

กระทู้ถามที่ ๐๕๗/ร.

สภาผู้แทนราษฎร

๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ปัญหาระบบการรักษาสุขภาพของประเทศไทย

กราบเรียน ประธานสภาผู้แทนราษฎร

ข้าพเจ้าขอตั้งกระทู้ถาม ถาพนายกรัฐมนตรี ดังต่อไปนี้

ปัจจุบันโครงสร้างระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยประกอบด้วย ๓ ระบบ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ซึ่งทั้ง ๓ ระบบ มีความแตกต่างกันอยู่หลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายต่อหัว สิทธิประโยชน์ ขึ้นพื้นฐานในการรักษายาบาล และความสามารถในการเข้าถึงบริการ เป็นต้น โดยผู้มีสิทธิบัตรทอง ในปัจจุบันมีจำนวนประมาณ ๔๘.๘ ล้านคน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนี้เป็นผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ จำนวนประมาณ ๑๔ ล้านคน ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะได้สิทธิเพิ่มเติมที่ไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายหากมีลักษณะที่เข้าเงื่อนไข แสดงให้เห็นว่าบุคคลที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจะต้องรับภาระในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในลักษณะการร่วมจ่าย จึงขอเรียนถามว่า

๑. การร่วมจ่ายของบุคคลที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐและไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแตกต่างกันอย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๒. รัฐบาลมีนโยบายในการผลักดันค่าใช้จ่ายรายหัวของระบบบัตรทองให้มีความเท่าเทียมกันหรือไม่ อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๓. หากจะมีการยุบรวมหรือควมรวมหน่วยงานผู้รับผิดชอบทั้ง ๓ ระบบ ให้เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบเดียวกันจะได้หรือไม่ อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

ขอให้ตอบในที่ประชุมสภา

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

ประสงค์ บุรณพงศ์

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคเสรีรวมไทย

คำตอบกระทู้ถามที่ ๐๕๗/ร.

ของ นายประสงค์ บุรณ์พงศ์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎรบัญชีรายชื่อ พรรคเสรีรวมไทย
เรื่อง ปัญหากระบวนการรักษาสุขภาพของประเทศไทย

ข้าพเจ้า พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ขอตอบกระทู้ถาม เรื่อง ปัญหา
กระบวนการรักษาสุขภาพของประเทศไทย ของท่านสมาชิกผู้มีความสนใจ ดังนี้

คำตอบข้อที่ ๑

กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕
มาตรา ๕ วรรคสอง กำหนดให้บุคคลที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติต้องร่วมจ่ายค่าบริการ
เมื่อรับบริการรักษาพยาบาลและได้รับยาครั้งละสามสิบบาทให้หน่วยบริการทุกสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาล
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปทุกสังกัด (สถานพยาบาล
ที่มีเตียงนอนตั้งแต่ ๑๐ เตียงขึ้นไป) ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง
การร่วมจ่ายค่าบริการ พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยยกเว้นบุคคล ๒๑ กลุ่ม ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง บุคคลที่ไม่ต้องจ่ายค่าบริการ พ.ศ. ๒๕๕๕ และฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๖๑ ข้อ (๑) ผู้มีรายได้น้อย
ให้รวมถึงผู้มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐด้วย

สำหรับบุคคลที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ไม่ต้องร่วมจ่าย
ค่าบริการ ส่วนบุคคลที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐแต่มีคุณสมบัติเป็นบุคคลที่ได้รับการยกเว้นการร่วมจ่าย
ค่าบริการใน ๒๐ กลุ่ม รวมถึงกลุ่มที่ ๒๑ บุคคลแสดงความประสงค์ไม่จ่ายค่าบริการ ตามประกาศ
กระทรวงสาธารณสุขตามนัยข้างต้นไม่ต้องจ่ายค่าบริการสามสิบบาท ดังนั้น จึงไม่มีความแตกต่าง

ส่วนบุคคลที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ หรือผู้ประกันตนตามกฎหมาย
ประกันสังคม ซึ่งเป็นบุคคลที่ไม่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ การร่วมจ่ายค่าบริการสาธารณสุขจะเป็นไป
ตามที่แต่ละกองทุนกำหนด เช่น ผู้ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ อาจต้องร่วมจ่าย
ส่วนที่เกินจากค่ารักษายาพยาบาลที่เบิกได้ตามที่กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังกำหนด หรือผู้ประกันตน
อาจต้องจ่ายส่วนเกินสำหรับค่าทำฟันหรือค่าคลอดบุตร หากไปรับบริการเกินกว่าที่กำหนดหรือค่าใช้จ่าย
เกินกว่าจำนวนที่สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานกำหนดให้เบิกได้ เป็นต้น

