

การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน นอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร Medical Emergency Services Management Under System Unequality Reduction Policy Among the Outside Private Hospitals of Bangkok Health Health Fund's Network

สิริรัตน์ สุวรรณรัตน์* วชิรินทร์ อินทรพรหม วณิฎา แช่มลำเจียก

Sirirat Suwannarat* Wacharin Intaprom Wanida Chaemlamjiek

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร บางเขน กรุงเทพฯ 10220

Faculty of Humanities and Social Sciences, Phranakhon Rajabhat University, Bangkok, Thailand 10220

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการปัญหาอุปสรรคและหาแนวทางการจัดการที่มีประสิทธิภาพในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ ของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานครเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจง คือเป็นโรงพยาบาลเอกชนประเภททั่วไประดับตติยภูมิและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 5 แห่งทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้บริหารโรงพยาบาล จำนวน 6 ท่าน ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาวิเคราะห์โดยการเจเนนบีแนวคิดและการตีความทดสอบยืนยันด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า

ผลวิจัยพบว่า 1) ด้านการจัดการ มีการวางแผนกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียว มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การตรวจสอบสิทธิ์การรักษาพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดภายหลังจากอาการปลอดภัยแล้ว มีการประชุมระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลกับหัวหน้าหน่วยสร้างวิสัยทัศน์ขององค์การในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการควบคุมคุณภาพโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสากล ระบบการตรวจสอบภายใน ระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ 2) พบปัญหาการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่ไม่คุ้มทุน ปัญหาเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ประชาชนไม่เข้าใจนิยาม “ฉุกเฉิน” และหาช่องโหว่เพื่อเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุน และไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด 3) แนวทางการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพคือ ควรให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการร่างนโยบาย ปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน สร้างความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคำว่า “ฉุกเฉินรักษาฟรี” แก่ประชาชน ปรับปรุงระบบการย้ายผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด และปรับอัตราค่าชดเชยให้เหมาะสม

คำสำคัญ : การจัดการ, บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน, โรงพยาบาลเอกชน

Abstract

This research aims to study management, problems and study service management efficient guideline-undersystem unequality reduction in medical emergency services among private hospitals outside Bangkok health fund's network. This research was qualitative design and selected five hospitals case by purposive sampling of tertiary care services hospitals and agreed participate in this research. This research used in-depth interview 6 hospital executives with review the document. The data were analysed by conceptual enumeration, interpreted and validated by triangulation method.

The research found: (1) The plan was to define the goals which base on principle professional standard. There are emergency patient triage system. Medical right verifying system, for referral the patient with good condition to the origin hospital. The meeting between management team and head of departments. Create a vision in medical emergency service. The new management systems and internal audit were applied to maintain the hospital's international standard. (2) Found the problems a) the medical compensation is not cover the expense, b) the criteria use to identify the emergency condition are not well-defined, c) the people do not understand scope of the word "emergency" and tries to find loophole to take the compensation from health fund, and d) patient cannot be referral to the origin hospital. (3) Efficient guideline in medical emergency services management a) private sector should take part in policy formulation b) to improve the patient delivering system, c) understanding criterion that used to classify the level of patient emergency condition and the definition of "Free Emergency Care" to public, d) to develop the patient referral system to the origin hospital and e) to have a reasonable compensation.

Keywords : Management, Medical emergency services, Private Hospital

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับต้นของเกือบทุกประเทศทั่วโลกจากข้อมูลสถิติสาธารณสุขปี 2551 การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการตายในลำดับที่ 2 และลำดับที่ 4 รวมทั้งจากข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศปีละประมาณ 12 ล้านครั้ง พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งในจำนวนนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นซึ่งถ้าไม่มีการแก้ไขที่เหมาะสมอาจมีผลต่อเศรษฐกิจสังคม และความมั่นคงของประเทศได้ หากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ 15-20 หรือประมาณปีละ 9,000-12,000 คน จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงเป็นที่มาของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่จะพัฒนาระบบการแพทย์ไทยให้เทียบเคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ประชาชนไทยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ว่าจะ

อยู่ที่ใดจะได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน และมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ประเด็นหลักของพระราชบัญญัติฉบับนี้คือ 1) การมีบุคลากรทางการแพทย์มืออาชีพให้บริการ 2) ให้มีองค์กรที่รับผิดชอบโดยตรง คือ ศูนย์นเรนทรที่เตรียมพร้อม 24 ชั่วโมง 3) เพื่อขจัดปัญหาโรงพยาบาลปฏิเสธคนป่วยฉุกเฉิน 4) จัดระบบอาสาสมัคร และมูลนิธิที่ดำเนินการกู้ชีวิตให้เข้าสู่ระบบมาตรฐาน¹ วันที่ 1 เมษายน 2555 รัฐบาลภายใต้การนำของนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงร่วม (MOU) โดยมีนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุน ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) หรือบัตรทอง ประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จะได้รับสิทธิพิเศษกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาลและมหาวิทยาลัย 909 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 353 แห่งรวมทั้งประเทศ 1,262 แห่ง ในส่วนการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลมีระบบของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) เป็นศูนย์กลางในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล (clearing house) กำหนดอัตราค่ารักษา

พยาบาล ให้เป็นราคากลาง กรณีผู้ป่วยนอกจ่ายตามรายการ และอัตรา “Emergency intervention list” ส่วนกรณีผู้ป่วย ในจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG V.5.0) โดยมีอัตราจ่าย 10,500 บาท ต่อ 1 AdjRW ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยการใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยตาม DRG^{1, 2} กลุ่มโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพย่อมได้รับผลกระทบ จากนโยบาย สาธารณะด้านสาธารณสุขดังกล่าว เช่น การไม่พอใจเงินชดเชย ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่อ้างว่าไม่สมเหตุผล การกำหนด อัตราค่ารักษาพยาบาลตามกลุ่มโรคร้ายแรงที่อ้างว่าเป็นตัวเลข ที่ไม่ได้สะท้อนต้นทุนการรักษาที่แท้จริงปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย กลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัดปัญหาประชาชนสับสนค่าจำกัด ความคำว่า “ฉุกเฉินรักษาฟรี”³

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการการให้บริการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบ ประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุน สุขภาพ กรุงเทพมหานคร ซึ่งองค์การจำต้องมีการบริหารจัดการ อย่างเป็นระบบที่ประกอบไปด้วยหน้าที่ในการจัดการ 4 ขั้นตอนได้แก่ การวางแผน การจัดการองค์การ การนำใน องค์การ และการควบคุม⁴ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ คือประชาชนต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ผู้ที่มีส่วนสำคัญคือ ผู้บริหารโรงพยาบาล ถือเป็นกลจักรสำคัญที่จะคอยควบคุม ดำเนินการในองค์การไปสู่พันธกิจที่วางไว้ ซึ่งข้อค้นพบจากการ ศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อันจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการจัดการการให้บริการด้านการ แพทย์ฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการการให้บริการด้านการ แพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกัน สุขภาพ ของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการ จัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความ เหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ ของโรงพยาบาลเอกชนนอก เครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาแนวทางการจัดการการให้บริการด้าน การแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบ ประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน นอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือสามารถให้ข้อมูลในเรื่องการจัดการการให้บริการด้านการ แพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกัน สุขภาพ ซึ่งได้แก่ อดีตเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ 1 ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล 1 ท่านผู้อำนวยการ สายงานพยาบาล 1 ท่าน หัวหน้าหน่วยห้องฉุกเฉิน 3 ท่าน โดย เลือกโรงพยาบาลที่อยูในการวิจัยแบบเจาะจงโรงพยาบาล เอกชนประเภททั่วไป (General Hospital) นอกกระบบประกัน สุขภาพกรุงเทพมหานคร ที่จัดบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ จำนวนเตียงผู้ป่วยค้างคืนมากกว่า 250 เตียงระดับ 6⁵ แบ่งประเภทสถานพยาบาลตามการจดทะเบียนจัดตั้งดังนี้ ประเภท 1 โรงพยาบาลในตลาดหลักทรัพย์ประเภท 2 โรงพยาบาลมูลนิธิ และประเภท 3 โรงพยาบาลเอกชนทั่วไป ที่ไม่เข้าข่ายประเภท 1 และ 2 และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ วิจัย มีจำนวน 5 โรงพยาบาลคือ โรงพยาบาลพญาไท 1, โรงพยาบาลพญาไท 2, โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน, โรงพยาบาลวิภาวดีและโรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์ เนชั่นแนล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แนวคำถาม (Interview Guide) เพื่อเป็นแนวทางในการ ซักถามแบบเจาะลึกสำหรับผู้บริหาร โดยมีประเด็นดังนี้ ข้อมูล ทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ สภาพทั่วไปรวมทั้งปัญหาอุปสรรค การให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และแนวทางการจัดการ จัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความ เหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่มี ประสิทธิภาพ เนื้อหาของคำถามสามารถปรับได้ตามลักษณะ ของผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยอาศัยการตั้งคำถามปลายเปิด และ ก่อนที่จะนำประเด็นคำถามไปใช้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นคำถาม ให้ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาจำนวน 3 ท่านตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากนั้นนำประเด็น คำถามไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เสนอโครงร่าง การวิจัยและนำหนังสืออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร วันที่ 1 สิงหาคม 2556 ไปยื่นต่อโรงพยาบาลที่อยู่ในเกณฑ์การวิจัย พร้อมทั้งชี้แจง วัตถุประสงค์การศึกษาและการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดย

ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 1-2 ชั่วโมง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2556 ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation) ในด้านข้อมูลจากบุคคลและเอกสารที่ได้รับรวบรวมจากแหล่งต่างๆที่มีความแตกต่างทั้งสถานที่และบุคคล ว่ามีความเหมือนหรือต่างกันหรือไม่

4. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารและการสัมภาษณ์ ด้วยการบันทึกเสียง แล้วนำมาถอดแบบบันทึกการสัมภาษณ์ และนำข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าเอกสารและการสัมภาษณ์มาจัดให้เป็นระบบ วิเคราะห์ความเชื่อมโยงของข้อมูลเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ที่ศึกษา และนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญมาวิเคราะห์ โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology & Taxonomy) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาบทสรุปรวม (Analytic Induction), วิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Content Analysis) นำเอกสารหลักฐานต่าง ๆ มาวิเคราะห์เชิงพรรณนาและอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพกรุงเทพมหานคร

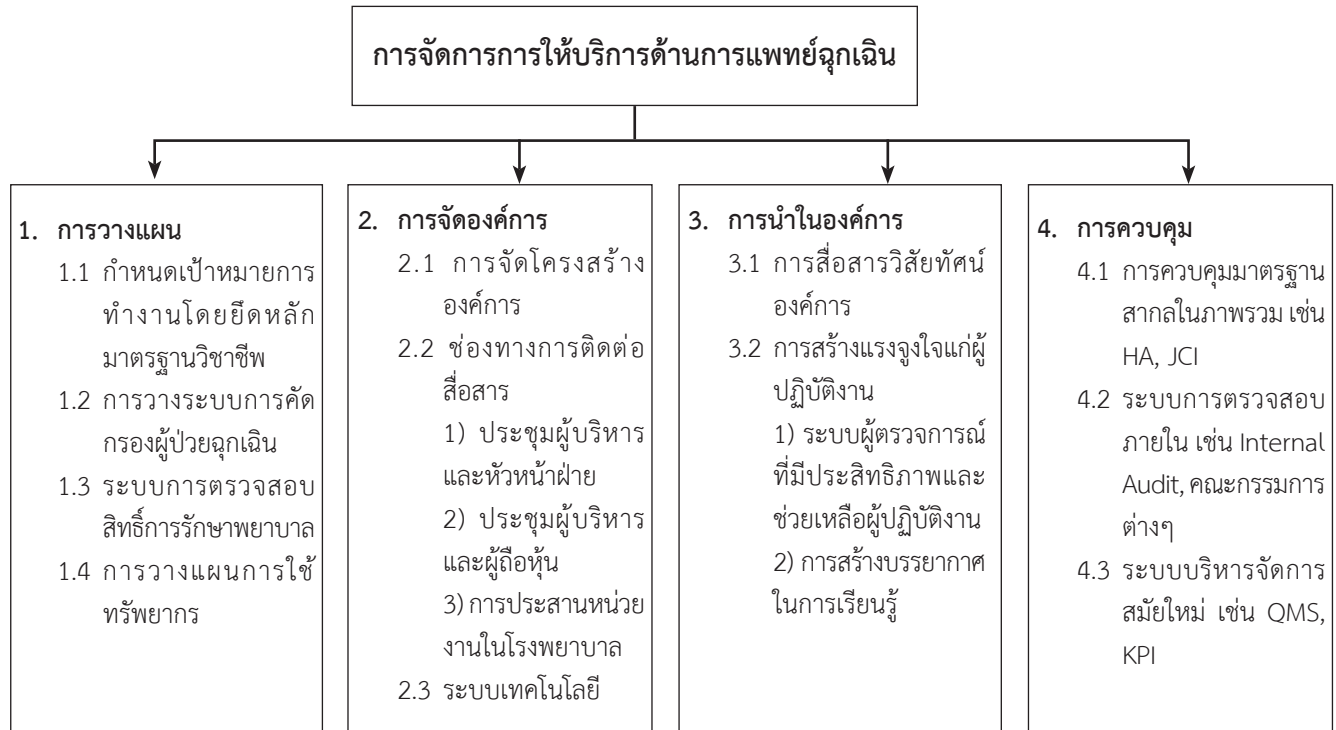
1. ด้านการวางแผน (Planning) มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานโดยยึดหลักวิชาชีพภายใต้มาตรฐานเดียวไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษาพยาบาล มีการวางระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการสร้างความชัดเจนของการให้คำจำกัดความ “ฉุกเฉิน” ตามเกณฑ์ ESI (Emergency Severity Index) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีระบบการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลเพื่อประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลต้นสังกัดภายหลังจากผู้ป่วยมีอาการปลอดภัยแล้ว และวางแผนการใช้ทรัพยากรเดิมที่มีอยู่ในองค์กร อันได้แก่ งบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือเครื่องใช้มาใช้ในการจัดการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพียงแต่กำหนดบทบาทหน้าที่เพิ่มเติมในการประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และศูนย์ EMCO (Emergency Claim Online) แก่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ด้านการจัดองค์กร (Organizing) โรงพยาบาลซึ่งอยู่ในกลุ่มตัวอย่างการวิจัยแบ่งเป็น 3 ประเภทตามคุณลักษณะองค์กรได้แก่ 1) โรงพยาบาลเอกชนประเภทมูลนิธิ

แห่งสภาคริสตจักร 2) โรงพยาบาลเอกชนจดทะเบียนธุรกิจเข้าตลาดหลักทรัพย์ และ 3) โรงพยาบาลเอกชนที่จดทะเบียนบริษัทจำกัด อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลทั้งหมดที่อยู่ในการวิจัยนั้นมีโครงสร้างองค์กรแบบเป็นทางการที่คล้ายกันคือ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานพยาบาลต่างๆ ผู้ตรวจการพยาบาลซึ่งทำหน้าที่แทนผู้อำนวยการนอกเวลาทำการ และ หน่วยงานสนับสนุน (Back Office) ส่วนช่องทางการติดต่อสื่อสารนั้นมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับหัวหน้าฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินภายในโรงพยาบาลประกอบด้วยระบบรายงานโรงพยาบาลที่จดทะเบียนในตลาดหลักทรัพย์จะมีการประชุมระหว่างคณะผู้บริหารกับผู้ถือหุ้นโรงพยาบาล และกำหนดหน้าที่ให้กับหน่วยงานซึ่งต้องรับผิดชอบประสานงานกับ สปสช.และศูนย์เรนทร สังกัดสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีระบบเทคโนโลยีที่ช่วยเอื้ออำนวยต่อการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินใช้ระบบ Computer Online ในการติดต่อผ่านศูนย์ EMCO และระบบสื่อสารทางโทรศัพท์

3. ด้านการนำในองค์กร (Directing) ผู้บริหารโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งให้ข้อมูลว่ามีความชัดเจนเรื่องการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กรในการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ โดยยึดหลักมาตรฐานและจริยธรรมในวิชาชีพ และมีกระบวนการสื่อสารวิสัยทัศน์ไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน เริ่มจากการประชุมระหว่างผู้บริหารและหัวหน้าแผนกต่างๆ หรือคณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากนั้นจึงชี้แจงแก่ผู้ปฏิบัติงานตามลำดับเพื่อให้คนในองค์กรให้ความร่วมมือจนบรรลุเป้าหมายการมีระบบผู้ตรวจการนอกเวลาทำการที่สามารถช่วยแก้ปัญหาแก่ผู้ปฏิบัติงาน ทำให้พนักงานมีขวัญกำลังใจและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและมีการสร้างวัฒนธรรมเพื่อหล่อหลอมให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้จากในเวทีการประชุม

4. ด้านการควบคุม (Controlling) มีการควบคุมมาตรฐานโดยภาพรวมของโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐานสากล HA (Hospital Accreditation) และมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) ควบคุมการปฏิบัติงานของการจัดการ การให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยระบบการตรวจสอบภายใน ผ่านคณะกรรมการต่างๆ ของโรงพยาบาล และ



ภาพที่ 1 สรุปการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย ลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่าย 3 กองทุนโดยแบ่งตามหน้าที่ในการจัดการ 4 ขั้นตอน

ควบคุมการปฏิบัติงานของการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ เช่น ระบบบริหารงานคุณภาพ QMS (Quality Management System) และติดตามวัดผล KPI (Key Performance Index)

ส่วนที่ 2 ปัญหาและอุปสรรคการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ

1. โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งพบปัญหาการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพคิดว่าไม่คุ้มทุน
2. โรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งพบปัญหาการไม่สามารถส่งตัวกลับไปโรงพยาบาลต้นสังกัด
3. ปัญหาการให้คำจำกัดความและหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกกระตือรือร้นแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 4 ท่าน
4. ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยที่พึงพอใจในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ นอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้วไม่ประสงค์ย้ายกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด แต่ไม่พร้อมชำระค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 3 ท่าน

5. ปัญหาประชาชนไม่เข้าใจนิยาม “ฉุกเฉิน” โดยถ่วงแท้และหาช่องโหว่เพื่อให้สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากกองทุน โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2 ท่าน

6. ปัญหาและอุปสรรคการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเอกชนที่มีผู้ถือหุ้น เป็นกลุ่มนักธุรกิจ ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ ซึ่งมองประเด็นเรื่องความคุ้มทุนและกำไรในการดำเนินธุรกิจเป็นสำคัญ โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 2 ท่าน

7. ปัญหากลุ่มผู้ป่วยต่างชาติและแรงงานต่างด้าวซึ่งไม่มี ID Card เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่สามารถส่งตัวไปยังโรงพยาบาลของรัฐได้ ประสานงานสถานทูตมีความยากลำบาก โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 1 ท่าน

ส่วนที่ 3 แนวทางการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีประสิทธิภาพ

1. การกำหนดนโยบายที่มีผลต่อประชาชนหรือภาคเอกชน ควรให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนการร่างนโยบาย
2. ปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการ

การแพทย์ฉุกเฉินด้วยระบบ 1669 อบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
ผู้ป่วยเบื้องต้นกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

3. สร้างความเข้าใจหลักเกณฑ์การประเมินระดับ
ความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและคำว่า “ฉุกเฉินรักษา
ฟรี” แก่ประชาชน

4. ปรับปรุงระบบการย้ายผู้ป่วยหลังพ้นภาวะฉุกเฉิน
กลับโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยให้สามารถส่งกลับได้ภายในเวลา
ที่กำหนด

5. ปรับอัตราค่าจ่ายค่าชดเชยให้เหมาะสมโดยอาจ
นำระบบต่างๆ ร่วมปรับใช้ เช่น การใช้ระบบ Co-payment
การใช้ Third Party หรืออัตราค่าจ่ายค่าชดเชยหลายระดับ
ตามความสามารถและต้นทุนโรงพยาบาล

อภิปรายผล

1. การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของ
โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

1.1 ด้านการวางแผนการคัดกรองถือเป็นหัวใจ
สำคัญของงานบริการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องมีเกณฑ์ที่ชัดเจน
ไม่คลุมเครือ เพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และ
ประชาชนไม่เกิดความสับสน สอดคล้องกับการศึกษาของ
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย³ ที่พบว่า
การปรับเกณฑ์การคัดกรองความฉุกเฉินของผู้ป่วยสีเหลือง
(ฉุกเฉินเร่งด่วน) มีความจำเป็นมากในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อ
ลดปัญหาเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินที่ไม่ตรงกันของผู้ป่วยและ
ผู้ปฏิบัติงานการจำแนกระดับความรุนแรงของสีเหลือง เปิดช่อง
ให้โรงพยาบาลเอกชนจัดกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองจริงเป็นสีเขียว
(ฉุกเฉินไม่เร่งด่วน) เพื่อจะได้เรียกเก็บค่าบริการได้และจาก
ข้อมูลการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในแต่ละ
โรงพยาบาล ตารางที่ 1 โรงพยาบาล Hosp⁴ ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
แดงมากกว่า เหลือง คิดเป็นสัดส่วน 58:30:10 แต่ในภาพรวม
สัดส่วนของการเข้ารับบริการ ด้วยภาวะฉุกเฉิน เร่งด่วน แดง:
เหลือง : เขียว คิดเป็นสัดส่วน 39:48:10 โดยโรงพยาบาล
Hosp 1, 2 และ 3 สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (เหลือง) มากกว่า
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (แดง) โรงพยาบาล Hosp 4 เป็นโรงพยาบาล
ที่เบิกค่ารักษาพยาบาลสูงสุด คือ เป็นเงิน 80,651,360 บาท
แต่ในทางกลับกัน ได้รับเงินชดเชยตาม DRG เป็นเปอร์เซ็นต์ต่ำ
สุดคือร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบ 4 โรงพยาบาล รายละเอียด
ดังตารางที่ 2

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า โรงพยาบาล Hosp 2 มีการจัดตั้งคณะ
ทำงานเฉพาะกิจ และมีการวัด KPI ของคณะทำงานชุดนี้
ด้วย แต่เมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับตารางที่ 2 ข้อมูล
จำนวนเงินที่อนุมัติ และจ่ายชดเชย แล้วโรงพยาบาล Hosp 2
ได้รับเงินชดเชยตาม DRG เพียงแค่ร้อยละ 10 ของค่ารักษา
พยาบาลทั้งหมด อาจอนุมานได้ว่ามีปัจจัยอื่นที่ส่งผลมากกว่า
ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ สตีเฟนดอร์แกนและคณะ⁶
ที่กล่าวว่าโรงพยาบาลที่มีค่าคะแนนการจัดการสูงจะให้อิสระ
(Autonomy) เช่นการถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจแก่พนักงาน
ระดับปฏิบัติการมากกว่า จะมีการจัดการที่ดีกว่า

โรงพยาบาลซึ่งอยู่ในกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทั้งหมดมี
โครงสร้างองค์การแบบเป็นทางการที่คล้ายกันคือ ประกอบด้วย
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการแพทย์ หัวหน้าฝ่าย
การพยาบาล หัวหน้าหน่วยสายงานพยาบาลต่างๆ ผู้ตรวจการ
พยาบาล และ หน่วยงานสนับสนุน (Back Office) จึงเห็นได้ว่า
โรงพยาบาลเป็นองค์การที่มีความซับซ้อน เนื่องจากมีบุคลากร
หลายวิชาชีพและมีหลายหน่วยงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของ
สตีเฟนดอร์แกนและคณะ⁶ กล่าวว่าโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่
และอยู่ในเขตเมืองจะมีการจัดการที่มีประสิทธิภาพมากกว่าโรง
พยาบาลขนาดเล็กและอยู่นอกเมือง

1.2 ด้านการนำในองค์การ ที่สำคัญคือวิสัยทัศน์
ในการบริหารผู้บริหารโรงพยาบาล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก
พบว่าผู้บริหารโรงพยาบาล Hosp 3 ซึ่งเป็นแพทย์ใหญ่ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับนโยบายนี้เป็นอย่างมาก
โดยเป็นโรงพยาบาลนำร่องนโยบายนี้ เมื่อพิจารณาประกอบ
ข้อมูลตารางที่ 2 พบว่าโรงพยาบาล Hosp 3 มีการส่งเบิกเป็น
จำนวนรายมากที่สุด คือ 677 รายและเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับ
เงินชดเชยตาม DRG เป็นเปอร์เซ็นต์สูงสุดเมื่อเปรียบเทียบ
4 โรงพยาบาล ที่อยู่ในโครงการวิจัย รวม 14,684,799 บาท
คิดเป็นร้อยละ 21 ของการจ่ายชดเชยตาม DRG สอดคล้องกับ
การศึกษาของสงครามชัย ลีทองดี⁷ พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ
ในการนำแผนสู่การปฏิบัติของการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินที่
สำคัญคือการมีผู้นำที่แสดงภาวะผู้นำได้อย่างชัดเจนและเข้าใจ
ในการบริหารและประสานงานได้อย่างเหมาะสม

1.3 ด้านการควบคุม ผู้บริหารโรงพยาบาล
ที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทั้ง 5 แห่ง กล่าวถึงการควบคุม
เป็นไปทิศทางของการควบคุมระบบคุณภาพ ได้แก่ ระบบ
มาตรฐานสากล เช่น HA (Hospital Accreditation) JCI
(Joint Commission International) ระบบการตรวจสอบภายใน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการจำแนกตามภาวะวิกฤตของโรงพยาบาลที่สมัครใจที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโรงพยาบาล	ผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน (เหลือง)	ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต (แดง)	ผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่เร่งด่วน (เขียว)	ผู้ป่วยทั่วไป	รวม	สัดส่วน แดง : เหลือง : เขียว
Hosp 1	243	105	26	59	433	24:56:6
Hosp 2	179	114	31	13	337	34:53:9
Hosp 3	371	284	11	11	677	41:55:2
Hosp 4	112	219	20	24	375	58:30:5
รวม	905	772	88	107	1822	39:48:10

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูล จำนวนเงินที่อนุมัติ และจ่ายชดเชย ของโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโรงพยาบาล	จำนวนสั่งเบิก	จำนวนอนุมัติ	ค่ารักษาทั้งหมด	เงินอนุมัติรวม	%ชดเชยตาม DRG
Hosp 1	433	223	59,651,974	5,283,663	9
Hosp 2	337	183	68,773,440	6,560,090	10
Hosp 3	677	456	69,413,410	14,684,799	21
Hosp 4	375	138	80,651,360	5,003,942	6
รวม	1822	1000	278,490,185	31,532,496	

ที่มา : โปรแกรม EMCO สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2555-31 ธันวาคม 2556 ณ 10 มกราคม 2557 หมายเหตุ Hosp 5 ไม่มีข้อมูลการเบิกจ่าย

ระบบบริหารจัดการสมัยใหม่ เช่น ระบบบริหารงานคุณภาพ QMS (Quality Management System) และการติดตามวัดผล KPI (Key Performance Index) สอดคล้องกับการศึกษาของ ยาวภา ปฐมศิริกุล⁸ ที่พบว่าระบบบริหารคุณภาพอัน ได้แก่ การรับรองระบบบริหารคุณภาพ การมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายคุณภาพของผู้บริหาร และการทำงานวิจัยในงานประจำ เป็นปัจจัยหนึ่งในแบบจำลองปัจจัยความสำเร็จการจัดการธุรกิจ บริการสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย แต่การศึกษานี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพได้เนื่องจากไม่มีการสุ่มตรวจเวชระเบียน (Audit Chart) ของผู้ป่วย

2. ปัญหาและอุปสรรคการจัดการการให้บริการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพ

2.1 ปัญหาการจ่ายค่าชดเชยการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพคิดว่าไม่คุ้มทุนซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 โรงพยาบาลตรงกัน เมื่อวิเคราะห์ ข้อมูลการเบิกจ่าย ตามโปรแกรม EMCO สำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ พบว่า ค่าเฉลี่ยของประเทศ โรงพยาบาลเอกชน ได้รับค่าชดเชยประมาณร้อยละ 30-40 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ³ ในขณะที่ข้อมูลของโรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มวิจัย ได้รับเงิน อนุมัติชดเชยสูงสุดอยู่ที่ร้อยละ 21.10 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ เงินอนุมัติชดเชยต่ำสุดอยู่ที่ร้อยละ 6.20 เฉลี่ยค่าเงินอนุมัติ ของโรงพยาบาลที่อยู่ในกลุ่มวิจัยคิดเป็นร้อยละ 11.14 ตาม ตารางที่ 2 จึงพออนุมานได้ว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ที่อยู่นอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพมีต้นทุนการรักษาพยาบาล มากกว่าโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กกว่า

2.2 ปัญหาการไม่สามารถส่งตัวกลับไป โรงพยาบาลต้นสังกัดเมื่อพ้นภาวะวิกฤตโดยทุกโรงพยาบาล ในกลุ่มวิจัยพบปัญหาดังกล่าว ซึ่งจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารโรงพยาบาลได้แสดงความคิดเห็นว่ากลุ่มข้าราชการ เป็นกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุดในการ ส่งตัวกลับโรงพยาบาลต้น สังกัด และผู้ป่วยที่พึงพอใจในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล เอกชนขนาดใหญ่ นอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ เมื่อพ้นระยะ วิกฤตแล้วไม่ประสงค์ย้ายกลับโรงพยาบาลต้นสังกัด แต่ไม่พร้อม ชำระค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ไม่สามารถเบิกได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย³ พบว่าเมื่อพ้นภาวะวิกฤตและต้องส่งต่อ โรงพยาบาลเอกชนประสบปัญหาการหาเตียงให้ผู้ป่วยกลุ่มสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการมากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ไม่มีโรงพยาบาลต้นสังกัด ปัญหาที่รุนแรงมากในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และเชียงใหม่ และผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มใช้บริการเอกชนขนาดใหญ่มากกว่าขนาดเล็ก ความไม่มั่นใจในคุณภาพบริการเป็นเหตุผลที่พบบ่อยที่สุดในการไม่เข้ารับบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ

3. แนวทางการจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชน ที่มีประสิทธิภาพ โดยปรับปรุงระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลให้ข้อมูลว่าการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยส่วนใหญ่มักไม่ผ่าน 1669 ศูนย์เรนทร ผู้ป่วยถูกนำส่งโดยญาติเป็นหลัก ทำให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างนำส่งไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย³ ที่กล่าวว่า การเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ นโยบายนี้ โดยส่วนใหญ่ไปด้วยตนเองถึงร้อยละ 89 แสดงว่า บริการนำส่งโรงพยาบาลผ่าน 1669/1646 ให้บริการได้จำกัด ดังนั้นควรประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบโดยถ้วนหน้า มีการจัดระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินโดยใช้หมายเลขเดียว ให้หน่วยบริการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ทำหน้าที่ให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นการคัดแยกผู้ป่วย และการประสานงานระหว่างหน่วยงานซึ่งให้การดูแลรักษานอกโรงพยาบาลและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาลปลายทาง นอกจากนี้ควรจัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นแก่ญาติผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

หน้าที่ในการจัดการอันจะนำไปสู่การจัดการการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตามนโยบายลดความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ของโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายกองทุนสุขภาพ กรุงเทพมหานคร คือ การนำในองค์การโดยการมีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ในการบริหารสามารถแสดงภาวะผู้นำได้อย่างชัดเจนและเข้าใจในการบริหารและประสานงานได้อย่างเหมาะสม มีความจริงใจและร่วมมือที่จะสนองนโยบาย จึงสามารถนำองค์การให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพการวางแผนการคัดกรองจำแนกระดับ

ความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหัวใจสำคัญของงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยโรงพยาบาลจะต้องวางแผนจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนไม่คลุมเครือโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยสีเหลืองและเขียว เพื่อให้ง่ายในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนเข้าใจได้ง่ายไม่เกิดความสับสน

References

1. National Medical Emergency Institute. The value of development effectiveness for emergency action immediately Study Report. Author; 2011. (in Thai).
2. Lepnak P, editors. The Annual Report of National Medical Emergency Institute 2011. 1sted. Nonthaburi: S.Pichit Publishing; 2012. (in Thai).
3. Insurance System Research Office. Full report of Project Assessment of Emergency Service Under System Unequality Reduction Policy "emergency, treat everywhere, treat everyone". Nonthaburi: Thailand Development Research Institute; 2012. (in Thai).
4. Schermerhorn, J. R. Management for Productivity. New York: John Wiley & Sons; 1986.
5. Industry and Business Statistics, Department of Economic Statistics. Hospital and Private Policlinic Survey Report 2007. Bangkok: National Statistical Office of Prime Minister's office; 2008. (in Thai).
6. Stephen, D., Dennis, L., Nicholas, B., Rebecca, H., Raffaella, S., & Joh, V. R. Management in Healthcare: Why good practice really matters. London: Mckinsey & Company; 2010.
7. Leethongdee S. Full assessment of National Medical Emergency master plan 2010-2012. Nonthaburi: National Medical Emergency Institute; 2012. (in Thai).
8. Pathomsirikul Y. Success factors models of business management of health service in private hospital of Thailand. Journal of Business Administration. 1991; 34: 14-35. (in Thai).