รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

Management of Medical Emergency Services under Integration Management Policy

โดย

นางสิรินาฏ นิภาพร

นางสาวอรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล

นายถาวร สกุลพาณิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานการศึกษาวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากกองทุนประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคม ประจำปี 2556

คำนำ

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายปรับปรุงบริการผู้ป่วยฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ ไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า รวมทั้งได้รับการส่งต่อไปรับบริการศักยภาพสูงขึ้นในกรณีจำเป็น โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายกลาง (Clearing House)

ที่ผ่านมา กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม ได้มีการดูแลผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกเครือข่ายอยู่แล้ว ในกรณีที่เรียกว่า 72 ชั่วโมง ดังนั้น การเข้าร่วมนโยบายของรัฐบาลและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้น ทำให้สำนักงานประกันสังคมมีวิธีจ่ายชดเชยกรณีฉุกเฉิน 2 รูปแบบ คือ วิธีใหม่สำหรับกรณีที่เข้าตามเกณฑ์ และวิธีเดิมสำหรับกรณีที่เหลือ อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนเรียกร้องว่าอัตราการจ่ายที่กำหนดโดยหน่วยจ่ายกลางนั้นต่ำไป

รายงานวิจัยฉบับนี้เป็นการนำเสนอเพื่อตอบวัตถุประสงค์การประเมินนโยบายและมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน และการพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะวิจัย

บทคัดย่อ

ชื่องานวิจัย การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนโยบายและมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน สำรวจความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน และเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน ทำการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ด้วยการใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2556 ถึงธันวาคม 2556

ผลการประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน พบว่า นโยบายนี้เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับแนวคิดที่เป็นรากฐานของสังคม ซึ่งปรากฏในรัฐธรรมนูญและกฎหมายหลักหลายฉบับ การออกแบบวิธีการดำเนินการมีการออกแบบอย่างเป็นระบบจากกิจกรรมไปสู่ผลผลิต ผลลัพธ์ แต่มีอุปสรรคในการแปลงนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนไปสู่การปฏิบัติทำให้ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ จากปัจจัยความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและนโยบายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน ความสอดคล้องของทรัพยากรโดยเฉพาะราคาที่จ่ายชดเชยและความสับสนของผู้ปฏิบัติและผู้ประกันตน

ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ประกันตน พบว่า ยังมีผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินภายใต้นโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนที่ต้องสำรองการเงินจ่ายก่อน ซึ่งเป็นผลให้เกิดภาระแก่ผู้ประกันตนและครอบครัว สำหรับความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิกรณี 72 ชั่วโมงเดิมและกรณีบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้น พบว่า มีความพอใจอยู่ในระดับต่ำใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม หากเจ็บป่วยครั้งต่อไป ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะเลือกใช้สิทธิฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนมากกว่าการเลือกใช้สิทธิแบบเดิม 72 ชม. อาจเนื่องจากผู้ประกันตนฉุกเฉินไม่ต้องสำรองเงินจ่ายและจ่ายเงินส่วนเกิน

สำหรับกลไกและอัตราการจ่ายที่เหมาะสมนั้น การจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ยังเป็นวิธีการจ่ายที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังไม่มีการกำกับราคาค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชน วิธีการกำหนดอัตราค่าชดเชยชดเชยให้กับโรงพยาบาลเอกชนนั้น เสนออัตราจ่ายเท่ากับอัตราชดเชยโดยเฉลี่ยที่โรงเรียนแพทย์ได้รับจากกรมบัญชีกลาง คือ 17,662 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ ซึ่งประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 13,483 บาท ค่าแรง 2,379 บาท และค่าห้องค่าอาหารระยะเวลา 3 วัน 1,800 บาท ทั้งนี้ เป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยและกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ว่ามีความจำเป็นต้องปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสมในระยะเวลาต่อไปในอนาคต

Abstract

The objectives of this study were to evaluate Management of Medical Emergency Services under Integration Management Policy, survey the member of Social Security Scheme in term of their attitude between emergency medical service under Social Security (72 hrs.) and Management of Medical Emergency Services under Integration Management Policy, and work out appropriate payment method and reimbursement for eligible private hospitals that gave provision of care to medical emergency patients. Mix method, qualitative and quantitative were using for approach. In-depth interview were using for qualitative approach and questionnaire were using for quantitative approach.

Policy evaluation found that for this policy follows ideology and the social justice of Thai society, which is clearly showed in Thai Constitution and other related Acts. System design in theory is well link systematically from input to process, output, and outcome. However, a lot of hurdles are found at the level policy deployment. Many factors are identified include clear assignment, appropriate resource especially reimbursement price and asymmetrical information among staffs of social health protection schemes in different level and beneficiaries.

The result of interview showed that when the member of Social Security Scheme were admitted for the emergency treatment under Management of Medical Emergency Services under Integration Management Policy. They have to reserve budget to private hospital which provide care to them. Rate of reserve money to pay are 48.2%, the same as the rate of not reserve money to pay (51.3%). For reserve money, it contributes to the cost burden to patients as high as 97.6% in particular in group of income below 10,000 to 29,999 baht. The complacency of patients under Social Security Scheme between emergency medical service under Social Security (72 hrs.) and Management of Medical Emergency Services under Integration Management Policy were found to be similar percentage of 4.62 and 3.9, respectively.

The appropriate payment method and reimbursement, payment by the Diag Related Groups (DRGs) payment method is also appropriate in the current situation. To propose appropriate reimbursement for private hospitals, using the reimbursement rate of the Civil Servant Medical Benefits Scheme (CSMBS) to university hospitals, for treatment of medical emergency patients which 17,662 baht per AdjRW, including 13,483 baht per AdjRW, 2,379 baht of labour price, and 1,800 baht of room and food prices for three days. Through participatory approach in undertaking this project, the researchers and representatives of private hospitals have an agreement that the appropriate imbursement rate should be adjusted periodically in the future.

บทสรุปผู้บริหาร

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายปรับปรุงบริการผู้ป่วยฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ทุกสิทธิหลักประกันสุขภาพสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ ไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า รวมทั้งได้รับการส่งต่อไปรับบริการศักยภาพสูงขึ้นในกรณีจำเป็น โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายกลาง (Clearing house) ผ่านระบบ Emergency Claim Online (EMCO) ทั้งนี้กำหนดอัตราค่าชดเชยให้กับสถานพยาบาลนอกเครือข่ายที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยนอก จ่ายเงินชดเชยตามรายการที่กำหนด+รายการยา และอื่นๆ (เฉพาะรายการอื่นๆรวมกันไม่เกิน 1,000 บาท) สำหรับกรณีผู้ป่วยในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs Version5) จำนวน 10,500 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การจัดระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนเป็นการดำเนินการตามแนวทางที่กำหนดเรื่องสิทธิของคนไทยในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามรัฐธรรมนูญ และมีการกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมไว้ในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกับการจัดระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินของประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้ การดำเนินการตามนโยบายนี้เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเป็นการดำเนินแบบต่อเนื่อง วิธีการประเมินที่เหมาะสมจึงเป็นการประเมินผลแบบ Formative evaluation เพื่อมุ่งเน้นการปรับปรุงระบบงาน โดยมีขั้นตอนที่สำคัญคือ การแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ เนื่องจากระบบสุขภาพมีความซับซ้อน ประเด็นการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลไกตลาดทำงานไม่สมบูรณ์

จากเอกสารสำหรับการเตรียมการประชุมและผลการประเมินภายหลัง 6 เดือนแรกของการดำเนินการ พบว่า นโยบายนี้เป็นการดำเนินการต่อยอดจากระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเดิมที่มีอยู่ ดังนั้นในขั้นตอนการออกแบบตัววิธีการทำงานจึงเป็นไปอย่างมีระบบ แต่เนื่องจากเป็นการดำเนินการที่ค่อนข้างเร่งรัดทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติยังมีความสับสน ระบบสารสนเทศยังไม่พร้อมสมบูรณ์ ราคาจ่ายชดเชยที่กำหนดยังไม่ได้หารือกับสถานพยาบาลเอกชนจนได้ข้อสรุปร่วมกัน และประชาชนไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเพียงพอทำให้โรงพยาบาลเอกชนใช้วิธีเลี่ยงไม่ทำตามแนวทางที่รัฐบาลกำหนด ยังมีการเรียกเก็บเงินตามปกติเต็มตามราคาที่เคยเก็บ โดยประชาชนไม่เข้าใจเรื่องสิทธิเพียงพอและไม่สามารถใช้กลไกการร้องเรียนได้อย่างเหมาะสม

ที่ผ่านมา กองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคม ได้มีการดูแลผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกเครือข่ายอยู่แล้ว ในกรณีที่เรียกว่า 72 ชั่วโมง ดังนั้น การเข้าร่วมนโยบายของรัฐบาล การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้นทำให้สำนักงานประกันสังคมมีวิธีจ่ายชดเชยกรณีฉุกเฉิน 2 รูปแบบ คือวิธีใหม่สำหรับกรณีที่เข้าตามเกณฑ์ และวิธีเดิมสำหรับกรณีที่เหลือ ประกอบกับการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกร้องว่าอัตราการจ่ายที่กำหนดโดยหน่วยจ่ายกลางนั้นต่ำไป จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยนี้ โดยทำการศึกษาเพื่อประเมินนโยบายและมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน สำรวจความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน และเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรณีแพทย์ฉุกเฉิน การศึกษาครั้งนี้มีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ด้วยการใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน พบว่า นโยบายนี้เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับแนวคิดที่เป็นรากฐานของสังคม ซึ่งปรากฏในรัฐธรรมนูญและกฎหมายหลักหลายฉบับ การออกแบบวิธีการดำเนินการมีการออกแบบอย่างเป็นระบบจากกิจกรรมไปสู่ผลผลิต ผลลัพธ์ แต่มีอุปสรรคในการแปลงนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนไปสู่การปฏิบัติทำให้ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการที่สำคัญคือการไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า แม้ว่าผู้ประกันตนส่วนใหญ่ทราบว่ามีนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน แต่ส่วนใหญ่ไม่เข้าใจในรายละเอียดสิทธิประโยชน์ และช่องทางการร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา

จากผลการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับผู้ประกันตนที่เคยเข้ารับใช้บริการตามนโยบายนี้ซึ่งมีผู้ตอบกลับประมาณครึ่งหนึ่ง พบว่า ผู้ประกันตนถูกโรงพยาบาลให้สำรองเงินจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 8.3 และเกือบทั้งหมดของผู้สำรองจ่ายเงินล่วงหน้า (ร้อยละ 98) เกิดภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัวในทุกกลุ่มรายได้ รวมทั้งมีความเข้าใจในแนวทางที่ปฏิบัติตามนโยบายที่แตกต่างกัน ในเรื่องการเข้าถึงบริการนั้น ผู้ประกันตนที่เคยรับบริการส่วนใหญ่รู้เรื่องนโยบายนี้มาก่อน แต่ไม่เข้าใจรายละเอียดของสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย จากการสัมภาษณ์เชิงลึกสาเหตุของปัญหาดังกล่าวกับผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน เกิดจากการที่สถานพยาบาลเอกชนไม่มั่นใจว่าจะได้รับเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลจึงขอเก็บเป็นเงินมัดจำไว้ก่อน เมื่อโรงพยาบาลเรียกเก็บเงินตามราคาบริการของโรงพยาบาลได้แล้ว จึงให้ผู้ป่วยมารับเงินบางส่วนคืน แต่มีกรณีโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งปฏิเสธที่

จะให้บริการด้วยราคาที่รัฐบาลกำหนดภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนนั้น โดยเก็บเงินผู้ป่วยเต็มจำนวนแล้วให้ไปเบิกคืนเอง การที่ผู้ประกันตนไม่ทราบสิทธิตามนโยบายนี้ หรือไม่ทราบว่าสามารถขอความช่วยเหลือหรือร้องทุกข์ได้อย่างไร ทำให้ผู้ประกันตนต้องยอมจ่ายเงินก่อนแม้ว่าผู้ประกันตนจะรู้สิทธิ

ในด้านคุณภาพการบริการนั้น ผู้ให้บริการที่เป็นโรงพยาบาลเอกชนยืนยันว่าไม่มีการแยกการให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายนี้ออกเป็นการเฉพาะ เพราะจะเป็นการเพิ่มภาระให้แก่โรงพยาบาลในการบริหารจัดการ แต่ผู้ประกันตนมีความกังวลเรื่องคุณภาพบริการและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุ แต่ยังไม่สามารถประเมินอย่างเป็นคุณภาพบริการอย่างระบบจากเวชระเบียนได้

พฤติกรรมการใช้บริการของผู้ประกันตนได้รับจากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ประกันตนยังใช้ความเคยชินที่มักเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนโดยยอมจ่ายเงินเองหรือใช้ประกันสุขภาพเอกชน ในกรณีที่ต้องการความรวดเร็ว หรือไม่พึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลหลัก

ระบบเบิกจ่ายกลาง (Clearing House) และระบบประสานงานระหว่าง 3 กองทุน และกองทุนผู้ประสบภัยจากรถยังอยู่ในช่วงการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศยังไม่สมบูรณ์พอที่จะใช้ในการกำกับให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ การจ่ายเงินชดเชยคืนยังใช้เวลานาน และการเรียกเก็บเงินระหว่างกองทุนด้วยกันยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ

จากการประเมินนโยบายและมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้น พบว่าอัตราการเข้ารับบริการของผู้ประกันตนภายใต้นโยบายนี้มีแนวโน้มลดลง โดยในระยะเวลา 1 ปี 3 เดือน (เดือนเมษายน 2555-มิถุนายน 2556) มีจำนวนผู้ป่วย 30,038 ราย เป็นผู้ป่วยประกันสังคม 1,673 ราย คิดเป็นสัดส่วน 6.2% และมีจำนวนค่ารักษาพยาบาลที่ระบบ EMCO อนุมัติจ่ายชดเชยให้กับโรงพยาบาลนอกเครือข่าย 12,982,183.60 ล้านบาท ค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ได้รับการอนุมัติจ่ายเงินชดเชยภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมในปี 2556 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของรายจ่ายทั้งหมดของกรณีเจ็บป่วย ซึ่งถือว่ามีผลกระทบน้อยมากต่อค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคม และค่าดัชนีวิเคราะห์สถานะกองทุนต่างอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ความไม่ชัดเจนของนิยามภาวะฉุกเฉินมีความคลุมเครือ ในการจำแนกระดับความรุนแรง โดยเฉพาะการจำแนกระดับความฉุกเฉินในเจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนที่ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ที่ไม่มีความรู้ในเรื่องการแพทย์ เปิดโอกาสให้ผู้ประกันตนเลือกที่นำใบเสร็จรับเงินมาเบิกค่าชดเชยที่สำนักงานประกันสังคมได้

ทั้งยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดการเบิกซ้ำซ้อนจากการที่โรงพยาบาลเอกชนออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ประกันเมื่อสำรองเงินจ่ายก่อนหรือค่าส่วนต่าง หากมีการนำไปเบิกที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพราะไม่มีระบบตรวจสอบหรือฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันระหว่างระบบ EMCO และสำนักงานประกันสังคม

การวิเคราะห์หาอัตราการจ่ายที่เหมาะสมโดยพิจารณาราคาที่โรงพยาบาลเอกชนต้องการได้รับ (Willingness to accept) กับราคาที่หน่วยงานประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนยินดีจ่าย พบว่าค่ากลางของค่าบริการที่เรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนอยู่ระหว่าง 27,128 - 57,636 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) ซึ่งอัตรานี้ถือได้ว่าเป็นระดับราคาที่โรงพยาบาลต้องการ โดยมีรายการบริการบางส่วนที่ไม่ตรงกับการวินิจฉัย เมื่อปรับลดรายการเหล่านั้นออก และคำนวณเป็นต้นทุนโดยใช้อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (charge to cost ratio) จะได้ระดับราคาที่โรงพยาบาลต้องการมีค่าระหว่าง 13,036 - 39,562 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) คิดเป็นค่ามัธยฐานเท่ากับ 21,902 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) เมื่อพิจารณาระดับราคาที่หน่วยงานหลักประกันสุขภาพยินดีจ่าย พบว่าอัตราราคาที่กรมบัญชีกลางยินดีจ่ายให้โรงพยาบาลรัฐที่เป็นโรงเรียนแพทย์เป็นอัตราสำหรับโรงพยาบาลเอกชนสำหรับการนอนโรงพยาบาล 3 วัน จะเท่ากับ 17,662 บาท ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (รวมค่าห้องค่าอาหาร 3 วัน) ซึ่งน่าจะใช้เป็นจุดตั้งต้นในการหาข้อยุติเรื่องการกำหนดราคาชดเชยกับโรงพยาบาลเอกชนได้ อย่างไรก็ตาม คณะวิจัยเห็นว่ามีความจำเป็นต้องปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสมเป็นระยะต่อไปในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนที่ได้มาอย่างโปร่งใสบนหลักการที่ยอมรับร่วมกัน

ประสิทธิภาพของระยะเวลาการจ่ายเงิน ซึ่งกำหนดว่าจะจ่ายชดเชยภายในเวลา 15 วันนั้น ในทางปฏิบัติ อัตราความสำเร็จของการจ่ายเงินภายใน 15 วันหลังจากที่โรงพยาบาลเอกชนทำการบันทึกค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว มีเพียงร้อยละ 16.64

สำหรับกลไกและอัตราการจ่ายที่เหมาะสมนั้น การจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ร่วมกับการจ่ายตามรายการที่มีราคาแพง และมีการจ่ายชดเชยเพิ่มเติมในกรณีค่าใช้จ่ายสูงมาก (Extreme outlier) ยังเป็นวิธีการจ่ายที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบันที่ยังไม่มีการกำกับราคาค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชน โดยควรจัดทำคำจำกัดความของอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้ชัดเจน รวมทั้งมีระบบยืนยันสิทธิ (Preauthorization) ทั้งนี้จำเป็นต้องเพิ่มอัตราจ่าย พร้อมกับการกำกับดูแลให้โรงพยาบาลเอกชนต้องให้บริการอย่างมีคุณภาพและไม่มีการเก็บเงินจากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้อัตราชดเชยที่ทางกองทุนและโรงพยาบาลเอกชนน่าจะใช้หารือเพื่อให้ได้ข้อยุติน่าจะพิจารณาจากอัตราจ่ายชดเชยเฉลี่ยที่โรงเรียนแพทย์ได้รับจากกรมบัญชีกลางที่ปรับเพิ่มค่าแรงเต็มจำนวน คือ 17,662 บาทต่อ AdjRW ซึ่งประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาลจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 13,483 บาท

ค่าแรง 2,379 บาท และค่าห้องค่าอาหารระยะเวลา 3 วัน 1,800 บาท ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยและกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน ว่ามีความจำเป็นต้องปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสมต่อไปเป็นระยะโดยต้องมีระบบสารสนเทศทางคลินิกและทางการเงินที่โรงพยาบาลเอกชนเพิ่มเติมมากกว่าปัจจุบัน

สำนักงานประกันสังคมต้องเร่งปรับปรุงวิธีการสื่อสารและช่วยบริการผู้ประกันตนที่ประสบปัญหาอุบัติเหตุฉุกเฉินเพื่อเพิ่มความพึงพอใจของผู้ประกันตนซึ่งปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำ โดยศึกษาจากวิธีการที่ระบบประกันสุขภาพอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมทั้งวิธีการสื่อสารและช่วยบริการที่อุตสาหกรรมบริการอื่นใช้บริการสมาชิก

ข้อเสนอแนะ

1) ปรับอัตราค่าชดเชยบริการให้แก่โรงพยาบาลเอกชน ในอัตราที่ยอมรับได้และออกระเบียบภายใต้ พ.ร.บ.สถานพยาบาล และ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการประกาศราคาควบคุมตามอำนาจ พ.ร.บ.ว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ.2542 เพื่อแก้ปัญหาโรงพยาบาลเอกชนไม่ยอมรับราคาที่รัฐบาลกำหนด
2) คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนต้องกำหนดนิยาม “ฉุกเฉิน” รวมไปถึงการตกลงร่วมกันอื่นๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
3) ปรับปรุงระบบงานของหน่วยจ่ายกลาง (Clearing House) เพื่อสร้างความมั่นใจให้สถานพยาบาลเอกชนในการให้บริการกรณีฉุกเฉินโดยไม่ต้องจ่ายเงินก่อน โดยจัดทำระบบขออนุมัติสิทธิ (Preauthorization) รวมทั้งปรับกระบวนการจ่ายเงินชดเชย
4) สำนักงานประกันสังคมควรมีการดำเนินการหาสาเหตุของความไม่พึงพอใจของผู้ประกันตนเพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงวิธีการจัดบริการกรณีฉุกเฉินทั้งในส่วนการร่วมปรับปรุงการจัดบริการร่วมกับกองทุนอื่นตามนโยบายนี้ และในส่วนที่สำนักงานประกันสังคมต้องดำเนินการเอง มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงอย่างน้อยดังนี้
    a. ควรทำการชี้แจงหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานตามนโยบายนี้ให้แก่ผู้ปฏิบัติของสำนักงานประกันสังคมทุกระดับให้เข้าใจถึงหลักเกณฑ์และแนวทางอย่างถูกต้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ปรับปรุงวิธีการสื่อสารให้ผู้ประกันตนรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ที่ตนเองได้รับและวิธีการขอคำปรึกษา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ.....ก

Abstract.....ค

บทสรุปผู้บริหาร.....จ

สารบัญ.....ญ

สารบัญตาราง.....ฐ

สารบัญรูป.....ด

บทที่ 1 หลักการและเหตุผล 1-1

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 1-5

1.2 คำถามงานวิจัย.....1-6

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....1-6

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย.....1-7

1.5 นิยามศัพท์.....1-14

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม 2-1

2.1 การประเมินโยบายสาธารณะ 2-3

2.2 ที่มาของนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน กรณีระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน.....2-13

2.2.1 แนวคิดและวัตถุประสงค์ 2-15

2.2.2 สิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ตามนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุน 2-17

2.2.3 อัตราการจ่ายเงิน.....2-19

2.2.4 แนวทางปฏิบัติการบริการและการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน..... 2-21

2.3 การเปลี่ยนแปลงของกองทุนประกันสังคมหลังมีนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุน กรณีระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 2-24

2.4 แนวคิดและวิธีการจัดบริการฉุกเฉินด้านการแพทย์แก่ประชาชนในต่างประเทศ.....2-28

2.5 กลไกการจ่ายเงิน 2-33

2.6 การกำหนดราคา 2-34

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 3 ผลการศึกษา 3-1

3.1 การศึกษาย่อยที่ 1 เพื่อประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการแก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามองทุน..... 3-1

3.1.1 การรับรู้ การยอมรับของผู้บริหารกองทุน ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) ผู้รับบริการ (ผู้ประกันตน) และนายจ้าง (กองทุนทดแทน) ที่มีต่อการให้บริการการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3-6

3.1.2 ศึกษาแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายประกันสังคมต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน.....3-12

3.1.3 ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน.....3-14

3.1.4 ผลกระทบของนโยบายต่อการจัดบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ประกันตนและสถานพยาบาลในระบบกองทุนประกันสังคม และเงินทดแทน 3-17

3.2 การศึกษาย่อยที่ 2 ศึกษาการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และภาระที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน และความ คิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน.....3-21

3.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลการร้องทุกข์ 3-21

3.2.2 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ในปี 2555-2556.....3-23

3.2.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน.....3-24

3.2.4 ผลการสนทนากลุ่ม 3-34

3.3 การศึกษาย่อยที่ 3 เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์กลไก ขั้นตอนและวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน....3-39

3.3.1 ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Emergency Claim Online (EMCO)... 3-39

3.3.2 อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่ควรจะเป็น 3-62

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

3.3.3 การให้บริการรักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมง ของกองทุนประกันสังคม เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้นโยบายร่วมสามกองทุน 3-83

3.3.4 การจัดเวทีระดมความเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนออัตราการจ่ายที่เหมาะสม 3-88

บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผล 4-1

4.1 อภิปราย 4-1

4.2 ข้อเสนอแนะ 4-7

บรรณานุกรม บ-1

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์ i

ภาคผนวก 2 แบบสอบถามผู้ประกันตน.....ii

ภาคผนวก 3 สรุปวิธีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์.....viii

ภาคผนวก 4 รายชื่อโรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล จากกองทุนประกันสังคมจำนวนมากที่เป็นตัวแทน 4 ภาค x

ภาคผนวก 5 การแจกแจงฟังก์ชันความน่าจะเป็นของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ xi

ภาคผนวก 6 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ/ความล้มเหลว xv

สารบัญตาราง

หน้า

บทที่ 1

ตาราง 1-1 ดัชนีที่ใช้ในการวิเคราะห์ 1-12

บทที่ 2

ตาราง 2-1 รูปแบบและกลไกการคลังระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ 2-5
ตาราง 2-2 การวัดผลผลิต และผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ 2-11
ตาราง 2-3 สิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ 2-14

บทที่ 3

ตาราง 3-1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและอิทธิพลอำนาจต่อการดำเนินงานตามนโยบาย 3-4
ตาราง 3-2 ลักษณะและจำนวนผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ 3-7
ตาราง 3-3 ตารางสรุป 3-10
ตาราง 3-4 ผลกระทบจากนโยบายต่อการจัดบริการในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 3-20
ตาราง 3-5 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ในปี 2553 – 2555 3-24
ตาราง 3-6 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการสัมภาษณ์ 3-24
ตาราง 3-7 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกรายเพศ 3-25
ตาราง 3-8 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามระดับการศึกษา 3-26
ตาราง 3-9 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามรายได้ 3-26
ตาราง 3-10 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามอาชีพ 3-26
ตาราง 3-11 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการเดินทางมาโรงพยาบาล 3-27
ตาราง 3-12 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ 3-27
ตาราง 3-13 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษา 3-28

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง 3-14 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามเหตุผลที่เลือกมา รพ. 3-28
ตาราง 3-15 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามรับทราบนโยบาย 3-29
ตาราง 3-16 ร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามความเข้าใจภาวะฉุกเฉิน 3-30
ตาราง 3-17 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามการรับทราบว่าจะถูกส่งตัว ไปโรงพยาบาลตามสิทธิเมื่อพ้นภาวะวิกฤต 3-30
ตาราง 3-18 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามการยอมรับว่าจะถูกส่งตัว ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ 3-30
ตาราง 3-19 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน รับทราบหมายเลขโทรศัพท์ให้ร้องเรียน บริการที่ได้รับ 3-31
ตาราง 3-20 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ถูกถามสิทธิของผู้ป่วย 3-31
ตาราง 3-21 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ถูกสำรองเงินจ่ายก่อน 3-32
ตาราง 3-22 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ถูกสำรองเงินจ่ายต่อภาระค่าใช้จ่าย แยกตามรายได้ 3-33
ตาราง 3-23 จำนวนและร้อยละที่ให้คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3-33
ตาราง 3-24 จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพิจารณา สิทธิครั้งต่อไป 3-34
ตาราง 3-25 ลักษณะทั่วไปของผู้ประกันตนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม 3-35
ตาราง 3-26 จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทการจำหน่าย กรณีผู้ป่วยนอก 3-42
ตาราง 3-27 จำนวน ร้อยละ และจำนวนวันนอนเฉลี่ยจำแนกตามประเภทการจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน 3-43
ตาราง 3-28 จำนวนผู้ป่วยนอกภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ทุกสิทธิ จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก 3-43
ตาราง 3-29 จำนวนผู้ป่วยนอกภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน สิทธิประกันสังคม จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก 3-44
ตาราง 3-30 จำนวนผู้ป่วยในภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ทุกสิทธิ จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก...3-45

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง 3-31 จำนวนผู้ป่วยภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน สิทธิประกันสังคม จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก...3-46
ตาราง 3-32 จำนวนสถานพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย จำแนกตามประเภทและพื้นที่ตั้งของสถานพยาบาล.. 3-47
ตาราง 3-33 จำนวนสถานพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคม และผู้ป่วยประกันสังคมที่ได้รับชดเชย จำแนกตามประเภทและพื้นที่ตั้งของสถานพยาบาล 3-48
ตาราง 3-34 โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก 3-49
ตาราง 3-35 โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยในเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก..... 3-50
ตาราง 3-36 จำนวนและระยะเวลาอนุมัติโดยเฉลี่ยของรายการเรียกเก็บที่ได้รับการอนุมัติและออกเลขงวด..... 3-54
ตาราง 3-37 ค่า CMI ค่าบริการเรียกเก็บ และค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยใน เมษายน 2555 – มิถุนายน 2556..... 3-55
ตาราง 3-38 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชยและอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน จำแนกตามระดับฉุกเฉิน 3-57
ตาราง 3-39 ค่าเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ใน จำแนกตามระบบประกันสุขภาพ.....3-58
ตาราง 3-40 ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก/ใน ตามประเภทโรงพยาบาล..... 3-59
ตาราง 3-41 ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยค่าบริการผู้ป่วยนอก/ใน ตามที่ตั้งโรงพยาบาล 3-60
ตาราง 3-42 จำนวนหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง ค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน และอัตราชดเชย จำแนกตามระดับความรุนแรง 3-64
ตาราง 3-43 ประมาณภาระทางการเงินต่อปีของแต่ละกองทุน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในฉุกเฉิน 3-65
ตาราง 3-44 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสามกองทุน..... 3-66
ตาราง 3-45 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม..... 3-67
ตาราง 3-46 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้ง..... 3-68

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตาราง 3-47 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้งเฉพาะผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม..... 3-69

ตาราง 3-48 ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวังต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน สำหรับผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้ง..... 3-71

ตาราง 3-49 อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (CHARGE TO COST RATIO) ตามประเภทโรงพยาบาล....3-71

ตาราง 3-50 ร้อยละของราคายาที่แพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 10 อันดับแรก จากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคายาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย 3-74

ตาราง 3-51 ร้อยละของราคายาที่แพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 5 อันดับสุดท้ายจากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคายาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย 3-74

ตาราง 3-52 ร้อยละของราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ที่ราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 10 อันดับแรก จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย..... 3-75

ตาราง 3-53 ร้อยละของราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่ราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 5 อันดับสุดท้าย จากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย.... 3-75

ตาราง 3-54 แสดงจำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์..... 3-77

ตาราง 3-55 จำนวนราย ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม และร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล..... 3-77

ตาราง 3-56 ต้นทุนค่าบริการของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่ปรับด้วยอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคาผู้บริโภค . 3-79

ตาราง 3-57 ลักษณะและอัตราการจ่ายต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน 3-82

ตาราง 3-58 เปรียบเทียบลักษณะและอัตราการจ่ายเงินชดเชยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินระหว่างนโยบายใหม่ร่วมสามกองทุนและนโยบายเดิมไม่เกิน 72 ชั่วโมงของประกันสังคมที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน 3-86

ตาราง 3-59 สถานะกองทุนประกันสังคม 4 กรณี ปี 2553 – 2556 (ณ มิถุนายน 2556)..... 3-88

บทที่ 4

ตาราง 4-1 สรุปผลความสำเร็จ/ล้มเหลวของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” 4-3

สารบัญรูป

หน้า

บทที่ 1

รูป 1-1 การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมนโยบายของสำนักงานประกันสังคม กรณีเจ็บป่วย 1-3

รูป 1-2 การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมนโยบายของสำนักงานประกันสังคม กรณีกองทุนทดแทน..... 1-3

รูป 1-3 กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 1-5

รูป 1-4 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์การศึกษาย่อย..... 1-11

บทที่ 2

รูป 2-1 ขั้นตอนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ..... 2-3

รูป 2-2 แนวทางการประเมินแบบลำดับขั้น (EVALUATION HIERACHY)..... 2-4

รูป 2-3 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น..... 2-12

รูป 2-4 ขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)..... 2-23

บทที่ 3

รูป 3-1 จำนวนการร้องทุกข์ แยกตามช่องทางที่ใช้ในการร้องทุกข์..... 3-21

รูป 3-2 จำนวนเรื่องร้องทุกข์ กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน แยกตามประเภทสิทธิ..... 3-22

รูป 3-3 จำนวนเรื่องร้องทุกข์ของผู้ประกันตน กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน แยกตามภูมิภาค (N=88)..... 3-23

รูป 3-4 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการ เปรียบเทียบระหว่างเมษายน – มิถุนายน 2555
และเมษายน –มิถุนายน 2556..... 3-23

รูป 3-5 จำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามอายุ..... 3-25

รูป 3-6 ร้อยละของช่องทางการรับรู้นโยบายของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน..... 3-29

รูป 3-7 ความคิดเห็นของผู้ประกันตนที่ถูกสำรองเงินต่อความเหมาะสมของจำนวนเงินที่จ่าย..... 3-32

รูป 3-8 จำนวนครั้งการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานะอนุมัติการเงินโดย EMCO..... 3-39

รูป 3-9 สัดส่วนผู้ป่วยที่อนุมัติจ่าย จำแนกประเภทบริการ และระดับความรุนแรง..... 3-40

รูป 3-10 สัดส่วนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน (N=20,440)..... 3-41

รูป 3-11 จำนวนการเข้ารับบริการรายสิทธิจำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการการแพทย์..... 3-42

สารบัญรูป (ต่อ)

หน้า

รูป 3-12 จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างเมษายน 2555 - มิถุนายน 2556 3-51

รูป 3-13 จำนวนและสัดส่วนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทบริการและความรุนแรง ระหว่างเมษายน 2555 - มิถุนายน 2556 3-51

รูป 3-14 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ 3-52

รูป 3-15 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองที่เข้ารับบริการการแพทย์กรณีฉุกเฉินรายเดือน จำแนกตามประเภทบริการและสิทธิประกันสุขภาพ ระหว่างเมษายน 2555 - มิถุนายน 2556 3-53

รูป 3-16 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชยและอัตราชดเชยค่าบริการกรณีผู้ป่วยนอก เมษายน 2555 -มิถุนายน 2556 3-55

รูป 3-17 ค่าบริการเรียกเก็บต่อราย จำแนกตามประเภทบริการทางการแพทย์ และสิทธิประกันสุขภาพ 3-59

รูป 3-18 ค่าบริการเรียกเก็บ จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลและที่ตั้ง 3-61

รูป 3-19 สัดส่วนผู้ป่วยในที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน จำแนกตามประเภทกองทุน 3-63

รูป 3-20 จำนวนผู้ป่วยในที่เข้าร่วมรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ และระดับความรุนแรง 3-64

รูป 3-21 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนระหว่างสวัสดิการข้าราชการที่รักษาในโรงเรียนแพทย์กับโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน 3-72

รูป 3-22 วิเคราะห์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย 3-76

รูป 3-23 ราคาที่ยอมรับได้ของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล 3-78

รูป 3-24 ต้นทุนค่าบริการที่เหมาะสม (ต้นทุนคาดหวัง) ของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ 3-80

รูป 3-25 ค่าคาดหวัง ต้นทุนคาดหวัง และอัตราที่สามกองทุนจ่ายปัจจุบัน 3-83

รูป 3-26 แผนภาพการจำแนกการเข้ารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายร่วมสามกองทุน และสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของกองทุนประกันสังคม 3-84

สารบัญรูป (ต่อ)

หน้า

รูป 3-27 แนวโน้มการใช้บริการและการจ่ายเงินชดเชย กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม 3-85

รูป 3-28 ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติด้วย SHAPIRO-WILK W TEST 3-87

บทที่ 4

รูป 4-1 กรอบการประเมินการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์ กรณีฉุกเฉินตามนโยบาย บริหารจัดการร่วมสามกองทุน 4-2

รูป 4-2 กระบวนการเบิกจ่ายเคลมของหน่วยจ่ายกลาง (CLEARING HOUSE) 4-8

บทที่ 1 หลักการและเหตุผล

ระบบบริหารจัดการทางการแพทย์ภาครัฐสามกองทุน ที่ดูแลประชาชนคนไทยส่วนใหญ่ของประเทศ ประกอบด้วย สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ คุ้มครองการรักษาพยาบาลของข้าราชการและผู้มีสิทธิ ระบบกองทุนประกันสังคม คุ้มครองการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคม ซึ่งมีทั้งคนไทยและคนต่างชาติ สำหรับระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดูแลการรักษาพยาบาลเฉพาะประชาชนคนไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากสวัสดิการรักษาพยาบาลอื่นๆ

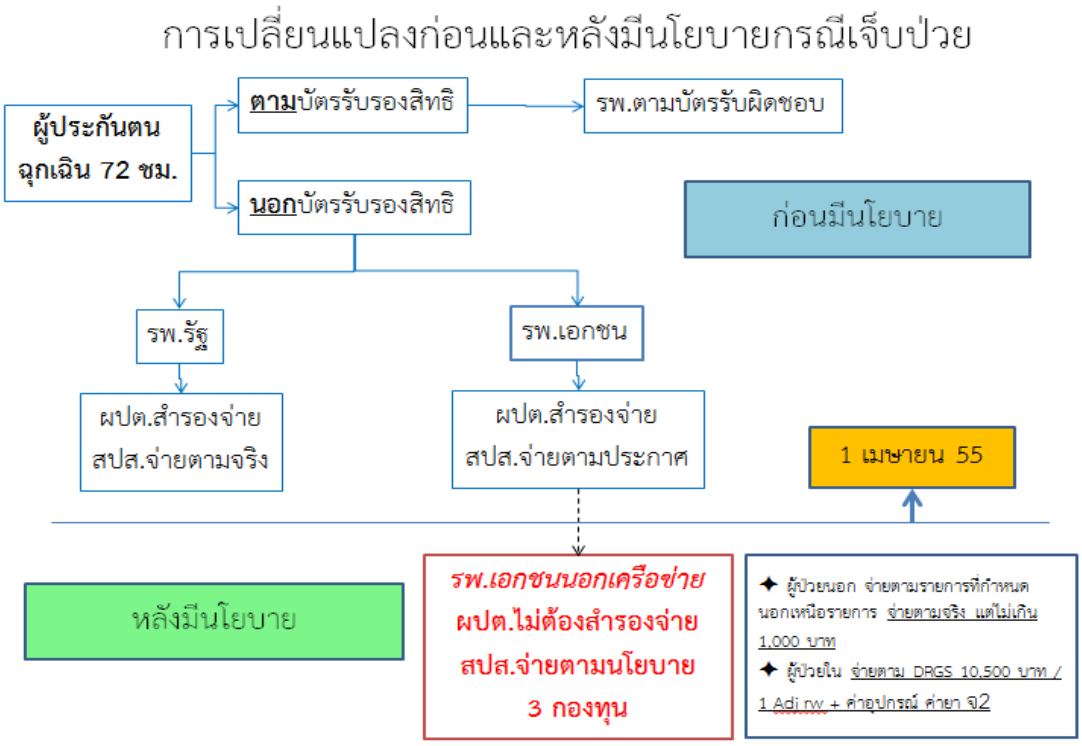
จากการที่ประเทศไทยมีระบบบริหารจัดการทางการแพทย์หลายระบบ ทำให้มีรูปแบบการบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน รัฐบาลจึงมีนโยบายต้องการให้มีเอกภาพในระบบประกันสุขภาพ โดยเริ่มจากการบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน เนื่องจากภาวะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร หากไม่ได้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ อาจมีปัจจัยต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมิได้รับบริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลที่เหมาะสม และการขาดหลักประกันด้านภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการให้บริการ

ตั้งแต่ปี 2534 สำนักงานประกันสังคมได้จัดบริการทางการแพทย์ให้กับผู้ประกันตนโดยจัดให้มีระบบการรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 72 ชั่วโมง กรณีที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ ผู้ประกันตนสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลได้ทุกโรงพยาบาล ทั้งในและนอกระบบประกันสังคม ในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรก สำนักงานประกันสังคมจะเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลภาครัฐ และเอกชน แต่มีเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ต่างกันคือ เมื่อผู้ประกันตนเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุ และเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาล สำนักงานจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามค่าใช้จ่ายจริงที่เรียกเก็บ แต่หากเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามความจำเป็นโดยมีเงื่อนไขการจ่ายตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์กำหนด และหลังจากที่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิได้รับแจ้งการเจ็บป่วยของผู้ประกันตน โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิจะเข้ามารับผิดชอบค่ารักษาต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา แต่อย่างไรก็ตามผู้มีสิทธิที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกเครือข่ายทั้งสามกองทุน ยังมีภาระในการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือมีภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินจากหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่กำหนด

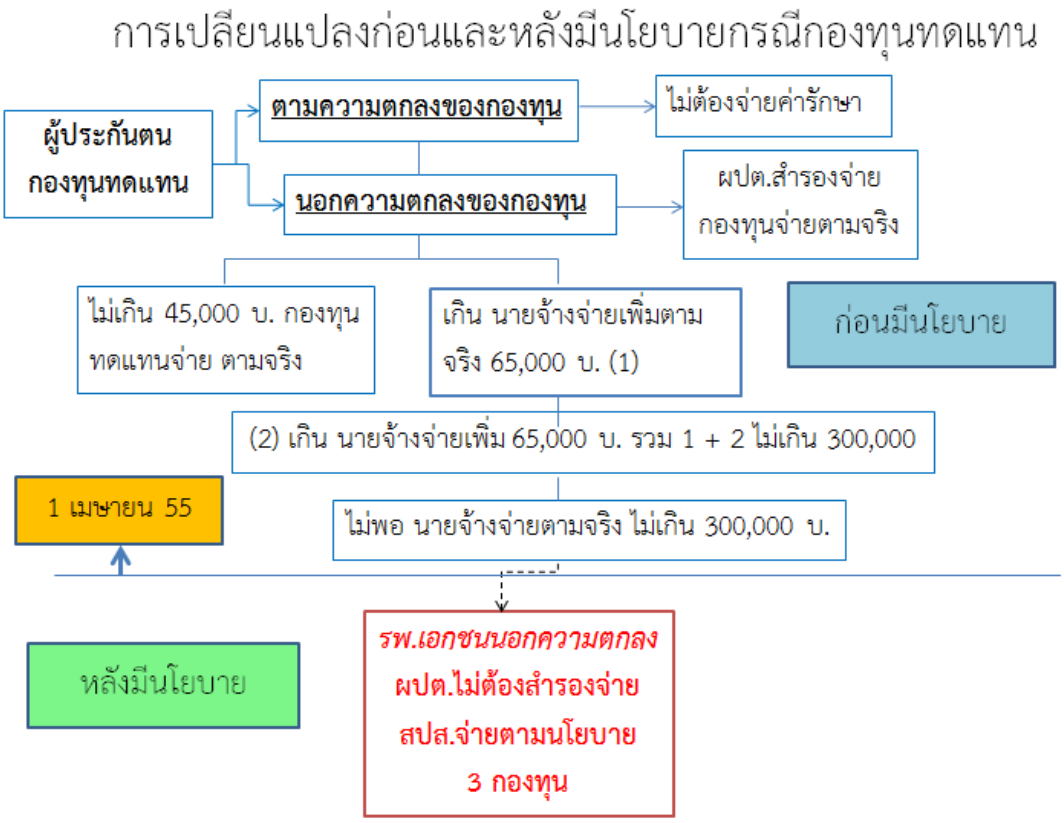
บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่จะดำเนินการร่วมกันทั้งสามกองทุน มีเป้าประสงค์ที่เป็นรูปธรรมคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับบริการโดยไม่มีการถามสิทธิภายใต้มาตรฐานเดียวกัน โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) และระดับเร่งด่วน (สีเหลือง) ตามนิยามที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีการประชุมเตรียมการและทำความเข้าใจกับทั้งสามกองทุนและโรงพยาบาลเอกชน ที่ยอมรับอัตราการจ่ายที่กำหนด โดยเริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นมา

สำหรับแนวทางการดำเนินงานของสามกองทุน อันได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และกองทุนประกันสังคม ได้กำหนดหลักการสำคัญของการดำเนินงานตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำสามกองทุน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีคำขวัญตามนโยบาย คือ “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” นั้น หมายถึง สมาชิกของทั้งสามกองทุน เมื่อได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตหรือเร่งด่วน ให้สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่นอกกองทุนของตนเอง โดยเร่งด่วน และไม่ต้องสอบถามสิทธิ จนถึงระยะพ้นวิกฤตแล้วหรือทุเลากลับบ้านได้ โรงพยาบาลที่ให้การรักษาจึงไปเบิกค่าบริการทางการแพทย์จากหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบ EMCO (Emergency Claim Online) ซึ่งกำหนดการจ่ายในอัตรา 10,500 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนในกรณีผู้ป่วยในทุกโรค โดยสมาชิกแต่ละกองทุนไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลที่เข้ารักษาโดยตรง อันจะเป็นการลดภาระการสำรองจ่ายของสมาชิก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ได้รับความปลอดภัยในชีวิต อย่างเท่าเทียมกันในทุกสิทธิ ซึ่งถือว่าเป็นการสร้างเอกภาพให้เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงานภายใต้นโยบายของสำนักงานประกันสังคมทั้งกรณีเจ็บป่วยและกองทุนทดแทน แสดงดังรูป 1-1 และ รูป 1-2 สำหรับการดำเนินงานภายในระยะเวลาตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 – 30 มิถุนายน 2555 สำนักงานประกันสังคมได้มีการตั้งจ่ายเงินชดเชยให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายกลาง (Clearing House) เป็นเงิน 2.713 ล้านบาท

รูป 1-1 การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมนโยบายของสำนักงานประกันสังคม กรณีเจ็บป่วย



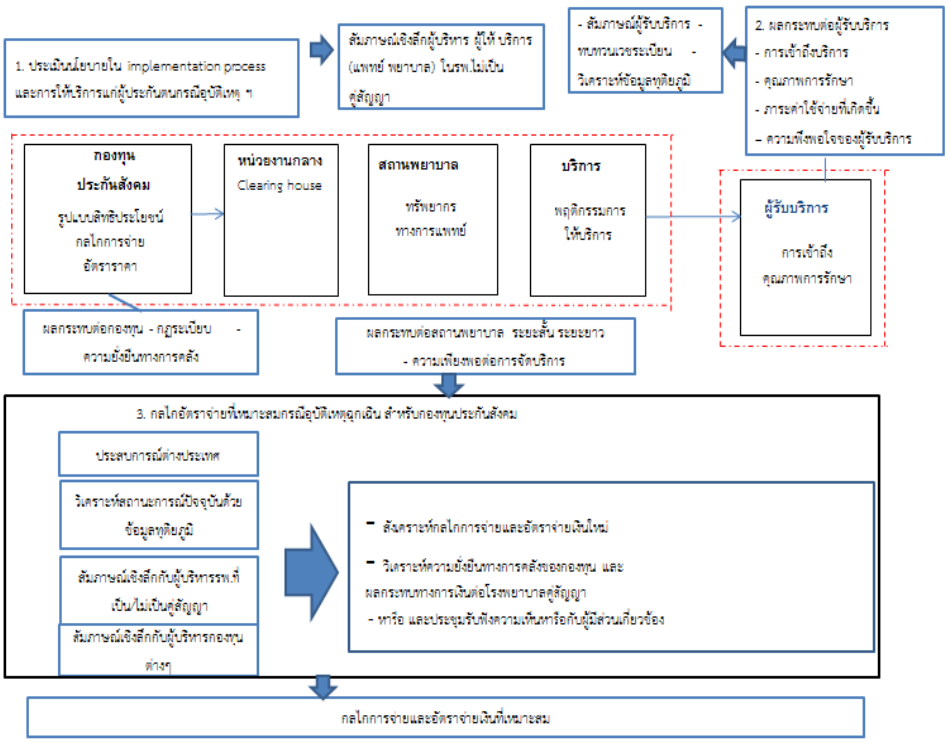
รูป 1-2 การเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมนโยบายของสำนักงานประกันสังคม กรณีกองทุนทดแทน



จะเห็นได้ว่า วิธีและอัตราการจ่ายเงินชดเชยให้กับโรงพยาบาลนอกเครือข่ายเปลี่ยนแปลงไป โรงพยาบาลนอกเครือข่ายได้รับเงินชดเชยน้อยลง โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการได้รับค่าชดเชยเพียงประมาณร้อยละ 30 ของค่าบริการที่เรียกเก็บทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (คณะทำงาน 3 สถาบัน สวปก. ธรรมศาสตร์และรามาธิบดี, 2555) ทำให้เกิดคำถามว่า การได้รับเงินชดเชยที่น้อยลงของโรงพยาบาลเอกชน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ และคุณภาพการให้บริการแก่ผู้ประกันตนหรือไม่ อีกทั้งการเตรียมการในดำเนินการตามนโยบายอยู่ภายใต้ระยะเวลาอันจำกัด และโรงพยาบาลนอกเครือข่ายทั้งสามกองทุนส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน ทำให้การดำเนินงานในระยะแรกอาจมีความยุ่งยากหรือปัญหาในการดำเนินการ ประกอบกับที่ผ่านมาสำนักงานประกันสังคมได้พบปัญหาและข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการขอหารือ แนวทางปฏิบัติ วิธีการตั้งเบิกเงินจากกองทุน สถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนโดยไม่รับรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิเสธการรักษา การเรียกเก็บเงินค่ารักษาจากผู้ป่วย หลักเกณฑ์ เงื่อนไขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของระบบประกันสังคม กรณีผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่ายและนอกเครือข่ายมีความแตกต่างกัน ทำให้ผู้ประกันตนและสถานพยาบาลมีความสับสน และยุ่งยากในการเข้าถึงบริการ ดังนั้น สำนักงานประกันสังคม จึงเห็นควรให้มีการศึกษาการดำเนินการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินตามนโยบายดังกล่าวนี้ เพื่อทราบถึงปัญหาและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการจัดบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับบริการที่มีคุณภาพ และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง

1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

รูป 1-3 กรอบแนวคิดในการวิจัย



นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” เป็นนโยบายของรัฐบาล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกของกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่อยู่นอกกองทุนของตนเอง และไม่ถูกสอบถามสิทธิ กรณีเร่งด่วนได้รับอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต จนกระทั่งพ้นระยะวิกฤตแล้วหรือทุเลากลับบ้านได้

กองทุนประกันสังคมได้เข้าร่วมนโยบายดังกล่าว ทำให้ผู้ประกันตนที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กองทุนประกันสังคม หากเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถที่จะไปรับบริการที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายได้ โดยจะมีหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นกลไกด้านการจ่ายเงิน ความคิดเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาลทั้งในและนอกเครือข่าย การจัดบริการเพื่อตอบสนองนโยบาย ตลอดจนปัญหาอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่ต้องรับมาพิจารณาเพื่อพัฒนาระบบต่อไป อย่างไรก็ตามรูปแบบสิทธิประโยชน์ กลไกการจ่าย และอัตราการจ่ายของกองทุนประกันสังคมมีความแตกต่างกับกองทุนหลักประกันสุขภาพอื่นๆ นโยบายอาจส่งผลกระทบกับกองทุนประกันสังคม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้ อย่างไรก็ดี อัตราการจ่ายที่จ่ายชดเชยให้กับสถานพยาบาลนั้น ควรต้องให้เหมาะสมและสร้างแรงจูงใจในการให้บริการ

พอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานพยาบาลเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกเครือข่าย หากอัตราจ่ายที่ได้รับไม่เพียงพอ อาจเกิดผลกระทบต่อความเพียงพอในการจัดบริการของสถานพยาบาลเหล่านั้น และส่งผลไปถึงการบริการและพฤติกรรมการให้บริการ นอกจากเรื่องอัตราการจ่ายที่เหมาะสมแล้ว ผู้ประกันตนหรือผู้บริการเป็นสิ่งสำคัญ นโยบายนี้ทำให้ผู้ประกันตนสามารถเข้าถึงบริการ และได้รับการรักษาที่มีคุณภาพมากน้อยเพียงใด ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตนมีหรือไม่ ทั้งความพึงพอใจของผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง การรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายของผู้ประกันตนเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน หากผู้ประกันตนรับทราบ และเข้าใจถึงวิธีการปฏิบัติภายใต้นโยบาย จะทำให้สามารถเข้าถึงบริการได้ตามเจตนารมณ์ของนโยบาย

1.2 คำถามงานวิจัย

1) การเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุผ่านหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบ EMCO (Emergency Claim Online) ทำให้ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทนได้รับการคุ้มครอง และสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพหรือไม่
2) ผู้ประกันตนในระบบประกันสังคมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนหรือไม่ และเหตุปัจจัยใดที่มีผลต่อการยอมรับหรือคัดค้านนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
3) การบริการทางการแพทย์ กลไก และอัตราการจ่ายในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เหมาะสมควรเป็นเช่นใด

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
2) เพื่อสำรวจความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
3) เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน

1.4 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ แบ่งการศึกษาออกเป็นการศึกษาย่อย 3 การศึกษา ได้แก่

การศึกษาย่อยที่ 1 เพื่อประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการแก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

<u>วัตถุประสงค์</u>

1) เพื่อศึกษาการรับรู้ การยอมรับของผู้บริหารกองทุน ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) ผู้รับบริการ (ผู้ประกันตน) และนายจ้าง (กองทุนทดแทน) ที่มีต่อการให้บริการการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2) เพื่อศึกษาแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายประกันสังคมต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
3) เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
4) ศึกษาผลกระทบของนโยบายต่อการจัดบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้ประกันตนและสถานพยาบาล ในระบบกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน ใน 3 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ และมิติทางสังคม

<u>ระเบียบวิธีวิจัย</u>

1) ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2) วิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของการใช้บริการของผู้ประกันตนภายใต้นโยบายดังกล่าว จากฐานข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งมาขอรับการชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (EMCO)
3) วิเคราะห์ข้อมูลการร้องเรียนที่มีไปยัง 1330 หรือ 1506 เกี่ยวกับเรื่องการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
4) สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับผู้มีส่วนได้เสียกับนโยบายนี้ ได้แก่ ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม กองทุนทดแทน กองนิติการ (คณะกรรมการอุทธรณ์) คณะกรรมการแพทย์ และตัวแทนนายจ้าง รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าห้องฉุกเฉิน แพทย์/พยาบาลประจำห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทั้งในเครือข่าย และนอกเครือข่ายประกันสังคม โรงพยาบาลละ 3 คน ประกอบด้วย

1. โรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมจำนวนมากใน กทม. และปริมณฑล จำนวน 3 แห่ง ภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ จำนวนภาคละ 1 แห่ง รวม 6 แห่ง
2. โรงพยาบาลในเครือข่ายในพื้นที่เดียวกันกับข้อ 1 รวม 6 แห่ง
3. โรงพยาบาลที่มีปัญหา/ข้อร้องเรียน อย่างน้อยร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียน

<u>กลุ่มตัวอย่าง</u>ที่สัมภาษณ์เชิงลึก รวมทั้งสิ้น 80 คน

โดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (ภาคผนวก 1) การสัมภาษณ์ใช้บันทึกเสียงด้วยเครื่องบันทึกเสียง โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้สัมภาษณ์ และถอดข้อความเพื่อนำมาวิเคราะห์ประมวลผลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยตัวผู้วิจัย กรอบการวิเคราะห์หลักใช้แนวทางของ Policy Triangle Framework (Walt and Gilson 1994) เพิ่มเติมด้วยกรอบและทฤษฎีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content) วิเคราะห์ผู้กระทำ (Actors) กระบวนการ (Process) และปัจจัยแวดล้อม (Context) และวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder analysis) และอำนาจ (Power) ข้อมูลที่ได้ถูกตรวจสอบข้อเท็จจริงว่าถูกต้องตรงกันจริงหรือไม่ โดยการสอบถามสัมภาษณ์จากผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละกลุ่ม (Cross-Check) และตรวจสอบจากข้อมูลในรายงานและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

5) สัมภาษณ์ผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งที่เบิกจ่ายจากกรณีเจ็บป่วยและกองทุนทดแทน ต่อการใช้สิทธิ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับหรือคัดค้าน และความคาดหวังของผู้ประกันตนที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. สัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่ไปรับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าว (ดำเนินการไปพร้อมกับการศึกษาย่อยที่ 2) โดยศึกษาแบบย้อนหลังทางโทรศัพท์ (ภาคผนวก 2) โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง สอบถามเกี่ยวกับจุดเกิดเหตุ การเลือกมาโรงพยาบาล กระบวนการเข้าถึงสิทธิ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน

   <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ผู้ประกันตนที่ใช้บริการทั้งหมดที่รับบริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน ในระยะเวลา 6 เดือน

2. จัดทำกลุ่มสนทนาตัวแทนกลุ่มผู้ประกันตน (ดำเนินการไปพร้อมกับการศึกษาย่อยที่ 2)

<u>กลุ่มเป้าหมาย</u> 20 คน จำแนกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวัตถุประสงค์ที่ต้องการทราบความแตกต่างระหว่างความรู้ความเข้าใจ และประสบการณ์การเจ็บป่วยระหว่างผู้ประกันตน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ประกันตน ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ และกลุ่มผู้ประกันตนที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ จำนวนกลุ่มละ 10 คน ทั้งยังได้มีการกำหนดคุณสมบัติผู้ประกันตนที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ให้มีความแตกต่างในด้านระยะเวลาของการเข้าสู่ระบบประกันสังคม 3 ช่วงเวลา ได้แก่ เป็นผู้ประกันตน ตั้งแต่ 3-5 ปี, 6-8 ปี และ 9-11 ปี เพื่อที่ความแตกต่างของระยะเวลาในการทำงาน และระยะเวลาของการเข้าเป็นผู้ประกันตน

การศึกษาย่อยที่ 2 ศึกษาการเข้าถึงบริการคุณภาพบริการ และภาระที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน และความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

<u>วัตถุประสงค์</u>

1) เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการของผู้ประกันตนกรณีเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2) เพื่อศึกษากระบวนการเข้าถึงสิทธิ
3) เพื่อศึกษาคุณภาพบริการที่ได้รับเปรียบเทียบกับ practice guideline และระบบสนับสนุนคุณภาพ
4) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน และปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับหรือคัดค้าน และความคาดหวังของผู้ประกันตนที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน

<u>ระเบียบวิธีวิจัย</u>

1) วิเคราะห์ข้อมูลการร้องเรียนที่มีไปยัง 1330 หรือ 1506 เกี่ยวกับการร้องเรียนที่มีไปยัง 1330 หรือ 1506 เกี่ยวกับเรื่องการเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
2) วิเคราะห์แนวโน้มการใช้บริการ อัตราการใช้บริการโรงพยาบาลนอกเครือข่ายต่อโรงพยาบาลในเครือข่าย เปรียบเทียบก่อนและหลังมีนโยบาย

3) สัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่ไปรับบริการกรณีฉุกเฉินที่โรงพยาบาลนอกเครือข่าย แล้วถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลในเครือข่ายโดยไม่เหมาะสม อย่างน้อยร้อยละ 10 ของผู้ประกันตนที่ไปรับบริการกรณีฉุกเฉินที่โรงพยาบาลนอกเครือข่าย แล้วถูกส่งตัวถูกส่งตัวมาโรงพยาบาลในเครือข่ายโดยไม่เหมาะสม
4) สัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่ไปรับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าว โดยศึกษาแบบย้อนหลังทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง สอบถามเกี่ยวกับจุดเกิดเหตุ การเลือกมาโรงพยาบาล กระบวนการเข้าถึงสิทธิ ความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน โดยจะสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่ใช้บริการทั้งหมด ในระยะเวลา 6 เดือน

   <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ผู้ประกันตนที่ใช้บริการทั้งหมดที่รับบริการกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน ในระยะเวลา 6 เดือน (กลุ่มเป้าหมายเดียวกับการศึกษาย่อยที่ 1)

5) ทำการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการภายใต้สิทธิประกันสังคมในโรคที่มีแนวทางเวชปฏิบัติในการให้บริการชัดเจน
6) จัดทำกลุ่มสนทนาตัวแทนกลุ่มผู้ประกันตนในประเด็นของคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

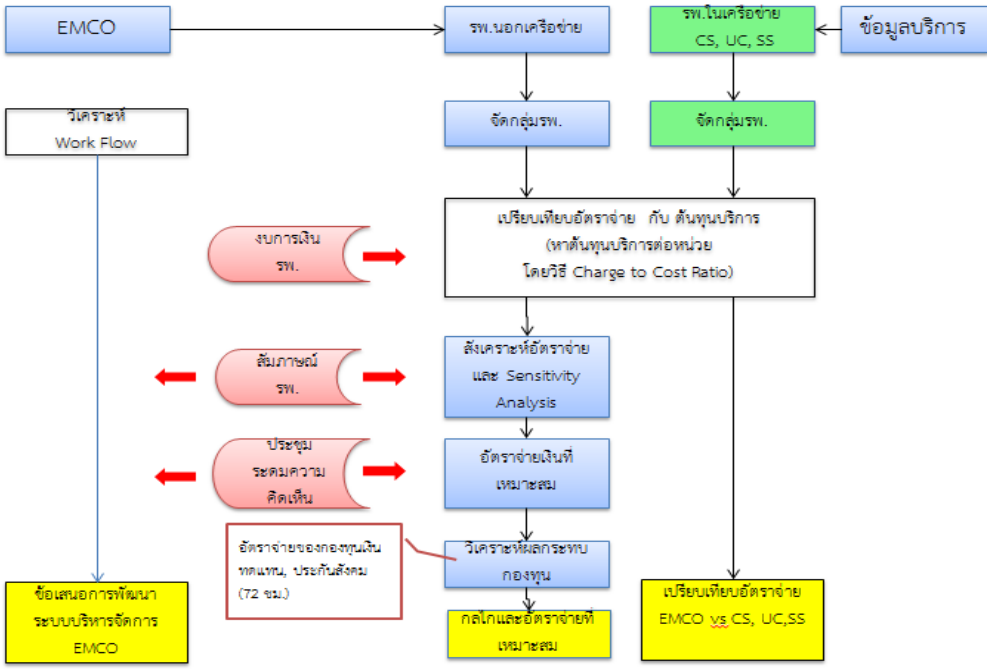
   <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> 20 คน จำแนกผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาออกเป็น 2 กลุ่ม (กลุ่มเป้าหมายเดียวกับการศึกษาย่อยที่ 1)

การศึกษาย่อยที่ 3 เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน

<u>วัตถุประสงค์ย่อย</u>

1) เพื่อศึกษาและพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบอัตราการจ่ายค่าบริการในกลุ่มโรคลักษณะเดียวกันของกองทุนต่างๆ เทียบกับอัตราการจ่ายภายใต้นโยบายนี้

รูป 1-4 กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์การศึกษาย่อย



<u>ระเบียบวิธีวิจัย</u>

1) ทบทวนเอกสาร สถานการณ์ของการแพทย์ฉุกเฉิน และกรอบสิทธิประโยชน์ของสำนักงานประกันสังคม
2) ทบทวนเอกสาร งานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับกลไกการจ่ายเงินชดเชยกรณีการแพทย์ฉุกเฉินแก่โรงพยาบาล
3) เปรียบเทียบอัตราการจ่ายค่าชดเชยในกรณีให้บริการรักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของกองทุนประกันสังคม เปรียบเทียบก่อนและหลังนโยบาย
4) วิเคราะห์หาอัตราการจ่ายที่เหมาะสม
5) ศึกษาประสิทธิภาพของระยะเวลาการจ่ายเงิน
6) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารกองทุนและผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายประกันสังคมเกี่ยวกับแนวคิด รูปแบบและอัตราการจ่ายที่เหมาะสม
7) จัดเวทีระดมความเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนออัตราการจ่ายที่เหมาะสมโดยสังเคราะห์จากข้อค้นพบจากวิธีการข้างต้น

ตาราง 1-1 ดัชนีที่ใช้ในการวิเคราะห์

ดัชนี	วิธีคำนวณ
จำนวนการใช้บริการ • ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน • เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ	$\frac{\text{จำนวนบริการตามประเภทบริการ}}{\text{จำนวนผู้ประกันตน}}$
ราคาต่อหน่วย • ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน • เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ	$\frac{\text{ราคาเรียกเก็บตามประเภทบริการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยตามประเภทบริการ (ค่าคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์)}}$
อัตราชดเชยต่อหน่วย • ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน • เจ็บป่วย/อุบัติเหตุ	$\frac{\text{จำนวนเงินชดเชยรวมตามประเภทบริการ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยตามประเภทบริการ (ค่าคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์)}}$
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อผู้ประกันตน	$\frac{\text{จำนวนเงินชดเชยทั้งหมด}}{\text{จำนวนผู้ประกันตนทั้งหมด}}$
Cost To Charge Ratio	$\frac{\text{ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล}}{\text{รายได้ค่าบริการรักษาพยาบาล}}$
ค่ากลางของต้นทุนรายกลุ่มโรงพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉิน	ค่ากลางของ (Cost To Charge Ratio * Charge by Hospital) ค่ากลาง - Median, Average, Mode, Percentileที่ 75 ****เงื่อนไขที่ว่า อัตราจ่ายชดเชยต้องทำให้ โรงพยาบาลโดยส่วนมากอยู่ได้และยอมรับ****
Reserve Ratio	$\frac{\text{ยอดยกมา ณ ต้นปีงบประมาณ}}{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของปีงบประมาณ}}$
Balance Ratio	$\frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของปี} - \text{รายรับ 4 สิทธิประโยชน์ของปี}}{\text{ผลตอบแทนการลงทุนทั้งหมดของปี}}$
Pay as you go rate (PAYG)	$\frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของปี}}{\text{Insurable Earnings}}$
ค่าใช้จ่ายที่เปลี่ยนแปลงไปในอนาคต (Sensitivity – อัตราการใช้บริการ - อัตราเงินสมทบ)	วิธีการคณิตศาสตร์ประกันภัย

แหล่งข้อมูล

1) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ฉุกเฉิน (EMCO) ของผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม
2) ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของสำนักงานประกันสังคม

3) งบการเงินโรงพยาบาลเอกชน
4) ฐานข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลที่รายงานให้สำนักงานประกันสังคม
5) ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
6) ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<u>กลุ่มตัวอย่าง</u> จำนวน 20 คน

1) ผู้บริหารกองทุนต่างๆ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 5 คน
2) ผู้บริหาร/ผู้ที่รับผิดชอบหน่วยงานกลาง (Clearing house) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3) ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายประกันสังคม จำนวน 15 แห่ง

<u>ขอบเขตการวิจัย</u>

1) ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของระบบประกันสุขภาพในราชอาณาจักรไทย และประเมินการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และภาระที่เกิดขึ้นกับผู้ประกันตนที่เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2) ศึกษาผลกระทบของนโยบายสามกองทุนที่มีต่อการจัดบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้ประกันตนและสถานพยาบาล ในระบบกองทุนประกันสังคม และกองทุนเงินทดแทน
3) ศึกษาผลกระทบของนโยบายสามกองทุนที่มีต่อการยกระดับและมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์
4) ศึกษาเปรียบเทียบกลไก และอัตราจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของระบบประกันสุขภาพอื่นๆ
5) สำรวจปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับหรือคัดค้าน และความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่มีต่อการให้บริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน
6) สำรวจความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน
7) ศึกษาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) แนวทางการจัดบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในและนอกระบบประกันสังคม ทำให้ผู้ประกันตนได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ และเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างแท้จริง
2) แนวทางบริหารจัดการของสำนักงานประกันสังคมเพื่อรองรับนโยบายการบูรณาการระบบประกันสุขภาพ เพื่อความเป็นเอกภาพ

1.5 นิยามศัพท์

1) EMCO หมายถึง โปรแกรม EMCO (Emergency Claim Online) ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินของผู้ป่วย 3 กองทุน (ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (บัตรทอง) ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และระบบประกันสังคม) ที่เข้ารักษาในโรงพยาบาลนอกเครือข่ายคู่สัญญา ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นไป
2) นิยาม โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายของ 3 กองทุน หมายถึง
    a. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินของกรมบัญชีกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่ง
    b. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นผู้ประกันตน ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่โรงพยาบาลคู่สัญญา รวมถึงหน่วยบริการในเครือข่าย (หมายรวมทั้งคลินิกและ supra contractor)
    c. ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3) เงินเรียกเก็บ หมายถึง จำนวนเงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ (ตามราคาของสถานพยาบาล)
4) เงินชดเชยกองทุน
    a. ผู้ป่วยนอก หมายถึง เงินชดเชยตามรายการที่กำหนด + รายการยา และอื่นๆ (เฉพาะรายการอื่นๆรวมกันไม่เกิน 1,000 บาท)
    b. ผู้ป่วยใน หมายถึง (AdjRW Version5 * 10,500 บาทต่อ AdjRW) + รายการอุปกรณ์ (ถ้ามี) + ค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)
    c. เงินชดเชยทั้งหมด หมายถึง เงินชดเชยกองทุน + ค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถไม่เกิน 15,000 บาท กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากรถ

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

การจัดระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้น จัดว่าเป็นการดำเนินการปฏิรูปบริการระบบสาธารณสุขครั้งสำคัญ ในความพยายามหาแนวทางการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่เหมือนกันสำหรับคนไทยทุกคน ต่อเนื่องจากการสร้างความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพให้กับคนไทยตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งในทางปฏิบัติเป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐหลายหน่วยตามกลุ่มอาชีพ โดยมีชุดสิทธิประโยชน์และกลไกการจ่ายเงินแตกต่างกันในระดับหนึ่ง

บริการการแพทย์กรณีฉุกเฉินนั้นมีความจำเป็นต้องแยกพิจารณาจากบริการแพทย์อื่น เนื่องจากบริการประเภทนี้ต้องใช้ระยะเวลาที่สั้นที่สุด ความล่าช้าอาจทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสมรรถนะหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น การบริการนี้จึงมีการกำหนดวิธีการปฏิบัติไว้เป็นกติกาของสังคมอย่างชัดเจนทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและหน่วยงานกำกับดูแล

ในเรื่องของการกำกับดูแลระบบในภาพรวมนั้น ได้มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ขึ้นเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น ให้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ โดยกฎหมายให้อำนาจคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการ[1] ดังต่อไปนี้ “(1) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น (3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมิให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที”

[1] พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28

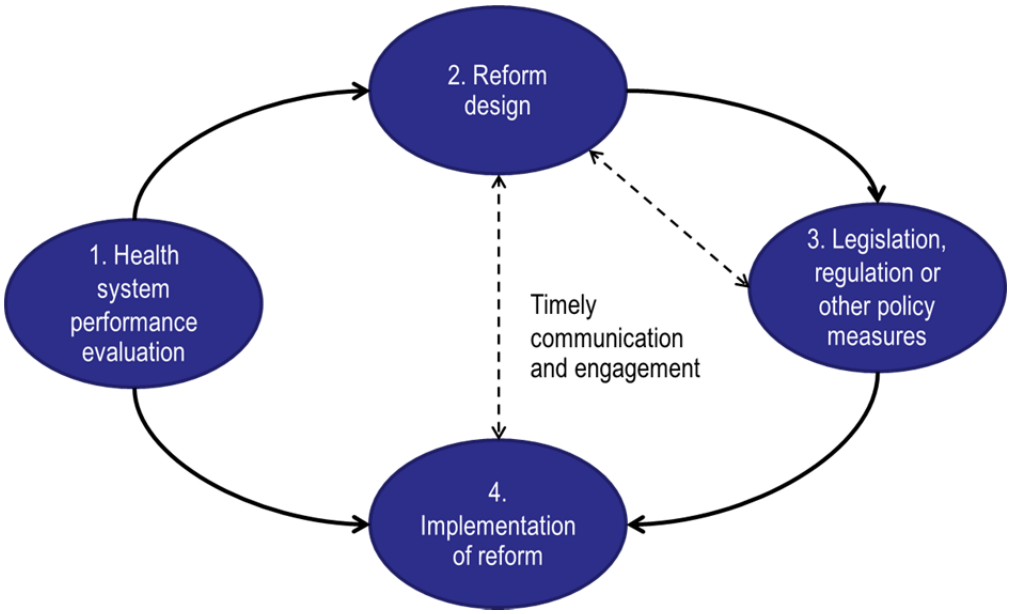
สำหรับสถานพยาบาลนั้น มีพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน[2] อย่างชัดเจนว่า “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ”

แม้ว่าพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กำหนดแนวทางให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินและการกำกับดูแลระบบไว้อย่างชัดเจน แต่ไม่ได้ระบุถึงความรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยไว้ในทางปฏิบัติระบบหลักประสุขภาพภาครัฐของแต่ละหน่วยงานก็จะมีการกำหนดความครอบคลุมการรักษากรณีฉุกเฉินและสิทธิประโยชน์ไว้ต่างกัน โดยเฉพาะการเข้ารับบริการกรณีฉุกเฉินในโรงพยาบาลเอกชน การจำกัดสิทธิดังกล่าวนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้สำหรับกรณีการรักษาโดยทั่วไป แต่ถ้าเป็นกรณีฉุกเฉินไม่ควรอาศัยเพียงการต่อรองระหว่างหน่วยงานหลักประกันสุขภาพแต่ละหน่วยงานกับโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากการล่าช้าในการรักษากรณีฉุกเฉินอาจทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือพิการ รวมทั้งรับภาระค่าใช้จ่ายสูงจนเป็นหนี้สินล้นพ้นตัวหรือล้มละลาย ซึ่งเป็นการผิดหลักการตามรัฐธรรมนูญและกฎหมายหลายฉบับที่ได้กล่าวถึงมาแล้ว อันเป็นผลเสียต่อสังคมโดยรวมซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศในสหภาพยุโรป และสหรัฐอเมริกาที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน แต่การให้บริการฉุกเฉินนั้นถือได้ว่าเป็นการ “ให้บริการถ้วนหน้า” กล่าวคือ ทุกคนไม่ว่าสัญชาติใด เชื้อชาติใด ล้วนมีสิทธิใช้บริการฉุกเฉิน โดยไม่ต้องกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่าย (รายละเอียดอยู่ในการทบทวนวรรณกรรมส่วนที่ 2.4 แนวคิดและวิธีการจัดบริการฉุกเฉินด้านการแพทย์แก่ประชาชนในต่างประเทศ)

นโยบายของรัฐบาลในการดำเนินการบูรณาการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน จึงไม่ได้เป็นการดำเนินโครงการที่มีวัตถุประสงค์เฉพาะเมื่อบรรลุวัตถุประสงค์แล้วก็สามารถยุติโครงการได้ แต่เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพที่มีหลักการรองรับอย่างชัดเจน และต้องมีการดำเนินการเป็นวงจรต่อเนื่อง (Hurst 2010) ตั้งแต่การประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบสุขภาพเพื่อหาปัญหาที่ต้องมีการแก้ไข การออกแบบวิธีการปฏิรูป การผลักดันให้มีการออกกฎหมายหรือระเบียบหรือนโยบายใหม่และการดำเนินการปฏิรูปให้ตามแนวทางที่กำหนด ผลของการปฏิรูปจะถูกประเมินเพื่อดูผลสัมฤทธิ์ แล้วกลับมาออกแบบวิธีการปฏิรูปใหม่อีกครั้ง จากการวิเคราะห์ประสบการณ์ปฏิรูประบบสุขภาพในกลุ่มประเทศ OECD พบว่าการปฏิรูประบบสุขภาพมีความซับซ้อน มีผู้เกี่ยวข้องที่ข้อมูลไม่เท่ากัน มีความต้องการที่ต่างกัน และมีความขัดแย้งกันเชิงผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

[2] พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 36

รูป 2-1 ขั้นตอนกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ



ที่มา: (Hurst 2010)

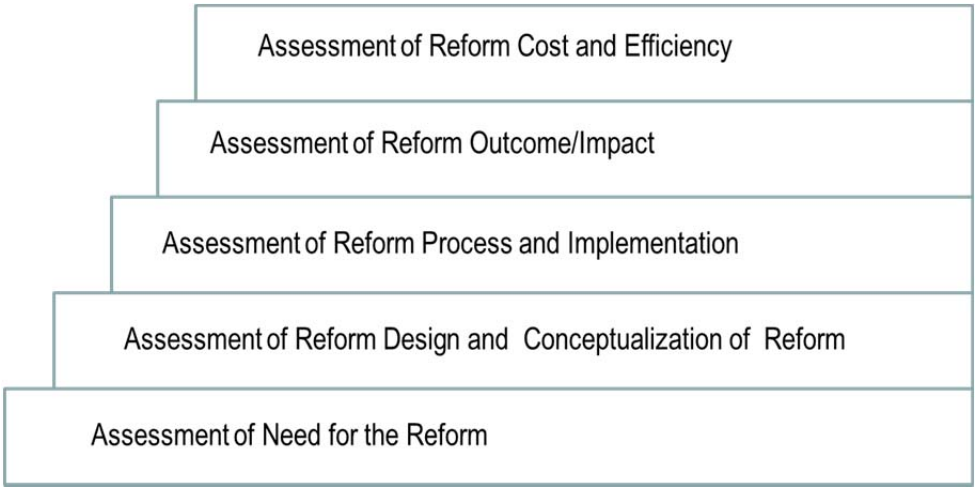
โดยปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จหรือล้มเหลวที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ (1) การมีสารสนเทศที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ความจำเป็นต้องมีการปฏิรูป รวมทั้งมีการวิเคราะห์เตรียมการ ติดตามกำกับ และประเมินผลอย่างเป็นระบบ (2) ภาวะผู้นำทางการเมืองและโอกาสทางการเมืองที่เหมาะสำหรับการปฏิรูปในเรื่องดังกล่าว (3) การให้แรงจูงใจและการลดแรงจูงใจ (Disincentive) อย่างเหมาะสม เช่น แรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน แรงจูงใจที่ไม่เป็นตัวเงิน รวมไปถึงการบังคับใช้กฎหมายและการลงโทษถ้าไม่ปฏิบัติตาม เป็นต้น (4) ความเพียงพอของทรัพยากรก็เป็นประเด็นสำคัญ การปฏิรูประบบสุขภาพหลายครั้งต้องมีการปรับลด (Trade off) ระดับเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ลง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ทางการคลังของประเทศ รวมไปถึงความเพียงพอของทรัพยากรในระบบสุขภาพทั้งบุคลากรและโครงสร้างพื้นฐาน นอกจากนั้นยังต้องคำนึงถึงระดับราคาที่เหมาะสมที่จ่ายให้สถานพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญควบคู่ไปกับการบังคับใช้กฎหมาย

2.1 การประเมินโยบายสาธารณะ

การประเมินนโยบายและมาตรการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนจึงเป็นการประเมินในลักษณะ Formative evaluation เพื่อเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานและป้อนกลับสู่กระบวนการบริหาร

จัดการเพื่อปรับปรุงรูปแบบการดำเนินการต่อไป โดยอาศัยแนวคิดการประเมินแบบลำดับขั้น (Evaluation Hierarchy) โดยเริ่มจากการประเมินภาพรวมของการปฏิรูปว่านโยบายที่กำลังประเมินนั้นเป็นเรื่องที่ตรงตามต้องการของสังคมหรือไม่ จากนั้นจึงทำการประเมินแนวคิดการออกแบบวิธีการปฏิรูป ซึ่งบางครั้งเรียกว่า (Programme theory) เพื่อดูกรอบแนวคิด แผนการดำเนินการว่ามีการเชื่อมโยงกันอย่างมีเหตุมีผลเป็นระบบจากกิจกรรมไปสู่ผลผลิตผลลัพธ์อย่างไร ในขั้นตอนถัดไปจึงประเมินผลการแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติ ประเมินผลลัพธ์ ผลผลิต ผลกระทบ ตลอดจนค่าใช้จ่ายและประสิทธิภาพของโครงการตามลำดับ

รูป 2-2 แนวทางการประเมินแบบลำดับขั้น (Evaluation Hierachy)



ที่มา: ดัดแปลงจาก (Rossi, Lipsey and Freeman 2004) Evaluation, A Systematic Approach

2.1.1 แนวคิดการออกแบบวิธีปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

จากการทบทวนวิธีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพใน 29 ประเทศ ในยุโรป รวมถึงแคนาดา และญี่ปุ่น พบว่า

ขั้นตอนการจัดเก็บเงิน (Revenue Collection) หากมีหลายกองทุนและแต่ละกองทุนทำหน้าที่จัดเก็บเงินเอง จำเป็นต้องมีกลไกในการกำกับมาตรฐานอัตราการจัดเก็บเงินสมทบของแต่ละกองทุน เพื่อไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการจัดเก็บเงินสมทบ

ขั้นตอนการรวมเงิน (Pooling) กรณีที่มีหลายกองทุนและให้กองทุนจัดเก็บเบี้ยประกันเอง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิเสธ / คัดเลือกความเสี่ยงในการรับประกัน / จำเป็นต้องมีกลไกในการเกลี่ยรายได้ที่จัดเก็บได้ของแต่ละกองทุนตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของสมาชิกกองทุน เพื่อให้ทุกกองทุนมีเงินเพียงพอในการจัดบริการแก่ประชาชน (Equalization funds or Reinsurance)

สำหรับการคลังระบบภาษีที่มาจากการจัดเก็บของรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลัก รัฐบาลกลางโดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่จัดสรรเงินอุดหนุนแก่พื้นที่ต่างๆ ในลักษณะผกผันกับศักยภาพในการจัดเก็บเงินของรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการกระจายงบประมาณและให้ทุกแห่งมีเงินเพียงพอในการจัดบริการ

ขั้นตอนการซื้อบริการ (Purchasing) หากบทบาทซื้อและให้บริการอยู่ในองค์กรเดียวกันขั้นตอนนี้ก็เป็นการจัดสรรงบประมาณปกติ แต่ระบบที่มีการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อและผู้ให้บริการ จำเป็นต้องมีหน่วยงานกลางมาทำหน้าที่ในการกำหนดรูปแบบและอัตราการจ่าย รวมถึงการประมวลและตรวจสอบการเบิกจ่าย

ตาราง 2-1 รูปแบบและกลไกการคลังระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ

<table>
<tr><th></th><th colspan="5">ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ
(Social health insurance)</th><th colspan="3">ระบบภาษี
(National health services system)</th></tr>
<tr><td>การจัดเก็บเงิน (revenue collection)</td><td colspan="2">กองทุนจัดเก็บเอง</td><td colspan="2">รัฐบาลกลางเป็นผู้จัดเก็บ</td><td>รัฐบาลกลางจัดเก็บ</td><td>รัฐบาลกลางจัดเก็บ</td><td>รัฐบาลท้องถิ่นจัดเก็บ</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Austria (21), Czech Republic(9), Germany(>200), Greece (>30), Lithuania (1), Slovakia (6), Slovenia (1) Japan (>4,000)</td><td>Bulgaria Cyprus, Hungary, Poland,</td><td>Belgium Estonia, France, Luxembourg, Latvia, Netherland, Romania</td><td>Portugal, UK</td><td>Ireland, Malta,</td><td>Denmark, Finland, Italy, Spain, Sweden, Canada</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">กรณีหลายกองทุนต้องมีกลไกการกำกับอัตราจัดเก็บ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>การรวมเงิน (pooling)</td><td colspan="2">กรณีหลายกองทุนต้องมีกลไกกระจายความเสี่ยงระหว่างกองทุน</td><td>รัฐบาลส่งเงินให้กองทุนในการบริหาร</td><td>รัฐบาลจัดสรรเงินตามความเสี่ยงแก่กองทุนย่อย</td><td>กท.สธ. จัดสรรเงินแก่พื้นที่ตามความเสี่ยง</td><td>กท.สธ. ได้รับจัดสรรเงินจากรัฐบาล</td><td>รัฐบาลกลางอุดหนุนเงินผกผันกับศักยภาพท้องถิ่นในการจัดเก็บเงิน (อุดหนุนน้อยแก่ท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการจัดเก็บเงินได้สูง)</td></tr>
<tr><td>การซื้อบริการ (purchasing & payment)</td><td>ซื้อรวมศูนย์</td><td>กองทุนย่อยซื้อบริการเอง</td><td>ซื้อรวมศูนย์</td><td>กองทุนย่อยซื้อบริการเอง</td><td>พื้นที่ซื้อบริการ</td><td>ซื้อรวม ไม่แยกบทบาทซื้อ/ขาย</td><td>กองทุนพื้นที่ซื้อบริการ มีทั้งที่แยกและไม่แยกบทบาทซื้อ/ขายบริการ</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="4">● มีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการชัดเจน
● ต้องมีกลไกกลางในการกำหนดอัตราค่าบริการ
● กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่าบริการ</td><td colspan="3">ในกรณีมีการแยกบทบาทผู้ซื้อ/ผู้ให้บริการ
● ต้องมีกลไกกลางกำหนดอัตราค่าบริการ
● กลไกกลางในการตรวจสอบและเบิกจ่ายค่บริการ</td></tr>
</table>

ที่มา: (Thomson, Foubister and Mossialos 2009), (Marchildon 2004) และ (National Institution of Population and Social Security Research 2007)

2.1.2 การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation)

บรรดานักวิชาการได้ให้ความหมาย ของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้หลากหลาย อาทิเช่น

Walter William (1971:144) ให้ทัศนะว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ความพยายามที่จะตัดสินความสามารถขององค์กรในการรวบรวมคนและทรัพยากรในหน่วยงานหนึ่ง และกระตุ้นบุคลากรให้ปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร โดยต้องใช้ความพยายามอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ จนสามารถดำเนินการได้สำเร็จ

Pressman and Widavsky (1973) ได้ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ กระบวนการดำเนินงานให้ลุล่วง ให้ประสบความสำเร็จ ให้ครบถ้วน ให้เกิดผลผลิต และให้สมบูรณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่รัฐบาลกำลังปฏิบัติอยู่ และเป็นธรรมชาติของนโยบาย โดยการนำนโยบายไปปฏิบัติยังเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดเป้าประสงค์ของนโยบายและการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ดังกล่าว

Carl E. Van Horn And Donald S. Van Meter (1976:103) ให้ทัศนะว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดที่กระทำโดยรัฐบาลและเอกชน ทั้งปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล ซึ่งมีผลต่อการบรรลุความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าจากการตัดสินใจนโยบาย

Eugene Bardach (1980) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ เกมของกระบวนการทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิดทฤษฎีและการวิจัยการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นและเป็นไปตามข้อกำหนดนโยบาย

Mazmanian and Sabatier (1989: 439 – 468) ได้ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติไว้ว่าเป็นกระบวนการในการนำการตัดสินใจนโยบายที่ได้กระทำไว้ไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ โดยปกติเป็นการทำงานร่วมกันภายใต้กฎหมาย ผ่านความเห็นชอบมติคณะรัฐมนตรี คำสั่งของรัฐบาล หรือตามคำพิพากษาก็ได้

จากความหมายของนักวิชาการ อาจสรุปความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการของรัฐบาลหรือองค์กรที่จะนำเอานโยบายต่าง ๆ ที่ได้มีการกำหนดขึ้นมาออกไปปฏิบัติเพื่อให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย ในขณะเดียวกันก็จะต้องหาวิธีการและแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อมุ่งให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้

ความสำคัญของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

จากความหมายของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจะเห็นได้ว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีความสำคัญดังนี้ (สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. 2549: 398-413)

1) ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อผู้ตัดสินใจนโยบาย ในกรณีที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ จะส่งผลให้ผู้ตัดสินนโยบายได้รับความเชื่อถือศรัทธาจากประชาชน ในทางตรงข้ามหากการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความล้มเหลว จะส่งผลให้ผู้ตัดสินนโยบายได้ผลทางลบจากประชาชน
2) ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะส่งผลกระทบทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อกลุ่มเป้าหมาย ในกรณีที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ จะทำให้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้รับการแก้ไขและมีความพอใจผู้ตัดสินนโยบาย ในทางตรงข้ามหากการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความล้มเหลว ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับการแก้ไข กลุ่มเป้าหมายมีการเรียกร้องให้มีการเร่งรัดแก้ปัญหา ทำให้ขาดศรัทธาต่อรัฐบาล
3) ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ จะส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อหน่วยปฏิบัติ ในกรณีที่การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จ หน่วยปฏิบัติจะได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจจากผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมายว่าเป็นหน่วยปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในทางตรงข้ามหากการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความล้มเหลว หน่วยปฏิบัติจะถูกตำหนิทั้งจากผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมาย
4) ความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร เนื่องจากทุกประเทศมีทรัพยากรจำกัด ถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย แสดงว่า การใช้ทรัพยากรมีความคุ้มค่า เพราะสามารถแก้ไขปัญหาของกลุ่มเป้าหมายได้
5) ความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศ เพราะถ้าการนำนโยบายไปปฏิบัติตามแผนงาน โครงการพัฒนาต่างๆ ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ย่อมส่งผลให้การพัฒนาประเทศบรรลุเป้าหมาย

ขั้นตอนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

Berman (1978 อ้างถึงใน วรเดช จันทรศร, 2554) ได้ทำการศึกษากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นหลัก คือ

1) การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับมหภาค (Macro Implementation) เป็นขั้นตอนที่หน่วยงานระดับสูง ที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และต้องทำให้หน่วยงานระดับล่างนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้วิธีที่เหมาะสม ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่
   a. ขั้นตอนการแปลงนโยบาย เมื่อฝ่ายการเมืองหรือฝ่ายบริหารได้ทำการกำหนดนโยบายออกมาจะมีการระบุหน่วยงานหรือส่วนราชการใดเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ซึ่งจะเป็นผู้ที่แปลงนโยบายออกมาเป็นแนวทางปฏิบัติ แผนงานหรือโครงการ ในประเทศไทยหน่วยงานที่รับผิดชอบมักจะได้แก่ กระทรวง ทบวง หรือกรมที่เป็นหน่วยราชการส่วนกลางและเป็นผู้แปลงนโยบาย ดังนั้น ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติในเบื้องต้น จึงขึ้นอยู่กับความชัดเจนของเป้าหมายและการที่หน่วยงานรับผิดชอบในการแปลงนโยบายมีความเข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนได้รับความร่วมมือกับฝ่ายการเมือง
   b. ขั้นตอนการยอมรับ เป็นการทำให้หน่วยงานระดับล่างยอมรับ เต็มใจ ร่วมมือร่วมใจรับนโยบายนั้นไปปฏิบัติ
2) การนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจุลภาค (Micro Implementation) เป็นขั้นตอนที่หน่วยงานระดับล่างรับนโยบายมาจากเบื้องบน แล้วนำนโยบายมาปรับเปลี่ยนให้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน โดยจะต้องอาศัยพื้นฐานของการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานในแต่ละหน่วยงานเดิมก่อน ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่
   a. ขั้นระดมพลัง ในขั้นตอนนี้ หน่วยงานในระดับล่างจะดำเนินใน 2 กิจกรรม คือ การพิจารณารับนโยบายและการแสวงหาความสนับสนุน กล่าวคือ หน่วยงานระดับล่างจะมีการพิจารณานโยบายจากส่วนกลางว่ามีความเหมาะสม มีความสำคัญ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่เพียงใด ตลอดจนถึงกิจกรรมการแสวงหาการสนับสนุนส่วนตัวจากสมาชิกในหน่วยงาน บุคคลสำคัญหรือองค์กรอื่นๆ ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างความสำเร็จและความต่อเนื่องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
   b. ขั้นตอนการปฏิบัติ ซึ่งจะเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติโดยตรง การสร้างความสำเร็จของการปฏิบัติให้เกิดขึ้นจะขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพผู้รับบริการหรือสภาพแวดล้อมของแต่ละพื้นที่
   c. ขั้นตอนการสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือการสร้างความต่อเนื่อง ความสำเร็จของนโยบายจะเกิดขึ้นหากนโยบายนั้นมีการนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจะนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้นนโยบายจะต้องถูกปรับเปลี่ยนและได้รับการยอมรับเป็นหน้าที่ประจำของผู้ปฏิบัติ

2.1.3 ผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ในการนำนโยบายไปปฏิบัติต้องอาศัยองค์การ หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งมีบทบาทและอิทธิพลต่อผลการนำนโยบายไปปฏิบัติแตกต่างกันไป ทั้งยังส่งผลต่อการผลักดันให้นโยบายประสบความสำเร็จ องค์การและผู้เกี่ยวข้องเหล่านั้นได้แก่ ฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการ ประชาชนหรือผู้ได้รับผลประโยชน์จากนโยบาย (วรเดช จันทรศร. 2554: 43-47)

1) ฝ่ายการเมือง (Politics) จะครอบคลุมถึงรัฐสภาและคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีความสำคัญในการกำหนดขอบเขตของการนำนโยบายไปปฏิบัติของระบบราชการ การกำหนดขอบเขตอาจทำได้โดยการบัญญัติกฎหมาย หรือการกำหนดเป็นมติคณะรัฐมนตรี การออกกฎกระทรวง ตลอดจนระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องถือเป็นแนวทางไปปฏิบัติ ทั้งยังพิจารณาว่าหน่วยราชการใดมีสมรรถนะเพียงพอที่จะเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้บ้าง ฝ่ายการเมืองถือได้ว่ามีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากนโยบายใดได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากฝ่ายการเมือง นโยบายนั้นมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ
2) ระบบราชการ (Bureaucracy) หมายถึง หน่วยงานต่างๆ ของรัฐในระบบราชการ ซึ่งเป็นองค์กรสำคัญทั้งในกระบวนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ และเป็นผู้รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งยังส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะหน่วยงานของรัฐมีแนวโน้มที่จะเลือกนำนโยบายของรัฐไปปฏิบัติแต่เฉพาะนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อองค์กรของตน ความสัมพันธ์หรือความเกี่ยวข้องระหว่างหน่วยงานราชการด้วยกันสามารถส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะนโยบายใดที่ต้องอาศัยความร่วมมือหรือการประสานงานระหว่างหลายๆ หน่วยงานนโยบายนั้นมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวในการนำไปปฏิบัติ เพราะถึงแม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเห็นพ้องกับเป้าหมายนโยบายเพียงใด แต่แนวโน้มในที่จะเกิดความขัดแย้งในวิธีการบรรลุเป้าหมายก็มีเนื่องจากผลประโยชน์และวัตถุประสงค์หลักของแต่ละหน่วยงานแตกต่างกัน
3) ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Bureaucrats) ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐถือว่าเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความเกี่ยวข้องของข้าราชการในการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจแบ่งออกเป็นหลายระดับ เช่น ในฐานะผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงาน ฐานะผู้บริหารโครงการ และผู้ให้บริการตามโครงการ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ต่างก็มีวัตถุประสงค์ (Goals) ค่านิยม (Values) แรงจูงใจ (Incentives) และพฤติกรรมที่แตกต่างกันในการปฏิบัติงาน กล่าวคือ ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานจะมีความสำคัญมากในการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติตามนโยบาย ส่วนผู้ปฏิบัติงาน

ระดับล่างหรือผู้ให้บริการตามโครงการ (Street – Level Bureaucrats) จะเป็นผู้ดำเนินงานตามแผนและโครงการ ซึ่งจะเป็นผู้แปลหรือตีความนโยบายมาเป็นแนวทางปฏิบัติงานด้วยตนเอง ถ้านโยบายนั้นขาดความชัดเจนหรือมีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของตน ก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานระดับล่างเหล่านั้นอาจไม่ยอมรับ หลีกเลี่ยงเพิกเฉยหรือตีความนโยบายนั้นเสียใหม่

4) ผู้ได้รับผลจากนโยบาย ได้แก่ ประชาชนหรือผู้รับบริการ (Clients) ผู้ได้รับประโยชน์หรือผู้เสียประโยชน์ หรืออาจเรียกว่าผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในนโยบายนั้นๆ รวมถึงในแง่บุคคล (Individual) และกลุ่ม (Groups) ตลอดจนหน่วยงานภาคเอกชน (Private Sector) ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากผู้รับบริการหรือผู้รับประโยชน์มีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มในลักษณะกลุ่มผลประโยชน์ (Interest Group) บทบาทของกลุ่มอาจแสดงออกมาในรูปของการเรียกร้อง การคัดค้าน การสนับสนุน ด้วยวิธีการลงประชามติ (Referendum) หรือการทำประชาพิจารณ์ (Public Hearing) ซึ่งจะทำให้มีอำนาจในการต่อรองกับฝ่ายการเมืองหรือระบบราชการก็จะมีมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าองค์การและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีบทบาทปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ซึ่งกันและกันในแง่มุมที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการในแต่ละระดับรวมทั้งผู้รับบริการหรือผู้รับผลประโยชน์จากนโยบายนั้น ๆ เพราะถ้าทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติเข้าใจในบทบาทและหน้าที่ของตน ตลอดจนมีความจริงใจและจริงจังในการปฏิบัติตามนโยบายนั้น ๆ ก็ย่อมบรรลุผลสำเร็จได้

<u>การวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ</u>

ความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือการวัดระดับของความสามารถ (level of performance) ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือการวัดประสิทธิผลและขาดประสิทธิผล (effective – ineffective) ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Glynn III 1977 : 65 อ้างใน วรเดช จันทรศร, 2548)

การวัดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นจะต้องมีการวัดทั้งกระบวนการโดยเริ่มจากจุดเริ่มต้นของการนำนโยบายไปปฏิบัติไปจนถึงจุดที่สิ้นสุดของนโยบายการวัดผลตั้งแต่ต้นจนจบจึงเป็นหัวใจที่ทำให้รู้ได้ว่าวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายและวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของชาติโดยรวมจะสามารถบรรลุความสำเร็จได้หรือไม่ เพียงใด ในการวัดความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติทั้งกระบวนการนั้นต้องพิจารณาถึงผลที่ได้จากนโยบาย 3 ประการคือ

1) ผลผลิต สามารถวัดได้โดยการใช้เกณฑ์ด้านปริมาณ เวลา ค่าใช้จ่าย คุณภาพ และความพึงพอใจ

2) ผลลัพธ์ คือผลที่เกิดต่อจากผลผลิต สามารถวัดได้โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากนโยบาย และ

3) ผลลัพธ์บั้นปลาย กล่าวคือผลผลิตและผลลัพธ์โดยรวมส่งให้เกิดผลต่อการพัฒนาประเทศ

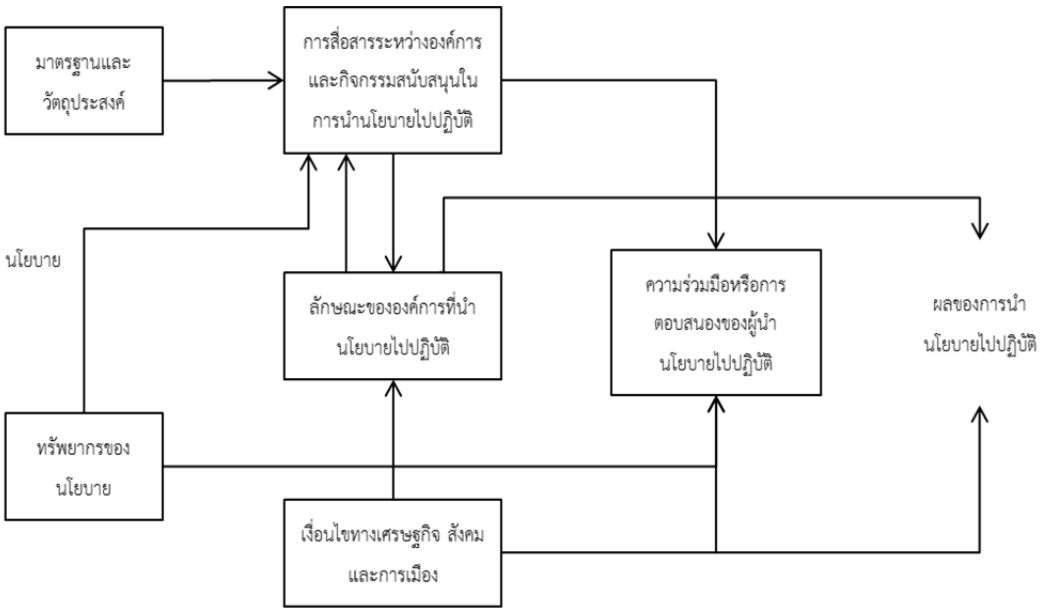
ดังสรุปตามตาราง 2-2

ตาราง 2-2 การวัดผลผลิต และผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

	ระดับความล้มเหลว	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ
การวัดผลผลิต	- ไม่ครบ/ขาด	ปริมาณ	ครบตามจำนวน/เกินจำนวนที่กำหนดไว้
	- ล่าช้า	เวลา	เสร็จทันเวลา/เสร็จก่อน
	- เกินงบ - ไม่ประหยัด - ราคาแพง - คอรัปชั่น	ค่าใช้จ่าย	อยู่ในงบประมาณ มีการใช้อย่างประหยัด ใช้เงินได้ประโยชน์สูงสุด หรือผลผลิตมีคุณภาพดี
	- ไม่ตรงตามมาตรฐาน - คุณภาพต่ำ ใช้ประโยชน์ไม่ได้ตามระดับที่กำหนด	คุณภาพ	ตรงตามมาตรฐาน ทนทาน ใช้ประโยชน์ได้นาน
	- บางฝ่ายไม่พอใจ - หลายฝ่ายไม่พอใจ - คัดค้าน	ความพึงพอใจ	ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพอใจ
การวัดผลลัพธ์	- ไม่ตรงกลุ่ม - ไม่เสมอภาค - ไม่เป็นธรรม - ทุจริตบางคน และ/หรือ ทุจริตเป็นขบวนการ - ปล่อยปละละเลย	การให้ประโยชน์/โทษแก่กลุ่มเป้าหมาย หรือ ผู้ได้รับผลของโครงการ	- ตรงกลุ่ม - เสมอภาค - เป็นธรรม - สุจริต - รับผิดชอบ

ตัวแบบของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ประกอบไปด้วยตัวแปรทั้งสิ้น 6 ตัวแปร ซึ่งเชื่อมโยงระหว่างนโยบาย (policy) และสมรรถนะ (performance) ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ถูกใช้เพื่อนำไปพิจารณาความสมบูรณ์ของปัจจัยทางการบริหารต่างๆ ว่าเอื้อต่อการทำให้ผลรวมของนโยบายแต่ละนโยบายนำไปสู่ความสำเร็จโดยรวมของประเทศได้แค่ไหน เพียงใด อีกทั้งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (independent variables) ที่มีต่อกันและความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม (dependent variable) ซึ่งได้รับการพิสูจน์ในเชิงประจักษ์แล้ว (รูป 2-3) ตัวแปรอิสระที่อยู่ในตัวแบบนี้ประกอบไปด้วยตัวแปรต่อไปนี้

รูป 2-3 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น



ที่มา: (วรเดช จันทรศร. 2554: 122)

1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญที่จะตัดสินว่านโยบายมีสมรรถนะมากน้อยเพียงใด การกำหนดตัวชี้วัดของสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำเป็นอันดับแรก เพราะการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทราบได้ว่าสำเร็จหรือล้มเหลวหากปราศจากเป้าหมายและข้อกำหนดที่ชัดเจน (Pressman and Wildavsky 1973 : xiv อ้างใน วรเดช จันทรศร, 2548)

2) ทรัพยากรของนโยบาย

ทรัพยากรของนโยบาย หมายความรวมถึงเงินงบประมาณและแรงกระตุ้นสนับสนุนอื่นๆ เพื่อช่วยให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดประสิทธิผล

3) การสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การสื่อสารต้องมีความชัดเจน (clarity) ความเที่ยงตรง (accuracy) และสม่ำเสมอ (consistency) ในระหว่างกระบวนการสื่อสาร เพื่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

4) ลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

ลักษณะของหน่วยงานที่ส่งผลต่อสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติประกอบด้วย (1) ปริมาณและความสามารถของบุคลากรในหน่วยงาน (2) ระดับของการควบคุมที่เป็นลำดับชั้นในการตัดสินใจและการดำเนินงาน (3) แรงสนับสนุนจากผู้บริหารหรือนักการเมือง (4) ความสามารถในการยืนหยัดของหน่วยงาน

(5) ระดับของการสื่อสารแบบเปิด เช่น การมีเครือข่ายการสื่อสารที่เป็นอิสระ และ (6) การเชื่อมโยงอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการของผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

5) เงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

6) ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ความเข้าใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัตินั้นมีส่วนสำคัญและถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของนโยบายมากที่สุดปัจจัยหนึ่ง องค์ประกอบของปัจจัยนี้เน้นไปที่ตัวผู้ปฏิบัติ ซึ่งมี 3 ประเภทคือ (1) การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย (2) ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ และ (3) ระดับการยอมรับในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติงาน

2.2 ที่มาของนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน กรณีระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ประเทศไทยจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทยภายใต้สามระบบหลัก คือ ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทั้งสามระบบกำหนดสิทธิประโยชน์ เงื่อนไขการใช้บริการและอัตราจ่ายชดเชยสำหรับผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกรณีดังกล่าว เช่น การจำกัดจำนวนครั้งของสมาชิกในการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการจ่ายค่าชดเชยบริการชดเชย เงื่อนไขการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เป็นต้น รายละเอียดเป็นไปตามตาราง 2-3

ตาราง 2-3 สิทธิประโยชน์และอัตราจ่ายชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบ

เรื่อง	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
เงื่อนไขการใช้บริการ	ใช้ได้ในสถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่ง ส่วนสถานพยาบาลเอกชนเฉพาะบริการผู้ป่วยใน	สถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชนที่เข้าร่วมโครงการนอกเหนือหน่วยบริการประจำ ไม่จำกัดจำนวนครั้ง	สถานพยาบาลภาครัฐ และเอกชน - กรณีประสบอันตรายไม่จำกัดจำนวนครั้ง - กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินจำกัด ประเภทผู้ป่วยนอกไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี และประเภทผู้ป่วยในไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี
ค่าพาหนะส่งต่อ	รถพยาบาลของสถานพยาบาล เริ่มจ่ายเริ่มต้น 500 บาท เพิ่มเติมตามระยะทางไป-กลับระหว่างสถานพยาบาลในอัตรากิโลเมตรละ 4 บาท	รถยนต์ ตามระยะทางไม่เกิน 500 บาทต่อครั้ง เรือไม่เกิน 35,000 บาทต่อครั้ง อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) ไม่เกิน 60,000 บาทต่อครั้ง	รถหรือเรือพยาบาลเท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 500 บาท พาหนะรับจ้างหรือพาหนะส่วนบุคคลเหมาจ่ายในอัตรา 300 บาท เขตท้องที่อื่น จ่ายตามระยะทาง กิโลเมตรละ 6 บาท
อัตราชดเชยค่าบริการ	ค่าห้องค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลและค่าอุปกรณ์การแพทย์ตามประกาศอัตราการจ่ายของกรมบัญชีกลางสำหรับโรงพยาบาลรัฐ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนเบิกได้ไม่เกิน 4,000 บาท	ในเครือข่าย - ในเขตพื้นที่ ผู้ป่วยนอก: อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน: อัตราจ่าย DRG แต่ละพื้นที่ - นอกพื้นที่ ผู้ป่วยนอก: กองทุนกลาง Point System Global Budget	รพ. รับรองสิทธิเป็นผู้รับผิดชอบ โดย 72 ชม.แรก ประกันสังคมเป็นผู้รับผิดชอบ รพ.รัฐบาล ผู้ป่วยนอก: อัตราจ่ายจริง ผู้ป่วยใน: อัตราจ่ายจริงใน 72 ชม.แรก และค่าห้องค่าอาหารเบิกได้วันละ 700 บาท

เรื่อง	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม
		ผู้ป่วยใน: อัตราจ่าย 4,500 / 8,500 และ 14,000 บาทต่อครั้ง ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขที่กำหนด	รพ.เอกชน ผู้ป่วยนอก เท่าที่จ่ายจริงไม่เกิน 1,000 บาท ยกเว้นการตรวจพิเศษตามที่กำหนด ผู้ป่วยใน: กรณีห้องสามัญจ่ายค่ารักษาพยาบาลวันละ 2,000 บาท ค่าห้องและอาหารไม่เกิน 700 บาท กรณีห้อง ICU วันละ 4,500 บาท รวมห้องและอาหารและให้ค่าผ่าตัดใหญ่ 8,000-16,000 บาท

นอกจากนั้นยังมีกองทุนเงินทดแทนสำหรับกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน ให้การคุ้มครองกับแรงงานในระบบโดยนายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าชดเชยบริการสมทบตามอัตราการเบิกในอดีต ซึ่งผู้ได้รับอันตรายจากการทำงานสามารถเข้ารับบริการได้ที่โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนทุกแห่ง และกองทุนจ่ายค่าชดเชยบริการตามปริมาณบริการที่เรียกเก็บไม่เกิน 45,000 บาท ส่วนที่เกินจากนั้นให้นายจ้างเป็นผู้รับผิดชอบแต่ไม่เกิน 300,000 บาท หากเกินกว่านั้นสามารถขอให้คณะกรรมการแพทย์พิจารณาเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2.2.1 แนวคิดและวัตถุประสงค์

แนวคิด (กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพ 2555)

การจัดระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายรัฐบาลที่จะสร้างการมีเอกภาพในระบบประกันสุขภาพหลัก โดยบูรณาการระบบประกันสุขภาพร่วมกันของ 3 กองทุน โดยไม่มีการยุบรวมกองทุน

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการกรณีอุบัติเหตุ และ/หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่สถานบริการเอกชนนอกเครือข่ายบริการ 3 กองทุน (โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม หรือหน่วยบริการประจำหรือคู่สัญญาของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) สถานบริการเอกชนสามารถให้บริการ โดยไม่ต้องตรวจสอบ

สิทธิก่อนให้บริการ ทั้งนี้ภายหลังให้บริการแล้ว สถานบริการเอกชนสามารถเรียกเก็บเงินได้ ผ่านหน่วยจ่ายกลาง หรือ Clearing house ซึ่งมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดำเนินการ

<u>วัตถุประสงค์</u> (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555)

1. เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว โดยไม่ต้องสำรองจ่าย
2. มีกลไกกลางสำหรับการชดเชย อัตราค่าบริการ การเรียกเก็บค่าบริการและการตรวจสอบ ให้สะดวกและไม่ให้เหลื่อมล้ำกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้การบริการผู้ป่วยฉุกเฉินมีมาตรฐานเดียวกัน
3. สร้างกลไกบริหารและการชดเชย รองรับการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่อาจมีความจำเป็นในการรับบริการกับโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย

<u>เป้าหมายเชิงระบบ</u> (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555)

ประชาชน

1. เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า
2. ได้รับการส่งต่อไปรับบริการศักยภาพสูงขึ้นในกรณีจำเป็น

สถานพยาบาล

1. มีระบบเบิกจ่ายกลาง ให้ความสะดวกแก่สถานพยาบาล
2. มาตรฐานการบริการเดียวกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ระบบประกันสุขภาพ

1. มีระบบเบิกจ่ายกลาง ระบบตรวจสอบกลาง Call center
2. มีระบบประสานงานระหว่าง 3 กองทุนและกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ

จากเอกสารอ้างอิงดังกล่าวสามารถสรุปได้ ดังนี้

1) การช่วยเหลือชีวิต

เพื่อให้บุคคลที่อยู่ในภาวะอันตรายต่อชีวิต (Life threatening) และสถานการณ์วิกฤตเวลา (Time-critical situation) ซึ่งยังมีโอกาสรอดชีวิตได้มีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น

2) ลดความเหลื่อมล้ำด้านการบริการสาธารณสุข

ประชาชนทุกสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์ที่เท่าเทียมกัน และกองทุนประกันสุขภาพมีอัตราจ่ายชดเชยเดียวกัน

3) ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่าย

ประชาชนทุกคน ทุกสิทธิ ไม่ถูกเรียกเก็บเงินหลังการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ และลดอุปสรรคการปฏิเสธการรักษาอันเนื่องจากปัญหาทางการเงิน

2.2.2 สิทธิประโยชน์บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ตามนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

1) ผู้มีสิทธิ

"ผู้มีสิทธิ" หมายถึง ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ รวมถึงข้าราชการส่วนท้องถิ่น เช่น ข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร (กทม.) ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจ นอกจากนี้ในกรณีสิทธิประกันสังคมยังรวมถึงคนต่างชาติ /คนต่างด้าว ที่มีการส่งเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมด้วย

2) สถานบริการ

"สถานบริการ" หมายถึง สถานพยาบาลเอกชนในความหมายของกรมบัญชีกลาง หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคมและไม่ใช่สถานพยาบาลเครือข่ายในระบบประกันสังคม หรือสถานพยาบาลที่ไม่ใช่หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือสถานพยาบาลที่ไม่มีสิทธิเบิกตามข้อตกลงขององค์การ เภสัชกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอิสระอื่นๆ ทั้งนี้ สถานบริการเอกชนดังกล่าวจะกำหนดเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่มีการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่นับรวมโพลีคลินิก หรือคลินิกเอกชน โดยหน้าที่ของสถานบริการจะต้องให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2547

3) คำนิยาม "เจ็บป่วยฉุกเฉิน"

"การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" หมายถึง การได้รับอุบัติเหตุหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น ทั้งนี้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

- *ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (เกณฑ์สีแดง)* ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว หรือกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่า ฉุกเฉินวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที กลุ่มนี้ โดยใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” ดังตัวอย่าง เช่น
    - ภาวะ “หัวใจหยุดเต้น” (Cardiac arrest)
    - ภาวะหยุดหายใจ
    - ภาวะ “ช็อก” จากการเสียเลือดรุนแรง
    - ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว
    - อาการซึม หมดสติ ไม่รู้สึกตัว
    - อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
    - อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันที มีความจำเป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด
    - เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา เป็นต้น

  ทั้งนี้ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ถือตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

- *ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (เกณฑ์สีเหลือง)* ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ หรือกล่าวได้ว่า ฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” ดังตัวอย่าง เช่น

- หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ
- ชีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที
- ตกเลือด ซีดมากหรือเขียว
- เจ็บปวดมากหรือทุรนทุราย
- มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอทหรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า 40 องศาเซลเซียส โดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
- ถูกพิษหรือ Drug overuse
- ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures, Burns, Back injury with or without spinal cord damage
- ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เป็นต้น

โดยในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ถือตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ

ทั้งนี้ นิยามและหลักเกณฑ์ในการวินิจฉัยอาการฉุกเฉินใช้อ้างอิงตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554

2.2.3 อัตราการจ่ายเงิน

ทั้ง 3 กองทุนมีรูปแบบและอัตราการจ่ายชดเชยเดียวกัน โดยมีสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เป็น Clearing House ดังนี้

กรณีผู้ป่วยนอก: จ่ายตามรายการ Emergency Ambulatory Intervention List : EAIL ที่กำหนดโดยอัตราที่เรียกเก็บไม่เกินราคากลางของกรมบัญชีกลาง ทั้งนี้หากรายการใดที่ไม่ปรากฏในรายการ Emergency Ambulatory Intervention List :EAIL แต่มีความจำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้ป่วย Clearing house

จะจ่ายในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเพดานที่กำหนด 1,000 บาทต่อราย ซึ่ง Emergency Ambulatory Intervention List : EAIL จะเป็นรายการเฉพาะที่มีการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เป็น Ambulatory care หรือผู้ป่วยนอกเท่านั้น ส่วนรายการที่ไม่ปรากฏจะเป็นการให้บริการผู้ป่วยใน ได้รวมอยู่ในระบบ DRGs แล้ว

กรณีผู้ป่วยใน: จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs V5.0) โดยมีอัตราจ่าย 10,500 บาท ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ทั้งนี้จะมีการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มเติมในกรณีดังต่อไปนี้

- กรณีที่มีการใช้ยา จ.(2) สถานบริการสามารถเบิกค่าใช้จ่ายเป็นยา จ.(2) ตามแนวทางที่กำหนด
- กรณีรายการอุปกรณ์และอวัยวะเทียม (Instrument) จ่ายเพิ่มเติมตามรายการและอัตราที่กำหนดทั้งนี้ ในกรณีที่สถานบริการใช้อุปกรณ์ที่เกินราคากลางที่กำหนดไม่สามารถเรียกเก็บจากประชาชน หรือกองทุนได้
- กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการบริการโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) จ่ายชดเชยเพิ่มเติมจากระบบ DRGs ดังนี้
    - ค่ายาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และค่าฉีดยาเหมาจ่ายรายละ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)
    - ค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าฉีดยาเหมาจ่ายรายละ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน)
    - กรณีการใช้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic Agent) ในการบริการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) จ่ายชดเชยเพิ่มเติมจากระบบ DRGs เป็นค่ายาละลายลิ่มเลือด rt-PA และค่าใช้ฉีดยาเหมาจ่ายรายละ 50,000 บาท (ห้าหมื่นบาทถ้วน) ทั้งนี้การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Tract) อ้างอิงแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำของสถาบันประสาทวิทยา การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าส่วน ST (Acute ST-Elevated Myocardial Infarction Fast Tract) อ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดประเทศไทย ปี 2551 (ในกรณีที่มีการปรับปรุงมาตรฐานหรือแนวทางดังกล่าว ให้เริ่มใช้ปรับปรุงแทนฉบับเดิม)
- *ค่าพาหนะในการรับส่ง-ต่อ:* ในกรณีที่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือกลับไปยังโรงพยาบาลในระบบ จะจ่ายในอัตราตั้งต้น 500 บาท+ระยะทางไปกลับ

กิโลเมตรละ 4 บาท ทั้งนี้ในกรณีที่มีสิทธิประกันสังคมเมื่อมีการประสานหาเตียงให้ต้นสังกัดมารับผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลในระบบ ค่าพาหนะในการส่งต่อดังกล่าวจะเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลต้นสังกัด

<u>หมายเหตุ</u> กรณีที่เป็นผู้ประสบภัยจากรถ ให้เบิกเงินค่าเสียหายเบื้องต้น 15,000 บาทจากกองทุนผู้ประสบภัยจากรถก่อนจึงจะเบิกค่าใช้จ่ายตามแนวทางนี้ได้

2.2.4 แนวทางปฏิบัติการบริการและการจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน

ขั้นตอนการบริการและส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่าย

1) เมื่อสถานบริการรับผู้ป่วยตามนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มาจากรถกู้ชีพฉุกเฉิน (1669) นำส่งหรือมีผู้นำส่ง (Walk in) สามารถให้บริการตามกฎหมาย พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 และ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ 2547 มาตรา 36 โดยไม่ต้องตรวจสอบสิทธิก่อนให้บริการ
2) ให้บริการผู้ป่วยจนอาการทุเลากระทั่งสามารถกลับบ้านได้ หรือหากเกินศักยภาพ ให้ประสานไปยัง call center 1330 เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือหากพิจารณาแล้วสามารถส่งผู้ป่วยกลับเข้าสู่ระบบปกติได้ ให้ประสานหาเตียงย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ระบบปกติของแต่ละสิทธิโดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงทางการแพทย์เป็นสำคัญ
3) ในกรณีที่เกินศักยภาพสถานบริการเอกชนแห่งที่ 1 หาก call center 1330 ประสานหาเตียงในระบบไม่ได้ จำเป็นต้องส่งตัวเข้ารับการรักษาที่สถานบริการเอกชนแห่งที่ 2 สถานบริการเอกชนแห่งที่ 2 สามารถส่งข้อมูลเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายตามระบบนี้ได้ เนื่องจาก สปสช. ทำหน้าที่ Clearing house จึงทำหน้าที่ตั้งแต่รับข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลออกรายงานการจ่ายเงิน ทั้งนี้ขั้นตอนในการโอนเงิน จำแนกเป็น 2 วิธีการคือ
    a. กรณีสิทธิประกันสังคมให้ Clearing house ขออนุมัติแจ้งการโอนเงินให้สถานบริการเอกชน โดยใช้เงินของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายแทนไปก่อน หลังที่มีการโอนเงินให้สถานบริการเอกชนแล้ว Clearing house จะส่งใบแจ้งหนี้ไปยังสำนักงานประกันสังคมเพื่อโอนเงินคืนเงินกลับ สปสช. ต่อไป
    b. กรณีกรมบัญชีกลาง ในเบื้องต้นในขณะที่กรมบัญชีกลาง อยู่ระหว่างแก้ไขพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดรับกับนโยบายรัฐบาลนั้นให้ Clearing house สปสช. ชำระเงินให้สถานพยาบาลแทนไปก่อน หลังที่มีการโอนเงินให้

สถานบริการเอกชนแล้ว Clearing house จะส่งใบแจ้งหนี้ไปยังกรมบัญชีกลาง เพื่อโอนเงินคืนเงินกลับ สปสช. ต่อไป และเมื่อพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่แก้ไขมีผลบังคับใช้แล้ว Clearing house สปสช. ทำหน้าที่รับข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล ออกรายงานการจ่ายเงิน ส่วนขั้นตอนการขออนุมัติการโอนเงินกรมบัญชีกลาง จะทำหน้าที่โอนเงินให้สถานบริการเอกชนเอง โดยจะกำหนดวันโอนเงินให้ตรงกับ สปสช.

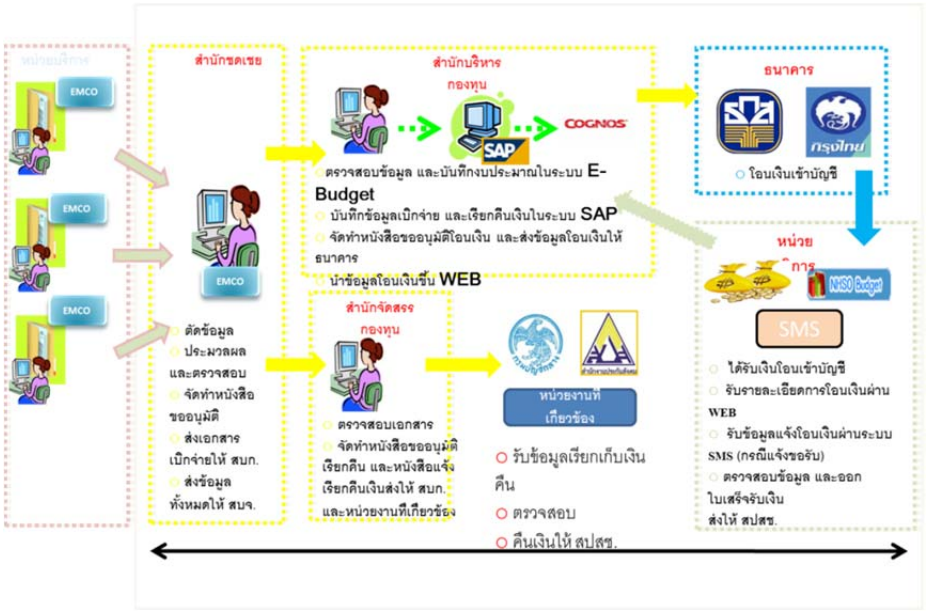
การบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลาง (National Clearing House) ในการบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีขั้นตอนการทำงาน คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการส่งข้อมูลการให้บริการไปยังสำนักชดเชย ทำหน้าที่ประมวลผล ตรวจสอบข้อมูล จัดทำหนังสือขออนุมัติ และส่งเอกสารเบิกจ่ายไปให้สำนักบริหารกองทุน (สบก.) และสำนักจัดสรรกองทุน (สบจ.) โดยสำนักบริหารกองทุนจัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินและส่งข้อมูลให้ธนาคารเพื่อทำการโอนเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการ และสำนักจัดสรรกองทุนทำหนังสือขออนุมัติเรียกคืนเงินจากกองทุนประกันสังคมและกรมบัญชีกลางในกรณีผู้ป่วยมีสิทธิประกันสังคมและสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและมารับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าวตามลำดับ (รูป 2-4) ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะทำการตัดข้อมูลการเบิกจ่ายเดือนละ 2 ครั้ง คือ

รอบที่ 1 ตัดข้อมูล วันที่ 1-15 ของทุกเดือน และจะโอนเงินภายในวันที่ 30 ของเดือนนั้น

รอบที่ 2 ตัดข้อมูล วันที่ 16-30 ของทุกเดือนและจะโอนเงินภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

รูป 2-4 ขั้นตอนการดำเนินงานของหน่วยจ่ายกลางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



ที่มา: “แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายของสถานบริการเอกชนนอกเครือข่าย กรณีอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน” วันที่ 26 มีนาคม 2555 ณ โรงแรมรามาการ์เดนท์

การสื่อสารกับสถานพยาบาลเอกชน และ ประชาชนสำหรับนโยบายบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการทบทวนเอกสารพบว่า การดำเนินการปรับระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้นมีความเร่งด่วนในการดำเนินการ โดยมีการประชุมร่วมกันหลายครั้งระหว่าง 3 กองทุนในเดือนกุมภาพันธ์ 2555 และทำการชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 กองทุน ให้แก่สถานบริการเอกชนในวันที่ 28-29 มีนาคม 2555 ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555) โดยมีโรงพยาบาลเอกชน 197 แห่งจากจำนวนทั้งสิ้น 358 แห่งเข้าประชุม คิดเป็นร้อยละ 55.02 ของสถานบริการเอกชนทั้งหมด โดยผู้แทนสถานพยาบาลร้อยละ 26 ที่เข้าประชุมตอบแบบประเมินความพึงพอใจเกี่ยวกับการชี้แจงอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก แต่จากการบันทึกการซักถามในที่ประชุม พบว่า มีการตั้งข้อสังเกตในลักษณะที่ยังไม่พร้อมจะดำเนินการตามนโยบายนี้ เช่น เห็นด้วยในหลักการแต่การดำเนินการเร่งรีบเกินไป สถานพยาบาลเอกชนไม่ได้ข้อมูลรายละเอียดเพียงพอ การตอบปัญหาให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุมยังไม่มีชัดเจนพอ ในเรื่องเงื่อนไขข้อตกลงในการทำงาน การจ่ายเงิน การเก็บเงิน การคัดกรองอาการฉุกเฉิน และยังมีความกังวลเรื่องการอยู่รอดของสถานพยาบาลเอกชนในราคาที่กำหนด

การประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” ครั้งแรก โดยพิจารณาผลการดำเนินงาน 6 เดือนหลังการประกาศนโยบาย (สุริยะวงศ์ไพศาล, และคนอื่นๆ 2556) พบว่า ผู้ป่วยไม่รับรู้สิทธิและไม่ทราบว่าจะร้องเรียนทางหมายเลขโทรศัพท์ใดเมื่อมีปัญหาการใช้สิทธิ์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ด้อยโอกาส (ชุมชนแออัด ผู้พิการ ผู้สูงอายุ) ได้รับการประชาสัมพันธ์ไม่ทั่วถึงยังมีความกังวลต่อการถูกเรียกเก็บค่าบริการ ประกอบกับค่าชดเชยบริการต่ำกว่าราคาที่โรงพยาบาลเอกชนเคยเรียกเก็บ ทำให้มีปัญหาการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยมีสัดส่วนผู้ป่วยในทุกสิทธิล้วนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าเกือบครึ่งหนึ่ง รวมทั้งนิยามภาวะฉุกเฉินคลุมเครือในการจำแนกระดับความรุนแรง เปิดช่องให้โรงพยาบาลเอกชนจัดกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองจริงเป็นสีเขียวจะได้เรียกเก็บค่าบริการได้ ขณะเดียวกันก็เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ต้องการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนมาใช้ประโยชน์โดยอาจไม่เป็นกรณีฉุกเฉินจริง นอกจากนั้น ระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนสิ้นสุดการรักษายังไม่สมบูรณ์ ทำให้ไม่รู้แน่ชัดว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพียงใด และยังไม่สามารถประเมินคุณภาพบริการตามมาตรฐานวิชาชีพได้ เนื่องจากข้อจำกัดอย่างมากของเวชระเบียนที่ขาดรายละเอียดเพียงพอทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

2.3 การเปลี่ยนแปลงของกองทุนประกันสังคมหลังมีนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุน กรณีระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการที่รัฐบาลได้มีนโยบายที่จะสร้างความเป็นเอกภาพ ลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุนให้ผู้มีสิทธิในแต่ละกองทุนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่อยู่ในมาตรฐานเดียวกัน โดยเริ่มต้นที่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเริ่มดำเนินการ 1 เมษายน 2555 เพื่อให้ประชาชนหรือผู้มีสิทธิภายใต้การดูแลของแต่ละกองทุน สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้ทันท่วงทีในกรณีที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน กองทุนประกันสังคมซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ประกันตนได้เข้าร่วมดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวของรัฐบาล ในการเข้าร่วมนโยบายคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม ได้ประกาศหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2555 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม พ.ศ. 2555 ให้มีผลบังคับ ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 โดยมีการกำหนดนิยามของประสบอันตรายและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

“ประสบอันตราย” หมายถึง การประสบกับเหตุการณ์หรืออุบัติเหตุที่ทำให้บาดเจ็บอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง โรคหรืออาการของโรคซึ่งเกิดขึ้นโดยเฉียบพลันที่มีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลเป็นการด่วน และให้หมายรวมถึงการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนแล้วแต่กรณี

“ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ตามหลักเกณฑ์ที่แก้ไขเพิ่มเติมและประกาศที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

<u>หลักเกณฑ์การพิจารณาประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต</u>

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หมายถึง เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยที่ต้องการการตรวจรักษาทันทีมิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิต หรือพิการอย่างถาวรในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งภาวะฉุกเฉินมากที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภาวะอาการที่คุกคามต่อชีวิต ดังนี้

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

“ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” หมายถึง การได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บป่วยรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ตามหลักเกณฑ์ที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศที่ออกตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

หลักเกณฑ์การพิจารณาประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน หมายถึง เป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรองจากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรืออาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยมีภาวะดังนี้

1) หายใจช้ากว่า 10 ครั้ง/นาที หรือเร็วกว่า 30 ครั้ง/นาที หายใจลำบากหรือหายใจเหนื่อยหอบ
2) ชีพจรช้ากว่า 40 ครั้ง/นาที หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
3) ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที
4) ตกเลือด ซีดมากหรือเขียว
5) เจ็บปวดมากหรือทุรนทุราย
6) มือเท้าเย็นชีดและเหงื่อแตก ร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
7) ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือตัวล่างสูงกว่า 130 มิลลิเมตรปรอทโดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
8) อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35 องศาเซลเซียส หรือสูงกว่า 40 องศาเซลเซียสโดยเฉพาะร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น
9) ถูกพิษหรือ Drug overuse
10) ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มากและมีหลายแห่ง เช่น major multiple fratures Burns, Back injury with or without spinal cord damage
11) ภาวะจิตเวชฉุกเฉิน เป็นต้น

กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ทำให้ผู้ประกันตนไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์ในสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนได้ โดยไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลนอกระบบประกันสังคม ที่ไม่ใช่โพลีคลินิกหรือคลินิกเอกชน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยงานของรัฐหรือสถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนแล้วแต่กรณี ดังนี้

1. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอก จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยอาศัยอำนาจตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ และหากค่าบริการทางการแพทย์ไม่มีรายการปรากฏในประกาศข้างต้นให้จ่ายเท่าที่จ่ายจริงแต่รวมแล้วไม่เกิน 1,000 บาท
2. กรณีเข้ารับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยใน
    a. จ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยคำนวณตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRGs) ที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน (Adjusted Relative weight : AdjRW) ในอัตราไม่เกิน 10,500 บาท/AdjRW และจ่ายเพิ่มตามหลักเกณฑ์ ประเภท และอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยอาศัยอำนาจตามพระราชกฤษฎีกาว่า ด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ โดยสถานพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ประกันตนจนกว่าผู้ประกันตนพ้นภาวะวิกฤต หรือพ้นภาวะเร่งด่วน
    b. กรณีสถานพยาบาลนอกระบบมีความจำเป็นต้องส่งผู้ประกันตนไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาพยาบาลต่อที่สถานพยาบาลอื่นซึ่งมิใช่สถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าพาหนะตามอัตราที่กระทรวงการคลังกำหนดโดยอาศัยอำนาจตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของข้าราชการ

กรณีผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ถึงขนาดวิกฤตหรือเร่งด่วน หรือกรณีผู้ประกันตนไปรับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลนอกระบบที่เป็นโพลีคลินิกหรือคลินิกเอกชน สำนักงานประกันสังคมจะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่สถานพยาบาลหรือผู้ประกันตน ตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ลงวันที่ 11 เมษายน 2548 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมเรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทน ค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2554 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2554

2.4 แนวคิดและวิธีการจัดบริการฉุกเฉินด้านการแพทย์แก่ประชาชนในต่างประเทศ

สิทธิสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน องค์การอนามัยโลกได้ระบุถึงบทบาทความสำคัญของการดูแลฉุกเฉินในสุขภาพสาธารณะที่สมัชชาอนามัยโลกในระหว่างการประชุมประจำปีในเดือนพฤษภาคม 2007 ได้กล่าวว่า “การปรับปรุงองค์กรและการวางแผนสำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บ (Trauma) และผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นส่วนสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated healthcare delivery) ที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อม ตอบสนองต่อเหตุการณ์อุบัติเหตุและสามารถลดอัตราการเสียชีวิต ลดความพิการและป้องกันสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์อื่น ๆ อันเป็นผลที่เกิดขึ้นจากภาระของการบาดเจ็บในชีวิตประจำวัน

ทั้งนี้ ประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนมีการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนของตนทั้งในโรงพยาบาล คือ บริการห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Accident and Emergency Department : AE) และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital care, Emergency Medical Services: EMS)

ประเทศที่จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน เช่น ประเทศในกลุ่มสหภาพยุโรป ภายใต้สนธิสัญญาใน Article II-95 of the Charter of Fundamental Rights of the Union ซึ่งตระหนักถึงสิทธิของแต่ละคนในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและการรักษาทางการแพทย์ ประชาชนในประเทศสมาชิกยุโรป 27 ประเทศ โดยกฎหมายให้ “การเข้าถึงการดูแลฉุกเฉินในโรงพยาบาลสำหรับทุกคน”ครอบคลุมผู้ไร้สิทธิใดๆ และบุคคลไร้สัญชาติหรือบุคคลที่ระบุตัวตนไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ยังมี 7 ประเทศที่กำหนดให้ผู้ป่วยร่วมจ่ายเมื่อใช้บริการผู้ป่วยใน และอีก 7 ประเทศเมื่อใช้บริการนอกโรงพยาบาล (out of hospital care) ประเทศสหภาพยุโรปส่วนใหญ่มีแหล่งการเงินจากงบประมาณของรัฐ (ระบบสุขภาพแห่งชาติ) และแหล่งอื่น ๆ (เช่น ประกันสุขภาพแห่งชาติ) [3]

กลไกทางการเงินสำหรับการดูแลฉุกเฉินถูกควบคุมโดยกฎหมาย ประเทศสมาชิกสหภาพยุโรปโดยส่วนมากซื้อบริการ EMS ผ่านภาครัฐหรือโครงการประกันสุขภาพแห่งชาติตามจำนวนและประเภทของบริการ ระบบการจ่ายเงินขึ้นอยู่กับการจัดกลุ่มบริการ ยกตัวอย่างเช่น กลุ่มการวินิจฉัยโรค (DRG) มี 10 ประเทศที่บริการถูกจ่ายให้สอดคล้องกับพื้นที่สถานพยาบาล อีกทั้ง วิธีจ่ายเงินร่วม (Co-payment Method) เป็นวิธีหนึ่งที่ถูกนำไปใช้ในการดูแลฉุกเฉินในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามการจ่ายเงินร่วมนี้จะถูกยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นวิกฤต (คุกคามชีวิต)

[3] 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.

สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศพัฒนาแล้วเพียงประเทศเดียวที่ยังไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน กล่าวคือในปี ค.ศ. 2010 ร้อยละ 16.3 ของประชาชนในสหรัฐอเมริกาไม่มีระบบประกันสุขภาพใดๆ [4] โดยกลุ่มคนอเมริกันและคนผิวดำมีสัดส่วนการไม่มีประกันสุขภาพสูงกว่ากลุ่มคนผิวขาว (ร้อยละ 30.7 และ 20.8 ตามลำดับเทียบกับร้อยละ 11.7) อย่างไรก็ดี ในสหรัฐอเมริกาบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ถือเป็นบริการพื้นฐานจำเป็นที่ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพหรือไม่ หรือจะมีสัญชาติใด เข้าเมืองถูกต้องหรือไม่ ต่างได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมาย The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) ซึ่งออกในปี ค.ศ. 1986[5] โดยกฎหมายดังกล่าว กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่รับเงินโครงการ Medicare ห้ามปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์ และให้สิทธิกับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน โดยไม่ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยโครงการ Medicare เท่านั้น และไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ในกลุ่มคนที่ไม่มีประกันสุขภาพและกลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกกฎหมาย หากเข้าเงื่อนไขของการขอรับการช่วยเหลือจากรัฐภายใต้โครงการ Medicaid ก็สามารถร้องขอใช้สิทธินี้ได้แต่จะคุ้มครองให้เฉพาะการเจ็บป่วยฉุกเฉินครั้งนั้นๆ เท่านั้น[6] ภาวะฉุกเฉินภายใต้กฎหมายนี้ คือ ภาวะที่แสดงอาการเฉียบพลันอย่างรุนแรงหากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทีจะส่งผลร้ายแรงดังต่อไปนี้ (1) ส่งผลต่อสุขภาพอย่างร้ายแรง หรือ (2) ส่งผลต่อการทำงานของร่างการอย่างร้ายแรง หรือ (3) ส่งผลต่อการทำงานของอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งอย่างร้ายแรง

อย่างไรก็ตาม 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 “ทั้งนี้การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉินที่มีความรุนแรงระดับวิกฤตหรือฉุกเฉินเร่งด่วนที่อาจเป็น

[4] 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

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

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

อันตรายแก่ชีวิตหรือสุขภาพแบบถาวรถือเป็นข้อบังคับตามกฎหมายและตามจริยธรรม" โดยไม่มีแหล่งเงินงบประมาณของรัฐมาสนับสนุนแต่อย่างไร "ถือเป็นการจัดบริการตามกุศล (Charity care)"[7]

กฎหมาย EMTARA นี้มีผลบังคับใช้ได้อย่างเข้มงวด เพราะมีหน่วยงานที่สำคัญในการกำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายนี้ คือ (1) องค์การบริการการเงินด้านสุขภาพ (Health Care Financing Administration: HCFA) ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น Center for Medicare & Medicaid (CMS) โดยพันธกิจเหมือนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ (2) ศาลยุติธรรม ทำหน้าที่ตัดสินคดีฟ้องร้องเกี่ยวกับการละเมิดกฎหมาย EMTARA ซึ่งกำหนดความรับผิดชอบของโรงพยาบาล 3 ประการ คือ (1) ต้องตรวจประเมินผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลและขอให้ประเมินว่าอยู่ในภาวะฉุกเฉิน (2) เมื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉิน บุคลากรของโรงพยาบาล (ไม่เพียงแต่แพทย์เท่านั้น) ต้องให้การดูแลรักษาพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัย หรือจนกว่าจะสามารถส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่นที่เหมาะสมกว่า และ (3) หน่วยบริการที่มีขีดความสามารถเหมาะสมต้องรับผู้ป่วยไว้ดูแลต่อไป โดยการบังคับใช้กฎหมายนี้ ทาง CMS ได้มีการส่งทีมตรวจสอบไปยังโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียน แล้วทำการขอเอกสารต่างๆ มาวิเคราะห์ เช่น บันทึกการประชุมของแผนกฉุกเฉิน ตารางเวร รายงานผู้ป่วยที่เป็นปัญหา ถ้าพบว่ามีการละเมิดกฎหมายในประเด็นใดก็จะทำการลงโทษโรงพยาบาลโดยการยุติสัญญาของโรงพยาบาลนั้นกับ Medicare ถ้าเป็นแพทย์ก็จะโดนปรับเพิ่มเติมสูงสุดไม่เกินห้าหมื่นดอลล่าร์สหรัฐฯ

นับจากการบังคับใช้กฎหมาย EMTARA ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 สาระสำคัญบางประการของกฎหมายนี้ได้เปลี่ยนไปในทิศทางที่นำไปสู่การปฏิเสธผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพโดยการอ้างว่าผู้ป่วยเหล่านี้ไม่มีขีดความสามารถในการชำระเงินค่ารักษาพยาบาล ส่งผลให้โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์รับส่งต้องรับภาระนี้เพิ่มขึ้นเนื่องจากไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยได้[8] การเปลี่ยนสาระของกฎหมายฉบับนี้อาจจะมีที่มาจากแรงกดดันของโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับผลกระทบจากกฎหมายนี้ว่ามีการริดรอนเสรีภาพของแพทย์และการเลือกดูแลผู้ป่วย

[7] 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

[8] Devid P Kao et al. (2012) Consequences of Federal Patient Transfer Regulations: Effect of the 2003 EMTALA Revision in a Tertiary Referral Center and Evidence of Possible Misuse. Arch Intern Med, 172(11): 891-892

ของโรงพยาบาลเอกชน[9] หลังจากบังคับใช้กฎหมายนี้ โรงพยาบาลต่างๆ เริ่มทยอยยุบแผนกฉุกเฉิน หรือปิดกิจการทั้งโรงพยาบาล แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994-2004[10] อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปว่าเป็นผลมาจากปัจจัยใด แต่มีการพยายามเชื่อมโยงว่าเป็นผลมาจากกฎหมาย EMTALA นี้

ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลจึงเป็นที่ใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยหนักสำหรับคนกลุ่มนี้ ทั้งนี้พบว่าค่าใช้จ่ายของ Medicaid ที่จ่ายเป็นค่าบริการกรณีฉุกเฉินสำหรับกลุ่มที่เข้าเมืองไม่ถูกต้องตามกฎหมายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยการคลอดบุตรมีส่วนแบ่งของค่าใช้จ่ายสูงสุด (กว่าร้อยละ 80)[11] ขณะเดียวกันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประสบปัญหาความแออัดของการให้บริการในห้องฉุกเฉิน[12] จากปัจจัยต่างๆ ได้แก่

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

การใช้บริการห้องฉุกเฉินเพื่อรักษาผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน เป็นปัจจัยที่เพิ่มต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและปัญหาการแออัดของผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จากรายงานวิจัย [13] พบว่า ค่าใช้จ่ายในห้องฉุกเฉินสูงกว่าการบริการปฐมภูมิถึง 320%-728% ในโรคเดียวกัน การรักษาโรคหรือภาวะที่ไม่สมควรนอนในโรงพยาบาล (Ambulatory care-sensitive conditions (ACSCs)) ให้รับการบริการปฐมภูมิแทนจะสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นได้ถึง 69%-86%

---

[9] Garboth. Moral Health Care vs. “Universal Health Care” June 30,2009. http://peacefreedomprosperity.com/1645/moral-health-care-vs-%E2%80%9Cuniversal-health-care%E2%80%9D/

[10] General Accounting Office. EMERGENCY CARE. EMTALA Implementation and Enforcement Issues. June 2001. http://www.gao.gov/new.items/d01747.pdf

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

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

[13] McWilliams A, Tapp H, Barker J, Dulin M. (2011) Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina. N C Med J 72:265

สำหรับการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินนั้นมีรูปแบบการจ่ายที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพ หรือผู้ไม่มีประกันสุขภาพ โครงการ Medicaid ซึ่งบริหารจัดการโดยรัฐต่างๆ นั้นก็มีรูปแบบการจ่ายที่ต่างกันในแต่ละรัฐ[5] เช่น การจ่ายค่าชดเชยบริการผู้ป่วยในแก่โรงพยาบาลต่างๆ 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 แม้ในระบบประกันเอกชนหรือผู้จ่ายค่าชดเชยบริการเองก็จะมีการกำหนดอัตราจ่าย (fee schedule) โดยพบว่า อัตราการชดเชยเมื่อเทียบกับค่าบริการที่เรียกเก็บมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 60 เหลือเพียงร้อยละ 53 ระหว่างปี 1996 และ 1998[14] โดยประกันเอกชนแม้จะมีอัตราชดเชยสูงสุดแต่ก็ลดลงจากร้อยละ 75 เหลือร้อยละ 63 การจ่ายค่าชดเชยลดลงเกิดจากหลายสาเหตุ คือ ค่าบริการที่เรียกเก็บอย่างไม่เหมาะสม (charge inflation) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประกันสุขภาพเอกชน และกลุ่มไม่มีประกันค่าบริการที่เรียกเก็บเพิ่มขึ้นเหมาะสม แต่อัตราจ่ายอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากต้นทุนการให้บริการเพิ่มมากขึ้น เช่น มีการใช้เทคโนโลยีราคาแพงมากขึ้น เป็นต้น

โดยสรุป แม้สหรัฐอเมริกาจะคงยึดหลักให้เสรีภาพส่วนบุคคลเป็นสำคัญในการเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อประกันสุขภาพ อย่างไรก็ดี ในกรณีประสบอุบัติเหตุหรือกรณีฉุกเฉินทางการแพทย์ที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายโดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นจะมีหรือไม่มีประกันสุขภาพหรือจะมีสัญชาติใด หากบุคคลนั้นเข้าหลักเกณฑ์ที่จะได้รับการช่วยเหลือในระบบ Medicaid ก็สามารถขอรับการช่วยเหลือจากรัฐบาลมลรัฐได้เฉพาะการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ ส่วนหากผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถจ่ายได้ โรงพยาบาลเอกชนก็ต้องให้บริการตามหลักกฎหมายและจริยธรรมโดยไม่ได้รับการอุดหนุนจากรัฐบาลถือเป็นการให้บริการกุศล สำหรับการจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาล

[14] 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

และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ก็พบว่ามีรูปแบบหลากหลายแต่ที่ชัดเจนคือไม่ได้มีการจ่ายตามที่โรงพยาบาลเรียกเก็บแต่อย่างใด แต่จะจ่ายตามอัตราที่กำหนดหรือตกลงร่วมกัน โดยอัตราชดเชยค่าบริการอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 - 60 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ

2.5 กลไกการจ่ายเงิน

กลไกการจ่ายเงินมีความสำคัญต่อพฤติกรรมการให้บริการของสถานพยาบาล และการใช้บริการของผู้ป่วย ประเภทของการจ่ายเงินในระบบประกันสุขภาพที่เป็นที่นิยม ได้แก่ วิธีงบประมาณค่าใช้จ่าย (Budgets) จ่ายเงินตามการให้บริการของสถานพยาบาล (fee-for-service: FFS) การจ่ายเงินตามรายป่วย (per case/ visit fees) และการเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ได้สรุปไว้ในภาคผนวก 3

กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) หรือเรียกอย่างย่อว่า DRGs เป็นวิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการผู้ป่วยในตามการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง DRGs ถูกพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาช่วงทศวรรษ 1970 โดยมีวัตถุประสงค์เริ่มแรกเพื่อใช้สำหรับพัฒนาคุณภาพการบริหารงานโรงพยาบาล ต่อมารัฐบาลสหรัฐอเมริกานำเอาไปใช้จ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่รักษาผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยในสำหรับโครงการประกันสุขภาพวัยชรา (Medicare) เพื่อควบคุมรายจ่ายของกองทุน Medicare หลังจากนั้นประเทศในอเมริกา ยุโรป เอเชีย และออสเตรเลียได้เริ่มใช้ DRGs สำหรับจ่ายชดเชยผู้ป่วยใน โดยมีการปรับปรุงรายละเอียดการจัดกลุ่มโรคและค่าน้ำหนักสัมพัทธ์แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ และยังถูกใช้เป็นกลไกสำคัญที่ใช้ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เนื่องจากสามารถที่จะเฉลี่ยความเสี่ยงระหว่างผู้ซื้อและผู้ขายบริการ รวมทั้งทำให้เกิดประสิทธิภาพในระดับจุลภาคด้วย จากหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไต้หวัน พบว่ากลไกดังกล่าวสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการ ลดการรักษาที่ไม่จำเป็น เช่น การให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาพยาบาลลดลง โดยที่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพคงเดิม[15]

ฐานข้อมูลที่ถูกใช้ในการคำนวณ DRGs คือ ข้อมูลการรักษา (Clinical Data) และข้อมูลต้นทุนทางบัญชีในการกำหนดราคาจ่ายเงินชดเชยแก่โรงพยาบาล ข้อมูลการรักษาประกอบด้วย รหัสวินิจฉัยโรคหลักและอื่นๆ หัตถการ ลักษณะผู้ป่วย เช่น อายุ เพศ และน้ำหนักแรกเกิด จำนวนวันนอน เหตุผลสำหรับการออกจาก

[15] Chenga Shou-Hsia , Chena Chi-Chen and Tsaib Shu-Ling The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study [Journal]. - Taiwan : Elsevier Ireland Ltd., 2012. - Vols. Health Policy 107, 202– 208.

โรงพยาบาลและประเภทของการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[16] ข้อมูลเหล่านั้นจะถูกนำไปจัดกลุ่มโรค พิจารณาจากข้อมูลที่มีการวินิจฉัยและค่าใช้จ่ายโดยรวมใกล้เคียงกันมาจัดเป็นกลุ่มเดียวกัน แต่ละ DRG ให้รายการรหัสการวินิจฉัยโรคหลัก (Major Diagnostic Category: MDC) และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (relative weight, RW) ของแต่ละกลุ่มโรคจากราคาหรือต้นทุนการรักษา กลุ่มโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์สูงแสดงว่ามีการรักษาที่ซับซ้อนกว่าและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ากลุ่มโรคที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ต่ำ

ประเทศเยอรมนี ใช้กระบวนการเจรจาต่อรองรายโรงพยาบาล (negotiated with each hospital) กรณีที่ขนาดตัวอย่างไม่เพียงพอ และ/หรือความแปรปรวนของต้นทุนสูงเกินไป อีกทั้งการจ่ายเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลที่ใช้การรักษาด้วยนวัตกรรมใหม่ การรักษาที่ซับซ้อนมากและ/หรือยาที่มีราคาแพงมาก[11] ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นใช้รูปแบบการจ่ายเงินตามรายการบริการ (Fee for service: fee schedule) แทนการจ่ายชดเชยด้วย DRGs เพื่อแก้ไขความแปรปรวนขนาดใหญ่ในจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในแต่ละโรงพยาบาล โดยคำนวณจากราคาตลาดในประเทศ และราคาต่างประเทศกรณีที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ใหม่และไม่มีขายในประเทศญี่ปุ่น ทั้งนี้ราคาจ่ายจะคำนวณให้เท่ากับผลรวมของต้นทุนสินค้า (การนำเข้า) ต้นทุนการตลาด ต้นทุนการบริหารจัดการ ต้นทุนการกระจายสินค้าและภาษี รูปแบบดังกล่าวจะส่งผลให้สถานพยาบาลขาดแรงจูงใจในการบริการแก่ผู้ป่วยได้ กรณีที่อัตราของรายการจ่ายต่ำเกินไป อย่างไรก็ตามอัตราของแต่ละรายการจะนำไปทบทวนทุก 2 ปี[17]

2.6 การกำหนดราคา

ในประเทศอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายความคุ้มครองของสถานพยาบาลการรักษานั้นจะถูกเรียกเก็บเงินมากกว่า 2.5 เท่าของการชำระเงินโดยบริษัทประกันสุขภาพและมากกว่า 3 เท่าของต้นทุนที่แท้จริง ส่งผลให้เกิดคดีฟ้องร้องและเรียกร้องเกี่ยวกับความโปร่งใสในการตั้งราคาและข้อเสนอการให้ส่วนลดแก่ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันสุขภาพ กลไกทางกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ถูกนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยฉุกเฉินที่หมดสติและไม่สามารถเจรจาต่อรองได้ ด้วยจริยธรรมทางการแพทย์ แพทย์จะทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการอยู่รอด อย่างไรก็ตามราคาที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลไม่ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย อาจนำไปสู่ปัญหาการปฏิเสธการจ่ายเงินจากผู้ป่วยเนื่องจากราคาที่เรียกเก็บสูงเกินไปได้ ตัวอย่างวิธีที่ถูกนำเสนอเพื่อแก้ปัญหาการเรียกเก็บเงินรายการมากเกินไป ได้แก่

[16] Edited by Reinhard Busse [et al.] Diagnosis-Related Groups in Europe [Book]. - Berkshire : Open University Press McGraw-Hill Education, 2011.

[17] Standard Pricing System for Medical Devices in Jap Presentation: Standard Pricing System for Medical Devices in Japan. - Bangkok : [s.n.], 16 May 2007.

(1) "ราคาตลาดที่ใช้" โดยสถานพยาบาลต้องเปิดเผยราคาโดยนำส่งข้อมูลเพื่อประกอบเป็นข้อมูลของประชาชน แสดงความโปร่งใส อีกทั้ง เพิ่มการแข่งขันด้านราคาระหว่างผู้ให้บริการ และ (2) การทำสัญญาเพื่อเจราต่อรองราคาจ่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยกำหนดวันจ่าย ราคาจ่ายและอัตราดอกเบี้ย[18]

ในทางเศรษฐศาสตร์ การกำหนดราคาขายในสินค้าของด้านผู้ผลิต (supply side) มีความสำคัญต่อรายได้ของกิจการและความยั่งยืน การกำหนดราคาของสินค้าต้องครอบคลุมต้นทุนที่เกิดขึ้น ทั้งต้นทุนผันแปรและต้นทุนคงที่ของการผลิตสินค้าแต่ละชิ้น บางครั้งสินค้าอาจใช้ต้นทุนการผลิตร่วมกับสินค้ารายการอื่น ดังนั้น เกณฑ์การจัดสรรจะถูกนำมาใช้ในการคำนวณต้นทุนของสินค้า วิธีการตั้งราคาที่ได้รับความนิยม คือ การหาต้นทุนทางบัญชีเป็นฐานและบวกกำไรของผลิตภัณฑ์นั้นๆ (cost plus pricing) และการตั้งราคาโดยอิงราคาตลาดในผลิตภัณฑ์ที่ใกล้เคียงกัน (market pricing)

ในทางตรงกันข้าม การกำหนดราคาจ่ายให้กับบริการด้านการดูแลสุขภาพมีความสำคัญสำหรับผู้ซื้อบริการในการจัดสรรทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีความคุ้มค่า (demand side) ปัจจัยที่มีผลต่อราคาจ่าย คือ (1) ความต้องการซื้อ (wants) จะต้องเป็นความต้องการที่สามารถซื้อได้และเกิดการซื้อขายขึ้นจริงๆ (2) ความเต็มใจที่จะจ่าย (willingness to pay) และ (3) ความสามารถที่จะซื้อ (purchasing power or ability to pay) ขึ้นอยู่กับทรัพย์สินหรือรายได้ของผู้ซื้อ

การกำหนดราคาจะถูกกำหนดมาจากอุปสงค์และอุปทานของตลาด เนื่องจากอุปสงค์จะแสดงถึงพฤติกรรมของผู้บริโภคในการซื้อสินค้าชนิดหนึ่งเป็นปริมาณเท่าใดในแต่ละระดับราคา ส่วนอุปทานจะเป็นการแสดงถึงพฤติกรรมของผู้ผลิตในการขายสินค้าชนิดนั้นเป็นปริมาณเท่าใดในแต่ละระดับราคา การเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์และอุปทานของสินค้าจนกระทั่งเข้าสู่ดุลยภาพของตลาด เราเรียกระดับราคาดังกล่าวว่า ราคาดุลยภาพ (equilibrium price) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นราคาที่ความต้องการเสนอซื้อเท่ากันพอดีกับความต้องการเสนอขาย[19]

การเจรจาต่อรองราคาระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการกำหนดราคาตลาดถูกพบมากในบริษัทประกันภัย โดยกำหนดจำนวนเงินชดเชยสำหรับการให้บริการ อำนาจของผู้ซื้อ และจำนวนของผู้รับบริการ มีบทบาทสำคัญต่อผลการเจรจาต่อรอง การทำสัญญาระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อความโปร่งใส อย่างไรก็ตามในบริการเดียวกันภายใต้ความไม่แน่นอนของลักษณะการเจ็บป่วยและเทคโนโลยี อาจทำให้ต้นทุนบริการผันแปรได้ไม่น้อย

---

[18] Barak D. Richman et al., Overbilling and Informed Financial Consent - A Contractual Solution, 367 New England Journal of Medicine 396-397 (2012).

[19] บัวแย้มแสง., การกำหนดราคาและค่าจ้างในระบบเศรษฐกิจ, http://sagehouse.igetweb.com/?mo=3&art=517676

บทที่ 3 ผลการศึกษา

บทนี้เป็นผลการศึกษาเพื่อตอบคำถามและวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่กำหนดไว้ในบทนำ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 การศึกษาย่อย เพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ครอบคลุม ซึ่งผลการศึกษาสามารถนำเสนอได้ดังนี้

3.1 การศึกษาย่อยที่ 1 เพื่อประเมินนโยบาย และมาตรการให้บริการแก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis)

ในการเข้าร่วมนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนของกองทุนประกันสังคม สำนักงานประกันสังคมนั้น พบว่า ผู้ที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องกับนโยบายมีทั้งผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกสำนักงานประกันสังคม ประกอบด้วย 6 กลุ่มสำคัญ ได้แก่

1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2) สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์
3) สำนักสิทธิประโยชน์
4) กองนิติการ
5) สำนักงานประกันสังคมจังหวัด
6) สถานพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่ายประกันสังคม

ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบทบาทในฐานะผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและอำนาจที่แสดงผลหรือมีอิทธิพลต่อนโยบายแตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีส่วนได้เสียที่สำคัญในฐานะที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยจ่ายกลาง (Clearing house) โดยจะสำรองเงินจ่ายให้กับสถานพยาบาลนอกเครือข่ายที่ให้การดูแลรักษาแก่ผู้มีสิทธิในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพในอัตราที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นจะเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลที่สำรองเงินจ่ายคืนจากกองทุนที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเหล่านั้น

สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ มีส่วนได้เสียในฐานะผู้ซื้อบริการแทนผู้ประกันตน ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วน เข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคม ภายใต้นโยบายบริหารจัดการร่วม 3 กองทุน โดยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จะสำรองจ่ายให้กับสถานพยาบาลเหล่านั้นก่อน เมื่อให้การรักษาพยาบาลจนผู้ประกันตนพ้นจากภาวะเจ็บป่วยภาวะฉุกเฉินวิกฤตและฉุกเฉินเร่งด่วน หลังจากนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะส่งใบแจ้งหนี้มาเรียกเก็บจากสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์ (สพจ.) ซึ่งทางสำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์จะดำเนินการพิจารณารายต่อราย แม้ว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะมีการกรองสิทธิมาแล้วในเบื้องต้น แต่เนื่องจากระบบของกองทุนประกันสังคมยังต้องพิจารณาในเรื่องของเงินสมทบจึงต้องมีการตรวจสอบให้ละเอียดก่อนที่จะทำการจ่ายเงินคืนให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักสิทธิประโยชน์ เป็นหน่วยงานของสำนักงานประกันสังคม มีบทบาทในการให้ความรู้ สนับสนุนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องให้กับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด ในการพิจารณาสิทธิประโยชน์ให้กับผู้ประกันตนในกรณีเจ็บป่วย 72 ชั่วโมง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเครือข่ายของกองทุนประกันสังคม เป็นหน่วยงานสนับสนุนหลักที่จะพัฒนานวัตกรรมและการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานพิจารณาสิทธิประโยชน์ สนับสนุนองค์ความรู้เชิงเทคนิคแก่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนที่ปฏิบัติงานในสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและเป็นผู้ติดตามประเมินผลกำกับการดำเนินงานและให้คำปรึกษาในกรณีที่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนมีข้อสงสัยในกรณีที่รายละเอียดทางการแพทย์ไม่ชัดเจน ไม่สามารถวินิจฉัยเองได้ จะนำเรื่องหารือที่ปรึกษาทางการแพทย์เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัย อย่างไรก็ตามสำนักสิทธิประโยชน์มีปัญหาในเรื่องของบุคลากรที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักสิทธิประโยชน์มิได้มีเจ้าหน้าที่สายวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่จะจบด้านสังคมศาสตร์ รัฐศาสตร์ ในขณะที่เนื้องานจะต้องพิจารณาในเรื่องที่เกี่ยวกับด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งมีที่ปรึกษาทางการแพทย์เพียง 1 คน จึงทำให้เกิดความล่าช้าในการพิจารณาจ่ายค่าชดเชยในกรณีที่มีความซับซ้อน

กองนิติการ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่เข้ามามีบทบาทในการดำเนินการตามนโยบายนี้ ในการยกร่างประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ ในเรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้สอดคล้องและเป็นไปตามนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน จากการประสานของสำนักจัดระบบทางการแพทย์ ทั้งยังทำหนังสือเห็นชอบไปที่กระทรวงการคลังและแก้ไขระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม เรื่องการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงิน เพื่อที่จะจ่ายเงินคืนให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากระเบียบเดิมที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555 ที่กำหนดให้การจ่ายเงินกองทุนประกันสังคมให้จ่ายเป็นค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานพยาบาลหรือแพทย์ตามวิธีการและอัตราที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนดหรือค่ายาให้แก่หน่วยงานภาครัฐที่ผลิตยาตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์กำหนด

สำนักงานประกันสังคมจังหวัด นับว่าเป็นผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญยิ่ง ด้วยเหตุผล 2 ประการ คือ เป็นหน่วยงานหลักที่บริหารจัดการงบประมาณกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับพื้นที่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมง และเป็นหน่วยงานประสานการดำเนินงานกับสถานพยาบาลในจังหวัด ทั้งสถานพยาบาลในและนอกเครือข่ายประกันสังคม

เนื่องจากบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของเจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน ที่ปฏิบัติงานในสำนักงานประกันสังคมจังหวัดในบริบทกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบายร่วมสามกองทุน ที่จะส่งผลให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติสำเร็จหรือล้มเหลว ตามทฤษฎีการบริหาร Street-Level Bureaucrat และในเชิงอำนาจที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดมีอำนาจในการอนุมัติจ่ายเงินให้กับผู้ประกันตน หรือสถานพยาบาล ทำให้สำนักงานประกันสังคมจังหวัดเป็นผู้กระทำที่มีบทบาทสำคัญทั้งเชิงสร้างสรรค์และด้านลบต่อนโยบาย ดังนั้นนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วมสามกองทุนนี้ จุดสำคัญของการดำเนินงานและการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติจึงอยู่ที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด กล่าวคือ ในการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนให้กับผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายฉุกเฉินนั้น จากเดิมเมื่อผู้ประกันตนนำเอกสารที่ประกอบด้วย ใบรับรองแพทย์ที่ระบุเหตุผลของการฉุกเฉินหรือมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน/อุบัติเหตุ และใบเสร็จรับเงินแสดงค่าใช้จ่าย โดยละเอียดมาทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลคืนจากสำนักงานประกันสังคมจังหวัดนั้น เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนจะทำการวินิจฉัยโดยพิจารณาการฉุกเฉินจากอาการป่วย สถานที่ เวลา และสาเหตุ เมื่อกองทุนประกันสังคมเข้าร่วมกับนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนที่กำหนดให้ผู้ประกันตนที่เจ็บป่วยในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต และประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลนอกเครือข่ายให้ใช้สิทธิ ภายใต้นโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ถึงขนาดวิกฤตหรือเร่งด่วนให้ใช้หลักเกณฑ์เดิม สิ่งที่เกิดขึ้น คือ การที่เจ้าหน้าที่ประโยชน์วินิจฉัยทดแทนต้องมาพิจารณาเมื่อผู้ประกันตนนำเอกสารมายื่นเบิก การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นเป็นกรณีใด เนื่องจากบางครั้งแม้ว่าผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตและประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน แต่ผู้ประกันตนเลือกที่จะมาเบิกคืนด้วยตนเองที่สำนักงานประกันสังคม ทำให้เจ้าหน้าที่ประโยชน์วินิจฉัยทดแทนเกิดความยุ่งยากและลำบากในการดำเนินการ เนื่องจากไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ ทั้งยังมองว่าการใช้หลักเกณฑ์เดิมนั้นเอื้อประโยชน์ต่อผู้ประกันตนมากกว่า จึงยังใช้หลักเกณฑ์เดิมมาวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตนสถานพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่ายประกันสังคม

สถานพยาบาลที่อยู่นอกเครือข่ายประกันสังคม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชน เป็นผู้มีส่วนได้เสียในฐานะผู้ให้บริการและได้รับค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลในกรณีที่ดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนตามเงื่อนไขการชดเชยที่กำหนดขึ้นผ่านหน่วยจ่ายกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเข้าร่วมนโยบายนี้เป็นการขอความร่วมมือจากรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือ แต่ความพึงพอใจต่อค่าชดเชยค่าบริการที่ได้รับยังอยู่ในระดับต่ำ โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่รู้สึกเดือดร้อนในกรณีที่ค่าชดเชยที่ได้รับจากหน่วยจ่ายกลางต่ำกว่าเรียกเก็บในกรณีให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ประกันตนและเลือกที่จะใช้สิทธิกรณีบริหารจัดการร่วม 3 กองทุนนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีวิธีการแก้ไขปัญหาได้รับค่าชดเชยต่ำด้วยการให้ผู้ประกันตนร่วมจ่ายส่วนเกิน หรือมีการเสนอทางเลือกให้ผู้ประกันตนเลือกที่จะใช้สิทธิแบบ 72 ชั่วโมงเดิม หรือใช้สิทธิกรณีบริหารจัดการร่วม 3 กองทุน ทั้งยังให้ผู้ประกันตนสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ได้รู้สึกต่อต้านการให้บริการแก่ผู้ประกันตน แต่โรงพยาบาลเอกชนยังมีความสับสนในเรื่องความไม่ชัดเจนของนิยามคำว่าฉุกเฉิน และขาดการเข้าถึงประกาศของสำนักงานประกันสังคมในกรณีการใช้สิทธิของผู้ประกันตนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

จากการประเมินผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและอำนาจอิทธิพลต่อการบริหารจัดการนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินของสำนักงานประกันสังคมสามารถสรุปได้ดังตาราง 3-1 ดังนี้

ตาราง 3-1 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและอิทธิพลอำนาจต่อการดำเนินงานตามนโยบาย

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ฐานะ	ความสนใจ	อำนาจ	อิทธิพล	ผลกระทบที่ได้รับ
สปสช.	บริหารจัดการ	สูง	สูง	สนับสนุน	สูง
สน.จัดระบบบริการทางการแพทย์	ดำเนินการ/ประสานงาน	สูง	ปานกลาง	สนับสนุน	ปานกลาง
สน.สิทธิประโยชน์	ดำเนินการ/ประสานงาน	สูง	ปานกลาง	สนับสนุน	ปานกลาง
สนง.ประกันสังคมจังหวัด	บริหาร/ดำเนินการ	สูง	สูง	สนับสนุน	สูง
สถานพยาบาลนอกเครือข่าย	จัดบริการ	ต่ำ	สูง	เป็นกลาง	สูง
ผู้ประกันตน	รับบริการ	ต่ำ	ต่ำ	เป็นกลาง	สูง

ดัดแปลงจาก; Vervasovszky and Brugha 2000, pp 342

การประเมินผลนโยบาย

จากแนวคิดการประเมินแบบลำดับขั้น (Evaluation Hierarchy) พบว่า

ภาพรวมของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในส่วนมาตรการให้บริการแก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลนอกระบบประกันสังคมตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้นเป็นเรื่องที่เป็นไปตามรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้รัฐบาลต้องจัดบริการสุขภาพให้คนไทย และสอดคล้องกับกฎหมายหลัก 3 ฉบับ คือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พระราชบัญญัติสถานพยาบาล และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเป็นนโยบายที่ตอบสนองความความต้องการของสังคมเห็นได้จากผลการสอบถามทางโทรศัพท์ซึ่งผู้ประกันตนส่วนใหญ่เกินกว่าร้อยละ 80 มีความประสงค์ที่จะใช้บริการตามนโยบายนี้ ตามต้องการของสังคม (ตาราง 3-24) การทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศก็สนับสนุนว่าแนวทางนโยบายนี้เป็นแนวทางที่ดำเนินการโดยทั่วไปในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ในยุโรป (Regional Office for Europe of the World Health Organization 2008) และ สหรัฐอเมริกา (Zibulewsky 2001)

แนวคิดการออกแบบวิธีการกรณีฉุกเฉินที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลตามนโยบายบริหารนั้นจัดการร่วมสามกองทุน ซึ่งบางครั้งเรียกว่า Program theory นั้น มีการวางแผนดำเนินการปรับปรุงกฎระเบียบประสานงานแบบมีส่วนร่วมกันทั้ง 3 กองทุน (กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพ 2555) การประสานงานประชาสัมพันธ์กับสถานพยาบาลเอกชนและประชาชน รวมทั้งแนวทางมาตรฐานของการจัดการระบบจ่ายชดเชยค่าบริการ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555) ตั้งแต่การรับรายการเรียกเก็บ ตรวจสอบรายการเรียกเก็บ และจ่ายเงินโดยใช้หน่วยงานกลาง (Clearing House) เพื่อลดความซับซ้อนในการจ่ายชดเชยค่ารักษา ซึ่งก็เป็นแนวทางที่ใช้กันในต่างประเทศ (Thomson, Foubister and Mossialos 2009)

ในส่วนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ นั้นพบว่าเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ประกันตนเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า บรรลุผลเพียงบางส่วน โดยเมื่อพิจารณาจากการสอบถามผู้ประกันตนทางโทรศัพท์ ซึ่งมีผู้ตอบร้อยละ 55.8 ของผู้ที่ได้รับบริการฉุกเฉินตามนโยบายนี้ทั้งหมด พบว่า ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ร้อยละ 63 ทราบว่ามีนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ร้อยละ 67 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่ามีช่องทางหรือหมายเลขโทรศัพท์สำหรับร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา และมีผู้ประกันตนถูกโรงพยาบาลให้สำรองเงินจ่ายล่วงหน้าร้อยละ 8.3 ก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัวในทุกกลุ่มรายได้ (ร้อยละ 98 ของผู้ประกันตนที่สำรองเงินจ่ายล่วงหน้า)

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ยังมีความเข้าใจในแนวทางที่ปฏิบัติตามนโยบายที่ต่างกัน เช่น การปฏิบัติตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทน ค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับที่ 3 รวมถึงนิยามฉุกเฉินและหลักเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยที่ยังเข้าใจไม่ตรงกัน

ระบบเบิกจ่ายกลาง (Clearing House) และระบบประสานงานระหว่าง 3 กองทุนและกองทุนผู้ประสบภัยจากรถยังอยู่ในช่วงการพัฒนา ระบบข้อมูลสารสนเทศยังไม่สมบูรณ์พอที่จะใช้ในการกำกับให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ (สุริยะวงศ์ไพศาล, และคนอื่นๆ 2556) การจ่ายเงินชดเชยคืนยังใช้เวลานาน (รายละเอียดอยู่ในการวิเคราะห์การศึกษาย่อยที่ 3) และการเรียกเก็บเงินระหว่างกองทุนด้วยกันยังมีปัญหาในทางปฏิบัติ

3.1.1 การรับรู้ การยอมรับของผู้บริหารกองทุน ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล) ผู้รับบริการ (ผู้ประกันตน) และนายจ้าง (กองทุนทดแทน) ที่มีต่อการให้บริการการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

จากการสัมภาษณ์ในประเด็นการรับรู้และการยอมรับที่มีต่อการให้บริการการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งในระดับนโยบาย ได้แก่ ผู้บริหารกองทุนของสำนักงานประกันสังคม ผู้ให้บริการ ผู้ประกันตน ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนลูกจ้าง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วนสถานบริการเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย และการสังเกตเมื่อทำการสัมภาษณ์ตั้งแต่ระดับนโยบายถึงระดับปฏิบัติ โดยมาจากพื้นที่ 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ ใต้ และกลาง ผู้ให้ข้อมูลหลัก (key informants) คัดเลือกมาจากโรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมจำนวนมากที่เป็นตัวแทน 4 ภาค ดังภาคผนวก 4

ตาราง 3-2 ลักษณะและจำนวนผู้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ภูมิภาค	รพ. (แห่ง)	ผู้ให้ข้อมูล (คน)			
		ผู้บริหาร รพ.	แพทย์	พยาบาล	จนท.การเงิน
กลางและปริมณฑล	3	3	2	5	2
เหนือ	4	4	3	7	4
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1	1	-	1	-
ใต้	3	3	2	4	3
รวม	11	11	7	17	9

ได้ข้อค้นพบดังนี้

(1) ส่วนใหญ่มีการรับรู้ วัตถุประสงค์ของนโยบายและเห็นตรงกันว่า นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุน เป็นนโยบายที่ดี ช่วยในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

(2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้ประโยชน์จากนโยบายนี้มากที่สุด คือ กลุ่มผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ สำหรับกลุ่มผู้มีสิทธิประกันสังคมได้รับประโยชน์จากนโยบายนี้น้อย เนื่องจากผู้มีสิทธิประกันสังคมเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเบิกจ่ายกรณี 72 ชั่วโมงที่เป็นสิทธิประโยชน์เดิมได้อยู่แล้ว

(3) โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายได้รับอัตราชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาลที่เบิกจ่ายผ่านระบบ EMCO ค่อนข้างต่ำ บางรายได้รับค่าชดเชยน้อยกว่ากรณี 72 ชั่วโมงเดิม ส่งผลกระทบต่อผู้ประกันตนเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนอกเครือข่าย

“ นโยบายดีน่ะ แต่ถ้ามองดูจริงๆ แล้วเนี่ย คนที่ได้ประโยชน์จริงๆ จะเป็นพวกมีสิทธิข้าราชการน่ะ เพราะที่ผ่านมาพวกข้าราชการไม่สามารถที่จะมารักษาใน รพ.เอกชนได้ หรือถ้ารักษาได้ก็ต้องฉุกเฉินจริงๆ หมอต้องลงความเห็นถึงจะเบิกค่ารักษาคืนได้ แต่ก็เบิกได้แค่นิดเดียวไม่เกิน 3,000 บาท พวกบัตรทอง ถึงเวลาเจ็บป่วยจริงๆ พวกนี้ไม่กล้ามารักษาที่เอกชนสักเท่าไหร่ กลัวเสียเงินเอง แต่ถ้าพวกประกันสังคม เค้ามีกรณี 72 ชม. ของเค้าอยู่แล้ว” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

“ อัตราการจ่าย 72 ชั่วโมงจะดีกว่า EMCO เพราะจะจ่ายค่าห้องให้ด้วยน่ะ พอเข้าระบบ EMCO จะถูกตัดค่าห้องไปทั้งห้องผู้ป่วยหนัก ห้องพักทั่วไป.....ถ้ามองในเชิงการบริหารจัดการก็ดีกับกองทุนน่ะ เพราะกองทุนจ่ายน้อยลง กองทุนจ่ายคืนให้กับ clearing house ตามอัตราที่เค้าจ่ายให้กับโรงพยาบาลไปก่อน...แต่ถ้ามองไนแง่ของผู้ประกันตนมีผลกระทบแน่นอน เพราะที่ผ่านมา ผู้ประกันตนถูกเรียกเก็บเงินส่วนเกินทุกครั้งไม่ว่าระบบไหน ผู้ประกันตนต้องจ่ายส่วนเกินมากกว่าถ้าเข้าระบบ EMCO .... ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่ไม่ถูกเรียกเก็บเงิน...มีโทรศัพท์โทรมาปรึกษาตลอดว่าจะทำยังไง ถูกเรียกเก็บเงิน.... ” (ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม)

(4) ความเข้าใจต่อประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ฉบับที่ 3 มีความแตกต่างกันไป ในระดับนโยบาย

ประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ฉบับที่ 3 ที่จัดทำขึ้นเพื่อรองรับการเข้าร่วมนโยบายของกองทุนประกันสังคม ในข้อ 2 ว่า “กรณีที่ผู้ประกันตนประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน และสำนักงานยังมิได้ออกบัตรรับรองสิทธิให้แก่ผู้ประกันตนหรือออกบัตรรับรองสิทธิแล้วแต่ผู้ประกันตนไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิได้ เมื่อไปรับบริการทางการแพทย์ ณ สถานพยาบาลนอกระบบซึ่งมิใช่โพลีคลินิก หรือคลินิกเอกชน ให้สำนักงานจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่หน่วยงานของรัฐหรือสถานพยาบาลหรือผู้ประกันตนแล้วแต่กรณี” นั้น มีความคิดเห็นและเข้าใจที่แตกต่างกันไปทั้งในระดับนโยบาย โดยผู้บริหารกองทุนประกันสังคม แจ้งว่าตามประกาศฯ นี้ ผู้ประกันตนที่มีการเจ็บป่วยกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ให้เข้าสู่ระบบกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุน (EMCO) ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉิน (สีเขียว) ให้มาเบิกค่าชดเชยที่สำนักงานประกันสังคมโดยใช้หลักเกณฑ์กรณี 72 ชั่วโมงเดิมของสำนักงานประกันสังคม ในขณะที่กองนิติการเห็นว่าประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ฉบับที่ 3 นั้น ผู้ประกันตนสามารถที่จะเลือกได้ว่าจะใช้สิทธิแบบใด เนื่องจากประกาศไม่ได้ระบุชัดเจนหรือบังคับไว้ ทั้งยังให้ระบุให้กองทุนประกันสังคมจ่ายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้ประกันตน

“ตามประกาศ ถ้าเป็นสีแดงสีเหลืองให้เข้าระบบ EMCO ก่อน ส่วนสีเขียวให้ผู้ประกันตนถือใบเสร็จมาเบิกกับสำนักงานได้ สำนักงานจ่าย” (ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม)

" คือ ประกาศทำเพื่อเปิดทางเข้าร่วมนโยบายรัฐบาล แต่ก็เปิดช่องไว้น่ะ ว่าให้กองทุนจ่ายให้กับผู้ประกันตนได้ คือเปิดไว้ให้ว่าแล้วแต่เค้าจะเลือกใช้แบบไหน แล้วทางกองทุนจะจ่ายให้เท่าไหร่ก็มาดูหลักเกณฑ์และจำนวนเงินที่จะจ่ายอีกที มันก็มาเข้าหลักเกณฑ์การจ่ายแบบ 72 ชั่วโมงเดิม ...คือ ผู้ประกันตนเลือกได้น่ะ" (กองนิติการ สำนักงานประกันสังคม)

(5) การปฏิบัติตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับที่ 3 มีความแตกต่างกันในระดับพื้นที่/ผู้ปฏิบัติ

การปฏิบัติตามประกาศดังกล่าว มีความหลากหลายกันไป มีหนึ่งพื้นที่ที่เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนตีความว่า ถ้าผู้ประกันตนที่มีการเจ็บป่วยกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ให้เข้าสู่ระบบกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุน (EMCO) เมื่อมีผู้ประกันตนนำใบเสร็จมาเบิก จะให้ผู้ประกันตนกลับไปที่โรงพยาบาลและประสานสอบถามว่าเข้าเกณฑ์ใด และให้โรงพยาบาลคีย์เข้าระบบ ส่วนอีก 2 พื้นที่ ยินยอมให้ผู้ประกันตนใช้ใบเสร็จรับเงินมาเบิกค่าชดเชยคืนจากสำนักงานประกันสังคมได้ โดยให้เหตุผลว่า ไม่สามารถตัดสินได้ว่าผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในเกณฑ์ใด ทั้งยังกลัวการร้องเรียนจากผู้ประกันตนหากไม่ทำเรื่องเบิกให้

"เจ้าหน้าที่วินิจฉัยฯ ไม่รู้หรอกว่า ป่วยสีแดงสีเหลือง อันนี้ต้องไปเข้าระบบ EMCO น่ะ อันนี้เขียว ประกันสังคมจ่าย เค้าถือใบเสร็จใบรับรองแพทย์มา เอกสารครบ หลักเกณฑ์สมเหตุสมผล เราก็จ่ายเงินให้ นอกจากว่าเหตุไม่ชัด เราถึงจะขอดูเวชระเบียบเพิ่มอะไรยังงี้" (เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน)

(6) เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนให้ความเห็นว่า มีความเป็นไปได้ที่ผู้ประกันตนจะนำใบเสร็จรับเงินจากโรงพยาบาลพร้อมใบรับรองแพทย์มาเบิกค่าชดเชยที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด ซ้ำจากระบบฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุน เนื่องจากไม่มีระบบตรวจสอบหรือระบบข้อมูลที่ช่วยเจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทนในการตรวจสอบ

"เราไม่รู้หรอกว่า ผู้ประกันตนคนนี้เข้าระบบ EMCO หรือยัง ถ้าเค้ามีใบเสร็จตัวจริง มีเอกสารครบเราก็เบิกจ่ายให้ มันไม่มีระบบตรวจสอบไง ว่าคนนี้เบิกจาก EMCO ไปแล้ว เราไม่รู้เลย (เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน)

(7) การดำเนินงานตามนโยบายยังมีปัญหาอันเนื่องมาจาก นิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับผู้ปฏิบัติและสถานพยาบาลนั้นยังไม่มีความชัดเจน และในส่วนของผู้รับบริการเองยังไม่เข้าใจถึงนิยามการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สามารถเข้ารับบริการภายใต้นโยบายนี้ได้

"นิยามฉุกเฉินไม่ชัด หลักเกณฑ์ที่ใช้วินิจฉัยก็ไม่ชัดเจน ตัวอย่างภาวะหรืออาการที่ สปสช. ชี้แจง ไม่สื่อต่อการทำงานที่หน้างานเลย นี่เป็นปัญหาของผู้ปฏิบัติเลยน่ะ แถมมาเจอคนไข้ที่ไม่มีความเข้าใจต่อคำว่าฉุกเฉินอีก เลยไปกันใหญ่ เค้าป่วยมาเค้าก็ว่าเค้าฉุกเฉินต้องได้รับบริการ รพ. ก็ต้องรับหน้าไป ทำความเข้าใจกับคนไข้ เข้าใจมั่งไม่เข้าใจมั่ง พอไม่เข้าใจก็ร้องเรียนรพ.หาว่าไม่ให้การดูแลตามนโยบาย" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

(8) การใช้เกณฑ์พิจารณากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินกรณี 72 ชม.แบบเดิม เอื้อประโยชน์ต่อผู้ประกันตนในการที่จะขอรับการชดเชยมากกว่า

" เกณฑ์ 72 ชม. แบบเดิมยังจะดีกว่าอีกน่ะ เพราะเวลาพิจารณา เรามีเกณฑ์การพิจารณาที่มีหัวใจมากกว่า เราใช้เกณฑ์พิจารณาฉุกเฉินหลายอย่างประกอบกัน นอกจากอาการป่วยแล้ว เรายังดูฉุกเฉินสถานที่ ฉุกเฉินเวลา ฉุกเฉินสาเหตุอีก" (เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน)

ตาราง 3-3 ตารางสรุป

ผู้ให้ข้อมูล	รับรู้นโยบาย	รับรู้หลักเกณฑ์ตามประกาศของ สปส.	ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ตามประกาศของ สปส.	ยินยอมให้ผู้ประกันตนเลือกใช้เกณฑ์ 72 ชม.
ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม	√	√	√	X
กองนิติการ	√	√	√	√
ตัวแทนกองทุนทดแทน	√	√	N/A	N/A
เจ้าหน้าที่วินิจฉัยฯ – North	√	√	√	X
เจ้าหน้าที่วินิจฉัยฯ -Northeast	√	√	√	√
เจ้าหน้าที่วินิจฉัยฯ-South	√	√	√	√

หมายเหตุ: N/A หมายถึง ไม่ปรากฏ

(9) การรับรู้และเข้าร่วมนโยบายกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายของกองทุนทดแทนนั้น ผู้บริหารกองทุนทดแทน ตัวแทนนายจ้าง ตัวแทนลูกจ้าง และนิติกร รับรู้นโยบาย แต่ในส่วนของกองทุนทดแทนยังไม่ได้เข้าร่วมกับนโยบายนี้ เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมมีการแยกความรับผิดชอบและการบริหารจัดการระหว่างกองทุนประกันสังคมที่ดูแลการเจ็บป่วยที่มิใช่จากการทำงาน และกองทุนทดแทนดูแลการเจ็บป่วยจากการทำงานออกจากกันตามกฎหมาย ประกอบกับบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่าง 3 กองทุนเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2555 เป็นสำนักงานประกันสังคมและกองทุนประกันสังคมกองทุนเดียว ดังนั้นเมื่อระบบ EMCO สำรองเงินจ่ายให้โรงพยาบาลเอกชนแทนสำนักงานประกันสังคมไปก่อน ทางสำนักงานประกันสังคมต้องมาตรวจสอบในรายละเอียดว่าอยู่ในกองทุนใด หากมีกรณีสำนักงานประกันสังคมจ่ายคืน EMCO แทนกองทุนทดแทน โดยกองทุนทดแทนไม่ได้จ่ายเงินคืนสำนักงานประกันสังคม อาจถูกตรวจสอบจากสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินได้ว่ารายการนี้เป็นกรณีเนื่องจากการทำงาน เหตุใดสำนักงานประกันสังคมจึงจ่ายเงินจากกองทุนประกันสังคมเป็นการจ่ายเงินผิดกองทุน ซึ่งทางคณะกรรมการกองทุนทดแทนเล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ จึงได้มีการประชุมหารือแนวทางในการให้บริการกรณีลูกจ้าง/ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษากรณีอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากการทำงานขึ้นในวันที่ 15 พฤศจิกายน 2555 ซึ่งมีมติให้กองนิติการไปดำเนินการแก้ไขระเบียบคณะกรรมการกองทุนเงินทดแทนเรื่อง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงินของกองทุนทดแทน พ.ศ. 2547 หมวด 3 การจ่ายเงินให้สามารถจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลคืนแก่ระบบ EMCO ได้ ซึ่งการแก้ระเบียบนี้ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

“บันทึกข้อตกลงความร่วมมือระบุ สำนักงานประกันสังคม กองทุนประกันสังคม เป็นคู่สัญญาเพราะฉะนั้น มันผูกผันเฉพาะกองทุนประกันสังคม กองทุนเดียว ดังนี้บาดเจ็บจากการทำงานจะไปใช้กรณี EMCO ไม่ได้ และ EMCO จะมาสำรองจ่ายให้กองทุนทดแทนไม่ได้ เพราะไม่ได้ผูกผันตามสัญญา” (ผู้บริหารกองทุนทดแทน)

3.1.2 ศึกษาแนวทางการให้บริการของโรงพยาบาลทั้งในเครือข่ายและนอกเครือข่ายประกันสังคมต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

การดำเนินงานตามนโยบายฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุนนี้ กระบวนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ได้แก่ กระบวนการหรือแนวทางให้บริการของโรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมต่อการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเป็นหัวใจหลักของการดำเนินนโยบาย การศึกษาวิเคราะห์แนวทางในการให้บริการที่เกิดขึ้นจริง จะทำให้สามารถเข้าใจกระบวนการนโยบายที่เกิดในพื้นที่และแสดงทิศทางการดำเนินงานที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการว่าจะสำเร็จหรือล้มเหลวมากน้อยอย่างไร

(1) โรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมทั้งหมด ให้เหตุผลในการปฏิบัติตามนโยบายว่า โรงพยาบาลมีนโยบายการดูแลผู้ป่วยกรณีบาดเจ็บฉุกเฉินที่เข้ามารับการรักษาอยู่แล้วโดยไม่คำนึงถึงสิทธิ ในแง่ของมนุษยธรรมและเป็นไปตามหลักจริยธรรมตาม พ.ร.บ.วิชาชีพทางการแพทย์อยู่แล้ว ที่ต้องช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นอันตรายถึงแก่ชีวิต ที่ผ่านมาโรงพยาบาลได้ยึดหลักดังกล่าวอยู่แล้ว มีการอนุเคราะห์ให้ในรายที่เศรษฐานะไม่ดี

(2) การขอความร่วมมือให้เข้าร่วมนโยบาย และการประชาสัมพันธ์นโยบายที่ไม่ชัดเจน จะสร้างภาระให้แก่โรงพยาบาล เนื่องจากทำให้จำนวนผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้น

“โรงพยาบาลเราให้การรักษาผู้ป่วยที่ประสบอันตราย บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มา รพ. โดยไม่คำนึงสิทธิอยู่แล้ว กู้ภัยมาส่งเราก็รักษา ตามหลักมนุษยธรรม ทุเลาไม่มีเงินจ่าย เราก็อนุเคราะห์ให้บ้าง ทำเป็นหนี้ค้างชำระไว้บ้าง เป็นหนี้สูญไป แต่อย่างว่า จำนวนพวกนี้อาจจะน้อย ปีหนึ่งอาจมีสักรายสองราย แต่พอรัฐบาลประกาศนโยบาย แถมไม่ชัดเจนอะไรคือ ฉุกเฉิน volume มันก็ต้องเพิ่มขึ้น รพ.อาจรับมือไม่ไหว ค่าชดเชยที่ได้รับก็น้อย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

(3) โรงพยาบาลทั้งหมดให้ข้อมูลว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยที่เข้าระบบ EMCO คุณภาพของการรักษาพยาบาลเป็นไปมาตรฐาน กล่าวคือ จะตรวจให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยไม่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ตลอดจนยาที่ใช้รักษาจะไม่มีการแยกประเภทไว้ใช้ต่างหากสำหรับผู้ป่วยที่เข้าระบบฉุกเฉินนอกเครือข่ายโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลไม่ต้องการสร้างความยุ่งยากให้เกิดขึ้นในระบบ หากจะต้องเตรียมการแยกประเภทเพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ที่โรงพยาบาลเห็นว่ามีจำนวนการมารับบริการน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสิทธิประเภทอื่นๆ ของโรงพยาบาล

“โรงพยาบาลเราไม่ได้แยกประเภทผู้ป่วย เครื่องมือแพทย์ ยา ของเครื่องใช้ เราใช้ stock เดียวกันหมด CT MRI ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำ เราก็ทำ เราใช้มาตรฐานเดียวกันหมด ไม่ว่า ผู้ป่วยจ่ายเงินเอง ผู้ป่วยประกันชีวิต หรือใช้สิทธิ EMCO ถ้ามาที่เรา วิธีการรักษาเดียวกันหมด....คือถ้าต้องมาแยกตามสิทธิน่ะ มันจะสร้างความยุ่งยากให้กับ รพ.เอง แล้วมันไม่คุ้มที่จะต้องมาทำ Stock ใหม่เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนน้อย” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

(4) กรณีเบิกค่าชดเชยกรณีผู้ประกันตนมีสิทธิอื่นร่วมด้วย ในกรณีที่เจ็บป่วยเนื่องมาจากอุบัติเหตุทางจราจร สถานพยาบาลจะเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถก่อนเป็นอันดับแรก ยอดค่ารักษาพยาบาลที่เหลือจากการเบิกจาก พ.ร.บ. จะนำไปเบิกจากระบบ EMCO หากผู้ประกันตนมีประกันชีวิตเอกชน โรงพยาบาลจะทำการเบิกค่ารักษาพยาบาลจากประกันชีวิตเอกชนก่อน ยอดที่เหลือจึงจะนำไปเบิกจาก EMCO โดยการคีย์ค่าใช้จ่ายจะคีย์จำนวนค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเต็มจำนวน แต่จะแจ้งจำนวนค่ารักษาพยาบาลที่เบิกจากประกันชีวิตให้ระบบ EMCO ทราบ กรณีเจ็บป่วยจากการทำงาน โรงพยาบาลจะใช้สิทธิของกองทุนทดแทนทั้งหมดจะไม่เข้าระบบ EMCO

(5) โรงพยาบาลเอกชนมีการปรับตัวมีกระบวนการประเมินสิทธิผู้ป่วยเกิดขึ้น โดยจะทำการประเมินภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาว่าเข้าหลักเกณฑ์ของกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายหรือไม่ ถ้าไม่เข้าเกณฑ์จะทำการชี้แจงและทำความเข้าใจกับผู้ป่วย/ญาติ และถ้าเข้าเกณฑ์ของกรณีฉุกเฉิน กรณีมีค่าใช้จ่ายเกินจากที่โรงพยาบาลได้รับชดเชย ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบต่อส่วนเกินนั้น หากผู้ป่วย/ญาติยังมีความประสงค์ที่จะทำการรักษาต่อจะมีการตกลงยินยอมเซ็นต์เอกสารจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง หากไม่ประสงค์ที่จะรับการรักษาต่อ ทางโรงพยาบาลจะทำการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลของรัฐบาลที่เป็นโรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคม หรือโรงพยาบาลต้นสังกัด อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลเอกชนยืนยันว่าการประเมินสิทธิผู้ป่วยจะเกิดขึ้นภายหลังจากการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นเรียบร้อยแล้ว

“ช่วงแรกๆ เราจะเจอปัญหาไม่เข้าข่ายฉุกเฉินแล้วมารับการรักษาบ่อยมาก บางทีก็นอน รพ. ไปล่ะ อยู่ๆ บอกว่าจะขอใช้สิทธิฉุกเฉินทั้งที่มันไม่ใช่ พอเราไม่ยอมก็เอาล่ะไปแจ้ง สปสช.บ้าง ร้องเรียน รพ.บ้าง ไม่ยอมจ่ายค่ารักษาบ้าง รพ. ได้คืนน้อยบ้าง ทาง รพ. เลยมา set ระบบประเมินสิทธิ คือ ถ้าเจ็บป่วยมาแล้วเราให้การดูแลจนทุเลา เราก็จะทำการประเมินสิทธิ แจ้งว่ากรณีของคุณน่ะ ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินสามกองทุนน่ะ ถ้าจะรักษาต่อ ก็ต้องเซ็นต์ใบยินยอมรักษาน่ะ แต่ถ้าไม่ เราก็จะ refer ไป รพ.ของรัฐ หรือ รพ.ต้นสังกัดให้” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

(6) ผู้ประกันตน/ญาติจะขอให้โรงพยาบาลคิดค่ารักษาพยาบาลหากใช้สิทธิกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายเปรียบเทียบกับกรณี 72 ชั่วโมง ซึ่งจะเห็นได้ชัดว่า กรณี 72 ชั่วโมงนั้นผู้ประกันตนจะเสียส่วนต่างน้อยกว่า มีโรงพยาบาลหลายแห่งจะทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันตน/ญาติพิจารณาว่าจะใช้สิทธิแบบใด

"เค้าให้ จนท.การเงินคิดให้เค้าดูว่า ถ้าเค้าจะเอาใบเสร็จไปเบิกน่ะ เค้าจะเสียให้ รพ. เท่าไหร่ แล้วถ้าเข้าระบบเค้าจะเสียเท่าไหร่ พอเห็นว่าต่างกัน ก็จะขอใบเสร็จไปเบิก...ก็ไม่เห็นมีตีกลับมาน่ะเงียบหายไป แสดงว่าเบิกได้" (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

"ที่ ER หมอ พยาบาลดูแลไปก่อน พอทุเลาจะนอน รพ. การเงินจะไปอธิบายให้ฟังว่าเค้าสามารถใช้สิทธิอะไรได้บ้าง ให้เค้าเลือกว่าจะเข้าระบบฉุกเฉิน หรือจะใช้ 72 ชั่วโมงเดิม การเงินจะประมาณการค่าใช้จ่ายให้ดู เปรียบเทียบให้เค้าเห็น ว่าทั้ง 2 อย่าง เค้าจะเสียเพิ่มเท่าไหร่ บางคนก็ขอใช้กรณีฉุกเฉิน บางคนก็ขอใช้สิทธิแบบเดิม" (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

(7) กรณีผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำงานที่มีลักษณะของการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ต้องใช้สิทธิกองทุนทดแทนแล้วมารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนโดยขอใช้สิทธิฉุกเฉิน 3 กองทุนนั้น โรงพยาบาลทั้งหมดให้ข้อมูลว่า ไม่พบในกรณีนี้และถ้าบาดเจ็บจากการทำงานจริง โรงพยาบาลจะยืนยันให้ใช้สิทธิกองทุนทดแทน เพราะอัตราค่าชดเชยที่ได้รับแตกต่างกัน กองทุนทดแทนจะจ่ายชดเชยให้กับทางโรงพยาบาลในอัตราที่สูงกว่า และโรงพยาบาลจะได้รับเงินค่ารักษาพยาบาลทันทีที่ผู้ป่วยจำหน่าย

"เราซักประวัติที่หน้างานก็รู้แล้วว่า อุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการทำงานหรือเปล่า ยังไงก็ให้ใช้สิทธิกองทุนทดแทน เพราะส่วนใหญ่นายจ้างจะเป็นคนมาจ่ายให้เวลาคนไข้จะกลับบ้าน แล้วถ้าใช้กองทุนทดแทน คนไข้เค้าได้ค่าชดเชยจากการบาดเจ็บ ขาดงานด้วย" (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

3.1.3 ปัญหาอุปสรรคในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

(1) ในระดับนโยบาย ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม ให้ความเห็นว่า ปัญหาที่ทางสำนักประกันสังคมประสบอยู่ขณะนี้ คือการพิจารณาจ่ายเงินคืนให้กับทางระบบ EMCO ตามการเรียกเก็บ เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมจะต้องนำมาพิจารณารายต่อราย แม้ว่าทางระบบ EMCO จะมีการกรองสิทธิมาแล้วในเบื้องต้น แต่เนื่องจากระบบของกองทุนประกันสังคมมีประเด็นในเรื่องของการส่ง

เงินสมทบด้วย จึงต้องมีการตรวจสอบอย่างละเอียด ซึ่งขณะนี้ยังอยู่ในระหว่างการดำเนินการ ทั้งยังต้องมีการตรวจสอบด้วยว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นการเจ็บป่วยจากการทำงานหรือไม่ เนื่องจากกองทุนประกันสังคมจะจ่ายเงินคืนให้แก่ระบบ EMCO แทนกองทุนทดแทนไม่ได้ เนื่องจากเป็นการจ่ายเงินผิดกองทุน

"ในทางปฏิบัติจะต้องมีการตรวจพิสูจน์ ว่าเป็นกรณีบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ซึ่งกองทุนทดแทนจะต้องจ่ายคืนให้กองทุนประกันสังคม แต่ตอนนี้ยังติดขัดที่ระเบียบยังไม่เปิดช่องให้จ่ายได้" (ผู้บริหารกองทุนทดแทน)

(2) ปัญหาที่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ พบเหมือนกัน คือ ความไม่เข้าใจในภาวะฉุกเฉิน เป็นการเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งในระยะแรกโรงพยาบาลจะประสบกับปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าข่ายภาวะฉุกเฉินแต่มาขอใช้สิทธิ หรือหลังจากนอนโรงพยาบาลแล้วมาเรียกร้องขอใช้สิทธิกรณีฉุกเฉินย้อนหลังทั้งที่เมื่อแรกรับเข้ามารักษาไม่ได้เข้าเกณฑ์ในกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ทำให้โรงพยาบาลต้องสร้างกระบวนการประเมินสิทธิขึ้น

(3) ปัญหาสำคัญต่อการให้บริการภายใต้นโยบายนี้ โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด กล่าวว่า ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้รับชดเชยจากระบบ EMCO ค่อนข้างต่ำ ไม่เพียงพอต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจริง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้มีการเรียกเก็บเพิ่มจากผู้ป่วยนอกเหนือจากที่เบิกจากระบบ EMCO กล่าวคือ ให้ผู้ป่วยสำรองเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดไปก่อน โดยทางโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลให้ เมื่อหน่วยจ่ายกลางทำการจ่ายค่าชดเชยคืนให้กับโรงพยาบาลฯ จะติดต่อผู้ป่วยมารับเงินคืนในส่วนที่โรงพยาบาลได้รับค่าชดเชย อย่างไรก็ตาม หากโรงพยาบาลพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วย/ญาติไม่สามารถจ่ายได้ จะทำการอนุเคราะห์เป็นรายๆไป ทั้งนี้การให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายก่อนและเก็บส่วนต่างเพิ่มนั้น จะปฏิบัติเหมือนกันหมดทุกสิทธิ

"ไม่ว่าจะ refer หรือกลับบ้าน ก็จะให้ชำระค่ารักษาเต็มจำนวนไว้ก่อน รพ.จะออกใบเสร็จให้ พอทาง EMCO จ่ายเงินคืนให้ รพ.ๆ จะติดต่อผู้ป่วยให้มารับเงินส่วนที่เบิกได้คืนไป จะทำเหมือนๆกันทุกสิทธิ" (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

(4) การเรียกเก็บเพิ่มจากผู้ป่วยนอกเหนือจากที่เบิกจากระบบ EMCO เป็นสาเหตุหลักของการร้องเรียนโรงพยาบาล

(5) โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่ทราบหลักเกณฑ์การจ่ายค่าชดเชยตามประกาศคณะกรรมการแพทย์ ฉบับที่ 3 ที่กำหนดให้ผู้ประกันตนที่มีภาวะประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ให้ใช้สิทธิฉุกเฉินนอกเครือข่าย ส่วนกรณีฉุกเฉิน (สีเขียว) ให้ใช้กรณี 72 ชั่วโมงเดิม เนื่องจากไม่เคยเห็นประกาศหรือหลักเกณฑ์นี้ ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีความเข้าใจว่า ผู้ประกันตนสามารถที่จะเลือกใช้สิทธิได้

(6) มีโรงพยาบาลกลุ่มหนึ่งเข้าใจว่า สำนักงานประกันสังคมยกเลิกกรณี 72 ชั่วโมงไปแล้ว เนื่องจากผู้ประกันตนนำใบเสร็จรับเงินกลับมาติดต่อที่โรงพยาบาล โดยแจ้งว่าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดให้โรงพยาบาลเบิกจากระบบฉุกเฉินนอกเครือข่าย ซึ่งโรงพยาบาลกลุ่มนี้จะอยู่ในจังหวัดเดียวกัน

“ไม่เคยเห็นประกาศอะไรจากประกันสังคมน่ะค่ะ เรื่องกรณีฉุกเฉินเราจะทราบจากที่เราไปประชุมกับ สปสช.ครั้งแรกเลย เมื่อครั้งที่รัฐบาลจะประกาศใช้นโยบาย....แต่ที่คิดว่า 72 ชม.ยังมีเพราะแรกๆ คนไข้เค้าขอใบเสร็จไปเบิก เค้าก็เบิกได้กัน แสดงว่าตัว 72 ชั่วโมงนี้ยังมี ก็เลยมาคิดกันว่าแล้วถ้ายังมี คนไข้ก็เลือกได้สิว่าจะใช้สิทธิอะไร แล้วอะไรที่เป็นประโยชน์ทั้งตัวคนไข้ ตัวรพ. มัน win win ด้วยกัน แต่ก็แล้วแต่คนไข้เลือกด้วย เราไม่บังคับ” (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

“คิดว่า 72 ชั่วโมง ไม่มีแล้วน่ะค่ะ เพราะตอนแรกๆ คนไข้เอาใบเสร็จไปเบิก แล้วเค้ากลับมา รพ. บอกว่า จนท.ประกันสังคม ให้ รพ.เอาเข้าระบบฉุกเฉิน ทางเราก็ โทรไปถาม จนท. เค้าก็บอกเราว่า ถ้าฉุกเฉินก็ต้องเบิกจากระบบฉุกเฉินสิ เราก็ต้องเอามาคีย์เข้าระบบย้อนหลัง ผ่านบ้างไม่ผ่านบ้าง ผ่านก็เรียกมารับเงินคืน ไม่ผ่านก็บอกคนไข้ว่าไม่ผ่านน่ะ ให้คนไข้ดูผล ตัวคนไข้จะไปยังไงต่อเราก็ไม่รู้ล่ะ แต่ที่ไม่ผ่านก็มีน้อยน่ะ สัก case 2 case เอง” (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

(7) กรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายนั้น เป็นการสร้างภาระให้แก่โรงพยาบาลในการคีย์ข้อมูลเข้าระบบเพื่อขอรับค่าชดเชยคืน ทั้งยังต้องรออนุมัติผลที่ใช้เวลานานแตกต่างจากระบบ Fax claim ของประกันชีวิตภาคเอกชนที่สะดวกและรวดเร็วกว่า

“ยังไง 72 ชั่วโมงมันดีกว่าอยู่แล้ว คนไข้จ่ายเพิ่มน้อย แล้วเรื่องการเบิกก็เป็นเรื่องระหว่างคนไข้กับประกันสังคมเอง รพ.ไม่ต้องไปยุ่ง ส่วนกรณีฉุกเฉิน เป็นภาระของรพ.ในการดำเนินการ” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

(8) ผู้ประกันตนเห็นว่า กรณีฉุกเฉินนอกเครือข่ายทำให้ผู้ประกันตนต้องจ่ายค่าส่วนต่างมากขึ้นกว่าเดิม ไม่ว่าอย่างไรโรงพยาบาลเอกชนต้องเรียกเก็บส่วนต่างจากการให้บริการจากผู้ป่วยอยู่แล้ว

(9) มีความเป็นไปได้ที่จะมีการนำใบเสร็จไปยื่นเบิกจากสำนักงานประกันสังคม ในกรณีที่โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลก่อน โดยที่โรงพยาบาลจะออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยมารับค่าชดเชยที่ระบบ EMCO จ่ายคืนให้ ซึ่งทางโรงพยาบาลจะออกใบเสร็จรับเงินเฉพาะส่วนต่างให้กับผู้ป่วย ซึ่งทางโรงพยาบาลยอมรับว่า มีความเป็นไปได้ เนื่องจาก ไม่มีระบบข้อมูลที่เชื่อมต่อกับสำนักงานประกันสังคมให้ทราบว่า ผู้ประกันตนได้ทำการเบิกจ่ายสิทธิฉุกเฉิน 3 กองทุนไปแล้ว

“มีโอกาส มีความเป็นไปได้ไหม ก็บอกตรงๆ ว่ามีน่ะ เพราะถ้าผู้ประกันมาขอใบรับรองแพทย์ว่าเจ็บป่วย เราก็ต้องออกให้ เพราะเป็นเรื่องจริง แต่การเอาไปเบิกอันนี้เราไม่รู้ เพราะไม่มีการเชื่อมต่อข้อมูลกันระหว่าง รพ. กับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เค้าอาจไม่รู้ว่าคนไข้ใช้สิทธินี้ไปแล้ว” (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน)

3.1.4 ผลกระทบของนโยบายต่อการจัดบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉินของผู้ประกันตนและสถานพยาบาลในระบบกองทุนประกันสังคม และเงินทดแทน

(1) นโยบายนี้สร้างการเปลี่ยนแปลงต่อสำนักงานประกันสังคมทั้งการบริหารจัดการและการบริการ การบริหารจัดการนั้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อสำนักงานประกันสังคมหรือกองทุนประกันสังคมในกรณีที่ให้มีการเบิกจ่ายผ่านหน่วยจ่ายกลาง (Clearing house) เนื่องจากระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม เรื่องการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินของกองทุนประกันสังคมไม่เอื้อต่อการดำเนินงานตามนโยบาย ทำให้ต้องมีการทำหนังสือขอความเห็นชอบไปที่กระทรวงการคลังและแก้ไขระเบียบคณะกรรมการประกันสังคม ทั้งยังต้องมีการแก้ไขหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทำการแก้ไขประกาศคณะกรรมการการแพทย์เพื่อให้กองทุนประกันสังคมสามารถจ่ายเงินคืนให้กับหน่วยจ่ายกลางได้ ทั้งยังส่งผลต่อสำนักงานประกันสังคมจังหวัดและผู้ประกันตน จากการที่นโยบายเน้นการ

ให้บริการในกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ทำให้สำนักงานประกันสังคมต้องกำหนดให้ผู้ประกันตนที่มีการเจ็บป่วยกรณีการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หรือการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ให้เข้าสู่ระบบกรณีฉุกเฉินนอกเครือข่าย 3 กองทุน (EMCO) แต่ถ้าหากผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉิน (สีเขียว) ให้ใช้หลักเกณฑ์กรณี 72 ชั่วโมงเดิมของสำนักงานประกันสังคม โดยผู้ประกันตนสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน แล้วนำใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบรับรองแพทย์มาเบิกค่าชดเชยจากสำนักงานประกันสังคม ซึ่งสำนักงานประกันสังคมจังหวัดให้ความเห็นตรงกันว่า นโยบายนี้ไม่มีผลเสียหรือผลกระทบในทางลบต่อระบบบริการของหน่วยบริการ แต่จะกระทบต่อกิจกรรมในการวินิจฉัยประโยชน์ทดแทนให้แก่ผู้ประกันตน เมื่อผู้ประกันตนนำเอกสารมาเบิกประโยชน์ทดแทนกรณี 72 ชั่วโมงที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด

“เรา (สำนักงานประกันสังคม) ต้องทำหนังสือถึงกรมบัญชีกลาง สอบถามว่า เราจะจ่ายเงินคืนให้กับ สปสช. ได้ไหม พอกรมบัญชีกลางแจ้งมาว่า สามารถทำได้ เราจึงมาออกระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉบับที่ 3 แก้ระเบียบรับจ่ายเงินของกองทุน เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย” (ผู้บริหารกองทุนประกันสังคม)

“ตามประกาศของสำนักงาน (ประกันสังคม) ถ้าเป็นสีแดงสีเหลืองให้เข้าระบบ EMCO ก่อน ถ้าเป็นสีเขียว ประกันสังคมจ่าย ให้ถือใบเสร็จใบรับรองแพทย์มาเบิกที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัด แต่ถ้าเกิดผู้ประกันตนเอาใบเสร็จมาเบิกคืน เราก็ต้องมาดูเข้าเกณฑ์ประเภทใด ถ้า รพ. ต้องเบิกกับ EMCO ก็จะสอบถามไปที่ รพ. ว่าทำไม รพ.ไม่เบิกกับ EMCO แต่ถ้า รพ. เค้าบอกว่า เค้าไม่เข้ากับ EMCO เราก็ต้องจ่ายเงินชดเชยให้ผู้ประกันตน คือมันยุ่งยากมากขึ้นในการทำงาน” (เจ้าหน้าที่วินิจฉัยประโยชน์ทดแทน)

(2) ผลกระทบที่ตามมาจากการที่ให้ผู้ป่วยสำรองเงินจ่ายก่อนและเก็บส่วนต่างจากผู้ป่วยนั้น โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ในกรณีผู้ประกันตนที่เข้ามาใช้สิทธิกรณีฉุกเฉิน 3 กองทุนนั้น เมื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินสิทธิ ข้อขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยกับโรงพยาบาลมีน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ประกันตนที่มาใช้สิทธิภายใต้นโยบายนี้มีน้อย หรือผู้ประกันตนมีตวามเข้าใจสิทธิประโยชน์เดิมจากกรณี 72 ชั่วโมงอยู่แล้วว่าต้องมีการสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลก่อนและมีส่วนต่างที่ต้องรับผิดชอบเมื่อเข้ารับการรักษาที่

โรงพยาบาลนอกเครือข่าย อย่างไรก็ตาม ผลกระทบที่ผู้ประกันตนพบจากการใช้สิทธิกรณีฉุกเฉิน 3 กองทุนนั้น มาจากการได้เงินชดเชยคืนจากระบบ EMCO ช้า ต่างจากกรณี 72 ชั่วโมงเดิม และจำนวนเงินที่ได้รับคืนจะน้อยกว่าทำให้เสียส่วนต่างมากขึ้น

“เค้าจะโทรมาถามเรื่อยๆ ว่าเงินคืนมาหรือยัง ก็จะบ่นว่าช้า ถ้าแบบเดิมเอาใบเสร็จไปเบิกที่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดไม่เกิน 7 วันก็ได้คืน บางรายพอให้มารับเงินคืน เค้าจะให้ จนท.การเงินลองคิดให้เค้าดูหน่อยว่า ถ้าเบิกแบบเดิมกับแบบนี้ อย่างไหนเค้าจะเสียเงินเพิ่มมากกว่ากัน ส่วนใหญ่จะเห็นเลยว่าแบบเดิมน่ะเค้าเสียให้ รพ.น้อยกว่าแบบใหม่” (เจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลเอกชน)

ตาราง 3-4 ผลกระทบจากนโยบายต่อการจัดบริการในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ภูมิภาค	รพ.	กระบวนการประเมินสิทธิ	ให้ผู้ป่วยเลือกใช้สิทธิ	ให้ผู้ป่วยสำรองเงินจ่ายก่อน	รับรู้หลักเกณฑ์ตามประกาศของ สปส.
กลางและปริมณฑล	Private-central 1	√	√	√	X
	Private-central 2	√	√	√	X
	Private-central 3	√	√	√	X
เหนือ	Private-North 1	-	-	√	X
	Private-North 2	-	-	√	X
	Private-North 3	-	-	√	X
	Private-North 4	-	-	√	X
ตะวันออกเฉียงเหนือ	Private-Northeast 1	√	√	√	X
ใต้	Private-South 1	√	√	√	X
	Private-South 2	√	√	√	X
	Private-South 3	√	√	√	X

3.2 การศึกษาย่อยที่ 2 ศึกษาการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และภาระที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน และความ คิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

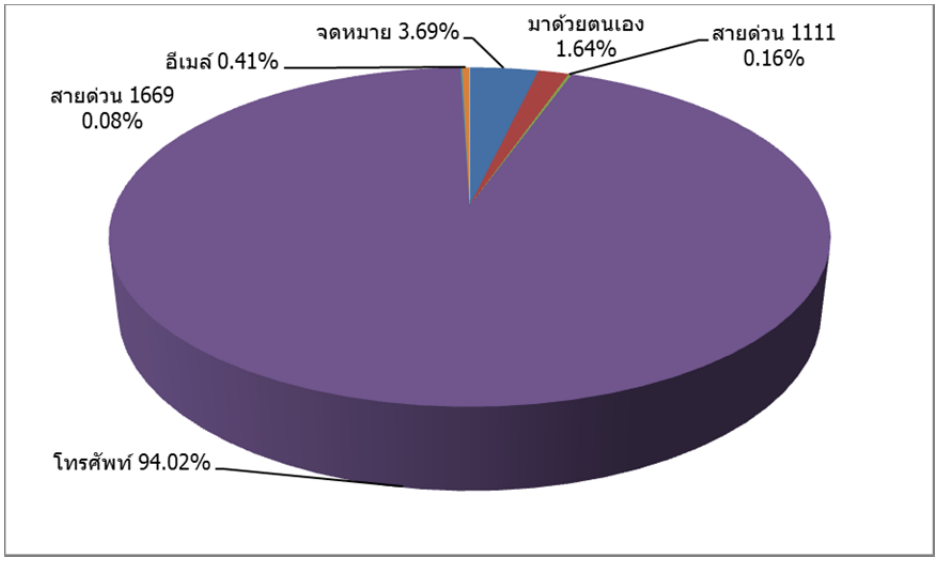
ผลการศึกษานี้เป็นการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยผลเชิงคุณภาพทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จากกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (Focus group) แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และผลเชิงปริมาณที่เกี่ยวข้องกับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบายร่วม 3 กองทุน ผลการศึกษาสามารถนำเสนอดังนี้

3.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลการร้องทุกข์

1) เรื่องร้องทุกข์กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน ผ่านช่องทางการรับเรื่องต่างๆ

ข้อมูลจากสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลการร้องทุกข์ของผู้มารับบริการภายใต้นโยบาย“เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” หรือกรณีฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 ถึงเดือนมีนาคม 2556 พบว่า มีจำนวนผู้ร้องเรียนทั้งสิ้น 1,220 ราย โดยช่องทางที่ใช้ในการร้องเรียนทางโทรศัพท์ผ่านช่องทางสายด่วน สปสช 1633 จำนวน 1,147 ราย (ร้อยละ 94.02) รองลงมา คือ ทางจดหมาย จำนวน 45 ราย (ร้อยละ 3.69) และมาด้วยตนเอง 20 ราย (ร้อยละ 1.64) ดังรูป 3-1

รูป 3-1 จำนวนการร้องทุกข์ แยกตามช่องทางที่ใช้ในการร้องทุกข์

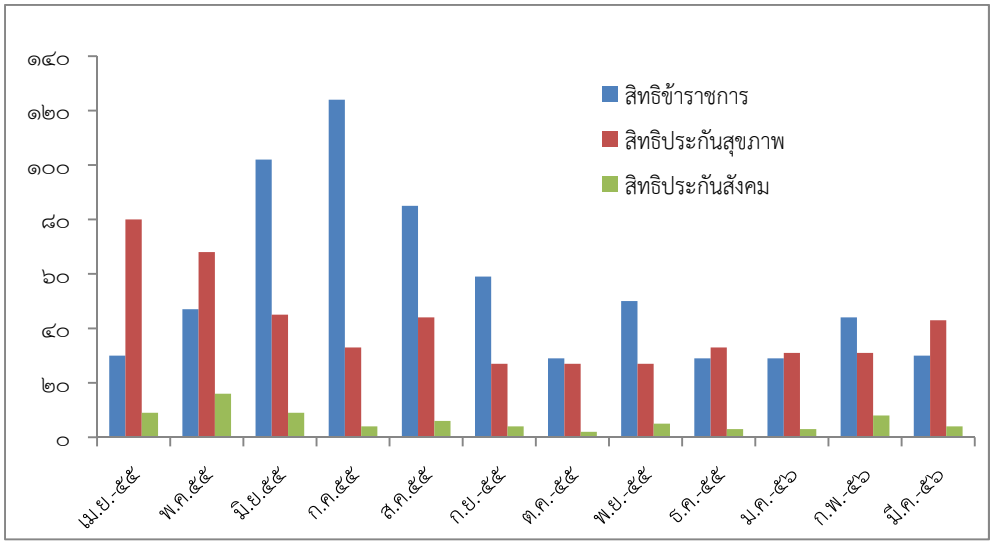


ที่มา: ข้อมูลการร้องทุกข์จากสำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ระหว่าง เม.ย. 55 – มี.ค. 56

2) จำนวนเรื่องร้องทุกข์ กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3 กองทุน จำแนกตามสิทธิ

ข้อมูลการร้องทุกข์ของผู้ป่วยภายใต้สิทธิต่างๆ ที่ทำการร้องทุกข์ภายหลังจากเข้ารับบริการภายใต้นโยบายนี้ พบว่า สิทธิข้าราชการจะมีจำนวนการร้องทุกข์โดยเฉลี่ยสูงกว่าสิทธิอื่นๆ รองลงมาได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังรูป 3-2

รูป 3-2 จำนวนเรื่องร้องทุกข์ กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน แยกตามประเภทสิทธิ



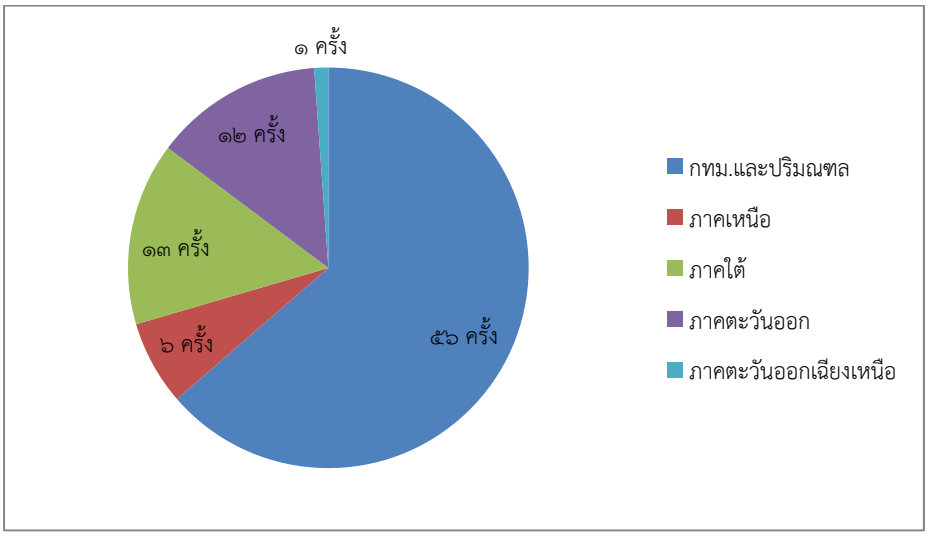
ที่มา: สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ระหว่าง เม.ย. 55 – มี.ค. 56

3) การร้องทุกข์ของผู้ประกันตน

สำหรับผู้ประกันตนนั้น นอกจากช่องทางการร้องทุกข์ผ่านสายด่วน สปสช. 1663 แล้ว ยังมีช่องทางร้องทุกข์ผ่าน สายด่วนประกันสังคม 1506 และสามารถที่จะทำเรื่องอุทธรณ์มาที่อนุกรรมการร้องเรียน สำนักจัดระบบทางการแพทย์ได้อีกช่องทาง ในกรณีที่มีปัญหาในเรื่องของการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งพบว่า ผู้ประกันตนจะใช้ช่องทางการร้องทุกข์ผ่านสายด่วน สปสช. 1663 โดยไม่พบข้อมูลการร้องทุกข์ผ่านสายด่วนประกันสังคม และอนุกรรมการร้องเรียน

จำนวนผู้ประกันตนที่ร้องทุกข์ผ่านสายด่วน สปสช. 1663 ตั้งแต่เดือนเมษายน 2555 - เดือนมิถุนายน 2556 มีจำนวน 88 ราย ซึ่งเรื่องร้องทุกข์ทั้งหมดเป็นเรื่องที่ถูกสถานพยาบาลเรียกเก็บเงิน เมื่อพิจารณาดูภูมิภาคที่ตั้งของโรงพยาบาลถูกร้องเรียนจากผู้มีสิทธิประกันสังคม พบว่า จำนวนครั้งของการร้องเรียนสูงสุดจะเป็นโรงพยาบาลในเขตของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล รองลงมาเป็นภาคใต้และภาคเหนือ ดังรูป 3-3

รูป 3-3 จำนวนเรื่องร้องทุกข์ของผู้ประกันตน กรณีนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน แยกตามภูมิภาค (N=88)

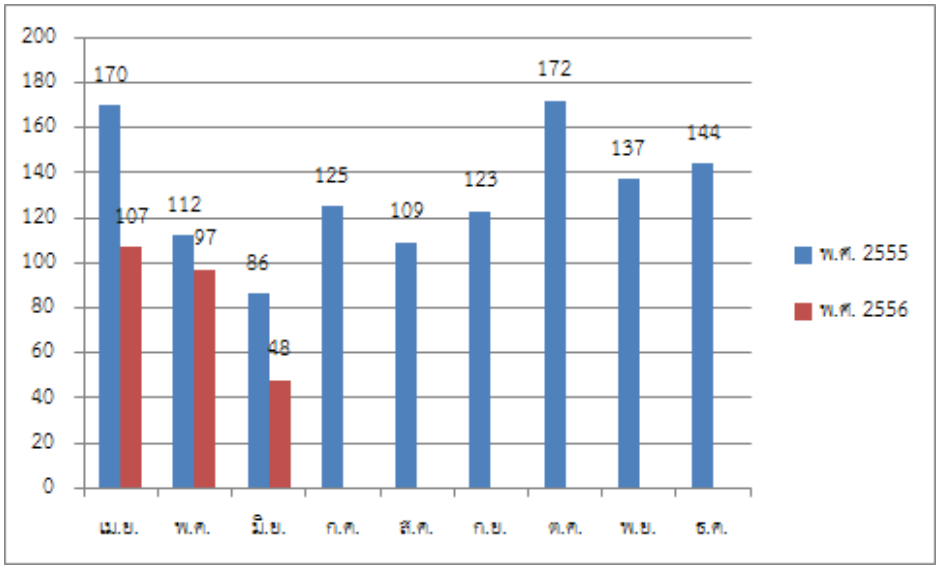


ที่มา: สำนักบริการประชาชนและคุ้มครองสิทธิ ระหว่าง เม.ย. 55 – มี.ค. 56

3.2.2 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ในปี 2555-2556

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉิน ในปี 2555-2556 ในระยะเวลาเดียวกัน (เมษายน-มิถุนายน 2555 และเมษายน-ฤนายน 2556) พบว่า จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการในช่วงปี 2556 มีจำนวนน้อยกว่าผู้รับบริการในช่วงระยะเวลาเดียวกันในปี 2555 ดังรูป 3-4

รูป 3-4 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการ เปรียบเทียบระหว่างเมษายน – มิถุนายน 2555 และเมษายน –มิถุนายน 2556



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อทำการเปรียบเทียบจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุกับจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วม 3 กองทุน ที่มีจำนวนผู้ประกันตนเข้ารับบริการทางการแพทย์ตามนโยบายนี้ตั้งแต่เริ่มประกาศใช้เมื่อเดือนเมษายน 2555 ถึงมิถุนายน 2556 จำนวน 1,836 ราย พบว่า จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาตามนโยบายนี้ในปี 2555 คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 7 ของจำนวนผู้ประกันตนทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาเจ็บป่วยและอุบัติเหตุฉุกเฉินตามสิทธิประกันสังคม (ตาราง 3-5)

ตาราง 3-5 จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุและนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ในปี 2553 – 2555

สิทธิประโยชน์	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
เจ็บป่วยฉุกเฉิน & อุบัติเหตุ	155,173	173,587	136,499
EMCO	-	-	1,178
รวม	155,173	173,587	137,677

ที่มา: สำนักสิทธิประโยชน์ สำนักงานประกันสังคม และฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.2.3 ผลการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน

1) ข้อมูลพื้นฐานของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน

จำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการตามนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ตั้งแต่เริ่มประกาศใช้นโยบายเมื่อเดือนเมษายน 2555 ถึงมิถุนายน 2556 มีจำนวน 1,836 ราย ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์จำนวน 1,025 ราย คิดเป็นร้อยละ 55.8 โดยมีอุปสรรคและปัญหาในการดำเนินการสัมภาษณ์ดังนี้ (ตาราง 3-6)

ตาราง 3-6 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการสัมภาษณ์

ปัญหาและอุปสรรคในการสัมภาษณ์	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ผู้ป่วย/ญาติ ปฏิเสธให้ข้อมูล	365	45
เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์	198	24.4
เบอร์ในฐานข้อมูลไม่ใช่ญาติ/ผู้ป่วย	136	16.8
ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ในฐานข้อมูล	112	13.8
รวม	**811**	**100**

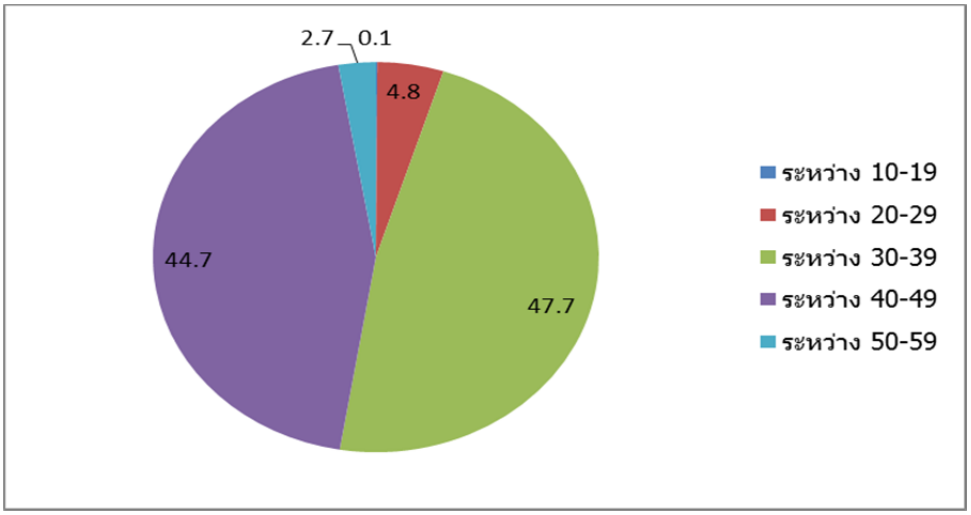
การสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ที่เข้ารับการรักษาภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน 1,025 ราย พบว่า เป็นผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 64.88 ดังตาราง 3-7

ตาราง 3-7 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกรายเพศ

เพศ	จำนวนผู้ให้ข้อมูล (ราย)	ร้อยละ
ชาย	665	64.88
หญิง	360	35.12
รวม	**1,025**	**100**

กลุ่มอายุของผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนที่เป็นผู้ประกันตนอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปีมากที่สุด ร้อยละ 47.7 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 44.7 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุของผู้ประกันตนที่อยู่ในวัยทำงาน ดังรูป 3-5

รูป 3-5 จำนวนผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามอายุ



ระดับการศึกษาระดับการศึกษาของผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนที่เป็นผู้ประกันตนส่วนใหญ่จะจบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือ ปวส. / อนุปริญญาสูงสุด ร้อยละ 51.8 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา หรือ ปวช. ร้อยละ 33.95 ดังตาราง 3-8

ตาราง 3-8 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	57	5.56
มัธยมศึกษาหรือปวช	348	33.95
ปริญญาตรีหรือปวส/.อนุปริญญา	531	51.80
สูงกว่าปริญญาตรี	87	8.49
อื่นๆ	2	0.20
รวม	**1,025**	**100**

รายได้ของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 10,001-29,999 บาท (ร้อยละ 67.71) รองลงมาได้แก่รายได้ในช่วง 30,000-49,999 บาท (ร้อยละ 21.95) ดังตาราง 3-9 ส่วนอาชีพของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นส่วนใหญ่จะมีอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานของรัฐ (ร้อยละ 52.50) รองลงมา คือ ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.59) รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 16.10) ดังตาราง 3-10

ตาราง 3-9 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามรายได้

รายได้ (บาทต่อเดือน)	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 10,000 บาท	33	3.22
10,001 ถึง 29,999 บาท	694	67.71
30,000 ถึง 49,999 บาท	225	21.95
50,000 ถึง 99,999 บาท	69	6.73
มากกว่า 100,000 บาท	4	0,39
รวม	**1,025**	**100**

ตาราง 3-10 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	88	8.59
รัฐวิสาหกิจ	165	16.10
พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานของรัฐ	535	52.20

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
ธุรกิจส่วนตัว	170	16.59
อื่นๆ	67	6.54
รวม	**1,025**	**100**

2) การเข้าถึงบริการ ของผู้ประกันตนกรณีเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ในการเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น พบว่า ส่วนใหญ่จะเดินทางไปยังโรงพยาบาลด้วยตนเอง (ร้อยละ 61.95) รองลงมาคือมูลนิธินำส่ง (ร้อยละ 19.32) ดังตาราง 3-11

ตาราง 3-11 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการเดินทางมาโรงพยาบาล

วิธีการมาโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
มาเอง	635	61.95
มูลนิธินำส่ง	198	19.32
ผ่านระบบ 1669	152	14.83
รถพยาบาลผ่านการโทรแจ้งโรงพยาบาลโดยตรง	37	3.61
ไม่ระบุ	3	0.29
รวม	**1,025**	**100**

ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่ทราบโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุร้อยละ 49 และทราบถึงโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุร้อยละ 50 (ตาราง 3-12)

ตาราง 3-12 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ

ทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบ	500	48.78
ทราบ	513	50.05
ไม่ระบุ	12	1.17
รวม	**1,025**	**100**

ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งทำการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 68 ของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด (ตาราง 3-13)

ตาราง 3-13 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษา

การตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ตัดสินใจด้วยตนเอง	325	31.7
ไม่ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง	967	68
ไม่ระบุ	3	0.3
รวม	**1,295**	

เหตุผลที่ช่วยในการตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง คือ โรงพยาบาลอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุที่สุด และ ผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องรอคอย เป็นเหตุผลที่ถูกเลือกมากสุด ร้อยละ 26 ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเอง 325 คน รองลงมาคือ มั่นใจคุณภาพและมาตรฐาน ร้อยละ 24 ขอใช้สิทธิฉุกเฉินได้ง่าย ร้อยละ 20 สำหรับเหตุผลค่าใช้จ่ายและการเป็น รพ.ประจำที่ทำการรักษา ไม่ใช่เหตุผลหลักในการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลในการรักษาพยาบาลยามฉุกเฉิน (ตาราง 3-14)

ตาราง 3-14 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามเหตุลผลที่เลือกมาโรงพยาบาล

เหตุผลที่เลือกมาโรงพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด	193	26
มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา	181	24
ได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอย	195	26
ขอใช้สิทธิฉุกเฉินได้ง่าย	148	20
สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองได้	22	3
เป็นรพ.ที่รักษาประจำอยู่แล้ว	12	2
รวม	**751**	

หมายเหตุ: คำนวณจากจำนวนผู้ประกันตนที่ตัดสินใจเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเองจำนวน 325 คน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

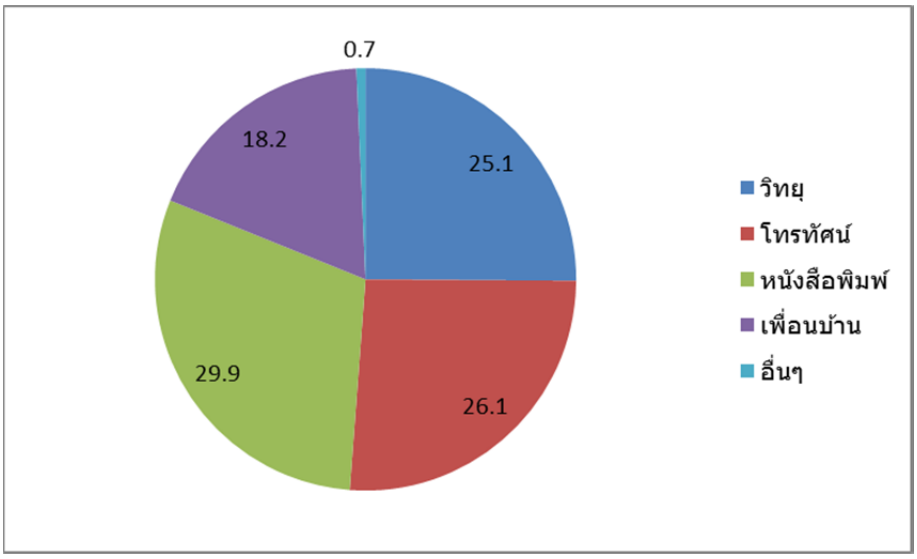
3) กระบวนการเข้าถึงสิทธิ

ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.44) ทราบว่ามีนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ดังตาราง 3-15 ซึ่งช่องทางการรับรู้ในกลุ่มผู้ประกันตนที่รับรู้ว่ามีนโยบาย ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์ ซึ่งจะมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 29.9 ร้อยละ 26.1 และร้อยละ 25.1) ดังรูป 3-6

ตาราง 3-15 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามรับทราบนโยบาย

การรับทราบนโยบาย	จำนวน	ร้อยละ
ทราบ	640	62.44
ไม่ทราบ	382	37.27
ไม่ระบุ	3	0.29
รวม	**1,025**	**100**

รูป 3-6 ร้อยละของช่องทางการรับรู้นโยบายของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน



ความเข้าใจของผู้ประกันตนต่อภาวะฉุกเฉินที่สามารถใช้สิทธิตามนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนนั้น คือ ภาวะอุบัติเหตุมากที่สุด (ร้อยละ 37.7) รองลงมาได้แก่ ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผลต่อชีวิต (ร้อยละ 25.6) ในขณะที่ความเข้าใจว่าภาวะใดๆก็สามารถใช้ได้หมด มีจำนวนที่ไล่เลี่ยกัน (ร้อยละ 17.8) ดังตาราง 3-16

ตาราง 3-16 ร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แบ่งตามความเข้าใจภาวะฉุกเฉิน

ภาวะฉุกเฉินตามความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะใดก็ตามที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ทันที	194	10.9
ภาวะที่คุกคามชีวิต	142	8.0
ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผลต่อชีวิตหรือพิการ	455	25.6
อุบัติเหตุ	668	37.7
ภาวะใดๆก็สามารถใช้ได้หมด	315	17.8

หมายเหตุ: จำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์ 1,025 ราย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46.34) ทราบก่อนเข้าโรงพยาบาลว่าเมื่อพ้นจากภาวะฉุกเฉินท่านจะต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อดำเนินการรักษาต่อ หลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว ดังตาราง 3-17 ซึ่งผู้ประกันตนส่วนใหญ่ยอมรับไม่ได้ (ร้อยละ 56.20) ดังตาราง 3-18

ตาราง 3-17 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามการรับทราบว่าจะถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลตามสิทธิเมื่อพ้นภาวะวิกฤต

รับทราบว่าจะถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลตามสิทธิฯ	จำนวน	ร้อยละ
ใช่	475	46.34
ไม่ใช่	544	53.07
ไม่ระบุ	6	0.59
รวม	**1,025**	**100**

ตาราง 3-18 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แยกตามการยอมรับว่าจะถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ

ยอมรับการถูกส่งเมื่อพ้นภาวะวิกฤต	จำนวน	ร้อยละ
ยอมรับ	443	43.22
ไม่ยอมรับ	576	56.20
ไม่ระบุ	6	0.59
รวม	**1,025**	**100**

ผู้ประกันตนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.17) จะไม่ทราบหรือไม่แน่ใจว่ามีช่องทางหรือหมายเลขโทรศัพท์สำหรับร้องเรียนเมื่อเกิดปัญหา ในการเข้ารับบริการกรณีฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ดังตาราง 3-19

ตาราง 3-19 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน รับทราบหมายเลขโทรศัพท์ให้ร้องเรียนบริการที่ได้รับ

การรับทราบหมายเลขร้องเรียน	จำนวน	ร้อยละ
ทราบและบอกเลขถูกต้อง	311	30.34
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ	668	65.17
ไม่ระบุ	46	4.49
รวม	**1,025**	**100**

4) ปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการ

เนื่องจากนโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการโดยไม่ถูกถามสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่าย โดยโรงพยาบาลเรียกเก็บค่าชดเชยการรักษาพยาบาลผ่านหน่วยจ่ายกลาง จากการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการกรณีฉุกเฉินพบว่า มีการถูกถามสิทธิเมื่อเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนอกเครือข่าย (ร้อยละ 51.22) อย่างไรก็ตามจำนวนการถูกถามสิทธิและไม่ถูกถามสิทธิในกลุ่มผู้ประกันตนมีอัตราที่ใกล้เคียงกัน ดังตาราง 3-20

ตาราง 3-20 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ถูกถามสิทธิของผู้ป่วย

ถูกถามสิทธิการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
ถูกถาม	525	51.22
ไม่ถูกถาม	494	48.20
ไม่ระบุ	6	0.59
รวม	**1,025**	**100**

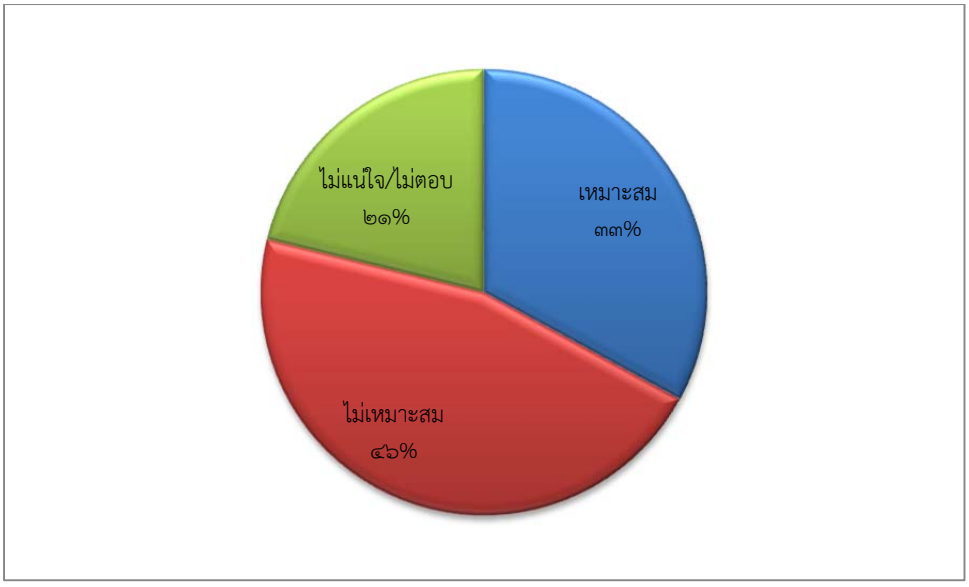
สำหรับกรณีการสำรองเงินจ่ายนั้น จากการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินและเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลนอกเครือข่ายนั้น พบว่า กลุ่มที่ไม่สำรองเงินจ่ายก่อนจะมีจำนวนสูงกว่า (ร้อยละ 88.49) กลุ่มที่ถูกโรงพยาบาลให้สำรองเงินจ่ายก่อน (ร้อยละ 8.29) ดังตาราง 3-21

ตาราง 3-21 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ถูกสำรองเงินจ่ายก่อน

สำรองจ่าย	จำนวน	ร้อยละ
สำรองจ่าย	85	8.29
ไม่สำรองจ่าย	907	88.49
ไม่ระบุ	33	3.22
รวม	**1,025**	**100**

ในกรณีที่ถูกโรงพยาบาลให้สำรองเงินจ่ายก่อน ผู้ประกันตนที่ถูกให้สำรองเงินจ่ายก่อนมีกลุ่มที่เห็นว่าจำนวนเงินที่สำรองจ่ายไปนั้นมีความไม่เหมาะสม (ร้อยละ 45.9) มีจำนวนสูงกว่ากลุ่มที่สำรองจ่ายและเห็นว่าเหมาะสม (ร้อยละ 32.9) และกลุ่มที่ไม่แน่ใจว่าการว่าจำนวนเงินที่สำรองจ่ายนั้นมีความเหมาะสมกับการให้การรักษาพยาบาลหรือไม่ (ร้อยละ 21.2) ดังรูป 3-7

รูป 3-7 ความคิดเห็นของผู้ประกันตนที่ถูกสำรองเงินต่อความเหมาะสมของจำนวนเงินที่จ่าย



หมายเหตุ : คำนวณจากจำนวนผู้สำรองเงินจ่ายก่อน 85 คน

ในกลุ่มของผู้ประกันตนที่สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน พบว่า การสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นการสร้างภาระค่าใช้จ่ายให้กับครอบครัว (ร้อยละ 98.81) ในทุกกลุ่มรายได้ ดังตาราง 3-22

ตาราง 3-22 จำนวนและร้อยละของผู้ประกันตนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ถูกสำรองเงินจ่ายต่อภาระค่าใช้จ่าย แยกตามรายได้

รายได้ (บาทต่อเดือน)	ไม่สร้างภาระค่าใช้จ่าย		สร้างภาระค่าใช้จ่าย		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	0	0.00	2	100.00	2
10,001 ถึง 29,999 บาท	1	1.52	65	98.48	66
30,000 ถึง 49,999 บาท	0	0.00	13	100.00	13
50,000 ถึง 99,999 บาท	0	0.00	3	100.00	3
มากกว่า 100,000 บาท	0	0.00	0	0.00	0
รวม	**1**	**1.19**	**83**	**98.81**	**84**

หมายเหตุ: จำนวนผู้สำรองเงินจ่ายก่อน 85 คน ไม่ระบุในคำตอบนี้ 1 คน

5) ความคิดเห็นของผู้ประกันตนในการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

ระดับความพึงพอใจของผู้ประกันตนต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่อการให้สิทธิแบบเดิม 72 ชั่วโมง และตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนนั้นอยู่ในระดับสูงกว่าระดับไม่พอใจทั้งสองกรณี โดยส่วนใหญ่แล้วระบุว่าไม่แน่ใจ ดังตาราง 3-23

ตาราง 3-23 จำนวนและร้อยละที่ให้คะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ระดับความพึงพอใจ	สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน		สิทธิกรณี 72 ชั่วโมง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่พอใจอย่างยิ่ง	0	0	9	0.88
ไม่พอใจ	40	3.9	47	4.62
ไม่แน่ใจ	754	74.07	655	64.31
พอใจ	223	21.91	306	30.06
พอใจอย่างยิ่ง	1	0.1	1	0.1

หมายเหตุ: จำนวนผู้ตอบคำถามในข้อนี้จำนวน 1,018 คน

หากเจ็บป่วยครั้งต่อไป ผู้ประกันตนส่วนใหญ่มีความประสงค์ที่จะเลือกใช้สิทธิฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน มากกว่าการเลือกใช้สิทธิแบบเดิม 72 ชม. แม้ว่าผู้ประกันตนนั้นจะพอใจสิทธิแบบเดิม 72 ชม. มากกว่าสิทธิฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ดังตาราง 3-24

ตาราง 3-24 จำนวนและร้อยละคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพิจารณาใช้สิทธิครั้งต่อไป

การใช้สิทธิในการเจ็บป่วยครั้งนี้		ครั้งต่อไปเลือกใช้ 72 ชม.		ครั้งต่อไปเลือก EMCO	
ความพึงพอใจ	ราย	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน มากกว่า 72 ชม.	598	98	16.50	496	83.50
กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน น้อยกว่า 72 ชม.	395	60	15.79	320	84.21

หมายเหตุ: จำนวนผู้ตอบความพึงพอใจ 993 คน

อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์นี้มีข้อจำกัด เนื่องจากจำนวนตัวอย่างที่ยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์นั้นมีจำนวนเพียงร้อยละ 55.8 แม้ว่าจะสามารถบอกแนวโน้มได้ แต่ยังมีปัญหาความแม่นยำในการคาดประมาณตัวเลขของผลการสัมภาษณ์ในภาพรวมได้ เนื่องจากไม่ทราบถึงความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์กับกลุ่มที่ไม่ให้ความร่วมมือหรือติดต่อไม่ได้ จึงไม่สามารถระบุทิศทางความคลาดเคลื่อนหรืออคติข้อค้นพบได้ ดังนั้นจึงต้องแปลผลด้วยความระมัดระวัง

3.2.4 ผลการสนทนากลุ่ม

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ประกันตนเพื่อที่จะสะท้อนให้ทราบถึง ผลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ประกันตนถึงทัศนคติ และความคิดเห็นเรื่องสิทธิประกันสังคมของตนเองกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์ ตลอดจนความคิดเห็นเรื่องสิทธิประโยชน์ กรณีเจ็บป่วยภายใต้สิทธิประกันสังคมกับการเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งแบบ 72 ชั่วโมงเดิม และกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน พบประเด็นดังต่อไปนี้

1) ข้อมูลเบื้องต้นของกรณีศึกษา

การสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ประกันตน ผลจากการสนทนากลุ่มผู้ประกันตน นำเสนอได้ดังตาราง 3-25 ต่อไปนี้

ตาราง 3-25 ลักษณะทั่วไปของผู้ประกันตนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

ลำดับที่	เพศ		วุฒิการศึกษา			ประสบการณ์การทำงาน	จำนวนปีที่เป็นผู้ประกันตน
	ชาย	หญิง	ปริญญาตรี	ปริญญาโท	ปริญญาเอก		
ผู้ประกันตนที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ							
1	√			√		11	11
2		√	√			5	5
3		√		√		7	7
4	√			√		3	3
5		√		√		4	4
6		√	√			2	2
7	√			√		13	13
8		√		√		10	10
9		√			√	3	3
10		√		√		8	8
ผู้ประกันตนที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลของรัฐ							
1		√		√		10	10
2	√		√			3	3
3	√		√			4	4
4	√		√			4	4
5		√		√		5	5
6		√		√		7	7
7		√		√		6	6
8		√	√			7	7
9	√				√	15	7
10		√		√		9	9

2) การรับรู้ ความเข้าใจและการรับบริการภายใต้สิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย

ผลการสนทนากลุ่มสามารถจำแนกออกเป็นประเด็นสำคัญ ๆ ดังนี้

(1) ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเกือบทุกคนทั้งในกลุ่มผู้ที่ทำงานในสถานพยาบาลของรัฐและผู้ที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพไม่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ที่ตนได้รับอย่างชัดเจน ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

"ก็สามารถเข้าโรงพยาบาลได้ฟรีไง โดยเข้าโรงพยาบาลตามสิทธิที่เราเลือกไว้ แต่ไม่รู้ว่า ฟรีอย่างไร ยังไม่เคยไปเลยไม่รู้"

"รู้แต่ว่ารักษาฟรี แต่ในโรงพยาบาลที่เราเลือกไว้"

(2) การใช้สิทธิประกันสังคมกรณีเจ็บป่วย และเข้ารับบริการทางการแพทย์ พบว่า ผู้ประกันตนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม มีประสบการณ์ทั้งเคยใช้สิทธิ และไม่เคยใช้สิทธิ โดย

- กลุ่มผู้มีไม่เคยใช้สิทธิ ให้เหตุผลของการไม่เคยใช้สิทธิว่า ไม่ได้มีอาการเจ็บป่วยที่หนักจนต้องเข้าไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ซึ่งผู้ประกันตนกลุ่มนี้ กล่าวถึงประสบการณ์เจ็บป่วยของตนเอง คือ เมื่อเกิดมีอาการเจ็บป่วยในอดีตที่ผ่านมา จะใช้วิธีการหาซื้อยากินเองบ้าง ไปรักษาที่คลินิกเอกชนบ้าง หรือไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนบ้าง ดังคำสนทนาต่อไปนี้

  "ไม่เคยใช้สิทธิเลย เพราะไม่ได้ป่วยหนักอะไร เป็นนิดหน่อยก็ไปซื้อยาเอง ไปคลินิกบ้าง ไปรพ.เอกชนบ้าง"

- กลุ่มผู้ที่เคยใช้สิทธิ เป็นการใช้สิทธิเนื่องจากการคลอดบุตร และรักษาฟัน เท่านั้น

  "หนูก็ไม่เคยได้ใช้เลย เพราะไม่ป่วยหนักอะไร แต่อ้อ ยกเว้นตอนหนูคลอดนะ ใช้คุ้มก็ตอนนี้ล่ะ"

3) การเลือกใช้สถานบริการทางการแพทย์ของกลุ่มผู้ประกันตน

- **ในกรณีเกิดความเจ็บป่วย** ผู้ประกันตนที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลของรัฐ ตัดสินใจที่จะเลือกไปใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากปัจจัยหลายประการ อาทิเช่น ความล่าช้าในการบริการ ไม่พึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลหลักของตนที่เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ดังคำสนทนาบางส่วนดังนี้

  ".....เวลาที่ไม่สบาย ส่วนใหญ่จะไปนอนก็โรงพยาบาลเอกชน เพราะโรงพยาบาลประกันสังคม เข้ายาก เขาให้ดูอาการไปก่อน ให้กลับบ้านไม่ให้นอน"

“ไม่เคยนอนโรงพยาบาลที่เลือกทำประกันสังคมเลย ส่วนใหญ่ก็เข้าเอกชน เพราะโรงพยาบาลของรัฐมันรอนาน”

- **ภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล** จากการสนทนากลุ่มสามารถจำแนกได้ 2 กรณี คือ
  - **O** ผู้ประกันตนจ่ายเอง โดยส่วนหนึ่งพบว่า ผู้ประกันตนหลายราย ไม่ได้ให้ความใส่ใจและซื้อประกันชีวิตและสุขภาพของเอกชน โดยยินดีที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้น ในกรณีไปใช้บริการทางการแพทย์กับสถานพยาบาลเอกชนต่าง ๆ

    “.....ผมไม่ได้ซื้อประกัน จ่ายเองตลอด โรงพยาบาลเขาก็จะถามว่า มีประกันหรือซื้อประกันไว้หรือเปล่า ผมบอกไปว่า รับผิดชอบจ่ายเอง เขาก็ไม่ว่าอะไร”
  - **O** ประกันสุขภาพภาคเอกชนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย ผู้ประกันตนที่ซื้อประกันสุขภาพภาคเอกชน ผู้ประกันตนกลุ่มนี้ ได้รับความคุ้มครองจากการทำประกันชีวิตภาคเอกชน บางรายไม่ต้องจ่ายเงิน หรือบางรายจ่ายเฉพาะส่วนต่างเท่านั้น

    “.....ที่บ้านได้ซื้อประกันไว้ เวลาไม่สบาย ก็ไปโรงพยาบาลตามประกัน แล้วก็แจ้งกับประกันว่าอยู่โรงพยาบาล เดี๋ยวเขาก็มาจัดการให้ อาจต้องรับผิดชอบจ่ายเองบ้าง กรณีที่เป็นส่วนต่างเท่านั้นเอง”

4) การรับรู้ ความเข้าใจ และการรับบริการภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน

(1) ความรู้ความเข้าใจในนโยบายฉุกเฉินร่วมสามกองทุน พบว่า ผู้ประกันตนในกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ ไม่รู้ว่ามีนโยบายนี้ ดังบางส่วนของการสนทนาที่ว่า

“มีอย่างนี้ด้วยหรือ แล้วฉุกเฉินนี้คืออะไร ฉุกเฉินนี่แบบใกล้จะตายแล้วใช่ไหม”

ผู้ประกันตนในกลุ่มที่ทำงานด้านสุขภาพ มีการรับรู้ในเรื่องนโยบาย แต่ยังขาดความเข้าใจในเรื่องนิยาม ความชัดเจนของระเบียบ และเงื่อนไขต่าง ๆ ภายใต้นโยบาย

“.....ทางเรายินดีที่จะร่วมกับนโยบายของรัฐ แต่เงื่อนไขและข้อกำหนดยังไม่ชัดเจน ทำให้เราต้องแบกรับปัญหาเยอะเหมือนกันไม่ว่า ผู้ป่วยมาด้วยความคาดหวังว่าจะใช้สิทธิได้ แต่เราก็ไม่สามารถตอบได้ทันที.....”

(2) การใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยที่อยู่ในระดับฉุกเฉิน และเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใน 1 ปีที่ผ่านมา และได้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเอกชนยังคงถูกโรงพยาบาลเอกชนปฏิเสธที่จะให้บริการภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน

“.....อย่างของหนูที่พาน้องปวดท้อง ท้องเสียมาก มีไข้หนาวสั่นเลยน่ะ ไปโรงพยาบาล ก. (นามสมมติ) แต่น้องเขามีประกันสังคมที่โรงพยาบาล ข. (นามสมมติ) เขาก็ถามว่าประกันสังคมของที่ไหน หนูก็บอกว่ามันเป็นอาการฉุกเฉินน่ะ เขาก็บอกหนูว่าไม่ได้ ให้ไปโรงพยาบาลที่มีสิทธิก่อน หนูเลยต้องลากน้องไปโรงพยาบาล ข.....”

ในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ประกันตนไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชน และใช้สิทธิตามนโยบายร่วมสามกองทุน แต่ก็เกิดภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ผู้ประกันตนต้องแบกรับขึ้น

“.....ตอนผมเข้าโรงพยาบาลมารอบที่แล้ว ก็ถามกับเจ้าหน้าที่เรื่องฉุกเฉินไม่ต้องจ่ายเงิน ไม่ต้องจ่ายใช่ไหม เขาบอกว่า ต้องจ่ายสิ สุดท้ายก็จ่ายเงินโขอยู่.....”

5) ความพึงพอใจต่อสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วยของกองทุนประกันสังคม

(1) ผู้ประกันตนรู้สึกว่าสิทธิประโยชน์ที่ได้รับกรณีเจ็บป่วยจากกองทุนประกันสังคมน้อยกว่าสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“บางทีก็รู้สึกว่า บัตรทองดีกว่าบัตรประกันสังคม แล้วบัตรทองไม่เห็นต้องเสียเงินเดือนละ 600 บาทต่อเดือนด้วยเลยนะ ก็ได้รับการรักษาเหมือนกัน”

(2) ผู้ประกันตนมีต่อความพึงพอใจของการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนน้อย เนื่องจากถูกเรียกเก็บเงินจากสถานพยาบาลและต้องสำรองเงินจ่ายก่อน

“จดไปเลยนะ ฉุกเฉินไม่จ่ายเงินไม่จริง เชื่อถือไม่ได้ โรงพยาบาลเก็บเงินไปแล้ว ยังไม่เห็นได้คืนมาเลย สงสัยไม่ได้คืนแน่ ๆ โทรไปถามก็ยังบอกว่ารอก่อน รอมาตั้งหลายเดือนแล้ว”

(3) ผู้ประกันตนเสนอให้มีการบริหารจัดการที่จะทำให้ผู้ประกันตนเกิดความพึงพอใจและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนได้รับด้วยการประชาสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ประกันตน เพราะในปัจจุบันสำนักงานประกันสังคมจะใช้การประชาสัมพันธ์ทางอินเตอร์เน็ต หรือสิ่งตีพิมพ์ ซึ่งผู้ประกันตนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงช่องทางในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารดังกล่าวหรือเข้าถึงได้น้อย

“.....อยากให้มองแบบประกันชีวิตน่ะ สมัครครั้งแรกจะมีเอกสารส่งมาเลย ว่ามีสิทธิอะไรบ้าง ประกันสังคมน่าจะทำแบบนั้นบ้าง พอมีสิทธิก็น่าจะส่งเอกสารมาให้เรารู้ มันน่าจะดีน่ะ.....”

3.3 การศึกษาย่อยที่ 3 เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมในการบริการทางการแพทย์ กลไก ขั้นตอน และวิธีการเบิกจ่ายเงินผ่านหน่วยงานกลางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีแพทย์ฉุกเฉิน

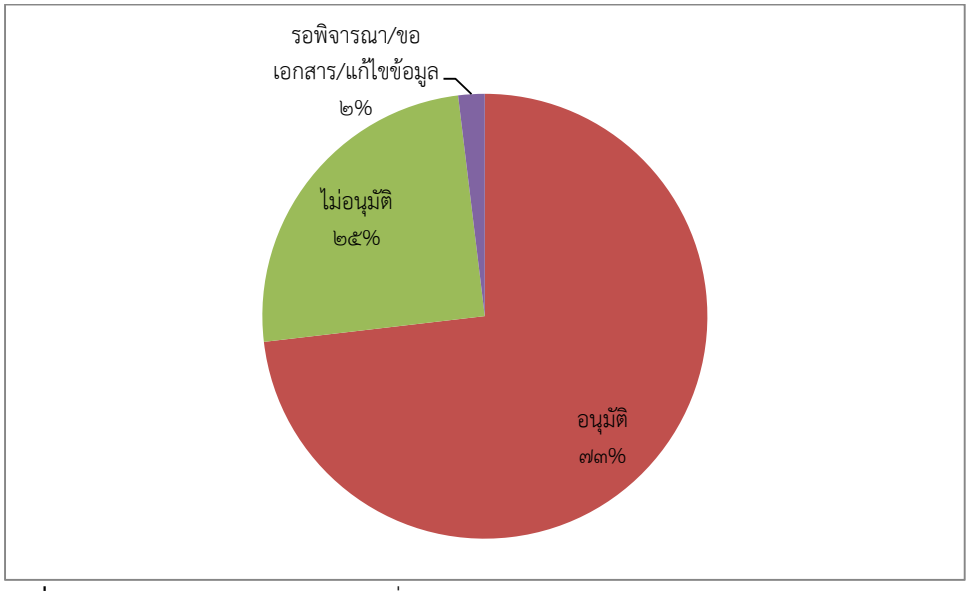
ผลการศึกษานี้จะเป็นผลเชิงปริมาณ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบายร่วม 3 กองทุน และเสนอกลไกและอัตราจ่ายที่เหมาะสมภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ผลการศึกษาสามารถนำเสนอดังนี้

3.3.1 ผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบ Emergency Claim Online (EMCO)

1) การเข้าถึงบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน

ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วย Emergency Claim Online หรือ EMCO เป็นส่วนหนึ่งของ clearing house ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2555 เป็นต้นมา จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2556 ปรากฏว่ามีผู้ป่วยเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งสิ้น 30,038 คน มีรายการไม่ได้บันทึกค่าใช้จ่าย จำนวน 1,098 ราย และไม่เข้าหลักเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีเขียว) จำนวน 1,544 ราย คงเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน 27,396 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติจ่ายค่าชดเชยบริการ 20,440 ราย (ร้อยละ 73) ไม่อนุมัติจ่ายหรือปฏิเสธจ่ายค่าชดเชยบริการ 6,829 ราย (ร้อยละ 25) อยู่ระหว่างดำเนินการ และรอคอยผลอนุมัติแก้ไขเอกสาร จำนวน 527 ราย (ร้อยละ 2) (รูป 3-8)

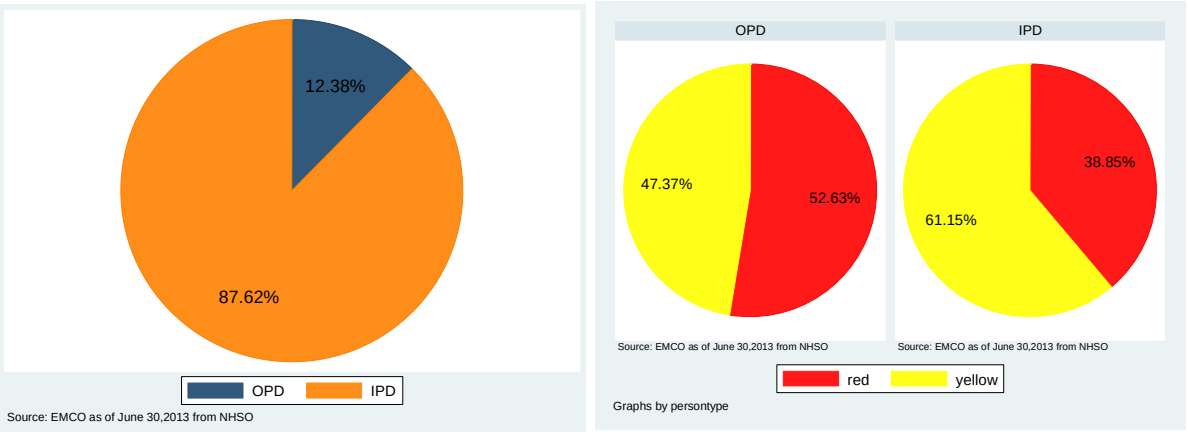
รูป 3-8 จำนวนครั้งการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามสถานะอนุมัติการเงินโดย EMCO



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

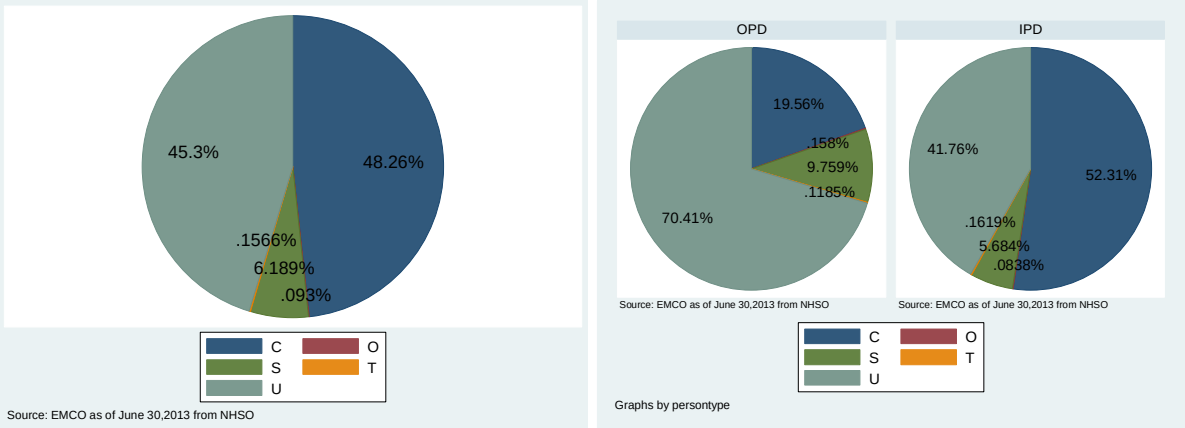
ผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติจ่ายค่าชดเชยบริการ 20,440 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยนอก 2,531 ราย (ร้อยละ 12.38) และผู้ป่วยใน 17,909 ราย (ร้อยละ 87.62) ทั้งนี้บริการผู้ป่วยนอก จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงสีเหลือง จำนวน 1,199 ราย (ร้อยละ 47.37) และสีแดงจำนวน 1,332 ราย (ร้อยละ 52.63) บริการผู้ป่วยใน จำแนกเป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีเหลืองจำนวน 10,592 ราย (ร้อยละ 61.15) และสีแดงจำนวน 6,957 ราย (ร้อยละ 38.85) (รูป 3-9)

รูป 3-9 สัดส่วนผู้ป่วยที่อนุมัติจ่าย จำแนกประเภทบริการ และระดับความรุนแรง



เมื่อจำแนกการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ ตามสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ พบว่า ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (C:CS) มีจำนวนการเข้าใช้บริการสูงสุด ตามด้วยผู้ป่วย สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (U:UCS) และผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (S:SSO) ด้วยสัดส่วนร้อยละ 48.26, 45.3 และ 6.2 ตามลำดับ หากพิจารณาประเภทบริการทางการแพทย์ พบว่าสัดส่วนการเข้าใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยในสอดคล้องกับภาพรวมการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือ ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการสูงสุด ตามด้วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ป่วยประกันสังคม ด้วยสัดส่วนการเข้าใช้บริการ ร้อยละ 52.3, 41.76 และ 5.68 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกับกรณีผู้ป่วยนอกที่มีสัดส่วนการเข้าใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติสูงสุดถึงร้อยละ 70.4 ตามด้วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ร้อยละ 19.5 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 9.7 (รูป 3-10)

รูป 3-10 สัดส่วนการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน (N=20,440)

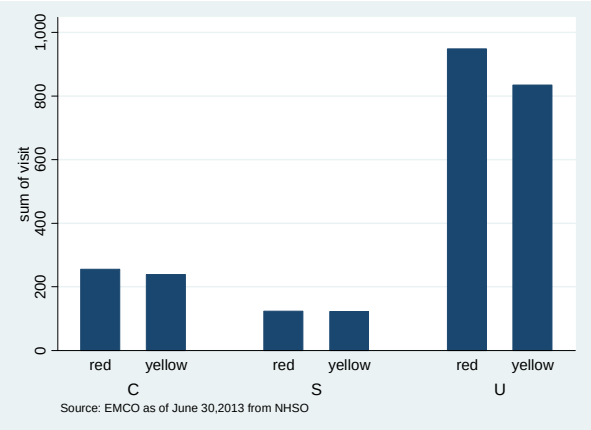


แม้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิของประกันสุขภาพแห่งชาติจะสูง หากพิจารณาถึงจำนวนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีถึง 47.7 ล้านคน เทียบกับจำนวนผู้มีสิทธิในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ 4.5 ล้านคน ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีโอกาสในการเข้าใช้บริการภายใต้นโยบายนี้สูงที่สุด

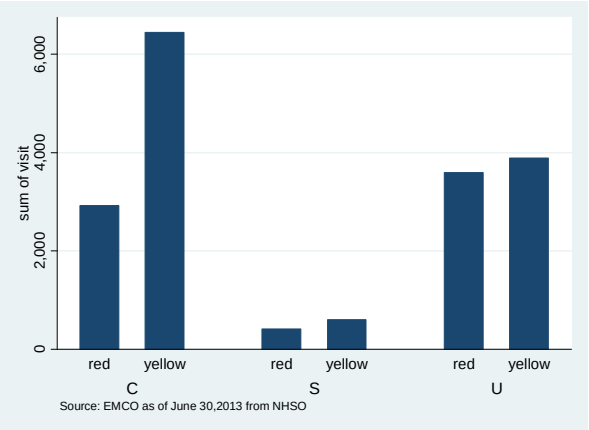
เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของการเข้ารับบริการของผู้ป่วยแต่ละกองทุน พบว่า กรณีผู้ป่วยนอกทุกกองทุนมีจำนวนการเข้าใช้บริการในระดับความรุนแรงสีแดงสูงกว่าสีเหลืองเพียงเล็กน้อยเท่านั้น เป็นสัดส่วนสีแดงร้อยละ 50-53 (ภาพรวมร้อยละ 52) ส่วนกรณีผู้ป่วยในผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองและแดงใกล้เคียงกัน (สัดส่วนผู้ป่วยสีแดงร้อยละ 31 และ 40 ตามลำดับ) ส่วนผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีสัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองสูงกว่าสีแดง 2.2 เท่า (สัดส่วนผู้ป่วยสีแดงร้อยละ 31) (รูป 3-11)

รูป 3-11 จำนวนการเข้ารับบริการรายสิทธิจำแนกตามระดับความรุนแรง และประเภทบริการการแพทย์

OPD



IPD



พิจารณาประเภทการจำหน่ายกรณีผู้ป่วยนอกที่ได้รับการอนุมัติการจ่ายค่าชดเชยบริการ พบว่าเป็นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อสูงสุดที่ร้อยละ 46.66 ตามด้วยผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนกลับบ้านเองได้ร้อยละ 29.75 และเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตร้อยละ 20.07 (ตาราง 3-26) กรณีผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนกลับบ้านเองได้ คิดเป็น 70.83 เป็นผู้ป่วยส่งต่อร้อยละ 20.68 และเป็นผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 6.43 (ตาราง 3-27) ระยะเวลานอนเฉลี่ยของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดเท่ากับ 5.25 วัน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนกลับบ้านเองได้มีระยะเวลานอนเฉลี่ย 4.73 วัน เป็นผู้ป่วยส่งต่อ 6.39 วัน และผู้ป่วยเสียชีวิต 7.30 วัน

ตาราง 3-26 จำนวนและร้อยละจำแนกตามประเภทการจำหน่าย กรณีผู้ป่วยนอก

ประเภทการจำหน่าย	จำนวนผู้ป่วยนอก	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
อนุมัติ	753	29.75	29.75
ส่งต่อ	1,181	46.66	76.41
เสียชีวิต	508	20.07	96.48
อื่นๆ	89	3.52	100.00
รวม	**2,531**	**100**	

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 3-27 จำนวน ร้อยละ และจำนวนวันนอนเฉลี่ยจำแนกตามประเภทการจำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน

ประเภทการจำหน่าย	จำนวนผู้ป่วยใน	ร้อยละ	จำนวนวันนอนเฉลี่ย
อนุมัติ	12,685	70.83	4.73
ส่งต่อ	3,703	20.68	6.39
เสียชีวิต	1,152	6.43	7.30
อื่นๆ	369	2.06	5.32
รวม	**17,909**	**100**	**5.25**

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกลุ่มผู้ป่วยนอก โรคที่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการสูงสุด 3 อันดับแรก คือ หัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest unspecified) ตามด้วยผู้ป่วยที่มีสัญญาณหรืออาการปวด หรือแน่นไม่สบายที่หน้าอก (Acute myocardial infarction unspecified) และการเสียชีวิตอย่างกะทันหันด้วยโรคหัวใจ (Sudden cardiac death so described) จากข้อมูลตาราง 3-28 จะพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาการที่เกี่ยวเนื่องกับหัวใจ

ตาราง 3-28 จำนวนผู้ป่วยนอกภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	ผู้ป่วยทุกสิทธิ			ผู้ป่วยประกันสังคม		
		แดง	เหลือง	รวม	แดง	เหลือง	รวม
I469	Cardiac arrest unspecified	188	7	195	10	1	11
I219	Acute myocardial infarction unspecified	83	10	93	4	0	4
I461	Sudden cardiac death so described	90	2	92	5	0	5
I64	Stroke not specified as hemorrhage or infarction	25	22	47	1	0	1
I460	Cardiac arrest successful resuscitation	43	0	43	5	0	5
I500	Congestive heart failure	25	18	43	2	1	3
J459	Asthma unspecified	14	25	39	2	3	5
I639	Cerebral infraction, unspecified	19	17	36	1	1	2
R568	Other and unspecified convulsions	19	16	35	4	1	5
S010	Open wound of scalp	8	26	34	1	0	1

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ในกรณีผู้ป่วยนอก โรคที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาจำนวนสูงสุด ได้แก่ โรคหัวใจหยุดเต้น (Cardiac arrest unspecified เช่นเดียวกันกับโรคในภาพรวมของ 3 กองทุน รองลงมา คือ การรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia, unspecified) โรคกล้ามเนื้อหัวใจใต้เยื่อบุหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute subendocardial myocardial infarction) โรคหืด (Asthma) และการชัก (Convulsions) ตามลำดับ (ตาราง 3-29)

ตาราง 3-29 จำนวนผู้ป่วยนอกภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน สิทธิประกันสังคม จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	เหลือง	ทั้งหมด
I469	Cardiac arrest unspecified	10	1	11
E162	Hypoglycaemia, unspecified	4	1	5
I214	Acute subendocardial myocardial infarction	2	3	5
I460	Cardiac arrest with successful resuscitation	5	-	5
I461	Sudden cardiac death so described	5	-	5
I471	Supravenbtricular tachycardia	2	3	5
J459	Asthma unspecified	2	3	5
R568	Other and unspecified convulsions	4	1	5
I219	Acute myocardial infarction unspecified	4	-	4
S211	Open wound of front wall of thorax	2	2	4

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีผู้ป่วยในนั้น อาการโรคที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการสูงสุดในภาพรวมทุกสิทธิ คือ ภาวะหัวใจวายหรือภาวะหัวใจล้มเหลว (I500: Congestive heart failure) จำนวน 423 ราย มีระดับความรุนแรงสีแดง 268 ราย และสีเหลือง 205 ราย อันดับสองและสาม คือ ภาวะปอดบวม (J189: Pneumonia unspecified) และภาวะโลหิตเป็นพิษ (A419 : Septicemia unspecified) ซึ่งเป็นโรคที่มีสถิติการเสียชีวิตสูงสุด 5 อันดับแรกในประเทศไทย ทั้งนี้ ระดับความรุนแรงของ 2 โรคดังกล่าว มีระดับความรุนแรงสีเหลืองสูงกว่าสีแดง (ตาราง 3-30)

ตาราง 3-30 จำนวนผู้ป่วยในภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ทุกสิทธิ
จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	ผู้ป่วยทุกสิทธิ			ผู้ป่วยประกันสังคม		
		แดง	เหลือง	รวม	แดง	เหลือง	รวม
I500	Congestive heart failure	212	281	493	8	1	9
J189	Pneumonia unspecified	177	296	473	2	3	5
A419	Septicemia unspecified	148	200	348	3	7	10
A099	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	36	288	324	0	14	14
I214	Acute subendocardial myocardial infarction	214	109	323	16	3	19
N390	Urinary tract infection site not specified	59	241	300	1	5	6
A090	Other and unspecified gastroenteritis and colitis of infectious origin	69	189	258	3	8	11
K358	Acute appendicitis	34	199	233	5	40	45
I10	Essential (primary) hypertension	32	198	230	1	11	12
J181	Lobar pneumonia, unspecified	82	141	223	5	2	7

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม โรคที่เข้ารับการรักษากรณีผู้ป่วยในสูงสุดคือ โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) รองลงมา ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจใต้เยื่อบุหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute subendocardial myocardial infarction) โรคกระเพาะอาหารกับลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis and colitis of unspecified origin) โรคกล้ามเนื้อผนังหัวใจด้านหน้าตายเฉียบพลันทุกชั้น (Acute transmural myocardial infarction anterior wall) โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) และโรคอาการชัก (Other and unspecified convulsions) เป็นต้น (ตาราง 3-31)

ตาราง 3-31 จำนวนผู้ป่วยภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน สิทธิประกันสังคม จำแนกรายโรคสูงสุด 10 อันดับแรก

รหัสโรคหลัก	ชื่อโรค	แดง	เหลือง	ทั้งหมด
K358	Acute appendicitis	5	40	45
I214	Acute subendocardial myocardial infarction	16	3	19
A099	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	-	14	14
I210	Acute transmural myocardial infarction anterior wall	14	-	14
K352	Acute appendicitis	3	11	14
R568	Other and unspecified convulsions	7	7	14
O001	Tubal Pregnancy	7	6	13
S0650	Traumatic subdural haemorrhage without open intracranial wound	10	3	13
I10	Essential (primary) hypertension	1	11	12
I48	Atrial fibrillation and flutter	5	7	12

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการชดเชยจากการให้บริการการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยทุกสิทธิภายใต้นโยบายนี้ มีจำนวน 231 แห่ง สามารถจำแนกเป็นกลุ่มสถานพยาบาลได้ 3 ประเภท คือ โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 37 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป จำนวน 181 แห่ง และโรงพยาบาลไม่แสวงหากำไร (โรงพยาบาลมูลนิธิ) จำนวน 13 แห่ง มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย เท่ากับ 4,080 ราย 15,100 รายและ 1,260 ตามลำดับ (ตาราง 3-32)

การกระจายของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ พบว่า พื้นที่กรุงเทพฯ (กทม.) มีจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 แห่ง และมีผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย 8,985 ราย พื้นที่ปริมณฑล มีจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 38 แห่ง และมีผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย 2,741 ราย พื้นที่ต่างจังหวัดมีจำนวนสถานพยาบาลที่ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน 121 แห่งและมีผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย 8,714 ราย (ตาราง 3-32)

ตาราง 3-32 จำนวนสถานพยาบาลและผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย จำแนกตามประเภทและพื้นที่ตั้งของสถานพยาบาล

พื้นที่ตั้ง	รพ.ในตลาดหลักทรัพย์	รพ.เอกชนทั่วไป	รพ.ไม่แสวงหากำไร	รวม
จำนวนรพ.				
กทม.	12	55	5	72
ปริมณฑล	8	28	2	38
ต่างจังหวัด	17	98	6	121
รวม	**37**	**181**	**13**	**231**
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับชดเชย				
กทม.	1,919	6,671	395	8,985
ปริมณฑล	1,307	1,358	76	2,741
ต่างจังหวัด	854	7,071	789	8,714
รวม	**4,080**	**15,100**	**1,260**	**20,440**

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนแก่ผู้ป่วยประกันสังคมในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 104 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ 19 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 80 แห่ง และโรงพยาบาลไม่แสวงหากำไร 5 แห่ง มีจำนวนผู้ประกันตนที่เข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน 1,637 ราย เป็นผู้ประกันตนในพื้นที่ต่างจังหวัด 844 ราย กรุงเทพมหานคร 394 ราย และปริมณฑล 27 ราย สำหรับปี พ.ศ. 2556 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน มีจำนวนสถานพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่ให้บริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนแก่ผู้ป่วยประกันสังคม 68 แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ 14 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 49 แห่ง และโรงพยาบาลไม่แสวงหากำไร 5 แห่งให้บริการผู้ประกันตน จำนวน 333 ราย มีจำนวนผู้ประกันตนเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 199 ราย ต่างจังหวัด 127 ราย และปริมณฑล 7 ราย (ตาราง 3-33)

ตาราง 3-33 จำนวนสถานพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคม และผู้ป่วยประกันสังคมที่ได้รับชดเชย จำแนกตามประเภทและพื้นที่ตั้งของสถานพยาบาล

พื้นที่ตั้ง	โรงพยาบาลนอกเครือข่าย พ.ศ. 2555				โรงพยาบาลนอกเครือข่าย พ.ศ. 2556			
	รพ.ตลาดหลักทรัพย์	รพ. เอกชนทั่วไป	รพ. ไม่แสวงหากำไร	รวม	รพ.ตลาดหลักทรัพย์	รพ. เอกชนทั่วไป	รพ. ไม่แสวงหากำไร	รวม
จำนวนโรงพยาบาล								
กทม.	6	26	2	34	6	23	3	32
ปริมณฑล	2	3	1	6	1	2	1	4
ต่างจังหวัด	11	51	2	64	7	24	1	32
รวม	**19**	**80**	**5**	**104**	**14**	**49**	**5**	**68**
จำนวนการใช้บริการ								
กทม.	71	299	24	394	28	154	17	199
ปริมณฑล	12	11	4	27	2	4	1	7
ต่างจังหวัด	48	352	23	423	13	112	2	127
รวม	**131**	**662**	**51**	**844**	**43**	**270**	**20**	**333**

หมายเหตุ: มีผู้ป่วยฉุกเฉินสิทธิประกันสังคมเข้ารับบริการในสถานพยาบาลเครือข่ายประกันสังคม จำนวน 88 คน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมทุกสิทธิประกันสุขภาพ ในกรณีผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทักษิณมีจำนวนผู้ใช้บริการสูงสุด ตามด้วยโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค และโรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยประกันสังคมนั้น โรงพยาบาลทักษิณมีผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกสูงสุดเช่นกัน ตามด้วยโรงพยาบาลขอนแก่นราม และโรงพยาบาลศรีวิชัย 1 ตามลำดับ ดังตาราง 3-34

ตาราง 3-34 โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก

ผู้ป่วยทุกสิทธิ				ผู้ป่วยประกันสังคม			
ชื่อโรงพยาบาล	**แดง**	**เหลือง**	**ทั้งหมด**	**ชื่อโรงพยาบาล**	**แดง**	**เหลือง**	**ทั้งหมด**
รพ.ทักษิณ	45	103	148	รพ.ทักษิณ	5	8	13
รพ.เกษมราษฎร์ บางแค	51	63	114	รพ.ขอนแก่นราม	6	7	13
รพ.หริภุญชัยเมโมเรียล	25	78	103	รพ.ศรีวิชัย 1	1	12	13
รพ.ขอนแก่นราม	35	60	95	รพ.วิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล หนองแขม	4	7	11
รพ.เอกชนบุรีรัมย์	18	77	95	รพ.ธนบุรี 2	6	4	10
รพ.เกษมราษฎร์ สุขาภิบาล3	71	11	82	สถานพยาบาลจุฬารัตน์ สุวรรณภูมิ	3	6	9
รพ.เกษมราษฎร์รัตนาธิเบศร์	24	54	78	รพ.เอกชล	7	0	7
รพ.กรุงเทพราชสีมา	49	10	59	รพ.กรุงเทพราชสีมา	5	1	6
รพ.มหาชัย2	13	44	57	รพ.รัตนเวช2	2	3	5
รพ.เอกชล	42	10	52	รพ.วิชัยยุทธพญาไท	2	3	5

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธนบุรีมีจำนวนผู้เข้ารับบริการรวมทุกสิทธิสูงสุด รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลรวมแพทย์ สุรินทร์ (หมออนันต์) และโรงพยาบาลเกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์ สำหรับผู้ป่วยประกันสังคมนั้น โรงพยาบาลนครธนมีผู้ประกันตนเข้ารับบริการกรณีผู้ป่วยในสูงสุด รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลอินเตอร์เวชการ และโรงพยาบาลธนบุรี ตามลำดับดังตาราง 3-35

ตาราง 3-35 โรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วยในเข้ารับบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงสุด 10 อันดับแรก

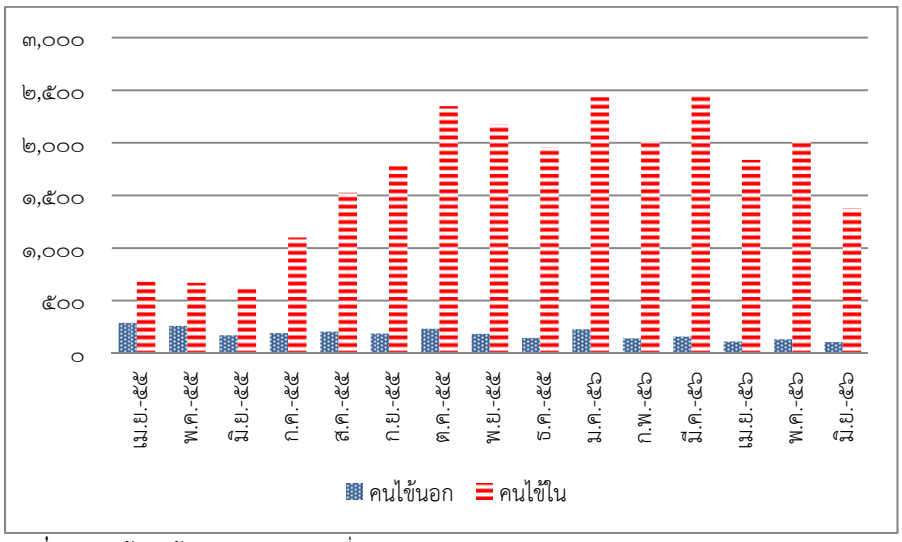
ผู้ป่วยทุกสิทธิ				ผู้ป่วยประกันสังคม			
ชื่อโรงพยาบาล	**แดง**	**เหลือง**	**ทั้งหมด**	**ชื่อโรงพยาบาล**	**แดง**	**เหลือง**	**ทั้งหมด**
รพ.ธนบุรี	178	505	683	รพ.นครธน	23	49	72
รพ.รวมแพทย์ สุรินทร์ (หมออนันต์)	410	240	650	รพ.อินเตอร์เวชการ	22	46	68
รพ.เกษมราษฎร์ รัตนาธิเบศร์	115	506	621	รพ.ธนบุรี	21	27	48
รพ.นครธน	188	381	569	รพ.เปาโลเมโมเรียล นวมินทร์	17	30	47
รพ.รามคำแหง	252	280	532	รพ.รัตนเวช2	8	32	40
รพ.วิชัยยุทธพญาไท	127	396	523	รพ.รามคำแหง	15	18	33
รพ.ร้อยเอ็ด-ธนบุรี	200	265	465	รพ.นายแพทย์หาญ	5	26	31
รพ.พิษณุเวช	62	326	388	รพ.สินแพทย์	15	14	29
รพ.วิภาวดี	166	199	365	รพ.วิชัยยุทธพญาไท	9	20	29
รพ.รัตนเวช2	88	275	363	รพ.พิษณุเวช	7	18	25

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2) แนวโน้มการรับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การเข้ารับบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ พบว่า จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยใน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2555 ถึง ตุลาคม 2555 หลังจากนั้นจำนวนการใช้บริการค่อนข้างผันผวนในแต่ละเดือน สำหรับกรณีผู้ป่วยนอกมีจำนวนใช้บริการจากนโยบายดังกล่าวลดลงอย่างต่อเนื่อง (รูป 3-12)

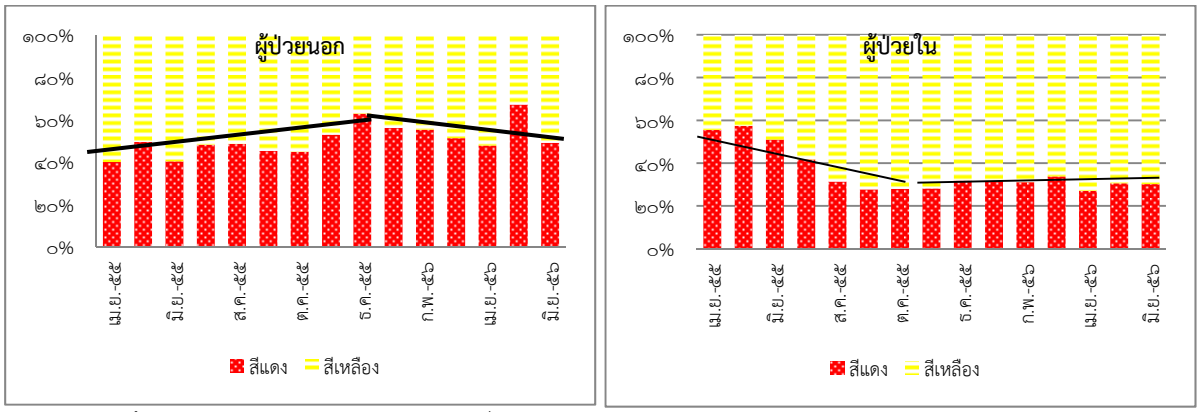
รูป 3-12 จำนวนผู้ใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ระหว่างเมษายน 2555 - มิถุนายน 2556



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในระหว่างเดือน เมษายน 2555 ถึงธันวาคม 2555 พบว่า สัดส่วนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยนอกที่ระดับความรุนแรงสีแดง มีแนวโน้มสูงขึ้น ขณะที่กรณีผู้ป่วยในที่ระดับความรุนแรงสีแดงมีแนวโน้มลดลงในระยะเวลาเดียวกัน ในทางกลับกันตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง มิถุนายน 2556 พบว่ามีสัดส่วนผู้ป่วยระดับความรุนแรงสีแดงลดลงในกรณีผู้ป่วยนอก และเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยในกรณีผู้ป่วยใน (รูป 3-13)

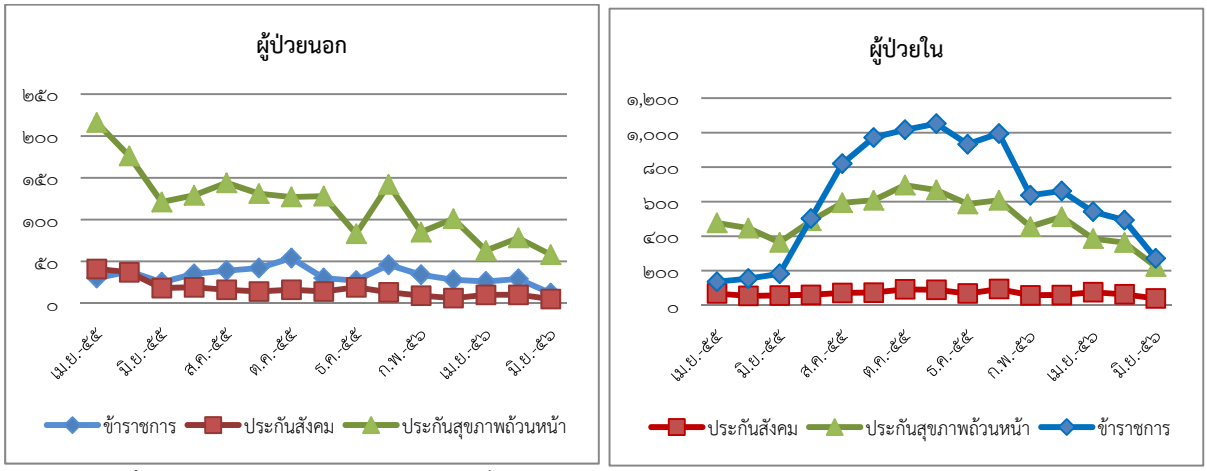
รูป 3-13 จำนวนและสัดส่วนการเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทบริการและความรุนแรง ระหว่างเมษายน 2555 - มิถุนายน 2556



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แนวโน้มการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือนจำแนกตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (รูป 3-14) กรณีผู้ป่วยนอก พบว่าผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มการเข้าใช้บริการลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีแนวโน้มการใช้บริการเพิ่มสูงในช่วง 6 เดือนแรก หลังจากนั้นมีแนวโน้มการใช้บริการลดลงเช่นเดียวกัน กรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวโน้มปรับตัวเพิ่มในช่วงเดือนเมษายน 2555 ถึง ธันวาคม 2555 และปรับตัวลดลงตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง มิถุนายน 2556 อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยประกันสังคมมีการใช้บริการทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในน้อยสุด

รูป 3-14 แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเดือนตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ

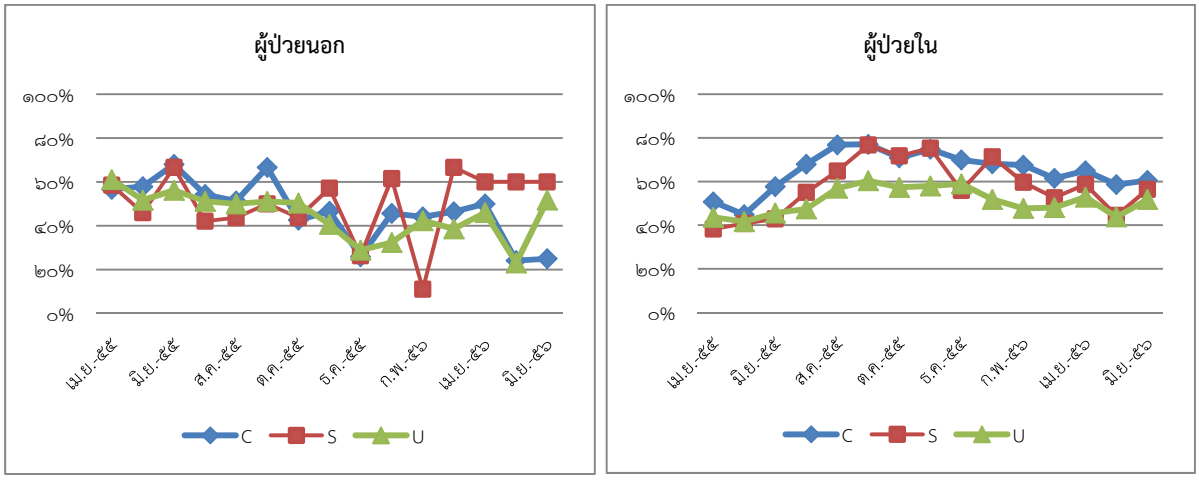


ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อทำการจำแนกแนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองทุกสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า กรณีผู้ป่วยนอกที่ระดับความรุนแรงระดับสีเหลืองมีแนวโน้มลดลงทุกสิทธิในช่วงเดือนเมษายน 2555 ถึงธันวาคม 2555 และมีแนวโน้มปรับตัวเพิ่มขึ้นหลังจากเดือนธันวาคม 2555 ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติ มีสัดส่วนผู้ป่วยสีเหลืองโดยเฉลี่ยร้อยละ 48 ร้อยละ 50 และร้อยละ 47 ตามลำดับ

กรณีผู้ป่วยในที่มีระดับความรุนแรงสีเหลือง ทุกสิทธิประกันสุขภาพมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนเมษายน 2555 ถึงเดือนพฤศจิกายน 2555 หลังจากนั้นสัดส่วนผู้ป่วยในที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองค่อนข้างคงที่ โดยเฉลี่ยแล้วสัดส่วนผู้ป่วยในที่มีระดับสีเหลืองของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการประกันสังคมและประกันสุขภาพแห่งชาติประมาณร้อยละ 69 ร้อยละ 59 และร้อยละ 52 ตามลำดับ (รูป 3-15)

รูป 3-15 แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงสีเหลืองที่เข้ารับบริการการแพทย์กรณีฉุกเฉิน รายเดือนจำแนกตามประเภทบริการและสิทธิประกันสุขภาพ ระหว่างเมษายน 2555 -มิถุนายน 2556



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) ประสิทธิภาพของระยะเวลาการจ่ายเงิน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการบริหารจัดการการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและกรณีฉุกเฉิน (National Clearing House) โดยมีขั้นตอนการทำงาน คือ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการส่งข้อมูลการให้บริการไปยังสำนักชดเชย และส่งเอกสารเบิกจ่ายไปให้สำนักบริหารกองทุน (สบก.) และสำนักจัดสรรกองทุน (สบจ.) โดย สบก.จัดทำหนังสือขออนุมัติโอนเงินและส่งข้อมูลให้ธนาคารเพื่อทำการโอนเงินแก่โรงพยาบาลที่ให้บริการ ทั้งนี้ สปสช. จะตัดข้อมูลเดือนละ 2 ครั้ง คือ

รอบที่ 1 ตัดข้อมูล วันที่ 1-15 ของทุกเดือน และจะโอนเงินภายในวันที่ 30 ของเดือนนั้น

รอบที่ 2 ตัดข้อมูล วันที่ 16-30 ของทุกเดือน และจะโอนเงินภายในวันที่ 15 ของเดือนถัดไป

ตาราง 3-36 แสดงจำนวนและระยะเวลาอนุมัติโดยเฉลี่ยของรายการเรียกเก็บที่ได้รับการอนุมัติและออกเลขงวดการโอนเงินสำหรับการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชน พบว่ามีรายการที่สามารถโอนเงินได้จำนวนทั้งหมด 18,977 รายการ มีระยะเวลาเฉลี่ยโดยรวมของการจ่ายเงิน 23.82 วัน

เมื่อพิจารณาอัตราความสำเร็จของการจ่ายเงินภายใน 15 วันหลังจากที่โรงพยาบาลเอกชนทำการบันทึกค่าใช้จ่ายเรียบร้อยแล้ว พบว่า มีเพียงร้อยละ 16.64 เท่านั้น ซึ่งคิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 13.77 วัน และมีรายการโอนเงินมากกว่า 15 วันถึงร้อยละ 83.36 คิดเป็นระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 25.82 วัน (ตาราง 3-36) ทั้งนี้ระยะเวลาตั้งแต่โรงพยาบาลบันทึกรายการเข้ามาครั้งแรก จนถึงระยะเวลาการจ่ายเงินของรายการที่สถานะการโอนเงินทั้งหมด จะมีระยะเวลาเฉลี่ย 51.84 วัน

ตาราง 3-36 จำนวนและระยะเวลาอนุมัติเฉลี่ยของรายการเรียกเก็บที่ได้รับการอนุมัติและออกเลขงวด

สถานะการโอนเงิน	จำนวน	ร้อยละ	ระยะเวลาเฉลี่ย
โอนเงินแล้วภายใน 15 วัน	3,158	16.64	13.77
โอนเงินแล้วมากกว่า 15 วัน	15,819	83.36	25.83
รวม	18,977	100	23.82

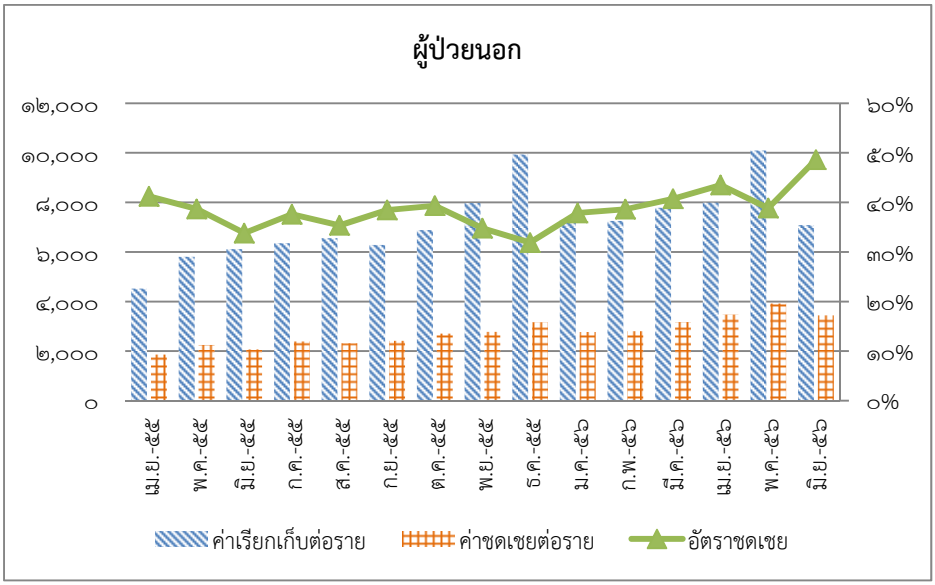
หมายเหตุ: มีรายการที่กำลังดำเนินการจำนวน 1,463 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.16 ของรายการเรียกเก็บทั้งหมดที่ได้รับการอนุมัติ (20,440)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4) ค่าบริการที่เรียกเก็บและอัตราจ่ายชดเชยของ EMCO

เมื่อทำการวิเคราะห์ค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บจากหน่วยจ่ายกลาง ค่าชดเชยและอัตราชดเชยค่าบริการที่หน่วยจ่ายกลางจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในระหว่างเดือนเมษายน 2555 ถึงมิถุนายน 2556 พบว่า กรณีผู้ป่วยนอก มีค่าบริการที่เรียกเก็บต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5,879±1,409 บาท และค่าบริการชดเชยต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2,620±557บาท ซึ่งค่าบริการที่เรียกเก็บเฉลี่ยต่อรายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อเดือน ในขณะที่อัตราการชดเชยก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ยร้อยละ 5 ต่อเดือนเช่นกัน ทั้งนี้อัตราการชดเชยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 38±4 ดังแสดงในรูป 3-16

รูป 3-16 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชยและอัตราชดเชย กรณีผู้ป่วยนอก เม.ย. 55 ถึง มิ.ย. 56



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรณีผู้ป่วยใน การเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยใน พบว่า มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับด้วยวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 2.03 มีค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนเท่ากับ 40,718±7,975 บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 6 ต่อเดือน ส่วนค่าบริการชดเชยต่อรายโดยเฉลี่ยเท่ากับ 12,178±428 บาท และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 1 ต่อเดือน อัตราชดเชยในภาพรวมเท่ากับร้อยละ 30 และมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 46 ในเดือนเมษายน 2555 เป็นร้อยละ 25 ในเดือนมิถุนายน 2556 (ตาราง 3-37)

ตาราง 3-37 ค่า CMI ค่าบริการเรียกเก็บ และค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยใน เมษายน 2555 – มิถุนายน 2556

เดือน	CMI	เรียกเก็บ/ AdjRW	ชดเชย/ AdjRW	อัตราชดเชย	% เพิ่ม เรียกเก็บ	% เพิ่มการ ชดเชย
เม.ย.-55	2.21	25,006	11,475	46%		
พ.ค.-55	2.61	26,566	11,556	44%	6%	1%
มิ.ย.-55	2.37	29,487	11,495	39%	11%	-1%
ก.ค.-55	2.45	34,874	12,070	35%	18%	5%
ส.ค.-55	1.94	39,517	12,141	31%	13%	1%
ก.ย.-55	1.80	36,610	11,919	33%	-7%	-2%
ต.ค.-55	2.04	39,581	12,044	30%	8%	1%

เดือน	CMI	เรียกเก็บ/ AdjRW	ชดเชย/ AdjRW	อัตราชดเชย	% เพิ่ม เรียกเก็บ	% เพิ่มการ ชดเชย
พ.ย.-55	1.92	43,236	12,158	28%	9%	1%
ธ.ค.-55	1.73	48,284	12,366	26%	12%	2%
ม.ค.-56	1.78	42,619	12,020	28%	-12%	-3%
ก.พ.-56	1.94	43,673	12,369	28%	2%	3%
มี.ค.-56	2.30	46,112	12,872	28%	6%	4%
เม.ย.-56	2.01	49,308	12,452	25%	7%	-3%
พ.ค.-56	2.25	46,734	12,764	27%	-5%	3%
มิ.ย.-56	2.06	51,489	12,734	25%	10%	0%
เฉลี่ย	**2.03**	**40,718**	**12,178**	**30%**	**6%**	**1%**

หมายเหตุ รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อทำการวิเคราะห์ค่าบริการที่เรียกเก็บและค่าบริการที่ได้รับชดเชย ตามระดับความฉุกเฉิน (สีแดงและสีเหลือง) แยกแต่ละระบบประกันสุขภาพ ประเภทของโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป และโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นมูลนิธิ) และสถานที่ตั้งสถานพยาบาล (กรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและต่างจังหวัด) ดังแสดงในตาราง 3-38 ตาราง 3-39 ตาราง 3-40 และตาราง 3-41

ค่าบริการเรียกเก็บเฉลี่ยต่อรายของการให้บริการผู้ป่วยนอกระดับฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) สูงกว่าบริการผู้ป่วยนอกระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) เช่นเดียวกับค่าชดเชยเฉลี่ย โดยค่าบริการเรียกเก็บของระดับฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) สูงกว่าระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) กว่าสองเท่าตัว ขณะที่ค่าชดเชยสูงกว่าไม่ถึงเท่าตัว จึงเป็นเหตุผลให้อัตราชดเชยของระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) (ร้อยละ 50) จึงสูงกว่าอัตราการชดเชยของผู้ป่วยระดับฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) (ร้อยละ 33)

กรณีผู้ป่วยในมีอัตราชดเชยของผู้ป่วยระดับฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) (ร้อยละ 33) สูงกว่าผู้ป่วยระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) (ร้อยละ 22) *เป็นที่น่าสังเกต*ว่าการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนในฐานข้อมูล EMCO มีการเรียกเก็บค่าบริการต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนของผู้ป่วยระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) สูงกว่าผู้ป่วยระดับฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ทั้งที่เป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต่ำกว่า

ตาราง 3-38 ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยในตามระดับฉุกเฉิน

รายการ	สีแดง	สีเหลือง
ผู้ป่วยนอก		
อัตราชดเชย	33%	50%
ค่าบริการต่อครั้ง (บาท)	9,353	4,131
ค่าชดเชยต่อครั้ง (บาท)	3,113	2,072
ผู้ป่วยใน		
อัตราชดเชย	33%	27%
หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง	2.95	1.45
ค่าบริการต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	37,175	45,308
ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	12,236	12,104

หมายเหตุ: รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และ พ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ค่าบริการเรียกเก็บต่อรายกรณีผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเท่ากับ 7,869 บาท สูงกว่าผู้ป่วยประกันสังคมและผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เท่ากับ 6,359 บาท และ 6,671 บาท ตามลำดับ สำหรับบริการผู้ป่วยในนั้น ค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมของผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้นต่ำกว่าของอีกสองกองทุน ทำให้ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราชดเชยสูงสุด (ร้อยละ 33) นอกจากนี้ ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงในบริการฉุกเฉินร่วมสามกองทุน (น้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนเท่ากับ 2.39 ต่อครั้ง) สูงกว่าอีกสองกองทุนอีกด้วย (ตาราง 3-39)

ตาราง 3-39 ค่าเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ใน ตามระบบประกันสุขภาพ

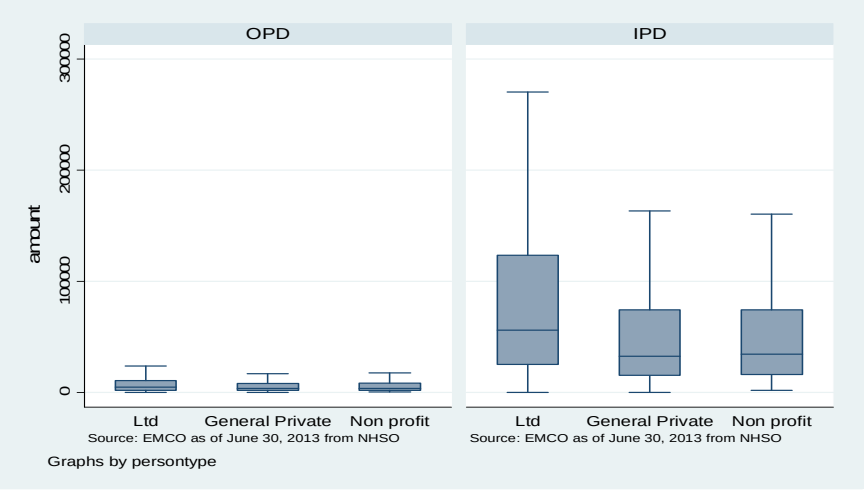
รายการ	สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ	ประกันสังคม	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ผู้ป่วยนอก			
อัตราชดเชย	39%	37%	38%
ค่าบริการต่อครั้ง (บาท)	7,869	6,359	6,671
ค่าชดเชยต่อครั้ง (บาท)	3,088	2,356	2,516
ผู้ป่วยใน			
อัตราชดเชย	28%	29%	33%
หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง	1.74	2.02	2.39
ค่าบริการต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	46,671	44,482	34,704
ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	12,896	12,727	11,463

หมายเหตุ รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อได้ทำการจำแนกโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของระบบ EMCO เป็น 3 กลุ่ม เพื่อดูพฤติกรรมการเรียกเก็บค่าบริการ คือ (1) กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 37 แห่ง (2) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ไม่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 181 แห่ง และ (3) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร) จำนวน 13 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป เป็นผู้ให้บริการหลักภายใต้นโยบายนี้ กลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์มีการเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและโรงพยาบาลมูลนิธิ (รูป 3-17) แต่อัตราการชดเชยที่ได้รับไม่ต่างกันมากนักในกรณีผู้ป่วยนอก กล่าวคือ กลุ่มโรงพยาบาลตลาดหลักทรัพย์ได้รับอัตราชดเชย ร้อยละ 37 ต่ำกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป (ร้อยละ 39) แต่สูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร) (ร้อยละ 35) กรณีผู้ป่วยใน กลุ่มโรงพยาบาลตลาดหลักทรัพย์ได้รับอัตราชดเชยร้อยละ 27 ซึ่งต่ำกว่าโรงพยาบาลเอกชนอีกสองประเภท (ร้อยละ 31) ขณะเดียวกัน ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในของกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ (2.60) สูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนอีกสองประเภท (ตาราง 3-40)

รูป 3-17 ค่าบริการเรียกเก็บต่อราย จำแนกตามประเภทบริการทางการแพทย์ และสิทธิประกันสุขภาพ



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 3-40 ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชยบริการผู้ป่วยนอก/ใน ตามประเภทโรงพยาบาล

รายการ	รพ.ตลาดหลักทรัพย์	รพ.เอกชนทั่วไป	รพ.มูลนิธิ
ผู้ป่วยนอก			
อัตราชดเชย	37%	39%	35%
ค่าบริการต่อครั้ง (บาท)	8,260	6,236	6,030
ค่าชดเชยต่อครั้ง (บาท)	3,053	2,432	2,137
ผู้ป่วยใน			
อัตราชดเชย	27%	31%	31%
หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง	2.60	1.89	1.99
ค่าบริการต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	46,096	39,205	37,723
ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	12,515	12,104	11,760

หมายเหตุ รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อทำการจำแนกโรงพยาบาลเอกชนตามสถานที่ตั้ง เป็น 3 กลุ่ม เพื่อดูความแตกต่างของอัตราการเรียกเก็บค่าบริการ คือ (1) กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ตั้งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 72 แห่ง (2) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปที่ไม่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์ จำนวน 38 แห่ง และ (3) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร)

จำนวน 121 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเรียกเก็บค่าบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลที่ตั้งในปริมณฑลและต่างจังหวัด อัตราชดเชยมีความแตกต่างกันทั้งกรณีผู้ป่วยนอก (บาทต่อครั้ง) และกรณีผู้ป่วยใน (บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน) กล่าวคือ โรงพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ได้รับอัตราชดเชยต่ำสุด ตามด้วยกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในเขตปริมณฑล และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัดตามลำดับ ขณะเดียวกัน กรณีผู้ป่วยใน กลุ่มโรงพยาบาลในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ย (2.44) สูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในเขตปริมณฑล (2.36) และต่างจังหวัด (1.47) (ตาราง 3-41)

ตาราง 3-41 ข้อมูลการให้บริการ ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าชดเชย และอัตราชดเชย บริการผู้ป่วยนอก/ใน ตามที่ตั้งโรงพยาบาล

รายการ	กรุงเทพ	ปริมณฑล	ต่างจังหวัด
ผู้ป่วยนอก			
อัตราชดเชย	32%	35%	45%
ค่าบริการต่อครั้ง (บาท)	8,207	7,387	5,878
ค่าชดเชยต่อครั้ง (บาท)	2,587	2,563	2,658
ผู้ป่วยใน			
อัตราชดเชย	26%	37%	37%
หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง	2.44	2.36	1.47
ค่าบริการต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	47,962	31,104	32,379
ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (บาท)	12,533	11,480	11,886

หมายเหตุ รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

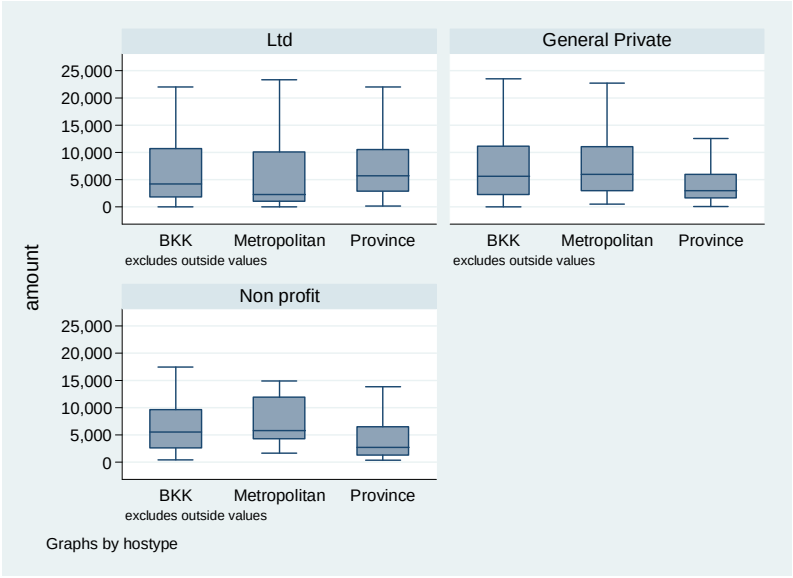
ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการจำแนกและวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น พบว่า อัตราเรียกเก็บบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้นโยบายนี้ มีความแตกต่างกันตามประเภทของสถานพยาบาล และสถานที่ตั้ง ทั้งกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และเมื่อพิจารณาตามประเภทสถานพยาบาลและสถานที่ตั้ง พบว่า อัตราเรียกเก็บต่อรายกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและอัตราเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนของแต่ละกลุ่มโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ (รูป 3-18)

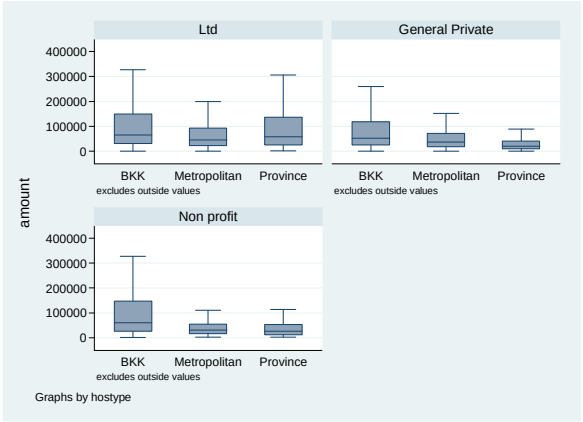
กรณีผู้ป่วยนอก อัตราเรียกเก็บต่อรายในกลุ่มของโรงพยาบาลตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลในเขตพื้นที่ต่างจังหวัดเรียกเก็บในอัตราที่สูงกว่าโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปและกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอัตราเรียกเก็บไม่แตกต่างจากโรงพยาบาลในพื้นที่ปริมณฑล และสูงกว่าโรงพยาบาลต่างจังหวัด

กรณีผู้ป่วยใน อัตราเรียกเก็บต่อราย และอัตราเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนในกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์มีความแตกต่างเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในแต่ละพื้นที่ ขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลทั่วไปและกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครจะมีอัตราเรียกเก็บสูงกว่าโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ปริมณฑลและต่างจังหวัด

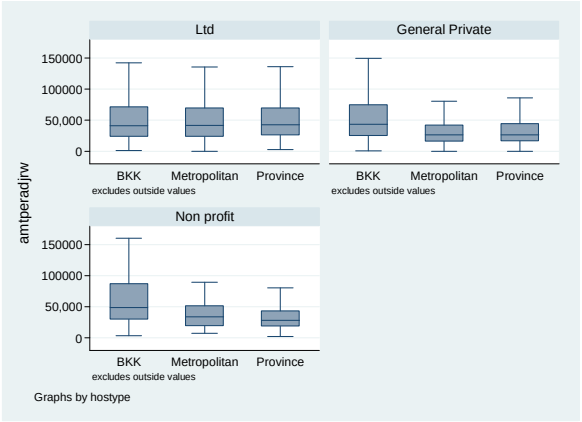
รูป 3-18 ค่าบริการเรียกเก็บ จำแนกตามประเภทสถานพยาบาลและที่ตั้ง



(1) ผู้ป่วยนอก (ต่อครั้ง)



(2) ผู้ป่วยใน (ต่อครั้ง)



(3) ผู้ป่วยใน (ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน)

หมายเหตุ รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และพ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

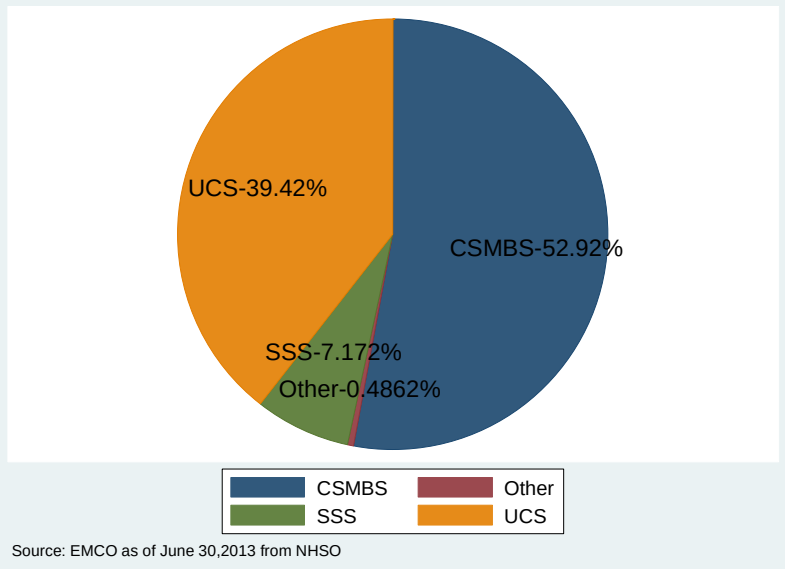
3.3.2 อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่ควรจะเป็น

อัตราการจ่ายชดเชยที่เหมาะสมนั้นเป็นการหาจุดสมดุลจากความต้องการของสถานพยาบาลเอกชนว่าต้องการได้รับอัตราการจ่ายเงินชดเชยเท่าใด (Willingness to accept) และระดับอัตราการจ่ายการจ่ายเงินชดเชยตามความต้องการของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน (Willingness to pay) ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ Willingness to accept คำนวณจากค่ากลางของราคาค่าบริการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ส่วน Willingness to pay นั้นเป็นการดูจากราคาที่หน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐได้ตัดสินใจยอมจ่ายให้กับโรงพยาบาลเอกชนในกรณีอื่น

ในการวิเคราะห์หาอัตราการจ่ายค่าชดเชยในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกนั้น รูปแบบที่หน่วยจ่ายกลางจ่ายคืนให้กับโรงพยาบาลนอกเครือข่ายจะเป็นการจ่ายตามรายการที่กำหนดไว้ นอกเหนือจากรายการที่กำหนดจะจ่ายตามจริง ในวงเงินไม่เกิน 1,000 บาท อีกทั้งจำนวนบริการผู้ป่วยนอก คิดเป็นร้อยละ 12.38 ของบริการทางการแพทย์ทั้งหมด ดั้งนั้นบริการผู้ป่วยนอกนั้นไม่ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานตามนโยบาย จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์

รูปแบบการคำนวณอัตราจ่ายค่าชดเชยในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินที่เหมาะสม กรณีผู้ป่วยในนั้น คณะวิจัยได้อ้างอิงกรอบการคำนวณของรายงานวิจัย “โครงการพัฒนารูปแบบและอัตราการจ่ายเงินชดเชยการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตร่วม 3 กองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วย ฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” ทั้งนี้ฐานข้อมูลที่ใช้ในการคำนวณได้มีการปรับปรุงล่าสุดให้ตรงกับช่วงเวลาในการทำรายงานวิจัย นอกจากนี้การวิเคราะห์อัตราการจ่ายเงินค่าชดเชยที่ควรจะเป็นมีข้อจำกัดของระบบรายงานข้อมูลของระบบ EMCO ซึ่งเดิมไม่มีข้อมูลจำแนกค่าใช้จ่ายเป็นรายหมวด จึงมีเพียงข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายที่ทำการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากระบบจ่ายกลาง ในระหว่างเดือนเมษายน 2556-มิถุนายน 2556 ที่สามารถมาใช้ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในระดับรายหมวดรายจ่าย

รูป 3-19 สัดส่วนผู้ป่วยในที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน จำแนกตามประเภทกองทุน



หมายเหตุ: ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

จำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนและได้รับการอนุมัติจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด 2,468 ราย มีสัดส่วนผู้ป่วยระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) สูงสุดร้อยละ 52.92 (1,306 คน) รองลงมา คือ ผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) ร้อยละ 39.42 (973 คน) ผู้ป่วยประกันสังคม (SSO) ร้อยละ 7.17 (177 คน) และสิทธิอื่นๆ ร้อยละ 0.4862 (12 คน) ตามลำดับ (รูป 3-19)

จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งประเภทวิกฤต (สีแดง) และเร่งด่วน (สีเหลือง) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนและได้รับการอนุมัติจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จำนวน 1,088 ราย และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) จำนวน 1,380 ราย ทั้งนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีระดับความรุนแรง (2.73) สูงกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (1.62) อย่างไรก็ตาม ค่ารักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนเรียกเก็บขาดความสอดคล้องต่อระดับความรุนแรงของผู้ป่วย กล่าวคือ ค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนสูงกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ตาราง 3-42) ส่งผลให้อัตราชดเชยของการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสูงกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

ตาราง 3-42 จำนวน หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง ค่าบริการเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ค่าชดเชยต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน และอัตราชดเชย ตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรง	จำนวน (ครั้ง)	หน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนต่อครั้ง (AdjRW)	ค่าบริการเรียกเก็บต่อ AdjRW	ค่าชดเชย* ต่อ AdjRW	อัตราชดเชย*
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	1,088	2.73	46,442	12,404	27%
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	1,380	1.62	51,807	12,943	25%
รวม	**2,468**	**2.11**	**48,747**	**12,636**	**26%**

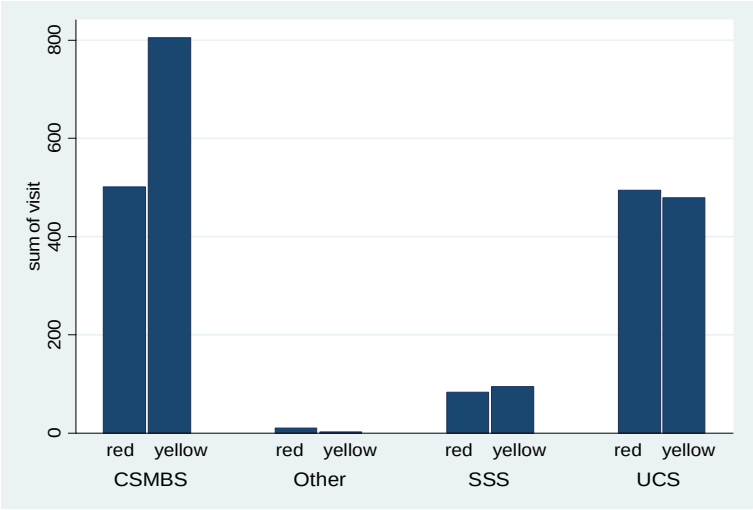
หมายเหตุ ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

*รวมเงินชดเชยจากกองทุนประกันสุขภาพ และ พ.ร.บ.รถยนต์ (ถ้ามี)

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

พิจารณาระดับความรุนแรงตามสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) น้อยกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ในอัตราส่วน 1:1.6 คน เช่นเดียวกับผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งมีอัตราส่วน 1:1.13 คน ซึ่งตรงข้ามกับผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) มากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ในอัตราส่วน 1:0.97 คน (รูป 3-20)

รูป 3-20 จำนวนผู้ป่วยในที่เข้าร่วมรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ และระดับความรุนแรง



หมายเหตุ ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อพิจารณาอัตราการจ่ายเงินชดเชยจริงที่เกิดขึ้นและปริมาณการเข้ารับบริการในแต่ละสิทธิที่ผ่านมาเปรียบเทียบกับค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บนั้น พบว่า ภาระทางการเงินของแต่ละกองทุนถือว่ายังอยู่ในอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยที่กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) มีอัตราการจ่ายเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลสูงที่สุด ในอัตราร้อยละ 27 ตามด้วยกองทุนประกันสังคม (SSS) และกองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS) ที่มีร้อยละ 24 เท่ากัน (ตาราง 3-43)

ตาราง 3-43 ประมาณภาระทางการเงินต่อปีของแต่ละกองทุน สำหรับการให้บริการผู้ป่วยในฉุกเฉิน

ประเภทกองทุน	ค่ารักษาพยาบาลที่อนุมัติจ่ายชดเชย	ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บ	อัตราชดเชย
สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (CSMBS)	32,520,544	134,170,009	24%
ประกันสังคม (SSS)	4,848,730	19,975,550	24%
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)	26,630,183	98,498,046	27%

หมายเหตุ: ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1) อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวัง (Willingness to accept)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระหว่างเดือนเมษายน 2556 ถึงมิถุนายน 2556 จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่ายโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป และโรงพยาบาลมูลนิธิ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป มีจำนวนมากที่สุด 1,968 ราย เป็นผู้ป่วยจากกองทุนประกันสังคม จำนวน 135 ราย คิดเป็นร้อยละ 7 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป รองลงมา ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย จำนวน 379 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม จำนวน 30 ราย (ร้อยละ 8) และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมูลนิธิ จำนวน 121 ราย เป็นผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 11) (ตาราง 3-44 และตาราง 3-45)

เมื่อพิจารณาค่าบริการทางการแพทย์กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า ใน***กรณีรวมทั้งสามกองทุน*** อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวังจะเท่ากับค่าเฉลี่ยของค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และใน

เครือข่ายมีค่าบริการเรียกเก็บสูงสุด ตามด้วยโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป และโรงพยาบาลมูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร) ตามลำดับ (ตาราง 3-44) สำหรับ***ผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม*** ค่ากลางของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่ายมีค่าบริการเรียกเก็บสูงสุดเช่นเดียวกัน รองลงมาคือ โรงพยาบาลมูลนิธิ และโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป ตามลำดับ (ตาราง 3-45)

เมื่อทำการวิเคราะห์อัตราค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนกรณีผู้ป่วยในจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลโดยวิธีทางสถิติด้วย Kruskal-Wallis เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดสามกองทุนให้ค่าทดสอบไคว์สแควร์ เท่ากับ 28.288 ซึ่งมากกว่าค่า $\chi_{0.05}$ with 2 d.f. = 10.60 และค่า p-value = 0.0001 (ตาราง 3-44) แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลที่จำแนกกลุ่มตามประเภท มีการตั้งราคาค่ารักษาพยาบาล (Price setting) ที่แตกต่างกัน

ตาราง 3-44 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งสามกองทุน

ประเภท รพ.	จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ตลาดหลักทรัพย์และในเครือ	379	79,290.1	47,182.7	5,559.6	1,640,969
เอกชนทั่วไป	1,968	56,960.1	37,114.0	1,006.9	965,779
มูลนิธิ	121	44,548.3	34,652.0	3,611.8	306,786
ตลาดหลักทรัพย์ : เอกชนทั่วไป		1.39	1.27	5.52	1.70
ตลาดหลักทรัพย์ : มูลนิธิ		1.78	1.36	1.54	5.35

chi-squared = 28.228 with 2 d.f. probability = 0.0001

หมายเหตุ: ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตาราง 3-45 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม

ประเภท รพ.	จำนวน (ราย)	ค่าเฉลี่ย	ค่ามัธยฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ตลาดหลักทรัพย์และในเครือ	30	70,870.0	49,406.4	11,313.3	272,704.7
เอกชนทั่วไป	135	57,355.0	40,576.0	3,499.2	556,227.0
มูลนิธิ	12	62,910.8	68,041.8	3,611.8	138,318.7
ตลาดหลักทรัพย์ : เอกชนทั่วไป		1.24	1.22	3.23	0.49
ตลาดหลักทรัพย์ : มูลนิธิ		1.13	0.73	3.13	1.97

หมายเหตุ ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เมื่อได้ทำการพิจารณาความแตกต่างของการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละประเภท จำแนกตามสถานที่ตั้ง โดยวิธีทางสถิติด้วย Kruskal-Wallis เพราะเป็นการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป สำหรับกลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย พบว่า ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลกลุ่มนี้เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ไม่มีความแตกต่างกันตามสถานที่ตั้ง ซึ่งให้ค่าทดสอบไคว์สแควร์ เท่ากับ 0.371 ซึ่งน้อยกว่าค่า $\boldsymbol{\chi_{0.05}}$ with 2 d.f. = 10.60 และค่า p-value = 0.8306 ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลต่อ AdjRW แตกต่างกันตามสถานที่ตั้ง จากค่าทดสอบไคว์สแควร์ เท่ากับ 223.928 ซึ่งมากกว่าค่า $\boldsymbol{\chi_{0.05}}$ with 2 d.f. = 10.60 และค่า p-value = 0.0001 เช่นเดียวกันกับกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ ให้ค่าทดสอบไคว์สแควร์ เท่ากับ 11.962 ซึ่งมากกว่าค่า $\boldsymbol{\chi_{0.05}}$ with 2 d.f. = 10.60 และค่า p-value = 0.0025 แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลมูลนิธิมีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนแตกต่างกันตามสถานที่ตั้งเช่นกัน (ตาราง 3-46) ทั้งยังพบว่า โรงพยาบาลเอกชนที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนการเก็บค่ารักษาพยาบาลสูงที่สุดทั้งผู้ป่วยของสามกองทุน และเฉพาะผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม (ตาราง 3-46 และ ตาราง 3-47)

ตาราง 3-46 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้ง

รพ.ตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	159.00	83,450.34	45,848.75	7,915.65	1,640,969.00
ปริมณฑล	147.00	73,275.83	48,102.62	5,559.64	451,268.20
ต่างจังหวัด	73.00	82,339.54	46,601.23	9,209.77	1,127,531.00
กรุงเทพ : ปริมณฑล		1.14	0.95	1.42	3.64
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		1.01	0.98	0.86	1.46

chi-squared = 0.371 with 2 d.f. probability = 0.8306

รพ.เอกชนทั่วไป					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	991.00	73,290.06	50,015.99	3,094.07	965,779.40
ปริมณฑล	147.00	36,256.16	27,360.95	3,025.40	275,571.00
ต่างจังหวัด	830.00	41,129.45	29,256.95	1,006.87	803,099.00
กรุงเทพ : ปริมณฑล		2.02	1.83	1.02	3.50
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		1.78	1.71	3.07	1.20

chi-squared = 223.928 with 2 d.f. probability = 0.0001

รพ.มูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร)					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	57.00	56,759.07	44,344.71	3,611.82	306,786.20
ปริมณฑล	20.00	31,146.16	22,057.83	7,279.08	110,645.80
ต่างจังหวัด	44.00	34,821.78	31,917.02	6,069.17	112,320.30
กรุงเทพ : ปริมณฑล		1.82	2.01	0.50	2.77
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		1.63	1.39	0.60	2.73

chi-squared = 11.962 with 2 d.f. probability = 0.0025

ตาราง 3-47 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้งเฉพาะผู้ป่วยของกองทุนประกันสังคม

รพ.ตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	17.00	95,765.26	69,716.27	11,323.86	272,704.70
ปริมณฑล	4.00	36,900.68	39,459.07	11,313.30	57,371.29
ต่างจังหวัด	9.00	38,943.02	40,457.10	14,115.06	67,515.86
กรุงเทพ : ปริมณฑล		2.60	1.77	1.00	4.75
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		2.46	1.72	0.80	4.04
รพ.เอกชนทั่วไป					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	81.00	74,063.05	51,393.42	3,499.16	556,227.00
ปริมณฑล	5.00	31,130.72	35,373.08	12,201.12	49,601.23
ต่างจังหวัด	49.00	32,411.56	30,127.59	10,541.65	84,282.66
กรุงเทพ : ปริมณฑล		2.38	1.45	0.29	11.21
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		2.29	1.71	0.33	6.60
รพ.มูลนิธิ (ไม่แสวงหากำไร)					
สถานที่ตั้ง	**จำนวน (ราย)**	**ค่าเฉลี่ย**	**ค่ามัธยฐาน**	**ค่าต่ำสุด**	**ค่าสูงสุด**
กรุงเทพ	11.00	65,213.39	68,381.32	3,611.82	138,318.70
ปริมณฑล	1.00	37,582.64	37,582.64	37,582.64	37,582.64
ต่างจังหวัด	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
กรุงเทพ : ปริมณฑล		1.74	1.82	0.10	3.68
กรุงเทพ : ต่างจังหวัด		0.00	0.00	0.00	0.00

หมายเหตุ: ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ค่าบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บจากผู้ป่วยในต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน มีความแตกต่างกันตามกลุ่มประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้ง โดยค่าบริการทางการแพทย์ที่เรียกเก็บของกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่ายไม่มีความแตกต่างกันตามสถานที่ตั้ง ในขณะที่กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและโรงพยาบาลมูลนิธิมีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลแตกต่างกันตามเขตพื้นที่ตั้ง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและต่างจังหวัด ดังนั้น อัตราการจ่ายเงินค่าชดเชยที่เป็นไปได้จึงควรแบ่งตามลักษณะการประกอบการหรือตามประเภทโรงพยาบาล และตามเขตพื้นที่ตั้ง

เมื่อวิเคราะห์ค่ากลาง (expected value) ของค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) ในแต่ละกลุ่มประเภทโรงพยาบาลและเขตพื้นที่ตั้ง ตามการลักษณะกระจายของข้อมูลเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Distribution Function) ด้วยวิธีการทางคณิตศาสตร์ประกันภัย (Actuarial Science) เพื่อประมาณอัตราค่าบริการที่เป็นไปตามความคาดหวังของโรงพยาบาลเอกชน (ภาคผนวก 5) ค่ากลางนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นราคาต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) ที่กลุ่มโรงพยาบาลนั้นคาดหวัง โดยสามารถแบ่งกลุ่มค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนควรเรียกเก็บต่อ AdjRW ออกเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) กลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย ค่ากลางของราค่ารักษาพยาบาลที่คาดหวังไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ ดังนั้น ค่าที่ได้จึงเท่ากับ 50,011 บาทต่อ AdjRW ซึ่งค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มนี้มีการแจงแจงแบบ lognormal (2) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป ในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 51,277 บาท ซึ่งค่ารักษาพยาบาลกลุ่มนี้มีการแจงแจงแบบ lognormal (3) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป ในเขตปริมณฑล ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 28,254 บาท ค่ารักษาพยาบาลมีการแจงแจงแบบ lognormal (4) กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป ในเขตต่างจังหวัด ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 30,485 บาท โดยค่ารักษาพยาบาลมีการแจกแจงแบบ lognormal (5) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 42,489 บาท ซึ่งค่ารักษาพยาบาลมีการแจกแจงแบบ lognormal (6) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ ในเขตปริมณฑล ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 24,294 บาท ซึ่งค่ารักษาพยาบาลมีการแจงแจงแบบ lognormal และ (7) กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ ในเขตต่างจังหวัด ได้ค่ากลางของราคารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลคาดหวังต่อ AdjRW เท่ากับ 28,624 บาท โดยค่ารักษาพยาบาลของกลุ่มนี้มีการแจกแจงแบบ lognormal (ตาราง 3-48)

ตาราง 3-48 ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวังต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน สำหรับผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลและสถานที่ตั้ง

ประเภทโรงพยาบาล	สถานที่ตั้ง		
	กรุงเทพมหานคร	ปริมณฑล	ต่างจังหวัด
ตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย	50,011 (Lognormal)		
เอกชนทั่วไป	51,277 (Lognormal)	28,254 (Lognormal)	30,485 (Lognormal)
มูลนิธิ	42,489 (Lognormal)	24,294 (Lognormal)	28,624 (Lognormal)

หมายเหตุ ข้อมูลผู้ป่วยในตั้งแต่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 ที่ได้รับอนุมัติทางการเงิน

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วย EMCO ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2556 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากการเปรียบเทียบงบการเงินของโรงพยาบาลด้วยวิธีหาอัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (cost to charge ratio)[20] จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2552 - 2555 พบว่า โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่ายมีสัดส่วนกำไรต่อรายจ่ายมากกว่า โรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและโรงพยาบาลมูลนิธิ (ตาราง 3-49) หรืออีกนัยหนึ่ง ต้นทุนการจัดบริการต่ำกว่า โดยเมื่อพิจารณาอัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (ค่า cost to charge ratio) ของโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย พบว่าโดยเฉลี่ยมีค่านี้ต่ำกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและโรงพยาบาลมูลนิธิ

ตาราง 3-49 อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (ค่า cost to charge ratio) ตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ค่าเฉลี่ย				ค่ามัธยฐาน			
	2555	2554	2553	2552	2555	2554	2553	2552
ตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย	0.84	1.02	0.90	0.87	0.85	0.87	0.87	0.90
เอกชนทั่วไป	0.92	0.94	0.93	0.96	0.91	0.94	0.95	0.96
มูลนิธิ	1.01	1.03	0.97	0.97	1.01	1.03	0.97	0.97

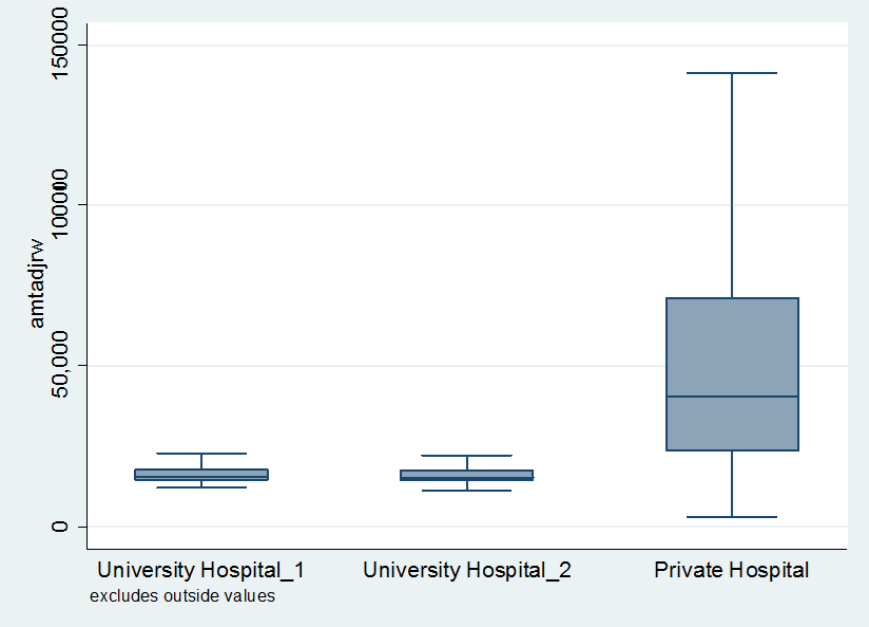
ที่มา: (สุริยะวงศ์ไพศาล, และคนอื่นๆ 2556)

[20] วิธีการคำนวณต้นทุนวิธีหาอัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (cost to charge ratio) เป็นวิธีประมาณการอย่างหยาบด้วยข้อจำกัดที่ข้อมูลต้นทุนอย่างละเอียดต้องใช้ข้อมูลรายละเอียดซึ่งสถานพยาบาลเอกชนไม่สะดวกที่จะปิดเผย ต้นทุนเฉลี่ยที่ได้จากวิธีนี้น่าจะสูงกว่าค่าเฉลี่ยที่ควรจะเป็นของผู้ป่วย EMCO เนื่องจากรวมเอาต้นทุนบริการของผู้ป่วยพิเศษ และผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่จ่ายเงินเอง

เปรียบเทียบค่าบริการของโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

อัตราค่าบริการดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนพบความแปรปรวนอย่างชัดเจนและสูงกว่าอัตราค่าบริการของโรงพยาบาลภาครัฐมาก ดังในรูป 3-21 แสดงให้เห็นความแตกต่างของค่าบริการในกลุ่มโรคเดียวกันระหว่างระหว่างโรงพยาบาลเอกชนกับโรงเรียนแพทย์ 2 กลุ่ม ซึ่งกลุ่มแรกเป็นโรงพยาบาลที่มีต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์สูง ส่วนกลุ่มที่สองเป็นโรงพยาบาลที่มีต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปานกลาง โดยนำข้อมูลค่าบริการที่กรมบัญชีกลางจ่ายให้แก่โรงเรียนแพทย์ทั้ง 2 กลุ่มสำหรับผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกันกับผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินวิกฤต ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 มาเปรียบเทียบกับข้อมูลการเรียกเก็บเงินสำหรับผู้ป่วย EMCO ดังรูป 3-21 ซึ่งจะเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และค่าความแปรปรวน

รูป 3-21 เปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนระหว่างสวัสดิการข้าราชการที่รักษาในโรงเรียนแพทย์กับโรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน



ค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บต่อ adjRW แยกตามประเภทโรงพยาบาล

HOSTYPE	sum(visit)	Mean	Med	Min	Max	Std. Dev.	Skewness	Kurtosis
University Hospital_1	3,170	17,891.82	15,580.67	2,215.27	318,939.40	11,522.74	14.1771	282.4939
University Hospital_2	7,661	18,057.00	15,400.36	122.38	2,173,660.00	30,219.72	59.1540	3,895.9100
Private Hospital	1,257	62,607.40	40,487.55	2,825.22	1,640,969.00	86,703.97	8.0800	114.8722

ที่มา: การศึกษาต้นทุนบริการของโรงเรียนแพทย์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

(พงศ์ภัทรชัย, สกุลพาณิชย์, ธรรมวันนา และวงษ์ศิลป์, 2555)

ทั้งนี้จากการศึกษาต้นทุนบริการของโรงเรียนแพทย์ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 (พงศ์ภัทรชัย, สกุลพาณิชย์, ธรรมวันนา และวงษ์ศิลป์, 2555) พบว่าโรงพยาบาลกลุ่มแรกมีต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์เกินกว่า 20,000 บาท อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (cost to charge ratio) อยู่ระหว่าง 1.01-1.39 และเป็นกลุ่มที่มีค่าดัชนีความซับซ้อนในการรักษาสูงที่สุด โรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มนี้เป็นโรงเรียนแพทย์ขนาดใหญ่ในสังกัดมหาวิทยาลัย ส่วนโรงพยาบาลกลุ่มที่สองมีต้นทุนต่อน้ำหนักสัมพัทธ์ประมาณ 14,500 – 16,700 บาท อัตราส่วนต้นทุนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (cost to charge ratio) อยู่ระหว่าง 1.01-1.03 โดยส่วนใหญ่มีดัชนีความซับซ้อนปานกลาง

เพื่ออธิบายที่มาของความแตกต่างของราคาบริการของแต่ละโรงพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น คณะวิจัยได้ขอความอนุเคราะห์สถานพยาบาลเอกชนที่ได้ทำการเบิกจ่ายผ่านหน่วยจ่ายกลางระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2556 ถึง 30 มิถุนายน 2556 และได้รับเพียง 80 รายเท่านั้น จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,468 ราย ซึ่งได้ทำการวิเคราะห์รายละเอียดความสอดคล้องของการวินิจฉัยกับรายการบริการ และราคาบริการ โดยจำนวนรายการค่ารักษาพยาบาลที่นำมาตรวจสอบมีการกระจายครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป และโรงพยาบาลมูลนิธิทั้งในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด

จากการวิเคราะห์ราคายาและเวชภัณฑ์เปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลศูนย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ปรากฏว่ามีความแตกต่างกันของค่ายาแต่ละรายการ ตั้งแต่ 115% ถึง 39,900% (ตาราง 3-50) และพบความแตกต่างกันสำหรับเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาแต่ละรายการ ตั้งแต่ 155% ถึง 4,400% (ตาราง 3-51) เมื่อตรวจสอบความเหมาะสมระหว่างรายการให้บริการเทียบกับการวินิจฉัยและการรักษาบางกลุ่มโรคโดยแพทย์เฉพาะทาง พบตัวอย่างการให้บริการที่เกินจำเป็นหลายกรณี (ตาราง 3-52) เช่น บริการโลหิต (ให้เลือดโดยไม่จำเป็นต้องให้) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (คัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากในคนไข้ปอดบวม) และการใช้อุปกรณ์ (เบิกอุปกรณ์ยึดตรึงกระดูกต้นคอในคนไข้ความดันเลือดสูง) เป็นต้น นอกจากนี้ได้แสดงผลการเปรียบเทียบราคาบริการย่อย 20 รายการของโรงพยาบาลเอกชนจากตัวอย่างผู้ป่วย 80 รายข้างต้น กับราคาตามอัตราค่าบริการสาธารณสุข (เล่มแดง) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2547 ซึ่งเป็นราคาที่กำหนดกำไร 20% ให้กับโรงพยาบาล โดยการวิเคราะห์ได้ทำการปรับเพิ่มตามอัตราเงินเฟ้อจนถึงปัจจุบัน พบว่า ราคาบริการของโรงพยาบาลเอกชนมีการเรียกเก็บมากกว่าราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ ตั้งแต่ 13% ถึง 1,328% (ตาราง 3-53)

ตาราง 3-50 ร้อยละของราคายาที่แพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 10 อันดับแรก จากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคายาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย

ชื่อยา	ราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละของราคาที่แพงกว่าอัตรากระทรวงสาธารณสุข
Vitamin B complex 1 ml.	1.5	39,900
Atropine 0.6 mg./ml.	3	13,233.33
Metoclopramide 10 mg./2 ml.	3.75	9,420
Diazepam 10 mg.	4.5	8,788.89
Adrenaline injection(1:1000) 1 mg./ml.	4	8,300
Rocephine 1 mg.(ceftriaxone)	16.5	7,827.27
Calcium Glunate 10%	8.25	7,657.58
Dimehydrinate 50 mg/ml.	4	7,400
Morphine 10 mg./ml.	6.5	6,976.92
Pethidine 50 mg.	6.5	6,976.92

ตาราง 3-51 ร้อยละของราคายาที่แพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 5 อันดับสุดท้ายจากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคายาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย

ชื่อยา	ราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละของราคาที่แพงกว่าอัตรากระทรวงสาธารณสุข
Moxifloxacin 400 mg./250 ml.(Avelox)	903.56	148.68
Methylprednisolone 1 gm.	2,520.89	144.28
Levofloxacin 500 mg. tab	73.83	139.74
Methylprednisolone 500 mg	1,650	115.76
Lansoprazone (Prevacid) 30 mg. Tab	51.5	115.53

ตาราง 3-52 ร้อยละของราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ที่ราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 10 อันดับ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย

รายการ	ราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละของราคาที่แพงกว่าอัตรากระทรวงสาธารณสุข
Suction Tube all #	10	4,400
Glove (sterite)	16	2,462.50
Set IV	15	2,400
Extention tube 36	10	2,150
Extention tube 18	10	2,100
Oxygen canular	32	2,087.50
Glove dispossible	2.26	1,891.15
Syringe 10 ml.	5	1,680
Feeding tube	20	1,600
Silk black	28.5	1,577.19

ตาราง 3-53 ร้อยละของราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาที่ราคาแพงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลมากที่สุด 5 อันดับสุดท้ายจากการวิเคราะห์ความแตกต่างในการกำหนดราคาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย

ชื่อยา	ราคาตามอัตราค่าบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	ร้อยละของราคาที่แพงกว่าอัตรากระทรวงสาธารณสุข
Extention tube 1200	50	294
Conform 3"	27.5	285
Elastic bandage 3"	30	240
Thoracic Catheter 32	306.5	170.15
Extention tube 1800	50	155

รูป 3-22 วิเคราะห์การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 80 ราย

1) **ตัวอย่างค่าใช้จ่ายที่ไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา**

ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต

- สรุปหัตถการให้เลือดในผู้ป่วยที่การวินิจฉัยโรคที่ไม่จำเป็นต้องใช้เลือด
- เบิกค่า PRC-NAT (สำหรับธนาคารเลือด) ในผู้ป่วยปอดบวม

ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา

- ตรวจหาการทำงานของต่อมไทรอยด์ (TSH) และ DNA Profile ในผู้ป่วยโรคนิ่ว (Calculus of kidney)
- ตรวจหามะเร็งต่อมลูกหมาก (PS: Prostatic Specific Ag) ในผู้ป่วยปอดบวม
- ตรวจ CBC ในผู้ป่วย Hypertensive renal disease
- ตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ (CEA) ในผู้ป่วย Lipoprotein deficiency

ค่าอุปกรณ์ของใช้และเครื่องมือทางการแพทย์

- เบิกอุปกรณ์ Catherization Set, Irrigation Set ในการรักษาผู้ป่วยโรค COPD
- เบิก Soft collar size M, L ในผู้ป่วย HT
- ตัวอย่างค่าใช้จ่ายที่ไม่สอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคและการรักษา

2) **เปรียบเทียบค่ารักษาที่เรียกเก็บกับอัตราค่าบริการสาธารณสุข (เล่มแดง) ในรายการที่มีราคาต่อหน่วยสูงกว่า 500 บาท**

รายการเบิก	เบิก	อัตราบริการ (เล่มแดง)	อัตราบริการปรับด้วยเงินเฟ้อ	% ความแตกต่าง
1. ค่าตรวจ Lab ANTI-HIV (STAT)	530	250	309	72%
2. ค่าใส่ Tube	1,500	300	371	305%
3. BRAIN CT SCAN	8,050	3,100	3,831	110%
4. TROPONIN-T	1,150	400	494	133%
5. ค่าห้องสามัญ	600	300	371	62%
6. ค่าห้อง ICU	1,600	600	741	116%
7. Doppler of carotid & vertebral arteries	2,500	1,200	1,483	69%
8. ECHO (รวมเจล)	2,800	600	741	278%
9. เครื่องหายใจ Bennett	8000	2,000	2,472	224%
10. CPR ปั๊มหัวใจ	2,000	900	1,112	80%
11. ค่าออกซิเจน (Bennett)	1,900	700	865	120%
12. EKG	550	300	371	48%
13. Whole abdomen	15,000	850	1,050	1328%
14. Raphale	2,800	2,000	2,472	13%

เพื่อให้เห็นถึงอัตราจ่ายที่เหมาะสม คณะวิจัยได้วิเคราะห์หาร้อยละของราคาที่มีการเบิกจ่ายอย่างเหมาะสมของบริการผู้ป่วยใน โดยพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมจากบัญชีรายการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (Billing) ที่มีรายการความไม่สอดคล้องของการวินิจฉัยกับรายการบริการและค่าบริการตามตาราง 3-53 และรูป 3-22

จากจำนวน 80 รายข้างต้น มีจำนวน Billing ที่วิเคราะห์ได้เพียง 66 รายเท่านั้น เป็น Billing ที่มีรายการการเบิกจ่ายอย่างเหมาะสมทั้งหมดร้อยละ 39 และเป็น Billing ที่มีรายการเบิกจ่ายอย่างไม่เหมาะสมอยู่ร้อยละ 61 (ตาราง 3-54) จาก 66 รายคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมโดยรวมร้อยละ 46 จำแนกเป็นโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปมีร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมต่ำสุดร้อยละ 25 ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่ายเท่ากับโรงพยาบาลเอกชนมูลนิธิที่ร้อยละ 52 (ตาราง 3-55)

ตาราง 3-54 แสดงจำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์

ประเภท	จำนวน (ราย)	สัดส่วน
ไม่เหมาะสม	40	61%
ปกติ	26	39%
ทั้งหมด	**66**	

ตาราง 3-55 จำนวนราย ค่าบริการเรียกเก็บ ค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม และร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม จำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวนราย	ค่าบริการเรียกเก็บ (ค่าใช้จ่าย)	ค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม	ร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสม
เอกชนทั่วไป	19	1,021,729	251,043	25
ตลาดหลักทรัพย์และในเครือข่าย	38	3,335,490	1,727,312	52
มูลนิธิ	9	245,127	128,504	52
Total	**66**	**4,602,346**	**2,106,859**	**46**

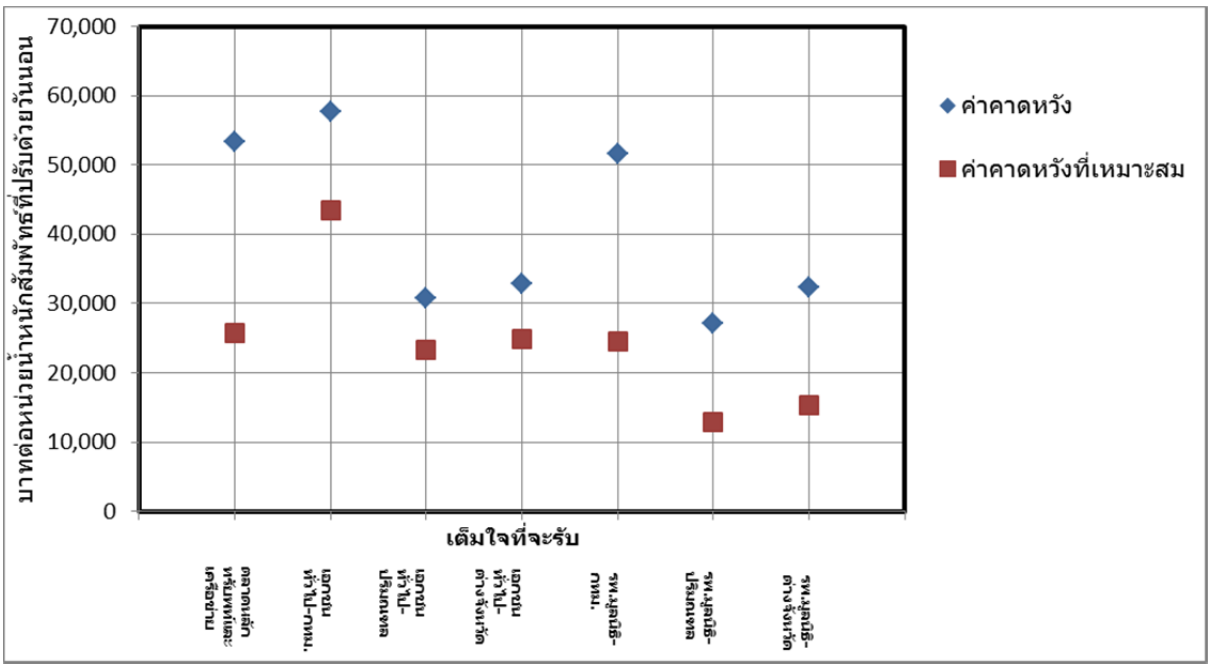
ผลการวิเคราะห์นี้ได้มาจากการตรวจสอบของทีม Auditor ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่เวชสถิติ แต่ด้วยข้อจำกัดที่ Auditor ไม่สามารถลงไปตรวจสอบถึงเวชระเบียนผู้ป่วยได้ ทำให้ไม่สามารถบอกถึงคุณภาพการรักษาของโรงพยาบาลได้

แม้ว่าร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่สอดคล้องกับผลการวินิจฉัยนี้ไม่สามารถอนุมานได้อย่างชัดเจนว่า เป็นตัวแทนของการรักษาของสถานพยาบาลเอกชนในกรณี EMCO ทั้งหมด เนื่องจาก (1) จำนวนตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์น้อย มีเพียง 66 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 2,468 ราย (2) ขอบเขตการวิเคราะห์รายละเอียดความสอดคล้องของการวินิจฉัยกับรายการบริการ และราคาบริการเฉพาะเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาเท่านั้น และ (3) ไม่มีราคาอ้างอิงมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลเอกชนที่เหมาะสม แต่ในเชิงนโยบายข้อมูลนี้ถือเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการหารือกับสถานพยาบาลเอกชนในการตั้งราคาจ่ายชดเชยได้

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งหน่วยจ่ายกลางและสำนักงานประกันสังคมควรทำการ Audit และเก็บข้อมูลเวชระเบียนเพื่อทำการวิเคราะห์ต่อไป และกำหนดมาตรฐานราคาและเพดานราคาในการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายต่อไป

เพื่อวิเคราะห์หาค่าคาดหวังที่เหมาะสมสำหรับการบริการฉุกเฉิน คณะวิจัยได้พิจารณาค่าคาดหวังของรักษาพยาบาลต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล (ตาราง 3-48) ทั้งหมดจำนวน 2,468 ราย และปรับลดด้วยร้อยละค่าใช้จ่ายที่ไม่ตรงกับการวินิจฉัยดังตาราง 3-55 จะได้อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวังที่เหมาะสม (ค่าคาดหวังที่เหมาะสม) ระหว่าง 12,907 – 43,475 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW)) ซึ่งลดลงจากราคาคาดหวังเดิมที่มีค่าระหว่าง 27,128 – 57,636 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (AdjRW)) ดังรูป 3-23

รูป 3-23 ราคาที่ยอมรับได้ของโรงพยาบาลเอกชน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล



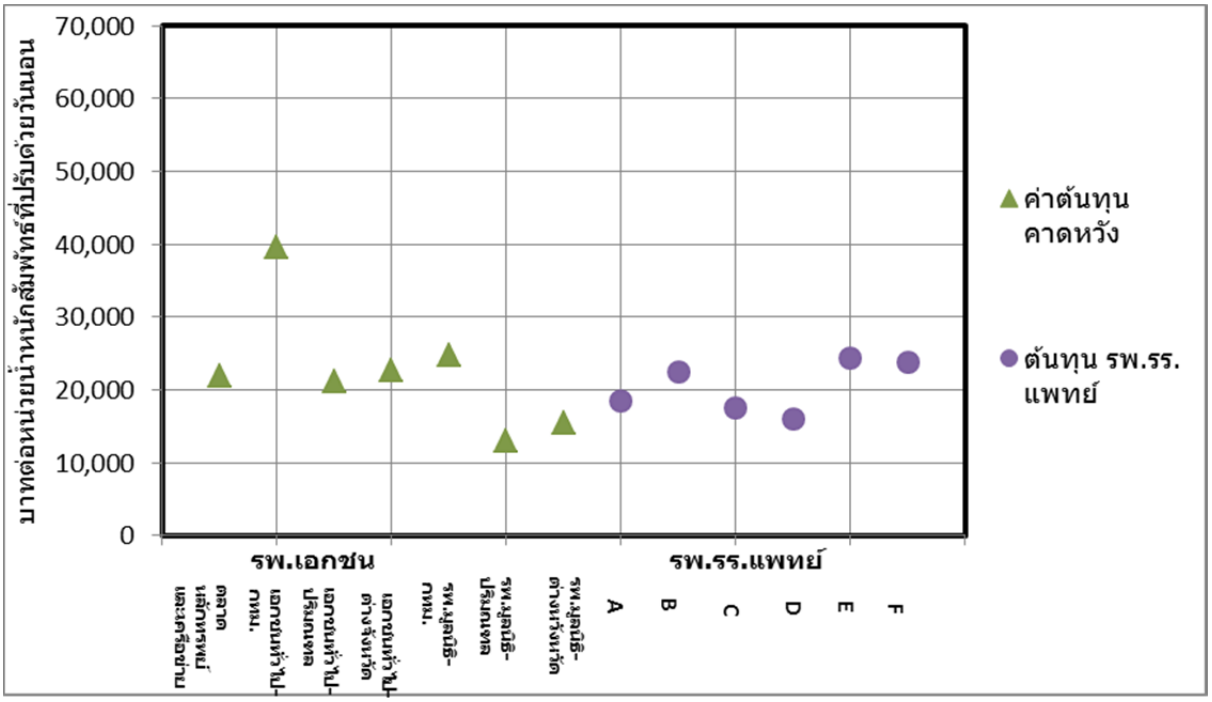
ทดสอบความเหมาะสมของต้นทุนค่าบริการโรงพยาบาลเอกชน โดยเปรียบเทียบต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนของโรงพยาบาลเอกชนกับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ด้วยเหตุผลด้านศักยภาพการรักษาพยาบาลที่ใกล้เคียงกัน โดยใช้อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่เหมาะสมจากค่าคาดหวังของโรงพยาบาลเอกชน (ค่าคาดหวังที่เหมาะสม) ข้างต้นปรับด้วย charge to cost ratio ของโรงพยาบาลเอกชนตามตาราง 3-49 เป็นต้นทุนประมาณการของโรงพยาบาลเอกชน (ค่าต้นทุนคาดหวัง) เปรียบเทียบกับต้นทุนค่าบริการของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (พ.ศ.2552) ที่ได้จากการศึกษาของสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) และปรับด้วยอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคาผู้บริโภค ชุดทั่วไป ของเว็บไซต์กระทรวงพาณิชย์ (ตาราง 3-56) พบว่า ต้นทุนคาดหวังของการจ่ายเงินชดเชยที่เหมาะสมแก่โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายมีค่าระหว่าง 13,036 – 39,562 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน คิดเป็นค่ามัธยฐานเท่ากับ 21,902 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน เปรียบเทียบกับต้นทุนโรงเรียนแพทย์ที่มีค่าบริการระหว่าง 16,104 ถึง 24,394 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (รูป 3-24)

ตาราง 3-56 ต้นทุนค่าบริการของ รพ.รร.แพทย์ปรับด้วยอัตราการเปลี่ยนแปลงดัชนีราคาผู้บริโภค

โรงพยาบาล	ต้นทุนต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน
A (Uhosnet)	18,416
B (Uhosnet)	22,485
C (Uhosnet)	17,515
E (Uhosnet)	16,104
F (Uhosnet)	24,394
G (Uhosnet)	23,832
H (MOPH)	16,419

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย พ.ศ.2552

รูป 3-24 ต้นทุนค่าบริการที่เหมาะสม (ต้นทุนคาดหวัง) ของโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์



2) ระดับอัตราการจ่ายเงินชดเชยตามความต้องการของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน (Willingness to pay)

หน่วยงานหลักประกันสุขภาพของรัฐมีการตกลงราคากับโรงพยาบาลเอกชนเพื่อจัดบริการให้สมาชิกของแต่ละกองทุนในกรณีเฉพาะอยู่หลากหลายรูปแบบ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางระบุราคาที่หน่วยงานหลักประกันสุขภาพของรัฐน่าจะยอมรับเป็นราคาที่จ่ายให้โรงพยาบาลเอกชนในกรณีให้บริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

ในส่วนของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการนั้นมีการนำร่องให้สมาชิกของระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนในกรณีผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าจำนวน 77 รายการ ตั้งแต่พฤษภาคม 2554 โดยใช้กลไกการจ่ายค่าบริการด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) ในอัตรา 10,540 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน โดยที่ไม่อนุญาตให้โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินที่เกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม ยกเว้นส่วนเพิ่มสำหรับค่าห้อง ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์ และค่าธรรมเนียมแพทย์ ซึ่งโดยหลักการ โรงพยาบาลจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพิ่มได้ในส่วนที่เป็นอัตราต่อวัน เช่น ค่าแพทย์เยี่ยมไข้ ค่าห้องส่วนเกิน ซึ่งมีโรงพยาบาลเอกชนสมัครเข้าร่วมโครงการ 80 แห่ง แต่สามารถให้บริการจริงเพียง 32 แห่ง จากการวิจัยประเมินผล (สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2555) พบว่าผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย

คิดเป็นร้อยละเงินร่วมจ่ายต่อค่ารักษาที่เรียกเก็บเท่ากับ 0.05- 8.0, 0.3-11.94 และ 0.1-8.0 สำหรับการผ่าตัดต้อกระจก การคลอด และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ตามลำดับ อัตราการร่วมจ่ายที่ต่างกันนี้เป็นผลจากนโยบายทางการตลาดและวิธีการรักษาของโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง

ถ้าพิจารณาจากกรณีที่กรมบัญชีกลางจ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในให้โรงพยาบาลของรัฐโดยใช้กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม พบว่า โดยเฉลี่ยจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 13,483 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน และจ่ายชดเชยค่าบริการนอกเหนือการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม ซึ่งประกอบด้วย ส่วนเพิ่มค่าแรงและค่าห้องค่าอาหาร โดยค่าห้องค่าอาหาร วันละ 600 บาท ถ้าอยู่โรงพยาบาลสามวันคิดเป็น 1,800 บาท สำหรับต้นทุนค่าแรงนั้น เนื่องจากกรมบัญชีกลางจ่ายเงินเดือนให้ข้าราชการและลูกจ้างประจำของโรงพยาบาลอยู่แล้ว จากผลการทบทวนวรรณกรรม พบว่าส่วนนี้คิดเป็นประมาณครึ่งหนึ่งของต้นทุนค่าแรงทั้งหมด ดังนั้นถ้าจะจ่ายชดเชยให้โรงพยาบาลเอกชน กรมบัญชีกลางต้องเพิ่มเงินเป็นค่าแรงอีก 2,379 บาท ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ดังนั้นระดับราคาที่กรมบัญชีกลางยินดีจ่ายให้โรงพยาบาลเอกชนสำหรับการนอนโรงพยาบาล 3 วัน โดยเทียบเท่ากับการจ่ายให้โรงพยาบาลรัฐจะเท่ากับ 17,662 บาท ต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน (รวมค่าห้องค่าอาหาร 3 วัน)

สำหรับกองทุนประกันสังคม มีการตกลงจ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม สำหรับบริการผู้ป่วยในที่มีน้ำหนักสัมพัทธ์เกิน 2 โดยแบ่งเป็นการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิจ่ายในระดับ 15,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน และ 11,500 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนสำหรับการรักษาในโรงพยาบาลระดับต่ำลงมา

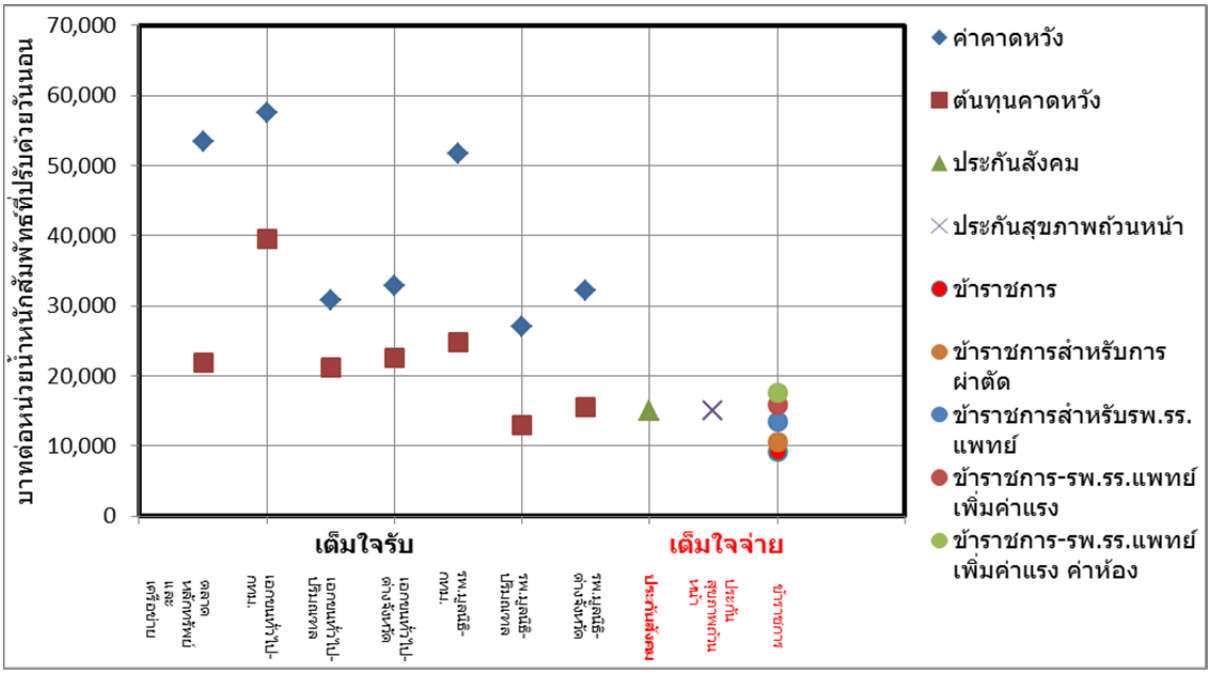
กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการตกลงกับโรงพยาบาลเอกชนซึ่งไม่เป็นโรงพยาบาลคู่สัญญาให้เป็นหน่วยสำรองเตียง ในกรณีที่ไม่สามารถหาโรงพยาบาลคู่สัญญาให้บริการได้ โดยกำหนดให้จ่ายเงินชดเชยผู้ป่วยในด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) สำหรับบริการผู้ป่วยในที่ราคาไม่เกิน 15,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน โดยได้รับค่าชดเชยเพิ่มเติมในส่วนค่าใช้จ่ายสูง อุปกรณ์ อวัยวะเทียม เช่นเดียวกับโรงพยาบาลคู่สัญญา ปัจจุบันมีบางเขตที่ต้องทำสัญญาสำรองเตียงกับโรงพยาบาลเอกชนที่ราคา 15,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน

ตาราง 3-57 ลักษณะและอัตราการจ่ายต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของ CSMBS	การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของ UC	การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในของ SS	การเบิกจ่ายค่าบริการผู้ป่วยใน EMCO
จ่าย รพ. เอกชนกรณีผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า 11,231 บาท/AdjRW + ค่าห้อง+ ค่ากายอุปกรณ์ตามอัตราที่กำหนด ทั้งนี้ รพ.เอกชนเรียกเก็บค่า DF และส่วนต่างได้ **จ่ายชดเชยให้กับ รพท.** จ่ายตาม DRG 9,223 บาท/AdjRW ไม่รวมค่าห้องอาหาร และอุปกรณ์ **จ่ายชดเชยให้กับ รพ.รร.แพทย์** - จ่ายตาม DRGs 13,483 บาท/AdjRW ไม่รวมค่าห้องอาหาร และอุปกรณ์ - อัตราเรียกเก็บนั้น กรมบัญชีกลางกำหนดอัตราจ่ายชดเชย โดยชดเชยเพียงร้อยละ 50 ของต้นทุนค่าแรง (ร้อยละ 32 ของต้นทุนรวม) หรือคิดเป็น 2,379 บาท/AdjRW	- จ่าย รพ.เอกชนระบบสำรองเตียง 15,000 บาท/AdjRW	- จ่าย รพ.เอกชนกรณีค่าใช้จ่ายสูง11,500 บาท/AdjRW - จ่าย รพ.ระดับตติยภูมิระดับสูง หรือตติยภูมิเฉพาะด้าน กรณีค่าใช้จ่ายสูง 15,000 บาท/AdjRW	- จ่ายตาม DRGs ที่ 10,500 บาท/AdjRW

จากผลการวิเคราะห์อัตราการจ่ายเงินชดเชยที่โรงพยาบาลเอกชนคาดหวัง (Willing to accept) ที่ปรับด้วยรายการที่เหมาะสมและต้นทุนต่อหน่วยแล้ว (ต้นทุนค่าคาดหวัง) เปรียบเทียบกับอัตราการจ่ายเงินชดเชยตามความต้องการของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 กองทุน (Willingness to pay) ยังคงมีความแตกต่างระหว่างราคา กล่าวคือ ต้นทุนค่าคาดหวังของโรงพยาบาลเอกชนจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่แล้วมีค่ามากกว่า 20,000 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนซึ่งมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 21,902 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ขณะที่อัตราการจ่ายเงินชดเชยตามความต้องการของหน่วยงานหลักประกันสุขภาพภาครัฐมีค่าสูงสุดที่ 17,622 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนด้วยการจ่ายเงินโดยกรมบัญชีกลางที่ให้กับผู้มีสิทธิในสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (รูป 3-25)

รูป 3-25 ค่าคาดหวัง ต้นทุนคาดหวัง และอัตราที่สามกองทุนจ่ายปัจจุบัน

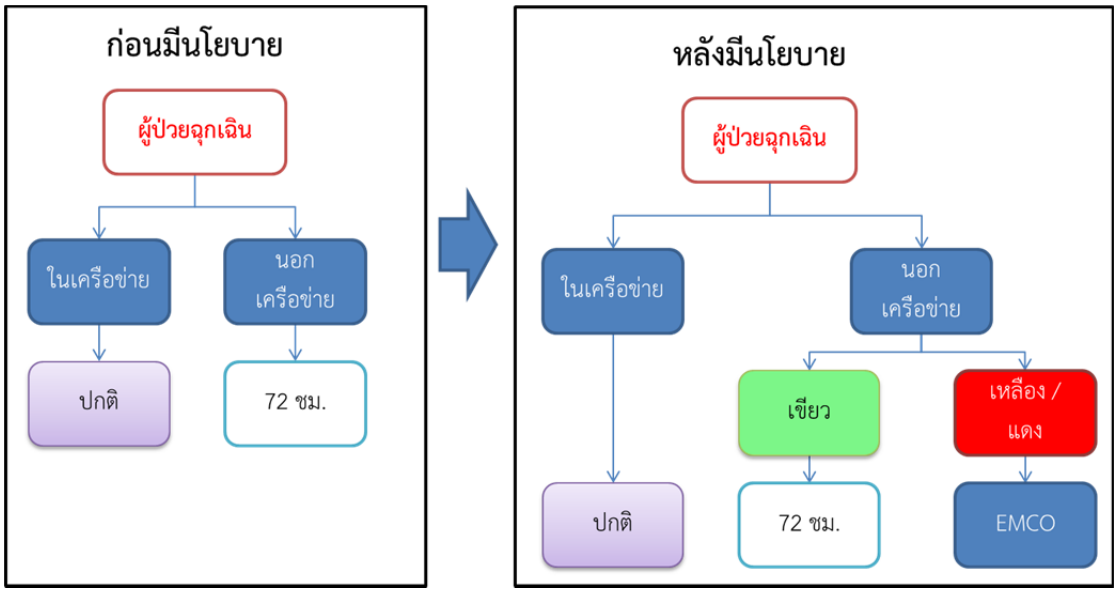


3.3.3 การให้บริการรักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมง ของกองทุนประกันสังคม เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้นโยบายร่วมสามกองทุน

การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนกองทุนประกันสังคมกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิของผู้ประกันตน เกิดขึ้นก่อนการมีนโยบายร่วมสามกองทุน โดยผู้ประกันตนต้องสำรองเงินและเบิกค่าใช้จ่ายกับสำนักงานเขตของประกันสังคม พร้อมกับใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลและใบรับรองแพทย์ กรณีที่ผู้ประกันตนเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐบาลประกันสังคมจะจ่ายเงินชดเชยทั้งหมดที่เกิดขึ้นภายใน 72 ชั่วโมงแรก ขณะที่ผู้ประกันตนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จะได้รับอัตราชดเชยไม่เต็มจำนวนดังที่กล่าวไปแล้วในบทที่ 2

การเข้ารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายร่วมสามกองทุนกำหนดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลนอกเครือข่ายของสิทธิประกันสุขภาพที่ได้รับ โดยความรุนแรงดังกล่าวต้องอยู่ในระดับความรุนแรงสีเหลืองหรือสีแดง ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบประกันสังคมมีระดับความรุนแรงสีเขียว ซึ่งมีระดับความรุนแรงน้อยกว่าสีเหลืองและสีแดงและเข้ารับบริการนอกเครือข่ายกองทุนประกันสังคม ผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบประกันสังคมจะได้รับการช่วยเหลือทางการเงินตามสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของกองทุนประกันสังคม (รูป 3-26)

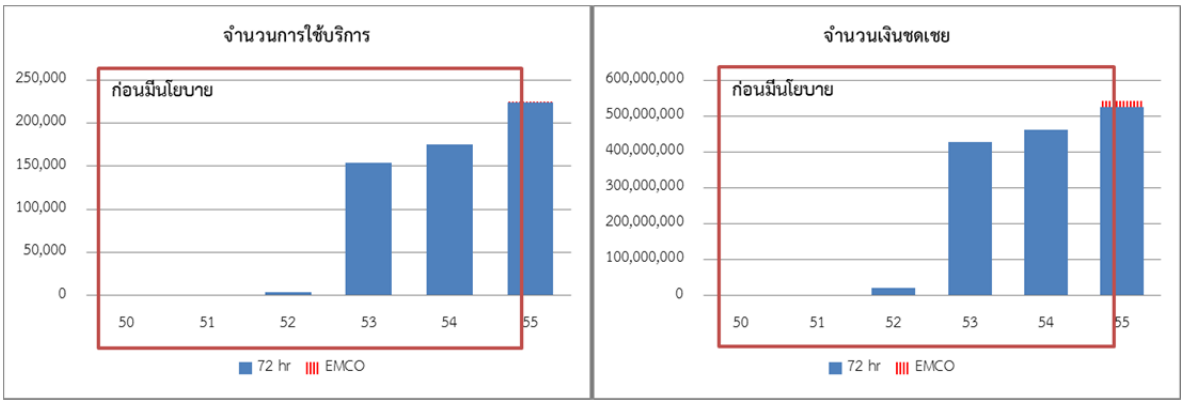
รูป 3-26 แผนภาพการจำแนกการเข้ารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายร่วมสามกองทุน และสิทธิประโยชน์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของกองทุนประกันสังคม



แนวโน้มการใช้บริการ และการจ่ายเงินชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม พิจารณาจากข้อมูลการให้บริการกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของสำนักสิทธิประโยชน์ และฐานข้อมูลการใช้บริการ EMCO ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีการใช้บริการฉุกเฉินตลอดจนการจ่ายเงินชดเชยเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (รูป 3-27) อย่างไรก็ตาม พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นปีที่นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุนเกิดขึ้น มีการใช้บริการของผู้ประกันตนจากนโยบายร่วมฉุกเฉินสามกองทุน (9 เดือน) เพียงร้อยละ 0.4 ของการใช้บริการทั้งหมดเท่านั้น[21] ขณะที่การจ่ายเงินชดเชยจากนโยบายดังกล่าวคิดเป็นร้อยละ 3.3 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด[22]

[21] เป็นการใช้บริการกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสังคม และนอกเครือข่ายประกันสังคม เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลการให้บริการกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของสำนักสิทธิประโยชน์ไม่สามารถจำแนกว่าเป็นสถานพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายสำนักงานประกันสังคมได้

รูป 3-27 แนวโน้มการใช้บริการและการจ่ายเงินชดเชย กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินของผู้ประกันตน กองทุนประกันสังคม



ที่มา: ข้อมูลการให้บริการกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของสำนักสิทธิประโยชน์ และฐานข้อมูลการใช้บริการ EMCO ที่อนุมัติการจ่ายเงินระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2555 – 31 ธันวาคม 2555

เปรียบเทียบอัตราจ่ายชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมง ของประกันสังคมและนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุน

เพื่อเปรียบเทียบอัตราจ่ายชดเชยกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน 72 ชั่วโมงของประกันสังคม และนโยบายการบริหารจัดการร่วมสามกองทุนที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย คณะวิจัยใช้ข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ประกันตนในฐานข้อมูล EMCO ระหว่างเดือนเมษายน 2556-มิถุนายน 2556 ทั้งหมดที่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลไม่เกิน 3 วัน พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 105 ราย สุ่มตัวอย่างมา 68 ราย คิดเป็นร้อยละ 65 และพิจารณาข้อมูลการรักษาพยาบาลตามสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตนพึงได้รับหากใช้สิทธิ 72 ชั่วโมงทั้งในกรณีที่นอนห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) และห้องพักผู้ป่วยธรรมดาตามตาราง 3-58 เนื่องจากข้อมูลที่ได้มาจากฐานข้อมูล EMCO มีข้อจำกัดที่ไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ประกันตนเข้ารับการรักษามีการนอนพักอยู่ในห้องผู้ป่วยประเภทใด

ตาราง 3-58 เปรียบเทียบลักษณะและอัตราการจ่ายเงินชดเชยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินระหว่างนโยบายใหม่ร่วมสามกองทุนและนโยบายเดิมไม่เกิน 72 ชั่วโมงของประกันสังคมที่รักษาในโรงพยาบาลเอกชน

รายการ	นโยบายใหม่ร่วมสามกองทุน	นโยบายเดิมไม่เกิน 72 ชั่วโมงของประกันสังคมที่รักษาใน รพ .เอกชน
ค่ารักษาพยาบาล	จ่ายตาม DRG (V.5) 10,500 ต่อ AdjRW	กรณีไม่ได้รักษาในห้อง ICU จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 2,000 บาท กรณีรักษาในห้อง ICU จ่ายรวมกับค่าห้องและค่าอาหาร จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 4,500 บาท
ค่าห้องและค่าอาหาร	ไม่จ่าย	จ่ายตามจริงไม่เกินวันละ 700 บาท
ค่าอื่นๆ	รายการอุปกรณ์ (ถ้ามี) + ค่ารถส่งต่อ (ถ้ามี)	ค่าผ่าตัด ค่าฟื้นคืนชีพรวมค่ายาและอุปกรณ์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการและ / หรือเอ็กซเรย์ และค่าตรวจวินิจฉัยพิเศษ
หมายเหตุ	กรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุจากรถ เงินชดเชยที่แต่ละกองทุนต้องจ่ายจะหักค่าใช้จ่ายตามพระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ไม่เกิน 15,000 บาท	-

ทดสอบข้อมูล 68 รายว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ด้วย Shapiro-Wilk W test ผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า p-value < 0.05 (รูป 3-28) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างประชากรนี้ไม่มีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนั้น ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการทดสอบ Non-parametric ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่ามัธยฐานของกลุ่มตัวอย่างประชากรในกรณีที่ประชากรมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ ซึ่งแบ่งเป็นการจ่ายในระบบ EMCO และการจ่ายในระบบประกันสังคม 72 ชั่วโมง (ICU และห้องธรรมดา)

รูป 3-28 ผลการวิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติด้วย Shapiro-Wilk W Test

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
paid	2468	0.53551	531.862	8.013	0.00001

ทดสอบความเท่ากันของค่ามัธยฐานของ 2 วิธีการจ่ายเงินในกลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่มีการแจกแจงแบบไม่ปกติด้วย Sign Test ผลการทดสอบสำหรับการจ่ายชดเชยในระบบ EMCO และการจ่ายในระบบประกันสังคม 72 ชั่วโมง ทั้งในกรณีนอนห้อง ICU และห้องพักผู้ป่วยธรรมดาไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น 90% (ค่า p-value ของกรณีนอนห้อง ICU และนอนห้องพักผู้ป่วยธรรมดา เท่ากับ 0.1818 และ 0.3961)

สถานะกองทุนประกันสังคม

ทำการวิเคราะห์สถานะกองทุนประกันสังคมสำหรับสิทธิประโยชน์กรณีเจ็บป่วย ซึ่งอยู่ในส่วนของ 4 กรณี (เจ็บป่วย คลอดบุตร ทุพพลภาพและเสียชีวิต) ใน พ.ศ. 2553 – 2556 สำหรับ พ.ศ. 2556 วิเคราะห์ถึงเดือนมิถุนายนในช่วง พ.ศ. 2553 และ 2554 รายรับของกรณีเจ็บป่วยคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 30 ของรายรับทั้งหมดของกองทุน 4 กรณี แต่ใน พ.ศ. 2555 จนถึง มิถุนายน 2556 รายรับจากกรณีเจ็บป่วยลดลงเกือบครึ่ง ซึ่งเป็นสัดส่วนร้อยละ 18 ของรายรับทั้งหมดของกองทุน 4 กรณี อันเป็นผลมาจากการลดอัตราเงินสมทบของ 4 กรณี จากเดิมที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายฝ่ายละ 1.5% เปลี่ยนเป็นฝ่ายละ 0.5%

เมื่อพิจารณารายจ่ายของกองทุนกรณีเจ็บป่วย รายจ่ายของกรณีนี้มีสัดส่วนมากที่สุดประมาณ ร้อยละ 60 ของรายจ่ายทั้งหมดของกองทุน 4 กรณี สำหรับค่ารักษาพยาบาลฉุกเฉินที่ได้รับการอนุมัติจ่ายเงินชดเชยภายใต้นโยบายฉุกเฉินร่วม 3 กองทุน ของผู้ป่วยสิทธิประกันสังคมในปี 2556 ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของรายจ่ายทั้งหมดของกรณีเจ็บป่วย ซึ่งถือว่ามีผลกระทบน้อยมากต่อค่าใช้จ่ายของกองทุนประกันสังคม (ตาราง 3-59)

ค่าดัชนีวิเคราะห์สถานะกองทุน 4 กรณี PAYG มีค่าอยู่ระหว่างร้อยละ 2.11 ถึง 3.39 ในส่วนของค่า reserve ratio มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2553 ถึง ปี 2555 และมีค่าเพิ่มขึ้นในปี 2556 มีค่าเท่ากับ 4.43 นอกจากนี้ค่า balance ratio ลดลงในปี 2554 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 0.59 ในปี 2555 และลดลงเหลือร้อยละ 0.29 ในปี 2556 (ตาราง 3-59)

ตาราง 3-59 สถานะกองทุนประกันสังคม 4 กรณี ปี 2553 – 2556 (ณ มิถุนายน 2556)

ตัวชี้วัดสถานะกองทุน	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556 (ณ มิ.ย.)
รายจ่ายกรณีเจ็บป่วย (ล้านบาท)	23,434.99	24,669.78	29,508.48	8,881.00
เงินจ่ายชดเชย EMCO สิทธิประกันสังคม (ล้านบาท)	-	-	0.52	24.81
PAYG	3.35	3.36	3.39	2.11
Reserve Ratio	3.47	2.56	1.71	4.43
Balance Ratio	-0.12	-0.20	0.59	0.29

ที่มา: กองวิจัยและพัฒนา สำนักงานประกันสังคม

3.3.4 การจัดเวทีระดมความเห็นเพื่อพัฒนาข้อเสนออัตราการจ่ายที่เหมาะสม

หลังจากทำการวิเคราะห์จนได้อัตราค่าชดเชยใหม่ที่ควรจ่ายให้กับโรงพยาบาลเอกชน โดยวิธีการทางคณิตศาสตร์ประกันภัย (Actuarial Valuation) ด้วยการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้โรงพยาบาลเรียกเก็บต่อ AdjRW และเนื่องจากนโยบายฉุกเฉินร่วมสามกองทุน มีแนวคิดที่ต้องการให้ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้การคุ้มครองของแต่ละกองทุน เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถไปรับบริการที่ใกล้ที่สุด โดยคำนึงถึงความสะดวกและความจำเป็น โดยไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ประกอบกับข้อเท็จจริงที่ว่า ในขณะที่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วยในลักษณะฉุกเฉินวิกฤตเร่งด่วนจะไม่มีการต่อรองราคาค่ารักษาพยาบาลใดๆ ได้ เพราะอยู่ในภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและร่างกาย ในการจัดเวทีระดมความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้ เพื่อพัฒนาข้อเสนออัตราทางเลือกการจ่ายที่เหมาะสม โดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) พิจารณาถึงภาระงบประมาณต่อปีที่สามกองทุนจะต้องรับภาระงบประมาณเพิ่มขึ้น ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้จากการคำนวน ซึ่งกองทุนประกันสังคมจะมีอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24 (ตาราง 3-59)
2) พิจารณาความเป็นไปได้ เพราะนโยบายนี้ต้องการลดความเหลื่อมล้ำในผู้ป่วยแต่ละสิทธิ ดังนั้นการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลนอกเครือข่ายที่ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของสามกองทุนควรเป็นอัตราเดียวกัน
3) อัตราการจ่ายควรสร้างแรงจูงใจให้แก่โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย และไม่ด้อยไปกว่าอัตราการจ่ายชดเชยของโครงการอื่นๆ ดังได้ทำการทบทวนอัตราการจ่ายต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอนที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ตาราง 3-57)

ในการจัดเวทีระดมความคิดที่ประกอบไปด้วยผู้กำหนดนโยบายของสามกองทุน ตัวแทนจากสมาคมโรงพยาบาลเอกชน จึงได้นำเสนอ 1) ผลการวิเคราะห์ราคาขายที่ควร (expected value) และภาระงบประมาณที่แต่ละกองทุนต้องแบกรับ และ 2) ได้นำเสนออัตราค่าชดเชยการรักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลเอกชน โดยใช้อัตราที่กรมบัญชีกลางจ่ายให้กับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และจ่ายคืนส่วนที่เป็นเงินเดือนที่ถูกหักไปและค่าห้องอีกสามวัน คือ อัตรา 17,662 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนอน ซึ่งประกอบด้วยค่ารักษาพยาบาลจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม 13,483 บาท ค่าแรง 2,379 บาท และค่าห้องค่าอาหาร ระยะเวลาสามวัน 1,800 บาท ซึ่งอัตราใหม่นี้ยังไม่รวม ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ อวัยวะเทียม และยาราคาแพง อัตราใหม่นี้จะมากกว่าที่จ่ายในปัจจุบัน (10,500 บาท) 7,122 บาท คิดเป็น 1.68 เท่าของ 10,500 บาท โดยการที่นำโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มาเป็นพื้นฐานในการคิดนั้น เนื่องจากโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เป็นโรงพยาบาลของรัฐที่มีศักยภาพทัดเทียมกับโรงพยาบาลเอกชน จึงมีความเหมาะสมที่สุดที่ใช้เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐ

ทั้งนี้ อัตราค่าชดเชยที่นำเสนอในอัตรา 17,662 บาทต่อหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับด้วยวันนนอน ซึ่งรวมค่าห้องค่าอาหารระยะเวลาสามวันเป็นที่ยอมรับร่วมกันในเบื้องต้นในเวทีระดมความคิด และเห็นว่ามีความจำเป็นต้องปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสมเป็นระยะต่อไปในอนาคต ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลต้นทุนที่ได้มาอย่างโปร่งใสบนหลักการที่ยอมรับร่วมกัน

บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผล

4.1 อภิปราย

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” จัดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของรัฐบาล จำเป็นต้องมีการประเมินผลว่านโยบายนั้นบรรลุผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีผลกระทบข้างเคียงที่นำไปสู่ปัญหาอื่นๆหรือไม่ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกิดจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายจะมีส่วนช่วยให้ทราบว่ามีปัญหาอะไรบ้างเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ตลอดจนกระบวนการนำนโยบายปฏิบัติและหน่วยงานที่รับผิดชอบ การวัดผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของนโยบายจะเป็นเครื่องมือวัดผลความสำเร็จ ตลอดจนเป็นเครื่องมือให้ผู้ตัดสินนโยบายตัดสินใจว่าจะยกเลิกนโยบาย หรือจะปรับปรุงนโยบายและกระบวนการปฏิบัติงานให้ครบถ้วนยิ่งขึ้นหรือไม่

จุดเริ่มต้นของนโยบาย เพื่อบูรณาการระบบประกันสุขภาพร่วมกันของ 3 กองทุน โดยไม่มีการยุบรวมกองทุน ภายใต้นโยบายนโยบายฉุกเฉินสามกองทุน โดยมีเป้าหมายให้ *“ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้าได้รับการส่งต่อไปรับบริการศักยภาพสูงขึ้นในกรณีจำเป็น สถานพยาบาลมีมาตรฐานการบริการเดียวกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ”*[22] ภายใต้แนวทางการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน[23] ดังนี้

- ผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการใน รพ. ทั้งผ่านระบบ 1669 และมีผู้นำส่ง (Walk in)
- รพ. ให้บริการทันทีโดยไม่ต้องสอบถามสิทธิและผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงิน
- รพ. ลงทะเบียนแจ้งการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผ่านระบบ Clearing house และหลังจากการให้บริการแล้ว บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ Clearing house เพื่อเบิกจ่ายค่าบริการ (ผู้ป่วยนอก เบิกตามอัตรากรมบัญชีกลาง ผู้ป่วยใน อัตรา 10,500 บาท/AdjRW)
- หน่วย Clearing house ประมวลผลข้อมูล จัดทำรายงานและจ่ายเงินชดเชย ให้ รพ. จากนั้นส่งใบแจ้งหนี้ไปยังกองทุนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเรียกเก็บเงินตามที่มีการจ่ายจริงให้กับ รพ. ต่อไป
- กองทุนจ่ายเงินคืนให้ Clearing house

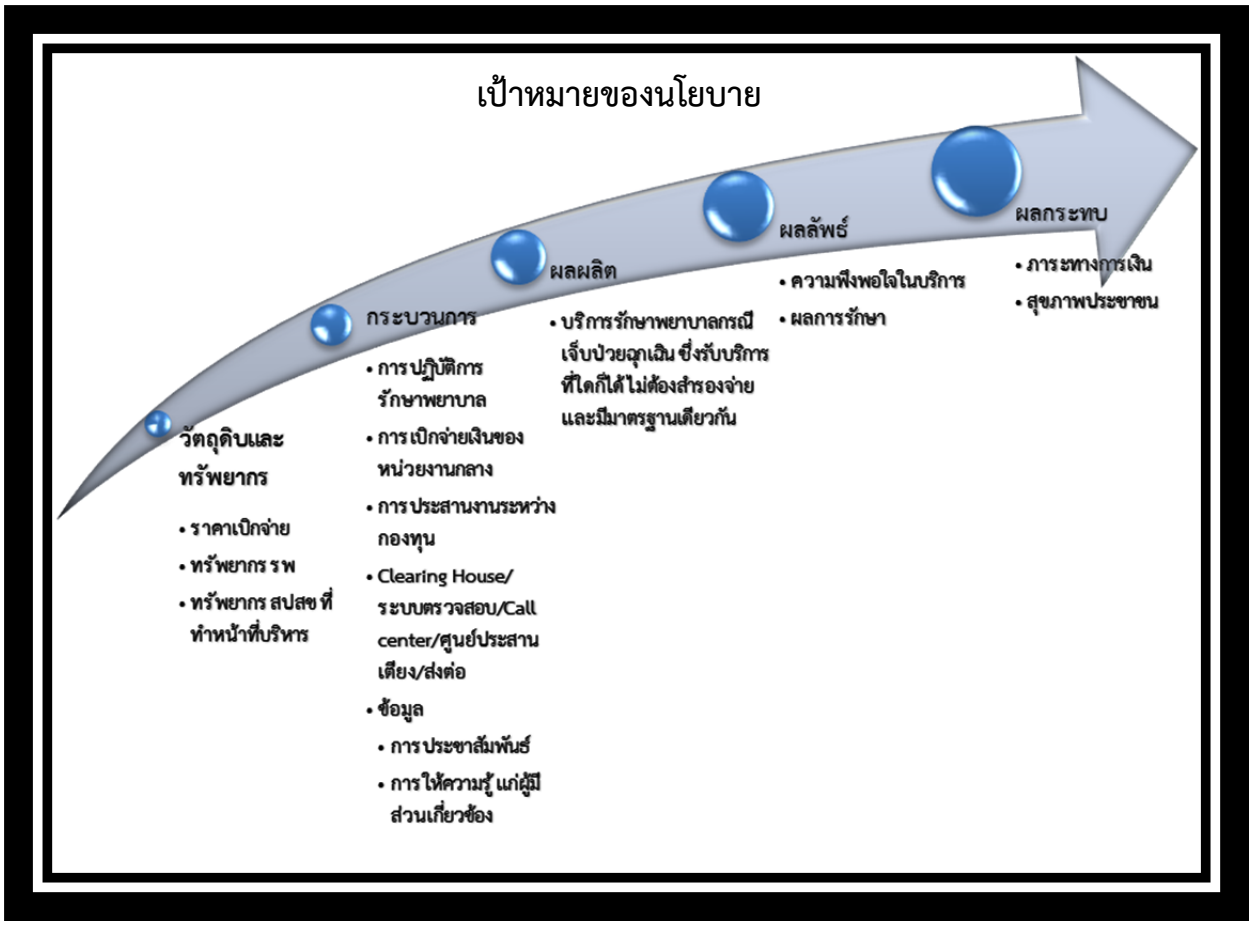
[22] “(ร่าง) การสร้างความเป็นเอกภาพของระบบการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ”

[23] “การเตรียมความพร้อมของ Clearing house เพื่อรองรับระบบการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ในวันที่ 13 มีนาคม 2555 ณ ห้องสีเขียว ตึกไทยคู่ฟ้า ทำเนียบรัฐบาล

จากแนวคิดการประเมินแบบลำดับขั้น (Evaluation Hierarchy) พบว่า การจัดระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนให้บริการฉุกเฉินตาม “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” ในภาพรวมเป็นภารกิจที่รัฐบาลต้องดำเนินการตามกฎหมาย และตอบสนองความความต้องการของสังคมโดยรวม และมีการออกแบบระบบนั้น มีกรอบแนวคิดและรูปแบบการวางแผนดำเนินการที่เป็นไปตามแนวทางตามมาตรฐาน และไม่ต่างจากรูปแบบที่ใช้กันในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ในส่วนการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติจากผลการศึกษา สรุปได้ว่าเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้ประกันตนเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้านั้น ในภาพรวมของนโยบายบรรลุผลเป็นบางส่วน โดยเมื่อพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อผลสำเร็จ สามารถเขียนกรอบการประเมินนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุนได้ดังรูป 4-1

รูป 4-1 กรอบการประเมินการบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริหารจัดการร่วมสามกองทุน



การวัดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัตินั้นจะต้องมีการวัดทั้งกระบวนการโดยเริ่มจากจุดเริ่มต้นของการนำนโยบายไปปฏิบัติไปจนถึงจุดที่สิ้นสุดของนโยบาย การวัดผลตั้งแต่ต้นจนจบจึงเป็นหัวใจที่ทำให้รู้วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของนโยบายและวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายของชาติ โดยพิจารณาผลที่ได้จากนโยบายใน 3 ระดับ คือ

1) ระดับผลผลิต สามารถวัดได้โดยการใช้เกณฑ์ด้านปริมาณ ได้แก่ ร้อยละผู้ถูกถามสิทธิ ร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกเรียกเก็บเงินล่วงหน้า และจำนวนตามประเภทของการจำหน่ายผู้ป่วย
2) ระดับผลลัพธ์ คือผลที่เกิดต่อจากผลผลิต สามารถวัดได้โดยพิจารณาถึงประโยชน์ที่กลุ่มเป้าหมายได้รับจากนโยบาย ได้แก่ คุณภาพการรักษา และความพึงพอใจของผู้ประกันตน
3) ระดับผลกระทบ กล่าวคือผลผลิตและผลลัพธ์โดยรวมส่งให้เกิดผลต่อมิติอื่นๆ เช่น มิติเศรษฐกิจ ได้แก่ ภาระทางการคลังของผู้ประกันตนและโรงพยาบาล

ตาราง 4-1 สรุปผลความสำเร็จ/ล้มเหลวของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”

ผลผลิต

การวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล
1) บริการรักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉินที่รับบริการที่ใดก็ได้ ไม่ต้องสำรองจ่าย และมีมาตรฐานเดียวกัน	ผู้ประกันตนมีข้อมูลเพื่อการใช้บริการตามนโยบายนี้ไม่เพียงพอ	ตาราง 3-12 และการสนทนากลุ่ม
	ขาดระบบยืนยันการจ่ายเงินชดเชยให้สถานพยาบาล	การสนทนากลุ่ม
	สถานพยาบาลไม่พอใจกับราคาที่กำหนด	การสนทนากลุ่มและการทบทวนวรรณกรรม
	ร้อยละ51.22 ถูกถามสิทธิ์	ตาราง 3-20
	ร้อยละ 8 ถูกเรียกเก็บเงินล่วงหน้า ร้อยละ 98.81 เกิดภาระทางการเงิน	ตาราง 3-21 ตาราง 3-22
	ผู้ให้บริการแจ้งว่าเป็นมาตรฐานเดียว แต่พบว่ามีบริการบางส่วนไม่ตรงกับการวินิจฉัย ไม่มีเวชระเบียนให้ตรวจสอบ	การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการสุ่มตรวจ Billing

ผลลัพธ์

การวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล
2) ผลการรักษา	ไม่สามารถวิเคราะห์ได้ ไม่มีเวชระเบียนให้ตรวจสอบ	
3) ความพึงพอใจ	ร้อยละ 74.07 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 21.91ไม่พอใจ แต่ร้อยละ 80 ยังต้องการไปใช้บริการตาม นโยบายนี้ในครั้งต่อไป	ตาราง 3-23

ผลกระทบ

การวิเคราะห์	ผลการวิเคราะห์	แหล่งข้อมูล
4) ภาระทางการเงินของ ผู้ประกันตน	ร้อยละ 98.81 ของผู้ป่วยที่สำรองจ่ายค่า รักษาพยาบาลก่อภาระค่าใช้จ่ายแก่ครอบครัว	ตาราง 3-22
5) ภาระทางการคลังของ กองทุน	ค่าใช้จ่ายตามนโยบายนี้คิดเป็นร้อยละ 0.28 ของ รายจ่ายทั้งหมดของกรณีเจ็บป่วย และดัชนี วิเคราะห์สถานะกองทุนอยู่ในระดับปกติ	ตาราง 3-59

เพื่อทำการแก้ไขปัญหา จำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเมื่อพิจารณาตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ดังรูป 2-3 จากการเก็บรวมข้อมูลดังภาคผนวก 6 สามารถสรุปเป็นปัจจัย 5 ด้าน ดังนี้

1) ปัจจัยด้านมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” เกิดจากมติคณะรัฐมนตรี โดยกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐลงนามบันทึกความร่วมมือ ณ ตึกสันติไมตรี ทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2555 และเริ่มดำเนินงานตามนโยบายหรือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในวันที่ 1 เมษายน 2555 เพื่อให้ประชาชนเพิ่มโอกาสรอดชีวิต กรณีเจ็บป่วย หรือ ประสบอุบัติเหตุ ประชาชนสามารถไปรับบริการที่ใดก็ได้ตามความจำเป็น โดยไม่ต้องถูกถามสิทธิ และไม่ต้องสำรองจ่ายค่าใช้จ่ายล่วงหน้า ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น ทั้งนี้นโยบายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากภายใต้ระยะเวลาการเตรียมการที่จำกัด แม้ว่าจะใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ (ประกันสุขภาพภาครัฐ) ในการบริหารจัดการ แต่การให้ความรู้ ตลอดจนการเตรียมพร้อมด้านปฏิบัติงาน และการปรับปรุงทางกฎหมายเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่ง ยิ่งไปกว่านั้นตัวละครที่มีบทบาทสำคัญที่สุด คือ โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย การเหนี่ยวนำ

โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายให้เกิดความเห็นความเห็นพ้องต้องกันในวัตถุประสงค์สูงจึงจะประสบความสำเร็จ

หากพิจารณาแต่ละประเด็นแล้ว พบว่า นโยบายนี้ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งหมด ส่วนหนึ่งเกิดจากสถานพยาบาล จากผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล แม้ว่าจะยอมรับในหลักการของการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ฉุกเฉิน แต่การปฏิบัติยังคงขัดแย้ง ยังมีผู้ประกันตนบางส่วนถูกเรียกเก็บเงินจากการเข้าร่วมนโยบาย

กลไกกลางสำหรับสำหรับการชดเชยยังพบปัญหา ดังจะพบเห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลเกี่ยวกับอัตราจ่ายที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนของโรงพยาบาล ระยะเวลาการได้รับเงินชดเชยช้า เนื่องจากเหตุผล 2 ประการ (1) เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขาดความชำนาญ และความรู้ DRGs ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลเพื่อขอชดเชยค่าบริการล่าช้า ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ของฐานข้อมูล EMCO พบว่าระยะเวลาตั้งแต่บันทึกข้อมูลจนถึงการได้รับเงินชดเชย มีระยะเวลาเฉลี่ย 51.84 วัน และ (2) อัตราความสำเร็จของจ่ายเงินหลังจากบันทึกข้อมูลทางการเงินครบถ้วนแล้วภายใน 15 วัน เพียงร้อยละ 16.64 ไม่เพียงเท่านั้นการตรวจสอบเงื่อนไขของผู้ป่วยยังมีความล่าช้า เนื่องจากยังเป็นการป้อนข้อมูลผ่านระบบเว็บไซต์ ทำให้โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการขาดความมั่นใจในการได้รับเงินชดเชยจากกองทุน

2) ปัจจัยด้านทรัพยากรของนโยบาย

<u>หน่วยงานและกำลังคน</u>

ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หากมีจำนวนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก และหน่วยงานนั้นมีวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกัน บางครั้งอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการประสานงาน จนทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ มีปัญหาได้

นโยบายนี้ได้มอบหมายการปฏิบัติงานให้แก่หน่วยงานที่มีอยู่แล้ว ส่งผลให้มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่า เพราะมีความพร้อมด้านทรัพยากรและบุคลากร ถึงกระนั้นวัฒนธรรมองค์กรที่แตกต่างกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนอันก่อให้เกิดปัญหาด้านการตอบสนองนโยบาย ไม่เพียงเท่านั้นผู้ปฏิบัติงานต้องปรับตัวให้เข้าใจเกี่ยวกับรูปแบบการจ่ายชดเชยด้วย DRGs ด้วย

<u>แหล่งเงิน</u>

หากพิจารณาภาระกองทุน พบว่า อัตราจ่ายชดเชยของระบบ EMCO และการจ่ายกรณีเจ็บป่วย ประสบอุบัติเหตุฉุกเฉินของประกันสังคมไม่มีความแตกต่างกัน ส่งผลให้ภาระกองทุนประกันสังคมไม่ได้รับภาระมากขึ้น อัตราชดเชยของนโยบายฉุกเฉินร่วมสามกองทุนยังเพียงพอต่อการจ่ายชดเชยกรณีดังกล่าว

3) ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การสื่อสารเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนอยู่ในตัวเอง ดังนั้น การสื่อสารที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความชัดเจน (Clarity) ความเที่ยงตรง (Accuracy) และสม่ำเสมอ (Consistency) ในระหว่างกระบวนการสื่อสาร

การรับรู้ข่าวสารของเจ้าหน้าที่สำนักงานประกันสังคมสาขาส่วนใหญ่แล้วได้รับผ่านจดหมายเวียน มีการประชุมบ้างแต่ไม่บ่อยนัก ความเข้าใจต่อประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ฉบับที่ 3 แตกต่างกันทั้งในระดับนโยบาย ตลอดจนการปฏิบัติซึ่งมีความหลากหลายในระดับพื้นที่

การให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนยังไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเอกชนยังขาดความรู้เรื่อง DRGs ทำให้การกรอกข้อมูลผู้ป่วยมีความยุ่งยาก และใช้เวลามากขึ้น

การประชาสัมพันธ์ของนโยบายยังไม่ประสบความสำเร็จแม้ว่านโยบายจะผ่านมา 1 ปีแล้ว ยังมีผู้ประกันตนที่ไม่รับทราบนโยบาย (ตาราง 3-15) ไม่รับทราบหมายเลขโทรศัพท์ให้ร้องเรียน (ตาราง 3-19) ยังมีผู้ประกันตนที่เข้าใจว่าสิทธิของนโยบายใช้ในกรณีภาวะใดๆก็ได้ (ตาราง 3-16)

4) ปัจจัยด้านเงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

หากพิจารณาด้านสังคมและการเมืองของนโยบาย พบว่า โอกาสความสำเร็จของนโยบายนี้มีมากกว่าครึ่ง เพราะได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากการเมือง อย่างไรก็ตามการประสบความสำเร็จของนโยบายที่มีความร่วมมือกับเอกชน ต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนเป็นสำคัญ

5) ปัจจัยด้านความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

จากการประเมินผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า ทุกคนเห็นด้วยในหลักการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยทันทีทั้งในระดับนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐและเอกชน อย่างไรก็ตามมีความเห็นแตกต่างกันในวิธีการดำเนินการของนโยบายนี้ ด้วยเหตุผลที่ว่านโยบายเอื้อประโยชน์ให้กับกลุ่มสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการที่ไม่สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนได้ ตรงข้ามกับผู้ประกันตนในกองทุนประกันสังคมที่สามารถเข้ารับการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลนอกเครือข่ายจากสิทธิประโยชน์เดิมที่มีอยู่แล้ว ยิ่งไปกว่านั้นมองว่านโยบายดังกล่าวเป็นการลดหลั่นสิทธิประโยชน์ของผู้ประกันตนจากเดิมที่มีอยู่ เพราะผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินเพิ่มเติมมากขึ้น

แม้ว่าผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายจะเห็นด้วยกับแนวคิดของนโยบาย แต่จากบันทึกการประชุมชี้แจงที่ สปสช. ชี้แจงโรงพยาบาลเอกชนและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนเห็นว่าการดำเนินการครั้งนี้เป็นการเร่งรัดเกินไปและไม่มีส่วนร่วม เงื่อนไขและข้อกำหนดยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราชดเชยและคำนิยาม “ฉุกเฉิน” เกือบทุกแห่งมองว่าการมีนโยบายเป็นการเพิ่มภาระให้กับโรงพยาบาล ทั้งนี้โรงพยาบาลมีแนวทางปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่แล้วตามจรรยาบรรณของแพทย์ และข้อกฎหมาย แต่สิ่งที่แตกต่างกัน คือ นิยามของคำว่า “ฉุกเฉิน” ซึ่งการตัดสินใจของโรงพยาบาลเอกชนขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานเป็นสำคัญ อีกทั้งโรงพยาบาลเอกชนขาดความมั่นใจในการได้รับเงินคืนจากหน่วยงานกลาง เพราะต้องรอระบบการตรวจสอบในการยืนยันอีกครั้งหนึ่ง

4.2 ข้อเสนอแนะ

1) เพื่อแก้ปัญหาโรงพยาบาลเอกชนไม่ยอมรับราคาที่รัฐบาลกำหนด โดยใช้วิธีเรียกเก็บจากผู้ประกันตนโดยตรงตามราคาของโรงพยาบาล แล้วคืนส่วนต่างให้ โดยให้เหตุผลว่าอัตราค่าชดเชยที่ได้รับจากหน่วยจ่ายกลางต่ำกว่าเรียกเก็บนั้น จำเป็นต้องใช้มาตรการทางการเงินควบคู่ไปกับมาตรการทางกฎหมาย คือ

1.1 ปรับอัตราค่าชดเชยบริการให้แก่โรงพยาบาลเอกชน ในอัตราที่ยอมรับได้ โดยอาจใช้แนวทางที่เสนอในรายงานนี้เป็นจุดเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม ควรศึกษาวิธีและอัตราการจ่ายชดเชยให้สอดคล้องกับข้อมูลต้นทุนที่ได้มาอย่างโปร่งใสบนหลักการที่ยอมรับร่วมกันและมุ่งเน้นการรักษาชีวิตของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพราะอัตราชดเชยดังกล่าวเป็นการศึกษาจากโรงพยาบาล

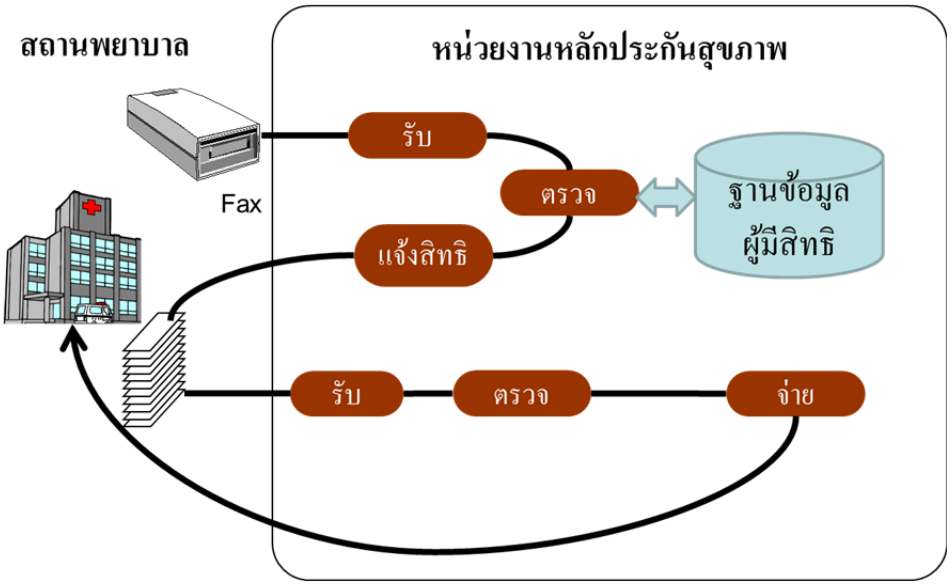
ภาครัฐ ซึ่งมีพฤติกรรมการวินิจฉัยโรคที่แตกต่างกับโรงพยาบาลเอกชน อีกทั้ง การศึกษาอัตราดังกล่าวเป็นการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะการรักษาของผู้ป่วยฉุกเฉิน

1.2 ออกระเบียบภายใต้ พ.ร.บ.สถานพยาบาล และ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการประกาศราคาควบคุมตามอำนาจ พ.ร.บ.ว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ พ.ศ.2542 ของกระทรวงพาณิชย์ เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนมีการเปิดเผยข้อมูลการให้บริการ เวชระเบียน และรายงานทางการเงินและต้นทุนบริการในระดับที่เพียงพอต่อการกำกับการให้บริการ และการบังคับใช้ราคาค่าบริการที่เหมาะสม และลงโทษในกรณีที่ฝ่าฝืน

2) คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนต้องกำหนดนิยาม “ฉุกเฉิน” รวมไปถึงการตกลงร่วมกันอื่นๆ ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้ปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน

3) ปรับปรุงระบบงานของหน่วยจ่ายกลาง (Clearing House) เพื่อสร้างความมั่นใจให้สถานพยาบาลเอกชนในการให้บริการกรณีฉุกเฉินโดยไม่ต้องจ่ายเงินก่อน โดยจัดทำระบบขออนุมัติสิทธิ (Preauthorization) ตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการ คล้ายกับที่บริษัทประกันเอกชนใช้วิธีให้โรงพยาบาลส่ง Fax ไปยังบริษัทเพื่อให้ยืนยันสถานะการเป็นสมาชิกและการจ่ายชดเชย รับผู้ป่วยเข้ารักษาพยาบาลกรณีฉุกเฉิน รวมทั้งปรับกระบวนการจ่ายเงินชดเชยให้แล้วเสร็จในเวลา 15 วันตามที่กำหนด

รูป 4-2 กระบวนการเบิกจ่ายเคลมของหน่วยจ่ายกลาง (Clearing House)



4) จากผลการสัมภาษณ์ผู้ประกันตนพบว่า มีความพึงพอใจในบริการตามสิทธิประโยชน์ค่อนมาทางไม่พึงพอใจ สำนักงานประกันสังคมควรมีการดำเนินการหาสาเหตุของความไม่พึงพอใจเพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงวิธีการจัดบริการกรณีฉุกเฉินทั้งในส่วนการร่วมปรับปรุงการจัดบริการร่วมกับกองทุนอื่นตามนโยบายนี้ และในส่วนที่สำนักงานประกันสังคมต้องดำเนินการเอง แต่จากการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่ามีประเด็นที่ต้องปรับปรุงอย่างน้อย ดังนี้

4.1 ควรทำการชี้แจงหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานตามนโยบายนี้ให้แก่ผู้ปฏิบัติของสำนักงานประกันสังคมทุกระดับให้เข้าใจถึงหลักเกณฑ์และแนวทางอย่างถูกต้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4.2 สำนักงานประกันสังคม ควรทำการสื่อสารให้ผู้ประกันตนรับรู้ถึงสิทธิประโยชน์ที่ตนเองได้รับ วิธีการขอคำปรึกษาในกรณีฉุกเฉิน ผ่านสื่อประเภทต่างๆ เช่น การสื่อสารเฉพาะตัวแบบประกันชีวิตเอกชน ส่ง Short message ทางโทรศัพท์มือถือ หรือการใช้ Social media แบบต่างๆ

บรรณานุกรม

Anderson, James E. 1994. Public Policy – Making : Introduction. 2nd. New York : Houghton Mifflin Company.

Bardach, Eugene.1980. “Implementation Studies and the study of Implements,” Presented at the 1980 meeting of American Policy Science Association, University of California, Berkeley.

Chelimsky, E.1978. “Differing Perspective of Evaluation” in C.C Rentz, and R.R. Rent zeds. Evaluating Federally Sponsored Programe : New Direction for Programe Evaluation.2 (Summer).San Francisco: Jossey-Bass.

Considine, Mark.1994.Public Policy: A Critical Approach. South Melbourne, Australia: MacMillan

Dye, Thomas R. 1981. Understanding Public Policy. Englewood Cliffs. Prentice Hall.

Sharkansky, Ira. 1970. Policy Analysis in Political Science. Chicago : Markham.

Eulau, Heinz and Kennett Prewitt.1973.Labyrinths of Democracy. Indianapolis: Bobbs-Merrill.

House, Ernest R..1984”How We think About Evaluation” in Ross F. Conner, David G. Altman, and Christine Jackson. eds. Evaluation Studies Review Annual.(val.9)

Hurst, J. *Effective Ways to Realise Policy Reforms in Health Systems”, OECD Health Working Papers, No. 51.* Paris: OECD Publishing, 2010.

Marchildon, G. *Health care systems in transition: Canada, Observatory on Health Systems and Policies,.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004.

Nagel, Stuart S. 1994. “Systemic Policy Evaluation.” In Stuart S. Nagel. ed. Encyclopedia of Policy Studies. New York: Marcel Dekker, Inc.

National Institution of Population and Social Security Research. *Social Security in Japan.* Tokyo: National Institution of Population and Social Security Research, 2007.

Owen, John M. 1993.Program Evaluation: Forms and Approaches. St. Leonards, Australia: Allen & Unwin Pty Ltd. Pressman, J.L., and A. Widavsky. 1973. Implementation. Berkely, California:University of California Press. Ltd.

Regional Office for Europe of the World Health Organization. *Emergency Medical Services Systems in the European Union: Report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization.* World Health Organisation, 2008.

Rossi, Peter H., Mark W. Lipsey, and Howard E. Freeman. *Evaluation, A Systematic Approach.* SAGE Publications, Inc, 2004.

Sabatier,Pual A and. A. Mazmanian.1989. “Policy implementation.” In Stuart S. Naga led. Encyclopedia of Policy Studies. New York: Marcell Dekker, Inc.

Thomson, S., T. Foubister, and E. Mossialos. *Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses. Observatory Studies Series No.17.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.

Van Horn, Carl E., And Donald S. Van Meter.1976. “The Implementation of Intergovernmental Policy,” in Charles O. Jones, and Robert D. Thomas eds.,Public Policy Making in a Federal System. California :Sage Publications, Inc.

Williams, Walter.1971.Social Policy Research and Analysis: The Experience in The Federal Social Agencies. New York: American Elsevier Publishing Co.

Zibulewsky, Joseph. "The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians." *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 14, no. 4 (October 2001): 339–346.

กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. "แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ตามนโยบายบูรณาการ 3 กองทุน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน." เมษายน 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “(ร่าง) การสร้างความเป็นเอกภาพของระบบการให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉินสำหรับประชาชนทุกสิทธิ (Powerpoint ประกอบการนำเสนอ).” ห้องสีเขียว ตึกไทยคู่ฟ้า ทำเนียบรัฐบาล, 13 มีนาคม 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. "สรุปผลการประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3 กองทุน ให้แก่สถานบริการเอกชน วันที่ 28-29 มีนาคม 2555 โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี." เอกสารภายในไม่ได้ตีพิมพ์, 2555.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.2555. แนวทางปฏิบัติในการขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุข ตามนโยบายบูรณาการ 3 กองทุน กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน.

สำนักงานประกันสังคม.รายงานประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก

สำนักงานประกันสังคม.สถิติงานประกันสังคมปี 2554.กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก

สุริยะวงศ์ไพศาล, ไพบูลย์ , et al. *โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2556.

สมบัติ ธำรงธัญวงศ์. 2549. นโยบายสาธารณะ :แนวความคิด การวิเคราะห์ และกระบวนการ.พิมพ์ครั้งที่ 14 . กรุงเทพฯ : เสมาธรรม.

วรเดช จันทรศร.2554. ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : พริกหวานกราฟฟิค.

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา.เล่ม 125 หน้า 1 ตอนที่ 44 ก (6 มีนาคม 2551)

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554.ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 หน้า 32.ตอนพิเศษ 131 ง. (4 พฤศจิกายน 2554)

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 128 หน้า 36 ตอนพิเศษ 131 ง (4 พฤศจิกายน 2554)

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์

แนวคำถามในการสัมภาษณ์

1. นโยบายนี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร? (มีที่มาอย่างไร ใครเป็นคนเริ่ม) และปรับเปลี่ยนไปอย่างไรในระหว่างการพัฒนานโยบาย (ใครเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง)
2. นโยบายนี้มีวัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนหรือไม่อย่างไร
3. หน่วยงานของท่านต้องมีการดำเนินการอะไรบ้าง เพื่อให้นโยบายนี้เกิดขึ้นจริง (การเตรียมคน ระบบ IT งบประมาณ การแก้กฎหมาย หลักเกณฑ์ในการกำกับติดตาม วางแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการดูแลพัฒนาคุณภาพบริการ วิธีการจ่ายการโอนเงิน การหาข้อยุติสำหรับประเด็นการขัดแย้ง)
4. ท่านคิดว่าการมีกลไกลกลางในการตามจ่ายที่ออกแบบในปัจจุบัน (สปสช.ทำหน้าที่เป็นกลไกกลาง) เอื้อต่อการเข้าถึงบริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้ดีมากน้อยเพียงใด
5. การดำเนินงานตามนโยบายนี้ มีความสอดคล้อง / ขัดแย้งกับกฎระเบียบของหน่วยงานของท่านหรือไม่ อย่างไร หากขัดแย้ง หน่วยงานของท่านทำอย่างไร (เป็นการแก้ไขแบบชั่วคราวหรือถาวร, ถ้าจะต้องแก้ไขแบบถาวร หน่วยงานท่านจะต้องดำเนินการอย่างไร)
6. ท่านคิดว่า กรณีการใช้สิทธิแบบเดิม 72 ชม. กับนโยบายร่วมสามกองทุน รูปแบบใดที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการฉุกเฉินแก่ผู้มีสิทธิภายใต้ระบบประกันสังคมที่ท่านดูแลอยู่ การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นมากน้อยเท่าใด
7. ถ้าเลือกได้โดยอิสระ กองทุนของท่านจะสนองนโยบายนี้อย่างไร (กลับไปใช้แบบ เดิม 72 ชม.?)
8. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานตามนโยบายนี้คืออะไร (ยกตัวอย่าง) และมีการดำเนินการแก้ไขอย่างไร
9. ท่านคิดว่าควรมีการปรับหรือแก้ไขประเด็นใดบ้าง เพื่อที่จะทำให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์
10. ท่านมีความคิดเห็นต่ออัตราการจ่ายของ Clearing house ในปัจจุบันอย่างไร เหมาะสมหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสม ควรมีลักษณะการจ่ายแบบใด

ภาคผนวก 2 แบบสอบถามผู้ประกันตน

แบบสอบถามผู้ประกันตน

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจ และภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นของผู้ประกันตน

.....

คำแนะนำโครงการ เนื่องจากสำนักงานประกันสังคมกำหนดให้ผู้ประกันตน สามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุได้ โดยที่ผู้ประกันตนจะต้องแจ้งให้กับโรงพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียนไว้รับทราบภายใน 72 ชม. และผู้ประกันตนจะต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลแล้วจึงนำใบเสร็จไปเบิกกับทางสำนักงานประกันสังคม และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังจาก 72 ชม. ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลที่ผู้ประกันตนขึ้นทะเบียนจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ในกรณีที่โรงพยาบาลอนุญาตให้ผู้ประกันตนรับการรักษาต่อ

เมื่อรัฐบาลประกาศนโยบาย**"เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน"** ผู้ประกันตนยังสามารถเข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ในกรณีที่ผู้ประกันตนเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุได้เช่นเดิม <u>แต่ผู้ประกันตนไม่ต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล</u> โดยรัฐบาลมอบให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่เบิกจ่ายแทน นโยบายดำเนินการมาตั้งแต่ 1 เมษายน 2555 เป็นระยะเวลา 1 ปี สำนักงานประกันสังคมอยากทราบว่า นโยบายนี้ ผู้ประกันตนได้รับความสะดวก หรือยุ่งยากเพียงใดเมื่อไปรับบริการภายใต้นโยบายดังกล่าว

สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ .....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป (ได้จากฐานข้อมูล datadict) CODE.....

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ❒ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงตามความเป็นจริง

1. เพศ ❒ ชาย ❒ หญิง
2. อายุ _____ ปี (เต็มปี เศษเกิน 6 เดือนปัดขึ้น)
3. สถานภาพสมรส
   ❒ โสด ❒ สมรส ❒ หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

❒ ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น ❒ มัธยมศึกษา หรือ ปวช.

❒ ปริญญาตรี หรือ ปวส ./อนุปริญญา ❒ สูงกว่าปริญญาตรี

❒ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. อาชีพ

❒ รับจ้าง ❒ รัฐวิสาหกิจ

❒ พนักงานมหาวิทยาลัย/พนักงานของรัฐ ❒ ธุรกิจส่วนตัว

❒ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. ปัจจุบันท่านมีรายได้ ..... 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. ที่อยู่ปัจจุบันจังหวัด.....

8. ระยะทางของที่ทำงานของท่านไกลจาก รพ. ตามสิทธิ์ที่ระบุเลือก

❒ ไม่เกิน 1 ก.ม. ❒ 1 ถึง 5 ก.ม.

❒ 5 ถึง 10 ก.ม. ❒ 10 ถึง 15 ก.ม.

❒ 15 ถึง 20 ก.ม. ❒ 20 ถึง 25 ก.ม.

❒ มากกว่า 25 ก.ม.

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน”

ข้อมูลพื้นฐาน

1. โรงพยาบาลหลักของท่าน คือ.....
2. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

❒ ไม่มี

❒ มี โปรดระบุ

❒ เบาหวาน ❒ ความดันโลหิตสูง

❒ ระดับไขมันในเลือดสูง ❒ หลอดเลือดหัวใจ

❒ หลอดเลือดสมอง ❒ หอบหืดหรือถุงลมโป่งพอง

❒ อื่นๆ โปรดระบุ .....

❒ ไม่เคยตรวจสุขภาพ

3. ท่านได้ไปรับการรักษาโรคประจำตัวครั้งสุดท้าย ที่รพ.ใด .....

ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงสิทธิ

1. อาการนำที่มาโรงพยาบาลในครั้งนี้ .....
2. จุดเกิดเหตุ อำเภอ ..... จังหวัด .....
3. การมาโรงพยาบาล

❒ มาเอง ❒ มูลนิธินำส่ง

❒ มูลนิธิหรือรถพยาบาลนำส่งผ่านระบบ 1669

❒ รถพยาบาลผ่านการโทรแจ้งโรงพยาบาลโดยตรง

4. ท่านทราบโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุดหรือไม่

❒ ไม่ทราบ ❒ ทราบ โปรดระบุ .....

5. ท่านเป็นผู้เลือกโรงพยาบาลที่ต้องการรับการรักษาเองหรือไม่

❒ ใช่ (ให้ทำข้อ 6 ต่อ) ❒ ไม่ใช่ (ให้ข้ามไปทำข้อ 8)

6. จงระบุเหตุผลที่เลือกมาโรงพยาบาลในครั้งนี้ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด ❒ มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา

❒ ได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอย ❒ ขอใช้สิทธิฉุกเฉินได้ง่าย

❒ สามารถรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองได้ ❒ เป็นรพ.ที่รักษาประจำอยู่แล้ว

❒ อื่นๆ .....

7. เหตุผลที่ไม่เลือกไปโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ ไม่มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา ❒ รอคอยนาน

❒ ไม่พอใจการให้บริการของบุคลากร ❒ กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย

❒ อื่นๆ .....

8. ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” หรือไม่

❒ ไม่ทราบ (ข้ามไปตอบข้อ 10) ❒ ทราบ

9. ท่านทราบเกี่ยวกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” จากที่ใด

❒ วิทยุ ❒ โทรทัศน์ ❒ หนังสือพิมพ์ ❒ เพื่อนบ้าน

❒ อื่นๆ โปรดระบุ .....

10. ภาวะฉุกเฉินที่สามารถใช้สิทธิได้ ในความเข้าใจของท่านคือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

❒ ภาวะใดก็ตามที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน ทันที ❒ ภาวะที่คุกคามชีวิต

❒ ภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผลต่อชีวิตหรือพิการ

❒ อุบัติเหตุ ❒ ภาวะใดๆก็สามารถใช้ได้หมด

❒ อื่นๆ โปรดระบุ .....

11. ท่านคาดหวังว่าจะได้รับการรักษาโดยไม่ต้องสำรองเงินจ่ายก่อนตัดสินใจมาโรงพยาบาลหรือไม่

❒ คาดหวัง ❒ ไม่คาดหวัง

12. ท่านถูกถามสิทธิก่อนได้รับการรักษาเบื้องต้นหรือไม่ เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

❒ ใช่ ❒ ไม่ใช่

13. ท่านทราบมาก่อนว่าท่านจะได้รับการดูแลรักษากรณีฉุกเฉินแค่เบื้องต้นเพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤตโดยไม่ต้องสำรองเงินจ่าย

❒ ใช่ ❒ ไม่ใช่

14. ท่านทราบมาก่อนเข้าโรงพยาบาลหรือไม่ว่าเมื่อพ้นจากภาวะฉุกเฉินท่านจะต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อดำเนินการรักษาต่อ หลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว

❒ ใช่ ❒ ไม่ใช่

15. โรงพยาบาลแจ้งให้ท่านทราบหรือไม่ ว่า เมื่อพ้นจากภาวะฉุกเฉินท่านจะต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อดำเนินการรักษาต่อ หลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นแล้ว

❒ แจ้ง ❒ ไม่แจ้ง

16. ท่านยอมรับได้หากต้องถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ตามสิทธิเพื่อรับการรักษาต่อหลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม

❒ ใช่ ❒ ไม่ใช่

17. ท่านต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือต้องสำรองเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ก่อนส่งตัวไปโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้หรือไม่

❒ ใช่ เป็นจำนวน ..... บาท ❒ ไม่ใช่

18. ภาระค่าใช้จ่ายนั้น เหมาะสมเพียงใด

❒ เหมาะสม ❒ ไม่เหมาะสม

❒ ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ

19. ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้น ก่อให้เกิดภาระหนี้สินแก่ท่านและครอบครัวหรือไม่ อย่างไร

❒ ไม่เกิด

❒ เกิด เนื่องจาก..... ....

20. ท่านมีความพึงพอใจกระบวนการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน **มากกว่า หรือ น้อยกว่า** กระบวนการการใช้สิทธิกรณี 72 ชั่วโมงแบบเดิม

❒ มากกว่า ❒ น้อยกว่า

21. หากให้คะแนนความพึงพอใจกระบวนการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ท่านให้กี่คะแนน

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน
พอใจอย่างยิ่ง	5
พอใจ	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่พอใจ	2
ไม่พอใจอย่างยิ่ง	1

22. หากให้คะแนนความพึงพอใจกระบวนการใช้สิทธิกรณีกรณี 72 ชั่วโมงแบบเดิม ท่านให้กี่คะแนน

ระดับความพึงพอใจ	คะแนน
พอใจอย่างยิ่ง	5
พอใจ	4
ไม่แน่ใจ	3
ไม่พอใจ	2
ไม่พอใจอย่างยิ่ง	1

23. ท่านทราบหรือไม่ว่า มีหมายเลขโทรศัพท์ให้ร้องเรียนบริการที่ได้รับ

❒ ทราบ ระบุ หมายเลข..... ❒ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ/ไม่ตอบ

24. ปัญหา ความไม่สะดวก ความกังวลใจที่ท่านได้รับเมื่อไปใช้บริการภายใต้ใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

.....

.....

.....

หากท่านเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินอีกครั้ง ให้ท่านเลือกสามารถเลือกใช้สิทธิได้ ท่านอยากจะใช้สิทธิใด

❒ สิทธิ กรณี 72 ชม. แบบเดิม. ❒ สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน

ภาคผนวก 3 สรุปวิธีการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์

วิธีการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ (Normand Charles, Weber Axel : Social Health Insurance: A guidebook for planning)

1) การเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)

เป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่สถานพยาบาลสำหรับการบริการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลนั้นๆ จัดให้แก่ประชากรที่รับผิดชอบดูแล เป็นการจ่ายเงินล่วงหน้า (prospective payment) ตามอัตราที่กำหนดต่อประชากรหนึ่งคน ไม่คำนึงว่าประชากรนั้นจะเจ็บป่วยหรือไม่ และไม่คำนึงถึงจำนวนกิจกรรมหรือรายการที่ใช้ในการรักษา เป็นการจ่ายก่อนการเกิดการใช้บริการ ประชากรที่รับผิดชอบดูแลอาจจะไปใช้บริการหรือไม่ก็ได้ โดยอัตราค่าตอบแทนนั้นจะเป็นอัตราที่กองทุนประกันสุขภาพกำหนดขึ้น หรือเป็นอัตราที่ตกลงร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนประกันสุขภาพก็ได้ โดยสถานพยาบาลจะได้รับตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียนกับสถานพยาบาลนั้นๆ

ระบบนี้เปรียบเสมือนสถานพยาบาลเข้ามาร่วมรับความเสี่ยงด้วย เพราะหากว่าประชากรของตนมีสุขภาพอนามัยดีจะมีรายจ่ายด้านรักษาพยาบาลที่ต่ำกว่ารายรับ แม้ว่าระบบนี้จะทำให้กองทุนประกันสุขภาพสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้นทุนในการบริหารจัดการต่ำ และทำให้กองทุนประกันสุขภาพมีเสถียรภาพ แต่วิธีการจ่ายแบบนี้อาจทำให้คุณภาพการรักษาพยาบาลลดลงอันเป็นผลมาจากการควบคุมค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาล

2) การจ่ายตามรายการบริการ (Fee for Service or Price per item)

เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามชนิด กิจกรรม หรือปริมาณรวมของกิจกรรมที่ให้บริการหรือรายการของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ วิธีการจ่ายแบบนี้กองทุนสุขภาพยากที่จะควบคุมค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาจมีการเรียกเก็บมากที่สุดเท่าที่เรียกเก็บได้ วิธีนี้สามารถแบ่งย่อยออกได้ดังนี้

2.1 การจ่ายตามราคากลางของแต่ละบริการ (free Schedule) หรือ การกำหนดเพดานของการเบิกจ่าย (Ceiling) เป็นการจ่ายโดยที่กองทุนประกันสุขภาพมีการตั้งราคาค่าบริการ ค่ายา ค่าวัสดุแต่ละรายการไว้เป็นราคาเพดาน เมื่อผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลส่งใบเบิกมา กองทุนประกันสุขภาพจะจ่ายให้ไม่เกินราคาเพดานที่ตั้งไว้

2.2 การจ่ายตามจำนวนสถานพยาบาลเรียกเก็บ (Charge) เป็นการจ่ายค่าตอบแทนตามราคาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บมา โดยที่สถานพยาบาลเรียกเก็บมาเท่าไร กองทุนประกันสุขภาพจะจ่ายคืนให้กับสถานพยาบาลเท่าจำนวนที่เรียกเก็บมา

2.3 การจ่ายตามคะแนน (Point System) เป็นวิธีการจ่ายที่มีฐานมาจากการจ่ายตามรายการ โดยกำหนดให้บริการแต่ละชนิดมีจำนวนคะแนนที่แตกต่างกันออกไป ตามความยากง่ายหรือทรัพยากรที่ต้องใช้สำหรับบริการนั้นๆ จำนวนเงินที่จ่ายจริงจะมาจากการคูณคะแนนที่สะสมในช่วงเวลาหนึ่งกับอัตราจำนวนเงินต่อคะแนน

3) การจ่ายตามรายป่วย (Case Payment)

วิธีนี้เป็นการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือค่าบริการตามการเจ็บป่วยในแต่ละครั้ง ไม่ได้จ่ายตามกิจกรรมหรือบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย วิธีการจ่ายนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

3.1 การจ่ายอัตราเดียวกันสำหรับทุกโรค ซึ่งกองทุนประกันสุขภาพจะจ่ายให้กับสถานพยาบาลในราคาเดียวกันทุกโรค ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคอะไรก็จ่ายราคาเดียวกันหมด

3.2 การจ่ายตามการวินิจฉัย เป็นการจ่ายตามการวินิจฉัย โดยมีการจัดกลุ่มโรคที่มีการวินิจฉัยใกล้กันมาจัดเป็นกลุ่มเดียวกัน เช่น กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic Related Group หรือ DRGs) เพื่อเป็นบรรทัดฐานในการจ่ายค่าบริการในแต่ละกลุ่ม

4) การจ่ายค่าตอบแทนแบบงบประมาณ (Budget)

เป็นการจ่ายค่าตอบแทนให้กับผู้ให้บริการ (Provider) โดยครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านต่างๆทั้งหมดไว้ ส่วนการบริหารจัดการงบประมาณเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาล เป็นการจ่ายแบบล่วงหน้า โดยจ่ายเป็นงบประมาณรายปี การจ่ายแบบนี้สามารถแยก ดังนี้

4.1 การจ่ายงบประมาณแบบบางรายการ (line item budget) ซึ่งสถานพยาบาลจะต้องประมาณค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยระบุรายละเอียดล่วงหน้าทำการประมาณการจำนวนงบประมาณที่ต้องใช้ในงบประมาณที่จะมาถึง ซึ่งการใช้จ่ายของสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามรายการที่ทำการขอไว้

4.2 การจ่ายงบประมาณแบบรวบยอด (Global budget) สถานพยาบาลจะทำการคำนวนงบประมาณค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น โดยไม่ต้องแจกแจงรายละเอียดในรายการย่อย ซึ่งสถานพยาบาลจะมีอิสระในการใช้จ่ายเงินภายใต้งบประมาณที่ได้รับ

ภาคผนวก 4 รายชื่อโรงพยาบาลนอกเครือข่ายประกันสังคมที่มีการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสังคมจำนวนมากที่เป็นตัวแทน 4 ภาค

ภูมิภาค	โรงพยาบาลนอกเครือขาย	โรงพยาบาลในเครือข่าย
1. กทม. และปริมณฑล	1. โรงพยาบาลธนบุรี	
	2. โรงพยาบาลวิชัยยุทธ	
	3. โรงพยาบาลสินแพทย์	
2. ภาคเหนือ จ.พิษณุโลก	1. โรงพยาบาลอินเตอร์เวชการ	1. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
	2. โรงพยาบาลรัตนเวช 2	
	3. โรงพยาบาลพิษณุเวช	
	4. โรงพยาบาลรวมแพทย์พิษณุโลก	
3. ภาคอีสาน จ.ขอนแก่น	1. โรงพยาบาลขอนแก่นราม	1. โรงพยาบาลขอนแก่น
4. ภาคใต้ จ.สงขลา	1. โรงพยาบาลศิครินทร์หาดใหญ่	1. โรงพยาบาลหาดใหญ่
	2. โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี หาดใหญ่	
	3. โรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่	

ภาคผนวก 5 การแจกแจงฟังก์ชันความน่าจะเป็นของค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ

การแจกแจงฟังก์ชัน lognormal

เมื่อตัวแปรสุ่ม (Random variable) x มีการแจกแจงแบบต่อเนื่อง ดังฟังก์ชันต่อไปนี้

$$f_X(x;\mu,\sigma) = \frac{1}{x\sigma\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{(\ln x-\mu)^2}{2\sigma^2}}, x > 0$$

โดยค่า μ คือ ค่าเฉลี่ย และค่า σ คือ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ค่าคาดหวัง (Expected value; E(X)) และค่าความแปรปรวน (Variance; Var(X)) ของตัวแปรสุ่ม x เป็นดังนี้

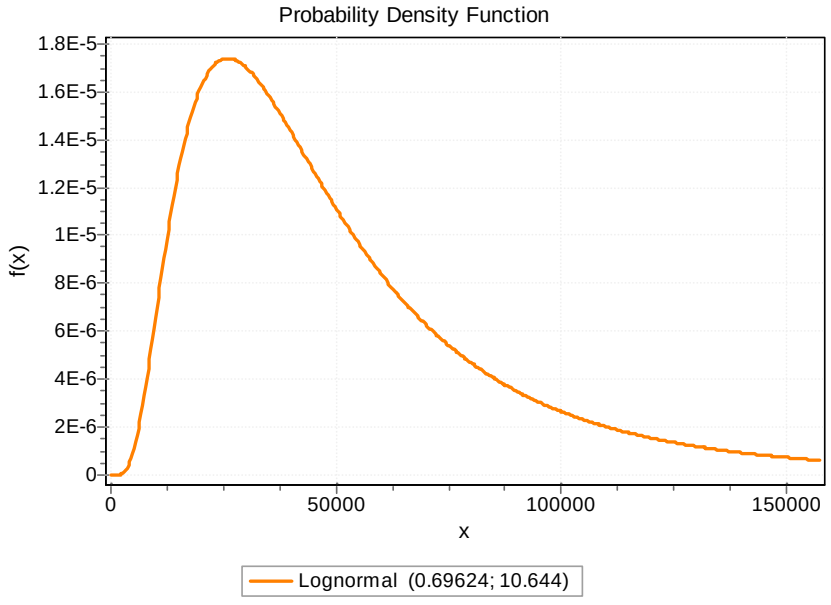
$$E(X) = e^{\mu+\frac{1}{2}\sigma^2}$$

$$Var(X) = (e^{\sigma^2} - 1)e^{2\mu+\sigma^2}$$

ลักษณะเฉพาะของตัวแปรสุ่มที่มีการแจกแจงแบบ lognormal คือ เมื่อตัวแปรสุ่ม x มีการแจกแจงแบบ lognormal แล้วตัวแปรสุ่ม $y = ln(x)$ มีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) โดยที่ $y \sim N(\mu, \sigma^2)$

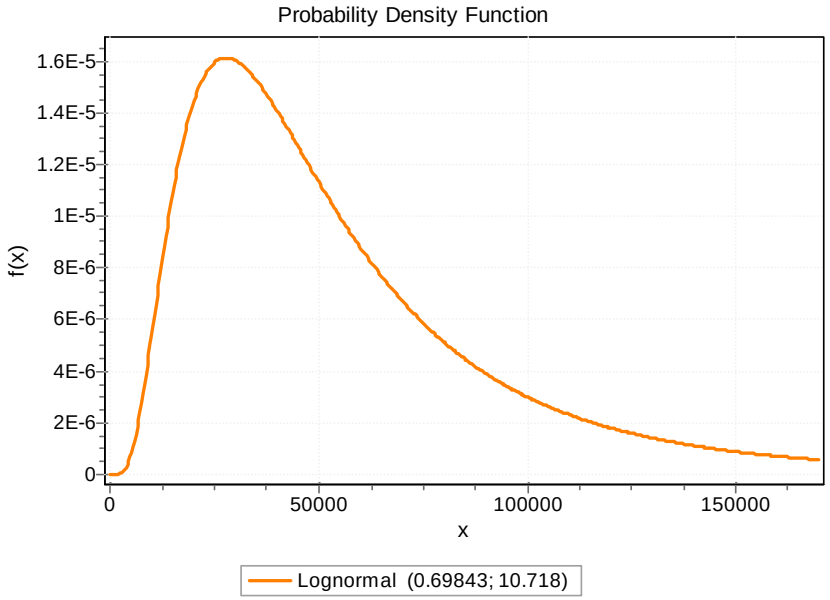
1) โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย ทุกเขตพื้นที่ตั้ง

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 53,443 และมีการแจกแจงดังรูป



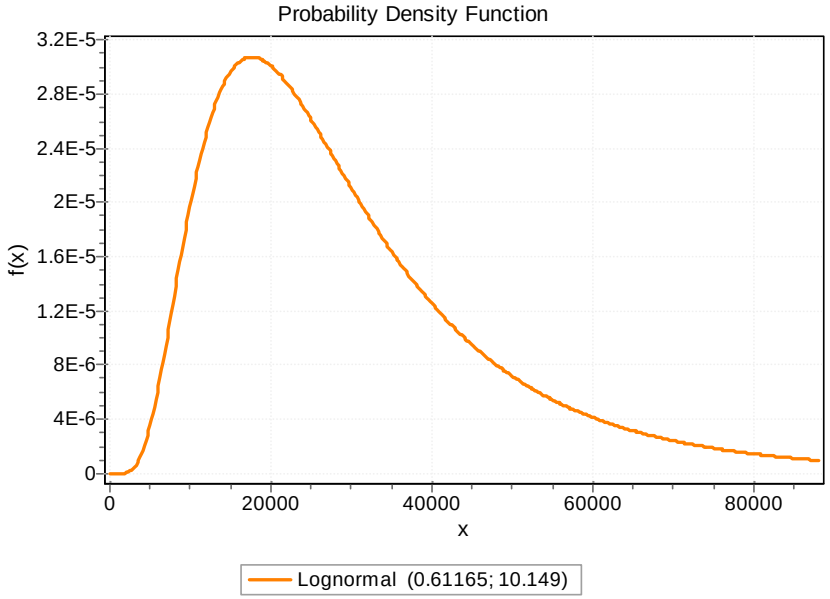
2) โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป เขตกรุงเทพมหานคร

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 57,636 และมีการแจกแจงดังรูป



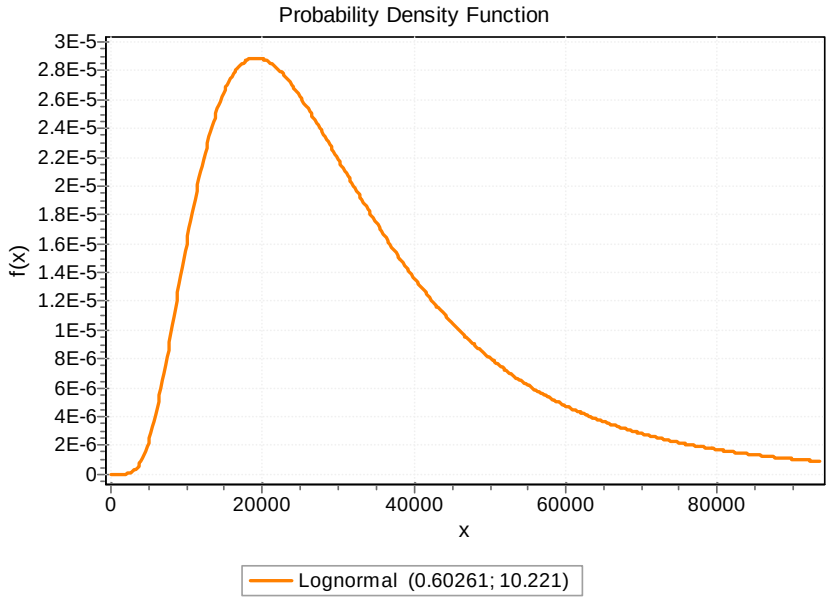
3) โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป เขตปริมณฑล

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 30,824 และมีการแจกแจงดังรูป



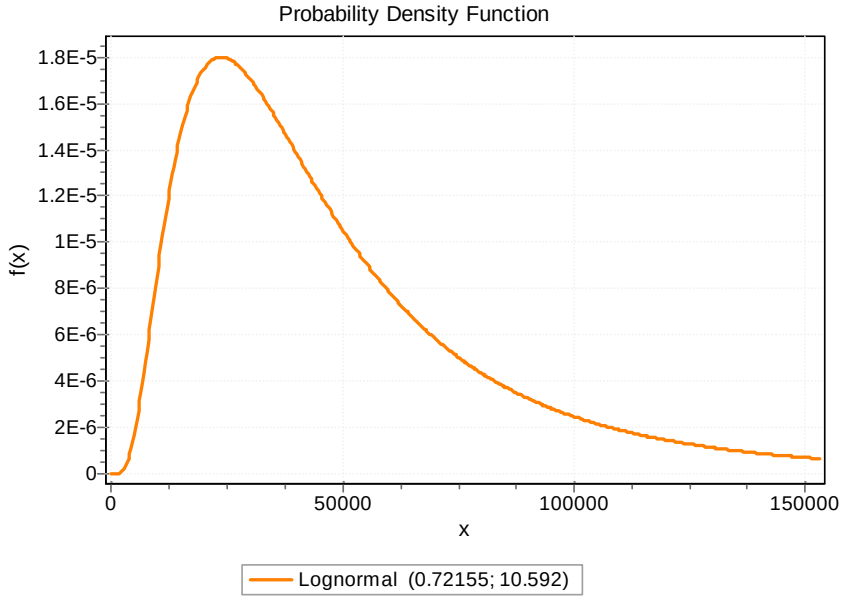
4) โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป เขตต่างจังหวัด

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 32,944 และมีการแจกแจงดังรูป



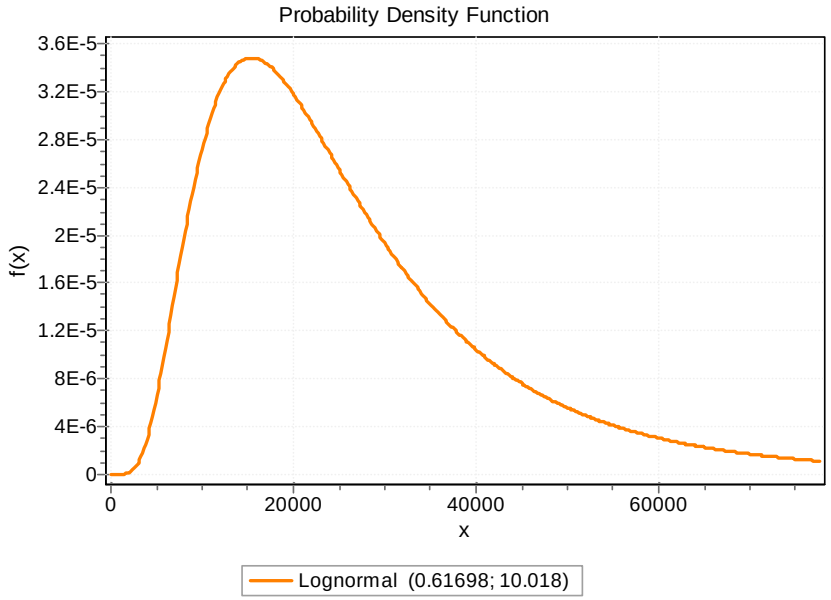
5) โรงพยาบาลมูลนิธิ เขตกรุงเทพมหานคร

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 51,654 และมีการแจกแจงดังรูป



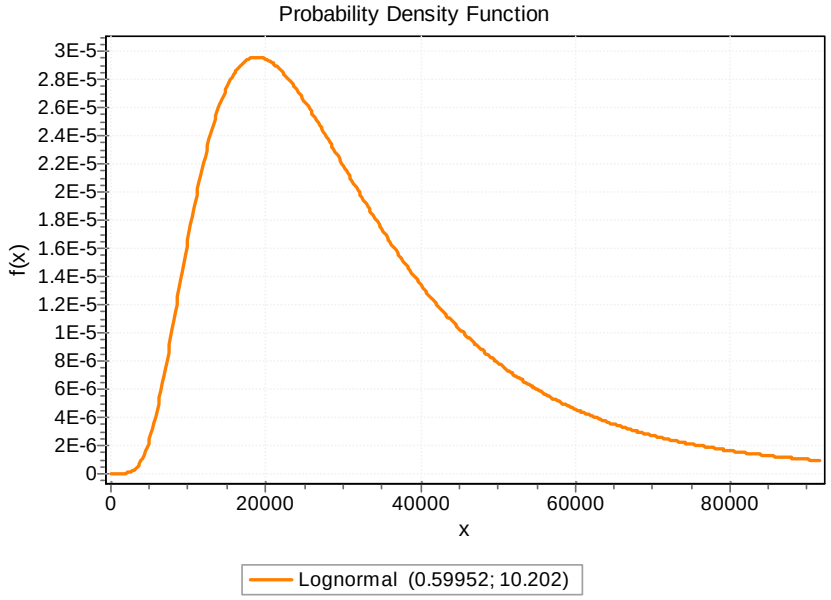
6) โรงพยาบาลมูลนิธิ เขตปริมณฑล

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 27,128 และมีการแจกแจงดังรูป



7) โรงพยาบาลมูลนิธิ เขตต่างจังหวัด

มีการแจกแจงแบบ lognormal ค่า E(X) = 32,264 และมีการแจกแจงดังรูป



ภาคผนวก 6 ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ/ความล้มเหลว

ตัวแบบ (Model) การประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ข้อค้นพบ	แหล่งอ้างอิง	แนวโน้มของความสำเร็จ	แนวโน้มของความล้มเหลว
นโยบาย				
ประเภทของนโยบาย	เป็นนโยบายใหม่	เอกสารและการสัมภาษณ์		√
ความสามารถในการแก้ไขปัญหา	ระบุแนวทางในการแก้ไขปัญหาแบบคลุมเครือ	เอกสารและการสัมภาษณ์		√
ความชัดเจนของวัตถุประสงค์และเป้าหมาย	มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชัดเจน	เอกสารและการสัมภาษณ์	√	
สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย	สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเพียงบางกลุ่ม	การสัมภาษณ์		√
สอดคล้องกับนโยบายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง	ไม่สอดคล้องกับนโยบายอื่นๆ เช่น 72 ชม.เดิม	เอกสารและการสัมภาษณ์		√
การกำหนดภารกิจและการมอบหมายงาน				
ขั้นตอนในการปฏิบัติงานมีความชัดเจน	ขั้นตอนในการปฏิบัติงานมีความคลุมเครือ	เอกสารและการสัมภาษณ์		√
วิธีปฏิบัติงานสามารถเข้าใจง่าย	แนวทางปฏิบัติไม่ชัดเจน	การสัมภาษณ์		√

ตัวแบบ (Model) การประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ข้อค้นพบ	แหล่งอ้างอิง	แนวโน้มของความสำเร็จ	แนวโน้มของความล้มเหลว
การกำหนดกฎระเบียบการปฏิบัติงาน	กฎระเบียบในการปฏิบัติงานเข้มงวด	การสัมภาษณ์		√
การกำหนดบทลงโทษและการให้รางวัล	ไม่มีการกำหนดบทลงโทษและการให้รางวัลอย่างเป็นระบบ	การสัมภาษณ์		√
ทรัพยากร				
ความเพียงพอของทรัพยากรเงิน	ทรัพยากรทางการเงินมีจำนวนเพียงพอ	เอกสารและการสัมภาษณ์	√	
หน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ				
ลักษณะโครงสร้างองค์กร	โครงสร้างสามารถปรับตัวเข้ากับการ เปลี่ยนแปลงได้	การสัมภาษณ์	√	
ความซับซ้อนของการปฏิสัมพันธ์และเครือข่ายภายในองค์กร	ปฏิสัมพันธ์มีความซับซ้อน เช่น การแยกการบริหารจัดการของกองทุน	การสัมภาษณ์		√
กฎระเบียบในการดำเนินงานในองค์กร	กฎระเบียบมีมาก	การสัมภาษณ์		√
ลักษณะและความเป็นทางการของกระบวนการสื่อสารภายในองค์กร	กระบวนการสื่อสารเป็นทางการ	การสัมภาษณ์		√
ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย				
การสนับสนุนของผู้บริหาร	ผู้บริหารให้การสนับสนุนนโยบาย	การสัมภาษณ์	√	
การเข้าไปมีส่วนร่วมของผู้บริหาร	มีส่วนร่วมในนโยบาย	การสัมภาษณ์	√	

ตัวแบบ (Model) การประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ข้อค้นพบ	แหล่งอ้างอิง	แนวโน้มของความสำเร็จ	แนวโน้มของความล้มเหลว
บุคคลากรผู้ปฏิบัติงาน				
ทัศนคติที่มีต่อนโยบาย	มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อนโยบาย	การสัมภาษณ์		√
ระดับการยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	ยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	การสัมภาษณ์	√	
ทักษะการดำเนินงาน ความรู้	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานน้อย	การสัมภาษณ์		√
ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบาย	การตอบสนองสวนทางกับนโยบายยังคลุมเครือ	การสัมภาษณ์		√
ขอบเขตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงาน	การเปลี่ยนแปลงมีมาก	การสัมภาษณ์	√	
โรงพยาบาลเอกชน				
ทัศนคติที่มีต่อนโยบาย	มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อนโยบาย	การสัมภาษณ์		√
ระดับการยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	ยอมรับในเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย	การสัมภาษณ์	√	
ทักษะการดำเนินงาน ความรู้	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานน้อย	การสัมภาษณ์		√
ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบาย	การตอบสนองสวนทางกับนโยบายยังคลุมเครือ	การสัมภาษณ์		√
ขอบเขตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อผู้ปฏิบัติงาน	การเปลี่ยนแปลงมีน้อย	การสัมภาษณ์	√	

ตัวแบบ (Model) การประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ข้อค้นพบ	แหล่งอ้างอิง	แนวโน้มของความสำเร็จ	แนวโน้มของความล้มเหลว
สภาพแวดล้อม				
ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม การเมือง	เศรษฐกิจ สังคม การเมือง เปลี่ยนแปลงน้อย	การสัมภาษณ์	√	
ผลกระทบจากการต่อต้านคัดค้านนโยบายจากฝ่ายต่างๆ	ไม่มีการต่อต้านหรือคัดค้าน	การสัมภาษณ์	√	
ผลกระทบต่อศีลธรรมของสังคม	ไม่ส่งผลกระทบต่อศีลธรรม	การสัมภาษณ์	√	
การสนับสนุนทางการเมืองและกฎหมาย	ได้รับการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองและกฎหมาย	การสัมภาษณ์	√	
กลุ่มเป้าหมายและประชาชน				
ทัศนคติต่อนโยบาย	กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดีต่อนโยบาย	การสัมภาษณ์	√	
ความเข้าใจในประโยชน์ที่ได้รับ	กลุ่มเป้าหมายเข้าใจในประโยชน์	การสัมภาษณ์	√	
การประสานงานและความร่วมมือ				
ความสม่ำเสมอในการสื่อสารระหว่างฝ่ายองค์กรที่รับผิดชอบนำนโยบายไปปฏิบัติ	การสื่อสารระหว่างองค์กรไม่มีความสม่ำเสมอ	การสัมภาษณ์		√
จำนวนหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้อง	จำนวนหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องมีมาก	การสัมภาษณ์		√
การประชาสัมพันธ์				
รูปแบบของสื่อที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์	รูปแบบของสื่อมีความครอบคลุมทันสมัย	การสัมภาษณ์		√

ตัวแบบ (Model) การประเมินการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ	ข้อค้นพบ	แหล่งอ้างอิง	แนวโน้มของความสำเร็จ	แนวโน้มของความล้มเหลว
การประชาสัมพันธ์ถึงกลุ่มเป้าหมาย	เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายน้อย	การสัมภาษณ์		√
ความสม่ำเสมอในการประชาสัมพันธ์	ขาดความสม่ำเสมอ	การสัมภาษณ์		√
การวางแผนและการควบคุม				
วิธีการควบคุม ดูแลและประเมินผลการปฏิบัติงาน	ไม่มีมาตรฐานในการควบคุมและประเมินผลการปฏิบัติงาน	การสัมภาษณ์		√
มาตรการในการกระตุ้นส่งเสริม	ไม่มีการกระตุ้นส่งเสริม	การสัมภาษณ์		√
มาตรการในการประเมินผล				
การประเมินผลนโยบาย	มีการประเมินผลระหว่างการดำเนินการ	การสัมภาษณ์	√	