

กระทู้ถามที่ ๗๘๓ ร.

สภาผู้แทนราษฎร

๒๘ มกราคม ๒๕๕๓

เรื่อง ผลการดำเนินการด้านหลักประกันสุขภาพ

กราบเรียน ประธานสภาผู้แทนราษฎร

ข้าพเจ้าขอตั้งกระทู้ถาม ถามนายรัฐมนตรี ดังต่อไปนี้

เนื่องจากปัญหาการให้บริการหน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐไม่มีประสิทธิภาพการจ่ายยา ไม่มีคุณภาพ การให้บริการไม่เสมอภาค และยังไม่ทั่วถึง ซึ่งในสมัยรัฐบาล พ.ต.ท. ทักษิณ ชินวัตร ได้จัดโครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ แต่จนถึงปัจจุบันปัญหาด้านสาธารณสุข ก็ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง จึงขอเรียนถามว่า

๑. การประกันสุขภาพตามนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรคเริ่มขึ้นครั้งแรกเมื่อใด มีความเป็นมาอย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๒. ตั้งแต่เริ่มใช้นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค ได้มีการใช้จ่ายเงินภายใต้โครงการนี้ไปแล้ว เป็นจำนวนเงินเท่าใด ในแต่ละปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ - ๒๕๕๒ ขอทราบรายละเอียด

๓. การดำเนินการตามนโยบายประกันสุขภาพในสมัยรัฐบาลพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ ได้ให้ประชาชนรักษาฟรีโดยไม่ต้องจ่ายเงิน ๓๐ บาท ขอทราบว่าปัจจุบันรัฐบาลจะยังคงดำเนินการอย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๔. ประชาชนร้องเรียนว่า โรงพยาบาลเอกชนฝั่งธนบุรีได้มีการประกาศยกเลิกผู้ป่วยจากโครงการนี้ ขอทราบว่าเกิดจากสาเหตุใด และรัฐบาลจะแก้ไขปัญหาได้อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

ขอให้ตอบในราชกิจจานุเบกษา

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

วัชระ เพชรทอง

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคประชาธิปัตย์

กรุงเทพมหานคร

คำตอบกระทู้ถามที่ ๗๘๓ ร.

ของ นายวัชร เพชรทอง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร
เรื่อง ผลการดำเนินการด้านหลักประกันสุขภาพ

ข้าพเจ้า นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ขอตอบกระทู้ถาม เรื่อง ผลการดำเนินการด้านหลักประกันสุขภาพ ของท่านสมาชิกผู้มีเกียรติ ดังนี้

คำตอบข้อที่ ๑

ขอเรียนว่า ในปี ๒๕๔๔ รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้ชื่อ “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๔๔ ซึ่งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๔๐ หมวดนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ มาตรา ๕๒ ความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกัน ในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย...” และสอดคล้องกับ แนวคิด วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๕ (๒๕๔๕ - ๒๕๔๙) ที่กำหนดให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะและเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเสมอกัน ช่วงแรกดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข จนมีการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ จึงมีการตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่องจนปัจจุบัน วิวัฒนาการที่สำคัญมีดังนี้

เมษายน ๒๕๔๔ เริ่มดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้นโยบายรัฐบาลที่ชื่อว่า “โครงการ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค” ระยะที่ ๑ โดยดำเนินการนำร่องในพื้นที่ ๖ จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ ยโสธร เพชรบูรณ์ และยะลา ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน ๑.๓๕ ล้านคน หรือ ๓๗.๓๗% ของประชากรใน ๖ จังหวัด โดยสถานพยาบาลที่เข้าร่วมให้บริการเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

มิถุนายน ๒๕๔๔ ขยายพื้นที่ดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ ๒ ไปอีก ๑๕ จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดนนทบุรี สระบุรี สระแก้ว เพชรบุรี นครราชสีมา สุรินทร์ หนองบัวลำภู ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุโขทัย แพร่ เชียงใหม่ ภูเก็ต และนราธิวาส ครอบคลุมประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ จำนวน ๔.๕ ล้านคน หรือ ๓๕% ของประชากรทั้งหมดใน ๑๕ จังหวัด

- ตุลาคม ๒๕๔๔ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ ๓ ได้ขยายพื้นที่ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศและบางเขตของกรุงเทพมหานคร กลุ่มเป้าหมายได้รวมผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล ทั้งหมด การทยอยดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เนื่องจากระบบมีความซับซ้อนมากกว่าพื้นที่อื่น จึงต้องการประสบการณ์และต้องมีการเตรียมความพร้อมมากกว่า
- พฤศจิกายน ๒๕๔๔ เสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่การพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร โดยสภาผู้แทนราษฎรรับหลักการร่างพระราชบัญญัติและตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้นพิจารณา
- เมษายน ๒๕๔๕ การดำเนินงานในเขตกรุงเทพมหานคร มีการขยายพื้นที่ดำเนินการอีกเป็นระยะ ๆ จนครอบคลุมทั้งพื้นที่ ทำให้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถดำเนินการครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๔๕ เป็นต้นมา
- พฤษภาคม ๒๕๔๕ - ร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ผ่านความเห็นชอบของสภาผู้แทนราษฎร ด้วยมติเอกฉันท์ และเสนอต่อวุฒิสภาเพื่อพิจารณา
- ยุติการขายบัตรสุขภาพ โดยบัตรเดิมใช้ได้จนกว่าจะหมดอายุ
- ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ - ปัจจุบัน พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๔๕ และตามกฎหมายนี้มีการจัดตั้ง “สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)” เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เป็นองค์กรกำหนดนโยบาย

คำตอบข้อที่ ๒

ขอเรียนว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณตั้งแต่ ปี ๒๕๔๕ - ๒๕๕๒ ในรายการงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็น

งบประมาณในส่วนไม่รวมค่าใช้จ่ายบุคลากรของหน่วยบริการภาครัฐที่เข้าร่วมดำเนินการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

- ปี ๒๕๔๕: ได้รับงบประมาณ ๒๗,๖๑๑.๕๑ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๕.๐๐ ล้านคน
- ปี ๒๕๔๖: ได้รับงบประมาณ ๒๗,๐๘๔.๓๕ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๖.๐๐ ล้านคน
- ปี ๒๕๔๗: ได้รับงบประมาณ ๓๓,๕๗๒.๘๗ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๖.๘๒ ล้านคน
- ปี ๒๕๔๘: ได้รับงบประมาณ ๔๐,๘๘๕.๕๕ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๗.๐๐ ล้านคน
- ปี ๒๕๔๙: ได้รับงบประมาณ ๕๔,๔๒๘.๖๓ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๗.๗๕ ล้านคน
- ปี ๒๕๕๐: ได้รับงบประมาณ ๖๗,๓๖๖.๓๕ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๖.๐๗ ล้านคน
- ปี ๒๕๕๑: ได้รับงบประมาณ ๗๖,๕๕๘.๘๐ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๖.๔๘ ล้านคน
- ปี ๒๕๕๒: ได้รับงบประมาณ ๘๐,๕๕๗.๖๕ ล้านบาท จากประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๔๗.๐๒๖ ล้านคน

คำตอบข้อที่ ๓

ขอเรียนว่า ได้มีการยกเลิกการร่วมจ่ายค่าบริการ ตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๐ เป็นต้นไป และมีการเฝ้าระวังผลกระทบที่จะตามมาภายหลัง ซึ่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติครั้งที่ ๑๖/๔๕ ให้จัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ๒๔.๑๑ บาท/หัว เพื่อจัดสรรให้หน่วยบริการทุกระดับที่สูญเสียรายได้จากการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียมนำ ๓๐ บาท (มาตรการเฉพาะปี ๒๕๕๐) เนื่องจากมีการยกเลิกเก็บกะทันหัน อาจทำให้หน่วยบริการประสบปัญหาการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณ และต่อมาร่างการจัดทำงบประมาณได้คำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการรวมด้วยแล้ว

ปัจจุบันผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ ให้กับหน่วยบริการเมื่อมีการใช้บริการตามสิทธิประโยชน์ ยกเว้นผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจากโรคไตวายเรื้อรัง

(รายเก่า) ที่ไม่สมัครใจล้างไตผ่านทางช่องท้อง ผู้ป่วยร่วมจ่ายหนึ่งในสามของค่าบริการ (ผู้ป่วยร่วมจ่ายไม่เกิน ๕๐๐ บาท และ สปสช. จ่าย ๑,๐๐๐ บาทต่อครั้ง) ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๑

คำตอบข้อที่ ๔

ขอเรียนว่า โรงพยาบาลเอกชนฝั่งธนบุรีที่ลาออก จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่

๑. โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค ประชากรที่ได้รับผลกระทบประมาณ ๔๐,๐๐๐ คน

๒. โรงพยาบาลศรีวิชัย ๒ ประชากรที่ได้รับผลกระทบประมาณ ๓๐,๐๐๐ คน โดยทั้งสองแห่งได้บอกถึงสาเหตุการลาออก เนื่องจาก โรงพยาบาลศรีวิชัย ๒ มีภาระงานมากไม่สามารถจัดบริการได้ และโรงพยาบาลเกษมราษฎร์บางแค ต้องการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการเป็นหน่วยบริการที่รับบริการส่งต่อจากคลินิกชุมชนอบอุ่น และเป็นความประสงค์ของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาลที่แจ้งสำนักงานล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓ เดือน ซึ่งเป็นไปตามสัญญาให้บริการสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ดำเนินการเพื่อไม่ให้ประชาชนที่เคยลงทะเบียนกับโรงพยาบาลทั้ง ๒ แห่ง ได้รับผลกระทบ ดังนี้

๑) สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมชี้แจงกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ในการประชุมเจ้าหน้าที่ของเขตบางแค และเขตหนองแขม เมื่อเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ เพื่อให้ข้อมูลการลาออกของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง และแนวทางการดำเนินงานของ สปสช. เพื่อไม่ให้ประชาชนได้รับความเดือดร้อน

๒) สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร ได้จัดประชุมคณะทำงานลงทะเบียนผู้มีสิทธิเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๓ ซึ่งได้มีมติให้กระจายประชากรของโรงพยาบาลที่ลาออกทั้งสองแห่ง โดยจัดให้กับหน่วยบริการที่มีอยู่ในพื้นที่เขตบางแค เขตหนองแขมและเขตพื้นที่ใกล้เคียง ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำศิริศักดิ์ โรงพยาบาลบางไผ่ สถานพยาบาลเพชรเกษม บางแค ศูนย์บริการสาธารณสุข และคลินิกชุมชนอบอุ่น ที่มีอยู่ในพื้นที่ดังกล่าว ทั้งนี้การจัดประชากรลงในหน่วยบริการดังกล่าว จะมีผลตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๓ เป็นต้นไป

ทั้งนี้ ประชาชนสามารถสอบถามข้อมูลได้ว่า ตนเองถูกจัดให้ไปอยู่ ณ หน่วยบริการใดได้ที่สำนักงานเขตที่อยู่ใกล้บ้าน และที่ สปสช. เขตกรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์ ๑๓๓๐ ตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๕๓ เป็นต้นไป หรือ ณ ปัจจุบันหากประชาชน ต้องการเลือกหน่วยบริการด้วยตนเอง ก็สามารถติดต่อได้ที่สำนักงานเขตที่อยู่ใกล้บ้าน เพื่อขอเลือกหน่วยบริการได้ตามความประสงค์