



งาน
นายแพทย์
พุ่มวงษ์

งานรำลึก ๑๒ ปี

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์



การทำความดี
เป็นสุขเสมอ



มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

วันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ณ ห้องสวีย์ศักตานนท์ โรงแรมทีเค พาเลส แอนด์คอนเวนชั่น

ถนนแจ้งวัฒนะ: กรุงเทพมหานคร

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

วันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ณ ห้องสุวิทย์ศึกษาดานนท์ โรงแรมทีเค พาเลซ แอนด์คอนเวนชัน

ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร



โดย



มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ISBN : 978-616-92524-1-2

พิมพ์ครั้งแรก เมษายน ๒๕๖๓

จำนวนพิมพ์ ๑,๕๐๐ เล่ม

บรรณาธิการ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์

ที่ปรึกษา นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ

คณะผู้จัดทำ นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์
นางสาวจารุวรรณ รัตนโสภา

จัดพิมพ์โดย มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด
๕๙/๔ หมู่ ๑๐ ซอยวัดพระเงิน ถนนตลิ่งชัน-สุพรรณบุรี
ตำบลบางม่วง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๔๐
โทรศัพท์: +๖๖ (๐) ๒ ๙๐๓-๘๒๕๙
โทรสาร: +๖๖ (๐) ๒ ๙๒๑-๔๕๘๗

คำนำ

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นงานที่มูลนิธิมิตรภาพบำบัด จัดต่อเนื่องมาทุกปี. ในปีนี้ประธานในงานคือ ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล ประธานกรรมการบริหารกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษาและอดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการแห่งประเทศไทย ได้ปาฐกถาพิเศษในหัวข้อ “**การสร้างความสำเร็จทางการศึกษา : บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**”; ซึ่งได้กล่าวถึงบริการสาธารณะอีกประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญเช่นเดียวกับงานสาธารณสุข คือบริการทางการศึกษา. กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสำเร็จ ลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ซึ่งหวังว่าการลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาไทย ในที่สุดจะสามารถประสบความสำเร็จเหมือนภาคสาธารณสุขที่คุณหมอสงวนฯ และผู้ร่วมอุดมการณ์ได้ทำกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ประสบความสำเร็จและได้รับคำ ชื่นชมจากทั่วโลก. ในงานมีการมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นเหมือนเช่นทุกปี สำหรับปี ๒๕๖๒ ได้มอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ๔ รางวัลและรางวัลชมเชย ๙ รางวัล ให้แก่ ผู้ป่วย อาสาสมัคร ผู้ให้บริการและหน่วยบริการที่สนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดตลอดมา ซึ่งทุกท่านที่ได้รับรางวัลล้วนสร้างผลงานที่ทรงคุณค่ามากกว่ารางวัลที่ได้รับทั้งสิ้น

สำหรับองค์ปาฐกในงานได้รับเกียรติจากนายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร “นายช่างผู้บรรจงสร้างระบบบริการและหลักประกันสุขภาพไทย” ซึ่งมาปาฐกถาในหัวข้อ “**หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม**”. นายแพทย์วิโรจน์ได้ตั้งคำถามและตอบคำถามสำคัญในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของประเทศไทย คือ (๑) What have been transformed? ซึ่งคำตอบคือระบบธรรมาภิบาลที่พัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๐, จากระบบราชการไปจนถึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและภาคส่วนต่างๆ. (๒) What are the contributing factors? ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา ได้แก่ บทบาทของกระทรวงสาธารณสุข, การเข้าถึงยารวมทั้งยากำพร้า, การให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่องสำหรับงบประมาณระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ศักยภาพของประเทศไทยในการผลิตหลักฐานข้อเท็จจริง (evidences), และบทบาทของภาคประชาสังคมและพลเมืองที่เข้มแข็งในการทำให้เสียงของพวกเขาได้มีผู้ได้ยิน. (๓) Outcomes of the transformations ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิรูปของประเทศไทย ซึ่งมีผลลัพธ์สำคัญ คือมีการออกแบบที่ดี, นำความรู้จากตำรามาประยุกต์อย่างได้ผล, ทุกบทเรียนผ่านการทดลองมาหลายครั้งเป็นอย่างดี.

ในภาคบ่ายเป็นเวทีการเสวนาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยผู้แทนจากเครือข่ายผู้ป่วยโรคต่างๆ รวมทั้งคนพิการและคนไร้บ้าน; ซึ่งเน้นในประเด็นของการผลักดันสิทธิประโยชน์, การเข้าถึงบริการของรัฐ, และการไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง; โดยความร่วมมือกันของเครือข่ายพลเมืองที่เข้มแข็ง. เชื่อว่า กิจกรรมดังกล่าวนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของ “แสงดาวแห่งศรัทธา” ที่แม้จะไม่สุกใสสว่างไสว แต่จะเป็นพลังใจให้แก่กันและกันอย่างไม่มีวันมอดดับ.

ด้วยจิตคารวะ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

สารบัญ

หน้า

กำหนดการ.....	ก
แนะนำเข้าสู่งาน โดย คุณจิรัชญา เชียงกุล และคุณประมวล ปาละก้อน.....	๘
การรับชมวีดิทัศน์ “ผู้สร้างหลักประกันสุขภาพของไทย”	๙
การกล่าวรายงาน โดย นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล.....	๑๑
การกล่าวเปิดงาน และการกล่าวปาฐกถาพิเศษ “การสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดย ดร.ประसार ไตรรัตน์วรกุล.....	๑๓
การรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น.....	๑๘
ผู้ได้รับคัดเลือกรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นำเสนอ “ชีวิตและงานประกอบภาพสไลด์ผลงาน”	๒๑
- นางดารณี ทิพย์ดารภาพณิชย์ ประเภทผู้ป่วย อาสาสมัคร มิตรภาพบำบัดดีเด่น.....	๒๑
- นางภัทรกร จันทวร ประเภทเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น.....	๒๒
- โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล ประเภทองค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้บริการ สนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ).....	๒๔
- เทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง ประเภทองค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้บริการ สนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับชุมชน).....	๒๗
การแนะนำองค์ปาฐก โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด.....	๒๙
ปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๑ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” โดย นพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร.....	๓๒
การเสวนา “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ทอดทิ้งใคร ไว้ข้างหลัง”	๔๘
การขับร้องเพลง “แสงดาวแห่งศรัทธา” และกล่าวปิดงาน.....	๕๕

กำหนดการ

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
วันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ณ ห้องสุวิทย์ศึกษาดานนก โรงแรมทีเค พาเลส แอนด์คอนเวนชัน
ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร



- ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. ลงทะเบียน รับเอกสาร และนำเข้าสู่งาน
โดย คุณจิรัชฎา เชียงกุล และคุณประมวล ปาละก้อน
- ๐๘.๓๐ – ๐๙.๐๐ น. บรรเลงเพลง “มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน”
โดย วงดนตรีเพื่อชีวิตราชดำเนิน
- ๐๙.๐๐ – ๐๙.๑๐ น. ชมวีดิทัศน์ “ผู้สร้างหลักประกันสุขภาพของไทย”
โดย มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
- ๐๙.๑๐ – ๐๙.๑๕ น. กล่าวรายงาน โดย นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล
เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด
- ๐๙.๑๕ – ๐๙.๔๕ น. ประธานเปิดงาน และปาฐกถาพิเศษ “การสร้างความเสมอภาค
ทางการศึกษา บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดย
ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน
เพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และอดีตผู้ว่าการ
ธนาคารแห่งประเทศไทย
- ๑๐.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. เชิญผู้แทนหน่วยงาน และบุคคลที่ได้รับเลือก ขึ้นรับรางวัล
มิตรภาพบำบัดดีเด่น และรางวัลชมเชย ประจำปี ๒๕๖๒
โดย นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ
มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
- ผู้ได้รับคัดเลือกรับรางวัลมิตรภาพดีเด่น นำเสนอ “ชีวิตและงาน
ประกอบภาพสไลด์ผลงาน” (คนละ ๓ – ๕ นาที)
- ๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. พักรับประทานอาหารว่าง และชมนิทรรศการ
- ๑๐.๔๕ – ๑๑.๐๐ น. แนะนำองค์ปาฐกในปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒
โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

- ๑๑.๐๐ – ๑๒.๐๐ น.** ปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” โดย องค์กรปาฐก นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
- ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.** พักรับประทานอาหารกลางวัน และชมนิทรรศการ
- ๑๓.๐๐ – ๑๕.๓๐ น.** เวทีเสวนา “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดย ผู้แทนเครือข่าย Healthy Forum
ดำเนินรายการโดย คุณชนพล ดอกแก้ว นายกสมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย
- ๑๕.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.** ผู้เข้าร่วมงานร้องเพลง “แสงดาวแห่งศรัทธา” และกล่าวปิดงาน โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

* หมายเหตุ : หน้าห้องประชุม ชมนิทรรศการ และกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตอาสา มิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อน



งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
วันศุกร์ที่ ๑๗ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓
ณ ห้องสุวิทย์ศึกษาดานนก โรงแรมทีเค พาเลส แอนด์คอนเวนชัน
ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร



กล่าวแนะนำเข้าสู่งาน

โดย คุณจิรัชฎา เชียงกุล และคุณประมวล ปาละก้อน



ภาพที่ ๑ คุณจิรัชฎา เชียงกุล และคุณประมวล ปาละก้อน กล่าวแนะนำเข้าสู่งาน

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ จัดขึ้นเพื่อรำลึกถึงนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ทุ่มเทบุกเบิกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนให้มีจิตอาสาสมัครภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน วัตถุประสงค์ของการมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้คนไทยมีบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยใช้หลักการ “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” จิตอาสาสมัครภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อน และการมีส่วนร่วมขององค์กรเครือข่าย เป็นที่มาของงานในวันนี้

ชมวีดิทัศน์ “ผู้สร้างหลักประกันสุขภาพของไทย”

โดย มูลนิธิมิตรภาพบำบัด



ภาพที่ ๒ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ผู้เป็นแสงดาวแห่งศรัทธาในงานกับอุดมคติของชีวิต

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ หรือเด็กชายสงวน แซ่ไคว่ (ฮุย) เกิดวันที่ ๑๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๔๙๕ นิสัย ดื้อ มั่นใจตัวเอง เกลียดการคดโกง การอิจฉาและความเห็นแก่ตัวอย่างเด่นชัด เมื่อจบชั้นมัธยมปลาย ได้เข้าศึกษาต่อที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในยุค ๑๔ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๖ นายแพทย์สงวนเป็นผู้นำนักศึกษาเรียกร้องประชาธิปไตยและความเป็นธรรมในสังคม โดยได้รับการเลือกตั้งเป็นนายกสหพันธ์นักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล หลังเหตุการณ์ ๖ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๑๙ นายแพทย์สงวนยังยึดมั่นในอุดมการณ์อย่างมั่นคง เลือกออกไปเป็นแพทย์ในชนบท การสัมผัสชีวิตที่ยากแค้น ลำเค็ญยิ่งทำให้นายแพทย์สงวนใฝ่ฝันที่จะเห็นสังคมที่เป็นธรรม ทุกชีวิตได้รับการดูแล จึงริเริ่มทำโครงการเกี่ยวกับการสาธารณสุข เช่น โครงการปัญหาเด็กขาดสารอาหาร โครงการกองทุนยาประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

ต่อมา เมื่อได้ไปศึกษาต่อที่ต่างประเทศ นายแพทย์สงวนได้เห็นรัฐสวัสดิการที่ประเทศอังกฤษและสวีเดน ทำให้ความปรารถนาที่จะเห็นระบบหลักประกันสุขภาพเกิดขึ้นในประเทศไทยแจ่มชัดขึ้น

เมื่อย้ายเข้ามาทำงานส่วนกลาง นายแพทย์สงวนได้ทำงานพัฒนาเชิงระบบ ภายใต้การสนับสนุนของผู้ใหญ่และเพื่อนร่วมงาน การทำงานของนายแพทย์สงวนได้ส่งผลต่อการพัฒนาระบบสุขภาพเป็นอย่างมาก เช่น การสร้างระบบจูงใจในการปฏิบัติงานในและนอกเวลาราชการ โครงการผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท การปฏิรูประบียบเงินบำรุง ทำให้โรงพยาบาลรัฐมีความคล่องตัวมากขึ้น ทั้งยังมีส่วนผลักดัน พรบ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และมีบทบาทในคณะกรรมการระดับชาติหลายคณะ

ศ.นพ.ประเวศ วะสี เคยกล่าวถึงนายแพทย์สงวนว่า “อุดมการณ์ มุมมองเชิงระบบและทักษะในการจัดการเป็นสิ่งที่แพทย์ทั่วไปไม่มี แต่สงวนได้บ่มเพาะคุณสมบัติเหล่านั้นขึ้นในตัวเอง” ในวัย ๔๐ ปี นายแพทย์สงวนได้เข้าสู่การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ เริ่มจาก พ.ศ. ๒๕๓๕



โดยการวางรากฐานระบบประกันสังคม ใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัวเป็นพื้นฐาน ขยายโครงการสังเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เด็ก ผู้สูงอายุ จัดทำโครงการบัตรสุขภาพแบบสมัครใจ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ - ๒๕๔๔ ดำเนินโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) อันเป็นจุดเริ่มต้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำงานร่วมกับเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพในอนาคต

ช่วงปีพ.ศ. ๒๕๔๓ - ๒๕๔๔ ได้ขับเคลื่อนกับภาคประชาชนรวบรวมรายชื่อสนับสนุนร่างกฎหมายหลักประกันสุขภาพได้หลายหมื่นรายชื่อ เติริมเสนอต่อรัฐบาล และพยายามเสนอแนวคิดต่อพรรคการเมือง จนกระทั่งพรรคไทยรักไทยนำแนวคิดพัฒนาเป็นนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เมื่อพรรคไทยรักไทยเป็นรัฐบาลได้เดินหน้านโยบายทันที เนื่องจากมีความรู้ที่ชัดเจนจากการศึกษาอย่างต่อเนื่องของนายแพทย์สงวนฯ รองรับ โดยแนวทางหลักยังเป็นไปตามแนวทางที่นายแพทย์สงวนวางไว้ และสามารถผลักดันจนเกิด พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ นายแพทย์สงวนเข้ารับตำแหน่งเลขาธิการ สปสช. คนแรก เพื่อสร้างและพัฒนาาระบบ ในขณะที่มีแรงเสียดทานจากความไม่รู้ และฝ่ายที่เสียผลประโยชน์ แต่นายแพทย์สงวนสามารถเอาชนะอุปสรรคสำคัญ และสามารถสร้างทีมผู้ร่วมงานที่หลากหลายและเข้มแข็ง เพราะเป็นผู้บริหารที่มีมิติทางวิชาการแข็งแกร่ง มีคุณสมบัติยอดเยี่ยม คือ ความอดทน อ่อนน้อมถ่อมตน และความทุ่มเท ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

นายแพทย์สงวนทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างดีเยี่ยม ประโยชน์ของสิทธิผู้ใช้บัตรทองเพิ่มพูนขึ้นเรื่อย ๆ เช่น ขยายการผ่าตัดหัวใจและต่อกระดูก การทำสุหนัตฟรี การให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์อย่างทั่วถึง บริการปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ การประกาศสิทธิเหนือสิทธิบัตรยา หรือ ซีแอล (Compulsory Licensing) ที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงยาได้อย่างกว้างขวางทั่วถึง แต่ทางเดินของนายแพทย์สงวนมิได้โรยด้วยกลีบดอกไม้ ตลอดเวลาที่อุทิศตนทำงาน เนื้อร้ายได้ก่อตัวขึ้นตั้งแต่เมื่อใดไม่ทราบ และปรากฏอาการจนถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ารับหน้าที่ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติคนแรก ภรรยาของนายแพทย์สงวนกล่าวว่าเบื้องหลังการทำงานหนัก การยึดรับคำวิพากษ์วิจารณ์ทุกรูปแบบ ทุกทิศทาง โดยเฉพาะในช่วง ๓ ปีแรกของโครงการ ๓๐ บาท รักษาทุกโรค คือความเครียดมหาศาลที่สะสม จนมีอาการละเมอและไออย่างรุนแรง สลับกับการเจ็บหน้าอก อันเป็นอาการของมะเร็งปอด ด้วยมรณานุสติอย่างกล้าหาญ ทำให้นายแพทย์สงวนใช้ความเจ็บป่วยสร้างประโยชน์สุดท้าย คือ การริเริ่มโครงการมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งและโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะได้รับการรักษาที่ดีที่สุด ท่ามกลางแรงใจจากเพื่อนและครอบครัว และนายแพทย์สงวนก็ได้จากไปอย่างสงบในวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๕๑ ด้วยอายุเพียง ๕๕ ปี

แม้ว่านายแพทย์สงวนจากไปแล้วเป็นเวลา ๑๒ ปี แต่ชื่อของนายแพทย์สงวนยังวนเวียนอยู่ในหัวข้อการสนทนา การปรึกษาหารือ และการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพ และความเป็นธรรมในสังคมจวบจนทุกวันนี้ ราวกับไม่ได้หายไปไหน นอกจากมุนานจะจนถึงจุดหมายปลายทางแล้ว นายแพทย์สงวนยังได้ส่องต่อแสงดาวแห่งศรัทธาไว้เป็นแรงบันดาลใจ

ให้คนรุ่นหลังอีกมากมายว่า “งานและอุดมคติ” จรรโลงชีวิตของเราอย่างไร และช่วยให้คนรุ่นใหม่ ยืนหยัดทำประโยชน์เพื่อคนหมู่มาก เมื่อเราได้เห็นวิถีของคนของแผ่นดิน ที่ชื่อ “สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”

กล่าวรายงาน

โดย นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด



ภาพที่ ๓ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด
กล่าวรายงานงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

คำกล่าวรายงาน

งานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

โดย นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

กราบเรียน ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และอดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย

กระผมในนามของคณะผู้จัดงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ขอกราบขอบพระคุณที่ท่านอาจารย์ให้เกียรติมาเป็นประธานเปิดงาน กล่าวปาฐกถาพิเศษ และมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๒ ในวันนี้ และกระผมขอกราบเรียนความเป็นมาของงาน ดังนี้

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) ซึ่งเป็นองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ จัดตั้งขึ้นเพื่อสานต่องานสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน และสนับสนุนงานจิตอาสา มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ตามปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ร่วมกับองค์กรภาคีต่าง ๆ จัดงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ในวันนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นปี ๒๕๖๒ แก่ผู้ป่วยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และหน่วยงาน องค์กร ที่มีผลงานดีเด่นด้านการดำเนินงาน



มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และเป็นเวทีวิชาการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานของเครือข่ายผู้ป่วย เครือข่ายประชาชนที่ร่วมกันผลักดันนโยบายสิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน รวมทั้งเป็นการรำลึกถึงผลงานที่มีต่อประเทศโดยรวมของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ อดีตผู้อำนวยการศึกษา ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข และเลขาธิการผู้ก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยมีผู้เข้าร่วมงานประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ ประมาณ ๓๐๐ คน

นายแพทย์สงวน จากไปในขณะที่มีอายุได้เพียง ๕๕ ปี เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๑ ด้วยโรคมะเร็งปอด แต่ช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่ท่านได้สร้างสิ่งที่เป็นคุณูปการหลายอย่างให้กับสังคมไทย ที่เด่นชัดที่สุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ท่านใช้ทั้งชีวิตเรียนรู้ ออกแบบและพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจับต้องได้ให้กับคนไทยทั่วประเทศ เป็นนวัตกรรมระบบสุขภาพที่ช่วยทำให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้อย่างทั่วถึง ครวี่เรือนไม่ต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง ประชาชนมากกว่าร้อยละ ๙๐ ฟังพอใจและเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ ในช่วงสิบกว่าปีที่ผ่านมาประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ส่งคณะเข้ามาเรียนรู้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยอย่างมาก

และงานที่สำคัญอีกชิ้นหนึ่ง ที่ช่วงท้ายชีวิตของนายแพทย์สงวนฯ ที่ได้มอบไว้ให้กับสังคมไทย คือ การนำเสนอแนวคิดการสร้างเครือข่ายจิตอาสา มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย เพราะจากประสบการณ์จริงของชีวิต ท่านเรียนรู้ว่า คนเมื่อเจ็บป่วยย่อมต้องการคนที่เข้าใจ และต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากประสบการณ์จริงของเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และได้แปลงแนวคิดนี้เข้าสู่การปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพของไทยจนถึงทุกวันนี้ และปีนี้จะมีการมอบรางวัลเพื่อเชิดชูเกียรติเป็นแบบอย่างแก่สังคมให้กับผู้ป่วย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และหน่วยงานที่มีการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างต่อเนื่อง มีผลงานเป็นที่ประจักษ์รวม ๑๓ รางวัล

ท่ามกลางความสำเร็จของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย และการขยายงานมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อน ไปสู่การปฏิบัติ ปัจจุบันยังมีความท้าทายที่สำคัญ คือ จะสร้างความมั่นคงยั่งยืนให้ระบบและงานดังกล่าวได้อย่างไรภายใต้การเปลี่ยนแปลงจากหลายปัจจัย เช่น การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่จะทำให้ค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้น เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่มีราคาแพงขึ้น และการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย ความท้าทายเหล่านี้เป็นสิ่งที่มูลนิธิมิตรภาพบำบัดและทุกภาคส่วนของสังคมไทยรวมทั้งผู้บริหารประเทศ จะต้องช่วยกันหาแนวทางพัฒนาสานต่องานและปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ กันต่อไป

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอกราบเรียนเชิญท่านประธานให้เกียรติขึ้นกล่าวเปิดงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ กล่าวปราศรัยพิเศษ และมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ปี ๒๕๖๒ เพื่อเชิดชูเกียรติให้กับผู้ป่วย อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการและหน่วยงานและที่มีผลงานดีเด่นได้รับคัดเลือก ตามลำดับ

ประธานกล่าวเปิดงาน และปาฐกถาพิเศษ “การสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

โดย ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุน
เพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และอดีตผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย



ภาพที่ ๔ ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุลกล่าวเปิดงานและปาฐกถาพิเศษ
“การสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ปาฐกถาพิเศษงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สวงน นิตยารัมภพงศ์

โดย ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล

“การสร้างความเสมอภาคทางการศึกษา บทเรียนจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

เรียน นพ.ไพจิตร ปวะบุตร นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีเกียรติทุกท่าน

ผมรู้สึกยินดีที่ได้รับเกียรติให้มาเป็นผู้กล่าวเปิดงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สวงน นิตยารัมภพงศ์ ในวันที่ พวกเราในฐานะแวดวงสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องของนโยบายรัฐคงทราบกันดีว่าคุณูปการของคุณหมอสวงนที่มีต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นมีอย่างมหาศาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเป็นหนึ่งในหัวขบวนสำคัญที่ผลักดันให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย ด้วยสติปัญญา ความทุ่มเท และการทำงานอย่างสอดประสานร่วมกับภาคีเครือข่ายสาธารณสุขซึ่งหลายๆ ท่านในที่นี้ก็ได้ทำงานร่วมกันมาในกระบวนการนั้น ความสำเร็จของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เคยมีระหว่างคนที่มีความมั่งคั่งฐานะแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการของรัฐ เป็นไปนทิศทางการที่ดีขึ้น ประชาชนมีความสุข มีหลักประกันในชีวิต ไม่เป็นหนี้เป็นสินหรือล้มละลายจากค่าใช้จ่ายในการรักษาในยามป่วยไข้ นอกจากนี้ ยังทำให้ประเทศไทยที่แม้จะเป็นประเทศที่อยู่ในกลุ่มรายได้ปานกลาง แต่ก็ยังสามารถเป็นกรณีตัวอย่างที่ได้รับของนานาชาติถึงความสำเร็จของการทำให้



เกิดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นมาได้

สำหรับบริการสาธารณสุขอีกประเภทที่มีความสำคัญใกล้เคียงกับงานภาคสาธารณสุข นั่นคือ บริการภาคการศึกษา ซึ่งหากเปรียบเทียบแล้ว ก็มีโครงสร้างหลายๆ อย่าง คล้ายคลึงกับโครงสร้างของภาคสาธารณสุขเช่นกัน เช่น โรงเรียน ครู บุคลากรทางการศึกษาต่างๆ เป็นผู้ให้บริการทางการศึกษาแก่นักเรียน เหมือนกับที่โรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาล ที่เป็นผู้ให้บริการหลักแก่ผู้ป่วย ภาคการศึกษาเองประสบปัญหาเช่นเดียวกับระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มยากไร้ด้อยโอกาส เช่น ปัญญาการเข้าถึงโรงเรียนที่มีคุณภาพ ค่าใช้จ่ายทางการศึกษาที่สูงเกินระดับรายได้ของครอบครัว การที่เด็กและเยาวชนต้องหลุดออกไปจากโรงเรียนก่อนเวลาอันสมควร และความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพระหว่างคนจนกับคนรวย เป็นต้น

ดังที่ อาจารย์ป่วย อึ้งภากรณ์ ได้กล่าวไว้ในบทความ *“ปฏิทินแห่งความหวังจากครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน”* ถึงความสำคัญของสวัสดิการทางการศึกษานับตั้งแต่ในระดับปฐมวัยไปจนถึงระดับพื้นฐาน มีใจความว่า ไม่ว่าจะเป็นผู้ยากดีมีจนอย่างไร อาศัยอยู่ในเมืองหรือชนบท ทุกคนต้องได้รับโอกาสทางการศึกษาตามที่ตนเองพึงได้ เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของชีวิต

แม้ว่า ประเทศไทยได้ร่วมเป็นภาคีของสหประชาชาติในการร่างปฏิญญาจอมเทียนเมื่อสามสิบปีที่แล้ว (ปี ๑๙๙๐) เพื่อเป็นการรับประกันว่า เด็กทุกคนจะได้รับการศึกษาอย่างถ้วนหน้า (Education for All) และในภาพรวมประเทศไทยก็มีนโยบายในเรื่องการเพิ่มการเข้าถึงการศึกษาที่ดีพอสมควร แต่ปัจจุบันก็ยังมียากกลุ่มหนึ่งที่ต้องหลุดออกนอกระบบการศึกษา เด็กที่เข้าไปเรียนแต่ไม่มีความพร้อมเพราะต้องหยุดเรียนเพื่อช่วยพ่อแม่ทำงาน และเด็กที่ไม่มีอาหารมือเข้าทานก่อนเข้าเรียน

หากพิจารณาถึงสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา เด็กที่อยู่ในกลุ่มครอบครัวที่ยากไร้ที่สุดมีโอกาสได้เรียนต่อขั้นสูงกว่าการศึกษาระดับมัธยมปลายเพียง ๕% เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของครอบครัวทั่วไปที่สามารถส่งลูกเรียนต่อในระดับสูงกว่าขั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ๓๕% ดังนั้น โอกาสที่เด็กที่มาจากครอบครัวกลุ่มยากไร้ที่สุดจะสามารถขยับตัวให้พ้นจากวงจรความยากจนโดยอาศัยการศึกษาจึงยังเป็นไปได้ยาก

นอกจากนั้น ยังพบว่า เด็กกลุ่มฐานะด้อยโอกาสมีความเสียเปรียบในทุก ๆ ด้าน ทั้งในด้านผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ทักษะคิดในชีวิต ความเชื่อที่ว่าชีวิตตนเองสามารถพัฒนาและเติบโตได้ (Growth Mindset) หรือแม้แต่การกลั่นแกล้งรังแก (Bullying) กัน ก็เกิดในกลุ่มที่ครอบครัวด้อยโอกาสมากที่สุด ที่น่าเป็นห่วงคือสถานการณ์ความเหลื่อมล้ำของการศึกษาภายในประเทศที่ประเทศไทยมีการแบ่งแยกโรงเรียนตามเศรษฐกิจฐานะของนักเรียนอยู่ในลำดับต้นๆ ของโลก เป็นรองแค่ประเทศในละตินอเมริกาแค่นี้ก็ประเทศเท่านั้น ซึ่งไม่ใช่ภาพที่น่ายินดีนัก

บทบาทของกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.)

ในฐานะที่ผมได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการอิสระเพื่อการปฏิรูปการศึกษา (กอปศ.) และต่อมาได้รับโอกาสให้มาเป็นประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) ซึ่งเป็นหน่วยงานใหม่ที่ตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยมีวัตถุประสงค์



เพื่อสร้างความเสมอภาค ลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา ผมขอสะท้อนในภาพรวมของความพยายามในการลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษา โอกาส ความคาดหวังและมองไปในอนาคต ผ่านทางการดำเนินการของ กสศ. เป็นหลัก อันที่จริงแล้ว การถือกำเนิดของ กสศ. ก็ไม่ได้อยู่ห่างไกลจากดวงตงของวงการปฏิรูปในระบบสาธารณสุขนัก หากมองย้อนกลับไปตั้งแต่การตั้งสำนักงานส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้และคุณภาพเยาวชน (สสค.) ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ เพื่อให้เป็นหน่วยงานในลักษณะพิเศษ เพื่อทำงานในลักษณะสนับสนุนภาคการศึกษาและสังคมแห่งการเรียนรู้ ผ่านการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ โดยใช้กระบวนการแบบภาคีสายสุขภาพ อาจเรียกเล่นๆ ว่าเป็นเสมือน สสค. ของภาคการศึกษา จวบจนได้มีการกำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา หรือ กสศ. ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. ๒๕๖๐ และได้มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของ สสค. มาเป็น กสศ. โดยวัฒนธรรมการทำงานหลายๆ อย่าง ได้นำมาจากประสบการณ์ของการปฏิรูปทางสาธารณสุขที่ได้ลงมือทำและประสบความสำเร็จมาก่อน

ในการทำงาน กสศ. พยายามใช้บทเรียนจากภาคสาธารณสุขหลายๆ อย่าง เช่น เน้นการขับเคลื่อนด้วยฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Database) การนำข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) มาใช้วิเคราะห์และสร้างฐานของงานวิชาการที่มีหลักฐานชัดเจน จับต้องได้ (Evidence-based Research) การทำงานร่วมกับภาคีหลากหลายส่วนในสังคม เพื่อให้เกิดเครือข่ายภาคประชาสังคมในพื้นที่ต่างๆ และการประสานกับภาคนโยบายของรัฐ ภาคการเมือง

งานของ กสศ. มุ่งเน้นที่แก้ปัญหาในเชิงระบบ สร้างองค์ความรู้และนวัตกรรม ผลักดันเชิงนโยบายและแก้ปัญหาการเข้าถึงการศึกษาที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในฝั่งของอุปสงค์การศึกษา (Demand Side) คือ ฝั่งผู้รับบริการ ได้แก่ นักเรียน ผู้ปกครอง ค้นหามาตรการที่ทำแล้วได้ผลตรงข้ามกับความต้องการที่แท้จริงของฝั่งผู้เรียนและครอบครัว ทั้งในเรื่องการลดต้นทุนในการเข้าสู่ระบบการศึกษา การค้นหามาตรการที่จะทำให้ผู้เรียนจากครอบครัวที่ยากจนและด้อยโอกาสได้เข้าเรียนและมีโอกาสในการจบการศึกษามากขึ้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพโดยลงไปแก้ไขที่ต้นเหตุเพื่อให้เกิดความยั่งยืนจริงๆ และเน้นไปที่การให้การสนับสนุนไปยังเป้าหมายที่ตรงจุด (Targeted Intervention) มากกว่าการจัดสรรทรัพยากรแบบหว่านกว้าง (Universal Intervention)

เป้าหมายเรื่องความเสมอภาคทางผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และการเติบโตทางเศรษฐกิจ ไม่มีความขัดแย้งกัน

เช่นเดียวกับการปฏิรูประบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่อาจจะต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบจากสังคมในเรื่องของมูลค่าและผลตอบแทนต่อเศรษฐกิจ การที่ประเทศหันมาทุ่มเทจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการศึกษาที่มากขึ้น ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้เศรษฐกิจของประเทศลดการเติบโตลงแต่อย่างใด ซึ่งสังเกตได้ว่า ประเทศส่วนใหญ่ในโลกที่มีระบบการศึกษาที่มีความเสมอภาคและมีคุณภาพสูง ก็มักจะเป็นประเทศที่มีระบบเศรษฐกิจที่เติบโตอย่างก้าวหน้า หลายประเทศในยุโรป สแกนดิเนเวีย หรือเอเชียตะวันออก การที่ภาครัฐทุ่มเทงบประมาณในการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ยากจน ด้อยโอกาส จริงๆ แล้วก็เทียบเท่ากับ



การได้ช่วยพัฒนาคุณภาพทรัพยากรมนุษย์ของประชากรกลุ่มใหญ่ในประเทศนั้นเอง จะเห็นได้ว่าทั้งภาคการศึกษาและภาคสาธารณสุขล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญและคอยเติมเต็มซึ่งกันและกันเพื่อให้ทรัพยากรมนุษย์ของชาติมีคุณภาพสูงและพร้อมจะนำไปสู่สิ่งดีอื่น ๆ ต่อ คุณภาพชีวิต สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ

ที่ผ่านมา มีงานวิจัยจากนักวิชาการหรือสถาบันที่น่าเชื่อถือในระดับโลก ได้ออกมาแสดงตัวเลขทางเศรษฐศาสตร์ให้เห็นกันว่า เป้าหมายทางการศึกษากับเป้าหมายทางเศรษฐกิจนั้น จริงๆ แล้ว ไม่ได้มีความขัดแย้งกัน ตั้งแต่งานของศาสตราจารย์ James Heckman นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบลแห่งมหาวิทยาลัยชิคาโก ที่ออกมานำเสนอผลวิจัยเรื่องผลตอบแทนในเชิงเศรษฐกิจที่ได้จากการลงทุนในการศึกษาระดับปฐมวัยว่าได้ผลตอบแทนตลอดช่วงชีวิตกว่า ๗ เท่า หรือจะเป็นเรื่องเด็กออกนอกระบบ (Out of school Children) ที่พบว่าการศึกษาที่ประเทศไทยต้องมีเด็กที่ออกจากระบบก่อนเวลาอันสมควร มีผลกระทบในทางเสียหายต่อ GDP ของประเทศคิดเป็นมูลค่าถึง ๓% ของ GDP หรือประมาณ ๓.๓ แสนล้านบาท (Burnett, ๒๐๑๖) หรือการศึกษาที่ประเทศไทยสามารถทำให้นักเรียนที่มีทักษะความรู้ระดับพื้นฐาน (basic literacy) เพิ่มขึ้น ๑๐% จะมีผลเชิงบวกต่อระดับการเติบโตของ GDP per capital ของประเทศได้ ๐.๓% ต่อปี หรือหากสามารถสร้างให้มีนักเรียนที่มีทักษะในระดับสูง (high performer) เพิ่มขึ้น ๑๐% จะมีผลเชิงบวกต่อระดับการเติบโตของ GDP per capital ๐.๓% ต่อปีได้ (Hanusek & Woessmann, ๒๐๑๒)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลของการลงทุนพัฒนาคุณภาพประชากรผ่านทางการศึกษา จึงส่งผลในแง่บวกต่อเศรษฐกิจอย่างแน่นอน แต่รูปแบบของการลงทุนควรใช้วิธีไหน หรือมีมาตรการอย่างไรจึงจะคุ้มค่าและได้ผลสูงสุด ซึ่งเป็นหนึ่งในภารกิจสำคัญที่ กสศ. จะต้องทำต่อไป

สิ่งที่วงการศึกษาคิดเรียนรู้จากการปฏิรูประบบสาธารณสุข

หากมีสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ กสศ. สามารถเรียนรู้ได้จากการทำงานผลักดันด้านนโยบายของคุณหมอสงวนฯ และคณะ นั่นคือ ความสำคัญของการสร้างระบบที่เป็นรากฐานทั้ง เชิงการวิจัยเชิงระบบและการสร้างนวัตกรรมทางการศึกษา เราได้มีการริเริ่มจัดทำบัญชีประชาชาติด้านการศึกษา (National Education Account) ซึ่งเป็นงานที่ได้รับแรงบันดาลใจมาจากการทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account :NHA) ซึ่งคุณหมอวิโรจน์ องค์ปาฐกของเราเป็นผู้ริเริ่มทำขึ้นมา ซึ่งนับเป็นข้อมูลของเส้นทางงบประมาณทางการศึกษาของไทยที่มีความครอบคลุมมากที่สุด และได้รับความชื่นชมจากองค์การ UNESCO ว่าไทยเป็นประเทศต้นแบบที่ได้ทำโครงการเช่นนี้ได้ผล

กสศ. ยังให้ความสำคัญกับการทำวิจัยและสร้างนวัตกรรมเพื่อเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาคการศึกษา เช่น การสร้างระบบคัดกรองปัจจัยพื้นฐานนักเรียนยากจน เพื่อให้ครูสามารถเก็บข้อมูลด้านการเข้าเรียน สภาพความพร้อมของที่พักอาศัย ข้อมูลพื้นฐานต่างๆ รวมไปถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนสูง น้ำหนักของเด็ก ผ่านทาง แอปพลิเคชัน ทางมือถือและการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (Information System for Equitable Education: ISEE) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนในการบริหารจัดการ หรือนำไปแจ้งให้หน่วยงาน



ที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องหามาตรการป้องกันและช่วยเหลือต่อไป ยกตัวอย่างเช่น เราได้พบจากการสำรวจเด็กในกลุ่มยากจนพิเศษของ กสศ. ว่าประมาณครึ่งหนึ่งของนักเรียนยากจนพิเศษมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ต่ำกว่ามาตรฐาน ซึ่ง กสศ. จะได้ทำการประสานงานส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยดูแลในเรื่องนี้ต่อไป

นอกจากนั้น กสศ. ยังได้สร้างระบบการเก็บข้อมูลพร้อมสนับสนุนในปัจจุบันที่จำเป็นในทุกช่วงวัยตั้งแต่ระดับปฐมวัยเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่ระบบการศึกษา (School Readiness) การสำรวจและประเมินทักษะความพร้อมของเยาวชนในการเข้าสู่ตลาดแรงงาน (Career Readiness) และในระดับกำลังแรงงาน (Survey of Adult Skills) รวมไปถึงการสนับสนุนการทำการสำรวจเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการศึกษาในระดับจังหวัด (Provincial SDG ๔) เพราะ กสศ. เชื่อว่าเราสามารถทำการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงเป้าและบรรลุผลได้มากกว่าหากมีระบบข้อมูลมีการสร้างองค์ความรู้ และ นวัตกรรมทางการศึกษา รวมไปถึงการผลักดันการเคลื่อนไหวเชิงนโยบาย ด้วยงานวิจัยและฐานข้อมูลทางการศึกษา

การเป็นองค์กรขนาดเล็ก มีความคล่องตัว เน้นเป็นตัวกระตุ้นให้ภาคส่วนต่างๆ นำนวัตกรรมต้นแบบไปดำเนินการ

ในขณะที่การทำงานเชิงนโยบายในภาคสาธารณสุขมีหน่วยงานใหญ่ๆ ที่สามารถแยกหน้าที่ทำงานสอดประสานหนุนเสริมกัน เช่น ๑) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อ จัดสรรเงินให้กับสถานบริการต่าง ๆ ๒) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่คิดค้นวิจัย นวัตกรรม เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาทางด้านสาธารณสุข ๓) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ทำหน้าที่ส่งเสริมสังคมแห่งการเรียนรู้ การณรงค์ทางสังคม และส่งเสริมให้เกิดความตื่นตัวทางสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ

แต่สำหรับในภาคการศึกษาแล้ว กสศ.ยังถือว่าเป็นองค์กรขนาดเล็กในองค์ภาพของภาคการศึกษาไทย มีบุคลากรและงบประมาณที่ไม่มากนัก แต่ต้องมีบทบาททั้งด้านการจัดสรรเงินอุดหนุนการวิจัย สร้างนวัตกรรม และการณรงค์ทางการศึกษาต่อสังคม แต่อย่างไรก็ตาม ด้วยความที่เรายังเป็นองค์กรขนาดเล็ก เราจึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้สร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และอาศัยความร่วมมือกับภาครัฐซึ่งเป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่ในประเทศไทย รวมไปถึงเครือข่ายภาคีทางการศึกษาในหลากหลายภาคส่วนต่าง ๆ หรือแม้แต่ในภาคสาธารณสุข เช่น การส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพทั้งกายและจิตของนักเรียน การส่งนวัตกรรมต่าง ๆ ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาส เพื่อให้สามารถนำนวัตกรรมต่าง ๆ ที่เราได้คิดค้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศในวงกว้างได้

ซึ่งเป็นสิ่งที่ กสศ. มองตนเองว่าเป็นองค์กรเล็กๆ ที่ต้องการทำสิ่งที่จะสร้างผลกระทบที่ยิ่งใหญ่ โดยใช้พื้นฐานของความรู้ การวิจัย นวัตกรรม การสร้างฐานข้อมูลเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงนโยบายในภาคการศึกษา เราก็ต้องสร้างให้เกิดนายช่างประติมากรการศึกษาไทย เหมือนที่คุณหมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร องค์กรปาฐกของวันนี้ได้รับการยกย่องในวงการว่าเป็น “นายช่างประติมากรสาธารณสุข” จากการศึกษาวิจัยสร้างองค์ความรู้ทางนโยบายสาธารณะมากมาย เราก็ต้องการจะ



สร้างให้มีบุคลากรเช่นนี้ในวงการศึกษามากมาย ๑ คน นอกจากนี้ เราต้องการจะสนับสนุนให้มีผู้นำในการผลักดันนโยบาย ผู้ที่มีจิตใจมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อการศึกษา บุคลากรที่มีศักยภาพสูง ผู้ที่สามารถสื่อสารต่อสังคมได้

ปิดท้าย

สุดท้ายนี้ ผมหวังว่าการลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาไทย ในที่สุดก็สามารถประสบความสำเร็จเหมือนภาคสาธารณสุขที่คุณหมอสงวนฯ และผู้ร่วมอุดมการณ์ได้ทำให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบที่เป็นองค์การแพทย์ต่าง ๆ ในภาคการปฏิรูปสาธารณสุขประสบความสำเร็จ และได้รับคำชื่นชมจากทั่วโลก เรื่องการศึกษานั้นถือว่าค่อนข้างมีความซับซ้อนและเกี่ยวพันกับภาคส่วนต่างๆ ในสังคมเป็นจำนวนมาก การจะตั้งเป้าหมายให้ประสบความสำเร็จ จะทำงานเพียงลำพังคงเป็นไปไม่ได้ยาก เราต้องอาศัยภาคีเครือข่ายมาสนับสนุนการทำงาน ไม่ว่าจะจากกระทรวงศึกษาธิการ หน่วยงานภาครัฐอื่น ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน องค์กรส่วนท้องถิ่นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความก้าวหน้าด้านการศึกษาที่เป็นรูปธรรมให้เกิดขึ้นได้ เพื่อทำที่ดีที่สุด ผลจากการปฏิรูปการศึกษาโดยนวัตกรรมและองค์ความรู้ต่าง ๆ เหล่านี้จะมีส่วนสำคัญในการพัฒนาชีวิต พัฒนาประเทศชาติ ทั้งในมิติของสังคม ในด้านความเท่าเทียม และสามารถขจัดความยากจนในคนรุ่นต่อไปได้

ผู้แทนหน่วยงาน และบุคคลที่ได้รับเลือก ขึ้นรับรางวัลมิตรภาพ

บำบัดดีเค็มและรางวัลชมเชย ประจำปี ๒๕๖๒

โดย นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กรรมการ

และผู้ช่วยเลขาธิการ มูลนิธิมิตรภาพบำบัด



ภาพที่ ๕ นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

กล่าวรายงานและเชิญรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเค็ม

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๒ และรางวัลชมเชย



คำกล่าวรายงานและเชิญร่วรางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน

นายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๒ และรางวัลชมเชย

โดย นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์ กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัต

เรียนท่านประธานและท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน

ก่อนอื่นดิฉันขอกล่าวถึงความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของรางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน นายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ดังนี้ เพื่อสานต่องานจิตอาสา มิตรภาพบำบัต เพื่อนช่วยเพื่อน ตามปณิธานของนายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ มูลนิธิมิตรภาพบำบัต (กองทุนนายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์) จึงได้จัดให้มีรางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน นายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ขึ้นเป็นรางวัลเกียรติยศ เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ และมอบให้แก่ ผู้ป่วย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ หน่วยงาน องค์กรและสื่อ ที่ได้ดำเนินงานด้านจิตอาสาต่อเนื่องเป็นเวลานาน และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ของสังคม เป็นประจำทุกปี โดยมอบโล่รางวัลและเงินรางวัลจำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับรางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน และมอบโล่รางวัลและเงินรางวัลจำนวน ๕,๐๐๐ บาท สำหรับรางวัลชมเชย และในปี ๒๕๖๒ นี้ มีผู้ป่วย อาสาสมัคร หน่วยงาน องค์กร ทั่วประเทศ ที่ได้รับการเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกรับรางวัลจำนวน ๕๑ ราย/เรื่อง แบ่งเป็น ๕ ประเภท ดังนี้

- ประเภทที่ ๑ ผู้ป่วย อาสาสมัคร มิตรภาพบำบัตติเตน จำนวน ๑๔ ราย/เรื่อง
- ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ งานมิตรภาพบำบัตติเตน จำนวน ๒๒ ราย/เรื่อง
- ประเภทที่ ๓ องค์กร หน่วยงานและทีมงานสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัตติเตน ระดับ ตติยภูมิ/ทุติยภูมิ จำนวน ๗ ราย/เรื่อง
- ประเภทที่ ๔ องค์กร หน่วยงานและทีมงานสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัตติเตน ระดับ ชุมชน จำนวน ๗ ราย/เรื่อง
- ประเภทที่ ๕ สื่อที่ได้ดำเนินงานหรือสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัตติเตน จำนวน ๑ ราย/เรื่อง

และ มูลนิธิฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกผู้ได้รับรางวัลฯ โดยมีนายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล กรรมการและเลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัตเป็นประธาน และคณะกรรมการ ได้พิจารณาผลงานจากเอกสารและลงพื้นที่เพื่อสอบถามพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งดูแล การดำเนินงานจริง โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเลือกรางวัลที่มูลนิธิฯ ได้ประกาศกำหนด และ ผลการคัดเลือกรางวัล ปรากฏ ดังต่อไปนี้

รางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน นายแพทย์สวงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๒ มี ๔ รางวัล ดังนี้

๑. รางวัลมิตรภาพบำบัตติเตน ประเภทที่ ๑ ผู้ป่วย อาสาสมัครมิตรภาพบำบัตติเตน ได้แก่



- นางดารณี ทิพยดาราพาณิชย์ จิตอาสาโรงพยาบาลลำปาง (กลุ่มงานกุมารเวชกรรม) จังหวัดลำปาง
- ๒. รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ได้แก่
 - นางภัทรกร จันทวร นักรายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลเพชรรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา
- ๓. รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประเภทที่ ๓ องค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ตติยภูมิ/ระดับทุติยภูมิ) ได้แก่
 - โรงพยาบาลสตูล. จังหวัดสตูล
- ๔. รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประเภทที่ ๔ องค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับชุมชน) ได้แก่
 - เทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง
- ๕. รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประเภทสื่อที่ได้ดำเนินงานหรือสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น
 - ไม่มีสื่อที่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับรางวัล

รางวัลชมเชยมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๒
มี ๙ รางวัล ดังนี้

๑. รางวัลชมเชย ประเภทที่ ๑ ผู้ป่วย อาสาสมัคร มิตรภาพบำบัดดีเด่น มี ๒ รางวัล ได้แก่
 - นายสุทัศน์ ใจแก้ว จิตอาสาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแสนตอ และองค์การบริหารส่วนตำบลแสนตอ อ.ท่ามะกา จ.กาญจนบุรี
 - นางสาวจินตพรฝ่อง จิตอาสาโรงพยาบาลกระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร
๒. รางวัลชมเชย ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น มี ๓ รางวัล ได้แก่
 - แพทย์หญิงศิริราณี วงศ์เรืองศรี กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลลำปาง จ.ลำปาง
 - พันเอกหญิง ฤษฏา นวะมะวัฒน์ พยาบาลประจำการ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
 - นางสาววิวรรธน์ จิระเสวกติลก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลราชวิถี
๓. รางวัลชมเชยประเภทที่ ๓ องค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับทุติยภูมิ/ ตติยภูมิ) มี ๒ รางวัล ได้แก่
 - โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี
 - โรงพยาบาลพัทลุง

๔. รางวัลชมเชยประเภทที่ ๔ องค์กรหรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงาน
 มิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับชุมชน) มี ๒ รางวัล ได้แก่
- คลินิกหมอคอบครัวหนองสาหร่าย ต.หนองสาหร่าย อ.ปากช่อง จ.นครราชสีมา
 - โรงพยาบาลพระทองคำเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา จ.นครราชสีมา

ผู้ได้รับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๒
 เล่าถึงผลงานที่ได้รับรางวัลเรียงตามลำดับ

ลำดับที่ ๑ นางดารณี ทิพยดาราทาพาณิชย์ รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทอาสาสมัคร



ภาพที่ ๖ นางดารณี ทิพยดาราทาพาณิชย์ รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทอาสาสมัคร

คุณดารณีอดีตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความเข้าใจเรื่องความเจ็บปวดจากโรคมะเร็งเป็นอย่างดี จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่อยากทำงานจิตอาสาเพื่อผู้ป่วยมะเร็งที่มูลนิธิสายธารแห่งความหวัง ด้วยหัวใจที่เต็มเปี่ยมในการทำงาน ใน “โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเด็กป่วยด้วยโรคมะเร็ง” ภายใต้นแนวคิดให้เด็กเห็นตนเองและเห็นผู้อื่น โดยมี ๕ กิจกรรมหลักที่ทำภายใต้โครงการ ได้แก่

๑. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เป็นกิจกรรมที่ได้ความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ทำให้ค้นหาความต้องการของผู้ป่วย เพื่อตอบสนองได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นโอกาสแสวงหาความร่วมมือของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย
๒. กิจกรรมศิลปบำบัดและการส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ปกครอง ระหว่างที่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ปกครองขาดรายได้ ทางห้องเด็กป่วยโรครีรังได้จัดกิจกรรมศิลปบำบัดและการส่งเสริมอาชีพ เพื่อให้เด็กและผู้ปกครองได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นการผ่อนคลายความเจ็บปวดในการรักษา และให้ผู้ปกครองบางท่านมีรายได้ขณะมาดูแลบุตรหลานที่โรงพยาบาลและนำไปประกอบอาชีพได้
๓. กิจกรรมธรรมะในสวน เป็นการเสริมพลังกายและพลังจิตให้เด็กและคนในครอบครัว โดยใช้หลักสัปปุริสธรรม ๗ ถ่ายถอดผ่านกระบวนการศิลปะ และถอดบทเรียนให้เด็กมีความมั่นใจในตนเองว่า แม้จะป่วยด้วยโรคร้ายก็สามารถเป็นเด็กดีและเป็นคนดีในสังคมต่อไปได้
๔. กิจกรรมพาน้องสู่อวกาศ



เพื่อเรียนรู้มิตรภาพที่เกื้อกูล ช่วยเหลือ ผูกพัน เนื่องจากเด็กที่ป่วยเรื้อรังต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการเรียน เด็กบางคนต้องออกจากโรงเรียน ทางโครงการจึงสนับสนุนให้เด็กได้เรียนรู้โลกกว้างนอกห้องเรียน ผลที่เกิดขึ้นในโครงการที่มากกว่าประสบการณ์การเรียนรู้ของเด็กคือ เกิดมิตรภาพและความผูกพัน ความสามัคคี ของผู้ปกครอง ทีมแพทย์พยาบาล และทุกภาคส่วนที่สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้โลกกว้าง ๕. กิจกรรมสานฝันเด็กกระยะสุดท้าย เป็นการสอบถามความคิดเห็นเพื่อให้พบความต้องการสิ่งที่ผู้ป่วยอยากทำที่สุดในชีวิต เช่น การเป็นช่างแต่งหน้า มีอาชีพ ไปเที่ยวสวนสัตว์ ไปกราบพระบรมศพ เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมให้เด็กและครอบครัวในการเผชิญความตาย และสร้างความมั่นใจว่าจะจับมือเดินไปด้วยกันตลอดเส้นทาง

“นอกจากจะขอบคุณเครือข่ายการทำงานและผู้ใหญ่ใจดีทุกหน่วยงานแล้ว ยังขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กทุกท่าน และครอบครัวเด็กป่วยที่เปิดโอกาสให้อดีตผู้ป่วยอย่างดิฉันได้เรียนรู้ธรรมชาติของชีวิต โดยเฉพาะธรรมชาติของการเจ็บป่วยและการพลัดพรากในหลากหลายรูปแบบ เสมือนได้เจริญมรณานุสสติอยู่ตลอดเวลาการดำเนินงาน ถือเป็นทรัพย์สินล้ำค่าที่ดิฉันจะได้นำติดตัวไปใช้ในวาระสุดท้ายของชีวิต สุดท้าย ขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านที่เดินทางอยู่บนเส้นทางของมิตรภาพ ความเมตตา ความห่วงใย ความเกื้อกูล ความรักใคร่ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน”

ลำดับที่ ๒ นางภัทรกร จันทวร รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น



ภาพที่ ๗ นางภัทรกร จันทวร รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

นางภัทรกร จันทวร เล่าถึงที่มาของการทำงานมิตรภาพบำบัด เนื่องจากพบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยด้วยวิธีกายภาพบำบัดเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ การใช้มิตรภาพบำบัดจะช่วยเยียวยาหัวใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ผู้พิการ ญาติ และครอบครัวมีกำลังใจสามารถฟื้นฟูสภาพและเกิดเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือกัน



กิจกรรมงานมิตรภาพบำบัดและความร่วมมือกับองค์กรภาคี

๑. พัฒนาระบบการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายปฐมภูมิ หัวใจสำคัญในการทำงาน คือ “เราคือทีมเดียวกัน” เราในที่นี้หมายถึง ผู้รักษา ญาติ และครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อฟื้นฟูสภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

๒. สร้างทีมเพื่อให้ความรู้ ผูกทักษะ สะท้อนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เน้นการเสริมพลัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ด้วยการฝึกอบรม อสม. และ care giver ในชุมชน มากกว่า ๑๐ ปี

๓. ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากชุมชน ทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. ใช้ศิลปะการประดิษฐ์อุปกรณ์จากวัสดุเหลือใช้ มาเป็นอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยผู้ป่วยและญาติสามารถทำเองได้ ทำให้เกิดการช่วยเหลือแบ่งปัน

จากการทำงานมิตรภาพบำบัดเกิดผลงานหรือนวัตกรรมเด่น ดังนี้

ด้านงานบริการ

๑. เกิดการพัฒนาระบบฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบไร้รอยต่อ จากโรงพยาบาลสู่เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา

๒. เกิดการพัฒนาเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยความร่วมมือของชุมชน ทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ด้านงานวิจัย

๑. ก๊อบแก๊บฝึกมือ แแกนทิชชูกัปล้าง นำเสนอในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๕๕

๒. เชื่อมโยงเครือข่าย จับมือชุมชน พัฒนาการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา นำเสนอในการประชุมวิชาการเครือข่ายนักกายภาพบำบัด นครชัยบุรินทร์ ปี ๒๕๕๗ (รางวัลรองชนะเลิศลำดับ ๑) และประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๕๗

ด้านวิชาชีพ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำ คู่มือมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด สภากายภาพบำบัด ปี ๒๕๕๓

๒. จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำหนังสือ คำอธิบายจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ กายภาพบำบัด (ฉบับปรับปรุง ปี ๒๕๖๒) คณะทำงานเยี่ยมสำรวจมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด ปี ๒๕๕๓ - ปัจจุบัน

สิ่งที่ จะดำเนินการต่อไป

ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ นำแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะด้านการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้มีสุขภาพชีวิตที่ดี “มิตรภาพบำบัด เต็มคุณค่าในหน้าที่ เต็มความงามในชีวิต เต็มความดีในหัวใจ”

ลำดับที่ ๓ โรงพยาบาลสตูล รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทองค์กร หรือหน่วยงาน บริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ)



ภาพที่ ๘ โรงพยาบาลสตูล รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทองค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ)

“สตูลร่มเย็น สวยเด่นตระรุเดา ถิ่นลำเนาชาวใต้ หาดทรายสีขาว งานว่าวประเพณี โรตีสเด้อ เพชรอันดามัน” จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดแห่งพหุวัฒนธรรมที่สามารถอยู่ร่วมกันได้ทุกศาสนา เชื่อชาติ ด้วยความช่วยเหลือเกื้อกูลกันตลอดมา ทางทีมมิตรภาพบำบัดจึงประกอบด้วย ผู้นำทางศาสนาพุทธ ผู้นำทางศาสนาอิสลาม และพยาบาลวิชาชีพ ในชื่อโครงการ “เครือข่ายมิตรภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสังคมพหุวัฒนธรรม ตำบลพิมาน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ชาวบ้านในตำบลพิมานส่วนใหญ่ทำสวน ทำประมงและรับจ้าง ที่มาของการทำโครงการมาจากสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ทำให้สังคมสภาพกึ่งเมืองมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น ศักยภาพของผู้ดูแลลดลง ผู้ป่วยและผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง ตัดบ้านติดเตียง ๑.๙๒% เข้าไม่ถึงการรักษาที่เหมาะสม/มีความพิการ ๒๕.๖๕% อยู่ตามลำพังดูแลกันเอง ๑๑.๔๒% เนื่องจากลูกทำงานนอกบ้านในช่วงกลางวัน ๒๐.๕๑% และมีผู้ป่วยระยะท้ายและระยะประคับประคอง ๒๐.๕๘%



เส้นทางมิตรภาพบำบัด

- ๒๕๕๒ กลุ่มจิตอาสารวมตัวกันสำรวจพื้นที่เพื่อค้นหาผู้พิการและผู้สูงอายุ
- ๒๕๕๓ ได้รับคัดเลือกจาก พมจ. ให้ดำเนินการพื้นที่ที่ดูแลผู้พิการ โดยเป็นศูนย์การเรียนรู้ CLC ของ พม. และ อพก. และส่งประกวด อสม.ระดับชาติ
- ๒๕๕๔ ได้รับรางวัล อสม.ระดับชาติ
- ๒๕๕๙ ขานรับนโยบายการดูแลแบบประคับประคอง และจัดอบรม CG-CM ทางเทศบาลได้เปิดศูนย์ฟื้นฟู
- ๒๕๖๐ ทำโครงการ Home ward elderly ย้ายผู้ป่วยไปอยู่ที่บ้าน และทำระบบการดูแลในชุมชน
- ๒๕๖๑ ได้รับรางวัล อสม. ผู้ปฏิบัติงานดีเด่น
- ๒๕๖๒ บูรณาการการเยี่ยมบ้านแบบพหุวัฒนธรรม กับโต๊ะอิหม่ามและพระครู ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยระยะท้าย

การออกแบบระบบดูแล

- การดูแลเยี่ยมยาที่บ้าน

จากแนวคิด “ชาวพินานประสานพลังการดูแลผู้สูงอายุ งานได้ผล คนได้ใจ” โดยใช้รูปแบบ ๓ ส่วน ได้แก่ ๑. Intermediate care model ระยะ ๖ เดือนแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล ๒. Long term model ๓. Palliative care model

- บูรณาการการเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้นำทางศาสนา ด้วยระบบสุขภาพชุมชน

พระครูสุนทรธรรมนิเทศ ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดชนาธิปเฉลิม ได้เล่าถึงการเยี่ยมบ้านว่า “ผู้ป่วยเมื่อเห็นพระมาเยี่ยมที่บ้านก็ดีใจ บอกว่าตายก็ไม่เสียดายแล้ว ทำให้รู้สึกว่าการออกเยี่ยมบ้านทำให้ใจของผู้ป่วยเป็นสุข อย่างเมื่อเร็วๆ นี้ อาตมาได้ไปเยี่ยมผู้ป่วยที่เกาะหลีเป๊ะ เมื่อวันที่ ๒ ม.ค. ที่เพิ่งผ่านมา ผู้ป่วยไม่เคยเจอพระเลยเป็นสิบปี ได้เจอพระแค่ ๕ นาทีแล้วจากไปด้วยลมหายใจที่สงบ หรือในกรณีผู้ป่วยติดเตียงเมื่อพระไปเยี่ยมให้กำลังใจก็สามารถลุกนั่ง และเดินระยะสั้นได้ ปัจจุบันสามารถมานั่งหน้าบ้านพูดคุยกับคนแถวบ้านได้

จากการเยี่ยมชุมชนพบว่ามีคนทีลำบากยากไร้ ควรได้รับการดูแลจึงนำของทีปีนฉาบขาดไปแจกจ่ายที่บ้าน และได้ทำโครงการเยี่ยมพระพบปะโยม ในช่วงทีประสบความสำเร็จดีอดร้อนจากน้ำท่วม ไฟไหม้ ทางพระได้เป็นจุดศูนย์กลางในการรับบริจาค ช่วยเหลือ

ในการดำเนินงานส่วนหนึ่งก็อาศัย care giver เป็นมดงานในการดูแลหน้าเตียงในชุมชนแบบจิตอาสาดูแลประดุจญาติ ช่วยเยี่ยมบ้าน ตัดเล็บ สระผม ทำความสะอาดบ้าน ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญคือ มีท้องถิ่นเกื้อหนุน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น มิตรภาพบำบัดในญาติและผู้ดูแล คำพิทักษ์ชายทะเล คลายเครียดผู้พิการและญาติ เป็นต้น ในการเยี่ยมผู้ป่วยใกล้ตายนั้นในบางรายจะใช้การผสมผสานทั้งสองศาสนา คือ พระสวดมนต์ให้และอิหม่ามดูอาร์”



อิหม่ามการิม เก็บกาเม็น เล่าถึงการทำงานโครงการมิตรภาพบำบัดว่า “ความภาคภูมิใจคือได้รางวัลตำบล Long Term Care (LTC) ดีเด่นระดับจังหวัด ได้แก่ care manager ดีเด่นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยติดเตียง เช่น นวัตกรรมเบาะลมถุงน้ำยาล้างไต นวัตกรรมปลอกมือมหัศจรรย์ป้องกันการดึงสายน้ำเกลือ เป็นต้น รางวัลผู้สูงอายุ ๑๐๐ ปี ซีวีวีมีสุข รางวัลผู้สูงอายุดีเด่นการทำงานต่อไปในปีหน้าจะดึงบาทหลวงเข้ามาช่วยในการเยี่ยมบ้าน เป็นการบูรณาการสามศาสนา เพื่อช่วยเพิ่ม self esteem ให้ผู้ป่วยลุกขึ้นมาจัดการตนเองได้ โดยมีผู้นำศาสนาเป็นผู้ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยติดเตียงหรือผู้สูงอายุ

ปัจจัยความสำเร็จ

- ความร่วมมือของภาคีที่เกี่ยวข้อง ผู้นำศาสนา
- มี care manager ๔ คน และมี CM เทศบาลบริหารจัดการระบบ LTC
- ผู้บริหาร/นายกเทศมนตรีเห็นความสำคัญ
- เป็นงานนโยบายที่สำคัญ

บทเรียน

- ขวัญและกำลังใจของคนทำงานสำคัญ “งานได้ผล คนได้ใจ”
- ความแตกต่างของศาสนาไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการบริการแบบมิตรภาพบำบัด

โอกาสในการพัฒนา

- การขยายเครือข่ายและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- เน้นการดูแลในระยะกึ่งเฉียบพลัน (sub-acute care) เพื่อให้มีการฟื้นฟูของผู้ป่วยในระยะ Golden period การขยายศูนย์ CBR

“

ผู้ป่วยทุกท่านคือบทเรียนที่สอนให้เรารู้จักเห็นคุณค่าของสุขภาพตัวเองมากขึ้น เป็นผู้มีพระคุณที่ได้กลับมามีชีวิตและใช้ชีวิตด้วยความไม่ประมาท

”

ลำดับที่ ๔ เทศบาลเมืองมาบตาพุด รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทองค์กร หรือหน่วยงาน บริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับชุมชน)



ภาพที่ ๘ เทศบาลเมืองมาบตาพุด รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นฯ ประเภทองค์กร หรือหน่วยงานบริการที่ให้การสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น (ระดับชุมชน)

เทศบาลเมืองมาบตาพุดได้เริ่มต้นทำงานมิตรภาพบำบัด เนื่องจาก ๑) มีการทำงาน Long-Term Care (LTC) ในพื้นที่อย่างจริงจังในปี ๒๕๕๙ เพื่อค้นหา ประเมินปัญหาและความต้องการให้การดูแลครอบคลุม ๔ มิติ นำไปสู่ความมั่นคงทางสุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ ๒) ประชาชนในพื้นที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ๓) งบประมาณบางอย่างไม่สามารถเบิกจ่ายได้ มีกระบวนการขั้นตอนยุ่งยากไม่ทันต่อความต้องการช่วยเหลือ

แนวคิดการ “เฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข” คือ มีการรวมตัวกันกับภาคประชาชนจัดตั้ง “กองทุนสนับสนุนการจัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการเมืองมาบตาพุด” โดยมีนายกเทศมนตรีเป็นประธาน เงินทุนเริ่มแรกจำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท มาจาก ท่านเจ้าอาวาสวัดโชดหินบริจาค ๑๐๐,๐๐๐ บาท นายถวิล โปธิบัวทอง และคุณยุทธนา ศรีภักยานันท์ บริจาคคนละ ๕๐,๐๐๐ บาท

วัตถุประสงค์ของกองทุน

๑. เพื่อบรรเทาทุกข์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
๒. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๓. สร้างสังคมที่มีความเกื้อกูลกัน
๔. เพิ่มความสุขให้กับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถมีชีวิตที่ดีขึ้น
๕. เป็นองค์กรต้นแบบ “การดูแลและฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุและคนพิการอย่างมีประสิทธิภาพ ยั่งยืนและการบริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์”

การบริการของกองทุน เช่น การปรับปรุงบ้าน รถเข็น อาหาร อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำรงชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และคนพิการ



เพื่อนช่วยเพื่อน : การใช้แพทย์ทางเลือกกับผู้ที่มีภาวะเส้นเลือดในสมองแตก ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงได้ใช้สมาชิกบำบัด SKT จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และในปัจจุบันผู้ป่วยท่านนี้สามารถทำงานได้และไปสอนเพื่อนผู้ป่วยท่านอื่นต่อไป

ศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน หรือ EIC เป็นศูนย์แห่งเดียวในประเทศไทย เนื่องจากเทศบาลมาตาศูนย์อยู่ในเขตอุตสาหกรรมที่เคยมีอุบัติเหตุโรงงานระเบิด ทางรัฐบาลจึงให้ตั้งศูนย์ EIC เพื่อเฝ้าระวังปัญหาสิ่งแวดล้อมตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทางศูนย์จึงได้นำข้อมูลของผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และการระบาดของโรคเข้าไปผนวกกับศูนย์ตอบโต้สถานการณ์ภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ นอกจากนี้ ยังได้ประสานมหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อติดตั้ง smart living หรือ smart watch หากเกิดเหตุฉุกเฉินด้านสุขภาพช่วงเวลากลางวันจะมีเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการสาธารณสุข ๖ แห่งและโรงพยาบาลโปลงพื้นที่ดูแล ส่วนกลางคืนจะเชื่อมกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

การให้ความช่วยเหลือ

จากเดิมที่มีเงินทุนตั้งต้นอยู่ ๒๐๐,๐๐๐ บาท ได้เพิ่มเป็น ๔๐๐,๐๐๐ กว่าบาท ภายในระยะเวลาปีเศษ กองทุนได้ให้ความช่วยเหลือไปทั้งหมด ๑๕๐ ราย

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

๑. ผู้บริหารท้องถิ่นให้ความสำคัญกับการดำเนินงานมิตรภาพบำบัด และการให้ความช่วยเหลือด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
๒. กองทุนสนับสนุนการจัดบริการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและคนพิการ เมืองมาตาศูนย์ ให้ความช่วยเหลือโดยไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทน และไม่แสวงหาผลกำไร
๓. มีเครือข่ายที่ดีในการให้ความร่วมมือ ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานมิตรภาพบำบัด ได้แก่ เทศบาล วัด สถานศึกษา โรงพยาบาล ชุมชน ภาคเอกชน กลุ่มโรงงาน อุตสาหกรรม ฯลฯ
๔. มีกิจกรรมสนับสนุนการให้ความช่วยเหลือที่เห็นผลโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ เป็นที่ยอมรับ จนทำให้ทุกภาคส่วนให้ความสนใจและเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือ
๕. คณะทำงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน มีความเสียสละโดยไม่หวังผลประโยชน์ตอบแทน
๖. มีทีมงานในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ทีมงานมีการประสานกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
๗. มีการพัฒนาบุคลากร (อบรมให้ความรู้เพิ่มเติม) ให้กับ care giver อสม. อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการคิดค้นนวัตกรรมในการให้ความช่วยเหลือ
๘. เป็นสถานที่ศึกษาดูงานและให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการที่มีภาวะพึ่งพิง

รางวัลแห่งความภาคภูมิใจ เช่น รางวัล LTC ดีเด่นระดับเขต รางวัลผู้สูงอายุ และรางวัลมิตรภาพบำบัดเด่น

แนะนำองค์ปาฐกในปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒

โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด



ภาพที่ ๙ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด
แนะนำองค์ปาฐกในปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒

คำกล่าวแนะนำองค์ปาฐกในปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒

โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

ท่านประธานและท่านผู้มีเกียรติที่เคารพ

องค์ปาฐก ปาฐกถา สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปีนี้ เป็นบุคคลที่ได้รับการยกย่องอย่างสูงในวงการสุขภาพโลก (Global Health) ท่านได้รับรางวัลทรงเกียรติระดับโลก ในระหว่างการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๗๒ ช่วงวันที่ ๒๐-๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส คือรางวัล “ผู้นำด้านสุขภาพของผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก” (Director General’s Health Leaders) ในฐานะผู้มีผลงานโดดเด่นทางวิชาการและการพัฒนาสาธารณสุข รางวัลดังกล่าวมอบแก่ผู้มีผลงานด้านสาธารณสุขโดดเด่นของแต่ละภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแบ่งเป็น ๖ ภูมิภาค ได้แก่ (๑) ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (๒) ภูมิภาคแปซิฟิกตะวันตก (๓) ภูมิภาคเมดิเตอร์เรเนียนตะวันออก (๔) ภูมิภาคยุโรป (๕) ภูมิภาคแอฟริกา และ (๖) ภูมิภาคอเมริกา

ผลงานของนายแพทย์วิโรจน์ ถือว่าโดดเด่นที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีประชากรร่วม ๒ พันล้านคน และนับว่าโดดเด่นเป็นที่ประจักษ์ในระดับโลก โดยเฉพาะผลงานในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ที่นายแพทย์วิโรจน์ มีส่วนสำคัญในการริเริ่มผลักดันระบบเหมาจ่ายรายหัวขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยในระบบประกันสังคม เมื่อ พ.ศ.๒๕๓๔ โดยสามารถกำหนดอัตราเหมาจ่ายรายหัวในอัตราที่เหมาะสม จนทำให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นได้ในประเทศไทย ในปี พ.ศ.๒๕๔๔ ซึ่งรัฐบาลสมัยนั้นตัดสินใจเริ่มระบบบัตรทองขึ้น

ดังภาษิตที่ว่า The devil is in detail. (นางฟ้าอยู่ที่หลักการ ซาตานอยู่ที่รายละเอียด) นโยบายดีๆ จำนวนมากทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกแท้ๆ คลอดก่อนกำหนด พิกลพิการ หรือ



กลายเป็นปัญหาสังคม เพราะขาดการเตรียมการและกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ และอย่างเข้มแข็งเพียงพอ

นายแพทย์วิโรจน์ เป็นชนพลคนหนึ่งของนายแพทย์สงวน ได้ทำงานร่วมอุดมการณ์มาตั้งแต่ครั้งเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ช่วงก่อนและหลังวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ จนหลังเกิดโศกนาฏกรรมครั้งใหญ่เมื่อ ๖ ตุลาคม ๒๕๑๙ อุดมการณ์เพื่อประชาชนยังคงเจิดจ้าไม่เลือนหาย นายแพทย์วิโรจน์ มีส่วนสำคัญในการวางรากฐานทั้งระบบประกันสังคม และระบบบัตรทองร่วมกับนายแพทย์สงวน

หลังเริ่มระบบประกันสังคม นายแพทย์วิโรจน์ ทำการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องจนมีองค์ความรู้ที่มีคุณภาพสูง สามารถนำเสนอต่อที่ประชุม “เวิร์คช็อป” (workshop) ที่ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล ที่นายกรัฐมนตรีเป็นผู้นำการประชุมทั้งวัน เมื่อวันเสาร์ที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๔๔ ตั้งแต่เวลา ๙.๐๐ น. ถึง ๒๐.๓๐ น. เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการวางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้นำทัพพิชิตปัญหาอุปสรรคมากมายมาได้จนเป็นที่พึงที่แท้จริงของประชาชนคนไทย และเป็นที่ยกย่องสรรเสริญของนานาชาติมาได้ในทุกวันนี้

นายแพทย์วิโรจน์ มีพื้นเพคล้ายคลึงกับท่านอาจารย์ป่วย อังภากรณ์ บุรุษชาชนาอินของชาติไทยกล่าวคือเป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด เกิดเมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๔๙๗ จบประถม ๔ ที่โรงเรียนวัฒนาวุฒิวินยา (เหลียงฮั่วหักเหา) ประถม ๕-๗ ที่โรงเรียนสยามวิทยาลัย มศ.๑-๕ ที่โรงเรียนอัสสัมชัญ บางรัก จบแพทย์ที่ศิริราช เมื่อ พ.ศ.๒๕๒๒ เป็นแพทย์ฝึกหัดที่โรงพยาบาลราชวิถี เป็นแพทย์ใช้ทุนที่โรงพยาบาลโงงเจียม จ.อุบลราชธานี ๑ ปี โรงพยาบาลตระการพืชผล ๗ ปี และโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ๑ปี จึงไปศึกษาต่อที่คณะสาธารณสุขศาสตร์และเวชศาสตร์เขตร้อนที่มหาวิทยาลัยลอนดอน (London School of Hygiene and Tropical Medicine) จนได้ดุษฎีบัณฑิตทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข โดยวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก ได้รับรางวัลดีเด่น (Woodruff Medal) เมื่อ พ.ศ.๒๕๓๔ โดยเป็นคนแรกที่ได้รับรางวัลนี้ และเป็นคนไทยคนเดียวที่ได้รับรางวัลดังกล่าว

นายแพทย์วิโรจน์ มีผลงานวิชาการมากมายที่มีคุณภาพสูง และสามารถผลักดันให้องค์ความรู้นั้นเป็นประโยชน์ต่อประชาชนคนไทยและชาวโลกได้อย่างแท้จริง นับว่านายแพทย์วิโรจน์ เป็นผู้หนึ่งที่ดำเนินตามพระปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศรยอดยเดชชวกรม พระบรมราชชนก ได้อย่างชัดเจน คือประโยชน์ที่ทรงไว้ในสมุติโน้ตเล่มหนึ่งที่ว่า

“

*True success is not in learning, but in its application
to the benefit of mankind.*

**ความสำเร็จที่แท้จริง มิใช่เพียงการเรียนรู้ แต่อยู่ที่การประยุกต์ใช้ความรู้
เพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติ**

”



ผลงานมากมายของนายแพทย์วิโรจน์ ทำให้นายแพทย์วิโรจน์ได้รับรางวัลทรงเกียรติจาก มหาวิทยาลัยลอนดอน คือ รางวัล เอดวิน แซดวิก (Edwin Chadwick Medal) เมื่อ พ.ศ.๒๕๕๔ รางวัลนี้มอบแก่บุคคล ที่มีผลงานด้านสาธารณสุขระดับโลก โดยมอบ ๓ ปี ครั้งหนึ่ง นายแพทย์วิโรจน์ได้รับรางวัลนี้เป็นคนที่ ๕ พิธีมอบรางวัลจัดขึ้นในพิธีประสาทปริญญาแก่บัณฑิตคณะสาธารณสุขและเวชศาสตร์เขตร้อนแห่งมหาวิทยาลัยลอนดอน เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๕๔

นายแพทย์วิโรจน์ เคยกล่าวอย่างถ่อมตัวว่าเติบโตมาจากโรงเรียนวัด คือ โรงเรียนอัสสัมชัญ ซึ่งมีคติว่า “Labor Ommia Vincit” (สิ่งทั้งปวงเอาชนะได้ด้วยอดทน) นายแพทย์วิโรจน์ได้รับการปลูกฝังด้วยคตินี้มาตั้งแต่เยาว์วัย และเชื่อมั่นว่าความสำเร็จในชีวิตมาจากความมานะบากบั่นทุ่มเททำงานด้วยหยาดเหงื่อโดยแท้

ในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา นายแพทย์วิโรจน์มีบทบาทสำคัญในการผลิตคหุภัณฑ์ติดที่มีคุณภาพราว ๕๐ คน ในด้านนโยบายและระบบสุขภาพ และมีบทความวิชาการตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติชั้นนำราว ๓๐๐ เรื่อง

นายแพทย์วิโรจน์ เป็นคนสมถะ และมุ่งมั่นเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนอย่างแท้จริง มีความรักในเพื่อนมนุษย์ทั่วโลก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือประชาชนคนไทย นับว่านายแพทย์วิโรจน์เป็นคนที่รักชาติด้วยหัวใจที่แท้จริง ประจักษ์พยานที่ชัดเจน คือ เมื่อ ดร.โกโร ฮาร์เลม บรินท์แลนด์ ได้รับแต่งตั้งเป็นผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก นายแพทย์วิโรจน์เป็น ๑ ใน ๙ ผู้ได้รับเชิญไปประชุมเตรียมการบริหารองค์การอนามัยโลกที่กรุงออสโล นอร์เวย์ หลังจากนั้น ๘ ใน ๙ คน ได้รับแต่งตั้งเป็นผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก นายแพทย์วิโรจน์เป็นคนเดียวที่ขอไม่รับตำแหน่ง และต่อมาสમຍที่ แพทย์หญิงมาร์กาเรต ซาน หนึ่งในผู้ได้รับรางวัลเจ้าฟ้ามหิดล ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก รู้ฝีมือและเชื่อมีอนายแพทย์วิโรจน์ จึงเชิญชวนนายแพทย์วิโรจน์ ไปดำรงตำแหน่งผู้ช่วยผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลก ซึ่งจะได้รับเงินเดือนมากกว่าที่ได้รับในฐานะข้าราชการในประเทศไทยราว ๑๐ เท่า พร้อมสิทธิประโยชน์มากมายในฐานะเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก แต่นายแพทย์วิโรจน์ปฏิเสธ เพราะต้องการอุทิศเวลาส่วนใหญ่ในชีวิตให้แก่ประชาชนคนไทย

นายแพทย์วิโรจน์ มีงานอดิเรก คือเป็นช่างไม้ โดยจะต่อเตียงวิวาห์ด้วยตนเองให้แก่ลูกศิษย์ลูกหาที่ได้แต่งงาน หญิงสาวที่ครองโสดก็จะได้รับโต๊ะเครื่องแต่งหน้าแทน ความเป็นช่างไม้ต้องมีความละเอียด ประณีต พิถีพิถัน ฐัธรรมชาติของไม้ และต้องสามารถต่อไม้ให้สนิทพอดีพอดีจนมีความมั่นคง แข็งแรง ทนทาน แล่งดงาม

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของไทย ที่สามารถก่อประโยชน์สุขอย่างแท้จริงให้แก่ประชาชนชาวไทย และเป็นแบบอย่างที่น่านานาชาติยกย่องทั้งประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คุณภาพมาตรฐาน แล่งดงาม อย่างยิ่ง ก็ด้วยฝีมือของช่างไม้ผู้บรรจงสร้างระบบบริการและหลักประกันสุขภาพไทย นายช่างฝีมือเลิศอย่างนายแพทย์วิโรจน์ ดังเจริญเสถียร

ปาฐกถาวันนั้น นายแพทย์วิโรจน์ จะพูดในหัวข้อ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” ขอเชิญทุกท่านรับฟังจากนายแพทย์วิโรจน์



ปาฐกถาสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ปี ๒๕๖๒

“หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม”

โดย องค์ปาฐก นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร



การมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยนั้นมี ๓ ส่วนใหญ่ คือ

ส่วนที่ ๑) What have been transformed?

ระบบธรรมาภิบาลพัฒนาอย่างรวดเร็วในช่วง ๑๙๙๐: จากระบบราชการไปจนถึงการมีส่วนร่วม

ระบบราชการ

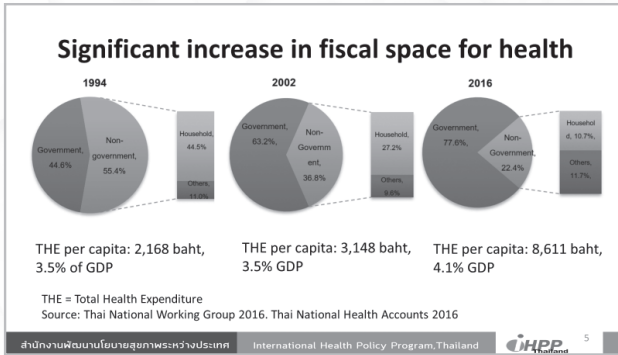
- ภาครัฐเป็นผู้กำหนดนโยบายต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงบประมาณ กรมบัญชีกลาง เป็นต้น
- การตัดสินใจแบบ Top-down

การมีส่วนร่วม

- ลดช่องว่างของนโยบายเพื่อขยายพื้นที่ให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและระบบสุขภาพเพิ่มมากขึ้น อย่างเช่น การออกกฎหมาย สปสช. และการก่อตั้งองค์กรต่างๆ ดังนี้
 - สวรส. (ค.ศ. ๑๙๙๒)
 - สสส. (ค.ศ. ๒๐๐๑)
 - สปสช. (ค.ศ. ๒๐๐๒)
 - สช. (ค.ศ.)
 - สรพ. (ค.ศ. ๒๐๐๙)

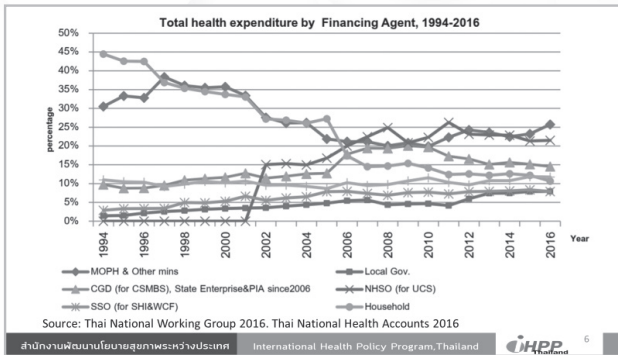
สิ่งเหล่านี้ทำให้การปฏิรูป และเพิ่มช่องให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นท่ามกลางวาทกรรมการเกลียดชังผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับองค์กรตระกูล ส. ทั้งหลาย แต่ที่สุดท้ายก็ผ่านมาได้ แม้จะเป็นลักษณะลุ่มๆ ดอนๆ

ในช่วง ๒ ทศวรรษที่ผ่านมา (ค.ศ. ๑๙๙๔ – ๒๐๑๖) รายจ่ายสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากปี ค.ศ. ๑๙๙๔ มีรายจ่ายต่อหัว ๒,๑๖๘ บาท หรือ ๓.๕% ของ GDP เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด เป็น ๘,๖๑๑ บาท หรือ ๔.๑% ของ GDP ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ เป็นตัวเลขรายจ่ายของทั้งภาครัฐ ภาคประชาชนและส่วนอื่นๆ ประเทศไทยอยู่ใน ๑๐% ของ health status equipment มีรายจ่ายสุขภาพเพียง ๔.๑% ของ GDP ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ๑๘% ของ GDP แต่ยังมีคนอีกกว่า ๓๐ ล้านไม่มีหลักประกันสุขภาพ



ภาพที่ ๑๑ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น

รายจ่ายสุขภาพทางการเงินในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๔ - ๒๐๑๖



ภาพที่ ๑๒ กราฟแสดงรายจ่ายสุขภาพทางการเงินในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๔ - ๒๐๑๖

เส้นรายจ่ายของครัวเรือน (สีส้ม) ๔๕% ของรายจ่ายทั้งหมดในปี ๑๙๙๔ ลดลงเหลือ ๑๑% ในปีค.ศ. ๒๐๑๖ ซึ่งต่ำกว่าและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของที่อยู่ ๑๘% การที่ครัวเรือนไทยไม่มีค่าใช้จ่ายสุขภาพจากกระเป๋าตัวเองนั้น ทำให้มั่นใจว่า การที่คนไทยมีหลักประกันสุขภาพช่วยให้เข้าถึงการรักษาได้แม้ไม่มีเงิน หลักประกันสุขภาพนี้ได้กลายเป็นประวัติศาสตร์จากความพยายามของคุณหมอสงวนและผู้ร่วมอุดมการณ์ ช่วยเพิ่มคุณค่าความเป็นมนุษย์ของคนจนที่ต้องไปร้องขอการรักษา

การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่าง purchasers (ผู้ซื้อ) และ providers (ผู้ให้บริการ)

Transformed relationship: purchasers and providers	
Before 2002	After 2002
<ul style="list-style-type: none">• Dominant role of “integrated model” where purchaser & providers are same entity; MOPH allocated regular budget + Low Income Scheme + Voluntary Health Insurance budgets to its own facilities<ul style="list-style-type: none">– Except the small role of “contract model” applied by Social Security Office and Comptroller General’s Dept as purchaser organizations for their members• Provider payment – line item budget allocation by MOPH, fee-for-service by CGD, capitation by SSO.• Multiple funding flows to health facilities creates unclear accountability by providers to MOPH, insurance funds and citizens.	<ul style="list-style-type: none">• “Contract model” replaces “integrated model”: MOPH acts as major providers, regulatory functions while NHSO as a purchaser for UCS.<ul style="list-style-type: none">– CGD and SSO remain “contract model”• Provider payment – more strategic, mixed methods which promote equitable access<ul style="list-style-type: none">– Except CSMBs outpatient still goes with the inefficient Fee For Service method, though DRG applies multiple base rates• Clear accountability framework across actors<ul style="list-style-type: none">– Government, healthcare providers, purchasers, and citizens

สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ International Health Policy Program, Thailand 7

ภาพที่ ๑๓ การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่าง purchasers (ผู้ซื้อ) และ providers (ผู้ให้บริการ)

ก่อนปี ๒๐๐๒

- Integrated model: กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบโครงการผู้มีรายได้น้อย บุคคลที่ควรได้รับการช่วยเหลือ งบประมาณ ๒๐๐ กว่าบาทต่อหัว และโครงการบัตรสุขภาพ (ประชาชนจ่าย ๕๐๐ บาท รัฐบาลอุดหนุน ๕๐๐ บาทต่อครัวเรือน)
- เนื่องจากงบประมาณมีน้อย การทำงานกับโรงพยาบาลชุมชนและสถานีนอนมัยไม่ได้รับการประสานงานเท่าที่ควร แม้จะมีคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ก็ตาม ยกเว้นส่วนของประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการเป็นรูปแบบ contract-model ของกระทรวงสาธารณสุข

หลังการปฏิรูปในปี ค.ศ. ๒๐๐๒

- contract-model แทนที่ Integrated model ของผู้มีรายได้น้อยและโครงการบัตรสุขภาพ ซึ่งเป็น major transformation อันเป็นปัจจัยให้เกิด “ความรับผิดชอบต่อกันระหว่าง ๔ factors” ได้แก่ ประชาชน, Purchasers organization, กระทรวงสาธารณสุข (ดูแลงบประมาณปกติ) และ Health care providers



การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดสรรงบประมาณ

Transformation of budgeting processes: From discretion power to evidence and transparent processes

- Prior to 2002
 - Program budgeting and line items
 - Thousands of projects allow exercise of discretion power
- After 2002
 - Evidence based budgeting based on “undisputable evidence” of unit cost of services and utilization rate, and total UCS populations
 - Multi-stakeholder working group + leveled field of negotiation prevent the use of discretion power in budget decision.

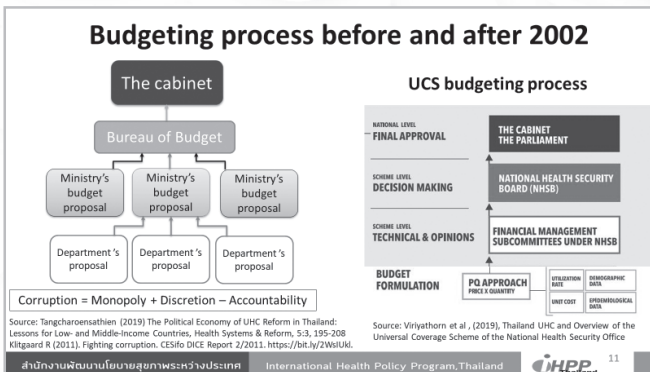
สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program, Thailand
IHPP Thailand 10

ภาพที่ ๑๔ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการจัดสรรงบประมาณ

การเปลี่ยนแปลงอำนาจดุลยพินิจในการพิจารณางบประมาณของสำนักงานงบประมาณ เป็นวิธีการ transparent processes โดยใช้ undisputable evidence (ข้อเท็จจริงที่ไม่สามารถ ถกเถียงได้) หรือ ค่าใช้จ่ายต่อหัว

อัตราเหมาจ่ายรายหัว = unit cost x อัตราการใช้บริการ

- จำนวนประชาชนของ UC ที่ลงทะเบียนกับทาง สปสช. อยู่ที่ระดับหน่วย ไม่ถึงระดับ ร้อย
- ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูล undisputable evidence และเป็นข้อมูล working group อันเป็นจุดเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ



ภาพที่ ๑๕ กระบวนการจัดสรรงบประมาณ ช่วงก่อน-หลังปี ค.ศ. ๒๐๐๒



นักวิชาการชาวอเมริกันได้เขียนสูตรว่า Corruption = Monopoly + Discretion - Accountability หมายถึง หากเราจะลดการ Corruption จะต้องลดอำนาจการผูกขาด (Monopolization) ในประเทศไทยมีการพูดถึง การจัดสรรงบประมาณอย่างโปร่งใส คือ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการทำงานงบประมาณประจำปี เพื่อขออนุมัติคณะรัฐมนตรี และเข้าสู่กระบวนการรัฐสภา ออกเป็น พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี

บทบัญญัติการบริการในระบบสุขภาพระดับอำเภอ

Functional transformation: service provision

- Before 2002
 - At district level, competition over the small budget for low income scheme and voluntary health insurance budget between health centers (HC) and district hospitals (DH)
 - Limited technical support to HC from DH.
 - Lack of coordination and referral up and down HC-DH.
- After 2002
 - Seamless functional integration of HC + DH to provide services to district catchment populations, through the 'Contracting Unit for PHC (CUP)': HC and DH share the single capitation OP budget.
 - More collaboration and technical support to HC; pharmacists in DH manage medicines and medical supply for HC.
 - HC have shouldered service load from DH esp. NCD; effective up and down referral
 - District health systems is the platform for health and non-health partners such as LGU, schools, temples, community leaders, through the function of "District Quality of Life Development Board"

สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program, Thailand

12

ภาพที่ ๑๖ บทบัญญัติการบริการในระบบสุขภาพระดับอำเภอ ก่อน-หลังปี ค.ศ. ๒๐๐๒

แต่เดิมเรามีคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) คูแลในระดับอำเภอ และ สำนักงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (สสจ.) คุยโรงพยาบาลชุมชน ความสัมพันธ์มีความลุ่มๆตอนๆ หลังจากมีการปฏิรูปแล้ว CUP (Contracting Unit for PHC) ของชุมชนใช้ทรัพยากรของผู้ป่วยนอก (OP) เดียวกัน คูแลคนใน catchment area ทั้งหมด ทำให้มีการบูรณาการ (functional integration) คือ เกสัซเซอร์ของโรงพยาบาลชุมชนคูแลบริหารยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัคซีน ทำให้ลดยาที่ไม่ได้คุณภาพ

Citizen empowerment & Public participation

เนื่องจากมีมาตราต่าง ๆ ในกฎหมาย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี ๑๙๙๗ มาตรา ๑๗๐, พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๐ มาตรา ๒๕, พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๔๕ มาตรา ๑๘,๒๖,๕๐ เป็นต้น ที่กล่าวมานี้เป็นกระบวนการพิจารณา (deliberative processes) ที่ปรากฏทางกฎหมายกระตุ้นให้เกิดภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่น ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชน

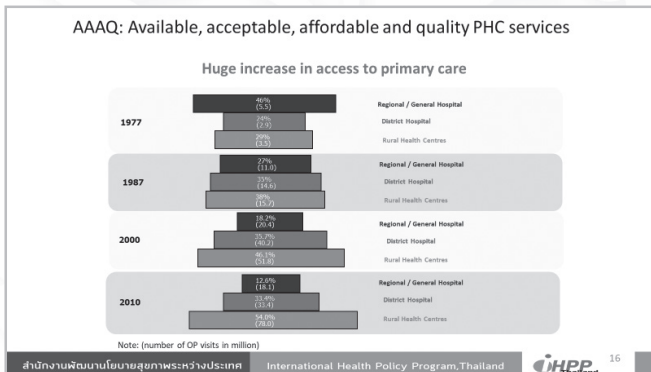


ส่วนที่ ๒) What are the contributing factors?

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านมา ได้แก่

กระทรวงสาธารณสุข ในช่วง ๓ ทศวรรษที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการพัฒนาระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ คือ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนให้เต็มพื้นที่ อันเป็นช่องทางที่สำคัญที่สุดของการ implement UHC ที่ได้ผล เพราะเป็นบริการที่อยู่ใกล้กับผู้ป่วยมากที่สุด (close-to-clients service) ในขณะเดียวกัน หากเราเลือกปัจจัยเดียวกับแบบประกันสังคมที่เลือกเฉพาะโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เพียงขึ้นไป ไม่มีทางที่เราจะมี close-to-clients ได้ เพราะฉะนั้น ห่วงการตัดสินใจด้านนโยบายแต่ละขั้นเป็น critical และ rating point ที่สำคัญ หากเราไปผิดทาง คนจะเข้าไม่ถึงการบริการทางสุขภาพ จากการตัดสินใจที่ดีทำให้ปัจจุบัน หลักประกันสุขภาพอยู่ในจุดที่รัฐบาลสามารถให้การสนับสนุนงบประมาณได้

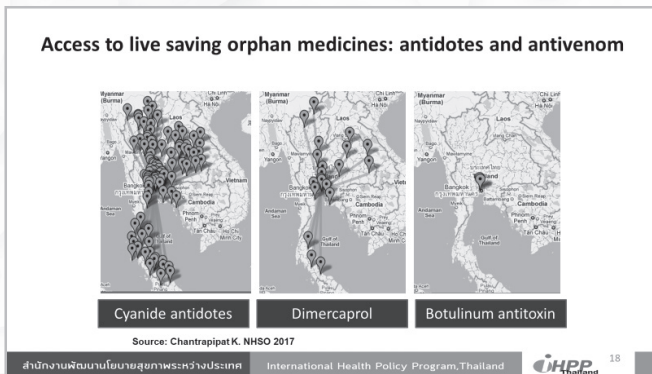
AAAQ: Available, acceptable, affordable and quality PHC services เปลี่ยนจากสามเหลี่ยมหัวกลับเป็นสามเหลี่ยมหัวตั้ง เน้นการบริการ primary care เป็นผู้ให้บริการหลัก



ภาพที่ ๑๗ AAAQ: Available

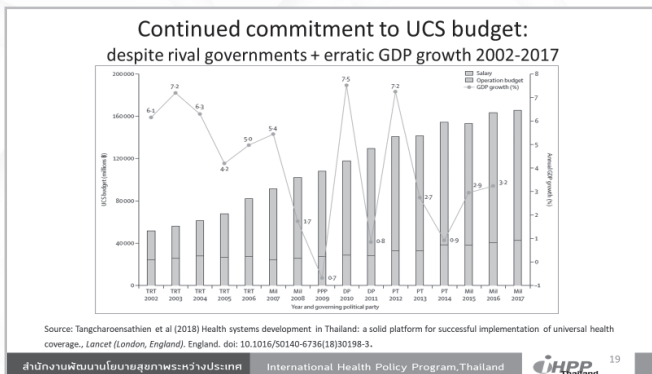
การเข้าถึงยา บัญชียาหลักเป็นรายการบัญชียาสำคัญแห่งชาติ อันเป็น basic pharmaceutical benefit อันเป็นปัจจัยที่สำคัญของระบบหลักประกันสุขภาพไทย ทางสปสช. และส่วนอื่นๆ ได้ทยอยใช้บัญชียาหลัก นอกจากนี้ยังมี supply chain management ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ปราศจากเรื่องการขาดยาและวัคซีน

การเข้าถึง live saving ยาจำเป็น : เนื่องจากสารพิษในการเกษตรทั้ง ๓ สาร การเข้าถึง antidotes เป็นคุณูปการของ สปสช. องค์การเภสัชกรรม และโรงพยาบาลรามธิบดี ร่วมกันทำโดยใช้ hub ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสต็อกสิ่งจำเป็น ทำให้ไม่มีผู้เสียชีวิตสำหรับกรณีนี้



ภาพที่ ๑๘ การเข้าถึงยากำพร้า

ข้อตกลงที่ต่อเนื่องสำหรับงบประมาณ UCS ทั้งที่ตลอดช่วง ๒๐๐๒ - ๒๐๑๗ นักวิชาการทางรัฐศาสตร์บอกว่าประเทศไทยมีสถานการณ์ต่างๆ ที่ไม่ส่งผลดี เช่น rival governments, corruption index แล้ง เป็นต้น แต่ในส่วนของงบประมาณของ UC มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับ ทั้งที่ GDP Growth ในบางปีเกือบติดลบ แต่งบประมาณต่อหัวมีทิศทางที่เพิ่มขึ้นตลอด

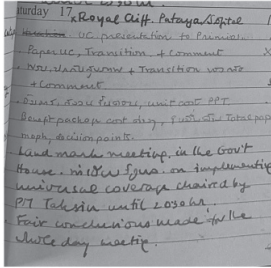


ภาพที่ ๑๙ ข้อตกลงที่ต่อเนื่องสำหรับงบประมาณ UCS

ในวันเสาร์ที่ ๑๓ มีนาคม ปี ๒๐๑๑ เวลา ๐๙.๐๐ - ๒๐.๓๐ น. ที่ทำเนียบรัฐบาล มีการประชุม landmark meeting โดยนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตรเป็นประธาน ได้อนุมัติงบประมาณชุดสิทธิประโยชน์ ๑,๒๐๒ บาท ยกเว้นโรคไตวายและยาด้านไวรัส ซึ่งในขณะนั้นองค์การเภสัชกรรมยังไม่สามารถผลิตยาด้านไวรัสที่มีราคาต่ำได้ และระบบยังไม่พร้อมที่จะรองรับโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และ transition plan ได้นำมาใช้ด้วยเช่นกัน ทางคุณหญิงสุภารัตน์ เกตุราพันธ์ รมต. กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหัวเรือใหญ่ในการนำไปพัฒนาและขยายผลภายใน ๑ ปี



Saturday 17 March 2001 09.00-20.30 hrs at the Government House



- A landmark meeting chaired by PM Thaksin where a 1202 baht per capita budget was adopted
- For a comprehensive benefit package excluding ART and RRT
- A transition plan was adopted

สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ

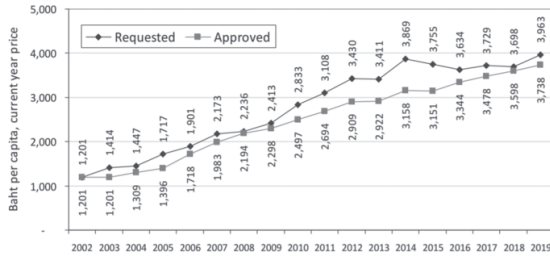
International Health Policy Program, Thailand



20

ภาพที่ ๒๐ การจัดบันทึกการประชุม landmark meeting

Fiscal reality - UCS per capita budget 2002-2019



สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ

International Health Policy Program, Thailand

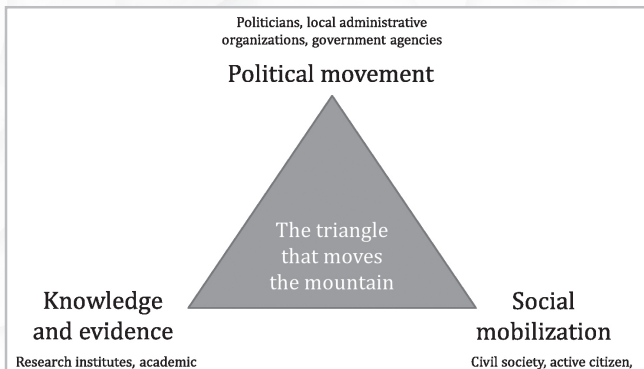


21

ภาพที่ ๒๑ การเพิ่มงบประมาณรายหัวตั้งแต่ ค.ศ. ๒๐๐๒ - ๒๐๑๙

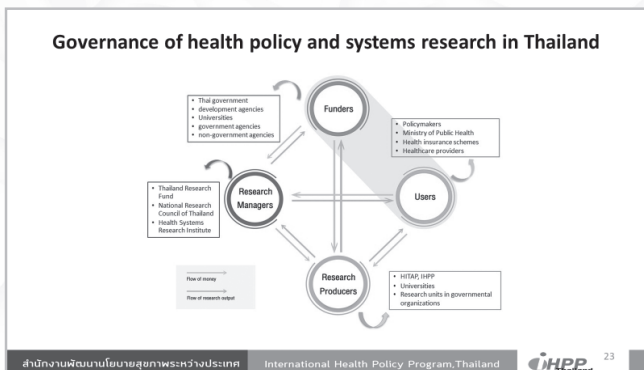
จากภาพ แสดงให้เห็นว่า capitation มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับ ความมาก-น้อยขึ้นอยู่กับสภาพงบประมาณของประเทศในแต่ละปี แต่ยังคงอยู่ในทิศทางที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้น unit cost เพิ่มขึ้น จำนวนการใช้บริการเพิ่มขึ้น และ label cost เพิ่มขึ้น ๕-๖% ต่อปี

ศักยภาพของประเทศไทยในการผลิต evidence ถือว่าประเทศไทยเป็นแถวหน้าของ Evidence-based health systems จากปลายของสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ทั้งความต้องการต่อ evidence วัฒนธรรมของผู้บริหารในการใช้ evidence ที่เพิ่มขึ้น และความต้องการที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติ การจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ ต้องอาศัย HPA evidence และข้อเท็จจริงเหล่านี้



ภาพที่ ๒๒ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

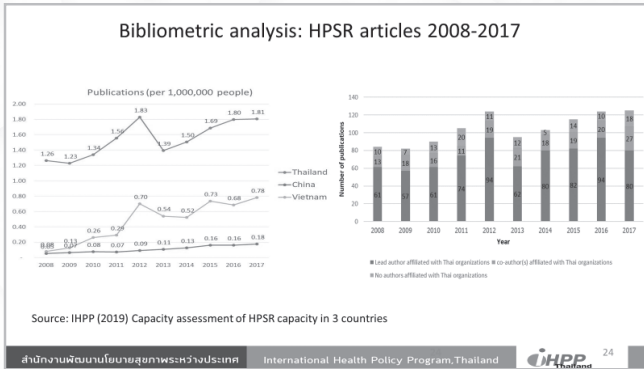
Governance of health policy and systems research in Thailand



ภาพที่ ๒๓ ระบบการศึกษาวิจัยเรื่องสุขภาพของประเทศไทย

ในส่วนของ Research managers คือ สวรส. ซึ่งเป็นทั้งผู้ให้ทุน ผู้บริหารจัดการ และผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัย งานวิชาการ ในส่วนของ Funders คือผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยในการตัดสินใจในระดับนโยบาย

ได้ทำการศึกษาวิจัย Health System ใน ๓ ประเทศจีน ไทย และเวียดนาม โดยวิเคราะห์จำนวนการตีพิมพ์ในวารสารต่างประเทศ (bibliometric analysis) นำมาหารด้วยจำนวนประชากร (หลักล้าน) จะได้ number of publications ต่อหนึ่งล้านประชากร ในปี ๒๐๑๗ ประเทศไทย อยู่ที่ ๑.๘๑ ฉบับต่อล้านประชากร เวียดนาม ๐.๗๘ ประเทศจีน ๐.๘ เนื่องจากมีประชากร ๑,๓๐๐ ล้านคน กราฟด้านขวามือแสดงข้อมูลเรื่องเสรีภาพของนักวิชาการไทย



ภาพที่ ๒๔ การศึกษาเปรียบเทียบจำนวนการตีพิมพ์บทความวิชาการของจีน เวียดนาม ไทย (กราฟด้านซ้าย) และความเป็นอิสระของนักวิชาการไทยในการศึกษาวิจัย (กราฟด้านขวา)

Active citizen and CSO: role of voice and accountability บทบาทของ CSO และ Active citizen ในการทำให้เสียงได้รับการได้ยิน

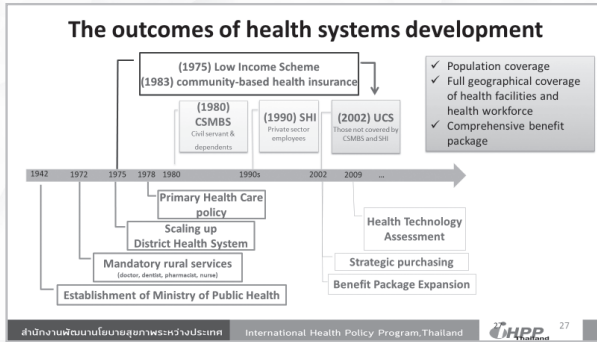
- Empowered citizens การมีส่วนร่วมของพลเมือง (citizen engagement)
- Active Civil Society Organization (CSO) บทบาทของ CSO และ Active citizen ต่อการมีปากมีเสียง เช่น หน่วยงานรัฐรับการร้องทุกข์แต่ละจังหวัดหรือระดับโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำ)

ทั้งหมดนี้คือการแสดง empower active citizen ซึ่งทุกปัจจัยมีความสำคัญขึ้นอยู่กับแต่ละช่วงแต่ละตอน

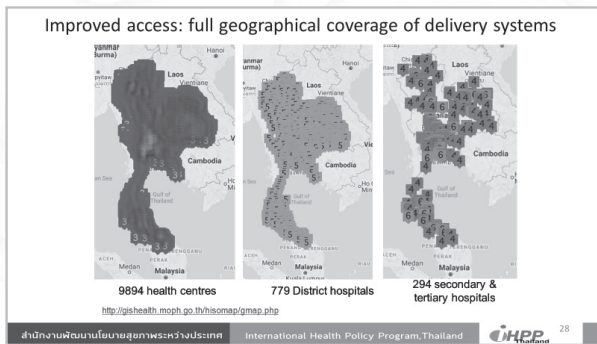
ส่วนที่ ๓.) WHAT ARE THE OUTCOMES OF THE TRANSFORMATIONS?

Health Systems Development กระทรวงสาธารณสุขลงทุนในการพัฒนาระบบบริการ ขยายไปยังผู้มีรายได้น้อยในปี ค.ศ. ๑๙๗๕ สมัยหม่อมอมรวงศ์วิจิตร ปรานิมช โดยสรุปคือ

- population coverage ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๒๐๐๒ เป็นต้นมา ครอบคลุมถึงผู้อพยพและประชาชนที่ไม่ใช่คนไทยด้วย
- Full geographical coverage of health facilities and health workforce ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลอำเภอ ๘๐๐ แห่ง และรพ.สต. ๙,๐๐๐ แห่ง
- Comprehensive benefit package



ภาพที่ ๒๕ แสดง outcome ในการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพของไทย



ภาพที่ ๒๖ แสดงจำนวนโรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปของประเทศไทย

การขยายชุดสิทธิประโยชน์ ถือเป็นผลงานสำคัญของ สปสช.

หลังปี ค.ศ. ๒๐๐๒ มีการขยายความครอบคลุมสิทธิประโยชน์ต่างๆ เช่น โรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้าย ยาต้านไวรัส และด้านต่างๆ ตามลำดับเวลา ดังรูปข้างล่างนี้

Benefit package expansion

2002	<ul style="list-style-type: none"> Comprehensive OP & IP including high cost care, A&E, P&P, rehabilitation 	2015	<ul style="list-style-type: none"> Trastuzumab for breast cancer Nilotinib & Dasatinib for leukaemia and lymphoma Peginterferon for HCV genotype 2,3,1,6, HIV/HCV ART at any CD4 No limit for delivery
2006	<ul style="list-style-type: none"> Antiretroviral therapy 	2016	<ul style="list-style-type: none"> Long-term care for frail elderly Home/community-based psychiatric care HIV prevention in key populations
2007	<ul style="list-style-type: none"> Services for Thai traditional medicines 	2017	<ul style="list-style-type: none"> UCEP
2008	<ul style="list-style-type: none"> Renal replacement therapy Methadone 	2018	<ul style="list-style-type: none"> HPV vaccine in Grade 5 girls Colon cancer screening HCV screening and treatment One day surgery
2009	<ul style="list-style-type: none"> Seasonal influenza vaccine for high risk groups 	2019	<ul style="list-style-type: none"> P&P in pregnant women and infants DTP-HB-Hib vaccine Rabies vaccine Raltegravir in pregnant women Bevacizumab for retinal vein occlusion
2010	<ul style="list-style-type: none"> Orphan drugs & antidotes Thai traditional medicines Treatment of psychiatric patients as inpatients w/o limited hospital stay 		
2011	<ul style="list-style-type: none"> 2nd prevention for DM & HTN Specific drugs for psychiatric patients 		
2012	<ul style="list-style-type: none"> Liver transplantation Heart transplantation 		
2013	<ul style="list-style-type: none"> Seasonal influenza vaccine (expanded) Stem-cell transplantation for leukaemia and lymphoma 		

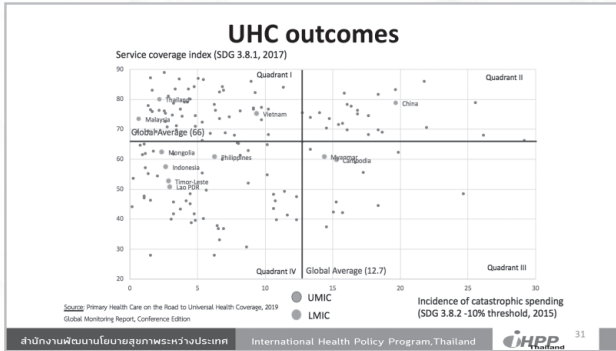
สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ International Health Policy Program, Thailand 30

ภาพที่ ๒๗ แสดงพัฒนาการของชุดสิทธิประโยชน์



รายจ่ายงบประมาณสำหรับชุดสิทธิประโยชน์เพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ ค.ศ. ๒๐๐๕ - ค.ศ. ๒๐๑๙
 ค่าใช้จ่ายรายหัวอยู่ที่ประมาณ ๓,๙๐๐ บาท

UHC Outcomes เป็นสิ่งที่คนไทยควรภาคภูมิใจ เพราะประเทศไทยมีผลลัพธ์อยู่ในระดับ
 แลหน้าของโลก อธิบายได้ว่า

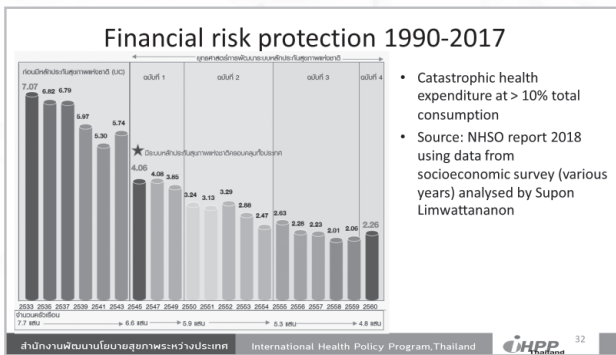


ภาพที่ ๒๘ แสดง UHC Outcomes ของโลก

แกน X คือ อุบัติการณ์ของรายจ่ายที่ทำให้ครัวเรือนสิ้นเนื้อประดาตัว คือเกินกว่า ๑๐%
 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน หมายความว่า ครัวเรือนต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเรื่องสุขภาพ ทั้งการ
 ซื้อมายาเอง ไปคลินิกเอกชน ปัจจุบันประเทศไทยมีครัวเรือนน้อยมากที่สิ้นเนื้อประดาตัวเพราะ
 ค่ารักษาพยาบาล (SDG 3.8.2)

แกน Y คือ ความครอบคลุมของบริการ (SDG 3.8.1)

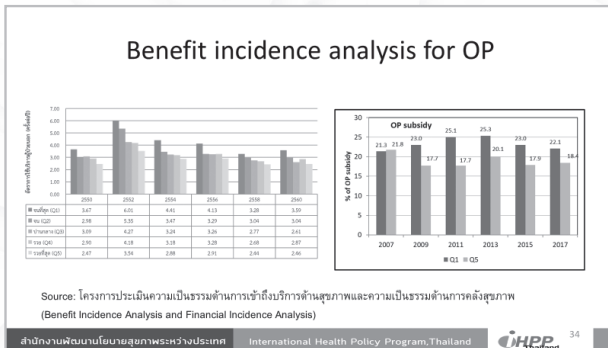
Financial risk protection ค.ศ.1990 - 2017



ภาพที่ ๒๙ แสดงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงินในช่วง ค.ศ. ๑๙๙๐ - ๒๐๑๗

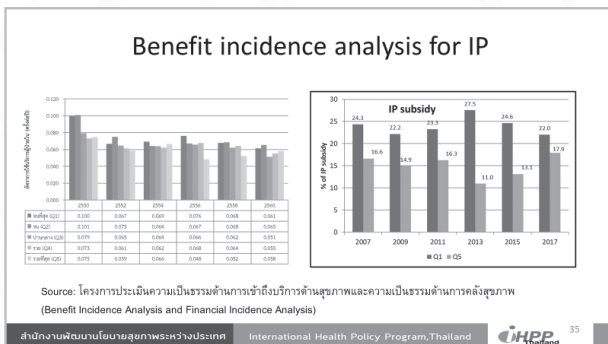
แสดงอุบัติการณ์รายจ่ายเกิน ๑๐% ของรายจ่ายทั้งหมด จะเห็นได้ว่า ลดลงจาก ๗.๗% เป็น ๒.๒๖% หรือลดลงจาก ๗.๗ แสน เหลือเพียง ๔.๘ แสนครัวเรือน ระหว่างปี ๑๙๙๐ - ๒๐๑๗ ถ้าเราวัดครัวเรือนที่ไม่ยากจน พบว่า ยากจนลงหลังจากที่จ่ายค่ารักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ อยู่ที่ ๐.๒% เนื่องจากชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม และประชาชนไม่ต้องร่วมจ่าย (co-pay) ซึ่งเป็นคุณภาพของการตัดสินใจของผู้เกี่ยวข้อง เพราะคนจนยังมีอีกมากที่ไม่มีเงินรักษายามป่วยไข้

Benefit incidence analysis for OP คือ การวิเคราะห์ผลประโยชน์สำหรับผู้ป่วยนอก โดยข้อมูลของหลักประกันทุกหลักที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพของประเทศ เช่น ประกันสังคม เป็นต้น คอถัมน์สี่เข้มคือคนที่จนที่สุด (Q1) - คอถัมน์สี่อ่อนคือคนที่รวยที่สุด (Q5) หากใช้แนวคิดความเท่าเทียมในสังคม แต่ละ Q1- Q5 ต้องได้รับการกระจายเท่ากัน แต่การออกแบบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ เน้นการให้บริการที่ HUB อำเภอคือ ไปหากกลุ่มคนที่จนที่สุด (Q1) ให้มีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากกว่าที่ควรจะได้ นั่นคือ ออกแบบให้คนจนได้สิทธิประโยชน์มากกว่า



ภาพที่ ๓๐ การวิเคราะห์ผลประโยชน์ที่ทำให้คนจนที่สุด (Q5) ได้ประโยชน์มากที่สุด

Benefit incidence analysis for IP ในกรณีของผู้ป่วยใน ภาพจะคล้ายกัน คือ มี per-poor outcome ซึ่งเมื่อตีพิมพ์ออกให้ผู้อ่านให้ความสนใจ per-poor outcome ว่าประเทศไทยสามารถทำได้อย่างไร อธิบายได้ว่า เราใช้ HUB อำเภอที่สามารถเข้าถึงได้สะดวก เสียค่าเดินทางน้อยมาก

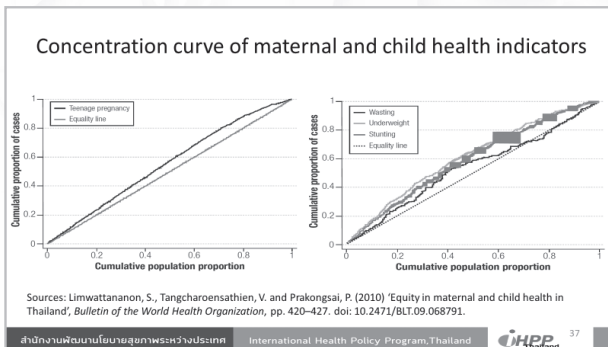


ภาพที่ ๓๑ การวิเคราะห์ผลประโยชน์สำหรับผู้ป่วยใน



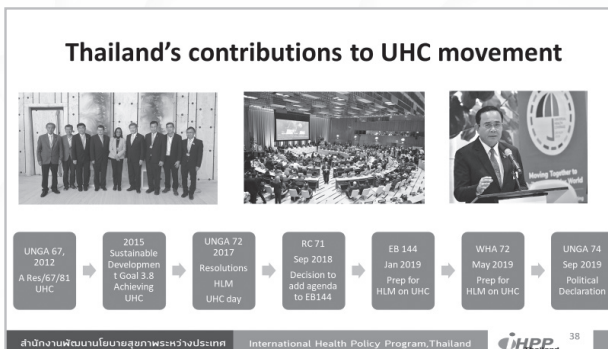
ทั้งหมดนี้หากสมมุติว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าวิธีการทำ contract เหมือนประกันสังคมว่า ต้องเป็นโรงพยาบาลขนาด ๑๐๐ เตียง หรือเป็นโรงพยาบาลในจังหวัด จะทำให้คนจนเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาล เพราะฉะนั้น การออกแบบระบบการให้บริการสุขภาพมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและความเป็นธรรมด้านการคลังสุขภาพ

Concentration curve of maternal and child health indicators จากภาพที่ กราฟมีความเข้มข้น พบว่า กลุ่มคนจนมีภาวะ Stunting มากกว่ากลุ่มคนรวย อันนี้เป็นช่องว่าง เป็น health status ที่ beyond ในภาพของ UC ซึ่งเป็นเรื่องระบบการบริการ เกี่ยวข้องกับความรู้ของแม่ แม่วัยรุ่นที่มี concentration น้อย ลูกจะ Stunting ความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือนอยู่ในภาวะที่แย่ ทางกระทรวงเกษตรและสหกรณ์จัดทำรายการความมั่นคงทางอาหารของประเทศได้



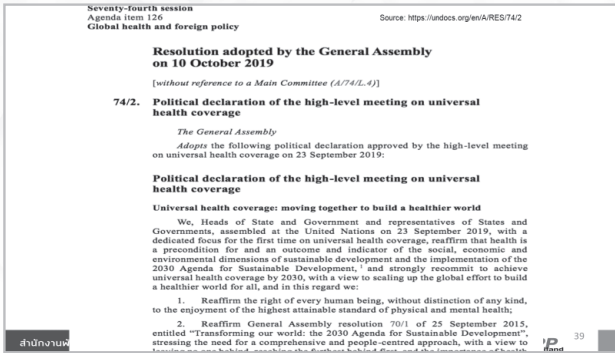
ภาพที่ ๓๒ Concentration curve of maternal and child health indicators

Thailand's contributions to UHC movement ผลงานของประเทศไทยต่อการเคลื่อนไหว UHC เป็นคุณูปการของการทำงานของกระทรวงการต่างประเทศทำงานร่วมกันกับกระทรวงสาธารณสุขในระดับ global movement ในปี ค.ศ. ๒๐๑๙ มีการประชุม Political Declaration เป็นที่มาของการประชุมในปี ค.ศ. ๒๐๒๐



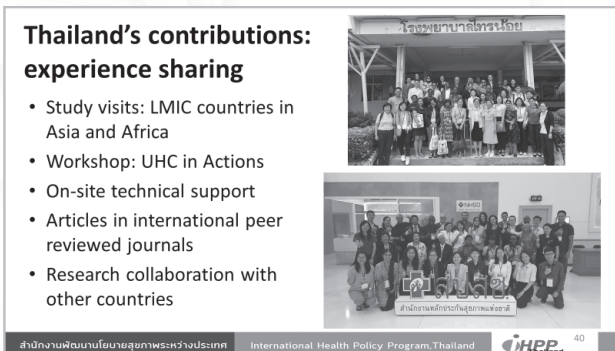
ภาพที่ ๓๓ เส้นทางการเคลื่อนไหวของ UHC ในระดับนานาชาติ

ข้อความในภาพข้างล่างเป็นของ UNCA ซึ่งเป็นข้อมติของสมัชชาประชาชาติสมัยสามัญครั้งที่ ๗๔/๒



ภาพที่ ๓๔ ข้อมติของสมัชชาประชาชาติสมัยสามัญครั้งที่ ๗๔/๒

ประเทศไทยเป็นพื้นที่การเรียนรู้ของต่างประเทศ และ site visit ของประเทศต่าง ๆ โดย สปสช. เป็นเจ้าภาพหลัก ทำงานร่วมกับโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน ผู้มาดูงาน ได้รับแรงบันดาลใจกลับไป แต่การประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับเหตุปัจจัยของแต่ละประเทศที่ไม่เหมือนกัน



ภาพที่ ๓๕ ประเทศไทยเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านการบริการสาธารณสุขถ้วนหน้าที่สำคัญ

ความท้าทายที่ยังเหลืออยู่

Remaining challenges ทั้งที่ประสบความสำเร็จไปมากพอสมควร แต่ยังมีวาทกรรมว่า “จะนำเรื่อง copay เข้ามาหรือไม่” และวาทกรรมว่า “ประกันสังคมจ่ายซ้ำซ้อน ๒ อย่าง” คือ ลูกจ้างจ่ายสมทบ และต้องจ่ายภาษีต่างๆ ด้วย เรื่องนี้มี ๒ ทางเลือก คือ ๑) ประกันสังคมยุติการจ่ายเงินสมทบ หรือเก็บเงินสมทบไว้ เพื่อใช้ดำเนินการเรื่องอื่นต่อไป ๒) สวัสดิการข้าราชการไม่มีการจ่ายเงินสมทบ ดังนั้นควรให้ข้าราชการจ่ายเงินสมทบเข้าไปที่กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กรณีนี้



ไม่มั่นใจถึงความเป็นไปได้ เพราะไม่แน่ใจว่าจะมีรัฐบาลไหนที่กล้าดำเนินการเรื่องนี้หรือไม่ หรือให้ทาง UC member ของสปสช. จ่ายค่าภาษีสุขภาพ (health tax) เท่าที่พอจะจ่ายได้ รวมทั้ง general tax อย่างไรก็ตาม เรื่องนี้เป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐบาลและรัฐสภาจะต้องเป็นผู้ตัดสินใจ

ความท้าทายที่สำคัญ อีกประการหนึ่ง คือ มาตรา ๗,๘ และ ๙ ยังไม่สามารถ implement ได้เพราะยังขาดความพร้อม ในขณะที่มีความพยายามที่จะทำให้มี harmonization ของ ๓ กองทุน เช่น ชุดสิทธิประโยชน์ วิธีการจ่าย เป็นต้น แต่โดยภาพรวมของข้าราชการมีรายจ่ายเป็น ๔ เท่าครึ่งของ UC และประกันสังคม จึงเป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขกันต่อไป

การครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coverage) ประเทศไทยยังคงเป็นอันดับหนึ่งในส่วนภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในการทำงานอย่างครอบคลุม ทำให้มีการค้นพบผู้ป่วยโรคต่างๆ มากขึ้น แต่เรื่องของการรักษาให้หายขาดนั้น ประเทศไทยติดปัญหา MDR-TB เพิ่มขึ้น ซึ่งขณะนี้ทาง สสส. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำลังประสานการทำงานร่วมกันอยู่

Remaining challenges (cont')

- Effective coverage of key services are below satisfactory level e.g. Tuberculosis, Diabetes, Hypertension.
 - Thailand is one of 14 countries having high burdens of TB, TB/HIV, and MDR-TB. Notified/estimated incidence was 80% in 2018. (WHO TB profile)
 - Effective coverage among UCS members in 2018 was 11.2% for DM (A1C<7) and 13.8% for Hypertension (controlled blood pressure in last 2 visits)
- Effective mechanisms to address determinants of health such as PM2.5, chemical pollution, marketing for unhealthy food.

Countries in the three high burden country lists for TB, TB/HIV and MDR TB being used by WHO during the period 2016-2020, and their areas of overlap

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program, Thailand

42

ภาพที่ ๓๖ Remaining challenges (cont'd)

โดยสรุปแล้ว

- **Progressive health systems transformations despite turbulent political climates and oppositions**
 - มีการ transformations ทั้งที่มี climates และมีวาทกรรมที่ไม่ค่อยดี แต่ได้ปรับเปลี่ยนมารูปแบบมาตามลำดับ แม้ประเทศไทยอาจจะไม่ได้ทำ roadmap มาก่อน แต่เมื่อโอกาสมาถึงต้องปรับให้ทัน ดังนั้น ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และความกล้าหาญทางจริยธรรม (Leadership and ethical courage) คือกุญแจสำคัญ ซึ่งต้องให้เครดิต นพ.มงคล ณ สงขลา หากไม่มีความกล้าหาญของท่านในวันนั้น อาจจะไม่มีสำเร็จเหมือนทุกวันนี้
 - Policy entrepreneurs นักค้ำนโยบาย ซึ่งต้อง “รู้จักหวัะ โอกาส มีศักยภาพ ในการต่อรองที่สามารถเสนอนโยบายที่ดีเพื่อประชาชน” เป็นความสามารถเฉพาะประเทศใดประเทศหนึ่ง ต้องอาศัยการพึ่งพาตนเอง โดยต้องวิเคราะห์ว่า ในประเทศของเรา มีใครบ้างที่เป็น Policy entrepreneurs และทำงานร่วมกันอย่างไร Policy



entrepreneurs อย่างเช่น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

- Long term investment in district health systems ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุขระดับอำเภอที่เข้มแข็ง เต็มพื้นที่ มีบุคลากรที่มี professional conducts เป็นคนที่ทำงานอย่างทุ่มเท จริงใจ มีคุณภาพ ทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ไว้วางใจ ว่าไม่ใช่โรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลตัวอย่างในอดีต
- Thailand is an exemplary global role model for UHC ประเทศไทยมี outstanding outcome มีการออกแบบที่ดี นำความรู้จากตำรามาประยุกต์อย่างได้ผล ทุกบทเรียนผ่านการทดลองมาหลายครั้งเป็นอย่างดี

สุดท้ายขอให้ทุกท่านยืนขึ้น เพื่อ Tributes and gratitude ต่อ ศ.พิเศษ นิคม จันทรวิทุร (พ.ศ. ๒๔๖๘ – ๒๕๔๔) ผู้บุกเบิกประกันสังคม นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (พ.ศ. ๒๔๙๕ – ๒๕๕๑) ผู้บุกเบิกหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เป็นฮีโร่ในการทำงาน และผู้นำในระบบสุขภาพทุกท่าน

เวทีการเสวนา “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง”

โดย ผู้แทนเครือข่าย Healthy Forum



ภาพที่ ๓๗ เวทีการเสวนา “การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยต่อการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง” โดยผู้แทนเครือข่าย Healthy Forum



๑. คุณสมบัติ หทัยเปี่ยมสุข เครือข่ายมะเร็งลำไส้ (ทวารเทียม) โรงพยาบาลราชวิถี
 ๒. คุณปวีริสา อัสวสุนทรเนตร เครือข่ายผู้ป่วยโรคหายาก
 ๓. คุณธีรยุทธ สุคนธวิท เครือข่ายคนพิการรักสุขภาพ
 ๔. คุณวรรณมา แก้วชาติ เครือข่ายคนชายขอบ คนไร้บ้าน
- ดำเนินรายการโดย คุณธนพล ดอกแก้ว นายกสมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย

ระบบสุขภาพของประเทศไทย เริ่มต้นมาจากระบบสวัสดิการด้านสุขภาพของข้าราชการ เมื่อประมาณ ๔๐ ปีที่ผ่านมา แต่จนถึงปัจจุบันก็ยังมีข้าราชการที่ยังไม่ถึงสิทธิ ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ได้เกิดระบบประกันสังคม แต่ยังมีปัญหาการเข้าถึงสิทธิและเพดานของสิทธิ จนมาถึงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีผู้ใช้สิทธิ ๔๘ ล้านคน ในปัจจุบันนี้ยังมีปัญหาใหญ่คือ คนจำนวนมากยังเข้าไม่ถึงสิทธิ ความท้าทายต่อไปคือ เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังได้อย่างไร ในวันที่เราจึงชวนผู้แทนเครือข่าย Healthy Forum มาร่วมพูดคุยกับประเด็นการไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

**คำถาม: ที่มีการรวมตัวของเครือข่ายเป็นอย่างไร มีปัญหาระหว่างทางมีอะไรบ้าง
รวมตัวแล้วได้สิทธิประโยชน์อะไรบ้าง**

คุณสมบัติ หทัยเปี่ยมสุข เครือข่ายมะเร็งลำไส้ (ทวารเทียม) โรงพยาบาลราชวิถี : ก่อนอื่นขออธิบายว่า “ทวารเทียมคืออะไร” ทวารเทียมเกิดการจากผ่าตัดนำลำไส้มาหน้าท้องเพื่อใช้เป็นทวารเทียม พบได้ในเด็กแรกเกิดที่ไม่มีทวารหรือผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ มะเร็งลำไส้ หรือเกิดอุบัติเหตุ ความกังวลผู้ป่วย คือ เรื่องสิทธิที่ไม่เท่าเทียมกัน เช่น สิทธิสวัสดิการของข้าราชการและประกันสังคมสามารถเบิกได้ เพราะสิทธิบัตรทองยังไม่ครอบคลุม หรืออาจมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายเรื่องถุงทวารเทียม เพราะอยู่ในค่าใช้จ่ายรายหัว ทำให้บางโรงพยาบาลไม่จ่ายถุงทวารเทียมให้ ผู้ป่วย ผู้ป่วยทวารเทียมจึงไม่มีถุงสำหรับรองรับของเสียบริเวณหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยขาดคุณภาพชีวิตที่ดี

สำหรับการทำงานของทางชมรมฯ มีคณะทำงานเพียง ๑๐ คน และมีสมาชิก ๔๐๐ กว่าคน จากการทำงานพบปัญหาของสมาชิก ดังนี้ ๑) ปัญหาสถานพยาบาลไม่มีการสำรองถุงทวารเทียมไว้ ทางชมรมจึงต้องเรียกร้องให้มีถุงทวารเทียมบรรจุลงในชุดสิทธิประโยชน์ ๒) ปัญหาการเข้าถึงสิทธิ ทางชมรมได้ขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเรื่องสิทธิ โดยแนะนำให้คนไข้บอกกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการในสถานพยาบาลเลยว่า มีปัญหากับการเข้าถึงสิทธิถุงทวารเทียม และอีกช่องทางคือการต่อตรงกับทาง สปสช. ว่าเกิดปัญหาการเข้าไม่ถึงสิทธิและไม่ได้รับถุงทวารเทียม และขับเคลื่อนผ่านเวทีวิชาการต่างๆ เช่น เวที healthy forum ๓) ปัญหาการขาดประสิทธิภาพในการทำงานเชิงการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิ ในยุคแรกไม่สามารถรู้จำนวนผู้ป่วยที่แท้จริง ต้องใช้เวลารวบรวมจากแหล่งต่าง ๆ ถึง ๒ ปี โดยข้อสังเกตคือ ไม่สามารถขอตัวเลขจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ รวมทั้งหมด ๔๐,๐๐๐ กว่าราย มีคนไข้ใหม่ปีละประมาณ ๒,๐๐๐ คน การไม่ทราบจำนวนผู้ป่วยทำให้การเรียกร้องในระยะแรกเป็นไปได้ยากมาก โชคดีที่ได้รับคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์ อาทิ คุณหมอประทีป และทีมงาน สปสช. ๔) ปัญหาการระดมคนที่ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน เราจึงแก้ไข



ด้วยการทำงานแบบจิตอาสา “เพื่อนช่วยเพื่อน”

สิ่งที่ประสบความสำเร็จ คือ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้สิทธิอุปกรณ์ถุงทวารเทียม และอุปกรณ์เสริมสำหรับการดูแลทวารเทียม เพราะบางครั้งอาจมีของเสียที่ออกมาได้แป้นของถุงทวารเทียม ทำให้เป็นแผลหน้าท้องได้ การมีอุปกรณ์ช่วยจะทำให้ลดการเป็นแผลได้ แต่ปัญหาที่ตามมาคือ การเบิกจ่ายถุงทวารเทียมที่โรงพยาบาลขนาดเล็ก เนื่องจากทางโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่ได้เก็บรักษาถุงทวารเทียมไว้ โดยส่งต่อให้โรงพยาบาลใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าเดินทางจำนวนมาก ทางชมรมพยายามผลักดันให้ทางโรงพยาบาลอำเภอ/จังหวัดเก็บสต็อกไว้ แต่ก็มีปัญหาเรื่องการส่งต่อมาจากกรุงเทพฯ ซึ่งต้องมีการพูดคุยเพื่อหาทางออกต่อไป

สิ่งที่อยากขับเคลื่อนต่อไป คือ ถุงปัสสาวะ แม้จะมีคนใช้จำนวนไม่มาก แต่การไม่มีถุงปัสสาวะทำให้ผู้ป่วยขาดคุณภาพชีวิตเช่นกัน

คุณปวีรีสา อัครสุนทรเนตร เครือข่ายผู้ป่วยโรคมะเร็ง : เริ่มต้นการทำงานเนื่องจากมีลูกชายที่เป็นโรคมะเร็ง อุปรสรรคแรกคือ ชื่อโรคน่ากลัว คนไม่รู้ว่าโรคนั้นคืออะไร จำนวนผู้ป่วยน้อยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็ก จึงต้องให้ผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นคนช่วยส่งเสริมโรคมะเร็งบางโรคนั้นมีผู้ป่วย ๑ คน หรือบางโรคไม่ถึง ๑,๐๐๐ คน ผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตตั้งแต่ ๑-๒ สัปดาห์แรก ปัจจัยที่ทำให้โรคมะเร็งค้นพบได้ยาก คือ ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ต้องตรวจในสถานบริการเฉพาะ ใช้เครื่องมือราคาแพง ใช้การตรวจวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ ค่าตรวจมีราคาแพงผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงได้ จึงต้องรักษาไปตามอาการ ทำให้กว่าโรคมะเร็งจะแสดงอาการมีระดับความรุนแรงจนรักษายาก ปัญหาของโรคมะเร็งจึงมีความซับซ้อน การขาดเครื่องมือในการตรวจวิเคราะห์และผู้เชี่ยวชาญ สถานบริการที่รองรับผู้ป่วยโรคมะเร็งมีน้อย หรือมีโดยเฉพาะในส่วนกลาง แต่ในเขตภูมิภาคไม่มีบริการ ผู้ป่วยโรคมะเร็งกระจายทั่วประเทศ มีศูนย์ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ๗ แห่ง และโรงพยาบาลบางแห่งในกรุงเทพฯ แต่ในส่วนของภาคใต้และภูมิภาคยังไม่มีสถานบริการ

การรวมตัวกันของเครือข่าย เดิมทีผู้ป่วยมีการรวมตัวกันเฉพาะกลุ่มโรคประมาณ ๓๐๐-๕๐๐ โรค แต่การรวมตัวกลุ่มเล็กกลุ่มน้อยไม่สามารถเรียกร้องสิทธิ หรือเป็นกระบอกเสียงได้มาก จึงมารวมกันเป็นเครือข่ายโรคมะเร็ง แต่เสียงยังไม่ดังพอ ในที่สุดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มผู้ป่วยจึงจัดตั้ง “มูลนิธิเพื่อผู้ป่วยมะเร็ง” ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ทำให้มีโอกาสเข้าร่วมเวทีเสวนาและเวทีวิชาการ เพื่อรณรงค์ให้สังคมเข้าใจโรคมะเร็ง และความยุ่งยากในการเข้าถึงสิทธิในการรักษา การรวมตัวได้ทำให้เป็นที่รู้จักมากขึ้น แต่ยาในการรักษาไม่ค่อยมีในประเทศไทย ยาบางชนิดต้องมีการนำเข้า ซึ่งมีปัญหาเรื่องการนำเข้าและการจดทะเบียนยา ยาบางชนิดอยู่นอกบัญชียาของ อย.

การทำงานที่ผ่านมา มีการจัดงานโรคมะเร็งเป็นประจำทุกปีต่อเนื่องมา ๑๐ ปี ในพื้นที่โรงพยาบาลและมูลนิธิ และบางกลุ่มโรคมะเร็งมีการพบปะประจำปี เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และนำแพทย์มาให้ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มโรคนั้น โรคมะเร็งมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิ บางโรคสามารถสิทธิข้าราชการเบิกได้ แต่สิทธิอื่นๆ ไม่สามารถเบิกได้ แม้จะเป็นยาเพียงชนิดเดียวที่ใช้กันทั่วโลก แต่หากอยู่นอกบัญชียาของ อย. ก็ไม่สามารถนำเข้าได้ หรือมีความยุ่งยากมาก นอกจากนี้ ยังมีปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา ยาบางชนิดอาจมีชื่อคล้ายคลึงกันแต่



ผลการรักษาไม่เหมือนกัน หรือตัวยาเหมือนกันแต่ให้ผลรักษาต่างกัน

งานที่ทำผ่านมาก็คือ การผลักดันสิทธิหลักประกันสุขภาพให้โรคหายาก ๒๔ โรค สามารถเข้ารับการรักษาได้ แต่ยังไม่ครอบคลุมเพราะสิทธินี้ให้เฉพาะผู้ป่วยใหม่เท่านั้น แต่ผู้ป่วยเก่าไม่ได้รับสิทธิ

โรคหายาก มีความซับซ้อนทำให้ถูกทอดทิ้งให้อยู่ข้างหลัง ๑) แพทย์เฉพาะทางมีจำนวนไม่มากพอ ๒) เนื่องจากโรคหายากส่วนใหญ่เป็นโรคทางพันธุกรรม แต่ยังมีขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญทางพันธุกรรมที่จะช่วยแนะนำให้เข้าถึงการรักษาหรือป้องกัน เช่น การตั้งครีโบลูกคนที่สองหลังจากมีลูกเป็นโรคหายาก เป็นต้น ๓) การวินิจฉัยโรคที่ล่าช้า ทำให้โรคอยู่ในระยะรุนแรง ๔) การเข้าถึงยารักษาโรค เนื่องจากไม่มีการนำเข้าหรืออยู่ในบัญชียาหลัก มีราคาแพง คนที่มีเศรษฐกิจฐานะที่ไม่ดีไม่สามารถเข้าถึงยา ปล่อยตามสภาพ ๕) ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการศึกษา เนื่องจากสภาพร่างกายและความต้องการพิเศษ โรงเรียนที่สามารถรองรับความต้องการพิเศษมีน้อยและไม่เข้าใจ มีค่าเล่าเรียนแพง โดนกีดกันให้เข้าไปเรียน ไม่มีนโยบายรัฐสนับสนุน ผู้ปกครองต้องมาดูแลเด็ก สุดท่ายอยากฝากเรื่องการเข้าถึงยาและการเข้าถึงการศึกษาด้วย

คุณวราภรณ์ แก้วชาติ เครือข่ายคนชายขอบ คนไร้บ้าน : การทำงานเรื่องคนไทยไร้สิทธิคนไร้บ้าน สืบเนื่องจากเรามีเพื่อน มีพี่น้องที่เป็นคนไร้บ้านในชุมชนแออัดและนอนตายข้างถนน ทำให้พี่น้องในศูนย์คนไร้บ้านจึงป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ทำไมคนในชุมชนแออัดถูกทิ้งหรือขอให้ทางโรงพยาบาลรักษา ทำไมคนกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ ทำไมเมื่อเจ็บป่วยจะต้องไปสภายายว่า “เพราะอะไรจึงไม่มีบัตรประชาชน” เพราะบางคนถูกพ่อแม่ไล่ออกจากบ้าน บางคนหนีออกจากบ้านเพราะถูกพ่อข่มขืน

ทางเครือข่ายสลัม ๔ ภาค จึงได้ประชุมว่า ควรทำอะไรให้คนไร้บ้าน คนในชุมชนแออัดเข้าสู่ระบบการรักษาพยาบาลของภาครัฐ ด้วยความพยายามตลอด ๒ ปีที่ผ่านมาไม่ได้ง่าย เราทำงานในนามเครือข่ายเรื่องความเหลื่อมล้ำสร้างความเป็นธรรมในสังคม วิธีที่ใช้ในต่อสู้คือ “การพูดคุยกับรัฐบาล” เมื่อวันที่อยู่อาศัยสากล เราได้เดินขบวนไปที่ UN และยื่นหนังสือต่อรัฐบาลให้ช่วยเหลือคนไทยที่มีปัญหาสถานะบุคคล ผลปรากฏว่า ทางรัฐบาลมอบให้ทาง สปสช. มาหาแนวทาง และได้ตั้งคณะทำงานที่มาจาก สปสช. และเครือข่ายสลัม ๔ ภาค จากการศึกษาปัญหา พบว่าประเทศไทยมีคนที่มีชื่อในทะเบียนกลาง ๓ ล้านคน ซึ่งหากอยู่ในทะเบียนกลางไม่สามารถใช้สิทธิได้ เช่น พระภิกษุที่ไม่มีเลขประจำตัว นักโทษเรือนจำ คนไร้บ้าน คนที่อยู่ตามชุมชนแออัดต่างๆ ทำให้ไม่ทราบจำนวนผู้ไม่มีสิทธิที่แท้จริง

เครือข่ายประชาชน เช่น ศูนย์ประสานงาน ๕๐ (๕) ภูมิภาค ศูนย์ประสานงานภาคประชาชน จึงได้มาประชุมเพื่อสำรวจจำนวนที่แท้จริง จากการสำรวจ ๒ เดือน พบ ๕๐๐ กว่าราย เราต้องกลับมาคิดว่าจะแก้อย่างไร เพราะการจะให้คนมีบัตรประชาชนเป็นเรื่องยาก เราใช้เวลา ๔ ปี เพื่อทวงคืนสิทธิของคนไทยไร้สิทธิ เช่น คนชาติพันธุ์ ซึ่งมีสิทธิน้อยกว่าคนต่างด้าว การไม่มีบัตรประชาชนทำให้ถูกเอาเปรียบค่าแรง ถูกจับ ต้องยอมกินยาแก้ปวดจนอาการรุนแรงทนไม่ไหว จึงไปหาหมอ หรือต้องรอให้ป่วยอย่างรุนแรงแล้วโทร ๑๖๖๙ โดยอาศัยการเข้ารักษาไปก่อน เรื่องสิทธิคืออย่างนั้น



ปัญหาแบบนี้แก้ไม่ได้โดยลำพัง ต้องอาศัยเครือข่าย ระบบฐานข้อมูล (สปสช.รับช่วงต่อ) ระบบทะเบียนราษฎร์ ทีมกฎหมาย นักวิชาการ สปสช. นักสังคมสงเคราะห์ประจำโรงพยาบาล (ด่านแรก) กระทรวงมหาดไทย กระทรวง พม. สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ (ตรวจดีเอ็นเอ) ทีมนักข่าว เป็นต้น ตอนนี้อยู่ทดลองทำในเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

สิ่งที่ได้จากการทำงานที่ผ่านมาคือ ได้แกนนำที่เข้าใจเรื่องสิทธิ จำนวน ๕๐ คน มีทีมกฎหมายที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องคนไทยไร้สิทธิ มีเครือข่ายที่เข้าใจเรื่องการทำงาน เช่น กทม. สำนักทะเบียน โรงพยาบาล เป็นต้น มีคู่มือนำเสนอการแก้ปัญหาคนไทยไร้สิทธิ มีเพื่อนในการทำงานเรื่องสุขภาพ เราสามารถส่งต่อเคสจากกรุงเทพฯ ไปบุรีรัมย์ได้โดยมีเครือข่ายการทำงานช่วยดูแลรับช่วงต่อ

สิ่งที่อยากขับเคลื่อนต่อไป คือ อยากให้มี “กองทุนคนไทยไร้สิทธิ” หรือกลุ่มคนไทยที่มีปัญหาทะเบียนราษฎร์ ควรมีกองทุนรักษาพยาบาลในระหว่างที่กำลังเดินเรื่องเพื่อคืนสถานะบุคคลขณะนี้ ทางทีมงานกำลังคุยกับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแก้ระเบียบกองทุนคืนสิทธิ โดยเพิ่มกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่ ๔ และ ๕ ที่หมายถึง กลุ่มคนไทยที่มีปัญหาสถานะให้ไปใช้ในกองทุนคืนสิทธิได้ อาจจะให้เลขประจำตัว ๑๓ หลักไว้ก่อน เพื่อสามารถรักษาพยาบาลได้ ในอนาคตกองทุนจะเล็กลงเรื่อยๆ เมื่อได้บัตรประชาชนก็จะกลับไปใช้ตามสิทธิ เช่น บัตรทอง หรืออาจจะสอบได้ข้าราชการก็ใช้บัตรข้าราชการตามระบบ แต่การทำงานเรื่องนี้ค่อนข้างยาก ต้องใช้แรงสนับสนุนอีกเยอะมาก

คุณธีรยุทธ สุคนธวิท เครือข่ายคนพิการรักสุขภาพ : กลุ่มคนพิการสนใจเรื่องสุขภาพ มาตั้งแต่สมัยการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่เริ่มทำงานเคลื่อนไหวประเด็นสุขภาพอย่างจริงจังในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ เริ่มจากการชักชวนเพื่อนเครือข่ายคนพิการทุกประเภทเข้ามาทำงาน ตั้งกลไก “คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ” ทำงานกับทางสมัชชาสุขภาพควบคู่กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ด้วยความเชื่อว่า สุขภาพเป็นต้นทุนสำคัญที่คนพิการต้องใช้ในการขับเคลื่อนพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ จึงตั้งเครือข่ายเพื่อเชื่อมพี่น้องคนพิการที่สนใจงานสุขภาพ ปัญหาส่วนใหญ่คือ การเข้าไม่ถึงระบบสุขภาพ และความไม่ตระหนักรู้เรื่องสุขภาพของคนพิการ ซึ่งเน้นเรื่องปากท้องมากกว่าเรื่องสุขภาพ มีตัวอย่างคนพิการคนหนึ่งที่ใช้มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ในช่วงที่ฝนตก เป็นช่วงที่เขาชอบออกมาขับ เพราะไม่มีคู่แข่งและได้ทิปมากกว่าปกติ เมื่อร่างกายต้องการความอบอุ่นจึงดื่มเครื่องดื่มชูกำลังเป็นจำนวนมาก การที่ใช้มอเตอร์ไซด์พ่วงข้างทำให้รับคนได้จำนวนมากว่าปกติ ทำให้เขายิงบัตรรับผู้โดยสารไม่รู้จึกเหนื่อย จนทำให้เป็นแผลกดทับที่ก้น กินลึกถึงกระดูก แต่เนื่องจากเป็นอัมพาตไม่รู้สึกรู้สึกลอยไปไม่รับการรักษาจนเสียชีวิต นี่เป็นตัวอย่างให้เห็นว่า คนพิการขาดความตระหนักเรื่องสุขภาพ ซึ่งเกิดจากความไม่รู้ว่าต้องดูแลป้องกันโรคอย่างไร เพราะเดินทางไปหาหมอลำบาก บางคนจึงเลือกซื้อยากินเอง

เครือข่ายได้พยายามทำงานกับเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ โดยเฉพาะสำนักการมีส่วนร่วมที่สนับสนุนงบประมาณจัดเวทีระดมความคิดเห็นเรื่องสุขภาพกับกลุ่มคนพิการ กลุ่มคนพิการของเรา



มีชื่อเรียกห้องทุกปี แต่เป็นการเรียกห้องแบบกระจัดกระจายไม่เป็นกลุ่มก้อน ทำงานแบบ “ฝากด้วย” เพราะทุกคนเน้นเฉพาะหน้างานของตนเอง แต่ไม่เน้นเรื่องสุขภาพ ในการจัดเวทีระดมความคิดเห็นได้เชิญเครือข่ายมาร่วม และได้พบช่องว่างอีกอย่างคือ เครือข่ายของเรามีคนทำงานกระจายอยู่ต่างจังหวัดเยอะมากเลย ใน สปสช.เขตมีคนที่ทำงานมีความรู้ รู้ลึก รู้กลไกการเชื่อมประสาน แต่ต่างคนต่างทำงาน ความท้าทายคือ ทำอย่างไรจะมีการทำงานประสานกัน เพื่อให้การเรียกร้อมมีความหมาย จึงคิดว่าต้องทำงานเชิงเครือข่าย เพื่อกระจายความรู้ออกไป

สำหรับความสำเร็จเกิดที่ละช่วง เพราะทำงานตั้งแต่ช่วงปฏิรูปสุขภาพ เรามีตัวแทนจากเครือข่ายตอนล่างเข้าไปนั่งในบอร์ดหลักประกัน มีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เรื่องความเป็นธรรมในสุขภาพคนพิการ มีกลไกตั้งคณะกรรมการสุขภาพยุติธรรมที่มีคณะทำงานจากหน่วยงานต่างๆ มีการทำงานกับกระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาระบบสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น มีการจัดเวทีระดมความคิดเห็น

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๑ ทางเครือข่ายได้ผลักดันศูนย์คนพิการทั่วไปเป็นหน่วยร่วมบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกครั้ง หลังจากที่เคยมีการทำโครงการนาร่อง ๓ ปี คือในช่วง พ.ศ. ๒๕๕๒ - ๒๕๕๔ เรื่องการผลักดันให้ศูนย์การดำรงชีวิตอิสระร่วมให้บริการในระบบ สปสช. แต่ยังไม่สามารถเคลื่อนไหวในระดับนโยบายได้ และได้กลับมาขับเคลื่อนอีกครั้งในสมัยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายอนุทิน ชาญวีรกูล ที่ได้ลงนาม ประกาศให้ศูนย์บริการที่ได้รับการรับรองจาก พม. เป็นหน่วยร่วมบริการกับสปสช.ได้ ถือเป็นนัยยะการยกระดับการมีส่วนร่วมและพยายามให้คนพิการเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

“ คำถาม : อยากฝากอะไรถึง สปสช. เพื่อผลักดันไปข้างหน้าแบบไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ”

คุณสมบัติ หทัยเปี่ยมสุข เครือข่ายมะเร็งลำไส้ (ทวารเทียม) โรงพยาบาลราชวิถี :
อยากให้ทาง สปสช.สนับสนุนงบประมาณ เนื่องจากเครือข่ายฯ ได้วางแผนการทำงานเรื่องการส่งเสริมการให้ความรู้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างจังหวัด และขอให้ทาง สปสช. เพิ่มการคัดกรองด้วยการส่องกล้องเป็นปีละครั้ง จากเดิมที่เก็บข้อมูล ๒ปีครั้ง เนื่องจากการคัดกรองด้วยการส่องกล้องยังขาดความแม่นยำ อาจเกิดข้อผิดพลาดในการจัดเก็บได้ หากเก็บข้อมูลทุกปีจะทำให้ป้องกันหรือได้รับการรักษาอย่างทันทั่วๆไปที่มากกว่า ประการสุดท้าย อยากให้ทาง สปสช. ส่งหนังสือเวียนไปตามโรงพยาบาลเรื่องการเก็บถุงทวารเทียมสำรองไว้สำหรับการเบิกของผู้ป่วย และช่วยขับเคลื่อนเรื่องถุงปัสสาวะ

คุณปวีรีสา อัครสุนทรเนตร เครือข่ายผู้ป่วยโรคหายาก : ๑) อยากให้ทาง สปสช. ช่วยในเรื่องการจัดทำระบบลงทะเบียนผู้ป่วยโรคหายากแห่งชาติ เพื่อมีฐานข้อมูลที่แท้จริง จะได้ทราบที่อยู่ของผู้ป่วย โรคที่เจ็บป่วย เพื่อเป็นแผนที่ให้เราได้เดินทางในการทำงานเรื่องโรคหายากต่อไป ๒) สำหรับโรคหายาก ๒๔ โรคที่ได้สิทธิแล้ว อยากให้ช่วยผลักดันผู้ป่วยเก่าที่ยังไม่เข้าถึงสิทธิ และโรคหายากอื่นๆ รวมถึงยาที่ไม่อยู่ในบัญชียา ๓) ขอพลังจาก สปสช. ช่วยขับเคลื่อนด้านนโยบายและงบประมาณ



คุณวรรณณา แก้วชาติ เครือข่ายคนชายขอบ คนไร้บ้าน : อยากบอก สปสช. ว่าอย่าถอดใจกับเรา แม้จะหนักหนาเพียงใด แต่การทำให้ “คนไทยทุกคนต้องเข้าถึงสิทธิการบริการสาธารณสุข” เป็นเรื่องที่คุณต้องช่วยกัน สิ่งที่ยากจะฝาก คือ การผลักดันกองทุนคนไทยไร้สิทธิระหว่างการพิสูจน์สถานะ ขอเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขเข้าใจว่า คนไทยไร้สิทธิ์ส่วนใหญ่มีฐานะยากจนมากๆ ไม่มีค่าใช้จ่ายในการไปพิสูจน์สถานะ

หลังจากนี้ ทางเครือข่ายจะมีการทำ MOU ร่วมกับ ๙ องค์กร ให้เห็นว่าเครือข่ายที่มาด้วยกันทั้ง ๙ องค์กรนี้ อยากให้คนทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถเดินไปบอกสำนักงานทะเบียนราษฎรว่า “เรามีสิทธิในการเป็นคนไทย” เรื่องสุดท้าย คือ ควรมีการบูรณาการ ๓ กองทุนให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพราะโรงพยาบาลไม่ควรเลือกรับคนป่วย

คุณธีรยุทธ สุนทรวิฑู เครือข่ายคนพิการรักสุขภาพ : เรื่องที่ทางเครือข่ายคนพิการกำลังขับเคลื่อนอยู่คือ การบริการฟื้นฟูศักยภาพ ๒๖ รายการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทางสปสช. รับเรื่องนี้ไปเคลื่อนแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจัง แต่บางบริการยังไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก บางบริการขาดรหัสเบิกค่าใช้จ่าย บางรายการจำกัดเฉพาะนักวิชาชีพ เป็นสิ่งที่ในอนาคตต้องมีการแก้ไขเพื่อให้ ๒๖ รายการสามารถเป็นจริงได้

ขณะนี้ เรามีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กระจายตาม อบต. เทศบาลประมาณ ๗,๐๐๐ แห่ง กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพระดับจังหวัด ๔๐ จังหวัด และจะทยอยเพิ่มขึ้น ความท้าทายคือ จะทำอย่างไร ที่จะมียุทธศาสตร์ส่งเสริมให้ภาคประชาชนทุกเครือข่าย เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน การป้องกันโรค การเข้าถึงสิทธิ เพื่อให้ภาคเอกชนสามารถเข้าไปเอาเงินมาทำงานในด้านการส่งเสริมการมีส่วนร่วม ระบบการฟื้นฟู ระบบการจัดอุปกรณ์สิ้นเปลืองต่างๆ เพื่อให้เกิดการทำงานในระบบสุขภาพอย่างแท้จริง

สิ่งที่จะเคลื่อนต่อไปของเครือข่าย คือ การหาคนรุ่นใหม่มาทำงาน อาจจะมาจากต่างจังหวัดที่มีความรู้ในการประสานเชิงพื้นที่อยู่แล้วให้พูดจาภาษาเดียวกัน

“

สปสช.จะผลักดันประเด็นต่างๆ ที่เสนอมาไปข้างหน้าอย่างไร โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลังอย่างไร

”

ตัวแทนจาก สปสช. นพ.ประจักษ์วิช เลิศนาค รองเลขาธิการ. : ทาง สปสช. ทำทุกเรื่องอย่างเต็มที่ และจิตวิญญาณของเราคือ การทำเพื่อประชาชนไม่เคยจางไปไหน มันถูกส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นของคน สปสช. นอกจากนี้ คน สปสช. ก็คือคนไทยคนหนึ่งที่มาทำหน้าที่แทนคนไทย ซึ่งจะทำให้ดีที่สุด

ผู้เข้าร่วมงานร้องเพลง “แสงดาวแห่งศรัทธา” และกล่าวปิดงาน โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ ประธานมูลนิธิศรัทธาภาพบำบัด



ภาพที่ ๓๘ ภาพหมู่ในงานรำลึก ๑๒ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

เมื่อปีที่แล้วเราได้เชิญอาจารย์จอน อึ้งภากรณ์ มาเป็นองค์ปาฐก โดยอาจารย์จอนได้เล่าถึงตอนที่อาจารย์ป่วย อึ้งภากรณ์ เส้นเลือดในสมองแตกที่ประเทศอังกฤษ แม้ท่านจะอยู่ในสถานะเพียงผู้พักอาศัย (resident) แต่ระบบสวัสดิการที่อังกฤษมีความก้าวหน้ามาก จึงได้ครอบคลุมการดูแลทั้งพลเมืองและผู้พำนักอาศัย ทำให้อาจารย์ป่วยได้รับการผ่าตัดและฟื้นฟูร่างกายได้ ขณะนั้น อาจารย์ป่วยและครอบครัวกำลังจะเดินทางไปประเทศสหรัฐอเมริกา แต่เกิดเจ็บป่วยก่อน โชคดีที่ท่านเกิดเจ็บป่วยที่ประเทศอังกฤษ หากเจ็บป่วยที่ประเทศสหรัฐอเมริกา อาจทำให้ครอบครัวล้มละลายได้ อาจารย์ป่วย อึ้งภากรณ์ เป็นคนสมถะ และเป็นผู้ทำงานอย่างทุ่มเท ไม่เห็นแก่การหาผลประโยชน์ใด ๆ เมื่อครั้งท่านเป็นคนบดีคณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่านเป็นผู้ว่าการธนาคารชาติด้วย ระเบียบกำหนดให้ท่านเลือกรับเงินเดือนเต็มทีหนึ่ง และครึ่งหนึ่งอีกทีหนึ่ง เงินเดือนผู้ว่าการธนาคารชาติ ๕ หมื่นบาท เงินเดือนคนบดีมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๘ พันบาท ท่านบอกว่ามีธนาคารชาติเข้ารูปเข้ารอยดีแล้ว ขอรับเงินเดือนครึ่งเดียว ส่วนที่ธรรมศาสตร์ท่านต้องทุ่มเทเวลาให้มากกว่า จึงขอรับเงินเดือนเต็มทีธรรมศาสตร์แทนที่จะรับเงินเดือนเต็ม ๕ หมื่นบาทที่ธนาคารชาติ และรับครึ่งหนึ่ง ๔ พันบาทที่ธรรมศาสตร์ ท่านจึงไม่ใช่คนร่ำรวยและทำให้ท่านไม่มีเงินมากพอที่ไปรับการรักษาพยาบาลได้ที่สหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกามีค่ารักษาพยาบาลแพงมาก ประชาชนต้องซื้อประกันสุขภาพของตนเอง และประกันสุขภาพที่มีก็ขาดความครอบคลุม ๑๐๐% ทำให้พลเมืองสหรัฐไม่มีหลักประกันสุขภาพถึง ๒๐% เมื่อประธานาธิบดีโอบามาได้รับเลือกเป็นประธานาธิบดี ได้ท่านโยบาย “โอบามาแคร์” คือ รัฐอุปถัมภ์สนับสนุนให้ประชาชนชาวสหรัฐอเมริกาทุกคนมีหลักประกันพื้นฐานด้านสุขภาพ จึงเพิ่มความครอบคลุมได้อีก ๑๐% เป็น ๙๐% ยังมีอีก ๑๐% ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งจำนวนก็มากกว่า ๓๐ ล้านคนเพราะสหรัฐอเมริกามีประชากรกว่า ๓๐๐ ล้านคน



การที่คนไทยมีระบบสุขภาพถ้วนหน้ามาจากคุณูปการจากคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะที่วางรากฐานไว้เป็นอย่างดี การมาประชุมกันนอกจากการรำลึกถึงคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ พวกเราต้องคิดว่ามีอะไรที่เราจะทำได้ต่อไป ในปีที่แล้วคิดว่าน่าจะพัฒนาเป็น “รัฐสวัสดิการ” ซึ่งต้องปฏิรูประบบภาษีใหม่ เพราะระบบภาษีปัจจุบันมีงบประมาณไม่เพียงพอ และเมื่อปีที่แล้วในภาคบ่าย เราได้เชิญนักการเมืองมาร่วมประกาศนโยบายและความคิดเห็นต่อระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทุกพรรคต่างยืนยันที่จะปกป้องระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ดำเนินต่อไป

ในปีนี้ เราเชิญคุณหมอวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร มาเล่าถึงการวิจัยและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าเกิดขึ้นอย่างไร เพราะอะไรจึงทำให้ทุกรัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นทุกปี คุณหมอวิโรจน์ได้วิเคราะห์ว่า อะไรคือปัจจัยความสำเร็จ ใครที่สร้างความดี และสิ่งที่ควรทำต่อไป

และเราได้ ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา และอดีตผู้อำนวยการธนาคารแห่งประเทศไทย มาพูดถึงเรื่องความเสมอภาคทางการศึกษา ท่านเป็นคนเรียนเก่งที่สุดอันดับ ๑ และมีส่วนที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ ๑๔ ตุลา เพราะเป็นแกนนำนิสิตนักศึกษาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นคนประสานกับองค์กรนักศึกษา มหาวิทยาลัยอื่นๆ เพื่อประชุมร่วมกัน จนเกิดการขับเคลื่อนของเหล่านักศึกษา เมื่อวันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๑๖ เพื่อรักษาสิทธิ เสรีภาพ และประชาธิปไตย ถือเป็นการตื่นตัวครั้งยิ่งใหญ่ของนักศึกษาไทย

ในระยะแรกนั้น ทาง สสส. เป็นแรงผลักดันให้เกิด กองทุนเพื่อความเสมอภาคทางการศึกษา (กสศ.) มีผู้ผลักดันให้เกิดเป็นจริงในรัฐธรรมนูญฉบับนี้เพื่อผลักดันกองทุนเพื่อการศึกษา ผู้ที่มีส่วนผลักดันอย่างสำคัญ คือ นายมีชัย ฤชุพันธุ์ ที่มีบทบาทสำคัญ โดยเขียนไว้ในรัฐธรรมนูญ และดำเนินการต่อมา จึงทำให้มีกฎหมายรองรับ และสรรหาผู้ที่มีความสามารถ อย่าง ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล มาช่วยวางรากฐานที่สำคัญ เช่นเดียวกับ ตอนที่ก่อตั้ง สปสช. เราได้คุณหมอสงวน มาทำงาน เพื่อวางรากฐานด้วยความมุ่งมั่น วิริยะ อุตสาหะ จน สปสช. ได้รับรางวัลธรรมาภิบาล ต่อเนื่องหลายปีในเวลาต่อมา โดยคุณหมอสงวนฯ ได้สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็งไว้

ประเทศไทยทำระบบหลักประกันสุขภาพสำเร็จได้ เพราะมีระบบบริการทั่วประเทศ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ทั่วถึง คนที่มีส่วนสำคัญในการจัดระบบบริการทั้ง ๓ ระดับทั่วประเทศ คือ นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว โดยสร้างโรงพยาบาลจนครบทุกจังหวัดในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม สร้างโรงพยาบาลครบทุกอำเภอ และสถานีอนามัยครบทุกตำบล ในรัฐบาลของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ซึ่งอยู่ในช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ โดยมุ่งให้ประชาชนมีหลักประกันที่จะมีโรงพยาบาลใกล้บ้าน ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี จึงได้เน้นระบบบริการให้ทั่วถึง

แม้เราจะทำระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีความก้าวหน้าตามลำดับ แต่เรายังมีระบบอื่นที่ต้องทำให้เกิดขึ้น โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชน และองค์กรต่างๆ ช่วยกันผลักดันต่อไป ปีนี้สมควรแก่เวลาแล้ว พบกันใหม่ปีหน้า

“ คณาธิการของคุณหมอสงวน
ที่มีต่อวงการสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นมีอย่างมหาศาล
โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเป็นหนึ่งในห้วงบวนสำคัญที่ผลักดัน
ให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในประเทศไทย ”

ดร.ประสาร ไตรรัตน์วรกุล
๑๗ มกราคม ๒๕๖๓



มูลนิธิริมิตรภาพบำบัด