

บทที่ 2

กรอบทฤษฎีและวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบคิดและทฤษฎี

ในการวิเคราะห์ครั้งนี้จะศึกษาจาก 2 ส่วนคือ

1. กรณีศึกษาในแต่ละประเทศ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างประเทศ

โดยในการวิเคราะห์จะใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีการวิเคราะห์นโยบายเชิงประวัติศาสตร์ได้ใช้แนวคิดของ Walt และ Gilson, 1994

บริบทของประเทศที่ทำการศึกษา (Context)

บริบทของประเทศ หมายถึงภูมิหลังทางประวัติศาสตร์และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ของประเทศซึ่งเป็นปัจจัยนำไปสู่การกำหนดนโยบายทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ บริบทนี้สามารถแยกพิจารณาเป็น 4 อย่างคือ

1. สถานการณ์ที่มีผลต่อนโยบาย (Situational Context) เป็นปัจจัยที่ผันแปรไม่คงที่ เช่น สถานการณ์ทางการเมืองการปกครอง, ภาวะสงคราม, วงจรของเศรษฐกิจ, ภัยพิบัติทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

โดย Walt และ Gilson มองว่า การวิเคราะห์นโยบายนั้นต้องประกอบไปด้วย การพิจารณาองค์ประกอบที่สำคัญใน 3 ส่วน คือ บริบทของประเทศ กระบวนการนโยบายและผู้กระทำการที่มีอิทธิพลในการกำหนดนโยบาย ซึ่งมีความสัมพันธ์ โดยผู้กระทำการจะมีความเกี่ยวข้องกับการกำหนดและการดำเนินนโยบาย ภายใต้บริบทของประเทศนั้น ๆ

2. โครงสร้าง (Structure Context) ทางสังคม เป็นปัจจัยที่ค่อนข้างคงที่ไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ รูปแบบของเศรษฐกิจ, ทรัพยากรธรรมชาติ, โครงสร้างทางประชากรและที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งคือโครงสร้างการปกครอง

3. วัฒนธรรม (Cultural Context) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมของกลุ่มต่าง ๆ ภายในสังคมหรือ ค่านิยมของสังคมโดยรวม ได้แก่ปัจจัยทางศาสนา บทบาทคุณค่าและอุดมการณ์ทางสังคม เช่น อุดมการณ์ด้านพัฒนา ทัศนคติการคุมกำเนิด

4. ปัจจัยภายนอกอื่น ๆ (Exogenous Context) เป็นปัจจัยที่มาจากภายนอกกระบวนการเมืองของประเทศ แต่สามารถมีอิทธิพลหรือส่งผลต่อการเมืองภายในประเทศ เช่น ข้อตกลงสนธิสัญญาระหว่างประเทศ ภาวะการด้านความร่วมมือระหว่างประเทศ, ความขัดแย้งระหว่างประเทศ, แนวโน้มตลาดโลก เป็นต้น

กระบวนการนโยบาย (Process)

เป็นการพิจารณาว่าประเด็นหรือปัญหาถูกนำมากำหนดเป็นนโยบายได้อย่างไร และถูกนำไปใช้ในขั้นตอนอย่างไร รวมทั้งมีการตรวจสอบและประเมินการปฏิบัติการอย่างไร ในการวิเคราะห์กระบวนการสามารถวิเคราะห์ได้ 4 ขั้นตอน

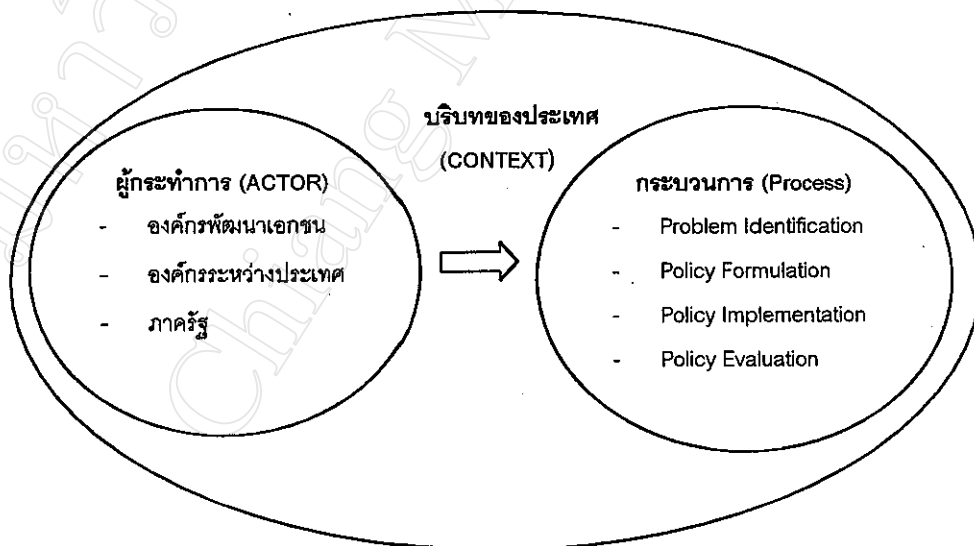
1. การระบุประเด็นปัญหา (Problem Identification) ขั้นตอนแรกนี้เป็นการระบุถึงประเด็นปัญหาที่นำไปสู่การกำหนดเป้าหมายนโยบาย
2. การกำหนดนโยบาย (Policy Formulations) ซึ่งเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายโดยละเอียดและวางแผนการดำเนินงาน
3. การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) เป็นขั้นตอนที่นโยบายได้รับการเห็นชอบในนโยบายและถูกนำไปใช้ รวมถึงเป็นขั้นตอนที่จะพิจารณาได้ว่า มีบุคคลหรือสถาบันใดที่รับผิดชอบที่จะดำเนินนโยบายให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อีกทั้งมีกลไกสำหรับตรวจสอบควบคุม การดำเนินนโยบายอย่างไร หรือไม่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยใดบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การประเมินนโยบาย (Policy Evaluation) เป็นการประเมินความสำเร็จของนโยบายและการดำเนินนโยบายตามโครงการต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลให้มีการปรับนโยบายหรือกำหนดนโยบาย หรือ เลิกนโยบาย โดยการประเมินจะมีการกำหนดมาตรวัดต่าง ๆ หรือมีการพัฒนาฐานข้อมูลหรือมีการวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลและประเมินผล

ผู้กระทำการที่มีอิทธิพลในการกำหนดและดำเนินนโยบาย (Actors)

ผู้กระทำการที่มีอิทธิพลในการกำหนดนโยบาย เป็นการพิจารณาถึงบทบาทของผู้กำหนดนโยบายว่ามีอิทธิพลต่อนโยบายอย่างไร และได้รับอิทธิพลจากบริบททางสังคมและกระบวนการกำหนดนโยบายอย่างไร ผู้กำหนดนโยบายคือ บุคคล หรือกลุ่มที่มีผลประโยชน์ที่ส่งผลกระทบท่อนโยบาย ด้วยเหตุนี้ผู้กระทำการอาจมีส่วนร่วมในกระบวนการของนโยบายโดยตรงหรือโดยอ้อม ผู้กระทำการนี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม

1. ผู้กระทำการระดับรัฐ (Governmental Actors) ได้แก่ นักการเมือง, รัฐมนตรี, เจ้าหน้าที่, ข้าราชการ
2. ผู้กระทำการอื่น ๆ ที่ไม่ใช่รัฐ (Non-governmental Actors) ได้แก่ องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) กลุ่มศาสนา, ผู้นำชุมชน, สถาบันการศึกษา, สื่อมวลชนและภาคเอกชน
3. ผู้กระทำการระดับนานาชาติ (International Actors) ได้แก่ กลุ่มประเทศผู้บริจาค และองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ต่างประเทศ

ความสัมพันธ์ของปัจจัยหลัก 3 ตัวนี้สามารถแสดงเป็นแผนภาพและตารางได้ดังนี้



ตารางที่ 1 ตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับช่วงเวลา

ช่วงเวลา		ไทย พ.ศ. 2500 – 2513			ลาว พ.ศ. 2529 เป็นต้นมา		
ผู้กระทำการ (ACTOR)		องค์กรพัฒนาเอกชน	องค์กรระหว่างประเทศ	ภาครัฐ	องค์กรพัฒนาเอกชน	องค์กรระหว่างประเทศ	ภาครัฐ
กระบวนการ (Process)	1. Problem Identification						
	2. Policy Formulation						
	3. Policy Implementation						
	4. Policy Evaluation						

จากตารางแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของปัจจัยทั้ง 3 ตัว ซึ่งแสดงให้เห็นว่าที่ช่วงเวลาและบริบท (Context) ต่าง ๆ จะเป็นตัวกำหนดกระบวนการและตัวแสดงว่าจะให้นโยบายออกมามีลักษณะอย่างไร

ทบทวนวรรณกรรมวิจัยที่เกี่ยวข้อง

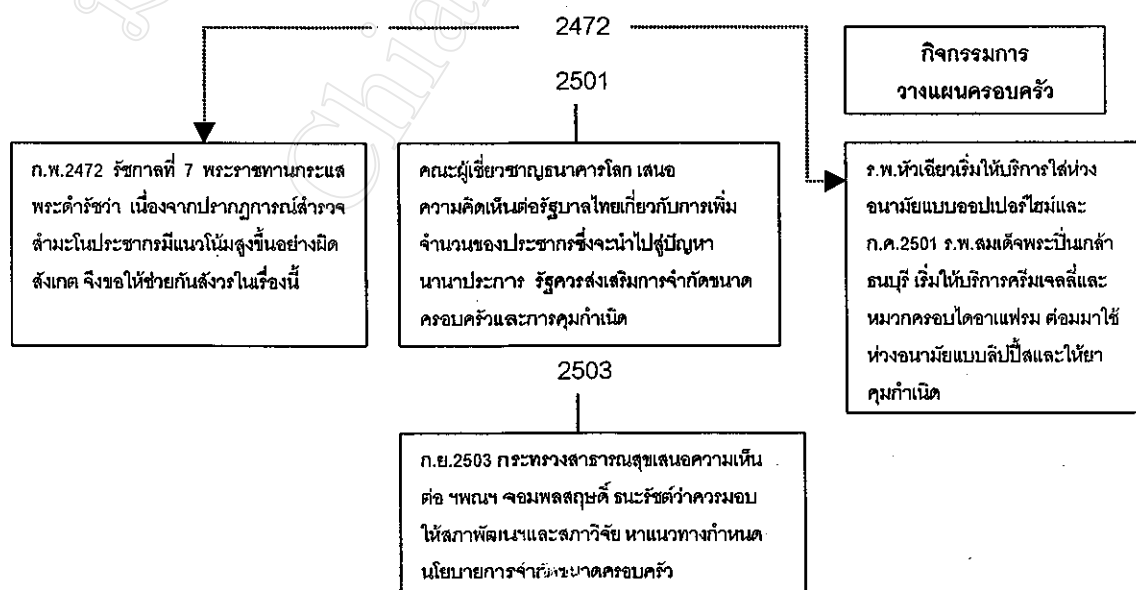
จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่าในส่วนของไทยจะเป็นการวิเคราะห์ที่เน้นผู้กระทำการหรือ “ผู้นำ” (Elite) ดังจะเห็นได้จากบทความ “กว่าจะได้มาซึ่งนโยบายประชากร ปี 2513” ของ นิพนธ์ เทพวัลย์ (2539) ใน 25 ปี นโยบายประชากร ได้กล่าวถึงพัฒนาการของนโยบายประชากรและแสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้เกิดนโยบายประชากรก็คือตัวผู้นำในสังคมและอุดมการณ์ความคิดที่ครอบงำ โดยในสมัยก่อนสงครามและหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คือ ปี พ.ศ. 2485 จอมพลแปลก พิบูลสงคราม มีความคิดที่จะเพิ่มจำนวนประชากรของประเทศเพื่อต้องการเป็นประเทศมหาอำนาจ ยุคต่อมา ในสมัยจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ เป็นยุคที่มีจุดเริ่มของการควบคุมการเกิด เนื่องจากเริ่มตระหนักว่า จำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลร้ายให้แก่ประเทศในอนาคต ในสมัยนี้จึงได้จัดตั้งให้มีการสมานทางประชากรและมีโครงการทดลองวางแผนครอบครัว ทว่าใน ปี พ.ศ.2506 จอมพลสฤษดิ์ ได้ถึงแก่อนิจกรรม การพัฒนานโยบายจึงได้หยุดชะงักไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกของรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร ที่เป็นรัฐบาลทหารและมีบุคคลในคณะรัฐบาลหลายคนไม่เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งจอมพลประภาส จารุเสถียร ที่ดำรงตำแหน่งเป็นรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย เนื่องจากฝ่ายทหารยังคงให้ความสำคัญด้านจำนวนประชากรในการเสริมสร้างความ

มั่นคงของกองทัพและจากงานวิจัยของฝ่ายรัฐศาสตร์ที่ได้เสนอว่าจำนวนประชากรเมื่อมากจนถึงจุดหนึ่งก็จะลดจำนวนลงมาเอง แม้รัฐบาลจะไม่เห็นด้วยในช่วงแรก แต่ก็ยังคงมีการพัฒนา นโยบายประชากรไปอย่างต่อเนื่อง เช่น มีโครงการโพธาราม ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการด้านการวางแผนครอบครัวแผนแรกใน ปี พ.ศ. 2507 และจากการผลักดันที่แข็งขันจากกลุ่มข้าราชการ และนักวิชาการ 3 กลุ่ม คือ แพทย์ นักเศรษฐศาสตร์ และนักสังคมศาสตร์ ที่ได้พยายามต่อสู้ ผลักดัน รวมทั้งการมีผลวิจัยยืนยันที่แน่ชัดว่า คนไทยส่วนใหญ่ตระหนักถึงปัญหาการมีบุตรมาก และพร้อมที่จะคุมกำเนิดเพื่อให้มีบุตรตามต้องการ ทำให้ในที่สุดรัฐบาลจอมพลถนอม กิตติขจร ได้ ประกาศนโยบายประชากร เมื่อ 17 มี.ค. 2513

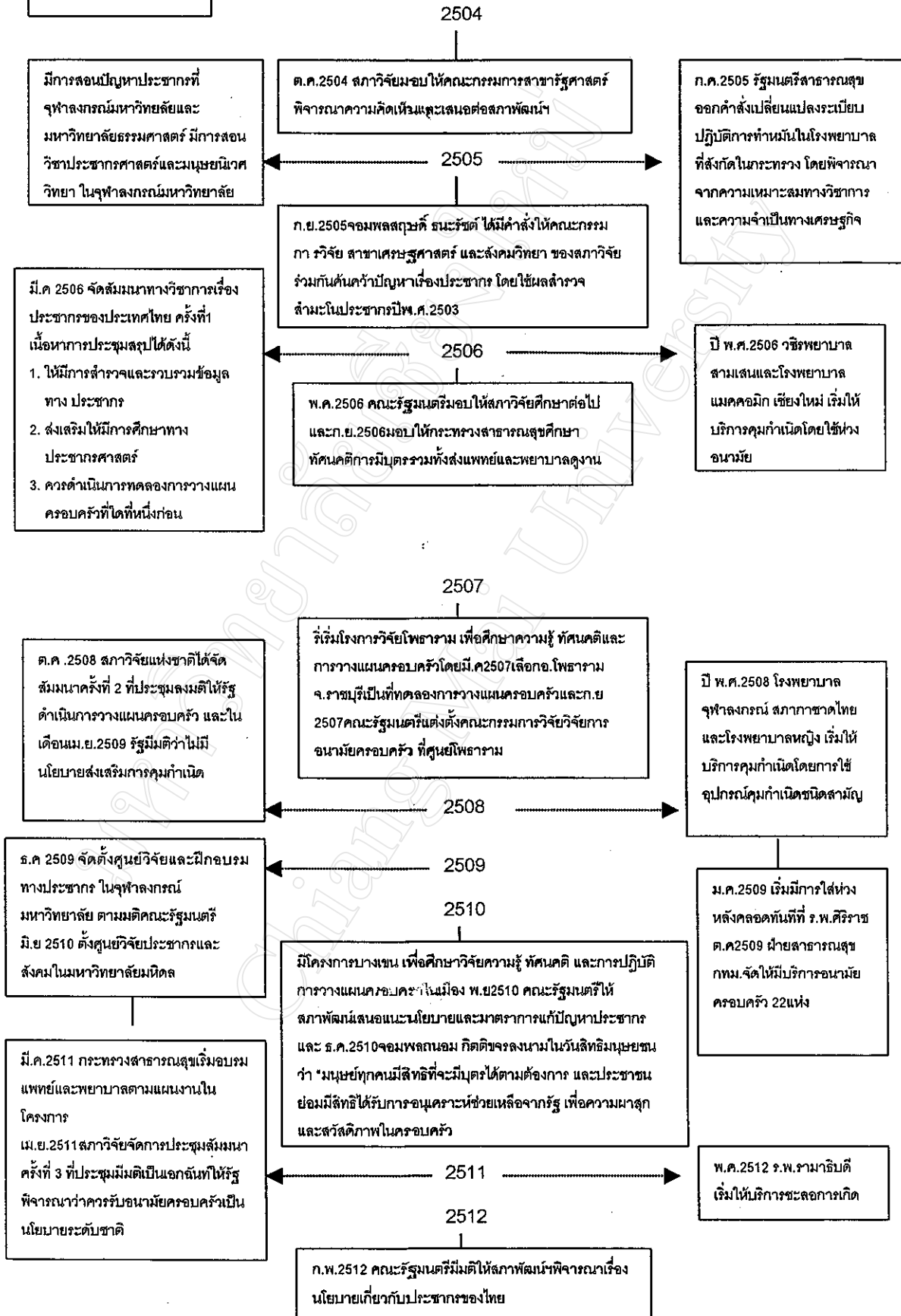
เช่นเดียวกับบทความ “กว่าจะถึง 17 มี.ค. 2513” ของ วิฑูร โอสถานันท์ (2533) ที่ตีพิมพ์ในทวนความหลังก่อนประกาศนโยบายประชากร ซึ่งเป็นเอกสารการประชุมวิชาการระดับชาติ เนื่องในโอกาสครบรอบ 20 ปี นโยบายประชากรไทย ก็ได้กล่าวถึงความสำคัญของตัวผู้นำว่า เป็นผู้มีความสำคัญในการทำให้เกิดนโยบายประชากร นอกจากนั้นปัจจัยภายนอกที่สำคัญก็คือ การเข้ามามีส่วนของธนาคารโลก (World Bank) ซึ่งขณะนั้นได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา และปัญหาของประชากร รวมถึงองค์กรเอกชนต่างประเทศต่าง ๆ ที่ให้การสนับสนุนเช่น มูลนิธิฟอร์ด มูลนิธิ ร็อกกี้เฟลเลอร์ สมาพันธ์วางแผนครอบครัวระดับประเทศ เป็นต้น

ซึ่งความสัมพันธ์ของรัฐบาลกับนโยบายโดยสามารถพิจารณาได้โดยสรุปจากแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพที่ 1 ความเป็นมาของนโยบายประชากรประเทศไทย



กิจกรรมทางวิชาการ



2513

ก.พ.2513 สภาพัฒนาฯเสนอให้รัฐมนตรีกำหนดนโยบายแห่งชาติ 17 มี.ค.2513 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบตาม
สภาพัฒนาฯ "รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบสมัคร เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับ
อัตราเพิ่มประชากรสูงมาก ที่จะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ" โดยในการปฏิบัติ
มอบหมายให้เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

2515

รัฐบาลบรรจุนโยบายประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง
ชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2515-2519

ที่มา : ฉลองครบรอบ 20 ปี นโยบายประชากร 17 มี.ค. 2513 - 17 มี.ค. 2533
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลังจากประกาศนโยบายแล้วประเทศไทยก็ประสบความสำเร็จอย่างมากจากการลดอัตราเกิดให้อยู่ในระดับต่ำได้อย่างรวดเร็วและประสบความสำเร็จในโครงการวางแผนครอบครัว สมศักดิ์ วรคามิน (2539) ได้เสนอแนะปัจจัยสำคัญอื่น ๆ ที่ทำให้ไทยประสบความสำเร็จในบทความเรื่อง "โครงการวางแผนครอบครัว: จากจุดเริ่มไปสู่เป้าหมายความสำเร็จ" ใน 25 ปีนโยบายประชากรว่านอกเหนือจากการที่มีรัฐบาลได้ประกาศมีนโยบายประชากรที่ชัดเจนมีองค์กรรับผิดชอบงานโดยตรงและการได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศแล้ว การจัดรูปแบบองค์กรและระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพสูง มีการจัดองค์กรรองรับเฉพาะงานและมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างดี ทำให้สามารถขยายการบริการครอบคลุมถึงทุกเป้าหมาย นอกจากนั้นแล้ว ความร่วมมือจากองค์กรเอกชนต่าง ๆ ในการวางแผนครอบครัวได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการประสานความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างภาครัฐและเอกชน และปัจจัยสุดท้ายที่สำคัญและทำให้การวางแผนครอบครัวไทยประสบความสำเร็จคือ ความพร้อมของบุคลากร ประชาชน ตลอดจนสื่อมวลชนและนักวิชาการที่สนับสนุนโครงการ ทำให้เกิดความรู้อย่างต่อเนื่องและนำไปสู่การปฏิบัติที่เต็มประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เช่นศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติก็ไม่ได้ส่งผลด้านลบเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เนื่องจากในศาสนาพุทธไม่มีข้อห้ามการคุมกำเนิด ยกเว้นการทำแท้งที่ถือว่าเป็นบาป จึงมีส่วนทำให้ไทยนโยบายการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวของไทยประสบความสำเร็จ (จอห์น โนเดล และ นิพนธ์ เทพวัลย์, 2530 : 161)

นอกจากปัจจัยผู้นำโครงสร้างทางการเมืองการปกครองก็เป็นส่วนในกำหนดนโยบาย เช่นงานการเมืองของการปฏิวัติขนาดครอบครัวไทย โดย ชัยยันต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2540 ที่ได้กล่าวว่า ในส่วนของโครงสร้างรัฐ ที่หมายถึง โครงสร้างอำนาจการปกครอง (Structure of domination) ของระบบการเมือง จะมีแบบแผนของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างรัฐกับประชาชน โดยรัฐจะเป็นผู้มีอำนาจเหนือกว่าประชาชนและแสดงออกมาในรูปแบบของคำสั่งและการเชื้อฟัง ซึ่งการผูกขาดอำนาจนี้อาจจะไม่แสดงอย่างโจ่งแจ้งแต่อาจจะเป็นรูปแบบกฎหมายบังคับใช้ต่อประชาชน

แบบแผนความสัมพันธ์เชิงอำนาจนี้จะมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์แบบราชการอำนาจนิยม (Bureaucracy-Authoritarian state) คือรัฐมีอำนาจสั่งการโดยไม่สนใจการมีส่วนร่วมการตัดสินใจของประชาชน ถึงแม้ว่ารัฐไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็นประชาธิปไตย แต่แบบแผนความสัมพันธ์ของรัฐที่มีต่อประชาชนก็ยังคงมีลักษณะอำนาจนิยม (Amstein, 1971 อ้างใน ชัยยันต์, 2540 : 44) อย่างไรก็ตาม การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ได้มีรูปแบบเดียวกันหมดแต่จะแตกต่างกันไปตามกาลเทศะ ขึ้นอยู่กับ เหตุผลและกลไกของรัฐในด้านต่างๆ รวมถึง

ลักษณะค่านิยมและทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐและประชาชนที่เกี่ยวข้องด้วย (ชัยอนันต์ สมุทวณิช อ้างใน ชัยอนันต์, อ้างแล้ว : 45)

แม้จะมีลักษณะกดขี่ปราบปราม ทว่าโครงสร้างอำนาจรัฐราชการ-อำนาจนิยมนี้เป็นรัฐที่มีรูปแบบเอื้อต่อการผลิตในระบบทุนนิยม คือ ภาคเอกชนสามารถขยายตัวได้อย่างรวดเร็ว ภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์และการเป็นหุ้นส่วนทางธุรกิจสามารถสืบทอดต่อไปได้ โดยมีรัฐเป็นผู้ดูแลผลประโยชน์ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของรัฐนอกจากจะมีหน้าที่ปกครองครอบงำสถาบันต่าง ๆ แล้ว ก็ยังมีหน้าที่ในการเป็นผู้ประกอบการเองและสนับสนุนผู้ประกอบการอื่น ๆ เพื่อให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจดำเนินต่อไปได้

ในส่วนของผู้ประกอบการ (Actors) ผู้ประกอบการที่น่าจับตามองมากที่สุดคือ ตัวแสดงของรัฐ ซึ่งมีทั้งปัจเจกและเป็นกลุ่ม นอกจากนั้นยังดูการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งจะนำมาสู่ความร่วมมือในการกำหนดนโยบายเช่นแนวคิดพันธมิตรไตรภาคีของ Evans 1979 (อ้างใน ชัยอนันต์, อ้างแล้ว) ที่มองว่าในการกำหนดนโยบายสาธารณะนั้น ผู้มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ กลุ่มชนชั้นนำในสังคม โดยกันประชาชนมิให้เข้ามามีส่วนร่วม ภาคประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมได้ต่อเมื่อเกิดปัญหาในเอกภาพของพันธมิตรชั้นนำแล้ว ในกลุ่มพันธมิตรจะประกอบด้วย ชนชั้นนำของภาครัฐ, กลุ่มทุนสากลและกลุ่มทุนภายในประเทศ พันธมิตรรูปแบบนี้เป็นการพัฒนาที่ต่อเนื่องมาจากพันธมิตรแบบทวิภาคี เพื่อให้มีความมั่นคงในกลุ่มพันธมิตรยิ่งขึ้นเนื่องจากกลุ่มทุนในประเทศจะเป็นตัวช่วยสร้างความชอบธรรมเพื่อให้ประชาชนยอมรับกลุ่มพันธมิตรที่มีองค์ประกอบของต่างชาติร่วมด้วย นอกจากนี้นายทุนในประเทศยังเป็นตัวสนับสนุนการสะสมทุนภายใน การปรับบทบาทของพันธมิตรโดยรัฐจะต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงนายทุนในประเทศขณะเดียวกันก็เสริมสร้างเสถียรภาพทางการเมือง ตัวอย่างเรื่องกลุ่มไตรภาคีที่มีลักษณะนี้ได้แก่ กลุ่มไตรภาคีในเรื่องการวางแผนครอบครัว ได้แสดงให้เห็นถึงรูปแบบพันธมิตรระหว่างชนชั้นนำของระบบราชการไทย ภาคเอกชนภายในประเทศและภาคภายนอกประเทศ ซึ่งสรุปได้ดังนี้คือ

1. ชนชั้นนำของระบบราชการที่มีบทบาทในกระบวนการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัว ได้แก่ ชนชั้นนำของระบบราชการ, พลเรือน, กองทัพ และรัฐวิสาหกิจโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกน
2. กลุ่มชนชั้นนำของภาคเอกชนภายในประเทศ ได้แก่ กลุ่มนักธุรกิจและกลุ่มสังคมที่ผูกพันกับผลประโยชน์และอุดมการณ์วางแผนครอบครัว ได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน, ร้านขายยา, บริษัทผลิตยาคุมกำเนิด, โรงพยาบาลเอกชน โดยมีสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนเป็นแกนกลุ่ม

3. กลุ่มชนชั้นนำของพลัฏภายนอกประเทศ ซึ่งมีการเคลื่อนไหวในรูปแบบขบวนการคุมกำเนิดระหว่างประเทศ ได้แก่ รัฐบาลประเทศศูนย์กลาง, องค์การระหว่างประเทศ, องค์การเอกชนระหว่างประเทศ และบรรษัทข้ามชาติ โดยรัฐบาลสหรัฐอเมริกา มีบทบาทสำคัญในภาคหลักของต่างประเทศ

ในส่วนงานวิจัยของลาว ในรายงาน Program Review and Strategy Development Mission Lao PDR (1996) ของ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ UNFPA ได้แสดงให้เห็นว่าโครงการละเว้นช่วงการมีบุตรหรือที่ลาวเรียกว่า นโยบายลูกห่าง (Birth Spacing) มีข้อบกพร่องอยู่มาก โดยในรายงานได้กล่าวถึงที่มาของนโยบายลูกห่างว่าเริ่มจากการที่พรรคคอมมิวนิสต์ลาวได้ประกาศเป้าหมายของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ปี 2539-2543 ในเดือนมี.ค. ปี 2539 ว่า

“มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิต การบริการสาธารณสุขและการศึกษาโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและขยายโครงข่ายบริการสาธารณสุขและการป้องกันโรคเพื่อลดอัตราการตายในแม่และเด็ก เพื่อเพิ่มอายุเฉลี่ยให้สูงขึ้นเป็น 57 ปีภายใน ปี 2543 ”

แม้จะไม่มีนโยบายประชากรที่ชัดเจน แต่ก็มีการจัดหาอุปกรณ์และบริการในการเว้นช่วงการมีบุตร นอกจากนั้น รัฐบาลลาวยังได้พยายามที่จะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพด้วยการจัดหาบริการทางประชากรที่มีคุณภาพให้ ซึ่งสอดคล้องกับคำประกาศของพรรคใน ปี พ.ศ. 2534 ที่มุ่งเน้นการรณรงค์ต่อต้านโรคภัยไข้เจ็บลดอัตราการตายในแม่และเด็ก เพื่อเพิ่มอายุเฉลี่ยให้สูงขึ้น ซึ่งต่อมาใน ปี พ.ศ. 2539 รัฐบาลก็ได้เพิ่มความสำคัญในการมุ่งพัฒนาความรู้และสุขภาพในทุกกลุ่มเพื่อให้เป็นแรงงานที่มีทักษะซึ่งเป็นที่ต้องการของชาติ โดยนโยบายที่จะพัฒนามนุษย์ที่สำคัญคือนโยบายลูกห่าง (Birth Spacing) ซึ่งเริ่มขึ้นใน ปี พ.ศ. 2536 โดยเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายแม่และเด็ก ซึ่งรัฐต้องการจำกัดขนาดครอบครัว การมีขนาดครอบครัวใหญ่ทำให้แม่มีปัญหาและเป็นต้นเหตุของความยากจนและทุกข์โศกนาฏการได้ อันส่งผลต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้นเป้าหมายหลักของนโยบายลูกห่างคือการปรับปรุงคุณภาพประชากรโดยลดอัตราการตายในแม่และเด็กให้เหลือ 25% ภายใน ปี 2000 ซึ่งโครงการนี้จะส่งผลต่อขนาดครอบครัวและเพิ่มการเว้นการมีบุตร โดยรัฐมอบหมายให้หน่วยงานสุขภาพแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Institute) หรือ MCHI ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล จากรายงานความสำเร็จของ MCHI พบว่า อัตราการเจริญพันธุ์ของสตรีลาวเป็นอัตราที่สูงที่สุดในโลกและยังไม่ลดลงคือ อัตราเฉลี่ยของสตรี 1 คนจะให้บุตร 6.5 คน และ 1 ใน 3 ของสตรีมีลูกคนแรกก่อนอายุ 20 ปี สตรีลาวนิยมมีครอบครัวใหญ่ร้อยละ 40 ของสตรีที่แต่งงานอยากมีลูก 3 - 4 คน และร้อยละ 32 อยากมี 5 คนหรือมากกว่านั้น ซึ่งความคิดการมีบุตรนี้แตกต่างกันไปตามสถานที่และการศึกษา นอกจากนั้นมียุติเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เคยใช้วิธีการละเว้นช่วงการมีบุตร และมีเพียง 1 ใน 5

เท่านั้นที่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ สาเหตุที่สตรีส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้จักวิธีการละเว้นช่วงมีบุตรเนื่องจาก การให้คำแนะนำจะให้แต่เฉพาะกับสตรีที่เพิ่งแต่งงานแต่ไม่ได้มีการสอนให้เป็นที่รู้จักกันทั่วไป จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่นโยบายลูกห่างยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Muchayat AE และ Daniel Benoit, 1994 เรื่อง A Report on the Finding of Joint Needs Assessment Team about Populations and Family Planning Situation in Lao PDR ที่เข้าไปศึกษาความเป็นไปได้ในการเตรียมโครงการวางแผนครอบครัวในลาว โดยศึกษาเฉพาะนโยบายละเว้นช่วงการมีบุตร (Birth Spacing) โดยโครงการจะขยายการปฏิบัติการเข้าไปในแขวงสาละวัน รายงานฉบับนี้เป็นการสำรวจความเป็นไปได้ที่จะขยายโครงการละเว้นช่วงการมีบุตรเข้าไปในลาวตอนใต้ เนื่องจากสาละวันเป็นเมืองที่อุดมสมบูรณ์ไปด้วยพืชพันธุ์ธรรมาชาติ มีประชากร 234,586 คน มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ 386 คน มีร้านขายยา 24 ร้าน และในโครงการละเว้นช่วงการมีบุตรได้รับการสนับสนุนอยู่แล้วจากองค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติคือ มูลนิธิ Medecins Sans Frontiers ซึ่งในการวิจัยได้ตกลงเลือกอำเภอ กองเตินเป็นที่ปฏิบัติการเนื่องจาก

1. มีสาธารณูปโภคครบครัน
2. การคมนาคมเข้าหมู่บ้านดี
3. คนในชุมชนง่ายในการชักชวน
4. มีการสนับสนุนที่ดีจากภาครัฐและผู้นำชุมชน
5. มีการปฏิบัติการนโยบายลูกห่างจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขค่อนข้างมาก
6. ประชากรมีจำนวนมาก
7. ประชากรส่วนมากเป็นลาวลุ่มผู้ซึ่งได้รับการศึกษาค่อนข้างสูง

โดยสาเหตุที่ผลักดันให้เกิดโครงการนี้ เนื่องจากสถานการณ์การดำเนินงานนโยบายละเว้นช่วงการมีบุตรในแขวงสาละวันไม่ได้มีความแตกต่างกันมากจากส่วนกลางหรือจากที่อื่น ๆ ถึงแม้ว่าจะมีองค์กรพัฒนาเอกชน ให้การสนับสนุนก็ตาม แต่การจัดการที่ขาดประสิทธิภาพในเรื่องการบริหาร การรายงานการบันทึกข้อมูล รวมถึงการขาดแคลนอุปกรณ์เช่นยาคุมกำเนิด ดังนั้นคนที่มีฐานะจะนิยมซื้อจากร้านขายยาซึ่งมีราคาสูงมากที่คนทั่วไปไม่สามารถซื้อหาได้ ดังนั้น Muchayat AE และ Daniel Benoit จึงได้เสนอวิธีการแก้ปัญหา คือ นอกจากหน่วยงานรัฐคือ กระทรวงสาธารณสุข (MCH) เป็นผู้รับผิดชอบแล้วควรส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐอื่น ๆ เช่น สมาพันธ์แม่หญิงลาวและกลุ่มหนุ่มสาว ควรจะให้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัตินโยบายมากขึ้น เนื่องจากการมีรากฐานในสังคมมานาน การเข้าถึงประชาชนสามารถทำได้ง่าย นอกจากนั้นควรให้ศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการละเว้นช่วงการมีบุตรด้วย

ในการวิจัยเปรียบเทียบไทยลาว มีงานวิจัยของ ศิริวรรณ ศิริบุญ 2539 “ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของสตรีลาวและสตรีไทย” ที่ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะทางประชากร

โดยศิริวรรณได้ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีลาวและพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวซึ่งมีผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของสตรี โดยได้นำพฤติกรรมการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของสตรีไทยมาศึกษาเปรียบเทียบกับ ผลที่ได้จากการศึกษา พบว่า ในส่วนของ ภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีลาวเปรียบเทียบกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าในปี พ.ศ. 2537 ภาวะการเจริญพันธุ์ของสตรีลาวอยู่ในระดับสูงสุดคือ 43 ต่อ 1,000 คน และสตรีลาวในวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 - 49 ปี จะมีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 6 คน ซึ่งเป็นอัตราเกิดที่สูงมากในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เช่นเดียวกับอัตราตายของทารกที่อยู่ในระดับสูงคือ 94 ต่อ 1,000 คน นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการสมรสและอายุสตรีที่ให้กำเนิดบุตรคนแรกของลาวเป็นปัจจัยทำให้อายุสมรสของสตรีลาวลดลงและอายุมีมาตรฐานที่สตรีให้กำเนิดบุตรคนแรกลดลงด้วย เมื่อพิจารณาภูมิหลังทางการศึกษาและที่อยู่อาศัยพบว่า สตรีลาวในเขตเมืองและสตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีระดับเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีในชนบทและสตรีที่มีการศึกษาน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีไทยแล้วพบว่า ระดับเจริญพันธุ์ของสตรีไทยได้ลดลงอย่างมากและมีแนวโน้มที่จะลดลงไปเรื่อย ๆ ในขณะที่ช่องว่างระดับการเจริญพันธุ์ระหว่างสตรีในเมืองกับชนบทมีน้อยลง เมื่อศึกษาถึงจำนวนบุตรที่ปรารถนาของสตรีลาวและสตรีไทยจำแนกตามภูมิหลังของสตรีที่เคยสมรสพบว่าจำนวนบุตรที่ปรารถนาของสตรีลาวที่เคยสมรสสูงกว่าของประเทศไทยที่เคยสมรสเกือบเท่าตัวคือ 4.2 ต่อ 2.8 ในขณะที่จำนวนบุตรที่ปรารถนาของสตรีไทยในเขตเมืองและชนบทแทบไม่มีความแตกต่าง แต่ในกลุ่มสตรีลาวมีความแตกต่างกันมาก ด้านการวางแผนครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดของสตรีลาวอยู่ในระดับต่ำเมื่อเทียบกับสตรีไทย ในปี พ.ศ. 2537 สตรีลาวประมาณ 2 ใน 3 เท่านั้นที่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด ในขณะที่ ปี พ.ศ. 2530 สตรีไทยเกือบทุกคนที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์รู้จักวิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี การศึกษาแหล่งรับบริการวิธีการคุมกำเนิดจำแนกตามวิธีการคุมกำเนิดที่กำลังใช้พบว่าสตรีลาวซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดจากร้านขายยามากที่สุด ในขณะที่สตรีไทยจะรับบริการยาคุมกำเนิดจากสถานีนานามัย มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้นที่ซื้อจากร้านขายยา สตรีลาวเข้ารับบริการใส่ห่วงอนามัยจากโรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ในขณะที่สตรีไทยขอรับบริการการใส่ห่วงอนามัยจากสถานีนานามัย เช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิดสตรีลาวจะไปรับบริการจากเอกชน อันได้แก่ร้านขายยา โรงพยาบาล และคลินิกเอกชน ในขณะที่สตรีไทยนิยมไปรับบริการจากหน่วยงานราชการ ในขณะที่ทำหมันหญิง พบว่า แม้สตรีไทยและลาวจะไปขอรับบริการการทำหมันหญิงจากโรงพยาบาลรัฐ แต่พบว่า

สตรีลาวยังได้รับการบริการทำหมันหญิงจากสถานที่อื่นซึ่งหมายถึงเดินทางมารับบริการในประเทศไทย เมื่อศึกษาภาพรวมจะเห็นว่า หน่วยงานภาครัฐของลาวมีบทบาทน้อยมากในการให้บริการด้านการวางแผนครอบครัว ทั้งนี้มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่รายงานบอกว่ามาขอรับบริการจากรัฐ และอีกเกินครึ่งใช้บริการคุมกำเนิดจากหน่วยงานเอกชนและในที่อื่น ๆ เช่น ไทย การที่หน่วยงานภาครัฐของลาวมีบทบาทน้อยเนื่องจากนโยบายการเว้นช่วงห่างการมีบุตร ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้บริการวิธีคุมกำเนิดเพิ่งได้รับการยอมรับเมื่อปี พ.ศ. 2531 นอกจากนี้หน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการวางแผนครอบครัวมีน้อย

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบด้านนโยบาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการเปรียบเทียบด้านนโยบายไทยลาวโดยใช้กรอบคิดทางบริบท ด้านกระบวนการและผู้ประกอบการ มาวิเคราะห์เปรียบเทียบนโยบายครั้งนี้