

**ภารกิจและทิศทาง 2561:
สบ. กับ ขบวนการชุมชนท้องถิ่น
และประชาสังคม**

พลเดช ปิ่นประทีป



ภารกิจและทิศทาง 2561: ศช. กับ ขบวนการรณรงค์ป้องกันและประชิดสังคม

เขียน: พลเดช ปิ่นประทีป

พิมพ์ครั้งแรก มิถุนายน 2561
จำนวน 1,000 เล่ม
เลขมาตรฐานสากล 978-616-7697-80-2

ศิลปกรรม

วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนาทนนท์

ภาพปก

เด่นชัย ธรรมฐิติพงศ์

พิมพ์ที่

บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด



ศูนย์สารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 ดิوانนท์ 14 ถนนดิวานนท์ หมู่ที่ 4
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทรศัพท์ 0 2832 9000 โทรสาร 0 2832 9001
<https://infocenter.nationalhealth.or.th>
www.nationalhealth.or.th

คำนำ

ภารกิจหลักของ สช. คือการขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม นี้เป็นภาษาราชการ ซึ่งชาวบ้านร้านค้ามักไม่เข้าใจและนึกไม่ออกว่า แล้วประชาชนจะได้อะไร

อันที่จริง กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom - 4PW) เป็นชื่อของเทคนิคกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในเชิงคุณภาพของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีต้นนโยบายสาธารณะและผลกระทบจากนโยบายเหล่านั้นเป็นเป้าหมายผลงาน ที่ต้องใช้แลกกับการของบประมาณในแต่ละปี

แต่เมื่อมีประสบการณ์มากขึ้น กลับพบว่าสิ่งที่เกิดระหว่างกระบวนการในตลอดเส้นทางดังกล่าวจะมีความสำคัญยิ่งกว่า เพราะเป็นฐานทุนทางปัญญาของขบวนการภาคประชาชน ได้แก่ ความเฉลียวฉลาดรู้เท่าทัน เครือข่ายความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและภูมิปัญญาในการจัดการปัญหาด้วยตนเองของขบวนการ

ในเรื่องนี้ ทางด้านสข.เองก็ได้โอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันไปพร้อมๆ กับภาคีเครือข่ายโดยผ่านการปฏิบัติการ โดยในช่วงห้าปีแรกนั้น สข.ค่อนข้างตีกรอบการขับเคลื่อนภารกิจองค์กรอยู่กับการผลิตต้นนโยบายและรอคอยผลกระทบของนโยบายที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินการของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่อมาพบว่าไม่ค่อยเกิดมรรคเกิดผลเลย เว้นเสียแต่จะมีการขับเคลื่อน-ติดตามอย่างกวดขันของเครือข่ายชุมชนท้องถิ่น และภาคประชาสังคมที่เป็นเจ้าประเด็น

ผมได้เข้ามาดูแลสข.เมื่อล่วงเข้าปีที่ 9 หลังจากสำรวจสถานการณ์พบว่าฐานทุนภาคีเครือข่ายของสข.อยู่ในสภาพที่ค่อนข้างจำกัดแคบอยู่โดยรอบเครื่องมือหลัก 4 ชิ้นของตน คือ สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และสิทธิหน้าที่ด้านสุขภาพ ทำให้การสานพลังยังคงวนเวียนอยู่แต่ในวงการเฉพาะเท่านั้น

ดังนั้น ผมจึงได้ตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนไว้ประการหนึ่งว่า ต้องเสริมสร้าง สข.ให้เป็นองค์กรที่มีความ “เติบโตใหญ่เข้มแข็ง” ให้สมกับวิสัยทัศน์ขององค์กร เท้าทันต่อภารกิจและความคาดหวังของสังคมที่เพิ่มขึ้นทุกวัน

ยุทธศาสตร์การเชื่อมโยงประเด็นสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อมเข้าหากัน เป็นการขยายกรอบการทำงานของ สช.ให้กว้างออกไปในมิติหนึ่ง การขยายกรอบภารกิจจากการมุ่งพัฒนาขึ้นนโยบายเป็นหลัก ไปเน้นการขับเคลื่อนนโยบายและการประเมินนโยบายให้ครบวงจร ก็เป็นการขยายโลกทัศน์คนทำงานในอีกมิติหนึ่ง

นอกจากนั้น ยุทธศาสตร์ในการดึงเอาช่างานชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคมที่ขับเคลื่อนงานพัฒนาและการปฏิรูปสังคมอยู่นอกของ สช. ให้เข้ามาร่วมในขบวนการนโยบายสาธารณะ โดยอาศัย “ศูนย์ประสานภาคีการพัฒนา” (ศปจ.) ที่มีอยู่ในทุกจังหวัดเป็นกลไกประสานงาน ผ่านโครงสร้างการทำงานพื้นที่ในรูปแบบใหม่ของสช. และงบประมาณจากโครงการพิเศษแหล่งอื่น ได้ช่วยทำให้สช. สามารถขยายกำลังภาคีเครือข่ายออกไปอย่างรวดเร็วตั้งแต่การทำงานในปีแรก

และเพื่อให้การทำงานกับสช.ในปีที่สองเป็นไปอย่างสอดคล้องกันทั้งขบวนการ สมาคมองค์กรสาธารณประโยชน์เพื่อสังคมไทยเข้มแข็ง (สขส) และสำนักงานโครงการจิตอาสาประชารัฐเพื่อสังคมสุขภาวะ (สอปร.) จึงได้จัดให้มีการประชุมสัมมนาสรุปบทเรียนประจำปีของภาคีเครือข่าย ศปจ.

ระดับภาค จำนวน 4 เวที โดยเชิญผมไปแสดงปาฐกถาพิเศษ
เพื่อให้แนวคิด ในเชิงทิศทางและจังหวะก้าว

สาระสำคัญที่ปรากฏในหนังสือเล่มนี้ ได้มาจากการ
ถอดเทปคำบรรยายของผมในที่ประชุมสัมมนาเวทีเครือข่าย
ภาคกลาง ณ โรงแรมทีเคพาเลซ เมื่อวันที่ 26 มกราคม 2561
โดยศูนย์สารสนเทศและข้อมูลข่าวสาร สช. (ศสช.) นำมา
จัดพิมพ์เผยแพร่

ผมหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงาน
ของภาคีเครือข่าย และเป็นข้อมูลพิจารณาสำหรับผู้สนใจทั่วไป
บ้างตามสมควรแก่กรณี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกคน
ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการมา ณ โอกาสนี้

พลเดช ปิ่นประทีป
22 พฤษภาคม 2561

สารบัญ

สถานะ บทบาท ความเป็นมา	9
โลกศตวรรษที่ 21 กับแนวโน้มใหญ่ 3 ด้าน	15
ประเทศไทย กับ ความท้าทายใหม่ 5 ประการ	20
การเปลี่ยนผ่าน 3 แนวทาง	26
กระบวนทัศน์ใหม่ของการพัฒนา จังหวัดก้าวของ สช.	32
ขบวนปฏิรูปด้านสาธารณสุข	37
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	59
เครื่องมือขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ	



สถานะ บทบาท ความเป็นมา

ก่อนอื่น ผมขอทบทวนความทรงจำสักนิดหนึ่งก่อนว่า ขบวนการเคลื่อนไหวของเรา ที่ผมจะกล่าวถึงในที่นี่ คือขบวนการชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคม ซึ่งหมายถึง พวกเราทั้งหลาย ที่ได้ร่วมทำงานพัฒนาชุมชนและสังคมกันมายาวนานเกือบ 3 ทศวรรษ

พวกเราล้วนมีความเชื่อและมีความศรัทธามุ่งมั่น ต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น และความเข้มแข็งของสังคมหรือประชาสังคม เราจึงมักใช้ชื่อเรียกขานตัวเองกันเป็นคำกลางๆ ว่า **“ขบวนการชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคม”**

คำถามว่าเราคือใครและภารกิจของเราคืออะไร จึงสามารถตอบได้ง่ายๆ ว่า เราเป็นพลเมืองอาสา ที่ร่วมกันทำงานพัฒนาประเทศในเรื่องชุมชนเข้มแข็ง ท้องถิ่นเข้มแข็ง และสังคมเข้มแข็ง นั่นเอง

เมื่อครั้งกระบวนการจัดทำแผน 8 ในยุคที่ดร.สุเมธ ตันติเวชกุล เป็นเลขาธิการสภาพัฒน์ มีอาจารย์ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม และอาจารย์หมอประเวศ ะสี เป็นผู้ร่วมขับเคลื่อน โดยมีเวทีจุดประกายเริ่มต้นกันที่พระราชวังมฤคทายวัน จ.เพชรบุรี และจากนั้นจึงจัดให้มีเวทีระดมความคิดตามภูมิภาคต่างๆ ตามมา

ในแผน 8 ฉบับนั้น เป็นจุดเริ่มต้นที่มีการบรรจุคำว่า **“ประชาคมจังหวัด” “ประชารัฐ” และ “ชุมชนเข้มแข็ง”** เอาไว้ในแผนพัฒนาประเทศ ซึ่งระยะแรก ผู้คนทั่วไปโดยเฉพาะข้าราชการส่วนต่างๆ ไม่ค่อยเข้าใจมากนัก แต่เราก็ยังคงบุกเบิกพัฒนางานของเราเรื่อยมา จนกระทั่ง 20 ปีผ่านไป ในวันที่ใคร่ก็พูดถึงชุมชนเข้มแข็งและฝากความหวังของการพัฒนาที่ยั่งยืนไว้ที่ตรงนี้

ถ้าถามว่างานของเรามีเป้าหมายอยู่ที่ไหน ผมขอโค้ด (quotes) คำพูดของอาจารย์หมอประเวศ ะสี ที่ได้กล่าวในเชิงมอขหมายและฝากฝังไว้ เมื่อประมาณปลายปี พ.ศ.2541 ซึ่งในตอนนั้นคุณหมอสงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ประธานสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา หรือ LDI ได้รับมอบหมายให้ไปนำตัวผมมาจากพิษณุโลกให้มาทำงานที่นั่น ท่านได้มอบภารกิจในการรับงานวันแรกว่า “งานของพลเดชและสถาบันชุมชนท้องถิ่น

พัฒนาคือทำอะไรให้ 80,000 หมู่บ้านหายจน” โดยท่านเรียกร้องภารกิจนี้เพื่อเป็นการย้ำเตือนว่า มันคือการเดินทัพทางไกลเพื่อคนจน “ Long March for The Poor.”

