

ปฏิบัติการประชาธิปไตยกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่:
ศึกษารณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

นางสาวสังกมา สารวัตร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์

are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PRACTICING DEMOCRACY AND NEW SOCIAL MOVEMENT:
A CASE STUDY OF THAI NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Miss Sangkama Sarawat



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 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปฏิบัติการประชาธิปไตยกับขบวนการเคลื่อนไหวทาง
สังคมแนวใหม่: ศึกษากรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
โดย นางสาวสังกมา สารวัตร
สาขาวิชา รัฐศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ทับจุมพล

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาตรีบัณฑิต

.....คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอก ตั้งทรัพย์วัฒนา)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.อนุสรณ์ ลิ้มมณี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ทับจุมพล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาส ปิ่นตบแต่ง)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(จอห์น อิงภากรณ์)

สังกมา สารวัตร : ปฏิบัติการประชาธิปไตยกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่:ศึกษากรณี
เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (PRACTICING DEMOCRACY AND NEW SOCIAL MOVEMENT:A
CASE STUDY OF THAI NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
หลัก: ผศ. ดร.นฤมล ทับจุมพล, 218 หน้า.

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทยซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2538 เป็นเครือข่ายได้รับการ
ยอมรับจากสังคมว่าเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา
โดยเฉพาะการประสานพลังกับกลุ่มต่างๆ และการทำงานร่วมกันของผู้ติดเชื้อ การผลักดันขับเคลื่อนในเรื่องสิทธิ
ในการเข้าถึงยาและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การพัฒนานโยบายสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่อยู่บนฐานการ
เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันนโยบายด้านการปฏิรูปการเมืองและ
สังคม ผ่านรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550

วิทยานิพนธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทยใน
บริบทการเมืองไทยในแต่ละช่วงเวลา และวิเคราะห์ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เพื่อประเมิน
ยุทธศาสตร์ ยุทธวิธีของขบวนการ และผลลัพธ์ในเชิงนโยบายและการผลักดัน รวมถึงผลสะท้อนจากปฏิบัติการของ
เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ กับการเสริมสร้างจรรยาบรรณประชาธิปไตย ผ่านการใช้ 4 กรอบแนวคิดหลัก ได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับ
ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม แนวคิดว่าด้วยนโยบายสาธารณะ แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
และแนวคิดเกี่ยวกับพื้นที่ทางการเมือง โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งจากข้อมูลเอกสาร และการวิจัยภาคสนาม โดย
ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มย่อยและการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม และไม่มีส่วนร่วม ใน 4 ภูมิภาค คือ
กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้ และมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่พ.ศ. 2538 ถึง พ.ศ. 2557

ผลการศึกษาพบว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เกิดจากการรวมตัวกัน
ของกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อในทุกภูมิภาคของประเทศ และกลุ่มพันธมิตรที่มีเป้าหมายเดียวกันทั้งในภาพรวม และใน
ประเด็นเฉพาะ ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การเคลื่อนไหวมีพลวัตที่นำไปสู่การเป็น
กระบวนการทางนโยบาย (policy process) ในการจัดการกับปัญหา ตั้งแต่การก่อตั้งเครือข่าย และการต่อสู้กับ
นโยบายแบบแนวระบาตวิทยาในยุคแรก การเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของพวกเขาจากรัฐในยุคที่สอง และการ
ผลักดันนโยบายหรือกฎหมายที่เอื้อต่อผลประโยชน์ของขบวนการ ตลอดจนการเข้าไปร่วมสร้างและใช้พื้นที่ในเชิง
นโยบายในยุคที่สาม จนได้ก้าวข้ามประเด็นเอชไอวีไปสู่การเคลื่อนไหวในประเด็นโครงสร้างระบบสาธารณสุขของ
ไทยในยุคที่สี่ ซึ่งเป็นการขยายฐานอุดมการณ์ร่วมของขบวนการและสร้างเครือข่ายพันธมิตรที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น
ทั้งนี้ ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายสามารถพบได้ในหลายระดับ โดยแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ
คือ ผลสะท้อนต่อกระบวนการนโยบาย ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติสัมพันธ์ภาพเชิงอำนาจ ผลสะท้อนต่อ
การสร้างพื้นที่ภายในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และ ผลสะท้อนต่อการจรรยาบรรณและเสริมสร้างประชาธิปไตย

สาขาวิชา รัฐศาสตร์

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5281509024 : MAJOR POLITICAL SCIENCE

KEYWORDS: SOCIAL MOVEMENT / RESOURCE MOBILIZATION APPROACH / SOCIAL CAPITAL / THE THAI NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS / HIV/AIDS

SANGKAMA SARAWAT: PRACTICING DEMOCRACY AND NEW SOCIAL MOVEMENT:A CASE STUDY OF THAI NETWORK OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS. ADVISOR: ASST. PROF. DR.NARUEMON THABCHUMPON, 218 pp.

The aim of this dissertation is to study and analyze the HIV/AIDS network in Thailand in the context of Thai politics in different periods and analyze their Social Movement to asses strategies, methods and results in the form of policies, as well as effects that have occurred from the HIV/AIDS network on contributing to the sustainability of democracy through the use of four main ideological frameworks including the idea of social movements, the idea of public policy, the idea of HIV/AIDS network, and the idea of political space. The research methodology for this dissertation is conducted qualitatively through data collection of documents, interviews both in-depth and focus groups, being a participating-observer and also through observation without participation. The extent of this research has been defined within the four regions including the Network of infected people in Bangkok, the central region, northern region and southern regions with a defined period from 1995 to 2014.

The study found that the network of those infected with HIV are a social movement arising from the integration of members that are infected in all regions of the country. Allied networks also share the same goals as a whole and some goals in particular which are present in every sector including NGOs, associations, private foundations, state agencies, and the public sector. What all networks of activists in all four periods have in common and is of significant importance is that all of their movements led to policy process in dealing with issues which is effected since the founding of the Network and the fight against epidemiological policy drafting in the first early period, the claiming of rights they are entitled to from the government in the second period, and starting to push for policies or laws that are conducive to the interests of their movement. The movement even penetrated into the system through co-creation of policies and co-existing under such policies in the third period until finally overcoming the issue of HIV and move towards the motion of policy structure for Thailand's public health in the fourth period which further strengthened the ideology for the process of building an extensive network of partners. Effects from such movement of the networks could be found on several levels. These effects are divided into four key issues including effects on the policy level, repercussions on growth areas in terms of change in the orientation of power relationship, effects on creating space within social movements, and effects of the movement concerning to democracy.

Field of Study: Political Science

Academic Year: 2014

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้หากปราศจากความกรุณาของผู้ที่เกี่ยวข้อง ต้องกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.นฤมล ทับจุมพล ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่อดทนให้คำแนะนำ และสนับสนุนการเรียนรู้มาโดยตลอด ทั้งคำแนะนำและความเมตตาจาก ศ.ดร.อนุสรณ์ ลิ้มมณี ประธานคณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.ประภาส ปิ่นตบแต่ง อาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ และ รศ.ดร.ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และทำให้งานวิจัยสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ต้องขอขอบพระคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกท่านที่สละเวลากรุณาให้ข้อมูลที่มีคุณค่าต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเอชไอวี และตระหนักถึงความพยายามของพวกท่านทุกคนที่ผ่านนาที่ความตายของชีวิตจนสามารถแข็งแกร่งต่อสู้ทำในสิ่งที่ไม่น่าเชื่อได้ พาผู้วิจัยไปรู้จักกับมุมมองส่วนตัวในชีวิตของการเป็นผู้ติดเชื้อที่ถูกสังคมรังเกียจ การสู้ทนเหนียวพาผู้วิจัยท่องภาคสนามเรียนรู้ชีวิตอันระหกระเหินที่ถูกตีตราของทุกคน ขอขอบคุณพี่น้องๆในมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ศูนย์บริการ กิจติเวชกุล จากองค์กรหมอไร้พรมแดน PSI ที่ให้มุมมองใหม่ในการมองชีวิตผู้คนที่ถูกเบียดขับอย่างที่สุดอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบคุณเพื่อนร่วมเรียนปริญญาเอกทุกคนที่ร่วมให้กำลังใจกันตั้งแต่เริ่มเรียน คุณรศสุคนธ์ ขาติประเสริฐ ที่ช่วยสรุปบทเรียนในช่วงการสอบประมวล ขอขอบคุณคุณสิริวิฑ อิศโร ดร. วีระยุทธ พรพจน์ธนาศ ที่ช่วยดูแลในช่วงโค้งสุดท้ายอันเหน็ดเหนื่อย ไม่เบื่อที่จะรับโทรศัพท์เรื่องวิจัยแม้ดึกดื่น และน้องๆ ที่เป็นมากกว่ากำลังใจ คือ คุณสุรดา จันทะสุดธนกุล และคุณชนิษฐา สุขสง

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณครอบครัวที่เข้าใจในความเครียดในช่วงระยะที่ร่ำเรียน โดยเฉพาะคุณแม่และพี่สาวที่ดูแลให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฏ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	4
1.5 วิธีวิทยา.....	4
1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย.....	6
บทที่ 2 กรอบแนวคิด.....	7
2.1 วรรณกรรมเกี่ยวกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม.....	7
2.1.1 สำนักทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure).....	10
2.1.2 สำนักทฤษฎีกรอบโครง (Framing Theory).....	14
2.1.3 แนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสังคมแนวใหม่ (New Social Movement: NSM).....	18
2.1.4 ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับมิติการจรรโลงประชาธิปไตย.....	22
2.2 แนวคิดว่าด้วยนโยบายสาธารณะ.....	24
2.2.1 องค์ประกอบของนโยบายสาธารณะ.....	24

2.2.2 วงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle).....	25
ก. การก่อตัวนโยบาย (Policy formation).....	25
ข. การกำหนดนโยบาย (Policy formulation).....	26
ค. การตัดสินใจนโยบาย (Policy decision)	27
ง. การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation).....	28
จ. การประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation).....	28
2.2.3 ตัวแบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม	28
2.3 งานศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์.....	30
2.4 วรรณกรรมเกี่ยวกับพื้นที่ทางการเมือง.....	36
2.5 กรอบแนวคิดของงานวิจัย.....	38
บทที่ 3 ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	40
3.1 กำเนิด และพัฒนาการ	40
3.1.1 ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย	40
3.1.2 ยุคเรียกร้องสิทธิ	49
3.1.3 ยุคผลักดันนโยบาย และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย.....	53
3.1.4 ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี/เอดส์	61
3.2 องค์ประกอบของขบวนการ	65
3.2.1 โครงสร้างองค์กร	65
3.2.2 ผู้นำเครือข่าย.....	66
3.2.3 สมาชิกภายในเครือข่าย	67
3.2.4 การสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ.....	72
3.2.5 เงื่อนไขที่นำไปสู่การก่อเกิด และการดำรงอยู่ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	78
3.3 บทสรุป.....	84

บทที่ 4 ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	87
4.1 ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	87
4.1.1 ยุคแรกรวมตัวเป็นเครือข่าย : รัฐบาลบริหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538-2539).....	87
4.2.2 ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคเรียกร้องสิทธิ: รัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ - รัฐบาล ชวน หลีกภัย 2 (พ.ศ.2539 – 2544).....	95
4.2.3 ยุคผลักดัน และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย : รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร จนถึงรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์.....	103
4.2.4 ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี : รัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช - รัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (พ.ศ. 2551 – 2557)	118
4.2 ปัญหา และอุปสรรคในความเป็นประชาธิปไตยภายในขบวนการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอช ไอวี.....	135
4.2.1 กลุ่มผู้ติดเชื้อผู้หญิง.....	135
4.2.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติด.....	138
4.2.3 กลุ่มผู้ติดเชื้อชายรักชาย	139
4.3 บทสรุป.....	141
บทที่ 5 ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี.....	145
5.1 ผลสะท้อนในระดับนโยบาย	145
5.1.1 การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation).....	145
5.1.2 การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)	152
5.1.3 การประเมินนโยบาย (Policy Evaluation).....	153
5.1.4 การเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย (Policy Termination).....	155
5.3 ผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม.....	162
5.3.1 กลไกการเปิดรับฟังความคิดเห็นสมาชิกระดับพื้นที่.....	162
5.3.2 การเสริมพลังให้แก่สมาชิกในเครือข่าย (Empowerment)	165

5.4 ผลสะท้อนที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย	166
5.4.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน	166
5.4.2 การตระหนักรู้ด้านสิทธิ	175
5.4.3 การจรรโลงประชาธิปไตย (Democratization).....	177
5.5 บทสรุป.....	184
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	186
6.1 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 1	186
6.2 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 2.....	188
6.3 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 3.....	192
6.4 ข้อค้นพบเชิงทฤษฎี.....	195
6.4.1 ด้านการเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม.....	195
6.4.2 ด้านกระบวนการกำหนดนโยบาย.....	200
6.4.3 ด้านการจรรโลงประชาธิปไตย.....	203
รายการอ้างอิง.....	207
ภาคผนวก	208
ภาคผนวก ก. รายนามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants).....	209
ภาคผนวก ข. เอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	213
ภาคผนวก ค. ภาพประกอบการลงพื้นที่ภาคสนาม.....	215
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	218

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1.1 เหตุการณ์การสังเกตการณ์ต่างๆ ในงานวิจัยชิ้นนี้.....	5
ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอาชีพ	47
ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลสุโขทัย จำแนกตามอาชีพ.....	47
ตารางที่ 3.3 ความสัมพันธ์สมาชิกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี	71
ตารางที่ 3.4 ความแตกต่างของกรอบวาทกรรมตีความเอชไอวี	78
ตารางที่ 4.1 การประสานร่วมปฏิบัติการของเครือข่ายภาคเหนือตอนบนกับ อบต.....	110
ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบถ้อยคำในร่างพรบ.กับข้อโต้แย้งของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ.....	121
ตารางที่ 4.3 การเปลี่ยนปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จากขบวนการเคลื่อนไหวแบบเก่า	122
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบสภาพปัญหาของผู้หญิงในขบวนการ.....	136
ตารางที่ 5.1 การเปิดพื้นที่ในระดับจังหวัดให้ผู้ติดเชื้อมีพื้นที่ในการเสนอเชิงนโยบาย.....	159
ตารางที่ 5.2 กรอบการมองปัญหาเอชไอวี.....	176

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 วงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle).....	25
ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	38
ภาพที่ 3.1 การเพิ่มสิทธิบัตรยาที่ประเทศไทยเริ่มทำก่อนประเทศอื่นๆ.....	53
ภาพที่ 3.2 รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ในมุมมอง ของภาคประชาสังคม.....	60
ภาพที่ 3.3 แสดงเครือข่ายผู้ติดเชื้อใน 3 ระดับ.....	68
ภาพที่ 3.4 การสร้างเครือข่ายพันธมิตรเคลื่อนไหว.....	70
ภาพที่ 3.5 สุนทรพจน์ของนางสุดารัตน์ เกษุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในงาน สัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม พ.ศ.2546	77
ภาพที่ 4.1 ภาพรวมของการประสานกับผู้นำชุมชนในจังหวัดลำปาง	92
ภาพที่ 4.2 ฐานคิดเกี่ยวกับสิทธิที่จำเป็นต้องครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึงยา สิทธิในการเข้าถึงการ รักษาขององค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติ	107
ภาพที่ 4.3 หนังสือวิชาการในช่วง UN ประกาศ The right to health	108
ภาพที่ 4.4 หนังสือสะท้อนการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสาธารณสุขในสหรัฐและอินเดีย	108
ภาพที่ 4.5 หนังสือสะท้อนการเปลี่ยนแปลงกรอบการมองสุขภาพในอังกฤษและสวีเดน.....	109
ภาพที่ 5.1 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ.2544-2556	151
ภาพที่ 5.2 ศูนย์องค์รวมในพื้นที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อ จ.สุราษฎร์ธานี	158
ภาพที่ 5.3 พัฒนาการการแก้ไขปัญหาจากการไร้พื้นที่ต่อรองมาสู่การปรับสัมพันธภาพเชิงอำนาจจน มีพื้นที่ตำแหน่งที่มีอำนาจมากขึ้น	160
ภาพที่ 5.4 กรอบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ผสมผสาน สู่เป้าหมาย universal access....	161

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย เป็นเครือข่ายที่ได้รับการยอมรับจากภาคประชาสังคมทั้งในและต่างประเทศว่าเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ความสำเร็จเป็นรูปธรรมปรากฏทั้งในมิติการประสานพลังทำงานร่วมกันของผู้ติดเชื้อ การผลักดันขับเคลื่อนในการเข้าถึงยาและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การพัฒนานโยบายสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่อยู่บนฐานการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การที่เป็นภาคประชาชนระดับแนวหน้าในการเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายด้านการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งผลของการเคลื่อนไหวดังกล่าวส่งผลต่อการปรับสัมพันธภาพเชิงอำนาจกับรัฐในแง่นโยบาย คือ การขอรอรวมยาต้านไวรัสไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกคน ที่ประสบความสำเร็จโดยรัฐบาลตอบรับอนุมัติในปี พ.ศ.2548 การเคลื่อนไหวเสนอรัฐบาลใน ปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ.2550 ผลักดันมาตรการยึดหยุ่นกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาตามที่ประชุมสมาชิกองค์การการค้าโลกที่กรุงโดฮาได้กำหนด “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL) เพื่อให้อำนาจแก่ประเทศสมาชิกในการผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาชื่อสามัญที่ติดสิทธิบัตรได้หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วนหรือเกิดวิกฤติด้านสาธารณสุขขึ้น การคัดค้านการทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-สหรัฐอเมริกา และ ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-ยุโรป เพื่อสกัดไม่ให้ขยายการคุ้มครองด้านสิทธิบัตรแก่บริษัทยาข้ามชาติ

ในแง่ปฏิบัติการได้สร้างอำนาจรับรองในพื้นที่กระบวนการยุติธรรม เช่น ดำเนินการฟ้องร้องในศาลไทยเพื่อถอนสิทธิบัตรบริษัทยาข้ามชาติ กรณียาต้านไวรัสเอชไอวีตัวหนึ่ง คือ ยาดีดีไอ (ddi) ของบริษัทบีเอ็มเอส (Bristol Myers Squibb company: BMS) ที่มีการจดสิทธิบัตรยาดีดีไอโดยมิชอบ รวมทั้งยังเคลื่อนไหวขยายพื้นที่ในการต่อรองอำนาจตามรัฐธรรมนูญปี พ.ศ.2540 และปี พ.ศ. 2550 ที่เรียกร้องพื้นที่ให้กับภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ

นอกจากนี้ในต่างประเทศ ไทยได้รับเสียงชื่นชมที่ไทยได้แสดงให้เห็นถึงสิทธิของการมีชีวิตของประชาชนอยู่เหนือผลประโยชน์การค้า บริษัทยาต้นแบบยอมลดราคาลงมากกว่าร้อยละ 70 ให้กับทุกประเทศและอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญมีแรงจูงใจที่จะผลิตเพื่อแข่งขันให้ยามีราคายิ่งถูกลงเพราะมองเห็นตลาด ทั้งองค์การอนามัยโลก นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด นิตยสาร Lancet วารสารการแพทย์ชั้นนำยังให้การยอมรับบทบาทการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อว่าประสบ

ความสำเร็จในการต่อสู้กับบริษัทยาข้ามชาติ อีกทั้งยังเป็นแรงบันดาลใจให้เครือข่ายในประเทศอื่นปฏิบัติตามในการต่อสู้ด้วยการประกาศ CL อาทิ ประเทศ อาทิ บราซิล ได้ประกาศบังคับใช้สิทธิ์เหนือสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ (CL) ของบริษัท เมิร์ก แอนด์ โค. อิงค์ โดยหันไปสั่งซื้อยาในชื่อสามัญจากอินเดียแทน หลังจากเมิร์กปฏิเสธที่จะขายยาเอฟาไวเรนซีในราคาที่ได้ขายให้แก่ประเทศไทย รวมทั้งร่วมเคลื่อนไหวกับเครือข่ายภาคประชาชนในแอฟริกาใต้ บราซิล อินเดีย ต่อสู้เรื่องการเข้าถึงยาจำเป็นพื้นฐาน (Reuters, 2007; Stewart, 2005; Gerhardsen, 2007)

การเคลื่อนไหวดังกล่าว เสนอให้มีการใช้ตามสิทธิบัตร หรือ ซีแอล (CL) ตามที่ระบุในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ตามข้อตกลงกับองค์การการค้าโลกเพื่อการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยผลงานที่เป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับทั้งจากองค์กรอนามัยโลก และนานาชาติ คือการต่อสู้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกร้องให้มีการจัดสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นบนฐานของการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความก้าวหน้าสำคัญในหลายด้าน ส่วนใหญ่เกิดจากการผลักดันของภาคประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมในการบริหารทั้งในระดับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและในระดับจังหวัด ส่งผลให้การรักษาครอบคลุมแม้แต่โรคค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าจะเป็นเอชไอวี ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง และผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น โดยมีกลไกสำคัญคือการต่อรองราคายา ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ขณะเดียวกันยังมีระบบเยียวยาความเสียหายกรณีได้รับผลกระทบจากการรักษา ตาม ม.41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 นับเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลให้กับคนทั้งประเทศ (จอน อึ้งภากรณ์, 2558) ซึ่งไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกๆ ในโลกที่คนไข้ได้สิทธิ์อย่างกว้างขวาง แม้กระทั่งนักวิชาการอย่างอมตยา เช่น ชื่นชมว่าเป็นการจัดสรรบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพดีกว่าธรรมดา และในราคาที่ต่ำมาก (Sen, 2015)

การต่อสู้นี้ขยายไปถึงการช่วยเหลือไปถึงผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคมะเร็ง ร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนอีกด้วย ทำให้เกิดการพูดประเด็นสิทธิและความเสมอภาคการเข้าถึง นอกจากนี้การทำงานของเครือข่ายได้แสดงพลังร่วมกับเครือข่ายภาคประชาชนอื่นๆ ในสังคมคัดค้านเรื่องการขยายอายุการถือครองสิทธิบัตรยาในการเจรจาเอฟทีเอระหว่าง ไทย-สหรัฐ (Free Trade Agreement-FTA) ข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย สหรัฐและไทย ยุโรป เพื่อป้องกันการขยายระยะเวลาการผูกขาดการเข้าถึงยาที่จำเป็น (ASTV ผู้จัดการสุดสัปดาห์ ฉบับวันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ.2555) จนทำให้การเจรจาต้องชะงักลง

ด้วยเหตุผลความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้ศึกษาจะศึกษาปฏิบัติการประชาธิปไตยของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในฐานะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เป็นพลังประชาธิปไตยทั้งในแง่ที่

ผู้กระทำการ ตระหนักรับรู้ถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน การเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง การแสดงออกถึงการกระทำกรรมากรรม รวมทั้งการทำหน้าที่ตรวจสอบฝ่ายการเมืองและฝ่ายกำหนดนโยบาย ปฏิบัติการเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการที่คนตัวเล็กๆ ในสังคมที่ถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยโรคร้ายนำสะพรึงกลัว เป็นภาระของสังคม และเป็นบุคคลที่ไร้ค่าแม้กระทั่งจากสายตาคคนในครอบครัว แต่การรวมตัวของผู้ติดเชื้อกลับเปิดมุมมองให้เห็นปัญหาของระบอบประชาธิปไตยที่ขาดความเท่าเทียม การจัดหาสวัสดิการของรัฐที่ผู้ติดเชื้อได้มองเห็นปัญหารากเหง้าเหล่านี้ และได้กำหนดยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องประเด็นปัญหาของตัวเอง จากบุคคลที่มีค่าเป็นศูนย์แต่สามารถกลายเป็นพลังเครือข่ายภาคประชาชนระดับแนวหน้าของประเทศไทย ได้ในที่สุด

1.2 คำถามการวิจัย

1. เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ คือใคร มีโครงสร้าง องค์ประกอบตลอดจนลักษณะการรวมตัวของขบวนการฯ เป็นแบบใด
2. ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายเป็นอย่างไร มียุทธศาสตร์ยุทธวิธีและรูปธรรมในการเคลื่อนไหวอย่างไร
3. ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในระดับต่างๆเป็นอย่างไรและส่งผลต่อการเสริมสร้างกระบวนการประชาธิปไตยในสังคมไทยอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทยในบริบทการเมืองไทยในแต่ละช่วงเวลา
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ประเมินยุทธศาสตร์ยุทธวิธีของขบวนการและผลลัพธ์ในเชิงนโยบายและการผลักดัน
3. เพื่อศึกษาผลสะท้อนจากปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อกับการเสริมสร้างจรรโลงประชาธิปไตย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 จนถึงปี พ.ศ.2557 โดยศึกษาการเคลื่อนไหวของขบวนการทั้งในเครือข่ายระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ทั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในเชิงพื้นที่การศึกษา ศึกษาใน 4 ภูมิภาค คือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อในกรุงเทพมหานคร เครือข่ายในภาคกลาง เครือข่ายในภาคเหนือ และเครือข่ายในภาคใต้

1.5 วิธีวิทยา

1. การศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ด้วยวิธีดังนี้

1.1 การศึกษาเอกสาร

- ก. รายงานการประชุมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 –พ.ศ.2557
- ข. บันทึกการประชุมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ, กระทรวงสาธารณสุข
- ค. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี
- ง. รายงานข่าวจากหนังสือพิมพ์
- จ. ข้อมูลเว็บไซต์สื่อออนไลน์

1.2 การเก็บข้อมูลภาคสนาม

ก. **การสัมภาษณ์เชิงลึก** โดยแบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 5 กลุ่ม จำนวน 50 คน โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อระดับสมาชิก 4 เครือข่ายๆ ละ 4 คน ในจำนวนนี้แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อกลุ่มเปราะบาง จำนวน 8 คน ผู้ติดเชื้อระดับแกนนำเครือข่ายระดับชาติ จำนวน 6 คน องค์กรพัฒนาเอกชน คือ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรหมอไร้พรมแดน มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา ศุภนิมิตร มูลนิธิรักษ์ไทย ศูนย์คุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ องค์กร PSI (ทำงานกับผู้ใช้สารเสพติด) นักวิชาการ 3 คน ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ในระดับกระทรวง โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลจังหวัด 10 คน และสื่อมวลชน 3 คน

ข. **การสนทนากลุ่มย่อย** จำนวน 4 ภาคๆ ละ 5-7 คน

ค. **การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม** จำนวน 2 ครั้ง

- การประชุมวางแผนยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของเครือข่ายภาคกลาง
- การประชุมวางแผนการลงพื้นที่ของผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนล่าง

ง. การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม จำนวน 17 ครั้ง ดังนี้

ตารางที่ 1.1 เหตุการณ์การสังเกตการณ์ต่างๆ ในงานวิจัยชิ้นนี้

ครั้งที่	เหตุการณ์
1	การประชุมมุมมองด้านเขตการค้าเสรีไทย-ยุโรป ณ สำนักงานผู้แทนการค้าสหภาพยุโรป
2	การประชุมสรุปยุทธศาสตร์การประชุมมุมมองด้านเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐ
3	การประชุมสมัชชาเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับชาติ 2 ครั้ง ที่โรงแรมทาวน์อินทาวน์ กรุงเทพมหานคร
4	การประชุมคณะกรรมการระดับภาคกลาง นนทบุรี
5	การเลือกตั้งคณะกรรมการระดับภาคกลาง จ.นครราชสีมา
6	การลงพื้นที่การเป็นสมาชิกอาสาที่ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จ.นราธิวาส
7	การลงพื้นที่โรงพยาบาลแวง จ.นราธิวาส
8	การลงพื้นที่สังเกตการณ์ผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติดบริเวณชายแดนไทย-มาเลเซีย อ.บูเก๊ะตา จ.นราธิวาส -มาเลเซีย
9	การประชุมประชาคมเอดส์จังหวัดภาคเหนือ จังหวัดเชียงราย
10	การประชุมร่วมเทศบาลนคร นราธิวาสกับภาคประชาชนทำงานด้านเอชไอวี
11	การประชุมมุมมองทั่วประเทศรอบ 10 ปีดีไอโอที่กระทรวงสาธารณสุข
12	การประชุมวิชาการถอดบทเรียนการประชุมครั้งแรกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ หมู่บ้าน ดีดีไอพัฒนา พ.ศ.2555
13	การเจรจากับผู้บริหารมหาวิทยาลัยคริสเตียน กรณีการบังคับตรวจเลือดนักศึกษาพยาบาล พ.ศ.2555
14	กิจกรรมองค์กรฟ้าสีรุ้งแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ลงพื้นที่ย่านรามคำแหง
15	การลงพื้นที่กับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน ติดตามปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกฉกฉวยละเมิด จ.เชียงใหม่
16	การลงพื้นที่ประสานระหว่างแกนนำภาคกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อใน จ.อยุธยา
17	การพบกลุ่มตามโรงพยาบาล ที่โรงพยาบาลลาดกระบัง
18	การประชุมเอดส์นานาชาติ พ.ศ.2545
19	สังเกตการณ์การทำงานของแกนนำกรุงเทพฯ แนะนำผู้ติดเชื้อ สภาวิชาชีพไทย

ครั้งที่	เหตุการณ์
20	ติดตามกิจกรรมพบกลุ่มที่โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลเวียง โรงพยาบาลสิงห์บุรี

1.6 ข้อจำกัดในการวิจัย

1.6.1 ข้อจำกัดเชิงจริยธรรม ผู้วิจัยต้องเคารพผู้ให้สัมภาษณ์ ละเอียดอ่อนในการตั้งคำถาม ต้องเคร่งครัดในการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด และป้องกันการเข้าถึงข้อมูลของผู้ไม่เกี่ยวข้อง

1.6.2 ข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลจากฝ่ายผู้ติดเชื้อเป็นหลักอาจมีข้อจำกัดการตีความข้อมูล รวมทั้งบางกลุ่มอาจไม่ถูกเลือกเพราะอาศัยความสัมพันธ์กับแกนนำเป็นหลัก

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษานี้เพื่อต่อยอดความเข้าใจขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และความสัมพันธ์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับประชาธิปไตย ส่วนในเชิงนโยบายเชิงทฤษฎีจะทำความเข้าใจการใช้อำนาจของกลุ่มคนที่ถูกเบียดขับว่าสะท้อนให้เห็นประชาธิปไตยที่มาจากฐานรากอันนำไปสู่การจรรโลงประชาธิปไตย

บทที่ 2

กรอบแนวคิด

ในงานศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ถึงปฏิบัติการประชาธิปไตยในครั้งนี้ได้ทบทวนทฤษฎีแนวคิดในงานวิจัย หนังสือ และบทความที่เกี่ยวข้องใน 3 ประเด็นหลักดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสังคม เพื่อนำมาอธิบายลักษณะการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในประเด็นเงื่อนไขที่ทำให้รวมตัวกันทำงาน โครงสร้างองค์กร อุดมการณ์ ยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหว เป้าหมายของเครือข่าย ว่ามีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในรูปแบบใด รวมทั้งมิติที่เชื่อมโยงของการต่อการจรรโลงประชาธิปไตย

2. วรรณกรรมเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อสำรวจถึงประวัติความเป็นมาของการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กระบวนทัศน์ทางความคิด แรงผลักดันที่ทำให้เกิดการรวมตัวตั้งเครือข่ายสมาชิกภายในองค์กร และแรงสนับสนุนจากภายนอกองค์กร และฝ่ายตรงข้าม รวมทั้งศึกษาประเด็นการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อว่ามีจุดประสงค์อย่างไร

3. แนวคิดสัมพันธภาพเชิงอำนาจบนพื้นที่การเมือง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของเครือข่ายฯ กับการเปลี่ยนแปลงลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับผู้มีอำนาจ

ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะเรียงลำดับการอธิบายเพื่อนำไปสร้างกรอบทฤษฎีในการศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามวัตถุประสงค์การวิจัยต่อไป

2.1 วรรณกรรมเกี่ยวกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

เนื่องด้วยการศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เพื่อทำความเข้าใจการเคลื่อนไหวจากกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ถูกมองเป็นบุคคล “ไร้ตัวตน” (นิวัฒน์ สุวรรณพัฒนา และคณะ, 2551: 22) จนกระทั่งสามารถผนึกกำลังเป็นกลุ่มพลังอันเข้มแข็งได้ในการต่อสู้ที่ขยับขยายไปสู่ระดับนานาชาติ สำหรับการรวมตัวกันในรูปแบบเครือข่ายเช่นนี้เป็นที่น่าสนใจว่าเป็นไปในลักษณะขบวนการทางสังคมตามทฤษฎีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมมากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นสำคัญของแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีฐานการอธิบายหลักอยู่ที่พฤติกรรมรวมหมู่ (collective action) ว่าอะไรเป็นแรงจูงใจให้ผู้ติดเชื้อที่ขาดความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย และสภาพจิตใจซึ่งต้องเผชิญหน้ากับการถูกรังเกียจตัดสินใจเข้าร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการเรียกร้องเข้าถึงการรักษา ประเด็นเชิงนโยบายไปจนกระทั่งต่อสู้ในระดับชาติได้อย่างไร

ในแง่ของลักษณะขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้น della Porta และ Mario Diani (2006; 1999: 14-15) ได้สรุปองค์ประกอบ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ศึกษาพบในเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ดังนี้

1. เป็นเครือข่ายไม่เป็นทางการ ไม่ได้ก่อตั้งด้วยองค์กรใดองค์กรเดียว แต่มักเป็นองค์กร กลุ่มที่หลากหลาย การปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในกลุ่มก่อรูปของการเคลื่อนไหว
2. การคงอยู่ของกลุ่มมาจากการมีความเชื่อ และความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันภายในขบวนการที่ถูกผนึกให้แน่นแฟ้นจากการมีอัตลักษณ์ร่วมกัน
3. ขบวนการเคลื่อนไหวเป็นการเข้าไปเกี่ยวข้องกับการกระทำรวมหมู่ที่มีแกนกลางอยู่ที่ความขัดแย้ง ซึ่งอาจเป็นความขัดแย้งทางการเมือง หรือวัฒนธรรม โดยเน้นไปที่การต่อต้านหรือป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ
4. ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการประท้วงที่บางครั้งไม่ยึดถือรูปแบบเชิงสถาบัน

การทบทวนวรรณกรรมเพื่อเห็นลักษณะการเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ซึ่งเป็นเครือข่ายที่ประกอบไปด้วยกลุ่มผู้ติดเชื่อจากทั่วประเทศหลายพันกลุ่มใน 7 ภูมิภาค รวมทั้งไม่ได้มีลักษณะการเคลื่อนไหวอย่างเป็นทางการ แต่กลับมากจากการกำหนดแนวทางการเคลื่อนไหวไปตามการวางแผนจากสมาชิก ทั้งการรวมตัวเคลื่อนไหวยังมีความแตกต่างหลากหลาย ตั้งแต่อาชีพผู้ใช้แรงงานไปจนถึงชนชั้นกลาง แต่กลับมีลักษณะร่วมกันบางอย่างที่ Diani เรียกว่า “อัตลักษณ์ร่วม” (collective identity) นั่นคือการมีเชื่อเอชไอวี ทั้งนี้เครือข่ายต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งสิทธิของพลเมืองตามรัฐธรรมนูญและหลักสากลในการเข้าถึงการรักษา ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านสุขภาพที่มีประเด็นสอดคล้องกับกรอบที่วางไว้

การทบทวนวรรณกรรมทำให้เข้าใจจุดเริ่มการอธิบายปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวของผู้กระทำการในขบวนการว่าหากมีจุดฐานการมองปัญหาที่แตกต่างกัน จะทำให้การทำความเข้าใจการเคลื่อนไหวของมวลชนที่แตกต่างกันด้วย ทั้งนี้ได้พบการพัฒนาการของทฤษฎี ในแง่การตั้งคำถามต่อแนว “การกระทำรวมหมู่” ที่ได้รับความนิยมในการอธิบายเป็นกระแสหลักมาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม เพื่อทำความเข้าใจให้ลึกซึ้งถึงการก่อตั้งองค์กร การเคลื่อนไหวและความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร จำต้องมีทฤษฎีที่อธิบายลึกซึ้งดังต่อไปนี้

เครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ เป็นเครือข่ายที่เริ่มต้นจากการพูดคุยของกลุ่มผู้ติดเชื่อกลุ่มเล็กๆ ที่มีชีวิตอยู่อย่างปิดบังตนเอง จากนั้นจึงได้รวมกลุ่มภายใต้การผลักดันขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์ จนกระทั่งขยายกลุ่มให้กว้างขวางขึ้นกลายเป็นเครือข่ายระดับชุมชน จังหวัด ภูมิภาค และพัฒนาสู่เครือข่ายระดับชาติที่มีการประสานกับเครือข่ายผู้ติดเชื่อในระดับโลกในที่สุด ซึ่งจำต้องมีกรอบทฤษฎีอธิบายการเกิดก่อตัวขององค์กร พัฒนาการของขบวนการนำไปสู่ความเข้มแข็ง และ

ความสำเร็จของขบวนการทางสังคม ทั้งนี้กรอบการวิเคราะห์ทฤษฎีการระดมทรัพยากร ได้วางกรอบในการอธิบายเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ได้ครอบคลุมประกอบข้างต้น โดยมีจุดเน้นตั้งแต่การอธิบายการเกิดขึ้นขององค์กร พัฒนาการ และเงื่อนไขความสำเร็จ อันวางอยู่บนฐานของ “เงื่อนไขเพียงพอ” (sufficiency condition) ที่ประกอบไปด้วยเงื่อนไขด้าน “องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคม” (Social Movement Organization: SMO) และกระบวนการระดมทรัพยากร (McCarthy and Zald, 1977)

ในงานของ McCarthy และ Zald (1977) ใน *Resources Mobilization and Social Movements* ได้สรุปกรอบที่จะนำมาอธิบายเครือข่ายผู้ติดเชื่อในประเด็นต่อไปนี กล่าวคือ การอธิบายการเกิด และการพัฒนาขบวนการทางสังคม หากจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีเงื่อนไขที่เพียงพอ ในที่นี้ ก็คือ เงื่อนไขด้าน “องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคม” (Social Movement Organization) และกระบวนการระดมทรัพยากร ซึ่งจะสามารถนำมาอธิบายการเกิดขึ้นของเครือข่ายการพัฒนาการไปสู่ความเข้มแข็ง และความสำเร็จได้ ประเด็นแรก คือ เงื่อนไขด้านองค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะเข้ามาทำหน้าที่รวบรวมทรัพยากร ซึ่งหมายถึงองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ นั่นเองที่เข้ามาทำหน้าที่ในการรวบรวมผู้ติดเชื่อ องค์กรพัฒนาเอกชน เงิน และความสมานฉันท์ภายในกลุ่ม ประเด็นที่สอง คือ กระบวนการระดมทรัพยากร องค์กรจำเป็นต้องมีทรัพยากร คือ จำนวนบุคคลที่จะร่วมกระทำการรวมหมู่ให้มีพลัง และประเด็นที่สาม คือ ยุทธวิธีการเคลื่อนไหวในการกดดันรัฐบาล

ในการทบทวนงานชิ้นนี้จะทำให้สามารถเข้าใจเครือข่ายผู้ติดเชื่อในฐานะองค์กรที่มีความสำคัญต่อขบวนการ เพราะองค์กรทำให้เกิดการลดต้นทุนการมีส่วนร่วม องค์กรช่วยเพิ่มโอกาสของความสำเร็จมากกว่าที่ปัจเจกบุคคลจะสามารถทำได้ องค์กรของขบวนการทางสังคมสามารถระดมทรัพยากรที่หลากหลายได้ รวมทั้งมีทักษะความสามารถซึ่งปัจเจกบุคคลไม่มี (McCarthy and Zald, 1977) อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้เน้นการศึกษายุทธศาสตร์ภายในองค์กรเป็นหลัก ขณะที่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ได้เคลื่อนไหวไปไกลถึงระดับเวทีนานาชาติที่ต้องมีการประสานกับตัวแสดงหรือผู้กระทำการภายนอกเป็นจำนวนมาก ทำให้กรอบแนวคิดนี้ไม่เพียงพอที่จะใช้อธิบายปรากฏการณ์ได้อย่างครบถ้วนครอบคลุม

ทั้งนี้ Joe Foweraker (1995) ได้สรุปไว้ใน *Theorising Social Movements* โดยกล่าวถึงชิ้นงานคลาสสิกของทฤษฎี RM ของ Mancur Olson เรื่อง “The Logic of Collective Action : Public Goods and the Theory of Groups” ที่สามารถนำมาอธิบายได้ถึงสาเหตุที่ผู้ติดเชื่อในระดับปัจเจกบุคคล รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งนักวิชาการ ผู้สนับสนุนที่ไม่เกี่ยวข้องโดยตรงว่า เหตุใดจึงตัดสินใจเข้าร่วมเคลื่อนไหวกับเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ โดยกรอบคิดนี้เสนอว่าผู้เข้าร่วมกระทำการตัดสินใจบนฐานการคำนวณผลได้ผลเสียของการเข้ามีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล โดยให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลมีเหตุผล (rational) ปัจเจกชนจะเข้าร่วมการกระทำรวมหมู่ใน

บางสถานการณ์เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้น สิ่งนั้นอาจจะเป็นการบังคับ การลงโทษ หรือการจูงใจ เช่น การตอบแทนพิเศษด้วยค่าจ้าง ฯลฯ สำหรับ Olson แล้ว การกระทำรวมหมู่ (collective action) จึงเกี่ยวข้องกับปัจจัย 2 ประการ คือ เหตุกระตุ้นร่วม (collective incentives) และเหตุกระตุ้นสำหรับปัจเจก (selective incentive) แม้ว่าเหตุกระตุ้นร่วมจะมีลักษณะที่ตอบสนองและเป็นเงื่อนไขร่วมกัน แต่เหตุกระตุ้นร่วมก็ไม่ใช่สิ่งที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการกระทำรวมหมู่ (collective action)

สำนักทฤษฎีการระดมทรัพยากรกลับสนใจองค์การเคลื่อนไหวทางสังคม ในมิติด้านทรัพยากร ผู้นำ และยุทธวิธีเคลื่อนไหว รวมทั้งการวิเคราะห์ถึงโครงสร้างโอกาสที่เป็นอุปสรรค หรือเอื้ออำนวยต่อการกระทำของขบวนการทางสังคม ตามที่ Foweraker ได้สรุปแนวคิดของ Costain (1992) ไว้ว่า “แนวคิดนี้อยู่บนฐานที่ว่า การเคลื่อนไหวจะประสบความสำเร็จได้ จะต้องมทรัพยากร และการสร้างความสัมพันธ์แลกเปลี่ยนแบบผลประโยชน์กับกลุ่มอื่นๆ เมื่อประสบความสำเร็จก็หมายถึงการบรรลุเป้าหมายแล้ว” (Foweraker, 1995: 16)

โดยในงานชิ้นนี้จะทำให้มีกรอบในการทำความเข้าใจว่าทำไมผู้ติดตามและสมาชิกเครือข่ายจึงตัดสินใจเข้าร่วม รวมทั้งการตัดสินใจออกจากเครือข่ายผู้ติดตามๆ ใดๆก็ตาม ยังมีความไม่เพียงพอในการอธิบายที่เน้นการคำนวณเชิงเศรษฐศาสตร์มากเกินไปในเรื่องการคำนวณผลได้ผลเสียที่ไม่อาจครอบคลุมอธิบายการเป็นอาสาสมัคร วิทยากร หรือการเปิดตัวของผู้ติดตามต่อสังคม ทั้งๆ ที่การกระทำเช่นนั้นไม่ทำให้พวกเขาได้ประโยชน์ตอบกลับมาในรูปวัตถุ ใดๆก็ตาม การรวมกลุ่มของผู้ติดตาม แม้จะมีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมดังได้กล่าวข้างต้น แต่เครือข่ายนี้ยังมีลักษณะเป็นขบวนการที่เป็นไปตามกรอบทฤษฎีอื่นๆ ดังจะกล่าวต่อไป

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1.1 สำนักทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure)

เครือข่ายผู้ติดตามๆ ถือกำเนิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์สังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเท่าใดนัก เนื่องจากอัตลักษณ์ร่วมสำคัญที่สุดของสมาชิกในเครือข่ายๆ ก็คือ ผู้ติดตามเอชไอวี ทำให้ถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจและถูกกีดกันให้ออกไปนอกรวงการรับรู้ของผู้คนส่วนใหญ่ในสังคม มิพักต้องกล่าวว่า เครือข่ายจะเข้าไปมีบทบาทและอิทธิพลใดๆ ในระบบการเมืองที่เป็นทางการในอันที่จะมีพื้นที่เหยียบย่ำส่งเสียงสะท้อนถึงบุคคลผู้อยู่ในอำนาจ แต่การที่ระยะต่อมาภายหลัง เครือข่ายๆ สามารถรวมตัวกันเป็นกลุ่มก้อนต่อสู้เพื่อโอกาสในการมีชีวิต ก็เป็นจุดเริ่มต้นของความเข้มแข็งในขบวนการต่อสู้ที่ตามมาในเวลาต่อมา การอาศัยทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) จึงจะทำให้สามารถอธิบายความสำเร็จของเครือข่ายได้อย่างสมเหตุสมผลเป็นไปตามความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ได้มากยิ่งขึ้น

ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) ถือเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของทฤษฎีกระบวนการทางการเมือง (political process) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior Theory) และทฤษฎีระดมทรัพยากร (Resource Mobilization Theory: RM) ในแง่ที่ว่าทฤษฎีระดมทรัพยากรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านทรัพยากรและปัจจัยด้านองค์การเคลื่อนไหว อันถือเป็นเรื่อง “ภายใน” ในอันที่จะสามารถระดมกำลังขับเคลื่อนสู่เป้าประสงค์ของขบวนการ แต่ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง กลับให้ความสำคัญกับ “ปัจจัยภายนอก” โดยเฉพาะมิติด้านการเมือง และมิติเชิงสถาบันที่เป็นทางการ ในอันที่จะกำหนดรูปแบบของขบวนการโดยชุดของข้อจำกัดและโอกาสทางการเมือง เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความไร้เสถียรภาพทางการเมือง มักจะเปิดโอกาสให้เกิดการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพทางอำนาจแบบใหม่ ซึ่งเผยให้เห็นถึงช่องว่างที่ฝ่ายท้าทายจะสามารถเข้าไปช่วงชิงต่อรองในสถาบันแห่งอำนาจที่เป็นทางการ ขณะที่ทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ เห็นว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลโดยตรงต่อการประกอบสร้าง/ก่อรูปสัมพันธภาพทางอำนาจขึ้นใหม่ (reconstruction) จนนำไปสู่การก่อตัวรวมตัวของหมู่ชนอย่างฉับพลันทันด่วนเพื่อประท้วงเรียกร้องผลประโยชน์ของกลุ่มตน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่อย่างภาวะสงคราม (state of war) การเปลี่ยนแปลงสู่สังคมอุตสาหกรรม (industrialization) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง (urbanization) ล้วนส่งผลสะท้อนโดยตรงให้เกิดความสั่นคลอนสภาพดั้งเดิมของโครงสร้างทางสังคมที่ดำรงอยู่ และนำไปสู่ความตึงเครียดขัดข้องต่อกลุ่มทางสังคมที่ค้ำชูกับสภาพเดิม (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 93-94)

การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงนำไปสู่การเกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยตรง จริ่งอยู่ การเปลี่ยนแปลงดังที่กล่าวมานี้ส่งผลต่อผู้คนให้เกิดรวมตัวกันเป็นขบวนการทางสังคม แต่สำหรับทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมืองแล้ว ผลสะท้อนที่เกิดขึ้นเป็นแต่เพียงปัจจัยเกื้อหนุน หรือสภาวะแวดล้อมอันส่งผลต่อการลุกขึ้นชุมนุมประท้วงทางอ้อมเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็เป็นแต่เพียงปัจจัยที่เอื้ออำนวย/อุปสรรคขัดขวางต่อความสำเร็จ หรือ ล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยเช่นกัน การให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางการเมือง (political environment) ได้ส่งผลให้นักทฤษฎีสายกระบวนการทางการเมืองแยกตัวเองออกจากสำนักทฤษฎีการระดมทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้ การศึกษาที่ถือเป็นการแผ้วถางปูทางให้กับแนววิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมืองปรากฏให้เห็นได้ในงานของนักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน Doug McAdams (1982) โดยศึกษาปัจจัยสำคัญอันส่งผลให้เกิดการรวมตัวของปัจเจกบุคคลกระทำการทางการเมืองในลักษณะรวมหมู่ กรณีขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิพลเมืองของคนผิวสีในสหรัฐอเมริกา ช่วงทศวรรษ 1960-1970 จนได้มาซึ่งสิทธิพลเมืองอย่างเท่าเทียมกันกับพลเมืองร่วมชาติอื่นๆ ได้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จ/ล้มเหลวของ

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ระดับความพร้อมด้านองค์กร (level of organization) ทั้งความพร้อมของแกนนำที่จะสามารถระดมทรัพยากรด้านต่างๆ จัดตั้งขบวนการ ชักนำผู้ทุกข์ร้อนในประเด็นเดียวกันให้เข้าร่วมต่อสู้กับขบวนการ ความพร้อมของสมาชิกที่ผ่านการคัดสรรผู้ที่มีความพร้อมที่จะร่วมต่อสู้อย่างเป็นกลุ่มก้อน ตลอดจนมีความเป็นเอกภาพอันเกิดจากแรงจูงใจที่จะเข้ามีส่วนร่วมเคลื่อนไหวกับองค์กร 2) ระดับความพร้อมด้านจิตสำนึกในการลุกขึ้นต่อสู้ (level of insurgent consciousness) จะเกิดขึ้นได้ก็แต่โดยการสร้างกระบวนการปลดปล่อยการรับรู้ร่วมกัน (cognitive liberation) เพื่อให้สมาชิกของขบวนการสำนึกถึงว่าระบบการเมืองที่ตนดำรงอยู่ขาดซึ่งความชอบธรรม จึงเป็นการเหมาะสมที่ลุกขึ้นเปลี่ยนแปลงสภาพดั้งเดิมไปสู่ระบบการเมืองเปิดที่ชอบธรรมมากขึ้น 3) โครงสร้างโอกาสทางการเมือง (political opportunity structure) อันจะทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถระลอกได้ถึงตำแหน่งแหล่งที่อันของตนเองในระบบการเมือง ซึ่งส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงโอกาสทางการเมืองของกลุ่มตนในทางที่เอื้ออำนวย/เป็นอุปสรรคขัดขวางความสำเร็จ/ล้มเหลวของขบวนการทางสังคม

ประภาส ปิ่นตบแต่ง (2552) ได้สรุปรวบรวมและวิเคราะห์ "ตัวชี้วัดโครงสร้างโอกาสทางการเมือง" เพื่อใช้ประเมินความเป็นไปได้ของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ไว้ที่น่าสนใจว่า ตัวชี้วัดโครงสร้างโอกาสทางการเมืองในลักษณะกว้างๆ ของ Sidney Tarrow (1991; 1999 อ้างใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 101-102) ประกอบด้วย 1) ระดับการเปิด/ปิดของระบบการเมือง (degree of openness/closure of polity) 2) เสถียรภาพ/ความไร้เสถียรภาพของระเบียบทางการเมือง (stability/instability of political alignments) 3) การมี/ไม่มีพันธมิตรและกลุ่มสนับสนุน (presence/absence of allies and support groups) 4) ความแตกแยกในหมู่ชนชั้นนำ หรือความอดกลั้นผ่อนปรนของชนชั้นนำต่อการเคลื่อนไหวประท้วงต่อต้าน (division within the elites or its tolerance/intolerance of protest) (ซึ่งต่อมาถูกพัฒนามาสู่โครงสร้างโอกาสระดับพื้นฐาน (fundamental opportunity) และโอกาสที่เกิดขึ้นฉับพลัน (immediate opportunity)) อย่างไรก็ตาม งานของ Tarrow ดูจะให้ความสำคัญกับ “ปัจจัยภายนอก” มากเสียจนกระทั่งมองว่าความสำเร็จ/ล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจะถูกกำหนดจากชุดของข้อจำกัดและโอกาสทางการเมืองแต่เพียงอย่างเดียว ในแง่นี้จึงละเอียดที่พิจารณาบทบาทของขบวนการในฐานะที่เป็นตัวกระทำการทางการเมืองด้วยตนเอง

ทั้งนี้ ในงานของ Hanspeter Kriesi และคณะ (1995 อ้างใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 102-109) ซึ่งได้ผนวกรวมแนวการวิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมืองเข้ากับทฤษฎีระดมทรัพยากร โดยให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดที่ตัวกระทำการในอันที่จะกล้าใช้ทรัพยากรภายในองค์กรเพื่อบรรลุเป้าหมายของขบวนการ ซึ่งประกอบด้วย

1. โครงสร้างรอยปริแยกระดับชาติ (national cleavage structures) ซึ่งเป็นผลมาจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในหมู่ชนชั้นนำ กลุ่ม องค์กร และสถาบันทางการเมืองจนเปิดช่องว่างโอกาสให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถใช้ระดมทรัพยากร หรือนำเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติ นอกจากนั้นสำหรับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่แล้ว ไม่เพียงแต่รอยปริแยกทางการเมืองเท่านั้นที่จะเอื้อโอกาสให้กลุ่มตนได้ต่อสู้ขุมมุมประท้วง หากรอยปริแยกขัดแย้งทางสังคมและวัฒนธรรมยังเป็นฐานให้ขบวนการใช้เผชิญหน้ากันระหว่างกลุ่มต่างๆ ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มตนผ่านการนิยามความหมายเกี่ยวโลกและชีวิตของตนเองในห้วงจังหวะเวลาที่จะผลักดันไปสู่รอยปริแยกทางการเมืองอีกชั้นหนึ่ง

2. โครงสร้างเชิงสถาบัน (institutional structures) หมายถึง สถาบันทางการเมืองที่เป็นทางการ ซึ่งจะเอื้ออำนวยเปิดโอกาส หรือเป็นอุปสรรคความสำเร็จ/ล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมได้ เช่นงานของ Kitschelt (1986 อ้างใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 104) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบโครงสร้างโอกาสทางการเมืองใน 4 ประเทศ ได้แก่ ฝรั่งเศส สวีเดน เยอรมนี และสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีโครงสร้างสถาบันการเมืองที่แตกต่างกันทั้งในด้านรูปแบบของรัฐ ระบบการเมือง การคานอำนาจระหว่างสถาบันการเมือง ระบบกฎหมาย และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน จนได้ข้อสรุปว่าเงื่อนไขโครงสร้างเชิงสถาบันแบ่งได้เป็น 2 ส่วน กล่าวคือ เงื่อนไขโครงสร้างเชิงสถาบันที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยนำเข้า (input) เช่น พรรคการเมือง ศักยภาพของฝ่ายนิติบัญญัติในการพัฒนา และควบคุมฝ่ายบริหาร ความเป็นพหุลักษณะของกลุ่มผลประโยชน์ และการสร้างพันธมิตรด้านนโยบาย ซึ่งจะเป็นตัวชี้วัดเชิงสถาบันว่าเปิดกว้างสำหรับขบวนการทางสังคมหรือไม่ และเงื่อนไขโครงสร้างเชิงสถาบันที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยนำออก (output) เช่น ชีตความสามารถของสถาบันการเมืองที่เป็นทางการในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ในแง่ของการกระจายอำนาจผูกขาดรวมศูนย์และระบบราชการไม่ได้มีอิทธิพลในระดับชี้ขาดทางการเมืองจึงจะถือว่าเป็นตัวชี้วัดความเป็นระบบเปิด

3. ยุทธศาสตร์เชิงโครงสร้างที่ดำรงอยู่ (prevailing structure strategies) หมายความว่า ยุทธวิธี กลยุทธ์ และท่าทีของชนชั้นนำในอันที่จะรับมือกับการปฏิบัติการของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และเนื่องด้วยขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมปฏิบัติการเคลื่อนไหวอย่างค่อยเป็นค่อยไป ภายใต้เงื่อนไขกำหนดเชิงวัฒนธรรมทางการเมืองระดับชาติ ในแง่รัฐที่มีลักษณะแตกต่างกันจึงมียุทธวิธีรับมือกับปฏิบัติการของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ต่างกัน กล่าวคือ ลักษณะแรก ในรัฐที่มีทัศนคติต่อขบวนการเคลื่อนไหวแบบคู่ขัดแย้ง คู่ตรงข้าม อาจถึงขั้นเป็นศัตรูคุกคามความมั่นคงของรัฐ จึงถูกกีดกันให้อยู่นอกระบบการเมือง จะมีวัฒนธรรมที่เรียกว่าวัฒนธรรมแบบกีดกัน กตปราบ (exclusive) รัฐจึงมักเผชิญกับขบวนการด้วยความรุนแรงและปราบปราม ลักษณะที่สอง รัฐไม่แลเห็นว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นศัตรูคู่อาฆาต คู่ขัดแย้ง ที่ควรแยกขั้วกันคนละฝั่งฝ่าย แต่เป็น

การเคลื่อนไหวของขบวนการเป็นวิถีทางหนึ่งที่ปกติในการแสดงออกทางการเมือง ที่เรียกวัฒนธรรมแบบนี้ว่า วัฒนธรรมแบบยอมรับปรับรับร่วม (inclusive) จึงมีปฏิสัมพันธ์กับขบวนการในรูปแบบยอมรับการดำรงอยู่และเปิดโอกาสให้เข้าสู่ระบบการเมืองปกติ

4. โครงสร้างพันธมิตร (alliance structures) อันหมายถึงความถึง การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของบริบททางการเมืองจนเปิดช่องว่างให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในระบบการเมืองปกติได้ กล่าวได้ว่าโครงสร้างพันธมิตร ก็คือเงื่อนไขที่เปิดโอกาสให้ขบวนการได้แสวงหาแรงสนับสนุนได้จากกลุ่มที่สาม (ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานราชการ สื่อมวลชน และกลุ่มองค์กรทางสังคมอื่นๆ) จนมีศักยภาพที่จะผลักดันให้ขบวนการเคลื่อนไหวประสบความสำเร็จ ทั้งนี้จึงถือเป็นการขยายขยายความร่วมมือและแรงสนับสนุนให้ขบวนการมีพลังเพิ่มขึ้น

2.1.2 สำนักทฤษฎีกรอบโครง (Framing Theory)

ด้วยความสำเร็จของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ในการนำเสนอประเด็นเรียกร้อง กอปรกับการนำเสนอการนิยามความหมายใหม่ให้กับประเด็นที่ตนต่อสู้ ก็ทำให้สมควรที่จะนำทฤษฎีกรอบโครง (Framing Theory) มาเป็นแนวเทียบเพื่อการวิเคราะห์แนวทางการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อ อย่างไรก็ตาม การสร้างกรอบโครงในประเด็นการต่อสู้ของกลุ่มเครือข่ายนั้นล้วนแสดงให้เห็นว่าลำดับขั้นตอนในการจัดวางกรอบโครงได้ส่งผลอย่างสำคัญต่อความเข้มแข็งของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอยู่ไม่น้อย ขณะเดียวกันก็สามารถบรรลุผลสำเร็จต่อเป้าหมายที่ได้วางไว้ในการนิยามสภาพปัญหา ด้วยการแสวงหาแนวทางที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ที่สำคัญก็คือ การจัดวางกรอบโครงที่ชัดเจนได้สร้างแรงกระตุ้นเร่งเร้าให้กลุ่มทางสังคมอื่นๆ ที่แม้จะไม่ได้เป็นเจ้าของปัญหาโดยตรงตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในแง่ของการเรียกร้องสิทธิการมีชีวิตในฐานะมนุษย์ที่เท่าเทียมกันกับคนอื่นๆ

ทฤษฎีกรอบโครง (Framing Theory) เป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาแห่งวิกฤตทางทฤษฎีที่ใช้ในการวิเคราะห์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ที่ด้านหนึ่ง “สำนักทฤษฎีการระดมทรัพยากร” (Resource Mobilization Theory: RM) มุ่งเน้นในความสำเร็จของขบวนการโดยมองไปที่การระดมทรัพยากรอย่างการแสวงหา/ระดมการสนับสนุนผ่านการรวบรวมผู้ติดเชื่อ องค์กรพัฒนาเอกชน เงินและความสมานฉันท์ภายในกลุ่ม การปลุกเร้าให้เกิดการกระทำรวมหมู่เพื่อสร้างพลังในการเคลื่อนไหวกดดันรัฐบาลอย่างมียุทธวิธีมากขึ้นไป จนละเอียดที่จะให้ความสำคัญกับการอธิบายการเข้ามาประชันขันแข่งในการระบุและนิยามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ขณะเดียวกัน ด้วยเหตุที่ทฤษฎีระดมทรัพยากรให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ภายในองค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมในฐานะตัวแสดงสำคัญที่จะเข้ามาระดมทรัพยากรจึงมองข้ามมิติการปฏิสัมพันธ์กับตัวแสดงภายนอกที่อาจเข้ามาประสานและ

ดำเนินการเคลื่อนไหวอย่างคู่ขนานกัน อีกด้านหนึ่ง สำนักทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) ก็ให้ความสำคัญกับปัจจัยกำหนดภายนอกมากจนเกินไป ไม่ว่าจะ เป็นโครงสร้างสถาบันการเมืองที่เป็นทางการ ตัวแสดงที่อยู่ในตำแหน่งของอำนาจ สภาวะแวดล้อมทางสังคมการเมืองที่แวดล้อมสถานการณ์ของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ฯลฯ จนทำให้มีลักษณะหยุดนิ่งตายตัว เพราะมองว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับโครงสร้างสังคมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโอกาสในการหยิบยกประเด็นต่างๆ ขึ้นมาเรียกร้องหรือไม่ อีกทั้งโครงสร้างภายนอกยังเป็นตัวกำหนดโอกาสที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเห็นความสำคัญจำเป็นของประเด็นเรียกร้องหรือไม่ หากไม่ได้ให้ความสำคัญกับสำนักคิดจิตใจของผู้เข้าร่วมในขบวนการที่สามารถมีความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน การมีประสบการณ์ร่วมกันในการรับมือกับความเสี่ยงจากการเผชิญหน้ากับเจ้าหน้าที่รัฐ

ทฤษฎีกรอบโครง ถือกำเนิดขึ้นจากการพัฒนาของ David A. Snow และ Robert D. Benford โดยผสานแนวทางการวิเคราะห์ของสำนักทฤษฎีระดมทรัพยากร กับแนวทางของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ เพื่อสร้างคำอธิบายการเมืองของการนิยามความหมายและกระบวนการสร้างการยอมรับของสังคม กล่าวได้ว่า สำนักทฤษฎีกรอบโครงให้ความสำคัญกับกระบวนการประกอบสร้างความหมาย (meaning construction) /การประกอบสร้างความจริง (construction of reality) ผ่านการกำหนดกรอบโครงที่เป็นเสมือนการสร้างแผนผังการตีความ (Schemata of interpretation) ให้กับพื้นที่ชีวิต (life space) ด้วยเชื่อว่าชีวิตของแต่ละคนจะพยายามสร้างความชัดเจนในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น แม้ว่ามนุษย์จะสามารถเข้าใจระดับชาติได้อย่างแจ่มชัด แต่ก็ไม่อาจเข้าใจเรื่องระดับสังคมได้อย่างถ้วนทั่ว เนื่องจากในกรอบคิดทางสังคมย่อมมีตัวแสดงที่หลากหลายในการเข้ามาปฏิสัมพันธ์ เป็นตัวกลาง ในการเบี่ยงเบน หักเหตส่งทอด สืบต่อ ตามเจตจำนงของกลุ่มบุคคลทั้งหลาย (Erving Goffman, 1974: 21 อ้างใน David A.Snow, E.Burke Rochford, Jr., Steven K. Worden and Robert D.Bendford, 1988: 14) ทฤษฎีกรอบโครงจึงนำเสนอเครื่องมือที่เป็นกรอบการตีความทำความเข้าใจและระบุซึ่งกำหนดจุดยืนและพื้นที่ของปัจเจกบุคคล ทั้งยังสามารถนำเสนอประเด็นที่เกิดขึ้นในพื้นที่ชีวิตของปัจเจกบุคคลออกสู่โลกภายนอกได้อย่างอิสระ

ในขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมนั้น การสร้างกรอบโครงความคิดมักเกิดขึ้นจากผู้เข้าร่วมขบวนการฯ ตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาบางอย่างที่มีร่วมกัน จึงต้องการที่จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงแก้ไขสถานการณ์นั้นๆ โดยสร้างประเด็นปัญหาพร้อม เพื่อสามารถนำมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป และด้วยเหตุดังนั้นก็กระตุ้นปลุกเร้าให้ผู้อื่น (ที่อาจจะเผชิญปัญหาเดียวกัน หรือไม่ได้ประสบปัญหาด้วยตัวเองโดยตรง แต่เห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกัน) ตัดสินใจดำเนินการอย่างใดอย่าง

หนึ่งร่วมกันเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น สำหรับนักเคลื่อนไหวแล้ว David A. Snow และ Robert D. Benford ได้กล่าวถึงการสร้างกรอบประเด็นหลักไว้ 3 กรอบคิด ได้แก่

1) การสร้างกรอบในการวินิจฉัยปัญหา (diagnostic framing) หมายถึง การระบุนิยามปัญหา ตลอดจนคุณลักษณะความผิดพลาด หรือ สาเหตุ-ผลลัพธ์ของความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจากปัญหาสังคม (causality) เพื่อให้ขบวนการมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการกระทำดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแก้ไขปัญหาที่ดำรงอยู่ ทั้งนี้จำเป็นที่จะต้องสร้างกรอบการวิเคราะห์ปัญหาอันวางอยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถกเถียงโต้แย้งกันภายในขบวนการในการค้นหา "ตำแหน่งแหล่งที่" ของปัญหา และตัวแสดงที่ต้องมีส่วนในการรับผิดชอบต่อปัญหานั้นๆ (Della Porta and Diani, 2006: 74-75)

2) การสร้างกรอบในการแสวงหาทางออกจากปัญหา (prognostic framing) หมายถึงการเสนอทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และ/หรือเยียวยาปัญหาที่ขบวนการทางสังคมต่างๆ ได้นิยามไว้แล้วเบื้องต้น รวมทั้งการเสนอยุทธศาสตร์และยุทธวิธีที่เป็นไปได้ของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะใช้เป็นแนวทางการต่อสู้เพื่อบรรลุเป้าหมายการแก้ไขปัญหานั้นๆ ทั้งนี้การเสนอกรอบในการแสวงหาทางออกจากปัญหาสามารถมีได้หลากหลายแม้จะถูกนำเสนอจากขบวนการเดียวกัน กล่าวได้ว่ากรอบนี้เป็นการนำเสนอทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ไขเยียวยาปัญหาตามที่ขบวนการได้กำหนดนิยามไว้แต่แรก เพื่อปูทางไปสู่ความสำเร็จของขบวนการ (Della Porta and Diani, 2006: 77)

3) การสร้างกรอบในการจูงใจ (motivational framing) หมายถึงการสร้างเครื่องมือต่อสู้และคำชี้แจงเหตุผลเพื่อใช้ในการกระทำของขบวนการ อันสามารถจัดทำเครื่องมือเหล่านั้นในรูปแบบถ้อยคำที่ปลุกเร้าจิตใจประชาชนให้เกิดอารมณ์ร่วมและตัดสินใจออกมาเข้าร่วมกระทำการตามวิธีการที่ขบวนการได้วางกรอบไว้ กล่าวได้ว่าการสร้างกรอบในการจูงใจ เป็นการเรียกกระตมเหตุจูงใจให้ภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเข้ามาสนับสนุน หรือเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการ ผ่านการประดิษฐ์คิดค้นศัพท์แสงและแนวคิดใหม่ๆ โดยคำนึงถึงประสบการณ์ที่มีร่วมกันของประชาชน (Della Porta and Diani, 2006: 79)

อย่างไรก็ตาม สำหรับขบวนการเคลื่อนไหวแล้ว William Gamson (1995 อ้างใน Fisher K., 1997: 8) เสนอว่าควรประกอบด้วยกรอบคิดที่สำคัญ 3 กรอบคิด ซึ่งขบวนการเคลื่อนไหวใช้การต่อสู้เรียกร้อง ได้แก่ 1) กรอบที่ใช้สรุปรวบรวมปัญหา (aggregate frames) เป็นกรอบที่ใช้ระบุและนิยามประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้คนที่ประเด็นใดบ้างถือเป็นปัญหาสังคม จนสามารถนำไปสู่การระบุความผู้รับผิดชอบให้แก่ผู้คน 2) กรอบที่แสดงถึงความสอดคล้องกันของปัญหา (consensus frames) เป็นกรอบประเด็นที่นิยามปัญหาต่างๆ อันเกิดขึ้นเป็นปัญหาเดียวกัน หรือใกล้เคียงกันโดยสามารถได้รับการแก้ไขเยียวยาได้ด้วยการกระทำร่วม หากไม่ได้รับบุชชิตเจเนอรัลลัทธิร่วมของบุคคลผู้กระทำแต่อย่างใด 3) กรอบการกระทำร่วม (collective frames) เป็นกรอบที่นิยามปัญหาอันเกิด

จากความเข้าใจผิดในเนื้อหาของปัญหาที่เกิดขึ้น หรือ อาจมีสาเหตุเกิดจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งซึ่งสามารถระบุได้แน่ชัด ในขั้นนี้จะมีการกำหนดความสัมพันธ์ของคู่ขัดแย้งระหว่าง "พวกเรา" (us) ซึ่งหมายถึงสมาชิกของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ใช้การกระทำร่วมแก้ไขปัญหา กับ "พวกเขา" (they) ซึ่งถูกกำหนดว่าเป็นต้นตอสาเหตุของปัญหา

อย่างไรก็ตาม กรอบประเด็นที่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมได้กำหนดจัดขึ้นก็ไม่อาจสำเร็จ ล่วงได้ตามเป้าหมายที่วางไว้โดยปริยาย หากปราศจากกระบวนการจัดวางกรอบโครงสร้างความคิด (frame alignment processes) อันจะเป็นการเชื่อมร้อยประเด็นด้านความเชื่อ ค่านิยม ให้เกิด แนวโน้มในการตีความ (interpretative orientations) ร่วมกัน (Snow, Rochford, Worden, and Benford, 1986) ทั้งนี้กระบวนการจัดวางกรอบโครงสร้างความคิดประกอบด้วย 4 รูปแบบ ดังนี้ 1) กระบวนการเชื่อมโยงกรอบโครงสร้าง (frame bridging) ประเด็นเฉพาะที่มีความสอดคล้องกันตั้ง 2 กรอบ ขึ้นไป 2) กระบวนการเพิ่มให้เกิดความกระจ่างชัดแก่กรอบโครงสร้าง (frame amplification) โดยการ ตีความ จำแนก แยกแยะสิ่งคลุมเครือให้เกิดความชัดเจนน่าเชื่อถือ 3) กระบวนการขยายกรอบโครงสร้าง (frame extension) ให้ขยายอาณาบริเวณครอบคลุมบุคคลที่อยู่อาจไม่ได้ประสบปัญหาโดยตรง แต่ จะเป็นพลังหนุนเสริมให้แก่ขบวนการ 4) กระบวนการเปลี่ยนรูปกรอบโครงสร้าง (frame transformation) ในแง่การปรับเปลี่ยนและสร้างความหมาย ความเข้าใจใหม่จากความเข้าใจในที่มีอยู่เดิม

จากการที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมทำให้พบว่าการ ศึกษาและทำความเข้าใจเครือข่ายผู้ติดตาม จำเป็นต้องอาศัยมิติต่างๆ ที่เกื้อกูลกันเกิดเป็น ปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่การประเมินศักยภาพในองค์กร ปัจจัยแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดความเป็นไปได้ของ ความสำเร็จ/ล้มเหลว ความเข้มแข็ง/อ่อนแอขององค์กร และพลวัตภายในองค์กรจากการเปิดพื้นที่ให้ บรรดาสมาชิกได้เข้าร่วมกำหนดนิยามปัญหาและแสวงหาแนวทางแก้ไข กล่าวได้ว่า ทฤษฎีการระดม ทรัพยากร (Resource Mobilization Theory: RM) จะถูกใช้มาอธิบายศักยภาพของเครือข่ายผู้ติดตาม ในการที่จะระดมสรรพกำลังด้านต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรขับเคลื่อนให้แก่องค์กร ขณะที่ ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) ได้เผยให้เห็นห้วงจังหวะที่ เปิดช่องว่างให้เครือข่ายผู้ติดตาม มีโอกาสได้ท้าทายต่อระบบระเบียบการเมืองที่ดำรงอยู่ จนกระทั่ง สามารถช่วงชิงความได้เปรียบในระบบการเมืองและระบบสังคมวัฒนธรรม นอกจากนั้น ทฤษฎีกรอบ โครงสร้าง (Framing Theory) ยังสามารถใช้อธิบายยุทธวิธีการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดตาม ที่ใช้การจัดวาง กรอบโครงสร้างปัญหา/นิยามความหมายให้กับปัญหาเพื่อสร้างคำอธิบาย หรือ ความเข้าใจใหม่ๆ ที่เป็น ทางเลือกให้กับความรู้ของผู้คนในสังคมที่ดำรงอยู่เดิม

2.1.3 แนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสังคมแนวใหม่ (New Social Movement: NSM)

อันเนื่องจากเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ เป็นการรวมกลุ่มของผู้กระทำการ หรือตัวแสดง (actors) ที่มีลักษณะแตกต่างหลากหลาย ทั้งผู้ชาย ผู้หญิง กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน กลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ใช้ยาเสพติด และหญิงบริการทางเพศ ที่สอดคล้องกับคำอธิบายของ NSM ที่เป็นการความขัดแย้งในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากความขัดแย้งแบบกลุ่มผลประโยชน์ หรือบนฐานชนชั้นแบบเดิม

เครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ในเชิงการใช้ยุทธศาสตร์แนววัฒนธรรมมุ่งไปที่การเปิดประเด็นปัญหา หรือข้อเรียกร้องบนพื้นที่สาธารณะ (public space) อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมทางการเมืองของพลเมืองแบบเข้มข้น ในการที่จะตอบโต้แนวนโยบายการพัฒนา โครงการของรัฐ การใช้อำนาจรัฐ ซึ่งกิจกรรมการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อยึดอำนาจรัฐ ดังเช่นการเคลื่อนไหวของกลุ่มที่เคลื่อนไหวบนฐานความขัดแย้งเรื่องชนชั้น หรือ การขูดรีดทางเศรษฐกิจ โดยเบื้องต้น ผู้ศึกษามองเห็นว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ มีองค์ประกอบตามแนว NSM เนื่องจากการรวมตัวกันมาจากสำนึกของผู้ที่มองเห็นว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ มองเห็นปัญหาความไม่เท่าเทียมในชีวิตของผู้ติดเชื่อฯ ทั้งปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื่อฯ ที่มีสถานะภาพทางสังคม เศรษฐกิจที่แตกต่าง รวมทั้งตั้งประเด็นของประสบการณ์ละตินอเมริกาในประกอบการอธิบาย NSM ของไทยที่เนื่องจากประเทศไทยกับละตินอเมริกามีประสบการณ์ของประเทศโลกที่สามคล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาเศรษฐกิจที่มาจากนโยบายการพัฒนาที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของรัฐ และถูกรอบงำอย่างลึกซึ้งใน 2 ระดับ คือการครอบงำของรัฐและตลาด

ในงานของประภาส ปิ่นตบแต่ง (2552) เรื่อง “กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม” สรุปอย่างละเอียดแนวคิด ทฤษฎีที่นำมาเป็นกรอบวิเคราะห์พัฒนาการของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ได้ นอกจากนี้ยังได้อธิบายแนวคิด NSM ไว้อย่างละเอียดเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับคุณลักษณะที่ปรากฏของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ซึ่งจะพบว่าในเบื้องต้นเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ไม่ได้เกิดจากความขัดแย้งบนฐานชนชั้น แต่ปรากฏลักษณะ NSM เพราะเป็นการต่อสู้บนความต้องการผลประโยชน์และการจัดหาสวัสดิการ การต่อสู้เพื่อให้รับรองความแตกต่างหลากหลาย เพื่อให้รับรองสิทธิทางการเมือง สิทธิในการปกป้องรูปแบบและวิถีการดำเนินชีวิต สิทธิในอัตลักษณ์ของปัจเจกบุคคล สิทธิในการดำรงอยู่ของชุมชน ฯลฯ โดยใช้วิธีการต่อสู้ผ่านสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ในงานชิ้นนี้ได้สรุปการบุกเบิกแนวทางศึกษาของสำนัก NSM เป็นของนักคิดสองคนคือ Habermas (1973) และอแลน ทูแรน โดยงานของ Habermas ได้ชี้ให้เห็นว่า เหตุกระตุ้นที่นำมาสู่การกระทำกร่วมหมู่ (collective action) คือการที่รัฐทุนนิยมสมัยใหม่ต้องเผชิญหน้ากับวิกฤตการณ์ความชอบธรรม (legitimation crisis) ที่น่าจะนำมาสะท้อนปัญหาจากการที่ผู้ติดเชื่อฯ ต้องเผชิญในแง่สัมพันธภาพ

กับรัฐ นอกจากนี้ยังสรุปพื้นที่การต่อสู้ของขบวนการ NSM จากแนวคิดของ Offe ไว้ว่า พื้นที่กระทำ การของขบวนการทางสังคมใหม่ ไม่ใช่ “รัฐ” (the state) หรือ “เศรษฐกิจ” (economy) แต่อยู่ใน “สังคม” หรือวัฒนธรรม อีกทั้งยังมีลักษณะที่กว้างขวางกว่าขอบเขตของประเด็นทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งนี้เนื่องจากผลด้านลบของการพัฒนาสังคมทุนนิยมอุตสาหกรรมก้าวหน้านั้นมีลักษณะที่กว้างขวาง และไม่ได้กระทบเพียงบางชนชั้นหรือบางกลุ่มคน หากกระทบต่อ “สังคม” ในวงกว้าง

กล่าวโดยสรุป พบว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อมีทั้งลักษณะที่เข้าองค์ประกอบ NSM ในประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) ขบวนการเหล่านี้ไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของชนชั้นแต่เป็นการตอบโต้กับปัญหาและความ ขัดแย้งใหม่ที่เกิดขึ้นในสังคมซึ่งวางอยู่บนฐานหลากหลายชนชั้น 2) เป็นขบวนการที่ต่อสู้ในพื้นที่ประชา สังคมมากกว่าพื้นที่การเมืองปกติ อาทิ การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื่อผ่านสาธารณะ และสื่อมวลชน และ 3) ขบวนการทางสังคมใหม่นี้ต้องการสร้าง “กติกาหรือกฎเกณฑ์ชุดใหม่ในการดำรงชีวิต” แต่ ไม่ได้ต้องการล้มล้างอำนาจรัฐ อย่างไรก็ตามกรอบคิดของ NSM ยังมีปัญหาในการอธิบายการ เคลื่อนไหวของผู้ติดเชื่อฯ ในบางมิติเช่นกัน เพราะในทางปฏิบัติเครือข่ายผู้ติดเชื่อได้ขยายพื้นที่การ ต่อสู้เข้าสู่สังคมการเมือง และการเข้าร่วมกับรัฐโดยไม่ได้ก้าวข้ามผ่านรัฐตามแนวทฤษฎี ซึ่งประเด็นนี้ จะมีการเชื่อมด้วยแนวคิดการเมืองสำหรับผู้ได้ปกครองมาอธิบายเพิ่มเพื่อเป็นการต่อภาพการอธิบายที่ สมบูรณ์มากขึ้น

ในการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมใดๆ ก็ตาม ประเด็นบริบทเชิงสังคมการเมืองเป็น องค์ประกอบสำคัญในการศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื่อ ในงานชิ้นที่กล่าวไปก่อนหน้านี้ของ Foweraker (1995) ได้กล่าวสรุปบริบทล้อมรอบเครือข่ายขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในละตินอเมริกาที่ สามารถนำมาศึกษาใกล้เคียงกับสังคมไทยได้มากกว่า คือ ความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างหรือ บริบทวิกฤตทางเศรษฐกิจ-การเมือง ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1980s, ในปี 1982 ในละตินอเมริกา การ ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง การปรับระบบเศรษฐกิจโดยการประกาศใช้นโยบายเสรีนิยมใหม่ทางเศรษฐกิจ- การตลาด ทำให้เกิดการกีดกันทางสังคมและความรุนแรง การขูดรีดดังกล่าวก็ได้นำไปสู่การระดมการ ต่อสู้ของผู้คนเพื่อชีวิตที่ดีกว่า ประเด็นนี้จะนำมาเป็นกรอบวิเคราะห์บริบทที่ล้อมรอบเครือข่ายผู้ติด เชื้อ ทั้งเงื่อนไขจากนอกเครือข่าย โดยเฉพาะในระดับโลกที่จะเห็นภาพการทำข้อตกลงการค้าเสรี และ ข้อตกลงองค์การการค้าโลกที่มีส่วนสร้างผลกระทบต่อผู้ติดเชื่อ

ในแง่ยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหว การสร้างเงื่อนไขอัตลักษณ์เป็น เครื่องมือที่โดดเด่นในการสร้างพลังต่อรองของขบวนการในงานของ Tillman Evers, Identity: The Hidden Side of New Social Movements in Latin America ได้สรุป ประเด็นสำคัญไว้ดังนี้

1. อัตลักษณ์ในเชิงปัจเจก (Individual Identity) คือลักษณะที่ผู้เข้าร่วมขบวนการมี คุณลักษณะเฉพาะของตัวเองในระดับปัจเจก อาทิ เพศ อายุ อาชีพของตัวเองแยกแยะไปตาม แต่ละ บุคคล

2. อัตลักษณ์รวมหมู่ (Collective Identity) ที่หมายถึงกลุ่มจะคิดถึงเกี่ยวกับภายในกลุ่มตัวเองอย่างไร

3. อัตลักษณ์สาธารณะ (Public Identity) คือการกำหนดอัตลักษณ์เกี่ยวกับกลุ่มตัวเองว่าถูกมองอย่างไรจากภายนอก

ในการทบทวนงานชิ้นนี้เพื่อให้เข้าใจกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ภายในเครือข่ายที่เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการต่อสู้ โดยการสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายเริ่มจากการเคลื่อนไหวจะเรียกร้องขอความเป็นธรรมขอความเห็นใจแต่ต่อมาเรียนรู้พัฒนาในระดับเครือข่ายที่เข้มแข็งขึ้นในการกำหนดอัตลักษณ์ร่วมกันในการเดินทางต่อสู้เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งมากขึ้น ท้ายที่สุดได้กำหนดอัตลักษณ์ที่เชื่อมโยงให้สาธารณะรับรู้การเคลื่อนไหวของตัวเองว่าอยู่ในฐานะมนุษย์เช่นเดียวกับทุกคนมีสิทธิในการดำรงชีวิตมีจิตใจซึ่งเป็นประเด็นที่ซ่อนแฝงอยู่อย่างลึกซึ้งในขบวนการเคลื่อนไหวเอง ทำให้ได้รับความเห็นใจจากสาธารณะทั้งระดับชาติและนานาชาติ อย่างไรก็ตามประเด็นอัตลักษณ์นี้อาจไม่เพียงพอในการอธิบายลักษณะของผู้เข้าร่วมที่หลากหลายของเครือข่ายผู้ติดตามที่ท้ายที่สุดยังมีประเด็นชนชั้นเข้ามาเป็นตัวแปรอยู่ดี ซึ่งเป็นประเด็นที่ผู้ศึกษาจะค้นคว้าประเด็นนี้ต่อไปถึงความซับซ้อนในการสร้างอัตลักษณ์ที่มีมิติของชนชั้นซ้อนทับ เบียดขับ กดทับผู้ติดตามแต่ละกลุ่ม

สำหรับยุทธศาสตร์การต่อสู้ของ NSM นั้น แตกต่างจากขบวนการเคลื่อนไหวแบบเก่าโดยเน้นไปที่การเมืองเชิงวัฒนธรรม หรือการสร้างอัตลักษณ์เพื่อขยายพื้นที่เพื่อต่อกรให้มีการปรับสัมพันธภาพเชิงอำนาจระหว่างอำนาจรัฐและภาคประชาชน

ประเด็นแรก Foweraker (1995: 41) ได้สรุปยุทธศาสตร์จาก Dalton and Keuchler (1990) คือการปฏิเสธการต่อสู้รัฐและสหภาพแรงงานแบบ neocorporatism สาย NSM ปฏิเสธการต่อกรทางการเมือง พรรคการเมืองและการเลือกตั้ง พวกเขาต่อสู้สิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจทำกิจกรรมห่างไกลจากรัฐในความเห็นของ Dalton and Keuchler ระบุว่าขบวนการเคลื่อนไหวมุ่งเน้นพลังไปที่การระดมทรัพยากร และเผยแพร่ประเด็น “ใช้วิธีการกดดันทางการเมืองเหนือมติสาธารณชน กิจกรรมการประท้วง เรียกร้องพื้นที่ในสื่อมวลชน” (Foweraker, 1995: 41) ซึ่งก็คือการสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ประชาสังคมมากกว่าพื้นที่อย่างเป็นทางการนั่นเอง

ประเด็นที่สอง Cohen Foweraker (1995: 41) ได้ให้ภาพชัดเจนในข้อสรุปของความใหม่นี้ว่า “การเป็นอิสระในตัวเอง จิตอาสา ชมรมกลุ่มชนพื้นเมืองภายในประชาสังคม ใช้วิธีการขยายวาทกรรมสาธารณะของตัวเอง และพื้นที่สาธารณะเพื่อวาทกรรมตนเอง (Foweraker, 1995: 41)

ประเด็นที่สาม การสร้างอัตลักษณ์รวมหมู่ (Collective Identity) การเคลื่อนไหวของขบวนการเป็นความโน้มเอียงด้านค่านิยม อัตลักษณ์ที่หลากหลายของผู้คนเพื่อกระทำการร่วมและก่อให้เกิดผลสะท้อนต่อระบบของสังคมและวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ Escobar และ Alvarez สรุปว่าการเคลื่อนไหวไม่ใช่การเมืองเชิงวัตถุที่ขอลงจากสถาบันการเมือง แต่กลายเป็นการเมืองเชิงสัญลักษณ์

การหาพื้นที่ใหม่ในการแสดงออกทางสังคมมากกว่าที่เรียกว่า”การค้นหาอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและพื้นที่เพื่อแสดงออกทางสังคม” (Foweraker, 1995: 43) ผู้ศึกษาจะนำกรอบนี้มาศึกษาว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ มีองค์ประกอบทั้งด้านการเรียนรู้ การร่วมกำหนดความหมาย การแบ่งปันข้อมูล ประสบการณ์ ที่ท้ายสุดจะนำเครือข่ายไปสู่การกระทำรวมหมู่ได้อย่างไร เพราะตัวกระทำการในเครือข่ายมีความหลากหลายจากกลุ่มที่มีที่มาหลากหลาย ทำให้ต้องวิเคราะห์อย่างละเอียดถึงกระบวนการสร้างอัตลักษณ์รวมหมู่ (collective Identity) และการกระทำการร่วมกัน ที่แนวคิดนี้อธิบายว่าการสร้างอัตลักษณ์ร่วมจะสามารถสร้างความเป็นภราดรภาพ น้ำหนึ่งใจเดียวกันเป็นสิ่งสำคัญ ความรู้สึกนี้ดึงความเป็นเอกภาพภายในกลุ่มสมาชิก ดึงปัจเจกให้แต่ละคนให้เข้ามาเกี่ยวในกระบวนการกลุ่มเพื่อให้กลุ่มมีความเชื่อมั่นในตัวเองมากขึ้น โดยจะศึกษาว่าผู้ติดเชื่อที่เป็นสมาชิกในเครือข่ายมองตัวเองอย่างไรในฐานะผู้กระทำการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรวมหมู่ (collective change agent) ซึ่ง Gamson (1990) มองว่ายิ่งตระหนักถึงศักยภาพตรงนี้มากเท่าไรยิ่งจะทำให้การกระทำการร่วมมู่นั้นมีความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียว เข้มแข็งมากขึ้น ซึ่งประเด็นนี้จะเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ศึกษาจะนำมาเป็นวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ที่ในแง่การสร้างอัตลักษณ์ร่วมเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการกำหนดประเด็นการเคลื่อนไหวอันมีฐานมาจากอัตลักษณ์รวมหมู่ที่แข็งแกร่งนั่นเอง

กล่าวโดยสรุปกรอบแนวคิดนี้จะนำมาวิเคราะห์เครือข่ายผู้ติดเชื่อ ที่การเคลื่อนไหว เริ่มจากเรื่องสิทธิ ความไม่เท่าเทียม อัตลักษณ์ การดูแลเท่าเทียมภายใต้นโยบายของรัฐ แต่ข้อเรียกร้องยังเป็นลักษณะที่ Inglehart (1977) เรียกว่าเป็นข้อเรียกร้องเชิงคุณค่าแบบ post material values โดยมุ่งไปที่ประเด็นด้านวัฒนธรรมมากกว่า (Foweraker, 1995: 43)

การทบทวนวรรณกรรมแนว NSM ทำให้ได้กรอบความเข้าใจว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ มีลักษณะเข้ากับกรอบ NSM ในแง่กรอบนี้สนใจผู้กระทำการในสังคม (social agents) และบริบทเฉพาะทางสังคมการเมืองที่ห้อมล้อมการกระทำการของตัวการทางสังคม โดยศึกษาข้อเสนอการขยายพื้นที่ทางการเมืองโดยอ้อมรัฐ ที่ตัวกระทำการขยายพื้นที่ต่อสู้ออกไปจากสถาบันการเมืองแบบเดิมที่ต้องอาศัยนักเลือกตั้ง โดยใช้ยุทธศาสตร์ที่หลากหลายทั้งการสร้างความหมายใหม่ อัตลักษณ์ใหม่ พื้นที่ใหม่ในการเคลื่อนไหวในเชิงสังคมและวัฒนธรรม

2.1.4 ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับมติดการจรรโลงประชาธิปไตย

ปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เน้นการเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ร่วมแสดงความคิดเห็น การระดมพลังแก้ไขปัญหา ทำให้ผู้ศึกษาได้พยายามเชื่อมพลังการเคลื่อนไหวขบวนการกับการจรรโลงประชาธิปไตย (democratization)

ในการทำความเข้าใจการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ กับนัยยะสำคัญที่มีต่อประชาธิปไตย งานของ Parker, Richard (2009) ได้ศึกษาขบวนการภาคประชาสังคมในงาน Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-Up on Health Systems in Brazil สามารถอธิบายทำให้เกิดความเข้าใจในประเด็นนี้ได้ โดย Richards ศึกษาการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการกำหนดนโยบายและโครงการด้านเอชไอวี/เอดส์ในบราซิลโดยเน้นศึกษาบริบทเชิงประวัติศาสตร์ในการที่บราซิลกลับเข้าสู่ความเป็นประชาธิปไตยอีกครั้งในช่วงปี 1980s บทบาทนี้ควบคู่ไปกับความคิดก้าวหน้าของศาสนจักรการปฏิรูประบบสาธารณสุขและการเคลื่อนไหวของสิทธิกลุ่มรกร่วมเพศ งานนี้ได้เน้นศึกษาภาคประชาสังคมที่มีฐานการเข้าร่วมอย่างกว้างขวางจากพันธมิตรที่เกิดจากในช่วงปี 1990s หลังจากมีการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องเอดส์ในประเทศแคนาดาทำให้มีการผ่านกฎหมายรับรองสิทธิในการเข้าถึงยารักษาองค์การพัฒนาเอกชนมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติการกดดันอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระบบสุขภาพในบราซิลดูแลผู้ติดเชื้ออย่างยั่งยืนในงานชิ้นนี้สร้างฐานความเข้าใจในการศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทยโดยสามารถนำมาเปรียบเทียบกับความเชื่อมโยงความเป็นประชาธิปไตยกับการเอื้อให้เกิดการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม

การทำความเข้าใจในประสบการณ์จากละตินอเมริกาที่มีวัฒนธรรมการเมืองของประเทศโลกที่สามคล้ายประเทศไทย ในแง่การเมืองแบบระบบอุปถัมภ์ผู้ศึกษามองหาตัวแบบความเชื่อมโยงขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับการเป็นประชาธิปไตยที่ยังเป็นข้อโต้เถียงในปัจจุบัน ซึ่งงานของ Foweraker (1993 และ 1995) ได้อธิบายในงานว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเปรียบเสมือนการให้ความรู้ และการประชันขันแข่งความคิดทางการเมือง เขามองว่าเปรียบเสมือนโรงเรียนประชาธิปไตย (schools of democracy) ในรูปแบบการเลือกผู้แทนเชิงปัญญา สภาประชาชน การประท้วง การนั่งประท้วงเจ้าหน้าที่รัฐ และการต่อรองซึ่งทั้งหมดเป็นการเรียนรู้ การเคลื่อนไหวของขบวนการครูในเม็กซิโกเป็นตัวอย่างให้เห็นการต่อสู้ที่สามารถเขย่าระบบการเมืองในเม็กซิโกได้นอกจากนี้เขาได้สรุปความคิดของ Mainwaring และ Viola (1984) Jelin (1987) Boschi (1987) ถึงความเชื่อมโยงไว้สังเขปดังนี้ว่า (1) ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมมีบทบาทในการพัฒนาวัฒนธรรมทางการเมือง (2) การพัฒนาชุมชนและการปกครองตัวเอง รวมทั้งการฟื้นฟูชีวิตให้กับการปกครองท้องถิ่น (3) การสรรค์สร้างรากฐานวัฒนธรรมประชาธิปไตยแบบใหม่ อย่างไรก็ตามมีข้อโต้แย้งที่ฐานนี้ที่ว่าขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นปฏิบัติการทางประชาธิปไตยมากขึ้นไปตามวาระโอกาส แต่