คำตอบข้อที่ ๒

กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ปัจจุบันค่าใช้จ่ายรายหัวของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
กับระบบประกันสังคมในเรื่องการรักษาพยาบาลมีความใกล้เคียงกันในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
โดยเฉลี่ย ๓,๔๐๐ - ๔,๔๐๐ บาท/คน/ปี ซึ่งค่าใช้จ่ายสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมดได้รับการ
จัดสรรจากงบประมาณประจำปีของรัฐบาล ส่วนระบบประกันสังคมได้มาจากการสมทบร่วมกัน
๓ ฝ่าย คือ ลูกจ้าง นายจ้าง และรัฐบาล ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ โดยเฉลี่ย

๑๔,๐๐๐ - ๑๕,๐๐๐ บาท/คน/ปี (ข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑) ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาล

นอกจากค่าใช้จ่ายรายหัวในการดูแลประชาชนในสิทธิกองทุนต่าง ๆ ข้างต้นแล้ว รัฐบาลให้ความสำคัญด้านการประกันสุขภาพทุกกองทุน โดยปฏิบัติกับประชาชนอย่างเท่าเทียม มีประสิทธิภาพ และทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพของคนไทย โดยกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม ด้วยการสร้างหลักประกันทางสังคมที่ครอบคลุมและเหมาะสมกับคนทุกช่วงวัย ทุกเพศภาวะ และทุกกลุ่ม ปัจจุบันอยู่ในระหว่างการดำเนินการของคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมของทั้งสามกองทุน เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมมากยิ่งขึ้น

คำตอบข้อที่ ๓

กระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า การยุบรวมหรือควบรวมหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ๓ ระบบ เป็นหน่วยงานผู้รับผิดชอบเดียวกัน มีข้อดีซึ่งจะสามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการต่าง ๆ ได้เป็นไปได้ในทิศทางเดียวกันและจะมีความเป็นเอกภาพ อย่างไรก็ตามความเป็นไปได้ในบริบทปัจจุบันของ ๓ ระบบ ทั้งแนวคิดและหลักการ ขอบเขต/เงื่อนไขการคุ้มครอง สิทธิประโยชน์ของแต่ละกองทุนมีความแตกต่างกัน รวมถึงกฎหมายของแต่ละกองทุนเฉพาะ ดังนั้น หน่วยงานที่รับผิดชอบแต่ละระบบยังคงต้องบริหารตามอำนาจหน้าที่เพื่อเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ในการจัดสวัสดิการให้ประชาชนได้รับตามที่กำหนดในแต่ละระบบ

นอกจากนี้ การยุบรวมหน่วยงานผู้รับผิดชอบทั้ง ๓ ระบบ เป็นหน่วยงานเดียว เป็นประเด็นเชิงนโยบายที่มีความซับซ้อน อาจมีความยุ่งยากในการดำเนินการและต้องใช้ระยะเวลา และในปัจจุบันมีกลไก และโครงการเพื่อสร้างความกลมกลืน และลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง ๓ ระบบ โดยมีคณะกรรมการกำหนดและประมาณการค่าใช้จ่ายชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริมของทั้งสามกองทุน และภายใต้คณะกรรมการฯ มีคณะทำงาน ๕ คณะ เป็นกลไกการทำงาน ดังนี้

(๑) คณะทำงานจัดทำหลักเกณฑ์และแนวทางในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม สำหรับบริการระดับปฐมภูมิ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

(๒) คณะทำงานฯ สำหรับบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลและการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน

(๓) คณะทำงานฯ สำหรับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๔) คณะทำงานจัดทำกลไกและการจัดการระบบ การใช้สิทธิชุดสิทธิประโยชน์ และ

(๕) คณะทำงานคาดการณ์ผลกระทบจากชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิประโยชน์เสริม เพื่อสร้างความยั่งยืนในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ มีการดำเนินโครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน เพื่อให้ระบบสุขภาพของประเทศที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของแต่ละหน่วยงานเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน นำไปสู่การสร้างความเป็นธรรม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพต่อไป