

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

The EMS system in Thailand

กัญญา วังศรี

หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและส่งต่อ แผนกการพยาบาลอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดชีวิตในทุกนาทีที่ผ่านไป และเป็นที่ทราบกันดีอีกว่าการล่าช้าของขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วย และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่าการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตแก้ไขข้อบกพร่อง ดังกล่าว

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความ หมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุระบบการเข้าช่วยเหลือผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้ายและการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องขยาย บริการครอบคลุมทุกจังหวัด ทั่วประเทศโดยประชาสัมพันธ์ผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ให้ประชาชนรับรู้และสามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ ระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลให้มากยิ่งขึ้นและระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้นๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆและประชาชนในพื้นที่เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือแอบแฝง

ความหมาย

การรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital care) คือกระบวนการรักษาพยาบาล ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในระยะเวลาตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วยจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service system) หมายถึง การจัดให้มีการให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็ว โดยนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มาพัฒนาเพื่อให้เกิดการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีความรวดเร็วทันทั่วทั้งและมีประสิทธิภาพในพื้นที่หนึ่งๆ ซึ่งประกอบด้วยการจัดให้มีการประชาสัมพันธ์มีระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ มีหน่วยปฏิบัติการที่มีคุณภาพและเหมาะสมต่อพื้นที่บริการ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วย ณ ที่เกิดเหตุ มีการให้การดูแลผู้เจ็บป่วยในระหว่างนำส่งและมีการนำส่งยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม

ทำไมต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในการช่วยเหลือด้านการแพทย์สำหรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ที่สำคัญคือ ความล่าช้าในการดูแล การดูแลรักษาที่ไม่ถูกวิธี และการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม เพราะปัญหาทั้ง 3 ประการดังกล่าว อาจนำไปสู่การเสียชีวิต การพิการ การทุพพลภาพ ความยุ่งยากในการรักษา ความสูญเสียทางเศรษฐกิจศาสตร์ และความเดือดร้อนใจของประชาชนโดยไม่จำเป็น

ประชาชนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้อย่างไร

เมื่อมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือญาติสามารถ โทรแจ้งเหตุเพื่อขอรถพยาบาลรับผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งประชาชนที่ต้องการแจ้งสามารถโทรที่หมายเลข 1669 ได้ทั่วประเทศ ฟรี ตลอด 24 ชั่วโมง โดยแจ้งเหตุการณ์ สถานที่เกิดเหตุ อาการผู้ป่วย ชื่อและหมายเลข



โทรศัพท์ของผู้แจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการประจำจังหวัดนั้น ๆ ซึ่งจะมีหน้าที่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ รอที่ทีมการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงและยังสั่งการเร่งให้ชุดปฏิบัติการที่เหมาะสม ออกไปดูแลช่วยเหลือรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและประสานโรงพยาบาลที่รับรักษาต่อเนื่อง

ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 6 ระยะดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ ถึงแม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ก็ตาม การเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเกิดได้กับทุกคน โดยผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนรอบข้าง ดังนั้นการจัดการความรู้ให้ประชาชนมีความรู้และสามารถ ตัดสินใจในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นมาก เพราะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยมาถึงได้เร็ว ซึ่งตรงกันข้ามหากล่าช้า นาที ที่สำคัญต่อชีวิตของผู้ เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อยๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่จำเป็นมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบแต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถ ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง advanced life support หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง Intermediate life Support หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น basic life support และ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (first responder) โดยทุกหน่วยจะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและจะต้องมีมาตรฐาน กำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยก ระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินจะประเมินสภาพแวดล้อม และจัดการความปลอดภัยสำหรับตนและทีมผู้ปฏิบัติงาน จากนั้นเข้าประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาตามความ เหมาะสมและให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้ รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดเกิดเหตุนานมากจนเป็นผลเสีย ต่อผู้ป่วย กล่าวคือเป็นผู้ช่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้น ความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอายุรกรรม

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียง ขนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำ เต็มต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรม เทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมิน สภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจอาจ กระทบกรรในขณะกำลังลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การวัดค่า ส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

6. การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to Definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาล ที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินรายนั้นๆ ได้เหมาะสมหรือไม่นั้น ต้องคำนึงถึงเวลาที่ เสียไปกับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของ สถานพยาบาลนั้นๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหา ในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ในแต่ละพื้นที่ ควรจะต้องพิจารณาองค์ประกอบ หลักเหล่านี้ ได้แก่

1. ระบบการแจ้งเหตุ คือ การจัดให้มีระบบบริการแจ้ง เหตุที่ง่ายต่อการจ่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียง คำแนะนำการจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือ การจัดหายานพาหนะเพื่อ การลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุสามารถ รับแจ้งเหตุ จากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย คือ 1669 โดยผู้แจ้ง สามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบ ใดก็ได้ในการแจ้งเมื่อแจ้ง เหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น



หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษา พยาบาลขั้นต้นได้ประจำการและมีการตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

2. ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระหว่างผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่งควรมีความสามารถในการส่งข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3. หน่วยปฏิบัติการ ปัจจุบันแบ่งหน่วยปฏิบัติการเป็น 4 ระดับ ตามความเหมาะสมของเหตุการณ์ที่แจ้งเหตุเข้ามา ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น และ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งเป็นหน่วยที่ดำเนินการโดยชุมชนในระดับตำบลหรือเทศบาล

4. การจัดแบ่งพื้นที่ (Zoning) แต่ละพื้นที่ควรมีการจัดแบ่งพื้นที่โดยพิจารณาถึงจำนวนประชากร ขนาดและระยะทางและระยะเวลาในการเดินทางเพื่อให้เกิดการกระจายของหน่วยปฏิบัติการที่จะเข้าถึงผู้รับบริการ มีเกณฑ์เฉลี่ยจากการคำนวณพบว่าในสัดส่วนประชากร 100,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน 1 หน่วย และสัดส่วนประชากร 200,000 คนต่อหน่วยปฏิบัติการระดับสูง 1 หน่วย เป็นเกณฑ์ที่เหมาะสม แต่ต้องคำนึงถึงระยะเวลาในการเข้าถึงหากช้าเกินไปก็ไม่เกิดผลดีแก่ผู้รับบริการ ในปัจจุบันอนุโลมว่าในเขตเมืองควรมีระยะเวลาไม่เกิน 10 นาที และในเขตนอกเมืองไม่ควรเกิน 30 นาที ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

5. บุคลากรและการอบรม การออกแบบระบบควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่า ในประเทศไทยระยะเริ่มแรก มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบดังนี้

A แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ที่ได้เป็นผู้ให้บริการเอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรมการจัดมาตรฐานระบบและการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

B พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชนเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสม พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ที่ว่าด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ACLS ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะอนุกรรมการหลักสูตรและสอบด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภาซึ่งควรจะเป็นหลักสูตรที่เหมาะสม ที่สุดในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

C เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยในขณะนี้ มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินพื้นฐาน (EMT-Basic) และ เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากนั้นในส่วกลางส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจาก EMT-Basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง หรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพ เป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-Intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ขณะนี้กำลังผลิตประมาณ รุ่นละ 200 คน ในวสส.และวิทยาลัยพยาบาล 8 แห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยหน่วยปฏิบัติการระดับสูงในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดสายวิชาชีพนี้ให้สามารถให้การดูแลรักษาในระดับ ALS ได้ซึ่งเรียกเป็นระดับ EMT-Paramedic และมีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัย ที่ได้รับปริญญาเวชกรฉุกเฉิน ที่เทียบเท่าปริญญาตรี และสามารถปฏิบัติในระดับ ALS ได้เช่นเดียวกับ EMT-Paramedic

D ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร



เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิงหรือกลุ่มบุคลากรที่แสดง
ตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะ
เป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐาน
หลักสูตรการอบรม 20 ชมเป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาล
สำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของกรมการแพทย์) สามารถ
ให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาล
ในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการ
ลำเลียงขนย้ายเองแต่หากพบ ว่ามีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ
ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน ในปี พ.ศ
2548 นี้ มีการพัฒนาให้มีหน่วยปฏิบัติการระดับชุมชนขึ้น
จำนวน 1,500 แห่ง

E ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการ
บอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ
หรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้า
ช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุ และการให้ข้อมูลที่เพียงพอ
รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้การดูแล
ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปพลาถก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชน
ไปนี้ควรต่ำกว่า 1 วัน เรียกหลักสูตรอาสาฉุกเฉินชุมชน (อชช.)
ซึ่งควรมีทุกครัวเรือน

6.กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการ
ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิ
ของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อ
ให้รักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้ สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ ระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน “กฎและระเบียบบังคับต่างๆ อาจอยู่
ภายใต้บทบาทและหน้าที่ ของกระทรวงสาธารณสุข
แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับ

7.การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ ในการจัดตั้งและ
ดำเนินการซึ่งแหล่งงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมองคือ
ส่วนกลางส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษี
อากรของประเทศระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัย
และภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นภาษีเหล้า
ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนการสนับสนุน
การสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน
งบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณ
สนับสนุนขององค์กรส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทในการลงทุน
ส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่น ทั้งด้านครุภัณฑ์ บุคลากร
และ ระบบ

8.การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญช่วยให้ประชาชน
ที่จะเรียกใช้บริการสามารถเรียก ใช้บริการได้อย่างถูกต้องตาม
ความจำเป็นและเหมาะสมกับคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งาน
ในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและ
เป้าหมายของการทำงาน รวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของระบบ
ร่วมกัน

9.การมีส่วนร่วมของชุมชน จัดระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน เป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชนโดยโครงสร้างขององค์
กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจ
ของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับการจัดกลุ่มอาสา
สมัครภายในชุมชนการส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อม
และการซ้อมแผน ปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่เกิดกับชุมชน
เองเป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

10. มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบ
บริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็น จะต้องมีการ
มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันทั้งหมด แต่ควรมีหลักการ
ใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกันโดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้อง
มีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วม
ในขณะเดียวกันคณะกรรมการท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมี
บทบาทในกา ปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง
เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิประศาสตร์ สังคม
เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพ
และผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐาน
กลาง

11. ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ทั่วประเทศ ควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน
มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถเชื่อมโยงกันได้
อย่างเป็นปัจจุบันยกเว้นใน บางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับ
พื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น
ปัจจุบันการพัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอิน
เตอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศใช้ชื่อว่าโปรแกรม
ITEMS

**12. การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของ
สถานพยาบาล** แต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาล
สำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการจัดสินใจที่
ทันการณ์และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาล
กับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการ



แพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิจารณาหรือปัญหาด้านการรักษาพยาบาลได้

13. การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่รักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรง คือ การควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

14. การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและ สวัสดิภาพของผู้ป่วย มีส่วนช่วยให้ระบบมีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากอาจเกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

สรุป

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนมาถึงโรงพยาบาล เป็นปฏิบัติการที่ช่วยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นที่จำเป็นที่ถูกต้องตอบสนองได้รวดเร็ว ทันการณ์ ต้องประสานและร่วมงานกับหน่วยงานอื่น ผู้ปฏิบัติการของหน่วยบริการสามารถเข้าถึงผู้ป่วยเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุเป็นทีมแรก ๆ ได้เห็นกลไกการบาดเจ็บ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเอื้ออาทร เมตตา รักและเอาใจใส่ ตระหนักรู้ในหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเอง การปฏิบัติงานเน้นความปลอดภัยของตนเองและผู้อื่น มีการใช้ทักษะการประเมินผู้ป่วยเจ็บ การช่วยเหลือที่รวดเร็ว ถูกต้อง การเคลื่อนย้ายที่

ถูกต้อง รวมถึงมีการสื่อสารที่กระชับฉับไว และการบันทึกที่ครบถ้วน ซึ่งคุณสมบัติที่กล่าวมานี้จะทำให้การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาลมีคุณภาพที่ดี และเป็นที่น่าพอใจของประชาชนต่อไป

บรรณานุกรม

- กัญญา วังศรี. การบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเจ็บ. อ้างถึงใน บรรณารักร ไชยยุทธ ธนไพศาล พนอ เศรษฐอภิก ทวีโชค วิษณุโยธิน สุนทรภาพร วันสุพงศ์. 2553. การดูแลผู้ป่วยเจ็บที่ไม่ต้องพักรักษาในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- วิทยา ชาติบัญญัติชัย และคณะ. 2541. เครือข่ายกู้ชีพจังหวัดขอนแก่น 2541. สำนักงานโครงการวิจัยและตำรา โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น.
- วีดีทัศน์ เรื่อง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ. ไม่ปรากฏปี พ.ศ. ที่ถ่ายทำ. สถาบันการแพทย์ด่านอุบัติเหตุและสาธารณสุข กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553. คู่มือปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่ N P Limited Partnership.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556. กฎหมายเกี่ยวกับปฏิบัติการฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สมชาย กาญจนสุต. 2555. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. อ้างถึงในเอกสารประกอบการอบรม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นสูงนอกโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี.
- [http://www.niems.go.th/userfiles/4EMS_unit\(1\).pdf](http://www.niems.go.th/userfiles/4EMS_unit(1).pdf)
- [http://www.niems.go.th/userfiles/1Personel\(1\).pdf](http://www.niems.go.th/userfiles/1Personel(1).pdf)
- [http://www.niems.go.th/userfiles/2Equip\(1\).pdf](http://www.niems.go.th/userfiles/2Equip(1).pdf)