อาจเป็นไปได้ในบางครั้งที่ทำให้เกิดผลกระทบในเชิงสถาบันเป็นรูปเป็นร่างขึ้นมา (Foweraker, 1995: 102-103) เพราะสามารถตอบสนองข้อเรียกร้องในระยะสั้นเท่านั้น และยังต้องขึ้นกับผู้นำองค์กรในขณะนั้นๆ ด้วย

ตัวอย่างจากขบวนการเคลื่อนไหวคลาสสิกที่แสดงให้เห็นการใช้วิถีทางประชาธิปไตยในขบวนการเคลื่อนไหวจะทำให้ได้รับความชอบธรรมในการเคลื่อนไหว คือ งานของ Amory Starr, Maria Elena Martinez-Torres, Peter Rosset (2011) ได้สรุปในงาน Participatory Democracy in Action: Practices of the Zapatistas and the Movimento Sem Terra เกี่ยวกับการบริหารจัดการตัวเองแบบอิสระของขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสังคมที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในรอบ 2 ทศวรรษที่ผ่านมาโดยศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่ปรากฏในขบวนการโดยในกรณีเม็กซิโกกลุ่มชาวป่าติस्ताได้แบ่งองค์ประกอบ 6 ประเด็น คือผู้นำทางการเมืองและกองกำลังการเมืองและที่ปรึกษาเฉพาะของแต่ละกลุ่มย่อยสภาการบริหารที่เป็นอิสระในการบริหาร และการสับเปลี่ยนตำแหน่งบริหารที่แตกต่างกันไปผ่านการเลือกตั้ง เศรษฐกิจชุมชนและการเป็นอิสระไม่ขึ้นกับรัฐในการกำหนดแนวทางการผลิตของท้องถิ่นตัวเองการยอมรับการรณรงค์รอบประเด็นทางการเมืองที่เปิดกว้างต่อทุกกลุ่ม และประเด็นสุดท้ายคือการสร้างเครือข่ายกับกลุ่มต่อต้านเสรีนิยมใหม่ (anti-neoliberal) จากทั่วโลกในกรณีนี้จะเห็นลักษณะการต่อต้านทั้งปฏิกิริยาโต้กลับต่อเสรีนิยมใหม่ การสร้างวาทกรรมของตัวเองต่อสาธารณะ

ส่วนข้อสรุปของฟากการเคลื่อนไหว The Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) ของบราซิลมีองค์ประกอบโครงสร้างประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม 6 ประเด็นคือการยึดที่ดินทำกินที่ขัดแย้ง (Encampment) การตัดสินใจจากหน่วยย่อยในครอบครัว “nucleo de base” (NB) ในการเลือกตัวแทนสู่สภาชุมชนการจัดการศึกษาให้การเรียนรู้การใช้ทรัพยากรจากรัฐแต่ไม่รับอุดหนุนจากส่วนกลางการผลิตที่สมาชิกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจลงมือทำและที่คล้ายคลึงกับขบวนการเคลื่อนไหวอื่นๆ คือการสร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายภายนอก

ผู้ศึกษาพบลักษณะประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม และการเชื่อมสร้างพันธมิตรต่อสาธารณะและเครือข่ายระดับนานาชาติของขบวนการเคลื่อนไหวสำคัญในละตินอเมริกา ซึ่งจะนำมาเทียบเคียงอธิบายต่อไปว่าเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ ที่เบื้องต้นมีการเคลื่อนไหวที่หลากหลายและมียุทธศาสตร์สร้างสัมพันธ์กับเครือข่ายต่างประเทศและเวทีสาธารณะภายนอกในแบบคล้ายคลึงกันนี้ จะเกี่ยวข้องกับ การประสบความสำเร็จในการสร้างความแข็งแกร่งให้กับเครือข่ายให้มีความยั่งยืนต่อไปได้มากน้อยเพียงใด เนื่องจากยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาความยั่งยืนของเครือข่ายผู้ติดเชื่อหลังจากประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวเรียกร้องในประเด็นสำคัญ

2.2 แนวคิดว่าด้วยนโยบายสาธารณะ

ตามแนวคิดคลาสสิกนโยบายสาธารณะคือสิ่งที่รัฐบาลเลือกจะกระทำ หรือไม่กระทำโดยจะครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ทั้งหมดของรัฐบาล (Dye, 2004) แต่ในข้อถกเถียงร่วมสมัยการกำหนดนโยบายขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม หากอำนาจการต่อรองอยู่ที่ฝ่ายใด การก่อรูปนโยบายจะแตกต่างกันไป โดยผู้คนในสังคมจะอยู่ในฐานะของฝ่ายกีดกันนโยบาย

2.2.1 องค์ประกอบของนโยบายสาธารณะ

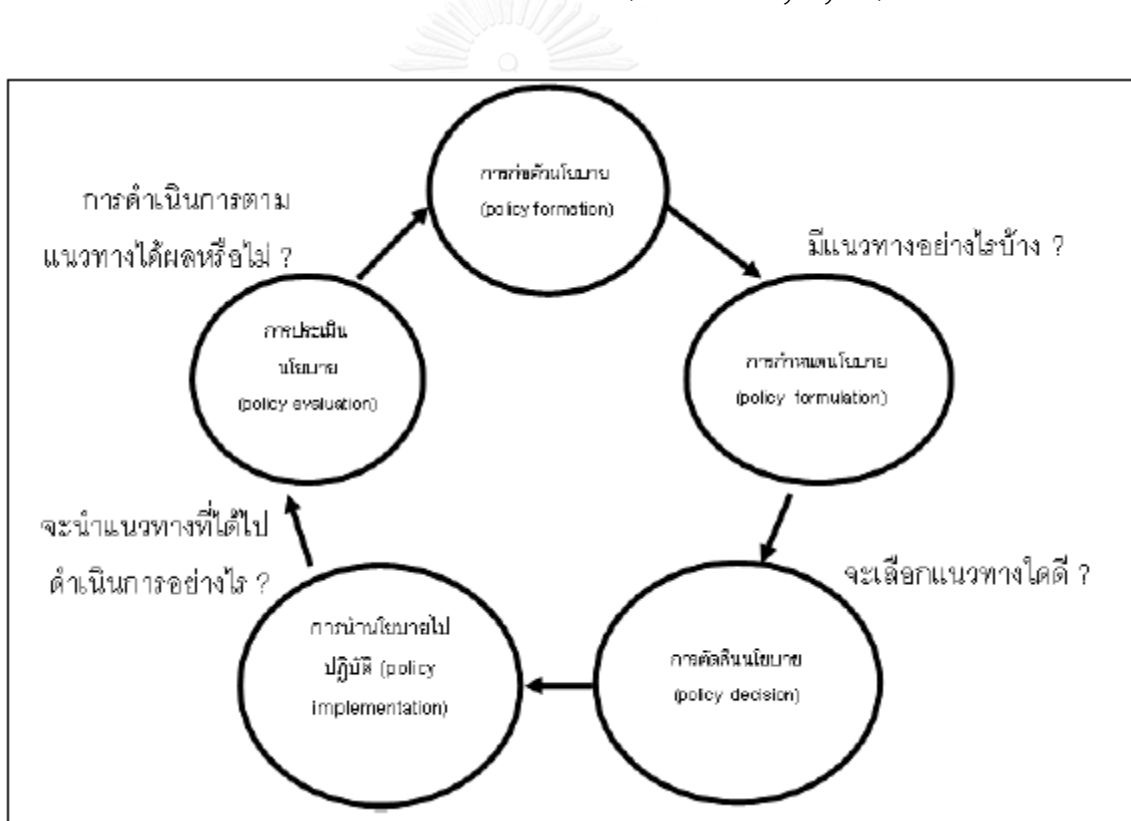
1. เป็นกิจกรรมที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำ หรือไม่กระทำ โดยใช้อำนาจของรัฐในการจัดสรรกิจกรรมเพื่อตอบสนองค่านิยมของสังคม ซึ่งผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายสาธารณะได้แก่ผู้นำทางการเมือง ฝ่ายบริหาร ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายตุลาการ พรรคการเมือง สถาบันราชการ ข้าราชการ และประมุขของประเทศ
2. การกำหนดจะต้องมีแบบแผน ระบบและกระบวนการอย่างชัดเจน เป็นการกระทำที่มีการสานต่ออย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนจำนวนมาก
3. ต้องปรากฏเป็นจริง มิใช่เป็นเพียงการแสดงเจตนารมณ์หรือความตั้งใจที่จะกระทำ ด้วยคำพูดเท่านั้น
4. กิจกรรมที่เลือกกระทำต้องมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญของสังคม ทั้งปัญหาความขัดแย้งหรือความร่วมมือของประชาชน เพื่อผลประโยชน์ของประชาชนจำนวนมาก มิใช่การตัดสินใจเพื่อประโยชน์เฉพาะบุคคล และเป็นจุดของการตัดสินใจที่เป็นระบบมิใช่การตัดสินใจแบบเอกเทศ
5. เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมทั้งกิจกรรมภายในประเทศและระหว่างประเทศ กิจกรรมที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ อาจก่อให้เกิดผลทั้งทางบวก และทางลบต่อสังคม เป็นกิจกรรมที่ชอบด้วยกฎหมาย

ตามแนวคิดคลาสสิกจะเป็นตัวแบบในการบริหารงานปกครองแบบเก่าที่จะเห็นได้ว่าไม่มีองค์ประกอบ เปิดโอกาสการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในกระบวนการจัดทำนโยบายทุกขั้นตอน เพราะตัวแบบเก่าเน้นไปที่ความตั้งใจของรัฐในการตัดสินใจในการแบ่งสรรทรัพยากรหรือคุณค่าต่างๆ ของสังคมว่าใครได้อะไร เท่าใด อย่างไร มักจะสะท้อนให้เห็นได้จากตัวบทกฎหมายจากตัวบทกฎหมายมติคณะรัฐมนตรี ระเบียบข้อบังคับและการอนุมัติสั่งการต่างๆ ของผู้กำหนดนโยบายหรือผู้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย เป็นการกระทำ หรือกิจกรรมของนโยบายรัฐ เมื่อพิจารณาถึงขั้นตอนรายละเอียดวงจรนโยบาย

2.2.2 วงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle)

- ก. การก่อตัวนโยบาย (Policy formation)
- ข. การกำหนดนโยบาย (Policy formulation)
- ค. การตัดสินใจนโยบาย (Policy decision) การตัดสินใจว่าจะดำเนินนโยบายที่กำหนดไว้
อย่างไร
- ง. การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) จะนำแนวทางที่ได้ไปดำเนินการ
อย่างไร
- จ. การประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation) การดำเนินการตามแนวทางได้ผลหรือไม่

ภาพที่ 2.1 วงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle)



ก. การก่อตัวนโยบาย (Policy formation)

ขั้นตอนนี้เป็นการระบุปัญหาให้ชัดเจนเพื่อเป็นพื้นฐานในการกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ลักษณะสภาพของปัญหาสาธารณะให้ชัดเจนว่าปัญหาที่กำลังปรากฏอยู่นั้นเป็นปัญหาอะไร ใครเป็นผู้ได้รับผลกระทบ ผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบที่เกิดจากการแก้ไขตรงตามที่คาดหวังหรือไม่ ใครเป็นผู้รับผิดชอบใน

การนำไปปฏิบัติ รวมถึงการใช้ทรัพยากรอะไร การระบุปัญหาให้ชัดเจนเป็นหลักการสำคัญที่จะทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์ของการแก้ไขปัญหาสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขที่ปรากฏขึ้นอย่างแท้จริง และจะกลายเป็นประเด็นเชิงนโยบายที่เข้าสู่วาระความสนใจจากผู้กำหนดนโยบาย

วาระความสนใจที่ได้รับส่วนใหญ่มักจะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญแตกต่างกัน อาทิ ปัญหาที่มีความรุนแรงทางการเมือง ปัญหาที่ขยายตัวกระทบผู้คนกว้างขวาง สะท้อนความรู้สึกคน หรือปัญหาสิ่งแวดล้อม

ข. การกำหนดนโยบาย (Policy formulation)

กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะ คือการนำปัญหาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นนโยบายที่เป็นรูปธรรม อันประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ระบบการเมือง ปัจจัยนำออกที่เป็น การนำปัญหาที่เป็นปัจจัย และข้อเสนอของสังคมเข้าสู่ระบบ ปัจจัยนำเข้าอาจมาจากการที่พรรคการเมืองต่าง ๆ ได้นำเสนอนโยบายไว้ในกาหาเสียง และในที่สุดก็กลายเป็นคำมั่นในการที่ต้องกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเมื่อเข้ามาเป็นรัฐบาลบริหารประเทศ

ระบบการเมือง คือ ข้อเสนอข้อรัฐบาล

ปัจจัยนำออก คือ นโยบายซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของกฎหมายต่างๆคือพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา และประกาศคำสั่งกระทรวง เป็นต้นขณะเดียวกันก็จะมีการป้อนกลับสู่ระบบการเมืองโดยมีสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง เป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนกำหนดและเปลี่ยนแปลงนโยบาย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้

กระบวนการผลักดันนโยบายของรัฐโดยกลุ่มมีอยู่ 2 รูปแบบ

- 1) กระบวนการระดมพลังสมาชิก (mobilization process) และกระบวนการทำหน้าที่ตัวกลาง (mediation process) (Olsen, 1993: 148-149 อ้างในอนุสรณ์ ลิมมณี, 2542) ซึ่งรูปแบบแรก กลุ่มไม่ได้มีบทบาทหน้าที่โดยตรงจะมีหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกแต่ละคนหันมาสนใจกิจกรรมและความเป็นไปทางการเมืองโดยการให้คำแนะนำและให้ความรู้ ตลอดจนชี้ช่องในการผลักดันนโยบายหรือเรียกร้องต่อรัฐ
- 2) กระบวนการที่กลุ่มผลประโยชน์แสดงบทบาทตัวกลางระหว่างกลุ่มปัจเจกชนที่มีเป้าหมายและปัญหาร่วมกันฝ่ายหนึ่งกับรัฐบาลอีกฝ่ายหนึ่ง โดยการให้ข้อมูลข่าวสารและเสนอช่องทางที่จะเรียกร้องต่อรัฐบาล หรือ ผลักดันนโยบายรัฐแก่สมาชิก และให้ข่าวสารข้อมูลกับรัฐบาลว่าประชาชนต้องการอะไร (Olsen, 1993: 148-149 อ้างในอนุสรณ์ ลิมมณี, 2542)

ลักษณะของเครือข่ายนโยบายที่นำมาใช้อธิบาย เป็นตัวแบบที่อธิบายปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายนโยบายกับผลของนโยบายที่แต่ละฝ่ายต่างมีผลกระทบต่อกันและกัน โดยอาศัยปัจจัยเชิงโครงสร้าง (structure) และปัจจัยเกี่ยวกับผู้กระทำการ (agency) ที่ความสัมพันธ์จะเชื่อมโยง ฟังพากัน

ค. การตัดสินใจนโยบาย (Policy decision)

การเลือกนโยบาย หมายถึง การเลือกวิถีทางหรือแนวนโยบายที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ อาจรวมถึงนโยบายเทคนิคและกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี หลักจริยธรรมหรือคุณธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อค่านิยมที่เป็นรากฐานสำคัญในการเลือกนโยบาย

การเลือกนโยบาย หมายถึง การเลือกวิถีทางหรือแนวนโยบายที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ตามต้องการ อาจรวมถึงนโยบายเทคนิคและกลยุทธ์ต่างๆ ที่สามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี หลักจริยธรรมหรือคุณธรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อค่านิยมที่เป็นรากฐานสำคัญในการเลือกนโยบายการพิจารณาทางเลือกนโยบาย

- ประสิทธิภาพ Effectiveness ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายของทางเลือก
- ประสิทธิภาพ Efficiency ความสามารถในการผลิตผลผลิตโดยเปรียบเทียบจากต้นทุน
- ความพอเพียง Adequacy ความสามารถในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภายใต้เงื่อนไขของทรัพยากรที่มีอยู่
- ความเป็นธรรม Equity การกระจายตัวของผลการดำเนินการตามทางเลือก
- การตอบสนอง Responsiveness ความสามารถในการเติมเต็มความต้องการของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ
- ความเหมาะสม Appropriateness การพิจารณาเชิงคุณค่าและความเป็นไปได้ในทางกลยุทธ์ในการตัดสินใจเลือก

อนุสรณ์ ลิมมณี (2542) ได้สรุปใน “รัฐ สังคมและการเปลี่ยนแปลง: การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบายและเครือข่ายความสัมพันธ์” โดยสรุปให้เห็นบทบาทของกลุ่มประชาสังคมในการทำหน้าที่ตรวจสอบอำนาจรัฐในรูปแบบต่างๆ โดยเชื่อมโยงให้เห็นบทบาทของเครือข่ายและกลุ่มต่างๆในการเชื่อมโยงระหว่างด้านที่เป็นกิจกรรมของปัจเจกชน (private sphere) กับด้านที่เป็นกิจกรรมสาธารณะ (public sphere) หรือสังคมการเมือง (political society) ซึ่งมีรัฐที่เป็นศูนย์กลางในการกำหนดนโยบาย งานนี้มองว่าประชาสังคมจะมีบทบาทเฉพาะในสังคมที่มีรัฐประชาธิปไตยเพราะรัฐจะค้า

ประกันสิทธิในการรวมตัวและเสรีภาพด้านต่างๆ ในอีกด้านการดำรงอยู่ของรัฐประชาธิปไตยต้องอาศัยประชาสังคม เพราะกระบวนการประชาธิปไตยต่างๆจะดำเนินไปได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน บทบาทของกลุ่มประชาสังคมเป็นประเด็นสำคัญที่จะต้องทำหน้าที่ตรวจสอบว่า การใช้อำนาจรัฐดำเนินเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนหรือไม่ เพียงใด ผู้ครองอำนาจรัฐนั้นใช้อำนาจอย่างไร และมีการละเมิดสิทธิของประชาชนหรือไม่ (Mouzelis, 1995: 225-226)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนกระบวนการนโยบายดังกล่าวเป็นการจัดการนโยบายแบบกว้างในทุกประเภทชุดนโยบาย แต่การศึกษานโยบายด้านสาธารณสุขที่เฉพาะเจาะจงกรณีศึกษาเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่มีการศึกษาอย่างกว้างขวางเพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษากระบวนการจัดทำนโยบายด้านสาธารณสุขต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

ง. การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation)

การนำนโยบายไปปฏิบัติประกอบไปด้วยผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย อาทิ ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหารหรือระบบราชการ กลุ่มกดดัน องค์กรชุมชนหรือภาคประชาสังคม ซึ่งเงื่อนไขการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ จะประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงไรขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ- ความยากง่ายของสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญอยู่โครงสร้างตัวบทของนโยบายสาธารณะ- โครงสร้างนอกเหนือตัวบทของนโยบายสาธารณะ

จ. การประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation)

- จริยธรรมนโยบายสาธารณะ
- จริยธรรม ตามความหมายของท่านพุทธทาสภิกขุ จริยธรรมคือ สิ่งที่พึงประพฤติจะต้องประพฤติ
- ส่วนศีลธรรม หมายถึง สิ่งที่กำลังประพฤติอยู่ หรือประพฤติแล้ว

อย่างไรก็ตาม ในรูปแบบวงจรนโยบายข้างต้นที่ได้สรุปมาเพื่อให้เห็นภาพกระบวนการทั้งหมดของการจัดทำนโยบายสาธารณะที่ถูกท้าทายจากตัวแบบวิเคราะห์แบบอื่น เนื่องจากแท้จริงแล้วการออกนโยบายไม่ได้เกิดจากฝ่ายผู้มีอำนาจเพียงฝ่ายเดียว หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในลักษณะแบบแน่นอนตายตัว แต่เกิดจากการต่อรองอำนาจ ความสัมพันธ์อำนาจระหว่างรัฐกับสังคมที่สามารถเชื่อมโยงแนวการอธิบายเข้ากับปรากฏการณ์ ดังที่จะอธิบายต่อไป

2.2.3 ตัวแบบความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับสังคม

ตัวแบบนี้่อธิบายให้เห็นว่าความสัมพันธ์แบบเครือข่ายนโยบายมีผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม การผลักดันนโยบาย คนบุกเบิกคือ Rhodes (2006) ที่ได้ระบุว่าในการศึกษาตัวแบบ

นี้จะศึกษาเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดแบบเดิมที่อาศัยปัจจัยเชิงโครงสร้าง หรือผู้กระทำการ (อนุสรณ์ 152) เพื่อให้เห็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายนโยบายกับผลของนโยบายที่แต่ละฝ่ายมีผลต่อกัน (Rhodes, 2006: 199-208)

ลักษณะของเครือข่ายนโยบายเป็นแบบฉบับความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนหรือบุคคลที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับหน่วยงานของรัฐในนโยบายด้านใดด้านหนึ่ง กลุ่มคนจะเชื่อมโยงในลักษณะพึ่งพาอาศัยกัน ทำให้การต่อรอง การประเมินการผลักดันจะเกิดขึ้นในคนกลุ่มน้อยที่เกี่ยวข้อง คือ การจำกัดกันอยู่

รูปแบบของเครือข่ายนโยบาย-จะศึกษาในแง่เครือข่ายนโยบาย (Smith, 1993: 65; Blom-Hansen, 1997: 671 อ้างในอนุสรณ์ ลิมมณี, 2542: 154) รูปแบบ คือ

1. รูปแบบชุมชนนโยบาย (Policy community) สมาชิกมีจำนวนจำกัดในการเข้าร่วม อาจมีหน่วยงานเดียว กลุ่มคนที่มีกิจกรรมเกี่ยวข้องโดยตรง ช่องทางเข้าสู่กระบวนการนโยบายอาจมีลักษณะปิดกันเพื่อกำหนดนโยบายนั้นโดยเฉพาะมีความต่อเนื่องมากกว่า อาทิ นโยบายการช่วยเหลือของชุมชนในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในส่วนของรูปแบบองค์กรต่างๆและจะดำรงอยู่เป็นเวลานานเนื่องจากมีสมาชิกหมุนเวียนโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบมากมายนัก

2. เครือข่ายประเด็นปัญหา (issue networks) รูปแบบที่สอง องค์กรของรัฐหลายหน่วยงานมาร่วมกันแก้ไขปัญหา ระดมผู้เชี่ยวชาญจากผู้รับผิดชอบกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ และมีตัวแทนจากประชาชน ภาคส่วนต่างๆของสังคมเข้ามามีส่วนร่วม โดยในกระบวนการนี้เปิดพื้นที่ให้กับทุกกลุ่ม ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วม คือการมีส่วนร่วมจะต่อเนื่องเนื่องจากการเข้าร่วมของสมาชิกในชุมชนเนื่องจากกลุ่มที่เข้าไปเกี่ยวข้องจะไม่ค่อยเปลี่ยน จะดำรงอยู่เป็นเวลานาน เช่น คนรักหลักประกัน ส่วนรูปแบบของเครือข่ายในลักษณะนี้ผู้ที่มามีบทบาทเกี่ยวข้องกับนโยบายจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ เครือข่ายนโยบายแบบนี้จึงขาดความต่อเนื่อง เมื่อเปลี่ยนรัฐบาลก็ต้องเปลี่ยนรูปแบบคณะกรรมการในการแก้ไขปัญหาเป็นชุดๆ ไป

น่าสนใจว่าเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ไม่ได้ดำเนินนโยบายในรูปแบบชุมชนนโยบาย ระดับชุมชนเท่านั้น แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้กับหน่วยงานต่างๆเข้าไปร่วมมือกับชุมชนในรูปแบบผสม ไม่ได้เป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งโดยสิ้นเชิง

ซึ่งงานวิจัยชิ้นนี้จะทดสอบข้อท้าทายของทฤษฎีกรณีที่ผู้กระทำการเป็นกลุ่มที่เชื่อมตัวเองเข้ากับระดับโครงสร้างใหญ่ เชื่อมร้อยผู้กระทำการระดับต่างๆเข้ามา ทั้งหน่วยงานรัฐ หน่วยงานระดับนานาชาติ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข กองทุนโลก (Global fund) และภาคประชาชน

2.3 งานศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การศึกษางานนี้ต้องเริ่มตั้งแต่การเริ่มรวมตัวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ต้องย้อนศึกษาอย่างละเอียดตั้งแต่การเริ่มก่อตัวเพื่อกระทำการร่วมของบุคคลที่แตกต่างหลากหลาย เพื่อนำมาวิเคราะห์วิธีการเคลื่อนไหวว่าเป็นการเคลื่อนไหวแบบใดและจะส่งผลกระทบต่อมุมมองการวิเคราะห์ทางการเมืองในแง่สัมพันธภาพเชิงอำนาจต่อไปอย่างไร

ในงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย เรื่อง “จากคนหมายเลขศูนย์สู่ผู้นำภาคประชาชน” (2551) ทำให้เข้าใจตั้งแต่ ปีพ.ศ.2538 จากการรวมตัวแบบไม่เป็นทางการของกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบนและภาคกลาง จนกระทั่งตั้งเครือข่ายอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2540 งานชิ้นนี้ทำให้เข้าใจความยากลำบากอย่างหนักของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงแรกของเชื้อเข้ามาในประเทศไทย และสภาพปัญหาที่มีต่อผู้ติดเชื้อที่อยู่ด้วยความยากลำบากทั้งความใหม่ของโรคและความหวาดกลัวจากสังคมชุมชนและแม้กระทั่งคนในครอบครัว งานชิ้นนี้ทำให้เห็นพัฒนาการการทำงานของผู้ติดเชื้อฯ ในหลายพื้นที่ได้ขยายขอบเขตการทำงานมากขึ้น เช่นการเป็นวิทยากรสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์ในชุมชน จนกระทั่งนำไปสู่การพยายามให้ชุมชนเห็นปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ การเป็นผู้ร่วมรักษาในรูปแบบ “ศูนย์องค์รวม” ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลที่นับเป็นรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นที่ใดในโลกมาก่อน จากนั้นเครือข่ายได้ปรับบทบาทในการทำงานมุ่งหน้าเชิงนโยบายมากขึ้นเพื่อให้มีผู้แทนจากผู้ติดเชื้อฯ เสนอทางออกแก้ไขปัญหาต่อระดับนโยบายรัฐบาลก้าวแรกในปลายปี พ.ศ.2542 คือการผลักดันรัฐบาลให้ประกาศ “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL) ในเข้าถึงยารักษาแต่ไม่ประสบความสำเร็จ จากนั้นพัฒนาการต่อสู้จนประสบความสำเร็จในการเรียกร้องรัฐบาลให้รวมยาต้านไวรัสไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสามสิบบาทรักษาทุกโรค และการประกาศทำ CL ยา เอฟาวิเรนซ์ (efavirenz, EFV) ยาสูตรผสม โลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ (lopinavir/ritonavir, LPV/r) และโคลพิโดเกรล (clopidogrel) ซึ่งสองรายการแรกคือยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัจจุบันเครือข่ายผู้ติดเชื้อขยายมีจำนวน 1,050 กลุ่ม ตั้งแต่ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด รวมตัวกันเป็นเครือข่ายระดับภาค จำนวนทั้งสิ้น 7 ภาค ประกอบด้วย เครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน ภาคเหนือตอนล่าง ภาคอีสาน ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคตะวันตกและภาคใต้ แต่งานชิ้นนี้เน้นศึกษาหลักๆ ที่กระบวนการทำงานภายในองค์กร ทำให้ผู้ศึกษาจะต่อยอดในการทำความเข้าใจกระบวนการเคลื่อนไหว และยุทธศาสตร์ในระดับภายนอกองค์กรและการปฏิสัมพันธ์กับพลังอำนาจต่างๆ ในสังคมเพื่อให้เห็นการกระทำการกลุ่มและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเคลื่อนไหวนั้น

งานที่ทำให้เกิดความเข้าใจเชื่อมโยงการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมเพื่อเรียกร้อง ประเด็นสุขภาพที่กลุ่มผู้เดือดร้อนต้องการสะท้อนจากงานของ นายแพทย์ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เรื่อง” ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย : ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ” (2548) ได้วิเคราะห์ ให้เห็นหลักการและแนวคิดที่สำคัญที่อยู่เบื้องหลังของการปฏิรูป รวมทั้งยุทธศาสตร์ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในช่วง ปี พ.ศ.2543-2546 ของกระบวนการปฏิรูป งานชิ้นนี้ทำให้เห็นความสำคัญของการรวมตัวเป็นเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ จำเป็นต้องมีเวทีพิจารณาปัญหาาร่วมกัน โดยเขาให้ความสำคัญกับ กลุ่มคนทำงานสาธารณะเหล่านี้ในนามภาคประชาสังคมว่า ที่ต้องทำงานในอาณาบริเวณที่ปัจเจกบุคคล และกลุ่มคนที่ใส่ใจต่อความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมส่วนรวม มีความร่วมแรงร่วมใจกัน และก่อดำเนินการเป็นองค์กร เพื่อมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของสาธารณะ สร้างเวทีการถกแถลง เพื่อให้ปัญหาและความต้องการต่างๆ ได้รับการพิจารณาาร่วมกัน เป็นกระบวนการใช้เหตุผลและความสมานฉันท์เพื่อหาทางออกร่วมกัน ในงานชิ้นนี้ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจความสำคัญของการเคลื่อนไหวที่ต้องเชื่อมโยงกับการสร้างความเข้าใจในกลุ่มคนทำงาน และความสำคัญของการมีพื้นที่เฉพาะในการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหา อย่างไรก็ตามงานชิ้นนี้ยังไม่ได้ให้ภาพการเคลื่อนไหวของขบวนการที่เกี่ยวกับการสร้างความเข้าใจกับเครือข่ายภายนอก การเชื่อมโยงกับโครงสร้างโอกาสทางการเมืองภายนอกที่เป็นปัจจัยสำคัญ

ดังที่ได้กล่าวก่อนหน้าว่าเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เป็นเครือข่ายที่รวมตัวกันอย่างเข้มแข็งมีบทบาทการเชื่อมประเด็นของตนเองสู่ประเด็นระดับโลกได้อย่างน่าสนใจ ทั้งการสร้างวาทกรรมการต่อสู้กับระบบเสรีนิยมใหม่ที่มากับอิทธิพลของบริษัทยา สิทธิของผู้ป่วยในการมีชีวิต และการเรียกร้องการสนับสนุนเชิงจริยธรรมจาก “ผู้ดู” ที่อยู่ในระดับนานาชาติให้เข้าร่วมสนับสนุนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อไทย เมื่อศึกษางานวิจัยของ Kal Elle (กัลย์ อิลี, 2551) เรื่อง“การสร้างเครือข่ายของขบวนการทางสังคมข้ามพรมแดน: กรณีการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาในประเทศไทย” จะทำให้เข้าใจวิธีการสร้างการสนับสนุนจากเครือข่ายข้ามชาติระหว่างกลุ่มขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจนสามารถต่อสู้กับบริษัทยาขนาดใหญ่โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายขบวนการเพื่อสังคม นักวิชาการและตัวแสดงที่หลากหลายจากทั่วโลก อาทิ บิล เกตส์ มหาเศรษฐีมีชื่อ มูลนิธิบิล คลินตัน องค์กรการกุศล เป็นต้น จนทำให้การรณรงค์ได้รับชัยชนะในที่สุดและทำให้ประเทศไทยกลายเป็นกรณีตัวอย่างจากการใช้ข้อมูลข่าวสารการสร้างประเด็นการต่อสู้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทำให้ได้รับพลังสนับสนุนที่กว้างขวางโดยพบลักษณะเด่นของขบวนการทางสังคมข้ามพรมแดนนี้ซึ่งประการที่ทำให้ประสบความสำเร็จคือการเข้าร่วมของผู้กระทำกรณณ์ที่แตกต่างหลากหลายการแบ่งงานกันในการเชิงยุทธศาสตร์การตอบสนองเพื่อเผชิญกับความกดดันกรณีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาหรือซีแอลและความต่อเนื่องของการรณรงค์

ในการศึกษาขั้นนี้ผู้ศึกษาจะต่อยอดทำความเข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ของสมาชิกในเครือข่ายว่ามีปฏิบัติการประชาธิปไตยอย่างไรบ้างเพื่อเอื้อต่อการเรียนรู้พัฒนาประชาธิปไตยในการสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนชายขอบที่เปรียบเสมือนกลุ่มเปราะบางในการได้รับการตอบสนองจากรัฐ อย่างไรก็ตามงานชิ้นนี้มีระยะเวลาศึกษาจำกัดทำให้มีประเด็นที่น่าสนใจอย่างลึกซึ้งต่อไป อาทิ ยุทธศาสตร์การสร้างอัตลักษณ์ในกลุ่มย่อยที่หลากหลายที่จะเข้าร่วมสนับสนุนประเด็นที่ซับซ้อนและผลสะท้อนที่กว้างขวางนอกเหนือจากความสำเร็จในประเด็นการทำ CL ยาเท่านั้น

ประเด็นการต่อสู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้เป็นเพียงปัญหาด้านการระบาดวิทยาเท่านั้น แต่สะท้อนปัญหาที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงยารักษาที่เกิดจากระบบการค้าโลกที่หนังสือสิทธิบัตรยา: ยาใจคนรวย โดยกรณีการ กิจติเวชกุล ได้สร้างกรอบความเข้าใจการเอารัดเปรียบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยารักษาโรคเพราะราคาแพงเกินไปอีกทั้งมีการใช้ศัพท์เฉพาะที่สับสนทางธุรกิจยากแก่การเข้าใจเรื่องต้นทุน-กำไรงานชิ้นนี้มีประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเพราะจะสามารถเชื่อมโยงทำความเข้าใจตัวแสดงหลักที่ปรากฏขึ้นบนฐานความไม่เท่าเทียมนี้โดยผ่านตัวแสดงคือรัฐบาลสหรัฐธุรกิจข้ามชาติและนักการเมือง โดยงานชิ้นนี้ได้ศึกษาย้อนตั้งแต่ปี พ.ศ.2528 พบว่าสหรัฐอเมริกาใช้รูปแบบการเจรจาการค้าสองฝ่ายกับไทยโดยสหรัฐฯ เสนอสิทธิพิเศษทางภาษีศุลกากรหรือที่เรียกกันว่า GSP (The U.S. Generalized System of Preferences) แลกกับการให้ประเทศไทยทำการแก้ไขสิทธิบัตร, คุ้มครองสิทธิบัตรผลิตภัณฑ์งานชิ้นนี้ยังขยายกรอบการทำความเข้าใจเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยต่อด้วยว่าวิธีการที่ปรากฏในการเอารัดเอาเปรียบได้เป็นการกระทำที่ประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน

งานชิ้นนี้ศึกษาประเทศจากกลุ่ม CAFTA-DR แอฟริกาใต้บราซิลอินเดียนาเลเซียนโดนีเซียและประเทศไทยพบว่าทุกประเทศถูกกดดันให้เปลี่ยนกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อแลกกับสิทธิพิเศษทางการค้าตัวแสดงหลักของเรื่องยังมีความคล้ายคลึงกัน อาทิ อุตสาหกรรมยาข้ามชาติคือสมาคมอุตสาหกรรมยา (PhRMA) บริษัทสาขายาข้ามชาติอเมริกันที่ใหญ่ที่สุดเช่น PMA ในแอฟริกาใต้ Rx&D ในแคนาดา สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PreMA) ในไทยบรรดานักธุรกิจโดยเฉพาะกลุ่มส่งออกที่หัวเนกรว่าแรงกดดันจากสหรัฐฯ จะส่งผลกระทบต่อธุรกิจของตนจึงต้องลှอบบี้รัฐบาลข้าราชการให้ยินยอมทำตามเงื่อนไขของอุตสาหกรรมยาข้ามชาติซึ่งหนังสือเล่มนี้ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจภาพของกฎกติกาการค้าระดับประเทศที่มี “อำนาจ” แฝงอยู่ในสินค้าด้านสุขภาพที่ต้องผ่านการเจรจาต่อรอง การล็อบบี้ทางการเมือง และการกดดันในเวทีระดับโลกแต่ในงานชิ้นนี้จะศึกษากระบวนการต่อรอง กดดันของแกนนำในเครือข่ายและเอ็นจีโอในการต่อรอง กดดันรัฐ

สอดคล้องกับบทความของวีรชัย พลาศรัย เรื่อง “การเข้าถึงยากกับการค้าระหว่างประเทศ” ที่ระบุให้เห็นชัดเจนว่าปัญหาของผู้ป่วยโรคต่างๆ ไม่ใช่เพราะไม่มียารักษาโรคแต่สิทธิบัตรยังคงเป็นอุปสรรคของการเข้าถึงยาพื้นฐานยารักษาโรคที่ซับซ้อนขึ้นมักจะถูกผูกขาดโดยสิทธิบัตรซึ่งยารักษาโรค

เอตส์ขั้นที่สอง (second-line antiviral treatments) ก็เป็นยาเข้าถึงยากเช่นเดียวกับยารักษาวัณโรคคือยาหรือยารักษาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่นเบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจฯลฯ ทำให้มีข้อถกเถียงกันระหว่างการมองว่าบริษัทยามีต้นทุนในการผลิตยาเมื่อมีค่าใช้จ่ายด้านการวิจัยและพัฒนาสูงราคายาก็ต้องสูงตามเป็นธรรมดาในขณะที่อีกฝ่าย มองว่าเป็นการค้ำกำไรบนความเป็นความตายของผู้คน

งานที่ศึกษาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ที่เรียกร่องรัฐบาลไทยให้ทำ CL ยารักษาเอชไอวี ได้ให้เห็นผลงานของขบวนการเคลื่อนไหวที่ส่งผลต่อการที่ผู้ป่วยจำนวนมากสามารถเข้าถึงยารักษาได้ โดย อินทิรา ยมาภักย์, อดุลย์ โมฮารา, คศนงค์ ไชยศิริ, วันดี กริชอนันต์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, และยศ ติระวัฒนานนท์ ศึกษาเรื่องการประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทยระหว่างปี 2549-2551 ได้ทำให้รับทราบการประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2549-2551 ในยา 7 รายการว่าในด้านสุขภาพในรูปของการเพิ่มผลผลิตจากการเข้าถึงยามีสถานการณ์ดีขึ้นมาตรการนี้สามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาได้เพิ่มขึ้นจำนวน 84,158 คนในระยะเวลา 5 ปีหลังการประกาศใช้ มาตรการฯ หากประเมินเป็นผลได้ทางเศรษฐกิจที่เพิ่มขึ้นจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีชีวิตยืนยาวขึ้นจากการเข้าถึงยาคิดเป็นเงิน 132 ล้านบาทหรือสหรัฐ (4,338 ล้านบาท) ในขณะเดียวกันการโต้ตอบทางการค้าจากสหรัฐอเมริกาโดยการยกเลิกสิทธิพิเศษทางภาษี (General System of Preference: GSP) ในสินค้า 3 รายการของไทยนั้นพบว่าไม่มีผลต่อมูลค่าการส่งออกและการลงทุนจากต่างชาติโดยรวมของไทย

การทบทวนวรรณกรรมสามชิ้นหลังทำให้ได้ภาพในการนำไปศึกษาการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในการเรียนรู้ปัญหาที่เกิดจากความซับซ้อนของระบบทุนระบบตลาดในวงการอุตสาหกรรมยาเชื่อมกับการเมืองระหว่างประเทศที่จะสามารถนำมาปรับอธิบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อในประเทศไทยว่าตัวแสดงทั้งนักการเมืองนักล็อบบี้สตีร์ข้าราชการและธุรกิจอุตสาหกรรมยาข้ามชาติเหล่านี้เข้ามากดดันการทำงานเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทั้งนี้ในงานชิ้นนี้จะศึกษาเพิ่มเติม ว่าความเข้าใจในประเด็นเหล่านี้ นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ในการต่อสู้ที่มาจากความไม่เท่าเทียมที่ซับซ้อนแยบยลและมีอำนาจเหนือกว่าแทบจะทุกด้านได้อย่างไร

นอกจากนี้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ยังได้เกี่ยวข้องกับ การประสานเครือข่ายจนสามารถสร้างความเข้มแข็งเป็นพลังเคลื่อนไหวได้ หนังสือ "หลังประติมากรรมสาธารณสุข 20 ปีเบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย" ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553) ปูพื้นฐานความเข้าใจปัญหาเอชไอวี/เอตส์ ลึกซึ้งว่าการแก้ไขปัญหาเมื่อเชื้อเริ่มระบาดเข้าสู่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาอะไรบ้าง รวมทั้งนโยบายการแก้ไขปัญหาที่ต้องเริ่มต้นพินฉ่า รวมทั้งทำให้เห็นภาพการเชื่อมโยงการทำงานของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ที่ต้องประสานงานกับบุคคล องค์กร กลุ่มหลายฝ่าย รวมทั้งการเจรจา ประสานกับฝ่ายการเมือง

ด้วย อาทิ เรื่องราวของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้บุกเบิกให้คนไทยมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รวมถึงยาต้านเอ็ดส์ นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ผู้ผลักดันระบบการเข้าถึงยาถ้วนหน้าและการทำ CL ยาต้านเอ็ดส์ให้ราคาถูกลง และนายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้บุกเบิกคนแรกในโครงการถุงยางอนามัย 100% ที่สะท้อนให้เห็นพัฒนาการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในประเทศไทยตั้งแต่แรกเริ่มว่าเป็นปัญหาเรื่องการขาดความเข้าใจ การเลือกปฏิบัติ รังเกียจทางเพศ เกสซ์กรหญิงสำลี ใจดี กรรมการมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ที่เป็นกำลังสำคัญในการให้ความรู้เรื่องกฎหมายระหว่างประเทศเกี่ยวข้องกับยาต้านเอ็ดส์ และการสนับสนุนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการให้ความรู้เมื่อเข้าสู่การพิจารณาคดีที่ผู้ติดเชื้อต้องเข้าสู่กระบวนการฟ้องร้องบริษัทฯ ในการทบทวนวรรณกรรมชิ้นนี้ทำให้เห็นภาพการต่อสู้ผลักดัน และกลไกการเมืองที่เครือข่ายต้องร้องในการเรียกร้องต่างๆแต่ในงานนี้ยังขาดการเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ของกระบวนการต่อสู้ของเครือข่ายสุขภาพและเครือข่ายผู้ติดเชื้อในแง่มุมมองของพัฒนาการที่ชัดเจน

ส่วนยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ยังพบว่ามิจานาวิชาการจำนวนมากรองรับความชอบธรรมประเด็นข้อเรียกร้องของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ที่ทำให้ได้เห็นว่า การเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้รับกายอมรับในระดับโลก งาน An Economic Justification for Open Access to Essential Medicine Patents in Developing Countries โดย Sean Flynn, Aidan Hollis, and Mike Palmedo (2009) วิเคราะห์การทำ CL ยาต้านเอ็ดส์ของประเทศไทยว่าเป็นไปตามหลักการด้านเศรษฐศาสตร์ และเป็นสิทธิที่สามารถกระทำได้ในกรอบของกฎหมายที่กำหนด งานชิ้นนี้จะให้เห็นผลกระทบของการครอบงำของบริษัทข้ามชาติที่มีวิธีการเข้ามาครอบงำในรูปแบบสิทธิบัตรยาที่ถือเป็นการกระทำที่ทำให้กลไกตลาดมีความไม่สมบูรณ์มีความไม่เท่าเทียมในการกำหนดราคายาระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา แต่งานนี้เน้นศึกษาเฉพาะประเด็นการต่อสู้ในเชิงเศรษฐกิจ ทั้งๆที่ในทางเป็นจริงแล้วผลของการต่อสู้ของผู้ติดเชื้ออยู่ในทุกบริบท ทั้งสังคม การเมือง

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2005) เรื่อง External review of the health sector response to HIV/AIDS in Thailand องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าราคารักษาผู้ติดเชื้อจะเพิ่มทวีราคาสูงขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง โดยภายใน 15 ปีข้างหน้าคาดว่าราคายารักษาเอชไอวีจะแพงขึ้นอีก 5 เท่าตัว หากไม่มีวิธีการทำให้ยาตัวใหม่ๆ ลดราคาลงมาได้อีก ปัญหานี้จะยิ่งชัดเจนมากขึ้น ในรายงานฉบับนี้สนับสนุนการทำ CL กับยาที่ยากต่อการเข้าถึงเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา

ส่วนบทบาทของภาคประชาสังคมได้รับการยอมรับจากเครือข่ายผู้ทำงานด้านเอชไอวี/เอ็ดส์ว่ามีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสนับสนุนรัฐบาล และกดดันรัฐบาลให้รักษาผลประโยชน์ประชาชนมากกว่าประเด็นการค้า Nathan Forda และคณะ (2007) เสนอข้อค้นพบในงาน Sustaining access to antiretroviral therapy in the less-developed world: lessons from Brazil and Thailand

ที่ได้สรุปประเด็นชัดเจนว่าประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับกลางอย่างประเทศไทยและบราซิลไม่สามารถจ่ายเงินซื้อยารักษาเอดส์จากบริษัทยาข้ามชาติได้ การประกาศ CL จำเป็นต้องมีเครือข่ายภาคประชาชนมาร่วมแสดงพลังเพื่อเป็นการต่อสู้กับรัฐบาลสหรัฐ และบริษัทยา โดยยกตัวอย่างการเจรจาต่อรองของบราซิล และไทยที่ต้องต่อสู้อย่างหนักกว่าจะประสบความสำเร็จ ซึ่งงานชิ้นนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงกิจกรรมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าไปมีส่วนร่วมร่วมกับเครือข่ายองค์กรพันธมิตร ภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนในการเคลื่อนไหวประเด็นที่ใหญ่โตขึ้นจากเดิมที่ต่อสู้ประเด็นระดับชุมชนไปสู่ประเด็นที่มีมิติกว้างขวางในระดับนานาชาติ ทั้งประเด็นการต่อสู้กับระบบเสรีนิยมใหม่ ความไม่เป็นธรรมของกฎเกณฑ์การค้าระหว่างประเทศ รวมทั้งการต่อสู้เชื่อมโยงเครือข่ายที่ซับซ้อน

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อและเกี่ยวกับปัญหาเอชไอวี/เอดส์ทั้งหมดข้างต้นทำให้ผู้ศึกษาสามารถเข้าใจเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทั้งความเป็นมา องค์ประกอบ ปัญหา ข้อจำกัด ยุทธศาสตร์การต่อสู้ และบริบทภายนอกจากการเมืองภายในประเทศ และภายนอกประเทศที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวของเครือข่าย

รายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เสนอข้อมูลภาพรวมสถานการณ์เอดส์ว่า ในปี 2551 มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน และจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 3 ล้านคนในปี 2544 เหลือ 2.7 ล้านคนในปี 2551 และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากเอดส์ 2 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ของโรคเอดส์ ในประเทศไทย นับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี 2527 จนถึงปี 2550 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมในปี 2553 จำนวน 1,148,117 ล้านคน ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้ว 669,191 คน เหลือผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ 481,770 คนและมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 10,097 คนต่อปี (The Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2005)

ในการคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่ของ Asian Epidemic Model (2008) พบว่ากลุ่มที่น่าเป็นห่วงมากที่สุดคือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งยังคงมีอัตราการติดเชื้อสูงและมีแนวโน้มการติดเชื้อขยายวงกว้างขึ้น และมีสัดส่วนเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด สำหรับข้อมูลจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ของ Asian Epidemic Model ตั้งแต่ปี 2531-2559 พบว่าร้อยละ 41 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่คือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งยังคงมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญๆ ของประเทศไทย การติดเชื้อจากคู่อัยละ 32 พนักงานบริการและลูกค้า ร้อยละ 11 ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ร้อยละ 10 อย่างไรก็ตาม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายบางส่วนจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย โดยทางด้านระบาดวิทยามองว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นสะพานเชื่อมการระบาดที่สำคัญของการแพร่เชื้อไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น ทั้งนี้ ได้มีการพยายามคาดประมาณตัวเลขชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในประเทศไทยว่ามีประมาณ 560,000 คน โดยคำนวณจากร้อยละ 3 ของประชากรชายไทย อายุ 15–59 ปี (The Thai Working Group on HIV/AIDS Projections, 2005)

ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ (2547) ในงานเขียนเรื่อง “ฐานคติเรื่องเพศวิถีไทยนโยบายเรื่องเอดส์ของรัฐไทย” สรุปลงให้เห็นว่าการถูกกดขี่หรือถูกตีตราทางเพศ ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องตกอยู่ในสภาพที่ไร้ซึ่งอำนาจในการเลือกและตัดสินใจเรื่องเพศของตนเอง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถูกผลักกลายเป็นคนชายขอบ เพียงแค่พฤติกรรมทางเพศไม่เป็นไปตามแบบแผนของคนส่วนใหญ่ของสังคม การตีตราและเลือกปฏิบัติดังกล่าวถือว่าการละเมิดสิทธิทางเพศซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ การเมือง รัฐได้พยายามสร้างวิถีปฏิบัติทางเพศของคนในสังคมให้สอดคล้องและอัตลักษณ์ของชาติโดยกำหนดวิถีปฏิบัติทางเพศให้อยู่ภายใต้กรอบวาทกรรมวัฒนธรรมและประเพณีอันดีงามของไทย ที่เชื่อว่าสังคมไทยมีแบบแผนทางเพศที่ดีงาม คนส่วนใหญ่ต้องปฏิบัติตามแบบแผนพฤติกรรมที่ว่านี่จึงจะถือว่าถูกต้องเหมาะสม ปกติ และไม่เป็นปัญหา ขณะที่วิถีทางเพศที่นอกเหนือจากแบบแผนวัฒนธรรมอันดีงามนั้นถูกมองว่าเป็นตัวสร้างปัญหา มีความเบี่ยงเบน ผิดปกติ ทำให้วิถีทางเพศที่แตกต่างกลายเป็นสิ่งผิดปกติ ต้องควบคุม และต้องได้รับการแก้ไข มากกว่าจะยอมรับพฤติกรรมที่ต่างต่างนั้น ทำให้การดำรงชีวิตในสังคมของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องหลบซ่อนอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว ไม่เปิดเผยตนเองในที่สาธารณะ หรือกล้าเปิดเผยตนเองเฉพาะในพื้นที่ที่คิดว่าปลอดภัยเท่านั้น สังคมจึงไม่เข้าใจวิถีชีวิตและเงื่อนไข ความเลือนไหล หลากหลาย และซับซ้อนของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2547)

2.4 วรรณกรรมเกี่ยวกับพื้นที่ทางการเมือง

การเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นการปรับกระบวนการทัศน์ในปฏิบัติการประชาธิปไตย และพื้นที่ทางการเมืองใหม่ในฐานะเป็นพื้นที่เปิดให้มีการแข่งขันประชันความคิด และเปลี่ยนไปสู่กรอบโครงการทางการเมือง (political project) ที่สอดคล้องกัน

การปรับเปลี่ยนสัมพันธ์ภาพเชิงอำนาจในกรอบคิดของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมคือการแย่งชิงพื้นที่ในการให้ความหมาย การเรียกร้อง และปฏิบัติการ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื่อได้กลายเป็นพลังสำคัญทางการเมืองในบริบทการเมืองแบบใหม่ที่ท้าทายต่อระเบียบทางสังคม และผู้มีอำนาจทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ รัฐบาล และบริษัทฯ

แนวคิดด้านการต่อรองของผู้ที่อยู่ในฐานะต่ำกว่าและถูกกระทำนั้นมีข้อถกเถียงว่าผู้ถูกกระทำสามารถโต้กลับได้

ทั้งนี้จะวางกรอบศึกษาพื้นที่ 3 แห่งคือ

1. พื้นที่ภายในขอบเขตการทางสังคม คือภายในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เช่น โครงสร้างองค์กร ทรัพยากรที่จะใช้ในการเคลื่อนไหว และการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ๆ ของผู้ติดเชื้อเพื่อนำไปเคลื่อนไหว เรียกร้อง
2. พื้นที่ในระบบการเมืองปกติ คือเวทีนโยบายสาธารณะ อาทิ หน่วยงานของรัฐและนักการเมืองที่รับผิดชอบออกนโยบาย คือกระทรวงสาธารณสุข หรือคณะรัฐมนตรี รวมทั้งเวทีเจรจานโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น รวมทั้งพื้นที่ในมิติสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐ กับสังคม อาทิ การออกระเบียบดูแลผู้ติดเชื้อ สิทธิในการรักษาพยาบาลตามโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือการสร้างกติกาผ่านรัฐธรรมนูญ อาทิ การปกป้องสิทธิมนุษยชน
3. พื้นที่ทางการเมืองในสาธารณะ หรือสามารถแบ่งได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นภายในกับผลที่เกิดขึ้นภายนอกขอบเขตการทางสังคม อาทิ การสร้างประเด็นต่อสาธารณะให้คนวงกว้างสนใจ หรือสื่อกระแสหลักสนใจในประเด็นข้อเรียกร้องของผู้ติดเชื้อ แม้กระทั่งในประเด็นเฉพาะแคบๆ ของเครือข่าย อาทิ สิทธิกลุ่มรักเพศเดียวกัน หรือ สิทธิชนกลุ่มน้อย เป็นต้น

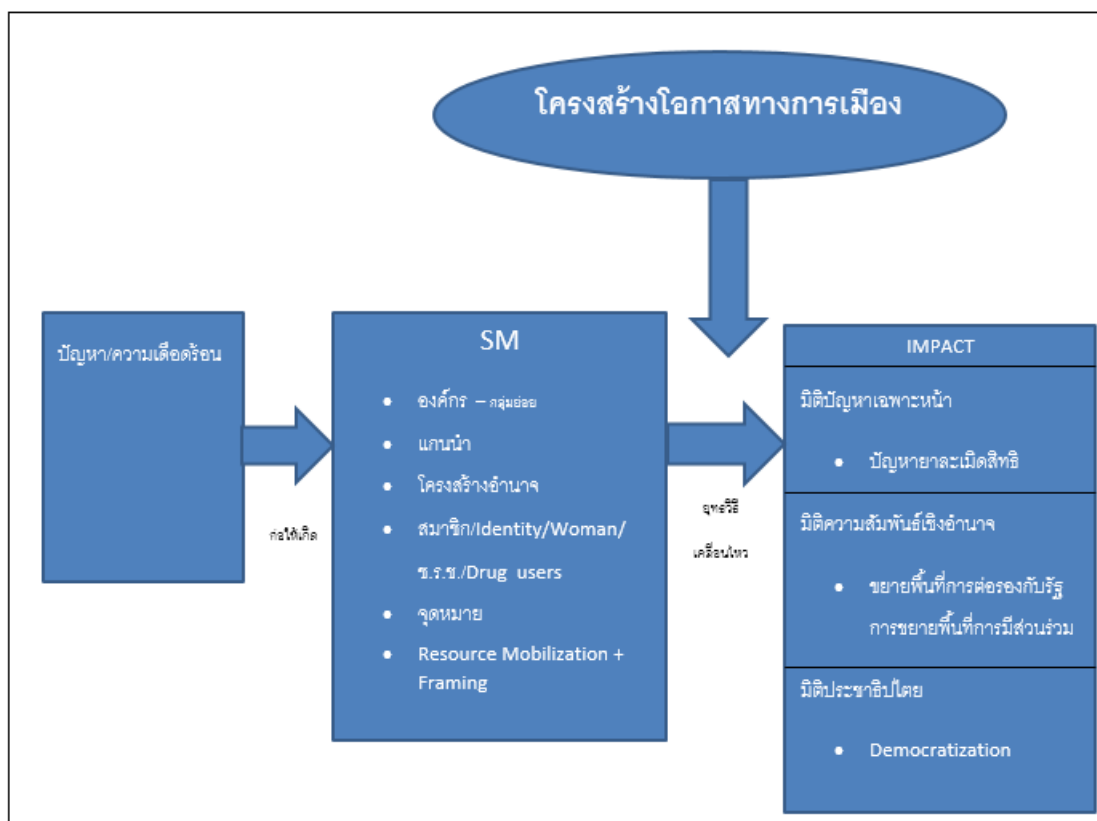
สอดคล้องกับแนวคิดการเมืองของกลุ่มที่ถูกกดทับ (Politics of subaltern) การเมืองของผู้ใต้ปกครองของ Partha Chatterjee (2004) ประเด็นการขยายพื้นที่ประชาสังคม และการเมืองของกลุ่มอัตลักษณ์ที่ถูกกีดกันต่างๆ อาทิ กลุ่มชนชาติพันธุ์ กลุ่มรกร่วมเพศ กลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ต้องขัง เพื่อศึกษาลักษณะการถูกกดทับ การถูกเลือกปฏิบัติไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงยารักษาโรค การรักษาพยาบาลเทียบเท่าคนอื่น ๆ ในสังคม เพื่อศึกษาประสบการณ์ที่แตกต่าง การต่อสู้ การเข้าถึงยาที่แตกต่างกันอย่างไร

ทฤษฎีเรื่องการเมืองของผู้ใต้ปกครอง (The Politics of the Governed) เป็นการเมืองที่ไปพ้นจาก Civil Society (ประชาสังคม) แต่ไปถึง Political Society (สังคมการเมือง) คือการเมืองที่ผู้ใต้ปกครองที่อยู่ในฐานะถูกกดทับที่สุดในสังคมสามารถต่อรอง เจรจา มีการเลือกตั้ง เพราะว่าในโลกแห่งความเป็นจริง การเรียกร้องเรื่องสวัสดิการไม่สามารถสร้างความเป็นพลเมืองได้อย่างเท่าเทียม เนื่องจากรัฐปกครองครอบงำด้วยระบบชีวิตและวิญญาณ (governmentality) ที่มองว่าระบบรัฐสวัสดิการแล้วไม่มีทางดูแลได้จริง การเมืองในภาคประชาสังคม ความเป็นคนชายขอบไม่อาจถูกจำกัดอยู่เฉพาะกลุ่มคนที่อาศัยอยู่บริเวณชายแดนทางภูมิศาสตร์เท่านั้นแต่ด้วยกระบวนการกลายเป็นคนชายขอบที่ซับซ้อนหลายประการทำให้กลายเป็นคนชายขอบนั้นอาจพิจารณาได้หลายบริบททั้งในเรื่องของพื้นที่เศรษฐกิจ การเมือง สังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม กรอบแนวคิดนี้ผู้ศึกษาจะนำมาอธิบายการขยายพื้นที่การต่อสู้ ต่อรอง ปฏิบัติการของผู้ติดเชื้อในการขยายพื้นที่การต่อรองของตนเอง การเรียกร้องสิทธิ และการได้รับการยอมรับประเด็นเคลื่อนไหวของกลุ่ม

2.5 กรอบแนวคิดของงานวิจัย

สามารถสรุปกรอบแนวคิดของงานวิจัย ได้ดังภาพต่อไปนี้

ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดของการวิจัย



จากภาพ สามารถอธิบายได้ว่างานวิจัยชิ้นนี้ใช้

- แนวคิดทฤษฎีระดมทรัพยากร (Resources Mobilization and Social Movements)

เพื่อกำหนดเป็นกรอบในการทำความเข้าใจต้นตอ กำเนิดของสภาพปัญหาความคับข้องใจของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของปัญหา ความสัมพันธ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อเข้าใจว่าเหตุใดจึงเกิดการรวมตัวรวมกลุ่มของผู้คน การอธิบายการเกิด และการพัฒนาขบวนการทางสังคม หากจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีเงื่อนไขที่เพียงพอในที่นี้ ก็คือ เงื่อนไขด้าน “องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคม” (Social Movement Organization) และกระบวนการระดมทรัพยากร ซึ่งจะสามารถนำมาอธิบายการเกิดขึ้นของเครือข่าย การพัฒนาการไปสู่ความเข้มแข็ง และความสำเร็จได้ ประเด็นแรกคือ เงื่อนไขด้านองค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะเข้ามาทำหน้าที่รวบรวมทรัพยากร ประเด็นที่สอง

คือ กระบวนการระดมทรัพยากร องค์การจำเป็นต้องมีทรัพยากร คือ จำนวนบุคคลที่จะร่วมกระทำการ รวมหมู่ให้มีพลัง และประเด็นที่สาม คือ ยุทธวิธีการเคลื่อนไหวในการกดดันรัฐบาล จากนั้นจะนำโครงสร้างโอกาสทางการเมืองมาวิเคราะห์เงื่อนไขที่ทำให้การเคลื่อนไหวประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

- **แนวคิดกระบวนการจัดทํานโยบายสาธารณะ** เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพที่มีองค์ประกอบของเครือข่ายภาคประชาสังคมเข้าไปเกี่ยวข้อง มีอิทธิพลผลักดัน ใช้พื้นที่ทางการเมืองในการต่อสู้แต่ในข้อถกเถียงร่วมสมัยการกำหนดนโยบายขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม หากอำนาจการต่อรองอยู่ที่ฝ่ายใด การก่อรูปนโยบายจะแตกต่างกันไป โดยผู้คนในสังคมจะอยู่ในฐานะของฝ่ายกดดันนโยบาย ที่กระทำการผ่านกระบวนการระดมพลังสมาชิก (mobilization process) และกระบวนการทำหน้าที่ตัวกลาง (mediation process) (Olsen, 1993: 148-149 อ้างในอนุสรณ์ ลิ้มฉวี, 2542)

- **แนวคิดผลสะท้อนต่อพื้นที่ทางการเมือง** ใช้แนวคิดนี้มาศึกษาผลสะท้อนที่เกิดขึ้นในพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม คือภายในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เช่น โครงสร้างองค์กร ทรัพยากรที่จะใช้ในการเคลื่อนไหว และการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ๆ ของผู้ติดเชื้อเพื่อนำไปเคลื่อนไหวเรียกร้อง พื้นที่ในระบบการเมืองปกติ คือเวทีนโยบายสาธารณะ อาทิ หน่วยงานของรัฐและนักการเมืองที่รับผิดชอบออกนโยบาย รวมทั้งพื้นที่ในมิติสัมพันธ์ภาพเชิงอำนาจระหว่างรัฐกับสังคม และในพื้นที่ทางการเมืองในสาธารณะ อาทิ การสร้างประเด็นต่อสาธารณะให้คนวงกว้างสนใจ

บทที่ 3

ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.1 กำเนิด และพัฒนาการ

ในส่วนแรกของบทที่ 3 เราจะเน้นไปที่การทำความเข้าใจ และอธิบายพัฒนาการของเครือข่าย ทั้งในประเด็นการก่อรูปการรวมกลุ่ม และสานสัมพันธ์กับพันธมิตรต่างๆ ไปจนถึงวิวัฒนาการของยุทธวิธีเคลื่อนไหว ซึ่งล้วนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของขบวนการในแต่ละช่วงเวลา โดยเราจะแบ่งพัฒนาการออกเป็นทั้งหมด 5 ยุค โดยใช้เหตุการณ์สำคัญของเครือข่ายเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

3.1.1 ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย

จุดเริ่มต้นของการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย เกิดขึ้นจากการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี พ.ศ.2527 ณ โรงพยาบาลรามาริสต์ โดยผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นชายรักเพศเดียวกัน วัย 28 ปี ที่รับเชื้อขณะอาศัยอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต้องนำเชื้อไปตรวจที่เมืองแอตแลนต้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสเอดส์ (นิตยา ระวังพาล, 2538: 1) อย่างไรก็ตาม ในขณะนั้น ภาครัฐยังไม่ได้ตื่นตัวกับปัญหามากนัก เนื่องจากมองว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มชายรักชายเท่านั้น

จนกระทั่งปี พ.ศ.2530 ภาครัฐเริ่มหันมาให้ความสนใจ หลังจากผู้ติดเชื้อจากการรับบริจาคโลหิต คือ นายฉะอ้อน เสือส้ม ถูกปฏิเสธให้เข้าทำงาน และการเข้าบ้านถึง 32 ครั้ง (ไทยรัฐ, 2534) ซึ่งการแก้ไขปัญหาขณะนั้นมุ่งเน้นไปที่มิติเชิงเทคนิควิทยา และส่งผลให้การแก้ไขปัญหาไม่ถูกจุด เพราะไปมุ่งแก้ไขเชิงระบาดวิทยา (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2553:205) และไม่ได้มุ่งให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไป ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจ และความขัดแย้งขึ้นในชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อ ดังเช่นกรณีการปิดทำการศูนย์บรรเทาใจ ที่เป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการที่พักชั่วคราวแก่ผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากกชาวบ้านในชุมชนมีการรวมตัวกันต่อต้านศูนย์ฯ มีการลอบวางระเบิดหน้าที่ทำการศูนย์ฯ และมีการลอบยิง จนกระทั่งศูนย์ต้องปิดตัวลง (บางกอกโพสต์, 23 พฤษภาคม 2538) ที่สะท้อนให้เห็นการที่สังคมต่อต้านและแสดงความรังเกียจโรคเอดส์

นอกจากการกำหนดทิศทางการแก้ปัญหาที่ผิดพลาดแล้ว ประเด็นสำคัญที่ทำให้ภาครัฐไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม คือ การไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อ เอชไอวีในประเทศ ซึ่งมาจากเงื่อนไขทั้งทางการเมือง และเศรษฐกิจในช่วงดังกล่าว เพราะบริบททาง

การเมืองในขณะนั้นเป็นรอยต่อของการเร่งรัดพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ ต่อเนื่องจากรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เข้าสู่ยุคพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ที่รัฐเน้นนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างภาพพจน์ประเทศเพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว โดยไม่ได้เน้นนโยบายลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้การยอมรับว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยอาจทำลายภาพพจน์ของประเทศไทยจนกระทบอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้ ทำให้รัฐไทย “ปฏิเสธการมีอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2553)

นอกจากนี้ การดำเนินนโยบายของรัฐทำให้สภาพเศรษฐกิจสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการขยายตัวของเศรษฐกิจในเมืองต่างๆ โดยเฉพาะในภาคเหนือที่เผชิญกับปัญหาเอชไอวีมากกว่าพื้นที่อื่น เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรม และการให้บริการ (ธนาคารแห่งประเทศไทย, 2533) ปัญหาการทำเกษตรกรรมน้ำท่า ทำให้มีแรงงานอพยพเข้าสู่เมืองเป็นจำนวนมาก เพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัว ส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่แน่นแฟ้นเช่นเดิมอีกต่อไป และค่านิยมเชิงวัตถุนิยมมากขึ้นไปทำให้สังคมไทยก้าวสู่ภาวะครอบครัวแตกแยก ชุมชนล่มสลาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (เอกสารสรุปการทำงานของเครือข่ายภาคเหนือตอนบน, 2548)

ในช่วงปี พ.ศ.2530 นโยบายของภาครัฐต่อปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เน้นไปที่การสร้างความหวาดกลัวให้เกิดขึ้นในสังคม เพื่อหวังควบคุมการระบาดของโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดของภาครัฐในมิติการปราบปราม ติดตามไล่จับ จนทำให้ผู้ติดเชื้อหวาดกลัว ไม่เข้ารับการรักษา และการรังเกียจผู้ติดเชื้อ จึงเป็นการกีดกันผู้ติดเชื้อออกจากการแก้ไขปัญหา (exclusion) โดยเราสามารถสรุปการแก้ไขปัญหามาตรการรัฐในช่วงดังกล่าวได้ออกเป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

1. การรณรงค์ให้ผู้คนในสังคมรู้จักกับเอชไอวี/เอดส์ผ่านสื่อมวลชนด้วยความหวาดกลัว

วิธีการนี้จะใช้มาตรการประชาสัมพันธ์ผ่านกรอบวาทกรรมว่า “เอดส์เป็นแล้วตายลูกเดียว” หรือ “มั่วเข้ม มั่วเพศ ติดเอดส์ถึงตาย” (พิศิษฐ์ คุณวโรตม์, 2545 : 17) ด้วยการนำเสนอภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะสุดท้ายที่มีตุ่มพุพองเต็มไปด้วยน้ำหนองไหล ตัวซูบซีดเหลือแต่กระดูก สีผิวดำคล้ำ ดูน่าเวทนา วิธีการนี้กลายเป็น “สื่อสอนให้คนกลัวเอดส์” และนำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการนำเสนอภาพลักษณะนี้อย่างต่อเนื่องได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลายเป็นบุคคลที่ “น่ารังเกียจ” ดังเช่นกรณีตัวอย่างของผู้ติดเชื้อที่กล่าวว่า

“ผู้ติดเชื่อถูกคนในครอบครัวนำมา ทิ้งที่หน้าวัด”

(พระอลงกต วัดพระบาทน้ำพุ)¹

“...ไม่มีใครอยากสมาคมกับเรา ตอนนั้นมันเจ็บปวดใจเพราะภาพที่เพื่อนเราถูกไล่ ออกจากบ้านไปอยู่กระต๊อบในไร่ในนา พวกเราถูกทำเหมือนไม่ใช่คน มีแต่คนตีกันแล้ว คนใน ครอบครัวเองก็หลาดกแล้วพวกเรา ไม่มีใครต้อนรับ ไม่มีใครต้องการ จะเข้าไปร่วมงานใน หมู่บ้านก็ถูกรังเกียจ”

(สุดใจ ตะภา, สัมภาษณ์ 2 มิถุนายน 2556)

“ในหมู่บ้านไม่มีใครอยากให้เราเข้าไปร่วมงานบุญ ลูกหลานในบ้านไปไหนคนก็ รังเกียจ ตอนนั้นมีแต่ความหวาดกลัว ตื่นตระหนก ยิ่งชายรักชายอย่างพวกพื้ไม่ต้องพูดถึง เหมือนไม่ใช่คนเลย ไปโรงพยาบาลก็เหมือนถูกเอาไปกองทิ้งไว้เพื่อรอวันตาย พยาบาลเอง สมัยก่อนเขาก็มีความรู้ไม่มากนัก ก็ต่างพากันกลัว นึกแล้วเหมือนเราเป็นตัวประหลาดอะไรก็ ไม่รู้ละ”

(พัฒน์, สัมภาษณ์ 3 ธันวาคม 2556)

และการรังเกียจผู้ติดเชื่อยิ่งพบมากขึ้นในพื้นที่มีข้อจำกัดด้านความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี ดั้งเดิม อาทิ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ติดเชื่อกล่าวว่า

“คนจะคิดว่าเราคือคนบาป ต้องถูกลงโทษเราไม่สมควรได้รับการช่วยเหลือ รักษาพยาบาลด้วยซ้ำ ทั้งๆที่เราไม่ได้ไปเอาเชื่อมาเองเสียหน่อย อย่างหนูนี่ติดจากสามีคะ ตอนรู้ว่าได้รับเชื่อเหมือนตายทั้งเป็น ยิ่งในสังคมหมู่บ้านจะแคบมาก คนในหมู่บ้านก็เกลียด กลัว คนที่คิดจะช่วยก็ไม่กล้าช่วยเต็มที่เพราะเหมือนเขาจะทำผิดบาปไปด้วย”

(มารีดา , สัมภาษณ์ 3 มีนาคม 2555)

2. การออกกฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในภาครัฐ

นอกจากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ แล้ว ภาครัฐยังมีเครื่องมือสำคัญที่ ใช้ในการควบคุม และแก้ปัญหาของโรคเอดส์ ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การควบคุมการระบาดของโรคได้ สำเร็จ คือ กฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในภาครัฐ ดังเช่น

¹ หมายเหตุที่รวยริน ของวัดพระบาทน้ำพุ จาก <http://www.palungdham.com/t981.html>

- พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523
- พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523. โรคเอดส์ (เพิ่มเติม 1 พฤษภาคม พ.ศ.2528)
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2528 เกี่ยวกับการดำเนินนโยบายจัดการกับผู้ติดเชื้อฯ
- พระราชบัญญัติ และกฎระเบียบเน้นการจัดการกับผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการให้ผู้ติดเชื้อรายงานตัว การกักบริเวณ (ในกรณีจำเป็น)
- การออกกฎกระทรวงของกระทรวงมหาดไทยในการให้ผู้ติดเชื้อต้องมารายงานตัว ห้ามเดินทางข้ามพื้นที่ อำนาจการตรวจจับ ตรวจค้นของเจ้าหน้าที่ ห้ามประกอบอาชีพบางประเภท รวมทั้งห้ามเข้าสถานที่บางแห่งโดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ซึ่ง เป็นการใช้อำนาจที่มีอยู่ตาม พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 และพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522

เราจึงอาจมองได้ว่า ภาครัฐไม่ได้ทำหน้าที่ในการจัดหาบริการสาธารณสุขให้กับประชาชนตามพันธกิจหน้าที่ของรัฐ แต่กลับมีการกำหนดนโยบายรวมศูนย์ในการแก้ไขปัญหา และล่วงละเมิดสิทธิเปรียบเสมือนการส่งสัญญาณผิดให้กับสังคมมีความตื่นกลัวผู้ติดเชื้อ ดังที่นักวิชาการผู้ทำงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อมาอย่างยาวนาน จอน อึ้งภากรณ์ (อ้างถึงใน พงศธร พอกเพิ่มดี, 2553) ได้ให้ความเห็นว่า

“รัฐบาลกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบแต่เพียงหน่วยงานเดียว โดยรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ไม่กำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมในการแก้ไขปัญหา เอชไอวี พอมาถึงรัฐบาลนายชวน หลีกภัย เตรียมออกกฎหมายบังคับการเดินทางออกพื้นที่ของผู้ติดเชื้อแบ่งแยกกลุ่มประชากร นอกจากพวกเขาไม่ได้รับสิทธิทางสุขภาพ ไม่อาจมีสุขภาพที่ดีได้ในระยะยาว กลับยิ่งทำให้พวกเขาเผชิญปัญหาหนักขึ้น”

ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องมาตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อรายแรกมาจนกระทั่งมีการระบาดของโรคอย่างเป็นวงกว้าง ได้กลายเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเริ่มมีความไม่พอใจการแก้ไขปัญหาของรัฐบาล และนำไปสู่การเกิดขึ้นของขบวนการเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีฯ ซึ่งผู้วิจัยมองว่ามาจากปัจจัยสำคัญสามประการ คือ ประการแรก นโยบายของภาครัฐ ที่ไม่ให้ความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อของภาครัฐ และการแก้ไขปัญหาของภาครัฐเชิงเทคนิควิทยา ประการที่สอง บริบททางการเมือง และเศรษฐกิจ ที่รัฐเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างภาพพจน์ประเทศเพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว จึงไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศ ประการที่สาม การ

ขาดความรู้ และความเข้าใจในโรคเอชไอวีของคนในสังคม อันเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์สร้างความหวาดกลัวผ่านสื่อต่างๆ

เมื่อผู้ติดเชื้อรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้รับการตอบสนอง การคุ้มครองสิทธิ และการแก้ไขปัญหาจากภาครัฐ หรืออีกนัยหนึ่งอาจสะท้อนให้เห็นนัยยะสำคัญว่า ประชาธิปไตยแบบตัวแทนไม่อาจเป็นช่องทางรองรับกลุ่มที่ถูกเบียดขับตามชายขอบของสังคมได้ จึงนำไปสู่การก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ โดยมีสภาภาคไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามโรงพยาบาล ซึ่งเริ่มมีการรวมตัวอย่างเป็นทางการ ณ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 52 กลุ่มในปี พ.ศ. 2538 จนกระทั่งเริ่มขยายเครือข่ายไปทั่วทุกภูมิภาคของประเทศในปี 2540 เป็น 7 ภูมิภาค และมีจำนวนเครือข่ายย่อยทั่วประเทศประมาณ 400 กลุ่ม (ชนกร วังฐาน, สัมภาษณ์วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2557) โดยปี 2556 มีจำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วประเทศจำนวน 1,047 กลุ่ม มีกลุ่มที่ดำเนินการศูนย์องค์รวม (ศูนย์บริการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีบทบาทเป็นผู้ร่วมให้บริการ) จำนวน 362 กลุ่ม

ในระยะแรกเริ่มของการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชืื่อนั้น มีหน่วยงานจากหลายภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ และสนับสนุนในการผลักดันให้เกิดเครือข่ายขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเราสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ ดังนี้

(1) การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์ ได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับข้อมูล และประเด็นทางวิชาการในระยะแรก เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อบางส่วนรับทราบข่าวจากรายการสถานีวิทยุที่องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานเผยแพร่ จึงได้ติดต่อขอข้อมูล และเดินทางเข้ามาขอร่วมกลุ่มกับทางองค์กรพัฒนาเอกชน

ดังเช่นกรณี กลุ่มมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ที่เริ่มรวบรวมตัวกันเปิดรายการวิทยุในต่างจังหวัด เปิดคลินิกสุขภาพ และเปิดสำนักงานขึ้นใน จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงราย และจังหวัดกาญจนบุรี ในช่วงที่โรคเอดส์ระบาดอย่างหนักเมื่อปี พ.ศ.2536 ถึงแม้มูลนิธิจะเปิดสายบริการในช่วงเวลา 10.00-20.00 น. ของทุกวัน แต่พบว่าผู้ใช้โทรศัพท์เข้ามาใช้บริการเฉลี่ยวันละ 17 ราย ผู้รับบริการส่วนใหญ่อายุ 30 ปีขึ้นไป และเป็นชายมากกว่าหญิง 5 เท่า สะท้อนให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อในช่วงนั้นไม่ทราบว่าจะนำปัญหาไปปรึกษากับใคร (นิมิตร เทียนอุดม, สัมภาษณ์ 15 กันยายน 2555)

อาทิ กรณีตัวอย่างของคุณชนกร วังฐาน แกนน่านภาคเหนือ ผู้ที่ติดเชื้อในช่วงทำงานหาเลี้ยงชีพอยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งรับทราบข่าวจากการรับฟังจากรายการวิทยุ จึงติดต่อมาที่รายการ เพื่อรับทราบข้อมูลและนำมาสู่การพูดคุย และรวมกลุ่มกันทำงานในที่สุด จนกระทั่งมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ได้มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในเวลาต่อมา

(2) การรวมกลุ่มของสมาชิกในพื้นที่ท้องถิ่น

กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือเป็นเครือข่ายแรกในระดับท้องถิ่นที่เริ่มออกมาเคลื่อนไหว เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนผ่านประสบการณ์การเคลื่อนไหวต่อสู้มาอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นภาคที่มีการระบาดรุนแรง ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นรายสัปดาห์ เนื่องจากในเขตภาคเหนือเป็นพื้นที่ที่มีหญิงบริการทางเพศในอัตราสูง อันเป็นผลมาจากฐานะครอบครัวยากจน มีการศึกษาในระดับที่ไม่สูง ผู้หญิงกลุ่มนี้จึงต้องเข้าสู่ธุรกิจค้าบริการ และกลายเป็นแหล่งรายได้ของครอบครัว (Muecke, 1989) ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากเป็นแหล่งที่ชายไทยเข้าถึงได้ง่าย และไม่มี การต่อต้านทางสังคมในการเข้าถึงแหล่งบริการทางเพศ โดยพบว่าร้อยละ 40 ของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยอยู่ในภาคเหนือ โดยเฉพาะเขต 6 จังหวัดภาคเหนือ คือ เชียงราย ลำปาง เชียงใหม่ พะเยา ลำพูนและน่าน (Division of Epidemiology, 2005)

สำหรับช่วงแรก ผู้ติดเชื้อเริ่มรวมตัวกันผ่านรูปแบบกลุ่มในระดับตำบล อาทิ เครือข่ายแรกในระดับตำบล คือ สานแสงสัมพันธ์ ที่พัฒนามาเป็นเครือข่ายเชียงราย (เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดเชียงราย, 2550) นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รวมตัวกันเองโดยไม่ได้อิงกับกลุ่มพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันด้วย เช่น กลุ่มเพื่อนวันจันทร์ ชมรมเพื่อนวันพุธ (ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อภาคเหนือ)

นอกจากนี้ ในภาคเหนือยังเป็นพื้นที่แรกๆ ของการเริ่มเรียนรู้ปัญหา เนื่องจากมีกลุ่มคนทำงานในเมืองใหญ่ และกรุงเทพมหานครเริ่มทยอยเดินทางกลับมารักษาตัว ทำให้เกิดการเริ่มรวมตัวจากการพูดคุยกันที่โรงพยาบาลเพื่อรับยา หรือหลังจากฟื้นฟูอาการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะเมื่อได้รับยารักษาเบื้องต้น ทางโรงพยาบาลมักพยายามจัดกลุ่มให้พูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหากัน อาทิ กลุ่มสานแสงใจ ที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นคนจน เป็นต้น

(3) โรงพยาบาลสนับสนุนการรวมตัว

จากการเข้ากลุ่มตามโรงพยาบาล กลุ่มผู้ติดเชื้อจึงเริ่มมีความสนิทสนมกัน พี่เลี้ยงที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจะเสนอให้เลือกแกนนำกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในกลุ่มช่วยเหลือ โดยมีฐานกลุ่มตามโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเป็นหลัก หรือตามกลุ่มย่อยในชุมชน และตามหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งระดับกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเชื่อมโยงไปยังผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกในเครือข่าย รวมทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วย อาทิ กรุงเทพมหานคร มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเริ่มต้นตามโรงพยาบาล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 และมีสำนักอนามัยกรุงเทพมหานครเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานกับหน่วยงานในระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในการติดตามกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานของโครงการของแต่ละเขต และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการพัฒนาระบบการให้บริการยาต้านไวรัส

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มที่ทำงานด้านการศึกษา คือ กลุ่มหญ้าแฝก ชมรมเพื่อนวันพุธ ซึ่งเป็นการรวมกลุ่มเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญไปบรรยายให้รู้จักวิธีป้องกัน มีการเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง (สภากาชาดไทย, 2555) พบว่าการเข้ากลุ่มจะมีผลช่วยเหลือกันเองดีกว่าเฉพาะเจ้าหน้าที่รัฐจัดการให้ ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีวินัยในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ลักษณะการทำงานของสมาชิกเครือข่ายในกรุงเทพมหานครจะมีความแตกต่างจากในพื้นที่อื่นๆ เนื่องจากเป็นสังคมเมือง ทำให้พวกเขา มักจะเข้าร่วมปฏิบัติการเคลื่อนไหวในระยะสั้น หรือเร่งด่วน อาทิ ไปชุมนุมประท้วงหน้าสถานทูต กายยืนจดหมายร้องเรียน การให้กำลังใจพันธมิตรที่มีจุดยืนเดียวกัน แต่เครือข่ายที่มีความเป็นชุมชนสูง จะมีศักยภาพในการระดมสมาชิกที่ชุมนุมยึดเยื้อได้มากกว่า

กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานที่รับผู้มารักษาทั้ง อำเภอสันป่าตอง อำเภอแม่วาง อำเภอดอยหล่อ จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง และแรงงานต่างชาติ ขณะที่จำนวนผู้มารับยาที่ผู้วิจัยเก็บเป็นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 150 ราย ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง รองลงมา คือค้าขาย ทำราชการ ธุรกิจ โดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เรียกว่า คลินิกเรารักษาสุขภาพ แยกต่างหาก

ตารางที่ 3.1 จำนวนผู้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
นักเรียน / นักศึกษา	12	8.00
รับจ้าง	81	54.00
ค้าขาย	19	12.67
ทำการเกษตร	9	6.00
รับราชการ	8	5.33
ธุรกิจส่วนตัว	9	6.00
พนักงานบริษัท	6	4.00
เกษียณอายุ	4	2.67
ว่างงาน	2	1.33
รวม	150	100.00

ที่มา: โรงพยาบาลสันป่าตอง

อีกกรณี คือ โรงพยาบาลสุโขทัย เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ โดยพัฒนาเป็นคลินิกเฉพาะโรคตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 ซึ่งได้ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมาตั้งแต่ยุคเริ่มต้น และพัฒนาเรื่อยมาตามความก้าวหน้าทางการแพทย์จนเริ่มใช้ยาต้านไวรัสสูตรผสมจีพีโอเวียร์ซึ่งเป็นสูตรยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลสุโขทัย จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน (ราย)	คิดเป็นร้อยละ
รับจ้าง	90	59.60
เกษตรกร	29	19.21
แม่บ้าน	12	7.95
ค้าขาย	9	5.96
รับราชการ	6	3.97
นักบวช	2	1.32
ไม่ประกอบอาชีพ	3	1.99
รวม	151	100.00

ที่มา: โรงพยาบาลสุโขทัย ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ.2550

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะเชิงสังคมของผู้ติดเชื้อที่มารับยาในโรงพยาบาลที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้มีฐานะสังคม เศรษฐกิจ หรือมีอำนาจต่อรองในสังคมมากนัก อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า ผู้มาคลินิกทุกคนจะเข้าปฏิบัติการกระทำรวมหมู่ร่วมกับขบวนการทั้งหมด แต่การที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเข้าร่วมกับขบวนการจะส่งผลอย่างมีนัยยะสำคัญต่อการรักษาต่อเนื่อง กำลังใจ และมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการในลำดับต่อไป (สนทนากลุ่มเครือข่ายภาคเหนือ, 7 ธันวาคม 2556) ทั้งนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมในเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นการรวมตัวของกลุ่มย่อย จากนั้นจึงเริ่มขยายมาเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้พวกเขามีอำนาจต่อรองในการเรียกร้อง และปกป้องสิทธิของแต่ละกลุ่มเครือข่ายมากขึ้น ซึ่งยังเป็นการลดต้นทุนการเคลื่อนไหวของแต่ละกลุ่ม และสามารถอาศัยความร่วมมือดังกล่าวเพื่อแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ ได้

ในระยะแรกของการเริ่มก่อตั้งเครือข่าย การทำงานของขบวนการผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้วางเป้าหมายว่าจะเป็นขบวนการทางสังคม โดยไม่ผูกกับการเข้าไปรับบริการยาด้าน เพราะหากการต่อสู้ประเด็นเอชไอวีไปนิยามผูกโยงกับการเป็นเพียงผู้รับยาความเข้มแข็งขององค์กรจะหมดไป (Lyttleton, 2000) ด้วยเหตุนี้ การปรากฏของหลักการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมที่อยู่ในฐานคิดของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นนัยยะสำคัญอย่างยิ่งต่อขบวนการเคลื่อนไหวที่จะต่อยอดความเข้าใจเชิงทฤษฎีได้ว่า พวกเขาได้รับความหมายการมีส่วนร่วมที่เป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของประชาธิปไตยอย่างไร และมีความสำคัญเพียงใดต่อการกำหนดปฏิบัติการการเคลื่อนไหวภายในเครือข่าย

ขณะเดียวกัน ผู้ติดเชื้อในหลายพื้นที่ได้ขยายขอบเขตการทำงานมากขึ้น เช่น การเป็นวิทยากรสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์ในชุมชน จนกระทั่งนำไปสู่การพยายามให้ชุมชนเห็นปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ การเป็นผู้ร่วมรักษาในรูปแบบ “ศูนย์องค์รวม” ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลที่นับเป็นรูปแบบใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นที่ใดในโลกมาก่อน อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยมีข้อสังเกตว่า ข้อเสนอของเครือข่ายที่มีต่อภาครัฐยังคงอยู่ในกรอบการสงเคราะห์เป็นหลัก เช่น การขอตั้งกองทุนฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ และกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เป็นต้น รวมทั้งในปลายปี พ.ศ.2538 เครือข่ายเริ่มเรียนรู้การเมืองเรื่องสิทธิและนโยบาย โดยออก “เอกสารแผ่นเหลือง” ที่เป็นข้อเสนอเชิงสิทธิ และนโยบาย แต่กลับไม่ได้รับความสนใจจากรัฐบาล

3.1.2 ยุคเรียกร้องสิทธิ

ในยุคนี้ ขบวนการเริ่มพบว่า มีปัญหาหลายประการในช่วงแรกที่ต้องเร่งรณรงค์แก้ไข คือ อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจำนวนมากในช่วงเวลาดังกล่าว และการไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง การดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น เครื่องช่วยจึงได้เริ่มดำเนินงานแสวงหาการแก้ปัญหา โดยได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจาก องค์กรหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (เอ็มเอสเอฟ) และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ หรือ แอคเซส (โครงการเข้าถึง เอดส์ในขณะนั้น) ผ่านโครงการนำร่องเพื่อการรักษา และป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี ซึ่ง ขณะนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ติดเชื้อ โดยเรียกกันติดปากว่า “โครงการพีซีพี 100%” ด้วยการกำหนดให้ใช้ช่องทางของเครือข่าย ในการประสานงานสร้างความรู้ ความเข้าใจ พัฒนาทีมอาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่เรียกกันสมัยนั้นว่า “หมอตินเปลา” ขึ้นมาเป็นกลไกในการฝึกอบรม เรื่องดังกล่าวไว้กับผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ดังที่สมาชิกเครือข่ายกล่าวไว้ว่า

“ ต้นปี 2541 ผมเริ่มเข้ามาเป็นแกนนำผู้ติดเชื้อฯ ช่วงนั้นเราไปร่วมงานศพเพื่อน แทบทุกวัน ตายเพราะไม่ได้รับยาป้องกันโรคปอดอักเสบพีซีพี ทั้งที่ยาป้องกันหาได้ใน โรงพยาบาล ราคาไม่แพง เพียงเม็ดละ 50 สตางค์เท่านั้น แต่ผู้ติดเชื้อฯ ไม่สามารถเข้าถึงได้ และนั่นยังไม่รวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่แทบไม่ต้องนึกถึงในสถานการณ์ขณะนั้น นี่จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้พวกเราต้องลงมือทำงานกันอย่างจริงจัง”

(สุดใจ ตะภา, สัมภาษณ์ 2 มิถุนายน 2556)

สิ่งที่น่าสนใจ คือ ในระยะแรกเริ่มของขบวนการยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ ปัญหาของผู้ติดเชื้อ เพื่อใช้เป็นประเด็นในการเคลื่อนไหวต่อไป เช่น กรณีการประชุมสมัชชาเครือข่าย ผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ณ จังหวัดหนองคาย ในช่วงระยะแรกของการก่อตั้งเครือข่ายมีการใช้พื้นที่ของการ ประชุมระดับแกนนำ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสภาพปัญหา จนกระทั่งได้ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ การเข้าถึงยารักษาโรค ซึ่งกลายมาเป็นรากฐานการเคลื่อนไหวของขบวนการ โดยพบว่า เพื่อน ระดับแกนนำได้เริ่มทยอยเสียชีวิต และแกนนำที่พยายามรักษาสุขภาพก็กลับมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากการเข้าถึงยารักษา ดังนั้น ปัญหาเอชไอวีจึงกลายเป็น “พื้นที่ในการเรียนรู้ปัญหาการ ละเมิดสิทธิ” เมื่อประสานกับการเรียนรู้ข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ จากเอ็นจีโอ นักวิชาการ นักเภสัช ศาสตร์ และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ อาทิ องค์กรหมอไร้พรมแดน ประเทศเบลเยียม จึง ทำให้ขบวนการเกิดเครือข่ายการเรียนรู้ที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

จากการสร้างภาคีการทำงานร่วมกับเอ็นจีโอ นักวิชาการ นักเภสัชศาสตร์ และนักกฎหมาย ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อพบว่า ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีใช้ในประเทศไทย และมีราคาแพงประเภทหนึ่ง คือ ยาดีดีไอ (DDI) ซึ่งมีกฎหมายสิทธิบัตรที่รองรับให้ประเทศสามารถดำเนินการใช้มาตรการที่เรียกว่า

มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing - CL) หรือเรียกกันว่าซีแอล ซึ่งตามมาตรการนี้รัฐสามารถนำเข้ายาที่ติดสิทธิบัตรที่มีจำหน่ายในประเทศอื่นแต่ราคาสูงกว่าในประเทศเข้ามาใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะได้ อีกทั้งยังพบว่า มีมาตรา 51 ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตรไทย ที่เป็นช่องทางกฎหมายในประเทศ ให้รัฐสามารถประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory Licensing /CL) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการผลิตยาต้านไวรัสในชื่อสามัญได้เองในประเทศไทย อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้มากขึ้น (คณางค์ ไชยศิริ และคณะ, 2552) ดังที่ อัจฉรา เอกแสงศรี เกสัชกรดีเด่นเพื่อสังคม ประจำปี พ.ศ.2557 อยู่เบื้องหลังความสำเร็จในการบังคับใช้สิทธิในสิทธิบัตรยาหลายรายการกล่าวว่า

“ความจริงพวกเรารู้ปัญหานี้มานานแล้ว แต่เหมือนมันขาดพลังที่จะผลักดันเรื่องนี้เพื่อออกมาเรียกร้องได้ ข้าราชการดีๆ หลายคน อาทิ คุณกฤษณา (กฤษณา ไกรฤกษ์) เจ้าของรางวัลแม็กไซไซจากการคิดค้นยาต้านไอซโอวี -ผู้วิจัย) เป็นบทเรียนอันเจ็บปวดของพวกเราในองค์การเภสัชกรรม คนดีๆ อยู่เมืองไทยไม่ได้ ต้องไปผลิตยาให้กับประเทศอื่นๆ จนประสบความสำเร็จ แต่พวกเรานั่งปรุงยาในห้องมืด ทำงานเหนื่อยยากไปเถอะ สุดท้ายผู้ระบบสิทธิบัตรที่ครอบงำประเทศเราเองไม่ได้ มันเจ็บปวดจนที่หน้าที่พวกเรา สามารถผลิตยาได้ แต่สำหรับรัฐ หรือยุโรปบอกห้ามเราขายยาราคาถูกให้กับผู้ติดเชื้อของเราเอง จนกระทั่งหลังจากที่ ได้เชื่อมเจอผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเครือข่าย เราได้พบเคสจริงๆ การพูดคุยร่วมกันมันเกิดพลัง และพวกเขาก็สร้างพลังการต่อสู้ด้วยตัวเอง”

