

ค่าบริการวิชาชีพที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินของ สถานพยาบาลเอกชนภายใต้โครงการพัฒนา ข้อเสนอ UCEP ต้นทุนเงินการคลัง

ภาสกร สอนเรือง*

อุทุมพร วงษ์ศิลป์†

ผู้รับผิดชอบบทความ: ภาสกร สอนเรือง

บทคัดย่อ

ค่าบริการวิชาชีพ (professional fee) เป็นหนึ่งในกลุ่มรายการที่กำหนดให้มีการเบิกจ่ายให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งที่ผ่านมาพบว่ามีมูลค่าเรียกเก็บรวมสูงกว่า 88 ล้านบาท สูงเป็นอันดับหนึ่งของมูลค่าเรียกเก็บในแต่ละกลุ่มรายการ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นวิเคราะห์รายการ จำนวนครั้งและมูลค่าเรียกเก็บค่าบริการวิชาชีพของสถานพยาบาลเอกชน ภายใต้ต้นนโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ “UCEP” (Universal Coverage for Emergency Patients) การศึกษานี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด ตั้งแต่เริ่มดำเนินนโยบายดังกล่าว คือวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2560

ผลการศึกษา พบว่า รายการค่าบริการวิชาชีพที่เป็นการตรวจวินิจฉัยและทำการหัตถการโดยแพทย์ในบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนทั้งหมด 512 รายการ โดย 508 รายการ ตรงกับคู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ของแพทยสภาที่มีรายการทั้งสิ้น 4,389 รายการ และกำหนดรายการเพิ่มนอกคู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์อีก 4 รายการ โดยรายการจาก Chapter 10 (Obstetrical procedures) มีสัดส่วนที่ตรงกับรายการในคู่มือฯ มากที่สุด (ร้อยละ 34.4) ค่าบริการทางการแพทย์ มีจำนวนรายการเรียกเก็บ คิดเป็นร้อยละ 51.4 จาก 512 รายการ โดยมีจำนวนเรียกเก็บ 30,944 ครั้ง หรือร้อยละ 36.2 และมูลค่าเรียกเก็บประมาณ 4.7 ล้านบาท หรือร้อยละ 53.7 จากมูลค่าค่าบริการวิชาชีพทั้งหมด รายการที่มีจำนวนการเรียกเก็บรวมสูงสุด คือ รหัส 59009 การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งต่อไป สูงถึง 5,465 ครั้ง หรือร้อยละ 17.7 รายการที่มีมูลค่าเรียกเก็บรวมสูงสุด คือ รหัส 83786 Initial inpatient evaluation and management (การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งแรก) มีมูลค่าเรียกเก็บสูงกว่า 3.8 ล้านบาท หรือร้อยละ 8 จากมูลค่าทั้งหมด กลุ่มที่มีมูลค่าเรียกเก็บรวมสูงสุด คือ Chapter 1 Procedures of the head and maxillo-facial area เท่ากับ 12.3 ล้านบาท หรือร้อยละ 26.0 จากมูลค่าทั้งหมด ด้านรายการที่มีมูลค่าเรียกเก็บรวมสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ กลุ่ม Initial inpatient evaluation and management กลุ่ม Coronary artery และกลุ่ม Medical examination คิดเป็นร้อยละ 13.8, 11.2 และ 10.0 ตามลำดับ

บัญชีอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (UCEP Fee Schedules) ครอบคลุมรายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำการหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน อย่างไรก็ตาม พบว่า สถานพยาบาลเอกชนเรียกเก็บรายการดังกล่าวเพียงประมาณครึ่งหนึ่งจากรายการทั้งหมด เหตุที่รายการเรียกเก็บน้อย ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะข้อจำกัดในการบันทึก

* สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

† สำนักวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ข้อมูลส่งเบิก ดังนั้น หน่วยงานที่ดูแลการเบิกจ่ายควรกำหนดนิยามและความหมายของแต่ละรายการให้ชัดเจนและสอดคล้องกับการให้บริการ สำหรับสถานพยาบาลควรจัดการอบรมบุคลากรในสถานพยาบาลให้เข้าใจค่านิยามรายการบริการเพื่อให้บันทึกรายการข้อมูลเรียกเก็บที่ถูกต้อง นอกจากนี้ ควรมีหน่วยงานเฉพาะภายใต้การดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในการปรับปรุงรายการให้สอดคล้องกับรายการที่มีการให้บริการของสถานพยาบาล รวมทั้งเพิ่มเติมรายการค่าบริการบางประเภทที่ยังไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

คำสำคัญ: ค่าธรรมเนียมแพทย์, ค่าตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์, ค่าหัตถการโดยแพทย์, การแพทย์ฉุกเฉิน, สถานพยาบาลเอกชน

Professional Fee in the Private Hospital Disbursement of the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP)

Passakorn Suanrueang*, Utoomporn Wongsin**

* Health Systems Research Institute

** Health Insurance System Research Office, Health Systems Research Institute

Corresponding author: Passakorn Suanrueang, passakorn@hisro.or.th

Abstract

Professional fee is one of the emergency medical service disbursement lists that private hospitals can submit for compensation. The recent data showed that the professional fee was the highest item disbursed accounted for approximately THB 88 million. The objective of this study, therefore, was to examine the detailed lists, the amount and disbursement of professional fees made by private hospitals under the Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). The disbursement data from private hospitals providing emergency medical services between 1 April and 27 December 2017 were analyzed by descriptive statistics.

The findings illustrated that from the list of UCEP professional fees, there were 512 items made by medical doctors (508 items matched with 4,389 items of the Thai Medical Council's doctors' fees handbook, and 4 items outside of the handbook). The items of UCEP disbursement procedures in Chapter 10 Obstetrical procedures covered 34.4% of the TMC doctors' fees list. The proportion of doctors' fees disbursement accounted for over a half of 512 items (51.4%), disbursing 30,944 times or 36.2% of total transactions, with approximately THB 47 million or 53.7% of total professional fees. The Item on the next treatment for inpatient (code 59009) incurred the highest transactions at 5,465 (17.7%), while the initial inpatient evaluation and management (code 83786) incurred the highest disbursement of over THB 3.8 million (8% of total fee). Chapter 1 Procedures of the head and maxillo-facial area disbursed over THB 12.3 million or a quarter of the total fee. The top three doctors' fees were the initial inpatient evaluation and management (13.8%), followed by the coronary artery procedure (11.2%) and the medical examination (10%).

