



ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
ภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต ตามนโยบาย
“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

ภัทรนันท์ กั้นแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ปริธี พนมยงค์
มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
ปีการศึกษา 2566

LEGAL PROBLEMS REGARDING THE CRITERIA FOR PROVIDING COVERAGE
FOR CRITICAL EMERGENCY PATIENTS WITHIN 72 HOURS OR UNTIL THE
CRISIS IS OVER UNDER THE “UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY
PATIENTS” POLICY OR UCEP

PADTARANAN KANKAEW

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Laws
Department of Law,
Pradi Banomyong Faculty of Law
Dhurakij Pundit University
Academic Year 2023



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

ปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
ภายใน 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะ ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่
หรือ UCEP”
เสนอโดย ภัทรนันท์ กันแก้ว
สาขาวิชา นิติศาสตร์
หมวดวิชา กฎหมายการแพทย์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.นายแพทย์ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

ได้พิจารณาเห็นชอบโดยคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์แล้ว

.....ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร. นายแพทย์ วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์)

.....กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(อาจารย์ ดร. นายแพทย์ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. จิรวุฒิ ลิปพันธ์)

คณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมมยงค์ รับรองแล้ว

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมมยงค์
(อาจารย์ ดร. สุทธิพล ทวีชัยการ)

วันที่ 31 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน
วิกฤต ภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วย
ฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

ชื่อผู้เขียน ภัทรนันท์ กันแก้ว

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดร.นพ. ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

หลักสูตร นิติศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชน
ได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริม
สุขภาพและการป้องกันโรค ดังนั้น มาตรการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและทันท่วงทีและ
มีความเสมอภาคจึงถือเป็นหนึ่งในมาตรการสำคัญที่ตอบสนองต่อรัฐธรรมนูญมาตราดังกล่าว เนื่องจากในกรณี
เจ็บป่วยฉุกเฉินและเจ็บป่วยจากอุบัติเหตุจากภาวะดังกล่าวอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือทุพพลภาพถาวร
หากไม่ได้รับการได้อย่างทันท่วงที ทั้งนี้ ปัจจัยที่จะทำให้ผู้ป่วยมีได้รับบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที
นั้นมาจากการขาดระบบบริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลที่เหมาะสม และการขาดหลักประกัน
ด้านภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการ ทั้งนี้ในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะ
เจ็บป่วยฉุกเฉินนับว่าเป็นสิทธิมูลฐานของปัจเจกชนในการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงทีต่อ
สถานการณ์ความเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนั้น ทุกคนบนผืนแผ่นดิน
ไทยจึงควรได้รับการเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทัวถึง ทัณฑ์เวลา และ
มีมาตรฐาน ตามรัฐธรรมนูญที่บัญญัติให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคล
ย่อมได้รับความคุ้มครองเสมอกัน บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขการป้องกันและขจัด
โรคติดต่อของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งบุคคลที่ได้รับอันตรายจากการประสบภาวะฉุกเฉินจะต้องได้รับ
การคุ้มครอง ดังนั้น การแพทย์ฉุกเฉินจึงถือว่าเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ โดยปัจจุบันรัฐบาลไทย
ได้กำหนดนโยบายสิทธิการรักษาพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต นั้นคือนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต
มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP เป็นสิทธิที่ประชาชนได้รับการรักษาพยาบาลฟรี แต่หลักเกณฑ์ที่กำหนดระยะเวลาไว้
เพียง 72 ชั่วโมง ก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนหนึ่ง หลักเกณฑ์ดังกล่าวจึงเป็นทั้งปัญหาข้อกฎหมายที่
เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของประชาชน กล่าวคือ ประชาชนชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องถูกบังคับให้ส่ง
ต่อไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ในขณะที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน

คำสำคัญ: ภาวะวิกฤต, ผู้ป่วยฉุกเฉิน, การส่งต่อ



Thesis Title	LEGAL PROBLEMS REGARDING THE CRITERIA FOR PROVIDING COVERAGE FOR CRITICAL EMERGENCY PATIENTS WITHIN 72 HOURS OR UNTIL THE CRISIS IS OVER UNDER THE “UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS” POLICY OR UCEP
Author	Padtaranan Kankaew
Thesis Advisor	Pairot Bunsiri Khamchai, Dr.
Program	Master of Laws
Academic Year	2023

ABSTRACT

According to the Constitution of the Kingdom of Thailand, B.E. 2017, Section 55, the state must ensure that all Thai netizens receive effective health services, and likewise is to educate and promote its people's basic knowledge on the awareness of disease prevention.

Therefore, access appropriate and timely medical services and equality, is considered as one of the most important measures in response to the aforementioned section of the Constitution. Considering that in case of emergency illness, or accidental illness from such conditions, the patient may die or be permanently disabled if the service or treatment is not rendered on time.

All Thai citizens regardless the economic status, every individual must have access in any medical services, and rights to receive a timely appropriate and immediate response for treatment of their illness.

There are standards according to the Constitution that the state provides dignity, rights, freedom, and equality in every individual and have equal protection. Thus, Impoverished person have the right to receive a free health and medical services just to treat and eliminate all sort of communicable diseases. Therefore, emergency medical treatment is considered a basic necessity that the state must provide.

The present Thai government has established a policy an immediate response on medical treatment especially in times of emergency and critical illness. The policy itself “Critical illness emergency response” these rights that Thai citizens receive free medical care. But the guidelines specify only 72 hours, causing problems for some emergency patients. Such criteria are therefore both legal problem related to the protection of people's rights.

People who are seriously ill must be transferred to a hospital for treatment according to the health insurance system policy in which patient is registered while still in a state of emergency.

Keywords: Critical, Emergency patient, Refer out



กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาและคำชี้แนะที่เป็นประโยชน์จากกรรมการวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นพ.วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์ ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร.จิรวุฒิ ลิปิพันธ์ กรรมการวิทยานิพนธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาจารย์ ดร.นพ.ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย ที่ให้ความกรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการและที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คอยให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในการปรับแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมตลอดถึงชี้แนะแนวทางในการปรับแก้ไขและการศึกษาหาข้อมูล ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์และเจ้าหน้าที่ในคณะนิติศาสตร์ปริทัศน์ พนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตทุกท่าน และเพื่อน พี่ น้อง ในสาขากฎหมายการแพทย์ทุกท่านสำหรับกำลังใจ มีตรรกภาพ ความรู้ คำแนะนำดี ๆ และคอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันตลอดมา และท้ายที่สุด ขอขอบพระคุณพี่สาวที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจให้ผู้ศึกษาเสมอมา

หากผลการศึกษานี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้ศึกษาขอน้อมรับไว้เพื่อปรับปรุง แก้ไข ในการศึกษาครั้งต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์.....	7
1.3 สมมติฐาน.....	7
1.4 ขอบเขตการศึกษา.....	7
1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา.....	9
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
2.1 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย.....	11
2.2 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในสาธารณรัฐจีน.....	16
(ไต้หวัน)	
2.3 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา.....	18
3. การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	20
3.1 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในการได้รับการรักษาพยาบาล.....	20
3.2 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในการได้รับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ฉุกเฉิน....	27
3.3 หลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตาม	47
พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551	
3.4 แนวคำพิพากษาของศาลไทยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน.....	48
3.5 กฎหมายสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน).....	51
3.6 กฎหมายสหรัฐอเมริกา.....	60

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4. การศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนมีการส่งต่อ	71
4.1 วิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองหรือการจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายภาครัฐของประเทศไทย	71
4.2 วิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)	75
4.3 การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP)	82
4.4 เหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ	84
5. สรุปและข้อเสนอแนะ.....	86
5.1 สรุป.....	86
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	89
บรรณานุกรม.....	90
ภาคผนวก.....	93
ประวัติผู้เขียน.....	108

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
3.1 เปรียบเทียบประเด็นการจัดระบบของนโยบาย EMCO และ UCEP.....	45

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสุขภาพ (health system) เป็นปัจจัยหนึ่งในระดับมหภาค ที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ในการจัดระบบบริการเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินนั้น มีความแตกต่างกัน การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข นับว่าเป็นสิทธิมูลฐานของปัจเจกชนนับตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ในอันที่จะได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และทันทั่วถึงต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย ทั้งนี้ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของอายุ เพศสภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือความแตกต่างอื่นใด ในทางกลับกันภาครัฐมีหน้าที่ต้องศึกษาข้อจำกัดของแต่ละความแตกต่างที่ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาลได้อย่างเท่าเทียมกัน ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดนโยบายของรัฐ เพื่อแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิการรักษาใดๆ จากรัฐและยังคงต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนด้วยตนเอง การจัดตั้งกองทุนจะช่วยให้ผู้รับบริการรักษาพยาบาลไม่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเองทั้งหมด ลดความกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วย และมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษาพยาบาลแล้วที่จะเข้ามารับการรักษอาการเจ็บป่วยตามสิทธิมากขึ้น อันเป็นการช่วยลดความเหลื่อมล้ำในด้านฐานะทางเศรษฐกิจโดยให้ปัจเจกชนทุกกลุ่มรายได้และทุกกลุ่มอาชีพ มีสิทธิและสามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่เพียงแต่ความแตกต่างด้านร่างกายหรือฐานะารูป ที่ยกตัวอย่างมาในข้างต้น ในปัจจุบันนั้นยังได้ขยายขอบเขตให้รวมไปถึงความแตกต่างในเชิงภูมิศาสตร์ หรือภูมิลาเนาของปัจเจกชนที่มีความใกล้หรือไกล ความสะดวกในการเดินทาง หรือความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลหนึ่งที่ไม่ได้รองรับการรักษาตามสิทธิของผู้รับบริการ ดังนั้นแล้ว รัฐจึงมีหน้าที่ที่จะต้องนำความแตกต่างเหล่านี้ มาศึกษาและกำหนดเป็นนโยบายเพื่อลดข้อจำกัดการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ลดการเกิดข้อโต้แย้งสิทธิ หรือการเกิดข้อร้องเรียน และพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับหลักรัฐธรรมนูญเพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ พร้อมกับการวางทิศทางการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อไป

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ว่าด้วยสิทธิของประชาชนในด้านสาธารณสุข

ประเทศไทยนั้นมีระบอบการปกครองในรูปแบบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ซึ่งใช้หลักกฎหมายที่เรียกว่าหลักนิติรัฐ (legal state) โดยมีกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดภายในประเทศ ในปัจจุบันคือรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 บัญญัติให้อำนาจ

อธิปไตยเป็นของปวงชนชาวไทย (มาตรา 3)¹ บัญญัติให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกัน (มาตรา 4)²

โดยรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวนี้ได้เห็นถึงความสำคัญในสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข และได้บัญญัติให้สิทธิแก่ประชาชนในด้านสาธารณสุข ดังต่อไปนี้ สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข (มาตรา 47)³ หน้าที่ของรัฐในการจัดให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง (มาตรา 55)⁴ และการจัดให้มีสาธารณสุขุปกณ์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็น (มาตรา 56)⁵

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 “สิทธิมนุษยชน”⁶ หมายถึง สิทธิพื้นฐานที่มนุษย์พึงมี และ “สาธารณสุข”⁷ หมายถึง กิจการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

“สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข”⁸ หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านี้มีความสามารถที่จะรับภาระค่าบริการได้หรือไม่ก็พร้อมที่จะให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี

หากพิจารณาตามบทบัญญัติของกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ว่าด้วยสิทธิของประชาชนในด้านสาธารณสุข จะเห็นได้ว่า บทบัญญัติดังกล่าวได้กำหนดให้ประชาชนทุกคนได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเป็นไปตามมาตรฐาน และทันทั่วถึงต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย ดังนั้นบุคคลที่ได้รับอันตรายจากการประสบภาวะฉุกเฉินจึงมีเหตุสมควรที่จะได้รับการคุ้มครองเป็นอันดับแรก เพราะถือว่าเป็นการคุ้มครองให้อยู่รอดก่อนการคุ้มครองให้อยู่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ของประเทศไทย⁹ ให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28 (3) ที่บัญญัติว่า “การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือ

¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 3 “อำนาจอธิปไตยเป็นของปวงชนชาวไทย พระมหากษัตริย์ผู้ทรงเป็นประมุขทรงใช้อำนาจนั้นทางรัฐสภา คณะรัฐมนตรี และศาล ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ”

² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 4.

³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 47.

⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 55.

⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 56.

⁶ ราชบัณฑิตยสถาน, ‘สิทธิมนุษยชน’ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (ราชบัณฑิตยสถาน 2556).

⁷ ราชบัณฑิตยสถาน, ‘สาธารณสุข’ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (ราชบัณฑิตยสถาน 2556).

⁸ คณะตุลาการรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2549 เรื่อง “สิทธิมนุษยชนสาธารณสุขในประเทศไทย-ศาลรัฐธรรมนูญ”

⁹ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, ‘รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับโอกาสพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย’ (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564) 2 วารสารการแพทย์ฉุกเฉิน, 215.

เงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที่”¹⁰ และตามที่บัญญัติในมาตราดังกล่าวนี้ ถือเป็นการตัดภาระค่าใช้จ่ายในการคุ้มครองไม่ให้เสียโอกาสในการเข้าถึงการช่วยเหลือฉุกเฉินจนอาจเสียชีวิตหรือเสียหายแก่ร่างกายได้

ดังนั้น ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 ฉบับปัจจุบัน ประกอบกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ถือเป็นการให้สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขที่ว่า “บุคคลทุกคนบนพื้นแผ่นดินไทยควรได้รับการเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทั้งถึงทันเวลา และมีมาตรฐาน”¹¹ การแพทย์ฉุกเฉินจึงถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะการกำหนดนโยบายภาครัฐในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที่ตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตราย

ด้วยเหตุแห่งกฎหมายดังกล่าวอันเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ซึ่งมีขึ้นก็เพื่อวัตถุประสงค์ที่สำคัญในการคุ้มครองชีวิตของบุคคลให้อยู่รอดปลอดภัยจากโรคภัยหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตที่บุคคลนั้น ๆ ต้องเผชิญอยู่ เป็นการคุ้มครองชีวิตของประชาชนภายในประเทศ ลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการ ดังนั้นระบบที่มีความสำคัญมากในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิดังกล่าว คือ ระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งเป็นระบบที่รองรับการรักษาพยาบาลโดยมุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยในระดับที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต กล่าวคือ ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่อยู่ในระดับมีความรุนแรงมากและมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที่นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ไม่อย่างนั้นอาจส่งผลถึงชีวิตหรือได้รับความพิการได้ ซึ่งในปัจจุบันแนวโน้มของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องมาจากการประสบอุบัติเหตุ ภัยธรรมชาติ ปัญหาฝุ่นควันมลพิษที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทำให้ป่วยเป็นโรคร้าย หรือการเจ็บป่วยอื่น ๆ ภาครัฐจึงมีความจำเป็นที่จะต้องอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการในกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้รับบริการในภาวะดังกล่าวรอดชีวิตและมีความพิการน้อยที่สุด ให้ผู้รับบริการกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม โดยคำว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้ให้คำนิยามของคำว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน¹² หมายความว่า “บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที่ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น” ดังนั้น โดยลักษณะของผู้รับบริการในกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที่ กล่าวคือ ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตลอดกระบวนการนับตั้งแต่ผู้ป่วยมีภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

¹⁰ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (3).

¹¹ ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย (เชิงอรธรถ 9) 216.

¹² พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 3.

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้ให้คำนิยามของคำว่า ปฏิบัติการฉุกเฉิน¹³ หมายความว่า “การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึง การดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล” เมื่อพิจารณาจากคำนิยามดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กระบวนการเริ่มต้นของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น นอกจากการให้การรักษาพยาบาลที่มีความรวดเร็ว ทันที่ที่ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยแล้ว ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการอีกด้วย อาทิ การประเมินอาการ การจัดการ การประสานงาน การลำเลียงหรือขนส่ง ที่หากมีความล่าช้าหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตรายอาจส่งผลให้เกิดอันตรายอย่างมากต่อผู้รับบริการได้ ดังนั้น เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินเป็นไปด้วยความเรียบร้อย สอดคล้องและเป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย อันเป็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข รวมไปถึง การลดความเหลื่อมล้ำจากความแตกต่างในด้านต่าง ๆ ที่จะเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบาย มาตรฐาน หรือหลักเกณฑ์เพื่อช่วยเหลือและควบคุมดูแลให้ปัจเจกชนทุกคนได้รับบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตรงตามเป้าประสงค์แห่งบทบัญญัตินั้น ๆ เช่น การกำหนดนโยบาย ภาครัฐที่ช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาอย่างทันที่โดยไม่มีเงื่อนไขในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและไม่จำกัดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองจนกว่าผู้ป่วยจะพ้นภาวะฉุกเฉิน

ทั้งนี้ การกำหนดแนวนโยบาย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ในระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยนั้น ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยไม่จำกัดเฉพาะสถานพยาบาลของรัฐเท่านั้นที่มีหน้าที่ต้องตอบสนองต่อนโยบายหรือหลักเกณฑ์ดังกล่าว แต่ยังคงรวมถึงสถานพยาบาลเอกชน ที่มีหน้าที่ในการตอบสนองต่อนโยบายภาครัฐด้วย เพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลที่มีความทั่วถึงอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน แนวนโยบายที่มีผลต่อระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงแรกนั้นอยู่ภายใต้ระบบบริการสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ภายใต้ระบบประกันสุขภาพภาครัฐสามระบบหลัก¹⁴ คือ (1) ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme : UCS) (2) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme : SSS) และ (3) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme : CSMBS) โดยทั้ง 3 ระบบครอบคลุมประชากรไทยร้อยละ 98 และครอบคลุมการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่อย่างไรก็ดี ระบบประกันสุขภาพรัฐทั้ง 3 ระบบนี้ก็ยังไม่สามารถทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในการได้รับการรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากมีโรงพยาบาลเอกชนเพียงไม่ถึงหนึ่งในสามที่สมัครเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังประสบ

¹³ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 3.

¹⁴ สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต: ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564) 3.

ปัญหากรณีที่สถานพยาบาลเอกชนมีการเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ หรือไม่ยอมให้คนไข้กลับหรือย้าย จนกว่าจะจ่ายค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น จึงนำไปสู่การพยายามแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ของประชาชน รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) ขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2555 โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่าย และภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ ตามอัตราที่กำหนด หรือที่เรียกกันว่า “การจ่ายชดเชย” ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลัง กำหนด แต่อย่างไรก็ดี ในการดำเนินงานยังมีปัญหามากมายอันเนื่องมาจากการขาดกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรี รองรับ ประชาชนผู้ใช้บริการยังถูกเรียกเก็บเงินหรือถูกปฏิเสธสิทธิ เกิดปัญหาการร้องเรียนและการฟ้องร้องขึ้น ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นจึงนำไปสู่การวางนโยบายและปรับแก้กฎหมายใหม่อีกครั้ง โดยรัฐบาลได้ ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 การแก้ไขและการพัฒนาที่เกิดขึ้นภายใต้แนวนโยบายดังกล่าวดังต่อไปนี้

การแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาล กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเสนอคณะรัฐมนตรีเห็นชอบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา กำหนดระดับ ความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้จำกัดความครอบคลุมเฉพาะกรณีฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จัดให้มีระบบประเมิน และยืนยันการเข้าถึงสิทธิ (pre-authorization : PA) จำกัดระยะเวลาคุ้มครองตามสิทธิเงินปันภาวะวิกฤต แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ปรับวิธีและอัตราการจ่ายจากการจ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups : DRG) เป็นการจ่ายตามอัตราค่าบริการที่กำหนด (fee schedule) โดยเป็นการปรับแก้หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลา 72 ชั่วโมง ให้โรงพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการ รักษาพยาบาลหรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย ในกรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือมี ความเห็นแย้งต่อผลการคัดแยกให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.) ได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมงเพื่อดำเนินการวินิจฉัย เพื่อแก้ปัญหาลดความเหลื่อมล้ำ ด้านการรักษาพยาบาลของประชาชนในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ทุกแห่ง

การดำเนินนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ (UCEP) ในปัจจุบันมีกรอบกติกา ทางกฎหมายรองรับดังสรุปได้ต่อไปนี้

(1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 มีอำนาจบังคับจริงให้โรงพยาบาลเอกชนดูแลผู้ป่วย ตามเจตนารมณ์ และสารบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เช่น มาตรา 36¹⁵ ว่าด้วยการรักษาพยาบาลโดย

¹⁵ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 36 “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้อง ควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามมาตรา 33/1 ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการ รักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ”

ฉุกเฉินเพื่อให้พ้นอันตราย รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง อาทิ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข 31 มีนาคม 2560 เกี่ยวกับหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไข

(2) โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งพร้อมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามที่รัฐบาลกำหนด

(3) โรงพยาบาลรัฐทุกแห่งพร้อมปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และรับย้ายผู้ป่วยหลังเวลา 72 ชั่วโมงตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

(4) โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐที่ให้การดูแลผู้ประกันตนในภาวะฉุกเฉินวิกฤต ยอมรับค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(5) โรงพยาบาลเอกชนที่ให้การดูแลผู้ประกันตนในภาวะฉุกเฉินวิกฤตยอมรับค่าบริการทางการแพทย์ตามที่กำหนดไว้ในประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลประเภทผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน สถานพยาบาลเอกชนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

แต่อย่างไรก็ตาม แม้ภาครัฐจะได้พยายามแก้ไขปัญหาโดยออกหลักเกณฑ์หรือมาตรการต่างๆ มาบังคับใช้กับสถานพยาบาลรัฐและสถานพยาบาลเอกชน ตลอดจนการออกกฎหมายที่มีบทกำหนดโทษ เพื่อให้เกิดสภาพบังคับก็ยังไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลปฏิเสธการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิขณะที่ยังมีภาวะอันตรายหรือหากทำการรักษาาก็ให้มีการเรียกเก็บเงินมัดจำค่ารักษาพยาบาลกับญาติหรือผู้ป่วยก่อน

การกล่าวถึงพัฒนาการและปัญหาของระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินข้างต้น ผู้ศึกษาเพียงต้องการที่จะสะท้อนให้เห็นว่า การที่ภาครัฐพยายามแก้ไขปัญหาการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการกำหนดมาตรการ หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ตลอดจนการกำหนดบทลงโทษของการฝ่าฝืนต่อมาตรการดังกล่าว ก็ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างถ่องแท้ เนื่องจากยังมองเห็นถึงปัญหาในการเข้าถึงสิทธิของประชาชนอยู่ ดังนั้น การทำความเข้าใจในหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับความคุ้มครองในการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมตลอดจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินอย่างเต็มขีดความสามารถโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งในการส่งต่อ (Refer) ผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตามสิทธินั้น ผู้ป่วยควรอยู่ในภาวะคงที่หรือพ้นจากภาวะฉุกเฉินแล้วหรือหากจะทำการส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องปรากฏว่าการส่งต่อดังกล่าวกระทำเพื่อป้องกันชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยเองโดยต้องได้รับการประเมินโดยแพทย์ว่าสามารถทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อได้ เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยในระหว่างที่ทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วย อันถือเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ซึ่งแม้จะกำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) เท่านั้นแต่การให้การรักษาพยาบาลควรที่จะครอบคลุมตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตรายต่อชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดการเกิดปัญหา ร้องเรียนหรือข้อขัดแย้งของผู้ป่วย ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนด้าน

สาธารณสุขตามที่รัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 บัญญัติไว้ เพราะแม้มาตรการดังกล่าวจะส่งผลดีต่อประชาชนผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างมาก กล่าวคือ ทำให้ประชาชนที่ประสบเหตุภาวะฉุกเฉินวิกฤตเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่สำหรับเงื่อนไขการปฏิบัติเมื่อครบ 72 ชั่วโมง กลับเป็นมาตรการที่ก่อให้เกิดปัญหาข้อโต้แย้งทางปฏิบัติในผู้ป่วยบางราย ส่งผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับการคุ้มครอง โดยมาตรการที่กำหนดขึ้นนี้ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นเพียงกลไกเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการกองทุนเท่านั้น

1.2 วัตถุประสงค์การทำวิจัย

1.2.1. เพื่อศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

1.2.2 เพื่อศึกษาหลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อ ทั้งของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

1.2.3 เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560

1.2.4 เพื่อศึกษาหาแนวทางการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการขยายความคุ้มครองจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนจะส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาลอื่น

1.3 สมมติฐานของการศึกษา (Hypothesis of the Study)

เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยไม่ให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรืออยู่ในภาวะอันตราย การปรับปรุง แก้ไขหลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ4 ข้อ5 และข้อ11 จะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือถูกส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิ โดยไม่จำเป็นต้องจำกัดระยะเวลาในการให้การรักษายาบาลภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต

1.4 ขอบเขตของการศึกษา (Scope of the Study)

งานวิจัยฉบับนี้ มุ่งศึกษาถึงปัญหาของการจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ที่มีการ

กำหนดระยะเวลาในการให้การรักษายาบาลในโรงพยาบาลที่แรกรับรักษาผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤตแล้วให้มีการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ โดยศึกษากับหลักกฎหมายในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ รวมตลอดทั้งเปรียบเทียบกับการให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นในสหรัฐอเมริกาและไต้หวัน

นิยามศัพท์เฉพาะ (Definitions of Terms)

นิยามศัพท์

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” คือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับการปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

“ผู้ป่วยทั่วไป” ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป

“ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น” ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลในกำกับรัฐ สถานพยาบาล สภาวิชาชีพ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล และสถานพยาบาลอื่นตามที่รัฐมนตรี ประกาศกำหนด

“ฉุกเฉิน” หมายถึง การเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยปัจจุบันทันด่วนและต้องการความช่วยเหลือ และแก้ไขอย่างรีบด่วน มิฉะนั้น อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมาน อย่างมากได้

“ผู้ป่วยที่ส่งต่อ”¹⁶ หมายถึง ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับเดียวกันหรือ สถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในการดูแลรักษาซึ่งมีการนำส่งผู้ป่วยโดยทีมปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่าง สถานพยาบาล ทั้งกรณีการส่งต่อทางบก ทางน้ำ หรือทางอากาศ

“การส่งต่อ (Refer out)”¹⁷ หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่น (เนื่องจาก เกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่นๆที่จำเป็น) ซึ่งสามารถให้บริการที่เหมาะสมกว่าเพื่อรักษาขั้นสูงหรือ วินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือวินิจฉัยที่ทันสมัย ซึ่งอาจจะเป็น สถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

บทนิยาม

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมี “ภาวะ คุกคามต่อชีวิต” ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

“สิทธิ EMCO” หมายถึง สิทธิที่เกิดจากการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่” ทั่วถึง ทุกคน (Emergency Medical Claim Online : EMCO) ของรัฐบาลในเดือนเมษายน พ.ศ.2555 คุ่มครอง กรณี “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” และ “เร่งด่วน” โดยไม่กำหนดระยะเวลาคุ้มครอง

“สิทธิ UCEP” หมายถึง สิทธิที่เกิดจากการประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ของรัฐบาลในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 คุ่มครอง กรณี “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต” (สีแดง) โดยกำหนดระยะเวลาคุ้มครองจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือ 72 ชั่วโมง

1.5 ระเบียบวิธีการศึกษา

วิจัยเอกสาร บทความ วารสาร กฎหมายต่างๆเป็นส่วนสำคัญหรือเป็นส่วนหลักของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ อาทิ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2560 พระราชบัญญัติการแพทย์

¹⁶ คณะกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางการส่งต่อ, ‘คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย’ (pdf, กองบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2562).

¹⁷ เพิ่งอ้าง.

ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 รวมตลอดทั้งกฎหมายของต่างประเทศ อาทิ กฎหมายรัฐธรรมนูญ รัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน รัฐบัญญัติการรักษาพยาบาลของไต้หวัน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้การรักษสถานพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

การศึกษาข้อมูล จะวิเคราะห์และนำเสนอให้เห็นว่า การจำกัดระยะเวลาในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 นั้น เป็นปัญหาข้อโต้แย้งทางปฏิบัติในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตบางราย เกิดผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับการคุ้มครอง โดยมาตรการที่กำหนดขึ้นนี้ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นเพียงกลไกเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการกองทุนเท่านั้น

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1. ทำให้เข้าใจหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

1.6.2. ทำให้เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560

1.6.3. ทำให้ทราบเหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 เพื่อขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้พ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ

1.6.4. ทำให้ประชาชนทุกคนได้รับความคุ้มครองด้านสาธารณสุขตามที่รัฐธรรมนูญบัญญัติให้สิทธิไว้

บทที่ 2

หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต หากไม่ได้รับการช่วยเหลือรักษาอย่างทันท่วงที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้เจ็บป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร และเกิดความทุกข์ทรมาน ดังนั้น “การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉินและการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที” จึงเป็นหลักสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ประกอบกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น¹⁸

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับความคุ้มครอง ถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้เพื่อคุ้มครองชีวิตของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ประชาชนเข้าถึงสิทธิหรือการได้รับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีต่อภาวะความฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือร่างกายที่ผู้ป่วยต้องเผชิญอยู่ในแต่ละประเทศจึงต้องบัญญัติกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาทิ การกำหนดสิทธิหรือหน้าที่ของรัฐในการให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมตลอดทั้งการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาลในการให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษาผู้ป่วย

2.1 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย

2.1.1 หลักการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญ

สิทธิมนุษยชน (Human Rights) คือแนวคิดที่มีรากฐานมาจากความเชื่อ ปรัชญา คำสอนทางศาสนา ศีลธรรมและจริยธรรมของสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ ในโลกที่เชื่อว่ามนุษย์ที่เกิดมาทุกคนมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่นอกจากนั้นมีปรัชญาความเชื่อในวัฒนธรรมตะวันตกที่ว่า มนุษย์มีสิทธิโดยธรรมชาติในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์โดยมนุษย์มีความชอบธรรมในด้านจริยธรรมที่จะรักษาชีวิตของตนเอง มีอิสระทางความคิด และเชื่อว่าไม่ว่าแต่ละคนจะมีความคิดแตกต่างกันในด้านใด ทุกคนล้วนมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์โดยเท่าเทียมกัน¹⁹ สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างมี

¹⁸ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), ‘การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility Patient Transfer’ (pdf. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 2557) 3.

¹⁹ ‘สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข’ ศาลรัฐธรรมนูญ <https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1360> สืบค้นเมื่อ 6 มีนาคม 2567.

มาตรฐาน ทั้งถึง และมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านี้มีความสามารถที่จะรับภาระค่าบริการได้หรือไม่ ก็พร้อมที่จะให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี สิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข จึงถือได้ว่าเป็นสิทธิประเภทหนึ่งที่อยู่เป็นสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญและเป็นสิทธิของประชาชนที่พึงได้รับจากภาครัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน โดยไม่เลือกปฏิบัติหรือนำความแตกต่างทางด้านเพศสภาพ สถานะทางสังคม ระดับของการศึกษา หรือการนับถือศาสนามาเป็นเกณฑ์ในการจำกัดสิทธิ โดยประเทศไทย ได้มีการบัญญัติสิทธิไว้ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 รับรองสิทธิและคุ้มครองสิทธิไว้แล้ว ดังนี้

มาตรา 47 สิทธิในการรับบริการสาธารณสุข²⁰ บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”

มาตรา 55 *การได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและทั่วถึง*²¹ บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย”

มาตรา 56 การมีสาธารณสุขปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็น²² บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขปลอดภัยขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน

โครงสร้างหรือโครงข่ายขั้นพื้นฐานของกิจการสาธารณสุขปลอดภัยขั้นพื้นฐานของรัฐอันจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนหรือเพื่อความมั่นคงของรัฐ รัฐจะกระทำด้วยประการใดให้ตกเป็นกรรมสิทธิ์ของเอกชนหรือทำให้รัฐเป็นเจ้าของน้อยกว่าร้อยละห้าสิบเอ็ดมิได้

การจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขปลอดภัยตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง รัฐต้องดูแลมิให้มีการเรียกเก็บค่าบริการจนเป็นภาระแก่ประชาชนเกินสมควร

การนำสาธารณสุขปลอดภัยของรัฐไปให้เอกชนดำเนินการทางธุรกิจไม่ว่าด้วยประการใด ๆ รัฐต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนอย่างเป็นธรรม โดยคำนึงถึงการลงทุนของรัฐ ประโยชน์ที่รัฐและเอกชนจะได้รับและค่าบริการที่จะเรียกเก็บจากประชาชนประกอบกัน”

²⁰ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 47.

²¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55.

²² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 56.

พิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับพุทธศักราช 2560 ได้บัญญัติรับรองและคุ้มครองสิทธิในการได้รับการบริการสาธารณสุขของประชาชนตามมาตรา 47 รวมถึงการกำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดหาบริการด้านสาธารณสุขให้ประชาชนตามมาตรา 55 และมาตรา 56 ดังนั้นรัฐจึงต้องจัดบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชน โดยการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับหลักรัฐธรรมนูญ ที่ถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้ เพื่อเป็นการให้ความคุ้มครองประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้ได้รับการรักษาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และทันเวลาที่ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยหรือภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยจะต้องได้รับความคุ้มครองตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินดังกล่าว เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

2.1.2 หลักการคุ้มครองตามกฎหมายอื่น

(1) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 (2)²³ “เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

ตามกฎหมายดังกล่าวเป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลต้องให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถก่อนที่จะทำการส่งต่อผู้ป่วย เว้นแต่เมื่อแพทย์นั้นเห็นว่าการเจ็บป่วยนั้นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแห่งอื่นที่มีศักยภาพหรือความสามารถในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยมากกว่า โดยแพทย์ต้องให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(2) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มีอำนาจบังคับจริงให้โรงพยาบาลเอกชนดูแลผู้ป่วยตามเจตนารมณ์ และสารบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สถานพยาบาลต้องให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 36 ดังนี้

มาตรา 36²⁴ “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษายาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ

²³ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2).

²⁴ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 36.

เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม”

ตามกฎหมายดังกล่าวเป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยกำหนดให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามคุณภาพ มาตรฐานของสถานพยาบาลแห่งนั้น ในกรณีที่จะทำการส่งต่อนั้นต้องปรากฏถึงความจำเป็นในการที่ต้องส่งต่อ อาทิ เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง หรือตามสภาพของโรงพยาบาลไม่สามารถให้การรักษาอาการของผู้ป่วยได้จำเป็นต้องส่งไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยสูงกว่า เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง หากสถานพยาบาลแห่งใดปฏิเสธการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินก็ต้องได้รับโทษตามที่กฎหมายกำหนดไว้

(3) หลักการคุ้มครองของนโยบายภาครัฐในปัจจุบัน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงสิทธิหรือการบริการรักษาพยาบาลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ รัฐบาลได้ประกาศใช้ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2555 เป็นนโยบายแรกที่รัฐมุ่งลดความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพให้มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและระบบมาตรฐานการบริการและระบบชดเชยเดียวกันใน “ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน” ต่อมาได้ปรับเปลี่ยนนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) มาเป็นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) โดยประกาศใช้เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2560 มีการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 โดยออกเป็นพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 พร้อมทั้งรัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ (1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 (2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 และ (3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

โดยนโยบายดังกล่าวจะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ว่าด้วยการกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ข้อ 1²⁵ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน

²⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”.

วิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน” ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1)²⁶ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว” รวมตลอดทั้งอาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ ดังนี้ (1) หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง (3) เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง (4) ซึ่มลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักเกร็ง (5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด และ (6) มีอาการอื่นร่วม ที่มีผลต่อการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบสมอง ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

ข้อ 4 “สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย” และ

ข้อ 5 “สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้”

ข้อ 11 “ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง”

ตามข้อกำหนดดังกล่าวมาของประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ เป็นกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะวิกฤต แล้วให้ส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งถือเป็นการจำกัดระยะเวลาให้โรงพยาบาลแรก รักษาผู้ป่วยภายใน 72 ชั่วโมงหรือให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตเท่านั้น หากผู้ป่วยยืนยันที่จะไม่ย้ายกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพ ผู้ป่วยก็ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายหลังจากที่ได้รับการรักษาครบ 72 ชั่วโมงหรือได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว

พิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า นโยบายภาครัฐในปัจจุบันที่ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) นั้นมีหลักแนวคิดเพื่อคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุด

²⁶ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1).

ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งจะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาตลอดภายใน 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะวิกฤต หลักเกณฑ์ในการจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตดังกล่าว อาจก่อให้เกิดปัญหาในผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนหนึ่ง ให้ต้องถูกบังคับให้ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ในขณะที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน อันเนื่องมาจากประกาศดังกล่าวให้ความคุ้มครองเพียงพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น มิได้ให้ความคุ้มครองครอบคลุมตลอดระยะเวลาจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน

2.2 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

2.2.1 หลักการคุ้มครองสิทธิตามรัฐธรรมนูญ

รัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) : Constitution of the Republic of China (Taiwan) ค.ศ.1947 บัญญัติให้พลเมืองทุกคนจะต้องมีความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย โดยไม่คำนึงถึงเพศ ศาสนา เชื้อชาติ ชนชั้น หรือพรรคการเมือง (บทที่ 2 สิทธิและหน้าที่ของประชาชน ข้อ 7)²⁷ โดยรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวมิได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขเอาไว้ แต่ได้กำหนดหน้าที่ของรัฐในบทที่ 4 ว่าด้วยการประกันสังคม ดังนี้ Constitution of the Republic of China (Taiwan) ค.ศ.1947 Section 4. Social Security

Article 157 : (The State, in order to improve national health, shall establish extensive services for sanitation and health protection, and a system of public medical service.)

แปลได้ว่า “เพื่อปรับปรุงสุขภาพของชาติ รัฐจะต้องจัดให้มีบริการที่ครอบคลุมด้านสุขอนามัยและการคุ้มครองสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์สาธารณะ”²⁸

2.2.2 หลักการคุ้มครองตามกฎหมายอื่น

รัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) มีหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยปรากฏสาระสำคัญในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยด้วยกันหลายประการ อาทิ การมีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็นตามความต้องการทางการแพทย์ โดยไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายเงิน การดำรงชีวิตหรือปัจจัยอื่น ๆ การได้รับการรักษาทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน กรณีหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือองค์กรทางการแพทย์ใกล้เคียงที่เหมาะสม

ตามข้อ 3 รัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) กำหนดการให้การแพทย์ฉุกเฉินนั้นรวมถึงเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย (1) การช่วยเหลือฉุกเฉินและการรักษาพยาบาล ณ สถานที่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยในกรณีฉุกเฉิน เหตุการณ์การบาดเจ็บล้มตายครั้งใหญ่ หรือในพื้นที่ป่า (2) การช่วยเหลือฉุกเฉินระหว่างทางไปโรงพยาบาล (3) การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือ

²⁷ Article 7 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947.Chapter II Rights and Duties of the People 7

²⁸ Article 157 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947 Section 4. Social Security

ผู้ป่วยวิกฤตบนเกาะนอกชายฝั่งหรือพื้นที่ห่างไกลที่ยากต่อการรักษา (4) การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่สถานพยาบาล²⁹

โดยมีระเบียบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Regulation for Emergency Medical Services) ข้อ 3 ได้ให้คำนิยามคำว่า

“การบริการในภาวะฉุกเฉินหรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” หมายถึง การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่เกิดเหตุสำหรับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยในเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง³⁰

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง (1) ใครก็ตามที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนเนื่องจากภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน (2) ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน (3) สตรีมีครรภ์ที่กำลังจะคลอดบุตร (4) สภาพการบาดเจ็บหรือการรักษาพยาบาลอื่น ๆ³¹

ทั้งนี้ภายใต้รัฐบัญญัติการรักษายาบาลของไต้หวัน (Medical Care Act)

ข้อ 60 บัญญัติว่า “ให้โรงพยาบาลและคลินิกจะต้องจัดให้มีการรักษาฉุกเฉินที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน และเสนอการเยียวยาหรือดำเนินมาตรการที่จำเป็นตามความสามารถของบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวก และจะต้องไม่ล่าช้าโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ในกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือปานกลาง หรือพบว่าประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ให้หน่วยงานบริหารสังคมที่รับผิดชอบระดับเทศบาลหรือเขต (เมือง) จะต้องให้เงินอุดหนุนตามกฎหมาย”³²

ข้อ 36 บัญญัติว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการรักษาโดยทันที ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาที่ห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตรายจะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป หรือขอความช่วยเหลือจากศูนย์บัญชาการแพทย์และภัยพิบัติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service Act) ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข การสื่อสาร และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลทั่วทั้งเทศบาลและเทศมณฑล (เมือง) ถึงวิธีการส่งต่อ การดูแลรักษาทางการแพทย์ และเรื่องอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติตาม ทั้งนี้จะต้องได้รับการตัดสินใจหรือสั่งการโดยหน่วยงานด้านสุขภาพที่มีอำนาจส่วนกลาง”³³

²⁹ Article 3; Emergency Medical Service Act . Chapter One General Provisions

³⁰Article 3. Regulation for Emergency Medical Services.

³¹ Article 3.Regulation for Emergency Medical Services.

³²Article.60. Medical Care act .Article.60

³³ Article 36.Emergency Medical Service Act. Chapter Six Hospital Emergency Medical Services.

2.3 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา

ระบบการรักษาพยาบาลหรือการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาจะอยู่ภายใต้กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) และกฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย³⁴

กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) เป็นกฎหมายที่กำหนดหน้าที่ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมในระบบ “Medicare” ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขภาพที่ออกโดยรัฐบาลกลาง เพื่อกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาล จะต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป³⁵

Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) มีเนื้อหาหลักที่สำคัญโดยอาจกำหนดได้เป็น 3 ข้อหลัก คือ

ข้อ 1 แพทย์และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจต้องทำการตรวจคัดกรอง (Medical Screening exam) ตรวจรักษาเบื้องต้นเพื่อให้พ้นภาวะอันตราย (Stabilization) โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความสามารถของแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงจัดให้มีบริการเสริมที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบว่ามีภาวะทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ นอกจากนี้กฎหมายยังห้ามไม่ให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมใด ๆ ละเลยการตรวจคัดกรองดังกล่าว หรือการดูแลเพิ่มเติมโดยเหตุผลที่ว่าเพื่อสอบถามวิธีการชำระเงินหรือสถานะการประกันของแต่ละบุคคลก่อน ทั้งนี้ ภายใต้การกำกับดูแลโดยสำนักงานการคลังสาธารณสุข (Health care Financing Administration : HCFA)³⁶

ข้อ 2 กรณีหากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อยู่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องรักษาสภาพนั้นให้คงที่เท่าที่จะสามารถทำได้หรือย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นหากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้ โดยการส่งต่อผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความสามารถที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งต่อผู้ป่วยจะกระทำต่อเมื่อปรากฏเงื่อนไขข้อใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่แล้ว 2) การเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับหรือควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า 3) ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เมื่อโรงพยาบาลเอกชนได้ทำการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ก็จะไม่ถือว่าเป็นการละเมิดหรือฝ่าฝืนบทบัญญัติที่ได้กำหนดไว้ในข้อ 5

³⁴ สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต:ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564) 60.

³⁵ เพิ่งอ้าง.

³⁶ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act

489.24 ว่าด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม Medicare ในข้อ (C) ว่าโทษในกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) นี้ ไม่นำมาใช้บังคับในกรณีที่โรงพยาบาลที่อยู่รับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ปฏิบัติอย่างเต็มที่แล้วและทำการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเหตุผลในเรื่องความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วย³⁷ และ

ข้อ 3 เมื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อจะต้องให้การรักษาเท่าที่ทำได้ เพื่อให้การส่งต่อมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และจะต้องจัดหาบุคลากรและเครื่องมือที่เหมาะสมในการส่งตัวทุกครั้ง ทั้งนี้ โดยโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยจะต้องรับทราบและยินยอมรับผู้ป่วยก่อน ตลอดจนการจัดหาเตียงบุคลากรในการรักษาโรคนั้น เพื่อให้พร้อมสำหรับการส่งต่อ ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่ส่งต่อมีหน้าที่ในการจัดส่งสำเนาเอกสาร การรักษาพยาบาล ชื่อและที่อยู่แพทย์ผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยด้วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นจึงสามารถดำเนินการได้ใน 2 วิธีการ กล่าวคือ หากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นที่แรกไม่สามารถรักษาอาการป่วยฉุกเฉินได้ไม่ว่าด้วยข้อจำกัดของบุคลากรหรือสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยสามารถทำหนังสือขอย้ายไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลอื่นได้ หรืออีกวิธีการหนึ่ง แพทย์ที่ให้การรักษาสันนิษฐานได้ว่าผลประโยชน์ทางการแพทย์ของการรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นมีมากกว่าความเสี่ยงของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น โรงพยาบาลที่จะส่งต่อจะต้องทำทุกวิถีทางเพื่อลดความเสี่ยงของการเคลื่อนย้ายและจะต้องส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องไปยังโรงพยาบาลผู้รับ โรงพยาบาลผู้รับจะต้องตกลงที่จะรับผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายจะต้องทำด้วยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นด้วย³⁸

³⁷ เฟ็งอ้าง.

³⁸ เฟ็งอ้าง.

บทที่ 3

การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน

3.1 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในการได้รับการรักษาพยาบาล

3.1.1 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข

ตั้งที่ผู้ศึกษาได้กล่าวมาในบทก่อนแล้วว่าสิทธิมนุษยชน (Human Rights) คือแนวคิดที่มีรากฐานมาจากความเชื่อ ปรัชญา คำสอนทางศาสนา ศีลธรรมและจริยธรรมของสังคมและวัฒนธรรมต่าง ๆ ในโลกที่เชื่อว่ามนุษย์ที่เกิดมาทุกคนมีสิทธิที่จะมีชีวิตอยู่ เช่น ทุกศาสนามีบัญญัติห้ามการทำลายชีวิตมนุษย์ นอกจากนี้มีปรัชญาความเชื่อในวัฒนธรรมตะวันตกที่ว่า มนุษย์มีสิทธิโดยธรรมชาติในฐานะที่เกิดเป็นมนุษย์ โดยมนุษย์มีความชอบธรรมในด้านจริยธรรมที่จะรักษาชีวิตของตนเอง มีอิสระทางความคิด และเชื่อว่าไม่ว่าแต่ละคนจะมีความคิดแตกต่างกันในด้านใด ทุกคนล้วนมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์โดยเท่าเทียมกัน³⁹

หลังจากสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้สิ้นสุดลง แนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนดังกล่าวได้รับการยอมรับและให้ความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากประชาคมโลกได้ตระหนักถึงความโหดร้ายทารุณของสงครามและการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การกระทำที่ย่ำแย่ต่อสตรี เด็ก และคนชราที่มนุษย์ได้กระทำร่วมกัน ซึ่งผลจากสงครามนี้นำไปสู่การพัฒนากฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ (International Human Rights Laws) ซึ่งเป็นหลักการข้อตกลง ระบบ และกลไกด้านสิทธิมนุษยชนที่เป็นมาตรฐาน และได้รับการยอมรับในระดับสากลเพื่อปกป้องคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของคนทุกคนในโลกนี้ ดังในปัจจุบันที่ความเชื่อและแนวความคิดว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิและศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์โดยเท่าเทียมกัน จึงต้องได้รับการคุ้มครองโดยหลักการและกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ รวมถึงกฎหมายในระดับประเทศ เช่น รัฐธรรมนูญของประเทศต่าง ๆ ซึ่งบัญญัติหลักการของสิทธิมนุษยชนไว้ด้วยปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights-UDHR) อันเป็นพื้นฐานของหลักการสิทธิมนุษยชนในรัฐธรรมนูญและกฎหมายในระดับประเทศของประเทศต่าง ๆ โดยสิทธิมนุษยชนที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนจำแนกได้เป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือ สิทธิของพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ซึ่งรวมไปถึงสิทธิในชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สิน เสรีภาพ และความมั่นคงของบุคคล อิสระภาพจากความเป็นทาสและการถูกทรมาน ความเสมอภาคในทางกฎหมาย สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมือง เสรีภาพในทางความคิด การนับถือศาสนา การแสดงความคิดเห็น ฯลฯ และอีกส่วนหนึ่งคือสิทธิในทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งรวมถึงสิทธิในการทำงาน สิทธิในการศึกษา และสิทธิที่จะได้รับบริการทางด้านสาธารณสุข⁴⁰

³⁹ ราชบัณฑิตยสถาน (เชิงอรรถ 7) 9.

สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐานทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นมีความสามารถที่จะรับภาระค่าบริการได้หรือไม่ ก็พร้อมที่จะให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรี ซึ่งในปัจจุบันรัฐธรรมนูญได้บัญญัติรับรองสิทธิและคุ้มครองสิทธิไว้แล้วตามมาตรา 47 รวมไปถึงหน้าที่ของรัฐในการจัดหาบริการด้านสาธารณสุขให้ประชาชนตามมาตรา 55 และมาตรา 56 ดังนั้น รัฐจึงต้องจัดบริการด้านสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีในระดับสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3 กำหนดไว้ว่า

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁴¹

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ⁴²

“บริการสาธารณสุข” หมายความว่า บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน⁴³

จากความหมายดังกล่าว สิทธิมนุษยชนทางด้านสุขภาพ จึงเป็นสิทธิในคุณภาพชีวิตที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ในการที่จะเข้าถึงการรักษาโรค การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยไม่ถูกกีดกันถึงสิทธิในการรักษาหรือนั่นก็คือ การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ดังปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 ที่ได้ให้การรับรองสิทธิทางด้านสุขภาพไว้อย่างกว้าง ๆ ดังนี้

ข้อ 25 (1) “คนทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว รวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลรักษาพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น นอกจากนี้ คนทุกคนยังมีสิทธิที่จะได้รับความมั่นคงแม้ในช่วงว่างงาน เจ็บป่วย พิกการ เป็นหม้าย ว่างงาน หรือขาดปัจจัยดำรงชีวิตอื่น ๆ ในพฤติการณ์ที่นอกเหนืออำนาจของตน”⁴⁴

ลักษณะเฉพาะของสิทธิมนุษยชนที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนประกอบด้วย

1. เป็นสิทธิที่ติดตัวมากับความเป็นมนุษย์ (inherent) หมายถึง เมื่อคนทุกคนเกิดมาก็มีสิทธิมนุษยชนติดตัวมาด้วย
2. เป็นสิทธิที่เป็นสากล (universal) คือ เป็นสิทธิของมนุษย์ทุกคนเหมือนกันไม่ว่าจะมีเชื้อชาติ เพศ หรือนับถือศาสนาใด ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มาจากพื้นฐานสังคมหรือการเมืองอย่างไรใด มนุษย์ทุกคนเกิดมามีอิสระเสรี มีความเท่าเทียมกันในสิทธิและศักดิ์ศรี

⁴¹ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3.

⁴² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3.

⁴³ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3.

⁴⁴ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ.2491 ข้อ 25 (1).

3. เป็นสิทธิที่ไม่สามารถถูกพรากไป หรือยกให้แก่กันได้ (inalienable) คือ ไม่มีใครจะมาพรากเอาสิทธิมนุษยชนไปจากบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ ถึงแม้ว่ากฎหมายของประเทศจะไม่ยอมรับสิทธิมนุษยชนหรือแม้จะละเมิดสิทธิมนุษยชนก็ตาม ประชาชนของประเทศนั้นก็ยังมีสิทธิมนุษยชนอยู่

4 เป็นสิทธิที่ไม่ถูกแยกออกจากกัน (indivisible) กล่าวคือ สิทธิมนุษยชนที่ได้รับการรับรองภายใต้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนซึ่งประกอบไปด้วยสิทธิทั้งสองส่วนดังที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น จะต้องไม่ถูกแยกออกจากกัน สิทธิทั้งสองส่วนนี้จะต้องได้รับการเคารพ ปกป้อง และเติมเต็ม เพื่อที่จะให้บุคคลทุกคนสามารถดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

และตามกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) ได้ให้การรับรองไว้ ดังนี้

ข้อ 12

1. รัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้รับรองสิทธิของคนทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้

2. ขั้นตอนในการดำเนินการโดยรัฐภาคีแห่งกติกาฉบับนี้ เพื่อบรรลุผลในการทำให้สิทธินี้เป็นจริงอย่างสมบูรณ์ จะต้องรวมถึงสิ่งต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อ

(ก) การหาหนทางลดอัตราการตายของทารกก่อนคลอด และของเด็กแรกเกิด และการพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของเด็ก

(ข) การปรับปรุงในทุกด้านของสัณฐานทางสิ่งแวดล้อมและอุตสาหกรรม

(ค) การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่นๆ

(ง) การสร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนในกรณีเจ็บป่วย”

ซึ่งประเทศไทยเองนั้นก็เป็นหนึ่งในประเทศที่เป็นรัฐภาคี ภายใต้ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีหน้าที่ที่จะต้องปฏิบัติตามทบัญญัติที่บัญญัติไว้

3.1.2 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขตามกฎหมายรัฐธรรมนูญ

การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนชาวไทยได้ถูกบัญญัติขึ้นเป็นครั้งแรกในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2475 ซึ่งถือเป็นเงื่อนไขสำคัญสำหรับการปกครองประเทศในรูปแบบประชาธิปไตยและถือได้ว่าเป็นต้นแบบของการร่างรัฐธรรมนูญในฉบับต่อมา เนื่องจากสิทธิและเสรีภาพเปรียบได้กับสัญลักษณ์ของการแสดงออกถึงศักดิ์ศรีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันของมนุษย์ในสังคม ซึ่งหากประเทศใดที่ปกครองในระบอบประชาธิปไตยละเลยไม่ให้การคุ้มครองในเรื่องเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่ออย่างร้ายแรงต่อประเทศ ซึ่งสำหรับประเทศไทยนั้นได้มีการบัญญัติเรื่องดังกล่าวไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับพุทธศักราช 2560 อันเป็นรัฐธรรมนูญที่ได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

อย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด และตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ ฉบับพุทธศักราช 2560 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้หลายประการ ซึ่งสิทธิของประชาชนในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ถือได้ว่าเป็นสิทธิของประชาชนที่ถูกบัญญัติขึ้นตามรัฐธรรมนูญและเป็นสิทธิของประชาชนที่พึงได้รับจากภาครัฐอย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

โดยบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในมาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”⁴⁵ และมาตรา 55 บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ การบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่งต้องครอบคลุมส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”⁴⁶ ซึ่งการจัดให้มีบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญดังที่กล่าวมานี้ได้แนวคิดมาจาก เจตนารมณ์ดังที่ปรากฏในหลักปฏิญญาสากลข้อที่ 25 ว่าด้วยสิทธิมนุษยชนซึ่งได้บัญญัติว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีกินดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลรักษาทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกัน การว่างงาน เจ็บป่วย พิกัด หมาย วัยชราหรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมนอกเหนือจากการควบคุมของตน”⁴⁷

แต่เนื่องจากมาตราดังที่กล่าวมานี้ เป็นบทบัญญัติซึ่งอยู่ในหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และหมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ ดังนั้น จึงรับรองเฉพาะสิทธิของชนชาวไทยหรือผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามมนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะมีสัญชาติหรือสถานะใด ก็มีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกันทุกคนตามที่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมระบุไว้

ดังนั้น หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า กฎหมายรัฐธรรมนูญถือเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ เป็นการปกครองในประเทศที่ใช้หลักการปกครองโดยหลักนิติธรรม (Rule of law) หรือหลักบังคับแห่งกฎหมาย ทั้งนี้ เพื่อให้มีการใช้กฎหมายเป็นสิ่งที่สร้างหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ดังนั้น ความสำคัญสูงสุดของรัฐธรรมนูญคือการเป็นหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชนมิให้ผู้ปกครองหรือนักการเมืองหรือบุคคลใดมาละเมิดสิทธิอันพึงมีได้

⁴⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ม.47.

⁴⁶ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ม.55.

⁴⁷ แอมเนสตี้ อินเตอร์เนชั่นแนล, ‘ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ข้อ 25.’ (Amnesty International

Thailand) <<https://www.amnesty.or.th>> สืบค้นเมื่อ 29 กุมภาพันธ์ 2567.

บริการสาธารณสุข คำว่า “สาธารณสุข”ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2545 หมายถึง “กิจการเกี่ยวกับการป้องกัน การบำบัดโรค การรักษาและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน” จึงหมายถึงการใด ๆก็ตามที่รัฐต้องมอบให้กับประชาชนเพื่อให้ได้มาซึ่งการบำบัด รักษา และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

สำหรับประเทศไทยนั้นในปัจจุบันมีประชากรจำนวนมากประสบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วย ไม่ว่าจะแก่ร่างกายหรือชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น มลพิษฝุ่นควันที่พบในแต่ละพื้นที่ของประเทศที่นับวันยิ่งทวีขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคร้ายต่าง ๆ มากมายแก่ประชาชน อาทิ มะเร็งปอด ซึ่งมีรายงานเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยรุ่นที่มีอายุ 20-27 ปี ดังนั้นหัวใจสำคัญและปัญหาหลักคือการพัฒนา ระบบสาธารณสุขและการตระหนักถึงคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ในการเข้าถึงระบบทางการแพทย์ฉุกเฉิน ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินควรที่จะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันทั่วถึง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการของประชาชน

3.1.3 สิทธิในการรักษาพยาบาล

ระบบสุขภาพ⁴⁸ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะเป็นส่วนใหญ่ นโยบายทางเศรษฐศาสตร์ สุขภาพและบริการสุขภาพ จึงไม่ใช่ สินค้าปรกติที่สามารถใช้กลไกตลาดมาเชื่อมโยงให้เกิดความเป็นธรรมและประสิทธิภาพสูงสุดได้ รัฐบาลจึงควรเข้ามาดูแล นั้นเพราะบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะที่มุ่งหวัง เน้นความเป็นธรรม เท่าเทียมกันถ้วนหน้า

หลักการหรือแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมแต่ละประเทศนั้น ส่วนใหญ่มักจะขึ้นอยู่กับค่านิยม (Value) และปรัชญาแนวความคิดที่สังคมหรือประเทศนั้น ๆ ได้ยึดถือโดยค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมตามหลักสากลนั้น มีอยู่ด้วยกัน 4 ประการ คือ⁴⁹

(1) หลักความเสมอภาค (Equality) หมายถึง ในการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐให้แก่ประชาชนนั้น จะต้องยึดหลักของความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องรายได้หรือถิ่นที่อยู่ และรัฐจะต้องขยายการบริการสาธารณสุขให้เพียงพอและทั่วถึงทั้งประเทศ

(2) หลักความเป็นธรรม (Equity) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องมีความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ (Normative needs) ของประชาชนด้วย โดยที่ความจำเป็นทางด้านสุขภาพนี้ ถูกกำหนดโดยผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ซึ่งมีความแตกต่างจากความต้องการทางด้านสุขภาพที่ประชาชนตระหนักถึง ประชาชนในแต่ละกลุ่มที่มีความจำเป็นทางด้านสุขภาพเท่ากันจะต้องได้รับการจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชน

⁴⁸ พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ‘1 ปี รักษาฉุกเฉินมาตรฐานเดียว’ (พฤษภาคม 2556) 2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

⁴⁹ ธาณิช เกศวพัทธ์ และ อำนาจ กุศลานันท์, ‘สิทธิในการรักษาพยาบาล:ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทางด้านสาธารณสุข’ (พฤษภาคม-มิถุนายน 2554) วารสารจุลนิติ.

(3) หลักเสรีภาพ (Freedom) หมายถึง บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเลือกบริโภคบริการสาธารณสุขได้ตามความสมัครใจขึ้นอยู่กับความสามารถในการจ่ายของแต่ละบุคคล ซึ่งเสรีภาพนี้เกี่ยวข้องกับรายได้และอำนาจซื้อของแต่ละบุคคลด้วย เช่น การเลือกเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลของเอกชนขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

(4) หลักประโยชน์สูงสุด (Optimality) หรือหลักประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุขของสังคมจะต้องคำนึงถึงประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยหลักประสิทธิภาพนี้ จะเกี่ยวข้องกับการจัดบริการที่ดีที่สุดโดยใช้ต้นทุนหรือทรัพยากรน้อยที่สุด การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีราคาแพง

นอกจากคำนิยามดังกล่าวแล้ว แนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมยังขึ้นอยู่กับระบบการเมืองและระบบเศรษฐกิจของแต่ละประเทศด้วย โดยระบบบริการสาธารณสุขของสังคมประเทศต่าง ๆ ในโลกนี้ อาจแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ คือ⁵⁰

(1) การจัดบริการสาธารณสุขแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) เป็นการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่มีเอกชนเป็นผู้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก การบริการมุ่งเน้นการแข่งขันเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดแก่สถานบริการสาธารณสุข ประชาชนมีเสรีภาพในการใช้บริการอย่างเต็มที่ บริการส่วนใหญ่จะมีคุณภาพสูง เนื่องจากต้องแข่งขันกันในการให้บริการ แต่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบนี้ค่าบริการสุขภาพจะมีราคาแพง ประชาชนที่มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ มีการใช้เทคโนโลยีระดับสูงและมีราคาแพง ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักเสรีภาพ

(2) การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ (Welfare-Oriented Health System) เป็นการจัดบริการสาธารณสุขที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการให้กับประชาชน ทั้งในแบบให้เปล่าและแบบประชาชนมีส่วนร่วมในการเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ โดยค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะมาจากภาษีอากรหรือกองทุนด้านสุขภาพอื่น ๆ และสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะเป็นของรัฐหรือองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบรัฐสวัสดิการนี้ประชาชนจะมีความเสมอภาคกันในการเข้าถึงการบริการ แต่เสรีภาพในการเลือกใช้บริการของประชาชนจะมีน้อยกว่าในระบบตลาดแข่งขันเสรี ซึ่งระบบนี้มีความสอดคล้องกับหลักความเสมอภาคและความเป็นธรรม

(3) การจัดระบบบริการสาธารณสุขแบบสังคมนิยม (Socialist Health System) หรือระบบวางแผนจากส่วนกลาง (Central planning System) ในระบบนี้รัฐจะเป็นเจ้าของทรัพย์สินทุกอย่างในสังคม ในทางทฤษฎีแล้วอุปทานของบริการสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งบริการทุกอย่างจะถูกกำหนดหรือวางแผนมาจากส่วนกลาง รัฐเป็นเจ้าของสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภท ประชาชนสามารถใช้บริการแบบได้เปล่าตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพ ในระบบนี้โดยหลักการแล้ว ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจะต่ำ และในทางปฏิบัติผู้ที่วางแผนจัดบริการสาธารณสุขคือ เจ้าหน้าที่ของรัฐ

⁵⁰ 'สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข' (เชิงอรธ19) 17.

ซึ่งขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน ส่งผลทำให้ระบบนี้ค่อนข้างที่จะมีประสิทธิภาพต่ำ ในระบบนี้ประชาชนจะไม่มีเสรีภาพในการใช้บริการ ทุกคนมีความเสมอภาคและเท่าเทียมกันหมด

(4) การจัดบริการสาธารณสุขแบบครอบคลุมทั้งหมด (Comprehensive Health System) เป็นการ จัดบริการสาธารณสุขโดยรัฐจะมีหน้าที่ในการให้หลักประกันการบริการสาธารณสุขทุกชนิดแก่ประชาชน โดยการจัดบริการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม และครอบคลุมบริการทุกชนิด โดยรัฐจะเป็นผู้สนับสนุน ทางด้านการเงินแก่สถานบริการสาธารณสุข

สำหรับประเทศไทยนั้น อาจกล่าวได้ว่าในช่วงระยะเวลาก่อนปี พ.ศ. 2544 แนวความคิดเกี่ยวกับ ระบบบริการสาธารณสุขและการจัดบริการสาธารณสุขในสังคมเป็นแบบตลาดแข่งขันเสรี (Entrepreneurial Health System) หรือเป็นแบบทุนนิยมที่มุ่งเน้นค่าธรรมเนียมนำสำหรับการบริการเป็นหลัก โดยที่ประชาชนสามารถเลือกบริการได้อย่างเสรี แต่ภายหลังทิศทางการจัดบริการสาธารณสุขของประเทศไทย มีความพยายามที่จะมุ่งเน้นไปสู่ระบบรัฐสวัสดิการโดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขที่จำเป็นมากยิ่งขึ้น โดยการจัดให้มี “ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (UC) ตามพระราชบัญญัติ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 แก่ประชาชนชาวไทย เป็นการเพิ่มเติมจากเดิมที่มีระบบหลักประกัน สุขภาพหลักเพียง 2 ระบบ คือ “ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ” (CSMBS) และ “ระบบ ประกันสังคม” (SSS)⁵¹

โดยในปัจจุบันนี้ รัฐบาลดูแลแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนควบคู่ไปพร้อมกับการ ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพ ตลอดจนจัดให้มีการบริการ สาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพในระดับเดียวกับมาตรฐานสากลให้แก่ประชาชนอันอยู่ภายใต้หลักของ ความเสมอภาคเท่าเทียม สิทธิในการได้รับบริการทางด้านการรักษาพยาบาลและการบริการทางการแพทย์ ของประเทศไทยที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับจากหน่วยงานของรัฐอย่างเท่าเทียมกัน คือ ระบบหลักประกัน สุขภาพ ซึ่งในปัจจุบันประกอบด้วย 3 ประเภท คือ

1) โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เป็นระบบการดูแลด้านสุขภาพและ การรักษายาบาลให้แก่บรรดาข้าราชการ บุคคลที่ได้รับเบี้ยหวัดหรือบำนาญจากรัฐ ลูกจ้างประจำที่ได้รับ เงินเดือนหรือรายได้ประจำจากงบประมาณของรัฐ ตลอดจนรวมไปถึงบุคคลในครอบครัวของบุคคล ดังกล่าวด้วย (บิดา มารดา คู่สมรสและบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย) เมื่อเจ็บป่วยสามารถเข้ารับบริการ จากโรงพยาบาลของรัฐได้โดยมีกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารจัดการ ของกรมบัญชีกลาง สังกัดกระทรวงการคลัง ทำหน้าที่ควบคุมการบริหารจัดการ

2) ระบบประกันสังคม เป็นระบบดูแลการรักษายาบาลเฉพาะบุคคลที่ร่วมสมทบเงินเข้ากองทุน ประกันสังคม ซึ่งเรียกว่า “ผู้ประกันตน” และสามารถเข้าใช้สิทธิรักษายาบาลในโรงพยาบาลที่เลือก ลงทะเบียนไว้โดยจะมีสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ภายใต้สังกัดของกระทรวงแรงงาน ทำหน้าที่ในการ ควบคุมการบริหารจัดการดูแลระบบการเบิกจ่ายค่ารักษายาบาล

⁵¹ เฟิงอ้าง.

3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือเดิมเรียกว่าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค (ปัจจุบันมีการปรับเปลี่ยนนโยบายเป็น 30 บาทรักษาทุกที่_โดยได้มีการประกาศใช้ 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ แพร่ ร้อยเอ็ด เพชรบุรี และนราธิวาส) หรือสิทธิบัตรทองหรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นระบบที่ดูแลด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนทุกคนที่ไม่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอื่น ๆ จากรัฐให้ได้รับบริการสาธารณสุข ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 โดยมีเพียงหมายเลขบัตรประชาชนก็ยังสามารถใช้สิทธิได้ และมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ควบคุมการบริหารจัดการ

3.2 สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในการได้รับการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ฉุกเฉิน

สิทธิด้านสุขภาพ ได้รับการรับรองว่าเป็นสิทธิมนุษยชนตามข้อ 5 ของปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 ที่ระบุว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิตที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและสุขภาวะของตนเอง และครอบครัว ประกอบด้วยอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น” ทั้งนี้ สิทธิด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในสิทธิอื่นที่บัญญัติไว้ในอนุสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติทางเชื้อชาติ ค.ศ.1965 ซึ่ง “ห้ามและขจัดการเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบ และรับรองสิทธิให้กับทุกคนโดยไม่เลือกเชื้อชาติ สีผิว หรือแหล่งกำเนิดชาติหรือเผ่าพันธุ์ ให้มีความเสมอภาคในทางกฎหมาย” และสิทธิด้านสุขภาพได้รับการรับรองโดยองค์การสหประชาชาติ ดังระบุไว้ในข้อ 12 ของกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights-ICESCR) ว่า⁵² “ข้อ 12 ภาควิชาในกติกาฯ รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ ขั้นตอนการดำเนินการโดยภาควิชาในกติกาฯ เพื่อบรรลุผลให้สิทธินี้เกิดขึ้นจริงอย่างสมบูรณ์จะต้องรวมถึงสิ่งที่เป็นจำเป็นสำหรับ : การลดอัตราการเกิดโรคร้ายและภาวะการตายของทารก และเพื่อพัฒนาการของเด็กอย่างสุขภาพดี การพัฒนาสุขภาพลักษณะทางสิ่งแวดล้อมและที่ทำงานในทุกด้าน การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาด โรคประจำถิ่น โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่น ๆ การสร้างสภาวะที่รับประกันบริการทางการแพทย์และการดูแลรักษาทั้งหมดแก่ทุกคนในเหตุการณ์ที่มีความเจ็บป่วย” ดังนั้น บุคคลทุกคนจึงควรได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงเพื่อคุ้มครองชีวิตของตนเอง โดยถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรได้รับจากรัฐบาลหรือจากผู้ปกครองประเทศของบุคคลดังกล่าว ปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญในการคุ้มครองให้อยู่รอดนั้นก็คือ การเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตและการเจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงที นั้นหมายถึง การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐาน

⁵² กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights-ICESCR) ข้อ 12.

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System) มีการพัฒนาขึ้นหลังมีระบบด้านสุขภาพ โดยเริ่มต้นอย่างเป็นทางการตั้งแต่ทศวรรษ 1960s ในสหรัฐอเมริกาหลังจากที่มีหนังสือปกขาวเรื่อง Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society ซึ่งจัดทำโดย Committee on Trauma and Committee on Shock of the National Academy of Science และต่อมาประเทศต่าง ๆ จึงมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่วนใหญ่มีจุดเริ่มต้นมาจากความต้องการในการลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งพบว่าการลงทุนในการจัดการที่รวดเร็ว สนองตอบอย่างทันท่วงทีต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการของประชาชนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนที่อยู่ในวัยแรงงานซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญของประเทศ ต่อมาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินได้พัฒนารอบงานบริการจากงานอุบัติเหตุฉุกเฉินขยายไปครอบคลุมถึงภาวะการเจ็บป่วยอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและนำไปสู่แนวความคิดการจัดระบบบริการเพื่อเป็นเครือข่ายความปลอดภัยของสังคม (Safety net) ประเทศต่าง ๆ ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินไปอย่างมาก ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินอันเป็นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขของประเทศนั้นแบ่งออกเป็น 2 ระบบใหญ่คือ ระบบแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency Care) และระบบฝรั่งเศสเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care)

(1) ระบบแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency Care) ตั้งอยู่บนปรัชญาการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบ “เก็บแล้ววิ่ง” (“scoop and run”) มีจุดมุ่งหมายในการนำผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด เป็นระบบบริการสุขภาพที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นหลัก จุดเด่นของระบบดังกล่าวคือ การรักษา ณ จุดเกิดเหตุกระทำโดยเวชกรฉุกเฉินโดยมีแพทย์ในห้องฉุกเฉินเป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือคำแนะนำ หลังจากนั้นจะนำส่งห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์งานเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้การดูแลรักษาจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินและส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องต่อไป จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นระบบที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน ประเทศที่ใช้ระบบแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency Care) อาทิ สหรัฐอเมริกา อังกฤษ สิงคโปร์ แคนาดา ไทย เป็นต้น

(2) ระบบฝรั่งเศสเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care) ตั้งอยู่บนปรัชญาการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบ “ทำให้ปลอดภัยก่อนเคลื่อนย้าย” (“stay and stabilize”) เป็นการนำสถานพยาบาลไปหาผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นระบบการดูแลรักษาในวงกว้างมักใช้ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะไกล เช่น ทะเล กลางหุบเขา ซึ่งดำเนินการโดยแพทย์ มีการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีขั้นสูง มีระบบการขนส่งที่ทันสมัยเป็นระบบบริการสุขภาพที่เน้นการนำรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถสูงและแพทย์ที่มีความพร้อมไปรักษาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างเต็มที่ก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การรักษาของแพทย์เฉพาะทาง การบริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุเน้นปฏิบัติหน้าที่โดยวิสัญญีแพทย์หรือ

แพทย์ทั่วไป เมื่อเป็นการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุเป็นสำคัญ แพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และห้องฉุกเฉินจึงไม่ได้รับความสำคัญในการพัฒนาเท่าใดนัก ประเทศที่ใช้ระบบระบบฝรั่งเศสเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care) อาทิ ฝรั่งเศส กรีซ ออสเตรีย ฟินแลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ ไต้หวัน เป็นต้น

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของแต่ละระบบนั้น จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน หรือความร่วมมือและควมมีเสถียรภาพจากหลายองค์ประกอบ อาทิ การเข้าสู่ระบบของประชาชนเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Public access) การดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล ทั้งนี้ โดยได้รับการสนับสนุนจากกฎหมาย การเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร และการวิจัย ซึ่งผู้ศึกษาจะได้ทำการศึกษาและอภิปรายสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขและระบบการแพทย์ฉุกเฉินว่าด้วยการ หลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองหรือการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในไต้หวันและ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต่างก็เป็นประเทศที่มีความพยายามในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมแก่การให้บริการประชากรในประเทศภายใต้หลักความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันเพื่อให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข

3.2.1. แนวคิดและความเป็นมาของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

ตามที่คุณศึกษาได้กล่าวมาแล้วว่า ระบบสาธารณสุขของประเทศไทยนั้นมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ คุณภาพบุคลากร การสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการของผู้ที่อยู่ในระบบสวัสดิการรักษพยาบาล ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ดี การให้ความคุ้มครองดังกล่าวยังคงมีความแตกต่างกันในรูปแบบของการให้ความคุ้มครอง กลุ่มอาการ และรูปแบบของการจ่ายเงิน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำหรือความไม่เท่าเทียมกันของประชาชนในกลุ่มและพื้นที่ต่าง ๆ หรือแม้แต่ปัญหาของการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่ไม่อาจคาดหมายได้ล่วงหน้าว่าจะเกิด ณ สถานที่หรือช่วงเวลาไหน ส่งผลให้ขณะที่เกิดเหตุเจ็บป่วยนั้น ผู้ป่วยอาจอยู่ห่างจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงทีหรือในบางครั้งอาจจำต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่นอกสิทธิของตนซึ่งต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง อันเป็นปัญหาที่ต้องพัฒนาแก้ไขระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

หากพิจารณาในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญเป็นอย่างมากโดยพิจารณาจากบทนิยามของคำว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น และ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายถึง บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตและหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบ

ประสาธแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว และเมื่อถึงสถานพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน 0-4 นาที จากคำนิยามข้างต้น จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดความเสียหายต่อชีวิต ความพิการ และความทนทุกข์ทรมานอย่างมากภายในระยะเวลาไม่ถึง 5 นาที หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันทีที่ และเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลไปถึงการสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์และความเดือดเนื้อร้อนใจของประชาชนด้วย ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไม่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลหรือถูกปฏิเสธสิทธิการรักษา อาทิ การไม่รู้ถึงสิทธิการรักษา ข้อจำกัดด้านความสามารถในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วยอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ รัฐจึงมีหน้าที่ต้องพัฒนาให้เกิดการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันที่ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยในชีวิตร่างกายของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสิ่งสำคัญ ด้วยเหตุผลและความจำเป็น ดังนี้

1. ลดอัตราการสูญเสียต่อชีวิต ร่างกาย ความพิการ และความทุกข์ทรมาน กล่าวคือ รัฐต้องคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ประชาชนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง โดยรัฐมีหน้าที่ในการดำเนินการรับรองและคุ้มครองให้เป็นไปตามสิทธิดังกล่าว เมื่อสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตหรือร่างกายของประชาชนเป็นอย่างมาก รัฐจึงมีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่ต่ออาการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้น ๆ อันจะนำไปสู่การลดความสูญเสียในชีวิต ร่างกาย ความพิการ ตลอดจนความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้

2. ลดความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษายาบาล กล่าวคือ รัฐต้องสร้างความเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม และให้ประชาชนทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์อย่างเสมอภาค ดังคำกล่าวที่ว่า⁵³ “ไม่มีคนไทยคนใดไม่มีสิทธิด้านการรักษายาบาลที่รัฐจัดให้ คนไทยทุกคนต้องมีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลที่เท่าเทียมกัน” ในสภาวะเกิดอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประชาชนต้องได้รับสิทธิในการเข้ารับการรักษาโดยไม่ต้องถามถึงสิทธิและไม่ต้องสำรองจ่ายเงินไปก่อนในทุกกรณี และไม่ว่าจะอยู่ในระบบสวัสดิการรักษายาบาลแบบใดก็ตาม เช่น ผู้มีสิทธิรักษายาบาลข้าราชการสามารถใช้สวัสดิการรักษายาบาลได้อย่างเต็มที่โดยใช้ระบบเบิกจ่ายตรง ในขณะที่ระบบประกันสังคมผู้ป่วยต้องสำรองจ่ายไปก่อน แต่ในสภาวะเร่งด่วนคุกคามถึงชีวิต รัฐต้องกำหนดให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมเพื่อรักษาชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน

3. รับรองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงิน กล่าวคือ ประชาชนต้องได้รับการรักษาพยาบาลในสภาวะฉุกเฉินวิกฤต

⁵³ รัฐินาถ ภูมิถาวร, ‘ความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย’ (2563) 2 วารสารสังคมภิวัตน์.

โดยไม่ถูกถามถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลตลอดจนไม่ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาล เพราะภาวะฉุกเฉินวิกฤตเป็นภัยคุกคามถึงชีวิต และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากภายในระยะเวลาเพียง 5 นาที อาจส่งผลถึงการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้ ดังนั้น ประชาชนเมื่ออยู่ในสภาวะเจ็บป่วยดังกล่าว ทุกโรงพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นขีดอันตรายเป็นสำคัญ⁵⁴

4. ควบคุมให้เกิดความร่วมมือของโรงพยาบาลเอกชนในการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอย่างเต็มกำลังความสามารถ กล่าวคือ รัฐต้องให้การกำกับดูแลทั้งด้านการขอความร่วมมือ การออกกฎหมาย ประกาศ ข้อบังคับต่าง ๆ เพื่อให้โรงพยาบาลเอกชนปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานอย่างเดียวกัน เช่น การออกประกาศหรือหลักเกณฑ์การคัดแยกกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต การจัดให้มีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อไม่ให้โรงพยาบาลเอกชนประเมินอาการของผู้ป่วยหรือกระทำการใดเพื่อหลีกเลี่ยงการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยเห็นว่าโรงพยาบาลเอกชนเสียประโยชน์มากกว่าได้ผลกำไร

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น มีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตมากที่สุด ทั้งในด้านการรับรองคุ้มครองสิทธิด้านสาธารณสุขของประชาชน การลดความสูญเสียด้านทรัพยากรมนุษย์ ไปจนถึงการสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ ตลอดจนเป็นการช่วยส่งเสริมความเท่าเทียมกันในการได้รับบริการในภาวะที่มีภัยคุกคามต่อชีวิตอันเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนและเป็นการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการให้บริการด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

ในปัจจุบันนี้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย⁵⁵ มีองค์ประกอบครอบคลุมอย่างกว้าง เช่นเดียวกับ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถทำหน้าที่ได้อย่างครอบคลุมเพียงพอในการปฏิบัติงานเพื่อคุ้มครองชีวิตของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบแยกส่วนมายาวนานกว่าร้อยปี โดยระยะแรกเป็นส่วนหนึ่งของการบรรเทาทุกข์ ระยะที่สองเป็นการพัฒนาระบบรถพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉินบางส่วน ระยะที่สามเป็นการพัฒนาระบบการคลังและการผลักดันให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระยะที่สี่เป็นการพัฒนาหลังเกิดพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติสามารถพัฒนาอย่างมียุทธศาสตร์ และบรรลุเป้าหมายได้อย่างประหยัด

คำว่า “ฉุกเฉิน”⁵⁶ โดยทั่วไปหมายความว่า “ที่เป็นไปโดยปัจจุบันทันด่วนและจะต้องรีบแก้ไขโดยฉับพลัน เช่น เหตุฉุกเฉินที่อาจเป็นภัยต่อความมั่นคงหรือความปลอดภัยแห่งราชอาณาจักร เช่น ภาวะ

⁵⁴ สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต:ศึกษารณียโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564).

⁵⁵ วิชัย โชควิวัฒน์, ‘พัฒนาการโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย’ (มกราคม-มิถุนายน 2564) 1 วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.

⁵⁶ พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554.

ฉุกเฉิน สถานการณ์ฉุกเฉิน” ในทางการแพทย์ กฎหมายให้นิยาม “การแพทย์ฉุกเฉิน”⁵⁷ ว่า “การปฏิบัติ การฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินการจัดการ การบำบัดรักษา ผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น” ทั้งนี้ “ผู้ป่วยฉุกเฉิน”⁵⁸ หมายความว่า “บุคคลซึ่งได้รับ บาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือ การรุนแรงของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น” โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการช่วยชีวิต การป้องกันความ พิการ การสูญเสียอวัยวะ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันทั้งปวงด้วย

3.2.2. วิวัฒนาการของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ในประเทศไทย

1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย พัฒนาการด้วยรูปแบบ Anglo-America Model โดยนำแนวคิด ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของความปลอดภัยสาธารณะ เพื่อเชื่อมต่อการทำงานกับองค์กร

2. วิวัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้⁵⁹

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ระยะนี้เป็นช่วงของการก่อรูปของระบบการขนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีพัฒนาการพร้อมกับการ เริ่มพัฒนาประเทศให้ทันสมัย (modernization) ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยเป็น การริเริ่มในรูปแบบของภาคเอกชน จากกรณีพิพาทระหว่างประเทศสยามกับประเทศฝรั่งเศสเรื่องดินแดน ฝั่งซ้ายแม่น้ำโขงทำให้มีทหารบาดเจ็บล้มตายจำนวนมาก ท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ ได้ชักชวนสตรี เป็นอาสาสมัครบรรเทาทุกข์ในรูปแบบของกาชาดสากล โดยได้กราบบังคมทูลสมเด็จพระนางเจ้าสว่างวัฒนา พระบรมราชเทวี ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตตั้ง “สภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยาม” ขึ้น เมื่อความ ทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชกระแสว่าเป็นความคิด อันดีงามตามแบบอย่างประเทศที่เจริญแล้ว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาต ให้จัดตั้ง “สภาอุณาโลมแดง” ขึ้นเมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ.2436 และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระ นางเจ้าสว่างวัฒนา พระบรมราชเทวี ทรงเป็น “สภานายิก” และสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี พระวรราชเทวี ทรงเป็น “สภานายิกา” ส่วนท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ เป็นเลขานุการนิสิตสภาอุณาโลมแดง ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาต่อมาเป็นสภากาชาดไทยในปัจจุบัน ซึ่งถือเอาวันก่อตั้งสภาอุณาโลมแดง คือวันที่ 26 เมษายน เป็นวันสถาปนาสภากาชาดไทย

ในส่วนของภาคเอกชน หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการก่อรูปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนนี้ คือมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ผู้เป็นต้นกำเนิดของมูลนิธิคือ “ไต้ฮงกง” ซึ่งมีชื่อประวัติปรากฏอยู่ในจดหมายเหตุอำเภอ เตี้ยเอี้ย (จันทบุรี : เฉาหยัง) เมืองแต้จิ๋ว มณฑลกว่างตุง นอกจากมูลนิธิปอเต็กตึ๊งแล้วต่อมาได้มีมูลนิธิอื่น ๆ

⁵⁷ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551.

⁵⁸ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551.

⁵⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 55.

ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคก่อตั้งขึ้นและทำการกุศลในลักษณะคล้ายคลึงกันอีกมาก เช่น มูลนิธิร่วมกตัญญูหรือ “หงส์เติกตั้ง” ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 22 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2513

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบรถพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์หลายพระองค์ทรงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างยาวนาน อาทิ การสร้างเรือเวชพาหน์ออกช่วยเหลือรักษาประชาชนมาตั้งแต่ พ.ศ.2498 มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2505 โครงการแพทย์หลวงและหน่วยแพทย์พระราชทาน ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ.2508 หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ.2505 หน่วยแพทย์ทางวิทยุเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2515 โครงการหมอหมู่บ้านเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2525 โครงการพระราชดำริ “ตำรวจจรรยาช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน” หรือที่รู้จักกันในนาม “จรรยาในพระราชดำริ” เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 มูลนิธิอานันทมหิดล ได้ให้ทุนวิจัยทางการแพทย์จำนวนมากเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบเวชบริการฉุกเฉินตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2542 หน่วยราชการต่าง ๆ หลายหน่วยได้มีการพัฒนาระบบรถพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ

(1) กรมตำรวจ ได้จัดตั้งศูนย์ส่งกลับขึ้นในปี พ.ศ.2520 โดยจัดให้มีรถพยาบาลประจำอยู่ในสถานียดับเพลิงในกรุงเทพฯ 34 แห่ง ภายในรถพยาบาลมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นพร้อมตำรวจดับเพลิงที่ผ่านการอบรมให้มีความสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาล และให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital care) ต่อมาในปี พ.ศ.2523 ได้จัดตั้งศูนย์รถพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ร้องขอมาทางโทรศัพท์และทางวิทยุ และต่อมาได้รวมศูนย์รถพยาบาลเข้ากับศูนย์ส่งกลับ และพัฒนาการให้ความช่วยเหลือทางเฮลิคอปเตอร์ด้วย

(2) กระทรวงกลาโหม มีการจัดตั้งศูนย์รถพยาบาลกระทรวงกลาโหม ในกองกำลังรักษาพระนครเมื่อ พ.ศ.2525 มีโทรศัพท์สายด่วน 123 และมีรถพยาบาลประมาณ 40 คันให้บริการประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อมาได้ยุติการบริการด้วยเหตุผลทางการเมือง

(3) กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2537 สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานครได้จัดตั้งหน่วยแพทย์กู้ชีวิตขึ้น ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ลักษณะเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วพร้อมบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นไปยังจุดเกิดเหตุ เน้นการช่วยเหลือด้านอุบัติเหตุจราจร ต่อมาได้ขยายไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 9 แห่ง ขยายขอบเขตบริการครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีไข่อุบัติเหตุจราจรด้วย เรียกหน่วยปฏิบัติการนี้ว่า หน่วย “สมาร์ท” (SMART : Synergic-Medical Ambulance and Rescue Team) มีหมายเลขรับแจ้งเหตุคือ 1554 ต่อมาได้จัดตั้ง “ศูนย์เอราวัณ”เมื่อ พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นศูนย์กลางการประสานการจัดบริการทางการแพทย์ประเภทวิกฤตฉุกเฉินทุกประเภท พร้อมจัดบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน ต่อมาในปี พ.ศ.2550 ศูนย์เอราวัณได้รับมอบภารกิจจากสำนักงานระบบบริการการแพทย์

ฉุกเฉินกระทรวงสาธารณสุข ให้ดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรุงเทพมหานครโดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1646

(4) โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เริ่มก่อตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ พ.ศ.2535 โดยมีการเชื่อมโยงกับผู้บริหารในจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุข ปีต่อมาได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency : JICA) ได้พัฒนาหน่วยบริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับมูลนิธิขอนแก่นสามัคคีอุทิศ เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2537 หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นเริ่มออกปฏิบัติการ นับเป็นหน่วยกู้ชีพแห่งแรกในส่วนภูมิภาคที่จัดตั้งขึ้นโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based emergency medical service) ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น ร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสถาบันพระบรมราชชนก จัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข (กู้ชีพ) โดยรับลูกจ้างจากโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลอำเภอในเขตจังหวัดขอนแก่นจำนวน 16 คน มาเรียนหลักสูตรดังกล่าว โดยมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึง พ.ศ. 2544 ได้ปรับปรุงเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพฉุกเฉิน ใช้เวลาเรียน 2 ปี จบการศึกษาแล้วได้บรรจุเป็นเจ้าพนักงานวิชาชีพฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician Intermediate : EMT-I) ประจำหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลต่าง ๆ

(5) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2532 กรมการแพทย์ได้รับงบประมาณจำนวน 150,000,000 บาท (หนึ่งร้อยห้าสิบล้านบาทถ้วน) เพื่อสร้างอาคารการแพทย์ฉุกเฉิน และจัดตั้งศูนย์กู้ชีพที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยได้อัญเชิญพระนามสมเด็จพระบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยนาทนเรนทรมาเป็นชื่อปฏิบัติการ เรียกว่า หน่วยกู้ชีพ “นเรนทร” มีวัตถุประสงค์ให้เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมและการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยพร้อมบรรจุแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2535-2539)

ระยะที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง

พัฒนาการสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นหลังรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ.2544 เมื่อเกิดระบบ “บัตรทอง” และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น ผู้ที่ทำงานเรื่องนี้มานานเห็นเป็นโอกาสที่จะพัฒนาระบบนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงมีการเสนอขอใช้งบประมาณจากรัฐบาลบัตรทองเพื่อนำไปพัฒนาระบบนี้ แต่เนื่องจากเมื่อเปิดใช้ระบบบัตรทองใหม่ๆ นั้น รัฐบาลตกลงให้ค่าบริการเหมาจ่ายรายหัวเพียง 1,202 บาท ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญบางท่านวิจารณ์ว่าเป็นจำนวนเงินที่ต่ำเกินไป ไม่เพียงพอ อาจทำให้คุณภาพบริการตกต่ำ แต่โชคดีที่ขณะนั้นนายแพทย์สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ ได้รับความไว้วางใจทั้งจากฝ่ายการเมือง และฝ่ายข้าราชการประจำให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบัตรทอง จึงเสนอให้เจียดเงินจากค่าเหมาจ่ายรายหัว ไปคนละ 10 บาท ซึ่งทุกฝ่ายไม่มีใครขัดข้อง เมื่อคุณจำนวนประชากรราว 45 ล้านคน ทุนประเดิมสำหรับงานนี้ได้ประมาณ 450 ล้านบาท

ปัญหาแรกที่เกิดขึ้นคือการต่อสู้สองแนวทางระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการสร้างระบบรพพยาบาลชั้นเลิศขึ้น กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งต้องการสร้างความเป็นธรรม

(Equity) ด้วยการพัฒนาาระบบพื้นฐานให้กระจายไปทั่วประเทศ แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขคือมุ่งจัดหารถพยาบาลตามมาตรฐานสากล ทั้งตัวรถ อุปกรณ์ และบุคลากร ซึ่งคงทำได้จำนวนไม่มาก จึงให้บริการผู้ป่วยได้จำกัด ข้อสำคัญจะผูกโยงระบบไว้กับโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีความพยายามจากฝ่ายการเมืองที่จะนำเงินไปซื้อเรือ “โอเวอร์คราฟท์” ราคาร่วมร้อยล้าน เพื่อให้บริการที่เกาะแห่งหนึ่งด้วย ขณะนั้นทางฝ่ายนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว เพราะเห็นว่าจะมีผลเพียงการสร้างภาพลักษณ์หรือโฆษณาหาเสียงเป็นหลัก แต่บริการประชาชนได้จำนวนน้อยเป็นผลให้ปีแรก งบประมาณที่เจียดมาเพียงหัวละ 10 บาท ใช้ไปเพียง 6 บาทเท่านั้น และเป็นเช่นนั้นถึง 3 ปีติดต่อกัน และแม้การพัฒนาาระบบการเงินการคลังในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะยังมีปัญหาอุปสรรคแต่ก็ถือเป็นก้าวกระโดดที่สำคัญ ทำให้มีความพยายามผลักดันให้มีองค์กรขึ้นบริหารเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเป็นการเฉพาะ เพราะเป็นงานใหญ่และงานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเป็นความตายของประชาชนในภาวะเหตุการณ์วิกฤต และหากงานดังกล่าวนี้ อยู่ภายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะไม่ครอบคลุมไปถึงประชาชนที่อยู่ในอีก 2 ระบบใหญ่ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม รวมทั้งบุคลากรในสิทธิอื่น ๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระและองค์กรมหาชนอื่น ๆ ในที่สุดก็มีการผลักดันจนสำเร็จ เกิดเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ที่จะป้องกันการให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุดและให้มีการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที จากหลักการดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาระของแผนหลักๆ นับเป็นแผนหลักๆ ที่มีเป้าหมายที่ชัดเจนโดยเน้นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดน้อยที่สุดและการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติให้สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินหรือความต้องการในการบำบัดรักษาของประชาชนอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ถือเป็นหลักการและเหตุผลที่ดี การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี พ.ศ.2553-2555 คือการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด และให้มีการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 จากมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 เรื่อง การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการสำคัญตามมาตรา 28 (1) คือต้องตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการทุกคนจึงมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายนี้ ทั้งนี้ จึงต้องมีการจัดการให้มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย

ในระดับประเทศ โดยการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นทำได้ในหลายสถานการณ์ในทุก ๆ ที่ ที่มีผู้ป่วยเพราะว่าการแพทย์ฉุกเฉินจะเริ่มตั้งแต่การรับรู้
ระยะที่ 4 ระยะปัจจุบัน

หลังเกิดสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติไม่นาน ก็เกิดกรณี “มหาอุทกภัย” เมื่อ พ.ศ.2554 ทำให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินสามารถแปลงประกาย ช่วยเหลือประชาชนได้อย่างดียิ่ง โดยให้บริการทั้งรถการแพทย์ฉุกเฉิน เรือ และเครื่องบิน ในปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้พัฒนาการดำเนินงานอย่างมียุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนดไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน (2) การพัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (3) การพัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (4) การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และ (5) การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

3.2.3 ประวัติการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเริ่มมีการบันทึกว่าเกิดขึ้นในช่วงประมาณปีพุทธศักราช 2300 โดยการนำส่งทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากสงครามโดยมีนายแพทย์ Dominique-Jean Larrey ซึ่งเป็นศัลยแพทย์เป็นผู้ริเริ่ม จากนั้นการนำส่งผู้บาดเจ็บจากสงครามก็มีการพัฒนาเรื่อยมา ในสงครามโลกครั้งที่ 1 เริ่มมีการพัฒนาใช้อุปกรณ์ “half-ring” ในการตามผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก (femur fractures) ซึ่งทำให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ ในสงครามโลกครั้งที่ 2 มีการพัฒนาแนวทางในการรักษาผู้บาดเจ็บที่อยู่ในภาวะช็อก (shock) อย่างเป็นระบบทำให้ลดอัตราการความพิการ อัตราการเสียชีวิตเป็นอย่างมาก⁶⁰การแพทย์ฉุกเฉินแผนปัจจุบัน (แผนฝรั่ง)⁶¹ ของประเทศไทยอาจถือได้ว่าเริ่มต้นโดยนายแพทย์แดน บีช แบรดลีย์ (Dan Beach Bradley) หรือที่ชาวบ้านเรียกว่า “หมอบรัดเลย์” ท่านเป็นแพทย์ชาวอเมริกันที่เปิด “โอสถศาลา” บริเวณหน้าวัดประยุรวงศาวาส เพื่อทำการรักษาและจ่ายยาพร้อมกับเผยแพร่และแจกจ่ายหนังสือเกี่ยวกับศาสนาคริสต์ (หมอมิชชันนารี) เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ.2380 หมอบรัดเลย์ได้ทำการผ่าตัดแขนให้พระสงฆ์รูปหนึ่งในวัดให้รอดชีวิตจากอุบัติเหตุกระบอกดินดำทำพลูระเบิดในงานฉลองวัด ซึ่งนับเป็นการรักษาและการผ่าตัดฉุกเฉินแผนปัจจุบันครั้งแรกในประเทศไทย นอกจากนั้นหมอบรัดเลย์ ยังเป็นผู้ที่ทำการป้องกันภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยการปลูกฝีป้องกันไข้ทรพิษสำเร็จเป็นรายแรกในประเทศไทย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ดำเนินงานมากกว่าสองทศวรรษ แม้จะปรากฏองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของระบบค่อย ๆ อุบัติขึ้น เช่น มูลนิธิกู้ภัย ศูนย์ส่งกลับ พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ Trauma registry Trauma audit แต่สิ่งที่กล่าวมาทั้งหมดก็เป็นเพียงองค์ประกอบย่อย ๆ ของงาน

⁶⁰ กรกฎ อภิรัตน์วารกุล, ‘การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน’ (2560) 2 ศรีนครินทร์เวชสาร, 289.

⁶¹ ไพโรจน์ เครือกาญจนา และคณะ, ‘ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care System)’ ใน ชุณณะ มะกรสาร และคณะ (บรรณาธิการ) *Thailand Medical Services Profile 2011-2014 (การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition* (กระทรวงสาธารณสุข 2557).

ทั้งระบบของงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศเท่านั้น ยังขาดการจำลองภาพความเกี่ยวข้องกันของทุกองค์ประกอบในระบบที่จะเอื้อให้ทุกหน่วยงานปฏิบัติหน้าที่ได้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

จากรายงานการวิจัยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนปี พ.ศ. 2537 พบว่ามีหน่วยบริการผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล คือ หน่วยกู้ชีพที่ริเริ่มจากมูลนิธิกู้ภัยต่าง ๆ ทำงานเป็นอิสระจากการกำกับโดยภาครัฐ และต่อมามีหน่วยกู้ชีพของรัฐ (ศูนย์เรนทร) และของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งพัฒนาอย่างเป็นระบบมากขึ้น แต่ขอบเขตยังจำกัดอยู่ที่ส่วนกลาง เช่น กรุงเทพมหานคร และบางจังหวัดในภูมิภาค โดยหน่วยบริการเหล่านี้เชื่อมโยงการทำงานกับห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน⁶² และตามเอกสารที่เกี่ยวข้องกับห้องฉุกเฉินทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน พบว่าหน่วยบริการในโรงพยาบาลรับผู้ป่วยต่อเนื่องจากหน่วยงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉินนอกเข้ามาดูแล การพัฒนาบริการที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ “ศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ” การพัฒนารูปแบบบริการการบาดเจ็บ “โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น” “ศูนย์เรนทรโรงพยาบาลราชวิถี” ในระยะแรกการพัฒนาการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข และต่อมาได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยขยายขอบเขตให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เช่น การเพิ่มบริการฉุกเฉินแบบช่องทางด่วนสำหรับคนไข้อายุรกรรมฉุกเฉินนอกเหนือจากการบริการเฉพาะผู้ป่วยบาดเจ็บ⁶³ เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในระบบฉุกเฉิน การเงินการคลังที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระเบียบสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ พ.ศ.2533 พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ.2535 และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2555 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็น Clearing house ของกลไกการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาลเอกชนนอกระบบคู่สัญญา กับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกันสังคม เช่น กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประกันสังคม โดยอัตราและเงื่อนไขการจ่ายชัดเจน

แต่เมื่อมองในภาพรวมงานวิจัยของ ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ ในปี พ.ศ. 2556 พบว่ากลไกการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมยังมีช่องว่างในหลายส่วน เช่น การเชื่อมประสานที่เรียกว่า “seamless care” มาตรฐานของระบบบริการฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทั้งระบบและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพและประสิทธิผลตอบสนองต่อผู้ป่วยได้ จากรายงานการวิจัยพอจะอนุมานได้ว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ตอนนี้นั้นยังมีจุดอ่อนในบางพื้นที่ บางประเด็น (การดูแลผู้ป่วยบางกลุ่ม) เช่น มาตรฐานการบริการ บุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือ การขาดแคลนบุคลากรวิชาชีพที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตลอดจนขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบที่จะประสานการปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งนำไปสู่การประกาศใช้นโยบาย

⁶² ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, ‘รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน’ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2013).

⁶³ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” 16.

“เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (Emergency Claim Online :EMCO) ขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2555 ซึ่งเป็นนโยบายภาครัฐนโยบายแรกในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการของประชาชน อันมีกรอบแนวคิดที่ต้องการสร้างความเป็นเอกภาพและลดความเหลื่อมล้ำของระบบประกันสุขภาพภาครัฐใน 3 กองทุน คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยรัฐบาลได้ประกาศว่า⁶⁴ “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้ที่ไหนไปที่นั่น” เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนว่าทุกชีวิตสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมถึงสถานพยาบาลเอกชน โดยไม่ถูกทวงถามสิทธิ ไม่ต้องสำรองค่ารักษายาบาล ไม่จ่ายเบี่ยงการรักษา ที่สำคัญคือการได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาและกลับบ้านได้หรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทำหน้าที่เป็น Clearing House หรือหน่วยงานกลางในการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่ร่วมให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยในระดับฉุกเฉินเร่งด่วนและวิกฤตไปก่อน จากนั้นค่อยไปเรียกเก็บกับกองทุนที่ผู้ป่วยมีสิทธิอยู่ในภายหลัง ทั้งนี้ทางภาครัฐจะจ่ายค่าชดเชยตามอัตราการบริการที่ได้ตกลงกันไว้ทั้ง 3 กองทุน

โดยกลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนั้นเป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ในข้อ 4 ว่า คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติทางการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาระบบขออนุมัติสิทธิ (Pre-Authorize) เป็นโปรแกรมสำหรับการประเมินอาการฉุกเฉินและให้การรักษาโดยเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนต่างๆ โดยมีวิธีการคัดแยก ประกอบไปด้วย 1) ความจำเป็นต้องได้รับมาตรฐานการกู้ชีพ 2) ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น 3) ระบบหายใจวิกฤต 4) ระบบไหลเวียนเลือดวิกฤต 5) บอเวลา สถานที่ หรือบุคคลที่คุ้นเคยผิดเพี้ยนเฉียบพลัน หรือ 6) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กล่าวคือ สัญญาณชีพจรรอยอยู่ในภาวะอันตราย จากกลุ่มอาการเบื้องต้น 25 กลุ่มอาการ อาทิ ปวดท้อง สัตว์กัด หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ชัก ถูกทำร้าย แผลไหม้หรือลวก ถูกความร้อน อุบัติเหตุยานยนต์หมดสติ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยในระบบขออนุมัติสิทธินั้น แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอรายละเอียดอาการเจ็บป่วยลงในระบบดังกล่าว แล้วระบบดังกล่าวจะทำการประเมินผลระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อไป⁶⁵

นิยาม “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน”⁶⁶

⁶⁴ เฟิงอ้าง.

⁶⁵ สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษายาบาล กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต : ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564) 78-79.

⁶⁶ เฟิงอ้าง.

เจ็บป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นโรค ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการบ่งชี้ว่าจะเป็นอาการที่คุกคามต่อการทำงานของอวัยวะสำคัญ ได้แก่ หัวใจ สมอ ทางเดินหายใจ ต้องดูแลติดตามอย่างใกล้ชิด เพราะอาจทำให้เสียชีวิตได้ทันที เช่น หัวใจหยุดเต้น หอบหืดขั้นรุนแรง มีการเขียวคล้ำของปากและเล็บมือ หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว สิ่งแปลกปลอมอุดกั้นหลอดลมทั้งหมด อุบัติเหตุรุนแรง แขนขาอ่อนแรง พุดไม่ชัด ชักตลอดเวลา หรือชักจนตัวเขียว มีไข้สูงกว่า 40 องศาเซลเซียส ถูกสารพิษ สัตว์พิษกัด หรือได้รับยามากเกินขนาด ถูกสุนัขกัดบริเวณใบหน้าและลำคอ เป็นต้น

รักษาทุกที่ หมายถึง สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันทีที่ทุกโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนที่ใกล้ที่สุด โดยไม่ถูกถามสิทธิก่อนการรักษา ไม่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล ไม่ถูกบ้ายเป็ยงการรักษา และได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาลง

ทั่วถึงทุกคน หมายถึง ผู้ที่มีสิทธิของ 3 กองทุน ประกอบด้วยกลุ่มข้าราชการและครอบครัว จากกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการกรมบัญชีกลาง กลุ่มลูกจ้างพนักงานจากกองทุนประกันสังคม และกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้จะได้มีการประกาศใช้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” (EMERGENCY CLAIM ONLINE : EMCO) แต่อย่างไรก็ตาม การเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขในช่วงนั้น ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการตามสถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนคู่สัญญาที่กองทุนตามสิทธิการรักษาที่กำหนดไว้ แต่พบว่าผู้มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตบางรายไม่สามารถเข้ารับบริการสถานพยาบาลที่กองทุนตามสิทธิการรักษาที่กำหนดให้ได้ เนื่องจากจุดเกิดเหตุกับสถานพยาบาลอยู่ไกลกันหรืออาจอยู่ใกล้กับสถานพยาบาลที่กองทุนตามสิทธิการรักษาที่กำหนด แต่สถานพยาบาลนั้นไม่มีศักยภาพในการรักษาเฉพาะโรค ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาของกองทุนตามสิทธิการรักษา และเมื่อเข้ารับรักษาสถานพยาบาลเอกชนแล้วผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไม่ได้รับความคุ้มครองหรือได้รับความคุ้มครองเพียงบางส่วน

โดยในแง่ของความสำเร็จ ตามโครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุน ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” โดยคณะวิจัยที่นำโดย ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล ภายใต้การสนับสนุนและร่วมสังเคราะห์ผลการศึกษา พัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)⁶⁷ “อนุมานได้ว่านโยบายนี้ประสบความสำเร็จในการขยายช่องทางเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน และเป็นก้าวแรกของการขยายการรับรู้เกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาลเอกชนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน”

ในแง่ของปัญหาในการขับเคลื่อนนโยบาย พบปัญหาแนวทางการปฏิบัติหลากหลายประเด็นจากการสุ่มสัมภาษณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเอกชน พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยในทุกสิทธิต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลล่วงหน้าเกือบครึ่งหนึ่งจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สิทธิ ไม่ทราบหมายเลขโทรศัพท์ร้องเรียนหรือสอบถาม ที่สำคัญคือค่าชดเชยจากรัฐในโครงการนี้ต่ำกว่าที่โรงพยาบาลเอกชนจะรับได้ โรงพยาบาลจึงมักเรียกเก็บเงินจากผู้ใช้บริการหรือให้สำรองจ่ายไปก่อน โดยอ้างว่าไม่เข้าข่ายการ

⁶⁷ เฟิ่งอ้าง.

เจ็บป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากนิยามภาวะฉุกเฉินยังคลุมเครือ ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยด้อยโอกาส เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้อาศัยในชุมชนแออัดกังวลต่อการถูกเรียกเก็บค่าบริการ มีเพียงครั้งเดียวที่เลือกไปโรงพยาบาลเอกชนแม้ว่าจะตกอยู่ในภาวะฉุกเฉินก็ตาม อีกทั้งกรณีของนิยาม “พันวิฤต” ไม่ได้กำหนดนิยามให้ชัดเจน กลายเป็นปัญหาเมื่อโรงพยาบาลต้องตัดสินใจส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นสังกัด โดยการถกหานิยามที่ชัดเจนนั้น ควรมองที่อาการเจ็บป่วย เช่น เลือดออกจนช็อกหมดสติ โดยเป็นโจทย์ของคณะแพทย์และบุคลากรในห้องฉุกเฉินที่ต้องทำรายการและเกณฑ์ออกมาให้ชัดเจน เพราะนอกจากจะเป็นเกณฑ์การปฏิบัติแล้ว ยังมีนัยยะต่อมาตรฐานงานแพทย์ฉุกเฉินด้วย คือ การดูแลให้พันภาวะฉุกเฉินวิฤตก่อนการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางรักษาต่อจากปัญหาดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันหาทางแก้ไขปัญหาปรับเปลี่ยนนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกำหนดเป็นนโยบายใหม่ภายใต้แนวคิด “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) และมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 และปรับเปลี่ยนเป็นนโยบายภายใต้ชื่อว่า “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) มีขึ้นในเดือนเมษายน พ.ศ.2560 โดยมีการแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 เพื่อให้เป็นกฎหมายรองรับการจ่ายค่าชดเชยที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยกำหนดนิยามคำว่า “สถานพยาบาล” ขึ้นใหม่ มีหลักเกณฑ์มาตรการในการปฏิบัติดังนี้

1. หลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

ตามที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤต เมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2560 และให้เริ่มดำเนินงานโครงการ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤต มีสิทธิทุกที่” เพื่อให้เกิดความครอบคลุมไม่ให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤต อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤตได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย โดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจนพันภาวะฉุกเฉินวิฤตแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อให้ไม่เป็นอุปสรรคและเกิดความเสียหายในการดูแลรักษา ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤตตามนโยบายภาครัฐดังกล่าว

(1.1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

(1.2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560

(1.3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิฤต พ.ศ.2560

จากประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้มอบหมายให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการ

ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดตั้ง ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ศคส.สพฉ.) ทำหน้าที่ประสานงานทุกภาคส่วนในการดำเนินงาน คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตลอดจนรับปรึกษาการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน โดยอาการ ฉุกเฉินวิกฤตที่จะได้รับความคุ้มครองตามนโยบายกำหนดไว้

โครงการ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นมา โดยรัฐบาลได้กำหนดให้เริ่มดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและคุ้มครองสิทธิ ด้านการ รักษาพยาบาลของประชาชน ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ได้ทุกแห่ง และกำหนดให้สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายตั้งแต่แรกเข้ารับรักษาจนพ้นภาวะวิกฤตแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยมีโรงพยาบาล เอกชน (ทั่วประเทศ) จำนวน 382 แห่ง มีผลการปฏิบัติงานดังนี้

(1) มีการพัฒนาและจัดทำโปรแกรมการคัดแยก Pre-authorization เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย ของแพทย์ตามการประเมินระดับความฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน และใช้กับโรงพยาบาลทุกแห่งทุกระดับทั่วประเทศ มีการออกใบประเมิน (ใบ PA) แจกให้ผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วย เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตหรือไม่ ทุกราย

(2) มีการจัดตั้ง “ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.) เพื่อใช้ในการติดตามกำกับทำให้ค่าปรึกษาทางการแพทย์ การบริหารจัดการคัดแยกผู้ป่วย และการรับเรื่องร้องเรียน โดยมีผู้ปฏิบัติงานประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ Call center ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านหมายเลข 02-872-1669

(3) นำประกาศ “พระราชบัญญัติสถานพยาบาล” มาประกอบใช้กับสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่ง ทั่วประเทศไม่ให้ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

(4) มีการกำหนดราคาค่ารักษาพยาบาลหมวดต่าง ๆ สำหรับเป็นราคามาตรฐาน (Fee Schedule) และได้เพิ่มรายการยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ให้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

(5) กำหนด ขั้นตอน แนวทางการดำเนินงานให้สถานพยาบาลเอกชน สามารถปฏิบัติงานได้สะดวก มากยิ่งขึ้น

(6) จัดตั้งคณะทำงานพิจารณารับเรื่องร้องเรียน ในกรณีมีความขัดแย้งในด้านการประเมินคัดแยก ระดับความฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาลเอกชน กับผู้ป่วยหรือญาติ

2. หลักเกณฑ์การกำหนดกลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 ข้อ 3⁶⁸ “ให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ

⁶⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 ข้อ 3.

รักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาลตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559”

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ว่าด้วยการกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต_ข้อ 1⁶⁹ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน”

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1)⁷⁰ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว”

ตามประกาศที่ได้กล่าวมานั้นเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP กล่าวคือ ประชาชนที่จะสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรีในสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ที่ใกล้ที่สุดตามนโยบายนั้นนั้นต้องปรากฏเงื่อนไขว่า ประชาชนต้อง “เข้าเกณฑ์” เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ รวมตลอดทั้งอาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ ดังนี้ (1) หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง (3) เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง (4) ซึ่มลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม (5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักร่วมอย่างเฉียบพลัน และ (6) มีอาการอื่นร่วม ที่มีผลต่อการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบสมอง ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต โดยหากผู้ป่วยมิได้เข้าเกณฑ์ดังกล่าว ก็จะไม่ได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาพยาบาลฟรีตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ซึ่งส่งผลให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) หากเข้ารับรักษาพยาบาลนอกสิทธิประกันสุขภาพหรือตามบัตรรับรองสิทธิของตนก็จะต้องชำระค่ารักษาพยาบาลหรือสำรองค่ารักษาพยาบาลเอง อันถือเป็นการจำกัดกลุ่มการให้ความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาเฉพาะ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเข้าข่ายฉุกเฉินสีแดงและมีความเสี่ยงต่อชีวิตเท่านั้น

3. หลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครอง

⁶⁹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”.

⁷⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1).

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4⁷¹ “สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย” ข้อ 5 “สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้” และข้อ 11⁷² “ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง”

ตามข้อประกาศที่ได้กล่าวมานั้นเป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ซึ่งประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะได้รับความคุ้มครองตามสิทธิทันทีจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง กล่าวคือ ประชาชนที่เข้าเกณฑ์เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลฟรีในสถานพยาบาลแห่งใดก็ได้ที่ใกล้ที่สุดแต่จะจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตหรือภายใน 72 ชั่วโมงเท่านั้น นั่นหมายความว่า หากประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต เข้ารับการรักษาพยาบาลแห่งใดที่ไม่ใช่โรงพยาบาลตามสิทธิที่ขึ้นทะเบียนตามบัตรรับรองสิทธิระบบประกันสุขภาพ โรงพยาบาลแห่งนั้นจะให้การรักษาพยาบาลจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตแต่ทั้งนี้จะไม่เกิน 72 ชั่วโมง หากปรากฏว่าโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตหรือให้การรักษาคครบ 72 ชั่วโมงแล้ว ให้โรงพยาบาลแห่งแรกที่รับการรักษาทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยต่อไป

4. ผลการประเมินนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP

จากรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ที่ผ่านการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายรัฐบาล “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (UCEP) มุ่งสู่นาคต next Generation of UCEP เมื่อวันที่ 13 กันยายน พ.ศ.2565 ณ โรงแรมรามาคาร์เดนต์ โดยศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.) รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2565) โดยสรุปผลการดำเนินงานตามนโยบาย UCEP ดังนี้

(4.1) จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการทั้งสิ้น 2,322,921 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (เข้าเกณฑ์) จำนวน 231,136 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.96 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ไม่เข้าเกณฑ์) จำนวน 2,091,745 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.04

⁷¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4.

⁷² ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 11.

(4.2) จำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการตามพื้นที่ ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 949,134 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.86 ในต่างจังหวัด 1,373,778 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.14

(4.3) จำแนกผู้ป่วยตามประเภทการเจ็บป่วย พบผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วย Non Trauma จำนวน 1,656,625 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.98 ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วย Trauma จำนวน 666,296 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.02

(4.4) จำแนกผู้ป่วยฉุกเฉินตามช่องทางการมาโรงพยาบาล พบว่า มาด้วยตนเอง/ญาตินำส่ง 2,182,555 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.96 มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) 44,770 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.93 มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ไม่ใช่ 1669) 85,134 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.66 มาจากการรับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น (Refer) 3,721 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.16 และอื่นๆ 6,741 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.29

(4.5) จังหวัด และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการมากที่สุด 5 อันดับแรก

(4.5.1) จังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการ ชลบุรี ปทุมธานี และเชียงใหม่ ตามลำดับ

(4.5.2) โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลวิภาวดี โรงพยาบาลวิภาวธรรม โรงพยาบาลสินแพทย์ โรงพยาบาลรามคำแหง และโรงพยาบาลเสรีรักษ์ ตามลำดับ

(4.5.3) โรงพยาบาลในต่างจังหวัด ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ โรงพยาบาลหริภุญชัยเม็มเรียล จังหวัดลำพูน โรงพยาบาลวิภาวธรรม อมตนคร จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ธนบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลรวมแพทย์ (หมอนันต์) จังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลพะเยาราม จังหวัดพะเยา ตามลำดับ

5. ประเด็นปัญหาการร้องเรียน

จากรายงานข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 – 31 สิงหาคม 2565 พบว่ามีผู้ป่วยที่ร้องเรียน UCEP จำนวน 801 ราย จากผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการในสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด 231,176 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.034 โดยมีรายละเอียดเรื่องร้องเรียน ดังนี้

อันดับหนึ่งคือขอให้มีการทบทวน PA จำนวน 450 เรื่อง อันดับสองคือเข้าเกณฑ์แต่เรียกเก็บเงินจำนวน 147 เรื่อง อันดับสามคือโรงพยาบาลขอแก้ไขผลการประเมิน จำนวน 144 เรื่อง และอันดับสี่คือ ไม่คัดแยก PA จำนวน 60 เรื่อง

ตารางที่ 3.1 เปรียบเทียบประเด็นการจ้ดระบบของนโยบาย EMCO และ UCEP

ประเด็น	นโยบาย EMCO	นโยบาย UCEP
กฎหมาย/ระเบียบ รองรับ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ฉบับก่อน ๆ ระบุให้ สถานพยาบาลต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่ตกอยู่ใน สภาพอันตรายให้พ้นจากอันตราย แต่ไม่ได้กำหนด เกี่ยวกับการเรียกเก็บค่าบริการ	พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ. ศ.2559 กำหนดให้การดำเนินการช่วยเหลือ ผู้ที่ตกอยู่ในอันตรายให้เป็นไปตาม หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรี ประกาศกำหนด
มติคณะรัฐมนตรี (ครม.)	ไม่มีมติ ครม.รองรับ มีเพียงการประชุมร่วมของ หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องกับนายกรัฐมนตรีที่ทำเนียบ รัฐบาล	ครม.เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายกรณีผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤต และประกาศในราชกิจจานุเบก ษา วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2560
กลไกการอภิบาล ระบบ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (กพฉ.) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ (สพฉ.)ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และสปสช.
ระบบประเมินและ อนุมัติสิทธิ (PA)	ไม่มี	สพฉ.บริหารระบบประเมินและอนุมัติสิทธิ (PA) จำแนกตามกลุ่มอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 20 กลุ่มอาการและการบาดเจ็บ 5 กลุ่ม อาการ
ข อ บ เ ช ต ก า ร คุ้มครอง	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และเร่งด่วน (สีเหลือง) ไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าคุ้มครองจนถึงสุดการรักษา หรือพ้นภาวะฉุกเฉิน	เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) จนพ้นภาวะ ฉุกเฉินหรือไม่เกิน 72 ชั่วโมง
การทำเตียงในการ เคลื่อนย้ายกลับ	กองทุนให้โรงพยาบาลต้นสังกัดรับกลับ ยกเว้นสิทธิ ข้าราชการ สปสช.และ สธ.ช่วยหาเตียงให้	กองทุนให้โรงพยาบาลต้นสังกัดรับกลับ ยกเว้นสิทธิข้าราชการให้ สธ.ช่วยจัดหาเตียง ให้
วิธีการจ่าย	ผู้ป่วยนอกจ่ายตามรายการและราคาที่กำหนด ส่วน ผู้ป่วยในจ่ายตาม DRG _s version 5 ในอัตรา 10,500 บาท ต่อ adjusted relative weight (adjrw) ร่วมกับจ่ายเพิ่มตามรายการและราคาที่กำหนด	จ่ายตามรายการและราคาที่กำหนด (fee schedule) ทั้งบริการที่ห้องฉุกเฉินและ บริการผู้ป่วยใน ซึ่งผ่านความเห็นชอบจาก ค รม.และประกาศในราชกิจจานุเบกษา
การบริหารการ จ่ายชดเชย	สปสช.ทำหน้าที่ประมวล ตรวจสอบข้อมูลการเรียก เก็บ และจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาลแทนกองทุนอื่น ไปก่อนแล้วไปเรียกเก็บคืนจากกองทุนภายหลัง	สปสช.ทำหน้าที่ประมวลและตรวจสอบข้อมูล การเรียกเก็บและสรุปแจ้งผลการประมวล ตรวจสอบข้อมูลแก่กองทุนต่างๆเพื่อทำการ จ่ายแก่โรงพยาบาลต่อไป
ศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียน	สายด่วน 1330 ของ สปสช.	ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต สพฉ. 02-872-1669

จะเห็นได้ว่าจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (Emergency Claim Online : EMCO) สู่นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ที่ประกาศใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2560 จนถึงปัจจุบันนั้น ในเรื่องของหลักเกณฑ์ ขอบเขตการให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากนโยบาย EMCO ที่ให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และเร่งด่วน (สีเหลือง) และไม่ได้กำหนดชัดเจนว่าคุ้มครองจนถึงสุดการรักษาหรือพ้นภาวะฉุกเฉินก่อนที่จะมีการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ส่วนนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ในปัจจุบันนั้นตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องจะกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเฉพาะผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) เท่านั้น และจำกัดระยะเวลาในการให้การรักษานอนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือไม่เกิน 72 ชั่วโมงก่อนมีการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจากนโยบาย EMCO สู่นโยบาย UCEP ถือเป็นการลดความคุ้มครองของประชาชนอันเป็นการจำกัดเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสีแดงเท่านั้นที่สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลและใช้สิทธิ UCEP ได้ รวมตลอดทั้งกำหนดหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพียงแคภายในเวลา 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตเท่านั้น

ปัญหาเกี่ยวกับการจำกัดระยะเวลาในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เกิดขึ้นคือ 1.ผู้ป่วยที่พ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตแล้วแต่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินอยู่ หรือ 2.ผู้ป่วยที่รักษาครบ 72 ชั่วโมงแล้วแต่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤตหรือภาวะฉุกเฉินอยู่ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 11 กำหนดหลักเกณฑ์ให้เคลื่อนย้ายหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาดูแลยังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งผู้ป่วยนั้นอาจได้รับผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายขณะที่มีการส่งต่อเคลื่อนย้ายได้อันเนื่องมาจากขณะที่เคลื่อนย้ายนั้นผู้ป่วยยังไม่พ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะอันตรายที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือได้รับผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ และหากเมื่อพิจารณาตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2) กำหนดว่า⁷³ “ (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทันท่วงที” ซึ่งในการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นจะต้องเป็นประโยชน์ในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

⁷³ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2).

3.3 หลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองหรือการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ที่จะป้องกันการให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุดและให้มีการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที มีเป้าหมายที่ชัดเจนโดยเน้นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดและการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติให้สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินหรือความต้องการในการบำบัดรักษาของประชาชนอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ถือเป็นหลักการและเหตุผลที่ดี

โดยพระราชบัญญัตินี้ได้กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการสำคัญ

ตามมาตรา 28⁷⁴ กำหนดว่า “เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลหรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใดๆมาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง”

เป็นการกำหนดสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินในการได้รับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งในการให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ดังที่กล่าวมานั้น เป็นหลักเกณฑ์ที่กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนส่งต่อ เว้นแต่แพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะเห็นได้ว่ามาตรา 28 (2) กำหนดให้การส่งต่อผู้ป่วยนั้นจะทำได้ต่อเมื่อ 1) สถานพยาบาลหรือหน่วยปฏิบัติการให้การรักษาพยาบาล

⁷⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28.

ผู้ป่วยอย่างเต็มขีดความสามารถที่มีอยู่ในภาวะการณั้ๆของสถานพยาบาลหรือหน่วยปฏิบัติการนั้นแล้ว หรือ
2) แพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการ
รุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ข้อกำหนดดังกล่าวถือเป็นการป้องกันสิทธิไม่ให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปยัง
โรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

3.4 แนวคำพิพากษาของศาลไทยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน

1. คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 13826/2555⁷⁵ เรื่อง ฟ้องเพิกถอนคำสั่งคณะกรรมการอุทธรณ์กรณีไม่
จ่ายเงินทดแทนกรณีเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ใช่สิทธิรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ

โจทก์เป็นลูกจ้างและเป็นผู้ประกันตน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลตามบัตรรับรอง
สิทธิ วันที่ 16 พฤศจิกายน 2548 โจทก์หมดสติ มีอาการป่วยหนัก เพื่อนบ้านจึงนำส่งโรงพยาบาลนนทเวช ซึ่ง
เป็นโรงพยาบาลใกล้บ้านโจทก์ที่สุด โจทก์จ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นเงิน 69,746 บาท โจทก์ยื่นขอรับประโยชน์
ทดแทนกรณีเจ็บป่วยแต่สำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานีไม่จ่าย โจทก์อุทธรณ์ คณะกรรมการอุทธรณ์มี
คำสั่งว่าโจทก์ไม่มีสิทธิได้รับเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ตามที่ขอ โจทก์นำคดีมาฟ้องศาล

โจทก์ฟ้องขอเพิกถอนคำสั่งสำนักงานประกันสังคมจังหวัดปทุมธานี และคำวินิจฉัยของคณะกรรมการ
อุทธรณ์ที่ 432/2550 ลงวันที่ 9 มีนาคม 2550 เฉพาะส่วนเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ในวันที่ 16
พฤศจิกายน 2548 โดยให้จำเลยจ่ายเงินทดแทนทางการแพทย์ตามกฎหมายแก่โจทก์ จำเลยให้การขอให้ยก
ฟ้อง ศาลแรงงานกลางพิพากษาให้แก้ไขคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ที่ 432/2550 เฉพาะส่วนที่
ปฏิเสธการจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลนนทเวชแก่โจทก์ ให้จำเลยจ่ายเงินทดแทน
ค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงที่ยังมิได้หักค่าสวัสดิการรักษายาพยาบาลจากบริษัทพู่ใจคุระ
(ประเทศไทย) จำกัด ตามประเภทและอัตราที่กำหนดในข้อ 3.2.2 (2) (ที่ถูก ข้อ 3.1.2 (1)) ของประกาศ
คณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และจำนวนเงินทดแทนค่าบริการ
ทางการแพทย์กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินลงวันที่ 11 เมษายน 2548 พร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ
7.5 ต่อปีนับแต่วันฟ้อง (วันที่ 23 สิงหาคม 2550) เป็นต้นไปจนกว่าจะชำระเสร็จแก่โจทก์ จำเลยอุทธรณ์ต่อ
ศาลฎีกา

ศาลฎีกาแผนกคดีแรงงานวินิจฉัยว่า ศาลแรงงานฟังข้อเท็จจริงว่า โจทก์เป็นลูกจ้างบริษัทพู่ใจคุระ
(ประเทศไทย) จำกัด เป็นผู้ประกันตนและมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอัน
มิใช่เนื่องจากการทำงาน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิ โจทก์ป่วยเป็นโรค
เนื้อเยื่อกระดูกเกิดผิดที่ แพทย์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทำอัลตราซาวด์แล้ว บันทึกว่าผู้ป่วยขอรักษาด้วย
การผ่าตัดเปิดหน้าท้องและเตรียมเจาะเลือดก่อนการผ่าตัดและนัดโจทก์มาฟังผลเลือด-ปัสสาวะ นัดตรวจอีก
ครั้ง เพื่อนบ้านโจทก์พบโจทก์นอนหมดสติอยู่ในบ้านได้นำส่งโรงพยาบาลนนทเวช ซึ่งอยู่ใกล้บ้านโจทก์ใช้เวลา
เดินทางประมาณ 15 นาที ถ้าจะเดินทางไปโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต้องใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง

⁷⁵ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 13826/2555.

หากการตรวจวัดขีด โจทก์ถึงโรงพยาบาลนทเวชตรวจวัดแล้วมีความดันโลหิตที่ 77/47 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งถือว่ามีการป่วยหนักหรือเข้าข่ายเจ็บป่วยฉุกเฉิน โจทก์จึงวิ่งเวียนศีรษะและหมดสติ แต่ในวันนั้นแพทย์ยังมิได้ทำการผ่าตัดเพราะก่อนผ่าตัดต้องเตรียมให้ร่างกายผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่จะรับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยจึงให้แพทย์อายุรกรรมตรวจ เมื่อตรวจแล้วพบว่ามีการผิดปกติในการทำงานของตับเล็กน้อย ได้ปรึกษาเรื่องความปลอดภัยแล้วแพทย์อายุรกรรมให้ผ่าตัดได้ และได้ทำการผ่าตัดในวันต่อมา มีปัญหาวินิจฉัยตามอุทธรณ์ของจำเลยว่า การที่โจทก์เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลนทเวช เนื่องจากเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือไม่เห็นว่า เพื่อนบ้านโจทก์พบโจทก์นอนหมดสติอาการหนักอยู่ภายในบ้าน จึงรีบนำส่งโรงพยาบาลนทเวชเพราะเห็นว่าอยู่ใกล้บ้านที่สุด ใช้เวลาเดินทางเพียง 15 นาที หากนำส่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าต้องใช้เวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง การตัดสินใจนำโจทก์ส่งโรงพยาบาลนทเวชเช่นนี้ย่อมชอบด้วยเหตุผลแล้ว และเมื่อถึงโรงพยาบาลมีการตรวจวัดความดันโลหิตแล้วอยู่ที่ 77/47 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ลงความเห็นว่าคนป่วยมีอาการป่วยเจ็บหนักเข้าข่ายเจ็บป่วยฉุกเฉิน และลงความเห็นสมควรเข้ารับการผ่าตัดทันที แต่แพทย์ยังมิได้ทำการผ่าตัดในขณะนั้นทันที เพราะต้องทำการตรวจสอบตามขั้นตอนของการเตรียมการเพื่อความปลอดภัยของการผ่าตัด และทำการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น เมื่อแพทย์ลงความเห็นว่าผ่าตัดได้แล้ว เช่นนี้ ระยะเวลาของการเตรียมผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยในการผ่าตัดย่อมอยู่ในระยะเวลาที่ต่อเนื่องกับความฉุกเฉินที่จะต้องผ่าตัดทันทีและย่อมมีต่อเนื่องตลอดมา การที่จะให้โจทก์ซึ่งป่วยหนักเช่นนี้มีความคิดที่จะเปลี่ยนเป็นเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิย่อมไม่อาจเกิดขึ้นได้ การที่โจทก์เข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลนทเวชจึงมีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลตามสิทธิได้ ที่ศาลแรงงานกลางวินิจฉัยมาต้องด้วยความเห็นของศาลฎีกา อุทธรณ์ของจำเลยฟังไม่ขึ้น พิพากษายืน

จากแนวคำพิพากษาของศาล อาจสรุปได้ว่า ศาลพิจารณาแล้วเห็นว่า โจทก์เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องรีบให้การรักษาโดยเร่งด่วน และการที่เพื่อนบ้านส่งตัวโจทก์ไปรักษาที่โรงพยาบาลนทเวชอันถือเป็นโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดนั้นชอบแล้ว เพราะหากส่งไปยังโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามบัตรรับรองสิทธิประกันสังคมของโจทก์อาจทำให้โจทก์ได้รับการรักษาที่ล่าช้าและอาจส่งผลอันตรายแก่ชีวิตหรือร่างกายของโจทก์ได้ และการที่แพทย์ลงความเห็นว่าสมควรเข้ารับการผ่าตัดทันทีแต่แพทย์ยังมิได้ทำการผ่าตัดในขณะนั้นทันทีเพราะต้องเตรียมการจึงต้องผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น เช่นนี้ ระยะเวลาเตรียมการผ่าตัดย่อมอยู่ในเวลาที่ต่อเนื่องกับความฉุกเฉิน การที่โจทก์ซึ่งป่วยหนักหรือมีภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ย่อมไม่อาจที่จะเปลี่ยนเป็นเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลตามสิทธิได้ กล่าวคือ ศาลเห็นว่าโจทก์ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ย่อมไม่สามารถทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิได้ ถือเป็นกรให้ความคุ้มครองผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่มีอาการฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน

2. คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8550/2560⁷⁶

คดีนี้โจทก์ซึ่งเป็นลูกจ้างฟ้องขอให้เพิกถอนคำสั่งของสำนักงานประกันสังคมและคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์กรณีที่มีคำวินิจฉัยว่าโจทก์ไม่มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์ เนื่องจากโจทก์ไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิ ไม่ใช่กรณีฉุกเฉิน โจทก์ไม่เห็นด้วยเนื่องจากโจทก์เป็นผู้ประกันตน โรงพยาบาล ห.เป็นสถานพยาบาลตามสิทธิ เมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2554 ขณะอยู่ที่บ้านพักได้มีอาการเจ็บกลางหน้าอกแล้วไปที่คอและแขน ใจสั่น นานประมาณ 15 นาทีไม่ดีขึ้น ภริยาจึงนำส่งโรงพยาบาลใกล้บ้านคือโรงพยาบาล ร. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ จึงส่งโจทก์ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ส. แพทย์ได้รับการรักษาและให้โจทก์นอนพักรักษาตัว เสียค่าบริการทางการแพทย์ 177,350 บาท โจทก์ยื่นคำขอรับประโยชน์ทดแทน แต่จำเลยไม่จ่าย โจทก์อุทธรณ์ คณะกรรมการอุทธรณ์มีคำวินิจฉัยว่าไม่ใช่กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน สามารถรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิได้ โจทก์ไม่เห็นด้วยจึงขอให้เพิกถอนคำสั่งและคำวินิจฉัยดังกล่าวและให้จำเลยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์แก่โจทก์พร้อมดอกเบี้ย ศาลแรงงานภาค 9 พิพากษาแก้ไขคำสั่งและคำวินิจฉัยฯ ให้จำเลยจ่ายเงินทดแทนค่าบริการทางการแพทย์เป็นเงิน 177,350 บาทพร้อมดอกเบี้ย จำเลยอุทธรณ์ศาลอุทธรณ์พิพากษายืน จำเลยฎีกา

ศาลฎีกาเห็นว่า คดีนี้ข้อเท็จจริงได้ความว่า โจทก์ป่วยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดรุนแรง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากเส้นเลือดหัวใจอุดตันร้อยละ 95 จำนวน 1 เส้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนไม่ได้ แต่ขณะนี้โรงพยาบาล ห.ซึ่งเป็นโรงพยาบาลตามสิทธิไม่มีห้องสวนหัวใจจึงไม่สามารถรักษาด้วยวิธีการทำบอลลูนให้แก่โจทก์ได้ รักษาได้เฉพาะวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือดซึ่งมีอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตและมีผลข้างเคียงมากกว่าวิธีทำบอลลูน หากโจทก์ได้รับการรักษาด้วยวิธีทำบอลลูนภายใน 90 นาที นับแต่เวลาที่มาถึงห้องฉุกเฉิน จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตลงประมาณร้อยละ 33 วันเกิดเหตุเวลา 13.50 น. แพทย์โรงพยาบาล ร.เห็นควรส่งโจทก์ไปผ่าตัดรักษาด้วยวิธีทำบอลลูนที่โรงพยาบาล ส. เนื่องจากสถานพยาบาลตามสิทธิไม่มีศักยภาพจึงส่งโจทก์ไปเวลา 14.20 น.ของวันเดียวกัน การที่โจทก์ยอมรักษาที่โรงพยาบาล ส.และไม่ได้แจ้งให้สถานพยาบาลตามสิทธิทราบก็เพราะโจทก์ต้องเข้ารับการรักษาดด้วยวิธีทำบอลลูนที่มีอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตต่ำกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่าวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด และเมื่อพิจารณาอาการเจ็บป่วยของโจทก์ที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันลักษณะรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต จึงเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ถือได้ว่าโจทก์มีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิได้ และต้องไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 มาตรา 59 และยิ่งถือไม่ได้ว่าโจทก์สละสิทธิหรือไม่ประสงค์จะใช้สิทธิประกันสังคม พิพากษายืน

จากแนวคำพิพากษาศาลฎีกา อาจสรุปได้ว่า ศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าอาการเจ็บป่วยของโจทก์ที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันลักษณะรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ถือได้ว่าโจทก์มีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถรับบริการทางการแพทย์

⁷⁶ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8550/2560.

จากสถานพยาบาลตามสิทธิได้ และต้องไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่น การที่แพทย์โรงพยาบาล ร.ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล ส.เนื่องจากสถานพยาบาลตามสิทธิไม่มีศักยภาพ ถือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3. คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15078/2555⁷⁷ เรื่อง ลูกจ้างมีอาการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและมีลักษณะรุนแรงอันอาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ถือเป็นกรณีฉุกเฉินที่ไม่สามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิได้

โจทก์เป็นลูกจ้างและผู้ประกันตนโดยมีโรงพยาบาลอุดรดิตถ์เป็นโรงพยาบาลตามสิทธิ ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน พ.ศ.2546 นายจ้างให้โจทก์ไปทำงานที่กรุงเทพฯ ในระหว่างเวลาทำงานโจทก์เจ็บป่วยฉุกเฉิน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพญาไท 2 เสียค่ารักษา 140,905 บาท ต่อมาโจทก์ยื่นขอรับเงินจากจำเลยสำนักงานประกันสังคม แต่จำเลยไม่จ่าย โจทก์อุทธรณ์ คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาแล้วเห็นว่าไม่เป็นกรณีฉุกเฉิน การที่โจทก์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพญาไทเป็นความประสงค์ของโจทก์เอง โจทก์จึงไม่มีสิทธิ โจทก์จึงนำคดีมาฟ้องต่อศาลแรงงาน เห็นว่า โจทก์ได้รับคำสั่งจากนายจ้างให้ไปทำงานที่กรุงเทพฯ ต่อมาวันที่ 2 กันยายน 2546 โจทก์มีอาการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงได้นัดหมายกับแพทย์โรงพยาบาลพญาไททางโทรศัพท์ แพทย์นัดเข้ารับการรักษาโดยฉีดสีเข้าเส้นเลือด ปรากฏว่าเลือดที่จ่ายไปเลี้ยงหัวใจตัน ต้องรักษาโดยวิธีขยายหลอดเลือด และโจทก์ได้รักษาในวันนั้นตั้งแต่วันที่ 2-4 กันยายน 2546 ดังนั้นกรณีของโจทก์จึงไม่สามารถรักษาที่สถานพยาบาลตามสิทธิได้และอาการป่วยมีลักษณะรุนแรงอันอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้จึงจำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โจทก์มีสิทธิได้รับค่าบริการทางการแพทย์เฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริงตามความจำเป็นภายในระยะเวลาไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงตามอัตราที่ระบุไว้ในประกาศสำนักงานประกันสังคม เรื่อง กำหนดจำนวนเงินค่าบริการทางการแพทย์ ซึ่งจำเลยมิได้อุทธรณ์โต้แย้งเรื่องจำนวนค่าบริการทางการแพทย์ ดังนั้นจำเลยต้องจ่ายค่ารักษาจำนวน 140,905 บาทแก่โจทก์

จากแนวคำพิพากษาศาล อาจสรุปได้ว่า ศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าอาการเจ็บป่วยของโจทก์ที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันลักษณะรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ถือได้ว่าโจทก์มีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิได้

3.5 กฎหมายสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

ไต้หวันหรือสาธารณรัฐจีน(ไต้หวัน) มีพื้นที่เป็นหมู่เกาะใหญ่น้อยประมาณ 80 เกาะ อยู่ในมหาสมุทรแปซิฟิก โดยมีเกาะที่ใหญ่ที่สุด มีพื้นที่ประมาณ 36,000 ตารางกิโลเมตร มากกว่าครึ่งหนึ่งของเกาะเป็นเทือกเขาสูง มีประชากรประมาณ 22 ล้านคน เกือบทั้งหมดเป็นชาวจีนฮกเกี้ยนและจีนแคะ อาศัยอยู่กันอย่าง

⁷⁷ คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15078/2555.

หนาแน่นบริเวณที่ราบด้านตะวันตกของเกาะ⁷⁸ ได้หวันปกครองด้วยระบอบประชาธิปไตยแบบตัวแทนมีประธานาธิบดีเป็นผู้นำสูงสุด⁷⁹

3.5.1 สิทธิด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

ไต้หวัน หลังจากทีประธานาธิบดี เจียง จิ่งก๊วย เสียชีวิตลง ไต้หวันก็ได้เข้าสู่การปกครองระบบประชาธิปไตยอย่างเต็มรูปแบบ โดยมีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดเช่นเดียวกับประเทศไทย ในปัจจุบันคือรัฐธรรมนูญแห่งสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) : Constitution of the Republic of China (Taiwan) ค.ศ.1947 (รับรองเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ.2489 โดยการประชุมสมัชชาแห่งชาติที่เมืองนานกิงประกาศใช้โดยรัฐบาลแห่งชาติเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2490 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2490) บัญญัติให้พลเมืองทุกคนจะต้องมีความเท่าเทียมกันตามกฎหมาย โดยไม่คำนึงถึงเพศ ศาสนา เชื้อชาติ ชนชั้น หรือพรรคการเมือง (บทที่ 2 สิทธิและหน้าที่ของประชาชน ข้อ 7)⁸⁰ โดยรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวมิได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขเอาไว้ แต่ได้กำหนดหน้าที่ของรัฐในบทที่ 4 ว่าด้วยการประกันสังคม ดังนี้

Constitution of the Republic of China (Taiwan) ค.ศ.1947 Section 4. Social Security Article 157:⁸¹ The State, in order to improve national health, shall establish extensive services for sanitation and health protection, and a system of public medical service.

แปลได้ว่า “เพื่อปรับปรุงสุขภาพของชาติ รัฐจะต้องจัดให้มีบริการที่ครอบคลุมด้านสุขอนามัยและการคุ้มครองสุขภาพและระบบบริการทางการแพทย์สาธารณะ” และตามมาตราเพิ่มเติมของรัฐธรรมนูญฉบับดังกล่าวที่ได้เพิ่มเติมในปี พ.ศ.2548 (Additional Articles of the Constitution of the Republic of China ค.ศ.2005) ในข้อ 10 ที่บัญญัติว่า “รัฐจะรับประกันการประกันภัย การรักษาพยาบาล สภาพแวดล้อมที่ปราศจากอุปสรรค การศึกษาและการฝึกอบรม การแนะแนวอาชีพ และการสนับสนุนและความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันสำหรับผู้พิการทางร่างกายและจิตใจ และจะต้องช่วยเหลือให้บุคคลเหล่านั้นได้รับความเป็นอิสระและพัฒนาด้วยรัฐจะเน้นการบรรเทาทุกข์และการให้ความช่วยเหลือทางสังคม การบริการด้านสวัสดิการ การจ้างงานสำหรับพลเมือง การประกันสังคม การรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพ และบริการสวัสดิการสังคมอื่น ๆ จะต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกในการระดมทุนเพื่อบรรเทาทุกข์ทางสังคมและการจ้างงานสำหรับพลเมือง รัฐจะต้องเคารพทหารที่เสียสละเพื่อสังคม และรับประกันการศึกษา การจ้างงาน การรักษาพยาบาล และความเป็นอยู่ของทหารเกษียณอายุจะต้องให้ความสำคัญกับการให้ทุนสนับสนุนการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมเป็นอันดับแรก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ทุนเพื่อการศึกษาภาคบังคับ ข้อจำกัดในมาตรา 164 ของรัฐธรรมนูญรัฐยืนยันพหุนิยมทางวัฒนธรรม และจะอนุรักษ์และส่งเสริมการพัฒนาภาษา

⁷⁸ วิจิต เปานิล, การปฏิรูประบบสุขภาพ :กรณีศึกษาประเทศไต้หวัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543).

⁷⁹ Article.60. Medical Care act .Article.60, 17.

⁸⁰ Article 7; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947.Chapter II Rights and Duties of the People 7

⁸¹ Article 157; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947 Section 4. Social Security

และวัฒนธรรมของชาวอะบอริจินอย่างแข็งขันตามเจตจำนงของกลุ่มชาติพันธุ์ รัฐจะต้องปกป้องสถานะและการมีส่วนร่วมทางการเมืองของชาวพื้นเมือง รัฐจะต้องรับประกันและให้ความช่วยเหลือและส่งเสริมการศึกษา วัฒนธรรม การขนส่ง การอนุรักษ์น้ำ สุขภาพและการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางเศรษฐกิจ ที่ดินและสวัสดิการสังคมของชนพื้นเมือง ซึ่งมาตรการที่กฎหมายกำหนด ประชาชนในพื้นที่เผิงหู จินเหมิน และมัตลี จะได้รับความคุ้มครองและความช่วยเหลือแบบเดียวกันรัฐจะต้องให้ความคุ้มครองสิทธิในการเข้าร่วมทางการเมืองแก่คนชาติของสาธารณรัฐจีนที่อาศัยอยู่ในต่างประเทศ”⁸² นั้นหมายถึง รัฐต้องจัดการให้มีระบบด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนตามที่ได้บัญญัติไว้ กล่าวคือ แม้กฎหมายรัฐธรรมนูญจะมีได้กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขเอาไว้แต่ก็มีกฎหมายที่กำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชน

3.5.2 ระบบสุขภาพของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

หลักการบริการด้านสาธารณสุขหรือระบบการรักษาพยาบาลของไต้หวันในปัจจุบัน หรือที่เรียกว่าการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI, Chinese) ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1995 NHI เป็นแผนประกันสังคมภาคบังคับรายบุคคลที่รวมศูนย์การเบิกจ่ายกองทุนการรักษาพยาบาล ระบบการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างเท่าเทียมกันสำหรับพลเมืองทุกคน และความครอบคลุมของประชากรถึง 99 เปอร์เซ็นต์ภายในสิ้นปี 2004 NHI ได้รับการสนับสนุนทางการเงินเป็นส่วนใหญ่ผ่านเบี้ยประกัน ซึ่งอิงจากภาษีเงินเดือน และเสริมด้วยการชำระเงินร่วมแบบไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและเงินทุนจากรัฐบาลโดยตรง บริการสุขภาพเชิงป้องกัน ครอบครัวที่มีรายได้น้อยทหารผ่านศึก เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี และผู้ประสบโรคร้ายแรง ได้รับการยกเว้นไม่ต้องชำระเงินร่วม ครั้วเรือนที่มีรายได้น้อยจะได้รับความคุ้มครอง 100 เปอร์เซ็นต์จาก NHI และจะลดลงอีกสำหรับผู้ทุพพลภาพหรือผู้สูงอายุบางคน โดยในช่วงต้นของโปรแกรมระบบการชำระเงินส่วนใหญ่เป็นค่าธรรมเนียมสำหรับบริการ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่ดำเนินการในภาคเอกชน

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศ ดำเนินการ 4 ด้านหลักคือ

(1) การปรับปรุงระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ซึ่งเริ่มดำเนินการใน ปี ค.ศ. 1985 ทำเป็นโครงการ 15 ปี เพื่อจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ใหม่ให้กระจายในพื้นที่สมดูลขึ้น โดยแบ่งเขตบริการทางการแพทย์ (medical region) ของไต้หวันออกเป็น 17 เขต ตามจำนวนประชากร สภาพทางภูมิศาสตร์ และเส้นทางคมนาคมแต่ละเขตมีหน้าที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ จัดหาอุปกรณ์เครื่องมือ และสร้างระบบเครือข่ายการให้บริการฉุกเฉินสำหรับเขตของตนเองขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วยสถานบริการ 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์เขต หรือโรงพยาบาลจังหวัดในเขตย่อย รวมทั้งสถานบริการระดับรอง เช่น โรงพยาบาลและคลินิกแพทย์เอกชน ศูนย์ประสานงานบริการ (group practice centers) และสถานบริการสุขภาพ (health station) ไว้ให้บริการประชาชน โครงการนี้ช่วยลดปัญหาการไม่สามารถเข้าถึงสถานบริการ เนื่องมาจากปัญหาด้านภูมิศาสตร์ลดลงไปได้มาก

⁸² Article 10; Additional Articles of the Constitution of the Republic of China : 2005

(2) สร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศ (universal coverage) โดยรัฐบาลได้หันได้ลงมติด้อย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1987 (พ.ศ.2530) ที่จะนำระบบประกันสุขภาพแบบใหม่นี้มาบังคับใช้กับทุกคน โดยออกกฎหมาย National Health Insurance Law ขึ้นมา ระบบประกันนี้ให้ความคุ้มครองบริการทางการแพทย์ ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ค่ายาตามใบสั่งแพทย์ รวมทั้งบริการเพื่อการป้องกันโรค ได้แก่ การตรวจ pap smear และการตรวจร่างกายให้กับกลุ่มเสี่ยง การดูแลก่อนและหลังคลอด

(3) โครงสร้างเครือข่ายฐานข้อมูลสถานบริการ เพื่อจัดระบบบริการสุขภาพของสถานบริการระดับต่าง ๆ ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น และสนับสนุนการทำงานของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะนำมาใช้ด้วย ซึ่งมีการสร้างโครงการนี้ขึ้นในปี ค.ศ. 1998 (พ.ศ.2541) โครงการนี้สามารถช่วยให้สถานบริการในพื้นที่ห่างไกล รวมทั้งเกาะต่าง ๆ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลประวัติการรักษาผู้ป่วย ประวัติบุคลากร ฯลฯ ทั้งนี้กระทรวงสุขภาพได้พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลทางสุขภาพนี้ขึ้นอีก 3 ระบบ คือ ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารสาธารณสุข ระบบข้อมูลบริหารเพื่อกิจการทั่วไปและระบบเครือข่ายข้อมูลสุขภาพแห่งชาติขึ้นด้วย

(4) โครงการผลิตแพทย์ประจำครอบครัว (Family Practice) เป็นโครงการที่ดำเนินการในสถาบันการศึกษาที่เห็นว่าจะระบบเครือข่ายบริการทางการแพทย์ และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องมีแพทย์ประจำครอบครัวให้บริการผู้ป่วยในเบื้องต้น

ระบบประกันสุขภาพของไต้หวันได้รับการยกย่องมานานหลายปีแล้วในเรื่องของขีดความสามารถและความกว้างขวางของตัวโครงการ (National Health Insurance หรือ NHI) ซึ่งถูกวางระบบให้สามารถเข้าถึงตัวคนและผู้ใช้งานทุกกลุ่มในฐานะประชากรของไต้หวันไม่ว่าจะเยาวชน วัยทำงาน คนแก่ คนพิการ คนจน และคนรวย ทุกคนล้วนได้รับการคุ้มครองภายในระบบประกันสุขภาพนี้ทั้งหมด การทำงานของระบบ NHI นั้นจะดำเนินการโดยมีสำนักบริหารนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIA) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ คอยจัดแจงดูแลระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชนชาวไต้หวันทุกภูมิภาค (รวมชนพื้นเมืองชาวอะบอริจินส์ในทางตะวันออกด้วย) กว่า 24,000,000 คน มีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมอยู่ในโครงการ NHI นี้มากกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ของจำนวนทั้งหมด เนื่องจากโรงพยาบาลในไต้หวันส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลรัฐที่มีมักจะเป็นโรงพยาบาลประเภทห้องแล็บสำหรับการวิจัยในมหาวิทยาลัย) เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้อัตราการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายในไต้หวันนั้นมีค่อนข้างสูง และตามกติกาของ NHI นั้น ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติการรักษาจากจังหวัดไหน เมืองไหน หรือโรงพยาบาลใด ก็ไม่ได้มีข้อบังคับที่ตายตัวว่าจะต้องกลับไปรักษายังโรงพยาบาลแห่งเดิม ในทุกครั้งที่มีการป่วย ตรงนี้เป็นเพราะ NHI นั้น ใช้ระบบเทคโนโลยีฐานข้อมูลในการบริหารจัดการบัตรประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละคนจะทำหน้าที่ในการเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาล และประวัติการรักษา รวมถึงข้อมูลการใช้โรงพยาบาลทุกกรณีไว้ในตัวบัตรสมาร์ตการ์ดเพียงใบเดียว ไม่ว่าจะเดินทางไปใช้บริการ ณ โรงพยาบาลแห่งใด แต่นำบัตรไปเทียบกับเครื่องเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลก็จะสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านั้น

ได้ในทันที ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการและการบริหารงานของระบบ NHI จึงมีค่อนข้างต่ำ ใช้งบเพียงไม่เกิน 1 เปอร์เซ็นต์ของงบประมาณทั้งหมดในโครงการ

ไต้หวันมีการให้บริการทางสาธารณสุขเป็น 4 ระดับ คือคลินิกท้องถิ่น โรงพยาบาลท้องถิ่น โรงพยาบาลศูนย์และศูนย์การแพทย์ โดยได้เริ่มระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2538 เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข (Department of Health) และสำนักงานประกันสุขภาพ (National Health Insurance) ของไต้หวัน

ระบบประกันสุขภาพของไต้หวัน ยึดหลักการ คือ ให้พลเมืองทุกคนของไต้หวันได้รับบริการที่ดีทัดเทียมกันอย่างทั่วถึง สามารถรักษาได้ทุกโรค โดยให้สถานพยาบาลมีการแข่งขันกัน และที่สำคัญคือให้คนไข้มีสิทธิเลือกเข้ารับบริการจากที่ใดก็ได้ โดยผ่านสภาผู้แทนราษฎรออกมาเป็นพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ 2538 ทำให้มีอำนาจบังคับใช้ทั่วประเทศ และเป็นหลักประกันความมั่นคงยืนยาวของระบบ เพราะมีกฎหมายรับรอง⁸³ ภายใต้การดูแลของสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The Bureau of National Health Insurance หรือ BNHI) เป็นศูนย์กลางของการจัดการระบบสุขภาพ รูปแบบการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ เป็น 2 ระบบ คือ ส่วนแรก ระบบประกันสุขภาพจะดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยจะจ่ายเงินเบิกจ่ายเงินให้กับสถานบริการ ในรูปแบบของ A fee-for-service schedule (ตารางค่าธรรมเนียมการบริการ) โดยจะมีคณะกรรมการทางการแพทย์ร่วมกันพิจารณารายการและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการบ่อยครั้ง และจัดทำ The fee-for-service fee schedule เพื่อเป็นรายการและอัตราสำหรับการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ ส่วนที่ 2 ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ประชาชนต้องรับภาระเอง ในรูปแบบของ A case-payment system ซึ่งเมื่อประชาชนไปรับบริการที่คลินิกหรือสถานพยาบาล นอกจากกรมประกันสุขภาพจะช่วยจ่ายในส่วนค่าบริการทางการแพทย์ให้แล้ว ประชาชนต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งหรือค่าบริการทางการแพทย์ที่รับผิดชอบเอง “มาตรการดังกล่าว มีขึ้นเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงการใช้จ่ายทรัพยากรทางการแพทย์ที่มีอย่างจำกัดอย่างไม่ฟุ่มเฟือย” โดยรายการที่ต้องรับผิดชอบเอง ได้แก่ ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง ค่ายาผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับผิดชอบเอง กรณีที่ต้องรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทางการแพทย์แผนจีน และค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเองแต่อย่างไรก็ตาม หากประชาชนไม่สามารถจ่ายเพิ่มในส่วนนี้ได้ รัฐก็จะมีมาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความลำบากในการรักษาพยาบาล ในรูปแบบที่การอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส⁸⁴

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ค่าดูแล ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ กรมประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้

⁸³ โปสตัดูเดย์, ‘ระบบประกันสุขภาพในไต้หวัน’ (โปสตัดูเดย์, 30 สิงหาคม 2553)

<<https://www.posttoday.com/politics/42373>> สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2567.

⁸⁴ Tcijthai, ‘จับตาระบบการแพทย์ฉุกเฉินfee schedule ใน“ญี่ปุ่น-ไต้หวัน” (tcijthai, 21 เมษายน 2562)

<<https://www.tcijthai.com/news/2019/21/watch/8973>> สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2567.

และประชาชนก็จะรับผิดชอบ “ส่วนที่ต้องรับภาระเองในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน” เท่านั้น ค่าอุปกรณ์พิเศษ โดยทั่วไปกรมประกันสุขภาพจะทำหน้าที่จ่ายในส่วนนี้อย่างเพียงพอ แต่อย่างไรก็ตาม จะเปิดทางเลือก ให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาโดยจะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง อาทิ ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุม จังหวะการเต้นของหัวใจ, ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ, ข้อสะโพก เทียมทำจากวัสดุพิเศษ, เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ, ลิ้นหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทนทาน, ระบบระบายน้ำ จากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน, การรักษาหลอดเลือดแดงต้นขาชั้นต้นอุดตันด้วยอุปกรณ์ เคลือบยา⁸⁵ เป็นต้น

3.5.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสาธารณสุขเงิน (ใต้หวัน)

ในส่วนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น เริ่มต้นในช่วงเวลาเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพถ้วน หน้าของไต้หวัน คือ มีการผ่านของกฎหมายที่เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงปี พ.ศ.2538 นั่นคือ รัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service Act) ประกาศใช้เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2538 พร้อมกับการส่งแพทย์ไปศึกษาเรื่องบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อกลับมาพัฒนางาน ตลอดจนกระตุ้นให้โรงพยาบาลต่าง ๆ จัดตั้งหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน และเริ่มมีการจัดตั้งระบบ เป็นรูปแบบมากขึ้นเมื่อมีการจัดตั้งหน่วยงานดับเพลิงภายใต้การควบคุมของกระทรวงมหาดไทย โดยกำหนดให้ งานทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานด้านหนึ่งในงานดับเพลิงต้องรับผิดชอบ และจัดให้การบริการ ทางการแพทย์ฉุกเฉินไปเป็นบริการฟรี⁸⁶ การกำกับดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในไต้หวันมีการร่วมมือ กำกับดูแลจาก 2 หน่วยงานหลัก คือ กระทรวงสาธารณสุข (Department of health : DOH) โดยสำนัก การแพทย์ (Bureau of medical Affairs) ดูแลเรื่องมาตรฐานวิชาชีพ รวมถึงคำแนะนำ แนวทางการฝึกอบรม และอุปกรณ์เพื่อให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด และหน่วยงานดับเพลิงของประเทศ (National Fire Administration : NFA) ดูแลเรื่องการบริหารจัดการกำลังคนและอุปกรณ์ในภาวะปกติ และงบประมาณ สนับสนุนในกรณีเหตุการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉิน ตามขอบเขตที่กฎหมายดับเพลิงระบุ (Regulation for Emergency Medical Service : Article 24.2 of the Fire Act.) ส่วนงานภัยพิบัติ จะเป็นหน้าที่ กระทรวงมหาดไทย และรวมถึงในการตั้งศูนย์อำนวยการภาวะฉุกเฉิน (National Emergency Operation Center)⁸⁷

ภายใต้กฎหมายตามรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) นั้น จัดทำขึ้นโดยเฉพาะเพื่อให้แน่ใจว่าระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีการพัฒนาที่ดี ส่งเสริมคุณภาพของ บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และรักษาความปลอดภัยชีวิตและสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและป่วยใน

⁸⁵ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554 (เชิงอรรถ 39).

⁸⁶ ทงงสรร์ค เทียนถาวร, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน“ประเทศไต้หวัน”ใน รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (pdf, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย มปป.)

⁸⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3.

กรณีฉุกเฉิน⁸⁸ โดยบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศได้วันนั้น ให้รวมไปถึงเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย (1) การช่วยเหลือฉุกเฉินและการรักษาพยาบาล ณ สถานที่สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยในกรณีฉุกเฉิน เหตุการณ์การบาดเจ็บล้มตายครั้งใหญ่ หรือในพื้นที่ป่า (2) การช่วยเหลือฉุกเฉินระหว่างทางไปโรงพยาบาล (3) การส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือผู้ป่วยวิกฤตบนเกาะนอกชายฝั่งหรือพื้นที่ห่างไกลที่ยากต่อการรักษา (4) การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่สถานพยาบาล⁸⁹

(1) กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

ตามรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) นั้น โดยปรากฏสาระสำคัญในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยด้วยกันหลายประการ อาทิ การมีสิทธิได้รับการบริการสุขภาพที่จำเป็นตามความต้องการทางการแพทย์ โดยไม่ขึ้นกับความสามารถในการจ่ายเงิน การดำรงชีวิตหรือปัจจัยอื่น ๆ การได้รับการรักษาทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน กรณีหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะต้องถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือองค์กรทางการแพทย์ใกล้เคียงที่เหมาะสม⁹⁰ โดยตามรัฐบัญญัติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) โรงพยาบาลและคลินิกจะต้องจัดให้มีการรักษาฉุกเฉินที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน และเสนอการเยียวยาหรือดำเนินมาตรการที่จำเป็นตามความสามารถของบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวก และจะต้องไม่ล่าช้าโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือปานกลางหรือพบว่าประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ให้หน่วยงานบริหารสังคมที่รับผิดชอบระดับเทศบาลหรือเขต (เมือง) จะต้องให้เงินอุดหนุนตามกฎหมาย⁹¹ ดังนั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการรักษาโดยทันที ซึ่งกำหนดให้โรงพยาบาลต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาที่ห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป หรือขอความช่วยเหลือจากศูนย์บัญชาการแพทย์และภัยพิบัติเกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วยที่กำหนดไว้ในรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service Act) ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข การสื่อสาร และการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลทั่วทั้งเทศบาลและเทศมณฑล (เมือง) ถึงวิธีการส่งต่อ การดูแลรักษาทางการแพทย์ และเรื่องอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติตาม ทั้งนี้จะต้องได้รับการตัดสินใจหรือสั่งการโดยหน่วยงานด้านสุขภาพที่มีอำนาจส่วนกลาง⁹² บทบัญญัติในข้อนี้กำหนดไว้แต่เพียงกว้าง ๆ ว่าแพทย์ที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยและให้การรักษาเบื้องต้นจนกว่าผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ แต่ไม่ได้มีการกำหนดรายละเอียดหรือหน้าที่อื่น ๆ ต่อเนื่องหรือครอบคลุมไปถึงการรักษาตลอดทั้งกระบวนการ และแม้จะไม่ได้มีการกำหนดคำนิยามของคำว่าเจ็บป่วย

⁸⁸ Article 1; Emergency Medical Service Act . Chapter One General Provisions

⁸⁹ Article 3; Emergency Medical Service Act . Chapter One General Provisions.

⁹⁰ Article 5; Regulation for Emergency Medical Services. Article 5.

⁹¹ Article.60. Medical Care. Article.60.

⁹² Article 36. Emergency Medical Service Act. Chapter Six Hospital Emergency Medical Services.

ฉุกเฉินไว้ในกฎหมายโดยเฉพาะ แต่ในระเบียบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Regulation for Emergency Medical Services) ได้ให้คำนิยามคำว่า

“การบริการในภาวะฉุกเฉินหรือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน”⁹³ หมายถึง การดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่เกิดเหตุสำหรับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ หรือผู้ป่วยในเหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระหว่างทาง

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน”⁹⁴ หมายถึง (1) ใครก็ตามที่ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วนเนื่องจากภัยพิบัติหรือเหตุฉุกเฉิน (2) ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน (3) สตรีมีครรภ์ที่กำลังจะคลอดบุตร (4) สภาพการบาดเจ็บหรือการรักษาพยาบาลอื่น ๆ

(2) หลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครอง

จากการศึกษาพบว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวันนั้น เป็นหน่วยงานการแพทย์ฉุกเฉินที่มีลักษณะคล้ายของประเทศไทยคือเป็นการให้บริการฟรี ได้รับการดูแลจากรัฐบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และเริ่มต้นในช่วงเวลาเดียวกันกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไต้หวัน (National Health Insurance) มีหน่วยงานที่ชัดเจนในการดูแลด้านการปฏิบัติงานตามนโยบายและมีกฎหมายรองรับ มีหน่วยงานรับรองมาตรฐานขึ้นตรงต่อกระทรวงมหาดไทย และอยู่ภายใต้หน่วยงานดับเพลิงทำให้เป็นผลดีในแง่ของการเป็นหน่วยงานที่ฝึกมาในแนวทางเดียวกัน และแบ่งระดับการบริการอย่างเหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่ โดยหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานถูกกำหนดภายใต้กฎหมายตามรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) ดำเนินการโดยมีสำนักบริหารนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIA) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health and Welfare มีทั้งโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลในไต้หวันส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชน เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้อัตราการเข้าถึงการรักษาพยาบาลภายในไต้หวันนั้นมีความสูง ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติการรักษามาจากจังหวัดไหน เมืองไหน หรือมีสิทธิการรักษาไม่ว่าจะสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อยู่ภายใต้สำนักบริหารนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIA) กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ ก็ต้องให้การรักษาผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพดังกล่าว เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษารวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย โดยตามรัฐบัญญัติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) ข้อที่ 60 กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งใดที่จะได้รับการแต่งตั้งให้รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน (ตามโรงพยาบาลในประเทศไทยคือการจัดให้มีหน่วยบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือห้องฉุกเฉิน (Accident & Emergency Department)) จะพิจารณาจากสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉินและความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในโรงพยาบาลภายใต้เขตอำนาจศาลแต่

⁹³ Article 3. Regulation for Emergency Medical Services.

⁹⁴ Article 3.Regulation for Emergency Medical Services.

ละแห่ง⁹⁵ต้องรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเร็วที่สุด โดยไม่มีเหตุในการปฏิเสธการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน ก่อนที่จะมีการส่งต่อ และหากผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือปานกลางหรือเป็นผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนและไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ให้หน่วยงานบริหารสังคมเป็นผู้รับผิดชอบอันเป็นนโยบายของรัฐในการให้การรักษายาบาลฟรีแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยหากโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดมีโทษทางอาญาปรับไม่น้อยกว่า NT\$10,000 แต่ไม่เกิน NT\$50,000⁹⁶

ทั้งนี้ หากพิจารณาตามรัฐบัญญัติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) คำว่า “โรงพยาบาลของรัฐ” หมายถึงสถาบันการรักษาพยาบาลใด ๆ ที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ องค์กรของรัฐ หรือโรงเรียนของรัฐ⁹⁷ คำว่า “โรงพยาบาลเอกชน” หมายถึงสถาบันการรักษาพยาบาลใด ๆ ที่แพทย์จัดตั้งขึ้น⁹⁸ คำว่า “โรงพยาบาลในเครือของนิติบุคคล” หมายถึงสถาบันการแพทย์ต่อไปนี้ (1) โรงพยาบาลในเครือที่ก่อตั้งโดยวิทยาลัยแพทย์และมหาวิทยาลัยเอกชนเพื่อวัตถุประสงค์ในการศึกษาทางคลินิก (2) สถาบันการแพทย์ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการทางการแพทย์โดยนิติบุคคลเพื่อสาธารณประโยชน์ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง (3) สถานพยาบาลในเครือของสถานประกอบการ โรงเรียน หรือสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเพื่อให้บริการด้านการแพทย์และสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่ลูกจ้างหรือสมาชิก⁹⁹ โดยโรงพยาบาลทุกแห่งไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลรัฐบาลหรือโรงพยาบาลในเครือของนิติบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งหรือจัดตั้งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉินอันเป็นไปตามคำวินิจฉัยของเขตอำนาจศาลในแต่ละแห่งจะต้องให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่มีสาเหตุในการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย และหากผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ตามที่รัฐบาลกำหนดให้หน่วยงานบริหารสังคมเป็นผู้รับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลนั้น ซึ่งเป็นนโยบายในการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในได้วันที่ถือเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่วางไว้ คือความเท่าเทียมของคนในสังคม และเป็นไปตามกฎหมายที่บัญญัติหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนเอาไว้

จากผลการศึกษาสิทธิด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) ซึ่งหนังสือ Which Country Has the World’s Best Health Care? (2020)¹⁰⁰ เขียนถึงระบบสาธารณสุขของไต้หวันไว้ว่า ระบบสาธารณสุขในไต้หวันที่ครอบคลุมทั่วถึง เป็นสิ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ในช่วงต้น ๆ ทศวรรษ 1990 เกือบครึ่งหนึ่งของคนไต้หวันไม่มีหลักประกันสุขภาพ หากต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ก็อาศัยกองทุนการกุศล เงินออมของตัวเอง หรือที่ Lee-Po-Chang ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ กล่าวว่า “ไปหาแพทย์ แต่ไม่

⁹⁵ Article 37. Emergency Medical Service Act. Chapter Six Hospital Emergency Medical Services.

⁹⁶ Article 102 . Medical Care Act. Chapter IX Penal Provisions.

⁹⁷ Article 3. Medical Care Act.

⁹⁸ Article 4. Medical Care Act.

⁹⁹ Article 6. Medical Care Act.

¹⁰⁰ ปหริตี บุญชื้อ, ‘ความเป็นเลิศที่ทำให้ไต้หวันติดอันดับ 2 ของชาติที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดในโลกในปี 2021’ (Thaipublica, 14 มีนาคม 2565) <<https://thaipublica.org/>> สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2567.

ได้รับการรักษา เมื่อรับรู้การตรวจรักษา แล้วก็กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน” นับจากปีค.ศ. 1980 เป็นต้นมา เศรษฐกิจได้ฟื้นตัวโตสูงกว่า 10% ต่อปี และคนชั้นกลางมีเพิ่มมากขึ้น จึงมีการเรียกร้องเสรีภาพ และการบริการของรัฐในด้านสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ ทำให้รัฐบาลได้ฟื้นในเวลาสั้น ศักยภาพประกันสุขภาพจากต่างประเทศ เพื่อหาทางสร้างระบบประกันสุขภาพที่เหมาะสมกับไต้หวัน โดยมีนักวิชาการสองคนเสนอว่า ไต้หวันเป็นตัวอย่างโดยธรรมชาติของประเทศ ที่จะมีระบบประกันสุขภาพแบบที่เรียกว่า single-payer scheme คือ ค่าใช้จ่ายสำหรับการประกันสุขภาพแก่ประชาชนทุกคน จะมาจากงบประมาณรัฐ ระบบนี้เหมาะกับไต้หวัน เนื่องจากมีประชากรไม่มากนัก การเปลี่ยนมาสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ต้องยกเลิกระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ก่อนหน้านี้เป็นจำนวนมาก ที่สำคัญค่าใช้จ่ายที่มาจากงบประมาณรัฐแห่งเดียว จะทำให้ระบบประกันสุขภาพสะท้อนคุณค่าของนโยบายรัฐบาลสำคัญ 2 อย่าง คือความเท่าเทียมกันของประชากร และประสิทธิภาพ คนไต้หวันเรียกแนวคิดนี้โดยยืมจากคำพูดของ Uwe Reinhardt ที่เขาเองเรียกว่า “ระบบท่อน้ำเลี้ยงเดี่ยว” (single-pipe system)

แนวคิดระบบประกันสุขภาพที่อาศัยงบประมาณจากรัฐ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการวางแผนเศรษฐกิจ โดยให้มีการยกเลิกระบบประกันสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่แล้ว และเปลี่ยนมาใช้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติแทน ค่าใช้จ่ายมาจากงบประมาณของรัฐ โดยหนังสือ Which Country Has the World's Best Health Care? ระบุว่า ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) ของไต้หวัน ประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่วางไว้ คือความเท่าเทียมของคนในสังคม และประสิทธิภาพ

3.6 กฎหมายสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นสหพันธรัฐประชาธิปไตย ปกครองภายใต้รัฐธรรมนูญประกอบไปด้วยรัฐ 50 รัฐ มีพื้นที่ครอบคลุมส่วนใหญ่ของอเมริกาเหนือ มีขนาดพื้นที่ 9.63 ล้านตารางกิโลเมตรโดยประมาณ และมีประชากรราว 313 ล้านคน ซึ่งนับว่ามีประชากรมากเป็นอันดับที่ 3 ของโลก โดยปัจจุบันประมาณร้อยละ 48 ของประชากรมีระบบประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งและมาจากการซื้อระบบประกันสุขภาพส่วนบุคคลร้อยละ 9 และมีระบบที่จัดการอยู่ประมาณร้อยละ 27 โดยจะเข้าไปดำเนินการเกี่ยวกับการช่วยเหลือคนชรา ผู้พิการ ทหารผ่านศึก คนยากจน และโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินโดยบังคับให้หน่วยงานด้านการแพทย์ต้องรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยไม่เลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ รัฐบาลจะเป็นผู้ให้ประกันสุขภาพรายใหญ่ที่สุดคือประมาณร้อยละ 45 จึงถือเป็นผู้ให้ประกันสุขภาพที่ใหญ่ที่สุดและเป็นผู้จ่ายค่าใช้จ่ายที่มากที่สุดในบรรดาประเทศสมาชิกของสหประชาชาติ

3.6.1 สิทธิด้านสาธารณสุขของประชาชนในสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา เป็นสาธารณรัฐที่มีรัฐธรรมนูญและประชาธิปไตยแบบมีผู้แทน “ซึ่งการถือเสียงข้างมากเป็นเกณฑ์ ถูกจำกัดโดยสิทธิฝ่ายข้างน้อยที่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย” รัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกา มีผลบังคับใช้ในวันที่ 4 มีนาคม ค.ศ.1789 (พ.ศ.2332) โดยมีการประชุมสภาเป็นครั้งแรกที่นครนิวยอร์ก โดยรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาเป็นเอกสารฉบับแรกของโลกที่ใช้คำเรียกตัวเองว่า “รัฐธรรมนูญ

(Constitution)” และใช้มานานจนเป็นที่ยอมรับทางวิชาการว่าเป็นรัฐธรรมนูญลายลักษณ์อักษรที่เก่าแก่ที่สุดในโลก และมีเนื้อหากระชับมาก มีแค่ 7 มาตราเท่านั้น และเพื่อให้รัฐธรรมนูญมีความทันสมัยตลอดเวลาก็ได้มีการกำหนดวิธีการในการแก้ไขเพิ่มเติมรัฐธรรมนูญไว้ในมาตรา 5 ในปัจจุบันรัฐธรรมนูญแห่งสหรัฐอเมริกาผ่านการแก้ไขมาแล้วทั้งหมด 27 ครั้ง โดยการแก้ไข 10 ครั้งที่ออกมาพร้อมกันคือ บัญญัติว่าด้วยสิทธิพื้นฐานของพลเมืองหรือ Bill of Rights ซึ่งจะประกันสิทธิต่างๆ เช่น เสรีภาพในการพูด, การนับถือศาสนา รวมถึงกระบวนการทางกฎหมายทั้งทางแพ่งและทางอาญา¹⁰¹ บัญญัติให้พลเมืองของแต่ละมลรัฐมีเอกสิทธิ์และความคุ้มกันของความเป็นประชาชนแห่งสหรัฐอเมริกาเหมือนกัน ตามมาตรา 2 (Section.2 : The Citizens of each State Shall be entitled to all Privileges and Immunities of Citizens in the Several States ทั้งนี้ได้บัญญัติสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขรวมตลอดทั้งหน้าที่ของรัฐในการดำเนินการสาธารณสุขไว้ อันเนื่องมาจาก¹⁰²วัฒนธรรมปัจเจกนิยมอันหยั่งรากลึกในสังคมสหรัฐอเมริกา โดยพรรคการเมืองรีพับลิกันจำนวนมากมองว่าการรักษาพยาบาลไม่ใช่สิทธิแต่เป็นสินค้าบริการซึ่งประชาชนเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อ

3.6.2 ระบบสุขภาพของสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วเพียงประเทศเดียวที่ไม่มีระบบการรักษาพยาบาลแบบสากลและประชากรจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพ (ระบบการรักษาพยาบาลแบบสากล (Universal Health Coverage) คือ ระบบที่ทุกคนในสังคมสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะถูกครอบคลุมโดยรัฐบาลหรือหน่วยงานสาธารณสุขอื่นๆ โดยระบบการรักษาพยาบาลแบบสากลมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับการออกแบบของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปแล้วระบบการรักษาพยาบาลแบบสากลจะครอบคลุมบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เช่น การตรวจสุขภาพ การรักษาโรคทั่วไป การผ่าตัด และการดูแลผู้ป่วยระยะยาว)

ระบบดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาคือระบบที่ผสมผสานระหว่างระบบประกันสุขภาพภาคบังคับและระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่¹⁰³

ระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ประกอบด้วยโปรแกรมรัฐบาลอย่าง Medicare และ Medicaid ซึ่งเป็นโปรแกรมประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางของสหรัฐอเมริกา ออกแบบมาเพื่อให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มต่างๆ ของสหรัฐอเมริกา ดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อย

¹⁰¹ วานิชชา สายเสมา, ‘สหรัฐอเมริกาใช้รัฐธรรมนูญฉบับเดียวมาตลอด 200 กว่าปี’ (Beartai, 9 กรกฎาคม 2566) <<https://www.beartai.com/life/trends/1276957>> สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2567.

¹⁰² Hfocus, ‘สหรัฐอเมริกาถ้ำหลังบริการสุขภาพประเทศเดียวในกลุ่มชาติร่ำรวยที่ไม่มีประกันสุขภาพถ้วนหน้า’ (Hfocus, 6 เมษายน 2561) <<https://www.hfocus.org/content/2018/05/15780>> สืบค้นเมื่อ 19 มีนาคม 2567.

¹⁰³ Marketeer Team, ‘ชวนมาทำความรู้จักระบบดูแลสุขภาพในอเมริกาว่าเป็นอย่างไรและแพงจริงหรือไม่’ (marketeeronline, 15 ตุลาคม 2566) <<https://marketeeronline.co/archives/326063>> สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน 2567.

Medicare เป็นโปรแกรมประกันสุขภาพแห่งชาติแบบผู้จ่ายเงินรายเดียว (single-payer) ที่เริ่มต้นในปีค.ศ. 1966 เงินทุนสำหรับโปรแกรมนี้มาจากภาษีเงินเดือน ค่าเบี้ยประกันและภาษีเงินจากผู้รับประโยชน์ และรายได้ทั่วไปของรัฐบาลกลาง โดยส่วนใหญ่จะให้บริการประกันสุขภาพแก่ชาวอเมริกันอายุ 65 ปีขึ้นไปที่ได้จ่ายเงินเข้าสู่ระบบประกันสังคมผ่านภาษีเงินเดือน ความคุ้มครองประกันสุขภาพเสริมผ่าน Medicare มอบให้แก่คนหนุ่มสาวที่มีความพิการบางประเภท อาทิ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงด้านข้าง ALS หรือผู้ป่วยไตวายที่ต้องฟอกเลือดหรือปลูกถ่าย ความคุ้มครองสำหรับ Medicare แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ A ถึง D ดังนี้

Medicare Part A ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน (IPD) เช่น ค่าห้องพัก ค่าอาหาร ค่าแพทย์ ค่าพยาบาล ค่าบริการห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น และค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์

Medicare Part B ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (OPD) เช่น ค่าบริการของแพทย์ ค่ายาตามใบสั่งแพทย์ ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์และค่าบริการอื่นๆ

Medicare Part C เรียกอีกอย่างว่าแผน Medicare Advantage (MA) แผนเสริม Medicare หรือ Medigap ความคุ้มครองส่วนที่ C เป็นทางเลือกแทน Medicare แบบดั้งเดิมที่อนุญาตให้ผู้ป่วยเลือกแผนส่วนตัวโดยได้รับประโยชน์อย่างน้อยเท่ากันของส่วน A และ B และบ่อยครั้งคือ D (เป็นแผนยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ Medicare Advantage (MAPD)) แผนเหล่านี้กำหนดวงเงินการใช้จ่ายที่ต้องชำระเองรายปี ซึ่งแผนส่วน A และ B แบบดั้งเดิมไม่มีอยู่ Medicare Part D เป็นความคุ้มครองเกี่ยวข้องกับยาที่ต้องสั่งโดยแพทย์ ความคุ้มครองนี้มีการออกสิทธิประโยชน์มาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทุกคน

Medicaid เป็นโปรแกรมร่วมของรัฐบาลกลางและรัฐบารัฐที่ให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยและทรัพยากรจำกัด เป็นแหล่งเงินทุนที่ใหญ่ที่สุดสำหรับบริการทางการแพทย์และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับผู้มีรายได้น้อยในสหรัฐอเมริกา ได้รับเงินทุนร่วมจากรัฐบาลรัฐและรัฐบาลกลาง และบริหารจัดการโดยแต่ละรัฐ ซึ่งกำหนดสิทธิผู้รับต้องเป็นพลเมืองของสหรัฐหรือผู้อยู่อาศัยถาวรอย่างถูกกฎหมาย และอาจรวมถึงผู้ใหญ่ที่มีรายได้น้อยและบุตร และผู้ที่มีความพิการบางประเภท ความยากจนเพียงอย่างเดียวไม่จำเป็นต้องเป็นคุณสมบัติที่ทำให้บุคคลนั้นมีสิทธิได้รับ Medicaid

ระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจ ประกอบด้วยแผนประกันสุขภาพที่ซื้อได้จากบริษัทประกันสุขภาพเอกชน กล่าวคือ ในสหรัฐอเมริกานั้นมีแผนประกันสุขภาพเอกชนระดับประเทศจำนวนมาก รวมถึงแผนประกันภูมิภาคและแผนประกันตนเอง (ให้บริการโดยบริษัทขนาดใหญ่) และในสหรัฐอเมริกาเป็นเรื่องปกติที่นายจ้างจะจ่ายเบี้ยประกันเอกชนให้กับลูกจ้างในสังกัด

ระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาล คลินิก และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ โดยตามรายงานของศูนย์บริการ Medicare & Medicaid (CMS) ในปี ค.ศ.2022 หรือ พ.ศ.2565 โรงพยาบาลรัฐจะมีประมาณ 25 % ส่วนโรงพยาบาลเอกชนประมาณ 75 %

ระบบการชำระเงิน ประกอบด้วยระบบการจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการจ่ายเงินจากบริษัทประกันสุขภาพ รัฐบาล และผู้ป่วย โดยบริษัทประกันสุขภาพจะจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการด้าน

การดูแลสุขภาพ (โรงพยาบาลเอกชน,คลินิก) ส่วนรัฐบาลจะจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติภายใต้โปรแกรม Medicare & Medicaid ผู้ป่วยจะจ่ายเงินสำหรับบริการสุขภาพด้วยตนเองหรือผ่านประกันสุขภาพภาคบังคับหรือภาคสมัครใจ

หน่วยงานกำกับดูแลและผู้กำหนดนโยบายด้านการสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา คือ กรมสาธารณสุขและบริการมนุษย์สหรัฐอเมริกา (Department of Health and Human Services : HHS) มีหน้าที่รับผิดชอบในการปกป้องสุขภาพและให้บริการมนุษย์ที่จำเป็นแก่ชาวอเมริกันทุกคน

3.6.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา

การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกานั้นเริ่มต้นมาจากการได้รับรายงานเรื่องการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุและความพิการ: ศึกษากรณีโรคที่ถูกกละเลยในสังคมสมัยใหม่ (Accidental Death and Disability : The Neglected Disease of Modern Society)¹⁰⁴ กล่าวถึงความสูญเสียของอุบัติเหตุและความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉิน ทั้งในงานนอกโรงพยาบาลและงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จึงนำไปสู่การก่อตั้งสถานที่สำหรับฝึกการแพทย์ฉุกเฉิน การอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ตลอดจนการตรากฎหมายขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยบนทางหลวง ปี 1966 กฎหมายกำหนดงบประมาณของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยให้อยู่ในงบประมาณของงานการป้องกันและบริการสุขภาพของรัฐ แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าวแล้ว จากการรายงานเรื่องการบาดเจ็บในอเมริกา ศึกษากรณีปัญหาด้านสาธารณสุขที่พบในปัจจุบัน (Injury in America : A Continuing Public Health Problem) ได้ชี้ให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ นั้น ยังไม่ก้าวหน้าเท่าใดนักจึงนำไปสู่การตรากฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) และ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ขึ้นในปี ค.ศ. 1985 เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย และเพื่อให้การดำเนินงานดังกล่าวได้รับงบประมาณในการสนับสนุนจึงมีการตรากฎหมาย Trauma Care Systems and Development Act ขึ้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บและเกิดการจัดหาทุนให้แก่รัฐเพื่อการทำแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) มีผลบังคับใช้อย่างเข้มงวดโดยมีหน่วยงานที่สำคัญในการกำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายนี้ กล่าวคือ องค์การบริหารการเงินด้านสุขภาพ (Health care Financing Administration : HCFA) ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น Center for Medicare and Medicaid : CMS โดยมีพันธกิจคล้ายคลึงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย และ

¹⁰⁴ National Academy of Sciences (US) et al., *Accidental death and disability: the neglected disease of modern society* (National Academies Press 1966).

ศาลยุติธรรมทำหน้าที่ในการตัดสินคดีฟ้องร้องเกี่ยวกับการละเมิดกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)

(1) กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย

กลุ่มอาการที่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายนั้น อาจพิจารณาได้จากคำนิยามโดยสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians: ACEP) ได้ให้คำนิยามคำว่า “การบริการในภาวะฉุกเฉิน”¹⁰⁵ หมายถึง ระบบการบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งมีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปที่มีความรู้ระดับปานกลางเชื่อว่าจะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ได้บัญญัติไว้ว่า “ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์”¹⁰⁶ หมายถึง อาการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งมีความรุนแรงที่ต้องการการตรวจทันที มิฉะนั้นแล้วจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อ (1) สุขภาพของบุคคลในภาวะนั้น ๆ ตกอยู่ในอันตรายอย่างร้ายแรง (2) มีความบกพร่องของการทำงานของร่างกายอย่างร้ายแรง (3) มีความผิดปกติอย่างร้ายแรงของอวัยวะหรือส่วนใด ๆ ของร่างกาย และหมายความรวมถึง หญิงตั้งครรภ์ซึ่งแสดงอาการโดยหากมีการเคลื่อนย้ายอาจก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อสุขภาพของผู้หญิงหรือเด็กในครรภ์ด้วย

แต่อย่างไรก็ดี ชาวอเมริกันที่จะมีสิทธิได้รับการดูแลในแผนฉุกเฉินในพื้นที่ของตนอยู่ภายใต้ข้อควรระวังสามประการ ดังนี้ ประการแรก ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเฉพาะในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ตามที่กฎหมายกำหนด (Emergency Case) ประการที่สอง *กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)* ไม่ได้ให้ความคุ้มครองรวมถึงผู้ป่วยที่มีภาวะไม่ฉุกเฉินในการได้รับการรักษาอย่างทันที่ โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายค่าบริการพยาบาล และประการที่สาม ผู้ป่วยที่ไม่มีประกันหรือไม่ได้รับการประกันอาจยังคงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลและจะถูกเรียกเก็บเงินเป็นการส่วนตัว สำหรับบริการทั้งหมดได้ในภายหลังเนื่องจากกฎหมายดังกล่าวไม่ได้มีบทบัญญัติยกเว้นหรือห้ามไว้เป็นการเฉพาะ

ทั้งนี้ เนื่องจากแต่เดิมนั้น กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ได้กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่เข้าร่วมโครงการ Medicare ห้ามปฏิเสธการให้การรักษายาบาลแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยให้สิทธิกับผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ทุกคนไม่จำกัดเฉพาะผู้ป่วยในโครงการ Medicare เท่านั้น และไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะมีความสามารถในการชำระค่าบริการพยาบาลหรือไม่ ในกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพและกลุ่มคนเข้าเมืองไม่ถูกกฎหมาย หากเข้าเงื่อนไขของการขอรับการช่วยเหลือจากรัฐภายใต้โครงการ Medicare ก็สามารถร้องขอ

¹⁰⁵ American College of Emergency Physicians: ACEP.

¹⁰⁶ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA).

ใช้สิทธินี้ได้ ทั้งนี้ โดยได้รับส่วนแบ่งค่าใช้จ่ายทางสุขภาพจาก Medicare เพียงครั้งหนึ่งเท่านั้น และไม่มีแหล่งเงินอื่นของรัฐมาสนับสนุน ส่งผลให้การบริการเน้นไปในทางการจัดบริการตามกุศล (Charity care)

(2) หลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครอง

กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)¹⁰⁷ กำหนดหน้าที่ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมในระบบ “Medicare”¹⁰⁸ ซึ่งเป็นโปรแกรมสุขภาพที่ออกโดยรัฐบาลกลาง เพื่อกำหนดรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งปัจจุบันครอบคลุมเกือบร้อยละ 9 ของโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกาทั้งหมด ทั้งนี้ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาที่ห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป EMTALA มีเนื้อหาที่สำคัญ คือ

ประการแรก แพทย์และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจต้องทำการตรวจคัดกรอง (Medical Screening exam) ตรวจรักษาเบื้องต้นเพื่อให้พ้นภาวะอันตราย (Stabilization) โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความสามารถของแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงจัดให้มีบริการเสริมที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบว่ามีภาวะทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ นอกจากนี้กฎหมายยังห้ามไม่ให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมใด ๆ ละทิ้งการตรวจคัดกรองดังกล่าว หรือการดูแลเพิ่มเติมโดยเหตุผลที่ว่าเพื่อสอบถามวิธีการชำระเงินหรือสถานะการประกันของแต่ละบุคคลก่อน ทั้งนี้ ภายใต้การกำกับดูแลโดยสำนักงานการคลังสาธารณสุข (Health care Financing Administration : HCFA) บทบัญญัติในข้อนี้ กำหนดไว้แต่เพียงกว้าง ๆ ว่าแพทย์ที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยและให้การรักษาเบื้องต้นจนผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ แต่ไม่ได้มีการกำหนดรายละเอียดหรือหน้าที่อื่น ๆ ต่อเนื่องหรือครอบคลุมไปถึงการรักษาตลอดทั้งกระบวนการ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหัวใจวายจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับการรักษาโดยแพทย์ฉุกเฉิน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจจนกว่าหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันจะเปิดอีกครั้ง แต่กฎหมายดังกล่าวไม่ได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง เว้นแต่จะมีเหตุฉุกเฉินอีกครั้งก็จะเข้าเงื่อนไขของบทบัญญัตินี้ในการให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอีกครั้ง นอกจากนี้ บทบัญญัตินี้ดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมถึง

¹⁰⁷ Article 7 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947.Chapter II Rights and Duties of the People 7.

¹⁰⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”.

การป้องกันใด ๆ เพื่อชะลอหรือบรรเทาการเกิดโรคหัวใจ รวมถึงไม่ครอบคลุมการดูแลหลังเหตุฉุกเฉินใดหรือไม่กำหนดกลไกในการพยายามป้องกันไม่ให้เกิดวิกฤตตั้งแต่แรกด้วย กฎหมาย EMTALA เป็นเพียงกฎหมายที่กำหนดหน้าที่พื้นฐานให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการเมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ามารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น จึงยังอนุญาตให้แต่ละมลรัฐสามารถกำหนดขอบเขตหรือเนื้อหาของบังคับใช้กฎหมายนอกเหนือไปจากที่กำหนดไว้ในกฎหมายพื้นฐานได้ ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงความยุติธรรมในการกำหนดวิธีการใช้บทบัญญัติ และบทบัญญัติบางลักษณะอาจถูกจำกัดหรือไม่นำไปใช้ได้ตามความเหมาะสม อาทิ ในบางรัฐเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างเป็นทางการในโรงพยาบาลในฐานะ "ผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล" ผู้รับบริการจะไม่สามารถฟ้องร้องภายใต้บทบัญญัติของ EMTALA ได้อีกต่อไป เนื่องจากพวกเขาเข้ารับการรักษาและกำลังได้รับการรักษา ตัวอย่างเช่น มิชิแกนยังคงอนุญาตให้ผู้ป่วยฟ้องร้องจากการละเมิดกฎหมาย EMTALA แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างเป็นทางการในส่วน "ผู้ป่วยใน" ของโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้นก็ตาม ในขณะที่มลรัฐอื่น ๆ กำหนดให้ไม่สามารถฟ้องร้องได้ภายใต้กฎหมายดังกล่าว

ประการที่สอง กรณีหากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อยู่¹⁰⁹ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องรักษาสภาพนั้นให้คงที่เท่าที่จะสามารถทำได้หรือย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นหากเกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้ โดยการส่งต่อผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความสามารถที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งต่อผู้ป่วยจะกระทำต่อเมื่อปรากฏเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่แล้ว 2) การเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับหรือควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า 3) ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เมื่อโรงพยาบาลเอกชนได้ทำการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ก็จะไม่ถือเป็นการละเมิดหรือฝ่าฝืนบทบัญญัติดังที่ได้กำหนดไว้ในข้อ § 489.24 ว่าด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม Medicare ในข้อ (C) ว่าโทษในกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) นี้ ไม่นำมาใช้บังคับในกรณีที่โรงพยาบาลที่อยู่รับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ปฏิบัติอย่างเต็มที่แล้วและทำการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเหตุผลในเรื่องความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วย

ประการที่สาม เมื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อจะต้องให้การรักษาเท่าที่ทำได้ เพื่อให้การส่งต่อนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และจะต้องจัดหาบุคลากรและเครื่องมือที่เหมาะสมในการส่งตัวทุกครั้ง ทั้งนี้ โดยโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยจะต้องรับทราบและยินยอมรับผู้ป่วยก่อนตลอดจนการจัดหาเตียงบุคลากรในการรักษาโรคนั้น เพื่อให้พร้อมสำหรับการส่งต่อ ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่ส่งต่อมีหน้าที่ในการจัดส่งสำเนาเอกสาร การรักษาพยาบาล ชื่อและที่อยู่แพทย์ผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยด้วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นจึงสามารถดำเนินการได้ใน 2 วิธีการกล่าวคือ หากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเป็นที่แรกไม่สามารถรักษาอาการป่วยฉุกเฉินได้ไม่ว่าด้วยข้อจำกัดของ

¹⁰⁹ Article 7 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947.Chapter II Rights and Duties of the People 7.

บุคลากร หรือสิ่งอำนวยความสะดวก ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยสามารถทำหนังสือขอย้ายไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลอื่นได้ หรืออีกวิธีการหนึ่ง แพทย์ที่ให้การรักษาสสามารถระบุได้ว่าผลประโยชน์ทางการแพทย์ของการรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นมีมากกว่าความเสี่ยงของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เมื่อต้องย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น โรงพยาบาลที่จะส่งต่อจะต้องทำทุกวิถีทางเพื่อลดความเสี่ยงของการเคลื่อนย้ายและจะต้องส่งเวชระเบียนที่เกี่ยวข้องไปยังโรงพยาบาลผู้รับ โรงพยาบาลผู้รับจะต้องตกลงที่จะรับผู้ป่วยและการเคลื่อนย้ายจะต้องทำด้วยบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นด้วย

ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพที่เป็นของรัฐบาล 2 ระบบใหญ่ตามที่คุณศึกษาได้กล่าวมาแล้ว นั่นคือ Medicare ซึ่งเป็นระบบที่ครอบคลุมผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ และผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายโดยมีรัฐบาลกลางเป็นผู้บริหารจัดการหลักและ Medicaid ซึ่งเป็นระบบที่ครอบคลุมประชาชน 2 กลุ่มใหญ่ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ อาทิ หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีที่ครอบครัวมีรายได้ต่ำกว่าร้อยละ 133 ของ Federal Poverty Level เป็นต้น และบางมลรัฐอาจเพิ่มความครอบคลุมในบางกลุ่มได้อีกตามต้องการ นอกจากนี้ยังมีระบบประกันสุขภาพเสริม (Supplementary Insurance) ซึ่งครอบคลุมผู้ประกันตนที่มีฐานะยากจนโดยมี Medicaid เป็นผู้ร่วมจ่ายเงินเข้า Medicare ให้ผู้ประกันตนด้วย แต่อย่างไรก็ดี ในช่วงถัดมาประเทศสหรัฐอเมริกาพบกับปัญหาค่าใช้จ่ายสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อยๆ จึงได้มีการออกมาตรการลดค่าใช้จ่ายโดยการลดบริการในชุดสิทธิประโยชน์ลงในปีพุทธศักราช 2510 แต่ต่อมาต้องยกเลิกไปเนื่องจากศาลตัดสินว่าผิดรัฐธรรมนูญ หลังจากนั้นในปีพุทธศักราช 2515 จึงได้มีการออกมาตรการในการลดค่าใช้จ่าย โดยหนึ่งในมาตรการดังกล่าวคือการเก็บส่วนร่วมจ่าย (Copayment) สำหรับบริการผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้งแรกสำหรับผู้ประกันตนที่มีรายได้หรือทรัพย์สินพอสมควร สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกานั้นนับว่าเป็นประเทศที่ระบบประกันสุขภาพของรัฐให้สิทธิประโยชน์และคุณภาพในการรักษาค่อนข้างดีจึงมีการเรียกเก็บอัตราการร่วมจ่าย (Copayment) ที่ต่ำ และเป็นการเรียกเก็บโดยคำนึงถึงปัญหาด้านสุขภาพประกอบกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม โดยการกำหนดอัตราการร่วมจ่ายสำหรับบุคคลที่มีรายได้และทรัพย์สิน ทั้งนี้ โดยอัตราการเรียกเก็บเป็นไปตามระดับรายได้ของประชาชนเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการอันเนื่องมาจากภาระด้านค่าใช้จ่ายด้วย

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกานั้น ได้รับการพัฒนามาจากการเห็นถึงความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ ซึ่งการกำหนดค่านิยามของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นไปอย่างกว้าง ๆ และไม่มีการจำกัดลักษณะของโรคหรืออาการไว้ โดยเฉพาะ เพียงแต่หากผู้ป่วยได้รับการประเมินว่าอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ก็จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแล้ว ระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ภายใต้กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) และกฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) โดยให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้อุปสรรคการรักษา รวมทั้งไม่ให้อุปสรรคส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย โดยมีโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมดำเนินการภายใต้กฎหมายดังกล่าวและเรียกว่าเป็นโรงพยาบาลในระบบ

Medicare ที่จะได้รับเงินค่าชดเชยจากการรักษาตามระบบคิดเป็นโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ซึ่งครอบคลุมแทบทุกพื้นที่ของประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) มีหน่วยงานให้การสนับสนุนและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมายคือ Health care Financing Administration : HCFA หรือ Center for Medicare and Medicaid: CMS อันเป็นหน่วยงานที่ดูแลเรื่องการสอบสวนการละเมิดหรือฝ่าฝืนทางกฎหมายและกำหนดโทษทางปกครองแก่โรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วย¹¹⁰ โทษปรับแก่โรงพยาบาลจำนวนสูงถึง 104,826 ดอลลาร์ต่อการละเมิดและ/หรือเพิกถอน Medical status ของโรงพยาบาลนั้น นอกจากนี้ยังรวมถึงการกำหนดโทษทางปกครองแก่แพทย์ในโรงพยาบาลด้วยโดยการกำหนดโทษปรับสูงถึง 50,000 ดอลลาร์ต่อการละเมิดและหน่วยงานประเภทศาลยุติธรรม ที่ทำหน้าที่ในการวินิจฉัยในกรณีที่มีการฟ้องร้องทางแพ่งให้รับผิดชอบใช้ค่าสินไหมทดแทนอันเนื่องมาจากการละเมิดหรือฝ่าฝืนต่อ กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)

ทั้งนี้ บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)¹¹¹ นั้นได้รับการกำหนดไว้ในหลักสำคัญด้วยกัน 3 ประการ กล่าวคือ ประการที่หนึ่ง โรงพยาบาลต้องทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินและให้การรักษาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยดังกล่าวพ้นจากภาวะฉุกเฉินอย่างเต็มขีดความสามารถโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย หรือเงื่อนไขอื่นใด ประการที่สองในการพิจารณาให้มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลอื่นต้องปรากฏเงื่อนไขอย่างหนึ่งอย่างใดว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่แล้ว การเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับหรือควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า หรือผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นประสงค์จะไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น และประการที่สาม ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลอื่น แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษาในโรงพยาบาลแรกที่รับผู้ป่วยไว้จะต้องดำเนินการแจ้งการขอส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินและโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยจะต้องรับทราบและยินยอมรับผู้ป่วยก่อน ตลอดจนการประสานการจัดหาเตียงบุคลากรในการรักษาโรค จัดส่งสำเนาเอกสารการรักษาพยาบาล ชื่อและที่อยู่แพทย์ผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉินให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยด้วยและเมื่อโรงพยาบาลได้ดำเนินการตามกฎหมายแล้วจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย หากพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินมีสภาพอาการที่เปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้ภายใต้บทบัญญัติใน § 489.24 (C) และเมื่อโรงพยาบาลได้ให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแล้วจะได้รับค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลคืนผ่านระบบ Medicare โดยแหล่งรายได้ของรัฐสำหรับการให้บริการด้านสาธารณสุขที่นำมาจ่ายคืนนั้น นอกจากแหล่งรายได้หลักจากการจัดเก็บภาษีจากประชาชนแล้ว ยังมีการออกมาตรการให้ผู้มีรายได้และทรัพย์สินมีส่วนในการร่วมจ่ายค่าบริการเฉพาะต่าง ๆ โดยกำหนดอัตราการร่วมจ่ายตามระดับรายได้และทรัพย์สินด้วย ทั้งนี้

¹¹⁰ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA).

¹¹¹ Article 7 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947.Chapter II Rights and Duties of the People 7.

เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านการให้บริการสาธารณสุข ทั้งยังเป็นการลดการใช้บริการสาธารณสุขที่ไม่จำเป็นอีกด้วย ซึ่งในแต่ละมลรัฐก็จะมีรูปแบบการจ่ายคืนที่แตกต่างกันออกไปสำหรับผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอาจมีรูปแบบการจ่ายตามอัตราต่าง ๆ อาทิ การจ่ายตามอัตราเฉพาะ (Specific Rate) จ่ายตามอัตราโรงพยาบาลกลุ่มเดียวกัน (Peer group or statewide rate) จ่ายตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups) และสำหรับผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อาทิ การจ่ายตามต้นทุนของแต่ละโรงพยาบาล (Cost or percentage of cost of specific hospital) หรือจ่ายตามอัตราที่กำหนดล่วงหน้า (Fee schedule) โดยอัตราต่าง ๆ ที่กำหนดนั้นมักคำนวณมาจากต้นทุนต่อหน่วยบริการที่จ่ายสำหรับผู้ป่วยหนึ่งคนโดยประกอบไปด้วยค่ายา ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์ เงินเดือนต่อชั่วโมงที่จ่ายให้แพทย์พยาบาล และผู้ให้บริการในเครือข่ายต่าง ๆ ค่าใช้จ่ายต่อชั่วโมงหรือต่อวันของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หรือห้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตตลอดจนเวลานอนของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอัตราดังกล่าวนี้ต่ำกว่าอัตราที่โรงพยาบาลเอกชนได้จ่ายตามจริงต่อการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินหนึ่งราย โดยอัตราค่าชดเชยค่าบริการอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 - 60 ของค่าบริการที่เรียกเก็บ

โดยมีงานวิจัยจากนักวิจัยในมหาวิทยาลัยเยล ซึ่งศึกษาความรุนแรงของผลกระทบจากโรคระบาดในสหรัฐอเมริกาต่อกลุ่มประชากรที่ไม่มีประกันสุขภาพ ชี้ว่าหากสหรัฐอเมริกามีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะสามารถช่วยชีวิตประชาชนจากโรคโควิดได้หลายแสนคน ทีมนักวิจัยเปรียบเทียบความเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคโควิดและโรคอื่นๆ ระหว่างที่มีและไม่มีประกันสุขภาพ พบว่า 131,438 คน อาจไม่ต้องเสียชีวิตจากโรคโควิดในปี 2563 และอีกกว่า 2 แสนคน อาจไม่ต้องเผชิญสุขภาพเดียวกันในปี 2564 ในภาพรวมหากชาวอเมริกันเข้าถึงประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะสามารถช่วยชีวิตประชาชนได้ประมาณกว่า 338,000 คน ในระหว่างปี 2563 ถึง มีนาคม 2565 นอกจากนี้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะช่วยให้สหรัฐฯ ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากโรคโควิดมากถึง 3.7 ล้านล้าน/ปี และสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั่วไปได้มากถึง 15.3 ล้านล้านบาท/ปี การลดค่าใช้จ่ายนี้หลัก ๆ มาจากการเพิ่มเม็ดเงินและประสิทธิภาพการจัดการโรคที่ป้องกันได้ การลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านการจัดการ และเพิ่มอำนาจต่อรองราคาและเวชภัณฑ์กับบริษัทเอกชน โดยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพควรมีผู้จ่ายเพียงคนเดียวหรือมีองค์กรทำหน้าที่ประกันสุขภาพให้กับประชากร เช่นในกรณีของประเทศไทยที่มีสำนักงานหลักประกันสุขภาพ หรือ สปสช. ทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการจากสถานพยาบาลนอกจากจะทำให้เกิดการเข้าถึงประกันสุขภาพอย่างทั่วถึงแล้ว ยังเพิ่มอำนาจต่อรองให้กับผู้ป่วยในการเรียกร้องบริการที่มีคุณภาพอีกด้วย “การปฏิรูประบบสุขภาพในสหรัฐอเมริกาใช้เวลานานเกินไป ในระหว่างนั้น ชาวอเมริกันต้องสูญเสียทั้งชีวิตและต้นทุนทางเศรษฐกิจ” Alison Galvani ผู้อำนวยการศูนย์วิเคราะห์และสร้างแบบจำลองด้านโรคติดเชื้อ มหาวิทยาลัยเยล กล่าวว่า “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะสร้างการเปลี่ยนแปลงให้ระบบสุขภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยชีวิตผู้คนได้มหาศาล และยังคงช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจอีกด้วย” ชาวอเมริกันที่ไม่มีประกันสุขภาพมักจะเข้าไม่ถึงแพทย์ปฐมภูมิ และเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน และโรคหัวใจ ทั้งยังต้องรอเข้าคิวพบแพทย์นานกว่าคนที่ไม่มีประกันสุขภาพ จึงทำให้สหรัฐอเมริกามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้

ค่อนข้างสูง ผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่าสองชนิด ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดการแทรกซ้อน และเกิดการส่งผ่านเชื้อสู่ผู้อื่น หากผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ ซึ่งก่อนที่จะเกิดโรคระบาดโควิด ชาวอเมริกันมากกว่า 28 ล้านคนไม่มีประกันสุขภาพ สถานการณ์ย่ำแย่ลงในช่วงระบาด ซึ่งผู้ไม่มีประกันเพิ่มขึ้นมาอีก 9 ล้านคน เพราะถูกจ้างตงงานและไม่มีประกันสุขภาพจากนายจ้าง Galvani เห็นว่าระบบสุขภาพของสหรัฐฯ ที่ผูกประกันสุขภาพไว้กับการว่าจ้างงาน ทำให้ลูกจ้างเสี่ยงขาดประกันโดยเฉพาะในสภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ จากงานวิจัยของ Galvani กล่าวว่า “งานวิจัยนี้ชี้ชัดว่าระบบหลักประกันสุขภาพที่มีผู้จ่ายรายเดียว คือความจำเป็นทางความรับผิดชอบและศีลธรรมที่สหรัฐฯ ต้องมี” งานวิจัยของ Galvani และทีมได้รับการตอบรับในเชิงบวก จากวงนักวิชาการ รวมทั้งจาก Robert Reich ศาสตราจารย์ด้านนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียเบิร์กลีย์ ซึ่งให้ความเห็นว่างานวิจัยน่าเชื่อถือ และใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสม Ann Keller ผู้ช่วยศาสตราจารย์ด้านนโยบายและการจัดการสุขภาพ มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียเบิร์กลีย์ เชื่อว่าการคาดการณ์จำนวนผู้เสียชีวิตที่หลีกเลี่ยงได้อาจสูงกว่าที่งานวิจัยเสนอ เพราะงานวิจัยไม่ได้วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง “การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถป้องกันโรคเรื้อรัง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงเสียชีวิต หากงานวิจัยรวมกลุ่มผู้ป่วยนี้เข้าไปด้วย จำนวนคนที่หลีกเลี่ยงการเสียชีวิตได้จะสูงขึ้นอีก Keller กล่าว

บทที่ 4

วิเคราะห์เกณฑ์การจำกัดสิทธิการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต

เป็นที่ทราบกันดีว่าสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขนั้น เป็นสิทธิพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ โดยการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นสิทธิมูลฐานของปัจเจกชนในการได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที่ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยจนกว่าจะพ้นจากภาวะอันตราย โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีความสำคัญในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะอันตรายหรือการสูญเสียต่อชีวิตหรือร่างกายนั้น คือ การคุ้มครองหรือป้องกันสิทธิให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้อย่างทันท่วงที่ต่อสภาวะความเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตนั้น โดยผู้ป่วยควรได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งในปัจจุบันนั้น สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงที่ต่อภาวะฉุกเฉิน คือ การที่โรงพยาบาลปฏิเสธการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยโดยให้มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น อันเนื่องมาจากผู้ป่วยไม่มีความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือผู้ป่วยมิได้ขึ้นทะเบียนตามสิทธิระบบประกันสุขภาพ ณ สถานพยาบาลแห่งนั้น ด้วยปัญหาที่กล่าวมานี้ เป็นเหตุให้มีการกำหนดนโยบายภาครัฐในการช่วยเหลือประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น

4.1 วิเคราะห์แนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองหรือการจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายภาครัฐของประเทศไทย

4.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO)

ในการให้การรักษายาบาลหรือการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบการรักษายาบาลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความสูญเสียจากอุบัติเหตุและความเจ็บป่วยเฉียบพลันต่างๆ โดยมุ่งเน้นต่อการให้บริการทางการแพทย์ที่รวดเร็ว ตอบสนองอย่างทันท่วงที่ต่อการบาดเจ็บหรือภาวะ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการลงได้¹¹² การกำหนดแนวนโยบาย มาตรฐาน และหลักเกณฑ์ในระบบการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินให้สามารถเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ได้อย่างทันท่วงทีจึงเป็นหน้าที่ ที่รัฐต้องจัดให้ปัจเจกชนทุกคน เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขของประชาชน เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงสิทธิหรือการบริการรักษาพยาบาลได้อย่างเท่าเทียมและทันเวลา ตลอดจนได้รับความคุ้มครองจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะคุกคามต่อชีวิตนั้น ดังนั้นหัวใจสำคัญและปัญหาหลักของระบบการแพทย์ฉุกเฉินคือ จะทำอย่างไรให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้ารับการรักษาการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการของประชาชนได้ และเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) เป็นนโยบายแรกที่รัฐมุ่งลดความแตกต่างของระบบประกันสุขภาพให้มีชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานและระบบมาตรฐานการบริการและระบบชดเชยเดียวกันใน “ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน”¹¹³ เป็นบันไดขั้นแรกในการไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ รวมตลอดทั้งยกระดับคุณภาพบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่าย ซึ่งภาครัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ตามอัตราที่กำหนด หรือที่เรียกกันว่า “การจ่ายชดเชย” ทั้งนี้ เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนด โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)¹¹⁴ คือ “บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันอาจจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา” และฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)¹¹⁵ คือ “บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว” ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ในข้อ 4 ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาระบบขออนุมัติสิทธิ (Pre-Authorize) เป็นโปรแกรมสำหรับการประเมินอาการฉุกเฉินและให้การรักษาโดยเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากกองทุนต่างๆ โดยมีวิธีการคัดแยก ประกอบไปด้วย 1) ความจำเป็นต้องได้รับมาตรฐานการกู้ชีพ 2) ระดับการรู้สติเปลี่ยนแปลง ไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้น 3) ระบบหายใจวิกฤต 4) ระบบไหลเวียนเลือดวิกฤต 5) บอกรเวลา สถานที่ หรือ

¹¹² สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต:ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564) 115-116.

¹¹³ พงษ์พิศุทธิ์ จงอุดมสุข, ‘1 ปี รักษาฉุกเฉินมาตรฐานเดียว’ (พฤษภาคม 2556) 2 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

¹¹⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551.

¹¹⁵ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ในข้อ 4.

บุคคลที่คุ้นเคยผิดเพี้ยนเฉียบพลัน หรือ 6) เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง กล่าวคือ สัญญาณชีพรอยู่ในภาวะอันตราย จากกลุ่มอาการเบื้องต้น 25 กลุ่มอาการ อาทิ ปวดท้อง สัตว์กัด หายใจลำบาก ปวดศีรษะ ชัก ถูกทำร้าย แผลไหม้ หรือลวก ถูกความร้อน อุบัติเหตุยานยนต์ หมดสติ ซึ่งการประเมินผู้ป่วยในระบบของอนุมัติสิทธินั้น แพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ป่วยจะเป็นผู้กรอกรายละเอียดอาการเจ็บป่วยลงในระบบดังกล่าว แล้วระบบดังกล่าวจะทำการประเมินผลระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยเพื่อทำการรักษาต่อไป¹¹⁶ โดยประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการดูแลรักษาจนกว่าอาการจะทุเลาและกลับบ้านได้หรือพ้นภาวะฉุกเฉิน แล้วให้ส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน

พิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า นโยบายภาครัฐในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) มีหลักแนวคิดเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) และผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งจะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาตลอดจนสิ้นสุดการรักษาหรือจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันอาการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วย ลดอัตราการเสียชีวิตหรือร่างกายของประชาชน

4.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP)

รัฐบาลได้ประกาศใช้ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2560 โดยมีการปรับแก้ไขพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 โดยออกเป็นพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 พร้อมทั้งรัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 ฉบับ ได้แก่ (1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 (2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 และ (3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560

โดยนโยบายดังกล่าวจะให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ว่าด้วยการกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ข้อ 1¹¹⁷ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่า

¹¹⁶ สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต:ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ (วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564) 78-79.

¹¹⁷ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 1 “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”.

ด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน” ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1)¹¹⁸ “ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว” รวมตลอดทั้งอาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ ดังนี้ (1) หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ (2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง (3) เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง (4) ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม (5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัดแบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด และ (6) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบสมอง ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

ทั้งนี้ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 ข้อ 4¹¹⁹ “สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย” ข้อ 5 “สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้” และข้อ 11¹²⁰ “ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไป” เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะวิกฤต แล้วให้ส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน อันถือเป็นการจำกัดระยะเวลาไว้ภายใน 72 ชั่วโมงหรือให้ความคุ้มครองจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤต

พิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่า นโยบายภาครัฐในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) มีหลักแนวคิดเพื่อคุ้มครองเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้สามารถเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งจะได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาตลอดภายใน 72 ชั่วโมง หรือจนพ้นภาวะวิกฤตโดยหากพิจารณามาตรการในการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวนี้เป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่เจ็บป่วย

¹¹⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 หมวด 1 ข้อ 5 (1).

¹¹⁹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4.

¹²⁰ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 11.

ฉุกเฉินเป็นอย่างมากในการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันที่ต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยหรือภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิตหรือร่างกาย แต่ทั้งนี้สำหรับหลักเกณฑ์ เงื่อนไขในการปฏิบัติเมื่อครบ 72 ชั่วโมง ผู้ศึกษาเห็นว่าหลักเกณฑ์ดังกล่าวกลับเป็นปัญหาข้อโต้แย้งในทางปฏิบัติของผู้ป่วยบางราย

4.2 วิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

4.2.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อของประเทศไทย

ตามที่คุณศึกษาได้กล่าวมาในบทวิเคราะห์ก่อนหน้านี้แล้วว่าในการดำเนินงานตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP นั้นมีหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 11 ที่จำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยไว้เพียง 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤตเท่านั้น โดยหากพิจารณาจากกฎหมายในประเทศไทยที่กำหนดหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อนั้น จะเห็นได้ว่ามีหลักกฎหมายและหลักแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่เป็นแนวบรรทัดฐานในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ดังนี้

1. ตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 รับรองสิทธิและคุ้มครองสิทธิในการรับบริการสาธารณสุข ตามมาตรา 47 บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย”¹²¹ ทั้งนี้กำหนดหน้าที่ของรัฐในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงให้แก่ประชาชนตามมาตรา 55 บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด”¹²² และกำหนดให้รัฐมีการจัดระบบสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชาชนตามมาตรา 56 บัญญัติว่า “รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน”¹²³

2. ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 (2)¹²⁴ “เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

¹²¹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 47.

¹²² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 55.

¹²³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 มาตรา 56.

¹²⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2).

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น”

3.พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 กำหนดหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลต้องให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 36 ดังนี้
มาตรา 36¹²⁵ “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้น

เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม”

4. หลักคำพิพากษาของศาล กำหนดหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวคำพิพากษาศาลอุทธรณ์ที่ 13826/2555 เป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินมิให้ทำการเคลื่อนย้ายหรือถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โดยศาลพิจารณาแล้วเห็นว่า โจทก์เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องรีบให้การรักษาโดยเร่งด่วนและการที่เพื่อนบ้านส่งตัวโจทก์ไปรักษาที่โรงพยาบาลนทเวชอันถือเป็นโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดนั้นชอบแล้ว เพราะหากส่งไปยังโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าตามบัตรรับรองสิทธิประกันสังคมของโจทก์อาจทำให้โจทก์ได้รับการรักษาที่ล่าช้าและอาจส่งผลอันตรายแก่ชีวิตหรือร่างกายของโจทก์ได้ และการที่แพทย์ลงความเห็นว่าสมควรเข้ารับการรักษาที่แต่แพทย์ไม่ได้ทำการผ่าตัดในขณะที่นั้นทันทีเพราะต้องเตรียมการจึงต้องผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น เช่นนี้ ระยะเวลาเตรียมการผ่าตัดย่อมอยู่ในเวลาที่ต่อเนื่องกับความฉุกเฉิน การที่โจทก์ซึ่งป่วยหนักหรือมีภาวะฉุกเฉินเช่นนี้ย่อมไม่อาจที่จะเปลี่ยนเป็นเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าซึ่งเป็นโรงพยาบาลตามสิทธิได้ กล่าวคือ ศาลเห็นว่าโจทก์ที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ย่อมไม่สามารถทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิได้ ถือเป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่มีอาการฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยให้ไม่ถูกส่งต่อในขณะที่ยังมีภาวะอันตรายอยู่ ประกอบกับแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15078/2555 ที่ศาลเห็นว่า โจทก์มีอาการแน่นหน้าอกอย่างรุนแรงและมีลักษณะรุนแรงอันอาจอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องได้รับบริการทางการแพทย์ถือเป็นกรณีฉุกเฉินที่ไม่สามารถรับการรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิ โดยระยะเวลานับแต่วันที่ 2-4 กันยายน 2546 อันเป็นระยะเวลาที่โจทก์รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลพญาไท ถือเป็นระยะเวลาที่ต้องได้รับความคุ้มครองตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตราย และแนวคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8550/2560 เป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นได้หากการส่งต่อนั้นเป็นประโยชน์ในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วยเอง โดยฎีกานี้ ศาลพิจารณาแล้วเห็นว่าอาการเจ็บป่วยของโจทก์ที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลันลักษณะรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้อง

¹²⁵ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 36.

ได้รับการรักษาพยาบาลด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ถือได้ว่าโจทก์มีเหตุผลสมควรที่ไม่สามารถรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลตามสิทธิได้ และต้องไปรับบริการทางการแพทย์จากสถานพยาบาลอื่น การที่แพทย์โรงพยาบาล ร.ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาต่อยังโรงพยาบาล ส.เนื่องจากสถานพยาบาลตามสิทธิไม่มีศักยภาพ ถือเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จากแนวคำพิพากษานี้จึงเห็นได้ว่า การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลแห่งอื่นได้นั้น จะกระทำได้อต่อเมื่อเห็นว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นมีศักยภาพหรือความสามารถในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วยนั้น

จากการศึกษาหลักคำพิพากษาการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการรักษาหรือได้รับความคุ้มครองตลอดเวลาที่มีภาวะฉุกเฉินก่อนที่จะมีการเคลื่อนย้ายหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น หรือหากต้องมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นจะกระทำได้อต่อเมื่อเห็นว่า การส่งต่อนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วยเอง อันถือเป็นหลักในการป้องกันสิทธิของผู้ป่วยมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังมีภาวะอันตรายที่อาจส่งผลต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหลักคำพิพากษาศาลฎีกาเป็นไปตามหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่บัญญัติไว้ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2) และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มาตรา 36

ทั้งนี้หากพิจารณาคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย คำนิยามของ “การส่งต่อ (Refer out)”¹²⁶ หมายถึง “การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่น (เนื่องจากเกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่นๆที่จำเป็น) ซึ่งสามารถให้บริการที่เหมาะสมกว่าเพื่อรักษาชั้นสูตรวินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือวินิจฉัยที่ทันสมัย ซึ่งอาจจะเป็นสถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า” โดยหากพิจารณาตามบทนิยามแล้ว จะเห็นได้ว่าหลักเกณฑ์ในการส่งต่อจะกระทำเมื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นไม่มีศักยภาพในการรักษาตามอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเพราะข้อจำกัดใดๆก็ตาม จึงต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่นที่เหมาะสมและมีศักยภาพที่จะสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ อันถือเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยนั้น

สรุป เมื่อพิจารณาตามกฎหมายและแนวคำพิพากษาของศาลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (รวมตลอดทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต)ต้องได้รับความคุ้มครองตลอดการรักษาจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตรายที่คุกคามต่อชีวิต โดยหากจะทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อจะต้องปรากฏถึงความจำเป็นในการที่ต้องส่งต่อ อาทิ เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง หรือตามสภาพของโรงพยาบาลไม่สามารถให้การรักษาอาการของผู้ป่วยได้จึงจำเป็นต้องส่งไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยมากกว่า เพื่อเป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง แต่หากพิจารณาตามหลักเกณฑ์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

¹²⁶ คณะกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางการส่งต่อ (เชิงอรธ 16).

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 11 ซึ่งเป็นหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP แล้วนั้น จะให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินวิกฤตหรือเพียง 72 ชั่วโมงเท่านั้น มิได้ครอบคลุมตลอดจนกว่าผู้ป่วยจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน อันเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับความคุ้มครอง

4.2.2 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อของประเทศสหรัฐอเมริกา

จากผลการศึกษาสิทธิด้านสาธารณสุขของประเทศสหรัฐอเมริกาจะไม่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแบบสากล (Universal Health Coverage) ทำให้ประชาชนบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงสิทธิในการรับบริการด้านสาธารณสุขได้ โดยพบว่าที่ผ่านมาชาวสหรัฐฯ มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าประเทศอื่น แต่กลับมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคที่สามารถป้องกันได้ และต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงกว่านั้นเป็นเพราะรูปแบบระบบประกันสุขภาพของสหรัฐอเมริกาที่ยังพึ่งพิงกับบริษัทประกันสุขภาพเอกชนโดยรัฐบาลลดบทบาทตัวเองเป็นเพียงผู้กำกับตลาดประกันสุขภาพเท่านั้น ส่งผลให้ที่ผ่านมามีอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิดของสหรัฐฯ จึงสูงเมื่อเทียบกับประเทศรายได้สูงอื่น ๆ นั้นหมายถึง หากประชาชนไม่มีความสามารถในการจ่ายค่าประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชนก็อาจไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อติดโรคหรือเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา ทั้งนี้แม้ว่าประเทศสหรัฐอเมริกาจะปฏิเสธระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่สำหรับกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลับสามารถคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่จนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน โดยไม่มีเงื่อนไขระยะเวลาเกี่ยวข้อง

โดยหากพิจารณาตามหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศสหรัฐอเมริกาตามกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)¹²⁷ กำหนดให้โรงพยาบาลต้องทำการคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาที่ห้องฉุกเฉิน และหากผู้ป่วยรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อน จึงจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป EMTALA มีเนื้อหาที่สำคัญที่คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินให้แพทย์และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต้องทำการตรวจคัดกรอง (Medical Screening exam) ตรวจรักษาเบื้องต้นเพื่อให้พ้นภาวะอันตราย (Stabilization) โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยโรงพยาบาลจะต้องจัดให้มีการตรวจคัดกรองทางการแพทย์ที่เหมาะสมตามความสามารถของแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล รวมถึงจัดให้มีบริการเสริมที่จำเป็นเพื่อการตรวจสอบว่ามีภาวะทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ และกรณีหากผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์อยู่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องรักษาสภาพนั้นให้คงที่เท่าที่จะสามารถทำได้หรือย้ายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นหากเกินขีดความสามารถของ

¹²⁷ Article 7 ; Constitution of the Republic of China (Taiwan) .1947. Chapter II Rights and Duties of the People 7.

โรงพยาบาลหรือผู้ป่วยจำเป็นต้องรับบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้ โดยการส่งต่อผู้ป่วยต้องกระทำด้วยความสามารถที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งต่อผู้ป่วยจะกระทำได้อีกเมื่อปรากฏเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่แล้ว 2) การเจ็บป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับหรือควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า 3) ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เมื่อโรงพยาบาลเอกชนได้ทำการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ก็จะไม่ถือเป็นการละเมิดหรือฝ่าฝืนบทบัญญัติที่ได้กำหนดไว้ในข้อ § 489.24 ว่าด้วยหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วม Medicare ในข้อ (C) ว่าโทษในกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) นี้ ไม่นำมาใช้บังคับในกรณีที่โรงพยาบาลที่อยู่รับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ปฏิบัติอย่างเต็มที่แล้วและทำการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเหตุผลในเรื่องความสามารถในการจ่ายเงินของผู้ป่วย และเมื่อส่งต่อผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อจะต้องให้การรักษาเท่าที่ทำได้ เพื่อให้การส่งต่อนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และจะต้องจัดหาบุคลากรและเครื่องมือที่เหมาะสมในการส่งตัวทุกครั้ง

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น ได้รับการพัฒนามาจากการเห็นถึงความสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ ซึ่งการกำหนดค่านิยามของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นไปอย่างกว้าง ๆ และไม่มีกำกวมลักษณะของโรคหรืออาการไว้ โดยเฉพาะ เพียงแต่หากผู้ป่วยได้รับการประเมินว่าอยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ก็จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแล้ว ระบบการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ภายใต้กฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) และกฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) โดยให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

4.2.3 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนให้มีการส่งต่อของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน)

จากผลการศึกษาลิขิตด้านสาธารณสุข ระบบประกันสุขภาพของไต้หวัน ยึดหลักการ คือ ให้พลเมืองทุกคนของไต้หวันได้รับบริการที่ดีทัดเทียมกันอย่างทั่วถึง สามารถรักษาได้ทุกโรค โดยให้สถานพยาบาลมีการแข่งขันกัน และที่สำคัญคือ ให้คนไข้มีสิทธิเลือกเข้ารับบริการจากที่ใดก็ได้ โดยผ่านสภาผู้แทนราษฎรออกมาเป็นพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ 2538 มีอำนาจบังคับใช้ทั่วประเทศ และเป็นหลักประกันความมั่นคงยืนยาวของระบบ เพราะมีกฎหมายรับรอง¹²⁸ ภายใต้การดูแลของสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติ (The Bureau of National Health Insurance หรือ BNHI) เป็นศูนย์กลางของการจัดการระบบสุขภาพ โดยมีรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในการได้รับการรักษาทางการแพทย์ในกรณีฉุกเฉิน กรณีหากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยจะต้อง

¹²⁸ โปสต์ทูเดย์, 'ระบบประกันสุขภาพในไต้หวัน' (โปสต์ทูเดย์, 30 สิงหาคม 2553)

<<https://www.posttoday.com/politics/42373>> สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2567.

ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือองค์กรทางการแพทย์ใกล้เคียงที่เหมาะสม¹²⁹ โดยตามพระราชบัญญัติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) โรงพยาบาลและคลินิกจะต้องจัดให้มีการรักษาฉุกเฉินที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินก่อน และเสนอการเยียวยาหรือดำเนินมาตรการที่จำเป็นตามความสามารถของบุคลากรและสิ่งอำนวยความสะดวก และจะต้องไม่ล่าช้าโดยไม่มีสาเหตุอันสมควร ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยหรือปานกลาง หรือพบว่าประสบอุบัติเหตุบนท้องถนน และไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ ให้หน่วยงานบริหารสังคมที่รับผิดชอบระดับเทศบาลหรือเขต (เมือง) จะต้องให้เงินอุดหนุนตามกฎหมาย¹³⁰

โดยหากพิจารณาตามหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) โดยหลักเกณฑ์การปฏิบัติงานถูกกำหนดภายใต้กฎหมายตามรัฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) ดำเนินการโดยมีสำนักบริหารนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIA) ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ Ministry of Health and Welfare มีทั้งโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน ต้องให้การรักษาผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพดังกล่าว เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย โดยตามรัฐบัญญัติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) ข้อที่ 60 กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นโรงพยาบาลที่รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งใดที่จะได้รับการแต่งตั้งให้รับผิดชอบในกรณีฉุกเฉิน (ตามโรงพยาบาลในประเทศไทยคือการจัดให้มีหน่วยบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินหรือห้องฉุกเฉิน (Accident & Emergency Department)) จะพิจารณาจากสิ่งอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉินและความเชี่ยวชาญที่มีอยู่ในโรงพยาบาลภายใต้เขตอำนาจศาลแต่ละแห่ง¹³¹ ต้องรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเร็วที่สุด โดยไม่มีเหตุในการปฏิเสธการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินก่อนที่จะมีการส่งต่อ และหากผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นเป็นผู้มีรายได้น้อยหรือปานกลางหรือเป็นผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนและไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ให้หน่วยงานบริหารสังคมเป็นผู้รับผิดชอบอันเป็นนโยบายของรัฐในการให้การรักษาพยาบาลฟรีแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยหากโรงพยาบาลไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดมีโทษทางอาญาปรับไม่น้อยกว่า NT\$10,000 แต่ไม่เกิน NT\$50,000¹³²

เมื่อพิจารณาตามสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข ที่หมายถึง การที่บุคคลมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน ทั้งถึงและมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นมีความสามารถที่จะรับภาระค่าบริการได้หรือไม่ ก็พร้อมที่จะให้ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีนั้น จะเห็นว่าวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหลักของการกำหนดสิทธิดังกล่าวขึ้นก็เพื่อเป็นการคุ้มครองชีวิตของประชาชนทุก

¹²⁹ Article 5; Regulation for Emergency Medical Services. Article 5.

¹³⁰ Article.60. Medical Care. Article.60

¹³¹ Article 37. Emergency Medical Service Act. Chapter Six Hospital Emergency Medical Services.

¹³² Article 102 . Medical Care Act. Chapter IX Penal Provisions.

คนให้อยู่รอดปลอดภัย ดังนั้นในการเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจึงถือเป็นการคุ้มครองที่สำคัญในอันดับแรกในการช่วยชีวิตให้อยู่รอด การดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง ทัศนเวลา และมีมาตรฐาน จึงเป็นความจำเป็นในการพัฒนาให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขที่ประชาชนทุกคนควรได้รับ และหากพิจารณาสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มิได้กำหนดสิทธิในรัฐธรรมนูญไว้ (เพราะมองว่าการรักษาพยาบาลไม่ใช่สิทธิแต่เป็นสินค้าบริการซึ่งประชาชนเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อ) แต่ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ได้มีกฎหมายกำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์ ให้โรงพยาบาลทำการรักษาที่ได้มาตรฐาน โดยต้องให้การรักษาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉินอย่างเต็มขีดความสามารถหรือมีภาวะคงที่ก่อนที่จะมีการส่งต่อ เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

ทั้งนี้ หากพิจารณาสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) พบว่า สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขนั้นแม้จะมีประชากรน้อยกว่าประเทศไทยหรือประเทศอื่น ๆ และประเทศที่มีรายได้ไม่สูงมากนัก แต่ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) กำหนดให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขฟรีดังเช่นในประเทศไทย ซึ่งค่าใช้จ่ายนั้นจะจากงบประมาณของรัฐ ทั้งนี้ ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น มีกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขให้โรงพยาบาลที่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพอื่นเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของไต้หวันนั้นจะเหมือนของในประเทศไทยคือเป็นการให้บริการฟรี แต่ทั้งนี้ไต้หวันมิได้จำกัดระยะเวลาในการคุ้มครองรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินไว้เหมือนอย่างของประเทศไทย ที่จำกัดสิทธิในการให้การรักษายาบาลของโรงพยาบาลแรกรับรักษาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไว้จนพ้นภาวะวิกฤตหรือภายใน 72 ชั่วโมงเท่านั้น (สิทธิ UCEP) ซึ่งจะเห็นได้ว่าไต้หวันให้ความสำคัญต่อการป้องกันสิทธิของผู้ป่วยไม่ให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย โดยหากโรงพยาบาลใดในไต้หวันที่รับผิดชอบกรณีฉุกเฉินฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามก็จะต้องได้รับโทษตามรัฐธรรมนูญติการรักษาพยาบาล (Medical Care Act) กำหนดไว้ ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ไต้หวันมีความเป็นเลิศในระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดเป็นอันดับต้นๆของโลก โดยเว็บไซต์ ceoworld.biz รายงานการสำรวจ Countries With The Best Health Care Systems, 2021¹³³ ประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดในโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ เกาหลีใต้ ไต้หวัน เดนมาร์ก ออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ส่วนประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 13 และประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในอันดับที่ 30

¹³³ ปหริตี บุญชื้อ, 'ความเป็นเลิศที่ทำให้ไต้หวันติดอันดับ 2 ของชาติที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดในโลกในปี 2021' (Thaipublica, 14 มีนาคม 2565) <<https://thaipublica.org/2022/03/pridi294/>> สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2567.

สรุป ประเทศไทยควรนำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ในการกำหนดนโยบายการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของได้วันมาเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายภาครัฐที่มีอยู่ เพื่อช่วยชีวิตประชาชนที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน นั่นคือ การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือพ้นจากภาวะอันตราย

4.3 การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP)

4.3.1 หลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ในการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน พ.ศ.2560 และ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือ เยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น พ.ศ.2560 ส่งผลให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทัน่วงที่ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย เป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วย อันถือเป็นการได้รับความคุ้มครองตามสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข

4.3.2 หลักเกณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

อย่างไรก็ดี แม้การดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP จะส่งผลประโยชน์ต่อประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทัน่วงที่ ต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต แต่ด้วยหลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 11 อันเป็นหลักเกณฑ์การปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาครบ 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต

โดยมีหลักเกณฑ์ที่ว่า โรงพยาบาลแห่งแรกที่ได้รับรักษาหรือให้บริการประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ได้รับการประเมินว่า “เข้าเกณฑ์” ฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)) จะต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตแต่ทั้งนี้มีการจำกัดระยะเวลาในการรักษาภายใน 72 ชั่วโมงเท่านั้น แล้วให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนไว้ (สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) หรือสิทธิประกันสังคมหรือสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ) หากพิจารณาหลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว พบว่า โรงพยาบาลที่แรกได้รับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจะสามารถทำการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิต้นสังกัดได้ต่อเมื่อ

กรณีที่ (1) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว หรือ

กรณีที่ (2) ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยครบ 72 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่รับรักษาผู้ป่วย (เวลาที่ทำการประเมิน (PA) ผู้ป่วยแล้วปรากฏผลการประเมิน “เข้าเกณฑ์” เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)ที่ได้รับสิทธิ ตามนโยบาย UCEP)

ดังนั้นหากเกิดข้อเท็จจริงปรากฏว่า กรณีที่ (1) โรงพยาบาลให้การรักษาผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตโดยผู้ป่วยถูกประเมินว่า “พ้นภาวะวิกฤต” ตามผลการประเมินของแพทย์ผู้รักษาแล้ว ประกาศดังกล่าวกำหนดหรือบังคับให้โรงพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตามสิทธิต้นสังกัดได้อันถือเป็นจุดตัดของการได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามนโยบาย หากผู้ป่วยปฏิเสธการส่งต่อต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง ดังนั้นหากกรณีดังกล่าวผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะอันตรายที่หากมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายได้ หรือ

ในกรณีที่ (2) แม้ว่าโรงพยาบาลจะให้การรักษาผู้ป่วยครบ 72 ชั่วโมง ที่ประกาศดังกล่าวกำหนดหรือบังคับให้โรงพยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลตามสิทธิได้ โดยหลักทางการแพทย์แล้วระยะเวลาในการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยน่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินวิกฤตแล้ว แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นด้วยภาวะอาการของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลย่อมแตกต่างกันออกไป เกณฑ์ 72 ชั่วโมงดังกล่าวจึงไม่อาจนำมาเป็นเกณฑ์ที่สามารถใช้กับผู้ป่วยทุกรายได้ หากกรณีที่ให้การรักษาผู้ป่วยครบ 72 ชั่วโมงแล้ว แต่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินวิกฤตอยู่หรือแม้จะพ้นจากภาวะฉุกเฉินวิกฤตแล้วแต่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตรายที่หากมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอาจได้รับผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายเช่นเดียวกับกรณีที่แรก อันเนื่องมาจากประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้นกำหนดคุ้มครองหรือให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤตเท่านั้น มิได้ครอบคลุมตลอดจนถึงภาวะฉุกเฉินด้วยเป็นปัญหาที่ว่า ภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายในการได้รับการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อได้

หากพิจารณาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองดังกล่าวเป็นการบังคับให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องย้ายไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลตามสิทธิ ซึ่งผู้ศึกษาเห็นว่า การเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องได้รับการรับรองโดยแพทย์ว่าผู้ป่วยมีภาวะคงที่อันสามารถทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อได้แล้ว เงื่อนไขในการทำการส่งผู้ป่วยรักษายังสถานพยาบาลอื่นนั้น ควรเป็นการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเอง อาทิ โรงพยาบาลแห่งนั้นมีศักยภาพในการให้การรักษาผู้ป่วยสูงกว่า เพื่อเป็นการป้องกันชีวิตและร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้นเงื่อนไขที่ให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพ โดยการจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤตนั้น ก่อให้เกิดปัญหาข้อโต้แย้งทางปฏิบัติในผู้ป่วยบางราย ที่ได้รับผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับความคุ้มครอง โดยมาตรการหรือหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่กำหนดขึ้นดังกล่าวนี้ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นเพียงกลไกเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการกองทุนเท่านั้น โดยหากพิจารณาจากผลการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ตลอด 7 ปีที่ผ่านมา พบว่า

ปัญหาของการร้องเรียนอีกปัญหาหนึ่งคือ ผู้ป่วยถูกประเมินว่า “เข้าเกณฑ์” แต่ถูกเรียกเก็บเงิน ซึ่งตามรายงานปัญหาดังกล่าวจากสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพผู้รับเรื่องร้องเรียนพบว่า ปัญหาของการร้องเรียนดังกล่าว เกิดจากเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เปิดช่องให้โรงพยาบาล แรกรับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะวิกฤตหรือภายใน 72 ชั่วโมง อันเป็นเกณฑ์ที่เป็นจุดตัดของการให้สิทธิแก่ประชาชน เป็นเหตุให้โรงพยาบาลหรือสถานบริการบางแห่งที่มีศักยภาพในการรักษาที่สูง โดยเฉพาะโรงพยาบาลระดับ HI END ซึ่งมีต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่สูง ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพียงระยะเวลาสั้นๆแล้วประเมินว่าผู้ป่วยนั้นพ้นภาวะวิกฤตแล้ว ซึ่งระยะเวลาที่แพทย์ให้การประเมินว่าผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้วนั้นจะทำให้ประชาชนต้องแบกรับภาระค่ารักษาพยาบาลเอง โดยในข้อเท็จจริงนั้นผู้ป่วยอาจจะยังมีได้พ้นภาวะวิกฤต แต่ผู้ป่วยหรือญาติก็ไม่สามารถทำอะไรได้ อันเนื่องมาจากการประเมินผู้ป่วยว่า “พ้นภาวะวิกฤต” นั้นมิได้มีนิยามกำหนดไว้พร้อมกับการประเมินดังกล่าวให้ขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งผลการประเมินดังกล่าวยังไม่มีการกำหนดให้ผู้ป่วยหรือญาติสามารถร้องเรียนต่อหน่วยงานใดให้ทบทวนผลการประเมินของแพทย์อีกครั้งซึ่งก็ยังคงเป็นปัญหาในทางปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตและได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลตามนโยบายอยู่

สรุป เกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤตตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ. 2560 ข้อ 4 ข้อ 5 และข้อ 11 เป็นหลักเกณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยบางรายได้รับผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกาย ในขณะที่มีการเคลื่อนย้ายหรือถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพ

4.4 เหตุผลและความจำเป็นในการแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 เพื่อขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานนโยบายภาครัฐในการให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ที่ผ่านมา พบว่ายังมีปัญหาเรื่องหลักเกณฑ์การจำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วย เนื่องจาก ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถูกบังคับให้ต้องทำการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นตามบัตรรับรองสิทธิระบบประกันสุขภาพในขณะที่ยังไม่พ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือยังมีภาวะอันตรายอยู่ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยได้ อันเนื่องมาจากตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 ข้อ 5 ประกอบข้อ 11 จำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองตามสิทธิภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤตเท่านั้น

ฉะนั้น หากจะขจัดปัญหาดังกล่าว จำต้องแก้ไขประกาศาให้ขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อ เพื่อเป็นการป้องกันสิทธิของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังมีภาวะอันตราย อันเป็นการรักษาชีวิตของประชาชนตามวัตถุประสงค์ของการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยค่าใช้จ่ายในการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินนั้นให้เป็นหน้าที่ของรัฐในการชำระค่ารักษาแก่สถานพยาบาลที่ให้บริการรับรักษาผู้ป่วยนั้น โดยหากพิจารณาในการดำเนินงานตามนโยบายภาครัฐหรือการให้สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติแก่ประชาชนในประเทศ ไม่ว่าจะเป็ นสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) หรือสิทธิประกันสังคม ล้วนมีจุดประสงค์ในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เว้นแต่การให้การรักษาหรือการบริการที่กำหนดเงื่อนไขให้ต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง โดยเป็นไปตามประกาศ เงื่อนไข หลักเกณฑ์ในแต่ละสิทธิระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของแต่ละบุคคล จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการรักษานั้นล้วนเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ หรือเป็นมาตรการของรัฐในการจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อคุ้มครองป้องกันประชาชนมิให้ได้รับความเดือดร้อนในความเป็นอยู่ของชีวิต

เมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศอย่างสหรัฐอเมริกาหรือไต้หวัน ที่มีกฎหมายให้ความคุ้มครองประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน โดยมีให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตรายหรือยังไม่พ้นจากภาวะฉุกเฉิน โดยเฉพาะไต้หวัน ที่ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเป็นการให้บริการรักษาพยาบาลฟรีโดยภาครัฐเหมือนดังเช่นประเทศไทย ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินของไต้หวัน (Emergency Medical Service Act) ซึ่งเป็นกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต้องให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินมิให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย และหากพิจารณาแล้วจะเห็นว่าทั้งประเทศสหรัฐอเมริกาและสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) มิได้จำกัดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองหรือรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินไว้

ทั้งนี้หากพิจารณาตามกฎหมายในประเทศไทยที่กำหนดในเรื่องของการให้ความคุ้มครองหรือให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าว พบว่า ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2) กำหนดว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น” ประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 บัญญัติให้สิทธิแก่ประชาชนในการได้รับการสาธารณสุขตามมาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ” อันเป็นการคุ้มครองให้ประชาชนที่ได้รับอันตรายจากการประสพภาวะฉุกเฉินควรที่จะได้รับการคุ้มครองเป็นอันดับแรก โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ทัวถึง ได้มาตรฐานตลอดจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตราย

ฉะนั้น นโยบายภาครัฐในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP จึงควรให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือพ้นจากภาวะอันตราย ก่อนที่จะถูกส่งต่อ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิตหรือร่างกายผู้ป่วย ให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงทีจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ป้องกันสิทธิมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย ลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการของประชาชน ให้สอดคล้องกับหลักสิทธิมนุษยชน ด้านสาธารณสุข ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

สรุป การแก้ไขประกาศกระทรวงสาธารณสุขฯ เพื่อขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อจะทำให้ นโยบายภาครัฐในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ดำเนินต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ อดช่องว่างของปัญหา ลดการเกิดข้อร้องเรียนหรือข้อโต้แย้งของผู้ป่วยและญาติ ลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการของประชาชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนอันเป็นวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายหลักของการดำเนินนโยบาย

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุป

สิ่งที่ได้กล่าวมาแล้วว่าในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับหลักรัฐธรรมนูญ ถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงสิทธิหรือเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้อย่างเท่าเทียม ทันเวลา และมีมาตรฐานจนกว่าจะพ้นจากภาวะอันตราย ดังนั้น หัวใจสำคัญและปัญหาหลักของประชาชนชาวไทยในปัจจุบันคือ จะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที ลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการหรือการเจ็บป่วยของประชาชนได้ และตลอดระยะเวลาของการดำเนินงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีนโยบายภาครัฐในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเมื่อศึกษาถึงนโยบายดังกล่าวนี้พบว่าการประกาศใช้นโยบายดังกล่าวยังมีปัญหาในการใช้สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วยตามนโยบายดังกล่าว ดังนี้ หลักเกณฑ์การปฏิบัติของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมาย

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 “สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย” ข้อ 5 “สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้” และข้อ 11 “ในกรณี que ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไป” อันเป็นหลักเกณฑ์สำหรับเงื่อนไขในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเมื่อครบ 72 ชั่วโมงที่ก่อให้เกิดปัญหาข้อโต้แย้งทางปฏิบัติในผู้ป่วยบางรายได้รับผลกระทบทางสุขภาพและผลกระทบต่อสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะได้รับการคุ้มครอง ซึ่งมาตรการที่กำหนดขึ้นนี้ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยแต่เป็นกลไกเพื่อประโยชน์ต่อการบริหารจัดการกองทุนเท่านั้น หลักเกณฑ์ที่กำหนดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าวจึงเป็นปัญหาข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของประชาชนที่จะต้องได้รับความคุ้มครองตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 (2) กำหนดว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น” อันเป็นการกำหนดให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่โรงพยาบาลต้องให้การรักษาตามความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วยและหากจะทำการส่งต่อผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลจนเต็มขีดความสามารถของโรงพยาบาลนั้นแล้ว หรือต้องปรากฏว่าการส่งต่อผู้ป่วยนั้นจะเป็นประโยชน์ในการป้องกัน

การเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วย อันถือเป็นการป้องกันหรือให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน (รวมตลอดทั้งฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต) มิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย ประกอบกับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 มีอำนาจบังคับจริงให้โรงพยาบาลเอกชนดูแลผู้ป่วยตามเจตนารมณ์และสารบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินที่สถานพยาบาลต้องให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 36 ดังนี้ มาตรา 36 “ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้นๆ เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดให้มีการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม” อันเป็นการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินโดยกำหนดให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลต้องให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามคุณภาพ มาตรฐานของสถานพยาบาลแห่งนั้น ในกรณีที่จะทำการส่งต่อนั้นต้องปรากฏถึงความจำเป็นในการที่ต้องส่งต่อ อาทิ เป็นความประสงค์ของผู้ป่วยเอง หรือตามสภาพของโรงพยาบาลไม่สามารถให้การรักษาอาการของผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องส่งไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วย อันเป็นการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอง หากสถานพยาบาลแห่งใดปฏิเสธการให้การักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินก็ต้องได้รับโทษตามที่กฎหมายกำหนดไว้ และประกอบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 บัญญัติให้สิทธิแก่ประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขตามมาตรา 47 “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ” อันเป็นการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ทัวถึง ได้มาตรฐานตลอดจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตราย ทั้งนี้ มีแนวหลักคำพิพากษาของศาลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าว ตามคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 13826/2555 คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 15078/2555 และคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 8550/2560 ที่เป็นหลักในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดระยะเวลาที่มีอาการฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยถูกส่งต่อขณะที่ยังมีภาวะอันตรายที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้ป่วยได้ และหากจะส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลแห่งอื่นนั้น จะกระทำได้อต่อเมื่อเห็นว่าโรงพยาบาลแห่งนั้นมีศักยภาพหรือความสามารถในการให้การักษาพยาบาลผู้ป่วยมากกว่า ซึ่งการส่งต่อผู้ป่วยจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งเป็นแนวคำพิพากษาของศาลที่เป็นไปตามหลักของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ที่บัญญัติหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ ทั้งนี้ โดยตามคำนิยาม “การส่งต่อ” นั้นจะกระทำเมื่อโรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นไม่มีศักยภาพในการรักษาตามอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเพราะข้อจำกัดใดๆก็ตาม จึงต้องทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล

แห่งอื่นที่เหมาะสมและมีศักยภาพที่จะสามารถให้การรักษายาบาลผู้ป่วยได้ อันถือเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ทั้งนี้หากพิจารณาสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น มีได้กำหนดสิทธิในรัฐธรรมนูญไว้ (เพราะมองว่าการรักษายาบาลไม่ใช่สิทธิแต่เป็นสินค้าบริการซึ่งประชาชนเลือกที่จะซื้อหรือไม่ซื้อ) แต่ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ได้มีกฎหมายกำหนดเงื่อนไข หลักเกณฑ์ ให้โรงพยาบาลทำการรักษาที่ได้มาตรฐาน โดยต้องให้การรักษาที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉินอย่างเต็มขีดความสามารถหรือมีภาวะคงที่ก่อนที่จะมีการส่งต่อ เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินมิให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย และจากผลการศึกษานิติมนุษยชนด้านสาธารณสุขของสาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) พบว่า สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขนั้นแม้จะมีประชากรน้อยกว่าประเทศไทยหรือประเทศอื่น ๆ และประเทศที่มีรายได้ไม่สูงมากนัก แต่ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยมีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHI) กำหนดให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขฟรีดังเช่นในประเทศไทย ซึ่งค่าใช้จ่ายมานั้นจะจากงบประมาณของรัฐ ทั้งนี้ ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินหรือในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น มีกฎหมายที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขให้โรงพยาบาลที่ต้องให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน โดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพอื่นเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย

หากพิจารณาแล้วจะเห็นได้ว่าในการบริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของไต้หวันนั้นจะเหมือนของประเทศไทยคือเป็นการให้บริการฟรี ภายใต้นโยบายของรัฐ แต่ทั้งนี้ไต้หวันมิได้จำกัดระยะเวลาในการคุ้มครองรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินไว้เหมือนอย่างของประเทศไทย ที่จำกัดสิทธิในการให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือภายใน 72 ชั่วโมงเท่านั้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าไต้หวันให้ความสำคัญต่อการป้องกันสิทธิของผู้ป่วยไม่ให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย โดยหากโรงพยาบาลใดในไต้หวันที่รับผิดชอบกรณีฉุกเฉินฝ่าฝืนไม่ปฏิบัติตามก็ต้องได้รับโทษตามพระราชบัญญัติการรักษายาบาล (Medical Care Act) กำหนดไว้

โดยผู้ศึกษาเห็นว่าเพื่อพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุด ลดอัตราการเสียชีวิตหรือความพิการของประชาชน ประเทศไทยควรนำหลักเกณฑ์ เงื่อนไข ในการกำหนดนโยบายการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของไต้หวันมาเป็นแบบอย่างหรือต้นแบบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบายภาครัฐที่มีอยู่ กล่าวคือ ภายใต้นโยบายภาครัฐในการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP แม้จะมีหลักเกณฑ์ที่ให้ความคุ้มครองเฉพาะประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดแม้ไม่ใช่โรงพยาบาลตามบัตรรับรองสิทธิในระบบประกันสุขภาพของตน ซึ่งมีได้ครอบคลุมตลอดจนถึงประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นการให้ความคุ้มครองหรือให้การรักษายาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษายาบาลจนกว่าจะพ้นจาก

ภาวะฉุกเฉินก่อนที่จะได้รับการเคลื่อนย้ายหรือได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิระบบประกันสุขภาพนั้นคือ การได้รับความคุ้มครองตลอดจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะอันตราย เป็นไปตามหลักเกณฑ์การให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของไต้หวัน ที่กำหนดหลักเกณฑ์ คือ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประวัติการรักษามาจากจังหวัดไหน เมืองไหน หรือมีสิทธิการรักษาไม่ว่าจะสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่อยู่ภายใต้สำนักบริหารนโยบายการประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHIA) กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลก็ต้องให้การรักษาผู้ป่วยจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาตามสิทธิประกันสุขภาพ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายเงินไม่ให้ถูกปฏิเสธการรักษารวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตราย เพื่อพัฒนาระบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุด ลดอัตราการเสียชีวิตหรือความพิการของประชาชน

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยหลักเกณฑ์การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงหรือจนพ้นภาวะวิกฤต ของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแก้ไข ดังต่อไปนี้

เมื่อมีการแก้ไขหลักเกณฑ์ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พ.ศ.2560 ข้อ 4 “สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย” ประกอบข้อ 5 “สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้” ประกอบข้อ 11 “ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง” ให้มีการขยายความคุ้มครองให้กับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาตลอดจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉินหรือมีภาวะคงที่ ก่อนมีการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิ จะช่วยให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้ารับการรักษาพยาบาล ณ สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือ UCEP และได้รับความคุ้มครองหรือได้รับการรักษาตลอดจนกว่าจะพ้นจากภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันสิทธิของผู้ป่วยไม่ให้ถูกส่งต่อขณะที่ยังอยู่ในภาวะอันตรายอันเป็นสิทธิพื้นฐานที่ต้องได้รับความคุ้มครอง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรกฎ อภิรัตน์วรากุล, ‘การพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน’ (2560) 3 ศรีนครินทร์เวชสาร.
คณะกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางการส่งต่อ, ‘คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย’
(pdf, กองบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2562).
- เฉลิม หาญพาณิชย์, ‘สิทธิมนุษยชนสาธารณสุขในประเทศไทย’ (มกราคม-เมษายน 2559) 52 วารสารศาล
รัฐธรรมนูญ.
- ฐิตินาด ภูมิถาวร, ‘ความเหลื่อมล้ำในระบบสวัสดิการรักษายาบาลในประเทศไทย’ (2563) 2 วารสารสังคม
ภิวัฒน์.
- ทงสรร์ค เทียนถาวร, ‘รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน“ประเทศไทยได้วัน”ใน
รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (pdf, สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา
หลักประกันสุขภาพไทย มปป.).
- ธานีศ เกศพิทักษ์, ‘สิทธิในการรักษายาบาล : ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับ ผู้รับบริการทางด้าน
สาธารณสุข’ (พฤษภาคม-มิถุนายน 2554) วารสารจลนิตี.
- ปหริดี บุญเชื้อ, ‘ความเป็นเลิศที่ทำให้ได้วันติดอันดับ 2 ของชาติที่มีระบบสาธารณสุขที่ดีที่สุดในโลกในปี
2021’ (Thaipublica, 14 มีนาคม 2565) <[https://thaipublica.org/
2022/03/pridi294/](https://thaipublica.org/2022/03/pridi294/)> สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2567.
- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ‘1 ปี รักษาฉุกเฉินมาตรฐานเดียว’ (พฤษภาคม 2556) 2 สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ, ‘ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Care System)’ ใน
ชุมชนะ มะกรสารและคณะ (บรรณาธิการ) *Thailand Medical Services Profile 2011-2014*
(การแพทย์ไทย 2554-2557) First Edition (กระทรวงสาธารณสุข 2557).
- ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย, ‘รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับโอกาสพัฒนาระบบการแพทย์
ฉุกเฉินไทย’ (กรกฎาคม-ธันวาคม 2564) 2 วารสารการแพทย์ฉุกเฉิน.
- โพสต์ทูเดย์, ‘ระบบประกันสุขภาพในได้วัน’ (โพสต์ทูเดย์, 30 สิงหาคม 2553)
<<https://www.posttoday.com/politics/42373>> สืบค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2567.
- วิจิต เปานิล, *การปฏิรูประบบสุขภาพ :กรณีศึกษาประเทศไทยได้วัน* (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2543).
- วิชัย โชควิวัฒน์, ‘พัฒนาการโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย’ (มกราคม-มิถุนายน 2564)
1 วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ‘สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข’ (ศาลรัฐธรรมนูญ) <https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1360> สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2566.
- สิริมา มงคลสัมฤทธิ์; เฉลิมพร บุญศิริ และ สุนทร ชินประสาทศักดิ์, ‘รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน’ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2566).
- ‘สิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุข’ (ศาลรัฐธรรมนูญ) <https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1360> สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2566.
- สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์, ‘ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต: ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน’ วิทยานิพนธ์ นิติศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ 2564).
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.), ‘การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล Interfacility Patient Transfer’ (pdf. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) 2557).
- Tcijthai, ‘จับตาระบบการแพทย์ฉุกเฉินfee schedule ใน“ญี่ปุ่น-ได้วัน” (tcijthai, 21 เมษายน 2562) <<https://www.tcijthai.com/news/2019/21/watch/8973>> สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2567.
- National Academy of Sciences (US) et al., *Accidental death and disability: the neglected disease of modern society* (National Academies Press 1966).

ภาคผนวก

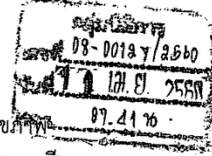
ภาคผนวก

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

ด่วนที่สุด
ที่ สธ ๐๗๑๓.๐๔/๒๐๐



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
เลขที่ ๐๑๖๐๓
วันที่ - 5 เม.ย. 2560
เวลา 13.27



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๙ เมษายน ๒๕๖๐

เรื่อง การกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

เรียน ปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด เลขาธิการ ผู้อำนวยการ อธิการบดี หัวหน้ารัฐวิสาหกิจ และหัวหน้าหน่วยงานอื่นของรัฐ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน
- (๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น
- (๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ตามที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๓ ฉบับ ได้แก่ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วเมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป นั้น

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ พิจารณาแล้วขอเรียน ดังนี้

(๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามมาตรา ๓๓/๑ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ ส่วนประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น เป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามมาตรา ๓๖ วรรคสามและวรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๕ โดยประกาศกระทรวงสาธารณสุขทั้ง ๒ ฉบับ กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลมีอำนาจประกาศกำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งเมื่อมีการประกาศแล้วให้สถานพยาบาลเอกชนต้องมีการช่วยเหลือเยียวยาและรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลเอกชนนั้นๆ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๑) และ (๒)

(๒) หลักเกณฑ์...

-๒-

(๒) หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สืบเนื่องจากมาตรา ๓๖ วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการช่วยเหลือเยียวยา แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง สถานพยาบาลอื่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด ซึ่งคณะกรรมการในการ ประชุมเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ มีมติอนุมัติ ดังนี้

๑. เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตพร้อมทั้งบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการ ประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน ซึ่งสถานพยาบาลเอกชนต้องถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ นี้ และให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ นี้ด้วย รวมทั้งให้สถานพยาบาลภาครัฐรับย้าย ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหลังจาก ๗๒ ชั่วโมง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

๒. ให้กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานของรัฐ และกองทุนต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์หรือ สาธารณสุข ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ฯ และค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้าย หลักเกณฑ์ฯ นี้ด้วย โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวง แรงงาน กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎ ระเบียบของหน่วยงาน/กองทุนต่าง ๆ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้รองรับการ จ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ได้ โดยเร็วต่อไป

ซึ่งรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (๓)

ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดเอกสารประกาศกระทรวงสาธารณสุข/หลักเกณฑ์ วิธีการ และ เงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตพร้อมทั้งบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้าย หลักเกณฑ์ฯ ได้จากเว็บไซต์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (https://hss.moph.go.th) โดยประสานงานกับ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โทร.๐ ๒๑๙๓ ๗๐๐๐ ต่อ ๑๘๔๐๖ หรือจากเว็บไซต์สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (www.niems.go.th) โดยประสานงานกับศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤต (ศคส.) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทร. ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๖๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและแจ้งให้หน่วยงานในสังกัดทราบและถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายวิศิษฐ์ ตั้งนภกร)
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองกฎหมาย
โทร. ๐ ๒๑๙๓ ๗๐๔๐
โทรสาร. ๐ ๒๑๙๙ ๕๖๕๒

ทราบ
มอบ

- สอก.
- สยศ.
- สวท.
- สปล.
- สจฉ.
- กทส.
- กนภ.
- กตบ.
- กสป.

(เว็บบอร์ดทุกสังกัด/คุม)

เรืออากาศเอก

(อัจฉริยะ พงษ์มา)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

10 มี.ย. 2560

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

หน้า ๔
เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๙๔ ง ราชกิจจานุเบกษา ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ และ
มาตรา ๓๓/๑ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของ
คณะกรรมการสถานพยาบาลจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

- ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดผู้ป่วยฉุกเฉิน”
- ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป
- ข้อ ๓ ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์
การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔ ตามกฎหมาย
ว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาล
ตามมาตรา ๓๖ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติ
สถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน

การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา

และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และมาตรา ๓๖ วรรคสามและวรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยคำแนะนำของคณะกรรมการสถานพยาบาลจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา และการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

หมวด ๑

การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๓ เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหากปล่อยไว้เช่นนั้นจะเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาล มีหน้าที่ดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเมื่อดำเนินการดังกล่าวแล้ว ให้แจ้งผลของการคัดแยกให้ผู้ป่วย หรือญาติ ผู้ป่วยทราบ

กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลาสี่สิบสี่ชั่วโมง เพื่อดำเนินการวินิจฉัยโดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการบริการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของสถานพยาบาลนั้น ก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีผู้ประกอบวิชาชีพให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน จะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(๓) การให้บริการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการบริการอย่างทันที่

หน้า ๖

เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๙๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

นอกจากวรรคหนึ่งแล้ว สถานพยาบาลต้องกระทำการใด ๆ อันจะมีผลเป็นการควบคุม ระวัง หรือบรรเทาผลร้ายจากอันตรายและความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นได้อย่างทันที่ตามที่ตามสมควรแก่กรณี

ข้อ ๔ การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยตามข้อ ๓ (๑) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะ คุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วย ฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมาก หรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้น จะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

(๓) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะ เฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุข ด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น รุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” กรณีการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา ตามกองทุนตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

ข้อ ๕ ให้สถานพยาบาลจัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามข้อ ๓ (๑) ตลอดเวลา รวมทั้งควบคุมและดูแลให้ผู้ปฏิบัติการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามลำดับความเร่งด่วน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินประกาศกำหนด

ข้อ ๖ นอกจากการจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการตามข้อ ๓ แล้ว สถานพยาบาล ต้องจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดเจาะจงตามขีดความสามารถอย่างทันที่ด้วย

ข้อ ๗ ในกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลประเภท ที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนผู้ใดเป็นผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมหรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ และเมื่อผู้นั้นไปรับบริการจากสถานพยาบาล ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเมื่อใดแล้ว ให้สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนแจ้งการเข้ารับบริการและ ให้เรียกเก็บค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

หน้า ๗

เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๙๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

หมวด ๒

การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยา

ข้อ ๘ ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการจัดหาทรัพยากรด้านบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ยานพาหนะให้เพียงพอและพร้อมต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา ๓๓/๑ ตามขีดความสามารถของสถานพยาบาล

หมวด ๓

การจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น

ข้อ ๙ เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามหมวดหนึ่ง ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น หรือเกินขีดความสามารถตามนัยแห่งข้อ ๓ (๒) ให้สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด และให้สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตราฐานการส่งต่อผู้ป่วยที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด โดยอนุโลม

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

หน้า ๘

เล่ม ๑๓๔ ตอนพิเศษ ๙๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ด้วยมาตรา ๓๖ วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดให้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะรัฐมนตรีกำหนด ซึ่งคณะรัฐมนตรีในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ มีมติอนุมัติหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตแล้ว เห็นควรประกาศให้ทราบเป็นการทั่วไป นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖ วรรคหนึ่งแห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบแล้วเป็นไปตามแนบท้ายประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาล ให้มีความเหมาะสม เห็นควรกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการให้มีความสอดคล้องกับสภาพการณ์ เป็นธรรมและสามารถใช้งบประมาณทุกภาคส่วน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๖ วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ประกอบกับมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ คณะรัฐมนตรีจึงกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ไว้ดังนี้

ข้อ ๑ ในหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขนี้

“ค่าใช้จ่าย” หมายความว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับการชดเชยจากการรักษาพยาบาล หรือการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ที่ปรากฏตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ข้อ ๒ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สถานพยาบาลให้การรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินเพื่อให้พ้นจากอันตรายตามมาตรฐานวิชาชีพและขีดความสามารถของสถานพยาบาลโดยไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้เป็นการอุปสรรคต่อการดูแลรักษา และให้สถานพยาบาลแจ้งต่อกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐทราบโดยเร็ว

ข้อ ๓ กรณีที่มีปัญหาการวินิจฉัยในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ปรึกษาศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ตลอดเวลาอีสิบลีชั่วโมง เพื่อดำเนินการวินิจฉัย โดยคำวินิจฉัยของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ถือเป็นที่สุด

ข้อ ๔ สถานพยาบาลต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือญาติมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น สถานพยาบาลต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย

ข้อ ๕ สถานพยาบาลจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลานับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จนถึงเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขนี้

ข้อ ๖...

-๒-

ข้อ ๖ ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหลังเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมง นับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บไปที่กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ หรือเรียกเก็บจากผู้ป่วย ทั้งนี้ ให้เป็นไปโดยเฉลี่ยจากค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานพยาบาลกับกองทุนของผู้มีสิทธิ

ข้อ ๗ ให้สถานพยาบาลเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายในเวลาเจ็ดสิบสองชั่วโมงไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามแนวทางการเรียกเก็บที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๘ ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ทราบภายในสามสิบวันนับตั้งแต่เวลาที่ได้รับเอกสารครบถ้วนแล้ว

ข้อ ๙ ให้กองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ จ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขให้แก่สถานพยาบาลภายในสิบห้าวัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือกฎหมายว่าด้วยประกันสังคม หรือกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน หรือจากส่วนราชการ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากสถานพยาบาลแห่งที่หนึ่ง ไปยังสถานพยาบาลแห่งที่สอง ภายในเวลาก่อนครบเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับตั้งแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลแห่งที่หนึ่ง สถานพยาบาลแห่งที่สองจะได้รับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจนครบเจ็ดสิบสองชั่วโมง (โดยนับเวลาต่อเนื่องจากสถานพยาบาลแห่งที่หนึ่งรับ) ในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไข เว้นแต่

(๑) กรณีสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานประกันสังคม รับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ในสังกัดของตนให้ปฏิบัติตามระบบของสำนักงานประกันสังคม

(๒) กรณีสถานพยาบาลคู่สัญญาของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนให้ปฏิบัติตามระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๓) กรณีสถานพยาบาลของรัฐ รับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตซึ่งมีสิทธิตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๓ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ให้ดำเนินการตามแนวทางที่กรมบัญชีกลางกำหนด

ข้อ ๑๑...

-๓-

ข้อ ๑๑ ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถย้ายสถานพยาบาลได้แต่ปฏิเสธไม่ขอย้าย
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อไปเอง

ข้อ ๑๒ กรณีหากมีความจำเป็น ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยความเห็นชอบ
ของคณะกรรมการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ดำเนินการทบทวนปรับปรุงบัญชี
และอัตราตามข้อ ๕ ข้อ ๙ และข้อ ๑๐ ที่แนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ให้มีความเหมาะสมได้
โดยให้คำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับเป็นสำคัญ ภายในสามปีหรือตามที่คณะกรรมการ
สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเห็นสมควร ทั้งนี้ ให้นำเสนอผลการทบทวนปรับปรุง
บัญชีและอัตราตามที่แนบท้ายหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข เพื่อให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบด้วย

ข้อ ๑๓ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐
เป็นต้นไป

หมายเหตุ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
หรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิตให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อน

สำเนาถูกต้อง



(นายวิชาญ ตั้งนภากร)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแบบท้าย
หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย
ในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”

สำเนา

ด่วนที่สุด

ที่ นร ๐๕๐๕/ ๑๑๐ กส

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
ทำเนียบรัฐบาล กทม. ๑๐๓๐๐

๓๐ มีนาคม ๒๕๖๐

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

เรียน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๗๑๓.๐๕/๑๒๐๕ ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย บัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วย

ตามที่ได้เสนอเรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ไปเพื่อดำเนินการ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

กระทรวงกลาโหม กระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้เสนอความเห็นไปเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีด้วย ความละเอียดปรากฏตามบัญชีสำเนาหนังสือที่ส่งมาด้วยนี้.

คณะรัฐมนตรีได้ประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ ลงมติว่า

- เห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทั้งนี้ ในกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถหรือตามกฎหมายว่าด้วยการประกันชีวิต ให้ใช้สิทธิดังกล่าวก่อนตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ และให้กระทรวงสาธารณสุขรับความเห็นของกระทรวงกลาโหม สำนักงบประมาณ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งความเห็นของกระทรวงการคลังในประเด็นการสร้างความเข้าใจให้แก่ประชาชน ไปพิจารณาดำเนินการต่อไป
- เห็นชอบให้สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ และให้สถานพยาบาลภาครัฐรับย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหลังเวลา ๗๒ ชั่วโมง ตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ
- ให้กระทรวงการคลัง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม หน่วยงานของรัฐ และกองทุนต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านการแพทย์หรือสาธารณสุขดำเนินการตามหลักเกณฑ์ฯ และจ่ายค่าใช้จ่ายในอัตราตามบัญชีและอัตราค่าใช้จ่ายแนบท้ายหลักเกณฑ์ฯ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกระทรวงการคลัง กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการเพื่อให้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎ ระเบียบของหน่วยงานหรือกองทุนต่าง ๆ โดยเฉพาะรัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้รองรับการจ่ายเงินคืนแก่สถานพยาบาลตามหลักเกณฑ์ฯ ได้ โดยเร็วต่อไป ตามความเห็นของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

/๔. หากมีการ...

-๒-

๔. หากมีการทบทวนปรับปรุงบัญชีและอัตราค่าใช้จ่าย ตามข้อ ๑๒ ของหลักเกณฑ์ฯ ให้กระทรวงสาธารณสุขนำเรื่องเสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายมาตรา ๓๖ วรรคห้า แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ค่ะไป ตามความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

๕. ในส่วนที่ขอความเห็นชอบให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติดำเนินการ ตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวเพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบเพื่อให้เกิดความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน นั้น ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รับไปดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ต่อไป

จึงเรียนยืนยันมา ทั้งนี้ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้แจ้งให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตามบัญชีแนบท้าย ทราบด้วยแล้ว

ขอแสดงความนับถือ

ณัฐจารี อนันตศิลป์

(นางณัฐจารี อนันตศิลป์)

รองเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

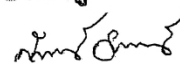
กองพัฒนายุทธศาสตร์และติดตามนโยบายพิเศษ

โทร. ๐ ๒๒๘๐ ๙๐๐๐ ต่อ ๓๒๘ (จุลกลป) ๔๔๔ (อิทธิพล)

โทรสาร ๐ ๒๒๘๐ ๑๔๔๒

www.soc.go.th

สำเนาถูกต้อง



(นายสาโรจน์ ยอดประดิษฐ์)

นิติกรชำนาญการพิเศษ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล ภัทรนันท์ กันแก้ว

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2563 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ประสบการณ์ทำงาน

- พ.ศ. 2567 - ตำแหน่ง ที่ปรึกษากฎหมาย บริษัท โรงพยาบาลบางมด จำกัด
- พ.ศ. 2565 - ตำแหน่ง นิติกร บริษัท โรงพยาบาลไทยนครินทร์ จำกัด (มหาชน)
- พ.ศ. 2563 - ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่ฝ่ายกฎหมาย บริษัทหลักทรัพย์กรุงศรี จำกัด (มหาชน)