(อัจฉรา เอกแสงศรี, สัมภาษณ์ 17 ตุลาคม 2555)

ประเด็นการค้นพบดังกล่าวได้นำไปสู่การเคลื่อนไหวที่สำคัญครั้งแรกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ การชุมนุมตีสตีไอ ณ กระทรวงสาธารณสุข ในเดือนธันวาคม 2542 ซึ่งอยู่ในสมัยรัฐบาล พล.อ.ชวลิต ยงใจยุทธ โดยการชุมนุมประท้วงเป็นการรวมตัวกันของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 16 องค์กร มีผู้เข้าร่วมประมาณ 500 คน มีการใช้พื้นที่ชุมนุมบริเวณลานสนามหญ้าหน้าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 3 วัน และมีการตั้งชื่อเต็นท์ที่ปักการชุมนุมว่าบ้านเลขที่ 51 ของหมู่บ้านตีสตีไอ พัฒนา เพื่อเรียกร้องให้ทางกระทรวงใช้ “มาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้ สิทธิภาคบังคับ” กับยาตีสตีไอ (ddi) ของ บริษัท บริสตอลไมเยอร์สควิบบ์ (Bristol Myers Squibb / BMS) เนื่องจากการจดสิทธิบัตรยานี้ ไม่มีขั้นตอนการผลิตที่สูงขึ้นตามหลักการของจดสิทธิบัตรแต่อย่างใด แต่กลับนำมาขายในประเทศไทยด้วยราคาสูงมาก

หลังจากนั้น การปฏิบัติการร่วมของผู้ติดเชื้อได้มีการไปยื่นหนังสือที่สถานทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย เพื่อขอจดหมายยืนยันว่า ทางสหรัฐจะไม่แทรกแซงถ้าประเทศไทยทำซีแอล แม้ว่า

การเคลื่อนไหวในครั้งนั้นจะไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการก็ตาม ต่อมาในปี 2543 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ จึงนำข้อมูลความไม่ชอบมาพากลต่างๆ ที่ค้นพบ ยื่นเรื่องขอความช่วยเหลือต่อสหประชาชาติ ความจริงเกิดการตั้ง “คณะทำงานพิจารณาให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายเพื่อยกเลิกสิทธิบัตรยาดีดีไอในประเทศไทย” เพื่อดำเนินการในเรื่องนี้ โดยมีการฟ้องร้องบริษัท บริสตอล ไมเยอร์ สควิปป์ (BMS) เพื่อให้เพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอ ด้วยเหตุผลว่า การได้รับสิทธิบัตรยาดังนี้ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และไม่ได้ถือเป็นขั้นตอนการคิดค้นประดิษฐ์ใหม่ (กระทรวงสาธารณสุข, สปสช, 2550) ทางรัฐบาลจึงตอบสนองข้อเรียกร้องนี้ในปี 2543 โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศไม่ใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร แต่กลับให้องค์การเภสัชกรรมเลี่ยงการผลิตดีดีไอแบบเม็ด แต่ให้ผลิตดีดีไอแบบผงแทน ซึ่งไม่ติดเงื่อนไขสิทธิบัตรออกจำหน่าย

ต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรพันธมิตรได้เริ่มเคลื่อนไหวกดดันบริษัท BMS โดยการฟ้องร้องเพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอต่อ “ศาลทรัพย์สินทางปัญญา” โดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และผู้ติดเชื้อเป็นโจทก์ ซึ่งการพิจารณาคดีใช้เวลายาวนาน คดียุติด้วยการที่ BMS เจรจาขอถอนการครอบครองสิทธิบัตร เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2547 เนื่องจากถูกกดดันด้วยการประณามจากสังคมทั่วโลก ส่งผลให้ยาเม็ดดีดีไอไม่มีสิทธิบัตรในประเทศไทยอีกต่อไป ทำให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ายาเดือนละประมาณ 3,000 บาทลดลงเหลือไม่ถึง 900 บาทเท่านั้น² ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวมีผลอย่างมากต่อขบวนการ ดังที่สมาชิกเครือข่ายได้กล่าวว่า

“นี่คือคดีแรกของโลกที่ยืนยันว่าผู้ป่วยและองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถเป็นโจทก์ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา และยังเป็นตัวอย่างให้ต่างประเทศสามารถลุกขึ้นมาต่อสู้ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาได้จากคดีดีดีไอนี้เอง”

(กมล อุบแก้ว, สัมภาษณ์ 20 ตุลาคม 2556)

หลังจากคดีดังกล่าว ในวันที่ 7 สิงหาคม 2549 กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีกว่า 500 คน ได้รวมตัวกันที่หน้าสำนักงานบริษัท แกล็กโซ สมิท ไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด (GSK) เพื่อคัดค้านการ

² เดือนกุมภาพันธ์ 2549 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ยังคงเรียกร้องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุขยับยั้งมิให้กรมทรัพย์สินทางปัญญานุมัติสิทธิบัตร ยาคอมบิต (Combid) ของบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ (Glaxo Smith Kline / GSK) เพราะยานี้ไม่ใช่ยาใหม่และไม่มีขั้นตอนการ ประดิษฐ์ที่สูงขึ้นหากยับยั้งไม่ได้ก็ขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิเพื่อให้องค์การเภสัชกรรมสามารถ ผลิตยาคอมบิตได้ต่อไป เพราะมีผู้ติดเชื้อเกือบ 5,000 คน ที่ใช้ยา

ยื่นขอจดสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ ของบริษัท ซึ่งการประท้วงในครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งองค์การหมอไร้พรมแดน (MSF) องค์การที่ทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์ ในอินเดีย เกาหลีใต้ และมาเลเซีย เนื่องจากยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ดังกล่าวเป็นการรวมเอายา lamivudine และ zidovudine เข้าไว้ด้วยกันในเม็ดเดียว จึงถือว่ายานี้ไม่มี "ความใหม่" ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญของการขอจดสิทธิบัตรตามกฎหมายไทย อีกทั้งยังขาดคุณสมบัติ "การประดิษฐ์ที่สูงขึ้น" อีกด้วย เพราะกรรมวิธีที่เอาสารทำให้สิ้นมาผสมนั้นถือเป็นวิธีการผลิตทั่วไป ซึ่งองค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถผลิตยาสูตรเดียวกันได้ในชื่อสามัญที่เรียกว่า ซิลาเวีย (Zilavir) และใช้เป็นยาขั้นพื้นฐานในการช่วยชีวิต และรักษาการติดเชื้อ ซึ่งในขณะนั้นมีจำนวนผู้ติดเชื้อ กว่า 80,000 รายในประเทศไทย แต่บริษัท แกล็กโซฯ กลับขายยาชนิดนี้ในประเทศไทย ภายใต้ชื่อทางการค้าว่า คอมบิต (Combid) หรือ คอมบิเวีย (Combivir) ในราคาที่สูงกว่ายาชื่อสามัญเกือบ 6 เท่า และจากการประเมินสถานการณ์ในช่วงนั้น ถ้าบริษัท แกล็กโซฯ ได้รับสิทธิบัตรดังกล่าว จะทำให้องค์การเภสัชกรรมไม่สามารถผลิตยาชนิดนี้ในยาชื่อสามัญได้อีกต่อไป ราคาขายของบริษัทจะยิ่งเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากไม่มีคู่แข่งทางการค้า

อย่างไรก็ตาม คำคัดค้านกลับถูกวินิจฉัยให้ตกไป โดยกรมทรัพย์สินทางปัญญาให้เหตุผลว่า ไม่มีเอกสารฉบับใดที่ปรากฏให้เห็นว่ามีการเปิดเผยข้อมูลของสิ่งประดิษฐ์อย่างครบถ้วน และการนำยา 2 ชนิดมารวมกันก็ไม่มีอะไรมายืนยันว่าทำได้ง่ายแก่บุคคลผู้มีความเชี่ยวชาญในระดับสามัญสำหรับงานด้านเภสัชกรรม ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงอุทธรณ์คำคัดค้านอีกครั้ง พร้อมกับให้ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความไม่โปร่งใสในกระบวนการพิจารณา เพื่อให้มีการสอบสวนและเปลี่ยนตัวคณะอนุกรรมการคัดค้านและอุทธรณ์กรณียาคอมบิตทั้งหมด

และด้วยพลังการกดดันทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทำให้บริษัทต้องทำการถอนการขอรับสิทธิบัตรไปเองในที่สุด เนื่องจากการเผยแพร่การค้าที่ไม่เป็นธรรม การเอารัดเอาเปรียบของบริษัทเริ่มได้รับการนำเสนอออกไปในต่างประเทศ ซึ่งกระทบต่อภาพพจน์ทางการค้าของบริษัท ทางผู้บริหารจึงมองว่า ไม่คุ้มค่ากับผลเสียที่เกิดขึ้นกับการประกอบธุรกิจในอนาคต

สำหรับในยุคนี้ กรณีการต่อสู้ในประเด็นสิทธิบัตรสะท้อนให้เราเห็นว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพันธมิตรเริ่มให้ความสำคัญกับรากฐานของปัญหาผู้ติดเชื้อในปัจจุบันอย่างชัดเจน และมีการวางกลยุทธ์ในการเคลื่อนไหวต่อต้านในเชิงเทคนิคทางกฎหมายผ่านองค์การที่ปรึกษาที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งได้แสดงให้เห็นถึงการเริ่มตระหนักในสิทธิอันพึงมีพึงได้ของสมาชิกในเครือข่ายแล้ว รวมทั้งเป็นการขยายพื้นที่สู่ฐานะการเป็นผู้เสียหายในทางกฎหมายอีกด้วย

ภาพที่ 3.1 การเพิ่มสิทธิบัตรยาที่ประเทศไทยเริ่มทำก่อนประเทศอื่นๆ



ที่มา: วิทยา กุลสมบูรณ์, 2551

คำอธิบายจากภาพข้างบนจะเห็นได้ชัดว่าการที่ประเทศไทยยอมอ่อนข้อให้กับสหรัฐ ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงยา ส่งผลต่อความเป็นความตายของผู้ติดเชื้อ และโรคร้ายแรงอื่นๆ อย่างไร

3.1.3 ยุคผลักดันนโยบาย และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย

ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มตระหนักว่า ขบวนการของตนจะเป็นฝ่ายตั้งรับ และตอบโต้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงฝ่ายเดียวมิได้อีกต่อไป หากแต่เครือข่ายจะต้องเป็นฝ่ายริเริ่มให้เกิดการผลักดันนโยบาย เพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต และช่วยรักษาสีทธิของสมาชิกผู้ติดเชื้อแทน ดังนั้น ขบวนการจึงต้องเคลื่อนไหวในลักษณะที่ Active ไม่ใช่ Passive อีกต่อไป

เครือข่ายเริ่มต้นจากการผลักดัน กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเกิดจากการริเริ่มของหลายฝ่าย ทั้งจากนักวิชาการ และองค์กรภาคประชาชน 12 เครือข่าย อาทิ เครือข่ายผู้พิการ เครือข่ายเกษตรทางเลือก เครือข่ายแรงงาน และเครือข่ายผู้หญิง ภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาคประชาชน” ที่ได้ร่วมกันรณรงค์ผลักดันเรื่องนี้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 ด้วยการรวบรวมรายชื่อประชาชน จำนวนมากกว่า 70,000 รายชื่อ เพื่อเสนอเป็นกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชน จนกระทั่งมีผลบังคับใช้เป็นพระราชบัญญัติหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สมัยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 ซึ่งความสำเร็จส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบริบททางการเมืองในช่วงเวลาดังกล่าวที่ใกล้กับการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เนื่องจากทางเครือข่ายได้มีการประสานงานกับทุกพรรคการเมืองในขณะนั้น เพื่อให้ช่วยสนับสนุนกฎหมายฉบับภาคประชาชน ซึ่งพรรคไทยรักไทย ได้นำข้อเสนอไปเป็นนโยบายของพรรค และจัดทำเนื้อหากฎหมายที่ไม่แตกต่างจากของภาคประชาชน โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีส่วนในการทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้ติดเชื้ออีกด้วย

ทั้งนี้ กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกัน เช่น คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดขอให้เพิ่มสัดส่วนกรรมการประชาชนระดับชาติให้ครบทั้ง 9 ด้าน เสนอหลักสูตรพัฒนาและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นกรรมการในระดับต่าง ๆ ให้แก้ไขกฎระเบียบการคัดเลือกคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด โดยให้ สปสช. สาขาจังหวัดนั้น ๆ ร่วมกับศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นผู้จัดกระบวนการสรรหา และได้มาซึ่งผู้แทนประชาชนในแต่ละจังหวัด ให้คงคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดทั้งสามคณะ และแก้ไขระเบียบเพื่อปรับสัดส่วนขององค์ประกอบให้เท่าๆ กัน ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกลไกในโครงสร้างตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 50 (5) และ (7) เพื่อเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระในพื้นที่สนับสนุนให้ศูนย์ประสานงานมีส่วนร่วม กับ สปสช. ระดับจังหวัดในกระบวนการได้มาซึ่งผู้แทนคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด

เครือข่ายยังมีการผลักดัน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือในพื้นที่ของตนเองให้มีการพัฒนาศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเรื่องการบริหารจัดการระบบการเงิน ระบบบริการสุขภาพ การควบคุมคุณภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการกองทุน อาทิ ปรับปรุงระบบการเงินการคลังให้มีการจัดสรรงบประมาณกระจายตามหัวประชากร คือ "คนอยู่ที่ไหน เงินไปที่นั่น" รวมถึงยังขอให้ยุบกองทุนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากผู้ใช้บริการประสบปัญหาไม่สามารถใช้บริการและต้องเสียเงินค่าใช้จ่ายในการรับบริการ พร้อมทั้งยื่นข้อเสนอต่อกองทุนประกันสังคม 3 แบบ ดังนี้

(1) จัดสรรส่วน ร้อยละ 1.5 จากกองทุนประกันสังคม เป็นการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ ให้ สปสช. บริหารจัดการ

(2) ไม่มีการเก็บเงิน ร้อยละ 1.5 กับผู้ประกันตน และให้ใช้บัตร 30 บาท ร่วมกันทั้งหมด จ่ายแค่ ร้อยละ 3.5 สำหรับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ

(3) ให้ผู้ประกันตนเลือกว่าจะจ่ายหรือไม่จ่าย ร้อยละ 1.5 ด้วยก็ได้

นอกจากนี้ ทางเครือข่ายได้เคลื่อนไหวสนับสนุนให้ 1330 และศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบเรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 และขอให้แก้ไขระเบียบในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 รวมทั้งการขยายวงเงินการให้ความช่วยเหลือกับผู้ให้บริการที่ได้รับความเสียหายจากหน่วยบริการ เนื่องจากการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจของประชาชน ซึ่งยังเป็นการขยายการคุ้มครองการช่วยเหลือเบื้องต้น ต่อข้าราชการ และผู้ประกันตนเช่นกัน

มากไปกว่านั้น ยังมีการสนับสนุนเงินจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือการประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์บุตร การตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อาทิ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2550 เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรพันธมิตร คือ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) คัดค้านต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งร่าง พ.ร.บ. นี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบายยุครัฐบาลทักษิณที่กำหนดให้หน่วยงานทุกกระทรวง ทบวงกรมทบทวนกฎหมายของตนเอง ต่อมาสำนักนายกรัฐมนตรีได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดทำกฎหมายฉบับดังกล่าวประมาณ 2 ล้านบาท โดยผ่านกลไกของอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ซึ่งคณะทำงานจะเชิญตัวแทนผู้ติดเชื้อเข้าร่วมประชุมเป็นครั้งคราว แต่ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อไม่รับข้อเสนอ เพราะมองว่า ไม่เป็นไปตามหลักการประชาธิปไตย และหลักสิทธิมนุษยชน ทางกลุ่มมองว่า กระบวนการที่กำหนดในกฎหมายนั้นไม่ใช่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และไม่สะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ต้องการมี “บทบาทของการมีส่วนร่วมที่ใฝ่ฝันไว้” (prefigurative role of participation)

ประเด็นที่เครือข่ายพยายามเรียกร้องควบคู่กันไปกับการผลักดันหรือคัดค้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพก็คือ การคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรี โดยผลักดันให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้รัฐบาลทบทวนข้อตกลงเขตการค้าเสรีที่ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ เช่น ข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับประเทศญี่ปุ่นที่อนุญาตให้คนญี่ปุ่น

มาใช้บริการโดยเบี่ยงงบประมาณจากระบบหลักประกันของประเทศญี่ปุ่น 70 % และการทำข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐ ที่ไม่มีความชอบธรรมในที่ประชุมสองฝ่าย เนื่องจากฝ่ายสหรัฐมีตัวแทนจากสมาคมผู้ผลิต และวิจัยยาสหรัฐ ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากธุรกิจยาเข้าไปร่วมคณะ แต่ตัวแทนผู้จะได้รับผลกระทบจากภาคส่วนต่างๆ ของไทย รวมทั้งภาคประชาชน กลับไม่ได้รับเชิญให้เข้าไปร่วมการประชุม (จิราพร ลิ้มปานานนท์, สัมภาษณ์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2555)

ในการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีของเครือข่ายผู้ติดเชื้้นั้น เราสามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงหลักๆ คือ การคัดค้านการเจรจาเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐ และการคัดค้านการเจรจาเขตการค้าเสรีไทย-ยุโรป ดังนี้

(1) การคัดค้าน เอฟทีเอ ไทย-สหรัฐ หรือการประชุมเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย - สหรัฐ รอบ 6 ซึ่งมีขึ้นที่ จ.เชียงใหม่ ในระหว่างวันที่ 9 - 13 ม.ค.2549 ผู้ชุมนุมประกอบด้วย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค จ.ลำปาง สหพันธ์เกษตรกรภาคเหนือ เครือข่ายสลัมสี่ภาค สภาเครือข่ายองค์กรประชาชนแห่งประเทศไทย สมัชชาคนจน สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย เครือข่ายปฏิรูปที่ดินเพื่อคนจน เครือข่ายป่าชุมชนภาคใต้ สมาพันธ์แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์และองค์กรพันธมิตรแรงงาน และกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชนเครือข่ายโดยทั้งหมดรวมกลุ่มกันในนาม "เครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย" โดยตัวแทนเครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย ได้ยื่นหนังสือผ่านนาย Scott Mansen รองกงสุลสหรัฐอเมริกาประจำ จ.เชียงใหม่ ถึงหัวหน้าคณะเจรจาเอฟทีเอ ของฝ่ายสหรัฐอเมริกา

โดยเนื้อหาหนังสือระบุว่า ในนามเครือข่ายฯ มีความเห็นว่า กระบวนการเจรจาที่ผ่านมาทั้งหมด ไม่มีความโปร่งใส เนื้อหาในการเจรจาถูกปิดเป็นความลับ และไม่เคยได้รับตรวจสอบโดยสังคมไทย นอกจากนี้ สาระสำคัญของการเจรจาในหลายประเด็น โดยเฉพาะเรื่องสิทธิบัตรสิ่งมีชีวิต สิทธิบัตรยา การเปิดการค้าเสรีสินค้าเกษตร และการเปิดเสรีการลงทุนและการบริการ ล้วนแต่เป็นประเด็นที่อ่อนไหว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจของชาติ และความมั่นคงในการดำรงชีวิตของประชาชนทั่วไป ในหนังสือดังกล่าว ยังระบุอีกว่า และด้วยกระบวนการเจรจาที่ยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยปราศจากการตระหนักถึงการมีส่วนร่วมและการรักษาผลประโยชน์ของชาติ ทางเครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย จึงขอประกาศเจตนารมณ์ต่อหัวหน้าคณะเจรจา ฝ่ายสหรัฐ ว่า ขอคัดค้านการเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย - สหรัฐ และยืนยันว่า จะทำทุกวิถีทางที่จะทำให้การเจรจายุติ

ภาคประชาสังคมไทยได้ติดตามศึกษาเนื้อหา และพัฒนาการของข้อตกลงการเปิดเสรีและการคุ้มครองการลงทุนมาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 เป็นต้นมา พบว่าปัญหาสำคัญ คือ การเจรจาการค้าเสรีกับประเทศที่มีระดับการพัฒนาและเทคโนโลยีที่เหนือกว่านั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่สมดุลอย่างยิ่งระหว่างอำนาจรัฐ และอำนาจของนักลงทุนจากต่างประเทศ แม้กระทั่งในประเทศพัฒนาแล้วก็ตาม รัฐบาลก็กำลังประสบกับสถานการณ์เช่นนี้เพิ่มมากขึ้นจากนักลงทุนต่างประเทศ

ดังนั้น เครือข่ายจึงมองว่า แม้ทิศทางพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยจะสอดคล้องไปกับความเชื่อมั่นเชิงบวกที่มีต่อการลงทุนจากต่างประเทศ แต่การเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรีโดยเฉพาะในบทบาทด้วยการลงทุนของไทยจะต้องกระทำอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงผลประโยชน์แห่งชาติทั้งที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว อีกนัยหนึ่งคือ ผลประโยชน์ที่นักลงทุนไทยจะได้รับจากการเปิดเสรีและการคุ้มครองการลงทุนในต่างประเทศไม่สมควรที่จะเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดผลประโยชน์ของชาติ ขณะเดียวกัน คณะเจรจาไทยควรจะคำนึงด้วยว่า บทการลงทุนที่มีลักษณะเปิดกว้างให้สิทธิและเสรีภาพกับนักลงทุนจากต่างประเทศอย่างมกานั้น ไม่ได้เป็นเครื่องรับประกันว่าระดับการลงทุนจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ทั้งนี้ เพราะยังมีปัจจัยพื้นฐานอื่นๆ ของประเทศที่ส่งผลกระทบต่อการลงทุน และไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของข้อตกลงเขตการค้าเสรี เช่น ระดับทักษะของแรงงาน ปัญหาการคอร์รัปชัน เป็นต้น ไทยจึงต้องการการลงทุนจากต่างประเทศที่มีคุณภาพ การเจรจาบทด้วยการลงทุนควรอยู่บนพื้นฐานของความมีเหตุผล ความโปร่งใส การเคารพสิทธิของประชาชนและพื้นที่ในการกำหนดนโยบายสาธารณะของรัฐบาล (Policy Space)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2 ยังเคยเสนอความเห็น และข้อเสนอแนะแก่รัฐบาล เรื่อง FTA ไทย-สหรัฐ ที่มีข้อเสนอไม่ต่างจาก FTA ไทย-ยุโรป ว่า รัฐบาลไม่ควรนำประเด็นทรัพย์สินทางปัญญามาเจรจาภายใต้ระบบทวิภาคีไทยกับสหรัฐ เนื่องจากผลประโยชน์จากการส่งออกสินค้าที่สหรัฐนำมาเป็นเงื่อนไขแลกเปลี่ยนนั้น เทียบไม่ได้เลยกับผลกระทบที่จะเกิดกับประชาชนไทย เกษตรกร ผู้บริโภคทั้งหมด และผู้ป่วย รวมถึงการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมด้านยา และอุตสาหกรรมชีวภาพของไทย จึงขอให้รัฐบาลยุติการเจรจาไว้ก่อน จากความเห็นของหลายหน่วยงาน ทั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข กรมทรัพย์สินทางปัญญา และกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ต่างมีข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า FTA ไทย-สหรัฐ “ได้ไม่คุ้มเสีย” ส่งผลให้มีการหยุดการเจรจาไว้ชั่วคราว

(2) การคัดค้านการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-20 กันยายน 2556 ที่โรงแรมเลอเมอริเดียน เชียงใหม่ ประเด็นที่ยุโรปเสนอ คือ ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่ง

สหภาพยุโรปพยายามสอดแทรกเงื่อนไขให้ไทยเพิ่มมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเกินกว่าที่องค์การการค้าโลกกำหนดไว้ใน “ความตกลงทริปส์” (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPs Agreement) หรือที่เรียกว่า “ทริปส์พลัส” (TRIPs-plus) ด้วยการขยายอายุการคุ้มครองสิทธิบัตรยา ผู้ขาดข้อมูลทางยาหรือการขึ้นทะเบียนตำรับยา เพิ่มกรอบความคุ้มครองสิทธิบัตร แทรกแซงการจัดซื้อและจัดหายาของประเทศ เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาและมาตรการผ่านแดนอย่างเข้มงวด และจำกัดการใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงทริปส์

ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร่วมกับเครือข่ายเกษตรทางเลือก กลุ่มเกษตรกรอินทรีย์ เครือข่ายงดเหล้า เครือข่ายผู้บริโภค และกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ จึงมีการนัดชุมนุมอย่างสงบ และมีภาคประชาสังคมไทยมาร่วมกว่า 2,000 คน โดยจะมีกิจกรรมรณรงค์เพื่อสร้างความรู้ในเรื่องการค้าเสรีและผลกระทบต่อประชาชนให้คนเชียงใหม่ได้เข้ามาร่วมเรียนรู้ทำความเข้าใจไปด้วยกัน เพื่อแสดงพลังเรียกร้องให้ทีมเจรจาของรัฐบาลไทยตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาคประชาชน ด้วยการขอให้เจรจาอย่างรอบคอบ และต้องไม่ยอมรับข้อตกลงใดๆ อันจะมีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง ซึ่ง สุภัทรา นาคะผิว ประธานคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ กล่าวว่า หากประเทศไทยยอมให้มีการเจรจาความตกลงการค้าเสรีในส่วนทรัพย์สินทางปัญญาที่เกินกว่าความตกลงทริปส์ (TRIPs-plus) จะก่อให้เกิดการผูกขาดตลาดอย่างยาวนาน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“ราคาขายแพงขึ้น ประชาชนชาติต้องแบกรับ ส่งผลให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมยาสามัญภายในประเทศ ที่สำคัญคือประโยชน์ส่วนใหญ่จะตกอยู่กับบรรษัทข้ามชาติเท่านั้น ถ้ายอมรับข้อตกลงทริปส์พลัสด้านยา หรือยอมให้มีการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรยาเพิ่มขึ้นอีก 5 ปี จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอีกเป็น 27,883 ล้านบาท/ปี และหากยอมปล่อยให้มีการผูกขาดข้อมูลการขึ้นทะเบียนตำรับยา หรือ Data Exclusivity จะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของไทยเพิ่มขึ้น 81,356 ล้านบาทต่อปี”

(ผู้จัดการออนไลน์, 17 กันยายน 2556)

ขณะเดียวกัน ประเด็นสำคัญที่ทำให้เครือข่ายพันธมิตรคัดค้านกระบวนการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป เนื่องจากไม่มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 190 แต่อย่างใด การไม่ทำ

ประชาพิจารณ์ร่างกรอบการเจรจา ทำให้เกิดข้อสงสัยในเจตนาของรัฐบาล และหน่วยงานรัฐ เพราะนอกจากจะสุ่มเสี่ยงต่อการขัดมาตรา 190 แล้ว ยังเป็นการปิดบังข้อมูลข่าวสารไม่ให้ประชาชนทั่วไปได้เห็นรายละเอียดของเนื้อหาการเจรจาครั้งนี้

ทั้งนี้ ในการรณรงค์กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรี ล้วนมีวัตถุประสงค์ คือ การเข้าถึงยา และการรักษาผู้ติดเชื้ออย่างเท่าเทียม ซึ่งผู้วิจัยมองว่า มีกรอบโครงสร้างความคิดบางอย่างที่อยู่เบื้องหลังการรณรงค์ นั่นก็คือ แนวคิดหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิที่เน้นการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อในฐานะพลเมือง การขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมในการเมืองสาธารณะ (public politics) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกรังเกียจ ไร้ศักดิ์ศรี ไร้อำนาจ สามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม โดยการมีส่วนร่วมกับระบบการเมืองเพื่อเรียกร้องสิทธิ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรง

จากที่กล่าวมาข้างต้น เราจะเห็นถึงบทบาทที่เปลี่ยนไปจากการเรียกร้องไปสู่การผลักดันในเชิงนโยบาย ทั้งในประเด็นกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีที่อาจส่งผลกระทบต่อทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นผลมาจากการพัฒนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่สามารถประสานการทำงานร่วมกับพันธมิตร เช่น หน่วยงานทางกฎหมาย และเภสัชกรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

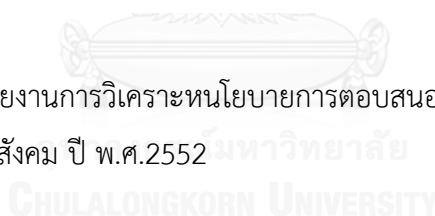
นอกจากนั้น ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มมีพัฒนาการในการเคลื่อนไหวจากการผลักดันนโยบายให้ภาครัฐไปสู่การเข้าไปมีส่วนร่วมกับการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งส่งผลให้การติดตามผล และกระบวนการทางกฎหมายเป็นไปในทิศทางที่เครือข่ายตั้งเป้าหมายเอาไว้มากขึ้น

สมาชิกนักเคลื่อนไหวในเครือข่ายผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเป็นนักกิจกรรมที่เคยทำงานองค์กรพัฒนาเอกชนในประเด็นต่างๆ มาก่อน อาทิ ป่าไม้ ที่ดิน ชุมชนแออัด การแย่งชิงทรัพยากร เป็นต้น พวกเขาเหล่านั้นจึงมีสายสัมพันธ์อันดีกับเครือข่ายด้านสุขภาพ อาทิ สาลี อ่องสมหวัง ผู้ประสานงานคณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข (คปอส), สุภัทรา นาคะผิว, สุรียรัตน์ ตรีมรรคา, นิมิตร เทียนอุดม และเภสัชกรหญิงสาลี ใจดี ทั้งนี้ การมีประเด็นเคลื่อนไหวที่มีเป้าหมายใกล้เคียงกัน ทำให้เกิดการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างกันขึ้น ซึ่งจะช่วยเหลือให้บทบาทในการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเข้มแข็งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าไปมีส่วนร่วมในพื้นที่ของรัฐหรือในระบบการเมืองที่ทำงานอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 3.2 รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย
ในมุมมองของภาคประชาสังคม

1. ให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการติดตามและกำกับการจัดการติดตามและเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ขึ้นมาเพิ่มเติมเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยมีบทบาท หน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องทางเพศและเรื่องเอดส์
2. การพัฒนานโยบายและแผนงานต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ จะต้องมีความครอบคลุมเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การเคารพสิทธิทางเพศและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายเรื่อง เพศ เพศภาวะ และเพศวิถี ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานหนึ่งของสิทธิมนุษยชน และต้องมีการระบุไว้ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ
3. การพัฒนานโยบาย แผน และมาตรการต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ จะต้องมองอย่าง เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับนโยบายและกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปกป้องคุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิทางเพศ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสิทธิและแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญกับการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
4. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบาย ควบคู่ไปกับกลไกอื่น ๆ ในส่วนที่เป็นคณะกรรมการฯ จะต้องทำหน้าที่ดูแล กำกับให้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ที่รับรองสิทธิต่าง ๆ ตามที่ได้มีการลงนามไว้ในปฏิญญาสากลต่าง ๆ รวมทั้งดำเนินการ ผลักดัน ให้มีการจัดการปรับปรุงกฎหมาย นโยบายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการรับรองสิทธิอื่น ๆ ด้วย

ที่มา: รายงานสรุปของ รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย
ในมุมมองของภาคประชาสังคม ปี พ.ศ.2552



ที่น่าพิจารณาคือ เครือข่ายได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับระบบการเมือง เพื่อเรียกร้องสิทธิต่างๆ ให้กับผู้ติดเชื้อ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรง อาทิ การสนับสนุนเงินจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือการประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์บุตร การตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในช่วงดังกล่าว ทางเครือข่ายพยายามขยายพื้นที่การต่อรองของผู้ติดเชื้อให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น อาทิ กรณีการประชุมระดับนานาชาติ ที่มีการใช้เวทีประชุมเอดส์นานาชาติที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการกดดันรัฐบาลที่ผ่านผู้แทนจากองค์การอนามัยโลก เพื่อให้รัฐบาลออกนโยบายหลักให้ยาต้านเอดส์ถ้วนหน้ากับผู้ติดเชื้อ รวมถึงกรณี สสจ. จังหวัด เพื่อเปิดพื้นที่อย่างเป็นทางการร่วมกับผู้บริหารระดับจังหวัด เป็นต้น

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการ คือ การเข้าไปร่วมรักษา เนื่องจากการรักษาผู้ติดเชื้อในช่วงแรกของการระบาดนั้น ทางกลุ่มแพทย์เองก็ไม่ได้ให้การดูแลเอาใจใส่ หรือไม่ได้ให้การรักษาตามหลักมนุษยชนมากนัก เช่น การปล่อยให้ผู้ติดเชื้อที่เข้ารับการรักษา รอความตาย (เครือข่ายผู้ได้รับความเสียหายทางการแพทย์) แต่เมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาตัวเอง และสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนกับแพทย์ได้ จึงทำให้พวกเขามีอำนาจในการต่อรองมากขึ้น รวมทั้งได้รับการปรับบทบาทให้มาช่วยทำงานเป็นวิทยากรให้กับบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ การทำงานในจังหวัดปัตตานี นราธิวาส ที่โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอเมืองจะมีกำหนดการที่ผู้ติดเชื้อต้องลงพื้นที่พบประชาชนตามหมู่บ้านต่างๆ รวมทั้งพบกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งตั้งแต่เริ่มเครือข่ายมาจนกระทั่งในปี พ.ศ.2556 มีการประชุมเป็นวาระไม่ต่ำกว่า 3 ครั้งต่อปี (การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคใต้ วันที่ 20 เมษายน 2555)

อย่างไรก็ตาม หนึ่งในผลงานที่สำคัญของเครือข่ายในยุคนี้ย่อมไม่อาจหนีพ้น การเสนอรัฐบาลให้ประกาศทำซีแอลยา และนำยาเอดส์เข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548) ซึ่งสวนทางกับแนวทางปฏิบัติการในอดีตใน 2 ยุคแรก อันสะท้อนให้เห็นถึงปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เดินทางเข้าสู่โครงสร้างที่ผูกขาดการตีความโดยรัฐมาโดยตลอด ด้วยการเปิดพื้นที่ให้ผู้ถูกกระทำวาดฝันให้ความหมายเกี่ยวกับตัวตน อัตลักษณ์ และการเมืองของชุมชนที่ถูกกดขี่ หรือการต่อสู้เพื่อสิทธิเต็มของความเป็นพลเมือง “full citizenship” เพราะผู้ติดเชื้ออยู่ในฐานะพลเมืองที่มีศักยภาพ ดังที่นักวิชาการกล่าวไว้ว่า

“...พวกเขาไม่ใช่คนน่าสงสาร ไม่ใช่คนที่น่ารังเกียจ แต่เป็นคนที่มีความสามารถ มีความสามารถพอที่จะต่อสู้ เพื่อให้ตัวเองมีชีวิตเหมือนคนทั่วไปได้”

(จอห์น อิงกากรณ์ อ่างในพงศธร พอกเพิ่มดี, 2552: 234)

3.1.4 ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี/เอดส์

ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มมีการเปลี่ยนรูปจากขบวนการเคลื่อนไหวที่เน้นการผลักดันประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีไปเป็นขบวนการที่ตระหนักถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งหมายรวมถึงโรคที่มีความร้ายแรง และมีประเด็นปัญหาอื่นๆ ด้วย

เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้พัฒนาฐานความคิดเบื้องหลังการเคลื่อนไหวไปสู่ประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ โดยการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีอยู่ใน 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการจากนโยบายการรวมบริหารจัดการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งนี้ เครือข่ายมองว่า กองทุนที่มีระบบการจัดการแตกต่างกันนั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน จึงเสนอให้ทั้งสามระบบใช้ระบบฐานข้อมูลชุดเดียวกัน คือ NAP เพื่อให้การเคลื่อนย้ายผู้มีสิทธิเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีสิทธิเหมือนกัน ให้ทุกคนมีมาตรฐานการรักษาเดียวกัน มีแนวทางการอนุมัติปรับเปลี่ยนสูตรยาแบบเดียวกัน มีการใช้ระบบการจัดการ และสำรองยาต้านไวรัสสูตรดื้อยาแบบเดียวกัน โดยให้ทั้งสามกองทุนร่วมกันรับผิดชอบในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อฯ ของทุกคน ซึ่งการเคลื่อนไหวยุ่บนฐานการเรียกร้องให้เกิดความเท่าเทียมผ่านความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต และโรคมะเร็ง โดยข้อเสนอดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการรักษาของผู้รับสิทธิที่เคยได้รับดังที่ได้กล่าวมา

" โรงพยาบาลจะถามก่อนเลยว่าใช้สิทธิอะไร เพราะมีผลต่อการรักษา ถ้าระบบหลักประกันสุขภาพโซวบัตร 30 บาท บัตรทอง โรงพยาบาลเขาก็ต้องคิด เช่น เป็นมะเร็งมาโรงพยาบาลก็คำนวณออกมาใช้ยาตัวไหนที่ถูกที่สุด เพราะ สปสช. จ่ายเงินให้สำหรับคนใช้ทุกคนที่มาโรงพยาบาล การเลือกยาตัวที่ถูกที่สุด ประสิทธิภาพก็อาจจะไม่มากนัก ผลข้างเคียงก็จะสูง ผู้ป่วยก็อาจจะมึนคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี "

(นิมิตร เทียนอุดม, สัมภาษณ์ 15 กันยายน 2555)

ข้อเสนอในข้างต้นได้กลายเป็นฐานคิดของการเคลื่อนไหวภายใต้ชื่อ “ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันเอดส์” เพื่อสร้างความเท่าเทียมกัน ทั้งการดูแล และรักษาผู้ป่วยเอดส์ ซึ่ง สปสช. ได้ประสานไปยังสำนักงานประกันสังคม (สปส.) และสำนักงานข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) โดยทั้ง 3 กองทุนสุขภาพต่างยอมรับข้อเสนอนี้ และนำเสนอต่อที่ประชุมเชิงนโยบายการสร้างความเป็นเอกภาพและบูรณาการสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ อันมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทั้งนี้ ในเบื้องต้นจะเป็นการเสนอการบูรณาการ 3 เรื่องร่วมกันก่อน คือ ประการแรก การให้การรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประการที่สอง การจัดทำระบบสารสนเทศร่วมกัน และประการที่สาม การบูรณาการเครือข่ายการให้บริการร่วมกัน

ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยใช้ระบบของทาง สปสช. เป็นหลักสำหรับการบริหารจัดการร่วมกันในส่วนของงบประมาณนั้น ยังคงอยู่ระหว่างการพูดคุยในรายละเอียดเพิ่มเติม จึงยังไม่ได้ข้อสรุป เพราะบางกองทุนยังติดระเบียบ ทำให้ไม่สามารถโอนมายัง สปสช. ได้ ซึ่งต้องมีการแก้ไขระเบียบให้แล้วเสร็จก่อน

สำหรับในประเด็น CL ยานี้ หลังจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวต่อสู้ในประเด็น CL ของกลุ่มตัวเองแล้ว จึงได้เริ่มให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยเครือข่ายอื่นๆ ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง เพราะสถานการณ์ยาต้านมะเร็งมีราคาสูง และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอีกในอนาคตหากรัฐบาลไม่มีมาตรการควบคุมราคา และขาดความสนใจในเรื่องการถ่ายทอดทางเทคโนโลยีเพื่อสร้างความมั่นคงทางยา รวมถึงในปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมยังไม่สามารถผลิตยาต้านมะเร็งได้ จึงนำไปสู่การกดดันให้โรงพยาบาล องค์กร หรือผู้ป่วยต้องหันมาใช้ยาใหม่ที่แพงขึ้น และมีความเฉพาะมากขึ้น เช่น ตัวยาประเภทชีววัตถุ ซึ่งมีคุณสมบัติตรวจวัดยาก ต้องใช้เทคนิคขั้นสูง ก่อให้เกิดการผูกขาดทั้งเทคโนโลยี และตัวยา ทำให้ผู้ประกอบการสามารถตั้งราคาที่สูงมากได้ ส่วนในกรณีประเทศไทย ยังไม่มีเทคโนโลยีผลิตยาต้านมะเร็งชีววัตถุได้ จึงต้องนำเข้ายาเท่านั้น ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เหมือนกับที่สมาชิกเครือข่ายให้ความเห็นว่า

“คนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์กับคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต่างก็ตกอยู่ในความทุกข์เดียวกันคือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด การที่เราออกมาเรียกร้องตั้งโต๊ะล่ารายชื่อถอดถอน รมต. ก็คือการที่เพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งเครือข่ายไต มะเร็ง หัวใจ จิตเวช คนที่ป่วยเป็นมะเร็งเขาจะช่วยเหลือตัวเอง เพราะภาวะของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงหนึ่งทำอะไรไม่ได้เลย จนว่าเขาจะศิโรตม์เสร็จ บางทีก็ไม่ทัน บางคนก็เสียชีวิต บางคนต้องรักษาตัวต่อ กระบวนการเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนทุกข์คนยากต้องลงมาช่วยกัน ไม่ใช่เราทำเฉพาะเอดส์เราก็จะอยู่ตรงนี้ ”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (วิชา ชัยศร, สัมภาษณ์ 15 ธันวาคม 2556)
CHULALONGKORN UNIVERSITY

นอกจากนี้ ยังมีปรากฏการณ์ผูกขาดราคา ยา เช่น มีการเสนอราคา ยา ให้แก่ สปสช. และ กรมบัญชีกลาง ในราคาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการเจรจาระหว่างหน่วยงานกับบริษัท ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชนก็สามารถกำหนดราคา ยา เองได้ จนส่งผลให้ยา มีราคาสูงกว่าราคาตลาดมาก อีกทั้ง รัฐบาลไทยยืนยันที่จะรับข้อเสนอทริปปลัสในการเจรจาเอฟทีเอไทย-อียูว่า ประชาชนจะต้องใช้ยา มะเร็ง ในราคา ที่แพงมากยิ่งขึ้น เพราะเกิดการผูกขาดด้านสิทธิบัตร มีการยืดเวลาสิทธิบัตร และห้าม บริษัท ยา เจ้าอื่น ขึ้นทะเบียนยาซ้ำ ในระยะ 5-8 (www.wikileaks.org) ดังที่ กรรณิการ์ กิจดิเวชกุล ผู้ประสานงาน FTA Watch ได้เสนอว่า หาก รัฐบาล มีพื้นที่ต่อรองจะเป็นประโยชน์มากกว่า

“จากข้อมูลการเจรจาเอฟทีเอไทย-อียูที่เชียงใหม่ในเดือนกันยายน 2556 พบว่ามี การเจรจาเรื่องความคุ้มครองด้านการลงทุน ซึ่งหาก รัฐบาลไทยตกลง จะนำไปสู่การเปิดช่อง ให้บริษัทเอกชนฟ้อง รัฐบาลไทยผ่านคณะอนุญาโตตุลาการได้ ท้ายที่สุด รัฐบาลไทยจะไม่มี

อำนาจในการต่อรองรายได้ ทำให้คนไทยต้องใช้ยาแพง รวมถึงยาต้านมะเร็ง ซึ่งปัจจุบันนำเข้าจากต่างประเทศทั้งหมด การเคลื่อนไหวต่อสู้จะเป็นการสร้างพื้นที่ให้รัฐบาลสามารถต่อรองราคาได้เช่นนี้ในกรณีศึกษาของประเทศอินเดีย ทางบริษัทยาแอสโตรได้ร้องขอไปทางสำนักสิทธิบัตรในอินเดียเพื่อขอทำ CL กับยาต้านมะเร็งตับและมะเร็งไต เมื่อทางสำนักสิทธิบัตรให้อนุญาต ทางบริษัทสามารถผลิตยาที่มีราคาขายเพียง 8,000 รูปี/หน่วย จากอดีตที่เคยมีราคาสูงถึง 200,000 รูปี/หน่วย ทำให้บริษัทฯ เอกชนอื่นๆ แห่ลดราคาขายของตน”

(กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, สัมภาษณ์วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2556)

ประเด็นปัญหาในข้างต้นได้กลายเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อร่วมกับองค์กรพันธมิตรเพื่อสนับสนุนรัฐบาลประกาศทำ CL ยารักษาโรคมะเร็ง 3 รายการ ได้แก่ 1) อิมาทินิบ (Imatinib) ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งทางเดินอาหาร เจ้าของสิทธิบัตรคือ บริษัทซาโนฟี อเวนต์ิส ซึ่งเป็นสมาชิกที่ทรงอิทธิพลในสหภาพยุโรป 2) โดซีแทกเซล (Docetaxel) ใช้รักษามะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม เจ้าของสิทธิบัตรคือ บริษัทโรช ที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่สวิตเซอร์แลนด์ เป็นสมาชิกสมาคมการค้าเสรีแห่งยุโรป (EFTA) 3) เออร์โลทินิบ (Erlotinib) ใช้รักษามะเร็งปอดและเส้นใยประสาท (Letrozole) ใช้รักษามะเร็งเต้านม เจ้าของสิทธิบัตรคือ บริษัทโนวาติส มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่สวิตเซอร์แลนด์

แม้ในสมัยของรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะแนวคิดทบทวนการประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา หรือ compulsory license: CL หนึ่งในนโยบายของนายแพทย์มงคล ณ สงขลา อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยรัฐบาล พล.อ.สุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรี ก็ตาม แต่กลับไม่สามารถกระทำได้ เนื่องจากถูกจับตามองจากภาคประชาชน ส่งผลให้การประชุมของ 3 รัฐมนตรี คือ นายมิ่งขวัญ แสงสุวรรณ รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ นายไชยา สะสมทรัพย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายพนม พัทนะ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ ไม่สามารถยกเลิกการทำ CL ได้

สุดท้ายแล้ว เมื่อเราพิจารณาปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อจะพบว่า เครือข่ายได้ปรับบทบาทการต่อสู้ เริ่มตั้งแต่การปฏิรูปงานเอดส์ร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ มาตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2553 การขับเคลื่อนทำงานเวทีวาระเอดส์ภาคประชาชน 4 ภาค (เหนือกลางใต้อีสาน) ในต้นปี พ.ศ. 2554 โดยเสนอการแก้ไขปัญหาที่แตกต่าง และมีความชัดเจนในการขยายพื้นที่การทำงานเชิงรุกของเครือข่าย ด้วยการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายระดมข้อเสนอแนะในการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม โดยการจัดทำเป็นวาระเอดส์แห่งชาติ โดยภาคประชาชน (จดหมายข่าวคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, 2553) พร้อมทั้งกับการขับเคลื่อนประเด็นบูรณาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่อำนาจ และการนำ

ประเด็นคุณค่าเชิงสิทธิมาอธิบายถึงปัญหาสังคมในเชิงโครงสร้างแทนการรอกการหยิบยื่นยารักษาโรค
ในฐานะประชากรของรัฐเพียงอย่างเดียว

ทั้งนี้ การที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงนโยบายนั้น มีทั้งลักษณะ
ที่คล้ายคลึง และแตกต่างจากการเมืองแบบกลุ่มผลักดัน คือ คล้ายคลึงในแง่ของการเรียกร้องการ
เข้าถึงสวัสดิการจากรัฐ การออกกฎระเบียบนโยบายที่เอื้อต่อผู้ติดเชื้อ แต่การเคลื่อนไหวของเครือข่าย
ผู้ติดเชื้อมีได้จำกัดประเด็นเรียกร้องเฉพาะเรื่องของตนเองเท่านั้น หากแต่ยังขยายข้อเรียกร้อง
ไปถึงสิทธิของผู้ป่วยมะเร็งและโรคเอดส์บนพื้นฐานสิทธิตามรัฐธรรมนูญ และยังเป็นเรียกร้องบน
พื้นฐานพลเมืองโลกในระบอบประชาธิปไตยสากลอันขยายกรอบขอบเขตไปไกลกว่ารัฐชาติ เช่น
เรียกร้องความเท่าเทียมในระบบการค้า การเรียกร้องสิทธิให้กับแรงงานข้ามชาติ คนไร้สัญชาติ เป็น
ต้น ในแง่นี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร่วมกันต่อสู้ในประเด็นความไม่เท่าเทียมเพื่อเรียกร้องสิทธิที่เท่า
เทียมในฐานะคุณค่าความเป็นมนุษย์ในระดับสากล เพื่อเปิดโอกาสและพื้นที่ให้สามารถเข้าไปมีส่วน
ร่วมในการทำงาน ทั้งยังนิยามความหมายให้กับผู้ติดเชื้อในฐานะบุคคลที่ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์เท่า
เทียมกับบุคคลอื่นๆ มีโอกาสเสมอหน้าในระบอบประชาธิปไตย โดยอาศัยการปรับสัมพันธภาพอำนาจ
ในสังคม เพื่อให้เกิดการเคารพ การยอมรับ การสร้างกติกาใหม่ภายใต้ประชาธิปไตยที่มีส่วนร่วมใน
การตัดสินใจ และผ่านการปรึกษาหารือกันอย่างมีเหตุผล

3.2 องค์ประกอบของขบวนการ

ในส่วนนี้ เราจะเน้นไปที่การทำความเข้าใจโครงสร้างภายในของขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
ผ่านกรอบแนวคิดทฤษฎีการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization-RM) ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่
รูปแบบขององค์กรไปจนถึงการระดมทรัพยากรในประเภทต่างๆ เพื่อมุ่งทำความเข้าใจเป้าหมาย
ลักษณะการจัดโครงสร้างองค์กร เจเนอซของการเกาะเกี่ยวร่วมกันในกลุ่ม ทิศทาง ผู้นำกลุ่ม และการ
จัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของขบวนการ

3.2.1 โครงสร้างองค์กร

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นองค์กรที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่
กระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยเป็นกลุ่มจากโรงพยาบาลในระดับอำเภอ และโรงพยาบาล
ศูนย์ บางส่วนเป็นกลุ่มที่จัดตั้งโดยองค์กรพัฒนาเอกชนในแต่ละพื้นที่จังหวัด และบางส่วนเป็นการ
รวมตัวจัดตั้งโดยผู้ติดเชื้อเอง ทั้งนี้ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ เครือข่ายมีความหลากหลายของสมาชิกสูง

ทั้งประเด็นการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันไป เช่น ค้าขาย ข้าราชการ เกษตรกร แม่บ้าน ประเด็นความหลากหลายทางเพศ เช่น มีทั้งกลุ่มเพศชาย หญิง และคนรักเพศเดียวกัน ประเด็นความแตกต่างในบริบทของสังคม และเศรษฐกิจในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งประเด็นเป้าหมายการเคลื่อนไหว อันเนื่องมาจากแหล่งทุนสนับสนุนที่แตกต่างกัน

เครือข่ายมีลักษณะโครงสร้างการเชื่อมโยงเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในแนวราบ เนื่องจากมีลักษณะการทำงาน และการเคลื่อนไหวในรูปแบบเครือข่าย โดยการเคลื่อนไหวในแต่ละประเด็นจะรวมตัวกันทำงานในรูปแบบ “คณะทำงาน” มีการประสานการทำงานกับองค์กรพันธมิตร โดยมีกลุ่มพันธมิตรหลัก คือ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ที่เป็นองค์กรที่ปรึกษา และองค์กรหมอไร้พรมแดน (เบลเยียม) เป็นทีมให้ข้อมูลด้านวิชาการ ในขณะที่พันธมิตรในรูปแบบกลุ่มผลักดันนโยบายจะเข้ามาร่วมงานในการเคลื่อนไหวรายประเด็น อาทิ กลุ่มศึกษาปัญหา ของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA Watch) สภานายความ ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ที่ให้ข้อมูลข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญา และข้อตกลงองค์การการค้าโลก

3.2.2 ผู้นำเครือข่าย

ผู้นำเครือข่ายผู้ติดเชื่อมีโครงสร้างใน 3 ระดับชั้น คือ ระดับแรก ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ระดับที่สอง ระดับภาค ระดับที่สาม ระดับเครือข่ายชาติ โดยเครือข่ายจะใช้ระบบการส่งแกนนำ ตั้งแต่ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ผ่านการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญทักษะการสื่อสาร และการจับประเด็น จากนั้นจึงจะถูกนำเสนอผ่านระบบการเลือกตั้งให้เข้ามาทำงานในระดับภาค และระดับชาติ ตามลำดับ ซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยสมาชิกในเครือข่าย โดยให้สมาชิกเลือกกันเองภายในจังหวัดเพื่อหาตัวแทนเข้ามาเป็นกรรมการระดับภาค เพื่อให้ตัวแทนระดับภาคเลือกสมาชิกภาคละ 2 คนเข้ามาเป็นกรรมการระดับชาติที่เป็นองค์กรระดับนโยบาย มีวาระหมุนเวียน 4 ปี นับตั้งแต่อดีตมีผู้นำรวมทั้งหมด 5 คน ในปัจจุบันมี นายวิรัตน์ ภูระหงษ์ เป็นประธานเครือข่าย

ในด้านบทบาทของผู้นำ เราจะแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทแรก ผู้นำที่มาจากการรวมกลุ่มกันเอง ซึ่งสมาชิกแกนนำแต่ละคนล้วนมีทักษะการทำงานจากการผ่านการต่อสู้กับปัญหาของตัวเอง และเป็นผู้ที่เริ่มต่อสู้ตั้งแต่ยังไม่มีโครงการยาต้านเอดส์ AZT ในยุคจับฉลากไควตาเข้าแฉกรับยา ทำให้ในกลุ่มแกนนำมีความผูกพันอย่างแนบแน่นกับอุดมการณ์ของเครือข่าย และกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื่อในเครือข่ายที่ทำงานด้วยกันมายาวนาน จนสามารถเรียนรู้ปัญหาจากการทำงานจริง อาทิ ในเครือข่าย

ภาคเหนือ แคนน่านในจังหวัดภาคเหนือตอนบนเป็นกลุ่มที่แคนน่านส่วนใหญ่เผชิญปัญหาเกือบเสียชีวิต ทั้งสภาพจิตใจถูกกดดันจนฆ่าตัวตาย การถูกรังเกียจขับไล่จากชุมชน ทำให้แคนน่านมีอุดมการณ์ในการทำงานที่เข้มแข็ง และยังคงทำงานให้กับเครือข่ายและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อรายใหม่ ประเภทที่สอง ผู้นำที่เกิดจากการพัฒนาขององค์กรพัฒนาเอกชน ส่วนใหญ่ไม่ถนัดการทำงานเคลื่อนไหวกับมวลชน หรือไม่สนใจการทำงานในระดับชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มคนมีพื้นฐานมาจากเขตเมือง กลุ่มนี้จะเป็นผู้นำที่ทำงานด้านการจัดการ ในขณะที่แคนน่านในพื้นที่ซึ่งทำงานอย่างแข็งขันในการทำงานจัดตั้งกลุ่มของตนเองอยู่แล้ว เมื่อมาประสานกับองค์กรพัฒนาเอกชนก็จะทำให้มีการเรียนรู้กันเป็นระบบมากขึ้น

ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อให้ความสำคัญกับประเด็นแคนน่านเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการพัฒนาแคนน่านเพื่อเชื่อมกลไกระดับกลุ่มสู่ระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับชาติเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมความแข็งแกร่งและอำนาจของเครือข่าย ปัจจุบันเมื่อต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมของสังคมเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป แคนน่านได้ผ่านกระบวนการต่อสู้จากรุ่นสู่รุ่น ตั้งแต่ยุค AZT รุ่นดีดีไอ รุ่น พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพ รุ่น ADB เป็นต้น อาทิ กมล อุปก้าว อดีตประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อคนที่ 2 ที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการประสานงานเข้ากับทุกกลุ่มจนได้รับการยอมรับเป็นอย่างดี

3.2.3 สมาชิกภายในเครือข่าย

สมาชิกของเครือข่ายมีความหลากหลายค่อนข้างสูงดังที่ได้กล่าวไปแล้วในส่วนของการสร้างองค์กร ซึ่งเราสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ส่วนหลักๆ ดังนี้

(1) สมาชิกที่ร่วมจุดหมายเดียวกัน (Adherent) คือ กลุ่มสนับสนุนที่เข้าร่วมขบวนการอย่างเต็มตัว และมีวัตถุประสงค์ร่วมกันกับขบวนการ ประกอบด้วยกลุ่มหลักๆ ดังนี้

กลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นสมาชิกที่มีจำนวนมากที่สุดของเครือข่าย และมีความหลากหลายค่อนข้างมาก ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ อายุ และเพศสภาพ โดยแบ่งเป็นเครือข่ายประจำจังหวัด ระดับภาค และระดับชาติ มีหน้าที่หลักในการเคลื่อนไหวกดดัน และตรวจสอบการทำงานของกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยการติดตาม และขอเข้าพบรัฐมนตรีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ไปจนถึงการประท้วงกดดันหน้าบริษัทยารักษาโรค นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ อาทิ ฟ้ายี่รุ่ง และมั่งคั่งก็๊ฟ ทำหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ให้กับเครือข่ายด้วยเช่นกัน

ภาพที่ 3.3 แสดงเครือข่ายผู้ติดเชื้อใน 3 ระดับ



(2) สมาชิกผู้สนับสนุน (constituents) คือ ฝ่ายอุตสาหกรรมพยากรให้กับการเคลื่อนไหวประกอบด้วย

กลุ่มสมาชิกที่ให้ข้อมูลในเชิงวิชาการในภาพรวม อาทิ มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ เป็นฝ่ายประสานงานทางวิชาการให้กับเครือข่าย อาทิ มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และกลุ่มศึกษาปัญหา ยา มีแกนนำ คือ เกษัชกรหญิงสำลี ใจดี, คุณสุนทร วิทยานารถไพศาล, อ.จิราพร ลัมปานานนท์, อ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี และ ดร.กฤษณา ไกรสินธ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม (ในขณะนั้น) รวมถึง เกษัชกรหญิงอัจฉรา เอกแสงศรี รองผู้อำนวยการสถาบันฯ³ ฝ่ายวิชาการของมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลสิทธิบัตร ซึ่งมูลนิธิเหล่านี้ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางทั้งในด้านงานข้อมูลเชิงวิชาการที่เกี่ยวกับยา และทรัพย์สินทางปัญญา รวมถึงงานประสานระหว่างกลุ่มต่างๆ ในเครือข่าย ไปจนถึงถึงเป็นผู้ยื่นคำคัดค้านการขอสิทธิบัตรยาคอมบิต

³มีความชำนาญการวิจัยและพัฒนการผลิตยา การติดตามตรวจสอบข้อมูลสิทธิบัตรยาทั่วโลกอย่างมาก ได้ดำเนินการวิจัยและผลิตยาสูตรนี้เช่นเดียวกับกับแกล็กโซ เพราะเชื่อมั่นอย่างเต็มที่ว่า ยาคอมบิตที่แกล็กโซยื่นขอรับสิทธิบัตรนั้นไม่ได้เป็นสิ่งประดิษฐ์ใหม่ และมีได้มีขั้นการประดิษฐ์ที่สูงขึ้นตามที่กล่าวอ้างแต่อย่างใด

ต่อ กรมทรัพย์สินทางปัญญา อันเป็นจุดหมายสำคัญในการขยายพื้นที่การต่อสู้เข้าสู่ระบบอย่างเป็นทางการ

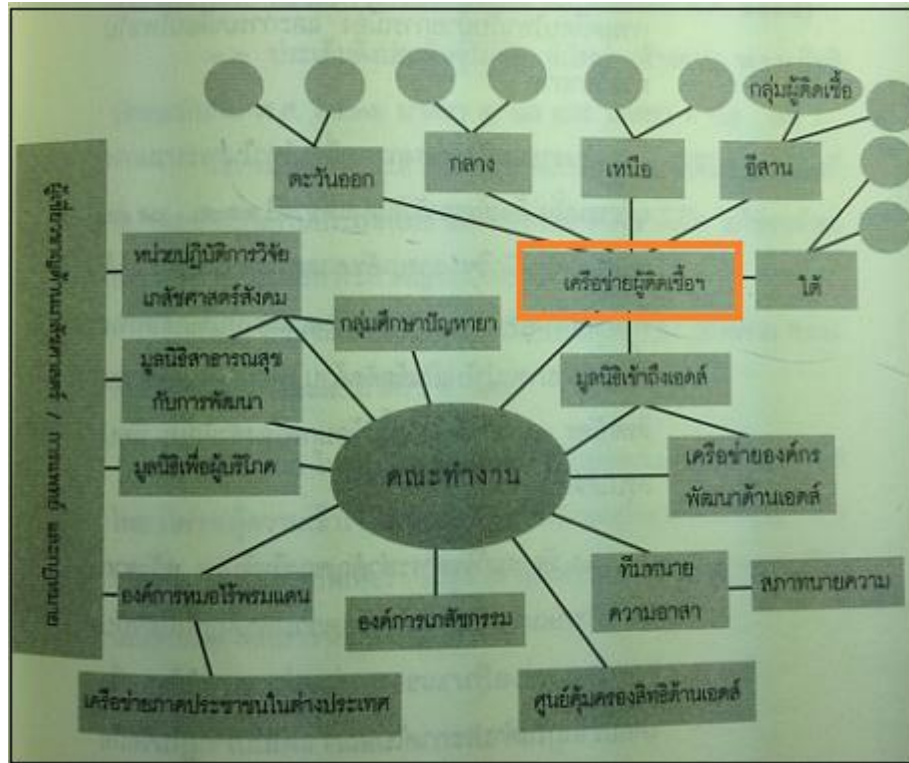
รวมถึงยังมีองค์การหมอไร้พรมแดนประเทศไทย ทำหน้าที่เป็นกำลังเสริมในด้านการจัดหาข้อมูลจากต่างประเทศและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างองค์กรในต่างประเทศ ซึ่งมีส่วนทำให้การชุมนุมคัดค้านยาคุมบิตเกิดขึ้นในวันเดียวกันทั้งในประเทศไทย และในประเทศอินเดีย และกลุ่มเภสัชกรเพื่อสังคม ทำหน้าที่ช่วยให้ความรู้ทางด้านวิชาการร่วมกับกลุ่มกลุ่มมูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

กลุ่มที่ทำหน้าที่ผลักดันนโยบายในบางประเด็น ที่จะเข้ามาให้การสนับสนุนในประเด็นที่กลุ่มของตนเองเกี่ยวข้อง อาทิ กลุ่มสหภาพนายความได้ส่งทีมทนายความมาช่วยเหลือทางกฎหมายและร่วมทำคำคัดค้าน 2 คน คือ นายนคร ชมพูชาติ และ นายชัยรัตน์ แสงอรุณ กลุ่มมูลนิธิเข้าถึงเอดส์⁴ ที่มีนายจอน อึ้งภากรณ์ และนายนิมิตร เทียนอุดม เป็นผู้นำ กลุ่มมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ซึ่งเป็นอีกองค์กรหนึ่งที่เข้มแข็ง ที่เข้ามาสนับสนุนงานพิทักษ์สิทธิผู้ติดเชื้อฯ (วีรบุรุษ วิสารทสกุล, 2550: 40-42) กลุ่มศึกษาปัญหา ยา คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA Watch) เป็นต้น

รวมถึงยังมีกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) อาทิ มูลนิธิศุภนิมิตพะเยาเพื่อการพัฒนา และ IDU ซึ่งทำหน้าที่ในการเป็นวิทยากร และเจ้าหน้าที่โครงการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ไว้ให้กับผู้ติดเชื้อ และประชาชนในสังคมด้วย

⁴มูลนิธิเข้าถึงเอดส์เป็นมูลนิธิที่ทำงานรณรงค์ป้องกัน รวมถึงการช่วยเหลือปกป้องสิทธิผู้ป่วยเอดส์มานาน ในกรณียาคุมบิต มูลนิธิฯ เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงในการผลักดันเชิงนโยบายที่เกี่ยวกับการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อฯ และตรวจสอบการทำงานของกรมทรัพย์สินทางปัญญาต่อกรณียาคุมบิตอย่างต่อเนื่องร่วมกับองค์กรอื่น

ภาพที่ 3.4 การสร้างเครือข่ายพันธมิตรเคลื่อนไหว



สำหรับบทบาทของสมาชิกนั้น ในเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะประกอบไปด้วยสมาชิก ซึ่งเป็นชาวบ้านในระดับท้องถิ่นเป็นหลัก และชนชั้นกลางในเมือง โดยประสานงานกับกลุ่มที่เข้าไปมีบทบาทหนุนเสริมการทำงานของเครือข่าย คือ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์กรหมอไร้พรมแดน และนักวิชาการกลุ่มเภสัชศาสตร์เพื่อสังคม NGOs อันมีบทบาทสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ภายในองค์กร ด้วยการสร้างเวทีสรุปบทเรียนการทำงานที่กำหนดขึ้นทุกปี ทั้งนี้ ในการทำงานดังกล่าวจะมีผู้ประสานงานที่มีบทบาทสำคัญ อาทิ ผู้ประสานงานระดับชาติ คือ ผู้ที่ทำงานเชื่อมโยงกับ NGOs ต่างๆ เพื่อการสร้างกิจกรรมในเครือข่าย ทำให้เกิดการเรียนรู้ของผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมกระบวนการ

ขณะที่การสร้างพันธมิตรถือเป็นจุดเด่นของเครือข่าย โดยการชุมนุมเคลื่อนไหวในแต่ละประเด็นจะมีการเคลื่อนร่วมกับพันธมิตรที่เอื้อให้เกิดผลประโยชน์มากที่สุดแก่เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีดังเช่นกรณีตัวอย่างดังต่อไปนี้

กรณีการเคลื่อนไหวดีดีไอ ทางเครือข่ายทำงานร่วมกับสหภาพนายความ เกษษศาสตร์เพื่อสังคม องค์การเกษตรกรรม NGOs องค์การแพทย์ไร้พรมแดน

กรณีการคัดค้าน CL ยา ทางเครือข่ายขยายพันธมิตรไปสู่กลุ่มแพทย์ชบท ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข และนักการเมืองที่เคยเป็นพันธมิตรในช่วงการเลือกตั้ง

กรณีการคัดค้าน FTA ทางเครือข่ายได้ขยายความร่วมมือไปยังนักวิชาการด้านนิติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านกฎหมายระหว่างประเทศ เพื่อสร้างวาทกรรมในเชิงลบต่อ FTA ในพื้นที่สาธารณะ และพื้นที่สื่อสารมวลชน

ตารางที่ 3.3 ความสัมพันธ์สมาชิกของเครือข่ายผู้ติดเชื่อเอชไอวี

กลุ่ม	เป้าหมายองค์กร	ตำแหน่ง/หน้าที่
สมาชิกที่ร่วมจุดหมายเดียวกัน		
เครือข่ายผู้ติดเชื่อ	รวมตัวช่วยเหลือผู้ติดเชื่อ ปกป้องสิทธิ	/สมาชิก
ฟ้าสีรุ้ง มั่งคั่งก็พั่ง	กลุ่มหลากหลายทางเพศ	สมาชิกที่ร่วมจุดหมายเดียวกัน /เจ้าหน้าที่
สมาชิกผู้สนับสนุน		
มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์	ปกป้องสิทธิ	สมาชิกในเครือข่ายร่วมกับ NGO อื่นๆ
องค์กรแพทย์ไร้พรมแดน	การเข้าถึงยา	พันธมิตรร่วม
Access	รณรงค์สิทธิและการเข้าถึงยา สร้างกลไกความเข้มแข็งให้ผู้ติด เชื่อจัดการปัญหาตัวเอง	พันธมิตรร่วมกำหนดยุทธศาสตร์
เกษตรศาสตร์เพื่อสังคม	ข้อมูลวิชาการ	พันธมิตรร่วม
NGOs มูลนิธิศุภนิมิต พะเยาเพื่อการพัฒนา IDU	แล้วแต่เป้าหมายแหล่งทุน -ผู้หญิงกับการรับเชื่อ -กลุ่มแรงงานข้ามชาติ -กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด	สมาชิก วิทยากร เจ้าหน้าที่ประจำโครงการ
กลุ่มมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคร	- สิทธิของผู้บริโภค	พันธมิตรร่วม

กลุ่ม	เป้าหมายองค์กร	ตำแหน่ง/หน้าที่
กลุ่มศึกษาปัญหา คณะ เภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	- สิทธิของผู้ติดเชื้อ	พันธมิตรร่วม
กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้า เสรีภาคประชาชน (FTA Watch)	- ข้อตกลงเขตการค้าเสรี	พันธมิตรร่วม
สภาพนายความ	- ค่าปรึกษาทางกฎหมาย	พันธมิตรร่วม
กลุ่มแพทย์ชบท	- CL ยา	พันธมิตรร่วม
นักการเมืองที่เคยเป็น พันธมิตร	- คະแนนเสียงจากเครือข่าย	พันธมิตรร่วม

ทั้งนี้ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การมีอัตลักษณ์ร่วมที่หลากหลาย (Plural collective identity) ภายในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรภาคีพันธมิตรเป็นจุดแข็งที่ส่งผลดีต่อการเคลื่อนไหวของเครือข่าย เนื่องจากผู้เข้าร่วมที่หลากหลาย ต่างมีอุดมการณ์ร่วมในประเด็นสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม ซึ่งเป็นพื้นฐานหลักการประชาธิปไตยที่เข้มแข็งรองรับในการกระทำการร่วม ส่งผลให้ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีลักษณะเป็นแนวราบ ที่มีการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการแบ่งหน้าที่ชัดเจน และไม่อยู่ภายใต้การตัดสินใจของปัจเจกหรือองค์กรใดองค์กรหนึ่ง อันมีส่วนอย่างมากต่อการกำหนดยุทธวิธี และรูปแบบการเคลื่อนไหวที่นำไปสู่ความสำเร็จของขบวนการในหลายกรณีดังที่จะกล่าวในบทถัดไป

3.2.4 การสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

ในการระดมทรัพยากร โดยเฉพาะการหาแนวร่วมสมาชิก และพันธมิตรของเครือข่าย รวมถึงการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ ให้มีความเข้มแข็งนั้น ประเด็นสำคัญที่ไม่อาจละเลยไปได้คือการสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ที่เป็นการยืนยันความเป็นตัวตนในการขยายขอบเขตพื้นที่ทางสังคมที่พวกเขาเรียกร้องสิทธิในความเสมอภาค โดยปรากฏทั้งในระดับปัจเจกบุคคล (personal identity) ที่มีพลวัตไปตามสภาพการณ์ และอัตลักษณ์ระดับกลุ่ม (group identity) ที่เป็นการยึดโยงปัจเจกบุคคลเข้ากับกลุ่มและสังคม ผ่านทางกระบวนการทางการสื่อสาร สัญลักษณ์ และความหมายในการหลอมรวมอารมณ์ของผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกในฐานะปัจเจกบุคคลผู้เข้าร่วม หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

อาทิ องค์กรพัฒนาเอกชน ให้ร่วมกันประกอบสร้างและผลิตซ้ำสัญลักษณ์ที่เป็นเสมือนอัตลักษณ์หรือตัวตนรวมของกลุ่มออกไปยังพื้นที่สาธารณะ

การสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายสามารถถึงการมีส่วนร่วมของผู้คนที่แตกต่างกันหลากหลายเข้ามารวมกันได้ พลังดังกล่าวยังสามารถระดมองค์กร กลุ่มที่หลากหลายเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวในแต่ละครั้ง อาทิ การต่อสู้การเข้าถึงยาที่มีแนวร่วมที่ชัดเจน คือ นักวิชาการจากคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนจากต่างประเทศ คือ MSF ได้เข้ามาสร้างความเปลี่ยนแปลงด้วยการมีนโยบายเข้ามาทำงานในการเข้าถึงยา มีการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ในท้องถิ่นของภาคเหนือ คือ มูลนิธิเพื่อการพัฒนา สุขนิมิตร เอตส์เน็ต FAR เป็นต้น โดยมีมูลนิธิเข้าถึง เอตส์เป็นองค์กรพี่เลี้ยงเริ่มต้น และประสานกับองค์กรพัฒนาเอกชน และเจ้าของทุนที่สำคัญ คือ Global fund

อย่างไรก็ตาม การต่อสู้ประเด็นข้ามชาติ กรณีการประกาศทำซีแอลยา จำเป็นต้องอาศัยแนวร่วมที่มากกว่าเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เนื่องจากต้องต่อสู้กับบรรษัทข้ามชาติที่มีเครือข่ายกว้างขวาง ดังนั้น องค์กรที่ระดมเข้าร่วมการเคลื่อนไหวจึงมีความแตกต่างกันหลากหลายสูง อาทิ สภานายความที่เป็นองค์กรด้านกฎหมาย กลุ่มเภสัชกรรมที่เป็นองค์กรมุ่งผลิตรายักษ์ ซึ่งการกำหนดยุทธศาสตร์ และการกำหนดนิยามอัตลักษณ์รวมหมู่ (collective identity) ว่าเป็นพื้นที่การปกป้องสิทธิของประชาชนไทย ทำให้สามารถประสานการทำงานระหว่างองค์กรที่แตกต่างกันได้ เพราะไม่ได้มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ หรืออัตลักษณ์ขององค์กรที่ขัดแย้งกันเอง

โดยเราสามารถแบ่งรูปแบบการสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายออกเป็น 2 ส่วนหลักๆ ได้ดังนี้

(1) การสร้างอัตลักษณ์ร่วมที่หลากหลายผ่านการกระทำการรวมหมู่ (collective action)

การมีอัตลักษณ์ร่วมที่หลากหลาย (plural collective identity) (Scholte, Jan Aart. 2008) ภายในเครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรภาคีพันธมิตรเป็นประเด็นที่ค้นพบในงานวิจัยว่า เป็นจุดเด่นของการเคลื่อนไหวของเครือข่าย โดยที่ผู้เข้าร่วมที่หลากหลายต่างมี “อุดมการณ์ร่วมในประเด็นสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม ซึ่งเป็นพื้นฐานหลักการประชาธิปไตยที่เข้มแข็งรองรับในการกระทำกร่วม”

การนิยามอัตลักษณ์รวมหมู่ (collective identity) ของขบวนการทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีความชัดเจนทำให้เกิดการกระทำรวมหมู่ (collective action) ที่แตกต่างจากขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเดิม (social movement) เช่น ขบวนการแรงงาน และขบวนการสังคมนิยม แบบ Marxist ซึ่งถูกแทนที่ด้วยขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบใหม่ (new social movement) ที่สามารถอธิบาย ปรากฏการณ์ร่วมสมัยที่มีความสลับซับซ้อนได้มากขึ้น กระนั้น ภายใต้การนิยามความหมายที่เปลี่ยนแปลงไปก็ยังคงมีสาระสำคัญร่วมกัน คือ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นการรวมกลุ่มเพื่อการกระทำรวมหมู่ (collective action) ที่มุ่งปรับเปลี่ยนระบบคุณค่า และสถาบันสังคม ตลอดจนปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพทางอำนาจของสังคม โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงยา ที่มีความเหลื่อมล้ำและความไม่เป็นธรรมทางด้านต่าง ๆ โดยการปรับเปลี่ยนนโยบายหรือกฎหมาย ซึ่งจุดแตกต่างระหว่างขบวนการทางสังคมกับกลุ่มผลประโยชน์ทางธุรกิจและพรรคการเมือง คือ ความต่อเนื่องของการกระทำที่มีระยะเวลานานพอสมควร มีการระดมผู้เข้าร่วมที่มีอุดมการณ์หรือเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงในแนวทางเดียวกัน ไม่ใช่การรวมตัวกันในลักษณะเฉพาะกิจหรือการทำงานร่วมกันภายใต้สถาบัน องค์กร เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน โดยไม่มีปฏิบัติการเคลื่อนไหวผลักดันสังคมในลักษณะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหว

ทั้งนี้ การกระทำรวมหมู่เป็นรูปแบบการเคลื่อนไหวในการสนับสนุนหรือคัดค้านการเปลี่ยนแปลงในกลุ่ม สังคม หรือโลกที่คนในขบวนการเป็นส่วนหนึ่ง ในการจะบรรลุเป้าหมายของขบวนการทางสังคมจึงจำเป็นต้องมี การระดมพลัง (mobilize) ที่จะเป็นไปได้ในวิถีทาง (mean) ที่ขบวนการทางสังคมต้องการ การต่อสู้ในวิถีทางใหม่เพื่อจะบรรลุเป้าหมายภายใต้สภาพการณ์ของประเทศไทยที่สิทธิในกาเข้าถึงบริการสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญกำหนด

ยกตัวอย่างเช่น กรณีการกระทำรวมหมู่ครั้งแรกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ กรณีตีตีไอ ที่บริษัทพยายามตอบโต้ด้วยการไม่ประนีประนอมกับกระทรวงสาธารณสุขที่มี นายกร ทัพพะรังสี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ยอมให้เป็นการผลิตประเภทชนิดเม็ด กบชนิดน้ำ โดยขบวนการผู้ติดเชื้อได้วางยุทธศาสตร์ และยุทธวิธีที่เกี่ยวเนื่องกับการปกป้องพื้นที่ คือ “ทางเลือก” (alternative) ของขบวนการทางสังคมเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ที่มุ่งเน้นการปกป้องพื้นที่สิทธิในการมีชีวิตด้วยการให้ความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบจากการผูกขาดยาตีตีไอ ของบริษัทข้ามชาติแก่สังคม

นอกจากนี้ เครือข่ายยังก่อตั้งศูนย์องค์กรรวมของสมาชิกผู้ติดเชื้อ เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งและความมั่นใจในตัวเองให้กับผู้ติดเชื้อ เนื่องมาจากสภาพการณ์ของกลุ่มก่อนที่จะมีการรวมตัวในรูปแบบเครือข่าย การรวมกลุ่มที่มีอยู่ไม่มีระเบียบในการทำงาน เน้นการเอาตัวรอด และส่วนใหญ่ไม่ได้คิดถึงปัญหาการเข้าถึงยา หรือประเด็นสิทธิมนุษยชน แต่หลังจากมีการรวมตัวอย่างเป็นทางการแล้ว

ประเด็นการทำงานของพวกเขาเหล่านั้นจึงชัดเจนมากขึ้น อาทิ การทำงานของการก่อตั้งศูนย์องค์รวมของสมาชิกผู้ติดเชื้อในขณะนั้นได้รับบสนับสนุนจากกองทุนโลกในเรื่องการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การปรึกษา และให้กำลังใจกับสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะขณะนั้นยังไม่มียาต้านไวรัสเอชไอวี มีแต่ยาป้องกันโรคฉวยโอกาส ที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ดังนั้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มต้นจากการเป็นอาสาสมัครจึงเริ่มมีบทบาทในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีคนอื่นๆ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นต้นมา ดังที่สมาชิกกล่าวไว้ว่า

“ เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีพลังมากขึ้นจากการเรียนรู้เพราะในปีพ.ศ.2542 เป็นต้นไปพวกเขาเคลื่อนไหวกันเอง เช่น การเสนอร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพที่เสนอชื่อให้สภาในปี พ.ศ.2543 จำนวนรายชื่อ 70,000 รายชื่อ ประมาณ 1 ใน 3มาจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ รวมทั้งการลงนามต่อต้านการลงนามในสนธิสัญญาการค้าเอฟทีเอไทย สหรัฐที่เชียงใหม่ต้นปี พ.ศ.2549 การชุมนุมนับหมื่นคนมาจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(จอน อึ้งภากรณ์ อ่างในพงศธร พอกเพิ่มดี, 2552: 238)

“ พี่กับเพื่อนๆ ไปชุมนุมกัน ใช้เวลาเป็นเดือนนะที่เราไปลำบากด้วยกัน ไปตากแดด ตากลม การร่วมต่อสู้กันมันทำให้เราภูมิใจว่าเป็นสิ่งที่เราทำด้วยตัวเอง พี่ไปกับเพื่อนๆ ช่วยระดมเพื่อนจากเครือข่ายในกรุงเทพฯ และกลุ่มแถว มินบุรีไปร่วมกัน กลับมาป่วยไปอีกเป็นเดือนเพราะอากาศที่เชียงใหม่ร้อนมาก”

(อมร ลาดกระบัง, สัมภาษณ์ 15 ธันวาคม 2556)

“ ผมขี่มอเตอร์ไซด์ไปตามหมู่บ้าน เราไปขอบัตรประชาชนใครเขาจะให้ ถ้าเราไม่มีฐานกลุ่มในพื้นที่ ก็ต้องไปเริ่มพูดคุยกับเพื่อนๆ แคนนำในกลุ่มพื้นที่กัน หัวข้าวใส่ท่อ ตระเวนขี่มอเตอร์ไซด์ไปกันเรื่อยๆ ตามหมู่บ้าน นอนตามวัดบ้าง”

(สุดใจ ตะภา, สัมภาษณ์ 2 มิถุนายน 2556)

กล่าวโดยสรุป การกระทำรวมหมู่ในระยะแรกมาจากความคับข้องใจ และความกดดันที่มีต่อผู้ติดเชื้อ แต่เมื่อมีการพัฒนาประเด็นต่อสู้ จึงได้กลายมาเป็นการสร้างกรอบโครงการต่อสู้ให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อเป็นการ ระบุดัชนีลักษณะร่วมว่า เป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความหลากหลาย พหุลักษณะ และยอมรับนับรวม (inclusivity) โดยที่พวกเขาไม่ได้ติดกับอยู่กับอัตลักษณ์ที่ตายตัวหรือขาดพลวัต

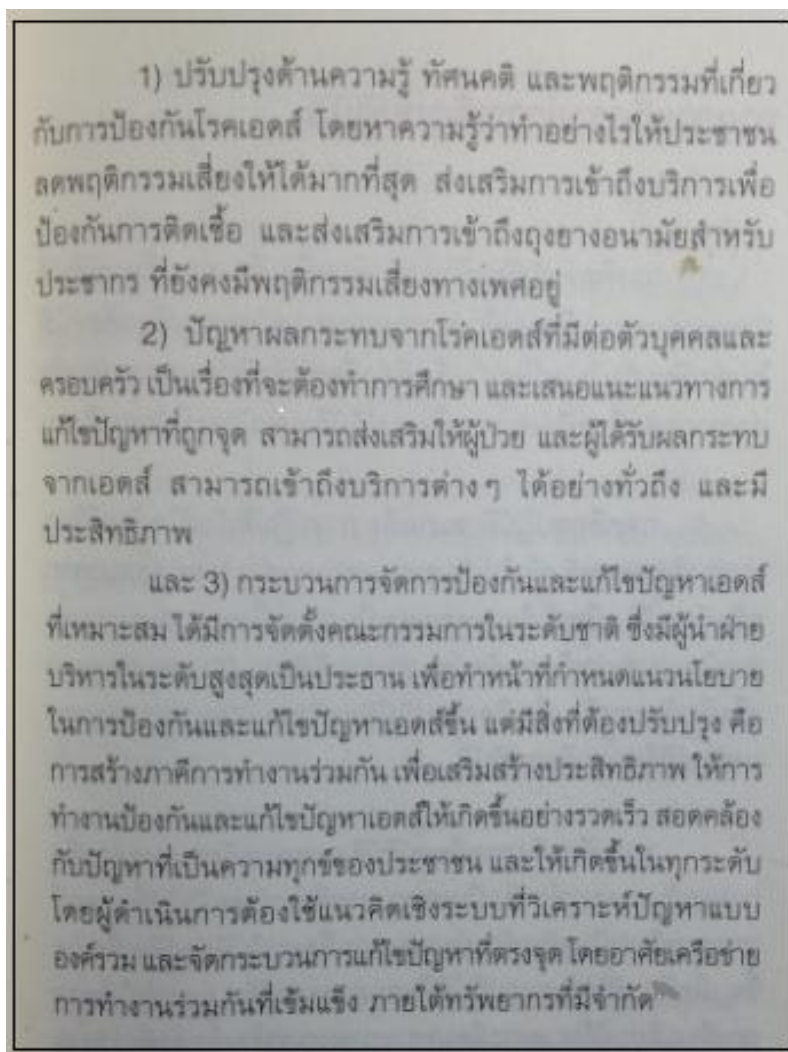
(2) การสร้างอัตลักษณ์ร่วมผ่านการรื้อประกอบสร้างความหมายใหม่

นอกจากอัตลักษณ์ที่เป็นรูปธรรมในประเด็นแรกแล้ว เครือข่ายยังมีความพยายามในการสร้างอัตลักษณ์ของการเคลื่อนไหวอยู่ที่บนฐานของปฏิบัติการทางวาทกรรม (discursive practices) ด้วยการสร้างพื้นที่การเมืองใหม่ เพื่อขยายขอบเขตพื้นที่ในการแสดงออกของพวกเขาในการต่อรองข้อมีอำนาจในพื้นที่ๆ เคยถูกยึดครองจากผู้มีอำนาจเหนือกว่าในสังคม

สิ่งที่เครือข่ายต้องการจึงตั้งอยู่บนฐานของการรื้อความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ ในระดับภาวะวิทยาทางการแพทย์ (ontological level) เพราะการแก้ไขปัญหามูลฐานคิดระดับวิทยา ที่มองปัญหาเอชไอวีในเชิงเทคนิคการแพทย์อย่างเดียว ทำให้มีการแยกจำแนกประชากร แต่การแก้ไขปัญหาก็แท้จริงควรมีมิติเพศสัมพันธ์ เรื่องสิทธิ เพศภาวะ และเพศวิถี ซึ่งสัมพันธ์กับการกำหนดคุณค่า ความหมายทางสังคม และวัฒนธรรม หรืออีกนัยหนึ่งคือ การกำหนดนโยบายที่กำกับโดยวิธีคิดเชิงเดี่ยวแบบเดิมไม่ใช่ทางแก้ปัญหา แต่ควรใช้องค์ความรู้ที่ผสมผสานระหว่างสังคมวัฒนธรรม ระบาดวิทยาทางการแพทย์ และด้านสิทธิมนุษยชน

ตัวอย่างที่สะท้อนฐานคิดของการแก้ปัญหาระดับนโยบายไปในปี พ.ศ.2546 คือ ความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหามูลฐานคิดระดับกระทรวงยังคงเป็นการลดพฤติกรรมเสี่ยง การลดการแพร่ระบาดไปยังผู้อื่นเท่านั้น โดยตัวอย่างการพูดถึงนโยบายของ นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้กล่าวในงานสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม พ.ศ.2546 (ธวัช มณีผ่อง, 2553: 29)

ภาพที่ 3.5 สุนทรพจน์ของนางสุดารัตน์ เกยุราพันธ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในงาน
สัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม พ.ศ.2546



ที่มา: สัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม พ.ศ.2546 (รัช มณีพอง, 2553 :29)

นโยบายรัฐบาลยังคงเน้นการลดพฤติกรรมเสี่ยง ป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีซึ่งยังติดอยู่ในกรอบคิดแนวระบาดวิทยา

การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อร่วมกับองค์กรพันธมิตรจึงได้ผลักดันวาทกรรมในการสร้างมิติการรักษาที่อยู่บนมิติด้านสังคมเข้ามาประกอบภาพการแก้ไขปัญหา หรือที่แพทย์กลุ่มหัวก้าวหน้าเรียกว่า

พหุลักษณะทางการแพทย์ (medical pluralism) เป็นความรู้ทางมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ระบุว่า การดำรงอยู่ของความหลากหลายทางวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมหนึ่งๆ ปรากฏการณ์สุขภาพ ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่มีมิติที่หลากหลาย สลับซับซ้อน เป็นพลวัต เป็นปรากฏการณ์ทาง ชีววัฒนธรรม (Biocultural phenomenon) ซึ่งมุมมองนี้สอดคล้องกับการตอบโต้ทางวัฒนธรรมที่ผู้ติดเชื้อต่อสู้กับปัญหาความไม่เป็นธรรมในสังคม และการกดขี่ทางการเมืองที่ทำให้เชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นปัญหาทางการแพทย์ ที่เรียกว่า medicalization “..โรคยานุวัตร คือการทำปัญหาสังคมให้กลายเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ” (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2549:30)

ตารางที่ 3.4 ความแตกต่างของกรอบวาทกรรมตีความเอชไอวี

กรอบแนวคิด	การแพทย์เชิงชีววิทยา	เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เชิงการมีส่วนร่วม
จุดเน้น	ผู้ป่วย	ผู้รับเชื้อกับชุมชน
มิติการอธิบาย	เชิงกายภาพ, พยาธิวิทยา	จิตวิทยาสังคม, การเมือง, เศรษฐกิจ วัฒนธรรม นิเวศวิทยาแวดล้อม
เทคโนโลยี	ยา	การศึกษา (education) กระบวนการทางสังคม
การบริการผู้ติดเชื้อ	บริการยา	เสริมพลังอำนาจ (Empowerment), autonomy
การมองผู้ติดเชื้อ	ผู้รับบริการแบบpassive	Active participants
กรอบการศึกษา	การรักษาทางยา, ระบาดวิทยา	Socio epidemiology Health system Social policy Social determinants

การปรับฐานคติการมองปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น จึงนำไปสู่การที่ผู้ติดเชื้อตระหนักถึงคุณค่าในตัวเองมากขึ้น และกลายเป็นอัตลักษณ์ในเชิงนามธรรมของเครือข่ายที่ช่วยยึดโยงสมาชิกแต่ละกลุ่มเข้าไว้ด้วยกันอย่างเข้มแข็ง

3.2.5 เงื่อนไขที่นำไปสู่การก่อเกิด และการดำรงอยู่ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจะเน้นไปที่การศึกษาลักษณะ/รูปแบบการจัดองค์กรภายในกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ซึ่งอาศัยกรอบแนวคิดการระดมทรัพยากร โดยเราพบว่า เครือข่ายเกิดจากเงื่อนไขปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ ประการแรก เงื่อนไขที่จำเป็นด้านโครงสร้าง คือ ความเดือดร้อนจากสภาพปัญหาเอชไอวี ประการที่สอง เงื่อนไขที่เพียงพอ คือ การพัฒนาภายในองค์กร

(1) เงื่อนไขที่จำเป็นด้านโครงสร้าง

1.1 นโยบายของภาครัฐ คือ การไม่ให้ความสำคัญต่อผู้ติดเชื้อของภาครัฐ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วงแรกที่มีการพบผู้ติดเชื้อ จนนำไปสู่การระบาดของโรค และการแก้ไขปัญหาของภาครัฐเชิงเทคนิควิทยา ด้วยการสร้างความหวาดกลัว ผ่านกลไกสื่อสารมวลชน และกฎหมาย เพื่อมุ่งควบคุมการระบาดของโรคเป็นหลัก กล่าวคือ ภายหลังจากพบผู้ติดเชื้อรายแรกช่วงปี พ.ศ.2527 นโยบายของรัฐบาลในช่วงนั้นก็เน้นการออกมาตรการกำหนดพื้นที่ กักบริเวณผู้ติดเชื้อ การให้ผู้ติดเชื้อรายงานตัว และสถานภาพการติดเชื้อของตัวเอง ซึ่งเป็นไปตามวิธีการจัดการโรคระบาดติดเชื้อ การป้องกันการแพร่เชื้อตามโรค มากกว่าที่จะตระหนักถึงการแก้ไขปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จึงส่งผลให้นโยบายและมาตรการของรัฐบาลในยุคแรกที่พบการแพร่ระบาดของเชื้อไม่ได้ทำให้ปัญหาลดลง ส่วนการรณรงค์ทางการแพทย์ของรัฐผ่านคำอธิบายว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีหนทางใดๆ ในการรักษา และเป็นโรคที่ "ตายสถานเดียว" ยิ่งสะท้อนว่า เป็นการมองข้ามสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ผลกระทบที่ตามมาทำให้แทนที่รัฐจะสามารถสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคม เพื่อที่จะปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้ออย่างมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน รัฐจึงกลับกลายเป็นผู้ละเมิดสิทธิมนุษยชนไปเสียเอง

1.2 บริบททางการเมือง และเศรษฐกิจ คือ บริบททางในช่วงนั้นเป็นรอยต่อของการเร่งรัดพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ ที่รัฐเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างภาพพจน์ประเทศเพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว จึงไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศ และทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ ซึ่งรวมไปถึงระบบเศรษฐกิจการค้าโลกที่ไม่เป็นธรรม ส่งผลให้เกิดการเข้าถึงยารักษาโรคที่จำเป็นแก่ผู้ติดเชื้อ อันถือเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการผลักดันให้เกิดการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เข้มแข็งในเวลาต่อมา

1.3 การขาดความรู้ และความเข้าใจในโรคเอชไอวีของคนในสังคม คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อไม่มีความเข้าใจในการระบาดของโรค อันเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์สร้างความหวาดกลัวผ่านสื่อต่างๆ จึงเกิดความรังเกียจ และมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อในหลายกรณี การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นคนยากจนที่ถูกเปียดขับออกจากพื้นที่ทางสังคม เหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มผู้ติดเชื้อกลายเป็นผู้ที่ถูกกีดกันออกจากสังคมไปโดยปริยาย ซึ่งถือเป็นความรุนแรงในระดับโครงสร้างความคิดของผู้คนในสังคม เพราะแม้กระทั่งคนในครอบครัวเอง ก็ไม่ให้ความยอมรับจนกระทั่งขับไล่ให้ไปเสียชีวิตที่อื่น ดังประธานเครือข่ายกรุงเทพฯ ให้สัมภาษณ์ว่า

