

ข้อเสนอ

การปฏิรูป ระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

สำหรับ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เสนอโดย

คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2544

ข้อเสนอ

b.1752

HSRO 0096.

การปฏิรูป ระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

สำหรับ

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

เสนอโดย

คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2544

WA 275 ค121๗ 2545



ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน...
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คำนำ

ประเทศไทยได้ร่วมลงนามใน "ประกาศแห่งกรุงอัลมาอาตา" (Alma Ata Declaration) เมื่อ พ.ศ. 2521 เพื่อเป็นพันธสัญญาที่จะอำนวยความสะดวกให้ประชาชนไทยบรรลุเป้าหมาย "สุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2543" (Health for all by the year 2000)

แต่ประชาชนไทยในปัจจุบันกลับเจ็บป่วยมากขึ้น ทั้งจากอุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และอื่นๆ ทำให้มีการเคลื่อนไหวผลักดัน จนเกิดระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย "การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543" ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2543 โดยกำหนดให้มี "คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)" ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีอำนาจหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเพื่อให้มีการปรับปรุงนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรี ตลอดจนโครงสร้าง ระบบการทำงาน และระบบงบประมาณ เพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และยกร่าง "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ" ภายในเวลา 3 ปี โดยมี "สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.)" เป็นหน่วยงานในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่เป็น สำนัก เลขานุการของ คปรส.

ระบบสุขภาพประกอบด้วยระบบสุขภาพในยามฉุกเฉิน และระบบสุขภาพในยามอื่น

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน โดยไม่คาดฝันเป็นส่วนใหญ่ และทำให้เกิดความตาย ความพิการ และความทุกข์ทรมานได้มาก ๆ จนการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในทุกประเทศทั่วโลก

การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ตั้งคณะทำงานขึ้นเพื่อพัฒนา "ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน" ให้แก่คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เพื่อพิจารณาและดำเนินการให้การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติมีความครบถ้วน สมบูรณ์ต่อไป

คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอ
การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

คณะกรรมการพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ศ.นพ.สันต์ นิตติ์รัตน์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 2. พลอากาศตรี นพ. บุญเลิศ จุลเกียรติ | อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพล |
| 3. นพ.แท้จริง ศิริพานิช | ผู้อำนวยการ สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข |
| 4. นพ.พินัย โภษะบุษเพชร | สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข |
| 5. นพ.สมชาย กาญจนสุต | หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี |
| 6. นพ.ชัยวัน เจริญโชคทวี | หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชศาสตร์
วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล |
| 7. รศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ | คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 8. รศ.นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร |
| 9. นายสมาน วงศ์วรายุทธ | ผู้อำนวยการกองป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน กรมการปกครอง
มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค |
| 10. นางสาวพจศนา บุญทอง | |
| 11. นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 12. นพ.สุภกร บัวสาย | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 13. นางงามจิตต์ จันทร์สาริต | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 14. นางสาวกุลธิดา ศรีวิจิตร | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |

บทคัดย่อ

การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน คือ การปรับปรุง เพิ่มเติม และแก้ไขระบบสุขภาพในปัจจุบัน ให้สามารถคุ้มครองประชาชนทุกคนในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม และช่วยคุ้มครองประชาชนไม่ให้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้โดยง่ายตาย

การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉินจึงประกอบด้วย

1. การปฏิรูประบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ให้ประกอบด้วย
 - 1.1 ระบบปฐมพยาบาล
 - 1.2 ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน
 - 1.3 ระบบรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ
 - 1.4 ระบบเคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วย
 - 1.5 ระบบบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาล
 - 1.6 ระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉิน

2. การปฏิรูประบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้ประกอบด้วย
 - 2.1 การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ
 - 2.2 การป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 2.3 การป้องกันโรคกำเริบ

การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน เป็นส่วนสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะสามารถดำเนินการได้ทันที โดยอาศัยทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุที่มีอยู่มาปรับเปลี่ยนให้สามารถดำเนินการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น และดำเนินการผลักดันให้มี "พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อให้มี "ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า" "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" และคณะกรรมการชุดต่างๆมาดูแลรับผิดชอบให้เกิดการปฏิรูปที่มั่นคงยั่งยืนต่อไป

