

การทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย พ.บ.* ,ภาสกร สอนเรือง ศศ.ม., วท.ม. **, อุทุมพร วงษ์ศิลป์ บช.ม. **, พิชณี ธรรมวันนา วท.ม. ***, ดาวร สกุลพานิชย์ พ.บ.,วท.ม. ****

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ชั้น 3 อาคารคลังพัสดุ ซอยสารารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

**สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ เลขที่ 88/39 ถนนติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

***นักวิจัยอิสระ

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

Abstract: A Review of Emergency Medical Service Rate under a Project of Financial Recommendation for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

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

*International Health Policy Program, Thailand. Ministry of Public Health, Tiwanon Rd. Nonthaburi 11000, Thailand

**Health Insurance System Research office, Health Systems Research Institute. 3th Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon 14 Road Taradkwan, Muang Nonthaburi, Nonthaburi, 11000

***Independent researcher.

****Division of Health Economics and Health Security, Office of the Permanent Secretary, 88/20 Tiwanon Rd. Nonthaburi 11000, Thailand
(E-mail: passakorn@hisro.or.th)

(Received: April 24, 2019; Revised: May 23, 2019; Accepted: March 3, 2020)

Background: Presently, the Fee Schedule is employed to be an emergency medical expenses reimbursement mechanism. However, there is plenty of rooms for improvement. To be able to most effectively improve the reimbursement and the relevant agencies work budget managing. Therefore, to scrutinize and modulate the fee schedule is necessary. **Objective:** The object of this study (1) To scrutinize the emergency medical services rates classifying by reimbursement. (2) To explore the service rate lists which are not included in the fee schedule and the reimbursement difficulties. **Method:** A mixed-methods study. Quantitative methods direct using the emergency medical service reimbursement information under a project of financial recommendation for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). The UCEP data which the infirmity providing emergency medical services submit the National Health Security Office the information in the fiscal year 2017 to reimburse. Qualitative methods directly

interview physicians and medical staff organizations to explore the service rate lists which are not included in the fee schedule and the reimbursement difficulties. **Result:** The result showed that the number of emergency medical expenses disbursement, accounting for 23.18% of all at of the total (9,647 items). The most of charges were higher than the fee schedule rate particularly drugs and parenteral nutrition category which was the highest average reached over 714 times. There were considerably different proportions of charges between the reimbursement rate and the fee schedule rate especially drugs and medical supply groups. Glucose (Blood, Urine, and Other) was the highest charged Item, accounting for over 9,900 times. There were 81,493 times without recording disbursement code and no code 13,843 items. However, 7,692 items were the already list of fee schedules. The difficulties such as 1) in the early stages, there was a disagreement from the lists that were not consistent with the private hospital lists using in their regular services. However, they have adjusted and solved those problems latterly. 2) Some drug lists could not be filled with data details for reimbursement. There was not the coverage of some medical supplies used lists in regular services in the fee schedule. Some artificial organs and medical devices could not specify material used types. Outpatient and inpatient hospital services were not available in the fee schedule. **Conclusion:** If the Fee Schedule is put on the payroll to be an emergency medical expenses reimbursement mechanism continuously, it will need to have a regular unit developing emergency medical services rates. Additionally, Thai Medicines Terminology (TMT) has to be utilized to national drug codes and medical terminology, and also the Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) have to be administered to a universal code system for identifying laboratory and clinical observations.

Keywords: A UCEP review, Medical service rate, Reimburses, Emergency medical services

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง: กลไกการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน ใช้วิธีการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกจากรายการ หรือ fee schedule หรือ อัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน แต่พบช่องว่างสำหรับกรพัฒนาอยู่มาก เพื่อให้สามารถเบิกค่าใช้จ่าย

จ่ายได้ครบถ้วนและปรับปรุงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถบริหารงบประมาณให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงต้องศึกษาทบทวนรวมถึงการปรับปรุงอัตราและรายการค่าบริการดังกล่าว **วัตถุประสงค์:** (1) ทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2) ข้อมูลรายการอัตราค่าบริการที่ไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัญหาในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล **วิธีการ:** กระบวนการศึกษาแบบผสม (mixed method) เชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง” จากฐานข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ที่สถานพยาบาลให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเบิกจ่ายมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ ปัญหาในการให้บริการ ข้อมูลรายการที่ไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และปัญหาในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต **ผล:** พบว่า 1. จำนวนรายการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ถูกเรียกเก็บคิดเป็น ร้อยละ 23.18 ของจำนวนรายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งสิ้น 9,647 รายการ 2. ราคาการเรียกเก็บส่วนใหญ่จะสูงกว่าราคาอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหมวดค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือดมีค่าเรียกเก็บสูงสุด สูงถึง 714.29 เท่า ของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมวดค่าเวชภัณฑ์มีโซดา มีสัดส่วนอัตราค่าใช้จ่ายเรียกเก็บแตกต่างกันค่อนข้างมากกับราคาอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3. Glucose (blood, urine, other) เป็นรายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุดกว่า 9,900 ครั้ง 4. ประเด็นการเบิกจ่ายมีรายการแต่ไม่มีการบันทึกรหัสเบิกจ่ายทั้งสิ้น 81,493 ครั้ง โดยไม่ระบุรหัส 13,843 รายการ แต่รายการดังกล่าวเป็นรายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่แล้วถึง 7,692 รายการ 5. ปัญหาที่พบ 1) วิธีการเบิกจ่ายค่าบริการ ในระยะแรกมีความยุ่งยากจากรายการไม่สอดคล้องกับรายการค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนใช้อยู่ในระบบบริการปกติ แต่ภายหลังปัญหาค่อยๆ ลดลงค่อนข้างมากจากการจัดทำรายการให้เกิดความสอดคล้องกัน 2) ความครอบคลุมของรายการ หมวดค่ายา ไม่สามารถกรอกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายได้ หมวดค่าเวชภัณฑ์ที่มีโซดา พบว่า รายการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมรายการวัสดุการแพทย์ที่มีการใช้งานอยู่จริง หมวดค่าวิสัญญีและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ไม่สามารถระบุประเภทของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นรายการที่ไม่มีให้เบิกจ่ายในประกาศฯ **สรุป:** หากการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะดำเนินการตามกลไกการจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกจากรายการต่อไป จำเป็นต้องพัฒนาระบบการเบิกจ่ายนี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยควรต้องมีหน่วยงานประจำที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการใช้รหัสมาตรฐานที่เกี่ยวข้อง เช่น TMT และ LOINC เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบทั่วประเทศ

