

ปัญหาทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต:
ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน
LEGAL PROBLEMS RELATED TO EMERGENCY MEDICAL TREATMENTS;
CASE STUDY OF A PRIVATE HOSPITAL

สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์

Supitcha Tumsawad

นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขากฎหมายเอกชน
คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์: Coconut.seasea@gmail.com
Graduate student, Master of Laws Program in Private Law,
Faculty of Law, Thammasat University: Coconut.seasea@gmail.com

Received: November 18, 2021

Revised: January 28, 2022

Accepted: January 28, 2022

บทคัดย่อ

การเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต นับว่าเป็นสิทธิมูลฐานของปัจเจกชนในการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันเวลาที่ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจหรือความแตกต่างอื่นใด ดังนั้น รัฐบาลไทยจึงกำหนดนโยบายสิทธิการรักษาในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกพื้นที่และตรากฎหมายขึ้นรองรับและบังคับการให้เป็นไปตามสิทธิจากการบังคับใช้กฎหมาย โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องประสบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเนื่องจากการได้รับค่าชดเชยที่อาจไม่เหมาะสม ทั้งบทบัญญัติที่ให้ความคุ้มครองกลุ่มอาการภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีเนื้อหาที่ไม่ครอบคลุม แพทย์ไม่มีดุลยพินิจเป็นที่สุดในการวินิจฉัยส่งผลให้เกิดปัญหาในทางปฏิบัติต่อการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายเชิงบทลงโทษโดยหน่วยงานภาครัฐยังคงมีความซ้ำซ้อนทั้งด้านอำนาจหน้าที่และรูปแบบของบทลงโทษตามกฎหมาย จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกามีการจ่ายค่าชดเชยให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการของรัฐในหลายรูปแบบ มีการให้ความคุ้มครองภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ครอบคลุมโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาเป็นผู้วินิจฉัย ตลอดจนกลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายโดยหน่วยงานภาครัฐที่มีความแตกต่างจากกฎหมายของไทย การศึกษาเชิงเปรียบเทียบในบทความนี้จะนำไปสู่แนวทางในการพัฒนากฎหมายว่าด้วยสิทธิการรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่จะสร้างดุลยภาพระหว่างโรงพยาบาลเอกชนต่อบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน เพื่อสาธารณสุขประโยชน์ด้านการสาธารณสุขของภาครัฐที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ

สิทธิการรักษาพยาบาล เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต บริการสาธารณสุข

ABSTRACT

Access to medical and public health services to treat critical illness is a fundamental individual right. Timely, effective treatment should be available regardless of varying economic status or other differences. Therefore, the government of Thailand formulated a policy on the right to free treatment for critical illness in all areas, enacting a law to support and enforce this right. Legal enforcement of Universal Coverage for Emergency Patient (UCEP) at private hospitals resulted in major cost problems due to potentially inappropriate compensation, in terms of extant provisions and critical illnesses still uncovered. In addition, the mechanism for enforcing governmental punitive law remains redundant in terms of authority and form for legal penalties. A comparative study found that emergency medical laws in the United Kingdom and the United States of America provide compensation to private hospitals participating in government policies. Critical illnesses covered by medical diagnosis, as well as governmental enforcement mechanisms, differ from Thai law. These findings should help formulate guidelines for drafting a law on the right to medical treatment for critical illnesses, to create an equilibrium between priorities of private hospitals and the institutional duty to efficiently maintain public health.

Keywords

Critical illness, Medical treatment, Universal healthcare.

1. บทนำ

ระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทยนั้น ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่ทั่วถึงและเสมอภาคเท่าเทียมกัน ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในช่วงแรกนั้น อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ซึ่งได้รับสิทธิประโยชน์ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก เพียงแต่อาจมีความแตกต่างด้านรูปแบบการจ่ายค่ารักษายาบาล อัตราการจ่าย หรือเงื่อนไขการใช้บริการที่ผู้รับบริการต้องสำรองจ่ายค่ารักษายาบาลไปก่อนแล้วจึงมาเบิกคืนตามอัตราและเพดานที่กำหนดตามสิทธิสวัสดิการรักษายาบาล ความแตกต่างข้างต้นนำไปสู่ปัญหาความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษายาบาลอย่างทันที่ เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนจะเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ หรือภายหลังให้บริการ จะไม่ยอมให้คนผู้ป่วยกลับหรือย้ายจนกว่าจะจ่ายค่ารักษายาบาลจนครบ ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน (Emergency Medical Claim Online: EMCO)¹ ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555 โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่อย่างไรก็ดี นโยบายดังกล่าวยังมีปัญหาอยู่มาก จึงได้ประกาศใช้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 ซึ่งมีผลบังคับใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน² จากการศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายในสิทธิการรักษาดังกล่าวพบปัญหาสำคัญสามประการ กล่าวคือ

ประการที่หนึ่ง อัตราการจ่ายชดเชยตามเพดานรัฐอาจไม่สอดคล้องกับต้นทุนบริการของโรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนวิธีการเบิกค่าชดเชยนั้นมีความยุ่งยาก

ประการที่สอง ความไม่ครอบคลุมของกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตและปัญหาการพิจารณาภาวะฉุกเฉินวิกฤตที่ไม่ตรงกันของโรงพยาบาลเอกชนและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งมีผลต่อการเบิกค่าชดเชยและความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชน

ประการที่สาม กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย ทั้งหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน กระบวนการลงโทษปรับหรือจำคุกมีความซ้ำซ้อนกันอยู่ในกฎหมายหลายฉบับ มีรูปแบบการลงโทษที่อาจไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน จึงไม่เอื้อต่อการบังคับใช้ที่มีประสิทธิภาพ

บทความนี้จะทำการศึกษาระบบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤตของประเทศไทยเปรียบเทียบกับระบบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤตของประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีบทบัญญัติให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไว้แตกต่างจากของไทย ทั้งในด้านเนื้อหาความคุ้มครอง กลไกการบังคับที่มีเอกภาพ ตลอดจนการได้รับสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากรัฐ เพื่อเสนอให้เห็นว่า ระบบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤตของประเทศไทยมี

¹ สยามรัฐออนไลน์, ‘กรมสบส. ลุยสอบรพ.เอกชนย่านบางใหญ่ ให้วางเงินแสนก่อนรักษา’ (สยามรัฐออนไลน์, 25 กรกฎาคม 2562) <<https://siamrath.co.th/n/92919>> สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2564.

² สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ‘ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน นอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐ และขอใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)”’ (2561) 13 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 370, 378-379.

ความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร และสามารถพัฒนาต่อไปได้โดยอาศัยประสบการณ์จากกฎหมายต่างประเทศ ได้มากน้อยเพียงใด

2. กฎหมายต่างประเทศว่าด้วยระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนาแล้ว มีจุดเริ่มต้นมาจากความต้องการในการลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งพบว่าการลงทุนในการจัดการที่รวดเร็วทันท่วงทีต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของประชาชนได้ ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะได้ทำการนำเสนอระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีความพยายามในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมแก่การให้บริการประชากรในประเทศภายใต้หลักเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

2.1 ประเทศอังกฤษ

ระบบบริการทางการแพทย์ในประเทศอังกฤษอยู่ภายใต้การควบคุมของสำนักงานสุขภาพ (National Health Service: NHS) ซึ่งเป็นองค์กรของภาครัฐ โดยมีคณะกรรมการทำหน้าที่กำกับดูแลและทำสัญญากับโรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐและเอกชนเพื่อให้บริการทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะทางที่อยู่ในการดูแลของ NHS โดยการทำสัญญา (Contract) กำหนดหน้าที่ กิจกรรมหรือการบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การกำหนดรายละเอียดของสัญญา การขึ้นทะเบียนเป็นโรงพยาบาลเพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ของสำนักงานสุขภาพ (NHS) อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2549 (National Health Service Act 2006) และพระราชบัญญัติสุขภาพและสังคม พ.ศ. 2555 (Health and Social Care Act 2012)³

2.1.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนั้น ได้รับการกำหนดไว้ในคู่มือแนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินอังกฤษ หรือ UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines โดยการปฏิบัติหน้าที่หรือการให้บริการในภาวะฉุกเฉินนั้น ถือเป็นหน้าที่ที่ได้รับการมอบหมายจากสำนักงานสุขภาพ (NHS) ในฐานะที่เป็นบริการเฉพาะทางและถือเป็นการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเช่นเดียวกัน เอกสารแนวทางการกล่าวว่ามีเนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่เรื่องทางจริยธรรม ความลับผู้ป่วย การควบคุมความเจ็บปวด เหตุการณ์แพทย์ฉุกเฉินต่าง ๆ ซึ่งภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency)⁴ อาทิ ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในผู้ใหญ่ อาการปวดท้องที่เกิดจากท้องนอกมดลูก เป็นต้น⁵

³ ทนงสรณ์ เทียนถาวร, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ ในรายงานการทบทวนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศอังกฤษ’ (รายงานผลวิจัยต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2556) 42-43.

⁴ ชีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, ‘รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ’ (รายงานผลการวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544) 75-76.

⁵ Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, ‘UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines’ <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/hstri/emergencycare/prehospitalcare/jrcalcstakeholderwebsite/guidelines/clinical_guidelines_2006.pdf> สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2564.

2.1.2 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมาย

พระราชบัญญัติการดูแลสุขภาพและสังคม พ.ศ. 2555 (Health and Social Care Act 2012) กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนมีหน้าที่ทั่วไปที่จะต้องดำเนินการให้การรักษายาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาการบริการ ให้มีความเหมาะสม ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ตลอดจนการให้บริการทุกคนอย่างเท่าเทียมกันตามความจำเป็นของการรักษาโรคของผู้รับบริการ⁶ และหน้าที่อื่น ๆ เช่น ปฏิบัติตามคำแนะนำของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น⁷ และพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2549 (National Health Service Act 2006) ได้กำหนดหน้าที่ของการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมไว้ใน มาตรา 2 (Section 2A) ภายใต้การควบคุมดูแลของเลขาธิการแห่งรัฐ (Secretary of State) ในการให้ความคุ้มครองสุขภาพของประชาชน อาทิ การให้บริการวัคซีน การอำนวยความสะดวกเพื่อการป้องกันโรค วินิจฉัยอาการเจ็บป่วย และรักษาอาการเจ็บป่วย ตลอดจนการได้รับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเว้นแต่จะมีบทบัญญัติของกฎหมายกำหนดไว้เป็นอย่างอื่น⁸ นอกจากนี้โรงพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการยังอยู่ภายใต้สัญญาซึ่งสำนักงานสุขภาพ (NHS) ในฐานะคณะกรรมการหรือผู้ว่าจ้างได้กำหนดไว้ในสัญญาว่าจ้างด้วย ปรากฏตามข้อ 20 ของพระราชบัญญัติสุขภาพและสังคม พ.ศ. 2555 (Health and Social Care Act 2012) กรรมการหรือผู้ว่าจ้างสามารถกำหนดให้มีการรักษายาบาลเฉพาะทางหรือบริการอื่น ๆ ภายในระยะเวลาที่กำหนด โดยข้อกำหนดดังกล่าวจะต้องระบุรายละเอียดของการรักษาเฉพาะทางหรือบริการที่จะจัดให้ วิธีการหรือระยะเวลาที่จะจัดให้มีการรักษา และบุคคลที่จะได้รับการรักษาและบริการ⁹

2.1.3 กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายประกอบไปด้วยขั้นตอนที่เป็นรูปธรรม 3 ขั้นตอน ดังนี้¹⁰

ขั้นตอนที่ 1 การแก้ไขในท้องถิ่น (Local Resolution) เป็นหน้าที่ของแพทย์ หรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ที่ถูกร้องเรียนนั้นโดยตรงที่จะแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไป ถ้าเป็นการร้องเรียนเรื่องเล็กน้อยจะถูกแก้ไขโดยพนักงานที่อยู่ด้านหน้า แต่ในกรณีที่เป็นเรื่องใหญ่ เรื่องจะถูกส่งขึ้นไปให้ผู้จัดการที่ได้รับมอบหมายให้จัดการเกี่ยวกับเรื่องร้องเรียนหรืออาจจะถึง Chief Executive (CEO)

ขั้นตอนที่ 2: การตรวจสอบอิสระ (Independent Review) ผู้ร้องเรียนสามารถเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอิสระจากภายนอกได้ ดำเนินการโดยกรรมการที่ไม่ได้เป็นผู้บริหารงานหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง (Non-executive) และไม่เป็นผู้มีอำนาจบังคับบัญชาตามกฎหมายสาธารณสุข (Health Authorities) หรือโดยสัญญา (Trust)

ขั้นตอนที่ 3: ร้องเรียนผู้ตรวจการสุขภาพ (Health Ombudsman) กระบวนการนี้เกิดขึ้นเมื่อผู้ร้องเรียนไม่พอใจใน 2 ขั้นตอนแรกก็มีสิทธิที่จะร้องเรียนต่อผู้ตรวจการได้ ถ้าคิดว่าข้อร้องเรียนของผู้ร้องเรียนนั้นไม่เหมาะสมหรือยุติธรรม และผู้ตรวจการมีอำนาจในการประกาศโฆษณาโรงพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติตามระเบียบต่อไป

⁶ Health and Social Care Act 2012 Section 81.

⁷ Health and Social Care Act 2012 Section 62.

⁸ National Health Service Act 2006 Section 1 (4).

⁹ Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014 Regulation 20

¹⁰ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ (เชิงอรธร 4) 6.

2.1.4 ผลตอบแทนสถานพยาบาลเอกชน

พระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2549 (National Health Service Act 2006) ได้กำหนดหน้าที่หลักของเลขาธิการแห่งรัฐ (Secretary of State) ให้มีหน้าที่ในการส่งเสริมบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีหน้าที่ในการรักษาความปลอดภัยของการให้บริการตามวัตถุประสงค์ของระบบการบริการทางการแพทย์ โดยระบุว่า บริการที่จัดให้เป็นส่วนหนึ่งของบริการด้านสุขภาพนั้นจะต้องจัดให้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เว้นแต่จะมีการระบุค่าใช้จ่ายไว้โดยชัดแจ้ง อาทิ ค่าใช้จ่ายตามใบสั่งแพทย์ ค่าทันตกรรม ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับโรคตา เป็นต้น¹¹ ปัจจุบันการจ่ายค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลเอกชนต่อการให้บริการการแพทย์เฉพาะทางนั้นปรากฏในหลายรูปแบบ อาทิ สัญญาบล็อก Capitation หรือการชำระเงินที่มีการจ่ายเงินก้อนให้กับผู้ให้บริการดูแลตามจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ตลอดจนการเรียกเก็บส่วนร่วมจ่าย (Copayment) จากผู้รับบริการ¹²

2.2 ประเทศสหรัฐอเมริกา

การพัฒนาบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกานั้นอยู่ภายใต้กฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) และ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTARA) การดำเนินงานดังกล่าวได้รับงบประมาณสนับสนุนผ่านกฎหมาย Trauma Care Systems and Development Act โดยมีหน่วยงาน Center for Medicare and Medicaid: CMS กำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายนี้¹³

2.2.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTARA) ได้บัญญัติไว้ว่า ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ หมายถึง อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งมีความรุนแรงที่ต้องการการตรวจทันที มิฉะนั้นแล้วจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อ (1) สุขภาพของบุคคลในภาวะนั้น ๆ ตกอยู่ในอันตรายอย่างร้ายแรง (2) มีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างร้ายแรง (3) มีความผิดปกติอย่างร้ายแรงของอวัยวะหรือส่วนใด ๆ ของร่างกาย และหมายความรวมถึงหญิงตั้งครรภ์ซึ่งแสดงอาการโดยหากมีการเคลื่อนย้ายอาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพของผู้หญิงหรือเด็กในครรภ์ด้วย¹⁴

2.2.2 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมาย

กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTARA) กำหนดหน้าที่ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมในระบบ “Medicare” ในการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป¹⁵

¹¹ National Health Service Act 2006 Section 1.

¹² ทนงสรรค์ เทียนถาวร (เชิงจรธ 3) 47.

¹³ สาหุติ เหราบัตย์, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนาบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน “ประเทศสหรัฐอเมริกา”’ (รายงานผลการวิจัยเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย) 5-7.

¹⁴ Code of Federal Regulations Title 42 § 489.24.

¹⁵ Code of Federal Regulations Title 42 § 489.24

2.2.3 กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

หากพบว่ามีกรณีฝ่าฝืนบทบัญญัติของกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ผู้รับบริการสามารถฟ้องร้องหรือบังคับโรงพยาบาลเอกชนต่อกฎหมาย EMTALA ได้ในศาลรัฐบาลกลาง โดย Center for Medicare and Medicaid: CMS ได้ตั้งค่าปรับต่อการละเมิดหรือฝ่าฝืนต่อกฎหมายของโรงพยาบาลไว้ถึง 104,826 ดอลลาร์ต่อการละเมิดและยังร้ายแรงถึงขั้นพิจารณายกเลิกการเป็นสมาชิกทางบริการสุขภาพ (Medicare status) ด้วย และยิ่งไปกว่านั้น แพทย์ที่มีหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อาจได้รับโทษทางปกครองโดยอาจเสียค่าปรับสูงถึง 50,000 เหรียญ การฟ้องร้องตาม EMTALA ผู้รับบริการก็สามารถฟ้องคดีต่อศาลได้หากเห็นว่าโรงพยาบาลปฏิบัติไม่เป็นไปตามกฎหมายโดยไม่จำเป็นต้องได้รับบาดเจ็บหรือเสียหาย¹⁶

2.2.4 ผลตอบแทนสถานพยาบาลเอกชน

โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโดยจะได้รับการชำระเงินค่าชดเชยจาก Department of Health and Human Services , Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ภายใต้โครงการ Medicare และมีรูปแบบการจ่ายค่าชดเชยบริการที่หลากหลายสำหรับผู้ป่วยที่มีประกันสุขภาพและไม่มีประกันสุขภาพในแต่ละมลรัฐ เช่น การจ่ายค่าชดเชยบริการผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลตามอัตราเฉพาะ (Specific Rate) จ่ายตามอัตราโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน (Peer group or statewide rate) จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) และสำหรับการจ่ายค่าชดเชยบริการผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น การจ่ายตามต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล (Cost or percentage of cost of specific hospital) หรือจ่ายตามอัตราที่กำหนดล่วงหน้า (Fee schedule) เป็นต้น ปัจจุบันมีการจัดเก็บค่าบริการสาธารณสุขจากส่วนร่วมจ่าย (Cost-Sharing) ด้วย¹⁷ อาทิ ส่วนจ่ายร่วม (Co-payment) ส่วนร่วมประกัน (Co-Insurance) หรือการให้รับผิดชอบเบื้องต้นก่อนการคุ้มครอง (Deductibles) เป็นต้น¹⁸

3. กฎหมายไทยว่าด้วยระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงกฎหมายในประเทศไทยที่มีผลใช้บังคับกับโรงพยาบาลเอกชนในระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยจะแสดงให้เห็นถึงความคุ้มครองตามกฎหมายแต่ละฉบับที่มีการประกาศและมีผลบังคับใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ประกอบไปด้วย กฎหมายในระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กฎหมายในระบบประกันสังคม กฎหมายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO) และนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

¹⁶ Morreim E H, 'Dumping the 'Anti-Dumping' Law: Why EMTALA Is (Largely) Unconstitutional and Why it Matters' (2014). Minnesota Journal of Law, Science & Technology 15, 211-286.

¹⁷ สิรินาถ นิภาพร, อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล และถาวร สกฤตพานิชย์, 'รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริการจัดการร่วมสามกองทุน' (รายงานผลการวิจัยเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยสาธารณสุข 2556) 31-34.

¹⁸ Tsai A C and others, Declining Payments for Emergency Department Care (2003), Annals of Emergency Medicine 41, 299-308.

3.1 การให้ความคุ้มครองตามกฎหมายสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในระบบสวัสดิการรักษายาบาล

ระบบสวัสดิการรักษายาบาล ประกอบไปด้วย ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในแต่ละระบบสวัสดิการรักษายาบาลจะให้ความคุ้มครองตามกฎหมายสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังนี้

3.1.1 ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอยู่ภายใต้พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 และระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ที่ได้มีการปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553¹⁹ กำหนดให้ผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการนั้นได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลสำหรับตนเองหรือบุคคลในครอบครัวในค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษายาบาลตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 4 ว่าด้วยค่านิยมของค่ารักษายาบาล อาทิ ค่ายา ค่าเวชภัณฑ์ หรือค่าอื่น ๆ ในทำนองเดียวกันเพื่อการบำบัดรักษาโรค ตลอดจนค่าบริการทางการแพทย์ ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่าห้องและค่าอาหารตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาพยาบาล²⁰ แต่อย่างไรก็ดี ผู้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการรักษายาบาลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนนั้นจะต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้นที่จะได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลของตนเองหรือบุคคลที่กฎหมายกำหนดไว้ และจะได้รับสิทธิเงินค่ารักษายาบาลไม่เกินไปกว่าที่พระราชกฤษฎีกานี้กำหนด ซึ่งกฎหมายดังกล่าวเป็นเพียงหลักเกณฑ์ในการควบคุมโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การรักษาผู้ป่วยนั้นเบิกเงินค่ารักษายาบาลให้ถูกต้องและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้นจึงไม่มีบทบัญญัติในส่วนเกี่ยวกับการกำหนดหน้าที่ในการรักษายาบาลไว้เป็นการเฉพาะ โดยโรงพยาบาลเอกชนสามารถเป็นผู้เบิกค่ารักษายาบาลแทนได้เมื่อได้ให้การรักษายาบาลแก่ผู้รับบริการ ตามข้อ 19 ประกอบข้อ 12 ของหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยวิธีการเบิกจ่ายสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ในรายการค่าใช้จ่ายตามจริงที่เกิดขึ้นจากการรักษายาบาลที่กำหนดไว้ในมาตรา 4 แห่งพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ตามที่กระทรวงการคลังได้กำหนดไว้²¹ แต่ปัจจุบันได้มีการนำระบบการเบิกจ่ายเงินตามเกณฑ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม หรือ DRGs ซึ่งเป็นระบบการเบิกจ่ายที่ใช้กับโรงพยาบาลรัฐมาใช้กับโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมตั้งแต่เดือนเมษายน 2554 เป็นต้นมา²²

3.1.2 ระบบประกันสังคม

ระบบประกันสังคมเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2533 โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองลูกจ้างผู้ประกันตน โดยวิธีการเก็บเงินสมทบเข้าสะสมเป็นกองทุนเพื่อเป็นหลักประกันแก่ผู้ประกันตนให้ได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย หรือกรณีอื่น ๆ ตามที่

¹⁹ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555 มาตรา 3.

²⁰ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 มาตรา 4.

²¹ พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 มาตรา 6.

²² กรมบัญชีกลาง, คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ <<https://home.kku.ac.th>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

กฎหมายกำหนด²³ โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 54 กำหนดให้ผู้มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนจากกองทุนประกอบไปด้วย 7 กรณี กล่าวคือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน²⁴ สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้น คณะกรรมการแพทย์โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการประกันสังคมได้มีการประกาศใช้ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นเป็นครั้งแรกในเดือนเมษายน 2548 และได้มีการยกเลิกไปรวมทั้งสิ้นอีก 4 ฉบับในระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2559 และปัจจุบันได้มีการประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่องหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ฉบับลงวันที่ 22 กันยายน 2560 สำหรับหน้าที่ในการให้บริการทางการแพทย์นั้นได้รับการกำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2546 อาทิ การตรวจวินิจฉัยโรคและบำบัดทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษา การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล เป็นต้น²⁵ และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีการกำหนดไว้ในข้อ 10 โดยกำหนดให้ผู้ประกันตนที่ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนได้ และโรงพยาบาลเอกชนที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิได้รับเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด กล่าวคือ กรณีเป็นผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลค่าบริการตามความจำเป็นไม่เกิน 72 ชั่วโมงแรก ไม่รวมวันหยุดราชการ ตามหลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ และกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับค่าบริการ ดังนี้ (1) ค่ารักษาพยาบาลไม่เกินวันละ 2,000 บาท ค่าห้องและอาหารไม่เกินวันละ 700 บาท (3) ค่าห้อง ค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาลห้อง ICU ไม่เกินวันละ 4,500 บาท²⁶ แต่อย่างไรก็ดี พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ไม่มีบทกำหนดโทษในเรื่องการปฏิเสธการรักษาหรือการไม่ปฏิบัติตามกฎหมายของโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนไว้ โดยเฉพาะ ดังนั้น การดำเนินทางกฎหมายในกรณีดังกล่าวจึงอาจจำเป็นต้องอาศัยฐานความรับผิดชอบตามกฎหมายอื่นมาปรับใช้กับโรงพยาบาลที่ฝ่าฝืนต่อไป

3.1.3 ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความคุ้มครองหรือดูแลประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก และไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นใดจากรัฐ โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็น

²³ รัฐินาถ ภูมิถาวร, 'ความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย' (2563) 2 วารสารสังคมภิวัตน์ 84.

²⁴ พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 มาตรา 54.

²⁵ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน ข้อ 4.

²⁶ รัฐินาถ ภูมิถาวร, (เชิงอรรถ 23) 85.

หน่วยงานรับผิดชอบจัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545²⁷ โดยหน้าที่ในเรื่อง การให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้รับการกำหนดไว้ใน มาตรา 5 ประกอบมาตรา 45 และมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 กล่าวคือ การให้บริการสาธารณสุขนั้น รวมถึงการฉีด วัคซีน ยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ในการรักษาที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพโดยให้ความเสมอภาคและอำนวยความสะดวกในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น²⁸ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือสำนักงานสาขาจะเป็นผู้ทำการตรวจสอบโดยการตั้งคณะกรรมการสอบสวน ขึ้นมาเพื่อพิจารณา หากพบว่ามีกรณีไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดไว้ในมาตรา 45 หรือมาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน ก็จะมีการส่งหนังสือแจ้งเตือนไปยังหน่วยบริการนั้น ๆ ให้ปฏิบัติให้ถูกต้อง กรณีหาก ตรวจสอบแล้วพบว่าไม่เป็นไปโดยจงใจก็มีอำนาจสั่งให้หน่วยบริการดังกล่าวชำระค่าปรับทางปกครองเป็นเงินไม่เกิน หนึ่งแสนบาท และหากหน่วยบริการดังกล่าวยังเพิกเฉยต่อคำสั่งคณะกรรมการต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ ทั้งนี้ ตามมาตรา 63 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545²⁹ กำหนดให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัตินี้ เมื่อให้การรักษาพยาบาลแก่ ผู้ป่วยจะได้รับค่าใช้จ่ายในการให้บริการต่าง ๆ ในรูปแบบเหมาจ่ายรายหัวต่อปีงบประมาณ อันได้แก่ ค่าบริการ ผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1251.68 บาทต่อคน หรือค่าบริการแผนไทย 14.80 บาทต่อคน เป็นต้น³⁰

3.2 การให้ความคุ้มครองตามกฎหมายสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนับตั้งแต่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นับเป็นกฎหมายฉบับแรกของประเทศไทยที่ได้รับการตรา ขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้เทียบเคียงกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ภายหลัง การตราพระราชบัญญัติดังกล่าวก็นำไปสู่การกำหนดนโยบายภาครัฐ ตลอดจนการประกาศใช้กฎหมายต่าง ๆ เพื่อให้การได้รับความคุ้มครองในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตเห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งนี้ ผู้เขียนจะได้กล่าวถึง การให้ความคุ้มครองตามกฎหมายในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งจะประกอบไปด้วย (1) ระยะมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (2) ระยะมีการประกาศใช้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึง ทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO) และ (3) ระยะมีการประกาศใช้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มี สิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

3.2.1 ระยะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ตราขึ้นเพื่อแก้ปัญหาหลักด้วยกัน 4 ประการ กล่าวคือ 1) การมีบุคลากรทางการแพทย์มืออาชีพให้บริการ 2) การกำหนดให้มีองค์กรรับผิดชอบโดยตรง คือ ศูนย์กู้ชีพเรนทร

²⁷ จเด็จ ธรรมธัชอารี และวลัยพร พัทธนนุส, การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555 93-94 <<http://ihpptaigov.net/DB/publication/attachbook/139/chapter1.pdf>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

²⁸ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 45 และมาตรา 46.

²⁹ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 63.

³⁰ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการข้อ 8.

ที่เตรียมพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง 3) การจัดการปัญหาโรงพยาบาลเอกชนปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 4) การจัดระบบอาสาสมัคร มูลนิธิที่ดำเนินการกักชีวิตให้เข้าสู่ระบบมาตรฐาน³¹

3.2.1.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดคำนิยามของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยหมายถึงบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรือการป่วยนั้น³² และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ได้กำหนดคำนิยามของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยหมายถึงบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว³³ นอกจากนี้ ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน จึงได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)) ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2563 เป็นต้นไป กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนต้องให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนาโดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและขีดความสามารถของโรงพยาบาลโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บเงินหรือค่ารักษาพยาบาล³⁴

3.2.1.2 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมาย

โรงพยาบาลเอกชนถือเป็นสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและต้องอยู่ภายใต้บทบังคับของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในกรณีที่จะต้องดำเนินปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าว³⁵

3.2.1.3 กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

กลไกการบังคับให้เป็นไปตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ปรากฏตามมาตรา 28 วรรคท้าย แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนมีหน้าที่ควบคุมและปฏิบัติงานให้เป็นไปตามหลักการที่ระบุไว้ โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการกำกับดูแล ดำเนินการสอบสวนหากมีกรณีฝ่าฝืนบทบัญญัติ และมีหน้าที่ในการส่งหนังสือแจ้งเตือนตลอดจน

³¹ เหตุผลแนบท้ายพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

³² พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 3.

³³ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ข้อ 4(1).

³⁴ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)) ข้อ 2.

³⁵ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 มาตรา 3.

ดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของโรงพยาบาลนั้น ๆ³⁶ นอกจากนี้ การไม่ปฏิบัติตามประกาศหรือกฎเกณฑ์วิธีการต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 อาจก่อให้เกิดความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชนได้³⁷ ตามมาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติเดียวกัน กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนที่ฝ่าฝืนการปฏิบัติตามประกาศต่าง ๆ ต้องรับโทษปรับทางปกครองเป็นจำนวนเงินไม่เกินหนึ่งแสนบาท³⁸

3.2.1.4 สัดส่วนการได้รับการสนับสนุนจากรัฐ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ไม่ได้มีการกำหนดอัตราค่าบริการทางการแพทย์ หรือวิธีการในการเบิกเงินค่ารักษาพยาบาลไว้เป็นการเฉพาะ ดังนั้น สัดส่วนการได้รับการสนับสนุนจากรัฐจึงเป็นไปตามสิทธิการรักษาในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลในแต่ละกองทุน ซึ่งได้อธิบายไว้ในหัวข้อ 3.1³⁹

3.2.2 ระยะเวลาการประกาศใช้นโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO)

นับตั้งแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 พบว่ายังคงเกิดปัญหาทางกฎหมายอยู่ 3 ประการ ได้แก่ ประการแรกปัญหาเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความรุนแรงและมาตรฐานการปฏิบัติฉุกเฉิน ประการที่สองปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับงบประมาณและการเงินที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินนโยบายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และประการที่สามปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเบิกค่ารักษาในระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลทั้ง 3 กองทุน ที่ยังคงก่อให้เกิดปัญหาการปฏิเสธการรักษาพยาบาล หรือการเรียกเก็บค่ามัดจำในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชนอยู่⁴⁰ ดังนั้น เพื่อขจัดช่องว่างของปัญหาดังกล่าวจึงนำไปสู่การประกาศใช้นโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO) ซึ่งมีการประกาศใช้ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2555

3.2.2.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

กลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ในข้อ 4 กล่าวคือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว⁴¹

³⁶ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28.

³⁷ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 29.

³⁸ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 37.

³⁹ ดู หัวข้อที่ 3 3.1.

⁴⁰ รัฐินาถ ภูมิถาวร, (เชิงอรรถ 23) 84.

⁴¹ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ข้อ 4.

3.2.2.2 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมาย

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO) เป็นนโยบายของรัฐที่ต้องการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำของการเบิกค่าใช้จ่ายของกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลที่แตกต่างกัน จึงไม่มีบทบัญญัติในการกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนต้องเข้าร่วมนโยบายดังกล่าว เพียงแต่เป็นการทำข้อตกลงหรือ “MOU” กับโรงพยาบาลเอกชนที่ประสงค์จะเข้าร่วม เพื่อให้ได้รับการเบิกเงินค่าใช้จ่ายตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ 0422.2/ว 95 ลงวันที่ 25 เมษายน 2557 เท่านั้น⁴²

3.2.2.3 กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน (Emergency Claim Online: EMCO) เป็นการทำข้อตกลงหรือ “MOU” กับโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้น กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายจึงต้องอาศัยบทบัญญัติต่าง ๆ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาบังคับใช้เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนดำเนินการให้สอดคล้องและเป็นไปตามนโยบายดังกล่าว

3.2.2.4 สัดส่วนการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ

โรงพยาบาลเอกชนที่ให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะได้รับชดเชยค่าบริการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึง 72 ชั่วโมงแรกในอัตราที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดประกาศอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Free schedule) ส่วนค่าบริการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นหลัง 72 ชั่วโมงแรก โรงพยาบาลเอกชนมีหน้าที่ต้องเป็นเรียกเก็บที่กองทุนเจ้าของสิทธิ หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วยด้วยตนเอง ทั้งนี้ การเบิกจ่ายในโรงพยาบาลของเอกชนให้เป็นไปตามประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่าบริการรักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน สถานพยาบาลของเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด 0422.2/ว 95 ลงวันที่ 25 เมษายน 2557⁴³

3.2.3 ระยะเวลาการประกาศใช้นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีการแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 เพื่อให้เป็นกฎหมายที่รองรับการจ่ายค่าชดเชยที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น⁴⁴

3.2.3.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำโปรแกรม Emergency Pre-authorization (PA) เพื่อใช้ในการประเมินอาการเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยคัดแยกได้เป็นกลุ่มอาการออกเป็น 25

⁴² คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, สรุปรายการประชุม ครั้งที่ 24/2556 (4 ตุลาคม 2556).

⁴³ หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ 0422.2/ว 95 เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่าบริการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน (25 เมษายน 2557).

⁴⁴ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, (เชิงอรรถ 2) 378-379.

กลุ่มอาการ⁴⁵ โดยนำเกณฑ์การคัดแยกตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่กรมการแพทย์ฉุกเฉินมาปรับใช้ในโปรแกรม โดยสถานะของใบประเมินผลดังกล่าวหากพิจารณาตามประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น อันปรากฏในหมวด 1 ข้อ 3 (1) วรรค 2 ว่าด้วยกรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลาสี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อดำเนินการวินิจฉัยโดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด⁴⁶ ดังนั้น โดยหลักทางการแพทย์จึงต้องถือตามใบประเมินผลดังกล่าว แต่อย่างไรก็ดี กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีหนังสือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ 0702.03.04/997 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2563 เรื่อง ร้องเรียนหรืออุทธรณ์ กรณีให้พบทวนการประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ถึงเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แจ้งให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทำการพิจารณาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตว่าเข้าเกณฑ์หรือไม่เข้าเกณฑ์ให้แก่ญาติหรือผู้ป่วยที่ร้องเรียนเรื่องสิทธิการรักษาอีกครั้งหนึ่ง โดยถือว่าคำวินิจฉัยที่ปรากฏในใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน (PA) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นที่สุดนั้นให้ยกเลิกไป โดยให้ถือคำวินิจฉัยในการตั้งกรรมการพิจารณาของกรมการแพทย์ฉุกเฉินเป็นที่สุดแทน⁴⁷ หนังสือนี้จึงมีผลเท่ากับว่าเป็นการขยายประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น หมวด 1 ข้อ 3 (1) วรรค 2 ว่ากรณีคำวินิจฉัยจะมีผลเป็นที่สุดนั้นต้องมาจากการพิจารณาหรือวินิจฉัยของคณะกรรมการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินอีกครั้งหนึ่ง

3.2.3.2 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามกฎหมาย

บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลเอกชนตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ได้กำหนดให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามมาตรา 33/1 รวมทั้งจัดให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสมด้วย⁴⁸ นอกจากนี้ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการ

⁴⁵ ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, แนวทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” 2561 8-11 <<https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

⁴⁶ ประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ข้อ 3 (1).

⁴⁷ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, คู่มือการใช้งานโปรแกรม Emergency Pre-Authorization 2563 <https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/410372_20200616134837.pdf> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

⁴⁸ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 มาตรา 36.

จัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ลงวันที่ 29 มีนาคม 2560 ได้กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนมีหน้าที่ในการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินอีกด้วย⁴⁹

3.2.3.3 กลไกการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

การแก้ไขมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ไม่เพียงแต่ทำให้โรงพยาบาลเอกชนซึ่งอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลต้องใช้หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Triage) หลักเกณฑ์เดียวกันทุกแห่งทั่วประเทศเท่านั้น แต่ยังนำมาซึ่งความรับผิดชอบในกรณีที่โรงพยาบาลเอกชนนั้นไม่ปฏิบัติให้ถูกต้องตามพระราชบัญญัตินี้ด้วย เช่น กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต หากโรงพยาบาลเอกชนปฏิเสธการรักษาหรือไม่ดำเนินการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอย่างเต็มกำลังความสามารถจนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตพ้นจากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพแล้ว อาจเป็นเหตุนำมาซึ่งการปิดสถานพยาบาลหรือเพิกถอนใบอนุญาต เป็นต้น⁵⁰ นอกจากนี้ ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการของโรงพยาบาลเอกชนที่ฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับอีกด้วย⁵¹ ดังนั้น โรงพยาบาลเอกชนจึงต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาลและระเบียบหรือประกาศต่าง ๆ ที่ออกโดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 โดยเคร่งครัด และหากมีการฝ่าฝืนจะได้รับโทษตามที่กล่าวมาในข้างต้น

3.2.3.4 สัดส่วนการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ

การได้รับค่าใช้จ่ายชดเชยจากการรักษาพยาบาลหรือการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในช่วงเวลานับแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลา 72 ชั่วโมง เป็นไปตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต⁵² ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลา 72 ชั่วโมงนับแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนต้องเรียกเก็บไปที่กองทุนตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วยตนเองในอัตราตามประกาศแนบท้ายเดียวกัน⁵³

4. การบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาที่ส่งผลต่อระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชน

ในหัวข้อนี้ผู้เขียนจะได้ทำการวิเคราะห์กฎหมายในประเทศไทยเปรียบเทียบกับกฎหมายของประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาที่ส่งผลต่อระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในโรงพยาบาลเอกชน โดย

⁴⁹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ข้อ 3 (1)(2)(3).

⁵⁰ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 49.

⁵¹ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 66.

⁵² หลักเกณฑ์แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ข้อ 5.

⁵³ บัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต.

ครอบคลุมตั้งแต่ความคุ้มครองของกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต กลไกและมาตรการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย ตลอดจนผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลเอกชนจากการดำเนินงานภายใต้กฎหมายว่าด้วยการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดังจะอธิบายต่อไปนี้

4.1 ผลของการบังคับใช้กฎหมายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อเนื้อหาของความครอบคลุมของกลุ่มอาการที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย

ประเทศไทยได้มีการกำหนดค่านิยมของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้ในกฎหมายหลายฉบับด้วยกัน ทั้งนี้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดค่านิยมภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้ในมาตรา 3⁵⁴ ต่อมาได้มีการกำหนดและคัดแยกระดับและสัญลักษณ์ของภาวะเจ็บป่วยดังกล่าวไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 โดยกำหนดค่านิยมผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไว้ในข้อ 3 (1) โดยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับความคุ้มครองตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)⁵⁵ นอกจากนี้ ยังมีกำหนดกลุ่มอาการที่จะได้รับสิทธิการรักษาไว้ในกลุ่มอาการเฉพาะ ประกอบไปด้วย 2 หมวดรวม 25 กลุ่มอาการตามโปรแกรมประเมินคัดแยกผู้ป่วย (Emergency Pre-authorization (PA)) ตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินที่กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด และการประเมินคัดแยกผู้ป่วยดังกล่าวยังถือเป็นที่สุดตามประกาศหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากร และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ตามหมวดที่ 1 ข้อ 3 (1) วรรคสอง อีกด้วย⁵⁶ การกำหนดกลุ่มอาการเฉพาะส่งผลให้เกิดการตกหล่นของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มีความจำเป็นในการได้รับการรักษาทางการแพทย์โดยฉุกเฉินด้วยประการที่ว่าอาการบางลักษณะอยู่นอกเหนือกลุ่มอาการที่ได้รับการคุ้มครองไว้ ประกอบกับกฎหมายกำหนดให้การวินิจฉัยโดยโปรแกรมประเมินคัดแยกผู้ป่วยโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นที่สุด อำนาจในการตัดสินใจจึงไม่ได้อยู่กับแพทย์ผู้ปฏิบัติการขณะรับผู้ป่วย นอกจากนี้ การกำหนดกลุ่มอาการเฉพาะยังเปรียบเสมือนช่องว่างในการปฏิเสธการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากโรงพยาบาลอาจประเมินอาการหลักของผู้ป่วยที่นอกเหนือจากกลุ่มอาการที่กำหนดไว้และเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยโดยตรงแทนการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต และไม่เพียงแต่ผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นเท่านั้น การให้อำนาจในการวินิจฉัยถือเป็นที่สุดในการวินิจฉัยของโปรแกรมการประเมินคัดแยกผู้ป่วย (PA) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินนั้นยังส่งผลกระทบต่อราคาหลักประกันในการดำเนินงานของแพทย์ผู้ปฏิบัติงานที่รับผู้ป่วยเข้ารับรักษาด้วย เนื่องจากหากดุลยพินิจของแพทย์ไม่ตรงกับการประเมินจากโปรแกรมหรือสถาบันการแพทย์ก็จะนำไปสู่ความรับผิดชอบในภายหลัง หรือการถูกปฏิเสธการจ่ายค่าชดเชย ในขณะที่กฎหมายประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกาต่างให้ดุลยพินิจในการวินิจฉัยภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำการรักษา โดยการกำหนดค่านิยมของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้อย่างกว้าง ๆ อาจปรากฏในเอกสารแนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอังกฤษหรือ UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines

⁵⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 3.

⁵⁵ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ข้อ 4.

⁵⁶ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, (เชิงอรรถ 47).

ในประเทศอังกฤษ⁵⁷ และกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา⁵⁸ ทั้งนี้ เพื่อให้แพทย์สามารถประเมินอาการผู้ป่วยได้อย่างอิสระภายในกรอบของคำนิยามหรือกลุ่มอาการที่กำหนดไว้เป็นตัวอย่าง โดยไม่ผูกพันให้แพทย์ต้องอยู่ภายใต้การพิจารณาของบุคคลอื่นซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานขณะเกิดภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยที่การกำหนดกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีผลเป็นเพียงการช่วยเหลือแพทย์ผู้ปฏิบัติหน้าที่ให้ทำงานได้อย่างสะดวกมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งการไม่จำกัดกลุ่มอาการของการได้รับความคุ้มครองจะส่งผลให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ครอบคลุมทุกกลุ่มอาการมากขึ้น

4.2 ผลของการบังคับใช้กฎหมายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อกลไกและมาตรการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เป็นนโยบายที่มีการประกาศใช้โดยมีมติคณะรัฐมนตรีและมีกฎหมายรองรับแต่ไม่ได้กำหนดบทลงโทษของการฝ่าฝืนการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าวไว้เป็นการเฉพาะ ดังนั้น กระบวนการหรือกลไกในการบังคับให้เป็นไปตามกฎหมายจึงถือตามกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติที่มีผลควบคุมการปฏิบัติของโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชนเป็นสำคัญ กล่าวคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2559 ความผิดตามพระราชบัญญัติทั้งสองฉบับนี้เกิดจากการที่โรงพยาบาลฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่หน่วยงานของรัฐอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หรือพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2559 ประกาศหรือกำหนดไว้ นอกจากนี้ กระบวนการร้องเรียนให้มีการตรวจสอบก็ดำเนินการผ่านหลายหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อาทิ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน แพทยสภา ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตลอดจนกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนของหน่วยงานผู้รับผิดชอบที่จะพิจารณาข้อพิพาทเบื้องต้น นอกจากความซ้ำซ้อนด้านหน่วยงานแล้ว บทลงโทษตามกฎหมายของพระราชบัญญัติดังกล่าว ยังมีความคล้ายคลึงกันเป็นอย่างมาก กล่าวคือ การฝ่าฝืนการปฏิบัติตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) อาจนำมาซึ่งความรับผิดที่ซึ่งมีโทษปรับทางปกครอง หรือโทษปรับ หรือจำคุก หรือทั้งปรับทั้งจำคุก⁵⁹ ในขณะที่ในประเทศอังกฤษใช้กลไกการบังคับที่นอกเหนือไปจากการลงโทษโดยรัฐ อาทิ การกำหนดหน่วยงานที่ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานในระดับท้องถิ่นและกำหนดกลไกการตรวจสอบที่เป็นลำดับขั้นโดยนาระบบผู้ตรวจการเข้ามาเพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน โดยให้มีอำนาจในการตรวจสอบ ติดตาม และลงโทษโดยการโฆษณาโรงพยาบาลที่ฝ่าฝืนการปฏิบัติตามกฎหมายต่อประชาชน⁶⁰ ซึ่งเป็นกระบวนการลงโทษโดยอาศัยความกดดันทางสังคมซึ่งนับว่าประสบความสำเร็จอย่างยิ่ง เมื่อก้าวถึงประเทศสหรัฐอเมริกาแม้จะไม่ได้มีกระบวนการหรือบทลงโทษอย่างในประเทศอังกฤษ แต่ก็มีหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลให้เป็นไปตามกฎหมายผ่านองค์กรที่ชื่อว่า “สำนักงานการคลังสาธารณสุข” ซึ่งมีอำนาจในการตรวจสอบและพิจารณา

⁵⁷ Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, (n 5).

⁵⁸ Code of Federal Regulations Title 42 § 489.24.

⁵⁹ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มาตรา 48 และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา

⁶⁰ ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ (เชิงอรรถ 4) 94-102.

เพิกถอนการเข้าร่วมนโยบายการบริการสุขภาพของรัฐของโรงพยาบาลเอกชนที่ฝ่าฝืนต่อกฎหมาย⁶¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่ากฎหมายต่างประเทศได้มีความพยายามที่จะกำหนดหน่วยงานหรือองค์กรหลักในการดูแลข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินไว้เป็นการเฉพาะ ทั้งนี้ เพื่อให้กลไกการตรวจสอบเกิดความเป็นเอกภาพและสามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 ผลของการบังคับใช้กฎหมายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อการได้รับการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายจากรัฐ

การขอรับค่าชดเชยในการให้บริการทางการแพทย์ในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทยนั้นเป็นไปตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบว่า โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งประสบปัญหาขาดทุนอันเนื่องมาจากอัตราค่าชดเชยที่ต่ำ ตลอดจนความล่าช้าของกระบวนการเบิกจ่ายเงิน⁶² ซึ่งหากพิจารณาจากประกาศดังกล่าวข้างต้น รัฐบาลจะจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลเอกชนที่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้าเกณฑ์ตามที่รัฐกำหนดในรายการที่ให้บริการจริง (Fee for service) ตามอัตราที่รัฐกำหนดซึ่งปรับปรุงมาจากการจัดทำร่างอัตราค่าบริการสาธารณสุข 16 หมวดที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่จัดทำให้กับกรมบัญชีกลางเพื่อใช้สำหรับสถานพยาบาลของทางราชการ⁶³ นอกจากนี้ ความล่าช้าในการเบิกจ่ายค่าชดเชยยังส่งผลให้เกิดภาวะขาดทุนหนักขึ้น โดยความล่าช้าดังกล่าวเกิดขึ้นเพราะระบบสวัสดิการการรักษายาบาลของประเทศไทยที่ประกอบไปด้วยสวัสดิการ 3 กองทุน ซึ่งการที่โรงพยาบาลเอกชนจะได้รับค่าชดเชยคืนนั้นจำเป็นต้องเรียกเก็บไปที่กองทุนตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยด้วยตนเอง แม้จะมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง ตรวจสอบค่าใช้จ่าย ตลอดจนแจ้งกองทุนตามสิทธิของผู้ป่วยให้จ่ายค่าใช้จ่ายตามบัญชีแนบท้ายก็ตาม กระบวนการดังกล่าวก็ยังคงเกิดความล่าช้าในการตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่แต่ละหน่วยงานและแต่ละกองทุนต้องใช้ระยะเวลาส่วนใหญ่ในการตรวจสอบและเบิกจ่ายอันก่อให้เกิดความล่าช้ายิ่งขึ้น ในขณะที่ประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นจะดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐเป็นหลักเพียงหน่วยงานเดียว กล่าวคือ องค์กรสุขภาพ (NHS) ในประเทศอังกฤษ และสำนักงานการคลังสาธารณสุข (HCFA) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในการที่จะเบิกจ่ายค่าตอบแทนการให้บริการแก่โรงพยาบาลเอกชน จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาความล่าช้าในกระบวนการเบิกจ่ายค่าตอบแทนหรือค่าชดเชย

อัตราการจ่ายค่าชดเชยที่ต่ำนั้นนอกจากจะมีสาเหตุมาจากการอ้างอิงรายการค่าบริการที่กำหนดในโรงพยาบาลของรัฐแล้ว รูปแบบของการจ่ายค่าชดเชยก็เป็นไปตามอัตราที่กำหนดล่วงหน้า (Fee schedule)⁶⁴ ซึ่ง

⁶¹ Morreim E H, (n 16) 211-286.

⁶² สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, (เชิงอรรถ 47).

⁶³ ขวัญประชา เขียวไชยสกุลไทย และคณะ, ‘การทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง’ (2563) 2 วารสารกรมการแพทย์ 82, 88-89.

⁶⁴ อัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้นเป็นไปตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ในแต่ละพื้นที่ค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางการแพทย์ย่อมมีความแตกต่างกัน การใช้รูปแบบเดียวกันอาจส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพสูง หรือมีประชากรในเขตพื้นที่มาก เป็นต้น ในประเทศอังกฤษและประเทศสหรัฐอเมริกา มีรูปแบบการจ่ายเงินที่มีความยืดหยุ่นมากกว่าซึ่งคำนวณจากต้นทุนที่โรงพยาบาลเอกชนต้องเสียไปจากการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงร่วมด้วย โดยประเทศอังกฤษมีองค์กรสุขภาพ (NHS) เป็นผู้ว่าจ้างโรงพยาบาลเอกชนในการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะในเขตท้องถิ่น การจ่ายค่าชดเชยอยู่ในรูปแบบของค่าตอบแทนตามที่ตั้งถ่วงกันโดยเป็นการคำนวณจากต้นทุนจริงที่โรงพยาบาลเอกชนใช้จ่ายไปหรือในรูปแบบของการประมาณการกลุ่มเป้าหมายและจ่ายเป็นเงินก้อนให้แก่โรงพยาบาลโดยไม่คำนึงว่าในรอบงบประมาณดังกล่าวโรงพยาบาลจะได้ทำการรักษาผู้ป่วยตามข้อตกลงไปทั้งสิ้นจำนวนกี่ราย⁶⁵ ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา แม้จะมีการจ่ายค่าชดเชยตามอัตราที่กำหนดเช่นเดียวกับประเทศไทย แต่เกณฑ์การได้รับค่าชดเชยก็มีความหลากหลาย อาทิ การจ่ายตามอัตราเฉพาะ (Specific Rate) การจ่ายตามอัตราโรงพยาบาลในกลุ่มเดียวกัน (Peer group) จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) การจ่ายตามต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล (Cost or percentage of cost of Specific Hospital) หรือจ่ายตามอัตราที่กำหนดล่วงหน้า (Fee schedule) เป็นต้น โดยอัตราดังกล่าวยังคำนึงถึงอัตราผลตอบแทนของโรงพยาบาลเอกชนที่เหมาะสมด้วย⁶⁶

5. บทสรุปข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทยที่กล่าวมาข้างต้น สรุปให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤตของประเทศไทยที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขและเพิ่มเติมข้อกำหนดบางประการ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

5.1 บทสรุป

กฎหมายไทยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ยังคงมีความไม่เหมาะสมอยู่หลายประการ และนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ก็ยังไม่เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างแท้จริง เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งยังคงต้องเผชิญกับปัญหาจากการบังคับใช้นโยบายดังกล่าวอยู่ อาทิ ปัญหาการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับสิทธิตามกฎหมาย ภาวะขาดทุนซ้ำซ้อนจากค่าชดเชยในอัตราที่ต่ำกว่าต้นทุนที่ใช้จริง ตลอดจนกระบวนการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ล่าช้า และในขณะเดียวกันกลไกการตรวจสอบให้เกิดการปฏิบัติตามกฎหมายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตของโรงพยาบาลเอกชนทั้งในด้านกระบวนการตรวจสอบและบทลงโทษตามกฎหมายยังคงมีความซ้ำซ้อนในหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และความซ้ำซ้อนเชิงรูปแบบของบทลงโทษดังกล่าวส่งผลให้กฎหมายดังกล่าวขาดประสิทธิภาพในการบังคับใช้ได้จริง

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศไทย ได้แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของระบบการแพทย์ฉุกเฉินวิกฤตที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้

⁶⁵ Care Quality Commission, New Regulations and Responsibilities for CQC <<https://www.cqc.org.uk>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

⁶⁶ สิรินาฏ นิภาพร, อรวรรณ ประสิทธิศิริผล และถาวร สกุกพาณิชย์, (เชิงอรรถ 17) 31-34.

ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่แตกต่างกัน และเพื่อเป็นการพัฒนากฎหมายไทยให้มีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรเสนอแนะในการปรับปรุงกฎหมายของไทยไว้ในประการต่าง ๆ ดังนี้

5.2.1 กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ผู้เขียนเห็นควรยกเลิกความในประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ประกาศวันที่ 31 มีนาคม 2560 หมวด 1 การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ข้อ 3 (1) วรรคสอง และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ข้อ 3 โดยผู้เขียนเสนอแนะให้ใช้ความต่อไปนี้แทนข้อความเดิม “กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง” ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้เกิดความลักลั่นในการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหาความไม่ครอบคลุมของกลุ่มอาการ ตลอดจนการอาศัยช่องว่างของกลุ่มอาการในการปฏิเสธการรักษาตามสิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต

5.2.2 กลไกการตรวจสอบและบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย

ผู้เขียนเห็นควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ในมาตรา 15 ดังนี้ “มาตรา 15 (10) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะดำเนินงานเพื่อตรวจสอบและวินิจฉัยข้อร้องเรียนทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัตินี้ รวมถึงข้อบังคับตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพของหน่วยงานในการตรวจสอบ และเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ให้ศูนย์คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แห่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีอำนาจในการพิจารณาโทษที่นอกเหนือไปจากโทษปรับทางปกครองและโทษจำคุก โดยกำหนดให้มีอำนาจในการ “พิจารณาการประกาศโฆษณาโรงพยาบาลที่ฝ่าฝืนการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่กระทำไปโดยเจตนาต่อสื่อสำนักงานต่าง ๆ หรือหนังสือประชาสัมพันธ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน” เพื่อให้เกิดการกลไกการบังคับในเชิงสังคมต่อโรงพยาบาลเอกชน

5.2.3 ค่าใช้จ่ายในการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชน

ผู้เขียนเห็นควรเสนอกำหนดให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยรับผิดชอบในการเรียกเก็บค่าชดเชยจากกองทุนต่าง ๆ โดยให้มีอำนาจในการตรวจสอบเอกสาร เรียกเก็บค่าชดเชย และประมาณการค่าชดเชยที่ต้องจ่ายคืนให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่ได้ให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในรอบระยะเวลาหนึ่งปี ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการสำรองเงินจากกองทุนต่าง ๆ ตามสิทธิของผู้ป่วยส่งมายังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อการเบิกจ่ายที่รวดเร็ว และผู้เขียนเห็นควรกำหนดให้เพิ่มเติมในหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในข้อ 8 ว่า “ให้การตรวจสอบเอกสารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นการอนุมัติให้จ่ายค่าชดเชยแก่โรงพยาบาลเอกชนถือเป็นที่สุด” เพื่อแก้ไขปัญหาความล่าช้าของระบบราชการในการเบิกจ่ายเงิน และปรับอัตราค่าชดเชยให้โรงพยาบาลเอกชนได้รับค่าชดเชยสูงกว่าการให้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ และสำหรับพื้นที่ที่มีการใช้สิทธิเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสูง อาจใช้ระบบเหมาจ่ายต่อครั้งปีงบประมาณเพื่อให้โรงพยาบาลเอกชนได้นำเงินไปบริหารจัดการเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ารับบริการกับโรงพยาบาลได้

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่า กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตในประเทศไทยนั้น ยังสามารถพัฒนาต่อไปได้โดยอาศัยประสบการณ์ของกฎหมายของต่างประเทศเพื่อนำมาปรับใช้ให้ดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

บรรณานุกรม

บทความ

ภาษาไทย

ขวัญประชา เขียวไขยสกุลไทย และคนอื่น ๆ, ‘การทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้ โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง’ (2560) 2 วารสารกรมการแพทย์ 82.

ฐิตินาถ ภูมิถาวร, ‘ความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย’ (2563) 2 วารสารสังคมภิวัตน์ 76.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ‘ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชน นอกเครือข่าย ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ และขอใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)”’ (2561) 13 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 370.

ภาษาต่างประเทศ

Morreim E H, ‘Dumping the ‘Anti-Dumping’ Law: Why EMTALA Is (Largely) Unconstitutional and Why it Matters’ (2014). Minnesota Journal of Law, Science & Technology 15.

Tsai A C and others, ‘Declining Payments for Emergency Department Care (2003)’, Annals of Emergency Medicine 41.

เอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ภาษาไทย

สยามรัฐออนไลน์, ‘กรมสบส. ลุยสอบรพ.เอกชนย่านบางใหญ่ ให้วางเงินแสนก่อนรักษา’ (สยามรัฐออนไลน์, 25 กรกฎาคม 2562) <<https://siamrath.co.th/n/92919>> สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2564.

กรมบัญชีกลาง, ‘คู่มือสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ’ <<https://home.kku.ac.th>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา, สรุปการประชุม ครั้งที่ 24/2556 (4 ตุลาคม 2556).คำพิพากษาศาลฎีกาที่ ผบ 4121/2560.

จเด็จ ธรรมธัชอารีและวัลย์พร พัชรนฤมล, การประกันสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2555<<http://ihppthaigov.net/DB/publication/attachbook/139/chapter1.pdf>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ‘แนวทางปฏิบัติการ คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”’ 2561 <<https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ‘คู่มือการใช้งานโปรแกรม Emergency Pre-Authorization 2563’ <https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2020/EBook/410372_20200616134837.pdf> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

ภาษาต่างประเทศ

Care Quality Commission, ‘New Regulations and Responsibilities for CQC’ <<https://www.cqc.org.uk>> สืบค้นเมื่อ 5 เมษายน 2564.

Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee, ‘UK Ambulance Service Clinical Practice Guidelines’ <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/hsri/emergencycare/prehospitalcare/jrcalcs/holderwebsite/guidelines/clinical_guidelines_2006.pdf> สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน 2564.

อื่น ๆ

ภาษาไทย

ทงสรรรค์ เทียนถาวร, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ ในรายงานการทบทวนการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินประเทศอังกฤษ’ (รายงานผลวิจัย ต่อสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2556).

ธีระเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์, ‘รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ กรณีศึกษา ประเทศ อังกฤษ’ (รายงานผลการวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2544).

ประกาศกระทรวงการคลังเรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วย ในสถานพยาบาลเอกชน กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. 2560.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)).

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วย ฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อ ผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น ลงวันที่ 29 มีนาคม 2560.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554.

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงิน ทดแทนค่าบริการการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำงาน

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหาร จัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563 และหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการรับค่าใช้จ่ายเพื่อการบริการ สาธารณสุขของหน่วยบริการ.

พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553.

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551.

พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533.

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559.

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541.

มติคณะรัฐมนตรี เรื่อง เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์สำหรับการเบิกค่าใช้จ่ายของโครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage Emergency Patients : UCEP) (28 มีนาคม 2560).

สาวุฒิ เหราบัตย์, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน “ประเทศสหรัฐอเมริกา”’ (รายงาน ผลการวิจัยเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย).

สิรินาฏ นิภาพร, อรวรรณ ประสิทธิ์ศิริผล และถาวร สกุลพาณิชย์, ‘รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์เรื่อง การบริหารจัดการระบบบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินตามนโยบายบริการจัดการร่วมสามกองทุน’ (รายงาน ผลการวิจัยเสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัย สาธารณสุข 2556).

หนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ 0422.2/ว 95 เรื่อง หลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล กรณีเจ็บป่วย ฉุกเฉินในสถานพยาบาลของเอกชน (25 เมษายน 2557).

ภาษาต่างประเทศ

Code of Federal Regulations.

Health and Social Care Act 2008 (Regulated Activities) Regulations 2014.

Health and Social Care Act 2012.

National Health Service Act 2006