

การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UNIVERSAL  
COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS: UCEP)



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์  
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2565  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

IMPLEMENTATION OF THE POLICY: A CASE STUDY OF OF UNIVERSAL COVERAGE FOR  
EMERGENCY PATIENTS (UCEP)



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Public Administration in Public Administration

Department of Public Administration

FACULTY OF POLITICAL SCIENCE

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อสารนิพนธ์

การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา นโยบายเจ็บป่วย  
ฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UNIVERSAL COVERAGE FOR  
EMERGENCY PATIENTS: UCEP)

โดย

น.ส.จามีกร แคนนารี

สาขาวิชา

รัฐประศาสนศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ  
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบสารนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พิสุทธิ์ บุษบารัตน์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จามีกร แคนนารี : การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษา นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS: UCEP). ( IMPLEMENTATION OF THE POLICY: A CASE STUDY OF OF UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS (UCEP)) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ โดยใช้วิธีการศึกษาจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สื่อสังคมออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP จำนวน 7 คน โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย 2) กลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ 3) กลุ่มผู้รับประโยชน์จากนโยบาย โดยใช้ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theory of Policy Implementation) ตามตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ผลการศึกษาพบว่าปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นดังนี้ 1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควรทั้งในเรื่องของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ การวินิจฉัยระดับอาการของความฉุกเฉิน และการนำส่งผู้ป่วย 2) ทรัพยากรของนโยบายมีไม่เพียงพอ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างองค์กรยังเกิดปัญหา การสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับนโยบายยังไม่ละเอียดครอบคลุม 4) องค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีความพร้อมที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ยังมีข้อจำกัดในบางเรื่อง 5) เงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่งผลให้ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในตัวของนโยบาย UCEP และ 6) ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันเท่าที่ควร ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพและตอบสนองการตอบโต้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติม การทำนโยบาย CO-PAY การรวมระบบคู่สายต่าง ๆ เพื่อแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการจัดโครงการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับนโยบาย UCEP เป็นต้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์  
ปีการศึกษา 2565

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6480018924 : MAJOR PUBLIC ADMINISTRATION

KEYWORD:

Jameekorn Canary : IMPLEMENTATION OF THE POLICY: A CASE STUDY OF OF UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS (UCEP). Advisor: Assoc. Prof. PRAKORN SIRIPRAKOB, Ph.D.

This research study is a qualitative research aimed at analyzing the problems of implementing the UCEP policy. The study utilizes research methods such as literature review, relevant research papers, online social media, and in-depth interviews with 7 people involved in the UCEP policy. The participants are divided into 3 groups: 1) policy makers, 2) policy implementers, and 3) beneficiaries of the policy. The study applies the Top-down Theory of Policy Implementation, as proposed by Van Meter and Van Horn, to examine the process of implementing the policy from top to bottom. The study identified six issues related to the implementation of the UCEP policy 1) Policy Standards and Objectives: The standards and objectives of the policy regarding emergency medical assistance, emergency diagnosis, and patient referral are not clearly defined as they should be 2) Policy Resources: There is a lack of resources to support the implementation of the policy effectively. 3) Communication tools and strategies: There are issues with the communication tools and strategies used within the organization. Additionally, public awareness regarding the policy is not comprehensive and detailed. 4) Organizational readiness: The organizations responsible for implementing the policy are partially prepared but still face limitations in certain aspects. 5) Economic, Social and Political Conditions have an impact, leading to a lack of understanding of the UCEP policy among the majority of the population. 6) Collaboration and responsiveness among policy implementers are not consistently aligned as desired. The researchers have proposed various policy recommendations that would be beneficial for the effective implementation of the UCEP policy and for addressing the problems that arise. It is suggested to allocate additional funding to ensure sufficient resources for the implementation of the policy, CO-PAY policy,

Field of Study: Public Administration

Student's Signature .....

Academic Year: 2022

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้จะสำเร็จลุล่วงไม่ได้เลยหากขาดความเมตตาและให้ความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ ดร.ปกรณ์ ศิริประกอบ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่คอยแนะนำให้คำปรึกษาอย่างใจเย็น เข้าอกเข้าใจ และชี้แนะแนวทางดี ๆ จุดประกายความคิดให้ข้าพเจ้าอยู่เสมอเมื่อถึงคราวที่เจอทางตัน จากการพุ่งชนทางความคิด คอยติดตามและเอาใจใส่ถึงแม้ว่าในยามที่มีภารกิจที่ล้นมือมากมายแค่ไหน

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พงษ์พิสุทธิ์ บุษบารัตน์ ประธานกรรมการสอบ และ อาจารย์ ดร.วิมลมาศ ศรีจำเริญ กรรมการสอบ ที่ต่างเป็นผู้ชี้แนะแนวทางในการเดินไปสู่เป้าหมายของ สารนิพนธ์เล่มนี้ รวมถึงคณาจารย์ในภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา เปรียบเสมือนแสงสว่างนำทางในการเดินทางครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่เสียสละเวลาให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลที่ใช้ประกอบการทำ สารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุนนทิพย์ จิตสว่าง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฐิตียา เพชรมณี ที่คอยสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ข้าพเจ้าในการเดินทางครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์สุรัตน์ โหราชัยกุล อาจารย์ ดร.ภาณุภัทร จิตเที่ยง อาจารย์ ดร.จิราพร เหล่าเจริญวงศ์ นาวาเอก อาจารย์ ดร.หัสไชยญ มั่งคั่ง อาจารย์ ดร.พิมพ์สิริ อรุณศรี ที่สละ เวลานั่งฟังเรื่องราวของสารนิพนธ์เล่มนี้ คอยแนะนำประเด็นและมุมมองใหม่ ๆ ที่เป็นประโยชน์

ขอขอบคุณ ปุณพจน์ พัฒนาศรีวิทย์ ณัฐฐานันท์ รูปขจร เพื่อนคู่คิดมิตรคู่บ้านของข้าพเจ้า ที่คอยกอดคอกันเรียน กอดคอกันทำงาน กอดคอกันกิน ล้มลุกคลุกคลานด้วยกันตั้งแต่เริ่มต้นในวันนั้น จนเดินมาถึงปลายทางในวันนี้

ขอขอบคุณ กัญกร ส่องสว่าง วรธรณเพ็ญ มะติยาภักดิ์ กิตติธัช ทองจีน นิรุทธธรา ช่วยหนู ศุภลักษณ์ เบญจัญญเลิศ วิไลวรรณ ทาเหล็ก ปาริฉัตร บัวเข็ม ผู้เป็นดั่งที่ปรึกษาทางจิตใจ คอยรับฟังทั้ง ความสุขและความทุกข์ตลอดระยะเวลาที่เรียนและทำสารนิพนธ์

ขอขอบคุณครอบครัวของข้าพเจ้า จิมไมเคิล แคนนารี อธิญา แคนนารี ผู้ที่เป็นดั่งน้ำทิพย์ ชโลมใจในวันที่เหนื่อยล้าให้มีแรงสู้ต่อ ผู้ที่ให้ความรัก ความเข้าใจ กับทุกสิ่งทีข้าพเจ้าเป็นอย่างไม่มี เงื่อนไข

ขอบคุณ จิรภัทร คงคาชาติ ที่คอยรับฟัง เข้าใจ ให้กำลังใจ และเป็นฝ่ายสนับสนุนที่ดีเสมอมา

จามีกร แคนนารี



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ช
สารบัญภาพ .....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์งานวิจัย .....	3
1.3 คำถามการวิจัย .....	3
1.4 ขอบเขตการศึกษา .....	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม.....	4
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ.....	4
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ .....	8
2.3 ข้อมูลพื้นฐานของ นโยบาย UCEP .....	22
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	28
2.5 กรอบแนวคิด.....	31
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	34
3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ .....	34



3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	35
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	35
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	37
บทที่ 5 ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษา .....	59
บรรณานุกรม.....	62
ประวัติผู้เขียน .....	67



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 สถิติการแพทย์ฉุกเฉินช่วงปี พ.ศ.2555-2565 .....	2
ภาพที่ 2 ช่วงวงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะ .....	6
ภาพที่ 3 วงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะ .....	8
ภาพที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติของเพชรแมน และวิลดาฟสกี .....	13
ภาพที่ 5 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น .....	15
ภาพที่ 6 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของซาบาเตียร์ และแมชมาเนียน .....	17
ภาพที่ 7 ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ .....	19
ภาพที่ 8 ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน .....	20
ภาพที่ 9 ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง .....	20
ภาพที่ 10 6 อาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ .....	24
ภาพที่ 11 แนวทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” .....	28
ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดแสดงการวิเคราะห์ .....	33
ภาพที่ 13 งบประมาณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ .....	41
ภาพที่ 14 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามผลการประเมิน รายปีงบประมาณ .....	42
ภาพที่ 15 เกณฑ์และวิธีการการคัดแยก .....	45
ภาพที่ 16 ตัวอย่างเอกสารใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต .....	49

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ที่มาและความสำคัญ

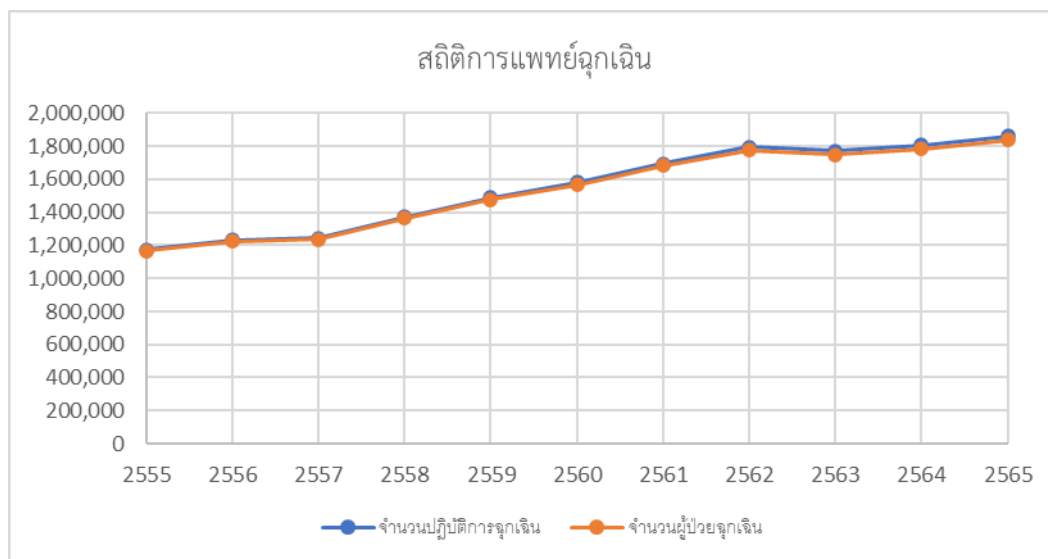
ปฏิเสธไม่ได้เลยว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตอาจเกิดขึ้นกับใครก็ได้ไม่ว่าวันแม่เรา ครอบครัวหรือประชาชนทุกเพศ ทุกวัย อย่างที่ไม่ทันคาดคิดและไม่ทันตั้งตัว ซึ่งการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตถือเป็นเรื่องใกล้ตัวที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบัน เพราะไม่สามารถรู้ได้เลยว่าจะเกิดขึ้นที่ไหนเมื่อไหร่ และอย่างไร

เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2555 รัฐบาลนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้มีนโยบายสำคัญเร่งด่วนในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มช่องทางการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงแก่ประชาชน โดยได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้ที่ไหนไปที่นั่น” โดยกำหนดเป้าประสงค์ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการโดยไม่มีคำถามสิทธิก่อนให้บริการ และไม่ต้องสำรองจ่าย ในเวลาต่อมารัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) ซึ่งมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2560 เพื่อเป็นการลดความเหลื่อมล้ำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับประโยชน์สูงสุด และไม่มีเงื่อนไขในการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล โดยผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัยแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

หน่วยงานหลักที่รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลและประสานงานต่าง ๆ เกี่ยวกับนโยบาย UCEP คือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือ สผจ. ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาทิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.สร.) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สมาคมโรงพยาบาลเอกชน และวิทยาลัยแพทยฉุกเฉิน โดยมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ประกอบกับประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติฉุกเฉิน พ.ศ.2554 เป็นข้อบังคับใช้เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน โดยให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชนปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อให้บริการกับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

จากสถิติการดำเนินการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 - 2565 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ทั้งในส่วนของจำนวนปฏิบัติการฉุกเฉิน และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเห็นได้จากเมื่อปี พ.ศ.2555 จำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินอยู่ที่ 1,174,993 ครั้ง และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ที่ 1,166,979 คน ถัดมา

ในปี พ.ศ.2556 จำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินอยู่ที่ 1,231,088 ครั้ง และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ที่ 1,223,878 คน ซึ่งมีจำนวนการเพิ่มขึ้นของปฏิบัติการฉุกเฉิน และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินทุกปี จนถึงปี พ.ศ.2565 ที่จำนวนปฏิบัติการฉุกเฉินสูงสุดอยู่ที่ 1,859,525 ครั้ง และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ที่ 1,223,878 คน



ภาพที่ 1 สถิติการแพทย์ฉุกเฉินช่วงปี พ.ศ.2555-2565

ที่มา : (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มปป.)

แต่ในทางกลับกันจากการตรวจสอบการดำเนินการตามนโยบาย UCEP พบว่า ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและยังไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งในเรื่องของการบันทึกข้อมูลเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลหลังพ้นวิกฤต ทั้งที่ยังไม่เกิน 72 ชั่วโมง การจัดทำข้อมูลด้านระบบการเบิกจ่าย รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ทำให้นโยบาย UCEP กลายเป็นนโยบายที่เกิดข้อร้องเรียนมากมายไม่ว่าจะเป็นจากมุมมองของผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในฐานะผู้รับประโยชน์จากนโยบาย มุมมองของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในฐานะผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และมุมมองของหน่วยงานหลักที่ดูแลนโยบายในฐานะผู้กำหนดนโยบาย จึงเป็นสิ่งที่น่าแปลกใจว่าเพราะเหตุใดนโยบายนี้จึงเกิดปัญหาขึ้นมากมาย ถึงแม้ว่าจะเกิดความพยายามในการปรับปรุงแก้ไขช่องว่างต่าง ๆ เพื่อให้นโยบาย UCEP เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จึงเป็นที่มาให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจว่าการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติเกิดปัญหาที่จุดไหน และเพราะเหตุใดนโยบายนี้จึงมีความติดขัดในทางปฏิบัติอย่างมาก ซึ่งผลการศึกษาที่ได้รับจะนำไปวิเคราะห์เพื่อเสนอแนะหาแนวทางแก้ไขปัญหาและปรับปรุงให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ

เกิดความคล่องตัวมากขึ้น อันจะยังให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งตัวผู้กำหนดนโยบาย ผู้นำนโยบาย ไปปฏิบัติ และผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบายต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์งานวิจัย

1.2.1 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ

1.2.2 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงให้การนำนโยบาย UCEP

ไปปฏิบัติเกิดความคล่องตัวมากขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ทุกฝ่าย

## 1.3 คำถามการวิจัย

การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติเกิดปัญหาอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตการศึกษา

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ โดยใช้ ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้น และเชื่อมโยงไปสู่การจัดทำข้อเสนอแนะ

1.4.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2566

1.4.3 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยเน้นการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็น ข้อเท็จจริง ข้อมูลและประสบการณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 7 คน การเลือกผู้ให้ข้อมูลจะใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีจุดประสงค์/เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้สามารถครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วย/ญาติที่เคยใช้บริการ UCEP ในโรงพยาบาลภาคเอกชน และโรงพยาบาลภาครัฐ ในกรุงเทพมหานครที่ประสบปัญหา และจาก ผู้เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ของทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและ โรงพยาบาลภาคเอกชน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## 1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทราบถึงปัจจัยที่ทำให้การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติประสบปัญหาในการดำเนินการ

1.5.2 นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติในด้านต่าง ๆ

เพื่อเสนอแนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP

## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS: UCEP)” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดและทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ
3. ข้อมูลพื้นฐานของ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UCEP)
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

##### 2.1.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

ความหมายของนโยบายสาธารณะมีผู้ให้คำนิยามที่หลากหลายมากมายตามทัศนะของนักวิชาการที่ได้ตีความคำว่านโยบายสาธารณะไว้ ซึ่งนโยบายสาธารณะถูกใช้อ้างถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกันออกไป ในบางครั้งอาจทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับคำนิยามของนโยบายสาธารณะ ซึ่งได้มีนักวิชาการทั้งชาวต่างประเทศและชาวไทย ได้ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะ เพื่อสร้างภาพความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะมากยิ่งขึ้น ดังนี้

เดวิด อีสตัน (David Easton, 1953 อ้างใน(มยุรี อนุমানราชชน 2549)) ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การแจกแจงคุณค่าต่าง ๆ อย่างถูกต้องตามกฎหมายให้แก่สังคมโดยรวม บุคคลและองค์การสามารถใช้อำนาจดังกล่าวได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

คาร์ล เฟรดริค (Friedrich, Carl J., 1963 อ้างใน(ศุภชัย ยาวะประภาส และปิยากร หวังมหาพร 2552)) นิยามนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง ชุดของข้อเสนอเกี่ยวกับการกระทำของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือรัฐบาลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยปัญหา อุปสรรคและโอกาสซึ่งนโยบายถูกเสนอเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาให้กับประชาชน

เจมส์ แอนดสัน (James Anderson, 1970 อ้างใน(มยุรี อนุমানราชชน 2549)) ได้กล่าวว่านโยบายสาธารณะ คือ แนวทางกระทำของรัฐที่มีจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นโยบายอาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับการออกกฎหมาย การนำกฎหมายไปปฏิบัติ และการบังคับใช้กฎหมาย นอกจากนี้นโยบายต้องเกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลกระทำจริง ไม่ใช่สิ่งที่ตั้งใจกระทำหรือกำลังจะกระทำ การกระทำจะก่อให้เกิดผลของนโยบาย แนวความคิดเกี่ยวกับผลของนโยบายนี้ ทำให้นโยบายแตกต่างจากการตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ นโยบายของรัฐอาจเป็นเรื่องที่ได้กระทำการ

หรืองดเว้นกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีกฎหมายรองรับและมีอำนาจในการบังคับการกระทำนั้น (Kotchapong 2021)

(มยุรี อนุমানราชธน 2549) ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางในการกระทำของรัฐบาล ซึ่งเป็นแนวทางกว้าง ๆ ที่รัฐบาลได้ทำการตัดสินใจเลือกและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อชี้แนะให้มีกิจกรรม/การกระทำต่าง ๆ เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้ (Warathummo 2564) โดยมีการวางแผน การจัดทำโครงการ วิธีการบริหารงาน หรือกระบวนการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง และความต้องการของประชาชนผู้ใช้บริการในแต่ละเรื่อง

(เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ 2550) ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลตั้งใจจะกระทำ เพื่อให้เป็นทางเลือกในการกำหนดโครงการหรือแผนการดำเนินงานที่มีเป้าหมายในการนำไปแก้ปัญหาสาธารณะ เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อการปฏิบัติของรัฐบาล (Warathummo 2564) เป็นการกำหนดแนวทางในอนาคตที่เน้นเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เงื่อนไข ผลลัพธ์ เพื่อให้การกระทำบรรลุผลประโยชน์สาธารณะร่วมกัน

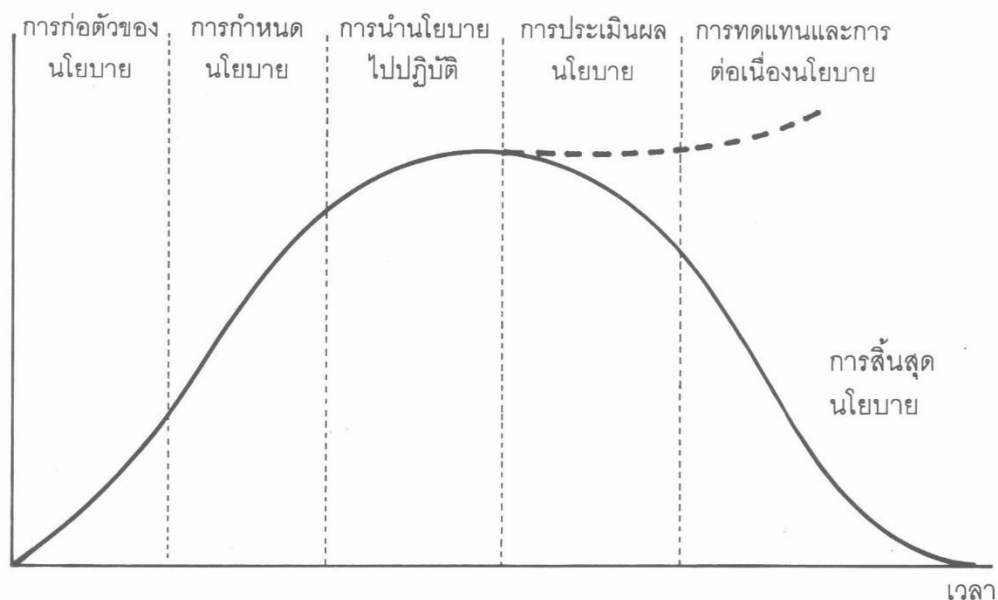
(ศุภชัย ยาวะประภาษ และปิยกร หวังมหาพร 2552) ได้กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ เป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมที่ผ่านมาในอดีต กิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน และกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

จะเห็นได้ว่าจากคำนิยามและทัศนะต่าง ๆ ที่นักวิชาการได้ให้ไว้ ทำให้นิยามของคำว่า นโยบายสาธารณะมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งนโยบายสาธารณะ คือ แนวทางในการดำเนินงานของรัฐบาล ที่เป็นการวางเป้าหมายของสิ่งที่จะกระทำในอนาคต โดยใช้แนวทางที่เคยกระทำมาในอดีต และแนวทางที่กระทำอยู่ในปัจจุบันมากำหนดเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และวัตถุประสงค์อย่างเป็นระบบ ผ่านการวางแผน การจัดทำ และการเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของสังคม และความต้องการของประชาชนโดยรวม

### 2.1.2 กระบวนการและขั้นตอนของนโยบายสาธารณะ

การศึกษานโยบายสาธารณะ มักมีการพิจารณาในเชิงกระบวนการซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ที่นโยบายสาธารณะจะต้องดำเนินไปตามลำดับเปรียบเสมือนวงจรของสิ่งมีชีวิตที่มีช่วงชีวิต (Life Cycle) ของตนเอง ตั้งแต่จุดเริ่มต้น พัฒนาการเติบโต และสิ้นสุด หรือแปรสภาพไปในท้ายที่สุด

ระดับ  
ทรัพยากร



ภาพที่ 2 ช่วงวงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะ

ที่มา : (ทศพร ศิริสัมพันธ์ 2539)

ในแต่ละขั้นตอนหรือช่วงวงจรชีวิตจะมีลักษณะเฉพาะและเกี่ยวข้องกับกลุ่มบุคคลฝ่ายต่าง ๆ ตลอดจนประเด็นคำถามสำหรับการศึกษาวิเคราะห์ที่แตกต่างกันออกไป การทำความเข้าใจในวงจรชีวิตหรือกระบวนการนโยบายนี้จะช่วยให้สามารถพรรณนาและอธิบาย รวมทั้งสามารถเป็นตัวแทนในเชิงทฤษฎีเพื่อการอ้างอิงและการคาดการณ์ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถประยุกต์เทคนิควิธีวิเคราะห์นโยบายเพื่อให้คำตอบหรือข้อเสนอแนะแก่ผู้กำหนดนโยบายที่เหมาะสมในแต่ละขั้นตอนหรือช่วงวงจรชีวิตของนโยบายอีกด้วย (ทศพร ศิริสัมพันธ์ 2539)

ลำดับขั้นตอนหรือช่วงวงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะสามารถจำแนกออกได้เป็นขั้นตอนใหญ่ๆ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการก่อตัวของนโยบาย (Policy Formation) การก่อตัวของนโยบาย เป็นเรื่องของ การที่ประเด็นปัญหาบางประการได้รับการหยิบยกขึ้นมาสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจต่อไป ทั้งนี้การก่อตัวของนโยบายอาจจะมาจากการผลักดันหรือนำเสนอประเด็นปัญหาโดยบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการรวมทั้งสภาพการณ์ต่าง ๆ อันเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดนโยบาย (Policy Determinants)



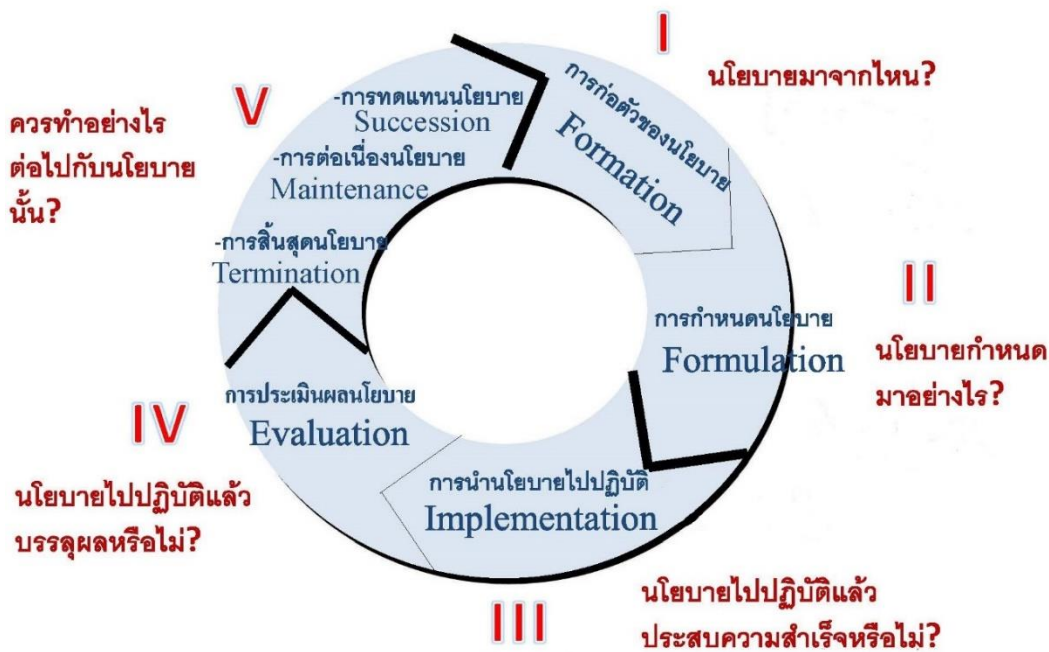
2. ขั้นตอนการกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) การกำหนดนโยบายเป็นส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการยกร่างข้อเสนอหรือทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ (Policy Alternatives) เพื่อทำการพิจารณาตัดสินใจและอนุมัติเห็นชอบในขั้นสุดท้ายโดยผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจหน้าที่เป็นทางการ ซึ่งจะพบอยู่เสมอว่าในช่วงของการกำหนดนโยบายนี้บุคคลภายนอกมักจะไม่ได้รับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการตัดสินใจมากนัก ต่อมาภายหลังเมื่อได้มีการประกาศใช้นโยบายบุคคลทั่วไปจึงได้รับทราบและสามารถวิเคราะห์รายละเอียดเนื้อหาสาระว่าใครได้อะไรเมื่อไหร่และอย่างไร

3. ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแปลงตัวนโยบายออกสู่ภาคปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จและได้รับผลผลิตออกมาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ ในทางปฏิบัติความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมักจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน ขีดสมรรถนะของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การสนับสนุนและแรงต่อต้านจากบุคคล ตลอดจนกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้ส่วนเสียกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นต้น

4. ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) การประเมินผลนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ติดตามมาจากการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุผลตรงตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่อย่างไรและยังครอบคลุมการพิจารณาตรวจสอบถึงผลกระทบ (Impact) ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้นจริงรวมทั้งความคุ้มค่าด้านต่าง ๆ (Cost Effectiveness) ของตัวนโยบาย และ

5. ขั้นตอนการต่อเนืองการทดแทน และการสิ้นสุดนโยบาย (Policy Maintenance Succession & Termination) การต่อเนือง ทดแทน และสิ้นสุดนโยบายนี้จะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาทบทวนเพื่อทำการคงสภาพหรือเปลี่ยนแปลง และยกเลิกเมื่อสิ้นสุดตัวนโยบาย โดยการพิจารณาดังกล่าวนี้อาจจะอาศัยข้อเท็จจริงจากการประเมินผลนโยบายในกรณีที่มีการยกเลิกเมื่อสิ้นสุดนโยบาย หมายความว่า วงจรชีวิตของนโยบายได้จบลง ส่วนในกรณีที่มีการทดแทนนโยบาย หมายความว่า วงจรชีวิตของนโยบายกำลังจะเริ่มต้นใหม่ อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะโดยส่วนใหญ่ มักจะได้รับการต่อเนืองหรือแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อย

## วงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะ (Policy life-cycle)



ภาพที่ 3 วงจรชีวิตของนโยบายสาธารณะ

ที่มา : (ทศพร ศิริสัมพันธ์ 2565)

กล่าวโดยสรุป กระบวนการและขั้นตอนของนโยบายสาธารณะเป็นการศึกษาถึงช่วงวงจรชีวิตและการเกิดขึ้นของนโยบายใดนโยบายหนึ่ง ที่ถูกกำหนดขึ้นโดยรัฐบาลในการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ในสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานหรือการบริหารงานของรัฐบาลให้บรรลุผลสำเร็จ โดยคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของนโยบายเพื่อให้นโยบายที่เกิดขึ้นสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง เพราะทุกนโยบายที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อประชาชนทุกคนในสังคม

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ

### 2.2.1 ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

หากจะกล่าวถึงการให้นิยามความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะสังเกตได้ว่าจากอดีตจนถึงปัจจุบันมีนักวิชาการมากมายที่ได้ให้คำนิยามของ "การนำนโยบายไปปฏิบัติ" ไว้แตกต่างกันตามทัศนะความคิดของแต่ละบุคคล ซึ่งจุดเริ่มต้นของการศึกษากำหนดนโยบายไปปฏิบัติ เกิดขึ้นเมื่อประมาณปี ค.ศ.1970 โดย Edwin C. Hargrove ที่ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับองค์ความรู้ด้านการ

น่านโยบายไปสู่การปฏิบัติไว้ในหนังสือเรื่อง “The Missing Link: The Study of the Implementation of Social Policy” (อ้างใน(สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทรแดง 2562)) ว่าจำเป็นต้องมีการศึกษาเพื่อนำไปใช้อธิบายปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงในกระบวนการของการน่านโยบายไปปฏิบัติ โดยเป็นการเชื่อมโยงระหว่างกำหนดยุทธศาสตร์และการประเมินนโยบาย (วรเดช จันทรศร 2552)

ในส่วนของคำนิยามการน่านโยบายไปปฏิบัตินี้ยังได้มีนักวิชาการอีกมากมายที่ได้ให้ความหมายไว้อย่างหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น เจฟฟรีย์ เพรสแมน (Jeffrey L.Pressman) และอารอน วิลด์ฟสกี (Aron Wildavsky) ที่ได้ให้นิยามของการน่านโยบายไปปฏิบัติว่าเป็นความสามารถในการผลักดันกระบวนการต่าง ๆ หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนด (Jeffrey L. Pressman & A. Wildavsky, 1979 อ้างใน (สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทรแดง 2562)) ซึ่งแมซแมนเนียน และซาบาเตียร์ (Mazmanian & SAbatier) ได้ทำการพิจารณาความหมาย และได้ให้คำนิยามของการน่านโยบายไปปฏิบัติว่า เป็นกระบวนการน่านโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จบนพื้นฐานของกฎหมาย ข้อบังคับ หรือคำสั่งของรัฐบาลหรือมติคณะรัฐมนตรี(ศุภชัย ยาวะประภาส และปิยกร หวังมหาพร 2552) โดยครอบคลุมถึงการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบราชการและระบบเอกชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในนโยบาย (Donald S. Van Meter & Carl E. Van Horn, 1975 อ้างใน(สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทรแดง 2562)) ซึ่งสอดคล้องกับคำนิยามของ วอลเตอร์ วิลเลียมส์ (Walter Williams) ว่าการน่านโยบายไปปฏิบัติเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับสมรรถนะของการใช้บุคลากร หรือทรัพยากรภายในองค์การที่กระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ (Williams, 1975 อ้างใน(สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทรแดง 2562))

นอกจากนักวิชาการต่างประเทศที่ได้มีการให้คำนิยามเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติแล้วยังมีนักวิชาการไทยที่ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติ เช่น (ศุภชัย ยาวะประภาส 2545) ได้กล่าวว่า การน่านโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมและในแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันตลอดเวลา โดยเป็นการดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมายของนโยบาย

(มยุรี อนุมานราชชน 2549) ได้กล่าวว่า การน่านโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ หมายถึง การแปลงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายในที่นี้อาจเป็นกฎหมาย หรือคำสั่งของรัฐบาลหรือคณะรัฐมนตรีให้ออกมาเป็นแนวทาง/แผนงาน/โครงการ หรือกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วย การจัดหาทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ การวางแผนโครงการเพื่อ

ตอบสนองวัตถุประสงค์ที่กำหนด การออกแบบของการ และการดำเนินงานให้เป็นไปตามแนวทางการดำเนินงานโครงการที่กำหนดไว้

(สมบัติ อ่างใน (วชิรวัชร งามละม่อม 2556)) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง ความพยายามในการรวบรวมคนและทรัพยากรทางการบริหาร เพื่อกระตุ้นความสามารถให้บุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การได้สำเร็จ

(วเรช จันทร์ศร 2552) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการค้นหาแนวทางและวิธีการที่จะนำมาใช้ปรับปรุงแผนในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงานในโครงการให้ดีขึ้น โดยเนื้อหาสาระของการศึกษาจึงมุ่งเน้นไปที่การแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation Processes) เพื่อที่จะศึกษาพัฒนาแนวทางและสร้างกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จ

(จุมพล นิมพานิช 2554) ได้กล่าวว่า การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ หมายถึงการบริหารนโยบายที่ครอบคลุมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมขององค์การ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มบุคคล สมรรถนะ และความร่วมมือของพนักงานภาครัฐและภาคเอกชน สภาพแวดล้อมของระบบและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย

ดังนั้นจากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมากเพราะเป็นขั้นตอนที่เป็นตัวชี้วัดว่านโยบายที่กำหนดขึ้นมานั้นจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้นมาหรือไม่ โดยการกำหนดนโยบายจะออกมาในรูปแบบกฎหมาย คำสั่งหรือมติคณะรัฐมนตรี เพื่อเป็นแนวทาง แผนงาน หรือโครงการ ที่มีความต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง โดยครอบคลุมถึงการวิเคราะห์พฤติกรรมขององค์การ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบาย

## 2.2.2 ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการผลักดันกระบวนการต่าง ๆ หรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลลัพธ์ตามที่กำหนด (Jeffrey L. Pressman & A. Widavsky, 1979) ซึ่งครอบคลุมถึงการกระทำของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในนโยบาย (Donald S. Van Meter, 1975) โดยเป็นความพยายามที่จะวิเคราะห์ความสามารถขององค์การในการรวบรวมกำลังคน และทรัพยากรในหน่วยงาน เพื่อกระตุ้นให้บุคลากรปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ โดยมุ่งศึกษาสมรรถนะขององค์การในการใช้ทรัพยากรทางการบริหารเพื่อให้องค์การบรรลุเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมผ่านแผนงานหรือโครงการ และสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย ดังนั้นการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจึงเป็นเรื่องที่มีความสลับซับซ้อน (Kenaphoom Sanya 2019) เพราะขึ้นอยู่กับ

ความแตกต่างของนโยบาย ประเภทนโยบาย ซึ่งครอบคลุมถึงความแตกต่างขององค์การ สภาพแวดล้อมขององค์การ และผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีความคาดหวังและเป้าหมายที่แตกต่างกันไปแต่มีความจำเป็นต้องเข้ามาปฏิบัติงานร่วมกัน

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (Public Policy Implementation) หรือการบริหารนโยบายเป็นการชี้ให้เห็นถึงกระบวนการที่อาศัยกลไกทางการบริหารมาทำให้นโยบายถูกนำไปปฏิบัติหรือดำเนินงานอย่างจริงจังโดยมีองค์การที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเป็นการแสวงหาวิธีการและแนวทางเพื่อปรับปรุงนโยบาย แผนงาน และโครงการให้ดีขึ้นที่ครอบคลุมถึงสมรรถนะขององค์การ พฤติกรรมขององค์การ ปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง การใช้ทรัพยากรทางการบริหาร ความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงสภาพแวดล้อมและตลาดเงินปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายที่กำหนดไว้ (Kenaphoom Sanya 2019) ซึ่งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ ฝ่ายการเมือง ระบบราชการ ข้าราชการ ผู้รับบริการหรือผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบาย (วรเดช จันทรศร 2543)

การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญหลายประการเนื่องจากนโยบายสาธารณะจะส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของพลเมือง และความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้กำหนดนโยบายรวมถึงหน่วยงานผู้นำนโยบายไปปฏิบัติตลอดจนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจึงมีการศึกษาและวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างลึกซึ้ง โดยได้รับความสนใจจากกลุ่มนักรัฐศาสตร์และนักรัฐประศาสนศาสตร์ ช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1960-1970 (จุมพล หนิมพานิช 2554)

อย่างไรก็ดีตัวแบบทางทฤษฎีของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ (1) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theory of Policy Implementation) (2) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Theory of Policy Implementation) (3) ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theory of Policy Implementation) (Kenaphoom Sanya 2019) โดยมีรายละเอียดที่จะนำเสนอต่อไปนี้

#### 2.2.2.1 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theory of Policy Implementation)

แนวทางตามทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับตัวนโยบายและความสามารถของผู้กำหนดนโยบาย ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายรวมถึงการติดตาม กำกับดูแลและควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับสมมติฐานของทฤษฎีนี้ คือ (1) การนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มต้นมาจากการตัดสินใจ

ของรัฐบาลกลาง (2) เน้นที่กระบวนการทางการเมืองตามทฤษฎีระบบ (3) มักไม่สนใจผลกระทบของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีต่อการให้บริการตามนโยบาย (4) นโยบายเป็นปัจจัยนำเข้า (inputs) และการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลผลิต (outputs) และ (5) แนวการศึกษาที่เน้นบทบาทการใช้อำนาจของผู้นำ

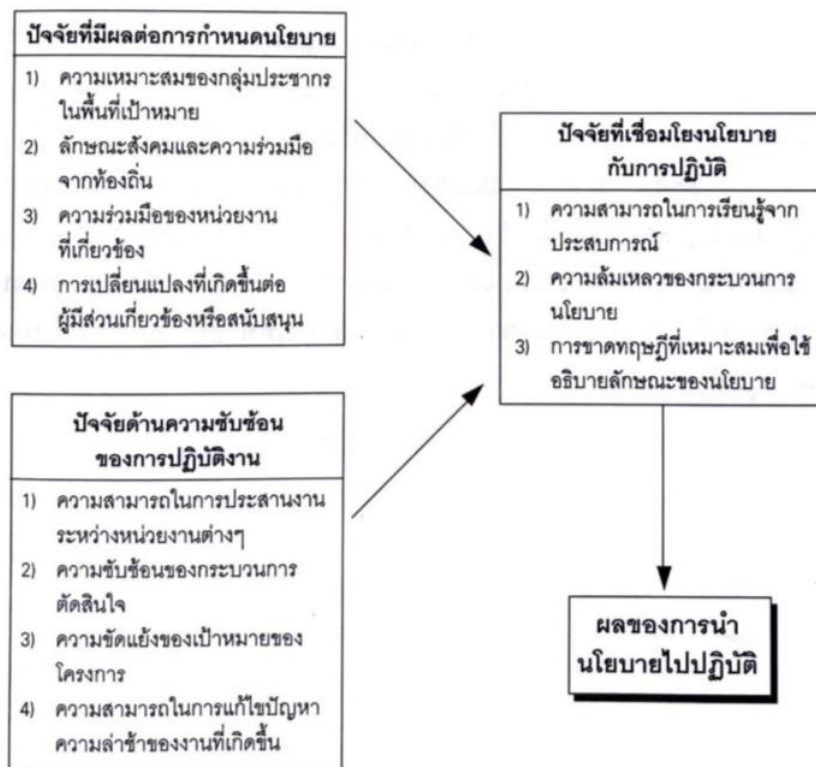
สำหรับตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบบนลงล่างที่เป็นที่นิยม ได้แก่ ตัวแบบของ Pressman และ Wildavsky ในปี ค.ศ.1973 ผลงานของ Van Meter และ Van Horn ปี ค.ศ.1975 ตัวแบบของ Bardach ปี ค.ศ.1977 และตัวแบบของ Sabatier และ Mazmanian ปี ค.ศ.1979, 1980 และ 1983 ฯลฯ (Kenaphoom Sanya 2019, สัญญา เคนาภูมิ และบุรณัตร์ จันทร์แดง 2562) ซึ่งแต่ละตัวแบบมีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของเพรสแมน และวิลดาฟสกี

เพรสแมน และวิลดาฟสกี (Pressman and Wildavsky) ได้ทำการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติครั้งแรกโดยการศึกษาความล้มเหลวของนโยบายการสร้างงานให้ชนกลุ่มน้อยในเมือง โอ๊คแลนด์ แคลิฟอร์เนีย พบว่า แนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติมีลักษณะแบบ Top-Down อยู่มาก (สุชาติ พิทักษ์กุล และคณะ. 2559) เนื่องจากการปฏิบัติงานมีโครงสร้างที่เป็นไปตามลำดับชั้น โดยโครงสร้างนั้นประกอบไปด้วยหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับต่าง ๆ ที่ต้องร่วมมือกัน (co-operation) ในการทำให้นโยบายบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งเพรสแมน และวิลดาฟสกี ได้สรุปสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากโครงการดังกล่าวไม่ได้ตั้งบนหลักทฤษฎีที่เหมาะสม เช่น โครงการสร้างโรงงานซ่อมเครื่องบิน และทำประตูเชื่อมเครื่องบินไปยังท่าอากาศยานซึ่งต้องอาศัยแรงงานที่มีความชำนาญและมีคุณภาพสูง คนงานส่วนใหญ่ที่เป็นคนดำและคนกลุ่มน้อยไม่มีความรู้เพียงพอ จึงทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องมีการฝึกอบรม ทำให้โครงการล่าช้าไม่สามารถดำเนินการได้ นอกจากนี้ยังมีขั้นตอนต่าง ๆ ที่ต้องตัดสินใจมาก เพราะนโยบายมีหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้องมาก ทำให้เกิดความล่าช้า และยังเผชิญกับการต่อต้านจากฝ่ายการเมือง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมที่คัดค้านการถมอ่าว เป็นต้น

การศึกษาของเพรสแมน และวิลดาฟสกี เป็นการหาสาเหตุของความล้มเหลวของนโยบายที่มีลักษณะ Top-Down จึงเน้นที่การศึกษาตัวนโยบายเป็นหลัก โดยได้พัฒนาตัวแบบสำหรับการศึกษากระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่มีความเชื่อพื้นฐานว่านโยบายแต่ละนโยบายย่อมสะท้อนเป้าหมาย (goals) และแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย (means) อยู่ในตัวแล้ว ดังนั้นการศึกษาของเพรสแมน และวิลดาฟสกี จึงเน้นไปที่การวิเคราะห์ถึงปัญหาและอุปสรรคของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตัวแปรดังนี้

- 1) ตัวแปรกลุ่มที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดนโยบาย
- 2) ตัวแปรกลุ่มที่ 2 ด้านความซับซ้อนในการประสานการปฏิบัติของหน่วยงานต่าง ๆ (complexity of joint action)
- 3) ตัวแปรกลุ่มที่ 3 ด้านความเชื่อมโยงของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายและการกำหนดนโยบายไปปฏิบัติเข้าด้วยกัน (สุชาติ พิทักษ์กุล และคณะ. 2559)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติของเพรสแมน และวิลดาฟสกี  
ที่มา : (วรเดช จันทรศร 2552)

- 2) ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มิเตอร์ และแวน ฮอร์น

แวน มิเตอร์ และ แวน ฮอร์น เชื่อว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์และการสื่อข้อความที่เกิดขึ้นตั้งแต่ตัวผู้รับนโยบายไปจนถึงผู้ปฏิบัติในลักษณะที่เป็นลำดับขั้นของการสื่อสารจากบนลงล่าง (Van Meter and Van Horn. 1975 : 200 - 217) ได้ร่วมกันเขียนบทความเรื่อง “The Policy Implementation Process : A Conceptual Framework” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และได้เสนอตัวแบบที่เรียกว่า A Model of the Policy Implementation Process โดยตัวแบบนี้เชื่อว่าผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

ประกอบไปด้วย 6 ตัวแปรที่เชื่อมโยงระหว่างนโยบาย และสมรรถนะในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังต่อไปนี้ (วรเดช จันทรศร 2552) อ้างใน (Uaprasoet 2562))

1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะตัดสินว่านโยบาย มีสมรรถนะมากน้อยเพียงใด การกำหนดตัวชี้วัดของสมรรถนะของนโยบายเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำ เป็นอันดับแรก นั่นคือ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายจะต้องสอดคล้องกับความเป็นจริง ในบางกรณีมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายอาจสามารถสังเกตและวัดได้ง่าย เช่น ในกรณีของ นโยบายการสร้างงานในเมืองไอค์แลนด์ที่ศึกษาโดยเพรสแมนและวิลด์ฟสกี อาจสังเกตว่านโยบาย ประสบความสำเร็จหรือไม่จากจำนวนงานที่ได้สร้างขึ้น หรือหาหลักฐานจากผู้ที่ได้ถูกว่าจ้าง หรือดูจาก ความก้าวหน้าของโครงการหรืองานที่เกี่ยวข้องก็ได้ แต่ในบางกรณีการวัดสมรรถนะของนโยบายก็อาจ ทำได้ยากเช่นกัน หากนโยบายนั้นมีมาตรฐานหรือวัตถุประสงค์ที่คลุมเครือหรือขัดแย้งกันเอง (กันตนา มาใหญ่. 2562) โดยสรุปแล้วมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายเป็นตัวแปรที่จะต้อง กำหนดขึ้นอย่างชัดเจน เพราะการนำนโยบายไปปฏิบัติไม่สามารถทราบได้ว่าสำเร็จหรือล้มเหลวหาก ปราศจากเป้าหมายและข้อกำหนดที่ชัดเจน (Pressman and Wildavsky, 1973 อ้างถึงใน (วรเดช จันทรศร 2552))

2) ทรัพยากรของนโยบาย นอกจากนโยบายจะต้องมีเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด ที่เป็นมาตรฐานแล้ว นโยบายยังประกอบไปด้วยทรัพยากร ซึ่งหมายความรวมถึงเงินงบประมาณ และแรงกระตุ้นสนับสนุนอื่น ๆ เพื่อช่วยให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดประสิทธิผล อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของมาร์ธา เดอร์ธิกในนโยบายสร้างเมืองใหม่ (Martha Derthick, 1972, p.87 อ้างถึงใน (วรเดช จันทรศร 2552)) พบว่าปัจจัยด้านทรัพยากรที่สำคัญมากที่สุดที่ส่งผลให้นโยบาย ประสบความสำเร็จคือ การช่วยเหลือและสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ มากกว่าการใช้งบประมาณ ที่เพียงพอ

3) การสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติต้องอาศัยการ สื่อสารของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ไปยังหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในทุกลำดับชั้นขององค์การ เนื่องจากการสื่อสารเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนอยู่ในตัวเองอยู่แล้ว และผู้สื่อสารเองก็เป็น อุปสรรคสำคัญในการสร้างให้เกิดการบิดเบือนเป้าหมายและวัตถุประสงค์ดังกล่าว การสื่อสารที่สร้าง ให้เกิดความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะต้องมีความชัดเจน ความเที่ยงตรง และความ สม่าเสมอ ในระหว่างกระบวนการสื่อสาร (วรเดช จันทรศร 2552) อ้างใน (Uaprasoet 2562))



4) ลักษณะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ แวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ได้ให้ข้อสังเกตถึงลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติว่ามี 2 องค์ประกอบ คือ 1. ลักษณะโครงสร้างอย่างเป็นทางการขององค์การ 2. ลักษณะอย่างไม่เป็นทางการของบุคลากรในองค์การ ซึ่งส่งผลต่อสมรรถนะของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร 2552) อ้างใน (Uaprasoet 2562))

5) เงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ลักษณะสภาพเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองที่มีผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นปัจจัยที่เมื่อก่อนไม่ได้มีผู้ให้การสนใจศึกษา แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่าเงื่อนไข และทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง มีผลสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมาก ทั้งโดยตรงและทางอ้อม (วรเดช จันทรศร 2552) อ้างใน (Uaprasoet 2562))

6) ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ความเข้าใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ นั้นมีส่วนสำคัญและถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของนโยบายมากที่สุดปัจจัยหนึ่ง องค์ประกอบของปัจจัยนี้เน้นไปที่ตัวผู้ปฏิบัติ ซึ่งมี 3 ประการด้วยกันคือ 1. การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย 2. ทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ 3. ระดับการยอมรับในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร 2552)



ภาพที่ 5 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น  
ที่มา : (วรเดช จันทรศร 2552)

3) ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของซาบาเตียร์ และแมชมาเนียน พอล ซาบาเตียร์ และเดเนียล แมชมาเนียน (Paul Sabatier and Danial Mazmanian) ได้แบ่งลักษณะของนโยบายออกเป็นประเภทต่าง ๆ เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ของการศึกษาโดยภาพรวมสามารถแบ่งนโยบายออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

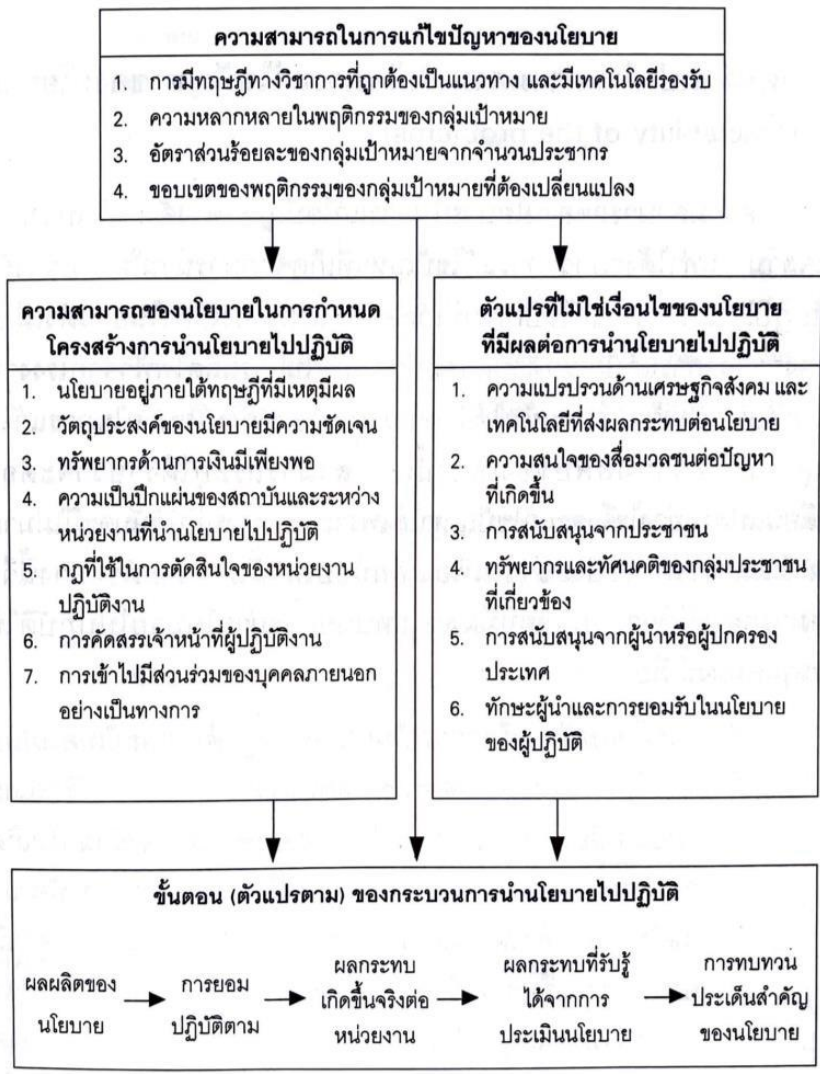
- 1) ประเภทมุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของข้าราชการที่มีต่อการปฏิบัติงาน
- 2) ประเภทที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของข้าราชการที่มีต่อการนำงบประมาณไปใช้จ่าย
- 3) ประเภทที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติในหน่วยงานเอกชนที่มีต่อการนำงบประมาณไปใช้จ่าย

ซาบาเตียร์ และแมชมาเนียน ได้ทำการศึกษากำหนดนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติโดยการมองจากตัวแบบที่เป็นเหตุเป็นผล โดยพิจารณาจากความซับซ้อนของนโยบายและความหลากหลายของปัจจัยต่าง ๆ (Kenaphoom Sanya 2019) ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องสร้างกรอบการศึกษาให้ครอบคลุมสาระสำคัญเพิ่มเติมอีก 5 ประการ คือ

- 1) จะต้องสร้างกรอบความคิดสำรวจความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมบุคคลกับเงื่อนไขทางการเมือง เศรษฐกิจ และกฎหมาย
- 2) กรอบการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้พิจารณาปัจจัยด้านสมรรถนะของนโยบายในการกำหนดโครงสร้างของกระบวนการปฏิบัติ
- 3) กรอบการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้กำหนดความเป็นไปได้ที่นโยบายจะใช้ในการแก้ปัญหา
- 4) กรอบการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้เข้าไปควบคุมพฤติกรรมของภาคเอกชน ทั้งในแง่ของการคุ้มครองผู้บริโภค การรักษาสภาพแวดล้อม สวัสดิภาพของแรงงานและการดำเนินธุรกิจ อสังหาริมทรัพย์ ทั้งนี้เพราะจากผลงานของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น กับเบอร์แมน เป็นกรอบการศึกษาโครงการการจัดสรรสินค้าและบริการของรัฐ ซึ่งเป็นนโยบายทางสังคมเท่านั้น
- 5) กรอบการศึกษาที่ผ่านมา มีประโยชน์ในเชิงอุดมคติเท่านั้น ไม่สามารถชี้วัดลงไปว่าตัวแปรใดถูกนำไปใช้ควบคุม และตัวแปรใดมักจะถูกนำไปใช้

ดังนั้น ตัวแบบในการศึกษาวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติของซาบาเตียร์ และแมชมาเนียน จึงเป็นตัวแบบที่อุดช่องโหว่ของกรอบทฤษฎีที่กล่าวข้างต้น เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ

ที่สำคัญคือ ตัวแบบนี้สามารถชี้ชัดได้ว่าปัจจัยใดส่งผลต่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบาย ตลอดจนทุกขั้นตอนของกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (วรเดช จันทรศร 2552)



ภาพที่ 6 ตัวแบบทางทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติของซาบาเตียร์ และแมชมาเนียน  
ที่มา : (วรเดช จันทรศร 2552)

### 2.2.2.2 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Theory of Policy Implementation)

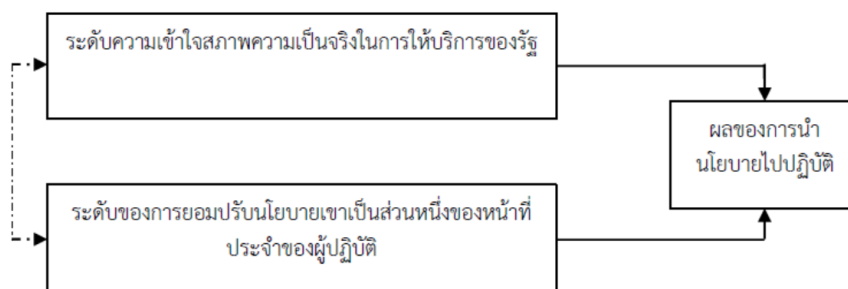
ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 1970 ถึงต้นทศวรรษ 1980 เพื่อวิพากษ์ทฤษฎีบนลงล่าง เนื่องจากงานวิจัยหลายชิ้น พบว่าผลลัพธ์ของนโยบายไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ ฉะนั้น การถือว่าผลลัพธ์กับวัตถุประสงค์มีความสัมพันธ์กันเชิงสาเหตุและผลจึงอาจ

ไม่ถูกต้อง นักทฤษฎีเหล่านี้เห็นว่าควรศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในระดับปฏิบัติและวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติดังกล่าว การศึกษาในกลุ่มนี้เริ่มจากระดับล่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจริง ๆ กับนโยบายและปฏิเสธความคิดที่ว่านโยบายเริ่มจากส่วนบน โดยคนข้างล่างต้องยึดตาม เพราะกลุ่มนี้เห็นว่า คนข้างล่างก็ใช้ดุลพินิจและใกล้ชิดกับปัญหามากกว่าส่วนบน หน่วยวิเคราะห์ของกลุ่มนี้จึงได้แก่ ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ (street level bureaucrats) หรือเจ้าหน้าที่ในแนวหน้า (front-line workers) (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ 2551) อังโน (กันตนา มาใหญ่, 2562) ทฤษฎีล่างขึ้นบนเป็นทฤษฎีที่เน้นการใช้ดุลพินิจของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่าทฤษฎีบนลงล่าง ซึ่งเป็นการยากที่จะควบคุมการใช้ดุลพินิจได้ เพราะการใช้ดุลพินิจเป็นธรรมชาติของการนำนโยบายไปปฏิบัติ สมมติฐานของทฤษฎีนี้ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ทางการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย (2) การเชื่อมโยงเชิงสาเหตุและผลตามความเชื่อของทฤษฎีจากบนลงล่างก็อาจไม่เป็นจริงเสมอไปหรืออาจไม่ได้ผลจริงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย (3) สนใจศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในระดับของการรับบริการและสาเหตุที่แท้จริงที่มีผลต่อการปฏิบัติในระดับล่าง (4) การศึกษาจะเริ่มจากการระบุเครือข่ายของตัวแสดงในการให้บริการที่แท้จริงเป็นอย่างไร และ (5) ปฏิเสธแนวคิดนโยบายเริ่มมาจากระดับบนและส่งนโยบายลงมาให้ผู้ปฏิบัติเพื่อปฏิบัติตาม ซึ่งจะทำให้เกิดผลสำเร็จมากที่สุด แต่ก็ยังคงมีแนวคิดที่ว่า การใช้ดุลพินิจการให้บริการระดับล่างเป็นปัญหาที่แท้จริงมากกว่าการพิจารณาจากระดับบน สำหรับนักวิชาการที่สำคัญในกลุ่มนี้ได้แก่ ลิปสกี (Lipsky) ปี ค.ศ.1971 และ เอลมอร์ (Elmore) ปี ค.ศ.1980 และเจิน (Hjern) ปี ค.ศ.1982 (Kenaphoom Sanya 2019, สัญญา เคณาภูมิ และบุรฉัตร จันทร์แดง 2562)

#### 1) ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) ของลิปสกี

ลิปสกี วิเคราะห์พฤติกรรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ พบว่าการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติควรศึกษาปฏิสัมพันธ์โดยตรงระหว่างผู้ปฏิบัติในพื้นที่ซึ่งก็คือข้าราชการกับประชาชน เพราะอำนาจขององค์การไม่ได้อยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งแต่อำนาจกระจายอยู่ทั่วไป ดังนั้นทั้งตัวข้าราชการและประชาชนจึงเป็นตัวแปรที่เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาตามตัวแบบนี้ ซึ่งนักวิชาการ เช่น ฮัดสัน (Hudson) เห็นด้วยว่าเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติมีอำนาจควบคุมผู้ให้บริการ เพราะมีอิสระจากหน่วยงานแหล่งที่มาของอำนาจที่สำคัญ คือ การใช้ดุลพินิจในขณะที่ปฏิบัติงาน งานของลิปสกีจึงศึกษาปัญหาที่ปฏิบัติในพื้นที่และการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าของเขาในแต่ละวัน ฮิลและฮูเป (Hill and Hupe) ให้ความเห็นไว้ว่างานของลิปสกีมีความสำคัญ 2 ประการ คือ การใช้ระเบียบวิธีวิเคราะห์การใช้ดุลพินิจของเจ้าหน้าที่ และการศึกษาตามทฤษฎีจากล่างขึ้นบน ไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าการ

น่านโยบายไปปฏิบัติจะประสบความสำเร็จ (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ 2551) อ้างใน (Kenaphoom Sanya 2019))

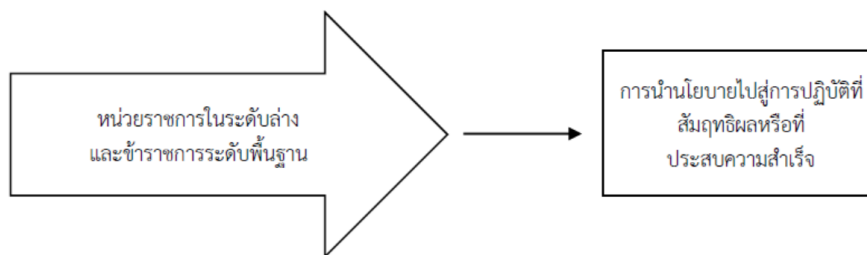


ภาพที่ 7 ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ

ที่มา : (วรเดช จันทรศร 2552)

2) ตัวแบบการให้ความสำคัญกับหน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน (Backward Mapping or Bottom up Perspective Model) ของเอลมอร์

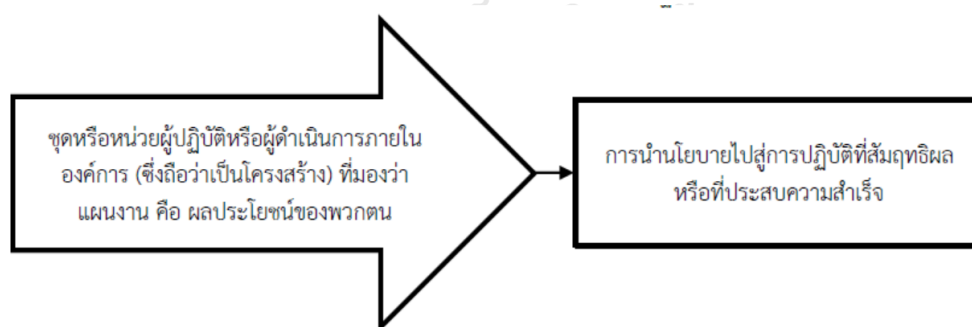
ตัวแบบนี้เน้นการวิเคราะห์หรือให้ความสำคัญกับหน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐานเป็นสำคัญ ที่เรียกว่าการวางแผนจากหลังมาหน้า “Backward Mapping” หรือ “Bottom-Up Perspective” ซึ่งตามตัวแบบจะเกี่ยวข้องกับบุคคลผู้มีส่วนร่วมเป็นจำนวนมาก โดยที่บุคคลเหล่านี้บางกลุ่มมีความสำคัญมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ ในแนวคิดของเอลมอร์เห็นว่าการน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ผ่านมามุ่งเน้นกลุ่มผู้มีอำนาจกำหนดนโยบายตามโครงสร้างอำนาจหน้าที่มากเกินไป ทั้งๆที่ควรเน้นการเสนอแนวทางในการศึกษาการน่านโยบายไปปฏิบัติ โดยเปลี่ยนความคิดจากเดิมที่วิเคราะห์แบบ “การสร้างแผนภาพจากหน้าไปหลัง” (forward mapping) ซึ่งหมายถึง ทฤษฎีบนลงล่าง ที่มีจุดอ่อนจากฐานคิดว่าผู้กำหนดนโยบายสามารถควบคุมกระบวนการต่าง ๆ เพื่อให้สามารถมีผลต่อการน่านโยบายไปปฏิบัติได้ มาเป็นการมองย้อนกลับจากข้างล่างขึ้นไป และมุ่งให้ความสนใจที่กลุ่มบุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบของการทำให้ผลลัพธ์ของนโยบายเกิดขึ้นเป็นสำคัญ (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ, 2551 น. 52)



ภาพที่ 8 ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน  
ที่มา : (Elmore, 1978 อ้างใน (จุมพล หนิมพานิช 2554))

### 3) ตัวแบบโครงสร้าง (The Model of Structure) ของชเจอร์น

ชเจอร์น มีทัศนะว่านักวิจัยต้องยอมรับว่าการให้บริการเกี่ยวข้องกับบุคลิกของตัวแสดงและองค์การที่หลากหลาย ดังนั้น การวิจัยควรเริ่มด้วยการระบุเครือข่ายของตัวแสดง จากนั้นจึงศึกษาวิธีการแก้ปัญหาของตัวแสดง (เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ 2551) ชเจอร์นได้มีการระบุว่าตัวแบบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ต้องประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ ขององค์การหรือหน่วยปฏิบัติชุดต่าง ๆ ที่มีเป้าหมายในการนำแผนหรือแผนงานไปสู่การปฏิบัติ ขณะเดียวกันตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่เน้นกระบวนการนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติมากกว่าตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top-Down Perspective) (จุมพล หนิมพานิช 2554)



ภาพที่ 9 ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง  
ที่มา : ((Benny Hjern,1982 อ้างใน (จุมพล หนิมพานิช 2554))

### 2.2.2.3 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation)

ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่างและล่างขึ้นบนเป็นประเด็นโต้แย้งทางวิชาการ อยู่หลายปี นักวิจัยหลายคนจึงพยายามสังเคราะห์ทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกัน เช่น เอลมอร์ (Elmore) ปี ค.ศ.1985 ซาบาเตียร์ ปี ค.ศ.1986 และก็อกกิน (Goggin) และคณะเมื่อปี ค.ศ.1990 ทฤษฎีผสมนี้ รวมเอาองค์ประกอบทั้งสองฝ่ายเข้าด้วยกันเพื่อปิดจุดอ่อนของแต่ละฝ่าย เป็นต้นว่า (1) ทฤษฎีบนลงล่างเน้นการเริ่มต้นจากข้างบนมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎีทั่วไป ยึดถือตามแนวกระบวนการและขั้นตอนนโยบาย เน้นการนำการตัดสินใจระดับบนไปปฏิบัติ ยึดประชาธิปไตยแบบตัวแทนหรือตัวแบบผู้นำ (2) ทฤษฎีล่างขึ้นบนเริ่มต้นจากล่างและขยายออกไปทางข้าง มีจุดมุ่งหมายที่จะพรรณนาและอธิบายปฏิกิริยาของตัวแสดงในการให้บริการถือว่าขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติแยกไม่ออกจากขั้นการก่อรูปหรือยึดตามหลักการหลอมรวม (Fusionist model) มากกว่าจะกระจายออกไป ปฏิเสธขั้นตอนของนโยบายซึ่งอธิบายว่าไม่มีทางที่ระดับบนจะคุมระดับล่างได้หมดเนื่องจากระดับล่างมีดุลพินิจและผลประโยชน์เป็นของตัวเอง ทฤษฎีล่างขึ้นบนยึดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมกล่าวคือนอกจากผู้นำแล้วยังต้องคำนึงถึงเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น ภาคเอกชนและกลุ่มเป้าหมายด้วย ดังนั้นการผสมตามทฤษฎีใหม่ทำให้เกิดแนวทางบูรณาการขึ้นมาจำนวนมาก (Kenaphoom Sanya 2019, สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทร์แดง 2562)

สำหรับผลงานนักวิชาการที่สำคัญในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผลงานของชาร์พ (Scharpf) เมื่อปี ค.ศ. 1978 ผลงานของวิลฮือฟฟ์-ฮีริเทียร์ (Heritier) ปี ค.ศ.1980 ผลงานของริปลีย์ (Ripley) และแฟรงกลิน (Franklin) ปี ค.ศ.1982 ผลงานของวินเตอร์ (Winter) ปี ค.ศ. 1990 ผลงานของวรเดช จันทร์ศร (วรเดช จันทร์ศร 2552) อ่างใน (Kenaphoom Sanya 2019))

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎี ในการเสนอแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของนโยบาย UCEP นั้น ผู้วิจัยเห็นว่าแนวคิดตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย (policy standards and objectives), ทรัพยากรนโยบาย (policy resources), การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง (inter-organizational communication and enforcement activities), ลักษณะองค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (the characteristics of implementing agencies), เงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (economic ,social and political conditions) และความร่วมมือหรือการตอบสนอง

ของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ (the disposition of implementers) มีความเหมาะสมในการนำมาวิเคราะห์ถึงปัญหาในการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ

### 2.3 ข้อมูลพื้นฐานของ นโยบาย UCEP

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients หรือ UCEP) เป็นนโยบายที่พัฒนามาจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงแก่ชีวิต ไม่ถามสิทธิ ใกล้ที่ไหน ไปที่นั่น” ซึ่งเป็นนโยบายที่เกิดขึ้นในสมัยของรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่ได้มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2555 โดยเป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนในการพัฒนาระบบประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มช่องทางการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึงแก่ประชาชน เนื่องจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รัฐบาลได้มีการจัดตั้งขึ้นให้กับประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2545 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMB) ซึ่งจากระบบทั้งสามสิทธิจะครอบคลุมการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมถึงกรณีไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญา โดยในกรณีหลังประชาชนต้องสำรองจ่ายค่ารักษาไปก่อนแล้วจึงมาทำการเบิกคืนตามอัตราและเพดานที่กำหนด แต่กลับกลายเป็นว่าเกิดข้อร้องเรียน เป็นข่าวและมีการโพสต์ในสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ว่าถูกโรงพยาบาลเอกชนเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ หรือไม่ยอมให้คนไข้กลับหรือย้ายจนกว่าจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นต้น ดังนั้น เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนและบูรณาการการบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสามกองทุนจึงเกิดนโยบายนี้ขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินงานตามนโยบายนี้ยังเกิดปัญหามากมาย เนื่องจากขาดข้อกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีรองรับ ขาดอำนาจการบังคับใช้ให้เป็นไปตามนโยบาย ขาดระบบประเมินและยืนยันสิทธิ ประกอบกับการจ่ายชดเชยมีอัตราต่ำ โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการจึงเรียกเก็บค่าบริการจากประชาชนที่ใช้บริการ ทำให้รัฐบาลพลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา โดยกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงประโยชน์ของนโยบายดังกล่าว จึงได้พยายามปรับแก้ไขจุดอ่อนที่มีของนโยบายเดิม และได้ประกาศเป็นนโยบายใหม่ที่ชื่อว่า “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 ซึ่งกำหนดให้การดำเนินการช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในอันตรายให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด และคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่าย



กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ.2560 เพื่อเป็นการคุ้มครองและลดความเหลื่อมล้ำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับประโยชน์สูงสุด โดยไม่มีเงื่อนไขในด้านสิทธิประกันสุขภาพ และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล โดยสามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง เพื่อลดช่องว่างการบริการสาธารณสุขของภาครัฐที่ยังไม่ครอบคลุมในบางพื้นที่ โดยมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่หลักในการควบคุมดูแลคือ คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (กพฉ.) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

### 2.3.1 หลักเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.) ขึ้นเพื่อเป็นศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (UCEP Coordinating Center) ให้คำปรึกษาการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินผ่านโปรแกรม Emergency Pre-authorization หรือ PA ตลอดจนดำเนินการรับเรื่องอุทธรณ์การคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และรับเรื่องร้องเรียนกรณีไม่ได้รับความคุ้มครองตามสิทธิที่รัฐบาลกำหนด โดยผู้ป่วยที่ได้รับความคุ้มครองต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าข่ายวิกฤต (สีแดง) ที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล และมีอาการ ดังนี้

- 1) หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ
- 2) หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง หายใจติดขัดมีเสียงดัง
- 3) ซึมลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วมด้วย
- 4) เจ็บหน้าอกเฉียบพลันรุนแรง
- 5) แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักร่วมต่อเนื่องไม่หยุด
- 6) มีอาการอื่นร่วมที่มีผลต่อการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบสมองที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

6

**อาการฉุกเฉินวิกฤติ**  
ที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ



**เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ "UCEP"**



- 1
หมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่หายใจ
- 2
หายใจเร็ว หอบเหนื่อยรุนแรง  
หายใจติดขัดมีเสียงดัง
- 3
เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน รุนแรง
- 4
ซีดลง เหงื่อแตก ตัวเย็น หรือมีอาการชักร่วม
- 5
แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก พูดไม่ชัด  
แบบปัจจุบันทันด่วน หรือชักต่อเนื่องไม่หยุด
- 6
มีอาการอื่นร่วม ที่มีผลต่อการหายใจระบบ  
การไหลเวียนโลหิต และ ระบบสมอง ที่อาจเป็น  
อันตรายต่อชีวิต

ภาพที่ 10 6 อาการฉุกเฉินวิกฤติที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ  
ที่มา : (ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มปป.)

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาลจะต้องได้รับการประเมินอาการในระดับวิกฤตฉุกเฉินเพื่อเข้ารับการรักษาดำเนินการตามสิทธิของนโยบาย UCEP ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดสร้างโปรแกรม Emergency Pre-authorization (PA) เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินคัดแยกอาการระดับความฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งออกเป็น 25 กลุ่มอาการ โดยเกณฑ์การคัดแยกจะเป็นไปตามคู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริการ ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด มาปรับใช้ในโปรแกรม เพื่อให้การประเมินอาการมีความครอบคลุมภาวะฉุกเฉินให้มากที่สุด ซึ่งกลุ่มอาการจะแบ่งออกเป็น 2 หมวด คือ หมวดกลุ่มอาการป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) 20 กลุ่มอาการ และหมวดการบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma) 5 กลุ่มอาการ รายละเอียด ดังนี้

#### หมวดกลุ่มอาการป่วยฉุกเฉิน (Non trauma) 20 กลุ่มอาการ

1. ปวดท้อง/หลัง/เชิงกรานและขาหนีบ
2. แพ้ยา/แพ้อาหาร/แพ้สัตว์ต่อย/แอนาฟิแล็กซิส/ปฏิกิริยาภูมิแพ้
3. สัตว์กัด

4. เลือดออก (ไม่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ)
5. หายใจลำบาก/ติดขัด
6. หัวใจหยุดเต้น
7. เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ/มีปัญหาทางด้านหัวใจ
8. สำลัก/อุดกั้นทางเดินหายใจ
9. เบาหวาน
10. ภาวะฉุกเฉินเหตุสิ่งแวดล้อม
11. เว้นว่าง
12. ปวดศีรษะ/ภาวะผิดปกติทางตา/หู/คอ/จมูก
13. คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์
14. พิษ/รับยาเกินขนาด
15. มีครรภ์/คลอด/นรีเวช
16. ชัก/มีสัญญาณบอกเหตุการณ์ชัก
17. ป่วย/อ่อนเพลีย/อัมพาตเรื้อรัง/ไม่ทราบ ไม่จำเพาะ/อื่นๆ
18. อัมพาต(กำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง/สูญเสียการรับรู้สึก/ยืนหรือเดินไม่ได้)เฉียบพลัน
19. ไม่รู้สติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว
20. เด็ก (กุมารเวชกรรม)

#### หมวดการบาดเจ็บฉุกเฉิน (Trauma) 5 กลุ่มอาการ

21. ถูกทำร้ายร่างกาย
22. ไหม้/ลวกเหตุความร้อน/สารเคมี/ไฟฟ้าช็อต
23. ตกน้ำ/จมน้ำ/หน้าคว่ำจมน้ำ/บาดเจ็บเหตุดำน้ำ/บาดเจ็บทางน้ำ
24. พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด
25. อุบัติเหตุยานยนต์

การแบ่งอาการออกเป็น 2 หมวด 25 กลุ่มอาการนี้ จะช่วยให้การคัดแยกมีความครอบคลุม ภาวะฉุกเฉิน โดยการเลือกกลุ่มอาการ ให้เลือกจากอาการที่ตรวจพบ (Signs and Symptoms) หรือสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินบางราย เมื่อซักประวัติแล้ว อาจพบว่ามี ความกำกึ่งกันระหว่าง 2 กลุ่มอาการ ให้เลือกกลุ่มอาการที่ประเมินแล้วว่าเป็นอาการหรือสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโรงพยาบาล ซึ่งหากพบปัญหาในการเลือกกลุ่มอาการ สามารถขอรับ

คำปรึกษาจากศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ได้กำหนดว่าผู้ป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉินจากสถานพยาบาล ตามมาตรา 36 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 ทำให้สถานพยาบาลเอกชนที่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล ต้องใช้หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่เป็นหลักเกณฑ์เดียวกันทั่วประเทศ ซึ่งหลักเกณฑ์การประเมินคัดแยกอาการมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (วิชัยยา แสงอาทิตย์. 2561)
2. ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการ ในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
3. ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง
4. ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรรการบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป
5. ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น

2.3.2 ขั้นตอนในการดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีการดำเนินงานดังนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน ดำเนินการประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและให้การรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ พร้อมทั้งส่งข้อมูลการประเมินไปยังศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติผ่านระบบ Emergency Pre-authorization

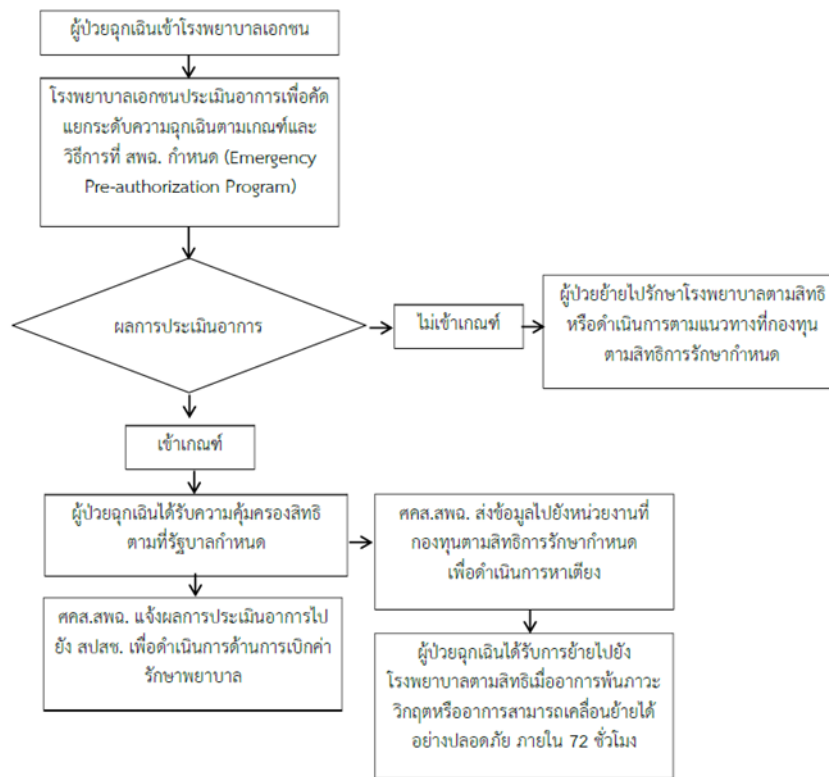
2. ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ศคส.สพฉ.) ทำหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูลการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่โรงพยาบาลเอกชนส่งเข้ามาในระบบ Emergency Pre-authorization หากผลการประเมินผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต ทาง ศคส.สพฉ. จะดำเนินการส่งผลการประเมินไปยังกองทุนตามสิทธิการรักษาเพื่อดำเนินการจัดหาเตียงรองรับผู้ป่วยหลังพ้นภาวะวิกฤตหรือครบ 72 ชั่วโมง โดยระบบสิทธิการรักษาหลัก ๆ จะประกอบไปด้วย ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Scheme: UCS) ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme: SSS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Servant Medical Benefit Scheme: CSMBS) ซึ่งระบบของสิทธิการรักษาทั้งสามระบบจะมีการเบิกจ่ายที่แตกต่างกันไป โดยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ สปสช. สิทธิประกันสังคม ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ สำนักงานประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคือ กรมบัญชีกลาง

3. ศูนย์ประสานการส่งต่อของแต่ละกองทุน ดำเนินการจัดหาเตียงรองรับผู้ป่วยหลังพ้นภาวะวิกฤตหรือครบ 72 ชั่วโมง ตามแนวทางของแต่ละกองทุน

4. กรณีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต โรงพยาบาลเอกชนต้องดำเนินการบันทึกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตามแนวทางที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง สรุปค่าใช้จ่าย และแจ้งกองทุนตามสิทธิการรักษาภายใน 30 วัน นับตั้งแต่เวลาที่ได้รับข้อมูลหรือเอกสารครบถ้วนแล้ว

5. กองทุนตามสิทธิการรักษา ดำเนินการจ่ายค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลไปยังโรงพยาบาลเอกชน ตามอัตราที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการกำหนดค่าใช้จ่ายในการดำเนินการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน 15 วัน นับจากวันที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแจ้งกองทุนของผู้มีสิทธิทราบ

ขั้นตอนการดำเนินงานของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต



ภาพที่ 11 แนวทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต  
มีสิทธิทุกที่

ที่มา: (ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต มปป.)

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติต่าง ๆ และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP ในมุมมองต่าง ๆ ดังนี้

(กิตติ บุนนาค 2536) ได้ทำการศึกษาเรื่องการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ: การศึกษา วิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์ในธุรกิจโรงแรม พบว่ารูปแบบพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติในระดับล่าง (front-line implementors) ยังไม่ได้ให้ความร่วมมือต่อนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มเท่าที่ควร และการที่ ระดับความร่วมมือของผู้ปฏิบัติระดับล่างมีค่อนข้างน้อย ก็เพราะว่า ผู้ปฏิบัติระดับล่างทุกกลุ่ม ต่างมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นภายในกระบวนการของการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติโดย

ทางด้านเจ้าหน้าที่สรรพากรก็พบปัญหาความไม่ชัดเจนของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความไม่เหมาะสมของการกำหนดภารกิจและการมอบหมาย ความไม่เหมาะสมของมาตรการควบคุม ประเมินผล สมรรถนะของหน่วยปฏิบัติยังขาดแคลนทรัพยากรทางด้านต่าง ๆ ในส่วนของ ผู้ประกอบการและประชาชนก็พบปัญหาการประชาสัมพันธ์ที่ล้มเหลวของกรมสรรพากร และขาด แรงจูงใจที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นปัญหา และอุปสรรคอันสำคัญที่กรมสรรพากรจะต้องรับไปพิจารณา ปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยงานวิจัยชิ้นนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาปรากฏการณ์ภายใต้ การสังเกตการณ์แบบพรางตัว และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากกลุ่มตัวอย่างซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สรรพากร 2) กลุ่มผู้ประกอบการ และ 3) กลุ่มผู้ประชาชนผู้ใช้บริการ ซึ่งใช้การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีของเจมส์ ดี ซอร์ก

(หัสฎา พิมพ์สระเกษ 2555) ได้ทำการศึกษาเรื่องการนำนโยบายป้องกันและควบคุมใช้วัตต นกไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา พบว่า 1) ปัจจัยด้านบุคลากรผู้นำนโยบายไปเป็นปัจจัย ที่ส่งผลและมีความสำคัญในทัศนคติของผู้ปฏิบัติงานอันดับหนึ่ง มีคะแนนเฉลี่ย 3.89 มีระดับความ คิดเห็นอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าปัจจัยผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีความสำคัญมากที่สุด 2) รองลงมาคือ ปัจจัยความชัดเจนของนโยบาย 3) ปัจจัยที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัย ทรัพยากร โดยมีคะแนนเฉลี่ย 2.81 มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 4) หากวิเคราะห์ความ สอดคล้องกันของผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค และการวิเคราะห์ผล การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ และข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มีความสอดคล้องกันคือ ผู้ปฏิบัติงานให้ ความสำคัญกับปัจจัยความชัดเจนของนโยบาย และปัจจัยบุคลากรผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีขวัญและ กำลังใจในการทำงาน จนกระทั่งสามารถขับเคลื่อนนโยบายให้ประสบความสำเร็จได้ในที่สุด โดยงานวิจัยชิ้นนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึก แบบมีโครงสร้าง และการแจกแบบสอบถามเจ้าหน้าที่สำนักงานปศุสัตว์จังหวัดจำนวน 30 คน ซึ่งใช้การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น

(ปรางอนงค์ แสงอากาศ 2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องการนำนโยบายลดทอนความเป็น อาชญากรรมในผู้เสพยาเสพติดไปปฏิบัติ: ศึกษากรณีประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติฉบับที่ 108/2557 พบว่าในการนำนโยบายไปปฏิบัติตามประกาศฯ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาผู้เสพยา การคัดกรองเพื่อเข้าสู่การบำบัด การบำบัดฟื้นฟูและการติดตามให้ความช่วยเหลือ โดยในทุกขั้นตอนล้วนมีอุปสรรคในการดำเนินงานทั้งหมด โดยขั้นตอนที่ดำเนินการได้ดีที่สุด คือการ บำบัดฟื้นฟู จากการจัดสรรทรัพยากร การกำหนดเป้าหมาย เจตนารมณ์ และแนวปฏิบัติละเอียด

ครบถ้วนมีข้อมูลวิชาการรองรับในขณะที่การติดตามให้ความช่วยเหลือฯ ถือเป็นขั้นตอนที่ต้องปรับปรุงมากที่สุด จากการขาดการจัดสรรทรัพยากร และไม่มีการกำหนดบทบาทหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้การประสานงาน หรือการสื่อสารระหว่างหน่วยงานไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม โดยงานวิจัยชิ้นนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 10 คน ซึ่งใช้การวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดและทฤษฎีของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น

(สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ 2561) ได้ทำการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐและขอใช้สิทธิ “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” พบว่านโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)” ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานค่อนข้างดี ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงสิทธิมากขึ้น เหตุผลหลักที่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเอกชนเพื่อขอใช้สิทธิ UCEP อันดับแรกคือระยะทางใกล้ เดินทางสะดวก รองลงมาคือความเชื่อมั่นในโรงพยาบาลและเป็นโรงพยาบาลที่ใช้บริการประจำ ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ขอใช้สิทธิ UCEP แต่ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ PA มีแนวโน้มเลือกโรงพยาบาลมากกว่า นโยบายนี้คุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตจากภาระค่าใช้จ่ายช่วงก่อนพ้นภาวะฉุกเฉินได้ค่อนข้างดี ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองเกินกว่าครึ่ง อย่างไรก็ตามการบังคับใช้พระราชบัญญัติสถานพยาบาลในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ให้อุทธรณ์สิทธิ/ไม่ให้ถูกเรียกเก็บเงินมัดจำก่อนให้บริการ/ไม่ให้ถูกเรียกเก็บค่าบริการก่อนพ้นภาวะฉุกเฉินวิกฤตใน 72 ชั่วโมงแรก รวมถึงการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงช่องทางในการร้องเรียนนั้น ยังต้องพัฒนาให้เข้มแข็งมากขึ้นอีก โดยงานวิจัยชิ้นนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างจำนวน 212 คน

(สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์ 2564) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต : ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน พบว่ากฎหมายไทยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้นยังคงมีความไม่เหมาะสมอยู่หลายประการ ทั้งในด้านความครอบคลุมของกลุ่มอาการ กลไกการตรวจสอบความเหมาะสมของกระบวนการเบิกจ่ายค่าชดเชยและอัตราการจ่ายค่าชดเชย แม้ระบบสาธารณสุขของไทยจะมีความแตกต่างกับระบบสาธารณสุขในต่างประเทศ ระบบสาธารณสุขไทยนั้นประกอบไปด้วยระบบสวัสดิการ 3 กองทุนหลัก แต่อย่างไรก็ดีในระบบการแพทย์ฉุกเฉินกฎหมายไทยก็ได้มีการกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบหลักในด้านนโยบายและด้านการเงินขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงระบบต่าง ๆ ของการดำเนินงานตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ ดังนั้น เพื่อให้กฎหมายของประเทศ



ไทยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงต้องมีการปรับแก้ไขกฎหมาย ตลอดจนกำหนดอำนาจหน้าที่เพิ่มเติมให้กับแพทย์เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยอาศัยประสบการณ์การแก้ไขปัญหาและตรากฎหมายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยต่อไป โดยงานวิจัยชิ้นนี้เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารทางกฎหมาย บทความ วารสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ

(ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ 2563) ได้ทำการศึกษาเรื่องการทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง พบว่าจำนวนรายการเบิกจ่ายค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ถูกเรียกเก็บคิดเป็น ร้อยละ 23.18 ของจำนวนรายการในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งสิ้น 9,647 รายการ ราคาการเรียกเก็บส่วนใหญ่จะสูงกว่าราคาอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหมวดค่ายาและสารอาหารทางหลอดเลือดมีค่าเรียกเก็บสูงสุดสูงถึง 714.29 เท่าของราคาในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมวดค่ายา หมวดค่าเวชภัณฑ์ มิใช่ยา มีสัดส่วนอัตราค่าใช้จ่ายเรียกเก็บแตกต่างกันค่อนข้างมากกับราคาอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน Glucose (blood, urine, other) เป็นรายการที่มีการเรียกเก็บสูงสุดกว่า 9,900 ครั้ง ประเด็นการเบิกจ่ายมีรายการแต่ไม่มีการบันทึกรหัสเบิกจ่ายทั้งสิ้น 81,493 ครั้ง โดยไม่ระบุรหัสจำนวน 13,843 รายการ แต่รายการดังกล่าวเป็นรายการที่มีอยู่ในอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่แล้วถึง 7,692 รายการ และปัญหาที่พบคือ วิธีการเบิกจ่ายค่าบริการ ในระยะแรกมีความยุ่งยากจากรายการไม่สอดคล้องกับรายการค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชนใช้อยู่ในระบบบริการปกติ แต่ภายหลังปัญหาค่อย ๆ ลดลงค่อนข้างมากจากการจัดทำรายการให้เกิดความสอดคล้องกัน ความครอบคลุมของรายการ หมวดค่ายาไม่สามารถกรอกข้อมูลเพื่อเบิกจ่ายได้ หมวดค่าเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา พบว่า รายการดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมรายการวัสดุการแพทย์ที่มีการใช้งานอยู่จริง หมวดค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค ไม่สามารถระบุประเภทของวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการ ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยนอก ค่าบริการโรงพยาบาลผู้ป่วยใน เป็นรายการที่ไม่มีให้เบิกจ่ายในประกาศฯ

## 2.5 กรอบแนวคิด

จากการทบทวนวรรณกรรมในหัวข้อต่าง ๆ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าการนำทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theories of Implementation) จะมีลักษณะสอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษานี้ เนื่องจากการกำหนดนโยบายต่าง ๆ จะมีการทำงานโดยอาศัย

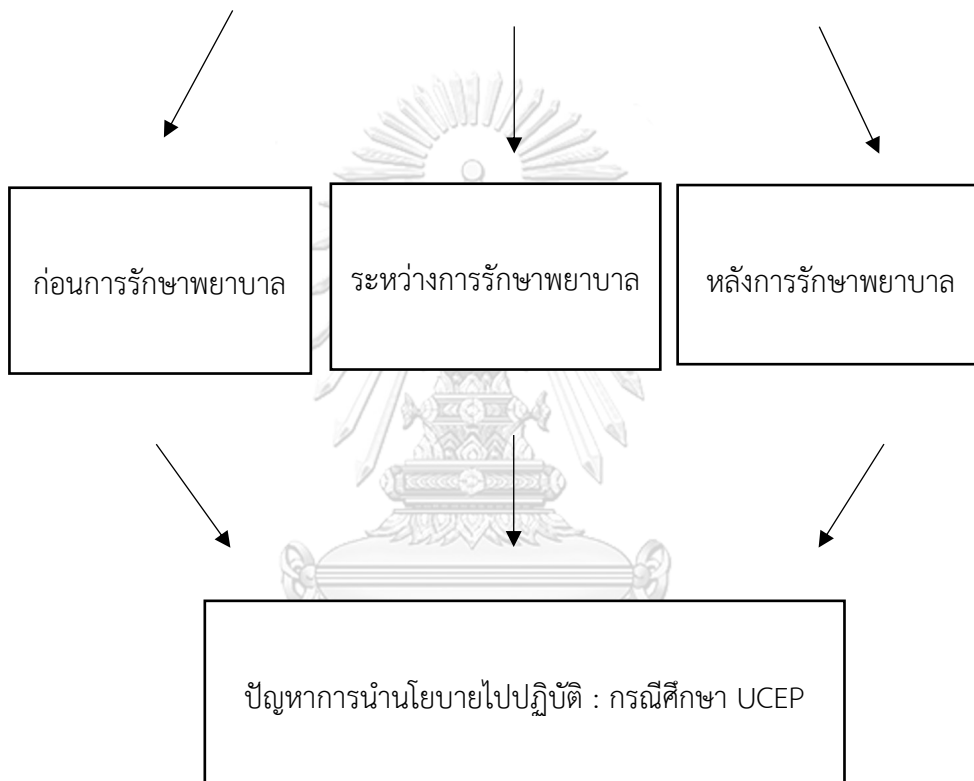
ลำดับชั้น โดยการศึกษาครั้งนี้อาศัยตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และ แวน ฮอร์น ซึ่งสามารถวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อพิจารณาว่าองค์การ สามารถใช้บุคลากร เครื่องมือ ทรัพยากรที่มีในการประสานงานหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถสร้างความร่วมมือหรือแรงกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยมีองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 6 ประการคือ

- 1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย
- 2) การจัดสรรทรัพยากรของนโยบาย
- 3) การสื่อสารระหว่างองค์การและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 4) ลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
- 5) เงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 6) ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

อย่างไรก็ตามกรอบแนวคิดแต่ละกรอบมักมีข้อจำกัดบางอย่างที่ไม่สามารถนำมาอธิบายได้หมด (Uaprasoet 2562) เช่นเดียวกับตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ที่ยังมีช่องโหว่ในบางประเด็น แต่เมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้วตัวแบบนี้สามารถวิเคราะห์หลักการของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เป็นอย่างดี

### การนำนโยบายไปปฏิบัติ

- 1) มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย
- 2) การจัดสรรทรัพยากรของนโยบาย
- 3) การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 4) ลักษณะองค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ
- 5) เจือจางและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง
- 6) ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ



ภาพที่ 12 กรอบแนวคิดแสดงการวิเคราะห์

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” ผู้วิจัยได้เน้นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา (Case study) ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล จากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สื่อสังคมออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติในมิติต่าง ๆ โดยมีขั้นตอนในการศึกษาวิจัยดังนี้

#### 3.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มได้แก่

- 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์ และขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินนโยบาย ประกอบด้วย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้แก่ ผู้บริหารสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำนวน 1 คน และ ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 1 คน
- 2) กลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ทำหน้าที่ในการรับนโยบายและนำนโยบายไปดำเนินการ ประกอบด้วย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐบาล แพทย์และพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐบาล จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 คน
- 3) กลุ่มผู้รับประโยชน์จากนโยบาย ประกอบด้วย ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ ได้แก่ ญาติของผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิ จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยไม่คำนึงถึงความน่าจะเป็น (non-probability Sampling) ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีจุดประสงค์/เฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติในมิติต่าง ๆ

### 3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจแนวคิดและทฤษฎี ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อจำกัดขอบเขตในการศึกษา ตั้งประเด็นคำถาม และหากรอบแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ ตลอดจนสำรวจข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP โดยผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

#### 3.2.1 การค้นคว้าเอกสาร (Documentary Research)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP งานวิจัย ข้อมูล และสถิติต่าง ๆ ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย UCEP ในแต่ละมิติ ชาวที่ปรากฏในสื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP

#### 3.2.2 การเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยมีการเตรียมคำถามปลายเปิดและส่งแนวคำถามให้กับผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ ซึ่งจำแนกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย กลุ่มผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และกลุ่มผู้รับประโยชน์จากนโยบายซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

### 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์ เพื่อช่วยให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของนโยบาย UCEP ปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงนโยบาย UCEP การเก็บรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการสนทนา โดยเป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งกำหนดกรอบแนวทางและประเด็นคำถามในประเด็นหลัก ลักษณะคำถามจะเป็นแบบปลายเปิด โดยส่งให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาเตรียมตัวก่อน ในส่วนประเด็นย่อยจะมีการเพิ่มเติมระหว่างสนทนาเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมของสถานการณ์ โดยมีประเด็นคำถามที่จะสอบถามความคิดเห็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

- ความชัดเจนของนโยบาย
- ความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริง

ประเด็นที่ 2 การจัดสรรทรัพยากรของนโยบาย

- งบประมาณ
- การบริหารกองทุนแพทย์ฉุกเฉิน

ประเด็นที่ 3 การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ

- ความชัดเจน
- เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ประเด็นที่ 4 ลักษณะขององค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

- ความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- เครื่องมือเครื่องใช้

ประเด็นที่ 5 เจ็อนไขทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

ประเด็นที่ 6 ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

#### 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สื่อสังคมออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลเป็นข้อค้นพบในการวิจัยเพื่ออธิบายผลการศึกษายภายใต้กรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการศึกษา และนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติในด้านต่าง ๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย UCEP

ในการวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis Method) ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้มาทั้งจากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สื่อสังคมออนไลน์ รวมถึงการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยจะวิเคราะห์ข้อมูลตามที่ปรากฏในแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ประกอบกับผลจากการสัมภาษณ์ มาสรุปและวิเคราะห์ประเด็น เพื่อหาคำตอบในแต่ละส่วนต่อไป

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามกรอบแนวคิดและตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น พบว่าการนำทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theories of Implementation) มีความสอดคล้องกับลักษณะของการดำเนินงานของนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients) หรือ UCEP ที่มีการดำเนินงานเป็นลำดับขั้น ซึ่งเริ่มต้นจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ส่งต่อนโยบายไปยังผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และสามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ เพื่อพิจารณาว่าผู้รับนโยบายไปจนถึงผู้ปฏิบัติสามารถรับรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย และประสานงานไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่

ข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม แยกตามองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 6 ประการของตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ปรากฏดังนี้

#### 4.1 มาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients) หรือ UCEP ได้มีการประกาศใช้มาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ.2560 โดยมีพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ.2559 เป็นข้อกำหนดในการดำเนินการช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในภาวะวิกฤต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในเรื่องของการรักษาพยาบาลและการกำหนดหลักเกณฑ์การเบิกค่าใช้จ่าย ชดเชย กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต โดยหลักการต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมา มีการแก้ไขพัฒนาจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” (Emergency Claim Online) หรือ EMCO ที่ประกาศใช้ในปี พ.ศ.2555 ซึ่งในขณะนั้นยังไม่มีข้อกำหนดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ประกอบกับการใช้สิทธิเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตยังไม่มีความเป็นเอกภาพและเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่นอกคู่สัญญา เพราะการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของนโยบาย EMCO ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาตามโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ที่เป็นคู่สัญญาตามสิทธิการรักษา

ที่กำหนดไว้ แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยวิกฤตบางรายไม่สามารถเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตามที่กองทุนตามสิทธิกำหนดไว้ได้ เนื่องจากในบางครั้งจุดเกิดเหตุกับโรงพยาบาลมักอยู่ใกล้กันหรืออาจอยู่ใกล้กันแต่โรงพยาบาลตามสิทธิไม่มีศักยภาพในการรักษา ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญา ทำให้กลายเป็นการผลักภาระให้กับผู้ป่วยที่ต้องถูกถามถึงสิทธิการรักษาและการต้องสำรองจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลไปเองก่อนแล้วจึงนำมาเบิกจ่ายจากสิทธิของตนเองในภายหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้อย่างเหมาะสมและทันทั่วถึงที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและพิการได้

แม้ว่านโยบาย UCEP จะมีการกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวัตถุประสงค์ของนโยบายไว้ชัดเจนแล้ว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการมีมติคณะรัฐมนตรีรองรับนโยบายในการกำหนดหลักเกณฑ์ การเบิกจ่ายค่าชดเชย และการจัดให้มีระบบคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดปัญหาการประเมินอย่างไม่เป็นธรรมของโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงการกำหนดระยะเวลาในการให้ความคุ้มครองรักษาตามนโยบายตั้งแต่ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินวิกฤตจนพ้นภาวะวิกฤตหรือ 72 ชั่วโมง การปรับอัตราในการจ่ายค่าชดเชยเป็นระบบจ่ายตามรายการและตามราคาที่กำหนดโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ซึ่งมีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่ในความเป็นจริงมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวัตถุประสงค์ของนโยบาย UCEP ก็ยังไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริงเท่าที่ควร เพราะแม้ว่าจะมีข้อกำหนดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์การประเมินอาการเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ชัดเจน ตามระบบ Emergency Pre-authorization หรือ (PA) แต่ในการปฏิบัติจริงจะต้องอาศัยการตีความและพิจารณาจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยแยกเป็นประเด็นดังต่อไปนี้

**ประเด็นที่หนึ่ง** การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งในประเด็นดังกล่าวยังไม่มียกข้อกำหนดที่ชัดเจนกล่าวคือ หากผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุจนพ้นวิกฤตจากอาการวิกฤตสีแดงกลายเป็นวิกฤตสีเหลือง เมื่อนำส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียง ปรากฏว่าถูกประเมินอาการและตีความว่าอาการที่ถูกนำส่งมา หรืออาการ ณ ขณะถึงโรงพยาบาลเป็นอาการวิกฤตที่ไม่เข้าข่ายของความครอบคลุมของนโยบาย UCEP ทำผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิในการรักษา สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนจาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่กล่าวว่า

“บางทีรถฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุเจ้าหน้าที่ก็ช่วยกันปฐมพยาบาลเบื้องต้น และช่วยกันปั๊มหัวใจให้ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพกลับมา และรีบนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียง ปรากฏว่าพอไปถึงโรงพยาบาลสัญญาณชีพทุกอย่างกลับมา และผู้ป่วยมีการตอบสนอง



ทางด้านร่างกายที่ดีขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงวินิจฉัยประเมินอาการผู้ป่วยว่าไม่เข้าข่ายอาการฉุกเฉินวิกฤต ผู้ป่วยต้องถูกส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิเพื่อเข้ารับการรักษาตามระบบต่อไป ซึ่งในส่วนนี้ถือเป็นข้อจำกัดของการประเมินอาการฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งในความเป็นจริงควรจะให้เจ้าหน้าที่ประจำรถฉุกเฉินเป็นฝ่ายประเมินอาการเบื้องต้นร่วมด้วย ก่อนที่จะนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เพราะถือว่าเป็นผู้ปฐมพยาบาลและเห็นอาการของผู้ป่วยตั้งแต่แรกว่าเข้าข่ายของการรักษาตามสิทธิ UCEP หรือไม่”

**ประเด็นที่สอง** การนำส่งผู้ป่วย โดยรถฉุกเฉินจากศูนย์กู้ชีพต่าง ๆ และการเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งในประเด็นนี้ก็ถือเป็นข้อละเอียดอ่อนอีกข้อที่พบในการดำเนินนโยบาย UCEP เพราะการขนส่งผู้ป่วยที่รวดเร็ว หรือแม้กระทั่งการปฐมพยาบาลอย่างถูกต้องถือเป็นหัวใจสำคัญไม่แพ้ในส่วนอื่น ๆ ที่ทำให้สามารถช่วยชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตไว้ได้ แต่ในความเป็นจริงพบว่าผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 85 เลือกว่าจะนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตด้วยรถยนต์ส่วนตัว ซึ่งตามมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบายคือการนำส่งผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและปลอดภัย เพื่อลดการสูญเสียชีวิตและโอกาสที่จะต้องกลายเป็นคนพิการ ซึ่งในบางครั้งโทรติดต่อเรียกรถพยาบาลยาก ใช้เวลาในการรอนาน ประกอบกับการมีเบอร์ติดต่อที่เยอะเกินไปไม่ว่าจะเป็น 1669 ของสพฉ. 1330 ของสถาบันสิรินธร 1646 ของศูนย์เอราวัณ จนไม่รู้ว่าจะต้องเรียกรถฉุกเฉินที่เบอร์ไหนดี หรือจากตามสื่อสังคมออนไลน์ที่มีให้เห็นอยู่เป็นระยะว่าผู้ป่วยที่เดินทางด้วยรถฉุกเฉินถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียงจุดเกิดเหตุ ทำให้ต้องพาผู้ป่วยตระเวนหาโรงพยาบาลที่ยอมรับตัวผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผู้ใช้ข้อมูลตัวแทนจาก สปสช. ที่กล่าวว่า

“ญาติผู้ป่วยส่วนมากถึงร้อยละ 85 มาส่งผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเองด้วยรถยนต์ส่วนตัว มีแค่จำนวนไม่เยอะที่มาด้วยรถฉุกเฉินที่มีอุปกรณ์กู้ชีพครบคิดเป็นจำนวนเพียงร้อยละ 13-15 เพราะการเดินทางด้วยรถยนต์ส่วนตัวสามารถเดินทางมาถึงโรงพยาบาลได้รวดเร็วกว่า ไม่ต้องเสียเวลาในการติดต่อและรอให้รถฉุกเฉินมารับ ซึ่งรถฉุกเฉินที่มีอุปกรณ์พร้อมสำหรับการกู้ชีพในประเทศไทยมีจำนวนไม่เพียงพอ ประกอบกับสภาพการจราจรในปัจจุบันที่มีความหนาแน่นของปริมาณรถบนท้องถนน รวมถึงระบบการจัดการจราจรที่ยังไม่ดีพอ และการมีเบอร์สำหรับเรียกรถฉุกเฉินที่มากเกินไปจนไม่รู้จะโทรเรียกรถฉุกเฉินที่เบอร์ไหนดี ไม่เหมือนในต่างประเทศที่มีเบอร์กลางในการแจ้งเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ อย่าง 911 ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นต้น นอกจากนี้การนำส่งผู้ป่วยด้วยรถยนต์ส่วนตัวมีแนวโน้มในการเข้าเกณฑ์การรักษาตามสิทธิ UCEP มากกว่าการนำส่งผู้ป่วยด้วยรถฉุกเฉิน เพราะเมื่อมี

อาการฉุกเฉินวิกฤตเกิดขึ้นก็รีบนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเลยโดยไม่ได้มีการปฐมพยาบาลก่อนในเบื้องต้น ซึ่งแตกต่างจากรถฉุกเฉินที่ต้องมีการปฐมพยาบาลผู้ป่วยก่อนนำตัวส่งโรงพยาบาล”

**ประเด็นที่สาม** การวินิจฉัยระดับอาการของความฉุกเฉินวิกฤต โดยปกติเมื่อนำตัวผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลจะต้องมีแพทย์เข้ามาทำหน้าที่ประเมินการรักษาคนไข้เบื้องต้น เพื่อจะทราบถึงสาเหตุของอาการเจ็บป่วย ซึ่งหากการวินิจฉัยของแพทย์ท่านแรกที่รับผู้ป่วย วินิจฉัยว่าอาการไม่เข้าข่ายที่จะได้รับการรักษาตามสิทธิ UCEP ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิการรักษานั้น เพียงเพราะการตีความของแพทย์แต่ละคนนั้นไม่เหมือนกัน ทำให้บางครั้งข้อกำหนดและหลักเกณฑ์ของนโยบายที่ถูกกำหนดไว้ กลายเป็นข้อกำหนดที่ถูกวางไว้อย่างหลวม ๆ และกว้างเกินไป สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐแห่งหนึ่ง ที่กล่าวว่า

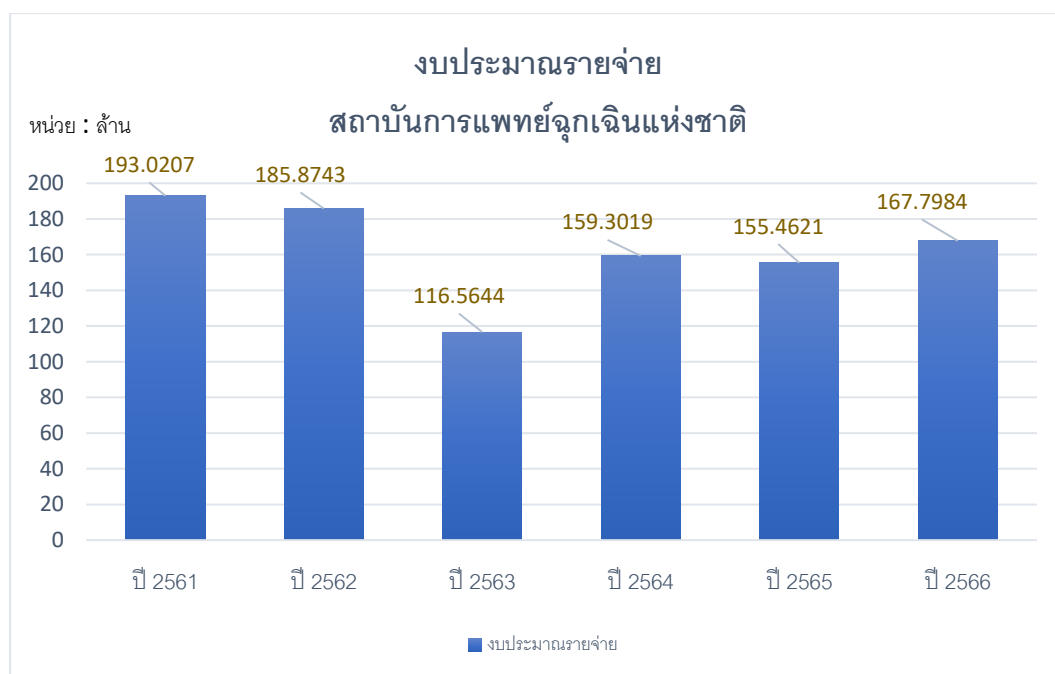
“นโยบาย UCEP เป็นนโยบายที่ดี มีประโยชน์ต่อคนไข้ที่เกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตจริง ๆ ที่ไม่ได้อยู่ใกล้โรงพยาบาลที่เป็นสิทธิรักษาของตนเอง แต่ด้วยนโยบายถูกกำหนดไว้อย่างกว้าง ๆ ในเรื่องของการบังคับใช้ ที่ไม่ได้มีข้อกำหนดบดทลงโทษอย่างชัดเจนต่อผู้ที่ไม่ปฏิบัติตาม ทำให้การรับการรักษาในความเป็นจริงนั้น คนไข้จำนวนหนึ่งถูกโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ใกล้ที่สุดปฏิเสธการรักษา โดยให้เหตุผลว่าประเมินอาการแล้วไม่เข้าข่ายของความฉุกเฉินวิกฤต หากจะรักษาก็ต้องทำการชำระค่ารักษาพยาบาลเอง หรือต้องยินยอมที่จะลงนามรับการรักษาโดยไม่รับสิทธิ UCEP”

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าแม้จะมีความพยายามที่จะพัฒนาแก้ไขปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับนโยบาย UCEP ก็ยังไม่สามารถรับประกันได้ว่า มาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวัตถุประสงค์ของนโยบายจะไม่เกิดปัญหาในทางปฏิบัติอีก เพราะหากยังมีโรงพยาบาลเอกชนที่ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ยังคงต้องทำหน้าที่ในการปรับปรุงแก้ไข และพัฒนา มาตรฐาน วัตถุประสงค์หลักเกณฑ์ ตลอดจนกฎหมายบังคับใช้ เพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อไป เพื่อขจัดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยให้เกิดขึ้นได้จริงในทางปฏิบัติซึ่งจากข้อค้นพบที่กล่าวมาจะอยู่ในช่วงระยะเวลาก่อนการรักษายาบาล

#### 4.2 การจัดสรรทรัพยากรของนโยบาย

ในเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรของนโยบาย UCEP โดยความดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ สพฉ. ได้รับอนุมัติงบประมาณจากสำนักงบประมาณ สำนักนายกรัฐมนตรี ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยงบประมาณที่ได้รับอนุมัติในแต่ละปีจะมีจำนวนงบประมาณที่

แตกต่างกันอันจะเห็นได้จากเอกสารงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณต่าง ๆ ที่ได้ทำการสรุปออกมาดังภาพที่ 13



ภาพที่ 13 งบประมาณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ  
ที่มา : (สำนักงบประมาณ มปป.)

จากภาพที่ 13 จะเห็นได้ว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับอนุมัติงบประมาณน้อยที่สุดในปี พ.ศ.2563 ซึ่งได้รับงบประมาณเพียง 116 ล้านบาท ลดลงจากปี พ.ศ.2560 ถึง 77 ล้านบาท อย่างไรก็ตามงบประมาณที่ได้รับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงปี พ.ศ.2564-2566 ก็เป็นช่วงที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบทบาทอย่างมากเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Covid-19) หากจะพิจารณาจากสัดส่วนงบประมาณที่ได้รับจากข้อมูลทางเอกสารงบประมาณรายจ่ายของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะพบว่างบประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นนั้นนอกจากจะต้องนำไปใช้ในการบริหารจัดการองค์กรแล้ว ยังมีส่วนที่ต้องนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งส่งเสริมให้มีการผลิตและพัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีสัดส่วนเพียงพอและกระจายอย่างเหมาะสม โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2565 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับงบประมาณจำนวน 155,432,100 บาท เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเฉลี่ยของผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2566 ตามภาพที่ 14 ซึ่งอยู่ที่ 366,566 คน

หมายความว่า มีงบประมาณในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพียงคนละ 424 บาทเท่านั้น  
ย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยรวมของประเทศ

ผลการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่" (Universal Coverage Emergency Patient: UCEP)					
ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน จำแนกผลการประเมิน รายปีงบประมาณ					
ปีงบประมาณ	จำนวนรวม	เข้าเกณฑ์	ไม่เข้าเกณฑ์	% เข้าเกณฑ์	% ไม่เข้าเกณฑ์
2560	16,542	6,814	9,728	41.19	58.81
2561	134,190	21,201	112,989	15.80	84.20
2562	269,304	28,428	240,876	10.56	89.44
2563	343,184	28,730	314,454	8.37	91.63
2564	614,318	28,364	585,954	4.62	95.38
2565	987,690	124,932	862,758	12.65	87.35
2566	119,733	12,491	107,242	10.43	89.57
Grand Total	2,484,961	250,960	2,234,001	10.10	89.90

ภาพที่ 14 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามผลการประเมิน รายปีงบประมาณ  
ที่มา: (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มปป.)

จากภาพที่ 14 จะเห็นได้ว่าในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาตามนโยบาย UCEP เพิ่มขึ้นทุกปี โดยจำนวนผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในปี พ.ศ.2565 ที่มีจำนวนถึง 124,932 คน แต่งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในปีนั้นมีเพียง 155.4621 ล้านบาท เมื่อเทียบกับงบประมาณแผนงานพื้นฐานด้านการพัฒนาและส่งเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ผลผลิตที่ 1 : ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงเพียง 55.8065 ล้านบาท (อ้างอิงจากเอกสารงบประมาณรายจ่ายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565) ทำให้งบประมาณไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมักมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงเกิดปัญหาในเรื่องของการเบิกจ่ายงบประมาณ ถึงแม้ว่าการเบิกจ่ายในการรักษาพยาบาลจะเบิกจากสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยมีส่วนหนึ่งรวมด้วยก็ตาม เนื่องจากการที่โรงพยาบาลเอกชนมีต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่สูงกว่าในโรงพยาบาลภาครัฐ และโรงพยาบาลเอกชนยังเป็นหน่วยงานที่แสวงหาผลกำไรเพื่อบริหารจัดการให้ธุรกิจโรงพยาบาลอยู่รอด ส่งผลให้เกิดปัญหาการปฏิเสธการรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้ารับการรักษา ซึ่งในหลาย ๆ กรณีตามที่ปรากฏในสื่อสังคมออนไลน์จะเห็นว่า เมื่อมีการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน จะถูกแพทย์ประเมินอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยว่าอาการไม่เข้าข่ายเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตตามแนวทางของนโยบาย UCEP ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนจะต้องดำเนินการจ่ายค่า

รักษาพยาบาลเอง หรือต้องวางเงินประกันเป็นจำนวนที่สูงก่อนได้รับการรักษาพยาบาล ซึ่งหากผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยไม่มีเงินประกันวางไว้เพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนก็ต้องพาตัวผู้ป่วยกลับไปรักษา ที่โรงพยาบาลตามสิทธิ ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการในขณะเดินทางหรือนำส่งได้ สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลที่เป็นญาติของผู้ป่วยรายหนึ่งที่กล่าวว่า

“พาคคุณแม่ไปรักษาพยาบาลเนื่องจากมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉียบพลัน เกิดขึ้นขณะกำลัง จะล้างมือแต่อยู่ ๆ ก็ไม่สามารถยกแขนข้างที่จะล้างมือขึ้นได้ จึงรีบติดต่อรถฉุกเฉินของ โรงพยาบาลเพื่อให้มารับ โดยระหว่างรอรถฉุกเฉินได้พาคคุณแม่นั่งที่เก้าอี้ และพยายาม ปีบนิ้วของคุณแม่เพื่ออาการจะดีขึ้น ซึ่งในระหว่างนั้นคุณแม่มยังมีสติอยู่ แต่มีอาการคือปากเริ่ม เบี้ยวและไม่สามารถสื่อสารได้ ทำได้เพียงกรอกตาไปมาด้วยความตื่นตกใจ เมื่อรถพยาบาล มาถึงได้นำตัวคุณแม่ไปส่งที่โรงพยาบาลเอกชนในเครือ เมื่อไปถึงได้รับทราบว่าจะลองฉีดยา สลายลิ่มเลือดและดูอาการว่าหายหรือดีขึ้นหรือไม่ ปรากฏว่าเมื่อฉีดยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จะต้องนำตัวคุณแม่เข้าห้องผ่าตัดด่วน ซึ่งต้องเซ็นชื่อในเอกสารรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ที่มีจำนวนสูงถึงห้าแสนบาท ซึ่งในขณะนั้นพี่ก็ต้องเซ็นเพราะมันเป็นหน้าที่ชีวิตของคุณแม่”

จากข้อมูลที่ได้รับทำให้เห็นถึงปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติว่าเกี่ยวข้องกับ การจัดสรรทรัพยากรของนโยบายซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะจากกรณีตัวอย่างที่ได้รับเป็น เรื่องของการต้องวางเงินหรือเซ็นรับรองเรื่องค่ารักษาพยาบาลก่อนได้รับการรักษา ซึ่งยังมีอีกหลาย กรณีที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับการรักษาแล้วและได้รับการวินิจฉัยว่าเข้าข่ายเกณฑ์การป่วย ฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย UCEP แต่เมื่อพ้นวิกฤตแล้วและเตรียมตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาล ตามสิทธิแต่กลับออกจากโรงพยาบาลเอกชนไม่ได้ เพราะโดนเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลเพิ่มเติมใน ระหว่างที่รับการรักษาในช่วงก่อนพ้นระยะวิกฤต 72 ชั่วโมง ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายตามสิทธิ การรักษา UCEP ได้เต็มจำนวน ซึ่งจากข้อมูลที่ได้รับในมุมมองของผู้ป่วยและญาติก็มีมุมมองหนึ่ง แต่ข้อมูลจาก ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับก็มีมุมมองหนึ่ง โดยตัวแทนจากโรงพยาบาลเอกชนได้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยว่า

“การดำเนินนโยบาย UCEP โรงพยาบาลเอกชนก็ไม่ใช่ว่าจะไม่ปฏิบัติตาม แต่หากเกิดกรณีที่ ผู้ป่วยหรือญาติไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ ให้เบิกจ่ายค่าใช้จ่ายทั้งหมดโรงพยาบาลต้องกลายเป็น ผู้รับผิดชอบทั้งหมด เคยมีผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยอาการหมดสติ ทางแพทย์ได้ ประเมินอาการว่าเข้าข่ายของอาการฉุกเฉินวิกฤต แพทย์จึงทำการส่งตัวผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เพื่อรับการผ่าตัดด่วน เมื่ออาการของผู้ป่วยพ้นวิกฤต 72 ชั่วโมงแล้วผลปรากฏว่าผู้ป่วย ไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ เลยทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลเอง

ทั้งหมด เพราะผู้ป่วยคนดังกล่าวเป็นแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในโรงเรียนแห่งหนึ่งแต่เป็นการทำงานแบบผิดกฎหมายซึ่งไม่มีญาติหรือคนรู้จักเลยทำให้ไม่สามารถไปเก็บค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นกับคนไข้ได้ บางครั้งก็ต้องเข้าโรงพยาบาลเอกชนในส่วนตัวด้วย”

จากข้อมูลที่ได้รับทั้งฝั่งผู้ป่วยหรือฝั่งโรงพยาบาลเอกชนเอง เปรียบเหมือนเสียงสะท้อนให้ผู้มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดและควบคุมดูแลนโยบาย จะต้องตระหนักถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาในเรื่องของการจัดสรรทรัพยากรของนโยบายที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

#### 4.3 การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การดำเนินงานตามนโยบาย UCEP มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกันในเรื่องของการสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดประสิทธิผลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในที่นี้ผู้กำหนดนโยบายจะหมายความถึงหน่วยงานที่ควบคุมดูแลนโยบาย UCEP นั่นคือ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการควบคุมดูแลระบบการวินิจฉัยประเมินอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตผ่านจอโม니터 โดยมือที่ใช้อุปกรณ์คือโปรแกรม Emergency Pre-authorization หรือ (PA) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานในเรื่องของการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินว่ามีสิทธิการรักษาใด และแจ้งประสานหน่วยงานเจ้าของสิทธิให้ทำเรื่องในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับโรงพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยต่อไป

การสื่อสารระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติจะเป็นการใช้โปรแกรม Pre-authorization หรือ (PA) ที่เปรียบเสมือนระบบแม่ในการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่สามารถใช้สิทธิ UCEP ได้ โดยเป็นการประเมินคัดแยกอาการตามคู่มือและแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และจัดลำดับการบริหาร ณ ห้องฉุกเฉิน ตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ กพฉ.กำหนด ดังนี้

วิกฤต 1 Cardiac arrest

เช่น มีอาการ ไม่รู้สึกตัว หรือไม่หายใจ หรือไม่มีชีพจร

วิกฤต 2 Airway obstruction

เช่น มีเลือด หรือเสมหะปริมาณมากในปาก หายใจเสียงดังโครคราก เป็นต้น

วิกฤต 3 Severe respiration distress

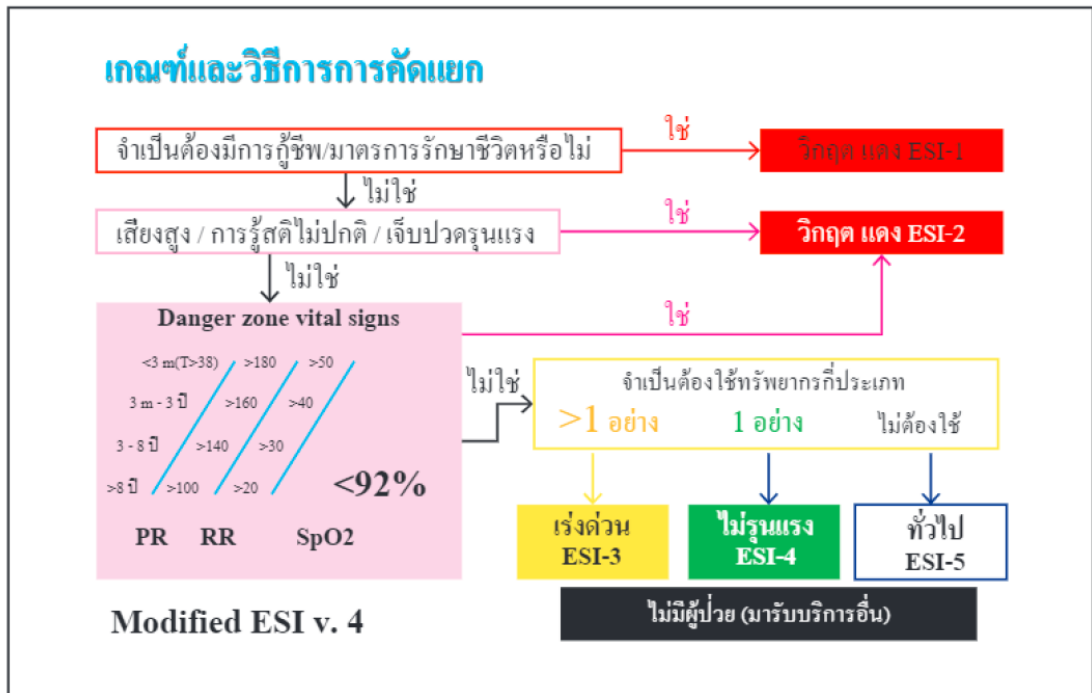
เช่น ต้องกลืนหรือ ฟิงผนังหรือยื่นเพื่อหายใจได้ หรือ พูดได้เพียงประโยคสั้นๆ หรือ หายใจมีเสียงดัง หรือ ซีดและเหงื่อท่วมตัว หรือ หายใจเร็ว แรง และลึก หรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เป็นต้น

วิกฤต 4 Shock

เช่น มีอาการ อย่างน้อย 2 ข้อ เหงื่อท่วมตัว หรือ ซีดและผิวเย็นซีด หรือ หมดสติชั่วคราว หรือ หมดสติชั่วคราวเมื่อนั่งหรือยืน ร่วมกับ SBP<90 mmHg, MAP<65 mmHg ในผู้ใหญ่ หรือ เด็กโต (> 10ปี) หรือ SBP<70+ (อายุx2) ในเด็กอายุ 1-10 ปี SBP<70 mmHg ในเด็กอายุ 1 ปี หรือ แพทย์วินิจฉัยว่า Shock

วิกฤต 5 Coma/Semi-coma หรือ GCS ≤ 8 หรือกำลังชักเมื่อแรกจับที่จุดคัดแยก

วิกฤตแดง ESI 1 ผลการประเมิน **เข้าเกณฑ์**



หมายเหตุ เริ่มใช้ตั้งแต่ วันที่ 1 เมษายน 2560 จนถึง ปัจจุบัน

ภาพที่ 15 เกณฑ์และวิธีการการคัดแยก  
ที่มา : (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มปป.)

### วิกฤตแดง ESI 2 ผลการประเมิน เข้าเกณฑ์

ถ้ามีการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินผู้ป่วยตามข้อสีแดง จะเป็นวิกฤตแดง ESI 2 ผลการประเมินถึงจะเข้าเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และที่มีอาการเพิ่มเติม ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แล้วประเมินเข้าเกณฑ์วิกฤตแดง ESI 2

1. ปวดท้อง/หลัง/เชิงกราน และขาหนีบ กลุ่มอาการนำ ปวดท้อง/หลัง/เชิงกรานและขาหนีบ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: Rupture AAA

2. แพ้ยา/แพ้อาหาร/แพ้สัตว์ต่อย/แอนาฟิแล็กซิส/ปฏิกิริยาภูมิแพ้ กลุ่มอาการนำ แพ้ยา/แพ้อาหาร/แพ้สัตว์ต่อย/แอนาฟิแล็กซิส/ปฏิกิริยาภูมิแพ้ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีผื่นร่วมกับหายใจติดขัด และ  $O_2\ sat < 92\%$ , ไม่มีผื่นแต่มีอาการหายใจติดขัด แน่นหน้าอก และ  $O_2\ sat < 92\%$

3. สัตว์กัด กลุ่มอาการนำ สัตว์กัด การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ฝูงพิษกัด และ มีอาการทางระบบประสาทหรือระบบไหลเวียนโลหิต ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, สัมผัสโดยตรงบริเวณดวงตาและการมองเห็นลดลงจับปล้น

4. เลือดออก (ไม่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ) กลุ่มอาการนำ เลือดออก (ไม่มีสาเหตุจากการบาดเจ็บ) การประเมินระดับความฉุกเฉินวิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

5. หายใจลำบาก/ติดขัด กลุ่มอาการนำ หายใจลำบาก/ติดขัด การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: respiratory failure

6. หัวใจหยุดเต้น กลุ่มอาการนำ หัวใจหยุดเต้น การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

7. เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ กลุ่มอาการนำ เจ็บแน่นทรวงอก/หัวใจ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีภาวะ STEMI, VT และ SVT หรือ AF with RVR  $HR \geq 150 /min$

8. สำลักอุดทางเดินหายใจ กลุ่มอาการนำ สำลักอุดทางเดินหายใจ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

9. เบาหวาน กลุ่มอาการนำ เบาหวาน การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: Hypoglycemia ระดับน้ำตาล  $\leq 50\ mg\%$ , DKA หรือ HHS

10. ภาวะฉุกเฉินเหตุสิ่งแวดล้อม กลุ่มอาการนำ ภาวะฉุกเฉินเหตุสิ่งแวดล้อม การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี



11. เว้นว่าง กลุ่มอาการนำ เว้นว่าง การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

12. ปวดศีรษะ/ภาวะผิดปกติของตา/หู/คอ/จมูก กลุ่มอาการนำ ปวดศีรษะ/ภาวะผิดปกติของตา/หู/คอ/จมูก การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ผลเอ็กซ์เรย์สมอง midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

13. คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ กลุ่มอาการนำ คลุ้มคลั่ง/ภาวะทางจิตประสาท/อารมณ์ การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

14. ยาเกินขนาด/ได้รับพิษ กลุ่มอาการนำ ยาเกินขนาด/ได้รับพิษ การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

15. มีครรภ์/คลอด/นรีเวช กลุ่มอาการนำ มีครรภ์/คลอด/นรีเวช การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: น้ำเดิน และเห็นส่วนนำทางช่องคลอด และมดลูกหดตัวหรือเลือดออกทางช่องคลอด, Ectopic Pregnancy หรือ ตรวจพบ Free Fluid

16. ชัก กลุ่มอาการนำ ชัก การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการให้ยา Valium หรือ Glasgow Coma Score  $\leq 13$ , หญิงตั้งครรภ์ และสงสัยชักจากภาวะ Eclampsia

17. ป่วย/อ่อนเพลีย (ไม่จำเพาะ/ไม่ทราบสาเหตุ) / อื่นๆ กลุ่มอาการนำ ป่วย/อ่อนเพลีย (ไม่จำเพาะ/ไม่ทราบสาเหตุ) / อื่นๆ การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: โพแทสเซียม  $< 2$  mmol/L หรือ โพแทสเซียม  $> 6.5$  mmol/L

18. อัมพาต (กล้ามเนื้ออ่อนแรง/สูญเสียการรับรู้สติ/ยืนหรือเดินไม่ได้เฉียบพลัน) กลุ่มอาการนำ อัมพาต (กล้ามเนื้ออ่อนแรง/สูญเสียการรับรู้สติ/ยืนหรือเดินไม่ได้เฉียบพลัน) การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: โรคหลอดเลือดสมอง Onset ภายใน 4.5 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล, ผลเอ็กซ์เรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

19. หหมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว กลุ่มอาการนำ หหมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่วคราว การประเมินระดับความฉุกฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ผลเอ็กซ์เรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

20. เด็ก (กุมารเวชกรรม) กลุ่มอาการนำ เด็ก (กุมารเวชกรรม) การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: ไม่มี

21. ถูกทำร้าย/บาดเจ็บ กลุ่มอาการนำ ถูกทำร้าย/บาดเจ็บ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ผลเอ็กซเรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

22. ไหม้/ลวกเหตุความร้อน/สารเคมี/ไฟฟ้าช็อต กลุ่มอาการนำ ไหม้/ลวกเหตุความร้อน/สารเคมี/ไฟฟ้าช็อต การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดร่วมด้วย ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ถูกไฟฟ้าแรงสูง (High Voltage), Secondary และ Third degree burn รวมกัน  $>25\%$ , บาดเจ็บที่ดวงตาจาก กรดหรือด่าง และเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นถาวร

23. ตกน้ำ/จมน้ำ/หน้าคว่ำจมน้ำ/บาดเจ็บเหตุดำน้ำ/บาดเจ็บทางน้ำ กลุ่มอาการนำ ตกน้ำ/จมน้ำ/หน้าคว่ำจมน้ำ/บาดเจ็บเหตุดำน้ำ/บาดเจ็บทางน้ำ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ผลเอ็กซเรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP


24. พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด กลุ่มอาการนำ พลัดตกหกล้ม/อุบัติเหตุ/เจ็บปวด การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะ, ผลเอ็กซเรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

25. อุบัติเหตุยานยนต์ กลุ่มอาการนำ อุบัติเหตุยานยนต์ การประเมินระดับความฉุกเฉิน วิกฤตแดง ESI 2 อาการเพิ่มเติม: มีการบาดเจ็บของระบบประสาท/หลอดเลือดที่สำคัญ ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตและการสูญเสียอวัยวะสำคัญ, ผลเอ็กซเรย์สมอง Midline shift  $\geq 1$  cm หรือ Volume  $\geq 30$  cm<sup>3</sup> หรือ IVH หรือ ICP

กรณีที่มีข้อสงสัย หรือ มีปัญหาในการประเมินคัดแยกกระตือรือร้นความฉุกเฉินหน้างาน หรือ ไม่มีในโปรแกรม Emergency preauthorization (PA) สามารถร้องขอคำปรึกษาแพทย์อำนวยการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งแพทย์อำนวยการจะทำหน้าที่ประเมินอาการและให้เจ้าหน้าที่ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หรือ ศคส.สพฉ. เป็นผู้ประสานงานและแจ้งผลการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (PA) เข้าเกณฑ์หรือไม่เข้าเกณฑ์ให้ทางสถานพยาบาลทราบโดยเร็ว ควบคู่กับการติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมทางโทรศัพท์

ตัวอย่างเอกสารใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

<b>ตัวอย่าง</b>		กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต	
 <b>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ</b> National Institute for Emergency Medicine		<b>ใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน</b>	
		เลขที่การประเมิน	
		วันที่	
<b>1. ข้อมูลผู้ป่วย</b>			
ชื่อ-นามสกุล			
อายุ		เลขประชาชน	
สิทธิ์การรักษา	สิทธิข้าราชการ/สิทธิหน่วยงานรัฐ		
โรงพยาบาลตามสิทธิ์			
ชื่อญาติ/ผู้มาส่ง/ผู้ติดต่อ		เบอร์โทร	
<b>2. ข้อมูลการเข้ารับการรักษา</b>			
เข้ารับการรักษาเมื่อ		HN	
โรงพยาบาลที่รับรักษา			
อาการแรกเริ่ม			
<b>2.1. การประเมิน โดย แพทย์ผู้ให้บริการรักษา</b>			
รหัส ESI			
ความเห็นของแพทย์			
ชื่อแพทย์			
ประเมินเมื่อ		ประเมิน	เข้าเกณฑ์
<b>2.2. การประเมิน โดย แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา</b>			
ความเห็นของแพทย์			
ชื่อแพทย์			
ประเมินเมื่อ		ประเมิน	
<b>2.3. ผลการประเมิน</b>			
			เข้าเกณฑ์
<b>หมายเหตุ</b>			
1) เกณฑ์การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นไปตามเงื่อนไขที่ทาง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้กำหนด			
2) เกณฑ์ความคุ้มครองเป็นไปตามระเบียบและข้อกำหนดของแต่ละกองทุน			
3) เริ่มใช้งานจริงตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2560 เป็นต้นไป			

ภาพที่ 16 ตัวอย่างเอกสารใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

ที่มา: (กรมบัญชีกลาง มปป.)

จากข้อค้นพบการวิจัยพบว่าการสื่อสารระหว่างองค์การของนโยบาย UCEP ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรอันเนื่องมาจากระบบที่ใช้ในการประเมินอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือระบบ PA ยังเกิดปัญหาในเรื่องของระบบมักล่มอยู่บ่อยครั้ง ทำให้การประเมินคัดแยกอาการเกิดการติดขัดต้องใช้ในการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อแจ้งขอคำปรึกษาจากแพทย์อำนาจการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติแทน สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“โปรแกรม PA มักล่มอยู่บ่อยครั้ง บางครั้งระบบล่มนานเป็นอาทิตย์หรือสองอาทิตย์ก็มี เวลาจะระบบล่มจะต้องโทรศัพท์ไปขอคำปรึกษาเพื่อประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินกับแพทย์อำนาจการ ซึ่งในบางครั้งก็จะต้องใช้เวลามากกว่าจะสื่อสารกันได้เข้าใจ ประกอบกับการติดต่อต้องใช้เวลาในการรอสาย เพราะคู่สายของแพทย์อำนาจการมีจำนวนไม่เยอะและต้องคอยรองรับ ตอบข้อซักถาม และแก้ไขปัญหาให้กับโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ทั่วประเทศ”

จากข้อมูลที่ได้รับจะเห็นว่าเมื่อการสื่อสารระหว่างองค์การหรือเครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างองค์การเกิดปัญหาขึ้น ย่อมส่งผลทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดปัญหาและความไม่ราบรื่นตามมา ซึ่งจากต้นตอของปัญหาเกิดจากโปรแกรม PA ที่ล่มบ่อย โดยสาเหตุของการล่มของระบบเกิดจาก Cloud Storage ไม่เพียงพอ เกิดความไม่สมดุลกันระหว่างพื้นที่ที่ใช้จัดเก็บข้อมูลของโปรแกรม PA กับจำนวนข้อมูลที่บันทึกเข้าไปในโปรแกรม

จากภาพที่ 14 จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลต้องดำเนินการเข้ามาประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยในโปรแกรม PA มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี โดยโปรแกรมจะทำหน้าที่บันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเก็บไว้เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้ประกอบในการรักษา แต่จากภาพจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์การรักษาตามสิทธิ UCEP มีจำนวนน้อยกว่า ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับสิทธิการรักษา UCEP ตัวอย่างเช่นในปี 2564 มีผู้ป่วยที่ถูกนำเข้ามาประเมินระดับความฉุกเฉินในโปรแกรม PA จำนวน 614,318 คน ผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าเกณฑ์เพียง 28,364 คน แต่จำนวนผู้ป่วยที่ไม่เข้าเกณฑ์กลับมีจำนวนถึง 585,954 คน คิดเป็นร้อยละของผู้ไม่เข้าเกณฑ์สูงถึง 95.38 สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวแทนจาก สพฉ. ที่กล่าวว่า

“ที่โปรแกรม PA มีปัญหาเป็นเพราะผู้ป่วยที่มีอาการระดับสีเขียว ถูกนำเข้ามาประเมินผ่านโปรแกรมทั้งหมด ทำให้พื้นที่เก็บข้อมูลของโปรแกรมไม่เพียงพอ เกิดปัญหาโปรแกรมล่มอยู่บ่อยครั้ง ทาง สพฉ. เองก็พยายามแก้ไขปัญหาอยู่ แต่ติดตรงที่งบประมาณไม่เพียงพอที่จะ

สามารถดึงมาใช้พัฒนาและเพิ่มฐานข้อมูลที่ใช้สำหรับจัดเก็บข้อมูลของโปรแกรม PA ได้ เพราะการประเมินระดับความฉุกเฉินต้องใช้พื้นที่เก็บข้อมูลเยอะมาก ทำให้เพียงแค่การหาแพทย์อำนวยความสะดวกมานั่งช่วยตอบปัญหาและประเมินอาการให้มากขึ้น”

จากข้อมูลที่ได้ทั้งจากเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเห็นได้ว่าโปรแกรม PA มีความสำคัญกับการสื่อสารระหว่างองค์กรเป็นอย่างมาก เพราะเป็นเหมือนเครื่องมือที่ช่วยในการประเมินระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยให้แก่แพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าสื่อสารระหว่างองค์กรด้วยวิธีการอื่น ๆ จะไม่สำคัญ เพราะช่องทางที่ใช้ในการรับเรื่องร้องเรียน หรือแจ้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับนโยบาย UCEP ก็สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน อันจะเห็นได้จากการรับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ มักจะต้องแจ้งเข้าไปที่ อีเมล [ucepcenter@niems.go.th](mailto:ucepcenter@niems.go.th) หรือโทรศัพท์ไปที่เบอร์ 02-872-1669 ของศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต UCEP (Coordination Center) ทำให้ขั้นตอนของการรับเรื่องร้องเรียนจึงเป็นขั้นตอนที่มีสำคัญเช่นกัน แต่จากข้อมูลที่ได้รับจากการถ่ายทอดของผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยที่ร้องเรียนเกี่ยวกับการใช้สิทธิ UCEP เล่าว่า

“ประมาณปี พ.ศ.2561 คุณพ่อของพี่พลัดตกจากบันไดระหว่างที่กำลังปีนตัดกิ่งไม้บนต้นไม้ ซึ่งคุณพ่อยังมีอาการรู้สึกตัวระหว่างที่รอเรียกรถพยาบาลมารับ เมื่อรถพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งใกล้บ้านมาถึง คุณพ่อกลับหมดสติไป ในขณะนั้นมีแค่คุณแม่กับหลานชายคนโตอายุประมาณ 17 ปีอยู่บ้าน พอรถพยาบาลมาถึงเจ้าหน้าที่ประจำรถฉุกเฉินจึงใช้เตียงซ้อนคุณพ่อขึ้นเพื่อเคลื่อนย้าย ที่ต้องใช้คำว่าซ้อนขึ้นเนื่องจากการเคลื่อนย้ายที่หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนที่ต้นคอ พอรถพยาบาลไปส่งตัวคุณพ่อที่โรงพยาบาล แพทย์ที่ประจำในห้องฉุกเฉินประเมินว่าอาการของคุณพ่อไม่เข้าข่ายของอาการฉุกเฉินวิกฤต ต่อมาคุณพ่อได้เสียชีวิตลงในเวลาเพียงแค่ 24 ชม. โดยในขณะนั้นครอบครัวยังไม่รู้ว่าอาการที่เข้าข่ายฉุกเฉินวิกฤตมีอะไรบ้าง มารับรู้อีกทีตอนที่ต้องมาชำระเงินค่ารักษาพยาบาลของคุณพ่อที่เป็นจำนวนสูงถึง 3 แสนกว่าบาท ทำให้เพิ่งทราบว่าภาครัฐมีนโยบาย UCEP อยู่จากที่พี่ชายเพิ่งหาข้อมูล และได้สอบถามถึงสิทธิ UCEP กับทางเจ้าหน้าที่ไป เจ้าหน้าที่จึงได้หยิบใบประเมินอาการออกมาและแจ้งว่าจากใบประเมินอาการไม่มีการวินิจฉัยว่าเคสของคุณพ่อเข้าข่ายอาการของ UCEP ดังนั้นจะต้องชำระค่าใช้จ่ายของการรักษาทั้งหมดก่อนจึงจะสามารถนำร่างคุณพ่อกับไปประกอบพิธีทางศาสนาได้ หลังจากเสร็จสิ้นพิธีการทางศาสนาคุณพ่อแล้ว ได้หาข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย UCEP ว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีลักษณะอาการแบบใดที่เข้าข่าย จึงได้เดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อขอประวัติการรักษาคุณพ่อตั้งแต่ขั้นตอนแรกเมื่อรถฉุกเฉินไปถึงบ้าน

จนนำตัวคุณพ่อส่งโรงพยาบาล โดยในเอกสารพบว่าแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินยังไม่ได้ดำเนินการวินิจฉัยอาการคุณพ่อเลยตั้งแต่ไปถึงห้องฉุกเฉิน เป็นการทิ้งช่วงเวลาที่นานเกินไปเป็นหลักชั่วโมง และวินิจฉัยแค่เฉพาะอาการที่ว่าไม่มีสติ พี่จึงได้นำเอกสารทั้งหมดไปขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างโรงพยาบาลและได้ความว่าอาการของคุณพ่อที่เกิดขึ้นตั้งแต่รถฉุกเฉินไปรับจนถึงห้องฉุกเฉินนั้นเข้าข่ายอาการตามนโยบาย UCEP จึงได้ส่งเอกสารการรักษาของคุณพ่อทั้งหมดไปที่ สพฉ. เพื่อให้วินิจฉัยว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นดังกล่าวเข้าข่ายของการได้รับสิทธิ UCEP หรือไม่ หลังจากที่ได้มีการส่งเอกสารและทำคำร้องเรียนไป ทุกครั้งที่โทรถามความคืบหน้าของการวินิจฉัยจาก สพฉ. พี่ต้องเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นของคุณพ่อซ้ำ ๆ จนทำให้รู้สึกหดหู่มากที่ต้องมานั่งเล่าเหตุการณ์ซ้ำไปซ้ำมาให้เจ้าหน้าที่ทุกคนที่โทรไปสอบถามฟังเพื่อทำความเข้าใจว่าเป็นเคสไหน ซึ่งกว่าเรื่องราวทั้งหมดจะถูกวินิจฉัยออกมาว่าเคสคุณพ่อเข้าข่ายอาการตามนโยบาย UCEP ก็กินเวลาไปเกือบ 2 ปี และจากผลที่ สพฉ. แจ้งมาว่าเข้าข่ายแต่ทางเราได้มีการชำระเงินให้โรงพยาบาลไปแล้ว ดังนั้นพี่และครอบครัวจะต้องทำเรื่องขอคืนเงินกับโรงพยาบาล หรือทำเรื่องฟ้องร้องโรงพยาบาลเอง แต่ทางครอบครัวได้ปรึกษากันแล้วและลงความเห็นมาให้จบเรื่องเพียงแค่นี้เนื่องจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้สภาพจิตใจของทุกคนในครอบครัวบอบช้ำมาากพอแล้ว”

จากเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูลทำให้เห็นว่าการสื่อสารขององค์กรมีผลเป็นอย่างมากในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดการนำไปปฏิบัติ เพราะการติดตามเรื่องราวร้องเรียนต่าง ๆ หรือแจ้งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย มีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องมีส่วนกลางของการรับเรื่องราวเหล่านี้ และอัพเดทข้อมูลให้เป็นปัจจุบันเสมอ มีการระบุเลขที่ของเรื่องร้องเรียนเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับเรื่องต่อได้ทราบว่าจะเรื่องนี้เรื่องราวร้องเรียนเรื่องนี้อยู่ ณ จุดไหน จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดเรื่องราวของการร้องเรียนขึ้น ผู้ร้องเรียนจะต้องเป็นผู้มานั่งเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นให้เจ้าหน้าที่ฟังใหม่ทุกครั้ง ทำให้สภาพจิตใจที่บอบช้ำจากการสูญเสียคนในครอบครัวได้รับความกระทบกระเทือนซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพราะต้องเล่าเรื่องราวที่ทำร้ายจิตใจไปเรื่อย ๆ จนกว่าการวินิจฉัยจะเสร็จสิ้น ดังนั้นการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติจะมีปัญหาเรื่องของการสื่อสารในการรับเรื่องร้องเรียนหรือติดตามเรื่องร้องเรียนที่ยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจากข้อค้นพบที่กล่าวมาจะอยู่ในช่วงระยะเวลาก่อนการรักษาพยาบาลที่ต้องประเมินอาการระดับความวิกฤต กับระยะเวลาหลังการรักษาพยาบาลในเรื่องของการติดตามเรื่องร้องเรียน

นอกจากการสื่อสารระหว่างองค์กรแล้วสิ่งที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันคือการสื่อสารนโยบายกับผู้รับประโยชน์ของนโยบาย นั่นคือประชาชน ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเชิงลึก

หลาย ๆ คน ต่างให้ข้อค้นพบไปในทิศทางเดียวกันว่า การสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนก็มีส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลล้วนแสดงไปในทิศทางเดียวกันว่า ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจข้อกำหนดและเงื่อนไขของนโยบาย UCEP อย่างชัดเจนและละเอียดมากพอ ทำให้การสื่อสารเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินวิกฤตขึ้นยังคงเป็นฉนวนของปัญหา อันจะเห็นได้จากพาดหัวข่าวตามสื่อต่าง ๆ ที่มักมีข่าวออกมาให้เห็นอยู่บ่อยครั้ง ซึ่งจากเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทำให้ความน่าเชื่อถือของนโยบายถูกลดทอนลง ประชาชนไม่กล้าตัดสินใจเมื่อถึงช่วงเวลาของความวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตและพิการตามมา ซึ่งวัตถุประสงค์ของการเกิดนโยบาย UCEP คือการลดอัตราการเสียชีวิตและลดอัตราความพิการที่เกิดจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ซึ่งผู้กำหนดนโยบายต้องให้ความสำคัญกับการสื่อสารให้ประชาชนได้รับทราบว่าจะเกณฑ์การได้รับสิทธิจากนโยบาย UCEP คืออะไร โดยการตั้งเกณฑ์การคัดแยกว่าอาการวิกฤตแบบนี้เข้าเกณฑ์ อาการวิกฤตแบบนี้ไม่เข้าเกณฑ์ เพื่อจะได้เห็นภาพของอาการวิกฤตฉุกเฉินที่ชัดเจนมากกว่านี้ หรือมีการยกตัวอย่างประกอบเป็นเคสให้เห็นชัดเจนว่าอาการแบบนี้เข้าเกณฑ์ อาการแบบนี้ไม่เข้าเกณฑ์

อีกประเด็นหนึ่งคือการทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้และรับทราบมากขึ้นเกี่ยวกับนโยบาย UCEP โดยอาจจะทำสื่อประชาสัมพันธ์ที่แยกตามกลุ่มความสนใจของประชาชน เช่น การส่งเสียงประชาสัมพันธ์เพลงลูกทุ่งของศิลปินวิทยุ เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้แรงงาน การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ลงในเครือข่ายออนไลน์ เพื่อเข้าถึงกลุ่มคนวัยหนุ่มสาว และการทำสื่อประชาสัมพันธ์ลงในหน้าหนังสือพิมพ์ หรือบอร์ดให้ความรู้ของหมู่บ้าน เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น อีกทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติก็จะเป็นอีกส่วนหนึ่งที่ช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดการนำไปปฏิบัติมากขึ้นซึ่งจากข้อมูลทางสื่อสังคมออนไลน์ที่ได้ค้นพบ พบว่าสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้มีการดำเนินการจัดโครงการฝึกอบรมที่ให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบาย UCEP อยู่เสมอโดยเปิดโอกาสให้ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ โรงพยาบาลต่าง ๆ ส่งตัวแทนมาเข้าร่วมการอบรมให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย UCEP ในด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติ ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย

#### 4.4 ลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ

ในเรื่องของการวิเคราะห์ลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติจะเห็นได้ว่าองค์การที่นำเอานโยบาย UCEP ไปปฏิบัติจะเป็นโรงพยาบาลเอกชนทั้งที่เป็นคู่สัญญาและนอกคู่สัญญา โดยโรงพยาบาลเอกชนทั้งในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 399 แห่ง (ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ) กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆของประเทศไทย ซึ่งโรงพยาบาลเอกชนที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จะเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการค้นคว้าเอกสารและจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยขีดความสามารถของโรงพยาบาลเอกชนที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีความพร้อมที่จะรองรับและให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต เพราะโรงพยาบาลเอกชนมีความพร้อมในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของงบประมาณที่มีไม่จำกัด จากการบริหารกิจการที่แสวงหาผลกำไร จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการรักษาที่มีความทันสมัย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ที่กล่าวว่า

“โรงพยาบาลเอกชนของเรามีความพร้อมในการให้การรักษากับประชาชนทุกคน ที่เข้ามาทำการรักษาในโรงพยาบาลของเราอยู่แล้ว ในราคาที่สามารถเข้าถึงได้ เนื่องจากเรามีทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่พร้อมให้การรักษาอย่างรวดเร็ว ทีมพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ห้องผ่าตัดที่มีมาตรฐาน รวมถึงเครื่องมือและอุปกรณ์การรักษาต่าง ๆ ที่ทันสมัย และบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาลที่พร้อมให้บริการดูแลญาติมิตร และที่สำคัญคือมีทีมผู้บริหารที่เข้มแข็งที่รับนโยบายและนำมากำหนด ถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องตามวิสัยทัศน์และพันธกิจของโรงพยาบาล”

จากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการค้นคว้าทางเอกสาร อาจกล่าวได้ว่าลักษณะขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติเป็นองค์การที่มีความพร้อมในทุกด้าน ทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ น่าจะเกิดประสิทธิภาพ แต่ข้อค้นพบอาจจะยังไม่สามารถสะท้อนความจริงได้ทั้งหมด เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับเป็นเพียงตัวอย่างส่วนน้อยขององค์การที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะมีทั้งองค์การที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในสัดส่วนที่เท่ากันก็ได้ ที่ต้องอาศัยการทำวิจัยหรือเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งยังคงเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยชิ้นนี้ที่เป็นรูปแบบงานวิจัยเชิงคุณภาพเพียงอย่างเดียว

#### 4.5 เจ็อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

จากตัวแปรต่างๆที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติย่อมอาศัยความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกันในทุกตัวแปร ไม่เว้นแม้กระทั่งเจ็อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เพราะสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของประชาชนทุกคน



ในประเทศ ซึ่งจากปัญหาของระบบเศรษฐกิจที่มีการฝืดเคืองมาตั้งแต่ยุคหลังการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 การทำสงครามกันระหว่างประเทศรัฐเซียและยูเครน อัตราค่าสินค้าและบริการมีต้นทุนการผลิตที่สูงขึ้น ค่าสาธารณูปโภค ในชีวิตประจำวันไม่ว่าจะเป็นค่าไฟฟ้า ค่าน้ำ ค่าแก๊สทุงต้ม ล้วนแล้วแต่มีราคาที่สูงขึ้น สภาพสังคมที่ทุกคนต้องดิ้นรนในการดำรงชีวิตให้อยู่รอดปลอดภัยในสภาวะการณ์เช่นนี้ก็ถือเป็นสิ่งที่ท้าทาย ซึ่งยังไม่รวมถึงสถานการณ์การเมืองในประเทศที่ยังไม่เห็นความชัดเจนแน่นอน ประชาชนจึงมีความจำเป็นต้องช่วยเหลือตัวเองอย่างเต็มที่เพื่อให้สามารถมีรายได้เลี้ยงปากเลี้ยงท้อง ทำให้ความสนใจและความใส่ใจในเรื่องของนโยบายปัจจัยพื้นฐานตามสิทธิพลเมืองอย่าง UCEP ถูกมองข้ามไป จากการที่ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามเพื่อนบ้านในแถวที่อยู่อาศัยหรือแม้กระทั่งเพื่อนร่วมงานในที่ทำงานว่ารู้จักนโยบาย UCEP หรือไม่ คำตอบส่วนใหญ่ที่ได้รับคือ นโยบาย UCEP คืออะไร ใช้อย่างไร ใครสามารถใช้ได้บ้าง ซึ่งปฏิเสธไม่ได้เลยว่าด้วยสภาพเงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ถือเป็นปัจจัยปัญหาอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ เพราะเมื่อการรับรู้ถึงความมีอยู่ของนโยบายไม่เกิดขึ้น การใช้สิทธิตามนโยบายจึงไม่เกิด เมื่อการใช้สิทธิตามนโยบายยังไม่เกิดขึ้น การประเมินความสำเร็จของนโยบายจึงไม่เกิดขึ้น เมื่อการประเมินความสำเร็จของนโยบายไม่เกิดขึ้นจึงไม่มีการปรับปรุงนโยบายให้ดีขึ้น กลายเป็นว่าไม่เกิดวงจรของนโยบาย สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้แทน สปสช. ที่กล่าวว่า

“การรับรู้ถึงการมีอยู่ของนโยบาย UCEP ยังไม่เกิดขึ้นกับประชาชนส่วนใหญ่ที่เป็นประชาชนระดับล่างที่ไม่มีเวลามาสนใจในเรื่องต่าง ๆ รอบตัว เพราะต้องออกทำงานหาเช้ากินค่ำให้มีรายได้มาดำรงชีวิตและจุนเจือครอบครัว ถึงแม้ว่าจะมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับนโยบาย แต่ก็จะมีมาเป็นช่วง ๆ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ปกติของการดำรงชีวิตประจำวันประชาชนก็จะไม่ให้ความสนใจกับนโยบายแล้ว เพราะต้องทุ่มความสนใจไปกับการหารายได้เลี้ยงปากเลี้ยงท้องเป็นสำคัญแทน ยกตัวอย่างเช่น การรณรงค์การดื่มไม่ขับ ก็มักจะรณรงค์มาก ๆ ในช่วงของเทศกาลที่ประชาชนส่วนใหญ่มีการเดินทางใช้รถใช้ถนน ซึ่งประชาชนก็จะให้ความสนใจแค่ในช่วงเวลานั้น ๆ ซึ่งในความเป็นจริงการให้ความสนใจในเรื่องของการรณรงค์ดื่มไม่ขับ ควรต้องคำนึงถึงหรือรณรงค์ไม่ใช่ว่าแค่ในช่วงเทศกาลเท่านั้น แต่ต้องเป็นทุกช่วงที่ประชาชนมีการเดินทางใช้รถใช้ถนน เป็นต้น ซึ่งไม่แปลกใจว่าทำไมนโยบาย UCEP ยังมีประชาชนส่วนใหญ่ที่ยังไม่รู้จักราคืออะไร”

จากข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทำให้ทราบได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่ที่ต้องหาเข้ากิน คำเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง ดำรงชีวิตให้รอดผ่านไปแต่ละวันยังไม่รับรู้การมีอยู่ของนโยบาย UCEP เพราะเงื่อนไขในด้านทรัพยากรทางเศรษฐกิจที่มีจำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถแบ่งความสนใจในเรื่องอื่น นอกจากเรื่องการเลี้ยงปากท้องของตนเอง ทำให้ในบางครั้งประชาชนเสียสิทธิขั้นพื้นฐานของการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ที่ส่งผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการลงได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเงื่อนไขและทรัพยากรทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองส่งผลกระทบต่อไม่ทางตรงก็ทางอ้อมต่อการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่า นโยบาย UCEP คืออะไร นโยบาย UCEP มีข้อกำหนดอะไรบ้าง หรืออาจมีประชาชนบางส่วนที่พอ รับทราบว่านโยบาย UCEP คืออะไร แต่ก็เป็นการทราบแค่เพียงเบื้องต้นผิวเผินเท่านั้น

#### 4.6 ความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

ในตัวแปรเรื่องของความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบายไปปฏิบัตินี้มีส่วนสำคัญ และถือว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของนโยบายมากที่สุดปัจจัยหนึ่ง ซึ่งจะประกอบไปด้วยประเด็น ในแต่ละส่วนไม่ว่าจะเป็นประเด็นในด้านการรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติที่มีต่อนโยบาย ประเด็นด้านทิศทางในการตอบสนองต่อนโยบายของผู้ปฏิบัติ และประเด็นด้านระดับการยอมรับ ในตัวนโยบายของผู้ปฏิบัติ ซึ่งจากปัญหาการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติที่ได้จากการค้นคว้า ทางเอกสาร สื่อสังคมออนไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้และความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ ที่มีต่อนโยบายที่ไม่มากพอ ส่งผลให้การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่บรรลุวัตถุประสงค์ อันจะเห็นได้จากการวินิจฉัยประเมินอาการระดับความวิตกกังวลของแพทย์ที่รักษาในบางครั้ง มองว่าด้วยข้อจำกัด จากระบบ PA ที่มีมากเกินไป ประกอบกับความไม่เข้าใจในตัวระบบและข้อจำกัด ทำให้แพทย์ ประเมินลงความเห็นว่าอาการของผู้ป่วยไม่เข้าข่ายฉุกเฉินวิกฤต ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสิทธิการรักษา ตามนโยบาย UCEP ซึ่งในความเป็นจริงอาการฉุกเฉินดังกล่าวของผู้ป่วยนั้นจะวิกฤตและเข้าข่าย การได้รับสิทธิการรักษาตามนโยบาย UCEP ก็ตาม

ส่วนในเรื่องของการตอบสนองต่อนโยบายและระดับการยอมรับในตัวนโยบายยังคงเป็น ปัญหาอยู่บ้างในโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งเนื่องจากอัตราค่าใช้จ่ายในการรักษาและอัตราค่าบริการ ของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐที่แตกต่างกันทำให้ในบางครั้งแพทย์และพยาบาล ที่เกี่ยวข้องปฏิเสธการให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตโดยวินิจฉัยว่าอาการดังกล่าวที่เกิดขึ้นไม่เข้าข่าย การได้รับสิทธิการรักษาตามนโยบาย UCEP ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในรักษาพยาบาลเองให้กับ

โรงพยาบาล หรือการที่แพทย์ประเมินว่าอาการเข้าข่ายเกณฑ์ความฉุกเฉินวิกฤต 72 ชั่วโมง แต่สุดท้ายผู้ป่วยยังถูกเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

จากปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่าความร่วมมือหรือการตอบสนองของผู้นำนโยบาย ไปปฏิบัติยังไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับหลักเกณฑ์ และข้อกำหนดที่ผู้กำหนดนโยบายได้กำหนด และตั้งวัตถุประสงค์ไว้ ทำให้การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติยังคงต้องมีการสร้างความเข้าใจ และระดมความคิดเห็นในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติเกิดประสิทธิผลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติตามทฤษฎีของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น ที่ใช้เป็นกรอบแนวทางในการวิจัยจะมีความครอบคลุมในการอธิบายถึงปรากฏการณ์ ของปัญหาการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ แต่ก็ยังมีบางประเด็นที่ไม่ได้ถูกนำมากล่าวถึง คือ ก่อนที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นอย่างไร ระหว่างที่ผู้ป่วยรับการรักษาเป็นอย่างไร และหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดเพิ่มเติม เพื่ออธิบายถึงประเด็นดังกล่าว ที่สามารถทำให้เข้าใจถึงปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติให้มากขึ้น นั่นก็คือ ช่วงก่อนการรักษาพยาบาล ช่วงระหว่างการรักษาพยาบาล และช่วงหลังการรักษาพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ทำการอธิบายความสอดคล้องของตัวแปรกับช่วงก่อนการรักษาพยาบาล และหลังการรักษาพยาบาลไปแล้ว จึงจะขออธิบายเพิ่มเติมข้อค้นพบการวิจัยที่ได้จากช่วงระหว่างการรักษาพยาบาล ดังนี้

#### **ระหว่างการรักษาพยาบาล**

จากข้อค้นพบการวิจัยข้างต้นที่ได้ทำการอธิบายช่วงก่อนการรักษาพยาบาลที่เป็นเรื่องของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ การส่งตัวผู้ป่วย การวินิจฉัยอาการผู้ป่วย การประเมินระดับอาการฉุกเฉินของผู้ป่วย และช่วงหลังการรักษาพยาบาลที่เป็นเรื่องของ การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล การรับเรื่องร้องเรียน การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน ซึ่งช่วงระหว่างรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญไม่แพ้กันยังไม่ถูกกล่าวถึง ซึ่งขั้นตอนในช่วงระหว่างรักษาพยาบาลจะเป็นเรื่องของการที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยประเมินอาการว่ามีระดับความฉุกเฉินวิกฤตซึ่งถือว่าเข้าเกณฑ์ตามระบบ PA ที่ได้รับสิทธิการรักษาตามนโยบาย UCEP โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย แต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง จากข้อค้นพบการวิจัยที่ได้รับจากการสัมภาษณ์เชิงลึกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของโรงพยาบาลรัฐ แห่งหนึ่งกล่าวว่า

“มันมีนะกับการที่โรงพยาบาลเอกชนรับตัวผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้ารับการรักษา และรักษาผู้ป่วยจนพ้นวิกฤตแล้ว ซึ่งช่วงเวลาในการพ้นวิกฤตของผู้ป่วยบางคนผ่านไปแค่ 24 ชั่วโมงคือแค่ทำการใส่ท่อช่วยหายใจก็บอกว่าพ้นวิกฤตแล้ว ทำให้โรงพยาบาลเอกชนรีบติดต่อโรงพยาบาลตามสิทธิเพื่อส่งตัวผู้ป่วยให้กลับไปรักษาทั้ง ๆ ที่การรักษาพยาบาลยังไม่เกิน 72 ชั่วโมงเลย ซึ่งในคำว่าไม่เกิน 72 ชั่วโมงนี่ถือเป็นการเปิดช่องว่างที่บางโรงพยาบาลนำมาใช้เป็นข้ออ้างในการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลกับผู้ป่วย โดยให้เหตุผลว่าติดต่อโรงพยาบาลตามสิทธิไปแล้ว แต่โรงพยาบาลตามสิทธิไม่มีเตียงว่าง ไม่สามารถรับตัวผู้ป่วยกลับไปได้ทำให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนต่อ โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษาผู้ป่วยต้องรับภาระในการชำระค่าใช้จ่ายเอง หรือในบางกรณีแจ้งว่าผู้ป่วยพ้นวิกฤตแล้วในเวลา 48 ชั่วโมง แต่หลังจากนั้นผ่านไป 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินวิกฤตกลับมา ซึ่งจากอาการฉุกเฉินวิกฤตที่เกิดขึ้นมาในช่วงที่สองนี้ จะถูกตีความว่าไม่เข้าข่ายเกณฑ์การรักษาตามนโยบาย UCEP ทำให้ผู้ป่วยต้องชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาเองเต็มจำนวนในการรักษาอาการฉุกเฉินวิกฤตช่วงที่สองที่เกิดขึ้น และตามหลักในเรื่องของการรับตัวผู้ป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลเอกชนจะต้องทำการแจ้งโรงพยาบาลตามสิทธิให้รับทราบเพื่อเตรียมเตียงสำหรับไว้รองรับผู้ป่วยหลังพ้นวิกฤต 72 ชั่วโมงแล้ว แต่โรงพยาบาลเอกชนมักมาแจ้งตอนที่ครบระยะเวลาการรักษา 72 ชั่วโมงแล้วทำให้โรงพยาบาลตามสิทธิไม่มีเตียงที่จะสามารถรับตัวผู้ป่วยมารักษาต่อได้ โดยโรงพยาบาลเอกชนก็มักจะให้เหตุผลว่าตอนแรกผู้ป่วยแจ้งว่าจะรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนต่อ แต่ต่อมาเปลี่ยนใจที่จะกลับมารักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิก็มี”

จากข้อค้นพบที่ได้รับจะเห็นได้ว่าการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติถึงแม้ว่าจะมีข้อกำหนดและหลักเกณฑ์การรับตัวผู้ป่วยเข้ารับรักษาที่ชัดเจนรัดกุมเพียงใด แต่ก็ยังมีช่องว่างของข้อกำหนดและหลักเกณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ของนโยบาย ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายควรต้องพิจารณาข้อกำหนดและหลักเกณฑ์เพื่อลดช่องว่างของการนำหลักเกณฑ์ไปใช้ในทางที่ผิดวัตถุประสงค์ของนโยบาย

## บทที่ 5

### ข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษา

ในบทที่ 5 นี้จะเป็นการนำเสนอเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ และข้อจำกัดของการศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” โดยผู้วิจัยจะแบ่งเนื้อหาในการนำเสนอออกเป็น 2 หัวข้อ คือ

- 1) ข้อเสนอแนะ
- 2) ข้อจำกัดของการวิจัย

#### 5.1 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)” มุ่งวิเคราะห์ปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สื่อสังคมออนไลน์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง ในกระบวนการของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ ในมิติต่าง ๆ เมื่อผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ครบถ้วนแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลเป็นข้อค้นพบในการวิจัย โดยใช้ทฤษฎีของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งปรากฏผลการวิจัยและข้อเสนอแนะจากประเด็นข้อค้นพบการวิจัยปัญหาของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติในบทที่ 4

สำหรับในบทนี้ผู้วิจัยได้นำประเด็นต่าง ๆ มาวิเคราะห์และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะใน 3 ประเด็น คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ ดังนี้

##### 5.1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อทำให้การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ เกิดความคล่องตัว ลดประเด็นการเกิดปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้นได้แก่

- 1) รัฐบาลหรือผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายควรนำสิ่งที่ดีของนโยบาย UCEP ไปปรับใช้ในโรงพยาบาลภาครัฐในเรื่องของการให้บริการผู้ป่วยวิกฤตได้ทันการณ์ อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับการรักษาอย่างเท่าเทียมและลดความเหลื่อมล้ำ

- 2) การจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อปรับปรุงระบบข้อมูล PA ให้มีคุณภาพ มีความถูกต้อง และไม่เกิด Cloud Storage เพราะระบบ PA ถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- 3) การจัดทำนโยบาย CO-PAY เพื่อช่วยลดภาระการใช้จ่ายงบประมาณภาครัฐในเรื่องของค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
- 4) ผู้กำหนดนโยบายควรจัดเวทีเพื่อระดมความคิดเห็นจากหน่วยงานทุกภาคส่วน เพื่อร่วมกันปรับปรุง พัฒนาหรือเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไปของนโยบาย UCEP
- 5) การจัดการรวมระบบคู่สายต่าง ๆ ที่รับแจ้งเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ และส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เป็นเบอร์เดียวอย่างเช่น 191 เพื่อลดระยะเวลาในการประสานงานติดต่อ

#### 5.1.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

- 1) ศึกษานโยบายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศ นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบและนำข้อดีมาปรับใช้ในเรื่องของการนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติ
- 2) ศึกษาถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้การนำนโยบาย UCEP ไปปฏิบัติเกิดผลสำเร็จ และเพื่ออุดช่องโหว่ต่าง ๆ ของนโยบายที่เกิดขึ้น
- 3) ศึกษาและพัฒนาวิธีการจ่ายค่าชดเชยให้กับโรงพยาบาลเอกชน ที่สอดคล้องกับความเป็นจริง เพราะแต่ละโรงพยาบาลย่อมมีขีดความสามารถ และต้นทุนที่แตกต่างกัน อัตราค่าชดเชยจึงควรแตกต่างกันหรือเป็นไปด้วยความเหมาะสม
- 4) พัฒนาเกณฑ์การรักษาให้ครอบคลุมการรักษาใน 72 ชั่วโมงแรกตั้งแต่เกิดภาวะฉุกเฉินวิกฤตขึ้น

#### 5.1.3 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

- 1) จัดให้มีโครงการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับนโยบาย UCEP ให้กับประชาชน ว่านโยบาย UCEP คืออะไร มีประโยชน์อย่างไร มีข้อจำกัดอะไรบ้าง และหากเกิดเหตุฉุกเฉินวิกฤตต้องจัดการอย่างไร
- 2) สร้างเครื่องมือที่เป็นศูนย์กลางของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย UCEP เพื่อให้ความรู้และไขข้อข้องใจให้กับประชาชนอย่าง Chat bot

- 3) สื่อสารกับโรงพยาบาลเอกชนให้แจ้งโรงพยาบาลตามสิทธิทันทีเมื่อรับเคสฉุกเฉินวิกฤตแล้ว เพื่อเตรียมพร้อมส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสิทธิต่อไป

## 5.2 ข้อจำกัดในงานวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่ (UNIVERSAL COVERAGE FOR EMERGENCY PATIENTS: UCEP)” นั้น มีข้อจำกัดในการดำเนินการดังนี้

- 1) ข้อจำกัดในด้านการเก็บข้อมูล เนื่องจากงานวิจัยชิ้นนี้ใช้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยข้อมูลบางอย่างอาจต้องใช้การวิจัยเชิงปริมาณมาประกอบควบคู่ด้วยเพื่อให้ข้อมูลเกิดความครบถ้วน และสามารถจำแนกความเข้าใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น
- 2) ข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการทำวิจัย ทำให้ผู้วิจัยต้องกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญมีจำนวนน้อยลงเพื่อให้ทันต่อการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งข้อค้นพบที่ได้ อาจยังไม่สามารถสะท้อนความจริงได้ทั้งหมด ข้อมูลที่ได้รับเป็นเพียงตัวอย่างส่วนน้อยขององค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งอาจจะมีทั้งองค์กรที่มีความพร้อมและไม่มีความพร้อมในสัดส่วนที่เท่ากันก็ได้

## บรรณานุกรม

Kenaphoom Sanya (2019). "Theory Model of Public Policy Implementation." วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น.

Kotchapong, S. (2021). "Public Policy Implementation of Local Government Organizations." Journal of Modern Learning Development 6(5).

Uaprasoet, N. S., P., (2562). "The Factors Influencing the Implementation of the Policies on Production and Development of Vocational Manpower Quality: A Case of Institute of Vocational Education, Bangkok." วารสารการบริหารการปกครอง 8(2).

Warathummo, P. P. (2564). "Public policy formulation of The Thai government." วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 8(3).

กรมบัญชีกลาง (มปป.). "ตัวอย่างเอกสารใบประเมินคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน กรณีเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต." from [http://auditer.hss.moph.go.th/web\\_Audit/upload1/medical/14.pdf](http://auditer.hss.moph.go.th/web_Audit/upload1/medical/14.pdf).

กันตนา มาใหญ่. (2562). "A model of early childhood educational policy implementation in the child development center: chonburi local administration organization." วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง 8(3).

กิตติ บุณนาค (2536). การนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ : การศึกษาวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์ในธุรกิจโรงแรม. กรุงเทพฯ, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

ขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย และคณะ (2563). "การทบทวนอัตราค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอ UCEP ด้านการเงินการคลัง." วารสารกรมการแพทย์ 45(2).



จุมพล หนิมพานิช (2554). การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มุมมองในทัศนะทางรัฐศาสตร์ การเมือง และรัฐประศาสนศาสตร์ การบริหาร และกรณีศึกษาของไทย. กรุงเทพฯ, แอคทีฟ พรินท์ จำกัด.

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2565). เอกสารประกอบการคำบรรยาย หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต วิชา 2404608 นโยบายสาธารณะ.

ปรางอนงค์ แสงอากาศ (2564). การนำนโยบายลดทอนความเป็นอาชญากรรมในผู้เสพยาเสพติดไปปฏิบัติ : ศึกษากรณี ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 108/2557. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มยุรี อนุমানราชชน (2549). นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ, เอ็กซ์เปอร์เน็ท จำกัด.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2550). นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ, บพิธการพิมพ์.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2551). การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ, บพิธการพิมพ์.

วชิรวัชร งามละม่อม (2556). การนำนโยบายไปปฏิบัติ, สถาบัน TDRM.

วรเดช จันทรศร (2543). การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ, สหายบลิ๊อคและการพิมพ์.

วรเดช จันทรศร (2552). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ, พริกหวานกราฟฟิค.

วิชัยยา แสงอาทิตย์. (2561). "Factors related to the using of the emergency medical system in the emergency and critically ill patient patients in fang hospital." เสียงรายเวชสาร 10(1).

ศุภชัย ยาวะประภาส (2545). นโยบายสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภชัย ยาวะประภาส และปิยากร หวังมหพร (2552). นโยบายสาธารณสุขไทย: กำเนิด พัฒนาการและสถานภาพของ ศาสตร์. กรุงเทพฯ, จุดทอง จำกัด.

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (มปป.). "6 อาการฉุกเฉินวิกฤตที่ส่งผลต่อชีวิตและอวัยวะสำคัญ." from <https://ucep.niems.go.th/>.

ศูนย์ประสานคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (มปป.). "แนวทางปฏิบัติการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตตามนโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต

มีสิทธิทุกที่." from <https://www.niems.go.th/1/Ebook?group=25>.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (มปป.). "เกณฑ์และวิธีการการคัดแยก."

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (มปป.). "จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามผลการประเมิน รายปีงบประมาณ." from [http://report.niems.go.th/niemsdwh/portal\\_link.html](http://report.niems.go.th/niemsdwh/portal_link.html).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (มปป.). "สถิติการแพทย์ฉุกเฉิน." from

[http://warehouse.niems.go.th/pentaho/api/repos/%3Apublic%3Aitems\\_summary.wcdf/generatedContent](http://warehouse.niems.go.th/pentaho/api/repos/%3Apublic%3Aitems_summary.wcdf/generatedContent).

สมบัติ ชำรงธัญวงศ์ (2550). นโยบายสาธารณสุข : แนวความคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ. กรุงเทพฯ, เสมาธรรม.

สัญญา เคนาภูมิ และบุรฉัตร จันทร์แดง (2562). "ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ." วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น 3(1).

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (2561). "ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายระบบประกันสุขภาพภาครัฐและขอใช้สิทธิ "เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)". วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 12(3).

สำนักงานประมาณ (มปป.). "งบประมาณสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ." from <https://www.bb.go.th/topic3.php?gid=862&mid=545&page=2&catID=0&sort=1>.

สุชาติ พิทักษ์กุล และคณะ. (2559). "การแก้ไขปัญหา 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้: นโยบาย กระบวนการ และผลลัพธ์." วารสาร อัล-ฮิกมะฮ มหาวิทยาลัยฟาฏอนี 8(12).

สุพิชชา ตุ่มสวัสดิ์ (2564). ปัญหาในทางกฎหมายว่าด้วยการใช้สิทธิรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต : ศึกษากรณีโรงพยาบาลเอกชน. กรุงเทพฯ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

หัตถญา พิมพ์สระเกษ (2555). การนำนโยบายป้องกันและควบคุมไข้หวัดนกไปปฏิบัติ : กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมา. กรุงเทพฯ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	น.ส.จามีกร แคนนารี
วัน เดือน ปี เกิด	23 พฤศจิกายน 2534
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี
ที่อยู่ปัจจุบัน	17/229 ซอยประชาอุทิศ 19 แขวงบางมด เขตทุ่งครุ กรุงเทพฯ 10140



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY