

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลภาครัฐในนโยบาย
“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)”

นักวิจัย

ดร.นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
ศาสตราจารย์ นพ. ไพบูลย์ สุริยวงษ์ไพศาล
นพ.พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ
ศาสตราจารย์ นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย



รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการประเมินความพร้อมของสถานพยาบาลภาครัฐ ในนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)”

ผู้วิจัย

ดร.นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
ศาสตราจารย์ นพ. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
นพ.พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ
ศาสตราจารย์ นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย

พิมพ์ครั้งที่ 1

กุมภาพันธ์ 2562

จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
270 ถนนพระราม 6 ราชเทวี
กรุงเทพ 10400
บริษัท ดีไซน์เบอร์รี่ จำกัด

ออกแบบและพิมพ์ที่



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	7
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	9
ที่มาและเหตุผล	9
วัตถุประสงค์	11
กรอบแนวคิด	11
ระเบียบวิธี	12
กลุ่มเป้าหมาย	12
ผลการศึกษา	15
ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ	17
การเข้าถึงและภาระทางการเงิน	17
กลไกการเงินการคลัง	18
ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษาดูงาน สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม	21
ภาระงาน	22
คุณภาพบริการ	23
ด้านบุคลากร	23
ด้านการเงิน	24

ภาคผนวก	27
แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือกลุ่มสนทนา	29
ลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์	30
การสำรวจโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่	31
วัตถุประสงค์	31
ระเบียบวิธีวิจัย	31
การวิเคราะห์ทางสถิติ	31
ผลการศึกษา	31
ด้านบุคลากร	32
ด้านภาระงาน	39
ด้านศักยภาพการทำงาน	41
ด้านอุปสรรคการทำงาน	41
จุดเด่น	45
ข้อจำกัด	45
สรุป	45
ข้อเสนอแนะ	45
ผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ	46
วัตถุประสงค์	46
ระเบียบวิธี	47
ฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงได้ระหว่างผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน	47
ลักษณะผู้ป่วยห้องฉุกเฉินก่อนเป็นผู้ป่วยใน	48
ลักษณะผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับบริการผ่านห้องฉุกเฉิน	52
ประมาณการงบประมาณที่ต้องการเมื่อขยายนโยบายสู่โรงพยาบาลรัฐ	56
วิจารณ์	58
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและระหว่าง	
โรงพยาบาล	59
วัตถุประสงค์	59
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	60

สารบัญภาพ

รูป 1 Stock-flow และ Causal loop diagram แสดงภาระงานของห้องฉุกเฉิน (ED load) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการให้บริการห้องฉุกเฉิน.....	22
---	----

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยในที่ได้รับจากโรงพยาบาลต่างๆ.....	47
ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินในแต่ละเวลาที่เข้ารับบริการแยกตามโรงพยาบาล.....	48
ตารางที่ 3 สัดส่วนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินแยกตามระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล.....	48
ตารางที่ 4 อัตราการรับเป็นผู้ป่วยในแยกตามระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล.....	49
ตารางที่ 5 ผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ผ่านห้องฉุกเฉินแยกระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล.....	49
ตารางที่ 6 ลักษณะผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับบริการห้องฉุกเฉิน by Mean (SD).....	52
ตารางที่ 7 ค่าต่ำ ค่ากลาง และค่าสูงของตัวแปรที่ใช้ประมาณการงบประมาณที่ต้องการ แจกแจงตามประเภทโรงพยาบาล.....	57
ตารางที่ 8 ค่าต่ำ ค่ากลาง และค่าสูงของงบประมาณที่ต้องการ.....	57

แผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1 Proportion of ESI level among patients visiting ER.....	39
--	----



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ความแออัดของบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐใหญ่ๆ รวมถึงการขาดความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อโรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะในเมืองใหญ่และกรุงเทพมหานคร ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยเลือกไปใช้บริการฉุกเฉินที่ โรงพยาบาลเอกชนเพราะมั่นใจว่าจะได้รับบริการอย่างทันทั่วถึงและได้รับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน แต่ก็มีผลกระทบตามมาด้านค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ต้องล้มละลาย หรือมีปัญหาว่าทาง โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินมัดจำหรือถามหาสิทธิก่อนการให้บริการ จนนำมาสู่นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ของรัฐบาลที่แล้ว แต่ก็พบกับปัญหาอุปสรรคหลายประการ ตั้งแต่ ขาดระเบียบและกฎหมายรองรับ ขาดระบบประเมินระดับภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน ขาดกลไกการอภิบาลระบบ รวมถึงอัตราการจ่ายที่ขาดการยอมรับจากภาคเอกชน ทำให้ประชาชนที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนยังคงถูกเรียกเก็บค่าบริการ จนมาถึงรัฐบาลปัจจุบันจึงมีการปรับปรุงมาเป็นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” โดยมีการแก้ไข พรบ.สถานพยาบาลให้มีความชัดเจนในประเด็นดังกล่าว คณะรัฐมนตรีประกาศแนวทางและอัตราค่าบริการตามรายการบริการ (fee schedule) สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จัดให้มีระบบการประเมินระดับภาวะฉุกเฉินในการเข้าถึงสิทธิ (Preauthorization) จำกัดสิทธิให้เฉพาะกรณีฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือ 72 ชั่วโมง (กรณีอื่นให้เบิกจ่ายตามระบบปกติของแต่ละกองทุน) จัดระบบการส่งต่อกลับโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดยนโยบายใหม่นี้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560 และนำไปสู่การลดช่องว่างการเข้าถึงบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนหลังจากดำเนินการชัดเจน จนรัฐบาลมีดำริที่จะขยาย นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐซึ่งให้บริการประชาชนส่วนใหญ่

รายงานนี้จึงมุ่งตอบคำถามว่า ถ้าจะขยายนโยบายนี้มายังโรงพยาบาลรัฐ ความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐเป็นอย่างไร โดยกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์การจัดระบบบริการแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (inputs, process, outputs, outcomes)
2. เพื่อประเมินความความคิดเห็นและความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ หากจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐ
3. เพื่อประเมินผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

อาศัยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (a mixed methods) อันประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้ป่วย การสำรวจด้วยแบบสอบถาม และการวิเคราะห์ข้อมูลบริการคนไข้ในเชื่อมโยงกับบริการห้องฉุกเฉิน รายงานได้ข้อค้นพบสำคัญตามวัตถุประสงค์สามข้อแรก สรุปความได้ดังนี้

1. บริการห้องฉุกเฉินไม่อยู่ในฐานะที่จะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะ ก) มุมมองเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยกับวิชาชีพแพทย์ต่างกัน ข) การเจ็บป่วยเลือกเวลาไม่ได้ ค) บริการผู้ป่วยนอกจำกัดเวลาแทนที่จะเปิด 24 ชั่วโมง ง) โรงพยาบาลจำนวนมากวางกฎเกณฑ์ให้ผู้ป่วยนัดผ่าตัดหรือนัดมานอนโรงพยาบาลต้องผ่านการลงทะเบียนที่ห้องฉุกเฉิน จ) โรงพยาบาลจำนวนมากอาศัยห้องฉุกเฉินรองรับบริการอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้เคมีบำบัด เป็นต้น

2. เมื่อเป็นเช่นนั้น คุณภาพบริการห้องฉุกเฉินจึงขึ้นกับบริการแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ภาวะแออัดของห้องฉุกเฉินเป็นภาพสะท้อนอย่างหนึ่งที่เด่นชัดเกี่ยวกับคุณภาพบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งประเทศพัฒนาได้เริ่มปรากฏตัวอย่างความพยายามแก้ไขภาวะแออัดนี้โดยการขยายบริการผู้ป่วยนอกหลังเที่ยงคืนหรือ วันหยุด บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น การที่จะทำเช่นนั้นได้ โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความคล่องตัวในการระดม จัดสรร และใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ)

3. ดูเหมือนว่าโรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีความคล่องตัวจำกัดเกินกว่าจะพัฒนานวัตกรรมบริการ ดังตัวอย่างในประเทศพัฒนาดังกล่าวข้างต้น หรือตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย (มีบริการเฉพาะทาง 24 ชั่วโมง บริการวันหยุด เป็นต้น) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐอยู่ภายใต้การอภิบาลระบบที่ยืดหยุ่นน้อยสืบเนื่องจากนโยบาย ได้แก่ การลดขนาดกำลังคนภาครัฐ การห้ามใช้เงินบำรุงจ้างลูกจ้าง การจัดสรรโควตากำลังคนภายในโรงพยาบาลอันส่งผลให้ปริมาณกำลังคนไม่ได้สัดส่วนกับภาระงาน

4. ถ้าจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐ จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องทบทวนการอภิบาลระบบ เพื่อให้โรงพยาบาลรัฐมีความคล่องตัวมากขึ้นในการระดม จัดสรร และใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ)

5. ประการสุดท้าย ด้วยข้อจำกัดของระบบสารสนเทศในปัจจุบัน รายงานนี้ไม่สามารถให้คำตอบชัดเจนแน่นอนว่าควรจะใช้งบประมาณสักเพียงใดเพราะค่าประมาณงบประมาณที่ต้องการมีพิสัยกว้างมาก ระหว่าง 854 ล้านบาท ถึง 5.8 หมื่นล้านบาท (ค่ากลาง 1 หมื่นล้านบาท) นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดของสารสนเทศอีกเช่นกัน จึงยังไม่ชัดเจนว่า เมื่อกำหนดถึงงบประมาณที่ใช้จ่ายอยู่แล้วในปัจจุบัน ควรเพิ่มงบประมาณให้โรงพยาบาลรัฐอีกเท่าใด ความจำกัดของระบบสารสนเทศเป็นเรื่องที่แยกไม่ออกจากวิธีการจัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลรัฐที่ผ่านมา ซึ่งไม่ได้จำแนกหมวดเฉพาะสำหรับบริการห้องฉุกเฉิน จึงสรุปว่า

ในด้านการเงินถ้าจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐ จำเป็นต้องผูกโยงงบประมาณเข้ากับการพัฒนาระบบสารสนเทศ ดังเช่นที่ปฏิบัติในกรณีโรงพยาบาลเอกชนอันเป็นจุดตั้งต้นที่ถูกทิศทางแม้จะยังมีโอกาสพัฒนาอีกมากก็ตาม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรทบทวนการอภิบาลระบบสำหรับโรงพยาบาลรัฐ เพื่อเพิ่มความคล่องตัวด้านการบริหารบุคคลและการเงิน
2. ผูกโยงการอุดหนุนบริการห้องฉุกเฉินและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ
3. ผูกโยงการอุดหนุนบริการกับการพัฒนากระบวนการคุณภาพ

ที่มาและเหตุผล

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือว่ามีสำคัญในการลดการเสียชีวิตอันเนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุได้มาก หากเราสามารถจัดระบบให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ทั้งบริการนอกโรงพยาบาล (pre-hospital care) และบริการที่แผนกฉุกเฉินทางการแพทย์และบริการเฉพาะในโรงพยาบาล (emergency department and definitive care)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดโดยเฉพาะภายหลังมี พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะในส่วนของบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลหรือบริการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาได้ (pre-hospital care) โดยมีการเพิ่มบทบาทของ อปท. ในการให้บริการเพิ่มมากขึ้น (อย่างไรก็ดี พบมีความถดถอยของบทบาทของ อปท. ในช่วงหลังอันเนื่องจากการท้วงติงของ สดง. เรื่องอำนาจหน้าที่และการใช้จ่ายเงินของ อปท. ในเรื่องดังกล่าว) ในส่วนของบริการที่แผนกห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป นั้นในปัจจุบันส่วนใหญ่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงานประจำ และหลายแห่งมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมากกว่าหนึ่งคนไปจนถึงหลายๆ คน โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและแหล่งฝึกอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะบางแห่ง ทั้งนี้ การจัดบริการที่แผนกห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปในปัจจุบันส่วนใหญ่ในเวลาราชการก็จะมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำร่วมกับแพทย์เพิ่มพูนทักษะและแพทย์อื่นๆ ส่วนนอกเวลาราชการในเวรป่วยวันธรรมดาหรือเวรเช้าของวันหยุดก็มักมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำ นอกนั้นก็ขึ้นกับความพร้อมของโรงพยาบาลนั้นๆ คือจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่มีในโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหลายท่านก็สามารถจัดแพทย์เหล่านี้ประจำในเวรป่วยได้มากขึ้น ส่วนเวรติ๊กมักเป็นแพทย์ประจำท่านอื่นๆ เวียนกันมาหรือในแหล่งผลิตแพทย์ประจำบ้านก็จะมีแพทย์ประจำบ้านประจำในเวรติ๊ก เป็นต้น ทั้งนี้ ยังพบว่า มีโรงพยาบาลหลายแห่งที่แพทย์ประจำจ้างแพทย์เพิ่มพูนทักษะอยู่เวรแทน สำหรับค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาของอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินนั้น กระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลสามารถจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มเติมจากระบบปกติได้ ซึ่งก็พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล (เข้าใจว่าขึ้นกับความพร้อมของฐานะการเงินของโรงพยาบาล) ตั้งแต่ 2-4 พันบาท/เวร ทั้งนี้ การจัดบริการของแผนกฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลก็อาจมีความแตกต่างกัน บางแห่งมีการแยกการตรวจผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉินนอกเวลาไปจนถึงสองทุ่ม/สี่ทุ่ม/หรือเที่ยงคืนเพื่อลดความแออัดของการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโดยอาจใช้พื้นที่บริเวณ

เดียวกันหรือใกล้เคียงกันในการให้บริการ รวมถึงบางแห่งก็อาจมีการใช้ห้องฉุกเฉินสำหรับให้บริการอื่นที่มีใช้ ฉุกเฉินร่วมด้วย

ภายใต้ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพหลักสามกองทุนนั้น การจ่ายค่าบริการที่ห้องฉุกเฉินหากผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลของระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็จ่ายตามปริมาณบริการ (fee-for-service) สำหรับสถานพยาบาลของรัฐทุกแห่งตามที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ส่วนอีกสองกองทุนคือระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประกันสังคมนั้น หากเป็นการใช้บริการในโรงพยาบาลที่ตนขึ้นทะเบียนอยู่แล้วก็ไม่มีการจ่ายเพิ่มเพราะรวมอยู่ในเหมาจ่ายรายหัวอยู่แล้ว (คิดเหมือนเป็นการใช้บริการผู้ป่วยนอกทั่วไป) ยกเว้นเป็นการใช้บริการฉุกเฉินข้ามโรงพยาบาล (ประกันสังคม) หรือข้ามพื้นที่นอกจังหวัด (ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) จะมีการจ่ายแยกจากงบเหมาจ่ายรายหัวแต่มีเพดานกำหนดสำหรับกรณีนอนโรงพยาบาลนั้นแต่ละกองทุนก็จ่ายให้กับโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เป็นคู่สัญญาตามระบบที่กำหนดปกติ คือ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการก็จ่ายตามให้ตามรายป่วยของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเป็นอัตราราคาที่ตกลงกันต่อรายสำหรับโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม (มิได้มีการแยกว่าเป็นผู้ป่วยที่มาด้วยอาการฉุกเฉินหรือไม่) ส่วนกองทุนประกันสังคมหากค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ไม่เกิน 2 ก็อยู่ในงบเหมาจ่ายรายหัวที่โรงพยาบาลได้รับอยู่แล้ว แต่หากเกิน 2 ก็จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวมจากกองทุนกลาง ในกรณีที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญา กองทุนประกันสังคมดูแลให้ 72 ชม.แรกตามอัตราค่าบริการที่กำหนด หลังจากนั้นหากทางโรงพยาบาลต้นสังกัดไม่รับกลับต้องตามจ่ายเอง ส่วนระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายค่าบริการผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมภายใต้งบประมาณยอดรวม ในกรณีไปนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่คู่สัญญาทางผู้ป่วยก็ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนแล้วมาเบิกคืนได้ตามอัตราที่กำหนด โดยสรุปด้านการจ่ายค่าบริการแก่โรงพยาบาลสำหรับบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของแต่ละกองทุนนั้นไม่ได้มีระบบการจ่ายแยกเฉพาะสำหรับบริการนี้คิดรวมเป็นเหมือนบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทั่วไปตามปกติแม้ว่าบริการในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นจะมีความไม่แน่นอนและมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่าผู้ป่วยปกติก็ตาม

