

ภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชน โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย พ.บ.*, อุกุณพร วงษ์ศิลป์ บช.ม.,** กาศกร สอนเรือง ศศ.ม., วท.ม.**
พัชนี ธรรมวันนา วท.ม.,**** ทาวร สกุลพานิชย์ พ.บ., วท.ม.*****

* สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 88/20 ซอยสาธารณสุข 6 ตำบลบางเขน อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000

**** สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข อาคารสุขภาพแห่งชาติ
เลขที่ 88/39 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

***** นักวิจัยอิสระ

***** กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
88/20 อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

(E-mail: utoomporn@hisro.or.th)

(Received: June 26, 2018; Revised: March 25, 2019; Accepted: August 6, 2019)

Abstract: Healthcare Expenditure Burden for Emergency Medical Services of Private Hospitals under a Project of Financial Recommendation for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

Chiangchaisakulthai K*, Wongsin U,** Suanrueang P,** Thumvanna P,**** Sakunphanit T*****

* International Health Policy Program, 88/20 Satharanasuk 6 Alley, Bang Khen,
Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

**** Health Insurance System Research office, Health Systems Research Institute,
National Health Building 88/39 Taradkwan, Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

***** Independent researcher

***** Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary,
88/20 Mueang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

The objective of this study is to analyze health care expenditure burden of emergency medical services provided at private hospitals under a project of financial recommendation for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). Reimbursement data of emergency medical services for fiscal year 2017 from April to December were analysed. The result showed that Universal Coverage for Emergency Patients, known as UCEP program was extensively covered emergency patients under three major public health insurance schemes and private health insurance scheme including out-of-pocket. There were 209 private hospitals from 364 private hospitals participating this program. For medical supply lists, there were 429,276 items submitting from hospitals and total expenditure was 338,655,638 THB. Considering in each billing group, a bill of material supplies was the highest while total expenditure of doctor fee was the highest followed closely by medicine. However, it should be noted that there were limitations of data including accuracy and completeness. An audit process should, therefore, be conducted in order to monitor and audit all services in medical record.

Keywords: Expenditure burden, Emergency medical services, Private hospitals

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชนภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลังจากฐานข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง” จากฐานข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ตั้งแต่เดือนเมษายน – ธันวาคม พ.ศ. 2560 จำนวนข้อมูลผู้ป่วยทั้งสิ้น 5,415 ราย ผลการศึกษา พบว่า ภาพรวมโครงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ หรือ UCEP คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ครอบคลุมทุกสิทธิ การรักษาพยาบาล ทั้งนี้มีโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอยู่ จำนวน 209 แห่ง จากทั้งหมด

364 แห่ง ส่วนข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บ มีข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ทำการส่งเบิกทั้งสิ้น 429,276 รายการ คิดเป็นมูลค่าค่าใช้จ่ายเรียกเก็บรวม 338,655,638 บาท ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแยกเป็นหมวดรายการเรียกเก็บหมวดเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายมีการเรียกเก็บสูงที่สุด ขณะที่หมวดค่าบริการวิชาชีพหรือค่าบริการทางการแพทย์มีการเรียกเก็บสูงที่สุด รองลงมาเป็นหมวด ค่ายา และสารอาหารทางหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดเรื่องความครบถ้วนและความถูกต้องของการบันทึกข้อมูลอยู่จำนวนมาก ดังนั้นควรเร่งรัดให้เกิดกระบวนการหรือกลไกการตรวจสอบข้อมูลเวชระเบียนเพื่อดูความถูกต้องครอบคลุมของการให้บริการ

คำสำคัญ: ภาระค่าใช้จ่าย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานพยาบาลเอกชน

บทนำ

ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือการเกิดภาวะทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ ดังนั้น จึงเป็นนโยบายทางสังคมที่มีความสำคัญในระดับสูงในทุกประเทศ แม้ในประเทศพัฒนาแล้วที่ยังไม่มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ในสหรัฐอเมริกานั้น ถือเป็นบริการพื้นฐานจำเป็นที่ผู้ป่วยไม่ว่าจะมีประกันสุขภาพหรือไม่ หรือจะมีสัญชาติใด เข้าเมืองถูกต้องหรือไม่ ต่างได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมาย The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)¹ โดยกฎหมายดังกล่าวกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ห้ามปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์ และให้สิทธิกับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคน โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการชำระค่าบริการพยาบาลหรือไม่ โดยได้รับการชดเชยค่าบริการพยาบาลจากรัฐ ในอัตราที่กำหนด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีงานวิจัยจำนวนมากที่สนับสนุนเรื่องประสิทธิภาพและคุณค่าของบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งประเด็นแพทย์เฉพาะทางและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของบุคลากรที่ผ่านการอบรม² ด้านการให้บริการ ในประเทศจีนมีการให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นทางการมากกว่า 25 ปี³ และคาดว่าจะเติบโตต่อไปเรื่อยๆ ทั้งในแง่ของการแพทย์และการพัฒนาด้านวิชาการ ขณะที่ประเทศไต้หวัน⁴ มีหน่วยงาน National Health Insurance Administration เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในเคาท์รักษา ขณะที่ผู้ป่วยจะจ่ายเฉพาะค่าร่วมจ่ายบริการฉุกเฉินเท่านั้น ส่วนประเทศญี่ปุ่น มีหน่วยงาน The Japanese Association for Acute Medicine (JAAM) เป็นหน่วยงานแห่งแรกที่ถูกตั้งขึ้นเพื่อดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจุดประสงค์เริ่มแรกคือการรักษาผู้ป่วยวิกฤติจากอุบัติเหตุทางจราจร ทั้งนี้หน่วยงาน JAAM เป็นหน่วยงานที่มีอิทธิพลอย่างมากในการตัดสินใจทางนโยบาย (2) และระบบการแพทย์ฉุกเฉินของญี่ปุ่นในปัจจุบัน มี 3 รูปแบบ ได้แก่ the multi specialist-type, the ICU-type และ the ER-type models⁵ ส่วนในประเด็นค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพกลุ่มประเทศในองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organisation for Economic Co-operation and Development - OECD)⁶ พบว่า ข้อมูลปี 2017 ประเทศอเมริกามีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่อคนสูงที่สุด คิดเป็น 10,209 ดอลลาร์ต่อคน รองมาคือ ประเทศสวีเดนและเดนมาร์ก ขณะที่อินเดียข้อมูลปี 2015 มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อคนต่ำที่สุด คิดเป็น 203 ดอลลาร์ต่อคน

ในประเทศไทย นโยบาย “*เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่*” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ได้ถูกกำหนดขึ้นทั้งนี้นโยบายนี้เป็นการทบทวน ปรับปรุงและต่อยอดนโยบายจากโครงการ EMCO สามกองทุนเดิม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต และเข้าถึงบริการการแพทย์อย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยมีมติคณะรัฐมนตรีรองรับการดำเนินโครงการ UCEP ในภาพรวม (28 มีนาคม 2560)⁷ และมีผลบังคับให้สถานพยาบาลเอกชนและภาครัฐทุกแห่งต้องดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่วนรูปแบบการบริหารนั้นมีสปช.รับผิดชอบประสานหาเตียงให้กับผู้ป่วยฉุกเฉินสิทธิบัตรทอง ส่วนผู้ป่วยสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจอื่นๆ รับผิดชอบโดยกระทรวงสาธารณสุข ผ่านโรงพยาบาลภาครัฐสังกัดต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ และสำนักงานประกันสังคมรับผิดชอบสิทธิประกันสังคม และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁸ รับผิดชอบประสานทุกภาคส่วนในการดำเนินงานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกสิทธิ และให้คำปรึกษาการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ตลอดจนรับเรื่องอุทธรณ์ หรือร้องเรียนกรณี

ไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิโครงการ UCEP ทั้งนี้ ภายหลังจากการประกาศนโยบายดังกล่าวมีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมและรักษาผู้ป่วย UCEP และส่งข้อมูลเรียกเก็บมายังหน่วยงานกลางในโดยจะปรากฏข้อมูลค่าใช้จ่ายเฉพาะด้านบริการฉุกเฉิน ดังนั้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชนโดยใช้ฐานข้อมูลการเบิกจ่าย เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนด้านงบประมาณและการบริหารจัดการต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง” จากฐานข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม พ.ศ. 2560 ที่สถานพยาบาลให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเบิกจ่ายมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีจำนวนข้อมูลผู้ป่วยทั้งสิ้น 5,415 ราย โดยการวิเคราะห์ภาระค่าใช้จ่ายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชนมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. กำหนดรูปแบบและลักษณะของข้อมูลที่จะใช้ในการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายเพื่อดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP) ปี พ.ศ. 2560 ตั้งแต่เดือนเมษายน - ธันวาคม 2560 รายละเอียดประกอบด้วย ข้อมูลของสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษา ข้อมูลผู้ป่วย วันที่เข้ารับการรักษาค่าบริการให้รหัสโรค ค่าบริการที่เรียกเก็บ
2. ประสานขออนุเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP) เป็นรายเดือนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
3. สอบทานข้อมูลและจัดเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์
4. ดำเนินการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยใช้ One-Way ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าใช้จ่ายเรียกเก็บระหว่างประเภทโรงพยาบาล จากนั้นเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Tukey กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05
5. การประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็นร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชน ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนจากกองทุนประกันสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิ และ ตัวแทนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
6. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

คำนิยามและการวัดของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁹ หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีพหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”⁸ หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและคัดกรองอาการบาดเจ็บหรืออาการป่วยกะทันหันว่า เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถานพยาบาลเอกชน ตามพระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523¹⁰ หมายความว่า สถานพยาบาลของเอกชนที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินยี่สิบห้าเตียง ซึ่งได้รับอนุญาตให้ตั้งหรือดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

wa

การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ อุกเฉิน (UCEP) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรวบรวม ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ

ที่ให้บริการผู้ป่วย UCEP ทั้งหมด ได้รับข้อมูลการเบิกจ่ายตั้งแต่เริ่มโครงการ คือ วันที่ 1 เมษายน 2560 ถึง 27 ธันวาคม 2560 สามารถจำแนก รายละเอียดได้ดังนี้

ตารางที่ 1 ภาวะค่าใช้จ่ายค่าบริการทางการแพทย์อุกเฉิน แยกรายสิทธิการรักษาพยาบาล

| กองทุน | จำนวน (ราย) | รวมค่ารักษาทั้งหมด (บาท) | อนุมัติจ่าย (บาท) | % อนุมัติ | (CMI)* |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|-----------------------|------------|--------|
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 3,555 | 206,027,205.44 | 100,478,571.78 | 49% | 1.3187 |
| ราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 1,126 | 74,398,215.61 | 32,709,359.38 | 44% | 1.5019 |
| ประกันสังคม | 664 | 36,000,827.34 | 15,127,093.73 | 42% | 1.2283 |
| ประกันสังคม (คนพิการ มาตรา 44) | 4 | 60,466.00 | 24,922.50 | 41% | 1.0717 |
| สิทธิข้าราชการท้องถิ่น | 54 | 3,278,582.35 | 1,336,111.15 | 41% | 1.3484 |
| กลุ่มสิทธิหลักกองทุนอื่นๆ | 10 | 525,858.75 | 182,127.00 | 35% | 1.2369 |
| มีปัญหาเรื่องสิทธิ | 2 | 75,921.00 | 25,576.25 | 34% | 0.4384 |
| รวม | 5,415 | 320,367,076.49 | 149,883,761.79 | 47% | |

* Case Mix Index (CMI) คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW)

ตารางที่ 1 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นผู้ป่วย ที่มารับบริการมากที่สุด ตามด้วยกลุ่มผู้ป่วยที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และสิทธิประกันสังคมตามลำดับ ค่าใช้จ่ายในการ รักษาทั้งหมด 320,367,076.49 บาท โดยที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่อนุมัติ

จ่ายตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข การกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยอุกเฉินวิกฤต “เจ็บป่วยอุกเฉิน วิกฤต มีสิทธิทุกที่” อนุมัติจ่ายทั้งสิ้น 149,883,761.79 บาท คิดเป็น 47 เปอร์เซ็นต์ ของมูลค่าที่เรียกเก็บ

ตารางที่ 2 ข้อมูลค่าเฉลี่ยของบริการทางการแพทย์อุกเฉิน

| รายการ | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|--|-----------|----------------------|
| จำนวนวันนอนเฉลี่ยต่อราย (ราย) | 2.48 | 7.34 |
| จำนวนชั่วโมงนอนเฉลี่ยต่อราย (ชั่วโมง) | 48.33 | 178.87 |
| ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บเฉลี่ยต่อราย (บาท) | 62,225.45 | 97,036.53 |
| จำนวนเงินอนุมัติจ่ายเฉลี่ยต่อราย (บาท) | 29,722.17 | 49,629.43 |
| ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอน (บาท) | 38,872.89 | 59,087.20 |
| ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อชั่วโมงนอน (บาท) | 6,038.7 | 10,464.60 |
| CMI | 1.35 | 1.68 |
| ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ RW (บาท) | 47,272.26 | 67,881.65 |
| อนุมัติจ่ายต่อ RW (บาท) | 21,513.76 | 31,154.68 |

ตารางที่ 2 เมื่อนำข้อมูลค่าเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อุกเฉิน UCEP ที่ถูกเรียกเก็บมาพิจารณาคุณค่าเฉลี่ยและลักษณะของข้อมูล พบว่า ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (Relative Weight: RW) มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 47,272.26 บาท ขณะที่การอนุมัติจ่ายต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ เท่ากับ 21,513.76 บาท

ทั้งนี้ จากข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่างๆ ได้พิจารณาแบ่งกลุ่ม โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยอุกเฉินวิกฤตออกเป็น 3 กลุ่ม โดย

อ้างอิงการแบ่งกลุ่มตามลักษณะการระดมทุนและการประกอบกิจการ ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง¹¹ เพื่อดูความแตกต่างระหว่างโรงพยาบาล ในแต่ละกลุ่ม รายละเอียดกลุ่มโรงพยาบาล ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 กลุ่มโรงพยาบาลในตลาคหลักทรัพย์และเครือข่าย จำนวน 69 แห่ง กลุ่มที่ 2 ได้แก่กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป จำนวน 275 แห่ง กลุ่มที่ 3 ได้แก่กลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ จำนวน 17 แห่ง

ตารางที่ 3 จำนวนผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ราย) แยกรายกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน

| กองทุน | รพ. ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย | รพ.เอกชนทั่วไป | รพ.มูลนิธิ |
|---|----------------------------------|----------------|--------------|
| สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | 1,640 | 1,678 | 237 |
| สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลราชการ/รัฐวิสาหกิจ | 505 | 590 | 31 |
| สิทธิประกันสังคม | 331 | 282 | 51 |
| สิทธิประกันสังคม (คนพิการ มาตรา 44) | 3 | 1 | 0 |
| สิทธิข้าราชการท้องถิ่น | 29 | 24 | 1 |
| กลุ่มสิทธิหลักกองทุนอื่นๆ | 4 | 4 | 2 |
| มีปัญหาเรื่องสิทธิ | 0 | 2 | 0 |
| รวม | 2,512 | 2,581 | 322 |
| จำนวนผู้ป่วย UCEP เฉลี่ยต่อโรงพยาบาล | 36.41 | 9.39 | 18.94 |

ตารางที่ 3 จำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในแต่ละสิทธิประโยชน์ แยกรายโรงพยาบาล โดยพบว่า การใช้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตครอบคลุมในทุกสิทธิประโยชน์ โดยโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปมีจำนวน

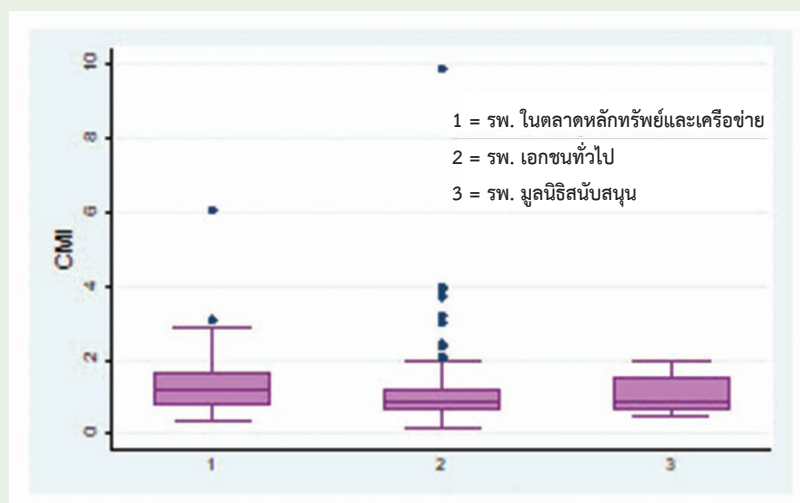
ผู้ใช้บริการสูงสุด 2,581 ราย รองมาคือ โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย จำนวน 2,512 ราย

ตารางที่ 4 ข้อมูลภาระค่าใช้จ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกรายกลุ่มโรงพยาบาลเอกชน

| กลุ่มโรงพยาบาล | รวมค่ารักษาทั้งหมด (บาท) | เงินอนุมัติรวม (บาท) | % อนุมัติ |
|----------------------------------|--------------------------|----------------------|-----------|
| รพ. ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย | 164,310,806.95 | 64,541,696.28 | 39.28 |
| รพ. เอกชนทั่วไป | 143,248,495.50 | 71,004,580.54 | 49.57 |
| รพ. มูลนิธิ | 12,897,740.68 | 6,015,234.60 | 46.64 |

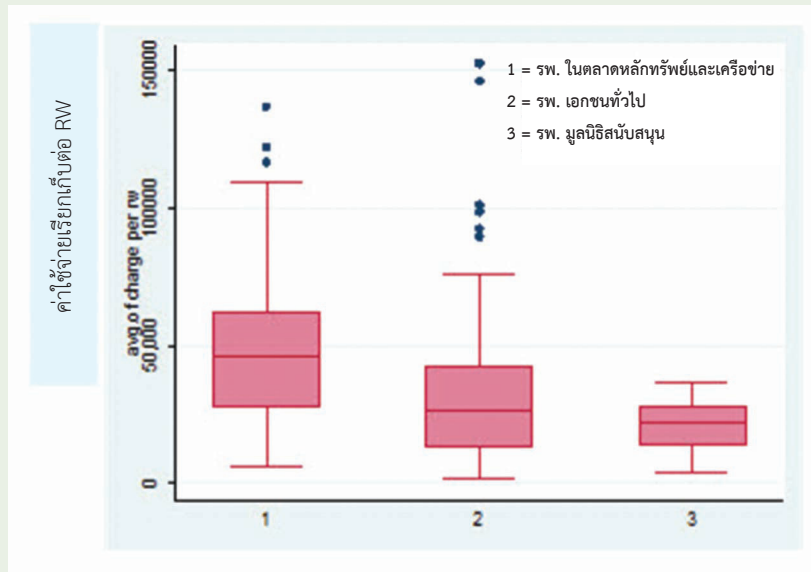
ตารางที่ 4 ค่ารักษาพยาบาลที่มีการเรียกเก็บสูงสุดมาจากกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย หากแต่เมื่อพิจารณาจำนวนเงินที่ได้รับการอนุมัติสูงสุด พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปได้รับเงินอนุมัติรวมสูงสุด อย่างไรก็ตาม จำเป็นต้องพิจารณาข้อมูล

การให้บริการของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม ว่ามีความแตกต่างในการให้บริการเพียงใด ทั้งนี้รายละเอียดข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (CMI) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชนแต่ละกลุ่ม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 การกระจายของข้อมูลค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ (CMI) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชน

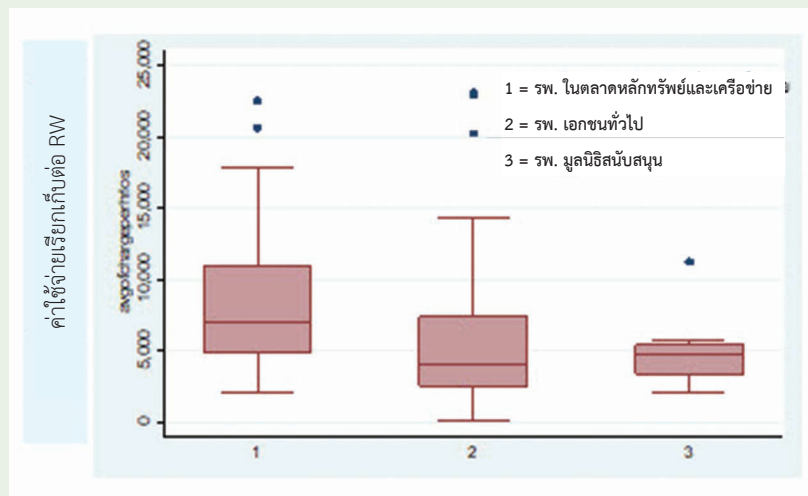
ภาพที่ 1 กลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่ายมีค่า CMI เฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลเอกชนกลุ่มอื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาการกระจายของข้อมูลพบว่า ช่วงของการกระจายของข้อมูลไม่แตกต่างกัน



ภาพที่ 2 ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ 1 RW (Relative Weight) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชน

ภาพที่ 2 ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ 1 RW จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลในตลาตหลักทรัพย์และเครือข่ายมีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ RW สูงที่สุด คือ 49,929.44 บาท รองมาคือ โรงพยาบาลเอกชน

ทั่วไป 32,938.54 บาท และโรงพยาบาลมูลนิธิมีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ RW เท่ากับ 20,273.56 บาท



ภาพที่ 3 ข้อมูลค่าใช้จ่ายเก็บต่อวันนอนจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชน

ภาพที่ 3 ข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอนจำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชน พบว่า โรงพยาบาลในตลาตหลักทรัพย์และเครือข่ายมีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอนสูงที่สุด 8,167.86 บาท รองมาคือ

โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 5,068.50 บาท และโรงพยาบาลมูลนิธิมีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอน 4,761 บาท

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ 1 RW และค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอน จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลเอกชน

| ประเภทโรงพยาบาลเอกชน | ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ 1 RW (บาท) | ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอน (บาท) |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| รพ. ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย | 49,929.44 ^{b,c} | 8,167.86 ^{b,c} |
| รพ. เอกชนทั่วไป | 32,938.54 ^b | 5,068.50 ^b |
| รพ. มูลนิธิ | 20,273.56 ^c | 4,761.00 ^c |
| p-value ^a | <0.001* | <0.001* |

^a One-way ANOVA, ^{b, c} คู่ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ตารางที่ 5 เมื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธี One-Way ANOVA พบว่า ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อ RW และค่าใช้จ่ายเรียกเก็บต่อวันนอนของกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บของกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปและกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ จากข้อมูลการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบว่าในช่วงระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มโครงการคือ วันที่ 1 เมษายน 2560 จนกระทั่งถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2560 มีโรงพยาบาลดำเนินการเบิกจ่ายและให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งสิ้น 209 แห่ง จากทั้งหมด 364 แห่ง ตามข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ณ วันที่ 26 กันยายน 2561 คิดเป็นสัดส่วนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการร้อยละ 57.41

ตารางที่ 6 จำนวนผู้มารับบริการและค่ารักษาทั้งหมดของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ 10 อันดับแรก

| โรงพยาบาล | จำนวนผู้รับบริการ (ราย) | รวมค่ารักษาทั้งหมด |
|----------------|-------------------------|--------------------|
| รพ. แห่งที่ 1 | 184 | 7,232,188.00 |
| รพ. แห่งที่ 2 | 157 | 26,670,637.15 |
| รพ. แห่งที่ 3 | 137 | 905,688.16 |
| รพ. แห่งที่ 4 | 136 | 2,253,410.57 |
| รพ. แห่งที่ 5 | 133 | 13,252,795.00 |
| รพ. แห่งที่ 6 | 126 | 9,511,271.00 |
| รพ. แห่งที่ 7 | 126 | 12,223,509.00 |
| รพ. แห่งที่ 8 | 123 | 8,872,402.00 |
| รพ. แห่งที่ 9 | 120 | 15,079,679.75 |
| รพ. แห่งที่ 10 | 114 | 4,884,135.50 |

ตารางที่ 6 รายละเอียดจำนวนผู้มารับบริการและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการและมีจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงสุด 10 อันดับ โดยอันดับ 1 มีจำนวนผู้มารับบริการสูงสุด 184 ราย และ อันดับที่ 10 มีจำนวนผู้มารับบริการ 114 ราย

ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลแห่งที่ 2 มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงสุด โดยมีผู้มารับบริการ 157 ราย และมีค่ารักษาที่เรียกเก็บ 26,670,637.15 บาท

ตารางที่ 7 จำนวนครั้งและมูลค่าการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP)

| หมวด | รายการ | จำนวนครั้งที่เบิก | มูลค่าเรียกเก็บรวม (บาท) | ร้อยละ |
|------|--|-------------------|--------------------------|--------|
| 1. | ค่าห้องและค่าอาหาร | 4,924 | 11,641,089.00 | 4.02 |
| 2. | ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค | 6,146 | 39,913,810.00 | 13.79 |
| 3. | ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด | 53,916 | 44,397,551.00 | 15.33 |
| 5. | ค่าเวชภัณฑ์ที่มีโซดา | 104,867 | 23,297,553.00 | 8.05 |
| 6. | ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต | 3,050 | 4,934,212.00 | 1.70 |
| 7. | ค่าตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ | 58,360 | 25,675,209.00 | 8.87 |
| 8. | ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา | 11,378 | 30,304,518.00 | 10.47 |
| 9. | ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ | 5,313 | 4,464,692.00 | 1.54 |