“พี่ชายให้ผมไปตายที่ต่างจังหวัดเพราะกลัวแม่ติดเชื้อจากผม ให้ผมเก็บกระเป๋าเพื่อไปตายที่จังหวัดพะเยา ยิ่งไปกว่านั้น "สาเหตุการตาย" ก็อาจไม่ปรากฏในใบมรณะบัตรของตัวเอง เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่กังวลว่าครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากการรังเกียจของผู้คนในชุมชน”

เราจึงอาจกล่าวได้ว่า การปะทุขึ้นของปัญหาโรคระบาดในระดับโลกอยู่เป็นระยะไม่ว่าจะเป็นวัณโรค อีโบล่า เอชไอวี นอกจากจะเป็นปัญหาทางการแพทย์ในด้านระบาดวิทยาแล้ว ยังสะท้อนให้เห็นปัญหาเชิงโครงสร้างสำคัญอีกประการ นั่นก็คือ ความไม่เท่าเทียมที่รัฐเลือกปฏิบัติต่อคนชายขอบ คนยากจน และผู้ด้อยอำนาจ ซึ่งอาศัยกรอบโครงสร้างความคิดที่ผิดพลาดจนนำไปสู่การละเมิดสิทธิความเป็นมนุษย์ การเข้าครอบงำพื้นที่การตีความอธิบายความหมายของโรคและตัวตนผู้ติดเชื้อจนผลักให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากให้ไหลทะลักกลับสู่ภูมิภาคของตนเอง โดยเฉพาะในกรณีของอำเภอดอกคำใต้ และ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา อันเป็นสถานที่ซึ่งองค์กรระหว่างประเทศทุ่มเทงบประมาณกำลังคน เทคนิควิทยาการอย่างกว้างขวางในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

ด้วยเหตุข้างต้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงเริ่มก่อตัวขึ้นจากการรวมตัวกันของหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย และพันธมิตรจำนวนมากจากองค์กรพัฒนาเอกชนรวมทั้งพันธมิตรในต่างประเทศ ในแง่นี้ นักวิชาการที่มีต้นทุน และสถานภาพทางสังคม นักเคลื่อนไหวองค์กรพัฒนาเอกชน มีบทบาทอย่างสูงในการเชื่อมประสานจนทำให้เกิดเครือข่ายชุมชนที่กว้างขวางเสริมสร้างอำนาจความเข้มแข็งให้กับองค์กรชุมชน ทั้งยังเข้าร่วมในเครือข่าย ในขณะที่ผู้ติดเชื้อที่เคยรวมกลุ่มกันในระดับชุมชน ก็เริ่มสร้างกลุ่มและพัฒนาแกนนำให้เกิดความเข้มแข็งภายในกลุ่มตัวเอง ซึ่งล้ากับระดับนโยบายและสะท้อนปัญหาของกลุ่มกลับไปสู่คณะกรรมการผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับชาติ การขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงมีลักษณะที่แตกต่างจากขบวนการเคลื่อนไหวอื่นๆ

มาแต่ต้น เนื่องจากเป็นการต่อสู้ด้วย/กับกระบวนทัศน์ทางการแพทย์ ข้อมูลข่าวสาร และข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยกว่าภาครัฐในขณะนั้น

อย่างไรก็ตาม การรวมตัวกันในระยะแรกมีลักษณะโน้มเอียงไปในทางตั้งรับมากกว่าที่จะเป็นการเคลื่อนไหวในเชิงรุก ด้วยความรุนแรงในระดับนโยบายของรัฐบาลและการเมืองเชิงสถาบัน/กระบวนกรทางการเมืองแบบเก่า ซึ่งกลุ่มผลประโยชน์ของผู้ด้อยอำนาจไม่อาจเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสวงหาพื้นที่ให้กับผู้ติดเชื้อ นโยบายส่วนใหญ่ของรัฐบาลจึงมิได้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อ

ด้วยความรุนแรงของโรคที่คุกคามชีวิตของบุคคล การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐกับประชาชนผู้ด้อยโอกาส ด้วยวิถีทางประชาธิปไตยที่ปัจเจกชนสามารถเข้าร่วมในกระบวนกรทางการเมืองได้อย่างไม่ถูกกีดกัน จึงเริ่มก่อตัวขึ้นเพื่อยืนยันการดำรงอยู่ของตัวตนที่ได้รับผลกระทบจากการเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขอย่างยารักษาโรค เครื่องช่ายเริ่มด้วยการยื่นฟ้องบริษัทบริสตอล ไมเยอร์ ในกรณีดีตีไอเป็นครั้งแรก จากการเคลื่อนไหวในครั้งนั้นได้ถือเป็นการปรากฏตัวครั้งสำคัญต่อสาธารณะ ของผู้ที่เคยมีฐานะ "เป็นโรคร้าย" กลายมาเป็นผู้ที่มี "สิทธิ" กลายเป็นผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนกรพิจารณาคดีในชั้นศาล หลังจากนั้น เครื่องช่ายได้รับเชิญให้เข้าเป็นคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจนเป็นผลสำเร็จในที่สุด นอกจากนี้ได้รับเชิญให้เข้าไปมีส่วนร่วมในหน่วยงานของรัฐทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น อาทิ คณะกรรมการที่ปรึกษาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ในระดับชุมชนได้รับการเลือกเป็นผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการกองทุนหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (ซึ่งในอดีตก็กีดกันไม่ได้ผู้ติดเชื้อได้ทำงานในตำแหน่งนี้) สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) หรือสถาบันทางการระดับต่าง ๆ เชิญให้พวกเขา มีสถานะตัวแทนเมื่อกำหนดแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับจังหวัดและชุมชน

(2) เงื่อนไขที่เพียงพอ

เมื่อเราพิจารณาจากกรอบเงื่อนไขที่เพียงพอด้านองค์กร พบว่าการจัดโครงสร้างองค์กรเกิดพัฒนาการ และผลสำเร็จของการเคลื่อนไหวในหลายมิติ ในส่วนนี้จึงมุ่งไปที่การพิจารณาปัจจัยที่เอื้อให้เกิดเครื่องช่าย และสามารถดำรงสถานะขบวนการเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน

2.1 ความเป็นอิสระขององค์กร แม้ว่าในบางครั้งเครื่องช่ายผู้ติดเชื้อจะต้องประนีประนอมกับอำนาจรัฐที่ดำรงอยู่ แต่ก็ไม่ได้ทำให้สูญเสียความเป็นอิสระขององค์กรไป กล่าวคือ

ตามปกติแล้วการเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมที่ถูกครอบงำโดยรัฐจะส่งผลให้มีอำนาจต่อรองลดลง และถูกตั้งคำถามถึงความชอบธรรมจากสังคม แต่ในกรณีของเครือข่ายผู้ติดเชื้อกลับมีลักษณะโครงสร้างเป็นเครือข่ายที่สมาชิกภายในมีความสัมพันธ์ในองค์กรแบบเท่าเทียมกันในแนวราบ มีการให้อำนาจการตัดสินใจเป็นของแต่ละกลุ่ม ตั้งแต่ระดับตำบล ระดับอำเภอ จนมาถึงระดับจังหวัด ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ไม่ได้เป็นการตัดสินใจเฉพาะแกนนำที่เข้าไปมีความสัมพันธ์กับนักการเมือง ขณะที่การเคลื่อนไหวเน้นสร้างความเห็นใจจากสาธารณะ สื่อมวลชน และแนวร่วมพันธมิตร รวมถึงยังพยายามจะแยกตัวออกจากกลไกการเมือง และอำนาจรัฐ ถึงแม้แกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งจะสนิทสนมกับนักการเมืองพรรคใหญ่ ทั้งพรรคเพื่อไทยและพรรคประชาธิปัตย์ แต่แกนนำก็อธิบายว่า เป็นการเคลื่อนไหวในเชิงประเด็นที่พวกเขาต้องดำเนินการเคลื่อนไหวทุกรัฐบาลเพื่อให้เสียงของคนด้อยโอกาสได้รับการแก้ไขเยียวยา

2.2 กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายภายในโครงสร้างของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เนื่องจากแต่ละกลุ่มในเครือข่ายมีลักษณะการเกิดที่แตกต่างกัน การเรียนรู้กระบวนการทำงานจึงมีความแตกต่าง ทั้งการเติบโตที่แตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค แต่ละกลุ่มพื้นที่ รวมทั้งบริบทของสภาพปัญหาในแต่ละภาค แต่ละจังหวัด อันสามารถอธิบายได้เป็น 2 ระดับ ดังนี้

ในระดับแกนนำที่เข้ามาทำงานในระดับนโยบายกับคณะกรรมการระดับชาติ กลุ่มแกนนำแต่ละรุ่นจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาที่เผชิญหน้า และองค์ประกอบของพันธมิตรที่เข้าร่วมอย่างหลากหลาย แกนนำเหล่านี้จะได้รับการอบรม การให้ข้อมูลใหม่ การสร้างกระบวนการคิด การเจรจาต่อรองระหว่างที่ผู้ติดเชื้อ จากองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ องค์กรพันธมิตรทั้งใน และต่างประเทศที่ได้เข้ามาร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนปัญหาภายในเครือข่าย ซึ่งเห็นได้ชัดเจนจากการเคลื่อนไหวกรณีดีไอโอ เป็นครั้งแรกที่ทำให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ประสานเข้ากับกลุ่มที่หลากหลายทางวิชาการ การศึกษายังพบว่า ยิ่งพวกเขาเหล่านั้นสร้างกระบวนการเรียนรู้ประเด็นปัญหามากขึ้นเท่าใด เครือข่ายก็จะยิ่งมีความเข้มแข็ง ผู้ที่อยู่ในเครือข่ายจะร่วมกันต่อสู้กันอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการร่วมต่อสู้เคลื่อนไหวในพื้นที่ใดๆ อาทิ ท้องถนน บริษัทฯ สถานที่ราชการ เวทีการประชุมวิชาการ หรือแม้แต่ในการประชุมย่อยกับผู้ที่มีอำนาจรัฐ

ในระดับชุมชน เราพบการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการทำงานของทีมสนับสนุนที่ลงไปตามกลุ่มย่อยต่างๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์แบบต่อเนื่องระหว่างเครือข่ายกับกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งการทำงานในการอบรม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่นำโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและนักวิชาการ จากนั้นจะมีการพัฒนาแกนนำที่มีศักยภาพให้เข้า

มาทำหน้าที่เป็นวิทยากรทีมสนับสนุน โดยหมุนเวียนไปตามแต่ละจังหวัด อาทิ การลงทำงานของทีมสนับสนุนในประเด็นการเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์ CL และการต่อต้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีระหว่างประเทศ เป็นต้น

ทั้งนี้สิ่งที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเน้นย้ำความสำคัญ คือ ผู้ติดเชื้อต้องเป็น “เจ้าของปัญหาเอง” เพื่อให้พวกเขาสามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตัวเองได้ เมื่อพวกเขาสามารถพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเข้าไม่ถึงยารักษาโรค ความไม่เป็นธรรมในระบบการค้าโลก ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การตีตรา ส่งผลให้ประเด็นต่างๆ เหล่านี้สามารถนำไปใช้ประสานกับพันธมิตร หรือกลุ่มคนภายนอกได้ จนทำให้ประเด็นปัญหาความไม่เท่าเทียม การละเมิดสิทธิมนุษยชนเด่นชัดขึ้น และกลายเป็นมิติการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตยมากขึ้น อันก่อให้เกิดเงื่อนไขสำคัญที่ดึงพันธมิตรหลากหลายทั้งใน และต่างประเทศเข้ามามีส่วนร่วมได้ อาทิ การทำงานของกลุ่มรักษ์ไทยกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในประเด็นแรงงานข้ามชาติ การทำงานกับกลุ่มศุภนิมิตรในประเด็นแผนสาธารณสุข การทำงานกับ IDU ในประเด็นสารเสพติด การทำงานกับเครือข่ายมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค เรื่องยา การทำงานกับ 11 เครือข่ายสุขภาพพลักดัน พ.ร.บ. ประกันสุขภาพจนประสบความสำเร็จ รวมถึงการทำงานกับ สมาชิกสภาของสหรัฐฯ และสหภาพยุโรป อาทิ พรรคโซเซียล เดโมแครต พรรคการเมืองสีเขียว มูลนิธิบิล เกตส์ มูลนิธิบิล คลินตัน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้เครือข่ายผู้ติดเชื้อจะไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการเคลื่อนไหวยุทธศาสตร์ในประเด็นเหล่านั้น แต่พวกเขาก็ยังประสานทำงานกับเครือข่ายอื่นๆ ต่อไป เพื่อมุ่งสร้างเครือข่ายการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพในอนาคต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 ความสามารถในการระดมทรัพยากรภายใน การเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลา ยาวนานกว่า 10 ปี ทำให้เครือข่ายสามารถระดมพลังเข้าร่วมของสมาชิกที่ต้องการแสดงออกได้เป็นจำนวนมาก ทั้งในการชุมนุม และเครือข่ายข้อมูลจากนักวิชาการ นักวิจัยด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในเครือข่ายมากกว่าจะเป็นเพียงพลังของกลุ่มคนที่มาเรียกร้องเฉพาะปัญหาของตนเองแล้วแยกย้ายกันกลับพื้นที่ การระดมกำลังในแต่ละครั้งขึ้นอยู่กับระยะเวลาความยาวนานของประเด็น และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะเรียกร้อง อาทิ หากเป็นประเด็นรณรงค์เชิงสัญลักษณ์ที่ต้องการความเร่งด่วน จะใช้วิธีการระดมจากเครือข่ายในกรุงเทพฯ เป็นหลัก เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องจัดหาให้กับสมาชิกจากต่างจังหวัดห่างไกล แต่ในกรณีการชุมนุมที่ต้องการแสดงพลังมวลชนเกิน 1,000 คน ขึ้นไปในงานสำคัญ เช่น การชุมนุมครบรอบ 10 ปี ดีดีไอ ที่กระทรวงสาธารณสุข จะมีการระดมสมาชิกจากต่างจังหวัดเข้ามาร่วมการชุมนุมแสดงพลังด้วย ซึ่งการระดมมวลชนดังกล่าวถือเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายยังคงมีอำนาจต่อรอง และสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

3.3 บทสรุป

ขบวนการเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มุ่งสร้าง “อำนาจในพื้นที่ใหม่” และไม่สนใจอิงแอบกับทั้งรัฐประชาชาติ และพรรคการเมือง แต่พยายามสร้างอำนาจต่อรองโดยให้ความสำคัญกับความแตกต่าง และหลากหลายของอัตลักษณ์ พิจารณาได้จากภาพการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มีความพยายามสร้างชุดความหมายให้การเคลื่อนไหวองค์กรของพวกเขา โดยไม่ได้มุ่งวิพากษ์การเมืองในแบบดั้งเดิมที่กระจุกตัวอยู่ที่ระดับรัฐ แต่จะเน้นการเข้าไปมีส่วนร่วมเพื่อต่อรองอำนาจ และขอพื้นที่ในการร่วมตัดสินใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตพวกเขา จนกระทั่งสามารถสร้างตัวตนจากการนิยามผู้ป่วยโรคร้ายให้กลายเป็นประชาชนที่มีสิทธิตามรัฐธรรมนูญในการได้รับการบริการจากรัฐได้สำเร็จ

สำหรับประเด็นการจัดโครงสร้างของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเน้นการสร้างกลไกเพื่อให้อำนาจกระจายออกไปยังระดับกลุ่มพื้นที่มากที่สุด ให้มีการตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ให้แต่ละกลุ่มในชุมชน ในท้องถิ่นมีอำนาจการตัดสินใจในแนวราบ ทำให้การระดมพลังสนับสนุนเพื่อออกมาเคลื่อนไหวในประเด็นที่ต้องการจำเป็นต้องได้รับความเข้าใจจากฐานสมาชิก ขณะเดียวกันก็มีสมัชชาระดับชาติที่ทำงานเป็นกลไกในเชิงนโยบาย โดยกลไกระดับชาติจะเชื่อมกับเครือข่ายระดับจังหวัด โดยประธานแต่ละเครือข่ายจังหวัดจะจัดเวทีการประชุมตัวแทน มีพี่เลี้ยงแต่ละเครือข่ายปัญหา และกองเลขที่จะมีการประชุมเดือนละครั้งหรือแล้วแต่สถานการณ์ ซึ่งผู้ติดเชื้อสามารถใช้โครงสร้างองค์กรของพวกเขามาสรุปทเรียน วิเคราะห์ปัญหาภายในร่วมกัน เพื่อแก้ไขปัญหา และปรับปรุงองค์กรอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งมีทีมหนุนเสริมลงพื้นที่ในกรณีกลุ่มต้องการการเติมเต็มทักษะ อาทิ ช่วงการเตรียมระดมเคลื่อนไหวเรื่องการเข้าถึงยา การต่อต้าน FTA ทีมจากเครือข่ายระดับชาติจะร่วมกับทีมงานให้ความรู้ ความเข้าใจผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ สัมมนาและระดมความคิดเห็นที่มีการจัดเวทีทั่วประเทศ

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ การเปลี่ยนแปลงปฏิบัติการที่แตกต่างจากขบวนการเคลื่อนไหวแบบเก่า โดยเราสามารถแบ่งออกได้เป็นสามประเด็น ดังนี้

ประเด็นแรก การไม่ใช้ระบบผู้นำเดี่ยว แต่จะใช้ระบบการเลือกตั้งตัวแทนจากระดับกลุ่มขึ้นมาเป็นตัวแทนทำงานเชิงนโยบายร่วมกับสมาชิกภายในจังหวัดกลุ่มของตัวเอง อาทิ คณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดพะเยา จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ประธานเครือข่าย 1 คน, รองประธานเครือข่าย 2 คน, เลขานุการ 1 คน, เหนรัญญิก 1 คน, ผู้ประสานงาน 1 คน และคณะกรรมการซึ่งมาจากตัวแทนแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระดับอำเภอ อำเภอละ 2 คน ทำหน้าที่ในการวางนโยบาย

และแผนการดำเนินงาน รวมทั้งประสานการทำงาน การบริหารจัดการทรัพยากร โดยมีตัวแทนจากองค์กรภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องทำหน้าที่เป็น ที่ปรึกษา (เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จังหวัดพะเยา, 2553)

ประเด็นที่สอง แนวคิดในการระดมทรัพยากร จากที่เคยเน้นอุดหนุนการดำเนินงานหรือชนชั้นกลางของสังคมมาเข้าร่วมขบวนการเพียงอย่างเดียว ก็เปลี่ยนมาสู่การระดมคน กลุ่มองค์กร และขบวนการทางสังคมอื่นๆ ให้เข้าร่วม โดยเฉพาะฝ่ายที่มีอำนาจต่อรองในสังคม เช่น นักวิชาการจากในประเทศ และในต่างประเทศ เพื่อช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ และบทบาทบริษัทข้ามชาติต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรคเอชไอวี โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ใช้กรณีศึกษาเหล่านี้มาเป็นบทเรียน และข้อมูลสำคัญในการเคลื่อนไหว อาทิ การต่อสู้ในอินเดียต่อสู้ CL บราซิล มาเลเซีย อินโดนีเซีย เป็นต้น

ประเด็นที่สาม คือ ฐานคิดของการเรียกร้องผลประโยชน์ กล่าวคือ การเรียกร้องผลประโยชน์ของเครือข่ายมีฐานอยู่บนสิทธิของปัจเจกบุคคลที่พึงจะสามารถเข้าถึงทรัพยากรของสังคม และได้รับการคุ้มครองจากรัฐ รวมถึงเรียกร้องให้รัฐจัดสรรงบประมาณ เพื่อมาดูแลแก้ไขปัญหา ข้อเรียกร้องดังกล่าวเป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการให้มีการจัดสัมพันธภาพทางอำนาจใหม่ผ่านการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางอำนาจให้ผู้ที่อยู่โอกาสมีอำนาจในการตัดสินใจในการบริหารทรัพยากร รวมถึงองค์กรชุมชนสามารถเสนอแผนการจัดการทรัพยากรโดยองค์ความรู้ของชุมชนให้รัฐยอมรับ อันได้แก่ปัญหาและข้อเรียกร้องในเรื่องการจัดสรรงบประมาณจัดซื้อยา ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการให้รัฐยอมรับการจัดการบนฐานของสิทธิมนุษยชนในการได้รับบริการจากรัฐโดยเท่าเทียม ผ่านบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญนโยบาย และกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การทำซีแอลยา การต่อรองกับบริษัทยา เป็นต้น

ประการที่สี่ จุดหมายในการเคลื่อนไหวมีหลายระดับ โดยข้อเรียกร้อง และลักษณะการเคลื่อนไหวที่ปรากฏจะแปรเปลี่ยนไปตามจุดหมายที่มีหลายมิติ ซึ่งระดับ/มิติต่างๆ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน กล่าวคือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีจุดหมายสำคัญที่จะใช้องค์กรเป็นเครื่องมือในการเคลื่อนไหวต่อสู้ เพื่อให้ได้มาซึ่งการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน เช่น การถูกกีดกันจากสถานที่ทำงาน การไม่ได้รับโอกาสเข้าเรียนของลูกผู้ติดเชื้อ การบังคับตรวจเลือด การเข้าถึงยา ฯ ลฯ ซึ่งเป็น “ผลประโยชน์” ของเครือข่าย แต่ก็ยังเห็นว่าปัญหาดังกล่าวจะได้รับการแก้ไขก็ต่อเมื่อมีการผลักดันให้มีการสร้างประชาธิปไตยที่สมบูรณ์ด้วย ดังนั้น จุดหมายในอีกระดับ/มิติหนึ่ง จึงเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการสร้างหลักการและกติกาใหม่ในระบบการเมืองด้วย เช่น การเรียกร้องให้มีการสร้างกลไก

หรือช่องทางในการเข้าไปมีส่วนร่วมได้ตามพระราชบัญญัติสิทธิผู้บริโภค และสิทธิการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค โดยผลักดันให้รัฐบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ออกพระราชบัญญัติ หรือแก้ไขกฎระเบียบ กฎหมาย เพื่อให้มารองรับการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ จุดหมายในระดับมิตินี้จึงมากไปกว่าผลประโยชน์เฉพาะของกลุ่ม เพราะกลายเป็นเรื่องการเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างอำนาจรัฐกับผู้ด้อยอำนาจ ต่อรอง การต่อสู้เพื่อผลักดันให้รัฐออกกฎหมาย นโยบายต่างๆ ก็เป็นไปเพื่อให้เกิดกลไกในการรองรับสัมพันธ์ภาพทางอำนาจใหม่ ที่ให้ผู้ติดเชื้อมีอำนาจในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการตรวจสอบโครงการของรัฐ ดังนั้น การเคลื่อนไหวต่อสู้ในระดับ/มิตินี้จึงนำไปสู่คนกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้มาร่วมเคลื่อนไหวด้วย ซึ่งเราอาจเรียกได้ว่าเป็น ผลประโยชน์สาธารณะ (public interest groups) ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ ซึ่งเรียกว่า “การเปลี่ยนรูปแบบรากของสังคม” (social transformation) หรือ “การรื้อสร้างใหม่ทางสังคม” (social reconstruction) (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 126-147)

ประการสุดท้าย การพิจารณาจุดหมายของเครือข่ายกว้างกว่าแนวคิดแบบกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดัน ซึ่งได้แก่การสร้าง/ขยายช่องทาง หรือช่องทางทางการเมืองใหม่ๆ ระหว่างรัฐกับผู้ด้อยโอกาส ที่สอดคล้องกับแนวคิดในการสร้างการเมืองแบบขบวนการทางสังคม ซึ่งเห็นจุดหมายสำคัญอยู่ที่การมุ่งเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างหรือสถานะเดิมของโครงสร้างสังคม (status quo) อีกทั้งยังเป็นการสร้างอำนาจต่อรอง ให้กับภาคประชาชนจากการเดินขบวนหรือการเคลื่อนไหวในแต่ละครั้ง อันมีจุดหมายที่สำคัญในตัวเอง คือเป็นกระบวนการเรียนรู้ให้ผู้เข้าร่วมได้ตระหนักว่าตัวเองมี “อำนาจ” ในการเรียกร้อง และรักษาสิทธิอันพึงมีพึงได้ของพวกเขาเหล่านั้น

บทที่ 4

ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในบทที่ 4 ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการมุ่งตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 2 คือ ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายเป็นอย่างไร มียุทธศาสตร์ ยุทธวิธีและรูปธรรมในการเคลื่อนไหวอย่างไร โดยจะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วนหลักๆ ประกอบด้วย ประการแรก ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่ออธิบายว่า ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีรูปแบบอย่างไร และมีบริบทอะไรที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อขบวนการ ตั้งแต่ยุคก่อตั้งเครือข่ายในสมัยรัฐบาลบรรหาร ศิลปอาชา ถึง ยุครัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (ปี พ.ศ.2538 – 2557) ประการที่สอง ปัญหา และอุปสรรคในเรื่องความเป็นประชาธิปไตยภายในขบวนการ ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่ออธิบายว่า ขบวนการมีปัญหาความเป็นประชาธิปไตยภายในขบวนการหรือไม่ อย่างไร รวมทั้งปัญหาการเลือกปฏิบัติ และมุมมองด้านเพศสภาพต่อสมาชิกของเครือข่าย หรือไม่ อย่างไร

4.1 ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อนั้น ผู้วิจัยจะศึกษาโดยอิงตามยุคของพัฒนาการของเครือข่ายตามที่ได้นำเสนอไว้ในบทที่สาม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ยุค คือ ยุคแรก ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย มีระยะเวลาตลอดช่วงรัฐบาลของนายบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538 – 2539) ยุคที่สอง ยุคเรียกร้องสิทธิ เริ่มตั้งแต่ช่วงรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ไปจนถึงรัฐบาลนายชวน หลีกภัย สมัยที่ 2 (พ.ศ.2539 – 2544) ยุคที่สาม ยุคผลักดันนโยบาย และการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งมีระยะเวลาตลอดช่วงรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร (พ.ศ.2544 – 2549) รัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ และรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ซึ่งต่อเนื่องเข้าสู่ ยุคที่สี่ ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอดส์/เอชไอวี คือช่วงกลางของรัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (พ.ศ.2549 – 2557) โดยในแต่ละยุคจะเป็นการอธิบายถึงรูปแบบของการเคลื่อนไหว และบริบทที่เอื้อต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของเครือข่าย ทั้งบริบททางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม

4.1.1 ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย : รัฐบาลบรรหาร ศิลปอาชา (พ.ศ.2538-2539)

ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในช่วงแรกของเครือข่าย เริ่มมีในปี พ.ศ.2538 สมัยรัฐบาลบรรหาร ศิลปอาชา ซึ่งมีนโยบายที่เน้นการจัดการกับการแพร่ระบาดของโรค และไม่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ติดเชื้อในเชิงนโยบายด้านสิทธิมนุษยชน ขณะที่การรวมของเครือข่ายเป็น

แบบแนวราบ ที่มีการประสานงานร่วมกับกลุ่มพันธมิตรในรูปของเครือข่าย มีรูปแบบของการเคลื่อนไหวและปฏิบัติการที่เน้นการแสวงหาแนวร่วมในการรวมกลุ่มเป็นเครือข่าย

(1) บริบทของการเคลื่อนไหวในยุครวมตัวเป็นเครือข่าย

สำหรับในยุคนี้ถือได้ว่า เป็นยุคที่เครือข่ายเริ่มก่อตัว และเริ่มเคลื่อนไหวอย่างเป็นทางการ โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อการรวมตัวของเครือข่ายคือ การสนับสนุนจากสภากาชาดให้มีการรวมตัวของผู้ติดเชื้อตามโรงพยาบาลและการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่นำไปสู่การจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อให้มีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันมากขึ้นและค่อยๆ ขยายตัวไปสู่การรวมตัวเป็นเครือข่าย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการที่ไทยได้เป็นเจ้าภาพการประชุมโรคเอดส์ระดับเอเชียแปซิฟิก ในจังหวัดเชียงใหม่ จึงเป็นโอกาสที่องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเพื่อมีความเป็นตัวแทนที่ชัดเจนในการเสนอข้อเรียกร้องต่อที่ประชุม

บริบทแวดล้อมโดยทั่วไปยังไม่ค่อยเอื้อต่อการดำเนินการของเครือข่ายมากนัก พิจารณาได้จากปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

บริบททางการเมือง ทางรัฐบาลในยุคนี้ยังมีมุมมองในเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งการรณรงค์ให้ผู้คนในสังคมรู้จักกับเอชไอวี/เอดส์ผ่านสื่อมวลชนด้วยความหวาดกลัว และการออกกฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในภาครัฐที่มีรูปแบบการควบคุมมากกว่าการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งมองปัญหาของกลุ่มผู้ติดเชื้อในเชิงระบาควิทยา ทำให้รัฐบาลไม่ได้ให้ความสำคัญกับข้อเรียกร้องของกลุ่มผู้ติดเชื้อในการแก้ไขปัญหาในเชิงนโยบายด้านสิทธิ ขณะที่บริบททางเศรษฐกิจในช่วงนั้นเป็นรอยต่อของการเร่งพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ ที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ การสร้างภาพพจน์ประเทศในเวทีระหว่างประเทศ เพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว ดังนั้น ภาครัฐ และเอกชนจึงไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศ ส่งผลทำให้ไม่รัฐบาล และหน่วยงานของรัฐไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อได้อย่างเต็มที่

ส่วนบริบททางด้านสังคมนั้น สังคมไทยเองก็ยังคงมองกลุ่มผู้ติดเชื้อในมุมมองที่รังเกียจ และหวาดกลัวมากกว่าการเข้าใจในปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายของรัฐบาล และบทบาทของสื่อมวลชนที่ยังเน้นการนำเสนอข่าวในเชิงลบของผู้ติดเชื้อ โดยไม่พยายามนำเสนอในประเด็นการแสวงหาทางออก และการรักษาสิทธิของผู้ติดเชื้อ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงสร้างโอกาสทางการเมืองโดยบริบทแวดล้อมส่วนใหญ่จะไม่เอื้อต่อเครือข่ายผู้ติดเชื้อ แต่เครือข่ายก็สามารถรวมตัว และขยายขอบข่ายการออกไปในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศได้ เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรพันธมิตรดังที่ได้กล่าวไปแล้ว ประกอบกับระบอบ

การปกครองแบบประชาธิปไตย และกระแสการปฏิรูปการเมืองที่มีต่อการร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ติดเชื้อยังคงมีสิทธิเสรีภาพในการรวมตัวกัน และเอื้อให้หน่วยงานในภาคส่วนอื่นๆ สามารถให้การสนับสนุนในการจัดตั้งขบวนการภายใต้การกีดกันจากรัฐบาล และสังคมไทยที่มีมุมมองและการปฏิบัติที่เป็นอุปสรรคต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ

(2) ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุครวมตัวเป็นเครือข่าย

ในช่วงแรก ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีลักษณะที่เน้นการรวมตัวเป็นกลุ่มย่อยของผู้ติดเชื้อ และค่อยๆ ขยายฐานไปสู่การพัฒนาเป็นเครือข่ายระดับชาติ ซึ่งเป็นผลของการกีดกันโดยจากนโยบายของรัฐบาลบริหารที่เน้นการจัดการกับการแพร่ระบาดด้วยวิธีการควบคุมผ่านการบังคับใช้กฎหมาย และการสร้างความหวาดกลัวให้กับสังคมไทยผ่านสื่อมวลชน รวมถึงยังไม่เน้นการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ อันเป็นเหตุต่อเนื่องจากนโยบายของรัฐบาลไทยในยุคที่ผ่านมาที่เน้นนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจ และสร้างภาพพจน์ให้กับประเทศด้วยการไม่ยอมรับว่ามีเชื้อเอชไอวีในประเทศ เพื่อมีเป้าหมายในการดึงดูดการลงทุน และการท่องเที่ยวจากต่างชาติ

ทั้งนี้ ปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่มีผลต่อการรวมตัว และพัฒนาการของเครือข่ายมากที่สุด คือ การสร้างเครือข่ายพันธมิตร เพราะถือการขยายพื้นที่ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการมีพันธมิตรเข้าร่วมในการเคลื่อนไหวที่มีคุณภาพมากขึ้น เช่น นักวิชาการ สื่อมวลชน ข้าราชการ และประชาชนผู้เฝ้าดูที่ไม่ขัดขวางพวกเขา ซึ่งขบวนการจำเป็นต้องใช้วิธีการที่หลากหลายในการสร้างพันธมิตร ดังนี้

ในการแสวงหาสมาชิกที่ร่วมจุดหมายเดียวกัน (adherent) ทางเครือข่ายจะใช้วิธีการสร้างแรงจูงใจ และการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับเอชไอวีให้กับผู้ติดเชื้อ เช่น การพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อตามสถานที่ต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และที่พักอาศัยส่วนตัว ด้วยวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เพื่อแสดงให้เห็นว่า ปัญหาที่แท้จริงของการระบาดเอชไอวีในประเทศไทยคืออะไร ซึ่งจะนำไปสู่การเริ่มตระหนักในความจำเป็นที่จะต้องออกมารวมตัวกันเป็นเครือข่าย เพื่อทำงานรณรงค์ให้สังคม และรัฐบาลปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดต่อการแก้ปัญหา และตอบสนองต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในการแสวงหาสมาชิกผู้สนับสนุน (constituents) ที่เป็นฝ่ายอุดหนุนทรัพยากรให้กับการเคลื่อนไหว ทางเครือข่ายจะขอความร่วมมือจากกลุ่มมูลนิธิ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่เคยช่วยเหลือในการก่อตั้งเครือข่ายมาก่อน อาทิ สภากาชาดไทย และองค์กรพัฒนาเอกชนที่สนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามโรงพยาบาล จึงนำไปสู่การตั้งเครือข่ายอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม ณ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 52 กลุ่มในปี พ.ศ.2538 และได้ขยายเครือข่ายไปทั่วประเทศในปี พ.ศ.2540 เป็น 7 ภูมิภาค และมีจำนวนเครือข่ายย่อยทั่วประเทศประมาณ 400 กลุ่ม

ลักษณะการสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อจะเริ่มจากการวางโครงสร้างการทำงานภายในองค์กรตนเองก่อน โดยมีการเลือกตั้งคณะกรรมการเครือข่ายที่คัดเลือกจากตัวแทนของทุกภาค เพื่อเป็นกลไกในการทำงานเครือข่ายระดับชาติ ซึ่งการเคลื่อนไหวของเครือข่ายจะมีในหลายระดับ คือ คณะกรรมการระดับชาติ ระดับภาค ระดับจังหวัด และลงไปพื้นฐานกลุ่ม สำหรับการทำงานจะเริ่มจากฐานกลุ่มเป็นหลักตามโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ติดเชื้อรวมตัวกัน หรือตามกลุ่มย่อยในชุมชน และหมู่บ้านต่างๆ ที่น่าสังเกตคือ ระดับกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเชื่อมโยงไปยังผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกในเครือข่าย รวมทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วย ส่วนในระดับจังหวัดจะเป็นการเสนอตัวแทนให้ระดับจังหวัดเลือกตั้งกันหมุนเวียนเข้าไปทำงาน โดยมีการประชุมกันปีละ 3 ครั้ง เพื่อติดตามประเมินการทำงาน เสนอแนะการทำงานระดับกลุ่มย่อยในระดับชุมชนร่วมกัน และในแต่ละปีตัวแทนจังหวัดจะเข้าร่วมประชุมกับระดับภาค และระดับชาติเพื่อสรุปการทำงานภาพรวม และการเชื่อมโยงนโยบายที่จะเคลื่อนลงสู่ระดับชุมชนที่เป็นกระบวนการทำงานกับผู้ติดเชื้อเอง

เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อได้กลายเป็น “พื้นที่” ที่ผู้ติดเชื้อเข้ามารวมตัวกัน ดำเนินกิจกรรมในเรื่องการแสวงหาทางเลือกในการดูแลสุขภาพ การช่วยเหลือ การพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การขอรับการสงเคราะห์ช่วยเหลือจากกลุ่มองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ และนำมาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ที่น่าสังเกตคือ เครือข่ายยังเป็นพื้นที่ของผู้ติดเชื้อ ทั้งที่มีภาพการเป็นผู้ที่มารับบริการ และรับการสงเคราะห์ รวมถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้เริ่มสร้าง “ตัวตน” ในฐานะมนุษย์ผู้หนึ่งอีกครั้ง

อีกประเด็นที่มีความน่าสนใจ คือ การสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ และดำเนินกิจกรรมในช่วงนั้น ยังมีลักษณะการส่งเสริมการยอมรับ และอยู่ร่วมกันในชุมชน โดยมีกระบวนการทำงานที่ใช้ส่งเสริมคุณค่าทิววัฒนธรรมของการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของชุมชนท้องถิ่นมาปรับใช้ จนทำให้เห็นภาพของการรวมกันทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับ พระสงฆ์ คนเฒ่า คนแก่ ผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขึ้นในภาคเหนือตอนบน ภาคอีสาน และภาคกลาง อันเป็นทิศทางการทำงาน เพื่อส่งเสริมการกลับไปสู่การยอมรับ และการอยู่ร่วมกัน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีที่ยืนอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อีกครั้ง ซึ่งแนวทางการทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในช่วงดังกล่าวเกิดขึ้นพร้อมๆ กับการส่งเสริมให้เกิดการเชื่อมโยงรวมกลุ่มต่างๆ เข้าด้วยกัน เป็นเครือข่ายหลวมๆ ไปปี 2538

สำหรับกรณีการประสานกับภายนอก และสถาบันการเมืองต่างๆ นั้น การเคลื่อนไหวของขบวนการที่ไม่มีอำนาจต่อรองจำเป็นต้องอาศัยการขยายเครือข่าย และความร่วมมือกับส่วนอื่นๆ ของสังคม เพื่อสร้างความแข็งแกร่งให้กับการเคลื่อนไหวของขบวนการ ดังตัวอย่างกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อลำพูน ที่เริ่มก่อตั้งเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2538 เป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วจังหวัดลำพูน

ทั้งหมด 20 กลุ่ม ทั้งระดับอำเภอและตำบล รวมสมาชิกได้ประมาณ 1,500 คน เครือข่ายได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายระดับภาค และพยายามเชื่อมความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รัฐ หน่วยงานภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ (สนทนากลุ่มเครือข่ายภาคเหนือ, สัมภาษณ์ 7 ธันวาคม 2556)

ในขณะที่กรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดลำปาง ทางสมาชิกเครือข่ายได้ทำงานร่วมกับผู้นำชุมชน ซึ่งแสดงถึงการประสานการทำงานกับภายนอกเครือข่ายที่เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้เข้าไปร่วมทำงาน ทั้งด้านการวางแผน การประชุม และการประสานงาน ซึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็น การสร้างพลังการต่อรองให้เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือ และเห็นความสำคัญในการเข้าไปประสานงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การนัดประชุมหรือการขอความร่วมมือต่างๆ (ทองเพียร (ไม่เปิดเผยนามสกุล), เอกสารการประชุมเครือข่ายภาคเหนือ ปี พ.ศ.2539) รวมถึงทำให้บุคคลภายนอก ขบวนการเห็นความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเอง และเปลี่ยนไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ใหม่ผ่านการดำเนินกิจกรรมทำงานร่วมกัน และพัฒนาไปสู่ “พื้นที่ต่อรองผลักดันทางนโยบาย” (Chatterjee, 2004: 42)

โดยเราสามารถมองเห็นตัวอย่างภาพรวมของการประสานกับผู้นำชุมชนในจังหวัดลำปางได้จากรูปข้างล่าง ซึ่งในที่นี้คือ ผู้บริหารโรงเรียนในจังหวัด ที่ให้เครือข่ายเข้าไปทำกิจกรรมร่วมกับนักเรียน เพื่อให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อเอชไอวี อันจะนำไปสู่การสร้างแนวร่วมภาคประชาชนที่เข้ามาสนับสนุนเครือข่ายในอนาคต

ภาพที่ 4.1 ภาพรวมของการประสานกับผู้นำชุมชนในจังหวัดลำปาง

เครือข่ายจังหวัดลำปาง การทำงานกับโรงเรียน

- สามารถเชื่อมต่อกับผู้อำนวยการโรงเรียน ให้ทีมงานเข้าไปทำกิจกรรม
 - โรงเรียนแม่ท่าวิทยุ
 - โรงเรียนน้ำโทก
 - โรงเรียนท่าแหน
- ได้ทำกิจกรรมร่วมกับเด็กในโรงเรียน เช่น กิจกรรมแลกเปลี่ยน กิจกรรมเชื้อแฮดส์อยู่ไหน
- เด็กในโรงเรียนให้ความสนใจกับกิจกรรมกล้าซักถามในรายละเอียดกิจกรรม

ที่มา: สรุปรายงานการประชุม (มูลนิธิเอ็ดส์แห่งประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและกองทุนโลก) หน้า 25-26

ทั้งนี้ ในการสร้างขบวนการเคลื่อนไหวให้มีความเข้มแข็งนั้น เครือข่ายให้ความสนใจกับการสร้างกลไกการเรียนรู้ในทุกระดับชั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างแกนนำให้มีความเข้มแข็ง เพื่อที่พวกเขาจะสามารถเป็นแกนนำในพื้นที่ชุมชนของตนเองได้ เพราะการเข้าถึงปัญหาอย่างลึกซึ้งต้องอาศัยการทำงานที่สามารถลงถึงพื้นที่ได้อย่างแท้จริง และสามารถเคลื่อนไหวได้เอง ไม่ต้องพึ่งพิงการทำงานจากส่วนกลางแต่เพียงอย่างเดียว ดังที่เจ้าหน้าที่จากมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ในฐานะที่ปรึกษาของเครือข่ายกล่าวว่า

“ก่อนที่จะตัดสินใจเคลื่อนไหวประเด็นใดประเด็นหนึ่ง เมื่อแกนนำหรือร่วมกับองค์กรพันธมิตรแล้ว แกนนำแต่ละภาคต้องกลับไปทำความเข้าใจกับกลุ่มในพื้นที่ตัวเอง หากกลุ่มยังขาดข้อมูล เครือข่ายชาติจะลงไปเติมข้อมูลให้เพราะหากเพื่อนมาร่วมเคลื่อนไหวโดยไม่เข้าใจประเด็นมันไม่ถูกต้อง กลุ่มหนุนเสริมเราลงอบรมแลกเปลี่ยนความเห็นกันปีละเป็น 100 เวทีเพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานระหว่างกัน ตอนเราเคลื่อนไหวประเด็นหลักประกันสุขภาพเป็นงานที่หนักที่สุด ที่เราต้องทำความเข้าใจร่วมกัน”

(แสงสิริ ตรีมรรคา, สัมภาษณ์วันที่ 5 กันยายน 2555)

นอกจากนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อยังร่วมกับองค์กรภาคีที่ทำงานในระดับตำบลเปิดพื้นที่ และสร้างการเรียนรู้ให้กับเยาวชนในเรื่องเอดส์ และเพศศึกษาอย่างเหมาะสม ในการเลือกกลุ่มเป้าหมายนั้น กรณีเครือข่ายภาคเหนือใช้การวิเคราะห์ปัญหา/สาเหตุ และกำหนดว่าต้องทำงานกับกลุ่มเป้าหมายใดก่อนหลัง รวมทั้งกำหนดวิธีการที่เหมาะสม เช่น กรณีตำบลมีเยาวชนที่อยู่หอพัก เข้าถึงยาก เมื่อใช้วิธีการไปชวนมาอบรมแล้วไม่ได้ผล ต้องปรับไปใช้วิธีการพูดคุยตัวต่อตัวในการเข้าถึงเยาวชน เพื่อสร้างการเรียนรู้เรื่องเอดส์ และเพศศึกษา ด้วยการสร้างความสนใจอยากติดตาม นำสิ่งที่เขาสนใจมาปรับกับสื่อความรู้ที่จะนำเสนอ อาทิ เด็กเรียน ใช้ส่งเอกสารให้ความรู้ หรือส่งจดหมายข่าวถึงบ้าน เด็กมีฐานะ ใช้วิธีการเข้าถึงเด็กผ่านทางผู้ปกครอง และจัดกลุ่มสาย On-line ให้คำปรึกษา ขณะที่เด็กกลุ่มแก๊งค์ ต้องเชื่อมกับเด็กระดับหัวใจให้ได้ก่อน และขอให้ผู้ติดเชื้อมาถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิตที่สร้างแรงจูงใจทางบวกในการที่จะป้องกันตัวเอง มากกว่าเสนอภาพน่ากลัวของผลกระทบจากโรคเอดส์ของสื่อต่างๆ ที่มีอยู่ในตอนนั้น เช่น การมีศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน ซึ่งในบางตำบลนั้นมีทุกหมู่บ้าน โดยศูนย์ได้จัดให้มีกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ คำปรึกษา และเป็นจุดกระจายถุงยางอนามัย เพื่อสะท้อนให้เห็นว่า ชุมชนได้เปิดพื้นที่ให้กับการเรียนรู้ในเรื่องราวเหล่านี้ อย่างเป็นรูปธรรม (การสนทนากลุ่มภาคเหนือ วันที่สัมภาษณ์ 7 ธันวาคม 2556)

รวมถึงเครือข่ายผู้ติดเชื้อยังได้ขยายพื้นที่เป็นผู้ร่วมให้บริการ ในศูนย์องค์กรความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ให้บริการทางสาธารณสุข และเข้าร่วมประชุมกับสถาบันอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุมระดับนานาชาติ การประชุมเวทีวิชาการ การสัมมนา การให้สัมภาษณ์สื่อมวลชนเพื่อขยายพื้นที่ให้เกิดความเข้าใจต่อกัน ซึ่งนายวัชชา ชัยศร ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กรุงเทพมหานคร ได้กล่าวถึงบทบาทใหม่ในการร่วมทำงานกับสภาวิชาชีพไทย ในฐานะนักวิจัย ไม่ใช่เป็นเพียงผู้ถูกวิจัย

“ตอนนี้ผมอยู่ในฐานะผู้วิจัยร่วมกับสภาวิชาชีพไทยด้วย ไม่ได้เป็นแค่ตัวอย่างให้คนมาทดลอง หรือวิจัยอย่างเดียวเท่านั้น งานวิจัยสะท้อนให้เห็นปัญหาของผู้ติดเชื้อที่ลึกซึ้ง จนได้องค์ความรู้มาใช้ในการทำงานแก้ไขปัญหาก็อย่างชัดเจน”

(วัชชา ชัยศร, สัมภาษณ์วันที่ 15 ธันวาคม 2556)

กระบวนการให้การเรียนรู้ และการปรับเปลี่ยนความเข้าใจในประเด็นข้างต้นได้นำมาสู่ความสำเร็จในหลายพื้นที่ อาทิ ในเขตภาคเหนือที่มีจังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางของการระบาดของเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยซึ่งมีการระบาดสูงสุดในปี พ.ศ.2537 แต่หลังจากมีการปรับยุทธศาสตร์การแก้ไข ปัญหา โดยเฉพาะปัญหาภาคเหนือตอนบน จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยจากเชื้อเอชไอวีลดลง พิจารณาได้จากสถิติการติดเชื้อที่จะพบมากในกลุ่มที่เป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพสูงในช่วงวัย 20-44 ปี ซึ่งใน

เชียงใหม่มีผู้ป่วยเอดส์รายใหม่จำนวน 1,822 ราย ในปี พ.ศ.2542, 1,228 ราย ในปี พ.ศ.2543, 1,084 ราย ในปี พ.ศ.2544, 846 รายในปี พ.ศ.2545, 883 ราย ในปี พ.ศ.2546 และ 248 ราย ในปี พ.ศ.2547 โดยสรุปแล้ว ในปี พ.ศ.2545 ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ และผู้ป่วยเอดส์ในเชียงใหม่มี 311 ราย และ 872 รายตามลำดับ และจำนวนนี้ลดลงเป็น 102 และ 349 ราย ตามลำดับในปี พ.ศ.2547 (Chiang Mai Public Health Office, 2005)

เหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามอย่างเต็มที่ของเครือข่ายที่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงาน องค์กรต่างๆ รัฐบาลไทย และหน่วยงานพันธมิตรอื่นๆ ในการสร้างโปรแกรมการควบคุมเอชไอวี จนสามารถเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงอาชีพบริการอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง และลดอัตราการเกิดโรคทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่อย่างมีนัยสำคัญ (World Bank, 2000)

ถึงกระนั้น การเคลื่อนไหวของทุกขบวนการมีความจำเป็นต้องแสวงหาการสนับสนุนจากสมาชิกภายในขบวนการของตนเอง และสาธารณชน ด้วยการสร้างกรอบการจูงใจ (motivational framing) ขึ้น เพื่อเชื่อมโยงสมาชิกของขบวนการ และสาธารณชนให้เข้ามาร่วมกิจกรรมการเคลื่อนไหวของขบวนการ โดยใช้ประเด็นผลประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมขบวนการ และสาธารณชนจะได้รับ ทั้งในแง่ผลประโยชน์ส่วนตัวและส่วนรวม ซึ่งกรอบการจูงใจ (motivational frame) ที่ขบวนการสร้างขึ้น จะถูกใช้เป็นเครื่องมือต่อสู้ของขบวนการ ด้วยการสร้างถ้อยคำกระตุ้นจิตใจ และคำชี้แจงเหตุผลที่คำนึงถึงประสบการณ์ที่มีอยู่ร่วมกัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นที่สมาชิกของขบวนการและสาธารณชนจะต้องออกมาร่วมต่อสู้ตามวิธีการของขบวนการ ดังเช่น ประเด็นเรียกร้องงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของรัฐ จริยธรรมของชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน การรักษาชีวิตเยาวชนไม่ให้เสี่ยงติดเชื้อหากร่วมเคลื่อนไหว การรักษาเอกราชศักดิ์ศรีของชาติจากการถูกบริษัทยาครอบงำในช่วงต่อสู้การเข้าถึงยา เป็นต้น

กรณีตัวอย่างที่น่าสนใจของการสร้างแรงจูงใจ คือ กรณีสถานการณ์การติดเชื้อในภาคใต้ ที่ความรุนแรงของปัญหาซ่อนตัวอยู่ภายใต้กรอบวัฒนธรรม ความเชื่ออันเข้มงวด การสร้างกรอบโครงการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในภาคใต้จึงเป็นการทำงานแบบหลวมๆ อย่างไม่เป็นทางการกับองค์กรพันธมิตร และส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานแบบอาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว ทั้งนี้ การทำงานจะเป็นไปตามนโยบายของผู้ให้ทุนเคลื่อนไหว อาทิ การที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับพื้นที่ร่วมมือกับโครงการ Champion IDU ของสหประชาชาติที่เน้นแก้ไขผู้ใช้สารเสพติดเป็นหลัก โดยการเสนอกรอบโครงการสมาชิกในภาคใต้ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่จะต้องเป็นไปด้วยความละเอียดอ่อนเนื่องจากผู้ใช้สารเสพติด และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นคนบาปตามหลักศาสนาอิสลาม (การสนทนากลุ่ม

เครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคใต้, สัมภาษณ์ วันที่ 20 เมษายน 2555) ซึ่งผู้นำศาสนาในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ได้พยายามเปิดใจรับฟังมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเห็นว่า ศาสนา คือ เรื่องการตีความให้ถูกต้องตรงตามพระคัมภีร์ในการที่ชาวมุสลิมจะต้องช่วยเหลือกัน (ลัดดา นิเงาะห์, สัมภาษณ์วันที่ 3 มีนาคม 2555) การเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้านจึงเป็นการดูแลด้านจิตใจอันมีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลทั้งร่างกายและจิตวิญญาณ

ในท้ายที่สุด จากสถานการณ์การเลือกปฏิบัติ และการละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรุนแรงในช่วงแรก ทั้งจากนโยบายของภาครัฐในช่วงปี พ.ศ.2538 ที่เน้นสร้าง “ความหวาดกลัว” ในการรณรงค์ให้ผู้คนในสังคมรู้จักกับเอชไอวี/เอดส์ผ่านสื่อมวลชน เช่น การนำเสนอภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะสุดท้ายที่มีตุ่มพุพองเต็มไปด้วยน้ำหนองไหล ตัวซูบซีดเหลือแต่กระดูก สีผิวดำคล้ำ ดูน่าเวทนา และการรณรงค์ว่า “เอดส์เป็นแล้วตายลูกเดียว” หรือ “มั่วเซ็ม มั่วเพศ ติดเอดส์ถึงตาย” (พิศิษฐ์ คุณวโรตม์, 2545 : 17) รวมถึงการนำเสนอภาพลักษณะนี้อย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นบุคคลที่ “น่ารังเกียจ” ในการรับรู้ของผู้คนส่วนใหญ่ในสังคม ดังนั้น เครือข่ายจึงมีปฏิบัติการเพื่อสร้างกรอบวาทกรรมใหม่ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็น “กลุ่มคนที่ต้องการปกป้อง และการควรได้รับความเห็นใจในฐานะมนุษย์”

ดังนั้น ผู้วิจัยมองว่า เป้าหมายของปฏิบัติการเคลื่อนไหวในช่วงแรกจึงมุ่งไปที่การแสวงหาพันธมิตร และการเปลี่ยนความเข้าใจของประชาชนในสังคมต่อเอชไอวี ทั้งประเด็นด้านการระบอบและสิทธิมนุษยชน แต่ผู้วิจัยก็ยังมีข้อสังเกตว่า ข้อเสนอของเครือข่ายที่มีต่อภาครัฐมักยึดติดกับฐานคิดของการสงเคราะห์เป็นหลัก อาทิ การขอตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และกองทุนฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

4.2.2 ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคเรียกร้องสิทธิ: รัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ - รัฐบาลชวน หลีกภัย 2 (พ.ศ.2539 – 2544)

ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในช่วงที่สองของเครือข่าย เริ่มมีในปี พ.ศ.2539 สมัยรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ ซึ่งมีนโยบายควบคุมผู้ติดเชื้อผ่านกฎกระทรวงสาธารณสุข และสิ้นสุดในช่วงปี พ.ศ.2544 สมัยรัฐบาลชวน หลีกภัย 2 ที่มีนโยบายร่างกฎหมายกักกันโรค และการรายงานตัวของผู้ติดเชื้อ ขณะที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีรูปแบบของการเคลื่อนไหว และปฏิบัติการแบบที่เน้นการเรียกร้องสิทธิผ่านกลไกการกดดันจากขบวนการทางสังคม และรัฐสภา

(1) บริบทของการเคลื่อนไหวในยุคเรียกร้องสิทธิ

ในยุคนี้ เครือข่ายสามารถรวมตัวกันได้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น จึงเริ่มมีการเคลื่อนไหวณรงค์เพื่อเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ โดยเฉพาะสิทธิในการเข้าถึงยา ซึ่งมีปัจจัยที่เอื้อต่อขบวนการคือ การมีองค์กรพันธมิตรเข้ามาร่วมสนับสนุนการเรียกร้องสิทธิในการเข้าถึงยา และกระแสการปฏิรูปการเมืองจากรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เปิดพื้นที่ในการเรียกร้องสิทธิอย่างเป็นรูปธรรมผ่านตัวบทกฎหมาย เช่น การรวบรวมรายชื่อประชาชนเพื่อเสนอกฎหมาย และ ให้อำนาจแสดงจุดยืนและสนับสนุนประกาศใช้กลไกบังคับใช้สิทธิ (compulsory license) ตามมาตรา 51 ในกฎหมายสิทธิบัตร (กมล อุปกแก้ว, สัมภาษณ์ วันที่ 20 ตุลาคม 2556)

การที่กระแสการปฏิรูปการเมืองมีการรับรองสิทธิเสรีภาพของประชาชน รวมถึงสื่อมวลชน เป็นการเปิดโอกาสให้การเมืองแบบขบวนการเคลื่อนไหว คือ การชุมนุมเคลื่อนไหวจะไม่ถูกกดดัน และปราบปรามอย่างรุนแรง ส่งผลทำให้การต่อรองต่างๆ มีความเป็นไปได้ และมีโอกาสประสบความสำเร็จ ส่วนนโยบายทางการเมืองใหม่ๆ ก็เริ่มมีการกระจายผลประโยชน์ และสวัสดิการไปยังกลุ่มคนยากจนหรือด้อยโอกาสในมิติต่างๆ มากขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในยุคที่การเมืองแบบเลือกตั้งหรือประชาธิปไตยแบบตัวแทนมีความสำคัญมากขึ้น และเข้ามาเป็นศูนย์กลางอำนาจแทนกองทัพและระบบราชการ โดยเห็นได้ชัดหลังจากมีการเลือกตั้งแบบใหม่ ที่พรรค และนโยบายพรรคการเมืองมีความสำคัญมากขึ้นในการลงคะแนนเสียง

รัฐธรรมนูญ 2540 เป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมทางการเมือง และยังมีกรอบการรับรองสิทธิขั้นพื้นฐาน และสิทธิของพลเมือง มีสาระสำคัญที่เน้นการให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองทุกระดับมากยิ่งขึ้น ทั้งเรื่องกำหนดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ การตัดสินใจทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งการตรวจสอบการใช้อำนาจรัฐทุกระดับ โดยมีเจตนารมณ์ที่จะปฏิรูปการเมืองให้เป็นการเมืองของประชาชน และมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายสิทธิเสรีภาพ และการมีส่วนร่วมทางการเมืองของประชาชนทั้งในระดับชาติ ท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้ระบอบการเมืองมีความโปร่งใส มีเสถียรภาพ และประสิทธิภาพ

ส่วนสังคมไทยเองก็เริ่มเปิดพื้นที่ในการทำความเข้าใจผู้ติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากกรเปิดพื้นที่สิทธิเสรีภาพให้กับภาคประชาชน และสื่อมวลชน จนทำให้สื่อมวลชนได้มีการเริ่มมีการนำเสนอข่าว และประเด็นเอชไอวีในมุมมองเชิงบวกมากขึ้น

ถึงกระนั้น บริบททางการเมืองที่ไม่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการเรียกร้องสิทธิก็ยังคงมีอยู่ คือ รัฐบาลยังคงมีมุมมองในเชิงลบต่อเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และมีแนวทางการแก้ปัญหาในเชิงระบาดวิทยา เช่น ในช่วงรัฐบาลพลเอกชวลิต ยงใจยุทธ (2539 - 2540) ที่มีการออกกฎหมายสาธารณสุขการควบคุมผู้ติดเชื้อ และรัฐบาลชวน หลีกภัย (2540-2544) ที่มีการเตรียมร่างกฎหมายกักกันโรค และการรายงานตัวของผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

ขณะเดียวกัน บริบททางเศรษฐกิจก็ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญของเครือข่าย เนื่องจากกลุ่มบรรษัทข้ามชาติ และบริษัทยังมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายยาของไทยอยู่มาก จึงทำให้การรักษาเอชไอวีมีราคาที่สูงเกินกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับสูตรยาสามัญ และเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อยังคงอยู่ในระดับสูง จนนำไปสู่การเป็นประเด็นหลักที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อต้องออกมาเคลื่อนไหวชุมนุมประท้วงรัฐบาล และส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องยอมรับเรื่องจากผู้ติดเชื้อ ที่กดดันเสนอให้ประกาศใช้ซีแอลยา

ทั้งนี้ เมื่อเราพิจารณาบริบทในเชิงประชากรปีเตอร์จะพบว่า การเปิดพื้นที่สิทธิเสรีภาพให้กับประชาชนได้นำไปสู่การตระหนักในสิทธิของพวกเขาเหล่านั้น รวมถึงเอื้อให้เกิดการเปิดพื้นที่สื่อในเชิงบวกให้กับเครือข่าย จึงนำไปสู่การเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เครือข่ายสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่และประสบความสำเร็จในการเรียกร้อง

(2) ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคเรียกร้องสิทธิ

ในช่วงยุคแรก เครือข่ายได้มีปฏิบัติการเคลื่อนไหวเน้นไปที่การพยายามเปลี่ยนมุมมองของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อ และการก่อรูปเครือข่ายผู้ติดเชื้อขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้นำเครือข่ายได้เริ่มตั้งคำถามว่า ปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มผู้ติดเชื้อคืออะไร เหล่านี้จึงนำไปสู่การสร้างกลไกการกำหนดปัญหาของขบวนการร่วมกันขึ้น โดยการจัดการประชุมระดับแกนนำที่จังหวัดหนองคาย เมื่อปี พ.ศ.2541 เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสภาพปัญหา จนกระทั่งได้ข้อค้นพบ คือ การเข้าถึงยา ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในกลุ่มเพื่อนระดับแกนนำ เนื่องจากเข้าถึงยาก ดังนั้น ทางขบวนการจึงเริ่มประสานการทำงานร่วมกับการเรียนรู้ข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ จากต่างประเทศ ผ่านองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานในด้านสิทธิบัตรยา อาทิ องค์กรหมอไร้พรมแดน (ประเทศเบลเยียม) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา เพื่อขอคำปรึกษาเชิงวิชาการ จากนั้นจึงเริ่มขยายความร่วมมือไปยังมูลนิธิ และองค์กรพัฒนาเอกชนใหม่ๆ ที่มีแนวความคิดหรือเป้าหมายในการเคลื่อนไหวที่เหมือนกันในหลักการ เช่น กลุ่มศึกษาปัญหาฯ และกลุ่มที่มีเป้าหมายร่วมในบางประเด็น อาทิ สภานายความ และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคร เป็นต้น

เมื่อเครือข่ายรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และพร้อมที่จะเรียกร้องสิทธิในประเด็นดังกล่าว ซึ่งก็คือ สิทธิในการเข้าถึงยารักษาโรคเอชไอวี จึงได้นำไปสู่การชุมนุมประท้วงครั้งแรกของขบวนการ ใน พ.ศ.2542 ในกรณียาดีดีไอ (Didanosine) ซึ่งเป็นยาต้านไวรัส ที่บริษัทยา Bristol Myers Squibb company หรือ BMS ครอบครองสิทธิบัตรด้วยวิธีการไม่ถูกต้อง เนื่องจากเครือข่ายเห็นว่า การเรียกร้องตามขั้นตอนหรือระบบราชการไม่สามารถทำให้รัฐบาลสนใจที่จะตอบสนองต่อข้อ

เรียกร้องของพวกเขาได้ เพราะรัฐยังคงมีมุมมองการแก้ปัญหาในเชิงเทคนิคียาอยู่ ประกอบกับกลุ่มผู้ติดเชื้อมีอำนาจการต่อรองในเชิงนโยบาย ดังนั้น การชุมนุมประท้วงเพื่อกดดันรัฐบาลจึงกลายเป็นยุทธวิธีที่เริ่มมีการเลือกใช้ตั้งแต่ยุคนี้มาจนถึงปัจจุบัน

ทั้งนี้ ประเด็นที่เราควรพิจารณาอย่างยิ่ง คือ จุดเด่นในการชุมนุมประท้วงของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เนื่องจากการชุมนุมประท้วงที่ขาดความเข้มแข็ง และความแหลมคมในประเด็นเรียกร้องย่อมน่าจะมีพลังที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือเรียกร้องในเชิงนโยบายได้ โดยเราสามารถแบ่งออกเป็นประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

2.1 การระดมมวลชนในการชุมนุมที่มีประสิทธิภาพ

ในการชุมนุมประท้วงรัฐบาลหรือบริษัทฯ ในแต่ละครั้ง ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ สามารถระดมมวลชนซึ่งในที่นี้ คือ สมาชิกผู้ติดเชื้อ และสมาชิกจากองค์กรพันธมิตร มาได้เป็นจำนวนมาก และมีความเป็นระเบียบเรียบร้อยสูง เนื่องจาก ประการแรก มีเครือข่ายที่คอยระดมมวลชนในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับกลุ่มย่อยในตำบลไปถึงระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับชาติ รวมถึงสมาชิกแต่ละคนยังมีความรู้ และความเข้าใจในประเด็นการเรียกร้องมาเป็นอย่างดี เพราะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้ระหว่างแกนนำกับสมาชิกที่มีกลุ่มนักวิชาการจากองค์กรต่างๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านข้อมูล ประการที่สอง มีการขอความร่วมมือจากเครือข่ายพันธมิตรที่เคลื่อนไหวในประเด็นเดียวกัน และในประเด็นเฉพาะ เช่น สิทธิบัตรยาหรือการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรี เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ดังกรณียาดีทีโอ ปี พ.ศ.2542 ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้รวมกลุ่มกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข โดยมีการตั้งเต็นท์ที่พักรวมชุมนุมชื่อว่า “บ้านเลขที่ 51 ของหมู่บ้านดีทีโอพัฒนา” ณ พื้นที่บริเวณหน้าสำนักงานปลัดกระทรวง ซึ่ง แม้การชุมนุมจะมีระยะเวลาเพียง 3 วัน มีจำนวนผู้เข้าร่วมชุมนุมเพียง 100 คน แต่ก็ถือเป็นการชุมนุมที่มีคุณภาพ เพราะสมาชิกเป็นผู้ที่มีความรู้ในประเด็นการเรียกร้อง และไม่มีการใช้ความรุนแรงในพื้นที่ รวมถึงเป็นการแสดงออกในเชิงสัญลักษณ์ให้รัฐบาลตระหนักถึงข้อเรียกร้อง และความไม่พอใจของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เหตุการณ์ครั้งนี้ นับเป็นก้าวแรกของการออกมาเคลื่อนไหวใหญ่ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำไปสู่การผลักดันพร้อมๆ กับการเรียนรู้เรื่องทรัพย์สินทางปัญญาและสิทธิบัตรยามาจนนำไปสู่การฟ้องร้องบริษัทบีเอ็มเอส (Bristol Myers Squibb company: BMS) ต่อศาลทรัพย์สินทางปัญญาและการค้าระหว่างประเทศกลางในอีก 2 ปีถัดมา นอกจากนี้การชุมนุมประท้วงดังกล่าวยังถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการใช้ยุทธวิธีขัดขวางระบบการปกติที่จะมีขึ้นอย่างต่อเนื่องในอนาคต หากพิจารณาจากคำกล่าวของ

NGO ที่ทำงานมาตั้งแต่เริ่มต้นกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จะเห็นได้ว่ามีความพยายามหาช่องทางเรียนรู้ ต่อสู้มาอย่างต่อเนื่อง

"เราต่อสู้เรียกร้องมาตั้งแต่สมัยรัฐบาลชาติชายแต่เขาก็ไม่ทำ ผู้จนกระทั่งมีข้อตกลง โดฮาออกมาซึ่งบอกว่ารัฐสามารถทำได้เพื่อปกป้องสาธารณสุขภายในประเทศเราก็ยัง เรียกร้องให้ใช้มาตรการนี้ เรายืนยันจดหมายต่อรัฐมนตรีสาธารณสุขทุกคนที่เข้ามารับตำแหน่ง"

(นิมิตร เทียนอุดม, สัมภาษณ์วันที่ 15 กันยายน 2555)

2.2 การสร้างเครือข่ายที่ปรึกษาในทางวิชาการ

เครือข่ายมีการสร้างพันธมิตรในการเคลื่อนไหวร่วมกับเอ็นจีโอ นักวิชาการ นักเภสัช ศาสตร์ และนักกฎหมาย ที่ทำหน้าที่ให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อขบวนการหลาย ประการ คือ ประการแรก การกำหนดข้อเรียกร้องได้ตรงกับเป้าหมายที่แท้จริงของขบวนการ ประการ ที่สอง การวางยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องไปกับเป้าหมาย เพื่อเคลื่อนไหวกดดันรัฐบาล ประการที่สาม การพัฒนาทรัพยากรบุคคลในเครือข่ายให้มีคุณภาพมากขึ้น ประการที่สี่ การช่วยให้ข้อมูล และทำ ความเข้าใจกับสังคม เพื่อรับรู้ถึงปัญหาที่แท้จริงของผู้ติดเชื้อ และสาเหตุที่จำเป็นต้องออกมาชุมนุม ประท้วง ซึ่งจะช่วยสร้างกระแสสนับสนุนเครือข่ายจากประชาชนผู้เฝ้ามองอีกด้วย เช่น ในกรณียาดี ดีไอ เครือข่ายที่ปรึกษาทางวิชาการได้มีส่วนทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อค้นพบข้อมูลสำคัญสามประการ ดังนี้

ประการแรก ทำให้เครือข่ายพบว่า ยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่มีราคาแพงตัวหนึ่งใน ประเทศไทย คือ ยาดีดีไอ (DDI)

ประการที่สอง ทำให้เครือข่ายเรียนรู้ว่า มีกฎหมายสิทธิบัตรที่รองรับให้ประเทศ สามารถใช้มาตรการที่เรียกว่า มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing - CL) หรือเรียกกัน ว่าซีแอล ซึ่งรัฐสามารถนำเข้ายาที่ติดสิทธิบัตรที่มีจำหน่ายในประเทศอื่น แต่มีราคาถูกกว่าในประเทศ เข้ามาใช้ เพื่อประโยชน์สาธารณะได้

ประการที่สาม ทำให้เครือข่ายค้นพบมาตรา 51 ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตรไทย ที่ เป็นช่องทางกฎหมายในประเทศ ให้รัฐสามารถประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory Licensing /CL) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการผลิตยาต้านไวรัสในชื่อสามัญได้เองในประเทศไทย ที่จะ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้มากขึ้น

2.3 การใช้กลไกแรงกดดันจากต่างประเทศ

ยุทธวิธีที่น่าสนใจ ซึ่งทางเครือข่ายมีการพัฒนาสำหรับใช้กดดันรัฐบาลไทย คือ การใช้แรงกดดันจากนานาชาติ โดยเน้นหลักสิทธิมนุษยชนเป็นฐานในการเคลื่อนไหว เช่น ในปี พ.ศ. 2542 การชุมนุมกรณีคดีไอครั้งแรกเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้ยื่นหนังสือถึงเอกอัครราชทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย ณ สถานทูตสหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย เพื่อขอจดหมายยืนยันว่า ทางสหรัฐจะไม่แทรกแซงถ้าประเทศไทยทำ CL ยา อย่างไรก็ตาม แม้การเคลื่อนไหวจะไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ แต่ในการต่อสู้กับรัฐบาล และบริษัทยา ก็ได้ทำให้อัตลักษณ์ในระดับปัจเจกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (individual identity) และอัตลักษณ์รวมหมู่ (collective identity) มีความเข้มแข็งขึ้น และสอดคล้องไปกับบริบทการเมืองระหว่างประเทศ ทั้งกระแสโลกาภิวัตน์ และประชาธิปไตยของสังคมการเมืองระหว่างประเทศ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาการเคลื่อนไหวต่อสู้ไปสู่การฟ้องร้องในศาล โดยที่ภาคประชาชนไทยเป็นฝ่ายชนะคดีตัวที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น

2.4 ใช้ช่องทางเคลื่อนไหวผ่านกลไกทั้งใน และนอกระบบ

นอกจากการเคลื่อนไหวผ่านการชุมนุมประท้วงแล้ว ทางเครือข่ายยังมีการเคลื่อนไหวผ่านพื้นที่อื่นๆ ควบคู่ไปด้วย ทั้งการวิ่งเต้นหรือล็อบบี้กดดันผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ และการดำเนินคดีทางกฎหมาย ซึ่งการใช้ยุทธวิธีที่หลากหลายได้สร้างแรงกดดันให้กับรัฐบาลเป็นอย่างมาก จนหลายครั้งนำไปสู่การสนองตอบข้อเรียกร้องของเครือข่าย เช่น กรณีการเคลื่อนไหวเพื่อเพิกถอนสิทธิบัตรยาต้านไวรัสคอมบิว (Combivir) ของบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ในช่วง พ.ศ.2548 เนื่องจากยาไม่มีความใหม่และไม่มีการประดิษฐ์ที่สูงขึ้น ในขณะที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อทำหน้าที่เคลื่อนไหวกดดันรัฐบาล ทางนายกมล อุปกแก้ว ประธานเครือข่ายในขณะนั้นได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยเคลื่อนไหวกดดัน และตรวจสอบการทำงานของกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยการติดตาม และเข้าพบรัฐมนตรีกระทรวงที่เกี่ยวข้องรวมถึงการประท้วงกดดันหน้าบริษัทแกล็กโซ กระทั่งนายวิรัตน์ ภูระหงษ์ เข้ามาทำหน้าที่ประธานฯ ต่อ ก็ยังมีการสานต่อการล็อบบี้ เพื่อกดดันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2549 บริษัทฯ ได้สั่งการให้ตัวแทนที่ยื่นคำขอสิทธิบัตรในประเทศในประเทศไทยและอินเดียยื่นถอนคำขอสิทธิบัตรดังกล่าว ดังนั้น บริษัทฯ จึงไม่มีความคุ้มครองสิทธิบัตรสูตรเฉพาะยา Combid/Combivir ในประเทศไทยและอินเดียอีกต่อไป

ส่วนในแง่การดำเนินคดีทางกฎหมายนั้น การฟ้องร้องในทางกฎหมายกลายเป็นกลไกสำคัญของเครือข่ายในการต่อสู้กับรัฐบาล และบริษัทยาโดยตรง ซึ่งทำให้ข้อเรียกร้องของเครือข่ายได้รับการยอมรับไปโดยสภาพตามคำสั่งศาล ดังเช่น กรณีการเคลื่อนไหวที่ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการรับรองสิทธิตามคำสั่งศาลเป็นครั้งแรก คือ การต่อสู้สิทธิบัตรยาดีดีไอ ที่ในปี พ.ศ.2535 ทาง

บริษัทบีเอ็มเอสได้ยื่นคำขอจดสิทธิบัตรสูตรตำรับยาต้านไวรัสดีไอโอในประเทศไทยต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา มีช่วงขนาดการใช้ยาอยู่ที่ประมาณ 5-100 มิลลิกรัมต่อหน่วยขนาดใช้ยา โดยในวันที่ 22 มกราคม 2541 กรมทรัพย์สินทางปัญญาได้ออกสิทธิบัตรเลขที่ 7600 ให้แก่บริษัทบีเอ็มเอส แต่ปรากฏว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญกล่าวคือ “ช่วงกำหนดหน่วยขนาดใช้ยา 5-100 มิลลิกรัม หายไปจากข้อถ้อยสิทธิ” ซึ่งการที่ช่วงขนาดการใช้ยาดีไอโอของบริษัทบีเอ็มเอสในสิทธิบัตรอยู่ที่ 5-100 มิลลิกรัมจะทำให้อย่างน้อยบริษัทยาในไทย หรือองค์การเภสัชกรรมยังสามารถผลิตยาดีไอโอที่มีราคาถูกลงกว่า ในช่วงขนาดการใช้ยาอื่นๆ ได้ เช่น 101-200 มิลลิกรัม เป็นต้น แต่เมื่อสิทธิบัตรออกมาในลักษณะนี้หมายถึงว่าบริษัทบีเอ็มเอสเป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาดีไอโอในทุกๆ ช่วงขนาดการใช้ยา

ข้อเสนอที่สำคัญที่สุดของเครือข่ายในประเด็นการดูแลสุขภาพประชาชน คือ การเสนอให้รัฐบาลประกาศทำซีแอลยา และนำยารักษาเอชไอวีเข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพโดยจุดเริ่มแรกของยุทธศาสตร์การเข้ามาแย่งชิงพื้นที่การผลักดันนโยบาย คือ ในปี พ.ศ.2542 ทางเครือข่ายได้รวมตัวเคลื่อนไหวคัดค้านบริษัทยา บีเอ็มเอส ที่ยื่นขอสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ (ดีไอโอ) โดยเครือข่ายใช้การเคลื่อนไหวกดดันด้วยการชุมนุม และประสานกับฝ่ายวิชาการในการเผยแพร่ข้อมูลความไม่ชอบธรรมสู่สาธารณะ

เครือข่ายมีเป้าหมายในการกดดันอยู่ที่กระทรวงพาณิชย์ และกระทรวงสาธารณสุข อาทิ การเคลื่อนไหวกดดันรัฐมนตรีในแต่ละสมัย คือ นายกร ทักษะรังสี, นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ และนายอดิศักดิ์ โพธารามิก เป็นต้น (วีรบุรุษ วิสารทสกุล, 2547: 90) รวมถึงยังมีการเคลื่อนไหวระดมรายชื่อผลักดันนโยบายสาธารณสุขผ่านพรรคการเมือง ในการยกร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการต่อต้านการเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรีไทย-สหรัฐฯ ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2541 (มติชน 2549)⁵ เพื่อคัดค้านข้อตกลงที่จะกระทบให้ราคายารักษาามีราคาแพงขึ้น (วิทยากุลสมบุรณ์, FTA watch 1 มกราคม 2556)⁶ แนวทางปฏิบัติการดังกล่าวสะท้อนให้เห็นรูปแบบการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่พยายามเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับโครงสร้างที่ผูกขาดการตีความจากรัฐมา โดยตลอด และเป็นกระบวนการเข้าสู่พื้นที่ภาคการเมืองอย่างเป็นทางการ โดยใช้สถานะของกลุ่มคนไร้อำนาจเป็นตัวแสดงในการต่อสู้ เพื่อต่อรองด้วยยุทธวิธีขัดขวางระบบปกติ อาทิ การก้าวละเมิด

⁵มติชนรายวัน 12 มกราคม 2549,ปีที่ 29 ฉบับที่ 10169

⁶ FTA Watch.org ประเด็นหลักการคัดค้านของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ ข้อตกลงเขตการค้าเสรี ต้องไม่ผูกพันประเทศเกินไปกว่าความตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการค้า ค.ศ. 1994 (TRIPS Agreement)

กฎหมาย การต่อสู้กับทุนและรัฐ ซึ่งอยู่บนฐานคิดที่ไม่ต้องการล้มล้างฝ่ายตรงข้าม เพราะมองว่า ยังมี ความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพิงกลไกการทำงานของรัฐบาลในการตอบสนองต่อปัญหาของผู้ติดเชื้อ

ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2543 ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ จึงนำข้อมูลความไม่โปร่งใสต่าง ๆ ที่ ค้นพบ ยื่นเรื่องขอความช่วยเหลือต่อสภานายความ และเกิดการตั้ง ‘คณะทำงานพิจารณาให้ความ ช่วยเหลือทางกฎหมายเพื่อยกเลิกสิทธิบัตรยาดีไอในประเทศไทย’ เพื่อดำเนินการในเรื่องนี้ โดยแยก ฟ้องเป็น 2 คดี

คดีแรก เป็นการฟ้องร้องบริษัทบีเอ็มเอส และกรมทรัพย์สินทางปัญญา เกี่ยวกับการ จดสิทธิบัตรโดยมิชอบ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญในคำขอสิทธิบัตร

คดีที่สอง มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ร่วมกันฟ้องบริษัทบีเอ็มเอส และ กรมทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อให้ศาลพิพากษาเพิกถอนสิทธิบัตรดีไอในประเทศไทยในฐานะ ผู้เสียหาย เนื่องจากต้องจ่ายราคาแพงจากการผูกขาดโดยสิทธิบัตรยาที่ออกให้โดยมิชอบ ประเด็น สำคัญของคดีดังกล่าวที่ทั้งจำเลย และโจทก์หยิบยกขึ้นมาต่อสู้อยู่ที่คำว่า ‘ผู้เสียหาย’ เพราะดูเหมือน ว่า ฝ่ายจำเลยพยายามหว่านล้อมศาลให้เห็นว่า โจทก์มิใช่ผู้เสียหาย ซึ่งที่ผ่านมามีการตีความผู้เสียหาย มักหมายถึง ผู้ที่ได้รับความเสียหายโดยตรง

สำหรับทั้งสองคดีมีกระบวนการพิจารณาทางกฎหมายที่ใช้ระยะเวลายาวนาน จนหมดยุค รัฐบาลนายชวน หลีกภัยในปี พ.ศ.2544 ก็ยังคงไม่มีคำพิพากษาจากศาล ทางเครือข่ายจึงต้องมีการ ติดตามความก้าวหน้าของการพิจารณาคดีเป็นระยะ

โดยสรุปแล้ว ผู้วิจัยมองว่า ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคที่สองเริ่มมีการเรียกร้องสิทธิ พร้อมๆ กับการเรียนรู้การกำหนดปัญหาของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่จะนำไปสู่การเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ผ่าน กิจกรรมต่างๆ และเป็นจุดเริ่มของการทำงานในรูปแบบพันธมิตรกับองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งใน และ นอกประเทศมากขึ้น ที่สะท้อนให้เห็นถึงการท้าทายอำนาจรัฐอย่างเป็นทางการ ด้วยวิธีการขัดขวาง ระบบปกติ เช่น การชุมนุมประท้วงบริเวณสถานที่ราชการ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายหลักของการ เคลื่อนไหว คือ การเรียกร้องสิทธิเกี่ยวกับประเด็นการเข้าถึงยารักษาเอชไอวี

4.2.3 ยุคผลึกตัน และเข้าไปพร้อมกับปฏิบัติการตามนโยบาย : รัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร จนถึงรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์

ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในช่วงที่สามของเครือข่าย เริ่มในปี พ.ศ.2544 ในสมัยรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ต่อเนื่องถึงรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ (29 มกราคม 2551))ซึ่งมีนโยบายที่เอื้อต่อการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นกว่ารัฐบาลในช่วงที่ผ่านมา คือ การกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งกำหนดสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยในระยะแรกได้ยกเว้นยากลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ไว้ก่อน ขณะที่เครือข่ายมีรูปแบบของการเคลื่อนไหว และปฏิบัติการแบบที่เน้นการผลักดัน และเข้าไปร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายที่ตนเสนอ ผ่านกลไกการชุมนุมประท้วง การสร้างสายสัมพันธ์กับพรรคการเมือง การเข้าร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายของรัฐบาล และกระบวนการทางกฎหมาย

(1) บริบทของการเคลื่อนไหวในยุคผลึกตัน และเข้าไปพร้อมกับปฏิบัติการตามนโยบาย

ในยุคนี้ เครือข่ายมีการขยายพื้นที่พันธมิตรไปอย่างกว้างขวาง ทั้งพันธมิตรในประเด็นร่วมทั้งหมด และในบางประเด็น ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จในแง่การผลักดันนโยบายส่วนใหญ่ และการใช้พื้นที่ทางการเมืองที่พวกตนเสนอมาเป็นกลไกในการเคลื่อนไหวในประเด็นอื่นๆ โดยมีปัจจัยที่เอื้อต่อขบวนการ คือ การสนับสนุนจากเครือข่ายพันธมิตรที่ไม่ได้มีเป้าหมายหลักในการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับประเด็นเอชไอวี แต่มีเป้าหมายร่วมในประเด็นสาธารณะ เช่น FTA หรือ สิทธิมนุษยชน เป็นต้น รวมถึงการสนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายของเครือข่ายจากพรรคการเมือง เนื่องจากมีบริบทของการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในปี พ.ศ.2544 ส่งผลให้รัฐบาลไทย ภายใต้การนำของพรรคไทยรักไทยได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2545 รวมทั้งกำหนดสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยในระยะแรกได้ยกเว้นยากลุ่มยาต้านไวรัสเอดส์ไว้ก่อน

ทั้งนี้ บริบทการหาเสียงเลือกตั้งของ พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร มีส่วนสำคัญกับโอกาสและความสำเร็จของเครือข่าย หากพิจารณาจากที่ก่อนหน้านี้ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรก ได้มีการเริ่มทำงานวิจัยต่างๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ ในช่วงรัฐบาล นายชวน หลีกภัย แม้จะได้มีการยกร่าง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง นพ.สงวน ได้เข้าไปร่วมอยู่ในคณะทำงานด้วย แต่เนื่องจากรัฐสภาในขณะนั้นยังไม่เห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงทำให้ร่างกฎหมายฉบับนี้ตกไป ต่อมา นโยบายหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าได้ถูกปรับเป็นนโยบายที่ใช้หาเสียงในการเลือกตั้งของพรรคไทยรักไทย ประกอบกับในช่วงนั้นข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขบางส่วนเห็นด้วยกับการเปลี่ยนแปลง อาทิ นพ.มงคล ณ สงขลา เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ที่เป็นแกนนำคนสำคัญในการร่วมผลักดันนโยบายหลักประกัน ส่งผลให้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และสำเร็จได้ในระยะเวลาอันสั้น

“คุณหมอสงวนได้เดินสายไปยังพรรคการเมืองหลักๆ ทั้งพรรคประชาธิปัตย์และพรรคไทยรักไทย เพื่อนำเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่พรรคประชาธิปัตย์ไม่รับนโยบายนี้ มีเพียงพรรคไทยรักไทย ซึ่งมี พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร เป็นหัวหน้าพรรคขณะนั้นตอบรับ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะในขณะทำงานการเมืองของ พ.ต.ท.ทักษิณ มีหมอมที่สนิทกับคุณหมอสงวนทำงานอยู่ด้วย ทั้งนพ.พรหมินทร์ เลิศสุริย์เดช และ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี วันนั้น พ.ต.ท.ทักษิณ เชิญนายแพทย์สงวน และหมอวิชัยเป็นคนหนึ่งไปกับหมอสงวน รับคำเชิญไปเสนอนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งใช้เวลาเพียง 45 นาที พ.ต.ท.ทักษิณก็ตัดสินใจว่า "เอา" แล้วมอบหมายให้ นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ไปดำเนินการต่อ”

(นิมิตร เทียนอุดม, สัมภาษณ์วันที่ 15 กันยายน 2555)

ขณะเดียวกัน บริบทที่เป็นอุปสรรคของเครือข่ายก็ยังมีอยู่ คือ ท่าทีของรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ที่มีต่อประเด็นสิทธิบัตรยา และอิทธิพลของบริษัทยา เช่น ยาดีดีไอ (ddl) ที่ใช้ต้านไวรัสเอชไอวี แต่ในช่วงเวลานั้น ยาดังกล่าวมีราคาสูงมากจนผู้ติดเชื้อไม่สามารถซื้อได้ จึงนำไปสู่การต่อสู้ในประเด็นการทำ CL ยา และขอเพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอ

อย่างไรก็ตาม เราไม่อาจปฏิเสธได้เลยว่า ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การประสบความสำเร็จของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ รัฐธรรมนูญ 2540 และระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตยแบบตัวแทน ที่เอื้อให้เครือข่ายมีช่องทางในการผลักดันนโยบาย และใช้นโยบายที่ตนเสนอมานเป็นพื้นที่ในการร่วมปฏิบัติการได้

(2) ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคผลักดัน และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย

เครือข่ายยังคงมีการเคลื่อนไหวผ่านกระบวนการทางกฎหมายอย่างต่อเนื่องมาจากยุคที่แล้ว คือ การฟ้องร้องบริษัทยาบีเอ็มเอสใน 2 คดี ซึ่งนำไปสู่ผลการตัดสินของศาล ดังนี้

คดีแรก ในวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2545 ศาลพิพากษาให้บริษัทบีเอ็มเอส และกรมทรัพย์สินทางปัญญาแพ่งคดี และต้องแก้ไขข้อถือสิทธิโดยให้ระบุช่วงขนาดการใช้ยา 5-100 มิลลิกรัม ส่งผลให้รัฐบาล

ตอบสนองข้อเรียกร้องนี้ โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศไม่ใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร แต่กลับให้องค์การเภสัชกรรมเลี่ยงการผลิตดีดีไอแบบเม็ด แต่ให้ผลิตดีดีไอแบบผงแทน ซึ่งไม่ติดเงื่อนไขสิทธิบัตรออกจำหน่าย

คดีที่สอง ศาลทรัพย์สินทางปัญญาตีความว่า องค์กรเพื่อสาธารณะ และผู้ป่วยถือเป็นผู้เสียหาย จึงนับเป็นการตีความที่ก้าวหน้ามากในยุคนั้น และกลายเป็นบรรทัดฐานต่อมาในการตัดสินคดีที่ประธานเครือข่ายกล่าวว่า

“นี่คือคดีแรกของโลกที่ยืนยันว่าผู้ป่วยและองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถเป็นโจทก์ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา และยังเป็นตัวอย่างให้ต่างประเทศสามารถลุกขึ้นมาต่อสู้ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาได้จากคดีดีดีไอนี้เอง”

(กมล อุปแก้ว, สัมภาษณ์ 20 ตุลาคม 2556)

เมื่อทราบผลของคดีแรก คดีหลังจึงจบลงด้วยการที่บริษัทบีเอ็มเอสตกลงเจรจายอมความ โดยยินยอมถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอในประเทศไทยแลกกับการถอนคำฟ้อง เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2547 เนื่องจากถูกกดดันจากจากสังคม อีกนัยหนึ่งจึงหมายความว่า ยาเม็ดดีดีไอไม่มีสิทธิบัตรในประเทศไทยอีกต่อไป ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยเอดส์ลดลงจากเดือนละ 3,000 บาทเป็นเดือนละไม่เกิน 900 บาทเท่านั้น⁷

ทั้งนี้ ผลต่อเนื่องจากการสามารถกำหนดปัญหาที่ชัดเจนในยุคที่แล้วว่า พวกเขาต้องการอะไรจากข้อเรียกร้อง ได้นำมาซึ่งการสนับสนุนอย่างกว้างขวางในกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพันธมิตร เพื่อกดดันบริษัท แก๊สโกซ่า ให้เพิกถอนสิทธิบัตรยาคอมบิต ในปี พ.ศ.2548 รวมถึงข้าราชการระดับสูงในกระทรวงสาธารณสุข เช่น นายแพทย์ธีรวัช สุนทรอาจารย์ อธิบดีกรมควบคุมโรค ได้เปิดทางให้มีการทำ CL ยาก่อนการประชุมการประชุมเอดส์โลก ที่จัดขึ้นวันที่ 13-17 สิงหาคม 2548 ในประเทศแคนาดา โดยให้เหตุผลรับรองที่สอดคล้องกับความต้องการของเครือข่ายว่า “เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ติดเชื้อก็สามารถใช้มาตรการบังคับเหนือสิทธิบัตรได้ โดยให้องค์การเภสัชกรรมเป็นผู้ผลิตยาให้เพื่อใช้ในประเทศ” (หนังสือพิมพ์มติชน 8 สิงหาคม 2549)

⁷ เดือนกุมภาพันธ์ 2549 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ยังคง เรียกร้องให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์และกระทรวงสาธารณสุขยังมีให้กรมทรัพย์สินทางปัญญานุมัติสิทธิบัตร ยาคอมบิต (Combivir) ของบริษัทแกล็กโซสมิธไคลน์ (Glaxo Smith Kline / GSK) เพราะยานี้ไม่ใช่ยาใหม่และไม่มีขั้นตอนการ ประดิษฐ์ที่สูงชันหากยับยั้งไม่ได้ก็ขอให้ทางกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้มาตรการใช้สิทธิเพื่อให้องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาคอมบิตได้ต่อไป เพราะมีผู้ติดเชื้อเกือบ 5,000 คน ที่ใช้ยา

นอกจากนี้ เครือข่ายได้มีการปรับเปลี่ยนวาทกรรมการให้ความหมายเกี่ยวกับสิทธิ (Redefinition of Rights) โดยปรับเปลี่ยนการให้ความหมาย “สิทธิ” ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จากผู้ติดเชื่อที่มีฐานะเป็นเพียงผู้ป่วย ผู้ติดโรคร้าย บุคคลที่รอกการสงเคราะห์ บุคคลที่ถูกกระทำ (Victimization) รอคอยการตัดสินใจจากแพทย์ว่าจะให้การรักษา ให้ยาต้านเอ็ดส์หรือไม่ กลายเป็นผู้ที่มีสิทธิภายใต้กรอบของความเป็นพลเมืองที่รัฐต้องจัดหาบริการให้กับพวกเขา อันเป็นสิทธิที่พึงมีพึงได้ และมีกฎหมายระดับรัฐรองรับโดยไม่จำเป็นต้องไปร้องขอความเห็นใจ สิทธิที่พวกเขา มี คือ การเข้าถึงสิทธิทางการเมือง (Political Right Access) และประเด็นสิทธิมนุษยชน คือ ประเด็นที่ครอบคลุม สิทธิในการมีชีวิต (the rights to life) สิทธิด้านสุขภาพ (the rights to health) สิทธิในการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ (non –discrimination) เสรีภาพ (liberty) ข้อมูลinformation, การแสดงออก , สิทธิ ในการรวมตัวกัน และสิทธิใน,สิทธิด้านสุขภาพในการที่จะได้รับการรักษา⁸ (ตามหลักข้อบัญญัติ The Universal Declaration of Human Rights (1948) the International Covenant on Civil and Political Rights and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)

ปัจจัยที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนวาทกรรม คือ การปรับเชื่อมประเด็น “เอชไอวี/เอ็ดส์” เข้ากับ “ประเด็นสิทธิมนุษยชน” โดยภายหลังปี พ.ศ.2546 การทำงานของเครือข่ายได้เคลื่อนเข้าสู่ประเด็นสิทธิ การต่อสู้ให้เอ็ดส์อยู่ในเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ จากผู้ติดเชื่อที่มีสถานะเป็นรองได้ปรับเปลี่ยนขึ้นมา มีสถานะการเป็นผู้มีสิทธิตามกฎหมายที่จะได้รับการดูแล สวัสดิการ และยารักษาโรค (สุภัทรา นาคะผิว, สัมภาษณ์ 5 กุมภาพันธ์ 2555)

การปรับเปลี่ยนการให้ความหมายดังกล่าวได้รับปัจจัยหนุนเสริมจากภายนอกมาเป็นระยะ เนื่องจากบริบทการเมืองระหว่างประเทศ ทั้งกรณีประเทศอดีตอาณานิคมในแอฟริกา ขบวนการชาตินิยม นโยบายการพัฒนาแบบใหม่ที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสังคม (socioeconomic growth) การเกิดขึ้นของประเทศกลุ่มไม่ฝักใฝ่ฝ่ายใด (Non –Aligned Movement) และการเกิดเวทีประชุมด้านสังคมและการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNCTAD) โดยตัวละครแสดงที่สำคัญ คือ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่กดดันให้รัฐบาลทั่วโลกหันมาทบทวนนโยบายที่เน้นสิทธิมนุษยชน (Bhagwati, 1977; Rothstein, 1979)

⁸ <http://www.un.org/en/documents/udhr/>

ประเด็นๆ เหล่านี้ทำให้องค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติถูกกดดันจากขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในระดับนานาชาติ เพื่อเรียกร้องให้มีการปรับฐานคิดเกี่ยวกับสิทธิที่จำเป็นต้องครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึงยา สิทธิในการเข้าถึงการรักษา อันเป็นส่วนหนึ่งของหลักสิทธิมนุษยชนสากล

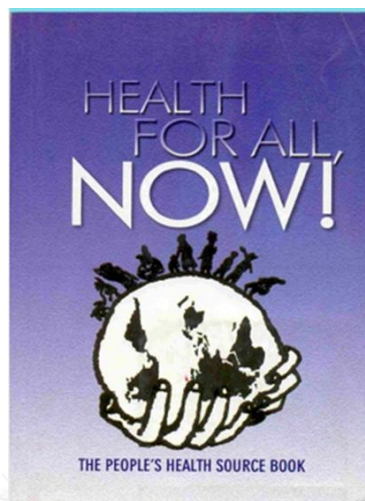
ภาพที่ 4.2 ฐานคิดเกี่ยวกับสิทธิที่จำเป็นต้องครอบคลุมสิทธิในการเข้าถึงยา
สิทธิในการเข้าถึงการรักษาขององค์การอนามัยโลกแห่งสหประชาชาติ

ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ปี 1970 ที่ประชุมได้มีมติว่า "สิทธิที่จะได้รับการบริการเพื่อสุขภาพ (The right to health) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน" และวัตถุประสงค์ที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก คือให้ประชาชนทุกคนได้บรรลุถึงความเป็นสุขภาพดีในระดับที่สูงที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และสิ่งที่สำคัญที่สุดเพื่อสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าว การพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติของทุกประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็น

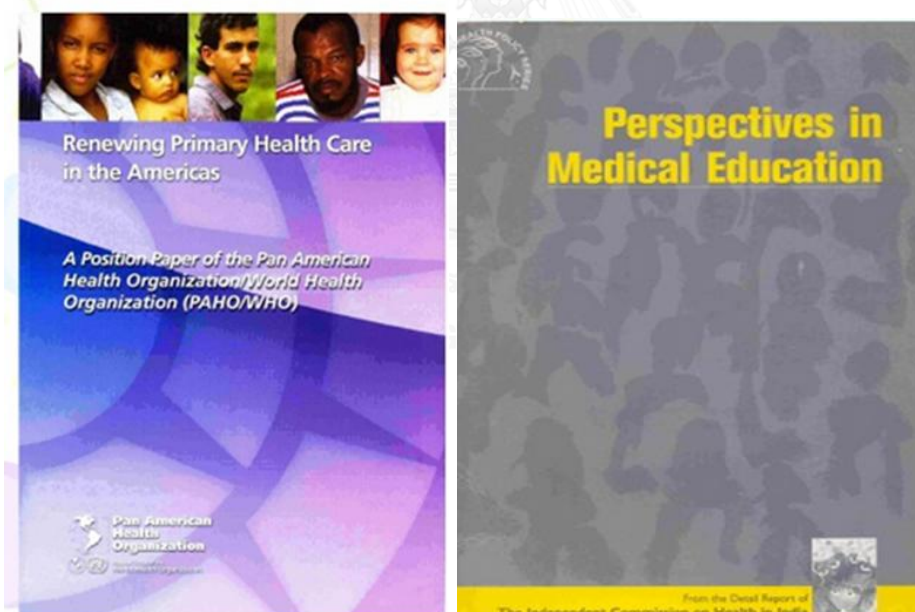
ที่มา: วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537: 24

ตัวอย่างจากภาพข้างบนได้สะท้อนให้เห็นสาระสำคัญในการต่อเติม และปรับเปลี่ยนความหมายสิทธิที่ขยายกรอบว่าด้วยการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อความคิด บรรยาการการทำงาน ของทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ที่เปิดรับแนวทางใหม่ในการมองปัญหามากขึ้น ขณะเดียวกัน กฎบัตรสหประชาชาติก็ได้ย้าถึงเจตนารมณ์ขององค์การสหประชาชาติ ที่จะส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนไว้ โดย 7 แห่งแรกปรากฏในคำปรารภ อีก 6 แห่งปรากฏในมาตรา 1, 13, 55, 56, 62, 68 และต่อมาสหประชาชาติจึงได้ประกาศปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2491

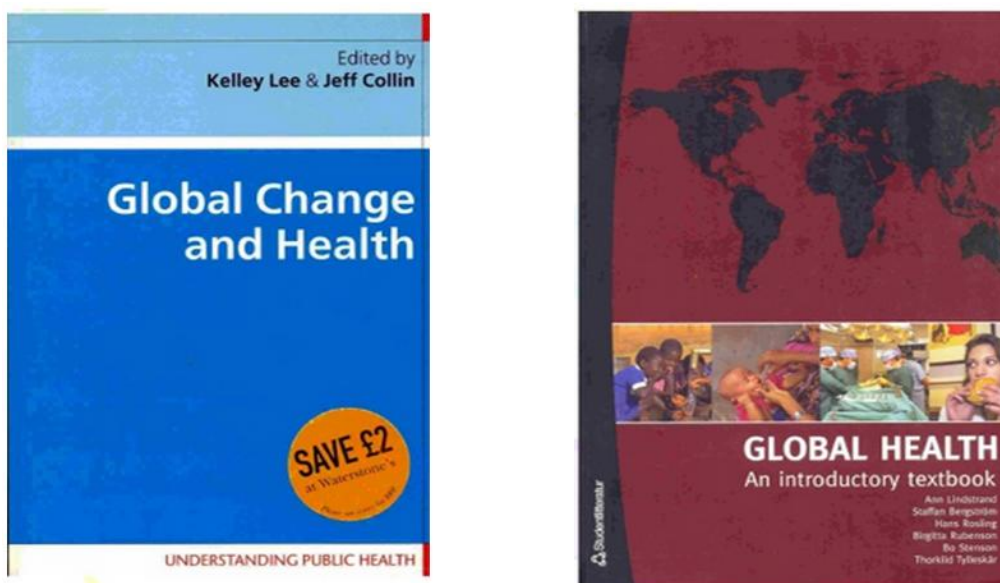
ภาพที่ 4.3 หนังสือวิชาการในช่วง UN ประกาศ The right to health



ภาพที่ 4.4 หนังสือสะท้อนการเปลี่ยนแปลงแนวคิดสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาและอินเดีย



ภาพที่ 4.5 หนังสือสะท้อนการเปลี่ยนแปลงกรอบการมองสุขภาพในอังกฤษและสวีเดน



ภาพด้านบนเป็นหนังสือที่มีการเผยแพร่ประเด็นสุขภาพสาธารณะในสหรัฐ และยุโรปที่มุ่งแก้ไขปัญหามนหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ ขยายมุมมองความคิดคับแคบในกรอบระบาดวิทยา ขยายกระบวนการทางสังคมและเข้าไปแก้ไขปัญหามีการล่องละเมิดสิทธิมนุษยชนอย่างกว้างขวาง รวมถึงสิทธิในการอยู่ร่วมในสังคม เช่นการเข้าทำงาน การเข้ารับการศึกษาโดยไม่บังคับตรวจเลือด

สำหรับปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่เริ่มเกิดขึ้นในยุคนี้ คือ การผลักดันนโยบายในระดับชาติ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องอาศัยแรงกดดันจากพันธมิตรมากกว่าแค่กลุ่มเดิมที่มีอยู่ กล่าวคือ ขบวนการต้องชูประเด็นร่วมที่เกี่ยวข้องกับข้อเรียกร้องของพวกเขา และสามารถดึงดูดให้ขบวนการเคลื่อนไหวอื่นๆ เข้ามาร่วมด้วย เช่น การสร้างประเด็นคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีที่มีเนื้อหาในประเด็นการทำ CL ยารักษาโรคเอชไอวี เพื่อหาแนวร่วมในการผลักดันนโยบาย ซึ่งในที่นี้คือ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีเป้าหมายในการคัดค้านเขตการค้าเสรี เช่น FTA Watch เป็นต้น ซึ่งการเคลื่อนไหวในเชิงนโยบายเป็นการเรียกร้อง และกดดันรัฐในการกำหนดนโยบายหรือกฎหมายที่มีผลต่อผู้ติดเชื้อ ไม่ใช่การเรียกร้องหรือกดดันให้รัฐแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเหมือนในอดีต จึงมีนัยสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาขบวนการเคลื่อนไหว และต่อการแก้ปัญหาเอไอวีในระยะยาว

เมื่อเราพิจารณาปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะพบว่า เครือข่ายได้ปรับบทบาท และทิศทางของยุทธวิธีการต่อสู้อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือ ขบวนการได้เข้าไปมีส่วนร่วมในปฏิบัติการของนโยบายที่พวกเขาเสนอด้วย ซึ่งถือเป็นจุดเด่นสำคัญของขบวนการที่ไปไกลมากกว่าแค่การเรียกร้อง และผลักดันนโยบาย หากแต่เป็นการใช้พื้นที่ทางการเมืองที่พวกเขาสร้างขึ้นอีกด้วย โดยมีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจของการประสานงานกับผู้นำชุมชน คือ การประสานงานของเครือข่าย

ภาคเหนือตอนบนกับองค์การบริหารส่วนตำบล ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าไปมีส่วนร่วมในปฏิบัติการต่างๆ ของภาครัฐที่ทางเครือข่ายเป็นผู้ผลักดันนโยบาย ดังข้อมูลในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.1 การประสานร่วมปฏิบัติการของเครือข่ายภาคเหนือตอนบนกับ อบต.

การประสานร่วมปฏิบัติการ	ระยะเวลาดำเนินการ
กิจกรรมการพัฒนาในชุมชน เนื่องจากทางผู้นำชุมชนมีเป้าหมายเรื่องของการลดการติดเชื่อรายใหม่	แผนงานรายปี 2548-2552
ผู้นำชุมชนสามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับตนเองอย่างเช่น เรื่องกรณีเบี่ยงชีพของผู้ติดเชื้อ หรือแผนการทำงานใน อบต.	การประชุมประจำเดือนของชุมชน
การเชื่อมต่อกับ อบต. ผ่านการพูดคุยส่วนตัว และในเวทีแลกเปลี่ยนกลุ่มย่อย	การประสานตามประเด็น
ใช้ข้อมูลสื่อสถานการณ์ในพื้นที่ และวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้นำเกิดความตระหนักถึงปัญหา	การประสานตามประเด็น
ประเมินสถานการณ์ของกลุ่มร่วมกัน และสร้างความตระหนักต่อปัญหา	การประชุมร่วมประจำปีของประชาคมเอดส์
เก็บข้อมูลและทำความเข้าใจเรื่องแผนงานของอบต.บ้านกิว	แผนความร่วมมือระยะ 3 เดือน
กิจกรรมสร้างความเข้าใจกับชุมชน ได้แก่ กิจกรรมแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเข้าใจในประเด็นเอชไอวี และเกิดความตระหนักในปัญหา	แผนการอบรมระยะสั้น แผนงานรายปี 2548-2552
การอบรมในเรื่องกระบวนการทำงานกับชุมชน การให้คำปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน การเสริมทักษะกระบวนการให้คำปรึกษาผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน	แผนรายปี

ที่มา: เอกสารสรุปการดำเนินงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือ ปี พ.ศ.2555

ปรากฏการณ์ในข้างต้นได้สร้างผลกระทบที่มีนัยสำคัญต่อขบวนการ คือ การขยายขอบเขตอำนาจการตัดสินใจ และการแก้ไขปัญหาเอชไอวีที่เคยเป็นหน้าที่ของรัฐเพียงอย่างเดียวได้กลายเป็นพื้นที่ที่สมาชิกในสังคมสามารถเข้าไปร่วมใช้พื้นที่ดังกล่าวของรัฐได้ จึงทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อได้รับโอกาสในการแสดงความคิดเห็น ได้เถียงกันได้อย่างเสรี ขณะที่ในระดับองค์กรได้เปิดกลไกการทำงานวางเป้าหมาย กรอบโครงการทำงานด้านการปกป้องสิทธิที่ชัดเจน อาทิ การเคลื่อนไหวในประเด็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรวมตัวกันรวบรวมรายชื่อเพื่อเสนอกฎหมายให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อันหมายความว่าพวกตนมีสิทธิในการเข้าร่วมกระบวนการทางนโยบาย โดยไม่ต้องร้องขอในแนวการสงเคราะห์อีกต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการใช้พื้นที่ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในการผลักดันนโยบาย การมีส่วนร่วมในการทำงานในฐานะคณะกรรมการชุดต่างๆ ตามที่กฎหมายจัดตั้ง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเข้าร่วมในกรรมการคณะทำงานพัฒนายุทธศาสตร์ยาแห่งชาติ เป็นต้น

นอกจากการผลักดัน และเข้าร่วมในกระบวนการนโยบายแล้ว เครือข่ายยังพยายามเข้าไปมีส่วนร่วมกับระบบการเมือง เพื่อเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรง อาทิ การสนับสนุนเงินจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือการประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์บุตร การตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอชไอวีร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทางเครือข่ายพยายามขยายพื้นที่การต่อรองของผู้ติดเชื้อให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น อาทิ กรณีการประชุมระดับนานาชาติ ที่มีการใช้เวทีประชุมเอชไอวีนานาชาติที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการกดดันรัฐบาลที่ผ่านผู้แทนจากองค์การอนามัยโลก เพื่อให้รัฐบาลออกนโยบายหลักให้ยาต้านเอชไอวีถ้วนหน้ากับผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

ประเด็นที่น่าสนใจมากที่สุดประเด็นหนึ่ง คือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้มีการใช้พื้นที่ทางการเมืองที่เกิดจากการเปิดช่องทางในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมือง ซึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ 2540 ที่เกิดขึ้นโดยกระแสการปฏิรูปการเมืองช่วงปี พ.ศ.2538 – 2540 ที่เครือข่ายได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการผลักดันด้วย โดยผู้วิจัยเลือกจะอธิบายยุทธวิธีดังกล่าวผ่านกรณีตัวอย่างที่สำคัญ ดังนี้

1. สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญปี 2540 กำหนดให้สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สป. มีหน้าที่ให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะต่อคณะรัฐมนตรีในปัญหาเศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงแผนอื่นๆ ตามที่กฎหมายบัญญัติก่อนจะพิจารณาประกาศใช้ ซึ่งเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญมาตราดังกล่าว เพื่อเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการประเทศ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานความยุติธรรม และโปร่งใสเป็นสำคัญโดยพระราชบัญญัติสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 20 ธันวาคม พ.ศ.2543 เป็นต้นมา และในปี พ.ศ.2544 ได้มีการจัดตั้งสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วย สมาชิก สป. จำนวน 99 คน ซึ่งได้รับเลือกจากบุคคลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มในภาคเศรษฐกิจ 50 คน และกลุ่มในภาคสังคมฐานทรัพยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 49 คน รวมทั้งมีคณะทำงานด้านต่างๆ อีก 13 คณะ

ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื่อเอชไอวีแห่งประเทศไทยได้มีตัวแทนเข้าไปเป็นคณะกรรมการด้วย ซึ่งถือเป็นกลไกในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ดังเช่น กรณี การพิจารณาвањеเอตส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 ก่อนเสนอที่ประชุมคณะรัฐมนตรี มีนางสาวสุภัทรา นาคะผิว ผู้อำนวยการมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอตส์ และ นายนิวัตร สุวรรณพัฒนา นักวิชาการด้านเอตส์ ร่วมเสนอแนะการแก้ไขปัญหาผ่านคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค ของ สป. ในครั้งนั้นตัวแทนผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาเอชไอวี/เอตส์ ได้เสนอยกเลิกหรือแก้ไขข้อกำหนดบางฉบับที่ขัดแย้งต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื่อเอชไอวี เช่น พระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี ที่มีการจับกุมพนักงานที่พกุงยางอนามัยในข้อหาการค้าประเวณี และเสนอรัฐบาลว่า ควรเน้นการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ มากกว่าด้านการรักษาเยียวยา (สภาที่ปรึกษาสังคมเศรษฐกิจแห่งชาติ, 18 ม.ค. 2555)⁹

ขณะที่กรณีการเคลื่อนไหวประเด็น FTA เราจะเห็นได้ว่า เครือข่ายผู้ติดเชื่อ และเครือข่ายพันธมิตร ในนามกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (เอฟทีเอ วอตซ์) ได้มีการใช้เวทีในสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2 ที่เคยเสนอความเห็น และข้อเสนอแนะแก่

⁹ ใบบแถลงข่าวสภาที่ปรึกษาสังคมเศรษฐกิจแห่งชาติ, 18 ม.ค. 2555

รัฐบาลในประเด็น FTA ไทย-สหรัฐ ซึ่งมีข้อเสนอไม่ต่างจาก FTA ไทย-ยุโรป ว่า รัฐบาลไม่ควรนำประเด็นทรัพย์สินทางปัญญามาเจรจาภายใต้ระบบทวิภาคีไทยกับสหรัฐ เนื่องจากผลประโยชน์จากการส่งออกสินค้าที่สหรัฐนำมาเป็นเงื่อนไขแลกเปลี่ยนนั้น เทียบไม่ได้เลยกับผลกระทบที่จะเกิดกับประชาชนไทย เกษตรกร ผู้บริโภคทั้งหมด และผู้ป่วย รวมถึงการวิจัย และพัฒนาอุตสาหกรรมด้านยา และอุตสาหกรรมชีวภาพของไทย จึงขอให้รัฐบาลยุติการเจรจาไว้ก่อน อีกทั้งในส่วนผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อยังมีประเด็นการผูกขาดข้อมูลทางยา (Data Exclusivity) ซึ่งเป็นหนึ่งในข้อเรียกร้องที่มากเกินไปกว่าความตกลงทริปส์ และเป็นประเด็นที่สหภาพยุโรปต้องการมากที่สุด ถ้ามีการผูกขาดข้อมูลยาจะทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของไทยสูงขึ้นอีก 81,356 ล้านบาท/ปี และหากต้องยอมการขยายการคุ้มครองสิทธิบัตรยาเพิ่มขึ้นอีก 5 ปี จะผลทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอีกเป็น 27,883 ล้านบาท/ปี (จรรยา ลิมปานานนท์, สัมภาษณ์ 1 ตุลาคม 2555)

2. วุฒิสภา

ทางเครือข่ายได้มีการใช้กลไกทางวุฒิสภาผ่านการล็อบบี้ของสมาชิกวุฒิสภาคนสำคัญที่ผลักดันประเด็นการเปิดพื้นที่ให้กับภาคประชาชน และมีสายสัมพันธ์อันดีกับภาคประชาชนวงการ เนื่องจากการทำงานร่วมกับเครือข่าย หรือบางคนเคยทำงานผลักดันด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นเป้าหมายร่วมกัน อาทิ นายไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ ประธานคณะกรรมการการต่างประเทศ วุฒิสภา จอน อึ้งภากรณ์ วุฒิสมาชิก และนายแพทย์นิรันดร์ พิทักษ์วัชระ วุฒิสมาชิก

ตัวอย่างการใช้พื้นที่ทางการเมืองในสภาที่น่าสนใจ คือ กรณี นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย เป็นตัวแทนเครือข่ายประชาชน 14 องค์กร ประกอบด้วย 1.คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ 2.มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 3.มูลนิธิศุภนิยน์ คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 4.เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก 5.ชมรมเพื่อนโรคไต 6.เครือข่ายเพื่อนมะเร็ง 7.มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค 8.มูลนิธิเกสส์ชนบท 9.กลุ่มศึกษาปัญหายา 10.มูลนิธิชีววิถี 11.มูลนิธิบูรณะนิเวศ 12.มูลนิธิสุขภาพไทย 13.เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย และ 14.กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA Watch) เข้าชี้แจงต่อคณะกรรมการการต่างประเทศ วุฒิสภา ในวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ.2555 เพื่อเรียกร้องให้ตรวจสอบกระบวนการจัดทำเจรจาเขตการค้าเสรี (FTA) ระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป โดยเฉพาะความพยายามเร่งรัดนำร่างกรอบเจรจาเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี และการประชุมรัฐสภา ซึ่งเครือข่าย เรียกร้องใน 2 ประเด็นคือ ขั้นตอนก่อนที่จะมีการเจรจาหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ ทางคณะรัฐมนตรีควรจะให้ข้อมูล และ

รับฟังความเห็นของประชาชนก่อน จากนั้นจึงเสนอรายละเอียดกรอบการเจรจาต่อรัฐสภาเพื่อขอความเห็นชอบ ตามที่มาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ แต่การดำเนินการของกรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ที่ผ่านมาไม่เป็นไปตามนี้ และสุ่มเสี่ยงต่อการผิดรัฐธรรมนูญ ดังที่นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว กล่าวว่า

“เราใช้ทุกพื้นที่ๆ สามารถต่อรองได้ครับ เพราะก่อนหน้านี้กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ ได้ทำเอกสารเสนอรัฐบาลว่าให้พิจารณาปรับเงื่อนไขข้อตกลงทางการค้าว่าด้วยทรัพย์สินทางปัญญาที่เกินไปกว่าความตกลงในองค์การการค้าโลก (TRIPs Plus) โดยอ้างว่าจะไม่มีผลกระทบต่อราคาขายในปัจจุบันซึ่งไม่จริงครับ ข้อผูกพันอันนี้เป็นการผูกขาดตลาดชัดๆ ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศจะเพิ่มขึ้นทุกปี และในปีที่ 5 จะมีผลกระทบมากกว่า 80,000 ล้านบาทต่อปี ฝ่ายที่เห็นเหมือนเราทั้งข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกรมทรัพย์สินทางปัญญาก็พูดเหมือนกันครับ”

(นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว, สัมภาษณ์ 20 ตุลาคม 2556)

3. ศาลปกครอง

ศาลปกครองในฐานะที่เป็นองค์กรใหม่ตามรัฐธรรมนูญ 2540 ได้กลายเป็นพื้นที่สำคัญของขบวนการในการเคลื่อนไหวผ่านช่องทางทางการเมือง ดังเช่น กรณีกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน หรือ เอฟทีเอ วอทช์ (FTA Watch) เข้าชื่อประชาชนกว่า 10,000 รายชื่อเสนอร่างพระราชบัญญัติการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศให้รัฐสภาพิจารณา เมื่อวันที่ 18 มีนาคม พ.ศ.2552 โดยให้เหตุผลว่า การจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศที่มีผลกระทบต่ออาณาเขต ความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคม หรือผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศ รัฐบาลต้องทำโดยโปร่งใส และรับฟังความคิดเห็นของ ต่อมาเมื่อวันที่ 25 มิถุนายน 2552 นายชัย ชิดชอบ ซึ่งดำรงตำแหน่งประธานรัฐสภาในขณะนั้นมีคำสั่งตามหนังสือที่ สผ 0014/7896 ระบุว่าร่างพระราชบัญญัตินี้ไม่ใช่กฎหมายตามรัฐธรรมนูญในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย หรือหมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ จึงไม่รับไว้พิจารณาด้วยอำนาจตามรัฐธรรมนูญมาตรา 163 (ประชไท, 11 ตุลาคม 2555)

จึงนำไปสู่การที่ตัวแทนภาคเอกชนยื่นฟ้องคดีต่อศาลปกครอง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม พ.ศ.2553 เพื่อขอให้เพิกถอนคำสั่งดังกล่าวของประธานรัฐสภา โดยระบุว่าร่างพระราชบัญญัติการ

จัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศนี้เป็นเรื่องสิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารจากรัฐบาล และสิทธิในการแสดงความคิดเห็นต่อรัฐบาลก่อนการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ จึงเป็นร่างกฎหมายในหมวด 3 หรือหมวด 5 ของรัฐธรรมนูญ (จดหมายเหตุและตรวจรายงานการประชุม สภาร่างรัฐธรรมนูญ, 2550)¹⁰

อย่างไรก็ตาม การใช้พื้นที่ดังกล่าวไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากตุลาการศาลปกครองแถลงความเห็นว่าการคำสั่งประธานรัฐสภาที่ปฏิเสธไม่รับร่าง พ.ร.บ.การจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศของภาคประชาชนนั้นชอบด้วยกฎหมายแล้ว เพราะร่างกฎหมายนี้อยู่ในรัฐธรรมนูญหมวด 9 ว่าด้วยคณะรัฐมนตรี ประชาชนไม่มีสิทธิเสนอ

4. มาตรา 190

รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 มาตรา 190 ในบทบัญญัติที่ว่าด้วยการทำความตกลงระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันต่อการค้า การลงทุนว่า ก่อนดำเนินการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศที่ “มีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ” ซึ่งครอบคลุมถึงความตกลงการค้าเสรี (FTA) ซึ่งมุ่งลดอุปสรรคทางการค้าการลงทุนระหว่างไทยกับคู่ภาคี “คณะรัฐมนตรีต้องให้ข้อมูลและจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน” แล้วชี้แจงต่อรัฐสภาเกี่ยวกับหนังสือสัญญานั้น เพื่อขอความเห็นชอบภายใน 60 วัน เมื่อรัฐสภาให้ความเห็นชอบแล้ว รัฐบาลจึงจะสามารถดำเนินการเจรจาหนังสือสัญญาดังกล่าวได้ ซึ่งเครือข่าย และพันธมิตรพยายามใช้พื้นที่ดังกล่าวในการตรวจสอบรัฐบาล อาทิ อนุสัญญาว่าด้วยความหลากหลายทางชีวภาพที่ศาลรัฐธรรมนูญตีความว่าเป็นหนังสือสัญญาที่มีบทเปลี่ยนแปลงเขตอำนาจของรัฐซึ่งต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภาตามรัฐธรรมนูญ จึงถือเป็นกลไกที่เอื้อให้เครือข่ายสามารถใช้กดดันรัฐบาลผ่านระบบรัฐสภา

¹⁰ เจตนารมณ์รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 คณะกรรมการวิสามัญบัณฑิตเจตนารมณ์จดหมายเหตุและตรวจรายงานการประชุม สภาร่างรัฐธรรมนูญ สำนักกรรมการสิทธิฯ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร หน้า 185

3.5 สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นพื้นที่ทางการเมืองใหม่ของเครือข่ายที่ใช้เรียนรู้ที่ในการเข้าไปต่อรองกับรัฐบาลในด้านนโยบาย เนื่องจากพันธกิจหลักตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย คือ การเป็นเครื่องมือให้ทุกฝ่ายในสังคมทั้งภาครัฐ ราชการ ภาควิชาการ วิชาชีพต่างๆ องค์กรภาคประชาชน เอกชน และชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ใช้พื้นที่นี้สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดย เป็นการทำงานแบบอภิบาลเครือข่าย (Governance by Networking) ผู้คนที่มีความคิดเห็นแตกต่างมาทำงานร่วมกันด้วยความสมัครใจ มีลักษณะองค์กรแบบแนวราบ และไม่มีอำนาจบังคับกันและกัน (Horizontal Engagement) แต่อาศัยการเจรจาต่อรอง พุดจาปรึกษาหารือกันแทน (Deliberation/Dialogue) ทั้งนี้เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพันธมิตรได้เข้ามาใช้พื้นที่นี้ เพื่อพยายามเข้ามาผลักดันนโยบาย ซึ่งประเด็นที่ได้รับความสนใจมากที่สุด คือ ประเด็นเขตการค้าเสรี

โดยกรณีการใช้พื้นที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของเครือข่ายที่น่าสนใจ คือ ในการประชุมสมัชชา ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2553 เครือข่ายพันธมิตรเสนอประเด็นว่า ข้อตกลงทางการค้ามีความสัมพันธ์ต่อผลกระทบต่อด้านสุขภาวะ และมีมติเชิงสังคม อาทิ การลดภาษีนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ รวมถึงการพยายามบีบให้ประเทศไทยคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะทรัพยากร ความหลากหลายทางชีวภาพ และยารักษาโรคที่อาจกระทบกับยารักษาเอชไอวี/เอดส์ จึงมีมติให้ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเบื้องต้นทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้าน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากทำข้อตกลง FTA ไปแล้ว แต่เนื่องจากมตินี้มีปัญหาในทางปฏิบัติ และมีความแตกต่างทางด้านแนวคิด หลายหน่วยงานมีการทำหนังสือคัดค้าน จึงทำให้ไม่มีการพิจารณาต่อเนื่อง จนกระทั่งในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2556 เห็นว่า ควรให้มีการทบทวน และพัฒนามติอีกครั้ง ซึ่งที่ผ่านมามีการทำงานได้เชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมหารือ ทั้งหน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน อาทิ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ คณะกรรมการร่วมภาคเอกชน 3 สถาบัน รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชน (เอ็นจีโอ) เพื่อทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาวะและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ และนำเข้าเป็นระเบียบวาระที่ 8 ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ.2557 ซึ่งข้อเสนอของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนดว่า ให้การเจรจาจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ และ FTA ต้องมี

การประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) ก่อน เพราะการเจรจาจัดทำสนธิสัญญาหรือความตกลงระหว่างประเทศถือเป็นนโยบายสาธารณะประเภทหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จึงควรมีการศึกษาอย่างรอบคอบรอบด้าน (หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 6 - 8 ม.ค. 2557)

ข้อมูลในวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นการรับรองข้อมูลของเครือข่ายภาคประชาชนว่าการเจรจาเอฟทีเอระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป ซึ่งเจรจาไปแล้ว 3 รอบนั้น ถูกกำหนดโดยฝ่ายนโยบายให้เป็นไปด้วยความเร่งรีบเพื่อสามารถต่อสิทธิ GSP ได้ทันต้นปี พ.ศ.2559 จึงกำหนดร่วมกับทางสหภาพยุโรปให้เจรจาให้เสร็จเพียง 7 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นเพียงหนึ่งปีกว่าเท่านั้น ทั้งที่การเจรจาดังกล่าวเป็นข้อตกลงเอฟทีเอที่มีเนื้อหาครอบคลุมกว้างขวางมากที่สุดเท่าที่ไทยเคยเจรจามา และมีหลายหัวข้อที่ไทยไม่เคยเปิดเจรจาในความตกลงอื่นมาก่อน เช่น ทรัพย์สินทางปัญญา ที่เกี่ยวกับยา และความหลากหลายทางชีวภาพ การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ และการคุ้มครองการลงทุน ดังนั้น เครือข่ายจึงมองว่า การเร่งเจรจาเพียงเพื่อหวังให้ได้ต่อสิทธิ GSP ทำให้ผู้เจรจาฝ่ายไทยตกเป็นฝ่ายเสียเปรียบอย่างมาก

ในช่วงต้นปี พ.ศ. 2550 เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพันธมิตรเริ่มขยายพื้นที่ออกไปสู่ระดับข้ามชาติ เคลื่อนไหวประสานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพัฒนาเอกชนในต่างประเทศ เพื่อให้ขบวนการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางเอาไว้ ซึ่งทางออกของปัญหาอาจมีการนำเสนอไว้หลากหลายรูปแบบ ดังเช่นในกรณีที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้วินิจฉัยว่า ปัญหาที่พวกเขาประสบอยู่นั้น แท้จริงแล้วมีต้นเหตุมาจาก “รัฐ” และ ปัญหา “การเข้าถึงยา” เมื่อค้นหาต้นเหตุของปัญหาได้แล้ว จึงมีการแลกเปลี่ยน และปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับองค์กรพันธมิตรภายในขบวนการ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์การเคลื่อนไหว โดยเน้นไปที่การระดมมวลชนในหลายพื้นที่ เพื่อสร้างอำนาจการต่อรองให้สูงขึ้นเมื่อต้องเผชิญหน้ากับฝ่ายรัฐ ดังเช่น นิมิตร์ เทียนอุดม ที่ปรึกษาของเครือข่าย ได้กล่าวถึงการชุมนุมต่อต้านบริษัทแอสบอด ลาบอแรตอริส บริษัทยาที่ประกาศถอนการขึ้นทะเบียนยาใหม่ในประเทศไทย ที่ประเทศในเครือข่ายด้านแอสบอด 10 ประเทศจะรวมตัวกันที่บริเวณที่ทำการสาขาของแอสบอดในวันที่ 26 เม.ย.2550

“การชุมนุมพร้อมๆกันในหลายพื้นที่เพื่อให้เกิดภาพรวมพลัง เครือข่ายในภาคต่างๆ ร่วมกันเคลื่อนไหว หรือบางครั้งอาจประท้วงเน้นสร้างภาพการประท้วงในกลุ่มเล็ก แต่เน้น

การให้สื่อมวลชนมาติดตามเสนอข่าว บางประเด็นเราจะนัดกับเพื่อนๆเครือข่ายต่างประเทศ ให้ประท้วงพร้อมกัน ทั้งในอินเดีย บราซิล สหรัฐ ยุโรป และในไทยเพื่อทำให้เกิดพลัง”

(นิมิตร์ เทียนอุดม, สัมภาษณ์, 30 มกราคม 2551)

4.2.4 ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี : รัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช - รัฐบาลยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (พ.ศ. 2551 – 2557)

ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในช่วงที่สี่ของเครือข่ายเริ่มจากรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช เดือนมกราคม 2551 -น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร พฤษภาคม 2557) โดยรัฐบาลมีความแตกต่างต่อท่าทีปฏิบัติการ และข้อเรียกร้องของขบวนการ ขณะที่เครือข่ายมีรูปแบบของการเคลื่อนไหว และปฏิบัติการที่เน้นการก้าวข้ามประเด็นเอชไอวีไปสู่การผลักดันนโยบายสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมโรคเรื้อรังร้ายแรงผ่านกลไกการชุมนุมประท้วง การลือสบู่ การใช้กระบวนการทางกฎหมาย และการใช้พื้นที่ทางการเมืองใหม่ของเครือข่าย

(1) บริบทของการเคลื่อนไหวในยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี

ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มมีการขยายประเด็นการเคลื่อนไหวให้ก้าวพ้นประเด็นเอชไอวี โดยมีโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่เอื้อต่อการปฏิบัติการของเครือข่าย คือ การสนับสนุนจากกลุ่มเครือข่ายขบวนการเคลื่อนไหว ภาคประชาชน และสื่อมวลชนที่มีความสนใจในประเด็นสาธารณะที่เครือข่ายรณรงค์ เช่น โรคมะเร็งหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ การค้าเสรี และทรัพย์สินทางปัญญา เป็นต้น

ขณะที่สังคมไทยก็มีมุมมองในเชิงบวกต่อเครือข่ายมากขึ้นกว่ายุคก่อน ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้เกี่ยวกับเอชไอวีในประเด็นสิทธิมนุษยชน และการรับรู้กิจกรรมการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผ่านสื่อสารมวลชนในยุคเทคโนโลยี ที่การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ สามารถทำได้อย่างรวดเร็ว และเข้าถึงเป้าหมายในวงกว้าง เช่น การสื่อสารทางสังคม (Social Media) และอินเทอร์เน็ต (Internet)

นอกจากนี้ บริบทระหว่างประเทศก็มีส่วนช่วยสนับสนุนเครือข่ายด้วย คือ กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) ที่ประเทศไทยได้รับเงินสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์ประมาณ 8 พันล้านบาท โดยกองทุนโลกมีส่วนสำคัญในการพัฒนา และส่งเสริมงานด้านต่างๆ เพื่อเอื้อให้การดำเนินงานด้านเอดส์โดยระยะแรกเน้นสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเยาวชน ผ่านการกระตุ้นการทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาสังคมที่เน้นบริการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้ การแจกจ่าย

อุ้งยางอนามัยและสารหล่อลื่น รวมถึงส่งผลกระทบต่อสถานบริการสุขภาพของภาครัฐที่เน้นให้บริการเชิงรับ การคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จึงเป็นการส่งเสริมการ พัฒนาระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกัน และช่วยเติมเต็มช่องว่างการจัดบริการสุขภาพของภาครัฐใน การเข้าถึงประชากรที่มีความเปราะบาง และอ่อนไหว นอกจากนี้ ได้ส่งเสริมการพัฒนาระบบการ บริหารจัดการ เช่น การจัดทำรายงาน การบริหารจัดการระบบบัญชี การติดตามประเมินผล การให้ ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยงของตนเอง และเป็นจุดนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่บริการดูแลรักษา จากการสร้างระบบเชื่อมต่อระหว่างบริการเชิงรุกในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการโดยภาค ประชาคมกับการให้บริการจากภาครัฐ โดยผ่านกลไกการประสานงานจังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ที่หน่วยงานนี้ได้เป็นกลไกสำคัญในการประสานการทำงานไปยัง หน่วยงานต่างๆในพื้นที่

อย่างไรก็ตาม บริบทที่เป็นอุปสรรคหลักต่อการเคลื่อนไหวก็ยังคงเป็นรัฐบาลในแต่ละยุค ดังนี้

รัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช (มกราคม 2551 - 9 กันยายน 2551) รัฐบาลมีท่าทีไม่เป็นมิตร นักกับการเดินขบวนเคลื่อนไหว และมีความพยายามจะยกเลิกการตัดสินใจของรัฐบาลปี พ.ศ. 2550 ที่น.พ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจะประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ หรือ ซีแอล กับยาต้านไวรัส 2 ตัว และยาลดไขมันเลือด และต้นปี พ.ศ. 2551 ประกาศเพิ่มอีก 4 ตัว ใน ยารักษามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยรัฐบาลพยายามประกาศว่า จะ ทบทวนการทำ CL ยายู่ตลอดช่วงการทำงาน

รัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ (กันยายน 2551 - 2 ธันวาคม 2551) มีมุมมอง และการ ดำเนินการที่คล้ายกับรัฐบาลชุดที่ผ่านมา ดังเช่น นายไชยา สะสมทรัพย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวง สาธารณสุขได้ประกาศการยกเลิกซีแอลยามะเร็ง, การสั่งย้ายนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งให้การสนับสนุนการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิใน สมัยรัฐบาลชุดก่อน และกดดันนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม ที่เป็นหนึ่งในคนสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิให้ลาออก

รัฐบาลนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ (ธันวาคม 2551 -5 สิงหาคม 2554) ไม่มีท่าทีในการต่อต้าน เครือข่ายอย่างเป็นทางการ แต่มีความพยายามในการทำข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับสหรัฐอเมริกา และ สหภาพยุโรป ซึ่งเนื้อหาบางส่วนในข้อตกลงอาจส่งผลกระทบต่อเครือข่ายในแง่การเข้าถึงยา และ ท่าทีไม่ชัดเจนในการสนับสนุนร่างกฎหมายหมิ่นชื่อของภาคประชาชนอีกสองฉบับที่เป็นกฎหมาย

เกี่ยวกับการเงิน ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ. บำนาญประชาชน และ ร่าง พ.ร.บ. การจัดทำหนังสือสัญญา ระหว่างประเทศ

รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร (5 สิงหาคม 2554 – พฤษภาคม 2557) รัฐมนตรีที่ดูแลประเด็นปัญหามีมุมมองต่อเครือข่ายในเชิงลบ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากกลุ่มนักการเมืองพรรคไทยรักไทย และพลังประชาชนเดิมถูกมองว่ามีสายสัมพันธ์กับบริษัทฯ โดยพิจารณาได้จากการที่ชมรมแพทย์ชนบทออกจดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรี เพื่อขอเปลี่ยนตัวรัฐมนตรีสาธารณสุข และท่าทีของรัฐบาลยังพยายามผลักดันการเจรจาเขตการค้าเสรี ซึ่งคณะเจรจาฝ่ายสหรัฐ ได้กดดันรัฐบาลไทยมากขึ้น เพื่อเรียกร้องให้มีการคุ้มครองสิทธิบัตรยา รวมถึงสหภาพยุโรปที่มุ่งเจรจา FTA และแสดงเจตนาชัดเจนว่าต้องการที่จะเพิ่มความคุ้มครองด้านทรัพย์สินทางปัญญา และผูกขาดสิทธิบัตรยา โดยการขยายเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรให้เพิ่มมากขึ้นไปกว่าข้อตกลงทริปส์ที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ (Minimum Standard) ขององค์การการค้าโลก (WTO) และปฏิญญาโดฮา หรือที่เรียกว่า ทริปส์พลัส (TRIPs Plus)

โดยสรุปแล้ว โครงสร้างโอกาสทางการเมืองในแต่ละช่วงเวลามีผลต่อเครือข่ายไม่เหมือนกัน กล่าวคือ มีทั้งในเชิงบวก และเชิงลบ ซึ่งปัจจัยที่สนับสนุนตลอดในทุกยุคก็คือ เครือข่ายพันธมิตร และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคมาตลอดก็คือ รัฐบาล และบริษัทฯ ทั้งนี้ รัฐบาลอาจมีการตอบสนองต่อเครือข่ายในเชิงบวกบ้างในบางช่วง แต่ก็ยังเป็นผลมาจากการกดดันหรือต่อรองของเครือข่ายทั้งสิ้น ซึ่งผู้วิจัยมองว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดในการเอื้อต่อการรวมตัว เคลื่อนไหว และดำรงอยู่ของเครือข่ายย่อมเป็นระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้เครือข่าย และพันธมิตรสามารถผลักดันนโยบาย และข้อเรียกร้องต่างๆ ได้ แม้จะอยู่ภายใต้แรงกดดันจากบริบททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองก็ตาม ดังนั้น ความเป็นหรือไม่เป็นประชาธิปไตยจึงมีผลอย่างยิ่งต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(2) ปฏิบัติการเคลื่อนไหวในยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี

ในช่วงแรกของการเคลื่อนไหว เครือข่ายยังมีการผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ต่อเนื่องมาจากยุคที่แล้ว โดยมีตัวอย่างที่น่าสนใจกรณีหนึ่ง คือ การเคลื่อนไหวในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรร่วมพันธมิตร คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) รวมถึงมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ เข้ายื่นเรื่องคัดค้าน

ต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน¹¹ เนื่องจากเนื้อหาสาระของกฎหมายฉบับนี้สะท้อนความคิดเบื้องหลังของผู้ร่างว่า ยังมองเอดส์เป็นโรคร้ายแรง คือ เป็นแล้วตายรักษาไม่ได้ รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษทางอาญาที่รุนแรงถึงขั้นจำคุกตลอดชีวิต หากผู้ติดเชื้อไปแต่งงานโดยไม่แจ้งสถานภาพของตนเองแก่คู่สมรส มีเพศสัมพันธ์ใช้เข็มฉีดยาโดยไม่ป้องกัน หรือไปค้าประเวณี เป็นต้น ซึ่งนัยสำคัญของกฎหมายดังกล่าวเป็นการแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อกลายเป็นภัยอันตรายต่อสังคมไทย ดังนั้น ทางเครือข่ายจึงมีข้อเสนอในการปรับเปลี่ยนเนื้อหาสาระของพระราชบัญญัติดังกล่าวละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 เปรียบเทียบถ้อยคำในร่างพรบ.กับข้อโต้แย้งของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ

ถ้อยคำในร่าง พรบ.คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	ข้อเสนอผู้ติดเชื้อ
สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์เป็นสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น	สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ คือ สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และเป็นสิทธิของทุกคน
มาตรา 44 และ 45 สาระสำคัญเกี่ยวข้องกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีว่า ไม่จำเป็นต้องได้รับการศึกษาหรือจัดให้มีหลักสูตรการศึกษาพิเศษเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อ	ต้องได้รับการศึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่ต้องการแยกเป็นโรงเรียนผู้ติดเชื้อ
มาตรา 3 นิยามคำว่า ผู้ติดเชื้อไม่ชัดเจน	ถ้อยคำกำกวมระหว่างผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยสะท้อนว่าคณะผู้ร่างกฎหมายไม่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องเอดส์

ที่มา: ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ปี พ.ศ... ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน

เครือข่ายเริ่มเข้าร่วมปฏิบัติการในนโยบายตั้งแต่การปฏิรูปงานเอดส์ร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ มาตั้งแต่กลางปี พ.ศ. 2553 ซึ่งขับเคลื่อนผ่านเวทีวาระเอดส์ภาคประชาชน 4 ภาค (เหนือ กลาง ใต้ อีสาน) ในต้นปี พ.ศ. 2554 โดยเสนอการแก้ไขปัญหาที่แตกต่าง และมีความชัดเจนในการขยายพื้นที่การทำงานเชิงรุกของเครือข่าย ด้วยการระดมข้อเสนอแนะในการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคม ลดความ

¹¹ http://www.prachatham.com/detail.htm?code=n6_15022007_02

เหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม ซึ่งนำไปสู่การจัดทำเป็นวาระแห่งชาติ (จดหมายข่าวคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอตส์ (กพอ.), 2553) พร้อมผลักดันให้ขับเคลื่อนในแผนบูรณาการเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่อำนาจ และการนำประเด็นคุณค่าเชิงสิทธิมนุษยชนมาอธิบายถึงปัญหาสังคมในเชิงโครงสร้างแทนการรอกการหยิบยื่นยารักษาโรคในฐานะประชากรของรัฐเพียงอย่างเดียว

สำหรับการเคลื่อนไหวในยุคนี้ เครือข่ายได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบปฏิบัติการตามบริบทของสังคมในขณะนั้น ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา การตั้งเป้าหมาย การดำเนินยุทธศาสตร์ที่ต่างจากเดิม เพื่อให้การเคลื่อนไหวประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในแต่ละครั้งให้ได้มากที่สุด ดังพิจารณาได้จากตารางสรุปดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4.3 การเปลี่ยนปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จากขบวนการเคลื่อนไหวแบบเก่า

	ปฏิบัติการแบบเดิม	การเปลี่ยนแปลงปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
เป้าหมายของขบวนการ	การต่อต้านเพื่อช่วงชิงอำนาจรัฐ	ช่วงชิงการนำในการให้ความหมายชุดใหม่ (การต่อสู้เพื่อสิทธิในการมีชีวิต/สิทธิในการเข้าถึงยา/ การปกป้องการคุกคามจากบริษัทยาข้ามชาติต่อการขยายสิทธิบัตรฯลฯ)
แหล่งอำนาจ	รัฐประชาชาติและพรรคการเมือง	อำนาจที่กระจายอยู่ทั่วไปในสังคม (กลุ่มผู้ติดเชื้อระดับท้องถิ่น, เครือข่ายระดับจังหวัด, ภูมิภาค, ชาติ, เวทีการประชุมเอตส์ระดับชาติ, การประชุมเอตส์ภาคประชาชน, การชุมนุมประท้วงตามที่สาธารณะ,

	ปฏิบัติการแบบเดิม	การเปลี่ยนแปลงปฏิบัติการ ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
		คณะกรรมการพิจารณา หลักประกันสุขภาพ ฯ ลฯ)
วัตถุประสงค์การเคลื่อนไหว	ความเจริญเติบโตทาง เศรษฐกิจและความมั่นคงของ ชาติ	เสรีภาพเรื่องคุณภาพชีวิตที่ไกล กว่ารัฐประชาชาติ (สิทธิในการมีชีวิต, สิทธิอนามัย เจริญพันธ์, สิทธิเด็กติดเชื้ใน การเรียนร่วมกับเด็กปกติ, สิทธิ กลุ่มรักเพศเดียวกัน)
ปฏิบัติการ	การประท้วงหรือต่อต้านเพื่อ ปรับเปลี่ยนโครงสร้างอำนาจ แย่งชิงอำนาจรัฐ	-ปรับความสัมพันธ์เพื่อต่อรอง อำนาจ -ขอพื้นที่ในการร่วมตัดสินใจใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตพวก เขา (การเจรจากับคณะผู้เจรจา FTA, การเข้าพบรัฐมนตรี กระทรวงสาธารณสุข และ กระทรวงพาณิชย์เพื่อให้ข้อมูล ปัญหาสิทธิบัตร)
โลกทัศน์การมองปัญหา	ระดับท้องถิ่น	โลกทัศน์ในระดับโลก (the global perspective) (การค้าที่ไม่เป็นธรรมในระดับ โลก, อำนาจสหรัฐแทรกแซง รัฐบาลกดดันโดยมาตรการ การค้า, อำนาจบริษัทข้ามชาติ ต่อประเทศกำลังพัฒนา)
โลกทัศน์การเคลื่อนไหว	ระดับท้องถิ่น และระดับชาติ	เคลื่อนไหวในระดับท้องถิ่นหรือ ระดับย่อย (local/micro

	ปฏิบัติการแบบเดิม	การเปลี่ยนแปลงปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
		spaces) และการเคลื่อนไหวข้ามชาติ (สร้างกลุ่มระดับท้องถิ่นให้แข็งแกร่ง,สร้างพลังต่อรองในระดับชุมชนกับทุกพลังสังคมในท้องถิ่น,ประสานเคลื่อนไหวร่วมกับเครือข่ายในต่างประเทศ)
ผู้เข้าร่วม	ชนชั้นแรงงาน	หลากหลายชั้น ร่วมกับผู้สนับสนุนชนชั้นกลาง (ผู้ติดเชื้อจากทุกสถานะทางสังคม)

ตัวอย่างที่น่าสนใจของการปรับเปลี่ยนปฏิบัติการ คือ การเปลี่ยนในระดับท้องถิ่น เช่น กรณีบ้านท่าเตื่อ ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง เมื่อปี พ.ศ. 2551 ที่ทางเทศบาลตำบลเริ่มโครงการพัฒนาความร่วมมือระหว่างพหุภาคีในการแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยมีผู้ติดเชื้อประสานการทำงานกับรองนายกเทศมนตรี แม่หลวง (ผู้ใหญ่บ้าน) หัวหน้าหมวดบ้าน และตัวแทนเยาวชน โดยให้ตัวแทนเยาวชนเสนอจัดเสียงตามสายโดยการจัดผ้าป่าระดมทุน เพื่อซื้อเครื่องเสียงใหม่ ผ่านวิธีการหอมแสมห้ามเตื่อ อ้อลูกหลานรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอดส์และสุขภาพ เพื่อเป็นการขยายให้คนในชุมชนรับรู้ และดึงให้หันมาสนับสนุนกิจกรรม ซึ่งกลุ่มเยาวชนได้พยายามทำกิจกรรมให้ผู้คนสนใจ เช่น การตอบปัญหาเอดส์ชิงรางวัลเพื่อจูงใจ เป็นต้น และเปิดช่องทางในสังคมรับรู้ เช่น การจัดกิจกรรมในงานประเพณีของชุมชน อย่างการแสดงลิเกสอดแทรกสอนเรื่องเอชไอวี รวมถึงการแสดงละครหุ่นมือของเยาวชนสอดแทรกเนื้อหาเรื่องเอชไอวี/เอดส์

นอกจากนี้ ยังมีกรณีกลุ่มเพื่อน ในตำบลท่าวังตาล จังหวัดเชียงใหม่ ที่ก่อตั้งมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ที่ร่วมมือกับสภาวัฒนธรรมตำบล ที่จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2546 โดยมีพระครูประกฤษการ เจ้าคณะตำบลท่าวังตาล พระสงฆ์ที่เป็นที่เคารพของประชาชนเป็นประธานสภา จึงนำไปสู่การวางแผนร่วมกันของภาครัฐ และชุมชนอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากต้นทุนทางศาสนาที่เป็นศูนย์กลาง

ประสานลดความขัดแย้งลงได้ หรืออาจกล่าวได้ว่า “เราแค่ฟื้นฟูวัฒนธรรมที่เข้มแข็งของเรา คือ ช่วงที่เป็นพื้นที่ให้คนในพื้นที่มาคุยกัน” เปรียบเสมือนการดึงต้นทุนที่มีอยู่ให้กลายเป็นทรัพยากรในการสร้างความเข้มแข็งให้กับการต่อสู้ภายในชุมชน

ทั้งนี้ จังหวัดเชียงใหม่ยังมีการสร้างเครือข่ายเยาวชนที่ชื่อ ‘เครือข่ายเฝ้าระวังเยาวชนเชียงใหม่’ (Network to Protect the Youth of Chiang Mai) เมื่อปี พ.ศ.2548 และอบรมพระในโครงการสังฆเมตตาที่องค์การยูนิเซฟให้การสนับสนุน ในการผลักดันโครงการ ‘คนดีศรีเชียงใหม่’ (Good People of Chiang Mai) ที่ดำเนินการในโรงเรียน 33 แห่ง ซึ่งนักเรียนในโรงเรียนจะจัดบันทึกการทำมาดีของตนลงในสมุดบันทึกประจำวัน และมีการจัดกิจกรรมให้เยาวชนได้พบพูดคุยกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี (องค์การยูนิเซฟ, 2548)¹²

อย่างไรก็ตาม เครือข่ายมองว่า ควรมีการวางกรอบโครงสร้างที่คอยกำกับปฏิบัติการของสมาชิก เพื่อกำหนดทิศทางในการขยายพื้นที่เคลื่อนไหวให้กับขบวนการ โดยใช้หลักการพื้นฐานแห่งสิทธิที่อธิบายการเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อ จากการอ้างความเป็นสากลทฤษฎีว่าด้วยสิทธิ (universalistic theory of rights) ซึ่งผลพวงของสิทธิเหล่านั้น คือ ระเบียบใหม่ของความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ปรากฏในสังคม ประเด็นการอ้างอิงสิทธิในฐานะพลเมือง ในฐานะพลเมืองของโลก และในฐานะผู้ได้รับสิทธิประกันตนต่อรัฐ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถต่อสู้กับความไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นได้ เหมือนกับที่ Chatterjee กล่าวถึงการต่อสู้ของคนระดับล่างว่า

“..ผลักดันให้เกิดการต่อสู้ทั่วโลกเพื่อเปลี่ยนแปลงความไม่เท่าเทียมและไม่ยุติธรรมในสังคมที่แตกต่างหลากหลายนี้” (Chatterjee, 2004: 30)

ตัวอย่างเช่น ในกรณีการประท้วงเขตการค้าเสรี ณ จังหวัดเชียงใหม่ นั้น เครือข่ายมีการรวมตัวกันจากทุกพื้นที่ เพื่อไปแสดงสิทธิความเป็นพลเมืองที่มีโอกาสเข้าถึงยารักษา โดยอิงอยู่บนกรอบหลักสิทธิมนุษยชนสากล อันมีพื้นฐานแห่งสิทธิรับรอง ซึ่งแม้แต่สหรัฐอเมริกาในฐานะประเทศคู่เจรจา ที่ถือเป็นคู่ปรปักษ์ของขบวนการภาคประชาชนก็ยอมรับในประเด็นนี้ว่า ประชาชนมีสิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลการเจรจา ทั้งนี้ เราจะเห็นได้ว่า การเคลื่อนไหวที่มีฐานรองรับอย่างชอบธรรมสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้ แต่การจะมีอำนาจต่อรองมากน้อยเพียงใดย่อมขึ้นกับการปรับเปลี่ยนกรอบในการต่อสู้ เงื่อนไขโอกาสทางการเมือง และบริบทเป็นปัจจัยแวดล้อม

¹² http://www.unicef.org/thailand/tha/reallives_6231.html

การขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมในการเมืองสาธารณะ (public politics) ด้วยการอ้างหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูก “รังเกียจ” “ไร้ศักดิ์ศรี” และ “ไร้อำนาจ” สามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม โดยการมีส่วนร่วมกับระบบการเมือง เพื่อเรียกร้องสิทธิ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรง อาทิ การสนับสนุนเงินจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือการประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์บุตร การตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ อาทิ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ต่อเนื่องมาปี 2551 ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรพันธมิตร คือ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ได้คัดค้านต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติภายหลังพบว่า มีเนื้อหาที่ละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากนโยบายยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ที่กำหนดให้หน่วยงานทุกกระทรวง ทบวง กรม ทบทวนกฎหมายของตนเอง ต่อมาสำนักนายกรัฐมนตรีได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดทำกฎหมายฉบับนี้ประมาณ 2 ล้านบาท โดยผ่านกลไกของอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ซึ่งคณะทำงานจะเชิญตัวแทนผู้ติดเชื้อเข้าร่วมประชุมเป็นครั้งคราว แต่ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อไม่รับข้อเสนอ เพราะมองว่า ไม่เป็นไปตามหลักการประชาธิปไตย และสิทธิมนุษยชน เนื่องจากไม่ใช่การมีส่วนร่วมที่แท้จริง อันสะท้อนให้เห็นถึงวิถีคิดของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ต้องการมี “บทบาทของการมีส่วนร่วมที่ใฝ่ฝันไว้” (prefigurative role of participation) และเมื่อไม่ได้รับการตอบสนอง เครือข่ายจึงได้แสดงการคัดค้านในวิถีปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องดังกล่าว

จากการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในระหว่างที่ตัวแทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในวันที่ 27 สิงหาคม 2555 นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว และนายจอน อึ้งภากรณ์ ประธานอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ ได้เข้าพบกับผู้บริหารระดับสูงของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ในกรณีที่บังคับนักศึกษาสาขาวิชาพยาบาล สาขาวิชากายภาพบำบัด และสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวภาพ ตรวจสอบเลือดระหว่างปีการศึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี พบว่า แกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ให้เหตุผลบนฐานของสิทธิ เพื่อสร้างข้อโต้แย้งกับสถาบันการศึกษาของนักศึกษาผู้ติดเชื้อ โดยเริ่มจากวิธีการหารี้อภายในเพื่อชี้แจงเหตุผล จากนั้นได้นำเสนอประเด็นสู่สาธารณะผ่านสื่อมวลชน เพื่อสร้างแรงกดดันต่อผู้บริหารสถานศึกษานั้น ดังที่แกนนำกล่าวว่า

“ขัดกับหลักการเคารพสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี และก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากเมื่อตรวจพบเชื้อเอชไอวี อาจทำให้เด็ก ๆ ถูกจำกัดสิทธิหรือถูกกีดกันในการเข้าเรียน ฉะนั้นการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี เป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะเลือกตรวจหรือไม่ตรวจก็ได้ ต้องมี

ความพร้อมด้าน จิตใจก่อน มีบริการให้คำปรึกษาด้วย เรื่องแบบนี้ละเอียดอ่อนและเป็น
ละเมียดลึกลับ”

(อภิวัฒน์ กวางแก้ว, สัมภาษณ์ 28 สิงหาคม 2555)

หลักการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอ้างอิงอยู่บนฐานการยืนยันที่ว่า การขอปรับเปลี่ยนความหมาย
เกี่ยวกับสิทธิที่พวกเขาจะทำงานทั้งดั่ง กอดดันต่อฝ่ายใดก็ตามที่ล่วงละเมิดสิทธิอันพึงมีพึงได้ตาม
กรอบการตีความ หลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ เป็นสิทธิส่วนบุคคลที่จะเลือกตรวจหรือไม่ตรวจเลือดก็ได้
ซึ่งขึ้นอยู่กับกับการตัดสินใจหากผู้ตรวจสมัครใจตรวจด้วยตัวเองจะต้องมีความพร้อมด้านจิตใจก่อน
และผู้ให้การตรวจจะต้องมีบริการให้คำปรึกษาด้วย นอกจากนี้ ผลตรวจจะต้องรู้เฉพาะผู้ตรวจและ
ผู้รับการตรวจเท่านั้น ไม่ควรส่งต่อไปยังบุคคลที่ 3 หรือผู้บริหารสถานศึกษา หรือนายจ้าง

นอกจากนี้ การสร้างกรอบโครงสร้างกำหนดทิศทางการเคลื่อนไหวที่อ้างหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ
ยังต้องเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับการแก้ไขปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัญหาเอชไอวีด้วย
เนื่องจากการสร้างกรอบโครงสร้างประเด็นสิทธิมนุษยชนที่ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ
และสิทธิการรักษาขั้นได้เกี่ยวพันกับสภาพปัญหาการติดเชื้อในพื้นที่มักเชื่อมโยงกับปัญหายาเสพติด
วัฒนธรรม และโครงสร้างสังคมด้วย อาทิ ปัญหาความยากจน การขาดโอกาสทางการศึกษา การ
ว่างงาน และปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด เช่น ใบกระท่อมหรือสี่คูณร้อย ยาแก้ไอ ยาบ้า และ
กัญชา เป็นต้น

โดยเราสามารถพิจารณาปฏิบัติการของเครือข่ายได้จากกรณีพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้
ซึ่ง กรอบโครงสร้างของขบวนการผู้ติดเชื้อมีข้อจำกัดในหลายประการ พิจารณาได้จากข้อมูลของ ปปส.
ภาคที่ระบุว่า ปัญหาภาคใต้เป็นปัญหาโครงสร้าง 3 ชั้น

- (1) ชั้นแรก คือ ปัญหาสังคม การศึกษา และประเพณีวัฒนธรรม ที่ต้องยอมรับว่า ประชากร
ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก และเยาวชนยังมีการศึกษาในระดับที่ไม่สูง
มาก เนื่องจากแต่ละครอบครัวมีลูกเป็นจำนวนมาก ทำให้โอกาสเข้าถึงระบบการศึกษาเป็น
เรื่องที่ยากยิ่ง
- (2) ชั้นที่สอง คือ กลุ่มอิทธิพล และผลประโยชน์นอกกฎหมายในพื้นที่ ทั้งนี้ สามจังหวัด
ชายแดนภาคใต้เป็นพื้นที่ที่มีความอุดมสมบูรณ์ แต่เป็นพื้นที่ปิด เพราะมีปัญหาความไม่สงบ

จากการก่อการร้าย จึงเป็นโอกาสให้กลุ่มอิทธิพล และกลุ่มผลประโยชน์ฉวยโอกาสทำธุรกิจ ผิดกฎหมาย โดยเฉพาะการค้ายาเสพติด การค้าของเถื่อนหนีภาษี และน้ำมันเถื่อน กระบวนการทำความเข้าใจเชื่อมโยงกันทั้งในพื้นที่ นอกพื้นที่ และประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่ง รายได้จากธุรกิจนอกกฎหมายได้กลายเป็นเงินทุนสำคัญที่ถูกส่งไปให้การสนับสนุนการก่อการ ร้าย

(3) ชั้นที่สาม คือ ขบวนการก่อการร้าย กลุ่มนี้ใช้ยาเสพติดเป็นตัวล่อให้เด็ก และเยาวชนเข้าร่วมกับทางกลุ่มเพื่อเป้าหมายที่ทางกลุ่มวางไว้ (จากรายงานของสำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 9) ในขณะที่ชาวบ้านในพื้นที่ได้สะท้อนถึงประเด็นปัญหาในสามจังหวัดชายแดนไว้อย่างน่าสนใจ

ว่า

“ปัญหาของเด็กวัยรุ่นที่นี่ คือการตามเพื่อนตามประสาวัยรุ่น “เฮโรฮีน” ยาเสพติด มันหาง่ายมากในพื้นที่ จังหวัดนราธิวาสและราคาก็ไม่แพงเกินกว่า ในอดีต เพื่อนๆ ผมใช้เงิน วันละ 100 บาท แต่ใช้มาเรื่อยๆ เนื่องจากของที่แพงขึ้นและปริมาณที่ต้องการใช้ก็เพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณที่ใช้ในช่วงหลังๆ ตกอยู่ที่ประมาณ 500 บาทต่อวัน ไปบำบัดที่ค่ายทหาร กลับมาเจอบรรยากาศเดิมๆ ก็เหมือนเดิม” (นิรันดร เลาชนะ, สัมภาษณ์ 7 มีนาคม 2555)

ทั้งนี้ จากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลวิจัยในจังหวัดนราธิวาส อำเภอสุโงโก-ลก อำเภอเมือง นราธิวาส อำเภอบูเกะตา และอำเภอระแงะ พบว่า การระบาดของเชื้อมีมากขึ้นตามสภาพสังคมที่ เปลี่ยนแปลงไปตามลำดับ โดย พนิดา วรรณวงษ์ พยาบาลคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาลสุโงโก-ลก ได้ให้สัมภาษณ์ว่า

“ปัญหาของผู้ติดยาเสพติด คือ พวกเขาอาจมารับการบำบัดยาเสพติด แต่พวกเขา จะไม่มารับยาเอชไอวีต่อเนื่อง แม้ห้องรับยาจะอยู่ใกล้กันแต่เขาจะไม่มาติดต่อขอรับยาเอง เพราะกลัวการถูกปฏิเสธจากสังคม เขาถูกเพื่อนมองว่าติดยาได้แต่ไม่ยอมให้รู้ว่าติดเอชไอวี ดังนั้นการทำให้เขาเชื่อมั่นตัวเองเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะทำให้พวกเขามีกำลังใจเข้ามารับยา สังคมที่นี่แคบด้วยทำให้พวกเขากลัวหากเพื่อนบ้านมาเห็นเขามารับยาในแผนกนี้ ทำให้ ภาควิทยาไม่มีปัญหาการรับยาไม่ต่อเนื่อง จนเกิดการตั้งยาสูง”

(พนิดา วรรณวงษ์, สัมภาษณ์ 18 มิถุนายน 2557)

สาเหตุหลักของการได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด (Injecting /Intravenous Drug Users- IDU) ซึ่งกรณีที่โรงพยาบาลสุโขทัย-โกลกมีการให้บริการบำบัดด้วยสารทดแทนเมธาโดน (Methadone Maintenance Treatment – MMT)

อย่างไรก็ตาม แม้ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีโครงสร้างทางสังคมที่ไม่ยืดหยุ่น แต่ผู้ติดเชื้อก็สามารถทำงาน และเปิดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวได้ และถึงแม้จะมีข้อจำกัดทางศาสนา สังคม วัฒนธรรม ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตัวในการทำงาน แต่จากรูปแบบการทำงานจะเป็นการสร้างเครือข่ายบนศักยภาพของผู้ติดเชื้อในพื้นที่ของแต่ละคนเอง อาทิ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดนราธิวาสจะประสานกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานประเด็นร่วมกัน อาทิ เครือข่ายศูนย์ไอโซน ที่จัดตั้งขึ้นมาโดยมูลนิธิพีเอสไอ (PSI Foundation) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณโดยกองทุนโลก เพื่อแก้ไขปัญหาเอชไอวี¹³

ทาง PSI จึงได้เลือกที่จะตั้งศูนย์ขึ้นที่ อำเภอสุโขทัย-โกลกจังหวัดนราธิวาส ในปี พ.ศ. 2554 เพื่อเป็นการนำร่องการทำงานตามแนวทาง Harm Reduction ที่ผู้ใช้สารเสพติดจะเข้ามาที่ศูนย์ Drop in ที่ PSI จัดขึ้น นอกจากนี้ ยังมีศูนย์ไอโซนขึ้นอีกแห่งหนึ่งที่ อำเภอแว้ง จังหวัดนราธิวาส โดยศูนย์ไอโซนรายงานว่า ผู้เข้ารับการบำบัดด้วยเมธาโดนที่โรงพยาบาลมีจำนวนทั้งสิ้น 494 คนจากทั้งสองอำเภอ และในจำนวนนี้เป็น หญิง 3 คน ซึ่งในจำนวนนี้ 177 คนมาจากพื้นที่ 4 ตำบลในอำเภอสุโขทัย-โกลก และ 214 คนจากพื้นที่ 7 ตำบลในอำเภอแว้ง และประมาณร้อยละ 60 ของจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อในภาคใต้เป็นสมาชิกที่เริ่มเข้ามาทำงานในขบวนการตั้งแต่ยุคก่อนที่รัฐบาลจะมีนโยบายแจกยาต้านไวรัส แกนนำที่เข้มแข็งจะอยู่ในกลุ่มโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์กับกลุ่มที่โรงพยาบาลอำเภอระแงะ (ดาร์ณี พัฒน์เข้ม ผู้ประสานงานเครือข่ายภาคใต้ สัมภาษณ์ 20 เมษายน 2555) โดยมีกระบวนการในการทำงานที่เน้นสร้างความเข้มแข็งให้กับอัตลักษณ์ของตนเอง เนื่องมาจากการถูกสังคมเหยียดหยามซ้ำซ้อน เพราะเป็นผู้กระทำผิดบาปต่อศาสนา ทางกลุ่มจึงพยายามสร้างอัตลักษณ์ให้มีพลังด้วยการเสนอการตีความหมายแบบใหม่ และการประสานเข้ากับองค์กรเครือข่าย เช่น แพทย์ในพื้นที่ ผู้นำศาสนา และผู้นำท้องถิ่น เป็นต้น

¹³เป้าหมายของศูนย์คือ เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติด และคนในครอบครัวมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการใช้กระบวนการทำงานที่เป็นการลดผลกระทบในทางลบที่เกิดขึ้นเนื่องจากจากการใช้สารเสพติด หรือ เรียกรวมๆ ว่า “การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด” (Harm Reduction)

ศูนย์โอโซนที่เข้ามาตั้งที่อำเภอสุโขทัย-ลก ได้เข้ามาให้ความรู้กับชาวบ้านในเรื่องของอันตราย และการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด รวมทั้งการบำบัดด้วยการใช้เมธาโดนทดแทน ทำให้ชาวบ้านเริ่มมีความรู้มากขึ้น และได้เข้ามาร่วมเป็นอาสาสมัครให้กับศูนย์โอโซน เพื่อจะเป็นผู้ถ่ายทอด ความรู้ในเรื่องของการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด และเรื่องเอชไอวีที่ติดจากการใช้เข็มร่วมกัน อันนำไปสู่การคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้แก่ผู้ใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดมักถูกมอง และตีตราว่าเป็น “ภัยสังคม” และเมื่อคนเหล่านี้ได้รับการพัฒนาศักยภาพจนสามารถเข้ามาทำงาน เพื่อให้ความรู้ และช่วยเหลือเพื่อนๆ ได้ จึงทำให้ได้รับการยอมรับ และเปลี่ยนมุมมองของชุมชนที่มีต่อ ผู้ใช้สารเสพติด (การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคใต้ วันที่ 20 เมษายน 2555) ดังนั้น ภายใต้หลักคิดพื้นฐานแห่งสิทธิ นโยบายลดอันตรายจึงได้กลายเป็นแนวคิดที่เข้ามาใช้แก้ไข ปัญหาผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งผู้ติดเอชไอวีในภาคใต้ส่วนใหญ่จะมาจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ดังที่ผู้ติด เชื้อกล่าวว่า

“ชาวบ้านมองผมเหมือนหมา ไปไหนใครๆก็รังเกียจ เขาไม่อยากให้เข้าใกล้ เขากลัว และถ้าของหายก็โทษพวกเราก่อนเลย แต่หลังจากผมเข้ามาทำงานที่นี่ ผมได้เรียนรู้อะไร มากมาย รู้สึกตัวเองมีคุณค่า มีอะไรให้ทำทุกวัน การเข้ากลุ่มเรียนรู้เรื่องน็อคยา การเสียนยา การฉีดยาที่ถูกต้อง การไม่ใช่เข็มอะไรพวกนี้ มีฝึกออาชีพให้พวกเราในศูนย์ ตอนนี่ผมเข้าไป ช่วยแนะนำลูกหลานเขา ชาวบ้านเขาก็มองผมเปลี่ยนไปเลย ภูมิใจมากจนคิดว่าคงจะไม่ กลับไปใช้ชีวิตอีกแล้ว เพราะถ้าไปใช้อีกสิ่งที่ทำมาจะไร้ค่าเลย ผมอยากเป็นต้นแบบที่ดีให้กับ คนในชุมชน ”

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN (เริ่ม ผู้ติดเชื้อวัย 38 ปี, สัมภาษณ์ 7 มีนาคม 2555)

หรือที่อาสาสมัครกล่าวว่า

“อย่าว่าแต่ชาวบ้านเลย แม้กระทั่งแม่ผมเองยังไม่ยอมให้เข้าไปในห้องแม่ เนื่องจาก เขากลัวว่าผมจะไปขโมยของ พอตอนนี้สุขภาพดีขึ้น และรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองและคิดว่า ในตอนนี้เดินมาถูกทางแล้ว ไม่เพียงแต่สุขภาพที่ดีขึ้น แต่ผมรู้สึกว่าคุณได้ความเป็นคนของผม กลับมาแล้ว”

(วาร์ อาสาสมัครของศูนย์โอโซน, สัมภาษณ์ 7 มีนาคม 2555)

การทำงานด้วยยุทธวิธีแบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ของผู้ใช้สารเสพติดที่เข้ามาเป็นอาสาสมัครใน การให้ ความรู้กับเพื่อนผู้ใช้สารเสพติดด้วยกัน รวมทั้งเข้าไปสร้างความเข้าใจกับชุมชนในเรื่องของการ

ลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด รวมทั้งได้แนะนำเรื่องการบำบัดด้วยการใช้เมธาโดน ได้ทำให้กระบวนการแก้ปัญหาเข้าถึงผู้ใช้สารเสพติดมากขึ้น และเป็นการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ให้กับผู้ติดเชื่อที่ใช้สารเสพติด ส่งผลให้พวกเขามีกำลังใจ และเชื่อมโยงตัวเองเข้ากับการทำงานของเครือข่ายในภาพใหญ่ได้

เหมือนกับที่ วิธาน จันทรอยู่ พยาบาลคลินิกยาเสพติด โรงพยาบาล อ.แฉัง ได้กล่าวถึงสถานการณ์ว่าผู้ติดเชื่อที่ยอมรับสภาพปัญหาได้

“การช่วยเหลือกันทำให้เขามั่นใจมากขึ้น เด็กวัยรุ่นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ติดขัดจากสภาพเศรษฐกิจ การมีโอกาสในการศึกษาต่อ ทำให้พวกเขาอยู่โครงสร้างข้อจำกัดของสังคมที่เปิดโอกาสให้สัมผัสกับการติดยาเสพติดได้ง่าย และส่วนใหญ่จะเป็นสาเหตุหลักของวัยรุ่นที่นี่ที่จะได้รับเชื้อเอชไอวี หากแกนนำสามารถเข้าไปตามหมู่บ้านและชักชวนเพื่อนได้ กลุ่มหนึ่งจะมีเพื่อนจับกลุ่มประมาณ 10 กว่าคนขึ้นไป ก็แปลว่าเขาอาจจะชักชวนเพื่อนมาเข้าโครงการได้อีกเป็น 10 คน”

(วิธาน จันทรอยู่, สัมภาษณ์ 7 มีนาคม 2555)

เราจึงเห็นได้ว่า การสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื่อให้อยู่ในฐานะผู้ร่วมช่วยเหลือ และมีกรอบโครงการให้ความหมายต่อการต่อสู้ที่ชัดเจน ทั้งกรอบสิทธิ และกรอบโครงการช่วยเหลือกันในชุมชน ได้ช่วยทำให้ทิศทางของการเคลื่อนไหวเป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น และสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายในระดับจังหวัดที่จะส่งผลดีต่อภาพรวมของขบวนการอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การเคลื่อนไหวของขบวนการไม่ได้ตีกรอบการกล่าวถึงเฉพาะการขาดความรับผิดชอบทางการเมือง (Democratic Accountability) ของภาครัฐหรือความโปร่งใสตรวจสอบได้ (Transparency) อย่างคับแคบภายในกรอบรัฐตัวเองเท่านั้น แต่เครือข่ายต้องการยกระดับสู่การรับมือปัญหาที่กว้างขวางขึ้นในแง่ประชาธิปไตยระดับสากล (Global Democracy) โลกาภิวัตน์ของประชาธิปไตย และการประกอบสร้างพื้นที่สาธารณะในระดับสากล ที่ขยายประเด็นครอบคลุมการคุ้มครองสิ่งแวดล้อม, การเลือกปฏิบัติต่อผู้หญิง และสิทธิมนุษยชน (Della Porta and Mario Diani 1999)

ด้วยเหตุข้างต้นจึงทำให้เครือข่ายต้องดำเนินปฏิบัติการด้วยยุทธวิธีปฏิบัติการข้ามพรมแดน คือ ต้องมีการประท้วงนอกพรมแดนรัฐชาติ เช่น การโจมตีโลกาภิวัตน์ในฐานะตลาดเสรี

(globalization-as -free-market) และโจมตีผู้นำระดับชาติ และข้ามชาติ (National Elites and International Elites) ซึ่งเป็นการแปรเปลี่ยนบทบาทมาเป็นการเรียกร้องประเด็นสิทธิใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในระดับโลก อาทิ ปัญหาความไม่เท่าเทียม ปัญหาการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ที่แม้จะได้รับการรักษาจนสุขภาพแข็งแรง และสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติก็ตาม (บริพัตร ดอนมอญ, สัมภาษณ์ 3 ตุลาคม 2555)

ทั้งนี้ แนวคิดในการปรับกลยุทธ์การเคลื่อนไหวของขบวนการ ส่วนหนึ่งมีที่มาจาก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเคลื่อนไหวจากต่างประเทศ เช่น ในเวทีวิชาการนายจอน อึ้งภากรณ์ ได้บรรยายกรณี CL ยาของประเทศไทย ในประเด็นการตอบโต้กับ บริษัทแอ็บบอต และการต่อสู้กับข้อตกลงหาของบริษัทยาที่ให้ภาพว่า รัฐบาลที่มาจากพรรคการเมืองของไทยขโมยทรัพย์สินทางปัญญา และใช้นโยบายการค้าที่ไม่เป็นธรรมต่อบริษัทเอกชนที่เข้าไปลงทุน ในขณะที่ตัวแทนนักวิชาการจากอินเดียพูดถึงกรณีโนวาติส ที่เป็นปัญหาระหว่างรัฐบาลอินเดียกับบริษัทยา ทำให้ได้รับความสนใจจากนักวิชาการ และสื่อมวลชนในต่างประเทศเป็นอย่างมาก จึงเป็นการเพิ่มแรงกดดันกลับไปยังบริษัทยามากขึ้น

ประเด็นการเคลื่อนไหวที่น่าสนใจของเครือข่าย คือ ยังได้มีการนำเอาแนวคิดด้านอัตลักษณ์ ความพลเมืองของโลก (Global citizen) มาใช้เป็นฐานแนวคิด เพื่อสร้างพื้นที่ในการอ้างอิงเรื่องสิทธิ และยุทธศาสตร์ในการจัดการด้านทรัพยากร (resource procurement strategies) บนฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ที่นำไปใช้เคลื่อนไหวในเวทีนานาชาติ ทั้งนี้ เครือข่ายเห็นว่า สิทธิที่พลเมืองของโลกในฐานะมนุษย์ควรได้รับ คือ ความเท่าเทียมในการเข้าถึงยารักษาโรค ที่ควรเป็นสินค้าสาธารณะให้ทุกคนได้เข้าถึงอย่างเท่าเทียมกันในฐานะมนุษย์ แต่ปัญหาที่พบ คือ ระบบการค้าโลกที่เข้าไปควบคุมการตัดสินใจของรัฐบาลประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทำให้บริษัทขนาดใหญ่สามารถเข้ามามีอิทธิพลในการตัดสินใจ และร่วมมือกับรัฐ องค์กรธุรกิจ และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อเข้ามาควบคุมการจัดระเบียบการค้า การบริการ การแพทย์ และการสาธารณสุข โดยขาดการตรวจสอบด้วยข้ออ้างของระเบียบการค้าระหว่างประเทศ เช่น กรณีตัวอย่างในการสร้างกรอบ “บริษัทยาปิดกั้นการเข้าถึงยา” โดยอยู่บนฐานอุดมการณ์ทางความคิดในเชิงศีลธรรม ซึ่งการเคลื่อนไหวที่ทำให้กรอบต่อสู้ดังกล่าวชัดเจน เกิดขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2550 ที่กรุงวอชิงตัน สหรัฐ โดยเครือข่ายการเข้าถึงยาประมาณ 5 องค์กรร่วมกันรณรงค์กับตัวแทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อของไทยที่มี นายวิรัตน์ ภูระหงษ์ เป็นตัวแทนไปร่วมด้วย เพื่อไปพบกับเจ้าหน้าที่ของสมาชิกสภาองเกรส และการให้สัมภาษณ์สื่อมวลชนในประเด็นการเข้าถึงยา

เครือข่ายเริ่มมีกระบวนการสร้างพื้นที่มวลชนด้วยการสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นรูปธรรมในยุคนี้ ซึ่งมีที่มาจากแนวคิดที่มองว่า พื้นที่มวลชน คือ การขยายขอบเขตจากพื้นที่เฉพาะที่เคยเป็นของรัฐ และเปลี่ยนการแก้ไขปัญหาของรัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่การเป็นพื้นที่ที่เชื่อในเรื่องความรู้ การใช้เหตุผล และการสื่อสารในลักษณะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกสังคมได้แสดงความคิดเห็นโต้เถียงกันได้อย่างเสรี เครือข่ายผู้ติดเชื่อได้จึงใช้พื้นที่กลุ่ม พื้นที่ระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับชาติในการแลกเปลี่ยนปัญหาร่วมกัน โดยจากในระยะแรกที่เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ความทุกข์ได้พัฒนากลายเป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ปัญหาร่วมกัน ผู้ติดเชื่อมีการประสานงานกับภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนในการสร้างกลไกการทำงานให้มีความเข้มแข็งขึ้น อาทิ การเริ่มเรียนรู้การดูแลสุขภาพตัวเอง การอาสาเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื่อที่อ่อนแอกว่า จนกระทั่งพัฒนาตนเองให้มีศักยภาพในการสื่อสารกับภาครัฐที่มีอำนาจมากกว่า และใช้เหตุผลร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเพื่อประโยชน์ของทุกฝ่าย

การรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื่อที่กำลังเผชิญกับความเดือดร้อน (Grievance) ที่ไม่สามารถได้รับการรักษา และเผชิญกับการรังเกียจหวาดกลัวจากสังคม เป็นผลมาจากปัญหาเชิงโครงสร้าง อันเกิดจากความไม่พร้อมของสถาบันในสังคม ทั้งรัฐบาล สถานให้บริการสุขภาพ การปิดกั้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการทางนโยบาย (policy process) ของรัฐ การขาดการเรียนรู้ของสถาบันหลัก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความอ่อนแอของภาคประชาสังคม (civil society) ในการปกครองระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนของไทย ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื่อได้ระบุดังถึง ความเดือดร้อน (grievance) โดยเน้นไปที่ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ ตัวเลขงบประมาณ สถิติของการสูญเสียอย่างมีเหตุผลว่า มีต้นเหตุมาจากการขาดการดูแลสุขภาพสุขขั้นพื้นฐาน และการละเมิดสิทธิมนุษยชน ดังนั้น การตีกรอบปัญหาดังกล่าวจึงกลายเป็น “พื้นที่ร่วม” ของเครือข่ายผู้ติดเชื่อ

นอกจากนั้น จากประเด็นความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงการจัดสรรบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาในช่วง 5 ปีแรกของการก่อตั้งเครือข่ายพบว่า ปัญหาใหญ่ไม่ใช่เพียงแค่ประเด็นการเรียกร้องการสงเคราะห์ และการรักษาสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญ คือ การไม่สามารถเข้าถึงยารักษาได้ (สำลี ใจดี, สัมภาษณ์ 17 ตุลาคม 2555) เครือข่ายได้สร้างกรอบโครงสร้างวิเคราะห์ปัญหา เสนอทางออก และเริ่มสร้างกระบวนการสร้างแรงจูงใจ ที่นำไปสู่การเชื่อมโยงปัญหา กับตัวเลขผู้เสียชีวิตจากเอชไอวี เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความเร่งด่วนของปัญหา เช่น การขาดยารักษา จะมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากเพียงใด การทำข้อตกลง FTA จะกระทบต่อชีวิตผู้คนอย่างไร ทั้งหมดนี้ คือ การสะท้อนให้เห็น “ความรู้สึกที่หนักหนาสาหัส เร่งด่วน” (Benford, 1993: 209)

กรอบโครงที่วินิจฉัยปัญหา และเสนอทางออกในการแก้ไขต้องมีพลังมากพอในการสร้างแรงจูงใจให้กับปัจเจกที่เป็นเป้าหมายในการดึงเข้าสู่ขบวนการ ซึ่งกรณีการเข้าไม่ถึงยาของผู้ติดเชื่อเอช

ไอวีเป็นตัวอย่างเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อที่เข้ากลุ่มตามโรงพยาบาล หรือตามกลุ่มในพื้นที่ กล่าวคือ เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากประสบการณ์ตรงที่พวกเขาสัมผัส และเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลที่ไม่ได้รับผลประโยชน์โดยตรง และบุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องมองเห็นว่า กรอบการแก้ไขปัญหาที่เครือข่ายเสนอนี้มีความชอบธรรม เพราะปัญหาดังกล่าวส่งผลถึงแก่ชีวิต (fatalism) (Snow and Bendford, 1988: 203) โดยกรอบนี้ได้รับการสนับสนุนความน่าเชื่อถือจากข้อมูลจากการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเข้าถึงยา กับการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อที่สะท้อนให้เห็นความรุนแรงของปัญหา (Vichai Chokevivat, 2008) ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 4.2 ค่ามัธยฐาน CD4 และร้อยละของผู้ติดเชื้อผู้ใหญ่และเด็กที่มี CD4 ต่ำกว่า 100 cells/ml เมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ปีงบประมาณ 2552-2555

ร้อยละของผู้ติดเชื้อที่มีผล CD4 ต่ำกว่า 100 cells/ml เมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	ปีงบประมาณ			
	2552	2553	2554	2555
• ผู้ใหญ่	57.0	54.6	50.7	52.3
• เด็ก	46.6	50.1	42.5	40.8
ค่ามัธยฐานของระดับ CD4 เมื่อเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (cell/ml)				
• ผู้ใหญ่	75	83	97	91
• เด็ก	116	98	134	146

ที่มา: รายงานการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อมูลจากตารางได้ชี้ให้เห็นถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสว่า มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสในทุกสิทธิการรักษา

ผู้วิจัยมองว่า การเคลื่อนไหวของเครือข่ายในยุคนี้นี้จะเน้นเป้าหมายไปที่การขับเคลื่อนระบบสุขภาพหรือสาธารณสุขแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมประเด็นโรคเรื้อรังร้ายแรงอื่นๆ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ สิทธิในการรักษา ซึ่งถือเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดเดิมๆ จากการเคลื่อนไหวเฉพาะประเด็นเอชไอวีไปยังประเด็นที่มีความเป็นสาธารณะ และสากลมากขึ้น เนื่องจากการแก้ปัญหาเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยภายนอกหลายประการ และการแก้ไขปัญหาในเชิงโครงสร้าง ดังนั้น เครือข่ายจึงต้องขยายพื้นที่ปฏิบัติการให้กว้างขวาง และมีความเป็นสากลมากยิ่งขึ้นตามไปด้วย

4.2 ปัญหา และอุปสรรคในความเป็นประชาธิปไตยภายในขบวนการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับเครือข่ายผู้ติดเชื้อนั้น แม้จะเป็นองค์กรที่เป็นขบวนการในแนวนอน มีการดำเนินนโยบายเคลื่อนไหวในประเด็นระดับชาติ และมีจุดมุ่งหมายขององค์กรอยู่บนฐานคิดของประชาธิปไตย แต่เมื่อศึกษาในรายละเอียดแล้ว ผู้วิจัยยังคงพบว่า มีปัญหาความไม่เป็นประชาธิปไตยซ่อนตัวอยู่ภายใต้เครือข่ายผู้ติดเชื้อ กล่าวคือ เราพบการไม่ผนวกรวมปัญหาของกลุ่มอัตลักษณ์ย่อยใน 3 กลุ่มเข้าไปในข้อเรียกร้องของเครือข่ายประกอบไปด้วยกลุ่มผู้หญิง กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด และกลุ่มชายรักชาย

4.2.1 กลุ่มผู้ติดเชื้อผู้หญิง

ปัญหาของผู้หญิงในเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีอยู่ 2 ประเด็นหลักๆ คือ ประการแรก ปัญหาของผู้หญิงมักจะถูกจัดวางในกรอบของการมองแบบผู้ชาย ที่เน้นต่อสู้เชิงนโยบาย หรือพิจารณาเฉพาะภายในกรอบของรัฐ ในขณะที่ไม่ผนวกรวมเรื่องของผู้หญิง เนื่องจากมองว่า เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ใช่เรื่องสาธารณะที่สมควรนำมาพูด ประการที่สอง ผู้ติดเชื้อหญิงขาดการเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับการกำหนดนโยบายภายในเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อหญิงไม่สามารถสะท้อนปัญหาของตนเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่แกนนำส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย ทำให้ประเด็นการเคลื่อนไหวมุ่งไปที่การรณรงค์ในระดับชาติ ไม่ว่าจะเป็น พ.ร.บ. สิทธิบัตร และ FTA รวมทั้งปัญหาเร่งด่วนที่องค์กรตั้งเป้าหมาย คือ การต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งการเข้าถึงยา เป็นต้น

การขาดกรอบการทำงานที่เจาะจงไปที่ประเด็นปัญหาของกลุ่มผู้หญิงเป็นสาเหตุที่ทำให้กระบวนการสร้างแกนนำผู้หญิง หรือผู้ติดเชื้อหญิงที่มีทักษะการนำนั้นทำได้ยากลำบากขึ้น เนื่องจากผู้หญิงขาดพื้นที่ในการปฏิบัติการ โดยประเด็นที่ถูกมองว่าไร้ความสำคัญ อาทิ การต่อรองการมีเพศสัมพันธ์ การทำกิจกรรมที่ไม่มีผลตอบแทนทางเศรษฐกิจเป็นตัวเงิน เป็นต้น

ในโครงสร้างการตัดสินใจของเครือข่ายไม่ได้มีการจำกัดบทบาทของผู้หญิง แต่ในขณะเดียวกันไม่ได้เปิดโอกาสให้มีการโต้เถียงอภิปรายเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในทุกประเด็นที่เป็นความสัมพันธ์ทางสังคม อาทิ การสื่อสารทางเพศระหว่างคู่สมรส การป้องกันการติดเชื้อระหว่างคู่สมรส สิทธิทางเพศของผู้หญิง เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่เกิดจากประเด็นการแยกสาธารณะออกจากเรื่องส่วนตัว (Benhabib, 1996; Fraser, 1996; Young, 2000; Mouffe, 1995 อ้างถึงใน Walsh,

2010) เพราะผู้ติดเชื้อหญิงยังไม่อาจสะท้อนปัญหาของพวกเธอได้อย่างเปิดเผย เนื่องจากข้อจำกัดอาจถูกวิจารณ์จากผู้ติดเชื้อชายในองค์กรว่าพวกเธอเป็นผู้หญิงที่ติดเชื้อมาจากปัญหาพฤติกรรมทางเพศของตัวเอง หรือมีพฤติกรรมไม่ดี ทำให้ปัญหาประการสำคัญของเครือข่าย คือ การสร้างแกนนำที่เป็นผู้หญิง ซึ่งเมื่อเทียบกับจำนวนแกนนำผู้ชายแล้ว จะมีอัตราการเพิ่มขึ้นที่ยังอยู่ในระดับต่ำกว่ามาก

ผลต่อการเข้าร่วมขบวนการเคลื่อนไหวส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อหญิงอย่างใหญ่หลวงมาก คือ ไม่เพียงแต่เปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับตัวเองเท่านั้น แต่ยังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อบทบาทพวกเธอในชุมชน ทั้งนี้ หากเป็นในเชิงปกป้องคุณค่าทางประเพณีนิยม การเปลี่ยนแปลงต้องแลกกับผลกระทบส่วนตัวที่มีราคา (personal cost) อาทิ การยอมรับจากชุมชนที่อาจมีประเพณีดั้งเดิมที่ยังไม่เปิดรับ จึงสะท้อนว่า ผู้หญิงไม่เพียงแต่ประพฤติดีผิดแบบแผนไปจากระเบียบทางการเมืองเท่านั้น แต่ยังไม่เชื่อฟังกฎเกณฑ์ทางเพศสภาพที่เคยเป็นมาอีกด้วย (rules of gender)

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบสภาพปัญหาของผู้หญิงในขบวนการ

ประเด็น	สภาพปัญหา
โอกาสรับสิทธิพัฒนา ศักยภาพ	-โอกาสในการได้รับการอบรมทักษะน้อยกว่าผู้ติดเชื้อชาย -การรับฟังความคิดเห็นที่น้อยกว่าหากมีพื้นฐานมาจากการข้อจำกัดทางการศึกษา -การถูกผู้ติดเชื้อด้วยกันดูถูกหากการติดเชื้อมาจากสาเหตุการใช้สารเสพติด, พฤติกรรมทางเพศรักร่วมเพศเดียวกัน (ในภาคเหนือ)
การถูกเลือกปฏิบัติกันเอง ภายใน	-ผู้หญิงที่เป็นผู้ใช้สารเสพติด -ผู้หญิงที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่ตรงตามเพศสภาพ -ผู้หญิงที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม หนี ดิดจากความสัมพันธ์นอกสมรส ผู้หญิงมุสลิม
-ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ	-ภาระที่ต้องดูแลครอบครัวกรณีสามีที่ติดเชื้อเสียชีวิต ทำให้ต้องดูแลครอบครัวทั้งหมด -ความคาดหวังที่จะต้องดูแลสามีที่ป่วยหนัก

ที่มา: จากผลการศึกษา

ในองค์กรของเครือข่ายผู้ติดเชื้อไม่ได้มีการกำหนดสัดส่วนตัวแทนผู้หญิงไว้อย่างตายตัว เนื่องจากการสร้างแกนนำในแต่พื้นที่จะขึ้นอยู่กับทักษะ ความสามารถของสมาชิกในกลุ่ม ในมุมมองของนักคิดด้านสิทธิของผู้หญิงเสนอให้ใช้ระบบตัวแทน ที่อย่างน้อยองค์ประกอบแบบตัวแทนได้สะท้อนการคงอยู่เชิงกายภาพของผู้คนที่แตกต่างกันหลากหลาย (Phillips 1993:90-101; 1995:1-83; 1996 146-151) แต่ปัญหาหลักของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ การขาดแคลนแกนนำผู้หญิงที่จะเข้ามาจัดกระบวนการ การสร้างเวทีเฉพาะสำหรับผู้หญิง การขาดการพัฒนาศักยภาพให้กับผู้หญิงโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อหญิงในกรุงเทพฯ และภาคกลาง ภาคใต้ฯ ที่ยังต้องรับภาระในครอบครัวเป็นหลัก เมื่อมาเข้ากลุ่มจึงไม่กล้าแสดงออก หรือเสนอตัวเข้ามาทำงานในระดับแกนนำขับเคลื่อนนโยบาย ทั้งนี้จะพบว่าเงื่อนไขการผลักดันการทำงานประเด็นผู้หญิงจะมาจากการทำงานเครือข่ายที่ทำงานเฉพาะด้านผู้หญิงหรือแล้วแต่เจ้าของทุนจะกำหนดโครงการเฉพาะพื้นที่ แต่ไม่ได้เกิดจากเป้าหมาย หรือพันธกิจของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอง

ทั้งนี้ หากมีการเปิดพื้นที่เฉพาะจะเห็นได้ว่ามีนัยยะสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อหญิงมากขึ้น เช่น ในช่วง พ.ศ. 2552 เริ่มมีการประสานกับเครือข่ายสิทธิร่วมทำโครงการให้ผู้หญิงเปิดเผยกับคู่ครอง การเปิดเผยตัวของผู้หญิงจากกรณีนี้ นำไปสู่การแลกเปลี่ยนถึงกระบวนการทำงานกับผู้หญิงติดเชื้อ ให้กล้าเปิดเผยกับคู่ครอง โดยแกนนำกลุ่มได้ชักชวนผู้หญิงและคู่ครองเข้าร่วมกิจกรรมอบรมความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์อนามัยเจริญพันธุ์ และการอยู่ร่วมกัน โดยพยายามปรับเปลี่ยนทัศนคติของคู่ครองว่า “เราสามารถอยู่ร่วมกันได้” ตลอดจนแนวทางการป้องกันตัวเอง และการดำเนินชีวิตคู่ครองอย่างปกติสุข จนท้ายที่สุดนำไปสู่การเปิดเผยตัวของผู้หญิงติดเชื้อ และได้รับการยอมรับจากคู่ครอง นอกจากนี้ ยังมีผู้หญิงติดเชื้อหลายคนพัฒนาศักยภาพ และพลิกบทบาทมาเป็นแกนนำ ซึ่งเป็นแกนนำที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงจึงมีคำตอบที่มากกว่าเรื่องของการช่วยเหลือ หรือการรักษาพยาบาล แต่เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชนและคนใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญในการตัดสินใจบอกผลเลือดของผู้หญิง

4.2.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติด

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มย่อยของผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติดยังคงถูกรังเกียจจากสมาชิกในองค์กร จึงทำให้พวกเขาังรู้สึกว่าคุณสมบัติของตัวเองไม่ได้รับการยอมรับ และเปิดพื้นที่จากภายในองค์กรเท่าที่ควร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจสะท้อนคุณลักษณะของประชาธิปไตยในการยอมรับความแตกต่าง ไม่ว่าจะสมาชิกภายในองค์กรจะมีความแตกต่างเพียงใด ดังนั้น ความรู้สึกของผู้เข้าร่วมจึงเป็นสิ่งสำคัญในแง่ของบริบทเชิงวาทกรรม และสังคม (discursive and social context) ที่เกิดขึ้นใน

ระหว่างการเข้าร่วม ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้ออยากเข้าร่วมกลุ่ม แต่อย่างไรก็ตามการทำงานปัญหาผู้ใช้สารเสพติดได้รับผลดีจากบริบทการแก้ไขปัญหามาจากเงื่อนไขบริบททางการเมืองระดับโลกที่เข้ามาท้าทายกรอบการแก้ไขปัญหาของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทางกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีปัญหาในเชิงประชาธิปไตยใน 2 ประเด็นสำคัญ คือ ประการแรก ความไม่เท่าเทียมในการเลือกปฏิบัติ และการรังเกียจต่อผู้ใช้สารเสพติดแม้ได้เข้าร่วมขบวนการแล้วก็ตาม อาทิ การไม่ได้รับความสนใจจากการแสดงความคิดเห็น และการไม่ยอมรับจากเพื่อนผู้ติดเชื้อในเครือข่ายด้วยกัน เป็นต้น ประการที่สอง การรับรู้ประชาธิปไตยในประเด็นสิทธิที่แตกต่างกันระหว่าง “สิทธิในการเลือก” กับ “สิทธิของส่วนรวม” เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้สารเสพติดมองว่า ทางเลือกที่จะเสพยาเป็นสิทธิของพวกเขา โดยในระหว่างที่พวกเขาได้รับการบำบัดยังเป็นสิทธิที่พวกเขาจะสามารถเสพยาได้ตามหลักนโยบาย “ลดอันตรายจากการใช้ยา” (Harm Reduction) ในขณะที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อในภาพรวมได้มีแนวคิดว่า ต้องพยายามลดการใช้สารเสพติดให้มากที่สุดเท่าที่จะมากได้จนกระทั่งนำไปสู่ระดับที่ปลอดภัย และเมื่อปรากฏตัวต่อสาธารณะ พวกเขาควรทำตัวให้เป็นแบบอย่างในฐานะตัวแทนผู้ติดเชื้อ

ผู้ติดเชื้อรายที่ใช้สารเสพติดรายหนึ่งอธิบายว่า เธอรับรู้ว่าการประชุมระดับสมัชชาเป็น exclusionary space เนื่องจากเธอเสนอให้มีการประสานความร่วมมือกัน แต่ในที่ประชุมดูเหมือนจะเพิกเฉยหรือไม่ได้รับความสนใจเท่าใดนัก ซึ่งมักปรากฏในการประชุมแลกเปลี่ยนกลุ่มย่อยมากกว่าในพื้นที่การประชุมระดับใหญ่ขึ้น อาทิ การแยกกลุ่มในการประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรมสัมมนา กลุ่มคนนำทำงานให้ความรู้เฉพาะด้านเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นต้น

ขณะเดียวกัน เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานโดยตรงด้านผู้ใช้สารเสพติด อาทิ โครงการแชมเปียน ไอเดีย โดยมูลนิธิพีเอสไอ มูลนิธิรักษ์ไทย เครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย (TDN) ออเดินเฮ้าส์ (Alden House) และศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่เป็นองค์กรภาคีในการทำงานใกล้ชิดกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทย โดยมีการร่วมมือ คือ การจัดการอบรมทำหลักสูตรการพัฒนาเครือข่าย โครงการแนวทางการทำงานร่วมกัน การจัดการกระบวนการภายใน อาทิ การทำงานกับเครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดในกรุงเทพมหานคร และภาคใต้ ทั้งนี้เราจะเห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติดที่อยู่ในเครือข่ายมักจะเป็นสมาชิกในองค์กรอื่นด้วย และยังมีหลีกเลี่ยงการเปิดเผยว่า พวกเขาใช้สารเสพติด เพื่อไม่ต้องเผชิญปัญหาการเลือกปฏิบัติจากเพื่อนสมาชิก

กลุ่มที่ทำงานกับผู้ใช้สารเสพติดได้มีการปรับกรอบการแก้ไขปัญหามาตามรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) องค์การอนามัยโลก (WHO) และกองทุนช่วยเหลือเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) และคณะทำงานป้องกันเอดส์โลก ที่พบว่า มาตรการลดอันตรายฯ สามารถลดความเสี่ยงต่อการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีของผู้ใช้ยาเสพติดที่ยังเล็กไม่ได้ ลดอัตราการติดเชื้อ

เอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด และช่วยให้ผู้ใช้ยาเสพติดมีโอกาสเข้ารับการบำบัดรักษาเสพติดเพิ่มขึ้น¹⁴ ทำให้มีผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งเข้าร่วมกับโครงการนี้ ซึ่งองค์กรที่ดูแลในประเทศไทยคือ มูลนิธิพีเอสไอ (PSI Foundation) ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณโดยกองทุนโลก

อย่างไรก็ตาม ระดับการเชื่อมโยงระหว่างการรักษาที่รับรู้คุณค่าของการมีส่วนร่วมกับการสร้างฉันทามติจะเชื่อมโยงกับความเชื่อมั่นที่กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดจะแสดงความเห็นออกมา เพราะเชื่อว่าจะมีคนรับฟังพวกเขา การเปิดกว้างภายในกลุ่มจึงเป็นประเด็นสำคัญทำให้เกิดการเชื่อมการทำงานกันได้ โดยที่รูปการตอบแทนไม่จำเป็นต้องเป็นวัตถุหรือตัวเงิน แต่สมาชิกได้รับผลตอบแทนในแง่ของการตระหนักถึงคุณค่าในการร่วมเป็นสมาชิก และยังคงสามารถเข้าร่วมปฏิบัติการได้

4.2.3 กลุ่มผู้ติดเชื้อชายรักชาย

ผู้ติดเชื้อชายรักชายเป็นกลุ่มที่ถูกตีตราว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง มีความสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนค่อนบ่อย ผู้ติดเชื้อระดับแกนนำจึงถูกมองอย่างหวาดระแวงเมื่อทำกิจกรรมพบกลุ่มตามโรงพยาบาล และหากทำความสนิทสนมกับเพื่อนผู้ติดเชื้อผู้ชาย ก็มักจะถูกตั้งข้อสังเกตว่า ใช้ความเป็นแกนนำเพื่อหวังประโยชน์ในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนผู้ติดเชื้อรายใหม่

ปัญหาการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อที่เป็นชายรักชายพบว่า มีความแปลกแยกต่อกัน โดยมีเงื่อนไขสถานะทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจเป็นตัวแปร มีการใช้คำล้อเลียนต่อกันอย่างไม่เป็นทางการ ระหว่าง “ผู้ติดเชื้อบ้านนอก” กับ “ผู้ติดเชื้อในเมือง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคกลาง) ทำให้การแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อกำหนดนโยบายเฉพาะกลุ่มชายรักชายไม่ปรากฏเป็นรูปธรรม การทำงานจะเป็นเอกเทศในแต่ละพื้นที่ของตัวเองร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น อาทิ ผู้ติดเชื้อในกรุงเทพฯ จะร่วมงานกับองค์กรฟ้าสีรุ้ง หรือ สวิง (Swing) เป็นต้น

กิจกรรมของกลุ่มชายรักชายจะเป็นการเคลื่อนไหวในมิติสุขภาพมากกว่าการเคลื่อนไหวทางสังคมเชิงอัตลักษณ์ การเข้าร่วมกับกลุ่มอื่นในการเคลื่อนไหว อาทิ ฟ้าสีรุ้ง ที่เป็นการศึกษาในมิติสุขภาพ และการสร้างกลุ่มองค์กรบางกอกเรนโบว์ ที่เป็นเครือข่ายร่วมทำงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ แต่การทำงานยังมีเงื่อนไขและข้อจำกัด โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้ทุนกับผู้รับทุน ความสัมพันธ์นี้วางอยู่บนความไม่เท่าเทียมที่ผู้ให้ทุนมีอำนาจบังคับควบคุมให้ชายรักชายต้องทำงานตามคำสั่ง และ

¹⁴ <http://hivthisweek.unaids.org/2007/05/07/harm-reduction-2/>

เป้าหมายที่เน้นเรื่องสุขภาพเป็นหลัก แต่กลุ่มชายรักชายกลับมีความพยายามในการนำเสนอเรื่องอัตลักษณ์ สิทธิ ความเท่าเทียม และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเข้าไปรวมอยู่ในการทำงาน

ส่วนรูปแบบการเข้าสู่กลุ่มของชายรักชายขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการเกิดของกลุ่ม เช่น เกิดในกลุ่มโรงพยาบาลที่เพิ่งเปิดกว้างต่อการไขปัญหาสิทธิทางเพศ แต่ส่วนใหญ่พวกเขาจะไม่ต่างจากผู้หญิงติดเชื้อที่ถูกคาดหวังให้แสดงบทบาททางเพศให้ถูกทำนองคลองธรรม มีสมาชิกหลายคนที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเนื่องจากมองเห็นกระบวนการแก้ไขปัญหาในระดับกลุ่มที่ยังมีการตีกรอบให้กับวิถีปฏิบัติในแง่การปฏิสัมพันธ์ประจำวัน

การเบี่ยงเบนทางเพศจากการตีความ และการสร้างวิถีคิดเรื่องเพศกระแสหลักนี้เป็นการชี้้นำตัดสินใจว่าจะใครควรทำ อะไรไม่ควรทำในเรื่องเพศ โดยการพยายามนำเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจ และธรรมเนียมปฏิบัติในเรื่องเพศวิถีในสังคมไทย เพื่อมาใช้ควบคุม กดขี่ หรือครอบงำจนเป็นการประกอบสร้างให้เกิดอคติ มายาคติ มากกว่าจะยอมรับพฤติกรรมที่แตกต่าง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้การดำรงชีวิตในสังคมของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องหลบซ่อนอยู่ในพื้นที่ส่วนตัว ไม่กล้าเปิดเผยตนเองในที่สาธารณะหรือกล้าเปิดเผยตนเองเฉพาะในพื้นที่ที่คิดว่าปลอดภัยเท่านั้น สังคมจึงไม่เข้าใจวิถีชีวิต และเงื่อนไขความเลือนไหล หลากหลาย และซับซ้อนของการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์, 2547: 88)

โดยสรุปแล้ว ในแง่วิถีปฏิบัติต่อกันภายในเครือข่ายเรายังพบการเลือกปฏิบัติ การรังเกียจเตียดฉันทกันภายในกลุ่ม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกิดจากความหวาดกลัว และนำมาซึ่งการตีตรากันเองภายในกลุ่ม อาทิ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มชายรักชาย และผู้หญิงที่มีสถานะทางสังคม และเศรษฐกิจต่ำ โดยเฉพาะผู้หญิงในสังคมศาสนาอิสลามที่ต้องเผชิญการเบียดขับซ้ำซ้อน

มิติของกลุ่มอัตลักษณ์ย่อยที่เป็นสมาชิกในเครือข่ายไม่ได้มีการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรม แต่ทำงานภายใต้เป้าหมายเดียวกัน คือ การคุ้มครองสิทธิ ซึ่งสิทธิผู้หญิง ผู้ใช้สารเสพติด หรือกลุ่มชายรักชายได้ถูกตีความผนวกรวมอยู่ด้วย ทำให้ปัญหาเฉพาะที่ละเอียดอ่อนไม่ได้ถูกรวมเข้าไปด้วย จึงสร้างความรู้สึกแปลกแยกให้กับสมาชิก หรืออย่างน้อยไม่ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพสมาชิกได้อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของเครือข่ายที่เน้นการเข้าสู่ระบบสุขภาพที่ไปไกลกว่าเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทำให้พวกเขาเริ่มขยายประเด็นเชื่อมกับเครือข่ายภาคนอกองค์กรมากขึ้น ทำให้มีการขยายประเด็นครอบคลุม และร่วมมือกันกับองค์กรที่มีอัตลักษณ์ย่อยร่วมกัน และสามารถผลักดันการทำงานของเครือข่ายในแง่การสร้างภาคีสมาชิกต่อไปได้ในที่สุด

4.3 บทสรุป

เมื่อเราพิจารณาปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจ และมีความเป็นพลวัตสูง จึงทำให้ในแต่ละยุคมีการพัฒนา และเลือกใช้ปฏิบัติการที่มีความหลากหลาย และซับซ้อนมากกว่าแค่การดำเนินกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเพียงอย่างเดียว ซึ่งเอื้อให้ขบวนการสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของแต่ละยุคได้เป็นส่วนใหญ่

ในยุคแรกหรือยุครวมตัวเป็นเครือข่าย ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การรวมกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อ และพันธมิตรที่สนใจในประเด็นเอชไอวี ซึ่งนำไปสู่การสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้ออย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงขยายการสร้างกลุ่มผู้ติดเชื้อให้ครบในทุกภูมิภาค ซึ่งมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวหลักๆ โดยเริ่มจากการสร้างเครือข่ายพันธมิตร เพื่อระดมทรัพยากรมวลชน และแกนนำที่เป็นนักวิชาการ ซึ่งสามารถให้คำปรึกษา และกำหนดแนวทางการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบได้ จนนำไปสู่การสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 52 กลุ่ม รวมถึงยังมีการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับเอชไอวีให้กับสมาชิกในเครือข่าย และสังคม เพื่อพัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้นำให้กับสมาชิกในเครือข่าย และสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ติดเชื้อในสังคมที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายผ่านการสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการสร้างแรงขับเคลื่อนสำคัญให้กับสมาชิกในการเคลื่อนไหวรวมตัวกันทำงานเป็นขบวนการ เมื่อเครือข่ายเริ่มเรียนรู้การเมืองเรื่องสิทธิ และนโยบาย จึงมีการออก “เอกสารแผ่นเหลือง” ที่เป็นข้อเสนอเชิงสิทธิ และนโยบาย แต่ไม่ได้รับความสนใจจากรัฐบาล

ในยุคเรียกร้องสิทธิ ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะประเด็นสิทธิในการเข้าถึงยา โดยมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่เน้นการสร้างกลไกการกำหนดปัญหาของขบวนการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสภาพปัญหา ด้วยการจัดการประชุมสมัชชาเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ครั้งที่ 2 ที่จังหวัดหนองคาย พบปัญหาการเข้าไม่ถึงยา (โรคปอดอักเสบพีซีพี) ปี พ.ศ.2541 จนกระทั่งได้ข้อค้นพบ คือ การเข้าไม่ถึงยา ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และสร้างภาคีการทำงานร่วมกับเอ็นจีโอ เกสัชกร นักวิชาการ และนักกฎหมาย พบประเด็นปัญหา เรื่องสิทธิบัตรยาและทรัพย์สินทางปัญญา และเริ่มศึกษาสิทธิบัตร (มาตรา 51) ที่รองรับให้ประเทศสามารถดำเนินการใช้มาตรการที่เรียกว่า การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory License) หรือเรียกกันว่าซีแอล(CL) ปี พ.ศ.2542 ที่นำไปสู่การประชุมประท้วง เพื่อกดดันรัฐบาลให้ยอมรับข้อเรียกร้องของ

เครือข่ายผ่านการแสดงพลังมวลชน และพันธมิตรสนับสนุน ประกอบกับการถือโอกาสร่วมผลักดัน กระแสปฏิรูปการเมือง เรียกร้องมีส่วนร่วมในทางการเมืองจากรัฐธรรมนูญ 2540

ในยุคผลักดัน และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การสร้างพื้นที่ทางการเมืองผ่านการผลักดันนโยบาย และกฎหมาย รวมถึงการใช้พื้นที่การเมืองใหม่ที่พวกตนสร้างขึ้นเป็นกลไกในดาร์เคลื่อนไหวประเด็นอื่นๆ ต่อไป โดยมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวหลักๆ ที่เน้นการเคลื่อนไหวผลักดันในเชิงนโยบาย เพื่อเป็นการเรียกร้อง และกดดันรัฐในการกำหนดนโยบายหรือกฎหมายที่มีผลในการแก้ปัญหาต่อผู้ติดเชื้อ ไม่ใช่การเรียกร้องหรือกดดันให้รัฐแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การชุมนุมใหญ่ประท้วง FTA ที่ จ.เชียงใหม่ ต้นปี 2549 และประกาศสนับสนุนการทำ CL การออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2545 และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยซึ่งถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 รวมถึงการเข้าร่วมปฏิบัติการในนโยบาย เพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายที่พวกตนเสนอด้วย อาทิ ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานกับโรงพยาบาล ในรูปแบบ “ศูนย์องค์รวม” ซึ่งเป็นการยกระดับการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ในโรงพยาบาล ในฐานะคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และการใช้พื้นที่ทางการเมืองใหม่ในการต่อรองกับรัฐ เพื่อใช้พื้นที่ทางการเมืองที่เปิดช่องทางในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมือง ซึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ 2540

ในยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมประเด็นโรคเรื้อรังร้ายแรงอื่นๆ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ สิทธิในการรักษา ซึ่งถือเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดจากการเคลื่อนไหวเฉพาะประเด็นเอชไอวีไปยังประเด็นที่มีความเป็นสาธารณะ และสากลมากขึ้น โดยมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวหลักๆ ผ่านการผลักดันนโยบาย และกฎหมายที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะประเด็นเอชไอวี อาทิ การต่อต้านการเจรจา FTA ไทย – สหภาพยุโรป การกดดันให้รัฐบาลทำ CL ยา ในปี พ.ศ.2550ต่อเนื่องมาถึงปี พ.ศ.2551 รวมถึงการร่วมกับกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต โรคมะเร็ง เสนอแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขอให้รัฐบาลทบทวนนโยบายการเก็บเงินสมทบ 30 บาท และให้รัฐบาลดำเนินการให้ระบบสุขภาพของประเทศเป็นมาตรฐานเดียวกันด้วยการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตน นอกจากนี้

ขบวนการยังมีปฏิบัติการในฐานะเครือข่ายขบวนการข้ามชาติ เพื่อยกระดับเครือข่ายสู่การรับมือปัญหาที่กว้างขวางขึ้นในแง่ประชาธิปไตยระดับสากล และโลกาภิวัตน์ของประชาธิปไตย รวมถึงการขยายพื้นที่เคลื่อนไหวผ่านการสร้างประเด็นร่วม เพื่อขยายขอบเขตการเคลื่อนไหวจากพื้นที่เฉพาะที่เคยเป็นของรัฐ และเปลี่ยนการแก้ไขปัญหามาจากรัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่การเป็นพื้นที่แก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งต้องใช้การใช้เหตุผล และการสื่อสารในลักษณะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกสังคมได้แสดงความคิดเห็นโต้เถียงกันได้อย่างเสรี

สำหรับบริบทที่เอื้อต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของขบวนการผู้ติดเชื่อนั้น ผู้วิจัยมองว่า การสนับสนุนจากเครือข่ายพันธมิตรในทุกภาคส่วน ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน หน่วยงานเอกชน และหน่วยงานของรัฐ เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้เครือข่ายสามารถรวมตัวเคลื่อนไหว และประสบความสำเร็จตามเป้าหมายส่วนใหญ่ที่ได้วางเอาไว้ในแต่ละช่วง ขณะที่รัฐบาลกลับกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่คอยขัดขวาง และไม่คอยตอบสนองต่อข้อเรียกร้องหรือการผลักดันนโยบายของเครือข่าย โดยทำที่ดังกล่าวจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแนวนโยบายหลักของรัฐบาล และแนวทางการทำงานส่วนตัวของรัฐมนตรีกระทรวงที่เกี่ยวข้องในช่วงเวลานั้น อย่างไรก็ตาม บริบททางการเมืองที่สำคัญที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการมาตั้งแต่ยุคแรก คือ ระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย ซึ่งส่งผลให้เครือข่ายยังสามารถรวมตัว และเคลื่อนไหวอยู่ได้แม้จะมีแรงกดดันจากบริบทของรัฐบาล เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงส่งผลให้เครือข่ายประสบความสำเร็จในช่วงที่บริบทแวดล้อมอื่นๆ เปิดโอกาส และพื้นที่ในการเรียกร้องหรือผลักดันในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ดังนั้น เราจึงอาจกล่าวได้ว่า ความเป็นประชาธิปไตยส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่ายตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าเครือข่ายจะมีแนวทาง และรูปแบบองค์กร รวมถึงเป้าหมายในการเคลื่อนไหวที่มีความเป็นประชาธิปไตยในระดับสูง แต่เรากลับพบว่า ในขบวนการเองยังคงมีปัญหาในเชิงประชาธิปไตยที่ทับซ้อนอยู่ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ กล่าวคือ เครือข่ายไม่ได้ผนวกรวมปัญหาของ 3 กลุ่มอัตลักษณ์ย่อยที่เป็นสมาชิกของขบวนการเข้าไปในข้อเรียกร้องของเครือข่าย ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มต่างๆ ดังนี้ กลุ่มแรก กลุ่มผู้หญิง ที่ขาดการเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับการกำหนดนโยบายภายในเครือข่าย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อหญิงไม่สามารถสะท้อนปัญหาของตัวเอง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่แกนนำส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย กลุ่มที่สอง กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ที่ได้รับความไม่เท่าเทียมในการเลือกปฏิบัติ และ

การรังเกียจต่อผู้ใช้สารเสพติด แม้ได้เข้าร่วมขบวนการแล้วก็ตาม รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับสิทธิในการใช้ยา ซึ่งผู้ติดเชื่อเฮโรอีนที่ใช้สารเสพติดมองว่า ทางเลือกที่จะเสพยาเป็นสิทธิของพวกเขา โดยในระหว่างที่พวกเขาได้รับการบำบัดยังเป็นสิทธิที่พวกเขาจะสามารถเสพยาได้ตามหลักนโยบาย ”ลดอันตรายจากการใช้ยา” และกลุ่มที่สาม กลุ่มชายรักชาย ที่ถูกมองว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนค่อนบ่อย จึงทำให้ข้อเสนอของกลุ่มไม่ค่อยได้รับการตอบสนองจากแกนนำ และสมาชิกในเครือข่าย ทั้งนี้ ปัญหาความไม่เป็นประชาธิปไตยภายในองค์กรอาจไม่ได้ส่งผลกระทบมากนักกับภาพรวมของเครือข่าย แต่ประเด็นสำคัญของการเคลื่อนไหวอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลลัพธ์ของปฏิบัติการ หากแต่อยู่ที่กระบวนการเคลื่อนไหวด้วยว่า มีความเป็นประชาธิปไตยมากหรือน้อยเพียงใด เพราะปัญหาดังกล่าวมีความเชื่อมโยงอย่างยิ่งต่อการสะท้อนปัญหาของกลุ่มผู้ติดเชื่อย้อยทั้งสามที่ถูกกระทำ และถูกจัดวางเป็นพลเมืองชั้นสองอีกชั้นหนึ่งในขบวนการ



บทที่ 5

ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในบทที่ 5 ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการมุ่งตอบคำถามการวิจัยข้อที่ 3 คือ ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร และส่งผลต่อการเสริมสร้างกระบวนการประชาธิปไตยในสังคมไทยอย่างไร โดยจะแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ส่วนหลักๆ ประกอบด้วย ส่วนแรก ผลสะท้อนในระดับนโยบาย เพื่ออธิบายว่า ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในกระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นอย่างไร ส่วนที่สอง การขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธ์ภาพทางอำนาจ เพื่ออธิบายว่า ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในมิติของพื้นที่ทางการเมืองใหม่เป็นอย่างไร ส่วนที่สาม การสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม เพื่ออธิบายว่า ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายกับขบวนการทางสังคมเป็นอย่างไร และประการที่สี่ ความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย เพื่ออธิบายว่า ผลสะท้อนดังกล่าวส่งผลต่อการเสริมสร้างหรือจรรโลงประชาธิปไตยในสังคมไทยอย่างไร โดยผู้วิจัยจะวิเคราะห์ทั้งสี่ส่วนผ่านการใช้กรณีตัวอย่างจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะทำการอธิบายผลสะท้อนของเครือข่ายมีความชัดเจน และง่ายต่อการพิจารณามากขึ้น

5.1 ผลสะท้อนในระดับนโยบาย

เมื่อเราพิจารณาพัฒนาการ และปฏิบัติการในการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในสองบทก่อนหน้าแล้ว เราจะพบประเด็นสำคัญที่ปรากฏเด่นชัดจากปฏิบัติการเคลื่อนไหวของขบวนการ คือ ผลสะท้อนที่เกิดขึ้นในระดับนโยบายของรัฐ อันหมายถึงการเข้าถึงระบบการเมืองปกติด้านกระบวนการทางนโยบายและการตัดสินใจทางการเมือง ซึ่งหากเราวิเคราะห์ตามแนวคิดกระบวนการนโยบายสาธารณะจะสามารถแบ่งผลสะท้อนต่อนโยบายได้ออกเป็น 4 ประเด็น คือ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย

5.1.1 การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)

การกำหนดนโยบาย คือ กระบวนการก่อรูปของนโยบาย และการตัดสินใจเลือกนโยบายไปปฏิบัติใช้จริง โดยมีรัฐเป็นผู้มีอำนาจในการกำหนด และตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม นโยบาย และกฎหมายที่ออกมาโดยภาครัฐเพื่อแก้ปัญหาเอชไอวีกลับไม่ประสบความสำเร็จ และยังก่อให้เกิดปัญหาต่อเนื่องกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในหลายประเด็น อันนำไปสู่การเคลื่อนไหวของขบวนการ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการผลักดันนโยบาย และเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ ดังนั้น การกำหนดนโยบายของรัฐจึงได้รับผล

สะท้อนโดยตรง ทั้งในแง่ของการทบทวนการกำหนดนโยบาย การเลือกนโยบาย และการปรับเปลี่ยนนโยบายไปตามข้อเรียกร้องของเครือข่าย ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นนัยสำคัญว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้พัฒนาจากการเป็นผู้ได้รับผลกระทบจากนโยบายเพียงอย่างเดียวมาสู่การเข้ามามีบทบาทร่วมกับรัฐในฐานะ “ผู้กำหนดนโยบาย” (Policy Maker) ด้วย ทั้งนี้ เราสามารถพิจารณาผลสะท้อนในการกำหนดนโยบายได้จากกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ ดังนี้

(1) การรวมยาต้านไวรัสไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกโรค

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกโรคถือเป็นนโยบายที่เป็นผลมาจากการขับเคลื่อนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อผ่านการสนับสนุนข้อเสนอจากพรรคไทยรักไทย เพื่อใช้ในการหาเสียงเลือกตั้ง เนื่องจากเป็นช่วงการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรในปี พ.ศ.2544 เมื่อพรรคไทยรักไทยที่ได้รับการเลือกตั้งด้วยคะแนนสูงสุดเป็นผู้นำรัฐบาล จึงได้กำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2545 รวมทั้งกำหนดสิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงยาที่มีในบัญชียาหลักแห่งชาติตามที่ได้กำหนดไว้ในนโยบายหาเสียง แต่ปัญหาคือ ในระยะแรกได้มีการยกเว้นยา กลุ่มยาต้านไวรัสเอ็ดส์ไว้ก่อน ส่งผลให้กลุ่มผู้ติดเชื้อยังไม่สามารถได้รับสิทธิในการเข้าถึงยารักษา

ประเด็นดังกล่าวได้นำไปสู่เคลื่อนไหวกดดันรัฐบาล เพื่อขอรวมยาต้านไวรัสไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกโรค ในปี พ.ศ.2548 ซึ่งเราถือได้ว่าเป็นกรณีแรกที่เครือข่ายสามารถสร้างผลกระทบต่อกรร่วมกำหนดนโยบายได้ตั้งแต่ช่วงการหาเสียงจากการเมือง และนำไปสู่การเลือกนโยบายไปปฏิบัติใช้จริง ถึงแม้สิทธิประโยชน์ในช่วงแรกจะไม่สามารถครอบคลุมผู้ติดเชื้อ แต่ในท้ายที่สุดทางขบวนการก็มีการเคลื่อนไหวกดดันทั้งในรูปแบบการชุมนุม ลือลือ และกระบวนการทางกฎหมายที่นำไปสู่การขยายผลครอบคลุมยาต้านไวรัสเอ็ดส์

(2) การประกาศ “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL)

การเคลื่อนไหวในประเด็นการประกาศ “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL) ของเครือข่ายนั้นเริ่มต้นตั้งแต่ช่วงต้น 2540 ที่แกนนำเริ่มทราบถึงสิทธิในการเข้าถึงยาด้วยการใช้มาตรา 51 ของรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยการทำ CL ยา แต่การเคลื่อนไหวกดดันรัฐบาลในแต่ละยุคกลับไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งที่มีการใช้ยุทธวิธีกดดันในเชิงชุมนุม การฟ้องร้องตามกระบวนการ

ทางกฎหมาย และการลือบบีผ่านกลไกของรัฐสภา จนกระทั่งการเคลื่อนไหวเพื่อเสนอนโยบายต่อรัฐบาลในประเด็น CL ยาได้ประสบความสำเร็จในช่วงรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ (2549 - 29 มกราคม 2551) ที่ในปี พ.ศ.2550 น.พ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ กับยาต้านไวรัส 2 ตัว และยาละลายลิ่มเลือด โดยต้นปี พ.ศ.2551 ได้ประกาศเพิ่มอีก 4 ตัว ในยารักษามะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งถือได้ว่าเป็นผลสะท้อนมาจากการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องยาวนานของขบวนการ โดยยุทธวิธีที่สร้างผลสะท้อนมากที่สุดจนนำไปสู่การประกาศใช้ก็คือ การลือบบีผ่านสายสัมพันธ์ส่วนตัวของอดีตุฒิสมาชิกที่เป็นพันธมิตรกับเครือข่าย อาทิ นายจอน อึ้งภากรณ์ กับ น.พ.มงคล ณ สงขลา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ที่ในอดีตเคยดำรงตำแหน่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีแนวคิดสนับสนุนนโยบายดังกล่าวด้วย

(3) การคัดค้านการทำ “ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-สหรัฐอเมริกา” และ “ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย- สหภาพยุโรป”

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายในการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีร่วมกับองค์กรพันธมิตรในนาม "เครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย" ได้นำไปสู่ผลสะท้อนสำคัญต่อประเด็น FTA ในสองประการ คือ ประการแรก การชะลอข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-สหรัฐอเมริกา และประการที่สอง การชะลอข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย- สหภาพยุโรป

ในการคัดค้าน FTA ไทย-สหรัฐ หรือการประชุมเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย - สหรัฐ นั้น ตัวแทนเครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย ได้มีความพยายามในการกดดันหัวหน้าคณะเจรจาเอฟทีเอของฝ่ายสหรัฐอเมริกา โดยมียุทธวิธีในหลายรูปแบบ ทั้งการประชุมประท้วง และการออกหนังสือประท้วง อาทิ การออกหนังสือประท้วงถึงกงสุลใหญ่ของสหรัฐอเมริกาประจำจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีสาระสำคัญระบุว่า ขอคัดค้านการเจรจาข้อตกลงเขตการค้าเสรี ไทย - สหรัฐ และยืนยันว่า จะทำทุกวิถีทางที่จะทำให้การเจรจายุติ ประกอบกับสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ชุดที่ 2 ยังเคยเสนอความเห็น และข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลเมื่อ เรื่อง FTA ไทย-สหรัฐ โดยเฉพาะประเด็นการวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมด้านยา และอุตสาหกรรมชีวภาพของไทย จึงขอให้รัฐบาลยุติการเจรจาไว้ก่อน จากความเห็นของหลายหน่วยงาน ทั้งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข กรมทรัพย์สินทางปัญญา และกรมเจรจา

การค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ต่างมีข้อสรุปไปในทิศทางเดียวกันว่า ยังไม่ควรทำข้อตกลง FTA ไทย-สหรัฐ ส่งผลให้มีการยุติการเจรจาไว้ชั่วคราว และยังไม่ประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบันที่มีการเจรจามาแล้วทั้งหมด 6 รอบ

สำหรับการคัดค้านการเจรจา FTA ไทย - สหภาพยุโรป นั้นมีประเด็นที่ถูกประท้วงอย่างรุนแรง คือ ยังไม่มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 190 แต่อย่างใด ทำให้เกิดข้อสงสัยในเจตนาของรัฐบาล และหน่วยงานรัฐ เพราะนอกจากอาจขัดมาตรา 190 แล้ว ยังเป็นการปิดบังข้อมูลข่าวสารไม่ให้ประชาชนทั่วไปได้เห็นรายละเอียดของเนื้อหาการเจรจาดังนี้ ทางเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงร่วมกับเครือข่ายพันธมิตรในการใช้ยุทธวิธีในการกดดันคล้ายกับการคัดค้าน FTA ไทย-สหรัฐ อาทิ การนัดชุมนุมอย่างสงบ การจัดกิจกรรมรณรงค์ เพื่อสร้างความรู้ในเรื่องการค้าเสรี และผลกระทบต่อประชาชน รวมถึงการกดดันให้ทีมเจรจาของรัฐบาลไทยตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับภาคประชาชน ด้วยการขอให้เจรจาอย่างรอบคอบ และต้องไม่ยอมรับข้อตกลงใดๆ อันจะมีผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง ส่งผลให้มีการยุติการเจรจาไว้ชั่วคราว และยังไม่ประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบันมีการเจรจามาแล้วทั้งหมด 5 รอบเช่นกัน

(4) เสนอกฎหมายระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลสะท้อนมาจากการผลักดันของหลายภาคส่วน ภายใต้ชื่อ “โครงการรณรงค์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภาคประชาชน” ซึ่งได้มีการร่วมกันรณรงค์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 ด้วยการรวบรวมรายชื่อประชาชน จำนวนมากกว่า 70,000 รายชื่อ เพื่อเสนอเป็นกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฉบับประชาชน จนมีผลบังคับใช้เป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ซึ่งความสำเร็จดังกล่าวเป็นหนึ่งในผลสะท้อนจากการผลักดันของเครือข่าย เนื่องจากบริบททางการเมืองอยู่ในช่วงการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ทำให้เครือข่ายมีช่องทางในการประสานงานเพื่อให้ช่วยสนับสนุนกฎหมายฉบับภาคประชาชนกับทุกพรรคการเมือง ในขณะนั้น ซึ่งพรรคไทยรักไทย ได้นำข้อเสนอไปเป็นนโยบายของพรรค และจัดทำเนื้อหากฎหมายที่ไม่แตกต่างจากของภาคประชาชน

โดยกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญ คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกัน เช่น คณะกรรมการ และคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดขอให้เพิ่มสัดส่วนกรรมการประชาชนระดับชาติให้ครบทั้ง 9 ด้าน การเสนอหลักสูตรพัฒนาและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นกรรมการในระดับต่าง ๆ การให้แก้ไขกฎระเบียบการคัดเลือกคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด โดยให้ สปสช. สาขาจังหวัดนั้น ๆ ร่วมกับศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นผู้จัดกระบวนการสรรหา และได้มาซึ่งผู้แทนประชาชนในแต่ละจังหวัด การให้คงคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดทั้งสามคณะ และแก้ไขระเบียบเพื่อปรับสัดส่วนขององค์ประกอบให้เท่า ๆ กัน ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การให้มีศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นกลไกในโครงสร้างตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามมาตรา 50 (5) และ (7) เพื่อเป็นหน่วยรับเรื่องร้องเรียนที่เป็นอิสระในพื้นที่ สนับสนุนให้ศูนย์ประสานงานมีส่วนร่วมกับ สปสช. ระดับจังหวัดในกระบวนการได้มาซึ่งผู้แทนคณะอนุกรรมการในระดับจังหวัด เป็นต้น

(5) การแก้ไขรัฐธรรมนูญปี 2540 และ 2550 ในประเด็นที่ว่าด้วยการมีส่วนร่วมของประชาชนในมาตรา 190 ในการทำข้อตกลงระหว่างประเทศ กฎหมายว่าด้วยการมีส่วนร่วมในองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค และคณะทำงานในสำนักงานของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เครือข่ายผู้คิดเชื่อได้ และภาคประชาชนได้ร่วมกันผลักดันการแก้ไขรัฐธรรมนูญ ปี 2540 และ 2550 ซึ่งส่งผลสะท้อนอย่างยิ่งต่อการออกกฎหมาย และพระราชบัญญัติที่ส่งเสริมการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการทางการเมือง ทั้งการสนับสนุนมาตรา 190 ของรัฐธรรมนูญที่ว่าด้วยการทำความตกลงระหว่างประเทศที่มีผลผูกพันต่อการค้า การลงทุน ก่อนดำเนินการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศที่ “มีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุน หรืองบประมาณของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ” ทางคณะรัฐมนตรีต้องให้ข้อมูลและจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน แล้วชี้แจงต่อรัฐสภาเกี่ยวกับหนังสือสัญญานั้น เพื่อขอความเห็นชอบภายใน 60 วัน เมื่อรัฐสภาให้ความเห็นชอบแล้ว รัฐบาลจึงจะสามารถดำเนินการเจรจาหนังสือสัญญาดังกล่าวได้ ซึ่งได้กลายเป็นกลไกการตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลที่ขบวนการทางสังคมสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และเรียกร้องหรือกดดันผ่านระบบผู้แทนในรัฐสภาได้

นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวของเครือข่ายยังนำไปสู่การผลักดันให้ภาคประชาชนเข้าไปมีบทบาทในองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค และคณะทำงานในสำนักงานของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่ง

ถือเป็นการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมทางการเมืองในระดับการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ

(6) นโยบายคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนแม่บทเอดส์แห่งชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย และองค์กรร่วมพันธมิตรคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) รวมถึงมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ได้เคลื่อนไหวคัดค้านการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เนื่องจากมีเนื้อหาที่สะท้อนความคิดว่า เอดส์เป็นโรคร้ายแรง รวมถึงมีการกำหนดบทลงโทษทางอาญาที่รุนแรงถึงขั้นจำคุกตลอดชีวิต หากผู้ติดเชื้อไปแต่งงานโดยไม่แจ้งสถานภาพของตนเองแก่คู่สมรส มีเพศสัมพันธ์ ใช้เข็มฉีดยาโดยไม่ป้องกัน หรือไปค้าประเวณี เป็นต้น ดังนั้น ทางเครือข่ายจึงมีข้อเสนอในนโยบายการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามแผนแม่บทเอดส์แห่งชาติว่าด้วยสิทธิมนุษยชน อาทิ สิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ คือ สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และเป็นสิทธิของทุกคน และเด็กที่ติดเชื้อต้องได้รับการศึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่ต้องแยกเป็นโรงเรียนผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

(7) พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีผลสะท้อนที่เห็นได้ชัดถึงความสำเร็จจากนโยบายที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมสำคัญในการร่วมผลักดัน คือ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่พบว่า มีผู้มาเข้ารับยาเป็นจำนวนมาก และส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้เป็นจำนวนมาก

ภาพที่ 5.1 จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ระหว่างปี พ.ศ.2544-2556



ที่มา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2556

ทั้งนี้ ข้อมูลจากของหน่วยบริการในจังหวัดนราธิวาส NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2551-2555 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีความครอบคลุมสูงสุดในปี พ.ศ.2552 เท่ากับร้อยละ 98.62

ตารางที่ 5.3 จำนวนและร้อยละ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ จำแนกรายปี

กิจกรรม	ปี	ปี	ปี	ปี	ปี
	2551	2552	2553	2554	2555
1. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (คน)	1,114	1,013	1,237	1,245	1,221
2. จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (คน)	760	999	1,181	1,189	1,178
3. ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์และได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (ร้อยละ)	68.22	98.62	97.90	95.50	96.48

ที่มา : โปรแกรม NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2551-2555

และจากข้อมูลในตารางได้สะท้อนให้เห็นว่า การกำหนดนโยบายให้บริการยาต้านเอชไอวีแก่ผู้ติดเชื้อได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมาย และเป็นนโยบายที่ให้ผลดีต่อการประหยังบประมาณด้านอื่นๆ ลงด้วย เช่น การประหยังบประมาณในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ หรือลดปัญหาเชิงสังคมกรรมที่บุคคลที่เป็นหัวหน้าครอบครัวมีเชื้อเอชไอวีได้เสียชีวิตเพราะโรคดังกล่าว

5.1.2 การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation)

การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การนำนโยบายที่ผู้มีอำนาจกำหนดไปปฏิบัติใช้จริง ซึ่งในกรณีการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อนั้น เราพบว่า นอกจากจะมีผลสะท้อนต่อการกำหนดนโยบายแล้ว ยังมีผลสะท้อนต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติในแง่ของการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายด้วย อันถือเป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมในพื้นที่ทางการเมืองใหม่ที่พวกตนได้เป็นผู้ร่วมเสนอหรือร่วมสร้าง และสะท้อนให้เห็นถึงการเปิดโอกาสให้กับภาคประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม โดยมักมีรูปแบบในการส่งตัวแทนสมาชิกเครือข่ายเข้าไปดำรงตำแหน่งในระดับคณะกรรมการ ทั้งในลักษณะชั่วคราวหรือเฉพาะกิจ ดังเช่น ในระดับชาติได้มีตำแหน่งในคณะกรรมการเอดส์ระดับชาติ, คณะกรรมการที่ปรึกษาสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, คณะกรรมการจัดสรรยาต้านเอชไอวีเอดส์, คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข, คณะกรรมการในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประชาคมเอดส์จังหวัด หรือในระดับท้องถิ่น อาทิ การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และวิทยากรให้กับโรงเรียนสอนศาสนา เป็นต้น

นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อยังได้เข้าไปมีส่วนร่วมในลักษณะถาวร ที่กำหนดเฉพาะให้ผู้ติดเชื้อเป็นตัวแทน อาทิ กรณีการเข้าไปดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นผลมาจากพระราชบัญญัติสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติที่ได้มีการจัดตั้งสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติขึ้นอย่างเป็นทางการ ประกอบด้วย สมาชิก สป. จำนวน 99 คน ซึ่งได้รับเลือกจากบุคคลที่เป็นตัวแทนของกลุ่มในภาคเศรษฐกิจ 50 คน และกลุ่มในภาคสังคมฐานทรัพยากรและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 49 คน รวมทั้งมีคณะทำงานด้านต่างๆ อีก 13 คณะ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทยได้มีตัวแทนเข้าไปเป็นคณะกรรมการด้วย ซึ่งถือเป็นกลไกในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ดังเช่น กรณี การพิจารณาวาระเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 ก่อนเสนอ

ที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ที่มีการเสนอแนะการแก้ไขปัญหาผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต สาธารณสุข และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

และยังมีกรณีการเข้าไปดำรงตำแหน่งคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นผลมาจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ที่เครือข่ายภาคประชาชนได้ ร่วมให้การสนับสนุนผลักดัน จึงทำให้เกิดสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ซึ่งมี บทบาทในการกำหนดนโยบายเรื่องบริการสาธารณสุข ให้มีงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และรวมถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย ทั้งนี้ กลไกกำกับนโยบายไม่ใช่การกำกับนโยบายจากภาคการเมือง แต่มี องค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากทุกภาคส่วนทำให้เกิดการประสานความคิดและการคาน อำนาจซึ่งกันและกัน ทั้งจากภาควิชาชีพ ภาคประชาชน และจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อย่างไรก็ตาม กรณีการเข้าไปมีผลสะท้อนในการนำนโยบายไปปฏิบัติที่น่าสนใจก็คือ การตั้ง ศูนย์องค์กรร่วม ที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานกับโรงพยาบาลได้ ซึ่งถือเป็นการ ยกระดับการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล ด้วยการ ที่โรงพยาบาลแต่งตั้งสมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ให้อยู่ในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และ มาตรฐานบริการสาธารณสุข อันประกอบด้วยตัวแทนจากฝ่ายต่าง ๆ เช่น แพทย์ พยาบาล และคณะ ให้คำปรึกษา โดยตัวแทนผู้ติดเชื้อต้องมีการเตรียมตัว เพื่อรับหน้าที่เป็นผู้ให้บริการผ่านกระบวนการ อบรม (วิทยากรแกนนำองค์กร) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้กับคนทำงาน รวมทั้งช่วยลดช่องว่างในการ ให้บริการที่เข้าถึงประชาชนอย่างเต็มที่ ทั้งในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด รวมถึงจะมีกลไก การทำงานร่วมกันระหว่างแกนนำ และกลุ่มผู้ติดเชื้อที่พร้อมให้บริการปรึกษา ให้ข้อมูลการดูแลรักษา สุขภาพ การอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน หรือการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ และติดตาม ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โดยขณะนี้ศูนย์องค์กรร่วมทั้งหมดจำนวน 362 กลุ่ม (2546 – 2556)¹⁵

5.1.3 การประเมินนโยบาย (Policy Evaluation)

การประเมินนโยบาย คือ การพิจารณานโยบายที่ได้นำไปปฏิบัติแล้วว่า มีผลดี และผลเสีย อย่างไร สมควรจะดำเนินนโยบายต่อไป ขยายขอบเขตหรือยกเลิกนโยบายนั้นๆ หรือไม่ ซึ่งในแง่ของ การเคลื่อนไหวของเครือข่ายจะมีผลสะท้อนต่อการประเมินนโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องกับประเด็น

¹⁵ (ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 ตุลาคม 2556)

เอชไอวีเป็นหลัก โดยเป็นการประเมินในรูปแบบการกำกับติดตามนโยบาย ทั้งในแง่การกำกับติดตามกิจกรรม และการกำกับติดตามผลผลิต ทั้งนี้ ประเด็นน่าสนใจอยู่ที่ว่า กระบวนการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายของผู้ติดเชื้อจะกระทำการผ่านการสร้างเครือข่ายการตรวจสอบรัฐ โดยเชื่อมโยงต่อยอดกันเอง และนำไปสู่การเกิดเครือข่ายหรือพันธมิตรด้านสุขภาพ ที่เป็นกลไกเชื่อมต่อดวง และยุทธศาสตร์ของประชาสังคมในพื้นที่ โดยในบางพื้นที่มีลักษณะเป็นการติดตามตรวจสอบนโยบาย (policy watching & warning) อาทิ กลุ่มคนรักหลักประกัน ที่มีบทบาทในการติดตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ยุครัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร เป็นต้น และการให้การปรึกษาหารือเชิงนโยบาย (policy consultation) รวมทั้งมีหลายพื้นที่เช่นกันที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการสาธารณะในลักษณะของการคัดค้านนโยบาย (policy protest) เช่น กลุ่มปกป้องสิทธิลูกหลานผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ

กรณีการเคลื่อนไหวของเครือข่ายที่มีผลสะท้อนต่อการประเมินนโยบายอย่างชัดเจน คือการกำกับติดตามนโยบาย CL ยา ที่ทางเครือข่ายมีการตั้งคณะทำงานติดตามนโยบายดังกล่าวตั้งแต่งการประกาศใช้ในปี พ.ศ.2550 สมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ซึ่งประเด็นในการประเมินจะอยู่ที่การพิจารณาความต่อเนื่องของการนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ หากในช่วงรัฐบาลใดมีแนวโน้มที่จะยกเลิกนโยบาย CL ยา ทางเครือข่ายก็จะมี การเคลื่อนไหวตอบโต้ทันที ดังเช่น สมัยรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช (มกราคม พ.ศ.2551 - 9 กันยายน พ.ศ.2551) และรัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ (กันยายน พ.ศ.2551 - 2 ธันวาคม พ.ศ.2551) ที่มีแนวคิดในการยกเลิก CL ยา จากการที่นายสมัครเคยประกาศว่าจะยกเลิกนโยบาย และจากการที่นายไชยา สะสมทรัพย์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลนายสมชาย วงศ์สวัสดิ์ ประกาศจะยกเลิกซีแอลยามะเร็ง และมีการ สั่งย้ายนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งให้การสนับสนุนการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิในสมัยรัฐบาลชุดก่อน รวมถึงกดดันนายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม หนึ่งในผู้มีบทบาทสำคัญที่อยู่เบื้องหลังการประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ ให้ลาออก จึงส่งผลให้เครือข่ายออกมาเคลื่อนไหวร่วมกับชมรมแพทย์ชนบทออกจดหมายเปิดผนึกถึงนายกรัฐมนตรีในสมัยนั้น เพื่อขอเปลี่ยนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

นอกจากนี้ เครือข่ายยังมีการใช้พื้นที่ศาลปกครอง เพื่อกดดันรัฐมนตรี เช่น กรณีนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ซึ่งทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการเจรจาต่อรองราคายากับบริษัทเจ้าของสิทธิบัตร ได้ถูกโยกย้ายไปเป็นผู้ตรวจ

ราชการ จากนั้นบอร์ดขององค์การเภสัชกรรมที่มี นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน และทำหน้าที่ประธานคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยรัฐ ก็ถูกคำสั่งให้พ้นจากตำแหน่งทั้งคณะ จึงนำมาสู่การฟ้องร้องศาลปกครอง และการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการรวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน 20,000 คน เพื่อถอดถอน นายไชยา สะสมทรัพย์ ออกจากการดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ฐานละเมิดรัฐธรรมนูญ และสร้างความเสียหายต่อรัฐ แรงกดดันเหล่านี้ได้สร้างผลสะท้อนให้กับรัฐบาลจนต้องมีการปรับ นายไชยา สะสมทรัพย์ ออกจากตำแหน่งในที่สุด

5.1.4 การเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย (Policy Termination)

การเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย คือ การยกเลิกนโยบายที่ปฏิบัติใช้อยู่ ซึ่งมีสาเหตุจากการมีนโยบายใหม่มาแทนที่ และการเรียกร้องหรือถูกกดดันจากภาคประชาชน ซึ่งการเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้สร้างผลสะท้อนอย่างมากต่อการยกเลิกนโยบายหลายประการของรัฐบาล ซึ่งในบริบทนี้จึงเป็นการยกเลิกที่มีผลมาจากการเรียกร้องกดดันของประชาชนหรือขบวนการนั้นเอง โดยมีกรณีศึกษาที่น่าสนใจดังนี้

กรณีแรก การฟ้องบริษัทบีเอ็มเอส และกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค และเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เพื่อให้ศาลมีคำพิพากษาเพิกถอนสิทธิบัตรดีดีไอในประเทศไทยในฐานะผู้เสียหาย เนื่องจากต้องใช้ยาราคาแพงจากการผูกขาดโดยสิทธิบัตรยาที่ออกให้โดยมิชอบ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญในคำขอสิทธิบัตร ที่ทางบริษัทบีเอ็มเอสได้ยื่นคำขอจดสิทธิบัตรสูตรตำรับยาต้านไวรัสดีดีไอในประเทศไทยต่อกรมทรัพย์สินทางปัญญา มีช่วงขนาดการใช้ยาอยู่ที่ประมาณ 5-100 มิลลิกรัมต่อหน่วยขนาดใช้ยา ซึ่งกรมทรัพย์สินทางปัญญาได้ออกสิทธิบัตรเลขที่ 7600 ให้แก่บริษัท บีเอ็มเอส แต่ปรากฏว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญกล่าว คือ ช่วงกำหนดหน่วยขนาดใช้ยา 5-100 มิลลิกรัม หายไปจากข้อถือสิทธิ ซึ่งการที่ช่วงขนาดการใช้ยาดีดีไอของบริษัทบีเอ็มเอสในสิทธิบัตรอยู่ที่ 5-100 มิลลิกรัม จะทำให้บริษัทยาในไทย หรือองค์การเภสัชกรรมยังสามารถผลิตยาดีดีไอที่มีราคาถูกกว่า ในช่วงขนาดการใช้ยาอื่นๆ ได้ เช่น 101-200 มิลลิกรัม เป็นต้น แต่เมื่อสิทธิบัตรออกมาในลักษณะดังกล่าว ย่อมหมายความว่า บริษัทบีเอ็มเอสเป็นเจ้าของสิทธิบัตรยาดีดีไอในทุกๆ ช่วงขนาดการใช้ยา และผลจากการฟ้องร้องได้ส่งผลสะท้อนให้รัฐบาลต้องมีการยกเลิกนโยบาย โดยกระทรวงสาธารณสุขประกาศไม่ใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรกับยาดีดีไอ

กรณีที่สอง การคัดค้านการจัดทำข้อตกลงการค้าเสรี ทั้งการเจรจาไทย-สหรัฐอเมริกา ที่คณะเจรจาฝ่ายสหรัฐ ได้เรียกร้องให้มีการคุ้มครองสิทธิบัตรยามากไปกว่าข้อตกลงทริปส์ขององค์การการค้าโลก (WTO) และปฏิญญาโดฮา และไทย-สหภาพยุโรป ที่ต้องการเพิ่มความคุ้มครองด้านทรัพย์สินทางปัญญา และผูกขาดสิทธิบัตรยา โดยการขยายเวลาคุ้มครองสิทธิบัตรให้เพิ่มมากขึ้น หรือที่เรียกว่า ทริปส์ พลัส (TRIPs Plus) ดังนั้น ทางเครือข่ายจึงได้มีการรวมกลุ่มกับองค์กรพันธมิตร ในการคัดค้านการเจรจาเพื่อจัดทำ FTA จนส่งผลให้การเจรจาทั้งสองกรอบต้องยุติลงชั่วคราว โดยการเจรจา ไทย-สหรัฐอเมริกา ยังอยู่ที่การเจรจาในรอบที่ 6 และการเจรจาไทย-สหภาพยุโรป ยังอยู่ที่การเจรจาในรอบที่ 5 ซึ่งถือว่าประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการส่งผลสะท้อนต่อการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระดับชาติที่มีความเกี่ยวข้องกับการทำข้อตกลงระหว่างประเทศ เนื่องจากการจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทยกับประเทศอื่นๆ ล้วนประสบความสำเร็จไปแล้วทั้งสิ้น เช่น ไทย-จีน ไทย-อินเดีย และไทย-ออสเตรเลีย เป็นต้น ดังที่ตัวแทนสหรัฐ และนางบาร์บารา ไวเซล หัวหน้าคณะเจรจาเอฟทีเอสหรัฐ-ไทยและผู้ช่วยผู้แทนการค้าสหรัฐประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก แสดงความเห็นว่

“เป็นระยะเวลา 18 เดือนแล้ว ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนานกว่าทุกประเทศที่สหรัฐทำการเจรจามา และยังมีเหลือประเด็นติดค้างที่คณะเจรจาต้องทำงานอีกมาก” ที่สะท้อนให้เห็นว่าการกดดัน ของสหรัฐยังไม่เป็นผล

(ประชาไท, 14 มกราคม 2549)

5.2 ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธภาพทางอำนาจ

การเคลื่อนไหวในช่วงหลังยุคการผลักดันนโยบายได้เริ่มสร้างผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ทางการเมืองหรือพื้นที่ต่อรองใหม่ให้กับขบวนการของตนเอง ซึ่งถือเป็นเป้าหมายสำคัญการเคลื่อนไหวทางสังคม คือ การเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างรัฐกับภาคส่วนต่างๆ ของสังคม ซึ่งเครือข่ายผู้ติดเชื่อได้ผลักดัน การสร้างกติกาใหม่ผ่านบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ เช่น ประเด็นเรื่องการสร้าง และขยายประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม สิทธิการประกันตน หรือการทำข้อตกลงการค้าที่ควรเปิดให้มีการรับฟังประชาพิจารณ์จากประชาชน หรือกำหนดในรัฐธรรมนูญ มาตรา 190 อาทิ การที่เครือข่ายผู้ติดเชื่อร่วมกับภาคประชาชนออกมาคัดค้านการเจรจาข้อตกลงการค้าเสรี (เอฟทีเอ) ไทย-สหรัฐ รอบที่ 6 ที่เชียงใหม่ โดยนายนิศย์ พิบูลสงคราม หัวหน้าคณะเจรจาฝ่ายไทย และนางบาร์บารา ไวเซล หัวหน้าคณะเจรจาฝ่ายสหรัฐ ในประเด็นสิทธิบัตรยาที่เครือข่ายผู้ติดเชื่อร่วมกับองค์กรพันธมิตรจับตาเป็นพิเศษ แต่รัฐบาลไทยไม่รับข้อเสนอในประเด็นการคุ้มครองสิทธิบัตรยามากไปกว่าข้อตกลงทริปส์ขององค์การการค้าโลก (WTO) และปฏิญญาโดฮา เนื่องจากแรงกดดันจากภาคประชาชน จึงต้อง

เลื่อนทำเป็นข้อเสนอของไทยกลับไปยังสหรัฐในการเจรจาครั้ง ซึ่งรัฐบาลสหรัฐยอมรับว่าการไม่เปิดรับฟังความคิดเห็นประชาชนจะส่งผลกระทบต่อการเดินทางของความพยายามทำข้อตกลงทางการค้า

กรณีตัวอย่างที่มีความสำคัญในการเคลื่อนไหวที่ส่งผลสะท้อนต่อการปรับเปลี่ยนตำแหน่งในโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจอย่างไม่เคยปรากฏว่ามีขบวนการผู้ติดเชื้อที่ใดในโลกสามารถทำได้มาก่อน (จอห์น อิงภากรณ์) คือ กลุ่มของเครือข่ายเอชไอวี สามารถยกระดับการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล ด้วยการที่โรงพยาบาลแต่งตั้งสมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ให้อยู่ในคณะกรรมการควบคุมคุณภาพ และมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อผลักดันให้เกิด “ศูนย์องค์รวม” โดยผู้รับบริการเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้ ในปัจจุบันมีหน่วยบริการ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด) ซึ่งมีการทำงานร่วมกันระหว่างแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อที่พร้อมให้บริการปรึกษาหรือที่เรียกว่า “ศูนย์บริการแบบองค์รวม” จำนวนทั้งสิ้น 170 แห่งทั่วประเทศ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)¹⁶

กรณีจังหวัดสุราษฎร์ธานีเป็นพื้นที่ ซึ่งผู้ติดเชื้อมีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยกลุ่มระดับพื้นที่ที่มีความเข้มแข็ง จนกระทั่งผู้ติดเชื้อสามารถสร้างพื้นที่ที่ต่อรองกับผู้กระทำการที่มีอำนาจมากกว่าได้ ดังที่สมาชิกกล่าวว่า

“ ตัวแทนผู้ติดเชื้อต้องผ่านกระบวนการเตรียมตัวจากผู้รับบริการเปลี่ยนมาทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการผู้ติดเชื้อต้องมาอบรม เพื่อเป็นวิทยากรเสริมสร้างศักยภาพให้กับพวกเราคนทำงาน การบริการเข้าถึงเพื่อนผู้ติดเชื้อเต็มที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างแกนนำ กลุ่มผู้ติดเชื้อที่พร้อมให้บริการ ปรึกษา ให้ข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อให้การกลับมาอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและชุมชน เราต้องไปติดตามเยี่ยมบ้าน ติดตามผลการรักษาด้วย จากคนที่ไม่กล้าเจอผู้คน ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อมั่นใจขึ้น มีข้อมูลมากกว่าหมอด้วยซ้ำ เพราะหมอที่เรียนมาทางการรักษาเอชไอวีโดยตรงไม่มีหมอก ยิ่งอยู่ต่างจังหวัดการติดตามข้อมูลใหม่ๆหมอพยาบาลอาจสู้เพื่อนผู้ติดเชื้อไม่ได้”

(ดร.ณิ พัดแฉ่ม, สัมภาษณ์ 20 เมษายน 2555)

¹⁶ http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-network_history_HIV.aspx

ภาพที่ 5.2 ศูนย์องค์กรรวมในพื้นที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อ จ.สุราษฎร์ธานี

มีศูนย์องค์กรรวม 4 แห่ง	
1. โรงพยาบาล ชชะอวด	อ.ชชะอวด
2. โรงพยาบาล เข็ญใหญ่	อ.เข็ญใหญ่
3. โรงพยาบาล ทุ่งใหญ่	อ.ทุ่งใหญ่
4. โรงพยาบาลสิชล	อ.สิชล

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550

ที่น่าสนใจ คือ เครือข่ายได้สร้างพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานในพื้นที่ อาทิ ในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับตำบล 4 ได้อาศัย กลยุทธ์การพัฒนากลไกการประสานงานของศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศป.อจ.) ในการผลักดันยุทธศาสตร์เอดส์เข้าในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทำให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างบริการเชิงรุกโดยภาคประชาสังคม และบริการภาครัฐ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน รวมถึงการสนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูลเชิง ยุทธศาสตร์ เพื่อขับเคลื่อนเป้าหมายการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ร่วมกันระหว่างภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีการติดตามผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งการพัฒนาการ ประสานงานระดับจังหวัดเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนกิจกรรมทางยุทธศาสตร์ให้เป็นไปใน ทิศทางเดียวกัน

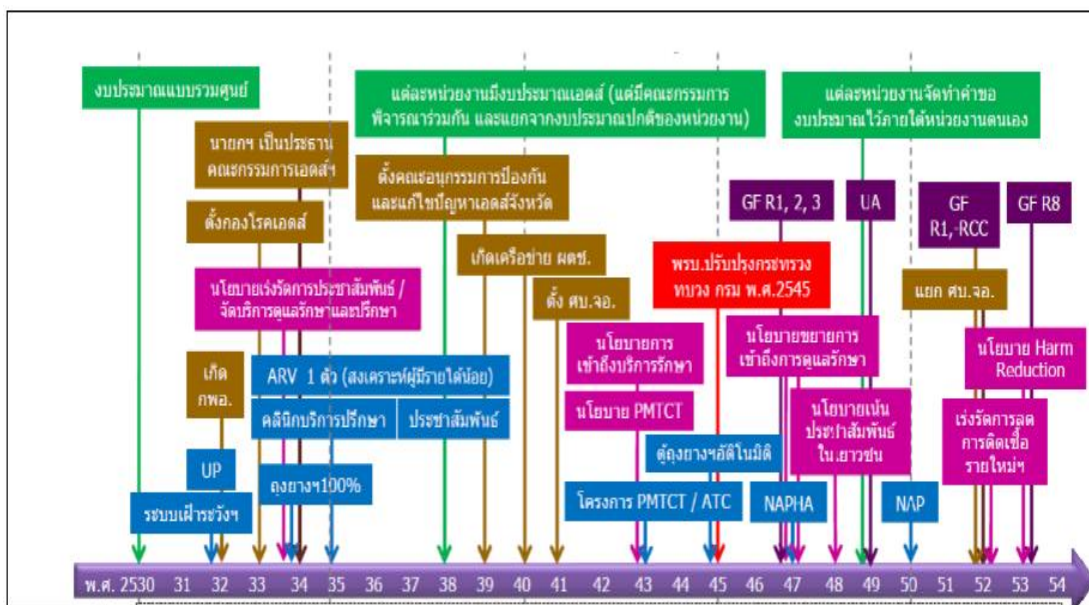
ตารางที่ 5.1 การเปิดพื้นที่ในระดับจังหวัดให้ผู้ติดเชื้อมีพื้นที่ในการเสนอเชิงนโยบาย

นครนายก	คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด	ผู้ว่าฯ /รองผู้ว่าฯ/สสจ./สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคง/อัยการจังหวัด/ กษชาตจังหวัด/ สำนักงานจังหวัด/สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน/ แรงงานจังหวัด/ องค์การบริหารส่วนจังหวัด/ ท้องถิ่นจังหวัด/ ประชาสัมพันธ์จังหวัด/ สพฐ./ ตำรวจ/ เรือนจำ/ ทหาร /โรงพยาบาล/ นายอำเภอทุกแห่ง/ ศูนย์เฉลิมพระเกียรติทุกอำเภอ/ องค์กรเครือข่ายเอกชน/ ประธาน อสม./เครือข่ายผู้ติดเชื้อ
	คณะทำงานพัฒนากลไกประสานงานระดับจังหวัดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ	สสจ. (ประธาน)/ ท้องถิ่นจังหวัด/ องค์การบริหารส่วนจังหวัด/ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์/ สพฐ. (สพม.,สปบ.)/ สสอทุกแห่ง/ โรงพยาบาล/ องค์กรเครือข่ายเอกชน / เครือข่ายผู้ติดเชื้อ/ สนง.ส่งเสริมการศึกษานอกระบบ/ สสค./ สำนักงานจังหวัด

ที่มา: รายชื่อคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด/คณะทำงาน PCM จังหวัด (2555)

ทั้งนี้ ผลสะท้อนในการปรับตำแหน่งสัมพันธ์ภาพทางอำนาจยังปรากฏในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้มีการประกาศใช้แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ซึ่งให้สมาชิกไตรภาคีเข้ามามีส่วนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ ด้วยการนำหลักการจากแนวปฏิบัติสากลเรื่องเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ปฏิญญาสากลว่าด้วยโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ตลอดจนพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 เป็นต้น นอกจากนี้กระทรวงแรงงานยังได้ออกประกาศกระทรวงแรงงานเรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ฉบับลงวันที่ 7 มกราคม พ.ศ.2548 และต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขและประกาศใช้อีกครั้งในปี พ.ศ.2558 ที่ครอบคลุมแรงงานทั้งใน และนอกระบบจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ อันประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน โดยมีสมาคมแนวร่วมภาครุกิจไทยด้านภัยเอดส์ (TBCA) เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการตรวจประเมินเพื่อออกใบรับรองตามมาตรฐานนี้ (สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2556)

ภาพที่ 5.3 พัฒนาการการแก้ไขปัญหาจากการไร้พื้นที่ต่อรองมาสู่การปรับสัมพันธภาพเชิงอำนาจจนมีพื้นที่ตำแหน่งที่มีอำนาจมากขึ้น



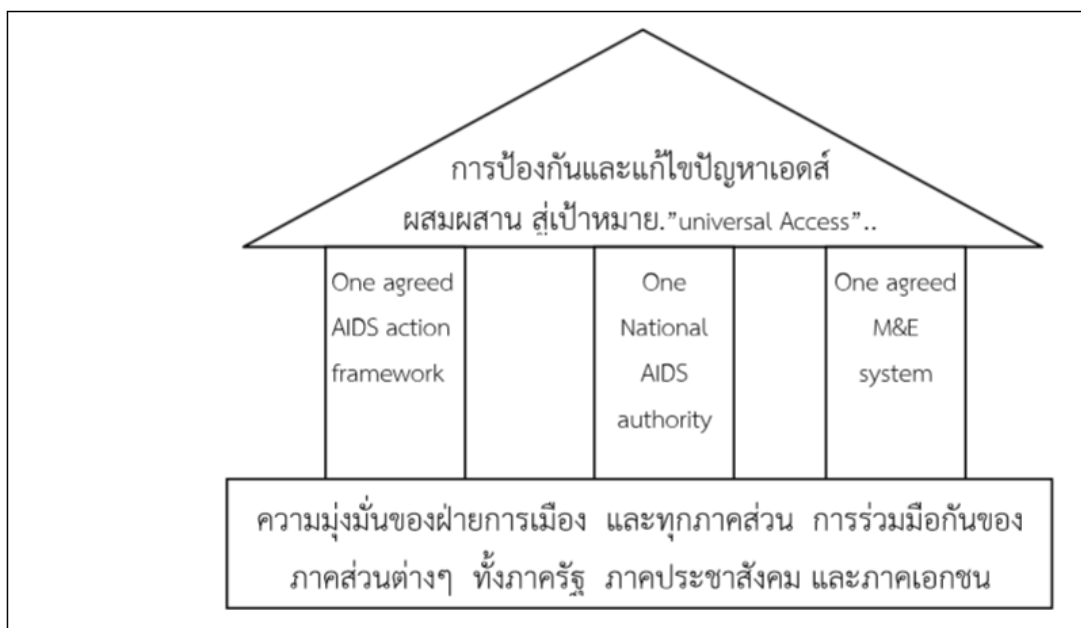
เมื่อเราพิจารณาความสัมพันธ์เชิงอำนาจของเครือข่ายกับส่วนต่างๆ ของภาครัฐ จะเห็นได้ว่าการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อร่วมกับภาคีพันธมิตรเครือข่ายสามารถประสานกับบริบทแวดล้อมทั้งใน และต่างประเทศ รวมถึงมีพลวัตในการแก้ไขปัญหา จากการรวมศูนย์การแก้ไขปัญหาที่ภาคประชาสังคมไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ติดเชื้อตกอยู่ในฐานะผู้เป็นโรคร้ายที่จะต้องถูกกักตัว ได้นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการภาครัฐจะเน้นการบริหาร บูรณาการงานเอดส์ในภาคส่วนต่างๆ และบูรณาการระหว่งงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่สำคัญคือเริ่มมีการสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

ในระดับชาติ เราจะเห็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อหรือภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกลไกการทำงานของรัฐ โดยใช้กลไกคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ซึ่งมีศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.หรือnational AIDS management center, NAMC) เป็นเลขานุการในระดับพื้นที่ มีคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (คป.อจ.) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ

โดยแต่ละจังหวัดมีการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด และอำเภอเป็นหน่วยประสานงาน และสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย¹⁷

ผลจากโครงสร้างความสัมพันธ์อำนาจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถระดมทรัพยากรสนับสนุนในรูปแบบเงินงบประมาณได้นอกเหนือจากการระดมทรัพยากรจากภายในองค์กรเอง เช่น หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่มีภารกิจด้านเอดส์ต้องตั้งงบประมาณด้านเอดส์ โดยมี ศบ.จอ. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยที่ประสานนโยบาย แผนงาน และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการศึกษา กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ภาพที่ 5.4 กรอบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ผสมผสาน สู่เป้าหมาย universal access



ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2556

¹⁷ การดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี 2550-2554

นอกจากนี้ เครือข่ายภาคประชาสังคมยังมีกลไกสำคัญ คือ คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ หรือ กพอ. ที่มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกกระดับ รวมทั้งองค์กรระหว่างประเทศ มีหน่วยงานในสังกัดสหประชาชาติ เช่น WHO, UNICEF, UNEPA, UNDP โดยมี UNAIDS เป็นองค์กรประสานงานกลางในเรื่องเอดส์กับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thai-US-collaboration) กองทุนโลกเพื่อการต่อสู้เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (global fund to fight HIV/AIDS, TB and malaria : GFATM) ซึ่งมีคณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (country coordinating mechanism: CCM) ที่เป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานระหว่างหน่วยงานในประเทศไทยและกองทุนโลก รวมทั้งคณะกรรมการวิชาการด้านเอดส์ (technical committee-AIDS: TC-AIDS) ที่เป็นพันธมิตรร่วมเคลื่อนไหวสนับสนุนปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

5.3 ผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม

นอกจากการสร้างผลสะท้อนต่อกระบวนการนโยบายสาธารณะของรัฐบาลแล้ว การเคลื่อนไหวของเครือข่ายยังสร้างผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการของตนอีกด้วย ซึ่งมีเป้าหมายในการสร้างกลุ่มขึ้นมาขยายกับความร่วมมืออื่นๆ เช่น กลุ่มคนรักประกันสุขภาพแห่งชาติ ชุมชนคนในตำบล ในอำเภอ กลุ่มผู้หญิงไร้สัญชาติ โดยเราสามารถแบ่งผลสะท้อนออกได้เป็น 2 ประเด็นหลักๆ ดังนี้

5.3.1 กลไกการเปิดรับฟังความคิดเห็นสมาชิกระดับพื้นที่

เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้พยายามวางกลไกระดับพื้นที่เริ่มจากเน้นการทำงานให้แกนนำในแต่ละจังหวัดสร้างกลไกการพบกลุ่มกับ ผู้ติดเชื้อตามโรงพยาบาลเพื่อสะท้อนปัญหาจากฐานล่างอย่างแท้จริง เนื่องจากในเกือบทุกเครือข่ายภาคจะพบปัญหาหากไม่ผ่านกระบวนการนี้ โดยบางกรณีมีการเสนอทำโครงการในพื้นที่นำร่อง อาทิ โครงการผู้ติดเชื้อร่วมขับเคลื่อนงานเพื่อสุขภาพในชุมชน ปี 2554 ร่วมบริการกับพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่กลไกการคัดเลือกพื้นที่ซึ่งไม่ได้มา

จากความพร้อมของแกนนำผู้ติดเชื้อในพื้นที่จริงๆ เพราะเครือข่ายภาคฯ ใช้วิธีให้กรรมการระดับจังหวัดเสนอพื้นที่ขึ้นมา ในขณะที่กรรมการจังหวัดซึ่งเป็นผู้เสนอพื้นที่ไม่ใช้คนในพื้นที่และอาจตามสถานการณ์ในพื้นที่ไม่ทัน เช่น กรรมการจังหวัดคาดการณ์ว่าในพื้นที่มีกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อมากถึงสิบกว่าคนจึงน่าจะสามารเป็นพื้นที่นำร่องได้แต่ปรากฏว่าเมื่อลงไปดูในพื้นที่จริงเหลือ คนที่สามารถเป็นแกนหลักอยู่เพียงคนเดียว ส่วนคนอื่นออกไปทำงานนอกพื้นที่หมดแล้ว ขณะที่การทำงานชุมชนเป็นงานหนัก บางตำบลอาจมีหมู่บ้านมากกว่าสิบหมู่บ้าน จึงจำเป็นต้องแกนนำผู้ติดเชื้อที่เป็นตัวหลักอย่างน้อย 2-3 ช่วยกันเชื่อมประสานกลุ่มคนต่างๆ ทำให้ดังนั้น หากจะมีโครงการต่อเนื่องในปีต่อไป การเสนอพื้นที่จึงควรใช้กลไกเสนอจากข้างล่างขึ้นข้างบน

ทั้งนี้ ในระหว่างการประชุมกลไกระดับจังหวัดสามารถสะท้อนเสียงจากพื้นที่เข้าสู่ที่ประชุมได้ เช่น ปัญหาเฉพาะพื้นที่ เช่นในเขตชานเมืองของกรุงเทพมหานคร และในเขตต่างจังหวัดที่การเคลื่อนย้ายแรงงานเยอะ เช่นอยุธยา นครนายก อ่างทอง มีรายการการละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อที่อาการดีขึ้น การบังคับตรวจเลือดพนักงานโดยเจ้าของกิจการประสานผ่านไปยังโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อยระดับแกนนำในพื้นที่และสมาชิกได้แลกเปลี่ยนพูดคุยปัญหาภายใต้บริบทใหม่ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็วได้

“อย่างหนู ทำงานในโรงงานย่านมีนบุรี ทำมาตั้งแต่ต้นปี 2556 หัวหน้าที่ชมว่าทำงานดี จะผ่านโปร 3 เดือนอยู่แล้ว พอนายจ้างมาบอกว่าถ้าจะทำงานต้องไปตรวจร่างกาย เอาผลเลือดมาให้ดูก่อน แบบนี้หนูก็ตกงานแน่ๆ ก็โชคดีตอนพบลูกๆ กับที่โรงพยาบาล นำมาแล้วในกลุ่ม ก็พบว่าจริงๆ เพื่อนที่อยู่แถบสมุทรปราการ อยุธยา ก็โดนปัญหาเดียวกัน พี่หัวหน้ากลุ่มก็รายงานเครือข่ายชาติแล้ว เห็นว่าแกนนำใช้วิธีเข้ามาคุยกับโรงพยาบาลที่รับตรวจว่าทำแบบนี้ไม่ถูก”

(ผู้ติดเชื้อ ก. กลุ่มรากหญ้าฟ้าใส กทม., สัมภาษณ์ 4 ตุลาคม 2555)

การมีส่วนร่วมเปิดโอกาสให้มีการสะท้อนการทำงานแบบมีปฏิริยาโต้กลับรับฟังกันได้ของผู้ติดเชื้อ อาทิ การประสานงานกับเครือข่ายอื่นๆ โดยกรณีหลักประกันสุขภาพช่วงต้นปี พ.ศ.2545 ระบบหลักประกันบวกกับการส่งเสริมสุขภาพ (สปสช.ผนวกกับ สสส.) ทำให้งบกระจายลงพื้นที่สู่

สถานีอนามัยยกระดับเป็น รพสต. เกิดกองทุนสุขภาพท้องถิ่นทำให้เครือข่ายสุขภาพประชาชนมีส่วนร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ระบบบัญชียาทำให้ยาราคาถูกลงหลายเท่าตัว และที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมโดยประชาชนร่วมเป็นคณะกรรมการ อนุกรรมการในทุกระดับอย่างไม่เคยเกิดขึ้นในมิตินด้านอื่นๆ ของปัญหาประชาชน ได้โอกาสรื้อระบบในการทำงานตรวจสอบฝ่ายการเมืองและราชการที่เคยมีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณไม่ต้องถูกจับตามองจากภาคประชาชน

กระบวนการทำงานของผู้ติดเชื้อที่ได้เข้ากระบวนการกลุ่ม ประสบการณ์ในการทำงานเคลื่อนไหว การอบรมการเป็นผู้นำ การสรุปประเด็นทำให้ในระดับแกนนำที่เริ่มเข้าทำงานกับเครือข่ายมาตั้งแต่ต้นจะมีความเข้าใจในประเด็นชัดเจน จากการสังเกตการณ์ในการประชุมระดับภาคกลาง ที่จังหวัดนครราชสีมา เมื่อปี พ.ศ.2557 จะเห็นข้อถกเถียงของสมาชิกในเครือข่ายที่สะท้อนให้เห็นการแลกเปลี่ยนประเด็นการทำงานที่น่าสนใจ โดยประเด็นในที่ประชุมได้เสนอปัญหาผู้ติดเชื้อที่อยู่ในเรือนจำและเป็นผู้ใช้สารเสพติดว่าเป็นกลุ่มที่เมื่อออกจากเรือนจำ หรือขาดระบบการติดตามทำให้ไม่สามารถเข้าไปจัดกลุ่มช่วยเหลือได้ อันจะนำไปสู่ปัญหาการติดยาในที่สุด อาทิ เรือนจำประจำจังหวัด การแลกเปลี่ยนในที่ประชุมมีความเข้มข้นเป็นอย่างยิ่งเพราะตัวแทนจากจังหวัดในภาคกลางต่างพากันเสนอวิธีการติดตามให้ผู้ติดเชื้อได้รับยาสม่ำเสมอ การนำยาไปส่งให้ที่เรือนจำ เป็นต้น ในช่วงหนึ่งของการประชุมสมาชิกคนหนึ่งได้เสนอขอเป็นผู้ติดตามโดยขอให้ส่งชื่อ และรายละเอียดมาให้เพื่อส่งต่อไปยังสมาชิกในเครือข่ายในภูมิภาคเพื่อให้ช่วยกันติดตาม แต่ในที่สุด พวกเขาได้แลกเปลี่ยนจนกระทั่งได้ข้อยุติที่มีคุณค่าในเชิงสร้างสรรค์ (constructive value) อันเกิดการเรียนรู้ระหว่างกัน ที่การกระทำใดๆ ต้องอยู่บนฐานสิทธิ ที่ต้องเคารพสิทธิข้อมูลส่วนตัวของ “เพื่อนผู้ติดเชื้อ” ด้วยกัน จนในที่สุดการประชุมได้ข้อสรุปให้แกนนำกลุ่มแลกเปลี่ยนข้อมูลกันโดยรักษาความลับเพื่อนสมาชิกโดยมีการร่วมมือการทำงานกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ต่อไป สอดคล้องกับความเห็นที่เป็นบวกของการรวมตัวกันของผู้คน คือ “เป็นการสถาปนาให้เกิดองค์ประกอบที่เป็นพลวัตในกระบวนการที่อาจทำให้เกิดการตระหนักถึงศักยภาพเชิงบวกของประชาสังคมในยุคสมัยใหม่” (Cohen and Arato 1997:492)

5.3.2 การเสริมพลังให้แก่สมาชิกในเครือข่าย (Empowerment)

การเสริมพลังให้แก่สมาชิกภายในเครือข่ายเป็นการดำเนินการผ่านการให้ความรู้ และให้โอกาสในการทำงานแก่ผู้ติดเชื้อ เพื่อสร้างให้เกิดความรู้สึกรักภูมิใจในตนเอง รวมถึงรับรู้ถึงความสามารถ และศักยภาพของตนเองในการสร้างประโยชน์ให้กับตนเอง และสังคม ดังเช่น คำสัมภาษณ์ของผู้ติดเชื้อที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง

“พี่ภูมิใจมากจากเป็นแม่บ้านที่ไม่เคยได้ไปไหน เกิดมาไม่เคยจับคอมพิวเตอร์ พี่ได้เรียนรู้จากการไปร่วมอบรม การหนุนเสริมจนสามารถใช้เครื่องมือสำนักงานได้ทุกอย่าง ทำงานเอกสารได้”

(ดา ผู้ติดเชื้อ, สัมภาษณ์ 4 ตุลาคม 2555)

“หนูแต่งงานใหม่โดยที่แฟนรู้ว่าติดเชื้อ หนูมีความมั่นใจมากขึ้นในการใช้ชีวิต การเข้ามาทำงานทำให้ได้รู้ข้อมูลที่แม่แต่หมอบ พยาบาลยังต้องมาถามข้อมูลจากเรา การเป็นผู้หญิงมันทำงาน ลำบากมาก”

(มารีดา, สัมภาษณ์ 3 มีนาคม 2555)

“จากที่ไม่รู้เรื่องนี้แหละ เคยออกจากบ้านไกลๆ ที่ไหน วันๆ ก็ทำครัว เลี้ยงลูกผัวไปตามเรื่องตามราวนะ แต่พอได้เข้ามาพบกลุ่มก็เจอพี่ๆ น้องๆ หลายคนเขาบอกเราทำได้แน่ๆ มันก็ทำให้เราเกิดความมั่นใจว่าเราลองดู เพราะไม่มีใครรู้ปัญหานี้มากไปกว่าตัวเรา มาหัดใช้ไมค์ก็ที่นี่ หัดใช้คอมพิวเตอร์ก็ที่นี่ หัดเขียนโครงการง่ายๆ ก็จากการเข้ากลุ่ม ทุกวันนี้ก็มีแต่คนโทรมาปรึกษา เราก็ช่วยเขาเนอะ เพราะแต่ก่อนเราก็เป็นแบบเขา อายากตายทุกวัน ไม่รู้จะอยู่ไปทำไม ก็การทำงานมันให้อะไรเราหลายๆ อย่าง อย่างน้อยเรารู้ว่าเราก็มีอะไรดีๆ ที่จะช่วยเหลือคนอื่นได้ เราไม่ได้รอวันตายแบบแต่ก่อน”

(สวย อ่อนนวล, สัมภาษณ์ 1 มีนาคม 2557)

5.4 ผลสะท้อนที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย

การเคลื่อนไหวของผู้ติดตามสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทาย การสร้างพลังต่อรอง การปะทะสังสรรค์กับฝ่ายผู้มีอำนาจที่แสดงให้เห็นถึงแนวคิดประชาธิปไตยของผู้คนที่ไร้อำนาจต่อรองที่สามารถสร้างพลังท้าทายอำนาจที่ดำรงอยู่ และจรรโลงประชาธิปไตยได้อย่างมีนัยยะสำคัญ รวมทั้งทำให้ให้ผู้ติดตามตระหนักถึงคุณค่าในฐานะมนุษย์ของตนเอง ขณะเดียวกันได้สร้างความเข้าใจต่อคนนอก ขบวนการให้เข้าใจถึงการต่อสู้ของผู้ติดตามที่สะท้อนนัยยะของความเป็นมนุษย์ที่ทุกคนเกิดมามีคุณค่าเท่ากันมีอาจล่วงละเมิดได้ การมีอิสรภาพ และความเสมอภาค การยอมรับในเกียรติภูมิของแต่ละบุคคล โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของทุกคน โดยการเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตยใน 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

5.4.1 การมีส่วนร่วมของประชาชน

(1) กลไกในการเลือกตั้งภายในองค์กร

เครือข่ายได้เปิดให้ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการระดับโครงสร้าง อาทิ การเลือกตั้งกรรมการระดับสมัชชาชาติที่จะประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาค ซึ่งต้องมีการดำเนินการอย่างโปร่งใส โดยมีวาระการทำงาน 4 ปี ผู้ที่ทำหน้าที่ประธานมีหน้าที่ต้องรายงานผลการทำงานให้ที่ประชุมรับทราบ ทั้งด้านแผนนโยบาย และการจัดทำงบประมาณที่จะกระทำผ่านรูปมูลนิธิ ทั้งนี้ จากการสังเกตการณ์การเลือกตั้งระดับภาคกลางเพื่อเลือกประธาน และคณะทำงาน จะเริ่มต้นในเดือนตุลาคม พ.ศ.2557 โดยให้สมาชิกระดับแกนนำจังหวัดๆ ละ 2-3 คน เสนอชื่อบุคคลที่เป็นตัวแทนที่เหมาะสมเป็นประธาน โดยในที่ประชุมเสนอรายชื่อขึ้นมา 3-4 คน จากนั้นให้ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อแสดงวิสัยทัศน์ในการทำงาน และให้สมาชิกที่เข้าร่วมประชุมลงคะแนนเลือกตั้ง โดยผลการหย่อนบัตรพบว่า ผู้ได้รับเลือกมีคะแนนเท่ากัน คือ นายเอก ภาชิต จากจังหวัดอ่างทอง และคุณกัญ จากจังหวัดสิงห์บุรี แต่ในที่ประชุมไม่ได้จัดให้มีการเลือกตั้งลงคะแนนใหม่ แต่ใช้วิธีการให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากันทั้ง 2 คนไปตกลงพูดคุยกันเองนอกรอบ เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งกัน ดังที่สมาชิกกล่าวว่า

“เพราะพวกเราต้องร่วมกันทำงาน เราสู้จักกันมานาน และอยู่กับแบบพี่น้อง ต่อสู้กันมานาน ยิ่งไงทุกคนก็ต้องทำงานทีมเดียวกันต่อไป พวกเราไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องมาลงคะแนนแบบเอาเป็นเอาตาย การใช้คะแนนวัดอาจนำไปสู่การแบ่งฝักแบ่งฝ่ายกันทำงาน”

(ภิรมณ์ส ดิษฐ์วดีธนโชติ, สัมภาษณ์ 26 กุมภาพันธ์ 2555)

หลังจากผู้ที่ได้คะแนนสูงสุดเท่ากันหาหรือกันเสร็จสิ้น ก็ได้กลับมาแจ้งที่ประชุมว่า เมื่อตกลงเลือกกันเองแล้ว นายเอก ภาชิต จากจังหวัดอ่างทอง ได้รับเลือกเป็นประธาน

(2) กลไกการเปิดรับฟังความคิดเห็นสมาชิกระดับพื้นที่

เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้พยายามวางกลไกระดับพื้นที่ โดยเริ่มจากการที่แกนนำในแต่ละจังหวัดสร้างกลไกการพบกลุ่มกับผู้ติดเชื้อตามโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนปัญหาจากฐานล่างอย่างแท้จริง เนื่องจากในเกือบทุกเครือข่ายภาคจะพบปัญหาหากไม่ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนความคิด โดยบางกรณีมีการเสนอทำโครงการในพื้นที่นำร่อง อาทิ โครงการผู้ติดเชื้อร่วมขับเคลื่อนงานเพื่อสุขภาพในชุมชน ปี พ.ศ.2554 โดยร่วมพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่กลไกการคัดเลือกพื้นที่ที่กลับไม่ได้มาจากความพร้อมของแกนนำผู้ติดเชื้อในพื้นที่จริงๆ เพราะเครือข่ายภาคใช้วิธีให้กรรมการระดับจังหวัดเสนอพื้นที่ขึ้นมา ในขณะที่กรรมการจังหวัดซึ่งเป็นผู้เสนอพื้นที่ไม่ใช้คนในพื้นที่ และอาจขาดความเข้าใจสถานการณ์ในพื้นที่ เช่น กรรมการจังหวัดคาดการณ์ว่า ในพื้นที่มีกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อมาก ถึงสิบกว่าคน จึงน่าจะสามารเป็นพื้นที่นำร่องได้ แต่ปรากฏว่าเมื่อลงไปดูในพื้นที่จริง กลับเหลือคนที่สามารถเป็นแกนหลักอยู่เพียงคนเดียว ส่วนคนอื่นออกไปทำงานนอกพื้นที่หมดแล้ว ขณะที่การทำงานชุมชนเป็นงานหนัก บางตำบลอาจมีหมู่บ้านมากกว่าสิบหมู่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีแกนนำผู้ติดเชื้อที่เป็นตัวหลักอย่างน้อย 2-3 คน เพื่อช่วยกันเชื่อมประสานกลุ่มคนต่างๆ ดังนั้น หากจะมีโครงการต่อเนื่องในปีต่อไป การเสนอพื้นที่จึงควรใช้กลไกเสนอจากข้างล่างขึ้นข้างบน

ทั้งนี้ ในระหว่างการประชุมกลไกระดับจังหวัดสามารถสะท้อนเสียงจากพื้นที่เข้าสู่ที่ประชุมได้ เช่น ปัญหาเฉพาะพื้นที่ อย่างในเขตชานเมืองของกรุงเทพมหานคร และในเขตต่างจังหวัดที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานในอัตราสูง เช่นอยุธยา นครนายก อ่างทอง มีรายงานการละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อที่

อาการดีขึ้น และการบังคับตรวจเลือดพนักงานโดยเจ้าของกิจการมีการประสานผ่านไปยังโรงพยาบาลโดยตรง ซึ่งในระหว่างการประชุมกลุ่มย่อยระดับแกนนำในพื้นที่ และสมาชิกได้แลกเปลี่ยนพูดคุยปัญหาภายใต้บริบทที่มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว

(3) โครงสร้างของเครือข่ายที่เน้นการตัดสินใจแนวระนาบ

การจัดองค์กรของเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ตอบสนองแนวคิดการเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วม ในการแสดงความคิดเห็น ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า กระบวนการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้เน้นการสร้างเข้มแข็งระดับกลุ่ม เพื่อพัฒนาศักยภาพของสมาชิกในการสร้างพลังขับเคลื่อน ขบวนการให้มากที่สุด โดยส่งเสริมการเรียนรู้ภายในองค์กร และให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ สิทธิในการมีชีวิต ซึ่งทำให้พวกเขาได้เรียนรู้ศักยภาพภายในของตัวเอง อันเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับการ ก่อรูป และนำไปสู่ความสามารถในการร่วมตัดสินใจที่มีลักษณะเป็นแนวระนาบ ด้วยการเปิดการรับ ฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย

(4) การมีส่วนร่วมที่อยู่บนฐานของความเท่าเทียม

การมีส่วนร่วมของสมาชิกภายในขบวนการหนึ่งๆ จะมีความเป็นประชาธิปไตยหรือไม่นั้น ต้องพิจารณาจากการเปิดพื้นที่ที่มีความเท่าเทียมกันหรือไม่ เพราะเมื่อสมาชิกเกิดความรู้สึกว่า พวกเขาได้เข้าสู่พื้นที่ประชาสังคมที่เปิดกว้าง ย่อมทำให้พวกเขาสามารถหาทางออกให้กับชีวิตได้มากกว่า พื้นที่อย่างเป็นทางการของสถาบันทางการเมืองที่ดำรงอยู่ โดยกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจของหลักการใช้ พื้นที่ภายในเครือข่าย เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกัน คือ กรณีที่ รัฐบาลไทยแจกยาด้วยระบบโควต้า เนื่องจากระบบการจัดสรรยาโควต้าตามกลุ่มทำให้แกนนำบางคน ในกลุ่มเกิดความรู้สึกถึงความไม่เท่าเทียม เพราะจากการประชุมจัดสรรยาได้ใช้เกณฑ์วัดสถานะทาง สังคม สถานะทางศีลธรรม และประโยชน์เชิงเศรษฐศาสตร์มาคำนวณว่าผู้ติดเชื้อคนใดสมควรได้รับยา ดังที่สมาชิกกล่าวว่า

“ในการประชุมครั้งหนึ่ง หลักเกณฑ์จัดสรรให้เพื่อนผู้ติดเชื้อที่มีภาระครอบครัวต้องดูแลหลายปากหลายท้องกว่าผู้ที่เป็นโสด หรือให้กับคนที่ที่ประชุมมองว่ามีคุณค่าต่อสังคม โดยรวมมากกว่า บางทีวัดว่าใครเป็นคนดีกว่าใคร ทำประโยชน์ ไปวัด จัดงานบุญบ่อยแค่ไหน

ซึ่งวิธีการแบบนี้มันแย่ต่อความรู้สึก แกนนำบางคนที่ได้ยาด่านไวรัสถึงกับไม่ยอมกินยา โยนยาทิ้งไปเลย ตอนนั้นพวกเราตั้งคำถามว่า นี่ไม่ใช่มนุษย์เท่ากันหรือ เราคนเหมือนกันจะยากดีมีจน เราก็คนเท่ากันทำไมไม่ได้ยาเท่าๆกัน จากนั้นแกนนำในระดับชาตินี้ คุยกันว่าไม่เอาแล้วแบบนี้ เราจะใช้วิธีไปซื้อยาจากประเทศอินเดียแทน จากนั้นก็พากันเสียดสลงขันกันเพื่อบินไปซื้อยาจากอินเดียมาแจกจ่ายกัน”

(อนันต์ ไชยเมืองมูล

กล่าวบนเวทีปราศรัยหน้ากระทรวงสาธารณสุขครบรอบ 10 ปีการเข้าถึงยา,

วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2555)

“ ช่วงปี 2542 จากการสร้างภาคีการทำงานร่วมกับเอ็นจีโอ นักวิชาการ มีโครงการขององค์การเอกชน(หมอไร้พรมแดน-เบลเยี่ยมร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์-ผู้วิจัย) ให้ยาด่านไวรัสฯฟรีกับแกนนำ 10 คน คณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้ร่วมกันประชุมเพื่อวางหลักเกณฑ์ในการให้ยาด่านไวรัสสำหรับนักกิจกรรมของเครือข่ายฯ แต่ทุกคนที่อยู่ในห้องประชุมนั้นไม่มีใครขอรับยาด่านไวรัสฯ แม้แต่คนเดียว ทั้งๆที่บางคนก็เริ่มป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส ทุกคนในที่ประชุมให้เหตุผลว่าเพื่อนๆ คนอื่นๆ ที่ไม่ได้มานั่งอยู่ตรงนี้ เขาก็ป่วยเหมือนกัน เขาก็ยังไม่ได้ยาเหมือนกัน สุดท้ายในห้องนั้นไม่มีใครขอรับยาด่านไวรัสฯเลยแม้แต่คนเดียว ทั้งๆ ที่หลายคนเข้าเกณฑ์ จนหลายคนที่เป็นแกนนำที่ร่วมกันต่อสู้มาป่วยและเสียชีวิตในเวลาต่อมา”

(สุดใจ ตะภา, สัมภาษณ์ 2 มิถุนายน 2556)

“แกนนำแต่ละรุ่นที่เราพัฒนาจากเป็นสมาชิกธรรมดาๆ ขึ้นมาทำงานในเชิงนโยบาย พวกเขาทำงานกับเราเฉลี่ยได้ 2-3 ปีก็ตายจากไป แต่ พวกเขาคิดว่าเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะเดินหน้าไปได้ ทุกคนต้องเท่ากัน พวกเขาจะไม่สบายใจหากได้รับสิทธิพิเศษมากกว่าเพื่อนคนอื่นในเครือข่าย ผมคิดว่านี่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทุกคนที่มาเข้าร่วมงานจะเห็นว่า เราทุกคนเป็นเพื่อนกันจริงๆ มันทำให้เราเกิดความผูกพันกัน แต่ในตอนนั้นมันทำให้เราเห็นประเด็นชัดขึ้นว่าทุกคนควรมีสิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าถึงยา อย่างน้อยเราไม่อยากจะเห็นการตายรายวันแบบนี้เกิดขึ้นอีก”

(นิมิตร เทียนอุดม, สัมภาษณ์ 15 กันยายน 2555)

นอกจากนี้ ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมยังมีองค์ประกอบของความเท่าเทียมในแง่ปรัชญาการทำงาน ซึ่งได้กลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่พวกเขาสามารถปะทะสังสรรค์ และท้าทายกันเองในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ตั้งคำถาม ตรวจสอบกันตลอดระยะเวลาของการทำงานในขบวนการ ซึ่งกรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อพบว่าเวทีการประชุมระดับต่างๆ ทั้งระดับจังหวัด และระดับภาคจะสามารถสะท้อนปัญหาได้ หากพบว่าสมาชิกในเครือข่ายปฏิบัติผิดไปจากวิถีความเชื่อนี้ โยพวกเขาจะร่วมตรวจสอบกันเอง ทำให้อย่างน้อยที่สุดจะเกิดระบบความสมดุลทางอำนาจเกิดขึ้น รวมทั้งการเปลี่ยนถ่ายผู้นำรุ่นต่อรุ่น

(5) กลไกการสร้างความตระหนักในคุณค่าของตัวเอง

เครือข่ายให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขยายขบวนการ โดยใช้กระบวนการพัฒนาจิตสำนึกในการต่อสู้ ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาจิตสำนึกในการต่อสู้ (insurgent consciousness) ให้กับบรรดาสมาชิกในเครือข่าย ซึ่งเริ่มจากการให้ผู้ติดเชื้อในระดับพื้นที่เริ่มเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ และผลกระทบที่เกิดจากการได้รับเชื้อ อันถือเป็นการทำงานอาสาที่กล้าหาญในการเปิดตัวเป็นวิทยากรเล่าประสบการณ์ ในชื่อ “วิทยากรชีวิต” ทำให้สมาชิกเรียนรู้การสื่อสารมากขึ้น และเป็นการเรียนรู้ในระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับเครือข่าย กลุ่มที่ทำงานกับองค์กรเอกชนได้รับการอบรม และพูดคุย ขณะที่บางส่วนทำงานในคณะกรรมการเอดส์ระดับชุมชน ทั้งนี้ แกนนำในภาคเหนือถือเป็นกลุ่มแรกๆ ของการรวมตัวเป็นเครือข่าย อาทิ ในจังหวัดพะเยา เชียงราย เชียงใหม่ ที่วิทยากรชีวิตจะลงพื้นที่เพื่อพูดคุย และเยี่ยมบ้านสมาชิก

กระบวนการให้สมาชิกเริ่มเรียนรู้ศักยภาพตัวเองเป็นฐานสำคัญในการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง และต้องการเข้าร่วมในขบวนการเคลื่อนไหว โดยช่วงปี พ.ศ.2538 เริ่มมีองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งไทยต่างประเทศเข้ามาร่วมพัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนงบประมาณ อาทิ โครงการ ไทย ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ในภาคเหนือ ที่เป็นจุดเริ่มต้นของ "โครงการสุขภาพชุมชน" อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการออกพบ และเยี่ยมเพื่อนผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยกันตามหมู่บ้านต่างๆ และยังมีมูลนิธิศุภนิมิตที่ให้เงินช่วยเหลือวิทยากรผู้ติดเชื้อเดือนละ 2,000 บาท รวมถึง TERRE DES HOMMES จากประเทศเนเธอร์แลนด์ ที่ช่วยสร้างอาคารที่ทำการใหม่ให้บนเนื้อที่สาธารณะ โดยมีสมาชิกที่เข้ามาขอคำปรึกษาจำนวนกว่า 1,000 ราย (สภากาชาดไทย,2549)

(6) ศักยภาพในการจัดการชีวิตตนเอง

ปฏิบัติการที่สะท้อนให้เห็นศักยภาพของผู้ติดเชื้อเริ่มจากการที่คนที่ไร้อำนาจต่อรองใดๆ เริ่มได้รับการพัฒนาศักยภาพภายในกระบวนการกลุ่มของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ผ่านการประชุมกลุ่มหรือการพบปะประจำเดือนที่สมาชิกมีโอกาสพบเพื่อน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ รวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อนสมาชิกที่มีปัญหา การช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจเฉพาะหน้า การช่วยเหลือด้านทุนการศึกษาให้กับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เป็นต้น

แกนนำในจังหวัดต่างๆ คือ กลุ่มที่มารับยา และได้พบกลุ่มตามโรงพยาบาล โดยแต่ละโรงพยาบาลจะมีกลุ่มผู้ติดเชื้อประมาณ 10 – 30 คนขึ้นไป และยอมรับว่าคงมีชีวิตอยู่กันได้ไม่นาน ดังที่สมาชิกกล่าวว่า

“ในตอนแรกๆเหมือนเรามาเช็กชื่อกันมากกว่าว่าใครยังมีชีวิตอยู่บ้าง ใครยังไม่ตายจากไป แต่พอเริ่มได้รับข้อมูลจากการเข้ามารวมกลุ่ม โดยผมที่รักษาที่โรงพยาบาลสิรินธร มีองค์กรเอกชน (องค์กรหมอไร้พรมแดน-ผู้วิจัย) เข้ามาซื้อยาให้ ทำให้ผมร่างกายดีขึ้น ทำให้เรารู้ว่าเราจะไม่ตาย “

(วัชชา ชัยศร — แกนนำ ชมรมหญ้าแฝก, สัมภาษณ์ 15 ธันวาคม 2556)

กลุ่มผู้ติดเชื้อซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการสนับสนุนของโรงพยาบาลได้กลายเป็นพื้นที่ของการเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องยา และการรักษา ทั้งการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ที่เป็นเรื่องสำคัญ และเป็นที่น่าสนใจของผู้ติดเชื้อในพื้นที่ไปพร้อมๆ กับการเริ่มสร้างทีมอาสาสมัครในการทำงานที่ลงไปติดต่อประสานงาน และเสริมสร้างศักยภาพให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเดิมที่อยู่ในพื้นที่

เมื่อสมาชิกในเครือข่ายได้รับทราบข้อมูลอาการเจ็บป่วย และประวัติการรักษาของผู้ติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งสมัครใจที่จะมาร่วมกิจกรรมกับกลุ่ม ทางผู้ติดเชื้อที่มีศักยภาพ และผ่านการอบรมด้านสุขภาพ จิตวิทยา กระบวนการให้คำปรึกษาจะร่วมกันมาเยี่ยมที่บ้าน และให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพ อาทิ การประสานพูดคุยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเรื่องกิจกรรมของโครงการ, การทำ

ความคุ้นเคยเข้าไปพูดคุยกับผู้ติดเชื้อรายใหม่ ถ้ามความสมัครใจเรื่องการเยี่ยมบ้าน และหากกลุ่มพบว่า สมาชิกเจ็บป่วยจะช่วยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อนำไปรักษา , การจัดกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อด้านการให้คำปรึกษา ซึ่งกลไกเหล่านี้ส่งผลสะท้อนที่ช่วยให้สุขภาพเพื่อนผู้ติดเชื้อดีขึ้นได้

กรณีที่น่าสนใจ คือ “ชมรมเพื่อนวันพุธ” ที่เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อแรกในกรุงเทพมหานคร ตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2533 และยังเป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีของสภาวิชาชีพไทย โดยเกิดจากการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นคนไข้ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในวันที่มีคลินิกภูมิคุ้มกันในวันอังคารเช้า ทางคนไข้ที่มาตามแพทย์นัดจะมาชุมนุมปรึกษาหารือกัน โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงานขณะที่รอแพทย์ตรวจหรือหลังจากตรวจกับแพทย์เสร็จแล้วก็จะมาทำความรู้จัก และแลกเปลี่ยนความรู้หรือความก้าวหน้าใหม่ๆ เกี่ยวกับการรักษา หลังจากการพบปะกันในวันที่มีคลินิกเอชไอวี ผู้ติดเชื้อจะจัดให้มีการรวมกลุ่มกันอีกเดือนละครั้งในทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน จึงเป็นที่มาของ"ชมรมเพื่อนวันพุธ" เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็น การฝึกนั่งสมาธิ การนวดเพื่อผ่อนคลายเครียด การให้บริการตัดผมฟรีแก่สมาชิก การฝึกการบรรยายทางวิชา การเกี่ยวกับโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีก็การจัดโครงการศึกษาดูงานตามสถานที่ต่างๆ เพื่อพักผ่อน พร้อมทั้งสอดแทรกกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ รวมถึงยังมีการทำประโยชน์แก่สังคม โดยการเป็นวิทยากรรับเชิญบรรยายตามที่ต่างๆ เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคเอดส์หรือการจัดตั้งกลุ่มชมรมหมู่บ้านพลก ที่เริ่มจากการมานั่งคุยกันที่คลินิกสำนักงานป้องกันเขต 12 ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งในระยะแรกจะเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งในแง่ของสภาพจิตใจ โดยมีเป้าหมายในการเพิ่มความมั่นใจในศักยภาพในการจัดการชีวิตของตนเอง และขยายลงสู่พื้นที่การทำงานของพวกเขา ยิ่งสร้างศักยภาพในการจัดการกับชีวิตตัวเองได้มากเท่าใด จะยิ่งมีผลต่อการผลักดันประเด็นการต่อสู้ของเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

ด้วยพื้นฐานทัศนคติ และความเชื่อมั่นในศักยภาพการเรียนรู้ในตัวสมาชิก ทางเครือข่ายจึงได้จัดกระบวนการพัฒนาศักยภาพ เช่น การอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้องกับทักษะการเป็นนักจัดกระบวนการเรียนรู้ และยังสามารถสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง โดยมีการประชุมทุก 3 เดือน เพื่อการติดตามงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนประสบการณ์การดูงานพื้นที่อื่น ซึ่งการที่

เจ้าหน้าที่พื้นที่หนึ่งไปลงพื้นที่ช่วยงานของพื้นที่อื่นมีผลดีในแง่ของการจัดความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มคนทำงาน เพราะกระบวนการนำคนมาพบปะพูดคุยถกเถียง ได้นำไปสู่การปะทะสังสรรค์ และการได้พบกลุ่มคนที่หลากหลาย รวมถึงได้แลกเปลี่ยนแง่มุมใหม่ๆ กับนักจัดกระบวนการ จึงเป็นการพัฒนาทั้งความรู้ และความสัมพันธ์ภายในขบวนการ ซึ่งแน่นอนว่าจะส่งผลต่อการบริหารจัดการโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังมีการร่วมวิเคราะห์วางแผนให้ผู้นำชุมชนกลุ่มต่างๆ เข้าร่วมวิเคราะห์สุขภาพของคนในชุมชน การทำงานร่วมกับกลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองคักรท้องถิ่นเป็นกลไกประสานสนับสนุน อาทิ การบริหารจัดการโครงการแบบหุ้นส่วน:เพื่อนแห่งการงาน และชีวิต

(7) สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลภายในองค์กร

องค์ประกอบสำคัญอีกประการที่เป็นตัววัดคุณค่าความเป็นประชาธิปไตย คือ การเปิดโอกาสให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารภายใน การมีส่วนร่วมภายในองค์กรต้องมีการสื่อสารที่เข้มข้นในแง่การกระจายข้อมูล รวบรวมการตัดสินใจ และการตัดสินใจยุทธศาสตร์ เช่น การประชุมเพื่อปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในช่วงการเคลื่อนไหว อาทิ การประท้วง FTA จะมีการประชุมประเมินผลทุกวันในกลุ่มแกนนำ จากนั้นจะแจ้งให้สมาชิกทราบเพื่อหลีกเลี่ยงการประชุมที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็นและอาจเป็นการประชุมที่มีระดับสูงขึ้น และการเป็นผู้แทน (delegation) คณะกรรมการระดับนโยบายที่ดูแลยุทธศาสตร์ และดูแลเวทีหลักการประชุมจะมีตัวแทนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และจากเครือข่ายพันธมิตรอื่นเพื่อตัดสินใจร่วมกัน โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะมีนายนิมิตร เทียนอุดม และประธานเครือข่ายเป็นผู้แทน ส่วนอีก 10 องค์กร ฝ่ายประสานงานข้อมูลจากเครือข่ายสู่ภายนอก และนำข้อมูลการเสนอข่าวของสื่อมวลชนกลับสู่องค์กร โดยจะมีการประเมินข้อมูลร่วมกันทุกวันการประชุมเคลื่อนไหวใช้อินเทอร์เน็ตในการสื่อสารระหว่างกัน มีคณะกรรมการที่เป็นโฆษกเฉพาะจำนวน 3 คน ที่กำหนดสื่อสารประเด็นสู่สาธารณะอย่างต่อเนื่อง ส่วนการสื่อสารภายในองค์กรต่อเนื่องเป็นแผนระยะยาว คือ การประชุมระดับคณะกรรมการยุทธศาสตร์ในพื้นที่ การประชุมระดับชาติจะกำหนดประชุมปีละ 2 ครั้งเพื่อทบทวนยุทธศาสตร์ระดับแกนนำร่วมกัน และแกนนำต้องกลับไปพื้นฐานพื้นที่ของพวกเขาเพื่อหารือ สื่อสารกับสมาชิกระดับพื้นที่ที่มีหน้าที่ระดมการเคลื่อนไหว ในขณะที่สมาชิกได้อธิบายถึงความยากลำบากในการนำประเด็นสื่อสารสู่ระดับสมาชิกโดยสมาชิกรุ่นใหม่ที่แทบไม่มีประสบการณ์ร่วมกับการเคลื่อนไหวในระยะแรกในช่วงยังไม่มียาต้าน

ความเป็นตัวแทนของเครือข่ายไม่เคยถูกตั้งข้อสงสัยเพราะเป็นการทำงานร่วมกันมาเป็นระยะเวลานาน แต่ในส่วนของความสามารถ หรือที่มาของการคัดเลือกแกนนำเข้ามาทำงานยังเป็นปัญหาในแง่การเคลื่อนวิสัยทัศน์ไปพร้อมๆ กัน

“ แกนนำในจังหวัดยังมีปัญหา บางคนไม่ได้เก่งมากแต่เราไม่มีตัวเลือกมากนัก อาทิ จ.น่าน มีปัญหาการทำงานแบบระบบราชการ การประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเราก็มีการใช้วิธีการประสานกับสมาชิกในระดับกลุ่มเพื่อให้มีการลองปรับเปลี่ยนการบริหารงาน ยังต้องชี้ประเด็นให้เห็นจากระดับคณะทำงานที่มهنุณเสริม ซึ่งหลังจากเราชี้ให้เห็นประเด็น ต่อมาสมาชิกเขาก็สามารถมองปัญหาออก ทำให้ต่อมาเขาปรับโครงสร้างองค์กรเขาตัวเอง มีการเลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหม่เข้ามาดูแลเครือข่ายจังหวัดเพื่อให้การทำงานมันขับเคลื่อนไปได้”

(ชนกร วังฐาน, สัมภาษณ์ 2 กุมภาพันธ์ 2557)

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงที่การผูกพันของระดับปัจเจกเกิดขึ้นในช่วงการระดมพลังสูงสุด McAdam (1982:48) บอกว่าความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของสมาชิก (solidarity) และขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สมาชิกมีการตระหนักรู้ถึงความจำเป็นในการต่อสู้ร่วมกัน (cognitive liberation) สมาชิกได้มีการเตรียมความพร้อมให้สมาชิกมีการพัฒนาจิตสำนึกเพื่อตั้งให้สมาชิกเข้าร่วมในการขบวนการ สมาชิกจะมีการเตรียมพร้อมด้านข้อมูล และสภาพจิตใจ เมื่อถูกตอบโต้เครือข่ายได้สร้างกระบวนการพัฒนาจิตสำนึกให้กับสมาชิกอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการเคลื่อนไหวเป็นกิจกรรมสำหรับระดมสมาชิกและกิจกรรมการต่อรอง เป็นการสร้างกระบวนการสร้างการเรียนรู้ภายในให้กับสมาชิก ทำให้เกิดการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน (solidarity) และมีความยึดมั่นผูกพัน (commitment) ต่อเป้าหมายและแนวทางการเคลื่อนไหวของขบวนการ เช่น การบุกยึดรัฐสภา สร้างพลังต่อรองได้อย่างต่อเนื่อง เพราะได้สร้างกระบวนการพัฒนาจิตสำนึกในการต่อสู้ให้กับสมาชิกอย่างเพียงพอนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่มุ่งให้สมาชิกได้ตระหนักรู้ถึงความหมาย คุณค่าของการรวมพลังกัน เช่น ครบรอบ 10 ปีดีดีไอ จัดให้มีการชุมนุมที่หน้ากระทรวงสาธารณสุข การเสวนาครบรอบที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.4.2 การตระหนักรู้ด้านสิทธิ

การรับรู้เกี่ยวกับการมีสิทธิความเท่าเทียมกันในเบื้องต้นนั้นเป็นผลสะท้อนจากการดำเนินการของเครือข่าย เพื่อสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อที่รับรู้อัตลักษณ์ของตนเองผ่านสังคมจากที่เคยถูกตีตราว่าไร้ค่าไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ใหม่จากกลุ่มแกนนำ โดยเริ่มจากการสร้างกรอบโครง “ความเป็นคนเหมือนกัน” ในระยะแรกของการเคลื่อนไหวในขบวนการ เพื่อให้ผู้คนเห็นใจ และเข้าใจความคับข้องใจของผู้ติดเชื้อ โดยให้ผู้ติดเชื้อเองรับรู้พื้นที่ชีวิต (life space) (Snow and Bendford 1992:137) ในการสัมพันธ์กับส่วนอื่นๆ ในสังคม ดังที่ เฉลิมชัย เพื่อนบัวผัน เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ ประเทศไทย ได้กล่าวในระหว่างการประชุมภาคประชาชน ประสานเสียงวิพากษ์รัฐธรรมนูญ ในเวทีประชาธิปไตยประชาชน เพื่อสะท้อนถึงฐานคติในประเด็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า ผู้อยู่ในขบวนการไม่ได้คิดว่าพวกเขาเป็นปัญหาอีกต่อไปในแง่ตัวตน แต่เป็นการสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคมกับสิทธิที่พึงมีพึงได้ตามหลักรัฐธรรมนูญ ซึ่งเริ่มมีความชัดเจนจากการวางกรอบโครงการต่อสู้ที่ตั้งทิศทางในการแก้ไขปัญหาคือหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิว่า

“กล่าวย่อในประเด็นเรื่องความเท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิของประชาชนว่า ในรัฐธรรมนูญฉบับนี้ ไม่มีการพูดถึงระบบสาธารณสุข แต่ระบุว่ารัฐต้องให้การช่วยเหลือเรื่องการเข้ารับบริการทางสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้ ซึ่งนับได้ว่า การระบุนำถึง “ผู้ยากไร้” นั้น เป็นความล้มเหลว เพราะทุกคนมีสิทธิในการรักษาที่เท่าเทียมกัน จึงเสนอให้ตัดคำว่า ผู้ยากไร้ออก”

(เฉลิมชัย เพื่อนบัวผัน, ประชาไท 2550)

ทั้งนี้ หากเราย้อนดูความเป็นมาของการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ พวกเขาเริ่มเปลี่ยนการรับรู้ปัญหาอย่างชัดเจนมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ “พื้นที่เครือข่าย” โดยการกำหนดเป็นรูปธรรมจากการประชุมระดับแกนนำเครือข่ายที่สมาชิกพบว่า พวกเขาเริ่มทยอยเสียชีวิตกันอย่างต่อเนื่อง แกนนำในแต่ละภาคได้ร่วมสรุปปัญหาจน นำไปสู่การกำหนดกรอบโครงประเด็นหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ (right frame) ว่าพวกเขามีสิทธิเท่าเทียมกับทุกคนในสังคมที่จะได้รับการดูแลจากรัฐ ที่เป็นสิทธิในการเข้าถึงยา อันเป็นกรอบที่ขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อเริ่มสร้างการให้ความหมายต่อประเด็นการต่อสู้ของ

พวกเขา ‘หมายถึงการรับรู้ว่าเป็นสภาพการณ์ที่ผิดปกติซึ่งเป็นเรื่องการเมือง ไม่ใช่เรื่องส่วนตัวของใครคนใดเท่านั้น’ (Klandermans1988:179)

กรอบโครงสร้างการก่อตัวของการสร้างอัตลักษณ์สำคัญต่อผู้ติดเชื้อ โดยมีการตีความหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิให้ครอบคลุมถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล เข้าถึงการรักษา จากแนวคิดเดิมของรัฐที่ตีกรอบความหมายพวกเขาเป็นกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงแต่เพียงมิติเดียว

ตารางที่ 5.2 กรอบการมองปัญหาเอชไอวี

ประเด็น	มุมมองชุมชน	มุมมองรัฐ
การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ ผู้ป่วย และผู้ได้รับผลกระทบ จากเอตส์	- เน้นไปที่การสนับสนุนเป็ยั้งชีพ - ภายใต้วิธีคิดดั้งเดิม ที่มองว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ คือ ผู้ที่ น่าสงสาร น่าเห็นใจ ไม่มี ความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล	ในขณะที่ภาครัฐ มุ่งเน้นไปที่ ประเด็นของการเข้าถึงการดูแล รักษา
ป้องกันการติดเชื้อราย ใหม่	-วางกลุ่มเป้าหมาย มักจะเป็น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ กลุ่ม เยาวชน กลุ่มความหลากหลายทาง เพศ และกลุ่มพ่อบ้านแม่บ้าน	-สงสาร ประชาสัมพันธ์ให้เกิด ความหวาดกลัว

ผลสะท้อนจากการสร้างอัตลักษณ์นำไปสู่การเข้าร่วมเคลื่อนไหวทางสังคมของกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ เพื่อพัฒนาบทบาทของตนในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานด้านเอตส์และการทำงานกับชุมชนในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากขึ้นและเริ่มมองเห็นและเข้าใจว่า การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอตส์ มิได้จำกัดบทบาทตัวเอง

“ที่เริ่มทำงานกับผู้ติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกของการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วในภาคเหนือ ตอนแรกทุกคนก็มาทำงานร่วมกัน เรียนรู้ร่วมกัน ผู้ติดเชื้อหลายคนอย่าง สุทธิทัศน์ สุรีย์ พวกนี้ แรกๆก็มาเริ่มทำงานด้วยกันใหม่ๆ จากไม่รู้อะไรเลย ช่วงนั้นเราเน้นการทำงานกับชุมชน ลง

ทำความเข้าใจกับกลุ่มผู้หญิงในภาคเหนือตอนบน ต้องกินๆนอนๆตามหมู่บ้าน อบรมสร้าง กลไกในชุมชนให้เข้าใจร่วมกัน พอได้สัมผัสงาน มีประสบการณ์มากขึ้น อย่างสุธีทัศน์เขาเก่ง เรื่องชุมชน การประสานกับผู้คน เขาก็เริ่มทำงานกับหน่วยงานอื่นได้ด้วยตัวเอง คิดงานเอง ประสานเอง ซึ่งน่าประทับใจมากกว่าวันแรกที่เจอกันที่สำนักงาน เขาไม่มีแววตาความหวังอะไรหลงเหลืออยู่เลยนะ แต่ตอนนี้ดูดี แข็งแรง สดใส ดูไม่ออกเลยว่าเป็นผู้ติดเชื้”

(สุภาพร ถิ่นวัฒนากุล, สัมภาษณ์ 1 กุมภาพันธ์ 2557)

เมื่อสามารถจัดการปัญหาด้วยตนเองเองก็สามารถที่จะก้าวขึ้นมาเป็น “เพื่อนร่วมงาน” หรือ เป็นสมาชิกของ “ทีมงาน” หรือ เป็น “แกนนำ” ในการขับเคลื่อนการทำงานด้านสุขภาพของชุมชน และสนับสนุนให้ชุมชนมีการจัดการปัญหาเอคส์ด้วยตนเองได้ อาทิ โครงการให้ความรู้เยาวชนไกลจาก เชื้อเอชไอวี/เอดส์ โครงการชุมชน-วัดร่วมใจแก้ไขปัญหาเอชไอวี ในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ น่าน และพะเยา เป็นต้น

5.4.3 การจรรโลงประชาธิปไตย (Democratization)

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้สร้างผลสะท้อนในแง่ของการจรรโลงประชาธิปไตยในเชิงคุณภาพ ซึ่งก้าวไปไกลกว่าประชาธิปไตยตัวแทนแบบเดิมในสถาบัน ด้วยการท้าทายอำนาจรัฐ และทำให้เกิดความเป็นประชาธิปไตย การตรวจสอบการรับผิดชอบทางการเมือง (Democratization and accountability) และการสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วม และการปรึกษาหารือ รวมทั้งยังเป็นการทำให้สถาบันในต่างประเทศมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นด้วยการท้าทายองค์กรรัฐบาลระดับนานาชาติ สถาบันทางกฎหมายระหว่างประเทศ รวมถึงการทำให้ระบบระหว่างประเทศให้มีความเป็นประชาธิปไตย (Democratizing the international system) ทั้งนี้ ผู้วิจัยมองว่า เราสามารถสะท้อนผลสะท้อนในการจรรโลงประชาธิปไตยได้ชัดเจนที่สุดผ่านการอธิบายด้วยกรณีตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

(1) พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้นำไปสู่การเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้ป่วย โดยเฉพาะ การเข้าถึงยารักษา อาทิ การเคลื่อนไหวผลักดันขอรอรวมยาต้านไวรัสเอดส์ไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน

หน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกโรค ที่ประสบความสำเร็จโดยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตรตอบรับอนุมัติในปี พ.ศ.2548 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับสิทธิในการรักษาในปริมาณค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากการผลักดัน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ ที่เป็นจุดเริ่มต้นของเส้นทางการปฏิรูปครั้งสำคัญที่สุดในประวัติศาสตร์ระบบบริการสาธารณสุขไทย เพราะพลิกเปลี่ยนสถานะบริการสาธารณสุขจาก ‘สงเคราะห์’ ไปเป็น ‘สิทธิ’ ของประชาชน และเปลี่ยนผ่านความสัมพันธ์ทางอำนาจแนวดิ่งที่ผู้ให้บริการถือครองอำนาจเหนือกว่าผู้รับบริการ ไปสู่ความสัมพันธ์เชิงพหุสัญญาที่ฝ่ายแรกมีหน้าที่ให้บริการประชาชนาง เช่น ในปี พ.ศ.2555 กระบวนการจัดทำคำของบประมาณหรืองบเหมาจ่ายรายหัวที่ออกแบบไว้ให้ต้องมีการเสนอคณะรัฐมนตรี สำหรับงบประมาณปี พ.ศ.2555 นั้น ทางคณะทำงานเคลื่อนไหวประเด็นนี้ได้เจรจากับรัฐบาลแทนการเจรจากับสำนักงบประมาณ โดยได้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวเพิ่มมาเกือบ 5,000 ล้านบาท สะท้อนให้เห็นการออกแบบกระบวนการทำงานที่ทำให้ระบบการของบประมาณของ สปสช. มีสิทธิพิเศษในการเจรจาท่องกับภาคการเมือง และการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันงบประมาณ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ พ.ร.บ.นี้ มีอำนาจกดดันให้ภาคการเมืองต้องให้การสนับสนุน

(2) รัฐธรรมนูญปี 2540 และ 2550

รัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 กำหนดให้สิทธิด้านการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชน (มาตรา 52 และ 82) รวมถึงได้ออกแบบโครงสร้างทางการเมืองที่เอื้อให้เกิดรัฐบาลเข้มแข็งและมีภาวะผู้นำ สามารถผลักดันนโยบายขนาดใหญ่ เงื่อนไขดังกล่าวเมื่อประกอบกับกระแสสำนึกสิทธิของประชาชนที่เข้มข้นภายหลังการปฏิรูปการเมือง ทำให้แนวร่วมผลักดันระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้เริ่มปฏิบัติการผลักดันข้อเสนออย่างจริงจัง

การผลักดันของเครือข่ายอย่างจริงจังส่งผลให้ในช่วงก่อนการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พ.ศ.2544 พรรคไทยรักไทยได้ขานรับแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาบรรจุเป็น 1 ใน 9 นโยบายหาเสียงหลัก ภายใต้ชื่อโครงการ ‘30บาทรักษาทุกโรค’ ต่อมาเมื่อชนะการเลือกตั้งอย่างเด็ดขาดในปี พ.ศ.2544 ทาง พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีก็ได้นำนโยบายดังกล่าวมาพัฒนาและผลักดันร่วมกับกลุ่มแพทย์ชนบทอย่างจริงจัง จนสามารถผ่านพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ออกมาบังคับใช้ได้สำเร็จในที่สุด

สำหรับรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 ได้มีการอ้างสิทธิบนหลักการรัฐธรรมนูญ ซึ่งมีความหมายชัดเจนว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในฐานะมนุษย์ที่อยู่ในประเทศไทยย่อมได้รับการคุ้มครองสิทธิ ซึ่งเป็น การผิดกฎหมายสูงสุดหากมีการล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชนประเด็นนี้ต่อผู้ติดเชื้อ ดังใจความสำคัญของ มาตรา 4 ในรัฐธรรมนูญว่า

“สิทธิด้านสุขภาพและสิทธิในการดำเนินชีวิตนับเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของ ทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยและได้รับการรับรองสิทธิตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 4 บัญญัติว่า “ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ของบุคคลย่อมได้รับการคุ้มครอง” ประกอบกับมาตรา 30 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมเสมอกันใน กฎหมายและได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล เพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อ ชาติภาษาเพศอายุความพิการสภาพทางกายหรือสุขภาพสถานะของบุคคลฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคมความเชื่อทางศาสนาการศึกษาอบรมหรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อ บทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญจะกระทำมิได้”

(รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550)

(3) ศูนย์บริการแบบองค์รวม

ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานกับโรงพยาบาล ในรูปแบบ “ศูนย์องค์รวม” ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการยกระดับการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบ หลักประกันสุขภาพในโรงพยาบาล ผ่านการเป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการ สาธารณสุข ที่ประกอบด้วยตัวแทนฝ่ายต่าง ๆ คือ แพทย์ พยาบาล คณะให้คำปรึกษา อันนำไปสู่การ มีสิทธิในการร่วมรักษาที่ช่วยพัฒนาประชาธิปไตยในแง่ของการทำงานในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด ที่มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างแกนนำ และกลุ่มผู้ติดเชื้อที่พร้อมให้บริการ บริการ ให้ข้อมูลการดูแลรักษาสุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและ ชุมชน หรือการติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

(4) การมีส่วนร่วมตรวจสอบระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตามมาตรา 50 (5) แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้มีหน่วยงานรับเรื่องชี้แจง ประสาน แก้อำนวยเหลือ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามสิทธิหรือประสานส่งต่อเรื่องร้องเรียนไปตามกระบวนการที่คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ซึ่งนับเป็นกลไกการคุ้มครองสิทธิที่เปิดโอกาสให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วมสร้างความเข้าใจ และคลี่คลายปัญหาการให้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพ

ภาคประชาชน และ NGOs ที่ทำงานด้านเอชไอวีบางกลุ่ม ได้แปรสภาพตัวเองกลายเป็นหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน และเพื่อที่จะส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน องค์กรประชาชนได้มีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณสุข ลักษณะของหน่วยรับเรื่องร้องเรียนตามมาตรา 50 (5) ต้องไม่เป็นหน่วยบริการหรือไม่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด รวมถึงไม่เป็นหน่วยงานในสังกัดหน่วยบริการ ที่ผ่านมาหน่วยรับเรื่องร้องเรียนฯ มาตรา 50 (5) ที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ในปัจจุบันมี 45 แห่งทั่วประเทศ

นอกจากนี้ ยังมีการตรวจสอบการพยายามขัดขวางระบบหลักประกันสุขภาพ เช่น ในวันที่ 11 มกราคม พ.ศ.2554 องค์กรภาคเอกชนและอดีตชมรมแพทย์ชนบท เปิดเผยว่า กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ เตรียมเข้าสู่คณะกรรมการ สปสช. อีก 12 ชุด เพื่อยึดครองกำหนดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบเบ็ดเสร็จตามแผนขั้นที่หนึ่งที่น่าไปสู่การล้ม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และยังกล่าวว่ามี การปิดห้องปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประชุมลับระหว่าง นพ.ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ นายทุนพรรคเพื่อไทย และนพ.เอื้อชาติ กาญจนพิทักษ์ ผู้แทนสมาคม รพ.เอกชน เพื่อจัดตั้ง คณะอนุกรรมการการเงินการคลัง ซึ่งเป็นคณะอนุกรรมการที่มีความสำคัญที่สุดของบอร์ด สปสช. เนื่องจากเป็นผู้เสนองบประมาณเหมาจ่ายรายหัวและการจัดสรรงบ สปสช. ให้แต่ละพื้นที่ (อารักษ์ วงศ์วรชาติ ,ประชาไท 13 มกราคม 2555)¹⁸

(5) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติถือเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการสนับสนุนการทำงาน ของเครือข่ายในประเด็นสิทธิผู้ติดเชื้อ เช่น ในวันที่ 25 กรกฎาคม 2557 ทางคณะกรรมการสิทธิ

¹⁸ ประชาไท ,<http://www.prachatai.com/journal/2012/01/38722>

มนุษยชนแห่งชาติ (กสม.) ได้มีการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนกรณีการกำหนดให้บุคคลตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นเงื่อนไขในการสมัครเข้าทำงาน และมีมติว่า การที่นายจ้างทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน กำหนดให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และใช้เป็นเงื่อนไขในการจ้างงานถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยเป็นการละเมิดต่อสิทธิในร่างกายหากไม่ได้รับการยินยอมของบุคคล ซึ่งการกระทำดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อบุคคล ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม การตีตราตัวเอง (self-stigma) และส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนั้น คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติจึงขอให้นายจ้างทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนองค์กรอิสระและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจต่างๆ คำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน โดยไม่กำหนดให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเป็นเงื่อนไขในการรับสมัครงาน และหากบุคคลใดได้รับการกระทำในกรณีเช่นดังกล่าวนี้ สามารถร้องเรียนไปยังคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติได้

และยังมีกรณีที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติลงพื้นที่ตรวจสอบปัญหาการทำประชาตติของหมู่บ้านชาวชุมชนหลังเนิน หมู่ที่ 3 ตำบลหนองปรือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในวันที่ 19 ธันวาคม พ.ศ.2557 เพื่อต้องการให้มูลนิธิกระท่อมพระสิริ ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีผู้ติดเชื้ออยู่ประมาณ 40 คน ย้ายที่ตั้งศูนย์ออกจากชุมชนดังกล่าวไปอยู่พื้นที่อื่น เนื่องจากเกรงจะมีปัญหาส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชุมชน โดยเสียงของประชาตติไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมในชุมชน ขณะที่มติของคณะกรรมการสิทธิได้เรียกร้องให้รัฐบาลหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนทุกฝ่าย ต้องร่วมมือกันส่งเสริม ปกป้อง และคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบนพื้นฐานของความเข้าใจ และเคารพสิทธิมนุษยชนของกันและกัน จึงขอเรียกร้อง และมีข้อเสนอให้ดำเนินการโดยมีมาตรการเร่งด่วน

(6) CL ยว

การเคลื่อนไหวในประเด็น CL ยวของเครือข่ายถือเป็นวิธีการสร้างการสนับสนุนจากเครือข่ายข้ามชาติระหว่างกลุ่มขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม จนสามารถต่อสู้กับบริษัทขนาดใหญ่ โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายขบวนการเพื่อสังคมนักวิชาการ และตัวแสดงที่หลากหลายจากทั่วโลก อาทิ บิล เกตส์ เจ้าของธุรกิจข้ามชาติระดับโลก และมูลนิธิบิล คลินตัน องค์กรการกุศลที่มีชื่อเสียง เป็นต้น ทำให้การรณรงค์ได้รับชัยชนะในที่สุด และทำให้ประเทศไทยกลายเป็นกรณีตัวอย่างจากการใช้ข้อมูลข่าวสารการสร้างประเด็นการต่อสู้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และได้รับพลังสนับสนุนที่กว้างขวาง โดยพบลักษณะเด่นของขบวนการทางสังคมข้ามพรมแดนใน 4 ประการที่ทำให้ประสบความสำเร็จ คือ ประการแรก การเข้าร่วมของผู้กระทำการที่แตกต่างหลากหลาย ประการที่สอง

การแบ่งงานกันในเชิงยุทธศาสตร์ ประการที่สาม การตอบสนองเพื่อเผชิญกับความกดดันกรณีการประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาหรือซีแอล และประการที่สี่ ความต่อเนื่องของการรณรงค์

การเคลื่อนไหวเสนอการทำ CL ยาให้กับรัฐบาลในปี พ.ศ.2549 และ 2550 เป็นการผลักดันมาตรการยืดหยุ่นกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาตามที่ประชุมสมาชิกองค์การการค้าโลกที่กรุงโตโฮได้กำหนด “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL) เพื่อให้อำนาจแก่ประเทศสมาชิกในการผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาชื่อสามัญที่ติดสิทธิบัตรได้หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วนหรือเกิดวิกฤติด้านสาธารณสุขขึ้นในประเทศ ทำให้ต่อมามีการประกาศการทำซีแอลกับยาด้านไวรัสสูตรพื้นฐานเอฟฟาไวเรนซ์ (efavirenz) หรือชื่อทางการค้าว่าสต็อกริน (Stocrin) ของบริษัทเอ็มเอสดี (29 พฤศจิกายน 2549) ; ยาด้านไวรัสสูตรสำรองโลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ (lopinavir/ritonavir) หรือชื่อทางการค้าว่าคาเลทรา (Kaletra) ผลิตโดยบริษัทแอสบอต (24 มกราคม 2550) และโคลพิโดเกรล (clopidogrel) หรือชื่อทางการค้าว่าพลาวิกซ์ (Plavix) ผลิตโดยบริษัทซาโนฟิอเวเนดิส (25 มกราคม 2550) เป็นกรณีไทยได้รับการยอมรับไปทั่วโลก ดังที่สมาชิกเครือข่ายกล่าวว่า

“ไทยได้รับเสียงชื่นชมจากทุกสารทิศทั่วโลกต่อการที่ไทยได้แสดงให้เห็นถึงสิทธิของการมีชีวิตของประชาชนอยู่เหนือผลประโยชน์การค้า, บริษัทยาดันแบบยอมลดราคาลงมากกว่าร้อยละ 70 ให้กับทุกประเทศและอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญมีแรงจูงใจที่จะผลิตเพื่อแข่งขันให้ยามีราคายิ่งถูกลงเพราะมองเห็นตลาด”

(กรณีการ กิจติเวชกุล, 2550)

(7) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 เป็นพื้นที่ทางการเมืองใหม่ของเครือข่ายที่ใช้เรียนรู้ที่ในการเข้าไปต่อรองกับรัฐบาลในด้านนโยบาย ด้วยการเบนกลไกให้ทุกฝ่ายในสังคมทั้งภาครัฐราชการ ภาควิชาการ วิชาชีพต่างๆ องค์กรภาคประชาชน เอกชน และชุมชนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมใช้พื้นที่นี้สำหรับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพันธมิตรได้เข้ามาใช้พื้นที่นี้ เพื่อพยายามเข้ามาผลักดันนโยบาย ซึ่งประเด็นที่ได้รับความสนใจมากที่สุด คือ ประเด็นเขตการค้าเสรี โดยกรณีการใช้พื้นที่สมัชชาสุขภาพแห่งชาติของเครือข่ายที่น่าสนใจ มีดังนี้

ในการประชุมสมัชชา ครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2553 เครือข่ายพันธมิตรเสนอประเด็นว่า ข้อตกลงทางการค้ามีความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพ และมิติเชิงสังคม อาทิ การลดภาษีนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ รวมถึงการพยายามบีบให้ประเทศไทยคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา โดยเฉพาะทรัพย์สินความหลากหลายทางชีวภาพ และยารักษาโรคที่อาจกระทบกับยารักษาเอชไอวี/เอดส์ จึงมีมติที่ประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในเบื้องต้นที่ทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่า จำเป็นต้องมีการศึกษาผลกระทบอย่างรอบด้าน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังจากทำข้อตกลง FTA ไปแล้ว แต่เนื่องจากมตินี้มีปัญหาในทางปฏิบัติ และมีความแตกต่างทางด้านแนวคิด หลายหน่วยงานมีการทำหนังสือคัดค้าน จึงทำให้ไม่มีการพิจารณาต่อเนื่อง

ในการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ.2556 เห็นว่า ควรให้มีการทบทวน และพัฒนามติอีกครั้ง ซึ่งที่ผ่านมาคณะทำงานได้เชิญทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมหารือ ทั้งหน่วยงานรัฐ และภาคเอกชน อาทิ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ คณะกรรมการร่วมภาคเอกชน 3 สถาบัน รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชน (เอ็นจีโอ) เพื่อทบทวนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและสังคมจากการค้าเสรีระหว่างประเทศ

ในระเบียบวาระที่ 8 ของการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 พ.ศ.2557 ทางสมัชชาสุขภาพแห่งชาติกำหนดว่า ให้การเจรจาจัดทำข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างประเทศ และ FTA ต้องมีการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) ก่อน เพราะการเจรจาจัดทำสนธิสัญญาหรือความตกลงระหว่างประเทศถือเป็นนโยบายสาธารณะประเภทหนึ่ง ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน จึงควรมีการศึกษาอย่างรอบคอบรอบด้าน (หนังสือพิมพ์ประชาชาติธุรกิจ ฉบับวันที่ 6 - 8 ม.ค. 2557)

ข้อมูลในวาระของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้กลายเป็นการรับรองข้อมูลของเครือข่ายภาคประชาชนว่าการเจรจาเอฟทีเอระหว่างไทยกับสหภาพยุโรป ซึ่งเจรจาไปแล้ว 3 รอบนั้น ถูกกำหนดโดยฝ่ายนโยบายให้เป็นไปด้วยความเร่งรีบเพื่อสามารถต่อสิทธิ GSP ได้ทันต้นปี พ.ศ.2559 จึงกำหนดร่วมกับทางสหภาพยุโรปให้เจรจาให้เสร็จเพียง 7 รอบ ใช้เวลาทั้งสิ้นเพียงหนึ่งปีกว่าเท่านั้น ทั้งที่การเจรจาดังกล่าวเป็นข้อตกลงเอฟทีเอที่มีเนื้อหาครอบคลุมกว้างขวางมากที่สุดเท่าที่ไทยเคยเจรจามา และมีหลายหัวข้อที่ไทยไม่เคยเปิดเจรจาในความตกลงอื่นมาก่อน เช่น ทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวข้องกับ

ยา และความหลากหลายทางชีวภาพ การจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ และการคุ้มครองการลงทุน ดังนั้น เครือข่ายจึงมองว่า การเร่งเจรจาเพียงเพื่อหวังให้ได้ต่อสิทธิ GSP ทำให้ผู้เจรจาฝ่ายไทยตกเป็นฝ่าย เสียเปรียบอย่างมาก

5.5 บทสรุป

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้นำไปสู่การสร้างผลสะท้อนต่อประเทศไทยใน หลากหลายประเด็น ทั้งในประเด็นระดับชาติ และในระดับพื้นที่ชุมชนอย่างที่ไม่เคยปรากฏมาก่อน โดยสามารถแบ่งได้ออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นแรก ผลสะท้อนในระดับนโยบาย ประเด็น ที่สอง ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธภาพทางอำนาจ ประเด็นที่สาม ผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม และประเด็นสุดท้าย ผลสะท้อนที่มีความ เชื่อมโยงกับประชาธิปไตย ทั้งนี้ ผลสะท้อนทั้งสี่ยังได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของขบวนการในแง่ การสร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างให้กับระบบการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมของไทยอีกด้วย

สำหรับผลสะท้อนในระดับนโยบายได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการ นโยบายสาธารณะของรัฐบาลใน 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไป ปฏิบัติใช้ การประเมินนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย ที่ถือได้ว่า เครือข่ายได้เข้าไปมี ส่วนร่วมในแทบทุกขั้นตอน และสามารถผลักดันข้อเสนอในเชิงนโยบายได้อย่างเต็มที่ ทั้งประเด็นการ เรียกร้องสิทธิ และการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี การกดดันไม่ให้มีการบังคับตรวจเลือดในสถานที่ ทำงานซึ่งสะท้อนการเปลี่ยนฐานคิดแบบใหม่ที่จะต้องให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามหลัก สากล การเคลื่อนไหวทำให้ผู้ติดเชื้อ และผู้คนที่อยู่ภายนอกขบวนการ เกิดสำนึกสาธารณะ ในขณะที่ผู้ ติดเชื้อก็มีความปรารถนาจะจัดการชีวิตสาธารณะกันเอง โดยการตั้งเอาอำนาจการจัดการคืนมาจากการ จัดการโดยรัฐ ในรูปของการเข้าไปขอแก้ไขกฎหมาย พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพ และการเข้าร่วม คณะกรรมการจัดแผนยาแห่งชาติ เป็นต้น

ขณะที่ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธภาพทางอำนาจ ได้ สร้างพื้นที่ใหม่ให้กับเครือข่ายในการเข้าไปมีบทบาทต่อรอง และทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีความ เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหน่วยงานภาครัฐในระดับชาติ และท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายให้มีความหลากหลายใน ปฏิบัติการเคลื่อนไหว และการส่งเสริมการสร้างความสำเร็จในประเด็นเอชไอวีให้กับภาคส่วนอื่นๆ ของสังคมรับรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

ส่วนผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคมได้นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในแง่องค์กร ทั้งในแง่ของการเปิดรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกระดับพื้นที่ และการเสริมพลังให้แก่สมาชิกภายในเครือข่าย ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สมาชิกภายในองค์กรมีความสามารถในการในการทำงานในระดับแกนนำ และสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวผ่านการสร้างกระบวนการยอมรับตนเอง ทั้งนี้ ผลสะท้อนดังกล่าวจึงมีผลอย่างมากต่อสมาชิกเครือข่ายในระดับปัจเจก

ทั้งนี้ ประเด็นที่น่าสนใจ และนับเป็นผลสะท้อนที่มีผลอย่างมากต่อความสำเร็จของเครือข่าย คือ ผลสะท้อนที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย ผ่านสามลักษณะหลักๆ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การตระหนักรู้ด้านสิทธิ และการจรรโลงประชาธิปไตย อีกนัยหนึ่งเราอาจกล่าวได้ว่า ผลสะท้อนของเครือข่ายเป็นการสะท้อนผลสำเร็จของขบวนการด้วยเช่นกัน เพราะเป็นการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบในระดับต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย โดยเฉพาะด้านสิทธิมนุษยชน อันเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งยังสร้างผลกระทบต่อเนื่องที่เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพหรือสาธารณสุขไทยให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้นทั้งในเรื่องของสิทธิในการรักษา สิทธิในการเข้าถึงยา และสิทธิในตัวผู้ป่วย

บทที่ 6

สรุปผลการศึกษา

ในบทสุดท้าย ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์ในการมุ่งตอบคำถามการวิจัยทั้ง 3 ข้อ ด้วยการสรุปเนื้อหา และข้อค้นพบของวิทยานิพนธ์ ได้ค้นพบความสำคัญของเครือข่ายเป็นเครือข่ายที่ได้รับการยอมรับเป็นอย่างสูงทั้งในระดับชาติและระดับ การเคลื่อนไหวของเครือข่ายส่งผลสะท้อนทางนโยบาย เป็นต้นแบบขบวนการในประเทศอื่นๆ โดยในทางองค์ความรู้นั้น ผลการศึกษาคั้งนี้ขึ้นไปเพื่อต่อยอดความเข้าใจขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม และความสัมพันธ์ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับประชาธิปไตย

6.1 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 1

วิทยานิพนธ์นี้มีคำถามการวิจัยข้อที่ 1 คือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ คือใคร มีโครงสร้างองค์ประกอบตลอดจนลักษณะการรวมตัวของขบวนการฯ เป็นแบบใด โดยมีข้อค้นพบที่มีความสำคัญดังต่อไปนี้

จากการศึกษาวิจัย ได้พบว่า ในการนิยามเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นใครนั้น ได้พบว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อ หมายถึงขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ถูกล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชน และไม่ได้รับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาตามหลักการสิทธิขั้นพื้นฐาน โดยมีการรวมตัวกันของกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อในทุกภูมิภาคของประเทศครอบคลุมในระดับพื้นที่ตำบล จังหวัด ภาค ระดับชาติ มีการระดมทรัพยากรทั้งภายในองค์กรในการเคลื่อนไหวโดยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายองค์กรพันธมิตรที่มีทั้งภาคประชาชน ข้าราชการบางกลุ่ม และภาคเอกชน ซึ่งมีเป้าหมายเดียวกันในการต่อสู้เพื่อปกป้องสิทธิ สิทธิความเท่าเทียมในฐานะมนุษย์ สิทธิในการเข้าถึงยา และการได้รับสวัสดิการที่ดีจากรัฐ

ที่น่าสนใจ คือ เครือข่ายมีเป้าหมายในการเคลื่อนไหวที่เป็นพลวัต พิจารณาได้จากพัฒนาการในเป้าหมายของขบวนการ ดังนี้ ในช่วงแรกเครือข่ายมีเป้าหมายเพียงเพื่อรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อในการพูดคุยกัน จากนั้นจึงได้เริ่มตระหนัก และเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของพวกตนจากรัฐ รวมถึงเริ่มมีเป้าหมายในการผลักดันนโยบายหรือกฎหมายที่จะเอื้อต่อผลประโยชน์ของขบวนการ จนสามารถเข้าไปร่วมสร้างพื้นที่ในเชิงนโยบาย จนนำไปสู่การผลักดันนโยบาย และพัฒนาประเด็นไปสู่การก้าวข้ามประเด็นเอชไอวี และเปลี่ยนรูปการเคลื่อนไหวไปเป็นประเด็นโครงสร้างระบบสาธารณสุขของไทย ซึ่งเป็นการขยายฐานอุดมการณ์ร่วมว่าสิทธิเป็นประเด็นหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิที่ทุกคนควรมีโอกาสเท่า

เทียมกัน ซึ่งทำให้ประเด็นได้กลายเป็นประเด็นสาธารณะ และมีความเป็นสากลให้กับขบวนการในการสร้างเครือข่ายพันธมิตรที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

สำหรับโครงสร้าง และองค์ประกอบของขบวนการนั้น ประกอบไปด้วย 2 ส่วนหลักๆ คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นตัวแทนของแต่ละพื้นที่ และเครือข่ายพันธมิตรที่เข้ามาช่วยสนับสนุนการทำงาน ซึ่งมีกระบวนการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแกนนำกลุ่ม และสมาชิก โดยใช้ระบบการเลือกตั้งตัวแทนจากรดับกลุ่มขึ้นมาเป็นตัวแทนทำงานเชิงนโยบายร่วมกับสมาชิกภายในจังหวัดพื้นที่ของตนเอง ขณะที่ผู้นำเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีการแบ่งออกเป็น 3 ระดับชั้น คือ ระดับแรก ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ระดับที่สอง ระดับภาค ระดับที่สาม ระดับเครือข่ายระดับชาติ ทั้งนี้ เครือข่ายมีระบบการสร้างผู้นำตั้งแต่ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ผ่านการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญด้านการสื่อสาร และการจับประเด็น จากนั้นจึงจะถูกนำเสนอผ่านระบบการเลือกตั้งให้เข้ามาทำงานในระดับภาค และระดับชาติตามลำดับ

ทั้งนี้ ที่มาของการรวมตัวเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เกิดจากการที่องค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานภาครัฐได้สนับสนุนการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อตามโรงพยาบาล และตามชุมชน โดยมีการสร้างกระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อที่อยู่ในขบวนการ และมีการช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชน และงบประมาณจากต่างประเทศ จนทำให้องค์กรมีความเข้มแข็ง กระทั่งสามารถรวมตัวเพื่อเคลื่อนไหวกดดันรัฐบาลในประเด็นสำคัญ อาทิ การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี การยกเลิกสิทธิบัตรยากับบริษัทยา และการคัดค้าน FTA เป็นต้น

ขณะที่ลักษณะการรวมตัวของขบวนการนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า เครือข่ายเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมใน “แนวนอน” เนื่องจากมีลักษณะการทำงาน และการเคลื่อนไหวในรูปแบบเครือข่าย ที่ให้อำนาจการตัดสินใจกับสมาชิกตั้งแต่ระดับกลุ่มย่อย ระดับตำบล ระดับอำเภอ จนมาถึงระดับจังหวัด ส่งผลให้สมาชิกเกิดความรู้สึกว่า ตนเองมีส่วนร่วมในขบวนการอย่างแท้จริง เนื่องจากการตัดสินใจในการเคลื่อนไหวไม่ได้ขึ้นอยู่กับเฉพาะแกนนำเท่านั้น แต่จะมีกระบวนการตัดสินใจในรูปของคณะทำงาน ซึ่งมีการประสานการทำงานกับองค์กรพันธมิตร ทั้งกลุ่มพันธมิตรหลัก อาทิ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ที่เป็นองค์กรที่ปรึกษา และองค์กรหมอไร้พรมแดน (เบลเยียม) เป็นทีมให้ข้อมูลด้านวิชาการ และกลุ่มพันธมิตรที่เน้นการผลักดันนโยบาย โดยจะเข้ามาร่วมเคลื่อนไหวในบางประเด็น

โดยสรุปแล้ว ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในแนวนอน ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเมืองของเครือข่าย คือ ประชาธิปไตยจากฐานราก (Democracy from below) ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบการรวมตัว โครงสร้างองค์กร และกระบวนการตัดสินใจภายในขบวนการ ซึ่งการก่อตัว และการเคลื่อนไหวของเครือข่ายยังมีบทบาทและนัยสำคัญต่อการสร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกให้กับสมาชิกผู้ติดเชื้อใน 2 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นแรก ความเปลี่ยนแปลงในเชิงกฎหมาย ผู้ติดเชื้อได้เปลี่ยนสถานะจากการเป็นเพียงผู้ป่วยที่รอการสงเคราะห์จากรัฐไปสู่การเป็นผู้มีสิทธิที่เท่าเทียมกับผู้ที่ไม่ได้ติดเชื้อในสังคม ทั้งสิทธิในการรับการ

รักษา และสิทธิในการเข้าถึงยา ประเด็นที่สอง ความเปลี่ยนแปลงในเชิงสังคม ผู้ติดเชื้อได้เปลี่ยนสถานะจากบุคคลที่ถูกสังคมรังเกียจ และถูกปฏิบัติเป็นพลเมืองชั้นสองไปสู่การเป็นผู้ที่มีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อันสมควรได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม และเสมอภาคจากผู้อื่น

6.2 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 2

วิทยานิพนธ์นี้มีคำถามการวิจัยข้อที่ 2 คือ ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายเป็นอย่างไร มียุทธศาสตร์ยุทธวิธีและรูปธรรมในการเคลื่อนไหวอย่างไร โดยมีข้อค้นพบที่มีความสำคัญดังต่อไปนี้

ในการอธิบายว่า ปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายเป็นอย่างไรนั้น เราไม่สามารถอธิบายได้ โดยการสรุปรวบยอดลักษณะของปฏิบัติการเคลื่อนไหว เนื่องจากรูปแบบยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และรูปธรรมในการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีความเป็นพลวัตสูง คือ จะแปรผันไปตามพัฒนาการ และบริบทของประเทศ ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ทางผู้วิจัยจึงแบ่งการอธิบายปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายออกเป็นยุคต่างๆ โดยใช้เป้าหมายของขบวนการในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

ในยุคแรก ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย (พ.ศ.2538 – 2539) มีปฏิบัติการเคลื่อนไหวหลักๆ โดยเริ่มจากการสร้างเครือข่ายพันธมิตร เพื่อระดมทรัพยากรมวลชน และองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ ซึ่งสามารถให้คำปรึกษา และกำหนดแนวทางการเคลื่อนไหวอย่างเป็นระบบได้ รวมถึงยังมีการสร้างการเรียนรู้เกี่ยวกับเอชไอวีให้กับสมาชิกในเครือข่าย และสังคม เพื่อพัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้นำให้กับสมาชิกในเครือข่าย และสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับผู้ติดเชื้อในสังคมที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกเครือข่ายผ่านการสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหว เพื่อเป็นการสร้างแรงขับเคลื่อนสำคัญให้กับสมาชิกในการเคลื่อนไหวรวมตัวกันทำงานเป็นขบวนการ โดยในระดับแกนนำที่เข้ามาทำงานในระดับนโยบาย และคณะกรรมการระดับชาติจะมีการเรียนรู้ที่แตกต่างกันไปตามสภาพปัญหาที่เผชิญหน้า และองค์ประกอบของพันธมิตรที่เข้าร่วม ซึ่งแกนนำเหล่านี้จะได้รับการอบรม การให้ข้อมูลใหม่ การสร้างกระบวนการคิด การเจรจาต่อรอง จากองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ องค์กรพันธมิตรทั้งในและต่างประเทศ ที่ได้เข้ามาร่วมสร้างกระบวนการเรียนรู้แลกเปลี่ยนปัญหาภายในเครือข่าย

ขณะที่ในระดับชุมชน เราจะพบการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ผ่านการทำงานของทีมหนุนเสริมที่ลงไปตามกลุ่มย่อยต่างๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์แบบต่อเนื่องระหว่างเครือข่ายกับกลุ่มผู้ติดเชื้อต่างๆ ในชุมชน ซึ่งการทำงานในการอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยองค์กรพัฒนาเอกชน และนักวิชาการ จากนั้นจะมีการพัฒนาแกนนำที่มีศักยภาพให้เข้ามาทำหน้าที่เป็นวิทยากรทีมหนุนเสริมที่จะหมุนเวียนไปตามแต่ละจังหวัด

การเคลื่อนไหวในข้างต้นได้นำไปสู่การสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกก่อตั้งทั้งหมด 52 กลุ่ม เมื่อเครือข่ายเริ่มเรียนรู้การเมืองเรื่องสิทธิ และนโยบาย จึงมีการออก “เอกสารแผ่นเหลือง” ที่เป็นข้อเสนอเชิงสิทธิ และนโยบาย โดยสรุปแล้ว ในยุคแรก ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การรวมกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อ และพันธมิตรที่สนใจในประเด็นเอชไอวี ซึ่งนำไปสู่การสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อ อย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงขยายการสร้างกลุ่มผู้ติดเชื้อให้ครบในทุกภูมิภาค

ในยุคที่สอง ยุคเรียกร้องสิทธิ (พ.ศ.2539 – 2544) เครือข่ายมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่เน้นการสร้างกลไกการกำหนดปัญหาของขบวนการ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสภาพปัญหา ด้วยการจัดการประชุมสมัชชาเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ครั้งที่ 2 ที่จังหวัดหนองคาย จนกระทั่งได้ข้อค้นพบ คือ การเข้าไม่ถึงยา ที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และเริ่มศึกษาสิทธิบัตร (มาตรา 51) ที่รองรับให้ประเทศสามารถดำเนินการใช้มาตรการที่เรียกว่า การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory License-CL) หรือเรียกกันว่าซีแอลปี พ.ศ.2542 จึงนำไปสู่การสร้างภาคีการทำงานร่วมกับเอ็นจีโอ เกษีกร นักวิชาการ และนักกฎหมาย ในการเรียกร้องในประเด็นสิทธิบัตรยา และทรัพย์สินทางปัญญา ผ่านการประชุมประท้วง เพื่อกดดันรัฐบาลให้ยอมรับข้อเรียกร้องของเครือข่าย ประกอบกับการถือโอกาสร่วมผลักดันกระแสปฏิรูปการเมือง เรียกร้องการมีส่วนร่วมในทางการเมืองจากรัฐธรรมนูญ 2540

ทั้งนี้ การระดมทรัพยากรมวลชนขึ้นอยู่กับระยะเวลาความยาวนานของประเด็น และกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะเรียกร้อง อาทิ หากเป็นประเด็นรณรงค์เชิงสัญลักษณ์ที่ต้องการความเร่งด่วน จะใช้วิธีการระดมจากเครือข่ายในกรุงเทพฯ เป็นหลัก เพราะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของสมาชิกจากต่างจังหวัด แต่ในกรณีการประชุมที่ต้องการแสดงพลังหลักเกิน 1,000 คน ขึ้นไปในงานสำคัญ เช่น การชุมนุมครบรอบ 10 ปี ดีดีไอ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการระดมสมาชิกจากต่างจังหวัดเข้าร่วมการประชุมแสดงพลังด้วย จากรูปแบบการเคลื่อนไหวของเครือข่าย จึงทำให้ผู้วิจัยมองว่า ในยุคที่สอง ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การเรียกร้องสิทธิอันพึงมีพึงได้ของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะประเด็นสิทธิในการเข้าถึงยา

ในยุคที่สาม ยุคผลักดัน และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย (สมัย พ.ต.ท.ทักษิณ ชินวัตร 2544 ต่อเนื่องถึงยุคพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ 29 มกราคม 2551) มีปฏิบัติการเคลื่อนไหวหลักๆ ที่มุ่งผลักดันในเชิงนโยบาย เพื่อเรียกร้อง และกดดันรัฐบาลให้กำหนดนโยบายหรือกฎหมายที่มีผลในการแก้ปัญหาต่อผู้ติดเชื้อ ที่ไม่ใช่แค่การเรียกร้องหรือกดดันให้รัฐแก้ปัญหาเฉพาะหน้า เช่น การชุมนุมใหญ่ประท้วง FTA ที่ จ.เชียงใหม่ ต้นปี 2549 และประกาศสนับสนุนการทำ CL การออก พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2545 และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศ

ไทยซึ่งถือกำเนิดขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 รวมถึงการเข้าร่วมปฏิบัติการในนโยบาย เพื่อเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามนโยบายที่พวกตนเสนอด้วย อาทิ ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานกับโรงพยาบาล ในรูปแบบ “ศูนย์องค์กรร่วม” ซึ่งเป็นการยกระดับการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ในโรงพยาบาล ในฐานะคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข และการใช้พื้นที่ทางการเมืองใหม่ในการต่อรองกับรัฐ เพื่อใช้พื้นที่ทางการเมืองที่เปิดช่องทางในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมือง ซึ่งเป็นผลมาจากบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ 2540

ทั้งนี้ สิ่งที่เครือข่ายเน้นย้ำความสำคัญ คือ ผู้ติดเชื้อต้องเป็น “เจ้าของปัญหาเอง” เพื่อให้พวกเขาสามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตัวเองได้ เมื่อพวกเขาสามารถพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับความเข้าใจปัญหาของผู้ที่ติดเชื้อที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการเข้าถึงการรักษาโรค ปัญหาการเลือกปฏิบัติ การรังเกียจเหยียดฉันท ทำให้ประเด็นต่างๆ เหล่านี้สามารถประสานไปยังพันธมิตรหรือกลุ่มคนภายนอกได้ ทำให้ประเด็นปัญหาความไม่เท่าเทียม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนเด่นชัดขึ้น จนกลายเป็นมติการต่อสู้เพื่อประชาธิปไตยที่ส่งผลให้เกิดเงื่อนไขสำคัญที่พันธมิตรทั้งในและต่างประเทศเข้ามาร่วมเคลื่อนไหวด้วย อาทิ งานของกลุ่มรักษ์ไทยกับกลุ่มผู้ด้อยโอกาสในประเด็นแรงงานข้ามชาติ การทำงานกับกลุ่มศุนิยมิตรในการทำงานแผนสาธารณสุข การทำงานกับ IDU ที่ทำงานด้านสารเสพติด การทำงานกับเครือข่ายมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคเรื่องยา เป็นต้น โดยในยุคที่สามนี้ ขบวนการมีเป้าหมายหลัก คือ การสร้างพื้นที่ทางการเมืองผ่านการผลักดันนโยบาย และกฎหมาย รวมถึงการใช้พื้นที่การเมืองใหม่ที่พวกตนสร้างขึ้นเป็นกลไกในดารเคลื่อนไหวประเด็นอื่นๆ ต่อไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ในยุคที่สี่ ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี (เริ่มจากรัฐบาลนายสมัคร สุนทรเวช เริ่มมกราคม 2551 -น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร พฤษภาคม 2557) เครือข่ายมีปฏิบัติการเคลื่อนไหวที่เน้นการผลักดันนโยบาย และกฎหมายที่ไม่ได้จำกัดเฉพาะประเด็นเอชไอวี อาทิ ระบบบำนาญแห่งชาติ และการร่วมกับกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ เครือข่ายผู้เสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ เครือข่ายผู้ป่วยโรคไต โรคมะเร็ง เสนอแนวทางการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขอให้รัฐบาลทบทวนนโยบายการเก็บเงินสมทบ 30 บาท และให้รัฐบาลดำเนินการให้ระบบสุขภาพของประเทศเป็นมาตรฐานเดียวกันด้วยการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของผู้ประกันตน รวมถึงขบวนการได้มีการเคลื่อนไหวในฐานะเครือข่ายขบวนการข้ามชาติ เพื่อรับมือกับปัญหาที่หลากหลยขึ้นในแง่ประชาธิปไตยระดับสากล และโลกาภิวัตน์ของประชาธิปไตย อีกทั้งยังมีการขยายพื้นที่เคลื่อนไหวผ่านการสร้างประเด็นร่วม เพื่อขยายขอบเขตการเคลื่อนไหวจากพื้นที่เฉพาะที่เคยเป็น

ของรัฐ และเปลี่ยนการแก้ไขปัญหามาจากรัฐเพียงอย่างเดียวไปสู่การเป็นพื้นที่แก้ไขปัญหาร่วมกัน ซึ่งต้องใช้การใช้เหตุผล และการสื่อสารในลักษณะที่เปิดโอกาสให้สมาชิกสังคมได้แสดงความคิดเห็น ได้เถียงกันได้อย่างเสรี ทั้งนี้ ในยุคที่ซับซ้อนการมีเป้าหมายหลัก คือ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุมประเด็นโรคเรื้อรังร้ายแรงอื่นๆ การพัฒนาระบบประกันสุขภาพ สิทธิในการรักษา ซึ่งถือเป็นการก้าวข้ามข้อจำกัดจากการเคลื่อนไหวเฉพาะประเด็นเอชไอวีไปยังประเด็นที่มีความเป็นสาธารณะ และสากลมากขึ้น

เมื่อพิจารณาการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในทั้งสี่ยุค เราจะพบจุดเด่นประการสำคัญ คือ การเคลื่อนไหวมีพลวัตที่นำไปสู่การเป็นกระบวนการทางนโยบาย (policy process) ในการจัดการกับปัญหา ตั้งแต่การต่อสู้กับการจัดทำนโยบายแนวระบาคติวิทยาในยุคแรกไปสู่การเคลื่อนไหวในประเด็นสิทธิในยุคที่สอง จนนำไปสู่การขอมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย เช่น วาระเอชไอวี/เอดส์ ในยุคที่สาม และการขยายการเคลื่อนไหวไปสู่ประเด็นร่วมที่มีความเป็นสาธารณะมากขึ้นในยุคที่สี่ ซึ่งพัฒนาการเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เป็นการต่อสู้เรียกร้องสิทธิ เพื่อความเท่าเทียมกันทางสังคม หรือเป็น "สิทธิเชิงบวก" (positive right) ที่รัฐและสังคมจะต้องจัดให้มีบริการสาธารณะมาตรฐานซึ่งเอื้อให้เกิดสิทธิที่จะมีชีวิตไปต่อไป (the right to life) ขณะเดียวกัน ผู้วิจัยเห็นว่า “ระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย” ถือเป็นบริบททางการเมืองสำคัญที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวของขบวนการมาตั้งแต่ยุคแรก ซึ่งส่งผลให้เครือข่ายยังสามารถรวมตัว และเคลื่อนไหวอยู่ได้แม้จะมีแรงกดดันจากบริบทของรัฐบาล เศรษฐกิจ และสังคม รวมถึงส่งผลให้เครือข่ายประสบความสำเร็จในช่วงที่บริบทแวดล้อมอื่นๆ เปิดโอกาส และพื้นที่ในการเรียกร้องหรือผลักดันในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ดังนั้น เราจึงอาจกล่าวได้ว่า ความเป็นประชาธิปไตยส่งผลอย่างมีนัยสำคัญต่อความสำเร็จของเครือข่ายตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

อย่างไรก็ตามยังพบประเด็นปัญหาประชาธิปไตยภายในขบวนการ โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้หญิง และกลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติด โดยส่วนของกลุ่มชายรักชายยังเผชิญกับการตีตราว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บางคนถูกมองแบบอคติว่าเข้ามาใช้ประโยชน์จากการเป็นแกนนำเพื่อหวังมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนสมาชิกด้วยกัน รวมทั้งประเด็นการเคลื่อนไหวของกลุ่มชายรักชายจะไม่เปิดประเด็นชัดเจนในการปกป้องสิทธิตัวเองแต่จะเปิดประเด็นไปที่เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อประนีประนอมให้ได้รับการยอมรับจากสาธารณะ ในขณะที่กลุ่มผู้หญิงยังขาดการสร้างพื้นที่เฉพาะให้กับกลุ่มอัตลักษณ์ย่อย อย่างน้อยก็ไม่ปรากฏเป็นเป้าหมายนโยบายการทำงานระยะยาว เนื่องจากการทำงานของเครือข่ายต้องปฏิบัติตามกรอบที่เจ้าของทุนกำหนดวาระการทำงาน รวมทั้ง

องค์กรไม่ได้วางแผนเปิดพื้นที่ให้มีการสร้างแกนนำรุ่นใหม่ที่เป็นผู้หญิงเข้ามาทำงานเท่าใดนัก ส่วนผู้ติดเชื่อที่ใช้สารเสพติดยังเผชิญกับความขัดแย้งกันเองในกลุ่มคนทำงานที่ดีความประเด็นสิทธิในระดับที่แตกต่างกัน โดยผู้ใช้สารเสพติดที่อยู่ในเครือข่ายจะไม่แสดงตัวชัดเจนว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติด ยกเว้นแกนนำที่ผ่านกระบวนการอบรมจนมีความเข้มแข็งเพียงพอ ทำให้การเคลื่อนไหวในนามของผู้ใช้สารจะไม่ปรากฏชัดเจนในเครือข่าย ไม่มีการสร้างพื้นที่เฉพาะให้กับพวกเขา นอกเหนือจากการประสานกับเครือข่ายองค์กรเอกชนที่ทำงานประเด็นนี้ในรูปแบบการทำงานประสานกัน

6.3 ข้อค้นพบ และคำตอบของคำถามการวิจัยข้อที่ 3

วิทยานิพนธ์นี้มีคำถามการวิจัยข้อที่ 3 คือ ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายในระดับต่างๆ เป็นอย่างไรและส่งผลต่อการเสริมสร้างกระบวนการประชาธิปไตยในสังคมไทยอย่างไร

ในมุมมองของผู้วิจัย ผลสะท้อนจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายต่อประเทศไทยนั้น เราสามารถพบได้ในหลายระดับ ทั้งในระดับชาติ และระดับพื้นที่ชุมชน โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเด็นสำคัญ ประกอบด้วย ประเด็นแรก ผลสะท้อนในระดับนโยบาย ประเด็นที่สอง ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธ์ทางอำนาจ ประเด็นที่สาม ผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคม และประเด็นที่สี่ ผลสะท้อนที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย

ประการแรก ผลสะท้อนในระดับนโยบาย การเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการนโยบายสาธารณะของรัฐบาล ซึ่งแบ่งได้เป็น 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติใช้ การประเมินนโยบาย และการเปลี่ยนแปลงยกเลิกนโยบาย ซึ่งเครือข่ายสามารถเข้าไปมีส่วนร่วม และสามารถผลักดันข้อเสนอในเชิงนโยบายได้อย่างเต็มที่ ทั้งในแง่การเรียกร้องสิทธิ และการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื่อเอชไอวี การกดดันไม่ให้มีการบังคับตรวจเลือดในสถานที่ทำงาน อันสะท้อนการเปลี่ยนฐานคิดแบบใหม่ที่ต้องให้คุณค่ากับการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามหลักสากล นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวทำให้ผู้ติดเชื่อ และผู้คนที่อยู่ภายนอกขบวนการ เกิดสำนึกสาธารณะ ในขณะที่ผู้ติดเชื่อก็มีความปรารถนาจะจัดการชีวิตสาธารณะกันเอง โดยการดึงเอาอำนาจการจัดการคืนมาจากการจัดการโดยรัฐ ในรูปของการเข้าไปขอแก้ไขกฎหมาย พรบ.หลักประกันสุขภาพ และการเข้าร่วมคณะทำงานในคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติเพื่อจัดทำ แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และแผนปฏิบัติการ พ.ศ.2555-2559

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ติดเชื้อได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานเชิงนโยบายนั้น มีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึง และแตกต่างจากการเมืองแบบกลุ่มผลักดัน กล่าวคือ มีความคล้ายคลึงกันในแง่ของการเรียกร้องการเข้าถึงสวัสดิการจากรัฐ และการออกกฎระเบียบนโยบายที่เอื้อต่อผู้ติดเชื้อ แต่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อมันได้จำกัดประเด็นเรียกร้องเฉพาะเรื่องของตนเองเท่านั้น หากยังมีการขยายข้อเรียกร้องไปถึงสิทธิของผู้ป่วยมะเร็งและโรคไตบนพื้นฐานสิทธิตามรัฐธรรมนูญ และยังเป็น การเรียกร้องบนพื้นฐานพลเมืองโลกในระบอบประชาธิปไตยสากลอันขยายกรอบขอบเขตไปไกลกว่ารัฐชาติ เช่น เรียกร้องความเท่าเทียมในระบบการค้า การเรียกร้องสิทธิให้กับแรงงานข้ามชาติ และคนไร้สัญชาติ เป็นต้น ดังนั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีการร่วมผลักดันในประเด็นความไม่เท่าเทียม เพื่อเรียกร้องสิทธิที่เท่าเทียมสำหรับเปิดโอกาส และพื้นที่ให้สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงาน รวมถึงมีความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ มีโอกาสเสมอหน้าในระบอบประชาธิปไตย โดยอาศัยการปรับสัมพันธภาพอำนาจในสังคมเพื่อให้เกิดการเคารพ การยอมรับ การสร้างกติกาใหม่ ภายใต้ประชาธิปไตยที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และผ่านการปรึกษาหารือกันอย่างมีเหตุผล

ประการที่สอง ผลสะท้อนต่อการขยายพื้นที่ในมิติการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธภาพทางอำนาจ ได้สร้างพื้นที่ใหม่ให้กับเครือข่ายในการเข้าไปมีบทบาทต่อรอง และทำงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งหน่วยงานภาครัฐในระดับชาติ และท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายให้มีความหลากหลาย ในปฏิบัติการเคลื่อนไหว และการส่งเสริมการสร้างความเข้าใจในประเด็นเอชไอวีให้กับภาคส่วนอื่นๆ ของสังคมรับรู้ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกัน

ประการที่สาม ผลสะท้อนต่อการสร้างพื้นที่ภายในขบวนการทางสังคมได้นำไปสู่การพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายในแง่องค์กร ทั้งในแง่ของการเปิดรับฟังความคิดเห็นของสมาชิกระดับพื้นที่ และการเสริมพลังให้แก่สมาชิกภายในเครือข่าย ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สมาชิกภายในองค์กรมีความสามารถในการในการทำงานในระดับแกนนำ และสร้างแรงจูงใจในการเคลื่อนไหวผ่านการสร้างกระบวนการยอมรับตนเอง ทั้งนี้ ผลสะท้อนดังกล่าวจึงมีผลอย่างมากต่อสมาชิกเครือข่ายในระดับปัจเจก

ประการที่สี่ ผลสะท้อนที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย ผ่านสามลักษณะหลักๆ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของประชาชน การตระหนักรู้ด้านสิทธิ และการจรรโลงประชาธิปไตย อีกนัยหนึ่งเราอาจกล่าวได้ว่า ผลสะท้อนของเครือข่ายเป็นการสะท้อนผลสำเร็จของขบวนการด้วยเช่นกัน เพราะเป็นการชี้ให้เห็นถึงผลกระทบในระดับต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับประชาธิปไตย โดยเฉพาะด้านสิทธิมนุษยชน อันเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวของเครือข่ายนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งยังสร้างผลกระทบต่อเนื่องที่เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพหรือสาธารณสุขไทยให้มีความเท่าเทียมกันมากขึ้นทั้งในเรื่องของสิทธิในการรักษา สิทธิในการเข้าถึงยา และสิทธิในตัวผู้ป่วย

ในท้ายที่สุด จากการตอบคำถามการวิจัยทั้งสามข้อในข้างต้น ทำให้เราตระหนักได้ว่า พัฒนาการการก่อตัว ปฏิบัติการเคลื่อนไหว และผลสะท้อนของเครือข่ายได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จอย่างมีนัยสำคัญของขบวนการในการสร้างความเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างให้กับประเทศไทย ทั้งในแง่ระบบการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งหากไม่มีการเมืองแบบขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงอย่างแนบแน่นกับความเป็นประชาธิปไตย ย่อมทำให้ผลลัพธ์ของข้อเรียกร้อง และข้อเสนอของเครือข่ายผู้ติดเชื้อไม่มีทางสำเร็จลุล่วงไปได้ เนื่องจากพวกเขาเหล่านั้นเป็นผู้ที่จำเป็นต้องออกมาเคลื่อนไหว และเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดชะตากรรมของตนเอง จึงจะทำให้เกิดเสรีภาพในการเลือกเส้นทางชีวิตตามที่พวกเขาปรารถนาได้อย่างแท้จริง มิใช่การเป็นผู้รอคอยให้มีผู้หนึ่งผู้ใดมากำหนดว่า สิ่งใดคือสิ่งที่เหมาะที่ควรกับผู้ติดเชื้อเหมือนดังเช่นในอดีตอีกต่อไป

อย่างไรก็ตามแม้จะกล่าวข้างต้นว่าการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีนัยยะสำคัญต่อการจรรโลงประชาธิปไตย แต่ในอีกมิติที่คู่ขนานกันไปกลับพบลักษณะที่ไม่เป็นประชาธิปไตยปรากฏอยู่ คือยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวที่มุ่งประสานประโยชน์กับผู้มีอำนาจ หรือข้าราชการระดับสูงเพื่อให้ได้มาซึ่งเป้าหมายที่ตัวเองเรียกร้อง เช่น การใช้ความสัมพันธ์พิเศษ ล้อบบี้กับอดีตเพื่อนสายสาธารณสุขที่ทำงานการเมืองกับรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณ ชินวัตรเพื่อผลักดันร่าง พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นวาระข้อเรียกร้องของตัวเองอันอาจนำเครือข่ายไปสู่ลักษณะการเมืองแบบประสานประโยชน์ได้ ขาดความคิดที่จะโต้แย้ง วิพากษ์ วิจารณ์ นโยบายความและการกระทำของกลุ่มผู้กุมอำนาจรัฐที่พบปรากฏการณ์นี้ในยุคแรกๆของรัฐบาลพันตำรวจโททักษิณที่เอ็นจีโอจะงดเว้นการวิจารณ์รุนแรงต่อการทำงานของรัฐบาล เช่นเดียวกับกรณีไม่วิจารณ์รัฐบาลอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ ในช่วงเกิดความรุนแรงทางการเมือง พศ. 2553 เป็นต้น

การเคลื่อนไหวทางการเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในประเทศไทยที่ยังคงมีลักษณะดังกล่าวแม้เป็นที่แน่นอนว่าเครือข่ายประสบความสำเร็จในการผลักดันวาระของตัวเอง แต่ในแง่การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมควรต้องมีจุดยืนทางการเมืองที่ไม่ประนีประนอมกับอำนาจและกระแสการเมือง ต้องพร้อมจะไม่ยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ (Status quo) ควรทำหน้าที่สร้างปริณทลแห่งความคิด (Realm of ideas) ที่หลากหลายเพื่อให้ผู้มีอำนาจทางการเมืองต้องใส่ใจและรับผิดชอบต่อสังคม แต่การเคลื่อนไหวด้วยวิธีการ“ต่อสาย” อาจนำไปสู่การร่วมมือกับรัฐ และการรับทุนจากภาครัฐ เช่นปี 2532 ผู้แทน เอ็นจีโอ เริ่มถูกดึงเข้าไปร่วมแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนที่ 7 และในปี 2535 เอ็นจีโอ เริ่มได้รับทุนจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อม หรือการเป็นสมาชิกสภาปฏิรูปแห่งชาติหลังการรัฐประหารรัฐบาลที่มาจากพรรคเลือกตั้ง การเมือง “ต่อสาย” ที่แกนนำเครือข่ายภาคประชาชนมักอ้างว่าทำงานกับใครก็ได้ เพื่อผลตอบแทนทางการเมืองจนนำไปสู่การลดทอนความเป็นการเมือง ในที่สุดองค์กรเหล่านี้

ไม่มีจุดยืนและอุดมการณ์ประชาธิปไตยหลงเหลือ อยู่เลยการหันหลังให้ “การเมือง” และ “ทฤษฎีการเมือง” และการรับแนวนาธิปไตย ทำให้นำไปสู่การเสี่ยงต่อการเลือกข้างวิถีทางที่ไม่เป็นประชาธิปไตยและผูกขาดทางอำนาจ

6.4 ข้อค้นพบเชิงทฤษฎี

นอกจากข้อค้นพบ และข้อสรุปในการตอบคำถามการวิจัยแล้ว เราควรต้องพิจารณาผลการศึกษาในแง่ของการพัฒนากรอบการวิเคราะห์การเมืองด้วย ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านแรก ด้านการเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ด้านที่สอง ด้านการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และด้านที่สาม ด้านหลักการประชาธิปไตย

6.4.1 ด้านการเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

งานวิจัยนี้พบว่า ผลการศึกษามีส่วนในการช่วยต่อยอดทฤษฎีแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวใน 2 ประเด็น ดังนี้

(1) ขบวนการเคลื่อนไหวกับการระดมทรัพยากร

การที่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจะประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายได้นั้น ปัจจัยในด้านการระดมทรัพยากรถือว่ามีส่วนอย่างมาก พิจารณาได้จากกรณีของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่สามารถระดมทรัพยากรได้ในหลายระดับ ทั้งระดับรากหญ้า ระดับชาติ และระดับข้ามชาติ ด้วยการขยายพื้นที่ทางการเมืองไปสู่พื้นที่สาธารณะ และขยายไปสู่การเชื่อมเครือข่าย ไปจนกระทั่งสามารถสร้างเครือข่ายข้ามชาติได้ การระดมทรัพยากรดังกล่าวมีรูปแบบที่มีความหลากหลายสูง ทั้งวิธีการระดมทรัพยากรภายในองค์กร และภายนอกองค์กร รวมถึงการสร้างเครือข่ายผ่านความร่วมมือกับองค์กรภาคีสมาชิกที่ร่วมเคลื่อนไหวในรูปแบบเครือข่าย

ทั้งนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อมียุทธวิธีในการระดมการเคลื่อนไหวของขบวนการไปยังปัจเจกด้วยการสร้างกรอบการกระทำร่วมกัน ผ่านการระบุปัญหาความเดือดร้อนร่วมกัน การกำหนดทางเลือกหรือทางออกให้กับผู้ติดเชื้อ และระดมการเข้าร่วมสนับสนุนด้วยการจูงใจปฏิบัติการผ่าน “การจัดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาจิตสำนึกทางเครือข่าย” จึงมีการสร้างกรอบการวินิจฉัยปัญหา (diagnostic framing) ด้วยการนิยามปัญหา ความเป็นเหตุเป็นผลของความเดือดร้อน (grievances) ที่พวกเขาเชื่อว่า ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ไม่ใช่ปัญหาทางระบาดวิทยา แต่เป็นปัญหาทางการเมืองอันเกิด

จากความไม่เท่าเทียมที่เกิดจากปัญหาการเข้าถึงยา ปัญหาการถูกละเมิดสิทธิ และกรอบปัญหาการค้าที่ไม่เป็นธรรมในระบบโลก อันทำให้เกิดปัญหาสิทธิบัตรยา และข้อตกลงทวิภาคีเขตการค้าเสรี หรือ FTA ซึ่งการสร้างกรอบในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องมีการตีความปัญหาที่เกิดขึ้นด้วย โดยการตีความต้องมีความเป็นไปได้ และเหมาะสมกับปัญหาที่ขบวนการได้นิยามเอาไว้ เพื่อให้ขบวนการสามารถประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางเอาไว้ อย่างไรก็ตาม ทางออกของปัญหาอาจมีการนำเสนอไว้หลากหลายหนทางได้เช่นเดียวกัน

เมื่อเราวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของขบวนการในพื้นที่พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่อยู่ในขบวนการรับรู้ถึงกระบวนการสร้างกรอบโครงสร้างความคิดของขบวนการว่า ท่ามกลางการเข้าควบคุมทรัพยากรธรรมชาติโดยรัฐ และทุน ชาวบ้านมีอำนาจต่อโครงการพัฒนาของรัฐ หากแต่ต้องลุกขึ้นมาปฏิเสธต่อการกระทำที่ไม่เป็นธรรม โดยได้ทำการเคลื่อนไหว เพื่อให้บรรลุข้อเรียกร้องของขบวนการผ่านกรอบการกระทำร่วม (collective action frame) 3 กรอบ คือ กรอบการวินิจฉัยปัญหา (diagnostic framing) กรอบแนวทางออกปัญหา (prognostic framing) และกรอบการจูงใจ (motivational framing) (Benford and Snow, 2000) ในการระดมทรัพยากร 3 ระดับ

1.1 การระดมทรัพยากรในระดับท้องถิ่น

เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้จัดกระบวนการเรียนรู้ และการพัฒนาจิตสำนึก ซึ่งได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดการรับรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้ติดเชื้อจึงสามารถทำการวิเคราะห์ และเชื่อมโยงถึงสภาพของปัญหาที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน ทั้งนี้ กรอบการวินิจฉัยปัญหาดังกล่าวเป็นไปอย่างสอดคล้อง และสมเหตุสมผลกับกรอบกรอบแนวทางออกของปัญหาซึ่งสอดคล้องกับที่ Benford & Snow ได้เสนอไว้ คือ ผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยมีความรู้เรื่องสาธารณสุขมาก่อน ส่วนใหญ่เป็นคนยากจนได้เริ่มสร้างศักยภาพการเรียนรู้ของพวกเขาเอง ตระหนักถึงสภาพของปัญหา การถูกล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชน การสร้างเสริมความมั่นใจในความมีตัวตนตามหลักการสิทธิมนุษยชน การสร้างศักยภาพให้ความรู้การรักษาสุขภาพด้วยข้อมูลทางกายภาพใหม่ๆ จากนั้นในช่วงระยะเวลาต่อมา คือ การต่อสู้ประเด็นการเข้าถึงยา การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยขบวนการได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจสภาพปัญหาได้ชัดเจนว่า แท้จริงแล้วปัญหาการเข้าไม่ถึงยาเกิดจากระบบสิทธิบัตรยา ความไม่เป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากร กฎหมายระหว่างประเทศที่ไม่เป็นธรรม และการแทรกแซงของอุตสาหกรรมยาจากบริษัทข้ามชาติที่รู้เห็นเป็นใจร่วมมือกันระหว่างรัฐกับทุน โดยเครือข่ายได้เน้นการสร้างเวทีการเรียนรู้ให้กับผู้ติดเชื้อในการพบกลุ่มตามโรงพยาบาล และกลไกการทำงานในระดับจังหวัดที่จะมีทีมหนุนเสริมจากส่วนกลางร่วมให้ความรู้กับผู้ติดเชื้อ

1.2 การระดมทรัพยากรระดับชาติ

เครือข่ายมีกระบวนการวินิจฉัยปัญหาความเดือดร้อนที่ก้าวไปสู่ประเด็นว่า เกิดจากปัญหาการแก้ไขปัญหาล่วงละเมิดสิทธิมนุษยชน การออกกฎหมายที่ล่วงละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อทั้งการกักบริเวณ การบังคับตรวจเลือด ซึ่งรวมไปถึงการที่รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประเทศ การขยายเป้าหมายการค้าการลงทุนที่สนับสนุนให้เกิดเขตการค้าเสรีกับประเทศมหาอำนาจ มีการผนึกกำลังระหว่างรัฐกับทุน อาทิ การเร่งรัดเปิดเจรจาการค้า FTA โดยไม่เปิดเผยให้ภาคประชาชนรับรู้รายละเอียด รวมทั้งการให้สิทธิกลุ่มอุตสาหกรรมบริษัทข้ามชาติเข้าร่วมในคณะกรรมการในคณะกรรมการบริหารองค์การเภสัชกรรม โดยให้มีหน้าที่เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การจัดสรรยา ดังนั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อจึงได้มีความพยายามเสนอการแก้ปัญหาด้วยการปฏิรูปโครงสร้างสาธารณสุขระดับชาติ ผ่านการเสนอ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่สามารถระดมการสนับสนุนจากเครือข่ายพันธมิตรที่มีประเด็นในการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชนร่วมกัน

1.3 การระดมทรัพยากรในระดับข้ามชาติ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ขยายความร่วมมือกับเครือข่ายพันธมิตรนานาชาติ เพื่อเป็นการสร้าง "พื้นที่สังคมข้ามพรมแดน" (Transnational Social Space) ซึ่งมีตัวกระทำที่ไม่ใช่รัฐ (non-state actors) เป็นตัวกระทำในพื้นที่ และมีการสร้างเครือข่ายสายสัมพันธ์ข้ามพรมแดนของประเทศ ทั้งในรูปของความสัมพันธ์แบบเพื่อนร่วมอุดมการณ์ ความสัมพันธ์ด้านการแลกเปลี่ยน และความสัมพันธ์ในรูปของชุมชนข้ามพรมแดน อันเป็นสิ่งที่เชื่อมต่อกันข้ามพรมแดนภูมิศาสตร์รัฐชาติ ด้วยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ และมุมมองของกลุ่มคนข้ามเส้นแบ่งทางชนชั้นหรืออาชีพ และเส้นแบ่งความเป็นชาติ โดยเป็นไปในลักษณะของชุมชนการสื่อสาร (communicative community) ชุมชนข้ามภาษา (cosmopolitan community) ชุมชนข้ามชาติ (transnational community) ที่มีขอบเขตกว้างขวาง ที่ไม่ถูกจำกัดด้วยพื้นที่ (space) หรือกาลเวลา (time) ทั้งนี้ การเคลื่อนไหวในประเด็นการมองเห็นผลประโยชน์ร่วมกันของผู้เคลื่อนไหวตามทฤษฎีการเคลื่อนไหวทางสังคมใหม่ เพื่อเรียกร้องสิทธิให้กับประชาชนที่เป็นผู้ถูกเบียดขับ พวกเขาได้นำความรู้ และประสบการณ์การเคลื่อนไหวของขบวนการหนึ่งไหลผ่านข้ามพรมแดนมายังขบวนการทางสังคมในอีกประเทศหนึ่ง ที่นำไปสู่เรียนรู้และปรับใช้ในการเคลื่อนไหวของตน เช่น การนัดชุมนุมประท้วงด้วยยุทธวิธีเดียวกันจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทย อินเดีย บราซิล และยุโรป

ขณะเดียวกัน ในด้านกลยุทธ์ที่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมข้ามชาติใช้ในการเคลื่อนไหว นอกจากรูปแบบทั้ง 3 ประเภทที่กล่าวมาแล้ว คือ การชุมนุม การขัดขวาง และการใช้ความรุนแรง (Tarrow, 1994: 100 - 117) ยังมีการใช้ความรู้เป็นฐาน (knowledge-based) ด้วยการระดมความรู้ผ่านการสร้างชุมชนปัญญา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลในการเคลื่อนไหว ระดมพลังจากนัก

วิชาการระดับโลกจากสถาบันวิชาการ เพื่อใช้ข้อมูลสนับสนุน และมีการสร้างเครือข่ายสื่อสารข้ามพรมแดนรัฐชาติ ที่สะท้อนให้เห็นระบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่กลุ่มคนจากประเทศต่างๆ มารวมตัวกัน

อย่างไรก็ตาม ผลสำเร็จของขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้สะท้อนให้เห็นถึงเงื่อนไขโครงสร้างโอกาสทางการเมือง ที่บริบทการเมืองขณะนั้นเอื้อต่อการระดมทรัพยากรของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเฉพาะบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่รับรองสิทธิในการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน เช่น การรับรองขอสิทธิการรับทราบข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะของภาคประชาชน ตลอดจนการรับรองสิทธิเสรีภาพในการรวมตัวกันของภาคประชาชน จึงมีผลทำให้พฤติกรรมทางการเมืองขององค์กรเครือข่ายภาคประชาชนภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ส่วนใหญ่ได้เคลื่อนไหวอย่างกระตือรือร้น ซึ่งรวมถึงเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยเช่นกัน แม้หลังการรัฐประหาร 2549 เครือข่ายยังสามารถใช้โอกาสทางการเมืองนำเสนอประเด็นในรัฐธรรมนูญ 2550 ทั้งแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา 74 – 86 นโยบายด้านสังคมเท่าเทียมกับนโยบายด้านเศรษฐกิจ มาตรา 282 ได้บัญญัติให้ประชาชน 100,000 คนสามารถลงชื่อเสนอขอแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญได้ ซึ่งไม่มีในรัฐธรรมนูญ 2540 ทำให้การแก้ไขรัฐธรรมนูญนั้นง่ายขึ้น ข้อบัญญัติเรื่องการทำประชามติ (มาตรา 161) ซึ่งเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ประชาชนสามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมได้ โดยเฉพาะมาตรา 190 ถือเป็นความก้าวหน้าของรัฐธรรมนูญมากกว่า ปี พศ.2540 เพราะมีสาระสำคัญว่า การทำหนังสือสัญญาใดที่มีผลกระทบต่อความมั่นคงทางเศรษฐกิจหรือสังคมของประเทศอย่างกว้างขวางหรือมีผลผูกพันด้านการค้า การลงทุนต้องได้รับความเห็นชอบของรัฐสภาให้ประชาชนมีส่วนร่วมและต้องมีมาตรการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบ ซึ่งเป็นเรื่องที่ภาคประชาชนผลักดันมาอย่างยาวนาน เนื่องจากมีผลกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการทำเอฟทีเอ ที่กระทบต่อการเข้าถึงยาของเครือข่ายผู้ติดเชื้อด้วย

โอกาสทางการเมืองของแต่ละเครือข่ายที่มีความแตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการระดมทรัพยากร ดังกรณีของเครือข่ายในภาคใต้ ที่แกนนำต้องใช้ความละเอียดอ่อนเชิงวัฒนธรรม เพราะมีข้อจำกัดของเครือข่ายภาคใต้ คือ ช่องทางด้านเศรษฐกิจ ที่ผู้ติดเชื้อเมื่อสุขภาพดีขึ้นต่างก็กลับไปใช้ชีวิตทำงานปกติ ส่งผลให้แกนนำยังเป็นคนเก่าๆ ที่ทำงานร่วมกับเครือข่ายมานาน ขบวนการจึงต้องใช้วิธีการระดมทรัพยากรโดยการกระตุ้นเชิงศีลธรรม การพบแกนนำทางศาสนา บุคลากรทางการแพทย์ การกระตุ้นให้ผู้คนที่อยู่ทั้งในขบวนการและสาธารณะ เห็นความสำคัญกับประเด็นจนเข้าร่วมกระทำการกับขบวนการได้ โดยเน้นความรู้สึกผิดชอบชั่วดี หรือแรงกระตุ้นทางอารมณ์ (Snow and Benford, 1988: 202)

6.4.2 ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมกับยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้สะท้อนให้เห็นถึงพัฒนาการด้านยุทธศาสตร์ของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ดังนี้

(1) เป็นการเคลื่อนไหวที่ผสมผสานทั้งวิธีของขบวนการเคลื่อนไหวแบบเดิม ที่ใช้วิธีการชุมนุมประท้วง การทำให้ชะงักงัน และได้ผนวกยุทธศาสตร์การเคลื่อนไหวแบบใหม่ไปด้วย จึงทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายเป็นการผสมผสานทั้งขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแบบเก่า (Old Social Movements) และแบบใหม่ (New Social movement) ซึ่งในด้านหนึ่งมีลักษณะประนีประนอมกับโครงสร้างอำนาจที่ดำรงอยู่ เพื่อต่อรองผลประโยชน์กับรัฐในฐานะที่เท่าเทียมกัน และให้ได้มาซึ่งสวัสดิการจากรัฐ เช่น การเรียกร้องการรักษาพยาบาลจากรัฐ ขณะเดียวกันก็เป็นการเคลื่อนไหวแบบใหม่ที่เคลื่อนไหวข้ามชนชั้น เพื่อต่อรองผลประโยชน์อันยึดโยงกับอัตลักษณ์ และการได้รับการยอมรับในพื้นที่ทางสังคม ซึ่งเคลื่อนไหวอยู่ในพื้นที่ชายขอบที่ไม่เป็นทางการ และมีได้มุ่งหวังได้มาซึ่งอำนาจรัฐแต่อย่างใด หากแต่เป็นการรวมตัวกันของคนที่อยู่พื้นที่ชายขอบเพื่อให้มีการนิยามสิทธิเสียใหม่

การพัฒนายุทธวิธีการเคลื่อนไหวต่อสู้ผ่านปัจจัยเชิงองค์กร และปัจจัยภายนอกที่เรียกว่าโครงสร้างโอกาสทางการเมืองอาจสามารถทำให้เกิดพลังอำนาจในการต่อรองได้แค่บางส่วน จึงต้องอาศัยเครือข่ายจากข้างนอกเพื่อให้การเคลื่อนไหวกลายเป็นประเด็นสาธารณะที่ได้รับความชอบธรรม และทำให้เกิดรูปแบบการต่อสู้ที่หลากหลายขึ้นในสังคมในการต่อรองให้ได้มาซึ่งอำนาจของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ซึ่งกลไกในการประสานต่อรองจะใช้ปัจเจกบุคคลที่อาศัยความสัมพันธ์ส่วนตัว เพื่อประสานผลประโยชน์ของทั้งสองฝ่าย โดยยึดแนวทางของเครือข่ายแม่ในบางกรณีจะเป็นการไปร่วมมือกับฝ่ายการเมืองที่ทำให้ถูกตั้งคำถามถึงจุดยืนที่ชัดเจนของชาวบ้านบ้างก็ตาม

กล่าวโดยสรุปรวบยอด เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นการผสมผสานการเคลื่อนไหวแบบเก่าและแบบใหม่ที่สร้างองค์ความรู้ต่อยอดให้เห็นความสำคัญของขบวนการเคลื่อนไหวที่ใช้วิธีการเคลื่อนไหวในหลากหลายรูปแบบทั้งการชุมนุมประท้วง การสร้างมติสาธารณะ การสร้างเครือข่ายข้ามชาติ เพื่อสร้างพื้นที่ล้นมรัฐ ประสานกับการใช้ฐานข้อมูลทางวิชาการเป็นตัวผลักดันให้การเคลื่อนไหวมีน้ำหนัก มีหลักฐานทางการแพทย์สาธารณสุข การประเมินผลได้ผลเสีย ด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก อาทิตัวเลขผู้รอดชีวิตหลังการให้ยาต้านไวรัสโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย กรณีพิจารณางบประมาณที่ลดลงหลังการประกาศ CL เป็นต้น

(2) แม้ผู้เข้าร่วมเครือข่ายจะประกอบไปด้วยผู้คนที่มีความหลากหลาย สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทั้งยังกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศ แต่ด้วยปัญหาที่ต้องเผชิญร่วมกันในฐานะผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี ปัญหาาร่วมของเครือข่ายจึงเป็นมากกว่าขบวนการเคลื่อนไหวทาง

สังคมรูปแบบเก่า และเป็นยิ่งไปกว่าการเมืองอัตลักษณ์เชิงวัฒนธรรมหรืออัตลักษณ์ที่เบี่ยงเบนไปจากวัฒนธรรมกระแสหลัก เหมือนเช่น กรณีกลุ่มเพศทางเลือก หรือแม้แต่ผู้หญิงในเครือข่ายที่ตระหนักถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง หากเป็นอัตลักษณ์ในเชิงอุดมคติของเชื้อเอชไอวีที่ฝังลึกอยู่ในระดับเซลล์ร่างกายมนุษย์ ในแง่ของความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจ และระดับการศึกษาของสมาชิกที่เข้าร่วมเครือข่ายจึงไม่อาจกลายเป็นเงื่อนไขในการรับสิทธิที่เท่าเทียมกันในหมู่สมาชิกด้วยกันเอง หรือกล่าวได้ว่าลักษณะองค์กรของเครือข่ายผู้ติดเชื้อวางอยู่บนฐานของการ “ต่างชั้น แต่ร่วมปัญหา” อันมีอุดมการณ์ที่อยู่บนฐานของการเรียกร้องสิทธิอันเท่าเทียม และเปิดพื้นที่ทางการเมืองให้เครือข่ายฯ ได้เข้าไปมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายในทุกระดับ

ดังนั้น การรวมตัวกันกระทำการรวมหมู่จึงไม่ได้หวังการต่อสู้บนพื้นฐานรายประเด็นเคลื่อนไหว (single-issue based) แต่เป็นการให้ความหมายในการทำงานของสมาชิกในฐานะพลังในการตรวจสอบที่อยู่ภายนอกสถาบันของรัฐ ซึ่งขยายประเด็นการต่อสู้ เพื่อเครือข่ายผู้ป่วยโรคร้ายแรงอื่นๆ การต่อสู้ปัญหาข้อตกลงการค้าที่ไม่เป็นธรรม และปัญหาประชาธิปไตย

(3) การสร้างเครือข่ายในการเคลื่อนไหว เป็นการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มหรือองค์กร และขยายเครือข่ายพันธมิตรเครือข่ายทางสังคม ทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก ซึ่งการเคลื่อนไหวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในยุคโลกาภิวัตน์เป็นการเคลื่อนด้วยการระดมการสนับสนุนจากองค์กรพันธมิตร โดยองค์กรเครือข่ายภาคเอกชนหรือพัฒนาเอกชนมีบทบาทสำคัญต่อการเสริมสร้างความเป็นประชาธิปไตย (agent for democratization) ในสังคม โดยเฉพาะเป็นพลวัตที่สำคัญในการส่งเสริมศักยภาพด้านประชาธิปไตยของประชาสังคม (นฤมล ทับจุมพล และคณะ 2541: 13-15) ด้วยการทำให้ปัญหาดังกล่าวเป็นมิติทางการเมืองขึ้นมา

CHULALONGKORN UNIVERSITY

6.4.2 ด้านกระบวนการกำหนดนโยบาย

งานวิจัยนี้พบว่า ผลการศึกษามีส่วนในการช่วยต่อยอดทฤษฎีแนวคิดขบวนการเคลื่อนไหวใน 2 ประเด็น ดังนี้

(1) การเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

การรวมกลุ่มทางสังคมของเครือข่ายได้สร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะใหม่ที่มีความเสมอภาค และสามารถต่อรองกับอำนาจต่างๆ ทั้งในระดับชาติ ระดับชุมชน และระดับปัจเจกได้มากขึ้น โดยมีปฏิกริยาตอบกลับในด้านนโยบาย (policy responsiveness) จากสภาพการตกเป็น

ผู้ด้อยโอกาสขาดอำนาจมากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสังคมการเมืองไทย เมื่อมีการรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นองค์กรแล้ว จึงอาศัยความสัมพันธ์ในลักษณะการผลักดันต่อรองและเพิ่มพื้นที่ทางอำนาจของตนเอง

ทั้งนี้ ผู้ติดเชื่อเข้าสู่ “การเมืองในระดับนโยบาย” หรือ “ระดับชาติ” จากการเข้าไปมีส่วนในทาง การเมือง ด้วยการทำให้ขบวนการเป็น “พื้นที่ทางการเมือง” ใหม่ของพวกเขา ซึ่งพื้นที่ทางการเมืองใหม่นี้ได้สะท้อนให้เห็นกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลาย เช่น เครือข่ายผู้ติดเชื่อ นักวิชาการ นักเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชน และเกษตรกร และเป็นพื้นที่ในการรับรู้ของผู้คนในขบวนการว่ามีความเท่าเทียม และให้โอกาสพวกเขาเข้าไปกำหนดทิศทางได้เอง จนสามารถพัฒนาองค์กรเครือข่ายในรูปแบบที่หลากหลายและยืดหยุ่น เพื่อต่อรองกับอำนาจรัฐ และอำนาจทุน ที่พวกเขามีอำนาจในการต่อรองเพิ่มมากขึ้นอย่างไม่เคยได้รับมาก่อน(Chattrajee) การขยายพื้นที่ดังกล่าวมีความสลับซับซ้อนอยู่ภายใต้เงื่อนไขความสัมพันธ์ในหลายๆ มิติ เช่น ความสัมพันธ์เชิงเพื่อนฝูง คนในหมู่บ้านเดียวกัน การเป็นเพื่อนข้ามเครือข่าย การทำงานร่วมประเด็น เป็นต้น

การเข้าสู่กระบวนการกำหนดนโยบายได้ส่งผลให้เครือข่ายสามารถตรวจสอบการทำงานของภาครัฐภายใต้กรอบการเมืองแบบผลประโยชน์ โดยยินยอมให้รัฐ และทุนเป็นฝ่ายกำหนดอย่างเดียว และในขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนไหวผ่านช่องทางที่ไม่ใช่ระบบปกติ เช่น การประสานกับผู้มีอุดมการณ์เดียวกันเพื่อแบ่งปันข้อมูลในการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะในกรณีของผู้ติดเชื่อแล้วยอมถือเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสขาดอำนาจมากที่สุดกลุ่มหนึ่งในสังคม เพราะไม่เพียงแต่จะมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอ อันเป็นผลจากภาวะโรคแทรกซ้อน แต่ยังถูกตั้งข้อรังเกียจจากสังคมให้อยู่ในฐานะผู้ไม่มีสิทธิ์ในการเรียกร้องอีกด้วย ด้วยสภาพเช่นนี้ผู้ติดเชื่อจึงมีสภาพไม่ต่างจาก “คนตายที่ยังมีชีวิต” เพราะฉะนั้นโอกาสในการเข้าถึงการรักษาพยาบาล และยารักษาโรคจึงไม่อาจเป็นไปได้ในสภาพการณ์นี้

เครือข่ายผู้ติดเชื่อสะท้อนให้เห็นผลสะท้อนที่ได้รับการตอบสนองจากภาครัฐ ด้วยการเสนอตัวเข้ามาทำหน้าที่แก้ไขปัญหา และเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นตัวแทนที่ชอบธรรมของผลประโยชน์รวมหมู่ และได้รับปฏิกริยาตอบสนอง(access responsiveness) จากรัฐในการต้องเข้ามาแก้ไขปัญหา และตอบสนองในการนำเป็นวาระในการนำไปปฏิบัติต่อไป (agenda responsiveness)

นอกจากนี้ ขบวนการเคลื่อนไหวยังมีผลกระทบต่อนโยบายในเชิงเปลี่ยนแปลงความโน้มเอียงของสาธารณะ ซึ่งหมายรวมถึงการดึงดูตความคิดเห็นสาธารณะให้เป็นไปตามการกระทำของตัวเอง การเพิ่มความสนใจของสาธารณะในประเด็นเคลื่อนไหว และท้ายสุดการเปลี่ยนแปลงการตระหนักรู้ของฝ่ายนิติบัญญัติเกี่ยวกับความต้องการของสาธารณะหรือประเด็นที่ได้รับความสนใจจากพื้นที่สาธารณะ ซึ่งถือเป็นกลไกในการแสวงหาแนวร่วม และพันธมิตรในสังคมอีกด้วย เพราะท้ายที่สุดขบวนการทางสังคมก็ยังคงต้องการการสนับสนุนจากฝ่ายที่สาม เพื่อสามารถเข้าสู่พื้นที่การต่อรองได้ (Jenkins and Perrow, 1977; Lipsky, 1968; Wilson, 1961)

(2) การเปลี่ยนสถานะจากเหยื่อเป็นผู้กระทำการ

กลุ่มผู้ติดเชื่อได้เข้าสู่พื้นที่ทางการเมืองในฐานะ “ผู้ประกอบการทางการเมือง” (agency politic) กล่าวคือ หากเรายอมรับว่าการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อการยอมรับอัตลักษณ์หรือเป็นการเมืองเชิงอัตลักษณ์ ก็มีความหมายว่า ในขณะที่รัฐใช้กระบวนการบังคับด้านการแพทย์เพื่อแยกแยะคนที่เป็ยงเบน บกพร่องไปจากสังคมปกติ เช่น พวกเกย์ เลสเบี้ยน ว่าเป็นคนป่วย กระบวนการของรัฐก็จะพยายามทำให้คนที่เป็ยงเบน บกพร่อง กลับเข้าสู่ภาวะปกติ (normalization) แต่สำหรับผู้ติดเชื่อเอชไอวีกลับไม่สามารถทำให้เข้าสู่ภาวะปกติได้เหมือนเช่นกรณีอื่น และไม่สามารถถูกจัดอยู่ในตำแหน่งแห่งที่ซึ่งรัฐจะมั่นใจได้ว่าจะไม่มีปัญหาตามมาในภายหลัง การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื่อจึงเป็นไปเพื่อต้องการยืนยันสภาพการเป็นมนุษย์ปกติของสังคมที่ได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ และมีข้อเรียกร้องให้รัฐยอมรับความแตกต่างในการอยู่ร่วมกัน อันเป็นลักษณะสำคัญของสังคมพหุลักษณะที่เป็นฐานรากให้เกิดประชาธิปไตยเข้มแข็งทั้งในระดับรัฐและระดับสังคมต่อไป

ข้อค้นพบในการวิจัยเป็นการย้ำให้เห็นบทบาทของผู้ที่มีฐานะเป็นรองในสังคม การเมือง เศรษฐกิจว่ายังมีช่องทางในการต่อสู้ ดังที่นักคิดสายการเมืองของผู้ถูกเบียดขับ (Politics of the subalterns)(Chatterjee) ได้สรุปให้เห็นว่า พวกเขาไม่จำเป็นต้องถูกกระทำอยู่ฝ่ายเดียว แต่สามารถดิ้นรนต่อสู้เลือกกำหนดสถานการณ์ให้ตัวเองได้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นพลวัตความสัมพันธ์เชิงอำนาจในการเป็น ตัวผู้กระทำการ (agency) ในฐานะที่เป็นตัวแสดงที่แท้จริงในการผลิตนโยบาย โดยไม่ละเลยกับปัจจัยทางโครงสร้าง

ผลการศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื่อฯ หากอธิบายเชิงทฤษฎีในประเด็นข้อถกเถียงทางภววิทยาต่อการดำรงอยู่ของทั้งโครงสร้างและผู้กระทำการ จะพบว่า โครงสร้างเป็นสิ่งที่ทั้งมีตัวตน และส่งอิทธิพลต่อผู้กระทำการ แต่ทั้งนี้โครงสร้างก็ไม่ได้มีฐานะที่ส่งอิทธิพลต่อผู้กระทำการจนกระทั่งผู้กระทำการไม่ได้มีอิสระที่จะกระทำการใด ๆ (non-determinism) และในขณะเดียวกัน การยอมรับในการดำรงอยู่หรือความมีตัวตนของผู้กระทำการ ก็มีได้หมายความว่า ผู้กระทำการจะมีอิสระอย่างเต็มที่โดยปราศจากอิทธิพลเชิงโครงสร้างมาบีบบังคับแต่เพียงอย่างเดียว (non-intentionalism) (อนุสรณ์ ลิ้มมณี , 2542) ดังนั้น การพิจารณาความเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ของผู้คนที่ถูกเบียดขับในสังคม อย่างเป็นประวัติศาสตร์ของสังคม จะต้องพิจารณาปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง และผู้กระทำการ (Structure and Agency) อย่างสมดุลให้มากที่สุด เพราะไม่มีปฏิบัติการใดๆ ดำรงอยู่ได้ด้วยตัวมันเอง และขณะเดียวกันก็ไม่มีโครงสร้างใดๆ กำหนดมนุษย์ได้ทุกอย่าง คนทั้งหมดจึงได้สร้างปฏิบัติการของตนอย่างสร้างสรรค์ภายใต้เงื่อนไขของโครงสร้าง แต่มีได้หมายความว่า เขาถูกกำหนดโดยโครงสร้างอย่างตายตัว

ผู้ติดเชื้อในฐานะผู้กระทำการได้สะท้อนให้เห็นการแยกตัวออกจากความสัมพันธ์ทางการเมืองหรือกระบวนการตัดสินใจทางการเมือง ซึ่งจะนำไปสู่ความ “เฉื่อยชา” ทางการเมือง (Passive citizen) แต่เมื่อผ่านกระบวนการหนุนเสริม และกระบวนการเรียนรู้จากขบวนการเคลื่อนไหว จึงส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายได้กลายเป็นพลเมืองที่ตื่นตัวทางการเมือง (Active citizen) มีความหลากหลายมากขึ้น รวมถึงต้องได้รับการหนุนช่วยจากการตัดสินใจทางการเมือง และมีวิถีชีวิตที่ไม่ใช่เป็นเพียงผู้ตั้งรับอีกต่อไป เนื่องจากการเมืองได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อไปในที่สุด ความเปลี่ยนแปลงนี้ได้กลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวทางการเมืองของผู้ติดเชื้อ และเมื่อผนวกเข้ากับการเมืองที่เปิดช่องทางในพื้นที่ให้พวกเขาได้เข้ามาปฏิบัติการในชีวิตประจำวันแล้ว พื้นที่ที่ขยายตัวอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้พวกเขากลายเป็น “พลเมือง” ที่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองอย่างแท้จริง

6.4.3 ด้านการจรรโลงประชาธิปไตย

การเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการตระหนักของผู้ติดเชื้อถึงคุณค่าประชาธิปไตย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการกำหนดยุทธศาสตร์ในการเมืองแบบขบวนการเคลื่อนไหวที่ผู้กระทำการกำหนดยุทธศาสตร์ และสร้างผลกระทบต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างรัฐ และผู้ที่ถูกเบียดขับ โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

(1) การตระหนักเกี่ยวกับประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ให้ความสำคัญกับหลักการสนับสนุนกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Democracy) คือ เป็นการเมืองที่ประชาชนระดับกลางสามารถมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ โดยเฉพาะสิ่งที่ผลกระทบต่อวิถีชีวิตของพวกเขา

การเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เป็นการเมืองของกลุ่มผู้ถูกเบียดขับ และเป็นการเมืองของผู้คนในระดับรากหญ้า ที่เชื่อว่าการเมืองคือการสร้างฐานรากที่แข็งแกร่ง เกี่ยวโยงกับการพัฒนาประชาธิปไตย (democratization) คือ เป็นการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนที่สะท้อนปัญหา และแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหา ทำให้ภาคประชาชนเข้มแข็ง และมีสำนึกของความเป็นพลเมืองมากขึ้น (ประภาส ปันตบแต่ง 2541; เสกสรรค์ ประเสริฐกุล, 2548) พิจารณาได้จากกรณีที่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายได้ทำหน้าที่ส่งเสริมอำนาจให้กับประชาชน สร้างพลังต่อรอง และเป็นพลังขับเคลื่อนให้ประชาชนมีความตื่นตัวทางการเมือง อันส่งผลให้ระบอบประชาธิปไตยมีความเข้มแข็ง การเมืองแบบหยั่งลงระดับรากหญ้านี้ทำให้เกิดผลดีต่อแนวคิด strong democracy ที่เชื่อในประชาธิปไตยระดับรากหญ้า

โดยคุณค่าต่างๆ เหล่านี้ปรากฏอยู่ในเนื้อหาสาระของการทำงานของเครือข่ายอันจะนำไปสู่ การจรรโลงประชาธิปไตยในเชิงคุณภาพมากขึ้น และก้าวไปไกลกว่าประชาธิปไตย ตัวแทนแบบเดิมในสถาบัน ที่ขยายออกไปมากกว่าขอบเขตรัฐ จากการสามารถท้าทายองค์การรัฐบาล ระดับนานาชาติ และสถาบันทางกฎหมายระหว่างประเทศ การทำให้ระบบระหว่างประเทศให้มีความ เป็นประชาธิปไตย (Democratizing the international system) การทำให้สถาบันระหว่างประเทศ เป็นประชาธิปไตย และมีการรับผิดชอบทางการเมือง (Democratization and accountability of international institutions) การสร้างสรรค์สถาบันประชาธิปไตย (The creation of democratic institutions) และการสร้างพื้นที่การมีส่วนร่วมและการปรึกษาหารือ ดังนั้น การ เคลื่อนไหวของผู้ติดตามเชื่อจึงสะท้อนให้เห็นความท้าทายดังกล่าว และสะท้อนให้เห็นถึงแนวคิด ประชาธิปไตยของผู้คนที่ไร้อำนาจต่อรองที่สามารถสร้างพลังท้าทายอำนาจที่ดำรงอยู่และจรรโลง ประชาธิปไตยได้อย่างมีนัยยะสำคัญ

การพัฒนาประชาธิปไตยไปสู่การเมืองแบบที่เปิดพื้นที่ว่างให้กับความแตกต่างหลากหลาย จะ มีความหวังต่อประชาชนที่สูงยิ่งขึ้นไปอีก เนื่องจากการเมืองภาคประชาชนที่เน้นประชาชนเป็นตัว แสดงหลักนี้ ต้องการการเสถียรของพลเมือง คือ เน้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองสูง อย่างไม่จำกัด มีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า การเมืองลักษณะนี้จะมีที่ว่างสำหรับประชาชนที่ไม่ต้องการเข้าร่วม หรือไม่ และการไม่เข้าร่วมจะได้รับการเคารพในสิทธิดังกล่าวหรือไม่ ในอีกด้านหนึ่ง การเมืองภาค ประชาชน คือ การเปิดปริมาณพลสาธารณะให้คำถามทุกอย่างถูกนำมาถกเถียงโดยประชาชนพลเมือง ที่กระตือรือร้นเอง เช่น ในงานของ Mouffe ที่ระบุว่า

“ต้องสร้างความเป็นพลเมืองในฐานะที่เป็นเอกลักษณ์ทางการเมืองสมัยใหม่... ทำให้ ความรู้สึกเป็นพลเมืองชัดเจนขึ้น มีความอดกลั้นมากขึ้น และเห็นแก่ส่วนรวมมากขึ้น... ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมจะไม่ทำให้ได้อย่างที่ต้องการเสมอไป แต่ประชาธิปไตยแบบเข้มข้นก็ สร้างหรือทำให้คนรู้ว่าต้องการอะไร”

(Chantal Mouffe, 1995:3-12)

(2) กลไกทางการเมืองจะอาศัยหลักฉันทามติ (Consensus) กล่าวคือ การเมืองแบบ ขบวนการเคลื่อนไหวให้คุณค่าโดยละทิ้งความเป็นตัวเอง และให้คุณค่ากับความสมัคสมานฉันท์ ทำให้เกิดการเมืองที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมขบวนการ ซึ่งนำไปสู่การมี ฉันทามติร่วม (Consensus method) ซึ่งเป็นการเปิดโอกาส และไม่กีดกันฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในองค์กร หรือก็คือ การผนวกรวมไม่กีดกัน (Inclusiveness) ทั้งนี้ เครือข่ายต้องอาศัยการปฏิบัติการที่เชื่อมโยงกับกลุ่ม ต่างๆ ที่มีความหลากหลายมากขึ้น เพื่อให้เกิดพลังในการยอมรับ และส่งเสริมให้กลุ่ม/เครือข่ายใน

พื้นที่ที่มีทางเลือกในการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ ตามที่พื้นที่ที่ต้องการด้วยสำนึกร่วม เช่น การเกิดกลุ่มย่อยของผู้ติดเชื้อหญิง ที่เป็นการขยายพื้นที่ประเด็นของเครือข่าย เพื่อให้เกิดความหลากหลาย ซึ่งมีความสำคัญต่อการยอมรับตัวตน และความเท่าเทียม ผ่านการพูดคุยหารือ และการสื่อสารต่อกัน ส่วนประเด็นลักษณะเชิง new globalism จะเป็นการเชื่อมโยงกับคุณค่าประชาธิปไตย และความเป็นธรรมในสังคม รวมทั้งชนกลุ่มน้อยอย่างกลุ่มผู้หญิงด้วย

ทั้งนี้ การอาศัยหลักฉันทามติของเครือข่ายจำเป็นต้องใช้ความเห็นพ้องต้องกัน และความต้องการของคนส่วนใหญ่ทั่วไป ด้วยการปรึกษาหารือ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในองค์กร ซึ่งจะทำให้จากพื้นที่ไม่เป็นทางการเล็กๆ เริ่มขยายเป็นระดับเครือข่าย และทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลในเวทีการประชุมระดับท้องถิ่นสามารถผลักดันขึ้นมาถึงระดับชาติ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ใช้รูปแบบการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อถกเถียง และหาข้อสรุปร่วมกันในระดับเครือข่ายระดับชาติ ส่วนการเชื่อมกับระดับภูมิภาคจะใช้การเข้าร่วมประชุมตามวาระ และระดับท้องถิ่น เพื่อประสานนโยบายการทำงาน ที่จะเดินสายจัดกิจกรรมการสื่อสารให้ลงถึงพื้นที่ และระดับชุมชนในลักษณะคณะทำงานหนุนเสริม

(3) ความเสมอภาคและสิทธิในการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ ปฏิบัติการใดๆ ที่ปรากฏขึ้นหากทำให้เกิดการตระหนักถึงความสามารถในการกำหนดชีวิตตัวเอง (self determination) ย่อมเป็นการสะท้อนคุณภาพของประชาธิปไตยที่เป็นผลจากการเข้าร่วมในขบวนการเคลื่อนไหว ซึ่งในส่วนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้เริ่มให้ความหมายประชาธิปไตยของพวกเขาเองในแง่การมีสิทธิในฐานะพลเมือง การมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณะจากรัฐ และการมีสิทธิในฐานะ”พลเมืองโลก” (global citizen)

อย่างไรก็ตาม พื้นที่แห่งความสัมพันธ์นั้นยังมีระดับช่วงชั้นอยู่ภายในโครงสร้าง เป็นความรู้สึกของการถูกรังเกียจเหยียดฉันท อันเนื่องมาจากความกลัว และความคิดที่แตกต่างในการแก้ไขปัญหา อาทิ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติด เครือข่ายผู้ติดเชื้อไม่ได้มีวาระเฉพาะในการนำประเด็นเพศสภาพให้มีความเป็นการเมือง (Engendering) เนื่องจากเครือข่ายวางพันธกิจหลักในกรอบคิดประเด็นเชิงโครงสร้างอำนาจต่อสู่การถูกครอบงำจากรัฐ จากทุนครอบงำ ส่วนโครงการพัฒนาศักยภาพผู้หญิงจะปรากฏในการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย อาทิ มูลนิธิป้องกันสิทธิด้านเอตส์ กลุ่มผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับกลุ่มชายรักชายที่เผชิญหน้ากับปัญหาการถูกรังเกียจจากองค์กรประกอบสถานะทางสังคม การศึกษาที่แตกต่างจากผู้ติดเชื้อชายรักชายในเมือง แต่เนื้อหาสาระไม่ได้เป็น Engendering (Anne Philipps) แต่เป็นวาระการทำงานด้านสุขภาวะ การให้ความรู้ในเชิงป้องกัน และแกนนำยังต้องการบุคคลที่สื่อสารในพื้นที่สาธารณะได้ โดยพิจารณาจากบุคลิกของผู้ติดเชื้อที่จะขึ้นเป็นแกนนำว่า มีศักยภาพในการสื่อสารสาธารณะได้มีประเด็นเนื้อหาสาระ และมีทักษะ

การถ่ายทอดข้อมูลด้วยหรือไม่ ขณะที่มีความพยายามลดสัดส่วนกลุ่มชายรักชายในระดับแกนนำลง เพื่อรักษาภาพพจน์ขององค์กร ซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวได้สะท้อนตัวแบบความไม่เท่าเทียมขึ้น (Phillips, 1991, Pateman, 1989: 210)

เครือข่ายมีความพยายามในการเปิดพื้นที่สาธารณะ แต่ในทางเป็นจริงพื้นที่ดังกล่าวยังไม่สามารถถูกเปิดเพื่อเป็นการพูดคุยแบบเปิดกว้างได้ เพราะถูกดำเนินการภายใต้พื้นที่วาทกรรมที่ถูกกำหนดความหมายไว้ล่วงหน้าแล้ว โดยการแบ่งกลุ่มแยกแยะทางวัฒนธรรมของความเป็นสาธารณะและส่วนตัว ไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรัฐ (state-related) หรือ ไม่ได้เป็นเรื่อง ที่เป็นผลประโยชน์หรือเกี่ยวข้องในฐานะ “ส่วนร่วมของทุกคน” การเมืองของขบวนการเคลื่อนไหวผู้ติดเชื้อฯ จึงต้องปะทะขัดแย้งกับเขตแดนแห่งกิจการภายในครอบครัวเพื่อที่จะได้รับการยอมรับ/รับรอง เช่น ความไม่เป็นธรรมเชิงอำนาจ สถานะ บทบาทที่ไม่เท่าเทียมในการแก้ไขปัญหาเอชไอวี ทั้งเรื่องการทำรุนแรงทางเพศ การติดเชื้อ ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธ์ ที่ผู้หญิงต้องรับภาระในการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการถูกคาดหวังบทบาทหน้าที่ลูกสาว เมีย และแม่ตลอดชีวิต เป็นต้น

โดยสรุป ข้อค้นพบในเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ได้แสดงให้เห็นว่า การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อสามารถใช้เป็นกรณีตัวอย่างของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีพลวัต และประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายในแต่ละช่วง ตั้งแต่การก่อรูปไปจนถึงการก้าวข้ามประเด็นเอชไอวี ซึ่งถือเป็นการพิสูจน์ให้เห็นว่า หากกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ถือเป็นพลเมืองชั้นสองของสังคมก็สามารถได้รับผลสำเร็จในการผลักดันข้อเรียกร้อง และนโยบายที่รองรับสิทธิของพวกเขาได้ หากมียุทธศาสตร์ในการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพ และมีพลวัตในการปรับตัวไปตามบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในแต่ละยุค

ขณะเดียวกัน ข้อค้นพบในด้านกระบวนการกำหนดนโยบายก็สะท้อนให้เราเห็นว่า เครือข่ายมีพัฒนาการในสภาวะเคลื่อนไหวที่ไปไกลกว่าแค่การผลักดันหรือกำหนดนโยบายเท่านั้น หากแต่พวกเขายังได้ใช้พื้นที่ทางการเมืองที่ตนเองสร้างขึ้นมาเป็นช่องทางหรือกลไกในการขับเคลื่อนข้อเรียกร้อง และนโยบายของเครือข่ายต่อไปอีกด้วย โดยเฉพาะพื้นที่ในรัฐธรรมนูญผ่านกฎหมายที่เอื้อให้เครือข่ายเข้าไปมีบทบาทในหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ อาทิ สมัชชาสุขภาพ สปสช และรัฐสภา เป็นต้น จึงถือเป็นการก้าวหน้าของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่สามารถเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายได้อย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

อย่างไรก็ตาม แม้เครือข่ายผู้ติดเชื้อจะไม่สามารถสะท้อนพัฒนาการของประชาธิปไตยทั้งภายใน และภายนอกขบวนการได้อย่างสมบูรณ์ แต่อย่างน้อยที่สุด การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อก็ยังสะท้อนให้เห็นถึงแง่มุมในการถกเถียงเกี่ยวกับความเป็นประชาธิปไตยของขบวนการ ซึ่งแสดง

ให้เห็นว่า พื้นที่ในการพูดคุย และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นยังคงเปิดกว้างอยู่ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือ พื้นที่ดังกล่าวยังมีโอกาสที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อจรรโลงประชาธิปไตยได้อย่างแท้จริง



รายการอ้างอิง

ภาษาอังกฤษ

- Adun Mohara , InthiraYamabhai, KakanangChaisiri, SripenTantivess, Yot Teerawattananon. 2012. Impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure on Seven Medicines in Thailand. **The International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research**. Volume 15 Issue 1: 95-99.
- Alam, Javeed. 2004. **Who Wants Democracy?**, New Delhi: Orient Longman.
- Arneil, Barbara. 1999. **Politics and Feminism**. United Kingdom : Blackwell Publishers Ltd
- Alvarez, Sonia E. and Arturo Escobar. 1991. **New social movements in Latin American: identity, strategy and democracy**. Washington,DC : Latin American Studies Association
- Amory Starr, Maria Elena, Martinez-Torres and Peter Rosset. 2009. **Participatory Democracy in Action: Practices of the Zapatistas and the Movimiento Sem Terra**. CA: Wadsworth Publishing.
- Aree Kumphitak and others. 2004. **Involvement with people living with HIV/AIDS in treatment preparedness in Thailand: case study**. [Online] Available from: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/thailand.pdf [2014, May 11]
- Avritzer, Leonardo. 1995. Transition to Democracy and Political Culture: An analysis of the Conflict between Civil and Political Society in Post-Authoritarian Brazil. **Constellations**. 2 (2): 242-267.
- B. Cooke & U. Kothari (Eds.), **Participation: The new tyranny?** . London: Zed Books.
- Bhagwati, Jagdish N. 1977. **The New International Economic Order: The North South Debate**. Cambridge, Mass: MIT Press
- Benford, Robert D. 1993. You could be the hundredth monkey: Collective action frames and vocabularies of motive within the nuclear disarmament movement. **Sociological Quarterly** 34: 195-216.

- Benford Robert D. and Snow David A. 2000. Framing Processes and Social Movements: An Overview and Assessment. **Annual Review of Sociology**. 26. pp. 611-639.
- Beverley Skeggs. 1997. **Formation of Class and Gender: Becoming Respectable**. Thousand Oaks: Sage.
- Benhabib, Seyla. 1996. **Democracy and Difference: Contesting the Boundaries of the Political**. Princeton: Princeton University Press.
- Benhabib, Seyla. 2004. **The Rights of Others: Aliens, Residents, and Citizens**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Breines, W., 1989. **Community and Organization in the New Left. 1962-1968: The Great Refusa**. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Calhoun, Craig. 1995. "New social movements" of the early nineteenth century. In: Traugott, Mark, (ed.) **Repertoires and Cycles of Collective Action**. pp.173. USA: Duke University Press.
- Castells, Manuel. 1977. **The Urban Question: a Marxist Approach**. London: Edward Arnold.
- Chiang Mai Public Health Office. 2005. **Document for public health task force monitoring: during January, 19-21, 2005**. Chiang Mai: Chiang Mai Public Health Office.
- Chatterjee, Partha. 2004. **The politics of the governed: Reflections on Popular Politics in Most of the World**. New York: Columbia University Press.
- Chantal Mouffe. 1995. Politics, democratic action, and solidarity. **Inquiry**, 38 (1 & 2). 1-12.
- Cohen, Jean and Andrew Arato. 1994. **Civil Society and Political Theory**. Cambridge: MIT Press.
- Crossley, N. 2002. **Making Sense of Social Movements**. Philadelphia: Open University Press.
- Dagnino, Evalina. 1998. Culture, Citizenship, and Democracy: Changing Discourses and Practices of the Latin America Left. In Sonia E. Alvarez, Evelina Dagnino, and Arturo Escobar, **Cultures of Politics, Politics of Cultures: Re-Visioning Latin American Social Movements**, pp.33 - 63. Boulder: Westview Press.

- Dagnino, Evalina. 2005. **Meanings of Citizenship in Latin America**. Brighton: the University of Sussex.
- De Tocqueville, Alexis. 1969. **Democracy in America**. trans. George Lawrence .New York: Anchor Books
- Della Porta, Donatella and Mario Diani. 1999. **Social Movements: An Introduction**. Oxford: Blackwell.
- Della Porta, Donatella. 2004. **Transnational Protest and Global Activism**. New York: Rowman and Littlefield Economic.
- Della Porta, Donatella and Herbert Reiter. 2006. Organizational Ideology and Vision of democracy in the Global Justice Movement, WP3 Report, Democracy in Movement and the Mobilization of the Society—DEMOS, European Commission.
- Denning, Michael. 2001. **Initiative on Labor and Culture**. [Online]. Available from: <http://www.yale.edu/laborculture/MichaelDenningEssays.html> [2014, May 11]
- Diamond, Larry. 1999. **Developing Democracy: Toward Consolidation**. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Diamond, Larry. 2002. **Advancing Democratic Governance: A global Perspective on the Status of Democracy and Directions for International Assistance**. [Online]. Available from: https://web.stanford.edu/~ldiamond/papers/advancing_democ_%20governance.pdf [2014, May 11]
- Diamond, Larry and Morlino, Leonardo. The Quality of Democracy. In Larry Diamond and Leonardo Morlino. eds. 2005. **Assessing the Quality of Democracy**. pp.ix. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Division of Epidemiology. 2005. **HIV/AIDS situation in Thailand, 1999-2005**. Bangkok.
- Donatella della Porta and Mario Diani. 2006. **Social Movements. An Introduction**. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing.
- Donatella della Porta. 2009. "Making the New Polis: The Practice of Deliberative Democracy in Social Forums" in Hank Johnston (ed.), **Culture, Social Movements, and Protest**, pp.181-208. USA: Farnham Ashgate.

- Dye, Thomas, R. (2004). **Understanding Public Policy** (10th ed). Beijing: China Renmin University Press
- Eduards, Maud L.1994. Woman's Agency and Collective Action. **Women's Studies International Forum** 17/2-3: 181-186.
- Eisenstein, Zillah R. 1981. **The Radical Future of Liberal Feminism**. Boston: Northeastern University Press
- Evans, Sara M. and Harry Chatten Boyte. 1992. **Free spaces: the sources of democratic change in America: with a new introduction**. USA: University of Chicago Press.
- Ferree, Myra Marx and Mueller, Carol McClurg. 2007. **Feminism and the Women's Movement: A Global Perspective**. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Foller, Maj-Lis. 2009. **The Impact of HIV and AIDS pandemic on civil society mobilization**. Sweden: University of Gothenburg.
- Forda N, Wilson D, Costa Chaves G, Lotrowska M, Kijtiwatchakul K. 2007. Sustaining access to antiretroviral therapy in the less-developed world: lessons from Brazil and Thailand. **AIDS**. Jul 21 (4): S21-S29.
- Foweraker, J. 1993. **Popular Mobilization in Mexico**. New York: Cambridge University Press
- Foweraker, Joe. 1995. **Theorising Social Movements**. Colorado: Pluto Press.
- Foweraker, Joe. and ANN L. Craig. 1990. **Popular movements and political change in Mexico**. London and Boulder: Lynne Rienner.
- Fraser, Nancy. 2000. Rethinking Recognition. **New Left Review**. 3 (May-June): 107-120.
- Freeman, Jo. 1974. The Tyranny of the Structureless. in Jane Jaquette (ed.), **Women in Politics**. New York: Wiley
- Fuentes, Marta and Frank, Gunder Andre. 1989. Ten Theses on Social Movements. **World Development**. Vol. 17, No. 2: 179-91.
- Fung, Archon and Wright, Erik Olin. 2003. **Deepening Democracy London Democracy**. London: Verso.
- Gamson, W. 1990. **The Strategy of Social Protest**. 2nd ed. California: Wadsworth Publishing Company.

- Gautney, Heather. 2010. **Protest and Organization in the Alternative Globalization Era: NGOs, Social Movements, and Political Parties**. New York: Palgrave Macmillan.
- Gaventa, John. 2006. **Triumph, Deficit or Contestation? Deepening the 'Deepening Democracy' Debate**. [Online]. Available from: <http://www.drc-citizenship.org/system/assets/1052734506/original/1052734506-gaventa.2006-triumph.pdf> [2014, April 24]
- Gerhardsen Tove. 2007. Brazil Takes Steps To Import Cheaper AIDS Drug Under Trade Law (2007, May 7). **Intellectual Property Watch**.
- Goodheart, Michael. 2005. **Civil Society and the Problem of Global Democracy**. USA: University of Pittsburgh.
- Habermas, Jurgen. 1973. **Theory and Practice**. Boston: Beacon Press.
- Hannigan, John A. 1985. Alain Touraine, Manuel Castells and Social Movement Theory: A Critical Appraisal. **Sociological Quarterly**, 26(4): 435-454.
- Inglehart, R. 1977. **The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles among Western Publics**. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jenkins J. Craig and Perrow Charles. 1977. Insurgency of the Powerless: Farm Worker Movements (1946-1972). in McAdam and Snow. **American Sociological Review**, April 1977, 42: 249-268.
- Kannikar Kijtiwatchakul and Suntaree Kiatiprajuk. 2007. **The right to life**. Bangkok: Medecins sans Frontieres-Belgium.
- Klandermans, Bert. 1988. The formation and mobilization of consensus. **International Social Movement Research** 1:173-197.
- Kymicka, Will. 1996. **Multicultural Citizenship**. Oxford: Clarendon Press.
- Kymicka, Will. 1999. **Liberal Complacencies**. USA: Princeton University Press.
- Kymicka, Will. 2002. **Contemporary Political Philosophy: An Introduction**. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- Laclau, Ernesto and Chantal Mouffe. 1985. **Hegemony and Socialist Strategy: Towards A Radical Democratic Politics**. London: Verso.
- Lipsky, M. 1968. Protest as a political resource. **American Political Science Review**, 62, 114-158.

- Lyttleton, C. 2000. **Endangered relations: negotiating sex and AIDS in Thailand**. Holland: Harwood Academic Publishers.
- Lyttleton, C. 2004. Fleeing the fire: Transformation and gendered belonging in Thai HIV/AIDS support groups. **Medical Anthropology** 23: 1-43.
- Lyttleton, C., Beesey, A. and Sitthikriengkrai, M. 2007. Expanding community through ARV provision in Thailand'. **AIDS Care**, 19 (1): 44 – 53.
- McAdam, Doug, John D. McCarthy, and Mayer N. Zald, eds. 1996. **Comparative Perspectives on Social Movements**. New York: Cambridge University Press.
- McCarthy, John and Zald, Meyer. 1973. Resource Mobilization and Social Movements: A Partial Theory. **American Journal of Sociology**. vol.82 no.6: 1212-1214.
- Melucci, Alberto 1980. The New Social Movements: A Theoretical Approach. **Social Science Information**. 19(2): 199–226.
- Melucci, Alberto. 1985. The Symbolic Challenge of Contemporary Movements. **Social Research**. Vol. 52, No. 4, Social Movements (WINTER 1985): 789-816.
- Melucci, Alberto. 1988. Getting Involved: Identity and Mobilization in Social Movements. **International Social Movement Research**. 1: 329–48.
- Melucci, Alberto 1989a. **Nomads of the Present**. Philadelphia: Temple University Press.
- Melucci, Alberto 1989b. The Symbolic Challenge of Contemporary Movements. **Social Research**. 52: 781–816.
- Melucci, Alberto. 1994. A Strange Kind of Newness: What's 'New' in New Social Movements? in Enrique Larana et al, eds., **New Social Movements: From Ideology to Identity**, pp.103. Philadelphia: Philadelphia Press.
- Melucci, Alberto. 1995. **The process of Collective Identity**. in H. Johnston and B. Klandermans (eds.), *Social Movements and Culture*. London: UCL Press.
- Melucci, Alberto 1996. **Challenging Codes: Collective Action in the Information Age**. Cambridge: Cambridge University Press
- Miguel Carter. 2005. **The Landless rural workers' movement (MST) and democracy in Brazil**. Oxford: University of Oxford.
- Mouzelis, N. 1995. **Sociological Theory: What Went Wrong?**, Routledge: London and New York.

- Muecke, M.A. 1989. **Mother sold food, daughter sells her body: Cultural continuity in the Thai context of progress.** Paper presented at the annual meeting of the American anthropological association, Phoenix, Arizona.
- Naruemon Thabchumpon. 1998. Grassroots NGOs and Political Reform in Thailand: Democracy behind Civil Society. **The Copenhagen Journal of Asian Studies.** 13 (1998): 31–59.
- Offe, Claus. 1985. New social movement: Challenging the boundaries of institutional politics. **Social research.** 52(4): 817-868.
- Offe, Claus, 1997. Microaspects of Democratic Theory: What Makes for the Deliberative Competence of Citizens? in A. Hadenius (ed.), **Democracy's Victory and Crisis.** New York: Cambridge University Press.
- Paley, Julia. 2002. Toward an Anthropology of Democracy. **Annual Reviews of Anthropology** 31: 469–496.
- Parker, Richard. 2001. Sexuality, Culture, and Power in HIV/AIDS. Research. **Annual review of Anthropology** 30: 163-179.
- Parker, Richard. 2009. Civil Society, Political Mobilization, and the Impact of HIV Scale-Up on Health Systems in Brazil. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.** Volume 52: 49-51.
- Pateman, Carole. 1970. **Participation and Democratic Theory.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Pateman, Carole. 1989. **The disorder of women: democracy, feminism, and political theory.** Stanford, California: Stanford University Press.
- Peter Waterman. 2002. The “Call of Social Movements” of the Second World Social Forum, Porto Alegre, Brazil, 31 January–5 February, 2002”. **Antipode,** Volume 34, Issue 4: 625–632.
- Phillips, A. 1991. **Engendering Democracy.** Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Pickard, Victor W. 2006. Assessing the Radical Democracy of Indymedia. **Critical Studies in Media Communication.** Vol. 23, No.1, March 2006: 19-38.
- Polletta, Francesca, 2002. **Freedom is an Endless Meeting: Democracy in American Social Movements.** USA: The University of Chicago Press.

- Polletta, Francesca. 2004. **Freedom Is an Endless Meeting: Democracy in American Social Movements**. 1st ed. USA: University Of Chicago.
- Porta, Donatella della. 2008. **Consensus in Movements**. [Online] Available from: <http://www.accademiaaldomoro.org/attivita/trentennale/ConvegnoVarie/Relazioni/dellaporta%20.pdf> [2014, April 24]
- Porta, Donatella della. 2009. **Democracy in movements**. London: Palgrave.
- Przeworski, Adam. 2010. **Democracy and the Limits of Self-Government**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reuters. 2007. Bill Clinton brokers generic AIDS drug deal (2007, May 8). **Reuters**.
- Rhodes, R.A.W. 2006. **Policy network analysis**. In M. Moran, M. Rein & R. Goodin, eds. The oxford handbook of public policy. New York: Oxford University Press.
- Rothstein, Robert L. 1979. **Global Bargaining: UNCTAD and the Quest for a New International Economic Order**. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Scholte, Jan Aart. 2008. Reconstructing Contemporary Democracy. **Indiana Journal of Global Legal Studies**. 15(1): 305-350.
- Sen, A. K. 1999. **Development as freedom**. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. K. 2007. **Identity and Violence: The illusion of destiny**. London: Penguin Books.
- Sen, A. K. 2015. **Universal healthcare: the affordable dream**. [Online] Available from: <http://www.theguardian.com/society/2015/jan/06/-sp-universal-healthcare-the-affordable-dream-amartya-sen> [2015, April 16]
- Sean Flynn, Aidan Hollis, and Mike Palmedo. 2009. An Economic Justification for Open Access to Essential Medicine Patents in Developing Countries. **The Journal of Law, Medicine & Ethics**. Volume 37, Issue 2: 184–208.
- Snow, David A. and Robert D. Benford. 1988 Ideology, Frame Resonance, and Participant Mobilization. In Bert Klandermans, Hanspeter Kriesi, and Sidney Tarrow, eds. **International Social Movement Research: From Structure to Action**. Greenwich, CT: JAI Press.
- Snow, David A. and Robert D. Benford. 1992. Master Frames and Cycles of Protest. in Aldon D. Morris and Carol McClurgMueller eds. **Frontiers in Social Movement Theory**. New Haven: Yale University Press.

- Snow, David A., Rochford, E. Burke, Worden, Steven K. and Benford, Robert D. 1986. **Framing Alignment Processes, Micromobilization and Movement Participation.** [Online] Available from: <http://www.uni-leipzig.de/~sozio/mitarbeiter/m29/content/dokumente/595/SnowFrame1986.pdf> [2013, February 14]
- Somchai Phatharathananunth. 2006. **Civil Society and Democratization. Social Movements in Northeast Thailand.** Denmark: NIAS Press.
- Starr, Amory, Maria Elena Martinez-Torres and Peter Rosset. 2011. Participatory Democracy in Action: Practices of the Zapatistas and the Movimento Sem Terra', **Latin American Perspective**, 38: 1, 102-119.
- Stewart, Alastair. 2005. Brazil Moves to Break Merck AIDS Drug Patent (2005, May 5). **The Wall Street Journal.**
- Tarrow, Sidney. 1994. **Power in Movement: Social Movements and Contentious Politics.** New York: Cambridge University Press.
- Tarrow, Sidney. 2005. **The New Transnational Activism.** New York: Cambridge University Press.
- The Thai Working Group on HIV/AIDS Projections. 2005. **The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005-2025.** Thailand: Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Touraine, A. 1981. **The Voice and the Eye: an analysis of social movements.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Touraine, Alain. 1985. An introduction to the study of social movement. **Social movement Social Research.** 52: 749-787.
- Touraine, Alain. 1997. **What is democracy?** Translated from French by Macey, D. Boulder. CO: Westview Press.
- Touraine, Alain, Zsuzska Hegedus, Francois Dubet, and Michael Wieviorka. 1982. **Anti-nuclear protest: The Opposition to Nuclear Energy in France.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Treichler, Paula A. 2004. **How to Have Theory in an Epidemic: Cultural Chronicles of AIDS.** Durham: Duke University Press.

- Tse-Mei Wu. 2011. **Deliberative Democracy and the Environmental**. [Online].
Available from: <http://gra103.aca.ntu.edu.tw/gdoc/99/D94124004a.pdf> [2011, October 14]
- UNAIDS. 2012. **Declaration of Commitment on HIV/AIDS**. [Online]. Available from:
<http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unitednationsdeclarationsandgoals/2001declarationofcommitmentonhivaids/> [2012, January 2]
- United Nations. 1948. **The Universal Declaration of Human Rights**. [Online].
Available from: <http://www.un.org/en/documents/udhr/> [2013, March 5]
- United Nations Economic Commission for Africa. 2003. **Globalised Inequalities and HIV/AIDS Economic**. [Online]. Available from:
<http://repository.uneca.org/pdfpreview/bitstream/handle/10855/5566/Bib-39859.pdf?sequence=1> [2014, April 24]
- Vichai Chokevivat, Quoted in Kijtiwatchakul, Kannikar. 2008. **The right to life**.
Bangkok: Medecins Sans Frontieres-Belgium. pp.17.
- Walsh Denise M. 2010. **Women's Rights in Democratizing States: Just Debate and Gender Justice in the Public Sphere**. Cambridge: Cambridge University Press
- Webb, Jen, Schirato, Tony and Danaher, Geoff. 2002. **Theorising Practice, Understanding Boudieu**. London: Sage.
- West, Guida and Blumberg, Rhoda Lois. 1990. **Women and Social Protest**.
Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, James Q. 1961. The Strategy of Protest. **Journal of Conflict Resolution**, 5:
291-303.
- World Bank. 2000. **Thailand's Response to AIDS: Building on Success, Confronting the Future**. Washington: World Bank.
- World Economic Forum. 2004. **Business and HIV/AIDS: Who Me?** Geneva,
Switzerland: World Economic Forum Global Health Initiative.
- World Health Organization. 2005. **External review of the health sector response to HIV/AIDS in Thailand**. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.

ภาษาไทย

กรมควบคุมโรค. 2549. **ประกาศกรมควบคุมโรคเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาและเวชภัณฑ์**

2549 (ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549). กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.

กรมควบคุมโรค. ม.ป.ป. **ประกาศกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการใช้สิทธิตาม**

สิทธิบัตรยาและเวชภัณฑ์กรณียาสูตรผสมระหว่างโลพินาเวียร์. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.

กรมควบคุมโรค, สำนักระบาดวิทยา. 2554. **สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย 28**

กรกฎาคม 2554. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cgbM4dVvCNEJ:www.teenpath.net/data/health/00011/forNationalAIDSPlan.ppt+&cd=1&hl=th&ct=clnk&gl=th> [5 พฤษภาคม 2557]

กรณีการ กิจติเวชกุล. 2548. **สิทธิบัตรยา : ยาใจคนรวย.** กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.

กรณีการ กิจติเวชกุล. 2550. **ความต้องการแสวงหากำไรไม่สิ้นสุดของอุตสาหกรรมยา**

ปรากฏการณ์ในไทยและอินเดีย. กรุงเทพฯ: องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม.

กระทรวงสาธารณสุข. 2550. **ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาและ**

เวชภัณฑ์กรณียาโคลพิโดเกรล (Clopidogrel) (ลงวันที่ 25 มกราคม 2550).

[ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

<http://elib.fda.moph.go.th/library/default.asp?page2=subdetail&id=7447> [5 พฤษภาคม 2557]

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554. **เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย (Sexuality Transition in Thai Society).** กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กัลย์ อี้ลี. 2551. **การสร้างเครือข่ายของขบวนการทางสังคมข้ามพรมแดน : กรณีการใช้สิทธิเหนือ**

สิทธิบัตรยาในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพัฒนาระหว่างประเทศ (นานาชาติ) คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เก่งกิจ กิตติเรียงลาภ. 2552. **บทวิพากษ์ “การเมืองภาคประชาชนในประเทศไทย:ข้อจำกัดของ**

แนววิเคราะห์และยุทธศาสตร์การเมืองแบบขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่”.

กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2548. **ขับเคลื่อนวาระสุขภาพไทย : ประชาสังคมกับการปฏิรูประบบ**

สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สร้างสื่อ.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2549. **พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม.**

กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร .

คงศักดิ์ คำอ่อน และคณะ. 2554. **แนวทางการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อตอบสนองและจัดการปัญหาด้วยตนเอง.** เชียงใหม่: พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.

คณะกรรมการเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์. 2552. **รายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในมุมมองของภาคประชาสังคม ปี พ.ศ.**

2552. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.aihd.mahidol.ac.th/res/wp-content/files/AIDS/Policy_Analysis_Report_2552_2.pdf [5 ธันวาคม 2557]

คณะอนุกรรมการวิชาการและการพัฒนาในคณะกรรมการการสาธารณสุขผู้มีส่วนร่วมกับ

องค์การสมาชิกรัฐสภาแห่งเอเชียด้านประชากรและการพัฒนา (AFPPD). 2554. **สรุปผลการสัมมนาเรื่อง“เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและด้านการสาธารณสุข”.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา :

<http://www.senate.go.th/committee2551/committee/files/committee17/12345.pdf> [7 พฤษภาคม 2557]

คัคนางค์ ไชยศิริ และคณะ. 2552. **การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

คำนวนณ อึ้งชูศักดิ์. ม.ป.ป. **ภาพรวมของระบาดวิทยา (Overview of Epidemiology).** [ออนไลน์].

แหล่งที่มา :

http://interfetpthailand.net/femt/present/femt_2011_12_19kumnual_1000a.doc [3 กุมภาพันธ์ 2556]

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย. 2551. **จากคนหมายเลขศูนย์สู่แนวหน้าภาคประชาชน.** กรุงเทพฯ: บริษัทแปลนพรีนติ้งจำกัด.

จดหมายข่าวคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.). 2553. ฉบับ “เพศสังสรรค์” ตราวารวรรณการพิมพ์, ฉบับที่ 4 ประจำเดือน สิงหาคม – ตุลาคม.

จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, ประภาส ปิ่นตบแต่ง, นภาพร อติวานิชยพงศ์, กิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์ และ ศิริพร ยอดกมลศาสตร์. 2550. **สวัสดิการพื้นฐาน (Social Safety Net): รากฐานความเป็นธรรมทางรายได้.** กรุงเทพฯ: สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จอห์น อึ้งภากรณ์. 2553. **หลังประติมาสาธารณสุข 20 ปีเบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย (พงศธร พอกเพิ่มดี บรรณาธิการ).** กรุงเทพฯ: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.).

- จอน อึ้งภากรณ์. 2558. มุมมอง 14 ปี หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “แยกคนรวยจากระบบ
เท่ากับล้มบัตรทอง”. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:
<http://www.hfocus.org/content/2015/05/9929> [20 มิถุนายน 2558]
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สถาบันวิจัยสังคม. 2556. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัยเรื่อง
การเลือกปฏิบัติในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://library.nhrc.or.th/ulib/document/Fulltext/F07989.pdf> [5 มีนาคม 2557]
- ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. 2548. เอกสารการประชุมงานมหกรรมเอตส์ภาคประชาชน สองทศวรรษ
เอตส์ : จินตนาการใหม่ความหลากหลายทางเพศ. กรุงเทพฯ: สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่ง
ประเทศไทย เครือข่ายความหลากหลายทางเพศแห่งประเทศไทย.
- ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. (2547). ฐานคติเรื่องเพศวิถีไทยนโยบายเรื่องเอตส์ของประเทศไทย. รัฐศาสตร์สาร.
25(3), 1-81.
- ธนาคารแห่งประเทศไทย. 2533. รายงานภาวะเศรษฐกิจประจำปี 2528-2533. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์.
- ธวัช มณีผ่อง. 2553. โครงการศึกษาดัชนีชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
เอตส์ เพื่อสนับสนุนการรณรงค์ด้านสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย. ดารารวรรณการพิมพ์ :
เชียงใหม่.
- นฤมล ทับจุมพล, จตุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, และลัดดาวัลย์ ตันติวิทยพิทักษ์. 2541. รายงานการวิจัย
เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการเลือกตั้ง: ศึกษาจากศักยภาพและความสนใจ
ในการมีส่วนร่วมในกระบวนการเลือกตั้งขององค์การเอกชน. กรุงเทพฯ : สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- นฤมล ทับจุมพล. 2543. ประชาธิปไตยรากหญ้า : ข้อสังเกตบางประการจากบทบาททางการเมือง
ขององค์กรประชาชนรากหญ้า. ใน ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ, ลูกชิ้นสู้, 86. กรุงเทพฯ: ศูนย์
ศึกษาเศรษฐศาสตร์การเมือง คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นฤมล ทับจุมพล, ประภาส ปิ่นตบแต่ง และสมชาย ปรีชาสกุล. 2539. การเคลื่อนไหวของขบวนการ
ภาคประชาชนในชนบทกับการปราบปรามของรัฐ. รัฐศาสตร์สาร, 19, 75-78.
- นวนน้อย ตรีรัตน์ และแบงค์ งามอรุณโชติ. 2555. การเมืองและตุลาการในระบบหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: ศิลปกรรมบริษัทดีเอ็มเอ.
- นิตยา ระวังพาล. 2538. หญิงบริการทางเพศ: กรณีศึกษาสถานการณ์โรคเอตส์ในจังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวัฒนธรรมศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิมิตร์ เทียนอุดม. 2554. มูลนิธิเข้าถึงเอตส์. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.aidsaccess.com/09/> นิมิตร์เทียน [1 ธันวาคม 2554]

- นิรมล ปัญสุวรรณ และ สุปิยา จันทรมณี. 2557. **ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2556**. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.
- นิวัตร สุวรรณพัฒนา และคณะ. 2551. **จากคนหมายเลข 0 สู่นโยบายภาคประชาชน (บทเรียน และการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์)**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย.
- ประชาไท. 2549. **แถลงผลเอฟทีเอไทย-สหรัฐรอบ 6 สหรัฐกังวลเจรจาตัดขาด**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.prachatai.com/journal/2006/01/6994> [5 เมษายน 2556]
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. 2522. **ทฤษฎีการระดมทรัพยากร**. ใน ประภาส ปิ่นตบแต่ง, **กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม**, (หน้า 66 - 91). เชียงใหม่: มูลนิธิไฮน์ริค เบิลล์ สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. 2541. **การเมืองบนท้องถนน 99 วันสมัยชาคนจนและประวัติศาสตร์การเดินขบวนชุมนุมประท้วงในสังคมไทย**. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและผลิตตำรามหาวิทยาลัยเกริก.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. 2542. **การต่อสู้ของชาวนาไทยจากอดีต สู่ – ปัจจุบัน: ตอนที่หนึ่ง ปี 2475 – 2516**. ใน นฤมล ทับจุมพล และนิติรัตน์ ทรัพย์สมบูรณ์ (บรรณาธิการ), **เส้นทางชาวนาไทย : รำลึก 25 ปีสหพันธ์ชาวนาชาวไร่แห่งประเทศไทย**. หน้า 1-30. กรุงเทพฯ : มูลนิธิเด็ก.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. 2552. **กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม**. เชียงใหม่: มีดีไซน์.
- ประภาส ปิ่นตบแต่ง. 2553. **การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะโดยภาคประชาสังคม**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์.
- ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคณะ. 2545. **วิถีชีวิตวิถีสู้ขบวนการประชาชนร่วมสมัย**. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ตรีสิริน.
- พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.senate.go.th/w3c/senate/pictures/comm/1550/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A.%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.%202523%20%284%29.pdf> [1 ธันวาคม 2555]
- พงศธร พอกเพิ่มดี. 2553. **หลังประติมากรรมสุข 20 เบื้องหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.).

- พิศิษฐ์ คุณวโรตม์. 2545. **อัตลักษณ์และกระบวนการต่อสู้เพื่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV**. วิทยานิพนธ์
คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์. 2553. **บทวิทยุ รู้รัก รู้ปลอดภัย**. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเข้าถึงเอดส์.
- มูลนิธิเครือข่ายเพื่อนกะเทยไทยเพื่อสิทธิมนุษยชน. 2553. **กระแสสิทธิทางเพศในแวดวงสิทธิ
มนุษยชนโลก**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.thaitga.com/index.php/library/articles/126-sexualrights-in-global>
[2 มิถุนายน 2555]
- มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา. 2547. **ทางเดินของคนเล็กๆที่จะสู้กับเรื่องใหญ่: บทเรียนการเพิก
ถอนสิทธิบัตรยาตีไอ**. กรุงเทพฯ: โอเอ็นจีการพิมพ์.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.mua.go.th/users/he-commission/doc/law/Constitution2550.pdf> [1
มกราคม 2555]
- วาสนา อิมเอ็ม. ม.ป.ป. **ฐานข้อมูลการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ – การใช้ประโยชน์และแนวโน้ม
สถานการณ์ที่เปลี่ยนไป**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
[http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/D
ownload/Article11.pdf](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/Conferencell/Article/Download/Article11.pdf) [8 พฤษภาคม 2557]
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. 2537. **สิทธิผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.
- วิทยา กุลสมบูรณ์. 2551. **การใช้สิทธิต่อยาที่มีสิทธิบัตรเพื่อการเข้าถึงยา**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.prachatai.com/journal/2007/05/12828> [2 มกราคม 2556]
- วิทยา กุลสมบูรณ์, วรรณมา ศรีวิริยานุภาพ และ กรรณิการ์ กิจติเวชกุล. 2550. **การประชุมนานาชาติ
เรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร: นวัตกรรมและการเข้าถึงยาถ่วงหน้า**. กรุงเทพฯ: แผนงาน
คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. 2553. **นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้เปลี่ยนโลกด้วยถุงยางอนามัยตัวจริง**. ใน
หลังประติมาสาธารณสุข 20 ปีองหลังการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทย โดยพงศธร พอก
เพิ่มดี (บรรณาธิการ). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง.
- วีรชัย พลาศรัย. 2553. **การเข้าถึงยากับการค้าระหว่างประเทศ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.ftawatch.org/all/news/19846> [2 มกราคม 2555]
- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล. 2547. **ทางเดินของคนเล็กๆ ที่จะสู้กับเรื่องใหญ่: บทเรียนการเพิกถอนสิทธิบัตร
ยาตีไอ**. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา.
- วีรบูรณ์ วิสารทสกุล. 2550. **หยุด!คอมบิต ชัยชนะในการคัดค้านก่อนออกสิทธิบัตร**. กรุงเทพฯ: อุษ
การพิมพ์.

- ศูนย์สันติภาพและสิทธิมนุษยชนแห่งภาคอีสาน ประเทศไทย, เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภาคอีสาน. 2551. **เสียงจากคนชายขอบ: สิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <https://cieekhonkaenprojects.files.wordpress.com/2011/02/hiv-report-ciee-thai-smallfile.pdf> [4 มกราคม 2555]
- สภาภาษาชาวไทย, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์. 2555. **การเสวนาว่าด้วยโรคเอดส์: คู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.redcross.or.th/article/15421> [1 มกราคม 2555]
- สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข, กองระบาดวิทยา. 2557. **ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2556.** กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยาสำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. 2554. **การเมืองภาคประชาชนในระบบประชาธิปไตย.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parliament_parcy/download/article/article_20110615111440.pdf [2 มกราคม 2555]
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2553. **สถานการณ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จังหวัดพะเยา (ตั้งแต่ ตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2553).** พะเยา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. (อัดสำเนา)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา. 2556. **สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2555.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.pyomoph.go.th/service/photo/402.pdf> [1 มกราคม 2557]
- สุชาดา ทวีสิทธิ์ และอุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. 2554. **รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์แบบมีส่วนร่วมประเด็นการตีตรา และเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และข้อเสนอต่อสังคมไทย.** กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด
- สุพิชา เบาทิพย์ และสุไลพร ชลวิไล. 2554. **เรื่องเล่าของฉันในวันที่อยู่กับเอชไอวี.** กรุงเทพฯ: พี.เอส. ซัพพลาย.
- เสกสรรค์ ประเสริฐกุล. 2548. **การเมืองภาคประชาชนในระบบประชาธิปไตยไทย.** กรุงเทพฯ: อมรินทร์บุ๊กเซ็นเตอร์.
- แสงจันทร์ เมธาตระกูล. 2553. **สรุปบทเรียนและกระบวนการทำงานของกลุ่มและเครือข่ายผู้มีเชื้อภาคเหนือ ภายใต้โครงการดูแลผู้หญิงหลังคลอดที่มีเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ในชุมชน.** กรุงเทพฯ: มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย.

- หนังสือพิมพ์ฉบับพิเศษเสียงสิทธิ์. 2554. สิทธิทางเพศด้านเอดส์คือสิทธิมนุษยชน. งานสัมมนา
ระดับชาติเรื่องเอดส์ครั้งที่13.
- องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. 2548. บทบาทของพระวันชัยกับการรณรงค์เรื่องเอชไอวี/เอดส์.
[ออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.unicef.org/thailand/tha/reallives_6231.html [5
ธันวาคม 2555]
- อนุสรณ์ ลีम्मณี. 2542. รัฐ สังคม และการเปลี่ยนแปลง: การพิจารณาในเชิงอำนาจ นโยบาย และ
เครือข่ายความสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- อมตยา เชน. 2553. การลดความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมในสังคม. กรุงเทพฯ: ปาฐกถา
พิเศษในงานประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 3 ประจำปี 2553.
- อัจฉรา สุขธรรม. 2552. จากหนึ่งถึงห้าปี สร้างคน ประสพการณ์ งานเอดส์ชุมชน, โครงการป้องกัน
การแพร่ระบาดของเอดส์ในชุมชน ภาคเหนือมูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา. เชียงใหม่:
พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. 2543. ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม. ใน ขวัญใจ ไทยทอง (บรรณาธิการ),
แนวคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม. หน้า 41-60. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- อุษา ดวงสา และคณะ. 2544. พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและผู้ติดเชื้อ: กรณีภาคเหนือ
ตอนบน ประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS).
- อินทิรา ยมาภัย, อุดุลย์ โมฮารรา, คัดนางค์ ไชยศิริ, วันดี กริชอนันต์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และยศ ติระ
วัฒนานนท์. 2552. การประเมินผลกระทบจากมาตรการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาใน
ประเทศไทย ระหว่างปี 2549-2551. นนทบุรี :โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย
ด้านสุขภาพ. CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก.
รายนามผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants)

หมายเหตุ เนื่องจากหัวข้อในการสัมภาษณ์เป็นประเด็นที่มีความอ่อนไหว ผู้ให้ข้อมูลสำคัญบางท่านไม่สะดวกในการเปิดเผยชื่อ-สกุลจริง

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันเวลาที่สัมภาษณ์
ภาคกลาง		
คุณอนุพงษ์ ประสม	แกนนำเครือข่ายจังหวัดอยุธยา	2 กุมภาพันธ์ 2556
คุณตุ๊ก	แกนนำเครือข่ายจังหวัดอยุธยา	7 กุมภาพันธ์ 2555
คุณสุทธิพงษ์ มิ่งมงคล	อดีตประธานเครือข่ายจังหวัดลพบุรี	20 กุมภาพันธ์ 2555
คุณพิพัฒน์ กลิ่นปทุม	อดีตแกนนำสิงห์บุรี	24 กุมภาพันธ์ 2555
คุณถิรมนัส ดิษฐ์วิจิตรโชติ	ผู้ประสานงานภาคกลาง	26 กุมภาพันธ์ 2555
คุณวิรัชชา ชัยศร	ชมรมหญ้าแฝก โรงพยาบาลภูมิพล	15 ธันวาคม 2556
คุณสมบัติ สุดดวง		11 สิงหาคม 2555
ภาคเหนือ		
คุณนิภากรณ์ นันทา	แกนนำเครือข่าย	1 มีนาคม 2557
คุณสุรัตน์ ชมเชย	ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จ.พะเยา	3 ธันวาคม 2556
คุณสุธีรัตน์ จินาวงศ์	สมาชิกเครือข่าย	3 ธันวาคม 2556
คุณพัฒน์	สมาชิกเครือข่าย	3 ธันวาคม 2556
คุณดวงใจ คำปา	สมาชิกเครือข่าย	4 ธันวาคม 2556
คุณชนกร วังฐาน	เครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับภาคเหนือ	2 กุมภาพันธ์ 2557
คุณรัชดาพร สุไชยยา	สมาชิกเครือข่าย	1 มีนาคม 2557
คุณสวย อ่อนนวล	สมาชิกเครือข่าย	1 มีนาคม 2557
คุณจันทร์เพ็ญ อิงอาน	สมาชิกเครือข่าย	5 ธันวาคม 2557
คุณธนิภา ปัญญาทอง	สมาชิกเครือข่าย	5 ธันวาคม 2557

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันเวลาที่สัมภาษณ์
คุณเนตรมณี ขอบศิลป์	สมาชิกเครือข่าย	6 ธันวาคม 2557
คุณวราศล สัมฤทธิ์	สมาชิกเครือข่าย	6 ธันวาคม 2557
คุณกฤติกร คงกาน	สมาชิกเครือข่าย	6 ธันวาคม 2557
คุณค่าน้อย บุญตัน	แกนนำเครือข่าย	10 ธันวาคม 2557
คุณรจนา ยี่บัว	แกนนำเครือข่าย	8 ธันวาคม 2557
ภาคใต้		
คุณจรี	แกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัด นราธิวาส รพ.นราธิวาสราช นครินทร์	3 มีนาคม 2555
คุณมารีดา บุญพน	เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัด นราธิวาส รพ.นราธิวาสราช นครินทร์	3 มีนาคม 2555
คุณอัสมะ ดอเลาะ	ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์ จังหวัดนราธิวาส	4 มีนาคม 2555
คุณสมศักดิ์ มินวานิช	ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ จังหวัดสงขลา ปธ เครือข่ายภาคใต้	20 มีนาคม 2555
คุณประยง	สมาชิกเครือข่ายภาคใต้	20 มีนาคม 2555
คุณอรุณี	ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์ จังหวัด จ.ตรัง	29 มีนาคม 2555
คุณดารุณี พัฒแจ่ม	ผู้ประสานงานเครือข่ายภาคใต้	20 เมษายน 2555
คุณเริ่ม	ผู้ติดเชื้อที่ใช้สารเสพติด	7 มีนาคม 2555
คุณวาร	อาสาสมัครของศูนย์ไอโซน	7 มีนาคม 2555
กรุงเทพฯ		
คุณวิรัชชา ชัยศร	ชมรมหญ้าแฝก โรงพยาบาลภูมิ พล	15 ธันวาคม 2556
คุณอมร	แกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กรุงเทพมหานคร	15 ธันวาคม 2556

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันเวลาที่สัมภาษณ์
ผู้ติดตาม ก.	กลุ่มรากลุ่มไฟฟ้าใส กทม	4 ตุลาคม 2555
คุณดา	ผู้ติดตาม	4 ตุลาคม 2555
กลุ่มแกนนำ		
คุณปริพัตร ตอนมอญ	อดีตประธานเครือข่ายผู้ติดตาม	3 ตุลาคม 2555
คุณไพศาล สุวรรณวงศ์	อดีตประธานเครือข่ายผู้ติดตาม	20 กรกฎาคม 2555
คุณอภิวัฒน์ กวางแก้ว	ประธานเครือข่ายผู้ติดตาม	20 ตุลาคม 2556
คุณอนันต์ ไชยเมืองมูล	แกนนำเครือข่ายระดับชาติ	28 พฤศจิกายน 2555
คุณกมล อุปแก้ว	อดีตประธานเครือข่ายผู้ติดตาม	20 ตุลาคม 2556
คุณสุดใจ ตะภา	แกนนำเครือข่ายระดับชาติ	2 มิถุนายน 2556
NGOs		
คุณนพรัตน์ มหาโชคชัย	ผู้ประสานงานโครงการสมาคม ฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย	9 พฤษภาคม 2556
คุณสุริรัตน์ ตรีมรรคา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	5 พฤษภาคม 2556
คุณแสงสิริ ตรีมรรคา	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	5 กันยายน 2555
คุณนิมิตร เทียนอุดม	มูลนิธิเข้าถึงเอดส์	15 กันยายน 2555
คุณกรรณิการ์ กิจติเวชกุล	ผู้ประสานงาน FTA Watch	1 กุมภาพันธ์ 2556
คุณลัดดา นิเงาะห์	จากศูนย์ไอโซน สุโขทัย จัดตั้งขึ้นมาโดยมูลนิธิพีเอสไอ (PSI Foundation)	7 มีนาคม 2555
คุณนรินทร์ เลาชนะ	กลุ่มคนทำสื่อสาธารณะ	7 มีนาคม 2555
คุณสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล	มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา	1 กุมภาพันธ์ 2557
ข้าราชการ		
เภสัชกรหญิงสำลี ใจดี	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย	17 ตุลาคม 2555

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันเวลาที่สัมภาษณ์
คุณจิราพร ลิ้มปานานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	1 ตุลาคม 2555
คุณอัจฉรา เอกแสงศรี	องค์กรเภสัชกรรม	17 ตุลาคม 2555
คุณวิธาน จันทร์อู่ย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลชุมชนแวง จ. นราธิวาส	7 มีนาคม 2555

การสนทนากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

- การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคเหนือ วันที่ 7 ธันวาคม 2556
- การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคใต้ วันที่ 20 เมษายน 2555
- การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคกลาง วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2555
- การสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 15 ธันวาคม 2556

ภาคผนวก ข.
เอกสารที่เกี่ยวข้อง



พระราชบัญญัติ
คนเข้าเมือง พ.ศ. 2522
ภูมิพลอดุลยเดช ภ.ป.ร.
ให้ไว้ ณ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2522
เป็นปีที่ 34 ในรัชกาลปัจจุบัน


พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้ โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติทำหน้าที่รัฐสภาดังต่อไปนี้

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522
มาตรา 2(1) พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป
มาตรา 3 ให้ยกเลิก
(1) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2493
(2) พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2497
บรรดาบทกฎหมาย กฎ และข้อบังคับอื่นในส่วนที่มีบัญญัติไว้แล้วในพระราชบัญญัตินี้หรือซึ่งขัดหรือแย้งกับบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ ให้
พระราชบัญญัตินี้แทน

มาตรา 4 ในพระราชบัญญัตินี้
คนต่างด้าว หมายความว่า บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย
พาหนะ หมายความว่า ยานพาหนะหรือสัตว์พาหนะ หรือสิ่งอื่นใดที่อาจนำบุคคลจากที่แห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่ง
เจ้าของพาหนะ หมายความว่า รวมถึงตัวแทนเจ้าของ ผู้เช่า ตัวแทนผู้เช่า ผู้ครอบครอง หรือตัวแทนผู้ครอบครองพาหนะ แล้วแต่กรณี

ที่มา: ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 96 ตอนที่ 28 ฉบับพิเศษ หน้า 45 วันที่ 1 มีนาคม 2522

ฉบับพิเศษ หน้า ๑
เล่ม ๑๐๓ ตอนที่ ๑๖๐ ราชกิจจานุเบกษา ๑๖ กันยายน ๒๕๒๕



กฎกระทรวง
ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๒๕)
ออกตามความในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง
พ.ศ. ๒๕๒๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๕ มาตรา ๑๒ (๔) และมาตรา ๔๔ (๒) แห่งพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกกฎกระทรวง ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๒๓) ออกตามความในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. ๒๕๒๒

ข้อ ๒ โรคตามมาตรา ๑๒ (๔) คือ

- (๑) โรคเรื้อน
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้างในระยะที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
- (๔) โรคยาเสพติดให้โทษ

เล่ม ๑๐๓ ตอนที่ ๑๖๐ ราชกิจจานุเบกษา ๑๖ กันยายน ๒๕๒๕

(๕) โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓
(๖) โรคเอดส์

ข้อ ๓ โรคตามมาตรา ๔๔ (๒) คือ

- (๑) โรคเรื้อน
- (๒) วัณโรคในระยะอันตราย
- (๓) โรคเท้าช้าง
- (๔) โรคยาเสพติดให้โทษ
- (๕) โรคพิษสุราเรื้อรัง
- (๖) โรคซิฟิลิสในระยะที่ ๓
- (๗) โรคเอดส์

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๕
พลเอก ประจวบ สุนทราภรณ์
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

หมายเหตุ:- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยเป็นการสมควรกำหนดเพิ่มโรคเอดส์ให้เป็นโรคที่ต้องห้ามมิให้คนต่างด้าวซึ่งโรคดังกล่าวเข้ามาในราชอาณาจักร หรือเข้ามาติดต่อในราชอาณาจักร จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

ที่มา: ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 103 ตอนที่ 160 ฉบับพิเศษ หน้า 1-2 วันที่ 17 กันยายน 2529

อำนาจเจ้าพนักงานสาธารณสุข (มาตรา 8)

เจ้าพนักงานสาธารณสุข มีอำนาจดังต่อไปนี้

1. ให้คนหรือสัตว์ซึ่งป่วยหรือมีเหตุสงสัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่ออันตราย เป็นผู้สัมผัสโรค หรือเป็นพาหะของโรคติดต่ออันตราย มารับการตรวจ การชันสูตรทาง แพทย์ หรือการรักษา หรือคุมไว้สังเกต ณ สถานที่ซึ่งเจ้าพนักงานสาธารณสุข กำหนด หรือถ้าเห็นว่าอยู่ในภาวะซึ่งอาจเป็นเหตุให้เชื้อโรคแพร่หลายจนเป็นอันตรายร้ายแรงแก่ประชาชนได้ ให้มีอำนาจแยกกักผู้นั้นไปรับการรักษาในสถานพยาบาลหรือในที่เอกเทศ จนกว่าจะได้รับการตรวจและการชันสูตรทาง แพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรคหรือหมดเหตุสงสัย
2. กักกันหรือคุมไว้สังเกตซึ่งคนหรือสัตว์ซึ่งเป็นหรือมีเหตุสงสัยว่าเป็นผู้สัมผัสโรคหรือพาหะ

ที่มา: เอกสารการอบรม กลุ่มกฎหมายวินัย และพิทักษ์ระบบคุณธรรม กองการเจ้าหน้าที่ กรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ค.
ภาพประกอบการลงพื้นที่ภาคสนาม



นิรันดร เลาชนะ คนทำสื่อสารสาธารณะชีวิตคน
ภาคใต้



พนิดา วรรณวงษ์ พยาบาลคลินิกยาเสพติด รพ.สุโขทัย-โก
ลก



การประชุมเครือข่ายเพื่อเลือกตั้งประธาน
ระดับภาคกลาง

ลูกหลานผู้ติดเชื้อที่เข้ามาในที่ประชุม
ด้วยบรรยากาศที่เป็นกันเอง



ผู้ใช้สารเสพติดที่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือเพื่อนในหมู่บ้าน จากชุมชนบูเกะตา



พื้นที่วัยรุ่นมาเสพยาและหลบหนีไปทางฝั่งมาเลเซีย



ผู้สัมภาษณ์ที่ได้รับเชื้อจากการใช้สารเสพติด

ชื่อผู้ติดเชื้อ	ชื่อผู้ติดต่อ	วันที่ติดต่อ	สถานที่ติดต่อ	ผลตรวจ
นายสมชาย 1	นายสมชาย 2	15/01/2552	บ้านเลขที่ 123	พบเชื้อ
นายสมชาย 2	นายสมชาย 3	16/01/2552	บ้านเลขที่ 456	พบเชื้อ
นายสมชาย 3	นายสมชาย 4	17/01/2552	บ้านเลขที่ 789	พบเชื้อ
นายสมชาย 4	นายสมชาย 5	18/01/2552	บ้านเลขที่ 101	พบเชื้อ
นายสมชาย 5	นายสมชาย 6	19/01/2552	บ้านเลขที่ 202	พบเชื้อ
นายสมชาย 6	นายสมชาย 7	20/01/2552	บ้านเลขที่ 303	พบเชื้อ
นายสมชาย 7	นายสมชาย 8	21/01/2552	บ้านเลขที่ 404	พบเชื้อ
นายสมชาย 8	นายสมชาย 9	22/01/2552	บ้านเลขที่ 505	พบเชื้อ
นายสมชาย 9	นายสมชาย 10	23/01/2552	บ้านเลขที่ 606	พบเชื้อ

เก็บข้อมูลของสมาชิกผู้ติดเชื้อที่สามารถเข้าถึงผู้ใช้สารว่ามีแหล่งเล่นยาที่ใดบ้าง



ผู้ติดเชื้อที่ได้รับโทษในเรือนจำปัตตานี จะเป็นกลุ่มที่ขาดการรับยา และส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำจากเข็มฉีดยาสารเสพติด



การเอาเข็มไปซ่อนและทำให้มีผู้ใช้ต่อจนเชื้อเอชไอวีแพร่กระจาย



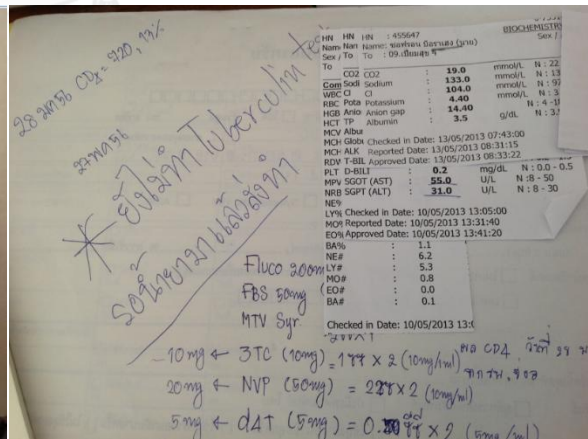
แกนนำจังหวัดพะเยา



ผู้หญิงมุสลิมที่เข้ามาทำงานกับเครือข่ายคือกลุ่มที่รวมตัวกันในโรงพยาบาลในช่วงรับยาเพื่อทำการรักษา



อาสาสมัครมุสลิมหญิงในจังหวัดนราธิวาส ลงพบกลุ่มในหมู่บ้าน



การเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ที่ รพ.นราธิวาส

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสังกมา สารวัตร เกิดเมื่อวันที่ 2 มีนาคม พ.ศ.2513 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาอักษรศาสตรบัณฑิต คณะอักษรศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จากนั้นศึกษาต่อระดับปริญญาโทรัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หลังจากนั้นได้ศึกษาที่ประเทศสหราชอาณาจักร ที่ Southames College ระดับประกาศนียบัตร ด้านภาษาอังกฤษสำหรับงานวิชาการจนกระทั่งผ่านการทดสอบ The Certificate in TESOLของ มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ (Cambridge University) จากนั้นได้รับทุนการศึกษาจากมหาวิทยาลัย แห่งชาติสิงคโปร์ (National University of Singapore) ศึกษาต่อในระดับปริญญาโทด้านรัฐ ประศาสนศาสตร์ (Master of Public Administration)

สำหรับประสบการณ์ในการทำงาน ผู้วิจัยได้มีโอกาสทำงานด้านสื่อสารมวลชน และเป็น ตัวแทนจากสมาคมนักข่าวแห่งประเทศไทย โดยได้รับทุนอบรมที่นิวยอร์กในโครงการ Millenium Summit, Journalist for development countries ช่วงปี ค.ศ.2000 ส่วนงาน ด้านวิชาการ เคยดำรงตำแหน่งอาจารย์ประจำที่ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ วิทยาลัยการเมือ การปกครอง มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นอกจากนี้ ยังเคยได้รับเชิญเป็นอาจารย์พิเศษด้านรัฐ ประศาสนศาสตร์ที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา วิทยาการบรรยายพิเศษที่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ และมหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต ปัจจุบันดำรง ตำแหน่งอาจารย์ประจำ คณะเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร มหาวิทยาลัยศิลปากร