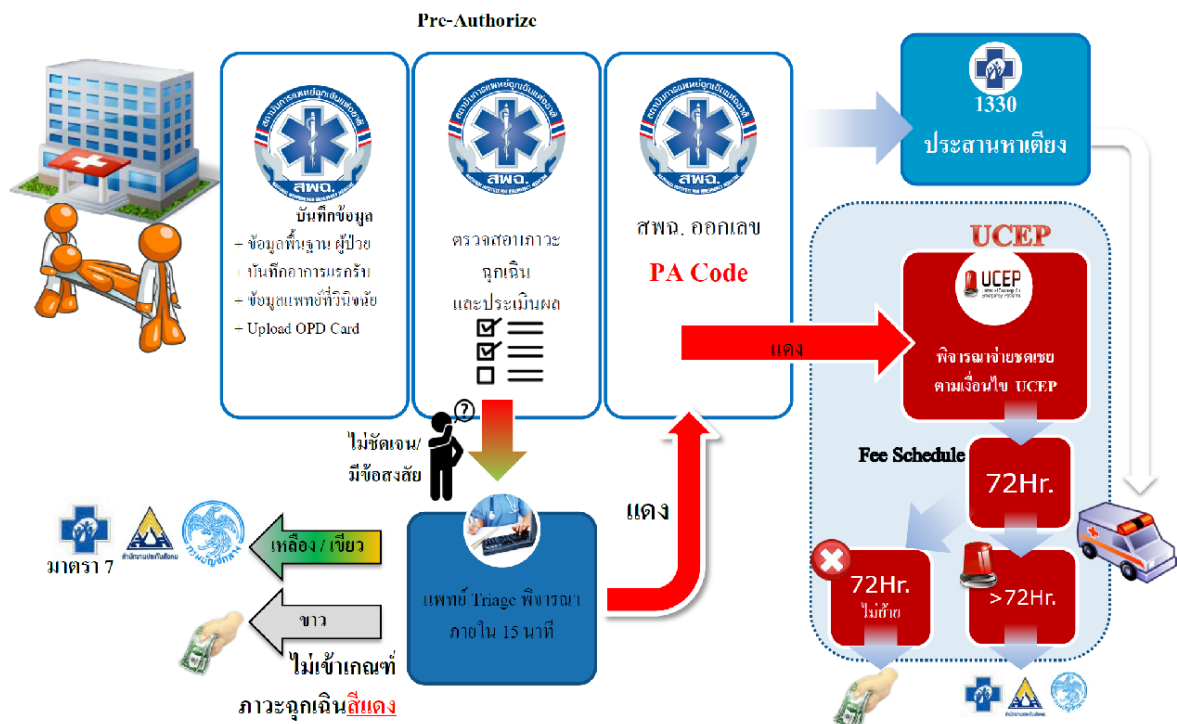
ความแออัดของบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐใหญ่ๆ รวมถึงการขาดความเชื่อมั่นของประชาชนที่มีต่อโรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะในเมืองใหญ่และกรุงเทพมหานคร ทำให้ประชาชนจำนวนไม่น้อยเลือกไปใช้บริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนเพราะมั่นใจว่าจะได้รับบริการอย่างทันที่และได้รับบริการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน แต่ก็มีผลกระทบตามมาด้านค่าใช้จ่ายที่อาจทำให้ต้องล้มละลาย หรือมีปัญหาว่าทาง โรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินมัดจำหรือถามหาสิทธิก่อนการให้บริการ จนนำมาสู่นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” ของรัฐบาลที่แล้ว แต่ก็พบกับปัญหาอุปสรรคหลายประการ ตั้งแต่ ขาดระเบียบและกฎหมายรองรับ ขาดระบบประเมินระดับภาวะฉุกเฉินที่ชัดเจน ขาดกลไกการอภิบาลระบบ รวมถึงอัตราการจ่ายที่ขาดการยอมรับจากภาคเอกชน ทำให้ประชาชนที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนยังคงถูกเรียกเก็บค่าบริการ จนมาถึงรัฐบาลปัจจุบันจึงมีการปรับปรุงมาเป็นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” โดยมีการแก้ไข พรบ.สถานพยาบาลให้มีความชัดเจนในประเด็นดังกล่าว คณะรัฐมนตรีประกาศแนวทางและอัตราค่าบริการตามรายบริการ (fee schedule) สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จัดให้มีระบบการประเมินระดับภาวะฉุกเฉินในการเข้าถึงสิทธิ (Preauthorization) จำกัดสิทธิให้เฉพาะกรณีฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือ 72 ชั่วโมง (กรณีอื่นให้เบิกจ่ายตามระบบปกติของแต่ละกองทุน) จัดระบบการส่งต่อกลับโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ โดยนโยบายใหม่นี้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560

อย่างไรก็ตาม นโยบายดังกล่าวมุ่งแก้ปัญหาในการเข้าถึงบริการฉุกเฉินวิกฤตแก่คนในเมืองใหญ่ที่มีภาคเอกชนจำนวนมากให้บริการเป็นสำคัญ แต่บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐซึ่งให้บริการคนส่วนใหญ่ของประเทศนั้นและเป็นต้นเหตุของการขาดความเชื่อมั่นจากประชาชนยังไม่ได้รับการแก้ไข ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาความเป็นไปได้และโอกาสในการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐอื่นๆ ด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์การจัดระบบบริการแผนฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (inputs, process, outputs, outcomes)
2. เพื่อประเมินความคิดเห็นและความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ หากจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐ
3. เพื่อประเมินผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

กรอบแนวคิด



ระบบการดำเนินงานตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน มีสิทธิ์ทุกที่” หรือ UCEP ในปัจจุบัน คือ มีระบบ Pre-authorization ประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยจำแนกตาม 25 กลุ่มอาการ โดยนโยบายนี้คุ้มครองพิเศษให้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสีแดง คือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ส่วนกรณีที่เป็นฉุกเฉินเร่งด่วนหรือฉุกเฉินไม่เร่งด่วน (สีเหลืองและเขียว) นั้นให้ไปใช้สิทธิตามระบบปกติของแต่ละกองทุน ทั้งนี้ หากเป็นสีแดงจะได้รับการคุ้มครอง

ไม่ให้ต้องเสียเงินในการไปใช้บริการไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาลใดจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือ 72 ชม. และโรงพยาบาลจะได้รับการชดเชยตามอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) ทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ส่วนกรณีพ้นภาวะฉุกเฉินแล้วก็ให้ย้ายกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดเดิมหรือโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ ในปัจจุบันระบบนี้ครอบคลุมเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่เป็นคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพ แต่เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบจะนำไปขยายในโรงพยาบาลในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐในปัจจุบัน โดยเป้าประสงค์เชิงนโยบายคือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และลดการตายที่ไม่สมควรหรือป้องกันได้ลง

ระเบียบวิธี

อาศัยหลากหลายระเบียบวิธีผสมผสานระหว่างระเบียบวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. กฎบัตรสุขภาพ และเอกสารเชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ รวมถึงการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวทั้งของไทยและต่างประเทศ โดยเน้นองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ข้อแรก เพื่อช่วยออกแบบประเด็นสำรวจเชิงปริมาณและสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ การสืบค้นวรรณกรรมจะอาศัยองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพตามเอกสารองค์การอนามัยโลก (health systems building blocks) เป็นแนวทาง

2. การสำรวจเชิงปริมาณ มุ่งหมายเพื่อ

2.1 ประเมินสถานการณ์การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ทั้งในประเด็นเรื่องปัจจัยนำเข้า การจัดระบบบริการ ผลงานการให้บริการจำแนกตามระดับความรุนแรง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เสียชีวิตใน 30 วัน ใช้บริการห้องฉุกเฉินซ้ำซาก ระยะเวลาที่ผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉินโดยไม่ได้รับการดูแลจากแพทย์ เหล่านี้เป็นตัวอย่างดัชนีที่นิยมใช้ในต่างประเทศ¹)

2.2 ประเมินทางเลือกเชิงระบบเพื่อพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินในอนาคต เช่น วิธีการจ่ายแบบเน้นคุณภาพบริการมากกว่าปริมาณบริการโดยบูรณาการผลลัพธ์หลายด้านเข้าด้วยกันได้แก่ ก) ผลลัพธ์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ข) การใช้ทรัพยากร ค) การพัฒนาคุณภาพบริการ ง) ระบบสารสนเทศในด้านความครบถ้วนถูกต้อง ทันสมัย^{2 3 4}

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาทางคลินิก หรือ UHOSNET ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และจัดระบบบริการได้อย่างมีมาตรฐานใกล้เคียงกับโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน JCI (เนื่องจากข้อค้นจากการประเมินนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” ของรัฐบาลที่แล้ว และนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ของรัฐบาลปัจจุบัน บ่งชี้ความเชื่อถือของประชาชนต่อ โรงพยาบาลเอกชนที่ได้มาตรฐาน JCI หรือใกล้เคียง ในระดับสูง จนเชื่อว่าเป็นเหตุให้มีการจงใจใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่คำนึงถึงระยะทางจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล)

3. วิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและบริการผู้ป่วยในที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต เพื่อให้เข้าใจภาระการให้บริการห้องฉุกเฉินจำแนกตามระดับความเร่งด่วนและบริการผู้ป่วยในที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต ในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มีความพร้อมของระบบข้อมูลและสามารถเชื่อมข้อมูลห้องฉุกเฉินกับบริการผู้ป่วยในเพื่อแยกแยะประเภทการมาโรงพยาบาลเพื่อดูขนาดของการใช้

บริการ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงและใช้ในการประมาณการผลกระทบด้านการเงินหากขยายนโยบายนี้
ครอบคลุมไปยังโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการจัดสรรทรัพยากรและ
การออกแบบระบบการจ่ายค่าชดเชยโรงพยาบาลที่บรรลุประโยชน์หลายด้านพร้อมๆ กันไปได้แก่ ก) ผลลัพธ์
ต่อสุขภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ข) การใช้ทรัพยากร ค) การพัฒนาคุณภาพบริการ ง) ระบบสารสนเทศในด้าน
ความครบถ้วน ถูกต้อง ทันสมัย

4. ศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษาดูงาน สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม กับผู้บริหารและผู้
ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (ผู้อำนวยการ/รอง หัวหน้า
แผนกห้องฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลห้องฉุกเฉิน)

พื้นที่เป้าหมาย โรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน/เป็นศูนย์แพทยศาสตร์
ศึกษาทางคลินิก/กลุ่ม UHOSNET ภาคละ 2 แห่ง รวมเป็น 8 แห่ง

ประเด็นการศึกษา การจัดระบบบริการของโรงพยาบาล การจัดการกำลังคน ระบบข้อมูล ผลการ
ให้บริการ ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ผลกระทบจากนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ต่อโรงพยาบาลรัฐ
และความเห็นต่อการขยายนโยบายดังกล่าวไปยังภาครัฐ

5. จัดเวทีระดมความคิดเห็นต่อการพัฒนาและการขยายนโยบาย UCEP ไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ที่
เชื่อว่าจะมีแนวทางและความเป็นไปได้เพียงใด รวมถึงจะมีผลกระทบและผลได้เพียงใด

ผลการศึกษา





บททวนวรรณกรรม และเอกสาร เชิงนโยบายและแนวทางปฏิบัติ

การเข้าถึงและการระดมทุน

หลังจากการดำเนินนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ ยูเซฟ (เมษายน 2560 ถึง ธันวาคม 2560) ช่องว่างการเข้าถึงสิทธิการรักษาซึ่งจัดโดยโรงพยาบาลเอกชนใน 72 ชั่วโมงแรกลดลงชัดเจนจากเดิมที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ (CSMBS) เข้าถึงได้มากที่สุด (59.8%) ทั้งๆ ที่มีสัดส่วนน้อยที่สุด (8.6%) ในบรรดาประชากรผู้มีสิทธิทั่วประเทศในกลุ่มสามกองทุนรักษาพยาบาลภาครัฐ (บัตรทอง ประกันสังคม และ ข้าราชการ)⁵ กลายมาเป็นผู้ป่วยสิทธิบัตรทองมีสัดส่วนการเข้าถึงมากที่สุด (65.7%)⁶ ⁷ ในอีกด้านหนึ่งมีความไม่ชัดเจนว่า ในแต่ละวันคนไทยทั้งประเทศที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้าถึงบริการได้สักเพียงใด การเข้าถึงบริการฯ ของภาครัฐแตกต่างจากของเอกชนหรือไม่ คุณภาพบริการเป็นอย่างไร ถ้ารัฐเลือกซื้อบริการของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มโอกาสคนเมืองให้เข้าถึงบริการฯ มากขึ้น แล้วคนชนบทจะได้รับโอกาสนี้หรือไม่

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย⁷ วิเคราะห์ข้อมูลการชดเชยค่าบริการให้โรงพยาบาลเอกชนกรณียูเซฟพบว่า ระหว่างเมษายน 2560 ถึง ธันวาคม 2560 ใช้เงินไป 150 ล้านบาท สำหรับผู้ป่วย 5,415 ราย โดยแต่ละรายโดยเฉลี่ยเป็นผู้ป่วยที่มีระดับความซับซ้อน (case mix index¹) 1.35 ซึ่งเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าตัวเลข 3.12 ของผู้ป่วยฉุกเฉิน (สีแดง/ชมพู) ในความดูแลของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 8 แห่งของกระทรวงสาธารณสุข ปีเดียวกัน ขวัญประชาคาดประมาณว่า เฉพาะ รพศ. และ รพท. ของกระทรวง

¹ CMI แสดงค่าเฉลี่ย DRG relative weight ของรพ.หนึ่งๆ

สาธารณสุข ในปี 2560 รับผิดชอบฉุกเฉิน (สีแดงหรือชมพู) 715,344 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 22 ของผู้ป่วยในทั้งหมด (3.3 ล้านคน) ถ้ารัฐจะซื้อบริการจากโรงพยาบาลเหล่านี้ด้วยอัตรา 10,000 บาท ต่อRW ให้ครอบคลุมจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวคาดว่าจะ ในปี 2560 จะต้องใช้เงิน 22,307 ล้านบาท

รายงานชิ้นหนึ่งจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยระบุว่า เติบโตส่งผลให้การรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉินเข้านอนโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความยากลำบากเคียงคู่กับภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน⁸ จึงบ่งชี้ประเด็นการเข้าถึงและคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลภาครัฐ ในทางตรงกันข้ามโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขอาจมีปัญหานี้น้อยกว่ามากแต่ก็ไม่แน่ชัดว่า คุณภาพบริการที่ห้องฉุกเฉินแตกต่างกันหรือไม่⁹ ทำนองเดียวกันกายภาพอันดูหรูหราของโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐก็อาจไม่ใช่หลักประกันคุณภาพบริการเสมอไป กล่าวคือ ในมุมมองของประชาชน ดูเหมือนความไว้วางใจต่อคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่มีมากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กและโรงพยาบาลภาครัฐ⁶ จึงเกิดการลัดข้ามจากโรงพยาบาลใกล้บ้านไปยังโรงพยาบาลที่พวกเขาไว้วางใจมากกว่า

กลไกการเงินการคลัง

ถ้าเชื่อในอำนาจการเงินการคลังต่อการบันดลให้การเข้าถึงบริการและคุณภาพบริการเพิ่มขึ้น ในสหรัฐอเมริกา การวิเคราะห์ตัวอย่างข้อมูลห้องฉุกเฉิน 1.4 ล้านราย พบว่า Affordable Care Act อาจทำให้คนที่ไม่เคยมีประกันสุขภาพเข้าถึงบริการผ่าตัดฉุกเฉินได้มากขึ้นและเร็วขึ้นกว่าเดิม¹⁰ นอกจากนี้ กฎหมายฉบับนี้ ยังอาจทำให้ผู้บาดเจ็บเข้าถึงบริการได้มากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มคนจน¹¹ ต่อมารัฐบาลสหรัฐฯ นำวิธีการตอบแทนแพทย์จากเดิมจ่ายแบบ fee-for-service กลายเป็นการจ่ายโดยผูกกับคุณภาพบริการให้มากขึ้น (value-based payment) ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดสี่ด้านผสมผสานกันได้แก่ คุณภาพบริการ การใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่า กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ และระบบสารสนเทศ¹¹ แต่ละด้านมีน้ำหนักคะแนนซึ่งรวมกันเป็นร้อยละเต็ม ในหลักการการนำวิธีจ่ายแบบนี้มาใช้จะเป็นไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอนโดยกำหนดน้ำหนักคะแนนของแต่ละด้านแตกต่างกันดังรูป และคาดหวังว่า วิธีการจ่ายเช่นนี้ (the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) จะสร้างแรงจูงใจทางการเงินแก่แพทย์ผู้ปฏิบัติงานห้องฉุกเฉินและสถานพยาบาลให้บริการเชื่อมโยงกับผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเฉพาะทาง (เช่น regional trauma care) และผู้ป่วยใน (นั่นคือ เป็นส่วนหนึ่งของบริการไร้รอยต่อ)

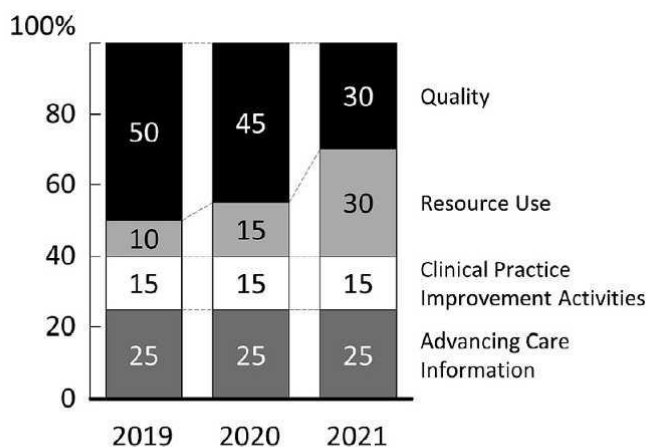


Figure. Percentage weight of 4 MIPS categories over time.

ประเด็นเรื่องความเชื่อมโยงดังกล่าว มาจากหลักคิดและหลักฐานสนับสนุนว่า บริการห้องฉุกเฉินครอบคลุมประชากรที่มีความต้องการหลากหลายซึ่งอาจจำแนกเป็นสี่ประเภทได้แก่¹² ก) การดูแลผู้ป่วยในภาวะเร่งด่วนเฉียบพลันและซับซ้อน ข) บริการวินิจฉัยภาวะที่มีความไม่แน่นอนสูง ค) บริการพื้นฐาน (เช่น ผู้ป่วยปวดหัวตัวร้อน อุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ) ง) บริการทางสังคมและจิตใจ (แก่คนไร้ที่พึ่ง ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนตัวเองอ่อนล้าทั้งกายและใจ เป็นต้น) ทั้งนี้ แต่ละประเภทอาจไม่ได้แยกได้เด็ดขาดตายตัว ความซับซ้อนของผู้ป่วยเช่นนี้ย้ำเตือนว่า ลำพังห้องฉุกเฉินไม่อาจรับมือกับความต้องการของผู้ป่วยเหล่านี้ได้เบ็ดเสร็จ ดังนั้นกลไกทางการเงินการคลังควรได้รับการออกแบบโดยคำนึงถึงบทบาทหน้าที่ดังกล่าวของห้องฉุกเฉินโดยรอบด้าน

ประการสุดท้าย รายงานเบื้องต้นของ ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย⁷ นำไปสู่การอภิปรายระหว่างผู้ได้เสียหลายฝ่ายซึ่งรวมผู้แทนจากโรงพยาบาลเอกชน โดยมีข้อยุติเบื้องต้นว่า ในระยะยาววิธีจ่ายแบบ fee-schedule ที่กำลังใช้ในการดำเนินนโยบายยูเซพน่าจะไม่ยั่งยืนเนื่องจากเป็นภาระมากแก่ฝ่ายโรงพยาบาลเอกชนและกองทุนในการปรับปรุงวิธีการบันทึกซึ่งนับวันรายการข้อมูลชื่อและประเภทของยาและวัสดุทางการแพทย์จะเพิ่มขึ้นพร้อมความหลากหลายไม่สิ้นสุด เสี่ยงต่อการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน นอกจากนี้ ยังมีข้อสังเกตจากการอภิปรายว่า รายการวัสดุทางการแพทย์มีความหลากหลายกว่ารายการยามาก สะท้อนให้เห็นความแปรปรวนของวิธีการให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน จึงนำไปสู่ความกังวลต่อคุณภาพบริการ และท้าทายต่อการควบคุมคุณภาพบริการ ดังนั้น หลักคิดการจ่ายชดเชยบริการโดยผูกโยงกับคุณภาพบริการดังตัวอย่างในสหรัฐฯ ที่กล่าวมาจึงเป็นทางเลือกที่น่าสนใจ ถ้าจะมีการทบทวนวิธีจ่ายค่าชดเชยบริการแก่โรงพยาบาลเอกชน หรือคิดจะจ่ายเพิ่มเติมในกรณีโรงพยาบาลรัฐในอนาคต



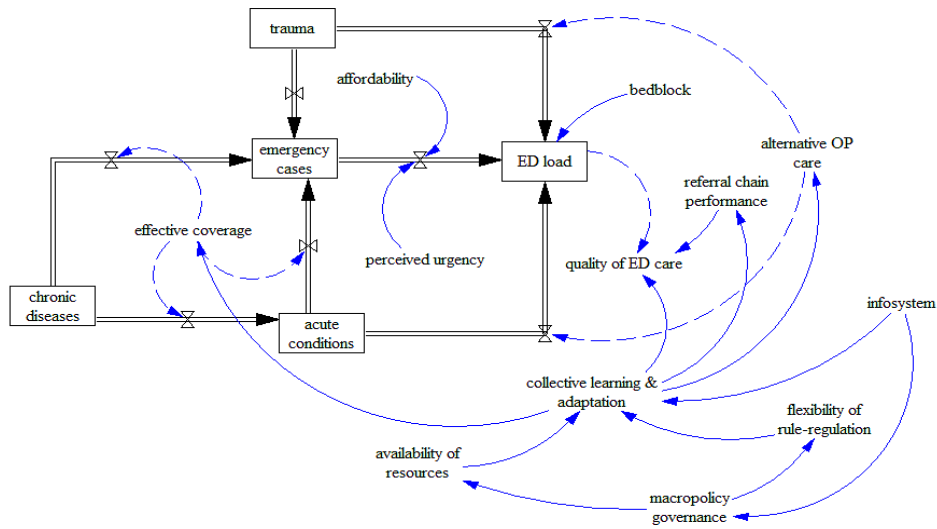
ศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการศึกษาดูงาน สัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม


อาศัยแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือกลุ่มสนทนาดังปรากฏในภาคผนวก ทำให้ค้นพบว่า ในภาครัฐ ทัศนคติของผู้บริหารโรงพยาบาลแพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉิน พยาบาลหัวหน้าห้องฉุกเฉิน แพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวน 17 ท่าน (ดังตารางในภาคผนวก) เห็นว่าภาระงานของห้องฉุกเฉินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการให้บริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งอาจประมวลสรุปได้ดังรูป 1

รูป 1 พยายามบอกว่า ภาระงานห้องฉุกเฉิน (ED load) เป็นผลจากการใช้บริการของผู้ป่วยสามประเภทได้แก่ บาดเจ็บ (trauma) ภาวะเฉียบพลัน (acute conditions) และภาวะเรื้อรัง (chronic diseases) โดยอาจแปรสภาพเป็นภาวะฉุกเฉิน (emergency cases) หรือไม่ได้ อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยภาวะเรื้อรังหรือเฉียบพลันที่ไม่ฉุกเฉินจะลดลงถ้าการดูแลที่มีประสิทธิภาพครอบคลุมทั่วถึง (effective coverage) ในขณะที่อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยฉุกเฉินจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยประเมินว่าตนเองมีอำนาจซื้อ (affordability) เพียงพอหรือเมื่อตนอยู่ในภาวะเร่งด่วน (urgency) สำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจะใช้บริการห้องฉุกเฉินน้อยลงถ้ามีบริการทางเลือก (alternative OP care) เช่น คลินิกนอกเวลา การให้คำปรึกษาทางไกล เป็นต้น ภาระงานห้องฉุกเฉิน (ที่มากเกินไปจนอัตรากำลังคน) เป็นเงื่อนไขขั้นทอนคุณภาพบริการ (quality of ED care)

อย่างไรก็ตาม กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการโดยอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันของทีมงาน (collective learning and adaptation) เป็นเงื่อนไขยกระดับคุณภาพบริการห้องฉุกเฉิน โดยที่กระบวนการนี้ขึ้นอยู่กับระบบสนับสนุนอันได้แก่ ระบบสารสนเทศ (infosystem) ความยืดหยุ่นของกฎระเบียบทางการเงินหรือบุคลากร (flexibility of rule-regulation) การอภิบาลระบบระดับมหภาค (macropolicy governance) และทรัพยากรคน-เงิน-ของ (availability of resources)

รูป 1 Stock-flow และ Causal loop diagram แสดงภาระงานของห้องฉุกเฉิน (ED load) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสมรรถนะการให้บริการห้องฉุกเฉิน



หมายเหตุท้ายรูป 1 ลูกศรเส้นทึบแสดงความสัมพันธ์ทางบวก และลูกศรเส้นประแสดงความสัมพันธ์ทางลบ กล้องสี่เหลี่ยมแทนปริมาณผู้ป่วยแต่ละประเภทหรือภาระงาน ลูกศรเส้นคู่แสดงการไหลของปริมาณผู้ป่วยจากกล่องหนึ่งไปยังอีกกล่องหนึ่งโดยอัตราการไหลถูกควบคุมด้วยสัญลักษณ์ 

ถัดจากประมวลสรุปข้างต้น ในรายละเอียดเชิงประเด็น ปรากฏข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงคุณภาพที่ชี้ประเด็นเกี่ยวกับการขยายผลนโยบายยูเซพ ดังนี้

ภาระงาน

ห้องฉุกเฉินรับภาระในการดูแลผู้ป่วยหลากหลายประเภทคล้ายกับที่ปรากฏรายงานในต่างประเทศ ดังกล่าวแล้วในบทบทวนวรรณกรรม นั่นคือ ห้องฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินสีแดง/ชมพู (คะแนน ESI 1-2) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง จากการบาดเจ็บ หรือ จากภาวะเฉียบพลัน ขณะเดียวกันก็ยังคงให้บริการผู้ป่วยที่ไม่ได้มาด้วยภาวะฉุกเฉิน โดยที่ผู้ป่วยมาด้วยตนเอง หรือ ถูกส่งมาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาลหรือจากสถานพยาบาลภายนอก

“ผมมองว่า โรงพยาบาลเหมือนวัดและเหมือนโรงเรียน หน้าที่ของคุณนอกจากให้บริการตามภารกิจวิชาชีพคุณต้องทำ Public Education เพื่อให้อนาคตมันไม่ได้แย่มาก ผู้ป่วยที่ไม่มีระดับความรุนแรงหรือระดับความรุนแรงต่ำแค่คิดที่ตรงนี้คือโอกาสที่เราจะทำ Public Education ด่วนคืออะไร ฉุกเฉินคืออะไร วินัย การเข้ารับบริการคืออะไร”...แพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ยิ่งภาระการดูแล (ED load) มากเท่าใด คุณภาพบริการ (quality of ED care) ยิ่งลดลง สำหรับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ภาวะเตียงเต็มโดยเฉพาะแผนกอายุรศาสตร์ทำให้ห้องฉุกเฉินไม่อาจส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในได้ภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงยาวนานมากเกินจำเป็น เพื่อบรรเทาภาระของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลมีความพยายามแก้ไขหลายวิธี ได้แก่ การเปิดบริการผู้ป่วยนอกหลังเวลาราชการจนถึง

เที่ยงคืน การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลรัฐด้วยกันโดยอาศัยความสัมพันธ์อันดีระหว่างกันเคียงคู่กับระบบจัดสรรพื้นที่รับผิดชอบประชากรเป้าหมาย

“ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้เราแต่ไม่ใช่สิทธิ์ที่เราจะมาใช้บริการ แต่เราก็ให้ใช้สิทธิ์ฉุกเฉิน... แต่ถ้าเป็นประกันสังคมจะค่อนข้างเข้มงวด จะไม่ได้ให้ admit ง่ายๆ... จะมีเบดบล็อก (ภาวะเตียงเต็ม... ผู้วิจัย) สูง เพราะว่าคุณส่วนใหญ่จะเป็นเคส medicine... เมื่อไหร่ที่สิทธิ์เป็นที่อื่นจะรีเฟอร์ทันทีในวันนั้น” ...หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

นับตั้งแต่นโยบายยูเซพมีผล เชื่อว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งจากโรงพยาบาลเอกชนมาใช้บริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐเหล่านี้แต่เนื่องจากที่ทำงานไม่ได้มีระบบแยกแยะผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เช่นเดียวกับไม่ได้มีแยกแยะสิทธิประกันสุขภาพเพื่อให้บริการ โรงพยาบาลรัฐเหล่านี้จึงไม่สามารถระบุตัวเลขจำนวนผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้

คุณภาพบริการ

แม้ว่าภาระงานดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อความพยายามพัฒนาคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐเหล่านี้ก็พยายามจัดกระบวนการพัฒนาและธำรงรักษาคุณภาพบริการโดยอาศัยหลักการเรียนรู้ร่วมกันจากประสบการณ์และหลักฐานเชิงประจักษ์เท่าที่จะมีกำลังจัดหาได้ (collective learning & adaptation)

กระบวนการฯ อันเป็นที่นิยม น่าจะได้แก่ การเสวนา/ประชุมวิชาการภายในห้องฉุกเฉินและระหว่างห้องฉุกเฉินกับแผนกอื่นๆ เช่น mortality-morbidity conference, trauma audit การจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ภาวะหลอดเลือดสมองตีบฉับพลัน ภาวะหลอดเลือดหัวใจอุดตันฉับพลัน ภาวะบาดเจ็บช่องท้อง ฯลฯ , การฝึกอบรมบุคลากร

เนื้อหาความรู้ที่นำมาใช้พัฒนาส่วนใหญ่ได้จากประสบการณ์ทำงาน (tacit knowledge) น้อยมากที่จะเกิดจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ทั้งนี้ อาจจะเนื่องจากบุคลากรจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรให้กับกิจกรรมวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูล โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นตัวอย่างกรณียกเว้นที่สามารถวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลมาใช้พัฒนางานได้มากกว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเข้าถึงและสามารถระดมเงินจากแหล่งเงินที่มีความยืดหยุ่น เช่น องค์กรอนามัยโลก ใจกล้า สสส. เป็นต้น

“back office ของทั้งแพทย์และพยาบาล ของแพทย์ระบบ back office ยังไม่ค่อย support สักเท่าไร...แต่ทำเอกสารวันต่อวันที่เข้า-ออกก็หมดเวลาแล้ว และอีกคนเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยวิจัย ก็จะทำเรื่องวิจัยเป็นหลัก อีกคนทำ audit chart”...หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้านบุคลากร

ภาระงานมากกว่าปริมาณบุคลากรน่าจะเป็นปัญหาภายในส่วนของโรงพยาบาลใหญ่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ ภาวะนี้เกี่ยวข้องกับนโยบายที่กำหนดให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขรับดูแลผู้ป่วยแบบไร้ขีดจำกัด

“ภาระงานของผมถ้าเทียบกับภาระงานในกระทรวง ผมว่าเทียบกันไม่ได้ ผมว่าประมาณ 60% ของกระทรวงมั่ง แล้วคนกระทรวง งานล้นมืออยู่แล้ว เหนื่อยอยู่แล้ว เพราะผมเคส UC70% ของกระทรวง 90%

เหมือน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ อัตรากำลังคนใน ER ก็ต่างกัน เค้าไม่มี Staff อยู่ 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่เป็น intern พยาบาลก็ระดับหนึ่ง แล้วส่วนใหญ่รับเฟอร์หมด ไม่มีค่าว่าเตียงเต็ม พุดตรงๆ งานก็ทำไม่ทันแต่จะเอาคุณภาพไปใส่อีก ผมว่าคนจะรู้สึกว่าได้”...รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

“ที่นี้พยาบาลอยู่กันเดือนละ 30 กว่าเวร เพราะงานที่นี้มีหลายหน้า (บริการในห้องฉุกเฉิน บริการในรถพยาบาล ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย บริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ เป็นต้น...ผู้วิจัย)”...รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

ข้อจำกัดประการหนึ่งในการแก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากรคือ ข้อจำกัดทางการเงิน

“เงินมีส่วน ค่าตอบแทนหากสามารถ defense ได้เยอะว่าเราทำงานมากกว่า ก็น่าจะได้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น หากผ่านจุดนี้ไปได้ก็จะอยู่ตัว หากปล่อยให้สภาพ middle (หมายถึง แพทย์ หรือ พยาบาลวัยกลางคน...ผู้วิจัย) หายไปเรื่อยๆ ก็จะทำให้ซีเนียร์ (หมายถึง แพทย์ หรือ พยาบาลอาวุโส...ผู้วิจัย) แกว่งไปด้วยเพราะอยู่ร่วมเวรกับเด็กอายุ น้อยๆ ลำบาก”...หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ตำแหน่งงานข้าราชการอันจำกัดก็เป็นอุปสรรคต่อการธำรงรักษาพยาบาล และโดยที่ตำแหน่งงานกำหนดมาจากส่วนกลางทำให้ตอบสนองความต้องการบุคลากรของโรงพยาบาลได้ไม่ทันการณ์

“ตอนนี้ที่ ER มีพยาบาลเป็นข้าราชการหมด ได้รับบรรจุช่วงที่กระทรวงปล่อยมาทีละ 3 อัน ตอนนี้เหลือ 1 คนที่เพิ่งจบเข้ามาใหม่ เมื่อเค้าได้เข้าเป็นระบบราชการความผูกพันก็จะเพิ่มขึ้น ถ้ายังเป็นลูกจ้างชั่วคราวหรือพนักงานกระทรวงเค้าพร้อมจะโยกกันไป”...หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

“ในภาครัฐมีสองกรณีคือ การขาดบุคลากรวิชาชีพพยาบาลมีภาระงานค่อนข้างสูง ระบบราชการถูกกำหนดโดยตำแหน่งของ กพ. จะแก๊ยก การจ้างคนเพิ่มตอนนี้ก็ถูกควบคุมโดยกระทรวงการคลัง ประเด็นที่สองที่กล่าวถึงเรื่องแพทย์อาวุโสหน่อยทางนี้แก้ได้แล้ว... ต้องปลดล็อกเรื่องโครงสร้างอัตรากำลัง เนื่องจากห้องฉุกเฉินเหมือนช่องเก็บเงินทางด่วนเวลาเร่งด่วนหากไม่เปิดช่องเก็บเงินเพิ่มขึ้นก็แย่”...แพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี

ด้านการเงิน

ปริมาณเม็ดเงินในระบบบริการภาครัฐเป็นข้อจำกัดประการหนึ่งในการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งน่าจะสัมพันธ์กับอัตราการขาดเซยของกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐโดยเฉพาะบัตรทอง และการจัดความสัมพันธ์ทางการเงินระหว่างโรงพยาบาลรัฐด้วยกัน

“ปัญหาคืออาจจะไม่มีเงินพอในการที่จะไปลงทุนในอนาคต ซึ่งก็เป็นภาพรวมของคณะฯ กับโรงพยาบาล อีกอย่างที่กำลังประสบปัญหาในระดับหนึ่งคือเรื่องของการบริหารจัดการหนี้ ต้องเรียนว่า 70% ของผู้ป่วยในเป็นสิทธิรักษาถ้วนหน้า (บัตรทอง...ผู้วิจัย) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่รีเฟอร์มาก็เป็นตัวแดงทั้งนั้น... เฉพาะ 3 จังหวัดที่ใกล้ๆ นี้ รพ.ใหญ่ๆ ประมาณ 100 กว่าล้าน ... เราก็ลำบากเหมือนกัน มันเป็นที่แบกรับของรัฐ จะไปทวงแบบเอกชน เช่น ถ้าไม่จ่ายจะขึ้นดอกเบี้ย มันก็ทำไม่ได้” ...รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นอกจากนั้นวิธีการบริหารการเงินของโรงพยาบาลรัฐก็อาจเป็นประเด็นในแง่การรั่วไหลของเม็ดเงินหรือการใช้เงินไม่คุ้มค่า ความยืดหยุ่นทางการเงินและการบริหารบุคคลทำให้การคิดค้นและดำเนินการ

แก้ปัญหาภาระงานเป็นไปอย่างเชื่องช้าและในขอบเขตจำกัด เมื่อเทียบกับภาคเอกชนที่สามารถเปิดบริการแพทย์เฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง 365 วัน

“ภาครัฐหละหลวมกว่า ภาคเอกชนทั้งหมดอยู่แล้วเป็นทุนเดิม ฉะนั้นการที่เราจะเพิ่มเม็ดเงินเข้าไปในระบบ โดยที่เม็ดเงินนั้นไม่ได้พึ่งสวัสดิการประสงค้มาด้วย ต่อให้มีปริมาณที่เพิ่มขึ้น การจัดการทางการเงินและกลไกก็มีเวส (การสูญเปล่าหรือไม่คุ้มค่า...ผู้วิจัย) 1 ใน 8 เวส มีแน่นอน แล้วมันจะทำให้เราไม่คุ้ม”...แพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

“...แต่หน่วยงานตอนนี้เขาไม่สามารถไปทำตรงนี้ (พัฒนาคุณภาพ) ได้เพราะงานมันล้นมืออยู่แล้ว เห็นด้วยในหลักการแต่ไม่มีคนพอที่จะทำ เคยไปดูงานโรงพยาบาลที่เขาได้รางวัล HA เขามีทีมทำงานเรื่องนี้โดยตรง เช่น โรงพยาบาลขอนแก่นของมีทีมทำเรื่อง trauma โดยตรง แต่ต้องมีคนเพียงพอ เงินที่ได้มาอย่างเดียวไม่พอ ต้องมีความยืดหยุ่นเพียงพอในการใช้เงิน”...รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

“ปัจจุบัน โรงพยาบาลมีคลินิกนอกเวลาแต่ก็เป็นต้นทุนของ โรงพยาบาลอยู่ดี และต้องทำภายใต้ระเบียบเงินบำรุงของกระทรวงสาธารณสุขทำให้มีข้อจำกัดในการหาแพทย์และพยาบาลมาอยู่เวร แต่หากสามารถ outsource ให้คนนอกทำได้ก็น่าจะดี” ..รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี

การจัดสรรเงินระหว่างหน่วยงานภายในโรงพยาบาลรัฐแต่ละแห่งก็อาจเป็นอุปสรรคทางการเงินด้วยเช่นกัน

“จะต้องการเม็ดเงินที่ควบคู่กับสวัสดิการประสงค้ ไม่ใช่คล้ายเอกชนที่มีเม็ดเงินเข้ามาแล้วกองรวม จัดสรรใกล้เคียงแบ่งเหว็ดแล้วจัดสรรเอาเงินไป ระบบเราไม่ใช่ มันไม่ smart ขนาดนั้น” ...แพทย์หัวหน้าห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ကမ္ဘာ



แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกหรือกลุ่มสนทนา

1. ขั้นตอนปฏิบัติตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินเป็นอย่างไร
 - 1.1 ในห้องฉุกเฉิน....บันทึกเวลาสำหรับกิจกรรมต่างๆ เช่น พบแพทย์ preauthorization
 - 1.1.1 เมื่อรับเป็นผู้ป่วยใน.....บันทึกเวลาสำหรับกิจกรรมต่างๆ เช่น เข้าห้องผ่าตัด
 - 1.1.2 การส่งต่อภายใน 72 ชั่วโมง.....เกณฑ์ 72 ชั่วโมงใช้ได้เหมาะสมกับผู้ป่วยทุกประเภท จริงหรือ
 - 1.1.3 เจาะรูปธรรมด้วย หัวใจล้มเหลว หมดสติ ช็อคเพราะตกเลือด หัวใจล้มเหลว
 - 1.2 การดูแลผู้ป่วยที่ได้คะแนน ESI 3 ซึ่งอาจถดถอยเป็น 1 หรือ 2 เป็นอย่างไร
 - 1.3 ขั้นตอนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบันเทียบกับสมัยรัฐบาลยิ่งลักษณ์ เหมือนหรือต่างกันอย่างไร
 - 1.3.1 เกณฑ์ตัดสินว่าเข้าข่ายฉุกเฉิน
 - 1.3.2 เกณฑ์ตัดสินว่าเข้าข่ายส่งต่อ
 - 1.3.3 ค่าตอบแทนบริการ.....fee schedule vs DRG ; mixed: fee schedule in ER, DRG for IPD/definitive care
 - 1.3.4 การเบิกจ่ายค่าตอบแทนบริการ
 - 1.3.5 อื่นๆ
2. ระบบสารสนเทศรองรับบริการ/การเงินดังกล่าวเป็นอย่างไร
 - 2.1 ระบบกระดาษ/อิเล็กทรอนิกส์
 - 2.2 Audit: financial, clinical, data
 - 2.3 ถ้าให้เปิดเผยข้อมูลเหล่านี้เพื่อปรับปรุงนโยบาย จะเป็นไปได้ได้อย่างไร
3. ในแต่ละเวร เข้า บ่าย ดึก วางอัตรากำลังคนรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างไร
 - 3.1 ภาระงานกับอัตรากำลังคนได้สมดุลหรือไม่ เพียงใด
 - 3.2 ถ้าอัตรากำลังน้อยกว่าภาระงาน โรงพยาบาลแก้ไขอย่างไร มีข้อจำกัดอะไร
 - 3.3 การหมุนเวียนบุคลากรออกจากห้องฉุกเฉินเป็นเรื่องน่ากังวลหรือไม่ แก้ไขอย่างไร
4. เงื่อนไขทางการเงิน เป็นอุปสรรคหรือตัวช่วยอย่างไรในการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินในด้านกำลังคน รูปแบบบริการ คุณภาพบริการ
5. สิ่งต่อไปนี้มีคามหมายอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบัน
 - 5.1 กฎเกณฑ์ของ สพล.
 - 5.2 พรบ.สถานพยาบาล 2541
 - 5.2.1 การประกาศราคาบริการให้ผู้ป่วยรับทราบปฏิบัติอย่างไร
 - 5.3 เกณฑ์ค่าตอบแทนของแพทยสภา
 - 5.4 กฎเกณฑ์ของ สปสช. ในฐานะ clearing house
 - 5.5 วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
6. ปัญหาอุปสรรค
7. ข้อเสนอแนะ

ลักษณะผู้ให้สัมภาษณ์

ตำแหน่งหน้าที่ของผู้ให้สัมภาษณ์ในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

ตำแหน่ง	หน่วยงาน
หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา
หัวหน้าพยาบาล ER	โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา
พยาบาล ER	โรงพยาบาลศูนย์พระนครศรีอยุธยา
รองผอ.ฝ่ายการแพทย์	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
พยาบาล Refer	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
พยาบาล ER	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
พยาบาล Refer	โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
พยาบาลหัวหน้าฝ่ายฉุกเฉิน	โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง
Resident ER ปี1	โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง
หัวหน้าภาคเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พยาบาลหัวหน้าฝ่ายฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
หัวหน้างานกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	โรงพยาบาลหาดใหญ่
พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	โรงพยาบาลหาดใหญ่
พยาบาลชำนาญการ Refer	โรงพยาบาลหาดใหญ่
พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	โรงพยาบาลหาดใหญ่
ผู้ช่วยคณบดี ฝ่ายโรงพยาบาล	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รักษาการหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พยาบาล ER	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	โรงพยาบาลอุดรธานี
อาจารย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พยาบาลห้องฉุกเฉิน	คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การสำรวจโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความคิดเห็นและความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่หากจะขยายนโยบายยูเซพให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่

ระเบียบวิธีวิจัย

ออกแบบชุดคำถามในแบบสอบถามโดยใช้ข้อค้นพบจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการศึกษาดูงาน สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม และประการสุดท้าย ประสพการณ์ของนักวิจัยในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือนักวิจัยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ทดสอบกับผู้บริหารห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขนาดใหญ่สองแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แล้วปรับปรุงคำถามในแบบสอบถามโดยอาศัยผลการทดสอบและความเห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้วิจัย 3 คนทั้งนี้พยายามให้จำนวนข้อคำถามน้อยที่สุดเท่าที่ยังครอบคลุมประเด็นได้ครบถ้วนสัมพันธ์กับดำริที่จะขยายนโยบายยูเซพมายังโรงพยาบาลรัฐ (ดูตัวอย่างแบบสอบถามใน ภาคผนวก 1)

สร้างกรอบการสุ่มตัวอย่าง (sampling frame) โดยจัดทำรายการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (M1 S A) ทั้งหมดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเครือข่ายโรงพยาบาลใหญ่ที่สุดของประเทศ และโรงพยาบาลในสังกัดอุดมศึกษาทั้งหมดที่เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่และขีดความสามารถสูงที่สุดในแต่ละภูมิภาคของประเทศ

ส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลทุกแห่งใน (2) โดยให้สื่อโปโลเป็นแรงจูงใจในการตอบรับ (response) พร้อมโทรศัพท์ติดตามภายใน 2 สัปดาห์ หากไม่มั่นใจว่าจะได้รับการตอบรับจะส่งแบบสอบถามซ้ำอีกครั้งแล้วโทรศัพท์ติดตามภายใน 2 สัปดาห์เป็นครั้งสุดท้าย

บันทึกและสอบทานความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลในแบบสอบถามแต่ละชุดโดยนักวิจัย 1 คนและพนักงานบันทึกข้อมูล 1 คนหรือและแก้ไขผลการบันทึกก่อนจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลกลุ่มนำเสนอด้วย จำนวน (%) ข้อมูลต่อเนื่องถูกนำเสนอด้วย ค่า mean (sd) เมื่อมีการกระจายตัวแบบปกติ และ ค่า median (IQR) เมื่อมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ การเปรียบเทียบข้อมูลกลุ่มใช้ สถิติ Chi2 test หรือ Fisher exact test ในขณะที่การเปรียบเทียบข้อมูลต่อเนื่องตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป ใช้ สถิติ one way ANOVA หรือ Kruskal Wallis test เมื่อมีการกระจายตัวแบบปกติและไม่ปกติ ตามลำดับ

เมื่อ ค่า P value น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีความสำคัญทางสถิติ และการศึกษานี้ใช้ โปรแกรม STATA version 0.05 ตามลำดับ

ผลการศึกษา

มีผู้ตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 91 แห่ง (70.0%) จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 131 ชุด โดยการกระจายจำนวนโรงพยาบาลแต่ละประเภทใกล้เคียงกับของประชากรเป้าหมายมาก (Table A)

การนำเสนอผลการสำรวจ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านภาระงาน ด้านศักยภาพการทำงานและด้านอุปสรรคการทำงาน

Table A Comparing percentage distribution by types of hospitals in hospital samples and target population of hospitals

Table 1 Comparing percentage distribution by types of hospitals in hospital samples and target population of hospitals

Type of hospitals	Target(%)	Response (n=91)	Response rate
M1	34(26.2)	24(26.4%)	70.6 %
S	52(40.0%)	38(41.8%)	73.1 %
A	36(27.7%)	23(25.3%)	63.9 %
University	8(6.2%)	6(6.6%)	75.0 %
All	130(100%)	91(100%)	70.0 %

Note: 12 medical schools without hospitals were excluded from the target population

Note: 12 medical schools without hospitals were excluded from the target population

ด้านบุคลากร

ด้านบุคลากรเต็มเวลา

สำหรับแพทย์พบว่า แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมีอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับและมากขึ้นตามศักยภาพของโรงพยาบาล ในขณะที่แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินเต็มเวลาพบได้เฉพาะโรงเรียนแพทย์เท่านั้น สำหรับแพทย์เพิ่มพูนทักษะเต็มเวลาพบมากที่สุด ในโรงพยาบาลระดับ M1 และน้อยลงสวนทางกับศักยภาพที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาล

ด้านพยาบาลพบว่า พยาบาลทำงานเต็มเวลาในห้องฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม จำนวนของพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency nurse) ยังปรากฏเป็นสัดส่วนที่น้อยกว่าจำนวนพยาบาลทั้งหมดอยู่มาก ถึงแม้ มีปริมาณเพิ่มขึ้นตามศักยภาพของโรงพยาบาล ก็ตาม

ด้าน เวชกรฉุกเฉิน (emergency medical technician, EMT) พบเป็นหลักเฉพาะในโรงพยาบาลระดับ M1 ถึง A เท่านั้น และยังมีปริมาณน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับวิชาชีพอื่น

ด้านเจ้าหน้าที่ธุรการพบว่า โรงพยาบาลส่วนมากไม่มีเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งนี้ ดัง ตารางที่ 1

Table 1 Number of full time staffing in emergency room by level of hospital

Personals	Hospital levels	med	(IQR)	P
Emergency physicians	M1	1	(0, 1)	<0.001
	S	1	(0, 2)	
	A	4	(2, 5)	
	University	8	(7, 10)	
EM residents	M1	0	(0, 0)	<0.001
	S	0	(0, 0)	
	A	0	(0, 0)	
	University	19.5	(18, 22)	
Interns	M1	6	(1, 11)	<0.001
	S	2	(1, 10)	
	A	0.5	(0, 2)	
	University	3	(0, 10)	
RN	M1	15	(12, 18)	<0.001
	S	17	(14, 22)	
	A	29.5	(24.5, 34)	
	University	33	(22, 44)	
Emergency nurse	M1	2	(1, 4)	0.070
	S	2	(1, 4)	
	A	4	(2.5, 6)	
	University	4	(2, 5)	
EMT	M1	2	(1, 4)	<0.001
	S	4	(2, 6)	
	A	7.5	(3, 10)	
	University	0	(0, 0)	
Paramedics	M1	0	(0, 1)	0.474
	S	0	(0, 2)	
	A	0	(0, 3.5)	
	University	0	(0, 0)	
Clerk	M1	0	(0, 3)	0.421
	S	0	(0, 0)	
	A	0	(0, 0)	
	University	0	(0, 0)	

ด้านจำนวนชั่วโมง/เวร

ผลการสำรวจไม่พบการจัดเวรเกิน 8 ชั่วโมง/เวร สำหรับ แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เวชกรฉุกเฉินและผู้ช่วยพยาบาล ในขณะที่การขึ้นเวร เกิน 8 ชั่วโมง/เวร พบในกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ นอกจากนี้ไม่พบการจัดเวรเกิน 8 ชั่วโมง/เวร ในโรงเรียนแพทย์เลย ดังตารางที่ 2

Table 2 Number (%) and distribution of hospitals where ER personnel work more than 8 hours/shift

Personals	No. of hospital*	More than 8 hours/shift		Level of hospital			
		n	(%)	M1	S	A	U
Intern	86	2	(2.3%)	1	0	1	0
Resident EM	12	0		0	0	0	0
EP	62	2	(3.2%)	1	1	0	0
RN	88	1	(1.1%)	1	0	0	0
PN	42	0		0	0	0	0
EMT	15	0		0	0	0	0
Paramedics	24	1	(4.2%)	0	0	1	0

ด้านค่าเวรนอกเวลาเจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่แพทย์

พบว่า ค่าตอบแทนนอกเวลาของพยาบาลวิชาชีพสูงสุดในสายวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ และค่าตอบแทนเพิ่มสูงขึ้นตามระดับศักยภาพของโรงพยาบาลในทุกวิชาชีพ ดังตารางที่ 3

Table 3 Overtime payment (median) per shift by level of hospital

Personnel	Hospital level	N	Bath/shift		P
			median	(IQR)	
Intern	M1	21	1600	(1100, 2200)	0.151
	S	33	1600	(1200, 2000)	
	A	21	1100	(900, 1800)	
	University	3	1000	(1600, 720)	
	All		1600	(1100, 2000)	
EP	M1	14	2450	(1800, 3300)	<0.001
	S	20	2200	(1650, 2200)	
	A	21	3300	(2400, 3300)	
	University	4	4000	(4000, 4400)	
	All		2500	(2200, 3300)	
RN	M1	24	600	(600, 660)	0.143
	S	36	625	(600, 720)	
	A	23	720	(600, 800)	
	University	5	810	(700, 810)	
	All		650	(600, 720)	
PN	M1	8	375	(360, 398)	0.017
	S	11	390	(360, 450)	
	A	16	432	(410, 490)	
	University	5	550	(350, 550)	
	All		420	(360, 465)	
Nurse aids	M1	24	300	(300, 327.5)	0.246
	S	29	300	(300, 330)	
	A	23	350	(300, 380)	
	University	3	500	(250, 620)	
	All		300	(300, 360)	
EMT	M1	7	480	(480, 550)	0.21
	S	6	480	(480, 520)	
	A	2	563	(550, 576)	
	University		NA		
	All		480	(480, 550)	
paramedics	M1	7	480	(480, 530)	0.195
	S	11	480	(480, 520)	
	A	5	600	(600, 600)	
	University		NA		
	All		480	(480, 600)	

ด้านจำนวนบุคลากรขึ้นปฏิบัติงานในเวร

ผลสำรวจพบว่า ในวันทำการ มีการจัดให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะขึ้นเวรทุกเวรแต่จำนวนแพทย์ขึ้นเวรป่วยมากที่สุด ในขณะที่ วันหยุดจัดให้มีจำนวนแพทย์เพิ่มขึ้นในเวรเช้าด้วย สำหรับแพทย์ประจำบ้านไม่มีความแตกต่างกันในวันทำการและวันหยุด ส่วนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วันทำการในโรงพยาบาลระดับ M1 และ S มีเฉพาะในเวรเช้า และไม่ขึ้นเวรป่วยดึก ในขณะที่วันหยุดไม่มีขึ้นเวรเลย แต่โรงพยาบาลระดับ A และ โรงเรียนแพทย์ จัดให้ขึ้นเวรเช้ามากที่สุดในวันทำการ ส่วนวันหยุดจำนวนแพทย์ไม่ต่างกันในแต่ละเวร

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลระดับ M1, S และ A จัดให้ขึ้นเวรเช้ามากที่สุดในวันทำการและวันหยุดได้จำนวนเพิ่มขึ้นในเวรป่วยให้เท่ากับเวรเช้า ในขณะที่โรงเรียนแพทย์จัดให้ขึ้นเวรเช้ามากที่สุดในวันทำการและจัดให้ขึ้นเวรป่วยมากที่สุดในวันหยุด

ไม่มีความแตกต่างในการจัดเวรของ PN ในโรงพยาบาลระดับ A และ โรงเรียนแพทย์ ในขณะที่ nurse aids และ เวชกรฉุกเฉินขึ้นเวรเช้าในวันทำการมากที่สุด และจัดให้เพิ่มคนในเวรป่วยวันหยุดด้วย จำนวนคนในแต่ละเวร ดังตารางที่ 4

Table 4 Number of staffs per shift by weekday/holiday and hospital level

Personals	Hospital levels	Weekday Shifts			Weekend Shifts		
		Morning med (IQR)	Noon med (IQR)	Night med (IQR)	Morning med (IQR)	Noon med (IQR)	Night med (IQR)
Intern	M1	1 (1, 1)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	1 (1, 1)	1 (1, 2)	1 (1, 1)
	S	1 (1, 1)	2 (1, 2)	1 (1, 1)	2 (1, 2)	2 (1, 2)	1 (1, 1)
	A	1 (1, 2)	2 (1, 2)	1 (1, 2)	2 (1, 2)	2 (1, 2)	1 (1, 2)
EP dent	University	1 (1, 2)	0.328 1 (1, 2)	0.641 1 (1, 1)	1 (1, 2)	0.048 1 (1, 2)	0.417 1 (1, 1)
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	S	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	A	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
EP	University	2 (2, 2)	<0.001 3 (2, 3)	<0.001 2 (2, 2)	2 (2, 2)	<0.001 3 (2, 3)	<0.001 2 (2, 2)
	M1	1 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	S	1 (0, 2)	0 (0, 1)	0 (0, 0)	0 (0, 1)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	A	2 (1, 2)	1 (1, 1)	0 (0, 1)	1 (0, 1)	1 (1, 1)	0 (0, 1)
	University	1.5 (1, 2)	<0.001 1 (1, 1)	<0.001 1 (1, 1)	1 (1, 1)	<0.001 1 (1, 1)	<0.001 1 (1, 1)

Table 4 Number of staffs per shift by weekday/holiday and hospital level (cont.)

Personals	Hospital levels	Weekday Shifts			Weekend Shifts		
		Morning med (IQR)	Noon med (IQR)	Night med (IQR)	Morning med (IQR)	Noon med (IQR)	Night med (IQR)
RN	M1	6 (5, 8)	5 (4, 6)	3 (2, 3)	5 (4, 6)	5 (4, 6)	3 (2, 3)
	S	7 (5.5, 9)	6 (4.5, 7.5)	3.5 (3, 4)	6 (5, 8)	6 (4, 8)	4 (3, 4)
	A	10.5 (9, 12)	9.5 (8, 12)	6 (5, 7)	10 (8, 12)	8 (7, 12)	6 (5, 7)
Paramedics	University	9 (8, 9)	<0.001 9 (9, 10)	<0.001 7 (6, 8)	9 (8, 10)	<0.001 10 (10, 10)	<0.001 8 (6, 8)
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	S	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 0)
	A	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
PN	University	0 (0, 0)	0.175 0 (0, 0)	0.228 0 (0, 0)	0 (0, 0)	0.381 0 (0, 0)	0.425 0 (0, 0)
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)
	S	0 (0, 1)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 0)
	A	1 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0.5 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)
	University	3 (2, 5)	<0.001 3 (2, 5)	<0.001 2 (2, 3)	3 (2, 5)	<0.001 3 (2, 5)	<0.001 2 (2, 3)

Table 4 Number of staffs per shift by weekday/holiday and hospital level

Personals	Hospital levels	Weekday Shifts			Weekend Shifts			P
		Morning	Noon	Night	Morning	Noon	Night	
		med (IQR)	med (IQR)	med (IQR)	med (IQR)	med (IQR)	med (IQR)	
Nurse aids	M1	2 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	1 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	0.017
	S	2 (1, 2)	1 (0, 1.5)	1 (0, 1)	1 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (0, 1)	
	A	3 (1, 4)	2 (1, 3)	1 (1, 2)	2 (1, 3)	2 (1, 3)	1 (1, 2)	
Lifting	University	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0.023
	M1	2 (1, 2)	1 (1, 2)	1 (1, 1)	4 (0, 4)	3 (0, 4)	2 (0, 2)	
	S	2 (1, 2)	1 (0, 1.5)	1 (0, 1)	3 (1, 5)	4 (1, 5)	2 (0, 3)	
EMT	A	3 (1, 4)	2 (1, 3)	1 (1, 2)	5.5 (1, 8)	5 (1, 8)	3 (0, 5)	0.159
	University	0 (0, 1)	0 (0, 1)	0 (0, 1)	2 (1, 4)	4 (1, 8.5)	2 (0, 7.5)	
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	
S	University	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0.141
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	
	A	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	
University	University	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0.217
	M1	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	
	A	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	
		0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0 (0, 0)	0.376

ด้านการงาน

จำนวนผู้ป่วย

จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน 51221 (IQR: 42026, 60458) ราย โดยที่หากพิจารณาจำนวนผู้ป่วย ตามระดับของโรงพยาบาลพบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ที่ โรงพยาบาลระดับ A ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลจังหวัด ดังตารางที่ 5

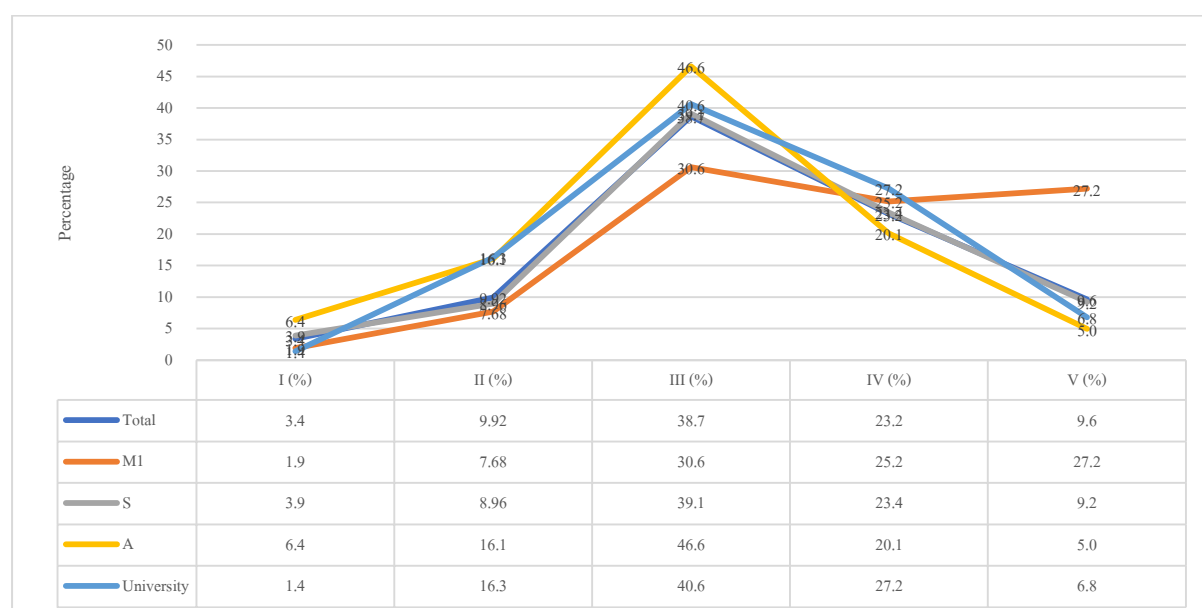
Table 5 Number of patients visiting ER per years

Hospital level	All	
	Median	(IQR)
All	51221	(42026, 60458)
M1	47143	(34393, 58150)
S	48248	(38475, 58179)
A	62444	(53094, 72134)
University	46827	(40581, 55000)

หากพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน มีเพียง 3.4 % ที่เป็นระดับวิกฤติ 9.9% เป็นระดับฉุกเฉิน และสัดส่วนที่สูงที่สุด คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เร่งด่วน นอกจากนี้ มีผู้ป่วยราว 30% ที่ไม่เร่งด่วนแต่มาเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

เมื่อดูจากระดับของโรงพยาบาลพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินเร่งด่วน ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน สูงสุดอยู่ที่ โรงพยาบาลระดับ A และ University ในขณะที่หากพิจารณา โรงพยาบาลระดับ M1 และ S ผู้ป่วยเกิน 50% อยู่ในระดับ ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน และผู้ป่วยทั่วไป ดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 Proportion of ESI level among patients visiting ER



ภาระงานไม่ฉุกเฉิน

ด้านภาระงานที่ไม่เกี่ยวกับกับกู้ชีพหรือภาวะฉุกเฉิน พบว่า ภาระงานส่วนนี้มีมากในโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กกว่า และลดลงเมื่อโรงพยาบาลมีศักยภาพสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 6)

Table 6 Percentage distribution of hospitals reporting non-emergency tasks by hospital types

Hospital level	Wound dressing				Drug injection/IV transfusion			Suturing wound			Non-urgent patients			EMS dispatch			Others		
	N	n	(%)	P	n	(%)	P	n	(%)	P	n	(%)	P	n	(%)	P	n	(%)	P
All	9	6	(73.3)					4	(52.2)		8	(94.1)		6	(70.6)		6	(74.1)	
	1	6	3)		75	(82.4)		8	7)		6	5)		4	3)		8	7)	
	2	2		0.0			<0.0	1		0.1	2		0.4	1		0.1	2		0.0
M1	5	4	(96.0)	0.3	25	(100.0)	0.1	8	(72.0)	2.3	4	(96.0)	0.1	4	(56.0)	3.3	1	(84.0)	8.7
	3	2	(72.0)					1	(44.0)		3	(97.0)		2	(77.0)		2	(77.0)	
	6	6	2)		32	(88.9)		6	4)		5	2)		8	8)		8	8)	
S	2	1	(56.0)					1			2	(91.0)		1	(79.0)		1	(70.0)	
	4	3	5)		14	(58.3)		2	(50.0)		2	7)		9	2)		7	8)	
								(33.0)			(83.0)						(33.0)		
University	6	3	(50.0)		4	(66.7)		2	3)		5	3)		3	(50.0)		2	3)	

โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบการคัดกรองที่เป็นตามมาตรฐาน ESI แต่พบว่า มีเพียง 47%-83% เท่านั้นที่มีระบบฐานข้อมูลการคัดกรองเป็นของตัวเองและแยกออกจากฐานข้อมูลอื่นๆ ของโรงพยาบาล (ดังตารางที่ 7)

Table 7 Percentage distribution of hospitals reporting availability of computerized information systems

Computerized system	Hospital levels								P
	M1		S		A		University		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Triage system	24	(96)	32	(88.89)	23	(95.83)	6	(100)	0.771
ER registry system	16	(64)	17	(47.22)	20	(83.33)	3	(50)	0.061

ด้านศักยภาพการทำงาน

ระบบงานทางด่วนฉุกเฉิน

สำหรับงานทางด่วนฉุกเฉิน พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบ MI และ Stroke fast tract แต่เฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่เท่านั้นที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือสวนเส้นเลือดหัวใจได้ ในขณะที่ด้าน trauma fast tract โรงพยาบาลทุกระดับมีความพร้อมในการส่งตรวจทางรังสีวิทยาและการผ่าตัดตลอด 24 ชั่วโมง (ดังตารางที่ 8)

Table 8 Number of hospitals reporting availability of facilities for patients with acute myocardial infarction (MI), acute stroke, trauma

Facilities	All n	(N=91) (%)	Hospital levels								P
			M1 (N=25)		S (N=36)		A (N=24)		University (N=6)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
MI											
MI fast track protocol	90	(98.9)	24	(96)	36	(100)	24	(100)	6	(100)	0.604
Thrombolytic transfusion	88	(96.7)	23	(92)	35	(97.2)	24	(100)	6	(100)	0.568
Coronary artery catheterization	31	(34.1)	1	(4)	3	(8.3)	21	(87.5)	6	(100)	<0.001
Stroke											
Stroke fast track protocol	90	(98.9)	24	(96)	36	(100)	24	(100)	6	(100)	0.604
Thrombolytic transfusion	22	(24.2)	4	(16)	7	(19.4)	7	(29.2)	4	(66.7)	0.069
Trauma											
24 hours ultrasonography	88	(96.7)	24	(96)	36	(100)	22	(91.7)	6	(100)	0.279
24 hours CT scan	89	(97.8)	23	(92)	36	(100)	24	(100)	6	(100)	0.269
24 hours surgery	75	(82.4)	17	(68)	31	(86.1)	22	(91.7)	5	(83.3)	0.153

ด้านอุปสรรคการทำงาน

ปัญหาบุคลากร

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ประสบปัญหาขาดแคลนแพทย์และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาลและพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่โรงเรียนแพทย์ให้แพทย์เพิ่มพูนทักษะอยู่ประจำที่ห้องฉุกเฉินเป็นหลัก (ดังตารางที่ 9)

Table 9 Number (%) of hospitals reporting insufficient personnel and using interns as main source of doctor services in ER

Personnel types	All n	(N=91) (%)	type								P
			M1 (N=25)		S (N=36)		A (N=24)		University (N=6)		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
all doctors	78	(85.7)	19	(76)	34	(94.4)	21	(87.5)	4	(66.7)	0.079
EP	83	(91.2)	23	(92)	33	(91.7)	22	(91.7)	5	(83.3)	0.838
Interns as main doctors in ER	75	(82.4)	24	(96)	32	(88.9)	18	(75)	1	(16.7)	<0.001
all nurses	85	(93.4)	21	(84)	36	(100)	22	(91.7)	6	(100)	0.068
ER nurses	91	(100)	25	(100)	36	(100)	24	(100)	6	(100)	NA

ปัญหาผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

เมื่อพิจารณาภาระงานด้านผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน พบว่า ภาระงานนี้สูงขึ้นในช่วงวันหยุด และหากดูแนวโน้ม พบว่า โรงเรียนแพทย์ประสบปัญหานี้น้อยกว่า และสามารถเปิดคลินิกนอกเวลาได้มากกว่า มีเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม โรงเรียนแพทย์เองประสบปัญหาผู้ป่วยนอนค้างที่ห้องฉุกเฉินเพื่อรอเตียงผู้ป่วยในมากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 10)

Table 10 Number (%) of hospitals reporting ER workload from non-urgent patients at ER

Issues	All (N=91)		Hospital levels								P
	n	(%)	M1 (N=25)		S (N=36)		A (N=24)		University (N=6)		
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Non-urgent patients											
Weekdays	66	(72.5)	23	(92)	25	(69.4)	15	(62.5)	3	(50)	0.033
Weekend	82	(90.1)	25	(100)	33	(91.7)	19	(79.2)	5	(83.3)	0.056
Having non-urgent clinic	82	(90.1)	21	(84)	33	(91.7)	22	(91.7)	6	(100)	0.719
Inpatient bed blocks	50	(54.9)	10	(40)	24	(66.7)	10	(41.7)	6	(100)	0.01

ปัญหานโยบายรัฐบาลต่อการทำงาน ณ ห้องฉุกเฉิน

พบว่า นโยบายด้านการจำกัดกรอบอัตรากำลังคนและระเบียบการใช้จ่ายเงินเป็นอุปสรรคต่อการบริหารกำลังคนสำหรับจัดบริการห้องฉุกเฉิน โดยพบปัญหานี้ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมากกว่าโรงเรียนแพทย์ (ดังตารางที่ 11)

Table 11 Number of hospitals considering macro policies compromising ER management

Problems	Hospital levels										P
	All (N=91)	M (N=25)		S (N=36)		A (N=24)		University (N=6)			
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	
Public sector downsizing rendering personnel shortage	8	(95.6)	2	(8)	3	(94.4)	2	(95.8)	3	(83.3)	0.3
Imbalance between ER staff quota and workload	7	(77)	5	(100)	4	(11.1)	3	(12.5)	5	(83.3)	0.18
Government financial regulation limiting hiring capacity of temporary staffs	8	(97.8)	2	(8)	3	(95.8)	2	(95.8)	3	(83.3)	0.0
Government financial regulation hampering service innovations	9	(97.8)	5	(100)	6	(100)	3	(12.5)	5	(83.3)	0.39
	8	(91.2)	2	(8)	3	(95.8)	2	(95.8)	3	(83.3)	0.1
	3	(33)	4	(96)	2	(5.6)	3	(12.5)	4	(66.7)	0.24
	7	(76.9)	2	(8)	2	(5.6)	1	(4.2)	3	(50)	0.3
	0	(0)	1	(4)	7	(19.4)	9	(37.5)	3	(50)	0.39

ปัญหาระบบการชดเชยค่าบริการผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน

ในภาพรวมพบว่า โรงพยาบาลต่างๆ มีความคิดเห็นว่า อัตราค่าชดเชยของ UC สอดคล้องกับต้นทุนน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับสวัสดิการข้าราชการฯ และประกันสังคม และมีโรงพยาบาลจำนวน 65 (71.4%) แห่ง ที่เห็นว่าอัตราการจ่ายชดเชยบริการคนไข้ด้วย DRG โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างคนไข้ในที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินกับที่มาด้วยภาวะไม่ฉุกเฉินเป็นอุปสรรคด้านการเงินของโรงพยาบาลอย่างไรก็ตาม พบว่า โรงเรียนแพทย์ที่พิจารณาว่าประเด็นนี้เป็นอุปสรรคมีจำนวนน้อยกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่น (ดังตารางที่ 12)

Table 12 Number of hospitals perceiving financial obstacles by hospital levels

Obstacles	A (N= 91)		Hospital levels						P		
	n	(%)	M 1	(N= 25)	S 36	(N= 36)	A 24	(N= 24)		Univ ersity 6	(N= 6)
Diverse reimbursement practices among different health insurance schemes complicated hospital income generating activities	6	(73)	2	(84)	2	(69)	1	(70)	4	(67)	0.5
Inadequate reimbursement rate	4	(51)	1	(68)	1	(44)	1	(54)	1	(67)	0.0
CSMBS	7	(67)	7	(88)	6	(66)	3	(33)	1	(17)	0.99
SSS	4	(50)	5	(60)	7	(47)	3	(54)	1	(67)	0.2
UC	6	(70)	2	(88)	2	(61)	1	(70)	3	(50)	0.0
Non-differential DRG payment rate between inpatients with emergency conditions and without	4	(33)	2	(22)	2	(22)	7	(78)	3	(33)	0.70
	6	(71)	1	(76)	2	(75)	1	(66)	3	(50)	0.5
	5	(44)	9	(100)	7	(78)	6	(67)	3	(33)	0.37

อภิปราย ผลสำรวจให้คำตอบที่เป็นตัวแทนที่ดีของประชากรโรงพยาบาลรัฐเป้าหมายซึ่งไม่รวมโรงพยาบาลต้นสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาดเล็ก (M2 ถึง F2) และโรงพยาบาลสังกัดอื่นยกเว้นกรุงเทพมหานคร เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้ส่วนใหญ่มักมีขีดความสามารถจำกัดในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จึงส่งต่อผู้ป่วยลักษณะนี้ไปยังโรงพยาบาลในประชากรเป้าหมาย

พิจารณาด้านบุคลากร การสำรวจพบการกระจายประเภทบุคลากรมีจำนวนที่น่าจะสอดคล้องกับขีดความสามารถของโรงพยาบาล (Table 1-8) จึงบ่งชี้ความสมเหตุสมผลของการจัดสรรทรัพยากร แม้ว่าตัวเลขการกระจายจำนวนผู้ป่วยตามระดับ ESI ในส่วนของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (Figure 1) บ่งชี้การกระจายดูแลผู้ป่วยที่รุนแรงน้อยกว่าโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้บาดเจ็บ (Traumatic) และอาจบ่งชี้นโยบายในการรับผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุขที่ไม่มีขีดจำกัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนกผู้ป่วยใน แต่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์กำหนดขีดจำกัดนี้

ถ้าไม่รวมโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ การกระจายนี้ก็สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วย (Table 5) การที่โรงพยาบาลแพทย์มีจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทส่วนใหญ่มากกว่าโรงพยาบาลทุกระดับของกระทรวงสาธารณสุขต่างๆ ที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าน่าจะเนื่องจากการกิจการผลิตบุคลากรเป็นเหตุผลให้โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เป็นเช่นนั้น ตลอดจนโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีนโยบายจำกัดการรับผู้ป่วยไว้นอนโรงพยาบาล ดังกล่าวข้างต้นจึงทำให้จำนวนผู้ป่วยในส่วนของโรงเรียนแพทย์น้อยกว่าโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข

ถ้าพิจารณาเฉพาะจำนวนแพทย์เทียบกับภาระงาน (Table 1&5) จะเห็นความได้เปรียบของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์เหนือกว่าของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบใน Table 9 คือ การรายงานว่ามีขนาดแคลนแพทย์โดยรวม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และการพึ่งแพทย์ใช้ทุนเป็นกำลังหลักในห้องฉุกเฉินปรากฏด้วยสัดส่วนต่ำที่สุดในกรณีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์

ประเด็นสุดท้ายในด้านบุคลากร ซึ่งโรงพยาบาลทุกสังกัดรายงานปัญหาขาดแคลนตรงกันคือ การขาดแคลนพยาบาล โดยเฉพาะพยาบาลเฉพาะทางฉุกเฉิน (Table 9) ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับตัวเลขประมาณการภาพรวมจำนวนพยาบาลของประเทศที่ยังต้องผลิตเพิ่มอีก 1 หมื่นคนต่อปีในอีกยี่สิบปีข้างหน้า¹³

เป็นที่ยอมรับทั่วไปว่า ห้องฉุกเฉินมักต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน^{14 15} การสำรวจนี้อาจเป็นรายงานแรก que แสดงหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความเชื่อนี้ในประเทศไทย นั่นคือ โรงพยาบาลทุกสังกัดส่วนใหญ่รายงานว่ารับภาระการดูแลผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินลักษณะต่างๆ (Table 6) โดยโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์รายงานในสัดส่วนน้อยที่สุดเกือบทุกกรณียกเว้นกรณีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการฉีดยา ในทางกลับกันจำนวนโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขระดับ M1 ซึ่งมีขีดความสามารถน้อยที่สุดรายงานว่ารับภาระงานไม่ฉุกเฉินเกือบทุกประเภทด้วยสัดส่วนมากที่สุด

ด้านระบบสารสนเทศ แม้ว่าโรงพยาบาลทุกประเภทส่วนใหญ่รายงานว่า มี triage system และ ER registry system แบบดิจิทัล แต่รายงานนี้ไม่ได้เจาะลึกการใช้ประโยชน์จากระบบทั้งสอง อีกทั้งไม่ได้ประเมินความเชื่อมโยงของข้อมูลห้องฉุกเฉินกับแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลหรือกับโรงพยาบาลอื่นในเครือข่ายอันเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการไร้อรอยต่อ¹⁶

บรรดาข้อจำกัดต่างๆ ทั้งหมดที่กล่าวมา เกิดขึ้นท่ามกลางข้อจำกัดของกลไกมหภาคในมุมมองของผู้บริหารหรือผู้บริหารห้องฉุกเฉิน ได้แก่ นโยบายลดขนาดกำลังคนภาครัฐอย่างไม่แยกแยะทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถระดมคนได้เพิ่มขึ้นให้สอดคล้องกับภาระงานในภาพรวมของโรงพยาบาล ข้อจำกัดนี้ยังน่าจะถูกซ้ำเติมมากขึ้นด้วยระเบียบการเงินจำกัดความยืดหยุ่นในการบริหารบุคลากรทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถใช้เงินบำรุงแก้ปัญหาขาดแคลนกำลังคนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ เฉพาะห้องฉุกเฉินการที่กำลังคนไม่ได้สัดส่วนกับภาระงานห้องฉุกเฉินสะท้อนปัญหาการกระจายกำลังคนและภาระงานภายในโรงพยาบาล

ระเบียบการเงินจำกัดยังถูกมองว่ากระทบต่อความยืดหยุ่นในการสร้างนวัตกรรมบริการ (Table 11) เมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเอกชนจะเห็นว่าไม่มีโรงพยาบาลรัฐใดให้บริการเฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง ได้เลย ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนสามารถทำได้เพราะเป็นอิสระจากกฎระเบียบภาครัฐ ท่ามกลางความท้าทายไม่หยุดนิ่งต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นวัตกรรมเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตอบสนองความท้าทายเช่นนั้น ในต่างประเทศหลักฐานจาก systematic review บ่งชี้ประสิทธิผลของนวัตกรรมบริการต่อการลดความจำเป็นในการใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน¹⁷

นอกจากนี้ วิธีการชดเชยค่าใช้จ่ายอันหลากหลายให้โรงพยาบาลระหว่างกองทุนประกันสุขภาพภาครัฐทำให้รพ.ต้องรับภาระในการเรียกเก็บค่าชดเชยบริการให้จำเพาะต่อวิธีการที่แตกต่างกัน สภาพเช่นนี้ไม่เกิดในบางประเทศ (เช่น ญี่ปุ่น เยอรมันนี เนเธอร์แลนด์) ที่มีวิธีการชดเชยค่าบริการอย่างเป็นเอกภาพระหว่างกองทุนสุขภาพจำนวนนับพันแห่ง

ความกังวลของผู้บริหารโรงพยาบาลต่ออัตราชดเชยค่าบริการแก่โรงพยาบาลไม่เพียงพอเป็นประเด็นที่ต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนอย่างเป็นระบบต่อไป

ประการสุดท้าย อัตราค่าชดเชยผู้ป่วยในแบบ DRG โดยไม่แยกแยะระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินกับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ยังถูกมองว่าเป็นอุปสรรค อาจเป็นผลจากความกังวลของผู้บริหารว่า บริการสืบค้นต่างๆ ตลอดจนการรักษาที่ห้องฉุกเฉินมักเป็นภาระมากกว่าของแผนกผู้ป่วยนอกทำให้ค่าใช้จ่ายบานปลาย ดังนั้น ผู้ป่วยที่ส่งจากห้องฉุกเฉินเข้าแผนกผู้ป่วยในก็ย่อมมีค่าใช้จ่ายมากกว่าผู้ป่วยที่ส่งจากแผนกผู้ป่วยนอก ความกังวลเช่นนี้สอดคล้องกับหลักฐานในต่างประเทศ¹⁸

จุดเด่น

การสำรวจอาศัยประเด็นที่ได้จากการวิจัยเชิงคุณภาพในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมาออกแบบชุดคำถามให้ครอบคลุมมุมมองต่างๆ และคำนึงถึงลักษณะการใช้ถ้อยคำของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้การสื่อความหมายในแบบสอบถามของการสำรวจตรงตามความเข้าใจของผู้ตอบให้มากที่สุด ประการสุดท้าย ความใกล้เคียงอย่างมากของการกระจายจำนวนตัวอย่างตามประเภทโรงพยาบาลกับการกระจายประเภทโรงพยาบาลในประชากรเป้าหมาย ตลอดจนอัตราตอบรับค่อนข้างสูง (7%) ทำให้คำตอบที่ได้จากการสำรวจเป็นตัวแทนที่ดี (Good representativeness)

ข้อจำกัด

ตัวเลขทั้งหมดที่ปรากฏในการสำรวจนี้มาจากอัตวิสัย (Subjectivity) ของผู้ตอบแบบสอบถาม จึงอาจแฝงด้วยอคติ โดยที่ผู้วิจัยไม่สามารถหาหลักฐานเชิงประจักษ์มาสอบทาน (Verify) อย่างไรก็ตาม ความสอดคล้องของคำตอบในประเด็นเชื่อมโยงกันในการสำรวจครั้งนี้ ดังที่อภิปรายไว้หลายจุด อาจลดความกังวลต่ออคติได้ระดับหนึ่ง

สรุป

การสำรวจผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐ 91 แห่งครอบคลุมประเด็นสำคัญอันเป็นประโยชน์แก่การขยายขอบเขตการดำเนินนโยบาย UCEP II 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านภาระงาน ด้านศักยภาพการทำงานและด้านอุปสรรคการทำงาน โดยแต่ละด้านมีความเกี่ยวข้องกัน ข้อค้นพบสำคัญคือ ขีดจำกัดด้านบุคลากรซึ่งขาดแคลนเมื่อเทียบกับภาระงาน ซึ่งหากจะปรับปรุงจำเป็นที่รพ.รัฐจะต้องได้รับความยืดหยุ่นด้านการบริหารบุคลากรและการเงินเพื่อตอบสนองต่อภาระงานและคิดค้นนวัตกรรมให้เท่าทันความท้าทาย เช่นเดียวกับมีความจำเป็นที่จะต้องคำนึงถึงอัตราการชดเชยค่าบริการห้องฉุกเฉินและคนไข้ใน ซึ่งบทที่...ของรายงานฉบับรวมจะได้นำเสนอข้อค้นพบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การขยายนโยบาย UCEP II ให้ครอบคลุมรัฐควรคำนึงถึงการเพิ่มความยืดหยุ่นด้านการบริหารบุคลากรและการเงินเพื่อตอบสนองต่อภาระงานและคิดค้นนวัตกรรมให้เท่าทันความท้าทายด้านภาระงานของโรงพยาบาลรัฐในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งไม่ได้จำกัดเฉพาะฉุกเฉินวิกฤต

ผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ



ส่วนนี้ของรายงานพยายามตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 3

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจสถานการณ์การจัดการระบบบริการแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (inputs, process, outputs, outcomes)
2. เพื่อประเมินความความคิดเห็นและความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ หากจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐ
3. เพื่อประเมินผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ
4. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

ขั้นตอนศึกษาเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เริ่มด้วยการวิเคราะห์หาค่าพื้นฐานของบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ผู้รับบริการรายบุคคล ได้แก่ ปริมาณผู้ป่วยของแต่ละเวร ดัชนีความฉุกเฉิน (emergency severity index) และการรับเข้ารักษาต่อเป็นผู้ป่วยใน จากนั้นจึงวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลหาความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยในที่ผ่านและไม่ผ่านการรักษาของห้องฉุกเฉินตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม เพื่อ

ระเบียบวิธี

วิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลและบริการผู้ป่วยในที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต เพื่อให้เข้าใจภาระการให้บริการห้องฉุกเฉินจำแนกตามระดับความเร่งด่วนและบริการ ผู้ป่วยในที่มาด้วยภาวะฉุกเฉินวิกฤต ในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่มีความพร้อมของระบบข้อมูลและสามารถเชื่อมข้อมูลห้องฉุกเฉินกับบริการผู้ป่วยในเพื่อแยกแยะประเภทการมาโรงพยาบาลเพื่อดูขนาด ของการใช้บริการ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และใช้ในการประมาณการผลกระทบด้านการเงิน หากขยายนโยบายนี้ครอบคลุมไปยังโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทาง การจัดสรรทรัพยากรและการออกแบบระบบการจ่ายค่าชดเชยโรงพยาบาลที่บรรลุประโยชน์หลายด้านพร้อมๆ กันไปได้แก่ ก) ผลลัพธ์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยฉุกเฉิน ข) การใช้ทรัพยากร ค) การพัฒนาคุณภาพบริการ ง) ระบบสารสนเทศในด้านความครบถ้วนถูกต้อง ทันสมัย

ฐานข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงได้ระหว่างผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน

ผลลัพธ์จากการประสานงานกับโรงพยาบาลที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยขอเพิ่มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ 2 แฟ้ม ในช่วงเวลาระหว่าง 1 เมษายน 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 ได้แก่ แฟ้มข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินแบบย่อทุกรายตามช่วงเวลาที่กำหนด (ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ Hospital Number, วันที่, เวลา, ระดับความฉุกเฉิน, และ Admission Number เฉพาะผู้ป่วยที่รับเข้าเป็นผู้ป่วยใน) และแฟ้มข้อมูลผู้รับบริการผู้ป่วยในทุกรายตามช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อสามารถเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการผ่านห้องฉุกเฉินหรือไม่ (ประกอบด้วยตัวแปรมาตรฐานที่ใช้เบิกจ่ายด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หรือ Diagnosis Related Group, DRG เช่น HN และ AN เพื่อกำหนดว่าผู้ป่วยรายนั้นรับบริการผ่านห้องฉุกเฉินหรือไม่, อายุ เพศ วินิจฉัยโรค หัตถการ ค่ารักษาที่โรงพยาบาลเรียกเก็บ ฯลฯ) พบว่าสามารถนำข้อมูลจากโรงพยาบาลเพียง 5 จาก 9 แห่ง (ตารางที่ 1) มาวิเคราะห์ตอบคำถามวิจัยได้ แต่ยังมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเปรียบเทียบข้ามโรงพยาบาลได้ (เนื่องจาก บางโรงพยาบาลให้ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยในที่รับบริการผ่านห้องฉุกเฉินเท่านั้น บางโรงพยาบาลไม่มีรายละเอียดของภาวะฉุกเฉิน ฯลฯ) การนำเสนอผลวิเคราะห์ต่อไป จึงจำกัดเฉพาะการเปรียบเทียบภายในโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 จำนวนข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยในที่ได้รับจากโรงพยาบาลต่างๆ

	Beds	A&E	Visit date from	Visit date to	Inpatient	Discharge from	Discharge to
Teach1	1,166	58,747	1-Apr-17	31-Mar-18	5,392	2-Apr-17	19-Jun-18
Teach2*	1,000	16,383	1-Apr-17	8-Aug-17	16,383	1-Apr-17	19-Sep-17
Teach3**	1,466	71,556	1-Apr-17	31-Mar-18	37,734	1-Apr-17	23-Jul-18
A1	553	53,913	1-Apr-17	31-Mar-18	48,331	1-Apr-17	31-Mar-18
A2***	555	51,999	1-Apr-17	31-Mar-18	0	-	-
S1	508	79,272	3-Sep-15	30-Mar-18	36,010	1-Apr-17	31-Mar-18
S2	365	51,638	1-Apr-17	31-Mar-18	25,628	1-Apr-17	31-Mar-18
S3***	365	50,510	1-Apr-17	31-Mar-18	0	-	-
M1	167	33,915	1-Apr-17	31-Mar-18	13,707	1-Apr-17	31-Mar-18

A&E = Accident & emergency, * ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยในที่ไม่ผ่าน A&E, ** ไม่มีข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วย A&E ทั้งระดับความเร่งด่วนและการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล, *** ไม่มีข้อมูลผู้ป่วยใน

ลักษณะผู้ป่วยห้องฉุกเฉินก่อนเป็นผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการห้องฉุกเฉินตามช่วงเวลา 8 ชั่วโมงของเวรตึก เหวเช้า และ เหวบ่าย ของโรงพยาบาลต่างๆ แยกเป็นวันราชการและวันหยุดราชการ (รวมวันหยุดนักขัตฤกษ์) พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยของวันหยุดราชการสูงกว่าวันราชการร้อยละ 2-38

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินในแต่ละเวลาที่เข้ารับบริการแยกตามโรงพยาบาล

Visits/shift	Teach1	Teach2	Teach3	A	S1	S2*	M1
Weekday	52.49	40.78	63.19	48.85	70.26	41.66	28.60
Night shift	29.93	22.66	25.12	26.89	38.86		17.84
Day shift	55.01	50.97	72.25	57.21	89.68		31.59
Evening shift	72.53	48.71	92.19	62.47	82.24		36.38
Weekend & holidays	55.82	43.91	69.40	49.95	66.02	57.47	35.41
Night shift	33.59	22.63	26.98	26.91	37.10		17.20
Day shift	68.35	61.53	91.98	61.55	82.46		33.32
Evening shift	65.53	47.57	89.23	61.39	78.51		55.72
Weekend/weekday	1.06	1.08	1.10	1.02	0.94	1.38	1.24

* ข้อมูลเวลาไม่สามารถแยกกันได้

ตารางที่ 3 แสดงสัดส่วนผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินตามระดับฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาล จะเห็นความแตกต่างของระดับฉุกเฉินอย่างมาก เช่น โรงพยาบาล S1 ประเมินผู้ป่วยระดับฉุกเฉินวิกฤต และที่ ต้องฟื้นฟูชีพเกือบสองในสามของผู้รับบริการทั้งหมดทั้งที่โรงพยาบาลแห่งนี้มีจำนวนผู้ป่วยต่อเวรมากกว่า โรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลระดับฉุกเฉินมากถึงร้อยละ 3-11

ตารางที่ 3 สัดส่วนผู้ป่วยห้องฉุกเฉินแยกตามระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล

Level	Teach1	Teach2	A1	A2	S1	S2	M1
CPR	1%	1%	5%	1%	20%	3%	1%
Critical	25%	20%	40%	7%	46%	10%	13%
Urgent	50%	46%	41%	18%	29%	45%	37%
Semi-urgent	13%	25%	8%	32%	5%	39%	42%
Non-urgent	11%	8%	7%	43%	0%	3%	7%
All	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ตารางที่ 4 แสดงอัตราการรับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในของผู้ป่วยห้องฉุกเฉินตามระดับความฉุกเฉิน พบว่าโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีอัตราการรับเป็นผู้ป่วยในต่ำสุด (อาจสอดคล้องกับข้อมูลทั่วไปที่ว่า

โรงพยาบาลมักปฏิเสธว่าเตียงเต็มต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอื่น) แม้กระทั่งผู้ป่วยที่ต้องพ้นชีพอัตรารับเข้ายังต่ำกว่าหนึ่งในสามหรือหนึ่งในสอง (อาจเชื่อมโยงกับการครองเตียงสังเกตอาการนานหลายวันในห้องฉุกเฉิน) ส่วนโรงพยาบาล S1 มีอัตรารับเป็นผู้ป่วยต่ำแม้แต่ผู้ป่วยที่ประเมินว่าวิกฤตฉุกเฉิน

ตารางที่ 4 อัตราการรับเป็นผู้ป่วยในแยกตามระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล

Admission	Teach1	Teach2	A1	A2	S1	S2	M1
CPR	31%	49%	90%	38%	63%	86%	81%
Critical	16%	35%	77%	35%	20%	75%	57%
Urgent	8%	14%	29%	14%	1%	36%	27%
Semi-urgent	2%	2%	8%	3%	0%	3%	3%
Non-urgent	5%	0%	3%	1%	0%	1%	1%
All	9%	15%	47%	6%	22%	27%	19%

ตารางที่ 5 แสดงผู้ป่วยในตามกลุ่มโรคใหญ่ (Major Diagnostic Category, MDC) ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจากฐานข้อมูลผู้ป่วยใน วิเคราะห์ย้อนกลับว่าเข้ารับบริการผ่านห้องฉุกเฉิน มาก่อนหรือไม่และระดับความฉุกเฉินเป็นเท่าไร พบว่าผู้ป่วยในของโรงพยาบาล A, S, M ประมาณร้อยละ 47-56 เคยรับบริการห้องฉุกเฉินก่อนรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน ส่วนโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีผู้ป่วยร้อยละ 15 ที่รับบริการผ่านห้องฉุกเฉินก่อนรับเป็นผู้ป่วยใน

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ผ่านห้องฉุกเฉินแยกระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล

ER	Teach1		Teach2			A		
	N	Emergency 1,2	N	% A&E	Emergency 1,2	N	% A&E	Emergency 1,2
0	57	47	155	39%	51	141	70%	93
1	582	418	750	35%	178	4,524	90%	3,647
2	55	20	1,414	3%	5	1,746	8%	97
3	182	72	765	8%	22	1,744	45%	491
4	702	482	789	35%	211	4,852	81%	3,427
5	556	421	1,818	23%	303	2,954	74%	1,978
6	976	208	2,113	16%	71	6,390	63%	1,995
7	394	96	774	12%	32	846	68%	423
8	274	59	1,215	14%	29	2,991	62%	751
9	122	27	408	11%	12	1,147	40%	306
10	89	48	373	8%	13	778	69%	476
11	279	87	687	14%	51	2,410	50%	945
12	14	2	295	2%	3	265	23%	27
13	109	26	1,117	7%	21	1,380	32%	274
14	114	66	822	18%	33	5,504	14%	439
15	0	0	1,567	2%	7	903	4%	31

ER	Teach1		Teach2			A		
16	105	42	140	24%	13	517	54%	226
17	98	28	522	8%	20	270	37%	92
18	209	84	157	38%	32	2,092	59%	924
19	34	20	76	37%	11	275	84%	213
20	9	4	34	41%	5	138	92%	119
21	64	36	148	40%	14	1,203	89%	717
22	9	8	12	67%	4	38	84%	26
23	18	1	36	8%	-	145	47%	57
24	30	22	122	69%	56	206	85%	149
25	24	15	13	15%	1	196	83%	138
26	288	138	61	13%	5	4,676	18%	622
All	5,393	2,477	16,383	15%	1,203	48,331	53%	18,683

Note: Major Diagnostic Category 0 = Pre MDC; MDC 1 = Diseases and Disorders of the Nervous System; 2 = Diseases and Disorders of the Eye; 3 = Diseases and Disorders of the Ear, Mouth and Throat; 4 = Diseases and Disorders of the Respiratory System; 5 = Diseases and Disorders of the Circulatory System; 6 = Diseases and Disorders of the Digestive System; 7 = Diseases and Disorders of the Hepatobiliary System and pancreas; 8 = Diseases and Disorders of the Musculoskeletal System and Connective Tissue; 9 = Diseases and Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue and Breast; 10 = Endocrine, Nutritional and Metabolic Diseases and Disorders; 11 = Diseases and Disorders of the Kidney and Urinary Tract; 12 = Diseases and Disorders of the Male Reproductive System; 13 = Diseases and Disorders of the Female Reproductive System; 14 = Pregnancy, Childbirth and Puerperium; 15 = Newborns and Other Neonates with Conditions Originating in the Perinatal Period ; 16 = Diseases and Disorders of the Blood and Blood Forming Organs and Immunological Disorders; 17 = Myeloproliferative Diseases and Disorders, Poorly Differentiated Neoplasms; 18 = Infectious and Parasitic Diseases (Systemic or Unspecified Sites); 19 = Mental Diseases and Disorders; 20 = Alcohol/Drug Use and Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders; 21 = Injuries, Poisonings and Toxic Effects of Drugs; 22 = Burn; 23 = Factors Influencing Health Status and Other Contacts with Health Services; 24 = Multiple Significant Trauma; 25 = Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections; 26 = Ungroupable

ตารางที่ 5 ผู้ป่วยในตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมที่ผ่านห้องฉุกเฉินแยกระดับฉุกเฉินและโรงพยาบาล
(ต่อ)

ER	S1			S2			M		
	N	% A&E	Emergency1,2	N	% A&E	Emergency1,2	N	% A&E	Emergency1,2
0	115	56%	64	144	70%	89	26	88%	20
1	3,067	81%	2,470	1,635	89%	894	840	96%	411
2	935	5%	49	576	8%	9	70	29%	4
3	1,496	34%	481	771	44%	104	423	61%	75
4	3,516	66%	2,298	2,716	73%	893	1,062	80%	563
5	2,257	72%	1,625	1,216	81%	591	543	91%	355
6	4,484	45%	2,003	3,282	62%	543	2,102	54%	278
7	653	55%	352	718	58%	129	183	63%	49
8	2,067	52%	1,065	1,320	58%	119	756	71%	62
9	1,766	21%	364	651	31%	35	369	49%	47
10	671	58%	383	369	65%	159	215	80%	126
11	1,497	54%	797	1,118	53%	236	272	70%	90
12	139	32%	42	160	23%	7	27	67%	2
13	713	23%	162	606	22%	21	305	37%	36
14	4,959	63%	2,997	3,910	76%	546	2,758	18%	73
15	3,777	3%	128	3,363	9%	163	2,031	2%	7
16	847	21%	173	591	22%	35	363	25%	33
17	92	36%	33	81	32%	9	20	85%	10
18	1,569	42%	634	1,183	60%	267	673	56%	148
19	48	63%	29	155	68%	20	63	94%	35
20	61	74%	45	152	82%	47	75	92%	29
21	829	78%	644	497	91%	187	304	94%	115
22	40	68%	27	45	84%	12	15	93%	5
23	88	22%	17	82	26%	3	40	50%	8
24	112	81%	91	100	90%	60	53	92%	30
25	152	55%	83	119	61%	29	70	73%	43
26	60	27%	16	68	40%	7	49	39%	3
All	36,010	48%	17,072	25,628	56%	5,214	13,707	47%	2,657

การวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยที่รับบริการผ่านห้องฉุกเฉินจะมีลักษณะต่างจากผู้ป่วยที่ไม่ผ่านห้องฉุกเฉินด้านใดบ้างในตอนต่อไป จะเลือกกลุ่มโรคใหญ่ที่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยระดับวิกฤตฉุกเฉินในตารางที่ 5 ที่มีจำนวนมากกว่า 150 ราย ที่อาจมีจำนวนเพียงพอต่อการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ลักษณะผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับบริการผ่านห้องฉุกเฉิน

ตารางที่ 6 (A1-D5) เปรียบเทียบ ผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมระหว่างผู้ป่วยที่เข้าเป็นผู้ป่วยใน โดยไม่ผ่านและผ่านห้องฉุกเฉินตามแต่ละโรงพยาบาล ผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหลอดเลือดสมองที่ไม่มีต้นทุน และโรคร่วมที่สำคัญ (DRG 01150 Specific cerebrovascular disorders exc TIA wo sig CCC) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะวันนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉิน นอนนานกว่า) วันนอนที่โรงพยาบาล A (กลุ่มไม่ผ่านห้องฉุกเฉินนอนนานกว่า) และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับวันนอน (กลุ่มไม่ผ่านห้องฉุกเฉินค่ามากกว่า ที่โรงพยาบาล A, S2) และอายุที่โรงพยาบาล M (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินอายุมากกว่า) ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีต้นทุนและโรคร่วมสำคัญระดับน้อย (DRG 01151 Specific cerebrovascular disorders exc TIA with minimal sig CCC) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติของอายุผู้ป่วยเฉพาะที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินอายุมากกว่า) วันนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาล A (ทิศทางต่างกัน คือโรงเรียนแพทย์กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินนอนนานกว่า โรงพยาบาล A กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินนอนสั้นกว่า) ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับวันนอนที่โรงพยาบาล A, S1 (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินมีค่าน้อยกว่า) และการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลที่โรงเรียนแพทย์ (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินมีค่ารักษาสูงกว่า)

ตารางที่ 6 ลักษณะผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมกับบริการห้องฉุกเฉิน by Mean (SD)

A. DRG 01150 Specific cerebrovascular disorders exc TIA wo sig CCC

A1. Teaching hospital

N	Age yr	Los days	adjrw6203	Ctotal baht	Baht/adjrw
23	52.43	4.26	1.168	36,772	31,231
No A&E	(19.48)	(2.91)	(0.051)	(21,043)	(17,091)
19	63.16	8.53	1.396	44,705	29,823
With A&E	(24.51)	(9.00)	(0.588)	(36,312)	(16,803)
P	0.122	0.038	0.071	0.382	0.79

A2. Hospital A

N	Age	Los days	adjrw6203	Total baht	totparw
108	64.54	6.38	1.193	17,720	12,156
	(13.50)	(24.57)	(0.350)	(34,630)	(12,963)
1,685	63.83	2.61	1.137	14,309	11,967
	(13.71)	(3.16)	(0.145)	(17,906)	(12,223)
P	0.605	0	0.001	0.075	0.876

A3. Hospital S1

S1	age	Los days	adjrw6203	adjtotal	adjtotparw
180	63.64	3.12	1.149	10,251	8,840
	(14.69)	(1.66)	(0.040)	(10,174)	(8,581)
876	65.17	3.52	1.159	12,248	10,475
	(13.80)	(2.80)	(0.099)	(12,993)	(10,905)
P	0.181	0.062	0.193	0.052	0.059

A4. Hospital S2

S2	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
26	61.62	5.00	1.244	14,494	10,576
	(14.82)	(5.12)	(0.336)	(15,117)	(7,472)
313	60.27	4.47	1.174	17,993	14,992
	(14.48)	(3.41)	(0.150)	(16,151)	(12,704)
P	0.65	0.464	0.047	0.287	0.082

A5. Hospital M

M	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
6	44.50	1.17	1.105	9,685	8,705
	(10.50)	(0.41)	(0.033)	(5,173)	(4,457)
96	61.49	3.08	1.137	20,735	17,739
	(14.75)	(2.86)	(0.095)	(23,868)	(19,494)
P	0.007	0.106	0.423	0.262	0.262

B. DRG 01151 Specific cerebrovascular disorders exc TIA w min CCC

B1. Teaching Hospital

N	Age yr	Los days	adjrw6203	Ctotal baht	Baht/adjrw
30	52.67	3.30	2.183	31,665	14,482
	(21.02)	(1.90)	(0.036)	(11,509)	(5,223)
29	68.48	11.93	2.380	68,274	28,234
	(13.16)	(8.87)	(0.543)	(45,312)	(18,053)
P	0.001	0	0.052	0	0

B2. Hospital A

A	age	Los days	adjrw6203	Ctotal	totparw
17	62.06	10.18	2.410	39,112	15,470
	(17.04)	(11.17)	(0.730)	(29,623)	(9,533)
219	63.68	6.44	2.207	34,391	15,008
	(15.58)	(6.50)	(0.263)	(30,042)	(11,848)
P	0.683	0.033	0.012	0.533	0.876

B3. Hospital S1

S1	age	Los days	adjrw6203	adjtotal	adjtotparw
42	66.83	6.21	2.232	21,019	8,836
	(14.17)	(6.11)	(0.303)	(23,523)	(8,274)
223	70.85	5.57	2.182	20,870	9,509
	(13.56)	(3.86)	(0.072)	(16,954)	(7,655)
P	0.082	0.375	0.028	0.961	0.606

B4. Hospital S2

S2	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
6	58.5	9.67	2.306	45,295	18,853
	(23.67)	(9.69)	(0.487)	(29,177)	(10,363)
119	61.09	6.97	2.222	30,601	13,411
	(13.50)	(6.46)	(0.250)	(22,767)	(9,090)
P	0.66	0.333	0.451	0.13	0.157

B5. Hospital M

M	age	Los days	adjrw6203	total	Totparw
1	69.00	3.00	2.190	7,781	3,553
21	62.00	6.00	2.190	35,681	15,829
	(14.37)	(5.71)	(0.101)	(37,170)	(15,495)
P	0.639	0.613	0.997	0.472	0.448

C. DRG 04520 Respiratory infection/inflammation wo sig CCC

C1. Teaching Hospital

N	Age yr	Los days	adjrw6203	Ctotal baht	Baht/adjrw
23	11.39	3.17	0.557	9,128	16,205
	(25.84)	(1.97)	(0.020)	(6,879)	(12,075)
10	38.30	4.5	0.566	15,328	27,076
	(40.89)	(2.55)	(0)	(9,688)	(17,114)
P	0.029	0.114	0.17	0.044	0.045

C2. Hospital A

	age	Los days	adjrw6203	total	totalparw
203	9.91	3.60	0.563	7,054	12,491
	(19.62)	(1.90)	(0.011)	(5,005)	(8,820)
412	17.99	3.47	0.563	7,464	13,119
	(27.23)	(1.97)	(0.024)	(5,541)	(9,224)
P	0	0.437	0.891	0.374	0.421

C3. Hospital S1

	age	Los days	adjrw6203	adjtotal	adjtotparw
265	8.02	3.20	0.562	4,614	8,181
	(17.02)	(1.71)	(0.011)	(2,471)	(4,342)
210	18.3	3.61	0.565	5,793	10,229
	(28.91)	(1.75)	(0.015)	(3,086)	(5,379)
P	0	0.01	0.061	0	0

C4. Hospital S2

	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
287	7.83	4.13	0.576	9,244	15,443
	(17.53)	(3.45)	(0.106)	(7,904)	(9,590)
316	19.68	4.35	0.574	10,061	17,156
	(29.55)	(2.91)	(0.086)	(7,178)	(10,224)
P	0	0.384	0.791	0.184	0.035

C5. Hospital M

	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
27	13.85	4.96	0.613	16,158	19,359
	(24.92)	(11.27)	(0.266)	(36,959)	(18,939)
58	18.41	3.31	0.560	12,946	22,991
	(23.38)	(2.22)	(0.015)	(11,722)	(20,672)
P	0.414	0.284	0.132	0.548	0.441

D. DRG 04521 Respiratory infection/inflammation w min sig CCC

D1. Teaching Hospital

N	Age yr	Los days	adjrw6203	Ctotal baht	Baht/adjrw
29	29.69	7.17	1.092	23,270	19,950
	(33.80)	(8.48)	(0.463)	(23,490)	(14,650)
25	48.88	8.48	1.077	30,878	27,331
	(32.03)	(7.62)	(0.445)	(26,866)	(14,841)
P	0.038	0.556	0.902	0.272	0.072

D2. Hospital A

	age	Los days	adjrw6203	total	totalparw
84	52.06	5.15	1.013	12,414	11,370
	(27.16)	(5.89)	(0.279)	(15,722)	(9,160)
358	59.78	4.92	0.996	13,515	12,902
	(24.56)	(4.19)	(0.146)	(14,873)	(10,432)
P	0.011	0.674	0.445	0.546	0.216

D3. Hospital S1

	age	Los days	adjrw6203	adjtotal	adjtotparw
176	46.97	4.95	0.993	10,376	10,259
	(28.18)	(3.85)	(0.080)	(7,824)	(7,031)
273	51.57	4.92	0.988	10,691	10,689
	(29.58)	(3.37)	(0.054)	(7,576)	6,992)
P	0.102	0.94	0.387	0.672	0.526

D4. Hospital S2

	age	Los days	adjrw6203	Total	totparw
94	39.14	6.26	1.022	14,685	13,587
	(30.23)	(5.54)	(0.193)	(13,485)	(9,698)
256	50.61	6.14	1.028	16,122	15,013
	(29.27)	(5.52)	(0.232)	(13,865)	(10,476)
P	0.001	0.859	0.816	0.387	0.25

D5. Hospital M

	age	Los days	adjrw6203	total	totparw
25	31.48	4.92	0.981	13,659	13,861
	(31.41)	(3.25)	(0.025)	(9,714)	(9,803)
102	52.87	5.47	1.017	20,549	18,172
	(29.61)	(6.78)	(0.277)	(31,602)	(13,972)
P	0.002	0.694	0.517	0.285	0.148

ผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมการติดเชื้อระบบหายใจไม่มีต้นทุนและโรคร่วมสำคัญ (04520 Respiratory infection/inflammation wo sig CCC) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญของอายุผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดยกเว้นที่โรงพยาบาล M (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินอายุมากกว่า) วันนอนโรงพยาบาลที่โรงพยาบาล S1 (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินนอนนานกว่า) ค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และ S1 (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินค่ารักษามากกว่า) และค่ารักษาเมื่อเทียบกับค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับวันนอนที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์, S1 และ S2 (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินมีค่ามากกว่า) ส่วนผู้ป่วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมการติดเชื้อระบบหายใจที่มีต้นทุนและโรคร่วมสำคัญระดับน้อย (04521 Respiratory infection/inflammation with minimal sig CCC) พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญเพียงเฉพาะอายุผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเกือบทั้งหมดยกเว้นที่โรงพยาบาล S1 (กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินอายุมากกว่า)

ประมาณการงบประมาณที่ต้องการเมื่อขยายนโยบายสู่โรงพยาบาลรัฐ

ผลกระทบด้านงบประมาณ คำนวณจากสมการดังนี้

$$\text{UCEP budget} = \text{A\&E w ESI12} \times \text{admission rate} \times \text{additional adjRW} \times \text{BR}$$

หมายถึงว่า งบประมาณที่ต้องการ เป็นไปเพื่อผู้ป่วยที่รับบริการที่ห้องฉุกเฉินที่มีค่าดัชนีความแรงด่วน ESI เฉพาะระดับ 1 หรือ 2 (A&E w ESI12) ที่รับเข้าไว้รักษาต่อในโรงพยาบาล (admission rate) และให้จ่ายเงินเพิ่มแก่โรงพยาบาลชดเชยส่วนที่ใช้ทรัพยากรเพิ่มในห้องฉุกเฉินตามหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าวันนอน (additional adjRW) ในอัตราการจ่ายต่อค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (base rate) เท่ากับผู้ป่วยส่งต่อ

ตารางที่ 7 แสดงค่าของตัวแปรที่ใช้แทนค่าในสมการเพื่อประมาณการงบประมาณที่ต้องการ โดยค่าต่ำและค่าสูงเลือกมาจากค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดตามระดับโรงพยาบาลที่นำเสนอในตารางที่ 2-4 และค่ากลางคือค่าเฉลี่ยระหว่างค่าต่ำและค่าสูง อย่างไรก็ตามค่าความต่างของทรัพยากรที่ใช้ในโรงพยาบาลระหว่างผู้ป่วยที่

รับเข้าโรงพยาบาลผ่านห้องฉุกเฉินกับไม่ผ่านห้องฉุกเฉินดังแสดงในตารางที่ 6 มีค่าที่สูงมาก (2.0 ถึง 2.2 เท่าที่โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์) จึงกำหนดเพดานความต่างให้สูงสุดไม่เกิน 1.7 เท่า (แทนค่างบประมาณที่จ่ายเพิ่ม 0.7 ของคะแนนน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าวันนอน)

ตารางที่ 7 ค่าต่ำ ค่ากลาง และค่าสูงของตัวแปรที่ใช้ประมาณการงบประมาณที่ต้องการแจกแจงตามประเภทโรงพยาบาล

	M			S			A			Teach		
	Min	Mid	Max	Min	Mid	Max	Min	Mid	Max	Min	Mid	Max
A&E/day	85.8	96	106.2	125.1	168	210.9	146.7	193.4	240	122.4	165.3	208.2
%ESI12	14%	14%	14%	13%	39.5%	66%	8%	27%	45%	21%	23.5%	26%
%IP	57%	69%	81%	2%	53%	86%	35%	63%	9%	16%	32.5%	49%
adjRW	1.5504	1.5504	1.5504	1.4666	1.8511	2.2356	1.4579	1.8468	2.2356	4.0268	4.8768	5.7267
AddRW	0.1	0.1	0.1	0.3	0.5	0.7	0.3	0.5	0.7	0.3	0.5	0.7

ตารางที่ 8 คือค่าประมาณการค่าต่ำ ค่ากลางและค่าสูง จากการแทนค่าตัวแปรในสมการข้างต้น เช่น โรงพยาบาลระดับ M ทั่วประเทศจำนวน 36 แห่ง ประเมินว่าจะมีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นค่ากลาง 1,261,440 รายต่อปี หากต้องการผลักดันนโยบายผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาได้ที่โรงพยาบาลรัฐระดับ M โดยมีระบบจ่ายเงินเพิ่มให้โรงพยาบาลรัฐ M ที่รักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและรับเข้ารักษาต่อในโรงพยาบาล จะใช้งบประมาณ 188.9 ล้านบาทต่อปี (ระหว่าง 139.5 ถึง 245.3 ล้านบาทต่อปี) และเมื่อรวมงบประมาณที่ต้องใช้กับโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท จะต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้น 1 หมื่นล้านบาท (ระหว่าง 854 ล้านบาท ถึง 5.8 หมื่นล้านบาท)

ตารางที่ 8 ค่าต่ำ ค่ากลาง และค่าสูงของงบประมาณที่ต้องการ

Level	N	A&E cases	Minimum	Mid point	Maximum
M	36	1,261,440	139,485,577	188,924,153	245,344,709
S	49	3,004,680	255,948,470	5,821,984,925	33,504,261,677
A	34	2,399,474	222,950,740	3,669,610,428	18,876,878,798
Teach	13	784,349	235,742,686	1,460,699,197	5,045,321,464
Total	132	7,449,942	854,127,472	11,141,218,703	57,671,806,648

วิจารณ์

ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีหลายประการดังนี้

ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้รับจากแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างหลากหลาย ในการนำเสนอครั้งนี้ได้ละทิ้งข้อมูลจากโรงพยาบาล 4 แห่งที่ไม่สามารถจัดส่งข้อมูลตามแผนการวิเคราะห์ที่ได้ ส่วนที่ได้นำเสนอ 5 แห่งนี้ก็ยังมีความแตกต่างในการตีความ โดยเฉพาะการจัดระดับฉุกเฉินของผู้ป่วยที่แตกต่างกันมาก

การศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของบริการห้องฉุกเฉินในแต่ละโรงพยาบาลในระยะต่อไป น่าจะมีความละเอียดและแม่นยำมากกว่าที่นำเสนอในการศึกษานี้ เช่น ระยะเวลาที่ได้รับบริการในห้องฉุกเฉินเป็นชั่วโมง เป็นวัน หรือเป็นสัปดาห์ในห้องสังเกตอาการ ตามข้อจำกัดของการรับเป็นผู้ป่วยในที่แตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์มีข้อจำกัดด้านเตียงมากกว่าโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงทำให้อัตราการรับเข้าเป็นผู้ป่วยในแตกต่างกันมาก

การศึกษาเปรียบเทียบการใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลครั้งนี้มีข้อสมมติว่าค่าใช้จ่ายในห้องฉุกเฉินทั้งหมดรวมอยู่ในค่ารักษารวมของโรงพยาบาลที่ส่งให้กองทุนประกันสุขภาพต่างๆ เมื่อเบิกจ่ายแบบผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม แม้การจัดส่งข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมจะมีมานานกว่าสิบปีแล้ว การศึกษานี้ยังไม่สามารถปรับค่ารักษาของโรงพยาบาลให้เป็นการใช้ทรัพยากรมาตรฐานเดียวกันได้ จึงเปรียบเทียบได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ภายในแต่ละโรงพยาบาลยังคงมีตัวแปรกวนที่ไม่ได้ปรับในผลวิจัยนี้ เช่น สิทธิการรักษาของผู้ป่วย การนอนในห้องพิเศษ การรักษาในห้องอภิบาลผู้ป่วยหนัก ค่าอาหารพิเศษ เป็นต้น

ข้อค้นพบจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมเพียงกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองและการติดเชื้อทางเดินหายใจซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยที่เพียงพอต่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่รับบริการผ่านและไม่ผ่านห้องฉุกเฉินครั้งนี้ชี้ว่า ผู้ป่วยที่รับบริการผ่านห้องฉุกเฉินมักจะมีอายุที่มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน การใช้ทรัพยากรโรงพยาบาลพบว่ากลุ่มที่ผ่านห้องฉุกเฉินของโรงเรียนแพทย์มากกว่ากลุ่มที่ไม่ผ่านห้องฉุกเฉินซึ่งมีสาเหตุจากวันนอนโรงพยาบาลที่นานกว่า แต่ลักษณะนี้ต่างจากผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่กลุ่มผ่านห้องฉุกเฉินมีวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลที่สั้นกว่า

การนำค่ากลางที่วิเคราะห์ได้จากโรงพยาบาล 9 แห่งไปประมาณค่าต่ำและค่าสูงของแต่ละตัวแปร ในสมการประมาณการงบประมาณที่ต้องการ หากต้องการให้โรงพยาบาลรัฐมีบทบาทรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับงบประมาณเพื่อเพิ่มโอกาสการพัฒนาคุณภาพบริการในห้องฉุกเฉินมากขึ้น ค่าต่ำและค่าสูงที่แกว่งมาก จึงทำให้ค่าประมาณงบประมาณที่ต้องการมีพิสัยกว้างมาก ระหว่าง 854 ล้านบาท ถึง 5.8 หมื่นล้านบาท (ค่ากลาง 1 หมื่นล้านบาท) สูงกว่างบประมาณที่ใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลเอกชนในปัจจุบันอยู่มาก จึงเกิดประเด็นพิจารณาเชิงนโยบายหลายประการ เช่น งบประมาณที่ต้องการเพิ่มจำนวนมากจะมาจากแหล่งใด จริงหรือถ้าเพิ่มงบประมาณแล้วจะเพิ่มประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการจ่ายเงินเพิ่มนี้ สำหรับบริการในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาล



ส่วนนี้ของรายงานพยายามตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 4

วัตถุประสงค์

5. เพื่อตรวจสอบสถานการณ์การจัดระบบบริการแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ (inputs, process, outputs, outcomes)
6. เพื่อประเมินความคิดเห็นและความพร้อมของโรงพยาบาลรัฐขนาดใหญ่ หากจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลรัฐ
7. เพื่อประเมินผลกระทบด้านการเงินของการขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่” ไปยังโรงพยาบาลรัฐ
8. เพื่อพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและระหว่างโรงพยาบาล

เมื่อประมวลข้อค้นพบสำคัญตามวัตถุประสงค์สามข้อแรก สรุปความได้ดังนี้

6. บริการห้องฉุกเฉินไม่อยู่ในฐานะที่จะให้บริการเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินเพราะ ก) มุมมองเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยก็วิชาชีพแพทย์ต่างกัน ข) การเจ็บป่วยเลือกเวลาไม่ได้ ค) บริการผู้ป่วยนอกจำกัดเวลาแทนที่จะเปิด 24 ชั่วโมง ง) โรงพยาบาลจำนวนมากวางกฎเกณฑ์ให้ผู้ป่วยนัดผ่าตัดหรือนัดมานอนรพ.ต้องผ่านการลงทะเบียนที่ห้องฉุกเฉิน จ) โรงพยาบาลจำนวนมากอาศัยห้องฉุกเฉินรองรับบริการอื่นๆ ที่ไม่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ทำแผล ฉีดยา ให้เคมีบำบัด เป็นต้น

7. เมื่อเป็นเช่นนั้น คุณภาพบริการห้องฉุกเฉินจึงขึ้นกับบริการแผนกอื่นๆของ โรงพยาบาล ทั้งนี้ภาวะแออัดของห้องฉุกเฉินเป็นภาพสะท้อนอย่างหนึ่งที่เด่นชัดเกี่ยวกับคุณภาพบริการห้องฉุกเฉิน ซึ่งประเทศพัฒนาได้เริ่มปรากฏตัวอย่างความพยายามแก้ไขภาวะแออัดนี้โดยการขยายบริการผู้ป่วยนอกหลังเที่ยงคืนหรือ วันหยุด บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เป็นต้น การที่จะทำเช่นนั้นได้ โรงพยาบาลจำเป็นต้องมีความคล่องตัวในการระดม จัดสรร และใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ)

8. ดูเหมือนว่า โรงพยาบาลรัฐโดยเฉพาะ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจะมีความคล่องตัวจำกัดเกินกว่าจะพัฒนานวัตกรรมบริการดังตัวอย่างในประเทศพัฒนาดังกล่าวข้างต้น หรือ ตัวอย่างโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย(มีบริการเฉพาะทาง 24 ชั่วโมง บริการวันหยุด เป็นต้น) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐอยู่ภายใต้การอภิบาลระบบที่ยืดหยุ่นน้อยสืบเนื่องจากนโยบาย ได้แก่ การลดขนาดกำลังคนภาครัฐ การห้ามใช้เงินบำรุงจ้างลูกจ้าง การจัดสรรโควต้ากำลังคนภายใน โรงพยาบาลอันส่งผลให้ปริมาณกำลังคนไม่ได้สัดส่วนกับภาระงาน

9. ถ้าจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุม โรงพยาบาลของรัฐ จึงมีความจำเป็นที่รัฐจะต้องทบทวนการอภิบาลระบบเพื่อให้ โรงพยาบาลรัฐมีความคล่องตัวมากขึ้นในการระดม จัดสรร และใช้ทรัพยากร(คน เงิน ของ)

10. ประการสุดท้าย ด้วยข้อจำกัดของระบบสารสนเทศในปัจจุบัน รายงานนี้ไม่สามารถให้คำตอบชัดเจนแน่นอนว่าควรจะใช้งบประมาณสักเพียงใด เพราะค่าประมาณงบประมาณที่ต้องการมีพิสัยกว้างมาก ระหว่าง 854 ล้านบาท ถึง 5.8 หมื่นล้านบาท (ค่ากลาง 1 หมื่นล้านบาท) นอกจากนี้ ด้วยข้อจำกัดของสารสนเทศอีกเช่นกัน จึงยังไม่ชัดเจนว่า เมื่อคำนึงถึงงบประมาณที่ใช้จ่ายอยู่แล้วในปัจจุบัน ควรเพิ่มงบประมาณให้ โรงพยาบาลรัฐอีกเท่าใด ความจำกัดของระบบสารสนเทศเป็นเรื่องที่แยกไม่ออกจากวิธีการจัดสรรงบประมาณให้ โรงพยาบาลรัฐที่ผ่านมาซึ่งไม่ได้จำแนกหมวดเฉพาะสำหรับบริการห้องฉุกเฉิน จึงสรุปว่า ในด้านการเงินถ้าจะขยายนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ให้ครอบคลุม โรงพยาบาลของรัฐ จำเป็นต้องผูกโยงงบประมาณเข้ากับการพัฒนาระบบสารสนเทศ ดังเช่นที่ปฏิบัติในกรณี โรงพยาบาลเอกชน อันเป็นจุดตั้งต้นที่ถูกต้องทิศทางแม้จะยังมีโอกาสพัฒนาอีกมากก็ตาม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรทบทวนการอภิบาลระบบสำหรับ โรงพยาบาลรัฐ เพื่อเพิ่มความคล่องตัวด้านการบริหารบุคคลและการเงิน
2. ผูกโยงการอุดหนุนบริการห้องฉุกเฉินและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสารสนเทศ
3. ผูกโยงการอุดหนุนบริการกับการพัฒนากระบวนการคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

- ¹ Kennedy M, MacBean CE, Brand C, Sundararajan V, McD Taylor D. Review article: Leaving the emergency department without being seen. *Emerg Med Australasia* [Internet]. Blackwell Publishing Asia; 2008;20(4):306–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-6723.2008.01103.x>
- ² Laura Medford-Davis, David Marozzi, Shantanu Agrawal, Brendan G. Carr, Emily Carrier. Value-Based Approaches for Emergency Care in a New Era. *Ann Emerg Med*. 2017;69:675-683
- ³ Pines JM, McStay F, George M et al. Aligning Payment Reform and Delivery Innovation in Emergency Care. *Am J Manag Care*. 2016;22(8):515-518 <http://www.ajmc.com/printer?url=/journals/issue/2016/2016-vol22-n8/aligning-payment-reform-and-delivery-innovation-in-emergency-care>
- ⁴ Nir J. Harish, Harold D. Miller, Jesse M. Pines et al. How alternative payment models in emergency medicine can benefit physicians, payers, and patients. *American Journal of Emergency Medicine* 35 (2017) 906–909
- ⁵ P. Suriyawongpaisal, W. Aekplakorn, S. Srithamrongsawat, C. Srithongchai, O. Prasitsiriphon, and R. Tansirisithikul, “Copayment and recommended strategies to mitigate its impacts on access to emergency medical services under universal health coverage: a case study from Thailand,” *BMC Health Services Research*, vol. 16, no. 1, 2016.
- ⁶ ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ พงศกร อธิกเสวตพฤทธิ รายงานโครงการติดตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP) พฤษภาคม 2561 เสนอสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)
- ⁷ ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย ร่างผลการศึกษาและข้อเสนอเพื่อทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง 20 กันยายน 2561 ห้องประชุมไมด้า 7 ชั้น 9 โรงแรมไมด้า อ.เมือง จ.นนทบุรี เสนอ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนากลไกประกันสุขภาพไทย
- ⁸ Wibulpolprasert A, Sittichanbuncha Y, Sricharoen P, Borwornsrisuk S, Sawanyawisuth K. Factors associated with overcrowded emergency rooms in Thailand: a medical school setting. *Emerg Med Int* [Internet]. 2014;2014:576259. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4195257&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4195257&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- ⁹ P. Suriyawongpaisal, Kamlungkua T, Chiewchantanakit N, Norramon Charoenpipatsin, Sriturawanit F, Krisang P, Thanita Thongtan. Relevance of using length of stay as a key indicator to monitor emergency department performance: Case study from a rural hospital in Thailand. *Emerg Med Australasia*(accepted October 2018)
- ¹⁰ John W. Scott, Joaquim M. Havens, Lindsey L. Wolf, et al. Insurance status is associated with complex presentation among emergency general surgery patients. *Surgery* 2017;161:320-8
- ¹¹ S. Nikpay, S. Freedman, H. Levy, and T. Buchmueller, “Effect of the Affordable Care Act Medicaid Expansion on Emergency Department Visits: Evidence From State-Level Emergency Department Databases,” *Annals of Emergency Medicine*, vol. 70, no. 2, pp. 215–225.e6, 2017.
- ¹² Jeroen Postma & Teun Zuiderent-Jerak. Beyond Volume Indicators and Centralization: Toward a Broad Perspective on Policy for Improving Quality of Emergency Care. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 69, no. 6 : June 2017
- ¹³ ผศ.ดร.นพ.บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ การนำเสนอผลการศึกษารายงานจัดทำวางแผนบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทยในระยะ 20 ปี เสนอต่อการประชุมหารือนโยบายบูรณาการการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพในอนาคต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 19 เมษายน 2561
- ¹⁴ Mann C. Reducing Nonurgent Use of Emergency Departments and Improving Appropriate Care in Appropriate Settings. Baltimore, MD; January 16, 2014. Available at: <http://www.medicaid.gov/Federal-Policy-Guidance/Downloads/CIB-01-16-14.pdf>.
- ¹⁵ Close R.M. Weinick, R.M. Burns, A. Mehrotra. Many emergency department visits could be managed at urgent care centers and retail clinics. *Health Aff (Millwood)*, 29 (2010), pp. 1630-1636
- ¹⁶ Medford-Davis L, Marcozzi D, Agrawal S et al. Value-based approaches for emergency care in a new era. *Annals of Emergency Medicine*. Volume 69, no. 6 : June 2017:675-683.
- ¹⁷ Morgan SR, Chang AM, Alqatari M et al. Non-Emergency Department Interventions to Reduce ED Utilization: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*.2013;20(10):969-985
- ¹⁸ Carpenter CR, Raja AS, Brown MD. Overtesting and the downstream consequences of overtreatment: implications of “preventing overdiagnosis” for emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2015;22:1484-1492. [http://refhub.elsevier.com/S0196-0644\(16\)31342-7/sref45](http://refhub.elsevier.com/S0196-0644(16)31342-7/sref45)