

บทที่ 12

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ

1. ความหมายและที่มา

1.1 ความหมาย

ประชาสังคม หมายถึง “การที่คนในสังคม ซึ่งมีจิตสำนึกร่วมกัน มารวมตัวกันกระทำการเพื่อประโยชน์สาธารณะ ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน ทั้งนี้ด้วยความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบการจัดการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน”

การรวมตัวกันนี้อาจเกิดขึ้นในรูปแบบเครือข่ายหรือกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมนักร้องเพื่อสุขภาพ หรือเป็นรูปแบบที่เป็นทางการ เช่น สมาคม มูลนิธิต่างๆ

1.2 พัฒนาการ

หากศึกษาการก่อตัวของแนวคิดประชาสังคม ทั้งระดับโลกและในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า กระแสประชาสังคมก่อตัวมาจากหลายเหตุปัจจัยด้วยกัน

1.2.1 วิกฤตในสังคม ที่รัฐและทุนไม่สามารถแก้ไขได้โดยลำพัง หรือเป็นวิกฤตระดับโลก (global crisis) เช่น วิกฤตสิ่งแวดล้อม สิทธิมนุษยชน เอดส์ ฯลฯ

1.2.2 การก่อกำเนิดของชนชั้นกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พ่อค้า นักธุรกิจ นักวิชาการที่มีการศึกษา และมีฐานะทางเศรษฐกิจ

1.2.3 พัฒนาการของกระบวนการประชาธิปไตย ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

1.2.4 ระบบการติดต่อสื่อสาร ซึ่งช่วยให้การรวมตัวกันเป็นไปได้สะดวกขึ้น โดยที่บางครั้งไม่จำเป็นต้องพบกัน

1.2.5 ปัญหาเรื่องประสิทธิภาพและความโปร่งใสทางภาครัฐ ทำให้รัฐไม่สามารถเป็นผู้แก้ไขปัญหาในสังคมได้แต่เพียงผู้เดียว จึงต้องมีการหาทางเลือกอย่างอื่น

การที่มีปัญหาเกิดขึ้นในสังคม ซึ่งประชาชนผู้แบกรับปัญหาไม่สามารถพึ่งพารัฐแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ว่าจะด้วยความสลับซับซ้อนของปัญหา หรือเพราะความจำกัดของประสิทธิภาพในภาครัฐ ประชาชนย่อมจะต้องหาทางเลือก ปัญหา นั้น ตั้งแต่แก้ไขด้วยตนเอง เป็นกลุ่มเล็กๆ จนเมื่อมีโอกาสในการสนทนา แลกเปลี่ยนความเห็นในวงกว้าง จึงเกิดการรวมตัวกันที่จะกระทำการบางอย่างเพื่อแก้ไขปัญหาให้ลุกล่วงไป ทั้งนี้อาจดำเนินการโดยประชาสังคมเอง หรือร่วมกับภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชนก็ได้

ธีรยุทธ บุญมี ได้เสนอขั้นตอนการก่อตัวของประชาสังคมหรือสังคมเข้มแข็ง ว่ามี 4 ขั้นตอนคือ (1) การเกิดจิตสำนึก (2) การเกิดกลุ่มองค์กร (3) การก่อรูปของอุดมการณ์ร่วม และ (4) การตกผลึกของอุดมการณ์จนเป็นเสมือนสถาบันที่ทุกคนยอมรับเป็นกฎเกณฑ์แห่งชีวิต

โดยเสนอด้วยว่า ขณะนี้สังคมไทยอยู่ในขั้นที่ 3

1.3 องค์ประกอบของประชาสังคม (ภาพที่ 12.1)

กิจกรรมหรือกระบวนการที่จะเรียกว่าเป็นประชาสังคมได้นั้น จะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

1.3.1 จิตสำนึกประชาสังคม (civic consciousness) หมายถึง ความคิดและความยอมรับในเรื่องการรวมตัวกันอย่างอิสระด้วยความรัก ความเอื้ออาทร ความยอมรับในความคิดเห็นของกันและกัน ในอันที่จะเรียนรู้ร่วมกัน หรือแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

การรวมตัวกันจึงเป็นลักษณะ partnership เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal) มีอิสระ และมีการเรียนรู้ร่วมกัน

1.3.2 โครงสร้างองค์กรประชาสังคม (civic organization) หมายถึง กลุ่มการรวมตัว ซึ่งอาจเป็นองค์กรที่เป็นทางการ (นิติบุคคล) หรือไม่เป็นทางการก็ได้ เป็นกลุ่มที่รวมตัวกันเฉพาะคราว เฉพาะเรื่องหรือต่อเนื่องก็ได้ สมาชิกของกลุ่มอาจจะเป็นบุคคลในภาครัฐ ภาคธุรกิจ หรือประชาชน หรือรวมกันอยู่ก็ได้ จำนวนสมาชิกไม่จำกัด มีสมาชิกเพียง 2-3 คนก็ได้

การมีองค์กร หมายถึง มีระบบการจัดการ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ และนำไปสู่การแก้ปัญหา รูปแบบที่เห็นได้มากที่สุด คือ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในลักษณะต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นมูลนิธิ สมาคม ชมรม สมาพันธ์ สหพันธ์ ชุมชน สหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ หรือกลุ่มอื่นๆ

ประเด็นสำคัญ คือ การรวมกลุ่มต้องมีจิตสำนึกประชาสังคมครบถ้วน

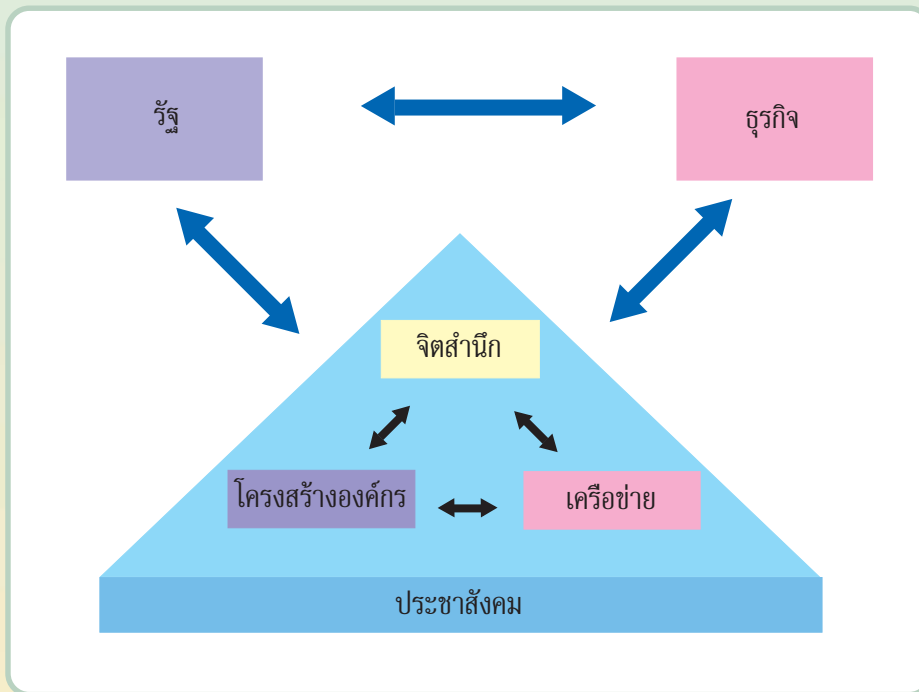
องค์กรการรวมกลุ่ม ที่มีลักษณะจัดตั้ง ชี้นำ ขาดการสร้าง partnership ไม่มีการเรียนรู้ร่วมกัน และมีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวตั้ง แม้จะเกิดอยู่ในชุมชน ไม่ว่าจะสนับสนุนโดยภาครัฐ หรือองค์กรเอกชน ยังไม่สามารถนับเป็นประชาสังคมได้ เพราะขาดจิตสำนึกประชาสังคม

1.3.3 เครือข่ายประชาสังคม (civic network) หมายถึง โครงสร้างและกระบวนการ ซึ่งเชื่อมโยงสมาชิกในกลุ่มหรือเชื่อมโยงองค์กรประชาสังคมต่างๆ เข้าด้วยกัน

ปัจจัยสำคัญของเครือข่ายประชาสังคม คือ ระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการสัมพันธ์กันด้วยความสมานฉันท์

