

สิทธิการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและข้อขัดข้องต่อการเข้ารับการบริหารตามนโยบาย
“เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ในโรงพยาบาลเอกชน
Patient Rights and Barriers to Emergency Care Access under UCEP Policy in
Private Hospitals

ปучนิยะดา วิเชียรธรรม¹, วราลี อภินิเวศ², อุทัย สติมัน³ และ พระเมธีวชิรบัณฑิต (हरषा धम्महासो)⁴

Puchaniyada Vijiradharm¹, Varalee Aphinives², Uthai Satiman³

and Phra Methiwatcharabandit (Hansa Dhammahaso)⁴

สันติศึกษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

Peace Studies, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, Thailand

Corresponding Author, Email: ¹puchaniyada@outlook.com

Retrieved: July 5, 2024; Revised: April 30, 2025; Accepted: April 30, 2025

บทคัดย่อ

สิทธิการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือ สิทธิ UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) เป็นสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามนโยบายของรัฐบาลไทย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ใกล้ที่สุดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษาหรือความสามารถในการชำระเงิน UCEP ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าอาการจะพ้นวิกฤต โดยสิทธิ UCEP นี้เกิดขึ้นจากร่วมมือระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีสิทธิ UCEP แต่ผู้ป่วยยังคงประสบปัญหาในการเข้ารับการรักษาโดยเฉพาะเมื่อไปโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ อาทิ การปฏิเสธผู้ป่วย การเรียกเก็บเงิน การไม่รับหรือไม่สามารถส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าหรือสถานพยาบาลตามสิทธิ รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิ UCEP ของบุคลากรและประชาชนทั่วไป

บทความนี้ได้วิเคราะห์และนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิ UCEP เช่น การเพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิ UCEP การกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชนให้ปฏิบัติตามสิทธิ UCEP อย่างเคร่งครัด การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสังคมในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสิทธิ UCEP อย่างไรก็ตาม ความขัดแย้งระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนนั้นนับเป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นและต้องการการแก้ไขที่เป็นระบบและมีส่วนร่วมในการตกลงร่วมมือกัน จึงนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับสิทธิ UCEP โดยเฉพาะที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ รวมถึงการส่งเสริมการป้องกันโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยขั้นพื้นฐานให้แก่ประชาชน การเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ การฝึกการกู้ชีพขั้นต้นให้แก่ประชาชน การเพิ่มทรัพยากรให้แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพัฒนาระบบการประสานงาน การป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรง และการส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคลากร โดยสรุป บทความนี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของสิทธิ UCEP ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และนำเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพและทันต่อเวลา

คำสำคัญ: ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต; สิทธิ UCEP; ข้อขัดข้องการบริหาร; โรงพยาบาลเอกชน



Abstract

The Universal Coverage for Emergency Patients (UCEP) is a Thai government policy that aims to provide emergency medical care to emergency patients. The aim is to provide emergency patients with quick and efficient access to the nearest medical services, regardless of their insurance coverage or ability to pay. UCEP covers the cost of emergency medical treatment for the first 72 hours or until the patient's condition is no longer critical. UCEP is a collaboration between the National Institute for Emergency Medicine (NIEM) and the National Health Security Office (NHSO). However, despite the UCEP, patients still face problems accessing treatment in private hospitals. This may be due to various reasons such as denial of patients, billing, refusal to transfer, and lack of knowledge and understanding of UCEP rights.

This article also presents recommendations and solutions for various problems related to UCEP rights, such as increasing public relations about UCEP rights, supervising private hospitals to comply with UCEP rights, developing a patient referral system, and promoting social participation in raising awareness of UCEP rights. In addition, the conflict between the public health service system and the emergency departments in both public and private hospitals, especially in private hospitals, is a challenge that has arisen and needs a systematic and participatory solution to reach an agreement. The solutions to various problems that occur in the emergency department, such as promoting disease prevention and basic self-care for the people, increasing access to primary care, public basic cardiopulmonary resuscitation, reveals increasing resources for the emergency department, developing a coordination system, preventing and solving violence problems, and promoting the well-being of personnel. In conclusion, this article emphasizes the importance of UCEP rights in protecting critically ill patients and presents solutions to various problems to ensure that all patients can access quality and timely treatment.

Keywords: Emergency Patients; UCEP Rights; Problems with Receiving Care; Private Hospitals

บทนำ

ความเจ็บป่วย เป็นสิ่งธรรมดาในชีวิตมนุษย์ (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต), 2557) การรักษาโรคจึงเป็นหนึ่งในปัจจัย 4 ที่สำคัญ ความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สร้างความเสียหายต่อร่างกาย ส่งผลต่อจิตใจ และความสูญเสียทรัพยากรอื่น ๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ทุนทรัพย์ เวลา อาชีพการงาน เป็นต้น ความเจ็บป่วยด้วยอาการของโรคที่รุนแรงหรือมีอาการเรื้อรัง จำเป็นที่จะต้องมีการใช้จ่ายในการรักษาทั้งทางตรงและทางอ้อม หากโรคที่รักษาไม่หายขาดหรือเป็นโรคเรื้อรังต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะต้องใช้เงินเป็นจำนวนมากและเป็นเวลานาน บางครั้งอาจจะถึงขั้นตลอดชีวิต เหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตตั้งแต่ในระดับบุคคลจนถึงระดับประเทศ

ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบใหญ่ด้วยกัน ได้แก่ (1) ระบบประกันสังคม (2) ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ (3) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยหลักประกันทั้งสามระบบมีการออกแบบระบบที่ต่างกันหลายประเด็น เช่น แหล่งเงินที่ใช้ สิทธิประโยชน์ ผู้ให้บริการ ระบบการจ่ายเงิน และบริบทที่ต่างกัน โดยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหนึ่งในนโยบายที่ทำให้ประชาชนพลเมืองเข้าถึง

ระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2544 (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2555) และปรับปรุงระบบบริการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) โดยมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ในการดำเนินงานพบปัญหา เนื่องจากขาดกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีรองรับ ขาดอำนาจบังคับให้เป็นไปตามนโยบาย รวมไปถึงการขาดระบบประเมินและยืนยันสิทธิ แต่รัฐบาลยังเห็นประโยชน์ของนโยบายดังกล่าว

จากปัญหาที่พบ รัฐบาลจึงพยายามแก้ไขปัญหาและอุปสรรค โดยประกาศเป็นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” (Universal Coverage for Emergency Patients : UCEP) หรือสิทธิ UCEP ซึ่งตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดนิยาม “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีการป่วยกระทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและบำบัดอย่างทันด่วนที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิต พิการหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2565) โดยสิทธิ UCEP คือสิทธิการรักษาตามนโยบายรัฐเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย ในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (4) ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา เผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ทั้งนี้ ยังได้พัฒนาระบบการประเมินคัดแยกกระตือรือร้นฉุกเฉิน (Emergency Pre-Authorization: PA) เพื่อผลักดันระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยให้มีมาตรฐานระดับสากล และการบริการอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึงและเท่าเทียม นอกจากนี้ เปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเครือข่ายนักวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

อย่างไรก็ตาม สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต หรือสิทธิ UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) ซึ่งเป็นนโยบายสำคัญภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกสิทธิการรักษาให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุดได้โดยไม่ต้องสำรองจ่าย ยังคงมีปัญหาและอุปสรรค ข้อขัดข้องในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน บทความนี้เป็นการวิเคราะห์สิทธิ UCEP กระบวนการเข้ารับการรักษาภายใต้สิทธิ UCEP และสะท้อนปัญหาข้อขัดข้องที่พบ พร้อมทั้งนำเสนอแนวทางแก้ไขต่อไป

สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต หรือสิทธิ UCEP

พัฒนาการความเป็นมาของสิทธิ UCEP โดยสังเขปดังนี้

เมื่อพ.ศ. 2555 รัฐบาลได้ประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่” (Emergency Medical Claim Online : EMCO) โดยมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการโรงพยาบาลเอกชนโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ในการดำเนินงานพบปัญหา เนื่องจากขาดกฎหมายและมติคณะรัฐมนตรีรองรับ ขาดอำนาจบังคับให้เป็นไปตามนโยบาย รวมไปถึงการขาดระบบประเมินและยืนยันสิทธิ แต่รัฐบาลยังเห็นประโยชน์ของนโยบายดังกล่าว จึงพยายามแก้ไขปัญหาและอุปสรรค จึงได้ประกาศนโยบายใหม่ คือ นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” หรือสิทธิ UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2560 คือสิทธิการรักษาตามนโยบายรัฐเพื่อคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้สามารถเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้ที่สุด โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจนพ้นวิกฤตและสามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย

ในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยมีกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการพิจารณาดำเนินการปรับปรุงแก้ไข กฎ ระเบียบ เพื่อรองรับการจ่ายเงินคืนแก่โรงพยาบาลเอกชน และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่กำกับมาตรฐานคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลเอกชน รวมถึงหน่วยงานที่บริหารจัดการสวัสดิการรักษายาบาลในกองทุนต่าง ๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้ต่างดำเนินการตามขอบเขตหน้าที่และอำนาจอย่างเต็มที่เพื่อบริหารจัดการศึกษา และรวบรวมสภาพปัญหา รวมทั้งหามาตรการแก้ไขปัญหามาให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการคุ้มครองและได้รับประโยชน์สูงสุดจากนโยบายนี้อย่างแท้จริง

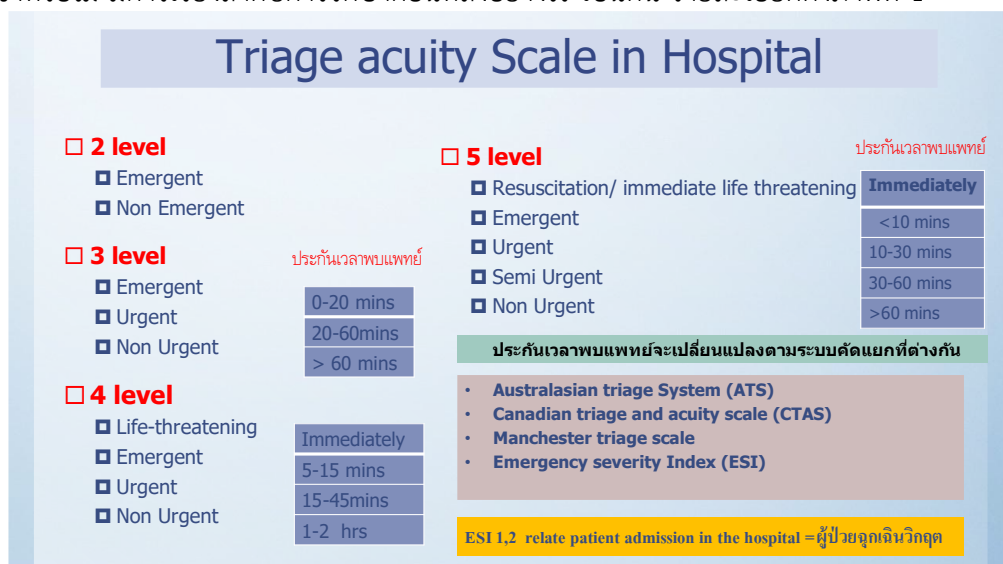
นอกจากนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ และเป็นหน่วยงานที่คิดและพัฒนาระบบการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (Emergency Pre-Authorization: PA) มีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (4) ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการได้องค์ความรู้ แนวทางเทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อผลักดันความรู้ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ให้มีมาตรฐานระดับสากลที่ประชาชนเชื่อมั่น และผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพทั่วถึงและเท่าเทียม รวมทั้งเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ได้มีโอกาสพบปะ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ นวัตกรรม ที่เป็นประโยชน์ อันจะนำไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการสร้างเครือข่ายนักวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยได้มีการจัดประชุมระดมความคิดเรื่องการแบ่งระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นแต่ละแบบ รายละเอียดดังนี้

ระดับ เจ็บป่วยทั่วไป คือ ความเจ็บป่วย ที่สามารถรอรับการรักษาได้

ระดับ เจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ ความเจ็บป่วย ที่ต้องรีบเข้ารับการรักษา ต้องใช้เวลาในการเริ่มการรักษาโดยพิจารณาว่าการรักษาใช้เวลานานเท่าไร ต้องมีการประกันเวลาในการพบแพทย์หรือไม่

ระดับ เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต คือ ไม่สามารถรอรับการรักษาได้ เนื่องจากผู้ป่วยจะเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว ต้องรับการรักษาให้พ้นขีดอันตราย และรักษาได้ทุกโรงพยาบาล

โดยการแยกระดับความรุนแรงจากอาการเจ็บป่วยนี้ (Triage) ใช้วิธีการคัดแยกผู้ป่วยโดยพิจารณาจากสถานที่ เช่น นอกโรงพยาบาล หรือในโรงพยาบาล พิจารณาให้การคัดแยกระบบแบบไหน ต้องมีการประเมินการคัดแยกเข้าหรือไม่ มีการเรียงลำดับการรักษาอย่างไร เป็นต้น รายละเอียดดังภาพที่ 1

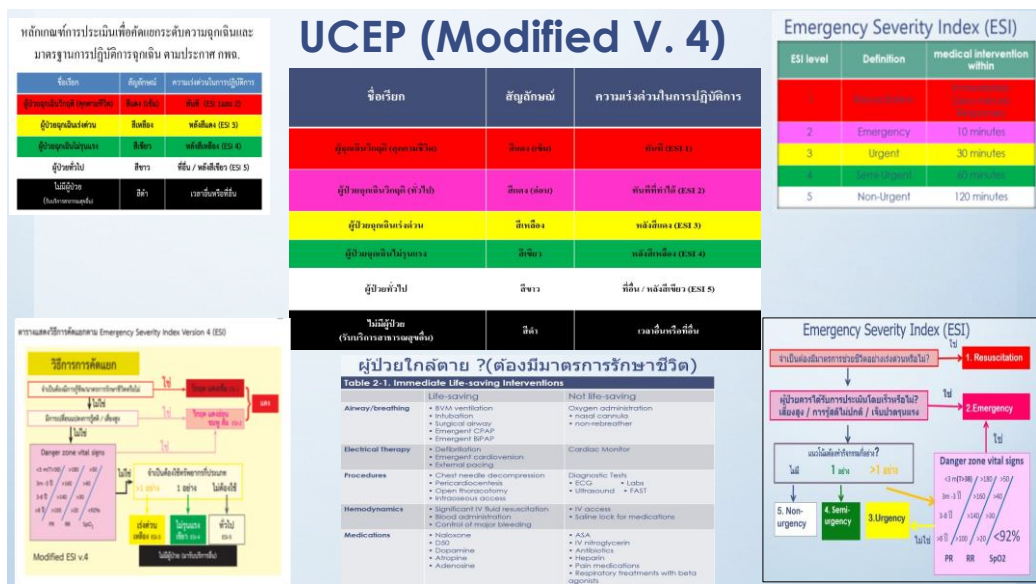


ภาพที่ 1 การแยกระดับความรุนแรงจากอาการเจ็บป่วย (Triage acuity scale in hospital)

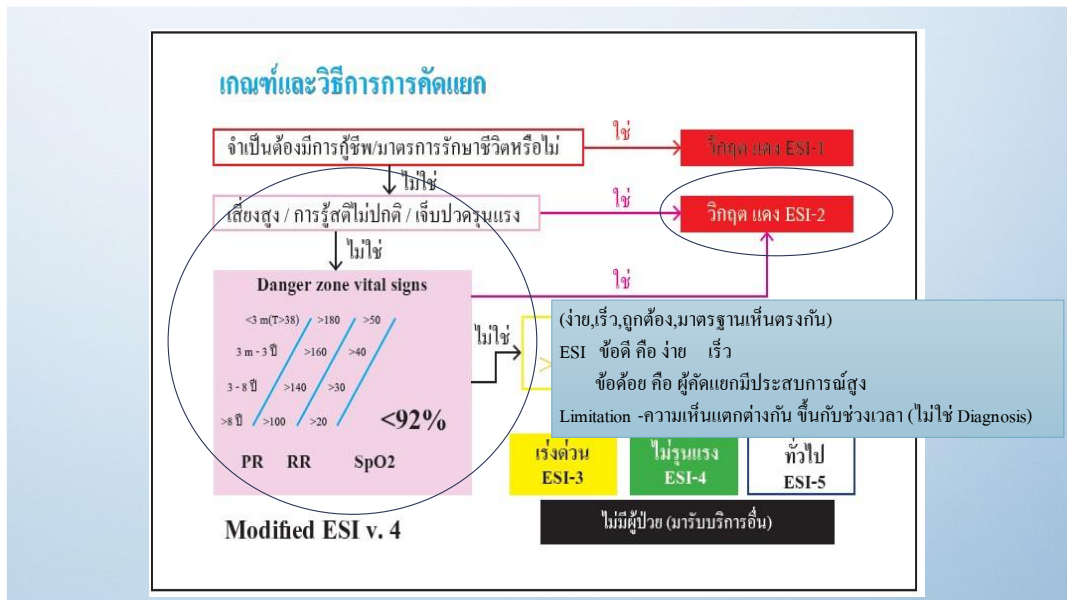
และการศึกษาแนวทางและเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ (UCEP) ในประเทศไทย (A study of Guidelines and Criteria of triage in critical emergency patients according to universal coverage for emergency patients (UCEP) in Thailand) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ได้จัดทำโปรแกรม Emergency preauthorization (PA) วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2566 เพื่อเป็นเครื่องมือช่วยการประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 5 ระดับตามความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ และกำหนดให้ใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) โดยเกณฑ์และวิธีการคัดแยกความวิกฤต (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2563) ได้แก่

- วิกฤตสีแดง (เข้ม): ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (คุกคามชีวิต) เช่น มีอาการไม่รู้สีกตัว หรือไม่หายใจ หรือไม่มีชีพจร ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ ทันที (ESI 1)
- วิกฤตสีแดง (อ่อน): ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (ทั่วไป) เช่น มีเลือด หรือเสมหะปริมาณมากในปาก หายใจเสียงดังโครกคราก เป็นต้น ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ ทันทีที่ทำได้ (ESI 2)
- วิกฤต สีเหลือง: ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน เช่น ต้องกลืน หรือ ฟิงพ่นหรือย่นเพื่อหายใจได้ หรือ หายใจมีเสียงดัง หรือ หายใจเร็ว แรง และลึก หรือใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ เป็นต้น ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ หลังสีแดง (ESI 3)
- วิกฤต สีเขียว: ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง เช่น มีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ เหนื่อยท่วมตัว หรือ ชีตและผิวดเย็น ชีต หรือ หมาดสติชั่ววูบ หรือ หมาดสติชั่ววูบเมื่อนั่งหรือยืน เป็นต้น ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ หลังสีเหลือง (ESI 4)
- วิกฤต สีขาว: ผู้ป่วยทั่วไป ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ ที่อื่น/ หลังสีเขียว (ESI 5)

โดยรายละเอียดดังภาพที่ 2 และภาพที่ 3



ภาพที่ 2 แนวทางและเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มีสิทธิทุกที่ (UCEP)



ภาพที่ 3 แนวทางและเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)

หากวิเคราะห์ แนวทางและเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ หรือสิทธิ UCEP ซึ่งใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉินตามแนวทางการคัดแยกของ Emergency Severity Index (ESI) พบว่า มีทั้งข้อดีและข้อด้อย คือ ข้อดี พบว่า เกณฑ์การคัดแยกดังกล่าว มีความสะดวกต่อการคัดแยก เพื่อการคัดแยกรวดเร็วและเป็นมาตรฐานตรงกัน แต่อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อด้อย พบว่า การคัดแยกต้องถูกคัดแยกโดยผู้ที่มีประสบการณ์สูง รวมทั้งมีข้อจำกัด เรื่องการให้ความคิดเห็นในการคัดแยกระดับที่แตกต่างกัน และขึ้นกับช่วงเวลาในการวิเคราะห์การประเมินคัดแยก

กระบวนการเข้ารับการรักษาภายใต้สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP

จากการวิเคราะห์กระบวนการในการเข้ารับรักษาภายใต้สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP พบว่า การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้ที่สุด ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใดก็ได้ที่ใกล้ที่สุด โดยไม่จำเป็นต้องเป็นโรงพยาบาลตามสิทธิ

1. การประเมินอาการและคัดแยกระดับความฉุกเฉิน โรงพยาบาลจะทำการประเมินอาการและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตหรือไม่ โดยลงรายละเอียดของอาการและอาการแสดงทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. การแจ้งศูนย์ประสานงาน หากผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤต โรงพยาบาลจะแจ้งศูนย์ประสานงานเพื่อยืนยันสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP
3. การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นโดยไม่ต้องสำรองจ่ายโดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรก

ปัญหาข้อขัดข้อง และแนวทางแก้ไข

1. ปัญหาข้อขัดข้องในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน และแนวทางแก้ไข

เมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการและคัดแยกระดับความฉุกเฉินแล้ว ถึงแม้ว่าผู้ป่วยได้รับสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังคงประสบปัญหาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุได้ ดังนี้

1.1 การปฏิเสธผู้ป่วย บางโรงพยาบาลเอกชน อาจปฏิเสธผู้ป่วยที่ได้สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP โดยอ้างเหตุผล เช่น เต็มเตียง หรือขาดบุคลากร เป็นต้น

1.2 การเรียกเก็บเงิน บางโรงพยาบาลอาจเรียกเก็บเงินจากผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP โดยอ้างเหตุผลว่า เป็นค่าใช้จ่ายที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครอง

1.3 การไม่รับส่งต่อ บางโรงพยาบาลที่เปิดรับผู้ป่วยให้ใช้สิทธิประกันสุขภาพ อาจไม่ส่งต่อผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP ไปยังโรงพยาบาลอื่นที่สามารถให้การรักษาเฉพาะทางได้ เนื่องจากต้องเป็นฝ่ายตามไปชำระค่ารักษาพยาบาล แล้วจึงทำเรื่องเบิกคืนจากภาครัฐอีกที นอกจากนี้ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดสรรค่าใช้จ่ายบางส่วนมาแล้วตามจำนวนของประชากรที่ลงทะเบียนไว้กับโรงพยาบาล หากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวนน้อย หรือการป้องกันโรคได้ผลดี โรงพยาบาลนั้น สามารถนำรายรับที่ได้รับการจัดสรรมา ไปบริหารกิจการโรงพยาบาลด้านอื่นๆ ได้

1.4 การขาดความรู้ความเข้าใจ ทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP และขั้นตอนการเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

1) การประชาสัมพันธ์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ขั้นตอน และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP ให้ครอบคลุมทั้งประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์ อาทิ เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลใดได้ มีขั้นตอนอย่างไร เอกสารที่ต้องใช้ (บัตรประชาชน บัตรแสดงสิทธิโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ) หากอาการวิกฤตเร่งด่วนสามารถติดต่อได้อย่างไร อาทิ โทร 1669 แจ้งอาการสำคัญและตำแหน่งที่อยู่ของผู้เจ็บป่วย หรือประชาสัมพันธ์แอปพลิเคชัน 1669 ที่สามารถขอรถพยาบาลฉุกเฉิน แจ้งอาการและระบุตำแหน่งของผู้ป่วยด้วยระบบนำร่อง GPS ได้เพื่อนำส่งโรงพยาบาลได้ทันที (แอปพลิเคชัน Application; App คือ โปรแกรม หรือชุดสั่ง ที่ใช้ควบคุมการทำงานของคอมพิวเตอร์เคลื่อนที่และอุปกรณ์ต่อพ่วงต่าง ๆ เพื่อให้ทำงานตามคำสั่ง และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้)

2) การกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชน กระทรวงสาธารณสุข ควรมีมาตรการกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชน ให้ปฏิบัติตามสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP อย่างเคร่งครัด แต่ต้องเป็นไปอย่างยุติธรรมและเหมาะสม เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนเองไม่ได้มีรายได้สนับสนุนจากภาครัฐ

3) การพัฒนาระบบส่งต่อ ควรมีการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP ระหว่างโรงพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น โดยเฉพาะจากโรงพยาบาลเอกชนไปโรงพยาบาลรัฐบาล ถึงแม้จะมีเหตุผลที่ผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐบาลเต็มจนล้นอยู่เสมอ

4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ควรส่งเสริมให้สังคมมีส่วนร่วม มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการฉุกเฉินวิกฤตและการปฏิบัติตามสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP รวมถึงส่งเสริมการเรียนรู้ทำความเข้าใจกับการป้องกันโรคหรือการดูแลตนเองในเบื้องต้น ผู้เขียนขอเสนอให้มีการให้ความรู้ความเข้าใจและมีการทวนเป็นระยะตั้งแต่ในระบบการศึกษามูลฐาน ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัดและระดับประเทศ เนื่องจากเป็นสิทธิพื้นฐานและเกี่ยวพันกับความเจ็บป่วย ชีวิต และคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยเองโดยตรง

2. ปัญหาข้อขัดข้องด้านการบริหาร และแนวทางแก้ไข

กรณีเมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤตจะถูกนำส่งที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในด้านการรักษาพยาบาลมีความจำเป็นต้องให้การบริหารหากเป็นภาวะฉุกเฉินวิกฤต แต่ในขั้นตอนของการใช้สิทธิ การเบิกจ่ายต่าง ๆ มักเกิดความขัดแย้งระหว่างระบบบริการสาธารณสุขกับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน โดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งเป็นความท้าทายที่เกิดขึ้นและต้องการการแก้ไขที่เป็นระบบและมีส่วนร่วมในการตกลงร่วมมือกัน เนื่องจากได้เกิดการสะสมของปัญหาทั้งในส่วนการรักษารับบริการที่

ผู้ป่วยควรได้รับ การส่งต่อ อาจเกิดความคลางแคลงใจของผู้ป่วย ญาติในด้านการรักษาพยาบาล การดำเนินการ ยิ่งถ้าเกิดปัญหาด้านการสื่อสาร การทำความเข้าใจต่ออาการและระบบการบริหาร การเบิกจ่ายต่าง ๆ เป็นเหตุให้ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรับบทบาทที่หนักหน่วง สร้างความกดดันต่อบุคลากรหน้างาน

อย่างไรก็ตาม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Department: ED, Emergency Room: ER) เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ทำหน้าที่รักษาผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินและวิกฤต หากเกิดข้อขัดข้อง ความขัดแย้งในระบบการทำงานของแผนกนี้ สามารถกระทบกับระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม ส่งผลกระทบต่อ ประสิทธิภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถวิเคราะห์และจำแนกได้ดังนี้

2.1 ความแออัดของผู้ป่วย แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มักประสบปัญหาความแออัดของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น ในโรงพยาบาลของรัฐหรือของเอกชน เนื่องจากเป็นจุดแรกที่ผู้ป่วยมักเข้าถึงเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยที่ไม่ สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ความเครียดของบุคลากร และความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (ภัทรรัช เทศนอม, 2561)

2.2 การขาดแคลนทรัพยากร แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็น เช่น บุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์การแพทย์ และเตียงผู้ป่วย ปัญหานี้ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการรักษาและลดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ และพิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, 2563)

2.3 ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มักประสบปัญหา ความไม่ต่อเนื่องของการดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากขาดการประสานงานกับหน่วยบริการอื่น ๆ ปัญหานี้ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำ และเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งที่อาจหลีกเลี่ยงได้ (วรรณภา กริทอง, 2559)

2.4 ความรุนแรงในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มักเผชิญกับความรุนแรงจากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและประสิทธิภาพในการทำงาน ปัญหานี้ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของบุคลากร (กฤษณา สังขมณีจินดา, 2564)

2.5 ความไม่สมดุลของภาระงาน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินมักมีภาระงานที่หนักหน่วงและไม่สามารถ คาดการณ์ได้ ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์เกิดความเครียดและหมดไฟ ปัญหานี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและความยั่งยืนของระบบ (Hfocus, 2562)

ข้อเสนอแนะและแนวทางแก้ไข

1) การส่งเสริมการป้องกันโรค ส่งเสริมการป้องกันโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยขั้นพื้นฐานให้แก่ ประชาชนอย่างทั่วถึง รวมถึงกลไกที่เหมาะสมในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน อาทิ อาการใดที่ควรไปโรงพยาบาล ควรไปเวลาใด เพื่อไม่ให้เป็นการเพิ่มภาระงานแก่บุคลากร เช่น การมาขอใบรับรอง แพทย์ในเวลากลางคืนทั้งที่เจ็บป่วยไม่มากหรือเป็นมาหลายวัน ซึ่งในหลายประเทศเมื่อไปที่แผนกฉุกเฉินและได้รับการ ประเมินว่าไม่ใช่อาการเจ็บป่วยร้ายแรง เช่นในประเทศอังกฤษ ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาแต่จะได้รับการนัดหมายไปที่คลินิกแพทย์ทั่วไป ซึ่งบ่อยครั้งที่กว่าจะถึงวันนัดตรวจ ผู้ป่วยมักจะมีอาการดีขึ้นก่อน ส่วนในประเทศ ญี่ปุ่น หากมีอาการเจ็บป่วยฉับพลันจะต้องโทรผ่านระบบรพพยาบาลฉุกเฉินเท่านั้น และตามแต่ละส่งไปที่ โรงพยาบาลใดไม่สามารถระบุโรงพยาบาลได้

2) เพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิอย่างทั่วถึง เพื่อลดความแออัด ใน แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาล (สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ และพิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, 2563)

3) เพิ่มทรัพยากรให้แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จัดสรรเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร รวมถึง ส่งเสริมศักยภาพบุคลากร และงบประมาณให้เพียงพอต่อความต้องการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ และพิรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, 2563)

4) พัฒนาระบบการประสานงาน สร้างระบบการประสานงานที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพระหว่างแผนก อุบัติเหตุและฉุกเฉินกับหน่วยบริการอื่น ๆ (วรรณภา กริทอง, 2559)



- 5) ป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษ จัดให้มีมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างจริงจัง (กฤษณา สังขมณีจินดา, 2564)
- 6) ส่งเสริมสวัสดิภาพของบุคลากร จัดให้มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพกายและใจของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Hfocus, 2562)

องค์ความรู้ใหม่จากการศึกษา

องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิการรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หรือสิทธิ UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) และข้อขัดข้องต่อการเข้ารับการรักษาตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ในโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังนี้ สิทธิการรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยดังกล่าว สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ใกล้ที่สุดได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษาหรือความสามารถในการชำระเงิน UCEP ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในช่วง 72 ชั่วโมงแรกหรือจนกว่าอาการจะพ้นวิกฤต อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่ายังคงมีปัญหาข้อขัดข้องในกระบวนการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาภายใต้สิทธิการรักษาในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ การปฏิเสธผู้ป่วย การเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาล การไม่รับการส่งต่อ และการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น จากการศึกษาจึงได้นำเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาค้างขัดข้องดังกล่าว ได้แก่ การส่งเสริมการประชาสัมพันธ์ทั้งจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูล ขั้นตอน ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต หรือ UCEP พร้อมทั้งควรให้มีการกำกับดูแลโรงพยาบาลเอกชนให้ปฏิบัติตามสิทธิรวมทั้งการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล และส่งเสริมให้สังคมมีส่วนร่วมมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ด้านการบริหารจัดการของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ควรมีการแก้ปัญหาข้อขัดข้อง ได้แก่ การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยขั้นพื้นฐาน รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง เพิ่มทรัพยากรให้แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการจัดมาตรการป้องกันและแก้ไขความรุนแรงหากมีเหตุเกิดขึ้น และส่งเสริมการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ดีต่อบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

บทสรุป

สิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP เป็นนโยบายที่สำคัญในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต แต่ยังคงมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลเอกชน การแก้ไขปัญหานี้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีคุณภาพและทันทั่วถึง นอกจากนี้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหามลพิษขัดแย้งระหว่างระบบบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะสิทธิการรักษาพยาบาลฉุกเฉินวิกฤต UCEP กับแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้รับการรักษาที่มีคุณภาพ ทันทั่วถึง และสงวนทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณา สังขมณีจินดา. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการความรุนแรง ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (รายงานวิจัย). มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี (ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.).



- พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. (2555). ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มความเป็นธรรม “3 กองทุนสุขภาพ” รับความท้าทายในอนาคต. *จุลสาร HSRI Forum สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(6), 3-7.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตฺโต). (2557). *พุทธธรรม ฉบับปรับขยาย*. (พิมพ์ครั้งที่ 39). กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ภัทรรัช เทศนอม. (2561). ความปลอดภัยของผู้ป่วยกับวิกฤติความแออัดในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 4(2), 237-249.
- วรรณภา กรีทอง. (2559). การพัฒนาระบบการบริหารการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 12(1), 23-36.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). (ม.ป.ป.). (2567). *เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (UCEP)*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก https://www.nhso.go.th/page/coverage_rights_emergency_patients
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). *เกณฑ์การประเมินคัดแยกระดับความฉุกเฉิน (PA): Emergency Pre-Authorization*. สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2567, จาก https://www.niems.go.th/1/uploadattachfile/2020/ebook/410579_20200702133727.pdf
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2565). *คู่มือแนวทางปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ และพีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย. (2563). ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 35-45.
- Hfocus. (2562). *เสียงสะท้อนจากพยาบาล ER สารพันปัญหาห้องฉุกเฉิน 'เสียงสูง ถูกคุกคาม ค่าตอบแทนไม่เป็นธรรม'*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, จาก <https://www.hfocus.org/content/2019/02/16808>