

บันทึกการประชุม  
คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ  
ในคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุข สถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ  
ครั้งที่ ๑

วันศุกร์ที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘

ณ ห้องประชุมคณะกรรมการ หมายเลข ๒๑๘ ชั้น ๒ อาคารรัฐสภา ๒

อนุกรรมการผู้มาประชุม คือ

- |                                |                        |
|--------------------------------|------------------------|
| ๑. นางพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์    | ประธานอนุกรรมการ       |
| ๒. นายประเสริฐ ศัลย์วิวรรณ์    | รองประธานอนุกรรมการ    |
| ๓. พลเอก ชูศิลป์ คุณาไทย       | อนุกรรมการ             |
| ๔. นายฐิติ วุฒิโกวิท           | อนุกรรมการ             |
| ๕. นางอภิรมย์ เวชญาติ          | อนุกรรมการ             |
| ๖. นายบุญชัย กิจสนาโยธิน       | อนุกรรมการ             |
| ๗. นางสุคนธา คงศีล             | อนุกรรมการ             |
| ๘. นายสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล | อนุกรรมการ             |
| ๙. นางสาวอังสนา บุญธรรม        | อนุกรรมการและเลขานุการ |

อนุกรรมการผู้ไม่มาประชุม คือ

- |                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| ๑. นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | (ลาการประชุม) |
| ๒. นายเทียม อังสาชน           | (ลาการประชุม) |
| ๓. พลอากาศตรี อธิพร คณะเจริญ  | (ลาการประชุม) |

เริ่มประชุมเวลา ๐๙.๔๕ นาฬิกา

เมื่อคณะอนุกรรมการมาครบองค์ประชุมแล้ว ประธานอนุกรรมการกล่าวเปิดประชุม และดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระการประชุม สรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งต่อที่ประชุม

- ความเป็นมาของคณะอนุกรรมการ

สืบเนื่องจากที่ประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการปฏิรูปเกี่ยวกับระบบสาธารณสุขของประเทศตามวาระปฏิรูปที่เป็นผลจากการสัมมนาประชุมเชิงปฏิบัติการวิสัยทัศน์ประเทศไทย (Vision Workshop) ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๐ มกราคม ๒๕๕๘ ณ โรงแรมเอเชีย โดยเน้นการพิจารณาศึกษาปรับหรือแก้ไขโครงสร้างด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในหลายกรณี ดังนี้

(๑) "การบริการสาธารณสุข" เริ่มต้นด้วยการพิจารณาความสำคัญของระบบบริการแบบปฐมภูมิ เน้นการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นเพื่อให้มีศักยภาพที่จะให้การบริการประชาชนมากขึ้น ส่งเสริมให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ประชุมคณะกรรมการมอช มอช "คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ" พิจารณาดำเนินการ

(๒) "การบริหารจัดการระบบสุขภาพ" รวมถึงการพิจารณาเกี่ยวกับเรื่องบุคลากร งบเงิน ในการทำให้ระบบสามารถขับเคลื่อนได้ ตลอดจนเรื่องการเงินการคลัง ที่ประชุมคณะกรรมการมอช มอช "คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ" พิจารณาดำเนินการ

(๓) "การร่วมจ่ายในระบบการเงินการคลังด้านสาธารณสุข" ที่ประชุมคณะกรรมการมอช มอช "คณะอนุกรรมการปฏิรูประบบการเงินด้านสาธารณสุข" พิจารณาดำเนินการ

ทั้งนี้ จุดมุ่งหมายของการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ตลอดจนคณะทำงานแต่ละคณะ คือ การเสนอแนะการปฏิรูประบบสาธารณสุขทั้งระยะสั้น เป็นลักษณะที่รัฐบาลดำเนินการได้เอง และระยะยาว เป็นลักษณะการดำเนินการตามข้อเสนอแนะของสภาปฏิรูปแห่งชาติ

ที่ประชุมรับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ รับรองบันทึกการประชุม

-ไม่มี-

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องพิจารณา

- พิจารณากำหนดแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ

สืบเนื่องจากการประชุมครั้งนี้เป็นการประชุมครั้งแรกของคณะอนุกรรมการ โดยคณะอนุกรรมการมีหน้าที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาด้านการเงินการคลังของระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรม ให้เชื่อมโยงกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และปฏิรูประบบเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามความมุ่งหมาย จึงเห็นควรหารือเกี่ยวกับการกำหนดแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการ ซึ่งจากการประชุมสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

ประธานอนุกรรมการ ได้นำเสนอสถานการณ์การเงินการคลังด้านสาธารณสุขของประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานของคณะอนุกรรมการมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดว่าประชากรในประเทศไทยจำนวน ๖๔ ล้านคนได้รับการดูแลสุขภาพผ่านสิทธิในระบบสุขภาพที่ตนเองมีอยู่ คิดเป็นร้อยละ ๙๙.๙ ของจำนวนประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย (๑) ผู้ใช้สิทธิในระบบสวัสดิการข้าราชการ จำนวน ๔.๙ ล้านคน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จำนวน ๖๑,๘๔๔.๒๗ ล้านบาท (๒) ผู้ใช้สิทธิในระบบประกันสังคม จำนวน ๑๐.๔ ล้านคน พ.ศ. ๒๕๕๔ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จำนวน ๒๔,๔๗๖.๒๘ ล้านบาท (๓) ผู้ใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถ้วนหน้า จำนวน ๔๙ ล้านคน ปี พ.ศ. ๒๕๕๔ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จำนวน ๑๐๑,๐๕๗.๙๑ ล้านบาท ทั้งนี้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เหล่านี้นั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นในแต่ละปี โดยที่หน่วยบริการสุขภาพของประเทศ ได้แก่ คลินิก โรงพยาบาลขนาดเล็ก โรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิในแต่ละระบบยังไม่ได้รับบริการภายใต้มาตรฐานเดียวกัน นอกจากนี้

ยังมีกลุ่มคนที่ใช้งบประมาณด้านสุขภาพที่ซ้ำซ้อนกัน อีกทั้งการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากหากค่ารักษาพยาบาลเกินวงเงินขั้นต่ำที่ตั้งไว้ คือ ๓๐,๐๐๐ บาท จะต้องพิสูจน์ความถูกหรือความผิด โดยเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้การตั้งเบิกยุ่งยาก ผู้ประสบอุบัติเหตุส่วนใหญ่จึงเลือกใช้สิทธิเข้ารับบริการสุขภาพอื่น อาทิ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ส่วนผลลัพธ์ด้านสุขภาพในปัจจุบันของประเทศ ที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ยังควบคุมระดับความดันเลือดหรือระดับน้ำตาลในเลือด ได้เพียงร้อยละ ๑๕ ไม่เกินร้อยละ ๕๐ อัตราการตายด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อสูงกว่าบางประเทศในกลุ่มประเทศอาเซียน อาทิ ประเทศเวียดนาม และประเทศสิงคโปร์ (ซึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) และแนวโน้มการตายของประชากรด้วยโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเป็นไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาของสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๔ ใช้จ่ายสุขภาพของประเทศไทย (Thailand : Total Health Expenditure) มีจำนวน ๔๓๔,๒๓๗ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๔.๑ ของ GDP โดยมีรายจ่ายภาครัฐคิดเป็นร้อยละ ๗๗ ของรายจ่ายสุขภาพรวม สัดส่วนแหล่งการคลังรายจ่ายสุขภาพรวม มีจำนวน ๕ แหล่ง คือ (๑) ครั้วเรือน ร้อยละ ๑๓ (๒) สวัสดิการข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ ๑๗ (๓) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ ๒๖ (๔) สิทธิประกันสังคมและกองทุนทดแทน ร้อยละ ๗ และ (๕) สิทธิราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ ๔ จากรายงานของธนาคารโลก ปี ค.ศ. ๒๐๑๒ (พ.ศ. ๒๕๕๕) ใช้จ่ายสุขภาพรวม/ผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP) เฉลี่ยทั่วโลก ร้อยละ ๑๐.๒ ประเทศไทย ร้อยละ ๓.๙ ประเทศอินเดีย ร้อยละ ๔ ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ ๓ ประเทศมาเลเซีย ร้อยละ ๓.๙ ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ ๔.๖ ประเทศญี่ปุ่น ร้อยละ ๑๐.๑ ประเทศฝรั่งเศส ร้อยละ ๙.๐ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ ๔.๗ และกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป ร้อยละ ๑๐.๒

สัดส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพ โดยเทียบกับงบประมาณรายจ่ายรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คิดเป็นร้อยละ ๑๔ ค่าใช้จ่ายต่อประชากรรายหัว ในแต่ละกองทุนด้านสุขภาพ มีดังนี้

(๑) ค่าใช้จ่ายรายหัวในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๒,๘๘๕ บาท

(๒) ค่าใช้จ่ายรายหัวในสิทธิประกันสังคม ๒,๑๓๐ บาท

(๓) ค่าใช้จ่ายรายหัวของผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ ๑๐,๙๘๐ บาท

ปัญหาของระบบสุขภาพที่สำคัญในอนาคต มีรายละเอียดดังนี้

(๑) ประเทศจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นจำนวน ๑ ใน ๕ ของประชากรทั้งหมด ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๖๘) และคาดว่าค่าใช้จ่ายจะสูงขึ้นประมาณ ๔ เท่าของที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

(๒) โรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ อาทิ โรคเรื้อรังทั้งหลายที่มีค่ารักษาพยาบาลสูงจะเพิ่มขึ้น รวมทั้งสวัสดิการต่าง ๆ ด้วย

(๓) วัยแรงงานลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดหรืออัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างต่อเนื่องทำให้วัยแรงงานจำนวน ๑๐๐ คน ต้องแบกรับภาระทั้งผู้สูงอายุและเด็กมากขึ้น

(๔) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกกองทุนสุขภาพ

(๕) งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โรคติดต่อบางโรคป้องกันด้วยวัคซีนสามารถกลับมาระบาดใหม่ รวมทั้ง การเพิ่มขึ้นของโรคไร้เชื้อเรื้อรังที่ทราบปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันที่ชัดเจน

(๖) บุคลากรด้านสุขภาพที่จำเป็นมีจำนวนไม่เพียงพอ อาทิ แพทย์ พยาบาล และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ทั้งนี้ สถิติการณ้ความต้องการทางการแพทย์นั้น ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงการได้รับงบประมาณในด้านนี้แม้จะมีจำนวนสูงขึ้นในแต่ละปีแต่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

สำหรับการทำงานของคณะกรรมการมีระยะเวลาการดำเนินงานประมาณ ๕ เดือน และจะต้องดำเนินการจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิรูปให้แล้วเสร็จ ดังนั้น เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างรวดเร็วและสัมฤทธิ์ผล เห็นควรให้คณะกรรมการพิจารณาศึกษาและนำเสนอประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อการประชุมคณะกรรมการในแต่ละครั้ง ทั้งนี้ รายละเอียดในการดำเนินงานของคณะกรรมการ มีดังนี้

๑. การเขียนรายงานวาระการปฏิรูป

เนื้อหาในการเขียนรายงานวาระการปฏิรูปนั้น จำแนกได้เป็นรายหัวข้อ ดังนี้

๑.๑ ประเด็นปัญหา

๑.๒ ประเด็นการปฏิรูป/พัฒนา

๑.๓ กรอบความคิดรวบยอด

๑.๔ ขอบเขตงานปฏิรูป

๑.๕ เครือข่ายพันธมิตร

๑.๖ ตัวบ่งชี้ผลสัมฤทธิ์

๑.๗ ผลกระทบเชิงบวกในวงกว้างต่อประเทศไทย

๒. ขั้นตอนการดำเนินงานในชั้นคณะกรรมการ

๒.๑ การออกแบบข้อเสนอเพื่อการปฏิรูป (Conceptual Design) ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๑ เดือน โดยมีเนื้อหาในการพิจารณา ดังนี้

๒.๑.๑ การทบทวนสถานการณ์ในภาพรวม

๒.๑.๒ การศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑.๓ การกำหนดประเด็นการปฏิรูปเชิงระบบ

๒.๑.๔ การจัดทำข้อเสนอระดับหลักการและสาระสำคัญ

๒.๑.๕ การสรุปรายงานข้อเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติ เพื่อฟังความคิดเห็นและ

