



ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่: ศึกษากรณีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สังกมา สารวัตร*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายพัฒนาการว่าเหตุใดจึงเกิดการกระทำรวมหมู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในลักษณะของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเลือกศึกษาเฉพาะกรณีคือ "เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย" ในช่วงปี พ.ศ. 2540-2557 ผลการศึกษาพบว่า นโยบายของรัฐที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดปัญหาการละเมิดสิทธิมนุษยชน การรังเกียจเหยียดฉันท์ และการตีตรา ในด้านการพัฒนาองค์กรผู้ติดเชื้อสามารถร่วมมือในการสร้างเครือข่ายร่วมกับภาคีพันธมิตรระดมทรัพยากรและผู้เข้าร่วมการเคลื่อนไหว ทั้งความร่วมมือจากองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO)นักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศในลักษณะข้ามชาติ องค์กรที่อิสระจากรัฐ ข้าราชการและพรรคการเมืองเข้าร่วมกระทำการรวมหมู่ การหนุนเสริมอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดการชุมนุมเรียกร้องที่มีกรอบโครงการการเมือง(political project)ชัดเจน การสร้างกระบวนการเรียนรู้ภายในที่ได้ผล ซึ่งแปรความเดือดร้อนเป็นการกระทำรวมหมู่ได้ ปฏิบัติการการต่อสู้ได้เริ่มจากการสร้างแรงจูงใจให้กับสมาชิก ให้เข้ามามีส่วนร่วมการเคลื่อนไหว พัฒนากลุ่มให้มีสมาชิกเพิ่มมากขึ้นขนาดใหญ่มากขึ้น ควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายแนวร่วมทั้งในและต่างประเทศเพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองกดดันต่อรัฐบาล และบริษัทอุตสาหกรรมยาข้ามชาติ และเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากสาธารณชนและประชาคมโลก โดยอาศัยความร่วมมือจากสื่อมวลชน ทั้งหมดพบว่า จุดหมายของขบวนการมีลักษณะมากไปกว่าการเรียกร้องให้แก้ไขความเดือดร้อนเฉพาะหน้าเรื่องการรักษาถึงยาต้านไวรัสเอดส์ของกลุ่มพวกตน แต่ได้สร้างศักยภาพผลักดันการเปลี่ยนแปลงนโยบายและกฎหมายตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชนในเครือข่ายอื่นๆ และสร้างข้อถกเถียงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายใต้ข้อเรียกร้องระดับสากลตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ที่ใช้แนวการวิเคราะห์ขบวนการทางสังคมในการศึกษา “ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ปฏิบัติการและการระดมทรัพยากร ” สำหรับการศึกษาได้ใช้กรอบของนักวิชาการสายระดมทรัพยากรที่เป็นฐานคิดของขบวนการเคลื่อนไหว เพื่อให้เห็นการทำงานสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ และในส่วนท้ายได้นำเสนอกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการศึกษาข้างต้นเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาเพื่อแสดงให้เห็นถึงที่มา ความสำคัญของปัญหาและประโยชน์ทางวิชาการที่จะได้รับจาก

* นิสิตหลักสูตรรัฐศาสตรระดับดุษฎีบัณฑิต, คณะรัฐศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



การศึกษากฎบัตรอย่างดังกล่าว อันจะนำมาสู่การขยายขอบเขตและอุดช่องว่างทางวิชาการด้านรัฐศาสตร์ของไทย

คำสำคัญ: ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม/ แนวการวิเคราะห์ขบวนการทางสังคม/ การระดมทรัพยากรทุนทางสังคม/ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี

New Social Movement: A Case Study of Thai Network of People Living with HIV/AIDS

Sangkama Sarawat^{*}

Abstract

The aim of this dissertation is to study how and why the people living with HIV/AIDS could work and create a network that functions in a manner of the New Social Movement. It investigates the case study of the network of the people living with HIV/AIDS in Thailand from 1997-2014. These dissertations also focuses on the formulation of the movement's strategies, political bargaining which was related to democracy and democratic practices both inside and outside their movement. This dissertation found that the Thai government's policy on these people led to human right violation, hatred against them, and social stigmatization. The researcher uses the concept "Resource Mobilization Theory". It is found that these people worked together to create an identity for political bargaining. They were completed for public and policy recognition, through the National Health Bill, Compulsory Licensing (CL) and protest against Free Trade Area (FTA) agreement. They also tried to re-identity new right, building HIV/AIDS network and decentralization of power that extended to local levels for decision making and participation.

State health policy put an emphasis on epidemiology, but overlooked social justice and a partnership between state and business in compulsory licensing drugs. It gave more people an access to medical service treatment. This framework reflected a negotiation and bargaining procedure between state and the movement in obtaining state welfare.

^{*} Ph.D.Student (Political Science), Chulalongkorn University.



The movement was operated beyond social class, bargaining for their own interests based on their identity. It was recognized in public sphere even though their movement operated from the margins. Their strength emerged from coalition with multiple parties and organizations from within and outside. They were able to create a network and partnership in mobilizing resources and participants both from NGOs, and scholars from both local and abroad.

They were able to connect social force networks of national and international levels with evidence-based knowledge such as public health care, international law, basic rights that extend beyond drug issue and the right to access other state welfare services.

Keywords: Social movement/ Resource Mobilization Approach/ Thai Network of People

Living with HIV/AIDS

บทนำ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย เป็นเครือข่ายที่ได้รับการยอมรับจากภาคประชาสังคมทั้งในและต่างประเทศว่าเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่ประสบความสำเร็จมากที่สุด ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ความสำเร็จเป็นรูปธรรมปรากฏทั้งในมิติการประสานพลังทำงานร่วมกันของผู้ติดเชื้อ การผลักดันขับเคลื่อนในการเข้าถึงยาและการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การพัฒนานโยบายสุขภาพและบริการสาธารณสุขที่อยู่บนฐานการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การที่เป็นภาคประชาชนระดับแนวหน้าในการเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันนโยบายด้านการปฏิรูปการเมืองและสังคม ซึ่งผลของการเคลื่อนไหวดังกล่าวส่งผลต่อการปรับสัมพันธภาพเชิงอานากับรัฐในแง่นโยบาย คือ การขอรอยยาด้านไวรัสไว้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสามสิบบาทรักษาทุกโรค ที่ประสบความสำเร็จโดยรัฐบาลตอบรับอนุมัติในปี พ.ศ.2548 การเคลื่อนไหวเสนอรัฐบาลใน ปี พ.ศ.2549 และ พ.ศ.2550 ผลักดันมาตรการยืดหยุ่นกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาตามที่ประชุมสมัชชากองคัการการค้าโลกที่กรุงโดฮาได้กำหนด “การใช้สิทธิตามสิทธิบัตร” (Compulsory Licensing: CL) เพื่อให้อำนาจแก่ประเทศสมาชิกในการผลิตหรือนำเข้าผลิตภัณฑ์ยาชื่อสามัญที่ติดสิทธิบัตรได้หากเกิดความจำเป็นเร่งด่วนหรือเกิดวิกฤติด้านสาธารณสุขขึ้น การคัดค้านการทาข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-สหรัฐอเมริกา และ ข้อตกลงการค้าเสรีระหว่างไทย-ยุโรป เพื่อสกัดไม่ให้ขยายการคุ้มครองด้านสิทธิบัตรแก่บริษัทยาข้ามชาติ

ในแง่ปฏิบัติการได้สร้างอำนาจรับรองในพื้นที่กระบวนการยุติธรรม เช่น ดำเนินการฟ้องร้องในศาลไทยเพื่อยกอนสิทธิบัตรบริษัทยาข้ามชาติ กรณียาด้านไวรัสเอชไอวีตัวหนึ่ง คือ ยาดีดี



ไอ (ddI) ของบริษัทบีเอ็มเอส (Bristol Myers Squibb company: BMS) ที่มีการจดสิทธิบัตรยาดีดีไอ โดย มิซอบ รวมทั้งยังเคลื่อนไหวย้ายพื้นที่ในการต่อรองอำนาจตามรัฐธรรมนูญปี พ.ศ.2540 และปี พ.ศ.2550 ที่เรียกร้องพื้นที่ให้กับภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมการตัดสินใจ นอกจากนี้ในต่างประเทศ ไทยได้รับเสียงชื่นชมที่ไทยได้แสดงให้เห็นถึงสิทธิของการมีชีวิตของประชาชนอยู่เหนือผลประโยชน์การค้า บริษัทขาดแบบขอมลตราคาลงมากกว่าร้อยละ 70 ให้กับทุกประเทศและอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญมีแรงจูงใจที่จะผลิตเพื่อแข่งขันให้ยามีราคายิ่งถูกลงเพราะมองเห็นตลาดทั้งองค์การอนามัยโลก นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด นิตยสาร Lancet วารสารการแพทย์ชั้นนำยังให้การยอมรับบทบาทการเคลื่อนไหวก้าวหน้าของเครือข่ายผู้คิดเชื่อว่าประสบความสำเร็จในการต่อสู้กับบริษัทยาข้ามชาติ อีกทั้งยังเป็นแรงบันดาลใจให้เครือข่ายในประเทศอื่นปฏิบัติตามในการต่อสู้ด้วยการประกาศ CL อาทิ ประเทศ อาทิ บราซิล ได้ประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ (CL) ของบริษัท เมิร์ก แอนด์ โค. ینگ์ โดยหันไปสั่งซื้อยาในชื่อสามัญจากอินเดียแทน หลังจากเมิร์กปฏิเสธที่จะขายยาเอฟาไวเรนซ์ในราคาที่ได้อำนาจให้แก่ประเทศไทย รวมทั้งร่วมเคลื่อนไหวก้าวหน้ากับเครือข่ายภาคประชาชนในแอฟริกาใต้ บราซิล อินเดีย ต่อสู้เรื่องการเข้าถึงยาจาเป็นพื้นฐาน (Reuters, 2007; Stewart, 2005; Gerhardsen, 2007)การเคลื่อนไหวดังกล่าว เสนอให้มีการใช้ตามสิทธิบัตร หรือ ซีแอล (CL) ตามที่ระบุในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา ตามข้อตกลงกับองค์การการค้าโลกเพื่อการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพที่จำเป็นโดยผลงานที่เป็นที่ประจักษ์และได้รับการยอมรับทั้งจากองค์การอนามัยโลก และนานาชาติ คือการต่อสู้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรียกร้องให้มีการจัดสวัสดิการพื้นฐานที่จำเป็นบนฐานของการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความก้าวหน้าสำคัญในหลายด้าน ส่วนใหญ่เกิดจากการผลักดันของภาคประชาชนที่เข้ามีส่วนร่วมในการบริหารทั้งในระดับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและในระดับจังหวัด ส่งผลให้การรักษารอบคลุมแม้แต่โรคค่าใช้จ่ายสูง ไม่ว่าจะเป็นเอชไอวี ไขวายเป็นเรื้อรัง มะเร็ง และผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น โดยมีกลไกสำคัญคือการต่อรองราคายา ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ขณะเดียวกันยังมีระบบเยียวยาความเสียหายกรณีได้รับผลกระทบจากการรักษา ตาม ม.41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2545 นับเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการดูแลด้านการรักษาพยาบาลให้กับคนทั้งประเทศ (จอห์น อิงภากรณ์, 2558) ซึ่งไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศแรกๆ ในโลกที่คนไข้ได้สิทธิ์อย่างกว้างขวาง แม้กระทั่งนักวิชาการอย่างอมาตยา เซน ชื่นชมว่าเป็นการจัดสรรบริการสุขภาพพื้นฐานที่มีคุณภาพดีกว่าธรรมดา และในราคาที่ต่ำมาก (Sen, 2015)

ด้วยเหตุผลความสำคัญดังกล่าวข้างต้นนี้ ผู้ศึกษาจะศึกษาปฏิบัติการประชาธิปไตยของเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ ในฐานะที่เป็นขบวนการเคลื่อนไหวก้าวหน้าทางสังคมที่เป็นพลังประชาธิปไตยทั้งในแง่



ที่ผู้กระทำการ ตระหนักถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน การเข้าไปมีส่วนร่วมทางการเมือง การแสดงออกถึง การกระทำการรวมหมู่ รวมทั้งการทำหน้าที่ตรวจสอบฝ่ายการเมืองและฝ่ายกำหนดนโยบาย ปฏิบัติการเหล่านี้สะท้อนให้เห็นการที่คนตัวเล็กๆ ในสังคมที่ถูกมองว่าเป็นผู้ป่วยโรคร้ายนำ สะพรั่งกล้ว เป็นภาระของสังคม และเป็นบุคคลที่ไร้ค่าแม้กระทั่งจากสายตากคนในครอบครัว แต่การ รวมตัวของผู้คิดเชื่อกลับเปิดมุมมองให้เห็นปัญหาของระบอบประชาธิปไตยที่ขาดความเท่าเทียม การจัดหาสวัสดิการของรัฐที่ผู้คิดเชื่อได้มองเห็นปัญหารากเหง้าเหล่านี้ และได้กำหนดยุทธศาสตร์ การเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องประเด็นปัญหาของตัวเอง จากบุคคลที่มีค่าเป็นศูนย์ ไร้คุณค่า ตัวตน (นิ วัตร สุวรรณพัฒนา และคณะ, 2551) แต่สามารถกลายเป็นพลังเครือข่ายภาคประชาชนระดับแนว หน้าของประเทศไทย ได้ในที่สุด นานาชาติเองต่างก็ยอมรับความสำเร็จที่สามารถลดอัตราผู้คิดเชื่อ ลงได้อย่างรวดเร็วนับแต่กลางทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา (Lyttleton, 2000; UNDP, 2004)

กรอบแนวคิด

ทฤษฎีการระดมทรัพยากร เป็นทฤษฎีหนึ่งใน ทฤษฎีว่าด้วยการวิเคราะห์ขบวนการทาง สังคม โดยเป็นทฤษฎีที่เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1960 อันเป็นช่วงที่เกิดขบวนการทางสังคมใน ลักษณะที่ลุกขึ้นมาท้าทายสภาพสังคมที่ดำรงอยู่ เช่น ขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิพลเมือง ขบวนการต่อต้านสงคราม ขบวนการสิ่งแวดล้อม ทำให้การวิเคราะห์ขบวนการทางสังคมในแง่มุม จิตวิทยาที่เป็นลักษณะของการอธิบายขบวนการทางสังคมในแง่ทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior Theory) เลื่อมความนิยมลง การนิยามความหมายขบวนการทางสังคมจึงอยู่ บนมิติของการเมือง ที่มองขบวนการทางสังคมในฐานะการกระทำรวมหมู่ที่มีเหตุผล (rational) โดย นักทฤษฎีการระดมทรัพยากรให้ความหมายของขบวนการทางสังคมว่า คือ ชุดความเห็นหรือความ เชื่อของกลุ่มผู้คนที่นำเสนอเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการเปลี่ยนแปลงมิติบางอย่างของโครงสร้าง ทางสังคม และ/หรือเพื่อให้ได้มาซึ่งการกระจายผลประโยชน์ของสังคม ซึ่งเป็นการนิยามขบวนการ ทางสังคมที่คล้ายคลึงกับกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดันตรงที่พิจารณาว่า หน้าที่สำคัญของกลุ่ม คือ การรวบรวมผลประโยชน์ และการใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือต่อรอง ปกป้องผลประโยชน์ นอกจากนี้ ยังมองขบวนการทางสังคมในฐานะตัวกระทำทางสังคมที่มุ่งเปลี่ยนสัมพันธภาพทางอำนาจเดิมที่ลง รากปักฐานอยู่ในสถาบันทางสังคม (anti-establishment) ด้วยเช่นกัน โดยความแตกต่างระหว่าง ทฤษฎีการระดมทรัพยากรและกลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดันคือ ทฤษฎีการระดมทรัพยากร ทางสังคม มองขบวนการทางสังคมว่ามีพื้นที่อยู่ตรงชายขอบหรือนอกกระบวนการเมืองปกติ ในขณะที่ กลุ่มผลประโยชน์หรือกลุ่มผลักดันกระทำการอยู่ภายใต้การเมืองปกติ (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552)

ฐานคิดของทฤษฎีการระดมทรัพยากรเกิดจากการตั้งคำถามว่า เหตุใดขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อคัดค้านจึงเกิดขึ้นบางพื้นที่ และการรวมกลุ่มของผู้คนยังเกิดขึ้นในช่วงบริบททางเศรษฐกิจ การเมือง ในบางลักษณะ เท่านั้น โดยหัวใจสำคัญของทฤษฎีการระดมทรัพยากร คือ การอธิบายการเกิด และการพัฒนาขบวนการทางสังคมไปสู่ความเข้มแข็ง ตลอดจนความสำเร็จของขบวนการทางสังคมด้วย “เงื่อนไขที่เพียงพอ (sufficiency condition)” นั่นคือ โดยมีรายละเอียดขององค์ประกอบที่เป็นเงื่อนไขที่สำคัญ ดังนี้(ประกาศ ปันตบแต่ง, 2552)

1.องค์การเคลื่อนไหวทางสังคม (Social Movement Organization-SMO) เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญประการแรก เพื่อทำหน้าที่ให้บรรลุจุดหมายของขบวนการ โดยมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในการระดมคนและทรัพยากร การจัดสรรทรัพยากรให้กับกิจกรรมการเคลื่อนไหวของขบวนการ ทำการแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ เพื่อแย่งชิงทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทในการปรับเป้าหมายและยุทธวิธีให้เหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อการดำรงอยู่ต่อไปของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม

2.การระดมทรัพยากร เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามเป้าหมายได้ โดยผู้ที่เป็นเจ้าของและครอบครองทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับองค์การเคลื่อนไหวทางสังคม คือ บัณฑิตบุคคล และกลุ่มองค์กรต่างๆในสังคม ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายมิติ ได้แก่ สมาชิกผู้ร่วมจุดหมายเดียวกัน (adherent) สมาชิกผู้สนับสนุน (constituent) สาธารณชนผู้เฝ้ามอง (bystander public) ฝ่ายตรงกันข้าม (opponent) ทั้งนี้ การแบ่งประเภทผู้ถือครองทรัพยากรสำหรับองค์การเคลื่อนไหวทางสังคมออกเป็นประเภทต่างๆก็เพื่อเชื่อมโยงไปสู่การวิเคราะห์กระบวนการระดมทรัพยากรขององค์การเคลื่อนไหวทางสังคม เนื่องจากความเกี่ยวข้องของผู้ถือครองทรัพยากรประเภทต่างๆ กับองค์การเคลื่อนไหวทางสังคม คือ เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ขบวนการทางสังคมสามารถพัฒนาเติบโตหรือในทางตรงข้าม นำไปสู่การถดถอยและความล้มเหลวได้

3.ยุทธวิธีการเคลื่อนไหว วิธีหลักในการเคลื่อนไหวเพื่อบรรลุจุดหมาย เป้าประสงค์ ผลประโยชน์หรือความต้องการของขบวนการทางสังคม คือ การใช้การกระทำรวมหมู่ (collective action) ด้วยยุทธวิธีขัดขวางระบบปกติ อันได้แก่ การกระทำการระดมมวลชนและผู้สนับสนุน (mass mobilization) การสร้างอัตลักษณ์ร่วม (collective identity) ของผู้คนในขบวนการหรือการสร้างเหตุการณ์การชุมนุมประท้วง ฯลฯ ซึ่งการสร้างอำนาจและอิทธิพลผ่านวิธีการดังกล่าวนี้เกิดขึ้นนอกพื้นที่และช่องทางระบบการเมืองปกติ และมีลักษณะการเคลื่อนไหวที่ขัดแย้งกับโครงสร้างสถาบันที่ลงรากปักฐานในสังคม ดังนั้น ฐานทรัพยากรสำหรับการเคลื่อนไหวจึงอยู่ที่การระดมคน เพราะขบวนการทางสังคมไม่สามารถเข้าถึง ครอบครอง และใช้ประโยชน์ทรัพยากรในระบบการเมืองปกติ



ทั้งนี้ ทฤษฎีการระดมทรัพยากร มีองค์ประกอบหลักที่ใช้ในการอธิบายการกระทำรวมหมู่จาก การคำนวณผลได้ผลเสียของการมีส่วนร่วมของปัจเจกชนเพื่อให้ได้สิ่งที่ต้องการ และ ปัจเจกชนมีความสามารถที่จะพิจารณาว่าควรจะใช้ยุทธวิธีใดในการรวมหมู่ท่ามกลางโครงสร้างโอกาสทางการเมืองที่ดำรงอยู่ โดยมีผู้ประกอบการของขบวนการเคลื่อนไหว เป็นผู้ที่แปรเปลี่ยนความเดือดร้อนที่มีอยู่ทั่วไปในสังคม ให้ประสานเป็นจุดประสงค์เดียวกันของขบวนการ มีความรู้ เงิน แรงงาน ความเป็นปึกแผ่น (solidarity) และความชอบธรรม (legitimacy) เป็นทรัพยากรที่สำคัญที่จะทำให้ขบวนการสามารถที่จะสร้างองค์กรและควมมีประสิทธิภาพในการต่อสู้เพื่อบรรลุเป้าหมายได้

ในงานของ McCarthy และ Zald (1977) ใน *Resources Mobilization and Social Movements* ได้สรุปกรอบที่จะนามาอธิบายเครือข่ายผู้คิดเชื่อในประเด็นต่อไปนี้ กล่าวคือ การอธิบายการเกิดและการพัฒนาขบวนการทางสังคม หากจะประสบความสำเร็จได้นั้นจะต้องมีเงื่อนไขที่เพียงพอ ในที่นี้ ก็คือ เงื่อนไขด้าน “องค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคม” (Social Movement Organization) และกระบวนการระดมทรัพยากร ซึ่งจะสามารถนามาอธิบายการเกิดขึ้นของเครือข่าย การพัฒนาการไปสู่ความเข้มแข็ง และความสำเร็จได้ ประเด็นแรก คือ เงื่อนไขด้านองค์กรการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะเข้ามาทำหน้าที่รวบรวมทรัพยากร ซึ่งหมายถึงองค์กรเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ นั่นเองที่เข้ามาทำหน้าที่ในการรวบรวมผู้คิดเชื่อ องค์กรพัฒนาเอกชน เงิน และความสมานฉันท์ภายในกลุ่ม ประเด็นที่สอง คือ กระบวนการระดมทรัพยากร องค์กรจำเป็นต้องมีทรัพยากร คือ จำนวนบุคคลที่จะร่วมกระทำการรวมหมู่ให้มีพลัง และประเด็นที่สาม คือ ยุทธวิธีการเคลื่อนไหวในการกดดันรัฐบาล

ในการทบทวนงานชิ้นนี้จะทำให้สามารถเข้าใจเครือข่ายผู้คิดเชื่อในฐานะองค์กรที่มีความสำคัญต่อขบวนการ เพราะองค์กรทำให้เกิดการลดต้นทุนการมีส่วนร่วม องค์กรช่วยเพิ่มโอกาสของความสำเร็จมากกว่าที่ปัจเจกบุคคลจะสามารถทำได้ องค์กรของขบวนการทางสังคมสามารถระดมทรัพยากรที่หลากหลายได้ รวมทั้งมีทักษะความสามารถซึ่งปัจเจกบุคคลไม่มี (McCarthy and Zald, 1977) อย่างไรก็ตาม แนวคิดนี้เน้นการศึกษายุทธศาสตร์ภายในองค์กรเป็นหลัก ขณะที่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ 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” ที่สามารถนามาอธิบายได้ถึงสาเหตุที่ผู้คิดเชื่อในระดับปัจเจก



บุคคล รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งนักวิชาการ ผู้สนับสนุนที่ไม่เกี่ยวข้อง โดยตรงว่า เหตุใดจึงตัดสินใจเข้าร่วมเคลื่อนไหวกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ โดยรอบคอบนี้เสนอว่า ผู้เข้าร่วมกระทำการตัดสินใจบนฐานการคำนวณผลได้ผลเสียของการเข้ามีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล โดยให้ความสำคัญกับปัจเจกบุคคลมีเหตุผล (rational) ปัจเจกชนจะเข้าร่วมการกระทำรวมหมู่ในบางสถานการณ์เนื่องจากมีสิ่งกระตุ้น 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)

สำนักทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure)

เป็นแนวคิดที่ ถือกำเนิดขึ้นท่ามกลางสถานการณ์สังคมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการก่อตัวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเท่าใดนัก เนื่องจากอัตลักษณ์ร่วมสำคัญที่สุดของสมาชิกในเครือข่ายฯ ก็คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ถูกสังคมตั้งข้อรังเกียจและถูกกีดกันให้ออกไปนอกวงการรับรู้ของผู้คนส่วนใหญ่ในสังคม การอาศัยทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) จึงจะทำให้สามารถอธิบายความสำเร็จของเครือข่ายได้อย่างสมเหตุสมผล เป็นไปตามความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ได้มากยิ่งขึ้น ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) ถือเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของทฤษฎีกระบวนการทางการเมือง (political process) ที่พัฒนามาจากทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ (Collective Behavior Theory) และทฤษฎีระดมทรัพยากร (Resource Mobilization Theory: RM) ในแง่ที่ว่าทฤษฎีระดมทรัพยากรให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านทรัพยากรและปัจจัยด้านองค์การการเคลื่อนไหว อันถือเป็นเรื่อง “ภายใน” ในอันที่จะสามารถระดมกำลังขับเคลื่อนสู่เป้าประสงค์ของขบวนการ แต่ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง กลับให้ความสำคัญกับ “ปัจจัยภายนอก” โดยเฉพาะมิติด้านการเมือง และมิติเชิงสถาบันที่เป็นทางการ ในอันที่จะกำหนดรูปแบบของขบวนการโดยชุดของข้อจำกัดและโอกาสทางการเมือง เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงและเหตุการณ์ต่างๆ ที่สร้างความไร้เสถียรภาพทางการเมือง มักจะเปิดโอกาสให้เกิดการปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพทางอำนาจแบบใหม่ ซึ่งเผยให้เห็นถึงช่องว่างที่ฝ่ายท้าทายจะสามารถเข้าไปช่วงชิงต่อรองในสถาบันแห่งอำนาจที่เป็นทางการ ขณะที่ทฤษฎีพฤติกรรมรวมหมู่ เห็นว่าความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลโดยตรงต่อการประกอบสร้าง/ก่อรูปสัมพันธภาพทางอำนาจขึ้นใหม่ (reconstruction) จนนำไปสู่การก่อตัวรวมตัวของหมู่ชนอย่างฉับพลันทันควันเพื่อประท้วงเรียกร้องผลประโยชน์ของ



กลุ่มคน โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงขนานใหญ่อย่างภาวะสงคราม (state of war) การเปลี่ยนแปลงสู่สังคมอุตสาหกรรม (industrialization) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมือง (urbanization) ล้วนส่งผลสะท้อนโดยตรงให้เกิดความสั่นคลอนสภาพดั้งเดิมของโครงสร้างทางสังคมที่ดำรงอยู่ และนำไปสู่ความตึงเครียดขัดข้องต่อกลุ่มทางสังคมที่คุ้นชินกับสภาพเดิม (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 93-94) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงนำไปสู่การเกิดขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยตรง จริ่งอยู่ การเปลี่ยนแปลงดังที่กล่าวมานี้ส่งผลต่อผู้คนให้เกิดรวมตัวกันเป็นขบวนการทางสังคม แต่สำหรับทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมืองแล้ว ผลสะท้อนที่เกิดขึ้นเป็นแต่เพียงปัจจัยเกื้อหนุน หรือสถานะแวดล้อมอันส่งผลต่อการลุกขึ้นชุมนุมประท้วงทางอ้อมเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นก็เป็นแต่เพียงปัจจัยที่เอื้ออำนวย/อุปสรรคขัดขวางต่อความสำเร็จ หรือล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมด้วยเช่นกัน การให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมทางการเมือง (political environment) ได้ส่งผลให้นักทฤษฎีสายกระบวนทางการเมืองแยกตัวเองออกจากสำนักทฤษฎีการระดมทรัพยากรอย่างมีนัยสำคัญ

ทั้งนี้ การศึกษาที่ถือเป็นการแผ้วถางปูทางให้กับแนววิเคราะห์โครงสร้างโอกาสทางการเมือง ปรากฏให้เห็นได้ในงานของนักสังคมวิทยาชาวอเมริกัน Doug McAdams (1982) โดยศึกษาปัจจัยสำคัญอันส่งผลให้เกิดการรวมตัวของปัจเจกบุคคลกระทำการทางการเมืองในลักษณะรวมหมู่ กรณีขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิพลเมืองของคนผิวสีในสหรัฐอเมริกา ช่วงทศวรรษ 1960-1970 จนได้มาซึ่งสิทธิพลเมืองอย่างเท่าเทียมกันกับพลเมืองร่วมชาติอื่นๆ ได้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จ/ล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม 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) อันจะทำให้ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมสามารถระลึกรู้ได้ถึงตำแหน่งแหล่งที่อันของตนเองในระบบการเมือง ซึ่ง



ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงโอกาสทางการเมืองของกลุ่มคนในทางที่เอื้ออำนวย/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/ความไร้เสถียรภาพของระเบียบทาง

การเมือง (stability/instability of political alignments) 3) การมี/ไม่มีพันธมิตรและกลุ่มสนับสนุน (presence/absence of allies and support groups) 4) ความแตกแยกในหมู่ชนชั้นนา หรือความอดกลั้น/ผ่อนปรนของชนชั้นนาต่อการเคลื่อนไหวประท้วงต่อต้าน (division within the elites or its tolerance/intolerance of protest) (ซึ่งต่อมาถูกพัฒนามาสู่โครงสร้างโอกาสระดับพื้นฐาน (fundamental opportunity) และโอกาสที่เกิดขึ้นฉับพลัน (immediate opportunity)) อย่างไรก็ตามงานของ Tarrow จะให้ความสำคัญกับ “ปัจจัยภายนอก” มากเสียจนกระทั่งมองว่าความสำเร็จ/ล้มเหลวของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมจะถูกกำหนดจากชุดของข้อจำกัดและโอกาสทางการเมืองแต่เพียงอย่างเดียว ในแง่นี้จึงละเลยที่พิจารณาบทบาทของขบวนการในฐานะที่เป็นตัวกระทำการทางการเมืองด้วยตนเอง

จากการที่ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมทำให้พบว่าการศึกษาและทำความเข้าใจเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ จำเป็นต้องอาศัยมิติต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกันเกิดเป็นปฏิสัมพันธ์ตั้งแต่การประเมินศักยภาพในองค์กร ปัจจัยแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดความเป็นไปได้ของความสำเร็จ/ล้มเหลว ความเข้มแข็ง/อ่อนแอขององค์กร และพลวัตภายในองค์กรจากการเปิดพื้นที่ให้บรรดาสมาชิกได้เข้าร่วมกำหนดนิยามปัญหาและแสวงหาแนวทางแก้ไข กล่าวได้ว่า ทฤษฎีการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization Theory: RM) จะถูกใช้มาอธิบายศักยภาพของเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ ในการที่จะระดมสรรพกำลังด้านต่างๆ เพื่อเป็นแหล่งทรัพยากรขับเคลื่อนให้แก่องค์กร ขณะที่ ทฤษฎีโครงสร้างโอกาสทางการเมือง (Political Opportunity Structure) ได้เผยให้เห็นห้วงจังหวะที่เปิดช่องว่างให้เครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ มีโอกาสได้ท้าทายต่อระบบระเบียบการเมืองที่ดำรงอยู่ จนกระทั่งสามารถช่วงชิงความได้เปรียบในระบบการเมืองและระบบสังคมวัฒนธรรม นอกจากนั้น ทฤษฎีกรอบโครง (Framing Theory) ยังสามารถใช้อธิบายยุทธวิธีการต่อสู้ของเครือข่ายผู้คิดเชื่อฯ



กล่าวโดยสรุป แนวคิดข้างต้นจะสามารถนำมาอธิบายการเกิดขึ้นของเครือข่าย การพัฒนาการไปสู่ความเข้มแข็ง และความสำเร็จได้

ประเด็นแรก คือ เงื่อนไขด้านองค์การเคลื่อนไหวทางสังคมที่จะเข้ามาทาหน้าที่รวบรวมทรัพยากร

ประเด็นที่สองคือ กระบวนการระดมทรัพยากร องค์การจำเป็นต้องมีทรัพยากร คือ จำนวนบุคคลที่จะร่วมกระทำการรวมหมู่ให้มีพลัง และประเด็นที่สาม คือ ยุทธวิธีการเคลื่อนไหวในการกดดันรัฐบาล จากนั้นจะนำโครงสร้างโอกาสทางการเมืองมาวิเคราะห์เงื่อนไขที่ทำให้การเคลื่อนไหวประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

พัฒนาการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

โดยเราจะแบ่งพัฒนาการออกเป็นทั้งหมด 4 ยุค โดยใช้เหตุการณ์สำคัญของเครือข่ายเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง

1. ยุครวมตัวเป็นเครือข่าย

จุดเริ่มต้นของการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย เกิดขึ้นจากการพบผู้ติดเชื้อรายแรกในปี พ.ศ.2527 ณ โรงพยาบาลรามารับดี โดยผู้ติดเชื้อรายแรกเป็นชายรักเพศเดียวกัน วัย 28 ปี ที่รับเชื้อขณะอาศัยอยู่ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต้องนำเชื้อไปตรวจที่เมืองแอตแลนต้า ประเทศสหรัฐฯ ผลการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อไวรัสเอดส์ (นิตยา ระวังพาล, 2538: 1) อย่างไรก็ตาม ในขณะนั้นภาครัฐยังไม่ได้ตื่นตัวกับปัญหามากนัก เนื่องจากมองว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มชายรักชายเท่านั้น

จนกระทั่งปี พ.ศ.2530 ภาครัฐเริ่มหันมาให้ความสนใจ หลังจากผู้ติดเชื้อจากการรับบริจาคโลหิต คือ นายละอ้อน เสือส้ม ถูกปฏิเสธให้เข้าทำงาน และการเข้าบ้านถึง 32 ครั้ง (ไพบรุษ, 2534) ซึ่งการแก้ไขปัญหายาขณะนั้นมุ่งเน้นไปที่มิติเชิงเทคนิควิทยา และส่งผลให้การแก้ไขปัญหามิถูกจุด เพราะไปมุ่งแก้ไขเชิงระบาดวิทยา (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2553:205) และไม่ได้มุ่งให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนทั่วไป ส่งผลให้เกิดความไม่เข้าใจ และความขัดแย้งขึ้นในชุมชนที่มีผู้ติดเชื้อ ดังเช่นกรณีการปิดทำการศูนย์บรรเทาใจ ที่เป็นศูนย์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งทาหน้าที่ให้บริการที่ปรึกษาชั่วคราวแก่ผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากชาวบ้านในชุมชนมีการรวมตัวกันต่อต้านศูนย์ฯ มีการลอบวางระเบิดหน้าทำการศูนย์ฯ และมีการลอบยิง จนกระทั่งศูนย์ต้องปิดตัวลง (บางกอกโพสต์, 23 พฤษภาคม 2538) ที่สะท้อนให้เห็นการที่สังคมต่อต้านและแสดงความรังเกียจโรคเอดส์

นอกจากการกำหนดทิศทางและการแก้ปัญหาที่ผิดพลาดแล้ว ประเด็นสำคัญที่ทำให้ภาครัฐไม่สามารถตอบสนองต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม คือ การไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศ ซึ่งมาจากเงื่อนไขทั้งทางการเมือง และเศรษฐกิจในช่วงดังกล่าว เพราะบริบททางการเมืองในขณะนั้นเป็นรอยต่อของการเร่งรัดพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ ต่อเนื่องจากรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เข้าสู่ยุคพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ที่รัฐเน้นนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างภาพพจน์ประเทศเพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว โดยไม่ได้เน้นนโยบายลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้การยอมรับว่า มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยอาจทำลายภาพพจน์ของประเทศไทยจนกระทบอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวได้ ทำให้รัฐไทย “ปฏิเสธการมีอยู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี” (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2553)

ในช่วงปี พ.ศ.2530 นโยบายของภาครัฐต่อปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เน้นไปที่การสร้าง ความหวาดกลัวให้เกิดขึ้นในสังคม เพื่อหวังควบคุมการระบาดของโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิธีคิดของภาครัฐในมิติการปราบปราม ติดตามไล่จับ จนทำให้ผู้ติดเชื้อหวาดกลัว ไม่เข้ารับการรักษา และการรังเกียจผู้ติดเชื้อ จึงเป็นการกีดกันผู้ติดเชื้อออกจากการแก้ไขปัญหา (exclusion) โดยเราสามารถสรุปการแก้ไขปัญหาของภาครัฐในช่วงดังกล่าวได้ออกเป็นประเด็นหลักๆ ดังนี้

1. การณรงค์ทำให้ผู้คนในสังคมรู้จักกับเอชไอวี/เอดส์ผ่านสื่อมวลชนด้วยความหวาดกลัว

วิธีการนี้จะใช้มาตรการประชาสัมพันธ์ผ่านกรอบวาทกรรมว่า “เอดส์เป็นแล้วตายลูกเดียว” หรือ “มั่วเข้ม มั่วเพศ ติดเอดส์ถึงตาย” (พิศิษฐ์ คุณวโรตม์, 2545 : 17) ด้วยการนำเสนอภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในระยะสุดท้ายที่มีค้อนทุบฟองเต็มไปด้วยน้ำหนองไหล ตัวซูบซีดเหลือแต่กระดูก สีผิวดากดำ ดูน่าเวทนา วิธีการนี้กลายเป็น “สื่อสอนให้คนกลัวเอดส์” และนำไปสู่การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการนำเสนอภาพลักษณะนี้อย่างต่อเนื่องได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์กลายเป็นบุคคลที่ “น่ารังเกียจ” (มารีดา, สัมภาษณ์ 3 มีนาคม 2555)

2. การออกกฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในภาครัฐ

นอกจากการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนประเภทต่างๆ แล้ว ภาครัฐยังมีเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการควบคุม และแก้ปัญหของโรคเอดส์ ซึ่งเชื่อว่าจะนำไปสู่การควบคุมการระบาดของโรคได้สำเร็จ คือ กฎหมาย และกฎระเบียบต่างๆ ของหน่วยงานในภาครัฐ

- พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523
- พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2523, โรคเอดส์ (เพิ่มเติม 1 พฤษภาคม พ.ศ.2528)
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2528 เกี่ยวกับการดำเนินนโยบายจัดการกับผู้ติดเชื้อ



- พระราชบัญญัติ และกฎระเบียบเน้นการจัดการกับผู้ติดเชื้อด้วยวิธีการให้ผู้ติดเชื้อรายงานตัว การกักบริเวณ (ในกรณีจำเป็น)

- การออกกฎกระทรวงของกระทรวงมหาดไทยในการให้ผู้ติดเชื้อต้องมารายงานตัว ห้ามเดินทางข้ามพื้นที่ อานาการตรวจจับ ตรวจค้นของเจ้าหน้าที่ ห้ามประกอบอาชีพบางประเภท รวมทั้งห้ามเข้าสถานที่บางแห่งโดยไม่ได้รับอนุญาตจากเจ้าหน้าที่ซึ่ง เป็นการใช้อำนาจที่มีอยู่ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 และพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522

เมื่อผู้ติดเชื้อรู้สึกตัวตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง การคุ้มครองสิทธิ และการแก้ไขปัญหามาจากภาครัฐ หรืออีกนัยหนึ่งอาจจะทอนให้เห็นนัยยะสำคัญว่า 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

ในระยะแรกเริ่มของการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อนั้น มีหน่วยงานจากหลายภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือ และสนับสนุนในการผลักดันให้เกิดเครือข่ายขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยเราสามารถแบ่งได้ออกเป็น 3 ส่วนหลักๆ ดังนี้

(1) การสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี/เอดส์ ได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับข้อมูล และประเด็นทางวิชาการในระยะแรก เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่ขาดข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวทำให้ผู้ติดเชื้อบางส่วนรับทราบข่าวจากรายการสถานีวิทยุที่องค์กรพัฒนาเอกชนทางานเผยแพร่ จึงได้ติดต่อขอข้อมูล และเดินทางเข้ามาขอร่วมกลุ่มกับทางองค์กรพัฒนาเอกชน

(2) การรวมกลุ่มของสมาชิกในพื้นที่ท้องถิ่น

กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือเป็นเครือข่ายแรกในระดับท้องถิ่นที่เริ่มออกมาเคลื่อนไหวเนื่องจากสมาชิกแต่ละคนผ่านประสบการณ์การเคลื่อนไหวต่อสู้มาอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นภาคที่มีการระบาดรุนแรง ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นรายสัปดาห์สำหรับช่วงแรก ผู้ติดเชื้อเริ่มรวมตัวกันผ่านรูปแบบกลุ่มในระดับตำบล อาทิ เครือข่ายแรกในระดับตำบล คือ สานแสงสัมพันธ์ ที่พัฒนามาเป็น

เครือข่ายเชียงราย (เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดเชียงราย, 2550) นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รวมตัวกันเองโดยไม่ได้อิงกับกลุ่มพื้นที่ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันด้วย เช่น กลุ่มเพื่อนวันจันทร์ ชมรมเพื่อนวันพุธ (ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือ)

(3) โรงพยาบาลสนับสนุนการรวมตัว

จากการเข้ากลุ่มตามโรงพยาบาล กลุ่มผู้ติดเชื้อจึงเริ่มมีความสนิทสนมกัน พี่เลี้ยงที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลจะเสนอให้เลือกแกนนำกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในกลุ่มช่วยเหลือ โดยมีฐานกลุ่มตามโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเป็นหลัก หรือตามกลุ่มย่อยในชุมชน และตามหมู่บ้านต่างๆ ซึ่งระดับกลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และเชื่อมโยงไปยังผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกในเครือข่าย รวมทั้งผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วย อาทิ กรุงเทพมหานคร มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเริ่มต้นตามโรงพยาบาล

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะเชิงสังคมของผู้ติดเชื้อที่มารักษาในโรงพยาบาล ที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้มีฐานะสังคม เศรษฐกิจ หรือมีอำนาจต่อรองในสังคมมากนัก อย่างไรก็ตาม ไม่ได้หมายความว่า ผู้มาคลินิกทุกคนจะเข้าปฏิบัติการกระทรวมหมู่ร่วมกับขบวนการทั้งหมด แต่การที่ผู้ติดเชื้อตัดสินใจเข้าร่วมกับขบวนการจะส่งผลอย่างมีนัยยะสำคัญต่อการรับยาต่อเนื่อง กาลังใจ และมีศักยภาพที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการในลำดับต่อไป (สนทนากลุ่มเครือข่ายภาคเหนือ, 7 ธันวาคม 2556) ทั้งนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมในเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นการรวมตัวของกลุ่มย่อย จากนั้นจึงเริ่มขยายมาเป็นขบวนการเคลื่อนไหวที่มีขนาดใหญ่ขึ้น ทำให้พวกเขามีอำนาจต่อรองในการเรียกร้อง และปกป้องสิทธิของแต่ละกลุ่มเครือข่ายมากขึ้น ซึ่งยังเป็นการลดต้นทุนการเคลื่อนไหวของแต่ละกลุ่ม และสามารถอาศัยความร่วมมือดังกล่าวเพื่อแข่งขันกับองค์กรอื่นๆ ได้

2. ยุทธวิธีการต่อสู้

ในยุคนี้ ขบวนการเริ่มพบว่า มีปัญหาหลายประการในช่วงแรกที่ต้องเร่งรณรงค์แก้ไข คือ อัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจำนวนมากในช่วงเวลาดังกล่าว และการไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมถึงโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น เครือข่ายจึงได้เริ่มดำเนินงานแสวงหาการแก้ปัญหา โดยได้รับการสนับสนุน และความร่วมมือจาก องค์กรหมอไร้พรมแดน-เบลเยียม (เอ็มเอสเอฟ) และมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ หรือ แอคเซส (โครงการเข้าถึงเอดส์ในขณะนั้น) ผ่านโครงการนำร่องเพื่อการรักษา และป้องกันโรคปอดอักเสบจากเชื้อพีซีพี ซึ่งขณะนั้นเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของผู้ติดเชื้อ โดยเรียกกันติดปากว่า “โครงการพีซีพี 100%” ด้วยการกำหนดให้ใช้ช่องทางของเครือข่าย ในการประสานงานสร้างความรู้



ความเข้าใจ พัฒนาที่มอสาสมัครผู้ติดเชื้อที่เรียกกันสมัยนั้นว่า “หมอดินเปเล่” ขึ้นมาเป็นกลไกในการฝึกอบรม เรื่องดังกล่าวให้กับผู้ติดเชื้อในพื้นที่ ดังที่สมาชิกเครือข่ายกล่าวไว้ว่า

“ต้นปี 2541 ผมเริ่มเข้ามาเป็นแกนนำผู้ติดเชื้อฯ ช่วงนั้นเราไปร่วมงานศพเพื่อนแทบทุกวัน ตายเพราะไม่ได้รับยาป้องกัน โรคปอดอักเสบพีซีพี ทั้งที่ยาป้องกันหาได้ในโรงพยาบาล ราคาไม่แพง เพียงเม็ดละ 50 สตางค์เท่านั้น แต่ผู้ติดเชื้อฯ ไม่สามารถเข้าถึงได้ และนั่นยังไม่รวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่แทบไม่ต้องนึกถึงในสถานการณ์ขณะนั้น นี่จึงเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้พวกเราต้องลงมือทำงานกันอย่างจริงจัง”

(สุจิต ตะภา, สัมภาษณ์ 2 มิถุนายน 2556)

สิ่งที่น่าสนใจ คือ ในระยะแรกเริ่มของขบวนการยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และปัญหาของผู้ติดเชื้อ เพื่อใช้เป็นประเด็นในการเคลื่อนไหวต่อไป เช่น กรณีการประชุมสมัชชาเครือข่ายผู้ติดเชื้อครั้งที่ 2 ณ จังหวัดหนองคาย ในช่วงระยะแรกของการก่อตั้งเครือข่ายมีการใช้พื้นที่ของการประชุมระดับแกนนำ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสภาพปัญหา จนกระทั่งได้ข้อค้นพบที่สำคัญ คือ การเข้าไม่ถึงยารักษาโรค ซึ่งกลายมาเป็นรากฐานการเคลื่อนไหวของขบวนการ โดยพบว่า เพื่อนระดับแกนนำได้เริ่มทยอยเสียชีวิต และแกนนำที่พยายามรักษาสุขภาพก็กลับมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากการเข้าไม่ถึงยารักษา ดังนั้น ปัญหาเอชไอวีจึงกลายเป็น “พื้นที่ในการเรียนรู้ปัญหาการละเมิดสิทธิ” เมื่อประสานกับการเรียนรู้ข้อมูลทางวิชาการใหม่ๆ จากเอ็นจีโอ นักวิชาการ นักเภสัชศาสตร์ และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ อาทิ องค์กรหมอไร้พรมแดน ประเทศเบลเยียม จึงทำให้ขบวนการเกิดเครือข่ายการเรียนรู้ที่กว้างขวางมากยิ่งขึ้น

จากการสร้างภาคีการทำงานร่วมกับเอ็นจีโอ นักวิชาการ นักเภสัชศาสตร์ และนักกฎหมาย ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อพบว่า ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีใช้ในประเทศไทย และมีราคาแพงประเภทหนึ่ง คือ ยาดีดีไอ (DDI) ซึ่งมีกฎหมายสิทธิบัตรที่รองรับให้ประเทศสามารถดำเนินการใช้มาตรการที่เรียกว่ามาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing - CL) หรือเรียกกันว่าซีแอล ซึ่งตามมาตรการนี้รัฐสามารถนำเข้าที่ดัดสิทธิบัตรที่มีจำหน่ายในประเทศอื่นแต่ราคาถูกกว่าในประเทศเข้ามาใช้เพื่อประโยชน์สาธารณะได้ อีกทั้งยังพบว่า มีมาตรา 51 ในพระราชบัญญัติสิทธิบัตรไทย ที่เป็นช่องทางกฎหมายในประเทศ ให้รัฐสามารถประกาศการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (Compulsory Licensing /CL) เพื่อใช้เป็นช่องทางในการผลิตยาต้านไวรัสในชื่อสามัญได้เองในประเทศไทย อันจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาและการรักษาได้มากขึ้น (กัณนงค์ ไชยศิริ และคณะ, 2552)



ประเด็นการค้นพบดังกล่าวได้นำไปสู่การเคลื่อนไหวที่สำคัญครั้งแรกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ คือ การชุมนุมคดีไอ ณ กระทรวงสาธารณสุข ในเดือนธันวาคม 2542 ซึ่งอยู่ในสมัยรัฐบาล พล.อ. ชวลิต ยงใจยุทธ โดยการชุมนุมประท้วงเป็นการรวมตัวกันของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุข 16 องค์กร มีผู้เข้าร่วมประมาณ 500 คน มีการใช้พื้นที่ชุมนุม บริเวณลานสนามหญ้าหน้าสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเวลา 3 วัน และมีการตั้งชื่อ เต็นท์ที่พักการชุมนุมว่าบ้านเลขที่ 51 ของหมู่บ้านคดีไอ พัฒนา เพื่อเรียกร้องให้ทางกระทรวงใช้ “มาตรการใช้สิทธิซีแอลหรือมาตรการใช้ สิทธิภาคบังคับ” กับยาดีดีไอ (ddI) ของ บริษัท บริสทอล ไมเยอร์สควิปปี้ (Bristol Myers Squibb / BMS) เนื่องจากการจดสิทธิบัตรยานี้ ไม่มีขั้นตอนการผลิต ที่สูงขึ้นตามหลักการของจดสิทธิบัตรแต่อย่างใด แต่กลับนำมาขายในประเทศไทยด้วยราคาสูงมาก

หลังจากนั้น การปฏิบัติการร่วมของผู้ติดเชื้อได้มีการไปยื่นหนังสือที่สถานทูต สหรัฐอเมริกา ประจำประเทศไทย เพื่อขอจดหมายยืนยันว่า ทางสหรัฐจะไม่แทรกแซงถ้าประเทศไทยทำซีแอล แม้ว่าการเคลื่อนไหวในครั้งนั้นจะไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการก็ตาม ต่อมาในปี 2543 เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ จึงนำข้อมูลความไม่ชอบมาพากลต่างๆ ที่ค้นพบ ยื่นเรื่องขอความช่วยเหลือต่อสภานายความ จึงเกิดการตั้ง “คณะทำงานพิจารณาให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายเพื่อ ยกเลิกสิทธิบัตรยาดีดีไอในประเทศไทย” เพื่อดำเนินการในเรื่องนี้ โดยมีการฟ้องร้องบริษัท บริสทอล ไมเยอร์ สควิปปี้ (BMS) เพื่อให้เพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอ ด้วยเหตุผลว่า การได้รับสิทธิบัตร ยานี้ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และไม่ได้ถือเป็นขั้นตอนการคิดค้นประดิษฐ์ใหม่ (กระทรวง สาธารณสุข, สปสช, 2550) ทางรัฐบาลจึงตอบสนองข้อเรียกร้องนี้ในปี 2543 โดยกระทรวง สาธารณสุขประกาศไม่ใช้มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร แต่กลับไปให้องค์การเภสัชกรรมเลี้ยงการผลิตดีดีไอแบบเม็ด แต่ให้ผลิตดีดีไอแบบผงแทน ซึ่งไม่คิดเงื่อนไขสิทธิบัตรออกจำหน่าย

ต่อมาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรพันธมิตรได้เริ่มเคลื่อนไหวกดดันบริษัท BMS โดยการ ฟ้องร้องเพิกถอนสิทธิบัตรยาดีดีไอต่อ “ศาลทรัพย์สินทางปัญญา” โดยมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค มูลนิธิ เข้าถึงเอดส์ และผู้ติดเชื้อเป็นโจทก์ ซึ่งการพิจารณาคดีใช้เวลายาวนาน คดียุติด้วยการที่ BMS เจริญ ขอลถอนการครอบครองสิทธิบัตร เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2547 เนื่องจากถูกกดดันด้วยการประนาม จากสังคมทั่วโลก ส่งผลให้ยาเม็ดดีดีไอไม่มีสิทธิบัตรในประเทศไทยอีกต่อไป ทำให้ค่าใช้จ่ายของ ผู้ป่วยที่ต้องจ่ายค่ายาเดือนละประมาณ 3,000 บาทลดลงเหลือไม่ถึง 900 บาทเท่านั้น ซึ่งความสำเร็จ ดังกล่าวมีผลอย่างมากต่อขบวนการ ดังที่สมาชิกเครือข่ายได้กล่าวว่า



“นี่คือคติแรกของโลกที่ยืนยันว่าผู้ป่วยและองค์กรที่เกี่ยวข้อง สามารถเป็นโจทก์ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา และยังเป็นตัวอย่างให้ต่างประเทศสามารถลุกขึ้นมาต่อสู้ในเรื่องทรัพย์สินทางปัญญาได้จากคดีดีนี่เอง” (กมล อุปแก้ว, สัมภาษณ์ 20 ตุลาคม 2556)

ด้วยพลังการกดดันทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทำให้บริษัทต้องทำการถอนการขอรับสิทธิบัตรไปเองในที่สุด เนื่องจากการเผยแพร่การค้าที่ไม่เป็นธรรม การเอาเปรียบของบริษัทเริ่มได้รับการนำเสนอออกไปในต่างประเทศ ซึ่งกระทบต่อภาพพจน์ทางการค้าของบริษัท ทางผู้บริหารจึงมองว่า ไม่คุ้มค่ากับผลเสียที่เกิดขึ้นกับการประกอบธุรกิจในอนาคต

สำหรับในยุคนี้ กรณีการต่อสู้ในประเด็นสิทธิบัตรสะท้อนให้เราเห็นว่า เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพันธมิตรเริ่มให้ความสำคัญกับรากฐานของปัญหาผู้ติดเชื้อในปัจจุบันอย่างชัดเจน และมีการวางกลยุทธ์ในการเคลื่อนไหวต่อต้านในเชิงเทคนิคทางกฎหมายผ่านองค์กรที่ปรึกษาที่เป็นระบบมากยิ่งขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งได้แสดงให้เห็นถึงการเริ่มตระหนักในสิทธิอันพึงมีพึงได้ของสมาชิกในเครือข่ายแล้ว รวมทั้งเป็นการขยายพื้นที่สู่ฐานการเป็นผู้เสียหายในทางกฎหมายอีกด้วย

3. ยุคผลักดันนโยบาย และเข้าไปร่วมกับปฏิบัติการตามนโยบาย

ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มตระหนักว่า ขบวนการของตนจะเป็นฝ่ายตั้งรับ และตอบโต้ปัญหาที่เกิดขึ้นเพียงฝ่ายเดียวมิได้อีกต่อไป หากแต่เครือข่ายจะต้องเป็นฝ่ายริเริ่มให้เกิดการผลักดันนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาในอนาคต และช่วยรักษาสีบทวิของสมาชิกผู้ติดเชื้อแทน 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 จนกระทั่งมีผลบังคับใช้เป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 สมัยรัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 ซึ่งความสำเร็จส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากบริบททางการเมืองในช่วงเวลาดังกล่าวที่ใกล้กับการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร เนื่องจากทางเครือข่ายได้มีการประสานงานกับทุกพรรคการเมืองในขณะนั้น เพื่อให้ช่วยสนับสนุนกฎหมายฉบับภาคประชาชน ซึ่งพรรคไทยรักไทย ได้นำข้อเสนอไปเป็นนโยบายของพรรค และจัดทำเนื้อหากฎหมายที่ไม่แตกต่างจากของภาคประชาชน โดยเครือข่าย



ผู้คิดเชื้อเอชไอวียังได้มีส่วนในการทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และคุ้มครองสิทธิของกลุ่มผู้คิดเชื้ออีกด้วย

ทั้งนี้ กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบหลักประกัน เช่น คณะกรรมการ และคณะกรรมการระดับจังหวัดขอให้เพิ่มสัดส่วนกรรมการประชาชนระดับชาติให้ครบทั้ง 9 ด้าน เสนอหลักสูตรพัฒนาและกระบวนการพัฒนาศักยภาพของประชาชน เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นกรรมการในระดับต่าง ๆ ให้แก่ไขกฏระเบียบการคัดเลือกคณะกรรมการในระดับจังหวัด โดยให้ สปสช. สาขาจังหวัด นั้น ๆ ร่วมกับศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน เป็นผู้จัดกระบวนการสรรหา

ประเด็นที่เครือข่ายพยายามเรียกร้องควบคู่กันไปกับการผลักดันหรือคัดค้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพก็คือ การคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรี โดยผลักดันให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้รัฐบาลทบทวนข้อตกลงเขตการค้าเสรีที่ส่งผลกระทบต่อทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ เช่น ข้อตกลงเขตการค้าเสรีกับประเทศญี่ปุ่นที่อนุญาตให้คนญี่ปุ่นมาใช้บริการโดยเบี่ยงเบนประมาณจากระบบหลักประกันของประเทศญี่ปุ่น 70 % และการทำข้อตกลงการค้าเสรีไทย-สหรัฐ ที่ไม่มีความชอบธรรมในที่ประชุมสองฝ่าย เนื่องจากฝ่ายสหรัฐมีตัวแทนจากสมาคมผู้ผลิต และวิทยาศาสตร์สหรัฐ ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากธุรกิจยาเข้าไปร่วมคณะ แต่ตัวแทนผู้จะได้รับผลกระทบจากภาคส่วนต่างๆ ของไทย รวมทั้งภาคประชาชน กลับไม่ได้รับเชิญให้เข้าไปร่วมการประชุม (จิราพร ลิ้มปานานนท์, สัมภาษณ์ 1 ตุลาคม พ.ศ.2555)

ในการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีของเครือข่ายผู้คิดเชื่อนั้น 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 เครือข่ายผู้คิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค จ.ลาปาง สหพันธ์เกษตรกรภาคเหนือ เครือข่ายสลัมสี่ภาค สภาเครือข่ายองค์กรประชาชนแห่งประเทศไทย สัมชชาคนจน สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแห่งประเทศไทย เครือข่ายปฏิรูปที่ดินเพื่อคนจน เครือข่ายป่าชุมชนภาคใต้ สมาพันธ์แรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์และองค์กรพันธมิตรแรงงานและกลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชนเครือข่ายโดยทั้งหมดรวมกลุ่มกันในนาม "เครือข่ายองค์กรประชาชนด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย" โดยตัวแทนเครือข่ายองค์กรประชาชน



ด้านการเปิดการค้าเสรีและแปรรูปประเทศไทย ได้ยื่นหนังสือผ่านนาย Scott Mansen รองกงสุลสหรัฐอเมริกาประจำ จ.เชียงใหม่ ถึงหัวหน้าคณะเจรจาเอฟทีเอ ของฝ่ายสหรัฐอเมริกา

(2) การคัดค้านการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 16-20 กันยายน 2556 ที่โรงแรมเลอเมอริเดียน เชียงใหม่ ประเด็นที่ยุโรปเสนอ คือ ข้อตกลงที่เกี่ยวข้องกับยา ซึ่งสหภาพยุโรปพยายามสอดแทรกเงื่อนไขให้ไทยเพิ่มมาตรฐานการคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเกินกว่าที่องค์การการค้าโลกกำหนดไว้ใน “ความตกลงทริปส์” (Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights: TRIPs Agreement) หรือที่เรียกว่า “ทริปส์พลัส” (TRIPs-plus) ด้วยการขยายอายุการคุ้มครองสิทธิบัตรยา ผูกขาดข้อมูลทางยาหรือการขึ้นทะเบียนตำรับยา เพิ่มกรอบความคุ้มครองสิทธิบัตร แทรกแซงการจัดซื้อและจัดหายาของประเทศ เพิ่มการบังคับใช้กฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาและมาตรการผ่านแดนอย่างเข้มงวด และจำกัดการใช้มาตรการยืดหยุ่นในความตกลงทริปส์ขณะเดียวกัน ประเด็นสำคัญที่ทำให้เครือข่ายพันธมิตรคัดค้านกระบวนการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป เนื่องจากไม่มีกระบวนการเปิดรับฟังความคิดเห็นต่อร่างกรอบการเจรจา FTA ไทย-สหภาพยุโรป ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 190 แต่อย่างใด การไม่ทำประชาพิจารณ์ร่างกรอบการเจรจา ทำให้เกิดข้อสงสัยในเจตนาของรัฐบาล และหน่วยงานรัฐ เพราะนอกจากจะลุ่มเสี่ยงต่อการขัดมาตรา 190 แล้ว ยังเป็นการปิดบังข้อมูลข่าวสารไม่ให้ประชาชนทั่วไปได้เห็นรายละเอียดของเนื้อหาการเจรจาลักษณะนี้

ทั้งนี้ ในการรณรงค์กฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรี ล้วนมีวัตถุประสงค์ คือ การเข้าถึงยา และการรักษาผู้ติดเชื้ออย่างเท่าเทียม ซึ่งผู้วิจัยมองว่ามีกรอบโครงทางความคิดบางอย่างที่อยู่เบื้องหลังการรณรงค์ นั่นก็คือ แนวคิดหลักการพื้นฐานแห่งสิทธิ ที่เน้นการปกป้องสิทธิของผู้ติดเชื้อในฐานะพลเมือง การขยายขอบเขตการมีส่วนร่วมในการเมืองสาธารณะ (public politics) ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกรังเกียจ ไร้ศักดิ์ศรี ไร้อำนาจสามารถเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุขอย่างเท่าเทียม โดยการมีส่วนร่วมกับระบบการเมืองเพื่อเรียกร้องสิทธิ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรงจากที่กล่าวมาข้างต้น เราจะเห็นถึงบทบาทที่เปลี่ยนไปจากการเรียกร้องไปสู่การผลักดันในเชิงนโยบาย ทั้งในประเด็นกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น และการคัดค้านข้อตกลงเขตการค้าเสรีที่อาจส่งผลกระทบต่อทรัพยากรและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งถือเป็นผลมาจากการพัฒนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่สามารถประสานการทำงานร่วมกับพันธมิตร เช่น หน่วยงานทางกฎหมาย และเภสัชกร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



นอกจากนั้น ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มมีพัฒนาการในการเคลื่อนไหวจากการผลักดันนโยบายให้ภาครัฐไปสู่การเข้าไปมีส่วนร่วมกับการปฏิบัติตามนโยบาย ซึ่งส่งผลให้การติดตามผล และกระบวนการทางกฎหมายเป็นไปในทิศทางที่เครือข่ายตั้งเป้าหมายเอาไว้มากขึ้นที่น่าพิจารณาคือ เครือข่ายได้เข้าไปมีส่วนร่วมกับระบบการเมือง เพื่อเรียกร้องสิทธิต่างๆ ให้กับผู้ติดเชื้อ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล และสิทธิการรับรู้ข้อมูล รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการนำเสนอเชิงนโยบายต่อรัฐโดยตรง อาทิ การสนับสนุนเงินจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือการประกอบอาชีพ และการสงเคราะห์บุตร การตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการแพทย์แผนไทย ระบบการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ และการที่ผู้ติดเชื้อเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในช่วงดังกล่าวทางเครือข่ายพยายามขยายพื้นที่การต่อรองของผู้ติดเชื้อให้มีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น อาทิ กรณีการประชุมระดับนานาชาติ ที่มีการใช้เวทีประชุมเอดส์นานาชาติที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการกดดันรัฐบาลที่ผ่านผู้แทนจากองค์การอนามัยโลก เพื่อให้รัฐบาลออกนโยบายหลักให้ยาต้านเอดส์ถ้วนหน้ากับผู้ติดเชื้อ

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการ คือ การเข้าไปร่วมรักษา เนื่องจากการรักษาผู้ติดเชื้อในช่วงแรกของการระบาดนั้น ทางกลุ่มแพทย์เองก็ไม่ได้ให้การดูแลเอาใจใส่ หรือไม่ได้ให้การรักษาดตามหลักมนุษยชนมากนัก 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 การเสนอรัฐบาลให้ประกาศทาสีเอดส์ และนายเอดส์เข้าเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2548) ซึ่งสวนทางกับแนวทางปฏิบัติการในอดีตใน 2 ยุคแรก อันสะท้อนให้เห็นถึงปฏิบัติการของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เดินทางเข้าสู่โครงสร้างที่ผูกขาดการตีความโดยรัฐมาโดยตลอด ด้วยการเปิดพื้นที่ให้ผู้ถูกกระทำวาดฝันให้ความหมายเกี่ยวกับตัวตน อัตลักษณ์ และการเมืองของชุมชนที่ถูกกดขี่ หรือการต่อสู้เพื่อสิทธิเต็มของความเป็นพลเมือง “full citizenship” เพราะผู้ติดเชื้ออยู่ในฐานะพลเมืองที่มีศักยภาพ



4.ยุคข้ามพ้นไปจากประเด็นเอชไอวี/เอดส์

ในยุคนี้ เครือข่ายเริ่มมีการเปลี่ยนรูปจากขบวนการเคลื่อนไหวที่เน้นการผลักดันประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีไปเป็นขบวนการที่ตระหนักถึงปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย ซึ่งหมายรวมถึงโรคที่มีความร้ายแรง และมีประเด็นปัญหาอื่นๆ ด้วย เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้พัฒนาฐานความคิดเบื้องหลังการเคลื่อนไหวไปสู่ประเด็นการลดความเหลื่อมล้ำ โดยการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่มีอยู่ใน 3 กองทุนสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการจากนโยบายการรวมบริหารจัดการแพทย์ฉุกเฉิน

ทั้งนี้ เครือข่ายมองว่า กองทุนที่มีระบบการจัดการแตกต่างกันนั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้รับบริการมีความแตกต่างกัน จึงเสนอให้ทั้งสามระบบใช้ระบบฐานข้อมูลชุดเดียวกัน คือ NAP เพื่อให้การเคลื่อนย้ายผู้มีสิทธิเป็นไปอย่างต่อเนื่อง และมีสิทธิเหมือนกัน ให้ทุกคนมีมาตรฐานการรักษาเดียวกัน มีแนวทางการอนุมัติปรับเปลี่ยนสูตรยาแบบเดียวกัน มีการใช้ระบบการจัดการ และตำรียาต้านไวรัสสูตรดื้อยาแบบเดียวกัน โดยให้ทั้งสามกองทุนร่วมกันรับผิดชอบในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อฯ ของทุกคน ซึ่งการเคลื่อนไหวนี้อยู่บนฐานการเรียกร้องให้เกิดความเท่าเทียมผ่านความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ป่วยโรคไต และโรคมะเร็ง โดยข้อเสนอดังกล่าวจะช่วยลดปัญหาความไม่เท่าเทียมในการรักษาของผู้รับสิทธิที่เคยได้รับดังที่ได้กล่าวว่า

" โรงพยาบาลจะถามก่อนเลยว่าใช้สิทธิอะไร เพราะมีผลต่อการรักษา ถ้าระบบหลักประกันสุขภาพไขว้บัตร 30 บาท บัตรทอง โรงพยาบาลเขาก็ต้องคิด เช่น เป็นมะเร็งมา โรงพยาบาลก็คำนวณออกมาใช้ยาตัวไหนที่ถูกที่สุด เพราะ สปสช.จ่ายเงินให้สำหรับคนใช้ทุกคนที่มาโรงพยาบาล การเลือกยาตัวที่ถูกที่สุด ประสิทธิภาพก็อาจจะไม่มากนัก ผลข้างเคียงก็จะสูง ผู้ป่วยก็อาจจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี " (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

สำหรับในประเด็น CL ยานี้ หลังจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะประสบความสำเร็จในการเคลื่อนไหวต่อสู้ในประเด็น CL ของกลุ่มตัวเองแล้ว จึงได้เริ่มให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยเครือข่ายอื่นๆ ที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง เพราะสถานการณ์ยาต้านมะเร็งมีราคาสูง และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นอีกในอนาคตหากรัฐบาลไม่มีมาตรการควบคุมราคา และขาดความสนใจในเรื่องการถ่ายทอดทางเทคโนโลยีเพื่อสร้างความมั่นคงทางยา

“คนที่ป่วยด้วยโรคเอดส์กับคนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ต่างก็ตกอยู่ในความทุกข์เดียวกันคือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งยังไม่มีทางรักษาให้หายขาด การที่เราออกมาเรียกร้องตั้งโต๊ะล่ารายชื่อถอดถอน รมต. ก็คือการที่เพื่อนช่วยเพื่อน ทั้งเครือข่ายไต มะเร็ง หัวใจ จิตเวช คนที่ป่วยเป็นมะเร็งเขาจะช่วยเหลือตัวเอง เพราะภาวะของผู้ป่วยมะเร็งในช่วงหนึ่งทำอะไรไม่ได้เลย จนว่าเขาจะก็โมเสรีงบางทีก็ไม่ทัน บางคนก็เสียชีวิต บางคนต้องรักษาตัวต่อ กระบวนการเหล่านี้เป็นสิ่งที่คนทุกข์คนยากต้องลงมาช่วยกัน ไม่ใช่เราทาเฉพาะเอดส์เราก็อยู่ตรงนี้ ”

(วิชา ชัยศรี, สัมภาษณ์ 15 ธันวาคม 2556)

ประเด็นปัญหาในข้างต้นได้กลายเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อร่วมกับองค์กรพันธมิตรเพื่อสนับสนุนรัฐบาลประกาศหา CL ยารักษาโรคมะเร็ง 3 รายการ ได้แก่ 1) อิมาทินิบ (Imatinib) ใช้รักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งทางเดินอาหาร เจ้าของสิทธิบัตรคือบริษัทซานofi อเวนติส ซึ่งเป็นสมาชิกที่ทรงอิทธิพลในสหภาพยุโรป 2) โคซีแท็กเซล (Docetaxel) ใช้รักษามะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม เจ้าของสิทธิบัตรคือ บริษัทโรช ที่มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่สวิตเซอร์แลนด์ เป็นสมาชิกสมาคมการค้าเสรีแห่งยุโรป (EFTA) 3) เออร์โลทินิบ (Erlotinib) ใช้รักษามะเร็งปอด และเล็ทโทรโซล (Letrozole) ใช้รักษามะเร็งเต้านม เจ้าของสิทธิบัตรคือ บริษัทโนวาติส มีสำนักงานใหญ่อยู่ที่สวิตเซอร์แลนด์

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



สุดท้ายแล้ว เมื่อเราพิจารณาปฏิบัติการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะพบว่า เครือข่ายได้ปรับบทบาทการต่อสู้ เริ่มตั้งแต่การปฏิรูปงานเอดส์ร่วมกับเครือข่ายอื่นๆ มาตั้งแต่กลางปี พ.ศ.2553 การขับเคลื่อนงานเวทีวาระเอดส์ภาคประชาชน 4 ภาค (เหนือกลางใต้อีสาน) ในต้นปี พ.ศ. 2554 โดยเสนอการแก้ไขปัญหาค่าเช่าที่ดินที่แตกต่าง และมีความชัดเจนในการขยายพื้นที่การทำงานเชิงรุกของเครือข่าย ด้วยการร่วมกับกลุ่มเครือข่ายระดมข้อเสนอแนะในการปฏิรูปเปลี่ยนแปลงสังคม ลดความเหลื่อมล้ำ สร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ และสวัสดิการสังคม โดยการจัดทำเป็นวาระเอดส์แห่งชาติโดยภาคประชาชน (จดหมายข่าวคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์, 2553) พร้อมๆ กับการขับเคลื่อนประเด็นบูรณาการที่เกี่ยวข้อง ทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่อำนาจ และการนำประเด็นคุณค่าเชิงสิทธิมนุษยชนถึงปัญหาสังคมในเชิงโครงสร้างแทนการรอการหยิบยื่นยารักษาโรคในฐานะประชากรของรัฐเพียงอย่างเดียว

องค์ประกอบของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

ในส่วนนี้ เราจะเน้นไปที่การทำความเข้าใจโครงสร้างภายในของขบวนการเครือข่ายผู้ติดเชื้อผ่านกรอบแนวคิดทฤษฎีการระดมทรัพยากร (Resource Mobilization-RM) ซึ่งจะพิจารณาตั้งแต่รูปแบบขององค์กรไปจนถึงการระดมทรัพยากรในประเภทต่างๆ เพื่อมุ่งทำความเข้าใจเป้าหมาย ลักษณะการจัดโครงสร้างองค์กร เงื่อนไขของการเกาะเกี่ยวร่วมกันในกลุ่ม ทิศทาง ผู้นำกลุ่ม และการจัดกิจกรรมการเคลื่อนไหวของขบวนการ

1. โครงสร้างองค์กร

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นองค์กรที่ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยเป็นกลุ่มจากโรงพยาบาลในระดับอำเภอ และโรงพยาบาลศูนย์ บางส่วนเป็นกลุ่มที่จัดตั้งโดยองค์กรพัฒนาเอกชนในแต่ละพื้นที่จังหวัด และบางส่วนเป็นการรวมตัวจัดตั้งโดยผู้ติดเชื้อเอง ทั้งนี้ ประเด็นที่น่าสนใจ คือ เครือข่ายมีความหลากหลายของสมาชิกสูงทั้งประเด็นการประกอบอาชีพที่แตกต่างกันไป 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 กลุ่มศึกษาปัญหาของคณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน (FTA Watch) สภาทนายความ ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา ที่ให้ข้อมูลข้อตกลงทรัพย์สินทางปัญญา และข้อตกลงองค์การการค้าโลก

2. ผู้นำเครือข่าย

ผู้นำเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีโครงสร้างใน 3 ระดับชั้น คือ ระดับแรก ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ระดับที่สอง ระดับภาค ระดับที่สาม ระดับเครือข่ายชาติ โดยเครือข่ายจะใช้ระบบการสร้างแกนนำ ตั้งแต่ระดับกลุ่มย่อยในจังหวัด ผ่านการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญทักษะการสื่อสาร และการจับประเด็น จากนั้นจึงจะถูกนำเสนอผ่านระบบการเลือกตั้งให้เข้ามาทำงานในระดับภาค และระดับชาติ ตามลำดับ ซึ่งมาจากการเลือกตั้งโดยสมาชิกในเครือข่าย โดยให้สมาชิกเลือกกันเองภายในจังหวัด เพื่อหาตัวแทนเข้ามาเป็นกรรมการระดับภาค เพื่อให้ตัวแทนระดับภาคเลือกสมาชิกภาคละ 2 คนเข้ามาเป็นกรรมการระดับชาติที่เป็นองค์กรระดับนโยบาย มีวาระหมุนเวียน 4 ปี

3. สมาชิกภายในเครือข่าย

สมาชิกของเครือข่ายมีความหลากหลายค่อนข้างสูงดังที่ได้กล่าวไปแล้วในส่วนของโครงสร้างองค์กร ซึ่งเราสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 3 ส่วนหลักๆ ดังนี้

(1) สมาชิกที่ร่วมอุดมภัยเดียวกัน (*Adherent*) คือ กลุ่มสนับสนุนที่เข้าร่วมขบวนการอย่างเต็มตัว และมีวัตถุประสงค์ร่วมกันกับขบวนการ ประกอบด้วยกลุ่มหลักๆ ดังนี้ กลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นสมาชิกที่มีจำนวนมากที่สุดของเครือข่าย และมีความหลากหลายค่อนข้างมาก ทั้งในด้านการประกอบอาชีพ อายุ และเพศสภาพ โดยแบ่งเป็นเครือข่าย

ประจำจังหวัด ระดับภาค และระดับชาติ มีหน้าที่หลักในการเคลื่อนไหวกดดัน และตรวจสอบการทำงานของกรมทรัพย์สินทางปัญญา โดยการติดตาม และขอเข้าพบรัฐมนตรีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ไปจนถึงการประท้วงกดดันหน้าบริษัทยาโรค นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ อาทิ ฟั๊สส์รุ้ง และมั่งคั่งก็๊ฟง ทาหน้าที่เป็นเจ้าหน้าที่ให้กับเครือข่ายด้วยเช่นกัน

(2) สมาชิกผู้สนับสนุน (*constituents*) คือ ฝ่ายอุดหนุนทรัพยากรให้กับการเคลื่อนไหว ประกอบด้วย กลุ่มสมาชิกที่ให้ข้อมูลในเชิงวิชาการในภาพรวม อาทิ มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์



เป็นฝ่ายประสานงานทางวิชาการให้กับเครือข่าย อาทิ มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และกลุ่มศึกษาปัญหาฯ มีแกนนำ คือ เกษัชกรหญิงสำลี ใจดี, คุณสุนทรี วิทยานารถไพศาล, อ.จิราพร ลิ้มปานานนท์, อ.นิยดา เกียรติยิ่งอังสุลี และ ดร.กฤษณา ไกรสินธุ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนาองค์การเภสัชกรรม (ในขณะนั้น) รวมถึง เกษัชกรหญิงอัจฉรา เอกแสงศรี รองผู้อำนวยการสถาบันฯ 3 ฝ่ายวิชาการของมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติบัตร รวมถึงยังมีองค์การหมอไร้พรมแดนประเทศไทย ทำหน้าที่เป็นกำลังเสริมในด้านการจัดหาข้อมูลจากต่างประเทศและเป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างองค์กรในต่างประเทศ ซึ่งมีส่วนทำให้การชุมนุมคัดค้านยาคุมบิเดเกิดขึ้นในวันเดียวกันทั้งในประเทศไทย และในประเทศอินเดีย และกลุ่มเภสัชกรเพื่อสังคม ทำหน้าที่ช่วยให้ความรู้ทางด้านวิชาการร่วมกับกลุ่มกลุ่มมูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ กลุ่มที่ทำหน้าที่ผลักดันนโยบายในบางประเด็น ที่จะเข้ามาให้การสนับสนุนในประเด็นที่กลุ่มของตนเองเกี่ยวข้อง อาทิ กลุ่มสภาพนาถความได้ส่งทีมทนายความมาช่วยเหลือทางกฎหมายและร่วมทำคำคัดค้าน 2 คนรวมถึงยังมีกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) อาทิ มูลนิธิศุภนิมิตพะเยาเพื่อการพัฒนา และ IDU ซึ่งทำหน้าที่ในการเป็นวิทยากร และเจ้าหน้าที่โครงการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ให้กับผู้ติดเชื้อ และประชาชนในสังคมด้วย

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

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 การให้ผู้ติดเชื้อรายงานตัวและสถานภาพการติดเชื้อของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามวิธีการจัดการโรคระบาดติดเชื้อ การป้องกันการแพร่เชื้อตามโรค มากกว่าที่จะตระหนักถึงการแก้ไขปัญหาเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย จึงส่งผลให้นโยบาย และมาตรการของรัฐบาลในยุคแรกที่พบการแพร่ระบาดของเชื้อไม่ได้ทำให้ปัญหาลดลง

