

# การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยในการใช้บริการรักษาพยาบาลตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน”

วรรณภา บำรุงเขต\*

สุธีรดา จิมน้อย\*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์†

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้และประสบการณ์ผู้ป่วยในการใช้บริการรักษาพยาบาลตามนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่เข้าถึงทุกคน” โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบย้อนหลัง สุ่มสัมภาษณ์ด้วยวิธี simple random sampling จากหมายเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการฉุกเฉิน ระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2555 จากข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการในระบบ Emergency Medical Claim Online (EMCO) 292 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ 105 ราย ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม 95 ราย และผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ 92 ราย ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการภายใต้นโยบายดังกล่าวส่วนใหญ่รับรู้นโยบาย แต่ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนในนิยาม ใช้บริการด้านอายุรกรรมเป็นหลัก และใช้บริการผู้ป่วยใน ร้อยละ 91 ของผู้ป่วย ทั้งหมดเดินทางมารับบริการและเลือกสถานบริการด้วยตนเอง ร้อยละ 85 ของผู้ป่วยให้ความสำคัญในเรื่องของระยะทาง และคุณภาพของบริการของโรงพยาบาล มีเพียงร้อยละ 2 เลือกใช้บริการ 1669 และร้อยละ 17 ทราบความครอบคลุม และแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินของนโยบายผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่คาดหวังว่าจะไม่ถูกถามสิทธิก่อนการดูแลรักษา แต่การถูกถามสิทธิยังคงเกิดขึ้นเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนการเบิกจ่ายจากกองทุน เกิดภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยส่วนมากไม่รู้ช่องทางร้องเรียนและรักษาสิทธิของตน

**คำสำคัญ:** บูรณาการสิทธิ, ระบบประกันสุขภาพ, บริการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

## Abstract

**Patients' Perception and Experiences in Emergency Medical Service Under the Harmonization Policy for the Three Health Insurance Schemes**

**Wannapha Bamrunghet\*, Sutteerada Chimnoi\*, Samrit Srithamrongsawat†**

*\*Health Insurance System Research Office, †National Health Security Office*

This study aims to assess patients' perception and experiences in emergency medical service under the harmonization policy for three health insurance schemes. A telephone interview using a semi-structured questionnaire was employed. The study population used medical care in private non-contracted hospitals, appeared in the Emergency Medical Claim Online database (EMCO) during August-October 2012, and was selected by simple random sampling through personal identity number. Of the 292 patients interviewed, 105 cases were from the Universal Coverage scheme; 95 cases from the Social Security Scheme; and 92 cases from the Civil Servant Medical Benefit Scheme. Most patients were aware of the policy, but not the definition and boundary of the valid conditions under the policy. Most came with medical conditions and used in-patient care service (91%). The majority chose (92%) and came (91%) the hospital by themselves; only 2 percent called 1669 EMS. 85 percent of the patients based their selection of the health services on the distance and quality of the hospitals. Less than 17 percent were aware of their benefits and the referring process. Most of them were asked to pay, despite the policy stating the contrary, thus imposing a burden on them and their families. Most knew neither the hotline number nor a place to lodge their complaints.

**Key words:** harmonization, health insurance scheme, emergency medical service

\*สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

†สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



## ภูมิหลังและเหตุผล

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและทันทั่วที่มีความสำคัญและส่งผลต่อการลดการสูญเสียทั้งทรัพย์สินและชีวิตของผู้ป่วยกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุนานาชาติให้ความสำคัญ แม้ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งยังมีประชาชนส่วนหนึ่งไม่มีหลักประกันสุขภาพ แต่กฎหมายได้กำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนทุกแห่งที่รับเงินในโครงการ Medicare ห้ามปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทางการแพทย์ โดยถือเป็นการจัดบริการตามกุศล (Charity care)<sup>(1)</sup>

ประเทศไทยในอดีตมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นในโรงพยาบาลเอกชนเมื่อเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งยังมีเรื่องร้องเรียนทางสื่อสาธารณะบ่อยๆ เหตุการณ์รถแท็กซี่ระเบิดที่ถนนเพชรบุรีตัดใหม่เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2535<sup>(2)</sup> มีส่วนผลักดันสำคัญในการตรากฎหมายเพื่อคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถให้ประสบความสำเร็จจนนำมาซึ่ง พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535<sup>(3)</sup> เพื่อให้การคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล การชดเชยกรณีพิการหรือเสียชีวิตแก่ผู้ประสบภัยจากรถทำให้ผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรได้รับการคุ้มครองแม้ว่าประสิทธิผลในการคุ้มครองยังจำกัด<sup>(4)</sup>

อย่างไรก็ดีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนส่วนใหญ่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีสาเหตุ<sup>(5)</sup> แม้ประเทศไทยได้จัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่เนื่องจากการออกแบบระบบและบริหารจัดการแตกต่างกัน ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงและให้บริการแก่ผู้ป่วยทั้งกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินและกรณีไม่ฉุกเฉินจึงยังคงมีให้เห็น

ในวันที่ 1 เมษายน 2555 รัฐบาลประกาศนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการการบริหารจัดการจ่ายค่าชดเชยกรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินระหว่างสามกองทุนสุขภาพรัฐ อันเป็นการอำนวยความสะดวกในการเข้ารับการรักษาพยาบาลกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่คนไทย เพื่อให้เข้าถึงบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล

เอกชนที่ไม่ใช่คู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพได้โดยไม่ถูกถามสิทธิและไม่เสียค่าใช้จ่าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่บริหารจัดการจ่ายชดเชยแก่โรงพยาบาลเอกชนที่ให้บริการ แล้วจึงไปเรียกเก็บเงินจากอีกสองกองทุน

นโยบายดังกล่าวได้ดำเนินการเป็นระยะเวลาพอสมควร จึงควรมีการติดตามประเมินการดำเนินงานว่าบรรลุเป้าประสงค์เพียงใดในมิติของประชาชนผู้ใช้บริการ ในแง่การรับรู้และประสบการณ์การใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิต่างๆ ภายใต้นโยบายดังกล่าว

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นและรับรู้ของผู้ใช้สิทธิภายใต้นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทั่วถึงทุกคน” โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างซึ่งกำหนดประเด็นตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา อาทิ การเลือกโรงพยาบาลที่ใช้บริการและเหตุผลในการเลือกโรงพยาบาล การถูกถามสิทธิ การสำรองจ่าย ภาระทางการเงิน การรับรู้นโยบาย ความเข้าใจต่อกรณีฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉินและความพึงพอใจของบริการ

ประชากรที่ศึกษาคือผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามกองทุนที่เข้ารับบริการกรณีฉุกเฉินในโรงพยาบาลเอกชนนอกคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพ ใช้สิทธิภายใต้นโยบายดังกล่าว ระหว่างเดือน สิงหาคม - ตุลาคม 2555 และมีเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อได้ กลุ่มตัวอย่างประชากรคำนวณจากจำนวนผู้ใช้สิทธิ ระหว่างเดือน เมษายน - กรกฎาคม โดยใช้สูตรคำนวณของ Yamane 
$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$
 ซึ่งกำหนดค่าความคาดเคลื่อนที่ 10%

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แบ่งเป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) 97 ราย ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม (SSS) 81 ราย และผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS) 92 ราย รวมทั้งสิ้น 270 ราย การสุ่มเลือกตัวอย่างใช้วิธี simple random sampling ด้วยจากหมายเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยที่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อและปรากฏในฐานข้อมูล Emergency Medical Claim online (EMCO)

สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลภายใต้ต้นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกคน” การติดต่อทำอย่างน้อย 3 ครั้งก่อนยุติ หากไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูลได้ จะลุ่มตัวอย่างใหม่มาทดแทน

ในภาพรวมสามารถติดต่อผู้ป่วยหรือผู้ให้ข้อมูลได้ร้อยละ 56 ของจำนวนตัวอย่างที่ลุ่ม สิทธิข้าราชการและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีอัตราการติดต่อได้ร้อยละ 70 สิทธิประกันสังคมติดต่อได้เพียงร้อยละ 40 สาเหตุหลักที่ติดต่อไม่ได้คือไม่มีผู้รับสาย (ตารางที่ 1)

### นิยามผู้ป่วยฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทัน่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น<sup>(6)</sup>

ทั้งนี้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้กำหนดหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้รับบริการ กรณีฉุกเฉินวิกฤต และเร่งด่วน ดังนี้<sup>(7)</sup>

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง”

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” ได้แก่ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรง อันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง”

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขได้ด้วยตัวเอง แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันควร จะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว”

นโยบายนี้ครอบคลุมเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการและผู้ให้ข้อมูล

เนื่องจากนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกคน” ให้ความครอบคลุมเพียงผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) กลุ่มผู้ป่วยในการศึกษาจึงมีเพียงผู้ป่วยในสองกลุ่มนี้

ผู้รับบริการส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน ยกเว้นกรณีสิทธิข้าราชการที่กว่าครึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และใช้บริการผู้

ตารางที่ 1 รายละเอียดการโทรศัพท์ติดต่อ

กองทุน/สิทธิ	จำนวนผู้ใช้บริการ*		จำนวนรายที่โทรติดต่อ	ตัวอย่างที่เก็บได้	ไม่รับสาย	ติดต่อไม่ได้	เบอร์ผิด	ไม่สะดวกให้ข้อมูล
	เม.ย.-ก.ค.	ส.ค.-ต.ค.						
UC	2,518	2,459	147	105	9	25	7	1
SSS	405	364	244	95	145	1	2	1
CSMBS	1,132	3,457	133	92	30	2	6	3
<b>Total</b>	<b>4,055</b>	<b>6,280</b>	<b>524</b>	<b>262</b>	<b>184</b>	<b>28</b>	<b>15</b>	<b>5</b>

หมายเหตุ\* จำนวนผู้ใช้บริการจากฐานข้อมูล EMCO



ป่วยในเป็นหลัก ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามารับบริการฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) ในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองระบบประมาณเท่าตัว โดยเป็นภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีไข้ อุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บเป็นหลัก ผู้รับบริการของทุกระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในเขตกรุงเทพฯ (ร้อยละ 39 - 54) ทั้งนี้อาจเนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลเอกชนที่มีอยู่มากในกรุงเทพฯ ในขณะที่จำนวนโรงพยาบาลรัฐมีจำกัด ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ใช่ตัวผู้รับบริการ แต่เป็นบุตร/คู่สมรส/หรือบิดามารดา ผู้ใช้บริการในทุกระบบประกันสุขภาพส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 10,000 - 50,000 บาท (ตารางที่ 2)

## 2. การรับรู้ ความคาดหวัง และสิ่งที่เกิดขึ้นจากนโยบาย

ตัวอย่างเพียงครั้งเดียวรับทราบนโยบายนี้ไม่แตกต่างกันระหว่างสิทธิต่างๆ โดยมีตั้งแต่ที่ทราบเฉพาะชื่อของโครงการจนถึงทราบรายละเอียดของการใช้สิทธิและบริการในโรงพยาบาลเอกชนในกรณีฉุกเฉิน ทั้งนี้ช่องทางหลักในการรับทราบนโยบายมาจากสื่อโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ อย่างไรก็ตาม ผู้มีสิทธิข้าราชการรับทราบนโยบายจากการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล/บุคคลากรของรพ.เอกชนในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงกว่าอีกสองสิทธิ

ความเข้าใจของประชาชนต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินยังมีความคาดเคลื่อนจากตัวนโยบาย กล่าวคือ 2/3 ของตัวอย่างเห็นว่าการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถึง 1/4 เข้าใจว่าภาวะใดๆ ก็กำหนดเป็นเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทั้งหมด ประมาณ 1/3 ของตัวอย่างคาดหวังว่าจะไม่ถูกถามสิทธิเมื่อไปใช้บริการ ผู้มีสิทธิข้าราชการคาดหวังในเรื่องนี้สูงกว่าสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คิดเป็นร้อยละ 45, 32 และ 29 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามในการไปใช้บริการจริง ประมาณ 3/4 ของตัวอย่างถูกถามสิทธิ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติถูกถามสิทธิมากกว่าสิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ ร้อยละ 82, 73 และ 70 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

สำหรับขอบเขตของการคุ้มครอง ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าโครงการนี้ครอบคลุมการให้บริการจนถึงพื้นภาวะฉุกเฉินเท่านั้น ผู้มีสิทธิข้าราชการรับทราบในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองสิทธิ

อย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 28 เมื่อเทียบกับร้อยละ 9 และ 3 ของสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามลำดับ เช่นเดียวกันการรับทราบว่าหลังพ้นภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยต้องถูกส่งกลับโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิ โดยมีสัดส่วนที่สูงกว่าอย่างชัดเจนในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ คือร้อยละ 27 เทียบกับร้อยละ 13 และ 12 สำหรับสิทธิประกันสังคมและหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามลำดับ ประมาณครึ่งหนึ่งยอมรับการต้องถูกส่งตัวกลับไปรับการรักษาต่อในโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิ หลังพ้นภาวะฉุกเฉิน

## 3. การรับรู้และช่องทางรับบริการ

มีเพียงเกือบครึ่งของตัวอย่างทราบเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 (ร้อยละ 41 - 51) ไม่ถึงครึ่งของตัวอย่างต้องการใช้บริการดังกล่าว (ร้อยละ 12 - 41) ทั้งนี้ผู้มีสิทธิข้าราชการมีความต้องการใช้ในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองสิทธิ อย่างไรก็ตามเมื่อถามถึงช่องทางบริการมาใช้บริการจริง พบว่าร้อยละ 90 มารับบริการเอง (ตารางที่ 4) โดยไม่พบความแตกต่างของช่องทางรับบริการระหว่างผู้ป่วยที่มีระดับการฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) กับผู้ป่วยที่มีระดับฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)

## 4. การเลือกโรงพยาบาลที่ใช้บริการ

ผู้ป่วยเลือกโรงพยาบาลเอกชนด้วยตนเองกว่าร้อยละ 90 ผู้มีสิทธิข้าราชการเลือกโรงพยาบาลด้วยตนเองในสัดส่วนที่สูงกว่าอีกสองสิทธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการเคยใช้บริการในโรงพยาบาลที่เลือกรับบริการมาก่อน ทั้งกรณีเจ็บป่วยทั่วไปและกรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิข้าราชการเคยใช้บริการ ณ โรงพยาบาลที่เลือกในสัดส่วนสูงกว่าอีกสองสิทธิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือร้อยละ 65 เทียบกับร้อยละ 48 และ 41 ของสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามลำดับ (ตารางที่ 5)

เหตุผลหลักในการเลือกโรงพยาบาลยังคงเป็นระยะทางที่ใกล้ที่เกิดเหตุมากที่สุด ลำดับถัดไปคือความมั่นใจในคุณภาพบริการและความสะดวกรวดเร็วในการบริการ กลุ่มคนที่ไม่เลือกโรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุมีสาเหตุหลัก คือไม่มั่นใจในคุณภาพบริการ รอนาน รวมถึงไม่พอใจในบริการของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ใกล้ที่เกิดเหตุ

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการและผู้ให้ข้อมูล

	หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ	ประกัน สังคม	สิทธิ ข้าราชการ	รวม
จำนวนตัวอย่าง	105	95	92	292
ข้อมูลผู้รับบริการ				
เพศชาย	68 (65%)	42 (48%)	45 (49%)	155 (54%)
กลุ่มอายุผู้รับบริการ				
0 - 15	16 (15%)	0 (0%)	19 (21%)	35 (12%)
16 - 59	50 (48%)	87 (91%)	20 (22%)	157 (53%)
60 +	39 (37%)	8 (9%)	53 (58%)	100 (35%)
อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย	45.6	40.4	53.0	46.2
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	26.0	13.4	30.5	24.8
บริการผู้ป่วยใน	89 (85%)	80 (84%)	88 (96%)	257 (88%)
ฉุกเฉินระดับวิกฤต	52 (50%)	25 (26%)	23 (25%)	100 (34%)
เขตพื้นที่ของ สปสข.				
สปสข.เขต 1 เชียงใหม่	11	4	6	21 (7%)
สปสข.เขต2 พิษณุโลก	8	9	3	20 (7%)
สปสข.เขต3 นครสวรรค์	0	1	0	1 (0%)
สปสข.เขต4 สระบุรี	17	8	10	35 (12%)
สปสข.เขต5 ราชบุรี	4	3	1	8 (3%)
สปสข.เขต6 ระยอง	16	5	6	27 (9%)
สปสข.เขต7 ขอนแก่น	1	10	1	12 (4%)
สปสข.เขต8 อุดรธานี	1	1	0	2 (1%)
สปสข.เขต9 นครราชสีมา	5	3	9	17 (6%)
สปสข.เขต10 อุบลราชธานี	3	2	2	7 (2%)
สปสข.เขต13 กรุงเทพฯ	39	49	54	142 (49%)
อาการเจ็บป่วยที่มารพ.				
อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ	15 (14%)	13 (14%)	5 (5%)	33 (11%)
เจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วไป	85 (81%)	75 (79%)	86 (93%)	246 (84%)
ภาวะฉุกเฉินสูตินารีเวช	5 (5%)	7 (7%)	1 (1%)	13 (4%)
ผู้ให้ข้อมูล				
ผู้ใช้บริการ	23 (22%)	33 (35%)	10 (11%)	66 (23%)
บิดา/มารดาผู้ใช้บริการ	24 (23%)	12 (13%)	23 (25%)	59 (20%)
คู่สมรสผู้ใช้บริการ	20 (19%)	33 (35%)	11 (12%)	64 (22%)
บุตรผู้ใช้บริการ	33 (31%)	9 (9%)	40 (43%)	82 (28%)
ญาติ	5 (5%)	8 (8%)	8 (9%)	21 (7%)
รายได้ของผู้ให้ข้อมูล/เดือน				
ไม่มีรายได้	2	4	5	4
น้อยกว่า 10,000 บาท	11	22	4	12
10,001ถึง 30,000บาท	50	53	45	49
30,001ถึง 50,000บาท	32	18	34	28
50,001ถึง70,000บาท	5	1	8	4
70,001ถึง100,000 บาท	0	1	1	1
มากกว่า 100,000 บาท	1	1	2	1



ตารางที่ 3 การรับรู้นโยบาย ความคาดหวังและประสบการณ์ในการถามสิทธิ

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ	รวม
จำนวนตัวอย่าง (N)	105	95	92	292
ตัวอย่างรับทราบนโยบายนี้ (%)	50	51	50	50
ช่องทางรับทราบนโยบายของตัวอย่าง (%)*				
หนังสือพิมพ์	31%	34	15	28
โทรทัศน์	40	53	45	46
การประชาสัมพันธ์ของรพ.	16	4	24	14
ญาติ/คนรู้จัก	7	8	9	8
ความเข้าใจต่อกรณีฉุกเฉิน (%)*				
ภาวะใดก็ได้ที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน	62	67	58	62
ภาวะที่ถูกถามต่อชีวิต	63	53	43	53
ภาวะที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วเนื่องจากมีผลต่อชีวิตหรือพิการ	68	56	74	66
อุบัติเหตุ	37	25	20	28
ภาวะใดๆที่กำหนดได้ทั้งหมด	21	13	7	14
อื่นๆ	4	2	3	3
ตัวอย่างคาดหวังว่าจะไม่ถูกถามสิทธิ (%)	29	32	45	35
ตัวอย่างถูกถามสิทธิก่อนการรักษา (%)	82	73	70	75
ทราบว่าให้บริการแก่พื้นภาวะฉุกเฉิน (%)	3	9	28	13
ทราบว่าต้องถูกส่งตัวกลับรพ.ที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิเมื่อพื้นภาวะฉุกเฉิน (%)	12	13	27	17
ยอมรับได้หากถูกส่งตัวไปรักษาต่อที่ รพ.ที่ขึ้นทะเบียนเมื่อพื้นภาวะฉุกเฉิน (%)	50	42	63	52

\*ตอบได้มากกว่าหนึ่งตัวเลือก

ตารางที่ 4 การรับรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและช่องทางการมารับบริการ

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ	รวม
ทราบบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน 1669 (%)	43	41	51	45
ต้องการใช้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน (%)	12	32	41	28
ช่องทางการมารับบริการ (%)				
มาเอง	91	92	90	91
มูลนิธินำส่ง	5	3	0	3
รถพยาบาลนำส่งผ่านระบบ 1669	2	3	2	2
รถพยาบาลโทรแจ้งโรงพยาบาลโดยตรง	2	2	8	4

ตารางที่ 5 การเลือกโรงพยาบาลที่รับบริการ

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ	รวม
เลือกโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการเอง (%)*	90	88	99	92
เคยใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้มาก่อน (%)*	41	48	65	51
เหตุผลหลักที่เลือกใช้บริการโรงพยาบาลนี้ (%)**				
ใกล้จุดเกิดเหตุที่สุด	90	86	78	85
มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา	35	28	40	35
ได้รับการรักษารวดเร็วไม่ต้องรอคอย	36	35	45	38
อื่นๆ	15	6	10	11
เหตุผลที่ไม่ใช้โรงพยาบาลใกล้ที่เกิดเหตุ (%)**				
ไม่มั่นใจคุณภาพและมาตรฐานการรักษา	18	62	45	43
รอคอยนาน	27	8	10	14
ไม่พอใจการให้บริการของบุคลากร	0	8	20	11

\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ \*\*ตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ

ตารางที่ 6 การใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพและการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

	หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	ประกันสังคม	สิทธิข้าราชการ	รวม
ใช้สิทธิใดในการรับบริการครั้งนี้ (%)				
สำรองจ่ายก่อนเบิก EMCO ที่หลัง	52	41	61	51
จ่ายเอง	43	45	22	37
EMCO	5	8	11	8
อื่นๆ	0	5	7	4
ในการใช้บริการครั้งนี้ต้องสำรองจ่ายก่อน (%)	94	91	88	91
เงินที่สำรองจ่ายเบิกคืนได้หรือไม่ (%)				
ได้	31	29	44	34
ไม่ได้	16	40	28	27
ไม่แน่ใจ	53	31	28	38
ค่าใช้จ่ายที่จ่ายเป็นภาระต่อครอบครัว (%)	77	85	76	79

### 5. การใช้สิทธิและการสำรองจ่ายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ผู้รับบริการส่วนใหญ่ต้องจ่ายค่าบริการเองหรือสำรองจ่ายก่อนแล้วจึงได้คืนจากโรงพยาบาล โดยได้รับคืนเท่าที่โรงพยาบาลเบิกได้ ผู้รับบริการร้อยละ 40 จ่ายเงินเองหรือใช้สิทธิอื่นๆ เช่น ประกันเอกชน พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

นายจ้าง เป็นต้น ทั่วๆ ที่โรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษานั้นได้ส่งข้อมูลทั้งหมดของผู้ป่วยมาขอเบิกค่ารักษาพยาบาลจาก สปสช.ภายใต้นโยบายดังกล่าว การตรวจสอบฐานข้อมูลการเบิกจ่ายแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 47 จากกลุ่มผู้ป่วยได้รับการอนุมัติเบิกจ่าย จึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้เพียงสำรองจ่ายค่า



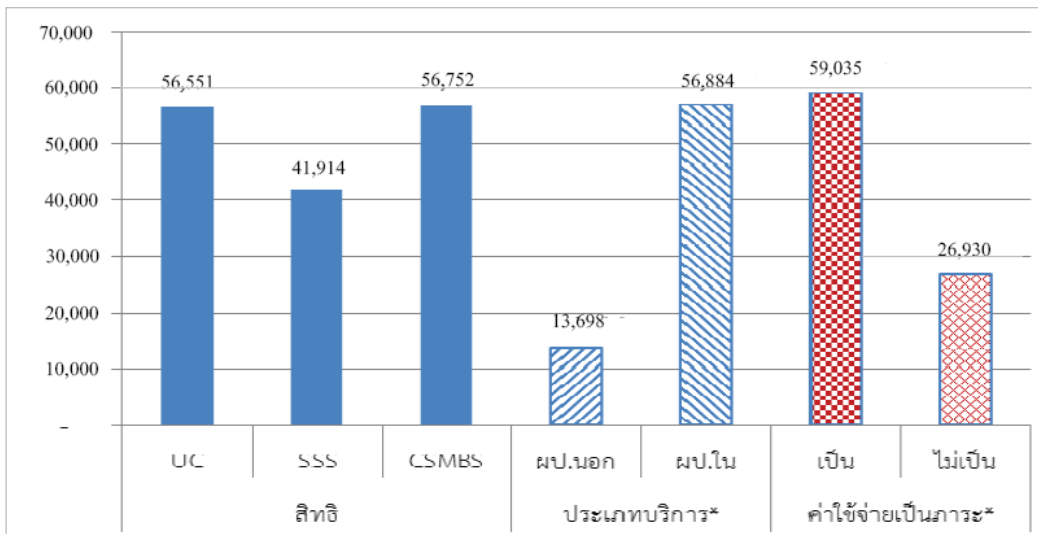
โรงพยาบาลไปก่อน มีเพียงร้อยละ 15 ที่ไม่ได้รับการอนุมัติเบิกจ่าย ขณะเดียวกันประมาณร้อยละ 85 ของผู้ให้สัมภาษณ์ต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน มีเพียงประมาณร้อยละ 38 เชื่อกันว่าจะได้รับเงินสำรองจ่ายคืน

จากฐานข้อมูล EMCO ร้อยละ 68 ของผู้ป่วยที่สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อนได้รับการอนุมัติเบิกจ่าย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการดำเนินการ ร้อยละ 15 มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ การพิจารณาจึงล่าช้า ร้อยละ 6 อยู่ระหว่างการพิจารณา ร้อยละ 10 ไม่ได้รับการอนุมัติเบิกจ่าย ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การเจ็บป่วยไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินภายใต้นโยบาย แต่มีการส่งข้อมูลเพื่อเบิกค่าชดเชยการให้บริการในระบบการเบิกจ่ายค่าบริการกรณีฉุกเฉิน ผู้ป่วยบางส่วนไม่แน่ใจว่าเงินที่สำรองจ่ายไปต้องได้รับคืน เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่ทราบเรื่อง

การชดเชยเงินที่สำรองจ่ายไปก่อน ผู้ป่วยส่วนใหญ่รายงานว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นภาระแก่ครอบครัว

มูลค่าการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอกร้อยละ 85 อยู่ต่ำกว่า 50,000 บาท เช่นเดียวกันมูลค่าสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในร้อยละ 75 อยู่ต่ำกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 15 อยู่ระหว่าง 50,001 - 100,000 บาท

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยอยู่ที่ 52,346.48 บาท (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 81,151.096) ค่าใช้จ่ายที่ผู้มีสิทธิประกันสังคมต้องจ่ายต่ำกว่าอีกสองสิทธิเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าใช้จ่ายสำรองสำหรับบริการผู้ป่วยในสูงกว่าบริการผู้ป่วยนอกชัดเจน ค่าใช้จ่ายของผู้ที่รายงานว่าเป็นภาระก็สูงกว่ากลุ่มที่รายงานว่าไม่เป็นภาระ (รูปที่ 1)



\*แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

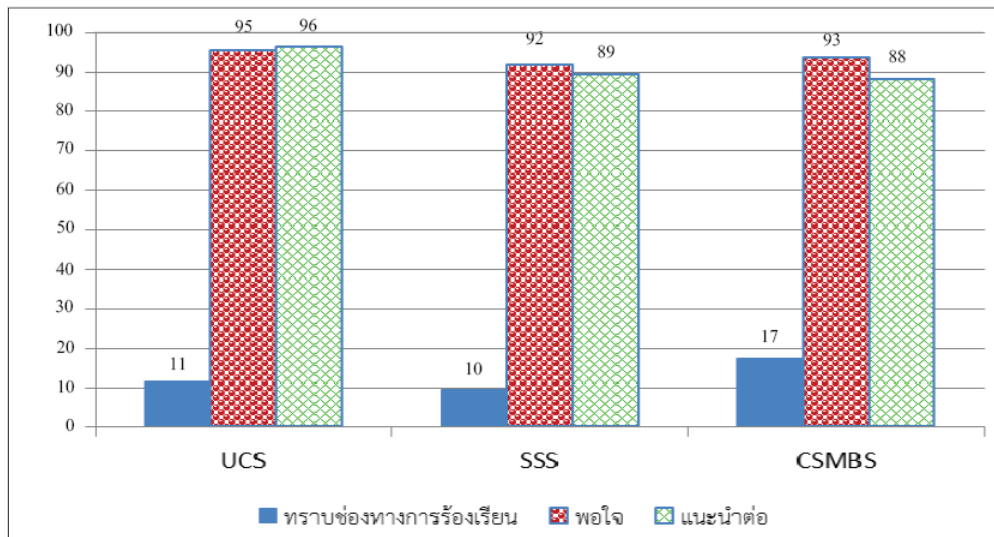
รูปที่ 1 ค่าสำรองจ่ายจำแนกตามสิทธิ ประเภทบริการ และการรายงานว่าเป็นภาระแก่ครอบครัว

### 6. การรับรู้ช่องทางการร้องเรียนและความพึงพอใจของบริการที่ได้รับ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ทราบช่องทางร้องเรียนเมื่อมีปัญหาในการรับบริการ อย่างไรก็ตาม ระดับความพึงพอใจต่อบริการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ไม่มีความ

แตกต่างกันระหว่างสิทธิ ส่วนใหญ่แนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการในสถานพยาบาลที่ตนเข้ารับบริการภายใต้ นโยบายดังกล่าว จึงเป็นสิ่งที่ยืนยันได้ว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (รูปที่ 2)





รูปที่ 2 การรับรู้ช่องทางการร้องเรียนและความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

### วิจารณ์และข้อยุติ

นโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน” เป็นนโยบายแรกที่บูรณาการการจัดบริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อสร้างความเป็นเอกภาพในการดูแลผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต เพราะทำให้ผู้ป่วยใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่มีได้เป็นคู่สัญญาของระบบประกันสุขภาพ (มีโรงพยาบาลเอกชน 89 แห่ง และ 40 แห่ง จาก 353 แห่ง เป็นคู่สัญญาของระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ตามลำดับในปี 2555) อย่างไรก็ตามในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติยังพบข้อจำกัดหลายประการในการบรรลุเป้าประสงค์ของนโยบาย

การรับทราบและเข้าใจนโยบายในกลุ่มผู้ใช้บริการยังมีจำกัด อาทิเช่นการมีนโยบาย นิยามและขอบเขตของภาวะฉุกเฉินที่นโยบายคุ้มครอง รวมถึงช่องทางร้องเรียนเมื่อประสบปัญหา บ่งชี้ว่าการสื่อสารและทำความเข้าใจกับประชาชนยังมีจำกัด นอกจากนี้ การใช้บริการรพ.เอกชน 1669 และรวมถึงความต้องการใช้บริการดังกล่าวยังมีน้อย บ่งชี้ถึงการขาดความมั่นใจในบริการดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงมาใช้บริการโรงพยาบาลด้วยตนเองเป็นหลัก

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เลือกโรงพยาบาลด้วยตนเอง และเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ตนเคยใช้บริการ อย่างไรก็ตาม เหตุผลหลักในการเลือกโรงพยาบาลที่ใช้บริการยังคงเป็นระยะทางที่ใกล้และสะดวก รวมถึงความมั่นใจในคุณภาพมาตรฐานบริการ และการได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว กลุ่มที่มีได้ใช้บริการในโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ให้เหตุผลว่าไม่มั่นใจในคุณภาพมาตรฐานบริการ รอนาน และไม่พอใจในบริการที่เคยได้รับ ทั้งนี้โรงพยาบาลภาครัฐที่มีจำกัดในเขตกรุงเทพฯ รวมถึงการขาดความมั่นใจในบริการกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินอาจเป็นสาเหตุที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เลือกไปรับบริการในโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก

เป้าประสงค์ที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยถูกถามสิทธิก่อนให้บริการและไม่ถูกเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลเอกชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของนโยบาย ข้อมูลเชิงประจักษ์จากผู้ให้บริการบ่งชี้ว่าไม่ประสบความสำเร็จ เหตุผลหลักที่ทำให้โรงพยาบาลเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยก่อน แล้วคืนส่วนที่ได้รับชดเชยจากโครงการ เป็นเพราะอัตราชดเชยที่ค่อนข้างต่ำ<sup>(8)</sup> รวมถึงขาดความมั่นใจว่าเมื่อส่งมาเบิกแล้วจะได้รับชดเชยจากโครงการ เนื่องจากมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งถูกปฏิเสธการจ่ายจากโครงการด้วยเหตุผลว่าไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินวิกฤตหรือเร่งด่วน

ผู้ป่วยที่ทำการสำรวจเป็นกลุ่มที่มีการบันทึกข้อมูลเพื่อ



ขอเบิกจากโครงการ ซึ่งรายงานว่าจะจ่ายค่าบริการด้วยตนเอง จึงอาจเป็นกลุ่มที่ถูกปฏิเสธการจ่ายจากโครงการ เพราะไม่เข้าเกณฑ์ฉุกเฉินที่กล่าวข้างต้น หรืออาจเป็นเพราะโรงพยาบาลเบิกซ้อนเข้ามาในโครงการ ทั้งๆที่มีการเก็บเงินจากผู้ป่วยแล้ว แม้ผู้ป่วยจะถูกถามสิทธิและเรียกเก็บค่าบริการ ส่วนใหญ่ยังมีความพึงพอใจต่อตัวนโยบายในระดับสูง และจะแนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการ ทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะแม้ต้องจ่ายค่าบริการแต่ส่วนที่ต้องจ่ายยังน้อยกว่าที่เคยจ่ายก่อนมีนโยบาย เช่น กรณีของสิทธิข้าราชการ ก่อนหน้านั้นเบิกได้ในแพดาน 4,000 บาทบวกค่าห้องค่าอาหารตามสิทธิ ขณะที่โครงการนี้จ่ายตาม DRG (diagnosis-related group) ในอัตรา 10,500 บาทต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักสัมพัทธ์ บวกค่ายาราคาแพงและกายอุปกรณ์ในอัตราที่กำหนด ส่วนผู้ป่วยในระบบประกันสังคมและระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีส่วนร่วมจ่ายอยู่แล้ว ในกรณีใช้บริการในโรงพยาบาลเอกชนนอกเครือข่ายคู่สัญญา

### ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้สถานพยาบาลและประชาชนเข้าใจนโยบายของรัฐบาลที่ตรงกัน ควรกำหนดนิยามและขอบเขตของภาวะฉุกเฉินภายใต้ต้นนโยบายนี้ให้ชัดเจน ประชาสัมพันธ์และชี้แจงแนวปฏิบัติที่เป็นไปในทางเดียวกัน และประชาสัมพันธ์ช่องทางร้องเรียนกรณีไม่ได้รับบริการตามนโยบาย

2. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทันที่ควร ประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ให้ประชาชนรับรู้เข้าใจและใช้บริการได้สะดวก รวมถึงพัฒนาระบบและประสิทธิภาพของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนเกิดศรัทธา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง

3. เพื่อสร้างความมั่นใจต่อโรงพยาบาลเอกชนในการได้รับค่าชดเชยค่าบริการ และลดปัญหาเรียกเก็บค่าบริการจากผู้ป่วย ควรมีมาตรการดังนี้

3.1 จัดระบบตรวจสอบและอนุมัติสิทธิตั้งแต่เริ่มเข้ารับบริการ (preauthorization)

3.2 ปรับเพิ่มอัตราชดเชยให้เหมาะสม เพื่อสร้างแรงจูงใจในการให้บริการตามสมควร

3.3 มีมาตรการกำกับที่มีประสิทธิผลในการให้โรงพยาบาลเอกชนปฏิบัติตามนโยบาย

4. ควรศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อสะท้อนให้เห็นสถานการณ์ปัจจุบันและปรับปรุงระบบบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป โดยให้นำหนักต่อประเด็นนี้

4.1 ผลกระทบของนโยบายต่อการใช้บริการของผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.2 อัตราการจ่ายค่าชดเชยค่าบริการแก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาล

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยค่าบริการในระบบ Emergency Medical Claim Online (EMCO) จากสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล ที่กรุณาสละเวลาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอันมีคุณค่าต่อการศึกษา ขอขอบคุณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนทุนวิจัยสำหรับการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้ต้นนโยบาย “เจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ทั่วถึงทุกคน”

### เอกสารอ้างอิง

1. American College of Emergency Physicians. The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) [online]. 2003 [cited 2012 Dec 23]. Available from: URL: <http://www.acep.org/News-Media-top-banner/EMTALA/>
2. วิกิพีเดีย. <http://th.wikipedia.org/wiki/เหตุการณ์แก่สระเบิดที่ถนนเพชรบุรีตัดใหม่> พ.ศ. 2533 [online]. update 2012 Jul 9 [cited 2012 Dec 23]. Available from: URL: <http://th.wikipedia.org/wiki/เหตุการณ์แก่สระเบิดที่ถนนเพชรบุรีตัดใหม่> พ.ศ. 2533.
3. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จเด็จ ธรรมธัชอารี, บรรณธิการ. ระบบประกันสุขภาพชนิดใหม่ ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
4. ไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, วิชดา โควัธนพานิช, ไพ ชานุกุล, ชัชวาล สิมะสกุล และคณะ. การประเมินการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนา

- หลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2551,
5. ไพบุลย์ สุริยวงษ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุชา เศรษฐเสถียร, และคณะ. การประเมินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
  6. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 44 ก. (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551)
  7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
  8. พัฒนาวิไล อินไหม, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. ผลกระทบของนโยบายการใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้าภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการต่อระบบสุขภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7.1(ม.ค.-มี.ค.):67-79.