รับหลักการ

๒.๒ การออกแบบการปฏิรูปกระบวนการและการปรับโครงสร้างองค์กร (Process and Organizational Design) ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๓ เดือน

๒.๓ การออกแบบการปฏิรูปเชิงกฎหมาย (Legal Design) ใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๖ เดือน

### ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของคณะอนุกรรมการ

๑. ประเทศไทยในอนาคตจะมีความคล้ายคลึงกับประเทศญี่ปุ่นที่เป็นสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งมีบุคคลที่อยู่ในวัยทำงานน้อย ดังนั้น จึงเห็นควรพิจารณารูปแบบการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว ของประเทศญี่ปุ่น เพื่อนำมาปรับใช้ในแก้ไขปัญหาให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรม

อนึ่ง ประเทศญี่ปุ่นมีระบบบริการสุขภาพที่เป็นลักษณะการประกันสุขภาพ (Community=Base Insurance) แต่หากเป็นผู้มีทุนทรัพย์น้อยหรืออยู่ในฐานะยากจน รัฐจะเข้ามาดูแลและออกค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ ส่วนการระบุงบซึ่งว่าบุคคลใดเข้าข่ายมีฐานะยากจนนั้น ใช้วิธีการให้ชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่เป็นผู้ระบุงบขึ้น นอกจากนี้ แหล่งเงินงบประมาณด้านสุขภาพที่สำคัญอีกประการ คือ การที่ประเทศญี่ปุ่นเก็บภาษีมูลค่าเพิ่มถึงจำนวน ร้อยละ ๑๐

๒. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาและจัดทำต้นแบบการร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพทั้งบุคคลที่เป็นชาวไทยและชาวต่างชาติ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานในให้บริการในมาตรฐานเดียวกัน และต้องสามารถรองรับการเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม ต้องมีการสนับสนุนหรือกำหนดให้ประชาชนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

๓. การปฏิรูปการบริหารจัดการเรื่องกำลังคนและงบประมาณควรปฏิรูปให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยเฉพาะต้องมีการดำเนินงานในเชิงพื้นที่ใกล้ชิดกับประชาชน

๔. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาเรื่องค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเบิกจ่ายยา เนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ เป็นค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้ ได้มีคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายในส่วนนี้เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี

๕. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่มีความทับซ้อนระหว่างสิทธิต่าง ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวเนื่องกับสิทธิตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. ๒๕๓๕ นอกจากนี้ ควรพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจน งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและป้องกันโรค

๖. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาจัดทำระบบสุขภาพของประเทศให้ประชาชน โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพแต่ละแห่งเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับด้านสุขภาพในพื้นที่

๗. กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาปฏิรูปในภาพใหญ่ ควรให้ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการกระจายอำนาจเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการเกี่ยวกับด้านสาธารณสุขของประเทศ

๘. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำข้อมูลกลางด้านสาธารณสุข อาทิ ข้อมูลเกี่ยวกับกำลังคน งบประมาณและทรัพยากร โดยทุกภาคส่วนสามารถสืบค้นและรับทราบข้อมูลได้ นอกจากนี้ ควรให้ประชาชนแต่ละรายลงทะเบียนข้อมูลสุขภาพกับหน่วยบริการ เพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยไปเข้ารับการรักษายังหน่วยบริการอื่น

๙. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาแนวทางการจัดทำวงบริการหรือเขตบริการให้เกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ตลอดจน การสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีศักยภาพในการให้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น รวมทั้ง การผลักดันให้แต่ละโรงพยาบาลสามารถบริหารจัดการตนเองได้คล้ายโรงพยาบาลบ้านแพ้ว

๑๐. การพิจารณาควรเน้นการศึกษาแนวทางการผลักดันให้ระบบประกันสังคมมีศักยภาพ และเข้มแข็งขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่สำนักงานประกันสังคมและรัฐบาลร่วมจ่าย อาจส่งปัญหาด้านงบประมาณในอนาคต ดังนั้น เห็นว่าการจะแก้ปัญหานี้ได้ด้วยการผลักดันให้ประชาชนเข้าสู่การคุ้มครองประกันสุขภาพ

๑๑. การพิจารณาควรมีการศึกษาเกี่ยวกับกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ เพื่อนำงบประมาณที่ได้ในส่วนนี้มาบริหารจัดการในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สืบเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางรถ

๑๒. การพิจารณาควรมีการศึกษาเกี่ยวกับรายจ่ายด้านสุขภาพที่ประเทศไทยต้องแบกรับ เพื่อหาแหล่งรายได้มาบริหารจัดการในส่วนนี้ อาทิ การทำประกันสุขภาพพนักงานท่องเที่ยว และการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

๑๓. การพิจารณาควรมีการศึกษาหาแนวทางการจำแนกผู้มีข้อบ่งชี้ว่ามีฐานะยากจนซึ่งมีความจำเป็นที่รัฐออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้ โดยสมาคมแพทย์เอกชนได้มีการคำนวณว่าบุคคลที่รัฐต้องการให้ช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ มีประมาณ ๓๐ ล้านคน จำแนกเป็น ๓ กลุ่ม ประกอบด้วย (๑) กลุ่มผู้มีฐานะยากจน (๒) กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ และ (๓) กลุ่มผู้สูงอายุ

๑๔. การพิจารณาควรเน้นการศึกษากำหนดแนวทางความร่วมมือภาครัฐและภาคเอกชน (Public Private Partnership: PPP) ที่เกี่ยวกับการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

๑๕. ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ควรจำแนกเป็น ๔ ขอบเขตงานหลัก ๆ ดังนี้

(๑) การรักษาพยาบาล

(๒) การป้องกันโรค

(๓) การฟื้นฟูสุขภาพ

(๔) การควบคุมโรค

ทั้งนี้ การกำหนดขอบเขตงานที่ชัดเจนจะทำให้ทราบถึงการใช้งบประมาณในแต่ละส่วน

๑๖. การกำหนดกรอบความคิดรวบยอดของปฏิรูประบบการเงินด้านสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับการปฏิรูปในด้านอื่นด้วย การกำหนดกรอบจึงควรพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้อง (Cross-Cuttingting) อาทิเช่น ปฏิรูประบบบริการสุขภาพ การปฏิรูประบบบริหารจัดการระบบสุขภาพ การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน รวมทั้งทิศทางการปฏิรูปในด้านอื่น เช่น ด้านสังคม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมชุมชน เป็นต้น

#### มติประชุม

ที่ประชุมมอบหมายอนุกรรมการเพื่อดำเนินงาน ดังนี้

๑. มอบหมาย นางสาวอังสนา บุญธรรม (อนุกรรมการและเลขานุการ) และนางสุนธา คงศีล (อนุกรรมการ) พิจารณาศึกษาสถานการณ์การเงินการคลังด้านสาธารณสุขของประเทศ เทียบเคียงกับระบบการเงินการคลังของประเทศญี่ปุ่นและประเทศอังกฤษ ในลักษณะทบทวนวรรณกรรม (literature Review). พร้อมนำเสนอเค้าโครงที่ได้จากการศึกษาต่อคณะอนุกรรมการ เพื่อพิจารณาศึกษาในการประชุมครั้งต่อไป

๒. มอบหมาย นายสมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล (อนุกรรมการ) พิจารณานำเสนอหลักการ และเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public Private Partnership: PPP) ในส่วนที่เกี่ยวกับการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศ

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องอื่นๆ

- การนัดประชุมครั้งต่อไป

ที่ประชุมมีคำสั่งนัดประชุมครั้งต่อไปในวันศุกร์ที่ ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ เพื่อพิจารณา กำหนดกรอบแนวทางการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม โดยเชิญ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย มาชี้แจงแสดงความคิดเห็น

เมื่อประชุมเป็นเวลาพอสมควรแล้ว ประธานคณะอนุกรรมการกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วม ประชุมทุกท่าน และปิดการประชุม

เลิกประชุมเวลา ๑๒.๐๐ นาฬิกา

นางสาวอรุษา บุญยรัตพันธุ์

นิติกรชำนาญการ

กลุ่มงานคณะกรรมการการสาธารณสุข

สำนักกรรมการ ๓

ผู้จัดบันทึกการประชุม

นางสุภาวดี ชีตชิน

ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมการ

การสาธารณสุข

ผู้ตรวจบันทึกการประชุม

11

11

11



11