

บันทึกกิจกรรมงานรำลึก ๑๘ ปี
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙

“ระบบหลักประกันสุขภาพประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม”

ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์
ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย
: สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม

บันทึกกิจกรรม งานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย



วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙
ณ ห้องประชุมจูปิเตอร์ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์
กรุงเทพมหานคร

โดย
มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม

บันทึกกิจกรรม งานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙

ISBN: 978-616-92524-9-8

พิมพ์ครั้งแรก พฤษภาคม ๒๕๖๙

จำนวนพิมพ์ ๑,๗๐๐ เล่ม

บรรณาธิการ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน

บรรณาธิการรอง นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน

คณะผู้จัดทำ นายแพทย์กฤช ลี่ทองอิน
นางพนิต มโนการ
นางสาวสุภาภรณ์ บุญปก
นางสาวจารุวรรณ รัตนโสภา
นายสหภาพ สาบุตร

ปก/จัดรูปเล่ม นายเอกวัฒน์ สุวันทโรจน์

จัดพิมพ์โดย มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์)
เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒ อาคารรวมหน่วยงานราชการ (อาคารบี)
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานครฯ ๑๐๒๑๐

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์สุภา
๑๑๘ ซอย ๖๘ ถนนจรัญสนิทวงศ์
เขตบางพลัด แขวงบางพลัด
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

คำนำ

เนื่องในโอกาสครบรอบ ๑๘ ปี แห่งการจากไปของ **นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์** “ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย” และ “ผู้จุดประกายงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน” มูลนิธิมิตรภาพบำบัดร่วมกับภาคีเครือข่ายได้จัดงานรำลึกขึ้นเมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ เพื่อสานต่อเจตนารมณ์มิตรภาพบำบัด เชิดชูเกียรติผู้ป่วยจิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หน่วยงาน องค์กร และสื่อ ที่ดำเนินงานมิตรภาพบำบัดมีผลงานโดดเด่น และเป็นเวทีขับเคลื่อนเชิงนโยบายด้านหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการสังคม ต่อสังคม

ในการนี้ มูลนิธิฯ ได้รับเกียรติอย่างสูงจาก **รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชิต สุวรรณประกร** ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัยของสภากาชาดไทย ที่ให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิดงานและมอบรางวัลเชิดชูเกียรติ พร้อมทั้งแสดงปาฐกถาพิเศษที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการผสานวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่เข้ากับหัวใจของงานมิตรภาพบำบัด เพื่อลดภาระและค่าใช้จ่ายการรักษาให้สามารถสร้างหลักประกันสุขภาพที่ยั่งยืน

ปาฐกถานายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้รับเกียรติจาก **ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์** ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) เป็นองค์ปาฐกในหัวข้อ “ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม” ท่านเป็นนักวิชาการที่นำเสนอประเด็นปัญหาให้เข้าใจได้ง่ายอย่างมีหลักฐานทางวิชาการ มีความกล้าหาญทางจริยธรรมของนักวิชาการที่หาได้ค่อนข้างยากในประเทศไทย ในสมัยหนึ่งตอนที่มีการยึดอำนาจเมื่อปี ๒๕๕๗ ได้มีความพยายามจะทำลายระบบนี้ แล้วบอกว่า ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่ทำไม่ได้ ไม่มีใครในโลกทำกันและ

เป็นประชานิยม ดร.สมเกียรติ ได้ออกมาบอกว่า ระบบหลักประกันสุขภาพไม่ใช่ประชานิยม เป็นสวัสดิการสังคม ในครั้งนี้ท่านได้ยืนยันอย่างกระจ่างชัด และชี้ถึงความท้าทายทางการคลังและสังคมสูงวัย ที่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีโอกาสพัฒนาไปได้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อให้เป็นที่พึ่งของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ควบคู่ไปกับวิสัยทัศน์จากเวทีเสวนา “อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประชาชนได้อะไร” ตัวแทนพรรคเพื่อไทย พรรคประชาธิปัตย์ และพรรคประชาชน ที่มาร่วมระดมความคิดเห็นเพื่อตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนในอนาคต ภายใต้บริบทโลกยุค BANI World (ความเปราะบาง, ความกังวล, ความไม่เป็นเส้นตรง และความยากเกินเข้าใจ) และการเลือกตั้งที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งทั้งสามพรรคที่มา มีข้อเสนอดี ๆ ต่อระบบหลักประกันสุขภาพ น่าเสียดายที่พรรคภูมิใจไทยแกนนำจัดตั้งรัฐบาลไม่ได้มาในวันนั้นด้วย

สิ่งที่ถือเป็นหัวใจสำคัญยิ่งของงานในครั้งนี้ คือ การเชิดชูเกียรติผู้ได้รับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่นและรางวัลชมเชย ประจำปี ๒๕๖๘ ซึ่งในปีนี้มีบุคคล องค์กร ได้รับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ๕ รายและรางวัลชมเชย ๘ ราย และมีโอกาสให้ผู้ที่รับรางวัลดีเด่นได้ขึ้นกล่าวบนเวที น่าเสียดายที่เวลาจำกัด ต้องขออภัยผู้ที่รับรางวัลชมเชยไม่ได้มีโอกาส อย่างไรก็ตาม ผลงานของทุกท่านที่ได้จัดทำเป็นหนังสือและวีดิทัศน์น่าชื่นชม และสามารถสร้างแรงบันดาลใจอย่างดียิ่ง ผลงานของทุกท่านคือเครื่องยืนยันว่า ปณิธานของนายแพทย์สงวนยังคงส่องสว่างและขยายผลไปสู่การดูแลเพื่อนมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรมทั่วประเทศ

ในนามของมูลนิธิมิตรภาพบำบัด หวังเป็นอย่างยิ่งว่า บันทึกกิจกรรม (proceedings) ฉบับนี้จะเป็นมากกว่าบันทึกเหตุการณ์ แต่จะเป็นประทีปทางความคิดที่ช่วยขับเคลื่อนให้ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ยั่งยืน และเป็นระบบที่ “มีหัวใจ” เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนไทยทุกคน ตามความมุ่งมั่นที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ได้ฝากไว้ให้กับพวกเรา

ท้ายที่สุดนี้ มูลนิธิมิตรภาพบำบัดขอขอบพระคุณคณะทำงาน เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจสนับสนุนการจัดงานครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี รวมถึงขอขอบพระคุณผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายและงบประมาณทุกท่าน ความทุ่มเทของทุกท่านไม่เพียงแต่ทำให้งานรำลึกเกิดขึ้นได้อย่างสมเกียรติ แต่ยังเป็นส่วนสำคัญในการสืบทอดเจตจำนงของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนไทยทุกคนสืบไป

พบกันใหม่ปีหน้า

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด



สารบัญ

	หน้า
คำนำ	๓
กำหนดการ	
เกริ่นนำ	๗
ส่วนที่ ๑ : กล่าวรายงาน	๑๑
ส่วนที่ ๒ : กล่าวเปิดงานและปาฐกถาพิเศษ	๑๔
การลดภาระในการรักษาโรคในยุคโมเลกุล (Molecular Biology) ด้วยหลักวิทยาศาสตร์และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่	
ส่วนที่ ๓ : พิธีมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น	๑๖
“นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”	
ส่วนที่ ๔ : ปาฐกถา “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”	๒๕
ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม	
ส่วนที่ ๕ : เวทีเสวนา	๕๗
อนาคตระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประชาชนจะได้อะไร	
บทสรุป	๘๘
ประมวลภาพกิจกรรม	๙๑
รายนามผู้บริจาคเงินสนับสนุน	๑๑๐

กำหนดการ

งานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙
ห้องจูปิเตอร์ ชั้น ๓ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์
ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ

๘.๓๐–๙.๐๐ น.	ลงทะเบียนเข้าร่วมงาน
๙.๐๐–๙.๑๐ น.	ชมวีดิทัศน์ “นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้บุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพไทย และผู้บุกเบิกงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน”
๙.๑๐–๙.๒๐ น.	กล่าวรายงาน โดย นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด
๙.๒๐–๙.๕๐ น.	กล่าวเปิดงาน และปาฐกถาพิเศษ “การลดภาระ ในการรักษาโรค ในยุคโมเลกุล (molecular biology) ด้วยหลักวิทยาศาสตร์และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่” โดย รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย สภากาชาดไทย
๙.๕๐–๑๑.๐๐ น.	พิธีมอบรางวัล “มิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘” ๑. ประกาศรายชื่อ และชมวีดิทัศน์ “บุคคลและองค์กรที่มีผลงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘” โดย ผู้จัดการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

๒. มอบรางวัล “มิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘”
โดย รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร
๓. ถ่ายรูปหมู่ร่วมกัน
๔. ผู้ได้รับรางวัล กล่าวแสดงความรู้สึก

๑๑.๐๐–๑๒.๐๐ น. ปาฐกถา “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”
“ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม”
โดย ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์
ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
แนะนำองค์ปาฐก
โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน
ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

๑๒.๐๐–๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

๑๓.๐๐–๑๕.๑๕ น. เวทีเสวนา “อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประชาชนจะได้อะไร”
โดย ๑. ผู้แทนพรรคภูมิใจไทย
๒. ผู้แทนพรรคประชาธิปัตย์
๓. ผู้แทนพรรคเพื่อไทย
๔. ผู้แทนพรรคประชาชน
ดำเนินการเสวนาโดย คุณอรอุมา เกษตรพืชผล

๑๔.๑๕–๑๕.๓๐ น. กิจกรรมเชิงสัญลักษณ์ร่วมกัน และปิดงาน

หมายเหตุ : มีถ่ายทอดสด Facebook Live ตลอดการจัดงาน

เกริ่นนำ

นายปิยะสุวรรณ ตุ้งแก้ว ตำแหน่ง ผู้จัดการ สปสช. เขต ๑๒ สงขลา นางจิรชฎา เชียงกูล ตำแหน่ง กรรมการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด พิธีกรทั้งสองท่านได้กล่าวทักทายผู้เข้าร่วมอย่างไม่เป็นทางการ โดยกล่าวถึงภาพรวมของการจัดงานเพื่อรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ โดยท่านเป็นผู้บุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพไทย และงานมิตรภาพบำบัด ระหว่างที่ยังมีชีวิต นายแพทย์สงวนได้ทุ่มเททำงานอุทิศตน โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่ ถือเป็นบุคคลที่สร้างแรงบันดาลใจให้หลายคนมาร่วมกันสร้างระบบสุขภาพเพื่อคนไทย หลังจากนายแพทย์สงวนเสียชีวิต ครอบครัวได้นำเงินจากการจัดพิธีศพมาจัดตั้งเป็นมูลนิธิมิตรภาพบำบัดเพื่อสานต่อปณิธานของนายแพทย์สงวน

การที่พวกเราได้มาร่วมกัน เป็นส่วนหนึ่งในงานจิตอาสามิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อช่วยดูแลทางด้านการแพทย์ ถือเป็นวัตถุประสงค์หลักตามปณิธานของนายแพทย์สงวน เพราะฉะนั้น การที่เรามีจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน มาช่วยกันเติมพลังให้กับเพื่อนที่เป็นผู้ป่วย หรือครอบครัว ด้วยความเข้าอกเข้าใจ การเป็นกำลังใจต่อกัน อันเป็นส่วนหนึ่งของการร่วมสร้างการเปลี่ยนแปลงในการสร้างเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนในพื้นที่ทั่วประเทศไทย ที่เครือข่ายจิตอาสามิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนได้ช่วยกันดูแล

ในวันนี้ มีกิจกรรมเสริมสร้างกำลังใจให้กับเครือข่าย คือ การมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ทั้ง ๕ ประเภท โดยได้มีกระบวนการคัดเลือกผลงานจากเครือข่ายทั่วประเทศที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการเป็นลำดับขั้นตอนที่ชัดเจน จนได้ผู้ที่เป็นต้นแบบ และหน่วยงานที่เป็นต้นแบบในการดำเนินการของแต่ละประเภท โดยจะมีการเผยแพร่ผลงานของแต่ละปีผ่านทางช่องทางเว็บไซต์ เพจ และสื่อต่าง ๆ

สำหรับกำหนดการในวันนี้ประกอบด้วยกิจกรรมที่น่าสนใจ โดยในช่วงเช้าเริ่มจากการชมวีดิทัศน์ “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้บุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพไทย และผู้บุกเบิกงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน” จากนั้น นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัดกล่าวรายงานการจัดงานและเรียนเชิญ รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร กล่าวเปิดงาน พร้อมกับปาฐกถาพิเศษเมื่อเสร็จพิธีเปิด จะเป็นพิธีมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘ หลังจากนั้นเป็นช่วงปาฐกถา “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” เรื่อง “ระบบหลักประกันสุขภาพประเทศไทย : สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม” จาก ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ในช่วงบ่ายจะมีเวทีเสวนาจากตัวแทนพรรคการเมือง ประกอบด้วยผู้แทนจากพรรคประชาธิปัตย์ พรรคเพื่อไทย และพรรคประชาชน ร่วมเสวนา ในหัวข้อ “อนาคต ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประชาชนจะได้อะไร” ดำเนินรายการโดยคุณอรอุมา เกษตรพืชผล และรายการสุดท้ายก่อนจากกัน เราจะมีกิจกรรมเชิงสัญญลักษณ์ร่วมกันและปิดงาน

การจัดงานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย ในวันนี้มีการถ่ายทอดสดผ่าน Facebook Live และยังสามารถติดตามผลงานสรุปได้ในเว็บไซต์ของมูลนิธิมิตรภาพบำบัด และติดตามได้ทางช่อง ๙ เวลาประมาณ ๑๙.๐๐–๒๐.๐๐ น. และวันที่ ๓๑ มกราคม ทางช่อง ๗ เวลาประมาณ ๖.๓๐ น.

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ส่วนที่ ๑

กล่าวรายงาน



โดย นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล

เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

กราบเรียน รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย สภากาชาดไทย

กระผม นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล เลขาธิการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ในนามของคณะผู้จัดงานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย ขอกราบขอบพระคุณที่ท่านอาจารย์ให้เกียรติมาเป็นประธานเปิดงานและมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘ กระผมขอกราบเรียนความเป็นมาของงาน ดังนี้

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์) เป็นองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ จัดตั้งขึ้นเพื่อสานต่องานสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชน และสนับสนุนจิตอาสามิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ตามปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่ได้จากไปในขณะที่มีอายุได้เพียง ๕๕ ปี เมื่อวันที่ ๑๘ มกราคม พ.ศ.๒๕๕๑ ด้วยโรคมะเร็งปอด แต่ช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่ ท่านได้สร้างสิ่งที่เป็นคุณูปการหลายอย่างให้กับสังคมไทย ที่เด่นชัดสุดคือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ท่านใช้ทั้งชีวิตเรียนรู้ ออกแบบ และพัฒนาขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมจับต้องได้ให้กับคนไทยทั้งประเทศ เป็นนวัตกรรมระบบสุขภาพที่ช่วยทำให้คนไทยเข้าถึงบริการสาธารณสุขเมื่อยามจำเป็นได้อย่างทั่วถึง ครัวเรือนไม่ต้องล้มละลายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ

งานสำคัญอีกชิ้นหนึ่งในช่วงท้ายชีวิตของนายแพทย์สงวน ที่ได้มอบไว้ให้กับสังคมไทย คือการนำเสนอแนวคิดการสร้างเครือข่ายจิตอาสา มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย ที่มาจากประสบการณ์จริงของชีวิต ท่านเรียนรู้ว่าคนเมื่อเจ็บป่วยย่อมต้องการคนที่เข้าใจ ต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากประสบการณ์จริงของเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน และยึดเป็นแนวปฏิบัติของระบบบริการสุขภาพไทยจนถึงทุกวันนี้

ในปีนี้ มูลนิธิฯ ได้กำหนดจัดงานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ในวันอังคารที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมจูปิเตอร์ ชั้น ๓ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ จะมีการมอบรางวัลเพื่อเชิดชูเกียรติเป็นแบบอย่างแก่สังคมให้กับผู้ป่วยจิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และหน่วยงาน องค์กร ที่มีการดำเนินงานมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนอย่างต่อเนื่อง และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์รวม ๑๓ รางวัล

โดยมี รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย สภากาชาดไทย ให้เกียรติเป็นประธานเปิดงาน กล่าวแสดงปาฐกถาพิเศษ และมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘ มีผู้เข้าร่วมงานประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ และภาคประชาสังคม ประมาณ ๑๕๐-๒๐๐ คน รวมทั้งประชาชนทั่วไปที่สนใจเข้าร่วมทาง Facebook live

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอกราบเรียนเชิญท่านประธานให้เกียรติขึ้นกล่าวเปิดงานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย พร้อมกล่าวแสดงปาฐกถาพิเศษ “การลดภาระในการรักษาโรคในยุคโมเลกุล (Molecular biology) ด้วยหลักวิทยาศาสตร์ และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่” และมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประจำปี ๒๕๖๘ เพื่อเชิดชูเกียรติให้กับผู้ป่วยจิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และหน่วยงาน องค์กร ที่มีผลงานดีเด่นที่ได้รับคัดเลือกตามลำดับ ขอขอบพระคุณครับ

มูลนิธิอิ้งตรกาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ส่วนที่ ๒

กล่าวเปิดงานและปาฐกถาพิเศษ



โดย รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร

ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย

สภากาชาดไทย

เรียน ประธานมูลนิธิมิตรภาพบำบัด นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน ท่านเลขาธิการมูลนิธิ นายแพทย์ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล รวมทั้งผู้บริหาร เครือข่ายผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมทั้งสื่อมวลชน ผู้มีเกียรติ ที่มาในงานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย

ในโอกาสนี้เราคงได้ทราบดีว่าหนึ่งในผู้ร่วมแรงร่วมใจที่สำคัญคือ อาจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี เพิ่งเสียชีวิตลง อยากจะเรียนเชิญทุกท่านช่วยกรุณายืนขึ้นเพื่อไว้อาลัยท่านอาจารย์ประเวศ วะสี ราษฎรอาวุโส หรือที่อาจารย์วิชัยได้ตั้งขนานนาม “อภิชาตบุตรแห่งสยามประเทศ” (ทุกคนยืนสงบนิ่ง ๑ นาที)

สำหรับนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย ที่พยายามให้เกิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท่านได้ทำสำเร็จ และในวันนี้ทางมูลนิธิมิตรภาพบำบัดได้จัดงานรำลึกท่านอาจารย์เป็นปีที่ ๑๘ เพื่อสืบสานปณิธานของท่านจนถึงปัจจุบัน

ขอแสดงความยินดีกับท่านผู้มีเกียรติทุกท่าน ทุกหน่วยงาน ที่ได้รับรางวัลมิตรภาพบำบัด ประจำปี ๒๕๖๘ และขอให้ทุกท่านประสบความสำเร็จในหน้าที่ของท่านเป็นอย่างดี ที่ทำให้กับประชาชนไปพร้อมกับการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป บัดนี้ได้เวลาอันสมควร ผมจึงขอกล่าวเปิดงานเพื่อรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ที่จากโลกนี้ไป ที่ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับบริการการรักษาโดยไม่ล้มละลายจากการเจ็บป่วย และขอขอบคุณทุกท่านที่ทำให้ความฝันของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์เป็นจริง ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อประชาชน ให้คนไทยที่เจ็บป่วยร่วมกันโดยมีมูลนิธิมิตรภาพบำบัดได้ส่งเสริมการดำเนินการสนับสนุนมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อน และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อให้ประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทยได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมและเท่าเทียมกัน ผมขอเปิดงานในวันนี้อย่างเป็นทางการ

มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ปาฐกถาพิเศษ



การลดภาระในการรักษาโรคในยุคโมเลกุล (Molecular Biology)
ด้วยหลักวิทยาศาสตร์และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่

ในโอกาสนี้ผมรู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่ง ที่ได้มามีส่วนร่วมแม้จะเพียงเล็กน้อยในวันนี้ แต่หวังว่าจะทำคุณประโยชน์อันน้อยนิดต่อนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ของเราได้บ้าง ก่อนที่ผมจะเริ่มพูดคุย ขอแปลความหมายของปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ที่นอกเหนือจากจะผลักดันให้การรักษาโรคถ้วนหน้า และก่อตั้งให้มี สปสช. แล้ว ท่านยังมีเรื่องของมิตรภาพบำบัดด้วย ท่านตั้งใจจะบอกอะไรแก่พวกเรา ผมขอตีความว่า ท่านต้องการที่จะเห็น **นอกจากการรักษาทางกายถ้วนหน้าแล้ว ท่านอยากเห็นการรักษาทางใจถ้วนหน้าด้วย** ซึ่งเป็นความคิดที่ยิ่งใหญ่และกล้ามากที่จะคิด อันนี้เป็นความสำคัญ ความเก่งไม่สำคัญเท่าความกล้า เช่นเดียวกับพวกท่านที่ได้รางวัลมิตรภาพบำบัด ผมเชื่อว่าท่านเก่งและกล้าด้วย ท่านจะเป็นตัวอย่างที่ดี ในวันนี้ ที่ผมจะพูดนี้เป็นบัญญัติไตรยางค์หลายชั้นมาก แต่ผมพยายามจะพูดทีละชั้นภายใต้เวลาที่จำกัดให้สำเร็จล่วงไปได้นะครับ

การลดภาระในการรักษาโรคในยุคโมเลกุล
(Molecular biology)
ด้วยหลักวิทยศาสตร์และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่

สืบสานปณิธาน และไปต่อ ด้วยการรักษาโรคให้หาย
อย่างแท้จริงถ้วนหน้าปัจจุบัน รักษา กลุ่มโรค

สำหรับเรื่องที่ผมจะพูดคือ “การลดภาระในการรักษาโรคในยุคโมเลกุล (Molecular Biology) ด้วยหลักวิทยาศาสตร์และเพื่อนช่วยเพื่อนมิติใหม่” ผมตั้งใจจะสืบสานและไปต่อ คำว่า **“ไปต่อ” เป้าหมายคือความยั่งยืน** ซึ่งเป็นเรื่องที่นายแพทย์สงวนได้ทำมานานแล้ว และก็มีความยั่งยืน แต่ว่าความยั่งยืนต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง และปัจจุบันเรากำลังรักษาอะไรอยู่บ้าง ในวันนี้ผมจะพูดให้ฟัง

ปัจจุบัน DRG
คือ Diagnosis Related Group (DRG)
(กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดย **สำนักพัฒนากลุ่มโรค** ร่วมไทยสำนงานมาตรฐานและการบริการสารสนเทศระบบบริการสาธารณสุข (สมสส.) ได้พัฒนา TDRG ฉบับที่ 6 ให้ **จัดกลุ่มโรค**ได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เทคโนโลยีทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแล้วเสร็จในปีงบประมาณ 2560

อนาคต
คำจำกัดความของโรค

โรคคือกลุ่มอาการ ดังนั้นโรคหนึ่ง จึงมียให้เลือกได้หลายอย่าง

จากสไลด์จะเห็นว่าเรารักษาโรคแบบไหน มี DRG เป็นตัวบอกว่า ปัจจุบันเรารักษากลุ่มโรค การรักษากลุ่มโรคแปลว่า มีการรักษาและสั่งยารักษามากมาย จึงเป็นสาเหตุให้งบประมาณที่จัดสรรให้ไปแต่ละที่นั้นไม่เพียงพอ เพราะว่ากรอบการรักษานั้นสามารถสั่งใช้เครื่องมือ และเวชภัณฑ์ได้จำนวนมาก ทำให้งบประมาณไม่เพียงพอและนับวันจะไม่พอมากขึ้นทุกวัน อันนี้เราคงเห็นเหตุการณ์และได้ยินประจักษ์อยู่แล้ว เพราะฉะนั้นเราต้องเปลี่ยนอะไรถึงจะไปสู่จุดนั้นได้ จุดสำคัญที่ต้องเปลี่ยนคือเปลี่ยนจากเรื่องกลุ่มโรคเป็นรักษาโรค ซึ่งในยุคโมเลกุลเราสามารถจะรักษาโรคได้ถึงขั้นหายสนิท หรือเรียกว่าหายขาด หรือว่าเป็นปกติ เพราะฉะนั้นเราไม่จำเป็นต้องอยู่ที่กลุ่มโรคแล้ว เพราะว่าโรคทุกโรค ทางการแพทย์ทุกคนจะทราบดีว่า จะมี criteria for diagnosis กำกับไว้แล้ว จึงไม่จำเป็นต้องไปสร้างอะไรขึ้นมาใหม่เลย

Criteria for diagnosis

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI_S)

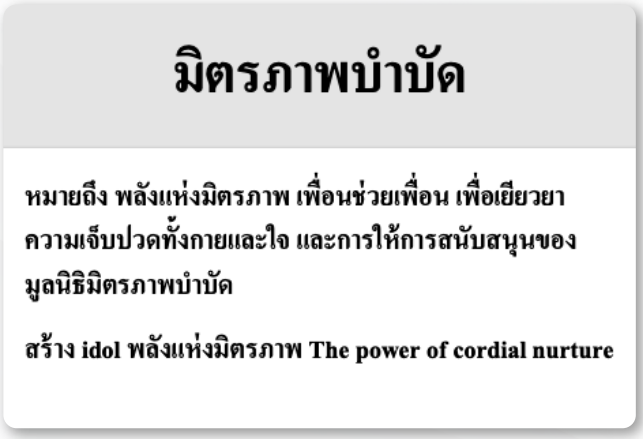
Answer : Yes (Number of criteria : 3)
1. **Positive nucleic acid amplification test (NAAT) for Chlamydia trachomatis.**
2. **Positive nucleic acid amplification test (NAAT) for Neisseria gonorrhoeae.**
3. **Serologic evidence of Treponema pallidum infection**

Attached Files :
No files were attached.