สารบัญ

	หน้า	
คำนำ	i	
คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน	ii	
บทคัดย่อ	iii	
บทที่ 1	สภาพปัญหาของระบบสุขภาพยามฉุกเฉินในปัจจุบัน	1
บทที่ 2	หลักการพื้นฐานในการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน	4
	2.1 นิยาม	4
	2.2 หลักการพื้นฐานในการจัดระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน	4
	2.3 สิทธิที่ประชาชนพึงได้รับสำหรับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน	5
	2.4 องค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน	6
บทที่ 3	ระบบปฐมพยาบาล	8
	3.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบปฐมพยาบาล	8
	3.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบปฐมพยาบาล	9
บทที่ 4	ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน	10
	4.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน	10
	4.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน	11
บทที่ 5	ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	14
	5.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	14
	5.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	15
บทที่ 6	ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล	17
	6.1 หลักการพื้นฐานในการจัดระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล	17
	6.2 รูปแบบการจัดระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล	18
บทที่ 7	ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	20
	7.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	20
	7.2 รูปแบบในการจัดระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน	21
บทที่ 8	กลไกที่จะนำไปสู่ระบบที่คาดหวัง	24
	8.1 การสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ	24
	8.2 การผลิตบุคลากรสนับสนุนระบบ	28
	8.3 การบริหารจัดการ	29
	8.4 งบประมาณสนับสนุนระบบ	32
เอกสารอ้างอิง และ เอกสารประกอบการประชุม	34	

บทที่ 1. สภาพปัญหาของระบบสุขภาพยามฉุกเฉินในปัจจุบัน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินครอบคลุมโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิดและทุกประเภท ตั้งแต่การบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ การถูกทำร้าย การทำร้ายตนเอง สาธารณภัย ภัยธรรมชาติ ภัยสงคราม แผลงสัตว์กัดต่อยและการได้รับสารพิษ ซึ่งรวมถึงการแพ้และการเป็นพิษจากยาด้วย ไปจนถึงการป่วยด้วยโรคอื่นๆ ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ แม้แต่ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นได้ในยามที่โรคกำเริบและ/หรือมีอาการแทรกซ้อนเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยฉุกเฉินทำให้เกิดความทุกข์ทรมานขึ้นอย่างฉับพลัน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยฉุกเฉินจึงต้องการการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและฉับไว เพื่อจะได้รอดชีวิต รอดจากความพิการทั้งชั่วคราวและถาวร รอดจากความทุกข์ทรมานได้อย่างรวดเร็ว และสามารถมีชีวิตที่มีคุณภาพได้เท่าเดิมหรือใกล้เคียงกับของเดิม

ในประเทศไทย การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายที่มากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะการตายจากอุบัติเหตุจากรถและโรคหัวใจกับหลอดเลือด แต่每天有คนไทยเกือบ 50 คน ออกจากบ้านแล้วก็จากไปชั่ววินาทีจากอุบัติเหตุจากรถ ในแต่ละปีคนไทยประมาณ 270,000 คนได้รับบาดเจ็บจนถึงขั้นทุพพลภาพและพิการ ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ต้องเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลประมาณปีละ 1.5 ล้านครั้ง และ 9 ใน 10 คนต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ทั้งที่พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถมีผลบังคับใช้มาหลายปีแล้ว สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ต่อครอบครัว และต่อสังคมด้วย เพราะผู้ที่เสียชีวิตกว่าร้อยละ 70 อยู่ในวัย 15 - 45 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงานและสร้างผลผลิตให้สังคม รายงานจากข้อมูลสารสนเทศสำนักงานตำรวจแห่งชาติ พบว่า ในช่วงเวลา 15 ปี (พ.ศ. 2527 - 2541) อุบัติเหตุจากรถเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า อัตราตายเพิ่มขึ้น 3.2 เท่า และอัตราบาดเจ็บเพิ่มขึ้น 4.4 เท่า

เพียงไม่กี่วันในช่วงวันหยุด "สงกรานต์ปีใหม่ - ต้อนรับปีใหม่" พ.ศ.2543 - 2544 สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข รายงานว่า อุบัติเหตุจากรถทางบกทำให้มีผู้เสียชีวิต 351 คน และบาดเจ็บ 19,562 คน จากอุบัติเหตุอื่นๆ เสียชีวิตอีก 130 คน และบาดเจ็บอีก 15,766 คน ซึ่งตัวเลขจริงอาจจะสูงกว่านี้ เพราะคงมีบางส่วนที่ไม่ได้ไปโรงพยาบาล โรงพยาบาลหลายแห่งโดยเฉพาะที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่ได้รายงานไปยังสถาบันฯ และอื่นๆ

โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้นๆที่กำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และ โรคหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก กว่าร้อยละ 70 ของภาวะหัวใจหยุดทันที (sudden cardiac arrest) เกิดขึ้นที่บ้าน และกว่าร้อยละ 90 เกิดนอกสถานพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินเช่นนี้ต้องการการกู้ชีพภายใน 3-5 นาที เพื่อจะมีโอกาสรอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยยังไม่ได้ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันการณ์พอ เพราะยังไม่มี "ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน" ที่มีประสิทธิภาพ และครอบคลุมผู้ป่วยทุกชนชั้นและทุกพื้นที่ ปัญหาของระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสังคมไทยจึงมีมากมาย เช่น

- ◆ ประชาชนไม่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินจากหน่วยงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ◆ การขาดศูนย์สื่อสารฉุกเฉินเพื่อรับแจ้งเหตุและประสานการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ

- ◆ อาสาสมัครผู้กักที่ปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินยังขาดความรู้และขาดการควบคุมคุณภาพ
- ◆ ระบบการรักษานอกโรงพยาบาลและระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุไปโรงพยาบาล ยังไม่ครอบคลุมประชากร (ประชาชนที่เจ็บป่วยต้องหาวิธีเดินทางไปโรงพยาบาลเอง)
- ◆ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้ป่วย ถ้าไม่มีหลักประกันว่าผู้ป่วยจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ เพราะไม่มีระบบประกันสุขภาพที่ดีพอสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และบทลงโทษสถานพยาบาลที่ปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินยังไม่รุนแรงพอและไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด
- ◆ โรงเรียนแพทย์ยังเก็บเตียงไว้รับผู้ป่วยซับซ้อนหรือน่าสนใจมากกว่าไว้รับผู้ป่วยฉุกเฉิน
- ◆ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลใหญ่ๆของรัฐและโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ ยังไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” และ “ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” เท่าที่ควร และมักจะทำให้นักเรียนแพทย์ แพทย์ที่มีประสบการณ์น้อย หรือแพทย์จบใหม่ เป็นผู้ตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินแบบหมุนเวียนกันเป็นเวรตรวจโดยไม่มีแพทย์ประจำ ทำให้ขาดแคลนการพัฒนาองค์ความรู้ของงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ◆ ระบบสุขภาพปัจจุบันยังไม่เอื้ออำนวยให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ในยามฉุกเฉิน เช่น การขาดแคลนการรณรงค์ให้ประชาชนมีจิตสำนึกในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน การขาดแคลนการฝึกอบรมให้ประชาชนมีความสามารถในการปฐมพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ระบบสุขภาพปัจจุบันยังไม่ได้สร้างจิตสำนึกที่ดีพอในการป้องกันโรคและป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชนและแก่บุคลากรสาธารณสุขด้วย ทำให้เกิดการระบาดของโรคต่างๆ รวมทั้งอุบัติเหตุตุนานาชนิด

จากการสำรวจสภาพการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิจัยเอแบคโพลีเทคนิควิศวกรรม มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ พบว่า ร้อยละ 58 ของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินมีสาเหตุจากโรคหรือสภาวะฉุกเฉินต่างๆ อีกร้อยละ 42 มีสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ร้อยละ 91 ไม่ได้แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ ร้อยละ 76 ถูกนำส่งห้องฉุกเฉินโดยญาติหรือเพื่อนสนิท ร้อยละ 12 ผู้ป่วยเดินทางมาด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ถูกนำส่งโดยหน่วยกู้ชีพจากโรงพยาบาล หน่วยกู้ชีพสาธารณะ และตำรวจ แสดงว่าระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินยังไม่สะดวกและมีประสิทธิภาพเพียงพอที่ประชาชนจะพึ่งพิงได้ รวมทั้ง ระบบรถบริการฉุกเฉินด้วย

ค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องจ่ายจากการใช้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ 2,785 บาท (ในกรุงเทพ 5,774 บาท ต่างจังหวัดในเมือง 1,323 บาท และต่างจังหวัดนอกเมือง 2,628 บาท) โดยที่ผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 45 (ในกทม. ร้อยละ 60, ในต่างจังหวัดร้อยละ 40) ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ผู้ป่วยที่คิดว่าจะประสบความเดือดร้อนเรื่องค่ารักษาพยาบาลมีถึงร้อยละ 76 ถ้าเกิดอุบัติเหตุรุนแรง และร้อยละ 64 ถ้าเจ็บป่วยถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประสบอุบัติเหตุ ร้อยละ 16 ประสบปัญหา ก่อนมาถึงโรงพยาบาลเล็กน้อยตามลำดับดังนี้ การถูกปฏิเสธการช่วยเหลือจากผู้พบเห็น การไม่ทราบวิธีการที่จะนำส่งโรงพยาบาล การได้รับการช่วยเหลือที่ไม่ถูกต้อง การติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานที่จะให้ความช่วยเหลือ การถูกปฏิเสธการรักษาจากสถานพยาบาลบางแห่ง การถูกเรียกค้น / ขโมยทรัพย์สิน และอื่นๆ

ผู้ป่วยฉุกเฉินร้อยละ 21 (ในกรุงเทพ ร้อยละ 35 ในต่างจังหวัดร้อยละ 19) ไม่พึงพอใจการบริการในโรงพยาบาล น้อยตามลำดับดังนี้ การรอคอยในขั้นตอนต่างๆ ความไม่เอาใจใส่ของพยาบาล กิริยา

มารยาทของเจ้าหน้าที่ ค่าใช้จ่ายสูงเกินไป สภาพแวดล้อม / สถานที่ไม่ดี อุปกรณ์เครื่องมือไม่เพียงพอ / ชำรุด / ล้าสมัย บริการไม่เสมอภาคเท่าเทียม การตรวจรักษาของแพทย์ไม่ดีหรือไม่จำเป็น (ทำให้สิ้นเปลืองโดยใช่เหตุ) และอื่นๆ

แม้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเพียงร้อยละ 21 ไม่พึงพอใจบริการของห้องฉุกเฉิน แต่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 88 กลับเห็นว่าห้องฉุกเฉินมีปัญหาเล็กน้อยตามลำดับดังนี้ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณจำกัด การขาดแคลนอุปกรณ์ / เครื่องมือที่ทันสมัย ระบบทำงานที่ไม่เป็นเอกภาพ การขาดความรู้ความสามารถ การไม่ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น และอื่นๆ

จากสภาพปัญหาดังกล่าว การพัฒนาระบบสุขภาพยามฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานทางวิชาการ ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและความต้องการของประชาชนอย่างเสมอภาค และสร้างความพึงพอใจให้ทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องให้ความสำคัญและดำเนินการอย่างจริงจังจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยประชาชนมีส่วนร่วม

บทที่ 2. หลักการพื้นฐานในการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

2.1 นิยาม

การปฏิรูป หมายถึง การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างมากและค่อนข้างเร็ว เพื่อให้เหมาะกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว

ระบบสุขภาพ ในที่นี้หมายถึง รูปแบบ ระเบียบ กฎเกณฑ์ กฎหมาย โครงสร้าง ทรัพยากร แนวทางและวิธีการที่จะเอื้ออำนวยให้ประชาชนมีสุขภาพโดยถ้วนหน้า

สุขภาพ หรือ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะแห่งความสุขทั้งทางกาย ทางใจ (รวมถึงจิตวิญญาณ) และทางสังคม ด้วย ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก

เจ็บ ในที่นี้หมายถึง บาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เช่น อุบัติเหตุ ภัยอันตราย สาธารณภัย แมลงสัตว์กัดต่อย การได้รับสารพิษ (รวมทั้งการแพ้ยาและการเป็นพิษจากยาด้วย)

ป่วย ในที่นี้หมายถึง รู้สึกไม่สบายเพราะโรคหรือความไข้ หรือเหตุอื่นๆ ที่ไม่ได้รวมไว้ใน "เจ็บ"

ภาวะเจ็บป่วยยามฉุกเฉิน คือ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอันจะนำไปสู่ความตาย ความพิการหรือความทุพพลภาพหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนี้อาจส่งผลเสียดังกล่าวได้จริง หรือเป็นเพียงความเข้าใจของประชาชนว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียดังกล่าวก็ได้)

ระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน หมายถึงระบบสุขภาพที่มุ่งลดความตาย ความพิการและความทุพพลภาพจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนลงให้ได้ ซึ่งรวมทั้งการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ในที่นี้หมายถึง องค์ความรู้ทั้งหมดในการตรวจรักษาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

2.2 หลักการพื้นฐานในการจัดระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน

ก. หลักการสำคัญ ระบบสุขภาพยามฉุกเฉินต้อง

- ◆ ให้ความสำคัญต่อการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น ป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุ ป้องกันไม่ให้เกิดโรค และป้องกันไม่ให้โรคกำเริบ
- ◆ ทำให้ผู้ป่วยและหรือประชาชนทั่วไปสามารถช่วยเหลือตนเองหรือผู้อื่นในภาวะฉุกเฉินได้หรือได้ก่อน เช่น สามารถให้การปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง ่วิธีแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ เป็นต้น
- ◆ เหมาะสมกับสังคมไทย เศรษฐกิจวัฒนธรรมชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น
- ◆ สอดคล้องกับการพัฒนาท้องถิ่นแบบกระจายอำนาจ
- ◆ มีระบบตรวจสอบและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยประชาชนมีส่วนร่วมในทุกระดับ หรือเป็นปัจจัยหลักในการตรวจสอบและประเมินผล

ข. คุณลักษณะ ระบบสุขภาพยามฉุกเฉินต้อง

- ◆ มีคุณภาพตามหลักวิชาการแพทย์และพยาบาลที่สามารถลดความตาย ความพิการและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนได้ และเน้นที่การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วย
- ◆ ตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ทันที และให้การดูแลจนผู้ป่วยพ้นจากภาวะฉุกเฉิน และส่งต่อยังผู้ให้บริการต่อเนื่องต่อไป
- ◆ บริการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในยามปกติและในภาวะวิกฤตของชุมชน เช่น มีภัยธรรมชาติเป็นต้น
- ◆ ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน
- ◆ มีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งภาวะฉุกเฉินอย่างเป็นเอกภาพ ประจำชุมชน ท้องถิ่นและส่วนกลาง ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และประเทศ โดยที่ศูนย์นี้สามารถประสานงานกับหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเคลื่อนที่ได้ตลอดเวลา และสามารถส่งต่อปัญหาไปสู่หน่วยงานที่มีศักยภาพสูงกว่าได้
- ◆ มีหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่มีศักยภาพในการดูแลภาวะฉุกเฉิน
- ◆ มีสถานพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่สามารถรองรับและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ โดยประสานกันเป็นเครือข่ายที่ครอบคลุมประชากรได้ครบถ้วน
- ◆ มีระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็ว ตรงเป้า คุ้มค่า และเป็นเอกภาพ (ไม่สับสนซ้ำซ้อน)

2.3 สิทธิที่ประชาชนพึงได้รับสำหรับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วย เป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่งในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ขององค์การสหประชาชาติ ที่ประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 10 ธันวาคม 2491 และประเทศไทยได้ลงมติรับรองด้วย

นอกจากนั้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดไว้ในหลายมาตรา เช่น มาตรา 4 , 52 , 82 เป็นต้น โดยเฉพาะมาตรา 52 ได้บัญญัติไว้ดังนี้

“มาตรา 52 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

การบริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

ดังนั้น สิทธิที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ คือ

- ◆ สิทธิที่จะได้รับระบบการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ◆ สิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมให้รู้จักการดำรงตนอยู่ในความปลอดภัย รู้จักป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ◆ สิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมให้รู้จักการปฐมพยาบาล เพื่อช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น

- ◆ สิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองด้วยระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเริ่มตั้งแต่การแจ้งเหตุเพื่อขอรับคำปรึกษาหรือการช่วยเหลือได้ทันที ระบบรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ระบบเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ระบบรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินจนพ้นระยะอันตราย และได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาลปกติต่อไป
- ◆ สิทธิที่จะได้รับการขอยาฉุกเฉินอย่างเสมอภาคเป็นธรรม และไม่ถูกปฏิเสธจากสาเหตุที่ผู้ป่วยยากจน
- ◆ สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย วางแผน และ ติดตามตรวจสอบ ระบบบริการขอยาฉุกเฉินได้เป็นต้น

2.4 องค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพขอยาฉุกเฉิน

"การปฏิรูประบบสุขภาพขอยาฉุกเฉิน" ประกอบด้วย

ก. การปฏิรูประบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

ก.1 การปฏิรูประบบปฐมพยาบาล โดยให้การศึกษาและฝึกอบรมการปฐมพยาบาลในระดับต่างๆ เริ่มตั้งแต่เยาว์วัยจนเติบโตใหญ่ ทั้งในและนอกห้องเรียน โดยรวมอยู่ในวิชาสุขศึกษา พลศึกษา ลูกเสือหรือเนตรนารี และอื่นๆ รวมทั้งการฝึกอบรมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ฯลฯ

ก.2 การปฏิรูประบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้พบเห็นสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้โดยสะดวก รวดเร็ว และตรงจุด โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเพียงหมายเลขเดียว แล้วศูนย์รับแจ้งเหตุนั้นเป็นผู้ประสานไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบสำหรับเหตุฉุกเฉินนั้นให้ดำเนินการช่วยเหลือต่อไป

ก.3 การปฏิรูประบบรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็ว พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตเบื้องต้นและระบบสื่อสารไปยังจุดเกิดเหตุทันที เพื่อให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นไปก่อน และแจ้งไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อขอคำแนะนำและขอความช่วยเหลือในกรณีที่ต้องการรถพยาบาลพร้อมแพทย์และพยาบาล เพื่อไปช่วยรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มเติม และ/หรือ เพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปโรงพยาบาล

ก.4 การปฏิรูประบบเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยยานพาหนะที่เหมาะสมและการประสานงานอย่างเป็นเอกภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสถานพยาบาลต่างๆต้องมีความจริงจังในการแจ้งความพร้อมและศักยภาพของตนในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในสภาพนั้น การเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยจึงจะเป็นไปได้ อย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ โดยไม่พบกับปัญหาว่าโรงพยาบาลนั้นไม่พร้อมที่จะรับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยไปถึงห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแล้ว

ก.5 การปฏิรูประบบรักษาพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว และมีการรักษาต่อเนื่องจนผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงหรือเท่ากับเมื่อก่อนการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยจะต้องพัฒนา "เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นและสภาวการณ์ของประเทศ

หมายเหตุ การจะปฏิรูประบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินได้ จึงต้องการความร่วมมือจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขต่างๆ ในการสร้างและพัฒนาาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉินที่จะให้การคุ้มครองแก่ผู้ป่วยอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม และให้ผลตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุข ตามสมควรแก่ลักษณะงานและผลงานด้วย

ข. การปฏิรูประบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งออกได้เป็น

- ข.1 การปฏิรูประบบป้องกันอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บ ผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณครึ่งหนึ่งเกิดจากการบาดเจ็บ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร อุบัติเหตุในบ้านและโรงงาน ซึ่งส่วนใหญ่ป้องกันได้ถ้ามีการสร้างจิตสำนึกและรักษากฎแห่งความปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมทั้งการรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- ข.2 การปฏิรูประบบป้องกันโรค หรือระบบป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เป็นโรคต่างๆ ได้ยาก และโรคส่วนใหญ่ก็ป้องกันได้ ซึ่งจะทำให้คนป่วยน้อยลง
- ข.3 การปฏิรูประบบป้องกันโรคกำเริบ เมื่อป้องกันไม่สำเร็จ และเกิดการเจ็บป่วยขึ้น การรู้จักดูแลรักษาตนเองไม่ให้โรคกำเริบ หรือเมื่อโรคเริ่มกำเริบ รู้จักหยุดยั้งอาการกำเริบได้ทันที ก็จะป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น แพทย์และพยาบาลจึงต้องแนะนำวิธีดูแลรักษาตนเองให้แก่ผู้ป่วยและญาติสำหรับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

หมายเหตุ การจะปฏิรูประบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ จึงต้องการความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการรณรงค์สร้างจิตสำนึกที่จะ “ไม่เสี่ยง” และใส่ใจ “ดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง” โดยมีระบบจูงใจและ / หรือให้คุณให้โทษโดยกฎหมายแก่บุคคลและชุมชนตามสัดส่วนของอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วย ทั้งนี้รวมถึงระบบจูงใจและ / หรือให้คุณให้โทษแก่แพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และผู้รักษากฎหมาย ตามการลดลงหรือเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยในชุมชนที่ตนดูแลอยู่ ยกเว้นในกรณีที่เจ็บป่วยจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ ภัยสงคราม และอื่นๆ ซึ่งยังไม่อยู่ในวิสัยของบุคลากรในท้องถิ่นที่จะป้องกันได้

บทที่ 3. ระบบปฐมพยาบาล

อุบัติเหตุเกือบทั้งหมดเกิดนอกสถานพยาบาล และผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดกว่าร้อยละ 90 เกิดภาวะหัวใจหยุดทันที (sudden cardiac arrest) นอกสถานพยาบาล ผู้ใกล้ชิด หรือผู้เห็นเหตุการณ์ จึงเป็นผู้ที่สามารถช่วยชีวิต หรือ ช่วยปฐมพยาบาล เพื่อลดความพิการ และความทุกข์ทรมานในเบื้องต้นลงได้

การปฐมพยาบาล หมายถึง การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อบรรเทาความรุนแรงของการเจ็บป่วย ถูกเงินและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญ และในบางครั้งอาจเป็นการช่วยชีวิตของผู้ป่วยด้วย

ดังนั้นระบบปฐมพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญขั้นต้นที่จะช่วยผู้ป่วยถูกเงินให้รอดชีวิต รอดจากความพิการ และความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นได้ แต่ในปัจจุบัน ระบบปฐมพยาบาลในประเทศไทย ยังไม่เป็นระบบที่ชัดเจน การปฏิรูประบบปฐมพยาบาล จึงเปรียบเสมือนการสร้างระบบปฐมพยาบาลใหม่นั้นเอง

3.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบปฐมพยาบาล

- ก. การสร้างจิตสำนึกใหม่ให้กับประชาชน เพื่อให้ประชาชนทุกคนใฝ่รู้ที่จะช่วยตนเองและช่วยผู้อื่นในยามเจ็บป่วยถูกเงิน ไม่ว่าจะเกิดจากอุบัติเหตุหรือเหตุอื่นใด ผู้ที่ไม่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นในยามถูกเงิน จะถูกประณามว่าละเลยต่อหน้าที่ของพลเมืองดีและเป็นบาป
- ข. การฝึกอบรมการปฐมพยาบาล เพื่อให้ประชาชนและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีความรู้ความสามารถในการปฐมพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงและอาการแทรกซ้อนของโรคและการบาดเจ็บ และลดการใช้สถานพยาบาลโดยไม่จำเป็นลงด้วย
 - มีการอบรมต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับความสามารถของชุมชนในการปฐมพยาบาลได้อย่างแท้จริง
 - จัดหาทรัพยากรทั้งบุคคลและวัสดุให้เพียงพอ ทั้งจากภาครัฐและเอกชนเพื่อรองรับคดีในเรื่องนี้ จนสามารถให้การศึกษาและฝึกอบรมการปฐมพยาบาล ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน ทั้งแก่นักเรียน นักศึกษา และแก่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำรวจ และอื่นๆ เป็นประจำ
- ค. การสร้างระบบสารสนเทศและระบบตรวจสอบวิจัย เพื่อเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล รวมทั้งการมีศูนย์ที่สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง และเพื่อติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ในการปฐมพยาบาล เพื่อปรับปรุงระบบและวิธีการปฐมพยาบาลให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนไป เป็นต้น

3.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบปฐมพยาบาล

- ◆ สร้างระบบปฐมพยาบาล โดยให้อยู่ในความรับผิดชอบของ “คณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สภาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (บทที่ 8) โดยคณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อาจจะจัดตั้ง “คณะกรรมการปฐมพยาบาล” โดยที่ประชาชนและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นกรรมการเพื่อรับผิดชอบงานนี้โดยตรง
- ◆ สร้างจิตสำนึกในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดย
 - ให้การศึกษาและปลูกฝังจิตสำนึกนี้ตั้งแต่เยาว์วัย ทั้งในบ้าน ในโรงเรียน และในสื่อมวลชน
 - ออกกฎหมายลงโทษผู้ที่ละเลยหรือเพิกเฉยต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และยกเว้นโทษให้สำหรับความผิดพลาดที่เกิดจากการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยความบริสุทธิ์ใจ
 - ยกย่องชมเชยผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้เป็นที่ปรากฏแก่สาธารณชน และให้รางวัลหรือชดเชยค่าใช้จ่ายที่สืบเนื่องมาจากการช่วยเหลือนั้น เป็นต้น
- ◆ จัดทำหลักสูตรการปฐมพยาบาลเพื่อใช้ในระบบการศึกษาทั้งในโรงเรียนและนอกโรงเรียน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติได้จริง และมีการทบทวน หรือฝึกเพิ่มเติมตามระดับชั้นปีต่างๆ ของการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย โดยให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข
- ◆ จัดทำหลักสูตรการปฐมพยาบาลสำหรับชุมชน เพื่อให้ประชาชนวัยแรงงานทั้งหมดและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉินต่างๆ เช่น อสม. อปปร. อาสาสมัครเอกชน ตำรวจ และทหารได้รับการฝึกอบรมและมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมแก่ประชาชนตามพื้นที่ต่างๆอย่างเป็นระบบ โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการฝึกอบรม
- ◆ จัดการอบรมต่อเนื่อง แก่นักเรียน นักศึกษา อาสาสมัคร และประชาชนให้ปฏิบัติการณ์ปฐมพยาบาลได้ตามควรแก่สถานการณ์ของตน
- ◆ จัดหาทรัพยากร เพื่อเอื้ออำนวยให้งานต่างๆดำเนินไปได้
- ◆ จัดตั้ง “ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ประจำโรงพยาบาลเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วย (บทที่ 4)
- ◆ มีระบบการประเมินผลทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ โดยจัดให้มีการออกบัตรสำหรับผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้วและต้องต่ออายุบัตรในเวลาอันสมควร (อย่างไรก็ตามการต่ออายุบัตรควรเป็นการสร้างจิตสำนึกให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณต้องเพิ่มพูนความรู้เพื่อประโยชน์ของตัวเองและชุมชน มิใช่การห้ามหรือตัดสิทธิ์ในการช่วยเหลือผู้อื่น)

บทที่ 4. ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน

เมื่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินมีอาการรุนแรง จนคาดว่าจะไม่สามารถปฐมพยาบาลให้ดีขึ้นได้ ผู้ป่วยและผู้อยู่ใกล้จะต้องแจ้งขอความช่วยเหลือจากผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้ในทันทีก่อนให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วย แต่ในปัจจุบัน ผู้ป่วยฉุกเฉินกว่าร้อยละ 90 ไม่ได้แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ และต้องเดินทางไปสถานพยาบาลเองถึงร้อยละ 98 โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ ทั้งนี้เพราะระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินยังไม่สะดวกและไม่มีประสิทธิภาพพอที่ประชาชนจะพึงพิงได้ เนื่องจากในปัจจุบันระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินประกอบด้วยระบบหลายระบบที่ยังไม่ได้ประสานกันให้เป็นเอกภาพ จึงเกิดความล่าช้า ขัดแย้งกัน แก่งแย่งกัน เกี่ยงกัน หรืออื่นๆ จนไม่เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเท่าที่ควร แล้วยังทำให้ผู้ป่วยและประชาชนสับสน เสียสุขภาพทั้งทางกายและใจ เสียค่าใช้จ่ายสูง และเกิดปัญหานานาประการ