คำสำคัญ: การทบทวน อัตราค่าบริการ การเบิกจ่าย การแพทย์ฉุกเฉิน ฉุกเฉินวิกฤต

บทนำ

การจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกรายรายการ หรือ fee schedules เป็นกลไกหนึ่งในการเบิกจ่ายค่าชดเชยให้กับสถานพยาบาลในประเทศไทย การกำหนดอัตรา ดังกล่าว มีในหลายรูปแบบ เช่น คู่มือการจัดทำบัญชีบริการและค่าบริการ สถานพยาบาล ตามหมวดรายการมาตรฐานสำหรับการเรียกเก็บค่าบริการสถานพยาบาล คู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ มาตรฐานกลางของรายการและจำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่าย อันจำเป็นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่บริษัทประกันภัยหรือกองทุนทดแทนผู้ประสบภัยต้องจ่ายให้กับผู้ประสบภัยจากรถตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ อัตราค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ เป็นต้น เช่นเดียวกับในหลายประเทศ เช่น ญี่ปุ่นมีการกำหนดมาตรฐานบริการ เงื่อนไขบริการ และราคาเบิกจ่ายในอัตราเดียวกันทั่วประเทศ ระบบการเบิกจ่ายใช้การจ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedule) ถูกนำมาใช้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ทั้งหน่วยบริการของทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อควบคุมกำกับ ด้านมาตรฐาน เงื่อนไข รวมทั้งราคาในการเบิกจ่ายโดยรัฐ ภายใต้การมีกฎหมายรองรับ และในทุกๆ 2 ปี จะมีการทบทวนและปรับปรุงรายการที่กำหนด โดยอัตราและรายการจะถูกกำหนดจากรายการหัตถการ รายการยา รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมด¹ ได้หวั่นมีคณะกรรมการทางการแพทย์ร่วมกันพิจารณารายการและค่าใช้จ่ายในใช้บริการบ่อยครั้งและจัดทำ The fee-for-service fee schedule เพื่อเป็นรายการและอัตราสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์² หรือ Medicare Benefits Schedule จ่ายแบบ fee for service ถูกใช้ในกลไกระบบสุขภาพของออสเตรเลีย³

วิธีการเบิกจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกรายรายการ หรือ fee schedule ถูกนำมาใช้เป็นกลไกการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน เรียกว่าอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำหรับอ้างอิงในการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แบบเรียกเก็บตามรายการที่ให้บริการจริง (fee-for service) โดยปรับปรุงจากข้อมูลการจัดทำร่างอัตราค่าบริการสาธารณสุข 16 หมวด ที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จัดทำให้กับกรมบัญชีกลาง เมื่อปี พ.ศ.2556 โดยการพิจารณาทบทวนอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ และประกาศ (ว.177 ใช้บังคับ วันที่ 1 ธันวาคม 2549) เดิม⁴ ภายใต้ความร่วมมือของสภาวิชาชีพต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญจากแต่ละสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนจากสถานพยาบาลในสังกัดต่างๆ ได้แก่ สถาน-

พยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมพิจารณาเพื่อให้รายการอัตราค่าบริการต่างๆ มีความครบถ้วน หลักเกณฑ์ดังกล่าวเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ช่วยฉุกเฉินวิกฤต ประกาศ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560 โดยเมื่อมีการดำเนินการไปในระยะหนึ่ง พบว่ามีช่องว่างสำหรับการพัฒนาอยู่มาก จากสถานการณ์ปัจจุบันที่สามกองทุนหลักประกันสุขภาพภาครัฐ มีการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีฉุกเฉิน 2 ระบบที่แตกต่างกัน คือ ระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสำหรับโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ และระบบการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการสำหรับโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ⁵ ดังนั้นเพื่อให้สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ครบถ้วนและปรับปรุงการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้สามารถบริหารงบประมาณได้มีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงต้อง

ศึกษาทบทวนรวมถึงการปรับปรุงอัตรา และรายการค่าบริการดังกล่าว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน โดยพิจารณาจากการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ราคาเรียกเก็บเปรียบเทียบกับราคาในประกาศ แยกรายหมวดบริการและแยกรายกลุ่มโรงพยาบาล รายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุด รวมทั้งราคาที่เกี่ยวข้องและรายการที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการบันทึกรหัสในการเบิกจ่าย รวมทั้งการศึกษาข้อมูลรายการอัตราค่าบริการซึ่งยังไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัญหาในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉิน วิธีการเบิกจ่าย และความครอบคลุมของรายการ

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้ใช้กระบวนการศึกษาแบบผสม (mixed method) ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง” จากฐานข้อมูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ตั้งแต่เดือนเมษายน-ธันวาคม พ.ศ. 2560 ที่สถานพยาบาลให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่งเบิกจ่ายมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถานพยาบาลดังกล่าวประกอบด้วย กลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่ายจำนวน 69 แห่ง กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปจำนวน 275 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิจำนวน 17 แห่ง รวมทั้งสิ้น 361 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ จำนวนรายการการเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ราคาเรียกเก็บเปรียบเทียบกับราคาในประกาศ แยกรายหมวดบริการและแยกรายกลุ่มโรงพยาบาล รายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุด รวมทั้งราคาที่เกี่ยวข้อง และรายการที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการบันทึกรหัสในการเบิกจ่าย

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาในการให้บริการ ข้อมูลรายการอัตราค่าบริการซึ่งยังไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กับตัวอย่างที่คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแล และเบิกจ่ายโครงการ UCEP จากสถานพยาบาล รวม 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง โรงพยาบาลรัฐ 2 แห่ง ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกปัญหาในการดำเนินการ 2 ประเด็นหลัก คือ วิธีการเบิกจ่าย และความครอบคลุมของรายการ (หมวดค่ายา หมวดค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมทั้งหมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค)

ผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

1. จำนวนรายการ การเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการในบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรืออัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีจำนวนรายการทั้งสิ้น 9,647 รายการ ในขณะที่ข้อมูลรายละเอียดรายการเบิกจ่ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ทำการเบิกจ่ายเข้ามาที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีจำนวนรายการ 2,236 รายการ คิดเป็นร้อยละ 23.18 ของจำนวนรายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีทั้งหมด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนรายการ การเบิกจ่ายรายหมวดค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

หมวด	รายการ	จำนวนรายการ		
		ส่งเบิก	อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละการเบิก
1	ค่าห้องและค่าอาหาร	2	2	100.00
2	ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค	78	367	21.25
3	ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	1,183	3,575	33.09
5	ค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	299	424	70.52
6	ค่าบริการโลหิตและส่วนประกอบของโลหิต	44	135	32.59
7	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์	167	589	28.35
8	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	67	168	39.88
9	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	4	5	80.00
10	ค่าทำหัตถการ	61	125	48.80
11	ค่าบริการวิสัญญี	17	28	60.71
12	ค่าบริการวิชาชีพ	312	4,227	7.38
16	อื่นๆ	2	2	100.00
รวมทั้งสิ้น		2,236	9,647	23.18

2. เปรียบเทียบราคาเรียกเก็บกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกรายหมวดบริการ

ราคาส่วนใหญ่ของอัตราราคาที่เรียกเก็บแต่ละรายการมีการเรียกเก็บสูงกว่าราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเพียงส่วนน้อยที่ราคาเรียกเก็บต่ำกว่า อย่างไรก็ตามพบว่ามีรายการเรียกเก็บบางรายการที่มีมูลค่าเป็นศูนย์ ลักษณะดังกล่าวบ่งบอกว่าอาจเกิดจากความบกพร่องในการบันทึกข้อมูล

เมื่อคำนวณเปรียบเทียบราคาเรียกเก็บกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ราคาเรียกเก็บหมวดค่ายาและสารอาหารทางเลือดมีราคาเฉลี่ยสูงสุดที่สุด ถึง 15.56 เท่าของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่ราคาเรียกเก็บหมวดการตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ มีราคาเฉลี่ยต่ำที่สุด ที่ 1.24 เท่าของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบราคาเรียกเก็บกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกรายหมวดบริการ จำแนกตามค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด สูงสุดและค่ามัธยฐาน

หมวด	รายการ	ราคาเรียกเก็บต่อราคา fee Schedule			
		เฉลี่ย	ต่ำสุด	สูงสุด	ค่ามัธยฐาน
1	ค่าห้องและค่าอาหาร	2.48	1.49	3.46	2.48
2	ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัด รักษาโรค	1.93	0.07	6.99	1.61
3	ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด	15.56	0.01	714.29	7.20
5	ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา	5.36	0.00	48.33	3.94
6	ค่าบริการโลหิตและส่วน ประกอบของโลหิต	2.97	0.00	44.14	1.63
7	ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์	2.98	-	12.76	2.14
8	ค่าตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา	1.86	0.07	20.55	1.41
9	ค่าตรวจวินิจฉัยโดยวิธีพิเศษอื่นๆ	1.24	1.05	1.64	1.14
10	ค่าทำหัตถการ	1.65	0.04	4.57	1.40
11	ค่าบริการวิสัญญี	2.45	0.67	8.98	1.78
12	ค่าบริการวิชาชีพ	1.48	0.01	15.90	1.25
16	อื่นๆ	7.68	1.47	13.90	7.68

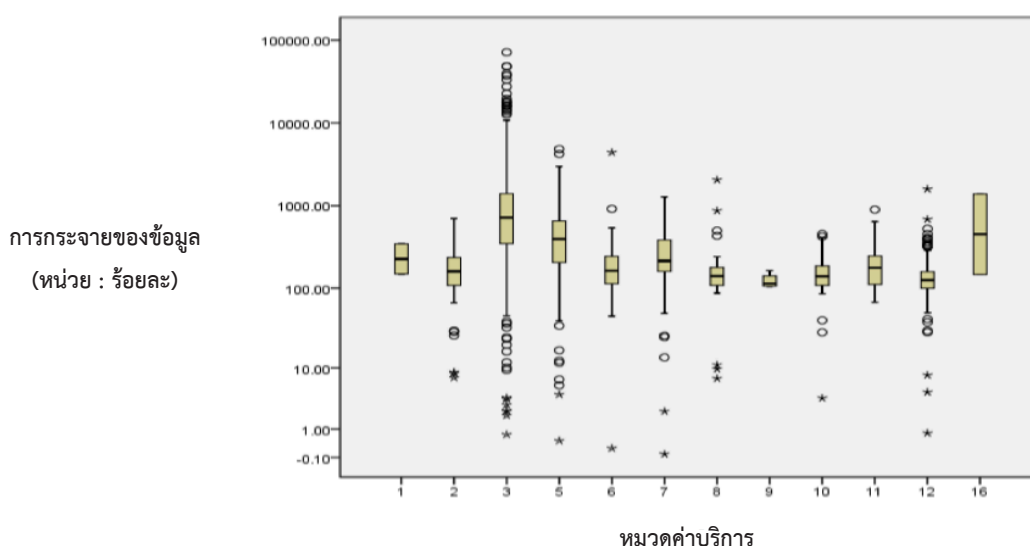
เมื่อวิเคราะห์การกระจายของสัดส่วนอัตราค่าเรียกเก็บ แยกรายหมวดเทียบกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ข้อมูลการกระจายดังกล่าวมีแนวโน้มของการกระจายอยู่ในช่วงที่กว้างมาก โดยเฉพาะหมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางเส้นเลือด มีราคาเรียกเก็บสูง มากกว่า 1,000 % หรือ 10 เท่า เทียบกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รูปที่ 1)

เมื่อพิจารณาการกระจายของสัดส่วนอัตราค่าเรียกเก็บ เทียบกับอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกรายกลุ่มโรงพยาบาล พบว่า หมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด

หมวดที่ 5 ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และหมวดที่ 7 ค่าตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลในเครือข่ายตลาดหลักทรัพย์จะมีแนวโน้มค่าเรียกเก็บสูงกว่าโรงพยาบาลมูลนิธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

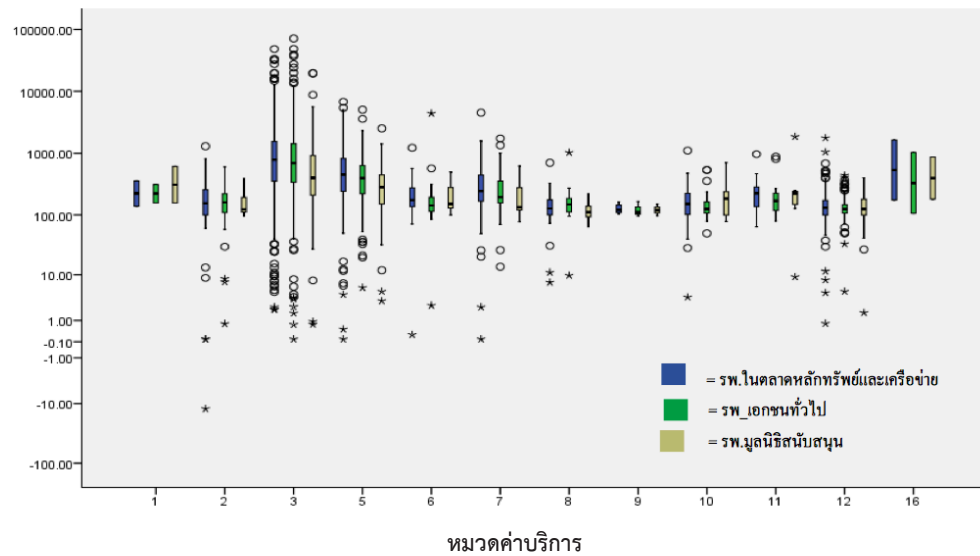
สัดส่วนอัตราค่าเรียกเก็บโรงพยาบาลกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปมีค่าสูงกว่าโรงพยาบาลมูลนิธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหมวดที่ 3 ค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด

โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่าย มีสัดส่วนค่าเรียกเก็บสูงกว่ากลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในหมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 การกระจายของร้อยละของอัตราค่าเรียกเก็บ แยกรายหมวดเทียบกับราคาที่กำหนดในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การกระจายของข้อมูล
(หน่วย : ร้อยละ)



รูปที่ 2 การกระจายของร้อยละของอัตราค่าเรียกเก็บ

แยกรายหมวดเทียบกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แยกรายกลุ่มโรงพยาบาล

ตารางที่ 3 รายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุด และราคาที่เรียกเก็บ

รายการ	จำนวน รายการ	ค่าเฉลี่ย (บาท)	ค่าต่ำสุด (บาท)	ค่าสูงสุด (บาท)	ราคาตาม fee schedule (บาท)	ค่ามัธยฐาน (บาท)	ค่า ฐานนิยม (บาท)
Glucose (blood, urine, other)	9,914	190.71	1	32,203	100	156	120
IV Catheter	6,812	139.07	-163	546	12.5	130	160
Glove, examination latex price per pair	6,512	26.43	-26	900	2.25	15.46	100
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำพร้อมกับการใช้ เครื่องควบคุมการให้สารละลาย (infusion pump)	5,842	421.16	0.25	3,500	300	400	300
การฉีดยา IV	5,719	87.58	0	2,900	50	60	100
การใช้เครื่อง O ₂ sat	5,592	284.38	-100	2,426	100	160	100
การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป	5,453	626.82	-700	75,000	300	500	300
การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจต่อ 1 วัน	5,228	738.35	1	6,300	600	600	600
Disposable syringe 10 ml	5,041	28.84	-72	950	2.75	26	34
Electrolyte (Na, K, Cl, CO ₂)	4,969	747.42	0	32,001	440	643	700
Complete blood count	4,908	238.51	0	30,101	120	220	200

Glucose (blood, urine, other) เป็นรายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุด และราคาที่เรียกเก็บสูงสุด 32,203 บาท ในขณะที่ราคาเรียกเก็บต่ำสุด คือ 1 บาท (ตารางที่ 3) และพบลักษณะเช่นเดียวกันในนี้ ในรายการการตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป, electrolyte (Na, K, Cl, CO₂) และ complete blood count (ทั้งนี้จะมีค่าต่ำสุดที่ติดลบ ซึ่งลักษณะดังกล่าวบ่งบอกว่าอาจเกิดจากความบกพร่องในการบันทึกข้อมูล)

ในส่วนของรายการที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการบันทึกรหัสในการเบิกจ่าย ทั้งหมดที่พบ 81,493 ครั้ง เมื่อนำมาวิเคราะห์ในรายละเอียด พบว่า มีรายการที่ไม่ระบุรหัสดังกล่าวอยู่ 13,843 รายการ พบว่า ส่วนใหญ่คือ 7,692 รายการ เป็นรายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่แล้ว ทั้งนี้ ในการกรอกข้อมูลค่ารักษาพยาบาล 1,198 รายการ โดยเป็นรายการ ที่อุปกรณ์ได้ถูกรวมไปในค่าบริการหรือค่าหัตถการนั้นแล้ว ตัวอย่างเช่น ค่า

set ส่วนปีสภาวะ ถูกคิดรวมไปในค่าบริการส่วนปีสภาวะเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ พบรายการที่ไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินจริงๆ อยู่ 3,476 รายการ ในจำนวนนี้สามารถระบุหมวดได้

1,375 รายการ ระบุหมวดไม่ได้ 2,101 รายการ นอกเหนือจากนี้เป็นรายการไม่ชัดเจน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 รายการที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการบันทึกรหัสในการเบิกจ่าย

รายการที่เรียกเก็บ	จำนวนครั้ง
1. มีรายการใน fee schedule	7,692
1.1 รายการที่คิดรวมในค่าบริการ/หัตถการแล้ว	1,198
2. ไม่มีใน fee schedule	3,476
2.1 ระบุหมวดได้	1,375
2.2 ระบุหมวดไม่ได้	2,101
3. ระบุชื่อรายการไม่ชัดเจน	105
4. อื่นๆ	1,372
รวม	13,843

หมายเหตุ เช่น ค่า set ส่วนปีสภาวะ set ทำแผล ค่า scrub & circulate nurse ค่าเครื่องมือ/อุปกรณ์ใช้งาน ฯลฯ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์บุคลากรในโรงพยาบาลเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโครงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต UCEP คัดเลือกโรงพยาบาลตามความสมัครใจในการให้ข้อมูลของโรงพยาบาลเอง มีโรงพยาบาลเอกชนที่อนุญาตให้เข้าไปทำการเก็บข้อมูล 4 แห่ง ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลในเครือข่ายตลาดหลักทรัพย์ 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลรัฐ 2 แห่ง จากการสอบถามจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาในการเบิกจ่ายค่าบริการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบปัญหาในการดำเนินการ ดังนี้

วิธีการเบิกจ่าย

วิธีการเบิกจ่ายค่าบริการในโครงการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีความยุ่งยาก รายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่สอดคล้องกับรายการค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนใช้อยู่ในระบบบริการปกติ ส่งผลให้ต้องมีการจัดทำรายการเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ซึ่งเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งสำหรับการเบิกค่าบริการพยาบาลในระยะแรก อย่างไรก็ตามเมื่อทางโรงพยาบาลปรับตัวได้แล้วปัญหาดังกล่าวนี้จึงลดสภาพปัญหาลงค่อนข้างมาก

ความครอบคลุมของรายการ

ช่องว่างที่สำคัญเกี่ยวกับความไม่ครอบคลุมของรายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบใน 4 ลักษณะ ได้แก่

1 หมวดค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด โรงพยาบาลเอกชนไม่สามารถกรอกรหัสยาที่ใช้ให้บริการเพื่อเบิกจ่ายได้ เนื่องจากบัญชีราคาตามอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการประกาศราคาตามชื่อทางการค้าหรือ trade name ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลเอกชนมีการใช้ยา generic เดียวกันหรือยาชื่อสามัญเดียวกัน แต่คณะชื่อการค้าก็ไม่สามารถเบิกได้

2 หมวดค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา พบว่ามีรายการยังไม่ครอบคลุมรายการที่มีการใช้งานอยู่จริงในโรงพยาบาลเอกชน ทำให้ไม่สามารถกรอกข้อมูลค่าบริการได้ แม้ว่าบางรายการจะเป็นวัสดุประเภทเดียวกัน กับในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ขนาดไม่ตรงกันก็ไม่สามารถกรอกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายได้ เนื่องจากในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการกำหนดราคาตามรายการที่ระบุรายละเอียดเรื่องขนาดและประเภทไว้ชัดเจน

3 หมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค พบว่าไม่สามารถระบุประเภทของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ รวมทั้งการระบุรหัสในการเบิกจ่ายได้ เนื่องจากรายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ได้ระบุประเภทที่ชัดเจนเพียงพอ

4 นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นรายการซึ่งไม่มีการระบุไว้ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งค่าบริการทั้ง 2 ดังกล่าวเป็นค่าบริการที่มีหลักการคิดตอบสนองปัญหาต้นทุนคงที่ของโรงพยาบาล ในการดำเนินการเปิดให้บริการ หรือหมวดค่าห้อง ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนจะมีลักษณะห้องที่ให้บริการผู้ป่วยที่หลากหลายกว่า เป็นต้น

วิจารณ์

รายการเรียกเก็บสูงสุด คือ หมวดค่ายาและสารอาหารทางเลือด เป็นหมวดที่ค่าใช้จ่ายมีสัดส่วนราคาเฉลี่ยสูงสุด และราคาเรียกเก็บสูงกว่า 1,000 % หรือ 100 เท่า เทียบกับราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายส่วนนี้เป็นภาระที่หลายๆ ประเทศกำลังประสบในลักษณะเดียวกัน ในสวีเดนค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นอย่างมากในปีที่ผ่านมา ส่งผลต่อการสูญเสียก่อนเงินจำนวนมหาศาลกับการชดเชยค่าใช้จ่ายด้านยา⁴ ทำนองเดียวกันในเดนมาร์ค มีค่าใช้จ่ายด้านยาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากการใช้ยาที่มาก

ขึ้นรวมทั้งการใช้ยาตัวใหม่⁷ หรือในได้หวั่น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผลมาจากค่าใช้จ่ายด้านยา⁸ ทำให้รัฐบาลต้องดำเนินมาตรฐานการเพื่อควบคุมกำกับ นอกจากนี้ glucose (blood, urine, other) รายการการตรวจรักษา กรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป, electrolyte (Na, K, Cl, CO₂) และ complete blood count มีราคาที่เกี่ยวข้องสูงที่สุดสูงมากนั้น ซึ่งผิดปกติต้องมีแนวทางในการตรวจสอบและจัดทำแนวทางการกำหนดรหัสมาตรฐาน เช่น การใช้รหัส LOINC (Logical Observation Identifiers Names and Codes)⁹ ซึ่งเป็นระบบชื่อและรหัสมาตรฐานสากลที่ใช้ระบุชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และการตรวจทางคลินิก^{10,11} เป็นต้น

วิธีการเบิกจ่าย ที่มีความยุ่งยากที่เกิดจากความไม่สอดคล้องกันของรายการ ระหว่างค่าบริการเรียกเก็บกับอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งรายการที่มีการเบิกจ่ายและไม่มีการบันทึกรหัสในการเบิกจ่าย แต่ส่วนใหญ่เป็นรายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอยู่แล้ว ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทำให้ทราบว่า การไม่ระบุรหัสดังกล่าวส่วนหนึ่งเกิดจากการหารหัสไม่พบ เนื่องมาจากระบบการเรียกชื่อของรายการนั้นๆ แตกต่างจากในอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล โดยทั้งนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการกำหนดลักษณะหมวดหมู่การเบิกจ่ายแตกต่างจากอัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกำหนดราคาค่าบริการตามคู่มือการจัดทำบัญชีบริการและค่าบริการสถานพยาบาลตามหมวดรายการมาตรฐานสำหรับการเรียกเก็บค่าบริการสถานพยาบาลฉบับจัดทำครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2543 โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข¹² ในขณะที่อัตราค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจัดทำตามบัญชีราคาเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลของกรมบัญชีกลาง จึงทำให้หมวดหมู่ดังกล่าวมีความคลาดเคลื่อนกัน แต่อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า อาจจะไม่มีความจำเป็นนักหากจะต้องปรับปรุงรายการในหมวดนี้ใหม่ เพราะโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปรับตัวจัดการกับค่าบริการเรียกเก็บได้แล้วในระดับหนึ่ง

ความครอบคลุมของรายการ

หมวดค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือด ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ตัวอย่างโรงพยาบาล พบว่ามีเพียงประเด็นการไม่สามารถกรอกรหัสยาเพื่อเรียกเก็บได้ แต่ไม่มีการพูดถึงอัตราค่าบริการยาว่าน้อยกว่าที่ควรจะเป็น แต่ก็มีพบประเด็นนี้ในผลจากการประชุมคณะกรรมการและอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับโครงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ว่าราคายาที่อนุมัติให้เบิกจ่ายต่ำกว่าที่ควรจะเป็นอยู่บ้าง โดยมีปัญหาเฉพาะบางรายการ โดยเฉพาะรายการที่มีมูลค่าต่อหน่วยสูงเท่านั้น แต่หากต้องการแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ มีข้อเสนอในการแก้ปัญหาอยู่ 3 ทางเลือก คือ (1) กำหนดราคายาเบิกจ่ายตามชื่อสามัญทางยา หรือ generic name พร้อมทั้งกำหนดราคายาให้กับกลุ่มยาต้นแบบ หรือ ยา original (2) กำหนดรายการยาตามชื่อสามัญทางยาหรือ generic name แต่หากยาที่ใช้มีราคาสูงกว่าอัตราที่กำหนดไว้และจำเป็นต้องใช้ ให้โรงพยาบาลที่ต้องการเบิกในราคาใหม่ต้องจัดส่งเอกสารราคาซื้อขาย เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าใน

การพิจารณาปรับราคายาให้สอดคล้องกับต้นทุนของโรงพยาบาล อีกครั้งหนึ่ง (3) การปฏิบัติตามอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นเดิม และให้มีคณะกรรมการพิจารณาเพิ่มรายการให้ครอบคลุมเป็นประจำ แนวทางในได้หวั่น การพิจารณาราคาของยาตัวใหม่ผ่านกลไกของ The Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme (PBRs) ในรูปของคณะกรรมการร่วมกับผู้ผลิต โดยราคาที่ยอมรับได้สูงสุดท้าย คือ ร้อยละ 53.6 ของราคาค่ามัธยฐานระหว่างประเทศ¹³ ในบัลแกเรีย มีการจัดตั้งหน่วยงานย่อยที่ดูแลพิจารณาการจัดตั้งราคาและหน่วยชดเชยค่าบริการ แยกออกจากกันโดยเฉพาะ¹⁴ หรือข้อเสนอที่น่าสนใจจาก Medicare Reimbursement for Parenteral Nutrition¹⁵ คือ การจ่ายอย่างสมเหตุสมผลการจ่ายตามอัตราต้นทุน และการแข่งขันทางราคา หรือ bidding เพื่อเป็นแนวทางในการเบิกจ่ายชดเชยบริการอย่างเหมาะสม

หมวดค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา จากการที่อัตราค่าบริการการทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมรายการที่มีการใช้งานอยู่จริงในโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนเดิมไม่ได้ทำการนับวัสดุและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาเพื่อทำการเรียกเก็บทั้งหมด แต่ทำการเรียกเก็บเฉพาะบางรายการที่มีมูลค่าค่อนข้างสูง ทำให้โรงพยาบาลเอกชนจำนวนหนึ่งต้องปรับวิธีการเรียกเก็บค่าบริการเพื่อให้สอดคล้องกับโครงการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตด้วย และส่งผลดีต่อให้มีข้อมูลที่ละเอียดเพื่อใช้สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงมากยิ่งขึ้นของโรงพยาบาลในอนาคต กลไกในการแก้ปัญหา หากเป็นไปได้ควรกำหนดมาตรฐานของวัสดุการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่ใช้ในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงสามารถควบคุมคุณภาพในการให้บริการผู้ป่วยให้คล้ายคลึงกับยาทั้งนี้ทางเลือกสำหรับหมวดนี้ 3 ทางเลือก คือ (1) ไม่ต้องกำหนดรายการราคาของประเภทวัสดุการแพทย์ใดๆ แต่ให้เบิกจ่ายตามที่ใช้จริง โดยไม่เกินอัตราที่กำหนด (2) กำหนดรายการราคาเช่นเดิม แต่ให้จัดหมวดหมู่และประเภทของวัสดุการแพทย์ฯ และกำหนดราคารวมเฉลี่ย โดยไม่ระบุรายละเอียดและขนาด (3) ดำเนินการตามเดิม แต่ต้องมีการเพิ่มรายการหรือกลุ่มที่แตกต่างจากกลุ่มที่ประกาศไปแล้ว

หมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค รายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อิงรายการตามระเบียบของกรมบัญชีกลาง ซึ่งรายการที่ระบุไว้ดังกล่าวไม่มีการกำหนดรายละเอียด และโรงพยาบาลของรัฐ 2 แห่ง ก็ให้ข้อมูลว่าไม่มีการกำหนดมาตรฐานอย่างเป็นทางการของอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ทั้งนี้แนวทางส่วนใหญ่ที่ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐดำเนินการคือกำหนดรหัสตามความรู้และความคุ้นเคยที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้ ลักษณะดังกล่าวจะเป็นช่องว่างของโรงพยาบาลเอกชนซึ่งไม่เคยทำการเบิกจ่ายรายการดังกล่าวนี้มาก่อน ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 2 แห่ง ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าในบางกรณีจะมีอุปกรณ์แบบใหม่เข้ามาให้บริการผู้ป่วยผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ก็ยังคงประสบปัญหาในการไม่สามารถระบุอุปกรณ์ดังกล่าวใช้รหัสเบิกรายการใด ทั้งนี้ได้เสนอแนวทางการกำหนดหรือเลือกรหัสเบิกรายการ โดยใช้การอ้างอิงการ

รักษาโรคเป็นหลัก กล่าวอีกนัยยะหนึ่ง หากทำเพื่อให้บริการผู้ป่วยในเรื่องเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะใช้อุปกรณ์ต่างลักษณะกัน ก็ให้เลือกรหัสอุปกรณ์เดียวกัน เช่น การสวนหัวใจเพื่อขยายหลอดเลือดโคโรนารีด้วยบอลลูน แม้ว่าจะมีสายสวนที่สามารถเลือกใช้ได้หลายประเภท แต่หากต้องการทำการขยายหลอดเลือดกรณด้วยบอลลูน ก็ให้เลือกรหัสการเบิกจ่ายตามวัตถุประสงค์ของการใช้งานดังกล่าวนั่นเอง

ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยใน ค่าบริการดังกล่าวอาจจะต้องพิจารณาหาแนวทางที่เหมาะสมเพื่อเบิกจ่ายให้กับโรงพยาบาล

สรุป

หากการเบิกจ่ายค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะดำเนินการตามกลไกการจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกรายการหรือ fee schedule จำเป็นต้องพัฒนาระบบการเบิกจ่ายนี้ให้ดียิ่งขึ้น โดยควรต้องมีหน่วยงานประจำที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาหลักเกณฑ์อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเสนอทางเลือกดังนี้ หมวดค่ายา หากจะมีการปรับปรุงอัตราค่าบริการใน free schedule ก็ควรจะปรับปรุงในส่วนของการจัดหมวดหมู่ให้สอดคล้องกับประกาศของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเพิ่มเติมรายการค่าบริการบางประเภทซึ่งกำหนดไว้ในประกาศดังกล่าวและยังไม่มีรายการดังกล่าวนั้น นอกจากนี้ การใช้แนวทางกำหนดรหัสมาตรฐาน

เช่น บัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (Thai Medicines Terminology : TMT) รวมทั้ง การใช้รหัส Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) ซึ่งเป็นระบบชื่อและรหัสมาตรฐานสากลที่ใช้ระบุชนิดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ และการตรวจทางคลินิก เพื่อใช้เป็นระบบมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการวิจัย และข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการ UCEP ทำให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผู้ที่เกี่ยวข้อง ยังผลต่อการพัฒนาระบบต่อไปได้ สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ผู้เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลและเบิกจ่ายโครงการ UCEP ที่ได้ให้ความร่วมมือ ให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ทั้งยังสะท้อนภาพสถานการณ์ช่องว่างเพื่อการพัฒนาในปัจจุบัน รวมทั้งเสนอแนวทางในการพัฒนาการเบิกจ่ายโครงการ UCEP ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Yoshio uetsuka. Characteristics of Japan's healthcare systems and the problems. Japan Med Assoc J 2012;55:330-3.
2. Bethesda. Medical Device Reimbursement in Taiwan [Internet]. Pacific Bridge Medical. 2018. [cited 2018 Oct 25]. Available from: www.pacificbridgemedical.com/publication/medical-device-reimbursement-in-taiwan/
3. Harper RW, Nasir A, Sundararajan V. How changes to the medicare benefits schedule could improve the practice of cardiology and save taxpayer money. Med J Aust 2015; 203:256-8.
4. Ministry of public Health and National Institute for Emergency Medicine. Accounts and Expense Rates, Rules, Procedures, and Conditions for Determining Expenses in The Operation of Crisis Emergency Patients. [Internet]. 2017. [cited 2018 Oct 27]. Available from: URL; <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/797?group=25>
5. Social Security Office. The Guidelines for the protection of the rights of crisis emergency patients according to the policy "Emergency cases treat every right" In private hospitals outside the contract three funds. [Internet]. 2018. [cited 2018 Oct 27]. Available from: URL; www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/07327dcea5b7cb3d970b017055bfc578.pdf
6. Lundkvist J. Pricing and reimbursement of drugs in Sweden. Eur J Health Econ 2002;3:66-70.
7. Pedersen K. Pricing and reimbursement of drugs in Denmark. Eur J Health Econ 2003;4:60-5.
8. Hsu JC, Lu CY. The evolution of Taiwan's National Health Insurance drug reimbursement scheme. Daru 2015; 23:15.
9. Kijsanayotin B., Sinthuvanich D. LOINC data standards and Thai health information systems. Nonthaburi: Health System Research Institute; 2012.
10. Uchegbu C, Jing X. The potential adoption benefits and challenges of LOINC codes in a laboratory department: a case study. Health Inf Sci Syst 2017;5:6.
11. McDonald CJ, Huff SM, Suico JG, Hill G, Leavelle D, Aller R, et al. LOINC, a universal standard for identifying laboratory observations: a 5-year update. Clin Chem 2003;49:624-33.
12. The central working group of the standard program category. The Service Accounting Guide and Hospital Fees According to the Standard Program Category for the Medical Fee Billing, Version 1, February 2000. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2000
13. Chen GT, Chang SC, Chang CJ. New drug reimbursement and pricing policy in Taiwan. Value Health Reg Issues 2018; 15:127-32.
14. Dimitrova TB, Sidjimova D, Cherneva D, Kralimarkov N. Pricing, reimbursement, and health technology assessment of medical products in Bulgaria. Int J Technol Assess Health Care 2017 ;33:365-70.
15. Department of Health and Human Service Office of Inspector general. Medicare Reimbursement for Parenteral Nutrition. Washington, DC: Office of Inspector general; 1997.