ยุคโมเลกุลคืออะไร ผมจะขอทำความเข้าใจสักเล็กน้อย ยุคโมเลกุลทำให้เราทราบว่า เซลล์ชนิดต่าง ๆ มีการสื่อสารกันอย่างไร ใช้โมเลกุลอะไรในการสื่อสารและใช้อะไรในการรับการสื่อสาร เราต้องเข้าใจสิ่งเหล่านี้ เมื่อเซลล์มีการสื่อสารกันแล้วทำให้เกิดอาการอะไร เราก็จะสามารถเชื่อมโยงไปหาอาการของโรคได้ และสามารถหา criteria for diagnosis ได้ ฉะนั้นจากอาการของโรค เราจะต้องหาเซลล์ตัวแรกของการเกิดโรคให้ได้ก่อน ผมจะพยายามทำให้เข้าใจง่ายขึ้นอีกหน่อยหนึ่ง ยกตัวอย่าง โทรศัพท์มือถือ ต้องมีสัญญาณส่งเข้ามา ก็จะเข้ามาที่เครื่องรับ เซลล์ก็มีเครื่องรับและรับสัญญาณได้เช่นกัน แต่เซลล์มีการกำหนดว่า จะรับสัญญาณอะไรบ้าง ขึ้นอยู่กับว่า เซลล์นั้นอยู่ในอวัยวะ หรือเนื้อเยื่อ หรือโครงสร้างใด เซลล์ก็มีบริบทว่าจะมีเครื่องรับกี่ตัว และเครื่องรับนั้นแปลความหมายไปเป็นอะไร เหมือนเป็นโปรแกรมของเซลล์ เพื่อบอกต่อเซลล์ต่อไป จึงเกิดกระบวนการเชื่อมโยงเป็นอาการ ดังนั้น หากเราเข้าใจเช่นนี้ จาก criteria for diagnosis จะสามารถคลำทาง มีวิธีวิเคราะห์ที่สร้างไว้แล้วว่า จะหาเซลล์ตัวแรกของการเกิดโรคได้อย่างไร และเมื่อหาเซลล์ตัวแรกพบ ก็จะรู้ถึงสัญญาณ (signal) ที่ไม่ดีที่ทำให้เกิดโรค ดังนั้น หากเราทำให้เซลล์ที่เกิดโรคไม่มีการส่งสัญญาณ หรือเมื่อส่งไปแล้วก็อย่าให้พบกับเครื่องรับสัญญาณ หากเป็นไปได้ตามที่กล่าว การรักษาโรคยุคปัจจุบันจะง่ายมากเลย หากหาเซลล์ตัวแรกพบ จะสามารถรักษาได้อย่างตรงไปตรงมา ดังนั้น การรักษาเซลล์ตัวแรกขอใช้คำว่า **Originating Cell และการหายสนิทที่แท้จริง** แปลว่า เซลล์ตัวแรกกลับเป็นปกติ

เมื่อเซลล์ตัวแรกกลับเป็นปกติ ก็หยุดบอกต่อหรือหยุดส่งสัญญาณ ก็จะไม่มีการเกิดโรค ดังนั้น หากเรารักษาที่เซลล์ตัวแรกเพียงตัวเดียว ทำให้เหลือการรักษาเพียงอย่างเดียว ยาจะเหลือแค่อย่างเดียว ที่เหลือเป็นตัวประกอบ ในยุคโมเลกุลสิ่งสำคัญคือรักษาที่เซลล์ตัวแรกให้เป็นปกติด้วยยาตัวเดียว เราสามารถพัฒนาไปถึงตรงนั้นได้แน่นอน **คำถามคือ จะสามารถรู้ได้อย่างไรว่า เซลล์ใดเป็นเซลล์ตัวแรก** แปลว่ายาตัวเดียวกันใช้รักษาคน ๑๐๐ คน ต้องได้ผลในเวลาใกล้เคียงกันอย่างน้อยร้อยละ ๘๐ หรือดีที่สุดควรจะได้ผลร้อยละ ๑๐๐ อาจจะมี ๒๐ คนที่ต้องการยามากกว่า ๑ ตัว

เพื่อให้สามารถรักษาได้รวดเร็วตามกำหนด นี่คือเป้าหมายใหม่ของยุคโมเลกุล ดังนั้น เราจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลง ถามว่าวันนี้เรามีหรือยัง วันนี้ สภากาชาดไทยได้เริ่มทำแล้ว โดยเริ่มเปลี่ยนการวิจัย เป็นการวิจัยเพื่อรักษาให้หายขาดหรืออย่างน้อยร้อยละ ๘๐ (remission therapy) เหมือนแบบยามุ่งเป้าเลย ดังนั้น ต้องมีความชัดเจน เมื่อไหร่ที่เรียกว่ามุ่งเป้าต้องให้ได้ผลอย่างน้อยร้อยละ ๘๐ เพราะฉะนั้น จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการรักษาในอนาคต เรามีความพร้อมแล้ว โดยสภากาชาดไทยกำลังเริ่มต้น เพียงแต่ว่า สปสช. จะรองรับต่อไปอย่างไร เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเปลี่ยนจากการรักษากลุ่มโรค **ไปสู่การรักษาโรคแบบหายขาด รักษาที่เซลล์ตัวแรก (Originating Cell)**



ผมจึงมีข้อเสนอแนะว่า งานด้านการวิจัยรักษาที่ทำอยู่จะไปเชื่อมกับมิตรภาพบำบัดได้ตรงไหน ผมพยายามเชื่อมรอยต่อให้เห็นว่า การที่จะมีมิตรภาพบำบัดได้จะต้องมีเวทีให้ทำ แต่ว่าเวทีอยู่ที่ไหน ดังนั้นต้องสร้างเวทีนี้ขึ้นมาจากการรักษาโรคให้หาย โดย สปสช. มีบริบทอยู่แล้วคือ การทำคลินิกเชิงรุก สามารถจะเบิกจ่ายได้ เราสามารถจะเสริมกำลังใจ (encourage) หน่วยบริการทั้งหลายให้สร้างบริการใหม่เป็นเชิงรุก สำหรับโรคที่ค้นพบการรักษาเซลล์ตัวแรก ให้หายขาดได้ และไม่กลับมาเป็นโรคอีก การที่หายแล้วไม่กลับมาเป็นอีก เรียกว่า **การควบคุมโรค ซึ่งจะต้องอาศัย**

“มิตรภาพบำบัด” ในการช่วยดูแล ดังนั้น **มิตรภาพบำบัดคือ คนที่เคยหายจากโรคแล้วอย่างสนิท มีความรู้ว่าตัวเองควบคุมโรคได้อย่างไร** เหมือนที่นายแพทย์สงวนกล่าวว่า เพื่อนที่จะมาช่วยเพื่อนต้องผ่านประสบการณ์ แต่ประสบการณ์ที่เราพูดนั้นคือประสบการณ์ที่เมื่อคุณหายจากโรคสนิทแล้ว และทำอย่างไรที่จะไม่เป็นอีก เพื่อจะไปทำกับคนอื่นต่อ ๆ ไป หากเป็นเช่นนี้ได้ ผมเชื่อว่าความฝันของนายแพทย์สงวนจะบรรลุทั้งกายทั้งใจถ้วนหน้าในประเทศไทยเรา อันนี้ก็เป็นสิ่งที่คิดว่าเราจะเปลี่ยนคำพูด แทนที่จะรักษา ๓๐ บาทรักษาทุกโรค เปลี่ยนคำนิดเดียว**เป็น ๓๐ บาทรักษาโรคให้หายถ้วนหน้า**

เมื่อได้สานต่อทางกายแล้ว ทีนี้ **การสานต่อการดูแลทางใจ คือ การที่จะเกิดทางใจและเป็นความยั่งยืน** การช่วยเหลือของเราต้องมีเวที ต้องมีความยั่งยืน และเราต้องเริ่มจากสิ่งแรกคือ ต้องสร้างคุณค่าของงาน **ต้องสร้างจิตวิญญาณให้ผู้ร่วมงาน จึงจะเกิดเพื่อนช่วยเพื่อนได้อย่างยั่งยืน** โดยยึดหลักของความยั่งยืนและหลักของการช่วยเหลือ ผมเชื่อว่าเรื่องหลักของการช่วยเหลือนี้ ท่านสามารถจะทำให้สำเร็จได้ เนื่องจากคนไทยมีจิตใจที่ช่วยเหลือซึ่งกันอยู่แล้ว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ ทรงมีพระราชดำรัสว่า **“ประเทศไทยยังอยู่ได้ เพราะคนไทยยังให้กันอยู่”** ผมเชื่อว่าแนวทางของมิตรภาพบำบัดเป็นแนวทางที่สำเร็จแน่นอน เพราะว่าตรงกับนิสัยจิตใจคนไทยที่ปลูกฝังมานานแล้ว ส่วนการช่วยเหลือจะดีหรือไม่ดีแค่ไหน อยู่ที่ใจคนช่วย หากทำได้จะมีอานิสงส์ไปถึงการลดค่าใช้จ่าย การลดคือหายจากโรคแล้วไม่เป็นอีก เรียกว่าลดภาระไปเป็นอานิสงส์อีกประการหนึ่ง หากลดตรงนี้ได้ถ้วนหน้าก็เป็นความยั่งยืนขององค์กร ของคนที่มาช่วยเหลือเรา

ผมมีโอกาสได้เข้าเฝ้าพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ ๙ หลังจากที่ท่านครองราชย์ครบ ๕๐ ปี ขณะนั้นผมเป็นผู้อำนวยการอาสากาชาด สภากาชาดไทย และเป็นอาจารย์คณะแพทย์ด้วย ในช่วงนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนที่มีอยู่ประมาณร้อยละ ๑๐ โดยได้ตั้งเป้าหมายให้ต่ำกว่า

ร้อยละ ๕ ตามมาตรฐานสากล ทางกระทรวงฯ ได้ชวนผมเป็นประธานคณะทำงาน โดยนำอาสาสมัครเข้ามาช่วย เพราะฉะนั้น อาจจะถือว่าเป็นการคุยนิดหน่อยว่า ผมชำนาญเรื่องงานอาสา หลังการดำเนินงานใน ๓ ปี ผลที่เกิดขึ้นคือ โรคขาดสารไอโอดีนลดลงเหลือร้อยละ ๓ ต่ำกว่ามาตรฐานสากล ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ส่งหนังสือถึงองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ถวายโล่แด่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ผมจึงได้มีโอกาสเข้าไปเฝ้าพระองค์ พระองค์ทรงรับสั่งว่า ท่านเป็นโรคไมโคพลาสมาจากเรื่องโรคขาดสารไอโอดีน เนื่องจากพระองค์เสด็จพระราชดำเนินโดยพระบาทจากภูพิงค์ราชนิเวศน์ไปที่อำเภอสะเมิง เลยติดเชื้อ ที่เสด็จไปก็เพื่อสอบถามความต้องการของประชาชนว่าอยากได้อะไร ประชาชนบอกว่า อยากได้ถนนเพื่อจะขี่มอเตอร์ไซค์ได้ สุดท้ายท่านรับสั่งถึงการที่จะทำให้การควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนยั่งยืน พระองค์ท่านได้ให้หลักการช่วยเหลืออย่างยั่งยืน ๕ ข้อ เรียกว่า 5 C คือ

ความสำเร็จที่ยั่งยืนของมิตรภาพบำบัด

5 C ความสำเร็จที่ยั่งยืน

- **Continuation** มาแล้ว18 ปี
- **Challenge** ภาระงานที่ท้าทาย ได้แก่ การควบคุม การหายของโรค ของผู้ หายจากโรคด้วย remission therapy
- **Champion คือ ความ** สำเร็จ ในการ ควบคุมการเกิดเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีกกาชาดกำลังทำต้นแบบ
- **Cohort** มีแนวร่วม กับ โครงการเชิงรุก ของ การรักษาและควบคุม
- **Connectivity** กับ idol ดังภาพ และ emblem (ดังภาพ) เนื้อหา

๑. Continuation (ความต่อเนื่อง): ความต่อเนื่องของความเจริญก้าวหน้าไม่ใช่การอยู่ไปเรื่อย ๆ กล่าวคือ งานต้องโตขึ้น ซึ่งมูลนิธิมิตรภาพบำบัดได้ทำงานมา ๑๘ ปีแล้ว ถือว่ามีความพร้อม มีความยั่งยืนแล้ว

๒. Challenging (ความท้าทาย): เป็นสิ่งที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่สามารถทำได้ เช่น การรักษาโรคให้หายแล้วไม่เป็นอีก หรือหากจะเป็นจะมีระยะเวลาที่นาน หรือใน

ยุคโมเลกุล การรักษาโรคด้วยยาตัวเดียวรักษาให้หายขาดร้อยละ ๘๐ แล้วมาทำต่อ ก็เป็นความท้าทาย สิ่งที่ต้องสร้างคือความท้าทายของงานที่จะทำต่อไป คนที่เป็นโรคหายแล้วมาทำงานอาสาสมัครช่วยคนที่เป็นโรค อันนี้ก็เป็นความท้าทาย

๓. Champion (ความสำเร็จ): คือความสำเร็จในการควบคุมโรค ซึ่งสภากาชาดไทยกำลังทำอยู่ เพียงแต่เรามาจับมือกัน ทำอะไรร่วมกัน ก็เป็นแชมเปี้ยนได้

๔. Cohort (แนวร่วม): มีแนวร่วม ต้องมีเวทีให้โรคลดลงตามที่กล่าวไปแล้ว นั่นคือ คลินิกรักษาโรคหายขาดถ้วนหน้า อันนี้ก็จะเป็น cohort เป็นเวทีสำคัญให้รู้ว่าคนที่หายแล้วอยู่ที่ไหน ให้ไปเจอกัน อันนี้เป็นเรื่องของความต่อเนื่อง

๕. Connectivity (การเชื่อมต่อ): เราจะใช้พลังของมิตรภาพบำบัด ด้วยการสร้างจิตสำนึกและตัวตนให้กับคนมาร่วมงาน คนที่มาร่วมงานควรจะมีจิตวิญญาณแบบใด เราต้องใส่อะไรสักอย่างหนึ่งเพื่อมีจิตวิญญาณร่วมกัน ผมออกแบบเป็นปลอกแขน (emblem) เวลาลงมือทำงานแล้ว เราใส่พลังใจ (power) เข้าไปเป็นปลอกแขน เมื่อคนทำงานนำปลอกแขนนี้ไปใช้ทุกคนจะรู้ว่า เรากำลังมีหน้าที่ในการทำอะไร การแสดงออกทางการแต่งกายไม่ใช่แค่มนุษย์เท่านั้นที่รู้ อย่างสุนัข K9 เวลาแต่งตัวก็จะทราบว่า กำลังทำหน้าที่อยู่ เพราะฉะนั้น ถ้ามนุษย์ใส่เข้าไป ทุกคนรู้หน้าที่ว่าทำอะไร



และสุดท้ายคือ สิ่งที่เราควรต้องปลูกฝังคือ Idol ที่มีความหมาย มีพลัง มีคำพูดว่า เราจะรักษากายและใจให้ถ้วนหน้า จะบรรลุเมื่อไหร่ก็ไม่น่าจะเกินความฝัน ถ้าใช้บัญญัติไตรยางค์สัก ๕ ปี เอาบัญญัติไตรยางค์มาดูว่าปีหนึ่งต้องทำเท่าไร แล้วเราก็จะถ้วนหน้า ผมตั้งเป้าว่าใน ๕ ปี ก่อนผมจะอายุ ๙๐ ก็จะได้เห็น ขอฝากความหวังกับพวกท่านทุกคนในวันนี้ แล้วผมจะมาเจอใหม่ในอีก ๕ ปีก่อนผมอายุ ๙๐ สวัสดีครับ



มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ส่วนที่ ๓

พิธีมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

“นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”



โดย นางพนิต มโนการ ผู้จัดการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด

ผู้จัดการมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ได้กล่าวถึง ความเป็นมา วัตถุประสงค์ของรางวัลมิตรภาพบำบัด กระบวนการคัดเลือก และผลการคัดเลือกรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๘ สรุปได้ ดังนี้

มูลนิธิมิตรภาพบำบัดได้จัดให้มีรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” เป็นรางวัลเกียรติยศ เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติและมอบให้กับผู้ป่วยจิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หน่วยงาน/องค์กร และสื่อมวลชน ที่ได้ดำเนินงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อนมาอย่างต่อเนื่องและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ โดยมอบโล่รางวัลและเงินรางวัล รางวัลละ ๒๐,๐๐๐ บาทและ ๑๐,๐๐๐ บาท สำหรับรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น และรางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัด ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๘ มีบุคคลและองค์กรจากทั่วประเทศร่วมส่งผลงานเข้าประกวดรวมทั้งสิ้น ๔๕ เรื่อง เป็นประเภทที่ ๑ ผู้ป่วยจิตอาสา ๓ ราย ประเภทที่ ๒ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ๑๖ ราย ประเภทที่ ๓ หน่วยงาน/องค์กร/ทีมงานสนับสนุน (ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ปฐมภูมิ) ๑๔ ราย ประเภทที่ ๔ องค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรชุมชน ๑๑ ราย และประเภทที่ ๕ สื่อสนับสนุน ๑ ราย สำหรับกระบวนการคัดเลือก ทางมูลนิธิได้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาผลงานที่ส่งเข้ามา รวมถึงการลงดูผลงานตามเกณฑ์ที่คณะกรรมการกำหนด โดยในปีนี้ได้รับเกียรติจาก รองศาสตราจารย์ นายแพทย์พิชิต สุวรรณประกร ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย สภากาชาดไทย เป็นผู้มอบรางวัลแก่ผู้ที่มีผลงานโดดเด่นรวม ๕ รางวัลดีเด่น และ ๘ รางวัลชมเชย

ประเภทที่ ๑ “ผู้ป่วยจิตอาสา” มิตรภาพบำบัดดีเด่น

รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

นางรัษฎาภัช จันทร์ตราชู

กลุ่มมหาราชนครศรีธรรมราช รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช

นวัตกรรม : เครือข่ายหนุนเสริมพลังและปกป้องสิทธิผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับ HIV

ผลงานที่โดดเด่น : พัฒนาระบบมิตรภาพบำบัด "เพื่อนช่วยเพื่อน" เพื่อเยียวยาจิตใจและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง พร้อมขับเคลื่อนงานสิทธิมนุษยชนเพื่อลดการตีตราในสังคม

รางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัด

นายเรวัช โตตี่

ชมรมผู้ไร้กล่องเสียงลำดับที่ ๓๓ รพ. มะเร็งลพบุรี ลพบุรี

นวัตกรรม : กระบวนการฝึกทักษะการออกเสียงด้วยหลอดอาหารสำหรับผู้ไร้กล่องเสียง

ผลงานที่โดดเด่น : เป็นต้นแบบผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงที่ผันตัวมาเป็นครูฝึกสอนการออกเสียงให้ผู้ป่วยรายใหม่ ช่วยให้ผู้สูญเสียเสียงสามารถสื่อสารและกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อีกครั้ง

ประเภทที่ ๒ “เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

นางพรวิภา ยาสมุทร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ. บ้านโฮ่ง ลำพูน

นวัตกรรม : กองทุนสวัสดิการชุมชน "ขยะแลกบุญ" และธนาคารอุปกรณ์การแพทย์

ผลงานที่โดดเด่น : สร้างกลไกพึ่งพาตนเองโดยเปลี่ยนขยะเป็นทุนช่วยช่วยเหลือผู้ป่วยที่ยากไร้และระยะสุดท้าย และจัดตั้งศูนย์ยืม-คืนอุปกรณ์การแพทย์ พร้อมวางระบบดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในพื้นที่

รางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัด

๑. นางสมคิด ปานบุญ

ผู้อำนวยการ รพ.สต. บางขะแยง องค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี

นวัตกรรม : กลไกเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชนเชิงรุก

ผลงานที่โดดเด่น : บูรณาการบทบาทของ รพ.สต. ร่วมกับแกนนำชุมชนและจิตอาสา เพื่อเฝ้าระวังและดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

๒. นางสาวสุมลฑา โพธิ์สุวรรณ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ รพ. บ้านนา นครนายก

นวัตกรรม : การบูรณาการงานเทคนิคการแพทย์เข้ากับงานมิตรภาพบำบัด

ผลงานที่โดดเด่น : ปรับบทบาทงานห้องปฏิบัติการจากการตรวจวิเคราะห์ สู่การทำงานเชิงรุกในชุมชนด้วยความเมตตา เพื่อสร้างความเข้าใจและประคับประคองใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

ประเภทที่ ๓ “หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่นระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ปฐมภูมิ

รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลเชียงคำ พะเยา

นวัตกรรมสังคม : ศูนย์ชีวาภิบาลต้นแบบเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

การสร้างระบบนิเวศ : เชื่อมโยงการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลกับเครือข่ายจิตอาสาในชุมชน เพื่อสนับสนุนมิตรภาพบำบัดให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลที่บ้านอย่างมีคุณภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

รางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัด

๑ .สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา

นวัตกรรมสังคม : โครงข่าย "เพื่อนร่วมทาง" (Peer Support) เพื่อการเยียวยาทางจิตสังคม

การสร้างระบบนิเวศ : สร้างพื้นที่ปลอดภัยที่ใช้พลังจากอดีตผู้ป่วยและญาติมาเป็นผู้ประคับประคองใจผู้ป่วยรายใหม่ ช่วยลดการตีตราและสร้างความยอมรับในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับคืนสู่สังคมได้อย่างสง่างาม

๒. กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลตราด ตราด

นวัตกรรมสังคม : ระบบฟื้นฟูสมรรถภาพแบบไร้รอยต่อโดยใช้บ้านและชุมชนเป็นฐาน

การสร้างระบบนิเวศ : พัฒนาทักษะกายภาพบำบัดให้แก่ครอบครัวและอาสาสมัคร พร้อมจัดตั้งกลุ่มมิตรภาพบำบัดในผู้พิการและผู้ป่วยติดเตียง เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยและยั่งยืน

๓. ศูนย์คัดกรองตำบลสะเดาะพง รพ.สต. รื่นฤดี เพชรบูรณ์

นวัตกรรมสังคม : ระบบบำบัดฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBTx)

การสร้างระบบนิเวศ : บูรณาการภาคีเครือข่ายฝ่ายปกครอง ตำรวจ และผู้นำชุมชน ร่วมกับกลไกมิตรภาพบำบัดในการคัดกรองและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นมิตร เพื่อสร้างโอกาสในการเริ่มต้นชีวิตใหม่และป้องกันการเสพซ้ำ

ประเภทที่ ๔ “องค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรชุมชน/องค์กรสาธารณประโยชน์/กลุ่มบุคคล” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับชุมชน

รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

AVAUTIS Community **ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก** พังงา

นวัตกรรมสังคม : ระบบสนับสนุน "ครอบครัวดูแลครอบครัว" เพื่อบุคคลออทิสติก

การสร้างระบบนิเวศ : พัฒนาเครือข่ายผู้ปกครองให้เป็นผู้จัดการระบบดูแล สร้างพื้นที่เรียนรู้และยอมรับบุคคลออทิสติกในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

รางวัลชมเชย มิตรภาพบำบัด

๑. ชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช

นวัตกรรมสังคม : โครงข่ายหนุนเสริมพลังผู้ปกครองเด็กพิการ (Parent-to-Parent)

การสร้างระบบนิเวศ : รวมกลุ่มผู้ปกครองแลกเปลี่ยนเทคนิคการดูแลและประคับประคองใจกันเอง พร้อมขับเคลื่อนการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการภาครัฐ

๒. ศูนย์บริการคนพิการออทิสติก จังหวัดเชียงใหม่

นวัตกรรมสังคม : รูปแบบการฝึกทักษะอาชีพและการจ้างงานเชิงสังคม

การสร้างระบบนิเวศ : พัฒนาศักยภาพบุคคลออทิสติกให้พึ่งพาตนเองได้ผ่านการฝึกอาชีพ พร้อมสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับสถานประกอบการในพื้นที่

ประเภทที่ ๕ “สื่อสนับสนุน” งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น

รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น

นางสาวช่อเพชร ขาวเมืองน้อย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑ รพ. รามาธิบดี กรุงเทพฯ

นวัตกรรม : การใช้ศิลปะการสื่อสารและสื่อดิจิทัลเพื่อพลังบวก

ผลงานที่โดดเด่น : สร้างสรรค์สื่อจากประสบการณ์ตรงในฐานะผู้ป่วย เพื่อส่งต่อความรู้และสร้างแรงบันดาลใจให้เพื่อนผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองจาก "ผู้รับ" เป็น "ผู้ให้"

มูลนิธิหัวใจภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ส่วนที่ ๔

ปาฐกถา “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”

ระบบหลักประกันสุขภาพ ประเทศไทย :

สวัสดิการสังคม มิใช่ ประชานิยม



โดย ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

ประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)

ก่อนอื่นขอแสดงความยินดีกับทุกท่านที่ได้รับรางวัลอันทรงเกียรติอย่างยิ่งจากมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ขอขอบพระคุณอย่างยิ่งที่ทางมูลนิธิมิตรภาพบำบัดและองค์กรร่วมจัดให้เกียรติเชิญผมมาร่วมแลกเปลี่ยนกับทุกท่าน โดยตั้งโจทย์ไว้อย่างค่อนข้างท้าทายว่า “การที่มีหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องของสวัสดิการ หรือเป็นเรื่องของประชานิยม”

แนะนำองค์ปาฐก

โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน

ทุกท่านน่าจะรู้จัก ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ จนแทบจะไม่ต้องแนะนำ เพราะว่าท่านปรากฏตัวอยู่ในไทยพีบีเอสในรายการคิดยกกำลัง ๒ เป็นประจำทุกสัปดาห์ รายการนี้ดำเนินรายการมาเป็นระยะเวลา ๑๐ ปีแล้ว และมีวิทยากรหลายท่านด้วยกัน แต่วิทยากรบางท่านหายไปจากจอแล้ว แต่ว่า ดร.สมเกียรติยังคงยืนยงอยู่บนจอทุกสัปดาห์ สิ่งที่ท่านนำเสนอ เป็นสิ่งที่เรียกว่า เป็นความรู้ที่สดใหม่ ตรงกับปัญหาของบ้านเมือง ท่านสามารถนำเสนอได้อย่างมีหลักฐานทางวิชาการ แต่เข้าใจง่ายและตรงประเด็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ มีความกล้าหาญทางจริยธรรมของความเป็นนักวิชาการ ซึ่งหาได้ยากมากเลยทีเดียวในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ที่มีคนเข้าใจผิดคิดว่า ระบบหลักประกันสุขภาพเป็นประชานิยม เพราะว่าในสมัยหนึ่งตอนที่มีการยึดอำนาจเมื่อปี ๒๕๕๗ ได้มีความพยายามจะทำลายระบบนี้ แล้วบอกว่าระบบหลักประกันสุขภาพเป็นเรื่องที่ไม่มีใครในโลกทำกัน เป็นประชานิยม ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดอย่างยิ่งเลยทีเดียว ดร.สมเกียรติ ได้ออกมาบอกว่า ระบบหลักประกันสุขภาพไม่ใช่ประชานิยม เป็นเทรนด์สวัสดิการสังคม เพราะว่าเป็นสิ่งที่เรียกว่าทุกคนเกิดมาต้องเจ็บไข้ได้ป่วย และจะต้องเสียชีวิต โดยก่อนจะเสียชีวิตเราต้องผ่านการดูแลอะไรตามสมควร เพราะฉะนั้นระบบหลักประกันสุขภาพนี้จึงเป็นระบบที่สร้างขึ้นมาและเป็นระบบที่เรียกว่า ใช้จ่ายเงินอย่างประหยัดที่สุด ถูกกว่าระบบของข้าราชการถึง ๔ เท่า และถูกกว่าทั่วโลก ตอนที่เริ่มต้นระบบ

หลักประกันสุขภาพใช้เงิน ๑๗ ดอลลาร์ต่อคน ต่อปี เมื่อปี ๒๕๔๔ ในขณะที่ปีเดียวกันนั้น ที่สหรัฐใช้เงิน ๑๒,๕๐๐ ดอลลาร์ต่อคน ต่อปี

ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ จบการศึกษาที่คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เกียรตินิยมอันดับหนึ่ง จากนั้น ไปเรียนต่อระดับปริญญาโทและปริญญาเอก คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย Tokyo Institute of Technology ประเทศญี่ปุ่น ท่านได้รับรางวัลต่าง ๆ มากมาย ได้รางวัลผลงานวิจัยดีเด่นของ สกว. ประจำปี ๒๕๔๙ รางวัล Thailand Anti-Corruption Award ประจำปี ๒๕๔๗ ปัจจุบันท่านเป็นประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย หรือ TDRI ซึ่งเป็นองค์กรวิชาการที่เป็นหลักของประเทศ วันนี้จึงเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่จะได้รับฟังจาก ดร.สมเกียรติ

เมื่อวันก่อนผมมีโอกาสได้ไปร่วมงานสวดอภิธรรมของอาจารย์ประเวศ วะสี ซึ่งเป็นที่รักของผมและเข้าใจว่าเป็นที่รักของทุก ๆ ท่าน ณ ที่นี้ด้วย ท่านอาจารย์ประเวศ ได้กล่าวถึง คุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไว้ว่า **“เยาวชนคนรุ่นหลัง ผู้ใดมีความฝันที่จะทำงานใหญ่เพื่อสันติประชาธรรม ขอให้ศึกษาองค์คุณในตัวนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”**

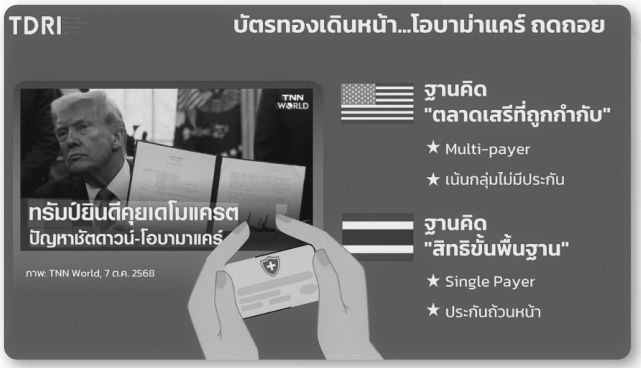




ตัวสำคัญที่สุดในเชิงของการก่อให้เกิดสวัสดิการรักษาพยาบาล ก็คือการเป็นผู้นำในการเขยื้อนภูเขาหิน โดยใช้สูตรสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาที่ท่านอาจารย์ประเวศได้ให้แนวทางไว้ จนทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย และได้รับการยอมรับจากประชาคมโลก อย่างที่ศาสตราจารย์ อมาตยา เซน เคยกล่าวไว้ว่า **“ไทยเป็นตัวอย่างของประเทศที่ไม่รวย แต่ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และการที่ไทยมีหลักประกันสุขภาพทั้งที่เป็นประเทศรายได้ปานกลาง ได้ทำให้เกิดการทำลายมายาคติว่า การจะมีหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้ครบจะต้องเป็นประเทศร่ำรวยเท่านั้น”** นายบัน คี มุน อดีตเลขาธิการสหประชาชาติ กล่าวไว้ในช่วงที่ท่านดำรงตำแหน่งว่า **“ประเทศไทยควรแบ่งปันความรู้เรื่องการสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประเทศอื่นในโลกนี้”**

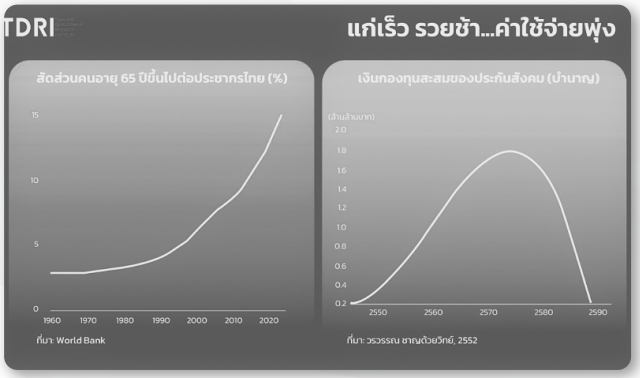


คุณูปการสำคัญของนายแพทย์สงวนและทำให้เกิดผลกระทบอันยิ่งใหญ่คือ ทำให้เกิดหลักประกันสุขภาพ หรือบัตรทอง ๓๐ บาทรักษาทุกโรคที่เรารู้จักกัน ซึ่งมีการขยายบริการอย่างต่อเนื่อง และงบประมาณที่ใช้ก็เพิ่มขึ้นต่อเนื่องเช่นเดียวกันทั้งงบเหมาจ่ายรายหัวและงบประมาณรวม ทำให้สัดส่วนของครัวเรือนที่ล้มละลายจากการเข้ารักษาพยาบาล ลดลงจากร้อยละ ๘ ในตอนต้น ๆ จนมาถึงปัจจุบัน ต่ำกว่าร้อยละ ๒ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าชื่นชมอย่างยิ่ง แต่ในเวลาเดียวกัน เราจะเห็นความท้าทายที่กำลังเพิ่มขึ้น เมื่องบประมาณของหลักประกันสุขภาพ ผ่าน สปสช. เพิ่มขึ้นมากเช่นกัน ซึ่งเป็นประเด็นที่จะปาฐกถาในวันนี้



หากดูตัวอย่างของประเทศที่พัฒนาที่สุดในโลกประเทศหนึ่งคือ สหรัฐอเมริกา ซึ่งดูแล้วไม่ได้น่าชื่นชมสักเท่าไร ในขณะที่บัตรทองของเรากำลังเดินหน้า แต่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสหรัฐอเมริกาหรือโอบามาแคร์ (Obamacare) กำลังถดถอย จนเกิดวิวาทะระหว่างพรรครีพับลิกันและพรรคเดโมแครตช่วงปลายปีที่แล้ว และทำให้เกิดปรากฏการณ์ปิดการทำการของรัฐบาล สาเหตุส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องโอบามาแคร์นี้ ซึ่งฝ่ายรีพับลิกันต้องการล้มล้าง โอบามาแคร์เกิดขึ้นขณะที่มีความแตกแยกทางการเมือง และเกิดบนฐานคิดของการให้บริการสุขภาพอยู่ในตลาดเสรีที่ถูกกำกับ เป็นบริการของภาคเอกชน องค์กรไม่แสวงหากำไรต่าง ๆ ที่ทำโรงพยาบาล แต่ตัวการสำคัญคือ บริษัทประกันซึ่งเป็นบริษัทเอกชน และมีจำนวนผู้ซื้อบริการสุขภาพผ่านบริษัทประกันหลายราย และมุ่งหมายกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าถึงประกันสุขภาพ

ซึ่งแนวคิดโอบามาแคร์แตกต่างจากแนวคิดของ ๓๐ บาทรักษาทุกโรคที่ฐานคิดไม่ใช่การมุ่งไปกำกับตลาดเสรีโดยการแทรกแซงของรัฐ ปัญหาที่เกิดขึ้น คือ การที่รัฐบาลปล่อยให้เกิดตลาดเสรีและมีปัญหาจากตลาดเสรี จึงพยายามเข้าไปอุดหนุนให้คนมีกำลังซื้อเบี้ยประกันได้ และบังคับว่าบริษัทประกันต้องยอมขายประกันให้ทุกคนที่ต้องการซื้อ แต่สิ่งที่เกิดขึ้นคือ มีกลุ่มคนที่เห็นว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่ำไม่ซื้อประกัน ยอมเสียค่าปรับ ทำให้ฐานทางการเงินของโอบามาแคร์ยากลำบากมากขึ้น เพราะคนสุขภาพดีเลือกที่จะไม่ซื้อประกัน ส่วนคนสุขภาพไม่ดียังอยู่ในระบบประกันบนแนวคิดตลาดเสรี แต่กรณีของสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็นการให้สิทธิกับประชาชนทั้งหมดและใช้ผู้ซื้อรายเดียว คือ สปสช. เป็น Single Payer ทำให้ควบคุมปัญหาที่อเมริกาประสบได้ อย่างไรก็ตาม **หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยกำลังถึงจุดเปลี่ยนสำคัญ เนื่องจากงบประมาณที่ใช้เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแรงกดดันสำคัญให้เกิดปัญหาด้านการคลัง โดยเฉพาะเมื่อไทยเป็นประเทศสังคมสูงอายุแบบสมบูรณ์ (Super-Aged Society)** คนไทยอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ ๑๕ ของประชากรแล้ว แปลว่าจะมีคนที่ต้องการรักษาพยาบาลและต้องการสิทธิบำเหน็จบำนาญเพิ่มขึ้น ในขณะที่คนทำงานและจ่ายภาษีลดลง ๆ จึงเป็นภาระอันยิ่งใหญ่



ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ เคยคำนวณไว้ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ว่า เงินกองทุนสะสมของประกันสังคมในส่วนของบำนาญจะถึงขั้นที่ไม่มีเงินจ่ายคนที่เกษียณอายุงานจากการคำนวณคร่าว ๆ น่าจะภายในประมาณปี ๒๕๙๐ หรืออีก ๒๐ ปีหลังจากนี้

เป็นการคำนวณโดยคิดถึงโครงสร้างประชากรเป็นหลัก คิดว่าคนที่จะเกษียณจะมีจำนวนเท่าไร และคนที่จะเข้ามาทำงานจ่ายเบี้ยประกันสังคมจะมีขนาดเท่าไร แต่สิ่งสำคัญที่ยังไม่ได้อยู่ในการคำนวณคือ ยังไม่ได้ดูว่าการบริหารจัดการของกองทุนบำนาญของประกันสังคมดีแค่ไหนอย่างไร การบริหารมีธรรมาภิบาลแค่ไหน หรือมีการใช้จ่ายรั่วไหลมากน้อยขนาดไหน ซึ่งในสถานการณ์จริงน่าจะเลวร้ายกว่าที่เคยประเมินไว้ ที่ยกกรณีนี้ขึ้นมาเพื่อเปรียบเทียบให้เห็นว่า ความท้าทายที่เกิดขึ้นกับประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะมีลักษณะที่คล้ายกันคือ ต้นทุนจะสูงขึ้น และประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความยากอยู่อย่างหนึ่ง แม้ว่าจะต้องการรักษาคนให้พ้นจากความเจ็บป่วย **แต่โดยพื้นฐานแล้วระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเจ็บป่วยด้วยต้นทุนที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ**



ศาสตราจารย์ วิลเลียม บอมอล (William Baumol) นักเศรษฐศาสตร์ อเมริกัน ได้เขียนหนังสือที่ทำให้เกิดคำหนึ่งคือ **The Cost Disease โรคต้นทุนของภาคบริการ** ไม่ว่าจะเป็นภาคการศึกษา การรักษาพยาบาล จะมีต้นทุนสูงขึ้นเรื่อย ๆ ถ้าเปรียบเทียบข้อมูลของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผลผลิตด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นตามเวลา แต่การเพิ่มขึ้นของผลผลิตด้านสุขภาพที่แสดงโดยเส้นสีฟ้า (ตามรูป-เส้นบน) มาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของชั่วโมงการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มจำนวนคน เพิ่มจำนวนเวลาการทำงานต่อคน ฉะนั้นผลผลิตที่เพิ่มขึ้นมาจาก input คือ output เพิ่มตาม input และถ้ามาดูผลิตภาพของการทำงาน หรือ Productivity

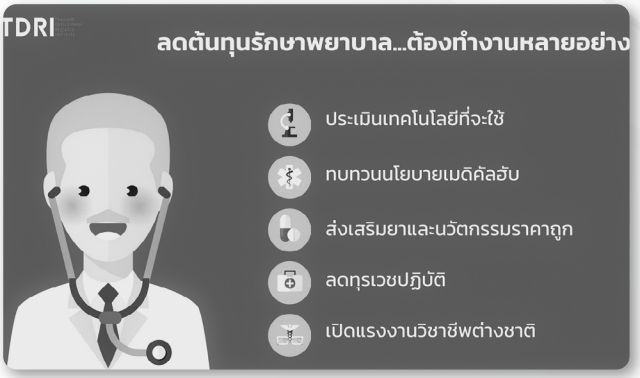
จะพบว่าไม่เพิ่มขึ้นเลย นี่คือสถานการณ์ที่เรียกว่า **Baumol's Cost Disease คือโรคของต้นทุนในบริการต่าง ๆ** รวมทั้งบริการทางสุขภาพจะเพิ่มสูงขึ้นตามเวลา



ศาสตราจารย์ Baumol อธิบายว่า ต้นทุนของบริการต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้น โดยยกตัวอย่าง โลกที่มีการทำกิจกรรมแค่ ๒ เรื่อง คือ โลกที่มีการผลิตคอมพิวเตอร์และโลกที่มีการเล่นดนตรี เช่น การสีไวโอลินในวงซิมโฟนี สมมติว่าโลกมีกิจกรรมเศรษฐกิจแค่สองแบบ การผลิตคอมพิวเตอร์มี productivity สูงมาก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔ ต่อปี เมื่อคอมพิวเตอร์เร็วขึ้น ราคาถูกลงทุกปี ๆ ฉะนั้น สิ่งที่เกิดขึ้นคือ คนงานในสาขานี้จะได้ค่าแรงเพิ่มขึ้น แต่ภาคการบริการไม่เหมือนภาคอุตสาหกรรม ถ้ามาดูวงซิมโฟนี ผลิตภาพจะคล้ายกับการรักษาพยาบาล คือแทบไม่เปลี่ยนแปลงเลย สมมติว่าเราเป็นคนสีไวโอลินของวงซิมโฟนี ถ้าเราจะทำให้ productivity ดีขึ้น ๒ เท่า เราจะต้องสีไวโอลินเร็วขึ้น ๒ เท่าหรือเปล่า แล้วเพลงที่ออกมา ยังจะเป็นเพลงที่ฟังได้หรือเปล่า หรือถ้าเราเป็นช่างตัดผม productivity จะเพิ่มขึ้น ๒ เท่า จะต้องตัดผมให้เร็วขึ้น ๒ เท่า ลูกค้าจะกล้าไปตัดผมร้านนั้นหรือไม่ หรือกรณีการผ่าตัด ถ้าต้องการให้หมอมี productivity ดีขึ้น ๒ เท่า เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาล แปลว่าหมอต้องลงมีดเร็วขึ้นหรือเปล่า แล้วผู้ป่วยจะกล้าไป รพ. นี้หรือไม่ นี่คือข้อจำกัด

ดังนั้น สาขาการบริการไม่สามารถเพิ่ม productivity ได้โดยง่าย แต่เพื่อดึงให้คนอยู่ในสาขานี้จึงต้องจ้างแรงงานในสาขานี้ให้เพิ่มขึ้นด้วย นั่นคือ หากคนในวงการ

คอมพิวเตอร์ได้ค่าจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔ นักดนตรีก็ต้องได้ค่าจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔ ด้วย ไม่เช่นนั้น คนคงไปอยู่ตลาดแรงงานอุตสาหกรรมหมด ฉะนั้น ค่าใช้จ่ายของภาคบริการจึงเพิ่มขึ้น แม้ Productivity จะไม่สูงขึ้นก็ตาม เช่นเดียวกับการรักษาพยาบาล แม้ว่าแพทย์ พยาบาลและบุคลากรทั้งหลายไม่มี productivity เพิ่มขึ้น แต่ต้นทุนจะสูงขึ้น **ดังนั้น ความท้าทายของหลักประกันสุขภาพจึงมีหลายปัจจัย ตั้งแต่การที่เป็นสังคมสูงอายุ ค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในฐานะที่มีคนรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ขณะที่มีคนจ่ายภาษีลดลงจากแรงงานที่ลดลง** ในเวลาเดียวกัน ปัญหาพื้นฐานที่ต่อให้ไม่เป็นสังคมสูงอายุ ต้นทุนก็จะสูงขึ้นอยู่ตลอดเวลาอยู่แล้ว



ฉะนั้น **โจทย์ใหญ่ของหลักประกันสุขภาพคือทำอย่างไรที่จะรักษาต้นทุนการรักษาพยาบาลไม่ให้เพิ่มขึ้นเร็ว** จะมีปัจจัยหลายประการ ในสหรัฐอเมริกาและประเทศที่พัฒนาแล้ว ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นประการหนึ่งคือ **ต้นทุนใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ** เช่น การรักษาพยาบาลที่ยิ่งมีเทคโนโลยีสูงมากขึ้นเท่าไร ต้นทุนการรักษาพยาบาลอย่างน้อยในช่วงต้นจะสูงมาก เช่น การรักษามะเร็งด้วยการใช้เซลล์บำบัด ใช้ยีนบำบัด ใช้เครื่องยนต์เครื่องจักร ใช้คอมพิวเตอร์สมัยใหม่มากเท่าไร ยิ่งมีต้นทุนสูงขึ้น ฉะนั้นต้องมีกลไกในการประเมินเทคโนโลยีที่จะนำมาใช้ว่า เทคโนโลยีนั้นมีความคุ้มค่าพอกับการจ่ายเพิ่มขึ้น และบริการที่ดีขึ้นที่จะเกิดขึ้นตามมาหรือไม่ ทาง สปสช. เองก็มีหน่วยงานดูแลอยู่แล้วคือ HITAP ที่คอยประเมินเทคโนโลยี

กรณีของประเทศไทย ต้นทุนอีกตัวหนึ่งที่สูงขึ้นคือ **การที่มีผู้ป่วยต่างประเทศเข้ามารักษาพยาบาลในประเทศไทยมาก** ซึ่งเป็นผลจากหลังปี ๒๕๔๐ ประเทศไทยเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้ รพ.เอกชนที่มีความก้าวหน้าและความคล่องตัวต้องการหารายได้มาชดเชย ประกอบกับการที่ประเทศไทยมีค่าเงินบาทอ่อนค่ามาจากพิษเศรษฐกิจ ประเทศไทยจึงเป็นที่ดึงดูดของการทำธุรกิจ Medical Hub คือ การรับผู้ป่วยต่างประเทศมารักษาพยาบาล และธุรกิจนี้ก็เติบโตมากขึ้นตามเวลา ในขณะที่บุคลากรและความสามารถในการรักษาพยาบาลมีจำกัด ความต้องการที่เพิ่มขึ้นก็ทำให้ต้นทุนโดยรวมสูงเพิ่มขึ้นด้วย เพราะฉะนั้น การเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลจึงไม่ใช่โจทย์ของคนรายได้น้อยอีกต่อไป คนในกรุงเทพจำนวนไม่น้อยเจ็บป่วยไปโรงพยาบาล ถ้าเป็น รพ. Medical Hub เป็นหวัดบางทีนอน รพ.หนึ่งคืนก็เสียค่าใช้จ่ายถึงแสนบาท เป็นต้น กำลังเป็นปัญหากระทบคนชั้นกลาง แม้กระทั่งคนมีรายได้สูงแล้ว ทางออกจึงต้องทบทวนหาสมดุลให้ดีกับนโยบายส่งเสริม Medical Hub และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไทยทั้งหมด เรื่องต่อมาต้องส่งเสริมยาและนวัตกรรมที่มีราคาถูก พร้อมกับการลดทุรเวชปฏิบัติและการรักษาพยาบาลที่ไม่จำเป็น ผมเองไม่ได้มีความรู้ด้านสุขภาพแต่มีประสบการณ์เข้าไปตรวจร่างกาย ก็ถูกโรงพยาบาลยัดเยียดบริการต่าง ๆ ตอนนั้น ตรวจตาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เจ้าหน้าที่ที่ตรวจก็พยายามโน้มน้าวว่าต้องทำการรักษาทันที มิฉะนั้นจะตาบอด ผมอยากขอ second opinion (ความคิดเห็นที่สอง) จากหมอที่โรงพยาบาลอื่น แต่หมอที่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งเป็นคนดูกรณีนี้บอกว่า หมอมีความเสี่ยงที่จะปล่อยให้คุณมีอันตรายไม่ได้ ผมเลยตกใจว่าทำไมหมอคิดว่าหมอมีความเสี่ยงมากกว่าตัวผมเอง ทำให้ผมขาดความน่าเชื่อถือกับโรงพยาบาลแห่งนั้นไป และอีกกรณีหนึ่งคือ ถ้าเราจำกัดด้านอุปสงค์ (demand) ไม่ได้ คือ มีคนไข้ต่างประเทศเข้ามา ต้องลองนึกโจทย์ว่าถ้าจำนวนแพทย์ พยาบาล บุคลากรที่มีจำกัด อาจไม่เพียงพอต่อการบริการ หากเรายังเดินหน้านโยบาย Medical Hub ต่อไป สิ่งที่เราควรทำคือ ควรต้องขยายด้านอุปทาน (supply) คือ บุคลากร ถ้าขยายบุคลากรในประเทศไทยไม่ทัน อาจต้องนำเข้าบุคลากรต่างประเทศเข้ามา เช่น โรงพยาบาล Medical Hub ต้องรักษาคนไข้ต่างประเทศ ควรนำพยาบาลฟิลิปปินส์ที่พูดภาษาอังกฤษดีด้วยเข้ามา ที่กล่าวมา คือ ข้อเสนอเพื่อการทบทวนในภาพใหญ่



โจทย์เฉพาะหน้าหลังการเลือกตั้ง ข้อเสนอของ TDRI โจทย์หนึ่งคือ การจัดการเรื่อง Long-Term Care ที่กำลังจะเป็นปัญหาใหญ่ จากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ถ้า Long-Term Care ไม่ดี ไม่พร้อม คนจะหลั่งไหลไปโรงพยาบาล และหากมีการดูแลผู้สูงอายุได้ไม่ดีพอ จะทำให้ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลพุ่งสูงขึ้น ดร.วรวรรณ จึงได้เสนอว่า **สิ่งที่รัฐบาลใหม่ควรทำใน ๑ ปี คือการพัฒนาระบบ Long-Term Care ที่บ้าน** เพื่อให้คนไม่ต้องไปใช้โรงพยาบาล และอาจแปลงโรงเรียนขนาดเล็กจำนวนกว่าหมื่นแห่งทั่วประเทศ ที่ไม่สามารถให้การศึกษาที่มีคุณภาพแก่นักเรียนได้ อาจจะเปลี่ยนมาเป็นสถาน Long-Term Care ในตอนกลางวัน เราอาจต้องปรับอายุการรับบำนาญขั้นต่ำจากปัจจุบัน ๕๕ ปี หากดูตัวเลขการออกตลาดแรงงานของคนไทย จะพบว่าคนไทยเลิกทำงานที่อายุ ๕๕ ปีจำนวนมาก ปกติเราเข้าใจว่า คนเกษียณอายุการทำงานตอนอายุ ๖๐ ปี แต่อายุที่สามารถรับบำนาญได้อยู่ที่ ๕๕ ปี จึงทำให้คนเลิกทำงานเร็วกว่าอายุเกษียณ อันเป็นสาเหตุทำให้ไม่มีเงินในการจ่ายบำนาญ รวมถึงเรื่องของสุขภาพด้วย นอกจากนี้ ดร.วรวรรณ ยังเป็นห่วงเรื่องความเท่าเทียม ความสอดคล้องระหว่าง ๓ กองทุนในการรักษาพยาบาล และยังมีสิ่งที่ต้องทำใน ๔ ปีของรัฐบาลใหม่ ทั้งการขยาย Long-Term Care ให้ครอบคลุม การให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยหลายคนเลือกอยู่ที่บ้าน เพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า และอาจลดต้นทุนการรักษาพยาบาลในระบบด้วย เหล่านี้เป็นโจทย์ที่ควรต้องคิดกัน



ต่อมา ขอพูดถึงหัวข้อสำคัญในการปาฐกถาวันนี้ คือ เรื่องสุขภาพถ้วนหน้าเป็นประชานิยมหรือสวัสดิการสังคม การที่เราเห็นว่า บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพถ้วนหน้า “หมอสงวนคิด ทักษิณทำ” นอกจากคุณทักษิณทำนโยบายสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นประโยชน์กับประชาชนมากมาย ยังมีนโยบายอีกหลายเรื่องที่ถูกตีว่าเป็นนโยบายประชานิยม เป็นเหตุให้คนเชื่อมโยงว่า อะไรที่คุณทักษิณทำล้วนเป็นประชานิยมทั้งสิ้น และผิดตรงไหน ถ้าประชาชนจะนิยมในสิ่งที่พรรคการเมืองนำเสนอ และพรรคการเมืองที่ประสบความสำเร็จจะต่อยอดนโยบายนี้ขึ้นมา เราจะเห็นว่า มีการอัปเกรด ๓๐ บาทรักษาทุกโรคในเวอร์ชันต่าง ๆ

เพื่อให้เข้าใจถึงคำว่าประชานิยม ขอแยกประชานิยม ๓ สายพันธุ์ ซึ่งไม่เหมือนกันออกจากกันเสียก่อน โดยในต่างประเทศบอกว่า ทรัมป์เป็นประชานิยม ทักษิณเป็นประชานิยม ในยุโรป มารีน เลอ แปง เป็นประชานิยม เป็นต้น ประชานิยมเหล่านี้แตกต่างกันอย่างไร ผมคิดว่ามีอย่างน้อย ๓ แบบ

แบบแรกคือ **ประชานิยมทางการเมือง** เป็นประชานิยมที่ใช้ในตะวันตกมากที่สุด คือ การที่มีนักการเมืองสักคนหนึ่งบอกว่าประเทศของเราถูกปกครองโดยกลุ่มคนชั้นนำ (อีลีท) ทำให้มีการสมคบคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อคนยากจนและชนชั้นกลางเลย ฉะนั้นต้องเชื่อและเลือกเขาเข้าไปเปลี่ยนแปลงประเทศ เพื่อสู้กับอีลีท ถือเป็นเป็นประชานิยม



รูปแบบที่แพร่หลายในตะวันตก กรณีของทรัมป์ก็เป็นเช่นนี้ เช่น การที่ทรัมป์กล่าวหาพรรคคู่แข่งว่าเป็นพรรค deep state พวกยึดรัฐไว้ เป็นพวกสมคบคิด

แบบที่สองคือ **ประชานิยมทางวัฒนธรรม** เนื้อหาสาระสำคัญคือ การต่อต้านคนต่างชาติ แบ่งเป็นพวกเรากับพวกเขา เราต้องอย่าให้คนนอกเข้ามาแย่งงาน เข้ามาทำลายประเทศของเรา ซึ่งกรณีทรัมป์เข้าข่ายกรณีนี้เช่นกัน ทั้งแบบแรกและแบบที่สองของประชานิยม คือทางการเมืองกับทางวัฒนธรรม โดยธรรมชาติมีส่วนคาบเกี่ยวกันค่อนข้างมาก โดยแยกออกมาเป็นพวกเขา พวกเรา เช่น พวกเขาคืออำมาตย์ พวกเขาคืออีลีท พวกเขาเลว พวกเขาคือคนต่างชาติ พวกเราคือคนดี ฉะนั้นประชาชนต้องสนับสนุนพวกเรา นี่คือประชานิยมทางวัฒนธรรม ประเทศไทยยังไม่ค่อยเจอประชานิยมทั้งสองรูปแบบนี้สักเท่าไร

แบบที่สามคือ **ประชานิยมทางเศรษฐกิจ** ซึ่งผมให้ความหมายว่า เป็นการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจ โดยไม่มีความรับผิดชอบทางการคลัง ขออนุญาตขยายความเพราะเกี่ยวข้องกับประเทศไทย ถ้าดูการหาเสียงของพรรคการเมือง ภาพที่แสดงให้เห็นนี้คือการเลือกตั้งปี ๒๕๖๖ จะเห็นคีย์เวิร์ดคำใหญ่ ๆ เช่น คำว่ารายได้ หนี้ โอกาส หนี้สินเกษตรกร ซึ่งคำเหล่านี้คือ คำที่เป็นเป้าหมายทางนโยบายของพรรคการเมืองต่าง ๆ ที่หาเสียงคราวที่แล้ว ครั้งนี้ก็น่าจะคล้าย ๆ กัน แต่ยังไม่ได้ทำข้อมูลออกมาดู

เพราะนโยบายพรรคการเมืองยังไม่นิ่ง แต่ถ้าดูวิธีการดำเนินนโยบาย จะเห็นว่าตัวใหญ่ที่สุดคือคำว่า กองทุน จะหาเงินมาใส่กองทุนเพื่อแก้ปัญหารายได้ ปัญหาหนี้ของประชาชน มีคำว่า พัก (พักหนี้) ค่าแรงขั้นต่ำ (ขึ้นค่าแรงขั้นต่ำ) สวัสดิการ เงินเดือน วิธีการหาเสียงของพรรคการเมืองคือ จะแก้ปัญหารายได้ หนี้สินของประชาชน โดยใช้กองทุน ใช้การพักหนี้ แต่ไม่ได้บอกว่าจะเอาเงินจากที่ไหนมาใส่กองทุน อีกซีกหนึ่งจะมีถ้อยคำนโยบายที่หาไม่ค่อยพบในรอบการเลือกตั้งครั้งที่แล้ว เช่น การสร้างความสามารถในการแข่งขัน การสร้างทักษะให้ประชาชน นวัตกรรม ผลิตภาพ การปรับตัวรับโลกร้อน เป็นต้น เราจะพบว่านโยบายเน้นเรื่องแจกแถม ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้แตกต่างจากสวัสดิการสังคม สวัสดิการสังคมแตกต่างจากประชานิยมอย่างไร ดร.สมชัย จิตสุชนให้คำอธิบายได้ดี แยกแยะไว้ว่าแตกต่างกันตั้งแต่เป้าหมาย ที่มาของรายได้ในการดำเนินนโยบาย และภาระของสังคม ถ้าเป็นสวัสดิการสังคมโดยทั่วไปจะเน้นการลดความเหลื่อมล้ำ หากดูเจตนาของการทำประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการลดความเหลื่อมล้ำ การลดการล้มละลายจากความเจ็บป่วย



ขณะที่เป้าหมายของประชานิยมเน้นเป้าหมายทางการเมืองคือ ต้องการคะแนนเสียง อาจลดหรือไม่ลดความเหลื่อมล้ำก็ได้ เช่น นโยบายจำนำข้าวที่เกิดขึ้นบนฐานคิดที่เข้าใจผิดว่าเกษตรกรคือคนจน คนจนคือเกษตรกร ซึ่งไม่เป็นความจริง เพราะความเป็นจริงมีเกษตรกรที่ไม่จนอยู่จำนวนหนึ่งและมีคนจนมากมาย เช่น แรงงานไร้บ้านที่เป็นคนจนแต่ไม่เป็นเกษตรกร ดังนั้น ถ้าดูเรื่องการจำนำข้าวตามวิธีที่รัฐบาล

ก่อนนี้ได้ออกนโยบายมา ไม่ได้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำเลย แต่ไปช่วยเกษตรกรที่ร่ำรวย เกษตรกรที่จนไม่มีข้าวไปจำนำกับรัฐบาลอยู่แล้ว จึงไม่ได้ลดความเหลื่อมล้ำโดยนัยนี้

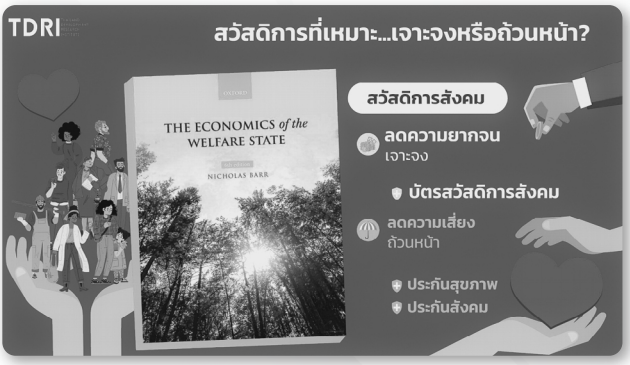


ประการที่สอง **สวัสดิการสังคมมักมีการระบุที่มาของรายได้** เช่น ที่มาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีที่มาของรายได้ชัดเจน ที่มาจากภาษีที่รัฐบาลต้องจัดสรรเป็นงบประมาณให้ สปสช. ไปดำเนินการต่อไป ถ้าเป็นสวัสดิการของประกันสังคม จะมีส่วนที่คนต้องจ่ายเบี้ยประกันสังคม นี่คือแหล่งที่มาของรายได้ ฉะนั้นจะมีความพยายามในการต้องชวนคนในสังคมมาจ่ายรายได้ มาใช้รายได้เพื่อเป็นรายจ่ายให้กับสวัสดิการสังคมนั้น เช่น รัฐบาลต้องบอกว่าถ้าจะทำหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องใช้เงินปีละเท่าไร และจะเอาเงินมาจากไหน อย่างที่นายแพทย์สงวนนำไอเดียไปขายพรรคเพื่อไทยตั้งแต่ต้น แต่ถ้าเป็นประชานิยม เป้าหมายอยู่ที่หาเสียง ที่มาของรายได้ไม่ชัด เหมือนการพักหนี้ ตั้งกองทุน แต่ไม่รู้ว่าเอาเงินที่ไหนไปใส่ในกองทุน จึงไม่โปร่งใส ไม่เป็นธรรมต่อคนที่ไปลงคะแนนเสียงเลือกตั้ง เพราะไม่รู้ว่าที่มาของรายได้มาจากไหน และเมื่อปฏิบัติจริงจึงเป็นการบีบบังคับสังคมให้จ่ายเข้าไปในทางอ้อม ยกตัวอย่าง ดิจิทัลวอลเล็ต ไม่ได้บอกว่าเอาเงินมาจากไหน แต่ที่จริงต้องบอกเพราะเป็นกฎของ กกต. ที่ผ่านมาพรรคเพื่อไทยเอาเอกสารไปเปิดเผยกับ กกต. ว่าจะมีรายได้ของดิจิทัลวอลเล็ตจากพายุทางเศรษฐกิจ ๕ รอบ ฉะนั้นรายได้จะมีมาส่วนหนึ่งจากการเติบโตทางเศรษฐกิจที่จะตามมา อีกส่วนหนึ่งจากการดึงงบประมาณส่วนต่าง ๆ แต่พอปฏิบัติจริงจะเห็นปัญหาว่า สุดท้ายดิจิทัลวอลเล็ตแจกได้ไม่ครบตามที่

สัญญาไว้ เพราะหารายได้มาไม่ได้ และถ้าจะดึงดันทำต่อ แปลว่าต้องบีบบังคับให้สังคมต้องจ่ายด้วย



ดังนั้น การเข้าใจเรื่องสวัสดิการจึงต้องเข้าใจว่า **สวัสดิการคือสัญญาประชาคม** เป็นสัญญาทางสังคม (social contract) ว่า ประชาชนจะได้สวัสดิการอะไร พร้อมกับใครจะต้องจ่ายอะไร เพราะในโลกนี้ไม่มีของฟรี ถ้าเราทำสวัสดิการเรื่องหนึ่งโดยใช้รายได้จากภาษี แปลว่าต้องมีคนที่แบกรับภาระ คือคนรุ่นปัจจุบันที่ต้องจ่ายภาษี เป็นต้น ถ้าหากนำเงินมาจากเงินกู้ แปลว่า คนรุ่นต่อไปต้องแบกภาระการใช้หนี้สิน ถ้าเอามาจากเงินงบประมาณ นั่นหมายถึง จะไม่มีเงินไปทำกิจกรรมหรือโครงการอื่น ๆ แปลว่า จะเสียโอกาสในการทำเรื่องอื่น จึงต้องชั่งให้ดีว่า การทำสวัสดิการกับการทำโครงการอีกแบบ อย่างใดมีความคุ้มค่ากว่ากัน และร้ายกว่านั้น ถ้าหากนำมาจากเงินนอกงบประมาณ จะกระทบคนรุ่นหลัง และไม่โปร่งใส เช่น การจำนำข้าว เป็นการใช้เงินนอกงบประมาณ เพราะรัฐบาลไม่ได้ควักสตางค์ซื้อข้าวเอง แต่ให้ ธกส. ไปซื้อ ฉะนั้นหนี้สินไม่ได้เป็นของรัฐบาล ไม่ได้ปรากฏเป็นหนี้สาธารณะในวันที่ทำนโยบาย แต่จะเป็นภาระให้ ธกส. จะต้องหาเงินมา แปลว่า เอาเงินมาจากรัฐบาลในอนาคต และหนี้สาธารณะจะมาปรากฏในช่วงเวลานั้น มีหลายประเทศที่ทำนโยบายสวัสดิการหรือแม้แต่นโยบายประชานิยม โดยพิมพ์เงินออกมา คิดว่าพิมพ์เงินออกมาได้ฟรีโดยใช้ธนาคารกลาง แต่ทำให้เกิดภาวะเงินเฟ้อ ประชาชนดูเหมือนมีเงิน แต่มีกำลังซื้อลดลง ถือเป็นการเก็บภาษีทางอ้อมกับประชาชนนั่นเอง



หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ใช่ประชานิยม แต่เป็นสวัสดิการสังคม คำว่า “ถ้วนหน้า” **ทำให้เกิดคำถามสำคัญว่า สวัสดิการที่เหมาะสมของประเทศควรเป็นสวัสดิการแบบเจาะจงหรือแบบถ้วนหน้า** ไม่มีคำตอบตายตัว แต่ผมค้นคว้าเรื่องเศรษฐศาสตร์ของรัฐสวัสดิการ มีตำราเขียนโดยศาสตราจารย์ นิโคลัส บาร์ (Nicholas Barr) จากสถาบัน LSE (London School of Economics) ได้แยกไว้ว่า สวัสดิการสังคมอาจเป็นแบบเจาะจงก็ได้ หรือแบบถ้วนหน้าก็ได้ ขึ้นกับว่ามุ่งแก้ปัญหาอะไร ถ้าเป็นสวัสดิการแก้ปัญหาความยากจนต้องเป็นเฉพาะเจาะจง เพื่อช่วยคนจนและกระจายรายได้ ตัวอย่างเช่น บัตรสวัสดิการสังคม ที่เคยมีรัฐบาลทำมาก่อนนี้ พูดง่าย ๆ คือการแจกเงินคนจน และแน่นอนว่า ถ้าเจตนาในการทำสวัสดิการ มีที่มาของรายได้ไม่ชัดเจนพอ สิ่งนี้อาจเป็นประชานิยมได้ แต่ถ้าเป็นสวัสดิการสังคมเพื่อลดความเสี่ยง คือ สิ่งที่ไม่ได้คาดหมายว่าจะเกิดขึ้นในชีวิตของเรา เช่น น้ำท่วมภาคใต้ ความเสี่ยงจากความเจ็บป่วย ทุกคนมีความเสี่ยงที่เจอหมดไม่ว่าจนหรือรวย การทำประกันสุขภาพโดยหลักแล้วไม่ใช่การกระจายรายได้แบบตรงไปตรงมา แต่เป็นการเอาความเสี่ยงของทุกคนมาประกันร่วมกัน เพื่อให้คนจ่ายเบี้ย โดยเสียเบี้ยไม่สูง แต่ทำให้มีความสงบทางจิตใจว่า ถ้าเกิดเราหรือพ่อแม่เราเจ็บป่วยจะมีเงินรักษาเพียงพอ ไม่ล้มละลาย อันนี้คือแนวคิดของการประกัน

ฉะนั้น **การประกันความเสี่ยงโดยทั่วไปควรยึดหลักแบบถ้วนหน้า** สาเหตุ

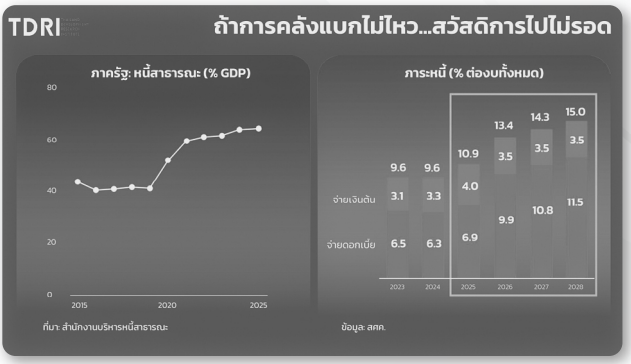
เหมือนกรณีโอบามาแคร์ที่พูดไว้ตอนต้น ถ้าไม่ใช่ลักษณะถ้วนหน้า ประชาชนจะคิดว่าในเมื่อเข้าก็ได้ไม่เข้าก็ได้ จึงไม่เข้าดีกว่า ทำให้เกิดปัญหาว่า คนที่คิดว่าสุขภาพดีไม่เข้าสู่ระบบ แปลว่า โอบามาแคร์ต้องเตรียมเงินไว้จำนวนมากสำหรับรักษาพยาบาลคนที่สุขภาพไม่ดี ส่งผลให้เบี้ยสูงมาก คนที่ไม่เข้าคิดว่าเสียค่าปรับดีกว่า ถูกกว่าเสียเบี้ย ฉะนั้นเรื่องประกันความเสี่ยงโดยทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ที่รัฐบาลบังคับให้ประชาชนต้องมี พรบ. เป็นประกันภาคบังคับ หรือประกันสุขภาพ จึงเป็นแบบถ้วนหน้า และประกันสังคมก็เช่นเดียวกัน ความเสี่ยงจากการตกงาน ความเสี่ยงเหล่านี้ **วิธีที่ดีที่สุดคือทำแบบถ้วนหน้า และเป็นการตัดสินใจที่ถูกต้องของหลักประกันสุขภาพ** แม้มีมิติของการกระจายรายได้ ลดความยากจนเป็นจุดตั้งต้นอยู่ด้วยก็ตาม



สุดท้ายที่อยากพูดคุยคือ เรามีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ปกติการรักษาพยาบาลมีต้นทุนที่สูงขึ้น และประเทศไทยมีคนสูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้นความท้าทายใหญ่ที่สุดของประกันสุขภาพในประเทศคือ ภาวะการคลัง คำถามสำคัญคือ การจะให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าเป็นการสร้างสรรค์หรือทำลายเศรษฐกิจ เพื่อให้เข้าใจโจทย์ข้อนี้ขอแสดงข้อมูลให้ดูว่า ปัจจุบันฐานะการคลังของไทยไม่ได้ดีอย่างในอดีตเมื่อสิบปีที่แล้ว

ช่วงสิบปีที่แล้ว หนี้สาธารณะของประเทศไทยที่ภาครัฐมีอยู่ประมาณร้อยละ ๔๐ แต่ขณะนี้ หนี้สาธารณะของไทยสูงเกือบร้อยละ ๖๕ และอาจสูงขึ้นอีก แปลว่า

ภาครัฐเหลือเงินน้อยลง และต่อไปถ้าหลักประกันสุขภาพขยายบริการ เพิ่มการเบิกจ่ายต่อหัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แน่นอนว่าต้องมีผลกระทบกับการใช้จ่ายด้านการคลัง เพราะรัฐบาลคงมีภาระในการต้องใช้เงินในหลายเรื่องอย่างมาก รวมไปถึง ภาระหนี้ของไทยอยู่ในระดับที่สูงขึ้น เมื่อรัฐบาลได้รับงบประมาณมา ต้องนำงบประมาณไปทำสองก้อนใหญ่ก่อนที่จะไปใช้จ่ายทำโครงการต่าง ๆ นั่นคือ การนำไปจ่ายดอกเบี้ยที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ พร้อมกับจ่ายเงินต้นด้วย เพื่อใช้หนี้สินที่มีอยู่



เราจะเห็นว่า ปัจจุบันภาระหนี้ของรัฐบาลต่องบประมาณแผ่นดินที่ได้มาไม่เพียงพอ สมมุติได้มา ๑๐๐ บาท ต้องนำไปจ่ายหนี้ ไม่ว่าต้นหรือดอกเบี้ยไปแล้ว ๑๓ บาท เหลือ ๘๗ บาท ที่รัฐต้องจ่ายเป็นงบประจำราวร้อยละ ๗๐-๘๐ ฉะนั้น รัฐจะเหลือเงินสำหรับลงทุนหรือใช้จ่ายเพื่อพัฒนาต่าง ๆ น้อยลงทุกที และภาระหนี้ส่วนนี้จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามกาลเวลา หากยังดำเนินนโยบายทางการคลังที่มีปัญหา



จุดเปลี่ยนสำคัญที่จะช่วยให้หลักประกันสุขภาพไม่เกิดปัญหาทางด้านการคลัง คือ การเกิดขึ้นของ**เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งจะเป็นตัวเปลี่ยนเกมในเรื่องหลักประกันสุขภาพ** ตัวแรกคือเทคโนโลยีรักษาพยาบาล เช่น การรักษาพยาบาลขั้นสูง อาทิ gene therapy, cell therapy ส่วนใหญ่แนวโน้มทำให้ต้นทุนสูงขึ้น แต่เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นตัวที่อาจทำให้ต้นทุนโดยรวมต่ำลงได้หากมีการปรับใช้อย่างเหมาะสม เทคโนโลยีดิจิทัลสามารถลดต้นทุนการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ๓ ช่องทาง คือ

๑. **การเชื่อมต่อข้อมูลการรักษาพยาบาล**ทั้งหมดเข้าด้วยกัน ถ้าทำได้สาเร็จจะเกิดประโยชน์มากมาย เช่น คนไข้ที่ไปตรวจ รพ. ที่ ๑ แล้ว วันหลังไปตรวจที่ รพ. ที่ ๒ ในเวลาที่ไม่ต่างกันมาก ผู้ป่วยไม่ต้องตรวจซ้ำ สามารถลดต้นทุนทันที ลดข้อผิดพลาด ลดการทุจริต เป็น Quick Win ได้เลย

๒. **Telemedicine** โอกาสในการเข้าถึงของประชาชนจะเพิ่มขึ้น ซึ่ง สปสช. เริ่มทำแล้ว ช่วยลดค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และความแออัดในโรงพยาบาล สามารถสร้างการรู้เท่าทันของประชาชนได้

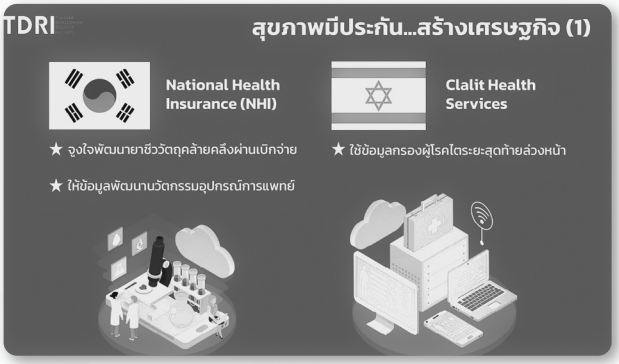
๓. แต่ส่วนสำคัญที่สุดคิดว่าถ้าใช้เทคโนโลยีดิจิทัลให้ถูกวิธี **จะเป็นการปรับเปลี่ยนจากการรักษาโรค** ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีต้นทุนสูง **มาสู่กระบวนการป้องกันโรค** เห็นความหวังในสิ่งที่เรียกว่า Wearable Device คือสมาร์ตวอตช์ต่าง ๆ ทั้งแบรนด์ราคาถูกราคาแพง และจะถูกลงเรื่อย ๆ ถ้านำมาใช้ จะช่วยป้องกัน ช่วยเตือนคนก่อนเจ็บป่วยจนเกิดทุพลภาพ จนเกิดค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ๆ และข้อมูลที่เก็บได้สามารถนำมาทำ Predictive Analytics เอาข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) มาวินิจฉัย เตือนล่วงหน้า และทำให้ลดต้นทุนการรักษาพยาบาล เพราะคนจะป่วยน้อยลง ทำให้คนดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น ซึ่งต้องการนวัตกรรมในทางสังคมว่าจะทำอย่างไรให้ประชาชนมี Wearable Device ในราคาถูก แจกกันได้ และได้ใช้กันอย่างเข้าใจ ถ้ามีผู้ประกอบการทางพรรคการเมืองไหนเห็นโอกาสด้านนี้ก็อาจเป็นตัวเปลี่ยนเกมในเรื่องการรักษาพยาบาลในประเทศไทยได้



ด้าน สปสช. มีการใช้เทคโนโลยีเพิ่มขึ้น และพบว่าหากมีการฉลาดเลือกใช้ เลือกทำ จะมีผลตอบแทนที่ดีได้ ไม่ว่าจะเป็นเทคโนโลยีการรักษาพยาบาลหรือเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น การล้างไตผ่านทางช่องท้อง (CAPD) มีเคสผู้ป่วยที่จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เมื่อใช้การล้างไตผ่านทางช่องท้อง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่เป็นภาระกับลูกหลาน หรือคนดูแล มีโอกาสกลับไปทำงานมากขึ้น ลำพังแค่นี้ก็มีผลตอบแทนต่อการลงทุนแล้ว แม้ไม่ช่วยฐานะการคลังคือรัฐบาลยังใช้เงิน แต่จะมีรายได้จากการประชาชนทำงาน ลูกหลานไม่เสียเวลา เป็นต้น และเริ่มเห็น สปสช. ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ใช้อำนาจของการเป็น single buyer (ผู้ซื้อรายเดียว ที่มีอำนาจผูกขาด) ที่ช่วยให้เกิดนวัตกรรมทางเทคโนโลยี เช่น การใช้ระบบ AI ที่เรียกว่า Inspectra CXR คือระบบ AI อ่านฟิล์มเอกซเรย์ ช่วยลดภาระการวินิจฉัยของแพทย์ในโรงพยาบาล ขณะนี้มีใช้อยู่แล้วร้อยกว่าแห่ง แม้กระทั่งโรงพยาบาลในเกาะเล็ก ๆ ในพื้นที่ห่างไกล โดย สปสช. ได้เข้าไปสนับสนุน ทำให้ภาระการวินิจฉัยของแพทย์ลดลงร้อยละ ๔๐ ฉะนั้น ที่ผมพูดไว้ตอนแรก ดูเหมือนว่า ผลิตภาพด้านแรงงานของการรักษาพยาบาลดูไม่ค่อยเพิ่มขึ้น เหมือนคนสีไวโอลิน เหมือนช่างตัดผม เราไม่อยากเห็นแพทย์ผ่าตัดเร็วขึ้นสองเท่า แต่ตอนนี้งานบางอย่างสามารถทำได้เร็วขึ้นโดยใช้ AI ทำให้ Productivity ในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และต้นทุนต่ำลงได้

ประเด็นที่ท้าทายที่อยากให้ สปสช. และเครือข่ายพิจารณา คือ **การทำอย่างไร**

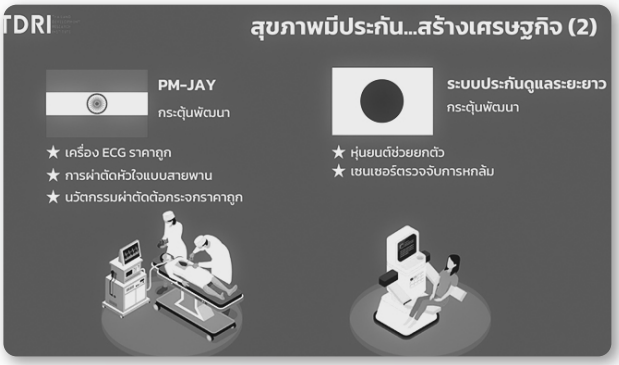
ให้กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีส่วนขับเคลื่อน ทำให้เกิดนวัตกรรมและมีส่วนสร้างเศรษฐกิจให้กับประเทศ สปสช. จะทำอย่างไรให้คนไม่มองว่าหลักประกันสุขภาพเป็นเหมือนตู้เอทีเอ็มที่เอาแต่ใช้เงินของภาครัฐ แต่เปลี่ยนไปสู่เครื่องพิมพ์ธนบัตรที่ช่วยสร้างรายได้ให้ประเทศ สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับนโยบายอุตสาหกรรม นโยบายนวัตกรรม แต่จะทำให้เกิดขึ้นได้ด้วยหลักประกันสุขภาพ



ขอยกตัวอย่างการทำงานของกองทุนประกันสุขภาพต่างประเทศ ๔ กรณีศึกษา กรณีแรกคือ **เกาหลีใต้** ปัจจุบันเป็นประเทศที่ได้พัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึง (biosimilars) ยาที่เรารู้จักกันส่วนใหญ่ เช่น ยาพาราเซตามอล เป็นยาเคมี มีโมเลกุลขนาดเล็ก เดี๋ยวนี้มียาที่เป็นยาชีววัตถุที่แพ้ยายากกว่า และใช้โมเลกุลขนาดใหญ่กว่าคล้ายวัคซีน เป็นยาที่ไฮเทคมากกว่า เรียกว่า biologics เป็นยาชีววัตถุต้นแบบเอาไว้รักษาโรคโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ทั้งหลาย ช่วงแรกยาเหล่านี้มีสิทธิบัตรคุ้มครองและราคาแพงมาก แต่เริ่มหมดสิทธิบัตรไป จึงเกิดการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึง ซึ่งไม่ละเมิดสิทธิบัตร ตอนนี้เกาหลีใต้เป็นประเทศหนึ่งในโลกที่เป็นผู้นำในการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึง อุตสาหกรรมนี้เกิดขึ้นได้เพราะ **National Health Insurance (NHI) ของเกาหลีใต้คล้ายกับ สปสช. เป็นหน่วยงานที่จูงใจให้เกิดการพัฒนายาชีววัตถุคล้ายคลึงผ่านการเบิกจ่าย** และยังจูงใจให้บริษัทยาที่ไปลงทุนในเกาหลีใต้ลงทุนวิจัยพัฒนาเพื่อให้มีนวัตกรรมด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการให้เบิกจ่ายสูงกว่าปกติได้ นี่คือการใช้เครื่องมือของการเป็น single payer ที่ดีมาก ๆ เกาหลีใต้ยังใช้กองทุน

ประกันสุขภาพรวบรวมข้อมูลเพื่อมาพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งช่วยต่อยอดให้อุตสาหกรรม ลองคิดดู ข้อมูลที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยจำนวนมหาศาลรวบรวมเป็น big data จะทำให้เห็นว่าการพัฒนายา เครื่องมือแพทย์ชนิดใด จะมีโอกาสทางธุรกิจ และภาคอุตสาหกรรมจะได้ประโยชน์จากเรื่องนี้

กรณีถัดมาคือ **อิสราเอล** ให้ Clalit Health Services ซึ่งเป็นกองทุนประกันสุขภาพใหญ่ที่สุดจาก ๔ กองทุน ใช้ข้อมูล big data คล้ายกับ NHI ของเกาหลีใต้ และ **กรองข้อมูลดูว่าใครมีความเสี่ยงที่จะเป็นผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายล่วงหน้าเป็นระยะเวลาหลายปี** เปิดโอกาสให้มีการแทรกแซง (intervention) คือ การเข้าไปดูแลรักษาพยาบาลขั้นต้น การปรับพฤติกรรม ปรับอาหาร ทำให้ความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยจากโรคไตจนเกิดไตวาย และความทุกข์ทรมาน ตลอดจนการสูญเสียด้านการเงิน ลดลงไปได้มาก



กรณีของ**อินเดีย** เป็นประเทศรายได้ไม่สูง ใช้กองทุนประกันสุขภาพ PM-JAY สำหรับกลุ่มคนรายได้น้อยมากระตุ้นการพัฒนานวัตกรรมต่าง ๆ ซึ่งอินเดียมีชื่อเสียงในการทำนวัตกรรมราคาถูก (frugal innovation) และ**ใช้อำนาจของกองทุนประกันสุขภาพเป็นผู้จ่าย สามารถซื้อบริการจำนวนมากได้** ทำให้ประหยัดต่อขนาด เพราะซื้อปริมาณมากต้นทุนถูกลง ธุรกิจมองเห็นโอกาสที่จะเติบโตได้ เช่น ทำให้เกิดการพัฒนาเครื่องวัดคลื่นหัวใจ ECG ในราคาถูก จากเดิมเครื่องละหลายแสนตกลง

เหลือหลักหมื่นหลักพันได้ หรือการพัฒนาการผ่าตัดหัวใจแบบสายพาน ทำให้แพทย์ผ่าตัดเร็วขึ้น ดังนั้น การที่ให้แพทย์ผ่าตัดเร็วขึ้นสองเท่าไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปไม่ได้อีกแล้ว ถ้ามีวิธีการทำนวัตกรรมที่เหมาะสม หรือการมีนวัตกรรมผ่าตัดต้อกระจกราคาถูก นี่คือตัวอย่างการทำให้เกิดการเข้าถึงนวัตกรรมด้านสุขภาพแก่ประชาชนจำนวนมากได้

และตัวอย่างสุดท้าย **ญี่ปุ่น** เป็นสังคมสูงอายุที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลกประเทศหนึ่ง และ**ใช้ระบบประกันดูแลระยะยาว กองทุน Long-Term Care มากระตุ้นการพัฒนานวัตกรรม**ต่าง ๆ เช่น การพัฒนาหุ่นยนต์ในการช่วยยกตัวผู้สูงอายุ ซึ่งปกติ Care Taker จะต้องใช้แรงกายไปแบกหาม เสี่ยงกับความเหนื่อยและการบาดเจ็บ พอมีหุ่นยนต์ช่วยยกตัวก็ช่วยลดการบาดเจ็บ พร้อมกับพัฒนาเซนเซอร์ตรวจจับการหกล้ม โดยติดเซนเซอร์ที่พื้น ถ้าเห็นผู้สูงอายุเริ่มเดินด้วยฝีเท้าหรือน้ำหนักเท้าที่เปลี่ยนไป แล้วด้วยแพตเทิร์นที่ AI วิเคราะห์ว่า จะเกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม จะได้มีการเข้าไปช่วยได้ทันท่วงที ทำให้ผู้สูงอายุไม่หกล้ม เพราะถ้าหกล้มกระดูกหัก มีโอกาสติดบ้านติดเตียง การตรวจจับการหกล้มจึงช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและช่วยลดต้นทุนด้วย ทั้งหมดนี้เกิดจากการใช้กองทุนประกันสุขภาพ กองทุนการดูแลระยะยาว Long-Term Care ซึ่งหวังว่าอาจจะเป็นตัวอย่างให้ สปสช. บุกเบิกในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น หลังจากให้ Inspectra AI มาอ่านฟิล์มเอกซเรย์ ใช้นวัตกรรมบริษัทเมติคูลี่ทำกะโหลกศีรษะเทียมต่าง ๆ ที่ สปสช. เริ่มเข้าไปสู่เวทีแห่งนี้ด้วย

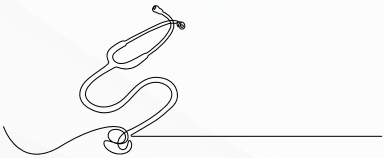
กล่าวโดยสรุป ประเทศไทยเป็นประเทศรายได้ปานกลางที่เป็นตัวอย่าง แต่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ผมคิดว่าหลายประเทศแม้แต่ประเทศรายได้สูงอย่างสหรัฐอเมริกายังอิจฉา โดย**ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเราเป็นสวัสดิการ ไม่ใช่ประชานิยม** เป็นสวัสดิการที่เกิดขึ้นจากการมีสัญญาประชาคม (social contract) ว่าเราจะมีความสมานฉันท์กัน ไม่เหลื่อมล้ำกันมากเกินไป คนมีหลักประกันจากความเสี่ยง จากความเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้เสียภาษีเป็นคนแบกรับภาระ และระบบนี้

ดำเนินมาด้วยดี ขยายตัว ขยายบริการ เพิ่มงบต่อหัวไปเรื่อย ๆ แต่กำลังจะถึงจุดสำคัญ คือ ภาระของการใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่กำลังจะเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาครัฐมีภาระการคลังสูงขึ้น ฉะนั้น**ทางออกจึงอยู่ที่การสร้างนวัตกรรม** และอาจเป็นโจทย์ชวนคิดว่า นอกจากช่วยด้านสังคมและประชาชนในด้านสุขภาพแล้ว **กองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังควรช่วยพัฒนาเศรษฐกิจ** นั่นคือ การสร้างนวัตกรรมในเรื่องสุขภาพ และจะกลับมาช่วยการทำประกันสุขภาพต่อเนื่องไปในราคาที่ถูกลง



ผมคิดว่าทั้งหมดนี้ เป็นการพยายามสืบสานปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้บุกเบิกประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยไว้อย่างมาก และสิ่งที่สำคัญที่สุดของคุณหมอสงวน คือการมี Empathy การเข้าอกเข้าใจ การตั้งมิตรภาพบำบัดเป็นตัวอย่างหนึ่งที่ทำให้เห็นว่า ความเข้าอกเข้าใจมีประโยชน์อย่างยิ่ง คิดว่าหลักประกันสุขภาพของไทยมีความก้าวหน้ามาไกล แต่กำลังเจอความท้าทายด้านการคลัง ความท้าทายเมื่อทรัพยากรมีจำกัด จะทำให้เกิดความขัดแย้งกับภาคีต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลหรือกลุ่มแพทย์ นอกเหนือจากการแก้ไขปัญหาทางเทคนิคแล้ว อีกเรื่องที่เป็นโจทย์ใหญ่ที่อยาก**ให้คนในวงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าสืบทอดเจตนารมณ์ของคุณหมอสงวน คือ การมี Empathy ต่อพาร์ตเนอร์ต่าง ๆ** โรงพยาบาลต่าง ๆ แพทย์ต่าง ๆ ไม่ว่าพาร์ตเนอร์เหล่านั้น จะคิดเหมือนหรือต่างกันหรือไม่ อย่างไร เพราะคนเหล่านี้คือ ภาคีในการทำงานร่วมกัน คิดถึงชาวบ้าน

เหมือนที่คุณหมอสงวนคิด และยิ่งประกันสุขภาพไปไกล จะยิ่งมีรายละเอียดที่ตกหล่นมากขึ้นเรื่อย ๆ ถือเป็นเรื่องธรรมดา ดังนั้น จึงอยากให้พวกเรา Empathy กันมาก ๆ ผมได้ยินตัวอย่างชาวบ้านที่เดินทางไปโรงพยาบาลบอกว่า ๓๐ บาทรักษาทุกที่ และเข้าใจว่าสามารถรับการรักษาพยาบาลได้ทุกคน ผู้ป่วยนั่งเรือออกจากเกาะไปรักษาพยาบาล หมดเวลาไป ๑ วัน เมื่อไปถึงโรงพยาบาล พบว่า วันนั้นปิดรับผู้ป่วยแล้ว เพราะจำนวนโควตารับผู้ป่วยเต็มแล้ว ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับบ้าน นี่คือตัวอย่างว่าการออกแบบระบบใหญ่ ๆ นั้นดีแล้ว แต่ถ้าลงรายละเอียดอีกเพื่อให้มี Empathy ต่อชาวบ้าน สื่อสารให้ตรงเป้าหมาย ให้คนเข้าใจอย่างถูกต้องและคาดหวังกับบริการอย่างเข้าใจถูกต้อง จะทำให้ทุกคนสามารถวางแผนชีวิตของตัวเองได้ดีขึ้น ในโอกาสนี้จึงขอเสนอแนวทางเพื่อรำลึกปณิธานของคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์



มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

ส่วนที่ ๕

เวทีเสวนา

อนาคตระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : ประชาชนจะได้อะไร

โดย ๑. ผู้แทนพรรคประชาธิปัตย์ ดร.สาธิต ปิตุเตชะ

๒. ผู้แทนพรรคเพื่อไทย นายแพทย์สุรพงศ์ สืบวงศ์ลี

๓. ผู้แทนพรรคประชาชน ดร.เดชรัต สุขกำเนิด



ดำเนินรายการโดย คุณอรอุมา เกษตรพืชผล

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : สวัสดีท่านผู้มีเกียรติทุกท่านและผู้ที่รับชมผ่านทาง Facebook Live ของ สปสช. วันนี้ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ เป็นวันที่เรารำลึก ๑๘ ปีของการจากไปของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขไทย และในส่วนของพรรคการเมืองที่มาร่วมในวันนี้มาพร้อมแล้ว ขอต้อนรับผู้ร่วมเสวนา ท่านแรกจากพรรคเพื่อไทย นายแพทย์สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี ท่านที่สองจากพรรคประชาธิปัตย์ ดร.สาธิต ปิตุเตชะ และท่านที่สามจากพรรคประชาชน อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด การถามคำถามจะไม่ได้เรียงว่าท่านใดจะตอบก่อนหรือหลัง อยากฟังความเห็นของแต่ละท่าน ขอเริ่มประเด็นแรก

พรรคเพื่อไทยมองประเด็นเรื่องการเข้าถึงของประชาชนอย่างไรบ้าง และจะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างไร เห็นถึงการดำรงอยู่ของระบบสุขภาพถ้วนหน้าอย่างไร

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : ทุกครั้งที่มาที่นี่ผมจะรำลึกถึงเวลาช่วงสั้น ๆ ประมาณ ๑๕ นาทีที่เปลี่ยนชีวิตคนไทยและผมด้วย โดยตอนเริ่มต้นแนวคิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่จะไปเป็นนโยบายไทยรักไทย ผมเคยพบกับคุณหมอสงวนที่โรงแรมแห่งนี้ นั่งคุยกัน ๑๕ นาที แล้วผมถามว่า ชีวิตนี้นายแพทย์สงวนฝันอยากเห็นอะไร และอะไรที่ยังไม่ได้ทำ คุณหมอสงวนบอกว่า มีความฝันคือ **อยากเห็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ** ในช่วงนั้น สสส. เริ่มจัดตั้งแล้ว และอีกความฝันคือ **ฝันว่าคนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** เพราะช่วงนั้นปี ๒๕๔๒ หลายท่านคงนึกออกว่าตอนนั้นเป็นยังไงบ้าง ตอนนั้นคนไทย ๔๗ ล้านคนไม่มีหลักประกัน ไม่มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลถ้าไม่มีเงินเพียงพอ ผมกับคุณหมอสงวนเคยทำงานกับโรงพยาบาลชุมชน เรารู้ว่าหลายคนบอกว่า ถ้ามีค่ารักษาที่เป็นค่าใช้จ่ายแพงไม่มีเงินพอ ขอยอมตายที่บ้าน บางคนขายที่นา ขายวัวควายมารักษา เพราะฉะนั้นคุณหมอสงวนจึงฝันว่า คนไทยทุกคนไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสามารถเข้าถึงการรักษาได้โดยไม่ต้องล้มละลาย จากที่คุยกัน ๑๕ นาทีก็กลายเป็นประวัติศาสตร์ที่ตามมา

จากคำถามต้องเรียนว่าพรรคเพื่อไทยคิดอย่างไรที่จะขับเคลื่อนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเล่าว่าสมัยนั้นคือไทยรักไทย อดีตนายกฯ ทักษิณ ชินวัตร ตัดสินใจทำเรื่องนี้เป็นนโยบายสำคัญเมื่อวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๔๓ หลังจากที่ได้นั่งคุยกับคุณหมอสงวน คุณหมอวิชัย โชควิวัฒน และผู้นำพรรคอีกหลายคน ประมาณ ๔๐ นาทีถึงความฝันของคุณหมอสงวน ซึ่งท่านบอกว่าอยากให้พรรคการเมืองใดก็ได้ผลักดันเรื่องนี้ คุณทักษิณฟังเสร็จจึงตัดสินใจเลยว่าทำ จนนำไปสู่นโยบายการหาเสียงจนชนะการเลือกตั้ง มีหลายสิ่งที่เกิดขึ้นและนำมาสู่การขับเคลื่อน คุณหมอสงวนอยากให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้น มีการขับเคลื่อนทางสังคม โดยในยุคนั้นคุณหมอสงวนทำงานร่วมกับ อาจารย์จอน อึ๊งภากรณ์ ซึ่งเป็นผู้นำองค์กรพัฒนาเอกชนที่พยายามสร้างการรับรู้และเคลื่อนไหวทางสังคม จึงเป็นโชคชะตาที่คุณทักษิณและพรรคไทยรักไทยถือเป็นนโยบายที่เสนอในทางการเมือง ตอนนั้น เราเองไม่คิดว่าจะได้รับการเลือกตั้งมากถึง ๒๔๘ เสียง และหากวันนั้นไม่ได้รับการเลือกตั้งมากขนาดนั้น การทำนโยบายนี้จะทำได้ยากมาก และอีกโชคชะตาหนึ่งคือ ตอนเริ่มทำงานมีอดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์มงคล ณ สงขลา ร่วมเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อน ปัจจัยทุกอย่างเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้น ทำให้เริ่มต้นทำเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ ฉะนั้นเรื่องนี้สำคัญและเป็นเรื่องที่มาถึงวันนี้ เป็นดีเอ็นเอ เป็นความตั้งใจ เป็นความฝันที่เราอยากเห็นตลอด แต่มาถึงวันนี้ความฝันนี้ยังไปต่อได้อีกหรือไม่ ผมต้องบอกว่ายังพัฒนาต่อได้อีก หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีในวันนี้ คือเป็นเรื่องที่เราคิดเมื่อ ๒๐ กว่าปีที่แล้ว แต่สภาพสังคมเปลี่ยนไป เทคโนโลยีเปลี่ยนไป เรื่องความเข้าใจเรื่องโรคต่าง ๆ เปลี่ยนไป ดังนั้น หากเราเตรียมการได้ดีจะสามารถยกระดับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปอีกระดับหนึ่ง และวันนี้ได้รับการยอมรับว่า ไทยเป็นผู้นำของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งแน่นอนว่าประเทศพัฒนาหลายประเทศเริ่มต้นมาก่อนเรา ก็ต้องพัฒนาต่อ แต่บางประเทศต้นแบบ เช่น สหราชอาณาจักรมีปัญหาระบบหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกัน อยู่ระหว่างกำลังปฏิรูปครั้งใหญ่ ฉะนั้น แสดงว่าสิ่งที่เคยทำมาก่อนนี้ เราไม่ต้องทำอะไรต่อแล้ว ผมคิดว่าไม่ใช่ แต่คิดว่า เราต้องช่วยกันคิดว่าอยากให้ระบบ

หลักประกันสุขภาพเดินหน้าต่อไปอย่างไร บริการประชาชนได้ดีกว่านี้ได้อย่างไร ทำให้คุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้นได้อย่างไร และทำให้ประเทศใช้งบประมาณได้อย่างคุ้มค่าที่สุดได้อย่างไร

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : ท่านบอกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเริ่มต้นในยุคของท่าน ยังดำรงอยู่ต่อไป และต้องอยู่ให้ทันยุคทันสมัยด้วย แต่ยังไม่ลงรายละเอียด การอยู่ให้ทันยุคสมัย ทันโลก สามารถลงรายละเอียดได้ แต่ไม่ใช่ในตอนนี้ หรือท่านจะลงรายละเอียดเลยหรือไม่คะ

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : ตอนแรกบอกว่ามี ๓ คำถามใช่หรือไม่ เพราะฉะนั้นคำถามอื่นอาจจะเกี่ยวข้องกับการทำงานแบบไหนในยุคที่เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ที่เดี๋ยวผมจะเล่าให้ฟัง

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : ต้องติดตามกันต่อไป ต่อมาพรรคประชาธิปัตย์ที่มีประสบการณ์การทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข มองปัญหาสิทธิด้านสุขภาพประชาชนอย่างไร จะทำอย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะดำรงอยู่ต่อไปแบบไหนดี

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : ผมมีความผูกพันกับกระทรวงสาธารณสุขมากเพราะทำงานครบ ๔ ปีเต็ม ซึ่งน้อยมากที่รัฐบาลจะทำงานครบ ๔ ปีเต็ม และร่วมแรงร่วมใจกับบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึง อสม. ด้วยที่ป้องกันโรคระบาดในช่วงโควิด คือ เราพบว่า ระบบสาธารณสุขไทยเข้มแข็งมาก และพบว่าแม้ปกติจะเห็นต่างกัน แต่เมื่อมีวิกฤติ คนไทยร่วมมือกันเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นความผูกพันที่ทำงานที่กระทรวงสาธารณสุข แต่ก่อนอื่นขอชื่นชมมูลนิธิมิตรภาพบำบัดที่ให้ความสำคัญกับการบำบัดโดยผู้ป่วยช่วยผู้ป่วย ซึ่งในเชิงหลักการระบบสาธารณสุขมี ๔ มิติที่เราทำงานกันอย่างเต็มที่ คือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู แต่มูลนิธิฯ

ให้ความสำคัญอีก ๒ เรื่อง คือ เรื่องการดูแลในช่วงประคับประคองและช่วงระยะท้าย ที่สร้างความมั่นใจดูแลตลอดชีวิต การมีมูลนิธิหรือการมีชมรมวิชาชีพ เป็นสิ่งที่ทำให้การสาธารณสุขไทยมีความล้ำหน้ากว่าที่อื่นมาก แต่คนไทยไม่รู้ไม่เข้าใจว่า กลุ่มคนเหล่านี้กำลังทำเรื่องการดูแลสุขภาพคนไทยอยู่ และแฝงตัวอยู่ข้างหลังบ้าง เป็นวิชาชีพ เช่น ชมรมแพทย์ทำแต่ละเรื่อง เป็นกลุ่มจำนวนมากในระบบสาธารณสุข และในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เราต้องขอบคุณคุณหมอสงวนที่คิดถึงเป้าหมายว่าทำยังไงให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาได้เท่าเทียม นิตยสารซีอีโอ เวิลด์ (CEO WORLD magazine) ของประเทศสหรัฐอเมริกาที่ประเมินระบบหลักประกันสุขภาพของเรา ผลปรากฏว่า ไทยได้รับการประเมินเป็นอันดับที่ ๖ ของโลก จาก ๕ เกณฑ์ ทั้งการเข้าถึงการรักษา คิว ยา และด้านบุคลากร โดยสรุปคือ ทุกคนให้การยอมรับระบบสาธารณสุขไทย

กลับมาเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผมคิดว่านโยบายในแต่ละยุคสมัยไม่มีใครผิดถูก เพราะไม่มีใครทำได้สมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ มีจุดอ่อนจุดแข็งอยู่แล้ว แต่หากชั่งน้ำหนักในการกำหนดนโยบายในแต่ละเรื่อง เราต้องมองเป้าหมายใหญ่ในช่วงเวลานั้น โดยหลักการคือ การให้ทุกคน ทุกชนชั้น มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพ ผมเข้าใจว่าพรรคเพื่อไทยเข้ามาทำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้นโยบายเดิม คือ คนจนรักษาฟรี คนจนที่จะมีการประเมินจากผู้นำท้องถิ่นให้ไปรักษาที่มีคุณภาพดี เพราะจำนวนคนมีไม่มากนัก แต่ประเมินไปประเมินมามีคนอยากจนมากขึ้น หมายความว่า การประเมินไม่มีคุณภาพ สุดท้ายคนที่เข้ามาอาจไม่ได้จนจริง ๆ เมื่อเห็นปัญหา จึงได้ปรับเป็นนโยบายถ้วนหน้า ถือเป็นประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษา แต่ระหว่างทางมีปัญหาหลัก ๒ เรื่องคือ**คุณภาพและปริมาณ** เมื่อคน ๔๗ ล้านคนรักษาฟรี แต่หน่วยบริการและบุคลากรของเรามีจำกัด คุณภาพย่อมมีปัญหา แม้กระทรวงสาธารณสุขพยายามปรับแก้ในทุกยุคทุกสมัย ระหว่างทางจะเห็นปัญหาคิวการเข้ารับบริการ ปัญหาการเสียชีวิตจากความผิดพลาดของมนุษย์ (Human error) โดยเมื่อมีจำนวนมากขึ้น แพทย์อาจให้บริการเกินสัปดาห์ละ ๘๐

ชั่วโมง เมื่อแพทย์เหนื่อย อาจวินิจฉัยผิดพลาดได้ เกิดความเสี่ยงทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นปัญหาระหว่างทางของระบบนโยบาย

อีกปัญหาหนึ่งที่ทุกคนพูดตรงกันว่า ระบบบัตรทองมีปัญหาค่าใช้จ่ายรายหัวโรงพยาบาลที่ได้เงินสะสมช่วงวิกฤติโควิดจำนวนมากแล้วค่อย ๆ ลดลง นอกจากนี้บุคลากรทางการแพทย์มีสภาวะ Burn out ลาออก และสมองไหลไปเอกชน ทั้ง ๆ ที่มีการแก้ไข ในช่วงที่ผมทำงานกับรัฐมนตรีว่าการ (นายกรัฐมนตรี รักษาการณ์นี้) ในช่วงโควิดพยายามให้ขวัญกำลังใจพยาบาล ๒๐,๐๐๐ อัตรา สามารถขยายเพดานให้มีแรงจูงใจ ซึ่งได้ดำเนินการแล้ว แต่ปัญหาเรื่องการทำงานหนักของบุคลากรทางการแพทย์ยังเป็นปัญหาสำคัญ รวมทั้งปัญหางบรายหัว ปัญหาทุจริตของคลินิกชุมชนอบอุ่น ความล่าช้าในการจัดการ เมื่อยกเลิกการให้บริการก็เป็นปัญหา ต้องตรวจสอบอีก คนที่จะตรวจสอบของ สปสช. มีน้อย เป็นปัญหาระหว่างทางในการจัดการ โดยสรุปวิกฤติหรือไม่ไม่ทราบ แต่เราเห็นตรงกันว่า เมื่อเป็นปัญหาก็ต้องแก้ไข และที่พูดไปทั้งหมดเป็นเชิงนโยบายทั้งสิ้น ดังนั้น แม้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประโยชน์สูงแต่ก็มีปัญหาเหมือนกัน ณ วันนี้แม้ยังดำรงอยู่และต้องดำเนินการต่อไป จึงมีข้อเสนอในการปรับปรุงหลายเรื่อง โดยในช่วงต่อไป ผมจะเสนอเรื่อง**กองทุนที่ ๔ เพื่อลดช่องว่างของการให้บริการ**และเพิ่มความเร็ว ลดคิว รวมถึงการร่วมจ่ายแบบสมัครใจในพื้นที่ที่มีความสามารถในเรื่องกองทุนที่ ๔ ได้

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : สำหรับพรรคประชาชนมองปัญหาเรื่องนี้อย่างไร ยังให้นโยบายนี้อยู่ต่อหรือไม่

อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด (พรรคประชาชน) : อยู่ต่อแน่นอน และต้องอยู่ให้ดีขึ้นทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รัฐบาลและคนรุ่นต่อไปด้วย ถือเป็นความท้าทายในโอกาสที่หลักประกันสุขภาพดำเนินการมาเกือบ ๒๕ ปี น่าจะเป็นจังหวะที่ดีที่จะได้ทบทวน และเป็นเฟสใหม่ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ก่อนจะลงรายละเอียด

ผมชอบที่อาจารย์สมเกียรติ พูดถึงเวลาออกแบบอะไรขอให้มีสิ่งที่เรียกว่า Empathy ความเข้าอกเข้าใจกันของทุกฝ่าย โดยเฉพาะด้านความเจ็บป่วย อย่างไร ผู้ป่วยก็มีความทุกข์ยาก บุคลากรทางการแพทย์เองก็มีภาระ ฉะนั้น Empathy สำคัญมาก ดังนั้นอยากตอบคำถามประเด็นแรกในเรื่องการเข้าถึง แต่ก่อนจะไปถึงตรงนั้นขอขยายความในฐานะอาจารย์สอนหนังสือที่มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เด็กรุ่นใหม่มองไม่ออกว่าการไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคืออะไร เพราะพวกเขาเกิดมาพร้อมกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ดังนั้นพวกเขาจะไม่เข้าใจ เราต้องพูดถึงเพลงมนต์สิทธิ์ คำสร้อย “ขายควายช่วยแม่” ต้องยกมาแล้วถามเขาว่า เข้าใจหรือไม่ว่าเกิดอะไรขึ้น ทำให้คนรุ่นใหม่เข้าใจว่า หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำคัญอย่างไร ดังนั้นผมคิดว่าต้องทำความเข้าใจในแง่การสื่อสารกับคนรุ่นใหม่ ๆ ด้วย

คราวนี้มาถึงเรื่องปัญหาของการเข้าถึง ขอยกตัวอย่าง ๕ ข้อ ความจริงอาจจะไม่ได้เป็นปัญหาในเชิงกรอบความคิดใหญ่ (Concept) แต่ทุกท่านฟังแล้ว อาจจะเห็นว่าเป็นเรื่ององค์ประกอบย่อย ๆ เป็นเรื่องบริบทย่อย ๆ บางเรื่องไม่ได้เกี่ยวข้องกับหลักประกันสุขภาพเลย แต่มีปัญหาแบบนี้เกิดขึ้น

ข้อที่ ๑ พวกเรา**อายุยืนมากขึ้นแต่มีโรคมากขึ้น** ต้องพบแพทย์ตามกำหนด ถ้าอาศัยอยู่ในเมือง การพบหมอตามนัดเป็นเรื่องไม่ยากนัก แต่ถ้าอยู่ในชนบทจะมีความลำบาก หากดูตามข้อเท็จจริงของ Policy Watch ของไทยพีบีเอส พบว่า ๒๓ จังหวัดไม่มีขนส่งมวลชน ผู้ป่วยต้องแบกภาระในการเดินทางไปโรงพยาบาลเอง ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของเขาลดลงโดยปริยาย และในมุมกลับความสามารถในการติดตามเพื่อให้พวกเขามีสุขภาพดีขึ้น ก็จะน้อยลงเช่นกัน ดังนั้น **สุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นประเด็นสำคัญในการเข้าถึงระยะยาว** อย่างที่ ดร.สมเกียรติ พูดถึง Telemedicine การติดตามต่อเนื่องโดยใช้เทคโนลยีจะช่วยลดจำนวนการเดินทางไปโรงพยาบาลได้

ข้อที่ ๒ **กรุงเทพมหานคร ไม่มีระบบสุขภาพปฐมภูมิ** แม้จะมีคลินิกชุมชนอบอุ่น ซึ่งเป็นตัวอย่างหนึ่งของสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งแตกต่างจากเวลาเราพูดถึง อสม. หรือ รพ.สต.ในชนบท ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ไม่มีระบบติดตาม คนกรุงเทพฯ มักจะข้ามระบบสุขภาพปฐมภูมิไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นทุติยภูมิหรือตติยภูมิเลย เพราะสะดวกมาก แต่ไม่มีใครติดตามสุขภาพของเรา ไม่เหมือนระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ต่างจังหวัด เวลาพูดถึง อสม. ในบริบทของกรุงเทพฯ แล้วเราอยู่คอนโดมิเนียมก็ไม่ง่ายที่จะมีใครเดินเข้ามาคุย ขณะที่เรามีระบบดิจิทัลจำนวนมาก แต่ระบบใดที่เป็นระบบทางการที่สามารถให้บริการส่งยาได้ระดับหนึ่ง หรือส่งรถมารับได้ ไม่ได้แปลว่าไม่มีเลย แต่จะคิดใหม่ได้มากแค่ไหน และเร็วแค่ไหน ผมได้มีโอกาสได้ดูโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ กรุงเทพฯ มีระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) ที่ดีมาก โดยมีหมอนั่งอยู่ในระบบด้วย ดังนั้นไม่ว่า ผู้ป่วยจะไลน์หรือโทรมา หมอสามารถตอบคำถามได้เลย แต่โรงพยาบาลหลายที่ใช้บอตตอบ หรือสุดท้ายต้องส่งไปหาคุณหมออีกที กว่าจะตอบก็อาจเนิ่นนานไป รพ.ราชพิพัฒน์ยังไปตั้งศูนย์ตรวจที่ห้างสรรพสินค้า ผู้รับบริการได้รับความสะดวก หรืออีกอันที่ผมชอบมาก คือ การมีรถฉุกเฉินที่ใช้มอเตอร์แลนซ์หรือรถฉุกเฉินมอเตอร์ไซค์ สามารถเข้าถึงในซอยได้ เข้าตรวจได้เร็ว สามารถตรงเข้าไปตรวจได้ก่อน ช่วยได้ก่อน อาจไม่ต้องให้รถพยาบาลเข้าไปก็ได้ หรือถึงจะต้องให้รถพยาบาลเข้าไป แต่คนที่ไปกับมอเตอร์แลนซ์ก็ปฐมพยาบาลได้ก่อน ดังนั้นระบบสุขภาพดิจิทัลเราจำเป็นต้องทบทวน

ข้อ ๓ **เรื่องการดูแลสุขภาพจิต** คนไทยมีโอกาสเข้าถึงสุขภาพจิตไม่ง่าย แม้จะมีสิทธิประโยชน์เรื่องนี้อยู่ แต่กลไกต้องให้จิตแพทย์วินิจฉัยเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา แต่เนื่องจากจิตแพทย์มีจำนวนจำกัด หากจะเพิ่มจำนวนบุคลากรก็คงเพิ่มได้ช้า ดังนั้นเราจะเปลี่ยนกฎระเบียบอย่างไรให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น และขณะเดียวกันมีตัวช่วยอะไรที่จะทำให้คนที่ป่วยหรือคนที่ยังไม่ป่วยแต่เครียดได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นการเข้าถึงอีกแบบที่ต้องคิด

ข้อ ๔ **การดูแลผู้ป่วยระยะยาว** Long -Term Care ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีคนไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอยู่แล้ว แต่คือ การไปเยี่ยม การให้คำแนะนำ แต่คนที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาวจะรู้ดีกว่า ผู้ดูแลต้องการพักสัก ๑-๒ ชั่วโมงต่อวัน หรือ ๑-๒ วันต่อสัปดาห์ แต่ปัจจุบัน ระบบหลักประกันสุขภาพยังไม่สามารถให้งบสนับสนุนเพียงพอที่จะให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถพักได้ เพราะการพัก หมายถึง วันนั้นจะต้องมีผู้ดูแลมืออาชีพคอยดูแลพ่อแม่ของเรา เพื่อให้เราได้พักหรือไปทำธุระ อันนี้เป็นการเข้าถึงระบบบริการอีกแบบหนึ่ง

ข้อ ๕ **การดูแลแบบประคับประคอง** หลายคนอยากกลับไปบ้านในช่วงสุดท้ายของชีวิต แต่ปัญหาคือบางครั้งเราต้องการความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล ทำให้ต้องกลับไปโรงพยาบาลใหม่ การเข้าโรงพยาบาลเหมือนเข้าใหม่ทุกรอบ ต้องทำเรื่องใหม่ บางคนเลยขออยู่โรงพยาบาลไปเรื่อย ๆ เพราะลูกหลานกลัวออกมาแล้วเข้าใหม่ไม่ได้ ที่จริงเรามีแนวคิดหนึ่งในวงการสาธารณสุขที่เรียกว่า “โฮมวอร์ด” (Home ward) พูดง่าย ๆ คือ เตียงผู้ป่วยที่อยู่ที่บ้าน แต่แนวคิดนี้ยังเป็นแนวคิดนามธรรม ในเชิงรูปธรรม ถ้ากลับไปอยู่ที่บ้านแล้ว เวลาขอเบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลยังทำไม่ได้ จึงยังไม่ใช่โฮมวอร์ดที่แท้จริง

ที่กล่าวมานี้ เป็น ๕ ตัวอย่างการเข้าถึง ถ้าเราไล่เรียงเส้นทางของทั้งผู้ป่วยและเส้นทางของผู้ดูแล ที่จริงเราต้องการคนใกล้ชิด แต่ระบบของเรายังเป็นระบบที่เรียกว่า Visit-based ขึ้นอยู่กับการไปหา ถ้าไปหาก็ได้รับบริการ จะเห็นได้ชัดว่ามิตรภาพบำบัดเป็นตัวอย่างที่ดี ที่เราจำเป็นต้องเปลี่ยนจาก Visit-based เป็น Journey-based ตามเส้นทางชีวิตของเขาไป เขาจะดีขึ้นได้อย่างไร ฟื้นฟูได้หรือไม่ ถ้าแย่ลงแล้วต้องทำความเข้าใจในสภาวะอะไรบ้างก่อนที่เขาจะจากไปอย่างมีศักดิ์ศรี เราอาจต้องปรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไป ให้เป็นตัวอย่าง ไม่ใช่กับประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้น แต่กับทุกประเทศด้วยว่าเราเอา Empathy เป็นศูนย์กลาง เพื่อออกแบบการบริการที่เหมาะสม เชื่อว่าคนไทยทำได้ และเราสร้างสิ่งนี้เป็นมรดกกับลูกหลานได้

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : ชื่นชมทั้ง ๓ ท่าน เหมือนทั้ง ๓ ท่านนัดกันมา ท่านแรก นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลีเปิดประวัติว่า หลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความเป็นอย่างไร ถัดมา ดร.สาธิต ปิตุเตชะ พูดฝั่งคนทำงาน และ อาจารย์เดชรัต พูดฝั่งประชาชน แบ่งบทกัน และรอบที่แล้ว นพ.สุรพงษ์ใช้เวลาน้อยกว่าทุกท่าน เดี๋ยวรอบนี้แถมให้ คือเราเข้าใจสภาพปัญหาและก็อยากให้ดีขึ้นแน่นอน และมีการเปรียบเทียบเรื่องข้าราชการ ผู้ประกันตน และบัตรทอง ๓ กลุ่มใหญ่นี้ เราต้องยอมรับว่า เราอยากให้ดีขึ้น ดังนั้นในกระบวนการทำงานจะพัฒนายังไงให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดโดยดูอีกสองกองทุนประกอบด้วย นพ.สุรพงษ์ มีแนวทางและความคิดเห็นอย่างไร

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : เรื่องแนวคิด ๓ กองทุน มีคนเสนอทางออกหลายแบบ ตั้งแต่มีคนบอกให้รวมกองทุน อีกแบบบอกไม่ต้องรวมกองทุนแต่ให้บริหารจัดการร่วมกันจะได้แชร์ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ อีกแนวคิดบอกว่า ให้ตั้งมาตรฐานการรักษาพยาบาล เพื่อให้มีมาตรฐานร่วมกันแบบหนึ่ง แล้วแต่ละกองทุนจะไปเพิ่มสิ่งที่เหนือกว่า พรีเมียมกว่า เข้าที่ไหนก็ได้ โดยไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ถือเป็นอีกแนวคิด ในวันนี้จะทำยังไงกับ ๓ กองทุนไม่ใช่เรื่องที่ง่ายเลย ในรัฐบาลคุณแพทองธารมีการตั้งคณะกรรมการเพื่อดู ๓ กองทุน แต่บอกเลยว่าลำบากและแนวคิดเป็นปัญหามาตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ เพราะมีคนบอกตั้งแต่ต้นว่า ห้ามเอาเงินประกันสังคม ห้ามเอาเงินของข้าราชการ เรายืนยันว่าไม่ รัฐบาลต้องตั้งงบประมาณเอง ซึ่งถูกถามในทุกยุค แต่บางยุคมีการบอกว่าคนที่จ่ายประกันสังคมได้สิทธิน้อยกว่าระบบ ๓๐ บาทที่ไม่ต้องจ่าย ทั้งเรื่องทำฟัน หรือแม้แต่ตอนนี้ คนที่ใช้ระบบ ๓๐ บาทรักษาทุกที่ไปร้านยาได้ ไปคลินิกเอกชนได้ ไปคลินิกการแพทย์ได้ แต่คนประกันสังคมไปไม่ได้ นี่คือตัวอย่างที่ว่าระบบ ๓๐ บาทไม่ด้อยกว่า เพราะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สำหรับการมี ๓ กองทุนมีข้อดีอยู่บ้าง คือ แต่ละกองทุนมีการแข่งขันการพัฒนาบริการของตัวเอง และเป็นเรื่องสะท้อนการทำงานของระบบราชการที่เป็นระบบแยกส่วนหรือไซโล ต่างคนต่างทำ ระบบข้าราชการมีกรมบัญชีกลางเป็นผู้รับผิดชอบ ประกันสังคม

มีกระทรวงแรงงาน ส่วนที่เหลือคือ สปสช. ดังนั้นเป็นคำถามที่ยังไม่ใช่เรื่องด่วนที่ว่า ๓ กองทุนนี้จะทำอย่างไร แต่ต้องมีพื้นฐานที่อย่างน้อยมาตรฐานการรักษาพยาบาลแบบมืออาชีพต้องเท่าเทียมกัน ประชาชนเป็นโรคเดียวกันไปกองทุนไหน หรือใช้สิทธิไหน ต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมือนกัน ส่วนใครต้องการสั่งจ่ายยานอกหรือยาแพง ทั้งที่มีงานวิจัยบอกว่ายานอกยาแพงไม่ได้ดีไปกว่ายาสามัญ (Generic Drug) อันนั้น ถือเป็นเรื่องความเชื่อของแต่ละบุคคลที่ต้องทำความเข้าใจกันต่อไป เพราะนั่นคือต้นทุนมหาศาลที่ทำให้ระบบสุขภาพมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ขอกลับมาที่หลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่ามีอะไรที่ต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ ถ้าจะเปลี่ยนแปลง ต้องไม่คิดแค่ว่า บุคลากรน้อย ทำงานหนักจะทำยังไง ไม่ใช่คิดว่าผู้ป่วยแออัดจะทำยังไง แต่**เราต้องคิดใหม่ว่าระบบนิเวศแบบไหนที่ประเทศไทยต้องการ** เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไปให้สุด ดังนั้นต้องย้อนความ ตอนที่เราออกแบบระบบนี้เมื่อ ๒๔ ปีที่แล้ว ดังนั้นจึงเป็นเงื่อนไขของนิเวศเมื่อ ๒๔ ปีที่แล้ว คือการมีโรงพยาบาลชุมชนทุกอำเภอ สถานีอนามัยหรือรพ.สต. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แต่ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยจากสถานีอนามัยไปโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทำยากมาก ต้องใช้เขียนใบส่งตัวอย่างเดียว ซึ่งทุกวันนี้ ยังเป็นแบบนี้ในบางส่วน ดังนั้นในแง่การออกแบบขอให้โรงพยาบาลแต่ละแห่งเป็นเหมือนผู้เอาประกัน เปลี่ยนวิธีการให้งบประมาณใหม่แทนที่จะให้งบประมาณตามคำขอเป็นโครงการของโรงพยาบาลแบบในอดีต เป็นการขึ้นทะเบียนของประชาชนที่อยู่ในเขตที่ต้องการขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลนั้น ๆ จึงจะได้ค่าใช้จ่ายเป็นรายหัว ในปีแรกคือ ๑,๒๐๐ บาทต่อหัว ถ้ามีประชากรหนึ่งแสนคนโรงพยาบาลนั้นก็จะได้เงิน ๑๒๐ ล้านบาท แต่นั่นคือทฤษฎี ความเป็นจริงคือเมื่อประกาศแบบนี้ บางโรงพยาบาลดูแลคนจำนวนมาก แต่มีหมอน้อย เตียงน้อย เช่นที่ภาคอีสาน โรงพยาบาลต้องดูแลคน ๒ แสนคน แต่มีเพียงแค่ ๖๐ เตียง หมอ ๓-๕ คน แต่บางจังหวัดในภาคกลาง คน ๒ แสนคนเหมือนกัน แต่มี โรงพยาบาลอำเภอ ๕-๖ แห่ง โรงพยาบาลจังหวัด ๑ แห่ง มีหมอรวมกันหลายสิบคน พอจะเห็นความแตกต่างในแง่

ทรัพยากรและตัวคน จึงเป็นที่มาที่ว่า เกิดประเด็นการประท้วงตอนครึ่งปีแรกที่ทำ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค มีหมอหลายคนออกมาแต่งแขนดำประท้วง เพราะถ้าคิดตามทฤษฎีให้ตามรายหัวของประชากร โรงพยาบาลนั้นอยู่ไม่ได้แน่นอน เพราะมีหมอมากเกินไป เตียงมากเกินไป โรงพยาบาลที่มีหมอน้อยเตียงน้อยจะได้เงินจำนวนมาก ฉะนั้น โดยทฤษฎี คิดว่าถ้าโรงพยาบาลใดมีจำนวนหมอน้อย หรือพื้นที่ห่างไกล ควรมีการตั้งเงินเดือนสูงกว่า เพื่อดึงดูดหมอไปอยู่ในที่ห่างไกลหรือที่ที่มีหมอน้อยด้วย แต่ที่ที่มีหมอมากก็รู้สึกเป็นปัญหาเพราะตัวเองได้รับผลกระทบ นั่นจึงเป็นที่มาว่าฉะนั้นให้แยกเงินเดือนออกจากรายหัว ดังนั้น ที่พูดกันว่าวันนี้ทำไมเอาเงินเดือนมารวมกับรายหัว แล้วเหลือเงินให้โรงพยาบาลไม่เท่าไร นี่คือประวัติศาสตร์ นั่นคือ การเอาเงินเดือนมากองไว้ตรงกลางเพื่อบอกว่าไม่ต้องโยกย้ายถิ่นฐาน อยู่แบบเดิมไปก่อน เป็นบทเฉพาะกาลหรือเรื่องชั่วคราว แต่ในอนาคต ตอนนั้นที่พูดกันคือควรต้องมีการกระจายหมอและทรัพยากรออกไปให้กว้างขวางมากขึ้น แต่จนถึงตอนนี้ก็ยังเป็นปัญหาอยู่ เรายังใช้ระบบเงินเดือนกลางอยู่ ทุกวันนี้ยังเป็นแบบนี้อยู่เหมือน ๒๔ ปีที่แล้วที่เล่าให้ฟังเพื่อบอกว่าเราต้องการให้หลักประกันกับประชาชน แต่ในอุดมคติไม่สามารถทำได้ ที่จะให้มีระบบประกันกลางที่จะดูแลให้ประชาชนไปที่ไหนก็ได้ เปรียบเทียบถ้าทำประกันกับบริษัทเอกชน บริษัทจะมีรายชื่อโรงพยาบาลร้อยแห่ง ในรายชื่อนี้ ผู้ป่วยจะไปรักษาที่ไหนก็ได้ แล้วทางบริษัทจะไปตามจ่ายเอง นี่เป็นเอกชน

แต่ระบบหลักประกันสุขภาพปัจจุบัน ผู้ป่วยต้องขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาล และรักษากับโรงพยาบาลนั้นก่อน ถ้าโรงพยาบาลไม่ส่งตัวไปรักษาที่อื่น ผู้ป่วยไม่สามารถไปต่อได้ นั่นคือ ข้อจำกัดที่เราไม่สามารถบริหารจัดการเรื่องข้อมูล ที่ให้ประชาชนสามารถไปรักษาที่ไหนก็ได้ แพทย์ผู้ดูแลสามารถเข้าใจประวัติคนนั้นได้โดยไม่ต้องซักประวัติใหม่ได้ ดังนั้น เราจึงขอเป็นลักษณะที่ “อยู่เฉพาะจุด” จึงเป็นที่มาของ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ส่วนหนึ่งเป็นเรื่องทฤษฎีที่ถูกต้อง คือ อยากให้มีหมอและบุคลากรดูแลประชาชนแบบที่รู้เรื่องของประชาชน ไม่ใช่รู้เฉพาะโรค แต่รู้และดูแลแบบองค์รวม

อีกส่วนหนึ่งเกิดจากระบบการไหลของข้อมูลส่งต่อที่ไม่สามารถทำได้ง่าย ๆ จึงจำกัดเป็นแบบนี้ ณ วันนี้ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เราเริ่มเห็นว่าโรงพยาบาลที่คนนิยมมาก จะเกิดความแออัด ทั้งที่มีทางออกอย่างอื่น โรงพยาบาลบางที่แพทย์ทำงานหนักมีเวลาพักผ่อนน้อยมาก แต่มีความจริงอย่างหนึ่งว่า โรงพยาบาลบางที่ทำงานยังไม่เต็มประสิทธิภาพ มีโอกาสที่จะเพิ่มการทำงานได้มากกว่านี้ แต่ข้อมูลทั้งหมดไม่มีใครรู้เลยว่า โรงพยาบาลใดมีหมอมากหรือน้อย พยาบาลมากหรือน้อย เพราะทั้งหมดไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกัน ขณะเดียวกัน ถ้าดูเรื่องระบบนิเวศที่มีหน่วยบริการที่น่าสนใจที่ควรเอาเข้ามาร่วมได้ เช่น ร้านขายยา คลินิกเวชกรรม คลินิกทันตกรรม คลินิกกายภาพบำบัด เหล่านี้ถือเป็นบุคลากรสาธารณสุข แต่ก่อนหน้านี้เราไม่เคยคิดว่าจะทำอย่างไรให้ร้านขายยาเข้ามาอยู่ในระบบนิเวศของการให้บริการสาธารณสุขด้วย นั่นคือ สิ่งที่เราเริ่มต้นทำว่า ทำอย่างไรให้ร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำ ๑๕,๐๐๐ แห่งพอ ๆ กับจำนวนร้านสะดวกซื้อเข้ามาอยู่ในระบบนี้ เพื่อให้บริการประชาชนที่ป่วยเล็กน้อยหรือโรคที่รักษาได้ง่าย ๆ ที่ไม่ต้องไปโรงพยาบาล หรือเป็นโรคเรื้อรังที่คุมอาการได้ เช่น ความดัน เบาหวาน ไม่จำเป็นต้องไปโรงพยาบาลทุกเดือน ไปแค่ปีละสองครั้งหรือหกเดือนครั้งก็ได้ ที่เหลือไปร้านขายยาแทน เภสัชกรอาจจะช่วยวัดความดัน หรือไปเจาะปลายนิ้ว เป็นต้น หรือหากมีปัญหาก็สามารถปรึกษาแพทย์ของโรงพยาบาลต้นสังกัดได้

นี่คือตัวอย่างว่า วันนี้เราอาจต้องมาทบทวนทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชนใหม่ว่า สามารถร่วมกันให้บริการประชาชนได้อย่างไร แต่ทั้งหมดนี้เมื่อ ๒๔ ปีที่แล้วทำไม่ได้ เพราะยังไม่มีเทคโนโลยีในการเชื่อมต่อข้อมูล เทียบกับวันนี้ ที่เรามีคนทำระบบต่าง ๆ ของแต่ละโรงพยาบาลจำนวนมาก แต่ก็ยังไม่สามารถเชื่อมต่อกันได้ ๑๐๐% แต่ ๒ ปีที่ผ่านมามีความพยายามเชื่อมระบบข้อมูลระหว่างกระทรวงและหน่วยงานต่าง ๆ แต่ยังเป็นปัญหา ทั้งปัญหาเชิงเทคนิคส่วนหนึ่ง และปัญหาความกังวลเรื่องข้อกฎหมาย เช่น กฎหมาย PDPA หากเกิดเรื่องความปลอดภัยของข้อมูลขึ้นมา

ใครรับผิดชอบ มีกฎหมายรองรับหรือไม่ ที่กล่าวมาเป็นเรื่องหน่วยบริการ เรื่องข้อมูล และยังมีเรื่องแนวคิดอื่น ๆ ที่ต้องเริ่มคิดอย่างท้าทาย เช่น กรณี AdjRW[1] จำนวน ๘,๓๕๐ บาท เพียงพอหรือไม่ การศึกษาวิจัยบอก ๑๓,๐๐๐ บาท แต่ถึงเวลาจริง กลับจ่ายต่ำกว่า ๘,๓๕๐ บาทด้วยซ้ำ ปัญหาเรื่องระบบงบประมาณก็เป็นปัญหาหนึ่ง อยากให้ย้อนกลับไปทุก ๆ เดือน ส.ค. - ก.ย. ของทุกปีงบประมาณ โรงพยาบาลต่าง ๆ มีปัญหาว่า เงินที่ สปสช. ให้มาไม่เพียงพอ เพราะงบประมาณที่เสนอขอมาเป็นการวางแผนล่วงหน้า ๒ ปี ถามว่าวันนี้เราบอกได้หรือไม่ว่า อีก ๒ ปีข้างหน้า โรงพยาบาลต่าง ๆ จะเป็นอย่างไร ไม่มีใครสามารถบอกได้ ส่วนใหญ่ใช้การคาดการณ์ ที่ผ่านมา สปสช.ใช้การคาดการณ์ว่างบประมาณที่ต้องการใช้มีจำนวนเท่าไร แล้วจึงเสนอขอต่อสำนักงบประมาณซึ่งก็จะพิจารณาตัดให้เท่านั้นเท่านี้ เพราะปัญหาคือ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ และมีการคำนวณอย่างเป็นเหตุผลที่สำนักงบประมาณยอมรับได้ นี่คือตัวอย่างระบบงบประมาณเป็นเรื่องที่ต้องรื้อใหม่ทั้งหมดที่ทำให้สามารถเข้าใจได้ และที่สำคัญต้องออกแบบใหม่ ซึ่งมีคนบอกว่า งบประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของ สปสช. ใช้กับช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต คำถามคือ จำนวนงบประมาณ ๒ แสนล้าน เกือบแสนล้านเลยหรือที่ใช้กับช่วงสุดท้ายของชีวิต ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่ต้องทบทวนใหม่ ถึงความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล ขณะนี้มี ๒ แนวคิด อย่างแรกคือ การรักษาพยาบาลโดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Value-based Healthcare) แทนที่จะบอกว่าผ่าตัดครั้งหนึ่งได้เท่าไร อาจต้องบอกว่าการผ่าตัดรวมกับการดูแลโรคเป็นองค์รวม ร่วมกับชุมชน ร่วมกับครอบครัว แล้วทำให้ผู้ป่วยที่ผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ไม่ต้องกลับมามีอาการแบบเดิม ควรได้ผลตอบแทนที่ดีกว่าหรือไม่ ให้กับผู้ให้บริการที่เป็นองค์รวม นี่เป็นโมเดลที่พูดถึงมากขึ้นเรื่อย ๆ และจะสำคัญมาก แต่ยังเป็นโมเดลที่หลายประเทศเริ่มทดลองทำ ยังไม่สามารถเป็นต้นแบบได้จริง ๆ และอย่างที่สองคือ เรื่องการดูแลักษาประคับประคองช่วงระยะสุดท้าย เราจะทำอย่างไรให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง

[1]AdjRW (Adjusted Relative Weight) หมายถึง ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวันนอน ใช้วัดความซับซ้อนและต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) ภายใต้ระบบ DRG (Diagnosis Related Group) ของ สปสช.

เป็นที่ยอมรับมากขึ้น ผมเคยคุยกับอาจารย์ศรีเวียง ไพโรจน์กุล จากโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า เรื่องการตายดีต้องเป็นเรื่องที่ต้องพูดกันอย่างจริงจัง วันนี้ เรื่องการอยู่ในไอซียูเพื่อรักษาจนถึงที่สุด จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นเรื่องที่ได้รับการยอมรับน้อยลงเรื่อย ๆ คนเริ่มคิดถึงคุณภาพชีวิตในช่วงท้ายว่าจะอยู่แบบไหน อยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข แล้วจากไปภายใต้ความสุขที่แวดล้อมของลูกหลานจะดีกว่า และค่าใช้จ่ายจะน้อยลงมาก ทั้งในแง่ค่าใช้จ่ายและแง่การตายอย่างมีคุณภาพจะมีบทบาทมากขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมไทย ในรอบนี้ขอพูดเท่านี้ก่อน และในรอบหน้าจะพูดเรื่อง AI ที่จะมาปฏิวัติเทคโนโลยีระบบสาธารณสุขไทย

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : จากที่คุณหมอเล่าทำให้เห็นไทม์ไลน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งส่วนตัวติดตามการทำงานของ สปสช. เป็นระยะ ก็พบว่าพยายามดึงทุกภาคส่วนเข้ามาให้บริการ เรื่องงบประมาณก็เป็นเรื่องใหญ่ แต่เดี๋ยวคุยกันต่อ ขอเชิญ อาจารย์เดชรัต มองยังไงเรื่องลดความเหลื่อมล้ำและการเตรียมการบริหารจัดการอย่างไร

อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด (พรรคประชาชน) : ผมขอยืนยันว่า ต้องมีคำตอบในเร็ววันนี้และคงต้องช่วยกันต่อไป สำหรับคำตอบของพรรคประชาชนคือ การรวมกองทุนเป็นไปได้ยาก แต่สิ่งที่ทำได้คือ การจัดชุดสิทธิประโยชน์ในโรคพื้นฐานให้เสมอเหมือนกันใน ๓ กองทุน เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและคุมค่าใช้จ่าย ปัจจุบันนี้ในหลายโรงพยาบาล หมอพูดว่า สิทธิข้าราชการทำหน้าที่คล้ายโรบินฮู้ด คือ เบิกเกินเพื่อชดเชยส่วนขาดของ สปสช. นี่เป็นตัวอย่างที่เข้าใจได้ว่า เป็นวิธีเอาตัวรอดของผู้ปฏิบัติงาน แต่ระยะยาวถ้าเราปล่อยผ่าน เราจะบริหารจัดการยากไปหมด เราจะไม่เห็นว่า สปสช. เงินไม่พอ ไม่เข้าใจว่า ข้าราชการที่ว่าบอกว่าใช้เงินมากเมื่อเทียบต่อคน ในความเป็นจริงไม่ใช่รักษาอย่างเดียว แต่มีการใช้บางอย่าง กลายเป็นส่วนที่ช่วยพยุงการเงินของโรงพยาบาล ซึ่งไม่ควรเป็นเช่นนั้น ดังนั้น ผมคิดว่าชุดสิทธิประโยชน์

ที่เหมือนกันยากแน่ คุยกันนานแน่ แต่เราเริ่มคุยได้ ยิ่งได้เร็วเท่าไร ปัญหาพื้นฐานเรื่องความเหลื่อมล้ำก็ยิ่งแก้ไขได้ นอกจากนั้น ยังแก้เรื่องการควบคุมค่าใช้จ่ายได้ด้วย และแต่ละส่วนมีสิทธิประโยชน์เพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขอใช้ยาเพิ่มต่างหาก แต่ละกองทุนจะเป็นคนจ่ายเพิ่มก็สามารถทำได้ หรือแม้แต่ตัวเราจะจ่ายเพิ่มก็สามารถทำได้ ส่วนอีกคำถามที่ได้ยินหลายคนถามมา คือการควบคุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งราคาแพง ตัวนี้ก็อาจช่วยได้ทางอ้อม เช่น ของรัฐรักษาได้เท่านี้บาท ทำไมของเอกชนแพงไปขนาดนั้น ย้ำว่าเป็นทางอ้อม

อันที่ ๒ เมื่อมีสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ก็จะต้องมีระบบข้อมูลควบคู่กันไปด้วย ณ จุดนี้ไม่สามารถยื้อต่อไปเรื่อย ๆ แต่ต้องทำให้ข้อมูลเชื่อมต่อกันได้ในเร็ววัน เพราะถึงแม้มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานไปก็ตรวจสอบไม่ได้ อาจมีการซ้ำซ้อนกัน เช่น เมื่อเราไปโรงพยาบาลนี้ พอไปอีกโรงพยาบาลหนึ่งก็ตรวจซ้ำกับที่ตรวจจากโรงพยาบาลก่อนมาแล้ว เพราะเชื่อมต่อกันไม่ได้ จึงอยากเสนอว่า เรื่องข้อมูลคือสิทธิของผู้ป่วย ไม่ว่าจะไปเจาะเลือด ตรวจความดัน โรงพยาบาลต้องเป็นผู้ช่วยในการเก็บรักษาข้อมูล ปัจจุบันนี้เราต้องไปเดินขอข้อมูล แต่ต่อไปในอนาคต เราควรมีถนนดิจิทัลในการส่งข้อมูลตามความต้องการขอของผู้ป่วย ซึ่งย้ำว่าไม่ได้นำข้อมูลมารวมกัน ข้อมูลยังอยู่ที่โรงพยาบาลแต่ละแห่งที่ดูแลผู้ป่วยคนนั้น แต่สามารถที่จะเชื่อมข้อมูลกันได้ และต้องต่อไปถึงเรื่องว่า เมื่อมีการเชื่อมกันแล้ว จะเรียงข้อมูลกันอย่างไร ไม่ใช่เชื่อมแล้วแยกไฟล์ แต่เชื่อมแล้วสามารถเรียงกันได้ในเชิงเวลาว่า ผู้ป่วยคนนี้เป็นแบบนี้ การวินิจฉัยโรคจะเร็วขึ้น และแม่นยำเพิ่มขึ้น ดังนั้น ถ้าเราจะเรียกว่า นี่คือการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครั้งที่ ๒ ครั้งแรกคือสิ่งที่ นพ.สุรพงษ์เล่าแล้วว่า เราฝ่าเรื่องอะไรมาบ้าง และครั้งที่ ๒ คือ เราต้องฝ่าเรื่องชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน ฝ่าเรื่องระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันให้ได้ และถ้ามี ๒ สิ่งนี้ จะมีสิ่งที่เรียกว่า หน่วยงานกลางจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายและระบบข้อมูลด้านบริการสาธารณสุข (National Clearing House) เพื่อตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินว่าถูกต้องหรือไม่ รักษาเกินหรือขาดอย่างไร สปสช. จะทำหน้าที่เป็นผู้จ่ายเงิน ซึ่ง สปสช. รับแรงกดดันมาก เพราะเป็นทั้งผู้ตรวจ

สอบและผู้จ่ายเงินในตัว ผู้ที่ต้องรอรับเงินรู้สึกว่า ทำไม สปสช. ตรวจสอบแบบนี้ เนื่องจาก เรายังขาดสิ่งที่เป็นตัวกลางหรือกันชน (buffer) จึงกลายเป็นปัญหาขึ้น แต่หากมี National Clearing House ขึ้นมา รูปแบบจะไม่ใช่การดึงอำนาจ แต่เป็นการแบ่งบทบาทที่ทำให้ สปสช. ทำหน้าที่เชิงยุทธศาสตร์ได้มากขึ้น และเมื่อเช้า ดร.สมเกียรติพูดว่า ยุทธศาสตร์คือควรทำอย่างไรให้เกิดนวัตกรรม ดังนั้น สปสช. ไม่ต้องกังวลเรื่องตรวจสอบการเบิกจ่าย แต่มี National Clearing House เป็นคนทำ และตรวจสอบแบบเดียวกันกับประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ นี่คือสิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติม

นอกจากนี้ยังมีอีก ๓ เรื่องที่ต้องแก้ไข เรื่องแรกคือ เงินไม่พอ อย่างที่ นพ.สุรพงษ์ เล่า ถ้ามาถึงจุดหนึ่งที่ชัดเจนอย่างในปัจจุบัน น่าจะต้องใส่เงินเพิ่มเข้าไป ซึ่งพรรคประชาชนคำนวณว่าเบื้องต้น เฉพาะกองทุนเรื่องผู้ป่วยในควรใส่เงินเพิ่มประมาณ ๑๗,๐๐๐ ล้านบาทเข้าไปที่ สปสช. จะทำให้ผู้ให้บริการไม่เกิดความเดือดร้อน และต่อมาการคาดการณ์งบประมาณล่วงหน้า ๒ ปี เป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องอย่างแน่นอน ในฐานะผมเป็นนักเศรษฐศาสตร์ ซึ่งผมขอย้ำชัด ๆ ว่าเราไม่โทษใคร แต่มาหาทางแก้กัน แต่เราต้องไม่ผิดอย่างที่เรียกว่า Systematic Error หมายความว่า น้อยเกินไปหรือมากเกินไปตลอด แต่ของประเทศไทยน่าจะเรียกว่า เป็นแบบน้อยเกินไปตลอด แปลว่าน่าจะมีอะไรบางอย่างที่ผิดพลาดและต้องแก้ไข และต่อมาถ้ามีการเพิ่มสิทธิบริการต่าง ๆ ขึ้น เช่น การดูแลระยะยาว เรื่องสุขภาพจิต เงินงบประมาณควรใส่เพิ่มมาต่างหาก เพื่อติดตามผลลัพธ์ได้ เช่น รัฐบาลพรรคประชาชนใส่งบประมาณสำหรับเรื่อง Long-Term Care จำนวน ๔ หมื่นล้าน เรื่องสุขภาพจิตใส่ ๔-๕ พันล้านบาท และวางผลลัพธ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้นคืออะไร

แต่ถ้าไม่ใส่เงินเพิ่มลงไป ให้เจียดเงินกันเอง บางทีการติดตามผลลัพธ์และการพัฒนาจะยาก สุดท้าย สมมุติเราทำให้เงินที่ใส่เข้ามาและเงินที่ใช้สมดุลมากขึ้น แต่หากยังมีการเปลี่ยนแปลงหรือสถานการณ์ที่คาดไม่ถึงในระหว่างปีงบประมาณ เช่น

มีสถานการณ์การระบาดแบบโควิด ดังนั้น ควรมีระบบสำรอง (buffer) ซึ่งปัจจุบันระบบสำรองคือ ต้องไปของบกลาง ทำให้แต่ละหน่วยต้องแย่งกัน และไม่รู้ว่าจะได้หรือไม่ได้ ดังนั้น สปสช. ควรมีระบบสำรองเองส่วนหนึ่ง ถ้าเกินให้ใช้เงินส่วนนี้ แต่ไม่ได้ใช้อย่างนี้ทุกปี ถ้าปีนี้จำเป็นต้องใช้ แล้วปีหน้าจะลดอะไร แต่ปีหน้าอาจจะเกินจากเรื่องอื่นก็ได้ พยายามบริหารไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เหมือนกันหรือไปทางเดียวกันตลอดเวลา นี่เป็นความท้าทาย ๔ เรื่องของการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพครั้งที่ ๒ ทั้งเรื่องการมีฐานข้อมูลเดียวกัน เรื่องมีชุดสิทธิประโยชน์เดียวกัน เรื่องการมี National Clearing House และเรื่องการปรับระบบการเงินให้มีความแม่นยำและความยืดหยุ่นมากขึ้น

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : ที่จริง ๒ ข้อแรกของอาจารย์เดชรัตเหมือนกับ นพ.สุรพงษ์ แต่ นพ.สุรพงษ์ไม่ได้บอกให้เติมเงินเข้าไป แต่จากที่พูดเมื่อกี้ แฟนคลับ สปสช. ยิ้มเลย ถ้ามีการเติมเงินเข้าไป ซึ่งคาดหวังว่าสวัสดิการต่าง ๆ จะดีขึ้น แต่ไม่ได้บอกว่า เขาจะได้เป็นรัฐบาล ไม่ได้สัญญาว่าจะให้ เป็นแนวนโยบาย ขอเชิญ ดร.สาธิตค่ะ

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : ทั้ง ๓ กองทุน เราต้องเห็นพ้องต้องกันว่า “เราถมไม่เต็ม” ในระดับนโยบายที่พยายามเพิ่มสิทธิประโยชน์กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการสนองนโยบายทางการเมืองที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่ง สปสช.อาจจะไม่เข้มแข็งพอ แน่นอนเป็นประโยชน์กับประชาชน แต่จะเห็นว่า ต้องเติมงบกลางใส่เข้าไปทุกครั้ง ขึ้นอยู่กับแต่ละรัฐบาลจะให้ความสำคัญมากน้อยเพียงใด แต่แน่นอนว่า มีค่าใช้จ่ายของรัฐในส่วนอื่นอีก **ทิศทางระบบสาธารณสุขเราเน้นสร้างมากกว่าซ่อม** ต้องเน้นตรงนี้ การเพิ่มสิทธิประโยชน์ของพรรคประชาชนคือการเพิ่มงบและเพิ่มภารกิจ ส่วนประกันสังคมจะเห็นว่า ที่ผ่านมามีการเพิ่มทั้งสิทธิประโยชน์และคุณภาพ เมื่อเพิ่มสิทธิประโยชน์ ทำให้ใช้เงินมากขึ้นจากการใช้สิทธิของประกันสังคมด้วย และมองภาพอนาคตของโครงสร้างประชากรในวัยทำงานอีก ๖๐-๗๐ ปี

ข้างหน้าว่า กองทุนประกันสังคมจะอยู่ได้หรือไม่ แต่ต้องคิดในระยะยาวว่า ถ้าเราไม่ปฏิรูปหรือไม่ให้ความสำคัญในแง่เชิงส่งเสริมป้องกันสุขภาพ งบประมาณให้เท่าไรก็ไม่เพียงพอ ผมจึงเสนอกองทุนสุขภาพที่ ๔ เป็นทางเลือก ไม่ต้องปรับ สปสช. ไม่ต้องใช้งบกลาง แต่ให้ประชาชนสมัครใจจ่ายโดยร่วมกับท้องถิ่น และอาจร่วมกับเอกชนในอนาคต หมายความว่า **กองทุนที่ ๔ เป็นระบบสมัครใจสำหรับคนอายุ ๑๐-๕๐ ปี** ที่ต้องการทางเลือกด้านสุขภาพ โดยจ่าย ๑,๐๐๐ บาท รายหัวต่อปี กองทุนท้องถิ่นสมทบ ๑,๐๐๐ บาท และอาจมีเอกชนสนับสนุน ๕๐๐ บาท รวมเป็น ๒,๕๐๐ บาทต่อปี หากเทียบสิทธิประโยชน์เท่ากับประกันเอกชนที่จ่ายปีละ ๑๐,๐๐๐ บาท เท่ากับว่าจ่ายถูกกว่า ๙,๐๐๐ บาท สิทธิประโยชน์เบื้องต้นคือ รักษาผู้ป่วยไม่เกิน ๒ วัน อุบัติเหตุทุกกรณี ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้าน (One day surgery) วงเงินสูงไม่ถึง ๒๐๐,๐๐๐ – ๒๕๐,๐๐๐ บาท ต่อปี แต่ไม่คุ้มครอง ICU OPD ไม่คุ้มครองโรคมะเร็ง รัฐเป็นผู้ส่งเสริม (enabler) รัฐไม่ใช่ผู้ให้บริการ การเบิกจ่ายเป็นการวางระบบเคลมกลาง เราอาจใช้คลินิกพรีเมียมของรัฐนอกเวลาราชการ หรือคลินิกเอกชนที่เข้าร่วม อันนี้เป็นแนวทางหลักการใหญ่ ๆ ปกตินอกเวลาราชการทุกอย่างต้องไปรวมที่ ER ทั้งหมดเลยทั้งเรื่องคิว วันนัด ผ่าตัด จึงเป็นช่องว่างที่เป็นโอกาสให้สำหรับการเร่งเป็นกองทุนที่ ๔ ที่มาให้บริการ โดยไม่ใช้บุคลากรของ สปสช. แต่เป็นกองทุนที่ไปบริหารในส่วนที่สามารถทำได้ เลือกโรคที่ไม่เป็นภาระมากนัก ถือเป็นการลดงานในภาพรวมของ สปสช. เพื่อไปทำให้คลินิกพรีเมียมที่บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่นอกเวลาที่พวกเขาเต็มใจมาทำให้ รวมทั้งเอกชนเข้าร่วมโครงการได้ เมื่อลดคนคือลดจำนวนลง การทำงานของระบบหลักประกันสุขภาพก็ลดลงด้วย เท่ากับแยกงานบางส่วนออกไป เพื่อให้มีคนไปบริหารจัดการ

หากเริ่มต้นนำร่อง ๔ จังหวัด เช่น ภูเก็ต เชียงใหม่ ระยอง ถ้ากองทุนมีความเป็นไปได้ จะมีคนจำนวนหนึ่งใช้กองทุนนี้ ซึ่งคือคนในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั่นเอง แต่เขายอมจ่ายเพื่อเร็วขึ้น นี่จะเป็นทางออกหนึ่งเพื่อเปลี่ยนผ่านไปสู่การปฏิรูประบบ เป็นการลดงานหน้างาน แต่ใช้การบริหารกองทุนเพิ่มเข้ามา ไม่ได้ยุบ โดยเพิ่ม

ทางเลือกให้สิทธิประชาชนร่วมจ่าย รวมถึงการให้คลินิกพรีเมียมและเอกชนมาร่วมกันทำ นี่คือทางเลือกในระยะเปลี่ยนผ่านของพรรคประชาธิปัตย์

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : คิดตามไปก็ดีที่เราจะมีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีโอกาสมากยิ่งขึ้น แต่ไม่แน่ใจว่าอีกทางหนึ่งอาจมีคนบอกว่าทำไมไม่ทำให้มันดีทั้งหมด เพราะไม่มีเงินจ่ายแน่ ๆ เลย จะยิ่งทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำหรือไม่ และขอเร็วขึ้นอีกกว่านี้อีกหน่อยไม่ได้หรือ จะตอบอย่างไรดีคะ

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : เราจะเอาตรงนี้ไปกระทบหลักการใหญ่ไม่ได้ แต่เราเห็นปัญหาแล้วว่า ผู้ป่วยคิวรอนาน และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นปัญหา หากลดจำนวนปัญหาตรงนี้ลงถือว่าเป็นการช่วยระบบ แต่ไม่ได้รบกวนระบบ หมายความว่า ถ้าสมัครใจจ่าย เราไม่ได้ใช้คิวเดียวกัน ไม่ได้ใช้หมอในช่วงเวลาราชการ ไม่กระทบสิทธิแน่นอน เพราะจะกระทบหลักการใหญ่ แต่มีการพูดว่าหมอบางท่านไปใช้เวลาคลินิกส่วนตัวหรือนอกเวลาราชการ แต่เราไปทำเรื่องคลินิกพรีเมียมเสริม ไม่ต้องเดินทางออกไป ทำเสริมตรงนี้ เฉพาะกรณีอุบัติเหตุ เช่น แขนหัก แล้วไปต่อ อันนี้เป็นการแยกแบบสมัครใจจ่ายโดยไม่กระทบสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ท้องถิ่นสนับสนุนด้วย ก็เป็นทางเลือกทางหนึ่ง

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : เป้าหมายคือเพื่อพี่น้องประชาชน แต่เมื่อสักครู่คุณหมอสุรพงษ์พูดถึง AI ทางอาจารย์เดชรัตได้พูดถึงบ้างแล้ว คุณหมอสุรพงษ์อยากเสริมอย่างไร เพราะจะเปิดเวทีให้ทุกคนได้ถามด้วย

นพ.สุรพงษ์ สีบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : ก่อนหน้านี้ โจทย์คือ การพยายามพัฒนาประสิทธิภาพของมนุษย์และพัฒนาระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลที่ผ่านมาได้มีการพัฒนามาได้ระดับหนึ่ง โรงพยาบาลหลายที่ทำสำเร็จได้อย่างดีมาก แต่วันนี้เป็นจุดเปลี่ยน ที่ไม่ใช่แค่วงการสาธารณสุข แต่เป็นจุดเปลี่ยนของโลก ไม่ทราบ

ว่าหลายท่านจะทันโฆษณาเทเลคอมเอเชีย พ่อกำลังอยู่ที่สนามบิน อยากกล่อมลูกให้นอนหลับ และมีภาพลูกกำลังนอน พ่อเล่านิทานกล่อมลูกและลูกก็หลับไป วันนั้นที่เห็นรู้สึกเป็นความฝันว่าจะสามารถเป็นจริงได้อย่างไร แต่วันนี้มีวิดีโอคอลอยู่ที่มือของเรา ในช่วงเวลาที่ห่างกันแค่ ๓๐ ปี โลกเปลี่ยนไปอย่างสิ้นเชิง และในวันที่มี iPhone ตัวแรก ปี ๒๕๕๑ เมื่อ ๑๗-๑๘ ปีก่อน หลายอย่างเปลี่ยน แปลงมาก และผมเชื่อว่าสิ่งที่กำลังเปลี่ยนใน ๑-๒ ปี กำลังเปลี่ยนโลกไปอย่างสิ้นเชิง โดยเฉพาะโลกของระบบบริการสาธารณสุข ผมมีโอกาสคุยกับอาจารย์แพทย์ที่เชี่ยวชาญ AI นพ.ธีรพัฒน์ ตันพิริยะกุล หรือหมอโจ้ ผู้สมัครพรรคเพื่อไทย ที่จังหวัดเชียงใหม่ หมอโจ้เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านออร์โธปิดิกส์ ระหว่างที่ไปฝึกอบรมที่อเมริกาได้ไปอยู่ที่ซิลิคอนวัลเลย์ระยะเวลาหนึ่ง จากนั้น หมอโจ้กลับมาทำสตาร์ตอัปและเขียนระบบ AI ให้โรงพยาบาลเอกชน หมอโจ้เล่าให้ฟังว่า วันนี้ไปไกลกว่าสิ่งที่เคยคิดไว้แล้ว หมอโจ้เล่าว่า เคยคุยกับอาจารย์ด้านรังสีวิทยาว่าคงต้องใช้เวลานานมากกว่าที่ AI จะอ่านภาพรังสีเทียบเท่าผู้เชี่ยวชาญ ปรากฏว่าใช้เวลาเพียงแค่ปีกว่า ๆ ทุกอย่างเปลี่ยนโดยสิ้นเชิง วันนี้ AI อ่านเอกซเรย์ได้เก่งกว่าแพทย์รังสีทั่วไปแล้วเหลือเพียงจุดเดียวที่จะเท่ากับผู้เชี่ยวชาญระดับท็อป

หรืออย่างปัญหาที่เป็นปัญหาอย่างมากในวงการแพทย์ คือ การซักประวัติ เขียนสรุปวินิจฉัยโรคและให้ยา แต่ในวันนี้แพทย์ไม่ต้องพิมพ์แล้ว ทาง AI จะฟังจากการที่แพทย์ซักประวัติแล้วสรุปออกมา พร้อมกับวินิจฉัยโรคมา ๔-๕ โรคให้แพทย์เลือก หากถามว่าทำไมต้องให้แพทย์เป็นคนเลือก เพราะแน่นอนว่า ข้อปฏิบัติทางวิชาชีพ แพทย์ต้องเป็นคนวินิจฉัยจากทางเลือกต่าง ๆ เหล่านั้น ดังนั้น ในเวลาเร่งรัด ต่อไปแพทย์จะคุยกับ AI เพื่อให้มาช่วยวินิจฉัย และเสนอแนะว่าควรจะจ่ายยาอะไร รวมถึงการบันทึกต่าง ๆ โดยไม่ต้องให้เจ้าหน้าที่เขียนบันทึกเพื่อเบิกจ่ายยา แต่ส่งไปเบิกจ่ายที่ สปสช. ได้ทุกบาททุกสตางค์ ขณะนี้ โรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพฯ บางแห่งเริ่มนำระบบ AI มาใช้แล้ว ดังนั้น จึงเป็นสิ่งที่จะตามมาในอนาคตอันใกล้ นอกจากจะให้บริการได้ไร้รอยต่อ เชื่อมต่อข้อมูลได้หมดแล้ว สิ่งสำคัญที่สุดคือจะทำให้เราวิเคราะห์

ต้นทุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทุกวันนี้ต้นทุนค่าใช้จ่ายของ รพ. แต่ละแห่งไม่มีใครรู้ อาจต้องลงรายละเอียดของการวิเคราะห์งบดุล (Balance Sheet) หรืองบการเงิน (Financial Statements) แต่ต่อไป AI วิเคราะห์ได้หมดว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีประสิทธิภาพอย่างไร ใช้ยาตัวไหนมากไป มีความคุ้มค่าหรือไม่ รวมถึงการบริหารจัดการต่าง ๆ ที่สำคัญคือ ประวัติการรักษาพยาบาลของคนไทยทั้งหมดจะอยู่ในฐานข้อมูลใหญ่มาก แต่ต้องระวังการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคล โดยเราไม่ลงรายละเอียดส่วนบุคคล เราจะสามารถวิเคราะห์สุขภาพของคนไทยทั้งระบบได้ คนไทยมีคนเป็นโรคเรื้อรังกี่คน ได้รับการดูแลเท่าไร เหมาะสมหรือไม่ นี่คือฐานข้อมูลวิจัยที่ทำให้เราออกแบบเกี่ยวกับการป้องกันส่งเสริมสุขภาพได้เลย ที่ผ่านมาเราไม่มีข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ไม่มีข้อมูลว่าคนเป็นเท่าไร แต่ต่อไป AI วิเคราะห์ให้ได้ และเราสามารถนำเป็นแนวทางในการวางยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ AI จะเปลี่ยนโลกของระบบบริการ แต่สิ่งที่ต้องทำควบคู่กันไปกับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีคือ การเปลี่ยนชุดความคิด (Mindset)

เมื่อวันศุกร์ที่ผ่านมา ผมได้ไปพูดรายการหนึ่งร่วมกับทั้งสองท่าน มีคนถามว่าข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขควรออกจาก กพ. หรือไม่ คำตอบคือ เราต้องอย่าคิดแค่ว่าจะออกจาก กพ. จะต้องคิดไปให้สุดว่า สุดท้ายถ้าจะพัฒนาประสิทธิภาพของระบบโรงพยาบาล อะไรคือทางออกที่ดีที่สุด การออกจาก กพ. ก็ยังเป็นระบบราชการใช่หรือไม่ ฐานเงินเดือนยังต้องเป็นฐานเงินเดือนที่กำหนดไว้แล้วใช่หรือไม่ ทำไมโรงพยาบาลหนึ่งที่อยู่ตรงนี้กับอีกโรงพยาบาลที่อยู่ในที่กันดาร ถึงมีฐานเงินเดือนที่เท่ากัน บุคลากรขาดแคลนในที่หนึ่งควรได้ค่าตอบแทนมากกว่าหรือเปล่า ผมไปโรงพยาบาลหนึ่งในกรุงเทพฯ ที่เป็นรัฐวิสาหกิจ เงินเดือนยังน้อยกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นสาเหตุที่บุคลากรขาดแคลน เพราะว่าเงินเดือนไม่จูงใจ แต่ไม่สามารถตั้งเงินเดือนให้จูงใจได้เพราะระบบไม่เอื้ออำนวย ดังนั้นต่อไปนี้คิดใหม่ว่า ระบบการจัดการโรงพยาบาลของรัฐไม่จำเป็นต้องเป็นแบบเดียวกัน บางส่วนอยู่กับท้องถิ่น บางส่วนเป็นองค์การมหาชนเหมือนโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

บางคนบอกว่า บ้านแพ้วเป็นข้อยกเว้นไม่เหมือนที่อื่น ผมบอกว่าลองดูแห่งที่ ๒ เพื่อพิสูจน์ว่าข้อยกเว้นของโรงพยาบาลบ้านแพ้วไปทำกับที่อื่นไม่ได้ แต่เราไม่เคยมีโรงพยาบาลองค์การมหาชนแห่งที่ ๒ มา ๒๕ ปีแล้ว ดังนั้น ทำไมเราไม่ทดลองทำระบบใหม่ หากเราจะปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขครั้งใหม่อย่าคิดเป็นจุด ๆ ต้องคิดว่าเราจะเขย่าระบบอย่างไร แล้วทำให้เราได้ระบบในอุดมคติที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ทั้งสภาพสังคมไทย การรับรู้ของคนไทย และเทคโนโลยีเอื้ออำนวย

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : แต่ละความคิดเห็นของทุกท่านล้วนน่าสนใจ แล้วมีคนถามว่างบประมาณของ สปสช. งบสูงต้องตัด แต่พรรคประชาชนมีแต่จะเติม แล้วของประชาธิปัตย์กับเพื่อไทยเห็นด้วยไหมกับการตัดหรือจะเติมด้วย

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : ถ้าพูดถึงรายได้ประเทศ ตอนนี้เรายังไม่มีแนวโน้มรายได้เพิ่มขึ้นจาก ๓.๓ ล้านบาท นอกเหนือจากการไปกู้หรือใช้ระบบเงินธนาคารรัฐ ฉะนั้น จึงมีค่าใช้จ่ายภาครัฐในหลายมิติมาก สำหรับเรื่องสุขภาพ สปสช. น่าจะใช้ประมาณปีละ ๒ แสนกว่าล้าน เป็นงบที่ไม่รวมเงินเดือน ในเรื่องงบที่จะเติมนั้น จะต้องมีความระมัดระวัง แต่อาจแลกเปลี่ยนกับนพ.สุรพงษ์เรื่อง AI เพราะเป็นเทคโนโลยีที่เริ่มเข้ามาแล้ว แต่ในทางการแพทย์ AI ยังมีความจำเป็นที่จะต้องให้แพทย์รับรอง เพราะใบประกอบวิชาชีพ คนรับผิดชอบคือแพทย์ และชีวิตมีความเสี่ยงไม่ได้แม้แต่น้อย การคิดกองทุนที่ ๔ ก็ใช้ AI เหมือนกัน ในแง่ของจุดคุ้มทุน และกลุ่มอายุ ๑๐-๕๐ ปี เป็นช่วงที่ประชาชนมีกำลังจ่าย ถ้าเขาไม่มีกำลังจ่ายสามารถกลับไปในระบบหลักประกันสุขภาพธรรมดา แต่บังเอิญว่าพอจ่ายได้ ซึ่งหากเปรียบเทียบจ่ายประกันเอกชนปีละหมื่น แต่จ่ายกองทุนที่ ๔ ปีละพันเดียว ตรงนี้เป็นทางเลือก โดยในแง่อุบัติเหตุฉุกเฉินทั่วไปที่ไม่ใช่ ICU ทาง AI คิดไว้ให้แล้ว ดังนั้นในส่วนกองทุนที่ ๔ จะลดงานของระบบ สปสช. แต่ถามว่าจะไปรอดหรือไม่ ผมขอพูดถึงแซนด์บ็อกซ์ในจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ จุดที่คุ้มค่าปีหนึ่งน่าจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๒ - ๒.๕ แสนบาท สมมติว่า หากมีคนเข้ามาในกองทุนเรื่อย ๆ จะแบ่งคนออกจากระบบ

หลักประกันสุขภาพที่แออัด คล้ายกับโมเดลที่โรงเรียนแพทย์ทำ ซึ่งใช้แพทย์คนเดียวกันที่มีฝีมือ แต่คนยอมจ่ายเพราะปกติกว่าจะได้คิวผ่าตัดยาวนานมาก แต่เขายอมจ่ายเพิ่มเพื่อได้หมอคนเดียวกันที่รวดเร็วขึ้น และมีคุณภาพเดียวกัน อันนี้อาจเป็นการบริหารกองทุนใหม่ แต่ไม่เกิดผลกระทบต่อกองทุน เท่ากับไปช่วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วย และช่วยงานคนด้วย ดังนั้นที่เราจะผลักดันเรื่องนี้ เพราะไม่กระทบไม่ต้องเติมเงิน เพิ่มกำลังใจให้คนทำงานเพราะลดเคสลง และในส่วน สปสช. ไม่กระทบอะไรมาก เพียงแต่ต้องปรับปรุงไม่เพิ่มสิทธิประโยชน์มาก ก็ต้องไปคุยกัน

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : ขอแบ่งเป็นระยะสั้นมาก ระยะกลาง และระยะยาว ปัญหาวันนี้คือข้อมูลมีปัญหามาก การเกิดปัญหาในเดือนกันยายน ๒๕๖๘ เป็นปัญหาจากการออกแบบวางแผนงบประมาณเมื่อปี ๒๕๖๖ ไม่มีใครผิด แต่ปัญหาคือต้องไม่ให้เกิดผลกระทบกับโรงพยาบาลและกับผู้ป่วย เรื่องนี้เป็นหน้าที่ของรัฐในการจัดสรรงบประมาณให้พอสำหรับการดูแลของโรงพยาบาลและผู้ป่วย โดยงบประมาณที่สำคัญมากมี ๒ อย่างคือ การสาธารณสุขและการศึกษา แต่ผมไม่อยากเห็นการเติมเงินงบกลางไปทุก ๆ ปี เช่นนั้น เราควรทำอย่างไรที่จะสามารถคาดการณ์งบประมาณแม่นยำมากขึ้น และไม่ต้องมีปัญหาจากการหาเงิน จากงบกลางหรือจากแหล่งอื่นอีก นั่นคือเป้าหมายสูงสุด ถ้ามีการทำงานแบบเอาจริงเอาจัง ผมเชื่อว่าภายใน ๒ ปีทุกอย่างจะสามารถแก้ไขได้ทั้งหมด ดังนั้น ต้องยืนยันว่า เงินต้องพอ หากไม่พอต้องหางบกลางไปเติมในระยะสั้น สำหรับในระยะยาวต้องการให้มีระบบการทำนายงบประมาณล่วงหน้าได้อย่างแม่นยำ คือ หากจะต้องเพิ่มเติมก็ทำได้เพียงเล็กน้อย ไม่ใช่เพิ่มเป็นหลักหมื่นล้านอย่างในปัจจุบันนี้

อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด (พรรคประชาชน) : ขอเสริมจากที่พูดกันว่าพรรคประชาชนเพิ่มงบ จริง ๆ ผมพูดว่า การเพิ่มงบมันง่ายเหมือนการพูดหาเสียง แต่ที่จริงผมอยากพูดถึงหลักการ วันนี้ที่มาคุย หากใช้คำเดียวกับ นพ.สุรพงษ์ คือ การเพิ่มในส่วนที่คาดการณ์พลาดไป ที่ผมพูดว่า เพิ่มเงินจำนวน ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท และส่วนที่

๒ เพิ่มในส่วนที่ว่า ถ้ารัฐบาลคิดว่า เรื่องนี้ต้องดูแลดีขึ้น ต้องมีชุดสิทธิประโยชน์ดีขึ้น สามารถเพิ่มเติมได้ ที่ผมได้พูดไปคือ Long-Term Care การดูแลระยะยาวและเรื่องสุขภาพจิต เมื่อกล่าวถึง ๒ เรื่องนี้เรานึกถึงอะไร ถ้าพูดแบบนักเศรษฐศาสตร์ เรานึกถึงการสูญเสียในเชิงผลิตภาพ คนที่ควรทำงานได้เต็มที่ ถ้ามีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ทำงานได้ถดถอยลง หรือถ้ามีพ่อแม่ ญาติผู้ใหญ่ไม่สบาย ต้องลาออกจากงานมาดูแลแล้วขาดรายได้ เรื่องนี้ไม่ใช่การตัดสินใจจากมุม สปสช. ว่าเพิ่มงบประมาณหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจจากมุมของรัฐบาลว่าจะดูแลเรื่องนี้ให้ดีขึ้นไหม ถ้าถึงเวลาแล้วที่ต้องให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะยาวได้พักบ้าง ก็ต้องเพิ่มงบ และเมื่อเพิ่มแล้ว อย่างเรื่องสุขภาพจิตสามารถเข้ากับ สปสช. ด้วย เพราะเป็นเรื่องของกายกับจิต และระบบโรงพยาบาล ที่สามารถไปด้วยกัน อย่าง Long-Term Care ทาง สปสช. ดำเนินการอยู่แล้ว แต่คราวนี้ขยายสิทธิเพิ่มขึ้น จากแค่การเยี่ยม เปลี่ยนเป็นการดูแล ผมขอฝาก สปสช. ไม่อยากให้คิดว่า เราเชียร์ สปสช. เป็นพิเศษหรือเปล่า ที่จะให้เพิ่มงบประมาณ แต่อยากให้มีเหตุผลในลักษณะแบบนี้ ซึ่งทาง สปสช. จะต้องไปอธิบายคนอื่นด้วย ไม่ใช่บอกว่า พรรคนี้ดีมาเพิ่มงบให้เรา ซึ่งไม่ใช่ แต่เรามาช่วยกันดูแลคนที่อาจยังได้รับการดูแลไม่ทั่วถึงเพียงพอ ดังนั้น งบประมาณที่ไปก็เป็นภารกิจของท่านด้วยที่ต้องมาช่วยกัน

ช่วงถาม-ตอบ

คุณอรกันยา ศูนย์คุ้มครองสิทธิ์บัตรทอง ปทุมธานี : พูดดีทั้ง ๓ ท่าน แต่ว่าบัตรทองมีปัญหาอย่างมาก พวกท่านพูดว่า ถ้าท่านเป็นรัฐบาลจะทำแบบนี้แบบนั้น เราเป็นประชาชนที่ฟัง และเราเป็นชาวบ้านที่รู้ว่าปัญหาของบัตรทองคืออะไร ขอบคุณที่พูดถึงนวัตกรรมต่าง ๆ นานา ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นประโยชน์กับประชาชน เป็นนโยบายดีมาก แต่คนที่นั่งหัวโต๊ะคือ รมต.ว่าการกระทรวงสาธารณสุข เราเป็นภาคประชาชนอยากให้กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. จับมือกันแล้วเดินไปหารัฐบาล ตอนนี้พวกท่านกำลังจะเป็นรัฐบาล ช่วยเดินกลับมาดูกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ได้ไหม พวกเราที่เป็นประชาชนอาจไม่กล้าเดินไปเรียกร้องรัฐบาล รัฐบาลช่วยดูเงินงบประมาณ

สปสช.พอหรือไม่ พอ สปสช. บอกว่าไม่พอ เกิดปัญหาเรื่องเงินแล้วเราเสียชื่อ ดิฉันกล้าพูดว่า “เรา” เพราะดิฉันทำงานแทน สปสช. เราคือศูนย์คุ้มครองสิทธิ์บัตรทอง เงินไม่พอ สปสช. ถูกด่าตลอด เราถูกด่า กระทรวงสาธารณสุขด่าด้วย ประชาชนด่าด้วย คนไม่ด่ารัฐบาลซึ่งเป็นคนจ่ายเงินให้ สปสช. ดังนั้น ถ้าท่านเป็นรัฐบาลช่วยเดินกลับมาถามกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช. ได้ไหม ว่างบเท่าไรถึงพอ อย่าลดตรงนั้นลดตรงนี้ พอประเทศเกิดภัยพิบัติ หรือเกิดเหตุการณ์อะไรก็ช่าง กลับมาลดงบประมาณด้านสุขภาพ แล้วชาวบ้านที่ป่วยจะทำอย่างไร ท่านที่หนึ่งในสามคนต้องเป็นรัฐบาลแน่นอน ฝากท่านมาดูกระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ว่า ทำไมถึงไม่พอ อะไรที่ลดชาวบ้านเสียประโยชน์ สิ่งที่พูดมาจากเสียงของชาวบ้าน ดิฉันพูดแทนชาวบ้าน

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : ตั้งแต่ทำงานมาไม่เคยมีลดงบประมาณด้านสุขภาพ แต่ในเรื่องการบริหารจัดการอาจไม่เป็นที่ประทับใจ เรื่องงบพอหรือไม่พอ เราคุยกันถึงแนวทางต่าง ๆ แต่กองทุนที่ ๔ จะลดคน และตัวหารลดลง เพราะแยกคนไปใช้บริการกับอีกกองทุนหนึ่ง ที่ผมพยายามเสนอ และไม่กระทบกับ สปสช. เลย นี่คือทางเลือกที่เสนอ

คุณกันตพงศ์ ศูนย์คุ้มครองสิทธิ์บัตรทอง เขตบึงกุ่ม : จากการทำงานที่ผ่านมาจะเห็นว่า รัฐบาลกำหนดนโยบาย แล้ว สปสช. เป็นผู้ปฏิบัติตาม ซึ่งหลายนโยบายไม่แน่ใจว่า มีการวางแผนและเตรียมการดำเนินงานนานพอสมควรหรือยัง แต่พอประกาศวันที่จะดำเนินการ หลายครั้งระบบข้อมูลหลังบ้านยังไม่เรียบร้อย แต่ถ้าจำไม่ผิด สปสช. เป็นองค์กรอิสระ แต่เอาเข้าจริงเหมือนว่ายังขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลที่ประกาศมา จึงอยากให้ สปสช. มีความเป็นอิสระที่สามารถคัดค้านนโยบายที่เสนอมา แต่ สปสช. ยังไม่พร้อม ขอชะลอไว้ก่อน เพื่อเตรียมการในการดำเนินการต่อไป จึงขอให้สปสช. มีสิทธิมีเสียงอะไรแบบนี้

นพ.สุรพงษ์ สืบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : สปสช. ไม่ใช่องค์กรอิสระ เพราะไม่ใช่

ศาลรัฐธรรมนูญ หรือ กสทช. ถือเป็นองค์กรอิสระที่รัฐบาลไม่สามารถใช้ความคิดก้าวก่ายได้ แต่ สปสช. เป็นองค์กรตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต้องมีฝ่ายนโยบาย ฝ่ายราชการ และฝ่ายเอกชนมาร่วมกันตัดสินใจในรูปของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ฉะนั้นนโยบายของรัฐบาลมีความสำคัญในการให้ สปสช. พัฒนาต่อไป หมายความว่า อาจจะก้าวกระโดดหรือแม้แต่หยุดชะงักได้ ฉะนั้นจะบอกว่าไม่ได้เป็นองค์กรอิสระที่สามารถตัดสินใจได้เองขนาดนั้น แต่ตลอดปี ๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน ทาง สปสช. มีการพัฒนาอย่างก้าวกระโดด และมีบางช่วงที่ไม่ได้พัฒนาเร็วอย่างที่คาดหมาย และมีบางช่วงถูกตั้งคำถามว่ายังต้องอยู่ต่อไปหรือไม่ ผมต้องเรียนว่า การมี พ.ร.บ. ถือเป็นหลักประกันอย่างหนึ่ง เพราะมีหลายหน่วยงานซึ่งเป็นองค์การมหาชน แต่วันนี้ก็ล้มหายตายจากไป เพราะอาจถูกสั่งยกเลิกได้โดยมติ ครม. แต่ สปสช. ถูกสั่งยกเลิกโดย ครม. ไม่ได้ ถ้าจะมีอะไรเปลี่ยนแปลงต้องไปสู่สภาผู้แทนราษฎรวุฒิสภา เพื่อแก้ไข พ.ร.บ.

หากถามว่าจะเป็นองค์กรอิสระได้หรือไม่ คำถามคือ หากเป็นอิสระจากประชาชน จากความเห็นต่าง ๆ ของสังคม ผมคิดว่าน่าจะยาก เพราะไม่มีทางทำนายได้เลยว่าในอนาคตคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะเป็นใครก็ไม่รู้ ถ้าไม่ฟังเสียงประชาชนเสียงรัฐบาลน่าจะเป็นความสุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม สปสช. ต้องยึดโยงกับรัฐบาล และหากรัฐบาลทำงานไม่ดี ให้นโยบายไม่ถูกต้องก็ไม่ควรได้รับเลือกต่อไปในการเลือกตั้งครั้งหน้า ส่วน สปสช. เองมีอะไรต้องพัฒนาบ้างหรือไม่ ผมยืนยันว่าต้องพัฒนา น่าจะต้องไปได้เร็วกว่านี้ ทำความเข้าใจกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น กับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือแม้แต่เทคโนโลยีที่เปลี่ยนไปก็ตาม ตัวอย่างปัญหาของคลินิกชุมชนอบอุ่น กว่าที่จะตรวจปัญหาของคลินิกชุมชนอบอุ่นได้ใช้เวลานานมาก ดังนั้นหากมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม ควรตรวจเสร็จภายในไม่กี่วัน แสดงว่าเทคโนโลยีของ สปสช. ต้องการการปรับปรุงให้ทันสมัย (update) ครั้งใหญ่เพื่อรองรับการบริการให้กับประชาชน นี่คือเรื่องพื้นฐาน ยังไม่รวมเรื่องอื่น ๆ ชุดความคิด วิธีคิดต่าง ๆ ดังนั้นรัฐบาลทุกชุดพร้อมสนับสนุน สปสช. แต่ขณะเดียวกัน ต้องทำให้ภาษีจากพี่น้อง

ประชาชนใช้อย่างคุ้มค่าด้วยการสนับสนุนและตรวจสอบการใช้งบประมาณให้คุ้มค่าเป็นเรื่องสำคัญ

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : มาถึงคำถามพิเศษ ถ้าท่านผู้แทนทั้ง ๓ พรรคมีเงินในกระเป๋า ๑๐๐ บาท ท่านจะจัดสรรอย่างไรและเท่าไรตามด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ ๑. ความมั่นคง ๒. สุขภาพ ๓. การศึกษา ๔. สวัสดิการสังคม และ ๕. สวัสดิภาพความปลอดภัย

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ (พรรคประชาธิปัตย์) : ความเห็นส่วนตัว ผมจะให้ความสำคัญกับการศึกษาก่อน ความมั่นคง สาธารณสุข สวัสดิภาพความปลอดภัย และสวัสดิการสังคม คือในระบบสาธารณสุข **ผมใช้คำว่าสุขภาพดีไม่มีขาย อยากได้ต้องทำเอง และการศึกษาต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต** การเปลี่ยนแปลงของโลกเราต้องเท่าทัน บางคนคิดว่า สมัยนี้เรียนเป็น ดร. จบแล้ว แต่สมัยนี้มี AI มีการเอาข้อมูลทั้งโลกมาแล้ววิเคราะห์วิจัยในแต่ละเรื่อง แต่คนต้องเรียนรู้การใช้ การตั้งคำถามจะทำอย่างไร เช่น เรื่องอัลกอริทึม (Algorithm) เป็นเรื่องที่ต้องมาเรียนรู้เพิ่ม และนอกจากการเรียนรู้ที่พัฒนาแล้ว จะต้องเปลี่ยนแปลงและยืดหยุ่นด้วย ส่วนเรื่องสวัสดิการสังคมให้อยู่ท้าย เพราะถ้าเราดูแลตัวเองดี ไม่ต้องเป็นภาระกับรัฐ เราก็ไม่ต้องพึ่งสวัสดิการรัฐมากนัก ส่วนเรื่องความมั่นคง ส่วนตัวไม่มีศัตรูกับใคร ไม่ต้องมีการ์ดมาช่วยดูแล ไปไหนมาไหนคนเดียวได้สบาย ๆ ไม่ต้องใช้อะไรมาก นี่คือส่วนตัว แต่ถ้าเป็นภาครัฐ สำหรับประเทศในเรื่องความมั่นคงต้องให้ความสำคัญ ดังนั้น หากเรียงลำดับคือ เรื่องความมั่นคง การศึกษา สาธารณสุข สวัสดิภาพความปลอดภัย และสวัสดิการสังคม

ในประเทศที่มีกับดักรายได้ปานกลางแบบประเทศไทยต้องระวังเรื่องค่าใช้จ่าย ดังนั้น ถ้าเป็นนโยบายภาครัฐ เรียงลำดับ คือ ๑. ความมั่นคง ๒. การศึกษา ๓. สาธารณสุข ๔. ความปลอดภัย และ ๕. สวัสดิการสังคม อย่างที่ผมบอกไปแล้วว่า การศึกษาต้องทำให้คนทั้งประเทศได้มีการพัฒนา และการสาธารณสุขเองก็มีความสำคัญ ประเทศ

เรามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งเสริมให้เขาออกกำลังกาย กินอาหารดี อากาศดี แต่การรักษาความเจ็บป่วย จะต้องให้เขาเข้าถึงบริการได้ ส่วนเรื่องความปลอดภัย แน่นอนว่า รัฐต้องทำให้ประชาชนปลอดภัยและรวมถึงคนที่มาเที่ยวในประเทศด้วย เพื่อสร้างรายได้เข้าประเทศ และสุดท้ายคือสวัสดิการสังคม เมื่อมีเงินเหลือแล้ว คนแก่ก็ต้องดูแล แต่ก่อน อสม.ทำงานไม่มีค่าตอบแทน พรรคประชาธิปัตย์เป็นพรรคแรกที่เสนอให้สนับสนุน อสม. ๖๐๐ บาท ตอนผมเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการ สธ. ได้ก่อตั้งสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ อสม. โดยไม่ได้ใช้งบประมาณของรัฐ แต่ใช้จุดแข็งของ อสม. ที่มีปริมาณจำนวนมากไปจัดตั้ง เป็นหลักประกันสำหรับคนข้างหลัง อสม. และเมื่อมีสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์ เงินค่าตอบแทนที่ได้รับ ๑,๐๐๐ บาท ก็ไม่พอ เพราะต้องจ่ายค่าฌาปนกิจเดือนละ ๓๐๐-๔๐๐ บาท ทำให้เหลือเงินน้อย ผมเสนอท่านอนุทิน รัฐมนตรีว่าการฯ สมัยนั้นขอเพิ่มค่าตอบแทนอีกคนละ ๑,๐๐๐ บาท ในตอนนั้น ครม. ไม่เห็นด้วยเนื่องจากต้องใช้งบประมาณราว ๒๔,๐๐๐ ล้านบาทต่อปี แต่ผมพยายามอธิบายว่า งานที่ อสม. ทำมันยิ่งใหญ่ และให้พวกเขาลุกขึ้นมาทำต่อได้ จึงได้เพิ่มมาเป็น ๒,๐๐๐ บาท อันนี้เป็นผลงานที่ทำมาแล้ว

อาจารย์เดชรัต สุขกำเนิด (พรรคประชาชน) : เวลาเราบอกตัวเลขเงินกับความสำคัญ มันไม่ใช่เรื่องที่เทียบกันได้โดยตรง ตัวอย่าง ถ้าพูดถึงสวัสดิการระหว่างเด็กเล็กกับผู้สูงอายุของพรรคประชาชน จะเห็นว่าตัวเลขของผู้สูงอายุเยอะกว่ามาก แต่ไม่ได้แปลว่า เราให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก พอเป็นเด็กแล้ว พรรคประชาชนไม่ให้ความสำคัญ ซึ่งไม่ใช่ แต่จำนวนของแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน สมมติ ๑๐๐ บาทเหมือนกัน ผู้สูงอายุจะมากกว่าโดยปริยายเพราะจำนวนผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก นี่คืออยากเกริ่นไว้ก่อน แต่ถ้าพูดเพื่อให้เห็นลำดับความสำคัญ ผมให้สุขภาพกับการศึกษา อย่างละ ๒๕ ต่อมา สวัสดิการสังคม ๒๐ และเรื่องความปลอดภัย ความมั่นคง อย่างละ ๑๕ รวมเป็น ๑๐๐ แต่ทั้งนี้ อย่างที่บอกอย่าตีความว่า เรื่องนั้นเรื่องนี้ไม่ให้ความสำคัญ อย่างสุขภาพกับการศึกษาทำไมให้งบประมาณจำนวนมาก เพราะคนที่มาดูแลสุขภาพและการศึกษาคือคน ไม่ว่าจะเป็นหมอ พยาบาล ครู ต้องมีค่าตอบแทนคนทำงาน ภาพ

รวมจึงมีจำนวนมากกว่าเป็นธรรมดา ดังนั้นคำตอบนี้ อาจไม่ได้สัมพันธ์ในความหมายจริง ๆ ที่อยู่ในใจลึก ๆ

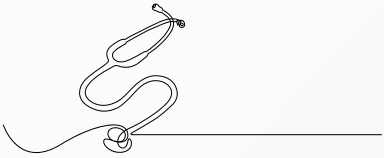
และขอตอบคำถามแรกว่า เงินพอไม่พอ ซึ่งพรรคประชาชนตอบไปแล้วที่คุณอรกันยาถาม ส่วนแรกพรรคประชาชนตอบว่า ส่วนที่ขาดลำดับแรกคือ ๑๗,๐๐๐ ล้านบาท ส่วนที่เป็น Long-Term Care ๔๐,๐๐๐ ล้านบาท ส่วนที่เป็นสุขภาพจิต คือ ๔,๐๐๐ - ๕,๐๐๐ ล้านบาท ถ้าพรรคประชาชนเป็นรัฐบาล สามารถติดตามการเสนองบประมาณปี ๒๕๗๐ ได้ในเดือนตุลาคม ๒๕๖๙

ส่วนงบประมาณจะพอหรือไม่พอ ท่านก็ไปวินิจฉัย ถ้าพอก็เลือกพรรคประชาชน ถ้าไม่พอ พรรคอื่นหรือประชาชนสามารถให้คำแนะนำได้ว่าเท่าไรจึงจะเหมาะสม ถือเป็นส่วนหนึ่งของการเลือก การเรียนรู้ การอยู่ร่วม และการปรึกษาหารือกัน อันเป็นจุดสำคัญที่สุดของระบบสุขภาพ

นพ.สุรพงษ์ สีบวงศ์ลี (พรรคเพื่อไทย) : ขออธิบายวิธีคิดของผมคือ ผมคาดหวังสังคมที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะคุณภาพของคนสำคัญที่สุด นั่นคือ คนที่มีสุขภาพและความรู้ ฉะนั้นเรื่องการศึกษาและสุขภาพสำคัญที่สุด และถ้าสังคมที่มีความรู้ดี สุขภาพดี เราอาจจะต้องการสวัสดิการน้อย เพราะทุกคนสามารถยืนหยัดด้วยตัวเองได้ และหากเป็นสังคมที่สุขสงบ เรื่องการดูแลความปลอดภัยใช้เทคโนโลยีได้ไม่ยาก ตรงนี้คงใช้เม็ดเงินไม่มากนัก แต่โลกทุกวันคาดเดาไม่ได้ อย่างวันนี้มีคนจะบุกกรีนแลนด์เป็นต้น เป็นสิ่งที่นึกไม่ออกว่าการพูดถึงการบุกกรีนแลนด์เป็นเรื่องปกติธรรมดา ดังนั้น วันนี้โลกไม่เป็นแบบเดิมที่รู้จัก แต่เป็น BANI World คือ Brittle (เปราะบาง), Anxious (วิตกกังวล), Nonlinear (ไม่เป็นเส้นตรง), Incomprehensible (เข้าใจยาก) เป็นโลกที่เต็มไปด้วยความเปราะบาง ความว้าวุ่นใจ มีความกังวล เป็นโลกที่ไม่ตรงไปตรงมาอีกแล้ว ไม่มีสูตรสำเร็จอะไรทั้งสิ้น ดังนั้นอะไรที่คาดเดาไม่ได้จึงยากมาก ไทยจะอยู่ในสังคมโลกต้องอยู่อย่างองอาจ ดังนั้นเรื่องความมั่นคงจึงสำคัญ จึงแบ่งว่า การศึกษา

๓๐ สุขภาพ ๓๐ ความมั่นคง ๒๐ สวัสดิการ ๑๐ และความปลอดภัย ๑๐

คุณอรอุมา เกษตรพืชผล (ผู้ดำเนินรายการ) : ตอนนี้เราไม่ทราบว่าใครจะเป็นรัฐบาล แต่สิ่งที่ทั้ง ๓ ท่านตอบโจทย์ในใจของผู้ชม นั่นหมายความในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์นี้ ประชาชนจะตัดสินใจได้ว่า พวกเขาอยากเห็นและเชื่อมั่นอะไรที่จะทำให้เป็นจริงขึ้นมา สิ่งที่ได้พูดคุยกันเป็นประโยชน์สูงสุดในเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทุกความคิดเห็นมีประโยชน์อย่างยิ่ง หากนำไปปรับปรุง หรือมีอะไรดี ๆ ไม่ว่าจากพรรคไหน สามารถนำไปใช้ และเปิดกว้าง เพราะเป็นประโยชน์กับประชาชน ในวันนี้ถ้าคุณหมอสงวนรับรู้ ท่านคงดีใจที่มีคนสานต่อเจตจำนงของท่านที่ทำให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าพัฒนามากยิ่งขึ้น และบรรลุในสิ่งที่ท่านคาดหวังที่จะทำให้เกิดประโยชน์กับประชาชนคนไทยเรา ขอเสียงปรบมือให้ทั้ง ๓ ท่านด้วย



บทสรุป

งานรำลึกครบ ๑๘ ปี แห่งการจากไปของ นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย จัดขึ้นเมื่อวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมจูปิเตอร์ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ กรุงเทพมหานคร โดยมูลนิธิมิตรภาพบำบัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายจากหลายภาคส่วน เพื่อเชิดชูคุณูปการของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และสืบสานปณิธาน “มิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน” ให้ยังคงงอกงามในสังคมไทย

พิธีมอบรางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์” ประจำปี ๒๕๖๘ สะท้อนให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่า ปณิธาน “เพื่อนช่วยเพื่อน” ของนายแพทย์สงวนที่ได้ปลุกปั้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต ยังคงเดินหน้าและขยายผลอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ รางวัลดังกล่าวเป็นการเชิดชูเกียรติผู้ป่วยจิตอาสา เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หน่วยงาน องค์กรชุมชน และสื่อ ที่ได้ร่วมกันสร้างนวัตกรรมและระบบนิเวศในการดูแลผู้ป่วยทั้งกายและใจ รวมทั้งสิ้น ๕ รางวัลดีเด่น และ ๘ รางวัลชมเชย จากผลงานที่ผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลงานของผู้ได้รับรางวัลทุกท่าน เป็นเครื่องยืนยันว่า “มิตรภาพบำบัด” มิใช่เพียงแนวคิดเชิงอุดมการณ์ หากแต่เป็นพลังทางสังคมที่ช่วยเสริมระบบบริการสุขภาพของรัฐ ลดภาระของบุคลากรทางการแพทย์ เยียวยาผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน และเป็นแรงบันดาลใจให้สังคมตระหนักว่า การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืน ต้องอาศัยพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน

รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร ได้ถ่ายทอดปาฐกถาพิเศษที่เชื่อมโยงความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ยุคโมเลกุล เข้ากับปรัชญามิตรภาพบำบัดอย่างลึกซึ้ง โดยเสนอการเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการรักษาแบบ “กลุ่มโรค” ไปสู่การรักษาโรคแบบ

หายขาด ที่เซลล์ตัวแรก (Originating Cell) เพื่อลดความสูญเสีย ลดค่าใช้จ่ายระยะยาว และเพิ่มโอกาสการหายขาดของผู้ป่วย

สาระสำคัญของปาฐกถา มิได้หยุดอยู่เพียงนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ หากแต่ชี้ให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพที่แท้จริงต้องครอบคลุมทั้งกายและใจ โดยผู้ที่หายจากโรคแล้วสามารถกลับมาเป็น “เพื่อนช่วยเพื่อน” เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเอง การควบคุมโรค และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับปณิธานของนายแพทย์สงวน ที่มุ่งสร้างระบบสุขภาพซึ่งไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง และย้ำว่าความยั่งยืนของระบบมิใช่เกิดจากเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว หากเกิดจาก จิตวิญญาณของผู้คนในระบบ

ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์ ประธาน TDRI ได้ยืนยันอย่างหนักแน่นว่า ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยเป็น สวัสดิการสังคม (social welfare) ไม่ใช่ประชานิยม โดยชี้ให้เห็นทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และมิติทางเศรษฐศาสตร์สาธารณะ ระบบนี้ช่วยลดความเสี่ยงล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติว่าเป็นต้นแบบของประเทศรายได้ปานกลางที่ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

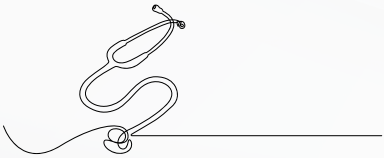
พร้อมกันนี้ ปาฐกถายังสะท้อนความท้าทายในอนาคตอย่างตรงไปตรงมา ทั้งปัญหาสังคมสูงวัย ต้นทุนการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างเป็นโครงสร้าง (Baumol’s Cost Disease) และแรงกดดันทางการคลัง ดร.สมเกียรติได้เสนอว่า การรักษาความยั่งยืนของระบบ จำเป็นต้องพึ่งพานวัตกรรม เทคโนโลยีดิจิทัล การดูแลระยะยาวที่บ้าน (Long-Term Care) และการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อให้หลักประกันสุขภาพยังคงเป็น “ที่พึ่งของประชาชน” ต่อไปในระยะยาว

เวทีเสวนาจากตัวแทนพรรคการเมือง เป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนมุมมองเชิงนโยบายว่า

ประชาชนจะได้อะไรจากระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคต ภายใต้บริบทโลกที่เปราะบางและซับซ้อน (BANI World) ทั้งสามพรรคที่เข้าร่วม ต่างเห็นพ้องในหลักการพื้นฐานว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องได้รับการสานต่อและพัฒนา โดยเน้นคุณภาพบริการ ความเท่าเทียม การเข้าถึง และการดูแลกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และสุขภาพจิต

ข้อเสนอจากเวทีเสวนาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการปรับระบบจากการรักษาเชิงปริมาณ ไปสู่การดูแลที่เน้นผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งการบูรณาการภาคชุมชน เทคโนโลยี และทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพตอบโจทย์ความคาดหวังของประชาชนในยุคใหม่ได้อย่างแท้จริง

โดยสรุป งานรำลึกครั้งนี้ตอกย้ำว่า ระบบหลักประกันสุขภาพไทยจะก้าวต่อไปได้อย่างมั่นคงและยั่งยืน ต้องอาศัยทั้งนโยบาย โครงสร้าง และที่สำคัญที่สุดคือ หัวใจของผู้คนในระบบ บันทึกกิจกรรมฉบับนี้จึงเป็นทั้งการรำลึก เชิดชู และส่งต่อแรงบันดาลใจในการสืบทอดปณิธานของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนไทยทุกคน



ประมวลภาพกิจกรรม

















กล่าวเปิดงานและปาฐกถาพิเศษ

รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร





ปาฐกถา “นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์”

ดร.สมเกียรติ ตั้งกิจวานิชย์

ผู้ป่วยจิตอาสามิตรภาพบำบัดดีเด่น



รางวัลดีเด่น

นางรัษฎาภัช จันทร์ตราชู

กลุ่มมหาราชนครศรีธรรมราช

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช



รางวัลชมเชย

นายเรวัช โตตี่

ชมรมผู้ไร้กล่องเสียงลำดับที่ ๓๓

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ลพบุรี

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น



รางวัลดีเด่น

นางพรวิภา ยาสมุทร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง ลำพูน

เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น



รางวัลชมเชย

นางสมคิด ปานบุญ

ผู้อำนวยการ รพ.สต. บางขะแยง

องค์การบริหารส่วนจังหวัดปทุมธานี



รางวัลชมเชย

นางสาวสุมลฑา โพธิ์สุวรรณ

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลบ้านนา นครนายก

หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ปฐมภูมิ



รางวัลดีเด่น

ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลเชียงคำ

พะเยา

หน่วยงาน /องค์กรและทีมงานสนับสนุนงานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับตติยภูมิ/ทุติยภูมิ/ปฐมภูมิ



รางวัลชมเชย

สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา



รางวัลชมเชย

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลตราด ตราด



รางวัลชมเชย

ศูนย์คัดกรองตำบลสะเดาะพง รพ.สต. รื่นฤดี เพชรบูรณ์

องค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรชุมชน/องค์กรสาธารณประโยชน์/ กลุ่มบุคคล งานมิตรภาพบำบัดดีเด่น ระดับชุมชน



รางวัลดีเด่น

AVAUTIS Community

ชมรมผู้ปกครองบุคคลออทิสติก

พังงา



รางวัลชมเชย

ชมรมผู้ปกครองเด็กพิการ

จังหวัดนครศรีธรรมราช



รางวัลชมเชย

ศูนย์บริการคนพิการออทิสติก

จังหวัดเชียงใหม่



รางวัลดีเด่น

นางสาวช่อเพชร ขาวเมืองน้อย

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๑

รพ. รามาธิบดี กรุงเทพฯ












ของขวัญ
รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร
จำนวน ๕๐๐,๐๐๐ บาท


สปสช
“รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)”


สปสช


วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙
ของขวัญ
นายสมศักดิ์ นิตยารัมภ์พงศ์กระกรเกรียว
จำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท


วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙


สปสช.


รับมอบเครื่องมือ กายภาพบำบัด
บาท


สปสช.
“รำลึก ๑๔ ปี นายแพทย์สงวน นิตยา
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภ
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙
โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น


สปสช.








สปสช.
"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)"


รพ.สต.มาชะแล้ว
เคลื่อนที่
รพ.สต.เคลื่อนที่


"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลัก
รางวัลมิตรภาพบำบัดดีเด่น
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ประจำปี ๒๕๖๘
มูลค่า ๒๐,๐๐๐ บาท
สองหมื่นบาทถ้วน


สปสช.


"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์


“รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)”






สปสช
“รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)”


สปสช
“รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)”




(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)"
รางวัลมิตรภาพบำบัดชมเชย
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ประจำปี ๒๕๖๘
มูลค่า ๑๐,๐๐๐ บาท






(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)"


สปสช
"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)"




สปสช
"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
(ผู้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพไทย)"


สปสช
"รำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์


















Autistic Family




ครอบครัวเมาหวานรามาธิบดี
"ครอบครัวเมาหวาน
เติมเต็มความอบอุ่น ด้วยมิตรภาพเข้าใจ"
สโลแกน : ไปให้สุด แล้วหยุดที่รามา
I'm greater than Highs and Lows






สายด่วน
เลิกบุหรี่
Quitline 1600





มูลนิธิมิตรภาพบำบัด

ที่ตั้ง : เลขที่ ๑๒๐ หมู่ ๓ ชั้น ๒-๔ อาคารรวมหน่วยราชการ
"ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐"
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร ๑๐๒๑๐

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อส่งเสริม และดำเนินการกิจกรรมมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน ให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิต เอื้ออาทรต่อกันในครอบครัวและสังคม

๒. เพื่อส่งเสริม และเชิดชูเครือข่าย องค์กร อาสาสมัคร ที่ทำงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน

๓. เพื่อสนับสนุนกิจกรรมเพื่อสาธารณะ และรวบรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับงานมิตรภาพบำบัด เพื่อนช่วยเพื่อน และเผยแพร่สู่การรับรู้ของสังคม

๔. ส่งเสริมและฝึกอบรมให้เกิดผู้มีความรู้ความชำนาญ ในการบริหารจัดการเพื่อสร้างทีมงานมิตรภาพบำบัด ที่อยู่บนฐานของความรู้ทั้งในและต่างประเทศ

๕. สนับสนุนทุน/รางวัล แก่ผู้ดำเนินงานด้านมิตรภาพบำบัดดีเด่น หรือบุคคลผู้มีจิตอาสาดีเด่น

๖. ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์ โดยร่วมมือกับบุคคลและองค์กรอื่น ๆ ที่มีเป้าหมายเพื่อสาธารณประโยชน์

กรรมการมูลนิธิ :

๑. นายวิชัย โชควิวัฒน	ประธานกรรมการ
๒. นางจินดา นิตยารัมภ์พงศ์	รองประธานกรรมการ
๓. นายกฤช ลี่ทองอิน	กรรมการ
๔. นางชื่นสุข ฤกษ์งาม	กรรมการ

๕. นายศิษฏ์ สุนันท์สถาพร	กรรมการ
๖. นายไพโรจน์ แก้วมณี	กรรมการ
๗. นายศุมล ศรีสุขวัฒนา	กรรมการ
๘. นายบุญแทน ตันสุเทพวีรวงศ์	กรรมการ
๙. นางพนิต มโนการ	กรรมการ
๑๐. นางจิรชฎา เชียงกูล	กรรมการ
๑๑. นางสาวสุทธิรา ตั้งเพียรพันธ์	กรรมการและเหรัญญิก
๑๒. นางสรีสอางค์ บุญพระ	กรรมการและผู้ช่วยเหรัญญิก
๑๓. นายศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล	กรรมการและเลขาธิการ
๑๔. นางอรจิตต์ บำรุงสกุลสวัสดิ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ


มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

รายนามผู้บริจาคเงินสนับสนุน

งานรำลึก ๑๘ ปี นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย

๑. รศ.นพ.พิชิต สุวรรณประกร ประธานคณะกรรมการบริหารจัดการระบบศึกษาและวิจัย สภากาชาดไทย	๕๐๐,๐๐๐ บาท
๒. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธ.ก.ส.)	๓๐๐,๐๐๐ บาท
๓. ครอบครัวนิตยารัมภ์พงศ์	๒๐๐,๐๐๐ บาท



มูลนิธิมิตรภาพบำบัด
Heart to Heart Foundation

บันทึกกิจกรรมงานรำลึก ๑๘ ปี
นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้วางรากฐานหลักประกันสุขภาพไทย
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๙

www.hhfthai.org