หลังจากรับการบ้านมาแล้ว พวกเราตีโจทย์ไว้อย่างชัดเจนตั้งแต่แรกว่า การที่จะทำให้หมู่บ้านหรือชุมชนหายจนนั้น ไม่ได้หมายความว่าต้องทำให้ชาวบ้านมีเงินเก็บคุณไว้ใกระเป๋าเสียก่อน คำว่า “จน” ในความหมายของเราไม่เห็นความจนในด้านตัวเงินอย่างเดียว การมีรายได้ มีสัมมาชีพ สิ่งแวดล้อมดี สุขภาพดีก็สำคัญ แต่สิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ “ปัญญา” กล่าวคือ เราต้องช่วยกันทำให้ชุมชนชาวบ้าน “ไม่จนปัญญา”

“หมู่บ้านหายจน ในความหมายของเรา จึงหมายถึงชุมชนที่เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ แม้ยังไม่มีเงินทองมากนัก แต่ไม่จนปัญญา และมีศักดิ์ศรี มีเกียรติภูมิ”

เมื่อคราวสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 ซึ่งโดนผลกระทบจากเหตุการณ์ชุมนุมใหญ่ทางการเมืองในกรุงเทพมหานครช่วงนั้น จนต้องเลื่อนมาจัดในช่วงกลางปี 2557 ในครั้งนั้นสมัชชาสุขภาพแห่งชาติได้มีมติรับรองข้อเสนอ **“นโยบายว่าด้วยยุทธศาสตร์รวมแสงเลเซอร์**

สนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ” โดยมีการประกาศเจตนารมณ์ขององค์กรภาคีระดับชาติ 33 หน่วยงานว่าจะสนับสนุนให้มีบูรณาการในการทำงาน เพื่อลงไปสนับสนุนชุมชนท้องถิ่นทั่วประเทศ โดยจะพัฒนากลไกบูรณาการเพื่อการจัดการร่วมใน 3 ระดับตามมิติสังคมสุขภาพแห่งชาติได้แก่



1. กลไกระดับตำบล - ถือเป็นระดับที่มีความสำคัญมากที่สุด หมายความว่ากลไกระดับตำบลที่เวลานี้ต้องสามารถบูรณาการงานของหน่วยงานอิสระด้านสุขภาพตระกูล ส. ทุกองค์กร รวมทั้งงานของ พอช.และงานของหน่วยงานอื่นๆ ทั้งหลายที่ลงไปสนับสนุนชุมชน กลไกบูรณาการในระดับตำบล ต้องเป็นกลไกอิสระที่ชุมชนท้องถิ่นสามารถกำหนดใจตนเองได้ ไม่ควรไปขึ้นต่อใคร ควรเป็นกลไกที่ไม่เป็นทางการหรือกึ่งทางการ อย่าไปทำให้เป็นกลไกที่เป็นทางการเป็นอันขาด เพราะเรามีกลไกทางการอยู่มากแล้ว จึงต้องการกลไกที่เป็นอิสระ เพื่อช่วยเติมเต็มส่วนที่เป็นทางการ

2. กลไกระดับจังหวัดหรืออำเภอ - ในมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในปีนั้นชี้ชัดว่า กลไกบูรณาการที่ตำบลอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีกลไกส่วนสนับสนุน - เชื่อมโยงในระดับบนขึ้นมาคือจังหวัดหรืออำเภอ ซึ่งในปัจจุบันได้มีการก่อตั้งและพัฒนาเป็น “ศูนย์ประสานภาคีการพัฒนาจังหวัด หรือ ศปจ.” ขึ้นมา แสดงบทบาทนี้อย่างแข็งแกร่งในระดับหนึ่งแล้ว

3. กลไกระดับชาติ - จะเป็นกลไกที่ช่วยสนับสนุนในระดับนโยบาย แผนงานและงบประมาณ ซึ่งที่ผ่านมา สช.ได้ตั้งแผนงานโครงการเฉพาะขึ้นมาช่วยดูแล ทำให้มีการประชุมคณะทำงานยุทธศาสตร์ระหว่าง 33 หน่วยงานกันเป็นประจำ

ทุกเดือน รวมทั้ง LDI และสสส.ก็ร่วมกันจัดให้มีเวที Thailand Development Forum ที่ต่อเนื่องเรื่อยมา

อาจกล่าวได้ว่า “ยุทธศาสตร์ร่วมแสงเลเซอร์เพื่อสนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง-ชุมชนสุขภาวะ” เป็นมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ที่ได้ประกาศเจตนารมณ์ในการสานพลังร่วมเป็นภาคี ระหว่างหน่วยงานระดับชาติ 33 องค์กรที่มีภารกิจสนับสนุนชุมชน โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพองค์กรชุมชนที่เข้มแข็งทั่วประเทศให้ได้ ร้อยละ 60 ภายในระยะเวลา 10 ปี ด้วยกลไกประสานที่สำคัญ 3 ระดับ คือตำบล จังหวัดหรืออำเภอ และส่วนกลาง (ระดับชาติ)

ศปจ. ที่ทำนทั้งหลายขับเคลื่อนกันอยู่ในปัจจุบัน คือ กลไกกลางของพื้นที่ระดับจังหวัดที่กำลังทำภารกิจเชื่อมโยงงานสนับสนุนงานชุมชน ท้องถิ่นและประชาสังคม ทั้งสามระดับ ให้ไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นทางการเป็นรูปขบวนนั่นเอง

โลกศตวรรษที่ 21 กับแนวโน้มใหญ่ 3 ด้าน

ขยับมาอีกประเด็นหนึ่ง คือเรื่องของโลกในการเปลี่ยนผ่าน (in Transition)

กล่าวกันว่า โลกในยุคศตวรรษที่ 21 ที่เริ่มต้นตั้งแต่ปี 2001 จนมาถึงวันนี้ปี 2018 แล้ว มีกระแสการเปลี่ยนแปลงใหญ่ๆ ใน 3 ลักษณะ ตามที่นักคิด นักอนาคตวิทยาได้หยิบยกขึ้นมาอธิบาย

ยุคนี้คงไม่ใช่ยุคที่จะพูดถึงเรื่องอุดมการณ์ทางการเมืองแบบมาร์กซ์ - เลนิน ซึ่งครั้งหนึ่งในศตวรรษที่ 19-20 ถือเป็นเรื่องที่ทันสมัย เพราะวันนี้โลกได้เปลี่ยนไปมากแล้ว นักคิดอย่าง Alvin Toffler เมื่อ 30-40 ปีก่อนได้เขียนหนังสือเรื่องคลื่นลูกที่ 3 ที่พูดถึงการเปลี่ยนผ่านของโลกจากยุคเกษตรกรรมมาเป็นยุคอุตสาหกรรม และล่าสุดเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร พวกเราที่ติดตามศึกษาค้นคว้าต่างก็ตื่นตึ่งกับแนวคิดมุมมองใหม่ ซึ่งเรื่องราวก็เป็นไปตามที่ทำนายและเกิดการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก

โลกในยุคศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนแปลงและการรับมือ



พอขึ้นศตวรรษที่ 21 มีคนศึกษาวิเคราะห์แนวโน้มจากการติดตามชุดข้อมูลย้อนหลังเป็นร้อยปี จึงเห็นกระแสการเปลี่ยนแปลงใหญ่ หรือ megatrend และได้ชี้ลักษณะแนวโน้มใหญ่ไว้อย่างน้อย 3 ประการ คือ

1. โลกแห่งความสุดโต่ง หรือ Age of Extremity

ที่เห็นชัดๆ คือความสุดโต่งของธรรมชาติ เช่น หิมะตกอย่างหนัก พายุดินโคลนถล่ม น้ำท่วม โลกร้อน หนาวสุดขีด นอกจากนี้ยังมีโลกของความสุดโต่งในทางการเมือง มีทั้งความขัดแย้งทางการเมืองในระดับโลก เรื่องของผลประโยชน์อำนาจ กำลังทางทหาร ความเชื่อ ความศรัทธา เกิดการก่อการร้าย เป็นความปั่นป่วนไปทั่วโลก

ในทางสังคมก็มีความสุดโต่ง คือ ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนจะยิ่งถ่างออกไปจนสุด มีคนที่รวยสุดและจนสุด แต่งานของพวกเราที่กำลังสู้กับความยากจน เรารู้และเข้าใจเรื่องที่ดีแค่ไหน จะรับมือกับมันอย่างไร ประเทศไทยจะมีความสุดโต่งแบบนี้หรือไม่

ดูแนวโน้มในโลกของข้อมูลข่าวสาร เงินทุนและการจัดการต่างๆ จะเห็นว่าทุนใหญ่ยิ่งขยายเติบโต แข็งแกร่ง แต่ประชาชนชุมชนท้องถิ่นกลับอ่อนแอลง ถ้าไม่มีระบบการดูแลทางสังคมเสมือนตาข่ายรองรับที่เหมาะสม (Social Safety Net) อาจจะนำไปสู่ความทุกข์ยากแบบสุดโต่งและความรุนแรงได้

2. โลกแห่งความย้อนแย้ง หรือ Age of Paradox

ความย้อนแย้งในที่นี้ หมายถึง อะไรก็ตามที่เคยเป็น ความเชื่อ คุณค่าเดิม ทฤษฎีเก่า กฎหมาย กฎระเบียบ กติกา สังคมในแบบเก่าๆ จะถูกหักล้าง ถูกย้อนแย้ง กล่าวคืออำนาจ กฎหมายหรืออำนาจทางทฤษฎี ความเชื่อต่างๆ จะถูกทำลาย เพราะอธิบายบางอย่างไม่ได้ ต้องอธิบายกันในอีกทฤษฎีหนึ่ง

แม้แต่เรื่องประชาธิปไตยที่นักวิชาการส่วนหนึ่งยัง ยึดถือ เป็นทฤษฎีประชาธิปไตยแบบตะวันตกที่เคยอธิบาย ปรากฏการณ์ได้ทั่วโลก แต่ปัจจุบันอธิบายเรื่องประเทศจีน ไม่ได้ อธิบายประเทศไทยไม่ได้ ตรงนี้เตือนให้รู้ว่า เข้าสู่ศตวรรษ ที่ 21 ซึ่งเป็นโลกของความย้อนแย้ง คนที่ยังยึดถือทฤษฎีแบบ ตายตัว อาจจะล่าหลังเสียแล้ว ไม่ว่าจะคุณจะเป็นนักวิชาการ อาจารย์มหาวิทยาลัย คุณอาจจะล่าหลังกว่าคนที่ เป็น นักเคลื่อนไหว เพราะทฤษฎีใหม่ๆ เกิดจากการปฏิบัติการ มากกว่าการนั่งคิดหรือท่องตำรามาอธิบาย

3. โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน หรือ Age of Disruption

คือการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในชั่วข้ามคืน โดยเฉพาะเรื่องของเทคโนโลยี การสื่อสาร ปัญญาประดิษฐ์ ซึ่งจะ เปลี่ยนการทำงาน เปลี่ยนวิถีชีวิต เปลี่ยนความเคยชินใหม่

สำหรับคนจำนวนหนึ่งที่เรียนรู้ไม่ทันและปรับตัวไม่ได้อาจจะ
ถูกทอดทิ้ง หรืออยู่รั้งท้าย

ประเทศไทย กับ ความท้าทายใหม่ 5 ประการ

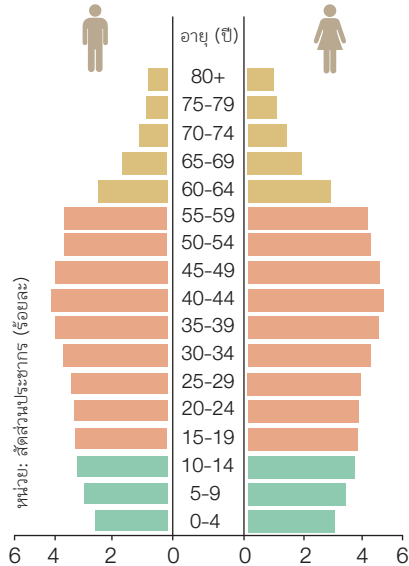
ในขณะที่โลกกำลังเปลี่ยนแปลง ประเทศไทยเองก็มีปัญหาท้าทายใหญ่ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับสังคมสูงวัยซึ่งเข้ามาเร็วมาก มี 5 เรื่องที่ควรพิจารณา คือ

