

UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS UCEP IN THAILAND

การบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข
กรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย
'เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่' ในประเทศไทย



GLOSSARY

การแพทย์ฉุกเฉิน

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 การแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและคัดกรองอาการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยกะทันหัน ว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยระบบตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (EMERGENCY PRE-AUTHORIZATION) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และตามข้อ 4 ของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ดังนั้น ให้ใช้สัญลักษณ์ ‘สีแดง’ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP)

ระบบตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ

ระบบตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization) ได้พัฒนาขึ้นโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อเป็นเครื่องมือให้สถานพยาบาลใช้ประเมินอาการผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.)

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีหน้าที่กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดนโยบายการบริหารงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน และอนุมัติแผนการเงินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ดำเนินการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

คณะกรรมการสถานพยาบาล

คณะกรรมการสถานพยาบาล ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ประกอบด้วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ หัวหน้าส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกระทรวงกลาโหม ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และผู้แทนสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง กับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนสมาคมโรงพยาบาลเอกชน และองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมด้านคุ้มครองผู้บริโภค มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ความเห็น และให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีหรือผู้อนุญาตในการออกกฎกระทรวงหรือประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ การอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล การดำเนินการสถานพยาบาล การปิดสถานพยาบาล หรือการเพิกถอนใบอนุญาต รวมถึงการกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาล

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ หน่วยงานราชการ สภาวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลเอกชน องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไร และผู้ทรงคุณวุฒิ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ตามมาตรา 18 มีหน้าที่บริหารและจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดขอบเขต และมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุข และกำกับการดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด

การจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามรายการที่กำหนดเฉพาะ คือ กำหนดรายการ อัตราค่าตอบแทน และเงินอุดหนุนสำหรับบริการแต่ละประเภทที่จะจ่ายชดเชยให้ การจ่ายด้วยวิธีการนี้ มีการนำมาใช้มากในระบบประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน บางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น การจ่ายเงินอุดหนุนกรณีฉุกเฉินวิกฤต บางกรณีเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้ประกันตนซึ่งสถานพยาบาลอาจเป็นผู้ดำเนินการให้ การจ่ายด้วยวิธีการนี้สามารถควบคุมต้นทุนค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ของระบบบริการได้ค่อนข้างดี อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีปัญหาอยู่บ้างในเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล

การจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม

การจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-Related Groups: DRGs) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในอัตราที่ตกลงกันล่วงหน้าสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายราคาแพง การจ่ายด้วยวิธีการนี้เป็นการสร้างความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ และสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ เพราะไม่ใช่การจ่ายตามรายการที่หน่วยบริการแต่ละแห่งเรียกเก็บ ทั้งนี้ ระบบ DRGS ที่แต่ละประเทศนำมาใช้มีการปรับให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ เพื่อให้สอดคล้องกับโรคและเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา ทรัพยากรที่ใช้และราคา ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ใช้ระบบนี้กับการจ่ายแบบผู้ป่วยใน ขณะที่สำนักงานประกันสังคมใช้ระบบนี้กับการจ่ายเฉพาะกลุ่มโรคร้ายแรง ทั้งนี้ การควบคุมค่าใช้จ่ายจะต้องทำควบคู่กับการกำหนดเพดานรวมของค่าใช้จ่ายในระบบทั้งหมด

การจ่ายตามการให้บริการ

การจ่ายตามการให้บริการ (Fee-for-Service) เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในลักษณะปลายเปิด ตามปริมาณงานที่เรียกเก็บภายหลังการให้บริการ ด้วยการกำหนดราคาจ่ายแต่ไม่ได้ควบคุมจำนวนการให้บริการ การจ่ายด้วยวิธีการนี้อาจส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการจ่ายชดเชยให้กับหน่วยบริการ และอาจมีผลกระทบต่อระบบการเงินการคลังสุขภาพอย่างมาก การจ่ายบางกรณีจะเป็นการเบิกจ่ายโดยตรงจากสถานพยาบาล เช่น กรณีผู้ป่วยในที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และประกันสุขภาพภาคเอกชน บางกรณีจะเป็นการเบิกเป็นสินไหมชดเชยจากผู้มีสิทธิโดยตรงกับต้นสังกัดหรือบริษัทประกันโดยตรง เช่น กรณีค่ายาและเวชภัณฑ์ผู้ป่วยนอกที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ในหลายกรณีจะมีการกำหนดเพดานวงเงินสูงสุดที่จะให้ความคุ้มครองไว้ด้วย เช่น กรณีของความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ และประกันสุขภาพภาคเอกชน

TABLE OF CONTENTS

10	บทนำ: พัฒนาการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย
14	นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) คืออะไร
15	ปัญหาการบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนมี UCEP เป็นอย่างไร
17	นโยบาย UCEP สร้างประโยชน์อย่างไรแก่ประชาชน
18	การพัฒนานโยบาย UCEP
18	การแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559

20 การประกาศอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง

22 สาระสำคัญของนโยบาย UCEP

- นียาม 'ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต' ตามนโยบาย UCEP
- การชดเชยค่าบริการให้โรงพยาบาลเอกชนด้วยวิธี Fee Schedule
- ระบบตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ

26 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

26 การอภิปรายระบบ: บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP

- สถานพยาบาล และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน
- กระทรวงสาธารณสุข
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล

TABLE OF CONTENTS

33	นวัตกรรมบริการชดเชยค่าบริการ - ภาพรวมระบบการจ่ายชดเชย - การประสานหาเตียงย้ายกลับโรงพยาบาลตามสิทธิ - การรับเรื่องร้องเรียน
38	ผลการดำเนินงาน
39	การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP - จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ขอใช้สิทธิ UCEP - ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์และมีการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย - ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลได้รับการอนุมัติเงินชดเชย - ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับอนุมัติเงินชดเชย จำแนกตามกองทุน
44	การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย UCEP

48 ปัจจัยความสำเร็จและประเด็นท้าทาย

49 ปัจจัยความสำเร็จ

- การมีกรอบกติกาทางกฎหมายรองรับและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน
- ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การประชาสัมพันธ์ที่แพร่หลายและเข้าถึงง่าย ทำให้ประชาชนรับรู้และตระหนักถึงสิทธิ

52 ประเด็นท้าทาย

- การเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยของสถานพยาบาล
- อัตราการจ่ายชดเชย ไม่จูงใจในการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน
- การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลภาครัฐ
- ความล่าช้าในการปรับปรุงระเบียบกองทุนรัฐวิสาหกิจ

54 บทสรุป: ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
มุ่งสู่การบูรณาการและลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน

56 เอกสารอ้างอิง

1

บทนำ: พัฒนาการของระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
คือการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาล
สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี และมีประสิทธิภาพจะช่วยลดการสูญเสีย จากความพิการหรือการเสียชีวิตลงได้มาก

ประเทศไทยสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) แก่ประชาชนไทย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนหลักของภาครัฐ คือ (1) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (2) ระบบประกันสังคม และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แม้ประชาชนจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างถ้วนหน้า แต่ยังคงมีความแตกต่างกันในรายละเอียดหรือเงื่อนไขการใช้สิทธิต่างๆ ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน เช่น สิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการ และอัตราค่าจ่ายชดเชยที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ เงื่อนไขที่แตกต่างเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีการเจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต สูญเสียอวัยวะ และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) คือการจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยการระดมทรัพยากรในพื้นที่ ซึ่งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาล¹ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีและมีประสิทธิภาพจะช่วยลดการสูญเสียจากความพิการหรือการเสียชีวิตลงได้มาก เพราะสามารถให้การปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง นำส่งโรงพยาบาลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว และมีการประสานกับโรงพยาบาลให้เตรียมรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยทั่วไปผู้ป่วยฉุกเฉินย่อมไม่สามารถเลือกเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลตามที่กองทุนกำหนดได้ เนื่องจากจุดเกิดเหตุกับสถานพยาบาลที่กำหนดอาจอยู่ไกลกัน ดังนั้น การออกแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยจึงตั้งอยู่บนหลักการที่มุ่งให้ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับบริการที่สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด โดยไม่มีเงื่อนไขและข้อจำกัดด้านสิทธิประโยชน์หรือด้านสถานพยาบาล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีจุดเริ่มต้นจากการดำเนินงานขององค์กรภาคประชาสังคม โดยแต่เดิมมักเป็นบริการนำผู้ป่วยเจ็บส่งโรงพยาบาลด้วยอาสาสมัครจากมูลนิธิต่างๆ เช่น มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง มูลนิธิรวมกตัญญู² แต่การดำเนินงานในระยะแรกยังไม่เป็นระบบชัดเจนนักเนื่องจากขาดแคลนกำลังคนและงบประมาณสนับสนุน รวมถึงการให้บริการยังไม่ทั่วถึง จนกระทั่งในปี 2538 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้ง ‘ศูนย์ กู้ชีพเรนทร’ ขึ้นที่โรงพยาบาลราชวิถี เพื่อเป็นต้นแบบการรักษาพยาบาล จุดเกิดเหตุของประเทศไทยที่ใช้หลักการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือ ให้บริการทั้งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุและภาวะเจ็บป่วยอื่นๆ ทั้งหมด³ ต่อมาในปี 2545 กระทรวงสาธารณสุขประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศเป็นหนึ่งในนโยบายหลักของกระทรวง และจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาและขยายพื้นที่การให้บริการ

ตั้งแต่เริ่มกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ในปี 2545 มีการคิดงบประมาณสำหรับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอัตราเดียวกับระบบประกันสังคม⁴ ต่อมาในปี 2546 จึงมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 10 บาทต่อผู้มีสิทธิ ซึ่งเป็นการเตรียมงบประมาณไว้สำหรับค่าบริการในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา ไม่ได้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีเอกภาพนัก จนกระทั่งมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁵ จึงมีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ขึ้นเพื่อรองรับการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน และผลักดันให้องค์ประกอบต่างๆ ของระบบบริการมีความชัดเจนขึ้น ไม่ว่าจะเป็นด้านกำลังคนที่มีหลักสูตรรองรับการผลิตและขึ้นทะเบียนตามหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ด้านอุปกรณ์ให้บริการมีมาตรฐานกำกับ และด้านเงินอุดหนุนบริการและพัฒนาระบบสนับสนุนที่จัดสรรโดย สพฉ.