Doctors' fees disbursement of emergency medical services from private hospitals covered just approximately a half of total items. Disbursement agencies should, therefore, explicitly define meaning of individual items related to current services in hospitals. In case of hospitals, they should promote training of personnel to correctly entry disbursement information. Moreover, a specific agency within the National Institute for Emergency Medicine should actively update the list of procedures to cover unavailable items.

Keywords: doctors' fees, medical diagnosis, medical procedure, emergency medical services, private hospitals

ภูมิหลังและเหตุผล

การให้บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นส่วนหนึ่งของระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ที่เป็นสิทธิพื้นฐานของคนไทยตามรัฐธรรมนูญ และมีการกำหนดอย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁾ นโยบาย Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) เกิดขึ้นจากความต้องการที่จะปฏิรูปและขับเคลื่อนระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งภาครัฐและเอกชนในระดับประเทศ นโยบาย UCEP ถือกำเนิดจากการทบทวน ปรับปรุง และต่อยอดนโยบาย Emergency Claim Online หรือ EMCO⁽²⁾ เพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทำให้ได้เข้าถึงบริการการแพทย์อย่างรวดเร็วและปลอดภัย โดยคณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาและลงมติเห็นชอบหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต⁽³⁾ และมีการศึกษาและจัดทำบัญชีอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือเรียกว่า “อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” หรือ “กลไกการจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกกรายรายการ” หรือ “UCEP Fee Schedules” ซึ่งประกอบด้วยค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 12 หมวด

ค่าบริการวิชาชีพ (professional fee) เป็นหนึ่งในรายการที่กำหนดให้มีการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้กับสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต⁽⁴⁾ ตามกลไกการจ่ายตามอัตราที่กำหนดแยกกรายรายการ (fee schedules) โดยอัตราค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ได้รับการจัดให้อยู่ในหมวดที่ 12 ของค่าบริการโดยวิชาชีพสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นรายการที่ปรับปรุงเพิ่มเติมจากอัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาล

ของทางราชการของกรมบัญชีกลาง⁽⁵⁾ โดยชดเชยเฉพาะค่าแรงเท่านั้น และอ้างอิงรายการและราคาจากคู่มือค่าธรรมเนียมนามัย พ.ศ. 2549 ของแพทยสภา⁽⁶⁾ ที่จัดทำขึ้นโดยคณะอนุกรรมการ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของราชวิทยาลัยสาขาต่างๆ ทั้ง 13 ราชวิทยาลัย เริ่มจากการสำรวจอัตราค่าบริการทางการแพทย์ของแพทย์สาขาต่างๆ ทั้งหมด และรวบรวมนำมากำหนดเป็นหัตถการ ตามรหัสหัตถการบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศปรับปรุงแก้ไขครั้งที่ 10 ฉบับประเทศไทย หรือ ICD-10 TM Vol.3 (ส่วนรหัสหัตถการและการผ่าตัด) ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หลังจากสำรวจอัตราค่าบริการทางการแพทย์ได้ทั้งหมดแล้วจึงกำหนดราคาค่าธรรมเนียมการให้บริการวิชาชีพแพทย์ ตามหลักเกณฑ์การเรียกเก็บค่าธรรมเนียมแพทย์ ในคู่มือค่าธรรมเนียมนามัย พ.ศ. 2549 เป็น 2 ราคาในแต่ละหัตถการ ที่ระบุไว้ คือ ราคาเฉลี่ย (mean) หมายถึง อัตราค่าธรรมเนียมเฉลี่ย และราคาที่สูงกว่า คือ ราคา percentile ที่ 90 หมายถึง อัตราที่แพทย์ส่วนใหญ่ เรียกเก็บจากผู้ป่วยไม่เกินค่านี้ แต่อาจเรียกเก็บสูงกว่าค่านี้ได้ถ้ามีเหตุผลอันสมควร การกำหนดราคา 2 กลุ่มนั้นไม่ได้เป็นการบังคับ แต่เป็นแนวทางให้แพทย์สามารถกำหนดราคาค่าบริการทางการแพทย์ได้ จำแนกค่าธรรมเนียมแพทย์เหล่านี้ได้เป็น 19 chapters และอัตราค่าบริการวิสัญญี

สถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่เกิดขึ้นได้ในช่วงเวลา 72 ชั่วโมงแรก นับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้นโยบาย UCEP โดยส่งข้อมูลรายการและอัตราเรียกเก็บไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะหน่วยงานกลางผู้รับผิดชอบประสานการชดเชยค่าบริการระหว่างสามกองทุนสุขภาพ (กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บค่ารักษา



พยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน นับแต่เริ่มดำเนินนโยบาย UCEP คือ วันที่ 1 เมษายน 2560 จนถึง 27 ธันวาคม 2560⁽³⁾ พบว่า เมื่อแยกแยะจำนวนการเบิกทั้งหมดที่ปรากฏ 429,276 ครั้ง หมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ (แพทย์/เภสัชกร/พยาบาล) มีค่าใช้จ่ายที่มีจำนวนครั้งการเรียกเก็บสูงเป็นอันดับสอง รองจากหมวด 5 (ค่าเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา) แต่เมื่อมองในแง่ของมูลค่าการเรียกเก็บ พบว่ามีมูลค่าสูงกว่า 88 ล้านบาท ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของมูลค่าเรียกเก็บในแต่ละกลุ่มรายการ หรือมีความถี่ของรายการเรียกเก็บทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 30.7

การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์ค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่เกิดขึ้นว่า มีรายการใดบ้างที่มีการเรียกเก็บบ่อยครั้งและรายการใดบ้างที่มีมูลค่าการเรียกเก็บสูง รวมทั้งเปรียบเทียบระหว่างอัตราค่าเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชนกับอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เชื่อว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาแนวทางการควบคุมภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐโดยไม่กระทบต่อต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน อีกทั้งยังจะเป็นประโยชน์ในการต่อยอดเพื่อศึกษาแนวทางการขับเคลื่อนระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลภาครัฐในอนาคตได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์รายการเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน ภายใต้ต้นนโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ “UCEP” (Universal Coverage for Emergency Patients)

คำถามในการวิจัย

1. รายการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการเรียกเก็บบ่อยครั้ง มีรายการ

ใดบ้าง และมีมูลค่าต่อครั้งเป็นเท่าใด

2. รายการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ จำแนกการให้บริการตามกลุ่มอวัยวะเป็นอย่างไร

3. เปรียบเทียบระหว่างอัตราค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาล กับอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระเบียบวิธีศึกษา

1. แหล่งข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้ข้อมูลการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงแรกของสถานพยาบาลเอกชนต่างๆ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด ตั้งแต่เริ่มโครงการ คือวันที่ 1 เมษายน 2560 ถึงวันที่ 27 ธันวาคม 2560 สถานพยาบาลเอกชนดังกล่าวประกอบด้วยกลุ่มโรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์และเครือข่ายจำนวน 69 แห่ง กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนทั่วไปจำนวน 275 แห่ง และกลุ่มโรงพยาบาลมูลนิธิ จำนวน 17 แห่ง รวมทั้งสิ้น 361 แห่ง โรงพยาบาลเหล่านี้เรียกเก็บค่าบริการไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่ายและแจ้งไปยังกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมาย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

2. การจัดการข้อมูล

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะคัดเลือกเฉพาะข้อมูลที่มีรหัสรายการตามอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายของประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉบับที่ 1 ลงวันที่ 31 มีนาคม 2560 โดยคัดเลือกรหัสรายการจากหมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ หัวข้อย่อย ค่าบริการทางการ

แพทย์ ข้อ 12.8 ค่าบริการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการ โดยแพทย์ มีจำนวนรายการทั้งหมด 512 รายการหมวดที่ 12 ค่าบริการวิชาชีพ มีจำนวนการเบิกทั้งหมด 88,534 ครั้ง สำหรับรายการที่ไม่มีรหัสรายการ และไม่มีราคา รวมทั้งข้อมูลชื่อรายการกับรหัสที่ไม่สอดคล้องกันจะไม่ถูกนำมาวิเคราะห์ และเมื่อดำเนินการตรวจสอบ ตั้รายการที่มีค่าผิดปกติออก และคัดเฉพาะข้อมูลในส่วนที่เชื่อว่ามี ความถูกต้องในระดับหนึ่งแล้ว พบว่ามีข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้ จำนวน 85,409 ครั้ง

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบาย และนำเสนอในรูปแบบ

ตารางแสดงความถี่ ร้อยละของข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ รายการเรียกเก็บค่าบริการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการ โดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาล เอกชน โดยคัดเลือกข้อมูลที่เป็นรายการที่มีรหัสและมูลค่า ใช้จ่ายเท่านั้นเพื่อนำมาวิเคราะห์

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา มีสองส่วน คือ ส่วนแรก เป็นภาพรวมของรายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และส่วนที่สอง เป็นผล การศึกษาที่ตอบคำถามการวิจัยทั้ง 3 ข้อ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนรายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และจำนวนรายการที่มีในคู่มือ ค่าธรรมเนียมแพทย์ จำแนกตามหัตถการ (Procedures)

Chapter	Procedures	จำนวนรายการที่มี (หน่วย : รายการ)		คิดเป็น ร้อยละ
		อัตราค่าบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	คู่มือค่าธรรมเนียม แพทย์	
1	Procedures of the head and maxillo-facial area	36	242	14.9
2	Procedures of the eye	29	325	8.9
3	Procedures of the ear, nose and sinuses	14	283	5.0
4	Procedures of the neck, mouth and pharynx	30	302	9.9
5	Procedures of the thorax	25	177	14.1
6	Procedures of the abdomen and alimentary tract	84	589	14.3
7	Procedures of the urinary system	8	103	7.8
8	Procedures of the male genital organs	1	55	1.8
9	Procedures of the female genital organs	27	337	8.0
10	Obstetrical procedures	22	64	34.4
11	Procedures of the vertebrae, spinal cord and back	14	207	6.8
12	Surgery of the upper extremities	29	531	5.5
13	Procedures of the lower extremities	23	419	5.5
14	Other diagnostic or therapeutic procedures	10	137	7.3
15	Evaluation and management	4	22	18.2
18	Radiology services	148	455	32.5
19	Laboratory services	4	60	6.7
	รวม	508	4,389	11.6

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

รายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนทั้งหมด 512 รายการ โดยเป็นรายการเพิ่มเติม เกี่ยวกับการตรวจรักษา 4 รายการ และรายการจากคู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2549 จำนวน 508 รายการ (ตารางที่ 1) โดยร้อยละของรายการที่ตรงกันมากที่สุด สองอันดับแรกมาจาก Chapter 10 Obstetrical procedures ร้อยละ 34.4 รองลงมา คือ Chapter 18 Radiology services ร้อยละ 32.5

ส่วนที่ 2 การเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการ โดยแพทย์

สามารถจำแนกได้เป็น 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 จำนวนรายการที่เรียกเก็บ และมูลค่า การเรียกเก็บในภาพรวม

รายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน มีสัดส่วนรายการเรียกเก็บเพียงครั้งหนึ่งของรายการค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมด หรือมีเพียง 263 รายการจาก 512 รายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขณะที่ค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการทางเภสัชกรรมมีจำนวนรายการที่เรียกเก็บคิดเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ (ตารางที่ 2)

จำนวนครั้งที่มีการเรียกเก็บสูงสุดเป็นค่าบริการทางการแพทย์ร้อยละ 63.4 โดยที่ค่าบริการทางการแพทย์อยู่ที่ร้อยละ 36.2 และค่าบริการทางเภสัชกรรมมีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในแง่ของมูลค่าการเรียกเก็บรวมของค่าบริการวิชาชีพทั้งหมดที่มีประมาณ 88 ล้านบาท กลับพบว่า ค่าบริการทางการแพทย์

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของรายการค่าบริการวิชาชีพ ที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และรายการที่เรียกเก็บในโครงการ UCEP จำแนกตามค่าบริการวิชาชีพ

หมวด 12	อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รายการ)	รายการที่เรียกเก็บ (รายการ)	ร้อยละ
ค่าบริการวิชาชีพทั้งหมด	553	304	55.0
ค่าบริการทางการแพทย์	512	263	51.4
ค่าบริการทางการแพทย์	38	38	100.0
ค่าบริการทางเภสัชกรรม	3	3	100.0

ตารางที่ 3 จำนวนครั้งและร้อยละของการเรียกเก็บ และมูลค่าและร้อยละของการเรียกเก็บ จำแนกตามค่าบริการวิชาชีพ

ค่าบริการวิชาชีพ	จำนวนการเรียกเก็บ (ครั้ง)	ร้อยละ	มูลค่าเรียกเก็บ (บาท)	ร้อยละ
ค่าบริการทางการแพทย์	30,944	36.2	47,498,999	53.7
ค่าบริการทางการแพทย์	54,126	63.4	40,934,562	46.1
ค่าบริการทางเภสัชกรรม	262	0.3	50,945	0.1
ไม่พบรหัส	77	0.1	48,376	0.1
รวม	85,409	100.0	88,532,882	100.0

มีมูลค่าสูงสุด คือประมาณ 4.7 ล้านบาท หรือเกินกว่าร้อยละ 53 ของมูลค่าค่าบริการวิชาชีพทั้งหมด รองลงมาคือ ค่าบริการทางการแพทย์ ร้อยละ 46.1 ในขณะที่ค่าบริการทางเภสัชกรรมมีเพียงร้อยละ 0.1 เท่านั้น (ตารางที่ 3)

ประเด็นที่ 2 รายการที่มีการเรียกเก็บมากที่สุด 10 อันดับแรก

รหัส 59009 การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งต่อไป เป็นรายการที่มีจำนวนครั้งการเรียกเก็บสูงสุด ถึง 5,465 ครั้งหรือร้อยละ 17.7 รองลงมา คือ Initial inpatient evaluation and management (รหัส 83786) คือร้อยละ 11.5 ตามด้วย Plain radiography of chest (PA) และ Electrocardiogram ที่มีสัดส่วนจำนวนเรียกเก็บใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 9 จากจำนวนครั้งที่เรียกเก็บทั้งหมด

ประเด็นที่ 3 รายการที่มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงสุด

รหัส 83786 Initial inpatient evaluation and management เป็นรายการที่มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงสุด คือประมาณ 3.8 ล้านบาท หรือร้อยละ 8 ของมูลค่าทั้งหมด รองลงมา คือ การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้ง

ต่อไป (รหัส 59009) และ Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary atherectomy without mention of thrombolytic agent (รหัส 81231) ที่มีสัดส่วนมูลค่าเรียกเก็บที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 8.0 และ 7.5 ตามลำดับ ทั้งนี้มี 13 รหัสที่มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงกว่า 1,000,000 บาท รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ประเด็นที่ 4 รายการเรียกเก็บ จำแนกตาม Chapter และ Organ

เมื่อพิจารณาการเรียกเก็บจำแนกตาม Chapter พบว่า Chapter 1 Procedures of the head and maxillo-facial area เป็นกลุ่มค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ ที่มีมูลค่าการเรียกเก็บรวมสูงสุด คือ 12,342,240 บาท หรือร้อยละ 26.0 ของมูลค่าทั้งหมด โดยที่มีจำนวนการเรียกเก็บ 408 ครั้ง หรือเพียงร้อยละ 1.3 ในขณะที่กลุ่ม Medical examination and medical consultation และ Chapter 15 Evaluation and management มีสัดส่วนจำนวนการเรียกเก็บมากเป็นอันดับแรกและอันดับที่สอง โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือ 28.7 และ

ตารางที่ 4 จำนวนครั้ง ร้อยละ และมูลค่าการเบิกของรายการที่มีจำนวนครั้งเรียกเก็บเกิน 1,000 ครั้ง จำแนกตามรายการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์

อันดับ	รหัส	รายการ	จำนวน เรียกเก็บ (ครั้ง)	ร้อยละ	มูลค่า การเบิก (บาท)
1	59009	การตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป (Subsequent in-patient care)	5,465	17.7	3,776,650
2	83786	Initial inpatient evaluation and management	3,564	11.5	3,800,230
3	83919	Plain radiography of chest (PA)	2,915	9.4	338,437
4	81239	Electrocardiogram	2,835	9.2	593,886
5	83788	IPD first Specialty และ/หรือ complicated	2,356	7.6	2,568,800
6	83791	IPD first ICU/NICU	2,206	7.1	3,213,762
7	81135	Endotracheal intubation	1,865	6.0	3,192,869
8	59007	การตรวจรักษา กรณีผู้ป่วยนอกฉุกเฉิน (Emergency patient care)	1,574	5.1	670,465
9	59006	การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (Special diagnosis physician services)	1,385	4.5	1,014,346
10	84097	Computed tomography of brain	1,230	4.0	1,202,121

ตารางที่ 5 รายการที่มีมูลค่าการเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์มากกว่า 1 ล้านบาท

อันดับ	รหัส	รายการ	มูลค่าการเรียกเก็บ (บาท)	ร้อยละ	จำนวนเรียกเก็บ (ครั้ง)
1	83786	Initial inpatient evaluation and management	3,800,230	8.0	3,564
2	59009	การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งต่อไป (Subsequent in-patient care)	3,776,650	8.0	5,465
3	81231	Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary atherectomy without mention of thrombolytic agent	3,582,400	7.5	168
4	83791	IPD first ICU/NICU	3,213,762	6.8	2,206
5	81135	Endotracheal intubation	3,192,869	6.7	1,865
6	80047	Drainage of subdural space/includes : craniotomy with removal of subdural hematoma or abscess	2,579,600	5.4	55
7	83788	IPD first specialty และ/หรือ complicated	2,568,800	5.4	2,356
8	80072	Ventriculostomy	2,217,300	4.7	48
9	80059	Drainage of intracerebral hematoma	1,949,300	4.1	42
10	80034	Opening of cranial suture/Linear craniectomy/ Strip craniectomy	1,716,000	3.6	44
11	81232	Multiple vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary atherectomy performed during the same operation, with or without mention of thrombolytic agent	1,564,239	3.3	63
12	84097	Computed tomography of brain	1,202,121	2.5	1,230
13	59006	การปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง (Specialized medical consultation)	1,014,346	2.1	1,385

27.1 ตามลำดับ แต่กลุ่ม Medical examination and medical consultation มีมูลค่ามากเป็นอันดับที่สี่หรือร้อยละ 12.1 (ตารางที่ 6)

กลุ่มรายการที่มีมูลค่าการเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์สูงสุด 3 อันดับแรก (ตารางที่ 6 ดูลำดับตามตัวเลขใน []) คือ กลุ่ม Initial inpatient evaluation and management^[1] (Chapter 15 Evaluation and management) เป็นกลุ่มรายการที่มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 13.8 โดยมีจำนวนการเรียกเก็บร้อยละ 20 จากทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่ม Coronary artery อยู่ใน Chapter 5 Procedures of the thorax^[2] มูลค่าการเรียกเก็บร้อยละ 11.2 ร้อยละของจำนวนการเรียกเก็บ 0.8 ในขณะที่กลุ่ม Medical examination^[3]

มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงเป็นอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 10.0 และร้อยละ 24.2 ของจำนวนการเรียกเก็บ

ประเด็นที่ 5 เปรียบเทียบอัตราค่าเรียกเก็บกับอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ราคาที่เรียกเก็บสูงสุดมีค่าสูงกว่าราคาที่กำหนดในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ 0.05 – 10 เท่า โดยพบว่า

รายการการตรวจรักษากรณีผู้ป่วยในครั้งต่อไป เป็นรายการที่มีการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ สูงสุด 3,000 บาท ต่อครั้งการให้บริการ หรือสูงเป็น 10 เท่าของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนดไว้เพียง 300 บาทต่อวัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาฐานนิยม และค่ามัธยฐาน พบว่าราคาเรียกเก็บใกล้เคียงกับราคาในอัตรา

ตารางที่ 6 มูลค่า จำนวนการเรียกเก็บ และร้อยละของค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ สำหรับ Chapter ที่มีมูลค่าการเรียกเก็บมากกว่า 1 ล้านบาทขึ้นไป

อันดับ	Chapter/ Procedures	มูลค่าการเรียกเก็บ (บาท)	ร้อยละ	จำนวนการเรียกเก็บ (ครั้ง)	ร้อยละ
1	Chapter 1 Procedures of the head and maxilla-facial area	12,342,240	26.0	408	1.3
	- Skull ^[4]	3,782,220		138	
	- Subdural space ^[8]	2,622,100		57	
	- Brain ^[9]	2,356,300		49	
	- Brain ventricles or cerebral ventricles ^[10]	2,241,300		50	
	- Epidural space	672,500		13	
	- Scalp	274,420		68	
	- Cerebral arteries	232,000		5	
	- Face	141,400		27	
	- Maxilla	20,000		1	
2	Chapter 15 Evaluation and management	9,780,672	20.6	8,380	27.1
	- Initial inpatient evaluation and management ^[1]	6,566,910		6,174	
	- Initial inpatient evaluation and management – intensive care (H-'I') ^[7]	3,213,762		2,206	
3	Chapter 5 Procedures of the thorax	9,302,174	19.6	4,328	14.0
	- Coronary artery ^[2]	5,300,139		234	
	- Heart ^[5]	3,349,245		3,947	
	- Conduction mechanism structure	362,890		86	
	- Pleural space, left or right	155,000		49	
	- Diaphragm	70,000		3	
	- Pericardium	45,000		1	
	- Chest	10,900		7	
	- Pericardial space	9,000		1	
4	Medical examination and medical consultation	5,754,611	12.1	8,884	28.7
	- Medical examination ^[3]	4,740,265		7,499	
	- Specialized medical consultation	1,014,346		1,385	
5	Chapter 4 Procedures of the neck, mouth and pharynx	3,347,326	7.1	1,891	6.1
	- Trachea ^[6]	3,242,187		1,877	



ตารางที่ 6(ต่อ) มูลค่า จำนวนการเรียกเก็บ และร้อยละของค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ สำหรับ Chapter ที่มีมูลค่าการเรียกเก็บมากกว่า 1 ล้านบาทขึ้นไป

อันดับ	Chapter/ Procedures	มูลค่าการเรียกเก็บ (บาท)	ร้อยละ	จำนวนการเรียกเก็บ (ครั้ง)	ร้อยละ
	- Neck skin	55,889		9	
	- Lip	27,750		3	
	- Carotid artery	15,000		1	
	- Mouth	6,500		1	
6	Chapter 18 Radiology services	2,820,396	5.9	6,013	19.4
	- CT scan	1,559,769		1,460	
	- Plain radiography	582,768		4,137	
	- Ultrasonography	280,554		284	
	- Interventional radiology	233,740		22	
	- MRI	163,565		110	
7	Chapter 6 Procedures of the abdomen and alimentary tract	1,980,510	4.2	286	0.9
	- Liver	477,800		15	
	- Abdomen	378,700		20	
	- Stomach	304,710		198	
	- Intra-abdominal vein	259,900		17	
	- Large intestine	128,800		5	
	- Small intestine	102,000		7	
	- Pancreas	85,300		2	
	- Intra-abdominal artery	51,000		2	
	- Rectum	39,000		1	
	- Abdominal aorta	35,000		1	
	- Duodenum	28,500		7	
	- Esophagus	20,500		4	
	- Anus	20,000		1	
	- Omentum	18,300		1	
	- Mesentery	17,000		1	
	- Anterior abdominal wall	14,000		4	

หมายเหตุ : ตัวเลขใน [] แสดงถึง ลำดับมูลค่าการเรียกเก็บสูงสุด 10 อันดับแรก

ตารางที่ 7 ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเรียกเก็บกับอัตราค่าบริการใน UCEP Fee Schedules

รหัส	รายการ	จำนวน เรียกเก็บ (หน่วย : ครั้ง)	ต่ำสุด	เปอร์เซ็นต์ ไทล์ที่ 25(P25)	เปอร์เซ็นต์ ไทล์ที่ 75 (P75)	สูงสุด	ฐาน นิยม (Mode)	มัธยฐาน (Median)	ค่าเฉลี่ย (Average)	อัตราค่า บริการใน UCEP	ค่าใช้จ่าย เรียกเก็บ สูงสุด เปรียบเทียบกับ UCEP (หน่วย : เท่า)
59009	การตรวจรักษากรณีผู้ป่วย ในครั้งต่อไป	5,405	50	300	900	3,000	300	500	563.0	300	10.0
83786	Initial Inpatient Evaluation and Management	3,559	50	845	1,000	7,000	1,000	1,000	1,002.1	1,000	7.0
81231	Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary atherectomy without mention of thrombolytic agent	167	5,000	15,000	25,000	69,000	15,000	15,000	21,140.1	15,000	4.6
81135	Endotracheal intubation	1,860	70	1,500	2,000	6,000	1,500	1,500	1,631.1	1,500	4.0
83791	IPD first ICU/NICU	2,199	50	1,200	1,500	6,000	1,500	1,500	1,371.7	1,500	4.0

ค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รองลงมา คือ Initial inpatient evaluation and management มีการเรียกเก็บสูงกว่า 7 เท่าของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการเรียกเก็บต่อครั้งสูงสุด เท่ากับ 7,000 บาท ในขณะที่ราคาที่กำหนด ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เท่ากับ 1,000 บาทต่อครั้ง

นอกจากนี้รายการ Single vessel percutaneous transluminal coronary angioplasty or coronary atherectomy without mention of thrombolytic agent รายการ Endotracheal intubation และรายการ IPD first ICU/NICU เป็นรายการที่มีการเรียกเก็บสูงกว่าราคาที่กำหนดในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในช่วงประมาณ 4-5 เท่า ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐาน และ

ค่าฐานนิยมจะมีค่าใช้จ่ายเรียกเก็บที่เท่ากับราคาที่กำหนด ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นส่วนใหญ่ (ตารางที่ 7)

วิจารณ์

ค่าบริการวิชาชีพ ประกอบด้วย ค่าบริการทางการแพทย์ ค่าบริการทางการพยาบาล และค่าบริการทางเภสัชกรรม เมื่อพิจารณาจำนวนรายการที่สถานพยาบาลเรียกเก็บเทียบกับรายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าค่าบริการทางการแพทย์และค่าบริการทางเภสัชกรรม มีจำนวนรายการที่เรียกเก็บ 100 เปอร์เซ็นต์ หรือสะท้อนให้เห็นว่ารายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครอบคลุมรายการบริการวิชาชีพ



ทั้งสองกลุ่ม

แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายการที่เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ พบว่า มีจำนวนรายการการเรียกเก็บเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของรายการค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดในบัญชีอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถึงแม้ว่าจะสะท้อนให้เห็นว่ารายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมรายการการให้บริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติของสถานพยาบาลแล้วก็ตามแต่ในขณะจัดการข้อมูลก่อนวิเคราะห์ พบว่า มีข้อมูลดิบจำนวนหนึ่งที่มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ตัวอย่างเช่น ข้อมูลที่ไม่มีการบันทึกรหัสข้อมูลที่ไม่มีการจ่าย รวมถึงรายละเอียดของรายการไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกรเรียกเก็บค่าบริการนั้นๆ อีกทั้งพบว่าบางรายการมีอัตราเรียกเก็บที่สูงถึง 10 เท่า เมื่อเทียบกับราคาใน UCEP Fee Schedules ดังนั้น จึงควรปรับปรุงอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งยังพบประเด็นปัญหาการเรียกเก็บดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาของเทคโนโลยีทางการแพทย์ สะท้อนโครงสร้างต้นทุนที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าแรง ตัวอย่างเช่น ในประเทศไต้หวันมีหน่วยที่ดูแลโดยเฉพาะในรูปของคณะกรรมการทางการแพทย์ ทำหน้าที่พิจารณารายการและค่าใช้จ่ายที่ใช้บริการบ่อยครั้งและจัดทำ The fee-for-service fee schedules เป็นรายการและอัตราสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์⁽⁷⁾ หรือในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งใช้กลไกการเบิกจ่ายตามรายการที่กำหนด (fee schedules) ซึ่งจะมีการทบทวนและปรับปรุงทั้งรายการหัตถการ รายการยา และรายการเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ทั้งหมดในทุกๆ 2 ปี⁽⁸⁾ ในประเทศสหรัฐอเมริกา การทบทวน Medicaid physician fees ใช้การสำรวจรายการที่ให้บริการโดยพิจารณาค่าบริการ และรายการที่มีความถี่ในการให้บริการซึ่งจะเป็นรายการจาก บริการปฐมภูมิ บริการในโรงพยาบาล การดูแลทางด้านสูติกรรม การตรวจวินิจฉัยทางเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยา การผ่าตัด หรือการตรวจวินิจฉัยและรักษาทางรังสีวิทยา เป็นต้น รวมทั้ง มี

การประมาณการค่าใช้จ่ายที่เติบโตขึ้นของบริการเหล่านั้น⁽⁹⁾ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณากำหนดอัตราค่าบริการในอนาคตด้วย อีกประการที่สำคัญ หากจะนำมาใช้กับสถานพยาบาลเอกชน คือ จำเป็นต้องมีข้อมูลและเงื่อนไขที่จำเป็น เช่น ฐานข้อมูลต้นทุน ค่าบริการของสถานพยาบาล หรือข้อมูลการชดเชยบริการที่บริษัทประกันเอกชนจ่ายชดเชยให้กับสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น ทั้งนี้ประเทศไทยมีกองทุนสุขภาพ ถึง 3 กองทุนที่มีแนวทางการดำเนินการบางอย่างที่ใช้ระเบียบที่แตกต่างกัน ดังนั้น การปรับปรุงอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการกำหนดอัตราการเบิกจ่ายจะต้องมีความเหมาะสมร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน โดยอัตราค่าบริการดังกล่าวจะต้องไม่กระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของภาครัฐด้วย ก่อนการกำหนดอัตราจ่ายนั้น ควรจะต้องมีการศึกษาหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุดต่อฝั่งผู้จ่ายเงินและฝั่งผู้ให้บริการ เพื่อให้การดำเนินนโยบายสามารถดำเนินต่อไปได้ โดยที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างรวดเร็วและปลอดภัยของประชาชน

ค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ในประเทศไทย จัดทำโดยแพทยสภาในรูปแบบคู่มือค่าธรรมเนียมแพทย์ มีการระบุรหัสมาตรฐาน ICD-10 TM อยู่แล้ว อีกทั้งในระบบเบิกจ่ายชดเชยกรณี UCEP หรือในรายการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หรือที่เรียกว่า อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นั้นก็มีการระบุรหัส ICD-10 TM ของแต่ละรายการเช่นเดียวกัน ประโยชน์ของการใช้รหัส ICD ตัวอย่างเช่นในการจำแนกรายการหัตถการในห้องผ่าตัด ช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลการผ่าตัดสำหรับการบริหารจัดการ การวิจัย รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรของสถานพยาบาลได้ด้วย⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม รายการค่าบริการที่กำหนดไว้ใน UCEP Fee Schedules ยังไม่สอดคล้องกับรายการค่าบริการที่สถานพยาบาลเอกชนใช้อยู่ในระบบบริการปกติ หรือ

ไม่สามารถ mapping code ให้ตรงกับรายการที่ UCEP กำหนดได้ ส่งผลให้ต้องมีการจัดทำรายการเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกัน ดังนั้นในช่วงแรกของการดำเนินการตามนโยบาย สถานพยาบาลอาจจำเป็นต้องเพิ่มรายละเอียดรายการที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบให้มากขึ้น รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับรายการที่กำหนดใน UCEP Fee Schedules เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเลือกใช้รหัสมาตรฐานที่ถูกต้องในการบันทึกข้อมูลส่งเบิกค่าชดเชยค่าบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้บันทึกข้อมูลในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่บุคลากรวิชาชีพสายสุขภาพ และรวมถึงควรจัดการรหัสที่มีความซ้ำซ้อน ลดจำนวนบางรหัสลงเพื่อลดความยุ่งยากที่ส่งผลต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ โดยควรเป็นรหัสที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อค่าชดเชยค่าบริการทางการแพทย์โดยรวมที่จะได้รับ⁽¹¹⁾

รายการที่มีจำนวนครั้งที่เรียกเก็บมากที่สุด คือ การตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งต่อไป และรายการ Initial inpatient evaluation and management หรือการตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งแรก มีมูลค่าการเรียกเก็บสูงสุด รายการทั้งสองเป็นรายการเช่นเดียวกันกับรายการในค่าธรรมเนียมบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตาม พ.ร.บ. คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ โดยรายการการตรวจรักษา-กรณีผู้ป่วยใน-ครั้งต่อไป กำหนดอัตราเบิกจ่าย เท่ากับ 300 บาท ในขณะที่ Initial inpatient evaluation and management อยู่ที่ 500 บาท⁽¹²⁾ ซึ่งเป็นราคาเดียวกับในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นการระบุข้อมูลในเวชระเบียน การตรวจสอบความถูกต้อง รวมทั้งการปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อลดการบันทึกข้อมูลที่ซ้ำซ้อน อีกทั้งหากมีผู้ป่วยเข้ารับบริการและมีประวัติการรักษาเดิมอยู่ก็สามารถดึงข้อมูลดังกล่าวมาใช้ได้⁽¹³⁾

กลุ่มค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่มีมูลค่าการเรียกเก็บรวมสูงสุดจากมูลค่าทั้งหมด คือ Chapter 1 Procedures of the head and maxilla-facial area ยกตัวอย่างเช่น opening of cranial suture/linear

craniectomy/strip craniectomy/ elevation of skull fracture fragments หรือเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ ซึ่งจากข้อมูลระหว่างปี 2552-2554 พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนมากกว่าหนึ่งแสนรายต่อปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถึงร้อยละ 42-43⁽¹⁴⁾ หรือข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ สำนักระบาดวิทยา ปี 2558 ระบุว่า ผู้บาดเจ็บรุนแรงหรือเสียชีวิตเป็นการบาดเจ็บทางศีรษะสูงถึงร้อยละ 49.36 จากผู้บาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ในประเทศไทยจำนวน 61,893 ราย⁽¹⁵⁾ สำหรับรายการที่ไม่ปรากฏการส่งเบิก ได้แก่ Chapter 6 Procedures of the abdomen and alimentary tract เช่น Resection of ruptured aneurysm-involve visceral vessel (46,000 บาทต่อครั้ง) หรือ Resection of ruptured aneurysm-involve iliac vessel (42,000 บาทต่อครั้ง) ทั้งนี้อนุมานได้ว่า รายการดังกล่าวข้างต้น เป็นรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง อาจจะต้องใช้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง

เมื่อพิจารณาข้อมูลการเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน พบว่า มีมูลค่ารวมทั้งสิ้น 47,498,999 บาท ในขณะที่มูลค่ารวมในอัตราที่ UCEP ให้เบิก อยู่ที่ 36,934,120 บาท นั่นคือ ค่าใช้จ่ายเรียกเก็บรวมเกินกว่าที่กำหนดประมาณ 1.3 เท่า ทั้งนี้มูลค่าที่อนุมัติจ่ายอาจจะมียอดที่ลดลงกว่าจำนวนดังกล่าว จากความไม่สมบูรณ์ของรายการและรหัสที่ส่งเบิก รายการที่มีความสมบูรณ์ของสถานพยาบาลจะได้รับการชดเชยบริการในอัตราที่ UCEP กำหนด โดยกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ จะจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราที่ UCEP กำหนด ให้แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ



แห่งชาติแจ้งกองทุนต่างๆ⁽⁴⁾ ส่วนต่างของค่าใช้จ่าย สถานพยาบาลจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนนั่นเอง

การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บโดยสถานพยาบาลเอกชนกับอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ค่ามัธยฐาน และค่าฐานนิยม ส่วนใหญ่จะเท่ากับอัตราค่าบริการใน UCEP Fee Schedules และเมื่อพิจารณาการจ่ายชดเชยค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาในโครงการ UCEP ก็พบว่า มีการอนุมัติเงินชดเชยประมาณ 47 เปอร์เซ็นต์ของค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บ⁽³⁾ ซึ่งถือว่าสูงมากสำหรับการจ่ายชดเชยให้โรงพยาบาลเอกชนเท่าที่เคยมีมาในระบบภาครัฐ ดังนั้น จึงอาจอนุมานได้ว่า สถานพยาบาลเอกชนที่ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความพยายามในการปรับตัวเพื่อจัดการระบบเรียกเก็บค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับอัตราที่กำหนดใน UCEP Fee Schedules ถือว่าเป็นการให้ความร่วมมือกับนโยบายของภาครัฐ

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์นั้น ยังคงมีบางรายการที่ไม่ถูกต้องตามรูปแบบที่ควรจะเป็น ที่เห็นได้ชัดเจน คือ 1. แม้จะระบุรหัสตรงตามที่ UCEP กำหนด แต่ระบุรายการเป็นค่าแพทย์เหมาจ่ายและมีมูลค่าเรียกเก็บที่สูงมากกว่าปกติ เมื่อเทียบกับข้อมูลในรหัสเดียวกัน 2. หลายรายการไม่มีรหัส (ตาม UCEP Fee Schedules) ไม่มีราคา หรือรหัสและรายการไม่สอดคล้องกัน ตัวอย่างเช่น รายการ packed red cell (PRC) รหัสใน UCEP Fee Schedules คือ 23201 PRC (NAT) (ภาษา) หรือ 23251 PRC หรือ 23252 PRC (NAT) แต่ถูกบันทึกเบิกมาในรหัส 83926 Plain radiography of chest (lateral) หรือรหัส 44503 CT whole abdomen แต่ถูกบันทึกเบิกมาด้วยรหัส 83934 ซึ่งเป็นรายการ Plain radiography of acute abdomen series 3. บางรายการที่ยังไม่มีรายการใน UCEP Fee Schedules เช่น ค่าบริการของวิสัญญีแพทย์ แต่บันทึกเบิกด้วยรหัส 83788 IPD first specialty และ/หรือ complicated ลักษณะดังกล่าวจึงทำให้ไม่สามารถอนุมานหรือสรุปเป็นข้อค้นพบได้ว่าจำนวน

ครั้งการเบิกและข้อมูลค่าใช้จ่ายเรียกเก็บนั้นจะเท่ากับค่าใช้จ่ายจริงทั้งหมด แต่จะเป็นจำนวนและมูลค่าการส่งเบิกที่คำนวณจากการตรวจสอบและคัดเลือกเฉพาะข้อมูลในส่วนที่เชื่อว่ามีความถูกต้องแล้วในระดับหนึ่งมาใช้ในการวิเคราะห์เท่านั้น

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

อัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีรายการที่ครอบคลุมการเรียกเก็บค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชน แต่จำนวนรายการเรียกเก็บดังกล่าวมีเพียงประมาณครึ่งหนึ่งจากรายการค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด และมูลค่าการเรียกเก็บบางรายการมีความแตกต่างกับอัตราค่าบริการที่กำหนดอย่างมาก ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนถึงช่องว่างต่างๆ ในการพัฒนาระบบการชดเชยค่าบริการการแพทย์ตามอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรืออาจกล่าวได้ว่าระบบการเบิกจ่ายยังคงสามารถพัฒนาต่อไป เพื่อให้ข้อมูลการเรียกเก็บที่เข้าระบบอย่างถูกต้องตรงกับรายการคำนิยาม ที่คู่มือกำหนด รวมถึงเพิ่มการปรับปรุงอัตราค่าบริการเพื่อให้สะท้อนต้นทุนการให้บริการที่แท้จริง

ผลจากการศึกษา มีข้อเสนอแนะดังนี้

1. หน่วยงานที่ดูแลตรวจสอบความถูกต้องเกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรมีการกำหนดนิยามและความหมายของแต่ละรายการให้ชัดเจน เพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการของสถานพยาบาลในปัจจุบัน รวมทั้งใช้ในการตรวจสอบข้อมูลการเบิกจ่ายก่อนที่จะมีการอนุมัติการจ่ายเงิน

2. สถานพยาบาลควรมีการจัดทำนิยาม คำอธิบาย คำศัพท์ รายละเอียดของรายการบริการ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจอย่างชัดเจนยิ่งขึ้น รวมทั้งควรส่งเสริมบุคลากรให้ได้รับการอบรมให้มีทักษะในการกรอกข้อมูลเรียกเก็บที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น

3. ควรจัดให้มีหน่วยงานเฉพาะภายใต้การดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนสุขภาพ และสถานพยาบาลต่างๆ ที่ทำหน้าที่ในการปรับปรุงรายการค่าตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการโดยแพทย์ที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับการให้บริการทุกขณะปัจจุบันของสถานพยาบาล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งถัดไป

1. การศึกษาด้านทุนค่าบริการของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการกำหนดอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและครอบคลุมสำหรับสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน

2. การศึกษาเพื่อขยายเพิ่มเติมรายการค่าบริการบางประเภทที่ยังไม่มีในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ค่าบริการทางวิสัญญีแพทย์

3. การศึกษาด้านทุนค่าบริการทางการแพทย์พยาบาล เพื่อใช้ในการปรับปรุงและกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์พยาบาลที่เหมาะสมต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลจาก “โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง” ซึ่งได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลเอกชนที่อยู่ในโครงการ UCEP ได้รับการอนุเคราะห์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Chasombat S. The Universal Coverage for Emergency Patients policy implementation [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 15]. Available from: www.niems.go.th/th/Upload/File/256110050955437979_3opWFPAJJ7aPGdAz.pdf. (in Thai)
2. Keeratihattayakorn P. From EMCO to UCEP [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 10]. Available from: [www.nhso.go.th/files/userfiles/files/userfiles/file/2017/003/ความเป็นมาEMCOสู่%20UCEP\(25-7-60\).pdf](http://www.nhso.go.th/files/userfiles/files/userfiles/file/2017/003/ความเป็นมาEMCOสู่%20UCEP(25-7-60).pdf). (in Thai)
3. Chiangchaisakulthai K, Wongsin U, Suanrueang P, Thumvanna P, Sakunphanit T. A project of financial recommendation for Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP). Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2018. (in Thai)
4. Ministry of Public Health, National Institute for Emergency Medicine. Items and rates are attached at the end of the rules, procedures, and conditions of determination. In carrying out crisis emergency patients. [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 7]. Available from: https://www.niems.go.th/th/Upload/File/256005102140592082_nRvBxnDOc42k7cKZ.pdf. (in Thai)
5. Comptroller General's Department. The public health service fee for the disbursement of medical expenses in public hospitals of the Comptroller General's Department. Comptroller General's Department; 2006. (in Thai)
6. Charoenpiyakul S, Kanokthorn U. Manual of medical fees 2006. Bangkok: Golden Time Print; 2007. (in Thai)
7. Pacific Bridge Medical. Medical device reimbursement in Taiwan [Internet]. 2005 [cited 2018 Oct 25]. Available from: www.pacificbridgemedical.com/publication/medical-device-reimbursement-in-taiwan.
8. Uetsuka Y. Characteristics of Japan's healthcare systems and the problems. JMAJ 2012;55(4):330–3.
9. Stephen A. Norton. Medicaid fees and the medicare fee schedule: an update. Health Care Financ Rev 1995;17(1):167–81.
10. Liu C, Kayima P, Riesel J, Situma M, Chang D, Firth P. Brief surgical procedure code lists for outcomes measurement and quality improvement in resource-limited settings. Surgery 2017;162(5):1163–76.
11. Kivela PD. Medicare program; revisions to payment policies under the physician fee schedule and other revisions to part B for CY 2019; medicare shared savings program requirements; quality payment program; and medicare promoting interoperability program [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 8]. Available from: <https://www.acep.org/globalassets/new-pdfs/advocacy/acep-response-to-cy-2019-pfs-and-qpp-proposed-rule.pdf>.
12. Department of Insurance, Ministry of Commerce. Announcement of road accident victims protection committee “The Standard of the items and the amount of medi-



- cal expenses and cost of necessary medical treatment for an insurance company or funding agencies must pay for the victims of the car. (No. 2)" [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 3]. Available from: www.oic.or.th/sites/default/files/prakaas_4.pdf. (in Thai)
13. CIPROMS Medical Billing. 2019 medicare physician fee schedule: what emergency physicians should know [Internet]. CIPROMS, 2018 [cited 2018 Dec 8]. Available from: <http://www.ciproms.com/2018/11/2019-medicare-physician-fee-schedule-what-emergency-physicians-should-know/>.
 14. Bureau of Non Communicable Disease. Head injury Injuries and deaths from motorcycle accidents - Inpatients between 2009 and 2011. Nonthaburi: Bureau of Non Communicable Disease, Ministry of Public Health; 2013. (in Thai)
 15. Techakamolsuk P, Nittayasoot N, Damnakkaew K. Epidemiological study on road traffic injury with focus motorcycle injuries and policy recommendations. Weekly Epidemiological Surveillance Report 2016;47(25):385-93. (in Thai)