1.2 บริบททางการเมือง และเศรษฐกิจ คือ บริบทในช่วงนั้นเป็นรอยต่อของการเร่งรัดพัฒนาประเทศสู่การเป็นประเทศพัฒนาอุตสาหกรรมใหม่ ที่รัฐเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจ สร้างภาพจน์ประเทศเพื่อดึงดูดการลงทุน และการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยว จึงไม่เต็มใจยอมรับการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศ และทำให้ไม่สามารถตอบสนองต่อการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ ซึ่งรวมไปถึงระบบเศรษฐกิจการค้าโลกที่ไม่เป็นธรรม ส่งผลให้เกิดการเข้าไม่ถึงยารักษาโรคที่จำเป็นแก่ผู้ติดเชื้อ อันถือเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการผลักดันให้เกิดการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้เชื้อที่เข้มแข็งในเวลาต่อมา

1.3 การขาดความรู้ และความเข้าใจในโรคเอชไอวีของคนในสังคม คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อไม่มีความเข้าใจในการระบาดของโรค อันเป็นผลมาจากการประชาสัมพันธ์สร้างความหวาดกลัวผ่านสื่อต่างๆ จึงเกิดความรังเกียจ และมีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อในหลายกรณี การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นคนยากจนที่ถูกเบียดขับออกจากพื้นที่ทางสังคม เหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มผู้ติดเชื้อกลายเป็นผู้ที่ถูกกีดกันออกจากสังคมไปโดยปริยาย ซึ่งถือเป็นความรุนแรงในระดับโครงสร้างความคิดของผู้คนในสังคม เพราะแม้กระทั่งคนในครอบครัวเอง ก็ไม่ให้ความยอมรับจนกระทั่งขับไล่ให้ไปเสียชีวิตที่อื่น

2.เงื่อนไขที่เพียงพอ

เมื่อเราพิจารณาจากกรอบเงื่อนไขที่เพียงพอด้านองค์กร พบว่าการจัดโครงสร้างองค์กรเกิดพัฒนาการ และผลสำเร็จของการเคลื่อนไหวในหลายมิติ ในส่วนนี้จึงมุ่งไปที่การพิจารณาปัจจัยที่เอื้อให้เกิดเครือข่าย และสามารถประสานงานการเคลื่อนไหวได้อย่างต่อเนื่องยาวนาน



2.1 ความเป็นอิสระขององค์กร แม้ว่าในบางครั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อจะต้องประนีประนอมกับอำนาจรัฐที่ดำรงอยู่ แต่ก็ไม่ได้ทำให้สูญเสียความเป็นอิสระขององค์กรไป กล่าวคือตามปกติแล้ว การเคลื่อนไหวของขบวนการทางสังคมที่ถูกครอบงำโดยรัฐจะส่งผลให้มีอำนาจต่อรองลดลง และถูกตั้งคำถามถึงความชอบธรรมจากสังคม แต่ในกรณีของเครือข่ายผู้ติดเชื้อกลับมีลักษณะโครงสร้างเป็นเครือข่ายที่สมาชิกภายในมีความสัมพันธ์ในองค์กรแบบเท่าเทียมกันในแนวราบ มีการให้อำนาจการตัดสินใจเป็นของแต่ละกลุ่ม ตั้งแต่ระดับตำบล ระดับอำเภอ จนมาถึงระดับจังหวัด ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง

2.2 กระบวนการเรียนรู้ที่หลากหลายภายในโครงสร้างของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เนื่องจากแต่ละกลุ่มในเครือข่ายมีลักษณะการเกิดที่แตกต่างกัน การเรียนรู้กระบวนการทำงานจึงมีความแตกต่างกันทั้งการเติบโตที่แตกต่างกันไปตามแต่ละภูมิภาค แต่ละกลุ่มพื้นที่ รวมทั้งบริบทของสภาพปัญหาในแต่ละภาค แต่ละจังหวัด

บทวิเคราะห์

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ถือเป็นตัวอย่างของเครือข่ายที่สามารถนำเอาแนวทางในการระดมทรัพยากรมาใช้ได้จนประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีปัจจัยสำคัญคือการสร้างความร่วมมือผ่านตัวผู้ติดเชื้อที่สามารถรวมตัวกันสร้างเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ การระดมทรัพยากรเพื่อการเคลื่อนไหวซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นพลเมืองผู้ติดเชื้อที่กลายเป็นแรงต่อรองที่สำคัญในการต่อสู้เพื่อบรรลุเป้าหมายในการสร้างให้เกิดการยอมรับกลุ่มผู้ติดเชื้อในสังคมไทยและสร้างความเท่าเทียมในการเข้าถึงยาในฐานะของการเป็นพลเมืองไทยได้เป็นผลสำเร็จ

แนวคิดในการระดมทรัพยากร จากที่เคยเน้นอุดมการณ์ที่จะโน้มน้าวชนชั้นแรงงานหรือชนชั้นล่างของสังคมมาเข้าร่วมขบวนการเพียงอย่างเดียว ก็เปลี่ยนมาสู่การระดมคน กลุ่ม องค์กร และขบวนการทางสังคมอื่นๆ ให้เข้าร่วม โดยเฉพาะฝ่ายที่มีอำนาจต่อรองในสังคม เช่น นักวิชาการจากในประเทศ และในต่างประเทศ เพื่อช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ และบทบาทบรรทัดข้ามชาติต่อประเด็นที่เกี่ยวข้องกับยารักษาโรคเอชไอวี โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ใช้กรณีศึกษาเหล่านี้มาเป็นบทเรียน และข้อมูลสำคัญในการเคลื่อนไหว อาทิ การต่อสู้ในอินเดียต่อสู้ CL บราซิล มาเลเซีย อินโดนีเซีย เป็นต้น

ฐานคิดของการเรียกร้องผลประโยชน์ กล่าวคือ การเรียกร้องผลประโยชน์ของเครือข่ายมีฐานอยู่บนสิทธิของปัจเจกบุคคลที่พึงจะสามารถเข้าถึงทรัพยากรของสังคม และได้รับการคุ้มครองจากรัฐ รวมถึงเรียกร้องให้รัฐจัดสรรงบประมาณ เพื่อมาดูแลแก้ไขปัญหา ข้อเรียกร้องดังกล่าวเป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการให้มีการจัดสัมพันธภาพทางอำนาจใหม่ผ่านการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางอำนาจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีโอกาสมีอำนาจในการตัดสินใจในการบริหารทรัพยากร รวมถึงองค์กรชุมชนสามารถเสนอแผนการจัดการทรัพยากรโดยองค์ความรู้ของชุมชนให้รัฐยอมรับ อันได้แก่ปัญหาและข้อเรียกร้องในเรื่องการจัดสรรงบประมาณจัดซื้อยา ซึ่งเป็นข้อเรียกร้องที่ต้องการให้รัฐยอมรับการจัดการบนฐานของสิทธิมนุษยชนในการได้รับบริการจากรัฐโดยเท่าเทียม ผ่านบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ นโยบาย และกฎหมาย เช่น พระราชบัญญัติการประกันสุขภาพถ้วนหน้า การทาชีแอลยา การต่อรองกับบริษัทยา เป็นต้น

จุดหมายในการเคลื่อนไหวมีหลายระดับ โดยข้อเรียกร้อง และลักษณะการเคลื่อนไหวที่ปรากฏจะแปรเปลี่ยนไปตามจุดหมายที่มีหลายมิติ ซึ่งระดับ/มิติต่างๆ มีความสัมพันธ์สอดคล้องกัน กล่าวคือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อมีจุดหมายสำคัญที่จะใช้องค์กรเป็นเครื่องมือในการเคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อน เช่น การถูกกีดกันจากสถานที่ทำงาน การไม่ได้รับโอกาสเข้าเรียนของลูกผู้ติดเชื้อ การบังคับตรวจเลือด การเข้าถึงยา ฯ ลฯ ซึ่งเป็น “ผลประโยชน์” ของเครือข่าย แต่ก็ยังเห็นว่าปัญหาดังกล่าวจะได้รับการแก้ไขก็ต่อเมื่อมีการผลักดันให้มีการสร้างประชาธิปไตยที่สมบูรณ์ด้วย ดังนั้น จุดหมายในอีกระดับ/มิติหนึ่ง จึงเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการสร้างหลักการและกติกาใหม่ในระบบการเมืองด้วย เช่น การเรียกร้องให้มีการสร้างกลไกหรือช่องทางในการเข้าไปมีส่วนร่วมได้ตามพระราชบัญญัติสิทธิผู้บริโภค และสิทธิการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค โดยผลักดันให้รัฐบัญญัติในรัฐธรรมนูญ ออกพระราชบัญญัติ หรือแก้ไขกฎระเบียบกฎหมาย เพื่อให้มารองรับการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ จุดหมายในระดับมิตินี้จึงมากไปกว่าผลประโยชน์เฉพาะของกลุ่ม เพราะกลายเป็นเรื่องการเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางอำนาจระหว่างอำนาจรัฐกับผู้เกี่ยวข้องโดยตรง การต่อสู้เพื่อผลักดันให้รัฐออกกฎหมาย นโยบายต่างๆ ก็เป็นไปเพื่อให้เกิดกลไกในการรองรับสัมพันธภาพทางอำนาจใหม่ ที่ให้ผู้ติดเชื้อมีอำนาจในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการตรวจสอบโครงการของรัฐ ดังนั้น การเคลื่อนไหวต่อสู้ในระดับ/มิติดังกล่าวนี้นอกจากจะไปสู่คนกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้มาร่วมเคลื่อนไหวด้วย ซึ่งเราอาจเรียกได้ว่าเป็น ผลประโยชน์สาธารณะ (public interest groups) ที่เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้าง และจัดระเบียบความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ ซึ่งเรียกว่า “การเปลี่ยนรูปแบบรากของสังคม” (social transformation) หรือ “การรื้อสร้างใหม่ทางสังคม” (social reconstruction) (ประภาส ปิ่นตบแต่ง, 2552: 126-147)



บรรณานุกรม

- กรรณิการ์ กิจติเวชกุล. (2550).ความต้องการแสวงหาคำไรไม่สิ้นสุดของอุตสาหกรรมยา
ปรากฏการณ์ในไทยและอินเดีย, กรุงเทพฯ: องค์การหมอไร้พรหมแดน-เบลเยี่ยม
- นิวัตร สุวรรณพัฒนา.(2553).สิทธิทางเพศ กับหน้าที่ และความรับผิดชอบ. หนังสือพิมพ์เสียงสิทธิ
ประชาส ปันตบแต่ง. (2552). กรอบการวิเคราะห์การเมืองแบบทฤษฎีขบวนการทางสังคม.
เชียงใหม่: มูลนิธิไฮนริค เบิลล์ สำนักงานภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้.
- วรวิทย์ โรมรัตนพันธ์. (2552).ทุนทางสังคม: กระบวนทัศน์ใหม่ในการจัดการสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ:
โครงการส่งเสริมการสร้างตำรา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Chris Lyttleton. (2000). Endangered relations: negotiating sex and AIDS in
Thailand.;Amsterdam:. Harwood Academic Publishers.
- DietlindStolle. (2007). “Social Capital”, in **The Oxford Handbook of Political Behavior**.
Oxford: Oxford University Press.