

ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน นอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐและขอใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)”

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล*

พงศกร อธิกเศวตเพ็ญฤทธิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไปขอใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” ในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้งในกลุ่มที่ประเมินแล้วผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตและกลุ่มที่ประเมินแล้วไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ประชากรของการศึกษาคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐหลักสามกองทุน คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2560 ที่มีการบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมประเมินอาการเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (emergency pre-authorization: PA) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยกำหนดโควตาให้กับผู้ป่วยของแต่ละสิทธิในแต่ละเดือนในสัดส่วนเท่าๆ กัน ได้ตัวอย่างที่ติดต่อได้และยินดีให้ข้อมูล จำนวน 212 และ 210 จากจำนวนที่ทำการติดต่อ 393 และ 405 คิดเป็นร้อยละ 54 และ 52 ในกลุ่มที่ประเมินผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติ SPSSpc version 18 โดยถ่วงน้ำหนักตามสัดส่วนของผู้ใช้สิทธิจริงในแต่ละสิทธิหลักประกันสุขภาพของแต่ละเดือน

ผลการศึกษาพบว่า นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานค่อนข้างดี ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงสิทธิมากขึ้น เหตุผลหลักที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อขอใช้สิทธิ UCEP อันดับแรกคือระยะทางใกล้ เดินทางสะดวก รองลงมาคือความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลนั้นและเป็นโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ขอใช้สิทธิ UCEP แต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA มีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลมากกว่า นโยบายนี้คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากภาระค่าใช้จ่ายช่วงก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินได้ค่อนข้างดี ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตจ่ายค่ารักษายาบาลด้วยตนเองเกินกว่าครึ่ง อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้ พรบ. สถานพยาบาล ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้ถูกถามสิทธิ/ไม่ให้ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ/ไม่ให้ถูกเรียกเก็บค่าบริการก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตใน 72 ชั่วโมงแรก รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงช่องทางในการร้องเรียนนั้น ยังต้องพัฒนาให้เข้มแข็งมากขึ้นอีก

คำสำคัญ: นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP), ประสบการณ์, โรงพยาบาลเอกชน

* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Patients' Experiences on Using Non-Contracted Private Hospitals and Applying Eligibility for the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

Samrit Srithamrongsawat*, Paibul Suriyawongpaisal*, Pongsakorn Atiksawedparit*

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Corresponding author: Samrit Srithamrongsawat, sstrsw2012@gmail.com

Abstract

This study aimed to assess patients' experiences on using non-contracted private hospitals and applying for eligibility under the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). A telephone survey was conducted by using a semi-structured questionnaire. Populations were beneficiaries of three public health insurance schemes, Universal Coverage Scheme (UCS), Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS) and Social Security Scheme (SSS) who used non-contracted private hospitals and applying for eligibility through the Emergency Pre-Authorization program (PA) during July–October 2017. A simple random sampling was employed with an equal quota of samples for each scheme in each month for calling. Samples of the study included 212 and 210 cases who were receiving the call and willing to provide information out of 393 and 405 or 54 and 52 percent of calls made for those who met and did not meet the criteria of critical emergency respectively. Data analysis was done by using SPSSpc version 18 and weighted according to actual proportion of each scheme users was applied.

Results show that the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) was quite successful in the implementation. Patients with critical emergency conditions increased in access to financial protection under the program. Convenience in transportation to the hospital and being trust in regular hospital were two main reasons of getting emergency care from the private hospitals. Those with non-critical emergency conditions were more likely to choose their regular hospital than those with critical emergency conditions. The program could protect eligible patients quite well from financial risk during the critical period or the first 72 hours of admission; however, more than half of those with non-critical emergency conditions spent out of their own pocket to cover the cost of care. Furthermore, strengthening of enforcement process of the Sanatorium Act is needed to prevent patients with emergency conditions from being asking for payments prior to provision of services or during the critical period in addition to strengthening of public relations on channel for making complaints.

Keywords: Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP), experiences, private hospital.

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยจัดระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545⁽¹⁾ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) โดยทั้งสามระบบครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ 98⁽²⁾ และมีชุดสิทธิประโยชน์ไม่แตกต่างกันมากนัก แต่มีกลไกการอภิบาล

ระบบเป็นอิสระต่อกัน ทำให้มีการออกแบบระบบต่างกัน เช่น รูปแบบการจ่าย อัตราการจ่าย และเงื่อนไขการใช้บริการ⁽³⁾ ในขณะที่ระบบบริการสุขภาพไทยเป็นระบบผสมผสานระหว่างรัฐและเอกชน (public-private mix) โดยภาคเอกชนเกือบทั้งหมดเป็นเอกชนแบบแสวงหากำไร โรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ณ วันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2561 มีจำนวนรวม 354 แห่ง⁽⁴⁾ จำแนกเป็นโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลในเครือโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลใน



สังกัดมูลนิธิร้อยละ 6, 13, 76, และ 5 ตามลำดับ ทั้งนี้ มีโรงพยาบาลเอกชนไม่ถึงหนึ่งในสามที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ (ระบบ UCS และ SSS) และมีแนวโน้มจะลดน้อยลงอีก

ระบบประกันสุขภาพทั้งสามต่างก็ครอบคลุมการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมถึงกรณีไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญา โดยในกรณีหลังประชาชนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนแล้วมาเบิกคืนตามอัตราและเพดานที่กำหนด ทั้งนี้มีปรากฏการณ์เรื่องร้องเรียนเป็นข่าวหรือมีการโพสต์ในสังคมออนไลน์เนืองๆ เช่น manager online, matichon online, pantip ว่าถูกโรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ หรือไม่ยอมให้คนไข้กลับหรือย้ายจนกว่าจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นต้น ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนและบูรณาการการบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสามกองทุน ในเดือนเมษายน 2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน (Emergency Medical Claim Online: EMCO)”⁽⁵⁾ โดยมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานมีปัญหามากมาย เนื่องจากขาดกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีรองรับ ขาดอำนาจบังคับให้เป็นไปตามนโยบายขาดระบบประเมินและยืนยันสิทธิ ประกอบกับการจ่ายชดเชยมีอัตราต่ำ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการจึงเรียกเก็บค่าบริการจากประชาชนที่ใช้บริการ⁽⁶⁾ รัฐบาลปัจจุบันโดยกระทรวงสาธารณสุขยังเห็นประโยชน์ของนโยบายดังกล่าว จึงพยายามแก้จุดอ่อนที่มี และในเดือนเมษายน 2560 ได้ประกาศเป็นนโยบายใหม่ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)”⁽⁷⁾ โดยมีกรแก้ไข พ.ร.บ. สถานพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา จำกัดความครอบคลุมเฉพาะกรณี

ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) มีระบบประเมินและยืนยันการเข้าถึงสิทธิ (pre-authorization: PA) จำกัดระยะเวลาคุ้มครองไม่เกิน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต รวมทั้งปรับวิธีและอัตราการจ่าย จากการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRG) เป็นการจ่ายตามอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) เป็นต้น ความแตกต่างระหว่างนโยบาย UCEP กับนโยบาย EMCO สรุปได้ดังในตารางที่ 1

ถึงขณะนี้ นโยบายดังกล่าวได้ดำเนินการมาระยะหนึ่งแล้ว ประสพการณ์ของประชาชนที่ขอใช้สิทธิดังกล่าวเป็นประเด็นที่น่าสนใจแก่การศึกษา เพื่อดูว่าประชาชนได้รับบริการเป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบายหรือไม่ ทั้งประเด็นการรับทราบนโยบาย เหตุผลที่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไปรับบริการ การถูกถามสิทธิหรือการถูกเรียกเก็บเงินมัดจำ การถูกเรียกเก็บเงินก่อนพ้นภาวะฉุกเฉิน ความเห็นต่อการประเมินระดับภาวะฉุกเฉิน/พ้นภาวะฉุกเฉิน การตัดสินใจรักษาพยาบาลหลังพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตหรือประเมินว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต รวมถึงความพึงพอใจต่อนโยบาย

ระเบียบวิธีศึกษา

ประชากรและตัวอย่างของการศึกษา

ประชากรในการศึกษาคือ ประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลักสามกองทุน (UCS, CSMBS, และ SSS) ที่ไปขอใช้สิทธิ UCEP ที่โรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ระหว่างเดือน กรกฎาคม-ตุลาคม พ.ศ. 2560 ทั้งในกลุ่มที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต ทั้งนี้จากฐานข้อมูลจำนวนผู้ขอรับการประเมินเพื่อขอใช้สิทธิ UCEP (pre-authorization) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ในช่วงสี่เดือนดังกล่าวมีจำนวน 13,736 ราย เป็นผู้ขอใช้สิทธิภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลักสามกองทุนจำนวน 12,682 ราย (ร้อยละ 92.3) เป็นกลุ่มที่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตจำนวน 4,794

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบประเด็นการจัดระบบของนโยบาย EMCO และ UCEP

ประเด็น	นโยบาย EMCO	นโยบาย UCEP
กฎหมาย/ระเบียบรองรับ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ฉบับก่อนๆระบุให้สถานพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพอันตรายให้พ้นจากอันตราย แต่ไม่ได้กำหนดเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 กำหนดให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตรายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด
มติคณะรัฐมนตรี (ครม.)	ไม่มีมติ ครม.รองรับ มีเพียงการประชุมร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบรัฐบาล	ครม. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560
กลไกการอภิบาลระบบ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (กพฉ.) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สปสช.
ระบบประเมินและอนุมัติสิทธิ (PA)	ไม่มี	สปฉ. บริหารระบบประเมิน และอนุมัติสิทธิ (PA) จำแนกตามกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 20 กลุ่มอาการ และการบาดเจ็บ 5 กลุ่มอาการ
ขอบเขตการคุ้มครอง	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และเร่งด่วน (สีเหลือง) ไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าคุ้มครองจนสิ้นสุดการรักษาหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จนฟื้นภาวะฉุกเฉินหรือ 72 ชั่วโมง
การทำเตียงในการเคลื่อนย้ายกลับ	กองทุนให้ รพ. ต้นสังกัดรับกลับ ยกเว้นสิทธิข้าราชการ สปสช. และ สธ. ช่วยหาเตียงให้	กองทุนให้ รพ. ต้นสังกัดรับกลับ ยกเว้นสิทธิข้าราชการ ให้ สธ. ช่วยจัดหาเตียงให้
วิธีการจ่าย	ผู้ป่วยนอกจ่ายตามรายการและราคาที่กำหนด ส่วนผู้ป่วยในจ่ายตาม DRGs version 5 ในอัตรา 10,500 บาทต่อ adjusted relative weight (adjrw) ร่วมกับจ่ายเพิ่มตามรายการและราคาที่กำหนด	จ่ายตามรายการและราคาที่กำหนด (fee schedule) ทั้งบริการที่ห้องฉุกเฉินและบริการผู้ป่วยใน ซึ่งผ่านความเห็นชอบจาก ครม. และประกาศในราชกิจจานุเบกษา
การบริหารการจ่ายชดเชย	สปสช. ทำหน้าที่ประมวล ตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บ และจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาล แทนกองทุนอื่นไปก่อนแล้วไปเรียกเก็บคืนจากกองทุนภายหลัง	สปสช. ทำหน้าที่ประมวลและตรวจสอบข้อมูลการเรียกเก็บและสรุปแจ้งผลการประมวลตรวจสอบข้อมูลแก่กองทุนต่างๆ เพื่อทำการจ่ายแก่โรงพยาบาลต่อไป
ศูนย์รับเรื่องร้องเรียน	สายด่วน 1330 ของ สปสช.	ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สปฉ. 02-872-1669

ราย (ร้อยละ 38) ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต จำนวน 6,905 ราย (ร้อยละ 54.4) ส่วนอีก 983 ราย (ร้อยละ 7.7) ยังรอการประเมิน ในที่นี้แนะนำเฉพาะกลุ่มที่เข้าเกณฑ์และไม่เข้าเกณฑ์มาเป็นประชากรในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 11,699 ราย

ขนาดของตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) $n = N/(1+Ne^2)$ โดย n คือขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการ N คือจำนวนประชากรในที่นี้คือ 4,794 และ 6,905 สำหรับกลุ่มที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ PA ตามลำดับ และ e คือค่าความคลาดเคลื่อนให้เท่ากับ 0.10 ได้จำนวนตัวอย่าง



ขั้นต่ำเท่ากับ 98 และ 99 รายต่อกลุ่มตามลำดับ ในการนี้เพื่อให้มีจำนวนตัวอย่างเพียงพอในการเป็นตัวแทนของแต่ละสิทธิจึงกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับกลุ่มที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่ากลุ่มละ 200 และกำหนดโควตาในการสุ่มเลือกแต่ละสิทธิเท่าๆ กันจำนวน 40 รายในแต่ละเดือน โดยสุ่มเลือกแบบง่าย (simple random sampling) สำหรับเป็นตัวอย่างในการโทรศัพท์ติดต่อขอสัมภาษณ์ โดยตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกเป็นตัวอย่างจากฐานข้อมูล PA ของสพฉ.ที่มีข้อมูลชื่อและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อได้เท่านั้น

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีติดต่อขอสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กับกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มเลือกมาด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาต่อจากแบบสอบถามซึ่งเคยใช้ในการสำรวจทางโทรศัพท์ของนโยบาย EMCO ปรับให้สอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการประเมิน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาก่อนนำไปใช้จริง สำหรับพนักงานสัมภาษณ์อาศัยพนักงาน call

center แห่งหนึ่งที่มีประสบการณ์ในการคุยกับผู้ป่วยและญาติ มีการอบรมชี้แจงแก่พนักงานสัมภาษณ์ก่อนเก็บข้อมูลถึงวัตถุประสงค์ของการสำรวจ การชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้สัมภาษณ์ อธิบายข้อคำถามต่างๆ ในแบบสอบถาม ในการนี้ใช้เวลาในการติดต่อขอสัมภาษณ์รวม 2 เดือน ในการติดต่อขอสัมภาษณ์นั้น หากครั้งแรกติดต่อไม่ได้ กำหนดให้ติดต่ออีกอย่างน้อย 2 ครั้งในวันอื่น หากยังติดต่อไม่ได้ก็ให้ยุติการติดต่อสำหรับรายนั้นๆ ซึ่งจากการติดต่อก่อนที่ประเมินผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ PA จำนวน 393 และ 405 ราย ได้ตัวอย่างที่ยินดีให้ข้อมูลจำนวน 212 และ 210 หรือร้อยละ 54 และ 52 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบคุณสมบัติของกลุ่มที่สัมภาษณ์ได้ (ติดต่อได้และยินดีให้ข้อมูล) กับกลุ่มที่สัมภาษณ์ไม่ได้ (ติดต่อไม่ได้หรือปฏิเสธการให้ข้อมูล) ของทั้งกรณีผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน PA พบว่า ในกลุ่มที่สัมภาษณ์ได้ส่วนใหญ่ติดต่อได้ในครั้งเดียว (กว่าร้อยละ 80) ในขณะที่กลุ่มที่สัมภาษณ์ไม่ได้นั้น ติดต่อได้ในครั้งเดียวเพียงร้อยละ

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ขอใช้สิทธิที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตระหว่างเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2560

สิทธิประกันสุขภาพ	ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA				ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA			
	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS)	723	740	760	986	670	586	723	1,043
ข้าราชการ (CSMBS)	234	226	241	290	263	273	710	1,832
ประกันสังคม (SSS)	124	143	140	187	171	160	199	275

ตารางที่ 3 จำนวนตัวอย่างที่ทำการติดต่อและผลการติดต่อจำแนกตามหลักประกันสุขภาพ

ผลการติดต่อ	ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA				ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA			
	UCS	CSMBS	SSS	รวม	UCS	CSMBS	SSS	รวม
ยินดีให้ข้อมูล	88	69	55	212	78	61	71	210
ติดต่อไม่ได้	34	16	26	76	25	11	34	70
เบอร์ไม่ถูกต้อง	16	16	22	54	15	15	17	47
ปฏิเสธการให้ข้อมูล	23	14	14	51	38	16	24	78
จำนวนที่มีการติดต่อรวม	161	115	117	393	156	103	146	405

ละ 41 และ 56 ในกลุ่มที่ประเมินผ่านและไม่ผ่าน PA ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4 ส่วนคุณลักษณะของผู้ป่วยของกลุ่มที่สัมภาษณ์ได้และไม่ได้นั้นไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นในเรื่องเพศ ที่อยู่อาศัย ลักษณะการมาโรงพยาบาล และการร้องขอเตียงเมื่อพ้นภาวะฉุกเฉิน มีเพียงอายุของผู้ป่วยในกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์ PA พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่สัมภาษณ์ได้สูงกว่ากลุ่มที่สัมภาษณ์ไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 18 ดูค่าร้อยละ และทดสอบค่าทางสถิติโดยใช้ chi-square test ในการวิเคราะห์มีการถ่วงน้ำหนักให้ตัวอย่างแต่ละสิทธิของแต่ละเดือนตามสัดส่วนของประชากรแต่ละสิทธิที่มีการขอใช้สิทธิจริงในแต่ละเดือน เนื่องจากมีได้สุ่มเลือกตามสัดส่วนประชากรตามสิทธิจริง แต่กำหนดโควตาให้ในสัดส่วนพอๆ กัน จึงถ่วงน้ำหนักให้กับตัวอย่างแต่ละสิทธิในขั้นตอนการวิเคราะห์เพื่อให้ได้สัดส่วนใกล้เคียงความจริงในการวิเคราะห์ภาพรวมและทดสอบค่าทางสถิติเปรียบเทียบระหว่างสิทธิ

การศึกษานี้เป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการติดตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP) รหัสโครงการ ID 10-60-30 ย ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์

ตารางที่ 4 คุณลักษณะของตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้และสัมภาษณ์ไม่ได้

คุณลักษณะของตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ PA		กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ผ่านเกณฑ์ PA	
	สัมภาษณ์ได้	สัมภาษณ์ไม่ได้	สัมภาษณ์ได้	สัมภาษณ์ไม่ได้
จำนวนตัวอย่าง	212	181	210	195
ร้อยละที่โทรติดต่อครั้งเดียวได้ *	81	41	84	56
ร้อยละของผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง	40	40	41	38
อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย (ปี) (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	59.95* (21.30)	54.27* (23.98)	54.47 (28.38)	55.10 (25.57)
ร้อยละที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร	42	41	42	44
ร้อยละผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS	16	22	9	9
ร้อยละผู้ป่วยที่ขอเตียงย้ายกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด	35	34		

* มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2560 ในการติดต่อขอสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ที่มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การขออนุมัติและได้มาซึ่งหมายเลขโทรศัพท์จาก สพฉ. การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลที่ไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย และขออนุญาตสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ส่วนใหญ่สามารถสัมภาษณ์ได้ภายในการติดต่อครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คือประมาณร้อยละ 60 และส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน โดยผู้ให้ข้อมูลสิทธิ CSMB มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าอีกสองกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสิทธิ UCS และ CSMB ส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลสิทธิ SSS ส่วนใหญ่เป็นตัวผู้ป่วยเองและคู่สมรส (ดังแสดงในตารางที่ 5)

