

กระทู้ถามที่ ๔๕๖ ร.

สภาผู้แทนราษฎร

๓ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง แนวทางการลดภาระงานบุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข
กราบเรียน ประธานสภาผู้แทนราษฎร

ข้าพเจ้าขอตั้งกระทู้ถาม ถามรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดังต่อไปนี้

สืบเนื่องจากปัญหาการทำงานหนักของบุคลากรทางการแพทย์ และจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสัดส่วนไม่เพียงพอต่อจำนวนประชากร โดยอัตราส่วนหมต่อประชากรของไทยอยู่ที่ราว ๆ ๑ ต่อ ๓,๐๐๐ คน อีกทั้งยังมีความเหลื่อมล้ำระหว่าง โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด เนื่องจากอัตราส่วนหมต่อประชากรในกรุงเทพมหานคร ดีกว่าต่างจังหวัดหลายเท่า ทำให้การเข้าถึงระบบสาธารณสุขของคนไทยเป็นไปด้วยความยากลำบาก โดยเฉพาะพี่น้องในต่างจังหวัด ประชาชนรอคิวแพทย์นาน คุณภาพการให้บริการที่ไม่ดีนัก และแพทย์มีเวลาตรวจไม่เพียงพอ เกิดการตรวจผิดพลาดในบางเคส รวมถึงการประสออุบัติเหตุของบุคลากรเนื่องจากพักผ่อนน้อยตามที่เป็นข่าวเป็นระยะ ๆ ปัจจุบัน บุคลากรทางการแพทย์มีชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป แพทย์จำนวนมากต้องทำงานถึงสี่ปดาร์ลละกว่า ๘๐ ชั่วโมง หรืออาจถึง ๑๐๐ ชั่วโมง ระยะเวลาการทำงานที่มากเกินไปส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการกับประชาชน เช่น ความแม่นยำในการตรวจรักษาต่ำลง ส่งผลให้ผู้ป่วยตกอยู่ในความเสี่ยงของการรักษาที่อาจผิดพลาดได้ บุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐมีภาระงานและชั่วโมงการทำงานสูง แต่ค่าตอบแทนทั้งในและล่วงเวลากลับต่ำอย่างไม่สอดคล้องกัน โดยบางกรณีอาจไม่ได้รับค่าตอบแทนล่วงเวลาเลย แต่ไม่ใช่ปัญหาที่สำคัญที่สุด ภาระงานที่มากเกินไปนั้นทำให้บุคลากรทางการแพทย์สูญเสียสมดุลการใช้ชีวิต นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความไม่เท่าเทียม รวมไปถึงความก้าวหน้าในหน้าที่การงานที่ไม่เหมาะสม ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ภาครัฐหมดขวัญและกำลังใจในการทำงาน ขาดความพึงพอใจในงาน และนำไปสู่การลาออก โดยส่วนหนึ่งเข้าไปสู่ภาคเอกชนที่ได้รับผลตอบแทนและคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ความจำกัดของบุคลากรและงบประมาณการเพิ่มการผลิตแพทย์หรือบุคลากรเพียงอย่างเดียวแต่ไม่อุดรรอยรั่ว ไม่สามารถจัดปัญหาได้ การลดภาระงาน การกระจายปริมาณและสถานที่ของงาน รวมไปถึงการเพิ่มตัวช่วยอื่น ๆ ที่จะเข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระงานนั้นมีความจำเป็น นอกจากนี้การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้แข็งแรง ลดความแออัดที่สถานพยาบาลนั้น ก็มีความจำเป็นที่จะต้องกระทำไปควบคู่กัน ซึ่งในวันแถลงนโยบายของรัฐบาล ข้าพเจ้าได้อภิปรายปัญหาเหล่านี้ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ยืนยันว่ามีแผนการในการลดภาระงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์ จึงขอเรียนถามว่า

๑. กรณีมีแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐจำนวนมากทำงานหนักถึง ๑๒๐ ถึง ๑๔๐ ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมีนโยบายและแผนงานในลดภาระงาน และลดชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์หรือไม่ และขอทราบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ของโรงพยาบาลในกรุงเทพ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ว่ามีส่วนไหนบ้าง และความเหลื่อมล้ำนี้กระทรวงสาธารณสุขมีแผนในการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมหรือไม่ อย่างไร มีแผนการเสริมสร้างสวัสดิการของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้หายากทำงานกับภาครัฐ แนวทางการเพิ่มอัตราเงินเดือนของบุคลากรในรูปแบบการจ้างที่แตกต่างกันทั้งแบบข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว และความคืบหน้าถึงร่างพระราชบัญญัติมาตรฐานการปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่เคยมีแผนจะผลักดันกระทรวงสาธารณสุขมีแผนและแนวทางนี้อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๒. ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย และจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจนล้นโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยหลายส่วนที่รอแพทย์ไม่ไหวจนเสียชีวิต และมีอีกส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงเตียงในโรงพยาบาลได้เลยทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน กระทรวงสาธารณสุขมีแผนในการแก้ปัญหาค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและการเข้าถึงการรักษาหรือไม่ อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

๓. ในกรณีเคสฉุกเฉินแม้ผู้ป่วยจะสามารถเบิกสิทธิการรักษาได้ใน ๗๒ ชั่วโมงแรก แต่เมื่อเกิน ๗๒ ชั่วโมง ในหลายโรงพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยกลับไม่มีเตียงให้ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเอกชนต่อไป หลายคนยืมเงินนอกระบบมาเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขมีแผนในการแก้ปัญหาดังนี้หรือไม่ อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

ขอให้ตอบในราชกิจจานุเบกษา

ขอแสดงความนับถืออย่างยิ่ง

ศุภณัฐ มินชัยนันท์

สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคก้าวไกล

กรุงเทพมหานคร

คำตอบกระทู้ถามที่ ๔๕๖ ร.

ของ นายศุภณัฐ มินชัยนันท์ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร พรรคก้าวไกล กรุงเทพมหานคร
เรื่อง แนวทางการลดภาระงานบุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุข

ข้าพเจ้า นายสมศักดิ์ เทพสุทิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ขอตอบกระทู้ถาม
ของท่านสมาชิกผู้มีความสนใจ ดังนี้

คำถามข้อที่ ๑ กรณีมีแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐจำนวนมากทำงานหนักถึง ๑๒๐ ถึง ๑๔๐ ชั่วโมง
ต่อสัปดาห์ และมีนโยบายและแผนงานในการลดภาระงาน และลดชั่วโมงการทำงานของบุคลากร
ทางการแพทย์หรือไม่ และขอทราบอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ของโรงพยาบาลในกรุงเทพ
โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน ว่ามีส่วนเท่าใด และความเหลื่อมล้ำนี้กระทรวงสาธารณสุข
มีแผนในการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรมหรือไม่ อย่างไร มีแผนการเสริมสร้างสวัสดิการของบุคลากร
ทางการแพทย์ เพื่อให้อยากทำงานกับภาครัฐ แนวทางการเพิ่มอัตราเงินเดือนของบุคลากรในรูปแบบการจ้าง
ที่แตกต่างกันทั้งแบบข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว
และความคืบหน้าถึงร่างพระราชบัญญัติมาตรฐานการปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่เคยมีแผนจะผลักดัน
กระทรวงสาธารณสุขมีแผนและแนวทางนี้อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

คำตอบ กระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนดังนี้

๑. กรณีชั่วโมงการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐ เพื่อให้แพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้กำกับ
ของสถานพยาบาลของรัฐที่มีภาระงานหลักทำให้มีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ กระทบต่อสุขภาพและ
คุณภาพชีวิต กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามประกาศแพทยสภา เรื่อง แนวทางการกำหนด
กรอบเวลาการทำงานของแพทย์ภาครัฐ วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ ตามแนวทาง ดังนี้

๑.๑ ชั่วโมงการทำงานของแพทย์นอกเวลาราชการ ไม่ควรเกิน ๔๐ ชั่วโมง/สัปดาห์

๑.๒ ระยะเวลาการทำงานเวรอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไม่ควรเกิน ๑๖ ชั่วโมงติดต่อกัน

๑.๓ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานต่อเนื่อง ๒๔ ชั่วโมง แพทย์ต้องได้รับการ
พักผ่อนอย่างน้อย ๔ ชั่วโมงขึ้นไป

๑.๔ กรณีแพทย์ที่มีอายุตั้งแต่ ๕๕ ปีเป็นต้นไป ควรได้รับสิทธิขอย้ายออกเวลาราชการ

๒. นโยบายและแผนการลดภาระงานและชั่วโมงการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์
เพื่อแก้ไขปัญหาภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มศักยภาพของระบบสาธารณสุขในระยะยาว
ดังนี้

๒.๑ นโยบายหนึ่งจังหวัด ๑ โรงพยาบาล (One Province One Hospital)
โดยการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกันในระดับพื้นที่ ซึ่งจะสามารถช่วยลดภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์
และยกระดับการให้บริการในพื้นที่ เช่น เปิดห้องผ่าตัดในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย ๑ แห่ง

(One OR) เปิด ICU ในโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่ายอย่างน้อย ๑ แห่ง (One ICU) และพัฒนาระบบส่งต่อเชื่อมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชนครบทุกแห่ง (One Refer)

๒.๒ แผนการลดภาระบุคลากรทางการแพทย์ตามมาตราการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖ โดยการยกเลิกการคีย์ข้อมูลหรือบันทึกข้อมูล ในระบบเพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนำร่องโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบการเบิกจ่าย หรือการวางแผนเพื่อการพัฒนาในด้านต่าง ๆ

๒.๓ แผนการยกระดับโรงพยาบาลชุมชนให้มีศักยภาพในการให้บริการมากขึ้น เพื่อการจัดบริการที่มีคุณภาพได้ทั่วถึงและกระจายภาระงานโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งจะต้องมีแพทย์สาขาความเชี่ยวชาญหลัก ได้แก่ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ สูตินารีแพทย์ ศัลยแพทย์ และบางสาขาที่จำเป็น เช่น วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๒.๔ แผนการพัฒนารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขในระบบปฐมภูมิโดยใช้เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคไม่ยุ่งยากและไม่ซับซ้อน เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่อยู่พื้นที่ห่างไกล ลดการเดินทางและค่าใช้จ่าย

๒.๕ แผนการสนับสนุนให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ในสถานชิวาภิบาลดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมทั้งพัฒนาผู้ดูแลเพื่อลดภาระการปฏิบัติงานของบุคลากรในกลุ่มสุขภาพเฉพาะที่ยังขาดแคลน

๓. ข้อมูลแพทย์ของโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร มีแพทย์จำนวน ๑๐,๕๙๕ คน คิดเป็นสัดส่วน ๑ คน ต่อประชากร ๕๑๕ คน (ข้อมูล ปี ๒๕๖๔ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ส่วนแพทย์ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๔,๔๖๙ คน คิดเป็นสัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อประชากร ๒,๖๕๙ คน (ข้อมูล วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗) สำหรับการแยกอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากมีการเคลื่อนย้ายของประชากร และมีการหมุนเวียนแพทย์ในการรักษาในสถานพยาบาลภายในสังกัด อย่างไรก็ตาม การกระจายแพทย์ในสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ ดังนี้

- โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๐,๖๕๑ คน
- โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๕,๗๓๑ คน
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จำนวน ๕๙๘ คน
- โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๗,๔๔๕ คน
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๔๔ คน

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตามข้อ ๑.๓ เพื่อผลิตแพทย์เพิ่ม ซึ่งคาดว่าจะช่วยเพิ่มสัดส่วนแพทย์ต่อประชากรและกำลังคนด้านสาธารณสุขให้มากขึ้นต่อไป

๔. แผนการแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำของอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามแผนการผลิตแพทย์เพิ่มตามมติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ในโครงการผลิตแพทย์และทีมนวัตกรรมสุขภาพเพื่อเวชศาสตร์ครอบครัวตอบสนองต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิทั่วประเทศ เพื่อผลิตบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข และกระจายโอกาสทางการศึกษาไปสู่ประชาชนในส่วนภูมิภาค ครอบคลุมระยะเวลา ๑๐ ปี ระหว่างปีการศึกษา ๒๕๖๘ - ๒๕๗๗ ซึ่งเมื่อครบระยะเวลาโครงการจะสามารถผลิตบุคลากรทางการแพทย์ได้ ๖๒,๐๐๐ คน เข้าสู่ระบบสาธารณสุขของประเทศ และเพิ่มอัตราส่วนแพทย์ต่อจำนวนประชากรให้เพียงพอมากขึ้น

๕. การเสริมสร้างสวัสดิการบุคลากรทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางเพื่อเสริมสร้างสวัสดิการให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และมีความมั่นคงทางการเงิน ดังนี้

๕.๑ พัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ โดยการกำหนดตำแหน่งที่สูงขึ้น นำร่องในสายงานพยาบาลวิชาชีพ โดยได้รับการอนุมัติตำแหน่ง ๑๐,๑๒๔ ตำแหน่ง ปัจจุบันกำหนดตำแหน่งได้ ๙,๔๘๙ ตำแหน่ง

๕.๒ เพิ่มขวัญและกำลังใจโดยบรรจุผู้ได้รับการจ้างงานอื่นตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เข้ารับราชการในตำแหน่งว่างเดิม ๓,๐๐๐ ตำแหน่ง ซึ่งปัจจุบันดำเนินการแล้วร้อยละ ๙๔.๑๒

๕.๓ พัฒนาความมั่นคงในสายอาชีพ โดยเสนอสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน เพื่อกำหนดวุฒิคัดเลือกในการบรรจุเข้ารับราชการ จำนวน ๓ สายงาน ได้แก่ นักฟิสิกส์การแพทย์ นักโภชนาการ และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ปัจจุบันอยู่ในระหว่างสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนพิจารณา

๕.๔ โครงการในแผนงานความมั่นคงปลอดภัยทางการเงิน โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขกับธนาคารออมสิน เพื่อดูแลความเป็นอยู่และแก้ไขปัญหาภาระหนี้สิน

๖. แนวทางการเพิ่มอัตราเงินเดือนบุคลากรในรูปแบบการจ้างประเภทต่าง ๆ โดยกระทรวงสาธารณสุขจัดทำข้อเสนอปรับเกณฑ์พิจารณาเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษ เพื่อเสนอไปยังสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน และการปรับเพิ่มค่าตอบแทนตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เห็นชอบในการปรับเงินเดือนแรกบรรจุเพิ่มขึ้นตามคุณวุฒิ โดยให้มีผลตั้งแต่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการ ตามหลักเกณฑ์ของสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือนซึ่งเป็นส่วนราชการหลักในการกำหนดระเบียบหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารทรัพยากรบุคคล

๗. ความคืบหน้าเกี่ยวกับการจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงานสาธารณสุข ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขอยู่ในระหว่างการรับฟังความเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์การปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสาธารณสุขในภาพรวมทั้งระบบ ระยะ ๕ - ๑๐ ปี กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี ประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (๑) ยุทธศาสตร์เร่งพัฒนากำลังคนสุขภาพในโรคสำคัญจำเป็นเร่งด่วนต่อภาระทางสุขภาพและทิศทางของประเทศ (๒) ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบ

บริการสาธารณสุขเชิงพื้นที่เป็นหนึ่งเดียว (๓) ยุทธศาสตร์สนับสนุนส่งเสริมบริการสุขภาพที่มีศักยภาพ การแข่งขันทางเศรษฐกิจ และ (๔) ยุทธศาสตร์สร้างเสริมระบบและกลไกการอภิบาลกำลังคน ด้านสุขภาพให้เข้มแข็ง

คำถามข้อที่ ๒. ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย และจะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจนล้นโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยหลายส่วนที่รอแพทย์ไม่ไหวจนเสียชีวิต และมีอีกส่วนที่ไม่สามารถเข้าถึงเตียง ในโรงพยาบาลได้เลย ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน กระทรวงสาธารณสุข มีแผน ในการแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลและการเข้าถึงการรักษาหรือไม่ อย่างไร ขอทราบ รายละเอียด

คำตอบ กระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนว่า แผนในการแก้ไขปัญหาความแออัดและการเข้าถึง การรักษาในโรงพยาบาลนั้น มีดังนี้

๑. แผนการดำเนินงานภายใต้นโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว โดยประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในหน่วยบริการทุกแห่งในพื้นที่นาร่อง เข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่าง สะดวกยิ่งขึ้น ใกล้บ้าน ไม่ต้องเดินทาง ไม่ต้องรอคิวนาน และลดความแออัดในหน่วยบริการ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีแผนการดำเนินงานเป็น ๔ ระยะ ในจังหวัดต่าง ๆ ได้แก่

๑.๑ ระยะที่ ๑ นาร่องใน ๔ จังหวัด ได้แก่ แพร่ เพชรบุรี ร้อยเอ็ด นราธิวาส

๑.๒ ระยะที่ ๒ ใน ๙ จังหวัด ได้แก่ เพชรบูรณ์ นครสวรรค์ สิงห์บุรี สระบุรี สระแก้ว หนองบัวลำภู นครราชสีมา อำนาจเจริญ และพังงา

๑.๓ ระยะที่ ๓ ครอบคลุม ๖ เขตสุขภาพ ๓๓ จังหวัด ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ เป็นต้นไป ประกอบด้วย

เขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา ลำปาง ลำพูน แม่ฮ่องสอน

เขตสุขภาพที่ ๓ กำแพงเพชร พิจิตร ชัยนาท อุทัยธานี

เขตสุขภาพที่ ๔ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก พระนครศรีอยุธยา

ปทุมธานี

เขตสุขภาพที่ ๘ อุตรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย บึงกาฬ

เขตสุขภาพที่ ๙ ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ ๑๒ สงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา

๑.๔ ระยะที่ ๔ ขยายผลครอบคลุมทั่วประเทศภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๗

๒. แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๑๙ สาขา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘) ใน ๑๙ สาขาบริการ โดยความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกระดับเพื่อพัฒนา และสร้างความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข ยกกระดับบริการ ช่วยลดอัตราการตายจากโรคที่สำคัญ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราป่วย ลดการรอคอยและลดความแออัด ประกอบด้วย (๑) โรคหัวใจ (๒) โรคมะเร็ง (๓) อุบัติเหตุและฉุฉุน (๔) ทารกแรกเกิด (๕) สุขภาพจิตและ

สารเสพติด (๖) แม่และเด็ก (๗) ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (๘) สุขภาพช่องปาก (๙) ไต (๑๐) ตา (๑๑) โรคมืดติดต่อ (๑๒) แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (๑๓) การรับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ (๑๔) การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการการติดต่อด้านจุลชีพ (๑๕) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง (๑๖) ศัลยกรรม (๑๗) อายุรกรรม (๑๘) ออร์โธปิดิกส์ และ (๑๙) การใช้กัญชาทางการแพทย์

๓. แผนการผลักดันนวัตกรรมบริการสุขภาพเพื่อกระจายการให้บริการลงในพื้นที่ชุมชน ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ คลินิกเวชกรรมชุมชนอบอุ่น คลินิกทันตกรรมชุมชน อบอุ่น ร้านยาชุมชนอบอุ่น คลินิกเทคนิคการแพทย์ชุมชนอบอุ่น คลินิกกายภาพบำบัดชุมชนอบอุ่น คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น และคลินิกแพทย์แผนไทยชุมชนอบอุ่น

๔. แผนการสนับสนุนบริการนวัตกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การส่งยาทางไปรษณีย์ (Health Rider) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรับยาที่ร้านขายยาใกล้บ้าน บริการให้คำปรึกษาและรับยาจากเภสัชกรสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อย ๑๖ อาการ ซึ่งจะช่วยลด ปัญหาการเดินทางและความแออัดในโรงพยาบาลได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ

คำถามข้อที่ ๓. ในกรณีเคสฉุกเฉินแม้ผู้ป่วยจะสามารถเปิดสิทธิการรักษาพยาบาลได้ใน ๗๒ ชั่วโมงแรก แต่เมื่อเกิน ๗๒ ชั่วโมง ในหลายโรงพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยกลับไม่มีเตียงให้ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลเอกชนต่อไป หลายคนยืมเงินนอกระบบมาเพื่อจ่าย ค่ารักษาพยาบาล กระทบวงสาธารณสุข มีแผนในการแก้ไขปัญหาตรงนี้หรือไม่ อย่างไร ขอทราบรายละเอียด

คำตอบ กระทรวงสาธารณสุข ขอเรียนดังนี้

๑. แนวทางกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน การระดมทรัพยากรและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือเยียวยาและการจัดให้มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น สามารถใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) เข้ารับการรักษา โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดจนกว่าอาการจะพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง

๑.๑ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่สามารถย้ายเข้าหน่วยบริการประจำตามระบบได้ จากกรณีเกิน ๗๒ ชั่วโมง เนื่องจากยังไม่พ้นภาวะวิกฤตหรือไม่มีเตียงว่างที่รับย้ายได้ ให้โรงพยาบาลนั้นให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไปโดยไม่มีสิทธิเรียกค่าใช้จ่าย รักษาพยาบาลจากผู้ป่วย และให้โรงพยาบาลนั้นมีสิทธิเรียกเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นภายหลังเวลา ๗๒ ชั่วโมง นับตั้งแต่รับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามอัตราค่ารักษาพยาบาลของสถานพยาบาลหรือตามข้อตกลงระหว่างสถานบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ข้อ ๖ (๒) ของข้อบังคับคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ว่าด้วยการใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุข กรณีที่มีเหตุสมควร กรณีอุบัติเหตุ หรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๐

๑.๒ ผู้รับบริการ สามารถขอรับคำปรึกษา ขอความช่วยเหลือ หรือร้องเรียน ร้องทุกข์ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สายด่วน สปสช. ๑๓๓๐ ทุกวัน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๒. แผนการใช้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) ตามนโยบายรัฐ เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดได้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัยแต่ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง กรณีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน นอกคู่สัญญา ๓ กองทุน อาที กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ โดยมีแนวทางการใช้สิทธิ ดังนี้

๒.๑ แจ้งโรงพยาบาลเอกชนให้ทราบว่าขอให้สิทธิกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

๒.๒ โรงพยาบาลเอกชนดำเนินการประเมินผลผู้ป่วยเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินตามแนวทางที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด แล้วแจ้งผลการประเมินให้กับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยรับทราบผลการประเมิน

๒.๓ หากผลการประเมินเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับบริการตามระบบ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายภายใน ๗๒ ชั่วโมง หรือพ้นภาวะวิกฤต หรือหากกรณีผลการประเมินไม่เข้าเกณฑ์และผู้ป่วยต้องการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนเดิมนั้น จะต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง