบลท่าฉลอม สมุทรสาคร (พ.ศ. 2448) และได้ออก พระราชบัญญัติจัดการสุขาภิบาลหัวเมือง ร.ศ. 127 (พ.ศ. 2451)¹⁰ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 135-137) ในขณะเดียวกันรัฐ

¹⁰ ภายหลังจากการออกพระราชบัญญัติ ร.ศ. 127 ได้มีการจัดตั้งสุขาภิบาลขึ้นอีกหลายแห่ง เช่น สุขาภิบาลตำบลโพกลาง นครราชสีมา (พ.ศ. 2451), สุขาภิบาลเมืองจันทบุรี (พ.ศ. 2451), สุขาภิบาลเมืองสงขลา (พ.ศ. 2452),

ก็ได้ใช้กลไกนี้เพื่อให้ประโยชน์แก่ส่วนกลางในสองประการคือ สามารถสร้างกลไกการควบคุมดูแลพื้นที่และประชาชนในการปกครอง พร้อมไปกับการเพิ่มจำนวนประชากรเพื่อสามารถระดมเข้าสู่ส่วนกลางให้มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ยังมีการปรับปรุงองค์กรภายในกรมสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2468 โดยแบ่งส่วนราชการออกเป็น 6 กอง ได้แก่ กองประชากร กองสุขศึกษา กองสาธารณสุข กองยาเสพติดให้โทษ กองโอสถศาลารัฐบาล และกองสุขาภิบาล ในส่วนภูมิภาคมีผู้ตรวจการประจำภาคสาธารณสุขมณฑล สาธารณสุขจังหวัด แพทย์หลวงประจำพื้นที่ แพทย์สำรอง ผู้ตรวจการสุขาภิบาล ผู้ตรวจการปลูกข้าวพิษ แพทย์สุขาภิบาล และแพทย์ประจำตำบล อำนาจในการดูแลพื้นที่ทางด้านสุขภาพของกรมสาธารณสุขโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาคจึงเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงอำนาจในการควบคุมพื้นที่ทางด้านความมั่นคงของกระทรวงมหาดไทยควบคู่ไปด้วยกัน (อำพล จินดาวัฒนะ และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล, 2549, น. 4-54)

1.2.2) กำเนิดการสาธารณสุขชนบท

การสาธารณสุขชนบทในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์นั้นได้มีการเริ่มต้นขึ้นจากการริเริ่มให้จัดตั้ง “โอสถสภา¹¹” ของ สมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ ในปีพ.ศ. 2456 เพื่อให้เป็นสถานที่ทำงานของแพทย์ประจำหัวเมือง โดยให้แต่ละท้องถิ่นหาทุนเพื่อจัดตั้งโอสถสภาประจำท้องถิ่นนั้น ๆ การขยายงานระยะแรกได้ดำเนินไปอย่างเชื่องช้า โดยในปีพ.ศ. 2464 มีโอสถสภาทั้งสิ้น 43 แห่ง (กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 24)

ในขณะที่โรงพยาบาลหัวเมืองหรือโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้น มีแนวนโยบายในการจัดตั้งเช่นเดียวกับการจัดตั้งโอสถสภาหรือสถานีนอนามัย นั่นคือการเน้นให้ท้องถิ่นระดมทุนมาจัดตั้งและดำเนินการด้วยตนเอง ในระยะก่อนพ.ศ. 2475 โรงพยาบาลหัวเมืองต่าง ๆ ยังไม่ค่อยได้รับความนิยมนอกจากประชาชนต่างจังหวัดเท่าใดนัก เพราะราษฎรยังไม่รู้จัก

สุขาภิบาลเมืองชลบุรี (พ.ศ. 2452), สุขาภิบาลเมืองพิไชย (พ.ศ. 2453), สุขาภิบาลเมืองนครศรีธรรมราช (พ.ศ. 2453) เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการขยายกิจการออกไปโดยเน้นที่หัวเมืองใหญ่เป็นสำคัญ.

¹¹ โอสถสภานี้ต่อมาเรียกว่า “สุขศาลา” และได้วิวัฒนาการต่อมาเป็น “สถานีนอนามัย” ในปัจจุบัน (กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 24).

การแพทย์แผนปัจจุบันที่เป็นแบบตะวันตกเท่าใด จากสถิติของ กองแผนงานสาธารณสุข (2530, น. 24) ในปีพ.ศ. 2467 มีโรงพยาบาลประจำหัวเมืองจำนวน 10 แห่ง แต่มีผู้เข้ารับการรักษายังไม่ถึง 2,000 คน และมีอยู่สองแห่งที่ไม่มีประชาชนเข้าพักรักษาตัวเลย ซึ่งนอกจากสาเหตุของการไม่ได้รับความนิยมและความเข้าใจของประชาชนต่อการแพทย์สมัยใหม่ แบบตะวันตกยังไม่แพร่หลายนั้น เหตุปัจจัยสำคัญอีกประการที่ทำให้ประชาชนเข้ารับการ รักษาตัวในโรงพยาบาลประจำหัวเมือง หรือโรงพยาบาลจังหวัดน้อยนั้น มาจากสาเหตุของ ข้อจำกัดในการเดินทางที่ยากลำบาก การตัดถนน และการทำเส้นทางเดินทางในช่วงเวลานั้นยังจำกัดอยู่ในเส้นทางสำคัญที่ผ่านตัวเมือง ในขณะที่พื้นที่ส่วนใหญ่ยังคงเป็นป่าเขาซึ่งไม่มีการกระจายตัวของถนนและเส้นทางรถไฟมากนัก การเดินทางที่ยากลำบากเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลในตัวจังหวัดได้ โดยข้อมูลจากการ สัมภาษณ์อดีตแพทย์ชนบทสองท่านที่ได้เคยไปประจำในพื้นที่ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 2510 ซึ่งห่างจากช่วงเวลาของการก่อตั้งโรงพยาบาลประจำหัวเมืองในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ กว่า 40 ปี ต่างให้ข้อมูลตรงกันถึงความยากลำบากในการเดินทางของประชาชนในพื้นที่ ชนบทเพื่อมาเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพราะต้องผ่านทั้งพื้นที่ป่าเขาที่ รถยนต์ไม่สามารถเดินทางผ่านได้ ในขณะที่บางพื้นที่ในช่วงทศวรรษ 2510 นั้นทั้งอำเภอ มีรถยนต์ใช้ได้อยู่เพียง 2 คัน (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559) ยังไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางและระยะเวลาที่ยาวนานกว่าจะเดินทางมาถึงโรงพยาบาล “ชาวบ้านไม่ใช่ไม่ยอมมา แต่มาไม่ได้” (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

ฐานคิดหลักในด้านการสาธารณสุขไทยช่วงสมบูรณาญาสิทธิราชย์นี้ แม้จะเป็นแนวคิดที่อยู่ ภายใต้อำนาจความคิดเรื่องการปฏิรูป ที่ทำให้เกิดเปลี่ยนผ่านจากแพทย์แผนไทยมาสู่การแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีฐานจากการแพทย์ตะวันตก แต่กรอบคิดนี้ก็กรอบความคิดปฏิรูปที่อยู่ภายใต้ “ความมั่นคง แห่งรัฐ” (state security) “ผลประโยชน์แห่งชาติ” (national interest) และ “การรวมศูนย์อำนาจ” (centralization) ที่มีระบบราชการเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินนโยบายและจัดสรรทรัพยากรเป็น สำคัญ ทำให้ความคิดการปฏิรูปเป็นการขับเคลื่อนภายใต้โครงสร้างระบบรัฐรวมศูนย์อำนาจนิยม ทำให้ความมั่นคงแห่งรัฐ ผลประโยชน์แห่งชาติ และการรวมศูนย์อำนาจราชการ เป็นเงื่อนไขรากฐานของ

การเกิดการสาธารณสุขไทย ก่อนที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง พ.ศ. 2475 ดังจะอธิบายในส่วนต่อไป

2. การสาธารณสุขในยุคคณะราษฎร

ผลจากการปฏิรูปการปกครองของขบวนการเคลื่อนไหวที่มีรัชกาลที่ 5 เป็นผู้นำได้ทำให้เกิดโครงสร้างทางอำนาจของรัฐแบบใหม่ที่มีพลังแทนที่ระบบความสัมพันธ์ทางอำนาจแบบเก่าลงไป โครงสร้างนี้คือโครงสร้างของ “ระบบราชการ” โดยปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพลังใหม่นี้ขึ้นมา คือ การพัฒนาและผลิตทรัพยากรมนุษย์ผ่านการให้การศึกษาสมัยใหม่ (Wyatt, 1969) เพื่อผลิตข้าราชการเข้ามาเป็นกำลังคนให้แก่โครงสร้างทางอำนาจใหม่นี้ โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาตามแบบสมัยใหม่ที่เริ่มต้นขึ้นตั้งแต่ในรัชสมัยรัชกาลที่ 5 นี้ได้เข้ามามีอำนาจหน้าที่ในระบบราชการและเติบโตขึ้นมาตามลำดับ โดยมีเชื้อพระวงศ์และข้าราชการชั้นสูงที่ได้รับความไว้วางใจจากพระมหากษัตริย์เป็นผู้ควบคุมสั่งการในระดับสูงสุด

อย่างไรก็ดีการปฏิรูปของรัชกาลที่ 5 ที่นำรัฐไทยเข้าสู่ความเป็นสมัยใหม่นั้นก็มีลักษณะของความขัดแย้งในตนเองอย่างถึงราก (fundamental dilemma) โดยในทางหนึ่งการที่จะทำให้การปฏิรูปสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลาง (centralization of power) ซึ่งก็คือ สถาบันพระมหากษัตริย์ แต่ในทางกลับกันการรวมอำนาจเข้าสู่ส่วนกลางนี้ก็ทำให้แทบจะเป็นไปไม่ได้เลยที่จะขยายหรือกระจายอำนาจและทรัพยากรจากสังคมนเมืองแบบเก่า (traditional polity) ไปสู่กลุ่มพลังใหม่ทางสังคมที่ถูกสร้างขึ้นมาจากความเป็นสมัยใหม่ที่เกิดจากการปฏิรูป (Huntington, 2006, p. 177) โดยกลุ่มพลังใหม่ที่เกิดขึ้นมานี้คือกลุ่มพลังของข้าราชการ ที่ไม่ได้มีเชื้อสายหรือเป็นสมาชิกเชื้อพระวงศ์ และมีลักษณะเป็นชนชั้นกลางปัญญาชน (the middle class intelligentsia) (Huntington, 2006, p. 189) ที่รวมถึงชนชั้นกลางที่ได้รับการศึกษาตามแบบสมัยใหม่ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการด้วย และพลังของข้าราชการนี้เองที่จะเป็นกลุ่มพลังท้าทายสถาบันพระมหากษัตริย์ต่อไป (Mead, 2004, pp. 93-125; คริส เบเคอร์ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2557, น. 166, 175-184)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอำนาจของรัฐจากการปฏิรูประบบราชการและการขยายตัวของการศึกษาสมัยใหม่ ได้ทำให้ความสัมพันธ์ทางอำนาจแบบเดิมเปลี่ยนแปลงไป จากเครือข่าย

ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นผ่านการอุปถัมภ์จากขุนนางหรือเจ้านาย กลายเป็นระบบการคัดเลือกคนผ่านการได้รับการศึกษาเพื่อเข้ามาทำงานในโครงสร้างระบบราชการ การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้เครือข่ายความสัมพันธ์ทางอำนาจและการเมืองเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ข้าราชการจะมีความสัมพันธ์กับเจ้านายหรือพระมหากษัตริย์อย่างมากผ่านการได้รับการอุปถัมภ์โดยตรง ทำให้เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและการเมืองอย่างรุนแรง พลังใหม่ที่เคยค้ำจุนระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์จึงกลับกลายเป็นพลังทำลายความมั่นคงของระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์เสียเอง ความเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการเติบโตและแพร่กระจายของ “อุดมการณ์ชาตินิยม” (nationalism) และ “แนวคิดประชาธิปไตย” (democracy) ในหมู่ชนชั้นกลางระดับบนของโครงสร้างระบบราชการ ที่ไม่ได้มีภูมิกำเนิดจากชนชั้นสูงในระบบความสัมพันธ์แบบเก่าที่มีอุดมการณ์ยึดถือพระมหากษัตริย์เป็นศูนย์กลางของความเป็นชาติ ซึ่งแม้ว่ารัชกาลที่ 6 ทรงพยายามสร้างอุดมการณ์ชาตินิยมนี้ขึ้นมาเช่นกัน แต่อุดมการณ์ชาตินิยมของพระองค์ที่มีหลักการสำคัญคือ “ชาติ ศาสน์ กษัตริย์” (Mead, 2004, p. 135) กลับไม่สามารถสร้างการยอมรับที่เพียงพอต่อกลุ่มพลังข้าราชการที่เป็นพลังใหม่ที่มีความคิดเรื่องชาตินิยมที่แตกต่างออกไปจากพระองค์¹² และต้องการให้สถาบันพระมหากษัตริย์อยู่ใต้รัฐธรรมนูญ การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางการสาธารณสุขในช่วงนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นได้แก่ การเกิดขึ้นของแนวคิดทำลาย (ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม และ ชาตินิยม) ต่อระบอบการปกครองที่ดำเนินมาตั้งแต่ยุครัชกาลที่ 5 จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุขไทยจนเกิดการก่อตั้ง กระทรวงสาธารณสุขขึ้นมา ซึ่งเป็นการแยกอำนาจหน้าที่ทางสาธารณสุขออกจากการควบคุมของกระทรวงมหาดไทย

โดยในหัวข้อแรกจะเป็นการพิจารณาพลวัตของการเคลื่อนไหวเพื่อทำลายระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ในฐานะที่เป็นผู้กำหนดกรอบความคิดหลัก จนถึงความเสื่อมสลายลงของตัวระบอบ ที่จะส่งผลต่อไปยังหัวข้อที่สองคือการเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุขในยุคหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง

¹² การต่อสู้ทางความคิดและกรอบความคิดชาตินิยมในการเมืองไทยนั้นมีหลากหลายชุดทางความคิด เนื่องจากกลุ่มพลังทางการเมืองแต่ละกลุ่มต่างก็พยายามสร้างชุดความคิดชาตินิยมของตนเองขึ้นมา เพื่อช่วงชิงการได้รับการยอมรับสนับสนุนจากกลุ่มพลังอื่น ๆ (คริส เบเคอร์ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2557, น. 169-216).

2.1) ขบวนการเคลื่อนไหวที่มีกรอบความคิดท้าทาย : ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม และชาตินิยม

ดังที่ได้กล่าวมาขบวนการปฏิรูปที่นำโดยรัชกาลที่ 5 ได้ทำการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมืองขนานใหญ่ ภายใต้กรอบความคิดหลักของความมั่นคงและผลประโยชน์แห่งชาติ ที่มีสถาบันพระมหากษัตริย์และเครือข่ายชนชั้นนำเป็นศูนย์กลาง อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวนี้ไม่ได้เป็นไปอย่างไร้การถูกท้าทายทางความคิด โดยเฉพาะการท้าทายจากกรอบความคิด รัฐธรรมนูญนิยม ประชาธิปไตย และชาตินิยม¹³ ที่กลายเป็นภัยคุกคามและท้าทายความมั่นคงของกรอบความคิดหลักเดิม ซึ่งได้นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 อย่างไรก็ตามการท้าทายนี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันใด แต่ได้มีการก่อตัวทางความคิด มีพลวัตสะสมพลังและการสนับสนุนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งได้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางสาธารณสุขของไทยอย่างสำคัญ

ปรากฏการณ์ส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงกรอบความคิดที่ท้าทายกรอบความคิดหลักได้เริ่มต้นจาก “คำกราบบังคมทูลความเห็นจัดการเปลี่ยนแปลงราชการแผ่นดิน ร.ศ.103” (พ.ศ. 2428) ที่เจ้านายเชื้อพระวงศ์และข้าราชการกลุ่มหนึ่งได้ร่วมกันร่างหนังสือและลงชื่อถวายต่อรัชกาลที่ 5 เพื่อให้มีการปฏิรูปการบริหารตามแบบอย่างชาติตะวันตกเพื่อป้องกัน “ภัยอันตราย” ที่จะเกิดขึ้นแก่ชาติ เช่นการจัดให้มีสภาและคณะรัฐบาลเพื่อให้บริหารราชการแผ่นดินแทนพระมหากษัตริย์ตามชาติตะวันตก (ชัยอนันต์ สมุทวณิช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2532, น. 40) ซึ่งรัชกาลที่ 5 ได้ทรงแสดงความคิดเห็นตอบชี้แจงและปฏิเสธความคิดเหล่านี้ (ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2523, น. 26-31; ชัยอนันต์ สมุทวณิช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2532, น. 62-66) ในรัชกาลที่ 6 ก็มีการตอบโต้ทางหนังสือพิมพ์ระหว่างนักหนังสือพิมพ์และรัชกาลที่ 6 ในเรื่องของการเมืองการปกครองและประชาธิปไตย (พรรรัตน์ ทองพูล, 2545; วัลย์ลีลา อังสกุล, 2540) และเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดความรุนแรงในความพยายามก่อการปฏิวัติของคณะนายทหารในเหตุการณ์ ร.ศ.130 ที่มีรากฐานความขัดแย้งจากความเชื่อและกรอบความคิดที่แตกต่างกัน (Mead, 2004, pp. 154-178; คริส เบเคอร์ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร,

¹³ งานวิจัยชิ้นนี้การศึกษาผ่านแนวคิดกระบวนการสร้างกรอบความคิด (framing process) จึงไม่ได้มุ่งศึกษาว่า อะไรคือประชาธิปไตย? อะไรคือรัฐธรรมนูญนิยม? อะไรคือชาตินิยม? แต่เป็นการศึกษาว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคมกลุ่มต่าง ๆ นั้น สร้างและใช้แนวความคิดเหล่านี้อย่างไรในการระดมทรัพยากรเพื่อสร้างความชอบธรรมและการสนับสนุนขบวนการเคลื่อนไหวของตนในการที่จะบรรลุจุดมุ่งหมายของขบวนการ.

2557, น. 171-172, 175, 184-186; ฌ็อง-โพล ใจจริง, 2556) การก่อตัวของกรอบความคิดท้าทายนี้ ได้มีการปะทะกับกรอบความคิดหลักในขณะนั้นอย่างแหลมคม เป็นการต่อสู้กันระหว่างกรอบความคิดในการสร้างความชอบธรรมและแสวงหาการสนับสนุนจากกลุ่มพลังอื่น ๆ ในสังคมการเมือง

หากพิจารณาพลังท้าทายที่เกิดขึ้นมาในช่วงเวลานี้ จะเห็นได้ว่ามีศูนย์กลางอยู่ที่พลังภายในระบบราชการ (ลิซิต ซีเรเวคิน, 2554, น. 131) ที่ต้องการทำการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจอีกครั้ง จนพัฒนาไปสู่การเป็นขบวนการปฏิวัติ (revolutionary movement) ของ “คณะราษฎร” ในรัชกาลที่ 7 ที่พยายามสร้างระบอบ “รัฐธรรมนูญนิยม” ที่สถาบันกษัตริย์อยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญขึ้นมาแทนที่ระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ อย่างไรก็ตามกลไกสำคัญของขบวนการเคลื่อนไหวนี้ ยังคงเป็นการระดมผ่านโครงสร้างของระบบราชการที่ดำเนินและเติบโตมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่รัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา

ในขณะที่สำนักทางการเมืองมีความเปลี่ยนแปลงไปในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นจากสาเหตุหลายประการ เช่น การขยายตัวของการศึกษา การที่มีผู้ไปศึกษาต่างประเทศและรับเอาแนวคิดทางการเมืองจากตะวันตกมากขึ้น การขยายตัวของสื่อมวลชนและการแสดงออกซึ่งความคิดอย่างเสรีในบรรยากาศที่เปิดกว้างในสมัยรัชกาลที่ 6 รวมถึงนโยบายการสร้างความรู้สึกราชาชาตินิยมโดยไม่ได้ให้ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการปกครองอย่างแท้จริง มีผลให้เกิดความบ่นป่วนใจ (frustration) มากขึ้นในหมู่ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียนนอกที่ได้มีโอกาสไปศึกษาต่างประเทศ ตะวันตกและกลับมารับราชการ รวมถึงอิทธิพลที่ได้รับจากเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในญี่ปุ่น จีน รัสเซีย ได้มีส่วนเร่งสร้างสำนักทางการเมืองที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองมากยิ่งขึ้น (ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2523, น. 186) ซึ่งจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้กรอบความคิดหลักในด้านความมั่นคงของรัฐและผลประโยชน์แห่งชาติในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ที่มีพระมหากษัตริย์เป็นศูนย์กลางเสื่อมถอย (decline) พลังในการดึงดูดทรัพยากรและการรวบรวมพลังในการจัดตั้งพลังสนับสนุนจากกลุ่มพลังที่สำคัญในกลไกของรัฐและสังคมลง โดยเฉพาะไม่สามารถสร้างการยอมรับความชอบธรรมจากกลุ่มผู้นำและกลุ่มผู้นำในอนาคตซึ่งเป็นคนกลุ่มน้อยในระบบราชการและผู้มีการศึกษาสูงในเขตเมืองหลวง นำไปสู่การเผชิญกับวิกฤติความชอบธรรม (legitimacy) เนื่องจากความล้มเหลวในการปรับตัวและการปรับกรอบความคิด (frame transformation) ที่จะสามารถฟื้นฟูและระดมทรัพยากรในการรักษาการสนับสนุนระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์จากกลุ่มพลังอื่น ๆ ได้

โดยเฉพาะชนชั้นนำใหม่ในระบอบราชาการ (Mead, 2004, p. 93; ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2523, น. 168-189) จากความเสื่อมถอยเหล่านี้เองทำให้เกิดการจัดตั้งขบวนการคณะราษฎรเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงการปกครองภายใต้กรอบความคิดหลักชุดใหม่ในพ.ศ. 2475

กรอบความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น (ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม ชาตินิยม) ทำทลายกรอบความคิดเก่าที่ความมั่นคงและผลประโยชน์ของชาติผูกติดอยู่กับความมั่นคงของสถาบันกษัตริย์ กลับมีพลังในการดึงดูดทรัพยากร (mobilized) และสามารถส่งผลสะท้อน (resonance) (Snow & Benford, 1992, p. 140) มากกว่า โดยกรอบความคิดใหม่อย่าง ชาตินิยม (nationalism) ประชาธิปไตย (democracy) และรัฐธรรมนูญนิยม (constitutionalism) (หรือ ระบอบรัฐธรรมนูญ) ได้เติบโตขึ้นมาทำทลายและสามารถโค่นล้มกรอบความคิดความมั่นคงและผลประโยชน์แห่งชาติของระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ลงไปได้ กรอบความคิดหลักอย่างชาตินิยม ประชาธิปไตย และรัฐธรรมนูญนิยมนี้แสดงให้เห็นถึงมโนทัศน์และความเข้าใจต่อความหมายของความมั่นคงของชาติที่แตกต่างออกไปจากมโนทัศน์และความเข้าใจภายใต้กรอบความคิดเดิม ความมั่นคงของชาติได้เปลี่ยนผ่านจากความมั่นคงของพระมหากษัตริย์และระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์มาอยู่ที่ระบบราชาการและประชาชนที่จะเป็นสิ่งที่ค้ำจุนความมั่นคงและผลประโยชน์แห่งชาติ¹⁴ (อรุณจักร สัตยานุรักษ์, 2555, น. 281-310) โดยความเปลี่ยนแปลงของกรอบความคิดนี้ได้ส่งผลสะท้อนอย่างสำคัญไปสู่นโยบายต่าง ๆ ของรัฐรวมถึงนโยบายด้านการสาธารณสุขอย่างสำคัญ ดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

2.2) ความเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุขไทยหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475

การสาธารณสุขของไทยหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 มีความเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง โดยช่วงแรกอยู่ในช่วง 10 ปีแรกภายหลังการเปลี่ยนแปลงการ

¹⁴ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเปลี่ยนแปลงของกรอบความคิด (framing) ในการอธิบาย ในขณะที่งานของ อรุณจักร สัตยานุรักษ์ (2555) ใช้แนวคิด “สำนักทางประวัติศาสตร์” และ ชัยอนันต์ สมุทวณิช (2523) ใช้แนวคิด “สำนักทางการเมือง” ในการอธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของความคิดทางการเมืองในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ซึ่งแนวคิดของผู้วิจัยแตกต่างจากแนวคิดของงานทั้งสองชิ้นที่กล่าวมา เนื่องจากการใช้แนวคิดกรอบความคิดในการอธิบายนั้น ไม่ได้ดูเพียงการอธิบายว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวมีความเข้าใจหรือมีอุดมการณ์ทางการเมืองอย่างไร แต่ต้องการอธิบายและทำความเข้าใจว่าผู้ที่เคลื่อนไหวอยู่นั้น ได้ทำการสร้างกรอบความคิดอะไรขึ้นมาและใช้มันอย่างไร เพื่อทำให้เกิดการระดมทรัพยากรและระดมการสนับสนุนขบวนการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้อย่างเป็นผลสำเร็จ.

ปกรอง 2475 ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกระจายทรัพยากรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขออกไปยังพื้นที่ชนบทมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่เน้นให้ความสำคัญเฉพาะหัวเมืองใหญ่ อย่างไรก็ตามในช่วง 10 ปีแรกนี้อำนาจในการดูแลสุขภาพยังคงอยู่ในกระทรวงมหาดไทย ในขณะที่**ช่วงที่สอง**เกิดขึ้นภายหลังมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นมาในปี พ.ศ. 2485 ซึ่งทำให้การสาธารณสุขออกจากร่มเงาการควบคุมของกระทรวงมหาดไทย และมีอำนาจในการควบคุมจัดสรรทรัพยากร รวมถึงการกำหนดนโยบายของตนได้อย่างเป็นอิสระ

ช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นใน 10 ปีแรกหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองนั้น (พ.ศ.2475 - พ.ศ.2485) กรมสาธารณสุขยังคงอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย กรอบความคิดหลักใหม่ได้แก่ ชาตินิยม รัฐธรรมนูญนิยม และประชาธิปไตย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญ โดยทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรออกไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัดมากขึ้นกว่าในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ แม้ว่าอำนาจในการสั่งการควบคุมและออกนโยบายยังคงรวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางของระบบราชการ โดยมีการขยายงานเทศบาลและจัดตั้งโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาค และมีการขยายงานและโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขออกไปสู่พื้นที่ชนบทเพิ่มมากขึ้น (กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 24)

กรอบความคิดใหม่ของรัฐบาลคณะราษฎรมีผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงการกระจายทรัพยากร และรูปแบบของการระดมทรัพยากรในการสนับสนุนการสาธารณสุขของไทย ดังจะเห็นได้จากการสาธารณสุขในยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์ที่ให้ความสำคัญกับส่วนกลางและหัวเมืองใหญ่ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองภายใต้กรอบความคิดหลักใหม่ของขบวนการปฏิวัติ คณะราษฎรได้ใช้กรอบความคิดใหม่ในการระดมการสนับสนุนจากภาคส่วนหรือกลุ่มพลังอำนาจอื่น ๆ เพื่อสร้างความชอบธรรม รักษาความมั่นคง และเสถียรภาพของการสนับสนุนระบอบการปกครองใหม่ที่ดำเนินการโดยขบวนการปฏิวัติ

สิ่งที่แสดงถึงกรอบความคิดหลักที่เปลี่ยนแปลงไปจะเห็นได้จากหลัก 6 ประการของคณะราษฎรที่ประกาศไว้¹⁵ โดยหลักที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางสาธารณสุขคือหลักที่

¹⁵ หลัก 6 ประการที่คณะราษฎรได้ประกาศไว้มีดังนี้ 1. จะต้องรักษาความเป็นเอกราชทั้งหลาย เช่นเอกราชในทางการเมือง การศาล ในทางเศรษฐกิจ ฯลฯ ของประเทศไว้ให้มั่นคง 2. จะต้องรักษาความปลอดภัยภายในประเทศ ให้การประทุษร้ายต่อกันลดน้อยลงให้มาก 3. ต้องบำรุงความสุขสมบูรณ์ของราษฎรในทางเศรษฐกิจ

กล่าวถึง “ความเสมอภาคของบุคคล” โดยเฉพาะการกระจายทรัพยากรในด้านสาธารณสุข ไปสู่พื้นที่ชนบทมากยิ่งขึ้นกว่าช่วงของสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ที่มีความพยายามกระทำเช่นเดียวกันแต่ไม่ได้รับการผลักดันมากเท่ากับช่วงหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทางสาธารณสุขในช่วงแรกของการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เริ่มต้นจากกระทรวงมหาดไทยได้สั่งการให้กรมสาธารณสุขจัดทำโครงการสร้างโรงพยาบาลขึ้นเพื่อให้มีทั้งถึงในทุกจังหวัด ประเด็นที่น่าสนใจคือ ได้มีการให้ดำเนินการสร้างโรงพยาบาลขึ้นตามจังหวัดชายแดนก่อนโดยอ้างว่าเพื่อ “เกียรติภูมิของชาติ” หรือ เป็น “ธง” ของชาติ มีการสร้างโรงพยาบาลตามชายแดนด้านตะวันออกเฉียงเหนือของไทยติดต่อกับลาวตามลำน้ำโขง จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดนครพนม จังหวัดหนองคาย และจังหวัดเชียงราย โดยเป็นงบประมาณของรัฐและระดมเงินเรียไรรจากประชาชนในพื้นที่ ซึ่งได้รับการกล่าวว่าเป็นการ “อวดธง” แก่ประชาชนในประเทศเพื่อนบ้านที่เป็นอาณานิคมของชาติตะวันตก (เสม พริ้งพวงแก้ว, 2554, น. 97; ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 238; วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 12) ซึ่งทำให้เห็นถึงความพยายามอย่างชัดเจนของรัฐบาลในการสร้างความรู้สึก “ชาตินิยม” ให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชน เพื่อให้เกิดการยอมรับและระดมการสนับสนุนรัฐบาลจากประชาชน และอาจกล่าวได้ว่าการขยายตัวของการสร้างโรงพยาบาลและหน่วยสาธารณสุขในพื้นที่ต่างจังหวัดของรัฐบาลคณะราษฎรนี้ นอกจากจะเป็นการทำภายใต้กรอบความคิดหลักของตนแล้วยังเป็นยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการสร้างและระดมการสนับสนุนจากประชาชนในพื้นที่ชนบทอีกด้วย เพราะการที่ประชาชนในพื้นที่ต่างจังหวัดสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขที่เกิดขึ้นใหม่ในยุคหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง ย่อมเป็นการประชาสัมพันธ์ที่ดีที่สุดต่อการทำให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างการดูแลทางสาธารณสุขต่อประชาชนในยุคคณะราษฎรกับยุคสมบูรณาญาสิทธิราชย์

2.2.1) การจัดตั้งเทศบาล และคณะกรรมการอนามัย

ความเปลี่ยนแปลงทางสาธารณสุขหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เป็นไปตามเป้าหมายสำคัญในการกระจายอำนาจและทรัพยากรออกไปจากส่วนกลางเพิ่มมากขึ้น และ

โดยรัฐบาลใหม่จะจัดหางานให้ราษฎรทุกคนทำ จะวางโครงการเศรษฐกิจแห่งชาติ ไม่ปล่อยให้ราษฎรอดอยาก 4. จะต้องให้ราษฎรมีสิทธิเสมอภาคกัน (ไม่ใช่พวกเจ้ามีสิทธิยิ่งกว่าราษฎรเช่นที่เป็นอยู่) 5. จะต้องให้ราษฎรได้มีเสรีภาพ มีความเป็นอิสระ เมื่อเสรีภาพนี้ไม่ขัดกับหลัก 5 ประการดังกล่าวข้างต้น 6. จะต้องให้การศึกษาเต็มที่แก่ราษฎร (ช้อยอนันต์ สมุทวณิช และ ชัตติยา กรรณสูตร, 2532, น. 169).

สนับสนุนระบอบการปกครองตนเองของท้องถิ่นเพื่อฝึกฝนให้ประชาชนรู้จักระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย โดยในปีพ.ศ. 2476 ด้วยการผลักดันของปรีดี พนมยงค์ และ มจ.สกลวรรณกร วรวรรณ พระราชบัญญัติจัดระเบียบเทศบาล พ.ศ. 2476 ได้ถูกประกาศใช้ (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 172) เพื่อให้มีการจัดตั้งเทศบาล¹⁶ขึ้นมาเป็นองค์กรในการปกครองท้องถิ่น โดยประชาชนในเขตเทศบาลเป็นผู้เลือกสมาชิกสภาเทศบาล ต่อจากนั้น สมาชิกสภาเทศบาลซึ่งรวมกันเป็นสภาเทศบาลใช้เสียงข้างมากเลือกนายกเทศมนตรีและเทศมนตรี ซึ่งเป็นการเลือกผู้บริหารโดยอ้อม และมีลักษณะเดียวกับโครงสร้างของระบบรัฐสภาที่สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเลือกนายกรัฐมนตรี การออกพระราชบัญญัตินี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามของรัฐบาลคณะราษฎรที่ต้องการกระจายอำนาจไปสู่การปกครองท้องถิ่น เพื่อเสริมความแข็งแกร่งและมั่นคงให้แก่ระบอบประชาธิปไตย (ธเนศวร์ เจริญเมือง, 2550, น. 118-119)

เทศบาลที่เกิดขึ้นใหม่นี้มีหน้าที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือ เทศบาลมีหน้าที่ในการดูแลความปลอดภัยและการสาธารณสุขของประชาชน และประการที่สอง เทศบาลเป็นองค์กรที่มีหน้าที่ช่วยเผยแพร่รูปแบบการปกครองใหม่ที่เรียกว่าระบอบรัฐธรรมนูญนี้แก่ประชาชน ซึ่งเทศบาลนี้เป็นหนึ่งในหลาย ๆ ยุทธวิธีของการแพร่กระจายความเข้าใจและระดมการสนับสนุนต่อระบอบการปกครองใหม่ของขบวนการคณะราษฎร (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 172; บัณฑิต จันทรโรจนกิจ, 2549, น. 139-164) จากพระราชบัญญัตินี้ทำให้เทศบาลกลายเป็นหน่วยงานการปกครองท้องถิ่นที่สำคัญ ในการดูแลความปลอดภัยและสุขภาพของประชาชน ควบคู่ไปกับระดมการสนับสนุนรัฐบาลที่เริ่มกระจายอำนาจในการปกครองท้องถิ่นไปสู่ประชาชนมากยิ่งขึ้น

¹⁶ เทศบาลมีความแตกต่างจากหน่วยงานปกครองท้องถิ่นในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ ที่ใช้ “สุขาภิบาล” ที่ก่อตั้งขึ้นมาในปีพ.ศ. 2440 ในการปกครองท้องถิ่น เนื่องจากสุขาภิบาลนั้นมีกรรมการสุขาภิบาลหลายตำแหน่งที่มาจากการแต่งตั้งของรัฐบาลและเป็นข้าราชการ ไม่ได้มาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่น ทำให้สุขาภิบาลเป็นเพียงกลไกการปกครองท้องถิ่นของส่วนกลางมากกว่าจะเป็นการปกครองโดยประชาชนในท้องถิ่นเอง (ธเนศวร์ เจริญเมือง, 2550, น. 118).

อย่างไรก็ตามเมื่อออกพระราชบัญญัติตั้งเทศบาลแล้ว จะพบว่ารัฐบาลได้ตระหนักถึงความไม่พร้อมของแต่ละพื้นที่ในการจัดตั้งเทศบาลขึ้น จึงได้ประกาศรับสมัครและจัดส่งกำลังคนที่มีความรู้ทางด้านรัฐศาสตร์และกฎหมายจากผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง เนติบัณฑิต หรือสำเร็จการศึกษาจากคณะนิติศาสตร์และรัฐศาสตร์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เข้าอบรมเป็น “ที่ปรึกษาการเทศบาล” โดยมอบหมายให้กระทรวงมหาดไทยเป็นผู้ดำเนินการในการจัดอบรม เพื่อให้ออกไปทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของเทศบาลและช่วยในการจัดตั้งเทศบาลขึ้น (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 172-173) สำหรับรัฐบาลและขบวนการปฏิวัติ การจัดตั้งเทศบาลเป็นยุทธศาสตร์ในการสร้างแนวร่วมและความชอบธรรมจากกลุ่มพลังในพื้นที่ต่างจังหวัดและประชาชน โดยการกระจายอำนาจให้แก่ประชาชนในพื้นที่เพื่อที่จะสร้างเครือข่ายทางการเมืองใหม่ขึ้นมาแทนที่เครือข่ายทางการเมืองเดิมจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ และเพื่อเผยแพร่กรอบความคิดใหม่ “ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม ชาตินิยม” ออกไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัดและชนบท ผ่านผู้ที่กระทรวงมหาดไทยส่งไปเป็นที่ปรึกษาในการจัดตั้งเทศบาล และจัดให้มีการเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาลขึ้นมาเพื่อให้มีอำนาจหน้าที่ในการดูแลจัดการพื้นที่ของตนเอง โดยมุ่งหวังว่าเครือข่ายทางการเมืองใหม่นี้จะเป็นพันธมิตรกับขบวนการปฏิวัติและรัฐบาลคณะราษฎร เพื่อช่วยค้ำยันและสนับสนุนระบอบการปกครองใหม่นี้ให้มั่นคงต่อไป

สิ่งที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งในทางสาธารณสุขหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 นั้นคือโครงการที่เรียกว่า “โครงการรัฐเวชกรรม”¹⁷ ที่ได้ถูกเสนอเป็นครั้งแรกในการบรรยายอบรมที่ปรึกษาเทศบาลเรื่อง “การสาธารณสุขและสาธารณสุขการ” ที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และการเมือง เมื่อ พ.ศ. 2477 โดยมีข้อเสนอที่สำคัญคือการกระจายอำนาจในการดูแลสุขภาพและสาธารณสุขออกจากส่วนกลางไปสู่พื้นที่ชนบทให้มากยิ่งขึ้น ต่อมาแนวความคิดโครงการรัฐเวชกรรมนี้ได้นำไปสู่การก่อกำเนิดโครงการอนามัยหัวเมือง ในปีพ.ศ. 2478 โดย

¹⁷ ทวีศักดิ์ เผือกสม (2550, น. 174-175) ได้อธิบายความหมายของ “รัฐเวชกรรม” ไว้ว่า “เป็นแนวคิดในการสร้างรัฐที่มีกลไกทางการแพทย์เพื่อสอดส่องเรือนร่างของพลเมือง โดยความคิดที่อยู่เบื้องหลังโครงการรัฐเวชกรรมนั้นมีเป้าหมายหลักอยู่ที่ความต้องการสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อควบคุมเรือนร่างของพลเมืองให้สยบอยู่ภายใต้อำนาจของความรู้ทางการแพทย์ เพื่อแปรให้ร่างกายของพลเมืองกลายเป็นพลังการผลิตที่มีประสิทธิภาพสูงสุดตามเหตุผลของระบบทุน”.

โครงการอนามัยหัวเมืองนี้คือ การกำหนดให้ทุกจังหวัดมี “คณะกรรมการอนามัย” เพื่อช่วยเหลือกรรมการจังหวัดในการส่งเสริมและประสานการแพทย์และการสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด เพื่อเป็นการขยายความรู้ทางการแพทย์ไปสู่พื้นที่ต่างจังหวัดให้มากที่สุดจากเดิมที่มักกระจุกตัวอยู่ที่หัวเมืองที่มีความสำคัญเท่านั้น โดยใช้โรงพยาบาลเป็นกลไกที่สำคัญในการขยายตัวของโครงการอนามัยหัวเมือง มีการกำหนดให้มีหน่วยงานอนามัย 6 ประเภทในจังหวัดต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลชั้นที่ 1 โรงพยาบาลชั้นที่ 2 โรงพยาบาลชั้นที่ 3 สุขศาลาชั้นที่ 1 สุขศาลาชั้นที่ 2 และหน่วยอนามัยพื้นที่¹⁸ (ทวิศศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 174-175) สาเหตุที่มีการกำหนดและแบ่งประเภทหน่วยงานอนามัยออกเป็น 6 ประเภทนั้นเนื่องจากในแต่ละพื้นที่มีทรัพยากรเหลื่อมล้ำไม่เท่ากัน และในขณะนั้นรัฐยังไม่สามารถจัดสร้างโรงพยาบาลพร้อมส่งแพทย์และบุคลากรไปประจำได้ในทุกจังหวัด จึงจัดให้แต่ละพื้นที่มีหน่วยงานอนามัยเท่าที่ทรัพยากรและความพร้อมของตนจะเอื้ออำนวย โดยในช่วงแรกนั้นมีการสนับสนุนให้จัดสร้างสุขศาลาชั้น 2 ขึ้นมาโดยรัฐบาลกำหนดค่าก่อสร้างไว้แห่งละ 2,500 บาท

¹⁸ หน่วยงานอนามัยแต่ละประเภทนั้นแสดงถึงจำนวนของทรัพยากรที่แต่ละพื้นที่มี โดยความแตกต่างของโรงพยาบาลชั้น 1 ชั้นที่ 2 และชั้นที่ 3 นั้นอยู่ที่ “จำนวนเตียง” ที่มีมากน้อยแตกต่างกันตามลำดับซึ่งรวมถึงความแตกต่างในทรัพยากรในทุกด้านด้วย เช่นเดียวกับสุขศาลาชั้นที่ 1 กับชั้นที่ 2 โดยโรงพยาบาลชั้นที่ 1 นั้นคือโรงพยาบาลที่มีเตียงประมาณ 200 เตียง มีแพทย์ประจำ 8 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาล 40 คน และถูกกำหนดให้ทำหน้าที่เป็น โรงเรียนอบรมผู้ช่วยแพทย์ อนามัย พยาบาลและสารวัตรสุขาภิบาล **โรงพยาบาลชั้นที่ 2** นั้นมีเตียงอยู่ที่ประมาณ 100 เตียง มีแพทย์ 4 คน เภสัชกร 1 คนและพยาบาล 20 คน โดยตั้งขึ้นในจังหวัดห่างไกลหรือที่ทางคมนาคมติดต่อกับโรงพยาบาลชั้นที่ 1 ไม่สะดวก และตั้งอยู่ในย่านกลางระหว่างจังหวัดใกล้เคียงที่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 3 ในขณะที่**โรงพยาบาลชั้นที่ 3** นั้นตั้งอยู่ในเมืองที่ไม่มีโรงพยาบาลชั้นที่ 1 หรือชั้นที่ 2 มีเตียงประมาณ 50 เตียง มีแพทย์ 3 คน ไม่มีเภสัชกร และมีพยาบาล 10 คน **สุขศาลาชั้นที่ 1** หรือสถานพยาบาล ตั้งอยู่ในท้องที่ซึ่งห่างไกลจากโรงพยาบาล เช่นในอำเภอ กิ่งอำเภอและตามตำบล โดยมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน อนามัยพยาบาล 2 คน สารวัตรสุขาภิบาล 2 คน **สุขศาลาชั้นที่ 2** ตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งไม่มีสุขศาลาชั้นที่ 1 โดยให้อยู่ในความดูแลควบคุมของสุขศาลาชั้นที่ 1 และให้มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อยคือผู้ช่วยแพทย์ 1 คน อนามัยพยาบาล 1 คน สารวัตรสุขาภิบาล 1 คน ในขณะที่พื้นที่ที่ไม่สามารถตั้งสถานอนามัยได้ทั่วถึงจะจัดให้มี**หน่วยอนามัยเคลื่อนที่**เข้าไปทำการดูแลทางด้านสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล (ทวิศศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 237-238).

แต่รัฐบาลสามารถออกให้ได้เพียงครั้งเดียว ส่วนอีกครั้งหนึ่งรัฐบาลมอบหมายให้ท้องที่เป็นผู้จัดหาสมทบจัดสร้างขึ้น แล้วให้กรมสาธารณสุขเป็นผู้จัดส่งผู้ช่วยแพทย์ไปประจำ¹⁹

ความต้องการที่จะใช้การแพทย์และการสาธารณสุขตามแบบแผนตะวันตกนี้เพื่อเพิ่มกำลังการผลิตให้กับประเทศและรัฐบาลซึ่งเด่นชัดมากขึ้นจาก “นโยบายการสร้างชาติ” ของจอมพล ป. พิบูลสงคราม ในปีพ.ศ. 2480 โดยจอมพลได้แถลงนโยบายของรัฐบาลด้านการสาธารณสุขต่อรัฐสภาในปีนั้น ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายของประชาชน การควบคุมโรคติดต่อที่จะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการกสิกรรม อุตสาหกรรม และความเจริญก้าวหน้าของประเทศ เนื่องจากในนโยบายการสร้างชาติของจอมพล ป. พิบูลสงครามนั้น พลเมืองของรัฐเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างชาติ นโยบายต่าง ๆ จึงเกี่ยวกับการเพิ่มจำนวนประชากรและการดูแลสุขภาพของประชากรให้มีความแข็งแรง และได้ให้ความเห็นไว้ว่า “กำลังคนเป็นรากแก้วที่สำคัญยิ่งอีกด้วยที่จะบันดาลให้กิจการน้อยใหญ่เกิดเป็นผลให้มีอยู่ดีกินดีขึ้นได้...ชาติไทยจะปลอดภัยอยู่ที่เรามีกำลังคนมาก และชาติไทยจะเป็นมหาอำนาจตามที่เรที่ตั้งความมุ่งหมายไว้ทุกคนนั้น ก็อยู่ที่มีกำลังคนมาก” ดังนั้นรัฐบาลจึงมีความจำเป็นต้อง “เร่งรัดชาติของเราให้มีพลเมืองเพิ่มขึ้นกว่านี้ อย่างน้อยจะต้องมี 40 ล้านคน และยิ่งมากกว่านั้นก็ยิ่งดี” (ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2533, น. 150-151; 2540, น. 88, 171; ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 179) แนวนโยบายของจอมพล ป. พิบูลสงครามในการเพิ่มจำนวนประชากรและเร่งอัตราการเกิด ทำให้เกิดการรื้อฟื้นการอบรมนางผดุงครรภ์ชั้น 2 ซึ่งเคยจัดอบรมมาแล้ว 3 ปีในปีพ.ศ. 2473-2475 แต่ได้ล้มเลิกลง กลับมาอีกครั้งเพื่อส่งไปประจำตามสุขศาลาในพื้นที่ต่าง ๆ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 13) รวมถึงการจัดตั้งองค์การส่งเสริมการสมรสภายใต้การดำเนินงานของกรมสาธารณสุข ในปีพ.ศ. 2481-2487 (ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540, น. 171)

¹⁹ อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงแล้วรัฐไทยในขณะนั้นไม่สามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ส่งไปประจำยังโรงพยาบาลและสถานพยาบาลหน่วยต่าง ๆ ตามที่กำหนดไว้ข้างต้นได้อย่างเพียงพอ โดยจะพบว่าในบางสถานพยาบาลของตัวจังหวัดมีแพทย์ประจำอยู่เพียง 1 ถึง 2 คน ในขณะที่บางจังหวัดนั้นไม่มีแพทย์ประจำอยู่เลย (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559).

นอกจากการเร่งอัตราการเกิดแล้ว รัฐบาลหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองได้ออก และปรับปรุงกฎหมายทางด้านสาธารณสุขหลายฉบับ เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนให้ แข็งแรงในฐานะทรัพยากรมนุษย์ในการสร้างชาติให้เข้มแข็ง อาทิเช่น พระราชบัญญัติควบคุม การประกอบโรคศิลป์พ.ศ. 2479 (ปรับปรุงจากพระราชบัญญัติการแพทย์พ.ศ. 2466) พระราชบัญญัติควบคุมเชื้อโรคและพิษที่มาจากสัตว์ซึ่งเป็นภัยพ.ศ. 2475 พระราชบัญญัติ กัญชาพ.ศ.2477 พระราชบัญญัติโรคติดต่อพ.ศ. 2477 พระราชบัญญัติการใช้อุจจาระเป็นปุ๋ย พ.ศ. 2480 พระราชบัญญัติควบคุมสุสานและฌาปนสถาน พ.ศ. 2481 พระราชบัญญัติ ควบคุมชีววัตถุพ.ศ. 2483 พระราชบัญญัติควบคุมสถานพยาบาลพ.ศ. 2484 พระราชบัญญัติ ควบคุมอาหารพ.ศ. 2484 พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2484 จากกฎหมายที่ออก ใหม่หลายฉบับในช่วงเวลานี้แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่รัฐต้องการเข้ามาควบคุม มาตรฐานทางสาธารณสุขในชีวิตประจำวันของประชาชนในประเทศมากยิ่งขึ้น

2.2.2) การก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญช่วงที่สอง เกิดขึ้นในปีพ.ศ. 2485 จอมพล ป. พิบูลสงคราม ในฐานะนายกรัฐมนตรีได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงการแพทย์ขึ้น เนื่องจาก สาเหตุที่ว่าประชาชนยังคงมีอัตราการเสียชีวิตในช่วงเยาว์วัยอยู่มาก ทำให้การเพิ่มจำนวน พลเมืองไม่เป็นไปตามสัดส่วนที่รัฐบาลพึงประสงค์ รัฐบาลโดยการนำของจอมพล ป. พิบูลสงคราม จึงจัดตั้งคณะกรรมการ²⁰ขึ้นมาเพื่อรวมกิจการแพทย์ที่อยู่ในการดูแลของหน่วยงานรัฐบาล ทั้งหมดมารวมกันเป็นหน่วยงานเดียว ซึ่งมีผลให้หน่วยงานอนามัยและสถานพยาบาลที่เป็น ของรัฐและของเทศบาลถูกควรรวมเข้ามาอยู่ภายใต้การดูแลในหน่วยงานเดียว และในการ ประชุมครั้งที่ 5 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2485 คณะกรรมการนี้ได้เสนอให้มีการจัดตั้ง

²⁰ คณะกรรมการนี้ประกอบด้วย จอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นประธานกรรมการ พลโท มังกร พรหมโยธี เป็นรองประธานกรรมการ และกรรมการอีก 9 ท่านได้แก่ พันตรี ช่วง เขวงศักดิ์สงคราม, พลตรี พระยาดำรงแพทยา คุณ, นายเดือน บุนนาค, พันตรี นิตย์ เวชชวิศิษฐ์, พลตรี พิชิต เกรียงศักดิ์พิชิต, นายพลสวัสดิ์ บุศยศิริ, พระอภัยนั ตราพาธพิศาล, เลขาธิการคณะรัฐมนตรี, และนายเถียร วิเชียรแพทยาคม เป็นกรรมการและเลขานุการ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 14-15).

“กระทรวงการสาธารณสุข²¹” ขึ้นมา จนนำมาสู่การออกพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2485 มีกระทรวงสาธารณสุขขึ้นตามมาตรา 4 และมาตรา 13 แห่งพระราชบัญญัติประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2485²² (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 16) โดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขคนแรกคือ พันเอก ช่างเขวงค์ดีสังคราม (ช่าง ขวัญเชิด) (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, น. 176) (ยศสุดท้ายคือ พลเอก หลวงเขวงค์ดีสังคราม)

การตั้งกระทรวงสาธารณสุขโดยแยกเป็นอิสระไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของ กระทรวงมหาดไทย ส่งผลอย่างสำคัญต่อการระดมทรัพยากรและการกระจายทรัพยากร ซึ่งในที่นี้รวมถึงความมีอิสระทางอำนาจในการตัดสินใจกำหนดนโยบายของตนเอง งบประมาณที่เคยต้องแบ่งให้กับหน่วยงานอื่นของกระทรวงมหาดไทย ก็เพิ่มมากขึ้นและเป็นไปเพื่อดำเนิน

²¹ ในปีพ.ศ. 2495 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรมพ.ศ. 2495 เปลี่ยนชื่อจาก “กระทรวงการสาธารณสุข” เป็น “กระทรวงสาธารณสุข” และเปลี่ยนชื่อ “กรมสาธารณสุข” เป็น “กรมอนามัย” (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 16).

²² มีข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ ในเบื้องต้นตั้งแต่จัดตั้งกระทรวงในปีพ.ศ. 2485 กระทรวงสาธารณสุขได้ถือเอาวันที่ 10 มีนาคม เป็นวันสถาปนากกระทรวงสาธารณสุข แต่ต่อมาในปีพ.ศ. 2509 ได้มีการเสนอขอให้เปลี่ยนวันสถาปนากกระทรวงสาธารณสุขเป็นวันที่ 27 พฤศจิกายน ด้วยเหตุผลว่าเพื่อความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยกระทรวงได้ทำเรื่องขออนุมัติไปยังนายกรัฐมนตรีพิจารณาและได้รับความเห็นชอบ ทำให้วันสถาปนากกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนจากวันที่ 10 มีนาคมเป็นวันที่ 27 พฤศจิกายนตั้งแต่ปีพ.ศ. 2509 เป็นต้นมา (วิชัย โชควิวัฒน์, 2530, น. 16-17) โดยวันที่ 27 พฤศจิกายนนั้นเป็นวันสถาปนา “กรมสาธารณสุข” ที่อยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทยเมื่อปีพ.ศ. 2461 ซึ่งก่อตั้งขึ้นตามพระราชดำริของรัชกาลที่ 6 ที่ต้องการรวมหน่วยงานการแพทย์ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยและหน่วยงานการสุขาภิบาลที่อยู่ในกระทรวงนครบาลเข้าด้วยกัน จัดตั้งเป็นกรมสาธารณสุขและให้อยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทย โดยมีกรมพระยาชัยนาทนเรนทรเป็นอธิบดีกรมสาธารณสุขคนแรก (กระทรวงสาธารณสุข, 2540, น. 101) ทำให้น่าสนใจว่าการเปลี่ยนวันฉลองการสถาปนากกระทรวงสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในยุครัฐบาลคณะราษฎร (จอมพล ป. พิบูลสงคราม) แล้วย้อนกลับไปเป็นวันสถาปนากกรมสาธารณสุขในยุคนครบาลภายใต้พระมหากษัตริย์หรือไม่ (ประวัติศาสตร์พระราชอำนาจ) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าแม้กระทั่งหนังสืออนุสรณ์เนื่องในวาระครบรอบการสถาปนากกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขเองก็ยังคงมีความสับสนในวันที่ถือเป็นวันสถาปนากกระทรวง โดยหนังสืออนุสรณ์ครบรอบ 45 ปีการสถาปนากกระทรวงสาธารณสุขยึดเอาวันที่ 27 พฤศจิกายนเป็นวันครบรอบการสถาปนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2530) ในขณะที่หนังสืออนุสรณ์ครบรอบ 55 ปีกลับยึดเอาวันที่ 10 มีนาคมเป็นวันครบรอบการสถาปนา (กระทรวงสาธารณสุข, 2540).

ตามนโยบายและเป้าหมายของตนเองได้อย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วย โครงสร้างการกระตม
ทรัพยากรของการสาธารณสุขไทยจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่ เมื่อได้รับการตั้งเป็น
กระทรวง ทำให้เกิดหน่วยงานที่มีอำนาจและงบประมาณเป็นของตนเองขึ้นมาภายใต้
โครงสร้างอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข โดยในยุคแรกก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุข
มีหน่วยงานที่เกิดขึ้นใหม่ ได้แก่

- สำนักงานเลขาธิการรัฐมนตรี
- สำนักงานปลัดกระทรวง
- กรมการแพทย์ (มีหน้าที่ในการควบคุมดูแลโรงพยาบาล รวมถึงการจัดสร้าง
โรงพยาบาล)
- กรมประชาสงเคราะห์ (ต่อมาในปีพ.ศ.2487 ได้ถูกโอนไปสังกัดกระทรวงมหาดไทย
ตามเดิม)
- กรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ (ต่อมาในปีพ.ศ. 2502 ถูกโอนไปสังกัดสำนัก
นายกรัฐมนตรี²³)
- กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
- กรมสาธารณสุข (ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น “กรมอนามัย” ในปีพ.ศ. 2495)

ต่อมาเมื่อเกิดสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศไทยและการสาธารณสุขได้รับผลกระทบ
จากภัยสงคราม ทำให้เกิดการชะงักงันของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของการสาธารณสุข
ไปตลอดระยะเวลาแห่งสงคราม²⁴ เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลงจอมพล ป. พิบูลสงคราม

²³ การโอนย้ายกรมมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรีในปี พ.ศ. 2502 นั้น เนื่องจาก
จอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ มีความต้องการที่จะให้แน่ใจได้ว่าตนเองสามารถควบคุมงานด้านมันสมองของชาติไว้ได้
อย่างมั่นคง ทำให้ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2502 ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ พ.ศ. 2499
โดยโอนย้ายมหาวิทยาลัยใหญ่ ๆ ทั้งหมดไปสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี และจากการที่มหาวิทยาลัยอยู่ภายใต้อำนาจ
ของนายกรัฐมนตรีทำให้จอมพล สฤษดิ์ สามารถที่จะออกกฎกระทรวงอันเกี่ยวกับเงินเดือน การแต่งตั้ง การโยกย้าย
ระเบียบวินัย การบรรจุถอดถอนข้าราชการมหาวิทยาลัยได้ด้วยตนเอง (ทักษ์ เฉลิมเตียรณ, 2548, น. 326-327).

²⁴ เมื่อระยะแรกของการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2485 มีจังหวัดที่มีโรงพยาบาลเพียง 14 จังหวัด
กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลในสังกัด 25 แห่ง โดยอยู่ในกรุงเทพฯ 3 แห่ง และอยู่ในส่วนภูมิภาค 22 แห่ง.

ประกาศลาออกและถูกดำเนินคดีในฐานะอาชญากรสงคราม รัฐบาลช่วงหลังสงครามของ ปรีดี พนมยงค์ ขึ้นมามีอำนาจช่วงเวลาสั้น ๆ (24 มีนาคม พ.ศ. 2489 – 23 สิงหาคม พ.ศ. 2489) ในปีพ.ศ. 2489 ได้ออกนโยบายจัดสร้างโรงพยาบาลให้มีทั่วถึงกันทุกจังหวัด และจัดสร้างโรงพยาบาลบำบัดเฉพาะโรคขึ้นบางแห่งตามความจำเป็นเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า มีชื่อโครงการว่า “โครงการจัดตั้งโรงพยาบาลและสุขาภิบาล กระทรวงสาธารณสุข” โดยเมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลงนั้นยังมีจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลตั้งอยู่เลยถึง 37 จังหวัด (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 238) แต่การดำเนินโครงการนี้ในทางปฏิบัตินั้นไม่ประสบความสำเร็จมากนักเนื่องจากรัฐบาลขาดงบประมาณในการสนับสนุน (ทวีศักดิ์ เผือกสม, 2550, น. 241-242)

3. การขยายตัวของการสาธารณสุขช่วงสงครามเย็นภายใต้การสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลงบริบททางการเมืองระหว่างประเทศเริ่มเข้าสู่ภาวะสงครามเย็น โดยเฉพาะต้นพ.ศ. 2491 สงครามเย็นได้เริ่มต้นขึ้นในยุโรปอย่างจริงจัง ตามมาด้วยการต่อต้านรัฐบาลในพม่า มลายู อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ และอินโดจีนของฝรั่งเศส รวมถึงสงครามกลางเมืองในจีนที่ฝ่ายคอมมิวนิสต์ภายใต้การนำของ เหมา เจ๋อตง มีความได้เปรียบขึ้นเรื่อย ๆ และมีที่ท่าว่าจะชนะสงครามในท้ายที่สุด ทำให้สหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรเริ่มหมกมุ่นกับฝ่ายปรีดี พนมยงค์ ทั้งที่เคยร่วมมือกันอย่างแนบแน่นผ่านขบวนการเสรีไทยในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 ในการร่วมกันต่อต้านรัฐบาล จอมพล ป. พิบูลสงคราม และญี่ปุ่น เนื่องจากสหรัฐอเมริกามองว่าฝ่ายปรีดีนั้นสนับสนุนกองทัพเวียดมินห์ที่สหรัฐมองว่าเป็นฝ่ายคอมมิวนิสต์อย่างลับ ๆ รวมถึงการที่ปรีดีเห็นด้วยกับข้อเสนอของเวียดมินห์ ในการก่อตั้ง “สันนิบาตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้” ในขณะที่สหรัฐอเมริกาไม่เห็นด้วยกับการจัดตั้งองค์กรนี้เนื่องจากจะเป็นอุปสรรคต่อการแผ่อิทธิพลของสหรัฐอเมริกาในภูมิภาคนี้ สหรัฐอเมริกาจึงมองว่าหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จบลง รัฐบาลฝ่ายปรีดี พนมยงค์นั้นดำเนินนโยบายต่างประเทศไม่สอดคล้องกับความต้องการของสหรัฐอเมริกาอีกต่อไป

ในทางตรงกันข้ามรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรกลับหันไปสนับสนุนฝ่ายจอมพล ป. พิบูลสงครามให้ขึ้นมามีอำนาจแทน (ณัฐพล ใจจริง, 2554, น. 102-103) ทำให้ในช่วงสงครามเย็นความเป็นไปทางการเมืองภายในของไทยได้รับอิทธิพลจากสถานการณ์การเมืองโลกและยุทธศาสตร์

ของชาติมหาอำนาจเป็นอย่างมาก (คริส เบเคอร์ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2557, น. 220-230; ซัยยอนันต์ สมุทวณิช, 2534, น. 244-245) สหรัฐอเมริกาเต็มใจที่จะยอมรับรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามที่กลับมาใช้อำนาจอีกครั้งจากการรัฐประหารพ.ศ. 2490 เพื่อร่วมมือกันในการต่อสู้กับภัยคอมมิวนิสต์ (เดวิด เค ้วยอาจ, 2556, น. 484) โดยสหรัฐอเมริกาให้การสนับสนุนทางการเงินและทางเศรษฐกิจกับรัฐบาล โดยระหว่างพ.ศ. 2494-2500 ประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจจากสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวน 149 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และทางทหารเป็นจำนวน 222 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจนี้รวมถึง การขยายท่าเรือในกรุงเทพฯ การปรับปรุงการคมนาคมทางรถไฟและเส้นทางหลวง ความช่วยเหลือทางด้านเกษตรกรรม การศึกษา การชลประทาน การวางแผนเศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาการสาธารณสุขและการขยายระบบงานโรงพยาบาล (เดวิด เค ้วยอาจ, 2556, น. 493; โรเบิร์ต เจ มัสแคต, 2536, น. 91; ซัยยอนันต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540, น. 107)

โครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วงของสงครามเย็นนี้จึงเปิดโอกาสให้รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม นำเงินสนับสนุนที่ได้รับจากสหรัฐอเมริกามาพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานภายในประเทศตามนโยบายที่ได้วางไว้ กล่าวได้ว่าโครงสร้างโอกาสทางการเมืองโลกในช่วงต้นของสงครามเย็นนี้เปิดกว้างให้แก่ผู้นำทางการเมืองแบบจอมพล ป. พิบูลสงครามในการระดมทรัพยากรและเพิ่มพูนความเข้มแข็งในการสร้างการสนับสนุนความมั่นคงทางการเมืองของตนได้มากกว่าฝ่ายของปรีดี พนมยงค์ ที่ถูกรัฐประหารในปลายปีพ.ศ. 2490 และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาให้กลับมาใช้อำนาจอีกครั้ง โครงสร้างโอกาสทางการเมืองยุคสงครามเย็นจึงปิดลงสำหรับกลุ่มอำนาจปรีดี พนมยงค์

ด้วยการสนับสนุนทางด้านงบประมาณของสหรัฐอเมริกา ทำให้ในปีพ.ศ. 2490 กรมการแพทย์เริ่มก่อสร้างโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้มีโรงพยาบาลประจำในทุกจังหวัด ทำให้ช่วง พ.ศ. 2495-2500 ในสมัยของรัฐบาล จอมพล ป.พิบูลสงคราม (ครั้งที่ 2 : พ.ศ. 2491-2500) และอธิบดีกรมการแพทย์ พ.ท.นิตย เวชวิศิษฐ์ ได้รับการเรียกว่าเป็น “ยุคทองในการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดทั่วประเทศ” จนในที่สุดประเทศไทยมีโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทั้ง 72 จังหวัด พร้อมทั้งมีการสร้างสถานีอนามัยควบคู่ออกไปตามอำเภอต่าง ๆ โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้นโยบายสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดประสบความสำเร็จ คือการได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาและ USOM (United States Operation Mission) ในการจัดหาเครื่องมือส่วนใหญ่ ทำให้รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามสามารถสร้างโรงพยาบาลครบทุกจังหวัดได้

เป็นผลสำเร็จ (เสม พริ้งพวงแก้ว, 2554, น. 97-98; โรเบิร์ต เจ มัสแคต, 2536, น. 115; กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 25; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540, น. 114)

จากการสนับสนุนและผลักดันนโยบายการสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัดดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้เห็นว่าแม้ในขบวนการคณะราษฎรในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 จะมีความขัดแย้งทางความคิดและการเมืองระหว่างผู้นำสายพลเรือน ปรีดี พนมยงค์ ที่เข้าข้างฝ่ายสัมพันธมิตร และสายทหารที่มี จอมพล ป. พิบูลสงครามเป็นผู้นำ ที่เลือกเข้าข้างฝ่ายอักษะในภูมิภาคนี้ (ญี่ปุ่น) แต่ผู้นำทั้งสองยังคงเป็นผู้นำที่อยู่ภายใต้การใช้กรอบความคิดหลักอย่างประชาธิปไตยเหมือนกัน โดยในขณะที่ปรีดี พนมยงค์ ใช้กรอบความคิดประชาธิปไตยในการกำหนดนโยบายกระจายอำนาจ กระจายทรัพยากร เพื่อลดความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้าง จอมพล ป. พิบูลสงคราม ที่มีความเป็นผู้นำแบบอำนาจนิยมทหารนิยม กลับใช้กรอบความคิดประชาธิปไตยในฐานะยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่จะระดมการสนับสนุนและสร้างความชอบธรรมในการรักษาเสถียรภาพและความมั่นคงในตัวผู้นำ ควบคู่ไปกับการใช้วิธีการแบบอำนาจนิยมในการกำจัดศัตรูทางการเมือง ดังจะเห็นได้จากการสนับสนุนการเลือกตั้งและการเมืองแบบผู้แทนในช่วงท้ายของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม (กอบแก้ว สุวรรณทัต-เพ็ชร, 2544, น. 88, 93-94; ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2534, น. 241; ทักษ์ เฉลิมเตียรณ, 2548, น. 123) ทำให้แม้ทั้งสองผู้นำทางการเมืองในอยู่ในขบวนการคณะราษฎรมีความเห็นและจุดยืนทางการเมืองที่แตกต่างกัน แต่ทั้งสองยังคงมีแนวนโยบายที่กระจายทรัพยากรออกจากส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาคตามกรอบความคิดประชาธิปไตยเช่นเดียวกัน ทำให้นโยบายสาธารณสุขในช่วงเวลานี้มีทิศทางไปในแนวเดียวกันแม้ว่าตัวของผู้นำอย่างปรีดี พนมยงค์ และ จอมพล ป. พิบูลสงครามจะมีความขัดแย้งระหว่างกันก็ตาม

อย่างไรก็ตามภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง แม้ว่าจะมีการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้นแต่กลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนรัฐบาลและการบริหารประเทศนั้นยังคงอยู่ที่ระบอบราชการที่มีการควบคุมจากส่วนกลางเป็นสำคัญ แม้กระทั่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นก็ตกอยู่ในการควบคุมของรัฐบาลและข้าราชการประจำ (ธเนศวร์ เจริญเมือง, 2550, น. 99, 122-124; 2554, น. 78-79) การล่มสลายของอำนาจควบคุมระบอบราชการของสถาบันพระมหากษัตริย์ไม่ได้ทำให้อำนาจการควบคุมระบอบราชการตกมาอยู่ในมือของประชาชน (popular control) แต่อย่างไร (Riggs, 1966, pp. 113, 176; กอบแก้ว สุวรรณทัต-เพ็ชร, 2544, น. 94-95) ขนชั้นนำในระบอบราชการจึงขึ้นมาเป็น

กลุ่มพลังที่ควบคุมระบบราชการและการบริหารประเทศ ภายใต้กรอบความคิดหลัก ชาตินิยม ประชาธิปไตย และรัฐธรรมนูญ ในการระดมทรัพยากรและสร้างความชอบธรรมให้กับการเคลื่อนไหวทางการเมือง และทำให้รัฐไทยยังคงมีลักษณะเป็น “รัฐราชการ-อำนาจนิยมรวมศูนย์” (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2540; ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2534) แม้จะมีผู้เสนอว่ากลุ่มพลังทางสังคมอื่นก็มีพลังและความสำคัญทางการเมือง เช่น กลุ่มกรรมกร ชาวนา นักศึกษา และควรเลิกมองว่ารัฐไทยเป็นรัฐราชการ (ใจ อึ้งภากรณ์, 2543, น. 53-56) อย่างไรก็ตามผู้วิจัยพบว่าแม้กลุ่มพลังทางสังคมอื่น ๆ จะมีบทบาทและมีพลังทางการเมืองมากขึ้นก็ตาม แต่กลุ่มพลังที่สามารถกำหนดความเปลี่ยนแปลงทางนโยบายและโครงสร้างของรัฐได้ในเวลานี้ ยังคงอยู่ที่พลังของกลุ่มข้าราชการเป็นหลัก

จากการอธิบายที่ผ่านมามาดูจะเห็นว่า การสาธารณสุขไทยนั้นได้เกิดขึ้นและมีพลวัตท่ามกลางการต่อสู้ทางการเมืองของกลุ่มขบวนการทางการเมืองกลุ่มต่าง ๆ เริ่มแรกจากการเกิดขึ้นภายใต้ขบวนการปฏิรูปของรัชกาลที่ 5 ในฐานะที่เป็นกรอบความคิดที่ท้าทายความคิดจารีตอนุรักษนิยมและกลุ่มขุนนางเก่าที่ครองอำนาจ พร้อมไปกับเป็นเครื่องมือในการสร้างเสริมความมั่นคงให้แก่ระบอบการปกครอง ในการเพิ่มจำนวนประชากรที่เป็นกำลังการผลิตที่สำคัญให้แก่รัฐ จนเมื่อกรอบความคิดท้าทายในช่วงเริ่มต้นได้กลายเป็นกรอบความคิดหลักคือ การสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งชาติ และผลประโยชน์แห่งชาติที่มีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นศูนย์กลาง ก็ได้พบกับการท้าทายโดยกรอบความคิด ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม ชาตินิยม ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปกครองพ.ศ. 2475 กรอบความคิดหลักที่ขึ้นมาแทนที่ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการสาธารณสุขของไทยดังที่ได้อธิบายมาข้างต้น และเมื่อเข้าสู่ช่วงเวลาของสงครามเย็นที่เป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองโลกและโครงสร้างโอกาสทางการเมืองภายในที่ระบบรัฐราชการ-อำนาจนิยมรวมศูนย์ยังคงมีพลังควบคุมรัฐไทย แม้ว่ากรอบความคิดหลักอย่าง ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญนิยม ชาตินิยมแบบคณะราษฎรจะสิ้นสุดลงพร้อมกับรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงครามจากการรัฐประหารของจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ ด้วยการสนับสนุนของกลุ่มพลังจารีตนิยม-อนุรักษนิยม เวลาผ่านไปไม่นานพลังท้าทายใหม่ที่ไม่พอใจต่อกรอบความคิดหลัก และโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ควบคุมรัฐไทย ก็ได้เกิดขึ้นอีกครั้งภายใต้การนำของขบวนการนักศึกษา ที่มีกรอบความคิดท้าทายที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดสังคมนิยม-เสรีนิยม-ประชาธิปไตย โดยเป็นรากฐานสำคัญที่ก่อให้เกิดเป็นขบวนการสาธารณสุขในยุคต่อมา ซึ่งมีกรอบความคิดที่แตกต่างไปจากกรอบความคิดสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งชาติ โดยให้

ความสำคัญกับปัญหาของความเหลื่อมล้ำ การรวมศูนย์อำนาจและทรัพยากร เปลี่ยนกรอบคิดจากสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงแห่งชาติมาสู่การสาธารณสุขเพื่อประชาชน พร้อมกับการเกิดคณะสาธารณสุขศาสตร์ขึ้นเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ในสังกัดของมหาวิทยาลัยมหิดล ในปี 2491 ควบคู่กับการเกิดคณะแพทยศาสตร์รามาธิบดีในปี 2508 ทำให้เกิดการศึกษาศึกษาและกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับการพัฒนาพื้นที่ชนบท อันเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข ดังจะกล่าวถึงในบทต่อไป



บทที่ 4

การก่อตัวทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2500 ถึงทศวรรษ 2510

บทนี้จะเป็นการอภิปรายถึงช่วงเวลาที่เกิดการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่ขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขในระดับอุดมศึกษา ซึ่งมีกรอบความคิดทางสาธารณสุขแตกต่างออกไปจากกรอบความคิดหลักในระบอบราชการที่เน้นการสร้างความมั่นคงแห่งชาติ ในขณะที่ขบวนการนักศึกษาให้ความสำคัญกับการดูแลประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท และพุ่งเป้าไปสู่การเคลื่อนไหวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการกระจายทรัพยากร ควบคู่ไปกับการเรียกร้องประชาธิปไตยและความเสมอภาค บทนี้จึงเป็นการอภิปรายถึงปัจจัยพื้นฐานที่เป็นต้นกำเนิดของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เริ่มก่อตัวขึ้นอย่างเป็นทางการในปลายทศวรรษ 2510 ในชื่อ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” โดยได้รับอิทธิพลจากการเคลื่อนไหวและกรอบความคิดที่ดำรงอยู่ในช่วงเวลานี้ ในขณะที่สมาชิกหลักและแนวร่วมคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทล้วนเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวของนักศึกษาในช่วงเวลานี้ทั้งสิ้น ทศวรรษ 2500-2510 จึงนับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ (critical point) ทำให้เกิดการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขที่มีเป้าหมายในการสร้างความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจและการกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุข

ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมืองทั้งภายในและภายนอกประเทศท่ามกลางบริบทสงครามเย็นในช่วง ทศวรรษ 2500 ถึงช่วงต้นทศวรรษ 2520 ส่งผลต่อพลวัตความเปลี่ยนแปลงทั้งในทางความคิดและเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขอย่างมาก ไม่เพียงการเข้ามาของแนวคิดเสรีนิยม-ประชาธิปไตยที่ได้รับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกา แต่แนวคิดสังคมนิยมก็ได้รับความสนใจและเริ่มได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางมากขึ้นในหมู่นักศึกษาสาธารณสุข ทั้งสองแนวคิดนี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) ในกระบวนการพิจารณาปัญหา (diagnostic) การหาทางออก (prognostic) และความจูงใจ (motivational) (Buechler, 2011, pp. 148-149; Snow et al., 1986) ในการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุขอย่างสำคัญ จนทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านกรอบความคิด (frame transformation) (Snow, 2004, p. 393) ขึ้นในหมู่นักศึกษาสาธารณสุขโดยมีนักศึกษาแพทย์และสาธารณสุขเป็นหัวหอกสำคัญ ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ในช่วงเวลานี้ได้เป็นรากฐานสำคัญทางความคิดให้กับการก่อตัวของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขที่มีกรอบความคิดท้าทาย (challenge frame) ต่อกรอบความคิดหลัก (master frame) ทางสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับ “ความมั่นคงของชาติ” ที่เริ่มขึ้นในยุครัชกาลที่ 5 และต่อเนื่องมาในยุคของรัฐธรรมนูญร่างได้กล่าวถึงในบทที่ผ่านมา พร้อมกับเน้นบทบาทของรัฐและกลไกระบบราชการเป็นศูนย์กลาง ในขณะที่กรอบความคิดท้าทายที่เกิดขึ้นนี้ขบวนการนักศึกษาให้ความสำคัญไปที่ “ประชาชนและสังคม” ในเรื่องของการลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างความเสมอภาค ซึ่งเป็นกรอบความคิดที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดประชาธิปไตยและสังคมนิยม ทำให้ขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการเรียกร้องการกระจายอำนาจและทรัพยากรจากส่วนกลางมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งและท้าทายต่อกรอบความคิดหลักที่รวมศูนย์ที่ระบบราชการส่วนกลาง ทั้งยังได้ผานขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขเข้ากับขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตยและต่อต้านรัฐบาลเผด็จการทหาร ซึ่งสามารถสร้างความชอบธรรมและระดมการสนับสนุนขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขได้เป็นผลอย่างมาก

นอกจากนี้ในบริบทของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองช่วงทศวรรษ 2510 การเติบโตขึ้นมาของชนชั้นกลางและพลังของนักศึกษาเมื่อพบกับโครงสร้างของโอกาสทางการเมืองที่ปิดและคับแคบอย่างโครงสร้างของรัฐราชการอำนาจนิยมที่ปิดกั้นโอกาสและกระจายทรัพยากรอย่างรวมศูนย์ ทำให้กลุ่มพลังใหม่นี้พบกับความยากลำบากและถูกกีดกันจากระบบ นำมาสู่การก่อตัวเป็นขบวนการต่อต้านรัฐบาลทหารในช่วงทศวรรษ 2510 เนื่องจากประเทศไทยภายใต้รัฐบาลเผด็จการไม่สามารถเปิดช่องทางให้กลุ่มพลังใหม่นี้ได้มีส่วนร่วมทางการเมือง ที่จะทำให้เกิดการกระจายทรัพยากรและโอกาสในการเติบโตที่น่าพึงพอใจ กลุ่มพลังใหม่นี้จึงต้องการเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงระบบทางการเมืองแบบเสรีนิยมประชาธิปไตย ที่เปิดโอกาสให้กลุ่มพลังใหม่นี้ได้มีส่วนร่วมทางการเมืองมากยิ่งขึ้น จนนำมาสู่เหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 (เบเนดิกต์ แอนเดอร์สัน, 2559, น. 89-95)

การก่อตัวของกรอบความคิดและขบวนการท้าทายทางสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2510 มีความแตกต่างจากอดีตที่ผ่านมา โดยแนวคิดเสรีนิยม-ประชาธิปไตย-สังคมนิยม เข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อนักศึกษาทางสาธารณสุข ในการเปลี่ยนผ่านและจัดระเบียบกรอบความคิดขึ้นมาใหม่นี้ ในขณะที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงหรือพลวัตของกรอบความคิดทางสาธารณสุขจะจำกัดอยู่ที่ระดับผู้กำหนดนโยบายส่วนกลางเพียงเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในทศวรรษ 2510 นี้จึงไม่ใช่แค่เพียงการ

ขยายตัวของชนชั้นกลาง แต่ยังคงเกิดการเปลี่ยนแปลงทางกรอบความคิดและรูปแบบของการเคลื่อนไหว ในหมู่ชนชั้นกลางอย่างนักศึกษาเหล่านี้อีกด้วย จึงเกิดคำถามสำคัญที่น่าสนใจขึ้นมาคือ ปัจจัยอะไรที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานทางกรอบความคิดทางสาธารณสุขขึ้นมาในหมู่นักศึกษาแพทย์และสาธารณสุข พลวัตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวนั้นมีลักษณะเป็นอย่างไร รวมไปถึงปัจจัยอะไรที่ทำให้การระดมทรัพยากรจัดตั้งเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขที่นำโดยนักศึกษาประสบผลสำเร็จ

เพื่อเป็นการตอบคำถามที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นสำคัญแบ่งออกเป็น 3 ส่วน โดยในส่วนแรกพิจารณาโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure) ในฐานะเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นที่ทำให้เกิดการก่อรูปของขบวนการทางสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่เป็นอุปสรรคและปัจจัยที่เป็นโอกาสทางการเมืองก่อรูปของขบวนการ โดยปัจจัยเหล่านี้เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพลวัตความเปลี่ยนแปลงขึ้นในหมู่นักศึกษาสาธารณสุขในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหว ซึ่งเชื่อมโยงไปสู่ประเด็นที่สองคือ การเกิดขึ้นของคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีและคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลในฐานะเป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างในการระดม ที่ทำให้ขบวนการนักศึกษาสามารถระดมการสนับสนุนและจัดระเบียบกรอบความคิดทางความคิดขึ้นมาใหม่ได้อย่างเป็นผลสำเร็จ พร้อมกับไปกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดในช่วงเวลาหลัง 14 ตุลาคม 2516 ซึ่งนำมาสู่ความรุ่งโรจน์ของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขเช่นเดียวกับขบวนการนักศึกษาในสถาบันอื่น ๆ ซึ่งกรอบความคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยและสังคมนิยมเข้ามามีอิทธิพลอย่างมากต่อการขับเคลื่อนขบวนการทั้งในทางความคิดและการเคลื่อนไหว โดยจะพิจารณาต่อไปตามลำดับ

1. การขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข และ บทบาทของสหรัฐอเมริกา กับการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุข

ปัจจัยโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เป็นปัจจัยเบื้องต้นต่อการก่อรูปขบวนการทางสาธารณสุขนี้มีสองปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทางการแพทย์ สาธารณสุข และ ปัจจัยบทบาทของสหรัฐอเมริกา ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญทั้งภายในและภายนอกที่ส่งผลในฐานะเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และนำไปสู่โอกาสในการก่อตัวของขบวนการนักศึกษาสาธารณสุข โดยเงื่อนไขด้านปัญหาการขาดแคลนบุคคลากรเป็นปัจจัยอุปสรรค

หรือโจทย์ปัญหาที่ทำให้เกิดการรวมตัวขึ้นมาในหมู่บุคลากรและนักศึกษาทางสาธารณสุขโดยเฉพาะ นักศึกษาแพทย์ ในขณะที่ปัจจัยที่สองในด้านสหรัฐอเมริกา นั้นเป็นปัจจัยภายนอกที่เข้ามาส่งผลอย่าง สำคัญ โดยเฉพาะการเข้ามาวางพื้นฐานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการร่วมก่อตั้งและวาง พื้นฐานการศึกษาทางการแพทย์ให้แก่คณะแพทยศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์รามธิบดี ภายใต้ แนวคิดเสรีนิยมประชาธิปไตยซึ่งเป็นการเปิดพื้นที่ให้แก่การฝึกฝนและเคลื่อนไหวทางอุดมการณ์ให้ นักศึกษาที่ต่างออกไปจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชที่เปิดมาอย่างยาวนาน

1.1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและทรัพยากรทางสาธารณสุข

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เป็นข้อจำกัด เป็นเงื่อนไขเบื้องต้น (pre-condition) ในการก่อให้เกิดความไม่พอใจในหมู่นิสิตนักศึกษาแพทย์ รวมถึง บุคลากรทางสาธารณสุข เกิดจากสาเหตุ 2 ประการได้แก่ นโยบายการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด และโรงพยาบาลอำเภอ และสาเหตุประการที่สองคือ ปัญหาสมองไหลและปัญหาของแพทย์ใช้ทุน

1.1.1) นโยบายการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลอำเภอ

นโยบายขยายระบบการบริการสาธารณสุขด้วยการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอ และโรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่งผลอย่างสำคัญในการเพิ่มความต้องการบุคลากร ทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบท ซึ่งนำมาสู่การสร้างโรงเรียนแพทย์ในระดับอุดมศึกษาเพิ่มขึ้น ในช่วงทศวรรษ 2510 เป็นต้นมาภายใต้บริบทของสงครามเย็น ถือเป็นโครงสร้างโอกาสทาง การเมืองที่ส่งผลต่อการขยายตัวของโครงสร้างในการผลิตบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในสถานะชนชั้นนำ ได้รับโอกาสในการเข้าถึงองค์ความรู้และการเลื่อน ชนชั้นทางเศรษฐกิจมากขึ้น จากการประกอบอาชีพทางสาธารณสุขและการแพทย์ ทั้งยัง ส่งผลถึงการขยายตัวของนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุข และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มพลัง ทางการเมืองใหม่ที่เติบโตขึ้นมาท้าทายอำนาจรัฐบาลทหารในช่วงทศวรรษ 2510 โดยเป็น ขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขที่มีกรอบความคิดใหม่ที่ต่างออกไปจากกรอบความคิด หลัก “ความมั่นคงแห่งชาติ” ทางสาธารณสุขในเวลานั้น

การขยายตัวของโรงพยาบาลในประเทศไทยอย่างมีนัยสำคัญเกิดขึ้นในสองช่วงเวลา โดยช่วงแรกเป็นช่วงปลายทศวรรษ 2480 ถึงทศวรรษ 2490 จากนโยบายการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัด และช่วงที่สองในช่วงปลายทศวรรษ 2510 ถึงช่วงต้นของทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา

1.1.1.1) การขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงปลายทศวรรษ 2480 ถึงทศวรรษ 2490

ดังได้กล่าวมาแล้วตอนที่ 3 แนวความคิดกระจายการบริการสาธารณสุขออกไปสู่จังหวัดทั่วประเทศเริ่มต้นขึ้นในพ.ศ. 2489 โดยรัฐบาลของปรีดี พนมยงค์ มีนโยบายกำหนดให้สร้างโรงพยาบาลประเภทบำบัดโรคทั่วไปให้ครบทุกจังหวัด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 25) แต่การดำเนินการในทางปฏิบัติประสบผลน้อยมาก เนื่องจากการขาดแคลนงบประมาณ นโยบายนี้ได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในยุคของรัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม จากการได้รับการสนับสนุนเงินทุนจากสหรัฐอเมริกา (โรเบิร์ต เจ. มัสแคต, 2536, น. 115; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540, น. 114) โดยมีพ.เสม พริ้งพวงแก้ว เป็นผู้มืบทบาทสำคัญในการวางแผนและดำเนินการให้มีการจัดสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบทุกจังหวัดในช่วงพ.ศ. 2492-2500 ภายใต้การสนับสนุนจากจอมพล ป. พิบูลสงคราม นายกรัฐมนตรี และพันโทนิศย์ เวชชศิษย์ อธิบดีกรมการแพทย์ (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2546, น. 33-34)

โครงการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดมีวัตถุประสงค์หรือแนวคิดที่สำคัญสามประการคือ แนวคิดสร้างชาติด้วยการเพิ่มจำนวนประชากรของจอมพล ป.พิบูลสงคราม การเร่งขยายเครือข่ายบริการทางการแพทย์ตามแนวคิดของกรมการแพทย์ โดยพันโทนิศย์ เวชชศิษย์ และความมุ่งมั่นที่จะให้ชาวบ้านในท้องถิ่นได้เข้ารับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว ซึ่งทั้งสามแนวคิดนี้เป็นผลมาจากกรอบความคิด “ชาตินิยม ประชาธิปไตย รัฐธรรมนูญ” ซึ่งเป็นกรอบความคิดหลักในช่วงเวลานั้น โดยตั้งแต่พ.ศ. 2492 เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรร

งบประมาณราวร้อยละ 40-50 ให้กับกรมการแพทย์เพื่อให้สามารถเร่งสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดได้ตามเป้าหมาย ในปีพ.ศ. 2496 และ 2497 มีการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดเพิ่มขึ้นถึงปีละ 17 แห่งและ 16 แห่งตามลำดับ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 34-35) ความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้นำรัฐบาลอย่างจอมพล ป. พิบูลสงคราม พันโทนิศย์ เวชชศิษฐ์ อธิบดีกรมการแพทย์ และ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว (เคยเป็นแพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาลประจำจังหวัด เชียงรายก่อนจะย้ายลงมาเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี) ทำให้โครงการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว

1.1.1.2) การขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงทศวรรษ 2510 ถึง ทศวรรษ 2520

การขยายตัวของโรงพยาบาลในช่วงที่สองเริ่มต้นขึ้นในช่วงทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา จากกระแสแนวความคิดการเรียกร้องความเป็นธรรมและความเสมอภาคในสังคม และการกลับมาอีกครั้งของกระแสการเรียกร้องประชาธิปไตย (Lertchoosakul, 2016; ประจักษ์ ก้องกีรติ, 2548) ซึ่งในขณะนั้นมีผลอย่างยิ่งต่อการสร้างแรงกดดันต่อการกำหนดนโยบายของรัฐบาล นโยบายสาธารณสุขนอกจากจะกำหนดให้ไม่มีการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ยากไร้ ยังได้มีนโยบายขยายการบริการทางสาธารณสุขด้วยการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอ โดยในพ.ศ. 2519 กระทรวงสาธารณสุขได้ยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และเริ่มเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลอำเภอ (รพอ.)²⁵ ในปี พ.ศ. 2520 รวมถึงจัดให้มีการสร้างโรงพยาบาลประจำอำเภอให้ครบทุกอำเภอ และยกฐานะสำนักงาน ผดุงครรภ์ทั้งหมดให้เป็นสถานีอนามัย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 29-30; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 36)

ต่อมายุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีพ.ศ. 2520-2525 ได้ริเริ่มวางนโยบายให้สร้างโรงพยาบาลอำเภอเพิ่มขึ้นให้ครบทุกอำเภอ ส่วนหนึ่งมาจากความต้องการ

²⁵ ในปีพ.ศ. 2525 เป็นต้นมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.).

แก้ไขปัญหามาไม่ทำให้ประชาชนจากชนบทหลังไหลเข้ามาสู่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลส่วนกลางโดยตรง เพราะไม่สามารถรองรับปริมาณคนไข้เป็นจำนวนมากที่มาจากชนบทได้ โดยในพ.ศ. 2521 นั้นแม้จะมีการกระจายตัวของโรงพยาบาลระดับประจำจังหวัดถึง 84 แห่งทั่วประเทศแต่อัตราการกระจายตัวของแพทย์ต่อประชากรในพื้นที่ชนบทคือ แพทย์ 1 คนต่อประชากร 50,000 คน ในขณะที่กรุงเทพฯมีอัตราการกระจายตัวของแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2,500 คน (สันติสุข โสภณสิริ, 2552, น. 283) นำมาสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายบุคลากรและบริการสาธารณสุขที่ไม่ทั่วถึงในพื้นที่ชนบท แม้รัฐบาลจะมีนโยบายสร้างโรงพยาบาลและสถานอนามัยเพิ่มขึ้นแต่ยังคงไม่สามารถแก้ไขปัญหาในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชนบทได้ รวมถึงไม่สามารถสร้างโรงพยาบาลอำเภอได้ครบทุกอำเภอในความเป็นจริง

วารสาร “สารสัมพันธ์” ซึ่งเป็นวารสารประจำสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล (ส.ม.ม.) ฉบับวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2522 ได้ลงข้อความเกี่ยวกับปัญหาการสาธารณสุขในช่วงนี้ไว้ว่า จำนวนแพทย์ใน 3 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลรามาริบัติ มีจำนวนแพทย์รวมกันมากกว่าจำนวนแพทย์ทั้งหมดที่มีอยู่ในต่างจังหวัด ซึ่งต้องดูแลรับผิดชอบประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ขณะที่ในกว่า 700 อำเภอทั่วประเทศ มี 344 อำเภอที่ไม่มีแพทย์ประจำ และ 204 อำเภอที่ไม่มีแม้แต่พยาบาล และสำหรับเภสัชกร ทันตแพทย์และเทคนิคการแพทย์นั้นแทบไม่มีอยู่เลยในโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยนอกจากปัญหาเรื่องบุคลากรแล้วในด้านงบประมาณ โรงพยาบาลอำเภอและศูนย์การแพทย์ในพื้นที่ต่างจังหวัดได้รับงบประมาณเพียง 20,000 บาทต่อปีต่อหนึ่งศูนย์การแพทย์ ที่รับผิดชอบประชาชนประมาณ 100,000 คน (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 156) โดยในปี พ.ศ. 2519 นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (ประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 2 และ 3) ระบุว่าศูนย์การแพทย์ได้รับงบประมาณเพียง 10,000 บาทต่อปีซึ่งไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานได้จริง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 8)

ความไม่สัมพันธ์กันระหว่างการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลกับปัญหาด้านงบประมาณบุคลากร และอุปสรรคทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอ ทำให้นโยบายของรัฐในด้านสาธารณสุขที่พยายามสร้างโรงพยาบาลจังหวัดและอำเภอ เพื่อขยายการบริการทางสาธารณสุขไปสู่พื้นที่

ชนบทไม่ประสบผลสำเร็จอย่างที่ตั้งใจ เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้ไปในการก่อสร้างสถานพยาบาล แต่กลับไม่ได้รับการอุดหนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินงาน เช่น การจัดซื้อยาเวชภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์และค่าตอบแทนของบุคลากรทางการแพทย์ ในขณะที่การรวมศูนย์อำนาจในการตัดสินใจและการกระจายทรัพยากรที่จำกัดอยู่ที่ส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุขและระบบราชการ ทำให้ปัญหาเหล่านี้ทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากทรัพยากรส่วนใหญ่ถูกทุ่มให้กับการพัฒนาการสาธารณสุขส่วนกลางที่ผู้มีอำนาจในระบบราชการให้การดูแลอยู่ นอกจากนี้ความรุนแรงของปัญหายิ่งเพิ่มมากขึ้นจากการที่รัฐไม่สามารถสร้างและจูงใจแพทย์ให้ลงไปทำงานในพื้นที่ต่างจังหวัดได้ ดังจะเห็นได้จากปัญหาสมองไหลและปัญหาของแพทย์ใช้ทุนดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

1.1.2) ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ ปัญหาสมองไหล และปัญหาของแพทย์ใช้ทุน

ปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นตามมาจากการสร้างโรงพยาบาลได้ครบทุกจังหวัด คือการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ที่จะไปทำหน้าที่ประจำยังโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยเหล่านั้น เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานในการผลิตแพทย์ในยุคเริ่มแรกเน้นการผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระดับสูงจำนวนน้อยก่อน ซึ่งเป็นผลมาจากแนวคิดในการผลิตแพทย์ในระดับนโยบายที่มีความแตกต่างกัน ระหว่าง มจ. สกสกรวรรณกร วรวรรณ (อธิบดีกรมสาธารณสุข) ที่มีความเห็นให้ผลิต “หมออนามัย” แล้วส่งกระจายไปยังชนบท เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบท แต่เจ้าฟ้ามหิตล (พระบิดา) อธิบดีกรมมหาวิทยาลัย มีความเห็นว่าควรผลิตแพทย์ชั้นสูงและอาจารย์แพทย์ก่อน แล้วค่อยส่งออกไปยังพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นการผลิตอาจารย์แพทย์ในฐานะเป็นผู้ผลิตแพทย์อีกที ซึ่ง มจ.สกสกรวรรณกร ทรงยอมตาม (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 44, 62-63; 2547, น. 87-88) ทำให้โรงเรียนผลิตแพทย์ในยุคเริ่มต้นเน้นการผลิตแพทย์ระดับสูงก่อน แต่ในยุคต่อมากลับทำให้เกิดปัญหาแพทย์กระจุกตัวอยู่ในพื้นที่เมือง เนื่องจากสภาพความเหลื่อมล้ำที่สูงระหว่างพื้นที่ชนบทและเมือง เพราะแพทย์ระดับสูงรวมถึงแพทย์รุ่นใหม่ที่ได้รับการศึกษาจนจบออกมาภายหลัง ต่างมีความต้องการทำงานอยู่ในส่วนกลางที่มีทรัพยากรอย่างเพียงพอ มากกว่าการออกพื้นที่ทำงานในชนบทที่ทรัพยากรขาดแคลน ซึ่งปัญหาเชิงโครงสร้างของความเหลื่อมล้ำและการกระจายทรัพยากรที่กระจุกตัวนี้ยังคงสะสมเรื้อรังต่อมา (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559)

นอกจากปัญหาการขาดแคลนแพทย์แล้ว ปัญหาภาวะสมองไหลยังเป็นปัญหาที่มีความย้อนแย้งอย่างสำคัญ เนื่องจากในขณะที่นโยบายการผลิตแพทย์ของไทย เป็นการดำเนินการภายใต้กรอบแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่สหรัฐอเมริกาและผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกเป็นผู้ว่าช่วยวางแผน แต่ภาวะสมองไหลทางสาธารณสุขของไทยกลับเป็นผลมาจากนโยบายของประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วงเข้าสู่สงครามเวียดนาม ควบคู่ไปกับการประกาศนโยบายประกันสุขภาพสำหรับคนจน (Medicaid) และผู้สูงอายุ (Medicare) ของรัฐบาลอเมริกา ทำให้ประเทศสหรัฐอเมริกามีความต้องการแพทย์สูงมากขึ้น จนไม่สามารถผลิตแพทย์ได้ทัน เกิดการดึงดูดแพทย์จากประเทศด้อยพัฒนาไปทำงานในสหรัฐอเมริกาเป็นจำนวนมาก แพทย์ไทยจำนวนมากสมองไหลไปสู่สหรัฐอเมริกา จนถึงขนาดมีการเช่าเครื่องบินเหมาลำของนักศึกษาแพทย์จบใหม่ยก组团เพื่อบินไปทำงานที่สหรัฐอเมริกา (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 43; สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) โดยข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนใน พ.ศ. 2508 ระบุว่าแพทย์จบใหม่ถึงร้อยละ 52 เดินทางออกไปทำงานนอกประเทศ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 2-3)

รัฐบาลไทยพยายามแก้ไขปัญหาขาดแคลนแพทย์ในชนบทด้วยมาตรการจูงใจ เช่น การให้ทุนการศึกษา การเริ่มระบบเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายแต่กลับไม่ได้ผล เมื่อปัญหาสมองไหลและการขาดแคลนแพทย์ทวีความรุนแรงมากขึ้นรัฐบาลจึงตัดสินใจใช้ยาแรง ด้วยการบังคับให้แพทย์จบใหม่ต้องไปทำงาน “ชดใช้ทุน” เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสมองไหลและกระจายบุคลากรทางสาธารณสุขไปสู่ชนบท โดยในปีพ.ศ. 2510 รัฐบาลไทยมีนโยบายกำหนดให้นักศึกษาแพทย์ต้องทำสัญญาปฏิบัติงานชดใช้ทุนเป็นเวลา 3 ปี ภายหลังจากสำเร็จการศึกษา หรือมิเช่นนั้นต้องจ่ายค่าบำรุงการศึกษาปีละ 10,000 บาท (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 2)

นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการบังคับแพทย์ใช้ทุน 2 สาเหตุ ได้แก่ ช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท และสงครามเวียดนามที่มีการเกณฑ์คนอเมริกันรวมถึงแพทย์ไปรบในสงครามเป็นจำนวนมาก ทำให้ในสหรัฐอเมริกาขาดแคลนแพทย์ จึงได้สร้างกลไกในการจูงใจหมอจากประเทศกำลังพัฒนาให้เข้าไปทำงานในประเทศด้วยการให้ค่าตอบแทนที่สูงพร้อมอภิสิทธิ์พิเศษมากมาย แต่นโยบายการให้ชดใช้ทุนของรัฐบาลไทย

ได้สร้างความไม่พอใจให้แก่บัณฑิตแพทย์อย่างมาก “เนื่องจากเป็นการประกาศบังคับในขณะที่นักศึกษาแพทย์กำลังศึกษาอยู่ โดยไม่ได้แจ้งก่อนจะเข้ารับการศึกษาในโรงเรียนแพทย์” (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 2543, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 2-3)

เพื่อลดแรงต่อต้านนโยบายใช้ทุนจากนักศึกษาแพทย์พระบาราศนราครุฑรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ใช้วิธีการดำเนินนโยบาย 3 ด้าน ด้านแรกเริ่มบังคับใช้ทุนกับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ไม่บังคับนักศึกษาชั้นปีที่ 4-6 ทำให้พลังต่อต้านจากนักศึกษาแพทย์ปี 4-6 อ่อนแรงลงไป ด้านที่สองยอมให้ผู้มีฐานะดีจำนวนหนึ่งไม่ต้องทำสัญญาขอใช้ทุน โดยให้จ่ายค่าเล่าเรียนปีละ 10,000 บาทจากเดิมปีละ 1,000 บาทซึ่งนพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าว “เปรียบเทียบการแบ่งแยกแล้วปกครอง ด้านที่สามคือเลือกจูงหระจูงใจก่อนวันสอบปลายปีเพียงหนึ่งวันเพื่อให้ต้องเร่งตัดสินใจ ประกอบกับได้นพ.สุต แสงวิเชียร คณบดีของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช ช่วยเจรจาต่อรองกับนักศึกษาทำให้กระแสการต่อต้านลดลงและทยอยกันยอมเซ็นสัญญาตามนโยบายของรัฐบาล” (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 44) ในช่วงเวลานี้ได้เกิดการรวมตัวกันของนักศึกษาแพทย์ที่ถูกบังคับให้ใช้ทุน ร่วมกันก่อตั้ง **ศูนย์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย (ศ.น.พ.ท.)** โดยก่อตั้งขึ้นในปี 2512 จากความร่วมมือของนิสิตนักศึกษาแพทย์จาก 4 มหาวิทยาลัย ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อรวมตัวกันต่อรองและช่วยเหลือกันในเรื่องปัญหาการบังคับใช้ทุนของรัฐบาล 3 ปีของนิสิตนักศึกษาแพทย์ในพื้นที่ชนบทโดยไม่มีภาระจูงหน้า โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันการก่อตั้ง ศ.น.พ.ท. ได้แก่ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ นพ.สุโรจน์ พลาลิขิต นพ.ยงยศ จริยวิทย์วัฒน์ จากฝั่งรามาธิบดี และฝั่งศิริราช ได้แก่ นพ.สมเกียรติ กิรติภรณ์สุภัก นพ.ศักดิ์ชัย อดิโพธิ อย่างไรก็ตามแม้ ศ.น.พ.ท. จะถูกตั้งขึ้นมาจากความไม่พอใจต่อมาตรการบังคับใช้ทุนของรัฐบาลในเวลานั้น แต่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายในการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือการเมืองอื่นใด เป็นเพียงกลุ่มเคลื่อนไหวในเชิงวิชาชีพ และเป็นศูนย์ที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ร่วมมือระหว่างกลุ่มอาจารย์และแพทย์จากสถาบันต่าง ๆ ในการแก้ไขและพัฒนาาระบบสาธารณสุขของประเทศ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 306)

แพทย์จบใหม่ปีแรกที่ต้องทำงานใช้ทุนตามแนวนโยบายนี้เริ่มต้นครั้งแรกใน พ.ศ. 2515 โดยไปประจำอยู่ตามสถานีอนามัยชั้นหนึ่งที่ขาดแคลนทั้งบุคลากร เครื่องมือในการรักษาพยาบาล และงบประมาณ ทำให้ประสบปัญหาในการบริหารงานอย่างมาก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 3) เนื่องจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์นั้นเป็นเพียงการสอนและให้ความรู้ในการวินิจฉัยโรคและการรักษา ไม่ได้เป็นการเตรียมพร้อมให้แพทย์ที่จบใหม่สามารถทำงานในพื้นที่ชนบทจริง ๆ ได้ รวมถึงการเรียนการสอนนั้นใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ที่ดีที่สุดและการสอน ขณะที่พื้นที่จริงในโรงพยาบาลตามต่างจังหวัดต่างประสบกับปัญหาขาดแคลนทั้งงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ บุคลากร การทำงานในชนบทเวลานั้นแพทย์ใช้ทุนที่จบใหม่ในบางพื้นที่ถูกส่งไปประจำเพียงคนเดียวต่อหนึ่งโรงพยาบาล จึงต้องทำหน้าที่รักษาและบริหารงานโรงพยาบาลไปพร้อม ๆ กัน ทำให้แพทย์ใช้ทุนพบกับความ “ขมขื่นและคับแค้นใจอย่างมาก” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 31; วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 45) “ตัวอย่างความขาดแคลนที่พบ เช่น ปัญหาเตียงนอนของคนไข้ไม่เพียงพอ ทำให้แม่ที่เพิ่งคลอดบุตรต้องนอนรวมกันบนเตียงเดียวถึง 5 คู่ทั้งแม่และลูก ซึ่งสร้างความทุกข์ใจให้แก่แพทย์ใช้ทุนอย่างมาก” (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) สภาพความขาดแคลนและความคับข้องใจนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการทำให้เกิดการก่อตัวของกรอบความคิดใหม่ในขบวนการนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2510 เป็นต้นมา โดยได้รับอิทธิพลจากอุดมการณ์ สังคมนิยม และเสรีนิยมประชาธิปไตย ซึ่งนับเป็นกรอบความคิดท้าทาย (challenge frame) ที่มีเป้าหมายให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น เนื่องจากนี่คือสภาพการทำงานที่แพทย์ใช้ทุนที่จบการศึกษาต้องประสบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากปัญหาความขาดแคลนทรัพยากรในพื้นที่แล้ว ปัญหาโครงสร้างการบริหารและนโยบายแบบแนวตั้งของกระทรวงสาธารณสุขยังเป็นปัญหาของแพทย์ใช้ทุนจบใหม่ที่สำคัญ เนื่องจากคำสั่งและงบประมาณทุกอย่างถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง การรวมศูนย์ทางอำนาจนี้ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาระบบสาธารณสุขไทยได้ ทั้งยังเป็นข้อจำกัดสำหรับความพยายามใด ๆ ที่จะแก้ปัญหาแต่ไม่ได้รับความเห็นชอบจากส่วนกลาง การทำงานภายใต้โครงสร้างทางอำนาจและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจึงเป็น

โครงสร้างของโอกาสทางการเมืองที่ไม่เอื้อต่อการกระจายอำนาจและทรัพยากรออกไปสู่พื้นที่การทำงานในชนบท รวมถึงไม่เอื้อให้เกิดการปรับโครงสร้างระบบบริการให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่และให้โอกาสในการเจริญก้าวหน้าต่อชนชั้นกลางใหม่เหล่านี้ ทำให้เกิดปัญหาตามมา 2 ประการคือ งบประมาณที่จำกัด ไม่สามารถสร้างอาคาร ซ่อมเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และระเบียบทางราชการที่เป็นพันธุนาการมากกว่าเป็นเครื่องมือแก้ไขปัญหาให้คนทำงาน แม้จะมีความพยายามในการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขและโรงเรียนแพทย์แต่ก็ล้มเหลว เนื่องจากไม่ใช่การฝึกกับปัญหาในพื้นที่จริง และในแต่ละพื้นที่นั้นก็ยังมีสภาพของปัญหาที่แตกต่างกัน ปัญหาเหล่านี้ทำให้แพทย์ใช้ทุนรุ่นแรก ๆ แทบทั้งหมดกลับสู่เมืองใหญ่หลังหมดสัญญาใช้ทุน ในขณะที่แพทย์ที่เลือกอยู่สู้กับปัญหาในพื้นที่ก็ต้องต่อสู้ไปตามลำพัง (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 46)

โครงสร้างของโอกาสทางการเมืองที่ไม่เอื้อต่อการกระจายอำนาจและทรัพยากรนี้จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญ ประการหนึ่ง ที่เป็นปัจจัยในการกระตุ้นให้เกิดขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุข รวมถึงทำให้เกิดแนวคิดในการรวมตัวจัดตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบท²⁶ขึ้นมาในปลายปี พ.ศ. 2518 โดยการรวมตัวของเครือข่ายแพทย์ใช้ทุน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 109) ที่ถูกส่งไปประจำยังพื้นที่ชนบท โดยต่างได้รับอิทธิพลอย่างสำคัญจากการก่อตัวของขบวนการนิสิตนักศึกษาในทศวรรษ 2510 ทั้งทางความคิด การสร้างเครือข่าย และรูปแบบในการเคลื่อนไหว ซึ่งพัฒนาไปสู่การเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางวิชาชีพ (professional movements) กล่าวได้ว่าเครือข่ายแพทย์ใช้ทุนเป็นรากฐานสำคัญส่วนหนึ่งของการจัดตั้งขบวนการแพทย์ชนบท โดยการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทได้ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างในการระดมทรัพยากรและเชื่อมสมาชิกแพทย์ใช้ทุนที่ทำงานอยู่ต่างพื้นที่ให้ได้มาพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ไปจนถึงร่วมกันเคลื่อนไหวเพื่อเสนอนโยบายต่อฝ่ายบริหารของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้เครือข่ายความสัมพันธ์นี้ยังมีส่วนสำคัญในการก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. ในทศวรรษ 2540 ซึ่งตั้งอยู่บน “ความสัมพันธ์ของอดีตแพทย์ใช้ทุน” ทั้งสิ้น (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559)

²⁶ ก่อนจะเปลี่ยนมาเป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” ในปีพ.ศ. 2521.

1.2) บทบาทของสหรัฐอเมริกาในการเปิดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้แก่การก่อตัวของขบวนการนักศึกษาสาธารณสุข

สหรัฐอเมริกามีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นปัจจัยเปิดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดการก่อตัวของขบวนการทางสาธารณสุข โดยสามารถแยกพิจารณาออกได้เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ แผนพัฒนาทางเศรษฐกิจกับการเติบโตของชนชั้นกลางใหม่ บทบาทในการเปิดพื้นที่ทางอุดมการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านทางกรอบความคิดและการจัดตั้งขบวนการทางสาธารณสุข อย่างไรก็ตามยังมีบทบาทในด้านการสนับสนุนการสาธารณสุขเพื่อความมั่นคงผ่านสำนักเร่งรัดพัฒนาชนบท (รพช.) โดยจะพิจารณาต่อไปตามลำดับ

1.2.1) แผนพัฒนาทางเศรษฐกิจกับการเติบโตของชนชั้นกลางใหม่

ความเปลี่ยนแปลงทางการสาธารณสุขไทยในช่วงเวลานี้อยู่ภายใต้บริบทของการเมืองระหว่างประเทศช่วง “สงครามเย็น” การสนับสนุนของสหรัฐอเมริกาและองค์กรระหว่างประเทศของฝ่ายโลกเสรีนิยมอย่าง ธนาคารโลก (world Bank) และองค์กรอื่น ๆ²⁷ ได้เข้ามามีบทบาทเป็นอย่างมากต่อแนวทางในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และระบบสาธารณสุขของไทยในหลาย ๆ ด้าน (Randolph, 1986, p. 11; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 25-26; คริส เบเคอร์ และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร, 2557, น. 220-230; ชัยอนันต์ สมุทวณิช, 2534, น. 244-245; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 15-18)

ในเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2501 ผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกได้เดินทางเข้ามาสำรวจสภาพเศรษฐกิจของไทยและได้ทำรายงานส่งถึงรัฐบาลไทยในชื่อ “A Public Development Program for Thailand” ซึ่งเป็นที่มาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2504-2509) (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 28) รายละเอียดของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

²⁷ ตัวอย่างขององค์กรเหล่านี้ ได้แก่ องค์กรสนธิสัญญาป้องกันภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ส.ป.อ. หรือ SEATO) องค์กรบริหารวิเทศกิจแห่งสหรัฐ หรือ USOM (United States Operations Mission) ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดขององค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา หรือ USAID (United States Agency for International Development) และ องค์การประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ข่าวสารและวัฒนธรรมของสหรัฐอเมริกาหรือ USIS (United States Information Service).

แห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นไปตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลก ที่ได้ทำรายงานส่งถึงรัฐบาลไทย มีสาระสำคัญในการเสนอให้มีการพัฒนาสาธารณสุขภาคพื้นพื้นฐานในด้านต่าง ๆ โครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ รวมถึงการพัฒนาทางสาธารณสุขด้วย

แผนพัฒนาทางเศรษฐกิจนี้ส่งผลต่อทิศทางการดำเนินนโยบายทางสาธารณสุขของไทย เนื่องจากแผนการพัฒนาสาธารณสุขจะดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนดโดยแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ซึ่งเป็นการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อตอบสนองต่อโจทย์การพัฒนาเศรษฐกิจตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกและรัฐบาลสหรัฐอเมริกา จนเป็นผลให้เกิด **แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1** (พ.ศ. 2504-2509) ขึ้นมา ประเด็นสำคัญของแผนการพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจฉบับที่ 1 นี้คือ การยับยั้งการอพยพเข้าสู่เมือง และการเพิ่มผลผลิตในการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ โดยแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับต่อ ๆ มา จนถึงทศวรรษ 2520 อันได้แก่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 ถึงฉบับที่ 5²⁸ ล้วนต่างมีเป้าหมายที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในฐานะแผนแม่บทหลัก (กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 26-40) แม้ในแผนแต่ละฉบับนั้นจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือแผนพัฒนาการสาธารณสุขทุกฉบับนั้นมีกรอบความคิดหลักในการใช้การสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคงแห่งชาติเป็นสำคัญ โดยมีการรวมศูนย์อำนาจการสั่งการและทรัพยากรที่ราชการส่วนกลางเป็นหลัก²⁹

CHULALONGKORN UNIVERSITY

²⁸ แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 2 (2510 - 2514), แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 3 (2515 - 2519), แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (2520 - 2524), แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525 - 2529).

²⁹ ความเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจเกิดขึ้นในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (2530 - 2534) ที่เริ่มมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมและขยายโอกาสในการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต การส่งเสริมการกระจายอำนาจในการบริหารงานสาธารณสุขด้วยการเพิ่มบทบาทของประชาชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดปัญหา ความต้องการ วิธีการแก้ไขปัญหา และการบริหารทรัพยากร ทั้งที่ระดมได้โดยชุมชนเอง และที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน โดยส่งเสริมให้มีการประสานงานระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน (กองแผนงานสาธารณสุข, 2530, น. 37) ซึ่งต่างจากแผนพัฒนาสาธารณสุขก่อนหน้านั้นในทศวรรษที่ 2500 ถึง 2520 ทั้ง 5 ฉบับที่ไม่มีการให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับนโยบายแต่อย่างใด ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากอิทธิพลของกระแสคลื่นการพัฒนาประชาธิปไตย (wave of

นอกจากการวางแผนพัฒนาทางสาธารณสุขแล้ว สหรัฐอเมริกายังมีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมไทยในทศวรรษ 2500 เป็นต้นมา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสังคมไทย คือการเกิดขึ้นของชนชั้นกลางใหม่ทางเศรษฐกิจ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากการดำเนินตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติที่ได้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2504 เพื่อนำประเทศไปสู่ “ความทันสมัย” ในรัฐบาลของจอมพล สฤษดิ์ ธนะรัชต์ ทำให้เกิดการเติบโตขึ้นมาของแรงงานในภาคอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรม ตามเป้าหมายที่จะเพิ่มผลผลิตทั้งหมดของชาติให้ได้ 6% ต่อปี (ทักษ์ เฉลิมเตียรณ, 2548, น. 274; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 34-35) มีการขยายการศึกษาโดยการสร้างสถาบันการศึกษาขึ้นมากมาย มีการจัดตั้งมหาวิทยาลัยเพิ่มขึ้นหลายแห่งทั้งมหาวิทยาลัยภูมิภาค เช่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2507) มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2509) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2511) รวมถึงมหาวิทยาลัยในส่วนกลาง เช่น มหาวิทยาลัยมหิดล (2512) มหาวิทยาลัยเปิดอย่างมหาวิทยาลัยรามคำแหง (2514) เพื่อทำการผลิตบุคลากรเพื่อรองรับการขยายตัวของภาคเศรษฐกิจ ระบบราชการและอุตสาหกรรม จากการศึกษาของ เบเนดิกต์ แอนเดอร์สัน (2559) ในปี 2504 มีนักศึกษา 15,000 คนลงทะเบียนเรียนใน 5 มหาวิทยาลัย แต่เมื่อถึงปี 2515 มีนักศึกษาถึง 100,000 คนลงทะเบียนเรียนใน 17 มหาวิทยาลัย จากปี 2507 ถึงปี 2512 จำนวนผู้เข้าเรียนในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาของรัฐบาลเพิ่มจาก 159,136 คน เป็น 216,621 คน ผู้เข้าเรียนในระดับมัธยมศึกษาของเอกชนเพิ่มจาก 151,728 คนเป็น 228,495 คนและผู้เข้าเรียนในโรงเรียนอาชีวศึกษาของรัฐบาลเพิ่มจาก 44,642 คนเป็น 81,665 คน (เบเนดิกต์ แอนเดอร์สัน, 2559, น. 92)

การขยายตัวของระบบเศรษฐกิจและการพัฒนาทำให้นักศึกษา (รวมถึงนักศึกษาแพทย์) และชนชั้นกลางทางเศรษฐกิจขยายตัวมากขึ้นตามไปด้วย และได้กลายมาเป็นกลุ่มพลังใหม่ในสังคมไทยภายใต้ระบอบอำนาจนิยมที่มีโครงสร้างแบบรัฐราชการอำนาจนิยมรวมศูนย์ ซึ่งไม่สามารถตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของชนชั้นกลางใหม่ที่เกิดขึ้นมาเหล่านี้ได้ เป็นความขัดแย้งอย่างถึงราก (fundamental dilemma) (Huntington, 2006, p. 177) ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกับการทำลายของกลุ่มพลังข้าราชการที่มีต่อ

democratization) ที่เกิดขึ้นทั่วโลกหลังการสิ้นสุดลงของสงครามเย็น พร้อมกับการถดถอยลงของอำนาจระบบราชการและเผด็จการทหาร (Huntington, 1991).

สถาบันพระมหากษัตริย์ในช่วงการเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 การเติบโตขึ้นของชนชั้นกลางใหม่เหล่านี้ ได้หันกลับมาทำทนายและตอบโต้กับระบอบอำนาจนิยมรวมศูนย์ที่มีกลไกราชการเป็นพลังหลักในทศวรรษที่ 2510 ท่ามกลางกระแสการเรียกร้องประชาธิปไตยที่ขยายตัวเพิ่มมากขึ้น (เบนดิกต์ แอนเดอร์สัน, 2559, น. 80-81, 89-90, 95; ทักซ์ เกลิมเตียร์, 2548, น. 271; ประจักษ์ ก้องกีรติ, 2548, น. 46; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 30-34, 49)

1.2.2) บทบาทของสหรัฐอเมริกาและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์กับการเปิดพื้นที่ทางอุดมการณ์

บทบาทในการเปิดพื้นที่ทางอุดมการณ์ของสหรัฐอเมริกาที่น่าสนใจอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนให้เกิดการก่อตั้ง “วารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์” ซึ่งเป็นวารสารที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิดของนักศึกษาและปัญญาชนในช่วงทศวรรษ 2510 ในเดือน มิถุนายน 2506 ผ่านทางสำนักข่าวอเมริกันไปยังสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเผยแพร่อุดมการณ์เสรีนิยมประชาธิปไตยและแนวคิดแบบอเมริกัน พร้อมกับการเปิดช่องทางให้ปัญญาชนนักคิดของไทยได้มีพื้นที่ในการนำเสนอความคิดเห็นของตนต่อสังคม โดยนพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดชกล่าวว่า “พวกมหิดล กลุ่มความคิดของพวกนี้เริ่มพัฒนามาจากรุ่นแรกๆ มีพีวีชัย โชควิวัฒน์ มีลี้จ้อยอยู่กับกลุ่ม ส.ศิวิลิกซ์ กลุ่มสังคมศาสตร์ปริทรรศน์ นพ.สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ รามารุ่น 1 มีหลานชื่อ ศุภลักษณ์ อาชานานุภาพ เป็นพวกล้มโต๊ะที่จุฬา พวก anti-sotus พี่เหวงก็ได้เป็นส่วนหนึ่งของกองบรรณาธิการสังคมศาสตร์ปริทัศน์” (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559) ในขณะที่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวถึงวารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ในฐานะปัจจัยที่มีอิทธิพลทางความคิดทางการเมือง ที่ส่งผลต่อความคิดทางสาธารณสุขดังนี้

“เริ่มสนใจการเมืองจริงจัง ในปลายปี 2509 (ขึ้นปีที่สอง) ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสองอย่าง อย่างแรก “วารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์” ดร.ไพฑูรย์ ลินลารัตน์ เป็นคนเปิดหูเปิดตาผมมากทางการเมือง ให้ได้รู้จักวารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ อย่างที่สองคือการจัดการเสวนาวิชาการนักศึกษาต่าง

สถาบัน ที่สะพานหัวช้าง เป็นครั้งแรกที่มีการจัดกิจกรรมทางวิชาการในระดับต่างสถาบัน มีการออกวารสารนักศึกษา 7 สถาบันโดยพงษ์ศักดิ์ พยัฆวิเชียร ทำให้นักศึกษา ทำให้ได้มีโอกาสได้ฟังคนอย่าง ลัญญา ธรรมศักดิ์ ดิเรก ชัยนาม ป่วย อึ้งภากรณ์ ส.ศิวลักษณ์ พิภพ ธงชัยมาชวนอาจารย์ ส.ศิวลักษณ์ ทำวารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์ ฉบับนักศึกษา จนเริ่มตั้งกลุ่มศึกษาปัญหาบ้านเมืองทุกวันเสาร์ เป็นการจุดประกายความคิด”

วิชัย โขควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

โดยสังคมศาสตร์ปริทัศน์ในยุคแรกนั้นมี สุลักษณ์ ศิวรักษ์ (ส. ศิวรักษ์) เป็นบรรณาธิการคนแรก วารสารสังคมศาสตร์ปริทัศน์มีอิทธิพลทางความคิดต่อนิสิตนักศึกษาไทยในขณะนั้นเป็นอย่างมาก ซึ่งนำไปสู่การก่อตั้ง “ชมรมปริทัศน์เสวนา” ซึ่งเปรียบเป็นเวทีและพื้นที่ให้แก่นิสิตนักศึกษาที่มีบทบาทในการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือเป็นแกนนำทางความคิดของแต่ละมหาวิทยาลัยในช่วงเวลานั้น ได้มาพบปะแลกเปลี่ยนความคิด ความสนใจ เป็นการกระตุ้นความสนใจและให้ผู้ที่มีความต้องการการเปลี่ยนแปลงสังคมได้มารู้จักกัน และเป็นส่วนหนึ่งที่ได้พัฒนาไปสู่การสร้างเครือข่ายปัญญาชนระดับผู้นำในการระดมขบวนการเคลื่อนไหวของนิสิตนักศึกษาในเวลาต่อมา (Lertchoosakul, 2016, p. 47; ประเวศ วะสี, 2554, น. 229; ประจักษ์ ก้องกีรติ, 2548, น. 109-134; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 137-138) โดยกลุ่มกิจกรรมนี้มีส่วนในการสร้างนักเคลื่อนไหว (activists) ที่มีทักษะสำคัญ 2 ประการคือ ทักษะในการเขียน และทักษะในการพูด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการโน้มน้าวใจคนให้เข้ามาร่วมเคลื่อนไหวในขบวนการนักศึกษา (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 147-149) พร้อมทั้งสร้างเครือข่ายการเคลื่อนไหวของนิสิตนักศึกษาจากต่างสถาบัน โดยการพัฒนาจากเครือข่ายไม่เป็นทางการ (informal networks) อันได้แก่ กลุ่มศึกษา (study groups) เครือข่ายเพื่อน (network of friends) ไปสู่การสร้างเครือข่ายการเคลื่อนไหวของนักกิจกรรม (activist networks) ที่มีแนวคิดต่อต้านรัฐบาลเผด็จการทหาร และเรียกร้องประชาธิปไตย (วิชัย โขควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

นอกจากนี้ในปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ของไทย สหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์³⁰ ได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการส่งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์รวมทั้งอาจารย์แพทย์ เข้ามาช่วยวางแผนการพัฒนาการสาธารณสุขของไทย อันได้แก่ การวางแผนการพัฒนาโครงสร้างทางสาธารณสุข และการสร้างโรงเรียนการแพทย์และคณะสาธารณสุขศาสตร์รามธิบดี พร้อมทั้งการสนับสนุนด้านเงินทุนในการก่อตั้งและจัดการเรียนการสอนในช่วงแรก (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 66, 69)

อย่างไรก็ตามการเข้ามามีบทบาทของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ไม่ได้มีเพียงแค่องค์ความรู้ด้านการแพทย์ตะวันตกและเงินทุนเพียงเท่านั้น แต่ยังมีบทบาทสำคัญในการเข้ามาเปิดพื้นที่ทางอุดมการณ์เสรีนิยม-ประชาธิปไตยให้เกิดขึ้นในคณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์รามธิบดี ซึ่งมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์มีส่วนช่วยในการวางรากฐานการศึกษาอีกด้วย ผ่านการเรียนการสอนและการออกแบบหลักสูตรโดยอาจารย์ที่มาจากตะวันตกและอาจารย์แพทย์ของไทยที่จบการศึกษาจากสหรัฐอเมริกา โดยอาจารย์เหล่านี้มีวัฒนธรรมในการสอนแบบเสรีนิยมที่เปิดโอกาสให้นักศึกษาแพทย์ได้ถกเถียงตั้งคำถามในชั้นเรียนได้ ซึ่งต่างจากวัฒนธรรมการเรียนการสอนแบบอนุรักษนิยมที่ศิริราช (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 69-70) การเปิดพื้นที่ทางอุดมการณ์นี้ไม่เพียงเปิดโอกาสให้แนวความคิดเสรีนิยมได้ก่อตัวขึ้นมาในหมู่นิสิตนักศึกษาแพทย์รุ่นใหม่ แต่ยังสามารถเปิดพื้นที่ให้อุดมการณ์สังคมนิยมได้เข้ามาก่อตัวในโรงเรียนแพทย์อีกด้วย เนื่องจากการเปิดพื้นที่ของการเรียนการสอนภายใต้อุดมการณ์เสรีนิยมทำให้นักศึกษาแพทย์ได้เริ่มตั้งคำถามกับปัญหา “ความเหลื่อมล้ำ” ระหว่างเมืองใหญ่โดยเฉพาะเมืองหลวงกับชนบท ซึ่งเป็นโจทย์สำคัญที่แนวคิดสังคมนิยมให้

³⁰ บทของมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในการสาธารณสุขของไทยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ยุคที่แตกต่างกัน ในยุคแรกแม้จะเริ่มเข้ามาช่วยวางรากฐานทางการแพทย์แบบอเมริกันให้แก่ไทยตั้งแต่ในสมัยรัชกาลที่ 6 พ.ศ.2464 แต่บทบาทของการเข้ามาระหว่างสมัยรัชกาลที่ 6 กับช่วงสงครามเย็นนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยช่วงรัชกาลที่ 6 มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้ความสำคัญกับการวางรากฐานทางการแพทย์และการสร้างผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นสำคัญ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 44) แต่บทบาทในยุคที่สองช่วงสงครามเย็นมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์มาพร้อมกับแนวคิดเสรีนิยมประชาธิปไตย สนับสนุนการวางระบบสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญการพัฒนาชุมชนชนบทมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการให้ความสำคัญกับวิชาเวชศาสตร์ชุมชนขึ้นมาเป็นครั้งแรกที่โรงเรียนแพทย์รามธิบดี จากเดิมที่วิชานี้เปรียบเสมือน “ลูกเมียน้อย” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 65-66, 75).

ความสนใจ (แหวง โตจิราการ, สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2559) โดยประเด็นนี้จะขยายความต่อไปในประเด็น คณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม (mobilizing structure configurations) อันเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดการจัดตั้งขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุข แต่ก่อนที่ จะไปถึงประเด็นของคณะแพทย์รามาริบัติ ผู้วิจัยจะขอกล่าวถึงบทบาทอีกด้านของ สหรัฐอเมริกา ในการสนับสนุนการจัดตั้งขบวนการแพทย์อาสาเพื่อความมั่นคงของชาติ ในช่วงสงครามเย็น ซึ่งเป็นความร่วมมือกับฝ่ายความมั่นคงของรัฐบาลไทย ดังจะอภิปรายใน หัวข้อถัดไป

1.2.3) รพช. กับการจัดตั้งแพทย์อาสาเพื่อความมั่นคงแห่งชาติ

จากที่ผ่านมามีเห็นได้ว่าสหรัฐอเมริกา มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนการเปิด พื้นที่ทางอุดมการณ์เสรีนิยมประชาธิปไตยในขบวนการนักศึกษา อย่างไรก็ตามในทางกลับกัน สหรัฐอเมริกายังได้มีบทบาทในการจัดตั้งขบวนการแพทย์ฝ่ายความมั่นคง เพื่อต่อสู้กับ ฝ่ายคอมมิวนิสต์ไทยที่ได้รับการสนับสนุนจากประเทศในค่ายสังคมนิยม โดยใช้การแพทย์เป็น หน่วยหนึ่งในการต่อสู้ในพื้นที่ “สีแดง” ผ่านองค์กร “เร่งรัดพัฒนาชนบท” หรือ รพช.³¹ (ประสงค์ สุขุม, 2539) ที่จัดตั้งขึ้นมาในช่วงรัฐบาล ถนอม กิตติขจร ในปีพ.ศ. 2509 โดย ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนเงินอเมริกัน เพื่อหวังว่าการนำทรัพยากรและ

³¹ ภารกิจหลักของ รพช. คือการรักษาความมั่นคงในชนบทที่ต้องต่อสู้กับพรรคคอมมิวนิสต์โดยตรง นอกจากหน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวกับการพัฒนาฝ่ายพลเรือน อย่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงเกษตรและ สหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง ยังมีหน่วยงานอื่นเกี่ยวกับความมั่นคงเข้ามาร่วมมือด้วยโดยเฉพาะฝ่าย กำลังทหารและตำรวจ โดยการทำงานของ รพช. นี้ได้ยังรับการสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาผ่านหน่วยงาน ยูซอม (USOM) ที่สนับสนุนเครื่องจักรในการสร้างถนนเข้าไปในพื้นที่ชนบทโดยเฉพาะพื้นที่สีแดง และ ซีไอเอ (CIA) ที่ส่ง เจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงานในไทยในนามของที่ปรึกษา รพช. (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 90-91) มีการจัดตั้ง หน่วยรักษาพยาบาล อันได้แก่ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ผู้ใหญ่มากมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งอาสาสมัครเวียนกันไปทำงานช่วยเหลือชาวบ้านในท้องที่เขตสีแดง ประกอบไปกับการจัดตั้งและฝึกให้มีผู้ช่วยพยาบาลประจำตำบลหรือ “หมอเท้าเปล่า” ให้ประจำอยู่ในท้องที่ เพื่อ ช่วยดูแลประชาชนในชนบทอย่างต่อเนื่อง และทำตัวเป็นผู้แทนถาวรของฝ่ายรัฐบาลในท้องที่นั้น ๆ ในการสอดส่อง หาข้อมูลในพื้นที่ให้แก่รัฐบาลและเพื่อชักจูงให้ประชาชนในพื้นที่เข้ากับฝ่ายรัฐบาล เป็นการบั่นทอนขีดความสามารถ ของฝ่ายคอมมิวนิสต์ที่จะชักชวนประชาชนมาเข้าร่วมขบวนการ (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 93-125).

งบประมาณไปในเขตพื้นที่ที่รัฐบาลไม่เคยเข้าไปทำการพัฒนามาก่อน จะสามารถสร้างการสนับสนุนรัฐบาลจากชาวบ้านได้มากยิ่งขึ้น (ทักษ์ เฉลิมเตียรณ, 2548, น. 301) โดยในปี พ.ศ. 2509 รพช. มีการปฏิบัติงานใน 14 จังหวัด พ.ศ. 2510 เพิ่มเป็น 19 จังหวัด พ.ศ. 2513 เพิ่มเป็น 26 จังหวัด และเพิ่มเป็น 38 จังหวัดในปีต่อมา

การจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ รพช. ได้รับการสนับสนุนอย่างแข็งขันจากอธิการบดี มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ศ.นพ.ชัชวาล โอสถานนท์ ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และ ศ.นพ.เปรม บุรี อาจารย์แพทย์คนสำคัญของ ศิริราชพยาบาล โดยได้จัดให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลศิริราชที่รับอาสาผลัดกันออกไปปฏิบัติหน้าที่ผลัดละหนึ่งเดือน “เมื่อเริ่มทำการรณรงค์หาอาสาสมัครแพทย์ทุกคนที่รับอาสาและทำการรณรงค์นั้นต่างทราบดีว่าภารกิจนี้คือการต่อสู้กับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย และเข้าใจว่าภารกิจนี้เป็นการทำเพื่อความมั่นคงของชาติบ้านเมือง” (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 197-198, 200-201, 205-206)

นอกจากแพทย์ของศิริราชพยาบาลที่เป็นกลุ่มนำในการรณรงค์นี้ ยังได้รับความร่วมมือจาก โรงพยาบาลรามาริบัติ (ก่อตั้ง พ.ศ. 2508) มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เชียงใหม่ วชิระพยาบาล และแพทย์จากโรงพยาบาลของกรมการแพทย์ เป็นต้น จึงทำให้เกิดโครงการรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ของ รพช. ที่เป็นโครงการที่รวมแพทย์ฝ่ายพลเรือนส่วนใหญ่ของประเทศ และแพทย์ส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมในโครงการนี้มีสถานะเป็น “อาจารย์หมอ” ภายใต้การนำของ ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ จากศิริราชพยาบาล (ซึ่งต่อมาภายหลังได้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลของ สัญญา ธรรมศักดิ์)

ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ ซึ่งดำรงตำแหน่งคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลได้อธิบายถึงการอาสาร่วมมือกับ รพช. ลงพื้นที่ของอาจารย์หมออาวุโสของศิริราชไว้ดังนี้ “ศิริราชเลือกได้อุตรธานี...ที่รพ.อุตรธานี มีแพทย์อาวุโสไปอยู่หลายคนเกือบจะครบทุกสาขาของคัลยศาสตร์ แม้แต่การผ่าตัดโรคหัวใจก็มี ซึ่ง นพ.ม.ร.ว.กัลยาณกิติติ กิตติยากร เป็นผู้ทำเอง อาจารย์แพทย์ก็ไปร่วมด้วย นอกจากแพทย์มีพยาบาล ท่านเหล่านี้มีจุดประสงค์จะช่วยยกฐานะการแพทย์ของ รพ.ให้สูงขึ้น” (อุดม โปษะกฤษณะ, 2530, น. 200) แพทย์อาสาเหล่านี้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทุรกันดารโดยเฉพาะพื้นที่ทางภาคเหนือและอีสานที่เป็นพื้นที่

สี่แดงผลัดละหนึ่งเดือน และเนื่องจากมีนายแพทย์และพยาบาลเป็นจำนวนมากเข้าร่วมในงานนี้ การเข้าผลัดแต่ละผลัดจึงมีเวลาห่างกันมาก เมื่อออกผลัดไปครั้งหนึ่งแล้วกว่าจะถึงอีกผลัดหนึ่งเป็นระยะเวลากว่าหกเดือน (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 213)

หน่วยแพทย์และพยาบาลเคลื่อนที่ของ รพช. ได้เพิ่มขึ้นจาก 3 หน่วยใน 1 จังหวัด เมื่อปี พ.ศ. 2509 เป็น 32 หน่วยใน 19 จังหวัดภายใน 3 ปี (พ.ศ. 2509- พ.ศ. 2511) โดยในแต่ละหน่วยนั้นประกอบไปด้วย แพทย์ 4 คน พยาบาล 4 คน แบ่งภาระงานให้แพทย์ 2 คน พยาบาล 2 คนในการประจำพื้นที่ที่ศูนย์อนามัย ในขณะที่อีกชุดเดินทางไปกับรถยนต์พร้อมกับคณะฝ่ายปกครองไปตามหมู่บ้านห่างไกลในพื้นที่ (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 195-198, 201-203) ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ ได้อธิบายถึงช่วงเวลานั้นไว้ดังนี้

“อุตรธานีเป็นรังสำคัญของคอมมิวนิสต์แห่งหนึ่ง พรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยก่อตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2485 นายประสงค์ สุขุม อดีตเลขาธิการ รพช. เป็นผู้หนึ่งที่เห็นว่าจะต้องพัฒนาอีสานให้ดีขึ้นทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการต่อต้านลัทธิอุบาทว์นี้ เห็นว่าการแพทย์เป็นส่วนหนึ่งที่จะมีอำนาจดึงดูดราษฎรเข้ามาหารัฐบาลได้มาก จึงได้เชิญผู้แทนจากศิริราช จุฬาลงกรณ์ กรมการแพทย์ เทศบาลกรุงเทพฯ มาปรึกษาเพื่อออกไปช่วยรักษาพยาบาลคนที่ยากไร้ ได้เป็นที่พึ่งพาอาศัยของเขาในยามเจ็บไข้ ในยามคลอเคลือบดู ...กิจการแพทย์เคลื่อนที่ศิริราชได้ทำประโยชน์ให้แก่อุตรธานีมหาศาล ทำให้อุตรธานีไม่มีอำเภอที่ถูกปลดปล่อยเช่น ส่วนใหญ่ของจังหวัดนครพนม และอำเภอนาแกของสกลนคร ทำให้สถานีนอนามัยชั้น 1 ชั้น 2 กลายเป็นรพ.ชั้นเยี่ยมเช่น รพ.อ.หนองบัวลำภู”

อุดม โปษะกฤษณะ (2530, น. 200)

แม้การใช้การสาธารณสุขของ รพช. ในการ “ช่วงชิง” ประชาชนกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยนั้น ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพึงพอใจ อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่ากรอบความคิดเกี่ยวกับการจัดการระบบและโครงสร้างการสาธารณสุขนั้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับความสนใจในการแก้ไขแต่อย่างใด การอาสาของแพทย์อาสาและอาจารย์แพทย์จากเมืองหลวงนั้น แม้เป็นไปด้วยความตั้งใจจริงไม่ว่าจะเพื่อความมั่นคงของชาติหรือเพื่อ

มนุษยธรรม แต่เมื่อ รพช. ยุติโครงการแล้ว ทุกอย่างได้กลับไปสู่สภาวะปกติ แพทย์ที่เคยอาสา กลับไปทำงานยังสังกัดของตนเช่นเดิม แม้จะมีแพทย์อาวุโสบางท่านยังคงทำงานดูแลประชาชนในพื้นที่ชนบทต่อไป แต่ก็มีเพียงจำนวนน้อย ความขาดแคลนแพทย์ พยาบาลและเครื่องมือทางการแพทย์ยังคงเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับการแก้กันอย่างจริงจัง กรอบความคิดหลัก (master frame) ในการจัดการระบบสาธารณสุขและทรัพยากรยังคงรวมศูนย์ที่ส่วนกลาง และเน้นไปที่ความมั่นคงของชาติเป็นหลัก โดยมีกลไกของระบบราชการผ่านการทำงานของกระทรวงสาธารณสุข เป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการระดมทรัพยากรและกระจายทรัพยากร การดูแลจึงพุ่งเป้าไปที่จุดยุทธศาสตร์สำคัญในการต่อสู้กับพรรคคอมมิวนิสต์และพื้นที่สำคัญที่รัฐเห็นว่ามีจำเป็นต้องดูแลเป็นพิเศษ ไม่ได้มีเป้าหมายในการกระจายทรัพยากรออกไปอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันแต่อย่างใด

“ที่จริงแล้วการจัดการหน่วยแพทย์และพยาบาลเคลื่อนที่แบบของ รพช. นั้น ได้วางแผนไว้ที่จะกระทำเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น และจะกระทำเฉพาะระยะที่รัฐบาลจำต้อง “ทำศึก” แย่งชิงคนอยู่กับคอมมิวนิสต์ในระยะเวลาและในท้องที่ที่มีความเข้มข้นจริง ๆ เท่านั้น การทำศึกแย่งคน หรือจะกล่าวอีกแบบหนึ่งว่า การขัดขวางมิให้คอมมิวนิสต์หาพวกมารบกับคนไทยด้วยกันนั้น คอมมิวนิสต์จะมีโอกาสทำได้ผลเพียงครั้งเดียวเท่านั้น คือในระยะที่จิตใจชาวบ้านมีความสับสนอมรรอรับอยู่เท่านั้น... ช่วงเวลาที่คอมมิวนิสต์จะยังดำเนินงานนี้ได้อย่างเข้มข้นก็จะยังเป็นระยะเวลาหลายปี รัฐบาลจึงจะต้องทำงานต่อสู้ขัดขวางต่อไปให้พ้นช่วงโอกาสนี้ให้ได้เสียก่อน”

ประสงค์ สุขุม (2539, น. 217)

ในขณะที่มุมมองของเจ้าหน้าที่รัฐในการดูแลประชาชนทางสาธารณสุขโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลกลายเป็นเพียงการ “สงเคราะห์” มากกว่าจะเป็น “หน้าที่” หรือ “สวัสดิการ” ที่รัฐพึงกระทำ และเป็น “สิทธิ” ที่ประชาชนพึงได้รับจากรัฐ ดังความเห็นของประสงค์ สุขุม ผู้มีบทบาทสำคัญใน รพช. ได้อธิบายไว้ดังนี้

“ชาวบ้านมิได้หวังว่าจะได้รับการดูแลจากรัฐบาลในด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเขาและครอบครัวที่รักของเขาเกิดเจ็บไข้หรือมีความเจ็บปวด และเมื่อนายแพทย์และพยาบาลของหลวงอุตสาห์เดินทางมาถึงบ้านหรือเกือบถึงบ้านเขา และสามารถมาบรรเทาปิดเป่าความเจ็บไข้และความเจ็บปวดทั้งหลายให้หายไปได้ดังเทวดามาช่วยโดยไม่เสียเงินสักบาทเดียวนั้น มีผลทางด้านการหาพวกให้รัฐบาลเกินความคาดหมายเป็นอย่างมากทีเดียว”

ประสงค์ สุขุม (2539, น. 215)

การสนับสนุนและจัดตั้งคณะแพทย์อาสาของ รพช. ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ทั้งในการได้รับความร่วมมือจากคณะแพทย์ พยาบาล และผลตอบรับจากประชาชนในพื้นที่ที่คณะแพทย์ได้ลงไปทำการดูแล ทำให้ในปี พ.ศ.2512 ได้มีการเพิ่มพื้นที่เคลื่อนไหวในจังหวัดศรีสะเกษ สุรินทร์ และบุรีรัมย์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่พรรคคอมมิวนิสต์มีความเข้มแข็งและแทรกซึมอย่างหนัก อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของคณะแพทย์อาสาที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก รพช.ได้จัดหามาจากสำนักงบประมาณและการเรียกรับบริจาคแต่ก็ยังคงไม่เพียงพอ สหรัฐอเมริกาจึงได้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านเงินทุนและเวชภัณฑ์ การสนับสนุนจากสหรัฐอเมริกาทำให้ประชาชนได้รับการรักษาจากคณะแพทย์อาสาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด นอกจากนี้สหรัฐอเมริกายังได้สนับสนุนเครื่องมือ เวชภัณฑ์อย่างดีและทันสมัย รวมถึงพาหนะและเครื่องมือสื่อสารที่ส่งตรงมาจากสหรัฐอเมริกาทั้งสิ้น สหรัฐอเมริกาได้จัดการจัดจิปจ้านจำนวนหนึ่งมาเพื่อใช้บรรทุกคณะแพทย์ในการออกหน่วยไปตามหมู่บ้านต่าง ๆ รวมถึงการส่งผู้แทนอาวุโสฝ่ายสาธารณสุขจากองค์กร USOM มาคอยช่วยเหลือ ดูแลและควบคุมการสั่งซื้อและการใช้เครื่องมือและพาหนะต่าง ๆ ของทางฝั่งไทย โดยนอกจากสหรัฐอเมริกาแล้วรัฐบาลญี่ปุ่นยังได้ส่งคณะแพทย์พยาบาลชาวญี่ปุ่นพร้อม อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์และล่ามเข้ามาร่วมอาสาเคลื่อนไหวด้วยตามการร้องขอจากเลขาธิการ รพช. อีกด้วยโดยญี่ปุ่นได้ให้ความช่วยเหลือเป็นระยะเวลากว่า 4 ปี (ประสงค์ สุขุม, 2539, น. 218-222)

ในช่วงเวลาเดียวกันควบคู่กันไปภายใต้สภาวะสงครามเย็น ในขณะที่การสาธารณสุขและการแพทย์ “กระแสหลัก” ได้มีการจัดตั้งและเข้าร่วมกับ รพช. ในการต่อสู้กับคอมมิวนิสต์ดังได้กล่าวมา ได้เกิดแนวทางหรือแนวคิดที่อาจเรียกได้ว่าเป็น “กระแสรอง” หรือ “กระแสท้าทาย” ต่อกรอบความคิดหลักทางสาธารณสุขภายในโรงเรียนแพทย์อย่างช้า ๆ และได้ก่อตัวเป็นกระแสท้าทายที่

รุนแรงขึ้นมาในภายหลัง นำโดยขบวนการนักศึกษาแพทย์และสาธารณสุขที่มีแนวคิดท้าทายและต้องการหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำทางการพัฒนาและสาธารณสุขของไทยที่ต่างออกไป โดยได้รับอิทธิพลทางความคิดจากแนวคิดเสรีนิยม ประชาธิปไตย และสังคมนิยม ซึ่งนำประหลาดใจอย่างยิ่งที่พื้นที่ในการเกิดขึ้นของแนวคิดท้าทายนี้ มาจากการเข้ามามีบทบาทของสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ในการวางระบบการพัฒนาการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ โดยเฉพาะการวางพื้นฐานหลักสูตรที่รามธิบดีที่มีแนวคิดเสรีนิยมประชาธิปไตยเป็นพื้นฐานหลัก ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

2. คณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลในฐานะองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม (mobilizing structure configurations)

ในช่วงทศวรรษ 2500 ถึงทศวรรษ 2510 เป็นช่วงเวลาที่มีการสร้างสถาบันการศึกษาอย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดสถาบันการศึกษาชั้นสูงในระดับอุดมศึกษาเพิ่มมากขึ้น คณะแพทยศาสตร์ในสถาบันอุดมศึกษามีบทบาทสำคัญในการผลิตแพทย์ซึ่งนับเป็นชนชั้นกลางที่มีความรู้ และต่อมาได้กลายเป็นหนึ่งในกลุ่มชนชั้นนำใหม่ที่เติบโตขึ้นมาเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ท้าทายระบอบอำนาจนิยมต่อไป ในส่วนต่อไปนี้จะเป็นการอภิปรายถึงบทบาทคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะขององค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม (mobilizing structure configurations)

โดยภายหลังจากการตั้งโรงเรียนแพทย์แห่งแรก “ศิริราชพยาบาล” ในพ.ศ. 2431 การขยายตัวของคณะแพทยศาสตร์ได้เริ่มต้นขึ้นอีกครั้งในช่วงปลายทศวรรษ 2490 คณะแพทยศาสตร์ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ได้รับการจัดตั้งเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2498 คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งที่ 3 ในปี พ.ศ. 2502 ในปี พ.ศ. 2508 ได้มีพระบรมราชโองการฯ ประกาศจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดีขึ้นเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งที่ 4³² โดยคณะ

³² โดยต่อมา ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2512 ได้มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศการปรับปรุงมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ ให้เป็นมหาวิทยาลัยที่สมบูรณ์โดยจัดตั้งเป็นมหาวิทยาลัยขึ้นใหม่ เรียกว่า "มหาวิทยาลัยมหิดล" มีขอบเขตดำเนินงานกว้างขวางยิ่งขึ้น เป็นชื่อมหาวิทยาลัยแทนชื่อมหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์เดิม โดยได้ ศ.นพ. ชัชวาล โอสถานนท์ เป็นอธิการบดีคนแรก (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 48-49).

แพทยศาสตร์รามาธิบดี รวมถึงคณะด้านการสาธารณสุขอันได้แก่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ของมหาวิทยาลัยมหิดลที่ก่อตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2491 ทำให้เกิดการจัดการศึกษาและกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่สัมพันธ์กับการพัฒนาพื้นที่ชนบท อันเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข นับเป็น “หัวหอก” สำคัญในฐานะปัจจัยขององค์ประกอบเชิงโครงสร้างการระดม (mobilizing structure configurations) (McCarthy, 2008, p. 142) ในการสร้างเครือข่ายของนิสิตนักศึกษา จนทำให้เกิดการก่อตัวจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขของนักศึกษาที่เข้มแข็ง และเปิดพื้นที่ให้กับกระบวนการปรับกรอบความคิด (reframing process) จนนำไปสู่การเปลี่ยนผ่านกรอบความคิด (frame transformation) (Snow, 2004, p. 393) ทางสาธารณสุขให้เกิดขึ้นในนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุข ภายใต้กระแสการเรียกร้องประชาธิปไตยที่ขยายตัวอย่างมากในทศวรรษ 2510

การปรับเปลี่ยนกรอบความคิดทางด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นในขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุข ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดหรืออุดมการณ์สำคัญในช่วงทศวรรษ 2510 ได้แก่ แนวคิดเสรีประชาธิปไตย (liberal-democracy) และแนวคิดสังคมนิยม (socialism) กล่าวได้ว่าช่วงเวลานี้เป็นช่วงแรกที่แนวคิดประชาธิปไตยและสังคมนิยมได้มีพื้นที่และมีบทบาทในการสร้างกรอบความคิดใหม่ทางด้านสาธารณสุขในระดับนักศึกษาแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในกระบวนการสร้างกรอบความคิดของนิสิตนักศึกษาแพทย์ในขณะนั้น อันได้แก่ “การสร้างกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหา” (diagnostic framing) “การสร้างกรอบความคิดในแนวทางออก” (prognostic framing) และ “การสร้างกรอบความคิดในการจูงใจ” (motivational framing) (Buechler, 2011, pp. 148-149; Snow et al., 1986) ทางสาธารณสุขของไทยที่แตกต่างออกไปจากกรอบความคิดหลัก (master frame) เดิมที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและความมั่นคงของชาติผ่านกลไกของระบบราชการรวมศูนย์ มาเป็นกรอบความคิดที่ให้ความสำคัญกับ “ความเสมอภาค ความเท่าเทียม การรับใช้ประชาชน” ผ่านการเรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสาธารณสุขให้เกิดการกระจายทรัพยากรไปสู่ชนบทมากยิ่งขึ้น ทั้งในด้านงบประมาณและอุดมการณ์ในการรับใช้ประชาชน

โดยก่อนที่จะพิจารณาถึงบทบาทของมหาวิทยาลัยมหิดลโดยเฉพาะคณะแพทยศาสตร์และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในฐานะองค์ประกอบสำคัญเชิงโครงสร้างของการระดมทรัพยากรจัดตั้ง

ขบวนการเคลื่อนไหวนั้น จะขอกล่าวถึงปัจจัยสำคัญที่ทำให้คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นพื้นที่ที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดขึ้นมา ทำทนายกรอบความคิดหลักที่ครอบงำการสาธารณสุขไทยในช่วงเวลานั้น โดยปัจจัยที่กล่าวถึงนี้ได้แก่ บทบาทของสหรัฐอเมริกาและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ในฐานะตัวแปรที่เข้ามาวางรากฐานการศึกษาทางการแพทย์และสาธารณสุข ตามแนวคิดเสรีนิยมประชาธิปไตยและการพัฒนาชนบทซึ่งทำให้รูปแบบการเรียนการสอน การทำกิจกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาด้วยกัน และนักศึกษากับอาจารย์เปลี่ยนแปลงไป ควบคู่ไปกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กระแสการต่อต้านรัฐบาลทหารและการเรียกร้องประชาธิปไตยของประชาชนและนักศึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยการเข้ามามีบทบาทของแนวคิดเสรีนิยมประชาธิปไตยและสังคมนิยมในช่วงทศวรรษ 2510 แม้จะเกิดขึ้นในมหาวิทยาลัยอื่น ๆ เช่นเดียวกันแต่สำหรับคณะแพทยศาสตร์ที่มีวัฒนธรรมอนุรักษนิยมสูง และมีความเข้มงวดในความสัมพันธ์แบบลำดับชั้น (hierarchy) ระหว่างรุ่นพี่-รุ่นน้อง ลูกศิษย์-อาจารย์นั้น เป็นไปได้ยากมากที่จะเกิดขึ้น หากไม่ได้รับการเปิดพื้นที่ใหม่จากตัวแปรสำคัญอย่าง สหรัฐอเมริกาและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ที่เข้ามาวางรากฐานการศึกษาแบบเสรีนิยมประชาธิปไตยในคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี

คณะแพทยศาสตร์รามธิบดีได้สร้างความสัมพันธ์ระหว่างศิษย์กับอาจารย์ที่แตกต่างจากศิริราช โดยไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของระบบอาวุโสและการยึดระเบียบประเพณีอย่างฝังศิริราช แต่อยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเสรีนิยม ที่เน้นการเคารพและยอมรับในความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้การถกเถียงและแลกเปลี่ยนทางความคิดระหว่างอาจารย์และนักศึกษา รุ่นพี่และรุ่นน้องเกิดขึ้นมา ทำให้บรรยากาศการเรียนของฝั่งรามธิบดีมีการอภิปรายถกเถียงกันค่อนข้างสูง “โดยเฉพาะประเด็นปรัชญาแนวคิดในการแก้ไขปัญหาสังคม ทั้งจากซีกเสรีนิยมและตะวันตกและแนวคิดสังคมนิยมที่ได้รับอิทธิพลจากการเคลื่อนไหวปฏิวัติสังคมนิยมในจีนและรัสเซียเริ่มซึมซาบเข้ามา” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 67) ในขณะที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชนั้นมีบุคลิกของอาจารย์แพทย์และนักศึกษาที่ต่างออกไป ดังได้มีการอธิบายไว้ในปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตยเล่มที่ 1 ไว้ดังนี้

“แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมีฐานะทางประวัติศาสตร์เสมือน “ราก” ของมหาวิทยาลัยมหิดลในปัจจุบัน มีจุดกำเนิดสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสถาบันพระมหากษัตริย์ ประกอบกับอาจารย์แพทย์รุ่นแรก ๆ ที่ไปศึกษาต่างประเทศจะจบจากอังกฤษเป็น

หลัก ทำให้บุคลิก “ผู้ดีอังกฤษ” ที่เคร่งขรึม ยึดในกฎเกณฑ์ของจารีตประเพณีและระบบอาวุโส ซึมซาบอยู่ในศิริราชมาตั้งแต่ต้น ความน่าภาคภูมิใจของคณะแพทยศาสตร์ฝั่งศิริราชประการหนึ่งที่สถาบันอื่นไม่ค่อยมีหรือมีหากแต่ไม่เข้มข้นเท่า ก็คือระบบการเคารพผู้อาวุโส น้องเคารพพี่ ศิษย์ให้ความเคารพครูบาอาจารย์ ถึงขั้นที่เมื่อเวลาศิษย์เดินผ่านพบอาจารย์ก็มีการโค้งคำนับ มองดูสวยงามและเป็นที่ยอมรับของแก่ผู้พบเห็น เวลาปฏิบัติงานก็ถือตามระบบอาวุโส เพราะถือว่า “ผู้อาวุโสย่อมชำนาญกว่า” แม้ว่าบางครั้งอาจเกิดข้อผิดพลาดก็จะมี การให้อภัย ขณะเดียวกันระหว่างรุ่นพี่รุ่นน้องก็จะมีระบบ “พี่เทคแคร์” คอยดูแลรุ่นน้อง ที่ผ่านมากขณะนี้จึงไม่มีการหยุดเรียนประท้วงหรือชุมนุมขับไล่อาจารย์โดยนักศึกษา ไม่มีการทะเลาะวิวาทกันเองหรือกับคณะอื่น ทั้งยังมีความเข้มแข็งทางวิชาการเป็นจุดแข็งที่สำคัญ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชจึงอยู่ในฐานะ “ธงนำ” หรือ “พี่ใหญ่” ในหมู่วิทยาลัยแพทย์ แม้ในปัจจุบัน นอกจากนี้ การที่อาจารย์แพทย์ที่มีส่วนใหญ่นี้คือ ศิษย์เก่าที่ไล่รุ่นกันไป ดังนั้นจึงมีความเกรงใจกันสูงและเป็นไปตามลำดับอาวุโสของรุ่น รุ่นอาจารย์ก็ยังคงอยู่พอนักศึกษาจบมาเป็นอาจารย์รุ่นหลัง ก็ยังต้องเกรงใจอาจารย์ที่เคยสอนมาเหมือนสถาบันที่เก่าแก่ทั้งหลาย ยิ่งยุคก่อนหน้านี ศิริราชจะรับผู้ที่จบชั้นปีที่ 2 จากคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาฯ ซึ่งมีระบบอาวุโสที่เข้มข้นและชนบประเพณีที่คล้ายคลึงกัน เมื่อข้ามฟากมา จิงหนูนเสริมวัฒนธรรมองค์กรเช่นนี้จนเป็นเอกลักษณ์ (movement identity)”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2546, น. 57-58)

นอกจากคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีจะเป็นพื้นที่ให้แก่นักศึกษา ยังเป็นพื้นที่ให้กับอาจารย์แพทย์รุ่นใหม่ที่มีแนวคิดและมุมมองต่างออกไปจากในฝั่งของศิริราช ได้มีพื้นที่ใหม่ในการเคลื่อนไหวทั้งในทางวิชาการและกิจกรรมทางสังคม โดยไม่ต้องตกอยู่ภายใต้การครอบงำทางวัฒนธรรมอนุรักษ์นิยมที่เข้มข้น ศ.นพ.อารี วัลยะเสวี หนึ่งในแกนนำผู้สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในโรงเรียนแพทย์รามธิบดีไว้ดังนี้

“รื้อค็อกีเฟลเลอร์เข้ามาวางระบบการสอนใหม่ ทำให้การเรียนการสอนแพทย์เปลี่ยนแปลง มีความเปิดกว้างมากขึ้น มีฝรั่งมาสอน ต่อมานักศึกษาเก่ง ๆ และ

หัวก้าวหน้าในยุคนั้นจึงไหลมาที่นี่ ซึ่งรุ่นแรกเป็นรุ่นที่ต้องเริ่มใช้ทุน 2 ปี กลุ่มนี้เข้ามาเราก็รู้แล้วว่ามิจิตใจอยากไปช่วยเหลือผู้ยากไร้ อยากทำงานเพื่อสังคม เริ่มมีการเรียนการสอน “เวชศาสตร์ชุมชน” อย่างจริงจัง เพื่อเตรียมสำหรับออกไปใช้ทุนเมื่อเรียนจบ โดยได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์รุ่นใหม่ของฝั่งศิริราชที่รุ่นหลังจบจากสหรัฐอเมริกาเป็นส่วนใหญ่”

อารี วัลยะเสวี (อ้างถึงใน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 65-66)

ความแตกต่างนี้ยังรวมไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์แพทย์และนักศึกษาแพทย์ที่ต่างกัน อย่างชัดเจน โดย พล.ต.นพ.พิวัฒน์ โปษยานนท์ แพทย์รามาริบัติรุ่นที่ 3 ได้อธิบายถึงความต่างของบุคลากรอาจารย์ 2 ฝั่งซึ่งหล่อหลอมให้บุคลิคนักศึกษาแตกต่างกันอย่างชัดเจน ดังนี้

“ผมเข้าไปคลุกคลีกับค่ายอาสาตลอด อาจารย์ที่เข้าร่วมเช่น อาจารย์อวย เกตุสิงห์ จะทุ่มเทกับนักศึกษามากคลุกคลีด้วยกัน ตักดินก็ยกบุงก็คนละข้าง นักศึกษาไปสร้างโรงเรียน อาจารย์ไม่มีแรง ก็นั่งซ่อมค้อน ตะปูตัวไหนงอ อาจารย์ก็มาตอกให้มันตรง แล้วส่งให้นักศึกษาไปตอกฝาโรงเรียน แต่บรรยากาศทั่วไปที่ได้ยินมา ที่นี่ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราช-ผู้วิจัย) จะคล้ายระบบอังกฤษ คือระบบโปรเฟสเซอร์ รักนักเรียน เขกหัว ไล่เตะได้ ใครไม่มาเรียนก็ไปตามถึงบ้าน อะไรอย่างนี้ แต่ว่าไม่ได้มานั่งกินข้าวด้วยกันเหมือนฝั่งรามาช ที่นั่งทานข้าวด้วยกัน ไม่ได้แยกนั่ง”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2546, น. 58-59)

การเปิดกว้างทางความคิดแบบอเมริกันในการเรียนการสอน เสรีนิยม-ประชาธิปไตย ที่รามาริบัติได้สร้างความสัมพันธ์ในแนวระนาบให้เกิดขึ้นมาระหว่างนักศึกษาแพทย์ด้วยกันและระหว่างนักศึกษาแพทย์และอาจารย์ แตกต่างจากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชที่ให้ความสำคัญกับระบบอาวุโส สร้างความสัมพันธ์แบบลำดับชั้น นอกจากนี้การตั้งขึ้นของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยแยกรับนักศึกษาจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอย่างเด็ดขาด ทำให้พื้นที่ของการสร้างวัฒนธรรมและกรอบความคิดใหม่เกิดขึ้น และเป็นการลดการถูกควบคุมหรือครอบงำจากวัฒนธรรมอนุรักษ์นิยมของทั้งจากของคณะแพทยศาสตร์ศิริราช และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมไปถึงการที่มหาวิทยาลัยมหิดลจัดให้นักศึกษาชั้นปีที่ 1-2 ของทุกคณะในสายวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขต้องมาเรียนรวมอยู่ที่เดียวกันที่

คณะวิทยาศาสตร์ ร่วมกับนักศึกษาแพทย์ปริคลินิกชั้นปีที่ 3-4 ของคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี ทำให้คณะวิทยาศาสตร์ มหิดล เป็นศูนย์รวมของการระดมทรัพยากร และกระบวนการสร้างกรอบความคิดที่เปิดกว้างมากขึ้น ซึ่งทำให้อุดมการณ์และกรอบความคิดที่ได้รับอิทธิพลจาก เสรีประชาธิปไตย และสังคมนิยมมีพื้นที่ในการเคลื่อนไหวทั้งในชั้นเรียนทางวิชาการ การเสวนาวิชาการและในกิจกรรมของค่ายและชมรมต่าง ๆ ของนักศึกษา (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 306)

นอกจากนี้การให้ความสำคัญกับการริเริ่มวางหลักสูตรรายวิชาวิชาเวชศาสตร์ชุมชนของรามธิบดีและคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการเปิดพื้นที่ทางการศึกษาแพทย์ที่มีความสัมพันธ์กับการศึกษาและทำงานกับชุมชน โดยเฉพาะชุมชนในพื้นที่ชนบทซึ่งสัมพันธ์กับความสนใจในการทำกิจกรรมการออกค่ายพัฒนาชนบทของนิสิตนักศึกษาแพทย์ในช่วงเวลานั้น ผลจากการศึกษาเวชศาสตร์ชุมชน ทำให้นักศึกษาได้เรียนรู้ชีวิตและสภาพความเป็นจริงในพื้นที่ชนบทมากขึ้น ทำให้นักศึกษาจำนวนมากได้พบกับประเด็นปัญหาที่ตนมักไม่เคยได้นึกถึงมาก่อน อย่างปัญหาความเหลื่อมล้ำ ความไม่เท่าเทียมทางสังคม ความไม่เป็นธรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานอย่างดีให้กับแนวคิดเสรีนิยม-ประชาธิปไตย รวมไปถึงแนวคิดสังคมนิยม ซึ่งจากเดิมไม่มีโอกาสหรือพื้นที่ในโรงเรียนแพทย์เลย (กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 52-56)

จะโดยตั้งใจหรือไม่ก็ตามคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลที่ถูกวางรากฐานทางการศึกษาโดยสหรัฐอเมริกาและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ผ่านแนวคิดแบบเสรีนิยม-ประชาธิปไตย จึงเป็นทั้งองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม (mobilizing structural configuration) (McCarthy, 2008, p. 142) และโครงสร้างทางโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure) เบื้องแรกที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกรอบความคิด (reframe) ขึ้นในหมู่นักศึกษาแพทย์และนักศึกษาทางสาธารณสุข อันนำไปสู่การเปิดพื้นที่ในการสร้างการระดมของนิสิตนักศึกษาที่มีกรอบความคิดท้าทาย (challenge frame) กรอบความคิดหลัก (master frame) ทางสาธารณสุขในช่วงเวลานั้นขึ้นมา

นอกจากนี้ มหาวิทยาลัยมหิดลยังเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างให้เกิด “โครงสร้างของเครือข่ายไม่เป็นทางการ” (informal network structures) (McCarthy, 2008, pp. 142-143) ระหว่างนิสิตนักศึกษาสายสาธารณสุขทั้งในสถาบันเดียวกันและต่างสถาบัน ผ่านการทำกิจกรรมค่ายอาสาและชมรมของนิสิตนักศึกษา กิจกรรมเสวนาวิชาการ ซึ่งพัฒนาไปสู่การระดมการเคลื่อนไหวร่วมกันของ

นักศึกษา (กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 52-56; พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559; เหวง โตจิราการ, สัมภาษณ์, 2 พฤศจิกายน 2559) ความสัมพันธ์ที่ถูกสร้างขึ้นผ่านโครงสร้างของเครือข่ายไม่เป็นทางการนี้ เป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ในการระดมแบบเป็นทางการ (formal movement mobilizing structures) (McCarthy, 2008, p. 145) ในภายหลัง โดยเฉพาะการเกิดขบวนการแพทย์ชนบทหรือขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะขบวนการเคลื่อนไหวที่เป็นทางการ (formal networks หรือ professional movement networks) ในเวลาต่อมา การอภิปรายวิเคราะห์ในส่วนต่อไปจะเป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามว่า ปัจจัยอะไรที่ทำให้การระดมการก่อตั้งขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขเป็นผลสำเร็จ รวมไปถึงพลวัตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวนั้นมีลักษณะเป็นอย่างไร โดยจะนำเสนอการอภิปรายเพื่อตอบคำถามผ่าน 4 ประเด็น ได้แก่ การสร้างเครือข่ายในการระดมทางการเมืองของนักศึกษามหิดลผ่านชมรมและกิจกรรม; ผลสะท้อนของ 14 ตุลาคม 2516 ต่อพลวัตของกรอบความคิดและเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษามหิดล; ความขัดแย้งและการต่อต้านขบวนการเคลื่อนไหว (anti-movement) การตอบโต้ต่อพรรคแนวร่วมมหิดล และ การปรับกรอบความคิดและยุทธศาสตร์: การลดความขัดแย้งของพรรคแนวร่วมมหิดล โดยประเด็นทั้ง 4 นี้จะแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ทำให้การระดมการจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขของนักศึกษาประสบผลสำเร็จ อันได้แก่กลุ่มชมรมและกิจกรรมที่เกิดขึ้นในมหาวิทยาลัยมหิดลและคณะแพทยศาสตร์รามธิบดีบนพื้นฐานของบรรยากาศของเสรีนิยมประชาธิปไตย และโครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วงก่อนและหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ซึ่งส่งผลต่อความรุ่งโรจน์อย่างสำคัญของการจัดตั้งขบวนการนักศึกษา ทั้งในการระดมทรัพยากรและการจัดระเบียบกรอบความคิด รวมไปถึงพลวัตความขัดแย้งทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวภายในมหาวิทยาลัย ที่นำไปสู่การปรับตัวทางยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขที่น่าสนใจ ดังจะอภิปรายต่อไปตามลำดับ

2.1) การสร้างเครือข่ายในการระดมทางการเมืองของนักศึกษามหิดลผ่านชมรมและกิจกรรม

การเปิดกว้างทางอุดมการณ์แบบเสรีนิยมประชาธิปไตยที่เกิดขึ้นในมหาวิทยาลัยมหิดลฝั่งรามธิบดี ทำให้ชมรมและกิจกรรมของนักศึกษาได้รับอิสระและมีพื้นที่ให้กับรูปแบบและกรอบ

ความคิดที่ท้าทายมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการสร้างเครือข่ายในการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขในทศวรรษ 2510 จากเครือข่ายความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ (informal networks) ซึ่งเกิดขึ้นผ่านการทำความรู้จักเป็นการส่วนตัวทั้งนักศึกษารุ่นเดียวกัน รุ่นพี่-รุ่นน้อง ลูกศิษย์-อาจารย์ ไปจนถึงความสัมพันธ์ระหว่างนิสิตนักศึกษาต่างคณะต่างมหาวิทยาลัย จากการได้ทำกิจกรรมร่วมกัน แม้จะเริ่มจากความสนใจส่วนตัวที่มีร่วมกัน ไปจนถึงการเข้าร่วมเคลื่อนไหวทางการเมืองทั้งในรั้วมหาวิทยาลัยและนอกมหาวิทยาลัย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, 2547) เครือข่ายความสัมพันธ์นี้ได้เชื่อมต่อไปถึงความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาและชนชั้นนำทางการเมืองและสังคมนอกรั้วมหาวิทยาลัย เช่น พรรคการเมือง และตัวแทนจากสหพันธ์วิชาชีพต่าง ๆ (Lertchoosakul, 2016, p. 47) แม้ในภายหลังการพ่ายแพ้ของขบวนการนักศึกษาต่อฝ่ายขวาหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 และการพ่ายแพ้ของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย เครือข่ายความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 2510 นี้ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญในการฟื้นฟูขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขในช่วงทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา

ดังได้กล่าวมาข้างต้นชมรมและกิจกรรมของนักศึกษาจึงทำหน้าที่เป็น โครงสร้างในการระดม (mobilizing structure) บุคคลให้เข้ามาร่วมกันและพัฒนาไปสู่การสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองขึ้นมา โดยนอกจากจะทำหน้าที่ในการระดมแล้วชมรมและกิจกรรมของนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุข ยังส่งผลต่อการจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) ของนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุข เนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้เป็นพื้นที่ให้นักศึกษาทางสาธารณสุขได้มีพื้นที่ในการฝึกฝนทักษะทางการเมืองและการระดมผ่านการเคลื่อนไหวจริง จากการลงพื้นที่ชนบทผ่านค่ายอาสาพัฒนา รวมไปถึงการเรียนวิชาเวชศาสตร์ชุมชนที่ส่งเสริมให้ได้ลงพื้นที่พบกับชาวบ้าน ควบคู่ไปกับการเข้ามามีอิทธิพลของกรอบความคิด เสรีนิยม-ประชาธิปไตย และสังคมนิยม ทำให้ความคิดและกรอบความคิดของนิสิตนักศึกษาเกิดการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญ ทั้งกรอบความคิดในการวินิจฉัยปัญหา (diagnostic framing) กรอบความคิดในการหาทางออก (prognostic framing) และกรอบความคิดในการจูงใจ (motivational framing) โดยประสบการณ์ในการทำกิจกรรมของนิสิตนักศึกษาในช่วงทศวรรษ 2510 ที่ผ่านเหตุการณ์ทางการเมืองที่สำคัญทั้ง 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ส่งผลอย่างมากต่อ “ประสบการณ์” และ “เครือข่ายทางอุดมการณ์” ที่แตกต่างไปจากนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุขรุ่นก่อนหน้าทศวรรษ 2510 และนิสิตนักศึกษาทางสาธารณสุขรุ่นหลังจากทศวรรษ

2510 หลังการพ่ายแพ้ของขบวนการนักศึกษาในปลายทศวรรษ 2510 (ชูชัย ศุภวงศ์, สัมภาษณ์, 2560; พลเดช ปิ่นประทีป, สัมภาษณ์, 2560; สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, สัมภาษณ์, 2560) โดยการเกิดขึ้นของชมรมนักศึกษาภายในคณะต่าง ๆ จากฝั่งรามาริบัติเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงเวลาก่อนเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516³³ และยิ่งเฟื่องฟูมากขึ้นภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 118)

โดยแกนนำของแต่ละชมรมล้วนเป็นเครือข่ายสนับสนุนที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนพรรคแนวร่วมมหิดล และ สโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล โดยต่างมีกรอบความคิดที่คล้ายคลึงกันในการรับใช้ประชาชนและเรียกร้องประชาธิปไตย ซึ่งกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของแต่ละชมรมและกลุ่มจะกระทำภายใต้กรอบความคิดนี้ที่สำคัญ อย่างไรก็ตามชมรมและกิจกรรมของนักศึกษาเหล่านี้ได้ยุติบทบาทลงไปเป็นส่วนใหญ่หลังเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ซึ่งในเหตุการณ์นั้นมีสมาชิกคนสำคัญของชมรมและกลุ่มกิจกรรมหลายคนถูกจับโดยเจ้าหน้าที่รัฐ ในขณะที่บางส่วนตัดสินใจเข้าร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์ในพื้นที่ห่างไกล ในขณะที่แกนนำสำคัญที่ตัดสินใจเรียนต่อนั้นก็ตัดสินใจปรับบทบาทให้อยู่ในแนวทางที่ปลอดภัย และลดกิจกรรมลงภายใต้การจับตาและควบคุมอย่างเข้มงวดจากเจ้าหน้าที่รัฐ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 215-219) เหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 จึงเหมือนเป็นจุดจบความรุ่งโรจน์ของกิจกรรมและการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองของนักศึกษาในทุกสถาบันอย่างไม่มีวันกลับมาเหมือนเดิมได้อีกเลย

อย่างไรก็ตามชมรมเหล่านี้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการระดมทรัพยากร (mobilized) เพื่อสนับสนุนการเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคมของนักศึกษามหิดล ทั้งยังเป็นแหล่งในการฝึกฝนประสบการณ์ในการทำงานเชิงเครือข่าย การฝึกหัดขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมและการเมือง การระดมผู้สนับสนุนและการจัดตั้งทางความคิดให้แก่สมาชิกของชมรมอย่างสำคัญ นอกจากนี้ยังเป็นฐานทางการเมืองที่สำคัญให้แก่พรรคแนวร่วมมหิดล และ ส.ม.ม. เนื่องจากแกนนำของและบุคคลสำคัญที่ทำงานในพรรคแนวร่วมมหิดลและ ส.ม.ม. นั้นต่างก็มาจากสมาชิกคนสำคัญและแกนนำของชมรมต่าง ๆ เหล่านี้ ชมรมเหล่านี้จึงเปรียบเสมือนองค์กรชั้นรองหรือรากฝอย ที่ทำหน้าที่ในการจัดหาหรือสรรหา (recruit) สมาชิกใหม่เข้าสู่ขบวนการเพื่อป้อนสู่องค์กรเคลื่อนไหวทางการเมืองระดับบนอย่างพรรคแนวร่วมมหิดล

³³ รายละเอียดของชมรมและกลุ่มกิจกรรมนักศึกษาที่สำคัญ สามารถดูได้ที่ภาคผนวก ค

โดยทำการจัดตั้งอบรมทั้งความคิดและอุดมการณ์ ฝึกฝนทักษะการทำงานร่วมกันและสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ ที่เริ่มจากความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการระหว่างรุ่นพี่-รุ่นน้อง เพื่อน-เพื่อน ไปสู่ความสัมพันธ์แบบเป็นทางการในการเคลื่อนไหวในองค์กรทางการเมืองของนักศึกษาอย่าง พรรคแนวร่วมมทิตล และฝ่ายบริหารของ ส.ม.ม. และเชื่อมไปสู่เครือข่ายนักศึกษาและการเมืองภายนอกมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถระดมทรัพยากรทุนทั้งในรูปแบบตัวเงินและทุนทางสังคมให้องค์กรเคลื่อนไหวของนักศึกษามทิตลได้เป็นผลอย่างดี

นอกจากชมรมแล้วหนังสือพิมพ์ก็เป็นสื่อสำคัญในการทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดของนักศึกษา ซึ่งวารสาร “มทิตลสาร”³⁴ เป็นหนังสือพิมพ์ที่มีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นพื้นที่ให้นักศึกษาหัวก้าวหน้าได้นำเสนอความคิด และวิพากษ์วิจารณ์ประเด็นทางสังคมการเมืองทั้งภายในและภายนอกได้อย่างมีอิสระ ในช่วงปีการศึกษา 2513-2514 มทิตลสารมีอาจารย์พิเศษ ชีโนวรรณ เป็นบรรณาธิการอำนวยการ นายคำนิง สิริเขต เป็นบรรณาธิการดำเนินการ นายอร่าม วิศิษฐ์โสภา นายพรชัย สัตยาประเสริฐเป็นบรรณาธิการผู้ช่วย กองบรรณาธิการพยายามลดความร้อนแรงของบทความในลงตีพิมพ์ลง จากกระแสความขัดแย้งที่เริ่มรุนแรงของความคิดเห็นภายในมหาวิทยาลัย ทั้งความคิดเห็นเรื่องระบบอาวุโส ความเหลื่อมล้ำทางสังคม จนเมื่อขึ้นปีการศึกษา 2514 เกิดการเปลี่ยนแปลงในกองบรรณาธิการของมทิตลสาร ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับกระแสการเรียกร้องเสรีประชาธิปไตยและต่อต้านรัฐบาลทหารที่กำลังขยายตัวมากขึ้นภายนอกมหาวิทยาลัย โดยกลุ่มแกนนำของนักศึกษาที่มีบทบาทในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้เข้ามามีบทบาทในกองบรรณาธิการมทิตลสาร แม้จะมีอาจารย์พิเศษ ชีโนวรรณ เป็นบรรณาธิการอำนวยการเช่นเดิม บุคคลที่เพิ่มเข้ามาได้แก่ มานะ โรจนวุฒนนท์ จากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี วิโรจน์ ธนศิริรักษ์ นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล บรรจบ ชุณหสวัสดิกุล วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ จำรัส สนพิพัฒน์ เหวง โตจิราการ อุดม ทุมโฆสิต ประสิทธิ์ เลาสินณรงค์ และ กรัสนัย หวังรังสิมากุล ร่วม

³⁴ ก่อนจะเป็นชื่อมทิตลสาร นั้น ชื่อเดิมคือ “วารสารแพทย์สัมพันธ์” เป็นหนังสือพิมพ์ที่มหาวิทยาลัยมทิตลเป็นเจ้าของ เริ่มเผยแพร่ฉบับแรกเมื่อปี 2512 โดยมีนายอุดม ทุมโฆสิต เป็นบรรณาธิการผู้ช่วย และมีผู้แทนจากคณะต่าง ๆ ร่วมเป็นกองบรรณาธิการ ซึ่งข้อเขียนในช่วงแรกภายในเล่มส่วนใหญ่จะเป็นบทความวิชาการของอาจารย์ ข่าวคราวความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย บทความวิจารณ์เรื่องต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัย ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “มทิตลสาร” ในปีการศึกษา 2513-2514.

เป็นที่มกบรณการ โดยบุคคลที่เข้ามา่วมเป็นกบรณการใหม่ส่วนใหญ่ได้รวมตัวกันอยู่ แล้วในนาม “กลุ่มห้องสมุด” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 224)

หลังจากการเปลี่ยนแปลงที่มกบรณการ ความร้อนแรงของประเด็นที่วารสารนำเสนอ ก็รุนแรงมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด มีการวิพากษ์วิจารณ์นโยบายการรับนักศึกษาอภิสหิ์ทั้งในส่วนลูกของ อาจารย์และลูกผู้มีอุปการคุณอย่างตรงไปตรงมา จนในที่สุดมติลสารก็ถูกทางการสั่งปิดในเดือน สิงหาคม 2514 ในฉบับ “เงินแดง” เพราะเนื้อหาส่วนใหญ่่มงสะท้อนภาพของเงินใหม่ภายหลังได้รับ ชัยชนะจากการปฏิวัติ มติลสารได้กลับมามีพิมพ์อีกครั้งในปี 2515 โดยมี สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็น บรณการ แต่ในที่สุดก็ปิดตัวลงอีกครั้งก่อนเกิดเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 ไม่นานเนื่องจากที่มงาน ในกบรณการหลายคนต้องไปเข้าร่วมกับกิจกรรมภายนอกมหาวิทยาลัยมากขึ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 225) อย่างไรก็ตามในช่วงกระแสของการเรียกร้องสิทธิเสรีภาพทั้งจาก ภายนอกมหาวิทยาลัยหรือภายในก็ตาม มติลสารมีบทบาทสำคัญในการจัดตั้งประเด็นทางสังคม การเมือง แพร่กระจายความคิดที่ท้าทายต่ออำนาจทั้งในเรื่องการต่อต้านระบบอาวุโสซีเนียร์ตีในปี 2513 การเดินขบวนเรียกร้องความเสมอภาคในการใช้ทุนของนักศึกษาแพทย์ชาย-หญิง การต่อต้าน ระบบอภิสหิ์ในการรับลูกอาจารย์และผู้มีอุปการคุณ รวมถึงการต่อต้านนักศึกษาเตรียมทหารมาเรียน แพทย์ (เคลื่อนไหวจนสามารถยกเลิกไปได้ในปี 2517) เหตุการณ์เหล่านี้มีมติลสารเป็นสื่อสำคัญใน การจัดตั้งทางกรอบความคิดและระดมการสนับสนุนจากนักศึกษา อาจารย์ รวมถึงบุคลากรภายใน มหาวิทยาลัยทั้งสิ้น (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, น. 307)

2.2) ผลสะท้อนของ 14 ตุลาคม 2516 ต่อพลวัตของกรอบความคิดและเคลื่อนไหวของ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยมหิตล

มหาวิทยาลัยมหิตลได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 อย่างมาก เกิดพลวัต ที่สำคัญขึ้นทั้งในด้านกรอบความคิดและการเคลื่อนไหว โดยภายหลังเหตุการณ์ 14 ตุลาคมเพียงเดือน เศษ เกิดความร่วมมือกันระหว่างนักศึกษา อาจารย์และผู้บริหารมหาวิทยาลัยในการจัดสัมมนาที่ สำคัญถึงสองครั้งซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน โดยการสัมมนาทั้งสองครั้งนี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในการ จัดระเบียบกรอบความคิดทางสาธารณสุข (frame alignment) รวมไปถึงการทำให้เกิดพัฒนาการใน การจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขของนักศึกษามหิตลอย่างสำคัญ ที่นำมาสู่การจัดตั้ง

คณะกรรมการร่างธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษา ไปจนถึงการก่อตั้งพรรคแนวร่วมมหิดลซึ่งเป็นการต่อยอดการขับเคลื่อนทางการเมืองให้ทรงพลังมากยิ่งขึ้น

การสัมมนาที่นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงครั้งแรกเกิดขึ้นในชื่อการสัมมนา “โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยมหิดล” จัดขึ้น ณ ศูนย์อบรมและวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ถูกเรียกว่า “การสัมมนาสูงเนิน” ในวันที่ 8-10 ธันวาคม พ.ศ. 2516 การสัมมนาครั้งแรกนี้เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการที่นักศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันแนวทางสาธารณสุขเพื่อประชาชน มีการเรียกร้องให้ปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอนให้ตอบสนองต่อประชาชน ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมมากขึ้น และเรียกร้องให้ร่วมกันสร้างจิตสำนึกรับใช้สังคมอย่างแท้จริง ซึ่งส่งผลให้มีการปรับทิศทางและกิจกรรมของนักศึกษาให้มีบทบาทเพื่อสังคมมากขึ้น การสัมมนาในครั้งแรกนี้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางรูปธรรมในมหาวิทยาลัยมหิดลอย่างสำคัญทั้งในเรื่องหลักสูตรการเรียนการสอนและรูปแบบกิจกรรมทางสังคมของนักศึกษาที่เน้นไปที่การสร้างจิตสำนึกทางการเมือง ภายใต้กรอบความคิดการรับใช้ประชาชนและสังคม ซึ่งแตกต่างจากกรอบความคิดหลักของรัฐในทางสาธารณสุขที่ผ่านมา ซึ่งให้ความสำคัญกับความมั่นคงของชาติเป็นสำคัญ ในการสัมมนานี้มีการกำหนดหัวข้อหลักในการสัมมนา 4 หัวข้อได้แก่ อุดมการณ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล ความสัมพันธ์ระหว่างอาจารย์และนักศึกษาในมหาวิทยาลัยมหิดล บทบาทนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลต่อสังคม และโครงสร้างสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 70-83)

ในขณะที่การสัมมนาครั้งที่สองเป็นการสัมมนาในชื่อเรื่อง “การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทย” จัดขึ้นที่ไร่ศิริ-อำไพ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ในวันที่ 26-27 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2517 เน้นไปที่การถกเถียงถึงปัญหาของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข อุดมการณ์สาธารณสุขที่ควรมุ่งรับใช้คนส่วนใหญ่ของประเทศ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมุ่งไปสู่ชนบท และมีความเห็นพ้องร่วมกันในการตั้ง “สภาการสาธารณสุขแห่งชาติ” เพื่อทำหน้าที่ในการวางแผนและนโยบายด้านสาธารณสุข มีการประเมินผลโดยมีเป้าหมายคือรับใช้ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ การสัมมนาสองครั้ง ทั้งที่ศูนย์สัมมนาสูงเนินและที่ไร่ศิริ-อำไพ ต่างเป็นความพยายามของนักศึกษาแพทย์มหิดล ที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตสำนึกและโครงสร้างทั้งของมหาวิทยาลัยที่ตนสังกัดและของกระทรวงที่อยู่ในฐานะหน่วยบังคับบัญชาในอนาคต (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์,

2547, น. 84, 90-91) โดยในช่วงเวลานั้นอธิบดีกรมการแพทย์และกรมอนามัยมักมีความขัดแย้งในเชิงตัวบุคคลและกลุ่มพวกสูงมาก ระหว่าง นพ.เชิด โทณวนิก กับ นพ.สมบูรณ์ วัชโรทัย จนถึงขั้นมีการนำเรื่องเข้าสู่รัฐสภา นักศึกษามหิดลก็ได้นำเรื่องนี้เข้าสู่การสัมมนาเนื่องจากนักศึกษามหิดลเมื่อเรียนจบก็ต้องไปประจำในกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ความขัดแย้งภายในกระทรวงระหว่างสองกรมนี้จึงเป็นเรื่องที่นักศึกษามหิดลให้ความสนใจ ศ.นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว ในฐานะอธิบดีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขที่ดำรงตำแหน่งในช่วงเวลานั้นกล่าวถึงความขัดแย้งระหว่างกรมการแพทย์และกรมอนามัยว่า

“นอกจากมีความขัดแย้งระหว่างกันอย่างหนักแล้ว ยังมีปัญหางบประมาณที่กระจุกตัวอยู่ที่สองกรมนี้ถึง 92 เปอร์เซ็นต์ เหลือให้กรมอื่น ๆ เช่น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ไม่กี่เปอร์เซ็นต์ จึงต้องมีการนำเรื่องเข้าสู่สภาผู้แทนฯ เพื่อปรับแก้ให้เกิดการกระจายอันมาจากแนวคิดที่ต้องการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547, น. 85)

การสัมมนาที่ไร่ศิริ-อำไพทำให้ประเด็นเรื่องการกระจายอำนาจในกระทรวงสาธารณสุขได้รับการพูดถึง และเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข และให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและบริหารจัดการการสาธารณสุข (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 86) นอกจากนี้ นพ.เหวง โตจิราการ ซึ่งเพิ่งได้รับการเลือกตั้งเป็นนายกสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล และมีฐานะเป็นประธานฝ่ายวิชาการของการสัมมนาครั้งนี้ได้นำเอาแนวคิด “หมอเท้าเปล่า”³⁵ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากตัวอย่างการสาธารณสุขของประเทศจีนและรัสเซียมานำเสนอและอภิปรายในงานสัมมนาครั้งนี้ด้วย แนวคิดนี้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีในงานสัมมนาครั้งนี้ แต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับนโยบายได้เนื่องจากได้รับการต่อต้านจากอาจารย์ในโรงเรียน

³⁵ แนวคิด “แพทย์เท้าเปล่า” หรือ “แพทย์ชั้นสอง” นี้ เป็นแนวคิดที่จะผลักดันให้มีบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่น พนักงนอนามัยและผดุงครรภ์ เกิดขึ้นมาในระดับชาวบ้าน โดยไม่จำเป็นต้องสอบผ่านระดับมัธยม (ม.ศ.5) หรือจบมหาวิทยาลัย แต่เน้นที่มีประสบการณ์ดูแลชาวบ้าน มาศึกษาในหลักสูตรเวชอนามัยเพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพชาวบ้านแทนแพทย์ได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์โดยถือเป็นการผลิตแพทย์เพื่อชนบท.

แพทย์เป็นอย่างมากด้วยเหตุผลว่าจะทำให้มาตรฐานทางการแพทย์ตกต่ำลง (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 87-88)

การสัมมนาที่สูงเนินและไร่ศิริ-อำไพ เป็นต้นแบบของการระดมทรัพยากรและการสนับสนุนในเชิงเครือข่ายที่สำคัญ รวมไปถึงการเชื่อมกรอบความคิด (frame bridging) และจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) ระหว่างขบวนการนักศึกษา กับ อาจารย์แพทย์ และผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเชื่อมเครือข่ายความสัมพันธ์ทั้งทางแนวดิ่งและแนวราบเข้าด้วยกัน ดังจะเห็นได้จากผู้เข้าร่วมที่มาจากหลากหลายกลุ่มทั้งจากฝั่งนักศึกษา อาจารย์ ผู้บริหารมหาวิทยาลัย และผู้แทนหน่วยงานราชการระดับสูง ได้แก่ สหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ตัวแทนคณาจารย์และนักศึกษามหิดลจากทุกคณะ นิสิตนักศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ เกษศาสตร์ ทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักศึกษาพยาบาลจากมหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้แทนจากสมาคมต่าง ๆ เช่น แพทยสมาคม แพทยสภา สมาคมเภสัชกร สมาคมเทคนิคการแพทย์ สมาคมทันตแพทย์ สมาคมนักสุขภาพบาลและสมาคมพยาบาล รวมถึงสื่อมวลชน ในขณะที่ฝ่ายกระทรวงสาธารณสุข มีทั้งผู้แทนรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง และกรมหลัก ๆ เกือบทุกกรมเข้าร่วม รวมผู้เข้าร่วมสัมมนาประมาณ 100 คน (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 89)

เหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 จึงเป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ส่งผลสะท้อนอย่างมากต่อมุมมองความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษา ทำให้นักศึกษาที่กำลังศึกษาและจบการศึกษาในช่วงนี้มีประสบการณ์ร่วมสมัยที่แตกต่างออกไป โดยเฉพาะทักษะและประสบการณ์ในการจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเมือง (Lertchoosakul, 2016, p. 42; ประจักษ์ ก้องกีรติ, 2548; วิทยากร เชียงกุล, 2546, น. 81-104, 175-200; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, 2547; สันติสุข โสภณสิริ, 2548) ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญในการจัดตั้งขบวนการแพทย์ชนบทต่อมาในภายหลัง นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (ประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 9 และ 10) กล่าวว่า “คนที่มีส่วนร่วมในการก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบท หรือชมรมแพทย์ชนบทส่วนใหญ่เป็นแอสคิวิสต์เก่าทั้งนั้น เป็นผลผลิตของ 14 ตุลาคม 2516 ทั้งสิ้น” (ชูชัย ศุภวงศ์, สัมภาษณ์, 2543, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 4) ความตื่นตัวทางการเมืองและการทำกิจกรรมของนักศึกษาแพทย์ในช่วงเวลานี้ทำให้เกิดความคิดที่เปิดกว้างในการมองปัญหาทางสังคมมากไปกว่าวิชาที่เรียน เนื่องจากกิจกรรมในการออกค่ายพัฒนาชนบททำให้นักศึกษาแพทย์ได้เห็นชีวิตและสภาพความเป็นจริง

ทางสังคมที่มีความเหลื่อมล้ำทางการกระจายทรัพยากร อันเป็นสาเหตุเบื้องต้นของปัญหาความยากจน และความเจ็บป่วยของคนในชนบท (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 65-67)

ผลสะท้อนภายหลังจากเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และการสัมมนาทั้งสองครั้งนี้ได้ส่งผลต่อความตื่นตัวทางการเมืองและการมีส่วนร่วมทางการเมืองของนักศึกษา ทำให้เกิดการยกระดับการปฏิบัติเคลื่อนไหวทางการเมืองของนักศึกษาทางสาธารณสุขมหิดล ซึ่งความเคลื่อนไหวที่สำคัญได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการร่างธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อให้มีสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลเป็นองค์กรทางการเมืองของนักศึกษาที่มีอำนาจในการจัดการทรัพยากร รวมไปถึงการจัดตั้งพรรคแนวร่วมมหิดลเพื่อการระดมแนวร่วมในการเคลื่อนไหว โดยการเคลื่อนไหวเหล่านี้เกิดขึ้นจากกลุ่มผู้นำนักศึกษาทางสาธารณสุขที่มีแนวคิดก้าวหน้าและมีความสนใจทางการเมืองเป็นสำคัญ สามารถอภิปรายตามลำดับได้ดังนี้

2.2.1) ธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

ในปี 2517 มีการตั้งคณะกรรมการร่างธรรมนูญของสหพันธ์นักศึกษาขึ้น ประกอบด้วยตัวแทนคณะ คณะละ 2-3 คน³⁶ โดยวัตถุประสงค์หลักของการร่างเพื่อให้ธรรมนูญมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น โดยกำหนดให้นักศึกษาเลือกตั้งนายกสโมสรนักศึกษา และนายกสหพันธ์นักศึกษาได้โดยตรง มีการจัดทำร่างงบประมาณ และวิธีพิจารณางบประมาณ เพื่ออำนวยความสะดวกให้สโมสรสามารถพานักศึกษาไปทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ส่วนรวมได้มากขึ้น ธรรมนูญนี้ใช้เวลาร่าง 3 เดือน ในการร่างนั้นได้ทำการเปรียบเทียบกับธรรมนูญหรือระเบียบสโมสรนักศึกษาจากมหาวิทยาลัยอื่น ๆ 10 มหาวิทยาลัย รัฐธรรมนูญของไทย 6 ฉบับ รวมถึงรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาและประเทศต่าง ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ธรรมนูญฉบับนี้มีความเป็นประชาธิปไตย ซึ่งเป็นความพยายามในการ

³⁶ สมาชิกของคณะกรรมการ เช่น นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ นพ.เชิดชัย ตันติศิรินทร์ นพ.พนัส อรัณกุล จากคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล นพ.ประสาร เสรฐสุนันท์ จากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สุรพงษ์ อึ้งศิริวงศ์ จากคณะวิทยาศาสตร์ เมธี จันทร์จารุภรณ์ และ อมเรศ ไชยสะอาด จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ สุรัตน์ เล็กสุภาพ จากคณะพยาบาลศาสตร์ อภิชาติ หาลำเจียก จากคณะเทคนิคการแพทย์ ชีชาญ โสถถิวัฒน์ จากคณะเภสัชศาสตร์ ฯลฯ โดยมี นพ.ประยงค์ เต็มขวลา (นายกสโมสรนักศึกษา) และ นพ.แหวง ไตจิราการ เป็นผู้ประสานการดำเนินการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 97).

สร้างพลัง (empowerment) ให้แก่การขับเคลื่อนขบวนการและกิจกรรมนักศึกษามากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การได้มีประสบการณ์ในการร่างธรรมนูญที่เป็นระเบียบข้อบังคับที่ส่งผลเชิงโครงสร้างต่อการกระจายทรัพยากรและการระดมทรัพยากรของนักศึกษานี้ มีผลสำคัญต่อความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการเคลื่อนไหวเพื่อยึดกุมหรือมีส่วนร่วมในการร่างหรือออกแบบ กฎระเบียบ รัฐธรรมนูญ รวมถึงพระราชบัญญัติในฐานะตัวบทกฎหมายหรือ “กติกากา” ของการกระจายทรัพยากรและการระดมทรัพยากรของขบวนการแพทย์ชนบท ในเวลาต่อมา ดังจะเห็นได้จากการผลักดันและมีส่วนร่วมในการร่างพระราชบัญญัติองค์กรตระกูล ส. ในช่วงทศวรรษ 2540

2.2.2) สหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล

สหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลเป็นองค์การการเมืองของกิจการนักศึกษาที่สำคัญองค์กรหนึ่ง เนื่องจากมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณและสนับสนุนกิจกรรมของชมรมต่าง ๆ พร้อมทั้งยังสามารถจัดตั้งประเด็นข้อเสนอต่าง ๆ ไปยังผู้บริหารมหาวิทยาลัยได้ นักศึกษาสามารถเลือกตั้งนายกสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลได้โดยตรง โดยให้ผู้สมัครแข่งขันเป็นนายกสหพันธ์ต้องสมัครเป็นทีม และหากชนะเลือกตั้งทั้งทีมของนายกจะได้เป็นคณะผู้บริหารสหพันธ์ทั้งทีม ขณะที่ชมรมต่าง ๆ สามารถทำกิจกรรมอย่างเป็นอิสระภายใต้การกำกับดูแลของสหพันธ์ฯ ที่จะเป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุน โดยสภานักศึกษาซึ่งมีองค์ประกอบของสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งโดยตรงของนักศึกษาแต่ละคณะจะเป็นผู้พิจารณาผ่านร่างงบประมาณ รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่ในการพิจารณาแก้ไขธรรมนูญ ผ่านกฎระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ด้วย นอกจากนี้ยังมีการกำหนดให้สหพันธ์ฯ มีบทบาทเป็นตัวแทนนักศึกษาโดยตรงในศูนย์กลางนิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย (ศ.น.ท.) และขบวนการนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 96)

2.2.3) พรรคแนวร่วมมหิดล

หลังการประชุมที่สูงเนินในปี 2516 ได้มีการตกลงจัดตั้งพรรคนักศึกษา พร้อมไปกับการยกร่าง “ธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล” ทำให้ในปี 2516 ได้เริ่มมี

กระบวนการจัดตั้ง “พรรคแนวร่วมมhitล”³⁷ ขึ้นมา เป็นการดำเนินการโดยนักศึกษาที่เป็นแกนนำในการจัดประชุมที่สูงเนิน ซึ่งเป็นตัวแทนแกนนำจาก ชมรมรัฐศึกษา ชมรมนิยมไทย ชมรมผู้บำเพ็ญประโยชน์ และกลุ่มอิสระต่าง ๆ เช่น กลุ่มมhitลสาร เป็นต้น พรรคแนวร่วมมhitลมีบทบาทอย่างมากในการระดมนักศึกษาเข้ามาเข้าร่วมกิจกรรมในการเคลื่อนไหวสำคัญ ๆ โดยมีประธานพรรคคนแรกคือ นพ.เหวง โตจิราการ ซึ่งชนะการเลือกตั้งเป็นนายกองค์กรบริหารสหพันธ์ศึกษามหาวิทยาลัยมhitลเป็นคนแรกในปี 2517³⁸

นพ.ไพศาล ศิริวิงค์ไพรัช (อดีตสมาชิกสภานักศึกษา หัวหน้าพรรคศรีตรัง และนายกสโมสรคณะแพทยศาสตร์ศิริราช) กล่าวถึง พรรคแนวร่วมมhitลในขณะนั้นและสาเหตุของการตัดสินใจยุบพรรคศรีตรังว่า

“พรรคแนวร่วมมhitลจะมีลักษณะของการรวมคนที่มีความคิดใกล้เคียงกันค่อนข้างมาก ในการที่จะนำนักศึกษาออกจากห้องเรียน ไปล้มล้มกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะชนชั้นล่างของสังคม ผู้ก่อตั้งส่วนใหญ่ก็คือตัวหลัก ๆ ที่ไปประชุมที่สูงเนิน กลับมาก็มีแนวคิดที่ชัดเจนที่จะตั้งเป็นพรรคนักศึกษา ขณะที่พรรคศรีตรังเป็นที่รวมคนที่ทำกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ หลัก ๆ ก็งานค่ายอาสา งานด้านกีฬา แต่ไม่ได้เน้นในเรื่องแนวคิดทางการเมืองเช่นพรรคแนวร่วมมhitล...ผมเข้าใจเอาไว้ที่มีการแยกตั้งเป็น 2 พรรค ไม่ใช่เพราะเราแตกแยกทางความคิดกันอย่างชัดเจน...เพราะในความเป็นจริง พรรคศรีตรังไม่ใช่พรรคฝ่ายขวา และใน

³⁷ นอกจากพรรคแนวร่วมมhitลแล้ว ยังมีพรรคศรีตรัง มีฐานสนับสนุนสำคัญอยู่ที่นักศึกษานักศึกษาแพทยพยาบาล และสมาชิกค่ายอาสาจากฝั่งศิริราช มี นพ.ไพศาล จันทรพิทักษ์ (นายกสโมสรคณะแพทยศาสตร์ศิริราช) เป็นหัวหน้าพรรค และพรรคปรีชญา มี นพ.ประสาร เศรษฐนนท์ เป็นหัวหน้าพรรค โดยพรรคแนวร่วมมhitลเป็นพรรคที่มีบทบาทหนาและเข้มแข็งที่สุด รองลงมาคือพรรคศรีตรังซึ่งยุบลงหลังจากก่อตั้งประมาณ 1 ปี เนื่องจากกระแสการสนับสนุนของพรรคแนวร่วมมhitลมีมากกว่า และแนวทางที่ไม่แตกต่างกันของพรรคศรีตรังและพรรคแนวร่วมมhitล พรรคศรีตรังจึงตัดสินใจยุบพรรคลง โดยสมาชิกแกนหลักของพรรคศรีตรังได้ไปสนับสนุนการเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมhitลต่อไปทั้งในทางตรงและทางอ้อม.

³⁸ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นอีกกำลังหลักในการจัดตั้งพรรคแนวร่วมมhitล ได้รับการเลือกตั้งเป็นนายกสหพันธ์ศึกษามหาวิทยาลัยในปี 2519.

มหิตลก็ไม่มีฝ่ายขวา ไม่มีกระแสต้านใหญ่ ๆ ในเมื่อไม่มีความขัดแย้งที่ต้องต่อสู้กันในทางการเมืองในมหาวิทยาลัย แกนหลักของพรรคศรีตรังก็เห็นว่าพรรคไม่มีความจำเป็นที่ต้องดำรงอยู่ ส.ส.ของพรรคจึงมาประชุมกัน ที่จำได้มีผม บุญชัย สว่างแจ้งศรี จากสาธารณสุข พลเดช ปิ่นประทีป จากศิริราช... เห็นว่าสิ่งที่พรรคแนวร่วมฯ ดำเนินการมันสอดคล้องกับกระแสหลักของสังคมในช่วงนั้นที่ถูกต้องอยู่แล้ว เราไม่รู้ว่าจะเดินไปอย่างไร และพรรคแนวร่วมฯก็เข้มแข็งอยู่แล้ว จึงเสนอให้พรรคศรีตรังยุบตัวเอง”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547, น. 109)

การเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมหิตลนั้น ไม่ได้มีเพียงการลงแข่งเลือกตั้ง แต่ยังมีกิจกรรมการจัดตั้งแนวร่วมและจัดระเบียบกรอบความคิดของขบวนการเพื่อให้มีกรอบความคิดในการเคลื่อนไหวร่วมกัน โดยแกนนำของพรรค วิญญู เอี่ยมชีรางกูร, อิทธิฉันทศิริกาญจน์, ชัยธวัช ยืนยง นักศึกษาปริศลินิกของคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มีการตั้งกลุ่มศึกษาและพัฒนาขึ้นโดยใช้หลักและวิธีการของค่ายฝึกกำลังคนของโกมล ศิมทองมาใช้ เริ่มตั้งแต่การดึงเอานักศึกษาปี 1 ทั้งหมดมาเปิดค่ายขึ้น 4 ค่าย โดยจัดที่นครราชสีมา 2 ค่าย ที่ระยอง 1 ค่ายและนครปฐม 1 ค่าย โดยได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายบริหารของสหพันธ์นักศึกษา โดยก่อนไปค่ายได้มีการนำเอาแกนนำของแต่ละค่ายไปสัมมนาเชิงปฏิบัติการเมืองก่อน ค่ายที่จัดตั้งขึ้นมาทั้ง 4 ค่ายนี้เป็นค่ายฝึกกำลังคนที่เป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างผู้ปฏิบัติงานของพรรคแนวร่วมมหิตล และเป็นจุดเริ่มต้นของการรวมคนของคณะวิทยาศาสตร์ในนามกลุ่มศึกษาและพัฒนาที่มี ชัยธวัช ยืนยง เป็นแกนนำสำคัญ ต่อมากำลังคนเหล่านี้ได้กระจายไปเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานศึกษา สโมสรคณะ และชมรมต่าง ๆ ที่รวมศูนย์อยู่ที่ตึกสันทนาการ ฝั่งรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิตล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 105)

จากการอภิปรายที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขที่มีแนวคิดก้าวหน้า มีพัฒนาการในการจัดตั้งและการระดมที่เข้มแข็งขึ้นตามลำดับ เริ่มจากการทำกิจกรรมและการรวมตัวผ่านชมรม การออกค่ายอาสาในการระดมทรัพยากรและจัดหาสมาชิกใหม่เข้าร่วมการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมือง ควบคู่ไปกับการจัดระเบียบกรอบความคิดให้แก่สมาชิก ก่อนจะมีการสร้างองค์กรเคลื่อนไหวทางการเมืองที่เข้มแข็งขึ้นและเป็นหัวหอกสำคัญของขบวนการอย่างพรรคแนวร่วมมหิตล

การส่งตัวแทนผู้ที่มีแนวคิดสอดคล้องหรือเป็นเครือข่ายกิจกรรมร่วมกันไปเป็นตัวแทนในการร่าง ธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษา และลงสมัครชิงตำแหน่งนายกสหพันธ์นักศึกษาพร้อมทีมงานบริหาร รวมถึงสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ทำให้ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขหัวก้าวหน้าสามารถ ควบคุมองค์กรและกลไกในการระดมได้อย่างเป็นระบบ ทำให้ขบวนการมีอำนาจในการระดม ทรัพยากรผ่านโครงสร้างอย่างเป็นทางการของมหาวิทยาลัย มีอำนาจการจัดสรรทรัพยากรเพื่อ สนับสนุนการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวของขบวนการ การเชื่อมโยงเครือข่ายการเคลื่อนไหวของ ขบวนการนักศึกษา ทำให้การจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวของนักศึกษาสาธารณสุขมหิดลขับเคลื่อนได้ อย่างทรงพลังมากยิ่งขึ้นในเชิงโครงสร้างของการระดม อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนของขบวนการ นักศึกษาสาธารณสุขไม่ได้ปราศจากความขัดแย้งซึ่งทำให้ขบวนการต้องมีการปรับรูปแบบการ เคลื่อนไหว ดังจะอภิปรายในหัวข้อต่อไป

2.3) ความขัดแย้งและการต่อต้านขบวนการเคลื่อนไหว (anti-movement) การตอบโต้ ต่อพรรคแนวร่วมมหิดล

การเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมหิดล และเครือข่ายกิจกรรมของนักศึกษาสาธารณสุขที่มี กรอบความคิดก้าวหน้าคล้ายคลึงกันนั้น ไม่ได้เป็นไปอย่างราบรื่นไร้การต่อต้านและขัดแย้ง หากแต่มี ความขัดแย้งเกิดขึ้นจากฝ่ายที่มีแนวคิดอุดมการณ์แตกต่างออกไป ทั้งจากนักศึกษา อาจารย์ และฝ่าย บริหาร จนเกิดการตอบโต้ขบวนการเคลื่อนไหว (anti-movement) ขึ้น ซึ่งนำมาสู่การปรับเปลี่ยน กรอบความคิด (reframing) และยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมหิดลขึ้นมา เป็น การประนีประนอมลดความขัดแย้ง เพื่อให้ยังคงสามารถระดมการสนับสนุนและทรัพยากรต่อ ขบวนการเคลื่อนไหวต่อไปได้อย่างราบรื่น

ชุดของความขัดแย้งที่สำคัญเกิดขึ้นหลายครั้งในหลายกรณี โดยความขัดแย้งครั้งสำคัญเริ่มจาก กรณีการฉายภาพยนตร์ “ฆ่าแล้วเผา³⁹” ของ นพ.เหวง โตจิราการ ในฐานะนายกสหพันธ์นักศึกษา ทำ

³⁹ กรณีความขัดแย้งจากการฉายหนังนี้เกิดขึ้นจาก นพ.เหวง โตจิราการ ได้ทำเรื่องขอใช้ห้องกับทาง มหาวิทยาลัย “เพื่อการศึกษาและบันเทิง” แต่ในระหว่างฉายรวมถึงฉายจบนั้นได้มีการแจกบทวิจารณ์ภาพยนตร์ โจมตีทุนนิยมและต่อต้านการเข้ามาของต่างชาติ ซึ่งมีลักษณะปลุกระดมทางลัทธิทางการเมือง (สังคมนิยม) มาก จนเกินไป ทำให้ฝ่ายบริหารและอาจารย์บางส่วนไม่พอใจเป็นอย่างมาก (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 159-160).

ให้เกิดความขัดแย้งกับฝ่ายบริหารของมหาวิทยาลัย อาจารย์และนักศึกษาจำนวนหนึ่งที่ไม่เห็นด้วยกับการขึ้นหรือปลุกระดมทางอุดมการณ์แบบสังคมนิยมมากเกินไป ความขัดแย้งครั้งนี้ได้ทำให้ผู้บริหารและอาจารย์บางส่วนเริ่มเข้มงวดและเพ่งเล็งการเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมหิตลและชมรมต่าง ๆ ที่เป็นเครือข่ายมากยิ่งขึ้น หลังจากนั้นได้เกิดการขัดแย้งระหว่างการจัดสัมมนาสูงเนินครั้งที่ 2 โดยในครั้งนี้มีเจ้าหน้าที่ของรัฐเข้ามาร่วมเป็นคู่ขัดแย้ง เนื่องจากการจัดสัมมนา “บทบาทของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิตลต่อสังคม” ในวันที่ 1-3 พฤศจิกายน 2517 ซึ่งจัดโดยกรรมการนักศึกษาฝ่ายเศรษฐกิจและการเมืองของสหพันธ์นักศึกษา ที่พรรคแนวร่วมมหิตลเป็นทีมฝ่ายบริหาร จัดที่สถานศูนย์ฝึกอบรมอนามัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ อ.สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ถูกจับตาจากฝ่ายเจ้าหน้าที่รัฐมากยิ่งขึ้นด้วยข้อหาการจัดการประชุมลับ ทำให้กระทบต่อการจัดการศึกษาฝึกงานของอาจารย์และนักศึกษาคณะสาธารณสุขที่ต้องการฝึกภาคสนามในพื้นที่แต่ถูกระงับโดยเจ้าหน้าที่รัฐ ปัญหานี้ทำให้ฝ่ายบริหารมหาวิทยาลัยได้ออกประกาศถึงนักศึกษาว่าจะสนับสนุนเฉพาะกิจกรรมที่ไม่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งแตกแยกในหมู่นักศึกษาและอาจารย์ และการประชุมลับใด ๆ ความขัดแย้งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความขัดแย้งทางความคิดเห็นและระยะห่างระหว่างผู้บริหารมหาวิทยาลัยมหิตลกับสหพันธ์นักศึกษาและพรรคแนวร่วมมหิตลมากยิ่งขึ้น

นอกจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นโดยตรงระหว่างสหพันธ์นักศึกษา พรรคแนวร่วมมหิตล กับ ฝ่ายบริหารมหาวิทยาลัยและอาจารย์บางส่วนแล้ว ยังมีกรณีความขัดแย้งอื่น ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างทางความคิดและอุดมการณ์ อันเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของอุดมการณ์ประชาธิปไตยและการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาที่มีกรอบความคิดท้าทายกรอบความคิดแบบอนุรักษนิยมที่ดำรงอยู่มาก่อน ความขัดแย้งนี้จึงไม่ได้เป็นเพียงความขัดแย้งของผลประโยชน์ แต่เป็นความขัดแย้งทางกรอบความคิดที่แตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากฝั่งศิริราชที่มีความอนุรักษนิยมสูง และมีระบบอาวุโสที่เข้มข้น แม้จะมีนักศึกษาที่เคลื่อนไหวทำกิจกรรมอย่าง นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เป็นต้น แต่การดำเนินกิจกรรมต้องทำอย่างกลมกลืนและประนีประนอมค่อนข้างสูงต่างจากฝั่งรามาริบัติโดยนพ.นิรันดร์ ได้กล่าวถึงความแตกต่างในการเคลื่อนไหวของทั้งสองฝั่งว่า

“ได้คุยกับพี่ไพรัช (นพ.ไพรัช ศุภกาญจนกันติ- ผู้วิจัย) พี่สุชัย (นพ.สุชัย วินัยกุลพงศ์- ผู้วิจัย) ว่าเราคงไม่มีเวลาไปออกข้างนอก เราควรทำงานเชื่อมในศิริราชให้มากที่สุด ให้ที่เหวงได้ทำงานไป และเมื่อขึ้นเป็นนายกสโมสรฯ ผมก็ได้สังกัดพรรคแนวร่วม

มหิตล ซึ่งโดยรวมแกนส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เป็นสมาชิก เพราะได้คุยกันว่าวิธีการต่อสู้ของศิริราชและรามามา ไม่ควรเหมือนกัน ไม่ควรประกาศตัวไปอย่างนั้นมาก”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547, น. 175-176)

ความเข้มข้นของแนวคิดอนุรักษนิยมในฝั่งศิริราชนั้น แม้ในช่วงหลังเหตุการณ์ 14 ตุลา ที่แนวคิดและกระแสประชาธิปไตยขึ้นสูงมาก ยังไม่สามารถทำให้การเคลื่อนไหวของนักศึกษาฝั่งศิริราชราบรื่นขึ้นแต่อย่างใดในช่วงเลือกตั้งยังมีเหตุการณ์โยนบอร์ดเลือกตั้งภายในคณะลงแม่น้ำเจ้าพระยานอกจากนี้ยังมีการรวมตัวของฝ่ายที่ต่อต้านการเคลื่อนไหวของนักศึกษาในชื่อของ “กลุ่มค้ำคาว” ซึ่งสมาชิกส่วนใหญ่เป็น ลูกจ้าง คนงานภายในที่ได้รับการสนับสนุนจากอาจารย์บางส่วนอีกด้วย (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 174-175) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวว่า ในตอนนั้นนักศึกษาไม่ได้มีความคิดเห็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมด แต่แบ่งออกเป็นสามกลุ่ม โดยมีกลุ่มที่แสดงตัวว่าเป็น “ซ้าย” และ “ขวา” มีจำนวนใกล้เคียงกัน และมีกลุ่มที่แสดงตัวเป็น “กลาง” มากที่สุด (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 174; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) ความขัดแย้งเหล่านี้ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขของนักศึกษาในกลุ่มก้าวหน้านี้ต้องมีการปรับยุทธศาสตร์และกรอบความคิดในการเคลื่อนไหว ดังจะอภิปรายในหัวข้อต่อไป

2.4) การปรับกรอบความคิดและยุทธศาสตร์: การลดความขัดแย้งของพรรคแนวร่วมมหิตล

จากความขัดแย้งที่คุกรุ่นขึ้นมาอย่างรุนแรงภายในมหิตล ต่อมาเมื่อ นพ.จรัส สรพิพัฒน์ เป็นประธานพรรคแนวร่วมมหิตลต่อจาก นพ.เหวง โตจิราการ ได้มีการจัดโครงสร้างพรรคใหม่โดยให้มีตำแหน่งเลขาธิการพรรคขึ้นมาทำหน้าที่บริหารจัดการให้การดำเนินงานของพรรคมีความต่อเนื่อง มีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีพลัง ซึ่งเลขาธิการพรรคคนแรกของพรรคแนวร่วมมหิตลคือ นพ. พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 103-104)

การเลือก พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช เป็นเลขาธิการพรรคแนวร่วมมหิตลนั้น ถือเป็นการปรับยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวของพรรคแนวร่วมมหิตล เนื่องจากบุคลิกแนวทางการดำเนินงานของพรหมินทร์นั้นมีลักษณะประนีประนอมมากกว่า ทำให้สามารถเชื่อมความสัมพันธ์และระดมการสนับสนุนจากฝ่ายต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น รวมถึงการลดความขัดแย้งระหว่างพรรคแนวร่วมมหิตล กับ

ฝ่ายบริหารของมหาวิทยาลัย นักศึกษาและอาจารย์ส่วนหนึ่งที่ไม่พอใจ จนก่อเป็นกระแสต่อต้านจากฝ่ายที่มีอุดมการณ์และแนวคิดที่ต่างกันขึ้นมา ทำให้พรรคแนวร่วมมหิตลมีการจัดสัมมนาเพื่อหาข้อบกพร่องและปรับปรุงแบบการการเคลื่อนไหวของพรรคใหม่ โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินแนวทางเพื่อสร้างแนวร่วมให้มากขึ้น เป็นการปรับกรอบความคิด (reframing) เพื่อให้สามารถระดมการสนับสนุนได้มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากแนวปฏิบัติที่ได้จากการสัมมนา คือ “รับผิดชอบการเรียนให้ดี สามัคคีเพื่อน อาจารย์และครอบครัวให้ดี” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 106) เป็นการปรับกรอบความคิดในการเคลื่อนไหวให้สามารถประนีประนอมและยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่มุ่งเคลื่อนไหวและจัดตั้งเพื่อเรียกร้องความเสมอภาค ความเท่าเทียม หรือความเป็นธรรม ซึ่งเป็นกรอบความคิดที่แข็งและก่อให้เกิดความขัดแย้งได้ง่ายกับฝ่ายต่าง ๆ การปรับกรอบความคิดของพรรคในครั้งนี้ส่งผลดีเป็นอย่างมากต่อการระดมการสนับสนุนพรรคแนวร่วมมหิตล โดยการเลือกตั้งสหพันธ์นักศึกษา ในปี 2518 มีนักศึกษามาใช้สิทธิ์เลือกตั้งถึง 74.31% สูงที่สุดในรอบ 3 ปี มีนักศึกษาลงคะแนนเลือกพรรคแนวร่วมมหิตลถึง 2,319 คน คิดเป็น 56% ของนักศึกษาทั้งหมด โดยในครั้งนี้ พรรคได้เลือกให้นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ซึ่งมีบุคลิกและแนวทางประนีประนอมมาดำรงตำแหน่งนายกสหพันธ์นักศึกษา ต่อจาก เหวง โตจิราการ ซึ่งในการเลือกตั้งครั้งต่อไป สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ก็ได้มาดำรงตำแหน่งนายกสหพันธ์นักศึกษา ต่อจาก นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ โดยการเลือก นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ และสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่มีลักษณะประนีประนอมและเน้นการประสานความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ นั้น เป็นการปรับยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการระดมทรัพยากรและการสนับสนุนของพรรค โดยการปรับกรอบความคิดในการขับเคลื่อนและเลือกผู้นำที่มีกรอบความคิดและบุคลิกภาพในแนวทางนี้ขึ้นมาแทน สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้กล่าวถึงการตัดสินใจลงรับเลือกตั้งนายกสหพันธ์นักศึกษาในครั้งนั้นไว้ว่า

“ตอนนั้นเริ่มรู้สึกอยู่ว่านักศึกษาซ้ายไปหน่อย ผมก็เลือกศุภมิตร (นพ.ศุภมิตร ชุณหสวัณ- ผู้วิจัย) ที่ภาพพจน์ดีมาก อาจารย์รัก มาเป็นอุปนายกภายในให้คนบู๊หน่อย ๆ อย่างเจษฎา อังวิทย์ธร เป็นอุปนายกฯ ภายนอก ช่วงนั้นเราพยายามเน้นกิจกรรมที่เป็นงานภายในเช่น งานวันมหิตล 24 กันยายน เพื่อสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันที่ดี”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2547, น. 107)

จากการอภิปรายที่ผ่านมาทำให้เห็นถึงอิทธิพลของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วง 14 ตุลาคม 2516 ที่เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อความรุ่งโรจน์ของขบวนการนักศึกษาทางสาธารณสุขในการระดมทรัพยากรและการเคลื่อนไหว รวมไปถึงปัจจัยเชิงโครงสร้างในการระดมอันได้แก่ การเกิดขึ้นของคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลภายใต้การวางรากฐานการศึกษาแบบเสรีนิยมประชาธิปไตย ทำให้การเรียนการสอน ความสัมพันธ์และกิจกรรมมีความเปิดกว้าง ซึ่งเอื้อต่อการเติบโตของการเคลื่อนไหวทางการเมืองของนักศึกษาและการจัดระเบียบกรอบความคิดทางสาธารณสุขแบบใหม่ ซึ่งได้รับอิทธิพลจากอุดมการณ์เสรีนิยมประชาธิปไตยและสังคมนิยม การฝึกฝนผ่านการปฏิบัติจริงควบคู่ไปกับการอภิปรายอย่างจริงจัง ทำให้ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขมีพลวัตในการจัดตั้งที่เข้มแข็งและเป็นระบบมากขึ้น จากเครือข่ายชมรมไปสู่การตั้งพรรคแนวร่วมมหิดล และการร่วมร่างธรรมนูญสหพันธ์นักศึกษาที่ทำให้เกิดองค์กรทางการเมืองอย่าง สหพันธ์นักศึกษาที่มีอำนาจในการระดมและจัดการทรัพยากรอย่างเป็นทางการ เพื่อนำทรัพยากรที่ระดมได้มานั้นสนับสนุนกิจกรรมการเคลื่อนไหวและชมรมต่าง ๆ อย่างไรก็ตามเมื่อพบกับความขัดแย้งขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขก็ได้มีการปรับกรอบความคิดและรูปแบบแนวทางในการเคลื่อนไหว เช่น การเลือกผู้นำที่ประนีประนอมมากขึ้นมานำขบวนการส่งผลให้ขบวนการได้รับการสนับสนุนมากยิ่งขึ้น

จากการอภิปรายที่ผ่านมาในบทนี้พบว่า ปัจจัยด้านโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ทั้งโครงสร้างที่เป็นข้อจำกัดต่อการขาดแคลนทรัพยากรแพทย์และโครงสร้างการกระจายทรัพยากรที่รวมศูนย์ในระบบราชการอำนาจนิยม รวมถึงโครงสร้างที่เป็นโอกาสอย่างบทบาทของสหรัฐอเมริกาและมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ที่ทำให้เกิดการขยายตัวของชนชั้นกลางใหม่และนักศึกษาที่เป็นกลุ่มพลังใหม่ในสังคมการเมือง เมื่อมาประกอบกับองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมอย่างคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี และคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลที่มีแนวคิดในการเรียนการสอนแบบเสรีนิยมประชาธิปไตย ได้เปิดพื้นที่ให้กับอุดมการณ์เสรีนิยมประชาธิปไตยและสังคมนิยม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานทางกรอบความคิดทางสาธารณสุขขึ้นมาในหมู่นักศึกษาแพทย์และสาธารณสุข ที่แตกต่างจากกรอบความคิดหลักทางสาธารณสุขในขณะนั้นที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคงของชาติและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ

โดยพลวัตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหว ได้เปลี่ยนผ่านมาสู่การให้ความสำคัญกับการรับใช้ประชาชน การลดความเหลื่อมล้ำ การกระจายทรัพยากร

พร้อมไปกับการจัดระเบียบกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขในฐานะส่วนหนึ่งของ
ขบวนการเรียกร้องประชาธิปไตย อันเป็นการระดมความชอบธรรมของขบวนการเคลื่อนไหวทาง
สาธารณสุขให้เพิ่มมากขึ้น ในฐานะขบวนการเคลื่อนไหวเชิงศีลธรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้
ให้การระดมทรัพยากรจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวสำเร็จหรือล้มเหลวในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาในบทนี้
อยู่ที่ปัจจัยโครงสร้างทางการเมืองและการปรับกรอบความคิดและการระดมของขบวนการเคลื่อนไหว
ให้สอดคล้องกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเป็นสำคัญ



บทที่ 5

ขบวนการแพทย์ชนบท : กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวระหว่างพ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2535

บทนี้จะเป็นการอภิปรายและวิเคราะห์กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงปีพ.ศ. 2520 ถึงพ.ศ. 2535 (ก่อนเกิดเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ. 2535) อันนับเป็นช่วงแรกของการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท นับตั้งแต่การก่อตั้ง “ชมรมแพทย์ชนบท” (พ.ศ.2521) ในฐานะเป็นองค์กรเคลื่อนไหวอย่างเป็นทางการ โดยการเคลื่อนไหวในช่วงเวลานี้ได้รับอิทธิพลจากโครงสร้างโอกาสทางการเมืองหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 เป็นอย่างมาก ทำให้เกิดการปรับตัวทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างสำคัญ อันเป็นผลมาจากพลังของกลุ่มอำนาจนิยมและกองทัพที่สามารถตอบโต้และควบคุมกระแสการเรียกร้องประชาธิปไตยและการเมืองของภาคประชาชนลงได้ ในช่วงเวลานี้พลังของระบบราชการยังคงเป็นกลไกหลักในการควบคุมอำนาจและทรัพยากร หลังจากถูกทำลายจากขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ขบวนการแพทย์ชนบทที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นอดีตนักศึกษาและนักกิจกรรมที่เคยเคลื่อนไหวเรียกร้องประชาธิปไตย มีการปรับตัวทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไรในช่วงเวลาที่พลังของระบบราชการรวมศูนย์มีบทบาทสำคัญ และมีระบอบการปกครองทางการเมืองที่ไม่เป็นประชาธิปไตย เป็นคำถามที่จะทำการศึกษาในบทนี้ต่อไป

การอภิปรายเพื่อตอบคำถามข้างต้นในบทนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนแรกเป็นการอภิปรายถึงผลกระทบจากเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 ในฐานะของปัจจัยโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ “ปิด” โดยนับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญ (critical point) ส่งผลอย่างไรต่อขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข ส่วนที่สองเป็นการอภิปรายถึง กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของ “ชมรมแพทย์ชนบท” ในฐานะเป็นโครงสร้างในการระดมที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทในยุคแรก เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการพลิกสถานะจากขบวนการของกลุ่มแพทย์ “ชายขอบ” ของอำนาจ ให้ขึ้นมาเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวที่มีบทบาทสำคัญมากขึ้นในทางสาธารณสุข ส่วนที่สามเป็นการอภิปรายถึงบทบาทของกลุ่มสามพรานในฐานะเป็นพลวัตของการเคลื่อนไหวที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท อันนับเป็นจุดเปลี่ยนภายในขบวนการที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท พร้อมกับการเข้ามามีบทบาทของนพ.ประเวศ วะสี ในฐานะแกนนำคนสำคัญคนหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท

และส่วนสุดท้ายคือ การอธิบายถึงความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของ “ชมรมแพทย์ชนบท” อันเกิดจากความพยายามในการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบสาธารณสุขตามเป้าหมายและกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบท ผ่านโครงสร้างระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ความเสื่อมถอยนี้จะเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป ซึ่งจะทำการอธิบายในบทต่อ ๆ ไป

1. โครงสร้างโอกาสทางการเมืองหลัง 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519

หลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2519 จบลงด้วยชัยชนะและการขึ้นมานครองอำนาจของรัฐบาลฝ่ายขวานำโดยธานินทร์ กรัยวิเชียร องค์กรต่าง ๆ ของนักศึกษาอันได้แก่ องค์การสหพันธ์ศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล สโมสรคณะ สภานักศึกษา พรรคแนวร่วมมหิดลรวมถึงพรรคนักศึกษาอื่น ๆ ชมรมและกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ถูกยุบเลิกโดยประกาศคณะปฏิรูปการปกครองแผ่นดิน ฉบับที่ 42/2519 คงเหลือเพียงแต่สภาอาจารย์ซึ่งมีเพียงบทบาทในการบริหารและในทางวิชาการ (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 47) การเคลื่อนไหวหรือการรวมตัวของนักศึกษาถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ด้วยการออกกฎหมายภัยสังคมของรัฐบาลตามคำสั่งของคณะปฏิรูปฯ ฉบับที่ 22/2519 มีการส่งเจ้าหน้าที่กองอำนวยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยภายใน (กอ.รมน.) เข้ามาตรวจตราการเคลื่อนไหวของนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัยมหิดล⁴⁰ อย่างเข้มงวด

แกนนำนักศึกษาและนักศึกษาที่ร่วมเคลื่อนไหวในช่วง 14 ตุลาคม พ.ศ. 2516 ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวหากไม่ถูกจับกุมตัว (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 56-59) ต่างก็หลบหนีเข้าป่าไปเข้าร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (พคท.) (Lertchoosakul, 2016, pp. 68-69; กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 86-140) การขาดแกนนำควบคู่กับการถูกปราบปรามและควบคุมจากรัฐบาลและผู้บริหารมหาวิทยาลัย ทำให้ขบวนการนักศึกษาทั่วประเทศรวมถึงขบวนการเคลื่อนไหวของนักศึกษามหิดลถดถอยลงอย่างมาก ในขณะที่กลุ่มนักศึกษาที่ไม่ได้เข้า

⁴⁰ ในคืนวันที่ 5 ตุลาคม 2519 ได้มีการประชุมตกลงกันในหมู่นักศึกษาสถาบันต่าง ๆ ที่ชุมนุมในมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ว่าจะมีการย้ายศูนย์กลางทำงานจากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์มาที่มหาวิทยาลัยมหิดล จึงมีการถอนกำลังส่วนหนึ่งที่เป็นนักศึกษาปีที่ 2 (รหัส 2518) กลับมาที่ตึกสันทนาการ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ตีกรวมชมรม สโมสรนักศึกษา และกลุ่มกิจกรรม) (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 49).

ป่าและยังคงรักษาการเคลื่อนไหวก็ต้องปรับการเคลื่อนไหวเป็นแบบปิดลับในรูปแบบ “องค์กรผู้ปฏิบัติงาน” ที่ไม่เปิดเผยตัวสมาชิกและมีขอบเขตการทำกิจกรรมที่จำกัด (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 48-59) ในขณะที่นักศึกษาสายสาธารณสุขทั้งจากมหิดลรวมถึงสถาบันอื่น ๆ จำนวนหนึ่งที่เข้าร่วมเคลื่อนไหวกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย นอกจากต้องจับอาวุธร่วมต่อสู้ทางทหารแล้ว ยังได้รับหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลให้กับผู้เคลื่อนไหวและชาวบ้านในพื้นที่ที่พรรคคอมมิวนิสต์เคลื่อนไหว เป็นการทำงานด้านมวลชนและงานการทหารควบคู่กันไป⁴¹ (Bamber, 1997, pp. 237-238; Lertchoosakul, 2016, pp. 68-71; กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556; สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 195-422)

การปราบปรามขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างเข้มงวด ทำให้ขบวนการนักศึกษาหมดบทบาททางการเมืองลงอย่างไม่มีวันกลับคืนมาเหมือนช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคมได้อีกเลย โครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วงเวลานี้ปิดอย่างสิ้นเชิงสำหรับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม กระบวนการทางการเมืองและเคลื่อนไหวจากฝ่ายความมั่นคงที่ใช้การปราบปรามอย่างรุนแรง ได้ทำลายเครือข่ายทางการเมืองและสังคมของนักศึกษารวมถึงภาคประชาชนลงอย่างเป็นผลสำเร็จ สนามการต่อสู้ทางการเมืองที่สำคัญได้ย้ายออกจาก “เมือง” ไปสู่ “ป่า” ซึ่งแม้จะมีการติดต่อกันระหว่างกลุ่มที่ต่อสู้ในป่ากับกลุ่มที่ยังเคลื่อนไหวในเมือง แต่ก็ไม่ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่สำคัญแต่อย่างใด (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559) นอกจากนี้ผลสะท้อนของเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ได้ส่งผลถึงรูปแบบและยุทธศาสตร์ของขบวนการเคลื่อนไหวของนักศึกษาสาธารณสุขอย่างสำคัญ โดยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการเคลื่อนไหวและกรอบความคิด โดยเน้นไปที่ “การพัฒนาชุมชน” “การพัฒนาสลัม” หรือ “การช่วยเหลือประชาชนด้านสาธารณสุข” ที่ไม่แสดงถึงอุดมการณ์ทางการเมืองอย่างการเรียกร้องประชาธิปไตยหรือความเท่าเทียมทางสังคมเหมือนเช่นเดิม ซึ่งเป็นการปรับการเคลื่อนไหวให้สอดคล้องไปกับนโยบายการพัฒนาสังคมของรัฐบาลและมหาวิทยาลัย เพื่อลดการถูกจับตาและควบคุมจากมหาวิทยาลัยและฝ่ายความมั่นคง (Bamber, 1997, p. 236; สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 61-92)

⁴¹ นักศึกษาสายสาธารณสุขจากมหิดลจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตในการต่อสู้ ได้ถูกรวบรวมรายนามจำนวน 16 ท่าน พร้อมประวัติชีวิตโดยสังเขป รวมถึงสาเหตุและช่วงเวลาของการเสียชีวิต ซึ่งอยู่ในช่วงปี 2520-2524 หากสนใจโปรดดูภาคผนวก 9 ใน “ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาค 3” (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 507-528).

1.1) คำสั่ง 66/2523 กับการฟื้นตัวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุข

โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวขบวนการสาธารณสุขเกิดขึ้นอีกครั้ง ภายหลังจากเปลี่ยนแปลงทางการเมืองจากการรัฐประหารยึดอำนาจจากรัฐบาลธานินทร์ กรัยวิเชียร โดย พล.อ. เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ในวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2520 นำมาสู่การจัดตั้งรัฐบาลโดยมี พล. อ.เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นนายกรัฐมนตรี (11 พฤศจิกายน 2520 – 3 มีนาคม 2523) รัฐบาลมีนโยบายผ่อนปรนและให้สิทธิเสรีภาพกับประชาชนมากขึ้น มีการปรับลดการปราบปรามควบคุมด้านการเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองลง พร้อมประกาศให้มีการจัดการเลือกตั้งทั่วไปในปีพ.ศ. 2522 โครงสร้างโอกาสทางการเมืองในการทำกิจกรรมทางสังคมจึงเกิดขึ้นอีกครั้ง ดร.เกษม สุวรรณกุล รัฐมนตรีว่าการทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐได้เรียกประชุมอธิการบดีทุกมหาวิทยาลัยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2520 มีความเห็นจากที่ประชุมให้เปิดโอกาสให้นักศึกษาได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น เพื่อตอบสนองต่อนโยบายของ พล.อ.เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ ที่ต้องการลดความขัดแย้งระหว่างรัฐบาลกับนักศึกษา แต่สิทธิเสรีภาพที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นไปภายใต้การดูแลควบคุมโดยผู้บริหารมหาวิทยาลัยอย่างใกล้ชิด ไม่ได้เป็นการให้สิทธิเสรีภาพอย่างเต็มที่เช่นเดียวกับช่วงเวลาก่อน 6 ตุลาคม 2519 แต่อย่างใด อย่างไรก็ตามการผ่อนปรนทางนโยบายการปราบปรามของ พล.อ.เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ เป็นการเปิดโอกาสให้นักศึกษาที่เข้าร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย มีหนทางที่จะถอนตัวออกจากการเข้าร่วมแล้วกลับมาศึกษาต่อได้ตามเดิมหากต้องการ โดยทบวงมหาวิทยาลัยได้มีหนังสือเวียนไปถึงมหาวิทยาลัยทุกแห่งลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2521 เรื่องนโยบายการรับนักศึกษากลับเข้าศึกษา (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 65-67)

การผ่อนปรนการควบคุมและเปิดโอกาสให้นักศึกษากลับเข้าเรียนได้ ทำให้มีนักศึกษากลับออกจากป่ามาเข้าศึกษาต่อตามเดิมเพิ่มมากขึ้น ควบคู่ไปกับการอ่อนกำลังลงของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย สาเหตุหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงในการเมืองระหว่างประเทศ รัฐบาลไทยได้หันไปสร้างความสัมพันธ์กับรัฐบาลพรรคคอมมิวนิสต์สาธารณรัฐประชาชนจีน โดยทางการไทยขอความร่วมมือจากจีนให้ยกเลิกการสนับสนุนพรรคคอมมิวนิสต์ในไทย ประกอบกับความขัดแย้งทางความคิดระหว่างนักศึกษาและสมาชิกพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดการแตกแยกทางความคิดอย่างมากภายในพรรคคอมมิวนิสต์ (Lertchoosakul, 2016, pp. 71-78; กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 140) นโยบายการผ่อนปรนของรัฐบาลเกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์จึงเหมือนเป็น

ตัวเร่งให้พรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยล่มสลายเร็วมากยิ่งขึ้น จนในที่สุดการออกคำสั่ง 66/2523 ถือเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ทำให้นักศึกษาและผู้ที่เกี่ยวข้องกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยถอนตัวออกจากแนวรบในป่าเป็นจำนวนมาก โดยรัฐบาลจะนิรโทษกรรมให้กับผู้ที่กลับออกมา และนักศึกษาสามารถกลับมาศึกษาต่อจนจบการศึกษาได้ กระแสการออกจากป่าของแนวร่วมพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยเป็นจำนวนมาก นำไปสู่การล่มสลายของพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยอย่างไม่อาจฟื้นตัวได้อีกเลย (Bamber, 1997, p. 238) ในช่วงเวลานี้ นักศึกษาแพทย์และสาธารณสุขจำนวนมากได้กลับมาศึกษาต่อ และนายแพทย์จำนวนหนึ่งที่ได้เข้าร่วมกับพรรคคอมมิวนิสต์ก็ได้กลับออกมารับราชการเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ในช่วงเวลานี้ นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว และ นพ.ประเวศ วะสี มีบทบาทอย่างมากในการประสานและให้การรับรองกับ “สันติบาล” และฝ่ายความมั่นคงให้กับแพทย์เหล่านี้ เพื่อให้สามารถกลับเข้ารับราชการหรือทำงานในโรงพยาบาลได้ โดยไม่ถูกสันติบาลควบคุมตัวหรือจับตามอง (Bamber, 1997, pp. 238-239)

เมื่อกล่าวถึงขบวนการนักศึกษามหิดลภายหลังจากมีคำสั่ง 66/2523 และบรรยากาศที่เปิดกว้างทางสังคมและการเมืองที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ มหาวิทยาลัยได้อนุญาตให้มีการจัดตั้งสโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดลขึ้นอีกครั้ง ได้มีการเลือกตั้งนายกสโมสรนักศึกษาในปีพ.ศ. 2522 โดยสุรพงษ์ สืบวงศ์ลี จากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดีได้รับเลือกเป็นนายกสโมสร (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 110) ในขณะที่ขบวนการนักศึกษาที่ยังต้องการรื้อฟื้นความเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคมได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งพรรคนักศึกษาขึ้นมาใหม่ ชื่อว่า “พรรครวมมหิดล” แต่ไม่ประสบความสำเร็จและยุบตัวลงไปในปีพ.ศ. 2524 (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 148)

ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขแม้จะสามารถกลับมาฟื้นตัวได้อีกครั้ง หลังโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดมากขึ้น แต่กลับขาดพลังและไม่เพียงพอเหมือนช่วง 14 ตุลาคม 2516 แกนนำนักศึกษาที่กลับออกมาจากป่า ต่างกลับเข้าห้องเรียนและมุ่งมั่นในการชดเชยเวลาที่เสียไป เครือข่ายทางการเมืองและสังคมของนักกิจกรรมและนักเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขคลายตัวลงอย่างมาก รวมทั้งความนิยมในแนวคิดสังคมนิยมได้เสื่อมถอยลงไป การเข้าร่วมต่อสู้กับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทยของนักศึกษาอาจทำให้เกิดความแนบแน่นของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ได้ปฏิบัติงานร่วมกัน เป็น “เครือข่ายคนเดือนตุลา” ที่มีพลัง (Lertchoosakul, 2016) แต่สิ่งหนึ่งที่ต้องสูญเสียไปคือ ความสัมพันธ์และประสบการณ์ที่ไม่สามารถส่งต่อไปยังนักศึกษารุ่นต่อไปได้ การ “ขาดช่วง” ของ

การส่งต่อประสบการณ์และการสร้างเครือข่าย ทำให้ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขในมหาวิทยาลัยมหิดลไม่สามารถกลับมาเคลื่อนไหวทางการเมืองและสังคมอย่างแหลมคมและมีบทบาทสำคัญเหมือนช่วงเวลาก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ได้อีกเลย⁴² อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขเกิดความถดถอยนี้ ขบวนการสาธารณสุขที่สำคัญอีกขบวนการหนึ่งกลับเริ่มก่อตัวขึ้นนอกสถาบันการศึกษาเปรียบเหมือนเป็นการ “เปลี่ยนแกน” ในการเคลื่อนไหวที่สอดคล้องกับเงื่อนไขที่เปลี่ยนแปลงไปของโครงสร้างโอกาสทางการเมือง โดยมีแพทย์ผู้ใช้ทุนในชนบทเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งขบวนการเคลื่อนไหว ในเวลาต่อมาแพทย์ที่เคยมีบทบาททางสังคมและการเมืองเมื่อครั้งเป็นนักศึกษาในช่วง 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519 ต่างมีบทบาทร่วมกับขบวนการนี้อย่างกว้างขวาง ดังจะอภิปรายในหัวข้อต่อไป

1.2) จาก “สหพันธ์แพทย์ชนบท” สู่อำนาจก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท

ย้อนไปปลายปีพ.ศ. 2518 ก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ได้เกิดความเคลื่อนไหวที่สำคัญต่อการจัดตั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขขึ้นภายนอกมหาวิทยาลัย โดยเป็นความพยายามของแพทย์ชนบทที่จะรวมตัวกันจัดตั้งองค์กร “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ในปี 2519 ริเริ่มโดย นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ แพทย์รับทุนรุ่นที่สาม ที่ลงไปทำงานในพื้นที่ชนบทและได้พบกับสภาพปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ได้ออกจดหมายเวียนทั่วประเทศไปถึงศูนย์การแพทย์และอนามัยรวมถึง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยนัดประชุมที่เขาใหญ่ อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อวันที่ 24-25 เมษายน พ.ศ. 2519 โดยมี นพ.อุเทน จารณศรี เป็นประธานจัดงาน มีแพทย์ชนบทเข้าร่วมราว 50-60 คน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 32-33) นพ.มานิตย์ได้กล่าวในที่ประชุมถึงสภาพปัญหาที่พบและต้องการให้มีการแก้ไขปัญหานั้น โดยเสนอให้มีการรวมตัวกันเพื่อร่วมกันแก้ไข ปัญหา “ถ้าจะแก้ก็ต้องมีการทำอะไรสักอย่างที่จะมารวมกันแล้วก็มีพลัง วิธีการคือ ต้องรวมพลัง นั่นคือจุดเริ่มต้น ผมเขียนจดหมายเพื่อที่จะเรียกให้คนตื่นตัว แล้วมารวมกันทำ หาปัญหา หาวิธีการที่จะ

⁴² นอกจากนี้การย้ายอาคารกิจกรรมสโมสรนักศึกษา รวมถึงนักศึกษาวิทยาศาสตร์ปี 1 ทั้งหมดไปเรียนที่วิทยาเขตศาลายา จังหวัดนครปฐม ในปี 2526 ยิ่งทำให้เกิดความห่างของการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างนักศึกษาร่วมสถาบัน ซึ่งทำให้ความแนบแน่นและการสร้างเครือข่ายในการระดมถดถอยลงไปอย่างมาก.

ทำงานให้ดีขึ้น” (เน้นตามต้นฉบับ) (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 2543, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2546, น. 8)

โดยเป้าหมายในการรวมตัวจัดตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทนั้นเพื่อร่วมกันถกเถียงและแลกเปลี่ยนความรู้ในการแก้ไขปัญหาการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท⁴³ และตั้งวัตถุประสงค์ในการทำงานของสหพันธ์แพทย์ชนบทให้มีอุดมการณ์เพื่อสังคม เพื่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ มากกว่าเพื่อกลุ่มหรือเพื่อวิชาชีพ การตั้งวัตถุประสงค์ในการรวมตัวนี้ เป็นการสร้างความชอบธรรมให้แก่กรอบความคิดในการเคลื่อนไหวจัดตั้งขบวนการ ซึ่งทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทในชื่อของ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” แปรสภาพจากขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ (professional movements) กลายเป็นขบวนการเคลื่อนไหวเชิงศีลธรรม (moral movements) ไปโดยปริยาย

นอกจากการสร้างการรวมตัวเพื่อให้มีพลังในการขับเคลื่อนแล้ว นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ยังได้วิเคราะห์ถึงยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวครั้งนี้ไว้ว่า “ในวิถีคิดของแพทย์ชนบท โดยเฉพาะคนที่มีส่วนสำคัญคือ นพ.มานิตย์ วิถีคิดที่เป็นวิถีในเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือไม่เอาแรงคนเข้ามา แต่ไปยึดผู้อาวุโสเป็นหลัก” (เน้นตามต้นฉบับ) (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2546, น. 11) ซึ่งความสัมพันธ์ภายในสหพันธ์แพทย์ชนบทนั้น หลักความเคารพผู้อาวุโสเป็นหลักการที่แพทย์ชนบทถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง โดยให้แพทย์ชนบทที่มีอาวุโสที่สุดเป็นประธานในการรวมตัวและประชุม นอกจากนี้ยังมีการเชิญผู้ใหญ่ในวงการแพทย์มาร่วมประชุมและร่วมสนับสนุนการดำเนินงานของแพทย์ชนบทอีกด้วย ทำให้เห็นว่ายุทธศาสตร์ในการก่อตั้งสหพันธ์แพทย์ชนบทในช่วงแรกนั้นนอกจากจะเป็นการสร้างการรวมตัวกันของเหล่าสมาชิกเพื่อให้มีพลังในการเคลื่อนไหว ยังเป็นความพยายามในการเชื่อมโยงและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกของแพทย์ชนบทกับแพทย์ผู้อาวุโสที่ถือเป็นผู้ใหญ่ในวงการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็น นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.มรกต กรเกษม นพ.บรรลุ ศิริพานิช และ นพ.ประเวศ วะสี เป็นต้น เพื่อทำให้เสียงและความต้องการของแพทย์ชนบทสามารถส่งไปถึงแพทย์ผู้ใหญ่เหล่านี้ได้โดยตรง เนื่องจากแพทย์ผู้ใหญ่เหล่านี้ย่อมมีพลังในการเข้าถึงทรัพยากร และให้ความช่วยเหลือในการทำงานของแพทย์ชนบทได้เป็นอย่างดี ทั้งยังสามารถให้การปกป้องคุ้มครองเมื่อ

⁴³ การประชุมครั้งที่สองเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 5-6 มิถุนายน พ.ศ. 2519 ที่บางละมุง พัทยา จังหวัดชลบุรีมีการเลือก นพ.ประสพ พลพ่าย ขึ้นเป็นประธานสหพันธ์แพทย์ชนบทคนแรก และมี นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ เป็นเลขาธิการ.

เกิดปัญหากับผู้ใหญ่อื่นในกระทรวงสาธารณสุขได้ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2558, น. 49) ทั้งยังเป็นการสร้างความชอบธรรมให้แก่การเคลื่อนไหวของสหพันธ์แพทย์ชนบท ที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับการยอมรับจากผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขและอาจารย์แพทย์อาวุโส ซึ่งกรอบความคิดและยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวนี้แตกต่างอย่างมากกับการเคลื่อนไหวของขบวนการนักศึกษาสาธารณสุขของมหิดล ที่เน้นการวิพากษ์วิจารณ์และเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในระบบการสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของสหพันธ์แพทย์ชนบทต้องยุติลงอย่างกะทันหันเมื่อเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ขึ้น สมาชิกแพทย์ชนบทหลายคนถูกทางการเพ่งเล็งในฐานะผู้ต้องสงสัยเป็นคอมมิวนิสต์ มีทั้งถูกเรียกไปสอบสวนคุมขัง เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ถูกเจ้าหน้าที่รัฐควบคุมตัวไปพร้อมผู้ต้องสงสัยว่าเป็น “พวกซ้าย” และเป็น “ภัยสังคม” ที่สถานีตำรวจภูธร อำเภอเมืองมหาสารคาม เป็นเวลาถึง 29 วัน⁴⁴ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2550, น. 15) ในขณะที่แพทย์และนักศึกษาแพทย์บางคนตัดสินใจเข้าป่าไปร่วมเคลื่อนไหวกับพรรคคอมมิวนิสต์แห่งประเทศไทย (สันติสุข โสภณสิริ, 2548, น. 161-163) สาเหตุของการยุติการเคลื่อนไหวของสหพันธ์แพทย์ชนบทนั้นนอกจากเพราะสมาชิกหลายท่านต้องหลบหนีหรือถูกจับตาจากทางการแล้ว การกำหนดความหมายของ “องค์การอันเป็นคอมมิวนิสต์และการกระทำอันเป็นคอมมิวนิสต์” ได้ถูกกำหนดไว้อย่างกว้างขวางมาก ทำให้การรวมตัวจัดตั้งองค์กรใด ๆ ในช่วงเวลานี้เป็นเรื่องที่อันตรายอย่างมากทำให้สหพันธ์แพทย์ชนบทต้องยุติบทบาทลงไป

ขบวนการแพทย์ชนบทได้กลับมารวมตัวจัดตั้งขึ้นอีกครั้งในปีพ.ศ. 2521⁴⁵ เมื่อสถานการณ์ทางการเมืองเริ่มคลี่คลายและโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเปิดกว้างมากขึ้นจากนโยบายของรัฐบาล พล.อ. เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ อย่างไรก็ตามมีการเปลี่ยนชื่อ “สหพันธ์แพทย์ชนบท” เป็น “ชมรมแพทย์ชนบท” เพื่อลดการถูกมองถึงความเป็นซ้ายและลดการถูกเพ่งเล็งจากฝ่ายความมั่นคง

⁴⁴ นพ.วิชัยได้เล่าว่าช่วงเวลา 29 วันในห้องขังกลับเป็นช่วงเวลาที่ได้หลับพักผ่อนอย่างเต็มที่ที่สุดในช่วงเวลา 3 ปีที่ตั้งแต่ลงไปทำงานในพื้นที่ชนบท เพราะเป็นแพทย์เพียงคนเดียวในอำเภอจึงมักถูกปลุกกลางดึกเพื่อไปดูแลคนไข้ฉุกเฉินอยู่เสมอ (วิชัย โชควิวัฒน์, 2550, น. 18; สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559).

⁴⁵ การกลับมารวมตัวกันเกิดขึ้นจากการขับรถตระเวนซักชวนแพทย์ชนบทตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ของนพ. มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ และนพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ โดยได้ตระเวนเยี่ยมแพทย์ชนบทประจำอำเภอในภาคอีสานกว่า 20 แห่งซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ชนบท (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 35; มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559).

เหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ส่งผลกระทือนอย่างมากต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ทำให้เกิดการปรับตัวเปลี่ยนแปลงในทางยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่สำคัญ โดยมีการตัดประเด็นที่ล่อแหลมในทางการเมืองโดยเฉพาะเรื่องนี้อาจแสดงถึงความเป็นปฏิปักษ์กับรัฐบาล ที่ทหารมีบทบาทนำอย่างเรื่องของประชาธิปไตยออกไป แล้วชูประเด็นเรื่องของการปฏิรูปการพัฒนาสาธารณสุขในชนบทที่ไม่ขัดกับแนวนโยบายของรัฐเข้ามาแทน ซึ่งย่อมจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและฝ่ายความมั่นคงมากกว่าจะถูกเพ่งเล็งและปราบปราม เพราะสุดท้ายหากขบวนการแพทย์ชนบทถูกปราบปรามลงไป ความพยายามที่จะรวมตัวเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขในชนบทตามอุดมการณ์ดั้งเดิมย่อมจะล้มเหลวในที่สุด

ยุทธศาสตร์ของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงนี้จึงมีลักษณะของการปรับตัวเพื่อลดแรงเสียดทานและพยายามสร้างความร่วมมือกับรัฐบาลเท่าที่เป็นไปได้ ซึ่งเป็นการปรับยุทธศาสตร์และยุทธวิธีให้สอดคล้องกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วงเวลานั้น ทำให้สามารถรักษาความเคลื่อนไหวของขบวนการและกลับมาฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็วภายใต้โครงสร้างของโอกาสทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป แม้ในช่วงที่รัฐบาลไม่ได้เป็นประชาธิปไตยก็ตาม

ชมรมแพทย์ชนบทที่เริ่มต้นกลับมาเคลื่อนไหวในเดือนกุมภาพันธ์พ.ศ. 2521 ได้เริ่มวางรากฐานการจัดตั้งและระดมความคิด ความร่วมมือระหว่างแพทย์ชนบททั่วประเทศอีกครั้ง โดยในช่วงแรกได้ประกาศวัตถุประสงค์ที่มุ่งแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการทำงานของโรงพยาบาลอำเภอเป็นหลัก และได้มีการพัฒนาโครงสร้างองค์กรของชมรมเพื่อให้การดำเนินการต่าง ๆ สามารถเข้าถึงสมาชิกทั่วประเทศได้ดียิ่งขึ้น ในปีพ.ศ. 2522 มีการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นใน 5 ภาค คือ ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคอีสาน แต่ละภาคจะมีการตั้งประธาน รองประธาน และเลขานุการของตนเอง โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิด ความช่วยเหลือกันในการประชุมประจำปี ภารกิจหลักสองประการตลอดช่วงทศวรรษ 2520 ของชมรมแพทย์ชนบท ได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ด้านการบริหารจัดการ และการดูแลเครือข่ายแพทย์ในโรงพยาบาลอำเภอ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 35-39) ซึ่งผลของการดำเนินงานในช่วงแรกนี้สามารถสร้างความเชื่อถือ ความไว้วางใจและความเชื่อมั่น (trust) ให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกของชมรมแพทย์ชนบท รวมถึงสามารถลดความหวาดระแวงของผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขที่เกรงว่าชมรมแพทย์ชนบทจะก่อให้เกิดความแตกแยกในหมู่แพทย์และกระทรวงได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการยืนยันของชมรมแพทย์ชนบทต่อปลัดกระทรวง

สาธารณสุขและผู้บริหารระดับสูงภายในส่วนกลางว่า ชมรมแพทย์ชนบทจะไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับการแย่งชิงอำนาจของผู้บริหารภายในกระทรวงสาธารณสุขอย่างเด็ดขาด (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 39; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 13) นอกจากนี้ยังตัดประเด็นการเคลื่อนไหวที่จะแสดงให้เห็นถึงเจตนาทางการเมืองออกไป ซึ่งเป็นการทำให้การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทไม่มีความเป็นการเมือง (apolitical) เพื่อสร้างความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวของชมรมมากทั้งในเชิงจริยธรรมและเชิงวิชาชีพซึ่งเป็นการสร้างทุนทางสังคม (social capital) ที่สำคัญเมื่อการรวมตัวของชมรมและโครงสร้างการดำเนินงานเริ่มเข้มแข็งขึ้นมาแล้ว ชมรมแพทย์ชนบทได้รุกคืบทางยุทธศาสตร์ด้วยการตั้ง **“มูลนิธิแพทย์ชนบท”** ขึ้นมาในปีพ.ศ. 2525 เพื่อให้เป็นแหล่งสะสมทุนในลักษณะของนิติบุคคล (ทั้งทุนทางสังคม ทุนทางปัญญา และทุนเงิน) ทั้งจากการได้รับบริจาคและการทำกิจกรรม รวมถึงเป็นแหล่งสะสมทุนจากกำไรทางธุรกิจเกี่ยวกับสุขภาพซึ่งอาจเป็นรูปของบริษัทจำกัด หรือการร่วมหุ้นของสมาชิกแพทย์ชนบท มูลนิธิแพทย์ชนบทจะทำหน้าที่ในการระดมทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานของชมรมแพทย์ชนบท ที่มีบทบาทในการเคลื่อนไหวและระดมความร่วมมือเพื่อช่วยเหลือสมาชิกแพทย์ชนบททั่วประเทศ (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546)

ในส่วนต่อไปจะเป็นการอธิบายถึงบทบาทของชมรมแพทย์ชนบทในฐานะโครงสร้างของการระดมที่สำคัญในยุคเริ่มแรกของขบวนการแพทย์ชนบท และปัจจัยที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการพลิกกลับจากแพทย์ขบวนการของแพทย์ชายขอบให้ขึ้นมาเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มีบทบาทสำคัญในทางสาธารณสุข

2. ความสำเร็จในการระดมทรัพยากรจาก “ชายขอบ” สู่ “ศูนย์กลาง” ของชมรมแพทย์ชนบท

ส่วนนี้เป็นการอธิบายถึง ปัจจัยที่ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการระดมทรัพยากร และสามารถพลิกกลับจากขบวนการชายขอบ มาสู่ขบวนการที่เคลื่อนไหวในศูนย์กลางอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข โดยจะทำการอธิบาย ผ่านปัจจัยของการรื้อฟื้นเครือข่ายความสัมพันธ์อดีตนักศึกษาสาธารณสุข ปัจจัยของการเป็น “ชนชั้นนำท้องถิ่น” ที่มีความได้เปรียบในการสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์กับชนชั้นนำท้องถิ่นกลุ่มอื่นๆ เช่น ข้าราชการ และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในชุมชนท้องถิ่น รวมถึงการที่แพทย์ชนบทเป็นกลไกสำคัญในการทำงานด้านการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพ

และการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท ทำให้แพทย์ชนบทได้มีความสัมพันธ์กับชาวบ้านในระดับหมู่บ้าน ผ่านการจัดตั้งและให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ไปจนถึงผู้นำของหน่วยงานราชการที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพื้นที่ชนบท (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) อันเป็นรากฐานสำคัญที่เพิ่มความสามารถในการปรับตัวทางยุทธศาสตร์ของขบวนการแพทย์ชนบท รวมถึงการใช้ยุทธศาสตร์ในการเชื่อมโยงเครือข่ายสนับสนุนชายขอบ-ศูนย์กลาง ที่นำมาสู่เส้นทางการเติบโตภายใต้โครงสร้างระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ดังจะอธิบายต่อไปตามลำดับ

2.1) การรื้อฟื้นเครือข่ายความสัมพันธ์อดีตนักศึกษาสาธารณสุข

ปัจจัยแรกที่ทำให้การรวมตัวจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบทในปี 2521 ประสบผลสำเร็จอย่างรวดเร็วมาจากการที่ แกนนำหลักของกลุ่มแพทย์ชนบทที่รวมตัวกันจัดตั้งชมรมแพทย์ชนบท⁴⁶ ล้วนเป็นอดีตเครือข่ายนักศึกษาแพทย์ที่เคยทำกิจกรรมร่วมกันในช่วงก่อนเกิดเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 ทั้งสิ้น (Harris, 2017; Nam, 2015; เศษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) การกลับมารวมตัวครั้งนี้จึงเปรียบเหมือนการรื้อฟื้นเครือข่ายนักกิจกรรมและนักเคลื่อนไหวของสาธารณสุขเมื่อครั้งอยู่ในสถาบันการศึกษา หากแต่เพียงครั้งนี้เป็นการเปลี่ยนผ่านขบวนการเคลื่อนไหวจากนักศึกษาแพทย์และสาธารณสุข มาสู่การเป็นขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ (professional movements) ที่เคลื่อนไหวภายใต้โครงสร้างอำนาจในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เป็นขบวนการท้าทายความสัมพันธ์ทางอำนาจเหมือนเมื่อครั้งสมัยเป็นขบวนการนักศึกษาแพทย์

โดยในการเคลื่อนไหวก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบททั้งสองครั้ง คือในปี 2519 และ 2521 สมาชิกคนสำคัญในการเคลื่อนไหวจัดตั้ง “สหพันธ์แพทย์ชนบท” ในปี 2519 ได้แก่ นพ.อุเทน จารณศิริ (ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัย) นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยศรีเชียงใหม่ และเป็นเลขานุการคนแรกของสหพันธ์แพทย์ชนบท) นพ.สุรเกียรติ์ อาชานภาพ

⁴⁶ สามารถดูรายชื่อประธานแพทย์ชนบทได้ที่ภาคผนวก ก.

นพ.คม บ็องซัน (ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และอนามัยบางละมุง) นพ.ประสพ พลพ่าย (ประธานสหพันธ์แพทย์ชนบทคนแรก) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 33)

สมาชิกคนสำคัญในการเคลื่อนไหวครั้งที่ 2 ในการจัดตั้ง “ชมรมแพทย์ชนบท” ในปี 2521 ได้แก่ นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.อนันต์ เมนะรุจิ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง) นพ.ชะลอ คุปตะวินทุ (รองนายแพทย์ใหญ่จังหวัดขอนแก่น) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 35) นพ.สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ นพ.ชัย กฤติยาภิชาติกุล นพ.ลือชา วรรัตน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 5) โดยสมาชิกคนสำคัญส่วนใหญ่ของชมรมแพทย์ชนบทนั้นสำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ที่สำคัญ 2 สถาบัน ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ทั้งจากฝั่งรามาริบัติและศิริราช และ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยต่างมีความรู้จักคุ้นเคยกันจากการทำกิจกรรมร่วมกันในสมัยยังเป็นนักศึกษาแพทย์ ตัวอย่างเช่น นพ.วิฑูร พลุเจริญ และ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เคยเป็นนายกสโมสรนิสิตแพทย์ จุฬาฯ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เคยเป็นนายกสโมสรนักศึกษาแพทย์รามาริบัติ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ เคยเป็นนายกสหพันธ์นักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 227)

ปัจจัยเรื่องความคุ้นเคยระหว่างสมาชิกของชมรมแพทย์ชนบท ตั้งแต่การร่วมทำกิจกรรมเคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองภายในสถาบันการศึกษานั้น มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างความไว้วางใจ (trust) ระหว่างสมาชิกในการตัดสินใจเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท ทั้งในเรื่องของความเข้าใจความคิด ลักษณะนิสัยใจคอ รวมถึงการมีประสบการณ์ ทักษะ และความเข้าใจในการสื่อสารและการรวมตัวในการเคลื่อนไหวร่วมกัน (Harris, 2017, pp. 37-42; เศษฐาทรัพย์เย็น, 2556, น. 59; พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559; มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559; สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2546, 2547; สันติสุข โสภณสิริ, 2548) การสร้างเครือข่ายทางการเมืองของนักศึกษาสาธารณสุข ทั้งรามาริบัติ ศิริราช และเชื่อมโยงถึงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผ่านการทำกิจกรรมของชมรม (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559; เหวง โตจิราการ, สัมภาษณ์, 2560) รวมถึงการเคลื่อนไหวทางการเมืองผ่านองค์กรนักศึกษาและพรรคนักศึกษา ทำให้นักศึกษาแพทย์เหล่านี้มีทักษะในการจัดตั้งทางการเมือง การสื่อสารและ

ระดมทรัพยากรในการเคลื่อนไหรร่วมกัน (Bamber, 1997, pp. 244-245) ทำให้เมื่อมาประกอบอาชีพทางการแพทย์กลุ่มเครือข่ายแพทย์เหล่านี้จึงสามารถระดมทรัพยากรในการจัดตั้งองค์กรเคลื่อนไหวทางการเมืองได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความไว้วางใจกัน (trust) ทำให้สามารถกลับมารวมตัวได้อีกครั้งอย่างรวดเร็วต่างกับเครือข่ายขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมการเมืองกลุ่มอื่น เนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญได้แก่ อาชีพและกิจกรรมที่มีความใกล้ชิดในวงการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งต่างจากอดีตนักศึกษาในสาขาวิชาอื่นที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันไป ทำให้ความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายไม่ใกล้ชิดเช่นเดียวกับเครือข่ายทางสาธารณสุข (Bamber, 1997, pp. 242-243; พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

โดยนพ. พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช กล่าวว่า “พวกแพทย์ชนบทพัฒนาความคิดมาจากกลุ่มที่ต้องการประชาธิปไตยและต้องการช่วยเหลือคนยากจนในพื้นที่ชนบทตั้งแต่สมัยเป็นนิสิตนักศึกษา” (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559) ทำให้กลุ่มแพทย์ชนบทเมื่อเรียนจบเป็นแพทย์ใช้ทุนในพื้นที่ชนบท จึงมักเลือกการทำงานใกล้ชิดกับประชาชนที่ยากจนในพื้นที่ชนบท ไม่ได้ลาออกหรือขอย้ายออกจากพื้นที่เมื่อสิ้นสุดการใช้ทุน โดยนพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทได้กล่าวถึงเจตนาในการก่อตั้งว่า “ชมรมแพทย์ชนบท ตั้งขึ้นมาเพื่อทำยังไงให้ รพ.ดูแลประชาชนได้ดีที่สุด ไม่ใช่เพื่อช่วยหมอ” (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559) เคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทจึงมีความสอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน สืบเนื่องต่อจากเมื่อครั้งเป็นขบวนการนักศึกษา มีผลให้การรวมตัวของชมรมแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จได้อย่างรวดเร็วและมีพลัง

ชมรมแพทย์ชนบทจึงนับเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญในการระดมทรัพยากรของขบวนการแพทย์ชนบท⁴⁷ ในเบื้องต้นของการก่อตั้งขบวนการ ทั้งทรัพยากรที่จับต้องได้ (material/tangible

⁴⁷ ผู้วิจัยเลือกใช้คำว่า “ขบวนการแพทย์ชนบท” ในการอธิบายขบวนการเคลื่อนไหวที่มีบทบาทสำคัญในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข เช่นเดียวกับที่สมาชิกกลุ่มนี้ใช้เรียกขบวนการของกลุ่มตน (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) ในขณะที่งานศึกษาขบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและสาธารณสุขส่วนหนึ่งเรียกแพทย์กลุ่มนี้ว่า “ข้าราชการหัวก้าวหน้า” (progressive bureaucrats) (Harris, 2014, 2017; Kuhonta, 2017; Nam, 2015) เนื่องจากข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขนั้น ยังมีกลุ่มแพทย์อื่น ๆ ที่มีความคิดในการปฏิรูป

resources) และทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ (intangible resources/non-material) โดยทรัพยากรที่จับต้องได้นั้น ได้แก่ การระดมสมาชิกแพทย์ที่ทำงานในภูมิภาคต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท การจัดตั้งองค์กร การเลือกผู้นำการเคลื่อนไหวอย่าง ประธานชมรมแพทย์ชนบท และประธานแพทย์ชนบทในภูมิภาคต่าง ๆ ทำให้เกิดโครงสร้างของการระดมผู้สนับสนุนและสมาชิก (recruitment) ที่มีการสื่อสารและสนับสนุนการเคลื่อนไหวซึ่งกันและกันเป็นครั้งแรก รวมถึงการระดมเงินทุนในการจัดกิจกรรมของชมรม ทำให้เกิดการจัดตั้งมูลนิธิแพทย์ชนบทตามมาในปี 2525 เพื่อทำหน้าที่ในการระดมทุนสนับสนุนการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท

ส่วนทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ นั้น ได้แก่ การสร้างทักษะและองค์ความรู้ในการระดมการเคลื่อนไหวในฐานะขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ ซึ่งทำให้เกิดการแพร่กระจาย (extension) และเชื่อมโยง (bridging) องค์ความรู้และการจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) ในการเคลื่อนไหวระหว่างสมาชิกด้วยกัน ดังจะเห็นได้จากการเขียนคู่มือการทำงานในชนบทเผยแพร่ให้แก่สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท จัดทำโดยแพทย์ชนบทรุ่นพี่ซึ่งให้คำแนะนำทั้งในด้านการทำงานและการสร้างความคิดอุดมการณ์ทำงานเพื่อประชาชน ผู้มีบทบาทสำคัญในด้านนี้ ได้แก่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ และนพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ซึ่งเป็นแพทย์รุ่นแรกที่บุกเบิกการทำงานในลักษณะของ “ชมรมแพทย์ชนบท” โดยทำการรวบรวมความรู้จากประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลอำเภอ มาเรียบเรียงและจัดพิมพ์เป็นคู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลอำเภอขึ้น

เนื้อหาสำคัญในคู่มือแยกออกเป็น 4 ประเด็นได้แก่ การรักษา การฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนาชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 36) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งต่อประสบการณ์และแนวคิดในการทำงานให้แก่แพทย์ชนบทรุ่นน้อง ที่ต้องไปประจำตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมักประสบปัญหาจากการขาดแคลนทรัพยากร และประสบการณ์ทำงานในพื้นที่จริง หนังสือคู่มือเล่มนี้เป็นเครื่องมือสำคัญของชมรมแพทย์ชนบทในการจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) และสร้างความชัดเจนให้กับกรอบความคิด (frame amplification) ให้แก่แพทย์ที่เข้าร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ทั้งยังสามารถแผ่ขยายกรอบความคิด (frame extension) ของชมรมแพทย์ชนบทไปสู่แพทย์ชนบทกลุ่มอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมกับชมรม

ทางสาธารณสุขเช่นเดียวกัน เพียงแต่มีแนวทางและความคิดที่แตกต่างออกไปจากกลุ่มแพทย์ที่เรียกตนเองว่า ขบวนการแพทย์ชนบท (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, สัมภาษณ์, 2560).

แพทย์ชนบท ให้มีความสนใจในการเข้าร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทหรือขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป
 ดังที่ นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (ประธานแพทย์ชนบทคนปัจจุบัน 2560) ได้กล่าวถึงคู่มือเล่มนี้ว่า
 มีผลต่อตนเองตั้งแต่ยังไม่ได้เข้าร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ดังนี้

“...ได้มีโอกาสรู้จักกับพีวีชัย (นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ – ผู้วิจัย) ครั้งแรก ๆ เมื่อครั้งที่จบ
 ใหม่ ๆ เป็นแพทย์เพียงคนเดียว และเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาแห้ว ซึ่งไกล
 ที่สุดในจังหวัดเลย ไม่เคยรู้จักกับระบบการบริหารงานในระบบราชการอะไรเลย
 อ่านหนังสือ “จุลสารชมรมแพทย์ชนบทและคู่มือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
 ชุมชน” ที่พีวีชัยและกรรมการชมรมแพทย์ชนบทได้จัดทำขึ้น หนังสือหลายเล่ม
 ดังกล่าวถือเป็นครูของผู้เขียนในการทำงานและการบริหารงานตั้งแต่บัดนั้นเป็นต้นมา
 ...พีวีชัยถูกฝ่ายตรงกันข้ามระแวงและสงสัยมาโดยตลอดว่า ครอบงำและอยู่
 เบื้องหลังแพทย์ชนบทยุคใหม่ซึ่งถือเป็นความโง่เขลาเบาปัญญาของผู้ที่คิดเช่นนี้ ที่ไม่รู้
 เลยว่า กรรมการชมรมแพทย์ชนบททุกคนมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ รุ่นพี่จะไม่
 สามารถเข้ามาแทรกแซงใด ๆ ได้ ถ้าเราไม่เต็มใจ (เน้นโดยผู้วิจัย) ในทางกลับกัน
 รุ่นพี่ทุกคนจะพร้อมให้คำปรึกษาตลอดไป...ที่ต้องบอกว่าโง่เขลา ก็เพราะว่า
 คนเหล่านั้นไม่เคยรู้เลยว่า พีวีชัยฉลาดเกินกว่าที่จะเข้ามาครอบงำน้อง ๆ แบบนั้น
 แต่พีวีชัยได้ใช้การโคลนนิ่งน้อง ๆ ไว้ได้หลายชั่วอายุคนผ่านตัวหนังสือ ผ่านการ
 พูดคุย ผ่านการถ่ายทอดประสบการณ์เรียนรู้ในวาระต่าง ๆ ...” (เน้นโดยผู้วิจัย)

CHULALONGKORN UNIVERSITY
 เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ (2550, น. 238-242)

ชมรมแพทย์ชนบท จึงทำให้ความสับสนของการระดมและกรอบความคิดของเครือข่าย
 ขบวนการนักศึกษาสาธารณสุข ยังคงสับสนต่อเนื่องได้ต่อไปในระหว่างแพทย์รุ่นเดียวกัน โดยเป็นการย่ำ
 หรือทำให้กรอบความคิดชัดเจนและหนักแน่นขึ้น ในขณะเดียวกันยังสามารถเชื่อมโยงและแผ่ขยาย
 กรอบความคิดนี้ไปสู่แพทย์ชนบทรุ่นต่อไป เกิดเป็นพลวัตของการสร้างเครือข่าย จากเครือข่าย
 ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (interpersonal networks) จากอดีตนักศึกษาแพทย์และสาธารณสุขที่ ไปสู่
 การสร้างเครือข่ายทางวิชาชีพ (professional networks) ที่สามารถระดมแพทย์ใช้ทุนในชนบทกลุ่ม
 อื่น ๆ ให้เข้ามาร่วมเคลื่อนไหวกับชมรมแพทย์ชนบทได้ต่อไป ในขณะที่กิจกรรมทางวิชาการและ
 วิชาชีพของชมรมแพทย์ชนบท มีบทบาทในกระบวนการสร้างกรอบความคิด (framing process) ทำ

ให้เกิดจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) พร้อมทั้งเชื่อมโยงและแผ่ขยายกรอบความคิด (frame bridging and extension) ของชมรมแพทย์ชนบทไปสู่แพทย์กลุ่มอื่น ๆ ที่ทำงานในพื้นที่ชนบทในฐานะเป็น เครือข่ายของกรอบความคิด (frame networks)

2.2) แพทย์ชนบท: ข้าราชการ ชนชั้นนำท้องถิ่น และกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

แม้ว่าการปราบปรามขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองในช่วงปลายทศวรรษ 2510 ของรัฐบาลอำนาจนิยมได้ทำให้บทบาทของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมลดลงไป แต่อดีตนักศึกษาที่มีบทบาทเคลื่อนไหวในช่วงเวลาดังกล่าว สามารถผสานตนเองเข้ากับโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมไทย ทั้งในระบบราชการ องค์กรเอกชน และองค์กรทางสังคม มีความเจริญเติบโตก้าวหน้าไปในสายงานพร้อมไปกับการสะสมทุนทางสังคมได้ต่อไป ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชนชั้นกลางไทยที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องพร้อมไปกับการพัฒนาระบบเศรษฐกิจทุนนิยม (Lertchoosakul, 2016, pp. 119-182; Nam, 2015, pp. 121-122; กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556; ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, 2548, น. 96-98)

กลุ่มเครือข่ายอดีตนักศึกษาทางสาธารณสุขซึ่งต่อมาเป็นสมาชิกของชมรมแพทย์ชนบท เมื่อศึกษาจบและเข้าสู่โครงสร้างของระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มต้นออกไปประจำยังโรงพยาบาลหรือสถานีนอนามัยในพื้นที่ชนบทที่ขาดแคลนแพทย์ เป็นการลงไปในฐานะของข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะแพทย์ใช้ทุน ที่มีความรู้และมีอำนาจที่รัฐได้มอบหมายให้ตามหน้าที่ แม้ค่าตอบแทนจากการรับราชการในพื้นที่ชนบทจะไม่มากนัก หากเทียบกับแพทย์ที่ทำงานในพื้นที่กรุงเทพฯ หรือโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงความยากลำบากในการทำงานที่ขาดแคลนทั้งทรัพยากรและกำลังคน ทำให้แพทย์ที่ใช้ทุนหมดส่วนใหญ่ขอลาออกจากราชการไปทำงานยังโรงพยาบาลเอกชนหรือขอโอนย้ายกลับมาส่วนกลาง⁴⁸ แต่เมื่อพิจารณาจากบริบทของพื้นที่ชนบทแล้ว แพทย์ที่ลงพื้นที่

⁴⁸ ความยากลำบากในการทำงานและการใช้ชีวิตในพื้นที่ชนบทของแพทย์นั้น ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทของไทย เป็นปัญหาเรื้อรังยาวนาน เนื่องจากเมื่อแพทย์จบใหม่ใช้ทุนหมดก็จะขอลาออกจากราชการหรือขอออกจากพื้นที่ทันที ในขณะที่บางส่วนยินยอมขอใช้เงินแทนการลงไปทำงานยังพื้นที่ชนบท นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา นายกแพทย์สภา และคณบดีคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวว่า ความขาดแคลนแพทย์ในพื้นที่ชนบทยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ดำรงอยู่ในปี 2561 แม้สถาบันในการผลิตแพทย์สามารถผลิตแพทย์ได้เพิ่ม

ทำงานในชนบทนั้นสามารถนับเป็นชนชั้นที่มีทุนและความรู้ในระดับชนชั้นนำในความสัมพันธ์ทางอำนาจในระดับท้องถิ่น มีสถานะทางสังคมที่ได้รับการยอมรับจากชาวบ้านในฐานะที่เปรียบเสมือน “เทวดา” (Harris, 2017, p. 40; Ockey, 2004, p. 159) ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น “ชนชั้นนำชายขอบ” ในระดับท้องถิ่นที่มีอำนาจในอาณาบริเวณของตนเอง ควบคู่กับการเป็นข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุข⁴⁹ (Bamber, 1997, pp. 245-246; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 115-116) นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช กล่าวถึงช่วงเวลาที่ได้เริ่มทำงานประจำพื้นที่ชนบทเพื่อใช้ทุนเมื่อเรียนจบ ดังนี้

มากขึ้น แต่จำนวนแพทย์ที่สามารถทำงานประจำพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่องยาวนานนั้นยังคงมีเป็นจำนวนน้อย เนื่องจากปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและความขาดแคลนทรัพยากรในพื้นที่ ความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ชนบทกับเมืองใหญ่ทำให้แพทย์ส่วนใหญ่ออกจากพื้นที่ทันทีเมื่อใช้ทุนหมด (ประสิทธิ์ วัฒนภา, สัมภาษณ์, 2560).

⁴⁹ อย่างไรก็ตามความได้เปรียบในสถานะทางสังคมของแพทย์ที่ลงทำงานในพื้นที่ชนบทนี้ ไม่ได้หมายความว่าแพทย์ที่เล็กลงพื้นที่ชนบทนี้จะมีความสุขสบายในชีวิต เนื่องจากสภาพชีวิตในพื้นที่ชนบทนั้นมีความยากลำบากอย่างมาก นอกจากนี้สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทบางท่านที่ลงทำงานในพื้นที่ชนบท ไม่ได้ไปทำงานเพราะถูกบังคับใช้ทุนแต่เป็นเพราะความสมัครใจและความต้องการส่วนตัว สมาชิกคนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบท อาทิเช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 3 และ 4) เมื่อสำเร็จการศึกษาจาก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช เป็นรุ่นสุดท้ายก่อนรัฐบาลจะประกาศบังคับนักศึกษาแพทย์ใช้ทุน ทำให้ นพ.วิชัยรอดพ้นจากการถูกบังคับใช้ทุน ได้ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน 2 ปี ก่อนขอเข้ารับราชการและได้ไปประจำที่โรงพยาบาลในพื้นที่ชนบทอำเภอ พยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งในช่วงเวลานั้นทั้งอำเภอพยัคฆภูมิพิสัยและอำเภอข้างเคียงมี นพ.วิชัยเป็นแพทย์ประจำสถานีอนามัยแค่คนเดียว นพ.วิชัยได้อธิบายการตัดสินใจเป็นแพทย์ประจำในพื้นที่ชนบท ว่ามาจากแรงผลักดันทางอุดมการณ์ที่ได้รับมาตั้งแต่สมัยเป็นนักศึกษาแพทย์ที่ศิริราช โดยได้รับอิทธิพลทางความคิดมาจากอาจารย์แพทย์ผู้ใหญ่อย่าง นพ.มงคล ฤ สงขลา นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว นพ.ศิริพันธ์ จาตุรงค์กุล นพ.กระแสร้ ชนวงษ์ศรี รวมไปถึงนักเขียนอย่าง คำสิงห์ ศรีนอก (วิชัย โชควิวัฒน์, 2550, น. 12-16; สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ ผู้ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท เป็นอีกท่านหนึ่งที่ลาออกจากโรงพยาบาลเอกชนมาสมัครรับราชการเพื่อทำงานในโรงพยาบาลประโคนชัย จังหวัดบุรีรัมย์ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 35) เนื่องจากต้องการดูแลประชาชนในพื้นที่ที่ยังขาดแคลนแพทย์ (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559) ในขณะที่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ซึ่งสำเร็จการศึกษาอันดับหนึ่งเหรียญทอง จากคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สละทุนอานันท์มหิตลในการศึกษาต่อต่างประเทศที่มีเงื่อนไขให้กลับมารับราชการเป็นอาจารย์แพทย์ เพื่อให้สามารถได้ทำงานในพื้นที่ชนบทตามความตั้งใจของตน (กริชเทพ ศรีศิลป์ และ ญัฐจรัส เองมหัสสกุล, 2556, น. 64-68) จากตัวอย่างที่ยกมาอธิบายนี้ ทำให้เห็นถึงปัจจัยด้านอุดมการณ์และกรอบความคิดที่สมาชิกของชมรมแพทย์ชนบทมีส่วนร่วมกันเป็นพื้นฐาน ในเรื่องของการทำงานตามเป้าหมายทางอุดมคติของตน ยังมีตัวอย่างของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทอีกหลายกรณีหากสนใจ โปรดดู ประเวศ วะสี (2543, น. 3-5).

“บทบาทของหมอชนบทในพื้นที่มี 4 อย่าง หมอ ครู (สอนเจ้าหน้าที่) นักสาธารณสุข (ป้องกันสุขภาพ) นักวิชาการ คุณเป็นคนที่ยืนสูงที่สุดเก่งที่สุดในชุมชน ผมเคยไปทำงานที่โรงพยาบาลหนองสองห้อง พวกเขาบอกว่าพวกหมอนี่นี่ เหมือนเป็นพวกคิวิไลซ์ท่ามกลางกลุ่มคนที่ยากจนที่สุด ผมมีคอมพิวเตอร์สีในโรงพยาบาลขนาด 10 เดี๋ยง”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

นอกจากเรื่องของความได้เปรียบของสถานะทางสังคมในพื้นที่ชนบทแล้ว ในช่วงของการทำงานในพื้นที่ชนบทแพทย์ชนบท ยังได้มีโอกาสได้สร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวกับข้าราชการแพทย์ผู้ใหญ่ที่ทำงานในพื้นที่ และมีความสนใจในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนยากไร้ในพื้นที่ชนบท เช่นเดียวกัน ตัวอย่างที่สำคัญได้แก่ นพ.มงคล ณ สงขลา⁵⁰ เมื่อครั้งดำรงตำแหน่งเป็นนายแพทย์สาธารณสุขประจำจังหวัดนครราชสีมา ได้รู้จักกับ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์⁵¹ (ประธานชมรมแพทย์ชนบทรุ่นที่ 8 พ.ศ. 2528-2529) สมาชิกคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่ในจังหวัดเดียวกัน การสร้างความสัมพันธ์ส่วนตัวนี้ได้พัฒนามาสู่การโน้มนำให้นพ.มงคล ณ สงขลา กลายเป็นหนึ่งในแนวร่วมที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ในการผลักดันประเด็นเชิงนโยบายต่าง ๆ ที่ขบวนการแพทย์ชนบทพยายามเคลื่อนไหวผลักดัน (Harris, 2017, p. 41)

⁵⁰ ได้รับรางวัลแพทย์ชนบทดีเด่นประจำปี 2519 เคยดำรงตำแหน่ง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2538-2539) อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2539-2540) เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา (2540-2542) อธิบดีกรมการแพทย์ (2542-2543) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2543-2544) ก่อนจะได้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาล พล.อ. สุรยุทธ์ จุลานนท์ (2549-2551) เป็นผู้มีบทบาทผลักดันให้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นโครงการสำคัญโครงการหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบท ผ่านการพิจารณาจากสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) จนเป็นที่มาของการก่อตั้ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) หนึ่งในเครือข่ายขององค์กรตระกูล ส. (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 196-197).

⁵¹ สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต จากคณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี เมื่อปี 2520 เริ่มรับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ ในตำแหน่งรักษาการผู้อำนวยการโรงพยาบาลปี 2521 จนกระทั่งปี 2526 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชสีห์ และย้ายมาเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา นายแพทย์สงวนได้รับคัดเลือกเป็นแพทย์ดีเด่นประจำปี 2528 ในปี 2538 เป็นผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขใน ปี 2544-2546 ก่อนที่จะมาเป็นเลขาธิการสพสช. ในเดือนพฤษภาคม 2546 (รำลึกถึงชีวิตและผลงาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2551).

ในขณะที่แพทย์ชนบทบางคนได้เริ่มมีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับแพทย์ผู้ใหญ่ที่ทำงานในพื้นที่เดียวกัน ด้วยประสบการณ์และความสนใจในการทำกิจกรรมพัฒนาชุมชนเมื่อครั้งสมัยเป็นนักศึกษา ทำให้แพทย์ชนบทหลายท่านได้มีบทบาทในเรื่องของการสนับสนุนการพัฒนาพื้นที่ในชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546, น. 63) ทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวในประเด็นต่าง ๆ ในพื้นที่ โดยเฉพาะในเรื่องของสาธารณสุขและการพัฒนาคุณภาพชีวิตในชุมชน ซึ่งหลายกรณีเป็นการทำงานกับนักกิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นอดีตนักเคลื่อนไหวในช่วง 14 ตุลาคม 2516 (Nam, 2018, p. 218) เกิดการสร้างความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวและเชิงเครือข่ายกับองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ที่ทำงานเคลื่อนไหวด้านการพัฒนาในพื้นที่ชนบท เครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ ต่อมาจะเป็นปัจจัยสำคัญในการผลักดันให้องค์กรตระกูล ส.และนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบผลสำเร็จในทศวรรษ 2540 (Bamber, 1997, p. 239; Harris, 2017, p. 41; Nam, 2018, pp. 217-219)

นอกจากการสร้างความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้ใหญ่และองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ ด้วยสถานะของความเป็นแพทย์ซึ่งเป็นข้าราชการของกระทรวงสาธารณสุขในท้องถิ่นทำให้ได้มีโอกาสสร้างความสัมพันธ์กับชนชั้นนำในท้องถิ่นกลุ่มอื่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ ผู้นำชาวบ้านในท้องถิ่น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546, น. 63, 67-68; มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, สัมภาษณ์, 28 ตุลาคม 2559) ข้าราชการของรัฐจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่าง ทหาร⁵² ตำรวจ ปลัดอำเภอ (พลเดช ปิ่นประทีป, สัมภาษณ์, 2560) ซึ่งส่วนใหญ่สัมพันธ์กับงานด้านการพัฒนาและความมั่นคง โดยเฉพาะการทำงานด้าน “การสาธารณสุขมูลฐาน⁵³” (primary health care) ที่เป็นนโยบายสำคัญของกระทรวง

⁵² นพ.พลเดช ปิ่นประทีป (เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา) ได้เริ่มรู้จักมีและความสัมพันธ์เป็นการส่วนตัวกับพล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา จากการทำงานร่วมกันในพื้นที่ชนบทในฐานะข้าราชการฝ่ายปกครองและข้าราชการสาธารณสุขที่มีภารกิจในการดูแลพื้นที่ร่วมกัน ทำให้มีความไว้วางใจ และความนับถือระหว่างกันในระดับหนึ่ง (พลเดช ปิ่นประทีป, สัมภาษณ์, 2560).

⁵³ มีแนวคิดที่ใช้เป็นรากฐานในการพัฒนาที่เน้นการสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรท้องถิ่น และการสร้างผู้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพในระดับพื้นฐาน โดยมีองค์ประกอบของสาธารณสุขมูลฐาน 14 องค์ประกอบ ได้แก่ งานสุขศึกษา งานโภชนาการ งานอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว งานสุขภาพภิบาลและการจัดหาน้ำสะอาด งานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค งานควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประจำท้องถิ่น งานรักษาพยาบาลเบื้องต้น งานจัดหายาที่มีความจำเป็น งานส่งเสริมสุขภาพฟัน งานส่งเสริมสุขภาพจิต งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานคุ้มครองผู้บริโภค งานป้องกันควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ และงานควบคุมป้องกันเอดส์

สาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชนบท เริ่มต้นในปีพ.ศ. 2521 แพทย์ชนบท นับเป็นกลไกสำคัญในการทำงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ทั้งการให้ความรู้และจัดตั้ง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) โดยมีการจัดตั้งเครือข่าย อสม.และผสส. ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั้งในพื้นที่ชนบทและเขตเมืองทั่วประเทศ และจากการทำงานเพื่อพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้แพทย์ชนบทได้มีโอกาสทำงานร่วมกับชนชั้นนำในหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม พร้อมไปกับการทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวในด้านที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น องค์กรพัฒนาเอกชนด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านแม่และเด็ก ด้านยา ด้านเอดส์ ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ความสัมพันธ์กับเครือข่ายชนชั้นนำในท้องถิ่นนี้แม้จะเป็นการสร้างเครือข่ายของปัจเจกบุคคล (networks of individuals) แต่เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้นำมาพัฒนาต่อเป็นเครือข่ายทางสังคมการเมืองในระดับเครือข่ายขององค์กร (networks of organizations) และเครือข่ายของการรวมหมู่และกิจกรรม (networks of collectivities and events) ที่เป็นพลังสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป ในฐานะพันธมิตรทางสังคมการเมืองในระดับท้องถิ่นที่กระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่และหลากหลายอาณาบริเวณของประเด็นทางสังคมการเมือง⁵⁴ อันเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเพิ่มอำนาจต่อรองทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท ในการต่อรองหรือยื่นข้อเสนอต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล (Nam, 2015, pp. 169-204; 2018)

2.3) การเชื่อมโยงกับพันธมิตรชนชั้นนำในระบบสาธารณสุข

ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถสร้างความชอบธรรมให้กับขบวนการเคลื่อนไหวได้ คือ การสร้างแนวร่วมพันธมิตรกับแพทย์อาวุโสที่นับเป็นชนชั้นนำในทาง

รวมไปถึงการจัดหาและจัดตั้งกองทุนประเภทต่าง ๆ ขึ้นในชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านบริหารจัดการกันเองและดำเนินงานตามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557).

⁵⁴ ในเวลาต่อมาชนชั้นนำที่ทำงานเคลื่อนไหวในท้องถิ่นหลายท่านได้เติบโตเป็นผู้มีอำนาจในส่วนกลางและยังคงเป็นแนวร่วมพันธมิตรที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท เช่น นพ.มงคล ณ สงขลา หรือนักกิจกรรมและนักวิชาการ เช่น จอน อึ้งภากรณ์.

สาธารณสุข โดยทุกครั้งที่มีการทำกิจกรรมการรวมตัวของชมรมแพทย์ชนบท จะมีการเชิญแพทย์อาวุโสเหล่านี้มาร่วมกิจกรรมหรือเป็นประธานในงาน แพทย์อาวุโสเหล่านี้ได้รับการยอมรับในฐานะอาจารย์แพทย์ผู้ใหญ่ ในขณะที่บางท่านมีบทบาทเป็นฝ่ายบริหารในกระทรวงสาธารณสุข เช่น นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว กลุ่มแพทย์อาวุโสเหล่านี้ส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญในการทำงานบุกเบิกการพัฒนาในพื้นที่ชนบทโดยเฉพาะ “การสาธารณสุขมูลฐาน” (primary health care) ในช่วงทศวรรษ 2500-2520 ตัวอย่างนายแพทย์อาวุโสเหล่านี้ได้แก่ นพ.สมบูรณ์ วัชรโรทัย นพ. ประเวศ วะสี นพ.อารี วัลยะเสวี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว นพ.กำธร สุวรรณกิจ นพ.อมร นนทสุต นพ.ปรีชา ตีสวัสดิ์ นพ.อุทัย สูดสุข นพ.บรรลุ ศิริพานิช นพ.มรกด กรเกษม เป็นต้น และเนื่องจากกลุ่มแพทย์อาวุโสเหล่านี้มีความรู้และประสบการณ์ในการทำงานในพื้นที่ชนบทอย่างยาวนาน แม้ไม่ได้มีการรวมตัวกันเป็นขบวนการเคลื่อนไหว (movement) แต่กลุ่มแพทย์เหล่านี้มีความเข้าใจและสนับสนุนกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบท และให้ความสำคัญกับการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยซึ่งเป็นพื้นที่ทำงานหลักของแพทย์ชนบท กลุ่มแพทย์อาวุโสเหล่านี้จึงมีบทบาทเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการสนับสนุนและผลักดันการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทตั้งแต่เริ่มก่อตั้งในทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา (Bamber, 1997, p. 245; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 26; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 5)

นอกจากนี้ชมรมแพทย์ชนบทยังได้เน้นการเป็นตัวแทนของแพทย์ชนบทในการเข้าไปประสานกับส่วนกลาง เพื่อผลักดันกระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุนบุคลากรในโรงพยาบาลอำเภอ นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา (อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และอดีตผู้ประสานงานชมรมแพทย์ชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2529-2530) กล่าวถึงบทบาทนี้ไว้ว่า

“เมื่อกระทรวงฯ (กระทรวงสาธารณสุข – ผู้วิจัย) จะมีการตั้งคณะทำงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับแพทย์ชนบท เช่น คณะทำงานพิจารณาเรื่องค่าตอบแทน คณะทำงานพิจารณาเรื่องการกำหนดพื้นที่ หรือคณะทำงานเรื่องการกำหนดความก้าวหน้าของบุคลากร ทางชมรมแพทย์ชนบทก็จะส่งรายชื่อไปเป็นตัวแทนของคณะทำงานเหล่านั้นด้วย นี่คือบทบาทสำคัญในอดีตที่ผ่านมา”

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ (2556, น. 38)

การประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขนั้น ชมรมแพทย์ชนบทจะเน้นการสร้างเครือข่าย และสายสัมพันธ์อันดีกับผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งบรรดาผู้ใหญ่ในกระทรวงฯ ขณะนั้น (ทศวรรษ 2520-2530 – ผู้วิจัย) เป็นแพทย์อาวุโสที่เคยผ่านประสบการณ์ทำงานสาธารณสุขชนบท ในช่วงบุกเบิก อันได้แก่ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว⁵⁵ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.ปรีชา ตีสวัสดิ์ นพ.อมร นนทสุต⁵⁶ และ นพ.บรรลุ ศิริพานิช⁵⁷ โดยแพทย์อาวุโสเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจถึงลักษณะเฉพาะ และบริบทการทำงานในพื้นที่ชนบทมาก่อน จึงสนับสนุนการทำงานตามแนวทางของชมรมแพทย์ชนบทอย่างมาก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 38) ประกอบกับชมรมแพทย์ชนบท ในช่วงแรกนี้จะไม่แตะต้องประเด็นเรื่องการแต่งตั้งโยกย้าย ความขัดแย้ง และการทุจริตของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและรักษาความสัมพันธ์อันดีกับส่วนกลาง (นวนล้อย ตริรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 23) อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์อันดีระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทกับผู้บริหารและกลุ่มแพทย์บางส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะการเป็นพันธมิตรร่วมที่ดีต่อกันตลอดช่วงทศวรรษ 2520 ถึง ครึ่งแรกของทศวรรษ 2530 นี้ ได้กลับกลายเป็นคู่ขัดแย้งอย่างรุนแรงในช่วงครึ่งหลังของทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ซึ่งส่งผลอย่างสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์ครั้งใหญ่ในการเคลื่อนไหวของชมรมและขบวนการแพทย์ชนบท รวมถึงการแสวงหาและสร้างพันธมิตรใหม่ในภาคประชาสังคม เพื่อเป็นฐานพลังใหม่ในการต่อสู้ผลักดันการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทในด้านสาธารณสุขต่อไป โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายประเด็นนี้ต่อไปภายหลัง

จากการอภิปรายที่ผ่านมาเห็นได้ว่า ความสำคัญของการสร้างเครือข่ายของชมรมแพทย์ชนบทในช่วงเวลานี้ อยู่ที่การเชื่อมเครือข่ายแนวดิ่ง (แพทย์ชนบทกับแพทย์ผู้บริหารส่วนกลาง) กับเครือข่ายแนวราบ (สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทในภูมิภาคต่างๆ) โดยเครือข่ายพันธมิตรกลุ่มแพทย์ชนชั้นนำส่วนกลางนั้น ได้ถูกนำมาเชื่อมโยงกับเครือข่ายแพทย์ตามโรงพยาบาลชุมชนและอำเภอทั่วประเทศที่ชมรมแพทย์ชนบทได้สร้างไว้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 10-14) ผ่านกิจกรรมที่มีการรวมตัวกัน โดยกิจกรรมหลักที่ชมรมแพทย์ชนบทจัดขึ้นทุกปี ได้แก่ การจัดประชุมแพทย์ชนบท

⁵⁵ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลพล.อ.เกรียงศักดิ์ ชมะนันทน์ และรัฐบาลพล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ 2 (2524-2526).

⁵⁶ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

⁵⁷ อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ประจำปี โครงการที่เยี่ยมห้อง และโครงการแพทย์ที่เลี้ยงประจำจังหวัด เป็นต้น ในปี 2531 ซึ่งเป็นปีครบรอบ 10 ปีการก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบท มีการจัดประชุมใหญ่ “หนึ่งทศวรรษแพทย์ชนบท” มี พล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นเป็นประธาน⁵⁸ โดยในช่วงเวลาที่พล.อ.เปรม ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ชมรมแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาชนบทในสมัยรัฐบาลพล.อ.เปรม ที่ดำเนินนโยบายพัฒนาชนบทอย่างจริงจัง ด้วยการทุ่มเททรัพยากรจำนวนมากเพื่อพัฒนาโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในชนบท (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 38-40)

ความสัมพันธ์อันดีและการสร้างเครือข่ายของชมรมแพทย์ชนบทกับกลุ่มแพทย์ชนชั้นนำส่วนกลางนั้น ได้เปิดโอกาสเติบโตก้าวหน้าให้แก่สมาชิกคนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบท (Harris, 2017, p. 42) ในโครงสร้างอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงเวลาต่อมา เนื่องจากการเลื่อนตำแหน่งและโยกย้ายในระบบราชการนั้น ปัจจัยในเรื่องการเป็นที่รู้จักของ “ผู้ใหญ่” ทั้งจากความสัมพันธ์อันดีและผลการทำงานอันเป็นที่รับรู้และเครือข่ายอันกว้างขวางมีผลต่อการพิจารณาให้ได้ดำรงในตำแหน่งสำคัญ ซึ่งเป็นประเด็นพื้นฐานสำคัญในฐานะหนึ่งในปัจจัย ที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถพลิกสถานะจากขบวนการแพทย์ชายขอบ มาสู่การเป็นขบวนการหลักในการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้อย่างเป็นผลสำเร็จ ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

2.4) การเติบโตภายใต้โครงสร้างระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข

ดังได้เกริ่นมาในช่วงท้ายของประเด็นที่ผ่านมา ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขบวนการแพทย์ชนบท คือการที่สมาชิกคนสำคัญส่วนหนึ่งของชมรมแพทย์ชนบทเริ่มเติบโตในโครงสร้างอำนาจส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการเติบโตในหน่วยงานที่รับผิดชอบและมีอำนาจหน้าที่ทางด้านนโยบายตั้งแต่ในช่วงปลายทศวรรษ 2520 เป็นต้นมา ตัวอย่างได้แก่ กองแผนงาน⁵⁹ (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) สำนักงานคณะกรรมการประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข (นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์) สำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานประสานงานวิชาการ

⁵⁸ ชมรมแพทย์ชนบทมีความสัมพันธ์อันดีกับพล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ เป็นอย่างมาก ความสัมพันธ์อันดีนี้มีต่อมาจนถึงปัจจุบัน (2561).

⁵⁹ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์”.

และพัฒนากำลังคน (สปค.) (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ต่อมาได้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน) สำนักนโยบายและแผน (นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร) กรมควบคุมโรคติดต่อและกรมอนามัย (นพ.วิชัย โชควิวัฒน์) สำนักงานผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ กองโรคเอดส์ (นพ.วิพุธ พูลเจริญ) คณะกรรมการระดับชาติ (พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ) ในขณะที่ส่วนหนึ่งได้เข้ามาเป็นอาจารย์แพทย์หรือนักวิจัยประจำยังสถาบันการศึกษา ตัวอย่างได้แก่ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกาพ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล นพ.สมเกียรติ ลีลศิธร นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม และนพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ (ประเวศ วะสี, 2543, น. 15-20)

สิ่งที่ทำให้การเติบโตของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบท สร้างความแตกต่างออกไปจากการเติบโตก้าวหน้าในวิชาชีพของแพทย์โดยทั่วไป คือการเข้าสู่โครงสร้างอำนาจด้วย ประสบการณ์ ทักษะ และกรอบความคิดที่แตกต่างจากแพทย์กลุ่มอื่น ๆ (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559; สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, สัมภาษณ์, 2560) โดยเฉพาะมุมมองและแนวคิดที่เชื่อมโยงไปสู่เคลื่อนไหวทางสังคมและการเมืองการบริหาร นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดชกล่าวถึงความแตกต่างนี้ไว้ ดังนี้

“พวกนี้คือพวกที่มีความคิดแบบ 14 ตุลา พวกเรียนเก่งมาก ๆ เขียนหนังสือเยอะมาก เป็นพวกกลุ่มหมอยังเติร์กที่มีความคิดใหม่และมีความขัดแย้งกับกลุ่มความคิดเก่าที่เน้นการรักษาเฉพาะทาง แต่พวกนี้ไปเรียนต่อเมืองนอกด้านการบริหาร เรียนเก่งเกือบเหรียญทองทั้งหมด แทนที่จะไปเรียนแพทย์เฉพาะทาง พวกนี้ฉลาดด้านการบริหารเป็นพวกมีความคิดแบบ 14 ตุลา แทนที่จะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านแพทย์เฉพาะทาง กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านการบริหาร เพราะพอเป็น ซี7 เริ่มไปเรียนเมืองนอกกันคนละปี พี่สุวิทย์ไปอเมริกา พี่สมศักดิ์ ไปเนเธอร์แลนด์ สงวนไปเบลเยียม หมอมิ่งไปแคนาดา สุรพงษ์เรียนศศินทร์ ชูชัยไปเรียนฮาร์เวิร์ดเป็นด็อกเตอร์สองปริญญา”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559)

การเติบโตในหน่วยงานบริหารและการได้ไปศึกษาต่อต่างประเทศ ในด้านการบริหารการวิจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสาธารณสุข แทนการไปศึกษาต่อด้านแพทย์เฉพาะทาง ทำให้สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทคนสำคัญเหล่านี้ได้รับการฝึกฝนทักษะด้านการบริหาร และแนวคิดใหม่ทางด้านนโยบาย

ที่ก้าวหน้าจากต่างประเทศ พร้อมทั้งยังเชื่อมโยงเครือข่ายความสัมพันธ์ในด้านวิชาการและเงินทุนกับองค์กรสาธารณสุขต่างประเทศ ได้แก่ ลอนดอน สกอตแลนด์ เบลเยียม สวีเดน มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และองค์กรอนามัยโลก เป็นต้น พร้อมทั้งสนับสนุนสมาชิกแพทย์ชนบทในรุ่นถัดมาให้ได้มีโอกาสไปศึกษาต่อและกลับมาเป็นกำลังสำคัญในการเคลื่อนไหวของชมรมต่อไป (ประเวศ วะสี, 2543, น. 38) จากปัจจัยเหล่านี้ทำให้ศักยภาพในการระดมทรัพยากรสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก⁶⁰

ดังได้อธิบายผ่านมาถึงปัจจัยที่สนับสนุนให้ชมรมแพทย์ชนบทที่เริ่มต้นในฐานะ “ขบวนการแพทย์ชายขอบ” ในช่วงต้นทศวรรษ 2520 เริ่มสามารถเข้ามามีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวทางสาธารณสุขได้อีกครั้ง การมีองค์กรเคลื่อนไหวอย่างชมรมแพทย์ชนบท ทำให้สามารถรักษาความสืบเนื่องของเครือข่ายการระดมและกรอบความคิดในสมัยขบวนการนักศึกษาไว้ได้ ทั้งยังสามารถแผ่ขยายและเชื่อมโยงกรอบความคิดของชมรมแพทย์ชนบทไปยังแพทย์ใช้ทุนรุ่นใหม่ ที่ไม่ได้เป็นนักศึกษาที่เคลื่อนไหวในช่วง 14 ตุลาคม 2516 นอกจากนี้ด้วยการเป็นแพทย์ในท้องถิ่นทำให้มีสถานะเป็นชนชั้นนำในระดับท้องถิ่น ที่สามารถเชื่อมโยงตัวเองเข้ากับเครือข่ายชนชั้นนำท้องถิ่นที่กระจายอยู่ในพื้นที่ ทั้งส่วนของสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และเจ้าหน้าที่ราชการ โดยดำเนินไปพร้อมกับทักษะและความสนใจในการพัฒนาชุมชนท้องถิ่น ที่มีมาตั้งแต่เมื่อครั้งเป็นนักศึกษา ทำให้มีความชัดเจนในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ขณะเดียวกันในเรื่องของยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหว ชมรมแพทย์

⁶⁰ ตัวอย่างได้แก่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้ทุนฮิวเบิร์ต ฮัมฟรีย์ ไปศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยทเลน นพ.สงวน นิตยารัมภพงศ์ ศึกษาต่อที่เบลเยียมพร้อมทั้งได้มีการสร้างเครือข่ายวิชาการ ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันที่เบลเยียม ให้ได้โควตาในการส่งแพทย์จากไทยไปศึกษาต่อที่เบลเยียมได้ทุกปี นอกจากนี้ นพ.สงวน ยังอาศัยเครือข่ายวิชาการต่างประเทศขอทุนจากสหภาพยุโรป (EU) 120 ล้านบาท และทุนจากองค์กรอนามัยโลก 10 ล้านบาท เพื่อมาทำโครงการวิจัยปฏิรูประบบสุขภาพ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ไปศึกษาต่อด้านสิ่งแวดล้อม ที่ฮาร์วาร์ด นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ศึกษาต่อจนจบปริญญาเอกที่ลอนดอนด้านการคลังสุขภาพ (health care finance) นพ.กาญจนศักดิ์ ผลบูรณ์ ศึกษาต่อจนจบปริญญาเอกด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจากฮาร์วาร์ด นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ศึกษาปริญญาเอกด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) ที่มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (ประเวศ วะสี, 2543, น. 17-21) นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดชไปเรียนต่อการบริหารที่แคนาดา โดยนพ.พรหมินทร์มีส่วนสำคัญในการช่วยผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในช่วงแรกที่ยังเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข โดยอยู่ในทีมที่ช่วยงาน นพ.สงวน นิตยารัมภพงศ์ และช่วงหลังที่ออกจากราชการยังได้ให้ความช่วยเหลือในการเชื่อมโยงไปสู่ฝ่ายการเมืองในพรรคไทยรักไทย ร่วมกับนพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี เพื่อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพแก่ทักษิณ ชินวัตร หัวหน้าพรรคไทยรักไทย (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559).

ชนบทพยายามเชื่อมตัวเองเข้ากับแพทย์ชนชั้นนำในระบบสาธารณสุขศูนย์กลางอำนาจ อันนำมาซึ่งความสัมพันธ์และความสนับสนุนอันดีทั้งในทางเครือข่ายชนชั้นนำและความสัมพันธ์ส่วนตัว ช่วยเพิ่มความสามารถในการระดมทรัพยากรให้แก่สมาชิกของชมรมแพทย์ชนบทได้มากยิ่งขึ้น และเป็นการเปิดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้แก่สมาชิกของชมรมแพทย์ชนบท ในการเจริญเติบโตในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป ซึ่งความเจริญเติบโตนี้แม้ดูเหมือนเป็นความก้าวหน้าส่วนตัว แต่หากพิจารณาจากการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทและขบวนการแพทย์ชนบท ความก้าวหน้านี้มีส่วนสำคัญอย่างมากในการผลักดันกรอบความคิดของชมรมแพทย์ชนบทให้สามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงทางนโยบายได้เป็นผล

อย่างไรก็ตามการเข้ามาในโครงสร้างส่วนกลางของชมรมแพทย์ชนบท กลับมีผลด้านลบบางประการเกิดขึ้น ส่งผลให้ความสัมพันธ์ของสมาชิกในขบวนการเริ่มมีช่องว่าง ในบางครั้งเกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกที่ทำงานแยกกันไปตามหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบกับภาวะความรับผิดชอบที่เพิ่มมากขึ้น จนเริ่มมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของชมรมแพทย์ชนบทย่อยลง ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทเกิดความอ่อนแอลง แม้สมาชิกคนสำคัญจะมีความเติบโตก้าวหน้าก็ตาม นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้ตระหนักในปัญหาของแนวโน้มนี้และได้นำไปปรึกษา นพ.ประเวศ วะสี อันนำมาซึ่งการเปลี่ยนผ่านครั้งสำคัญอีกครั้งหนึ่งของชมรมแพทย์ชนบท นับเป็นพลวัตสำคัญในการเคลื่อนไหวในระดับชนชั้นนำของชมรมแพทย์ชนบท โดยการก่อตั้ง “กลุ่มสามพราน” ขึ้นในปี 2529 และเป็นก้าวแรกที่ นพ.ประเวศ วะสีเริ่มเข้ามามีบทบาทนำในขบวนการแพทย์ชนบทอย่างเต็มตัว ซึ่งที่ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายในประเด็นต่อไป

3. กลุ่มสามพราน⁶¹: องค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมและจัดระเบียบกรอบความคิดเครือข่ายชนชั้นนำของขบวนการแพทย์ชนบท

“กลุ่มสามพราน” เป็นพลวัตสำคัญของการเปลี่ยนผ่านโครงสร้างการระดมของขบวนการแพทย์ชนบท ในขณะที่ชมรมแพทย์ชนบทยังคงทำหน้าที่ควบคู่กันไป อันเป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง

⁶¹ ในช่วงแรกกลุ่มสามพรานถูกวางบทบาทให้เป็นเวทีที่สมาชิกได้มาพบปะ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเป็นเวทีวิชาการในการนำเสนอประเด็นความรู้ใหม่แก่กลุ่ม โดยมี นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ นพ.สมศักดิ์ ชุมหรัศม์ เป็นผู้ประสานร่วมจัดทำเวทีวิชาการ “โดยจัดตั้งเป็นคณะทำงานวิชาการสนับสนุนการ

ภายในขบวนการแพทย์ชนบทดังได้อธิบายผ่านมา ในส่วนนี้ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายถึงองค์ประกอบและเคลื่อนไหวส่วนหนึ่งของกลุ่มสามพรานที่มีบทบาทในฐานะเป็น โครงสร้างการระดมในระดับนำของ ขบวนการแพทย์ชนบท ที่ทำหน้าที่ในการรักษาความสัมพันธ์และความเชื่อมโยงความคิดและข้อมูล ระหว่างสมาชิกในระดับนำของขบวนการแพทย์ชนบทที่ทำงานตามหน่วยงานสำคัญของโครงสร้าง กระทรวงสาธารณสุข นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ กล่าวถึงวัตถุประสงค์ในการก่อตั้งกลุ่มสามพราน ไว้ดังนี้

“พวกเราพอเด็บโต ก็เริ่มทะเลาะกัน เกิดขัดแย้งกันเอง หมอสงวนเป็นทุกข์ในเรื่องนี้ มาก เลยไปปรึกษาหมอประเวศ หมอประเวศแนะนำว่าให้คนตีกันไม่ได้ แต่ให้ร่วมกัน คิดเป็นประเด็นๆ แล้วจะเข้าใจกันเอง เพราะต้องช่วยกันทำงานผลักดันประเด็น ร่วมกัน ความสามัคคีจะเกิดขึ้นเอง พอได้ร่วมกันคิดทำให้เกิดการคิดการปฏิรูป โครงสร้างกระทรวงฯ ได้อาจารย์จากนิด้า นามสกุลมณีโรจน์ (ปฐม มณีโรจน์-ผู้วิจัย) เลยได้ข้อตกลงในการปฏิรูประบบสาธารณสุข”

วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

หนังสือ “25 ปี: ขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย” ได้อธิบายองค์ประกอบของ ผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มสามพราน ดังนี้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 61)

แพทย์/อาจารย์อาวุโส มีบทบาทในการสนับสนุนการก่อตั้ง สหพันธ์แพทย์ชนบท ชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท เช่น นพ.ประเวศ วะสี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ นพ.บรรลุ ศิริพานิช นพ.ดำรง บุญเย็น นพ.หทัย ชิตานนท์ แพทย์อาวุโสเหล่านี้เป็นแพทย์ที่

ประสานนโยบายระบบบริหารและบริการสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักองค์กรอนามัยโลกประจำประเทศไทย เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดเวทีวิชาการเป็นประจำทุกเดือน โดยได้เลือกสถานที่จัดที่สวนสามพราน” จังหวัดนครปฐม จึงเป็นที่มาของชื่อ “กลุ่มสามพราน” เริ่มจัดการประชุมครั้งแรกในเดือนสิงหาคม 2529 และมีการประชุมทุกเดือนนับแต่นั้นมาจนถึงปัจจุบัน (2661) (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 57).

สิ่งที่น่าสนใจคือหากเดือนใด นพ.ประเวศ วะสีไม่สะดวกมาร่วมประชุม กลุ่มสามพรานจะมีการเลื่อนการประชุมจนได้วันที่นพ.ประเวศ วะสีสะดวกมาร่วมประชุมได้ และที่ผ่านมานพ.ประเวศ วะสีจะมาร่วมประชุมทุกเดือนไม่เคยขาดตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงปัจจุบัน (2529-2561).

เติบโตมาจากการทำงานในพื้นที่ชนบท จึงมีความเข้าใจและสนับสนุนการเคลื่อนไหวของ ขบวนการแพทย์ชนบท นับเป็นแนวร่วมที่สำคัญ

กลุ่มแพทย์ชนบทส่วนกลาง ได้แก่สมาชิกชมรมแพทย์ชนบทที่เริ่มเติบโตและดำรง ตำแหน่งในส่วนกลางที่เป็นศูนย์กลางอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ นพ.อุกฤษฏ์ มลิทินทางกูร

กลุ่มแพทย์ชนบทในระดับจังหวัด เช่น นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ นพ.พิเชษฐ ลีละพันธ์เมธา นพ.สมชัย วิโรจน์แสงอรุณ พญ.กอบกุล พูลปัญญาวงศ์ นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (ต่อมาได้ดำรงตำแหน่งรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ นพ.รวินันท์ (สมชัย) ศิริกนกวิไล

กลุ่มแพทย์ชนบทที่ยังอยู่ในโรงพยาบาลชุมชน เช่น นพ.อภิสิทธิ์ อารงวรารกูร นพ.วิชัย อัสวภาคย์

กลุ่มในมหาวิทยาลัย เช่น นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม พญ.บุษกร อนุชาติวรกุล นพ.สมเกียรติ ลีละศิธร

กลุ่มอื่น ๆ เช่น นพ.แท้จริง ศิริพานิช

การเพิ่มสมาชิกใหม่ของกลุ่มสามพรานนั้น จะต้องมีความสัมพันธ์เดิมและได้รับฉันทานุมัติจาก ที่ประชุมเสียก่อน อย่างไรก็ตาม “โดยปกติแล้วประธานชมรมแพทย์ชนบทที่ผ่านมาทุกคนจะได้รับเชิญ ให้เข้าร่วมกลุ่มด้วย เพื่อสืบทอดจิตวิญญาณและภูมิปัญญา” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 62) จากรายชื่อของสมาชิกในการประชุมจะเห็นได้ว่าเป็นสมาชิกในระดับนำของกลุ่มต่าง ๆ ในขบวนการ แพทย์ชนบทเป็นสำคัญ ไม่ใช่ใครก็สามารถเข้าร่วมประชุมได้ กลุ่มสามพรานจึงเปรียบเสมือนเป็น องค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมระดับเครือข่ายชนชั้นนำของขบวนการแพทย์ชนบท ทำให้บทบาทของกลุ่มสามพรานนั้นแตกต่างไปจากชมรมแพทย์ชนบทที่เน้นการประสานเครือข่ายของ แพทย์ในพื้นที่ชนบทเข้าด้วยกันและเชื่อมโยงเข้าสู่ส่วนกลาง ในขณะที่กลุ่มสามพรานนั้นเป็นการ ประสานเครือข่ายชนชั้นนำของขบวนการแพทย์ชนบทให้กระชับเข้าด้วยกัน นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช

ซึ่งได้เข้าร่วมกับกลุ่มสามพรานด้วยในช่วงเริ่มต้น กล่าวถึงบทบาทของกลุ่มสามพรานและนพ.ประเวศ วะสี ไว้ดังนี้

“พวกนี้เป็นคอร์กรุป (core group - ผู้วิจัย) ที่ผู้ใหญ่ใช้งาน เริ่มมีอิทธิพลในกระทรวงฯ ตอนอายุราว ๆ 30 เริ่มสนิทกับผู้ใหญ่ในกระทรวง พี่สงวน จัดตั้งกลุ่มสามพรานใน 2529 ไปคุยเรื่องวิชาการไม่คุยเรื่องอำนาจ รวมพวกแพทย์ชนบทที่เก่งที่สุดในช่วงเวลานั้น มีพี่ทงวนเป็นเลขาและทีมพวกผมไปช่วย มาคุยแลกเปลี่ยนกันเรื่อง policy พอประชุมกันเสร็จก็แยกย้ายกันไปผลักดันกันในที่ทำงานของตนเองของใหม่ของกระทรวงฯ ถูกเริ่มต้นคิดกันในกลุ่มพวกนี้ และรากฐานความคิดของพวกนี้คือประชาธิปไตย ที่สะสมมาตั้งแต่ 14 ตุลา อาจารย์ประเวศ เริ่มเข้ามาในช่วงเวลานี้ และมีสถานะเหมือนพ่อใหญ่ ครูใหญ่ของกลุ่มพวกนี้”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559)

กลุ่มสามพรานในช่วงต้นนี้มีบทบาทสำคัญใน 2 ด้าน ได้แก่ บทบาทของการเป็นโครงสร้างความเชื่อมโยงของการระดม (the connective mobilizing structure) ที่ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวยังสามารถรักษาความเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกเข้าไว้ด้วยกัน และบทบาทของการจัดระเบียบกรอบความคิดทางความคิด (frame alignment) ในระดับขั้นนำของขบวนการแพทย์ชนบท โดย นพ. อัมพล จินดาวัฒนะ ได้กล่าวถึงบทบาทในด้านการเชื่อมโยงแนวคิดสากลทางด้านสาธารณสุขโดยกลุ่มสามพราน ไว้ดังนี้

“ทางกลุ่มสามพรานมีการเชื่อมโยงการทำงานสากล ตามกระแสสากลตลอด เช่น หมอสุวิทย์ หมอสมศักดิ์ หมอวิโรจน์ หมอโกมาตร เมื่อสมาชิกท่านใดได้เดินทางไปร่วมประชุมในเวทีสากล ได้รับความรู้และความคิดใหม่ที่มีประโยชน์ ก็จะนำแนวคิดและความรู้นั้นมาแลกเปลี่ยนนำเสนอในการประชุมกลุ่มสามพราน พร้อมการอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน อย่างการก่อรูปการทำงานแบบปฏิรูประบบสุขภาพ เตรียมคนเตรียมความรู้มาเป็นเวลา 30-40 ปี กว่าจะสามารถขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพจนเป็นผลสำเร็จได้ อย่างการปฏิรูประบบสุขภาพเป็นแนวความคิดสากลของ WHO ในการประกาศ Public Primary Health Care Declaration หรือ Health for All การสาธารณสุขในทุกมิติทาง

สังคม เป็นแนวคิดสากล แล้วเชื่อมโยงมาทำงานภายในประเทศ เป็นการทำงาน
สาธารณสุขในแนวทางใหม่ สาธารณสุขเป็นงานการเมืองแบบหนึ่ง ที่เชื่อมโยงกับ
ประชาธิปไตย พวกเราตามกระแสโลกตลอด ตามความสนใจและธรรมชาติของแต่ละ
คน สร้างฐานข้อมูล และจังหวะทางการเมือง”

อำพล จินดาวัฒนะ (สัมภาษณ์, 9 พฤศจิกายน 2559)

บทบาททั้งสองด้านนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท
เปรียบเสมือน “ถังทางความคิด” (think tank) ของขบวนการแพทย์ชนบทในระดับนโยบาย ทำให้
เกิดการเชื่อมโยงกรอบความคิด (frame bridging) ระหว่างสมาชิกของขบวนการ พร้อมไปกับการ
ปรับเปลี่ยนกรอบความคิด (frame transformation) ให้เท่าทันต่อกระแสความคิดสากลและการ
เปลี่ยนแปลงที่สมาชิกของขบวนการพบเจอในการปฏิบัติงาน ควบคู่ไปกับการสนับสนุนการระดม
ทรัพยากรระหว่างเครือข่ายชนชั้นนำด้วยกัน ทั้งทรัพยากรที่จับต้องได้อย่าง ทุนการศึกษา งบประมาณ
กำลังคน สถานที่ทำงาน และทรัพยากรที่จับต้องไม่ได้ อย่าง ประสบการณ์ องค์ความรู้ ทักษะและ
ข้อมูลในด้านต่าง ๆ ที่นำมาแลกเปลี่ยนกันในที่ประชุม ข้อมูลและองค์ความรู้เหล่านี้เป็นข้อมูลที่มี
ประโยชน์อย่างมากต่อการผลักดันนโยบายให้ประสบผลสำเร็จ โดยจะได้รับการสนับสนุนร่วมกันจาก
สมาชิกที่กระจายอยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ของโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ได้กล่าวถึงบทบาทของกลุ่มสามพรานไว้ ดังนี้

“เมื่อเวลาที่สามพรานกลายเป็นเวทีเสนอการเรียนรู้ร่วมกันมากกว่าเป็นเวทีถกเถียง
เพื่อหาข้อยุติในแนวคิด จึงมีการนำเสนอเรื่องที่สมาชิกอยากรู้ทั้งจากสมาชิกและ
ผู้อื่น ทำให้ทุกฝ่ายได้ความรู้ ความคิดเห็น และนำข้อเสนอแนะไปปรับเป็นการ
ปฏิบัติ บ่อยครั้งที่เวทีสามพรานนำเรื่องใหม่ ๆ หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นมาหารือร่วมกัน
บางเรื่องมีการแลกเปลี่ยนกันมากเข้าก็เห็นความสำคัญมากขึ้น สมาชิกที่ผลักดันใน
เรื่องนั้น ๆ ก็อาจถูกมอบหมายจากกลุ่มให้ไปติดตามและนำความคืบหน้า
มาถ่ายทอด เพื่อให้มีการพัฒนาปัญญาอย่างต่อเนื่อง”

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2548, น. 51)

อย่างไรก็ตามการประชุมกลุ่มสามพรานนี้ ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงประเด็นเคลื่อนไหวด้านสาธารณสุข หากยังเชื่อมโยงความสนใจไปสู่ประเด็นและองค์ความรู้ในด้านสังคมและการเมือง โดยมีการเชิญผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ รวมถึงนักเคลื่อนไหวที่มีบทบาทนำในด้านนั้น ๆ มาร่วมประชุม ได้แก่ การปฏิรูประบบราชการ การพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เศรษฐกิจนอกกฎหมายและนโยบายสาธารณะ การปฏิรูปการศึกษา ผลกระทบของ IMF ต่อประเทศไทย การปฏิรูปการเมือง การพัฒนากำลังคน การปฏิรูประบบสุขภาพ การประชุมสมัชชาอนามัยโลก กองทุน Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria ฯลฯ โดยในระยะ 16 ปี (2529-2546) มีจำนวนเรื่องที่ถูกนำเสนอในการประชุมกลุ่มสามพรานจำนวนกว่า 300 เรื่อง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 68)

เมื่อพิจารณาจากการเคลื่อนไหวและประเด็นที่มีการจัดประชุมของกลุ่มสามพราน จะเห็นได้ว่าการศึกษาศึกษาและเชื่อมโยงความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่กว้างขวาง ครอบคลุมทั้งด้านการเมือง สังคม การสาธารณสุข กฎหมาย การศึกษา ฯลฯ ทำให้ออกจากจะเป็นการสร้างและจัดระเบียบกรอบความคิดของสมาชิกแกนนำในขบวนการแล้ว ยังเป็นการเชื่อมโยงเครือข่ายของขบวนการไปสู่ผู้ที่มีความรู้และบทบาทนำการเคลื่อนไหวในประเด็นที่กลุ่มสามพรานหรือขบวนการแพทย์ชนบทให้ความสนใจใน จากการเชิญผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีบทบาทเคลื่อนไหวในด้านนั้น ๆ มาร่วมประชุม ทำให้เกิดการระดมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้น ระหว่างเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทกับเครือข่ายภาคประชาสังคมอื่น ๆ ซึ่งเป็นพลวัตของกลุ่มสามพรานที่ต่างไปจากวัตถุประสงค์แรกของการก่อตั้ง เป็นการสร้างเครือข่ายการระดมระหว่างขบวนการเคลื่อนไหวในอุตสาหกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement industry) เดียวกันในด้านสาธารณสุข (ระบบสุขภาพ แพทย์ ยา และสิ่งแวดลอม) พร้อมทั้งมีเชื่อมโยงเครือข่ายการเคลื่อนไหวข้ามภาคส่วนขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม (cross sector) อย่าง เช่น ขบวนการเคลื่อนไหวในการปฏิรูปการเมือง ขบวนการเคลื่อนไหวในด้านสิ่งแวดล้อม ขบวนการเคลื่อนไหวด้านเศรษฐกิจ ขบวนการเคลื่อนไหวด้านการศึกษา รวมถึงข้าราชการระดับนโยบายหรือระดับเคลื่อนไหวจากหน่วยงานอื่น โดยอาจเริ่มจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal networks) ระหว่างสมาชิกกลุ่มสามพรานกับบุคคลภายนอกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้มีบทบาทนำในการเคลื่อนไหว ที่ได้รับการรับรองจากสมาชิกคนอื่น ๆ ให้ร่วมการประชุมกลุ่มสามพราน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนทรัพยากรข้ามเครือข่าย

อุตสาหกรรมและภาคส่วนอื่น ทำให้ได้รับทราบข้อมูลทั้งปัจจัยที่เป็นโอกาสและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของการขับเคลื่อนขบวนการหรือนโยบายให้ประสบผลสำเร็จต่อไป

การเปิดประเด็นที่กว้างขวางในการประชุมนี้ทำให้กลุ่มสามพราน ได้รับและเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญจากเครือข่ายอื่น ๆ ซึ่งแพทย์จากกระทรวงสาธารณสุขกลุ่มอื่น ๆ ไม่สามารถเข้าถึงหรือได้รับทั้งในทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ฯลฯ รวมทั้งยังเป็นการเชื่อมโยงกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทหรือกลุ่มสามพราน เข้ากับกรอบความคิดของผู้เชี่ยวชาญและผู้เคลื่อนไหวในด้านต่าง ๆ ทำให้เมื่อกลุ่มสามพรานหรือขบวนการแพทย์ชนบทต้องการเคลื่อนไหวทางการเมืองหรือสังคม จะสามารถระดมการสนับสนุนจากขบวนการเคลื่อนไหวกลุ่มอื่น ๆ ที่มีกรอบความคิดคล้ายคลึงกันได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ รวมถึงเพิ่มความสามารถในการระดมทรัพยากรจากเครือข่ายต่าง ๆ ได้มากยิ่งขึ้น ทั้งเครือข่ายภายในประเทศและเครือข่ายภายนอกประเทศ ดังที่ นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์⁶² ได้กล่าวถึงการเข้าร่วมกลุ่มสามพรานไว้ว่า “ปี 33 ก็ได้มาเข้าร่วมกลุ่มสามพรานในนามประธานชมรม ก็เลยทำให้รู้เรื่องความเคลื่อนไหวระดับชาติระดับโลกเยอะ” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 69)

ในช่วงต้นของการตั้งกลุ่มสามพรานนี้มีการเคลื่อนไหวที่น่าสนใจ 2 ประเด็น ที่มีความสัมพันธ์กับพลวัตรูปแบบของการเคลื่อนไหวทางสังคมและการระดมทรัพยากรของขบวนการแพทย์ชนบท ได้แก่ เหตุการณ์วีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2530 และการก่อตั้งสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา โดย นพ.ประเวศ วะสีในช่วงปี 2532-2533 ซึ่งทั้งสองประเด็นนี้มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของกลุ่มสามพรานและนพ.ประเวศ วะสี ทั้งโดยตรงและโดยทางอ้อม ดังจะอธิบายต่อไปตามลำดับ

3.1) เหตุการณ์วีรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2530

โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่เมื่อปี 2530 เป็นแนวคิดที่ออกมาจากการประชุมกลุ่มสามพราน “และเป็นการรณรงค์ที่ทำให้สาธารณสุขรู้จักชมรมแพทย์ชนบทในวงกว้างเป็นครั้งแรก” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 62) นพ.ประเวศ วะสี เป็นผู้ริเริ่มบทบาทสำคัญในการริเริ่มการรณรงค์การรณรงค์ครั้งนี้มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นครั้งแรกที่ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มเห็นความสำคัญของการเชื่อมโยงขบวนการแพทย์ชนบทเข้ากับเครือข่ายภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนา

⁶² ประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 13 ปี 2533-2534.

เอกชน (NGOs) สื่อมวลชน ที่เคลื่อนไหวในด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม อันเป็นรากฐานในการสร้างพลังสนับสนุนให้การผลักดันการก่อตั้งองค์กรตระกูล ส. ต่อมาในช่วงทศวรรษ 2540

การรณรงค์ครั้งนี้มีขบวนการแพทย์ชนบทเป็นแกนนำสำคัญในการดำเนินงาน ได้ระดมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 250 คน วิ่งจาก 4 ภาคของประเทศ ใช้เวลาวิ่ง 7 วัน ระหว่างวันที่ 16-22 ตุลาคม 2530 มาพบกันที่หน้าศาลาว่าการกรุงเทพมหานครด้วยระยะทางรวมกันกว่า 3,000 กิโลเมตร การดำเนินการครั้งนี้เป็นการระดมเครือข่ายครั้งใหญ่ครั้งหนึ่งในช่วงต้นทศวรรษ 2530 ของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เริ่มหันมาให้ความสนใจในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรกับภาคประชาสังคมและสื่อมวลชน โดยในช่วงทศวรรษ 2530 นี้องค์กรพัฒนาเอกชนมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากทำเนียบขององค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศไทย ปี 2527 มีองค์กรพัฒนาเอกชน 113 องค์กร ปี 2534 เพิ่มขึ้นเป็น 374 องค์กร ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นถึงกว่า 3 เท่าตัวในระยะเวลาเพียง 7 ปี (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2540, น. 162-165)

การรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ในครั้งนี้สามารถสร้างภาพลักษณ์และเพิ่มความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้อย่างมาก สามารถรวบรวมรายชื่อของผู้สนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ระหว่างทางได้กว่า 5,000,000 รายชื่อ (ประเวศ วะสี, 2543, น. 8) โดยผู้ที่เข้าร่วมในการดำเนินการครั้งนี้มีทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิหมอชาวบ้าน ฯลฯ) องค์กรระหว่างประเทศ (องค์กรอนามัยโลก) องค์กรภาคธุรกิจเอกชน (บริษัทรองเท้าไนกี้ ห้างสรรพสินค้าเซ็นทรัล ฯลฯ) องค์กรวิชาชีพ (แพทยสภา แพทยสมาคมฯ) องค์กรภาครัฐ (กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย) องค์กรสงฆ์ (สวนโมกขพลาราม วัดชลประทานรังสฤษฎ์) สื่อมวลชนทุกแขนง ผู้นำชุมชน นักวิชาการ และตัวแทนฝ่ายการเมือง (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทย ประธานสภาผู้แทนราษฎร⁶³) (ชูชัย ศุภวงศ์, 2540, น. 123) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้มีบทบาทสำคัญในการระดมการรณรงค์ครั้งนี้ได้กล่าวถึงบทบาทของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทกับการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนครั้งนี้ไว้ดังนี้

“สายตะวันออก มีสุวิทย์ (นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ – ผู้วิจัย) เป็นแกนนำ สายใต้ มีพีวินัย (นพ.วินัย สวัสดิวร – ผู้วิจัย) กับชูชัย (นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ – ผู้วิจัย) แกนนำ

⁶³ นาย ชวน หลีกภัย.

สายอีสานมีสำเร็จ (แหง) (นพ.สำเร็จ แหงกระโทก – ผู้วิจัย) เป็นแกนนำสายเหนือ มีผม (นพ.อำพล จินดาวัฒนะ – ผู้วิจัย) กับอุกฤษฏ์ มลิินทางกูร เป็นแกนนำ โดยมี คุณพ่อเสมอ (นพ.เสมอ พริ้งพวงแก้ว – ผู้วิจัย) เป็นปูชนียบุคคลที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จนี้...กิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพระดับชาติครั้งนั้น เป็นตัวอย่างของการรณรงค์ที่แท้จริง มีส่วนผลักดันร่วมกับ NGO และหน่วยงานต่าง ๆ สร้างกระแสรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่จนเป็นกระแสสังคมและมีแพทย์ชนบทหลายคน เช่น ชูชัย สุวิทย์ ร่วมกับอาจารย์อีกหลาย ๆ ท่าน เช่น อาจารย์หทัย (นพ.หทัย ชิตานนท์ – ผู้วิจัย) อาจารย์ประกิต (นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ – ผู้วิจัย) อาจารย์ไพโรจน์ (นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ – ผู้วิจัย) ฯลฯ ผลักดันให้มีกฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งถือว่าเป็นความก้าวหน้ามากที่สุดประเทศหนึ่ง”

ประเวศ วะสี (2543, น. 37)

อาจกล่าวได้ว่าโมเดลการเคลื่อนไหวและระดมทรัพยากรในการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ครั้งนี้ เป็นการทดลองเคลื่อนไหวจริงในระดับประเทศครั้งแรก ที่ขบวนการแพทย์ชนบทเชื่อมต่อการเคลื่อนไหวของตนเอง กับเครือข่ายอื่น ๆ ได้แก่ เครือข่ายภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสุขภาพ สื่อมวลชน องค์กรของรัฐ และองค์กรทางการเมือง ทำให้ผลของการเคลื่อนไหวรณรงค์ครั้งนี้ ประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก และเป็นต้นแบบให้กับการเคลื่อนไหวในครั้งต่อ ๆ มาของขบวนการแพทย์ชนบทในการระดมการสนับสนุนจากเครือข่ายต่าง ๆ ในการเคลื่อนไหว ที่ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเครือข่ายของวิชาชีพหรือขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ (professional networks or professional movement) อีกต่อไป โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคม (civil networks) ในฐานะเป็นพันธมิตรใหม่⁶⁴ ในการสร้างพลังสนับสนุนทางการเมือง

⁶⁴ ตัวอย่างแนวคิดในการให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมของขบวนการแพทย์ชนบท ในฐานะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อการปฏิรูปสาธารณสุข สามารถดูได้จากหนังสือเรื่อง “ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ” ที่มีสมาชิกคนสำคัญของชมรมแพทย์ชนบทย่าง นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เป็นผู้เขียนร่วมกับ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข นักวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และยุวดี คาคการณ์ไกล นักวิชาการสุขภาพจิต กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เช่น เรื่องของเอดส์ ชุมชนสลัม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ที่ต้องมีการสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวร่วมกันของภาค

แทนที่พันธมิตรเดิมที่เริ่มกลายเป็นภัยคุกคามต่อขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงหลังของทศวรรษ 2530 อย่างผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข และ แพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ที่เริ่มมีความขัดแย้งกับสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทเพิ่มมากขึ้น และก่อตัวเป็นขบวนการตอบโต้ (counter movement) ขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่เคยปรากฏมาก่อนในช่วงทศวรรษ 2520 เป็นประเด็นที่ผู้วิจัยจะทำการอภิปรายต่อไปในประเด็นที่ว่าด้วยความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบท

3.2) การก่อตั้งสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (สทพ. – Local Development Institute - LDI) และมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (มทพ. – Local Development Foundation)

เหตุที่ผู้วิจัยยกเอาสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนามาอธิบายในที่นี้ เนื่องจากองค์กรทั้งสองนี้เกิดขึ้นจากการผลักดันของ นพ.ประเวศ วะสี ในขณะที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้มีบทบาทสำคัญในการบริหารอำนวยการองค์กรเหล่านี้ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยองค์กรเหล่านี้ทำหน้าที่ในการประสานงานเครือข่ายกับองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อทำงานด้านการวิจัยชุมชนท้องถิ่นและการให้ทุนสนับสนุนการทำโครงการพัฒนาในพื้นที่ สนับสนุนการเติบโตและขยายตัวขององค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ชนบท สิ่งที่น่าสนใจคือองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้เป็นเครือข่ายสำคัญที่สนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ทั้งก่อนและหลังการเกิดองค์กรตระกูล ส. กล่าวได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างเครือข่ายพันธมิตรใหม่ในภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชน⁶⁵ ที่ถูกวางรากฐานตั้งแต่ช่วงต้นของทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (สทพ.-LDI) และ มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (มทพ.) เป็น 2 องค์กรที่กำเนิดจาก “กองทุนพัฒนาท้องถิ่นไทย-แคนาดา” หรือ “โครงการความช่วยเหลือเพื่อพัฒนาชุมชน” (Local Development assistance - LDAP) ซึ่งเป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นมาจากการสนับสนุนของ CIDA (The Canadian International Development Agency) องค์กรสนับสนุน

ประชาสังคม โดยหนังสือเล่มนี้ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โปรดดู สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2540).

⁶⁵ องค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นเครือข่ายของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ได้รับทุนสนับสนุนจากองค์กรตระกูล ส.ในการดำเนินกิจกรรม และทำวิจัยในพื้นที่ ในทางกลับกันองค์กรเหล่านี้ได้มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการทำงานขององค์กรตระกูล ส.ในโครงการต่าง ๆ หากสนใจ โปรดดู พลเดช ปิ่นประทีป (2551).

ความช่วยเหลือระหว่างประเทศของรัฐบาลแคนาดา เริ่มดำเนินงานเมื่อปี 2527 มีระยะเวลาการดำเนินงาน 5 ปี ตั้งแต่ตุลาคม 2527 – มีนาคม 2533 รวม 5 ปี 6 เดือน ภายใต้งบประมาณสนับสนุน 5 ล้านเหรียญแคนาดา (105 ล้านบาท) ในระยะเริ่มแรก LDAP จัดตั้งขึ้นโดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมและสนับสนุนองค์กร สถาบันและกลุ่มต่าง ๆ ที่ดำเนินการพัฒนาท้องถิ่น ให้สามารถขยายบทบาทและขีดความสามารถให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เพื่อก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนในระดับหมู่บ้าน และการพัฒนาประเทศโดยรวม รวมถึงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างไทย-แคนาดา ในระดับรัฐบาล องค์กร สถาบัน และประชาชน (ขวัญสุตา ชันธิวิทย์, 2551, น. 20-21)

ในระหว่างการดำเนินโครงการช่วงแรก LDAP ได้เข้ามาสนับสนุนให้เกิด “คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท⁶⁶” (กป.อพช. - 2527-2533) มีบทบาทในการประสานงานเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) ในทุกสาขาจากทุกภูมิภาค โดยมีคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนที่เลือกตั้งมาจากองค์กรพัฒนาเอกชนในแต่ละภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบน ภาคอีสาน และภาคใต้ การทำงานของ LDAP และ กป.อพช. ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเคลื่อนไหวด้านการพัฒนาชนบท พร้อมทั้งกระจายทุนให้แก่องค์กรเหล่านี้เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการทำงานพัฒนาชุมชน LDAP จึงเป็นโครงสร้างการระดมทรัพยากรเพื่อสนับสนุนความเข้มแข็งให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านพัฒนาชนบทของไทย โดยประสานไปกับการสร้างเครือข่ายนักวิชาการและ หน่วยงานภาครัฐที่ลงไปทำงานวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการพัฒนาชุมชนและชนบท

วัตถุประสงค์หลักของ LDAP คือการผลักดันให้มีการกระจายอำนาจลงสู่การปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไปในอนาคต โดย LDAP มีคณะกรรมการพิจารณาโครงการระหว่างไทย-แคนาดา (project review committee) ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการผลักดันและอนุมัติกองทุนฯ คณะกรรมการนี้ประกอบไปด้วย ตัวแทนถาวรจากรัฐบาลแคนาดา Rob Wiles ตัวแทนรัฐบาลไทย นายถวัลย์ พลพิชน์ (กรมวิเทศสหการ) และกรรมการแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันวิชาการ หน่วยงานรัฐบาล และผู้มีประสบการณ์พัฒนาทั้งภาคการเมืองและภาคชนบท ได้แก่ นพ.ประเวศ วะสี

⁶⁶กป.อพช. ต่อมาในปีพ.ศ. 2537 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น “คณะกรรมการการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน”

ศ.เสนห์ จามริก ดร.อकिन รพีพัฒน์ ดร.ไพรัตน์ เดชะรินทร์ นายไพโรจน์ สุจินดา นายจอน อังภากร นางประทีป อึ้งทรงธรรม นายบำรุง บุญปัญญา และ นายอเนก นาคะบุตร เป็นผู้อำนวยการกองทุนฯ

ต่อมาเมื่อใกล้ครบระยะเวลาของโครงการ คณะกรรมการร่วมพิจารณากองทุนและผู้แทนจากรัฐบาลไทย-แคนาดา มีความเห็นพ้องที่จะจัดตั้งองค์กรถาวร (นิติบุคคล) เพื่อให้มีองค์กรที่ทำงานด้านนี้ต่อไป (ผู้ริเริ่มสำคัญคือ นพ.ประเวศ วะสี) โดยในช่วงปี 2532-2534 ได้มีการตั้งมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (มทพ.) และสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (สทพ.) ขึ้นมา โดยมีความต้องการที่จะทำให้สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเป็น “TDRi ภาคประชาชน” (กฤษฎา บุญชัย, 2551, น. 35) เน้นการวิจัยและสร้างความรู้จากฐานชุมชนและท้องถิ่น และขับเคลื่อนประเด็น สิทธิชุมชน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ประชาชนชาวบ้าน ป่าชุมชน วัฒนธรรมชุมชน ธนาคารหมู่บ้าน อันเป็นพื้นฐานของการสร้างกรอบความคิดการพัฒนาตามแนว “ชุมชนนิยม” (Localism) ต่อมา (Pitidol, 2016, pp. 525-526; กฤษฎา บุญชัย, 2551, น. 32-39)

สทพ. และ มทพ. มีบทบาทสำคัญ 2 ประการ ประการแรกได้แก่ การเป็นโครงสร้างการระดมทรัพยากรทั้งในการสร้างเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในภูมิภาคต่าง ๆ พร้อมกับกระจายทุนเพื่อสร้างความเข้มแข็งและการขยายตัวให้กับองค์กรพัฒนาเอกชน ในขณะเดียวกันยังเชื่อมโยงเครือข่ายชนชั้นนำและนักวิชาการที่ทำงานในด้านต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ฯลฯ เครือข่ายที่ถูกจัดตั้งขึ้นนี้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขของขบวนการแพทย์ชนบทในภายหลัง ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงขบวนการเคลื่อนไหวข้ามภาคส่วน (cross sector) โดยมี นพ.ประเวศ วะสีเป็นผู้ริเริ่มในการเชื่อมโยงเครือข่ายที่อยู่คนละภาคส่วน (sector) นี้เข้าด้วยกัน⁶⁷

⁶⁷งานวิจัยศึกษาของ ธร ปีติดล (2559) และ Pitidol (2016) ได้ทำการศึกษาถึงบทบาทและอิทธิพลที่ “สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน” (พอช.-CODI) ที่จัดตั้งขึ้นในปี 2543 มีต่อขบวนการขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในพื้นที่ชนบท ส่งผลต่อความเข้าใจเรื่องของประชาธิปไตยที่บิดเบือนไปและการสร้างเครือข่ายของชนชั้นนำในชุมชนที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกัน แต่ไม่ได้เชื่อมโยงบทบาทขององค์กรเหล่านี้ต่อขบวนการปฏิรูปอื่น ๆ อย่างการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในขณะที่องค์กรพัฒนาชุมชนและสถาบันพัฒนาชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (สทพ.-LDI) นับว่าเป็นเครือข่ายของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเดียวกัน โดยจะเห็นได้จากรายชื่อคณะกรรมการมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาชุดก่อตั้งในปี 2531 (ตั้งขึ้นมาก่อนที่จะสิ้นสุดโครงการของ LDAP ในปี 2532) ได้แก่ นพ.ประเวศ วะสี (ประธานมูลนิธิ) ศ.เสนห์ จามริก (รองประธานมูลนิธิ) นพ.อารี วัลยะเสวี (เหรียญกมุขมูลนิธิ) นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

บทบาทสำคัญของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ ได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการปฏิรูปการเมือง (นวนล้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 32) อันนำมาซึ่งการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) ที่มีพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน ทำให้ได้มีโอกาสในการพลิกขึ้นมาครองอำนาจนำในการนำเสนอแนวคิดในการปฏิรูป (ประเวศ วะสี, 2539) ให้เป็นกรอบความคิดหลักในกระบวนการทางการเมือง ในการกำหนดว่าอะไร เป็นปัญหา (diagnostic framing) ของการเมืองไทย อะไรคือทางออกและการแก้ปัญหา (prognostic framing) การเมืองไทย ซึ่งเป็นที่มาของรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เปิดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้ สามารถเกิดองค์กรตระกูล ส. และการปฏิรูประบบสุขภาพตามมา (Kuhonta, 2017) โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายในรายละเอียดต่อไปในบทที่ 6

หนังสือวาระครบรอบ 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (พลเดช ปิ่นประทีป, 2551) ได้อธิบาย ความเกี่ยวข้องของ นพ.ประเวศ วะสี กับการเคลื่อนไหวของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและสถาบัน ชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ในเรื่องของการปฏิรูปการเมือง และการสนับสนุนรัฐธรรมนูญ 2540 ไว้ ดังนี้

“ภายหลังกระแสปฏิรูปการเมือง “จุดติด” โดยแกนนำทางความคิด (โดยเฉพาะ นพ.ประเวศ วะสี) ในเครือข่ายของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) แล้ว แรงแเคลื่อนตัวของขบวนการเมืองภาคพลเมืองในสังคมไทย ได้เคลื่อนย้ายประเด็นเข้าสู่ การต่อสู้ทางการเมืองจังหวัดใหม่ ในการขับเคลื่อนผลักดันรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ที่ ร่างโดย สสร. การเคลื่อนทางการเมืองในสถานการณ์นี้ มีการต่อสู้ทางการเมืองที่ ขับเคลื่อนกันอย่างชัดเจนเป็นสองฝ่าย ฝ่ายแรก คือ ขบวนการวิชาการ ปัญญาชน ชนชั้นกลางในเมือง อันก่อรูปจากแนวคิดที่ “จุดติด” ในการปฏิรูปการเมือง ต่อเนื่อง นำโดยนพ.ประเวศ วะสี ประธานมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ที่พยายาม

(กรรมการ) ศ.ระพี สาคริก (กรรมการ) นายอเนก นาคะบุตร (เลขาธิการมูลนิธิ) ในขณะที่รายชื่อของประธานสถาบัน ชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ตั้งแต่ก่อตั้งจนถึงปี 2551 ได้แก่ ศ.เสนห์ จามริก (2534-2538) นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2538-2541) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2541-2547) มีผู้บริหารสถาบัน ได้แก่ ศ.เสนห์ จามริก (2534-2538) นางเบญจมาศ ศิริภัทร นพ.พลเดช ปิ่นประทีป นายอเนก นาคะบุตร นายทรงพล เจตนาวณิชย์ (อาภรณ์ จันทร์สมวงศ์, 2551, น. 235, 244) โดยบุคคลเหล่านี้หลายท่านมีบทบาทในการร่วมผลักดันให้เกิดการจัดตั้งองค์กรพัฒนาชุมชน (อพช.) ขึ้นในปี 2543 โดยนายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรมเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันการสนับสนุนร่าง พรฎ. สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน พร้อมไปกับการทำงานสนับสนุนของ สทพ. (คนุสสัน ศุภวัตรวรคุณ, 2551, น. 99).

ผลักตัน ธรน. 2540 ผ่านสภาฯ ในยุครัฐบาลบรรหาร ศิลปะอาชา กับฝ่ายที่เป็น
ตัวแทนกลุ่มพลังทางการเมือง ฝ่ายพรรคการเมือง ที่ไม่ต้องการให้เกิดการ
เปลี่ยนแปลงทางการเมือง ผ่านประเด็นการแก้ไขรัฐธรรมนูญ การต่อสู้ทางการเมือง
ครั้งนี้ นับเป็นครั้งแรกที่เกิดปรากฏการณ์ขับเคลื่อนของภาคพลเมือง ที่มีแกนนำ
ภาคประชาสังคมขับเคลื่อนขบวนอยู่ โดยมีการจัดตั้งกลุ่ม “การะเกด” นำโดย
ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ อเนก นาคะบุตร ขวัญสรวง อติโพธิ อนุชาติ พวงสำลี เป็นต้น
โดยในทางยุทธวิธีได้มีการนำเสนอเชิงสัญลักษณ์ คือ “สีเขียว” เป็นตัวแทน
ขบวนการสนับสนุนการผ่านร่างรัฐธรรมนูญ 2540 และ “สีเหลือง” เป็น
สัญลักษณ์แทนขบวนการเคลื่อนไหวที่คัดค้านการผ่านร่างรัฐธรรมนูญ การ
เคลื่อนไหวในครั้งนี้ นับเป็นมิติการขับเคลื่อนการเมืองภาคพลเมืองที่แสดงตัวต่อ
สาธารณชนอย่างแข็งขันที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์ ทั้งยังเป็นการเคลื่อนไหวทาง
การเมืองครั้งสำคัญ ที่ขบวนการภาคพลเมืองประสพชัยชนะทางการเมือง แสดงถึง
พลังของภาคพลเมืองเป็นที่ประจักษ์ ภายใต้ชัยชนะทางการเมืองที่ ธรน. 2540
สามารถประกาศใช้ ทั้งแกนนำผู้จุดประกายความคิดในทางสังคมอย่าง
นพ.ประเวศ วะสี อ.เสน่ห์ จามริก หรือแกนนำกลุ่ม “การะเกด” ทั้งหลายล้วน
เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในฐานะแกนนำและเครือข่ายสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา
(LDI) นั่นเอง”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภูซังค์ กนิษฐชาติ (2551, น. 220-221)

บทบาทสำคัญของ สทพ. ในประการที่สอง ได้แก่ การเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการจัดระเบียบ
 กรอบความคิดในเรื่องของการกระจายอำนาจ ความเหลื่อมล้ำ ชุมชนนิยม การมีส่วนร่วม แก่กลุ่ม
 นักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชน จนเกิดเป็นเครือข่ายของกรอบความคิด (frame networks) ที่มี
 เป้าหมายไปในทิศทางเดียวกันในการปฏิรูปสังคม การเมือง และสาธารณสุข เป็นการระดมเครือข่าย
 กำลัง “คน” ในระดับผู้นำและในระดับมวลชน ซึ่งเป็นผู้นำและมวลชนที่ “ถูกเลือก” ให้สามารถเข้า
 มามีส่วนร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่นเดียวกับ ผลการวิเคราะห์สถาบันพัฒนาองค์กร
 ชุมชน (CODI) ในงานของ ธร ปีติดีล (2559, น. 57-61) และ Pitidol (2016, p. 532) แล้วทำการ
 จัดระเบียบกรอบความคิดไปในแนวทางเดียวกัน สร้างความเชื่อมโยงและแผ่ขยายกรอบความคิดผ่าน

เครือข่ายกิจกรรมที่สถาบันพัฒนาชุมชนท้องถิ่นพัฒนาสร้างขึ้น ในฐานะเป็นพันธมิตรใหม่ของ ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีกรอบความคิดคล้ายคลึงกันในเรื่องของการกระจายอำนาจ ความเหลื่อมล้ำ การมีส่วนร่วม

การระดมทรัพยากรสนับสนุนการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมของสถาบันพัฒนาชุมชนท้องถิ่นพัฒนา นี้ จึงเป็นการสร้างความเข้มแข็ง (empower) ให้แก่พันธมิตรของขบวนการแพทย์ชนบท ที่สามารถใช้ เครือข่ายความสัมพันธ์นี้ระดมผู้สนับสนุนนโยบายทางสาธารณสุขที่ขบวนการต้องการผลักดันได้ต่อไป และเป็นข้อได้เปรียบอย่างมากที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีต่อแพทย์กระทรวงและแพทย์กลุ่มอื่น ๆ

จากการอธิบายที่ผ่านมา 2 ส่วนข้างต้น อันเป็นเรื่องของชมรมแพทย์ชนบทและกลุ่มสามพราน เป็นการอธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถขึ้นมามีบทบาทสำคัญทางสาธารณสุข ทั้งยังทำให้เห็นถึงพลวัตของโครงสร้างการระดมและเคลื่อนไหวที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ภายในขบวนการ ทำให้สามารถรักษาขบวนการเคลื่อนไหวไว้ได้ ทั้งยังสามารถขยายเครือข่ายความ เคลื่อนไหวให้กว้างขวางยิ่งขึ้น ในประเด็นถัดไปจะเป็นการพิจารณาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการ เคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท จนก่อให้เกิดขบวนการตอบโต้ และปัจจัยโครงสร้างโอกาสทาง การเมืองที่เป็นอุปสรรค อันนำมาสู่ความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทและการปรับตัวทาง ยุทธศาสตร์ครั้งสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท

4. ความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบท

ดังที่อธิบายชมรมแพทย์ชนบทเติบโตเรื่อยมาตลอดช่วง ทศวรรษ 2520 สร้างเครือข่าย กว้างขวาง ในขณะที่สมาชิกคนสำคัญเจริญเติบโตในโครงสร้างอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข มีการ ก่อตั้งกลุ่มสามพรานขึ้นเพื่อประสานเครือข่ายชนชั้นนำของชมรมแพทย์ชนบทให้ยังคงแนบแน่น ใน ขณะเดียวกันก็สร้างความสัมพันธ์กับชนชั้นนำในเครือข่ายอื่น ๆ ผ่านการประชุมกลุ่มสามพราน ทำให้ เห็นว่าเครือข่ายของขบวนการแพทย์ชนบทมีความเจริญเติบโตขึ้นเรื่อย ๆ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณา ถึงตัวองค์กรเคลื่อนไหวอย่างชมรมแพทย์ชนบทแล้ว จะพบว่าเริ่มถึงจุดเสื่อมถอยอย่างช้า ๆ ตั้งแต่ ในช่วงกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นคำถามที่น่าสนใจว่าในขณะที่ตัวสมาชิกของชมรมแพทย์ ชนบทเจริญเติบโตขึ้นทั้งในด้านตัวบุคคลและเครือข่าย ในทางกลับกันทำไมชมรมแพทย์ชนบทถึงเริ่ม เกิดความเสื่อมถอยลง และด้วยปัจจัยอะไรบ้าง

เนื่องจากปัจจัยความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทนี้ นับเป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ (critical point) ทางยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงปลายทศวรรษ 2530 และเป็นจุดที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนผ่านครั้งใหญ่ของขบวนการแพทย์ชนบททั้งในด้านกรอบความคิดและการเคลื่อนไหว โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบท อันได้แก่ การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนที่ทำให้เกิดการดึงดูดทรัพยากรทางการแพทย์ไปสู่ภาคเอกชน เนื่องจากความเหลื่อมล้ำอย่างมากในเรื่องค่าตอบแทนและภาระงานที่แตกต่างกันสูงระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ปัจจัยเกี่ยวกับความฟ่ายแพ้ของขบวนการแพทย์ชนบทในแพทยสภา ในส่วนของการเป็นผู้แทนจากการเลือกตั้งของแพทย์ ซึ่งสัมพันธ์กับความขัดแย้งที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีกับกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และ ปัจจัยการถูกแทรกแซงและควบคุมโดยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทั้ง 4 ปัจจัยนี้ทำให้เห็นถึงข้อจำกัดหรือจุดจบทางยุทธศาสตร์ของขบวนการแพทย์ชนบทในการอาศัยการสร้างฐานสนับสนุนเฉพาะในวงการทางวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ในการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในการกระจายทรัพยากรและอำนาจในระบบสาธารณสุขต่อไป

4.1) การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน

ในช่วงทศวรรษ 2530 เนื่องจากนโยบายของรัฐบาลชาติชาย ชุณหะวัณ ได้สนับสนุนการลงทุนของภาคเอกชนโดยไม่มีการควบคุม ทำให้เกิดการลงทุนด้านธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนเป็นจำนวนมาก โดยในช่วงระหว่างปี 2531–2540 เป็นช่วงที่โรงพยาบาลเอกชนขยายตัวอย่างก้าวกระโดด โดยเฉพาะเขตเมืองหลวงและปริมณฑล ในปี 2521 ประเทศไทยมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 67 แห่ง ต่อมาในปี 2531 เพิ่มจำนวนเป็น 203 แห่ง ปี 2538 เพิ่มจำนวนเป็น 341 และในปี 2541 เพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 473 แห่ง (ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์, 2549, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 42, 90) การขยายตัวอย่างก้าวกระโดดของโรงพยาบาลเอกชนอย่างไร้การควบคุม ทำให้กำลังคนด้านสาธารณสุขจากภาครัฐถูกดึงไปสู่ภาคเอกชนจำนวนมาก จากค่าตอบแทนที่มากกว่าและงานรับผิดชอบที่เบากว่าการทำงานในภาครัฐ ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในชนบทรุนแรงยิ่งขึ้น อันเป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เป็นข้อจำกัดต่อการขยายสมาชิกของชมรมแพทย์ชนบท

นอกจากนี้ การเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในช่วงเวลานี้ส่งผลกระทึนอย่างรุนแรงต่อชมรมแพทย์ชนบท (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 99-100) “เกิดความเสื่อมถอยของรูปแบบการสร้างเครือข่าย (networking) และกิจกรรมรวมหมู่ (collective activity) แบบเก่า” (อำพล จินดาวัฒนะ, สัมภาษณ์, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 25) การเติบโตของโรงพยาบาลเอกชนนี้ ทำให้โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยงานของเครือข่ายแพทย์ชนบท ต้องปรับตัวเพื่อแข่งขันกับเอกชน “ในขณะที่โรงพยาบาลใหญ่ โรงพยาบาลอำเภอ สถานีนอนามัย เกิดการแข่งขันระหว่างกันทำให้เครือข่ายความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดความเป็น “พี่-น้อง” หายไป การรวมตัวเพื่อที่จะมาร่วมกิจกรรมแบบเก่ามีน้อยลง” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 23) นอกจากนี้ยังทำให้แพทย์จบใหม่ที่สนใจเข้าร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทลดลงไปอย่างมาก นพ.อำพล จินดาวัฒนะ กล่าวถึงความอ่อนแอของชมรมแพทย์ชนบทในช่วงเวลานี้ว่า “สถานการณ์มันเปลี่ยนทำได้ยาก จนจำได้ว่ามีอยู่ครั้งหนึ่ง ที่ประชุมใหญ่ชมรมไม่มีคนเลย มีไม่ถึงร้อยคน มัน down มาก ก็เป็นสังขาร” (อำพล จินดาวัฒนะ, สัมภาษณ์, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 25)

โดย นพ.วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์⁶⁸ อธิบายถึงผลกระทบที่ชมรมแพทย์ชนบทได้รับจากการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนไว้ว่า

“ช่วงที่เป็นประธาน เป็นช่วงที่ตกต่ำมาก หาประธานไม่ค่อยได้ ตอนนั้นเศรษฐกิจบูม โรงพยาบาลเอกชนเยอะ ตอนนั้นจบ พ.บ. (แพทย์บัณฑิต – ผู้วิจัย) ธรรมดา เขาให้อย่างน้อยเดือนละสามถึงห้าหมื่น ถ้าเป็น Board (แพทย์เฉพาะทาง – ผู้วิจัย) ได้แสนนึง ตอนนั้นเรื่องสมองไหล กับเรื่องค่าตอบแทน ค่าเวร ค่าเบี้ยเลี้ยงมาจ่ายมือดีแพทย์ชนบทเข้ามาอยู่ส่วนกลาง ทำให้การทำงานครบวงจร ก็เชื่อมประสานกันกับแพทย์ที่อยู่ชนบท ทำให้เกิดขบวนการที่ต่อสู้เพื่อความอยู่รอด เพื่อสิทธิของแพทย์ชนบท ตอนนั้นทั้งประเทศมี 1,500 คน ส่วนใหญ่อยู่ไม่เกิน 5 ปี ใช้ทุนหมดก็ไปเรียน (ศึกษาต่อด้านแพทย์เฉพาะทาง – ผู้วิจัย) เกือบหมด ปีหนึ่งไปเรียนประมาณ 200 คน หมุนเวียนกันอยู่อย่างนี้”

วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (สัมภาษณ์, อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 24)

⁶⁸ ประธานชมรมแพทย์ชนบทชุดที่ 13 ปี 2533-2534.

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เป็นอุปสรรค และเป็นตัว “ปิด” โอกาสในการขยายฐานสนับสนุนของชมรมแพทย์ชนบทต่อไป โดยสภาพการณ์นี้ดำรงเรื่อยมาตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2530 และรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ แม้กระทั่งในช่วงทศวรรษ 2540 ดังจะเห็นได้จากการอธิบายของ นพ.มรกต กรเกษม สมาชิกคนสำคัญท่านหนึ่งในขบวนการแพทย์ชนบท เมื่อได้ลงไปพบปะกับแพทย์ชนบทที่ทำงานโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ยะลา ดังนี้

“ผมได้มีโอกาสไปเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในลักษณะของพี่ไปเยี่ยมน้องเป็นครั้งแรกที่จังหวัดยะลา... จึงทำให้เราได้ทราบและได้เห็นความทุกข์ของน้อง ๆ ที่อยู่ที่นั่น... ในการเยี่ยมเรานั่งล้อมวงคุยกัน มีทั้งแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ไม่ใช่รูปแบบของการประชุม...เมื่อได้ฟังแล้วทำให้เห็นว่าการทำงานของเขาก็คือ ความเป็นอยู่ของพวกเขาก็คือ แตกต่างกว่าสมัยที่ผมทำงานอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอมากมายหลายเท่า สมัยก่อนแม้เราจะยากลำบากในเรื่องการเดินทาง เนื่องจากการคมนาคมยังไม่ได้ ลำบากในเรื่องการเล่าเรียนของลูก แต่เราก็สบายที่งานมีไม่มากและไม่หนัก เรามีความสุขกับสังคมที่ดี...แต่เดี๋ยวนี้สภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลงมากทั้งในเมืองและในชนบท ความเอื้ออาทรที่เคยมีต่อกันระหว่างข้าราชการกับข้าราชการด้วยกัน และระหว่างข้าราชการกับชาวบ้านเหลืออยู่เพียงน้อยนิด สภาพสังคมที่เปลี่ยนไปบวกกับความมากมายของงาน จำนวนคนไข้ที่เพิ่มขึ้นทั้งคนไข้นอกและคนไข้ใน แถมด้วยโครงการพิเศษต่าง ๆ ที่ส่วนกลางประเคนไป ทำให้ภาระที่หนักอยู่แล้วยิ่งหนักมากขึ้น...ในสายตาของผมที่มองเห็นความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับน้อง ๆ ในขณะนี้มิเหตุสำคัญจากการขาดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเป็นพี่น้องแทบจะไม่เหลือเหลือ ทำอย่างไรจะให้สิ่งนี้กลับฟื้นคืนมา...” (เน้นโดยผู้วิจัย)

มรกต กรเกษม (2547, น. 9-10)

การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน และสภาพการทำงานที่เปลี่ยนไปของโรงพยาบาลในพื้นที่ชนบท ทำให้รูปแบบความสัมพันธ์ที่ชมรมแพทย์ชนบทใช้สร้างและขยายเครือข่าย เกิดความเสื่อมถอยลงทั้งจำนวนคนที่มาเข้าร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท และสมาชิกชมรมที่มีมาแต่เดิมก็เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมแพทย์ชนบทน้อยลง สภาวะการของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ “ปิด” นี้ทำให้

ชมรมแพทย์ชนบทในฐานะองค์กรเคลื่อนไหวไม่สามารถขยายตัวไปมากกว่านี้ได้อีกต่อไป นอกจากนี้ ความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทยังเกิดขึ้นควบคู่ไปกับการก่อตัวขึ้นของกลุ่มแพทย์เอกชนที่จะเป็นหนึ่งในขบวนการตอบโต้ (counter-movement) ขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นผ่านการเสื่อมความนิยมในแพทยสภา ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

4.2) ความพ่ายแพ้ของขบวนการแพทย์ชนบทในแพทยสภา

ดังได้กล่าวมาในประเด็นของการเติบโตในโครงสร้างอำนาจของส่วนกลางของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบท ส่วนหนึ่งในการเติบโตนั้นคือ การลงสมัครเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภา⁶⁹ ซึ่งได้เริ่มขึ้นในช่วงทศวรรษ 2520 โดย นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์และ นพ.วิบูล ผลประเสริฐ เป็นสองท่านที่ริเริ่มลงสมัครรับเลือกตั้งในปี 2521 แต่ไม่ประสบความสำเร็จ (สอบตก) ก่อนจะลงสมัครอีกครั้งในปี 2524 และประสบความสำเร็จได้รับเลือกเป็นอันดับที่ 5 และ 6 จากกรรมการเลือกตั้ง 10 ท่าน ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์การเลือกตั้งกรรมการแพทยสภาที่แพทย์ชนบทได้รับเลือก (ประเวศ วะสี, 2546 อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2546, น. 120) เนื่องจากที่ผ่านมากรรมการแพทยสภานั้นถูกผูกขาดโดยอาจารย์แพทย์กับแพทย์ผู้ใหญ่เพียงเท่านั้น (สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, 2546, น. 120)

การที่สมาชิกจากชมรมแพทย์ชนบทได้รับการเลือกตั้งเข้าไปเป็นสมาชิกแพทยสภานี้ เป็นการเปิดพื้นที่ใหม่ให้แก่การขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทในโครงสร้างอำนาจของส่วนกลาง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นการแสดงให้เห็นถึงฐานการยอมรับที่เพิ่มมากขึ้นจากแพทย์ที่ประจำตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ และจากการเริ่มเปิดพื้นที่ทางการเมืองเคลื่อนไหวใหม่ในปี 2527 เป็นต้นมาจนถึงตลอดช่วงทศวรรษ 2530 จึงเริ่มมีสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทลงรับสมัครและได้รับเลือกตั้ง

⁶⁹ สมาชิกกรรมการแพทยสภาแบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือกรรมการโดยตำแหน่ง มาจากตำแหน่งผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขรวมกับคณบดีคณะแพทยศาสตร์ของสถาบันการศึกษาต่าง ๆ และประเภทที่สองคือกรรมการที่มาจากการเลือกตั้งโดยการลงคะแนนของแพทย์ทั่วประเทศผู้มีสิทธิในการลงคะแนน สัดส่วนและจำนวนทั้งหมดของกรรมการแพทยสภาจะมีความแตกต่างกันในแต่ละวาระ ตามจำนวนการเพิ่มขึ้นของแพทย์และคณะแพทยศาสตร์ที่เพิ่มขึ้นในปีนั้น ๆ ที่จะทำให้อัตราส่วนและจำนวนสมาชิกมีการเปลี่ยนแปลง ในปัจจุบันคณะกรรมการแพทยสภาวาระ พ.ศ. 2560 - 2562 ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 56 คน เป็นกรรมการจากการเลือกตั้ง 28 คน และเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง (แต่งตั้ง) 28 คน แพทย์ผู้ใช้สิทธิลงคะแนนเลือกตั้งหนึ่งท่านสามารถเลือกได้ไม่เกิน 28 คน (แพทยสภา, 2560ก).

เป็นกรรมการแพทยสภาเพิ่มขึ้น เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก นพ.รวินันท์ (สมชัย) ศิริกนกวิไล และ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ พญ.เพชรศรี ศิรินิรันดร์ และ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร

โดยสัดส่วนการได้รับการเลือกตั้งของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทในส่วนของสมาชิกกรรมการแพทยสภาที่มาจากกาเลือกตั้ง ตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2520 เป็นต้นมาจนถึง ทศวรรษ 2540 เป็นดังนี้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 141-147)

กรรมการแพทยสภาปี 2524-2525 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 2 จาก 10⁷⁰

กรรมการแพทยสภาปี 2526-2528 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 2 จาก 14⁷¹

กรรมการแพทยสภาปี 2528-2530 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 3 จาก 14⁷²

กรรมการแพทยสภาปี 2530-2532 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 8 จาก 15⁷³

กรรมการแพทยสภาปี 2532-2534 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 9 จาก 15⁷⁴

กรรมการแพทยสภาปี 2534-2536 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 11 จาก 16⁷⁵

⁷⁰ นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (อันดับ 5) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 6).

⁷¹ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 8) นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (อันดับ 10).

⁷² นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 5) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 8) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (อันดับ 13).

⁷³ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 1 และเป็น รองเลขาธิการฯ) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 2 และเป็น เลขาธิการฯ) นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก (อันดับ 5) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (อันดับ 6) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 8) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 12) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 14) นพ.สมชัย ศิริกนกวิไล (อันดับ 15 และ เหมรัญญิก).

⁷⁴ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 3 และเป็น รองเลขาธิการฯ) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 5) นพ.สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ (อันดับ 6) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 7 และเป็น เลขาธิการฯ) นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก (อันดับ 9) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (อันดับ 10) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 11) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 14) นพ.สมชัย ศิริกนกวิไล (อันดับ 15 และ เหมรัญญิก).

⁷⁵ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 3 และเป็น รองเลขาธิการฯ) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 4) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ (อันดับ 5) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 6) นพ.สำเร็จ แหียงกระโทก (อันดับ 7) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 8 และเป็น รองเลขาธิการ) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 10) นพ.สมชัย ศิริกนกวิไล (อันดับ 13) พญ.เพชรศรี ศิรินิรันดร์ (อันดับ 14) นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (อันดับ 15) พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร (อันดับ 16 และ เหมรัญญิก).

กรรมการแพทยสภาปี 2536-2538 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 5 จาก 16⁷⁶

กรรมการแพทยสภาปี 2538-2540 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 5 จาก 17⁷⁷

กรรมการแพทยสภาปี 2540-2542 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 4 จาก 18⁷⁸

กรรมการแพทยสภาปี 2542-2544 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 5 จาก 19⁷⁹

กรรมการแพทยสภาปี 2544-2546 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 4 จาก 19⁸⁰

กรรมการแพทยสภาปี 2546-2548 สมาชิกชมรมแพทย์ชนบท 1 จาก 19⁸¹

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าความรุ่งโรจน์ของการได้รับการยอมรับจากแพทย์ผู้มีสิทธิ์เลือกตั้งของขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มขึ้นในปี 2530 และมาถึงจุดสูงสุดในปี 2536 ที่สัดส่วนของแพทย์ชนบทได้รับการเลือกตั้งเข้าไปทำงานในกรรมการแพทยสภาสูงถึง 11 คนจากจำนวนสมาชิกที่มาจากการเลือกตั้งทั้งหมด 16 คน ทำให้แพทย์ชนบทได้มีโอกาสเข้าไปร่วมกำหนดทิศทางการขับเคลื่อนของแพทยสภาเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเรื่องจริยธรรมของแพทย์และการปกป้องสิทธิ์ของผู้ป่วย รวมถึงการนำแพทยสภามาสนับสนุนการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการแพทย์ชนบท ตัวอย่างได้แก่ “ในวันที่ 1 เมษายน 2530 แพทยสภาร่วมกับแพทยสมาคมฯ มูลนิธิแพทย์ชนบท และชมรมแพทย์ชนบทได้ร่วมกันจัด**ปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ทั่วประเทศเป็นครั้งแรก** (เน้นตามต้นฉบับ-ผู้วิจัย) นับเป็นการเปิดบทบาทของแพทยสภากับกลุ่มสมาชิกที่เป็นแพทย์จบใหม่...” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ,

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

⁷⁶ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 4) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 5 และเหรียญกิตติคุณ) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 6 และเลขาธิการ) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 9) พญ.สุพัตรา ศรีวิณิชชากร (อันดับ 13 และรองเลขาธิการ).

⁷⁷ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 4) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 6 และ เหรียญกิตติคุณ) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 8) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 11) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 12).

⁷⁸ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 3 และ อุปนายกฯ คนที่ 2) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 4) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 6) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 7 และเหรียญกิตติคุณ).

⁷⁹ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 7) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 10) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 11 และเหรียญกิตติคุณ) นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (อันดับ 16) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 19).

⁸⁰ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 3) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (อันดับ 5) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (อันดับ 10 และเหรียญกิตติคุณ) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (อันดับ 12).

⁸¹ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (อันดับ 15).

2546, น. 123) รวมถึงการรณรงค์วีงเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในปี 2530 ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกรมการแพทย์สภาอย่างมาก (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 126-128, 133-139)

“สำหรับบุคคลในกลุ่มแพทย์ชนบทที่นำแพทย์สภาให้ออกมามีบทบาทสู่สาธารณะมากที่สุด คือ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ สมัยที่เป็นเลขาธิการแพทย์สภาช่วงแรก ระหว่างปี พ.ศ.2531-2533 นพ.ชูชัยได้นำแพทย์สภาเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการร่วมการจัดรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งมีคนร่วมลงชื่อทั่วประเทศกว่า 6 ล้านชื่อ จนทำให้เกิดผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในประเทศไทย⁸². นอกจากนั้นแพทย์สหายังได้เคลื่อนไหวทางด้านจริยธรรม การกระจายแพทย์สู่ชนบท การกำหนดโควตาสาขาแพทย์เฉพาะทาง⁸³ การกำหนดสถาบันต้นสังกัด และโครงการฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะแก่แพทย์จบใหม่ เป็นต้น”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546, น. 124)

โดยหากพิจารณาจากตำแหน่งสำคัญที่สมาชิกระดับนำของขบวนการแพทย์ชนบทในแพทย์สภา เห็นได้ว่าช่วงทศวรรษ 2530 เป็นช่วงเวลาที่มาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการยอมรับอย่างสูงจากแพทย์ผู้ใช้สิทธิ์เลือกตั้งและแพทย์ผู้ใหญ่ที่มีบทบาทสำคัญในโครงสร้างทางอำนาจของส่วนกลาง ซึ่งมีแนวความคิดสอดคล้องกับการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท นับเป็นแนวร่วมหรือพันธมิตรที่สำคัญแม้จะไม่ได้อยู่ในขบวนการแพทย์ชนบทก็ตาม (พลเดช ปิ่นประทีป, สัมภาษณ์, 2560)

ตำแหน่งนายกแพทย์สภา และเลขาธิการแพทย์สภาที่ชมรมแพทย์ชนบทมีตำแหน่ง⁸⁴

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ (2530-2531) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2530 – 2531)

นพ.สมศักดิ์ วรรคามิน (2531 – 2533) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (2531 – 2533)

นพ.อุทัย สุตสุข (2533 – 2535) นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2533 – 2534)

⁸² เป็นการริเริ่มสร้างแนวร่วมกับ NGOs และภาคประชาสังคม – ผู้วิจัย.

⁸³ เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความไม่พอใจและความขัดแย้งจากแพทย์กลุ่มอื่น ทั้งแพทย์ประจำกระทรวงแพทย์จบใหม่ และแพทย์เอกชน – ผู้วิจัย.

⁸⁴ สามารถดูรายชื่อนายกแพทย์สภาและเลขาธิการแพทย์สภาในทุกช่วงเวลาที่ภาคผนวก ข.

นพ.ไพจิตร ปวะบุตร (2535 – 2537) นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (2534 – 2536)

นพ.อารี วัลยะเสวี (2537 – 2538) นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (2536 – 2538)

อย่างไรก็ตามจากรายชื่อข้างต้น จะพบว่าความเสื่อมถอยในความนิยมของสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทในแพทยสภา ได้เริ่มขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ที่สมาชิกได้รับการเลือกตั้งน้อยลงเรื่อย ๆ ประกอบกับสมาชิกคนสำคัญที่มีบทบาทและได้รับการยอมรับจากสมาชิกชมรมแพทย์ชนบทและแพทย์ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่ลงรับสมัครเลือกตั้ง (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 125) โดยส่วนหนึ่งได้เริ่มผันตัวเองไปดำรงตำแหน่งสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. จนในช่วงปลายทศวรรษ 2550 ไม่มีสมาชิกของชมรมแพทย์ชนบทได้รับการเลือกตั้งเข้าไปดำรงตำแหน่งกรรมการแพทยสภาอีกเลย (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, สัมภาษณ์, 2560)

ตัวอย่างประเด็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกแพทยสภาสายขบวนการแพทย์ชนบทกับสมาชิกแพทย์กลุ่มอื่นๆ ในแพทยสภา ได้แก่ การเคลื่อนไหวคัดค้านการก่อตั้งคณะแพทยศาสตรมหาวิทาลัยรังสิตซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาเอกชน

“เมื่อปลายปี พ.ศ.2531 ต่อเนื่องกับต้นปีพ.ศ. 2532 ทบวงมหาวิทยาลัย ได้อนุมัติให้มหาวิทยาลัยรังสิต ซึ่งเป็นมหาวิทยาลัยเอกชน เปิดหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต โดยมีกระบวนการอนุมัติที่รวบรัดและมีนโยบายการเมืองกำหนดมา การอนุมัติดังกล่าวเป็นไปโดยที่ผู้แทนแพทยสภาไม่สามารถเข้าประชุมได้ เพราะได้รับการแจ้งการประชุมกะทันหัน ต่อมาเมื่อมีการนำหลักสูตรดังกล่าวเสนอขออนุมัติของคณะกรรมการแพทยสภาตาม พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 8 โดยดำเนินการอย่างเร่งรีบเพื่อให้ทันการเปิดรับนักศึกษาในปีการศึกษา พ.ศ. 2532 ให้ได้ ทั้งนี้นายกแพทยสภา (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) และกรรมการแพทยสภาโดยตำแหน่งบางท่าน ซึ่งไม่เคยเข้าร่วมประชุมเลย ก็ได้เข้าด้วยตนเอง และรวบรัดขอมติให้อนุมัติโดยไม่เปิดให้มีการอภิปราย”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546, น. 139)

กลุ่มขบวนการแพทย์ชนบทที่เป็นกรรมการแพทยสภาได้ประชุมและตกลงร่วมกันในการต่อต้านมติของแพทยสภาในครั้งนี้ โดยใช้กลไกทางสังคมและสื่อกดดันแพทยสภา ด้วยการประกาศ

ลาออกจากการเป็นสมาชิกกรรมการแพทยสภาของ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ พร้อมทั้งเปิดแถลงข่าวต่อสื่อมวลชน โจมตีการเปิดหลักสูตรคณะแพทยศาสตร์ของ มหาวิทยาลัยเอกชนว่าจะส่งผลเสียต่อระบบการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบท และต่อจริยธรรมของ แพทย์ การเคลื่อนไหวกดดันแพทยสภาโดยขบวนการแพทย์ชนบทนี้ ส่งผลให้แพทยสภามีมติขอให้ กรรมการแพทยสภาทั้ง 2 ท่าน (นพ.สุวิทย์และนพ.สมศักดิ์) กลับเข้าเป็นกรรมการแพทยสภาอีกครั้ง และประณิประณอมด้วยการให้คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต⁸⁵ “จะต้องจัดตั้งขึ้น โดยมีมูลนิธิ เป็นผู้สนับสนุน รวมทั้งผู้สำเร็จการศึกษาจะต้องสอบใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมด้วย” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 140) การเคลื่อนไหวกดดันของขบวนการแพทย์ชนบทในครั้งนี้ได้เริ่มสร้างความไม่พอใจแก่แพทย์ส่วนหนึ่งทั้งในภาคเอกชนและกรรมการแพทยสภา

นอกจากนี้ยังมีประเด็นเรื่องของการตรวจสอบเอาผิดทางจริยธรรมของแพทย์⁸⁶ ซึ่งงานของ นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ (2555) กล่าวว่า เป็น “จุดเปลี่ยนของเรื่องราวที่กลับพลิก ให้แพทยสภาในปัจจุบันมีแนวทางที่ขัดแย้งกับกลุ่มนายแพทย์ประจำเขต วะสี ชมรมแพทย์ชนบท และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข เป็นช่วงหลังทศวรรษ 2530 แพทย์มีแนวโน้มถูกฟ้องมากยิ่งขึ้น เป็นลำดับ...ในขณะนั้นแพทยสภานอกจากจะไม่ได้ทำหน้าที่ปกป้องแพทย์ด้วยกันในทางคดีความ ยังมีการตรวจสอบเอาผิดทางจริยธรรมเพิ่มเติมด้วย” (นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 69) สอดคล้องกับความเห็นของ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ที่กล่าวถึงความเสื่อมถอยของแพทย์ ชนบทในแพทยสภาไว้ว่า “กลุ่มแพทย์ชนบทเน้นการปกป้องสวัสดิภาพของประชาชนมากขึ้นจน ปรากฏชัด และปกป้องสมาชิกลดลงหรือไม่ปกป้องเอาเลย จึงสามารถอธิบายได้ว่าเหตุใดสมาชิก แพทยสภาจึงเลือกกลุ่มแพทย์ชนบทเป็นกรรมการแพทยสภาลดลง” (ชูชัย ศุภวงศ์, ม.ป.ป., อ้างถึงใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 125)

⁸⁵ ในปี 2556 มหาวิทยาลัยสยาม สามารถจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์ขึ้นมาเป็นแห่งที่ 2 ต่อจากมหาวิทยาลัย รังสิตเป็นผลสำเร็จ โดยได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาลในการเพิ่มการผลิตแพทย์ให้มากขึ้น ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน (ประชาชาติธุรกิจออนไลน์, 2556).

⁸⁶ ในช่วงปี 2512-2516 มีคดีฟ้องร้องระหว่างแพทย์ด้วยกันเป็นคดีแรก ๆ ของไทย โดย นพ.ประเวศ วะสี ได้ทำการฟ้องร้องต่อแพทยสภาและแพทยสมาคม เพื่อให้สอบสวนกรณีแพทย์อาวุโสท่านหนึ่งผิดจรรยาบรรณ ประกอบวิชาชีพไม่ถูกต้อง ผลสรุปว่าแพทยสภามีมติให้พักใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม 2 ปีและจะต้องยื่น สอบใหม่เมื่อพ้นกำหนด (นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 69-70).

นอกจากนี้หากพิจารณาถึงนโยบายของกรรมการแพทยสภาที่มาจากการเลือกตั้งในชุดปัจจุบัน (วาระ 2560-2562) ที่ได้คะแนนสูงสุด 5 อันดับแรกจากผู้ลงสมัครทั้งหมด 57 คน ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา (8,229) นพ.อิทธิพร คณะเจริญ (6,528) นพ.อำนาจ กุศลนันท์⁸⁷ (6,250) พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร⁸⁸ (6,087) พญ.ชัญวลี ศรีสุโข (5,977) (จากจำนวนบัตรลงคะแนนทั้งหมด 11,793) จะพบว่าผู้ได้รับเลือกตั้งคะแนนสูงสุดทั้ง 5 อันดับแรกนี้ มีนโยบายที่ประกาศเพื่อให้แพทย์ผู้ลงคะแนนพิจารณาเหมือนกันทั้งหมด โดยเป็นนโยบายร่วมของ “ชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์⁸⁹” (ชพพ.) โดยมีนโยบายที่น่าสนใจบางข้อที่จะขอยกมาเป็นตัวอย่างดังนี้⁹⁰ “1.ยืนยันว่าแพทย์ต้องไม่ถูกดำเนินคดีอาญา จากการประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยสุจริต...3.ยืนยันว่ากรรมการแพทยสภาต้องเป็นแพทย์เท่านั้น...5.ผลักดันการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางอย่างทั่วถึง...6.ผลักดันให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ฝึกอบรม และวิจัยทางการแพทย์...7.สนับสนุนให้มีการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและเป็นธรรม และเมื่อได้รับการเยียวยาแล้ว ต้องยุติการฟ้องร้องทั้งคดีอาญาและแพ่ง...” จากแนวนโยบายที่ผู้วิจัยยกมาแสดงเป็นตัวอย่างของผู้ที่ชนะการเลือกตั้งในอันดับสูงสุด 5 อันดับแรก โดยได้คะแนนเกินครึ่งจากแพทย์ผู้ใช้สิทธิ์เลือกตั้งจำนวน 11,793 (ไม่รวมบัตรเสีย) ทำให้เห็นได้ว่าแพทย์ส่วนใหญ่เกินครึ่งนั้นนิยมแนวนโยบายของแพทย์กลุ่มนี้เช่นเดียวกัน⁹¹ ซึ่งเห็นได้ชัดว่าตรงข้ามอย่างสิ้นเชิงกับแนวทางที่ผ่านมาของขบวนการแพทย์ชนบทที่ได้ดำเนินการผ่านแพทยสภา

4.3) ความขัดแย้งกับกลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

นอกจากเคลื่อนไหวคัดค้านการตั้งคณะแพทยศาสตร์ของสถาบันการศึกษาเอกชนและเรื่องของการตรวจสอบจริยธรรมทางการแพทย์แล้ว สิ่งที่สร้างความขัดแย้งระหว่างแพทย์ชนบทและแพทย์

⁸⁷ ได้รับการเลือกจากสมาชิกกรรมการแพทยสภาให้เป็น อุปนายกแพทยสภาคนที่ 1.

⁸⁸ ได้รับการเลือกจากสมาชิกกรรมการแพทยสภาให้เป็น อุปนายกแพทยสภาคนที่ 2.

⁸⁹ เป็นหนึ่งในขบวนการตอบโต้ขบวนการแพทย์ชนบท (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, สัมภาษณ์, 2560; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559).

⁹⁰ หากสนใจข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดู http://www.tmc.or.th/tmc_vote2560/page3.html (แพทยสภา, 2560).

⁹¹ ขณะที่ นพ.สุกิจ ทัศนสุนทรวงศ์ (4,436) ได้รับเลือกในอันดับที่ 18 ผู้ได้รับเลือกให้ดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภา ก็เป็นแพทย์ที่มีนโยบายเช่นเดียวกับชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพ.

กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ นโยบายการกำหนดโควตาสาขาแพทย์เฉพาะทาง และการกระจายแพทย์สู่ชนบท ที่กรรมการแพทยสภาสายชมรมแพทย์ชนบทเป็นกลุ่มหลักในการผลักดัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรงเรียนแพทย์และกลุ่มแพทย์เฉพาะทางเป็นอย่างมาก

“ดังจะเห็นได้จากการสมัครเข้ามาเป็นกรรมการแพทยสภาในวาระ พ.ศ. 2532-2534 ซึ่งกลุ่มแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มอาจารย์โรงเรียนแพทย์ ได้รวมกลุ่มกันเป็นทีมสมัครเข้ามาในนามกลุ่มแพทย์จากโรงพยาบาลทั่วไป กลุ่มอาจารย์โรงเรียนแพทย์ มีการนำเสนอนโยบายที่เหมือนกันทั้งทีม ความพยายามดังกล่าวเริ่มประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2536 ทำให้ในระยะหลังสัดส่วนของกลุ่มแพทย์ชนบทในคณะกรรมการแพทยสภาลดน้อยลง ในขณะที่กลุ่มอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์และกลุ่มแพทย์เฉพาะทางมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสาเหตุหนึ่งผู้ให้ข้อมูลหลายท่านได้แสดงทัศนะว่า น่าจะเป็นผลมาจากสัดส่วนของแพทย์เฉพาะทางที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และแพทย์ที่ทำงานอยู่ในชนบทเริ่มมีสัดส่วนที่น้อยลง ประกอบกับแพทย์รุ่นใหม่รู้จักแต่กลุ่มอาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ และไม่มีข้อมูลของกลุ่มแพทย์ชนบท” (เน้นโดยผู้วิจัย)

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546, น. 124-125)

ความขัดแย้งนี้ได้จะเห็นได้ชัดจากการเปลี่ยนแปลงของจำนวนแพทย์เฉพาะทางที่เพิ่มขึ้นต่อปี แตกต่างกันอย่างมากระหว่างช่วงที่ขบวนการแพทย์ชนบทยังพอมิบทบาทในแพทยสภากับช่วงที่เริ่มหมดบทบาทลงไป โดย “ในปี พ.ศ. 2540 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้รับการแต่งตั้งจากแพทยสภาให้เป็นประธานคณะอนุกรรมการศึกษาปัญหาการขาดแคลนแพทย์และการกระจายแพทย์ ซึ่งได้จัดทำรายการศึกษา⁹² จนนำไปสู่มติกรรมการแพทยสภา ที่ไม่ให้มีการเพิ่มโควตาการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางจนถึงปี พ.ศ. 2543” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 107) หากพิจารณาตัวเลขการเพิ่มขึ้นของแพทย์เฉพาะทางจะพบว่าในช่วงที่ขบวนการแพทย์ชนบทยังคงมีอิทธิพลในแพทยสภานั้นตัวเลขของแพทย์เฉพาะทางจะเพิ่มขึ้นในอัตราที่คงที่ แต่ภายหลังจากปี 2543 จะพบว่าตัวเลขของแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้นต่อปีอย่างก้าวกระโดดดังตัวเลขจากตารางด้านล่าง

⁹² หากสนใจ โปรดดู สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และ ณิชากร ศิริกนกวิไล (2540).

จำนวนแพทย์เฉพาะทาง⁹³

ปี	จำนวนแพทย์เฉพาะทาง
2540	836
2541	680
2542	754
2543	835
2544	1,041
2545	2,595
2546	3,364
2547	3,174
2548	1,496
2549	1,508

4.4) การถูกแทรกแซงและควบคุมโดยผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบท กับแพทย์โรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่รวมตัวกับกลุ่มอาจารย์โรงเรียนแพทย์แล้ว ในช่วงปี 2539-2541 ชมรมแพทย์ชนบทยังได้เริ่มถูกแทรกแซงและควบคุมจากผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น โดยมีการยุบคณะกรรมการและเปลี่ยนตัวคณะกรรมการหลายชุดที่มีสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทเข้าร่วมเป็นกรรมการอยู่ทั้งหมด รวมถึงมีความพยายามจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้น ใช้งบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนการจัดตั้ง “ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน” เพื่อ “คาน” หรือ “ชน” กับชมรมแพทย์ชนบท (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 102; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) โดยต้องการสร้างเป็นกลุ่มตอบโต้การเคลื่อนไหว ขบวนการแพทย์ชนบท ส่งผลให้เกิดความแตกแยกและสับสนในหมู่แพทย์ที่ทำงานในพื้นที่ชนบท การกระทำดังกล่าว

⁹³ หากสนใจข้อมูลเพิ่มเติมโปรดดู แพทยสภา (2559) (<http://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc03-14022018.pdf>).

ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นความพยายามในการแบ่งแยกฐานการสนับสนุนขบวนการแพทย์ชนบท และชมรมแพทย์ชนบทในพื้นที่ภูมิภาคให้ลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกันกระทรวงสาธารณสุขก็แต่งตั้งให้ รองปลัดกระทรวงฯ ที่ไม่เห็นด้วยกับแนวทางการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทเข้ามาควบคุมดูแล การทำงานของ กองสาธารณสุขภูมิภาค (กอง ภ.) และสำนักนโยบายและแผน (สนพ.) ซึ่งทั้งสอง หน่วยงานนี้เป็นหน่วยงานสำคัญที่ขบวนการแพทย์ชนบทใช้ในการเชื่อมประสานการทำงานระหว่าง ขบวนการแพทย์ชนบทกับกระทรวงสาธารณสุข (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 100-102)

นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 20 (2546-2547) กล่าวถึง แรงกดดันที่ประธานแพทย์ชนบทได้รับว่า

“ตั้งแต่ต้นเดือนกันยายน 2545 เป็นเวลาสองปีที่ต้องแบกรับภาระสานต่อขบวนการแพทย์ชนบท ไม่ได้เต็มใจอยากจะเป็น เพราะมันไม่ใช่ฮีโร่ในสายตาของคน สาธารณสุขที่ยังยึดติดกรอบอำนาจ มีความคิดที่ว่าราชการเป็นใหญ่... ในห้วง เวลาที่ถือว่าการทำงานของชมรมแพทย์ชนบทอยู่ที่สถานการณ์ที่ลำบากยิ่ง ถูก บีบคั้นรอบด้านทั้งจากฝ่ายประจำ การเมืองและความคาดหวังของสังคม ใคร ไม่เคยอยู่ในสถานการณ์อย่างที่ผมจะได้รับจะไม่รู้ว่ามันคือทุกข์และสร้างความ บอบช้ำให้กับชีวิตและครอบครัวอย่างหนัก จากที่มีผู้คนสรรเสริญในฐานะแพทย์ ดีเด่นคณะแพทยศิริราชพยาบาล แพทย์ชนบทดีเด่นภาคใต้ คณะแพทยศาสตร์ ม.สงขลานครินทร์ ข้าราชการพลเรือนดีเด่น และรับรางวัลในฐานะผู้สร้างสรรคงาน สาธารณสุขในชนบทอีกมากมาย ตลอดเวลา 17 ปี ต้องกลายมาเป็นผู้ร้ายในสายตา คนบางกลุ่ม และจะต้องถูกตรวจสอบอย่างหนักทั้งในที่แจ้ง และในทางลับถึงความ บริสุทธิ์ของตนเอง แต่เมื่อยอมรับกับสิ่งที่จะต้องเผชิญก็ต้องเดินหน้าต่อไป...ตำแหน่ง ประธานชมรมแพทย์ชนบทไม่ใช่บันไดไต่เต้าไปสู่ความก้าวหน้าทางราชการ เพราะมันหมดยุคคนนั้นไปแล้ว มีหน้าซ้ำกลับทำให้ถดถอยและบอบช้ำ และไม่สามารถเป็นเกราะปกป้องคุ้มครองตัวประธานและกรรมการชมรมได้ในยุคที่ ผู้บริหารใช้อำนาจเป็นธงนำ...หลังจากนี้จะขอปลีกตัวออกจากชมรมแพทย์ ชนบทที่คลุกคลีมากกว่า 10 ปี เพื่อให้โอกาสกับคนรุ่นหลัง แต่หัวใจและจิต วิญญาณยังผูกพันกับขบวนการแพทย์ชนบทจนฝังอยู่ในสายเลือดไปแล้ว จะไม่ขอรับ

ตำแหน่งใด ๆ อีก แต่ยินดีให้คำปรึกษาถ้ามองเห็นว่ามีคุณค่าเพียงพอ” (เน้นโดยผู้วิจัย)

อารักษ์ วงศ์วรชาติ (2547, น. 55-57)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานแพทยชนบทคนปัจจุบัน ถึงสถานะของประธานชมรมแพทยชนบทที่ไม่มีการเปลี่ยนตัวมานานแล้วเนื่องจาก “น้อง ๆ ขอร้องให้เป็นต่อ เพราะไม่อยากถูกเลือกขึ้นมาปะทะกับฝ่ายตรงข้าม เพราะการเมืองของแพทย์เล่นกันรุนแรงมาก...ส่วนในแพทยสภาตอนนี้ไม่มีตัวแทนจากชมรมแพทยชนบทเข้าไปอีกแล้ว ถึงลงสมัครไปก็แพ้” (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, สัมภาษณ์, 2560)

เห็นได้ว่าในช่วงกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ขบวนการตอบโต้ (counter-moment) ขบวนการแพทยชนบท⁹⁴ ได้เริ่มก่อตัวขึ้นมาอย่างช้า ๆ และเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ มีการก่อตั้ง “ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน” ของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อตอบโต้และควบคุมการเคลื่อนไหวของชมรมแพทยชนบท มีการก่อตั้ง “ชมรมแพทย์เพื่อวิชาชีพแพทย์” ลงสมัครเลือกตั้งเป็นกรรมการแพทยสภาสู้กับชมรมแพทยชนบท ในฐานะคู่แข่งที่ขัดแย้งกันในแนวคิดและนโยบาย (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, สัมภาษณ์, 2560; วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) “การรวมตัวของแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ภาคเอกชน และแพทย์โรงพยาบาลใหญ่ รวมตัวกันลงสมัครเป็นกรรมการแพทยสภา และประสบความสำเร็จเป็นเสียงข้างมากตั้งแต่ พ.ศ.2538 เป็นต้นมา โดยสามารถดำรงตำแหน่งเลขาธิการแพทยสภาติดต่อกันตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา...ในระยะหลังความขัดแย้งและช่องว่างระหว่างกลุ่มแพทยชนบทกับแพทย์กลุ่มอื่น ในแพทยสภาถ่างกว้างมากขึ้นเรื่อย ๆ และนำไปสู่ความขัดแย้งในประเด็นอื่น ๆ นอกแพทยสภาด้วย” (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 128) จนกลุ่มแพทยชนบทได้หมดบทบาทไปจากแพทยสภาในที่สุด (เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ, สัมภาษณ์, 2560)

ในขณะที่การขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชนทำให้ชมรมแพทยชนบทหดตัวลง ความแนบแน่นของเครือข่ายเริ่มคลายตัวมีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมลดน้อยลง ควบคู่ไปกับการที่สมาชิกคนสำคัญในระดับนำและระดับอาวุโสของชมรมแพทยชนบทเริ่มมีตำแหน่งหน้าที่ในส่วนกลางระดับนโยบาย ทำให้

⁹⁴ โดยกลุ่มหลัก ๆ เป็นการรวมตัวของ กลุ่มแพทย์เอกชน กลุ่มแพทย์เฉพาะทาง กลุ่มแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แพทยสภาและแพทย์ส่วนหนึ่งในกระทรวงสาธารณสุข.

เริ่มห่างออกไปจากการทำกิจกรรมร่วมกับชมรมแพทย์ชนบท ทั้งยังมีความขัดแย้งระหว่างการทำหน้าที่ของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทกับแพทย์กลุ่มอื่น ๆ ทั้งในเรื่องของการตรวจสอบจริยธรรม การกำหนดโควตาแพทย์เฉพาะทาง การคัดค้านการก่อตั้งคณะแพทย์จากสถาบันการศึกษาเอกชน ฯลฯ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ด้วยโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เริ่มปิดลงในการแสวงหาแนวร่วมและเพิ่มฐานการสนับสนุนขบวนการเคลื่อนไหวของแพทย์ชนบทจากฐานของแพทย์ ประกอบกับความล้มเหลวในการเชื่อมโยงและแผ่ขยายกรอบความคิดของชมรมแพทย์ชนบทกับกลุ่มแพทย์อื่น ๆ ทำให้ในทางยุทธศาสตร์แล้วตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา เป็นไปไม่ได้เลยที่ชมรมแพทย์ชนบท และสมาชิกระดับนำของขบวนการแพทย์ชนบท จะสามารถใช้ฐานสนับสนุนจากวงการศึกษาวิชาชีพแพทย์ เพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้ต่อไป แม้สมาชิกคนสำคัญจะมีตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการมีสายสัมพันธ์ที่ดีกับแพทย์อาวุโสบางท่านก็ตาม เนื่องจากภายในกระทรวงสาธารณสุขนั้นไม่ได้มีเพียงเครือข่ายของขบวนการแพทย์ชนบท เพียงเครือข่ายเดียว หากยังมีเครือข่ายของแพทย์กลุ่มอื่น ๆ อยู่ในตำแหน่งบริหารหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้มีแนวคิดและเป้าหมายแบบเดียวกับขบวนการแพทย์ชนบทเสมอไป (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, สัมภาษณ์, 2560)

ความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการปรับตัวทางยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวอีกครั้งของขบวนการแพทย์ชนบท โดยการเปลี่ยน “แกน” ของยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวจากชมรมแพทย์ชนบทมาสู่กลุ่มสามพราน พร้อมทั้งแสวงหาพันธมิตรใหม่ในทางยุทธศาสตร์ที่อยู่นอกวิชาชีพแพทย์ อันได้แก่ พันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม (นักวิชาการ สื่อมวลชน ฯลฯ) ซึ่งแม้ขบวนการแพทย์ชนบทจะมีความคุ้นเคยและทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนมานับตั้งแต่สมัยทำกิจกรรมนักศึกษา ในขณะที่นักกิจกรรมที่มีบทบาทนำในองค์กรพัฒนาเอกชนหลายท่านก็เป็นอดีตนักศึกษา ในช่วง 14 ตุลาคม 2516 ทำให้มีกรอบความคิดและทักษะที่คล้ายคลึงกัน อย่างไรก็ตามการจัดตั้งเครือข่ายความสัมพันธ์ในฐานะพันธมิตรของขบวนการอย่างจริงจังนั้น เพิ่งเริ่มขึ้นในช่วงทศวรรษ 2530 นี้เองพร้อมไปกับการขยายตัวขององค์กรพัฒนาเอกชน ดังจะเห็นได้จากประเด็นของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาที่มีบทบาทในการสนับสนุนการเติบโตและการขยายตัวขององค์กรพัฒนาเอกชน ดังได้กล่าวมาข้างต้น

จากการอภิปรายที่ผ่านมาถึงกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ในช่วงหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 จนถึงก่อนเกิดเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 หรือช่วงครึ่งแรกของทศวรรษ 2530 จะเห็นถึงการปรับตัวทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการสาธารณสุข ที่เคยเป็นหนึ่งในขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องประชาธิปไตย และความเสมอภาค โดยเคลื่อนไหวท้าทายรัฐบาลและความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข แต่ภายหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519 เพื่อรักษาความอยู่รอดของขบวนการ เมื่อมีการก่อตั้ง “ชมรมแพทย์ชนบท” กรอบความคิดของขบวนการในด้านประชาธิปไตยได้เปลี่ยนเป็นกรอบความคิด “การพัฒนาชนบท และการลดความเหลื่อมล้ำ” ซึ่งเป็นกรอบความคิดที่สอดคล้องกับแนวนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลในขณะนั้นที่ไม่เป็นประชาธิปไตย ส่วนการเคลื่อนไหวทางการเมืองสาธารณสุขนั้นชมรมแพทย์ชนบท ได้เป็นกลไกสำคัญในการทำงานตามแนวนโยบายการพัฒนา “การสาธารณสุขมูลฐาน” ที่เป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การทำงานของชมรมแพทย์ชนบทสามารถสนับสนุนการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี ในฐานะขบวนการเคลื่อนไหวที่สนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขในพื้นที่ชนบท โดยยืนยันในการไม่ข้องเกี่ยวกับเรื่องการค้าโยกย้ายหรือผลประโยชน์ของส่วนกลางภายในกระทรวงสาธารณสุข การปรับเปลี่ยนกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวนี้ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถสร้างความชอบธรรมและระดมการสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการได้เป็นอย่างดี จนสามารถผลักดันสมาชิกคนสำคัญของขบวนการให้ได้เข้ามาเติบโตในศูนย์กลางทางอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข

อย่างไรก็ตามการเติบโตและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทยุคแรก กลับทำให้เกิดความขัดแย้งทั้งภายในและภายนอกขบวนการ ความขัดแย้งภายในได้เริ่มมีความเห็นต่างและข้อพิพาทระหว่างสมาชิกกระดับของขบวนการที่เติบโตในส่วนกลาง ทำให้เกิดการตั้งกลุ่มสามพรานขึ้นเพื่อรักษาการขับเคลื่อนของขบวนการแพทย์ชนบทให้เข้มแข็งขึ้นต่อไป ในขณะที่ความขัดแย้งภายนอกได้เกิดขึ้นระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและกลุ่มพลังอื่น ๆ ภายในกระทรวงสาธารณสุขทำให้ชมรมแพทย์ชนบทเกิดความเสื่อมถอย โดยเกิดขึ้นควบคู่ไปกับปัจจัยของโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ปิดลงจากการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทปรับกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวครั้งสำคัญ โดยการปรับเปลี่ยนกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวนี้เกิดขึ้นท่ามกลางกระแสการเรียกร้องการพัฒนาประชาธิปไตย การมีส่วนร่วมทางการเมือง

เมืองของภาคประชาชน และการปฏิรูปการเมืองภายหลังเหตุการณ์ พฤษภาคม 2535 ทำให้
ขบวนการแพทย์ชนบทกลับมามีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อประชาธิปไตยอีก
ครั้ง และเป็นหน้าต่างแห่งโอกาสที่สำคัญที่ขบวนการแพทย์ชนบทใช้ตั้งต้นในการเปิดการรุกใหญ่ทาง
ยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายในบท
ต่อไป



บทที่ 6

กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535

ถึงการผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากความถดถอยของชมรมแพทย์ชนบทในช่วงกลางทศวรรษ 2530 ดังได้อภิปรายถึงในบทที่ผ่านมา นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญอีกครั้งหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทมีการปรับยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวและกรอบความคิดในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุข การอภิปรายในบทนี้จะเป็นการศึกษาถึงพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ตอบสนองต่อความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทและความล้มเหลวในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านกลไกระบบราชการ ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มแสวงหาการสร้างพันธมิตรใหม่นอกกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามเป้าหมายของขบวนการต่อไป

ข้อเสนอหลักในบทนี้คือ โครงสร้างโอกาสทางการเมืองหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535 เป็นปัจจัยที่เปิดโอกาสให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถปรับกรอบความคิดและการเคลื่อนไหว โดยอาศัยกระแสการเรียกร้องการปฏิรูปการเมือง และการพัฒนาประชาธิปไตย ในการปรับกรอบความคิดการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ให้เป็นส่วนหนึ่งของขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อประชาธิปไตย และการปฏิรูปการเมือง พร้อมไปกับการสร้างเครือข่ายพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมืองและองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันวาระในการสร้างโครงสร้างในการระดมที่เป็นองค์กรทางการเมืองตามกฎหมายได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อใช้เป็นฐานการสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้เป็นผลสำเร็จ ในทางกลับกันการเคลื่อนไหวจัดตั้ง สวรส. ยังได้ส่งผลสะท้อนกลับมาสู่การปรับกรอบความคิดทางสาธารณสุขของขบวนการแพทย์ชนบท ในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างเป็นองค์รวมและมองประเด็นเรื่องสุขภาพในลักษณะเชิงระบบ ไม่ใช่เพียงเรื่องของ การรักษาความเจ็บป่วยหรือเพียงการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน

นอกจากนี้ขบวนการแพทย์ชนบทยังมีปรับการเคลื่อนไหวเป็นเชิงรุก เพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เอื้อต่อการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้ต่อไป ดังจะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมในการร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 รวมถึงการร่างรัฐธรรมนูญ 2540 ที่มีการบัญญัติข้อกำหนดที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เปิดโอกาสให้

มีการลงชื่อเสนอกฎหมายและตรวจสอบการทุจริตของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมืองและข้าราชการระดับสูง โดยผู้วิจัยจะทำการอภิปรายผ่าน 3 ปัจจัยที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นผลสำเร็จในช่วง 2535 ถึง 2545 ได้แก่ โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปจากเหตุการณ์พฤษภา 2535 การจัดตั้งโครงสร้างในการระดมและการเคลื่อนไหวผลักดันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางการเมือง ดังจะอภิปรายต่อไปตามลำดับ

1. เหตุการณ์พฤษภา 2535 และพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง

เหตุการณ์พฤษภา 2535 ทำให้กรอบความคิดประชาธิปไตย ถูกขบวนการแพทย์ชนบทนำกลับมาใช้อีกครั้ง ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มการเมืองอื่น ๆ โดยภายหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535 จบลงพลังของระบบราชการและกองทัพในทางการเมืองถูกลดทอนลงเป็นอย่างมาก (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2555, น. 143) ในขณะที่กระแสของการมีส่วนร่วมทางการเมือง การกระจายอำนาจ การพัฒนาประชาธิปไตย และการปฏิรูปการเมืองเพิ่มสูงขึ้น⁹⁵ (เสกสรรค์ ประเสริฐกุล, 2557, น. 97-100, 160-161; บัณฑิต จันทร์โรจน์กิจ, 2560, น. 145-162; บุญแทน ต้นสุขเทพวิรังศ์, 2545; ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2555, น. 113-116) อันเป็นโอกาสให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถทำสิ่งที่ในเวลาปกติทำไม่ได้ ดังที่พ.ประเวศ วะสีได้กล่าวไว้ว่า “ตอนนี้ (หลังเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2535) สังคมกำลังตื่นตัวสูง เพราะฉะนั้นจึงเป็น “หน้าต่างแห่งโอกาส” ที่นาน ๆ จะเปิดขึ้นสักครั้งหนึ่งที่จะแก้ไขเรื่องสำคัญ ๆ ที่ตามปกติแก้ไขไม่ได้” (ประเวศ วะสี, 2541, น. 2) เหตุการณ์พฤษภา 2535 จึงเปรียบเป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ “เปิด” ให้แก่การปรับยุทธศาสตร์และกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบทให้สอดคล้องกับกระแสความเปลี่ยนแปลง ที่สามารถสร้างความได้เปรียบในการขับเคลื่อนขบวนการแพทย์ชนบทมากยิ่งขึ้น ในการสร้างพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชน และผู้นำทางการเมืองกลุ่มอื่น ๆ ในฐานะพันธมิตรใหม่ของเครือข่ายเคลื่อนไหวที่จะนำไปสู่การปฏิรูป เพื่อเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขต่อไป

⁹⁵ อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอที่ตั้งเป็นข้อสังเกตว่า กระแสการพัฒนาประชาธิปไตยโดยเฉพาะที่ขยายตัวในหมู่ชนชั้นกลางช่วงพฤษภา 2535 นั้น อาจเป็นเพียงกระแสของปฏิกิริยาความไม่พอใจผู้นำทางการเมืองที่ไร้ความรุนแรง การทุจริต รวมถึงเป็นการสร้างวาทกรรมตัวตนของชนชั้นกลาง มากกว่าที่จะต้องการสนับสนุนประชาธิปไตยและขับไล่เผด็จการ หากสนใจโปรดดู ไชยันต์ ไชยพร (2545) และ เสกสรรค์ ประเสริฐกุล (2557, น. 97-100).

เหตุการณ์พฤษภา 2535 เป็นการชุมนุมประท้วงต่อต้านรัฐบาลสุจินดา คราประยูร ของประชาชนในการคัดค้านการสืบทอดอำนาจของ คณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (รสช.) และคัดค้านรัฐธรรมนูญที่ไม่เป็นประชาธิปไตย (ถวิลวดี บุรีกุล, 2552, น. 43-45) นับเป็นครั้งแรกหลังเหตุการณ์ตุลาคม 2519 ที่สมาชิกในขบวนการแพทย์ชนบทได้กลับมามีส่วนร่วมในการประท้วงทางการเมือง⁹⁶ อีกครั้ง ในการต่อต้านการใช้ความรุนแรงปราบปรามประชาชนของ พล.อ.สุจินดา คราประยูร (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 230) ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรภาคประชาชน ที่เริ่มมีบทบาททางการเมืองอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมเพิ่มมากขึ้นในช่วงทศวรรษ 2530 (Callahan, 1995; นฤมล ทับจุมพล, 2543, น. 87) โดยนพ.ปริดา เต๋ออารักษ์ ประธานชมรมแพทย์ชนบท ชุดที่ 14 (2534-2535) ได้ออกแถลงการณ์ประณามรัฐบาล รสช. ที่ใช้ความรุนแรงในการปราบปรามประชาชนที่ออกมาชุมนุมต่อต้านรัฐบาล แพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั่วประเทศได้พร้อมใจกันไว้ทุกข์และแขวนป้ายดำหน้าโรงพยาบาล พร้อมกันนั้นแพทย์ชนบทหลายกลุ่ม (ทั้งแพทย์จากชมรมแพทย์ชนบทและแพทย์ที่ไม่ได้เข้าร่วมกับชมรม) ได้ร่วมกับประชาคมในจังหวัดตนเอง เดินไปยังศาลากลางเรียกร้องให้มีการยุติการใช้ความรุนแรงกับประชาชน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 229)

“สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัดในเกือบทุกจังหวัด ได้เป็นแกนหลักและกำลังสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร และสนับสนุนการเคลื่อนไหวของประชาชนทั่วทั้งประเทศ”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546, น. 189)

สมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทในส่วนกลางยังมีบทบาทในการประสานให้การช่วยเหลือกับแพทย์กลุ่มอื่น จัดทีมดูแลประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บในระหว่างเกิดการสลายการชุมนุม นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ตั้งศูนย์การดูแลประชาชนผู้ได้รับบาดเจ็บที่โรงแรมรัตนโกสินทร์ ในขณะที่ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม ได้จัดตั้งหน่วยประสานงานที่วังเทเวศร์ กระทรวง

⁹⁶ องค์กรทางการแพทย์อื่น ๆ นอกจากชมรมแพทย์ชนบทและสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบท ได้เข้าร่วมให้การช่วยเหลือประชาชนผู้บาดเจ็บและให้การสนับสนุนการชุมนุมประท้วงในครั้งนี้ด้วย อาทิเช่น แพทยสภา ชมรมแพทย์ประจำบ้าน 7 สถาบัน ชมรมแพทย์โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ฯลฯ (เกียรติชัย สารเศวต, 2537, น. 48).

สาธารณสุข (ก่อนที่กระทรวงสาธารณสุขจะย้ายไปตั้งที่นนทบุรี) ทำงานด้านการรับและส่งข้อมูลข่าวสารการชุมนุมและความรุนแรงไปยังศูนย์ข่าวทั้งในประเทศและนอกประเทศ นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ได้อธิบายถึงบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงเหตุการณ์พฤษภา 2535 ไว้ดังนี้

“พฤษภา 2535 ก็พวกผมทั้งนั้นที่เข้าไปมีบทบาทร่วมอีก ทั้ง ๆ ที่เป็นข้าราชการ เข้าไปให้การช่วยเหลือประชาชนผู้ชุมนุม ไปตั้งหน่วยพยาบาลที่โรงแรมรอยัล เอารถพยาบาลไปร่วมประสานเอ็นจีโอกับนักข่าว เราเล่นบทบาทประชาธิปไตยเท่าที่เล่นได้ กับอีกหน้าคือการเป็นข้าราชการซึ่งมีธรรมชาติในการเข้าหาผู้ใหญ่คือผู้มีอำนาจในการผลักดันนโยบาย ถ้าบาล้านซ์ไม่ดีมันจะทำให้เสียหายได้และขัดแย้งในตัวเอง”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

แพทย์ส่วนหนึ่งยังได้มีส่วนร่วมเคลื่อนไหวในนาม “สมาพันธ์ประชาธิปไตย” อันได้แก่ นพ.สันต์ หัตถิรัตน์ นพ.เหวง โตจิราการ ร่วมกับคณะกรรมการอีก 5 คน ได้แก่ พล.ต.จำลอง ศรีเมือง นายปริญญา เทวานฤมิตรกุล นายสมศักดิ์ โกศัยสุข นางประทีป อึ้งทรงธรรม ร.ต.ฉลาด วรฉัตร เพื่อรับผิดชอบในการจัดการชุมนุมแห่งองค์กรต่าง ๆ ที่เข้าร่วมการชุมนุมเป็นจำนวนมาก ทำให้ยากลำบากต่อการบริหารและการจัดการเคลื่อนไหว (Bamber, 1997, pp. 240-242; เกียรติชัย สารเสวต, 2537, น. 49; ถวิลวดี บุรีกุล, 2552, น. 44-45)

“ต่อมาภายหลังเมื่อเหตุการณ์สงบลง สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในหลายจังหวัดได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในการเป็นคณะกรรมการองค์กรกลางเพื่อประชาธิปไตยในระดับจังหวัด ทำหน้าที่ในการสอดส่องดูแลการเลือกตั้งในระดับพื้นที่ ในขณะที่สมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทในส่วนกลางหลายคน เช่น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในคณะกรรมการองค์กรกลางเพื่อประชาธิปไตยของระดับประเทศ...นับได้ว่าพฤษภาทมิฬ เป็นเหตุการณ์ครั้งแรกที่ขบวนการแพทย์ชนบทได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสร้าง ธรรมนูญในระบอบประชาธิปไตย นอกเหนือจากช่วงเหตุการณ์ 14 ตุลาคม 2516 และ 6 ตุลาคม 2519”

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2546, น. 231)

ในเหตุการณ์พฤษภา 2535 สมาชิกคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทได้ผานการเคลื่อนไหวของขบวนการเข้ากับกระแสของการเรียกร้องประชาธิปไตยและการปฏิรูปทางการเมือง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้ขบวนการแพทย์ชนบทใช้โอกาสนี้ ในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป ในขณะที่พลังของระบบราชการที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจเริ่มถดถอยลง เมื่อเผชิญกับกระแสของการเรียกร้องการกระจายอำนาจ ภายหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535 อันเป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนต่อการปรับกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบท จากการพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำมาสู่ “การมีส่วนร่วม การกระจายทรัพยากร และการลดความเหลื่อมล้ำ” ซึ่งเป็นกรอบความคิดที่สอดคล้องกับกระแสในการเรียกร้องการมีส่วนร่วมทางการเมืองตามระบอบประชาธิปไตย ขบวนการแพทย์ชนบทได้คว้าโอกาสที่เปิดกว้างนี้ ในการผลักดันการวางรากฐานการปฏิรูปในระลอกแรก โดยเชื่อมต่อไปยังพันธมิตรทางการเมืองระดับชนชั้นนำในรัฐบาล ได้แก่ นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน ความพยายามในระลอกแรกนี้นำมาสู่การก่อตั้ง “สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ” (สวรส.) อันเป็นองค์กรตระกูล ส. องค์กรแรกที่มีหน้าที่ในการวิจัย ค้นคว้า เพื่อระดมทรัพยากรทางองค์ความรู้ในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ต้องใช้องค์ความรู้และข้อมูลในการเคลื่อนไหวเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับกระทรวงอื่น ๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข⁹⁷ นพ.ประเวศ วะสีได้เล่าถึงช่วงต้นของการผลักดันข้อเสนอให้มีการจัดตั้ง สวรส.ไว้ว่า

“ผมจำได้ ตอนนั้นคุณหมอไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในรัฐบาลของอานันท์ ปันยารชุน พวกเราได้นัดท่านมาประชุมที่โรงแรมเอเชีย และกินอาหารที่ห้องอาหารเวียดนามพร้อมกับเสนอเรื่องนี้ ท่านเห็นชอบด้วย สงวน (นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์-ผู้วิจัย) เป็นผู้ได้รับมอบให้ไปยกร่างพระราชบัญญัติ สวรส. เข้าสภานิติบัญญัติ เข้าใจว่าวันสุดท้ายพร้อมกับ พ.ร.บ.เกี่ยวกับการควบคุมการสูบบุหรี่ 2 ฉบับ ที่คุณหมอหทัย ชิตานนท์ และคุณหมอประกิต วาทีสาชกกิจ ล้วน

⁹⁷ ดังจะเห็นได้จาก มาตรา 3 ของ พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ความว่า “มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้ “การพัฒนาาระบบสาธารณสุข” หมายความว่า การศึกษา ค้นคว้า และวิจัย กิจกรรมด้านสาธารณสุข ในเชิงสหวิทยาการ โดยสัมพันธ์กับศาสตร์ด้านอื่น เช่น สังคมศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การแพทย์ เศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา หรือพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อให้กิจการด้านสาธารณสุขสามารถพัฒนาไปอย่างมีระบบ และสามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ”.

อยู่แทบหัวใจวาย เพราะวันนั้นเป็นวันสุดท้ายของสภาแล้ว และมีพระราชบัญญัติรอ
เข้าหลายฉบับด้วยกัน”

ประมวล วรรษี (2543, น. 31)

จากโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปหลังเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 ร่วมกับการขึ้นมาใช้อำนาจของพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมืองที่มาจากระบบราชการ เป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถผลักดันการจัดตั้งองค์กรอย่างเป็นทางการขึ้นมาเป็นผลสำเร็จ โดยองค์กร สวรส. จะทำหน้าที่ในการระดมทรัพยากร เพื่อสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวทางของขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป

2. การจัดตั้งองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม

ในส่วนนี้จะเป็นการอธิบายปัจจัยองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดม อันได้แก่ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ซึ่งถูกจัดตั้งขึ้นมาเพื่อผลักดันการค้นคว้าและระดมทรัพยากรในด้านองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข และองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมทรัพยากรในเชิงเครือข่ายสนับสนุน จากการสร้างพันธมิตรกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และบทบาทของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา โดยจะอธิบายต่อไปตามลำดับ

2.1) สำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.)

กล่าวได้ว่าการจัดตั้ง สวรส. มีการเตรียมการทางด้านข้อมูล การวางโครงสร้างองค์กร รวมถึงฐานความรู้เชิงวิชาการที่สนับสนุนการจัดตั้งล่วงหน้าตั้งแต่ช่วงต้นทศวรรษ 2530 ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ที่ก่อตั้งโดย นพ.ประมวล วรรษี ในช่วงปี 2530 โดยนพ.ประมวล วรรษีกล่าวว่า “ความคิดเรื่องการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเกิดขึ้นในงานปฏิรูประบบสาธารณสุข อันเป็นงานหนึ่งของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ⁹⁸” (ประมวล วรรษี,

⁹⁸ คณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ (National Epidemiology Board of Thailand) ก่อตั้งโดย นพ.ประมวล วรรษี มีมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์สนับสนุนทางการเงิน โดยมีเงื่อนไขในการให้ทุนว่า “ต้องเป็นทุนที่ให้เพื่อเป็นการสนับสนุนหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข” เมื่อก่อตั้งในช่วงปี 2530 (นายเทอดพงษ์ ไชยนันท์

2543, น. 31) โดยสมาชิกของขบวนการแพทย์ชนบทมีส่วนร่วมสำคัญในการทำงานนี้ ได้แก่ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ รวมถึง อ.ปฐม มณีโรจน์ จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) ร่วมทำรายงานการวิจัยเป็นข้อเสนอให้มีการจัดตั้งองค์กร สวรส. ซึ่งนับเป็นองค์กรตระกูล ส. องค์กรแรกที่ถือกำเนิดขึ้น ในปี 2535 ภายใต้รัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวถึงบทบาทของคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติในการผลักดัน พ.ร.บ. สวรส. ไว้ดังนี้

“คณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้มีการปฏิรูปใหญ่ไปเมื่อปี พ.ศ. 2517 พบว่าโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นมีปัญหาใหญ่ 3 ประการ คือ 1. ไม่มีหน่วยงานที่

เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และมี นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข) นพ.ประเวศ วะสี ดำรงตำแหน่งประธาน นพ.ประยูร กุณาศล เป็นเลขาธิการ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เป็นผู้ช่วยเลขาธิการ นพ.ประเวศ วะสี กล่าวเพิ่มเติมเกี่ยวกับคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติไว้ว่า “มีแพทย์ชนบทต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างมาก นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นคนช่วยยกวางโครงสร้างขององค์กรนี้” (ประเวศ วะสี, 2543, น. 30) ต่อมาเนื่องจากเกิดความขัดแย้งกับนายบุญพันธ์ แซ่ฉ้วนะ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติจึงได้ยุบตัวลงในวันที่ 29 มีนาคม 2536 มีการโอนบุคลากร แผนงาน และงบประมาณในการดำเนินงานของคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ ที่ได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ไปดำเนินงานต่อภายใต้ “มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ” (มสช.) ซึ่งจดทะเบียนก่อตั้งอย่างเป็นทางการในปี 2534

พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา ผู้มีบทบาทในการวิพากษ์วิจารณ์พ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า สำนักงานคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติถือเป็นองค์กรตระกูล ส. องค์กรแรก ที่นพ.ประเวศ วะสี มีบทบาทสำคัญในการก่อตั้ง โดยใช้ทุนที่ได้รับจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ สนับสนุนการทำวิจัยเพื่อจัดทำกฎหมายเสนอแก่รัฐบาล อานันท์ ปันยารชุน ในปี 2535 นำมาสู่การก่อตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) พญ.เชิดชู กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “คนทั่วไปข้างนอกไม่ค่อยรู้เรื่องนี้ สำนักงานคณะกรรมการระบดวิทยาแห่งชาติ นับเป็นองค์กรตระกูล ส.องค์กรแรกของ นพ.ประเวศ วะสี ไปขอทุนมาจากมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มาทำวิจัยเพื่อสนับสนุนการก่อตั้ง สวรส. โดยมาเช่าพื้นที่สำนักงานในกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเมื่อขัดแย้งกับรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข จึงได้โอนเงินทุนทั้งหมดไปก่อตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ แล้วไปดูแลรายชื่อของคณะกรรมการมูลนิธิ ก็บรายชื่อผู้ที่ได้รับทุนทำวิจัย เป็นชื่อของพวกแพทย์ชนบทและเครือข่ายทั้งหมด” (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, สัมภาษณ์, 30 มีนาคม 2560) โดยรายชื่อของเลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติตั้งแต่ช่วงก่อตั้งจนถึงปัจจุบัน มีดังนี้ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ทำหน้าที่เป็นเลขาธิการขององค์กรก่อตั้งแรกเริ่มในปี 2530 จนสามารถจดทะเบียนอย่างเป็นทางการได้เมื่อปี 2534 (2530-2536) พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2536-2539) นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (เม.ย. 2539 – พ.ย.2539) นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (2540-2542) และนพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2543-ปัจจุบัน-2561) ที่มา <http://www.thainhf.org/index.php?module=page&page=detail&id=2#2> เข้าถึงเมื่อ 15/05/61.

ทำหน้าที่พัฒนาองค์ความรู้ ให้สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ 2. ขาดสมดุลระหว่างเรื่องกายกับจิต หน่วยงานที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตในระดับชาติเป็นเพียงหน่วยงานระดับกองเท่านั้น ในขณะที่งานด้านกายมีหลายกรม 3. หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการพัฒนา กำลังคน ซึ่งมีความสำคัญมาก แต่ฐานะเป็นเพียงกอง และกระจัดกระจายกัน คณะผู้วิจัยได้เสนอให้มีการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในที่สุดได้มีการออกพระราชบัญญัติปรับปรุงโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข” (เน้นตามต้นฉบับ)

วิชัย โขควิวัฒน์ (2547, น. 267-277)

ข้อเสนอของคณะผู้วิจัยจากคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ มีผลให้เกิดหน่วยงานระดับกรมขึ้นรับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต ได้แก่ “กรมสุขภาพจิต” ในขณะที่งานด้านพัฒนา กำลังคนได้ทำให้เกิดการก่อตั้ง “สถาบันพระบรมชนก” ขึ้นมา ส่วนข้อเสนอด้านการวางแผนสาธารณสุขนั้น ทำให้กองแผนงานได้ยกฐานะเป็นสำนักนโยบายและแผน⁹⁹ ซึ่งเป็นช่วงเวลาเดียวกับที่สมาชิกคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในสำนักนโยบายและแผน อันได้แก่ นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ซึ่งดำรงตำแหน่งหัวหน้าฝ่ายแผนงานสาธารณสุข กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปี 2535-2536 (กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 187) โดยสาเหตุที่มีการผลักดันให้มีการออกพระราชบัญญัติจัดตั้ง สวรส. เพื่อให้องค์กรนี้มีอิสระในการกำหนดทิศทางการวิจัยค้นคว้า รวมถึงสามารถระดมทรัพยากรได้ด้วยตัวเองโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบราชการและฝ่ายการเมือง

“หน่วยงานสำคัญหน่วยหนึ่งคือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งเรียกย่อ ๆ ว่า สวรส. ต้องมีการออกพระราชบัญญัติแยกต่างหากเพราะเจตนารมณ์ต้องการให้เป็นหน่วยงานอิสระ เนื่องจากเป็นหน่วยงานสร้างองค์ความรู้ ไม่ควรถูกครอบงำโดยผู้มีอำนาจทั้งฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการประจำ...”

วิชัย โขควิวัฒน์ (2547, น. 276-278)

⁹⁹ ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เมื่อเดือนตุลาคม 2545.

การผลักดันพ.ร.บ. ฉบับนี้ได้อาศัยเครือข่ายชนชั้นนำทางการเมืองอย่างมาก เพื่อให้สามารถผ่านสภาออกมาเป็นกฎหมายได้ทัน นพ.ประเวศ วะสีกล่าวว่า การผลักดันการจัดตั้งองค์กรอิสระอย่าง สวรรส. นี้เป็นไปได้ยากในสถานการณ์ปกติทางการเมือง สถานการณ์ “พิเศษ” ทางการเมือง อย่างรัฐบาลที่มาจากการแต่งตั้งซึ่งเป็นพันธมิตรอย่างรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน จึงเป็นหน้าต่างแห่งโอกาสที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้อธิบายการผลักดัน พ.ร.บ. สวรรส. ไว้ดังนี้

“นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีส่วนสำคัญในการ “ทำคลอด” พระราชบัญญัติจัดตั้ง สวรรส. เล่าว่า เมื่อนำร่างกฎหมายดังกล่าวเสนอคณะรัฐมนตรีกลั่นกรองนั้น เหลือเวลาเพียงเดือนเศษรัฐบาลก็จะพ้นหน้าที่แล้ว ในการพิจารณาครั้งนั้นมีรัฐมนตรีจากต่างกระทรวงคัดค้าน เห็นว่าเรื่องของการศึกษาวิจัยควรเป็นเรื่องของมหาวิทยาลัย และมีประเด็นปลีกย่อยให้ต้องแก้ไขอีกเป็นอันมาก จึงให้กลับไปแก้ไข แล้วนำกลับมาพิจารณาใน ครม. กลั่นกรองใหม่ ซึ่งแปลว่ากฎหมายต้อง “แห้ง” แน่นอนเพราะไม่ทันเวลาแล้ว ในที่สุดมีการต่อรองขอให้มีการแก้ไขตามหลักการและข้อท้วงติงต่าง ๆ แล้วนำเสนอคณะรัฐมนตรีโดยตรงไม่ต้องผ่าน ครม. กลั่นกรองอีกครั้ง ประธาน ครม. กลั่นกรอง นอกจากเห็นชอบแล้วยังมอบหมายให้นายชัยวัฒน์ วงศ์วัฒนศาสตร์ นักกฎหมายมือดีจากคณะกรรมการกฤษฎีกาในขณะนั้นเข้าไปช่วยด้วย..กฎหมายปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและกฎหมายจัดตั้ง สวรรส. ได้เข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาตินัดสุดท้าย...ส่วนกฎหมายจัดตั้ง สวรรส. ใช้เวลาทั้งสิ้น 28 นาที ไม่มีผู้ใดอภิปรายคัดค้านในเรื่องหลักการ มีเพียงนายวิชัย โสสุวรรณจินดา อภิปรายเรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการเท่านั้น”

วิชัย โชควิวัฒน์ (2547, น. 278-279)

การผลักดันการจัดตั้ง สวรรส. เป็นการผลักดันการจัดตั้งองค์กรในการปฏิรูปอย่างเป็นทางการเป็นครั้งแรก ที่มีกฎหมายรองรับจากพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจเชิงความรู้ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เนื่องจากหน่วยงานวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสำนักนโยบายและแผน สำนักวิจัยทางการแพทย์นั้นเป็นสถาบันที่สร้างองค์ความรู้ภายใต้โครงสร้างระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข การผลิตงานวิจัยจึงเป็นการผลิตงานวิจัยและองค์ความรู้ที่สนับสนุนโครงสร้าง

การทำงานของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายของผู้บริหารอย่างรัฐมนตรีว่าการฯ และ ปลัดกระทรวง การจะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจหรือจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขใหม่นั้น จึงจำเป็นต้องมีสถาบันวิจัยที่มีเป้าหมายในการวิจัยและมีผู้นำที่มิวิจัยที่มีกรอบความคิดเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขที่แตกต่างออกไป เพื่อผลิตองค์ความรู้และระดมทรัพยากรในเชิงข้อมูลการวิจัย เพื่อเป็นหลักฐานสนับสนุนเชิงนโยบาย และสร้างเครือข่ายการวิจัย ภายใต้ธงที่มุ่งไปสู่การผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั้งจากภายนอกและภายในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างแนวร่วมเชิงนโยบายจากงานวิจัยในสถาบันวิชาการอื่น ๆ โดยมีสมาชิกของ ขบวนการแพทย์ชนบทที่มีเป้าหมายในการปฏิรูประบบสาธารณสุขเป็นผู้นำการวิจัยที่สำคัญ

“ สวรรส. เป็นองค์กรสำคัญที่มี พ.ร.บ. จัดตั้งขึ้นในลักษณะที่อิสระ คล่องตัว และ ต่อเนื่อง เพื่อสามารถสร้างและสะสมปัญญาได้ต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบ...งานที่ สวรรส. เป็นงานที่มีความสำคัญมาก ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือปฏิรูประบบสุขภาพ โดยอาศัยการสร้างความรู้เชิงระบบ ระบบสุขภาพซับซ้อนและละเอียด ถ้าไม่วิจัยสร้างความรู้ก็ปฏิรูปไม่ได้ ความรู้เป็น ขึ้น ๆ ที่แยกกันก็ไม่พอที่จะเกิดพลังของการปฏิรูป ต้องเป็นความรู้ที่เชื่อมโยงเป็น ระบบ ลังเคราะห์ไปเป็นประเด็นเชิงนโยบาย ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากมาก ไม่ค่อยมีใคร วิจัยนี้เพราะขาดความเข้าใจระบบ แพทย์ชนบทมีพื้นฐานทางการจัดการมาก่อน¹⁰⁰ จึงอยู่ในฐานะจะเข้าใจระบบ และเมื่อบวกด้วยเครื่องมืออย่างอื่น จึงทำให้สามารถ สร้างความรู้เชิงระบบได้ ผมคิดว่าเรื่องงานวิชาการของแพทย์ชนบท ทั้งที่เกี่ยวข้อง กับ สวรรส. และไม่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญมาก เพราะตรงนี้คือการสร้างปัญญา ที่จะ นำไปสู่การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชน ผมมี ความภูมิใจที่มีส่วนเสนอให้ตั้งสถาบันแห่งนี้”

ประเวศ วะสี (2543, น. 33)

¹⁰⁰ นพ.ประเวศ วะสี กล่าวถึงแพทย์ชนบทหลายคนได้ร่วมงานกับ สวรรส. ได้แก่ นพ.ศุภกร บัวสาย นพ.ยงยุทธ ขจรธรรม นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ เป็นต้น” (ประเวศ วะสี, 2543, น. 32).

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ผู้อำนวยการคนแรกของ สวรส. กล่าวว่า “หากจะโจมตีว่า สวรส. วิจัยอย่างมีธงมันก็พูดได้ เพราะเราตั้ง สวรส. มาเพื่อผลิตงานวิจัยที่สนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุข เนื่องจากภายใต้โครงสร้างของการผลิตองค์ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้น ไม่สามารถผลิตงานวิจัยและองค์ความรู้มาสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้แน่นอน” (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สัมภาษณ์, 10 ตุลาคม 2559) สวรส. จึงเป็นสถาบันการระดมทรัพยากรอย่างเป็นทางการ ในการสร้างอำนาจทางองค์ความรู้เพื่อมาต่อสู้หรือต่อรองกับองค์ความรู้ในด้านการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงที่ สวรส. สร้างจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจเชิงองค์ความรู้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดขึ้นมาเป็นพื้นฐาน และนำเอาอำนาจเชิงองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้ไปสนับสนุนการก่อตั้งองค์กรทางกรอื่น ๆ ต่อไป

“ในช่วงเวลานั้น สวรส. ได้เอื้ออำนวยให้เกิดองค์กรลูกตามมาอีก 6 องค์กร ได้แก่ 1.สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ¹⁰¹ (สปรส.) 2. สำนักงานโครงการวิจัยระยะยาวในเด็กไทย 3. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.-Hospital Accreditation: HA) 4.สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.) 5.สำนักงานการสำรวจสภาวะสุขอนามัย (สทสอ.) 6.สำนักพัฒนานโยบายสาธารณสุขระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, Thailand: IHPP) นอกจากนี้ในช่วงเวลาเดียวกับที่เกิด สวรส. นั้น ได้มีการผลักดันการจัดตั้ง “สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย” หรือ สกว. และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ” หรือ สวทช. สถาบันทั้งสาม (สวรส. สกว. และ สวทช.-ผู้วิจัย) เกิดขึ้นจากการผลักดันของหลายฝ่าย โดยเฉพาะ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี และเกิดขึ้นได้เพราะมีผู้นำประเทศที่มีวิสัยทัศน์และความรู้ความสามารถอย่าง นายอานันท์ ปันยารชุน...ข้อมูลสำคัญที่มีการนำเสนอและนำไปสู่การตัดสินใจดำเนินโครงการ (30 บาทรักษาทุกโรค-ผู้วิจัย) เป็นข้อมูลจากการศึกษาล่วงหน้ามาอย่างยาวนานของ สวรส. นั่นเอง”

วิชัย โขควิวัฒน์ (2547, น. 279-280)

¹⁰¹ จัดตั้งขึ้นเพื่อผลักดันการก่อตั้ง สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในปี 2550.

นอกจากการระดมทรัพยากรทางด้านองค์ความรู้แล้ว สวรรส.ยังเป็นโครงสร้างในการระดมทรัพยากรด้านงบประมาณ ที่มีกฎหมายรองรับที่จะได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล เพื่อนำมาใช้เป็นทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อผลักดันขบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากเนื้อหาในมาตรา 18 และ 19 ในพ.ร.บ. สวรรส. ดังนี้

“มาตรา ๑๘ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสถาบัน เรียกว่า “กองทุนเพื่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุข” เพื่อเป็นทุนหมุนเวียนและใช้จ่ายสำหรับการดำเนินงานของสถาบัน ประกอบด้วย (๑) เงินทุนประเดิมที่รัฐบาลจัดสรรให้ (๒) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณแผ่นดินประจำปี (๓) เงินอุดหนุนจากต่างประเทศ รวมทั้งองค์ระหว่างประเทศ (๔) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้มอบให้เพื่อสมทบกองทุน (๕) ดอกผลหรือรายได้ของกองทุน รวมทั้งผลประโยชน์จากทรัพย์สินทางปัญญา และค่าตอบแทนการให้ใช้หรือการโอนสิทธิบัตร (๖) เงินและทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของกองทุน” **มาตรา ๑๙** รายได้ของกองทุนและของสถาบันให้นำส่งเข้ากองทุนโดยไม่ต้องส่งกระทรวงการคลัง”

(พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535)

รวมทั้งได้ผนวกเอาทรัพยากรที่อยู่ในโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ กองระบาศาตราจารย์ งานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ฝ่ายเทคนิคการวางแผนและบริหารแผนงานโครงการสาธารณสุข กองแผนงานสาธารณสุข ที่เป็นหน่วยงานที่เคลื่อนไหวด้านการปฏิรูปก่อนการเกิดสวรรส. เข้าร่วมกับสวรรส. ดังจะเห็นได้จาก มาตรา 23 ในพ.ร.บ. สวรรส. ดังนี้

“มาตรา ๒๓ ให้โอนบรรดาอำนาจหน้าที่ กิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ รวมทั้งเงินงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับราชการของฝ่ายศึกษาวิจัย กองระบาศาตราจารย์ และงานเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ฝ่ายเทคนิคการวางแผนและบริหารแผนงานโครงการสาธารณสุข กองแผนงานสาธารณสุข ที่มีอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ไปเป็นของสถาบัน”

(พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535)

การก่อตั้ง สวรส. เป็นการสร้างองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมทรัพยากรอย่างเป็นทางการ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างองค์ความรู้และฐานการวิจัยที่มีส่วนสำคัญในการสร้างข้อเสนอสนับสนุนเชิงนโยบาย ซึ่งต้องสร้างการระดมองค์ความรู้ในเชิงระบบที่มากกว่าเพียงด้านสาธารณสุข อาทิเช่น ข้อมูลทางด้านงบประมาณ กฎหมาย เศรษฐศาสตร์ การจัดการ ฯลฯ อย่างไรก็ตามการอาศัยเพียงฐานองค์ความรู้ นั้น ยังไม่เพียงพอต่อการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดขึ้นได้ เนื่องจากข้อเสนอและองค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยของ สวรส. หากยังคงต้องเสนอผ่านโครงสร้างของกลไกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการรวมศูนย์อำนาจและทรัพยากร ย่อมประสบกับการต่อต้านและขัดขวางจากผู้บริหารและกลุ่มข้าราชการที่ไม่เห็นด้วยกับการกระจายอำนาจและทรัพยากรทางสาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากปัจจัยของความเสื่อมถอยของชมรมแพทย์ชนบทที่ได้อธิบายในบทที่ผ่านมา จากอุปสรรคเชิงโครงสร้างในระบบราชการนี้เอง ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้สร้างพันธมิตรใหม่เพื่อสร้างพลังในการเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข อันได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน (เอ็นจีโอ) ซึ่งจะกลายเป็นปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสามารถครองอำนาจนำในขบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข และสามารถผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขจนเป็นผลสำเร็จ ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

2.2) การสร้างพันธมิตรกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และบทบาทของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

ดังได้กล่าวมาการสร้างพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยงานศึกษาความสำเร็จในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของไทยชิ้นล่าสุดของ Nam (2018) “Partnering for Universal Health Coverage in Thailand: Bureaucrats and NGOs” ได้อธิบายถึง ปัจจัยในการเป็นพันธมิตรกันระหว่างขบวนการข้าราชการแพทย์หัวก้าวหน้าและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคประสบความสำเร็จ Nam กล่าวว่าความร่วมมือเป็นพันธมิตรอันเหนียวแน่น (solidarity coalition) ระหว่างขบวนการแพทย์ข้าราชการหัวก้าวหน้า ที่นำโดยสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบท กับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนได้ก่อให้เกิดการสะสมทุนและทรัพยากรที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ องค์ความรู้

ทางด้านนโยบาย (deep policy knowledge) การระดมองค์ความรู้และทรัพยากรเรื่องวิธีการเคลื่อนไหว (mobilizing know-how) และการสร้างเครือข่าย (networks) (Nam, 2018, p. 216)

อย่างไรก็ตามก่อสร้างความร่วมมือเป็นพันธมิตรอันเหนียวแน่นระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนนั้น ไม่ได้เป็นการรวมตัวอย่าง “ตั้งรับ” หรือ เกิดขึ้นอย่างเป็นไปเอง หากเป็นการเคลื่อนไหว “เชิงรุก” ของขบวนการแพทย์ชนบทอย่างตั้งใจ ในฐานะเป็นยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งไม่ได้จำกัดแค่การสร้างความร่วมมือระหว่างกัน แต่ยังมีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในด้านของการสนับสนุนองค์ความรู้ และการจัดตั้งเครือข่าย ซึ่งความเข้มแข็งและเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้จะเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญที่สร้างความเข้มแข็งให้แก่ขบวนการปฏิรูปทางสาธารณสุขที่นำโดยขบวนการแพทย์ชนบทต่อไป

เมื่อกล่าวถึงองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณสุขนั้น ได้มีการรวมตัวจัดตั้งองค์กรประสานงานในชื่อ “คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน” (คปอส.) ขึ้นในปี 2526 เครือข่ายสมาชิกประกอบด้วย ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิสุขภาพไทย ชมรมทันตสาธารณสุข ชมรมสาธารณสุขมูลฐานสูงเนิน ประทาย และกลุ่มเภสัชกรชุมชน โดยต่อมาได้ขยายแนวร่วมองค์กรด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ได้แก่ มูลนิธิหมอชาวบ้าน กลุ่มอาสาสมัครเพื่อผู้บริโภค คณะกรรมการองค์กรเอกชนด้านเอดส์ มูลนิธิอารมณ์พงศ์พจน์ มูลนิธิเพื่อนหญิง มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 46-48) เครือข่ายร่วมมือนี้เกิดขึ้นจากการทำงานใกล้ชิดร่วมกันระหว่างแพทย์ชนบทที่ทำงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ทำให้หลาย ๆ ครั้งมีการทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวในประเด็นร่วมกัน โดยเครือข่ายองค์กรเหล่านี้มีบทบาทเคลื่อนไหวรณรงค์ด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม สร้างความตื่นตัวและให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่สังคม โดยมีการรณรงค์ที่สำคัญได้แก่ กรณีการคัดค้านการจดสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์ยา จากการถูกกดดันจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกาในเรื่องการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา ในช่วงปี 2528-2535 อันมีผลให้ต้นทุนราคาขายของประเทศไทยมีราคาสูงขึ้น รวมถึงอุตสาหกรรมการผลิตยาภายในประเทศต้องหยุดชะงักลง การเคลื่อนไหวต่อสู้ในเรื่อง

สิทธิบัตรยานี้ องค์กรพัฒนาเอกชนทางสาธารณสุขได้ดำเนินการเคลื่อนไหวต่อเนื่องร่วมกับภาคประชาสังคมอื่น ๆ อย่างยาวนาน¹⁰² (จกรี ไชยพินิจ, 2553, น. 173-193)

“ความร่วมมือประสานกันระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนจึงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่แพทย์ชนบทจำนวนมากเป็นกรรมการหรือมีส่วนผลักดันการเคลื่อนไหวขององค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุขในเรื่องต่าง ๆ มากมาย ในทางกลับกันการเคลื่อนไหวที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทก็ต้องพึ่งพาและประสานความร่วมมือกับกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนด้วยจึงจะประสบความสำเร็จ”

นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545, น. 51)

อย่างไรก็ตามหากอาศัยเพียงความร่วมมือระหว่างขบวนการแพทย์ชนบท กับองค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุขนั้น ยังไม่มีพลังมากเพียงพอต่อการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่มีระบบราชการรวมศูนย์เป็นกลไกควบคุมการกระจายทรัพยากรและการตัดสินใจเชิงนโยบาย จึงมีความจำเป็นทางยุทธศาสตร์ที่ต้องสร้างเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่กว้างขวางออกไปกว่าด้านสาธารณสุข เป็นที่มาของบทบาทสำคัญของ “สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา” (สทพ.- LDI) ในการเชื่อมโยงเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขเข้ากับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการพัฒนาชนบท โดยผู้มีบทบาทสำคัญได้แก่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนอย่างสำคัญจากนพ.ประเวศ วะสี โดยได้เริ่มดำเนินการในช่วงต้นถึงกลางทศวรรษ 2530 ดังที่ได้อธิบายไว้เบื้องต้นในบทที่ 5 ที่ผ่านมา นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช กล่าวว่า

“พี่สงวนเคยใช้พวกเอ็นจีโอทำงานตั้งแต่ทำงานที่โรงพยาบาลบัวใหญ่ เอาเงินทุนจากกองทุนมูลนิธิต่างประเทศ แล้วทำงานร่วมกับทีมเอ็นจีโอ ดิงคุณ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม เข้ามาร่วม หมอหงวนเข้าทำแอลดีไอ ช่วยงานคุณหมอประเวศคือสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ตอนนั้นเริ่มสร้างเป็นเน็ตเวิร์ก ความคิดแบบเกษตรผสมผสาน เริ่มเข้ามา กลุ่มลี้จจะออมทรัพย์เข้ามา มีหมอพลเดชเข้ามาร่วมด้วย”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

¹⁰² หากสนใจประเด็นเรื่องการเคลื่อนไหวต่อสู้ของขบวนการภาคประชาสังคมกับเรื่องของสิทธิบัตรยาโปรดดู จกรี ไชยพินิจ (2553).

บทบาทสำคัญส่วนหนึ่งของสถาบันและมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) คือการเป็น “องค์กรให้ทุน” ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชน โดยการหาทุน ให้ทุน และการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมให้เข้มแข็ง ในงานศึกษา “องค์กรให้ทุนเพื่อประชาสังคมในประเทศไทย” ของ อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์ (2541) ได้ทำการศึกษบทบาทขององค์กรให้ทุนที่จัดตั้งเพื่อสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชนจำนวน 14 แห่ง¹⁰³ ในช่วงปี 2488-2538 พบว่ามีองค์กรให้ทุน 3 แห่งที่มีวัตถุประสงค์หลักคล้ายคลึงกัน ได้แก่ มูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา¹⁰⁴ ภาควิชาความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนา¹⁰⁵ และมูลนิธิวิเทศพัฒนา¹⁰⁶ โดยทำงาน

¹⁰³ ได้แก่ ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (งบประชาสัมพันธเพื่อการพัฒนาสังคม) สภาสตรีแห่งชาติ ในพระบรมราชินูปถัมภ์ มูลนิธิซิเมนต์ไทย มูลนิธิหนังสือพิมพ์ไทยรัฐ มูลนิธิสโกล์เพื่อการศึกษา มูลนิธิกองทุนการศึกษาเพื่อการพัฒนา มูลนิธิไทย-เยอรมันเพื่อการพัฒนา มูลนิธิเพื่อสถาบันการศึกษาวิชาการจัดการแห่งประเทศไทย สภาก่อการพัฒนเด็กและเยาวชน มูลนิธิสืบนาคะเสถียร มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา สำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง ภาควิชาความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนา มูลนิธิวิเทศพัฒนา.

¹⁰⁴ ก่อตั้งในปี 2534 เพื่อส่งเสริมองค์กรเอกชนไทยและการพัฒนาชุมชน มีจำนวนเงินทุน 35 ล้านบาท จาก CIDA และรัฐบาลแคนาดา ร่วมกับเงินบริจาคและดอกผล มีงบประมาณต่อปี 22 ล้านบาท (อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์, 2541, น. 31) นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เลขาธิการของมูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ระบุว่าเมื่อสิ้นสุดโครงการสนับสนุนของ CIDA แล้ว ในระหว่างปี 2542-2550 มูลนิธิ มีรายรับเฉลี่ย 55.7 ล้านบาท/ปี มีรายจ่ายเฉลี่ย 55.7 ล้านบาท/ปี และมีเงินคงเหลือเป็นกองทุนหลักประกันประมาณ 44.7 ล้านบาท (พลเดช ปิ่นประทีป, 2551, น. 343).

¹⁰⁵ หรือในอีกชื่อคือ ภาควิชาความร่วมมือองค์กรพัฒนาเอกชน ก่อตั้งในปี 2537 เพื่อส่งเสริมกลไกการหาทุนที่มีประสิทธิภาพแก่องค์กรเอกชนทั่วไปและสร้างเครือข่ายการองค์กรพัฒนา มีงบประมาณต่อปี 5 ล้านบาท จากการบริจาคภายในประเทศ (อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์, 2541, น. 31) โครงสร้างของภาควิชาความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนาในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2540 ประกอบด้วยสมาชิกภาคี 8 องค์กร ดังนี้ มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม (TVS) มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI) มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย (TRRM) คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา (ผสพ.-TDSC) ศูนย์สื่อเพื่อการพัฒนา (MCD) มูลนิธิเอเชีย (Asia Foundation) มูลนิธิวิเทศพัฒนา (DCF) คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO-CORD) (อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์, 2541, น. 42).

¹⁰⁶ ก่อตั้งขึ้นในปี 2538 เพื่อส่งเสริมความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างรัฐบาลกับองค์กรเอกชนและองค์กรธุรกิจเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน มีกองทุนก่อตั้ง 40 ล้านบาท จากการสนับสนุนของรัฐบาลไทย USAID ของสหรัฐอเมริกา และ CIDA ของรัฐบาลแคนาดา มีงบประมาณต่อปี 12 ล้านบาท จากการบริจาคในประเทศและต่างประเทศ (อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์, 2541, น. 31).

ผ่านโครงสร้างของ “คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนแห่งชาติ¹⁰⁷” (กป.อพช.) ซึ่งมีเครือข่ายเชื่อมโยงกับ กป.อพช. ในภูมิภาคต่าง ๆ

“องค์กรทั้งสามเกี่ยวข้องใกล้ชิดกันและบางครั้งคนทำงานก็เป็นคนกลุ่มเดียวกัน สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนากับภาคีความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนา มีโครงสร้างการดำเนินการแบบเดียวกัน และมีกิจกรรมเหมือนหรือซ้อนกัน ทั้งสององค์กรใช้แนวทางกระจายอำนาจจากศูนย์กลาง แบ่งอำนาจตัดสินใจและการใช้เงินให้กับองค์กรสาขาในภูมิภาค ซึ่งก็คือ องค์กรเครือข่ายของคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท (กป.อพช. ภูมิภาค)...มูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเป็นองค์กรให้ทุนแห่งแรกที่ลองใช้โครงสร้างภูมิภาคของ กป.อพช. วิธีนี้น่าจะทำให้ กป.อพช. เข้มแข็งขึ้นด้วย ทั้งนี้มูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาที่เป็นสมาชิกของภาคีเครือข่ายความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการพัฒนา โครงสร้างของ กป.อพช. ดังกล่าวจึงถูกนำมาใช้ด้วย นอกจากนี้ภาคีความร่วมมือยังได้จัดตั้งองค์กรระดับภูมิภาคขึ้น เรียกว่า คณะกรรมการระดมทุนเพื่อการพัฒนาในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้”

อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์ (2541, น. 28-29)

ในขณะเดียวกันการทำงานของ กป.อพช. ในด้านการพัฒนาชุมชน ยังมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดในการทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในด้านสาธารณสุข ตัวอย่างเช่น โครงการเข้าถึงเอดส์ ที่เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขมี จอน อึ้งภากรณ์ เป็นผู้อำนวยการ โดยก่อนหน้าที่จอน อึ้งภากรณ์จะมาทำเรื่องการรณรงค์เรื่องเอดส์ ก็ได้เป็นผู้อำนวยการมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคมมาก่อน โดนในตอนช่วงเวลานั้นมูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคมมี เดช พุ่มคชา เป็นผู้บริหารงาน ซึ่ง เดช พุ่มคชา เป็นแกนนำคนสำคัญใน กป.อพช. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่ทำงานในแวดวงเครือข่ายเกษตรทางเลือก การพัฒนาชุมชน สิ่งแวดล้อม นิเวศวิทยา

¹⁰⁷ เดิมก่อตั้งขึ้นในชื่อ “คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท” ในปี 2528 ต่อมาในปี 2537 จึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น “คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน” เพื่อเป็นการขยายความร่วมมือกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านอื่นๆ ที่ไม่ได้ทำงานพัฒนาชนบท หากสนใจโปรดดู http://www.thaicivilsociety.com/?p=content&id_content=114.

จึงเป็นไปอย่างใกล้ชิดและมีส่วนสัมพันธ์กับองค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุขค่อนข้างมาก (นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 50-51) สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาจึงเป็นเหมือนตัวเชื่อมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านการพัฒนาและสาธารณสุขไปพร้อม ๆ กัน

สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนามีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในการดำเนินให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาชุมชนผ่านโครงสร้างของ กป.อพช. ที่มีสาขาในภูมิภาคต่าง ๆ รวมถึงการสนับสนุนการสร้างเครือข่ายนักวิจัยและนักวิชาการ ในการทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน¹⁰⁸ เพื่อเป็นการสร้างฐานองค์ความรู้ในการพัฒนาแบบทางเลือก อันเป็นข้อเสนอที่สำคัญในทางนโยบายที่มีฐานงานวิจัยชุมชนจำนวนมากให้การรองรับ¹⁰⁹ โดยประเด็นการวิจัยเหล่านี้ได้แก่ สิทธิชุมชน การจัดการป่าชุมชน การเกษตรแบบยั่งยืน ภูมิปัญญาชาวบ้าน ฯลฯ (พลเดช ปิ่นประทีป, 2551, น. 341-343) เสกสรรค์ ประเสริฐกุล (2557) ได้กล่าวถึงบทบาทของมูลนิธิและสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ในด้านการผลิตองค์ความรู้ในการพัฒนาทางเลือกสำหรับชุมชนไว้ดังนี้

“...อาจกล่าวได้ว่าการก่อกำเนิดของมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนามีส่วนส่งผลต่อการเจริญเติบโตของภาคประชาสังคม และการค้นหาแนวทางพัฒนาแบบทางเลือก (alternative development) ซึ่งตั้งอยู่บนพื้นฐานของภูมิปัญญาชาวบ้านกับการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน แนวคิดเช่นนี้แม้ไม่ใช่ความคิดทางการเมืองโดยตรงแต่ก็มีนัยทางการเมืองอย่างยิ่ง เพราะมันสามารถกลายเป็นอาวุธทางปัญญาของประชาชนระดับรากหญ้าในการคัดค้านนโยบายพัฒนาของภาครัฐได้ และการคัดค้านแนวทางพัฒนาของรัฐก็ไม่ใช่อะไรอื่น หากคือ

¹⁰⁸ จากเอกสารของมูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา ระบุว่าได้สร้างเครือข่ายนักวิจัยในด้านการพัฒนาชุมชนกว่า 200 คน (พลเดช ปิ่นประทีป, 2551, น. 348).

¹⁰⁹ มูลนิธิสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาได้ทำการรวบรวมผลงานวิจัยและสื่อสิ่งพิมพ์ที่ได้รับการสนับสนุนโดยมูลนิธิ ซึ่งมีประเด็นหลักในด้าน การจัดการป่าชุมชน สิทธิชุมชนท้องถิ่น ชุมชนท้องถิ่นพัฒนา เกษตรกรรมยั่งยืน การส่งเสริมชุมชนเข้มแข็ง องค์กรทางการเงินของชุมชน การเคลื่อนไหวสังคมเพื่อการเปลี่ยนแปลง มีจำนวนกว่า 500 ชิ้น หากสนใจโปรดดู พลเดช ปิ่นประทีป (2551, น. 351-373).

การถ่วงดุลกระบวนการใช้อำนาจแบบรวมศูนย์และต่อต้านการขยายตัวของระบบทุน
อุตสาหกรรม (industrial capitalism)”

เสกสรรค์ ประเสริฐกุล (2557, น. 163)

การทำงานของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาตั้งแต่ในช่วงต้นทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา จึงเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในการสร้างฐานองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชน อันเป็นส่วนหนึ่งของการจัดระเบียบกรอบความคิด (frame alignment) ให้กับขบวนการเคลื่อนไหวในภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ในด้านการกระจายอำนาจและทรัพยากร การพัฒนาทางเลือก การมีส่วนร่วมทางการเมือง และการลดความเหลื่อมล้ำ ซึ่งเป็นแนวทางเดียวกับกรอบความคิดของขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อใช้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้มาเป็นพันธมิตรสำคัญในการระดมการสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้ต่อไป โดย นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช กล่าวถึงความสัมพันธ์ของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาในการเชื่อมโยงไปสู่การสร้างเครือข่ายกับองค์กรพัฒนาเอกชนไว้ว่า “ได้เริ่มดึงพวกเอ็นจีโอเข้ามาร่วม เพราะพวก 14 ตุลาอย่างพวกเรา ถ้าไม่เป็นหมอ ก็เป็นนักข่าวหรือเอ็นจีโอ พวกเอ็นจีโอจากที่เป็นทางเลือก ก็ถูกเลือกให้เป็นกระแสหลัก ตัวเชื่อมสำคัญมาจาก อาจารย์ประเวศ ตั้ง แอลดีไอ (สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา-ผู้วิจัย) จากทุน CIDA ของรัฐบาลแคนาดา ใช้เงิน 200 ล้าน ซึ่งเยอะมากในช่วงเวลานั้น” (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559) การมีภูมิหลังสมัยทำกิจกรรมนักศึกษาและเคลื่อนไหวทางการเมืองในช่วง 14 ตุลาคม 2516 ที่คล้ายคลึงกันระหว่างสมาชิกระดับนำของขบวนการแพทย์ชนบทกับผู้นำองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้การสร้างพันธมิตรระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชนนั้นเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว (Nam, 2018, p. 232)

นอกจากการใช้สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาในการเป็นโครงสร้างในการระดมแล้ว ภายใต้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองในช่วงรัฐบาล อานันท์ ปันยารชุน ที่มีนโยบายการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และส่งเสริมบทบาทการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ใช้โครงสร้างโอกาสที่ “เปิด” ขึ้นนี้จัดตั้งงบประมาณส่วนหนึ่งจากกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนทางสาธารณสุข โดย นพ. พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช กล่าวไว้ว่า

“ในรัฐบาลอานันท์ คุณมีชัย วีระไวทยะ รมต.ประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ก็เป็นเอ็นจีโอตัวพ่อเลย ประกาศว่ารัฐบาลจะสนับสนุนองค์กรสาธารณประโยชน์ และการทำงานของเอ็นจีโอ พี่สงวนจึงดึงเอานโยบายนี้มาสนับสนุน ให้กระทรวงสาธารณสุขตั้งงบประมาณสนับสนุน 49.2 ล้านบาท ตั้งคณะกรรมการเอ็นจีโอ ขึ้นมาบริหารทุนแบบให้เปล่าไม่ต้องมีการตรวจสอบ พี่สงวนเป็นแม่งานหอมมิ่ง (นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช-ผู้วิจัย) เป็นเลขานุการช่วยทำงาน...พี่ สงวน เป็นคนคิดในการตั้งทรัพยากรจากส่วนกลางเอาไปกระจายให้เอ็นจีโอ ตั้ง สุมาลี จาติกวณิช โคทม อารียา ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม เป็นกรรมการ สงวน เป็นเลขานุการ พรหมินทร์เป็นผู้ช่วย คณะกรรมการนี้เป็นคณะกรรมการที่พิจารณาให้ทุนสนับสนุนองค์กรเอ็นจีโอกลุ่มต่าง ๆ และจากจุดนี้เป็นที่มาของ สสส. (กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ-ผู้วิจัย) กลุ่มนี้คือแม่ของ สสส. แล้วหมอประเวศไปล๊อบบี้ทำงบประมาณรณรงค์เรื่องบุหรี่มาสนับสนุนงบตรงนี้ หมอประเวศเข้ามานั่งคุม หมอศุภกรมาทำต่อเรื่องจัดซื้อจัดจ้าง สสส.พัฒนามาจากกลุ่มตรงนี้ได้เอาภาษีบาปจากบุหรี่มาสนับสนุนงบประมาณ เอาบอเอียมาร์ก (earmarked tax หรือ dedicated tax¹¹⁰-ผู้วิจัย) 2% มาทุกปี หลักคิดใหญ่มาจากตรงนี้ นี่คือการใหญ่ ไอเดียมาจากกลุ่มสามพรานทั้งนั้น ตอนนั้นหมอหงวนเป็นผู้ช่วยปลัดซี 8 ผู้อำนวยการฝ่ายแผนงาน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ร่วมงานด้วยกับหอมมิ่งในช่วงเวลานี้”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

งบประมาณที่นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นำมาสนับสนุนให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นงบประมาณปี 2534 จำนวน 49.2 ล้านบาท โดยได้จัดสรรให้องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขถึง 33 หน่วยงาน โดย นพ.พรหมินทร์ อธิบายการจัดการงบประมาณที่สนับสนุนแก่องค์กรพัฒนาเอกชนว่า “ให้บริหารเงินกันเองแบบให้เปล่า แนวคิดนี้ได้พัฒนาจนเป็นที่มาของสำนักงาน

¹¹⁰ เป็นการผูกพันการจัดเก็บภาษีกับการจัดสรรภาษีเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพ ซึ่ง สสส.ได้รับแนวคิดและการจัดการจาก มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย (Victorian Health Promotion Foundation-VicHealth) และ Health Sponsorship Council (HSC) ประเทศนิวซีแลนด์ (ปารีชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 27-32).

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. ที่ตัดเงินภาษีสรรพสามิตที่ได้จากเหล้า บุหรี่มาสนับสนุน ซึ่งการจัดงบดังกล่าวได้สืบทอดมาจนทุกวันนี้ เงินงบประมาณดังกล่าวยังนำไปสนับสนุนให้เกิดสถานีโทรทัศน์ไทยพีบีเอสอีกด้วย” (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, อ้างถึงใน กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 187)

จากที่กล่าวมาทำให้เห็นถึงชุดของยุทธศาสตร์ที่ต่อเนื่องในการใช้บทบาทของ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา รวมถึง การจัดสรรงบประมาณประจำปีจากกระทรวงสาธารณสุขของนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อันเป็นต้นแบบของแผนการทำงานของ สสส. ที่จัดตั้งขึ้นในปี 2544 (พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544) ซึ่งได้ถูกวางรากฐานและเตรียมการล่วงหน้ามาตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา ก่อนที่จะสามารถจัดตั้งกองทุนจากภาษีบุหรี่และสุราเพื่อนำมาสนับสนุนการทำงานและสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในด้านสาธารณสุขและด้านการพัฒนา ในรูปแบบของกิจกรรมและโครงการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการประสานรูปแบบของการให้ทุนแก่องค์กรพัฒนาเอกชนที่จัดตั้งขึ้นโดยนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เข้ากับเครือข่ายการรณรงค์ต่อต้านบุหรี่ที่มี นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ และ นพ.สุภกร บัวสาย เป็นผู้มืบทบาทนำในการเคลื่อนไหวผลักดัน โดยมีนพ.ประเวศ วะสี¹¹¹ “มีบทบาทเป็น “ที่ปรึกษา” หรือ “กุนซื่อ” สำคัญ ซึ่งเป็นผู้จุดประกายเรื่องบุหรี่ หลังจากไปร่วมประชุมระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกในปี 2518-2519 ที่มีการนำเสนอว่าบุหรี่จะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุดของประชากรโลก...แต่ประเทศไทยยังไม่มีความตระหนักและเคลื่อนไหวเตรียมรับมือปัญหาแต่อย่างใด” (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 9) การเคลื่อนไหวจัดตั้ง สสส. นี้ได้รับการสนับสนุน อย่างสำคัญในด้านการวิจัยจาก สวรส. อย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างองค์ความรู้และข้อมูลสนับสนุนเชิงนโยบาย (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 14, 90) ในการผลักดันให้เกิดการก่อตั้งองค์กรอย่างเป็นทางการในรูปแบบของกองทุน อันเป็นโครงสร้างการระดมที่จะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลในทุกปีงบประมาณ โดยมี นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ และนพ.หทัย ชิตานนท์ เป็นผู้ร่วมผลักดันสำคัญ (ปาริชาติ ศิวะรักษ์, 2546, น. 10, 15)

¹¹¹ นพ.ประเวศ วะสี ได้ร่วมมือกับ นพ.อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ และ นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล จัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในช่วงแรก ก่อนที่นพ. ประกิต และ นพ.สุภกรจะเข้ามารับช่วงการเคลื่อนไหวในระยะต่อมา.

จากที่กล่าวมาทำให้ถึงพลวัตการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ได้สร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชน ผ่านบทบาทของสถาบันมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเพื่อเชื่อมโยงกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่กระจายอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ผ่านโครงสร้างของ กป.อพช. ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดความเชื่อมโยงเครือข่ายกันระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนด้านการพัฒนาและสาธารณสุข พร้อมไปกับการกระจายทรัพยากรในการสนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งในด้านองค์ความรู้จากการสนับสนุนทุนการวิจัยชุมชน และการกระจายงบประมาณสนับสนุนการทำงาน อันเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการจัดตั้งเครือข่ายพันธมิตรที่เข้มแข็งระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชน เกิดเป็นการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวที่มีศักยภาพทั้งในด้านองค์ความรู้และงบประมาณ นำไปสู่ความพร้อมในการเคลื่อนไหว “ขั้นต่อไป” ในการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และรัฐธรรมนูญ 2540 โดยมีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไปตามลำดับ

3. การผลักดันการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทางการเมือง

ดังได้กล่าวมาจากโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เริ่ม “เปิด” พื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนมากขึ้น ภายหลังจากเหตุการณ์พฤษภา 2535 โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชน ในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการพัฒนาประเทศ เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อยุทธศาสตร์ในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับความถดถอยทางอำนาจของระบบราชการกับกระแสเรียกร้องให้มีการปฏิรูปทางการเมืองและเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคสังคมมากขึ้น

ในส่วนนี้จะเป็นการอธิบายถึงเคลื่อนไหวที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนโครงสร้างโอกาสทางการเมือง เพื่อเปิดช่องทางไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) และรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน โดยผู้หนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงเคลื่อนไหวนี้ได้แก่ นพ.ประเวศ วะสี ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายพันธมิตรชนชั้นนำ ในการผลักดัน กรอบความคิดการมีส่วนร่วมที่

เป็นประเด็นสาธารณะในกระแสการพัฒนาประชาธิปไตย ให้กลายมาเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติงานเชิงนโยบายของภาครัฐและเอกชน และรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เป็นกรอบกฎหมายเชิงรูปธรรมที่กำหนดความสัมพันธ์ทางอำนาจในสังคมการเมือง นำไปสู่การเปิดโอกาสในการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขุโดยการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ต่อไป

3.1) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8¹¹² (2540-2544) เกิดขึ้นจากการสนับสนุนของ ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล ซึ่งดำรงตำแหน่งเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ในขณะนั้น ได้มีแนวคิดสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการวางแผนพัฒนาประเทศ โดย สศช. ได้มอบหมายให้ กป.อพช. เป็นผู้รับผิดชอบจัดกระบวนการ โดย กป.อพช. ในช่วงเวลานั้นมี ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม เป็นประธาน กป.อพช. พร้อมกับเป็นประธานสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาในเวลาเดียวกัน ทำให้แนวคิดในการกระจายอำนาจ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ถูกบรรจุเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ซึ่งสนับสนุนการทำงานและการเติบโตของภาคประชาสังคมและองค์พัฒนาเอกชนอย่างสำคัญ (ยุทธตัญญ์ สีดาหาล้า, 2551, น. 108-109) โดยนพ.ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงบทบาทของตนเองในการเสนอแนวคิดในการจัดตั้ง “ประชาคมจังหวัด” ที่เป็นพื้นที่ในการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ผ่านกระบวนการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ดังนี้

“อาจจะกล่าวว่าผมเองได้เป็นคนสำแดง concept นี้ ในการทำแผนฯ 8 ซึ่งผมเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาชนบท เราได้เอาคนหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันทำ ผมเสนอให้ชูคำว่า “เบญจภาคี” มาสองสามปี เพื่อจะให้หลุดออกไปจากการทะเลาะกัน คิดเป็นฝักเป็นฝ่าย อย่าง NGO ทะเลาะกับทางราชการ ทางราชการก็เกลียด

¹¹² ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีบทบาทสำคัญในการเขียนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้แก่ นพ.ประเวศ วะสี ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล ไพโรจน์ สุจินดา ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม วิจารณ์ พานิช ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์ โสภณ สุภาพงษ์ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เอนก นาคะบุตร เสรี พงศ์พิชญ์ ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ ขวัญสรวง อดิโพธิ อนุชาติ พวงสำลี จูรี วิจิตรวาทการ อำพล จินดาวัฒน์ กิตติศักดิ์ สินธุวานิช เป็นต้น (ยุทธตัญญ์ สีดาหาล้า, 2551, น. 108).

NGO หรือบางทีเกลียดผู้นำชาวบ้าน ผู้นำชาวบ้านก็เกลียดราชการ มันมาจากความคับแค้นและความบีบคั้น ลักษณะอย่างนี้ในความเห็นผมไม่มีพลัง จึงพูดว่า “เบญจภาคี” หรือ *partnership 5 ฝ่าย* ก็เป็นที่ยอมรับ พอพูดถึงการมีส่วนร่วมคนรับง่าย ราชการก็ขานรับ ขณะเดียวกันทำให้ NGO และผู้นำชุมชนมีบทบาทด้วย ...ในแผนฯ 8 ผมก็เอานักธุรกิจ ผู้นำชุมชน นักวิชาการ ข้าราชการ เข้ามาร่วมกันทำ ไม่ใช่ทำเฉพาะราชการเท่านั้น อย่างเช่น คุณโสภณ สุภาพงษ์ เป็นนักธุรกิจ คุณไพบูลย์ (วัฒนศิริธรรม-ผู้วิจัย) ซึ่งเป็นนักเศรษฐศาสตร์ เดิมอยู่ในภาคธนาคาร ขณะนี้อยู่ NGO เข้ามาช่วยทำ ทั้ง 2 คนนี้เก่งเรื่องการจัดการ...เนื่องจากผมมีประสบการณ์เบญจภาคีมาก่อน ผมก็เสนอใช้ **ประชาคมจังหวัด**...ลำพังแต่ราชการกำลังน้อย แต่ว่าพลังในจังหวัดมีมาก แต่ไม่ค่อยมีบทบาท ไม่มีเวที ทั้งเป็นผู้นำชุมชนเอง แต่ละจังหวัดคนฉลาดมีมาก แต่เขาไม่มีบทบาท NGO นักวิชาการ นักธุรกิจ คนเก่าแก่ของจังหวัด คนที่มีบารมี ล้วนสำคัญหมด...**คนจังหวัดไหนก็รักจังหวัดเขาทั้งสิ้น** ถ้ามีทางที่จะให้คนเหล่านี้มารวมตัวกันจะ让他ทำอะไรให้กับบ้านเมือง ก็น่าจะทำให้มีพลังมากขึ้น...จึงเป็นที่มาของการเสนอเรื่องประชาคมจังหวัด...เรื่องนี้ได้กำหนดไว้ในแผนฯ 8 คือเป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาคมจังหวัด” (เน้นตามต้นฉบับ-ผู้วิจัย)

ประเวศ วะสี (อ้างถึงใน ชูชัย ศุภวงศ์ และ ยุวดี คาคการณ์ไกล, 2539, น. 15-16)

การได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา โดยเฉพาะนพ.ประเวศ วะสี ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และเครือข่ายนักวิชาการที่ทำงานด้านการวิจัยชุมชน ทำให้แผนพัฒนาฉบับที่ 8 นี้ได้ระบุดึงการเปิดโอกาสให้องค์กรพัฒนาเอกชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 อย่างมาก โดยหากพิจารณาจากเนื้อหาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จะพบคำว่า “องค์กรพัฒนาเอกชน” อยู่ถึง 41 แห่ง ในขณะที่เมื่อพิจารณาเนื้อหาของ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กลับไม่พบเนื้อหาที่ระบุดึงคำว่า “องค์กรพัฒนาเอกชน” เลยแม้แต่คำเดียว หากแทนด้วยคำกว้าง ๆ อย่าง “ภาคเอกชน” โดยการระบุดึง “องค์กรพัฒนาเอกชน” ในแผนพัฒนาฯ พบครั้งแรกในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ที่มีการระบุดึงคำนี้เพียง 12 แห่ง

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายสำคัญส่วนหนึ่ง “เพื่อปรับระบบบริหารจัดการเปิดโอกาสให้องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน ชุมชน และประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาประเทศมากขึ้น” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 3) มีการสร้างเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชนและภาคองค์กรพัฒนาเอกชน และปรับปรุงแก้ไขกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชน โดยเฉพาะการปรับปรุงขั้นตอนและวิธีการจดทะเบียนการจัดตั้งให้มีความสะดวก (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 44) เป็นการเปิดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชน ในการเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมืองและการพัฒนา มีการกำหนดให้สามารถกระจายทุนมาสู่องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชนได้โดยตรง จากการระบุว่า “เปิดโอกาสให้องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชนได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยตรงเพื่อดำเนินกิจกรรมพัฒนาร่วมกับภาครัฐหรือสนับสนุนยุทธศาสตร์การพัฒนาของภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกิจกรรมที่กำหนดให้ประชาชนเป็นฝ่ายนำและภาครัฐสนับสนุน” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 125) รวมถึงการ “เพิ่มสัดส่วนตัวแทนภาคเอกชนและภาคประชาชนในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงานต่าง ๆ ของระบบบริหารการพัฒนา เช่นคณะกรรมการพัฒนาจังหวัด คณะทำงานบริหารและจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 125) เป็นเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจ จากเดิมที่ระบบราชการเป็นศูนย์กลางในการตัดสินใจเชิงนโยบาย มาสู่การส่งเสริมการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่นและชุมชนมากยิ่งขึ้น ตามแนวคิด “สิทธิชุมชน” ที่สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาพยายามผลักดัน ดังจะเห็นได้จากการระบุในแผนพัฒนาฯ ฉบับ 8 ในส่วนของการส่งเสริมท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยการ “รับรองสิทธิชุมชนและท้องถิ่นในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ที่อยู่ในพื้นที่นั้น ๆ อาทิให้ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาของรัฐมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมและติดตามตรวจสอบประเมินผลการดำเนินการโครงการ” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 125)

โดยเมื่อพิจารณาถึงเนื้อหาที่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 จะพบว่ามีการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชนอย่างมาก ดังนี้

“2.4 การเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชน (1) ส่งเสริมการจัดตั้งองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชนทั้ง ที่เป็นนิติบุคคลและไม่เป็นนิติบุคคล (2) สนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนได้รับสิทธิประโยชน์ด้านภาษีและการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ (3) ส่งเสริมให้องค์กรธุรกิจเอกชนสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาเพื่อชุมชนและสังคมขององค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรประชาชนด้วยมาตรการทางภาษี (4) สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายองค์กรประชาชน เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และเสริมสร้างทักษะในการบริหารจัดการ”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 126)

ในทางกลับกันในส่วนของการกำหนดบทบาทการทำงานของฝ่ายราชการจะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางและแนวความคิดการทำงานของราชการ โดยลดลักษณะของการรวมศูนย์อำนาจลงอย่างชัดเจน ดังนี้

“3.1 การปรับปรุงบทบาทการบริหารจัดการของส่วนราชการ (1) ปรับบทบาทของระบบราชการจากการตรวจสอบ ควบคุม เป็นการกำกับ ดูแล ส่งเสริม พร้อมทั้งลดบทบาทในการดำเนินกิจกรรมของภาครัฐ เพื่อส่งเสริมให้ภาคประชาชนและภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น (2) ลดขนาดระบบราชการ โดยจำกัดการขยายตัวของหน่วยราชการและตรึงกำลังคนภาครัฐ พร้อมทั้งเร่งรัดการปรับปรุงโครงสร้างองค์กรทั้งภารกิจ บุคลากรและขั้นตอนการทำงานให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่เป็นอยู่อย่างจริงจัง (3) ปรับปรุงระบบการบริหารจัดการงานของหน่วยงานกลางและกระทรวงทบวง กรม ด้านการวางแผน ด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านการให้บริการ ให้มีความอิสระและการจัดการแบบสมัยใหม่และเป็นสากลมากขึ้น (4) การกระจายอำนาจตามระดับการบังคับบัญชาหรือการมอบอำนาจการตัดสินใจ ในหน่วยราชการกลาง กระทรวง ทบวง กรม

สู่หน่วยงานปฏิบัติและผู้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับระดับงานแต่ระดับมากยิ่งขึ้น โดยให้สามารถใช้ดุลยพินิจตัดสินใจแบบเบ็ดเสร็จและทันต่อเหตุการณ์...”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 126-127)

สำหรับในด้านการสาธารณสุขนั้น การกระจายอำนาจในระบบสาธารณสุขได้ถูกบรรจุเป็นแผนการสำคัญในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นรากฐานทางความคิดในการผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Nam, 2018, p. 226) และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการร่วมพัฒนาระบบสาธารณสุข ดังนี้

“การพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข โดยการเพิ่มประสิทธิภาพ คุณภาพ และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข...สนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันด้านสุขภาพทั่วถึง โดยเน้นขยายความครอบคลุมไปสู่ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ควบคู่กับการปรับปรุงและพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเป็นธรรม ตลอดทั้งสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อการปฏิรูประบบการประกันสุขภาพและสวัสดิการที่มีอยู่ให้เป็นเอกภาพและเน้นความรับผิดชอบต่อประชาชนเป็นหลัก...” (เน้นโดยผู้วิจัย)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 24)

ในขณะเดียวกันแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้ปรับบทบาทให้กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการพัฒนานโยบายและพัฒนากิจการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมากกว่าจะเป็นผู้กำกับทิศทางของนโยบายทางสาธารณสุข รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ ในภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุข พร้อมทั้งเปิดช่องทางให้มีการจัดสรรงบประมาณจากภาครัฐและเอกชนเพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์และองค์กรชุมชน ในการดำเนินงานด้านการพัฒนาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังเนื้อหา ดังนี้

“3. การปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ... 3.5 ส่งเสริมให้กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทมาเป็นการพัฒนานโยบายและการกำกับดูแลให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ธุรกิจเอกชน องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์และองค์กรชุมชนมีการประสานงานที่เป็นระบบและมี

ประสิทธิภาพมากขึ้น... 3.7 ส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน
 สาธารณประโยชน์ธุรกิจเอกชน นักวิชาการและสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ
 พัฒนาการสาธารณสุข โดยสนับสนุนให้เกิดกระบวนการคิดและการปฏิบัติที่ทุก
 ฝ่ายเข้ามาเรียนรู้ร่วมกันจากการทำงานด้วยกัน... 3.9 พิจารณาจัดสรรงบประมาณ
 สนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และองค์กรชุมชน เพื่อให้สามารถดำเนิน
 กิจกรรมด้านการพัฒนาสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้มีการประสาน
 สอดคล้องกับแนวนโยบายพัฒนาสาธารณสุขของชาติ...”

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 26-27)

จากเนื้อหาที่แสดงข้างต้นจะเห็นได้ว่า แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ ได้ให้ความสำคัญเป็นอย่าง
 มากในการกระจายทรัพยากรและอำนาจจากส่วนกลาง ไปสู่ชุมชนและภาคประชาสังคมให้ได้มีส่วน
 ร่วมในการพัฒนาระบบสาธารณสุข และมุ่งลดความเหลื่อมล้ำโดย “...กระจายบริการสาธารณสุขทั้ง
 ทางด้านทรัพยากรและบุคลากร เพื่อลดความแตกต่างทางด้านคุณภาพของการให้บริการระหว่าง
 กรุงเทพมหานครและภูมิภาค...” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-
 2544), น. 66) เห็นได้ว่าแนวคิดที่ถูกผลักดันผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 นี้
 มีสาระสำคัญในการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจใหม่ โดยเน้นการกระจายอำนาจ สร้าง
 ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม เพิ่มบทบาทและสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและ
 ภาคประชาชน โดยพยายามลดอำนาจการรวมศูนย์ในการตัดสินใจของกลไกระบบราชการลงอย่าง
 สำคัญ เป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองให้ “เปิดกว้าง” มากขึ้นต่อการระดม
 ทรัพยากร การสนับสนุน และการส่งเสริมความเข้มแข็งของการเมืองภาคประชาชน ที่มีองค์กรพัฒนา
 เอกชนและองค์กรประชาชนในพื้นที่ท้องถิ่นเป็นผู้เคลื่อนไหวสำคัญ

นอกจากนี้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ยังมีการเปิดช่องทางในการจัดตั้งโครงสร้างการระดม
 ทรัพยากรในระดับชุมชน ผ่านการกำหนดให้มีการ “สนับสนุนการจัดตั้งสถาบันการเงินระดับชาติ ใน
 ลักษณะธนาคารเพื่อพัฒนาองค์กรชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนทั้งด้านการพัฒนาองค์กรและด้าน
 ลินเชื่อ เพื่อการพัฒนาให้แก่องค์กรชุมชน โดยมีการร่วมมือประสานงานกับองค์กรพัฒนาเอกชน และ
 สถาบันการเงินอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนอื่น ๆ ที่จะร่วมสนับสนุนการพัฒนาองค์กรชุมชน”
 (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 65) อันเป็นที่มาของการ

จัดตั้ง “องค์กรการเงินชุมชน” ที่มีฐานการทำงานมาอย่างต่อเนื่องทั้งทางแนวคิดและกระบวนการ¹¹³ ซึ่งได้พัฒนามาเป็นแนวคิด “เครือข่ายองค์กรการเงินชุมชน” (Bank Poor Net) โดยแนวคิดนี้ได้รับการผลักดันและพัฒนาไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายจาก ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม ที่ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการธนาคารออมสิน ในปี 2540 จนทำให้เกิดการจัดตั้ง “สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม” ขึ้นภายใต้การดูแลและทำงานคู่ขนานไปกับธนาคารออมสิน และให้ อเนก นาคะบุตร เลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาในขณะนั้น ได้ลาออกจากตำแหน่งเลขาธิการสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเพื่อเข้ามาบริหารกองทุนที่จัดตั้งขึ้นนี้ (คณุตสัน ศุภวัตรวรคุณ, 2551, น. 92-99) ต่อมาแนวคิดและกระบวนการทำงานของ กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ และกองทุนเพื่อสังคมได้ถูกพัฒนาไปสู่การออกนโยบาย “กองทุนหมู่บ้าน” ในปี 2545 ภายใต้รัฐบาลของ ทักษิณ ชินวัตร โดยจัดตั้งเป็นกองทุนทั้งหมดจำนวน 77,789 กองทุน กองทุนละ 1 ล้านบาท ให้แต่ละหมู่บ้านบริหารจัดการด้วยตัวเอง “ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้ปริมาณขององค์กรการเงินชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีส่วนช่วยหนุนเสริมกระแสชุมชนเข้มแข็งทั่วประเทศอย่างขนานใหญ่” (คณุตสัน ศุภวัตรวรคุณ, 2551, น. 100-101) นพ.พรหมินทร์ กล่าวถึงการนำเอาวิธีการและแนวคิดขององค์กรการเงินชุมชน มาพัฒนาต่อเป็นนโยบายกองทุนหมู่บ้านโดยพรรคไทยรักไทย และบทบาทของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในนโยบาย ไว้ว่า

“กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ถูก สุวิทย์ คุณกิตติ เป็นสส.เขตนั้นไปเห็นงานที่อำเภออุบลรัตน์ เขาสวนกวาง แล้วชอบเลยมาพัฒนาต่อเป็นกองทุนหมู่บ้าน คุณสุวิทย์มาเสนอ นโยบายกับคุณทักษิณ ตอนแรกขอสามแสน คุณทักษิณบอกเอาไปเลยล้านนึง เจ็ดหมื่นหมู่บ้าน เป็นเจ็ดหมื่นล้านบาท คิดเป็น 7% ของงบประมาณแผ่นดิน แล้วเชิญไพบุลย์ วัฒนศิริธรรมมาช่วย อเนก นาคะบุตร เชิญพีพลเดช ปิ่นประทีปมาช่วยกันทำงาน ดิงเอ็นจีโอมาช่วยกันทำงาน”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

¹¹³ ตั้งแต่ในยุคเริ่มต้น ได้แก่ “เครดิตยูเนียน หรือ กลุ่มออมทรัพย์พัฒนา” ในปี 2508 จนกลายมาเป็น “ชุมนุมสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทย” ในปี 2521 “กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต” ในปี 2517 “กลุ่มสัจจะออมทรัพย์” “กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์” “ธนาคารหมู่บ้าน” หากสนใจที่มาของแนวคิดและพลวัตของกระบวนการทำงานเกี่ยวกับเครือข่ายองค์กรการเงินชุมชน โปรดดู คณุตสัน ศุภวัตรวรคุณ (2551).

จากการอธิบายที่ผ่านมาแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ที่เอื้อต่อการสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มบทบาทให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนในการมีส่วนร่วมทางการเมืองและการพัฒนา ในขณะที่พยายามลดบทบาทการรวมศูนย์ทางอำนาจของระบบราชการลง อันเป็นผลที่ได้รับจากกระแสการพัฒนาประชาธิปไตย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ที่ส่งผลให้เกิดกระแสการเรียกร้องการปฏิรูปทางการเมือง และการเคลื่อนไหวของขบวนการเพื่อรัฐธรรมนูญ โดยผลจากการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการปฏิรูปการเมืองและแก้ไขรัฐธรรมนูญ ทำให้ปี 2537 ในสมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย ประธานรัฐสภา มารุต บุณนาค ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) ขึ้นมาเพื่อค้นคว้าและรวบรวมความคิดเห็นเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางในการปฏิรูปทางการเมือง โดยมีกรรมการจำนวน 58 คน ซึ่งมีตัวแทนองค์กรเอกชน 2 คน คือ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และ เอนก นาคะบุตร โดยมี นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน ซึ่ง นพ.ประเวศ ได้ขอให้ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการเพื่อร่วมผลักดันแนวทางการปฏิรูปการเมืองและสาธารณสุขตามที่ขบวนการแพทย์ชนบทตั้งใจไว้ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546, น. 231) ผลการศึกษาของ คพป. ได้กำหนดเป็นกรอบการร่างรัฐธรรมนูญ 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 รัฐธรรมนูญว่าด้วยพระมหากษัตริย์ ส่วนที่ 2 รัฐธรรมนูญว่าด้วยการเมืองของพลเมือง และส่วนที่ 3 รัฐธรรมนูญว่าด้วยการเมืองของนักการเมือง ทั้งสามส่วนมีเนื้อหาเพื่อการปฏิรูปการเมืองอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การขยายสิทธิเสรีภาพของประชาชน¹¹⁴ ปฏิรูประบบรัฐสภา รัฐบาล พรรคการเมือง การเลือกตั้งองค์กรตรวจสอบอิสระ พร้อมเสนอร่างมาตรา 211 เพื่อยกย่องรัฐธรรมนูญฉบับใหม่เพื่อการปฏิรูปการเมืองไทยต่อประธานสภาผู้แทนราษฎร (คณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย, 2538, อ้างถึงใน นฤมล ทับจุมพล และ จรัส ดิษฐาภิชัย, 2545, น. 476)

เสกสรรค์ ประเสริฐกุล (2557) ได้กล่าวถึงบทบาทของ นพ.ประเวศ วะสี ในการปฏิรูปการเมืองที่นำมาสู่การจัดทำรัฐธรรมนูญ 2540 ไว้ดังนี้

“บุคคลหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนให้มีการปฏิรูปการเมือง คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ประเวศ วะสี ซึ่งได้รับการแต่งตั้งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาประชาธิปไตย (คพป.) โดยรัฐบาลชวน หลีกภัย เมื่อปี 2537

¹¹⁴ รวมถึงการเสนอให้มีการบัญญัติสิทธิชุมชนไว้ในรัฐธรรมนูญ เพื่อเป็นการกระจายอำนาจการดำเนินการต่าง ๆ รวมทั้งการจัดการทรัพยากรธรรมชาติไปสู่ชุมชน (ประเวศ วะสี, 2539, น. 17).

แนวคิดในข้อเสนอของ คพป. ถูกส่งทอดมายังรัฐธรรมนูญฉบับ 2540 หลายอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวคิดในเรื่องสิทธิชุมชน ประชาธิปไตยระดับรากหญ้าและการเมืองภาคประชาชน ในระหว่างนี้ด้วยการผลักดันของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี แนวคิดเรื่องประชาสังคมก็เริ่มขึ้นสู่กระแสสูงเช่นกัน ทำให้ทั้งเอ็นจีโอและประชาชนในระดับรากหญ้าต่างก็เข้ามามีส่วนในการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญฉบับปฏิรูปการเมือง”

เสกสรรค์ ประเสริฐกุล (2557, น. 161)

อย่างไรก็ตามแนวคิดสำคัญของรัฐธรรมนูญ 2540 นั้นไม่ได้มาจากนพ.ประเวศ วะสี เพียงคนเดียว หากเป็นการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง จากขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน และการปฏิรูปการเมือง ซึ่งประกอบไปด้วยเครือข่ายต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรเอกชน องค์กรประชาชน กลุ่มธุรกิจ นักวิชาการและกลุ่มวิชาชีพ ซึ่งมีลักษณะหลากหลายและข้ามชนชั้น มีข้อเรียกร้องที่สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐกับประชาชน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับมิติความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่กว้างขึ้น โดยเน้นให้ทุกกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจนโยบายสาธารณะ¹¹⁵ (นฤมล ทับจุมพล และ จรัล ดิษฐาภิรักษ์, 2545, น. 478) การประกาศใช้รัฐธรรมนูญ 2540 นับเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองครั้งสำคัญ ของขบวนการเคลื่อนไหวภาคประชาชน และบทบาทของภาคประชาสังคม ในการเข้ามามีส่วนร่วมในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจเชิงนโยบาย ทั้งยังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางยุทธศาสตร์และยุทธวิธีในการเคลื่อนไหวของเครือข่ายการปฏิรูประบบสาธารณสุข ที่ประกอบด้วยขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

¹¹⁵ หากสนใจการศึกษาเกี่ยวกับขบวนการเพื่อรัฐธรรมนูญและการปฏิรูปทางการเมือง ที่ศึกษาผ่าน 4 กลุ่ม ได้แก่ เครือข่าย 30 องค์กรประชาธิปไตย เครือข่ายผู้หญิงกับรัฐธรรมนูญ กลุ่มองค์กรธุรกิจเอกชน และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ใน 4 ส่วนสำคัญ คือ องค์กรประกอบ ประเด็นในการเคลื่อนไหว ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีในการผลักดันข้อเสนอ และขบวนการต่อเนื่องหลังการประกาศใช้รัฐธรรมนูญ โปรตดู นฤมล ทับจุมพล และ จรัล ดิษฐาภิรักษ์ (2545).

3.2) รัฐธรรมนูญ 2540 และยุทธศาสตร์เชิงรุกในการผลักดันการปฏิรูป

เนื่องจากรัฐธรรมนูญ 2540 มีเจตนารมณ์ “เพื่อปฏิรูปการเมืองโดยมีสาระสำคัญในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน ให้ประชาชน มีส่วนร่วมในการปกครองและตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐเพิ่มขึ้น ตลอดจนปรับปรุงโครงสร้างทางการเมืองให้มีเสถียรภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น” (บัณฑิต จันทรโรจนกิจ, 2558, น. 120-121) จึงมีการกำหนดมาตราที่มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ มาตรา 76 ของรัฐธรรมนูญ ที่กำหนดว่า “รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ” รวมถึงมาตรา 170 ที่กำหนดให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน สามารถเข้าชื่อเพื่อเสนอร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และหมวด 5 ว่าด้วยแนวนโยบายแห่งรัฐ¹¹⁶ (บัณฑิต จันทรโรจนกิจ, 2558, น. 122) นอกจากนี้ยังมี มาตรา 303¹¹⁷ และ 304¹¹⁸ ในเรื่องของการเข้าชื่อ 50,000 รายชื่อเพื่อยื่นขอตรวจสอบการทุจริต

¹¹⁶ อย่างไรก็ตามกฎหมายลูกที่ออกมารองรับมาตรา 170 ตามรัฐธรรมนูญ 2540 ได้ออกมาบังคับใช้ภายหลังในเดือน มีนาคม 2542 คือ “พ.ร.บ.ว่าด้วยการเข้าชื่อเสนอกฎหมาย พ.ศ.2542” ซึ่งมีเนื้อหาในการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเข้าชื่อเสนอกฎหมายของภาคประชาชน เช่น การใช้สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อแนบยืนยันการเข้าร่วมลงชื่อเสนอกฎหมาย (ธนาพล อิวสกุล และคณะ, 2544, น. 121).

¹¹⁷ **มาตรา 303** ผู้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา ประธานศาลฎีกา ประธานศาลรัฐธรรมนูญ ประธานศาลปกครองสูงสุด หรืออัยการสูงสุด ผู้ใดมีพฤติการณ์ร่ำรวยผิดปกติ ส่อไปในทางทุจริตต่อหน้าที่ ส่อว่ากระทำผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ราชการ ส่อว่ากระทำผิดต่อตำแหน่งหน้าที่ในการยุติธรรม หรือส่อว่าจงใจใช้อำนาจหน้าที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือกฎหมาย วุฒิสภามีอำนาจถอดถอนผู้นั้นออกจากตำแหน่งได้ บทบัญญัติวรรคหนึ่งให้ใช้บังคับกับผู้ดำรงตำแหน่งดังต่อไปนี้ด้วย คือ

(1) กรรมการการเลือกตั้ง ผู้ตรวจการแผ่นดินของรัฐสภา ตุลาการศาลรัฐธรรมนูญ และกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน

(2) ผู้พิพากษาหรือตุลาการ พนักงานอัยการ หรือผู้ดำรงตำแหน่งระดับสูง ทั้งนี้ ตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต.

¹¹⁸ **มาตรา 304** สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสี่ของจำนวนสมาชิกทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ของสภาผู้แทนราษฎร หรือประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวนไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคน มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานวุฒิสภา เพื่อให้วุฒิสภามีมติตามมาตรา 307 ให้ถอดถอนบุคคลตามมาตรา 303 ออกจากตำแหน่งได้ คำร้องขอดังกล่าวต้องระบุพฤติการณ์ที่กล่าวหาว่าผู้ดำรงตำแหน่งดังกล่าวกระทำความผิดเป็นข้อ ๆ ให้ชัดเจน สมาชิกวุฒิสภาจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งในสี่ของจำนวนสมาชิกทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ของวุฒิสภา มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อ

ของผู้ใช้อำนาจรัฐ (นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 56) มาตรา 76 มาตรา 170 มาตรา 303 และมาตรา 304 ส่งผลอย่างมากต่อเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ใน 2 เรื่องที่สำคัญได้แก่ การเข้าชื่อเพื่อยื่นตรวจสอบการทุจริตของผู้ใช้อำนาจรัฐ และการเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมายจัดตั้งองค์กรที่มีบทบาทในการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมาตราทั้ง 4 นี้เป็นโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่สนับสนุนให้ขบวนการแพทย์ชนบท และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุกในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้อย่างเป็นผลสำเร็จ ดังจะอธิบายต่อไปตามลำดับ

3.2.1) การตรวจสอบทุจริตยากรณีการทุจริตการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข

กรณีการตรวจสอบการทุจริตในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข เกิดจากความร่วมมือกันระหว่าง ชมรมแพทย์ชนบท ชมรมเภสัชชนบท และ เครือข่าย 30 องค์กร ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ มูลนิธิเด็ก มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม มูลนิธิสุขภาพไทย มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิโกลดคีมทอง กลุ่มศึกษาและรณรงค์มลภาวะอุตสาหกรรม มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิฟื้นฟูชนบท มูลนิธิอารมณพวงศัพจน์ เครือข่ายสิทธิภูมิปัญญาไทย สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชน สมาคมพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก คณะกรรมการเผยแพร่และส่งเสริมงานพัฒนา คณะกรรมการประสานงานองค์กรประชาชนอีสาน เสริมศึกษาลัย ศูนย์เทคโนโลยีเพื่อสังคม โครงการคุ้มครองผู้บริโภคสภาสตรีแห่งชาติ โครงการฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติ โครงการทางเลือกเพื่อเกษตรกรและผู้บริโภค กลุ่มศึกษาพลังงานทางเลือกเพื่ออนาคต มูลนิธิดวงประทีป มูลนิธิสร้างสรรค์เด็ก โครงการบริโภคเพื่อชีวิต จ.สงขลา โครงการเข้าถึงเอดส์ คณะกรรมการศาสนาเพื่อการพัฒนา คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ,

ประธานวุฒิสภาเพื่อให้วุฒิสภามีมติตามมาตรา 307 ให้ถอดถอนสมาชิกวุฒิสภาออกจากตำแหน่งได้ หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขในการที่ประชาชนจะเข้าชื่อร้องขอตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามกฎหมายประกอบรัฐธรรมนูญว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการทุจริต (เน้นโดยผู้วิจัย).

2545, น. 98-99) ที่ได้จัดประชุมขึ้นในวันที่ 6 กันยายน 2541 และมีมติร่วมกันสนับสนุนการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท เพื่อคัดค้านการทุจริตและได้แถลงข้อเรียกร้อง 4 ข้อ¹¹⁹ โดยนางสาวรสนา โตสิตระกูล เป็นผู้แทน (ธนาพล อิวสกุล, ชัยธวัช แซ่โก้, ศรายุทธ ใจหลัก, และ ชาตรี เพ็ญศรี, 2544, น. 265)

การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทในการต่อต้านการทุจริตการจัดซื้อยาในครั้งนี้ “นับเป็นการเคลื่อนไหวครั้งแรกที่ชมรมแพทย์ชนบทได้แสดงบทบาทในการตรวจสอบการทำงานของผู้ใหญ่ในกระทรวงอย่างชัดเจน” (นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 37) เนื่องจากนับตั้งแต่ก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทขึ้นในปี 2521 ชมรมแพทย์ชนบทได้กำหนดขอบเขตการเคลื่อนไหวของชมรม ในการไม่เข้าไปยุ่งกับเรื่องของการแต่งตั้งโยกย้าย หรือความขัดแย้งและการทุจริตของส่วนกลาง อันเป็นความพยายามในการหลีกเลี่ยงประเด็นที่จะก่อให้เกิดความขัดแย้งกับผู้บริหารส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข บทบาทการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทในครั้งนี้ จึงเป็นจุดเปลี่ยนแปลงทางยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีที่สำคัญ โดยการประกาศข้อมูลการทุจริตของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับพันธมิตรจากเครือข่ายพัฒนาเอกชน 30 องค์กร

เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้แม้จะมีแนวคิดและเป้าหมายในการทำงานที่แตกต่างกันไป แต่กลับมีกรอบความคิดในการกระจายอำนาจ และการมีส่วนร่วมทางการเมืองที่คล้ายคลึงกัน งานศึกษาบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพของ บัณฑิต อ่อนดำ (2544) ได้ทำการสัมภาษณ์องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข โดย

¹¹⁹ มีเนื้อหาดังนี้ 1.ให้คณะกรรมการสอบสวนที่แต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี และเพิ่มอำนาจในการเรียกข้อมูลเพื่อตรวจสอบ และเป็นอิสระในการตัดสินใจ รวมถึงมีหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชน 2.รัฐบาลต้องมีคำสั่งที่ชัดเจนในการปกป้องแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่เปิดเผยข้อมูลในการทุจริตครั้งนี้ 3.เรียกร้องให้นายรักเกียรติ สุขธนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายธีรวัฒน์ ศิริวันสาธน์ และนายคำรณ ฌ ลำพูน รัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ลาออกจากตำแหน่ง 4.เรียกร้องให้ นพ.ปราชญ์ วุฒิมงคล ปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคละสุพลา และนพ.ธวัช สุนทรจารณ์ รองปลัดกระทรวงฯ แสดงความรับผิดชอบด้วยการลาออก เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในกระบวนการสอบสวน อนึ่งหากไม่แสดงความรับผิดชอบดังกล่าว เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน จะดำเนินการรวบรวมรายชื่อผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง 50,000 คนเพื่อให้ถอดถอนตามบทบัญญัติมาตรา 303 และ 304 ต่อไป (ธนาพล อิวสกุล และคณะ, 2544, น. 265-266).

เลือกกลุ่มตัวอย่างมา 6 องค์กรได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหา มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิสุขภาพไทย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส (กพอ.) 30 องค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวเรื่องทุจริตยา และ กลุ่มแรงงานหญิง พบว่าแม้กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ มีเป้าหมายและแนวคิดในการทำงานที่แตกต่างกัน แต่เมื่อกล่าวถึงปัญหาของการจัดการระบบสาธารณสุขที่มีกลไกของระบบราชการเป็นหลัก พบว่ากลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ให้ความเห็นถึงปัญหาการรวมศูนย์อำนาจในการจัดการร่วมกัน ดังนี้

“องค์กรพัฒนาเอกชนเห็นว่าการบริหารจัดการระบบสุขภาพของมีปัญหา เนื่องจาก การรวมศูนย์อำนาจภายใต้ระบบราชการที่ขาดประสิทธิภาพ การกระจายอำนาจ การบริการของรัฐที่ไม่ทั่วถึง ส่งผลให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินงานตามมา มากมาย เช่น ประชาชนโดยเฉพาะคนยากจนไม่สามารถเข้าถึงการบริการรักษาของรัฐ เกิดการทุจริตคอร์รัปชันตัวอย่างเช่น รศ.ดร.จันทร์เพ็ญ วิวัฒน์¹²⁰ กล่าวว่า “ระบบสุขภาพแบบรวมศูนย์คือการทำงานของรัฐบาลแบบ TOP DOWN มีการคอร์รัปชัน ทำให้ประชาชนได้รับการคุ้มครองไม่ทั่วถึง เช่น การทุจริตยา”

บัณฑิต อ่อนดำ (2544, น. 14-16)

การสร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชน ที่ได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ช่วง กลางทศวรรษ 2530 มีบทบาทอย่างมากในการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบท และชมรม เภสัชชนบท ในการตรวจสอบการทุจริตของผู้บริหาร ร่วมกับการอาศัยโครงสร้างโอกาสทาง การเมืองที่เปิดให้กับการตรวจสอบผู้ใช้อำนาจรัฐ และการระดมการสนับสนุนจากภาคประชาสังคม ผ่านการล่ารายชื่อผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง 50,000 รายชื่อตามมาตรา 304 ที่กำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญ 2540 ยื่นตรวจสอบผู้ใช้อำนาจรัฐที่ประพฤติมิชอบต่อหน้าที่ จนเป็นผลให้มีการรวบรวม รายชื่อจากทั่วประเทศได้ถึง 52,554 รายชื่อ ในระยะเวลาราว 2 เดือน (11 กันยายน 2541- 18 พฤศจิกายน 2541) ซึ่งการรวบรวมรายชื่อในครั้งนี้ เป็นการทดลองการเคลื่อนไหวจริง เป็นครั้งแรก ในการระดมการสนับสนุนจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายภาค

¹²⁰ อาจารย์ประจำภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และประธานมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค.

ประชาสังคม ที่ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพัฒนาเอกชนได้ร่วมกันสร้างขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา (นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 68-69) และจะเป็นกลไกสำคัญในการระดมรายชื่อสนับสนุนการออกกฎหมายจัดตั้งองค์กรสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป

ความขัดแย้งในครั้งนี้นี้ส่งผลกระทบต่อเป็นวงกว้าง ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขทั้งจากฝ่ายการเมืองและข้าราชการ รัฐมนตรีว่าการฯ และรัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ถูกดำเนินคดีอาญาที่ศาลฎีกาแผนกคดีการเมือง ซึ่งเป็นองค์กรที่เกิดขึ้นใหม่ตามรัฐธรรมนูญ 2540 ในขณะที่ปลัดและรองปลัดถูกตั้งกรรมการสอบสวนวินัยร้ายแรงและภายหลังได้ลาออกจากราชการ นอกจากนี้ยังมีข้าราชการที่เป็นนายแพทย์ถูกไล่ออกจากราชการ เช่น นพ.ยิ่งเกียรติไพศาลอึ้งพงศ์ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข นพ.วรยุทธ เจียรสถานวงศ์ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค เป็นต้น (นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 17-18) ในขณะที่ฝั่งของชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ก็ถูกฟ้องร้องและตั้งคณะกรรมการสอบสวนจากกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน ได้แก่ รสนา โสสิตระกูล และ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ถูกฟ้องร้องข้อหาหมิ่นประมาท นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิและ นพ.ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์ ถูกตั้งคณะกรรมการสอบสวนมูลความผิด นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ถูกส่งสอบสวนจากข้อกล่าวหาในใบปลิวว่าอยู่เบื้องหลังการเคลื่อนไหว ในขณะที่นาย สุรสิทธิ์ โกศลนาวิน ผู้อำนวยการสำนักข้อมูลข่าวสารของราชการ ถูกส่งย้ายกลับไปสังกัดสำนักงานอัยการสูงสุดโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน (นวนลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 74)

การเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในกรณีตรวจสอบทุจริตยา 2541 จึงเหมือนเป็นจุดแตกหักที่สำคัญทางยุทธศาสตร์และยุทธวิธีของขบวนการแพทย์ชนบท ในการเป็นพันธมิตรที่เหนียวแน่นกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ร่วมกันเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขทั้งฝ่ายการเมืองและราชการ ซึ่งได้สร้างศัตรูที่ชัดเจนขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข อันจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ซึ่งหมายความว่าขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนย่อมมีความมั่นใจในการดำเนินยุทธศาสตร์ครั้งนี้ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากรัฐธรรมนูญ 2540 ประกาศใช้ และได้ทดลองใช้มาตรา 304 และ 303 ในการ

ดำเนินการตรวจสอบการทุจริตร่วมกัน รวมถึงการได้รับการสนับสนุนจากสื่อมวลชนในการเผยแพร่ข่าวการตรวจสอบการทุจริต โดยเฉพาะโทรทัศน์ช่อง ไอทีวี¹²¹ (ทีพีบีเอส) ซึ่ง นพ.พรหมินทร์ ได้ระบุว่างบประมาณส่วนหนึ่งในการจัดตั้งมาจากการสนับสนุนของนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ดังที่ได้อธิบายผ่านมาในการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนของกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่น่าสนใจอย่างยิ่ง คือผลที่ตามมาจากการตรวจสอบการทุจริตยา จากการพบหลักฐานการทุจริตร่วมกันระหว่างข้าราชการระดับสูงและผู้บริหารจากฝ่ายการเมืองในกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำให้ข้อเสนอในการออกแบบองค์กรกึ่งมหาชนแบบใหม่ ซึ่งเป็นข้อเสนอที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น ในการเสนอโครงสร้างของบอร์ดคณะกรรมการที่มีสัดส่วนของภาคประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมเข้ามาเป็นผู้มีบทบาทในการตรวจสอบและตัดสินใจเชิงนโยบายในระบบสาธารณสุข อันเป็นที่มาของการออกแบบโครงสร้างขององค์กรปฏิรูปทางสาธารณสุข ที่มีโครงสร้างของคณะกรรมการที่มีบทบาทการตัดสินใจเชิงนโยบายคล้ายคลึงกัน อันได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่มีการกำหนดโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากหลายภาคส่วน ทั้งข้าราชการ ฝ่ายการเมือง ผู้แทนสายวิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฯลฯ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 124) เพื่อเป็นการสร้างระบบธรรมาภิบาลและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย อันเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจครั้งใหญ่ในระบบสาธารณสุข ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

¹²¹ ที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูปสื่อและโทรทัศน์ ตามกระแสการเรียกร้องให้มีการปฏิรูปสื่อหลังเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 ให้มีสถานีโทรทัศน์อิสระแห่งแรกของประเทศไทย ที่ได้เริ่มแพร่ภาพเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2539 (นวลน้อย ตริรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 87).

3.2.2) การเข้าชื่อเสนอกฎหมายจัดตั้งองค์กรเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข

ภายหลังจากเกิดกรณีการดำเนินคดีกับฝ่ายการเมืองและข้าราชการในการทุจริตยา กระแสของการสนับสนุนการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนได้เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ระบบราชการรวมศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขและฝ่ายการเมืองสูญเสียความชอบธรรมลงไปอย่างมาก ในช่วงเวลานี้เองที่ได้มีความพยายามของขบวนการแพทย์ชนบทร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในการผลักดันการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านกลไกกฎหมายมาตรา 76¹²² มาตรา 170¹²³ อย่างไรก็ตามการผลักดันร่างพระราชบัญญัติที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขนั้น จะอาศัยเพียงการเข้าชื่อของประชาชน ยังไม่เพียงพอ เนื่องจากกระบวนการในการพิจารณาผ่านกฎหมายนั้น ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกเป็นจำนวนมาก ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนได้ดำเนินยุทธศาสตร์ 2 แนวทาง ได้แก่ การแสวงหาพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง และการสร้างฐานการสนับสนุนจากประชาชนโดยการขับเคลื่อนสำคัญของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อดำเนินการตามช่องทางมาตรา 76 และ 170 ต่อไป ดังจะอธิบายต่อไปตามลำดับ

3.2.2.1) ทักษิณ ชินวัตร และพรรคไทยรักไทย

นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่ประสบความล้มเหลวในการผลักดันร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพผ่านสภาในปี 2539 เช่นเดียวกับความล้มเหลวในการผลักดันผ่านโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขมาตลอดช่วงต้นทศวรรษ 2530 (Nam, 2018, p. 230) ได้เริ่มเดินสายพบกับผู้นำทางการเมืองของพรรคต่าง ๆ เพื่อเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยผู้นำพรรคการเมือง

¹²² มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย การตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ.

¹²³ มาตรา 170 ผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่าห้าหมื่นคน มีสิทธิเข้าชื่อร้องขอต่อประธานรัฐสภาเพื่อให้รัฐสภาพิจารณากฎหมายตามที่กำหนดในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย และหมวด 5 แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ที่ระบุในรัฐธรรมนูญ 2540.

ที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไปพบได้แก่ ชวน หลีกภัย ของพรรคประชาธิปัตย์ บรรหาร ศิลปอาชา ของพรรคชาติไทย “แต่ไม่มีผู้นำพรรคคนใดให้ความสนใจ” (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) ความพยายามของนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์มาประสบความสำเร็จ เมื่อ ทักษิณ ชินวัตร ตั้งพรรคไทยรักไทย ขึ้นมาในปี 2541 ด้วยการอาศัยเครือข่ายความสัมพันธ์ทั้งจากองค์กรพัฒนาเอกชนผ่าน ภูมิธรรม เวชยชัย¹²⁴ ทีมที่ปรึกษาของทักษิณ ชินวัตร รวมถึง นพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และนพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ที่เป็นเครือข่ายของขบวนการแพทย์ชนบท และได้เข้าทำงานกับทักษิณ ชินวัตร และพรรคไทยรักไทย ทำให้เกิดการนัดหมายระหว่างทีมของนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และทักษิณ ชินวัตร ขึ้น นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ผู้ซึ่งได้เข้าร่วมทีมนำเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กันทิมา ว่องเวียงจันทร์, 2556, น. 249) ได้เล่าถึงความพยายามในการเข้าหาผู้นำทางการเมืองเพื่อเสนอแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่า

“ไม่ว่าจะเป็นรัฐบาลเลือกตั้งหรือไม่เลือกตั้ง เราจะหาหน้าต่างทางโอกาสทางการผลักดันในทุกๆรัฐบาล หมอสงวนขายไอเดียโครงการบัตรทอง ทั้งกับบรรหาร ชวน ทักษิณ ช่วงนั้นเราเชื่อว่าถ้าประชาธิปัตย์ชนะเลือกตั้ง ก็ไม่ทำหรอก คุณชวนเป็นคนดี แต่ติดกับระเบียบและไม่มีเวลามากล้าเสี่ยง แต่ทักษิณฉลาด ชาร์ปมาก ฟังแล้วถามอยู่สามคำ ใช้เงินเท่าไร ทำได้อย่างไร จะเอาเงินมาจากไหน ทางฝ่ายเรามีงานวิจัยรองรับในการอธิบายได้หมดทุกคำถาม ซึ่งเกิดจากการศึกษาวิจัยเชิงระบบของ สวรส. มาอย่างยาวนาน จนได้ตัวเลขและข้อเสนอในการสร้างกลไกการทำงานจริงที่ได้ทดลองมาแล้ว ใช้งบประมาณ 1202.40 ต่อหัว ทักษิณใช้เวลาฟังอยู่ไม่กี่นาทีก็ตัดสินใจรับไปผลักดันเป็นนโยบายในการหาเสียง”

วิชัย โชควิวัฒน์ (สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559)

¹²⁴ อดีตรองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเคยทำงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและเป็นนักกิจกรรมสมัย 14 ตุลาคม 2516.

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ได้เปลี่ยนชื่อเป็นนโยบาย “30 บาท รักษาทุกโรค” สร้างความนิยมเป็นอย่างมากจากผู้มีสิทธิ์เลือกตั้ง และเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้พรรคไทยรักไทยชนะการเลือกตั้งได้จัดตั้งรัฐบาล และด้วยการสนับสนุนของทักษิณ ชินวัตร ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีและหัวหน้าพรรคไทยรักไทย เมื่อร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพเข้าสู่สภา จึงรับประกันได้ว่าจะได้รับการสนับสนุนลงคะแนนให้ผ่านด้วยเสียงข้างมากจากฝ่ายพรรคร่วมรัฐบาล (Nam, 2018, p. 237) อย่างไรก็ตาม จากกรณีนี้ได้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของความร่วมมือในองค์ความรู้ และข้อมูลที่มีการเตรียมพร้อมมาอย่างยาวนาน ในการผลักดันหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดจากการวิจัยและสนับสนุนของ สวรส. นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ไว้ว่า “หมอสงวนเป็นคนหลักที่ทำเรื่องประกันสุขภาพ แต่ขอโทษ know-how ของพรรคและคุณทักษิณไม่มีเลยนะครับ มาจากของกระทรวงและคุณหมอสงวนทั้งนั้น” (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, สัมภาษณ์, 2559)

อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการสนับสนุนจากผู้นำทางการเมืองและองค์ความรู้นั้น ยังเป็นเพียงปัจจัยส่วนหนึ่งในการผลักดันการกฎหมายจัดตั้งองค์การการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยหากขาดปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่ง อันได้แก่ การเคลื่อนไหวระดมการสนับสนุนจากประชาชนของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วทุกภูมิภาค และกลไกของรัฐธรรมนูญตามมาตรา 76 และ มาตรา 170 ก็ย่อมยากที่จะจูงใจหรือกดดันให้ฝ่ายการเมืองให้การยอมรับและสนับสนุนได้ ดังที่ นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ได้อธิบายถึงความขัดแย้งทางความคิดของข้าราชการแพทย์ในกระทรวงสาธารณสุขระหว่างแนวคิดปฏิรูปและแนวคิดอนุรักษ์นิยม และความสัมพันธ์ของการสร้างการสนับสนุนทางสังคมและการเมืองไว้ดังนี้

“แนวคิด คอนเซอเวทีฟ กับ รีฟอร์มมิสต์ ปะทะกันในกระทรวงสาธารณสุข องค์กรตระกูล ส. เป็นความพยายามในการกระจายทรัพยากร เพราะระบบราชการเป็น คอมมานด์รีเลชั่น แต่ตระกูลส.เป็นคอนแทกซ์รีเลชั่น ในกระทรวงมีความต่างในแนวคิด บางคนอยากจะปฏิรูป บางคนไม่อยากจะปฏิรูป แพทย์ชนบทเป็นเรื่องของแนวคิด พวกแนวคิดปฏิรูปกับพวกอนุรักษ์

นิยม พวงกริฟอร์มมิสต์ เบส ออน ดาต้า รีเสิร์ช อย่าง สวรรส. สปรส. ที่ทำให้
กลุ่มแนวคิดนี้ต่างจากกลุ่มแนวคิด คอนเซอเวทีฟ พอนำเรื่องดาต้า รีเสิร์ช
ไปแสวงหาโซเชียลพอร์ต โซเชียลพอร์ตถึงระดับหนึ่ง จะเกิด โพลิติคัล
คอมมิตเมนต์”

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (สัมภาษณ์, 2559)

3.2.2.2) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน กับการระดมการสนับสนุนการ เข้าชื่อเสนอร่างกฎหมาย

กลไกรัฐธรรมนูญ 2540 ในมาตรา 76 และ 170 ส่งผลสำคัญต่อการ
เคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เกิดจากการรวมตัวเป็นพันธมิตรระหว่าง
ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในการระดมการสนับสนุน
การเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมายจัดตั้งองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ “ร่างพระราชบัญญัติ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” เสนอเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2544 โดยมีผู้แทน
ในการเสนอคือ นางระกาวิรินทร์ ลีชนะวานิชพันธุ์¹²⁵ กับคณะ โดยสามารถจัดหาผู้
ร่วมเข้าชื่อเพื่อเสนอกฎหมายถูกต้องครบถ้วนตามจำนวนที่กฎหมายกำหนดจำนวน
52,837 คน เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์เพื่อ
จัดหาผู้ร่วมลงชื่อได้ครบตามจำนวน หากอาศัยการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์
ชนบทเพียงอย่างเดียว โอกาสที่จะสามารถจัดหารายชื่อให้ได้ครบตามจำนวนที่
กฎหมายระบุย่อมเป็นไปได้ยาก โดย สุภัทรา นาคะผิว หนึ่งในตัวแทนเครือข่าย
องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ที่มีบทบาทในการร่วมเคลื่อนไหวเพื่อเสนอร่าง
พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ได้อธิบายบทบาทของการร่วมมือระหว่างขบวน
การแพทย์ชนบท กับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนภายใต้โครงสร้างโอกาสทาง
การเมืองที่เปิดขึ้นจากรัฐธรรมนูญ 2540 ไว้ดังนี้

¹²⁵ นักเคลื่อนไหวด้านสิทธิผู้ใช้แรงงาน.

“รัฐธรรมนูญ 40 เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นมากที่สุด พี่ก็ได้เข้าไปอยู่ในส่วนของเอ็นจีโอสายสุขภาพ ได้ใส่เรื่องสุขภาพเข้าไปในรัฐธรรมนูญ มีการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐาน หนึ่งในนั้นคือสิทธิในการได้รับการรักษาทางสาธารณสุข ได้มีการรวมตัวของเครือข่าย 11 เครือข่าย¹²⁶ เช่น ชนกลุ่มน้อย เด็ก ผู้หญิง แรงงาน ชุมชนแออัด สิ่งแวดล้อม ฯลฯ มีปัญหาาร่วมกันด้านสุขภาพ คนจนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ คุณหมอสงวน เป็นคุณหมอหัวก้าวหน้าก็เข้ามาคุยกัน ทุกคนก็เห็นด้วยในการทำเรื่องสุขภาพก้าวหน้า เพราะเดิมมีแต่ราชการที่จะได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพการรักษาพยาบาล ต่อมา มีประกันสังคมแต่เป็นเฉพาะผู้ที่อยู่ในระบบแรงงาน พอไปดูในประชาชนเป็นข้าราชการ 5 ล้าน แรงงาน 7-8 ล้าน แต่ที่เหลืออีก 40 กว่าล้านคนไม่มีหลักประกันสุขภาพเลย แม้กระทั่งคนที่พอมีฐานะ แต่เมื่อเกิดป่วยหนักต้องเข้ารับการรักษาใช้ค่าใช้จ่ายเยอะ อย่างโรคมะเร็ง ทำให้เงินเก็บที่มีมาทั้งหมดถูกใช้ กลายเป็น การล้มละลายทางสุขภาพ ภาคประชาชนจึงเดินสายคุยกับชุมชน และเครือข่ายเพื่อร่วมกันสนับสนุนการผลักดัน มีพวกต่อต้านเป็นพวกโรงพยาบาลเอกชน พวกบริษัทฯ ร้างพ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใช้ 5 หมื่นซื้อ ทำงานกับ 11 เครือข่ายล่ามมาได้แสนกว่าชื่อ แข่งกับร่างพ.ร.บ.ของกลุ่มอื่นที่เสนอเรื่องนี้เหมือนกันและสุดท้ายร่างของพวกเราก็เป็นร่างที่ได้รับการบรรจุ” (เน้นโดยผู้วิจัย)

สุภัทรา นาคะผิว (สัมภาษณ์, 26 มกราคม 2560)

¹²⁶ เครือข่ายเอ็นจีโอ 11 เครือข่ายที่กล่าวถึงข้างต้น ได้แก่ 1.เครือข่ายองค์กรผู้บริโภคและสาธารณสุข 2. เครือข่ายเด็ก 3.เครือข่ายคนพิการ 4.เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 5.เครือข่ายแรงงาน 6.เครือข่ายชุมชนแออัด 7. เครือข่ายผู้สูงอายุ 8.เครือข่ายผู้หญิง 9.เครือข่ายเกษตรกรรวม 10.เครือข่ายธนาคารหมู่บ้านภาคใต้ และ 11.กองทุนสวัสดิการชุมชนเมือง ทั้ง 11 เครือข่ายได้ตัดสินใจร่วมกันในการจัดตั้งโครงการรณรงค์เพื่อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 16 พฤษภาคม 2543 และในวันที่ 11 ตุลาคม 2543 ตัวแทน 11 เครือข่ายจำนวนประมาณ 800 คนได้เข้าร่วมในเวทีสมัชชาเพื่อประกาศเจตนารมณ์ผลักดันพ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เริ่มรณรงค์เข้าชื่อ 50,000 รายชื่อ เพื่อเสนอกฎหมายตามช่องทางรัฐธรรมนูญ มาตรา 170 (สนาพล อิวสกุล และคณะ, 2544, น. 249).

ในขณะเดียวกันพระราชบัญญัติที่สำคัญอีกฉบับได้แก่ “ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ...” ถูกเสนอโดย นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2547 สามารถรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอกฎหมายได้จำนวน 95,410 คน¹²⁷

“ตอนที่ประกาศใช้รัฐธรรมนูญฯ ฉบับปี 2540 ใหม่ ๆ ทาง สวรส. เขาได้จัดทำข้อเสนอเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพไทยขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ เขาตั้งใจจะขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ที่เดิมมองแค่ความพยายามปรับระบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) ซึ่งเน้นแต่เรื่องการจัดบริการทางการแพทย์และกิจกรรมทางสาธารณสุข มาเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพ หรือ Health System Reform ที่ใหญ่กว่านั้น เพราะระบบสุขภาพครอบคลุมไปถึงเรื่องระบบย่อยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะ ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ...หลังจากมีการสังเคราะห์แนวคิดและงานวิชาการ ซึ่งมีหลายคนช่วย สวรส. ทำ ได้แก่ คุณหมอสมาศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ คุณหมอสุภกร บัวสาย เป็นต้น โดยมีอาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่านช่วยดูอยู่ เช่น อาจารย์ประเวศ วะสี อาจารย์ไพโรจน์ นิงสานนท์ อาจารย์วิจารณ์ พานิช โดยท่านมองว่าหากเราต้องการทำให้เรื่องนี้สำเร็จ ต้องสร้างกลไกใหม่ขึ้นมารองรับ อย่างการออกกฎหมายและการกำหนดให้มีองค์กรมาดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ...โดยมีการวางแผนกันว่าจะใช้เวลา 3 ปีในการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเพื่อกำหนดกรอบของระบบสุขภาพแห่งชาติกันใหม่ ที่กว้างกว่าระบบสาธารณสุขเดิม โดยเน้นการทำงานวิชาการร่วมกับการเคลื่อนไหวให้สังคมได้ร่วมเรียนรู้แนวคิดเรื่องสุขภาพในมิติใหม่ แล้ววางกลไกขับเคลื่อนงานนี้อย่างต่อเนื่องใน

¹²⁷ ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้รับการบรรจุเข้าระเบียบวาระการประชุมสภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 22 ปีที่ 1 ครั้งที่ 6 แต่กระบวนทั้งหมดได้ยุติลงเนื่องจากเกิดการยุบสภาเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549 จากปัญหาวิกฤตทางการเมือง อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัตินี้ได้ถูกนำเสนอเข้าสู่สภาอีกครั้ง และได้รับการพิจารณากำหนดเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ในสมัยของรัฐบาลพล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์.

ระยะยาว จึงมีการจัดตั้ง สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้น ภายใต้ สวรรส. เพื่อเป็นองค์กรแกนนำในเรื่องนี้ เมื่อปี พ.ศ. 2543”

อำพล จินดาวัฒนะ (อ้างถึงใน พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 190-191)

แม้ร่างพ.ร.บ.สาธารณสุขแห่งชาติ ที่ถูกเสนอเข้ารับการพิจารณาจากรัฐสภา ในปี 2547 นั้น แต่ในการเคลื่อนไหวนั้นได้มีการเตรียมระดมการสนับสนุนตั้งแต่ปี 2543 เป็นต้นมาเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการจัดตั้งเครือข่ายจากภาคประชาสังคม ในการระดมการสนับสนุนร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยมี การจัดตั้ง “สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (สปรส.) ขึ้นมาในปี 2543 เพื่อเป็นองค์กรในการระดมทรัพยากรและสร้างเครือข่ายสนับสนุนการดำเนินงาน ขององค์กรตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติต่อไป นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้รับผิดชอบในการระดมการสนับสนุนจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ได้กล่าวไว้ว่า

“ปี พ.ศ. 2544 ผมชวนองค์กรภาคีจำนวนมากมาร่วมกันจัด “ตลาดนัดสุขภาพ” ที่อิมแพ็ค เมืองทองธานี เปิดมิติใหม่เรื่องสุขภาพที่เป็นองค์กรรวม ชวนคนทุกภาคส่วนทำงานที่ต้นทำเกี่ยวข้องกับสุขภาพมาจัดแสดง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จึงเป็นครั้งแรกที่มีทั้งหมดดู หมอ พ้นบ้าน หมอเหยียบเส้น หมอเป่า หมอเสก นักเรียน นักศึกษา ลีอมวลชน นักบวช อย่างเช่นคุณแม่ชีคันสนีย์ เสถียรสุต ก็มาร่วมจัด เกี่ยวกับสุขภาพทางจิตวิญญาณ ประชาคมสุขภาพต่าง ๆ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขจำนวนมาก รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ มาร่วมกันจัดงาน บรรยากาศอบอุ่นมาก มีภาคีเครือข่าย เข้าร่วมงานกว่า 3,000 องค์กร จัดงาน 5 วัน มีคนมาร่วมงานราว 150,000 คน ถือเป็นมหกรรมสุขภาพที่หลากหลายที่สุดเท่าที่เคยมีมา... ปี พ.ศ. 2545 มีการจัดณรงค์ใหญ่ จัดวิ่งและปั่นจักรยาน 4 สาย ต่อเนื่อง 7 วันทั่วประเทศ ชวนให้คนไทยสร้างสุขภาพ และลงชื่อ

สนับสนุน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ สามารถรวมรายชื่อผู้สนับสนุนร่าง
กฎหมายนี้ได้ประมาณ 4 ล้านรายชื่อ”

อำพล จินดาวัฒนะ (อ้างถึงใน พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 193-194)

นอกจากการระดมการสนับสนุนผ่าน สปรส. แล้ว สถาบันชุมชนท้องถิ่น
พัฒนายังได้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนขบวนการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในการดูแล
แผนงานเคลื่อนไหวทางสังคมในปลายปี 2543 เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ
“สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ” (สปรส.) สร้างการประสานเครือข่าย
“ประชาคมจังหวัด” ทั้ง 76 จังหวัด ที่นพ.ประเวศ วะสี เป็นผู้ริเริ่มบทบาทเสนอให้
จัดตั้งขึ้น ผ่านแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เข้ากับ
“ประชาคมสาธารณสุข” นำมาสู่การจัดตั้ง “ประชาคมสุขภาพ” ซึ่งมีบทบาทสำคัญ
ในการรณรงค์การเข้ารายชื่อของประชาชน 150,000 เพื่อเสนอกฎหมาย พ.ร.บ.
สุขภาพแห่งชาติ (พัชรา อุบลสวัสดิ์ และ วิลาวัลย์ เอื้อวงศ์กุล, 2551, น. 124) ในขณะที่
ที่ปัจจัยเรื่ององค์ความรู้เชิงระบบในการดำเนินงานของ สปรส. ได้รับการสนับสนุน
จากงานวิจัยที่ได้รับการทุนจาก สวรส. เช่นเดียวกับการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้
สนับสนุนการจัดตั้งองค์กรอื่น ๆ เช่น สสส. สปสช. (สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, 2541) ทำให้
เห็นถึงเครือข่ายขององค์กรในการระดม ที่มีการสนับสนุนซึ่งกันและกันในด้านการ
ระดมทรัพยากรทั้งทางด้านงบประมาณ องค์ความรู้ และเครือข่ายทางสังคม
การเมือง มีความสอดคล้องกับรูปแบบของแนวคิด “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”
ที่เสนอโดยนพ.ประเวศ วะสี อันเป็นรูปแบบของการเชื่อมโยงการสนับสนุนจากฐาน
องค์ความรู้ การระดมการสนับสนุนเชิงเครือข่ายจากขบวนการทางสังคม และการ
แสวงหาพันธมิตรชนชั้นนำและโอกาสทางการเมือง เพื่อผลักดันการปฏิรูประบบ
สาธารณสุข (Wasi, 2000) นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้กล่าวถึงความสำคัญของการ
สร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการปฏิรูประบบสาธารณสุขว่า

“เรื่องเครือข่ายสำคัญมาก ถือเป็นหัวใจของการทำงานทุกเรื่องเลยก็ว่าได้
...ในภาคธุรกิจเขาใช้เครือข่ายแยะไปหมด เพื่อเอื้อประโยชน์หนุนเสริมกัน
และกัน ที่ผ่านมามาภาครัฐไม่ค่อยถนัดเรื่องการทำงานแบบเครือข่ายมากนัก

ผมมีประสบการณ์ทำงานเคลื่อนไหวสังคมกับทางชมรมแพทย์ชนบท ก็
คุ้นเคยและเห็นประโยชน์เรื่องเครือข่ายมาก ยิ่งมาทำงานปฏิรูประบบ
สุขภาพ ยิ่งต้องอาศัยการทำงานแบบเครือข่ายกับทุกภาคส่วน ยิ่งเห็น
ความสำคัญเรื่องเครือข่ายอย่างมาก”

อำพล จินดาวัฒนะ (อ้างถึงใน พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553, น. 199)

อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถูกชะลอการพิจารณาในรัฐบาล
ทักษิณ ชินวัตรเป็นเวลากว่า 2 ปี เพราะมีการคัดค้านจากฝ่ายโรงพยาบาลเอกชน
เนื่องจากภายในพ.ร.บ.มีมาตราหนึ่งระบุว่า “บริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อ
แสวงกำไรเชิงธุรกิจ” ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อธุรกิจบริการสุขภาพของเอกชนอย่างมาก
ประกอบกับเกิดเหตุการณ์ความรุนแรงทางการเมืองและมีการยุบสภาในปี 2549 จน
นำไปสู่การรัฐประหารในเดือนกันยายน 2549 ทำให้พ.ร.บ.ถูกระงับการพิจารณาไป
ก่อนจะถูกนำกลับมาพิจารณาอีกครั้งจนผ่านเป็นกฎหมายสำเร็จในรัฐบาลนาย
สุรยุทธ์ จุลานนท์ โดยมี นพ.มงคล ฤ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ผู้เป็นแนวร่วมที่สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท เป็นผู้ผลักดันร่วมกับการ
สนับสนุนของ มีชัย ฤชุพันธ์ ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.)

ร่าง พ.ร.บ.นี้เข้าสู่สภาในเดือนพฤศจิกายน 2549 เมื่อผ่านการพิจารณาวาระ
แรก มีการตั้งกรรมาธิการวิสามัญ โดยมี นพ.มงคล ฤ สงขลา เป็นประธานและมี
นพ.อำพล จินดาวัฒนะเป็นเลขานุการ ใช้เวลาปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำเสนอสภา สนช.
ในวาระที่สอง จนถึงต้นปี 2550 จึงถูกนำเสนอเข้าสนช. เพื่อผ่านมติเห็นชอบในวาระ
ที่สาม โดยในวาระที่สามนี้ได้รับการสนับสนุนจากประธาน สนช. มีชัย ฤชุพันธ์ ใช้
เวลาพิจารณาร่างเพื่อผ่านพ.ร.บ.จากสภา สนช. เพียง 15 นาที (พงศธร พอก
เพิ่มดี, 2553, น. 194-195) อย่างไรก็ตามพบว่าเหตุสำคัญส่วนหนึ่งที่ทำให้ร่าง
พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติถูกชะลอการพิจารณาในสมัยรัฐบาลทักษิณ ชิน
วัตร จากการกำหนดให้ “บริการสาธารณสุขต้องไม่เป็นไปเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจ”
นั้น ได้รับการเปลี่ยนแปลงไปในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ประกาศใช้ในพ.ศ.
2550 โดยในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3 ระบุว่า “บริการ

สาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน” (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550, น. 2) ซึ่งได้ตัดเนื้อหาในการห้ามการบริการทางสาธารณสุขเพื่อแสวงกำไรเชิงธุรกิจออกไป

โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ “ถูกผลักดันให้เปิด” พื้นที่ให้แก่การมีส่วนร่วมทางการเมืองจากภาคประชาสังคมมากขึ้น จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 และรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เกิดขึ้นมาจากกระแสของการเรียกร้องการกระจายอำนาจ การปฏิรูปการเมือง รวมถึงการพัฒนาประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทำให้เคลื่อนไหวของเครือข่ายพันธมิตรระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ประสบผลสำเร็จในการผลักดันกฎหมายที่นำมาสู่การจัดตั้งองค์กรการปฏิรูประบบสาธารณสุข

สิ่งที่น่าสนใจคือโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดขึ้นนี้ ไม่ได้เป็นการเกิดขึ้นโดยบังเอิญแต่หากเป็นผลของการเคลื่อนไหวทางการเมืองของขบวนการแพทย์ชนบท และนพ.ประเวศ วะสี ที่ได้สร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชนมาตั้งแต่ช่วงต้นของทศวรรษ 2530 ผ่านสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและการทำงานร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนทางสาธารณสุขอย่างเหนียวแน่นผ่าน “คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน” (คปอส.) รวมไปถึงการแสวงหาเครือข่ายพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมืองในช่วงเวลาต่าง ๆ ทำให้ นพ.ประเวศ วะสี และสมาชิกคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ได้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันความคิดในการปฏิรูปและกระจายอำนาจผ่านแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และการร่างรัฐธรรมนูญ ปี 2540 ที่ส่วนหนึ่งได้สืบทอดความคิดในการปฏิรูปมาจากข้อเสนอของ คพป. ที่มี นพ.ประเวศ วะสี เป็นประธาน อันเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ที่ส่งผลต่อรูปแบบในการเคลื่อนไหวทางการเมืองของภาคประชาสังคมดังได้กล่าวมา

การศึกษากรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงปี 2535 ถึงช่วงปี 2545 ดังที่ได้อภิปรายผ่านมานั้นพบว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตของกรอบความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปใน 2 ด้าน ด้านแรกคือการหันกลับมาใช้กรอบความคิดประชาธิปไตย โดยเฉพาะประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในการระดมการสนับสนุนและทรัพยากร กรอบคิดนี้ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทดำเนินการเคลื่อนไหวในฐานะหนึ่งในขบวนการพัฒนาประชาธิปไตยและปฏิรูปการเมืองร่วมกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นพันธมิตรทางการเมืองอย่างชัดเจน ซึ่งต่างไปจากการเคลื่อนไหวก่อนหน้านี้ของชมรมแพทย์ชนบท ที่แสดงตัวชัดเจนในฐานะเป็น “ขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ” และไม่แสดงความเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทางการเมืองใด ๆ แต่ภายหลังความล้มเหลวในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านระบอบราชการของกระทรวงสาธารณสุข ขบวนการแพทย์ชนบทได้ใช้โอกาสที่เปิดขึ้นภายหลังเหตุการณ์พฤษภา 2535 และความถดถอยของพลังระบอบราชการ เคลื่อนไหวทางการเมืองด้วยการชูประเด็นการปฏิรูปการเมืองและการมีส่วนร่วม โดยแสดงตัวเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่สนับสนุนการปฏิรูปการเมืองและพัฒนาประชาธิปไตย ขบวนการแพทย์ชนบทที่เคยเป็นขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพจึงได้เปลี่ยนเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองอีกครั้ง พร้อมทั้งระดมการสร้างพันธมิตรกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และชนชั้นนำทางการเมือง

การเปลี่ยนแปลงกรอบคิดในด้านที่สอง ได้แก่ การเปลี่ยนกรอบคิดด้านสาธารณสุขที่ไม่มองเรื่องของสุขภาพและสาธารณสุขเพียงแค่การรักษาโรค แต่มองเรื่องของสาธารณสุขและสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและเป็นเรื่องเชิงระบบ ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวด้วยการผลักดันการจัดตั้ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ขึ้นมาเพื่อเป็นโครงสร้างในการระดมทรัพยากรสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้และทุนในการจัดตั้งองค์กรปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างเป็นทางการต่อไป

ส่วนในด้านการเคลื่อนไหวนั้น ช่วงเวลานี้นับเป็นจุดเปลี่ยนครั้งสำคัญ (critical point) ของขบวนการแพทย์ชนบท ในการใช้ยุทธศาสตร์เชิงรุกในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ด้วยการสร้างพันธมิตรทางการเมืองกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน และชนชั้นนำทางการเมืองทั้งในฝ่ายการเมืองและราชการ เพื่อผลักดันนโยบายที่ขบวนการต้องการให้เกิดขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมในการร่างและจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 รวมถึงรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เปิดพื้นที่ให้แก่การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการเสนอกฎหมาย และการตรวจสอบทุจริต นำมาสู่การ

เคลื่อนไหวระดมการสนับสนุนลงชื่อเพื่อเสนอกฎหมาย และการตรวจสอบทุจริตของข้าราชการและ
นักการเมือง ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน มีความชอบ
ธรรมสูงขึ้นอย่างมากในการเคลื่อนไหวผลักดันประเด็นทางสังคมการเมืองต่าง ๆ ที่ตนต้องการ



บทที่ 7

ขบวนการแพทย์ชนบท กับองค์กรตระกูล ส. : กรอบความคิดและการเคลื่อนไหวในช่วงปี 2545 ถึง 2560

บทนี้จะเป็นการอภิปรายพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ภายหลังจากก่อตั้งองค์กรตระกูล ส.¹²⁸ ในช่วงกลางทศวรรษ 2540 เป็นต้นมาจนถึงปี 2560 โดยมีองค์กรตระกูล ส. เป็นเครือข่ายองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นโครงสร้างในการระดมทรัพยากร เพื่อผลักดันการเคลื่อนไหวตามกรอบความคิดในการปฏิรูประบบสาธารณสุขของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ การกระจายทรัพยากร และการมีส่วนร่วม ภายใต้อกรอบความคิดสุขภาพแบบ “สุขภาวะ” โดยมองเรื่องของสุขภาพมากกว่าการเป็นเรื่องของการรักษา และการตรวจสุขภาพ ที่เป็นเรื่องทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่เป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง จิตวิญญาณ อันเป็นการตีความหมายของสุขภาพในแบบ “กว้าง” กรอบความคิดสุขภาพนับเป็นกรอบความคิดหลักที่ขบวนการแพทย์ชนบทใช้ในการระดมทรัพยากร สร้างความชอบธรรม และเปิดพื้นที่ให้กับเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน สามารถเข้าร่วมการเคลื่อนไหวกับขบวนการแพทย์ชนบท ผ่านการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ในฐานะเป็นปฏิบัติการของกรอบความคิดได้ต่อไป

ข้อเสนอหลักของบทนี้คือ การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงกลางทศวรรษ 2540 เป็นต้นมา ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในโครงสร้างระบบสาธารณสุขอย่างสำคัญ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวผ่านบทบาทขององค์กรตระกูล ส. ที่สามารถดึงเอางบประมาณและทรัพยากรของรัฐ มาใช้สนับสนุนการเคลื่อนไหว

¹²⁸ สำหรับเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. นั้น จากหนังสือ “ความจริงเรื่องตระกูล ส. สองทศวรรษการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย” ของนพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้ระบุว่า มีทั้งหมดประมาณ 9 องค์กร ได้แก่ 1.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 3.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 4.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 5.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 6.สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) 7.สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program – IHPP) 8.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program – HITAP) และ 9.โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์กรมหาชน) (วิชัย โชควิวัฒน์, 2557).

ของขบวนการที่สมาชิกคนสำคัญและเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนได้เข้าไปมีบทบาทในโครงสร้างการบริหารขององค์กรตระกูล ส. จนทำให้เกิด “อำนาจอธิปไตยเชิงซ้อน” (duo autonomy) อันเป็นสถานะของการมีอิสระทางอำนาจในการปกครองตนเองซ้อนกันอยู่ในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข โดยที่ระบบราชการของรัฐและฝ่ายการเมืองไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทและทิศทางการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ได้ ในขณะที่งบประมาณและทุนในการทำงานและเคลื่อนไหวขององค์กรตระกูล ส. นั้นมาจากงบประมาณของรัฐ

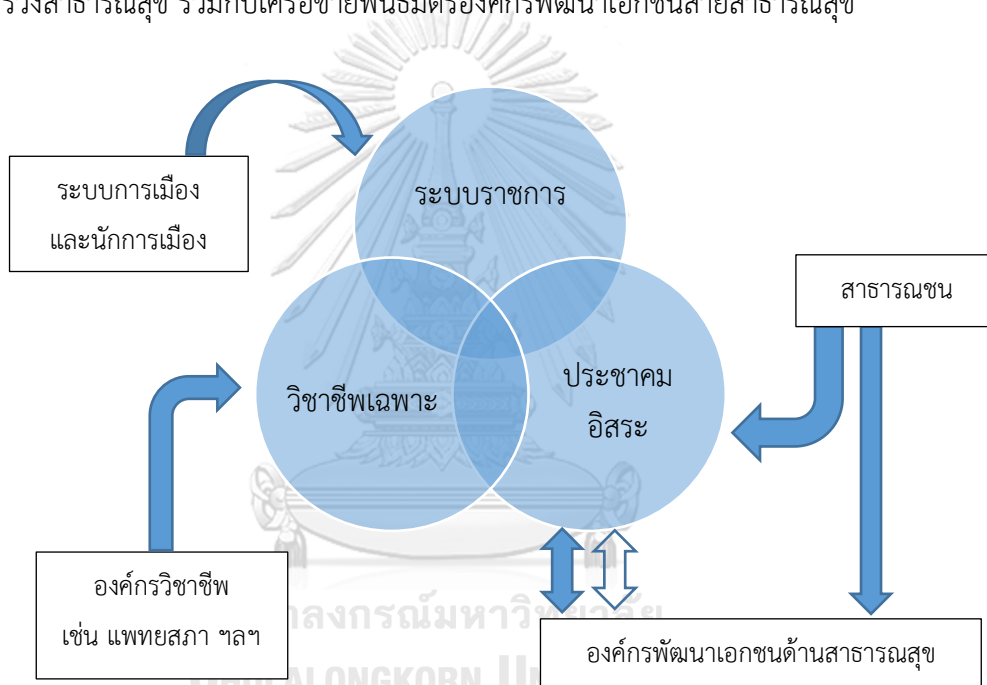
อย่างไรก็ตามความเป็นอิสระทางอำนาจอธิปไตยเชิงซ้อนกันนี้ได้สร้างความขัดแย้งขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน ที่เป็นพันธมิตรอันเหนียวแน่น กับกลุ่มอนุรักษ์นิยมในระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข และฝ่ายการเมือง ฯลฯ ในขณะที่เมื่อเกิดการรัฐประหารในปี 2549 และ 2557 ได้ทำให้พลังของระบบราชการ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขฟื้นคืนอำนาจมาอีกครั้ง และได้พยายามช่วงชิงพื้นที่ทางอำนาจคืนจากขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนี้ปัญหาของความไม่เป็นประชาธิปไตยหรือการใช้ประชาธิปไตยเป็นเพียงเครื่องมือของขบวนการแพทย์ชนบท เป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทสูญเสียความชอบธรรมในการระดมการสนับสนุนการเคลื่อนไหว ในฐานะขบวนการแพทย์ชนบทยังคงใช้กรอบความคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม แต่กลับไม่ปฏิเสธวิธีการเข้าหาผู้มีอำนาจทางนโยบายที่ไม่ได้มาตามระบอบประชาธิปไตย เพื่อให้บรรลุผลในการผลักดันนโยบายที่ขบวนการแพทย์ชนบทต้องการ

การนำเสนอเพื่ออภิปรายการศึกษาในบทนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ส่วนแรกได้แก่ การอภิปรายถึงปัจจัยที่ทำให้สถานะอำนาจอธิปไตยเชิงซ้อนเกิดขึ้นได้ จากการสร้างพื้นที่ทางอำนาจของขบวนการแพทย์ชนบท และเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน ผ่านการออกแบบโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการที่ทำหน้าที่ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและทรัพยากรขององค์กรตระกูล ส. รวมถึงความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจที่องค์กรตระกูล ส. ทำให้เกิดขึ้น ส่วนที่สองได้แก่ การอภิปรายถึงความขัดแย้งที่เกิดขึ้นภายในระบบสาธารณสุขอันเป็นผลจากการปฏิรูประบบสาธารณสุขของขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูล ส. ส่วนที่สาม เป็นการอธิบายถึงลักษณะของการใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในฐานะเครื่องมือในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท และส่วนที่สี่ได้แก่ การอภิปรายถึงโครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) ในฐานะ

ปรากฏการณ์ส่วนหนึ่งที่ทำให้เห็นถึงพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่ตอบรับกับการเริ่มเสื่อมถอยของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษ 2550 เป็นต้นมา

1. องค์กรตระกูล ส. กับการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข

นวนน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545) ได้อธิบายโครงสร้างความสัมพันธ์ของประชาคมภายในสายสาธารณสุข ดังรูปภาพที่ 1 เพื่ออธิบายเอกลักษณ์ของขบวนการแพทย์ชนบทอันเป็นปัจจัยภายในที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเคลื่อนไหวตรวจสอบการทุจริตยาของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุข



ภาพที่ 1 โครงสร้างความสัมพันธ์ของประชาคมภายในสายสาธารณสุข (นวนน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545, น. 76)

จากภาพที่ 1 จะเห็นว่าระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุขนั้นถูกควบคุมโดยระบบการเมืองและนักการเมือง อย่างไรก็ตามข้าราชการส่วนใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขนั้นอยู่ในหลายสถานะ กล่าวคือ นอกจากเป็นข้าราชการแล้ว ยังมีสถานะเป็นผู้มีวิชาชีพ เช่น กลุ่มแพทย์ กลุ่มเภสัชกร กลุ่มพยาบาล เป็นต้น โดยอาจกล่าวได้ว่าเป็นวิชาชีพอิสระซึ่งอาจจะทำงานในภาคเอกชนได้โดยไม่ต้องพึ่งพิงภาครัฐ แม้จะอยู่ภายใต้การควบคุมขององค์กรวิชาชีพเช่น แพทยสภา แต่ก็เป็นการควบคุมโดยกรอบของจริยธรรมและมาตรฐานทางวิชาชีพมากกว่าจะเป็นการควบคุมความคิดและ

การเคลื่อนไหว นวลน้อย ตรีรัตน์ และกนกศักดิ์ แก้วเทพ กล่าวถึงลักษณะพิเศษของขบวนการแพทย์ชนบทในโครงสร้างความสัมพันธ์ของประชาคมภายในสายสาธารณสุขไว้ว่า

“แต่สำหรับขบวนการแพทย์ชนบทและขบวนการแพทย์ชนบทแล้วสามารถดำรงความเป็นอิสระ และเข้าไปมีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงระบบราชการ มากกว่าที่จะถูกเปลี่ยนหรือถูกกลืนโดยระบบราชการ ดังนั้นประชาคมอิสระจึงเป็นวงกลมที่มีการซ้อนทับกับระบบราชการเพียงบางส่วน ไม่ใช่วงกลมที่อาศัยอยู่ในระบบราชการ ขณะเดียวกันลักษณะพิเศษของประชาคมอิสระในสายสาธารณสุขคือ การไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุข ซึ่งบทบาทที่เกี่ยวข้องจะผ่านจากตัวบุคคลหรือสมาชิกในประชาคม ไม่ได้ผ่านโดยตรงจากความเป็นองค์กร และเป็นลักษณะของการทำงานร่วมกันกับองค์กรพัฒนาเอกชนเพื่ออุดมการณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทั้งนี้พบว่า แพทย์ที่ผ่านการเป็นแพทย์ชนบทมาก่อนจำนวนมากมักเข้าไปมีบทบาทในองค์กรพัฒนาเอกชนสายสาธารณสุข แต่ขณะเดียวกัน องค์กรพัฒนาเอกชนจะถูกควบคุมโดยปัจจัยสาธารณสุข”

นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ (2545, น. 75-78)

การเกิดขึ้นขององค์กรตระกูล ส. อันเป็นผลจากการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท และเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน ได้ทำให้ความสัมพันธ์ทางอำนาจในโครงสร้างระบบที่อธิบายดังรูปที่ 1 เปลี่ยนแปลงอย่างรุนแรง โดยสามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จาก 2 ประเด็น ได้แก่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของคณะกรรมการขององค์กรทางสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข จากการทำงานของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจทั้งในระดับภายในองค์กร และระดับระบบมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในฐานะเป็นการเคลื่อนไหวของกรอบความคิด “การมีส่วนร่วม การกระจายทรัพยากรและอำนาจ” โดยจะพิจารณาต่อไปตามลำดับ โดยองค์กรตระกูล ส. ที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษามี 3 องค์กรได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เนื่องจากเป็นองค์กรที่มีรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมคล้ายคลึงกัน

1.1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของคณะกรรมการขององค์กรทางสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในขององค์กรตระกูล ส. เกิดจากการผลักดันการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายทางด้านสาธารณสุข ดังจะเห็นจากแนวคิดที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540-2544) ดังที่ได้อธิบายผ่านมา นับเป็นการวางรากฐานทางความคิด หรือ “พิมพ์เขียว” ที่กำหนดแนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุขก่อนที่จะเกิดการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส.อย่างเป็นทางการ โดยการกำหนดให้มีการ “ส่งเสริมให้กระทรวงสาธารณสุขปรับบทบาทมาเป็นการพัฒนานโยบายและการกำกับดูแลให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ เอกชน องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์และองค์กรชุมชนมีการประสานงานที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพมากขึ้น...ส่งเสริมให้ประชาชน องค์กรชุมชน องค์กรเอกชนสาธารณสุขธุรกิจ เอกชน นักวิชาการและสื่อมวลชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาการสาธารณสุข” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 26) ในขณะที่มีการ “ปรับบทบาทของระบบราชการจากการตรวจสอบ ควบคุม เป็นการกำกับ ดูแล ส่งเสริม พร้อมทั้งลดบทบาทในการดำเนินกิจกรรมของภาครัฐ เพื่อส่งเสริมให้ภาคประชาชนและภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้น” (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544), น. 126) โดยก่อนที่จะอธิบายถึงผลการศึกษาขององค์กรตระกูล ส. นั้นผู้วิจัยจะทำการอธิบายถึงที่มาของแนวคิดและการเคลื่อนไหวที่เปรียบเสมือนเป็นต้นแบบของการออกแบบโครงสร้างองค์กรตระกูล ส. จากการศึกษาโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือ ซึ่งได้ริเริ่มให้มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังจะอธิบายในประเด็นต่อไป

1.1.1) โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.)

การออกแบบกลไกการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เพิ่มการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมเป็นแนวคิดในการสร้างธรรมาภิบาลใหม่แก่ระบบสุขภาพที่ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้เริ่มทดลองผ่านการเคลื่อนไหวจริง ในการจัดตั้งคณะกรรมการที่มีที่มาจากหลายภาคส่วนมาร่วมตัดสินใจทางนโยบายและการจัดสรรงบประมาณ ใน “โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล” (สปร.) ที่ได้รับ

งบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นจำนวนเกือบหมื่นล้านบาทต่อปี (อัญชญา ณ ระนอง, 2545, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 122) จากเดิมที่อาศัยเพียงกลไกระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยขึ้นอยู่กับ “ดุลยพินิจ” หรือความเห็นจากฝ่ายการเมืองและผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้สร้างกลไกการจัดสรรงบ สปร. ขึ้นมา โดยผลักดันระเบียบกระทรวงการคลัง “ว่าด้วยเงินอุดหนุนโครงการรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล พ.ศ. 2541¹²⁹” ซึ่งได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 8 มกราคม 2541 มาใช้แทนระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข โดยระเบียบดังกล่าวกำหนดให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมากำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณ ควบคุมตรวจสอบและกำกับการใช้จ่ายงบประมาณ โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานราชการ ร่วมกับผู้แทนที่มาจากกลุ่ม “คนนอก” ได้แก่ กลุ่มคนที่ทำงานด้านสื่อมวลชนและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยคณะกรรมการที่มาจากคนนอกในชุดนั้น ได้แก่ สมหมาย ปารีฉัตร นายกษัตริย์ศึกแห่งประเทศไทยในขณะนั้น วัลลภ ตั้งคณานุกรักษ์ (ครูหุยุย) ผู้แทนของคนทำงานเกี่ยวกับเด็กและผู้ยากไร้ และนพ.บรรลพ ศิริพานิช ผู้แทนผู้สูงอายุ เป็นต้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 122-123)

การจัดตั้งคณะกรรมการ สปร. โดยนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นต้นแบบของการทดลองเคลื่อนไหวจริง ผ่านการออกแบบกลไกการตัดสินใจเชิงนโยบายและงบประมาณในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากบุคคล “ภายนอก” ของกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นความพยายามในการดึงอำนาจการบริหารจัดการออกจากโครงสร้างรวมศูนย์อำนาจของระบบราชการ และวางโครงสร้างการบริหารจัดการแนวราบที่เน้นการกระจายและถ่วงดุลอำนาจอันเอื้อต่อการเกิดธรรมาภิบาล และได้กลายเป็นลักษณะสำคัญที่ปรากฏอยู่ในโครงสร้างการทำงานขององค์กรตระกูล ส.ต่าง ๆ ต่อมา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 123)

เมื่อเกิดกรณีการทุจริตยาและเวชภัณฑ์ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประกาศขอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบการทุจริต ในวันที่ 6 กันยายน 2541 โดยเครือข่าย

¹²⁹ ทากสนใจโปรดดู <http://digi.library.tu.ac.th/thesis/po/0191/13APPENDIX.pdf>.

องค์กรพัฒนาเอกชน ร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทและชมรมเภสัชชนบท จนเป็นที่มาของการดำเนินคดีต่อผู้เกี่ยวข้องทั้งจากฝ่ายการเมืองและราชการระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ยิ่งทำให้กระแสการสนับสนุนความชอบธรรมในการออกแบบโครงสร้างการตัดสินใจ ในรูปแบบของ “คณะกรรมการ” เพิ่มมากขึ้น พญ.เชิดชู อริยศรีวัฒนา กล่าวว่า “กรณีการทุจริตยาและเวชภัณฑ์ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (ในปี 2541-ผู้วิจัย) ทำให้การต่อต้านการตั้งคณะกรรมการที่มาจากบุคคลภายนอกกระทรวงสาธารณสุขแบบตระกูล ส. ทำได้ยาก” (เชิดชู อริยศรีวัฒนา, สัมภาษณ์, 30 มีนาคม 2560)

1.1.2) คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

(พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ได้กำหนดโครงสร้างของคณะกรรมการที่มีบทบาทหลักใน สปสช. แบ่งออกได้เป็น 2 คณะ¹³⁰ ได้แก่ “คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” และ “คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข” เมื่อพิจารณาจากโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการ สปสช. จะพบว่ามีการกำหนดสัดส่วนของคณะกรรมการ จากทั้งหมดจำนวน 30 คนดังนี้ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งจากฝ่ายการเมืองและราชการ 9 คน¹³¹ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน¹³² ผู้แทนองค์กรเอกชน 5 คน¹³³ ผู้แทนผู้ประกอบการอาชีพด้านสาธารณสุข 5 คน¹³⁴

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

¹³⁰ นอกจากนี้ยังมีคณะอนุกรรมการย่อยอีก 13 คณะ.

¹³¹ ประกอบไปด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ประธาน) ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงพาณิชย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ.

¹³² ประกอบไปด้วยผู้แทนเทศบาลหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนจังหวัดหนึ่งคน องค์กรบริหารส่วนตำบลหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นหนึ่งคน โดยให้ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทคัดเลือกกันเอง.

¹³³ โดยคัดสรรจากองค์กรที่มีชื่อเสียงเป็นการแสวงหากำไรและครอบคลุมผู้ดำเนินงานด้านต่าง ๆ ได้แก่ งานด้านเด็กและเยาวชน สตรีและผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยจิตเวช ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ใช้แรงงาน ชุมชนแออัด เกษตรกร และชนกลุ่มน้อย ให้ผู้แทนองค์กรทั้ง 9 ด้านเหล่านี้ ด้านละหนึ่งคนคัดเลือกกันเองให้เหลือเป็นผู้แทน 5 คน.

¹³⁴ ประกอบไปด้วย ผู้แทนแพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ด้านละหนึ่งคน.

ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน¹³⁵ โดยการวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

ในขณะที่โครงสร้างสัดส่วนของ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข จำนวน 35 คน เป็นดังนี้ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข 4 คน¹³⁶ ผู้แทนจากฝ่ายวิชาชีพสาธารณสุขและกฎหมาย 5 คน¹³⁷ ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นสมาชิกของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน 1 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน¹³⁸ ผู้แทนทางวิชาชีพพยาบาล ทันตกรรม และเภสัชกรรม 3 คน¹³⁹ ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทาง 4 คน¹⁴⁰ ผู้แทนผู้ประกอบการศิลปะ 3 คน¹⁴¹ ผู้แทนองค์กรเอกชน 5 คน¹⁴² ผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน¹⁴³

อย่างไรก็ตามอำนาจในการควบคุมการตัดสินใจและการจัดสรรทรัพยากรจะอยู่ที่ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเรียกว่า คณะกรรมการหลักฯ จำนวน 30 คน

¹³⁵ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเจ็ดคนซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านประกันสุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก การเงินการคลัง กฎหมายและสังคมศาสตร์ ด้านละหนึ่งคนองค์กรเอกชนตาม (๔) ต้องเป็นองค์กรที่ดำเนินกิจกรรมมาไม่น้อยกว่าหนึ่งปีและได้มาขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานก่อนครบกำหนดสิบห้าวันนับแต่วันที่มีเหตุให้มีการคัดเลือกกรรมการถ้าองค์กรใดดำเนินกิจกรรมหลายกลุ่ม ให้ขึ้นทะเบียนเพื่อใช้สิทธิคัดเลือกกรรมการในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น.

¹³⁶ ประกอบไปด้วย อธิบดีกรมการแพทย์ เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ประธานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ.

¹³⁷ ประกอบไปด้วย ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม และผู้แทนสภานายความ.

¹³⁸ คัดเลือกเช่นเดียวกับคณะกรรมการชุดแรก.

¹³⁹ ประกอบไปด้วย ผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตกรรม และเภสัชกรรม วิชาชีพละหนึ่งคน.

¹⁴⁰ ประกอบไปด้วย สาขาสุนัข吠吠 สาขาคล้ายกรรม สาขาอายุกรรม และสาขากุมารเวชกรรม สาขาละหนึ่งคน.

¹⁴¹ ประกอบด้วย สาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ สาขากายภาพบำบัด สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขารังสีเทคนิค สาขากิจกรรมบำบัด สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก และสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย สาขาละหนึ่งคน และให้ผู้แทนดังกล่าวคัดเลือกกันเองให้เหลือจำนวนสามคน.

¹⁴² คัดเลือกเช่นเดียวกับกรรมการชุดแรก.

¹⁴³ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง โดยในจำนวนนี้ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว สาขาจิตเวช และสาขาการแพทย์แผนไทย สาขาละหนึ่งคน.

(นวนลน้อย ตีร์รัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 74) จากสัดส่วนของคณะกรรมการ จะเห็นว่าเป็นการออกแบบตามแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้แทนจากราชการ วิชาชีพ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้มีโอกาสส่งตัวแทนเข้ามาร่วมในคณะกรรมการที่มีอำนาจในการพิจารณาควบคุมและจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขจำนวนมหาศาล สำหรับหล่อเลี้ยงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนกว่า 48 ล้านคน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 123) โดยได้รับงบประมาณกว่าแสนล้านบาทต่อปี (งบประมาณในปี 2562 ตั้งกรอบงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพเป็นจำนวน 1.83 แสนล้านบาท แบ่งเป็นงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว 3426.56 บาทต่อคน¹⁴⁴)

1.1.3) คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 กำหนดให้ “คณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” จำนวน 20 คนประกอบด้วย ผู้แทนจากฝ่ายบริหารกระทรวงสาธารณสุข 2 คน¹⁴⁵ ผู้ทรงคุณวุฒิ 1 คน¹⁴⁶ ผู้แทนจากภาคส่วนราชการโดยตำแหน่ง 9 คน¹⁴⁷ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากการสรรหา 8 คน¹⁴⁸ (ในจำนวนนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง) การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด โดยงบประมาณ

¹⁴⁴ ที่มา https://www.matichon.co.th/politics/news_874589 เข้าถึงเมื่อ 28/05/61.

¹⁴⁵ นายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง.

¹⁴⁶ ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้ง.

¹⁴⁷ ได้แก่ ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้แทนสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ผู้แทนกระทรวงการคลัง ผู้แทนกระทรวงคมนาคม ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนกระทรวงแรงงาน ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้แทนทบวงมหาวิทยาลัย.

¹⁴⁸ คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ซึ่งได้รับการสรรหาจากผู้มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาชุมชน การสื่อสารมวลชน การศึกษา การกีฬา ศิลปวัฒนธรรม กฎหมาย หรือการบริหาร จำนวนแปดคน ซึ่งในจำนวนนี้จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง.

ที่กองทุน สสส. ได้รับมาจากการแบ่งงบประมาณรายได้จากภาษีบุหรี่และสุรา 2% เป็นจำนวนกว่าสามพันล้านบาทต่อปี

1.1.4) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า “คสช.” มีจำนวน 40 คนประกอบด้วย ผู้แทนจากฝ่ายบริหารทางการเมือง 7 คน¹⁴⁹ ผู้แทนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและ สิทธิมนุษยชน 2 คน¹⁵⁰ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน¹⁵¹ ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้ง 8 คน¹⁵² ผู้แทนคณะกรรมการวิชาชีพที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งเลือกกันเอง 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องไม่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขโดยเลือกกันเอง 6 คน ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ไม่ว่าจะจดทะเบียนเป็นนิติบุคคลหรือไม่ ซึ่งเลือกกันเอง 13 คน

โดย คสช. มีบทบาทหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล และหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และมาตรการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้ดำเนินการพัฒนาหรือกำหนดยุทธศาสตร์ นโยบาย และมาตรการต่าง ๆ โดยคำนึงถึงสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ พร้อมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ไม่ให้เรื่องของการดำเนินนโยบาย “ถูกผูกขาด” จากฝ่ายรัฐเพียงฝ่ายเดียว โดยมี

CHULALONGKORN UNIVERSITY

¹⁴⁹ ประกอบไปด้วย นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงที่นายกรัฐมนตรีกำหนดจำนวนไม่เกินห้าคน เป็นกรรมการ.

¹⁵⁰ ประกอบไปด้วย ประธานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประธานกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ เป็นกรรมการ.

¹⁵¹ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เลือกกันเอง จำนวน 4 คน โดย 1.ผู้แทนผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร นายกเมืองพัทยาและหัวหน้าผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะทำนองเดียวกัน 2.ผู้แทนนายกเทศมนตรี 3.ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4.ผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้ผู้แทนในแต่ละประเภทเลือกตัวแทนในประเภทของตนเองมา 1 คน.

¹⁵² ได้แก่ ผู้แทนแพทยสภา ผู้แทนสภาการพยาบาล ผู้แทนทันตแพทยสภา ผู้แทนสภาเภสัชกรรม ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์ ผู้แทนสภากายภาพบำบัด ผู้แทนสภาการแพทย์แผนไทย ผู้แทนสภาการสาธารณสุขชุมชน.

การจัดทำธรรมนูญสุขภาพจนออกมาเป็น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552¹⁵³ ที่เปรียบเสมือนเป็นรัฐธรรมนูญที่กำหนดความสัมพันธ์ทางอำนาจในด้านสุขภาพและสาธารณสุข ซึ่งจะมีผลผูกพันต่อผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายของรัฐในทุกฝ่าย

จากการพิจารณาโครงสร้างของคณะกรรมการจากทั้ง 3 องค์กรข้างต้น เห็นได้ว่าประกอบไปด้วยผู้แทนจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากในภาคส่วนทางสาธารณสุข และนอกภาคส่วนสาธารณสุข ที่มาจากฝ่ายการปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นการขยาย “พื้นที่” ในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมให้เปิดกว้างมากขึ้น โดยมีการตราพระราชบัญญัติทางกฎหมายเป็นหลักประกันถาวรให้คงไว้ซึ่งพื้นที่ในการมีส่วนร่วมนี้ ทำให้เกิดโครงสร้างการบริหารจัดการที่เป็นแนวราบมากขึ้น ตามแนวทางของการกระจายอำนาจและถ่วงดุลอำนาจ ต่างจากโครงสร้างการบริหารงานของระบบราชการที่เป็นแนวตั้งและรวมศูนย์อำนาจ การกระจายอำนาจไปตามภาคส่วนต่าง ๆ มากขึ้น ทำให้เกิดพลังในการดึงเอาทรัพยากรออกจากส่วนกลาง และกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น จากโครงสร้างของคณะกรรมการทั้งสามองค์กรดังที่ได้นำเสนอมา ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข ในการกำหนดทิศทางของนโยบายทางสาธารณสุข และรูปแบบของการกระจายทรัพยากรที่มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมเข้าไปมีส่วนร่วม ต่อรอง และต่อสู้ ในฐานะผู้แทนของฝ่ายประชาสังคม ทั้งยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายข้าราชการ ฝ่ายการเมือง ฝ่ายวิชาชีพ และฝ่ายประชาสังคม ซึ่งย่อมต้องมีความขัดแย้ง การต่อสู้ การประนีประนอม และต่อรองในพื้นที่ทางอำนาจที่เกิดขึ้นใหม่นี้ อันจะเป็นประเด็นต่อไปที่ผู้วิจัยจะทำการอธิบายต่อไป

1.2) การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข

เครือข่ายองค์กรในการปฏิรูประบบสาธารณสุขอย่างองค์กรตระกูล ส. เป็นการเคลื่อนไหวของกรอบความคิด เพื่อสร้างเครือข่ายในการระดมเพื่อสนับสนุนกรอบความคิดในด้าน “การมีส่วนร่วม การกระจายอำนาจและทรัพยากร” ดังที่ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ได้กล่าวว่า “องค์กรตระกูล ส. เราตั้งขึ้นมาเพื่อต่อสู้เรื่องการกระจายทรัพยากรเป็นหลักสำคัญ จากเดิมที่ผ่านมาเป็นการต่อสู้เพื่อการกระจายความเจริญและทรัพยากร” (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) เครือข่ายองค์กร

¹⁵³ โปรดดู https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/hpp_tum_ebook58_08_07_397.pdf.

ตระกูล ส. จึงเป็นเครือข่ายขององค์กรที่มีเป้าหมายร่วมกันในปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข ดังที่ นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ได้ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิรูประบบสาธารณสุขกับการปฏิรูปการเมืองที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ดังนี้

“การปฏิรูประบบสุขภาพและสาธารณสุข แยกไม่ออกจากการปฏิรูปทางการเมือง เพราะมันเกี่ยวกับเรื่องหลักสิทธิมนุษยชนมันต้องไปด้วยกัน เชื่อมโยงกับหลักประชาธิปไตย การเริ่มต้นทำงานเรื่องเครือข่ายเอ็นจีโอสายสุขภาพเริ่มขึ้นมาพร้อมแนวคิดปฏิรูปการเมือง เริ่มตั้งแต่ช่วง 2535 การมองสุขภาพแบบองค์รวมเป็นแนวคิดที่อาจารย์ประเวศ วะสี เป็นผู้พยายามผลักดันให้เห็นว่า การปฏิรูปทางด้านสุขภาพแยกไม่ออกจากการปฏิรูปทางการเมือง อาจารย์เสนอตั้งแต่ช่วง 2540 ผลักดันให้เครือข่ายพยายามทำงานด้านนั้น จนให้เกิดเป็นองค์กรตระกูล ส. อันแรกคือ สวรรส. ที่จะเป็นฐานสร้างองค์ความรู้ ต่อมาที่อาจารย์ประเวศคิดคือ สปสร. ที่กลายมาเป็น สช. ที่หลัง ต่อมาคือ สสส. และ สปสช. และกำลังจะผลักดันให้ สวรรส. เป็นกองทุนที่จะสร้างฐานการวิจัยในระบบสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพวะ”

นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2560)

สิ่งที่น่าสนใจคือ มีการนำเอาแนวคิด “สุขภาพวะ¹⁵⁴” รวมเข้ากับ “การกระจายอำนาจและทรัพยากร” และ “การมีส่วนร่วม” ซึ่งเป็นความคิดที่สนับสนุนส่งเสริมซึ่งกันและกัน และเป็น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

¹⁵⁴ แนวคิด “สุขภาพวะ” มีที่มาจากแนวคิด “Health For All” ที่ถูกประกาศโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ.1978 ในชื่อ “การประกาศ อัลมา อัดตา” (Declaration of Alma-Ata) มีประเด็นสำคัญในการให้คำนิยามของสุขภาพที่กว้างขวาง ไม่เพียงแต่การไม่เป็นโรคทางกายและการรักษาทางการแพทย์ แต่ยังครอบคลุมถึงมิติต่าง ๆ ที่แวดล้อมมนุษย์ในสังคมนั้น ๆ อันได้แก่ สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม จิตใจ ที่ต้องได้รับความสนับสนุนข้ามภาคส่วน (sector) ของหน่วยงานรัฐบาล พร้อมไปกับการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทางการเมืองและสิทธิมนุษยชน ที่ประชาชนสามารถมีสิทธิในการร่วมกำหนดชีวิตตนเองได้ สุขภาพที่ดีจึงเกิดมาจากส่วนประกอบของปัจจัยที่อยู่แวดล้อมมนุษย์ในสังคมนั้น แนวคิด “Health For All” หรือสุขภาพแบบองค์รวม (เชษฐา ทรัพย์เย็น, 2556, น. 147) ได้ถูกนำมาพัฒนาและประยุกต์เป็นกรอบความคิดหลักในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทและขบวนการแพทย์ชนบทที่ต้องการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อมาในชื่อของ “สุขภาพวะ” อันเป็นกรอบความคิดหลักในการผลักดันการเคลื่อนไหวขยาย “ขอบเขต” ของคำนิยามเกี่ยวกับสุขภาพให้กว้างขวางเชื่อมโยงกับประเด็นและอาณาบริเวณอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเปิดพื้นที่ให้กับการรวมเอาภาคประชาสังคมอื่น ๆ ที่เคลื่อนไหวใน

เป้าหมายที่องค์กรปฏิรูปทางสาธารณสุขอย่างเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. มีร่วมกัน การทำงานขับเคลื่อนขององค์กรตระกูล ส. จึงเป็นการทำให้กรอบความคิดปรากฏเป็นผลเชิงรูปธรรม การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพจากความหมายของ การไม่เป็นโรค หรือการรักษา มาสู่การขยายอาณาบริเวณของความหมายเกี่ยวกับสุขภาพเป็นความหมายเชิงกว้างที่เรียกว่า “สุขภาพะ” จึงเป็นการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในการกำหนดว่า อะไรบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของสุขภาพ ใครบ้างที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายเกี่ยวกับสุขภาพได้ อำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบายควรอยู่ที่ใคร และทรัพยากรทางสาธารณสุขนั้นควรถูกจัดสรรไปที่ใครหรือในเรื่องใดบ้าง ซึ่งคำถามเหล่านี้ล้วนเป็นคำถามที่เกี่ยวกับอำนาจในการจัดสรรทรัพยากรทั้งในเชิงผลประโยชน์และในเชิงคุณค่า ซึ่งเป็นการเมืองของระบบสุขภาพและสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดหรือมโนทัศน์เกี่ยวกับขอบเขตของสุขภาพ จึงมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขไปในเวลาเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากโครงสร้างสัดส่วนของคณะกรรมการที่ได้อธิบายในประเด็นที่ผ่านมา

โดยการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นจากการทำงานของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. สามารถแบ่งกว้าง ๆ ได้เป็น 3 เรื่องดังนี้

1.2.1) การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจเชิงองค์ความรู้

การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจเชิงองค์ความรู้ ซึ่ง สวรส. มีบทบาทสำคัญในการเป็นองค์ประกอบเชิงโครงสร้างในการระดมการสนับสนุนทั้งข้อมูล การวิจัย พร้อมทั้งให้การสนับสนุนเงินทุนในการทำวิจัยเพื่อผลิตองค์ความรู้มารับการเคลื่อนไหว เพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ทำให้องค์กรตระกูล ส. มีข้อมูลและองค์ความรู้ในการผลักดันวาระที่ตนเองต้องการ และสามารถตอบโต้ต่อฝ่ายที่โจมตีจากหลักฐานการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หลากหลายประเด็น ให้เข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ในโครงสร้างทางอำนาจ ในฐานะพันธมิตรใหม่เพื่อสร้างพลังในการต่อรองกับกลุ่มอำนาจอื่นภายในโครงสร้างของระบบสาธารณสุข.

1.2.2) การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม

การทำงานของ สสส. และสช. ที่ทำงานภายใต้กรอบความคิดสุขภาวะ เป็นการเปิดพื้นที่ในการทำงานด้านสุขภาพที่กว้างขวางกว่าการดูแลสุขภาพโรค ทำให้ได้เข้าไปเชื่อมโยงกับกลุ่มทำงานต่าง ๆ ในภาคประชาสังคมได้อย่างกว้างขวาง รวมถึงการเป็นองค์กรในการระดมทุนสนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน และการประชาสัมพันธ์เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสื่อมวลชน งบประมาณที่ สสส. และสช. สนับสนุนให้กับองค์กรพัฒนาเอกชน มีผลต่อการสร้างความเข้มแข็งในการทำงานและขยายเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนให้กว้างขวางยิ่งขึ้น “กลุ่มแพทย์ชนบท ไปสร้างเครือข่ายสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สร้างเครือข่ายประชาสังคมให้เข้มแข็ง ไปเอ็มพาวเวอร์ (empower-ผู้วิจัย) เค๋า เอ็นจีโอเอดส์ เอ็นจีโอครอบครัว เยอะแยะมาก และพวกแพทย์ฝ่ายตรงข้ามรู้สึกว่าเป็นภัยคุกคาม” (อำพล จินดาวัฒนะ, สัมภาษณ์, 9 พฤศจิกายน 2559) เนื่องจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ ได้กลายเป็นพันธมิตรที่สำคัญในการทำงานร่วมกับองค์กรตระกูล ส. สุภัทธานา นาคะผิว ตัวแทนเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในบอร์ดควบคุมมาตรฐานของ สปสช. กล่าวถึงบทบาทขององค์กรตระกูล ส. ที่มีต่อเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนว่า

“องค์กรตระกูล ส.พยายามเชื่อมฐานภาคประชาชนให้เข้ามีส่วนร่วม และเป็นความเข้าใจตรงกันในภาคประชาชน เรื่องของการรวมศูนย์ทรัพยากร การขาดแคลนทรัพยากร เรื่องสุขภาพะมันไม่ใช่แค่เรื่องการรักษา แต่มันมีเรื่อง กาย จิต สังคม ลิงแวดล้อม แบบองค์รวม ไม่ใช่เรื่องของหมออีกต่อไป แต่เป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการจัดการทรัพยากรได้ โดยเฉพาะในแต่ละเรื่องผู้ป่วยหรือชุมชนที่อยู่ในปัญหานั้น จะมีความรู้ในเรื่องของปัญหาสุขภาพะในเรื่องนั้น ๆ ดีที่สุด ซึ่งคนภายนอกอย่างหมอหรือผู้บริหารไม่มีทางรู้มากไปกว่าคนที่เผชิญปัญหาอยู่”

สุภัทธา นาคะผิว (สัมภาษณ์, 26 มกราคม 2560)

1.2.3) การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในการควบคุมอำนาจและ ทรัพยากร

จากการทำงานของ สปสช. ที่อำนาจในการจัดสรรทรัพยากรที่ใหญ่ที่สุดในระบบสาธารณสุข ตกอยู่ในการดูแลในรูปแบบของคณะกรรมการ ทำให้อำนาจที่เคยอยู่ในมือของกลุ่มข้าราชการและฝ่ายบริหารทางการเมืองสูญเสียไป ทั้งอำนาจในการจัดซื้อจัดจ้าง ยา เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การกำหนดวิธีการรักษา ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจนี้ทำให้กระทรวงสาธารณสุขสูญเสียอำนาจในการควบคุมที่เคยมีมาไป โดยนพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้อธิบายไว้ดังนี้

“เดิมเงินทั้งหมดกระทรวงดูแล แต่ สปสช. เข้ามาหลักการคือแยกผู้ให้บริการ กับผู้ซื้อบริการออกจากกัน แล้วสปสช.เป็นผู้ซื้อบริการแทน สปสช.เป็นผู้พิจารณาและตรวจสอบการใช้จ่ายเงิน ระบบแบบนี้กระทรวงเสียจะอำนาจเยอะมาก ในเรื่องการจะให้พื้นที่ไหน เท่าไหร่ อย่างเมื่อก่อนประชุมกันภายใน จะให้จังหวัดไหนเท่าไร หัวโต๊ะว่าไง ทูบโต๊ะมาที่เหลือว่าตามนั้น พอระบบสปสช.เข้ามาเปลี่ยนเป็นให้งบประมาณรายหัว ต่อหัวได้เท่าไรตัวเลขลงไปตามประชากร เทียบกับระบบเก่ากระทรวงมีอำนาจน้อยลง เลยเป็นแรงจูงใจให้คนในกระทรวงส่วนหนึ่งรู้สึกว่เค้าถูกแย่งอำนาจไป”

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สัมภาษณ์, 2559)

นอกจากนี้การทำงานของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ยังมีลักษณะของการสนับสนุนซึ่งกันและกัน เนื่องจากเป็นเครือข่ายเชิงสถาบันที่ขับเคลื่อนภายใต้กรอบความคิดเดียวกัน ดังที่พ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ได้กล่าวดังนี้

“การเกิดตระกูลส. ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวในภาคประชาชน เป็นการเคลื่อนไหวด้านประชาชน อย่างเช่น สมัชชาสุขภาพ สสส.ก็เข้าไปให้การสนับสนุน ให้เกิดความเข้มแข็ง ทั้งด้านองค์ความรู้ที่ได้รับจาก สวรส. และการทำงานเชิงเครือข่ายทางด้านสร้างความเข้มแข็งให้ประชาชน ควบคู่ไปกับการผลักดันการออกกฎหมาย สร้างสมัชชาสุขภาพเกือบครบทุกจังหวัด สร้างการมีส่วนร่วม ในขณะที่ สช. เป็นเรื่องของ

การผลักดันให้ภาคประชาสังคมไปมีส่วนในการกำหนดหรือต่อรองเชิงนโยบายจากรัฐ
ในด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชน”

นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2560)

การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหว
ของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายแนวร่วม ผ่านการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ทำให้เกิด
ความขัดแย้งขึ้นระหว่างอำนาจที่ซ้อนกันอยู่ภายในโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความ
แตกต่างกันทั้งในทางกรอบความคิด และรูปแบบการทำงาน โดยจะเป็นประเด็นต่อไปในการอภิปราย

2. ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข

การปฏิรูประบบสาธารณสุขของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ได้เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทาง
อำนาจในระบบสาธารณสุข สร้างระบบและวัฒนธรรมการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ในการ
เข้ามามีส่วนร่วมเชิงนโยบายทางสาธารณสุข ซึ่งได้ส่งเสริมให้เกิด “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” ที่
เข้มแข็งขึ้น อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุข ได้ก่อให้เกิด
ความขัดแย้งขึ้นภายในระบบสาธารณสุขอย่างรุนแรง จากการปะทะกันของความแตกต่างทาง
ความคิด อำนาจ และผลประโยชน์ โดยนพ.วิทยา ตันสุวรรณนนท์ รองเลขาธิการ สปสช. ได้กล่าวถึง
สภาพการประชุมของบอร์ดคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพ ไว้ว่า “ความขัดแย้งในบอร์ดสปสช. มี
เยอะมาก เหมือนสนามรบ ทั้งจากความต่างทางความคิด ผลประโยชน์และจุดยืน” (วิทยา ตันสุวรรณนนท์,
สัมภาษณ์, 2560) ความขัดแย้งหลัก ๆ ที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กันระหว่าง ความขัดแย้งทาง
วัฒนธรรมและความคิด และ ความขัดแย้งของอำนาจและผลประโยชน์

โดยความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและความคิดนั้น มักเกิดขึ้นระหว่างฝ่ายข้าราชการและฝ่าย
ประชาชน ที่ต่างฝ่ายต่างมีวัฒนธรรมและความคิดในการมีส่วนร่วมที่แตกต่างกัน ในขณะที่ราชการ
มองการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมหมายถึง การรับฟังความคิดเห็น แต่สำหรับฝ่ายภาคประชา
สังคมแล้ว การมีส่วนร่วมหมายถึงการมีสิทธิทางอำนาจในการปฏิเสธหรือตัดสินใจในแนวทางของการ
ดำเนินนโยบายของรัฐ การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ที่ฝ่ายตัวแทนประชาชนมองว่าเป็น “สิทธิ
โดยชอบ” จึงเป็น “ภัยคุกคาม” และเป็นการ “แย่งชิงอำนาจ” ในมุมมองของฝ่ายราชการที่มี
ความคิดและวัฒนธรรมแบบรวมศูนย์อำนาจ เป็น “ปัญหาความไม่เข้าใจในเรื่องของการมีส่วนร่วม

ในระบอบราชการ” (นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ, สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2560) ในขณะที่สุภัทรา นาคะผิว ซึ่งมีประสบการณ์ทำงานในภาคองค์กรพัฒนาเอกชน ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า

“เราต้องคอยติดตามระบบ สปสช. เพราะแนวคิดของข้าราชการมักจะมองเรื่องเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในแง่ลบ คนของสปสช.เองก็ไม่ใช่ว่าจะเข้าใจแนวคิดของหลักประกันสุขภาพไปในแนวทางเดียวกัน เราเลยไปตั้งกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ เพื่อคอยยืนยันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่จะลดสิทธิ์ที่ประชาชนพึงได้ลงไป เป็นปัญหาเชิงหลักการ ตัวแทนจากฝั่งราชการบางที่ถูกสั่งมากก็ต้องทำตามคำสั่งมา”

แสงสิริ ตรีมรรคา (สัมภาษณ์, 2560)

จากความแตกต่างทางวัฒนธรรมและความคิดนี้ ทำให้การทำงานของคณะกรรมการ สปสช. จากฝ่ายต่าง ๆ มีสภาพของการต่อสู้ ปะทะกันมากกว่าจะเป็นการทำงานแบบมีส่วนร่วมสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยฝ่ายตัวแทนของภาคประชาสังคม ก็ต้องพยายามรวมตัวผนึกกำลังกันภายในคณะกรรมการ ในรูปแบบของการจัดตั้งเพื่อผูกขาดตำแหน่งให้อยู่กับตัวแทนที่มีความคิดเห็นสอดคล้องหรือเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เนื่องจากการลงคะแนนตัดสินใจของคณะกรรมการ สปสช. ใช้หลักการเสียงส่วนใหญ่ในการตัดสินใจ การต่อสู้เพื่อให้ตัวแทนของคนในเครือข่ายที่มีความคิดและผลประโยชน์แบบเดียวกันได้เข้าไปนั่งในสัดส่วนของคณะกรรมการ สปสช. จึงมีความสำคัญอย่างมาก¹⁵⁵ ในการกำหนดทิศทางของนโยบายและการกระจายทรัพยากร

“บอร์ด สปสช. จะแบ่งออกเป็นสามส่วน ส่วนแรกจะเป็นบอร์ดฝ่ายราชการ ส่วนที่สองคือส่วนผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มาจากกลุ่มวิชาชีพ ฝ่ายที่สามคือบอร์ดฝ่ายตัวแทนภาคประชาชน ส่วนที่ขัดแย้งกันอย่างชัดเจนอยู่ระหว่างบอร์ดส่วนวิชาชีพกับส่วนประชาชนที่มีความต้องการแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ฝ่ายวิชาชีพมองว่างบประมาณที่โรงพยาบาลได้รับยังไม่เพียงพอ ต้องการให้มีการร่วมจ่าย แต่ฝ่ายประชาชนไม่ยอม”

วิทยา ต้นสุวรรณนนท์ (สัมภาษณ์, 2560)

¹⁵⁵ หากสนใจเรื่องการต่อสู้เพื่อแย่งชิงพื้นที่ในคณะกรรมการ สปสช. อย่างละเอียด โปรดดู นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบ็งค์ งามอรุณโชติ (2555, น. 73-83).

นอกจากนี้ยังมีเรื่องความขัดแย้งทางความคิดเกี่ยวกับวิธีและมาตรฐานในการรักษา ที่ สปสช. เป็นผู้กำหนด ซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นความขัดแย้งทาง “อำนาจในการตัดสินใจรักษา” ซึ่งเดิมเป็นของ แพทย์ผู้รักษา แต่จากความจำเป็นในด้านการควบคุมงบประมาณ เพื่อให้เพียงพอต่อการกระจาย ทรัพยากรให้ทั่วถึง จึงเกิดความขัดแย้งทางหลักการขึ้นระหว่าง “หลักการสร้างความเท่าเทียม” ใน การเฉลี่ยทรัพยากรให้ทั่วถึงและเสมอภาค กับ “หลักการเรื่องประสิทธิภาพ” ที่ดีที่สุดในการรักษา แต่จะทำให้ไม่สามารถกระจายทรัพยากรและโอกาสในการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขได้อย่าง ทั่วถึง ซึ่งในดุลยพินิจของแพทย์นั้นมีความแตกต่างกันอย่างมาก

“ความขัดแย้งอีกประการเกิดจาก เดิมแพทย์เป็นผู้วินิจฉัยว่าจะใช้วิธีการรักษา อย่างไร ตอนนีสปสช.จะเป็นผู้วางมาตรฐานวิธีการรักษา เพื่อให้สามารถควบคุม งบประมาณค่าใช้จ่ายได้อย่างเพียงพอและมีมาตรฐานเดียว อีกเรื่องคือ สปสช.เข้ามา เป็นผู้ซื้อยาและเวชภัณฑ์แทน ทำให้ซื้อได้ในราคาถูกเพราะซื้อเป็นจำนวนมาก ตรงนี้ ก็จะให้อำนาจการตัดสินใจของโรงพยาบาลในการจัดซื้อลดน้อยลงไป เพราะ งบประมาณในการจัดซื้อจะอยู่ที่ สปสช. การควบคุมจำกัดเรื่องนี้มีผลความจำเป็น เนื่องจาก การที่สปสช.ซื้อยาเอง สามารถลดราคาจากเม็ดละ 50 บาท เหลือเพียง เม็ดละ 1 บาท ลดค่าใช้จ่ายได้ถึง 50 เท่า การให้อิสระแพทย์ในแต่ละที่ซื้อยาเองจะ ทำให้เราไม่สามารถควบคุมงบประมาณได้ ตอนนีผู้ใช้สิทธิบัตรทองงบประมาณราย หัวต่อคนต่อปีอยู่ที่ประมาณ 3000 บาทต่อคน ในขณะที่ของราชการอยู่ที่ 12,000 ต่อคนต่อปี ซึ่งค่าใช้จ่ายที่สูงอยู่ที่ค่ายาเป็นส่วนใหญ่ จนกรมบัญชีกลางต้องยื่นมือเข้า มาควบคุม ระบบการรักษาจึงมีมาตรฐานการรักษาที่แตกต่างกัน”

วิทยา ตันสุวรรณนนท์ (สัมภาษณ์, 2560)

ในขณะที่ความขัดแย้งทางอำนาจในระดับผู้บริหารเกิดจากการถูกแย่งชิงอำนาจในการ ควบคุมที่เคยมีมาอย่างยาวนาน โดย นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ได้กล่าวถึงความขัดแย้งในที่เกิดขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของคณะกรรมการองค์กรตระกูล ส. ไว้ดังนี้

“ความขัดแย้งของกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรตระกูล ส. เกิดมาจากการถูกแย่งชิง อำนาจในการจัดสรรทรัพยากรไปจากตนเอง เมื่อถูกดึงอำนาจไปก็เป็นธรรมดาที่จะไม่ พอใจ โดยเฉพาะกลุ่มที่ดึงอำนาจไปเป็นเครือข่ายแพทย์ชนบท บอร์ด สปสช. แม้จะมี

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขนั่งอยู่หัวโต๊ะ แต่รัฐมนตรีก็ต้องฟังเสียงของตัวแทนภาคประชาชน ภาคท้องถิ่น ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เป็นกรรมการ ไม่ใช่เหมือนอย่าง เป็นรัฐมนตรีหรือปลัดที่จะไม่ต้องฟังเสียงใคร เหมือนตอนประชุมที่กระทรวง สปสช. จึงมีการเปลี่ยนแปลง governing structure ที่แตกต่างออกไปจากระบบราชการ”

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สัมภาษณ์, 2560)

ปัญหาความขัดแย้งที่อธิบายข้างต้น เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันภายในองค์กรตระกูล ส. อื่น ๆ ที่มีรูปแบบของคณะกรรมการที่มีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม มากน้อยแตกต่างกันไปตามเป้าหมายขององค์กรนั้น ๆ และทรัพยากรที่องค์กรนั้นถือครองอยู่ สภาพการเป็นเครือข่ายองค์กรที่มีกรอบความคิดเดียวกัน ในด้านหนึ่งทำให้การขับเคลื่อนขององค์กรในเครือข่าย สามารถสนับสนุนและส่งเสริมซึ่งกันและกันได้ ทั้งในการระดมทรัพยากรและการสนับสนุน แต่ในทางกลับกันได้ก่อให้เกิดปัญหาขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หากเครือข่ายองค์กรเหล่านี้ไม่สามารถเชื่อมโยงกรอบความคิดของตนไปสู่กลุ่มบุคคลที่มีความคิดเห็นแตกต่างไปจากกรอบความคิดของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. อย่างผู้ที่มาจากระบบราชการ วิชาชีพแพทย์ หรือแม้กระทั่งกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความคิดเห็นแตกต่างจากขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่าย ความขัดแย้งทั้งในทางความคิดและอำนาจที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดการจัดตั้งเพื่อฉีกกำลังในการต่อสู้กับฝ่ายตรงข้าม ทั้งจากฝั่งภาคประชาสังคมที่เป็นแนวร่วมระหว่างขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน กับฝ่ายข้าราชการ นักการเมือง กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มธุรกิจ ดังที่เกิดขึ้นในกรณีของ วิทยา แก้วภราดัย อดีต รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ดำรงตำแหน่งเป็นประธานคณะกรรมการ สปสช. ว่า

“เมื่อเข้าไปอยู่ในวงล้อมของ บอร์ด สปสช. ก็อาจตกอยู่ในที่นั่งลำบาก ผมไปนั่งในที่ประชุม สปสช. ผมคือรัฐมนตรี แล้วมีปลัดหนึ่งคน ที่เป็นกรรมการโดยตำแหน่งนั่งข้างผม นอกจากนั้น เป็นตัวแทนจากกลุ่มองค์กรต่าง ๆ และกลุ่มเอ็นจีโอ ซึ่งเขาอยู่มาก่อนผมมานานมาก ผมก็เหมือนไปอยู่กลางวงล้อม...วันนี้ สปสช. กลายเป็นสมาคม “ส” ไม่รู้จักี่ ส. เวียนกันเป็นกรรมการไปหมด โยกไปโยกมาจนผมมันไปหมด ว่าไปที่นี้ก็เจอคนนี่มาที่นี้ก็เจอคนเดิม เราดูแล 4-5 ส. ก็เสียวไปหมดมันมาชุดเดียวกันหมดทุก ส. ผมก็อยากให้เขาทำเต็มที่ เพราะ

งประมาณเข้ามาเท่าไรก็เอาไปให้ประชาชน แต่การบริหารเงินไปสู่ประชาชน
เป็นอำนาจของเขาหมด”

วิทยา แก้วภราดัย (อ้างถึงใน นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แบงค์ งามอรุณโชติ, 2555, น. 63)

สภาพแบบนี้ปรากฏขึ้นเช่นเดียวกันในกรณีของ ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ รองนายกรัฐมนตรีที่
เข้ามาในคณะกรรมการของ สสส. ในช่วงปี 2547 ได้กล่าว “การประชุมบอร์ด สสส. เมื่อเดือน
มีนาคมที่ผ่านมา ตนถือว่าเป็นการประชุมที่เครียดมากและไม่สร้างสรรค์ ประธานพูดอะไรก็ตะแบง
ไม่ยอมฟังประธาน ใช้เวลาประมาณ 10 ชั่วโมง ตนไม่กล้าออกนอกห้องประชุมเลย เพราะไม่แน่ใจว่า
หากออกไปแล้ว มติจะออกมาเช่นไร” (ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์, อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ
คณะ, 2556, น. 125) ปัญหาในเรื่องนี้ นพ.นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ ได้แสดงความเห็นไว้ดังนี้

“ปัญหาการนั่งไขว่ตำแหน่งระหว่างองค์กรตระกูล ส. ข้อจำกัดคือไม่สามารถทำการ
ขยายได้มากพอ เพราะทำงานขยายน้อย สองคืองานงานแนวนี้ต้องการคนที่มี
แนวความคิดเดียวกันมาทำงานร่วมกัน ก็ต้องเลือกคนซึ่งมีไม่เยอะ สสส.นี้จะโดน
เยอะเพราะทุน จะไปให้กับคนที่เค้าให้ความเชื่อถือ ซึ่งทุนก็ไม่ใช่น้อย ๆ
กระบวนการในการสร้างแนวร่วมยังน้อยไป ประสบการณ์ในการทำงานกับภาค
ประชาชนก็น้อย และดูเหมือนไม่ค่อยเชื่อมั่นกับภาคประชาชนด้วยซ้ำ ในขณะที่
ฝ่ายข้าราชการก็มองว่าภาคประชาชนเป็นภัยคุกคาม และการมีส่วนร่วมทำให้เกิด
ความวุ่นวาย ยิ่งประยุทธ์นี้รับไม่ได้”

นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ (สัมภาษณ์, 21 มีนาคม 2560)

อย่างไรก็ตามในทางกลับกันเมื่อการเมืองมีการเปลี่ยนแปลงซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลง
โครงสร้างโอกาสทางการเมือง หลังเกิดการรัฐประหาร 2549 และ 2557 ฝ่ายราชการได้เริ่มกลับมา
อำนาจมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการมีโอกาสได้รับการแต่งตั้งเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจทางนโยบาย
และกฎหมายมากยิ่งขึ้น (ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์, 2555, น. 139-153) ทำให้ “พลังของระบบและ
เครือข่ายทางอำนาจของราชการ สามารถตีกลับหรือเอาคืนพื้นที่ทางอำนาจที่ตัวเองสูญเสียไปคืนมา
ได้อย่างช้า ๆ” (พลเดช ปิ่นประทีป, สัมภาษณ์, 3 มีนาคม 2560) ผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง

ทางการเมืองหลังจากการเกิดรัฐประหารทั้งสองครั้ง ได้ทำให้เกิดความพยายามในการเปลี่ยนแปลง สัดส่วนของคณะกรรมการ สปสช. ขึ้น โดยนพ.วิทยา ต้นสุวรรณนนท์ กล่าวว่า

“การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนของบอร์ด มีผลต่อสมดุลทางอำนาจของตัวแทนบอร์ดใน สปสช.อย่างมาก เป็นเหมือนภาพสะท้อนของการเมืองในระดับชาติ หากในช่วงที่แต่ละฝ่ายมีสมดุลทางอำนาจในการเมืองระดับชาติได้ดุลกัน สัดส่วนตัวแทนบอร์ดก็จะมีสมดุลระหว่างกัน แต่หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีอำนาจมากกว่าย่อมต้องการจะเพิ่ม สัดส่วนฝ่ายตนเพื่อควบคุมบอร์ด สปสช.ได้”

วิทยา ต้นสุวรรณนนท์ (สัมภาษณ์, 2560)

การกลับมาแย่งชิงพื้นที่ทางอำนาจคืนของกลุ่มพลังจากระบบราชการ ที่มีแนวคิดหลักในการ รวมศูนย์อำนาจจึงเริ่มบ่อนเซาะพื้นที่ของการมีส่วนร่วมทางการเมืองจากภาคประชาสังคมไปอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่น่าสนใจคือ สมาชิกส่วนหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. รวมถึงเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งที่ร่วมสนับสนุนการรัฐประหารในทั้งสองครั้งด้วยอย่างสำคัญ เกิดเป็นความขัดแย้งทางหลักการประชาธิปไตย นำมาสู่ความถดถอยครั้ง สำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทและการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม จนทำให้เกิดการปรับตัว ทางกรอบความคิดและยุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวอีกครั้ง ผ่านการจัดตั้ง “โครงการพัฒนาศักยภาพ ผู้นำสร้างสุขภาวะแนวใหม่” (คสน.) โดยจะเป็นประเด็นสุดท้ายที่ผู้วิจัยจะทำการอธิบายต่อไป

3. การใช้ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในฐานะเครื่องมือในการเคลื่อนไหวของขบวนการ แพทย์ชนบท

ดังได้กล่าวในช่วงท้ายที่ผ่านมา ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทาง อำนาจในระบบสาธารณสุข ทั้งจากความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและความคิด และ ความขัดแย้งของ อำนาจและผลประโยชน์ ทำให้เกิดการต่อสู้เพื่อช่วงชิงพื้นที่ทางอำนาจในสภาวะที่มีอำนาจธิปไตย แข็งข้อกันในกระทรวงสาธารณสุข พื้นที่ที่ถูกสร้างขึ้นเพื่อการมีส่วนร่วมทางการเมือง ในการแบ่งปัน หรือจัดสรรอำนาจและทรัพยากรร่วมกัน กลายเป็นพื้นที่ในการต่อสู้ช่วงชิงอำนาจและทรัพยากร ทำ ให้ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนต้องร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดในการต่อสู้ เพื่อผลักดันการกระจายอำนาจและทรัพยากรทางสาธารณสุข

โดยที่ผ่านมาขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีความแตกต่างทั้งในทางความคิดและการเคลื่อนไหว โดยสัมพันธ์กับแนวคิดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และความไม่เชื่อมั่นต่อประชาธิปไตยแบบตัวแทนที่มาจากการเลือกตั้ง นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้กล่าวว่า

“เราได้สร้าง *governance by network* แทนที่ *governance by state* สร้างการมีส่วนร่วม เพราะปัจจัยคุณภาพมาจากหลายเหตุปัจจัย ไม่ใช่แค่เรื่องการเงินป่วย การให้วัคซีน แต่ยังมีเรื่องทางสังคม สิ่งแวดล้อม การพัฒนา เศรษฐกิจที่มีผลต่อสุขภาพ คน ประชาธิปไตยแบบตัวแทน กับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมไม่ขัดกัน แต่ตัวแทนจากการเลือกตั้งกลับใช้การเข้าสู่อำนาจรัฐแสวงหาประโยชน์ส่วนตัว เราต้องพัฒนาระบบการเข้าสู่อำนาจรัฐที่ดีมากขึ้นกว่านี้ เพื่อให้ผู้ใช้อำนาจแทนที่มีคุณภาพขึ้นกว่าเดิม ทั้งแบบ *deliberative* หรือ *participation* พัฒนาแบบมีส่วนร่วมผลานทั้งรัฐ สังคม การกล่าวหาว่าแพทย์ชนบทล้มรัฐบาลเลือกตั้ง นั้นเป็นการ *over conclude* มากเกินไป การเข้าร่วมการเลือกรัฐบาลเลือกตั้งนั้นมาจากความไม่พอใจการคอร์รัปชัน”

อำพล จินดาวัฒนะ (สัมภาษณ์, 9 พฤศจิกายน 2559)

ในขณะที่เดียวกันการร่วมมือระหว่าง ขบวนการแพทย์ชนบท และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ไม่ได้มีลักษณะของการควบคุมหรือครอบงำ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ผู้มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน ระบุว่า “เครือข่ายเอ็นจีโอ เราก็ไปสั่งเค้าไม่ได้ พวกนี้คุณะเค้าตั้งคำถามเราตลอด เราไปคุมพวกเค้าไม่ได้ ในขณะที่พวกเอ็นจีโอก็มองว่าเราไม่ใช่พวกเค้า พวกข้าราชการก็มองว่าพวกผมเป็นเอ็นจีโอ” (อำพล จินดาวัฒนะ, สัมภาษณ์, 9 พฤศจิกายน 2559) ในขณะที่ภายในขบวนการแพทย์ชนบทเองก็มีความแตกต่างทางความคิดดังนี้

“ความจริงคือไม่มีใครสามารถควบคุมใครได้ อาจารย์หมอประเวศมีคารisma ของอาจารย์ แต่ไม่ใช่การมาควบคุมหรือวางตัว อาจารย์สั่งไม่ได้ มันเป็นเรื่องของแต่ละคน หมอสงวนไปทำเรื่องหลักประกันสุขภาพ ก็ไม่มีใครไปบังคับ สุวิทย์ไปจับเรื่องสาธารณสุขสากลก็เป็นความถนัดส่วนตัว ผม (อำพล จินดาวัฒนะ-ผู้วิจัย) ก็มาทำเรื่องสร้างเครือข่ายสุขภาพ พวกนี้จัดการไม่ได้ แม้มีความสัมพันธ์กัน จริตนิสัยใจคอ

ก็ไม่เหมือนกัน แต่ทิศทางที่ไปทุกคนแตะมือไปในทิศทางเดียวกัน แม้มีความขัดแย้งกันไปบ้างก็ยังไปในทิศทางเดียวกัน”

อำพล จินดาวัฒนะ (สัมภาษณ์, 9 พฤศจิกายน 2559)

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการรวมเอาเครือข่ายองค์กรและบุคคลที่มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ให้สามารถเข้ามาร่วมเคลื่อนไหวไปในทิศทางเดียวกันนั้น คือการใช้กระบวนการสร้างกรอบความคิดที่มองเห็นปัญหา (diagnostic frame) ของการรวมศูนย์อำนาจในระบบราชการร่วมกัน และมองทางออกคือการสร้างการมีส่วนร่วมและการกระจายอำนาจ ผ่านการเคลื่อนไหวร่วมกันกับองค์กรตระกูล ส. และเครือข่ายแพทย์ชนบทเป็นทางออก (prognostic frame) ในการสร้างการกระจายอำนาจและการมีส่วนร่วม ทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวและเครือข่ายที่มีความคิดเห็นและเป้าหมายแตกต่างกันไป สามารถทำงานเคลื่อนไหวร่วมกันได้อย่างมีพลัง อย่างไรก็ตามการจากข้อมูลการวิจัยผู้วิจัยพบว่า การเคลื่อนไหวและเคลื่อนไหวของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบท ยังมีปัญหาบางประการที่นำไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด และปัญหาของการใช้ประชาธิปไตยเป็นเพียงเครื่องมือในการเคลื่อนไหว ดังจะอภิปรายในส่วนต่อไปตามลำดับ

3.1) ปัญหาของการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด

ดังได้กล่าวข้างต้น เนื่องจากลักษณะของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. นั้นเป็นรูปแบบของการทำงานเชิงเครือข่าย อธิกภิต แสงสุข หรือในนามปากกา “ใบตองแห้ง” สื่อมวลชนผู้มีบทบาทในติดตามการทำงานและการวิพากษ์วิจารณ์การทำงานขององค์กรตระกูล ส. ได้แสดงความเห็นไว้ว่า “ทัศนะของคนที่เข้ามาทำงานในองค์กรตระกูล ส. จากสายเอ็นจีโอมักจะมีทัศนะไปในทางเดียวกัน และมักจะตั้งแต่ว่าสายที่มีแนวคิดแบบเดียวกันเข้ามาร่วมงาน” (อธิกภิต แสงสุข, สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559) ทำให้องค์กรตระกูล ส. มีแนวโน้มในการกลายเป็นองค์กรของชุดความคิดแบบเดียว ซึ่งคนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมกับองค์กรตระกูล ส. ได้นั้นต้องเป็นคนที่มีความคิดคล้ายคลึงกัน การมีส่วนร่วมที่องค์กรตระกูล ส. พยายามสร้างขึ้น จึงกลายเป็นการมีส่วนร่วมที่จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มบุคคลหรือเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความคิดคล้ายคลึงกัน ในขณะที่ได้กีดกันกลุ่มบุคคลหรือเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความคิดเห็นแตกต่างกันออกไปจากการมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสาธารณสุข จนเกิดเป็น “การผูกขาดพื้นที่ในการมีส่วนร่วม” ของเครือข่ายขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรพัฒนาเอกชน

ทำให้พื้นที่ในการมีส่วนร่วมทางอำนาจที่ถูกสร้างขึ้นผ่านกลไกของคณะกรรมการของ องค์การตระกุล ส. กลายพื้นที่ในการต่อสู้ช่วงชิงอำนาจในการมีส่วนร่วม โดยงานศึกษาของ นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แเบ็งค์ งามอรุณโชติ (2555) ได้อธิบายว่า

“พลังการต่อต้านนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เกิดจาก สปสช. นั้นไม่ได้หมายถึงการต่อต้านไม่ให้ปฏิรูป แต่เป็นพลังที่ต่อต้านการปฏิรูปแบบที่แพทย์ในหน่วยงาน 4 ส. ชมรมแพทย์ชนบท และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข **ผูกขาดการกำกับทิศทางเอาไว้ในปัจจุบัน เป็นแรงต่อต้านเพื่อที่จะแย่งชิงสถานะการนำทิศทางการปฏิรูป** ซึ่งจำแนกได้เป็นสามกลุ่มได้แก่ 1.ฝ่ายการเมือง 2.ข้าราชการ 3.แพทย์ผู้ให้การรักษา (สมาคมวิชาชีพ)...”

นวลน้อย ตรีรัตน์ และ แเบ็งค์ งามอรุณโชติ (2555, น. 62)

การผูกขาดทิศทางในการปฏิรูปจึงนำไปสู่ “การผูกขาดบทบาทการปฏิรูป” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 107) โดยขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นพันธมิตร “ทางเลือก” ในการปฏิรูปที่เสนอโดยขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน จึงได้กลายสภาพเป็น “ทางหลักทางเดียว” ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ในขณะที่ นพ.สุระ วิเศษศักดิ์¹⁵⁶ ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ได้อธิบายถึงความแตกต่างทางความคิดในการปฏิรูประหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรตระกุล ส. ดังนี้

“ความแตกต่างในแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขของ องค์การตระกุลส. กับ กระทรวงสาธารณสุขอยู่ที่ แนวคิดการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุข จะเน้นการปฏิรูปการบริการให้การรักษาทางการแพทย์ที่เน้นที่ตัวคน การรักษา การส่งเสริมป้องกัน มากกว่า ส่วนการปฏิรูปขององค์การตระกุล ส. นั้นจะเน้นไปที่สิ่งแวดล้อมที่ รายรอบคนมากกว่า ไปส่วนเสริมเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนให้มีสุขภาพที่ดี แต่ไม่ได้มีอำนาจหน้าที่ในการรักษาดูแลคนในสังคม ซึ่งอันนั้นเป็นอำนาจหน้าที่โดยตรงของกระทรวงสาธารณสุข เราจึงเน้นที่การปฏิรูปหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ

¹⁵⁶ ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแทนรัฐมนตรีและปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการให้สัมภาษณ์แก่ผู้วิจัย.

คดียภูมิ ในการดูแลประชาชน กระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรตระกูล ส.ทำงาน
ร่วมกันมากกว่า แต่คนละขอบเขต

สุระ วิเศษศักดิ์ (สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2560)

ความแตกต่างทางความคิดในการปฏิรูประหว่างกระทรวงสาธารณสุขนี้ มีผลให้เกิดความ
ขัดแย้งจากการกระจายทรัพยากรเพื่อการปฏิรูปที่แตกต่างกัน โดยในขณะที่ข้าราชการกระทรวง
สาธารณสุขส่วนหนึ่งต้องการให้งบประมาณทางสาธารณสุขลงไปพัฒนาและปฏิรูปยั้งหน่วยบริการใน
การรักษา แต่การปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวคิดขององค์กรตระกูล ส. นั้น ได้ลงไปยังการทำ
กิจกรรมขององค์กรพัฒนาเอกชนเป็นจำนวนมาก ตามกรอบแนวคิดสุขภาวะ ที่ดีความหมายของ
สุขภาพแบบกว้างซึ่งรวมถึงสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของบุคคล ซึ่งในประเด็นนี้เมื่อเกิดการขาดแคลน
ทางงบประมาณในการบำรุงหน่วยบริการทางสาธารณสุข คำถามและการโจมตีการใช้งบประมาณตาม
แนวทางการปฏิรูปของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. จะเกิดขึ้นทันที ดังที่ พญ.อรพรรณ เมธาติลกกุล
สมาชิกแพทยสภาซึ่งมีความคิดโจมตีการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ได้แสดงความเห็นไว้ว่า
“งบประมาณทางสาธารณสุขควรลงไปที่หน่วยบริการทางสาธารณสุขก่อน ไม่ใช่ให้ลงไปสนับสนุนการ
ทำกิจกรรมของเอ็นจีโอและการลงโฆษณาประชาสัมพันธ์องค์กร โรงพยาบาลที่ขาดแคลนงบประมาณ
ควรได้งบประมาณตรงนี้ไปใช้ เพราะประชาชนผู้มารับการรักษาจะได้ประโยชน์โดยตรง” (อรพรรณ
เมธาติลกกุล, สัมภาษณ์, 2560) การผูกขาดการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของการปฏิรูป จึง
กลายเป็นการผูกขาดการกระจายงบประมาณในการปฏิรูปไปในเวลาเดียวกัน ทำให้เกิดการจำกัดการ
สนับสนุนอยู่ในวงเครือข่ายองค์กร และกิจกรรมที่สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูปขององค์กรตระกูล
ส. เป็นสำคัญ ทำให้กลไกการปฏิรูปตามแนวทางอื่นที่ต่างออกไป ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
จากองค์กรตระกูล ส. สอดคล้องกับการวิพากษ์วิจารณ์ของ อธิกิต แสงสุข เกี่ยวกับการใช้
งบประมาณขององค์กรตระกูล ส. ดังนี้

“จุดอ่อนของพวกสายแพทย์ชนบทคือเอาแต่พวกตัวเองก่อน เชื่อแต่พวกตัวเองมากไป
ไม่ไว้วางใจพวกหมอกระทรวงส่งผลไปถึงการทำงานของ องค์กรตระกูล ส. อย่าง
สปสช. และ สสส. อุดมการณ์ของพวกที่เข้ามาร่วมงานกับ สปสช. สสส. ช่วงหลังไม่
เหมือนพวกรุ่นวางรากฐาน กลายเป็นเอาเงินไปจัดงานอีเว้นท์ทางสังคมและ
การเมืองมากเกินไป และการใช้เงินอย่างไม่มีประสิทธิภาพไปลงเรื่องการสร้างภาพ

เชิงศีลธรรมมากกว่าใช้ในการเปลี่ยนแปลงพัฒนาเชิงสาระสำคัญ เช่น ทำป้ายประชาสัมพันธ์ จัดงานประชาสัมพันธ์โครงการ อย่างเกษตรอินทรีย์ก็ใช้เงินในการสร้างภาพมากกว่าใช้เงินในการวิจัยพัฒนาระบบการเกษตรอินทรีย์ ใช้เงินเพื่อสนับสนุนจริตแบบชนชั้นกลางมากกว่า เชื่อมโยงผลประโยชน์กับชนชั้นกลางมากกว่าจะสร้างประโยชน์ให้ชาวบ้าน...เรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนบางเรื่องเข้าใจได้เนื่องจากคนที่เคลื่อนไหวและมีความรู้เรื่องสาธารณสุขและประเด็นทางสังคม มีอยู่ไม่กี่คนที่รู้เรื่องนี้ มีน้อย แต่ปัญหาคือขาดการตรวจสอบและประเมินผลในการใช้งบประมาณ”

อธิกกิต แสงสุข (สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559)

ปัญหาของการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัดนี้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากยุทธศาสตร์ในการผลักดันการปฏิรูป ที่ขบวนการแพทย์ชนบทใช้มาตั้งแต่ช่วงกลางทศวรรษ 2530 เป็นต้นมา โดยการสร้างพันธมิตรกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในการผลักดันการจัดตั้งองค์กรตระกูล ส. ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายทางแนวคิดที่มีความคล้ายคลึงกันขึ้นมา ในขณะเดียวกันการสร้างเครือข่ายสนับสนุนนี้ยังเป็นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับ “คน” จากเครือข่ายพันธมิตรที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในคณะกรรมการขององค์กรตระกูล ส. เมื่อกฎหมายการจัดตั้งผ่านการพิจารณา เป็นการเตรียมพร้อมการดำเนินงานขององค์กร ที่มีคนที่มีแนวคิดและมืองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิรูปไปในทิศทางเดียวกันเข้าร่วมงาน ก่อนที่องค์กรอย่างเป็นทางการจะเกิดขึ้น โดยการเตรียมความพร้อมเรื่องคนนั้นมีทั้งการเตรียมความพร้อมทางกรอบความคิด ซึ่งจะเห็นได้จากการจัดกิจกรรมเสวนา การประชุมทางวิชาการที่จัดขึ้นบ่อยครั้ง อันเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการจัดระเบียบกรอบความคิดของผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงการสร้างผลงานวิจัยที่ชี้ไปในทิศทางเดียวกันจำนวนมาก ในขณะเดียวกันยังเป็นการคัดคนที่มีแนวคิดแตกต่างกันออกไปจากการมีส่วนร่วม ดังที่นพ. พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช ได้อธิบายถึงแนวคิดส่วนหนึ่งของนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ในการใช้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ในการควบคุมทิศทางการตัดสินใจของคณะกรรมการ ดังนี้

“พี่สงวนใช้เครือข่ายเอ็นจีโอและขบวนการแพทย์ชนบทในการบล็อกในบอร์ดองค์กรตระกูล ส. เลือกไขว่กันไปไขว่กันมา”

พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช (สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัดทำให้องค์กรตระกูล ส. มีทิศทาง การขับเคลื่อนขบวนการที่มีทิศทางชัดเจน จากการทำงานของคนที่มีความคิดและเครือข่ายใกล้ชิดกัน ทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายและการดำเนินงานสามารถทำได้อย่างรวดเร็ว แต่ผลในทางลบกลับทำให้ องค์กรตระกูล ส. ขาดการเชื่อมต่อและตระหนักถึงพลวัตความขัดแย้งภายในระบบสาธารณสุข เนื่องจากเป็นการทำงานที่แวดล้อมไปด้วยคนที่มีแนวคิดคล้ายคลึงกัน และมองผู้ที่มีความคิดเห็นตรงข้าม เป็นศัตรูที่ต่อต้านการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อนำไปสู่การกระจายอำนาจและทรัพยากร นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ให้ความเห็นในผลด้านลบของการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด นี้ว่า

“ทำให้ไม่สามารถเชื่อมต่อกับพวกแพทย์พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระบบทั่วประเทศได้ เมื่อคุณไปประเมินเกณฑ์เค้าคือคุณไปดิศเครดิเต้เค้าด้วย ในขณะที่งบประมาณก็ต้อง รรรับจากสปสช. แต่ยังขาดเรื่องการช่วยเหลือให้โรงพยาบาลเหล่านั้นสามารถ ดำเนินต่อไปอย่างราบรื่น แทนที่จะไปประเมินเกณฑ์มาตรฐานตามตัวชี้วัดอย่างเดียว ทำให้บุคลากรส่วนหนึ่งในโรงพยาบาลรู้สึกเหมือนถูกระงับจากสปสช. มากกว่าจะ เป็นเพื่อนร่วมงานในระบบสาธารณสุข ความสัมพันธ์ก็เลยเลวร้ายลงเรื่อย ๆ ตอนนี้อยู่ เลยเหลือแต่กลุ่มจัดตั้งอย่างกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพที่ปกป้อง สปสช. อย่าง โดดเดี่ยว”

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สัมภาษณ์, 2560)

จากประเด็นปัญหาของการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด ทำให้ผู้ที่ถูกกีดกันออกไปจากการ มีส่วนร่วม มองขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เป็นพันธมิตร ว่าเป็น ขบวนการที่ผูกขาดการปฏิรูประบบสาธารณสุขถึงผูกขาดการกระจายทรัพยากรไปในเครือข่ายที่มีแนวทางการ ดำเนินและแนวคิดคล้ายคลึงกัน ทั้ง ๆ ที่เจตนารมณ์และเป้าหมายตั้งแต่แรกเริ่ม ในการผลักดันการ ปฏิรูประบบสาธารณสุขของขบวนการแพทย์ชนบท คือการสร้างองค์กรที่จะทำให้เกิดการกระจาย ทรัพยากรจากส่วนกลาง ไปสู่พื้นที่ชายขอบต่าง ๆ ที่ขาดแคลนทรัพยากร การกระจายทรัพยากรที่ เกิดขึ้นจากการทำงานของเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ในฐานะเป็นเคลื่อนไหวของกรอบความคิด “การมีส่วนร่วม การกระจายทรัพยากรและอำนาจ เพื่อสุขภาวะ” จึงเกิดสภาวะที่ย้อนแย้งขึ้นมา จาก การกระจุกตัวของทรัพยากรที่กระจายออกไปยังเครือข่ายพันธมิตรที่ได้รับความ “ไว้วางใจ” แทนที่จะ กระจายลงไปยังทุกภาคส่วนอย่างเท่าเทียม

3.2) ปัญหาของการใช้ประชาธิปไตยเป็นเครื่องมือในการเคลื่อนไหว หรือเป็นเพียงเครื่องมือในการรักษาโรค แต่ไม่ได้รักษาโรคอย่างเป็นประชาธิปไตย

ปัญหาในประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กับปัญหาการสร้างควมมีส่วนร่วมอย่างจำกัดที่ได้อธิบายผ่านมาข้างต้น อันเป็นผลมาจากลักษณะสำคัญประการหนึ่งของสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทในเรื่องของการเป็น “ปฏิบัตินิยม” หรือ “สัมฤทธิ์คตินิยม” (pragmatism) ทำให้มีแนวโน้มในการมอง “ประชาธิปไตย” ในฐานะเครื่องมือทางการเมืองที่หนึ่ง ที่จะหยิบจับขึ้นมาใช้เมื่อมีประโยชน์ต่อการรักษา มากกว่าที่จะเป็นหลักการในการรักษาความเจ็บป่วย โดยสามารถพิจารณาได้จาก ความเห็นของ นพ.ประเวศ วะสี เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ดังนี้

“การมี “ส่วนร่วม” ตัดสินใจ...การตัดสินใจเชิงนโยบายกับการทำงานทางเทคนิค แตกต่างกัน ไม่ได้แปลว่าใครสำคัญกว่ากัน แต่แตกต่างกัน หลายคนไม่เข้าใจเอาคนที่ จะตัดสินใจนโยบายมาทำงานทางเทคนิค โดยพูดมั่วและทำมั่วไปหมดอยู่เสมอ ๆ ยกตัวอย่าง เช่น ถ้าจะตัดสินใจว่าจะผ่าตัดหัวใจหรือไม่ ต้องร่วมกันตัดสินใจระหว่าง คนไข้ พ่อแม่ ลูกเมียญาติ แพทย์ เป็นต้น นี่เรียกว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (เชิงนโยบาย)ว่าจะผ่าตัดหรือไม่ผ่า เมื่อตัดสินใจว่าจะผ่า ต้องรู้ว่าใครผ่าตัดหัวใจเก่ง ที่สุด แล้วไปขอให้คนนั้นผ่า ถ้า “ทุกคนมีส่วนร่วม” ในการผ่า คนไข้จะตาย ฉะนั้น เมื่อพูดถึงการมีส่วนร่วมต้องทราบว่าร่วมตรงไหน ไม่ร่วมตรงไหน ไม่ใช่ร่วมกันทุกเรื่อง เรื่องการปฏิรูปการเมืองนั้น การตัดสินใจเชิงนโยบายควรให้การมีส่วนร่วม การที่จะรับไม่รับยกร่างรัฐธรรมนูญควรใช้การมีส่วนร่วม ส่วนงานที่จะเขียนรัฐธรรมนูญให้เกิดการปฏิรูปการเมือง ต้องการความเข้าใจเรื่องโครงสร้างและกลไกการทำงานขององค์กรทางการเมือง เป็นงานทางเทคนิคที่ละเอียดอ่อนและยากมาก ต้องการผู้เชี่ยวชาญสูง ไม่ใช่การมีส่วนร่วมของตัวแทนวิชาชีพ ตัวแทนวิชาชีพร่วมตัดสินใจทางนโยบายได้ แต่เป็นผู้ยกร่างรัฐธรรมนูญทางเทคนิคให้มีการปฏิรูปการเมืองไม่ได้”

ประเวศ วะสี (2540, น. 69)

จากการแสดงความเห็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจโดยเทียบการผ่าตัดหัวใจ ทำให้เห็นถึงมุมมองของการจำกัดการมีส่วนร่วม ไว้ในจุดที่ผู้ทำการรักษาเห็นว่าเหมาะสม โดยขั้นตอนสำคัญ

สุดท้ายนั้นควรตกเป็นของผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด เป็นการเทียบการรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยของมนุษย์ กับการรักษาโรคความเจ็บป่วยทางสังคมการเมือง ซึ่งในกระบวนการปฏิบัติขั้นสุดท้ายควรจะตกเป็นหน้าที่ของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีความรู้ดีที่สุดในเรื่องนั้น ๆ ในที่นี้คือผู้ที่มีความรู้เรื่องการเมืองและสังคมดีที่สุดในด้านหนึ่งจึงเป็นการจำกัดการมีส่วนร่วม ในขณะที่อีกด้านหนึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงการมองประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งในการรักษามากกว่าจะเป็นหลักการ เพราะเมื่อกล่าวถึงเรื่องของปัญหาทางสังคมการเมืองแล้ว มีความซับซ้อนและแตกต่างมากกว่าระบบของร่างกายที่มีกลไกการทำงานที่แน่นอน การกระทำอย่างหนึ่งทางร่างกายอาจเป็นปัจจัยนำไปสู่ผลที่แน่นอนไม่ก็อย่าง แต่การกระทำทางสังคมนั้นสามารถให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างหลากหลายเกินกว่าจะคาดการณ์ได้แน่นอน ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากการสนับสนุนการรัฐประหารทั้งสองครั้ง (2549 และ 2557) ที่สมาชิกส่วนหนึ่งของขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูล ส.เข้าไปร่วมให้การสนับสนุน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556, น. 97) ก็ส่งผลลัพธ์ที่แตกต่างกันต่อขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูล ส.

โดยในเหตุการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองช่วงปลายทศวรรษ 2540 จากการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย เพื่อขับไล่รัฐบาลทักษิณ ชินวัตร นั้น สมาชิกส่วนหนึ่งรวมถึงเครือข่ายพันธมิตรของขบวนการแพทย์ชนบท โดยเฉพาะสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาได้เข้าร่วมกับภาคีเครือข่ายความร่วมมือ 81 องค์กร/เครือข่าย ในนามของ “เครือข่ายพันธมิตรการเมืองภาคพลเมือง” โดยในภาคีนี้มีองค์กรพัฒนาเอกชนและมูลนิธิทางสาธารณสุขและการพัฒนาเข้าร่วมด้วย อาทิเช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) เครือข่ายประชาคมสุขภาพ ศูนย์ข้อมูลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนา สถาบันสร้างบ้านแปงเมือง ฯลฯ ได้ร่วมออกแถลงการณ์ที่มีสาระสำคัญบางส่วน ดังนี้ “...เพื่อนพลเมืองผู้เป็นไท บัดนี้ ถึงเวลาแล้ว ที่เราต้องรวมตัวกัน ทั้งในอาณาบริเวณแม่น้ำสายใหญ่ที่กรุงเทพฯ และแม่น้ำสายเล็กสายน้อยทั่วแผ่นดิน ทำภารกิจเร่งด่วน...ปลดปล่อยระบบทักษิณ ครอบงำชนกิจการเมืองที่ปล้นชาติขายประเทศให้จงได้...” (ภุขงค์ กนิษฐชาติ, 2551, น. 227)

หลังการรัฐประหาร กันยายน 2549 นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ ได้รับการแต่งตั้งเป็นสมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญและกรรมการยกร่างรัฐธรรมนูญ คุณหญิงชฎา วัฒนศิริธรรม และนพ.อำพล จินดาวัฒนะ เป็น สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในขณะที่ ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม ได้รับแต่งตั้งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งได้แต่งตั้งให้ นพ.พลเดช ปิ่นประทีป เป็น

เลขานุการรัฐมนตรี “เป็นโอกาสให้ภาคประชาสังคมได้ก้าวรุกเข้าไปมีบทบาทสำคัญในการเปิดพื้นที่ทำงานร่วมกับรัฐ” (ภุชงค์ กนิษฐชาติ, 2551, น. 229) ในขณะที่ นพ.มงคล ณ สงขลา แนวร่วมคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการแต่งตั้งให้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และมีบทบาทสำคัญร่วมกับนพ.อำพล จินดาวัฒนะ ปลัดกระทรวงพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเข้าสู่การพิจารณาของ สนช. จนได้ผ่านออกมาเป็นกฎหมายในการจัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) การเข้าร่วมกับรัฐบาลที่มาจากพรรคประชาธิปัตย์ และสามารถใช้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่พันธมิตรชนชั้นนำทางการเมืองได้ขึ้นสู่อำนาจในการผ่านกฎหมาย มีความคล้ายคลึงกับเมื่อครั้งที่ขบวนการแพทย์ชนบทผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพในรัฐบาลอานันท์ ปันยารชุน จนเกิดการก่อตั้ง สสรส. ในปี 2535 ซึ่งกฎหมายทั้งสองฉบับนี้ใช้เวลาในการพิจารณาอย่างรวดเร็ว นพ.สลักธรรม โตจิราการ นายแพทย์ที่เป็นแนวร่วมเสื้อแดงได้ให้ความเห็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับบทบาทของขบวนการแพทย์ชนบทกับการสนับสนุนการรัฐประหารและรัฐบาลที่ไม่ได้มาจากการเลือกตั้ง ดังนี้

“เมื่อเค้าอิงกับระบอบราชการมาก ทำให้เมื่อเค้าพบช่องทางในการต่อสายถึงผู้มีอำนาจ เค้าจะเข้าไปเชื่อมทันทีไม่ว่าจะเป็นประชาธิปไตยหรือไม่ ในขณะที่อีกด้านเป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งจะเติบโตได้ในระบอบประชาธิปไตย มันเลยขัดแย้งกันในตัวเอง เพราะถ้าสนับสนุนผู้มีอำนาจที่ไม่เป็นประชาธิปไตย มันจะกลับทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนไม่พัฒนาหรือเข้มแข็งได้อย่างเต็มที่ การทำเช่นนี้ทำให้ประชาชนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับขบวนการแพทย์ชนบท ไม่สนับสนุนการผลักดันหรือการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท จุดนี้ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทขาดพลังสนับสนุนที่สำคัญจากภาคประชาชนส่วนหนึ่ง แล้วการเชื่อมโยงได้กับทุกฝ่ายทำให้ทุกฝ่ายเลยไม่ให้ความไว้วางใจขบวนการแพทย์ชนบท ทั้ง ๆ ที่สิ่งที่ขบวนการแพทย์ชนบททำเป็นประโยชน์ต่อประชาชน ...การเป็น NGOs ในวงการราชการด้านหนึ่งเป็นจุดแข็งที่ทำให้มีเครือข่ายกว้างขวาง แต่ด้านลบคือมันขัดแย้งกันเอง เพราะระบอบราชการนั้นมีความขัดแย้งโดยพื้นฐานกับองค์กรพัฒนาเอกชนอยู่แล้ว เพราะถ้าด้านหนึ่งเข้มแข็งขึ้น ด้านหนึ่งจะอ่อนแอลง การพยายามสนับสนุนทั้งสองฝั่งจึงขัดแย้งกันเอง และเป็นจุดอ่อนได้เหมือนกัน”

สลักธรรม โตจิราการ (สัมภาษณ์, 7 พฤศจิกายน 2560)

ในขณะที่การรัฐประหาร 2557 ส่งผลที่แตกต่างกับรัฐประหารในปี 2549 จากการขึ้นสู่อำนาจของรัฐบาลประยุทธ์ จันทร์โอชา พร้อมกับการไต่กลับของพลังราชการและแพทย์กระทรวงที่ต่อต้านองค์กรตระกูลส. และขบวนการแพทย์ชนบท โดย อธิกิต แสงสุข ได้อธิบายไว้ดังนี้

“หมอกระทรวงเริ่มปรับตัว แทรกเครือข่ายเข้าไปตอบโต้ความชอบธรรมของเครือข่ายตระกูล ส. วิจาร์ณัสสส. วิจาร์ณัสปสช. อย่างช่วงพันธมิตรไล่ทักษิณ เครือข่ายตระกูล ส. เข้าไปร่วมกับพันธมิตรขับไล่อย่างเต็มที่ พอล้มรัฐบาลได้สายเครือข่ายแพทย์ชนบทก็ได้เป็นรัฐมนตรี แต่พอรอบหลังของประยุทธ์พวกแพทย์กระทรวงรู้ทัน เลยเอาข้างเข้าร่วมกับประยุทธ์เต็มที่ รอบนี้เลยสามารถตีกลับเข้าไปมีอำนาจในฝ่ายบริหาร พลิกกลับมา มีอำนาจมากกว่าพวกสายองค์กรตระกูล ส. ซะอีก แล้วแพทย์กระทรวงเริ่มเรียนรู้ที่จะใช้สื่อโจมตีพวกสายตระกูล ส. กลับ พวกในแพทยสภาที่ต่อต้านสายตระกูล ส. ร่วมกับพวกบริษัทฯ เริ่มรวมตัวสร้างเครือข่ายใช้สื่อมวลชนในการไต่กลับขบวนการแพทย์ชนบทกับองค์กรตระกูล ส. จากสถานะทางการเมืองที่เปลี่ยนไปเริ่มมีปากมีเสียงมากขึ้น พวกแพทยสภากับหมอกระทรวงรวมตัวกันแอนตี้สายแพทย์ชนบท ตัวอย่างผู้จัดการโจมตี สสส. เยอะ”

อธิกิต แสงสุข (สัมภาษณ์, 7 มีนาคม 2559)

ผลจากการกลับมาใช้อำนาจอีกครั้งของกลุ่มพลังราชการ ที่มีแนวคิดรวมศูนย์อำนาจทำให้เกิดการตีโต้และเล่นงาน สมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทที่ดำรงตำแหน่งในเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ตามมา ในการแขวนและปลดผู้บริหารและคณะกรรมการใน สสส. สปสช. สวรส. และการให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) เข้ามาตรวจสอบการใช้งบประมาณขององค์กรตระกูล ส. และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนผู้ได้รับทุน “ทั้งยังได้สั่งระงับการจ่ายทุนแก่องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนมากเพื่อรอผลการตรวจสอบ ซึ่งได้สร้างความเดือดร้อนต่อการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนอย่างรุนแรง” (แสงสิริ ตรีมรรคา, สัมภาษณ์, 2560) ในขณะที่นพ.พรหมินทร์ อธิบายถึงเบื้องหลังการปลดตัวแทนจากสายแพทย์ชนบทออกจากคณะรัฐบาลของประยุทธ์ จันทร์โอชา ว่า “หมอรชตะ หมอสมศักดิ์ เป็นสายแพทย์ชนบท เข้าไปร่วมกับรัฐบาลประยุทธ์ สุดท้ายถูกเขี่ยออกมา โดยแพทย์สายรักษาอย่างปลัดณรงค์ แต่โครงการพวกสามสิบบาท พวกกองทุนหมู่บ้านมันเล็กไม่ได้ แม้อยากจะเอาออกก็ไม่ได้ เพราะคนยอมรับและต้องการสิ่งเหล่านี้ไปแล้วในใจคน” (พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช, สัมภาษณ์, 27 ตุลาคม 2559)

นอกจากปัญหาของการมองประชาธิปไตยเป็นเพียงเครื่องมือในการแก้ปัญหาแล้ว ยังมีปัจจัยในเรื่องของความไม่เชื่อมั่นต่อระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่แทรกแซงการทำงานขององค์กรตระกูล ส. โดยเฉพาะในช่วงที่ นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี 2555-2557 (วิชัย โชควิวัฒน์, สัมภาษณ์, 28 มีนาคม 2559) อันทำให้เกิดสภาวะของการไม่เชื่อมั่นในระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทน รวมถึงผลกระทบของความขัดแย้งทางการเมือง ยังได้ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในขบวนการแพทย์ชนบท โดย นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้อธิบาย ดังนี้

“ตอนที่ผมทำวิจัยเรื่องขบวนการแพทย์ชนบท แพทย์ชนบทบางคนก็ไม่ให้ผมสัมภาษณ์ เพราะบางคนมองว่าผมเป็นบางคนก็มองว่าผมไม่เป็น (เพราะไม่เข้าร่วมสนับสนุนการประชุมขับเคลื่อนสู่รัฐบาล-ผู้วิจัย) ไม่สามารถรวมผมหรือหมอวิชัยเป็นพวกแพทย์ชนบทไปได้ทุกเรื่อง แพทย์ชนบทที่ไปร่วมกับ กปปล.เยอะ เพราะหลายคนรู้สึกมากกับการคอร์รัปชัน ความฉ้อฉล ความไม่ชอบธรรมที่เกิดขึ้น เรื่องล้มปทาน เปิดน่านฟ้าเสรี แต่ไม่แปลกใจเท่าไรที่บางคนไปเข้าร่วม ก็เข้าใจได้ แต่แปลกใจบ้างเหมือนกันเรื่องการเห็นดีเห็นงามในเรื่องอำนาจนอกระบบ ผมไม่เห็นด้วยเรื่องมาตรา 7 แต่อาจเป็นเพราะวิธีคิดด้านประชาธิปไตยของวิชาชีพนี้อาจมีประสบการณ์ที่ไม่ค่อยดีกับนักการเมืองที่มาจาก การเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย เลยไม่ศรัทธาหรือเชื่อถือ”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY
โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สัมภาษณ์, 2559)

จากปัญหาการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด และการใช้ประชาธิปไตยเป็นเพียงเครื่องมือของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ทำให้การสนับสนุนที่ขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูล ส. เคยได้รับจากสังคมอ่อนแอลง ในขณะที่ภาคประชาสังคมเกิดความแตกแยกอย่างรุนแรงอันเป็นผลจากความขัดแย้งทางการเมืองที่ยาวนาน ในขณะที่กลุ่มพลังระบบราชการ อำนาจรวมศูนย์สามารถฟื้นคืนมาช่วงชิงพื้นที่ทางอำนาจได้อย่างเข้มแข็ง และเริ่มรุกคืบพื้นที่ทางอำนาจมากขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงเวลานี้เองได้เกิดการสร้างพื้นที่ใหม่ในการเคลื่อนไหวทางสังคมขึ้นมา ซึ่งเป็นพลวัตในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท เพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและความเสื่อมถอยของขบวนการแพทย์ชนบท ที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวเพื่อการ

ปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยการจัดตั้ง “โครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่” หรือในชื่อย่อ “คศน.” อันจะเป็นส่วนสุดท้ายในการอภิปรายในบทนี้

4. โครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.)

โครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) เป็นโครงการที่เกิดขึ้นโดยการริเริ่มของ นพ.ประเวศ วะสี ภายหลังจากการถึงแก่กรรมของ นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งนับเป็นการสูญเสียสมาชิกที่มีบทบาทสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท ทำให้ นพ.ประเวศ วะสี เกิดความคิดที่ต้องการให้เกิดกระบวนการสร้างบุคลากรรุ่นใหม่ขึ้นมาทดแทนการสูญเสียนี้ และสร้างให้เกิดขึ้นเป็นเครือข่ายความร่วมมือที่กว้างขวางมากขึ้น โดย นพ.อำพล จินดาวัฒนะ ได้อธิบายไว้ดังนี้

“ก่อนการประชุมกลุ่มสามพรานในวันที่ 10 มีนาคม 2551 อาจารย์ประเวศ วะสี ได้ปรารภถึงการจากไปของคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อเดือนมกราคม 2551 ว่าเสียดายคุณหมอสงวนฯ... กว่าคุณหมอสงวนฯ จะเดินทางมาถึงจุดที่ทำเรื่องใหญ่ ๆ ได้สำเร็จต้องใช้เวลาหล่อหลอมกันนานมาก เมื่อสูญเสียคุณหมอสงวนไป นับว่าสังคมสูญเสียมาก จึงเป็นไปได้หรือไม่ที่เราจะหาทางช่วยกันสร้างผู้นำรุ่นใหม่ ๆ ที่เป็นคนดี คนเก่ง มุ่งมั่นทำงานเพื่อสังคม ให้มีมาก ๆ และสามารถทำงานเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เพื่อให้มีพลังมากพอที่จะทำงานสำคัญ ๆ เพื่อประเทศชาติบ้านเมือง”

CHULALONGKORN UNIVERSITY อำพล จินดาวัฒนะ (2555, น. 36)

หลังจากการปรารภของ นพ.ประเวศ วะสี ในวันนั้น จึงได้เริ่มมีการประชุมทางความคิดเพื่อจัดทำโครงการนี้ขึ้นมา โดยมีการประชุมมากกว่า 13 ครั้ง¹⁵⁷ โดยกลุ่มสามพรานซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิก

¹⁵⁷ ตัวอย่างของสมาชิกผู้ร่วมประชุมในการจัดตั้งโครงการ คศน. มีดังนี้

“การประชุมครั้งที่ 3 ในค่ำวันที่ 18 เมษายน 2551 ที่สวนสามพราน มีผู้อาวุโสประกอบด้วย อาจารย์ประเวศ วะสี พี่ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม ที่เป็นผู้นำองค์กร ได้แก่ คุณหมอวินัย สวัสดิ์วร เลขานุการ สปสช. คุณหมอสมาศักดิ์ ชุมทรัพย์ เลขาธิการมสช. คุณหมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสวสส. คุณหมออนุวัฒน์ ศุภชาติกุล ผู้อำนวยการสรพ. คุณหมอพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสวรส. คุณหมอสุนทรดา อุดุลยานนท์ แทนผู้จัดการสสส. คุณหมอ เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท คุณหมอสุนทรวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ กสช.

ระดับนำของขบวนการแพทย์ชนบทและแนวร่วม โดยโครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนในการเรียนการสอน 3 รุ่นแรก¹⁵⁸ เป็นจำนวน 29 ล้านบาทจาก สสส. (อำพล จินดาวัฒนะ, 2555, น. 55) นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ได้อธิบายถึงช่วงของการก่อตั้งโครงการ ดังนี้

“คน. ผมเข้าไปร่วมด้วยตอน *formulate* โปรเจ็คนี้ ประชุมกันหลายสิบครั้งกว่าจะ ตกลงออกมาเป็นโครงการที่ชัดเจน ตอนเริ่มต้นจะเอาผู้นำที่อยู่ในวงการ สาธารณสุขเยอะหน่อย ต่อมาก็เริ่มเปลี่ยนเป็นผู้นำจากองค์กรอื่น ๆ มากขึ้น เรา ต้องการสร้างผู้นำที่มี *conceptual skill* ที่กว้างขวางมากขึ้น สร้าง *network* ของ ผู้นำ ให้มีการเชื่อมโยงประสานกันกว้างขวางมากขึ้น คล้าย ๆ วปอ. นี้ล่ะแต่ที่มี มากกว่าคือคือเรื่องของ *conceptual skill* ของผู้นำ อย่างผู้นำจากองค์กร สาธารณสุขต้องมีมุมมองและทักษะที่กว้างกว่าเรื่องของสาธารณสุข มีเครือข่ายที่ กว้างมากกว่าเดิม ความคิดเชิงระบบ ความคิดเชิงสุนทรียะ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ความคิดระหว่างผู้นำจากเครือข่ายต่าง ๆ ได้รับทุนการดำเนินงานจาก สสส. มีหลักสูตรแบ่งเป็นโมดูล แต่ละโมดูลก็เรียนเป็นอาทิตย์ มีการดูงานลงพื้นที่ ทั้ง ต่างจังหวัดและต่างประเทศ มี *special project* ของแต่ละคน ให้เสนอและทำ ออกมาให้เป็นผล มีอาจารย์หมอโกมาตรเป็นอาจารย์ใหญ่ ตอนนี้อยู่รอด ให้ได้เมื่อหมดการสนับสนุนจาก สสส. ตอนนี้อยู่หมอแฮร์ ดร.ธงชัยเป็นผู้จัดการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คุณหมอศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล รองปลัดกสธ. และผม ซึ่งเป็นเลขาธิการ สช. รวมไปถึงเพื่อนพ้อง น้องที่ ได้แก่ พีวีชัย โชควิวัฒน์ คุณหมอชูชัย ศุภวงศ์ คุณหมอประทีป ธนกิจเจริญ คุณหมอ อุกฤษฏ์ มลิินทางกูร คุณหมอสุระเชษฐ์ สถิตินิรามัย คุณหมอ กิตตินันท์ อนุธรรมณี คุณหมอพงศ์ เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ คุณหมอสมาชาย ธรรมสารโสภณ และคุณหมอสุเทพ เพชรมาก ที่ประชุมได้ พิจารณาร่างโครงการที่คณะทำงานนำเสนอและให้ข้อคิดเห็นเพื่อนำไปปรับปรุง โดยคิดถึงเรื่อง การบริหารจัดการว่าให้เป็นแบบมีส่วนร่วมจากหน่วยงานพหุภาคีต่าง ๆ ทั้งที่มาร่วมกันคิดแล้ว และที่อาจจะเชิญเข้าร่วมเพิ่มเติมในภายหลังด้วย โดยเห็นตรงกันว่า ให้จัดทำเป็นแผนงาน ภายใต้อาณัติวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อลงมือดำเนินโครงการ”

(อำพล จินดาวัฒนะ, 2555: 42).

¹⁵⁸ คน. รุ่น 1 ระหว่างปี 2553 – 2554 รุ่น 2 ระหว่างปี 2554 – 2555 รุ่น 3 ระหว่างปี 2556 – 2557 รุ่น 4 ระหว่างปี 2558 – 2559 รุ่น 5 ระหว่างปี 2559 – 2560 รุ่น 6 ระหว่างปี 2560 – 2561 หากสนใจโปรดดู <http://www.wasi.or.th/wasi/index.php>.

โครงการอยู่ เป็นผู้นำรุ่นหนึ่ง เป็นอาจารย์หมอบจากทันตแพทย์ จุฬาฯ พอเค้ามารเรียนเค้าเกิดชอบมากและอยากจะทำโครงการนี้อย่างจริงจัง ๆ จัง เลยลาออกมาเป็นผู้จัดการโครงการ คคน.”

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สัมภาษณ์, 2560)

คคน. จึงเป็นโครงการที่เปิดพื้นที่ให้มีการระดมผู้นำจากเครือข่ายต่าง ๆ ให้ได้เข้ามาเชื่อมโยงกันทั้งในทางเครือข่ายและทางความคิด โดยมีพลวัตในการเปลี่ยนแปลงในเชิงความคิดที่ก้าวข้ามความขัดแย้งทางอุดมการณ์ทางการเมือง โดย ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล คคน.รุ่นที่ 2 และเป็นผู้จัดการโครงการได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับ คคน. ดังนี้

“คคน. เกิดจากการสูญเสียอาจารย์สงวน แนวคิดคืออย่างสร้างผู้สืบทอดแนวคิดแบบนี้ในแต่ละองค์กร แต่อาจารย์โกมาตร บอกว่าไม่ควรไปคุม และคุมไม่ได้ เพราะเราจะสร้างผู้นำถ้าไปเอาคนเหล่านี้มาเข้าได้ร่มเดียวกัน แล้วบอกว่าให้ทำตามนี่นะ ตามกรอบนี้ก็จะจบเลยไม่ใช่ผู้นำแล้ว คคน. จึงเป็นการสร้างเครือข่ายที่เป็นอิสระเป็นแนวราบ มาเพื่อพัฒนาศักยภาพแล้วไปทำประโยชน์ แรกเริ่มเคยมีไอเดียแบบที่ว่าเราเอาคุณเข้ามาเพื่อมาพัฒนาศักยภาพ แล้วไปเป็นผู้สืบทอดองค์กรตระกูลส. แต่แนวคิดแบบนี้ต่อมาได้เปลี่ยนแปลงไป ตั้งแต่รุ่นที่ 2 ที่พี่เข้มาร่วม พอโปรเจ็ครุ่นสามสี่ห้า ที่ผมเข้ามาเป็นผู้จัดการโครงการ ได้มีการคุยกันและเกิดการเปลี่ยนแปลงไอเดียนี้อีกไป ในขณะที่เดียวกันกระบวนการคัดสรร ได้มีการเชิญให้ผู้ที่ได้รับการทาบทาม ที่ได้รับการแนะนำและรับรองจากผู้หลักผู้ใหญ่ที่รู้จักว่าเป็นคนที่ทำงานด้านประโยชน์ให้สังคม ได้เข้มาร่วมสังเกตการณ์ก่อนตัดสินใจว่าจะเข้ร่วมหรือไม่ และไม่ดูเรื่องอุดมการณ์ทางการเมืองว่าเป็นเหลืองหรือแดง จริง ๆ หลัง ๆ คนที่เข้มาร่วมเลยมีสีแดงซะมากกว่าเหลืองด้วยซ้ำ มันคละกันไปหมด คคน.เลยมีตั้งแต่คนที่เหลืองจัดรอยัลตี้ ไปจนถึงแดงสุดขั้วที่บอกว่าคนต้องเท่าเทียมกัน”

ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล (สัมภาษณ์, 2560)

พื้นที่ของ คคน. จึงเป็นพื้นที่ในการสร้างการมีส่วนร่วมที่ข้ามอุดมการณ์ทางการเมืองออกไปเพื่อสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวในระดับนำให้กลับมามีพลังอีกครั้ง โดยมีกระบวนการในการคัดเลือก

จากระบบการแนะนำและให้คำรับรอง เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับ (recruit) บุคคลที่เหมาะสม โดยการพิจารณาจากบทบาทในการทำงานเพื่อสังคมเป็นหลัก และไม่จำกัดด้านวิชาชีพ อุดมการณ์ความคิด ทักษะการเมือง และเป้าหมายที่แตกต่างออกไปจากองค์กรตระกูล ส.

“การคัดเลือกคนเข้ามาเรียนในหลักสูตรของ คศน. ใช้กระบวนการแนะนำ recommendation process โดยเริ่มจากองค์กรตระกูลส.และแวดวงสาธารณสุข ก่อน ต่อมาจึงขยายเครือข่ายไปมากขึ้น โดยให้ผู้นำจากรุ่นก่อน ๆ แนะนำคนเข้ามา เรียนด้วยก็ได้ ทำให้มีคนนอกวงการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น มีทหาร ครู ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ตำรวจ...องค์กรตระกูล ส. กับ คศน. ต่างกัน เพราะองค์กร ส.นั้นเน้นการทำงานด้านสุขภาพ แต่คศน. เป็นการทำงานสร้างเครือข่ายของคนทำงานด้านสุขภาพที่จะไปเชื่อมโยงต่อกับเครือข่ายผู้นำในเครือข่ายสังคมอื่น ๆ ต่อไป”

พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (สัมภาษณ์, 2560)

สิ่งที่น่าสนใจคือมีการกำหนดข้อตกลงในเบื้องต้นแก่ผู้ที่เข้าร่วมโครงการ คศน. ในการไม่อนุญาตให้นำชื่อ คศน. ไปใช้เคลื่อนไหวในทางการเมืองใด ๆ ทั้งสิ้น พร้อมทั้งให้อิสระกับผู้เข้าร่วม ในการตัดสินใจเลือกการทำงานเพื่อสังคมในประเด็นที่ตนเองสนใจ โดยนพ.โกมาตร ได้อธิบาย หลักการในการ “สร้างพื้นที่กลาง” และมีความเป็น “เสรีนิยม” ไว้ดังนี้

“ให้อิสระกับผู้เข้าร่วมที่จะทำกิจกรรมหรือทำงานในแนวทางของตนเอง ไม่อนุญาตให้เอาชื่อ คศน.ไปใช้ในการรณรงค์ทางการเมืองใด ๆ ทั้งสิ้น เป็นพื้นที่กลางให้ผู้คน หลากหลายอุดมการณ์และความคิดเข้ามาเรียนรู้และแชร์ประสบการณ์ทำงาน ร่วมกัน ในขณะที่เดียวกันก็มี commitment ร่วมกันในการเปลี่ยนแปลงสังคม พร้อมไปกับการสร้าง trust ขึ้นมาในเครือข่ายคศน.”

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (สัมภาษณ์, 2560)

ในส่วนของกระบวนการสอนของ คศน. ในแต่ละรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ โดยขึ้นอยู่กับเหตุการณ์ทางสังคมการเมืองในช่วงเวลานั้น ๆ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ได้เล่าถึงการเรียนการสอนของ คศน. ในรุ่นที่กำลังเกิดความขัดแย้ง “เหลือง-แดง” ว่าในช่วงเวลานั้น จะให้ทำกิจกรรมเพื่อทำความเข้าใจและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกอย่างอิสระ โดยมีการพาลง

พื้นที่ในภาคอีสาน ไปพักค้างคืนในหมู่บ้านที่มีคนเสื้อแดงอยู่เป็นจำนวนมาก เพื่อทำความเข้าใจว่าทำไมชาวบ้านถึงเลือกเป็นเสื้อแดง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, สัมภาษณ์, 2560) โดยการเรียนการสอนนั้นเน้นให้ผู้เรียนคิดด้วยตนเอง โดยมีองค์ประกอบในการเรียนรู้หลัก ได้แก่ หน่วยการเรียนรู้หลัก (core modules) การมีกัลยาณมิตรที่ปรึกษา¹⁵⁹ (Mentorship) การจัดทำโครงการพิเศษ (special project) กิจกรรมการเรียนรู้พิเศษ (special activities) การเรียนรู้จากการทำงานขององค์กรเครือข่าย¹⁶⁰ (node experiences) การแสวงหาประสบการณ์ต่างประเทศ (international experiences) และการศึกษาพัฒนาตนเอง (self-studies) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2555)

¹⁵⁹ ประกอบไปด้วย กัลยาณมิตรอาวุโส

1. ศ.นพ. ประเวศ วะสี ที่ปรึกษาคณะกรรมการกำกับทิศทาง กศน.
2. ศ.นพ. วิจารย์ พานิช ประธานคณะกรรมการกำกับทิศทาง กศน.

รายชื่อ 16 กรรมการกัลยาณมิตร

1. นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ รองประธานคณะกรรมการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2. นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านควบคุมป้องกันโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

กระทรวงสาธารณสุข

3. นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
4. นพ.อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
5. นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ กรรมการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
6. นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.)
7. นพ.วินัย สวัสดิ์วร เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
8. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
9. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IMPP)
10. นพ.สุภกร บัวสาย ผู้จัดการสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.)
11. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
12. พญ.สุพัชรา ศรีวณิชชากร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล (AIHD)
13. นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
14. นพ.สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย ผู้ตรวจราชการ เขต 17 กระทรวงสาธารณสุข
15. ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ รองผู้จัดการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
16. ทพ.กฤษดา เรืองอารีย์รัชต์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

(สันติสุข โสภณสิริ, 2555, น. 317).

¹⁶⁰ ได้แก่รายชื่อ 16 องค์กรภาคี ดังนี้

แสงสิริ ตรีมรรคา ศศน.รุ่น 2 เล่าถึงการเรียนในโครงการ ศศน. ซึ่งแสดงให้เห็นกระบวนการเรียนรู้ระหว่างการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมความพยายามที่หลักสูตรต้องการให้ผู้เรียนมีมุมมองทางความคิดที่กว้างขวางยิ่งขึ้น ดังนี้

“แต่ละโมดูลจะใช้เวลาสิบวัน ไม่มีหยุด ทุกคนมาใช้ชีวิตร่วมกันสิบวัน จนครบทุกโมดูล โมดูลละครึ่ง และจัดฟอรัมพูดคุยกันอีกเดือน เลย์เรียนเดือนเว้นเดือน อีกเดือนที่เว้นเป็นการจัดฟอรัมสองวันเพื่อมาพูดคุยกันในโครงการที่ศศน. ในรุ่นนั้นทำมีแอสไซน์เมนท์ให้อ่านหนังสือ แล้วนำสิ่งที่อ่านมาคุย พี่เคยโดนแอสไซน์เมนท์ให้อ่านแนวคิดนักปฎิวัติ แนวคิดนักปฏิรูป อ่านทฤษฎีศาสนา เพื่อให้เปิดโลกทางความคิดของเราให้เปิดกว้างมากขึ้น อย่างพวกหมอที่มาร่วมเจอให้อ่านโลกของโซฟี อ่านเรื่องทางปรัชญา ทำให้พวกหมอเข้าใจเรื่องทางความคิดและสังคมมากขึ้น ซึ่งเรื่องอ่านนี้อาจารย์โกมาตรจริงจังมากกว่าต้องอ่านของตัวเองที่ได้รับทุกคน

แสงสิริ ตรีมรรคา (สัมภาษณ์, 2560)

นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายจากผู้ที่มาจากสาขาวิชาชีพและความสนใจที่แตกต่างกัน ได้ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความรู้ข้ามสาขาวิชาอันนำไปสู่การเคลื่อนไหวเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ร่วมกันระหว่างเครือข่ายของประเด็นขึ้น ตัวอย่างได้แก่ แสงสิริ ตรีมรรคา ที่มาจากองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้ทำงานร่วมกับสมาชิก ศศน. ที่เป็นทันตแพทย์เพื่อแก้ไขปัญหาการถูกละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเอดส์ในการทำทันตกรรม ดังนี้

“ตอนนี้พี่สนใจเรื่องทันตกรรมกับความเท่าเทียม เรื่องคนไข้เอดส์ที่ไปทำฟันโดนละเมิดสิทธิ คือไปแต่เข้ายังไงก็จะได้รับการเป็นรายสุดท้ายของวัน หรือไปหาหมอ

1. กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) 2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) 2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 4 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) 5 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 6 สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (HPP) 7 สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ 8 องค์กรกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ThaiPBS) 9. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 10. มูลนิธิแพทย์ชนบท 11. สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) 12. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) 13. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) 14. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) 15. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน (AIHD) 16. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) - สรพ. (สันติสุข โสภณสิริ, 2555, น. 321).

ต้นเดือนก็ถูกจัดคิวไปรักษาในช่วงสิ้นเดือน พี่เลยชวนหมอฟันในคน. และเครือข่าย หมอฟันที่อยู่นอกคน. ให้ได้มาคุยแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งคน. ทำให้การพูดคุยกันง่ายขึ้น ไม่ใช่การคุยกันระหว่างเอ็นจีโอกับหมอหรือข้าราชการ แต่เป็นการแลกเปลี่ยนทำ ความเข้าใจปัญหาที่อีกฝ่ายเจอ แล้วร่วมกันขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหานี้ต่อไป คน. ช่วยให้เราสร้างเครือข่ายที่ทำงานได้จริง ทุกวันนี้หลายโครงการก็เกิดขึ้นจาก การทำงานข้ามรุ่นข้ามเครือข่าย เช่นที่พี่ทำงานร่วมกับคือพวกหมอฟัน รุ่นห้ารุ่นสี่ รุ่นสอง แต่ละรุ่นก็จะมีฟอรัมที่จัดเป็นเวทีเสวนา อย่างมีการจัดเรื่องการเมืองกับคน รุ่นใหม่ ก็มีการเชิญ ใฝ่ โรมมาพูดคุยกัน ”

แสงสิริ ตรีมรรคา (สัมภาษณ์, 2560)

โครงการ คคน. แสดงให้เห็นถึงพลวัตทางกรอบความคิดประชาธิปไตยที่สำคัญประการหนึ่ง ของขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรตระกูล ส. ในฐานะผู้สนับสนุนสำคัญของโครงการนี้ โดยเป็นครั้งแรกที่มีการจัดตั้งโครงการที่เปิดพื้นที่ให้กับการมีส่วนร่วมอย่างไม่จำกัดว่าจะต้องเป็นผู้ที่มี แนวความคิดคล้ายคลึงกับแพทย์ชนบทหรือองค์กรตระกูล ส. รวมถึงแนวคิดของนพ.ประเวศ วะสี ทั้งยังเปิดรับผู้ที่มีความคิดเห็นวิพากษ์วิจารณ์เข้ามาร่วมโครงการได้อย่างไม่ปิดกั้น ซึ่งไม่ค่อยเกิดขึ้นนัก ในการทำงานขององค์กรตระกูล ส. ที่ผ่านมา

“แนวคิดของอาจารย์ประเวศ ไม่ใช่แนวคิดหลักที่เรียนใน คคน. มีคนมาเสนอบ้าง ประปราย ในขณะที่ก็มีคนวิจารณ์แนวคิดอาจารย์ประเวศอยู่บ้างเหมือนกัน ซึ่งก็มี การรับฟังกัน คนหลายคนใน คคน. มองว่าทำไม่องค์กรตระกูล ส. ถึงละทิ้งอุดมการณ์ ประชาธิปไตย ไปร่วมกับรัฐบาลทหารเพื่อทำงานทางสังคม พี่คิดว่าตรงนี้ยังถูก วิพากษ์วิจารณ์น้อยไปหน่อย เหมือนใช้ประชาธิปไตยเป็นเครื่องมือมากกว่า”

ฐิตินพ โกมลนิมิ (สัมภาษณ์, 2560)

การวิพากษ์วิจารณ์ซึ่งเป็นการแสดงความแตกต่างทางความคิดของสมาชิกที่เข้าร่วมกับ โครงการ คคน. เป็นเรื่องที่ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะการแสดงความ คิดเห็นที่มีความแตกต่างทางอุดมการณ์ทางการเมือง ซึ่งได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็น “พวกเสือเหลือง” ได้อธิบายถึงตนเองในการเริ่มเปลี่ยน

มาเป็นแดงมากขึ้น ในขณะที่ประกาศตนว่าเป็นพวกเสื้อแดงก็ยอมรับและเข้าใจในความคิดเห็นของพวกที่เป็นเสื้อเหลืองมากขึ้น

“การเข้าร่วมกับ คคน. ทำให้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทางความคิดของฝ่ายเสื้อเหลือง และเสื้อแดงทั้งสองฝ่าย อย่างคุณหมอสุภภัทรก็เคยสารภาพว่าผิดไปแล้ว...ความแตกต่างกันทางความคิดอย่างหลากหลายของสมาชิก คคน. มีมาก อย่างฝ่ายที่โปรสิทธิมนุษยชนกับฝ่ายความมั่นคงอย่างพี่ที่มาจากทหาร ก็มีการถกเถียงกันในเรื่องสิทธิมนุษยชน ว่าขอบเขตควรมีแค่ไหนและรัฐควรมีสิทธิ์แค่ไหน ในเรื่องความมั่นคงแห่งชาติกับสิทธิมนุษยชน คคน. ส่งผลต่อความคิดเรื่องประชาธิปไตยมากอยู่ เพราะคคน. ทำให้การวิวาทะมันไม่ได้เป็นการทะเลาะ แต่มาเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจอีกฝ่ายเป็นหลัก พี่วานี่ก็เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการประชาธิปไตย ที่ทั้งฝ่ายเหลือง แดง และสลิมอย่างพี่ได้ร่วมพูดคุยกันในประเด็นปัญหาที่สนใจร่วมกัน”

ฐิตินพ โกมลนินิ (สัมภาษณ์, 2560)

ทพ.ดร.ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล ได้เล่าถึงการแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างสมาชิกที่อยู่คนละสี ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบประชาธิปไตย และแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายของผู้ที่เข้าร่วมโครงการ คคน. ดังนี้

“ในเชิงเรื่องอุดมการณ์ประชาธิปไตย เลยมีไอเดียที่หลากหลาย โดยแต่ละคนก็ไปทำประโยชน์ในแต่ละวงที่ตัวเองทำอยู่ แต่ที่แปลกออกไปคือมีกลุ่มหนึ่งที่รวมตัวกันแข็งมากและเสนอว่า ต้องมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างก่อน เพราะถึงคุณไปทำงานพัฒนาในเชิงวิชาชีพ ก็จะไปติดที่โครงสร้างที่ครอบงำคุณอยู่ หากจะเปลี่ยนแปลงเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ก็จะต้องไปเปลี่ยนโครงสร้างก่อน ซึ่งเรื่องนี้เคยมีการจัดการสัมมนาพูดคุยกันใน คคน. แล้วสองรอบ โดยเฉพาะช่วงมือบเหลือง-แดง แต่พอด้วยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันฉันเพื่อน ทำให้เราไม่แตกกัน แต่กลายเป็นมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันมากขึ้น ฝ่ายเหลืองก็ได้เริ่มเห็นแง่มุมบางอย่างที่ฝ่ายแดงเสนอ ว่าก็มีประเด็นและไม่ได้เป็นศัตรูหรือคนที่ไม่ดี แต่มีแนวคิดที่ต่างออกไปและทำให้เค้าเข้าใจมากขึ้นว่ามันมีประเด็นเรื่องโครงสร้างดำรงอยู่ที่เป็นตัวทำให้เกิด

ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งโดยตัวหลักสูตรไม่ได้ตั้งใจให้มีการแลกเปลี่ยนในเรื่องนี้ แต่ตัว
 เครือข่ายได้สร้างขึ้นทำให้เกิดขึ้นเอง ตามความสนใจและแนวคิดที่อยู่ในเครือข่าย
 เหลืองบางคนก็โดนแดงกระตุกให้ได้คิด แแดงบางคนก็ได้เหลืองมาทำให้ได้คิดอีก
 มุมมอง ทำให้วังแดงกับวังเหลืองได้เรียนรู้ความคิดของอีกฝ่าย”

ธงชัย วชิรโรจน์ไพศาล (สัมภาษณ์, 2560)

กระบวนการเรียนรู้อย่างเป็นประชาธิปไตย ที่สร้างเป็นพื้นที่ในการมีส่วนร่วมที่เปิดกว้างของ
 คศน. นี้ เป็นการเปิดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวใหม่ ที่มีรูปแบบในการจัดระเบียบกรอบความคิดแบบมี
 ส่วนร่วมที่เปิดกว้าง ที่ต่างออกไปจากกระบวนการทำงานในเชิงเครือข่ายขององค์กรตระกูล ส. และ
 ขบวนการแพทย์ชนบทที่ผ่านมา ซึ่งเน้นการสร้างเครือข่ายที่มีกรอบความคิดคล้ายคลึงกันเป็นสำคัญ
 ทั้งยังเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีอุดมการณ์ทางการเมืองและแนวคิดที่วิพากษ์วิจารณ์ขบวนการแพทย์ชนบท
 และองค์กรตระกูล ส. ได้เข้ามาร่วมอยู่ในโครงการ คศน. ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายการเคลื่อนไหว
 ทางสังคม ข้ามสาขาวิชาชีพ ข้ามประเด็น ข้ามรุ่น ซึ่งทำให้เกิดเครือข่ายในการทำงานและสนับสนุน
 เชิงองค์ความรู้ที่กว้างขวาง ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อปัญหาเรื่องการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจำกัด
 และการใช้ประชาธิปไตยเป็นเพียงเครื่องมือ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์
 ชนบทและองค์กรตระกูล ส. โดยถึงแม้การปรับเปลี่ยนนี้อาจไม่ได้เกิดขึ้นโดยตรงต่อสมาชิกของ
 ขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูล ส. แต่การสร้างให้เกิดพื้นที่กลาง และยินยอมในการเปิดพื้นที่
 รับสมาชิกที่มีความคิดเห็นและอุดมการณ์รวมถึงเป้าหมายที่แตกต่างออกไปมาเข้าร่วม ก็เป็นสิ่งที่แสดง
 ให้เห็นถึงพลวัตทางความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

จากที่อภิปรายที่ผ่านมาเป็นการศึกษาถึงพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของ
 ขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงปีพ.ศ. 2545 ถึง พ.ศ.2560 ที่เป็นช่วงเวลาที่ขบวนการแพทย์ชนบทและ
 เครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน ขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขผ่านองค์กรตระกูล ส.
 อันทำให้เกิดสถานะอำนาจอธิปไตยเชิงซ้อนขึ้นมาในโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข ในการจัดสรร
 และระดมทรัพยากรซึ่งงบประมาณจำนวนมากถูกดึงไปจากกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรตระกูล ส.
 ในขณะที่กรอบความคิดเกี่ยวกับสุขภาพของขบวนการแพทย์ชนบทนั้น ได้ใช้กรอบความคิด “สุข
 ภาวะ” ซึ่งเป็นการตีความหมายของสุขภาพในเชิงกว้าง ที่ครอบคลุมประเด็นในด้านเศรษฐกิจ สังคม
 การเมือง และ จิตวิญญาณ ที่แตกต่างจากการมองเรื่องสุขภาพเป็นเพียงการไม่มีโรคหรือการรักษาโรค

ทำให้เกิดความขัดแย้งกับกลุ่มที่มีแนวคิดอนุรักษนิยมภายในกระทรวงสาธารณสุข ทั้งความขัดแย้งทางวัฒนธรรมและความคิด รวมถึงความขัดแย้งทางอำนาจและผลประโยชน์ ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากปัญหาของการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทที่ทำให้เกิดสภาวะอำนาจธิปไตยเชิงซ้อนกันขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อเกิดการความขัดแย้งทางการเมืองจนนำมาสู่การเกิดรัฐประหารในปี 2549 และ 2557 ทำให้ขบวนการภาคประชาสังคมอ่อนแอลง ในขณะที่กลุ่มพลังของระบบราชการสามารถกลับมาช่วงชิงพื้นที่ทางอำนาจได้มากขึ้น ประกอบกับการสูญเสียสมาชิกระดับนำคนสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบทย่าง นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้มีบทบาทในการเชื่อมโยงเครือข่ายและผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข ได้ทำให้เกิดแนวคิดในการจัดตั้ง คศน. ขึ้นมา โดยขบวนการจัดการของ คศน. นี้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบของการสร้างเครือข่ายและการคัดสรรคนเข้าเครือข่ายแตกต่างออกไปจากที่ขบวนการแพทย์ชนบทและองค์กรตระกูลส. เคยทำมา โดยมีลักษณะของการเปิดกว้างในการมีส่วนร่วมที่กว้างมากขึ้น ไม่จำกัดอยู่เพียงเครือข่ายของความคิดที่คล้ายคลึงกัน และยอมรับแม้สมาชิกที่มีแนวคิดวิพากษ์วิจารณ์ขบวนการแพทย์ชนบทมาเข้าร่วมกับ คศน. ในขณะเดียวกันก็ให้อิสระในการเรียนรู้และสนับสนุนการมีอิสระในการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยรักษา คศน. ไว้เป็นพื้นที่กลางทางอุดมการณ์ที่ทุกฝ่ายสามารถมาเรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน อันเป็นกระบวนการที่มีความเป็นประชาธิปไตยอย่างมาก ซึ่งยังคงต้องมีการศึกษาต่อไปถึงพลวัตและผลสะท้อนที่ คศน. สร้างขึ้น รวมถึงความท้าทายที่จะต้องเผชิญต่อไปในอนาคต

บทที่ 8

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษา “พลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท : ความขัดแย้งและการเปลี่ยนผ่านทางการเมือง” เป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามการวิจัยว่า ขบวนการแพทย์ชนบทมีพลวัตทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวอย่างไร และทำไมขบวนการแพทย์ชนบทจึงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยศึกษาผ่านกรอบแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม หน่วยการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายที่ร่วมเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสาธารณสุข ผ่านแง่มุมของการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

งานศึกษาชิ้นนี้เป็นการเติมเต็มช่องว่างทางองค์ความรู้ในการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบท ที่มีมาก่อน (Bamber, 1997; Harris, 2017; Kuhonta, 2017; Nam, 2015; เศษฐา ทรัพย์เย็น, 2556; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2556; นวลน้อย ตรีรัตน์ และ เบ็ญจ กามอรุณโชติ, 2555; นวลน้อย ตรีรัตน์ และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ, 2545; นวลน้อย ตรีรัตน์ และ ชัยยศ จิรพฤษภิญโญ, 2545; บัณฑิต อ่อนดำ, 2544; สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2546) ใน 2 ประเด็น ประเด็นแรกได้แก่ การเติมเต็มองค์ความรู้ในการศึกษาพลวัตของขบวนการแพทย์ชนบทในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานกว่างานศึกษาชิ้นอื่นที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับขบวนการแพทย์ชนบทที่เน้นการศึกษาประเด็นหรือบทบาทเฉพาะช่วงเวลา โดยได้เริ่มทำการศึกษาถึงช่วงเวลาก่อนการกำเนิดขบวนการแพทย์ชนบท ตั้งแต่การสร้างระบบสาธารณสุขสมัยใหม่ในยุครัชกาลที่ 5 เป็นต้นมา จนถึงทศวรรษ 2550 เพื่อให้ทราบถึงเงื่อนไขก่อนการก่อกำเนิดขบวนการแพทย์ชนบท พลวัตการเปลี่ยนแปลงทั้งในทางกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวภายใต้โครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งทำให้เราเข้าใจถึงบริบทเงื่อนไขและปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของขบวนการแพทย์ชนบท

ผลการศึกษาพบว่าพลวัตกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทสามารถแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลาสำคัญ ช่วงแรกคือช่วงก่อตั้งชมรมแพทย์ชนบทในปี พ.ศ.2521 ถึงช่วงก่อนเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ.2535 เป็นช่วงเวลาที่ขบวนการแพทย์ชนบทมีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพ (ชมรมแพทย์ชนบท กลุ่มสามพราน) เคลื่อนไหวภายใต้โครงสร้าง

ระบบราชการของกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้กรอบความคิดการพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำ ในช่วงเวลานี้ไม่ปรากฏว่าขบวนการแพทย์ชนบทใช้กรอบความคิดเรื่องประชาธิปไตยในการเคลื่อนไหวแต่อย่างใด เนื่องจากกรอบความคิดประชาธิปไตยไม่สอดคล้องกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองในขณะนั้น ในขณะที่กรอบความคิดการพัฒนาและลดความเหลื่อมล้ำนั้น เป็นกรอบความคิดที่สอดคล้องกับแนวนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า โดยขบวนการแพทย์ชนบทมีบทบาทสำคัญในการเคลื่อนไหวเพื่อสนับสนุนการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทได้รับการสนับสนุนการเคลื่อนไหวจากกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ข้อตกลงที่จะไม่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการโยกย้ายตำแหน่งหรือผลประโยชน์ในส่วนกลาง อย่างไรก็ตามเมื่อสมาชิกขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มเติบโตในส่วนกลาง (หน่วยงานด้านนโยบาย แพทย์สภา) พร้อมไปกับการเคลื่อนไหวของชมรมแพทย์ชนบทที่มีพลังมากยิ่งขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้บริหารและกลุ่มแพทย์บางส่วนไม่พอใจและมองขบวนการแพทย์ชนบทเป็นภัยคุกคาม จนเกิดการก่อตั้งขบวนการตอบโต้การเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทขึ้น เมื่อประกอบกับการขยายตัวของโรงพยาบาลเอกชน ทำให้แพทย์จบใหม่ถูกดึงดูตออกจากชนบทเข้าสู่โรงพยาบาลเอกชน ทำให้ชมรมแพทย์ชนบทเกิดการเสื่อมถอย จนเป็นจุดเปลี่ยนให้ขบวนการแพทย์ชนบทเริ่มวางยุทธศาสตร์ในการแสวงหาพันธมิตรใหม่ เพื่อร่วมเคลื่อนไหวผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุขต่อไป ได้แก่ การสร้างเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน

ช่วงที่สองคือ ช่วงหลังเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 ถึง ช่วงปี 2545 เมื่อโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเปิดขึ้นหลังเหตุการณ์พฤษภาคม 2535 พร้อมกับกระแสการพัฒนาประชาธิปไตยและการปฏิรูปการเมือง ขบวนการแพทย์ชนบทได้เปลี่ยนตัวเองจากขบวนการเคลื่อนไหวเชิงวิชาชีพมาเป็นหนึ่งในขบวนการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสาธารณสุขด้วยการเคลื่อนไหวเพื่อจัดตั้ง สวรส. อันเป็นองค์กรตระกูล ส. องค์กรแรกที่ทำหน้าที่ในการระดมทรัพยากร ทั้งทุนและองค์ความรู้ในการผลักดันการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อเป็นข้อเสนอทางนโยบายแก่ผู้บริหารทั้งจากฝ่ายการเมืองและฝ่ายข้าราชการ โดยวางเป้าหมายให้ สวรส. เป็นหน่วยงานหลักในการผลิตนโยบายให้กับกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบความคิดการมีส่วนร่วม การกระจายทรัพยากรและอำนาจ โดยสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายพันธมิตรองค์กรพัฒนาเอกชน และพันธมิตรชนชั้นนำทางการเมือง ผลักดันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ผ่านแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 8 และรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมทางการเมือง และเพิ่ม การกระจายอำนาจในขณะที่ยอดบประมาณและอำนาจการรวมศูนย์ของระบบราชการลง อันเป็นการ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ที่เปิดให้ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กร พัฒนาเอกชนรุกรายทางยุทธศาสตร์ขั้นต่อไป โดยอาศัยกลไกกฎหมายที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ในการ ตรวจสอบทุจริตของผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข อันเป็นความร่วมมือระหว่างขบวนการแพทย์ ชนบทกับเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน 30 องค์กร ทำให้ผู้บริหารทั้งจากฝ่ายการเมืองและข้าราชการ ถูกดำเนินคดีจำนวนมาก ในขณะที่ความเชื่อถือต่อโครงสร้างการบริหารของราชการและฝ่ายการเมือง เสื่อมถอยลง เปิดโอกาสให้ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ระดมการ สนับสนุนเพื่อเสนอร่างกฎหมายจัดตั้ง สปสช. และ สช. (ในขณะที่ สสส. เป็นการผลักดันผ่านเครือข่าย ชนชั้นนำทางนโยบายเป็นสำคัญ) ซึ่งมีการร่างให้มีรูปแบบของคณะกรรมการที่มีตัวแทนจากภาค ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการกระจายทรัพยากรทางสาธารณสุข จาก ความช่วยเหลือของพันธมิตรจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้สามารถระดมรายชื่อสนับสนุน ได้ตามต้องการ พร้อมกับเป็นการโน้มน้าวและกดดันให้ฝ่ายการเมืองยอมรับ

ช่วงเวลาที่สามได้แก่ ช่วงพ.ศ.2545 จนถึง 2560 ซึ่งเป็นช่วงของการปฏิบัติการของเครือข่าย องค์กรตระกูล ส. ในฐานะเครือข่ายองค์กรในการระดมทรัพยากรเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบ สาธารณสุข ภายใต้กรอบความคิดสุขภาวะ การกระจายทรัพยากรและอำนาจ ทำให้ขบวนการแพทย์ ชนบทสามารถระดมทรัพยากรจากภาครัฐจำนวนมาก เพื่อนำมาสนับสนุนการเคลื่อนไหวของ ขบวนการและเครือข่ายได้อย่างเป็นอิสระจากการฝ่ายราชการและฝ่ายการเมือง จนทำให้เกิดสภาวะ การมีอำนาจอธิปไตยเชิงซ้อน (duo autonomy) ขึ้นในโครงสร้างระบบสาธารณสุข เป็นการ เปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางอำนาจในระบบสาธารณสุขครั้งใหญ่ ทั้งในด้านองค์ความรู้ อำนาจและ การกระจายทรัพยากร อย่างไรก็ตามสภาวะของการมีอำนาจอธิปไตยเชิงซ้อนได้ก่อให้เกิด ความขัดแย้งรุนแรงในระบบสาธารณสุข จากการที่ขบวนการแพทย์ชนบทและเครือข่ายแนวร่วมจาก องค์กรพัฒนาเอกชนได้ช่วงชิงทรัพยากรและอำนาจการตัดสินใจเชิงนโยบายไปจากกระทรวง สาธารณสุข ดังจะเห็นได้จากงบประมาณที่ลงไปสู่ สสส. กว่าปีละสี่พันล้านบาทจากภาษีเหล่าและบุหรี่ และงบประมาณที่สปสช. ได้รับปีละแสนกว่าล้านรวมถึงอำนาจในการตัดสินใจจัดซื้อจัดจ้างยาและ เวชภัณฑ์ ที่เคยเป็นอำนาจของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ถูกถ่ายโอนไปสู่คณะกรรมการ

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคประชาสังคม ฝ่ายวิชาชีพ ข้าราชการ และฝ่ายการเมือง

ประเด็นที่สอง ได้แก่ การเติมเต็มองค์ความรู้ในการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในฐานะ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ผ่านการใช้กรอบแนวคิดการเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement theory) ทำให้เห็นถึงกลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ และกรอบความคิดที่ขบวนการแพทย์ชนบท ใช้ในการระดมทรัพยากร ที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่แตกต่างกัน เมื่อประกอบกับการศึกษาในช่วงระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้เราเข้าใจพลวัตการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทได้ดียิ่งขึ้น โดยสามารถเห็นถึงความต่อเนื่องของชุดทางยุทธศาสตร์ มากกว่าจะเป็นเพียงการเคลื่อนไหวที่มุ่งผลสำเร็จในระยะสั้น ดังจะเห็นได้จากการสร้างพันธมิตรระหว่างขบวนการแพทย์ชนบท และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีการเตรียมการและเตรียมความพร้อมทางด้าน เครือข่ายและองค์ความรู้ผ่านบทบาทของสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา และเครือข่ายองค์กรพัฒนา เอกชนตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 2530 ยุทธศาสตร์เชิงรุก ในการผลักดันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เปิดโอกาสให้กับ “ชุด” ของยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวที่จะตามมา เมื่อจังหวะเหมาะสม ดังจะเห็นได้จากการมีส่วนร่วมอย่างสำคัญในการร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติฉบับที่ 8 และการร่างรัฐธรรมนูญ 2540 ที่ขบวนการแพทย์ชนบทและพันธมิตรเครือข่าย องค์กรพัฒนาเอกชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมอย่างมาก รวมถึงการเชื่อมโยงเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน สายสาธารณสุขเข้ากับสายการพัฒนา ทำให้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนสามารถขยายเครือข่าย เคลื่อนไหวได้กว้างขวางมากขึ้น และได้กลายเป็นพันธมิตรที่มีพลังในการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการแพทย์ชนบทในการผลักดันประเด็นทางสังคมและสาธารณสุข และเป็นหนึ่งในปัจจัยของการสร้าง การมีส่วนร่วมเพื่อการกระจายทรัพยากรและอำนาจในระบบสาธารณสุข ดังจะเห็นได้ผ่านการ ออกแบบโครงสร้างสัดส่วนคณะกรรมการบริหาร สปสช. และ สสส. ที่สามารถดึงเอางบประมาณของ รัฐจำนวนมากเข้ามาเป็นทรัพยากรในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแนวคิดของขบวนการแพทย์ชนบท

จากการอภิปรายข้อเสนอหลักในงานชิ้นนี้ คือ การปรับตัวของกรอบความคิดและการ เคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบท ที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างโอกาสทาง การเมืองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขบวนการแพทย์ชนบทประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวผลักดัน

การปฏิรูประบบสาธารณสุข โดยมีลักษณะของการใช้การเข้าถึงชนชั้นนำทางการเมือง ไม่ว่าจะมาจากการเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตยหรือไม่ก็ตาม ควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหวร่วมกับขบวนการทางสังคมที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคลื่อนไหวเพื่อการมีส่วนร่วมทางการเมือง ทำให้เห็นถึงรูปแบบของการปรับตัวและยุทธศาสตร์เชิงรับและเชิงรุกที่น่าสนใจ โดยในขณะที่โครงสร้างโอกาสทางการเมืองยัง “ปิด” หรือ “ไม่เอื้ออำนวย” ขบวนการเคลื่อนไหวยังสามารถปรับตัวและระดมทรัพยากรเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายในจุดที่ทำได้ เพื่อรอโอกาสในการผลักดันเคลื่อนไหวต่อไปเมื่อโครงสร้างโอกาสทางการเมืองเปิดขึ้น หรือดำเนินการเคลื่อนไหวโดยการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ผ่านการเคลื่อนไหวเพื่อนำเสนอแนวคิดต่อสาธารณะเพื่อผลักดันให้ประเด็นที่ต้องการสร้างการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นวาระทางสังคม อันจะสามารถระดมการสนับสนุนจากสังคมเพื่อโน้มน้าวหรือกดดันชนชั้นนำทางการเมืองให้หันมารับประเด็นที่ขับเคลื่อนได้ต่อไป

สำหรับข้อจำกัดในการวิจัยในครั้งนี้มีอยู่ใน 2 ประเด็น ประเด็นแรกเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากการทำงานเก็บข้อมูลในช่วงที่รัฐบาลประยุทธ์ จันทร์โอชา และเครือข่ายราชการกำลังตรวจสอบขบวนการแพทย์ชนบท และองค์กรตระกูลส. อย่างหนักทำให้มีผู้ให้ข้อมูลหลายท่านปฏิเสธการให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูล ในขณะที่ผู้ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์ก็มีความระมัดระวังในการให้ข้อมูลเป็นอย่างมาก โดยข้อมูลที่วิพากษ์วิจารณ์ในบางกรณีถูกขอไม่ให้เปิดเผย ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้อย่างจำกัด นอกจากนี้การเก็บข้อมูลการวิจัยขบวนการเคลื่อนไหวที่มีเครือข่ายกว้างขวางและดำเนินมาอย่างยาวนานในกรอบเวลาที่จำกัด ทำให้ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีบทบาทเคลื่อนไหวคนสำคัญอีกหลายท่าน ทำให้ข้อมูลในการวิจัยรวมถึงการวิเคราะห์ยังไม่สามารถครอบคลุมการอธิบายได้อย่างรัดกุม ซึ่งเป็นข้อเสอแนะต่อไปที่จะสามารถขยายการเก็บข้อมูลออกไปภายใต้สถานการณ์ทางการเมืองที่เปิดกว้างมากกว่าในตอนผู้วิจัยเก็บข้อมูล นอกจากนี้ยังมีประเด็นที่น่าสนใจศึกษาที่จะทำให้สามารถทำความเข้าใจความขัดแย้งในระบบสาธารณสุข จากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งในส่วนกลางและในท้องถิ่น เพื่อจะสามารถเข้าใจประเด็นความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบสาธารณสุขได้ดียิ่งขึ้น เนื่องจากข้อมูลที่ทำวิจัยเกี่ยวกับความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขและองค์กรตระกูล ส. ส่วนใหญ่เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในส่วนกลางเป็นสำคัญ อันจะทำให้สามารถเข้าใจถึงประเด็นความขัดแย้งจากมุมมองของผู้ปฏิบัติงานในท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น เพื่อสามารถ

ลดความขัดแย้งในระบบสาธารณสุขได้ต่อไป ข้อจำกัดประเด็นที่สองคือข้อจำกัดในแง่มุมมองของการศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทผ่านแง่มุมของการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยไม่ได้พิจารณาหรือทำการอภิปรายถึงแง่มุมของการเป็นกลุ่มผลประโยชน์ที่มีความเหลื่อมซ้อนกันอยู่ในขบวนการแพทย์ชนบท ซึ่งเป็นแง่มุมที่น่าสนใจทำการศึกษาคืบต่อไปถึงข้อถกเถียงที่ว่าขบวนการแพทย์ชนบทนั้นเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือเป็นกลุ่มผลประโยชน์กันแน่

ข้อเสนอแนะการวิจัยอีกประการคือความน่าสนใจของโครงการเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) ซึ่งผู้วิจัยยังทำการวิจัยไม่ได้ลงลึกเท่าที่ควร ถึงพลวัตภายในโครงการ ผลกระทบที่โครงการนี้ได้สร้างทั้งต่อผู้เข้าร่วมและสังคมภายนอกอันเป็นประเด็นที่น่าสนใจศึกษาต่อไป โดยอาจต่อยอดการวิจัยไปถึงจุดที่ว่า โครงการ คศน. นี้ส่งผลต่อย้อนกลับมาสู่การสร้างการเปลี่ยนแปลงกรอบความคิดและการเคลื่อนไหวของขบวนการแพทย์ชนบทด้วยหรือไม่ อันเป็นประเด็นที่น่าสนใจทำการศึกษาคืบต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. (2530). 45 ปี กระทรวงสาธารณสุข : พ.ศ. 2485-2530. กรุงเทพฯ: สหประชา
พานิชย์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2540). กระทรวงสาธารณสุข 2540 : 10 มีนาคม 2540 ครบรอบ 55 ปี
การสถาปนากระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กริชเทพ ศรีศิลป์, และ ญัฐจรัส เองมหัสสกุล. (บ.ก.). (2556). *Do it right and fear no man:*
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์.

กฤษฎา บุญชัย. (2551). แนวคิดชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและการก่อเกิด LDI. ใน พลเดช ปิ่นประทีป
(บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มุลินีชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มุลินีชุมชนท้องถิ่น
พัฒนา.

กองแผนงานสาธารณสุข. (2530). วิวัฒนาการของนโยบาย และ แผนพัฒนาสาธารณสุขของ
ประเทศไทย. ใน กระทรวงสาธารณสุข (บ.ก.), 45 ปี กระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. 2485-2530. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการ
การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ.๒๕๒๑-๒๕๕๗)*. นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.

กอบแก้ว สุวรรณทัต-เพียร. (2544). บันทึกการอภิปราย : บทบาททางการเมืองของจอมพล ป.
พิบูลสงคราม. ใน อารงค์ดี เพชรเลิศอนันต์, วิกัลย์ พงศ์พินิตานนท์, และ ชาญวิทย์
เกษตรศิริ (บ.ก.), *จอมพล ป. พิบูลสงครามกับการเมืองไทยสมัยใหม่ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.
กรุงเทพฯ: มุลินีโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.

กันทิมา ว่องเวียงจันทร์. (2556). *พรหมไม่ได้ลิขิต: พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช*. นนทบุรี: มติชนปากเกร็ด.

- เกียรติกศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ. (2550). พี่ใหญ่และต้นแบบแพทย์ชนบทไทย. ใน ประพจน์ เกตราภาค และ สันติสุข โสภณสิริ (บ.ก), *เหลียวหลัง แลหน้า 60 ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลดคีมทอง.
- เกียรติชัย สารเศวต. (2537). การมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข : กรณีเหตุการณ์เดือนพฤษภาคม 2535. *วารสารสังคมศาสตร์*, 29(2), 47-66.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, และ ระชา ภูซงศ์. (2556). *รายงานการวิจัย ฉบับสมบูรณ์: ขบวนการแพทย์ชนบทกับธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักวิจัย สังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2546). *อำนาจและคอร์รัปชัน : ถอดรหัสวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2555). *สร้างผู้นำที่มีความเป็นมนุษย์: Core Modules กับปรัชญา การเรียนรู้*. คัดมาเมื่อ 28 เมษายน 2561, จาก <https://goo.gl/2HFPRR>
- ขวัญสุดา ชันธวิทย์. (2551). กองทุน LDAP : ฐานกำเนิดมูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. ใน พลเดช ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- คุณุสสัน ศุภวัตรวรคุณ. (2551). เครือข่ายองค์กรการเงินชุมชนฟื้นความเข้มแข็งจากฐานราก. ใน พลเดช ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- คริส เบเคอร์, และ ผาสุก พงษ์ไพจิตร. (2557). *ประวัติศาสตร์ไทยร่วมสมัย*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- จักรี ไชยพินิจ. (2553). *เศรษฐกิจการเมืองของนโยบายทรัพย์สินทางปัญญา : ศึกษากรณีการใช้สิทธิ ตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ใจ อึ้งภากรณ์. (2543). *การเมืองไทยในทัศนะลัทธิมาร์กซ์*. กรุงเทพฯ: ชมรมหนังสือประชาธิปไตย แรงงาน.

- ชเนญต์ วัลลภ ชุมทอง. (2548). การเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง และสังคมเศรษฐกิจในระบบสุขภาพไทย. ใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และ ชชาติชาย มุกสง (บ.ก.), *พรมแดนความรู้ประวัติศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุขไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. (2533). *เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทย: ศึกษาจากกระบวนการนโยบาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตรมหาวิทาลัยธรรมศาสตร์.
- ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. (2540). *การเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช, และ ชัตติยา วรรณสูตร. (2532). *เอกสารการเมืองการปกครองไทย (พ.ศ.2417-2477)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันสยามศึกษา สมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2523). *การเมือง-การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองไทย 2411-2475*. กรุงเทพฯ: บรรณกิจ.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2534). *รัฐ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัยอนันต์ สมุทวณิช. (2554). *100 ปีแห่งการปฏิรูประบอบราชการ : วิวัฒนาการของอำนาจรัฐและอำนาจการเมือง* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พี เพรส.
- ชูชัย ศุภวงศ์, และ ยุวดี คาดการณ์ไกล. (2539). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ : ทศวรรษนักคิดในสังคมไทย*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2540). *พัฒนาการของประชาสังคมไทยร่วมสมัย*. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บ.ก.), *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- เชษฐา ทรัพย์เย็น. (2556). *การศึกษาขบวนการแพทย์ชนบทในกระบวนการนโยบายระบบสุขภาพ: ขบวนการประชาสังคมส่งผลต่อประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ไชยันต์ ไชยพร. (2545). บันทึกอัครวิสัยความทรงจำเหตุการณ์พฤษภาทมิฬ ชนชั้นกลางกับการเมืองไทย ก้าวหน้าหรือปฏิกริยา. ใน บุญแทน ต้นสุเทพวิรวงศ์ (บ.ก.), *ความทรงจำเดือนพฤษภาที่บอกอนาคตการเมืองภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: แปลนพริ้นท์ติ้ง.
- ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ. (2548). คนคอปกขาวในระบบเศรษฐกิจการเมืองไทย (พ.ศ.2475-2535). ใน ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ (บ.ก.), *เศรษฐศาสตร์การเมือง (เพื่อชุมชน) 25 : คนชั้นกลางไทยในกระแสทุนนิยม*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณัฐพล ใจจริง. (2554). พระบารมีปกเกล้าฯ ได้เงาอินทรี : แผนสงครามจิตวิทยาอเมริกัน กับการสร้างสถาบันกษัตริย์ให้เป็น “สัญลักษณ์” แห่งชาติ. *ฟ้าเดียวกัน*, 9(2), 94-130.
- ณัฐพล ใจจริง. (2556). *ปฏิวัติ ร.ศ. 130*. กรุงเทพฯ: มติชน.
- เดวิด เค วัยอาจ. (2556). *ประวัติศาสตร์ไทยฉบับสังเขป [Thailand: A short history]* (ชาญวิทย์ เกษตรศิริ และคณะ, ผู้แปล.). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ถวิลวดี บุรีกุล. (2552). *พลวัตการมีส่วนร่วมของประชาชน : จากอดีต จนถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550*. นนทบุรี: สำนักวิจัยและพัฒนา สถาบันพระปกเกล้า.
- ทวีศักดิ์ เผือกสม. (2550). *เชื้อโรค ร่างกาย และรัฐเวชกรรม : ประวัติศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ในสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทักษ์ เฉลิมเตียรณ. (2548). *การเมืองระบบพ่อขุนอุปถัมภ์แบบเผด็จการ [Thailand : The politics of despotic paternalism]* (พรรณี ฉัตรพลรักษ์, ประกายทอง สิริสุข, และ ชำรงค์ศักดิ์ เพชรเลิศอนันต์, ผู้แปล, พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- ธนาพล อิวสกุล, ชัยธวัช แซ่ไคว้, ศรายุทธ ใจหลัก, และ ชาตรี เพ็ญศรี. (2544). *4 ปีรัฐธรรมนูญกับการเมืองภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ: คณะดำเนินงานโครงการเฉลิมฉลองเปิดอนุสรณ์สถานวีรชนประชาธิปไตย.

- ธนศวรร์ เจริญเมือง. (2550). *100 ปีการปกครองท้องถิ่นไทย พ.ศ. 2440-2540* (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- ธนศวรร์ เจริญเมือง. (2554). เส้นทางสังคมไทย 156 ปี (พ.ศ. 2398-2554). *ฟ้าเดียวกัน*, 9(2), 74-83.
- ธร ปีติผล. (2559). เหลียวหลัง แลหน้า การพัฒนาชนบทไทย : จากแนวทางบูรณะชนบทสู่มุมมองจาก
“ตัวกลางในการพัฒนา”. ใน ประจักษ์ ก้องกีรติ และ ปกป้อง จันทิวathy (บ.ก.), *ป่วยกับ
สังคมไทยในวิกฤตเปลี่ยนแปลง*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.
- นฤมล ทับจุมพล, และ จรัล ดิษฐาภิชัย. (2545). ขบวนการเพื่อรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน และการ
ปฏิรูปการเมือง. ใน ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ (บ.ก.), *วิถีชีวิต วิธีสู้: ขบวนการประชาชน
ร่วมสมัย*. เชียงใหม่: ตรีสวี.
- นฤมล ทับจุมพล. (2543). ลูกขึ้นสู. ใน ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ (บ.ก.), *ประชาธิปไตยรากหญ้า*.
กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนน้อย ตรีรัตน์, และ กนกศักดิ์ แก้วเทพ. (2545). *การต่อต้านทุจริตยาภาคประชาชน*. กรุงเทพฯ:
ศูนย์ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวนน้อย ตรีรัตน์, และ ชัยยศ จิรพุกษ์ภิญโญ. (2545). ขบวนการทางสังคมกับการต่อต้านคอร์รัปชัน:
ศึกษากรณีการทุจริตการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข.
ใน ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ (บ.ก.), *วิถีชีวิต วิธีสู้: ขบวนการประชาชนร่วมสมัย*.
เชียงใหม่: ตรีสวี.
- นวนน้อย ตรีรัตน์, และ แบงค์ งามอรุณโชติ. (2555). *การเมืองและดุลอำนาจในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- บัณฑิต อ่อนดำ. (2544). *บทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในการปฏิรูประบบสุขภาพ*. นนทบุรี:
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- บัณฑิต จันทรโรจนกิจ. (2549). *รัฐธรรมนูญสถาปนา : ชีวิตและชะตากรรมของประชาธิปไตย
ในวัฒนธรรมไทย*. กรุงเทพฯ: วิชาษา.

บัณฑิต จันทรโรจนกิจ. (2558). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย : ความเป็นมาและสาระสำคัญ.

กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

บัณฑิต จันทรโรจนกิจ. (2560). การเมืองไทยร่วมสมัย. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

บุญแทน ต้นสุเทพวิรวงศ์. (บ.ก.). (2545). ความทรงจำเดือนพฤษภาคมกับอนาคตการเมือง

ภาคประชาชน. กรุงเทพฯ: คณะกรรมการจัดงานรำลึกทศวรรษพฤษภาประชาธรรม.

เบเนดิกต์ แอนเดอร์สัน. (2558). ศิษย์รัฐไทย ย้อนสภาวะไทยศึกษา : ว่าด้วยการเมืองไทยสมัยใหม่

(ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ, ผู้แปล). นนทบุรี: ฟ้ายเดียวก้น.

เบเนดิกต์ แอนเดอร์สัน. (2559). บ้านเมืองของเราลงแดง : แง่มุมทางสังคมและวัฒนธรรมของ

รัฐประหาร 6 ตุลาคม (ชาญวิทย์ เกษตรศิริ, ธเนศ อาภรณ์สุวรรณ, และ เกษียร เตชะพีระ, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: มติชน.

ประจักษ์ ก้องกีรติ. (2548). และแล้วความเคลื่อนไหวก็ปรากฏ : การเมืองวัฒนธรรมของนักศึกษา

และปัญญาชนก่อน 14 ตุลาฯ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประชาชาติธุรกิจออนไลน์. (2556). ทุ่ม 4 หมิ่น ล. ผลิตภัณฑ์เพิ่ม มหา"ลัยรัฐ-เอกชนเปิดคณะ

รองรับ. คัดมาเมื่อ 28 เมษายน 2561, จาก

https://www.prachachat.net/news_detail.php?newsid=1363244638

ประภาส ปิ่นตบแต่ง. (2552). กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม.

กรุงเทพฯ: มูลนิธิไฮน์ริค เบิลล์ สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.

ประเวศ วะสี. (2539). การปฏิรูปทางการเมือง : ทางออกของประเทศไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:

หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. (2540). การเดินทางแห่งความคิด: ปฏิรูปการเมือง. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. (2541). บนเส้นทางชีวิตปฏิรูปการเมือง. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. (2543). บนเส้นทางชีวิต: ขบวนการแพทย์ชนบทในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ประเวศ วะสี. (2554). บนเส้นทางชีวิต. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

- ประสงค์ สุขุม. (2539). *สู้ภัยแผ่นดิน*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ ศิวะรักษ์. (2546). *กำเนิดกองทุน สสส.* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). (2530). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). (2535). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). (2540). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- พงศธร พอกเพิ่มดี. (บ.ก.). (2553). *หลังประติมากรรมสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.).
- พรรัตน์ ทองพูล. (2545). *การสร้างความชอบธรรมทางความคิดในบทความโต้แย้งระหว่างรัชกาลที่ 6 กับนักหนังสือพิมพ์ฝ่ายค้านในสงครามปากกา* (พ.ศ. 2455-2465). วิทยานิพนธ์ปริญญา นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. (2554). *ราชกิจจานุเบกษา*, 118(102 ก), 6-18, 17 พฤศจิกายน.
- พระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535. (2535). *ราชกิจจานุเบกษา*, 109(45), 6-13, 19 เมษายน.
- พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550). *ราชกิจจานุเบกษา*, 124(16 ก), 1-18, 19 มีนาคม.
- พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. (2545). *ราชกิจจานุเบกษา*, 119(116 ก), 1-28, 18 พฤศจิกายน.
- พลเดช ปิ่นประทีป. (บ.ก.). (2551). *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มุลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มุลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

พัชรา อุบลสวัสดิ์, และ วิลาวรรณย์ เอื้อวงศ์กุล. (2551). ประชาคมจังหวัด กับการถักทอพลังพหุภาคี.

ใน พลเดช ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2540). ประชาสัมพันธ์กับการแพทย์และการสาธารณสุขไทย. ใน สุวิทย์

วิบูลผลประเสริฐ (บ.ก.), *ประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

แพทยสภา. (2559). *จำนวนแพทย์เฉพาะทาง 2507-2560*. คัดมาเมื่อ 28 เมษายน 2561, จาก

<http://www.tmc.or.th/pdf/stat-tmc03-14022018.pdf>

แพทยสภา. (2560ก). *กรรมการแพทยสภา*. คัดมาเมื่อ 28 เมษายน 2561, จาก

http://www.tmc.or.th/about_committee.php

แพทยสภา. (2560ข). *การเลือกตั้งกรรมการแพทยสภา วาระ พ.ศ. 2560 - 2562*. คัดมาเมื่อ 28

เมษายน 2561, จาก http://www.tmc.or.th/tmc_vote2560/page3.html

ภุชงค์ กนิษฐชาติ. (2551). ส่งเสริมการเมืองภาคพลเมือง ตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐ. ใน พลเดช

ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

มรกต กรเกษม. (2547). จากพี่...ด้วยใจจริง. ใน มูลนิธิแพทย์ชนบท (บ.ก.), *ก้าวอย่างชมรมแพทย์*

ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์.

ยุทธดนัย สีดาหล้า. (2551). เวทีประชาคมแผน 8 : จุดเริ่มสู่ขบวนการประชาสังคม. ใน พลเดช

ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

รำลึกถึงชีวิตและผลงาน นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2551). คัดมาเมื่อ 7 เมษายน 2561,

จาก <https://www.doctor.or.th/clinic/detail/6968>

- โรเบิร์ต เจ มัสแคต. (2536). *สหรัฐอเมริกากับการพัฒนาเศรษฐกิจและความมั่นคงในประเทศไทย* (กุสุมาลย์ รัชตะนันท์, สัญฉวี สายบัว, และ ตีระพร บุณนาค, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ลิขิต ธีรเวคิน. (2554). *วิวัฒนาการการเมืองการปกครองของไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัลย์ลีลา อังสกุล. (2540). *การวิเคราะห์ความขัดแย้งทางความคิดเห็นเกี่ยวกับ สิทธิ หน้าที่ เสรีภาพ และทิศทางการเมืองไทย ระหว่างนักหนังสือพิมพ์ฝ่ายรัฐบาลกับฝ่ายประชาชน ในสมัย พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2530). *ประวัติกระทรวงสาธารณสุขโดยสังเขป*. ใน *กระทรวงสาธารณสุข (บ.ก.), 45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2547). *คุณอำนวย ปันยารชุนกับงานด้านสาธารณสุข*. ใน *ประยงค์ คงเมือง (บ.ก.), ขอคุยกับคุณอำนวย : 22 นักคิด นักเขียน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มติชน.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2550). *เล่าไว้เมื่อวัยใกล้เกษียณ*. ใน *ประพจน์ เกตุรากาศ และ สันติสุข โสภณสิริ (บ.ก.), เหลียวหลัง แลหน้า ๖๐ ปี หมอวิชัย โชควิวัฒน์* (น. 2-38). กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลบอลคิมทอง.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2557). *ความจริงเรื่องตระกูล ส. สองทศวรรษการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- วิชัย โชควิวัฒน์. (2558). *ตำนานความขัดแย้งในวงการสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงานประสานการพัฒนาสังคมสุขภาวะ (สปพส.).
- วิทยากร เชียงกุล. (บ.ก.). (2546). *ขบวนการนักศึกษาไทย: จาก 2475 ถึง 14 ตุลาคม 2516* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สายธาร.
- วุฒิชัย มูลศิลป์. (2554). *สมเด็จพระปิยมหาราชกับการปฏิรูปการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์คำ.

- ศุภสวัสดิ์ ชัชวาลย์. (2555). การเมืองในกระบวนการกระจายอำนาจ : ศึกษาผ่านบทบาทของ
นักวิชาการ ข้าราชการ นักการเมือง และประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (บ.ก.). (2546). ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 1 :
ก่อเกิดขบวนการ. กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลินเนียม.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (บ.ก.). (2547). ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2 :
ประสานประชาชน อุทิศตนเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 – 6 ตุลาคม 2519).
กรุงเทพฯ: อัลฟ่า มิเลินเนียม.
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2548). บนเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: มติชน.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2541). สร้างพลังการวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข.
- สันติสุข โสภณสิริ. (บ.ก.). (2548). ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 3 : พื้นความหวัง
สร้างกำลังใจ มุ่งรับใช้สังคม (หลัง 6 ตุลาคม 2519 - 2525). กรุงเทพฯ: งานดี.
- สันติสุข โสภณสิริ. (2552). 80 ปี นายแพทย์อมร นนทสูต : เพชรจรัสแสงแห่งวงการสาธารณสุขไทย.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สันติสุข โสภณสิริ. (บ.ก.). (2555). พัฒนาผู้นำ ขับเคลื่อนสุขภาพะ. นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนา
ศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.).
- สำนักงานกลุ่มประกันสุขภาพ. (2552). กระทรวงสาธารณสุขกับวิวัฒนาการการประกันสุขภาพ.
ใน กระทรวงสาธารณสุข (บ.ก.), 90 ปี การสาธารณสุขไทย เพื่อคนไทยสุขภาพดี :
การแสดงผลงาน นวัตกรรม เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข และผลิตภัณฑ์
สุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, และ นิชากร ศิริกนกวิไล. (2540). รายงานการศึกษารวบรวมเพื่อแก้ไขปัญหา
การขาดแคลนแพทย์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: แพทยสภา.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (บ.ก.). (2540). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2546). *25 ปีขบวนการแพทย์ชนบทกับแผ่นดินไทย*. กรุงเทพฯ: องค์กรอนามัยโลก.
- เสกสรรค์ ประเสริฐกุล. (2557). *การเมืองภาคประชาชนในระบอบประชาธิปไตยไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิชาษา.
- เสม พริ้งพวงแก้ว. (2554). *เสมลิขิต : เสม พริ้งพวงแก้ว หมอและครูของประชาชน*. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์.
- อมรา พงศาพิชญ์, และ นิตยา กัทลิตระพันธ์. (2541). ผลการวิจัยโครงการองค์กรให้ทุนเพื่อประชาสังคมในประเทศไทย. ใน อมรา พงศาพิชญ์ และ นิตยา กัทลิตระพันธ์ (บ.ก.), *องค์กรให้ทุนเพื่อประชาสังคมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรถจักร สัตยานุรักษ์. (2555). *การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของชนชั้นผู้นำไทยตั้งแต่รัชกาลที่ 4 ถึง พุทธศักราช 2475* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อาภรณ์ จันทรสมวงศ์. (2551). LDI กับการบริหารจัดการองค์กรในสังคมร่วมสมัย. ใน พลเดช ปิ่นประทีป (บ.ก.), *ชุมชนเข้มแข็ง 20 ปี มุลินีชุมชนท้องถิ่นพัฒนา*. กรุงเทพฯ: มุลินีชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- อารักษ์ วงศ์วรชาติ. (2547). *อวยชัยถือกระบวนกรเหนือกว่าเป้าหมาย*. ใน มุลินีแพทย์ชนบท (บ.ก.), *ก้าวอย่างชมรมแพทย์ชนบทในช่วงทศวรรษที่ 3*. นนทบุรี: ศรีเมืองการพิมพ์.
- อำพล จินดาวัฒน์, และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. (2549). หน่วยที่ 4 : การปฏิรูประบบสุขภาพระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข. ใน วิพุธ พูลเจริญ (บ.ก.), *ประมวลสาระชุดวิชา ระบบสุขภาพและการจัดการ หน่วยที่ 1-5*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2555). กำเนิด คศน. ใน สันติสุข โสภณสิริ (บ.ก.), *พัฒนาผู้นำ ขับเคลื่อนสุขภาพ*. นนทบุรี: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำสาธารณสุขแนวใหม่ (คศน.).

อุดม โปษะกฤษณะ. (2530). การไปเยี่ยมโรงพยาบาลในต่างจังหวัด. ใน *กระทรวงสาธารณสุข (บ.ก.), 45 ปี กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2485-2530*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

ภาษาอังกฤษ

Bamber, S. (1997). The Thai medical profession and political activism. In K. Hewison (Ed.), *Political change in Thailand: Democracy and participation* (pp.).

London: Routledge.

Buechler, S. M. (2011). *Understanding social movements: Theories from the classical era to the present*. Boulder, CO: Paradigm.

Callahan, W. A. (1995). Black May, NGOs and post-state politics. *Journal of Social Science*, 29(2), 82-89.

Cheminant, W. L., & Parrish, J. M. (2011). Introduction manipulating democracy: A reappraisal. In W. L. Cheminant & J. M. Parrish (Eds.), *Manipulating democracy : Democractic theory, political psychology, and mass media* (pp.). NY: Routledge.

Connors, M. K. (2008). Article of faith: the failure of royal liberalism in Thailand. *Journal of Contemporary Asia*, 38(1), 143-165.

Connors, M. K. (2009). Liberalism, authoritarianism and the politics of decisionism in Thailand. *The Pacific Review*, 22(3), 355-373.

Diani, M. (2003). Introduction: Social movements, contentious actions, and social networks: 'From metaphor to substance'? In M. Diani & D. McAdam (Eds.), *Social movements and networks: Relational approaches to collective action* (pp. 1-18). NY: Oxford.

Diani, M., & McAdam, D. (2003). *Social movements and networks: Relational approaches to collective action*. NY: Oxford.

- Edwards, G. (2014). *Social movements and protest*. NY: Cambridge University Press.
- Eisinger, P. K. (1973). The conditions of protest behavior in American cities. *The American Political Science Review*, 67(1), 11-28.
- Fishkin, J. S. (2011). Manipulation and democratic theory. In W. L. Cheminant & J. M. Parrish (Eds.), *Manipulating democracy : Democratic theory, political psychology, and mass media* (pp.). NY: Routledge.
- Freeman, J. (1979). Resource mobilization and strategy: A model for analyzing social movement organization actions. In M. N. Zald & J. D. McCarthy (Eds.), *The dynamics of social movements* (pp. 167-169). Cambridge, MA: Winthrop.
- Goffman, E. (1986). *Frame Analysis : An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Harris, J. (2014). Who governs? Autonomous political networks as a challenge to power in Thailand. *Journal of Contemporary Asia*, 45(1), 3-25.
- Harris, J. (2017). *Achieving access: Professional movements and the politics of health universalism*. NY: Cornell University Press.
- Huntington, S. P. (1991). *The third wave: Democratization in the late twentieth century*. Norman: University of Oklahoma Press.
- Huntington, S. P. (2006). *Political order in changing societies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Jasper, J. M. (2014). *Protest: A cultural introduction to social movements*. Cambridge, MA: Polity Press.
- Kitschelt, H. P. (1986). Political opportunity structures and political protest: Anti-nuclear movements in four democracies. *British Journal of Political Science*, 16(1), 57-85.

- Kuhonta, E. M. (2017). The politics of health care reform in Thailand. In I. Yi. (Ed.), *Towards universal health care in emerging economics: Opportunities and challenges* (pp. 91-118). London: Palgrave Macmillan.
- Kurlantzick, J. (2013). *Democracy in retreat: The revolt of the middle class and the worldwide decline of representative government*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lertchoosakul, K. (2012). *The rise of the octobrists: Power and conflict among former left wing student activists in contemporary Thai politics* (Doctoral's Thesis, The Department of Government, The London School of Economics and Political Science, London). Retrieved from <https://goo.gl/JE8Mxx>
- Lertchoosakul, K. (2016). *The rise of the Octobrists in contemporary Thailand: Power and conflict among former left-wing student activists in Thai politics*. New Haven, CT: Yale University Southeast Asia Studies.
- McAdam, D. (1985). *Political process and the development of black insurgency 1930-1970*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- McCargo, D. (2005). Network monarchy and legitimacy crises in Thailand. *The Pacific Review*, 18(4), 499-519.
- McCarthy, J. D. (2008). Constraints and opportunities in adopting, adapting, and inventing. In D. McAdam, J. D. McCarthy, & M. N. Zald (Eds.), *Comparative perspectives on social movement: Political opportunities, mobilizing structures, and cultural framing* (9th ed., pp. 141-151). NY: Cambridge University Press.
- McCarthy, J. D., & Zald, M. N. (1977). Resource mobilization and social movements: A partial theory. *American Journal of Sociology*, 82(6), 1212-1241.

- Mead, K. K. (2004). *The rise and decline of Thai absolutism*. Abingdon, Oxfordshire: RoutledgeCurzon.
- Nam, I. (2015). *Democratizing health care: Welfare state building in Korea and Thailand*. NY: Palgrave Macmillan.
- Nam, I. (2018). Partnering for universal health coverage in Thailand: Bureaucrats and NGOs. *Asian Survey*, 58(2), 213–239.
- Ockey, J. (2004). *Making democracy : Leadership, class, gender, and political participation in Thailand*. Honolulu, HI: University of Hawaii Press.
- Pitidol, T. (2016). Redefining democratic discourse in Thailand's civil society. *Journal of Contemporary Asia*, 46(3), 520-537.
- Randolph, R. S. (1986). *The United States and Thailand: Alliance dynamics, 1950-1985*. Berkeley: University of California.
- Riggs, F. W. (1966). *Thailand: The modernization of a bureaucratic polity*. Honolulu, HI: East-West Center Press.
- Snow, D. A. (2004). Framing process, ideology, and discursive fields. In D. A. Snow, S. A. Soule, & H. Kriesi (Eds.), *The blackwell companion to social movements* (pp. 380-412). Cornwall: Blackwell.
- Snow, D. A., & Benford, R. D. (1992). Master frames and cycles of protest. In A. D. Morris & C. M. Mueller (Eds.), *Frontiers in social movement theory* (pp. 133-155). New Haven, CT: Yale University Press.
- Snow, D. A., & Byrd, S. (2007). Ideology, framing processes, and islamic terrorist movements. *Mobilization: An International Quarterly*, 12(2), 119-136.

- Snow, D. A., Rochford, E. B., Worden, S. K., & Benford, R. D. (1986). Frame alignment process, micromobilization, and movement participation. *American Sociological Review*, 51(4), 464-481.
- Tarrow, S. (1994). *Power in movement: Social movements, collective action and mass politics in the modern state*. NY: Cambridge University Press.
- Tarrow, S. (2011). *Power in movements: Social movements and contentious politics* (3rd ed.). NY: Cambridge University Press.
- Vogus, T. J., & Davis, G. F. (2005). Elite mobilization for antitakeover legislation, 1982-1990. In G. F. Davis, D. McAdam, W. R. Scott, & M. N. Zald (Eds.), *Social movements and organization theory* (pp. 96-121). NY: Cambridge University Press.
- Wasi, P. (2000). "Triangle that moves the mountain" and health systems reform movement in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal (HRDJ)*, 4(2), 106-110.
- Winichakul, T. (2008). Toppling democracy. *Journal of Contemporary Asia*, 38(1), 11-37.
- Wyatt, D. K. (1969). *The politics of reform in Thailand: Education in the reign of King Chulalongkorn*. New Haven, CT: Yale University Press.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายชื่อประธานกรรมการชมรมแพทย์ชนบท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อประธานกรรมการชมรมแพทย์ชนบท

- ชุดที่ 1 นพ.อุเทน จารณศรี (2521-2522)
- ชุดที่ 2 และ 3 นพ.มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์ (2522-2524)
- ชุดที่ 4 และ 5 นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ (2524-2526)
- ชุดที่ 6 นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (2526-2527)
- ชุดที่ 7 นพ.อำพล จินดาวัฒนะ (2527-2528)
- ชุดที่ 8 นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2528-2529)
- ชุดที่ 9 และ 10 นพ.ชูชัย ศุภวงศ์ (2529-2531)
- ชุดที่ 11 พญ.สุพัชรา ศรีวิณิชชากร (2531-2532)
- ชุดที่ 12 นพ.วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ (2532-2533)
- ชุดที่ 13 นพ.วิระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ (2533-2534)
- ชุดที่ 14 นพ.ปรีดา แต่อารักษ์ (2534-2535)
- ชุดที่ 15 นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข (2535-2536)
- ชุดที่ 16 นพ.ภูษิต ประคองสาย (2536-2537)
- ชุดที่ 17 นพ.ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา (2537-2538)
- ชุดที่ 18 นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ (2538-2541)
- ชุดที่ 19 นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ (2541-2543)
- ชุดที่ 20 นพ.วชิระ บถพิบูลย์ (2543-2545)
- ชุดที่ 21 นพ.อารักษ์ วงศ์วรชาติ (2545-2547)
- ชุดที่ 22 จนถึงปัจจุบัน นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ (2547-2561)



รายนามนายกแพทยสภาและเลขาธิการแพทยสภา

นายกแพทยสภา

ชื่อ - นามสกุล	วาระการดำรงตำแหน่ง
1. นายแพทย์ฝน แสงสินแก้ว	2510 – 2510
2. นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร	2510 – 2513
3. นายแพทย์โกมล เพ็งศรีทอง	2513 – 2514
4. นายแพทย์ประกอบ ตูจันดา	2514 – 2525
5. นายแพทย์มนัสวี อุณหนันท์	2525 – 2526
6. นายแพทย์กมล สินธวานนท์	2526 – 2528
7. นายแพทย์อมร นนทสุด	2528 – 2530
8. นายแพทย์ประสงค์ ตูจันดา	2530 – 2530
9. นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์	2530 – 2531
10. นายแพทย์สมศักดิ์ วรคามิน	2531 – 2533
11. นายแพทย์อุทัย สุดสุข	2533 – 2535
12. นายแพทย์ไพจิตร ปวะบุตร	2535 – 2537
13. ศาสตราจารย์นายแพทย์อารี วัลยะเสวี	2537 – 2538
14. พลเรือตรีนายแพทย์วิฑูร แสงสินแก้ว	2538 – ม.ค. 2540
15. ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์	ก.พ. 2540 – ม.ค. 2541
16. ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	ก.พ. 2541 – ม.ค. 2542
17. ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์	ก.พ. 2542 – ก.พ. 2543
18. ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	ก.พ. 2543 - ม.ค. 2544
19. ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา	ก.พ. 2544 - ม.ค. 2546

- | | |
|----------------------------------------------|-----------------------|
| 20.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2546 - ม.ค. 2548 |
| 21.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2548 - ม.ค. 2550 |
| 22.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2550 - ม.ค. 2552 |
| 23.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2552 - ม.ค. 2554 |
| 24.ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์อำนาจ กุศลานันท์ | ก.พ. 2554 - ม.ค. 2556 |
| 25.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2556 - ม.ค. 2558 |
| 26.ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา | ก.พ. 2558 - ม.ค. 2560 |
| 27.ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา | ก.พ. 2560 - ปัจจุบัน |



เลขานุการแพทยสภา

ชื่อ - นามสกุล	วาระการดำรงตำแหน่ง
1. นายแพทย์กำลูน ปิยะเกสสิน	2511 – 2513
2. นายแพทย์จิตต์ เหมะจุธา	2513 – 2513
3. พลตำรวจตรีนายแพทย์แสวง วัจนะสวัสดิ์	2513 – 2515
4. ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์	2515 – 2519
5. นายแพทย์เอกถวัลย์ อาศนะเสน	2519 – 2525
6. นายแพทย์อดุลย์ วิริยะเวชกุล	2525 – 2528
7. นายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล	ก.พ. 2528 – ม.ค. 2530
8. นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	ก.พ. 2530 – ม.ค. 2531
9. นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์	ก.พ. 2531 – ม.ค. 2533
10. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ก.พ. 2533 – ม.ค. 2534
11. นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์	ก.พ. 2534 – ม.ค. 2536
12. นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์	ก.พ. 2536 – ม.ค. 2538
13. นายแพทย์ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์	ก.พ. 2538 – ม.ค. 2543
14. ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน	ก.พ. 2543 – ม.ค. 2545
15. ศาสตราจารย์ชานนายแพทย์พินิจ กุลละวณิชย์	ก.พ. 2545 – ม.ค. 2550
16. ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์อำนาจ กุศลานันท์	ก.พ. 2550 – ม.ค. 2552
17. นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ	ก.พ. 2556 - ม.ค. 2558
18. นายแพทย์สัมพันธ์ คมฤทธิ	ก.พ. 2558 - ม.ค. 2560
19. นายแพทย์สุกิจ ทัศนสุนทรวงค์	ก.พ. 2560 – ปัจจุบัน



ภาคผนวก ค

รายละเอียดของชมรมและกลุ่มกิจกรรมนักศึกษาที่สำคัญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายละเอียดของชมรมและกลุ่มกิจกรรมนักศึกษาที่สำคัญ

ในที่นี้สามารถยกตัวอย่างชมรมที่สำคัญและข้อมูลพอสังเขปจากการบันทึกรวบรวมในหนังสือ “ปุมประวัติศาสตร์มหิดลเพื่อประชาธิปไตย ภาคที่ 2: ประสานประชาชน อุทิศเพื่ออุดมการณ์ (14 ตุลาคม 2516 – 6 ตุลาคม 2519)” (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 117-156) ได้ดังนี้

ชมรมนิยมไทย

ก่อตั้งขึ้นราวปี 2516 มีกิจกรรมที่สำคัญในช่วงแรกคือการส่งเสริมให้มีความภูมิใจในความเป็นไทย ซึ่งเป็นไปตามกระแสการต่อต้านสินค้าญี่ปุ่น มีประธานคนแรกคือ ชูชีพ ชีวะสุทธิ และได้รับความช่วยเหลือจากอาจารย์วีระพันธ์ โพธิ์เมือง ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล นำเข้าพบเพื่อขอรับความสนับสนุนด้านการเงินจาก นาย อบ วสุรัตน์ เจ้าของบริษัทวิทยาคมจำกัด (ซึ่งต่อมาได้เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม สมัยพล.อ.เปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี) กิจกรรมของชมรมจึงเป็นการรณรงค์ให้หันมาใช้สินค้าของไทย การต่อต้านจักรวรรดินิยมอเมริกา จัดกิจกรรมออกค่ายอนามัยชนบท ทำกิจกรรมช่วยเหลือชาวนาชาวไร่รวมถึงพาสมาชิกเข้าร่วมเคลื่อนไหวประท้วงของนักศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ชมรมนี้ยุติบทบาทลงหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519

ชมรมนิเวศวิทยา

ก่อตั้งขึ้นราวปี 2513 จากความสนใจในปัญหาสิ่งแวดล้อมและปัญหาสังคม ในยุคที่ไทยก้าวเข้าสู่ความเป็นทุนนิยมตะวันตกตามสหรัฐอเมริกา การเข้ามาตั้งฐานทัพอเมริกาในไทยและนโยบายการพัฒนาประเทศของรัฐ ที่ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหายาเสพติด ปัญหาโสเภณี ปัญหาประชากรขึ้นมามากมาย ชมรมนี้มีแกนนำคนสำคัญคือ นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และ พ.ญ. ศุภลักษณ์ รวยวา (เตชะบุญรัตน์) ภายในชมรมยังมีการแบ่งกลุ่มการศึกษาย่อยลงไปอีก ได้แก่ กลุ่มศึกษาปัญหา กลุ่มศึกษาปัญหาเสพยาเสพติด กลุ่มศึกษาปัญหาประชากร กลุ่มอนุรักษ์ธรรมชาติ โดยแต่ละกลุ่มจะมีหัวหน้ากลุ่มเป็นแกนหลัก ชมรมนี้มีบทบาทสำคัญในการร่วมกับชมรมอนุรักษ์ธรรมชาติ จากหลายสถาบัน ออกหนังสือ “บันทึกกลับจากทุ่งใหญ่” เปิดโปงการล่าสัตว์ในเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าของเจ้าหน้าที่รัฐและพลเรือนส่วนหนึ่ง

ชมรมนี้มีบทบาทในการดึง นพ. สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ (แพทย์เหรียญทองรามฯ รุ่นที่ 6) ให้เข้ามาร่วมสนใจกิจกรรมนักศึกษา และกลายเป็นหนึ่งในบุคคลสำคัญของขบวนการแพทย์ชนบท โดยนพ.สุวิทย์ได้กล่าวถึงการได้เข้ามาร่วมกิจกรรมไว้ดังนี้

“โดยพื้นฐานเป็นเด็กชอบเที่ยวเตร่เฮฮาไปตามเรื่อง ไม่ใช่สนใจกิจกรรม บทบาทหลักจึงเน้นหนักไปในด้านวิชาการ โดยเป็นประธานชมรมวิชาการที่มีหน้าที่จัดคิวเป็นหลัก แต่ในปี 2514 ช่วงปิดเทอมใหญ่มีเพื่อนชวนไปเที่ยวที่ขอนแก่น ซึ่งความจริงแล้วก็คือการไปในกิจกรรมสำรวจหมู่บ้านเพื่อวางแผนครอบครัว อันเป็นกิจกรรมหลักของชมรมนิเวศวิทยาในขณะนั้น นอกเหนือจากเรื่องของสิ่งแวดล้อมโดยตรง และครั้งนั้นเองที่ทำให้ได้เห็นการทำงานของนพ.ไพจิตร ปวะบุตร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข สมัยที่ยังเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยชั้นหนึ่งที่นั่น ทำให้เกิดความประทับใจและเป็นแรงบันดาลใจสำคัญที่ส่งผลให้เปลี่ยนความตั้งใจเดิม ที่มุ่งจะเรียนเป็นแพทย์ผู้ชำนาญในการผ่าตัดสมองเป็นการเรียนเพื่อเป็นหมอในชนบทโดยตรง (หลังจากได้เข้าร่วมในครั้งแรก นพ.สุวิทย์ได้ร่วมงานกับชมรมนิเวศวิทยาต่อไปอีก 4 ปี - ผู้วิจัย) นอกจากนั้นการที่ได้มีโอกาสไปบวช ที่สวนโมกข์เมื่ออยู่ปี 4 ตามคำชักชวนของ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ประธานชมรมพุทธ ก็ยิ่งทำให้เข้าใจคุณค่าความหมายของชีวิตมากขึ้นว่ายังมีอะไรที่ต้องทำมากกว่ากิน นอน ถ่าย สืบพันธุ์”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2546, น. 187)

นอกจากการมีส่วนร่วมในการเคลื่อนไหวกรณีทุ่งใหญ่นเรศวรแล้ว ชมรมยังได้เข้าไปมีบทบาทสำคัญในการเปิดโปงการทำเหมืองแร่ดีบุกในทะเลของบริษัทเทมโก้ ของสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามชมรมนี้ได้ยุติบทบาทลงไปหลังเหตุการณ์ 6 ตุลาคม 2519

ชมรมผู้บำเพ็ญประโยชน์

ก่อตั้งขึ้นราวปี 2512 โดยเป็นการแตกออกมาจากชมรมพุทธศาสตร์และประเพณี เพื่องานออกค่ายอาสา มีกำลังหลักคือ นักศึกษาจากคณะวิทยาศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ และคณะเภสัชศาสตร์ รามาธิบดี โดยมีประธานชมรมคือ นพ.ประยงค์ เต็มฉวลา จากศิริราช นายวิเชียร คุตวัส จากเภสัชศาสตร์ และ สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จากรามามาธิบดีตามลำดับ ชมรมนี้จะทำงานคู่ขนานไปกับ

ส.ม.ม.(สโมสรนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล) และได้รับการสนับสนุนจากชมรมต่าง ๆ อย่างมาก รวมถึงได้รับความรับการดูแลเอาใจใส่จากผู้บริหารและอาจารย์ผู้ใหญ่เป็นอย่างดี โดยศ.นพ.กษาน จาติกวณิช อธิการบดีพร้อมคณะ มักจะไปเยี่ยมการออกค่ายของชมรมเป็นประจำ

ชมรมพุทธศาสตร์และประเพณี

ก่อตั้งขึ้นราวปี 2512 โดยได้รับอิทธิพลจากการสนับสนุนของอาจารย์แพทย์จากฝั่งศิริราช หลายท่าน เช่น ศ.นพ.อุดม โปษะกฤษณะ ศ.นพ.สุต แสงวิเชียร ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่มีความสนใจใน พระพุทธศาสนา กิจกรรมของชมรมนั้นรวมไปถึงการออกค่ายอาสาพัฒนาชนบท แกนนำคนสำคัญของชมรมนี้ได้แก่ นพ.พิวัฒน์ โปษยานนท์ นพ.เหวง โตจิราการ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ซึ่งในช่วงเวลาต่อมาแนวคิดของพุทธศาสนิกชนจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อกิจกรรมและแนวคิดของชมรม มีการนำนักศึกษาไปบวชที่สวนโมกขพลาราม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยในขณะนั้นแนวคิดและวิถีปฏิบัติของพุทธศาสนิกชนได้รับความสนใจและยอมรับอย่างกว้างขวางในหมู่นักศึกษาที่ทำกิจกรรม โดยนอกจากพุทธศาสนิกชนแล้ว ยังมีการนิมนต์พระนักปฏิบัติอีกหลายรูปเช่น หลวงพ่อปัญญานันทภิกขุ หลวงพ่อ เขมานันโท หลวงพ่อแพรเยื่อไม้ ซึ่งเป็นพระนักเทศน์ในทางให้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ซึ่งเป็นที่นิยมของนักศึกษาสายกิจกรรม

ชมรมรัฐศึกษา

ก่อตั้งราวปี 2515 มีนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์เป็นประธานคนแรก ชมรมนี้ตั้งขึ้นมาเนื่องจากกระแสความสนใจการเมืองที่เพิ่มสูงขึ้นในหมู่นักศึกษามหิดล ประกอบกับในเวลานั้นมาอาจารย์รุ่นใหม่ในทางรัฐศาสตร์ เช่น ดร.กมล สมวิเชียร ดร.พงศ์เพ็ญ ศกุนตาทักษ์ ดร.ชัยอนันต์ สมุทวณิช ที่มีแนวคิดร่วมกันในการถ่ายทอดและเผยแพร่องค์ความรู้ทางรัฐศาสตร์แก่นักศึกษา ชมรมจึงได้จัดทำหลักสูตรอบรมความรู้ทางการเมืองการปกครอง มีการเชิญอาจารย์ทางรัฐศาสตร์มาพูดและให้ความรู้ ต่อมาได้มีการขยายกิจกรรมไปสู่การจัดค่ายอาสาสงเคราะห์ชนบท ให้ความรู้และเผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับประชาธิปไตยแก่ชาวบ้าน พร้อมไปกับเคลื่อนไหวช่วยเหลือปัญหาของชาวบ้านชาวไร่ นอกจากนี้ชมรมรัฐศึกษาได้เชื่อมความสัมพันธ์ไปสู่ศึกษารัฐศาสตร์จากสถาบันอื่น ๆ ซึ่งส่งผลต่อการสร้างเครือข่ายเคลื่อนไหวที่กว้างขวางขึ้น นอกจากนี้สงวน นิตยารัมภ์พงศ์แล้ว ยังมีแกนนำสำคัญภายในชมรมทั้งรุ่นพี่และรุ่นต่อมาอีกได้แก่ นพ.จรัส สรพิพัฒน์ นพ.พงศ์พัฒน์ ปธานวนิช นพ.วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ วิมล

รินทรีวิฑูรย์ เจษฎา อังวิทยาธร เนตรนภา โภโคสวรร์ยน์มาศ อมเรศ ไชยสอาด (ภายหลังถูกลอบสังหาร
 ในขณะที่ออกฝึกภาคสนามที่ จังหวัดนครราชสีมา) วุฒิพงษ์ เลหาไพโรจน์ สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย

กลุ่มศึกษาและพัฒนา

กลุ่มศึกษาและพัฒนาี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการสร้างคนมารับช่วงงานของพรรคแนว
 ร่วมมิตล ซึ่งมุ่งสร้างกำลังคนที่มีแนวคิดออกไปรับใช้สังคมและประชาชน โดยมีการจัดค่ายพัฒนา
 บุคลากร โดยยึดตามแนวค่ายฝึกกำลังคนของโกล คิมทอง เพื่อดึงนักศึกษาปีหนึ่งให้มาเข้าร่วม ซึ่ง
 สามารถดึงนักศึกษาที่เข้าใหม่ในปี 2517 มาเข้าร่วมได้ประมาณ 200 คน โดยกลุ่มได้มีการจัดค่ายขึ้นมา
 4 ค่าย ที่นครราชสีมา 2 ค่าย และที่นครปฐมก็บระยองแห่งละค่าย เป้าหมายหลักของกิจกรรมคือการ
 เรียนรู้การใช้ชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ของชาวบ้าน โดยให้นักศึกษาเข้าไปร่วมใช้แรงงานช่วยเหลือ
 ชาวบ้านในชีวิตประจำวัน เช่นการทำไร่ทำนา พอตคค่าก็จัดกิจกรรมอภิปรายสภาพปัญหาสังคมและ
 การเมือง กลุ่มศึกษาและพัฒนาี้เป็นฐานสำคัญในการสร้างบุคลากรรุ่นใหม่และแนวร่วมในการทำงาน
 ให้แก่พรรคแนวร่วมมิตล (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2547, น. 139) ซึ่งบุคลากรหรือกำลังคนเหล่านี้ได้รับ
 การปรับกรอบความคิดที่สอดคล้องต่องันผ่านการทำกิจกรรมของค่ายมาเป็นอย่างดีแล้ว ทำให้มีความ
 กระตือรือร้นและมุ่งมั่นในการเคลื่อนไหวสนับสนุนการทำงานของพรรคเป็นอย่างดี.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาย ณัฐรุจ วงศ์ทางสวัสดิ์ เกิดวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2526 ที่จังหวัดกรุงเทพมหานคร
สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เกียรตินิยม
อันดับ 2 คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2547

สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท ภาควิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2552

