



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน
ทางใต้ฝั่งบาง “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”



จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

เครือข่ายวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน
ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

จัดทำโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ได้รับการสนับสนุนจาก

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายนามคณะวิจัย

1	ศ.นพ.ไพฑูรย์	สุริยวงษ์ไพศาล	โรงพยาบาลรามธิบดี
2	ดร.นพ.สัมฤทธิ์	ศรีอำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
3	พญ.ยาใจ	อภิบุญโยภาส	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4	ดร.สิรินาฏ	นิภาพร	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
5	นางสาวอรรณณ	ประสิทธิ์ศิริผล	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
6	นางสาวอรรณภา	บำรุงเขต	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
7	นางสาวสุธีรดา	ฉิมน้อย	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานนี้ได้ค้นพบหลักฐานในเบื้องต้น โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. เป้าประสงค์เชิงนโยบาย ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบเบิกจ่ายเดิมของสามกองทุนประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 6 เดือนหลังการประกาศนโยบาย มีผู้ป่วยรวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 7,805 ราย ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลาง ใช้บริการช่องทางนี้มากกว่าค่าเฉลี่ยของทุกสิทธิ 5 เท่า แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับจำนวนการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ไม่แยกโรงพยาบาลรัฐและเอกชน) ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาเดียวกันของปี 2554 ตามสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในด้านหนึ่งจึงอนุมานได้ว่า นโยบายนี้ประสบความสำเร็จในการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบการเบิกจ่ายเดิมชัดเจน อีกด้านหนึ่งนโยบายนี้เป็นก้าวแรกของการขยายความรู้เกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ ถ้าระบบสารสนเทศครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งหมดในภาครัฐและภาคเอกชนก็จะทำให้วิเคราะห์ได้ชัดเจนว่านโยบายนี้บรรลุถึงการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนฯ หรือไม่ เพียงใด
2. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
 - 2.1 รายงานจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยนอกลดลง ทั้งนี้จำนวนการใช้บริการฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยนอกที่ลดลงไม่น่าจะใช้พฤติการณ์ลดลง แต่น่าจะเกิดจากอัตราขาดเซviceบริการผู้ป่วยนอกที่ไม่มุ่งใจ โรงพยาบาลเอกชนจึงเลือกที่จะเรียกเก็บค่าบริการตรงจากผู้ป่วยนอก
 - 2.2 หลักฐานจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนภายหลังจากจำหน่ายแล้วพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยในทุกสิทธิล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลล่วงหน้าเกือบครึ่งหนึ่ง โดยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีสัดส่วนมากที่สุดคือร้อยละ 80 ทั้งนี้จำนวนเงินที่สำรองจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน อาจมากถึงครึ่งละ 2 หมื่นบาท สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องสำรองจ่าย น่าจะมีที่มาหลายประการ ได้แก่
 - 2.2.1 ผู้ป่วยไม่รู้สิทธิ ดังปรากฏหลักฐานสนับสนุนจากบันทึกการให้บริการ โทร 1330 แสดงว่าผู้สอบถามจำนวนมากที่สุด (1,165 ครั้ง) ถามเรื่องสิทธิประโยชน์ว่าคุ้มครองอะไรบ้าง รองลงมาคือ ไม่ทราบว่าสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใดได้บ้าง (633 ครั้ง) และที่ไม่ทราบว่าต้องสำรองจ่ายหรือไม่ มีจำนวน 409 ครั้ง
 - 2.2.2 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจจะร้องเรียนทางหมายเลขโทรศัพท์ใดเมื่อมีปัญหาการใช้สิทธิ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งสามกองทุนที่ใช้สิทธิในโครงการดังกล่าว ร้อยละ 91-98 ไม่ทราบว่าจจะร้องเรียนกับใคร

2.2.3 ค่าชดเชยบริการต่ำกว่าที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่าย EMCO พบว่าโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการได้รับค่าชดเชยเพียงประมาณร้อยละ 30-40 ของค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตาม ค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บในระบบ EMCO ยังมากกว่าของโรงพยาบาลเอกชนในระบบปกติ (1.03-1.54 เท่า) และของโรงพยาบาลรัฐ (2-3 เท่า)

2.2.4 นิยามภาวะฉุกเฉินคลุมเครือ ในการจำแนกระดับความรุนแรงโดยเฉพาะสีเหลือง เปิดช่องให้โรงพยาบาลเอกชนจัดกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองจริงเป็นสีเขียวจะได้เรียกเก็บค่าบริการได้ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมาใช้ประโยชน์ โดยอาจไม่เป็นกรณีฉุกเฉินจริง โดยยินดีจ่ายเองหากเบิกไม่ได้หรือร่วมจ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากจำนวนการเบิกสิทธิ์สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงหลัง นอกจากนี้ นิยามของกรณีพ้นวิกฤตก็มีได้กำหนดให้ชัดเจน ปล่อยให้ทางโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้วินิจฉัย จึงอาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับจังหวะการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นสังกัดตามสิทธิ์ หรือถ้าสมัครใจนอนโรงพยาบาลเอกชนต่อไป ผู้ป่วยก็ต้องเข้าถูกเรียกเก็บค่าบริการตามปกติหลังจากโรงพยาบาลเอกชนระบุว่าพ้นช่วงวิกฤตแล้ว

2.3 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาส ความกังวลต่อการถูกเรียกเก็บค่าบริการแม้ในภาวะฉุกเฉินนับเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้จุดเกิดเหตุ ดังปรากฏผลการสัมภาษณ์ผู้นำกลุ่มด้อยโอกาส (ชุมชนแออัด ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) ซึ่งพบว่าเพียงครึ่งเดียวเลือกที่จะไปโรงพยาบาลเอกชนถ้าตนเองตกอยู่ในภาวะฉุกเฉิน แม้รับรู้ว่ารัฐบาลมีนโยบายนี้ หลักฐานนี้บ่งชี้ว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงและยังไม่สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มด้อยโอกาสในเรื่องนี้ได้

3. ประเด็นเชิงระบบ

3.1 ในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ การวิเคราะห์เวชระเบียนเท่าที่สืบค้นได้ สำหรับสองกลุ่มโรค ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่า ข้อมูลมีรายละเอียดเพียงพอให้วิเคราะห์เพียงร้อยละ 10 ของจำนวนเวชระเบียนทั้งหมด บ่งชี้ว่า ระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับการประเมินคุณภาพบริการ หลักฐานนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้บริหารและทีมงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนว่า トラバจนปัจจุบันยังไม่มีกระบวนการประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยหน่วยงานภายนอกด้วยการวิเคราะห์เวชระเบียนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ เช่นเดียวกัน แพทย์โรงพยาบาลรัฐบางแห่งในส่วนภูมิภาคกังวลว่า คุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนอาจเป็นปัญหา โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ปริมาณการให้บริการไม่เพียงพอที่จะธำรงรักษาความรู้และทักษะการให้บริการเฉพาะทาง และไม่น่าประหลาดใจเมื่อปรากฏข้อค้นพบว่า ความไม่มั่นใจคุณภาพบริการเป็นเหตุผลที่พบบ่อยที่สุด

ในการไม่เข้ารับบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ (ร้อยละ 23 ในกลุ่มสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 11 ในกลุ่มประกันสังคม และร้อยละ 7 ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

- 3.2 เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ปัจจุบันไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา จึงยังไม่มีรู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เมื่อคำนึงถึงความซับซ้อนเร่งด่วนของภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยประสบและขีดความสามารถที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารและทีมงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชน พบว่า เมื่อพ้นวิกฤตและต้องส่งต่อ โรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาการหาเตียงให้ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด ปัญหานี้รุนแรงมากในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และเชียงใหม่ แม้ว่า clearing house และกระทรวงสาธารณสุขตระหนักดีและพยายามวางระบบรองรับแล้วก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ค้นพบล้วนเกี่ยวโยงกัน จึงจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานเจ้าภาพ รับผิดชอบจัดการภาพรวมอย่างบูรณาการ คณะผู้วิจัยเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขเหมาะสมที่จะเป็นเจ้าภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นหน่วยงานนโยบายสูงสุดในระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจตามกฎหมายครอบคลุมกว้างขวางที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาระบบสารสนเทศ ที่สามารถติดตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา อันจะเป็นรากฐานสำคัญรองรับการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยพิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 11 พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 เพื่อให้ครอบคลุมโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดไม่ว่าจะสมัครใจเบิกค่าชดเชยบริการหรือไม่
2. ประสานงานให้องค์กรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพพัฒนา
 - 2.1 เกณฑ์จำแนกระดับความรุนแรง (triage) ชั้นวิกฤต (สีแดง) และชั้นพ้นขีดอันตราย
 - 2.2 เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสำหรับแต่ละกลุ่มภาวะฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงกับ data elements ในเวชระเบียน
 - 2.3 กลไกและกระบวนการสุ่มเวชระเบียน (โดยไม่แจ้งล่วงหน้า) เพื่อประเมินคุณภาพบริการโดยเทียบเคียงกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสำหรับแต่ละกลุ่มภาวะฉุกเฉิน อันจะส่งผลกระทบกระตุ้นให้โรงพยาบาลทุกแห่งเตรียมพร้อมอยู่เสมอตามระดับขีดความสามารถ

ทั้งนี้ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัด สามกองทุนสุขภาพ และผู้แทนสื่อมวลชน ทั้งนี้ คณะกรรมการสถานพยาบาล (มาตรา 7 พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541) อาจเป็น กลไกที่เหมาะสม

3. พัฒนากลไกรองรับการเข้าถึงบริการและกระจายบริการให้ทั่วถึง สะดวก รวดเร็ว เป็นเอกภาพ สอดคล้อง กับความซับซ้อนเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินและขีดความสามารถของโรงพยาบาล โดย

3.1 ประกาศหมายเลขโทรศัพท์รองรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงหมายเลขเดียวทั่วประเทศ เพื่อลดความสับสน และอำนวยความสะดวกแก่ผู้แจ้งเหตุมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

3.2 ให้มีกลไกในการพิจารณา ให้คำแนะนำ และตัดสินใจระดับของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แทนที่จะปล่อยให้ โรงพยาบาลทั้งหลายตัดสินใจโดยอิสระว่าผู้ป่วยรายใดเข้าข่ายสีแดง สีเหลือง หรือสีเขียว ดังที่เป็นอยู่ โดยเสริมขีดความสามารถของศูนย์บริหารจัดการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (dispatch centers) ของเครือข่าย โรงพยาบาลทั่วประเทศรองรับ ดังเช่นที่ปฏิบัติทั่วไปในประเทศพัฒนา โดยเน้นการธำรงรักษาการพัฒนา ทักษะความรู้และแรงจูงใจอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

4. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย โดย

4.1 ให้มีกลไกจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่อพ้นภาวะวิกฤตในกรณีต้องย้ายกลับโรงพยาบาลรัฐ เช่น กำหนดให้มีโรงพยาบาลต้นสังกัดเหมือน ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม

4.2 นำระบบสำรองเตียงโรงเรียนแพทย์ และหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีขีดความสามารถใกล้เคียงโรงเรียน แพทย์มาใช้ในการกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และ/หรือเสริมระบบสำรองเตียงให้เข้มแข็งมากขึ้น ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดอื่นที่มีปัญหา “เตียงเต็ม” คล้ายกัน โดยความร่วมมือกับสามกองทุน

5. เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับบริการในกรณีฉุกเฉินขั้นวิกฤต (สีแดง) และกรณีคนไข้ในที่ยังไม่ พ้นวิกฤต โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า

5.1 ถ้าจะปรับค่าชดเชยบริการ (เฉพาะ marginal cost) ควรให้ความสำคัญกับคนไข้ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) เป็นอันดับแรก และต้องจัดให้มีกลไกและมาตรการคุ้มครองไม่ให้ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บค่าบริการจาก โรงพยาบาลเอกชนก่อน เช่น กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีระบบสารสนเทศเกี่ยวกับบริการ ภาวะฉุกเฉินที่มีรายละเอียดเพียงพอทั้งด้านการเงินและทางคลินิก โดยพร้อมให้ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

5.2 มีกลไกในการพิจารณาอนุมัติและแยกแยะระดับฉุกเฉิน เพื่อให้การชดเชยสอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่าย ที่เกิดขึ้น

5.3 กำหนดเกณฑ์พิจารณาการสิ้นสุดภาวะวิกฤตที่ชัดเจน เพื่อป้องกันการส่งต่อในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ ปลอดภัย และ/หรือป้องกันการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยต่างๆ ที่ยังอยู่ในภาวะวิกฤต

5.4 ควรมีป้ายข้อความ ตัวอักษรไทยและอังกฤษขนาดใหญ่ไม่น้อยกว่า 15 ซม. บนพื้นที่ติดกันเด่นชัด แสดงที่หน้าห้องฉุกเฉินทุกโรงพยาบาล ระบุว่า “ต้องการร้องเรียน-สอบถาม บริการฉุกเฉิน โทร 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง”

6. วิจัยสร้างความรู้เพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

6.1 การเข้าถึงบริการกลุ่มด้อยโอกาสว่ามีข้อจำกัดจริงหรือไม่ ถ้าจริง เนื่องจากเหตุใด

6.2 วิธีการจ่ายค่าบริการที่ได้ผลตอบแทนคุ้มค่าที่สุด

6.3 พัฒนาเกณฑ์ชี้วัดและวิธีการวัดคุณภาพบริการตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนสิ้นสุดการให้บริการเพื่อยกระดับมาตรฐานวิชาชีพให้ทันสมัยอยู่เสมอ และเชื่อมโยงกับ 6.2

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนมูลนิธิต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และขอขอบคุณสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เอื้อเพื่อข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการในระบบ Emergency claim online (EMCO)

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นายแพทย์พีรพล สุทธิวิเศษศักดิ์ ในความกรุณาสละเวลาให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะอันมีคุณค่า

และขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยสำหรับการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	I
กิตติกรรมประกาศ	VI
สารบัญเรื่อง	VII
สารบัญตาราง	X
สารบัญรูปภาพ	XII
บทที่ 1 สังเคราะห์ข้อค้นพบ โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”	1
1. ความเป็นมา	3
2. วัตถุประสงค์	7
3. กรอบการวิจัย	8
4. ระเบียบวิธีวิจัย	8
5. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	9
6. ทบทวนแนวคิดและประสบการณ์ต่างประเทศ (เทียบเคียงกับของประเทศไทย)	10
7. ผลการศึกษาที่สำคัญ	12
การเข้าถึงบริการ	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการ	16
รูปแบบการให้บริการ	17
คุณภาพบริการ	18
ลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน	18
การสำรองค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ	18
การชดเชยค่าบริการ	19
8. อภิปรายผลและข้อสรุป	21
การเข้าถึง ใช้บริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	21
คุณภาพบริการ	22
การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย	23
การจ่ายค่าชดเชยบริการและการบังคับใช้ พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 มาตรา 36	23
9. ข้อจำกัดของรายงานนี้	24
10. บทสรุป	25
11. ข้อเสนอแนะ	27
บรรณานุกรม	30

บทที่ 2 การให้บริการ ค่าบริการที่เรียกเก็บและการจ่ายชดเชยผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน	31
ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”	
1. ที่มาและความสำคัญ: การคุ้มครองผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสุขภาพ	33
2. วัตถุประสงค์	37
3. กรอบการวิจัย	38
4. ระเบียบวิธีวิจัย	38
5. ผลการศึกษา	40
5.1 การจัดบริการฉุกเฉินด้านการแพทย์แก่ประชาชนในต่างประเทศ	40
5.2 การเข้าถึงบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”	42
5.3 แนวโน้มการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	49
5.4 การบริหารการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการ	52
5.5 ค่าบริการที่เรียกเก็บและอัตราจ่ายชดเชยของ EMCO	54
5.6 เปรียบเทียบค่าบริการที่เรียกเก็บในระบบ EMCO กับระบบอื่นๆ	57
5.7 วิเคราะห์งบการเงินโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์	60
5.8 ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน	60
6. อภิปรายผลและข้อสรุป	62
ภาคผนวก	65
บทที่ 3 คุณภาพบริการ กระบวนการให้บริการและภาระทางการเงินของผู้ป่วย ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”	69
1. ความเป็นมาและความสำคัญ	71
2. วัตถุประสงค์	72
3. นิยามศัพท์	72
4. ระเบียบวิธีวิจัย	76
5. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	78
5.1 ที่มาของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”	78
5.2 การประเมินคุณภาพของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service)	83
6. รายงานผลกระทบของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” ต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วย	90
6.1 ผลกระทบของนโยบายต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน	91
6.2 สรุปผลกระทบของนโยบายต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน	95

6.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”	96
6.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ	100
6.5 ลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย	102
6.6 ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน	103
6.7 การรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยต่อนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”	104
6.8 สรุปการเข้าถึงบริการ	106
7. การประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic stroke) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)	107
8. บทสรุป	108
9. ข้อจำกัดของรายงานนี้	108
10. ข้อเสนอแนะ	109
ด้านคุณภาพบริการและการเข้าถึง	109
ด้านการชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน	109
ภาคผนวก	110
บรรณานุกรม	123

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1.1	เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีบาดเจ็บรุนแรงหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ	3
ตารางที่ 2.1	สิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีบาดเจ็บรุนแรงหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของระบบ ประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ	33
ตารางที่ 2.2	สัดส่วนการใช้บริการ จำแนกตามอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย	45
ตารางที่ 2.3	จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกรายโรค สูงสุด 10 อันดับแรก	45
ตารางที่ 2.4	จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกรายโรค สูงสุด 10 อันดับแรก	46
ตารางที่ 2.5	จำนวนโรงพยาบาลที่ใช้สิทธิ EMCO รายเขตพื้นที่ สปสช.	48
ตารางที่ 2.6	รายชื่อโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก	48
ตารางที่ 2.7	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ค่าบริการเรียกเก็บและค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยใน เมษายน- กันยายน 2555	55
ตารางที่ 2.8	ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน จำแนกตาม ระดับฉุกเฉิน	55
ตารางที่ 2.9	ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ใน จำแนกตามระบบ ประกันสุขภาพ	56
ตารางที่ 2.10	ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยค่าบริการ ผู้ป่วยนอก/ใน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล	57
ตารางที่ 3.1	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามเพศ	96
ตารางที่ 3.2	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามระดับการศึกษา	97
ตารางที่ 3.3	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามรายได้	98
ตารางที่ 3.4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอาชีพ	98
ตารางที่ 3.5	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบสิทธิการรักษาของตนเอง	99
ตารางที่ 3.6	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ	100
ตารางที่ 3.7	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการไปใช้บริการโรงพยาบาลที่ทราบว่า ใกล้จุดเกิดเหตุ	100
ตารางที่ 3.8	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามเหตุผลในการเลือกโรงพยาบาลที่ใช้บริการ	101
ตารางที่ 3.9	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการถูกถามสิทธิของผู้ป่วย	101
ตารางที่ 3.10	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการสำรองค่าใช้จ่ายก่อน	102

ตารางที่ 3.11	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทราบบริการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669 และ 1646 แบ่งตามสิทธิการรักษา	102
ตารางที่ 3.12	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละสิทธิการรักษา แบ่งตามการเดินทางมาโรงพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนี้	103
ตารางที่ 3.13	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” ในความหมายว่าไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล	104
ตารางที่ 3.14	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” แบ่งตามความเข้าใจต่อภาวะฉุกเฉิน” ของผู้ป่วย	104
ตารางที่ 3.15	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบเกี่ยวกับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัด	105
ตารางที่ 3.16	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการยอมรับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัด	105
ตารางที่ 3.17	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบว่าหมายเลขโทรศัพท์เพื่อร้องเรียนกรณีที่มีปัญหา	106

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1.1 จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานภาพจากการคัดกรอง โดย EMCO	13
รูปที่ 1.2 สัดส่วนและจำนวนรายผู้ป่วยใช้บริการ จำแนกประเภทบริการ และระดับความรุนแรง (เหลือง-แดง)	13
รูปที่ 1.3 สัดส่วนการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”	14
รูปที่ 1.4 จำนวนการเข้ารับบริการผู้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรายสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ จำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการทางการแพทย์	15
รูปที่ 1.5 ผลดำเนินการประสานหาเตียงสำหรับผู้ป่วยส่งต่อและรับเรื่องร้องทุกข์ ระหว่าง 1 เมษายน - 31 กรกฎาคม 2555 โดย clearing house	16
รูปที่ 1.6 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ระหว่าง เมษายน – สิงหาคม 2555	17
รูปที่ 1.7 สัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามช่องทางการเดินทางมาโรงพยาบาล	18
รูปที่ 1.8 สัดส่วนการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชน	19
รูปที่ 1.9 เปรียบเทียบแนวโน้มรายเดือนของคะแนนน้ำหนักรู้สึกพึงพอใจ และค่าบริการเรียกเก็บต่อคน	20
รูปที่ 1.10 ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทกองทุน ในระบบเดิมเทียบกับระบบ EMCO ภายใต้นโยบายนี้	21
รูปที่ 2.1 จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานภาพจากการคัดกรอง โดย EMCO	43
รูปที่ 2.2 สัดส่วนและจำนวนราย ผู้ป่วยใช้บริการ จำแนกประเภทบริการ และระดับความรุนแรง	43
รูปที่ 2.3 สัดส่วนการเข้าใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”	44
รูปที่ 2.4 จำนวนการเข้ารับบริการรายสิทธิ จำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการ การแพทย์	45
รูปที่ 2.5 สัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามช่องทางการเดินทางมาโรงพยาบาล	47
รูปที่ 2.6 จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างเมษายน-กันยายน 2555	49
รูปที่ 2.7 จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทบริการและความรุนแรง ระหว่างเมษายน – กันยายน 2555	50

รูปที่ 2.8	แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ	50
รูปที่ 2.9	แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามประเภทบริการและสิทธิประกันสุขภาพ, เมษายน - กันยายน 2555	51
รูปที่ 2.10	แนวโน้มสัดส่วนช่องทางการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือนจำแนกตามประเภทบริการ	52
รูปที่ 2.11	ขั้นตอนการดำเนินงานของ Clearing House ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	53
รูปที่ 2.12	แสดงระยะเวลาอนุมัติโดยเฉลี่ยของรายการเรียกเก็บที่ออกเลขงวดได้ภายในสัปดาห์วัน และร้อยละของรายการเรียกเก็บที่ดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด เมษายน - กันยายน 2555	53
รูปที่ 2.13	ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก เมษายน - กันยายน 2555	54
รูปที่ 2.14	แผนการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 3 กองทุน	58
รูปที่ 2.15	ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทกองทุน	59
รูปที่ 2.16	ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชนใน EMCO เทียบกับโรงพยาบาลรัฐ	60
รูปที่ 3.1	แสดงระบบการเบิกจ่ายผ่าน Clearing house	81
รูปที่ 3.2	แสดงขั้นตอนการทำงานของ สปสช. ในระบบการเบิกจ่าย	82
รูปที่ 3.3	แสดงรอบของการโอนเงินในระบบการเบิกจ่าย	82
รูปที่ 3.4	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ปี 2547 - 2551 จำแนกรายภาค	84
รูปที่ 3.5	แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง ตามแนวเวชปฏิบัติของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย	86
รูปที่ 3.6	การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันในระยะเฉียบพลัน ตามแนวเวชปฏิบัติของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย	87
รูปที่ 3.7	แนวทางการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจ แห่งประเทศไทย	89
รูปที่ 3.8	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอายุ	97
รูปที่ 3.9	ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอาการนำที่มาโรงพยาบาล	99
รูปที่ 3.10	ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามอาการนำ	107

บทที่ 1
สังเคราะห์ข้อค้นพบ

โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน
ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”

บทที่ 1

สังเคราะห์ข้อค้นพบ

โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

1. ความเป็นมา

ประเทศไทยจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้สามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทั้งสามระบบกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการและอัตราจ่ายชดเชยที่ต่างกัน เช่น การจำกัดจำนวนครั้งของสมาชิกในการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการชดเชยบริการชดเชย เงื่อนไขการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เป็นต้น เงื่อนไขต่างนี้น่าจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รายละเอียดเป็นไปตามตารางที่ 1.1

ตารางที่ 1.1 เปรียบเทียบสิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีบาดเจ็บรุนแรงหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ

เรื่อง	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
เงื่อนไขการใช้บริการ	ใช้ได้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ส่วนสถานพยาบาลเอกชนใช้ได้เฉพาะบริการผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ นอกเหนือหน่วยบริการประจำได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	สถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน - กรณีบาดเจ็บรุนแรง ไม่จำกัดจำนวนครั้ง - กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำกัดประเภทผู้ป่วยนอกไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และประเภทผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
ค่าพาหนะส่งต่อ	รถพยาบาลของสถานพยาบาล เริ่มจ่ายเริ่มต้น 500 บาท เพิ่มเติมตามระยะทางไป-กลับ ระหว่างสถานพยาบาลในอัตรา กิโลเมตรละ 4 บาท	รถยนต์ ตามระยะทางไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง เรือ ไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้ง อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) ไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง	รถหรือเรือพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท พาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลเหมาจ่ายในอัตรา 300 บาท เขตท้องที่อื่นจ่ายตามระยะทาง กิโลเมตรละ 6 บาท

เรื่อง	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
อัตราชดเชย ค่าบริการ	ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษายาบาลและ ค่าอุปกรณ์การแพทย์ ตามประกาศอัตราการ จ่ายของกรมบัญชีกลาง สำหรับโรงพยาบาลรัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชน เบิกได้ไม่เกิน 4,000 บาท	ในเครือข่าย - ในเขตพื้นที่ ผู้ป่วยนอก : อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน : อัตราจ่าย DRG แต่ละพื้นที่ - นอกพื้นที่ ผู้ป่วยนอก : กองทุนกลาง Point System Global Budget ผู้ป่วยใน : อัตราจ่าย 4,500/ 8,500 และ 14,000 บาท ต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับเงื่อนไข ที่กำหนด	รพ.รับรองสิทธิเป็น ผู้รับผิดชอบ โดย 72 ชม.แรก ประกันสังคมเป็นผู้รับผิดชอบ รพ.รัฐบาล ผู้ป่วยนอก : อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน : อัตราจ่ายจริง ไม่เกิน 72 ชม.แรก ไม่รวม ค่าห้อง และอาหารเบิกได้ วันละ 700 บาท รพ.เอกชน ผู้ป่วยนอกเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 1,000 บาท ยกเว้น การตรวจพิเศษตามที่กำหนด ผู้ป่วยใน : ค่ารักษายาบาล วันละ 2,000 บาท ค่าห้อง และอาหารไม่เกิน 700 บาท ICU วันละ 4,500 บาท รวม ห้องและอาหาร ผ่าตัดใหญ่ 8,000-16,000 บาท

ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถที่ได้รับบาดเจ็บ/เสียชีวิต อีกทั้งเป็นหลักประกันให้กับโรงพยาบาลว่าจะได้รับค่ารักษายาบาลในการรักษายาบาลผู้ประสบภัยจากรถ โดยผู้ประสบภัยจะได้รับการชดเชยเป็นค่ารักษายาบาล และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 15,000 บาท สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพถาวร 35,000 บาท เสียชีวิต จะได้รับการชดเชยเป็นค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพ จำนวน 35,000 บาท ทั้งนี้รวมทั้งหมดไม่เกิน 50,000 บาท

จากรายงานสถิติการประกันภัยรถยนต์โดยข้อบังคับแห่งกฎหมาย ของบริษัทไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน) ณ ไตรมาสที่ 1 พ.ศ. 2553 พบว่า ปีรับประกันภัย พ.ศ. 2549 มีอัตราความสูญเสีย (Loss Ratio) คิดเป็นร้อยละ 41.8 และค่าสินไหมทดแทนโดยเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 12,311 บาท หากพิจารณาปีรับประกันภัยอื่นๆ จะพบว่าค่าสินไหมทดแทนโดยเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ระหว่าง 11,978 - 13,511 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้ อัตราการใช้สิทธิภายใต้ระบบในปีรับประกันภัย 2549 มีเพียงร้อยละ 2 ของจำนวนกรรมธรรม์ทั้งหมด ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ อันเนื่องจากกระบวนการเบิกจ่ายค่าเสียหายมีความล่าช้า ยุ่งยากและซับซ้อน ส่งผลให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ในฐานะผู้บริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย สมาคมประกันวินาศภัย และบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ร่วมมือพัฒนาระบบสินไหมอัตโนมัติ หรือ E-Claim เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลสะดวกมากขึ้น รวมถึงลดขั้นตอนในเรื่องเอกสารต่างๆ เช่น บันทึกประจำวันของตำรวจ เป็นต้น

รูปแบบสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของแต่ละระบบการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายเข้าถึงบริการการรักษา และได้รับการรักษาพยาบาลไม่เท่าเทียมกัน อีกทั้ง ความซับซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาล ระหว่างระบบการประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้เกิดความพยายามที่จะผลักภาระค่าใช้จ่ายกันระหว่างแต่ละระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การโอนถ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากรณีประสบภัยจากรถยนต์ เข้าสู่การเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ

ด้วยตระหนักผลกระทบต่อบริการผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าว รัฐบาลจึงมีนโยบายสร้างเอกภาพในระบบประกันสุขภาพหลักสามกองทุน โดยเริ่มที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรมคือผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) และระดับเร่งด่วน (สีเหลือง) ตามนิยามที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในชั้นดำเนินนโยบายมีการประชุมเตรียมการและทำความเข้าใจกับกองทุนและประชุมชี้แจงแก่โรงพยาบาล เอกชนให้ยอมรับอัตราการจ่ายที่กำหนด และเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา^(2, 3, 5)

ทั้งนี้ การสร้างเอกภาพระหว่างระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ นั้น ถือว่าเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแม้จะมีความพยายามในการดำเนินการดังกล่าวแต่ไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่คาด⁽¹⁾ การริเริ่มจากบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ด้วยการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงทุกที่ทั่วถึงทุกคน” ตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 จึงอาจเป็นโอกาสที่ดีในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนเพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นอันจำเป็นต่อการปรับปรุงนโยบายให้บรรลุเป้าประสงค์ต่อไป จึงสมควรให้มีการติดตามประเมินการดำเนินนโยบายดังกล่าว

นิยาม “การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหันซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และบำบัดรักษา อย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น สามารถจำแนกตามอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยได้ 3 ระดับ คือ

(1) ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) คือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

(2) ฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) คือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรง อันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้

(3) ฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตัวเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ทั้งนี้ สถานบริการหรือโรงพยาบาลนอกเครือข่ายของ 3 กองทุน หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนของกรมบัญชีกลาง หรือ สถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม หรือ สถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การเภสัชกรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอิสระอื่นๆ ได้เข้าร่วมโครงการในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วย โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นศูนย์กลางติดตามการเบิกจ่ายค่าบริการให้กับสถานบริการ ตามอัตราการจัดเก็บค่าบริการที่ได้ตกลงกันไว้ทั้ง 3 กองทุน ดังนี้

(1) กรณีผู้ป่วยนอก

- จ่ายตามรายการที่กำหนดไว้ 173 รายการของกรมบัญชีกลางที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- จ่ายตามบัญชีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์อีก 7 รายการ
- กรณีมีรายการที่ไม่ได้ระบุไว้ในระบบฉุกเฉินสามารถเบิกจ่ายตามจริงได้แต่ไม่เกิน 1,000 บาท

(2) กรณีผู้ป่วยใน

- จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG V.5.0) 10,500 บาทต่อ 1 AdjRW
 - เพิ่มเติมกรณีมีการใช้ยา จ.(2)
 - เพิ่มเติมกรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) จ่ายตามอัตราที่ตกลงไว้ร่วมกัน
- 3 กองทุน

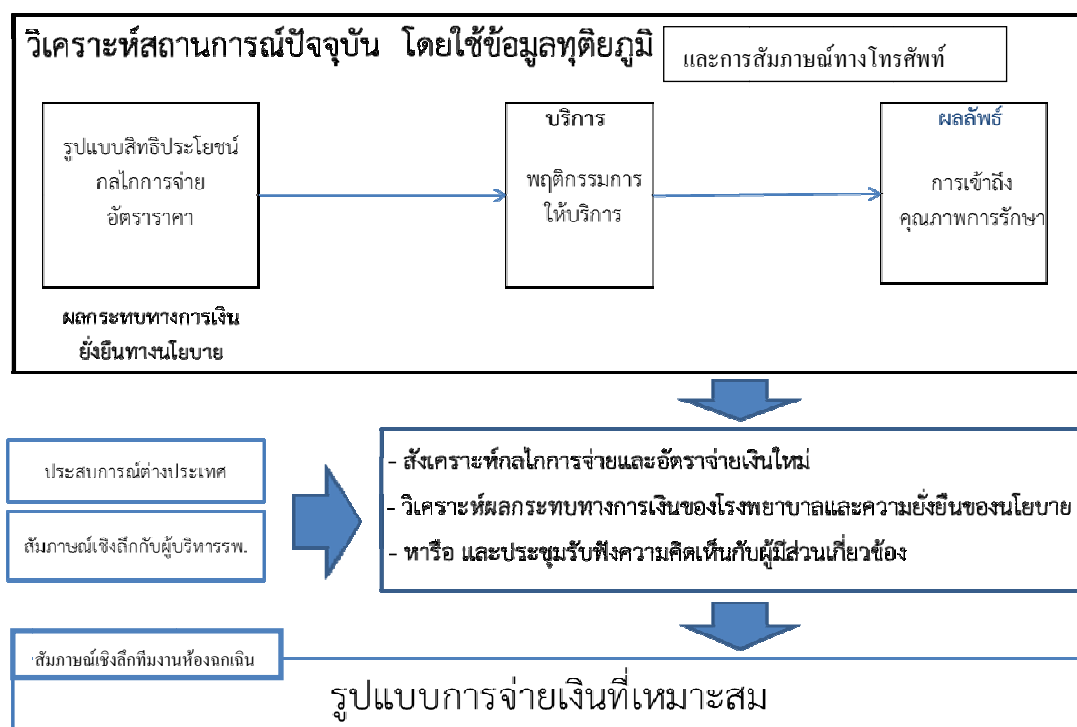
ค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อ กรณีที่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือกลับไปยังระบบ จะจ่ายในอัตราตั้งต้น 500 บาท + ระยะทางไปกลับกิโลเมตรละ 4 บาท กรณีที่เป็นผู้ประสบภัย จากรณีให้เบิกเงินค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาท จากกองทุนผู้ประสบภัยจากรณีก่อนจึงจะเบิกค่าใช้จ่ายตาม แนวทางนี้ได้

เนื่องจากนโยบายดังกล่าวนับเป็นครั้งแรกที่นำเอาโรงพยาบาลเอกชนที่มีได้เป็นคู่สัญญาของระบบ ประกันสุขภาพหลักให้เข้ามาร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น การประเมินผลที่เกิดขึ้นในด้านการเข้าถึง บริการ วิธีการจ่ายเงิน การให้บริการ และผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากเพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิง ประจักษ์ในการวิเคราะห์ในการวางแผนกำหนดทิศทางต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบายต่อไป

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อทบทวนแนวคิดและประสบการณ์ต่างประเทศในการจัดการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน และการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาล
- 2.2 เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินปัจจัยที่มีผลต่อการ เข้าถึงบริการ
- 2.3 เพื่อประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นหัวใจส่วน ST (Acute ST-elevation myocardial infarction; STEMI)
- 2.4 เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2.5 เพื่อศึกษากลไกและกระบวนการชดเชยค่าบริการแก่โรงพยาบาลเอกชน และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ป่วย

3. กรอบการวิจัย



4. ระเบียบวิธีวิจัย

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแหล่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพหลักสาม กองทุน และข้อมูลการเบิกจ่ายบริการค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้ (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)

- วิเคราะห์ฐานข้อมูล EMCO เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบายรวมไปถึงระยะเวลาการจ่ายค่าชดเชยบริการ
- วิเคราะห์อัตราความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนส่งมาเบิกและค่าบริการที่ได้รับชดเชย คิดเป็นร้อยละของค่าชดเชยเทียบกับค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ
- วิเคราะห์รายงานงบการเงินเฉพาะกิจของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

4.2 สุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วย 128 ราย ที่มารับบริการหรือญาติของผู้ป่วยที่มารับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยการศึกษาแบบย้อนหลังทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)

4.3 วิเคราะห์หลักฐานเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้ (ดูรายละเอียดในบทที่ 2 และ 3)

- บททวนเอกสารต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิธีการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาล (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)

- b. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ และผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และจัดเวทีระดมความคิดเห็น เพื่อให้ได้แนวทางและข้อเสนอในการกำหนดค่าใช้จ่ายและอัตราจ่ายชดเชย (ดูรายละเอียดในบทที่ 2)
- c. จัดทำกลุ่มสนทนาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบายดังกล่าว (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)
- d. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นหัวใจส่วน ST (STEMI) จำนวน 15 รายเทียบเคียงกับแนวทางเวชปฏิบัติรองรับการรักษาชัดเจน ทั้งนี้ ผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวได้จากการคัดสรรภาพสำเนาเวชระเบียนผู้ป่วยในที่ได้รับจาก clearing house ของ EMCO (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)

แหล่งข้อมูล

1. ฐานข้อมูล EMCO (emco.nhso.go.th) ตั้งแต่ 1 เมษายน - 30 กันยายน 2555
2. ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 3 กองทุน ปี พ.ศ. 2554
3. รายงานงบการเงินเฉพาะกิจของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยสำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชนของ สปสช. เพื่อนำเสนอคณะกรรมการสิทธิการการสวัสดิการสังคม เมื่อ 11 ตุลาคม 2555

5. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติในด้านต่างๆ ตามวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการวิจัยต่อไป

6. ทบทวนแนวคิดและประสบการณ์ต่างประเทศ (เทียบเคียงกับของประเทศไทย)

การที่ประชาชนได้รับหลักประกันสุขภาพไม่เท่าเทียมกัน มีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการและผลการรักษา ดังปรากฏหลักฐานว่า ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีโอกาสเสียชีวิตระหว่างนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นร้อยละ 3-4 เมื่อขาดหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกๆ 1 หน่วยของค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน⁽¹⁾

ในประเทศไทย ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุนช่วยให้คนไทยเกือบทั้งหมดเข้าถึงบริการสุขภาพ และยังป้องกันครัวเรือนไม่ให้ล้มละลายจากค่าบริการสุขภาพ⁽²⁾ ในด้านการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินภาครัฐ เมื่อจำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุน การเข้าถึงเป็นไปตามสัดส่วนประชากรแต่ละสิทธิ ใกล้เคียงกันในทุกภาคของประเทศ⁽³⁾ แม้ว่า นิยามภาวะฉุกเฉิน หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าชดเชยแก่สถานพยาบาลต่างกัน (ดูตาราง 1.1 ข้างต้น) เงื่อนไขแตกต่างกันเช่นนี้ ชวนให้เกิดคำถามว่า คุณภาพบริการที่ได้รับต่างกันหรือไม่ สำหรับการเข้าถึงบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน ยังไม่ปรากฏหลักฐานว่าเป็นอย่างไร แม้ว่า พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบ อัตราค่ารักษาพยาบาล (ทั้งการเจ็บป่วยทั่วไปและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน) และบทลงโทษ ดังนี้

มาตรา 36 ระบุว่า “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อ...ต้องจัดการให้มีการส่งต่อ...ตามความเหมาะสม”

มาตรา 66 ระบุว่า “ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 36 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปีหรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ”

มาตรา 32 ระบุว่า “... (3) อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วยที่สถานพยาบาลต้องแสดงตามมาตรา 33 วรรคหนึ่งการแสดงรายละเอียดตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง”

มาตรา 33 “ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดชนิดหรือประเภทของการรักษาพยาบาล การบริการอื่นของสถานพยาบาลและสิทธิของผู้ป่วยซึ่งผู้รับอนุญาตจะต้องแสดงตามมาตรา 32 (3) ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการอื่นเกินอัตราที่ได้แสดงไว้มิได้และจะต้องให้การบริการแก่ผู้ป่วยตามสิทธิที่ได้แสดงไว้”

บทเรียนของประเทศเนเธอร์แลนด์บ่งชี้ว่า การสนับสนุนของรัฐ บรรยากาศทางการเมืองและการเงิน การคลังมีอิทธิพลมากต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในสหภาพยุโรป 27 ประเทศ พบว่า แม้ทุกประเทศมีกฎหมายให้บริการฟรีสำหรับผู้ป่วยใน

ครอบคลุมผู้ไร้สิทธิใดๆ และบุคคลไร้สัญชาติหรือบุคคลที่ระบุตัวตนไม่ได้⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตามยังมี 7 ประเทศที่กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน และอีก 7 ประเทศ เมื่อใช้บริการนอกโรงพยาบาล (out of hospital care)

ในด้านการพัฒนาบุคลากร พยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรมในบทบาท dispatchers และบริการ ALS มีความหมายมากต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน⁽⁴⁾ เช่น ช่วยแยกแยะความจำเป็นที่ต้องใช้รถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 60 ของจำนวนรายที่ร้องขอบริการทั้งหมด) ในประเทศไทย เริ่มมีความพยายามพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบด้วยงบประมาณเฉพาะเจาะจงอย่างน้อยตั้งแต่ปี 2551 แต่บริการรถพยาบาลผ่าน 1669 มีบทบาทน้อยมากต่อการเข้าถึงบริการห้องฉุกเฉิน และอาจไม่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีระดับความรุนแรงสูงจนต้องนอนโรงพยาบาลเท่าที่ควร เมื่อคำนึงถึงข้อค้นพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าถึงห้องฉุกเฉินผ่านรถพยาบาล 1669 หรือมูลนิธิ ส่วนใหญ่ (กว่าร้อยละ 50-70) กลับบ้านได้เมื่อผ่านการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉินแล้ว⁽³⁾

ความต้องการใช้บริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และห้องฉุกเฉิน เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกันมาก เมื่อรัฐบาลเยอรมัน ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลและลดการสนับสนุนเงินแก่บริการผู้ป่วยนอก ผลที่ตามมาคือ ปริมาณผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ทำนองเดียวกับที่เกิดขึ้นในสหรัฐฯ⁽⁵⁾ ทำนองเดียวกัน ในอีกมุมหนึ่ง ภาวะเตียงเต็มในประเทศออสเตรเลียทำให้ห้องฉุกเฉินเป็นสภาพคอขวด นั่นคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรอคอยเฉลี่ย 6.6 ชั่วโมงกว่าจะได้เข้ารับบริการผู้ป่วยใน ในขณะที่ไม่ปรากฏสภาพคอขวดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในภูมิภาคเนื่องจากไม่มีการจำกัดจำนวนเตียงผู้ป่วยใน⁽³⁾

แม้ว่าในส่วนภูมิภาค สภาพแออัดในห้องฉุกเฉินไม่ใช่ปัญหา แต่สำหรับโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ในกรุงเทพมหานคร สภาพนี้คือปัญหาสำคัญเช่นเดียวกับในต่างประเทศ จึงนำไปสู่ความพยายามแก้ไข ด้วยทางเลือกต่างๆ ประการหนึ่งคือ บริการนอกเวลาปกติ (after-hour care) หลักฐานเบื้องต้นในต่างประเทศบ่งชี้ว่า บริการนอกเวลาปกติลดภาระของแพทย์ ลดบริการซึ่งหน้า (face-to-face contact) ลดจำนวนครั้งการให้บริการถึงบ้าน (house calls) จึงน่าจะช่วยลดค่าใช้จ่ายในระบบบริการ แต่ยังไม่มีความกระจ่างเกี่ยวกับ ก) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยบางชนิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่ต้องการพบแพทย์ ข) การดูแลตนเองตามคำแนะนำทางโทรศัพท์ ค) ความพอใจของผู้ป่วย ง) ความต่อเนื่องในการได้รับบริการระหว่างบริการนอกเวลาปกติกับบริการของแพทย์ประจำ^(6, 7) อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อเท็จจริงว่า บริการนอกเวลาปกติมีหลายรูปแบบมาก เช่น บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยแพทย์หรือพยาบาล บริการซึ่งหน้า บริการถึงบ้าน บริการโดยแพทย์ทั่วไป เป็นต้น จึงยังมีคำถามว่ารูปแบบใดคุ้มค่าและได้ผลดีที่สุด

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” อาจเป็นบันไดขั้นแรกไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เพียงลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ แต่จะวิวัฒน์ไปสู่การยกระดับคุณภาพบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศได้สักเพียงใด ขึ้นอยู่กับการพัฒนาองค์ประกอบของระบบที่นอกเหนือจากกลไกการเงินการคลัง โดยคำนึงถึงความท้าทายและบทเรียนจากสากลดังกล่าวมาในหัวข้อนี้

คำนิยาม (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในบทที่ 2 และ 3)

- ก) “เงินเรียกเก็บ” หมายถึง จำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (ตามราคาของสถานพยาบาล)
- ข) “เงินชดเชยกองทุน”
 - a. ผู้ป่วยนอก หมายถึง เงินชดเชยตามรายการที่กำหนด + รายการยา และอื่นๆรวมไม่เกิน 1,000 บาท
 - b. ผู้ป่วยใน หมายถึง $(AdjRW(Version5) * 10,500 \text{ บาทต่อ } AdjRW) + \text{รายการอุปกรณ์ (ถ้ามี)} + \text{ค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)}$
- ค) “เงินชดเชยทั้งหมด” หมายถึง เงินชดเชยกองทุน + ค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ไม่เกิน 15,000 บาท กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากรถ
- ง) ประเภทสถานพยาบาล
 - a. โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์
 - b. โรงพยาบาลมูลนิธิ
 - c. โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน ที่ไม่เข้าข่ายใน a. และ b.

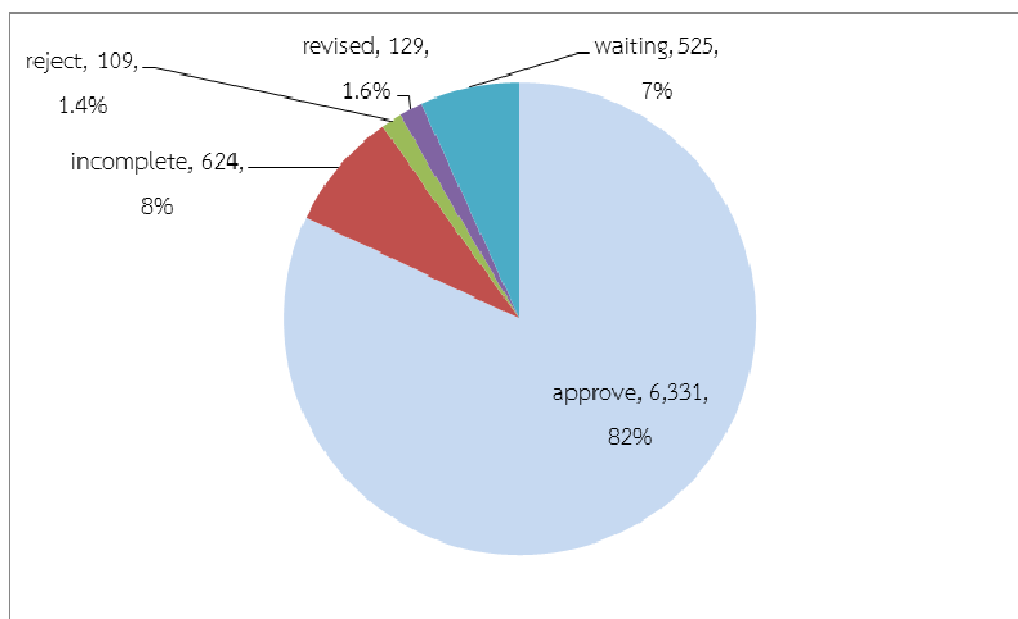
7. ผลการศึกษาที่สำคัญ

การเข้าถึงบริการ

ตั้งแต่ประกาศนโยบายนี้ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมให้บริการ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2555 มี 215 แห่ง (ร้อยละ 61 ของทั้งหมด 353 แห่ง) จำแนกเป็นโรงพยาบาลเอกชนในเขต กรุงเทพมหานคร (เขต 13) สูงสุด จำนวน 65 แห่ง

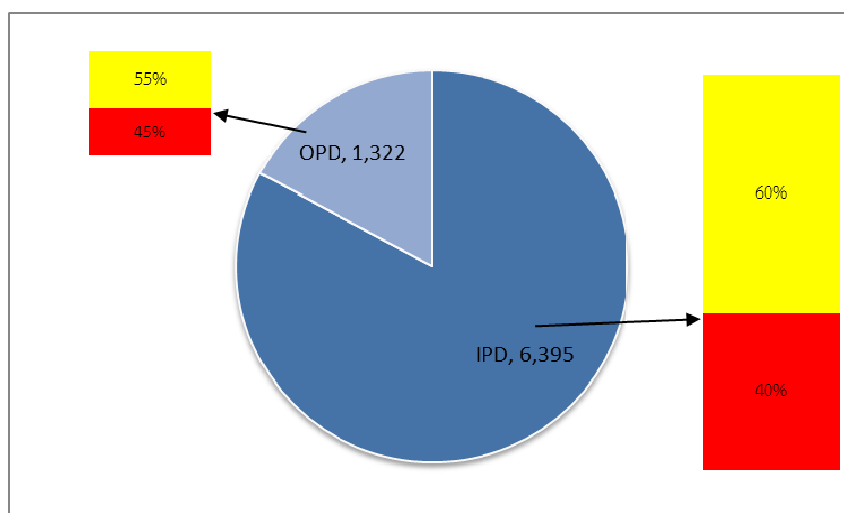
ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 7,805 คน โดยที่ 7,717 คน มีบันทึกชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 17) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 83) ด้วยระดับความรุนแรงสีเหลืองและสีแดงใกล้เคียงกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อเท็จจริงซึ่งยอมรับกันทั่วไปว่า ผู้ป่วยในมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยนอก ในแง่การพิจารณาชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลเอกชน จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติการชดเชยบริการร้อยละ 82 ปฏิเสธการชดเชยบริการร้อยละ 1.4 และอื่นๆ (รูปที่ 1.1)

รูปที่ 1.1 จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานภาพจากการคัดกรองโดย EMCO



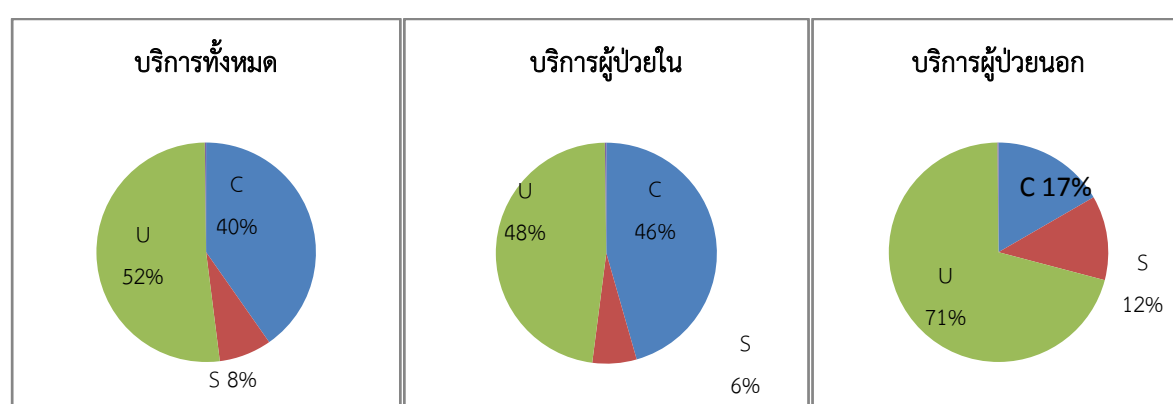
การเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ จำแนกตามสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนการเข้าใช้บริการสูงสุด ตามด้วยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม ด้วยสัดส่วนร้อยละ 52 ร้อยละ 40 และร้อยละ 8 ตามลำดับ

รูปที่ 1.2 สัดส่วนและจำนวนรายผู้ป่วยใช้บริการจำแนกประเภทบริการและระดับความรุนแรง (เหลือง-แดง)



หากจำแนกประเภทบริการ พบว่ากรณีผู้ป่วยใน สัดส่วนการเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48 เทียบกับ ร้อยละ 46) ในขณะที่กรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้บริการถึงร้อยละ 71 (รูปที่ 1.3) ความแตกต่างกรณีบริการผู้ป่วยใน ไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนผู้มีสิทธิประกันสุขภาพแต่ละชนิด กล่าวคือจำนวนผู้มีสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 47.7 ล้านคน (ร้อยละ 71 ของคนไทย 67 ล้านคน) ในขณะที่ จำนวนผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วนน้อยกว่ามาก (ร้อยละ 6.7) โดยที่ หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าชดเชยโรงพยาบาลเหมือนกันหมดสำหรับผู้ป่วยสามสิทธิภายใต้นโยบายนี้ ความแตกต่างอย่างไม่ได้สัดส่วนนี้ จึงน่าจะเนื่องมาจากเหตุผลอื่น

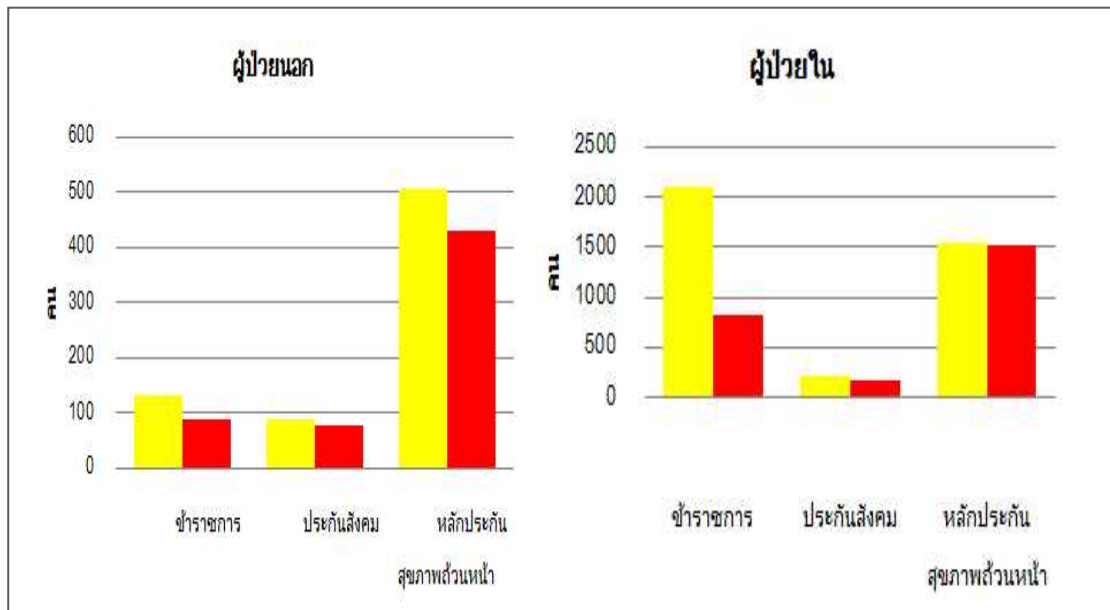
รูปที่ 1.3 สัดส่วนการเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน”



เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรง (รูปที่ 1.4) พบว่า กรณีผู้ป่วยนอกความแตกต่างในสัดส่วนระหว่าง ผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีเหลืองกับระดับสีแดงคล้ายกันทุกกองทุน กรณีผู้ป่วยใน ความแตกต่างนี้โดดเด่นมาก ในผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เช่นเดียวกับข้างต้น ข้อค้นพบนี้ไม่สามารถอธิบายได้ด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการจ่ายค่าชดเชยโรงพยาบาลเหมือนกันหมดสำหรับผู้ป่วยสามสิทธิ

อาการผิดปกติที่ผู้ป่วยนอกเข้ามารับบริการสูงสุด 3 อันดับแรก คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrest unspecified) ตามด้วย ผู้ป่วยที่มีสัญญาณหรืออาการปวด หรือแน่นไม่สบายที่หน้าอก (Acute myocardial infarction unspecified) และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (Sudden cardiac death so described) จากข้อมูลตารางที่ 2 จะพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการการแพทย์ ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยมากกว่าการบาดเจ็บ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้น ส่วนมากเป็นการบาดเจ็บหนังศีรษะ (Open wound of scalp)

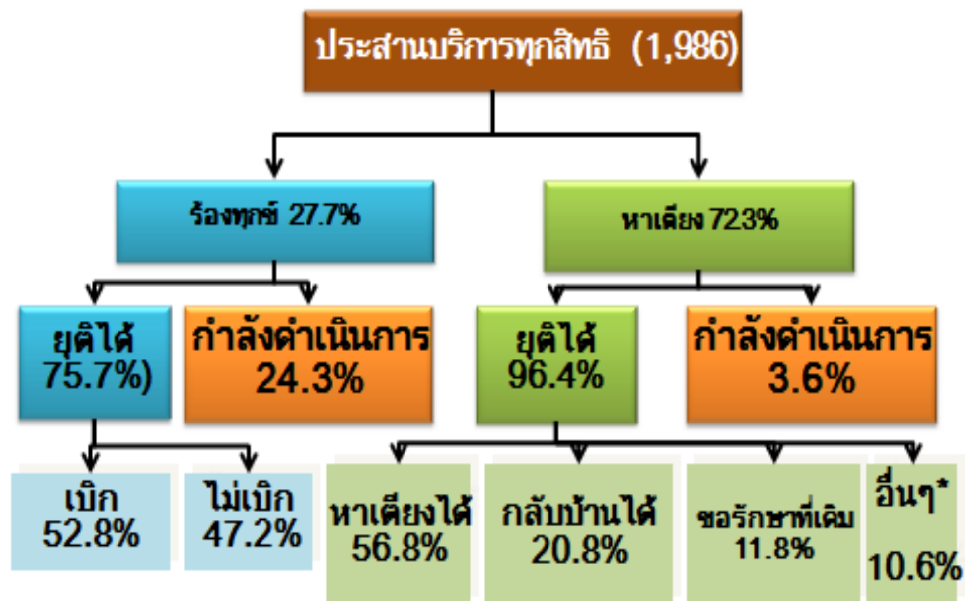
รูปที่ 1.4 จำนวนการเข้ารับบริการผู้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรายสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ
จำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการการแพทย์



สำหรับบริการผู้ป่วยใน ภาวะที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุดนั้น คือ หัวใจวายหรือภาวะหัวใจล้มเหลว (I500 : Congestive heart failure) จำนวน 125 ราย มีระดับความรุนแรงสีแดง 62 ราย และสีเหลือง 63 ราย อันดับสองและสาม คือ โลหิตเป็นพิษ (A419:Septicaemia unspecified) นิวโมเนีย (J189: Pneumonia unspecified) ซึ่งเป็นโรคที่มีสถิติการเสียชีวิตสูงสุด 5 อันดับแรกในประเทศไทย ทั้งนี้ ระดับความรุนแรงของ 2 โรคดังกล่าวในฐานข้อมูล EMCO พบว่า มีระดับความรุนแรงสีเหลืองสูงกว่าสีแดง สำหรับโรคที่มีระดับความรุนแรงสีแดงสูงกว่าสีเหลืองในตารางที่ 3 พบในอาการกล้ามเนื้อหัวใจเฉียบพลัน (I214: Acute subendocardial myocardial infarction และ I210:Acute transmural myocardial infarction of anterior wall) และอาการภาวะบาดเจ็บรุนแรง (S0650: Traumatic subdural haemorrhage: without open intracranial wound)

ประการสุดท้าย การเข้าถึงบริการส่งต่อ เมื่อแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าพ้นวิกฤตแล้ว ปรากฏว่าดูเหมือนยังเป็นปัญหากรณีโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่

รูปที่ 1.5 ผลดำเนินการประสานหาเตียงสำหรับผู้ป่วยส่งต่อและรับเรื่องร้องทุกข์ ระหว่าง 1 เมษายน - 31 กรกฎาคม 2555 โดย clearing house



หมายเหตุ : * เสียชีวิต, เคลื่อนย้ายไม่ได้, ไปรักษาต่อที่อื่น

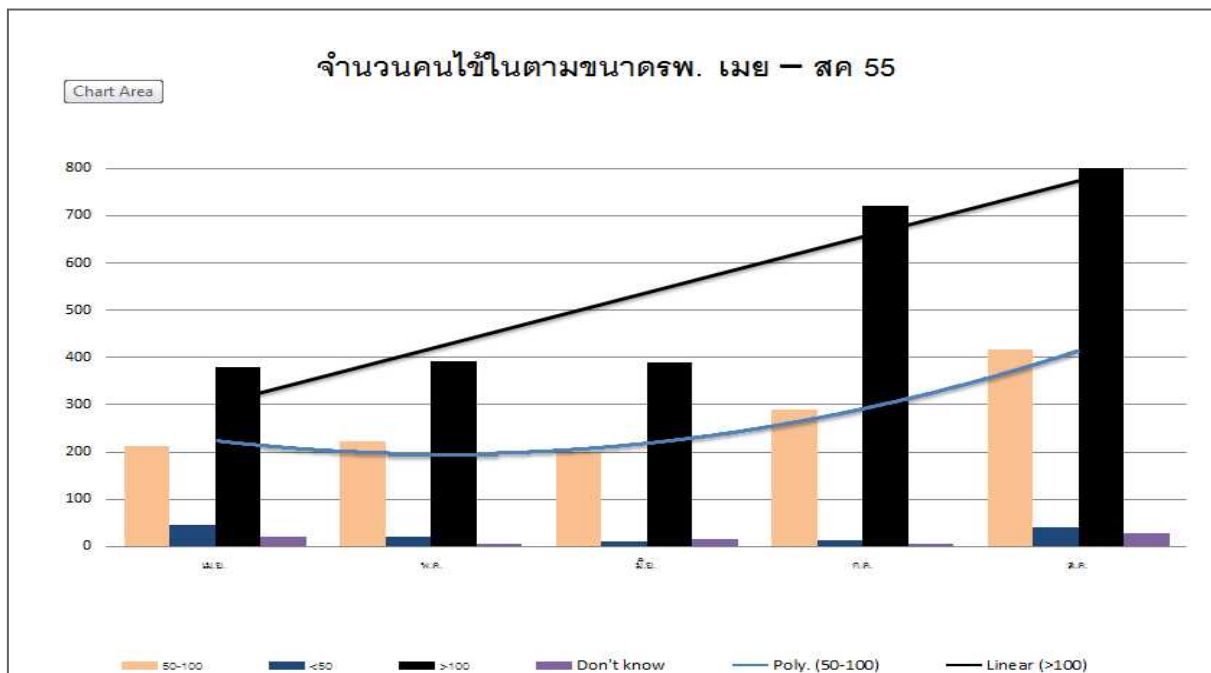
สำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชน ระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 31 กรกฎาคม 2555

15

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการ (ดูรายละเอียด บทที่ 3)

ผู้ป่วยทุกสิทธิส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่ทราบว่ายู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด เหตุผลที่พบบ่อยรองลงมาคือ ความมั่นใจในคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล (มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกด้าน) และประสบการณ์ที่เคยได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอยนาน ทำนองเดียวกันเหตุผลที่ไม่ไปโรงพยาบาลใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุดอันดับแรกคือ ความไม่มั่นใจคุณภาพบริการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวโน้มความนิยมใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มากกว่าขนาดเล็กลงมา (รูปที่ 1.6)

รูปที่ 1.6 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลระหว่าง เมษายน – สิงหาคม 2555



ประการสุดท้าย การสำรวจความเห็นผู้นำกลุ่มด้อยโอกาสในกรุงเทพมหานคร 27 ราย พบว่า คนด้อยโอกาส ส่วนมากมีแนวโน้มที่จะไม่เลือกไปโรงพยาบาลเอกชน

รูปแบบการให้บริการ

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชนให้สัมภาษณ์ตรงกันว่า ก่อนและหลังประกาศนโยบายนี้ รูปแบบการให้บริการไม่ต่างกัน

ผู้บริหาร รพ.เอกชนแห่งหนึ่ง “...ว่าจริงๆ แล้วในส่วนของเอกชนเองมันก็ถูกบังคับอยู่แล้วด้วยว่าเวลาคนไข้ฉุกเฉินเข้ามาในโรงบาลไม่ให้ถามสิทธิ ไม่ให้อะไรทั้งหลายทั้งปวงอยู่แล้วไม่ให้เก็บเงิน.... เพราะฉะนั้นการมีตรงนี้ก็ไม่ได้ทำให้อะไรเปลี่ยนแปลงไปแต่ว่าคนประชาชนก็จะมั่นใจได้ว่าต่อไปนี้ถึงแม้ว่าเขาจะยังใช้เวลาไปรับบริการที่โรงบาลไหนเขาก็จะสามารถเช็คสิทธิได้”

ผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง “ก็เหมือนเดิมสำหรับผม คนที่มีหน้าที่รักษาก็เหมือนเดิม คนไข้เข้ามาเราดูตรงสภาพตัวโรคตัวอาการคนไข้ก่อนจะไปดูเรื่องสิทธิเพราะว่าสิ่งพวกนี้บางทีผมอยู่ในห้องตรวจผมไม่เคยรู้หรือพอเห็นคนไข้เข้ามาเราก็จัดการไปก่อนเรื่องสิทธิเจ้าหน้าที่เขาจะดำเนินการภายหลัง”

คุณภาพบริการ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมบทที่ 3)

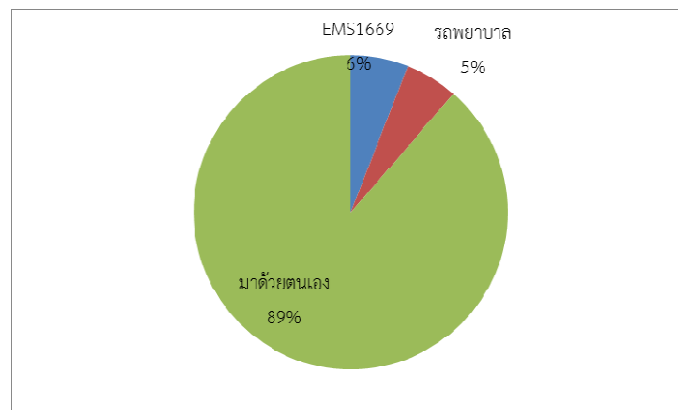
แม้ว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมาด้วยปัญหาที่ซับซ้อนดังกล่าวข้างต้น รายงานนี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพได้เนื่องจากข้อจำกัดอย่างมากของเวชระเบียนที่ขาดรายละเอียดเพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ ปริมาณข้อมูลที่น่ามาใช้ประเมินได้จากการทบทวนเวชระเบียนมีเพียงร้อยละ 10 ของทั้งหมดในฐานข้อมูล โดยขาดตัวแปรที่เพียงพอแก่การเปรียบเทียบคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ

ในด้านการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย EMCO ได้ใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1330 รับเรื่องร้องเรียน แต่ผู้ป่วยส่วนน้อยมากรับรู้เกี่ยวกับหมายเลขนี้

ลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน (บทที่ 2)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยตนเอง (รูปที่ 1.7) คิดเป็นร้อยละ 89 ตามด้วยรถพยาบาลสายด่วน 1669 ร้อยละ 6 และรถพยาบาลทั่วไปร้อยละ 5 โดยเขตเชียงใหม่ (เขต 1) มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ผ่านระบบ 1669 สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 13 ตามด้วยเขตระยอง (เขต 6) คิดเป็นร้อยละ 12

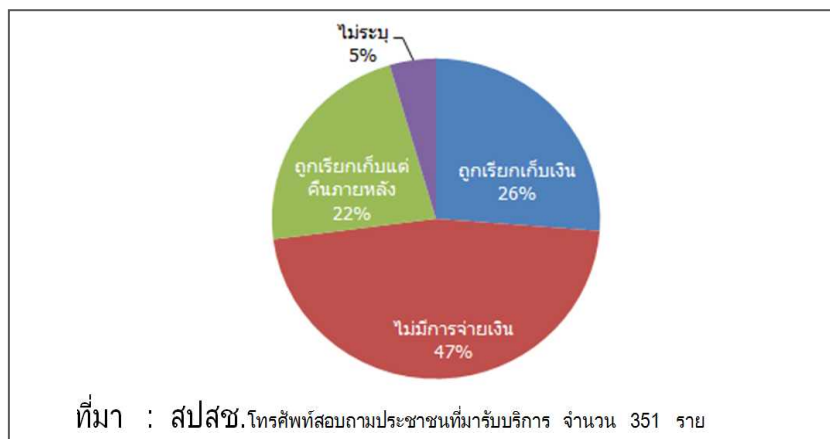
รูปที่ 1.7 สัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามช่องทางการเดินทางมาโรงพยาบาล (N=7717)



การสำรองค่าใช้จ่ายเมื่อเข้ารับบริการ

แม้ว่านโยบายมุ่งหวังไม่ให้ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายค่าบริการ แต่ในทางปฏิบัติ หลักฐานจากการโทรศัพท์สอบถามผู้ป่วย 351 รายโดย สปสช. (รูปที่ 1.8) และจากการสัมภาษณ์ตัวอย่างผู้ป่วยที่ใช้บริการผู้ป่วยใน 128 ราย (ตารางที่ 3.10) พบสอดคล้องกันว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนอย่างน้อยร้อยละ 34 ถูกถามสิทธิ และร้อยละ 39 ต้องสำรองจ่ายไปก่อน

รูปที่ 1.8 สัดส่วนการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชน



ในมุมมองของ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชน การถามสิทธิไม่ใช่มุ่งหมายเพื่อเก็บเงินก่อนการให้การรักษา แต่เพื่อให้รู้ว่าจะประสานงานอย่างไรต่อไปในเรื่องการส่งต่อและการเบิกจ่าย

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง “... แต่ถ้าฉุกเฉินทรีตไปตาม line และค่อยไปดูว่าเขามีสิทธิอะไร ถ้ามีประกันชีวิตจะถามว่าใช้ประกันชีวิตจะดีกว่านโยบายของเราถ้าฉุกเฉินถ้าเราดูแลได้ refer ได้ จะไม่ยาก admit ยกเว้นคนไข้อยากอยู่กับเรา กับอีกส่วนหนึ่งคือ refer ไม่ได้เพราะกลัวมีปัญหาระหว่าง refer..”

ผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง “การพูดตรงนั้นเป็นการพูดแต่แนวปฏิบัติจริงๆ ยังไม่เต็มได้อย่างที่พูดเราเป็นโรงพยาบาลเราต้องเอาคนไข้รักษาก่อนแล้วค่อยมาดูว่าสิทธินั้นเป็นอะไร เช่นเกิดไปเจอว่าเป็นประกันสังคม Channel ต่างกัน ต้องติดต่ออีกลักษณะหนึ่งต้องยอมรับจริงๆ ว่าการตรวจสอบสิทธิยังมีประโยชน์อยู่แต่หลังจากที่เราทำอะไรกับคนไข้พ้นภาวะวิกฤต”

การชดเชยค่าบริการ (บทที่ 2)

ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2555 สัดส่วนการออกเลขงวดมากกว่าร้อยละ 90 ของจำนวนยอดเคลม ในแต่ละเดือนยกเว้นเดือนท้ายสุดซึ่งกระบวนการตามขั้นตอนยังไม่สิ้นสุดสำหรับทุกกรณีที่ตั้งเบิก ทั้งนี้จำนวนวันเฉลี่ยของการออกเลขงวดคือ 33 วันโดยเบี่ยงเบนอยู่ระหว่าง 30-49 วัน และมีแนวโน้มรวดเร็วขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนเงินเรียกเก็บและจำนวนเงินชดเชยพบว่า มีอัตราชดเชยโดยรวมเท่ากับร้อยละ 37 หากจำแนกประเภทบริการ กรณีผู้ป่วยนอกมีค่าบริการต่อรายโดยเฉลี่ย 5,495 บาท (SD) และค่าชดเชยต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2,077 บาท (SD) คิดเป็นอัตราชดเชยร้อยละ 38 กรณีผู้ป่วยใน มีค่าบริการต่อหน้าหนักสัมพัทธ์โดยเฉลี่ย 31,424 บาท (SD) และค่าชดเชยบริการต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 11,555 บาท (SD) คิดเป็นอัตราชดเชยร้อยละ 37 โดยอัตราชดเชยของผู้ป่วยในระดับความรุนแรงสีเหลืองมีค่าเฉลี่ยร้อยละ 31 ซึ่งน้อยกว่าอัตราชดเชยของผู้ป่วยในระดับความรุนแรงสีแดง (อัตราชดเชยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 41)

ค่าบริการที่เรียกเก็บของกลุ่มโรคเดียวกัน ในระบบ EMCO ของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าอัตราเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนในระบบปกติ (1.04-1.74 เท่า) (2-3 เท่า) (รูปที่ 1.9)

รายการหนี้สูญของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์มีสัดส่วนต่ำมาก (น้อยกว่าร้อยละ 1) ขณะเดียวกันข้อมูลรายงานการเงินบ่งชี้ว่าสัดส่วนของต้นทุนค่ารักษาพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 60-80 ของรายได้ค่ารักษาพยาบาล นั่นคือ กำไรจากผลประกอบการ (margin) อยู่ที่ร้อยละ 20-40

กระนั้นก็ตาม ในมุมมองของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่กังวลกับค่าชดเชยบริการที่พวกเขาเห็นว่ารับได้ยากเพราะไม่คุ้มกับรายจ่าย

“เพราะว่าประกันสังคมจ่าย 15,000 ต่อ RW แต่อันนี้ 10,500 หายไป 30% ไม่มีธุรกิจอะไรเกิน 30% (หมายถึงกำไร...ผู้วิจัย) ถ้าเป็นอย่างนั้นจริงต้องไม่มีใครถอนตัว แต่สภาพเป็นจริง ที่ผ่านมามีเยอะ”

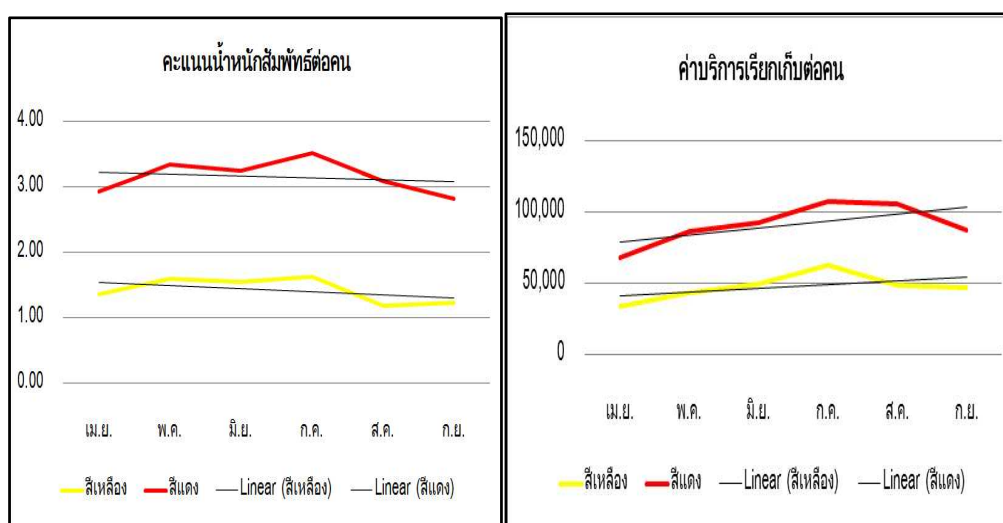
“เบิกจ่ายตามอาการ 171 หักการ ลักษณะราคาเหมาจ่ายเอกชนไม่ได้ ค่าหักการ ... ก็ขาดทุนแล้วค่าเหมาครั้งละ 300 บาท ก็ไม่ได้แล้วอัตรานี้อาจจะไปเทียบกับของรัฐแต่ไม่เป็นราคามาตรฐานของเอกชนคนไหนก็เบิกไปขาดทุนทุกเคส ”

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนหลายรายจึงเสนอว่า ให้ใช้อัตราจ่ายของประกันสังคม ซึ่งพอจะรับได้

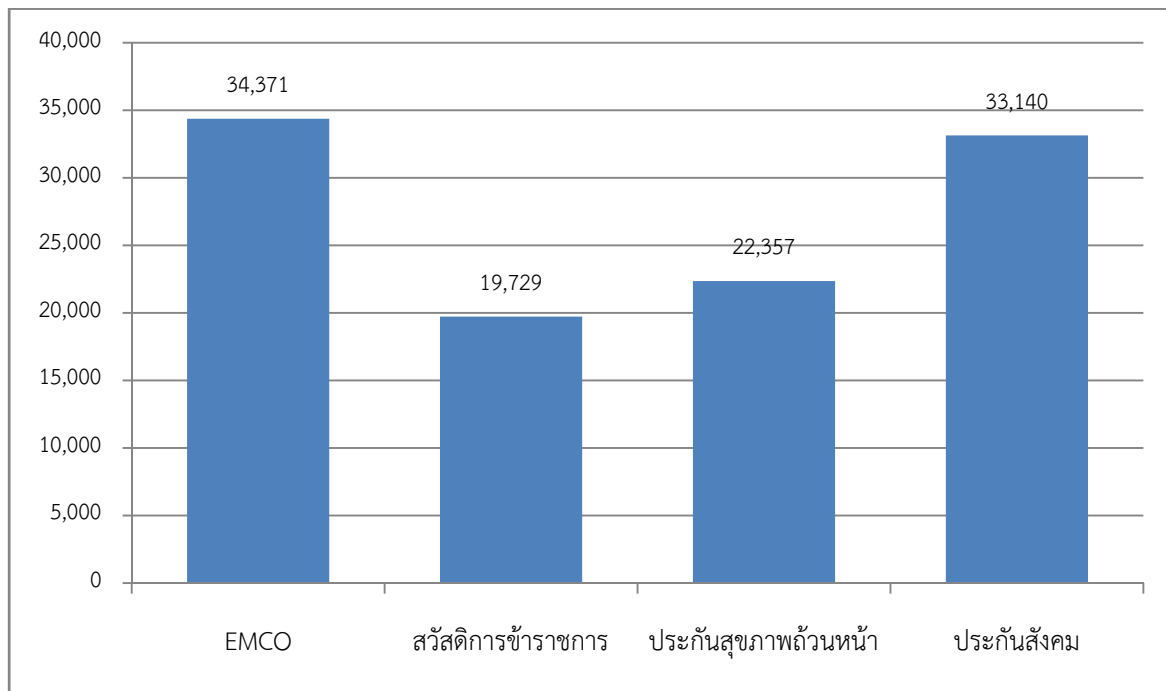
“เพิ่มขึ้นมาเท่า 15,000 ก็ยังพอไหว ...แต่ผมว่าถ้า...ไม่ได้จริงๆ นะมันอยู่ที่ไหนนะถ้าเราคุมหมอได้คุยกันรู้เรื่องนะแต่ถ้าคุยกับหมอไม่รู้เรื่องนะไม่ได้ 10,500 นี่ไม่ได้นะ”

ประการสุดท้าย ในขณะที่คะแนนน้ำหนักรักษาต่อคนลดลงในผู้ป่วยที่มีความรุนแรงทั้งสองสี แต่ค่าบริการเรียกเก็บต่อคนกลับเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1.9)

รูปที่ 1.9 เปรียบเทียบแนวโน้มรายเดือนของคะแนนน้ำหนักรักษาต่อคน และค่าบริการเรียกเก็บต่อคน



รูปที่ 1.10 ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชนจำแนกตามประเภทกองทุนในระบบเดิม เทียบกับระบบ EMCO ภายใต้ต้นนโยบายนี้



$P=0.0001$, Kruskal-Wallis test

8. อภิปรายผลและข้อสรุป

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” เป็นนโยบายเริ่มต้นที่จะสร้างเอกภาพให้กับระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็น Clearing House สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือเข้าร่วมบริการ ตามเงื่อนไขการชดเชยที่กำหนดขึ้นเหมือนกันสำหรับผู้ป่วยสิทธิ 3 กองทุน รายงานนี้พบว่าหลังจากเริ่มดำเนินนโยบาย มีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

การเข้าถึง ใช้บริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมเป็นจำนวน 7,805 คน (ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยใน) แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับผลการเปรียบเทียบ จำนวนการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ไม่แยกโรงพยาบาลรัฐและเอกชน) ระหว่าง 1 เมษายน 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2555 กับระยะเวลาเดียวกันของปี 2554 ตามสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านหนึ่งจึงอนุมานได้ว่า นโยบายนี้ประสบความสำเร็จในการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกกระบวนการเบิกจ่ายเดิมชัดเจน

รายงานนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด ยกเว้นเมื่อผู้ป่วยไม่มั่นใจคุณภาพบริการก็จะไปโรงพยาบาลที่ไกลกว่า ความใส่ใจต่อคุณภาพบริการยังสะท้อนผ่านข้อค้นพบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มากกว่าขนาดเล็ก อย่างไรก็ตามหลักฐานเบื้องต้นในรายงานนี้บ่งชี้ การเข้าถึงบริการของกลุ่มด้อยโอกาสอาจจำกัดมากกว่าคนทั่วไป จึงเป็นเรื่องที่สมควรวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อสรุปชัดเจนว่ามีขอบเขตมากเพียงใด

เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยสามกองทุน ปรากฏว่ากลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการใช้บริการผู้ป่วยในด้วยแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดดเด่นกว่ากลุ่มอื่น และด้วยภาวะรุนแรงสีเหลืองเป็นสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น บ่งชี้ว่านโยบายนี้เอื้ออำนวยให้กลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเข้าถึงบริการผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเอกชนมากขึ้น เมื่อคำนึงถึงข้อจำกัดก่อนหน้านี้คือ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องร่วมจ่าย (copay) มากกว่าอีกสองกลุ่มอย่างมาก อย่างไรก็ตาม หลักฐานเท่าที่รายงานนี้ค้นพบยังไม่ครอบคลุมการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาลรัฐ จึงสรุปไม่ได้ว่ามีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละกองทุนหรือไม่

เมื่อมีการส่งต่อ หลังจากแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ปรากฏว่ากลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการประสบปัญหามากที่สุดในการหาเตียงโรงพยาบาลปลายทาง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเชียงใหม่ หรือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีเครือข่าย แม้ว่า clearing house ได้พยายามประสานหาเตียงให้ และประสบความสำเร็จเป็นส่วนใหญ่

การเดินทางเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ โดยส่วนใหญ่เป็นไปด้วยตนเองถึงร้อยละ 89 แสดงว่า บริการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669/1646 ให้บริการได้จำกัดมาก เช่นเดียวกับที่เคยมีรายงานตรงกัน หลังจากจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเมื่อ 4 ปีก่อน⁽³⁾

คุณภาพบริการ

รายงานนี้พบว่าไม่มีหลักฐานเพียงพอที่จะบ่งชี้คุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพดังระบุในมาตรา 36 แห่ง พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบสารสนเทศ และระบบตรวจสอบคุณภาพบริการรองรับให้เหมาะสมเพิ่มเติมจากระบบสารสนเทศในปัจจุบัน ตัวอย่าง เช่น trauma registry บวกกับ trauma audit⁽⁸⁾ หรือ stroke registry⁽⁹⁾ เป็นต้น เช่นเดียวกันความเหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อพ้นวิกฤตยังไม่มีมาตรการเพราะไม่มีระบบสารสนเทศรองรับเช่นเดียวกัน ในระดับสากล เอกสารจากสหภาพยุโรประบุว่า ยังหาข้อยุติไม่ได้ว่าเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่เห็นตรงกันคืออะไร⁽¹⁰⁾ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาทั้งเกณฑ์ชี้วัดและระบบสารสนเทศควบคู่กันไป

การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

หลักฐานสองชิ้นในรายงานนี้สนับสนุนกันและกันว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้จักหมายเลขโทรศัพท์ร้องเรียน 1330 อันเป็นกลไกสำคัญในการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่จะเข้าถึงบริการโดยไม่ต้องสำรองจ่าย จึงทำให้ค้นพบหลักฐานว่า ยังมีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยต้องสำรองจ่ายเมื่อใช้บริการ ทำนองเดียวกับผลการสำรวจระบบการร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในสหภาพยุโรป 27 ประเทศ พบว่า แม้ทุกประเทศมีกฎหมายให้บริการฟรีสำหรับผู้ป่วยใน ครอบครัวผู้ไร้สิทธิใดๆ และบุคคลไร้สัญชาติหรือบุคคลที่ระบุตัวตนไม่ได้⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ยังมี 7 ประเทศที่กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน และอีก 7 ประเทศเมื่อใช้บริการนอกโรงพยาบาล

การจ่ายค่าชดเชยบริการ และการบังคับใช้ พ.ร.บ. สถานพยาบาล 2541 มาตรา 36

พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 ไม่ได้ระบุชัดเจนว่า การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ในมาตรา 36 แล้วจะได้รับค่าชดเชยบริการแต่หากละเมิดจะมีบทลงโทษ จำคุก หรือ ปรับเงิน หรือทั้งสองกรณี (มาตรา 66) อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้บังคับใช้กฎหมายไม่ได้มีระบบสารสนเทศเพื่อรับรู้พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลเอกชน คณะกรรมการสถานพยาบาล (มาตรา 7) จึงไม่สามารถทำหน้าที่ได้เท่าที่ควร

ด้านผู้ปฏิบัติ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดบอกว่าที่ผ่านมาได้ปฏิบัติตามกฎหมายเป็นปกติอยู่แล้ว และนโยบายนี้ไม่มีผลให้ปฏิบัติแตกต่างจากเดิม นอกจากนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งยังระบุว่า เกิดหนี้สูญจำนวนหนึ่งจากการปฏิบัติตามมาตรา 36 อย่างไรก็ตาม สำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์ การวิเคราะห์หนี้สูญตามรายงานผลประกอบการไม่สามารถไขความกระจ่างว่าหนี้สูญอันเนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรา 36 เป็นเท่าใด

ถ้าเชื่อว่า การจ่ายค่าชดเชยตามนโยบายนี้เป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลเอกชนจัดบริการรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินเสริมจากมาตรา 36 รายงานนี้พบว่า ปรากฏแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มสวนทางกับแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอก บ่งชี้ว่า อาจมีการผันผู้ป่วยนอกให้เป็นผู้ป่วยในเพื่อรับค่าตอบแทนที่สูงกว่ามากถึง 5.6 เท่า หรือโรงพยาบาลเอกชนหันไปโน้มน้าวให้ผู้ป่วยนอกจ่ายค่าบริการด้วยตนเองแทนที่จะเบิกจาก EMCO ซึ่งให้ค่าตอบแทนต่ำกว่าอัตราที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บในระบบปกติ (ค่าชดเชยเฉลี่ยร้อยละ 37 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีเหลืองและสีแดงมีแนวโน้มค่าคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อคนลดลง แต่มีค่าบริการเรียกเก็บต่อคนเพิ่มสูงขึ้น ข้อสังเกตเหล่านี้สอดคล้องกับความห่วงใยของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเกือบทั้งหมด เกี่ยวกับค่าชดเชยบริการซึ่งพวกเขาเห็นว่าต่ำกว่าระดับที่พอใจจะรับ

ไม่ว่าในความเป็นจริงจะมีการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากค่าชดเชยบริการหรือไม่ อย่างน้อยที่สุด การจ่ายค่าชดเชยบริการโดยแลกกับข้อมูลบริการตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายนี้ ได้ทำให้เกิดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมให้บริการของโรงพยาบาลเอกชนในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นครั้งแรก และย่อมเป็นประโยชน์แก่การบังคับใช้มาตรา 36 อย่างไรก็ตาม รายงานนี้พบว่ายังมีโรงพยาบาลเอกชนอีกร้อยละ 40 ไม่ได้ตั้งเบิกค่าชดเชย

จึงไม่เกิดการรับรู้ใดๆ ว่าโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มนี้ได้ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร จึงเห็นได้ชัดว่าหากเจตนารมณ์ของมาตรา 36 แห่ง พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 จะมีผลทั่วหน้า ลำพังระบบจ่ายค่าชดเชยภายใต้นโยบายนี้ยังไม่เพียงพอที่จะสนองเจตนารมณ์นี้

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอาศัยอำนาจตามมาตรา 13 ของ พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 ในการออกคำสั่งเป็นหนังสือเรียกให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดมาให้อัยการหรือให้ส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งใดมา เพื่อประกอบการพิจารณาได้ อันจะทำให้คณะกรรมการสถานพยาบาล (มาตรา 7) สามารถทำหน้าที่ตามมาตรา 11 ได้จริงจังมากขึ้น (ให้ความเห็นหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการ... ออกกฎกระทรวง ออกประกาศ ปิดสถานพยาบาล เพิกถอนใบอนุญาต ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการ ควบคุมหรือพิจารณาเรื่องร้องเรียน)

ข้อพิจารณาสำหรับการป้องกันการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบจากค่าชดเชยบริการ ได้แก่

- ก) นิยามระดับความรุนแรงไม่ชัดเจนและการจัดระดับความรุนแรงขึ้นกับแพทย์โรงพยาบาลเอกชนที่ดูแลภายใต้ระบบแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทนตามปริมาณและความยากของงาน ดังนั้นหากจะลดทอนพฤติกรรมที่กล่าวมาจึงจำเป็นที่จะต้องพิจารณาปรับปรุงนิยามภาวะรุนแรงให้ชัดเจนและเห็นตรงกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและกองทุน ทั้งนี้การปรับปรุงนิยามจะเกิดประโยชน์จริงก็ต่อเมื่อมีระบบตรวจสอบกระบวนการตัดสินใจโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้
- ข) รายการอัตราชดเชยอาจจะไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลบางหมวด หากเป็นเช่นนั้นจริงก็ควรพัฒนาหลักเกณฑ์การชดเชยค่าบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งรวมถึงการแยกหมวดค่าใช้จ่ายดังกล่าวออกมาให้ชัดเจน ทั้งนี้ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเสนอว่า ควรพิจารณาจ่ายชดเชยโดยอิงเกณฑ์ของสำนักงานประกันสังคม (15,000 บาทต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์) หรือเท่ากับอัตราชดเชยของศูนย์สำรองเตียงของ สปสช. ณ ปัจจุบัน ยังไม่มีความรู้ชัดเจนว่า วิธีการจ่ายแบบใดให้ผลตอบแทนที่ดีที่สุด (cost-effective) แม้แต่ในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรปก็ตาม⁽¹⁰⁾

9. ข้อจำกัดของรายงานนี้

1. จำนวนตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ไม่เพียงพอที่จะรองรับความแม่นยำในการคาดประมาณตัวเลขต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิประโยชน์ และไม่ทราบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือและกลุ่มที่ไม่ร่วมมือหรือติดต่อไม่ได้ จึงไม่สามารถระบุทิศทางความคลาดเคลื่อนหรืออคติของข้อค้นพบได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยในแต่ละสิทธิ พบว่าการกระจายของค่าตัวแปรไม่ได้แตกต่างจากที่ทราบกันทั่วไป เช่น กลุ่มผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอายุมากกว่ากลุ่มอื่น รายได้สูงกว่ากลุ่มอื่น การศึกษามากกว่ากลุ่มอื่น เป็นต้น (บทที่ 3) ความจำกัดนี้ยิ่งรุนแรงมากในกรณีสัมภาษณ์ผู้นำกลุ่มด้อยโอกาส เนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อยมากและไม่ได้สุ่มตามหลักสถิติ

2. จำนวนเวชระเบียนและความสมบูรณ์ของข้อมูลทางคลินิกจำกัดมากเกินไปจนสะท้อนภาพตัวแทนของมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด (บทที่ 3)
3. การอาศัยผลวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักประชาสัมพันธ์และบริการประชาชนของ สปสช. ไม่สามารถตรวจสอบวิธีการจัดการข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ได้ จึงไม่ทราบแน่ชัดว่ามีข้อจำกัดเกี่ยวกับการเลือกตัวอย่าง วิธีการสัมภาษณ์ และการจัดการข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ (บทที่ 2)
4. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก ไม่ใช่ตัวแทนของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพราะไม่เลือกตามหลักสถิติ

10. บทสรุป

รายงานนี้ได้ค้นพบหลักฐานในเบื้องต้น โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. เป้าประสงค์เชิงนโยบาย ประชาชนทุกสิทธิเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบเบิกจ่ายเดิมของสามกองทุนประกันสุขภาพฯ เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตลอดระยะเวลา 6 เดือนหลังประกาศนโยบาย มีผู้ป่วยรวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 7,805 ราย ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการภายใต้การดูแลของกรมบัญชีกลาง ใช้บริการช่องทางนี้มากกว่าค่าเฉลี่ยของทุกสิทธิ 5 เท่า แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นนี้สอดคล้องกับจำนวนการใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ไม่แยกโรงพยาบาลรัฐและเอกชน) ที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับระยะเวลาเดียวกันของปี 2554 ตามสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านหนึ่งจึงอนุมานได้ว่า นโยบายนี้ประสบความสำเร็จในการขยายช่องทางการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบการเบิกจ่ายเดิมชัดเจน อีกด้านหนึ่งนโยบายนี้เป็นก้าวแรกของการขยาย ความรู้เกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ ถ้าระบบสารสนเทศครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งหมดในภาครัฐและภาคเอกชนก็จะทำให้วิเคราะห์ได้ชัดเจนว่า นโยบายนี้บรรลุถึงการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสามกองทุนฯ หรือไม่ เพียงใด
2. การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
 - 2.1 รายงานจำนวนผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นสวนทางกับจำนวนผู้ป่วยนอกลดลง ทั้งนี้จำนวนการใช้บริการฉุกเฉินผู้ป่วยนอกที่ลดลงไม่น่าจะใช่อุปสรรคการลดลงแต่ น่าจะเกิดจากอัตราขาดเซviceบริการผู้ป่วยนอกที่ไม่พอใจ โรงพยาบาลเอกชนจึงเลือกที่จะเรียกเก็บค่าบริการตรงจากผู้ป่วยนอก
 - 2.2 หลักฐานจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชนภายหลังจากจำหน่ายแล้วพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยในทุกสิทธิล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลล่วงหน้าเกือบครึ่งหนึ่ง โดยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีสัดส่วนมากที่สุดคือร้อยละ 80 ทั้งนี้ จำนวนเงินที่สำรองจ่ายสำหรับบริการผู้ป่วยใน อาจมากถึงครึ่งละ 2 หมื่นบาท สาเหตุที่ผู้ป่วยต้องสำรองจ่าย น่าจะมีที่มาหลายประการได้แก่

- 2.2.1 ผู้ป่วยไม่รับรู้สิทธิ ดังปรากฏหลักฐานสนับสนุนจากบันทึกการให้บริการโทร 1330 แสดงว่า ผู้สอบถามจำนวนมากที่สุด (1,165 ครั้ง) ถามเรื่องสิทธิประโยชน์ว่าคุ้มครองอะไรบ้าง รองลงมาคือไม่ทราบว่าสามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลใดได้บ้าง (633 ครั้ง) และที่ไม่ทราบว่าต้องสำรองจ่ายหรือไม่ มีจำนวน 409 ครั้ง
- 2.2.2 ผู้ป่วยไม่ทราบว่าจากร้อยเรียนทางหมายเลขโทรศัพท์ใดเมื่อมีปัญหาการใช้สิทธิ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยทั้งสามกองทุนที่ใช้สิทธิในโครงการดังกล่าว ร้อยละ 91-98 ไม่ทราบว่าจากร้อยเรียนกับใคร
- 2.2.3 ค่าชดเชยบริการต่ำกว่าที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่าย EMCO พบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการได้รับค่าชดเชยเพียงประมาณร้อยละ 30-40 ของค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- 2.2.4 นิยามภาวะฉุกเฉินคลุมเครือ ในการจำแนกระดับความรุนแรงโดยเฉพาะสีเหลือง เปิดช่องให้ โรงพยาบาลเอกชนจัดกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองจริงเป็นสีเขียวจะได้เรียกเก็บค่าบริการได้ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมาใช้ประโยชน์โดยอาจไม่เป็นการฉุกเฉินจริงโดยยื่นค่าใช้จ่ายเองหากเบิกไม่ได้หรือร่วมจ่ายในส่วนที่เบิกไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากจำนวนการเบิกสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงหลัง นอกจากนี้ นิยามของกรณีพ้นวิกฤตก็ได้กำหนดให้ชัดเจนปล่อยให้ทางโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้วินิจฉัย จึงอาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับจังหวะการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นสังกัดตามสิทธิ หรือถ้าสมัครใจนอนโรงพยาบาลเอกชนต่อไป ผู้ป่วยก็ต้องเข้าถูกเรียกเก็บค่าบริการตามปกติหลังจากโรงพยาบาลเอกชนระบุว่าพ้นช่วงวิกฤตแล้ว

2.3 สำหรับผู้ป่วยกลุ่มด้อยโอกาส ความกังวลต่อการถูกเรียกเก็บค่าบริการแม้ในภาวะฉุกเฉิน นับเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้จุดเกิดเหตุ ดังปรากฏผลการสัมภาษณ์ผู้นำกลุ่มด้อยโอกาส (ชุมชนแออัด ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) ซึ่งพบว่า เพียงครั้งเดียวเลือกที่จะไปโรงพยาบาลเอกชนถ้าตนเองตกอยู่ในภาวะฉุกเฉิน แม้รู้ว่ารัฐบาลมีนโยบายนี้ หลักฐานนี้บ่งชี้ว่าการประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึงและยังไม่สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่กลุ่มด้อยโอกาสในเรื่องนี้ได้

3. ประเด็นเชิงระบบ

3.1 ในด้านการตรวจสอบคุณภาพบริการ การวิเคราะห์เวชระเบียนเท่าที่สืบค้นได้ สำหรับสองกลุ่มโรค ได้แก่ ภาวะหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันพบว่า ข้อมูลมีรายละเอียดเพียงพอให้วิเคราะห์ เพียงร้อยละ 10 ของจำนวนเวชระเบียนทั้งหมด บ่งชี้ว่า ระบบสารสนเทศในปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะรองรับการประเมินคุณภาพบริการ หลักฐานนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบจากการสัมภาษณ์เจ้าพนักงานและทีมงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนว่า トラาาจนปัจจุบันยังไม่มีกระบวนการประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยฉุกเฉินโดยหน่วยงานภายนอกด้วยการ

วิเคราะห์เวชระเบียนเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ เช่นเดียวกัน แพทย์โรงพยาบาลรัฐ บางแห่งในส่วนภูมิภาคกังวลว่า คุณภาพบริการโรงพยาบาลเอกชนอาจเป็นปัญหาโดยเฉพาะ โรงพยาบาลที่ปริมาณการให้บริการไม่เพียงพอที่จะธำรงรักษาความรู้และทักษะการให้บริการเฉพาะทาง และไม่น่าประหลาดใจเมื่อปรากฏข้อค้นพบว่า ความไม่มั่นใจคุณภาพบริการเป็นเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดในการไม่เข้ารับบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ (ร้อยละ 23 ในกลุ่มสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 11 ในกลุ่มประกันสังคม และร้อยละ 7 ในกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

3.2 เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ปัจจุบันไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา จึงยังไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด เมื่อคำนึงถึงความซับซ้อนเร่งด่วนของภาวะฉุกเฉินที่ผู้ป่วยประสบและขีดความสามารถที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาล การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้บริหารและทีมงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชน พบว่า เมื่อพ้นวิกฤตและต้องส่งต่อ โรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาการหาเตียงให้ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการ รักษาพยาบาลข้าราชการมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด ปัญหานี้รุนแรงมากในเขตกรุงเทพ ปริมณฑล และเชียงใหม่ แม้ว่า clearing house และกระทรวงสาธารณสุขตระหนักดี และพยายามวางระบบรองรับแล้วก็ตาม

11. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่ค้นพบล้วนเกี่ยวโยงกัน จึงจำเป็นต้องอาศัยหน่วยงานเจ้าภาพ รับผิดชอบจัดการภาพรวมอย่างบูรณาการ คณะผู้วิจัยเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขเหมาะสมที่จะเป็นเจ้าภาพมากที่สุด เนื่องจากเป็นหน่วยงานนโยบายสูงสุดในระบบบริการสุขภาพ และมีอำนาจตามกฎหมายครอบคลุมกว้างขวางที่สุด กระทรวงสาธารณสุขจึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาระบบสารสนเทศ ที่สามารถติดตามขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา อันจะเป็นรากฐานสำคัญรองรับการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การส่งต่อผู้ป่วย และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยพิจารณาใช้อำนาจตามมาตรา 11 พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541 เพื่อให้ครอบคลุมโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมดไม่ว่าจะสมัครใจเบิกค่าชดเชยบริการหรือไม่
2. ประสานงานให้องค์กรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพพัฒนา
 - 2.1 เกณฑ์จำแนกระดับความรุนแรง (triage) ชั้นวิกฤต (สีแดง) และชั้นพ้นขีดอันตราย
 - 2.2 เกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสำหรับแต่ละกลุ่มภาวะฉุกเฉิน โดยเชื่อมโยงกับ data elements ในเวชระเบียน

2.3 กลไกและกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย (โดยไม่แจ้งล่วงหน้า) เพื่อประเมินคุณภาพบริการโดยเทียบเคียงกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพสำหรับแต่ละกลุ่มภาวะฉุกเฉิน อันจะส่งผลกระทบต่อให้โรงพยาบาลทุกแห่งเตรียมพร้อมอยู่เสมอตามระดับขีดความสามารถ

ทั้งนี้ โดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมของสมาคมโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัด สามกองทุนสุขภาพ และผู้แทนสื่อมวลชน ทั้งนี้ คณะกรรมการสถานพยาบาล (มาตรา 7 พ.ร.บ.สถานพยาบาล 2541) อาจเป็นกลไกที่เหมาะสม

3. พัฒนากลไกการให้บริการเข้าถึงบริการและกระจายบริการให้ทั่วถึง สะดวก รวดเร็ว เป็นเอกภาพสอดคล้องกับความซับซ้อนเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินและขีดความสามารถของโรงพยาบาลโดย
 - 3.1 ประกาศหมายเลขโทรศัพท์รองรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงหมายเลขเดียวทั่วประเทศ เพื่อลดความสับสนและอำนวยความสะดวกแก่ผู้แจ้งเหตุมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
 - 3.2 ให้มีกลไกในการพิจารณา ให้คำแนะนำ และตัดสินใจระดับของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน แทนที่จะปล่อยให้โรงพยาบาลทั้งหลายตัดสินใจโดยอิสระว่าผู้ป่วยรายใดเข้าข่ายสีแดง สีเหลือง หรือสีเขียว ดังที่เป็นอยู่ โดยเสริมขีดความสามารถของศูนย์บริหารจัดการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (dispatch centers) ของเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วประเทศรองรับ ดังเช่นที่ปฏิบัติทั่วไปในประเทศพัฒนา โดยเน้นการอ้างรักษา การพัฒนาทักษะความรู้และแรงจูงใจอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
4. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย โดย
 - 4.1 ให้มีกลไกจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อพ้นภาวะวิกฤตในกรณีต้องย้ายกลับโรงพยาบาลรัฐ เช่น กำหนดให้มีโรงพยาบาลต้นสังกัดเหมือนผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม
 - 4.2 นำระบบสำรองเตียงโรงเรียนแพทย์ และหรือโรงพยาบาลเอกชนที่มีขีดความสามารถใกล้เคียงโรงเรียนแพทย์มาใช้ในกรุงเทพมหานคร และ/หรือ เสริมระบบสำรองเตียงให้เข้มแข็งมากขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดอื่นที่มีปัญหา “เตียงเต็ม” คล้ายกัน โดยความร่วมมือกับสามกองทุน
5. เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับการบริการในกรณีฉุกเฉินขั้นวิกฤต (สีแดง)โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า
 - 5.1 ควรปรับอัตราค่าชดเชยให้แก่โรงพยาบาลเอกชนให้เป็นระบบเดียวกันทั่วประเทศ โดยใช้เกณฑ์อัตราจ่ายของสำนักงานประกันสังคมหรือระบบสำรองเตียงโรงพยาบาลเอกชนที่ สปสช.ได้นำร่องจนประสบผลสำเร็จมาแล้วระดับหนึ่ง
 - 5.2 ควรมีป้ายข้อความ ตัวอักษรไทยและอังกฤษขนาดใหญ่ไม่น้อยกว่า 15 ซม. บนพื้นที่ติดกันเด่นชัดแสดงที่หน้าห้องฉุกเฉินทุกโรงพยาบาลระบุว่า “ต้องการร้องเรียน-สอบถาม บริการฉุกเฉิน โทร 1330 ตลอด 24 ชั่วโมง”

6. สร้างความรู้เพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

6.1 การเข้าถึงบริการกลุ่มด้อยโอกาสว่ามีข้อจำกัดจริงหรือไม่ ถ้าจริง เนื่องจากเหตุใด

6.2 วิธีการจ่ายค่าบริการที่ได้ผลตอบแทนคุ้มค่าที่สุด

6.3 พัฒนาเกณฑ์ชี้วัดและวิธีการวัดคุณภาพบริการตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนสิ้นสุดการให้บริการเพื่อยกระดับ
มาตรฐานวิชาชีพให้ทันสมัยอยู่เสมอ และเชื่อมโยงกับ 6.2

-
- ¹ Daysal NM. Does uninsurance affect the health outcomes of the insured? Evidence from heart attack patients in California. *Journal of Health Economics* 31 (2012) 545– 563
- ² Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and Challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001-2010). Synthesis Report Draft 3. 19 January 2012. Health Systems Research Institute.
- ³ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ชุดโครงการวิจัย การประเมินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ธันวาคม 2552 หน้า 68
www.hisro.or.th/main/modules/research/attachservices/.../EMS%20final.pdf
- ⁴ Dib JE, Naderi S, Sheridan IA, et al. ANALYSIS AND APPLICABILITY OF THE DUTCH EMS SYSTEM INTO COUNTRIES DEVELOPING EMS SYSTEMS. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 30, No. 1, pp. 111–115, 2006
- ⁵ ElkePlatz, et al. INTERNATIONAL REPORT: CURRENT STATE AND DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE AND EMERGENCY MEDICINE IN GERMANY.THE INFLUENCE OF HEALTH INSURANCE LAWS ON THE PRACTICE OF EMERGENCY MEDICINE IN A EUROPEAN COUNTRY. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol. 25, No. 2, pp. 203–210, 2003
- ⁶ Richard Grol et al. After-Hours Care In The United Kingdom, Denmark, And The Netherlands: New Models. *Health Affairs*. Dec 2012;Vol 31(12)
- ⁷ C J T van Ude, et al. Use of out of hours services: a comparison between two organisations. *Emerg Med J* 2003;20:184-187
- ⁸ Gabbe BJ, Lyons RA, Lecky FE, Bouamra O, Woodford M, et al. (2011) Comparison of Mortality Following Hospitalisation for Isolated Head Injury in England and Wales, and Victoria, Australia. *PLoS ONE* 6(5): e20545. doi:10.1371/journal.pone.0020545
- ⁹ Suwanwela N, Phanthumchinda K and Likitjaroen Y. Thrombolytic therapy in acute ischemic stroke in Asia : the first prospective evaluation. *Clinical neurology and neurosurgery* 2006;108(6):549-52
- ¹⁰ Director-General for Health & Consumers. Emergency Medical Services Systems in the European Union. Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization .WHO Regional Office for Europe. 2008.

บทที่ 2

การให้บริการ ค่าบริการที่เรียกเก็บและการจ่ายชดเชย

ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน

ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

บทที่ 2

การให้บริการ ค่าบริการที่เรียกเก็บ และการจ่ายชดเชยผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

1. ที่มาและความสำคัญ : การคุ้มครองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

ประเทศไทยจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้สามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทั้งสามระบบกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการให้บริการและอัตราจ่ายชดเชยสำหรับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกรณีดังกล่าว เช่น การจำกัดจำนวนครั้งของสมาชิกในการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการชดเชย เงื่อนไขการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เป็นต้น รายละเอียดเป็นไปตามตาราง 2.1

ตาราง 2.1 สิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ

เรื่อง	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
เงื่อนไขการให้บริการ	ใช้ได้สถานพยาบาล ภาครัฐทุกแห่ง ส่วน สถานพยาบาลเอกชน เฉพาะบริการ ผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลภาครัฐ และ เอกชนที่เข้าร่วมโครงการ นอกเหนือหน่วยบริการประจำ ได้ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	สถานพยาบาลภาครัฐ และ เอกชน - กรณีประสบอันตราย ไม่จำกัดจำนวนครั้ง - กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน จำกัด ประเภทผู้ป่วยนอกไม่เกิน 2 ครั้งต่อปีและประเภท ผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
ค่าพาหนะส่งต่อ	รถพยาบาลของ สถานพยาบาล เริ่มจ่าย เริ่มต้น 500 บาท เพิ่มเติมตามระยะทาง ไป-กลับ ระหว่าง สถานพยาบาล ในอัตรา กิโลเมตรละ 4 บาท	รถยนต์ ตามระยะทางไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง เรือไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้ง อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) ไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง	รถหรือเรือพยาบาลเท่าที่จ่ายจริง ไม่เกิน 500 บาท พาหนะรับจ้างหรือพาหนะ ส่วนบุคคลเหมาะจ่ายในอัตรา 300 บาท เขตท้องที่อื่นจ่ายตาม ระยะทาง กิโลเมตรละ 6 บาท

เรื่อง	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
อัตราชดเชย ค่าบริการ	ค่าห้องค่าอาหาร ค่า รักษายาบาลและค่า อุปกรณ์การแพทย์ตาม ประกาศอัตราค่าจ่าย ของกรมบัญชีกลาง สำหรับโรงพยาบาลรัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชน เบิกได้ไม่เกิน 4,000 บาท	ในเครือข่าย - ในเขตพื้นที่ ผู้ป่วยนอก: อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน: อัตราจ่าย DRG แต่ละ พื้นที่ - นอกพื้นที่ ผู้ป่วยนอก : กองทุนกลาง Point System Global Budget ผู้ป่วยใน : อัตราจ่าย 4,500 / 8,500 และ 14,000 บาทต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่กำหนด	รพ.รับรองสิทธิเป็นผู้รับผิดชอบ โดย 72 ชม. แรกประกันสังคม เป็นผู้รับผิดชอบ รพ.รัฐบาล ผู้ป่วยนอก : อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน : อัตราจ่ายจริงใน 72 ชม.แรก และค่าห้องค่าอาหาร เบิกได้วันละ 700 บาท รพ.เอกชน ผู้ป่วยนอกเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาทยกเว้นการตรวจพิเศษ ตามที่กำหนด ผู้ป่วยใน: กรณีห้องสามัญจ่ายค่า รักษายาบาลวันละ 2,000 บาท ค่าห้องและอาหารไม่เกิน 700 บาท กรณีห้อง ICU วันละ 4,500 บาท รวมห้องและอาหาร และ ให้ค่าผ่าตัดใหญ่ 8,000-16,000 บาท

ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศไทยมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนผู้ประสบภัยจากรถที่ได้รับบาดเจ็บ/เสียชีวิต อีกทั้งเป็นหลักประกันให้กับโรงพยาบาลว่าจะได้รับค่ารักษายาบาลในการรักษายาบาลผู้ประสบภัยจากรถ โดยผู้ประสบภัยจะได้รับการชดเชยเป็นค่ารักษายาบาล และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษายาบาล เบื้องต้นตามที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 15,000 บาท สูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพถาวร 35,000 บาท เสียชีวิต จะได้รับการชดเชยเป็นค่าปลงศพ และค่าใช้จ่ายอันจำเป็นเกี่ยวกับการจัดการศพ จำนวน 35,000 บาท ทั้งนี้ รวมทั้งหมดไม่เกิน 50,000 บาท ซึ่งจากรายงานสถิติการประกันภัยรถยนต์โดยข้อบังคับแห่งกฎหมาย ของบริษัท ไทยรับประกันภัยต่อ จำกัด (มหาชน) ณ ไตรมาสที่ 1 พ.ศ. 2553 พบว่าปีรับประกันภัย พ.ศ. 2549 มีอัตราความสูญเสีย (Loss Ratio) คิดเป็นร้อยละ 41.8 และค่าสินไหมทดแทนโดยเฉลี่ยต่อครั้ง เท่ากับ 12,311 บาท หากพิจารณาปีรับประกันภัยอื่นๆ จะพบว่าค่าสินไหมทดแทนโดยเฉลี่ยต่อครั้งอยู่ระหว่าง 11,978 - 13,511 บาทต่อครั้ง ทั้งนี้อัตราการใช้สิทธิภายใต้ระบบในปีรับประกันภัย 2549 มีเพียงร้อยละ 2 ของจำนวนกรรมธรรม์ทั้งหมด ซึ่งเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ อันเนื่องมาจากกระบวนการเบิกจ่ายค่าเสียหายมีความ

ล่าช้า ยุ่งยากและซับซ้อน ส่งผลให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) ในฐานะผู้บริหารกองทุนทดแทนผู้ประสบภัย สมาคมประกันวินาศภัย และบริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด ร่วมมือพัฒนาระบบสินไหมอัตโนมัติ หรือ E-Claim เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลสะดวกมากขึ้น รวมถึงลดขั้นตอนในเรื่องเอกสารต่างๆ เช่น บันทึกประจำวันของตำรวจ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังมีกองทุนเงินทดแทนสำหรับกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน ให้การคุ้มครองกับแรงงานในระบบโดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยบริการสมทบตามอัตราการเบิกในอดีต ซึ่งผู้ได้รับอันตรายจากการทำงานสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนทุกแห่ง และกองทุนจ่ายค่าชดเชยบริการตามปริมาณบริการที่เรียกเก็บไม่เกิน 45,000 บาท ส่วนที่เกินจากนั้นให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบแต่ไม่เกิน 300,000 บาท หากเกินกว่านั้นสามารถขอให้คณะกรรมการแพทย์พิจารณาเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

รูปแบบสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของแต่ละระบบการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยแต่ละรายเข้าถึงบริการการรักษา และได้รับการรักษาพยาบาลไม่เท่าเทียมกัน อีกทั้งความซับซ้อนของสิทธิในการรักษาพยาบาล ระหว่างระบบการประกันสุขภาพและพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ทำให้เกิดความพยายามโอนถ่ายค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากรณีประสบภัยจากรถยนต์ เข้าสู่การเบิกจ่ายของระบบประกันสุขภาพ เป็นต้น

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

นโยบายรัฐบาลต้องการให้มีเอกภาพในระบบประกันสุขภาพหลัก ดังนั้น รัฐบาลได้เริ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรมคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้แนวคิด “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ โกลัที่ไหนไปที่นั่น” จึงคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน (สีแดงและสีเหลือง) สามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่ถูกทวงถามสิทธิก่อนรักษา ไม่ต้องสำรองค่ารักษาพยาบาล ไม่ถูกบ่ายเบี่ยงการรักษา และได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาและกลับบ้านได้ หรือส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

นิยาม “การเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น สามารถจำแนกตามอาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยได้ 3 ระดับ คือ

(1) ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

(2) ผู้ฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) คือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้

(3) ไม่ฉุกเฉิน (สีเขียว) คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตัวเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ทั้งนี้ สถานบริการหรือโรงพยาบาลนอกเครือข่ายของ 3 กองทุน หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนของกรมบัญชีกลาง หรือ สถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม หรือ สถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การเภสัชกรรม องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอิสระอื่นๆ ได้เข้าร่วมโครงการในการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วย โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นศูนย์กลางติดตามการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการให้กับสถานบริการ ตามอัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการชดเชยที่ได้ตกลงกันไว้ทั้ง 3 กองทุน ดังนี้

(1) กรณีผู้ป่วยนอก

- จ่ายตามรายการที่กำหนดไว้ 173 รายการของกรมบัญชีกลางที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- จ่ายตามบัญชีเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์อีก 7 รายการ
- กรณีมีรายการที่ไม่ได้ระบุไว้ในระบบฉุกเฉิน สามารถเบิกจ่ายตามจริงได้ แต่ไม่เกิน 1,000 บาท

(2) กรณีผู้ป่วยใน

- จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG V.5.0) 10,500 บาทต่อ 1 AdjRW
- เพิ่มเติมกรณีมีการใช้ยา จ.(2)
- เพิ่มเติมกรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) จ่ายตามอัตราที่ตกลงไว้ร่วมกัน 3 กองทุน

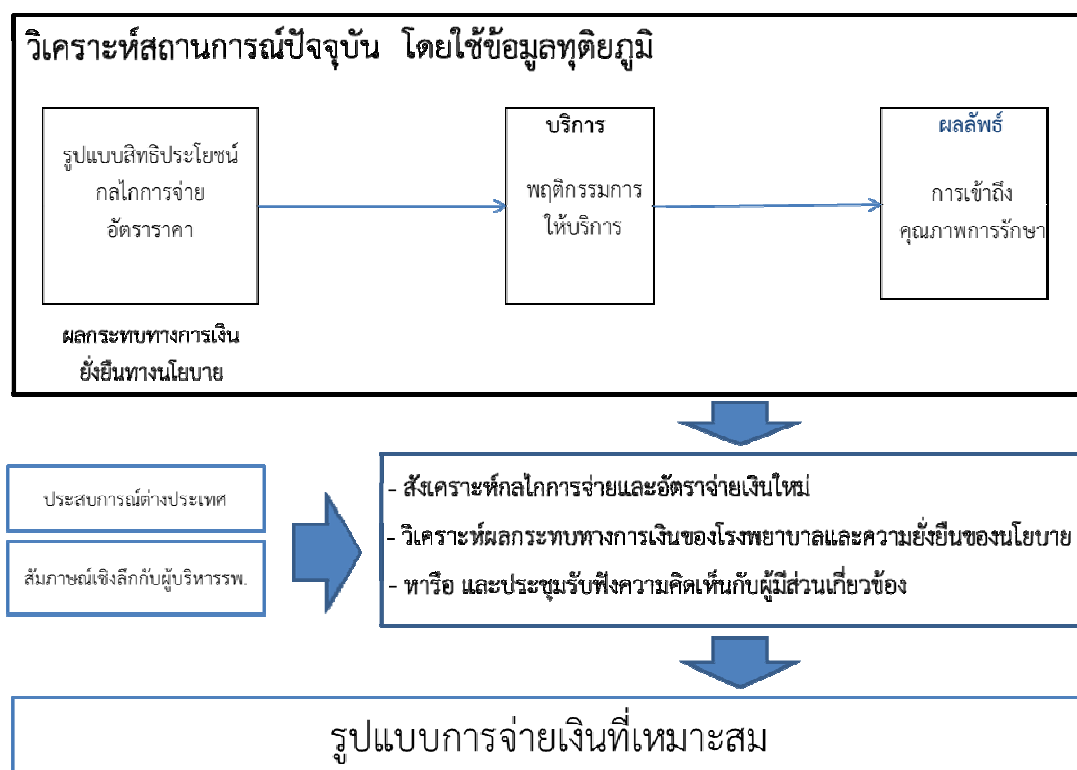
ค่าพาหนะในการรับ-ส่งต่อ กรณีที่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือกลับไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน จะจ่ายในอัตราตั้งต้น 500 บาท + ค่าเดินทางตามระยะทางไปกลับกิโลเมตรละ 4 บาท กรณีที่เป็นผู้ประสบภัยจากรถให้เบิกเงินค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาท จากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อนจึงจะเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทางนี้ได้

เนื่องจากนโยบายดังกล่าวนับเป็นครั้งแรกที่นำเอาโรงพยาบาลเอกชนที่มีได้เป็นคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพหลักให้เข้ามาร่วมให้บริการสังคมในด้านการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ ดังนั้นการประเมินผลการจ่ายค่าชดเชยบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Payment) และกระบวนการจ่ายค่าชดเชยบริการ จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากเพื่อใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนกำหนดทิศทางนโยบายหรือแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้กำหนดนโยบายต่อไปเพื่อให้มีความยั่งยืนของนโยบาย ขณะเดียวกันก็ได้รับความร่วมมือจากภาคเอกชนอย่างเหมาะสม

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อทบทวนแนวคิดและประสบการณ์ต่างประเทศในการจัดการระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการแก่ประชาชน และการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาล
- 2.2 เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน
- 2.3 เพื่อศึกษาความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนส่งมาเบิกและค่าบริการที่ได้รับการชดเชยภายใต้นโยบายดังกล่าว ตลอดจนระยะเวลาในการจ่ายค่าชดเชยบริการคืนให้กับโรงพยาบาลเอกชน
- 2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการในกลุ่มโรคลักษณะเดียวกันของกองทุนต่างๆ เทียบกับอัตราการจ่ายภายใต้นโยบายนี้
- 2.5 เพื่อพรรณานแนวทางในการกำหนด (หรือโครงสร้าง cost structure ถ้าเป็นไปได้) ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

3. กรอบการวิจัย



4. ระเบียบวิธีวิจัย

4.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแหล่งข้อมูลบริการทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพหลักสาม กองทุน และข้อมูลการเบิกจ่ายบริการค่ารักษาพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

- วิเคราะห์ฐานข้อมูล EMCO เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินภายใต้นโยบาย รวมไปถึงระยะเวลาการจ่ายค่าชดเชยบริการคืน
- วิเคราะห์อัตราความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนส่งมาเบิกและค่าบริการที่ได้รับชดเชย และเปรียบเทียบกับอัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการในกลุ่มโรคลักษณะเดียวกันของกองทุนในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ
- รายงานงบการเงินเฉพาะกิจของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

4.2 วิเคราะห์เชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

- ทบทวนเอกสารต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินและวิธีการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาล
- สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระบบหลักประกันสุขภาพ และผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน และจัดเวทีระดมความคิดเห็น เพื่อให้ได้แนวทางและข้อเสนอในการกำหนดค่าใช้จ่ายและอัตราจ่ายชดเชย

แหล่งข้อมูล

1. ฐานข้อมูล EMCO (emco.nhso.go.th) ตั้งแต่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2555
2. ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 3 กองทุน ปี พ.ศ. 2554
3. รายงานงบการเงินเฉพาะกิจของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์
4. ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 12 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 4 แห่ง
โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 7 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นมูลนิธิ จำนวน 1 แห่ง

คำนิยาม

- ก) “เงินเรียกเก็บ” หมายถึง จำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (ตามราคาของสถานพยาบาล)
- ข) “เงินชดเชยกองทุน”
 - a. ผู้ป่วยนอก หมายถึง เงินชดเชยตามรายการที่กำหนด + รายการยา และอื่นๆ (เฉพาะรายการอื่นๆ รวมกันไม่เกิน 1,000 บาท)
 - b. ผู้ป่วยใน หมายถึง $(AdjRW(Version5) * 10,500 \text{ บาทต่อ } AdjRW) + \text{รายการอุปกรณ์ (ถ้ามี)} + \text{ค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)}$
- ค) “เงินชดเชยทั้งหมด” หมายถึง เงินชดเชยกองทุน + ค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถไม่เกิน 15,000 บาท กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากรถ
- ง) ประเภทสถานพยาบาล
 - a. โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ ได้แก่ โรงพยาบาลรามคำแหง, ศิริรินทร์, กรุงธน 1, กรุงธน 2, กรุงเทพ, วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล, เกษมราษฎร์ ประชาชื่น, วิภาวดี, บำรุงราษฎร์, นนทเวช, สมิติเวช, เอกชล, เอกชล 2, นอร์ทอีสเทอร์นวัฒนา, ลานนา เชียงใหม่, และโรงพยาบาลมหาชัย
 - b. โรงพยาบาลมูลนิธิ ได้แก่ โรงพยาบาลมิชชั่น, กรุงเทพคริสเตียน, เซนต์หลุยส์, คามิลเลียน, หัวเฉียว, เซนต์แมรี, แมคคอร์มิค, แพร์คริสเตียน, โอเวอร์บรู๊ค, ซานคามิลโล, กรุงเทพคริสเตียน นครปฐม, โรงพยาบาลกรุงเทพเซนต์คาร์ลอส
 - c. โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน ที่ไม่เข้าข่ายใน a. และ b.

5. ผลการศึกษา

5.1 การจัดบริการฉุกเฉินด้านการแพทย์แก่ประชาชนในต่างประเทศ

บริการการแพทย์ที่จัดแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต เกิดทุพพลภาพ หรือเกิดความเสียหายของการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ถือเป็นบริการที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญ ทั้งนี้ เนื่องจากหากไม่ได้รับการทางการแพทย์ดังกล่าวอย่างทันท่วงทีอาจมีผลถึงแก่ชีวิต ภาวะสุขภาพ หรือภาวะทุพพลภาพสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ ทั้งนี้ประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนมีการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนของตนทั้งในโรงพยาบาลคือ บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accident and Emergency Department : AE) รวมถึงการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care, Emergency Medical Services: EMS)

ทั้งนี้ ประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน เช่น ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป ประชาชนในประเทศสมาชิกยุโรป 27 ประเทศ โดยกฎหมายสามารถเข้ารับบริการผู้ป่วยในฟรีครอบคลุมผู้ไร้สิทธิใดๆ และบุคคลไร้สัญชาติหรือบุคคลที่ระบุด่วนไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ยังมี 7 ประเทศที่กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน และอีก 7 ประเทศเมื่อใช้บริการนอกโรงพยาบาล (out of hospital care) ประเทศสหภาพยุโรปส่วนใหญ่มีแหล่งการเงินจากงบประมาณของรัฐ (ระบบสุขภาพแห่งชาติ) และแหล่งอื่น ๆ (เช่น ประกันสุขภาพแห่งชาติ)⁽¹⁾

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้วเพียงประเทศเดียวที่ยังไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน กล่าวคือในปี ค.ศ. 2010 ร้อยละ 16.3 ของประชาชนในสหรัฐอเมริกาไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ⁽²⁾ โดยกลุ่มคนอเมริกันและคนผิวดำมีส่วนการไม่มีประกันสุขภาพสูงกว่ากลุ่มคนผิวขาว (ร้อยละ 30.7 และ 20.8 ตามลำดับเทียบกับร้อยละ 11.7) อย่างไรก็ตาม ในสหรัฐอเมริกา บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ถือเป็นบริการพื้นฐานจำเป็นที่ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพหรือไม่ หรือจะมีสัญชาติใด เข้าเมืองถูกต้องหรือไม่ ต่างได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมาย The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) ซึ่งออกในปี 1986⁽³⁾ โดยกฎหมายดังกล่าว กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่รับเงินโครงการ Medicare ต้องไม่ปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์

¹ WHO Regional Office for Europe (2008) Emergency Medical Services Systems in the European Union, Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Copenhagen, WHO.

² U.S. Department of Health and Human Services. Overview of the Uninsured in the United States:

A Summary of the 2011 Current Population Survey from website:

<http://aspe.hhs.gov/health/reports/2011/cpshealthins2011/ib.shtml> accessed on 23 December 2012

³ American College of Emergency Physicians. The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) website: <http://www.acep.org/News-Media-top-banner/EMTALA/> accessed on 23 December 2012

ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งต่างถูกบังคับภายใต้กฎหมายนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนเกือบทุกแห่งต่างเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยภายใต้โครงการ Medicare และกฎหมาย EMTALA กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนที่รับเงินจาก Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ต้องร่วมให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายดังกล่าว ขณะเดียวกันโครงการ Medicare และ Medicaid มีส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของอเมริกาเกือบครึ่งหนึ่ง “ทั้งนี้การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉินที่มีความรุนแรงระดับวิกฤตหรือฉุกเฉินเร่งด่วนที่อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตหรือสุขภาพแบบถาวรถือเป็นข้อบังคับตามกฎหมายและตามจริยธรรม” โดยไม่มีแหล่งเงินงบประมาณของรัฐบาลสนับสนุนแต่อย่างใด “ถือเป็นการจัดบริการตามกุศล (Charity care)” ⁽⁴⁾

ในกลุ่มคนที่ไม่มียุติบัตรสุขภาพและกลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกกฎหมายหากเข้าเงื่อนไขของการขอรับการช่วยเหลือจากรัฐภายใต้โครงการ Medicaid ก็สามารถร้องขอใช้สิทธินี้ได้แต่จะคุ้มครองให้เฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินครั้งนั้นๆ เท่านั้น ⁽⁵⁾ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจึงเป็นที่ให้บริการเมื่อเจ็บป่วยหนักสำหรับคนกลุ่มนี้ ทั้งนี้พบว่าค่าใช้จ่ายของ Medicaid ที่จ่ายเป็นค่าบริการกรณีฉุกเฉินสำหรับกลุ่มที่เข้าเมืองไม่ถูกต้องตามกฎหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยการคลอดบุตรมีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายสูงสุด (กว่าร้อยละ 80) ⁽⁶⁾ ขณะเดียวกันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประสบปัญหาความแออัดของการให้บริการในห้องฉุกเฉิน ⁽⁷⁾ จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่

- 1) ในด้านผู้ป่วยการใช้บริการโดยผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน การไม่มีแพทย์ปฐมภูมิประจำตัว การไม่มีประกันสุขภาพ เป็นต้น
- 2) ปัจจัยจากห้องฉุกเฉิน เช่น จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ หรือมีทรัพยากร เช่น เครื่องมืออุปกรณ์จำกัด และ
- 3) ปัจจัยภายนอกที่รองรับผู้ป่วยต่อจากห้องฉุกเฉิน เช่น การไม่มีเตียงในโรงพยาบาลเพียงพอในการรองรับทำให้ไม่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินได้

สำหรับการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินนั้นมีรูปแบบการจ่ายที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ หรือผู้ไม่มีประกันสุขภาพ โครงการ Medicaid ซึ่งบริหารจัดการโดยรัฐต่างๆ นั้นก็มีรูปแบบการจ่ายที่ต่างกันในแต่ละรัฐ ⁽⁵⁾ เช่น การจ่ายค่าชดเชยบริการผู้ป่วยในแก่โรงพยาบาล

⁴ Fields, WW., Asplin, BR., Larkin, GL., Marco, CA. and et al (2001) The Emergency Medical Treatment and Labor Act as a Federal Health Care safety Net Program. Academic Emergency Medicine, 8 (11): 1064-69

⁵ Congressional Research Service (CRS) Medicaid Reimbursement Policy October, 25, 2004, the Library of Congress

⁶ DuBoard, CA. and Massing MW.(2007) Trends in Emergency Medical Expenditures for Recent and Undocumented Immigrants. JAMA, 297:1085-1092

⁷ Hoot, NR.and Aronsky, D. (2008) Systematic Review of Emergency Department Crowding: Cause, Effects, and Solutions. Annuals of Emergency Medicine, 52 (2): 126-136

ต่างๆ มีทั้งที่จ่ายในอัตราเฉพาะแก่โรงพยาบาล (hospital specific rate) จ่ายตามอัตราโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน (Peer group or statewide rate) จ่ายตามกลุ่มโรคร่วมที่มีการปรับให้เหมาะสม และปรับตามลักษณะเฉพาะของโรงพยาบาล เป็นต้น สำหรับบริการผู้ป่วยนอกรวมห้องฉุกเฉินนั้นก็มีรูปแบบการจ่ายหลากหลายเช่นกัน เช่น การจ่ายตามต้นทุนหรือส่วนของต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล (cost or percentage of cost of specific hospital) จ่ายตามอัตราที่กำหนดล่วงหน้า (fee schedule) จ่ายตามรายป่วยหรืออื่นๆ เป็นต้น

ทั้งนี้ พบว่าระบบประกันสุขภาพต่างๆ ในอเมริกาส่วนใหญ่ไม่ได้จ่ายค่าชดเชยบริการแก่ห้องฉุกเฉินตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ (hospital charges) ทั้งหมด แม้ในระบบประกันเอกชนหรือผู้จ่ายค่าชดเชยบริการเองก็จะมีกำหนดอัตราจ่าย (fee schedule) โดยพบว่า อัตราการชดเชยเมื่อเทียบกับค่าบริการที่เรียกเก็บมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 60 เหลือเพียงร้อยละ 53 ระหว่างปี 1996 และ 1998⁸ โดยประกันเอกชนแม้จะมีอัตราชดเชยสูงสุดแต่ก็ลดลงจากร้อยละ 75 เหลือร้อยละ 63 การจ่ายค่าชดเชยลดลงเกิดจากหลายสาเหตุ คือ ค่าบริการที่เรียกเก็บอย่างไม่เหมาะสม (charge inflation) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประกันสุขภาพเอกชนและกลุ่มไม่มีประกันค่าบริการที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นเหมาะสม แต่อัตราจ่ายอาจไม่เหมาะสมเนื่องจากต้นทุนการให้บริการเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพงมากขึ้น เป็นต้น

โดยสรุป แม้สหรัฐอเมริกาจะคงยึดหลักให้เสรีภาพส่วนบุคคลเป็นสำคัญในการเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามในกรณีประสบอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายโดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นจะมีหรือไม่มีประกันสุขภาพหรือจะมีสัญชาติใด หากบุคคลนั้นเข้าหลักเกณฑ์ที่จะได้รับการช่วยเหลือในระบบ Medicaid ก็สามารถขอรับการช่วยเหลือจากรัฐบาลมลรัฐได้เฉพาะการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ ส่วนหากผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถจ่ายได้ โรงพยาบาลเอกชนก็ต้องให้บริการตามหลักกฎหมายและจริยธรรมโดยไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลถือเป็นการให้บริการกุศล สำหรับการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ก็พบว่ามีรูปแบบหลากหลายแต่ที่ชัดเจนคือไม่ได้มีการจ่ายตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บแต่อย่างใด แต่จะจ่ายตามอัตราที่กำหนดหรือตกลงร่วมกัน โดยอัตราชดเชยค่าบริการอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 - 60 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ

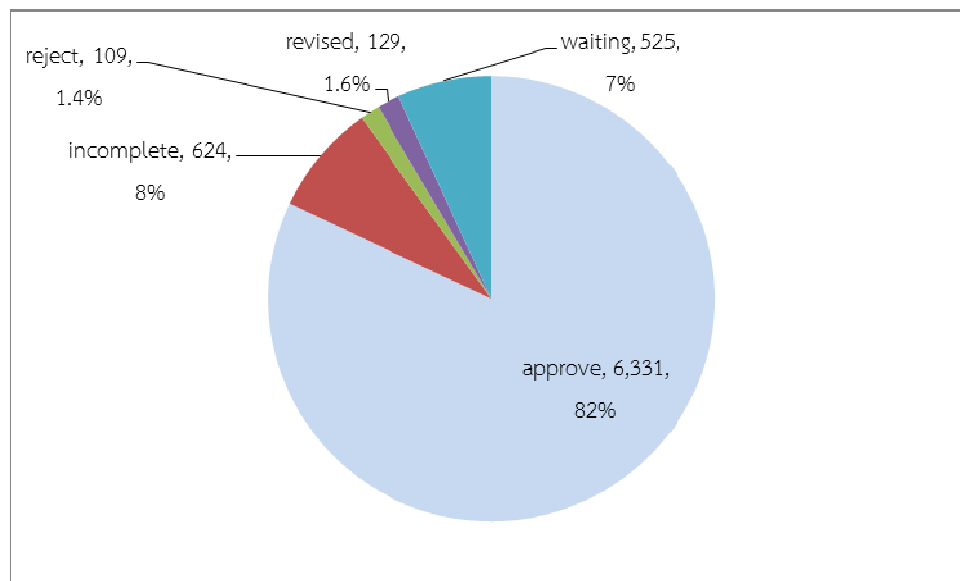
5.2 การเข้าถึงบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Emergency Claim Online หรือ EMCO เป็นส่วนหนึ่งของ clearing house ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นมา จนถึงวันที่ 30 กันยายน 2555 ปรากฏว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งสิ้น 7,805 คน โดยมีรายการที่ไม่สมบูรณ์เนื่องจากไม่ได้รับบริการทางการแพทย์ จำนวน 65 ราย และไม่เข้าหลักเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน

⁸ Tsai, AC., Tamayo-Sarver, JH., Cydulka, RK., and Baker, DW. (2003) Declining Payments for Emergency Department Care, 1996-1998. Annals of Emergency Medicine. 41: 299-308

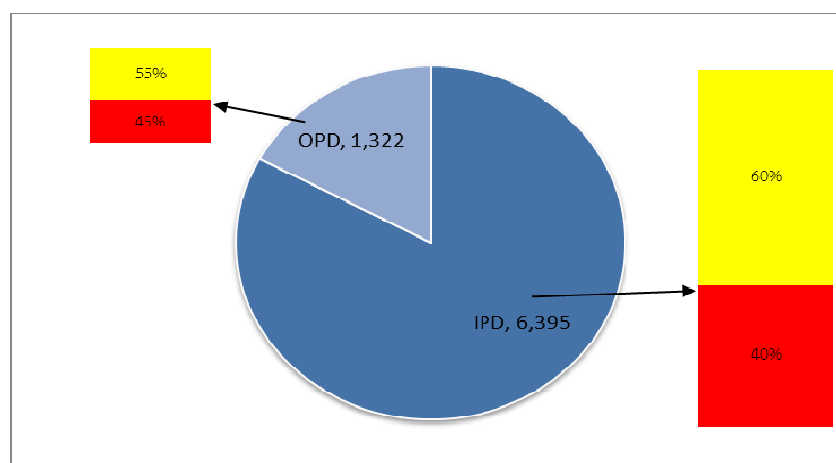
(ระดับความรุนแรงสีเขียว) จำนวน 23 ราย ดังนั้น จำนวนรายการผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำมาวิเคราะห์ในรายงานนี้มีทั้งหมด 7,717 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติจ่ายค่าชดเชยบริการร้อยละ 82 ปฏิเสธจ่ายค่าชดเชยบริการร้อยละ 1.4 และอยู่ระหว่างดำเนินการ ร้อยละ 16.6 ได้แก่ รอคอยอนุมัติ ร้อยละ 7 เอกสารไม่ครบถ้วน ร้อยละ 8 และแก้ไขเอกสาร ร้อยละ 1.6 (รูปที่ 2.1)

รูปที่ 2.1 จำนวนครั้งการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานภาพจากการคัดกรองโดย EMCO



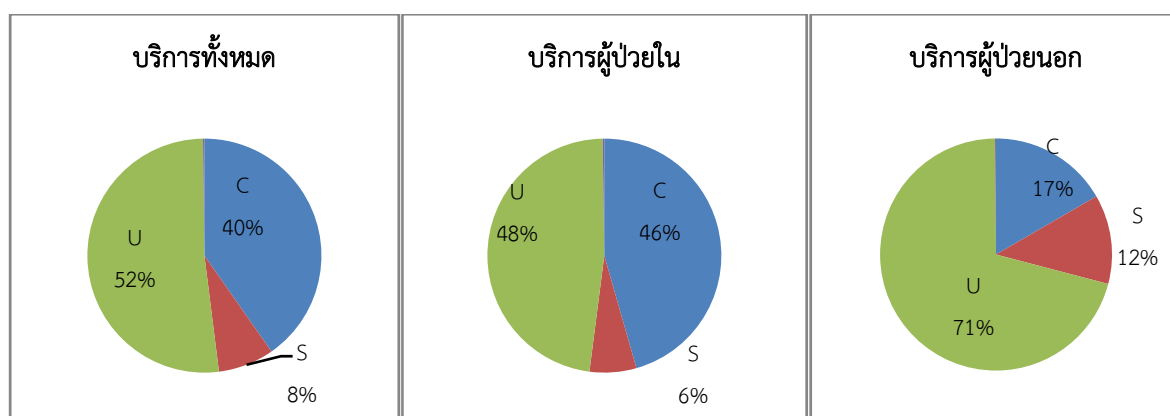
จากข้อมูลดังกล่าว จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก 1,322 คน (ร้อยละ 17) และผู้ป่วยใน 6,395 คน (ร้อยละ 83) ทั้งนี้บริการผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงสีเหลืองร้อยละ 55 และสีแดงร้อยละ 45 และบริการผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีเหลือง ร้อยละ 60 และสีแดงร้อยละ 40

รูปที่ 2.2 สัดส่วนและจำนวนราย ผู้ป่วยใช้บริการ จำแนกประเภทบริการ และระดับความรุนแรง



เมื่อจำแนกการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ ตามสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพ ภาครัฐ พบว่า ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีจำนวนการเข้ารับบริการสูงสุด ตามด้วยผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ด้วยสัดส่วนร้อยละ 52, 40 และ 8 ตามลำดับ หากพิจารณาประเภทบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน พบว่าสัดส่วนการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติใกล้เคียงกับผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กล่าวคือ ประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนการเข้ารับบริการ ร้อยละ 48 และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ 46 ซึ่งแตกต่างกับกรณีผู้ป่วยนอกที่มีการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 71 (รูปที่ 2.3)

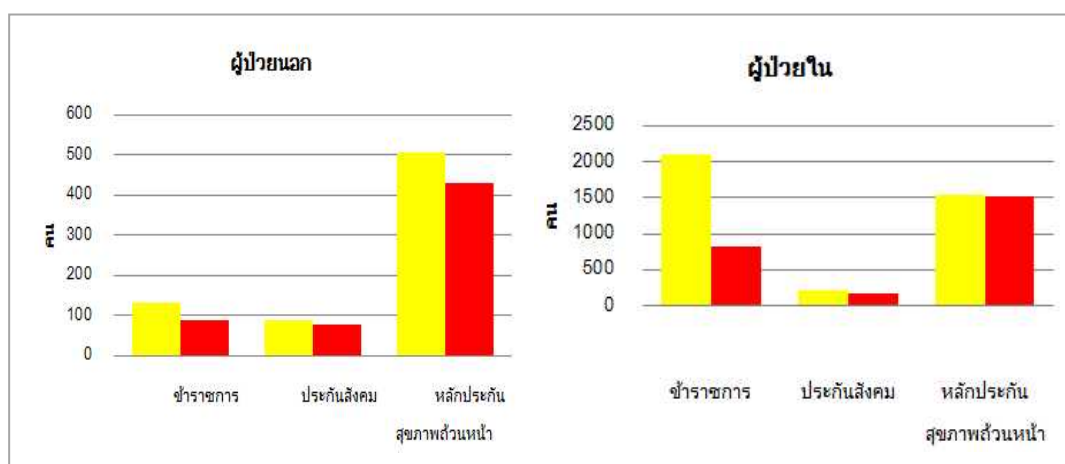
รูปที่ 2.3 สัดส่วนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (N=7717)



แม้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิของประกันสุขภาพแห่งชาติจะสูง หากพิจารณาถึงจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีถึง 47.7 ล้านคน เทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 4.5 ล้านคน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีโอกาส ในการเข้ารับบริการภายใต้ นโยบายนี้สูงที่สุด

เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของการเข้ารับบริการ พบว่า กรณีผู้ป่วยนอกมีจำนวนผู้เข้ารับบริการในระดับความรุนแรงสีเหลืองสูงกว่าระดับสีแดงทุกกองทุน กล่าวคือสีเหลืองมีสัดส่วนร้อยละ 53-59 (ภาพรวมร้อยละ 55) ส่วนกรณีผู้ป่วยในผู้มีสิทธิประกันสังคมและผู้มีหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองและแดงใกล้เคียงกัน (สัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองร้อยละ 56 และ 51 ตามลำดับ) ส่วนผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีสัดส่วน ผู้ป่วยสีเหลืองเกือบสามเท่าของสีแดง (สีเหลืองร้อยละ 72) (รูปที่ 2.4)

รูปที่ 2.4 จำนวนการเข้ารับบริการรายสิทธิจำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการการแพทย์



ถ้าจำแนกอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยของผู้มารับบริการภายใต้นโยบายนี้เป็น 4 กลุ่ม คือ บาดเจ็บทั่วไป อุบัติเหตุจราจร ภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรม และภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม โดยนักวิจัยสามท่านพบว่า ภาวะฉุกเฉินทางอายุรกรรมเป็นสาเหตุของการเข้ารับบริการสูงสุด ตามด้วยบาดเจ็บทั่วไป อุบัติเหตุจราจร และภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวชกรรม โดยที่ผลทดสอบความสอดคล้องของการจำแนกข้อมูลดังกล่าวด้วยสถิติ KAPPA พบว่า มีความสอดคล้องกันระหว่างผู้จำแนกทั้งสามในระดับดี (ร้อยละ 75)

ตารางที่ 2.2 สัดส่วนการใช้บริการ จำแนกตามอาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย(N=7717)

อาการบาดเจ็บ/เจ็บป่วย	นักวิจัยคนที่ 1	นักวิจัยคนที่ 2	นักวิจัยคนที่ 3
บาดเจ็บทั่วไป	10%	9%	11%
อุบัติเหตุจราจร	6%	6%	6%
ภาวะอายุรกรรม	81%	82%	79%
สูตินรีเวชกรรม	3%	3%	3%

ตารางที่ 2.3 จำนวนผู้ป่วยนอก จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	สีเหลือง	ทั้งหมด
I469	Cardiac arrest unspecified	68	5	73
I219	Acute myocardial infarction unspecified	29	6	35
I461	Sudden cardiac death so described	32	0	32
S010	Open wound of scalp	4	19	23
J459	Asthma unspecified	9	12	21
I460	Cardiac arrest with successful resuscitation	19	0	19

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	สีเหลือง	ทั้งหมด
I639	Cerebral infarction unspecified	9	10	19
R568	Other and unspecified convulsions	9	7	16
I10	Essential (primary) hypertension	6	9	15
I500	Congestive heart failure	9	6	15
R560	Febrile convulsions	8	7	15
S018	Open wound of other parts of head	3	12	15

โรคที่ผู้ป่วยนอกเข้ามาใช้บริการสูงสุด 3 อันดับแรก คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Cardiac arrest unspecified) ตามด้วยผู้ป่วยที่มีสัญญาณหรืออาการปวด หรือแน่นไม่สบายที่หน้าอก (Acute myocardial infarction unspecified) และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (Sudden cardiac death so described) จากข้อมูลตารางที่ 2.3 จะพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ สำหรับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ นั้น จะพบโดยมากในอาการบาดเจ็บหนังศีรษะ (Open wound of scalp) ซึ่งมากเป็นอันดับ 4

สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้น อาการโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุดนั้น คือ หัวใจวายหรือภาวะหัวใจล้มเหลว (I500: Congestive heart failure) จำนวน 125 ราย มีระดับความรุนแรงสีแดง 62 ราย และสีเหลือง 63 ราย อันดับสองและสาม คือ ภาวะโลหิตเป็นพิษ (A419 : Septicemia unspecified) ภาวะปอดบวม (J189: Pneumonia unspecified) ซึ่งเป็นโรคที่มีสถิติการเสียชีวิตสูงสุด 5 อันดับแรกในประเทศไทย ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของ 2 โรคดังกล่าว มีระดับความรุนแรงสีเหลืองสูงกว่าสีแดง สำหรับโรคที่มีระดับความรุนแรงสีแดงสูงกว่าสีเหลืองในตารางที่ 2.3 คืออาการกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (I214: Acute subendocardial myocardial infarction และ I210: Acute transmural myocardial infarction of anterior wall) และอาการภาวะบาดเจ็บรุนแรง (S0650 : Traumatic subdural hemorrhage : without open intracranial wound)

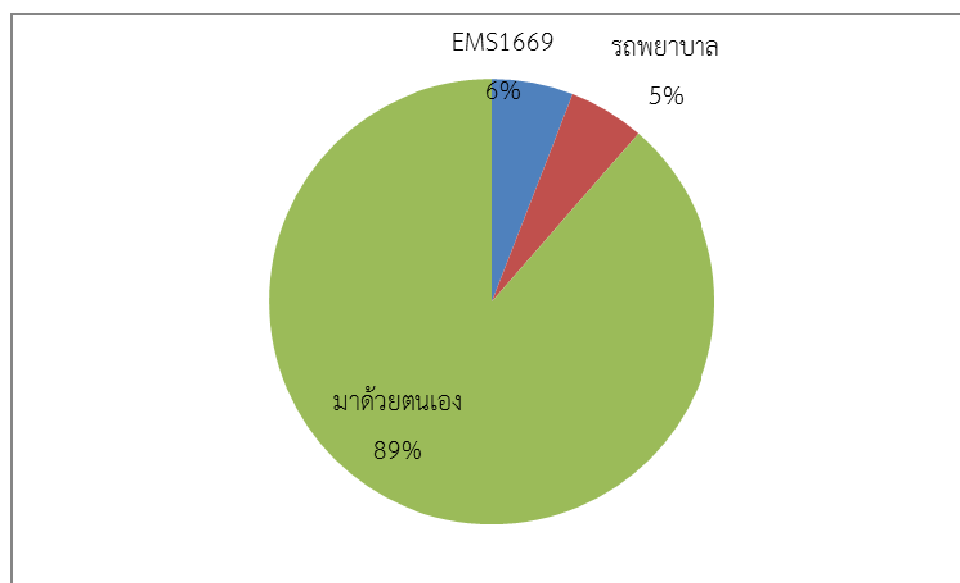
ตารางที่ 2.4 จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกรายโรค สูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	เหลือง	ทั้งหมด
I500	Congestive heart failure	62	63	125
A419	Septicemia unspecified	47	61	108
J189	Pneumonia unspecified	36	71	107
I214	Acute subendocardial myocardial infarction	68	33	101
A099	Acute diarrhea	9	80	89

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	เหลือง	ทั้งหมด
N390	Urinary tract infection site not specified	12	67	79
A09	Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin	11	60	71
I210	Acute transmural myocardial infarction of anterior wall	53	17	70
J209	Acute bronchitis unspecified	7	61	68
S0650	Traumatic subdural hemorrhage : without open intracranial wound	59	5	64

พิจารณาการเข้ามารับบริการของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่แล้วมาด้วยตนเอง (รูปที่ 2.5) คิดเป็นร้อยละ 89 ตามด้วยสายด่วน 1669 ร้อยละ 6 และรถพยาบาลร้อยละ 5 โดยเขตเชียงใหม่ (เขต 1) มีสัดส่วนผู้ป่วยที่ผ่านระบบ 1669 สูงสุด คิดเป็นร้อยละ 13 ตามด้วยเขตระยอง (เขต 6) คิดเป็นร้อยละ 12

รูปที่ 2.5 สัดส่วนผู้ป่วยจำแนกตามช่องทางการเดินทางมาโรงพยาบาล (N=7717)



จำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2555 มี 215 แห่ง เป็นเขตกรุงเทพมหานคร (เขต 13) สูงสุด จำนวน 65 แห่ง ตามด้วยเขต ระยอง (เขต 6) เขตราชบุรี (เขต 5) และเขตอื่นๆ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาจำนวนผู้ป่วย EMCO ต่อ โรงพยาบาล 1 แห่ง พบว่า เขตพิษณุโลก (เขต 2) มีจำนวนผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 65 คนต่อโรงพยาบาล 1 แห่ง ซึ่งเป็นจำนวนสูงสุด ตามด้วยเขตเชียงใหม่ (เขต 1) 52 คน เขตอุบลราชธานี (เขต 10) และเขตกรุงเทพมหานคร (เขต 13) 50 คน รายละเอียดตามตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 จำนวนโรงพยาบาลที่ใช้สิทธิ EMCO รายเขตพื้นที่ สปสช.

เขตพื้นที่ สปสช.		จำนวนผู้ป่วย	จำนวน รพ.	จำนวนผู้ป่วยต่อ รพ. 1 แห่ง
1	เชียงใหม่	778	15	52
2	พิษณุโลก	389	6	65
3	นครสวรรค์	53	7	8
4	สระบุรี	857	22	39
5	ราชบุรี	394	26	15
6	ระยอง	750	33	23
7	ขอนแก่น	197	4	49
8	อุดรธานี	101	7	14
9	นครราชสีมา	494	10	49
10	อุบลราชธานี	298	6	50
11	สุราษฎร์ธานี	105	6	18
12	สงขลา	79	8	10
13	กรุงเทพมหานคร	3,223	65	50
ทั้งหมด		7,718	215	36

โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนานิเบศร์มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด ตามด้วยโรงพยาบาลธนบุรี โรงพยาบาลเซนต์แมรี โรงพยาบาลรามคำแหง และอื่นๆ ตามตารางที่ 6 จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายหลักทรัพย์ 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนานิเบศร์ โรงพยาบาลธนบุรี โรงพยาบาลรามคำแหง และโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค

ตารางที่ 2.6 รายชื่อโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก

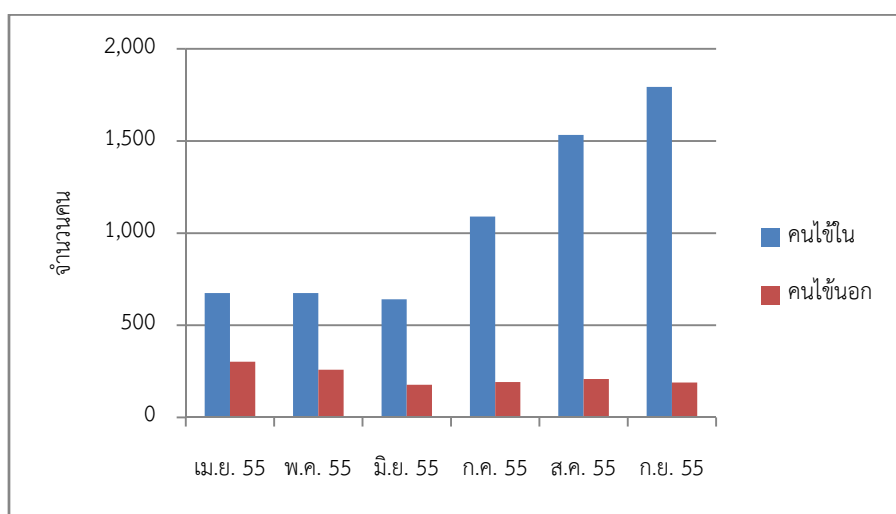
ชื่อโรงพยาบาล	จังหวัด	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ทั้งหมด
รพ.เกษมราษฎร์ รัตนานิเบศร์	นนทบุรี	329	51	380
รพ.ธนบุรี	กรุงเทพฯ	240	6	246
รพ.เซนต์แมรี	นครราชสีมา	172	32	204
รพ.รามคำแหง	กรุงเทพฯ	183	14	197
รพ.วิชัยยุทธ พญาไท	กรุงเทพฯ	163	15	178
รพ.สินแพทย์	กรุงเทพฯ	166	5	171
รพ.อินเตอร์เวชการ	พิษณุโลก	143	5	148

ชื่อโรงพยาบาล	จังหวัด	ผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยนอก	ทั้งหมด
รพ.หาญอินเตอร์เนชั่นแนล	ยโสธร	144	4	148
รพ.เกษมราษฎร์ บางแค	กรุงเทพฯ	62	77	139
รพ.รวมแพทย์สุรินทร์ (หมอนันต์)	สุรินทร์	137	1	138

5.3 แนวโน้มการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

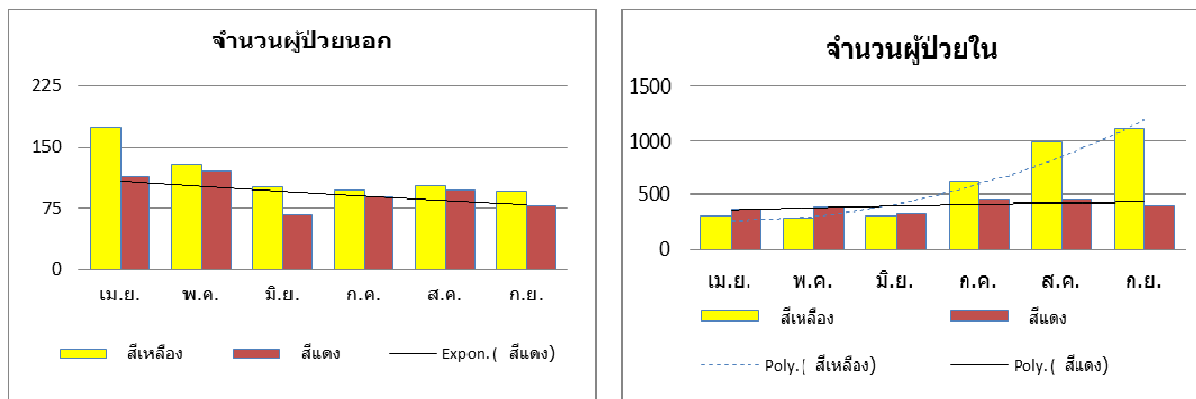
การเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังรูปที่ 6 พบว่า จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยใน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่เดือนมิถุนายน ขณะที่จำนวนผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มน้อยลงอย่างต่อเนื่อง

รูปที่ 2.6 จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างเมษายน-กันยายน 2555



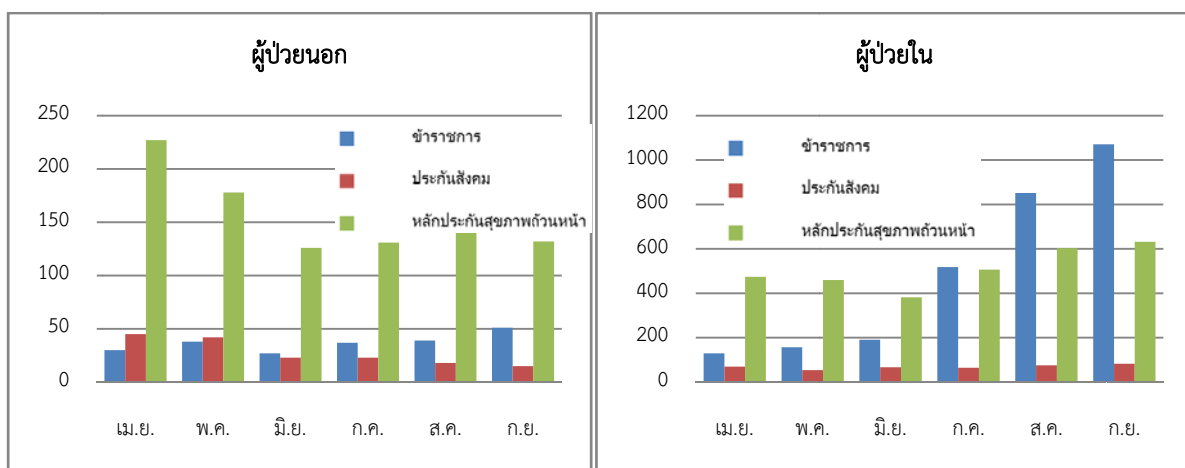
ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองในบริการผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนร้อยละ 50 - 60 ในแต่ละเดือนโดยมีแนวโน้มลดลง (รูปที่ 7) ในขณะที่บริการผู้ป่วยในที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ 45 ในเดือนเมษายน เป็นร้อยละ 74 ในเดือนกันยายน 2555

รูปที่ 2.7 จำนวนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทบริการและความรุนแรงระหว่าง
เมษายน - กันยายน 2555



แนวโน้มการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือนจำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ
ภาครัฐ จากรูปที่ 8 กรณีผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
มีแนวโน้มการเข้าใช้บริการลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มการใช้
บริการเพิ่มสูงขึ้นโดยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังคงมีสัดส่วนการใช้บริการสูงสุดแต่มีแนวโน้มลดลง
จากร้อยละ 75 ในเดือนเมษายน เหลือร้อยละ 70 ในเดือนกันยายน เช่นเดียวกันสิทธิประกันสังคมลดลงจาก
ร้อยละ 15 เหลือร้อยละ 8 ในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่สัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล
ข้าราชการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 22 ในช่วงดังกล่าว

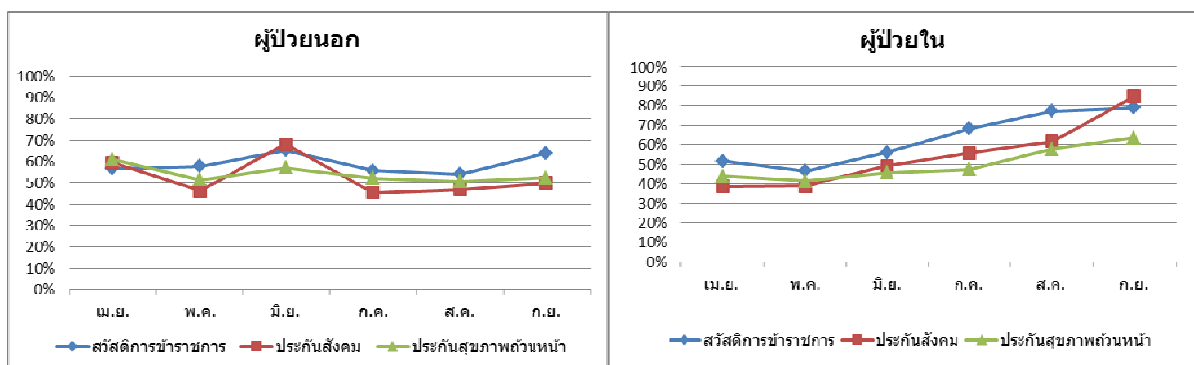
รูปที่ 2.8 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกัน
สุขภาพ



สำหรับบริการผู้ป่วยใน พบว่าจำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจนสูงกว่าผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2555 เป็นต้นมา ในขณะที่จำนวนการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมค่อนข้างคงที่ (รูปที่ 2.8) เมื่อพิจารณาสัดส่วนพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19 ในเดือนเมษายน เป็นร้อยละ 60 ในเดือนกันยายน ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 70 เหลือเพียงร้อยละ 35 ในช่วงเวลาเดียวกัน

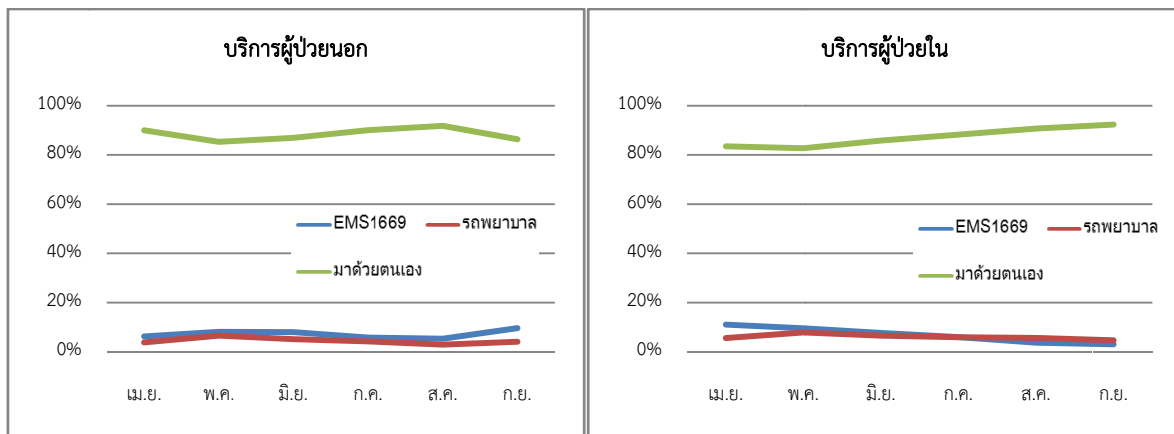
เมื่อลองจำแนกแนวโน้มระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ พบว่าแนวโน้มการใช้บริการของผู้ป่วยนอกซึ่งมีระดับความรุนแรงระดับสีเหลืองค่อนข้างคงที่สำหรับทุกสิทธิ (รูปที่ 2.9) คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 - 60 ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ส่วนสัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยในกลับปรากฏว่าผู้ป่วยรุนแรงระดับสีเหลืองกลับเพิ่มขึ้นในทุกสิทธิ จากร้อยละ 40-50 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 60 - 80 นั้นหมายความว่า สัดส่วนผู้ป่วยสีแดง (ฉุกเฉินวิกฤต) มีแนวโน้มลดลงหรือมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน แต่ไม่วิกฤตมาใช้บริการภายใต้นโยบายดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นมาก โดยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของระดับความรุนแรงสีเหลืองในสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและสิทธิประกันสังคมเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวคือ สัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพิ่มจากร้อยละ 51 เป็นร้อยละ 79 ระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน ส่วนสิทธิประกันสังคมเพิ่มจากร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 79 เช่นกัน ส่วนสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มจากร้อยละ 44 เป็นร้อยละ 60 ในช่วงเวลาเดียวกัน

รูปที่ 2.9 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองที่การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามประเภทบริการและสิทธิประกันสุขภาพ, เมษายน - กันยายน 2555



สำหรับช่องทางการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่มีสัดส่วนมากที่สุด คือการมาด้วยตนเอง (รูปที่ 2.10) โดยแนวโน้มค่อนข้างคงที่สำหรับบริการผู้ป่วยนอก ส่วนบริการผู้ป่วยในผู้ที่มาด้วยตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่การมาด้วยช่องทาง 1669 มีแนวโน้มลดลง

รูปที่ 2.10 แนวโน้มสัดส่วนช่องทางการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามประเภทบริการ



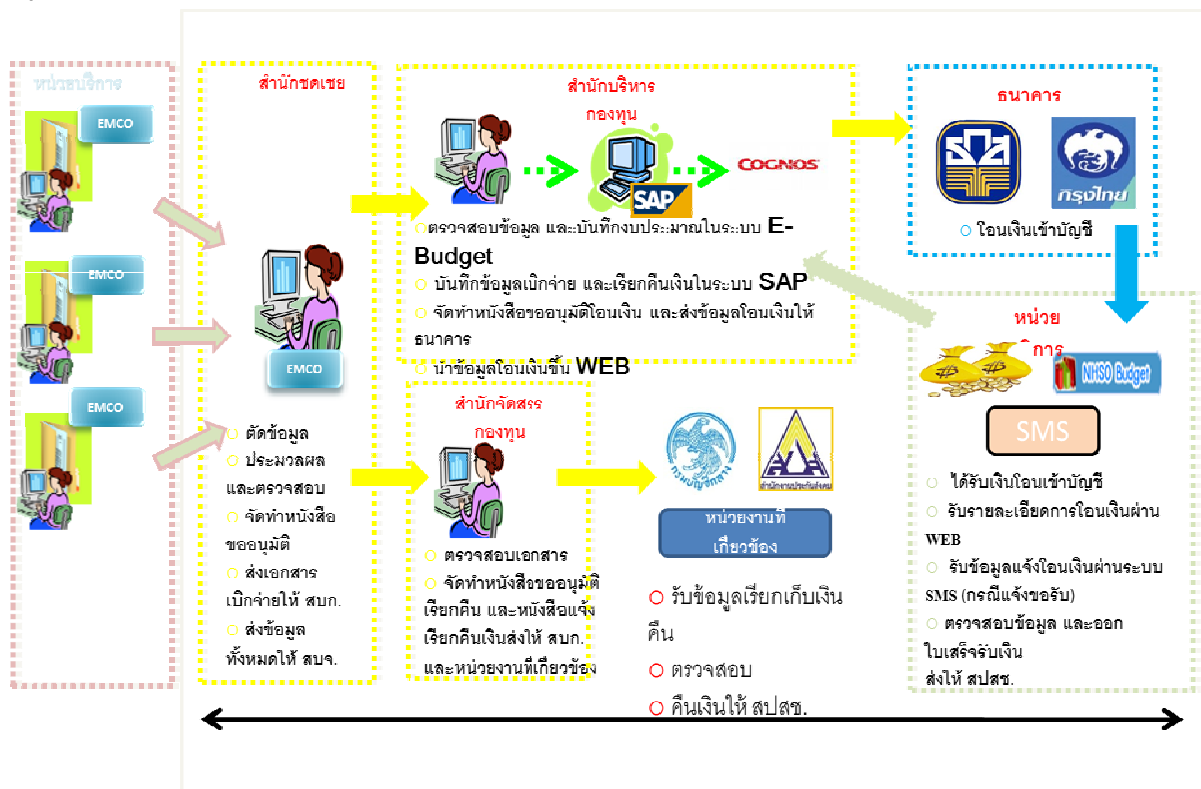
5.4 การบริหารการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รับผิดชอบเป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและกรณีฉุกเฉิน (National Clearing House) โดยมีขั้นตอนการทำงาน คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการส่งข้อมูลการให้บริการไปยังสำนักชดเชย ทำหน้าที่ประมวลผล ตรวจสอบข้อมูล จัดทำหนังสือขออนุมัติ และส่งเอกสารเบิกจ่ายไปให้สำนักบริหารกองทุน (สบก.) และสำนักจัดสรรกองทุน (สบจ.) โดย สบก.จัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินและส่งข้อมูลให้ธนาคารเพื่อทำการโอนเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการ และ สบจ.ทำหนังสือขออนุมัติเรียกคืนเงินจากกองทุนประกันสังคมและกรมบัญชีกลางในส่วนที่เป็นผู้ป่วยที่เป็นสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มาใช้บริการภายใต้นโยบายดังกล่าวตามลำดับ (รูปที่ 11) ทั้งนี้ สปสช. จะตัดข้อมูลเดือนละ 2 ครั้ง คือ

รอบที่ 1 ตัดข้อมูล วันที่ 1-15 ของทุกเดือน และจะโอนเงินภายในวันที่ 30 ของเดือนนั้น

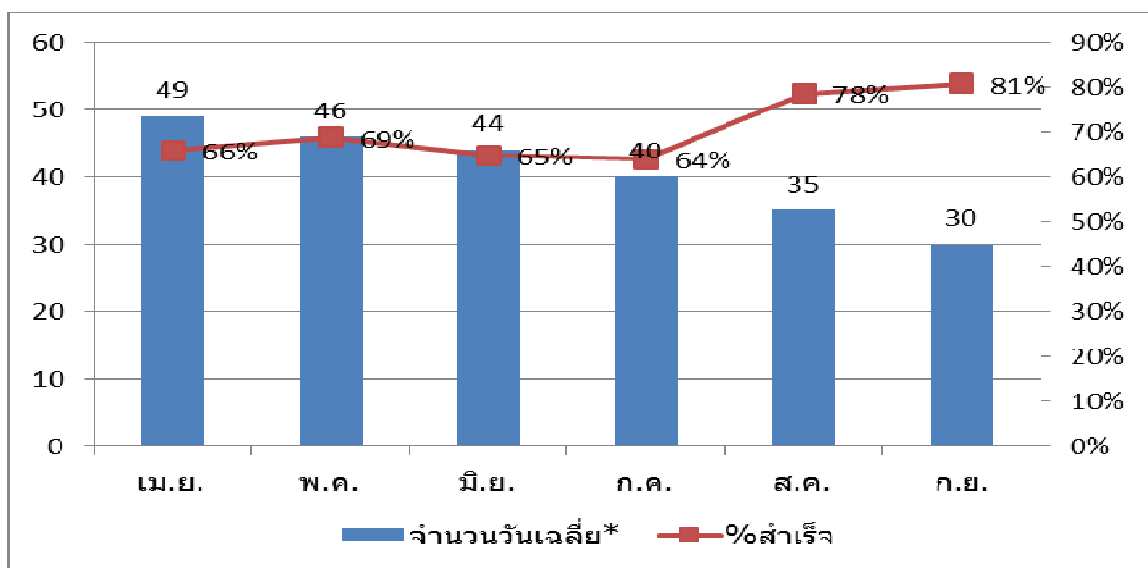
รอบที่ 2 ตัดข้อมูล วันที่ 16-30 ของทุกเดือนและจะโอนเงินภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

รูปที่ 2.11 ขั้นตอนการดำเนินงานของ Clearing House ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



แหล่งที่มา “แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายของสถานบริการเอกชนนอกเครือข่าย กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน” วันที่ 26 มีนาคม 2555 ณ โรงแรมรามารการ์เดนส์

รูปที่ 2.12 แสดงระยะเวลาอนุมัติโดยเฉลี่ยของรายการเรียกเก็บที่ออกเลขงวดได้ภายในสัปดาห์ และร้อยละของรายการเรียกเก็บที่ดำเนินการได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด เมษายน - กันยายน 2555



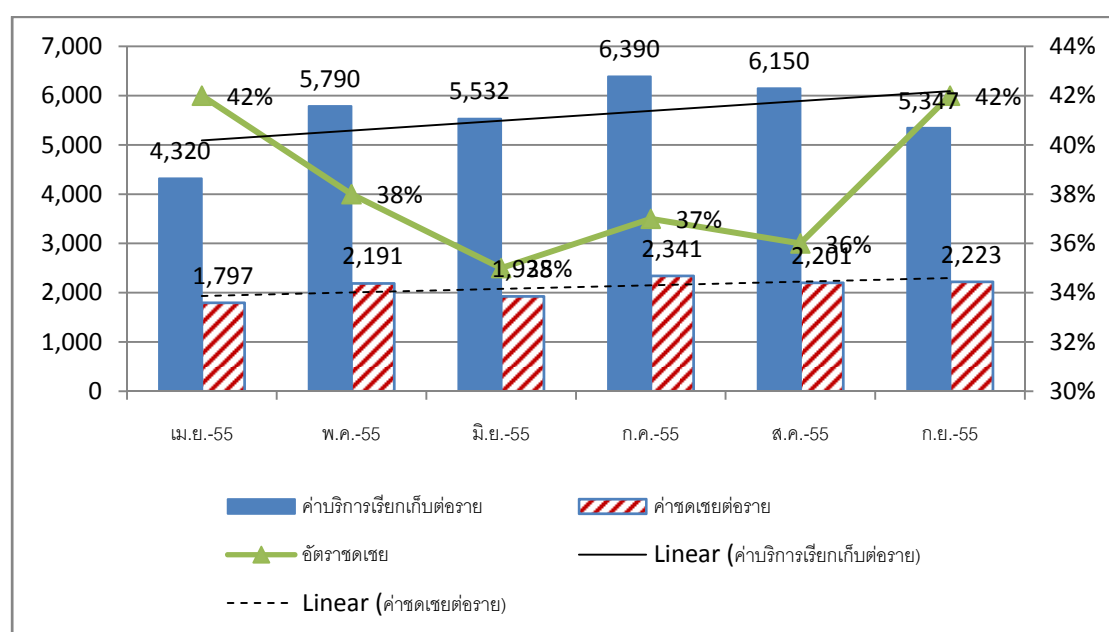
หมายเหตุ: ฐานข้อมูล EMCO ณ เดือนตุลาคม 2555, * รายการที่ออกเลขงวดแล้ว

รูปที่ 2.12 แสดงจำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้ในการออกเลขงวดการโอนเงินสำหรับการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชน และร้อยละของการเรียกเก็บที่สามารถออกเลขงวดการโอนเงินได้ภายใน 30 วันหลังได้รับแจ้งการเรียกเก็บจากโรงพยาบาล ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2555 โดยพบว่าจำนวนวันเฉลี่ยของการจ่ายค่าชดเชยบริการมีแนวโน้มลดลงจาก 49 วัน ในเดือนเมษายน 2555 เหลือ 30 วันในเดือนกันยายน 2555 และร้อยละของการเรียกเก็บที่สามารถออกเลขงวดการโอนเงินได้ภายใน 30 วัน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากเพียงร้อยละ 66 ในเดือนเมษายน เป็นร้อยละ 81 ในเดือนกันยายน 2555

5.5 ค่าบริการที่เรียกเก็บและอัตราจ่ายชดเชยของ EMCO

บริการผู้ป่วยนอก มีค่าบริการที่เรียกเก็บต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ $5,495 \pm 667$ บาท และค่าบริการชดเชยต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ $2,077 \pm 188$ บาท โดยค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยต่อรายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 ต่อเดือนในช่วง 6 เดือนของการดำเนินการตามนโยบาย ในขณะที่อัตราการชดเชยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อเดือน ทั้งนี้อัตราการชดเชยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 38 (35-42) ดังแสดงในรูปที่ 2.13

รูปที่ 2.13 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชยและอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก เมษายน - กันยายน 2555



กรณีผู้ป่วยใน การเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยใน พบว่ามีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.165 และมีแนวโน้มลดลงในช่วงหกเดือนที่ผ่านมา ในขณะที่ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 ค่ะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับวันนอนเท่ากับ $31,424 \pm 4,804$ บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8 ต่อเดือน ส่วนค่าบริการชดเชยต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ $11,555 \pm 285$ บาท และค่อนข้างคงที่ในแต่ละเดือน ทำให้อัตราชดเชยในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 37 และมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 48 เหลือร้อยละ 35 ในเดือนกันยายน (ตารางที่ 2.7)

ตารางที่ 2.7 คำนำน้หนักสัมพัทธ์ DRG ค่าบริการเรียกเก็บ และค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยใน เมษายน - กันยายน 2555

เดือน	CMI	เรียกเก็บ/ 1 adjRW	ชดเชย / 1 adjRW	อัตราชดเชย	% เพิ่มเรียก เก็บ	% เพิ่มการ ชดเชย
เม.ย.-55	2.200	23,729	11,428	48%		
พ.ค.-55	2.599	26,288	11,383	43%	11%	0%
มิ.ย.-55	2.410	29,648	11,085	37%	13%	-3%
ก.ค.-55	2.419	33,829	11,754	35%	14%	6%
ส.ค.-55	1.785	37,399	11,706	31%	11%	0%
ก.ย.-55	1.702	34,562	11,952	35%	-8%	2%
รวมทั้งหมด	2.165	31,424	11,555	37%	8%	1%

เมื่อลองวิเคราะห์ค่าบริการที่เรียกเก็บและค่าบริการที่ได้รับชดเชย ตามระดับความฉุกเฉิน (สีเหลือง และสีแดง) ระบบประกันสุขภาพ และประเภทของโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นมูลนิธิ) ดังแสดงในตารางที่ 2.7, 2.8 และ 2.9 ดังนี้

ตารางที่ 2.8 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในจำแนกตามระดับฉุกเฉิน

รายการ	สีเหลือง	สีแดง
ผู้ป่วยนอก		
อัตราชดเชย	49%	32%
ค่าบริการต่อราย (บาท)	3,300	8,353
ค่าชดเชยต่อราย (บาท)	1,625	2,674
ผู้ป่วยใน		
อัตราชดเชย	31%	41%
ค่าบริการต่อ 1 adjRW* (บาท)	35,761	28,941
ค่าชดเชยต่อต่อ 1 adjRW* (บาท)	11,203	11,760

*รวมค่าอุปกรณ์ที่จ่ายแยกจาก DRG และค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)

อัตราการเรียกเก็บเฉลี่ยต่อรายของบริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) สูงกว่าบริการผู้ป่วยนอกฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) เช่นเดียวกันอัตราการชดเชยเฉลี่ย อย่างไรก็ตามค่าบริการเรียกเก็บของสีแดงสูงกว่าสีเหลืองกว่าสองเท่าตัวในขณะที่ค่าชดเชยสูงกว่าไม่ถึงเท่าตัว ทำให้อัตราการชดเชยของสีเหลือง (ร้อยละ 49) จึงสูงกว่าอัตราการชดเชยของผู้ป่วยสีแดง (ร้อยละ 32) ขณะที่บริการผู้ป่วยในมีอัตราชดเชยของผู้ป่วยสีแดง (ร้อยละ 41) สูงกว่าผู้ป่วยสีเหลือง (ร้อยละ 31) เป็นที่น่าสังเกตว่าการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนในฐานข้อมูล EMCO มีการเรียกเก็บค่าบริการต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตัวขึ้นของผู้ป่วยสีเหลืองสูงกว่าผู้ป่วยสีแดง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำกว่า

ค่าบริการเรียกเก็บต่อรายของบริการผู้ป่วยนอกแต่ละสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐไม่มีความแตกต่างกันมากนัก แต่ค่าชดเชยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงกว่าอีกสองสิทธิ สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้น ค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอนของกลุ่มวินิจัยโรคร่วมนั้นต่ำกว่าของอีกสองกองทุน ทำให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราชดเชยสูงสุด

ตารางที่ 2.9 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ใน จำแนกตามระบบประกันสุขภาพ

รายการ	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	ประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
ผู้ป่วยนอก			
อัตราชดเชย	43%	37%	33%
ค่าบริการต่อราย (บาท)	5,740	5,461	5,751
ค่าชดเชยต่อราย (บาท)	2,477	2,039	1,914
ผู้ป่วยใน			
อัตราชดเชย	33%	40%	33%
ค่าบริการต่อ 1 adjRW* (บาท)	36,895	28,087	34,394
ค่าชดเชยต่อ 1 adjRW* (บาท)	12,275	11,164	11,428

*รวมค่าอุปกรณ์ที่จ่ายแยกจาก DRG และค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)

เมื่อลองจำแนกโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยในระบบ EMCOออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อดูพฤติกรรมในการเรียกเก็บค่าบริการคือ (1) กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 16 แห่ง (2) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ไม่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 187 แห่ง และ (3) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร) จำนวน 12 แห่ง

พบว่า โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป คือผู้ให้บริการหลักภายใต้นโยบายนี้ ร้อยละ 88 และ 82 ของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเกิดจากโรงพยาบาลกลุ่มนี้ โดยโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์มีการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและโรงพยาบาลมูลนิธิ แต่อัตราการชดเชยที่ได้รับไม่ต่างกันมากนัก เช่นเดียวกับบริการผู้ป่วยใน คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนอีกสองประเภท รวมถึงมีค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอนสูงกว่า อย่างไรก็ตามอัตราชดเชยต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอนไม่ต่างกันมากนัก

ตารางที่ 2.10 ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก/ใน
จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

รายการ	รพ.ในตลาดหลักทรัพย์	รพ.เอกชนทั่วไป	รพ.มูลนิธิ
ผู้ป่วยนอก			
จำนวนผู้ป่วย	83	993	58
อัตราชดเชย	34%	38%	37%
ค่าบริการต่อราย (บาท)	8,804	5,264	5,536
ค่าชดเชยต่อราย (บาท)	2,956	2,020	2,032
ผู้ป่วยใน			
ค่า sum adjRW	1,249	8,341	616
อัตราชดเชย	35%	37%	37%
adjRW/ case	2.94	2.11	1.82
ค่าบริการต่อ 1 adjRW* (บาท)	36,187	30,700	31,864
ค่าชดเชยต่อ 1 adjRW* (บาท)	12,608	11,373	11,901

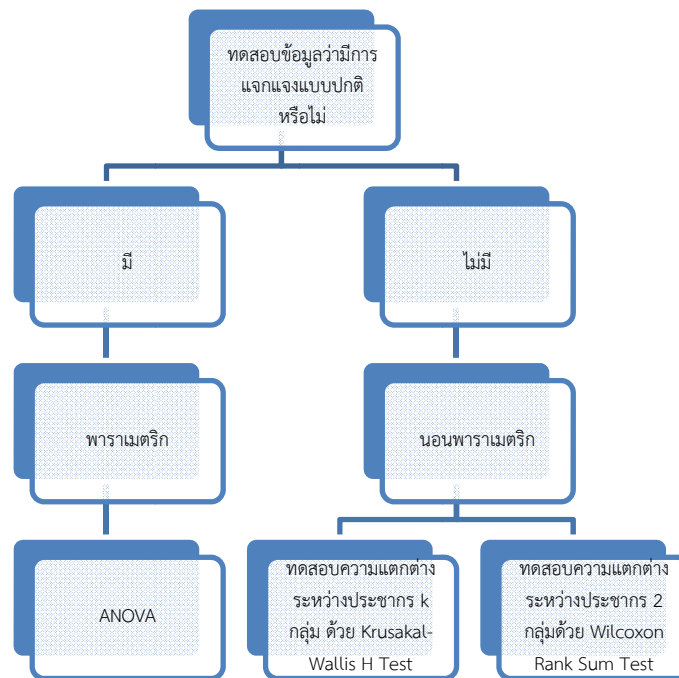
*รวมค่าอุปกรณ์ที่จ่ายแยกจาก DRG และค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)

5.6 เปรียบเทียบค่าบริการที่เรียกเก็บในระบบ EMCO กับระบบอื่นๆ

เนื่องจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ DRG ซึ่งสะท้อนระดับความรุนแรงของโรคและการใช้ทรัพยากร ดังนั้น จึงใช้ฐานข้อมูลผู้ป่วยในเพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนราย DRG ของระบบ EMCO เทียบกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในของแต่ละกองทุนในปีงบประมาณ 2554 มาวิเคราะห์เชิงสถิติตามรูปที่ 14 โดยเปรียบเทียบ

- (1) ฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยใน 3 กองทุนของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน
- (2) ฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยใน 3 กองทุนในโรงพยาบาลรัฐบาล (เฉพาะของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย) ที่มีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเดียวกัน

รูปที่ 2.14 แผนการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลผู้ป่วยใน 3 กองทุน

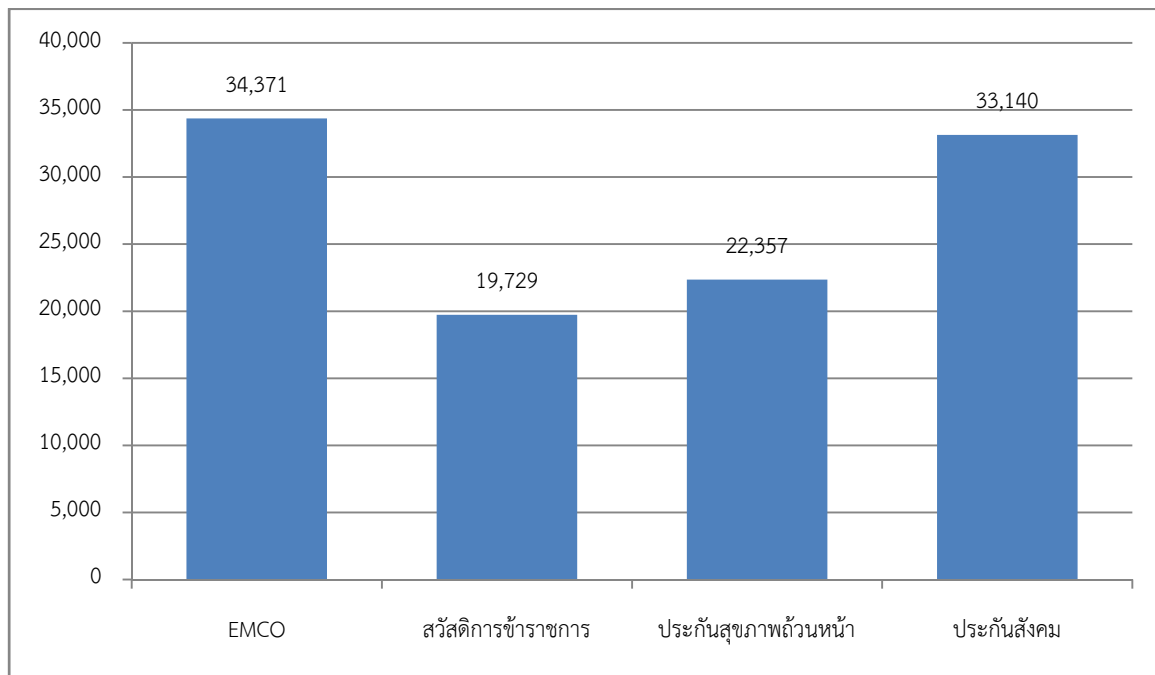


5.6.1 ความแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนระหว่าง EMCO และ 3 กองทุน

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG : Diagnosis Related Group) ที่พบในฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลเรียกเก็บบริการผู้ป่วยใน 3 กองทุนในโรงพยาบาลเอกชน มี 259 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยเรียกเก็บต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนใน EMCO เท่ากับ 34,371 บาท ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเอกชนในระบบประกันสังคม เท่ากับ 33,104 บาท ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 22,359 บาท และระบบสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เท่ากับ 19,729 บาท (รูปที่ 2.15) อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือ จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม DRG ของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับอีกสองระบบ และมีโรงพยาบาลเอกชนเพียง 31 แห่งที่มีการให้บริการ

ซึ่งเมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk เท่ากับ $12.197 > 1.96$ แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 จึงทดสอบค่าแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บของแต่ละกองทุนด้วยนอนพาราเมตริกด้วยสถิติ Kruskal-Willis ให้ค่าสถิติทดสอบไคร์สแควร์เท่ากับ 444.64 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มด้วย Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) ได้ค่าสถิติทดสอบ z เท่ากับ 14.26, -14.18 และ 3.04 สำหรับ EMCO กับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC), EMCO กับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) และ EMCO กับประกันสังคม (SS) ตามลำดับ แสดงว่ามีความแตกต่างกันของทุกกลุ่มค่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (รายละเอียดตามตารางที่ 1 ภาคผนวก)

รูปที่ 2.15 ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทกองทุน



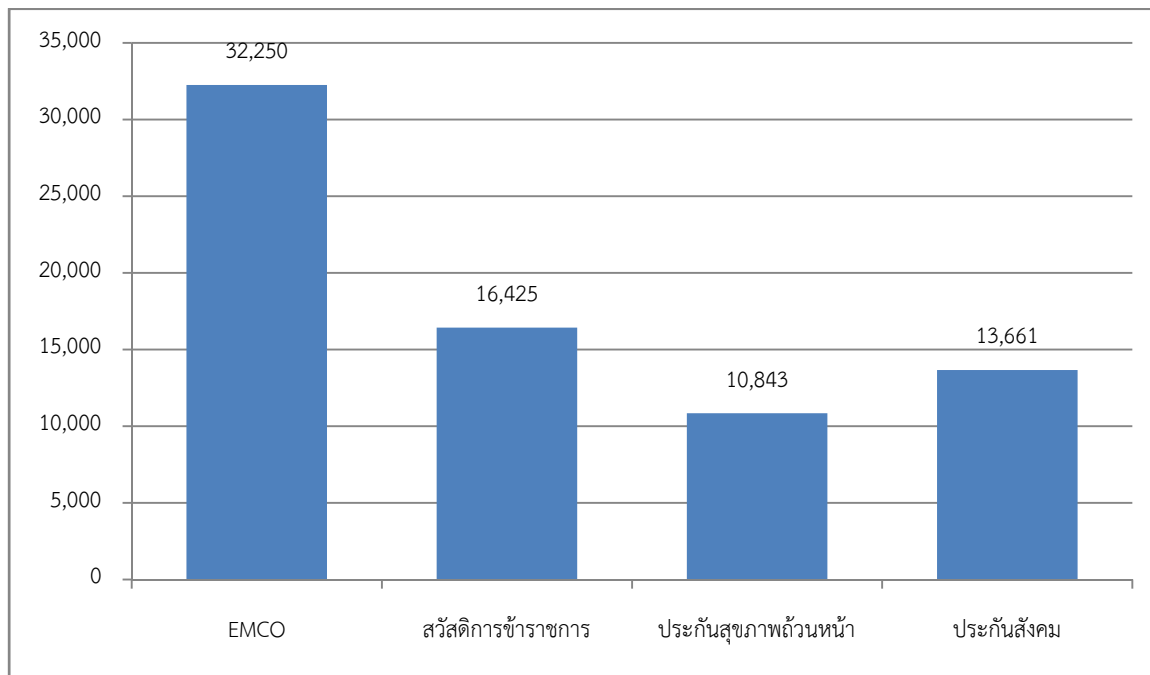
P=0.0001, Kruskal-Wallis test

5.6.2 ทดสอบความแตกต่างของค่าบริการเรียกเก็บระหว่าง EMCO และโรงพยาบาลรัฐบาล

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG: Diagnosis Related Group) ที่พบในฐานข้อมูล EMCO และฐานข้อมูลเรียกเก็บบริการผู้ป่วยใน 3 กองทุนในโรงพยาบาลรัฐบาลไม่รวมโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ มีกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 912 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยเรียกเก็บต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนใน EMCO เท่ากับ 32,250 บาท ประกันสังคม เท่ากับ 13,661 บาท ประกันสุขภาพแห่งชาติ เท่ากับ 10,843 บาท และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เท่ากับ 16,425 บาท

ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk ได้ค่า Z เท่ากับ 17.204 > 1.96 แสดงว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้น จึงเลือกทดสอบนอนพารามетริกด้วยสถิติ Kruskal-Willis เพื่อดูความแตกต่างระหว่างกองทุนให้ค่าสถิติทดสอบไควสแควร์เท่ากับ 1,344.01 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 กลุ่มที่มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกัน และเมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มด้วย Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) ได้ค่าสถิติทดสอบ z เท่ากับ 29.16, -19.68 และ 24.93 สำหรับ EMCO กับกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC), EMCO กับสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) และ EMCO กับประกันสังคม (SS) ตามลำดับ แสดงว่ามีความแตกต่างกันของทุกกลุ่มค่าที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (รายละเอียดตามตารางที่ 2 ในภาคผนวก)

รูปที่ 2.16 ค่าบริการเรียกเก็บต่อ 1 adjRW ของโรงพยาบาลเอกชนใน EMCO เทียบกับโรงพยาบาลรัฐ



$P=0.0001$, Kruskal-Wallis test

5.7 วิเคราะห์งบการเงินโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์

วิเคราะห์งบการเงินกำไรขาดทุนเบ็ดเสร็จของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ปีงบการเงิน 2553-2554 จำนวน 10 แห่ง จาก 11 แห่ง เพื่อตรวจสอบหนี้สูญ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล และรายได้ค่ารักษาพยาบาล พบว่า รายการหนี้สูญและสงสัยจะสูญปรากฏเพียง 2 แห่งเท่านั้น คือ บริษัท เชียงใหม่รามธุรกิจการแพทย์ จำกัด (มหาชน) และบริษัทย่อย และบริษัท โรงพยาบาลรามคำแหง จำกัด (มหาชน) และบริษัทย่อย คิดเป็นร้อยละ 0.9 และ 0.5 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด ตามลำดับ ทั้งนี้หนี้สูญที่เกิดขึ้นไม่สามารถนำไประบุปีและกิจกรรมที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน

อัตราส่วนระหว่างต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเมื่อเทียบกับรายได้ค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 10 แห่ง ซึ่งคำนวณจากงบการเงินเฉพาะกิจการ มีค่าระหว่างอยู่ระหว่างร้อยละ 59-80 ในปีงบการเงิน 2554 และร้อยละ 57-81 ในปีงบการเงิน 2553

5.8 ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน

จากการสัมภาษณ์แนวคิดและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายนี้กับผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 4 จังหวัด คือ เชียงใหม่ อุบลราชธานี สุราษฎร์ธานีและกรุงเทพมหานคร ได้ข้อค้นพบดังนี้

- (1) โดยส่วนใหญ่แล้วโรงพยาบาลเอกชนมีการทำสัญญากับบริษัทประกันเอกชน

- (2) ความคิดเห็นที่มีต่อนโยบาย : โดยส่วนใหญ่คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีและยอมรับได้ เนื่องจากหลายแห่งกล่าวว่าได้ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยไม่เกี่ยงอยู่แล้วก่อนหน้านี้มีนโยบาย แต่มีความเห็นบางส่วนที่รู้สึกว่าคุณติชมให้เข้าร่วมนโยบาย โดยโรงพยาบาลไม่ได้แสดงเจตจำนงค์ที่ชัดเจน และได้เสนอความเห็นว่รัฐบาลควรทำสัญญาความร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนที่ยินยอมและสมัครใจได้เข้าร่วมโครงการ
- (3) การเตรียมพร้อมสู่นโยบาย : ทุกโรงพยาบาลที่สัมภาษณ์กล่าวว่า ปฏิบัติเหมือนเดิมในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาพยาบาล มีความแตกต่างในระยะที่ผู้ป่วยพ้นขีดอันตรายแล้วเท่านั้นเพราะโรงพยาบาลเอกชนต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเพื่อเลือกว่าต้องการรักษาต่อที่เดิม หรือกลับไปรักษาตามสิทธิหลักประกันสุขภาพของผู้ป่วย บางโรงพยาบาลแจ้งว่ามีแผนปฏิบัติงานสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาด้วยโรค Stroke และ STEMI เหมือนกับก่อนหน้านี้มีนโยบายอยู่แล้ว

กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีสิทธิมากกว่า 1 สิทธิ ประกันเอกชน/พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถจะเป็นลำดับแรกที่โรงพยาบาลจะเบิก และการเบิกจ่าย EMCO จะถูกนำมาพิจารณาท้ายสุด ขณะเดียวกันการที่ผู้ป่วยมีมากกว่าหนึ่งสิทธิจึงเพิ่มความเป็นไปได้ที่โรงพยาบาลเอกชนอาจมีการตั้งเบิกซ้ำซ้อน

- (4) มาตรการ/เหตุผล/แรงจูงใจที่ปฏิบัติตามนโยบาย : โดยส่วนใหญ่แล้วเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายเป็นหลักจริยธรรมตาม พ.ร.บ.วิชาชีพทางการแพทย์อยู่แล้ว ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นอันตรายถึงแก่ชีวิต บางโรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาล นั่นคือ *“สิ่งที่โรงพยาบาลเอกชนกลัวมากที่สุดไม่ใช่กลัวเก็บเงินไม่ได้แต่กลัวออกไปแล้วมีปัญหาระหว่างทาง แล้วต้องเป็นข่าว ถูกผู้ป่วยกล่าวหา อันนี้คือสิ่งที่โรงพยาบาลเอกชนกลัวที่สุด ไม่ใช่เรื่องเก็บเงินไม่ได้ เพราะฉะนั้นผมคิดว่า โรงพยาบาลเอกชนต้องพยายามปิดตรงนี้ไว้ก่อน อย่างน้อยเข้ามาต้องมีหมอมารับประกันว่าเป็นยังไง”*
- (5) แนวปฏิบัติเรื่องการถามสิทธิ เนื่องจากมีหลายระบบประกันสุขภาพนอกเหนือจากประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก ยังมี พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ ประกันสุขภาพเอกชน หรือสวัสดิการนายจ้าง ดังนั้นการไม่ให้อถามสิทธิจึงอาจไม่สอดคล้องกับสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้สามารถดำเนินการได้สอดคล้องกับสิทธิที่มีของคนไข้ โรงพยาบาลทุกแห่งให้ข้อมูลว่าไม่มีการถามสิทธิทันทีที่มาถึงแต่อย่างไรก็ต้องถามสิทธิเมื่อพ้นภาวะวิกฤตแล้ว
- (6) ระบบปัจจุบันให้แพทย์ที่ทำการรักษาเป็นคนพิจารณาว่าใช้ฉุกเฉินหรือไม่ ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ทำให้บางครั้งเมื่อโรงพยาบาลให้บริการไปแล้วและส่งเบิกแต่ถูกปฏิเสธว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉิน ดังนั้นโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องมีการเก็บเงินจากคนไข้ก่อนและจ่ายเงินให้ในส่วนที่ได้รับชดเชยจาก EMCO ซึ่งนั่นก็หมายความว่าโรงพยาบาลเก็บส่วนต่างจากคนไข้

- (7) ความเพียงพอของอัตราจ่ายปัจจุบันและผลกระทบต่อความยั่งยืน: มีมุมมองที่หลากหลายกันไป โดยส่วนใหญ่แล้วคิดว่าไม่เพียงพอต่อต้นทุนของโรงพยาบาลที่เป็นค่าใช้จ่ายคงที่ (Fix cost) และค่าใช้จ่ายผันแปร (Variable cost) โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าธรรมเนียมแพทย์ ซึ่งนักวิจัยพบว่ามี ความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนที่แสวงหากำไร และโรงพยาบาลมูลนิธิ อีกทั้ง โรงพยาบาลเอกชนขาดความเข้าใจถึงที่มาของอัตราจ่ายผู้ป่วยใน สำหรับผู้ป่วยนอกนั้น เห็นว่า อัตราจ่ายดังกล่าวเป็นของภาครัฐซึ่งไม่สอดคล้องกับภาคเอกชน รายการจ่ายไม่ครอบคลุม รวมไปถึงเกิดข้อเปรียบเทียบระหว่างอัตราจ่าย EMCO ระบบประกันสังคมที่จ่ายที่ 15,000 บาทต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ และการศูนย์สำรองเตียงให้กับ สปสช. ซึ่งจะได้ในอัตราที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม มีโรงพยาบาลเอกชนที่บอกว่าพอเพียงถ้า ผู้ป่วยเข้ามาด้วยอาการที่ถึงแก่ชีวิตอย่าง แท้จริง ซึ่งกล่าวว่า “10,500 รัปไหวไหมก็ถ้าถึงแก่ชีวิตจริงๆ ก็รับได้”
- (8) ข้อเสนออัตราการจ่ายที่เหมาะสม ประกอบด้วย
- อัตราจ่ายควรปรับเพิ่มให้เทียบเท่าประกันสังคมและบวกค่าอุปกรณ์เพิ่มเติม กรณีที่ไม่สามารถหาต้นทุนการบริการที่แท้จริงของโรงพยาบาลเอกชนได้
 - อัตราจ่ายต้องเทียบเท่าต้นทุนของโรงพยาบาลเอกชน ควรมีมากกว่า 1 อัตรา เนื่องจาก สถานที่ให้บริการมีส่วนสำคัญกับต้นทุนคงที่
 - ควรให้สิทธิประโยชน์เพิ่มเติม เช่น การลดหย่อนภาษี โดยคิดค่าใช้จ่ายเป็น 2 เท่า
 - ผู้ป่วยควรร่วมจ่ายส่วนเพิ่มจากค่าชดเชยที่กองทุนให้
 - จัดทำสัญญา MOU ระหว่างกองทุนและโรงพยาบาลเอกชน

6. อภิปรายผลและข้อสรุป

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” เป็นนโยบายเริ่มต้นที่จะสร้างเอกภาพให้กับ ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็น Clearing House สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชนที่ร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยประสบ อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีระดับฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต โดยทางภาครัฐจ่ายค่าชดเชยบริการให้ ตามอัตรากลางที่กำหนดตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมไม่ว่าผู้ป่วยจะถือสิทธิใดผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ บริการและการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล พอสรุปได้ดังนี้

- นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ของรัฐบาลอำนวยความสะดวกเข้าถึงบริการทาง การแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน ในขณะที่กรณีผู้ป่วยนอก มีแนวโน้มการใช้บริการลดลง
- กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากนโยบายนี้มากที่สุดคือ กลุ่มผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยในซึ่งมีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นกว่าผู้ป่วยสิทธิ ประกันสังคมและสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ขณะเดียวกันสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีผู้ป่วยฉุกเฉินสี่เหลืองสูงกว่าสองเท่าของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสีแดง ในขณะที่สัดส่วนสี่เหลืองและแดงของสิทธิประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติใกล้เคียงกันในภาพรวม
4. ภาวะฉุกเฉินที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านอายุรกรรมโดยสาเหตุการมารับบริการสูงสุดเป็นภาวะฉุกเฉินด้านโรคหัวใจทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
5. แนวโน้มการเข้าใช้บริการผู้ป่วยในของกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ไม่วิกฤต (สี่เหลือง) เพิ่มขึ้นในทุกสิทธิ ขณะเดียวกันการให้แพทย์โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ตัดสินใจระดับการฉุกเฉินของผู้ป่วย ทำให้มีโอกาสที่จะมีการเข้ามาใช้ประโยชน์ของกลุ่มที่ไม่ฉุกเฉินจริง โดยเฉพาะในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเนื่องจากกรมบัญชีกลางยกเลิกการเบิกจ่ายกรณีฉุกเฉินที่ให้ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน ขณะเดียวกันก็มีความเสี่ยงที่การเบิกจ่ายจะถูกปฏิเสธจาก สปสช. ทำให้โรงพยาบาลต้องมีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยก่อนและคืนในส่วนที่ได้ชดเชยคืนแก่ผู้ป่วย ซึ่งหากการให้บริการรายนั้นถูกปฏิเสธจากระบบ ก็เท่ากับผู้ป่วยจ่ายค่าชดเชยบริการเอง
6. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการภายใต้ระบบ EMCO ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มาด้วยตนเอง
7. ประสิทธิภาพในการบริหารการเบิกจ่ายของ สปสช. มีแนวโน้มดีขึ้น พิจารณาจากร้อยละของการเบิกจ่ายที่ออกเลขงวดการโอนเงินได้ภายในสามสิบวันเพิ่มขึ้น และจำนวนวันเฉลี่ยที่ใช้นับจากวันเรียกเก็บจนถึงวันออกเลขงวดที่ลดลงต่อเนื่อง
8. มีอัตราเงินเฟ้อของค่าบริการที่เรียกเก็บ (Charge inflation) ในช่วงหกเดือนที่ผ่านมาทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสวนทางกับระดับความฉุกเฉิน (สี่เหลืองเพิ่มขึ้นกรณีผู้ป่วยใน) และความรุนแรงของโรค (ค่าเฉลี่ย adjRW/case ที่มีแนวโน้มลดลงในแต่ละเดือน มีผลให้อัตราการชดเชยมีแนวโน้มลดลงของบริการผู้ป่วยใน
9. มีความแปรปรวนของค่าบริการที่เรียกเก็บตามระดับการฉุกเฉินโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน ทำให้เกิดข้อสงสัยในมาตรการการเรียกเก็บค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการ ในขณะที่ค่าบริการที่เรียกเก็บของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ต่อรายผู้ป่วยนอกหรือต่อหน่วยน้ำหนัก DRG สูงกว่าของโรงพยาบาลมูลนิธิและโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป
10. ค่าบริการที่เรียกเก็บของกลุ่มโรคเดียวกัน ในระบบ EMCO ของโรงพยาบาลเอกชนสูงกว่าอัตราเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนในระบบปกติ (1.03-1.54 เท่า) และของโรงพยาบาลรัฐ (2-3 เท่า)
11. รายการหนี้สูญของโรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์มีสัดส่วนต่ำมาก ขณะเดียวกันข้อมูลรายงานการเงินบ่งชี้ว่าสัดส่วนของต้นทุนค่ารักษายาบาลคิดเป็นร้อยละ 60-80 ของรายได้ค่ารักษายาบาล นั่นคือ กำไรจากผลประกอบการ (margin) อยู่ที่ร้อยละ 20-40
12. การจะไม่ให้โรงพยาบาลถามสิทธิคนไข้เจ็บป่วยฉุกเฉินเมื่อแรกรับเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลเอกชนปฏิบัติอยู่แล้วโดยเฉพาะกรณีฉุกเฉินวิกฤต แต่เมื่อให้การรักษาลแล้วการไม่ถามสิทธิไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในทางปฏิบัติ เนื่องจากยังคงมีสิทธิประกันสุขภาพอื่นๆ ที่มีอัตราการจ่ายที่สูงกว่าระบบ

EMCO เช่น กรณีฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงแรกของระบบประกันสังคม พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพเอกชน

13.เมื่อประมวลหลักฐานเชิงประจักษ์ข้างต้นประกอบกับแนวทางการดำเนินงานของสหรัฐอเมริกา มีข้อเสนอในการพิจารณาการกำหนดอัตราชดเชยค่าบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ดังนี้

- a. บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยเฉพาะกรณีวิกฤต ถือเป็นหน้าที่ที่สถานพยาบาลทุกแห่งต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยตามกฎหมายและหลักจริยธรรมทางการแพทย์โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยรายนั้นจะสามารถจ่ายได้หรือไม่หรือจะมีใครมารับผิดชอบค่าใช้จ่ายหรือไม่
- b. เนื่องจากบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยเฉพาะรายวิกฤต ถือเป็นบริการที่จำเป็น และเป็นบริการคุณธรรม ดังนั้นโรงพยาบาลไม่ควรคิดหากำไรจากการให้บริการดังกล่าว
- c. เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีต้นทุนคงที่ในการให้บริการอยู่แล้ว ไม่ว่าจะมียาพยาบาลดังกล่าวหรือไม่ ดังนั้นโครงการนี้จึงมีเพียงต้นทุนส่วนเพิ่มขึ้น (marginal cost) ที่จะเป็นภาระแก่โรงพยาบาลในการให้บริการ ดังนั้นการชดเชยค่าบริการที่เหมาะสมคือ ชดเชยค่าบริการส่วนเพิ่มนี้แก่โรงพยาบาลเอกชน
- d. หากจะมีการเพิ่มอัตราการชดเชยแก่โรงพยาบาลเอกชนภายใต้นโยบายนี้
 - i. ควรให้ความสำคัญกับคนใช้ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) เป็นอันดับแรก และต้องจัดให้มีกลไกและมาตรการคุ้มครองไม่ให้ผู้ป่วยถูกเรียกเก็บค่าบริการจากโรงพยาบาลเอกชนก่อนเช่น กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งมีระบบสารสนเทศเกี่ยวกับบริการภาวะฉุกเฉินที่มีรายละเอียดเพียงพอและพร้อมให้ตรวจสอบได้ตลอดเวลา
 - ii. มีกลไกในการพิจารณาอนุมัติและแยกแยะระดับการฉุกเฉินเพื่อให้การชดเชยสอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น และ
 - iii. กำหนดเกณฑ์พิจารณาการสิ้นสุดภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจนเพื่อป้องกันการส่งต่อในระยะที่ผู้ป่วยยังไม่ปลอดภัย และ/หรือป้องกันการเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย ทั้งๆที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยเรียกเก็บต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตัววันนอน ระหว่าง EMCO และโรงพยาบาลเอกชนใน 3 กองทุน

Shapiro-Wilk W test for normal data					
Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
avgadjrw	1036	0.79008	136.732	12.197	0

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

Scheme	Observe	RankSum
cs	259	72,151
emco	259	187,818
ss	259	180,709
uc	259	96,488

chi-squared = 444.642 with 3 d.f.

probability = 0.0001

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	Obs	rank sum	expected
emco	259	91,505	67,211
uc	259	42,916	67,211
combined	518	134,421	134,421

unadjusted variance 2,901,253.25

adjustment for ties 0.00

adjusted variance 2,901,253.25

Ho: avgadjrw(scheme==emco) =

avgadjrw(scheme==uc)

z = 14.263

Prob > |z| = 0.0000

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	Obs	rank sum	expected
emco	259	43,163	67,211
cs	259	91,258	67,211
combined	518	134,421	134,421

unadjusted variance 2,901,253.25

adjustment for ties 0.00

adjusted variance 2,901,253.25

Ho: avgadjrw(scheme==cs) = avgadjrw(scheme==emco)

$z = -14.118$

Prob > |z| = 0.0000

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	Obs	rank sum	expected
emco	259	72,395	67,211
ss	259	62,026	67,211
combined	518	134,421	134,421

unadjusted variance 2,901,253.25

adjustment for ties 0.00

adjusted variance 2,901,253.25

Ho: avgadjrw(scheme==emco) = avgadjrw(scheme==ss)

$z = 3.044$

Prob > z = 0.0023

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยเรียกเก็บต่อ 1 คะแนนน้ำหนักสัมผัสปรับด้วยวันนอน
ระหว่าง EMCO และโรงพยาบาลรัฐบาล (รพ.ศูนย์, รพ.ทั่วไป และ รร.แพทย์) ใน 3 กองทุน

Shapiro-Wilk W test for normal data					
Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
avgadjrw	3,648	0.63184	752.262	17.204	0

Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test

Scheme	Observe	RankSum
Cs	912	1,870,000
Emco	912	2,490,000
Ss	912	1,370,000
Uc	912	928,162

chi-squared = 1344.012 with 3 d.f.

probability = 0.0001

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	obs	rank sum	expected
Emco	912	1,160,132	832,200
Uc	912	504,268	832,200
combined	1824	1,664,400	1,664,400

unadjusted variance 1.265e+08

adjustment for ties 0

adjusted variance 1.265e+08

Ho: avgadjrw(scheme==emco) = avgadjrw(scheme==uc)

z = 29.157

Prob > |z| = 0.0000

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	obs	rank sum	expected
Cs	912	610,816	832,200
Emco	912	1,053,584	832,200
combined	1824	1,664,400	1,664,400

unadjusted variance 1.265e+08

adjustment for ties 0

adjusted variance 1.265e+08

Ho: avgadjrw(scheme==cs) = avgadjrw(scheme==emco)

z = -19.684

Prob > |z| = 0.0000

Two-sample Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test

scheme	obs	rank sum	expected
Emco	912	1,112,630	832,200
Ss	912	551,770	832,200
combined	1824	1,664,400	1,664,400

unadjusted variance 1.265e+08

adjustment for ties 0

adjusted variance 1.265e+08

Ho: avgadjrw(scheme==emco) = avgadjrw(scheme==ss)

z = 24.934

Prob > z = 0.0000

บทที่ 3

คุณภาพบริการ กระบวนการให้บริการ และภาระทางการเงินของผู้ป่วย
ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

บทที่ 3

คุณภาพบริการ กระบวนการให้บริการ และภาระทางการเงินของผู้ป่วย

ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 51 ประชาชนมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทั่วถึงมีประสิทธิภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์⁽¹⁾ ดังนั้น มาตรการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันทั่วถึงที่มีความเสมอภาคจึงเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่ตอบสนองต่อรัฐธรรมนูญมาตรดังกล่าว เนื่องจากในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุเนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวรหากไม่ได้รับการได้อย่างทันทั่วถึงที่ ทั้งนี้ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีได้รับบริการทางการแพทย์อย่างทันทั่วถึงที่นั้นมาจากทั้งขาดระบบบริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลที่เหมาะสมและการขาดหลักประกันด้านภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการให้บริการ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดดภายหลังการมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีการจัดตั้งศูนย์สั่งการและชุดปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ ขยายไปทุกพื้นที่เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือได้รับอุบัติเหตุ มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและโรงพยาบาลต่างๆ^(2, 3) และพบว่าจำนวนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ 1669 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังสามารถเห็นได้จากสถิติในไตรมาสที่ 3 ของปี 2554 นั้นมีจำนวนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด 846,556 ครั้ง ซึ่งมากกว่าไตรมาสที่ 3 ของปี 2553 ร้อยละ 63.9⁽⁴⁾

การจัดหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนไทยได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหลายทศวรรษจนสามารถจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนได้ในปี 2545 ภายใต้ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 อย่างไรก็ดี เนื่องจากการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพของไทยเป็นไปอย่างแยกส่วนเฉพาะกลุ่มทำให้ยังคงมีระบบประกันสุขภาพหลักสามระบบ คือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมถึงระบบประกันสุขภาพย่อยๆ อื่นๆ เช่น สวัสดิการรัฐวิสาหกิจ องค์กรอิสระ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ร.บ.กองทุนเงินทดแทน พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ ฯลฯ และเนื่องจากระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบมีการออกแบบระบบและการบริหารจัดการด้านการจ่ายค่ารักษายาบาลที่ต่างกัน ทำให้มีช่องว่างในการให้บริการโดยเฉพาะในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบาดเจ็บทำให้ยังคงพบเห็นและได้รับการร้องเรียนจากประชาชนเรื่องการถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชนก่อนให้บริการแก่ผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการอย่างทันทั่วถึง⁽¹⁾

ด้วยตระหนักผลกระทบต่อบริการคนไข้ฉุกเฉินดังกล่าว รัฐบาลจึงมีนโยบายสร้างเอกภาพในระบบประกันสุขภาพหลักสามกองทุน โดยเริ่มที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรมคือผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับบริการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกันโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) และระดับเร่งด่วน (สีเหลือง) ตามนิยามที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในชั้นดำเนินนโยบายมีการประชุมเตรียมการและทำความเข้าใจกับกองทุน และประชุมชี้แจงแก่โรงพยาบาล เอกชนให้ยอมรับอัตราการจ่ายที่กำหนดและเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา^(2, 3, 5)

ทั้งนี้ การสร้างเอกภาพระหว่างระบบประกันสุขภาพต่างๆ นั้นถือว่าเป็นมาตรการสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนประกันสุขภาพ ซึ่งในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแม้จะมีความพยายามในการดำเนินการดังกล่าวแต่ไม่ประสบความสำเร็จอย่างที่คาด⁽¹⁾ การริเริ่มจากบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ด้วยการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงทุกที่ทั่วถึงทุกคน” ตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 จึงอาจเป็นโอกาสที่ดีในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างกองทุนเพื่อตรวจสอบความเชื่อนี้ อันจำเป็นต่อการปรับปรุงนโยบายให้บรรลุเป้าประสงค์ต่อไปจึงสมควรให้มีการติดตามประเมินการดำเนินนโยบายดังกล่าว

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการติดตามการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหลังจากการประกาศใช้นโยบายนี้โดยมุ่งเน้นประเด็นคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับเมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานการรักษา รวมทั้งการประเมินภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ป่วย

2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”
2. เพื่อประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นหัวใจส่วน ST (Acute ST-elevation myocardial infarction; STEMI)
3. เพื่อศึกษาผลกระทบของนโยบายต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. เพื่อศึกษาลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย
5. เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ป่วย
6. เพื่อศึกษาความเข้าใจต่อนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” ของผู้ป่วย

3. นิยามศัพท์

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 นิยามไว้ว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” คือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ

จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินมีหลักการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

■ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้สูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว หรือกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าฉุกเฉินวิกฤตเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องการให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันทีมิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการถาวรในเวลาไม่กี่นาทีซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันทีกลุ่มนี้ โดยใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” ดังตัวอย่างเช่น

- ภาวะหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest)
- ภาวะหยุดหายใจ
- ภาวะ “ช็อก” จากการเสียเลือดรุนแรง
- ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
- อาการซีมหมดสติไม่รู้สีกตัว
- อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันที มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
- เลือดออกมารวดเร็วและตลอดเวลา เป็นต้น

■ ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรืออาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรง อันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ หรือกล่าวได้ว่าฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็วจะได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรกผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างหรือใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” ตัวอย่างเช่น

- หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ
- ซีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้งต่อนาทีโดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ไม่รู้สึกตัวชักอัมพาตหรือตาบอด หูหนวกทันที

- ตกเลือดซีดมากหรือเขียว
- เจ็บปวดมากหรือทรมาน
- มือเท้าเย็นซีดและเหงื่อแตกร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอท หรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท โดยเฉพาะลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35° หรือสูงกว่า 40° โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ถูกพิษหรือ Drug overdose
- ได้รับอุบัติเหตุโดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures, burn, back injury with or without spinal cord damage
- ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เป็นต้น

ประเด็นการประเมินตามวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์	ประเด็นการประเมิน
1. ผลกระทบของนโยบายต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน	■ การดูแลรักษาผู้ป่วยแตกต่างจากเดิมหรือไม่ ■ ความจำเป็นในการปรับเกณฑ์การคัดกรองระดับฉุกเฉินเร่งด่วนหรือสีเหลือง และเกณฑ์พันวิฤต ■ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่าน 1669/1646 และระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลที่มีเครือข่าย ■ ปัญหาที่พบในการเบิกจ่ายผ่านกองทุนเงินทดแทน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ■ ความเหมาะสมของอัตราค่าการเบิกจ่าย ■ สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการมีแนวโน้มในการต้องสำรองจ่ายก่อนมากกว่า ■ การร่วมจ่าย (Co-pay) เนื่องจากศรัทธาในบริการ ■ การนำส่งผู้ป่วยผ่านระบบ 1669 หรือ 1646 ■ การนำส่งผู้ป่วยของกู้ชีพและความขัดแย้งของกู้ชีพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์	ประเด็นการประเมิน
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”	■ การใช้บริการโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด ■ การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการ ■ การถูกถามสิทธิก่อนรับการรักษา ■ การสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน
3. ลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย	■ การทราบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1646 หรือ 1669 ■ การมาโรงพยาบาลโดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1646 หรือ 1669 หรือมาเองไม่ผ่านระบบ
4. เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย	■ จำนวนเงินที่ต้องสำรองจ่าย ■ การเบิกเงินที่สำรองจ่ายคืนได้ ■ จำนวนเงินที่เบิกคืนไม่ได้ ■ ผู้ป่วยที่ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายถึงแม้จะถูกส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิ
5. การรับรู้และความเข้าใจต่อนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”	■ การทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” ■ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับนิยาม “ภาวะฉุกเฉิน” ■ การทราบและการยอมรับของผู้ป่วยในการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหลังพ้นจากภาวะวิกฤต ■ การทราบว่ามีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา
6. การประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)	■ คุณภาพการตรวจรักษาผู้ป่วยกลุ่มหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) ที่มารักษาภายใต้ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” ■ คุณภาพการตรวจรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่มารักษาภายใต้ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”

4. ระเบียบวิธีวิจัย

1. จัดทำกลุ่มสนทนาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบายดังกล่าว
2. สัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการหรือญาติของผู้ป่วยที่มารับบริการ ภายใต้นโยบายดังกล่าวโดยการศึกษาแบบย้อนหลังทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้างโดยสอบถามเกี่ยวกับ
 - การใช้บริการโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด
 - การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยใช้บริการ
 - การถูกถามสิทธิก่อนรับการรักษา
 - การสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน
 - การทราบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1646 หรือ 1669
 - การมาโรงพยาบาลโดยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1646 หรือ 1669 หรือมาเองไม่ผ่านระบบ
 - จำนวนเงินที่ต้องสำรองจ่าย
 - การเบิกเงินที่สำรองจ่ายคืนได้
 - จำนวนเงินที่เบิกคืนไม่ได้
 - ผู้ป่วยที่ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายถึงแม้จะถูกส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิ
 - การทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”
 - ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับนิยาม “ภาวะฉุกเฉิน”
 - การทราบและการยอมรับของผู้ป่วยใน การส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหลังพ้นจากภาวะวิกฤต
 - การทราบเกี่ยวกับหมายเลขโทรศัพท์ สำหรับร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหาจากการรับบริการภายใต้ นโยบายดังกล่าว

3. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นหัวใจส่วน ST (STEMI) จำนวน 15 ราย เทียบเคียงกับแนวทางเวชปฏิบัติรองรับการรักษาชัดเจนทั้งนี้ผู้ป่วยจำนวนดังกล่าวได้จากการคัดสรรภาพสำเนาเวชระเบียนคนไข้ในที่ได้รับจาก clearing house ของ EMCO

ลักษณะตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

1. กลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลคัดกรอง 1 คน หัวหน้าพยาบาลเวชกรรมฉุกเฉิน การเงินห้องฉุกเฉิน หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยใน และหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งสิ้น จำนวน 59 คน โดยสุ่มเลือกจากโรงพยาบาลในพื้นที่ต่างๆ ดังนี้

1.1 โรงพยาบาลเอกชนที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป และ/หรือโรงพยาบาลที่มียอดการเบิกจ่ายต่ำกว่า 10,000 บาท หรือยังไม่มียอดการเบิกจ่ายเลยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 2 แห่ง ภาคเหนือ 4 แห่ง ภาคใต้ 1 แห่ง และภาคอีสาน 2 แห่ง โดยดูจากฐานข้อมูลในเดือนกรกฎาคม 2555 เนื่องจากเป็นข้อมูลล่าสุดที่ได้ก่อนที่คณะผู้วิจัยจะลงพื้นที่สัมภาษณ์ในเดือนสิงหาคม 2555

1.2 โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐบาลสังกัดอื่นในพื้นที่เดียวกันกับโรงพยาบาลเอกชนที่เลือกมาในแต่ละภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคใต้ 2 แห่ง และภาคอีสาน 1 แห่ง

2. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าวที่โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 128 ราย โดยไม่รวมผู้ไม่ร่วมมือหรือติดต่อไม่ได้รวมร้อยละ 50 (ดูภาคผนวกที่ 1 สำหรับวิธีการคำนวณจำนวนตัวอย่าง) ตัวอย่างได้จากการสุ่มจากจำนวนคนไข้ฉุกเฉินตั้งแต่ 1 ถึง 30 เมษายน 2555 แบบ simple random

3. ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับการตรวจรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) จำนวน 17 ราย และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นหัวใจส่วน ST (STEMI) จำนวน 15 ราย ที่ผ่านการคัดสรรเวชระเบียนแล้วพบว่าข้อมูลมีความครบถ้วนเหมาะสมในระดับที่พอใช้การได้จากตัวอย่างเวชระเบียนที่ได้รับจาก EMCO จำนวน 185 ราย

วิธีการดำเนินการวิจัยการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ทางสถิติ

1. การจัดกลุ่มสนทนา จัดทำกลุ่มสนทนาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวข้องกับการบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาล

1.1 ผู้วิจัยหลักและผู้ช่วยวิจัย 2 คน แนะนำตัวพร้อมวัตถุประสงค์การสนทนากลุ่มและขออนุญาตบันทึกเทป

1.2 ผู้วิจัยหลักริเริ่มการสนทนาโดยใช้แนวคำถาม/ประเด็นในหน้าถัดไป พร้อมคำถามสืบเนื่องเพื่อเจาะลึกรายละเอียดที่จำเป็นภายในเวลา 60-90 นาที โดยผู้ช่วยวิจัยบันทึกย่อคำสนทนาและทำแผนผังที่หนึ่งของผู้ร่วมสนทนา

1.3 ผู้ช่วยวิจัยถอดเทปการสนทนาชนิดคำต่อคำ

1.4 ผู้วิจัยหลักเขียนรายงานวิเคราะห์ผลการสนทนาด้วยเทคนิค thematic content analysis โดยอาศัยบันทึกการถอดเทปประกอบ

2. การสัมภาษณ์ผู้รับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยการศึกษาแบบย้อนหลังทางโทรศัพท์โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (ดูรายละเอียดแบบสอบถามในภาคผนวกที่ 2)

2.1 พนักงานสัมภาษณ์ทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์อย่างน้อย 3 ราย ที่ไม่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างภายใต้การนิเทศของผู้วิจัยหลัก เพื่อให้คุ้นชินและเข้าใจความหมายของทุกคำถามโดยกระจ่าง

2.2 พนักงานสัมภาษณ์หมุนโทรศัพท์เพื่อขอสัมภาษณ์คนไข้หรือ proxy respondent (คนที่รู้เรื่องราวดีที่สุดระหว่างการรักษาดัวของคนไข้) โดยพยายามซ้ำ 3 ครั้งก่อนจะยุติ

2.3 ระหว่างการสัมภาษณ์จะบันทึกเสียงเพื่อใช้บททวนแก้ไขบันทึกการสัมภาษณ์ก่อนป้อนข้อมูลเข้าคอมพิวเตอร์ และให้นักวิจัยหลักใช้ประกอบการกำกับคุณภาพการสัมภาษณ์ด้วยการป้อนความเห็นกลับไปยังพนักงานสัมภาษณ์ถ้าพบจุดบกพร่องสำคัญ

2.4 พนักงานที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรม EPI-INFO ที่ผู้วิจัยหลักเตรียมให้ (โดยมีคำสั่งตรวจทานแก้ไขระหว่างการบันทึก) ป้อนข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์เข้าคอมพิวเตอร์

2.5 นักสถิติตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกแล้วในข้อ 2.4 ก่อนเริ่มวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาให้สอดคล้องกับชนิดของตัวแปร

3. การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการด้วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation (STEMI) จำนวน 17 ราย และโรคหลอดเลือดในสมองตีบตัน (Ischemic stroke) จำนวน 15 ราย

3.1 สืบค้นเวชระเบียนจาก clearing house

3.2 แพทย์ 1 ท่านสกัดข้อมูลจากเวชระเบียนตามแบบบันทึก

3.3 พนักงานที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรม EPI-INFO ที่ผู้วิจัยหลักเตรียมให้ (โดยมีคำสั่งตรวจทานแก้ไขระหว่างการบันทึก) ป้อนข้อมูลตามแบบบันทึกฉบับสุดท้ายเข้าคอมพิวเตอร์

3.4 นักสถิติตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกแล้วในข้อ 3.3 ก่อนเริ่มวิเคราะห์ตามตารางหุ่น (dummy tables) ในเอกสารเลขที่โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาให้สอดคล้องกับชนิดของตัวแปร

5. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

5.1 ที่มาของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีรากฐานการพัฒนามาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ตามมาตรา 51 ที่มีใจความว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน” และจากมาตรา 82 ใจความว่า “รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนา ระบบสุขภาพที่เน้นการนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืน รวมทั้งจัดส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มี มาตรฐาน” อย่างไรก็ตามในด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังขาดระบบบริหารจัดการบุคลากรอุปกรณ์และเครื่องมือ ช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องเสียชีวิตอวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะ สำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ดังนั้นจึงได้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2551 ขึ้นเพื่อป้องกันและลดความสูญเสียของผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวและผลที่คาดว่าจะได้รับคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพและ มาตรฐาน⁽²⁾

จากมาตรา 28 ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2551 ซึ่งบัญญัติขึ้นเพื่อคุ้มครองความ ปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการ ฉุกเฉินตามหลักการต่อไปนี้คือ

1. ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันผู้ป่วยเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น
3. การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลหรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที^(2, 3, 6)

ระบบการเบิกจ่ายจากหน่วยงานเบิกจ่ายกลาง “Clearing house” และ “นิยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน”

จากกรอบแนวคิดที่ต้องการสร้างความเป็นเอกภาพและลดการเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) กองทุนประกันสังคมและกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ได้มีการนำร่องที่ผู้ป่วยฉุกเฉินโดยมีนโยบายให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นศูนย์กลาง และให้ผู้ป่วยได้รับบริการโดยไม่ต้องถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ทางกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคมได้ร่วมจัดตั้ง “นิยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน” และกำหนดหน่วยงานเบิกจ่ายกลาง ได้แก่ “Clearing house” โดยมี สปสช.เป็นผู้รับผิดชอบ และเริ่มประกาศใช้นโยบายดังกล่าวเมื่อ 1 เมษายน 2555^(3, 5-7) โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและผู้ป่วยฉุกเฉินระดับเร่งด่วน เน้นการให้บริการฉุกเฉินตามระบบปกติของ 3 กองทุนให้ครอบคลุมบริการฉุกเฉินให้มากที่สุด และเน้นบริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนนอกกรอบ 3 กองทุนให้เป็นไปตามความจำเป็นของผู้ป่วย การบริการดังกล่าวให้ดำเนินไปจนผู้ป่วยทุเลากลับบ้านได้ หรือส่งต่อหรือส่งกลับสู่โรงพยาบาลในระบบอย่างสอดคล้องกับระดับความรุนแรงทางการแพทย์⁽⁵⁾

นิยามของผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาทแล้วผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตสูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่า ฉุกเฉินวิกฤตเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่ก่นาที ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันทีกลุ่มนี้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” ตัวอย่างเช่น

1. ภาวะ “หัวใจหยุดเต้น” (Cardiac arrest)
2. ภาวะหยุดหายใจ
3. ภาวะ “ช็อก” จากการเสียเลือดรุนแรง
4. ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
5. อาการซึม หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว
6. อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
7. อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันทีที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
8. เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเฉียบพลัน มากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรือ อาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะ ต่อมาได้ หรือกล่าวได้ว่าฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้าง แต่ไม่นานเป็น ภาวะที่ผู้ป่วย ต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาล จัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ ถ้าปล่อยทิ้งไว้ ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลา ไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วย ประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” ไม่ รู้สึกตัว ชัก อัมพาต ตาบอด หูหนวกทันที ตกเลือดมากจนช็อค เจ็บปวดมากหรือทุรนทุรายหรือได้รับยาเกิน ขนาด ได้รับอุบัติเหตุมีบาดแผลใหญ่หลายแห่ง เป็นต้น ^(2, 3, 5, 8)

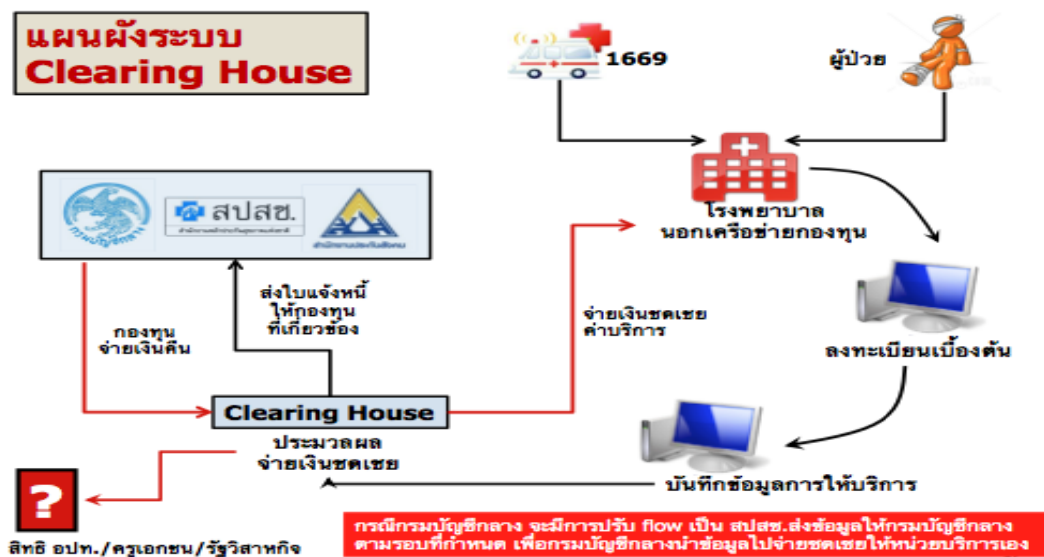
นิยามโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบ 3 กองทุน กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยบริการประจำหรือโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยรับส่งต่อ กรณีผู้ป่วย ฉุกเฉินของกรมบัญชีกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง และกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินผู้ประกันตน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญา⁽⁵⁾ โดยมีอัตราและเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชยดังนี้

- กรณีผู้ป่วยนอกให้จ่ายตามรายการและและอัตรา “Emergency Intervention List” (มีการพิจารณา รายการการให้บริการและการจัดทำรายการ Emergency intervention list โดยคณะทำงานฯ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ตัวแทนกรมบัญชีกลาง ตัวแทนสำนักงานประกันสังคม และ สปสช.)

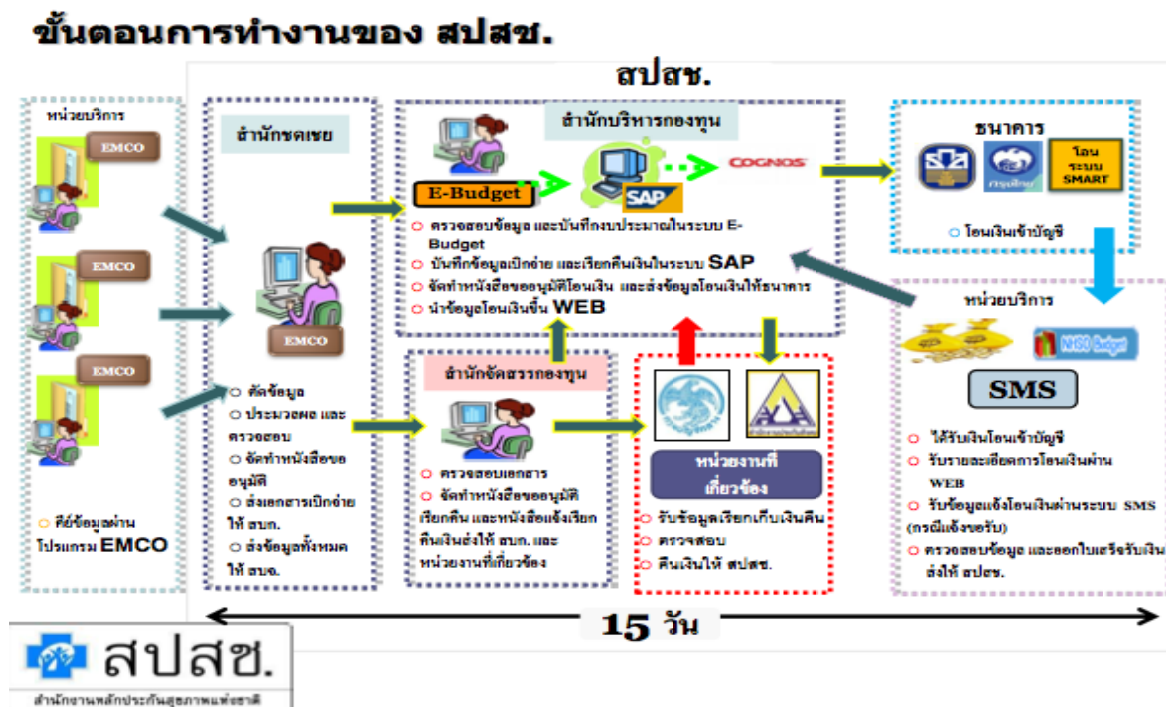
- กรณีผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG V.5.0) โดยมีอัตราจ่าย 10,500 บาทต่อ 1 Adjusted Related weight
- กรณีที่เป็นผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกเงินค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาท จากกองทุนผู้ประสบภัย จากรถก่อนจึงจะเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทางนี้ได้
- กรณีผู้ป่วยในการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมในกรณีดังต่อไปนี้
 - กรณีที่มีการใช้ยา จ. ⁽²⁾ สถานบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่าย 2 แนวทางคือ
 - เบิกยาคืนจากกองทุนยา สปสช.
 - เบิกเงินชดเชยตามอัตราราคาที่มีการจัดซื้อจัดหาตามระบบ VMI

- กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมในอัตราที่กำหนดประกาศที่ตกลงร่วมกัน 3 กองทุน (รายการ Emergency intervention list) ทั้งนี้ ในกรณีที่สถานบริการใช้อุปกรณ์ที่เกินราคากลางที่กำหนดไม่สามารถเรียกเก็บจากประชาชนหรือกองทุนได้
- ค่าพาหนะในการรับส่ง-ต่อในกรณีที่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือกลับไปยังโรงพยาบาลในระบบจะจ่ายในอัตราตั้งต้น 500 บาท+ ระยะทางไปกลับกิโลเมตรละ 4 บาท
- รายการที่ไม่สามารถจ่ายชดเชยได้ ได้แก่ ค่าธรรมเนียมแพทย์ (Professional doctor fee) ค่าใช้จ่ายพิเศษ (Surcharge) ค่าห้องพิเศษที่ผู้ป่วยร้องขอ รายการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาบริการ เช่น ค่าเขียนใบประกันชีวิต ค่าบัตรสมาชิก โรงพยาบาล เป็นต้น

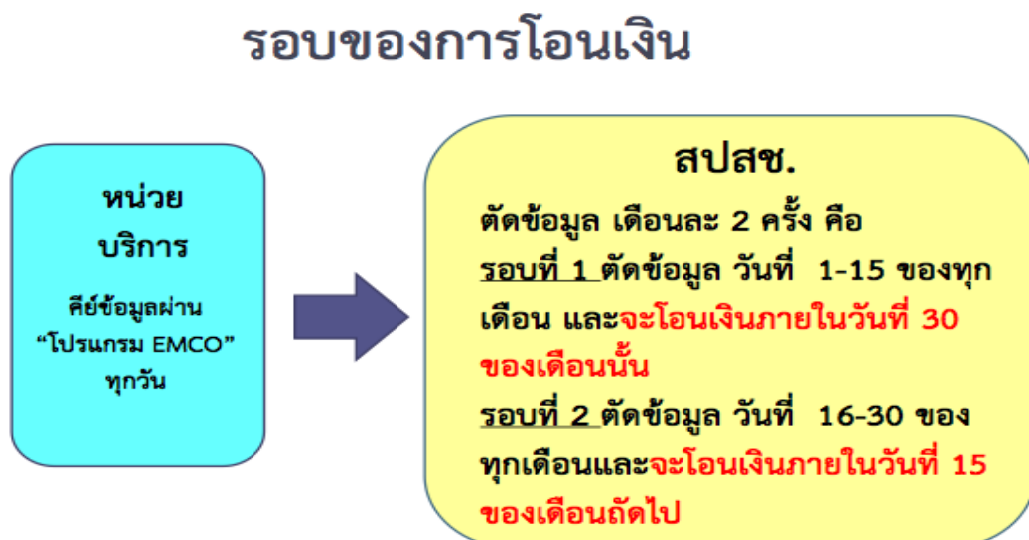
รูปที่ 3.1 แสดงระบบการเบิกจ่ายผ่าน Clearing house



รูปที่ 3.2 แสดงขั้นตอนการทำงานของ สปสช. ในระบบการเบิกจ่าย



รูปที่ 3.3 แสดงรอบของการโอนเงินในระบบการเบิกจ่าย



(5, 6, 8)

5.2 การประเมินคุณภาพของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service)

หน้าที่หลักที่สำคัญ 3 ประการของระบบบริการสุขภาพ (Health care System) ได้แก่ การปรับปรุงสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น ตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนและให้ความคุ้มครองทางการเงินในกรณีที่มีค่าใช้จ่ายซึ่งเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย การแพทย์ฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมในหน้าที่หลักดังกล่าวของระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชน การส่งเสริมการตอบสนองทางการแพทย์ของระบบบริการสุขภาพเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชน ซึ่งหลักคิดดังกล่าวนำไปสู่การปรับปรุงการให้บริการทางการแพทย์ เพื่อให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนหรือมีภาวะคุกคามต่อชีวิตเป็นข้อหนึ่งที่คุณชนคาดหวังจะได้รับ

อย่างไรก็ตาม บทบาทของการแพทย์ฉุกเฉินในการให้ความคุ้มครองทางการเงินแก่ประชาชนที่เกิดความเจ็บป่วยยังเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนในทางปฏิบัติ เมื่อเริ่มมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีการบาดเจ็บขึ้นผู้ป่วยและญาติมีความกดดันที่จะต้องเลือกระหว่างการเข้าไปรับบริการทางการแพทย์ทันที แต่มีความเสี่ยงที่จะต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้นมากมายกับการเลือกที่จะไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์ แต่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความพิการอย่างถาวรหรืออันตรายถึงแก่ชีวิต

องค์ประกอบที่มีความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การดูแลรักษาระดับชุมชนการดูแลรักษา ระหว่างการนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งจะมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเข้าถึงบริการ และสุดท้ายคือบริการที่ได้รับเมื่อมาถึงสถานพยาบาล⁽¹⁰⁾

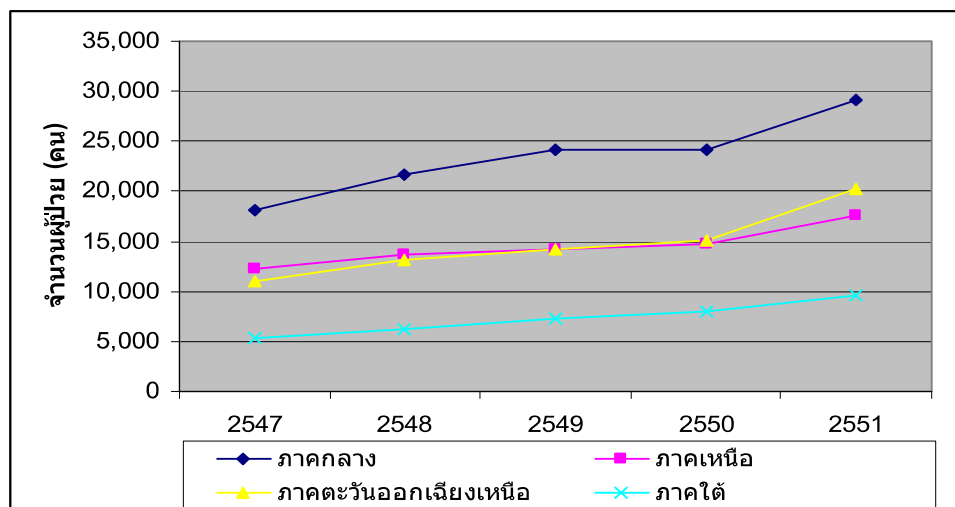
การตามรอยคุณภาพ (Clinical tracer)

การตามรอยคุณภาพ เป็นเครื่องมือชนิดหนึ่งที่มีความนิยมใช้สำหรับการประเมินคุณภาพบริการ บางประเภทหรือบางกลุ่มโรค หรือเหตุการณ์ที่มีความชัดเจนจะช่วยให้จับสิ่งที่เป็นรูปธรรมชัดเจนมาพิจารณาคุณภาพที่เกี่ยวข้องได้ดี สภาวะทางคลินิกเรื่องใดเรื่องหนึ่งก็สามารถตามรอยคุณภาพได้ในทุกองค์ประกอบเกี่ยวกับคุณภาพ ทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพและองค์ประกอบอื่นๆ และเมื่อนำมาทบทวนจะเกิดการพัฒนาคูณภาพต่อได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น โดยเลือกโรคหรือสภาวะที่มีความสำคัญทางคลินิกมาทบทวน⁽¹¹⁾ มีหลายโรคหรือภาวะที่ส่งผลเป็นภาระให้แก่กลุ่มประเทศที่มีรายได้ระดับต่ำและระดับปานกลาง โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตของโรคนั้นๆ เมื่อเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด พบว่าโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิต ได้แก่ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายสูงถึง 11.4% รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง 8.9%⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การทบทวนคุณภาพบริการของโรคทั้งที่กล่าวมาจึงมีความสำคัญในแง่ของการประเมินและพัฒนาคุณภาพบริการที่เกิดขึ้น

คุณภาพบริการตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke, cerebrovascular disease) เป็นโรคสำคัญที่พบบ่อยในประเทศไทย พัฒนาแล้ว พบเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง⁽¹²⁾ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาอัตราการเข้ารับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปีในทุกภูมิภาค ดังแสดงในรูปที่ 3.4

รูปที่ 3.4 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ปี 2547-2551 จำแนกรายภาค⁽¹³⁾



โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน เกิดจากการเสื่อมของผนังหลอดเลือดมีไขมันและหินปูนมาจับ พบได้ทั้งในหลอดเลือดสมองเองและหลอดเลือดใหญ่ที่ทำให้เส้นเลือดมีการตีบแคบลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาการเกิดโรคหลอดเลือดในสมอง มักพบในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง หรือจากการสูบบุหรี่ ส่วนมากคนไทยมักจะเป็นสาเหตุจากกลุ่มนี้ พบมากประมาณ 70% ของความผิดปกติทางสมองทั้งหมด ทั้งนี้ลักษณะการตีบตันเกิดได้สามลักษณะดังนี้

1. เกิดจากเส้นเลือดมีการตีบแคบลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งส่วนมากในคนไทยเกิดลักษณะนี้
2. มีก้อนเลือดแข็งตัวขนาดเล็กหลุดจากลิ้นหรือผนังหัวใจไปตามกระแสเลือด เกิดอุดตันหลอดเลือดในสมอง อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือผู้ป่วยหัวใจโตอยู่ก่อน
3. เกิดจากมีการตีบแคบลงเรื่อยๆ ของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณคอ ถ้าเป็นหลอดเลือดที่คอ ด้านหน้าตีบ อาการในระยะแรกจะมาด้วยอาการแขนขาหรือมือมีอาการอ่อนแรงเป็นพักๆหรือในบางรายมีอาการพูดไม่ออกหรือพูดไม่ชัด แต่ถ้าเป็นหลอดเลือดที่คอด้านหลังตีบจะมาด้วยอาการมึนงงเป็นๆ หายๆ ความจำไม่ดีหรือตามัวลง

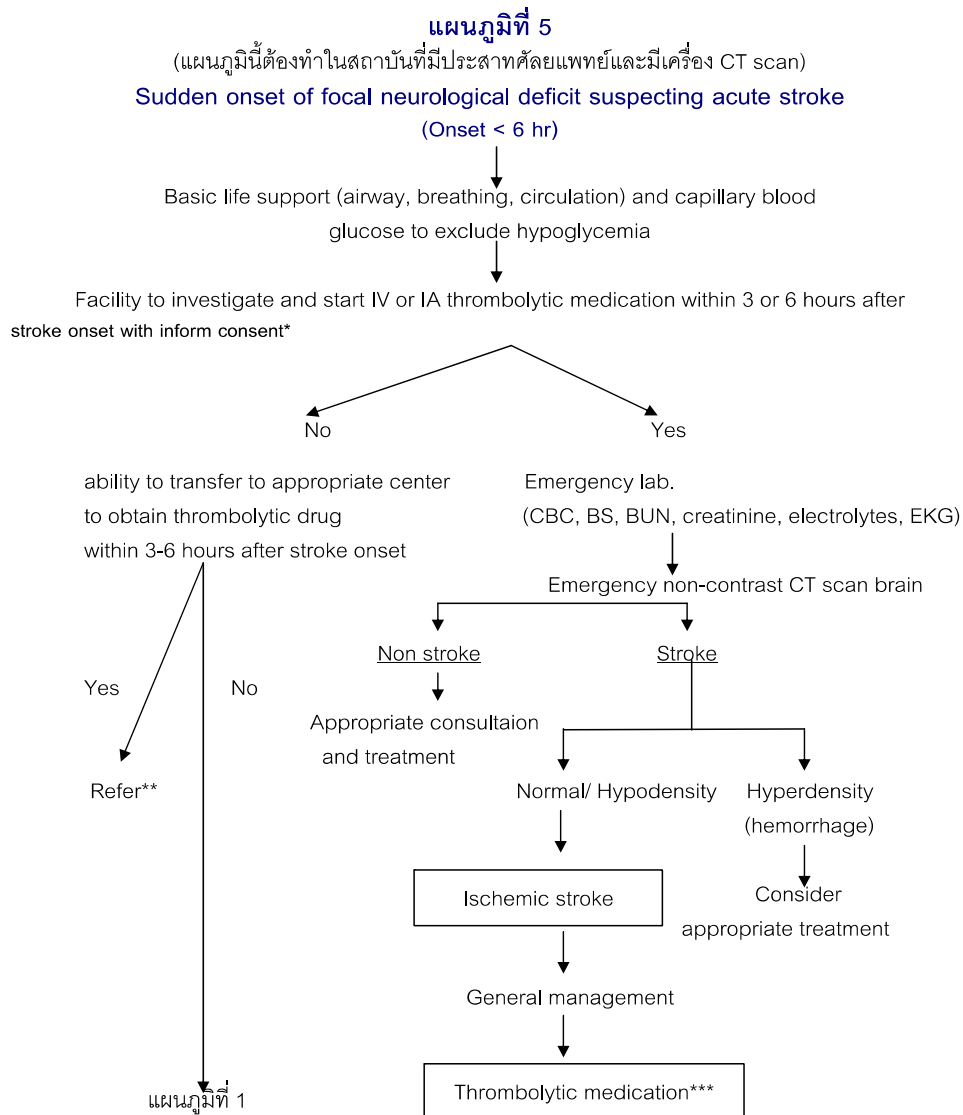
เนื่องจากผู้ป่วยมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงแตกต่างกันและหลอดเลือดสมองมีขนาดแตกต่างกัน อาการของผู้ป่วยจะขึ้นกับช่วงระยะเวลาการดำเนินโรค ตำแหน่งที่หลอดเลือดเกิดการตีบตันและขนาดของหลอดเลือดที่เกิดการตีบตัน⁽¹³⁾

การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองยังคงถือว่าการวินิจฉัยทางคลินิกเป็นสิ่งสำคัญ โดยทั่วไปการวินิจฉัยทำได้ไม่ยาก โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นส่วนใหญ่จะมีอาการทางระบบประสาทเป็นแบบเฉพาะที่ เช่น อ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองเห็นภาพซ้อนเวียนศีรษะ โดยที่อาการเหล่านี้จะเป็นอย่างเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปใน 2-3 วัน หรือดีขึ้นแล้วเลวลงก็ได้⁽¹⁴⁾

ประมาณ 30% ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นจะเสียชีวิต อีก 30% ต้องทุพพลภาพหรือทำงานไม่ได้ และมีเพียง 30% เท่านั้นที่หายจากโรคแต่ก็ต้องทานยาควบคุมไปตลอดชีวิต ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพรุนแรง⁽¹³⁾

การให้การรักษานี้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันระยะเฉียบพลันจึงมีความสำคัญ หนึ่งใน การรักษาที่มีความสำคัญและเป็นมาตรฐาน คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Intravenous thrombolysis therapy) ซึ่งได้รับการแนะนำจากหลายๆ แนวทางการรักษาที่มีมาตรฐานทั่วโลก⁽¹⁵⁻²⁰⁾ รวมทั้งประเทศไทยมีการศึกษาที่แสดงถึงผลการรักษาที่ดีขึ้นของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดโดยมี major neurological improvement (defined as improving of the NIHSS >8 points or NIHSS of 0 points at 24 hour) ในผู้ป่วย 50% ที่เข้าเกณฑ์ มีข้อบ่งชี้และได้รับการรักษาทั้งหมด⁽²¹⁾ นอกจากนี้ ยังมีกล่าวถึงในแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมงที่จัดทำโดยสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทยในรูปที่ 3.5 อีกด้วย

รูปที่ 3.5 แนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันที่มีอาการภายใน 3 ชั่วโมง ตามแนวเวชปฏิบัติของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย⁽¹⁴⁾



* การให้ thrombolytic treatment มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะเลือดออกได้ ต้องมีการพูดคุยกับญาติถึงผลดีและผลเสียของการรักษา และมีการบันทึกให้ความยินยอมเป็นหลักฐาน

** ในกรณีตัดสินใจที่จะส่งต่อ ควรติดต่อประสานกับสถาบันที่จะรับผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง

*** ควรจะรับผู้ป่วยไว้ใน ICU หรือ acute unit

ส่วนอีกการรักษาที่มีความสำคัญอีกประการ คือการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอย่างเหมาะสมดังแสดงในแนวทางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันในระยะเฉียบพลันในรูปที่ 3.6

รูปที่ 3.6 การรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันในระยะเฉียบพลัน ตามแนว
เวชปฏิบัติของสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย⁽¹⁴⁾

**ตารางการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะ
เฉียบพลัน^(14,15)**

1	- เมื่อความดันโลหิตลดลงจากการให้ยาลดความดันโลหิตควรจะมีการตรวจร่างกายทางระบบประสาทเป็นระยะ เพื่อเฝ้าสังเกตอาการว่าเลวลงหรือไม่ เช่น อ่อนแรงเพิ่มขึ้น ความรู้สึกตัวลดลง - ควรมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด มิให้ mean arterial pressure ต่ำกว่า 120-130 mmHg และปรับยาเป็นระยะ ๆ ให้เหมาะสม หากจะให้ยาซ้ำต้องคำนึงถึงค่าครึ่งชีวิตและระยะเวลาการออกฤทธิ์ของยานั้น ๆ - หากผู้ป่วยมีอาการเลวลงหรือความดันโลหิตลดลงมากให้หยุดยาความดันโลหิตทันทีและประเมินผู้ป่วยอีกครั้งอาจจะใช้สารน้ำเช่น normal saline ทดแทนเพื่อเพิ่มความดันโลหิต โดยทั่วไปยาที่จะแนะนำจะมีค่าครึ่งชีวิตสั้นอาการดังกล่าวจึงน่าจะดีขึ้นภายหลังการหยุดยา
2	DBP > 140 mmHg ด้วยการวัด 2 ครั้งติดต่อกันใน 5 นาที ให้ - Sodium nitroprusside 0.25-10 µg/kg/min IV drip. ออกฤทธิ์ภายใน 1-5 นาทีหรือ - Nitroglycerine 5 mg IV ตามด้วย 1-4 mg/h หรือ - หากไม่มียาข้างต้น อาจพิจารณาใช้ยาในหัวข้อที่ 3 ด้านล่างแทน
3	SBP>220 mmHg, DBP 120-140 mmHg หรือทั้ง 2 อย่างโดยการวัด 2 ครั้งห่างกัน 20 นาทีให้ - Captopril 6.25-12.5 mg ทางปาก ออกฤทธิ์ภายใน 15-30 นาทีอยู่ได้นาน 4-6 ชั่วโมง หรือ - Small patch of nitroglycerine แปะหน้าอก หรือ - Hydralazine 5-10 mg IV ออกฤทธิ์ใน 1-2 นาที อยู่ได้นาน 1-2 ชั่วโมง - ไม่ควรใช้ Nifedipine อมใต้ลิ้น หรือทางปาก เนื่องจากไม่สามารถที่จะควบคุมขนาด หรือทำนายผลของยาได้แน่นอน และไม่สามารถปรับลดยาได้หากเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำตามมา
4	SBP185-220 mmHg หรือ DBP 105-120 mmHg ไม่ต้องให้ยาลดความดันโลหิต ยกเว้น - ภาวะหัวใจห้องซ้ายล้มเหลว (Left ventricular failure) - หลอดเลือด – ออติกแตกฉีก (Aortic dissection) - กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial ischemia) - ไตวายเฉียบพลัน (Acute renal failure) - ภาวะ hypertensive encephalopathy

คุณภาพบริการตามแนวทางโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST-elevation myocardial infarction (STEMI)

โรคหัวใจขาดเลือด หมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตันส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและการแสดงเมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบตันไปอย่างน้อยร้อยละ 50 อาการสำคัญที่พบบ่อย มีตั้งแต่อาการเจ็บหน้าอกเหนื่อยเล็กน้อยไปจนถึงไม่รู้สึกรู้สึกระทั่งเกิดหัวใจวายเฉียบพลัน บางครั้งอาจถึงกับเสียชีวิต อีกทั้งยังอาจมีโรคแทรกซ้อน เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นผิดจังหวะ ลิ้นหัวใจรั่ว ไตพิการและอัมพาต ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและการสูญเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หมายถึง โรคหัวใจที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการที่สำคัญคือเจ็บแน่นอกเฉียบพลันหรือเจ็บขณะพัก 20 นาที หรือเจ็บค่อนอกซึ่งเกิดใหม่หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้ผู้ป่วยจะมีอาการและการแสดงเมื่อหลอดเลือดหัวใจตีบตันไปอย่างน้อยร้อยละ 50

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันถูกจำแนกออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย leads 2 ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด left bundle branch block (LBBB) ขึ้นมาใหม่ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิด acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or acute transmural MI or Q wave MI)
2. Non ST elevation acute coronary syndrome หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่พบ ST segment ยกขึ้น มักพบลักษณะคลื่นหัวใจไฟฟ้าหัวใจ ST segment depression และ/หรือ T-wave Inversion ร่วมด้วย หากมีอาการนานกว่า 30 นาทีอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด Non-ST elevation MI (NSTEMI, or Non-Q wave MI)
3. มีแค่อาการเจ็บหน้าอกแบบไม่คงที่ (unstable angina)

โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation MI (STEMI) ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของสาธารณสุขในประเทศไทยที่พัฒนาแล้วและกำลังเป็นปัญหาสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ในประเทศกำลังพัฒนา ในประเทศสหรัฐอเมริกาอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation MI (STEMI) มากถึง 500,000 รายต่อปี⁽²²⁾ โรคหัวใจขาดเลือดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของประเทศไทยอีกด้วย⁽²³⁾

แนวทางการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST elevation MI ตามแนวทางของสมาคมโรคหัวใจ มีองค์ประกอบดังนี้

1. ต้องให้การรักษาโดยการให้ aspirin ทุกราย เว้นแต่มีข้อห้ามอาจใช้ยาในกลุ่ม thienopiridine แทนและพิจารณาให้ยาในกลุ่ม thienopiridine ร่วมกับ aspirin
2. ต้องรักษาผู้ป่วยด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) หรือทำการขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดปฐมภูมิ (Primary percutaneous transluminal coronary angiography, primary PTCA) ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมหากไม่พบข้อห้าม

6. รายงานผลกระทบของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วย

บทนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงต่อกระบวนการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลใหญ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลเอกชนที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก เป็นจำนวนเงินตั้งแต่ 100,000 บาทขึ้นไป และ/หรือโรงพยาบาลที่มียอดการเบิกจ่ายต่ำกว่า 10,000 บาท หรือยังไม่มียอดการเบิกจ่ายเลยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 2 แห่ง ภาคเหนือ 4 แห่ง ภาคใต้ 1 แห่ง และภาคอีสาน 2 แห่ง ดังนี้

1. กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ประกอบด้วย โรงพยาบาลสมิติเวชและโรงพยาบาลรามคำแหง
2. ภาคเหนือเลือกจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลรามเวชเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงใหม่ ไกล่หมอ โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม และโรงพยาบาลเซนต์หลุยส์เชียงใหม่
3. ภาคใต้เลือกจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลไทยอินเตอร์
4. ภาคอีสานเลือกจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลรามเวชอุบลและโรงพยาบาลอุบลรักษ์

โรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลรัฐบาลในพื้นที่เดียวกันกับโรงพยาบาลเอกชนที่เลือกมาในแต่ละภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ 2 แห่ง ภาคใต้ 2 แห่งและภาคอีสาน 1 แห่ง

1. ภาคเหนือเลือกจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์
2. ภาคใต้เลือกจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและโรงพยาบาลเกาะสมุย
3. ภาคอีสานเลือกจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล อันประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉิน 1 คน พยาบาลคัดกรอง 1 คน หัวหน้าพยาบาลเวชกรรมฉุกเฉิน การเงินห้องฉุกเฉิน หัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยในและหัวหน้าพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตจากโรงพยาบาลดังกล่าว

การแบ่งประเภทของโรงพยาบาลในการรายงานผลการศึกษา

1. โรงพยาบาลรัฐบาล อันประกอบด้วย
 - 1.1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ขนาด 2,672 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - 1.2 โรงพยาบาลนครพิงค์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 519 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
 - 1.3 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 800 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - 1.4 โรงพยาบาลเกาะสมุย เป็นโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิถึงทุติยภูมิในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาด 166 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

- 1.5 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาด 1,000 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. โรงพยาบาลเอกชนที่มีเครือข่าย อันประกอบด้วย
 - 2.1 โรงพยาบาลไทยอินเตอร์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - 2.2 โรงพยาบาลรามคำแหง เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 485 เตียง ตั้งอยู่ที่เขตบางกะปิ กรุงเทพมหานคร
 - 2.3 โรงพยาบาลเชียงใหม่ราม เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 220 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - 2.4 โรงพยาบาลสมิติเวช สาขาสุขุมวิท เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 270 เตียง ตั้งอยู่ที่เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร
 - 2.5 โรงพยาบาลราชเวชอุบลราชธานี เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
 - 2.6 โรงพยาบาลราชเวชเชียงใหม่ เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 150 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
3. โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีเครือข่าย อันประกอบด้วย
 - 3.1 โรงพยาบาลเชียงใหม่ไกล้มอ เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 56 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - 3.2 โรงพยาบาลเซนทรัลเชียงใหม่ เมมโมเรียล เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
 - 3.3 โรงพยาบาลอุบลรักษ์ ธนบุรี เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาด 100 เตียง ตั้งอยู่ที่อำเภอเมือง อุบลราชธานี

6.1 ผลกระทบของนโยบายต่อกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

1. การดูแลรักษาผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ พบว่าโรงพยาบาลทุกประเภทให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่แตกต่างจากเดิม กล่าวคือ จะตรวจประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานโดยไม่คำนึงถึงสิทธิ ซึ่งปฏิบัติมาก่อนอยู่แล้ว ไม่ได้มาเปลี่ยนแปลงเนื่องจากนโยบายนี้ อย่างไรก็ตามยังคงต้องมีการสอบถามสิทธิการรักษาผู้ป่วยอยู่เหมือนเดิม โดยถ้าเป็นโรงพยาบาลรัฐบาลจะให้การตรวจรักษาเบื้องต้นไปก่อนและสอบถามสิทธิเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายคืนตามกระบวนการของกองทุนต่างๆ ซึ่งทำเหมือนเดิม เช่น ถ้าเป็นกลุ่มกองทุนหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าเป็นกองทุนประกันสังคม กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และกองทุนทดแทน พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถจะต้องสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำไปเบิกคืนในภายหลัง ส่วนโรงพยาบาลเอกชนนั้น ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มีเครือข่ายจะดำเนินการคล้ายกับโรงพยาบาลรัฐ

มีประเด็นเพิ่มเติมคือถ้าเป็นผู้ป่วยที่เกณฑ์เข้าข่ายสามารถใช้กองทุนทดแทน พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถได้จะเลือกใช้ก่อนเป็นอันดับแรกเสมอ ส่วนกองทุนที่เหลือก็จะดำเนินการตามปกติซึ่งปฏิบัติแบบนี้อยู่แต่เดิมอยู่ก่อนแล้ว แต่ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีเครือข่ายผู้ป่วยส่วนใหญ่จะทราบสิทธิตัวเองและยินดีที่จะจ่ายก่อนเลย ส่วนใหญ่จะเบิกประกันชีวิตได้ สิทธิที่โรงพยาบาลจะเลือกใช้ก่อนถ้าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ คือสิทธิกองทุนทดแทน พ.ร.บ.ผู้ประสบภัยจากรถ รองลงมาคือประกันชีวิตของผู้ป่วยและกองทุนต่างๆ ตามสิทธิของผู้ป่วยเป็นอันดับสุดท้าย ถ้าผู้ป่วยมีการเรียกร้องขอใช้สิทธิของ EMCO จะพิจารณาเป็นรายๆ และทำเรื่องยื่นขอไปให้และดำเนินการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อตามสิทธิการรักษา

ในด้านของคุณภาพของการรักษา ทุกประเภทของโรงพยาบาลยืนยันความมั่นใจว่าเป็นไปตามมาตรฐาน ถ้าหากจะมีการนำมาตรการการสุ่มตรวจเวชระเบียน (Audit chart) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยินดีเปิดรับเนื่องจากมั่นใจในมาตรฐานและคุณภาพการรักษา

2. การปรับเกณฑ์การคัดกรองและเกณฑ์พันวิฤต

ในโรงพยาบาลรัฐบาล ส่วนใหญ่มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยของโรงพยาบาลใช้อยู่เดิม จะแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล ปัญหาการร้องเรียนที่หน้างานในกรณีการประเมินผู้ป่วยเข้าข่ายกรณีฉุกเฉินพบไม่มากและไม่แตกต่างจากเดิมก่อนจะเริ่มมีการประกาศใช้นโยบายนี้ ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นความเข้าใจในภาวะฉุกเฉินที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยกับผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์แต่ไม่มีความชัดเจนที่รุนแรงหลังจากได้รับการชี้แจง อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ตั้งใจมารักษาเพราะศรัทธา โดยเฉพาะถ้าเป็นโรงพยาบาลจังหวัด

ที่โรงพยาบาลเอกชนไม่ว่าจะเป็นประเภทที่ไม่มีเครือข่ายหรือประเภทที่ไม่มีเครือข่ายจะพบปัญหาการเรียกร้องขอใช้สิทธิฉุกเฉินร่วมกับปัญหาความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานมากกว่า นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนแบบที่มีเครือข่าย ยังพบมีกรณีผู้ป่วยที่ไม่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินแต่ไปร้องเรียนที่ สปสช. และได้รับคำแนะนำให้มาติดต่อขอใช้สิทธิผ่าน EMCO กับทางโรงพยาบาลเนื่องจากทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้ให้ทางโรงพยาบาลดำเนินการชี้ข้อมูลให้ ซึ่งหลายๆครั้งผู้ที่มาแก้ปัญหาต้องยอมผ่อนปรนดำเนินการให้เพื่อตัดปัญหา อีกกรณีหนึ่ง คือหลังจากนอนโรงพยาบาลไปแล้วจึงมาเรียกร้องขอใช้สิทธิฉุกเฉินย้อนหลังทั้งที่ในตอนแรกไม่ได้เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินระดับสีแดงชัดเจนและแจ้งขอใช้สิทธิประกันชีวิตไปแต่มาได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมตอนหลังจึงเปลี่ยนใจมาเรียกร้องขอใช้สิทธิ ซึ่งทางผู้ปฏิบัติงานที่ให้สัมภาษณ์มีความเห็นการนำระบบสุ่มตรวจเวชระเบียนจะช่วยตรวจสอบความไม่โปร่งใสของการเบิกจ่ายผ่าน EMCO ในกรณีเหล่านี้ได้ด้วย การปรับเกณฑ์การคัดกรองความฉุกเฉินของผู้ป่วยระดับสีเหลืองจึงมีความจำเป็นมาก โดยเฉพาะสำหรับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อลดปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังมีความไม่ชัดเจนของเกณฑ์พันวิฤตซึ่งมีความเห็นว่าควรจะมีเกณฑ์ที่รายละเอียดชัดเจนมากขึ้น เพื่อความชัดเจนของผู้ป่วยที่จะส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิของผู้ป่วย

3. ระบบการส่งต่อ

ปัญหาที่พบในโรงพยาบาลรัฐบาล คือปัญหาเตียงเต็มอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ไม่มีเครือข่ายชัดเจนจะพบมีปัญหามากขึ้นในกรณีที่ไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อตามสิทธิของผู้ป่วย หลังจากพ้นภาวะวิกฤต (Refer back) ได้ ถ้าโรงพยาบาลมีอัตราการครองเตียงยาวนานจะยิ่งส่งผลเสียให้กับปัญหาเตียงเต็มของโรงพยาบาลต่อเนื่องไปเป็นลูกโซ่

ส่วนในโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีปัญหาการส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาลมาก เนื่องจากปัญหาเตียงเต็ม การประสานงานล่าช้า บางครั้งใช้เวลาเป็นวันและบางครั้งไม่สามารถส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิได้หลังจากพ้นภาวะวิกฤตจึงจำเป็นต้องรับตัวผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในต่อไปเรื่อยๆ เนื่องจากไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อได้

4. การเบิกจ่ายค่าชดเชยจากกองทุนทดแทน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ เป็นสิทธิที่โรงพยาบาลทุกประเภทมีความเห็นตรงกันว่าไม่มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายและเป็นสิทธิที่ทางโรงพยาบาลจะพิจารณาเลือกใช้เพื่อการเบิกจ่ายเป็นสิทธิแรกในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การใช้สิทธิจากกองทุนนี้ได้ ซึ่งไม่แตกต่างจากเดิม แต่มีปัญหาเรื่องขั้นตอนในการยื่นเรื่องซึ่งไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม คือยังคงต้องไปลงบันทึกประจำวันในพื้นที่ที่เกิดเหตุก่อนแล้วนำเอกสารมายื่นขอเงินเรื่องเบิกจ่ายได้ ซึ่งต้องเตรียมหลักฐานเอกสารเกี่ยวกับผู้ป่วยและเจ้าของรถยนต์มาให้ครบถ้วนอีกด้วย ซึ่งโดยรวมแล้วค่อนข้างยุ่งยากและซับซ้อน อีกทั้งผู้ป่วยก็ยังคงสำรองจ่ายไปก่อนแล้วนำไปเสริมมาเบิกคืนในภายหลังเหมือนเดิม

5. การใช้สิทธิฉุกเฉินในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก และการนำอัตราการจ่ายตามเกณฑ์ของกองทุนประกันสังคมมาใช้

โรงพยาบาลทุกประเภทมีความเห็นตรงกันในการนำระบบกรณีฉุกเฉินของกองทุนประกันสังคมมาปรับใช้ คือ เปิดสิทธิให้ใน 72 ชั่วโมงมาปรับใช้กับการปฏิบัติภายใต้นโยบายนี้ให้เป็นแบบเดียวกันทั้งหมด ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้โรงพยาบาลเอกชนทั้งแบบมีหรือไม่มีเครือข่ายมีความเห็นเพิ่มเติมว่าตัวเลข 72 ชั่วโมง นอกจากจะนำมาใช้ตัดระยะเวลาในการให้สิทธิฉุกเฉินแล้วยังเป็นตัวเลขที่จะนำมาปรับใช้เป็นจุดตัดของเวลาที่ประเมินผู้ป่วยว่าพ้นระยะวิกฤตและอยู่ในสภาวะที่สามารถประสานงานส่งตัวไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดได้แล้วอีกด้วย

สำหรับโรงพยาบาลเอกชนแบบมีเครือข่ายมีความคิดเห็นว่าอัตราการเบิกจ่าย 10,500 บาทต่อ adjRW ยังเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างต่ำเกินไปไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานจริงในการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงเสนอให้พิจารณานำอัตราการเบิกจ่ายของกองทุนประกันสังคมมาใช้คือ 15,000 บาทต่อ adjRW นอกจากนี้ในอีกแง่มุมหนึ่งที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ คือการให้ประชาชนทุกคนมีโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนเป็นต้นสังกัด โดยเฉพาะคนที่มีความสิทธิการรักษากองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งแต่เดิมไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่พบปัญหาในการประสานงานส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาล ซึ่งมีปัญหาเตียงเต็มเรื้อรังโดยเฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การระบุโรงพยาบาลต้นสังกัดให้ผู้ป่วยที่เป็นสิทธิ

กองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอาจจะมาช่วยแก้ไขปัญหการประสานหาเตียงให้ผู้ป่วยที่จะส่งตัวไปรักษาต่อจากโรงพยาบาลเอกชนได้

6. กลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการถูกเรียกเก็บมากกว่าสิทธิอื่นๆ

ที่โรงพยาบาลรัฐบาล การปฏิบัติต่อผู้ป่วยกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่มีความแตกต่างจากเดิมในการเรียกเก็บค่ารักษายาบาล แต่ที่มีความแตกต่างจากเดิม คือที่โรงพยาบาลเอกชน ทั้งแบบที่ไม่มีเครือข่ายและแบบที่มีเครือข่ายคือจะเรียกเก็บหรือให้สำรองจ่ายทั้งหมดไปก่อน และจะเจรจาก่อนในเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิ EMCO ว่าไม่สามารถยืนยันได้ว่าจะสามารถใช้สิทธิได้หรือไม่ จะเบิกค่าใช้จ่ายคืนได้และได้ทั้งหมดหรือไม่ แต่จะดำเนินการส่งข้อมูลตั้งเบิกไปก่อนถ้าไม่ได้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด แต่ถ้าเบิกคืนได้จะนำมาคืนให้ในส่วนที่เบิกคืนได้ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยอมรับได้ นอกจากนี้ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่มีเครือข่ายจะมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเรื่องการประสานงานส่งตัวไปโรงพยาบาลรัฐบาลในกรณีที่ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิ EMCO เลย์ตั้งแต่ต้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในภายหลัง

7. การร่วมจ่าย (co-pay) ของผู้ป่วยเนื่องจากศรัทธาในบริการ

ในโรงพยาบาลเอกชนทั้งแบบที่ไม่มีเครือข่ายและมีเครือข่ายจะมีการร่วมจ่าย (Co-pay) ของผู้ป่วยเนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยหรือญาติของผู้ป่วยเป็นผู้เลือกที่จะมารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ศรัทธาในมาตรฐานการให้การรักษาและบริการที่ได้รับ เมื่อมีการเจรจาเบื้องต้นเรื่องการสำรองจ่ายและอาจเบิกคืนได้บางส่วนจาก EMCO หรืออาจไม่ได้รับอนุมัติซึ่งอาจจะต้องจ่ายค่ารักษายาบาลเองทั้งหมดผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่ยอมรับได้และมักไม่ต้องการให้ส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาล ส่วนใหญ่ยินดีจ่ายค่ารักษายาบาลต่อเอง ในโรงพยาบาลเอกชนแบบที่มีเครือข่ายอาจพบมีกรณีที่เจ้าหน้าที่ประกันชีวิตแนะนำให้ผู้ป่วยที่เลือกใช้สิทธิประกันชีวิตในตอนแรกแล้วเปลี่ยนใจมาขอใช้ EMCO ภายหลังจากได้รับการรับตัวไว้รักษาแบบผู้ป่วยในแล้ว ซึ่งเป็นกรณีที่ค่อนข้างมีปัญหาโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินชัดเจนในตอนแรก

8. การนำส่งผู้ป่วยผ่านระบบ 1646 หรือ 1669

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาเองไม่ผ่านระบบ 1669 เนื่องจากส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับบริการนำส่งโรงพยาบาล แต่มีข้อยกเว้นที่จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมได้มากแล้ว ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มาโรงพยาบาลรัฐบาลผ่านระบบ 1669 โดยที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินมีความสมเหตุสมผล ส่วนผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเอกชนผ่านระบบ 1669 ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุแต่ถ้าผู้ป่วยสามารถเลือกได้มักจะเลือกมาโรงพยาบาลเอกชนเนื่องจากกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่วนผู้ป่วยที่ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแบบมีเครือข่าย ส่วนใหญ่ไม่ใช้ระบบ 1669 ในการนำส่งผู้ป่วยแต่จะโทรศัพท์แจ้งขอรถพยาบาลโดยตรงที่โรงพยาบาลเลย

9. การนำส่งผู้ป่วยของกู้ชีพ

ไม่มีความแตกต่างจากเดิมไม่ได้รับการแจ้งเกี่ยวกับนโยบายและการเปลี่ยนแปลงแนวทางปฏิบัติ เนื่องจากการปฏิบัติงานส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ตั้งแต่เดิม นโยบายนี้จึงไม่ได้ส่งผลแตกต่างต่อการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพมากเท่าไร เช่นเดียวกับในศูนย์สั่งการ คือมีเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินระดับสีแดงและสีเหลืองใช้อยู่แล้วแต่เดิม รวมทั้งระบบการปรึกษาแพทย์ในกรณีที่ไม่มีแพทย์ในการให้ระดับการคัดกรองผู้ป่วยบางรายซึ่งในทางปฏิบัติไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมหลังจากเริ่มใช้นโยบายนี้

10. ความขัดแย้งเกี่ยวกับบริการนำส่งโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นระหว่างองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ

ในภาพรวม พบว่าเริ่มมีการแบ่งเขตความรับผิดชอบของมูลนิธิชัดเจนมากขึ้น แต่ยังคงมีบางมูลนิธิที่ยังไม่ยอมเข้าร่วมกับส่วนกลางทำให้ควบคุมมาตรฐาน First responder ได้ไม่ทั่วถึง และยังพบความขัดแย้งระหว่างเจ้าหน้าที่มูลนิธิในการแย่งผู้ป่วยอยู่บ้าง นอกจากนี้ยังมีเรื่องของผลประโยชน์และการเมืองท้องถิ่นมาแอบแฝงอยู่ด้วยในบางพื้นที่ เช่น ได้คำตอบแทนจากโรงพยาบาลเอกชนเมื่อมูลนิธินำผู้ป่วยไปส่ง หรือนักการเมืองท้องถิ่นมีผลประโยชน์ร่วมในกิจการของมูลนิธิ เป็นต้น

มูลนิธิต่างๆ กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อขัดแย้งอยู่บ้าง โดยฝ่ายมูลนิธิกล่าวหาว่าองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นกีดกันจากการฝึกอบรมบุคลากรซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการ ทางองค์กรเอกชนและมูลนิธิยังต้องเสียค่าสมัครเพื่อเข้าอบรมความรู้เองเวลาที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมาจัดอบรมเพิ่มพูนความรู้ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เท่าเทียมกับบุคลากรขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งไม่ต้องเสียค่าสมัครในแง่ของการกระจายความรู้และทำให้มาตรฐานของบุคลากรแตกต่างกัน

6.2 สรุปผลกระทบของนโยบายต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในภาพรวมนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกโรคทั่วถึงทุกคน” ที่ได้เริ่มใช้ไปเมื่อ 1 เมษายน 2555 การสัมภาษณ์ผู้ให้บริการปรากฏว่า นโยบายไม่ได้ส่งผลต่อมาตรฐานการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลต่างๆ ชัดเจน การเลือกแหล่งการเบิกจ่ายผ่านกองทุนต่างๆ โดยภาพรวมยังคงเหมือนเดิม โดยสิทธิการรักษาที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ทุกประเภทจะเลือกพิจารณาเป็นอันดับแรก คือกองทุนชดเชยผู้ประสบภัยจากรถในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สามารถใช้สิทธิการรักษานี้ได้แต่การดำเนินการเบิกจ่ายผ่านกองทุนนี้ยังคงมีความยุ่งยากซับซ้อนเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

ระบบการประเมินความรุนแรงโดยโรงพยาบาลแต่ละแห่งยังมีความแตกต่างกัน อีกทั้งความเข้าใจต่อภาวะฉุกเฉินของประชาชนและผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ไม่ตรงกัน ดังนั้นที่หน่วยงานยังคงพบปัญหาที่สำคัญในการยอมรับการประเมินภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นระดับสีเหลืองซึ่งเกณฑ์การคัดกรองยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งในบางครั้งเกิดการร้องเรียนและทำให้ต้องดำเนินการหรืออนุมัติทั้งที่ไม่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินจริงเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา การปรับเกณฑ์สีเหลืองให้มีความชัดเจน

และเข้าใจตรงกันกับประชาชน ร่วมกับระบบการคุ้มครองเวชระเบียนเพื่อความโปร่งใสและควบคุมการอนุมัติจ่ายในรายที่เหมาะสมอาจจะมาช่วยลดปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเสนอว่า ควรพิจารณานำเกณฑ์การตัดสินใจย้ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดที่ขึ้นทะเบียนไว้โดยกำหนดระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ดังที่ปฏิบัติภายใต้ระบบประกันสังคมมาใช้เพื่อลดโอกาสขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าควรมีเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตให้ชัดเจนมาใช้ควบคู่กันด้วยเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลเอกชนยังพบปัญหาในการประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาลเนื่องจากปัญหาเตียงเต็ม ซึ่งการให้ผู้ป่วยสิทธิกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลต้นสังกัด ตามแบบของกองทุนประกันสังคมอาจจะช่วยลดปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้

กรณีร่วมจ่าย รายงานนี้พบว่าผู้ป่วยในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีจำนวนสัดส่วนมากที่สุดที่ถูกเรียกเก็บส่วนเกิน โดยจำนวนไม่น้อยเกิดจากความคร่ำครึในมาตรฐานการรักษาและความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่เลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเอง

ในส่วนของระบบการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669 และมูลนิธิต่างๆ ไม่พบความเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลกระทบจากนโยบายนี้ชัดเจนและปัญหาที่เกิดขึ้นยังคงมีอยู่ เช่น ความขัดแย้งระหว่างมูลนิธิกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ และการจัดสรรโควต้าฝึกอบรมเสริมทักษะ ยังพบว่า การรับรู้ของประชาชนต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ทั่วถึงเหมือนเดิม

6.3 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”

การสัมภาษณ์ผู้ป่วย 128 ราย ที่เข้ารับการรักษาระหว่างเมษายนถึงกรกฎาคม 2555 แบ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 55 ราย กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 50 ราย และกองทุนประกันสังคม 18 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันในกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคม แต่เพศชายมีสัดส่วนมากกว่าในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 58 เมื่อเทียบกับเพศหญิงร้อยละ 42 (ดังตารางที่ 3.1)

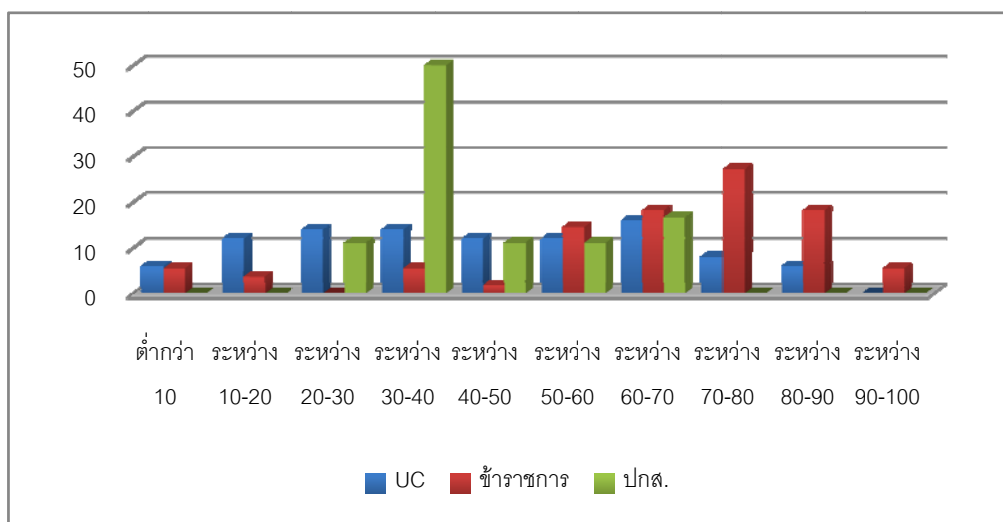
ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามเพศ

เพศ	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	28	50.9	29	58	9	50
หญิง	27	49.1	21	42	9	50
รวม	55	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

กลุ่มอายุของผู้ป่วยฉุกเฉินในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ในกลุ่มอายุ 70-80 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 27.3 ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอยู่ในกลุ่มอายุ 60-70 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16 และในกลุ่มกองทุนประกันสังคมอยู่ในกลุ่มอายุ 30-40 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ดังแสดงในรูปที่ 3.8

รูปที่ 3.8 จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอายุ



*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 128 คน

ระดับการศึกษาของผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้สิทธิกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 45.7 ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษาเช่นเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 57.8 ส่วนในกองทุนประกันสังคม ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 52.9 ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	21	45.7	26	57.8	2	11.8
มัธยมศึกษาหรือปวช.	14	30.4	13	28.9	6	35.3
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	5	10.9	6	13.3	9	52.9
สูงกว่าปริญญาตรี	4	8.7	0	0	0	0
อื่นๆ	2	4.3	0	0	0	0
รวม	46	100	45	100	17	100
*ไม่มีข้อมูล	9 (16.4%)		5 (10.0%)		1 (5.6%)	

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 108 คน

รายได้ของผู้ป่วยฉุกเฉินในกลุ่มที่ใช้สิทธิกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีรายได้คิดเป็นสัดส่วนมากถึงร้อยละ 47 ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มียาได้เช่นเดียวกันคิดเป็นร้อยละ 55.1 ส่วนในกลุ่มกองทุนประกันสังคมผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่มีรายได้ 10,001-30,000 บาทต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 3.3 ส่วนอาชีพของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพแล้วอยู่กับ้าน ส่วนในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามรายได้

รายได้ (บาทต่อเดือน)	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีรายได้	24	47.1	27	55.1	1	5.6
น้อยกว่า 10,000	6	11.8	16	32.7	3	17.6
10,001 ถึง 30,000	18	35.3	5	10.2	12	70.6
30,001 ถึง 50,000	1	2	1	2	1	5.6
50,001 ถึง 100,000	0	0	0	0	0	0
มากกว่า 100,000	2	3.9	0	0	0	0
รวม	51	100	49	100	17	100
*ไม่มีข้อมูล	4 (7.3%)		1 (2.0%)		1 (5.6%)	

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 117 คน

ตารางที่ 3.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอาชีพ

อาชีพ	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	1	1.8	15	30	14	77.8
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	21.8	0	0	1	5.6
ธุรกิจส่วนตัว	2	3.6	7	14	0	0
นักเรียน/นักศึกษา	1	3.6	5	10	0	0
อยู่บ้าน	33	60	5	10	3	16.7
เกษตรกร	2	3.6	3	6	0	0
ก่อนวัยเรียน	4	7.3	2	4	0	0
รวม	55	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

ผู้ป่วยฉุกเฉินในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมส่วนใหญ่ทราบสิทธิการรักษาของตนเอง ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่ไม่เคยทราบสิทธิการรักษาของตนเองมาก่อน ดังแสดงในตารางที่ 3.5

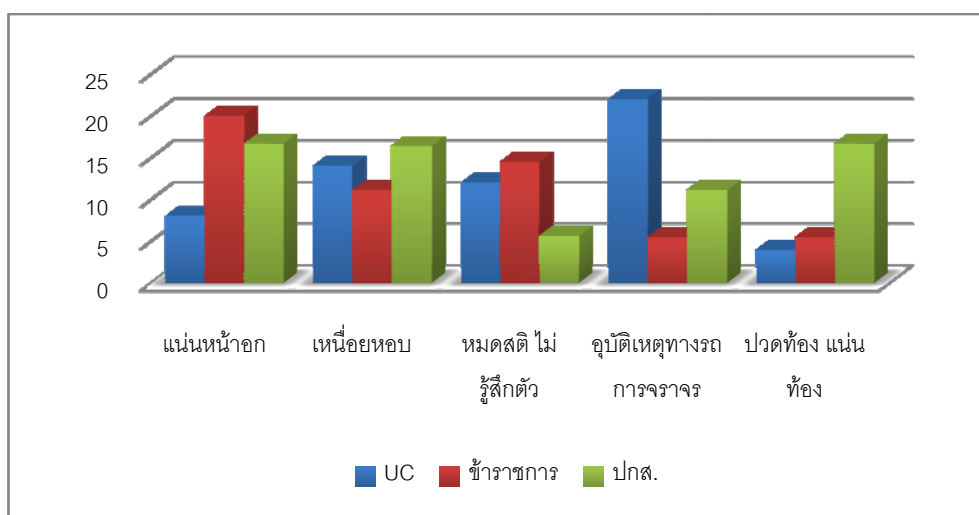
ตารางที่ 3.5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบสิทธิการรักษาของตนเอง

ทราบสิทธิ ก่อนมาโรงพยาบาล	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	8	14.8	18	36	0	0
ทราบ	46	85.2	32	64	18	100
รวม	54	100	50	100	18	100
*ไม่มีข้อมูล	1 (1.8%)		0		0	

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 122 คน

อาการสำคัญของผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบมากที่สุด 5 ลำดับ ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก อาการเหนื่อยหอบ หมดสติไม่รู้สึกตัว ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร และอาการปวดท้อง ซึ่งมีสัดส่วนแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม ดังแสดงในรูปที่ 3.9

รูปที่ 3.9 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามอาการนำที่มาโรงพยาบาล



*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

6.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

การสัมภาษณ์ตัวอย่างทางโทรศัพท์ จากจำนวนตัวอย่างที่ดำเนินการได้สำเร็จ จำนวน 128 ราย ดังกล่าวข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ประกอบด้วย ความใกล้ชิดของโรงพยาบาลกับจุดเกิดเหตุ การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลของผู้ป่วย การถูกถามสิทธิก่อนรับการรักษาและการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มทราบโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุ โดยมีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 85.5) ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการทราบร้อยละ 80 ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 100 ในกลุ่มกองทุนประกันสังคม ผู้ป่วยทุกสิทธิส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลที่ทราบว่าอยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด (กลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ร้อยละ 78.7 กลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 87.5 และกลุ่มกองทุนประกันสังคมร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 3.6 และ 3.7

ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ

ทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	47	85.5	40	80	18	100
ไม่ทราบ	8	14.5	10	20	0	0

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

ตารางที่ 3.7 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการไปใช้บริการโรงพยาบาลที่ทราบว่าใกล้จุดเกิดเหตุ

ท่านไปใช้บริการโรงพยาบาล ที่ทราบว่าใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไป	37	78.7	35	87.5	18	100
ไม่ไป	10	21.3	12.5	20	0	0

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 105 คน

เหตุผลผู้ป่วยเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่เลือกไปเพราะอยู่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ รองลงมาคือมั่นใจในคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกด้าน และถัดไปคือได้รับการรักษาเร็วไม่ต้องรอคอยนานดังแสดงในตารางที่ 3.8

ตารางที่ 3.8 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามเหตุผลในการเลือกโรงพยาบาลที่ไปใช้บริการ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

สาเหตุที่เลือกโรงพยาบาลที่มารักษา	สิทธิการรักษา		
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	ประกันสังคม
ใกล้ที่สุด	76.4	80	33.3
มั่นใจคุณภาพการรักษา มีแพทย์เฉพาะทางครบ	25.5	20	16.7
ได้รับการรวดเร็ว ไม่ต้องรอ	20	14	0
คาดหวังขอใช้สิทธิฉุกเฉิน	3.6	4	0
อื่นๆ (รักษาประจำ, รพ.รัฐไม่รับตัวเป็นผู้ป่วยใน)	9.1	16	33.3

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

จากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน” มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการโดยไม่ต้องถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่าย มีระบบจ่ายกลางรองรับ⁽⁹⁾ ผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนใหญ่ไม่ถูกถามสิทธิก่อนได้รับการรักษา ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้ป่วยถูกถามสิทธิร้อยละ 54 และในกลุ่มกองทุนประกันสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกถามสิทธิก่อนได้รับการรักษา ร้อยละ 83.3 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.9

ตารางที่ 3.9 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการถูกถามสิทธิของผู้ป่วย

ท่านถูกถามสิทธิ ก่อนได้รับการรักษา	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	18	34	23	46	15	83.3
ไม่ใช่	35	63.6	27	54	3	16.7
รวม	53	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 121 คน

นอกจากนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ส่วนใหญ่ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ก่อนถึงร้อยละ 85.5 ในขณะที่ผู้ป่วยในอีกสองกลุ่มที่เหลือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ก่อนดังแสดงในตารางที่ 3.10

ตารางที่ 3.10 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการสำรองค่าใช้จ่ายก่อน

ท่านต้องสำรอง จ่ายก่อน	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	47	85.5	29	58.0	7	38.9
ไม่ใช่	8	14.5	21	42.0	11	61.1
รวม	55	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

6.5 ลักษณะการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ในหัวข้อที่ศึกษาเกี่ยวกับการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยจะสอบถามผู้ป่วยในประเด็นเหล่านี้ ได้แก่ การทราบเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 หรือ 1646 และการมาโรงพยาบาลในการเจ็บป่วยครั้งนี้ได้ใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ทราบเกี่ยวกับบริการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669/1646 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.11 และในการเจ็บป่วยฉุกเฉินครั้งนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางไปโรงพยาบาลเอง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.12

ตารางที่ 3.11 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทราบบริการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669 และ 1646 แบ่งตามสิทธิการรักษา

ทราบบริการนำส่ง รพ. 1669 และ 1646	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	11	20	6	12	8	44.4
ไม่ทราบ	44	80	44	88	10	55.6
รวม	55	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

ตารางที่ 3.12 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละสิทธิการรักษา แบ่งตามการเดินทางมาโรงพยาบาล ในการเจ็บป่วยครั้งนี้

การมาโรงพยาบาล	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มาเอง	46	83.6	28	56	14	77.8
มูลนิธินำส่ง	2	3.6	12	24	4	22.2
ผ่านระบบ 1669 หรือ 1646	1	1.8	8	8	0	0
โทรขอรถพยาบาลของ โรงพยาบาลโดยตรง	6	10.9	6	12	0	0

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 111 คน

6.6 ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน

รายงานนี้พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่โดยเฉพาะกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต้องสำรองค่าใช้จ่ายไปก่อน หัวข้อถัดมาที่ต้องศึกษาต่อ คือภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยจะประเมินประเด็นต่างๆ อันประกอบด้วย จำนวนเงินที่ต้องสำรองจ่ายไปก่อน สามารถเบิกเงินที่สำรองจ่ายไปคืนได้หรือไม่ ส่วนต่างของเงินที่เบิกคืนไม่ได้และผู้ป่วยที่ยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายถึงแม้จะถูกส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิ

ผลการศึกษาพบว่า ค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่ผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายของผู้ป่วยกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการคือ 20,000 บาท ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3,000 บาท และในกลุ่มกองทุนประกันสังคม 0 บาท

มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถเบิกเงินที่สำรองจ่ายคืนได้ โดยในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีผู้ป่วยที่ได้รับเงินสำรองจ่ายคืนร้อยละ 55 กลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 27.5 และในกลุ่มกองทุนประกันสังคมร้อยละ 14.2 สำหรับค่าเฉลี่ยของส่วนต่างของจำนวนเงินที่เบิกคืนไม่ได้ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเป็นจำนวนเงิน 29,523 บาท (SD 1.84) กลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 23, 435 บาท (SD2.42) และกลุ่มกองทุนประกันสังคม 10,883 บาท (SD7.15)

จำนวนเงินของผู้ป่วยที่ยอมไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลรัฐบาล แต่ยังมีภาระค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นอยู่ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการซึ่งมีผู้ป่วยถูกส่งไปรักษาต่อหลังพ้นภาวะวิกฤตร้อยละ 7.3 และยังมีภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงินเฉลี่ย 3,354 บาท (SD 2.28) ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ถูกส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิร้อยละ 20.8 ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนเงินเฉลี่ย 3,418 บาท (SD 1.42) และในกลุ่มสุดท้าย คือ กองทุนประกันสังคมมีผู้ป่วยร้อยละ 5.6 ที่ถูกส่งตัวและมีภาระค่าจ่ายเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 0 บาท

6.7 การรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยต่อนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

จุดประสงค์ของการศึกษาในหัวข้อนี้ คือประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยต่อนโยบายนี้โดยประเมินจากการทราบเกี่ยวกับนโยบาย ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อ “ภาวะฉุกเฉิน” การทราบและการยอมรับต่อการถูกส่งตัวไปรักษาต่อตามสิทธิหลังพ้นจากภาวะวิกฤตและการทราบว่ามีหลายเลขสำหรับร้องเรียนในกรณีที่เกิดปัญหา

ผู้ป่วยฉุกเฉินในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” แต่ในกลุ่มกองทุนประกันสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบเกี่ยวกับนโยบายดังกล่าว ดังแสดงในตารางที่ 3.13

ตารางที่ 3.13 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินแบ่งตามการทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ในความหมายว่าไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาล

ท่านทราบนโยบายฉุกเฉิน 3 กองทุน	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	13	27.1	15	30	12	66.7
ไม่ทราบ	35	72.9	35	70	6	33.3
รวม	48	100	50	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 116 คน

ความเข้าใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่ต่อ “ภาวะฉุกเฉิน” คือภาวะซึ่งขึ้นเกิดเฉียบพลันทันทีมากที่สุดในการป่วยทุกกลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 3.14

ตารางที่ 3.14 ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” แบ่งตามความเข้าใจต่อ “ภาวะฉุกเฉิน” ของผู้ป่วย

ภาวะฉุกเฉินในความเข้าใจของท่าน	สิทธิการรักษา		
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ	ประกันสังคม
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ภาวะที่เกิดเฉียบพลันทันที	72.7	58	61.1
คุกคามเป็นอันตรายถึงชีวิต	18.2	34.7	27.8
ต้องรักษาอย่างรวดเร็ว แรงด่วน	36.4	40	11.1
อุบัติเหตุ	12.7	28	55.6

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 123 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมทราบว่า จะต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่เป็นสิทธิต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลรัฐบาล ในขณะที่ผู้ป่วยในกลุ่ม กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทราบว่าต้องถูกส่งตัวไปร้อยละ 50 ดังแสดงในตารางที่ 3.15 แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่ยอมรับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลรัฐบาล ในขณะที่ผู้ป่วยในกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติและกองทุนประกันสังคมส่วนใหญ่ยอมรับได้ ดังแสดงใน ตารางที่ 3.16

ตารางที่ 3.15 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบเกี่ยวกับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลต้นสังกัด

ท่านทราบมาก่อนว่า ถ้าพ้นระยะวิกฤตจะถูกส่งตัว ไปตามสิทธิต้นสังกัด	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	37	67.3	25	50	17	100
ไม่ใช่	18	32.7	25	50	0	0
รวม	55	100	50	100	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 122 คน

ตารางที่ 3.16 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการยอมรับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ต้นสังกัด

ท่านยอมรับได้หากต้องถูก ส่งตัวไปตามสิทธิต้นสังกัด	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	18	33.3	41	83.7	13	76.5
ไม่ใช่	36	66.7	8	16.3	4	23.5
รวม	54	100	49	100	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 120 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ของทุกกลุ่ม ไม่ทราบว่า มีช่องทางหมายเลขโทรศัพท์สำหรับการร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา ในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน ดังแสดงในตารางที่ 3.17

ตารางที่ 3.17 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบว่ามีความหมายเลขโทรศัพท์เพื่อร้องเรียน กรณีที่มีปัญหา

ท่านทราบว่ามีความหมายเลข สำหรับร้องเรียน	สิทธิการรักษา					
	สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ		หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ		ประกันสังคม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	0	0	4	8.7	1	5.6
ทราบและระบุหมายเลขได้ถูก	0	0	2	4.3	1	5.6
ไม่ทราบ	54	98.2	44	91.7	17	94.4
รวม	54	100	48	100	18	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 120 คน

6.8 สรุป การเข้าถึงบริการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ทราบสิทธิการรักษาของตนเองก่อนมารักษาที่โรงพยาบาล อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาลที่พบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก อาการหอบเหนื่อย อาการหมดสติ อาการปวดท้องและอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทราบโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดที่เกิดเหตุมากที่สุด และในกลุ่มที่ทราบจะเลือกเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเป็นส่วนใหญ่ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่มีผลต่อการเลือกโรงพยาบาลของผู้ป่วย ได้แก่ มั่นใจในมาตรฐานและคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทางครบ และรองลงมาคือได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอนาน

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่ถูกถามสิทธิก่อนได้รับการรักษาในกลุ่มประกันสังคม และส่วนน้อยในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมากถึงร้อยละ 85.5 โดยค่ามัธยฐานของจำนวนเงินที่สำรองจ่ายประมาณ 20,000 บาท และผู้ป่วยร้อยละ 58 ในกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังต้องสำรองค่าใช้จ่ายก่อน ข้อค้นพบสองประการนี้บ่งชี้ว่าเป้าประสงค์ของนโยบายในสองประเด็นนี้ยังไม่บรรลุเท่าที่ควร

ที่น่ากังวลยิ่งกว่าคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เดินทางมาโรงพยาบาลเองและไม่ทราบเกี่ยวกับบริการ 1669 และ 1646

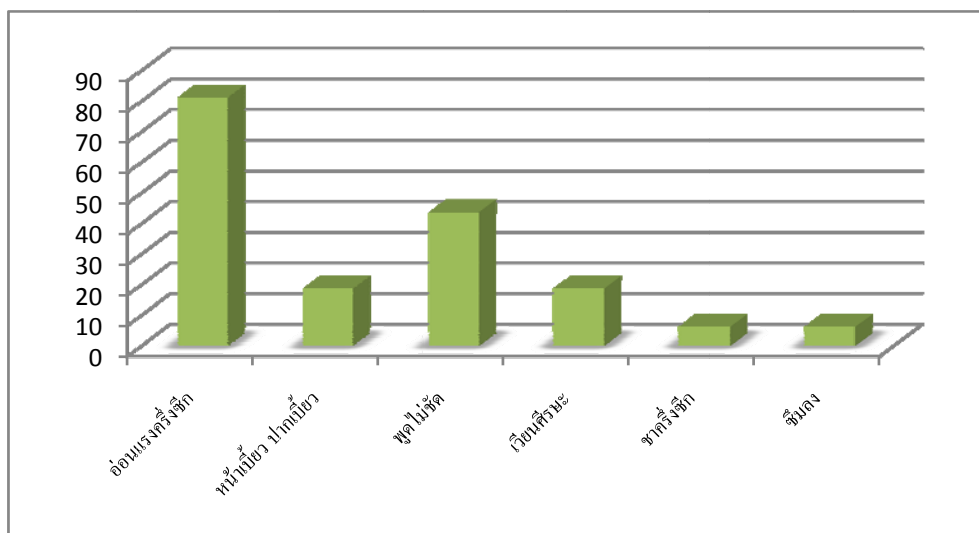
สำหรับการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้ และไม่ยอมรับการถูกส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลตามสิทธิต้นสังกัดหรือโรงพยาบาลรัฐบาล และไม่ทราบว่ามีความหมายเลขโทรศัพท์สำหรับร้องเรียนในกรณีที่เกิดปัญหาในการเข้ารับบริการภายใต้ นโยบายนี้ ซึ่งทั้งหมดนำไปสู่ข้อเสนอแนะให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับนโยบายอย่างทั่วถึง

7. การประเมินคุณภาพบริการของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (Thrombotic stroke) และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI)

ปริมาณข้อมูลที่นำมาใช้ประเมินได้จากการทบทวนเวชระเบียน มีเพียงร้อยละ 10 ของทั้งหมดในฐานข้อมูลเท่าที่ได้พบ ผู้ป่วยทั้งหมด 17 ราย (รายละเอียดเพิ่มเติม ปรากฏในภาคผนวกที่ 3)

อาการนำที่มารักษาโรงพยาบาลส่วนใหญ่มาด้วยอาการอ่อนแรงครึ่งซีก และรองลงมาคือพูดไม่ชัด ดังแสดงในแผนภูมิที่ 3 การตรวจรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตันโดยรวมเหมาะสมดีแต่การแปลผลต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวังเนื่องจากจำนวนตัวอย่างน้อยมาก และรายละเอียดอื่นๆ เกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูลที่ได้จากเวชระเบียนยังมีข้อจำกัด ซึ่งจะกล่าวถึงโดยละเอียดต่อไปในหัวข้อข้อค้นพบจากการทบทวนเวชระเบียน

รูปที่ 3.10 ร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามอาการนำ



*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

สำหรับภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ข้อมูลที่ได้จากการประเมินได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 15 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44) มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังอาการเริ่มขึ้น การแก้ไขภาวะขาดเลือดค่อนข้างเหมาะสมเป็นส่วนใหญ่ แต่ในการรักษาหลังจากนี้ มีสัดส่วนที่เหมาะสมน้อยลง (รายละเอียดในภาคผนวกที่ 4)

8. บทสรุป

เมื่อพิจารณาข้อค้นพบทั้งหมด เทียบกับวัตถุประสงค์ได้ข้อสรุปดังนี้

1. เหตุผลผู้ป่วยเลือกใช้บริการโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉิน พบว่าส่วนใหญ่เลือกไปเพราะอยู่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ รองลงมาคือมั่นใจในคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาล มีแพทย์เฉพาะทางครบทุกด้าน และถัดไปคือได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอยนาน
2. รายงานนี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพได้ เนื่องจากข้อจำกัดอย่างมากของเวชระเบียนที่ขาดรายละเอียดเพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
3. ไม่พบหลักฐานว่านโยบายนี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน แต่พบหลักฐานว่ามีความเข้าใจต่างกันระหว่างผู้ป่วยและโรงพยาบาลเอกชนเกี่ยวกับเกณฑ์เข้าข่ายใช้สิทธิได้ตามนโยบายนี้ และเกณฑ์ตัดสินว่าพันวิฤตเพื่อนำไปสู่การส่งต่อเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถหรือไม่ประสงค์จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามระบบปกติของโรงพยาบาลเอกชนหลังจากแพทย์โรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าพันวิฤตแล้ว
4. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มาโรงพยาบาลด้วยตนเอง แทนที่จะใช้บริการ 1669 หรือ 1646
5. ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังต้องสำรองจ่ายค่าบริการ โดยพบมากที่สุดในกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 85)
6. ผู้ป่วยส่วนมาก (ร้อยละ 70) ในกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่รับรู้สิทธิที่จะไปใช้บริการได้ทุกที่โดยไม่ต้องสำรองจ่าย ตรงกันข้ามกับกลุ่มประกันสังคมที่ร้อยละ 67 รับทราบ ในขณะที่ร้อยละ 50, 67 และ 100 ของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคมตามลำดับ ทราบว่าจะถูกส่งตัวกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดเมื่อพ้นระยะวิฤต กระนั้นก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเพียงส่วนน้อยที่ยอมรับเงื่อนไขนี้ (ร้อยละ 33) ประการสุดท้าย ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์เพื่อร้องเรียนกรณีมีปัญหาการใช้บริการ

9. ข้อจำกัดของรายงานนี้

1. จำนวนตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ไม่เพียงพอที่จะรองรับความแม่นยำในการคาดประมาณตัวเลขต่างๆ ของผู้ป่วยแต่ละสิทธิประโยชน์ และไม่ทราบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ร่วมมือและกลุ่มที่ไม่ร่วมมือหรือติดต่อไม่ได้ จึงไม่สามารถระบุทิศทางความคลาดเคลื่อนหรืออคติของข้อค้นพบได้ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยในแต่ละสิทธิ พบว่าการกระจายของค่าตัวแปรไม่ได้แตกต่างจากที่ทราบกันทั่วไป เช่น กลุ่มผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีอายุมากกว่ากลุ่มอื่น รายได้สูงกว่ากลุ่มอื่น การศึกษามากกว่ากลุ่มอื่น เป็นต้น
2. จำนวนเวชระเบียนและความสมบูรณ์ของข้อมูลทางคลินิกจำกัดมากเกินไปที่จะสะท้อนภาพตัวแทนของมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด

10. ข้อเสนอแนะ

ด้านคุณภาพบริการและการเข้าถึง

1. ควรสุ่มตรวจเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบมาตรฐานการรักษาตามเกณฑ์วิชาชีพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นครบถ้วนแก่การพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ควรปรับปรุงระบบการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งหมด ตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษาหรือเสียชีวิต

2. เพื่อคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการโดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า ควรประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ ให้รู้ทั่วกันมากขึ้น 1330 โดยเฉพาะกลุ่มหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

3. ควรวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการออกแบบบริการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อความต้องการที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินต่างประเภทกัน

ด้านการชดเชยค่ารักษายาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน

1. ควรมีการปรับเกณฑ์จำแนกภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะระดับสีเหลืองให้ชัดเจน และใช้ได้เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกโรงพยาบาล โดยเป็นที่ยอมรับของกองทุนและโรงพยาบาลเอกชน

2. ควรใช้เกณฑ์ประเมินการฟื้นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นอันดับแรกเมื่อจะมีการส่งต่อ และให้เป็นที่ยอมรับของกองทุน และโรงพยาบาลเอกชน

ภาคผนวกที่ 1

รายละเอียดวิธีการในการคำนวณจำนวนตัวอย่างเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ

สูตรคำนวณจำนวนตัวอย่าง

$$n = [z^2 \cdot p \cdot (1-p)] / c^2 \text{ with correction for finite population}$$

$$Z = 1.96$$

$$P = \text{Proportion ของผู้ป่วยที่พึงพอใจต่อบริการ} = 70\%$$

$$C = \text{Acceptable error ในการประมาณค่า } p \text{ ตั้งไว้ที่ไม่เกิน } 10\%$$

เมื่อแทนค่าสูตรได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 81 ราย และถ้าคำนึงถึงจำนวนประชากรเป้าหมาย 1,745 ราย (จำนวนคนไข้ทั้งหมดที่เคลมเข้ามาที่ EMCO เมื่อเดือนเมษายน 2555) จะได้จำนวนตัวอย่างรวม 77 ราย อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติคณะผู้วิจัยเชื่อว่า โอกาสไม่ได้รับร่วมมือหรือไม่สามารถติดต่อได้จริงตามหมายเลขโทรศัพท์ในฐานข้อมูล EMCO น่าจะประมาณร้อยละ 50 จึงได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างจากที่คำนวณได้ 81 ราย อีกร้อยละ 50 เป็น 124 ราย

จากจำนวนตัวอย่างที่คำนวณไว้ 124 ราย ถ้าจะกระจายตามสัดส่วนคนไข้ที่มีสิทธิของแต่ละกองทุน จะได้สัดส่วนจำนวนตัวอย่างตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสังคม ดังนี้ 62%, 28% และ 10% ตามลำดับ ในระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล ทีมวิจัยได้ขอค้นพบเพิ่มเติมจาก สปสช.ว่ามีปัญหาการร้องเรียนมากเป็นพิเศษในกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จึงได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างในกลุ่มนี้เป็น 120 ราย เท่ากับกลุ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้ได้ข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่มีปัญหามากขึ้น

ภาคผนวกที่ 2

แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ย้อนหลังทางโทรศัพท์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (ได้จากฐานข้อมูล datadict)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ _____ ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษาสูงสุด
☐ ต่ำกว่ามัธยมศึกษา
☐ มัธยมศึกษา หรือ ปวช.
☐ ปริญญาตรี หรือ ปวส./อนุปริญญา
☐ สูงกว่าปริญญาตรี
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
5. อาชีพ
☐ รับจ้าง
☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานของรัฐ
☐ ธุรกิจส่วนตัว
☐ นักเรียน/นักศึกษา ปวช./ปวส.
☐ นักศึกษามหาวิทยาลัย
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ บาทต่อเดือน
☐ ไม่มีรายได้
☐ น้อยกว่า 10,000
☐ 10,001 ถึง 30,000 บาท
☐ 30,001 ถึง 50,000 บาท
☐ 50,001 ถึง 70,000 บาท
☐ 70,001 ถึง 100,000 บาท
☐ มากกว่า 100,000 บาท
7. ภูมิลำเนาจังหวัด รหัสไปรษณีย์.....
8. ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด.....

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยผู้รับบริการภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”

ข้อมูลพื้นฐาน

1. ท่านทราบสิทธิการรักษาของตนเองก่อนมารับการรักษาครั้งนี้หรือไม่
☐ ไม่ทราบ
☐ ทราบ โปรดระบุ
☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โปรดระบุ
☐ ประกันสังคม โปรดระบุ
☐ เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ
2. สิทธิการรักษาที่แท้จริงที่ท่านทราบในครั้งนี้
☐ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โปรดระบุ
☐ ประกันสังคม โปรดระบุ
☐ เบิกราชการ/รัฐวิสาหกิจ
☐ สิทธิว่าง
3. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี
☐ มี โปรดระบุ
☐ เบาหวาน
☐ ความดันโลหิตสูง
☐ ระดับไขมันในเลือดสูง
☐ หลอดเลือดหัวใจ
☐ หลอดเลือดสมอง
☐ หอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง
☐ อื่นๆ โปรดระบุ
☐ ไม่เคยตรวจสุขภาพ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิ

1. อาการนำที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้
2. จุดเกิดเหตุอำเภอ จังหวัด
3. การมาโรงพยาบาล
☐ มาเอง
☐ มูลนิธินำส่ง
☐ มูลนิธิ หรือโรงพยาบาลนำส่งผ่านระบบ 1669
☐ โรงพยาบาลผ่านการโทรแจ้งโรงพยาบาลโดยตรง

4. ท่านทราบเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางหมายเลข 1669 หรือ 1646 (กรณีที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร) มาก่อนหรือไม่
☐ ทราบ
☐ ไม่ทราบ (ให้ข้ามไปที่ข้อ 6)
5. ท่านต้องการใช้บริการของการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
6. ท่านทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุดหรือไม่
☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ โปรดระบุ
7. ท่านเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษาเองหรือไม่
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ (ให้ข้ามไปทำข้อ 9)
8. จงระบุเหตุผลที่เลือกมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด
☐ มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา
☐ ได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอย
☐ ขอใช้สิทธิฉุกเฉินได้ง่าย
☐ ค่าใช้จ่ายไม่สูง
☐ อื่นๆ
9. เหตุผลที่ไม่เลือกไปโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ไม่มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา
☐ รอคอยนาน
☐ ไม่พอใจการให้บริการของบุคลากร
☐ กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย
☐ อื่นๆ.....
10. ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” หรือไม่
☐ ไม่ทราบ ☐ ทราบ
11. ภาวะฉุกเฉินในความเข้าใจของท่านคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ภาวะใดก็ตามที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ทันที
☐ ภาวะที่คุกคามชีวิต
☐ ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผลต่อชีวิตหรือพิการ
☐ อุบัติเหตุ
☐ ภาวะใดๆ ก็สามารถใช้ได้หมด
☐ อื่นๆ โปรดระบุ

12. ท่านคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาโดยไม่ถามสิทธิ ก่อนตัดสินใจมาโรงพยาบาลหรือไม่
☐ คาดหวัง ☐ ไม่คาดหวัง
13. ท่านถูกถามสิทธิก่อนได้รับการรักษาเบื้องต้นหรือไม่ เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
14. ท่านทราบมาก่อนว่าท่านจะได้รับการดูแลรักษากรณีฉุกเฉินแค่เบื้องต้นเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤตโดยไม่ถามสิทธิ
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
15. ท่านทราบมาก่อนเข้าโรงพยาบาลหรือไม่ว่าเมื่อพ้นจากภาวะฉุกเฉินท่านจะต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อดำเนินการรักษาต่อ หลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
16. ท่านยอมรับได้หากต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อรับการรักษาต่อหลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
17. ท่านต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าหรือไม่
☐ ใช่ เป็นจำนวน บาท
☐ ไม่ใช่ (ให้ข้ามไปทำข้อ 19)
18. ถ้าใช่ท่านสามารถเบิกเงินที่สำรองจ่ายไปก่อนนั้นคืนได้หรือไม่
☐ ใช่ เป็นจำนวน บาท
☐ ไม่ใช่
19. ท่านต้องรับภาระค่าใช้จ่ายหรือไม่ ก่อนพ้นกำหนดส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิ
☐ ใช่ เป็นจำนวน บาท
☐ ไม่ใช่
☐ เต็มใจจ่ายเนื่องจากไม่อยากย้ายโรงพยาบาล
20. ภาระค่าใช้จ่ายนั้น เหมาะสมเพียงใด
☐ เหมาะสม
☐ ไม่เหมาะสม
☐ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ
21. ท่านคิดว่ากระบวนการการขออนุมัติสิทธิไม่ซับซ้อน มีความสะดวกรวดเร็ว
☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
22. ท่านทราบหรือไม่ว่า มีหมายเลขโทรศัพท์ให้ร้องเรียนบริการ
☐ ทราบ ระบุ หมายเลข.....
☐ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ

ภาคผนวกที่ 3 รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการรักษาภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเป็นเพศหญิงในสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศชาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 50-60 ปี 60-70 ปี และ 70-80 ปี ดังแสดงในตารางที่ 3.18 และ 19

ตารางที่ 3.18 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	9	52.9
หญิง	8	47.1
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

ตารางที่ 3.19 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามอายุ

อายุ (ปี)	จำนวน	ร้อยละ
40-50	1	5.9
50-60	5	29.4
60-70	5	29.4
70-80	5	29.4
80-90	1	5.9
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม (Co-morbidity disease) และโรคร่วมที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 64.7 รองลงมาคือไขมันในเลือดสูงร้อยละ 47.1 เบาหวานร้อยละ 29.4 และหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation ร้อยละ 17.6 นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งหมดยังไม่เคยเป็นหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตกมาก่อน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยการเดินทางมาเองมากถึงร้อยละ 87.5 เรียกรถพยาบาลของโรงพยาบาลไปรับร้อยละ 12.5 แต่ไม่มีใครมาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงแรกหลังจากเริ่มมีอาการดังแสดงในตารางที่ 3.20

ตารางที่ 3.20 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามเพศ

ระยะเวลาที่เริ่มเป็นก่อนมา รพ. (ชั่วโมง)	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1	2	11.8
1 ถึง 2	3	17.6
2 ถึง 3	4	23.5
3 ถึง 4	0	0
4 ถึง 5	2	11.8
5 ถึง 6	1	5.9
ตั้งแต่ 6 ขึ้นไป	2	11.8
รวม	16	100
*ไม่มีข้อมูล	1 (5.9)	0

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 16 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นหลอดเลือดสมองตีบตันชนิด Cardioembolic ดังแสดงในตารางที่ 3.21

ตารางที่ 3.21 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามชนิดของโรค

วินิจฉัย	จำนวน	ร้อยละ
Cardioembolic	7	41.2
Large vessel atherosclerosis	4	23.5
Small vessel atherosclerosis	5	29.4
Others & undetermined	1	5.9
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

การประเมินคุณภาพการตรวจรักษาผู้ป่วยโดยอ้างอิงตามแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย⁽¹⁴⁾ จากการทบทวนเวชระเบียน พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดได้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นเบื้องต้นที่เหมาะสมและได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiography or ECG) ทุกราย

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการตรวจทางรังสีวิทยา โดยส่วนใหญ่รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (Computerized tomography or CT scan) และที่เหลือได้ส่งตรวจทั้งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองและการตรวจด้วยเครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้าสมอง (MRI) ดังแสดงในตารางที่ 3.22

ตารางที่ 3.22 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามการส่งตรวจทางรังสีวิทยาของสมอง

การส่งตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
CT scan	11	64.7
CT scan and MRI	6	35.3
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

การแบ่งผู้ป่วยตาม stroke care map จากการศึกษาผู้ป่วยจะถูกแบ่งออกเป็นกลุ่มที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ได้แก่ กลุ่มที่มาถึงโรงพยาบาลภายใน 3 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่และกลุ่มที่มาโรงพยาบาลในช่วง 3 ถึง 72 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการดังแสดงในตารางที่ 3.23 และผู้ป่วยทั้งหมดที่มาภายใน 3 ชั่วโมง และไม่มีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งมีทั้งหมด 7 รายได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทุกราย

ตารางที่ 3.23 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามระยะเวลาที่มาถึงโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการ

ระยะเวลาที่มาถึง รพ.หลังจากมีอาการ	จำนวน	ร้อยละ
< 3 ชั่วโมง	11	64.7
3 ถึง 72 ชั่วโมง	6	35.3
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการควบคุมความดันโลหิตอย่างเหมาะสมและทั้งหมดได้ถูกรับตัวเป็นผู้ป่วยใน มีผู้ป่วย 3 รายที่อาการแย่ลง และทั้งหมดได้รับการตรวจประเมินซ้ำ มีผู้ป่วย 2 รายที่มีข้อบ่งชี้ในการส่งปรึกษา ศัลยแพทย์ระบบประสาทและทั้ง 2 รายได้รับการส่งปรึกษา โดยผู้ป่วย 1 รายมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดส่วนอีก 1 รายไม่มีข้อบ่งชี้

ผู้ป่วยส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 82.4 ได้รับการตรวจหาสาเหตุอย่างเหมาะสมระหว่างที่นอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดตามข้อบ่งชี้ของการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคอย่างเหมาะสม

มีผู้ป่วย 1 รายที่มีภาวะหัวใจวาย (cardiac arrest) ระหว่างที่นอนโรงพยาบาลและได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนมีระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่ไปรักษาครั้งแรก 6 วัน ดังแสดงในตารางที่ 3.24 และจากผู้ป่วยทั้งหมดมีผู้ป่วยร้อยละ 58.8 ที่สามารถกลับบ้านได้แต่ผู้ป่วยอีกร้อยละ 41.2 จำเป็นต้องถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดตามสิทธิหรือโรงพยาบาลรัฐบาล เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องหลังจากพ้นจากภาวะวิกฤตและการกายภาพบำบัด ดังแสดงในตารางที่ 3.25

ตารางที่ 3.24 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล

ระยะเวลาที่อยู่ รพ. (วัน)	จำนวน	ร้อยละ
1	3	17.6
2	2	11.8
3	1	5.9
4	0	0
5	0	0
6	4	23.5
7	2	11.8
8	1	5.9
9	0	0
10	1	5.9
11	2	11.8
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

ตารางที่ 3.25 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบตัน (thrombotic stroke) แบ่งตามสถานะของผู้ป่วยหลังจากพ้นภาวะวิกฤต

สถานะผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
กลับบ้าน	10	58.8
ส่งตัวไปรับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยใน	7	41.2
รวม	17	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 17 คน

ภาคผนวกที่ 4 การประเมินคุณภาพการตรวจรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ข้อมูลที่ได้จากการประเมินได้จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย 15 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ดังแสดงในตารางที่ 3.26 และอยู่ในช่วงอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในตารางที่ 3.27

ตารางที่ 3.26 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามเพศ

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	10	66.7
หญิง	5	33.3
รวม	15	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

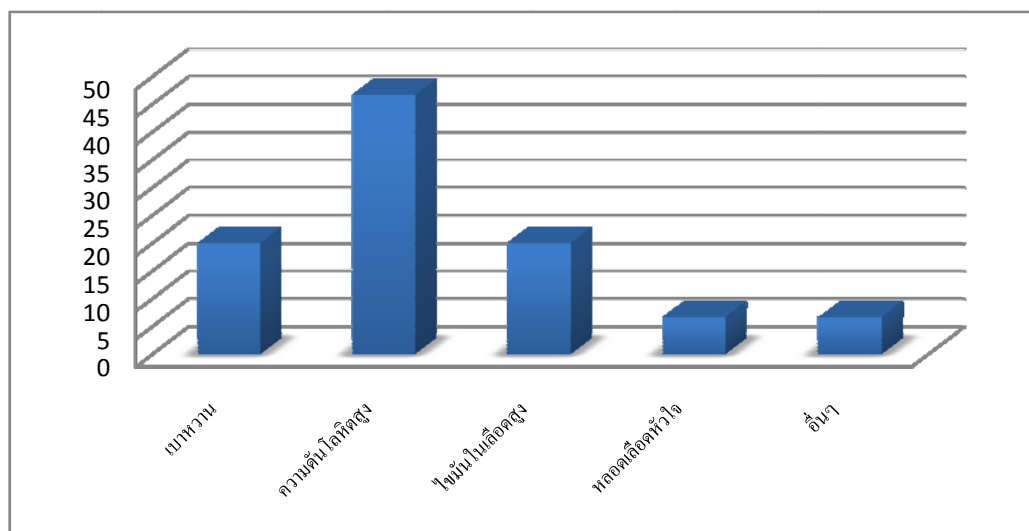
ตารางที่ 3.27 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
40-50	3	20
50-60	4	26.7
60-70	4	20
70-80	1	6.7
80-90	4	26.7
รวม	15	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวานและไขมันในเลือดสูงดังแสดงในแผนภูมิที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากที่สุดถึงร้อยละ 86.7 และที่เหลืมาโรงพยาบาลด้วยอาการหมดสติไม่รู้สีกตัวร้อยละ 13.3

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามโรคประจำตัว



*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาถึงโรงพยาบาลภายในชั่วโมงแรกหลังจากมีอาการดังแสดงในตารางที่ 3.28

ตารางที่ 3.28 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบ่งตามระยะเวลาที่มาโรงพยาบาลหลังจากเริ่มมีอาการ

ระยะเวลาที่มีอาการก่อนมา รพ. (ชั่วโมง)	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า 1	5	33.3
1 ถึง 2	1	6.7
2 ถึง 3	2	23.3
3 ถึง 4	3	20
4 ถึง 5	1	6.7
5 ถึง 6	0	0
มากกว่า 6	3	20
รวม	15	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ 93.3 ที่มีภาวะล้มเหลว (congestive heart failure) และมีผู้ป่วย 5 ราย (ร้อยละ 66.7) ที่มีภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน (sudden cardiac arrest) เป็นภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วยการวินิจฉัยชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ STEMI ของผู้ป่วยในการศึกษาส่วนใหญ่เป็น Inferior wall myocardial infarction ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3.29

ตารางที่ 3.29 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งตามชนิดของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบ STEMI

ชนิด	จำนวน	ร้อยละ
Inferior wall MI	8	53.3
Extensive anterior wall MI	2	13.3
Distal RCA Occlusion	1	6.7
Double vessels disease	1	6.7
LAD Occlusion	2	13.3
Inferior wall MI with RV infarction	1	6.7
รวม	15	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

การประเมินคุณภาพการตรวจรักษาโดยอ้างอิงจากแนวทางและระบบการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยหัวใจขาดเลือด (23) พบว่า การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนในรายที่มีข้อบ่งชี้ทำได้เหมาะสมร้อยละ 86.7 การรักษาด้วยการให้ยาต้านเกร็ดเลือดกลุ่ม Aspirin และขนาดยาถูกต้อง (180 ถึง 325 มก.) ได้ทำในทุกราย รวมทั้งการให้ยาในกลุ่ม Nitrate แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามรวมทั้งการให้ยา morphine ในผู้ป่วยที่อาการแน่นหน้าอกยังไม่ดีขึ้น และไม่มีข้อห้ามได้ทำในทุกรายเช่นเดียวกัน

ส่วนการให้ยา clopidogrel ขนาด 300 มก. มีผู้ป่วยที่ได้รับทั้งหมดร้อยละ 86.7 ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการควบคุมความดันอย่างเหมาะสม

การส่งตรวจที่สำคัญเบื้องต้น ผู้ป่วยทุกรายได้ส่งตรวจค่า cardiac markers ทุกการส่งตรวจค่าระดับอิเล็กโทรไลต์ในเลือดส่งตรวจร้อยละ 92.9

สำหรับการรักษาที่สำคัญไม่ว่าจะเป็น การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic therapy) หรือการทำ percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA) หรือได้รับการรักษาทั้งสองประเภทร่วมกัน มีผู้ป่วยร้อยละ 66.7 ที่ได้รับการรักษาโดยผู้ป่วยได้รับการให้ยาละลายลิ่มเลือดเป็นสัดส่วนมากที่สุดร้อยละ 33.3 ดังแสดงในตารางที่ 3. 30

ตารางที่ 3.30 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งตามการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

การรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มี	5	33.3
PTCA	4	26.7
Thrombolytic therapy	5	33.3
PTCA & Thrombolytic therapy	1	6.7
รวม	15	100

*หมายเหตุ จำนวนตัวอย่าง 15 คน

ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำ percutaneous transluminal coronary angioplasty มีผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับยา Low-molecular weight heparin เป็นสัดส่วนร้อยละ 26.7 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้ป่วย 1 รายหรือร้อยละ 6.6 ที่ไม่ได้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดใดหรือ Intervention ใดเลย

ผู้ป่วยทั้งหมด 5 รายที่มีภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน มี 1 รายที่ญาติมีคำสั่งปฏิเสธการช่วยฟื้นคืนชีพหรือ DNR (Do not resuscitate) ส่วนผู้ป่วยอีก 4 รายที่เหลือทั้งหมดได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพอย่างเหมาะสมและประสบความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพคือมี ROSC (return of spontaneous circulation) ทุกราย

ส่วนการรักษาอื่นๆ ได้แก่ การให้ยาในกลุ่ม beta-blockers ในรายที่ไม่มีข้อห้าม มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ได้รับการให้ยาในกลุ่ม ACEIs/ARBs (Angiotensin-converting enzyme inhibitors/Angiotensin receptor blockers) แก่ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้าม มีผู้ป่วยร้อยละ 50 ที่ได้รับ ส่วนยาในกลุ่ม Statins มีผู้ป่วยร้อยละ 46.7 ที่ได้รับยาในกลุ่มดังกล่าว

บรรณานุกรม

1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. รายงานสาธารณสุขไทยปี 2551-2553. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข [Internet]. Available from: http://www.moph.go.th/ops/thp/index.php?option=com_content&task=view&id=176&Itemid=2.
2. นพ.ประจักษ์วิช เล็บนาค. นิยามของ "ฉุกเฉิน" ตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน. . เอกสารนำเสนอในการประชุมเตรียมความพร้อมระบบการให้บริการเจ็บป่วย ฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ วันที่ 28 มีนาคม 2555. 2012.
3. The Association of Emergency Medicine. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551. เอกสารนำเสนอในการประชุมเตรียมความพร้อมระบบการ ให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ วันที่ 28 มีนาคม 2555.
4. ข้อมูลสถิติการแพทย์สำคัญในระบบการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี 2555 [database on the Internet]. Available from: <http://www.emit.go.th/main/system/index.aspx>.
5. ประชุมเตรียมความพร้อมของ Clearing House เพื่อรองรับการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ. เอกสารนำเสนอในการประชุมเตรียมความพร้อมระบบการให้บริการเจ็บป่วย ฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ วันที่ 28 มีนาคม 2555
6. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 ตอนพิเศษ 131 ง 4 พย 2554.
7. พญ.กฤติยา ศรีประเสริฐ. แนวทางการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วย. เอกสารนำเสนอในการประชุมเตรียมความพร้อมระบบการให้บริการเจ็บป่วย ฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ วันที่ 28 มีนาคม 2555.
8. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายของสถานบริการเอกชนนอกเครือข่ายกรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน. เอกสารนำเสนอในการประชุมเตรียมความพร้อมระบบการให้บริการเจ็บป่วย ฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ วันที่ 28 มีนาคม 2555.
9. 1 เมษายน ผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาทุกโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนฟรี Available from: [http:// Full Report 2.docx](http://Full Report 2.docx).
10. Razzak JA, AL. K. Emergency care in developing country: Is it worthwhile? . Bulletin of World Health Organization 2002 [Internet]. Available from: [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(11\)900.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(11)900.pdf).
11. Supachutikul A. Clinical Tracer. Available from: <http://gotoknow.org/blog/anuwat/2419>
12. นิพนธ์ พวงวรนิทร์. Epidemiology of stroke ใน : นิพนธ์ พวงวรนิทร์, บก. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544: 1-37.

13. ศ.นพ.ไพฑูรย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, นพ.วิทยาชาติบัญชาชัยและคณะ. ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) [Internet]. Available from:
http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachservices/.../EMS_final.pdf.
14. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน. สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย [Internet]. Available from:
http://www.yrh.moph.go.th/KM/%E1%B9%C7%B7%D2%A7%E0%C7%AA%BB%AF%D4%BA%D1%B5%D4_Stroke_infarct.pdf.
15. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke, . N Engl J Med 1995;333:1581-7.
16. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, Toni D, Lesaffire E, von Kummer R, et al. Intravenous thrombolysis with recombinant tissue plasminogen activator for acute hemispheric stroke: the European Cooperative Acute Stroke Study (ECASS). JAMA 1995;274:1017-25.
17. Hacke W, Kaste M, Fieschi C, von Kummer R, Davalos A MD, et al. Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischemic stroke (ECASS II). Lancet. 1998;352:1245-51.
18. Klijn CJM, Hankey G. Management of acute ischemic stroke: new guidelines from the American Stroke Association and European Stroke Initiative. . Lancet Neurol. 2003;2:698-701.
19. Adams Jr HP, Adams RJ, Brott T, del Zoppo GJ, Furlan A, Goldstein LB, et al. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke. A scientific statement from the Stroke Council of the American stroke Association. Stroke. 2003;34:1056-83.
20. European Stroke Initiative Executive Committee and Writing Committee. The European Stroke Initiative recommendation for stroke management update. Cerebrovasc Dis 2003;16:311-8.
21. Nijasri C, Suwanwela, Kammant Phanthumchinda, Yuttachai Likitjaroen. Thrombolytic therapy in acute ischemic stroke in Asia: The first prospective evaluation. Clinical Neurology and Neurosurgery 2006;198(6):549-52.
22. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction—Executive Summary. Circulation [Internet]. 2004; 110:[588-636 pp.].
23. แนวทางและระบบการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด .Thai Heart Association [Internet]. [Available from :
http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/CADGuideline.pdf.