ตารางที่ 7 จำนวนครั้งและมูลค่าการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP) (ต่อ)

| หมวด | รายการ | จำนวนครั้งที่เบิก | มูลค่าเรียกเก็บรวม (บาท) | ร้อยละ |
|------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------|
| 10. | ค่าทำหัตถการ | 5,155 | 8,303,070.00 | 2.87 |
| 11. | ค่าบริการวิสัญญี | 1,653 | 3,884,566.00 | 1.34 |
| 12. | ค่าบริการวิชาชีพ | 88,534 | 88,746,640.00 | 30.65 |
| 16. | อื่นๆ | 4,487 | 3,977,749.00 | 1.37 |
| | No Code | 81,493 | 49,114,979.00 | |
| | รวมทั้งหมด | 429,276 | 338,655,638.00 | |
| | รวมเฉพาะที่มีรหัสเบิก | | 289,540,659.00 | 100 |

ตารางที่ 7 จำนวนครั้งและมูลค่าการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP) โดยมีรายการเรียกเก็บทั้งหมด 429,276 รายการ ในรายละเอียดพบว่า มีรายการที่ไม่ปรากฏอยู่ในตารางที่อัตราค่าบริการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 81,493 รายการ คิดเป็นร้อยละ 18.98 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาแยกเป็นหมวดรายการเรียกเก็บ หมวดเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายมีการเรียกเก็บสูงสุด รองมาคือหมวดค่าบริการวิชาชีพ และค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ หากแต่เมื่อพิจารณามูลค่าการเรียกเก็บพบว่า หมวดค่าบริการวิชาชีพหรือค่าบริการทางการแพทย์มีการเรียกเก็บสูงสุด รองลงมาเป็นหมวด ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด อันดับ 3 ได้แก่ หมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค

วิจารณ์

ผลการศึกษาข้างต้น พบว่า โดยภาพรวมโครงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ หรือ UCEP สามารถคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้ ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้มีโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการอยู่จำนวน 209 แห่ง จากทั้งหมด 364 แห่ง เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลที่ให้บริการ โดยพิจารณาตัวเลขเฉลี่ยต่อแห่ง พบว่า กลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่ายเป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไปใช้บริการมากที่สุด ทั้งๆ ที่ในทางปฏิบัติโรงพยาบาลกลุ่มนี้มีแนวโน้มเป็นโรงพยาบาลเอกชนแนวหน้าของประเทศไทย แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของนโยบายในการทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงโรงพยาบาลเอกชนได้โดยไม่มีข้อจำกัดเช่นที่ผ่านมา

สำหรับข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่เรียกเก็บเข้ามาที่หน่วย Claim Center ซึ่งปัจจุบันรับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ทำการส่งเบิกทั้งสิ้น 429,276 รายการ คิดเป็นมูลค่าค่าใช้จ่ายเรียกเก็บรวม 338,655,638 บาท ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาแยกเป็นหมวดรายการเรียกเก็บ หมวดเวชภัณฑ์ที่มีค่าใช้จ่ายมีการเรียกเก็บสูงสุด ขณะที่หมวดค่าบริการวิชาชีพหรือค่าบริการทางการแพทย์มีการเรียกเก็บสูงสุด รองลงมาเป็นหมวดค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานพยาบาลเอกชนที่เพิ่งเริ่มดำเนินการในประเทศไทย ขณะที่การศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาด้านต้นทุนของการใช้บริการ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในครั้งนี้ที่นำเสนอภาระค่าใช้จ่ายของการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต อย่างไรก็ตามภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นยังน้อยกว่าเมื่อเทียบกับต่างประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากความแตกต่างของจำนวนผู้รับบริการ การให้บริการและปัจจัยทางเศรษฐกิจ ตัวอย่างข้อมูลของ

ต่างประเทศ ได้แก่ ในอเมริกา¹² ได้มีการประมาณการค่าใช้จ่ายของการผ่าตัดแบบเร่งด่วน (Emergency General Surgery) ของหน่วยอุบัติเหตุ โดยใช้ข้อมูลของทุกโรงพยาบาลที่อยู่บนฐานข้อมูล National Inpatient Sample (NIS) ปี 2010 และปรับใช้วิธีการอัตราส่วนต่อรายได้ที่เรียกเก็บ (Cost to charge ratio) โดยพบว่า มีต้นทุนรวมประมาณ 28.37 พันล้านดอลลาร์ และมีการคาดการณ์ว่าในปี 2560 จะมีต้นทุนรวมอยู่ที่ 41.20 พันล้านดอลลาร์ ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น¹³ มีการจัดทำกรทบทวนระบบสุขภาพและพบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งในด้านของความต้องการการรับบริการมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอายุที่มากขึ้นและการใช้บริการที่เกินความต้องการ คุณภาพของการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล และอัตราการรอดที่ต่ำของผู้ป่วยที่เกิดภาวะหัวใจวายเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลรายการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย UCEP แต่ละรายการย่อยในการให้บริการผู้ป่วยแต่ละราย พบว่ายังมีความบกพร่องของการบันทึกข้อมูลอยู่จำนวนมากจริง เช่น มีการบันทึกข้อมูลซ้ำ หรือส่งข้อมูลมาไม่ถูกต้องตามรูปแบบที่ควรจะเป็น เป็นต้น ซึ่งข้อมูลลักษณะดังกล่าวนี้ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบและคัดเฉพาะข้อมูลในส่วนที่เชื่อว่าจะมีความถูกต้องแล้วในระดับหนึ่งมาใช้ในการวิเคราะห์ ดังนั้น เร่งรัดให้เกิดกระบวนการกลไกการตรวจสอบข้อมูลเฉพาะเป็นให้มีความถูกต้องครอบคลุมการให้บริการ จะช่วยแก้ปัญหาและพัฒนาระบบการเบิกจ่ายแบบ Fee Schedule ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนจะเป็นฐานข้อมูลในการนำไปใช้ประโยชน์ทั้งด้านการบริหารจัดการและนโยบายการเงินได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

สรุป

โครงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ ช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนโดยครอบคลุมผู้ป่วยทุกสิทธิ อย่างไรก็ตามกระบวนการในการเบิกจ่ายระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบจำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อเกิดประสิทธิภาพในการเบิกจ่ายเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัย และขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลลุ่มๆไปได้ด้วยดี

References

1. Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA). Center for Medicare & Medicaid Services. [Internet]. 2012 [cited 12 October 2018]. Available at: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EMTALA/>
2. Holliman CJ, Mulligan TM, Suter RE, Cameron P, Wallis L, Anderson PD. The efficacy and value of emergency medicine: a supportive literature review. *Int J Emerg Med* 2011; 4:44.
3. Pei YV, Xiao F. Emergency medicine in China: present and future. *World J Emerg Med* 2011; 2:245–52.
4. National Health Insurance. 2017-2018 Handbook of Taiwan's National Health Insurance. [Internet] [cited 5 October 2018]. Available at: www.nhi.gov.tw
5. Pek JH, Lim SH, Ho HF, Ramakrishnan TV, Jamaluddin SF, Mesa-Gaerlan FJC. Emergency medicine as a specialty in Asia. *Acute Med Surg* 2015; 3:65–73.
6. Organization for Economic Corporation and Development (OECD). Health resources - Health spending - OECD Data. [Internet]. The OECD [cited 14 October 2018]. Available at: <http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>. 2018
7. National Institute for Emergency Medicine. Standard method and condition concerning emergency medical expenditure 30 March 2017. 2018 [cited 2018 October 4]. Available from: https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256005102140592082_nRvBxnDOc42k7cKZ.pdf
8. UCEP Coordination Center, National Institute for Emergency Medicine. The operating rights emergency crisis policies “emergency crisis. Eligible everywhere “(Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP); 2018.
9. National Institute for Emergency Medicine. Act on Emergency medicine 2008. [Internet]. 2018 [cited 2018 October 4]. Available from: <http://www.niems.go.th/th/View/Page.aspx?PagelD=25560110092228962>.
10. Royal decree on medical care 1980 (adjusted 2002). [Internet]. 2018 [cited 9 Jan 2019]. Available at: <http://www.md.go.th/intranet/index.php/component/k2/item/424-2523-8-2545>.
11. Suriyawongpaisal P, Sakunpanit T, Naka P. A project on development of payment for emergency medical services in Thailand. Health Insurance System Research Office; 2013.
12. Ogola GO, Gale SC, Haider A, Shafi S. The financial burden of emergency general surgery: National estimates 2010 to 2060. *J Trauma Acute Care Surg* 2015; 79:444–8.
13. Sakamoto H, Rahman M, Nomura S, Okamoto E, Koike S, Yasunaga H et al. Japan Health System Review. Vol. 8 No. 1. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for SouthEast Asia; 2018.