2. การรับทราบนโยบายและประสบการณ์การไปใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินผ่านเกณฑ์ PA และใช้สิทธิ UCEP ร้อยละ 70 ทราบนโยบายเรื่องนี้ โดยรับ

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลจำแนกตามหลักประกันสุขภาพและผลการประเมินภาวะฉุกเฉิน

ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูล	ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA				ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA			
	UCS	CSMBS	SSS	รวม	UCS	CSMBS	SSS	รวม
จำนวนตัวอย่าง	88	69	55	212	78	61	71	210
ร้อยละที่โทรติดต่อครั้งเดียวได้*	84	79	85	83	89	88	78	88
ร้อยละเพศหญิง	61*	71*	53*	62	57	57	56	57
อายุเฉลี่ยผู้ให้ข้อมูล (ปี)*	42.48	48.42	42.47	43.86	44.65	47.05	41.43	45.52
ร้อยละของความสัมพันธ์กับผู้ป่วย*								
ตัวผู้ป่วยเอง	7	5	35	10	16	14	37	17
บุตร	41	55	14	41	39	44	13	39
พ่อ/แม่	12	3	5	9	15	22	4	18
คู่สมรส/แฟน	17	16	28	18	9	10	22	11
ญาติ	19	13	10	17	13	9	18	11
เพื่อน	0	5	6	2	1	0	5	1
อื่นๆ	5	3	2	4	6	0	2	2

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p 0.05

ทราบมาจากโรงพยาบาลที่ให้บริการเป็นหลัก ถัดมาเป็นรับทราบทางสื่อทั้งสื่อกระแสหลักคือทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์ และสื่อสังคมออนไลน์ รวมทั้งการรับทราบจากสื่อบุคคล เช่น เพื่อนหรือคนรู้จัก ผู้ให้ข้อมูลกลุ่ม CSMBS และ SSS มีสัดส่วนที่รายงานว่าไม่ทราบนโยบายเรื่องนี้สูงกว่าสิทธิ UCS ส่วนผู้ขอใช้สิทธิแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ PA นั้น มีข้อสังเกตว่ามีผู้ตอบว่าไม่ทราบในกลุ่มสิทธิ UCS และ SSS มากกว่าครึ่ง ในขณะที่กลุ่ม CSMBS มีเพียงร้อยละ 26

สำหรับเหตุผลในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลที่ใช้สิทธินั้น ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า เพราะอยู่ใกล้ที่สุดและเดินทางสะดวก คือประมาณร้อยละ 70 และ 60 ในกลุ่มที่ประเมินผ่านและไม่ผ่าน PA ตามลำดับ ในขณะที่ร้อยละ 27 และ 37 ของกลุ่มที่ประเมินผ่านและไม่ผ่าน PA เลือกไปใช้บริการด้วยเหตุผลว่า เป็นโรงพยาบาลที่เคยใช้บริการอยู่เป็นประจำและเชื่อมั่นในคุณภาพและศักยภาพ โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสิทธิ UCS และ CSMBS ไปใช้สิทธิในโรงพยาบาลประจำที่เชื่อมั่นในสัดส่วนที่สูงกว่าสิทธิ SSS อย่างชัดเจนทั้งในกลุ่มที่ผ่านและไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA (ตารางที่ 6)

สำหรับประเด็นหลักที่มักถูกร้องเรียนในการไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนคือ การถูกเรียกเก็บเงินมัดจำและถามสิทธิก่อนให้บริการ ซึ่งพบการเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการประมาณร้อยละ 7-26 ในกลุ่มที่ประเมินผ่านเกณฑ์ PA และร้อยละ 17-32 ในกลุ่มประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA ในขณะที่เรื่องการถามสิทธิก่อนการให้บริการนั้น มีสัดส่วนสูงกว่า คือร้อยละ 48 และ 68 ในกลุ่มที่ประเมินผ่านและไม่ผ่าน PA ตามลำดับ

3. ประสบการณ์และความเห็นต่อการใช้บริการภายใต้สิทธิ UCEP

ในส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลประสบการณ์จากการใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนภายใต้นโยบาย UCEP ในด้านการถูกเรียกเก็บเงินก่อนพ้นภาวะฉุกเฉิน ความเห็นต่อการประเมินการพ้นภาวะฉุกเฉิน การใช้บริการหลังพ้นภาวะฉุกเฉินและความพึงพอใจต่อนโยบาย UCEP (ตารางที่ 7)

มีผู้ใช้สิทธิ UCEP ร้อยละ 15 ที่ยังคงถูกเรียกเก็บ

ตารางที่ 6 การรับรู้นโยบาย UCEP การเลือกโรงพยาบาล การถูกถามสิทธิหรือเรียกเก็บเงินมัดจำเมื่อไปใช้บริการ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA				ไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA			
	UCS	CSMBS	SSS	รวม	UCS	CSMBS	SSS	รวม
จำนวนตัวอย่าง	88	69	55	212	78	61	71	210
ร้อยละของช่องทางในการทราบสิทธิ UCEP*								
โรงพยาบาลที่ไปรับบริการ	35	24	17	31	14	12	11	12
สื่อสังคมออนไลน์	4	16	12	7	7	14	8	11
สื่อกระแสหลัก	16	14	21	16	14	21	9	17
ป้ายโฆษณา					1	5	1	3
ส่วนบุคคล	19	7	13	16	10	22	8	15
ไม่ทราบ	26	40	37	30	55	26	64	41
ร้อยละของเหตุผลที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลใช้สิทธิ UCEP*								
อยู่ใกล้/เดินทางสะดวก	68	70	73	69	58	59	74	60
ใช้บริการประจำ/เชื่อมัน	30	26	17	27	40	36	25	37
อื่นๆ	2	4	10	4	2	5	1	3
ร้อยละการถูกถามสิทธิ/เรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ*								
ถูกถามสิทธิและเรียกเก็บเงินมัดจำ	10	10	2	9	17	12	12	14
ไม่ถูกถามสิทธิแต่ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำ	16	9	5	14	15	7	12	11
ถูกถามสิทธิแต่ไม่ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำ	38	44	35	39	43	65	42	54
ไม่ถูกถามสิทธิและไม่ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำ	35	36	58	38	25	16	34	22

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

เงินจากโรงพยาบาลในช่วงก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตหรือ 72 ชม. โดยสิทธิ CSMBS และ SSS มีสัดส่วนผู้ถูกเรียกเก็บเงินสูงกว่าสิทธิ UCS ทั้งนี้ กลุ่มที่ถูกเรียกเก็บเงินส่วนใหญ่มีได้ร้องเรียนด้วยเหตุผลหลักคือไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน โดยกลุ่ม UCS มีสัดส่วนการร้องเรียนสูงกว่าอีกสองสิทธิแต่ก็มีสัดส่วนไม่สูงมาก (ร้อยละ 26)

ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ UCEP ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลว่าฟื้นภาวะฉุกเฉินก่อนครบ 72 ชม. และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เห็นด้วยกับผลการประเมินการฟื้นภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับผลการประเมินส่วนใหญ่ก็ได้มีการร้องเรียนด้วยเหตุผลหลักว่าไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน โดยสิทธิ CSMBS ร้องเรียนน้อยกว่าอีกสองสิทธิและมีสัดส่วนของผู้ไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนสูงกว่าอีกสองสิทธิ ประมาณอย่างละครึ่ง

ที่ยังคงรับบริการต่อที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้น เมื่อฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตกับที่ย้ายกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพหลักที่ตนมีสิทธิ โดยสิทธิ CSMBS ย้ายกลับไปรับบริการในโรงพยาบาลในระบบในสัดส่วนน้อยกว่าอีกสองกลุ่ม และประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ใช้สิทธิ UCEP ใช้สิทธิของระบบประกันสุขภาพหลักที่ตนมีอยู่ภายหลังฟื้นภาวะฉุกเฉิน รองลงมาคือการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง (ร้อยละ 26) และการใช้ประกันสุขภาพหลักร่วมกับการร่วมจ่าย (ร้อยละ 11)

ผู้ใช้บริการภายใต้สิทธิ UCEP ฟังพอใจต่อนโยบายในระดับสูง กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 85 ฟังพอใจต่อนโยบายนี้มากถึงมากที่สุด แม้ในกลุ่ม CSMBS จะมีสัดส่วนความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุดต่ำกว่าอีกสองสิทธิแต่ก็ยังมีสัดส่วนสูงคือร้อยละ 76

ตารางที่ 7 ประสบการณ์การใช้บริการของผู้ผ่านเกณฑ์ประเมิน PA ภายใต้นโยบาย UCEP

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	UCS	CSMBS	SSS	รวม
จำนวนตัวอย่าง	88	69	55	212
ร้อยละถูกเรียกเก็บเงินช่วงก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตใน 72 ชม.แรก *	11	21	23	15
ร้อยละการดำเนินการเมื่อถูกเรียกเก็บเงิน *				
ทำการร้องเรียน	26	0	5	16
ไม่ได้ร้องเรียนแม้ทราบช่องทางการร้องเรียน	11	20	19	14
ไม่ได้ร้องเรียนเพราะไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน	63	80	76	69
ร้อยละผู้ได้รับแจ้งว่าฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตก่อน 72 ชม.*	74	64	75	72
ร้อยละผู้เห็นด้วยกับผลประเมินว่าฟื้นภาวะฉุกเฉิน *	80	85	86	82
ร้อยละการดำเนินการเมื่อไม่เห็นด้วยกับผลประเมินว่าฟื้นภาวะฉุกเฉิน *				
ทำการร้องเรียน	10	0	9	8
ไม่ได้ร้องเรียนแม้ทราบช่องทางการร้องเรียน	24	16	32	23
ไม่ได้ร้องเรียนเพราะไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน	67	84	60	69
ร้อยละการเลือกรับบริการหลังฟื้นภาวะฉุกเฉิน *				
รักษาต่อในโรงพยาบาลเดิม	46	46	38	45
กลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลัก	43	39	48	43
ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น	11	15	14	12
ร้อยละสถานะการจ่ายค่าบริการหลังฟื้นภาวะฉุกเฉิน*				
จ่ายค่าบริการด้วยตนเอง	27	21	28	26
ใช้ประกันสุขภาพเอกชน	4	9	5	9
ใช้ประกันสุขภาพรัฐ	52	42	52	50
ใช้ประกันสุขภาพรัฐร่วมกับการร่วมจ่าย	9	17	8	11
ใช้ประกันสุขภาพรัฐร่วมกับประกันสุขภาพเอกชน	1	2	0	1
อื่นๆ	7	6	10	7
ร้อยละผู้ให้ข้อมูลที่พึงพอใจต่อนโยบาย UCEP ระดับต่างๆ *				
พึงพอใจมากถึงมากที่สุด	88	76	83	85
พึงพอใจปานกลาง	6	17	15	9
พึงพอใจน้อยถึงน้อยที่สุด	6	7	2	6

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p 0.05

4. ประสบการณ์และความเห็นในกลุ่มผู้ใช้สิทธิ UCEP แต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA

ในส่วนนี้จะนำเสนอข้อมูลประสบการณ์และความคิดเห็นของกลุ่มผู้ใช้สิทธิ UCEP จากการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนแต่เมื่อประเมินระดับภาวะฉุกเฉิน (PA) แล้วพบว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินระดับวิกฤตจึงไม่สามารถใช้สิทธิ

ตามนโยบายนี้ได้ จึงต้องใช้สิทธิตามระบบปกติของแต่ละระบบประกันสุขภาพจัดให้ ประเด็นที่น่าเสนอประกอบด้วย ความเห็นและการดำเนินการเมื่อทราบผลการประเมินระดับภาวะฉุกเฉิน การใช้บริการและการจ่ายค่าบริการรักษาพยาบาลและความพึงพอใจต่อนโยบาย UCEP (รายละเอียดในตารางที่ 8)

ผู้ให้ข้อมูลสิทธิ SSS มีสัดส่วนผู้เห็นด้วยกับผลการ

ตารางที่ 8 ประสบการณ์การใช้บริการของกลุ่มที่ขอใช้สิทธิ UCEP แต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	UCS	CSMBS	SSS	รวม
จำนวนตัวอย่าง	78	61	71	210
ร้อยละผู้เห็นด้วยกับผลประเมินว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต *	53	48	69	52
ร้อยละการดำเนินการเมื่อไม่เห็นด้วยกับผลประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA *				
ทำการร้องเรียน	5	4	8	5
ไม่ได้ร้องเรียนแม้ทราบช่องทางการร้องเรียน	27	13	14	19
ไม่ได้ร้องเรียนเพราะไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน	69	83	78	76
ร้อยละการได้รับใบประเมินระดับภาวะฉุกเฉิน (PA)*	15	40	12	27
ร้อยละการเลือกรับบริการหลังถูกประเมินว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต *				
รักษาต่อในโรงพยาบาลเอกชนเดิม	64	75	69	70
รักษาในโรงพยาบาลเอกชนนั้นระยะหนึ่งแล้วย้ายไปโรงพยาบาลรัฐ	13	18	12	16
กลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพหลัก	16	5	16	11
ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น	7	1	4	4
ร้อยละสถานะการจ่ายค่ารักษาพยาบาล*				
จ่ายค่าบริการด้วยตนเอง	66	46	43	54
ใช้ประกันสุขภาพเอกชน	11	6	25	10
ใช้ประกันสุขภาพรัฐ	10	10	8	10
ใช้ประกันสุขภาพรัฐร่วมกับการร่วมจ่าย	6	34	13	21
ใช้ประกันสุขภาพรัฐร่วมกับประกันสุขภาพเอกชนและร่วมจ่าย	0	4	4	2
อื่นๆ	7	0	7	3
ร้อยละผู้ให้ข้อมูลพึงพอใจต่อนโยบาย UCEP *				
ระดับมากถึงมากที่สุด	43	41	50	43
ระดับปานกลาง	36	36	38	36
ระดับน้อยถึงน้อยที่สุด	21	22	12	21

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p 0.05

ประเมินสูงกว่าอีกสองกลุ่มอย่างชัดเจน คือร้อยละ 69 เทียบกับร้อยละ 53 และ 48 ของสิทธิ UCS และ CSMBS ตามลำดับ แต่มีน้อยมากที่ทำการร้องเรียน สาเหตุหลักที่ไม่ร้องเรียนก็เนื่องจากไม่ทราบช่องทางการร้องเรียน โดยกลุ่ม CSMBS เป็นกลุ่มที่ไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนในสัดส่วนสูงกว่าอีกสองกลุ่ม ในภาพรวมร้อยละ 27 ได้รับใบผลการประเมินเกณฑ์ภาวะฉุกเฉิน โดยสิทธิ CSMBS มีสัดส่วนผู้ได้รับใบประเมินสูงกว่าอีกสองกลุ่มอย่างชัดเจน คือร้อยละ 40 เทียบกับร้อยละ 12–15 ของอีกสองสิทธิ

ร้อยละ 70 ยังคงรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นจนสิ้นสุดการรักษาภายหลังทราบผลการประเมินว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต และอีกร้อยละ 16 รักษาต่อในโรงพยาบาลเอกชนแห่งนั้นระยะหนึ่งจึงย้ายกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพหลัก สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ประมาณครึ่งหนึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดด้วยตนเอง โดยสิทธิ UCS มีสัดส่วนของการจ่ายค่ารักษาด้วยตนเองสูงกว่าอีกสองกลุ่ม คือร้อยละ 66 เทียบกับร้อยละ 46 และ 43 ของสิทธิ CSMBS และ SSS

ตามลำดับ ถัดมาเป็นการใช้สิทธิตามระบบประกันสุขภาพภาครัฐร่วมกับการร่วมจ่ายร้อยละ 21 โดยกลุ่ม CSMBS มีสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ คือร้อยละ 34 ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการส่วนหนึ่งและจ่ายส่วนเกินด้วยตนเอง ที่เหลืออีกอย่างละร้อยละ 10 ใช้สิทธิระบบประกันสุขภาพเอกชนอย่างเดียวหรือประกันสุขภาพรัฐอย่างเดียว ทั้งนี้ในกลุ่มหลังน่าจะเป็นกลุ่มที่ย้ายไปโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพหลักทันทีที่ทราบว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต

กลุ่มนี้พึงพอใจต่อนโยบายระดับมากถึงมากที่สุดเพียงร้อยละ 40-50 เท่านั้น โดยกลุ่มสิทธิ SSS มีสัดส่วนของผู้พึงพอใจมากถึงมากที่สุดสูงกว่าอีกสองสิทธิ ร้อยละ 36 พึงพอใจในระดับปานกลาง และร้อยละ 21 พึงพอใจในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด

วิจารณ์

โดยภาพรวม นับว่านโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานค่อนข้างดี โดยเฉพาะหากเทียบกับนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน (EMCO)” ที่มีปัญหาไม่สามารถบริหารจัดการให้โรงพยาบาลเอกชนดำเนินการตามเจตนารมณ์ของนโยบายในการไม่เรียกเก็บค่าบริการได้⁽⁵⁻⁶⁾ จำนวนประชาชนทุกสิทธิที่เข้าถึงและใช้บริการเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชนภายใต้นโยบายนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นลำดับดังแสดงในตารางที่ 2 และสิทธิ UCS มีสัดส่วนการใช้บริการสูงสุดซึ่งต่างจากในระบบ EMCO ที่ผู้ป่วยสิทธิ CSMBS มาใช้บริการในสัดส่วนสูงสุด บ่งชี้ว่าระบบการประเมินระดับภาวะฉุกเฉินก่อนอนุมัติสิทธิ (PA) สามารถกันผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยืนยันได้จากจำนวนผู้ป่วยสิทธิ CSMBS ที่ขอใช้สิทธิ UCEP ที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดในเดือนกันยายนและตุลาคม 2560 แต่จำนวนผู้ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตนั้นเพิ่มขึ้นในอัตราใกล้เคียงกับอีกสองสิทธิ

การรับทราบเกี่ยวกับนโยบายเรื่องนี้ของประชาชนที่ไปใช้สิทธิค่อนข้างดีเมื่อเทียบกับในอดีต คือ มีเพียงร้อยละ 30 ของกลุ่มที่ได้ใช้สิทธิแต่ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้มาก่อนในการสำรวจครั้งนี้เทียบกับร้อยละ 50 ในการสำรวจครั้งก่อนภายในนโยบาย EMCO⁽⁸⁾ กลุ่มที่ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้ย่อมไม่ได้มีเจตนาไปขอใช้สิทธิ UCEP ในโรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่แรก อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตว่ากลุ่มสิทธิ CSMBS ที่ไปขอใช้สิทธิแต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตมีสัดส่วนผู้ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายนี้ต่ำกว่าอีกสองสิทธิมาก บ่งชี้ว่ากลุ่มนี้พยายามเข้าไปใช้ประโยชน์จากนโยบายนี้แต่ถูกรองออกด้วยระบบ PA ที่พัฒนาขึ้นในระบบดังกล่าว

สำหรับเหตุผลหลักในการไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ ระยะทางที่ใกล้ เดินทางสะดวก และเป็นโรงพยาบาลที่เชื่อมั่นและไปใช้บริการเป็นประจำ ทั้งนี้เหตุผลที่ประชาชนเลือกไปรับบริการที่ใดที่หนึ่งน่าจะมีเหตุผลหลายๆ อย่างประกอบกันไม่น่าจะเป็นเหตุผลใดเหตุผลหนึ่งเพียงอย่างเดียว อย่างไรก็ตาม กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีแนวโน้มไปรับบริการด้วยเหตุผลด้านระยะทางที่ใกล้และเดินทางสะดวกมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เข้าเกณฑ์วิกฤต ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สิทธิ UCEP และย้ายกลับไปรับบริการในโรงพยาบาลคู่สัญญาหลักเมื่อพ้นภาวะฉุกเฉินน่าจะมีได้ตั้งใจเลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก ต่างจากกลุ่มผู้ป่วยที่ขอใช้สิทธิแต่ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตที่ตั้งใจไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนตั้งแต่ต้นเพราะเมื่อทราบว่าไม่เข้าเกณฑ์ก็ยังคงรักษาต่อที่โรงพยาบาลเอกชนและจ่ายค่ารักษายาบาลเอง

เจตนารมณ์ของนโยบายดังกล่าวที่จะแก้ปัญหาการที่โรงพยาบาลเรียกเก็บเงินมัดจำ/ถามสิทธิก่อนให้บริการนั้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์บ่งชี้ว่ายังไม่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของนโยบายเท่าใดนัก โดยเฉพาะเรื่องการถามสิทธิแม้ว่าจะมีสัดส่วนต่ำกว่าการศึกษาครั้งก่อนภายใต้ นโยบาย EMCO ก็ตาม และก็ยังมียังมีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง (ร้อยละ 25) ที่ยังมีการเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนการให้บริการ

ซึ่งขัดกับ พ.ร.บ. สถานพยาบาล บ่งชี้ว่ายังมีช่องว่างในการบังคับใช้ พ.ร.บ. สถานพยาบาลในกรณีดังกล่าว หากเทียบเคียงกับประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งเป็นทุนนิยมและบริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นของภาคเอกชน แต่กฎหมายชื่อ the Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ที่เริ่มตั้งแต่ปี 2529 กำหนดให้โรงพยาบาลต้องให้การดูแลคนไข้ฉุกเฉินทุกคนโดยไม่มีเรื่องค่าใช้จ่ายจนกว่าคนไข้จะปลอดภัยหรือได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่เหมาะสม โดยทาง Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) บังคับใช้กฎหมายดังกล่าวด้วยการส่งทีมตรวจสอบไปยังโรงพยาบาลที่ถูกร้องเรียน หากพบว่าการละเมิดก็จะลงโทษด้วยการยุติสัญญาเกี่ยวกับ Medicare ถ้าเป็นแพทย์ก็就会被ปรับเพิ่มเติมด้วย⁽⁹⁾ ทั้งนี้กฎหมายดังกล่าวอาจเรียกได้ว่าเป็น anti-patient dumping law จากปรากฏการณ์ที่โรงพยาบาลปฏิเสธการให้บริการคนไข้ฉุกเฉินด้วยเหตุผลด้านการค้าและมีการผลักคนไข้ไปยังโรงพยาบาลรัฐ

นโยบายนี้สามารถปกป้องผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ใช้สิทธิ UCEP จากปัญหาด้านค่าใช้จ่ายได้ค่อนข้างดี แม้ยังมีการเรียกเก็บเงินก่อนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต/ก่อนครบ 72 ชม. อยู่บ้าง (ร้อยละ 15) เทียบกับระบบเดิมของ EMCO ที่ถูกเรียกเก็บเงินกว่าร้อยละ 90⁽⁸⁾ ทั้งนี้ ประเด็นการเรียกเก็บของโรงพยาบาลเอกชนนั้น นอกเหนือจากการบังคับใช้กฎหมายที่เข้มงวดแล้ว ยังขึ้นกับอัตราการจ่ายที่ชัดเจนด้วยว่า จะสามารถชดเชยค่าบริการได้ดีมากน้อยเพียงใด จากประสบการณ์ของ EMCO พบว่า อีกสาเหตุหนึ่งที่คนไข้ส่วนใหญ่ถูกเรียกเก็บเงินนอกเหนือจากประเด็นเรื่องการไม่มีหลักประกันด้านการจ่ายแล้ว ยังมีประเด็นเรื่องอัตราการชดเชยที่ต่ำด้วย ประสบการณ์ EMTALA ของสหรัฐอเมริกา ก็พบว่า ภายหลังจากการบังคับใช้ มีปัญหาการผลักภาระคนไข้บางกลุ่มไปยังศูนย์รับส่งต่อ หรือโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยเลือกปิดแผนฉุกเฉินจากปัญหาการชดเชยที่ต่ำ⁽¹⁰⁻¹³⁾ ดังนั้นการดูแลปัญหานี้ในระยะยาวก็จำเป็นต้องมีการปรับอัตราการชดเชยให้เหมาะสมด้วย

ผู้ใช้สิทธิ UCEP ส่วนใหญ่ก็เห็นด้วยเมื่อได้รับแจ้งว่าคนไข้พ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤต อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ควรต้องมีการพัฒนาคือเรื่องการให้ข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางการร้องเรียนแก่ประชาชนเมื่อไม่ได้รับหรือถูกละเมิดสิทธิในเรื่องดังกล่าวเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนเมื่อถูกเรียกเก็บเงินก่อนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือไม่เห็นด้วยเมื่อได้รับแจ้งว่าพ้นภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้การที่กลุ่ม CSMBS มีสัดส่วนผู้ไม่ทราบช่องทางการร้องเรียนสูงกว่าอีกสองสิทธินั้น เป็นไปได้ว่าเนื่องจากสิทธิ UCS และ SSS มีสายด่วนของตนเองที่ผู้มีสิทธิสามารถติดต่อสอบถามหรือร้องเรียนเรื่องต่างๆ ได้ ความพึงพอใจของผู้ใช้สิทธิอยู่ในระดับสูง ส่วนสิทธิ CSMBS ที่มีสัดส่วนผู้พึงพอใจมากถึงมากที่สุดต่ำกว่าอีกสองสิทธิน่าจะเกิดจากความคาดหวังต่อโครงการที่สูงกว่า ทั้งนี้เมื่อเทียบกับอดีตในโครงการ EMCO ซึ่งก็มีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นกันแม้ส่วนใหญ่จะถูกเรียกเก็บค่าบริการ น่าจะเป็นไปได้ว่าประชาชนอาจไม่คาดหวังว่าไม่ต้องจ่ายค่าบริการเลยในการไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน ข้อจำกัดหลักของการศึกษานี้คือไม่สามารถบอกได้ว่านโยบายนี้ครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้มากน้อยเพียงใด เนื่องจากมีเพียงข้อมูลของผู้ป่วยที่ทางโรงพยาบาลเอกชนบันทึกมาเพื่อขอใช้สิทธิเท่านั้น ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดของโรงพยาบาล

การที่กลุ่มสิทธิ SSS ที่ขอใช้สิทธิ UCEP แต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตเห็นด้วยกับผลการประเมินในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองสิทธิอย่างชัดเจน บ่งชี้ว่า กลุ่มสิทธิ SSS ที่ไปใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนด้วยกรณีฉุกเฉินส่วนใหญ่ไม่ได้มีเจตนาไปใช้ประโยชน์จากโครงการนี้โดยตรง ขณะเดียวกันจุดที่ต้องพัฒนาคือการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงช่องทางการร้องเรียนในกรณีที่ไม่เห็นด้วยกับผลการประเมิน การที่สิทธิ CSMBS ได้รับใบผลประเมิน PA ในสัดส่วนสูงกว่าอีกสองสิทธิก็น่าจะเป็นจากการที่กรมบัญชีกลางกำหนดให้ต้องใช้ประกอบในการเบิกค่ารักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ไปนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่อีกสองกองทุนไม่ได้กำหนด

ให้ต้องใช้ในระบบของตน ทั้งนี้การอิงกับระบบ PA ในกรณีผู้ป่วยสิทธิ CSMBS ไปใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนยังมีอันสืบต่อการลดการไปใช้บริการโดยไม่ผูกเงินจริง ระดับความพึงพอใจของกลุ่มนี้ที่ไม่สูงมากก็เป็นสิ่งที่เข้าใจได้จากการไม่ได้รับสิทธิ UCEP ตามที่คาดหวัง

ข้อยุติ

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานค่อนข้างดี ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงสิทธิมากขึ้น เหตุผลหลักที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนโดยขอใช้สิทธิ UCEP นั้น อันดับแรกคือระยะทางใกล้และเดินทางสะดวก รองลงมาคือเชื่อมั่นในโรงพยาบาลนั้นและเป็นโรงพยาบาลที่เคยไปใช้บริการเป็นประจำ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ขอใช้สิทธิ UCEP แต่ถูกประเมินไม่ผ่านเกณฑ์มีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลมากกว่า นโยบายนี้คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากภาระค่าใช้จ่ายช่วงก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินได้ค่อนข้างดี ส่วนกลุ่มที่ประเมินไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตนั้น จำนวนมากกว่าครึ่งจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ทั้งนี้ ประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนาให้มีคุณภาพหรือประสิทธิภาพมากขึ้น ก็คือการบังคับใช้ พ.ร.บ. สถานพยาบาลในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้ถูกถามสิทธิ/เรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ/ถูกเรียกเก็บค่าบริการก่อนฟื้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตใน 72 ชม. แรก และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงช่องทางในการร้องเรียนเมื่อถูกละเมิดสิทธิ

กิตติกรรมประกาศ

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการติดตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ซึ่งทีมวิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณผู้ขอใช้สิทธิ UCEP ทุกท่านที่ให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่อนโยบายนี้จนทำให้รายงานนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Jongudomsuk P. Achieving universal coverage of health care in Thailand through 30 Baht Scheme. Nonthaburi: Health Care Reform Office, Ministry of Public Health; 2002.
2. National Health Security Office. Annual report of universal coverage scheme fiscal year 2017. Bangkok: National Health Security Office; 2018. (in Thai)
3. Nikomborak D, Paibuljidee V, Srisuwankade T, Filhavej P. A report on development of governance system of health insurance system in Thailand. Bangkok: Thailand Development Research Institute; 2013.
4. Bureau of Sanatorium and Art of Healing. List of registered private hospital as of 13 March 2018. Ministry of Public Health. Available at: http://mrd.hss.moph.go.th/upload-Files/document/D00000002153_28431.pdf. access on 11 April 2018. (in Thai)
5. Suriyawongpaisal P, Srithamrongsawat S, Apibunyopas Y, Nipaporn S, Prasitsiripol O, Bumrungrak W, et al. An evaluation of service provision to patients with emergency conditions under three public health insurance schemes. Nonthaburi: Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute; 2013. (in Thai)
6. Suriyawongpaisal P, Sakulpanich T, Naka P. A project on development of payment model and rate for emergency medical services under three public health insurance schemes Nonthaburi: Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute; 2013. (in Thai)
7. Center for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). Guideline for protecting rights of emergency patients under the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2017. (in Thai)
8. Bamrungrak W, Chimnoi S, Srithamrongsawat S. Patients' perception and experiences in emergency medical services under the harmonization policy for the three health insurance schemes. Journal of Health Systems Research 2014;8(1):49-59.
9. Zibulewsky J. The Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA): what it is and what it means for physicians. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2001 October;14(4):339-46.
10. Kao DP, Martin MH, Das AK, Ruoss SJ. Consequences of federal patient transfer regulations: effect of the 2003 EMTALA revision on a tertiary referral center and evidence of possible misuse. Arch Intern Med 2012 June 11;172(11):891-2.

11. General Accounting Office. Emergency care. EMTALA implementation and enforcement issues. June 2001. <http://www.gao.gov/new.items/d01747.pdf>.
12. Hsia RY, Maclsaac D, Baker LC. Decreasing reimbursements for outpatient emergency department visits across payer groups from 1996 to 2004. *Ann Emerg Med* 2008;51:265-74.
13. Kellerman A. Crisis in the emergency department. *NEJM* 2006, September 28;355(13):1300-3.