² การจ่ายเงินค่าบริการสาธารณสุขแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) สำหรับกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีการดำเนินการอยู่แล้วในระบบประกันสังคม กล่าวคือ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการจากสถานพยาบาลอื่นๆ ได้ทุกแห่ง โดยสำนักงานประกันสังคมจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในช่วง 3 วัน (72 ชั่วโมง) นับตั้งแต่เข้ารับการรักษา ตามประเภทและอัตราที่กำหนดแบบเหมาจ่ายรายหัว ทั้งนี้ อัตราเหมาจ่ายรายหัวกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินในระบบประกันสังคมเมื่อปี 2543 เท่ากับ 25 บาทต่อผู้ประกันตนต่อปี⁴

การดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน
รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน ยังพบปัญหา
ทั้งในเชิงนโยบายและในเชิงปฏิบัติ
กล่าวคือ ยังไม่มีกฎหมายใดบังคับให้
โรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา
เข้าร่วมให้บริการตามนโยบายนี้

ในช่วงก่อนปี 2555 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เนื่องจากบางกองทุนไม่ได้กำหนดสิทธิเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาสามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ ต่อมาในปี 2555 รัฐบาลจึงประกาศใช้นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน’ เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนทุกสิทธิ สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน ยังพบปัญหาทั้งในเชิงนโยบายและในเชิงปฏิบัติ กล่าวคือ ยังไม่มีกฎหมายใดบังคับให้โรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาเข้าร่วมให้บริการตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากที่เข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้บ้านแต่ยังถูกเรียกเก็บค่าบริการที่เบิกไม่ได้ รวมถึงยังพบปัญหาในการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ปัญหาเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน ยังไม่สอดคล้องและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบาย

กล่าวได้ว่า การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอีกหนึ่งการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยการตัดสินใจเลือกแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมบนพื้นฐานของข้อมูลและความรู้เชิงประจักษ์ และบางครั้งอาจต้องมีการ ‘ลองผิดลองถูก’ เพื่อหารูปแบบและพัฒนาวิธีการที่เหมาะสม จนกระทั่งในปี 2560 จึงมีการประกาศใช้นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) ที่มีการดำเนินอยู่ในปัจจุบัน

1.1

นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) คืออะไร

UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) คือ สิทธิการรักษาพยาบาลตามนโยบายรัฐ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคน ทุกสิทธิให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้ทุกแห่ง โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย จนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

1.2

ปัญหาการบริการเจ็บป่วย ฉุกเฉินก่อนมี UCEP เป็นอย่างไร

นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) (1 เมษายน 2560-ปัจจุบัน) เป็นการต่อยอดจากนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน’ หรือที่ต่อมาเรียกว่า ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ดีทุกสิทธิ’ และ ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน’ ที่ดำเนินการระหว่างเดือนเมษายน 2555 - มีนาคม 2560 นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน เป็นหนึ่งในความพยายามเรื่องการบูรณาการ 3 กองทุนสุขภาพหลักของภาครัฐ ที่เริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนทุกสิทธิสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนนอกระบบได้โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า รวมถึงได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีศักยภาพสูงขึ้นกรณีจำเป็นในเวลานั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้เป็นศูนย์การรวบรวมและจำแนกข้อมูล (National Clearing House) คือเป็นหน่วยงานกลางในการจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายค่ารักษาเจ็บป่วยฉุกเฉินและระบบข้อมูลต่างๆ ตามนโยบายรัฐบาล โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำรองจ่ายเงินค่าบริการให้สถานพยาบาลไปก่อน แล้วจึงเรียกเก็บเงินคืนจากกองทุนของผู้มีสิทธิ โดยโรงพยาบาลเอกชนได้รับค่าใช้จ่ายในการบริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs) อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน กว่า 5 ปี ได้ปรากฏข้อค้นพบจากการวิจัยประเมินผล⁶ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคและช่องว่างสำคัญของการดำเนินนโยบายในประเด็นดังต่อไปนี้

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน
รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน
มีวัตถุประสงค์เพื่อให้
ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนทุกสิทธิ
สามารถเข้ารับบริการ
ในสถานพยาบาลเอกชน
นอกระบบได้โดยไม่ต้องถูก
ถามสิทธิและไม่ต้อง
สำรองจ่ายล่วงหน้า

1

การเข้าถึงและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จากการได้รับบริการที่แตกต่างกันระหว่างผู้มีสิทธิรักษาพยาบาลในแต่ละกองทุนสุขภาพของภาครัฐ โดยผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจากโรงพยาบาลเอกชนได้มากที่สุด (ร้อยละ 59.8) รองลงมาเป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ร้อยละ 34.1) และผู้มีสิทธิในระบบประกันสังคม (ร้อยละ 6.1)⁶ นอกจากนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและระบบประกันสังคมยังมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แย่กว่า คือ อาการไม่ดีขึ้นหรือเสียชีวิตเมื่อออกจากโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁷

2

การร่วมจ่าย มีรายงานว่าโดยเฉลี่ยแล้วผู้ป่วยฉุกเฉินต้องร่วมจ่ายคิดเป็นร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด⁷ ซึ่งขัดต่อวัตถุประสงค์ของนโยบายและทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน โดยโรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าอัตราค่าบริการที่กำหนดไว้ต่ำกว่าความเป็นจริง ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บมักมีมูลค่าสูงกว่ารายการเดียวกันเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลของรัฐหลายเท่า

3

ขาดกรอบกติกาทางกฎหมาย นิยามในทางปฏิบัติของคำว่า ‘ภาวะฉุกเฉิน’ ไม่มีความชัดเจน เนื่องจากไม่มีกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ ที่เป็นมาตรการกำกับโรงพยาบาลเอกชนให้ปฏิบัติตามนโยบาย จนก่อให้เกิดการตีความที่สับสนระหว่างฝ่ายต่างๆ

4

ความเข้าใจของประชาชน ประชาชนเข้าใจขอบเขตของสิทธิประโยชน์อย่างจำกัด เนื่องจาก การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในเรื่องอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบายไม่ชัดเจน

5

กลไกกำกับนโยบายอ่อนแอ ในลักษณะที่ขาดระบบสารสนเทศที่เหมาะสมในการกำกับพฤติกรรมของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยและญาติ

กล่าวโดยสรุปคือ การดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ว่าถึงทุกคน สามารถดำเนินการได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังมีอุปสรรคและความท้าทายหลายประการดังที่กล่าวมาข้างต้น เนื่องจากการเตรียมการที่ยังไม่ครอบคลุมนักก่อนเริ่มดำเนินนโยบาย ดังนั้น จึงมีความพยายามพัฒนานโยบายอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ ในปี 2560 รัฐบาลจึงประกาศใช้นโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP)

1.3

นโยบาย UCEP สร้างประโยชน์อย่างไร แก่ประชาชน

เพื่อปิดช่องว่างและอุปสรรคจากการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน ดังที่กล่าวมาในข้างต้น รัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน จึงได้ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน โดยกำหนดให้มีแนวปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตขึ้นใหม่ ตามนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชนได้อย่างทัวถึงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างมาตรฐานร่วมกันระหว่างกองทุนต่างๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทยในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลได้ทุกแห่ง ทั้งของรัฐและเอกชน

2

การพัฒนานโยบาย UCEP

2.1

การแก้ไขเพิ่มเติม

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล

พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559

จากการขาดกรอบกติกาทางกฎหมายรองรับชัดเจนในการดำเนินนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน’ การก่อรูปนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) จึงเริ่มต้นด้วยการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทั้งกฎหมายหลักและกฎหมายรอง เพื่อให้ภาครัฐมีอำนาจบังคับแก่สถานพยาบาลเอกชนไม่ให้เรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วย รัฐบาลจึงได้แก้ไขเพิ่มเติมและประกาศใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2559^๑

การแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายดังกล่าวมีเจตนารมณ์และสาระสำคัญหลายประการต่อการกำหนดแนวปฏิบัติในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP ในเวลาต่อมา ได้แก่

1

การปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการสถานพยาบาล ให้สะท้อนหลักการประกันคุณภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งไม่ชัดเจนในอดีต (มาตรา 7)

2

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชน ในการให้การรักษาเยียวยาผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อประโยชน์สาธารณะ (มาตรา 36)

3

การควบคุมให้สถานพยาบาลต้องเปิดเผยอัตราค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและเวชภัณฑ์ ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการอื่น และสิทธิของผู้ป่วยเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามนั้น (มาตรา 32)

4

การคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจประกาศกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาล (มาตรา 33/1)

5

สถานพยาบาลมีหน้าที่ระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาหรือดำเนินการตามความเหมาะสมและความจำเป็น การดำเนินการตามวรรคหนึ่งและวรรคสอง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ (มาตรา 36)

2.2

การประกาศอนุบัญญัติ ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสถานพยาบาลแล้ว คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2560 เห็นชอบใน 5 ประเด็นหลัก ซึ่งมีความสำคัญต่อการเริ่มต้นดำเนินนโยบาย UCEP ดังนี้⁹

1

เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อนตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุขรับความเห็นของกระทรวงกลาโหม สำนักงานงบประมาณ สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งความเห็นของกระทรวงการคลัง ในประเด็นการสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน ไปพิจารณาดำเนินการต่อไป

2

เห็นชอบให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ และให้สถานพยาบาลภาครัฐรับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหลังพ้น 72 ชั่วโมง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

3

ให้กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานของรัฐ และกองทุนต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์ หรือสาธารณสุขดำเนินการตามหลักเกณฑ์ฯ และจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของหน่วยงานหรือกองทุนต่างๆ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ได้ โดยเร็วต่อไป ตามความเห็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4

หากมีการทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายของหลักเกณฑ์ฯ ให้กระทรวงสาธารณสุข นำเรื่องเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป ตามความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

5

ในส่วนที่ขอความเห็นชอบให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติดำเนินการตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชนนั้น ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรับไปดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในประกาศกระทรวงสาธารณสุข 2 ฉบับ ได้แก่ (1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน และ (2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2560 และมีผลบังคับใช้ในวันที่ 1 เมษายน 2560 โดยได้แจ้งเวียนประกาศฯ ไปยังโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ให้ถือปฏิบัติตามกฎหมายต่อไป โดยมีการจัดประชุมชี้แจงทำความเข้าใจในการดำเนินโครงการให้แก่โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลทุกแห่ง ใน 72 ชั่วโมงแรก โดยไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เนื่องจากสถานพยาบาลจะมีเจ้าภาพ คือ กองทุนต่างๆ ที่จะชดเชยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการบริการผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

นอกจากนี้ เพื่อดำเนินการแก้ไขประเด็นที่เป็นอุปสรรคและข้อกักรวม เช่น นิยามผู้ป่วยฉุกเฉิน อัตราค่าบริการ การจ่ายเงิน และการดูแลหลังพ้นวิกฤต 72 ชั่วโมง ให้มีความสอดคล้องกับสภาวการณ์ เป็นธรรม และสามารถใช้งบประมาณทุกภาคส่วน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ประกาศฯ ดังกล่าว ได้กำหนดหลักเกณฑ์ให้สถานพยาบาลในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยหากเกินขีดความสามารถ รวมถึงอัตราค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับการชดเชยจากกองทุนต่างๆ ในอัตราที่คณะกรรมการสถานพยาบาลได้เสนอไปและคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2560

2.3

สาระสำคัญของ นโยบาย UCEP

▶ 2.3.1

นิยาม ‘ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต’ ตามนโยบาย UCEP

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ลงวันที่ 31 มีนาคม 2560 ได้จำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ 3 ประเภท ตามระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย ได้แก่



ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ ให้ใช้สัญลักษณ์ ‘สีแดง’ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต



ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บป่วยรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้น จะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ทั้งนี้ ให้ใช้สัญลักษณ์ ‘สีเหลือง’ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน



ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ทั้งนี้ ให้ใช้สัญลักษณ์ ‘สีเขียว’ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

ผู้ที่มีสิทธิตามนโยบาย UCEP ได้แก่
ประชาชนคนไทยทุกสิทธิกองทุนสุขภาพ
บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งคน
ต่างชาติ/ต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสังคม
ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)
ที่เข้าเกณฑ์ตามการประเมินของ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

การมีผลบังคับใช้ของประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ฉบับ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นมา นับเป็นการยกเลิกระบบเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน และเริ่มต้นระบบ UCEP อย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยไม่เรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลใน 72 ชั่วโมง ตามนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) จะครอบคลุมและจ่ายเฉพาะ ‘ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต’ (สีแดง) เท่านั้น ดังนั้น ผู้ที่มีสิทธิตามนโยบาย UCEP จึงได้แก่ ประชาชนคนไทยทุกสิทธิกองทุนสุขภาพ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ รวมทั้งคนต่างชาติ/ต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสังคม ที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่เข้าเกณฑ์ตามการประเมินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)



6 อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)

1. หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ
2. หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง
3. ซึ่มลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชกพร้อม
4. เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง
5. แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชกต่อเนื่องไม่หยุด
6. มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

▶ 2.3.2

การชดเชยค่าบริการให้โรงพยาบาล เอกชนด้วยวิธี Fee Schedule

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) กำหนดวิธีให้โรงพยาบาลเอกชนได้รับค่าใช้จ่ายในการให้บริการตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs)^๗ ซึ่งในมุมมองของโรงพยาบาลเอกชน การชดเชยค่าบริการด้วยวิธีการดังกล่าวค่อนข้างต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนบางส่วนเรียกเก็บเงินส่วนต่างจากผู้ป่วยและญาติ หรือให้สำรองจ่ายไว้ก่อน และในที่สุดได้ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ดังนั้น นโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) จึงแก้ปัญหา ดังกล่าวด้วยการหารือร่วมกันกับทั้ง 3 กองทุนสุขภาพหลัก ของภาครัฐ รวมถึงสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เพื่อปรับ รูปแบบการจ่ายชดเชยค่าบริการ เป็นการจ่ายชดเชยตาม รายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) ให้แก่ โรงพยาบาลเอกชน ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่าย แบนท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต^๘ ทั้งนี้ รายการที่ คิดอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้เพื่อจ่ายชดเชยตาม รายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) มีจำนวนทั้งสิ้น 4,292 รายการ แบ่งออกเป็น 13 หมวด ดังนี้

- หมวด 1 ค่าห้องและค่าอาหาร
- หมวด 2 ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์บำบัดรักษาโรค
- หมวด 3-4 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด/ยากลับบ้าน
- หมวด 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา
- หมวด 6 ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต
- หมวด 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์
- หมวด 8 ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา
- หมวด 9 ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ
- หมวด 10 ค่าหัตถการ
- หมวด 11 ค่าวิสัญญี
- หมวด 12 ค่าบริการวิชาชีพ
- หมวด 16 ค่าบริการอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง

^๗ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีมติเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2559 เห็นชอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับโครงสร้างอัตราค่าบริการตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน จากการจ่ายแบบใช้ระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs) เป็นการชดเชยตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เสนอ

^๘ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ฉบับที่ 2) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 28 สิงหาคม 2561

^๙ อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับอ้างอิงในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ แบบเรียกเก็บตามการให้บริการ (Fee-for-Service) โดยปรับปรุงจากข้อมูลการจัดทำร่างอัตราค่าบริการสาธารณสุข 16 หมวด ที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จัดทำให้กับกรมบัญชีกลาง เมื่อปี 2556 ทั้งนี้ ตั้งแต่เริ่มนโยบาย UCEP มีรายการที่คิดอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้เพื่อจ่ายชดเชยตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) มีจำนวนทั้งสิ้น 2,976 รายการ แต่พบปัญหาว่าโรงพยาบาลเอกชนได้มีการใช้รายการยามากกว่าที่แจ้งไว้ จึงได้ดำเนินการขอเพิ่มอีก 1,316 รายการ ซึ่งคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้มีมติเห็นชอบรายการดังกล่าว นำเสนอกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และมีมติคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและประกาศใช้เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2561

▶ 2.3.3

ระบบตรวจสอบและคัดแยก ระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้พัฒนาโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization) เพื่อเป็นเครื่องมือให้สถานพยาบาลใช้ประเมินอาการผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยกำหนด Username สำหรับการใช้โปรแกรมดังกล่าวให้กับสถานพยาบาลเอกชน และกองทุนที่เกี่ยวข้อง ตามจำนวนผู้รับผิดชอบ

การใช้โปรแกรม Pre-authorization ทำให้เกิดความชัดเจนในการหาข้อยุติว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินรายใดบ้างที่เข้าข่ายเงื่อนไขของสิทธิ UCEP ดังนั้น โปรแกรมดังกล่าวจึงถือเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่ช่วยสร้างการยอมรับจากทุกฝ่ายและหลีกเลี่ยงความขัดแย้งระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับผู้ป่วยหรือญาติ ซึ่งมักปรากฏในการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560)

3

การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

3.1

การอภิบาลระบบ: บทบาท
และหน้าที่ของหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP

โรงพยาบาล



- คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามเกณฑ์ของ สพฉ.
- ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตราย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บ
- แจ้งต่อกองทุนของผู้มีสิทธิ

กระทรวงสาธารณสุข



- สร้างความเข้าใจแก่ประชาชน
- ประสานหน่วยงานต่างๆ ให้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบ
- ทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายเสนอต่อ คณะรัฐมนตรี

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



- บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบ
- บริหารระบบ Pre-Authorization

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



- ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลการเบิกจ่ายพร้อมสรุปค่าใช้จ่าย
- แจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิทราบภายในสามสิบวัน นับตั้งแต่วันที่
ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

กองทุน



- แก้ไขระเบียบให้รองรับการจ่ายเงินสดเชย และจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตรา
ค่าใช้จ่ายแบบท้ายหลักเกณฑ์
- จ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน

รูปที่ 1 บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในนโยบาย UCEP
ที่มา: สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰

▶ 3.1.1

สถานพยาบาล และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

นโยบาย UCEP มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมุ่งเน้นการอาศัยความร่วมมือของโรงพยาบาลเอกชน ไม่ให้มีการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย ทั้งนี้ สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ของนโยบาย UCEP หมายถึง โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด ที่ไม่ได้เป็นคู่สัญญากับกองทุนที่ผู้ป่วยใช้บริการ รวมถึงโรงพยาบาลของรัฐ

นโยบาย UCEP กำหนดให้สถานพยาบาลมีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ตามหลักเกณฑ์ฯ และให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพื่อให้พ้นจากอันตราย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยภายในช่วงเวลา 72 ชั่วโมง นอกจากนี้ หลักเกณฑ์ฯ ดังกล่าว ยังกำหนดให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในช่วงเวลา 72 ชั่วโมง ไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด และในกรณีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังพ้น 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กำหนดให้สถานพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาล หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย

ในปี 2563 มีโรงพยาบาลเอกชนที่เบิกจ่ายเงินชดเชยกรณี UCEP ผ่านโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization) จำนวน 370 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศจำนวน 382 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 96.9 ของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด¹¹

นโยบาย UCEP กำหนดให้สถานพยาบาล
มีหน้าที่คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
และให้การรักษายาบาล
เพื่อให้พ้นจากอันตราย
โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย
ภายในช่วงเวลา 72 ชั่วโมง

▶ 3.1.2

กระทรวงสาธารณสุข

ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2560 กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากคณะรัฐมนตรีให้เป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการให้มีการแก้ไขเพิ่มเติมกฎและระเบียบของหน่วยงานหรือกองทุนต่างๆ เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ

มติคณะรัฐมนตรียังกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเปิดรับความเห็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างความเข้าใจต่อนโยบาย UCEP ให้แก่ประชาชน นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ จัดประชุมชี้แจงกองทุนต่างๆ ที่นอกเหนือจาก 3 กองทุนหลัก เพื่อรับฟังการชี้แจงถึงปัญหาที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสังกัดกองทุนดังกล่าว ที่ยังไม่สามารถเบิกจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเอกชนได้

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ข้อ 12 กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ ให้มีความเหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับเป็นสำคัญ ภายใน 3 ปี หรือตามที่คณะกรรมการสถานพยาบาลเห็นสมควร เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

▶ 3.1.3

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เปิด ‘ศูนย์ประสานศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต’ (ศคส.สพฉ.) และเป็นผู้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาด⁹ กรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ผ่านการบริหารโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยก ระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization)

ทั้งนี้ ศูนย์ประสานศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ยังทำหน้าที่บริหารจัดการระบบให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการรักษาตามสิทธิอย่างปลอดภัย ด้วยการจัดให้มี

- 1 แพทย์อำนวยการ ปฏิบัติหน้าที่ให้คำปรึกษาการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน
- 2 พยาบาลวิชาชีพ หรือนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่ควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- 3 พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่สนับสนุนงานในการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อดำเนินงานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน และดำเนินงานรับเรื่องร้องเรียน ศคส.สพฉ. ให้คำปรึกษาแก่ผู้เกี่ยวข้อง ประชาชน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ โดยมีเบอร์ศูนย์ประสานงานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายเลข 02 872 1669 ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าเกณฑ์ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิ UCEP ศูนย์ประสานศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จะแจ้งผลการประเมินไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการด้านการเบิกค่ารักษาพยาบาล นอกจากนี้ ศคส.สพฉ. ยังมีหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยในการรับสิทธิการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤต หรือสามารถย้ายไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิได้อย่างปลอดภัย ด้วยการส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่กองทุนตามสิทธิการรักษา กำหนดเพื่อดำเนินการหาเตียง ประสานการนำส่งผู้ป่วยวิกฤตไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายรัฐบาล ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ เพื่อกำกับดูแลและบริหารจัดการโครงการตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย โดยมีการประชุมเป็นประจำทุกวัน พร้อมกันนี้ คณะอนุกรรมการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงานจัดระบบสำรองเตียงสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และคณะทำงานพิจารณาปรับปรุงบัญชีและอัตราค่าจ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ

⁹ แต่ปัจจุบัน (จากเอกสารการนำเสนอของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)¹⁰ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้างานเป็นผู้รับผิดชอบประเมินการเข้ารับบริการผ่านระบบโปรแกรมอัตโนมัติ

▶ 3.1.4

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตั้งแต่ปี 2555 ที่เริ่มมีการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับมอบหมายให้เป็นศูนย์การรวบรวมและจำแนกข้อมูล (National Clearing House) ด้านการจ่ายเงิน คือ มีหน้าที่สำรองจ่ายให้แก่โรงพยาบาลเอกชนตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis-related Groups: DRGs) ที่กำหนด แล้วจึงไปเรียกเก็บเงินจากกองทุน

แต่เมื่อมีการเริ่มนโยบาย UCEP ในปี 2560 ข้อ 8 ของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้กำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องสรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลทราบภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ภายใต้นโยบาย UCEP
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปรับบทบาทมาเป็น
ศูนย์การรวบรวมและจำแนกข้อมูล
มีหน้าที่ส่งข้อมูลให้แก่แต่ละกองทุน
ทำหน้าที่ในการจ่ายค่ารักษา

ดังนั้น ภายใต้นโยบาย UCEP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงปรับบทบาทมาเป็นศูนย์การรวบรวมและจำแนกข้อมูล (National Clearing House) ด้านการจัดการข้อมูล คือ มีหน้าที่ส่งข้อมูลให้แก่แต่ละกองทุนทำหน้าที่ในการจ่ายค่ารักษา โดยโรงพยาบาลที่รับการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้าเกณฑ์ตามนโยบายนี้ เมื่อรักษาผู้ป่วยสิทธิใด ก็ส่งข้อมูลผู้ป่วยนั้นมาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หลังจากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะทำหน้าที่จำแนกว่าคนไข้รายนี้มีสิทธิอะไร ค่ารักษาเท่าไร แล้วส่งเอกสารไปให้แก่แต่ละกองทุนจ่ายเอง ทั้งนี้ ในการออกรายงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะตัดข้อมูลทุกวันที่ 1 และ 16 ของแต่ละเดือน

▶ 3.1.5

กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับ การรักษาพยาบาล

นอกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะรับบทบาทเป็น National Clearing House ด้านการจัดการข้อมูลนโยบาย UCEP แล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังทำหน้าที่เป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่นเดียวกับกรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม ที่รับผิดชอบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และบริหารจัดการสวัสดิการกองทุนประกันสังคม ตามลำดับ

ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2560 กำหนดให้หน่วยงานหรือกองทุนต่างๆ พิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎและระเบียบ เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ต่อไป เพื่อให้สอดคล้องตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการกองทุนต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และกองทุนต่างๆ จึงได้แก้ไขเพิ่มเติมระเบียบให้รองรับการจ่ายเงินชดเชยตามนโยบาย UCEP และให้มีผลบังคับใช้ย้อนหลังตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป ตัวอย่างเช่น

- 1 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ – ข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 (28 สิงหาคม 2560)
- 2 สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ – ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษายาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560 และแนวทางปฏิบัติในการเบิกเงินค่ารักษายาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน (31 สิงหาคม 2560)
- 3 กองทุนประกันสังคม – ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (22 กันยายน 2560)
- 4 สวัสดิการรักษายาบาลพนักงานส่วนท้องถิ่น – ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561 (22 ตุลาคม 2561)

ตามข้อ 9 ของหลักเกณฑ์ฯ กำหนดให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ นี้ ให้แก่สถานพยาบาลภายใน 15 วัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษายาบาล

3.2

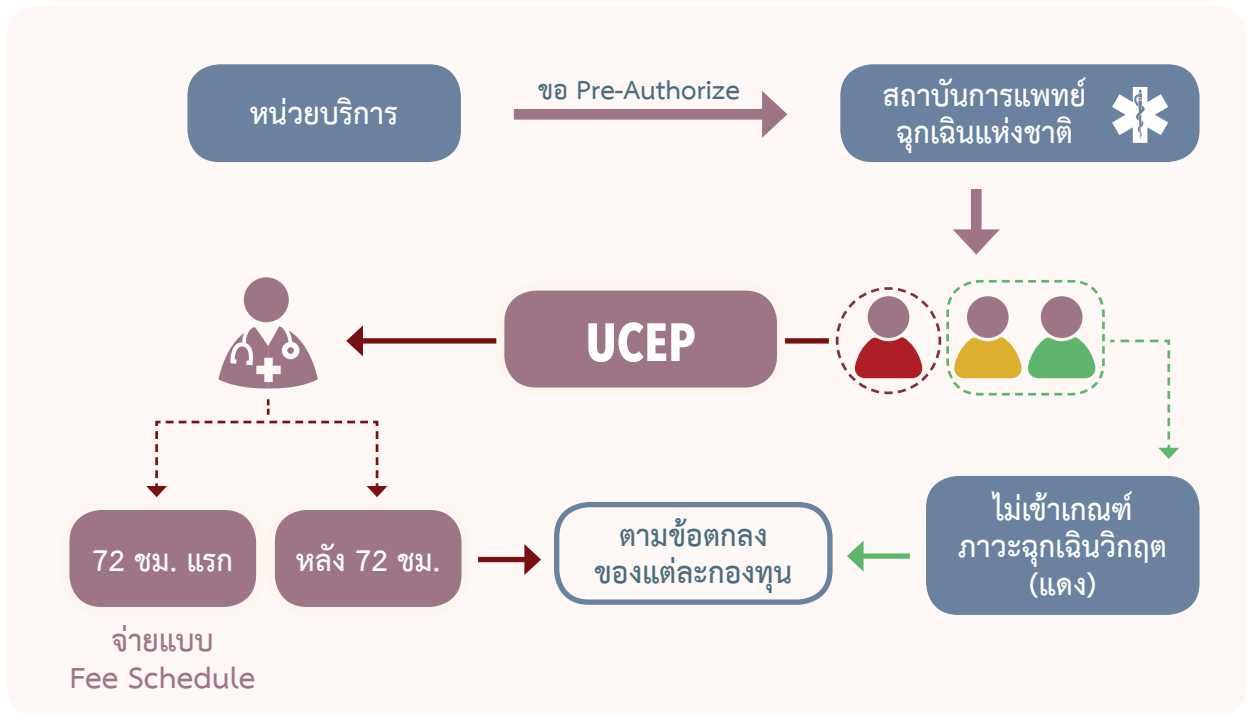
นวัตกรรม

การชดเชยค่าบริการ

▶ 3.2.1

ภาพรวมระบบการจ่ายชดเชย

นโยบาย UCEP เป็นบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันทีที่ให้แก่เฉพาะแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต หรืออาการที่แพทย์ประเมินแล้วเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าโรงพยาบาลเอกชน แพทย์ผู้ตรวจจะประเมินอาการเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ตามเกณฑ์และวิธีการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนด และบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization)



รูปที่ 2 ภาพรวมระบบการจ่ายชดเชยในนโยบาย UCEP
ที่มา: สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰

หากประเมินแล้วไม่เข้าเกณฑ์ ผู้ป่วยสามารถย้ายไปรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ หรือดำเนินการตามแนวทางที่กองทุนตามสิทธิการรักษาพยาบาลกำหนด

แต่หากเข้าเกณฑ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะได้รับการคุ้มครองตามสิทธิ UCEP ที่รัฐบาลกำหนดทันที โดยกองทุนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายตั้งแต่เข้าโรงพยาบาล จนถึงเวลาที่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ทั้งนี้มีข้อแตกต่างในหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายอยู่ 2 กรณี ได้แก่

กรณี 72 ชั่วโมงแรก

- 1 สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวด้วยวิธีการจ่ายชดเชยตามรายการบริการที่กำหนด
- 2 ให้ใช้สิทธิที่ผู้ป่วยมีก่อน กรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน
- 3 ห้ามเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้ป่วย เว้นแต่พันวิฤตและมีเตียงรับย้าย แต่ผู้ป่วยปฏิเสธไม่ไปตามสิทธิ

กรณีหลัง 72 ชั่วโมง

ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังพ้น 72 ชั่วโมง ให้เป็นไปตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาล หรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล โดยให้สถานพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล ตามข้อตกลงของแต่ละกองทุนของผู้มีสิทธิรักษาพยาบาล หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย

ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ไม่สามารถย้ายกลับเข้าระบบได้เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤต หรือกรณีไม่มีเตียงรับย้าย สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าวด้วยวิธีการเรียกเก็บตามการให้บริการ (Fee-for-Service) ทั้งนี้กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการประเมินโดยแพทย์ผู้ตรวจว่าพ้นภาวะวิกฤต และสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่ยอมย้าย ผู้ป่วยรายนั้นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเอง

กรณีมีข้อถกเถียงเรื่องอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินว่าเข้าชั้น
วิกฤต (สีแดง) หรือไม่ ต้องทำอะไร

กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
ให้ปรึกษา ‘ศูนย์ประสานงานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤต’ ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.)
ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยปัจจุบัน สถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดให้สถานพยาบาลโดยแพทย์ผู้ปฏิบัติ
หน้างาน เป็นผู้รับผิดชอบประเมินการเข้ารับบริการผ่าน
ระบบโปรแกรมอัตโนมัติ^๑ ทั้งนี้ หากผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็น
ด้วยกับผลการประเมิน สามารถยื่นเรื่องร้องเรียนไปยัง ศคส.
สพฉ. หรือติดต่อได้ที่ 02 872 1669 เพื่อส่งต่อให้กับกรม
สนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้พิจารณาต่อไป

^๑ ในระยะแรกของการดำเนินนโยบาย UCEP สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนดให้ศูนย์ประสานงานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยแพทย์อำนวยความสะดวก ทำการประเมินอาการ และเจ้าหน้าที่ศูนย์ฯ จะแจ้งผลการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินให้สถานพยาบาลทราบโดยเร็ว โดยคำวินิจฉัยของศูนย์ฯ ให้ถือเป็นที่สุด

▶ 3.2.2

การประสานหาเตียง ย้ายกลับโรงพยาบาลตามสิทธิ

เมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว หรืออาการที่แพทย์ประเมินแล้วว่าสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่น ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง จะส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานที่กองทุนตามสิทธิการรักษากำหนดเพื่อดำเนินการหาเตียง ประสานการนำส่งผู้ป่วยวิกฤตไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม และติดตามดูแลผู้ป่วยว่าสามารถย้ายไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิได้อย่างปลอดภัย

ทั้งนี้ การบริหารจัดการระบบสำรองเตียงเพื่อรับผู้ป่วยหลังพ้นวิกฤต 72 ชั่วโมง จากโรงพยาบาลเอกชนนั้น อยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานจัดระบบสำรองเตียงสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้คณะกรรมการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินฯ โดยในเขตกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานให้โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัด รวมทั้งโรงพยาบาลในเขตปริมณฑลรองรับ ในส่วนภูมิภาคจะมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งพร้อมรองรับเช่นกัน ซึ่งปัจจุบันสามารถดำเนินการได้เป็นอย่างดี

▶ 3.2.3

การรับเรื่องร้องเรียน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีการจัดตั้งคณะทำงานตรวจสอบและรับเรื่องร้องเรียน เพื่อดำเนินการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization) ในข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้น นับตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบาย UCEP (1 เมษายน 2560 - 30 กันยายน 2563) มีจำนวนเรื่องร้องเรียนทั้งสิ้น 327 เรื่อง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พิจารณาและยุติเรื่องร้องเรียนได้ จำนวน 106 เรื่อง ทั้งนี้ เรื่องที่มีการร้องเรียนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์แต่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บค่ารักษา (ร้อยละ 40.7) รองลงมาคือ ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยกับผลการวินิจฉัย (ร้อยละ 39.5) โรงพยาบาลไม่บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Emergency Pre-authorization และเก็บเงิน (ร้อยละ 16.5) และเรื่องอื่นๆ (ร้อยละ 3.3)¹¹

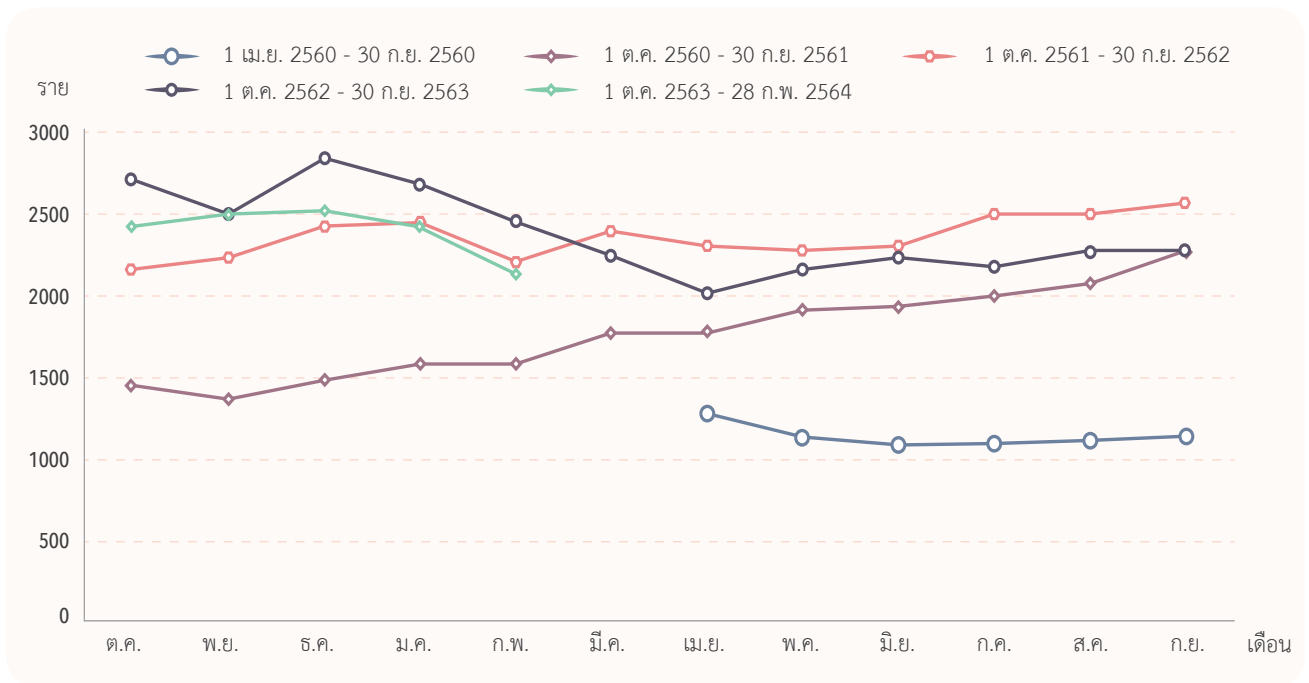
ปัจจุบัน ได้โอนภารกิจดังกล่าวให้กับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (โทร. 02 193 7057) ดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ต่อไป เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล โดยศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทำหน้าที่เพียงรับเรื่องร้องเรียนเท่านั้น

4

ผลการดำเนินงาน

4.1

การเข้าถึงบริการการแพทย์ ฉุกเฉินตามนโยบาย UCEP



รูปที่ 3 ผลการบันทึกข้อมูล Pre-authorization เข้าเกณฑ์กรณี UCEP จำแนกรายเดือน (เมษายน 2560-กุมภาพันธ์ 2564)

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม Emergency Pre-authorization สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และโปรแกรม UCEP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰

▶ 4.1.1

จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ขอใช้สิทธิ UCEP

จากผลการดำเนินงานตามนโยบาย UCEP (1 เมษายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2564) พบว่า มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Pre-authorization และเข้าเกณฑ์กรณี UCEP รวมทั้งสิ้นจำนวน 97,125 ครั้ง และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกรายเดือน พบว่า มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม Pre-authorization และเข้าเกณฑ์กรณี UCEP เฉลี่ยจำนวน 2,066 ครั้ง/เดือน (ดูตารางที่ 2)

▶ 4.1.2

ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์ และมีการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย

จากจำนวนการส่งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Pre-authorization และเข้าเกณฑ์กรณี UCEP (1 เมษายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2564) รวมทั้งสิ้นจำนวน 97,125 ครั้ง พบว่า โรงพยาบาลเอกชนบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกจ่าย จำนวน 92,226 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 95.0 ของจำนวนการส่งข้อมูลทั้งหมด

▶ 4.1.3

ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาล ได้รับการอนุมัติเงินชดเชย

จากจำนวนการส่งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Pre-authorization (1 เมษายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2564) รวมทั้งสิ้นจำนวน 97,125 ครั้ง พบว่า มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณี UCEP จำนวน 87,027 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 89.6 ของจำนวนการส่งข้อมูลทั้งหมด

▶ 4.1.4

ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับอนุมัติ เงินชดเชย จำแนกตามกองทุน

หลังจากเริ่มมีการดำเนินนโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) ทำให้เกิดการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับ การดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน (พ.ศ. 2555 - 2560) โดยจากข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณี UCEP ทั้งหมดจำนวน 87,027 ครั้ง (1 เมษายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2564) จำแนกตามสิทธิการรักษา พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลเอกชนและได้รับอนุมัติเงินชดเชยตามหลักเกณฑ์มากที่สุด (55,966 ครั้ง) เมื่อเปรียบเทียบกับกองทุนอื่นๆ แต่หากพิจารณาสัดส่วนกรณีที่ผ่านการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่าย จะพบว่า กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีสิทธิสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการได้รับการเบิกจ่ายในสัดส่วนที่สูงที่สุด (ร้อยละ 91.9 ของจำนวนการส่งข้อมูลทั้งหมด) (ดูตารางที่ 2)

ในทางตรงกันข้าม หากพิจารณาข้อมูลจำแนกรายกองทุนในช่วงระหว่างการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) ประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงจำนวน 27,152 ครั้ง ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงระหว่างการดำเนินนโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-2564) ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีสิทธิเดียวกันสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ถึงจำนวน 62,430 ครั้ง ทั้งนี้ ประชาชนส่วนใหญ่ที่สามารถเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน จะจำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ⁷

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน จำแนกตามกองทุน
(เมษายน 2555-มกราคม 2560)

กองทุน/ข้อมูล	จำนวน (ครั้ง)	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (ล้านบาท)	จำนวนเงินชดเชย (ล้านบาท)	ร้อยละการจ่าย เงินชดเชย
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	27,152	2,569.3	723.7	28.2
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	23,737	2,479.1	620.6	25.0
ประกันสังคม	3,843	407.5	107.7	26.4
ข้าราชการ กทม.	1,030	114.7	34.1	29.7
ข้าราชการท้องถิ่น	675	53.6	18.4	34.3
สิทธิอื่นๆ	745	94.1	25.6	27.2
รวม	57,182	5,718.4	1,530.0	26.8

ที่มา : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹²

ตารางที่ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการอนุมัติเงินชดเชยเพื่อเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณี UCEP จำแนกตามกองทุน
(เมษายน 2560-กุมภาพันธ์ 2564)

กองทุน/ข้อมูล	ข้อมูลส่ง PA (ครั้ง)	ส่งเบิก UCEP (ครั้ง)	ผ่านการ พิจารณา (ครั้ง)	ร้อยละที่ผ่าน การพิจารณา (คิดเทียบกับการ ส่ง PA)	ร้อยละที่ผ่าน การพิจารณา (คิดเทียบกับการ ส่งเบิก UCEP)
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	62,430	59,405	55,966	89.6	94.2
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	15,363	14,805	14,118	91.9	95.4
ประกันสังคม	15,295	14,211	13,347	87.3	93.9
ข้าราชการ กทม.	954	905	858	89.9	94.8
ข้าราชการท้องถิ่น	1,220	1,163	1,116	91.5	96.0
สิทธิอื่นๆ	1,863	1,737	1,622	87.1	93.4
รวม	97,125	92,226	87,027	89.6	94.4

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม Emergency Pre-authorization สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และโปรแกรม UCEP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 4 มีนาคม 2564¹⁰

โดยสรุปแล้ว นโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทยทุกสิทธิ สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับข้อค้นพบจากการดำเนินนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) จากจำนวนเฉลี่ยประมาณ 986 ครั้ง/เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 2,066 ครั้ง/เดือน นอกจากนี้ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) เป็นกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ยังสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพิ่มมากขึ้นจากจำนวน 27,152 ครั้ง ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน เป็นจำนวน 62,430 ครั้ง ตามนโยบาย UCEP จึงบ่งชี้ได้ว่า นโยบาย UCEP มีส่วนสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำระหว่างสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

4.2

การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบาย UCEP

จากข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย UCEP จำแนกรายกองทุน ตามข้อมูลวันรับบริการระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2560-28 กุมภาพันธ์ 2564 พบว่า มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตผ่านโปรแกรม Pre-authorization จำนวนทั้งสิ้น 97,125 ครั้ง ผ่านการพิจารณาอนุมัติเบิกจ่าย จำนวน 87,027 ครั้ง มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (รวมทุกกองทุน) จำนวน 5,059 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้จำนวน 2,188 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 43.2 ของราคาเรียกเก็บ

ตารางที่ 3 จำนวนการเบิกจ่ายเงินชดเชยกรณี UCEP จำแนกตามกองทุน (เมษายน 2560-กุมภาพันธ์ 2564)

กองทุน/ข้อมูล	ร้อยละกรณีผ่านการพิจารณา (คิดเทียบกับการส่งเบิก UCEP)	จำนวนเงินที่เรียกเก็บ (ล้านบาท)	เงินชดเชย 72 ชม.แรก ก่อนหักประกัน (ล้านบาท)	ร้อยละ การชดเชย 72 ชม.แรก	เงินชดเชย หลัง 72 ชม. (ล้านบาท)	เงินชดเชยสุทธิ ก่อนหักประกัน ซีวิต และ พ.ร.บ. (ล้านบาท)	เงินชดเชยสุทธิ (ล้านบาท)
หลักประกันสุขภาพฯ	94.2	3,119	1,303	41.8	93	1,396	1,394
สวัสดิการรักษายาบาล ข้าราชการ	95.4	831	371	44.6	0	371	371
ประกันสังคม	93.9	877	327	37.3	0	327	327
ข้าราชการ กทม.	94.8	71	31	43.7	0	31	31
ข้าราชการท้องถิ่น	96.0	50	23	46.0	0	23	23
สิทธิอื่นๆ	93.4	111	42	37.8	0	42	42
รวม	94.4	5,059	2,097	41.5	93	2,190	2,188

ที่มา: ข้อมูลจากโปรแกรม UCEP สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ¹⁰

ทั้งนี้ กองทุนจ่ายเงินชดเชย 72 ชั่วโมงแรก ก่อนหักประกัน ให้กับโรงพยาบาลในราคาที่ตั้งกลงตามอัตราจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) จำนวน 2,097 ล้านบาท และจ่ายเงินชดเชยหลัง 72 ชั่วโมง (เฉพาะผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ตามการให้บริการ (Fee-for-Service) จำนวน 93 ล้านบาท โดยแต่ละกองทุนมีรายละเอียดการเบิกจ่ายเงินชดเชย ดังนี้

1

สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 3,119 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 1,394 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 44.7 ของราคาเรียกเก็บ ทั้งนี้ กองทุนจ่ายเงินชดเชย 72 ชั่วโมงแรก ก่อนหักประกัน ให้กับโรงพยาบาลในราคาที่ตั้งกลงตามอัตราจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) จำนวน 1,303 ล้านบาท และจ่ายเงินชดเชย หลัง 72 ชั่วโมง ตามการให้บริการ (Fee-for-Service) จำนวน 93 ล้านบาท หลังจากตรวจสอบค่าใช้จ่ายแล้ว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสามารถจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเอกชน ไม่เกิน 15 วัน

2

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 831 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 371 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 44.6 ของราคาเรียกเก็บ หลังจากได้รับข้อมูลที่มีการตรวจสอบค่าใช้จ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว กรมบัญชีกลางสามารถจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเอกชน ไม่เกิน 15 วัน

3

สิทธิประกันสังคม มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 877 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 327 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 37.3 ของราคาเรียกเก็บ หลังจากตรวจสอบค่าใช้จ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว สำนักงานประกันสังคมสามารถจ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลเอกชน ไม่เกิน 15 วัน

4

สิทธิกรุงเทพมหานคร มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 71 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 31 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 43.7 ของราคาเรียกเก็บ ไม่เกิน 15 วัน

5

สิทธิข้าราชการท้องถิ่น มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 50 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 23 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 46.0 ของราคาเรียกเก็บ ไม่เกิน 15 วัน

6

สิทธิรัฐวิสาหกิจและอื่นๆ มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล จำนวน 111 ล้านบาท โดยเบิกจ่ายได้ จำนวน 42 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 37.8 ของราคาเรียกเก็บ ทั้งนี้ ยังอยู่ระหว่างการดำเนินการแก้ไขระเบียบเพื่อเบิกจ่ายต่อไป โดยปัจจุบันมีเพียงบางหน่วยงานเท่านั้นที่สามารถจ่ายค่าชดเชยให้แก่สถานพยาบาลเอกชนได้ เช่น บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน) การท่าเรือแห่งประเทศไทย กองทุนสงเคราะห์เอกชน ธนาคารกรุงไทย และธนาคารแห่งประเทศไทย

จากการดำเนินนโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-2564) ยอดเงินที่มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (รวมทุกกองทุน) จำนวนทั้งสิ้น 5,059 ล้านบาท สามารถเบิกจ่ายได้ จำนวน 2,188 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 43.2 ของราคาเรียกเก็บ ซึ่งสูงกว่าเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) ที่มีการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล (รวมทุกกองทุน) จำนวนทั้งสิ้น 5,718 ล้านบาท^๖ โดยเบิกจ่ายได้เพียงจำนวน 1,530 ล้านบาท หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 26.8 ของราคาเรียกเก็บ

^๖ ในช่วงระหว่างการดำเนินนโยบาย ซึ่งกำหนดให้กองทุนหรือหน่วยงานอื่นๆ ชำระเงินคืนให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายใน 30 วัน เพื่อให้มีเงินหมุนเวียนเพียงพอและมีสถานะความคล่องตัวทางการเงิน รวมทั้งสามารถจ่ายชดเชยค่าบริการให้หน่วยบริการได้ตามเวลาที่เหมาะสม

5

ปัจจัยความสำเร็จ
และประเด็นท้าทาย

5.1

ปัจจัยความสำเร็จ

▶ 5.1.1

การมีกรอบกติกาทางกฎหมายรองรับ และแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน

การมีกรอบกติกาทางกฎหมาย ทั้งการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 และการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่สำคัญจำนวน 3 ฉบับ ที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยฉุกเฉิน และค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทำให้การดำเนินนโยบาย UCEP มีกลไกการขับเคลื่อนนโยบายที่ชัดเจน และสามารถทำให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งเข้าร่วมโครงการและพร้อมปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของนโยบาย นอกจากแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนที่ทำให้ไม่เกิดการตีความที่สับสนตามกรอบกติกาทางกฎหมายแล้ว นโยบาย UCEP ยังได้รับการออกแบบให้มีกลไกการประสานงานและกลไกกำกับนโยบายที่มีประสิทธิภาพ นั่นคือ การจัดตั้งศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และระบบสารสนเทศผ่านโปรแกรมตรวจสอบและคัดแยกระดับความฉุกเฉินเพื่ออนุมัติสิทธิ (Emergency Pre-authorization) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในทางปฏิบัติสามารถติดต่อสอบถามและชี้ขาดกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

▶ 5.1.2

ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งจากรัฐและเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย สมาคมโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ทำให้ภาพรวมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้บทบาทของโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ที่ไม่มีการเลือกปฏิบัติและไม่ปฏิเสธการรับรักษา ทำให้ผลการดำเนินงานของนโยบาย UCEP สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนได้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

► 5.1.3

การประชาสัมพันธ์ที่แพร่หลาย
และเข้าถึงง่ายทำให้ประชาชนรับรู้
และตระหนักถึงสิทธิ

ปัญหาประการหนึ่งของนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษา
ทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน คือ การขาดความเข้าใจอย่างแพร่
หลายของประชาชนต่อขอบเขตของสิทธิประโยชน์ของ
นโยบาย ในเวลานั้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในเรื่อง
อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบายยังมีข้อจำกัดและ
ขาดความชัดเจน ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุข และ
กลุ่มสื่อสารองค์กร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ได้มีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ทั้งใน
รูปแบบของการจัดพิมพ์เอกสาร แผ่นพับ บันทึกดิจิทัล
ประจำปีของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปฏิทิน
ตั้งโต๊ะ และป้ายสแตนดี้เพื่อส่งมอบให้โรงพยาบาล
ทำการประชาสัมพันธ์ รวมถึงการออกสื่อประชาสัมพันธ์
ทางโทรทัศน์ วิทยุ สื่อออนไลน์ (เช่น Facebook,
YouTube และเว็บไซต์ต่างๆ) เพื่อให้ประชาชนรับทราบ
แนวทาง ขั้นตอนและการดำเนินงานตามนโยบายเจ็บ
ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ ซึ่งปัจจุบันยังคงมีการ
ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

UCEP-COVID-19

หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์กรณีโควิด-19
ไม่ต้องมีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผ่าน
โปรแกรม Emergency Pre-authorization
สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น
ด้วยวิธีการจ่ายชดเชย
ตามรายการบริการที่กำหนด
ไม่มีเงื่อนไขเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย

นอกจากนี้ ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดประชุมชี้แจงเพื่อสร้างความเข้าใจกับหน่วยบริการทั่วประเทศที่ให้บริการดูแลกรณีโควิด-19 โดยเฉพาะหลักเกณฑ์ การดำเนินการ และการเบิกจ่ายของโรงพยาบาลเอกชนออกระบบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโควิด-19 (UCEP-COVID-19) เนื่องจากหลักเกณฑ์กรณี UCEP-COVID-19 มีเงื่อนไขแตกต่างจากกรณี UCEP ทั่วไป เช่น หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์กรณีโควิด-19 ไม่ต้องมีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Emergency Pre-authorization สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นด้วยวิธีการจ่ายชดเชยตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) ตามบัญชีรายการของโควิด-19 และไม่มีเงื่อนไขเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลดังกล่าวเป็นระยะๆ กับโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ ซึ่งโดยมากเป็นการจัดประชุมผ่านระบบออนไลน์เนื่องด้วยข้อจำกัดในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ถือเป็นวิธีการหนึ่งในการเน้นย้ำและขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนให้ไม่เก็บค่ารักษาพยาบาลจากประชาชน ซึ่งทำให้การดำเนินการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโควิด-19 (UCEP-COVID-19) ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี และทำให้ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ในประเทศไทยพ้นจากอันตรายโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วย

5.2

ประเด็นท้าทาย

▶ 5.2.1

การเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยของ
สถานพยาบาล

จากข้อมูลการร้องเรียน พบว่า เรื่องที่มีการร้องเรียนมากที่สุดคือ ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์แต่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บค่ารักษา ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษาเชิงประเมิณผลที่พบว่า ร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชน ยังคงถูกเรียกเงินมัดจำก่อนการให้บริการ¹³ โดยโรงพยาบาลบางแห่งเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยก่อนแล้วจึงเบิกจากกองทุนมาคืนผู้ป่วย ดังนั้น ประเด็นการเรียกเก็บเงิน ทั้งในรูปแบบการจ่ายมัดจำหรือการร่วมจ่าย ถือเป็นความท้าทายสำคัญของการดำเนินนโยบาย UCEP ที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานที่รับผิดชอบกองทุนสุขภาพของรัฐ และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน ได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกันด้วยการทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ ให้มีความเหมาะสมอย่างน้อยทุกๆ 3 ปี เพื่อให้เป็นอัตราที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถรับได้ และพร้อมจะร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

▶ 5.2.2

อัตราการจ่ายชดเชยไม่จูงใจในการให้
บริการของโรงพยาบาลเอกชน

ปัจจุบัน อัตราการเบิกจ่ายตามนโยบาย UCEP (พ.ศ. 2560-ปัจจุบัน) อยู่ที่ร้อยละ 43.2 ของราคาเรียกเก็บ ซึ่งสูงกว่าเมื่อเทียบกับการเบิกจ่ายตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน (พ.ศ. 2555-2560) ที่เพียงร้อยละ 26.8 ของราคาเรียกเก็บ (ดูตารางที่ 1 และ 3) ดังนั้น เหตุผลหลักของการเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยของสถานพยาบาลเอกชนบางแห่งมาจากการกำหนดจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด (Fee Schedule) ที่ยังไม่ครอบคลุมรายการที่เกิดขึ้นจริงในโรงพยาบาลเอกชน โดยโรงพยาบาลเอกชนอาจมองว่า อัตราค่าใช้จ่ายที่กำหนดยังอยู่ในอัตราที่อาจต่ำกว่าต้นทุน อย่างไรก็ตาม ยังไม่ปรากฏงานศึกษาเชิงประจักษ์ใดที่ชี้ชัดว่า ‘ต้นทุนที่แท้จริง’ ของโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีราคาเท่าใด และอัตราเรียกเก็บควรเป็นเท่าใด

ดังนั้น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินนโยบาย UCEP ต่อไป จึงควรมีการศึกษาข้อมูลต้นทุนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชนแต่ละระดับ ทั้งนี้ จากผลการศึกษาเพื่อพัฒนาโยบายด้านการเงินการคลัง¹⁴ พบว่า อาจต้องพิจารณาการเบิกจ่ายในทางเลือกอื่น เช่น การจ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) หรือการผสมผสานระหว่างการจ่ายตามระบบ DRGs และการจ่ายตามรายการบริการที่กำหนด ในบางกลุ่มประเภทบริการ เช่น ในกลุ่มยาหรือวัสดุที่มีราคาแพง

▶ 5.2.3

อัตราการจ่ายชดเชยไม่พอใจในการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน

แม้ประเทศไทยจะมีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาเป็นเวลานานอย่างน้อยกว่า 3 ทศวรรษ และพัฒนาการที่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับนี้ได้สร้างรากฐานสำคัญให้กับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศจนมีความพร้อมสำหรับการดำเนินนโยบาย UCEP อย่างเต็มรูปแบบในเวลาต่อมา แต่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลภาครัฐควรได้รับการพัฒนาต่อไป โดยเฉพาะการจัดบริการให้มีความรวดเร็วมากยิ่งขึ้นเพื่อลดการสูญเสียที่ไม่จำเป็นจากความพิการหรือเสียชีวิต และเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับบริการแก่ประชาชน นอกจากนี้ ควรมีการจัดระบบกลไกทางการเงินเพื่อสนับสนุนให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลภาครัฐได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

▶ 5.2.4

ความล่าช้าในการปรับปรุงระเบียบกองทุนรัฐวิสาหกิจ

แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดประชุมชี้แจงกองทุนต่างๆ ที่นอกเหนือจาก 3 กองทุนหลัก เพื่อรับฟังการชี้แจงถึงปัญหาของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่สังกัดกองทุนดังกล่าวยังไม่สามารถเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาลเอกชนได้ เนื่องจากกฎระเบียบของแต่ละกองทุนยังไม่มี การปรับปรุงแก้ไขให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 3 ฉบับ ปัจจุบันมีกองทุนทั้งหมดจำนวน 165 กองทุน แต่ผลการดำเนินงานกลับพบว่า มีกองทุนที่ได้ปรับปรุงแก้ไขระเบียบแล้วเพียงจำนวน 13 กองทุน และกองทุนที่จำเป็นต้องแก้ไขระเบียบแต่ยังไม่ดำเนินการมากถึงจำนวน 152 กองทุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกองทุนที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ ความล่าช้าในการปรับปรุงแก้ไขระเบียบของกองทุนเหล่านี้ คือหนึ่งในความท้าทายสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน โดยปัจจุบันยังอยู่ระหว่างการหารือเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสวัสดิการและแรงงานสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ (คนร.)

6

บทสรุป:

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มุ่งสู่การบูรณาการ

และลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน

การดำเนินตามนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่’ (UCEP) ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นการต่อยอดและปิดช่องว่างของนโยบาย ‘เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน’ (พ.ศ. 2555-2560) ได้เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมุ่งเน้นการอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชน และลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพของภาครัฐ นโยบาย UCEP เป็นบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันสมัยที่ ไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต หรืออาการที่แพทย์ประเมินแล้วเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ ส่วนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมง ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย ผลจากการดำเนินนโยบาย UCEP กว่า 4 ปีที่ผ่านมา ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ที่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้นเมื่อเทียบกับการดำเนินนโยบายในช่วงก่อนหน้า แม้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะยังคงมีอุปสรรคและความท้าทายอยู่บ้าง แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงประชาชนโดยทั่วไป ได้ร่วมมือกันเพื่อปรับปรุงและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ดียิ่งขึ้นต่อไป และที่สำคัญที่สุดคือ เพื่อให้การดำเนินนโยบายนี้เป็น ‘ตัวแบบ’ สำหรับการบูรณาการและลดความเหลื่อมล้ำระหว่าง 3 กองทุนสุขภาพหลักของภาครัฐต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. (2548). คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
2. อนุชา เศรษฐเสถียร. (2551). ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย. ใน วิทยา ชาติชัยบัญชาชัย และคณะ (บรรณาธิการ), หลักการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. โรงพยาบาลขอนแก่น.
3. จารุวรรณ ธาดาเดช, สิริมา มงคลสัมฤทธิ์, และ ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2557). วิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 23(3), 513–523.
4. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระวัฒนานนท์, และ ภูษิต ประคองสาย. (2544). งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 10(3), 381–390.
5. ราชกิจจานุเบกษา. (2551). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551, เล่ม 125 ตอนที่ 44 ก.
6. Suriyawongpaisal, P., Aekplakorn, W., Srithamrongsawat, S., Srithongchai, C., Prasitsiriphon, O., & Tansirisithikul, R. (2016). Copayment and recommended strategies to mitigate its impacts on access to emergency medical services under universal health coverage: A case study from Thailand. BMC Health Services Research, 16(1), 606. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1847-y>
7. Suriyawongpaisal, P., Aekplakorn, W., & Tansirisithikul, R. (2015). Does harmonization of payment mechanisms enhance equitable health outcomes in delivery of emergency medical services in Thailand? Health Policy and Planning, 30(10), 1342–1349. <https://doi.org/10.1093/heapol/czv005>

8. ราชกิจจานุเบกษา. (2559). พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559, เล่ม 133 ตอนที่ 41.
9. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2560). มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต, คณะรัฐมนตรี.
10. สำนักบริหารการจัดสรรและชดเชยค่าบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). เอกสารการนำเสนอข้อมูล หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ปี 2564.
11. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (2564). รายงานประจำปี 2563 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการกรณี EMCO ครั้งที่ 2/2560. https://www.nhso.go.th/storage/downloads/boardresolution/999/131362653936675720_Board%206%E0%B8%81%E0%B8%9E60_3.pdf
13. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, และ พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ. (2561). โครงการติดตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP). คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2561). โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง (ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ).

การบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบาย 'เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่' ในประเทศไทย

โครงการจัดกระบวนการสร้างองค์ความรู้และถอดบทเรียนพร้อมทั้งจัดทำเอกสารเพื่อเผยแพร่งานระบบหลักประกันสุขภาพฯ

ผู้แต่ง ดร. ฌปภัช สัจจนกุล

ปีที่พิมพ์ 2564

พิมพ์ครั้งที่ 1 e-book

จัดพิมพ์เผยแพร่โดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยราชการ ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550

ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210

Website: www.nhso.go.th

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

นายแพทย์จเด็จ ธรรมธัชอารี
นางเบญจมาศ เลิศชาคร
นางอัญชลี หอมหวล
นางสาวอิสริย์ ชื่นจิตต์เสาวคนธ์
นางสาวอัญรัตน์ มณี
นางสาวนันทิยา สำมะโน

ผู้ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิตร
เภสัชกรหญิง ดร. วลัยพร พัทธนฤมล

ผู้แต่ง

ดร. ณปภัช สัจจนกุล

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตตรา
นางประทีป นัยนา
นางสาวปาณฉัตร ทิพย์สุข