เครือข่ายประชาสังคม จะเป็นสิ่งที่ช่วยรวมพลังแห่งจิตสำนึกของสมาชิก และองค์กรประชาสังคมต่างๆ ให้เกิดเป็น “อำนาจที่สาม” ที่มีความเข้มแข็งในสังคมขึ้นมา

ภาพที่ 12.1 องค์ประกอบประชาสังคม



1.4 ประเภทขององค์กรประชาสังคม

องค์กรประชาสังคม อาจแบ่งอย่างหยาบๆ ได้ตามวัตถุประสงค์หลักเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.4.1 องค์กรสนับสนุนบริการ เป็นเครือข่ายประชาสังคมที่มุ่งเน้นการบริการ สวัสดิการสมาชิก ซึ่งมักเป็นรูปของสมาคม สหกรณ์ ชมรม หรือบริการบุคคลผู้ที่สมควรช่วยเหลือ ซึ่งมักจะดำเนินการในลักษณะองค์กรการกุศลต่างๆ เช่น มูลนิธิช่วยเหลือคนพิการ มูลนิธิปกป้องคุ้มครองเด็ก มูลนิธิร่วมกตัญญู เป็นต้น

องค์กรประชาสังคมลักษณะนี้ มักจะมีการจัดตั้งที่เป็นทางการและเป็นรูปแบบแรกๆ ขององค์กรประชาสังคมที่เกิดขึ้น

1.4.2 องค์กรเคลื่อนไหวด้านสิทธิและนโยบาย เป็นเครือข่ายที่มุ่งเน้นการเคลื่อนไหวสังคม เพื่อเรียกร้องสิทธิของคนบางกลุ่มหรือมุ่งผลักดันนโยบายเพื่อปกป้องคุ้มครองประโยชน์สาธารณะ กลุ่มนี้มีทั้งรูปแบบที่จัดตั้งอย่างเป็นทางการ เช่น มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค สถาบันส่งเสริมสุขภาพ สมาคมสิทธิเสรีภาพ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น กลุ่มศึกษาปัญหาหยาา ชมรมแพทย์ชนบท เป็นต้น

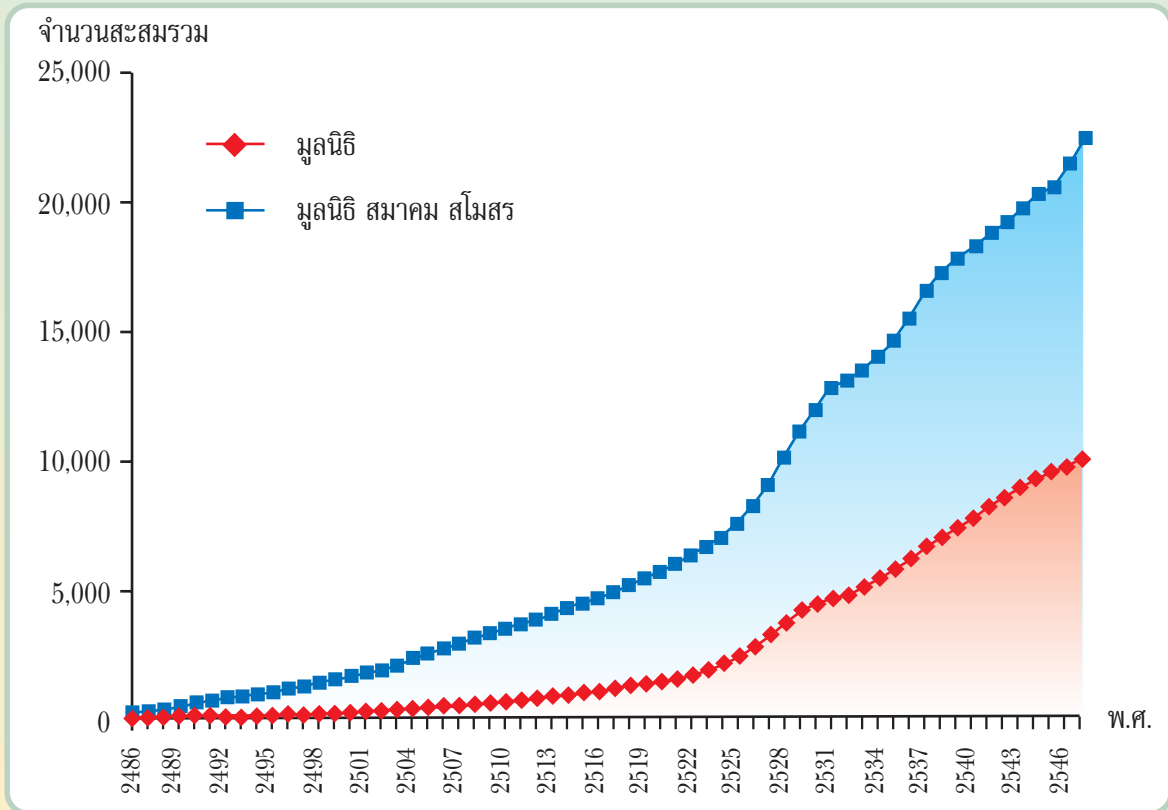
1.4.3 องค์กรด้านความรู้และการวิจัย เป็นเครือข่ายที่มุ่งการจัดการความรู้ เพื่อสร้างความเข้มแข็งทางปัญญาแก่สังคม เช่น มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ มูลนิธิการวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

อันที่จริงแล้ว องค์กรประชาสังคมหนึ่งๆ มักจะมีวัตถุประสงค์มากกว่า 1 ลักษณะ โดยเฉพาะองค์กรในลักษณะ 1.4.2 และ 1.4.3

2. องค์กรประชาสังคมในประเทศไทย

2.1 องค์กรที่เป็นทางการ เป็นองค์กรในลักษณะมูลนิธิ สมาคม สโมสร ที่จัดตั้งขึ้นเป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ซึ่งจะต้องได้รับอนุญาตจากกระทรวงมหาดไทย จำนวนขององค์กรในลักษณะนี้เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในช่วงหลังจาก พ.ศ. 2524 เป็นต้นมา (ภาพที่ 12.2)

ภาพที่ 12.2 จำนวนรวมสะสมระหว่างมูลนิธิ และมูลนิธิ สมาคม สโมสร ที่ได้รับการพิจารณาออกใบอนุญาตจัดตั้ง โดยสำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2486 - พ.ศ. 2547



ที่มา: กองเอกชนสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ

2.2 องค์กรที่ไม่เป็นทางการ องค์กรลักษณะนี้มีนับไม่ถ้วน ตั้งแต่ระดับ หมู่บ้าน ชุมชน จนถึงระดับ จังหวัดและระดับชาติ องค์กรเหล่านี้ มักจะมีเครือข่ายเชื่อมโยงกันตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง บางครั้งมีการจัดตั้งองค์กร เครือข่ายขึ้นด้วย เช่น คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อพัฒนาชนบท (กป.อพช.) คณะกรรมการประสานงาน องค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน (คปอส.) และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) เป็นต้น

3. ประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพในประเทศไทย

3.1 ความพยายามภาครัฐในการสร้างองค์กรประชาสังคม

แต่เดิมมาการดูแลสุขภาพ เป็นเรื่องความรับผิดชอบของครอบครัว ชุมชน ที่จะดูแลกันเองตามภูมิปัญญา ท้องถิ่นที่มีอยู่ จนกระทั่งมีการพัฒนาความรู้ และเทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และการพัฒนาระบบสาธารณสุขแผน ปัจจุบันขึ้น การแพทย์แผนใหม่จึงได้เข้าครอบครองกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ในขณะที่ศักยภาพการดูแลสุขภาพด้วย ตนเองของประชาชน แม้จะลดน้อยถอยลงแต่ยังมีได้หมดไป

ปัญหาของระบบบริการสุขภาพแผนใหม่ที่สำคัญ คือ **คุณภาพและประสิทธิภาพของบริการ ราคาค่าบริการ และความทั่วถึงเป็นธรรมในการได้รับบริการ**

ปัญหาดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยลำพังเพียงบริการจากภาครัฐ หรือธุรกิจเท่านั้น และได้นำไปสู่การ มองเห็นความจำเป็นในการบูรณะฟื้นฟูศักยภาพของประชาชนและชุมชน ที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพของตนเอง จนนำไปสู่ แนวคิดหลักการ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ด้วยกลยุทธ์ “สาธารณสุขมูลฐาน”

ในส่วนของประเทศไทย มีความพยายามในการพัฒนารูปธรรมของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะในชนบท ในรูปของการอบรมและจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และยังมีการสนับสนุนการรวมตัวเป็นกลุ่มในลักษณะกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนยา กองทุนสุขภาพิบาล จนถึงสุดท้ายมีการจัดตั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งหมดนี้ ล้วนมีลักษณะการจัดตั้งและขึ้นมาจากภาครัฐ จิตสำนึกประชาสังคมมีไม่สูง หรือไม่เข้มแข็ง จึงไม่สามารถนับเป็นกระบวนการประชาสังคมที่สมบูรณ์ได้ แต่ก็ได้สร้างความมีส่วนร่วมระดับหนึ่งและเป็นกลไกที่รัฐใช้ในการเคลื่อนไหวแก้ปัญหาสุขภาพในชนบท ตั้งแต่เรื่องการเข้าถึงยาจำเป็น การสุขภาพิบาล จนถึงการแก้ปัญหาโรคติดต่อ

3.2 ประชาสังคมที่เกิดจากภาคประชาชนเอง

ขณะเดียวกันได้เกิดกลุ่มองค์กรที่ประชาชนรวมตัวกันเองด้วยจิตสำนึกประชาสังคม เพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพมากมายหลายลักษณะ ทั้งในระดับชุมชนชนบท ในเขตเมือง ทั้งโดยคนในภาครัฐและประชาชน และมีความสนใจหลากหลาย ตั้งแต่การพัฒนาบริการสุขภาพ ไปจนถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น สมาคมทำหมัน สมาคมวางแผนครอบครัว สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ชมรมและมูลนิธิแพทย์ชนบท กลุ่มศึกษาปัญหา ยา มูลนิธิหมอชาวบ้าน มูลนิธิฮอทไลน์ คปอส. (คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนเพื่อการสาธารณสุขมูลฐาน) ฯลฯ

ภาครัฐ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นความสำคัญในการสนับสนุนการรวมตัวเหล่านี้ ในระยะแรกจะเป็นการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และกำลังคน ต่อมาได้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535 เป็นต้นมา โดยเฉพาะเมื่อมีวิกฤตการณ์โรคเอดส์ที่มีงบประมาณสนับสนุนองค์กรประชาสังคมด้านเอดส์ โดยเฉพาะด้วย (ตารางที่ 6.44 และ 6.45) งบประมาณสนับสนุนเหล่านี้ จะมององค์กรที่เกิดจากการรวมตัวขององค์กรประชาสังคมด้านสุขภาพต่างๆ เป็นผู้พิจารณาจัดสรร

การดำเนินการขององค์กรประชาสังคมด้านสาธารณสุขที่ผ่านมามีรูปธรรมแห่งความสำเร็จมากมาย เช่น การวางแผนครอบครัว การสุขภาพิบาลน้ำสะอาด การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การเผยแพร่และพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน ฯลฯ มีข้อน่าสังเกตว่าความสำเร็จมักเกิดกับองค์กรประชาสังคมที่ดำเนินการในลักษณะสมานฉันท์กับภาครัฐและธุรกิจ

แต่การรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพดังกล่าว ยังนับว่าไม่เข้มแข็งเพียงพอ และไม่ทันการกับความสลับซับซ้อน ทางเทคโนโลยี และการพัฒนาระบบสาธารณสุขแผนใหม่ นอกจากนี้การดำเนินการของกระบวนการประชาสังคมบางกลุ่ม บางครั้งจะมีลักษณะขัดแย้ง กัดกัน กับภาครัฐและภาคธุรกิจ จนถึงขั้นเข้าสู่เวทีการเมืองระดับประเทศ เช่น การอภิปรายและการตรวจสอบในกรรมาธิการงบประมาณของรัฐสภา

ปัญหาสำคัญในการพัฒนา “อำนาจที่สาม” เพื่อเกิดสังคมสมานภาพ ด้านสุขภาพ จึงอยู่ที่การสร้างจิตสำนึกร่วมกันในสังคม ทั้งภาครัฐ ธุรกิจ และประชาสังคม ที่จะแสวงหาแนวทางสมานฉันท์ในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

ตัวอย่างของความสำเร็จขององค์กรภาคประชาชน ได้แก่

3.2.1 การควบคุมการบริโภคยาสูบ

มีองค์กรภาคประชาชนที่เข้มแข็งมาก 2 องค์กร ได้แก่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย ภายใต้มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ องค์กรทั้งสองดำเนินการในลักษณะที่มีการจัดการความรู้ การเคลื่อนไหวสร้างความสำเร็จให้แก่สังคม และการเชื่อมโยงการเมือง การรณรงค์ประสบความสำเร็จค่อนข้างมาก และได้รับความร่วมมือสนับสนุนจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกลุ่มดารา นักแสดง นักร้อง วิทยุรุ่น องค์กรทั้งสองทำงานในลักษณะเครือข่ายร่วมกับองค์กรประชาสังคมอื่นๆ ด้วย เช่น การจัดการวิงรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 ซึ่งจัดโดยชมรมและมูลนิธิแพทย์ชนบท การรณรงค์ดังกล่าวมีคนไทยร่วมลงชื่อสนับสนุนการไม่สูบบุหรี่ถึง 6 ล้านคน

ความสำเร็จของการเคลื่อนไหวของทั้งสององค์กร ที่สำคัญที่สุด คือการออกพระราชบัญญัติควบคุมการบริโภคยาสูบ และ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ใน พ.ศ. 2535 ผู้นำของทั้งสององค์กรก็ได้เข้าร่วมในคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีด้วย องค์กรทั้งสองเป็นตัวอย่างของความสำเร็จ ในการใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” เพื่อแก้ไขปัญหาที่ยากและซับซ้อนในสังคมไทย

ผลสำเร็จดังกล่าวมีส่วนทำให้ความชุกของการสูบบุหรี่ในคนไทยลดลงจากร้อยละ 30.1 ใน พ.ศ. 2519 เป็นร้อยละ 20.6 ใน พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 21.6 ใน พ.ศ. 2546 (ตารางที่ 4.60)

3.2.2 ชุมชน จ.ส. 100 และการพัฒนาบริการสุขภาพ

วิกฤตจรรยาใน กทม. ซึ่งสัมพันธ์เชื่อมโยงกับนโยบายของรัฐในการพัฒนาเศรษฐกิจและพัฒนาเมือง กทม.จึงเป็นทุกอย่าง ทั้งเมืองหลวง เมืองท่า เมืองอุตสาหกรรม เมืองธุรกิจ และเมืองการศึกษา รวมทั้งเป็นที่อยู่อาศัยด้วย ถนนทุกสายจึงมุ่งสู่ กทม. เพื่อผลทางเศรษฐกิจ การศึกษา และอำนาจรัฐ

วิกฤตนี้นำไปสู่ความทุกข์ยากของคนไทยเกือบ 10 ล้านคนที่ต้องใช้ชีวิตอยู่บนถนนวันละหลายชั่วโมง และยังทำลายเศรษฐกิจมหภาค

ภาครัฐมีความพยายามที่จะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ด้วยวิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสร้างทางด่วนโทลล์เวย์ ทางรถไฟยกระดับ รถไฟฟ้าใต้ดิน แต่ดูจะไม่สามารถแก้ไขอะไรได้มากนัก ปัญหาจะรุนแรงขึ้นทุกวัน

มีการวิเคราะห์ว่า แม้ทุกโครงการที่ภาครัฐและภาคธุรกิจ ได้ระดมทุนกันดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาจรรยาใน กทม.จะสำเร็จลง ถึงตอนนั้น จรรยาใน กทม.ก็จะไม่ดีกว่าในปัจจุบัน

ท่ามกลางความสิ้นหวังนี้เอง ใน พ.ศ. 2530 ได้มีกิจกรรมอันหนึ่งเกิดขึ้น ซึ่งได้เชื่อมร้อยเอาจิตใจ และความทุกข์ของคน กทม.เข้ามาด้วยกัน มีการถ่ายทอดข้อมูลจรรยาถึงกันอย่างรวดเร็ว แม้จะไม่แก้ไขปัญหาคือต้นเหตุ แต่ก็ช่วยให้ผู้คนคลายความทุกข์ไปได้ระดับหนึ่ง

กิจกรรมนี้ คือ จ.ส.100 สถานีวิทยุเพื่อการจรรยา สถานีแรกในประเทศไทย

จากรายการวิทยุ จ.ส.100 นำไปสู่การจัดตั้งเป็นชมรมและมีกิจกรรมเพื่อบรรเทาปัญหาต่างๆ ในสังคมตามมา เช่น การแก้ปัญหาผู้ป่วยรถติดไปไม่ถึงสถานพยาบาล การให้ความรู้ด้านสุขภาพ โครงการหมออาสา มีแพทย์เวรให้คำปรึกษาเรื่องความเจ็บป่วยทุกคืน โครงการรับบริจาคเงินซื้อลิ้นหัวใจเทียม โครงการรับบริจาคเงินเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยติดถล่มที่นครราชสีมาและโครงการรณรงค์เรื่องจรรยา เป็นต้น

ทั้งหมดนี้ แม้จะเริ่มดำเนินการโดยภาคธุรกิจ และได้รับความสนับสนุนจากภาครัฐ แต่หากมิได้มีการร่วมแรงร่วมใจจากทั้งคนขับรถและประชาชนในกรุงเทพมหานคร ซึ่งพร้อมใจกันรับฟัง พร้อมใจกันร่วมมือปฏิบัติ พร้อมใจกันส่งข้อมูล พร้อมใจกันให้ความเห็นด้วยความเอื้ออาทร ความรัก และมิตรภาพ จนเกิดเป็น “ชุมชนทางอากาศ” แล้ว กิจกรรมนี้ย่อมไม่มีทางประสบความสำเร็จไปได้

จากชุมชน จ.ส.100 ได้ขยายไปสู่ชุมชนอื่นๆ เช่น สถานีวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน เป็นต้น

ในช่วงวิกฤตคลื่นยักษ์สึนามิถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ ผู้จัดรายการวิทยุได้ร่วมกันเป็นเครือข่าย “วิทยุรวมกันเฉพาะกิจ” เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัย นับเป็นเหตุการณ์ที่มีได้เกิดขึ้นได้ง่ายนัก

3.2.3 องค์กรเอกชนด้านโรคเอดส์

วิกฤตการณ์การระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งเกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอดส์ในช่วงดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึงปีละกว่า 1 แสนคน แม้รัฐบาลจะให้ความสำคัญในการแก้ปัญหาอย่างเต็มที่ โดยที่มีการประกาศยอมรับว่าเป็นปัญหาสำคัญของชาติ และนายกรัฐมนตรีนั่งเป็นประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติก็ตามที่ แต่วิกฤตการณ์ก็รุนแรงมากที่สุดที่ภาครัฐฝ่ายเดียวจะแก้ปัญหาคือได้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการป่วยซึ่งมักจะเป็นที่ไม่ยอมรับของญาติและชุมชน

องค์กรเอกชนด้านโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ส่วนมากเกี่ยวข้องกับองค์กรเอกชนที่ทำงานพัฒนาชนบทหรือชุมชนแออัดอยู่เดิม แต่ประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้การพัฒนาทำได้ยาก จึงหันมาสนใจและระดมสรรพกำลังในชุมชน เพื่อช่วยกันป้องกันและดูแลผู้ติดเชื้อ จำนวนองค์กรเอกชนดังกล่าวมีมากกว่า 100 องค์กร และได้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ขึ้น ใน พ.ศ. 2532 และในภาคเหนือ ซึ่งมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากที่สุด ก็มีการจัดตั้งคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านโรคเอดส์ในภาคเหนือด้วย

ใน พ.ศ. 2536 ภาคธุรกิจ ก็ได้รวมตัวกันจัดตั้งสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ขึ้น โดยสมาชิกคือธุรกิจเอกชนต่างๆ ได้ร่วมกันลงขัน ขณะนี้มีสมาชิกมากกว่า 100 บริษัท โดยกำหนดบทบาทที่สำคัญ คือ ระดมความคิดและกำลังของผู้บริหารธุรกิจ เพื่อกำหนดยุทธวิธีในการป้องกันโรคเอดส์อย่างได้ผล และเป็นศูนย์รวมความช่วยเหลือของภาคธุรกิจร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนอื่นๆ รวมทั้งยังเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารในภาคธุรกิจผ่านศูนย์ข้อมูล Workplace Resource Centre ด้วย

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เหล่านี้ ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมากจากภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้สนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2535 งบประมาณเหล่านี้มีคณะกรรมการร่วมภาครัฐและเอกชนเป็นผู้พิจารณาจัดสรรและติดตามกำกับดูแลการใช้จ่ายด้วย

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 มีการจัดตั้งกองทุนโลกเพื่อการต่อต้านโรคเอดส์ มาเลเซีย และวันโรค โดยกำหนดให้ทุกประเทศที่ขอทุนจะต้องจัดให้มีคณะกรรมการประสานงานระดับชาติ โดยมีองค์กรเอกชนเข้าร่วมด้วย เครือข่ายองค์กรเอกชนด้านเอดส์ ก็ได้เข้าร่วมอย่างเข้มแข็ง และเป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศอื่นๆ องค์กรเอกชนด้านเอดส์ของไทย ยังได้รับการยอมรับให้เป็นองค์กรที่สามารถรับการสนับสนุนโดยตรงจากกองทุนโลกดังกล่าวด้วย

3.3 การสนับสนุนองค์กรประชาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ

องค์กรประชาสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพ จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณ และการสนับสนุนอื่นๆ ขึ้นกับลักษณะของงานที่ปฏิบัติ องค์กรที่ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์และช่วยเหลือบริการประชาชน มักจะได้รับเงินบริจาคจากผู้มีจิตศรัทธา หรือมีการขายบริการในราคาขอมเยา (เช่น การบริการในโรงพยาบาลในสังกัด) และบางส่วนอาจได้รับงบประมาณสนับสนุนบ้าง ส่วนองค์กรที่แสดงบทบาทในการเคลื่อนไหวสังคมมักจะได้รับงบประมาณจากองค์กรระหว่างประเทศ

ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรเอกชนด้านการพัฒนาสุขภาพขึ้น งบประมาณดังกล่าวเพิ่มขึ้นจนเป็น 49.2 ล้านบาท/ปี ใน พ.ศ. 2535 แต่ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจได้ลดลงไป (ตารางที่ 6.44)

ใน พ.ศ. 2535 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มเติมงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เป็นการเฉพาะ งบประมาณดังกล่าวเพิ่มขึ้นถึง 90 ล้านบาท/ปี ใน พ.ศ. 2540 แม้ภายหลังวิกฤตเศรษฐกิจจะลดลงไปบ้าง แต่ก็ยังอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 6.45)

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังมีการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ และกำลังคน แก่องค์กรเอกชนต่างๆ ด้วย

4. แนวโน้มอนาคต

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งถือว่าเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชน นับเป็นก้าวสำคัญที่เปิดโอกาสให้เกิดการเติบโต และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ประชาสังคม ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสำคัญและซับซ้อนของชาติ จึงทำให้มีแนวโน้มที่องค์การประชาสังคมจะได้รับการสนับสนุนให้ขยายตัว ทั้งในเชิงปริมาณและประเภทของกิจกรรม รวมทั้งการสร้างเครือข่ายที่จะทำให้สังคมทั้งสังคมเข้มแข็งขึ้น

การเคลื่อนไหวเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ในช่วง พ.ศ. 2543-2547 (ดูบทที่ 11) เป็นตัวอย่างที่ดีที่สุด ในร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งของคณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาเสร็จแล้ว กำลังจะเสนอเข้าคณะรัฐมนตรีและรัฐสภาต่อไป ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยมีองค์ประกอบทั้งจากภาครัฐ ภาคนักวิชาการ และภาคประชาสังคม ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และกำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นอย่างน้อยปีละครั้ง สมัชชาขึ้นจะเป็นเวทีที่ภาคประชาชน ประชาสังคมจากทั่วประเทศจะได้แสดงความเห็น ร่วมกันกำหนดความต้องการในการพัฒนาระบบสุขภาพ

คาดว่า ร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ จะได้รับการรับรองจากรัฐสภา และมีการประกาศใช้ในราวกลางปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญ ในการขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน/ประชาสังคม เพื่อความยั่งยืนในการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต

นอกจากนี้ ในการเคลื่อนไหวปฏิรูประบบสุขภาพก็ได้มีการทดลองการจัดสมัชชาสุขภาพตามพื้นที่ระดับอำเภอ/จังหวัด สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และมีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติขึ้นทุกปีตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา