

ทิศทางของแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

Direction of the National Emergency Medical System Development Plan

ธีรदनย์ คงสิทธิ์รัตนตระกูล และ กัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

Teeradon Khongsitrattanakun and Kampanart wongwatthanaphong

PibulsongkramRajabhat University, Thailand.

Corresponding Author, E-mail : teeradon.k@live.psu.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาทิศทางของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย และทบทวน แผนการพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้สะดวกรวดเร็ว และครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ แผนการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในท้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศและการสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชนที่มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่สูงสุดที่ต้องการ “เพื่อลดการเสียชีวิตและความพิการจากการป่วยฉุกเฉิน”

คำสำคัญ : การแพทย์ฉุกเฉิน; ทิศทาง

Abstracts

The study of directions of Thai medical emergency system development aims to study the models of the Thai medical emergency system and revise the Thai medical emergency system plans focusing on the public accessibility emergency system conveniently and speedily throughout Thailand, the emergency system reformed plan and strategic plans related to medical emergency system development outside hospitals, emergency services, refer of patients, public participatory cooperation both domestically and internationally, and public communication to people emphasizing the ultimate goal “to reduce the death and disabilities from emergent illness”

Keywords : Emergency Medical; Direction

บทนำ

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 11 (1) กำหนดให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมาตรา 15 (2) กำหนดให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด อีกทั้ง แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) กลยุทธ์ที่ 1 ได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานใน “การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม” พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในการสัมมนาการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ภายใต้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) และเมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2556 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ในการจัดทำมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน บริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำมาตรฐานทั้งระดับหน่วยงานและบุคคล มีระดับ (level) ของมาตรฐาน เช่น มาตรฐานระดับพื้นฐาน ดี ดีเยี่ยมการประเมินทั้ง output และ outcome และมี ผู้กำหนดมาตรฐานควรมาจาก 3 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ regulator (สพฉ.), purchaser (สปสช.) และ provider (กระทรวงสาธารณสุข) กพฉ. ได้เห็นชอบ “การพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operational Standard, Principle, Criteria and Protocol) ประกอบด้วย 3 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่บุคคลเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีคุณภาพ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณสุข มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์ ตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนกระทั่งผู้ป่วยฉุกเฉินพ้นภาวะวิกฤติ มาตรฐานและหลักเกณฑ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 5 มาตรฐานย่อย ดังนี้ (1) มาตรฐานปฏิบัติการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ (2) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (3) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (4) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (5) มาตรฐานปฏิบัติการฉุกเฉินในสถานการณ์สาธารณสุข

เหตุผลความจำเป็นในการจัดทำมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 11 (1) กำหนดให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรา 15 (2) กำหนดให้ สพฉ. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ กพฉ. กำหนด มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการดังนี้ (1) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น (3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น่าเชื่อถือการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง มาตรา 29 เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 กพฉ. มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังนี้ (1) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล (2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล (3) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน (4) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุนในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพฉ. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม (1) หรือจะสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงินด้วยก็ได้ในกรณีที่สถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข หรือมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่งให้ กพฉ. แจ้งให้หน่วยงานที่ควบคุมหรือกำกับสถานพยาบาลนั้นดำเนินการให้สถานพยาบาลดังกล่าวปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยถือเป็นเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556 : 125)

ระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น รวมทั้งคุณภาพการดูแลรักษาเบื้องต้นในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล โดยผู้ปฏิบัติการที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยฉุกเฉินและทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการผลิตและพัฒนาผู้ปฏิบัติการที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการมีขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 และ 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 11 (6) ในการออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรมและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 ในการจัดให้มีการศึกษาฝึกอบรมการปฏิบัติการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทั้งสองฉบับที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ในการพัฒนา ส่วนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) ได้กำหนดเป้าหมายให้มีองค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับ พร้อมทั้งการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบส่งต่อควบคู่กันไปผู้ปฏิบัติการที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพส่วนผู้ปฏิบัติการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการวิชาชีพและมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยอนุโลม ทั้งนี้ กพฉ. ได้ประกาศเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดประเภทและระดับของประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการให้มี 2 ประเภทและ 9 ระดับ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการต้องได้รับปริญญาประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรที่ อศป. รับรอง และสอบผ่านการประเมินและสอบที่ อศป. กำหนด จึงจะมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการการปฏิบัติการฉุกเฉินในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จากการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแผน พบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้นแต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาแบบทางด่วน (Fast track) ยังไม่

บรรลุปเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องเน้นการปรับปรุง จึงจำเป็นต้องพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการ และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอ สอดคล้องกับนโยบายความต้องการและบริบทของพื้นที่การดำเนินการพัฒนาผู้ปฏิบัติการในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 สพฉ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาผู้ปฏิบัติการให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนแม่บทกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 20 ปี (พ.ศ. 2558 - 2577) ที่ กพฉ. เห็นชอบ และแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ปี (พ.ศ. 2558 - 2562) ที่ อศป. เห็นชอบสำหรับทิศทางในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาผู้ปฏิบัติการให้มีความสอดคล้องกับแผนแม่บทดังกล่าว ได้มีการรับรององค์กรการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อให้มีองค์กรที่มีคุณภาพ และสามารถผลิตผู้ปฏิบัติการที่มีคุณภาพในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป และสามารถคงอยู่ในระบบได้อย่างมีความสุข รวมทั้งมีความก้าวหน้าในอาชีพ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ การรับรององค์กรการศึกษาและฝึกอบรม และผู้ปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจาก อศป. มีจำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรผู้ปฏิบัติการแพทย์ ดังนี้ 1) หลักสูตรปริญญาตรี สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 4 แห่ง 2) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 6 แห่ง 3) หลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง จำนวน 280 แห่ง 4) หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน จำนวน 48 แห่งสำหรับจำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรช่วยอำนวยการ มีจำนวน 8 แห่ง นอกจากนี้ยังมีองค์กรที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพที่สามารถผลิตผู้ปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติการที่สามารถทำการปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้ ได้แก่ วุฒิแพทย์ฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันมีสถาบันที่สามารถผลิตวุฒิแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 25 แห่ง และสถาบันที่สามารถผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลมีจำนวน 5 แห่ง ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่สิ้นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีแผนการผลิตผู้ปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านของการพัฒนา โดยเป้าหมายให้มีผู้ปฏิบัติการที่มีคุณภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตามมาตรฐาน และมีอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่ กพฉ. กำหนด โดยต้องได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินเข้มมุ่งเพื่อบรรลุผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ ในการผลิตและพัฒนาผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 1) ประสานงานเพื่อให้เกิดสถาบันผลิต และมีแผนการลงทุนผลิตผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทวิชาชีพและไม่ใช่วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้มีจำนวนเพียงพอ และพัฒนาขีดความสามารถผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน 2) สนับสนุนให้มีการกระจายผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีจำนวนเพียงพอ เหมาะสมครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งมีการทำแผนที่

ภูมิศาสตร์ (GIS) ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการกระจายกำลังคนที่เพียงพอ
3) วางแผนความก้าวหน้าในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและมีการจัดระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติการ รวมทั้งการจัดสวัสดิการในการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงสูง (แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552 – 2565)

กลไกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังคงมีลักษณะการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์และมีการกระจายอำนาจบางส่วนของการจัดการไปยังหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีโครงสร้างการอภิบาลระบบเป็น 3 ระดับ คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการอภิบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังเกิดช่องว่างในด้านความเป็นเอกภาพเชิงนโยบาย ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ขาดความร่วมมือและประสานงานเท่าที่ควร ขาดการเสริมสร้างระบบการจัดการด้านการเงินการคลังตลอดจนกลไกต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายยังไม่ตอบสนองและมีประสิทธิภาพ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2555 : 36)

ประเทศไทยอยู่ระหว่างช่วงของการปฏิรูปประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน มีการจัดทำแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหนึ่งในประเด็นปฏิรูป ดังนั้น หากระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน จึงเห็นสมควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพรวมถึงการแสวงหาความร่วมมือและการร่วมทุนจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น มีระบบการจัดการการเงินการคลังด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพการสร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่นการสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศให้สามารถนำผลการวิจัยและนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือจัดทำกฎหมายฉบับใหม่รองรับเชิงนโยบายบริหารจัดการและการปฏิบัติการด้านโครงสร้างกลไกการจัดการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โครงสร้างการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ ประเทศไทยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลการบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยและการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์ หลายหน่วยงานในระดับส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยมีคณะ กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้กำหนด นโยบายและทิศทางการพัฒนา อย่างไรก็ตามแต่ละหน่วยงานก็จะมีแผนและ ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามบทบาท ภารกิจ ซึ่งมีหลายส่วนที่ซ้ำซ้อน ขาดการบูรณาการ ทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่เป็น

เอกภาพส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ของแผนยุทธศาสตร์และความเป็นเอกภาพในการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ นอกกรอบสุขภาพ รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงานในระดับภูมิภาค/พื้นที่ที่มีความสับสนในทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจัดทำโครงสร้าง กลไกการจัดการ ให้การทำงานมีทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นเอกภาพ

ด้านกฎหมาย

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงแต่จัดบริการ ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาระบบให้ได้มาตรฐานเท่านั้น ยังต้องหันกลับมาทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ผ่านมามีการจัดทำระเบียบข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีความก้าวหน้าพอสมควร อย่างไรก็ตามยังมีข้อบังคับและกฎหมายสำคัญอีกหลายฉบับที่จำเป็นในการปฏิบัติการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอันที่จะทำให้บรรลุผลตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ อาทิเช่น ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ที่ส่งเสริมให้มีการกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินว่าด้วยการบริหารจัดการข่ายวิทยุโทรคมนาคมในการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 ที่จัดให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น นอกจากนี้มีกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 16 กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 1 ใน 10 เรื่องที่จะต้องปฏิรูป รวมทั้งยังมีพระราชบัญญัติและกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์ พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งในส่วนของ การสนับสนุนการพัฒนาและการต้องถือปฏิบัติหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้แล้ว

ด้านการเงินการคลัง

กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินได้รับงบประมาณจากรัฐบาลเป็นหลัก เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนของค่าชดเชยปฏิบัติการถูกจัดสรรภายใต้วิธีการของราคาและปริมาณ (Price and Quantity approach: PQ approach) ซึ่งมิได้มีการใช้ข้อมูลที่ทันสมัย กล่าวคือ ใช้อัตราค่าคงที่มาตั้งแต่ปี 2553 - 2562 ส่งผลให้อัตราค่าชดเชยที่ได้รับจากรัฐบาล และอัตราจ่ายค่าชดเชยให้แก่หน่วยปฏิบัติการไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ขณะเดียวกันจำนวนชุดปฏิบัติการระดับต่างๆ และจำนวนการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่าง

ต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อสภาพคล่องของงบประมาณกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และอาจส่งผลต่อระดับความเชื่อมั่นของหน่วยปฏิบัติการเรื่องเงินชดเชยที่จะได้รับนอกจากนั้น เงินกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน มิได้ถูกนำไปใช้เฉพาะค่าชดเชยปฏิบัติการ Pre-hospital care เท่านั้น ยังถูกนำไปใช้เพื่อเป็นการชดเชยในส่วนของ Inter-hospital กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่พ้นภาวะวิกฤต และกรณีใช้ยานพาหนะพิเศษทางน้ำ ทางอากาศยาน เนื่องจาก 3 กองทุนสุขภาพมีการจัดชุดสิทธิประโยชน์เรื่องการนำส่ง/ส่งต่อที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของพาหนะการนำส่ง รวมถึงวิธีการและอัตราการจ่ายเงิน กรณีที่แต่ละระบบหลักประกันไม่คุ้มครอง หากผู้มีสิทธิหรือผู้ประกันตนจำเป็นต้องใช้ ซึ่งสถานพยาบาลต้องร้องขอผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉินหมายเลข 1669) ซึ่ง สพฉ.จะเป็นผู้จ่ายชดเชยค่าบริการนี้แทน เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน

ด้านวิจัยและพัฒนาวิชาการ

งานด้านการวิจัยเพื่อพัฒนานโยบายตามหลักมติ 5 ค. ได้แก่ มิติด้านความครอบคลุม คล่องแคล่ว ครบพร้อม 24 ชั่วโมง คุณภาพ และการคุ้มครอง มีรายละเอียดและตัวอย่างหัวข้อวิจัย มติครอบคลุม พัฒนาการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เป็นปัญหาหลัก เช่น รูปแบบที่เหมาะสมต่อการขยายความครอบคลุมพื้นที่ของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน (fast tract) สำหรับผู้ป่วย STEMI, Stroke, Sepsis, Head Injury, Trauma เป็นต้น การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการ มิติด้านคล่องแคล่ว พัฒนาระบบและเพิ่มหน่วยบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ เพื่อไปถึงผู้รับบริการอย่างรวดเร็วและปลอดภัย เช่น ศึกษาช่องว่างและการพัฒนาเพื่อเพิ่มการใช้บริการ 1669 การพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการประเมินคัดกรอง (Triage) การวิจัยและพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินรูปแบบอื่นๆ เช่น Motor lance มิติด้านครบพร้อม 24 ชั่วโมง พัฒนาเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความพร้อมทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ เช่น ระบบกลไกที่เหมาะสมต่อการสร้างความพร้อม 24 ชั่วโมงของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อภัยพิบัติ มิติด้านคุณภาพ พัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ เช่น การปรับปรุงคุณภาพระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน 6 โรคสำคัญ การประเมินความเสี่ยงและความพร้อมของเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินในการจัดการสาธารณสุขภัยตามรูปแบบ EIRRA model มิติด้านคุ้มครอง พัฒนาเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและสังคมรอบข้างขณะปฏิบัติงานและพัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยของพาหนะฉุกเฉิน อุปกรณ์กู้ชีพ เช่น ศึกษาระบาดวิทยาการเจ็บป่วยของบุคลากรกู้ชีพและหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนารูปแบบเพื่อเพิ่มความปลอดภัยของ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกจากนั้น ยังสามารถจำแนกประเด็นและทิศทางการวิจัยตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน และการป้องกันการเสียชีวิตหรือความรุนแรงที่เกิดจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น (Medical Emergency Prevention/Safety) ทั้งผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน

และความปลอดภัยของผู้ให้บริการที่เป็นผู้ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งการป้องกันการเจ็บป่วยในสถานการณ์ภัยพิบัติ การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน 6 ระยะ (star of life) ได้แก่ 1) การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (detection) 2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) 3) การออกปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการทีมแรก (response) 4) การรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) 5) การลำเลียงขนย้ายและดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) และ 6) การนำส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม (transfer to definitive care) การปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In Hospital Care) เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพของสถานพยาบาล/การให้บริการ การพัฒนาคุณภาพของผู้ปฏิบัติการ การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter Facility Transfer) เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพของสถานพยาบาล/การให้บริการ การพัฒนาคุณภาพของผู้ปฏิบัติการ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการ การปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะสาธารณภัย (Disaster Medicine) เกี่ยวกับการจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การบูรณาการกับทุกหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกประเทศ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ โดยการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2 โดยการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 73 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด แต่ปฏิบัติงานจริงเพียงร้อยละ 80 ของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียน ส่วนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่พิเศษที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะมีการจัดหน่วยปฏิบัติการทางอากาศยานและทางน้ำในหลายพื้นที่ และมีหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่อุทยานแห่งชาติที่พยายามจะจัดตั้งให้ครอบคลุมในทุกเขตพื้นที่ทั่วประเทศ อย่างไรก็ตามยังมีพื้นที่พิเศษอื่น ๆ อีกหลายส่วนที่จำเป็นต้องมีหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่ชายแดน พื้นที่เขตสุขภาพพิเศษ พื้นที่เขตเศรษฐกิจ

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In-hospital care) ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 1 - 2 มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานไม่มากนักทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และนโยบายรัฐบาลในเรื่อง “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ทำให้มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนและรัฐในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงแรก เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ยังไม่พ้นภาวะวิกฤติระหว่างโรงพยาบาลการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการกำหนดแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลปฏิบัติการพร้อมอุปกรณ์ ยาเวชภัณฑ์ บุคลากรที่เหมาะสมกับระดับอาการของผู้ป่วย (Inter-hospital care) ตั้งแต่มาตรฐานรถ การดำเนินงานที่ผ่านมาในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์เกิดภัยพิบัติ ได้รับความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจากประเทศในกลุ่มอาเซียน มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีระดับคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นจะต้องมีการส่งเสริม พัฒนาและมีการประสานความร่วมมือให้ทุกประเทศในอาเซียนมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั้งคนไทยและต่างชาติได้รับการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในทุกพื้นที่ และทุกประเทศกลุ่มอาเซียน ซึ่งการดำเนินดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งจากในประเทศและต่างประเทศอีกมากเพื่อให้สอดคล้องการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกระณี) ที่มีมาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและรายงาน และ/หรือระบบอำนวยการทางการแพทย์ดำเนินการแล้ว จำนวน 7 แห่ง นอกจากนี้ข้อเสนอของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการเพิ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเป็นโอกาสที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องบทบาทหน้าที่และภารกิจ เนื่องจากคณะกรรมการกระจายอำนาจได้วินิจฉัยว่า “งานการแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีความก้าวหน้าในการพัฒนาเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น มีคณะทำงานร่วมกันระดับนโยบายของหน่วยงานต่างๆ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานกระจายอำนาจอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน , สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) มีการจัดประชุมวิชาการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับชาติทุกปี โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นเจ้าภาพหลัก เพื่อขับเคลื่อนงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนเครือข่ายอื่น ๆ เช่น เครือข่ายองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร 400 กว่าแห่ง มีขับเคลื่อนงานมีการประชุมอย่างเนื่องเพื่อพัฒนางานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายภาคประชาชน จำนวน 87 องค์กร ร่วมกันขับเคลื่อนการรับรู้ตระหนักและการป้องกันของประชาชน

ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินการจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนของภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ

ในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization) และแนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Social Welfare) รวมถึงการวางระบบการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีกับหน่วยงานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ

การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันทั่วทั้งที่ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพแล้ว การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการให้มีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ภาวะฉุกเฉินโรค ถึงการดูแลปฐมพยาบาลตนเองและผู้อื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมอย่างครอบคลุม ทั่วถึง และทันทั่วทั้งที่ เพื่อป้องกัน บรรเทาความรุนแรงและความเสียหายแก่ชีวิต ฐานะของผู้ป่วยฉุกเฉินและครอบครัว สถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 19 จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีสัดส่วนที่ต่ำ โดยมีการศึกษาสนับสนุน คือ 1) ผลสำรวจการรักษาพยาบาลของประชาชนผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75.7 มารับบริการด้วยตนเองโดยไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2) การศึกษาการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนเชียงใหม่พบว่า ประชาชนไม่เลือกใช้บริการเมื่อเกิด เจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุถึงร้อยละ 62.74 3) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ส่วนใหญ่ยังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยตนเองหรือวิธีอื่น ร้อยละ 80.9 (กิตติพงศ์ พลเสนและคณะ, 2559 : 7) สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2559 ประมาณ 35 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินร้อยละ 60 ทำให้ห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดไม่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพได้

เหตุผลที่ประชาชนยังไม่เข้าถึงบริการ เนื่องจากเห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0) ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉิน อาจมาช้า (ร้อยละ 31.0) เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9) รู้สึกว่าอาการบาดเจ็บ เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 19.9) และเป็นเพราะไม่รู้จักรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 (ร้อยละ 19.2) แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังไม่เข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้น้ำขาดความรู้ ทักษะในการปฐมพยาบาล และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ดังนั้น การปฏิรูประบบความรู้และ

ความสามารถเรื่องการปฐมพยาบาลและการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้ มีทักษะในการปฐมพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะจะสามารถช่วยชีวิตได้และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาและถูกช่องทาง ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยการเพิ่มพูนความรู้ของประชาชนในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ (First Aid & Resuscitation)

ผลการสำรวจการรับรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2560 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่า ประชาชนทราบเบอร์ 1669 ใช้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงร้อยละ 84.3 ประชาชนส่วนใหญ่ รู้ถึงประเด็น “อุบัติเหตุฉุกเฉิน” มากกว่า เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน” จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการจัดทำเนื้อหา (message) เพื่อการสื่อสารสร้างการรับรู้และนำมาสร้างสรรค์เป็น key message หลักในแผนการสื่อสาร ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว นอกจากนี้การสื่อสารจำเป็นต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบางซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ปี 2560 มีถึงร้อยละ 17 และคาดการณ์ปี 2564 เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายใหม่และรายเก่า 5,017 คนต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 10,692 คนต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองถึงร้อยละ 82 นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร คือ กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ผู้ใช้รถใช้ถนน รวมทั้งกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินสูงเช่นกัน

จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะ โดยพัฒนาเนื้อหาการประชาสัมพันธ์ ในรูปแบบเข้าใจง่าย สั้นกระชับ ทันสมัย ที่สามารถเผยแพร่ทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ เพื่อความประหยัดและเกิดประสิทธิภาพสูงสุดสามารถทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ เพิ่มความรู้ความเข้าใจภาวะฉุกเฉินของโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลปฐมพยาบาลตนเองและผู้อื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือ การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น การปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อลดการใช้ห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมและไม่ทำให้ห้องฉุกเฉินแออัด สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพ

สรุป

ทิศทางของแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ต้องการให้มีการจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินฉบับเดียวของประเทศ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาโดยทุกภาคส่วนแบ่งหน้าที่ในการร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมายและสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศทิศทางการดำเนินงานในอนาคต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ และมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจ ในการเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ได้ตามมาตรฐาน ทั้งการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี)/การอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ และการเพิ่มหน่วยปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่โดยการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งส่วนกลาง/พื้นที่ การประสานความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข ทั้งในพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล การผลิต พัฒนาผู้ปฏิบัติการการสื่อสารสาธารณะ รวมทั้งทบทวนบทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการอภิบาลระบบ เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพงศ์ พลเสน และคณะ. (2558). *สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย*. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน*. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2555). *ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง ข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ. 2554*. นนทบุรี : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.