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ขณะนี้เป็นที่รับรู้กันดีแล้วว่า ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ข้อมูลจากทุกแหล่งต่างชี้ชัดว่า หลังจากปี 2552 เป็นต้นมา โครงสร้างประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพิง ได้แก่ เด็กและผู้สูงอายุ มีจำนวนมากกว่าประชากรในวัยแรงงาน ประชากรเด็กมีน้อยกว่าผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการลดภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็ว และอัตราการตายของประชากรที่ลดลง ทำให้จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

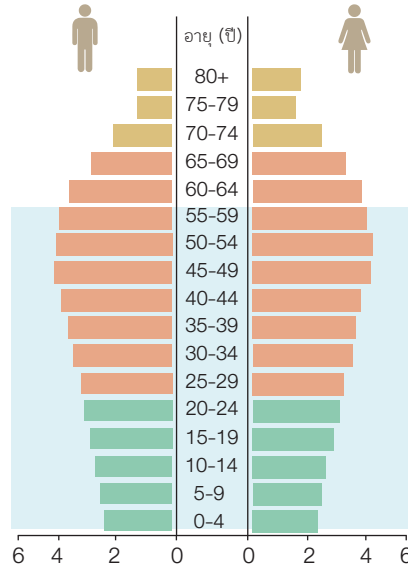
ปี 2558

จำนวนประชากร 67.4 ล้านคน



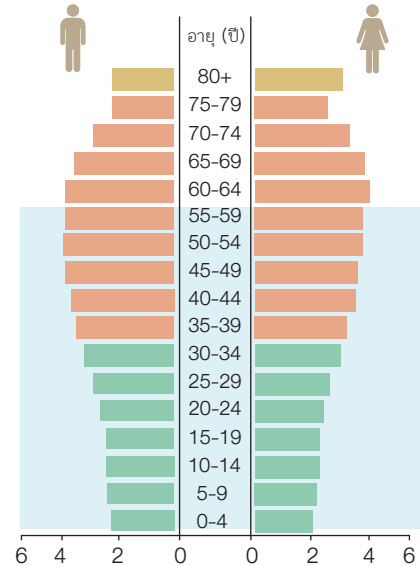
ปี 2568

จำนวนประชากร 67.9 ล้านคน



ปี 2578

จำนวนประชากร 66.77 ล้านคน



ที่มา: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กล่าวคือ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทย เป็นประชากรที่มีอายุเกินกว่า 60 ปีขึ้นไป ปัจจุบันมีผู้สูงอายุ ประมาณ 10.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 และคาดว่า ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ.2564 โดยมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20

2. การขาดแคลนแรงงาน

สังคมสูงวัย ไม่ได้หมายถึงสังคมของคนสูงอายุเท่านั้น แต่หมายถึงสภาพสังคมที่มีผู้สูงวัยเพิ่มขึ้น เด็กเกิดน้อยลง และมีปัญหาขาดแคลนคนในวัยแรงงาน

ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน เปิดโอกาสให้กับการ เคลื่อนย้ายประชากร การอพยพแรงงานจากประเทศอื่นเข้ามา โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้ขอบเขตของประเทศค่อยๆ หมดความสำคัญลงไป

นอกจากแรงงานอพยพแล้ว ยังมีแรงกดดันจากปัญหา ความไม่สงบในประเทศใกล้เคียงที่ทำให้เกิดการอพยพหนีภัย สงคราม อย่างกรณีของชาวโรฮิงญาสะท้อนความรุนแรง อันเกิดจากสงครามระหว่างประชาชนกับประชาชน ระหว่าง ศาสนิกที่มีความเชื่อความศรัทธาที่แตกต่างและเกิดแตกแยก

โรฮิงยาเกือบ 1 ล้านคนอพยพออกจากพม่าไปอยู่บังคลาเทศ
ที่มาประเทศไทยก็มีส่วนหนึ่ง ภาพถ่ายจากนิตยสาร Time
ฉายให้เห็นความทุกข์ทูลุเล นำเวทนาสงสารมาก

การอพยพแรงงานและประชากรไม่ว่าในรูปแบบใด ล้วน
เป็นปัจจัยตัวแปรที่สังคมและชุมชนท้องถิ่นต้องรับผลกระทบ
ในระยะยาว

สยามประเทศของเราตั้งแต่ครั้งโบราณ เป็นสังคมที่เปิด
กว้าง มีมิตรไมตรีต่อเพื่อนมนุษย์ทุกเชื้อชาติเผ่าพันธุ์ จากไทย
ไต ลาว ที่อพยพลงมาจากทางเหนือ มาผสมกับขอม มอญ
ละว้า ต่อมา มีแขก จีน ฝรั่งเศสเข้ามาผสมผสานด้วย ทุกวันนี้ถ้า
ถามว่าใครบ้างที่มีเชื้อสายไทยแท้ๆคงหาได้ยากเต็มที กว่า
จะสิ้นศตวรรษที่ 21 ลักษณะทางประชากรและแรงงานบน
แผ่นดินนี้อาจจะเปลี่ยนไปอีกมาก

3. การสร้างความมั่นคงในชีวิตผู้สูงอายุ

ปัญหาการสร้าง ความมั่นคงของผู้สูงอายุที่มีจำนวนมาก
ขึ้น ในระยะอันใกล้อาจเพิ่มเป็น 20–30% สังคมที่
“แก่ก่อนรวย” อย่างประเทศไทยจะเตรียมรับมืออย่างไร
“ล้าสนธิโมเดล” ก็เป็นเพียงตัวอย่างหนึ่งของความพยายาม
จัดการตนเองในระดับพื้นที่

จากรายงานของนิตยสาร Time ระบุว่า ในสหรัฐอเมริกาเองก็มีปัญหาที่อยู่มากเช่นกัน เพราะเขาเข้าสู่ปัญหาสังคมสูงวัยก่อนเรา เขากำลังพัฒนาไปถึงขั้นการจัดระบบดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต ที่เรียกว่า Hospice หรือศูนย์บริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีทั้งในรูปแบบเอกชนและรัฐท้องถิ่น

ที่สช.เองก็มียานเรื่องสิทธิการตายดี หนังสือแสดงเจตจำนงในการรับหรือปฏิเสธการรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง คาดว่าเมื่อถึงสถานการณ์หนึ่ง ศูนย์ดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตคงต้องมีการบุกเบิกพัฒนาขึ้นมาเช่นกัน เพราะเราต่างกลัวการจากไปด้วยความเจ็บปวดทรมาน ศูนย์บริการที่สามารถดูแลให้เราจากโลกนี้ไปอย่างไรทุกข์ทรมาน จึงเป็นส่วนหนึ่งของความสุขที่ปลายทางชีวิต

4. การสร้างทัศนคติที่ดีแก่ผู้สูงอายุ

ทัศนคติของผู้สูงอายุที่จะมีความมั่นคงนั้นต้องมีความคิด ความตระหนักและการเตรียมตัวตั้งแต่วินาที ไม่ใช่เขาจัดให้มีเวิร์คช็อปทีหนึ่งก็เตรียมความพร้อมทีหนึ่ง ที่จริงต้องเริ่มตั้งแต่อายุ 30–40 ปี หรือเมื่อเริ่มทำงานก็ต้องเตรียมกันแล้ว เพราะวันหนึ่งทุกคนก็ต้องเป็นผู้สูงอายุ

ในวันที่ยังรุ่งเรืองแข็งแรงอยู่ ต้องมองไปข้างหน้าให้เห็นภาพตัวเองในสถานะของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะป็นนายกรัฐมนตรี รัฐมนตรี ผู้นำ หรือผู้บริหาร นักธุรกิจ พอถึงบั้นปลายก็ต้องร่วงโรยเหมือนกันทั้งหมด เมื่อเร็วๆ นี้ในทางสื่อโซเซียลมีภาพถ่ายของบุชผู้พ่อกำลังป่วยเผยแพร่ออกมา และมีการหยิบประเด็นนี้ขึ้นมาว่าบุชเป็นคนที่น่าสงครามทำลายล้างอารยธรรมอิสลามจึงตกอยู่ในสภาพที่น่าสมเพช ซึ่งนั่นอาจมีส่วนจริงบ้าง แต่ความจริงอีกมุมหนึ่งคือบุชผู้พ่อผู้ที่มีอายุเกือบร้อยปีแล้ว สภาพเหมือนไม้ใกล้ฝั่งก็เป็นไปตามวัย พระพุทธองค์จึงทรงสอนให้ตั้งอยู่ในความไม่ประมาท

5. การเพิ่มผลิตภาพผู้สูงวัย

ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ยังคงมีสุขภาพแข็งแรง สามารถมีกิจกรรมชีวิตและสังคมได้อีกนานปี เรื่องของการมีงานทำ มีรายได้ มีหลักประกันจึงเป็นประเด็นสำคัญ อาชีพหรืองานหลังเกษียณแบบไหนที่จะเหมาะสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ หน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรบริหารท้องถิ่นและภาคธุรกิจคงต้องเข้ามาศึกษา ออกแบบวางแผนและดำเนินการเพื่อรองรับ ทั้งในด้านของการส่งเสริมอาชีพทางเลือกใหม่ๆ และในด้านการเพิ่มผลิตภาพแก่แรงงานสูงวัย

การเปลี่ยนผ่าน 3 แนวทาง

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโลกและความท้าทายใหม่ของสังคมไทย จึงนำมาสู่แนวคิดแนวทางสำหรับการเตรียมรับมือการเปลี่ยนผ่านประเทศใน 3 สิ่งที่สำคัญ

จากการที่ได้ทำงานกับหน่วยงานต่างๆ และรัฐบาลทุกฝ่ายล้วนตระหนักในเรื่องเหล่านี้ แต่ปัญหาอยู่ที่ว่าใครจะทำอะไรและทำได้แค่ไหน

อย่างไรก็ตาม เราคงต้องช่วยกันคิดและลงมือทำกันคนละไม้คนละมือ โดยร่วมมือและใช้ประโยชน์จากนโยบายที่เกี่ยวข้องของทุกรัฐบาล เพื่อการดังต่อไปนี้

1. ปรับวัฒนธรรมการเรียนรู้ (Learning in Transition)

ในยุคศตวรรษที่ 21 นั้น การเรียนรู้ไม่เหมือนศตวรรษที่ 19–20 แล้ว บางเรื่องต้องเรียนรู้ในเรื่องไม่เคยรู้มาก่อนอย่ามีอคติ ไม่ว่าจะอายุจะมากแค่ไหนก็ต้องเรียนรู้ตลอดชีวิต

เป็นการเรียนรู้เพื่อชีวิตและนำมาใช้งาน ไม่ใช่การเรียนรู้เพื่อ
เอาปริญญา

บางอย่างต้องเรียนใหม่ แม้เคยเรียนมาแล้ว แต่ลืมแล้ว
อาจต้องเรียนใหม่ หรือ Relearn เพื่อทบทวนว่าพื้นฐาน
บางอย่างยังเหมือนเดิมหรือไม่ มีอะไรที่เปลี่ยนแปลงไปบ้าง
ต้องเรียนเพื่อความรู้และทำให้มันกลายเป็นปัญญาของเรา

แต่ยังมีอีกแบบหนึ่งคือการไม่เรียน หรือ Unlearn
หมายถึง อะไรที่ไม่เป็นประโยชน์ไม่ต้องไปเรียนรู้ อย่าไปเรียน
ให้เสียเวลา ต้องสามารถแยกแยะให้ได้ว่าอะไรที่เป็น Unlearn
เช่นข้อมูลที่อยู่ในสื่อสารสังคมทุกวันนี้ประมาณ 90 – 95%
เข้าข่าย Unlearn ซึ่งเราไม่ควรใช้เวลากับตรงนั้นมากจนเกิน
ไป

การปรับตัววัฒนธรรมการเรียนรู้จึงเป็นเรื่องใหญ่สำหรับ
ทุกคน ทุกองค์กร ทุกเครือข่าย ทั้งประเทศ รวมถึงชุมชน
ท้องถิ่น ถ้าไม่ปรับวิถีการเรียนรู้และรู้เท่าทัน ย่อมมีโอกาส
ถูกทิ้งห่างและอยู่อย่างลำบาก แต่ถ้าเราปรับ ถึงแม้จะถูกทิ้ง
บ้างก็จะไม่ลำบากจนเกินไป ใครจะเรียกว่าเราก็คงไม่เป็นไร
ขอเราไม่จนปัญญา ฟังตนเองและสามารถจัดการตนเองได้
เท่านั้นเป็นพอ

ทางรัฐบาลเอง เขาก็กำลังจับในเรื่องนี้เช่นกัน การปรับ
วัฒนธรรมการเรียนรู้ สะท้อนออกมาผ่านกระบวนการปฏิรูป
การศึกษา ซึ่งกำลังคืบไปช้าๆ แต่ก็เห็นความก้าวหน้าและความ
พยายาม กลไกคณะกรรมการอิสระทางการศึกษาที่มี
ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธาน ท่านตั้งเอาอาจารย์หมอ
ประเวศ วะสี เข้ามาช่วยด้วยอีกแรง ท่านกล่าวว่ากระบวนการ
เรียนรู้เป็นแบบเดิมไม่ได้

2. ปรับวัฒนธรรมการดำรงชีวิต (Culture in Transition)

การปรับวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของมนุษย์ คือ ปรับ
วิถีชีวิต ความเชื่อ วิธีคิด ต้องปรับให้ทันสมัยและรู้เท่าทัน
วัฒนธรรมการดำรงชีวิตนั้นเกี่ยวกับเรื่องของคุณค่า ค่านิยม
บุคลิก ทักษะคติ วิธีคิด ซึ่งต้องมีการปรับกันใหม่อย่างจริงจัง

ขณะนี้ ทางรัฐบาลโดยมีคณะกรรมการขับเคลื่อน
ประเทศไทย 4.0 ที่กำลังทำเรื่องนี้อยู่ มี ศ.ดร.เทียนฉาย
กิริชนะพันธ์ เป็นประธานคณะกรรมการสร้างกระบวนการทัศน์
และหลักคิดที่เหมาะสมสำหรับคนไทย ซึ่งเขามีแผนการ
ขับเคลื่อนสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยภาคีเครือข่ายที่
ทำงานส่งเสริมและพัฒนาสังคมในมิติต่างๆ ค่านิยม 5 ประการ
ที่คณะทำงานนี้ถือเอาเป็นเป้าหมาย ได้แก่ ความพอเพียง ความ
มีวินัย ความสุจริต จิตสาธารณะและความรับผิดชอบ

3. ปรับวัฒนธรรมของการทำงาน (Working in Transition)

ในยุคนี้ ถ้าคุณไม่เปลี่ยนวัฒนธรรมการทำงานก็อาจจะตกงานได้ แม้แต่งานราชการซึ่งผมคิดว่า ภายใน 10 ปีนี้คงจะถูกกระทบแน่ อย่างที่เคยคิดกันว่ารับราชการแล้วจะอยู่ไปจนเกษียณอย่างสบายๆ ตอนนี่ไม่มีทางแล้ว คุณอาจถูกปรับออกเพราะสังคมแบกรับภาระไม่ไหว เนื่องจากงบประมาณแผ่นดิน 100 บาท ปัจจุบันถูกใช้ไปกับสวัสดิการและเงินเดือนของข้าราชการประมาณ 70% เหลือเพียง 30% เท่านั้นที่มาใช้ในการลงทุนและทำงานพัฒนา

การจ้างแรงงานในหน่วยราชการทั้งหลาย อย่างเช่น กระทรวงศึกษาธิการที่บอกว่ามีการจ้างงานครูจำนวน 3-4 แสนคน แต่ข้อมูลบอกเราว่าภายในไม่เกิน 5 ปีนี้ครูจะเกษียณไปถึงครึ่งหนึ่งเลยทีเดียว ประเด็นคือถ้าเกษียณแล้วเขาจะไม่รับคนใหม่เข้ามาเป็นข้าราชการแบบเดิม แต่จะเป็นสัญญาการจ้างงานระยะสั้น คือคุณมาได้และก็ได้

ดังนั้นเราต้องปรับวิธีการทำงาน คนๆ หนึ่งอาจต้องมีอาชีพมากกว่า 1 อาชีพ ต้องมีรายได้มากกว่า 1 ทาง อาจจะมี 2-4 ทาง ทางไหนมั่นคงที่สุดทางนั้นก็เป็นหลัก แต่สามารถปรับเปลี่ยนไปได้ตลอดเวลา ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับบุคคลใหม่ที่คนรุ่นใหม่มีสมาธิสั้น เบื่อง่าย ทำงานไปได้ 2-3 ปีก็

เบื่อแล้ว แต่อย่างไรก็ตาม เขาจะทำงานแบบไหนก็มีชีวิตของตัวเองเป็นเดิมพัน เขาต้องดูแลตัวเอง ไม่ต้องไปอุ้มเขา เขามีปัญญาของเขา

ประเทศไทยในยุคตอนต้นศตวรรษที่ 21 การเปลี่ยนผ่านด้านเทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารเราได้เห็นกันชัดเจนแล้ว เทคโนโลยีการสื่อสารทำให้คนไกลเหมือนอยู่ใกล้ ไปที่ไหนทุกมุมโลกสามารถโทรศัพท์กลับบ้านแบบเห็นหน้ากันได้ ไลน์หากันได้ตลอดทุกที่ที่มี WIFI หมายความว่าโลกที่อยู่ไกลกลับมาใกล้ แต่โลกที่อยู่ใกล้กลับไกลออกไป คือผู้คนที่อยู่ห้องเดียวกันนั่งโซฟาตัวเดียวกัน แต่นั่งคนละมุม ต่างคนต่างจ้องโทรศัพท์ตนเพื่อสื่อสารกับคนที่ไกลออกไป

ปัญญาประดิษฐ์มาแรงมาก ประมาทไม่ได้เลยทีเดียว ไม่ว่าจะหุ่นยนต์ รถยนต์โดยที่ไม่มีคนขับก็เริ่มมีแล้วในสิงคโปร์ มีคนถามว่าถ้านั่งหรือเปลา ก็ต้องถามว่าแล้วเครื่องบินคุณถ้านั่งหรือไม่ เพราะเครื่องบินก็ไม่มีคนขับแต่เป็นเทคโนโลยีที่พัฒนามาอย่างลงตัว

ในทางการแพทย์ หมอรุ่นเก่ากลายเป็นหมอแผนโบราณไปเลย แม้แต่หมอผ่าตัด วันนี้เขาผ่าตัดโดยใช้การเจาะรูทำรูเข็ม หรือผ่าตัดทางกล้อง เพื่อลดผลกระทบวงกว้าง ตัดไส้ติ่ง

ถุงน้ำดี มดลูก แต่หมอรุ่นเก่าที่ไม่เรียนรู้ก็ทำไม่เป็น เพราะตอนเรียนต้องผ่าเปิดออกมา หมอเอ็กซเรย์ที่มีประสบการณ์อ่านฟิล์มมาทั้งชีวิต เวลานี้นั่งอยู่ที่บ้านสามารถอ่านฟิล์มให้โรงพยาบาลนับสิบๆแห่งโดยผ่านระบบสื่อสารทางไกล รายได้ดีกว่าเดิม ไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลอีกด้วย เป็นเรื่องของ การเปลี่ยนแปลงในทุกวิชาชีพเพราะความรู้และเทคโนโลยี เปลี่ยน

นอกจากเทคโนโลยีแล้ว เศรษฐกิจโลก การเมืองโลก สิ่งแวดล้อมโลก และโรคระบาดทางด้านการสาธารณสุข ก็เปลี่ยนแปลง ในภาวะโลกร้อนทำให้เกิดโรคระบาดใหม่ขึ้น ที่หยุดไปแล้วก็เกิดการระบาดใหม่ได้ ชุมชนจะแออัด เกิดชุมชน ทางดิ่งเพราะมีที่ดินน้อยลง พื้นที่ในชนบทจะว่างเพราะคนไหล เข้ามาอยู่ในเมือง ช้างนอกกลายเป็นที่ทำการเกษตร

ศตวรรษที่ 21 โรงเรียนจะเปลี่ยนโฉม มีห้องเรียนแบบ ใหม่ๆ เกิดขึ้น ไม่รู้ห้องเรียนแบบเก่าจะเหลืออยู่หรือไม่ มหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลเปลี่ยนแน่ ธนาคราก็เปลี่ยนไป แล้ว หลายสาขาต้องยุบไป เลิกจ้างพนักงานนับหมื่น และ ทางธนาคราแห่งประเทศไทยได้ประกาศแล้วว่าต่อไปถ้า ธนาคราปิดสาขา คงต้องออกกฎระเบียบมารองรับให้กองทุน หมูบ้านและร้านโชว์ห่วยสามารถทำงานบริการบางอย่างแทน ธนาครา

กระบวนการคิดใหม่ของการพัฒนา กับ จังหวะก้าวของ ศช.

ขอกลับมาที่งานชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคม ซึ่งพวกเราต่างทราบสถานการณ์กันดีอยู่แล้ว จะขอสรุปให้เห็นภาพรวมว่า ในตอนนี้ทุกฝ่ายต่างเห็นความสำคัญของเรื่องชุมชนเข้มแข็ง ท้องถิ่นเข้มแข็ง แม้รัฐบาลที่เชื่อในอำนาจรวมศูนย์จะยังไม่เห็นความสำคัญของท้องถิ่น แต่เราเห็นเราจึงรวมชุมชนกับท้องถิ่นเอาไว้ด้วยกัน

หรืออย่างที่หลายฝ่ายเห็นว่าประชาสังคมต้องมีบทบาทในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน เพราะโลกกำลังไปทางนั้น แต่บางฝ่ายยังคงหวาดระแวงและแยกแยะไม่ออก ระหว่างกลุ่ม NGO สายแข็ง กับกลุ่มองค์กรภาคประชาสังคมที่มีแนวทางประสานร่วมมือ

ในเรื่องบทบาทของภาคประชาสังคมกับกระบวนการพัฒนาประเทศนั้น เราได้ผ่านการเรียนรู้ ลองผิดลองถูกมา 40 ปี และเห็นชัดขึ้นเรื่อยๆ ดังท่านอาจารย์หมอบระเวศ วะสี

ได้กล่าวไว้ในปัจฉิมถก เมื่อครั้งงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ว่าด้วยเรื่องของ “กระบวนการค้นหาคำใหม่ของการพัฒนา”

จากการทำงาน เคลื่อนไหว ปรับปรุง และพัฒนาองค์ความรู้จนตกผลึก ขบวนการของเราสามารถสังเคราะห์ความรู้จากประสบการณ์ขึ้นเป็นทฤษฎีการพัฒนาแบบใหม่ที่เชื่อว่า สุขภาพคือเป้าหมายองค์รวมของการพัฒนาที่ยั่งยืน ไม่ใช่เงินทองหรือการเติบโตทางเศรษฐกิจ เราจึงมุ่งส่งเสริมการรวมตัว ร่วมคิดร่วมทำของประชาชนและชุมชนท้องถิ่น ยึดแนวทางสร้างพระเจดีย์จากฐานล่าง

และพบว่า การเปลี่ยนแปลงในความคิดความเชื่อของคนนั้นไม่สามารถใช้การบังคับได้ จะใช้วิธีเดินขบวนไปกดดันให้เปลี่ยนก็เปลี่ยนไม่ได้ แม้อ่อนวอนร้องขอหรือตำท้อ ก่นประนาม ก็ไม่ได้ผล เอาปืนไปจ่อหัวให้เปลี่ยนก็ไม่สำเร็จ-ไม่ยั่งยืน

สุดท้ายเราก็ได้ค้นพบแนวทางการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดจิตสำนึกและท่าที-พฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม จากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ (Interactive Learning through Action) โดยพบว่ากระบวนการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ไปด้วยกันในการปฏิบัติ ณ จุดของปัญหา จะทำให้เกิดการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงตนเองในทุกฝ่าย

(Transformative Learning) เป็นการเปลี่ยนแปลงจากภายใน หรือที่เรียกว่าเป็นการปฏิวัติเงียบ นี่คือสาระสำคัญของ กระบวนการที่ว่านี้

สช. และขบวนของเรา เป็นขบวนสายสุขภาพ สายชุมชน ท้องถิ่นและประชาสังคม ขบวนของเรามีความหนักแน่น กว้างขวางและมีขบวนแถวหนุนเนื่องที่ยาวพอสมควร ดังนั้น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 จึงควรตั้งเป้าหมายในการ แสดงพลังภาคพลเมือง โดยเฉพาะเป็นการแสดงพลัง สร้างสรรค์ในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านของประเทศ ใน สถานการณ์ช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะเข้าสู่การเลือกตั้ง เราต้อง แสดงศักยภาพ แสดงตัวตนให้เข้มแข็งชัดเจนขึ้นมาจาก ฐานของภาคีเครือข่ายทั้งในเชิงประเด็นและเชิงพื้นที่ จากจังหวัด อำเภอและตำบลทั่วประเทศ

เครือข่ายพลเมืองอาสา “ประชารัฐ”

นอกจากงานมหกรรมสุขภาพและสมัชชาสุขภาพ แห่งชาติในช่วงปลายปีแล้ว เรายังมีโครงการสานพลัง ขับเคลื่อนภาคพลเมืองรออยู่อีก 2 โครงการใหญ่ ที่จะหนุนให้ เกิดการเคลื่อนไหวทางสังคมและขยายการถักทอภาคีเครือข่าย ออกไปอย่างก้าวกระโดด

โครงการพัฒนาศักยภาพและสนับสนุนภาคีเครือข่าย
พลเมืองอาสา “ประชารัฐ” โครงการนี้จะมุ่งทำหน้าที่สนับสนุน
การปฏิบัติงานของเครือข่ายพลเมืองอาสา 8,857 เครือข่าย
81,000 คน ดังนี้

1. สนับสนุนการปฏิบัติงานของเครือข่ายพลเมืองอาสา
ประชารัฐอำเภอ สานต่อภารกิจการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
ผู้ยากลำบากที่ถูกต้องทั้งด้วยมาตรการที่เหมาะสม เป็นราย
บุคคล

2. สนับสนุนการปฏิบัติงานของเครือข่ายพลเมืองอาสา
ประชารัฐจังหวัด เฝ้าระวังและรับมือภัยพิบัติภัยธรรมชาติตาม
แผนพิบัติภัยชุมชน เป็นรายพื้นที่

3. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายพลเมืองอาสาประชารัฐ
ที่หลากหลาย เสริมสร้างฐานทุนทางสังคมสำหรับการปฏิรูป
และพัฒนาประเทศระยะยาว โดยมีเป้าหมายสร้างผู้นำและ
วิทยากรชุมชนจำนวน 10,000 คน

4. สนับสนุนการขับเคลื่อนกระบวนการปรับเปลี่ยน
ค่านิยมและวิถีคิดพลเมืองสู่ประเทศไทย 4.0 ขานรับนโยบาย
ของรัฐบาล โดยมีเป้าหมายทำผลงานให้โดดเด่นกว่าส่วนราชการ
ทั่วไป

เศรษฐกิจชุมชน ตำบลน่าอยู่

อีกโครงการหนึ่งคือ โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชน ส่งเสริมเศรษฐกิจท้องถิ่น สร้างตำบลน่าอยู่-ตำบลสุขภาวะ ทั่วประเทศภายในระยะเวลา 5 ปี โครงการนี้รับโจทย์มาจาก อาจารย์หมอบุรเวศ วัชชี และ ดร.สมคิด จาตุศรีพิทักษ์ โดยตรง มีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย คือ

1. พัฒนาและขับเคลื่อนกระบวนการ “ธรรมนุญตำบลน่าอยู่” อย่างครบวงจร เสริมสร้างตำบลน่าอยู่ ตำบลเข้มแข็ง จำนวน 7,954 แห่ง เป็นตำบลในต่างจังหวัด รวมถึงแขวงและเขตในกรุงเทพมหานครด้วย
2. เสริมสร้างเครือข่ายเศรษฐกิจชุมชนเข้มแข็ง จำนวน 2,000 แห่ง สนับสนุนการขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานรากตามแนวทางสานพลังประชารัฐ เสริมสร้างเครือข่ายการท่องเที่ยวชุมชน ร้านค้าประชารัฐระดับคุณภาพ
3. พัฒนาศักยภาพกลไกสนับสนุนชุมชนสุขภาวะ-ชุมชนน่าอยู่ ในพื้นที่ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ จำนวน 500 แห่ง จากทั้งหมด 878 แห่ง

ขบวนการปฏิรูปด้านสาธารณสุข

จากนี้ไปจะขอเปลี่ยนมาพูดถึงเรื่องงานยุทธศาสตร์ชาติ และงานปฏิรูปประเทศโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขบ้าง

ในกระบวนการทำงานของคณะกรรมการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิรูปที่ประกอบด้วย ประเด็นปฏิรูป 10 ประเด็น เสนอต่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ คณะรัฐมนตรีและสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ก่อนที่จะประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายต่อไป

เมื่อพิจารณาแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ทั้ง 10 ประเด็นนั้น ในความเห็นส่วนตัว เห็นว่าเรื่องสำคัญอยู่ที่ ประเด็นปฏิรูประบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ โดยควรต้องแยกบทบาทและอำนาจหน้าที่ให้เกิดความชัดเจน ให้กลไกและตัวแสดงสามารถตรวจสอบถ่วงดุลกันได้จริง ระหว่างหน่วยงานกำหนดและกำกับนโยบาย (Policy and Regulator) หน่วยงานผู้ซื้อบริการ (Purchaser) และหน่วยงานผู้ให้บริการ (Provider) จึงควรที่พวกเราจะได้ทุ่มเทสรรพกำลังลงไป

ขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงโครงสร้างและระบบในภาพใหญ่ให้จงได้

อย่างไรก็ตาม แนวคิดดังกล่าวคงเกิดขึ้นได้ยากในยุคการปฏิรูปที่นำโดยกลไกราชการอย่างที่รัฐบาลชุดนี้กำลังดำเนินการอยู่ แต่การขับเคลื่อนความคิดในขบวนการภาคประชาชนไม่ควรหยุดยั้ง เพราะในอนาคตเมื่อโอกาสมาถึง หากพลังภาคพลเมืองมีความพร้อมก็จะสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

เพื่อปูพื้นฐาน ให้ทุกท่านเกิดความเข้าใจพัฒนาการของงานสาธารณสุขและการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างในแต่ละช่วง จะขอทบทวนประวัติศาสตร์และความเป็นมาของการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญในแต่ละยุค ดังนี้

ยุคที่ 1 สมัยรัชกาลที่ 5-6

พ.ศ.2424 อหิวาตกโรคระบาดใหญ่ ร.5 ทรงตั้งโรงพยาบาลชั่วคราวในชุมชน 48 ตำบล ต่อมา พ.ศ.2429 ตั้งคณะกรรมการจัดสร้างโรงพยาบาล

พ.ศ.2430 สมเด็จพระเจ้าลูกยาเธอ เจ้าฟ้าศิริราช-กกุฎกนิษฐาธิราช เจ้าฟ้าศิริราช-กกุฎกนิษฐาธิราช สิ้นพระชนม์ด้วยโรคบิด

พ.ศ.2431 วันที่ 26 เมษายน เสด็จทรงเปิดโรงพยาบาล
แห่งแรกและพระราชทานนาม “โรงพยาบาลศิริราช” รักษา
ทั้งแบบแพทย์แผนปัจจุบันและแผนโบราณไทย พ.ศ.2443
ทรงเปิดโรงเรียนแพทย์แห่งแรก พระราชทานนามว่า
“แพทยาลัย” ปัจจุบันคือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

พ.ศ.2457 สมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ พระองค์เจ้ารังสิต
ประยูรศักดิ์ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร ทรงเป็นผู้บัญชาการ
โรงเรียนราชแพทยาลัย (รพ.ศิริราชพยาบาล)

พ.ศ.2461 มีการตั้งกรมสาธารณสุข โดยทรงเป็นอธิบดี
กรมสาธารณสุข ได้พระราชทานนโยบายการสาธารณสุข
ว่า “...แต่ก่อนนี้ มีความมุ่งหมายที่จะให้การบำบัดโรคดี
แพร่หลายทั่วไป เมื่อประชาชนถูกรโรคเบียดเบียน ก็ให้มีทางที่
จะรอดพ้นไปได้ด้วยการบำบัดโรคมากกว่าอื่น แต่เดี๋ยวนี้
การสาธารณสุขทั่วโลกเป็นการป้องกันโรคมมากขึ้นทุกที เพราะ
การป้องกันเป็นการสำคัญและให้ผลดียิ่งขึ้นยิ่งกว่าการแก้
อย่างแน่นอน แต่ใช้ว่าจะทอดทิ้งการบำบัดโรคเสียทีเดียว
ก็หาไม่ การบำบัดโรคยังคงเป็นการสำคัญในการสาธารณสุข
ประเภทหนึ่งอยู่นั่นเอง ...การบำบัดโรคเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับ
บุคคลเฉพาะตัวเป็นคนๆ ไป ส่วนการป้องกันโรคเป็นเรื่องที่
เกี่ยวข้องกับคนทั้งหมดๆ แพทย์บำบัดโรค มุ่งที่จะให้คนไข้ที่ตน

รักษาอยู่นั้นหายเป็นปกติรายๆ ไป ส่วนแพทย์ผู้ป้องกันโรค
มิได้ฝึกถึงแต่ความสุขของบุคคลคนหนึ่งคนใดเท่านั้น ฝึกถึง
คนทั้งหมดเสมอไป...”

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิรูปในยุคนั้นคือ การแพทย์สมัย
ใหม่ของไทยมีความก้าวหน้ามาตามลำดับโดยเฉพาะระบบการ
แพทย์แผนปัจจุบัน ส่วนการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน
และภูมิปัญญาท้องถิ่นกลับถูกละเลยละทิ้ง คำนิยมซ่อมสุขภาพ
(บำบัด) เข้าครอบงำ จนสังคมไทยไม่ค่อยเห็นความสำคัญของ
งานเสริมสร้างสุขภาพและการป้องกันโรค บุคลากรในสายงาน
สุขภาพที่ทำงานด้านป้องกัน เช่น กรมอนามัย กรมควบคุมโรค
ไม่ค่อยรุ่งเรือง แต่สายงานทางการแพทย์การรักษาพยาบาล
ทรงอิทธิพลและมั่งคั่ง

ยุคที่ 2 ราวปี 2530 – 2550

เป็นยุคการปฏิรูปที่เกิดจากความริเริ่มของภาคประชา
สังคมอันอยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข หัวขบวนการปฏิรูป
ไม่ใช่ภาครัฐ แต่ประกอบด้วยนักคิด นักวิชาการ นักวิชาชีพ
นักพัฒนาสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ใช้แนวทาง
การสานพลังตามทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา กรอบประเด็น
การปฏิรูปสำคัญได้แก่ การปฏิรูประบบสุขภาพในนิยามใหม่

สุขภาพ 4 มิติ เปลี่ยนวิธีคิดจาก “ซ่อมสุขภาพเสีย” มาเป็น “สร้างนำซ่อม” กำเนิดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามหลักการ purchaser-provider split และมีการตั้งกลไกอิสระด้านสุขภาพอื่นๆ รวม 6 องค์กร

ผลลัพธ์จากการปฏิรูปในช่วงนี้ งานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตก้าวหน้าไปมาก เช่นเดียวกันระบบบริการทางการแพทย์ของไทยก็ก้าวไปไม่หยุดยั้งจนมีชื่อเสียงไปทั่วโลก

ในงานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 10 ทางองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ส่งคนมาศึกษาและเขียนเรื่องราวของเราสำหรับเป็นบทเรียนเผยแพร่ไปทั่วโลก นับเป็นเกียรติภูมิ

แต่ในขณะเดียวกัน ระบบ-โครงสร้างและกลไกสุขภาพที่เกิดขึ้นใหม่บางส่วน กลับมีการสวিংไปมากจนเกิดขัดแย้งและเสียสมดุล เช่น เรื่องงบประมาณแผ่นดิน แต่เดิมกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับงบประมาณมาบริหารจัดการทั้งหมด เพราะในยุคก่อนมี สปสช. นั้น กระทรวงสาธารณสุขเป็นทั้ง policy regulator (ผู้กำหนดนโยบาย) เป็นทั้ง provider (ผู้ให้บริการ) เพราะโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นของกระทรวงสาธารณสุข และเป็น purchaser (ผู้จ่ายเงิน) อีกด้วย คือทั้งหมดอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขคนเดียว แต่เมื่อมี สปสช.

ก็เริ่มแยกออกไป (purchaser-provider split) เพื่อให้เกิดการ
กำกับถ่วงดุลกัน พัฒนาคุณภาพการบริการประชาชนให้ดีขึ้น

เมื่อปรากฏว่าเงิน 100 ส่วนที่กระทรวงสาธารณสุข
เคยได้รับในแต่ละปี ขณะนี้มี 70 ส่วนต้องตกไปอยู่ที่ สปสช.
ความไม่พอใจจึงเกิดขึ้น เมื่อประกอบเข้ากับปัญหาการไม่
สามารถกระจายบุคลากรไปตามงบประมาณรายหัวได้ตาม
อุดมคติ และกระทรวงสาธารณสุขต้องดิ้นรนหางบประมาณ
มาแก้ปัญหาการบริหารงานเฉพาะหน้า ปัญหาและความ
ขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับสปสช. จึงสะสม
เรื่อยมาจนถึงจุดระเบิด เกิดการโต้กลับ

ต่อมาเมื่อมีการยึดอำนาจโดยคณะรักษาความสงบ
แห่งชาติ (คสช.) ข้อมูลโจมตี สปสช.รวมทั้งองค์กรตระกูล
ส.อื่น ไหลพรั่งเข้าไปสู่คณะรักษาความสงบแห่งชาติจนท่วมท้น
มีการตั้ง คตร.และสตง. ให้เข้ามาตรวจสอบการทำงานใน
ลักษณะมีธงและมุ่งโค่นล้ม แต่ในที่สุดก็ไม่สามารถค้นหาความ
บกพร่องใดๆ ที่จะใช้มาทำลายได้ จึงไม่น่าแปลกใจที่กลุ่ม
เครือข่ายคนรักหลักประกันต้องลุกขึ้นมาปกป้องอย่างสุดฤทธิ์

ในขณะเดียวกัน อีกภาพหนึ่ง ขบวนการของภาคธุรกิจเอกชน
ที่ลงทุนในด้านรพ.เอกชน ก็เติบโตและมีบทบาทมากขึ้น

กิจการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพยิ่งเติบโต ค่ารักษาของรพ.เอกชน
ไร้การควบคุม ปัญหาสมองไหลยังแก้ไม่ตก แม้ สปสช.จะถือ
เงินอยู่มากแต่ก็ไม่สามารถควบคุมกำหนดราคาค่าบริการ
นอกจากนั้น รพ.เอกชนจำนวนมากกำลังถอยออกจากระบบ
สปสช.เพราะสามารถอยู่ได้ด้วยกำไรมุ่งเป้าหมายให้บริการกับ
คนระดับกลาง ระดับบน และชาวต่างประเทศ

ยุคที่ 1 สมัยรัชกาลที่ 5-6

เมื่อ 130-100 ปีก่อน

- ตั้ง รพ.ศิริราชพยาบาล
- ตั้งกรมสาธารณสุข
- เน้นวางรากฐาน และพัฒนา “ระบบการแพทย์แผนตะวันตก” เป็นหลัก

ยุคที่ 2 ราวปี 2530-2550

- เป็นการปฏิรูปที่เกิดจากความริเริ่มของภาคประชาสังคม ตามทฤษฎีสามเหลี่ยม เขี่ยอนภูเขา
- ปฏิรูประบบสุขภาพในนิยามใหม่ สุขภาวะ 4 มิติ กลไกอิสระด้านสุขภาพ (6 องค์กรตระกูล ส.) เปลี่ยนวิธีคิด “สร้างนำซ่อม”

ยุคที่ 3 ช่วงเวลา 20 ปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ (2560-2579)

- ปฏิรูประบบบริหารงานสาธารณสุข (purchaser-provider-regulator split)
- ปฏิรูประบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค
- ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
- นโยบายสาธารณะว่าด้วยบทบาทโรงพยาบาลเอกชน

การปฏิรูประบบสุขภาพในยุคต่อไป

ยุคที่ 3 ของการปฏิรูประบบสุขภาพ น่าจะเป็นช่วงระยะเวลา 20 ปีตามยุทธศาสตร์ชาติ (2560-2579) ซึ่งในความเห็นส่วนตัว ควรเป็นยุคของการปรับสมดุลในระบบ โดยประกอบด้วยประเด็นสำคัญ อย่างน้อย 4 เรื่อง ได้แก่

1. ปฏิรูประบบบริหารงานสาธารณสุข
2. ปฏิรูปงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค
3. ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ
4. นโยบายสาธารณะว่าด้วยบทบาทโรงพยาบาลเอกชน

นี่คือสิ่งที่ขออนุญาตตั้งไว้ให้ช่วยกันคิด เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย ถ้าจะปฏิรูประบบสุขภาพยุคที่ 3 พวกเราต้องสานต่อภารกิจ สร้างสมดุลและแก้จุดอ่อนอันต่อเนื่องมาจากยุคที่ 2 สำหรับรายละเอียดในการปฏิรูปเรื่องต่างๆ มีดังนี้

ปฏิรูประบบบริหารงานสาธารณสุข

การปฏิรูประบบบริหารงานสาธารณสุข โดยเฉพาะส่วนที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นกลไกหลัก ถือเป็นจุดคานงัดสำคัญ ซึ่งมีสภาพปัญหาใหญ่ๆ ดังนี้

- ปัญหาคนไข้ล้นรพ.ของรัฐ จนแพทย์-พยาบาลของรัฐไม่สามารถดูแลคุณภาพการบริการประชาชน

- รพ.รัฐมีหนี้สินมาก งบประมาณไม่พอ และมีปัญหาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ จนสังคมต้องลุกขึ้นมารณรงค์หาเงินบริจาคช่วยแก้ปัญหาความขาดแคลน เรื่องนี้มีอะไรที่สลับซับซ้อนมากกว่าคนทั่วไปจะเข้าใจได้ง่ายๆ ประชาชนและสังคมจึงมักถูกปลุกอารมณ์ให้ไขว้เขวได้ ปัญหาไม่ใช่แค่การเติมเงินลงไปก็จบ แต่ปัญหาอยู่ที่ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐ トラบใดถ้ายังมีการบริหารจัดการโรงพยาบาลรัฐในแบบราชการอย่างทุกวันนี้ก็ไม่พ้นต้องขาดทุน ไล่เงินลงไปเท่าไรไม่มีทางเต็ม

- ปีที่แล้ว (2560) มีการขอเงินจากงบกลางของรัฐบาล 5 พันล้านเพื่อไปจัดการโรงพยาบาลที่ขาดสภาพคล่อง (ตัวแดง) ทั้งหมด วันนี่ (2561) ก็ขอเพิ่มอีก 8 พันล้านทั้งหมดล้วนเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ยังไม่ใช้การแก้ปัญหาเชิงระบบ ดังนั้นจึงต้องคิดเรื่องการปฏิรูปทั้งระบบเพื่อแก้ปัญหาเรื่องงบประมาณไม่เป็นธรรม รวมทั้งแก้ปัญหาคารกระจายบุคลากรและสมองไหลที่ยังแก้ไม่ได้ไปด้วยกัน

- ระบบเงินงบประมาณต่อหัวที่ผ่านเข้ามาที่ สปสช. จะถูกส่งต่อไปยังศูนย์ย่อยที่ให้บริการประชาชนโดยตรง คือโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งมีจำนวนประมาณพันแห่ง แต่โรงพยาบาลต่างๆ ก็ยังต้อง

พึ่งพาเงินเดือนบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุข บางจังหวัด
มีบุคลากรน้อยแต่ได้เงินต่อหัวประชากรจำนวนมาก
บางจังหวัดมีบุคลากรมากแต่ได้เงินจำนวนน้อยตามขนาด
ประชากรที่ดูแล เงินไม่พอใช้ ดิบบัญชีตัวแดง ทางกระทรวง
สาธารณสุขในฐานะองค์กรแม่ จะไม่ดูแลก็ได้ ต้องเข้าไป
โอบอุ้ม

- ฉะนั้น หลังจากจึงมีการเจรจาต่อรองเพื่อแก้ปัญหา
บริหารจัดการ โดยในทางพฤตินัยกระทรวงสาธารณสุขขอตั้ง
เอาเงินต่อหัวออกมาไว้สำหรับเป็นเงินเดือนก่อน ไม่เช่นนั้น
ระบบบริหารบุคลากรของกระทรวงจะล่ม การยืนยันหลักการ
ว่าต้องจ่ายเงินไปที่หน่วยบริการตามจำนวนประชากร เพื่อปีบ
บังคับให้แพทย์-พยาบาลต้องย้ายไปอยู่ในโรงพยาบาลที่
สามารถจ่ายเงินเดือนให้ ในโลกของความเป็นจริงไม่ได้ง่าย
อย่างนั้น และเมื่อมีปัญหายุ่งยากมากขึ้น ประกอบกับการ
เติบโตของ รพ.เอกชน ปัญหาสมองไหลตามมา เป็นเหตุปัจจัย
ซึ่งกันและกัน

- ตัวอย่าง ปี 2561 งบประมาณด้านสาธารณสุข 258,000
ล้าน (100%) เป็นงบ UHC ของ สปสช. 70% แล่งงบประจำ
ของกระทรวงสาธารณสุข 30% แต่ด้วยสถานะที่กระทรวง
ยังคงมีบทบาทเป็นทั้งผู้ควบคุมกฎกติกา (regulator) และเป็น

ผู้ให้บริการ (provider) ในเวลาเดียวกัน จึงมีอิทธิพลเหนือผู้เล่นอื่นๆ

- รพ.ของกสธ.มีประมาณ 1,000 โรง มีปัญหาบุคลากรกระจุกตัวและสมองไหล แก่ไม่ตก เมื่อ สปสช.ใช้วิธีจ่ายเงินไปที่หน่วยบริการย่อย จึงเกิดปัญหาขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข เพราะไม่สามารถดูแลเงินเดือนค่าตอบแทนข้าราชการและแพทย์-พยาบาลได้อย่างทั่วถึง จะบังคับให้บุคลากรกระจายไปตามเม็ดเงินก็ทำไม่ได้ จึงต้องพยายามต่อสู้ให้มีการแยกเงินเดือนออกจากเงินต่อหัว

- ด้วยเหตุนี้เอง ทำให้ในทางปฏิบัติ สปสช.ต้องถูกตัดเงินส่วน UHC มาให้กระทรวงสาธารณสุขก่อนประมาณ 50,000 ล้านบาทหรือ 21% ดังนั้นสัดส่วนงบประมาณจริง จึงกลับกลายเป็น สปสช.49 % กระทรวงสาธารณสุข 51%

- เมื่อกระทรวงสาธารณสุขแบ่งเองงบประมาณรายหัวไปเป็นเงินเดือนเสียก่อน เงินต่อหัวเฉลี่ยที่ใช้ในการให้บริการดูแลประชาชนในภาพรวมจึงลดลงไป ทำให้ รพ.ที่อยู่นอกกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งรพ.เอกชนที่เข้าร่วมโครงการได้รับผลกระทบและรู้สึกไม่เป็นธรรม รพ.เอกชนจึงพากันทยอยออกจากระบบของ สปสช.

• แต่เนื่องจากประสิทธิภาพการบริหารจัดการของเอกชนเหนือกว่ารัฐ จึงสามารถเอาตัวรอดได้ในทางธุรกิจโดยไม่ต้องพึ่งพาเม็ดเงินจากรัฐ และกำลังทิ้งห่างออกไปทุกทีทั้งในด้านคุณภาพบริการ ความสะดวกและความน่าเชื่อถือ ปัจจุบันรพ.เอกชนสามารถจ่ายเงินใช้ทุนให้กับแพทย์ที่จบใหม่เพื่อให้มาทำงานด้วย โดยได้เงินเดือนมากกว่าไปรับราชการทั้งๆ ที่รัฐเป็นผู้ผลิตบุคลากรและมีค่าใช้จ่ายลงทุนต่อหัวที่สูงมาก

เป้าหมายการปฏิรูประบบบริหารงานสาธารณสุข

คือ ปฏิรูปโครงสร้างความสัมพันธ์และแบ่งแยกบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน และมีการหนุนเสริม-ตรวจสอบถ่วงดุลกันอย่างเหมาะสม ระหว่างผู้เล่น 3 ฝ่าย

1) ผู้ซื้อบริการ -คือ สปสช. สปส. กรมบัญชีกลาง และกองทุนประกันภัยเอกชน

2) ผู้ให้บริการ -ควรกระจายรพ.ของกระทรวงสาธารณสุขออกไปเป็น รพ.ในสังกัดอื่นที่หลากหลาย

3) ผู้กำหนดและควบคุมกำกับนโยบาย - ต้องเป็นกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เพราะเป็นหน่วยงานเดียวที่มีอำนาจหน้าที่ และดูแลกฎหมายเกือบ 50 ฉบับ กระทรวงจึง

ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้มาทำหน้าที่ regulator อย่างมีประสิทธิภาพ และ ไม่ให้เกิดบทบาททับซ้อน

ส่วน สปสช.ในฐานะหน่วยผู้ซื้อบริการ ควรปรับสังกัดใหม่ให้ไปอยู่กับกระทรวงการคลัง หรือ สำนักนายกรัฐมนตรี เพราะการอยู่ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีประเด็นประโยชน์ทับซ้อน

หน่วยบริการทางการแพทย์ คือ รพช.รพท. และ รพศ. รวมประมาณ 1,000 แห่ง ควรจัดเป็นคลัสเตอร์และยกสถานะเป็นนิติบุคคลทั้งพวงในระดับเขต อาจใช้รูปแบบขององค์การมหาชน หรือรัฐวิสาหกิจ หรือ สหการของ อปท. หรือ วิสาหกิจเพื่อสังคม หรือ Public-Private Partnership

หน่วยบริการด้านการสาธารณสุข อันได้แก่ สถานีอนามัย และ รพ.สต.รวม 9,700 แห่ง ควรให้ไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ตามความพร้อมและสมัครใจทั้งสองฝ่าย งานด้านการสาธารณสุขไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์ แต่ต้องการนักวิชาการสาธารณสุข วันนี้มี พ.ร.บ. รับรองวิชาชีพนักการสาธารณสุขแล้วว่าเป็นวิชาชีพใหม่ ควรปลดปล่อยให้พวกเขาได้ทำหน้าที่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้เขาได้เป็นพระเอกในวิชาชีพของเขา ควรให้สอ. และ รพ.สต.ไปอยู่

กับท้องถิ่น แต่ไม่ควรบังคับใจทั้งฝ่ายไปและฝ่ายรับ ที่ไหนพร้อมก็ไป ใครไม่พร้อมไปก็ต้องมีที่ทางให้เขาอยู่ไปก่อน

ปฏิรูปงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค

เป็นเรื่องที่น่าตกใจมาก เมื่อหันหลังกลับไปแล้วพบว่างานส่งเสริมสุขภาพในช่วงที่ผ่านมาแทบไม่ได้ทำกันเลย สาเหตุเป็นเพราะกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ตั้งงบประมาณในเรื่องการป้องกันโรคเอาไว้ ปล่อยให้งบประมาณนี้รวมอยู่ในส่วนของ สปสช. ส่วนทางสำนักงบประมาณก็บอกว่าให้งบประมาณทั้งการป้องกันและการรักษาอยู่ในงบรายหัวนั้นแล้ว แต่เอาเข้าจริง งบรักษาป้องกันที่ให้รายหัวนั้น ถูกกำหนดไว้ว่าใช้ได้เฉพาะมาตรการและกิจกรรมที่อยู่บนฐานสำหรับประชากรแต่ละบุคคลเท่านั้น เช่น การซื้อวัคซีนไปฉีด แต่การไปจัดกิจกรรมให้ความรู้สุขภาพใช้เงินส่วนนี้ไม่ได้

ดังนั้น เมื่อกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้ตั้งงบตรงนี้ ทาง สสจ. สสอ. ก็ไม่มีงบทำงาน ต่อมาเมื่อสปสช. ตั้งกองทุนสุขภาพตำบลขึ้นมา โดยเจียดเงินมาให้จำนวนหนึ่ง สมทบกับท้องถิ่นอีกส่วนหนึ่ง แต่ก็ย่อยเป็นเบี้ยหัวแตก ผ่านมากกว่า 10 ปีมีกองทุนครบทุกตำบล ปรากฏว่ามีเงินค้างท่ออยู่ประมาณ 5 พันกว่าล้าน สาเหตุหนึ่งเป็นเพราะถูก สตง. ทักท้วงเลย

ปฏิรูปงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรค



ไม่กล้าใช้ อีกสาเหตุหนึ่งคือหมดยุค เพราะการที่กลุ่มชุมชนทำโครงการมาเสนอและทำกิจกรรมในระยะ 4-5 เดือนแล้วจบไป ถ้าจะทำใหม่ต้องขอใหม่ แต่ด้วยความแคบของพื้นที่และกิจกรรมที่มีความหลากหลายต่ำ ทำให้ไม่รู้จะทำอะไรอีก ไม่รู้จะคิดอะไรใหม่แล้ว กลุ่มเดิมก็คิดวนอยู่อย่างนี้ สุดท้ายทำให้เงินเหลือค้างท่อ

ในขณะที่เดียวกัน งานที่ต้องทำเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคตามฤดูกาล อย่างเช่นในฤดูฝนต้องรณรงค์ป้องกัน

ใช้เลือดออกที่ระบดแงๆ ต้องทำพร้อมกันทั้งอำเภอ แต่
งบประมาณไปอยู่ที่ตำบลเป็นเบี้ยหัวแตกไปหมด

ตรงนี้ จึงมีข้อเสนอว่าสำนักงบประมาณและกระทรวง
สาธารณสุขต้องแยกงบนี้ออกมาต่างหากให้ชัดเจน จะตั้งเป็น
กองทุนให้มีความคล่องตัวยืดหยุ่นก็ยิ่งดี ในการจัดการอาจให้
สสส.มาช่วย และทำงานเสริมไปด้วยกัน

ปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพ

การปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพเป็นงาน
ใหญ่ที่กระทบ สปสช. แต่เป็นการกระทบในทางดี ซึ่ง
ทาง สปสช.เองก็มีความยินดีที่จะปฏิรูประบบตามแนวทาง
ที่มีการศึกษาวิจัยมาแล้วนี้ เรียกชื่อย่อว่า S-A-F-E หรือ
Sustainability / Adequacy / Fairness / Efficiency
Sustainability คือ ความยั่งยืน, Adequacy คือ ความ
พอเพียง, Fairness คือ ความเป็นธรรม และ Efficiency คือ
ประสิทธิภาพ ซึ่งในระบบต้องจัดให้มีหลักประกันสุขภาพ
ประโยชน์พื้นฐาน และชุดหลักประกันเสริมที่ 1 และ
หลักประกันเสริมที่ 2 เพื่อที่จะสามารถรองรับให้บริการ
ที่เชื่อมโยงกับสวัสดิการราชการและกองทุนประกันสังคมได้
ซึ่งถ้าเป็นไปในทิศทางนี้ สปสช.ไม่กระทบ มีแต่จะดีขึ้น

เป้าหมายการปฏิรูปการเงินการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพ

Sustainability

ประเทศ รัฐบาล ร.พ. & คริวเรือน
สามารถมีสถานะทางการเงินการคลัง
ที่ “ยั่งยืน” ได้ในระยะยาว

Adequacy

- ผู้ให้บริการมีงบประมาณที่ “เพียงพอ” ในการจัดบริการที่ “จำเป็น”
- “เพียงพอ” ให้ทุกคน “เข้าถึง” บริการสุขภาพ & ป้องกันการล้มละลายจากค่าใช้จ่ายสุขภาพ

SAFE

Fairness

- สร้าง “ความเป็นธรรม” ในการจัดระบบหลักประกันสุขภาพ ทั้งการรับภาระค่าใช้จ่าย และการรับบริการ

Efficiency

- จัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวความคิดจัด “ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย”

ชุดสิทธิประโยชน์เสริม 2

- เป็นส่วนที่**ประชาชนแต่ละคน**จ่ายเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล (หรือซื้อประกันสุขภาพเสริม)
- เพื่อได้รับสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมตามความต้องการ (พอใจ)

ชุดสิทธิประโยชน์เสริม 1

- เป็นส่วนที่**แต่ละกองทุนจ่าย** (หรือประกันเพิ่มเติมกับภาคเอกชน) ตามข้อกำหนด
- เพื่อสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มขึ้น

ชุดสิทธิประโยชน์หลักด้านสุขภาพ

- สิทธิประโยชน์ที่**ประชาชนไทยทุกคนต้องได้รับ**อย่างเท่าเทียมกัน (จำเป็น) ประกอบด้วย
 - (1) ชุดสิทธิประโยชน์**พื้นฐาน**เพราะเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพ (Basic Health Package)
 - (2) ชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ**ขั้นครัวเรือนล้มละลาย** (ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ)
- **แต่ละกองทุนจ่าย**ให้กับ “หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง”

คุณภาพ
(ประสิทธิผล)

คุ่มค่า
(ประสิทธิภาพ)

ความสามารถในการจ่าย
(กองทุน/ประเทศ)

ความเป็นธรรมระหว่าง
ระบบหลักประกันสุขภาพ

การปฏิรูประบบการเงินการคลังในหลักประกันสุขภาพ ตามแนวทาง S-A-F-E จะเพิ่มให้มีระบบประชาชนร่วมจ่าย ก่อนการรับบริการและการบริจาคสมทบตามอัตรายศ (Cost-sharing) รัฐรับภาระแทนเฉพาะในส่วนของคนจนและผู้ยากลำบาก อาจต้องเพิ่มฐานภาษีเพื่อหาเงินเพิ่มเข้ามาในระบบให้เพียงพอ บุรณาการทุกกองทุนหลักประกันสุขภาพ ด้วยระบบสิทธิประโยชน์พื้นฐานและสิทธิประโยชน์เสริม และเปลี่ยนวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนผู้ให้บริการ จากระบบ performance based เป็น value adjust based.

นโยบายสาธารณะว่าด้วยบทบาทโรงพยาบาลเอกชน นี้เป็นข้อเสนอของอาจารย์หมอประเวศ วะสี เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2560 ในการประชุมวิชาการ 10 ปี สช. “สานพลังปัญญา สร้างสรรค์นโยบายสาธารณะ” ท่านพูดถึง รพ.เอกชนว่าจะทำอะไรให้เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาประเทศ แต่ไม่ใช่ทำให้เขาดกเป็นจำเลยหรือเป้าหมายในการต่อว่าต่อขานกัน ต้องพูดว่าจะทำให้เขาเข้ามาร่วมพัฒนาประเทศได้อย่างไร เพราะภาคเอกชนก็มีจิตวิญญาณของความเป็นไทยและนักพัฒนาอยู่เช่นกัน

ปัจจุบัน ใน รพ.เอกชน 321 แห่ง มีการจ้างงาน 200,000 ตำแหน่ง มีบริการเตียงรักษา 32,828 เตียง เป็น

สัดส่วนที่มากถึงร้อยละ 25 มีผู้ใช้บริการ 55 ล้านครั้ง/ปี เป็นชาวต่างชาติ 150,000 ครั้ง/ปี ช่วยเพิ่มคุณภาพบริการแก่ประชาชนตามระบบตลาด โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง และช่วยดึงดูดนักท่องเที่ยวสุขภาพชาวต่างชาติให้เข้ามาเพิ่มเศรษฐกิจรายได้แก่ประเทศในภาพรวม

แต่ในอีกภาพหนึ่ง รพ.เอกชนยังคงมีศักยภาพในการดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากระบบราชการ ทำให้สมองไหลออกจากภาครัฐมากที่สุด และมีปัญหาการควบคุมมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่ยังแก้ไขไม่ได้ ถ้าจะแก้ได้ต้องกลับไปดูข้อ 1 ในเรื่องของการแยกบทบาทผู้กำหนดนโยบาย ผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ และแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลรัฐ

ขอให้ดูตัวอย่างของ รพ.บ้านแพ้ว เมื่อมีการเปลี่ยนมาเป็นองค์การมหาชน บริหารแบบกึ่งเอกชนก็มีความแข็งแรงขึ้นทันที ได้มีการเตรียมการ รพ.แบบนี้ไว้อีก 7 แห่งที่พร้อมจะเป็นรพ.องค์การมหาชนแบบบ้านแพ้ว แต่กระทรวงสาธารณสุขไม่ยอมปล่อย ดึงอำนาจเอาไว้ไม่ยอมปฏิรูป ดังนั้นพลังข้างนอกจึงมีความสำคัญ ถ้าพลังทางสังคมไม่แข็งแกร่งการปฏิรูปอะไรก็เกิดได้ยาก ถ้าวันนี้คิดว่าเราแข็งแรงพอสมควรก็ต้องตั้งเป้าและวางจังหวะกันให้ชัด

เป้าหมายในเรื่องนี้ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริม สนับสนุนบทบาทของรพ.เอกชน ในการดูแลสุขภาพประชาชนและพัฒนาประเทศ รวมทั้งประเด็น การร่วมบริหาร รพ.ของรัฐ การผลิตบุคลากร การให้บริการ ประชาชน และขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศและภูมิภาค- ท้องถิ่นสู่ยุค 4.0

นโยบายส่งเสริมบทบาทโรงพยาบาลเอกชน ในการพัฒนาประเทศ

- ร่วมบริหารโรงพยาบาลรัฐ
- ผลิตบุคลากรทางการแพทย์
- ให้บริการประชาชนและนักท่องเที่ยว
- ขับเคลื่อนเศรษฐกิจประเทศและภูมิภาค-ท้องถิ่น

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เครื่องมือขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

เรื่องสุดท้ายที่จะพูดในวันนี้ เป็นเรื่องสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ในยุคใหม่ ทศวรรษที่ 2

ในทศวรรษที่ผ่านมา เป็นที่ยอมรับกันแล้วว่า เรามีเครื่องมือกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม ทั้งการขับเคลื่อนและการพัฒนา จนเป็นที่ยอมรับกันว่าสมัชชาสุขภาพเป็นเครื่องมือของเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่รู้จักกว้างขวางพอสมควร

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติในทศวรรษที่ 2 ต้องขยับจากการเป็นเครื่องมือของเครือข่าย ให้กลายเป็นเครื่องมือของประเทศให้ได้ ของเราจึงไปวางที่ตรงนั้น และเราทำทุกอย่างเพื่อให้ทุกกระทรวงมองเห็นว่าเครื่องมือของเราสามารถใช้เป็นเครื่องมือของกระทรวงทั้งหลายเหล่านั้นได้ด้วย

ภายหลังจากที่ สช.ไปจัดเวทีการรับฟังประเด็นการแก้กฎหมาย สปสช. จนทำให้เป็น talk of the town ทุกคนฟังมองมาที่

สช. รวมทั้งในที่ประชุม ครม. ทำให้เกิดการวิ่งเข้ามาหาขอ
ใช้บริการกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน อย่างนี้เรา
ช่วยทำได้แต่เราต้องเป็นอิสระ โดยใช้ฐานที่เรามีในการจัดให้มี
การพูดคุยหาทางออกและทางเลือกให้กับบ้านเมือง รวมถึง
สร้างการยอมรับ

งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเป็นมหรหรมของภาค
ประชาชนพลเมือง ขณะนี้ได้ให้นโยบายกับเจ้าหน้าที่ สช.ไป
แล้วว่างานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 จะเป็นมหรหรม
หมายความว่าอาจต้องจัดติดต่อกัน 7-10 วัน ให้อุใจ ซึ่งงาน
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติปกติจัด 3 วันอยู่แล้ว การสร้างความ
ต่อเนื่องแบบนี้จะเป็นการสร้างแบรนด์ สร้างตัวตนของภาค
พลเมือง

อย่าลืมว่าการเลือกตั้งกำลังจะมาพอดี ที่สมัชชาสุขภาพ
ของเราจะมีข้อเสนอดีๆ ที่พรรคการเมืองต้องมาฟัง คาดว่า
สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 11 ที่จะถึงนี้ จะมีบรรยากาศที่
มีนักการเมืองซวกไขว่ พวกเขาจะเลือกมาร่วมในช่วงใดก็ได้

ในส่วนงานมหรหรมสุขภาพนั้น สสส. พอช. สปสช.
สามารถร่วมสร้างความต่อเนื่องกันไปด้วยกันได้ สช.อาจ

บริหารเวทีกกลาง สถานที่และช่วงเวลาสามารถปรับได้ อาจ
ลำบากหน่อยในช่วงแรก แต่ถ้าทำได้จะเกิดการบูรณาการ

สถานที่อาจต้องเปลี่ยน รูปแบบต้องปรับใหม่ เป็นการ
เปลี่ยนโฉมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติในทศวรรษที่ 2 คือเปลี่ยน
ทั้งเนื้อหา วิธีการ กระบวนการ การจัดการ รวมทั้งองค์-
ประกอบ

สุดท้าย ผมอยากเห็นสมัชชาสุขภาพเป็นสมัชชาของคน
3 วัย หมายความว่าในช่วงวันที่จัดงานนี้ต้องมีคนรุ่นหนุ่มสาว
เยาวชนเข้ามามากขึ้นแล้ว ไม่ใช่มีแต่ผู้สูงวัยแบบเรา ต้อง
แบ่งบทบาทกันให้ดี ทั้งหมดนี้จะมี ศบจ.เป็นโซ่ข้อกลางในการ
จัดการ ประสานจังหวัดและทิศทางของทั้งขบวน ให้ไปสู่
เป้าหมายเดียวกัน.

“

สุขภาพคือเป้าหมายองค์รวมของการพัฒนาที่ยั่งยืน
ไม่ใช่เงินทองหรือการเติบโตทางเศรษฐกิจ
เราจึงมุ่งส่งเสริมการรวมตัว
ร่วมคิดร่วมทำของประชาชนและชุมชนท้องถิ่น
ยึดแนวทางสร้างพระเจดีย์จากฐานล่าง

”