4.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน

ก. ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินต้องเป็นระบบที่

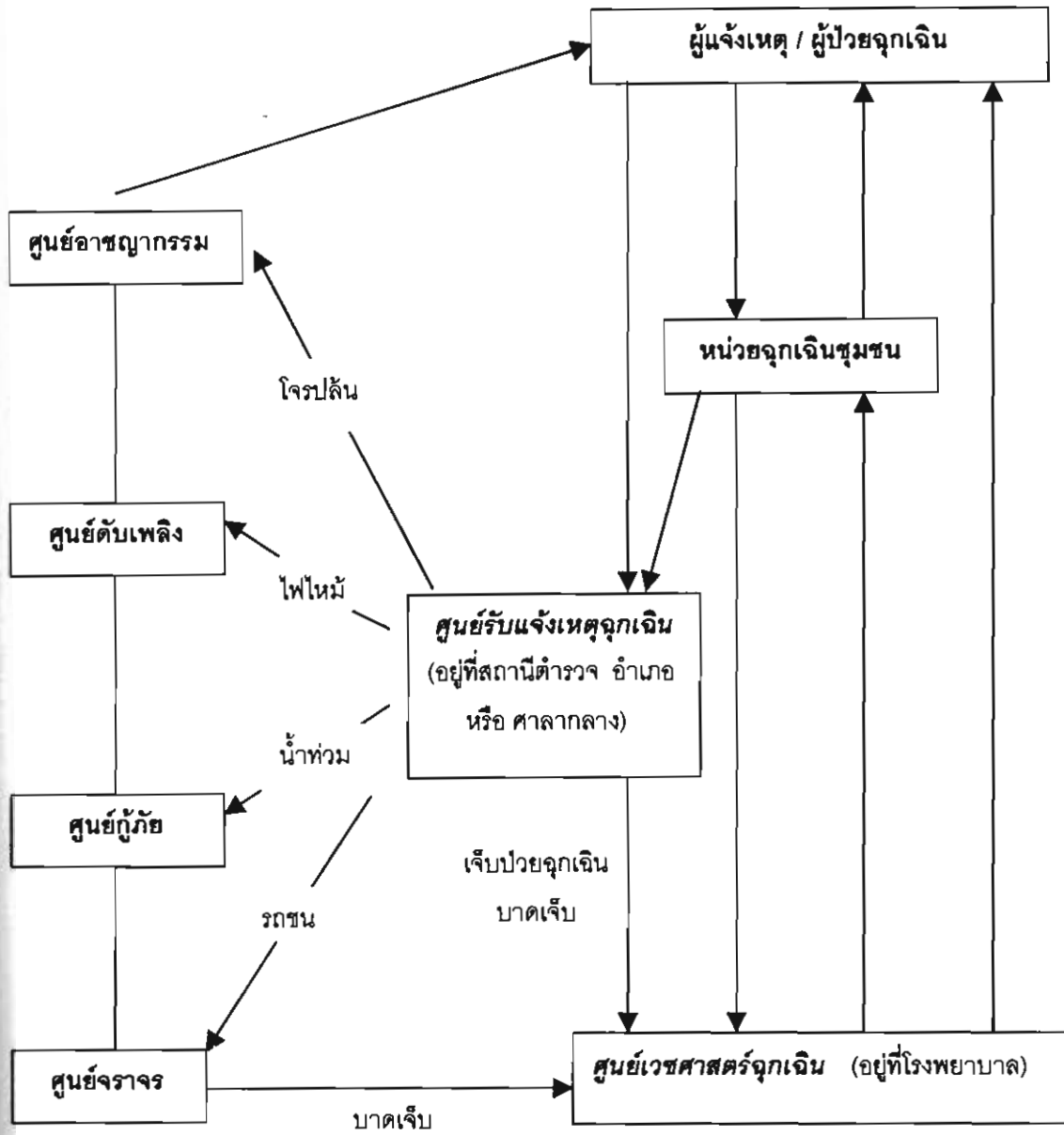
- ◆ รับและแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเป็นระบบที่ง่ายและประชาชนรู้จักประโยชน์ รู้วิธีแจ้งและจำได้ขึ้นใจ เช่น หมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียวทั่วประเทศ หรือ ในระบบวิทยุสื่อสารต้องมีคลื่นหรือเครือข่ายเฉพาะด้านนี้ที่สามารถประสานกันได้ทั่วประเทศ และแบ่งกันเป็นโซนโดยไม่มีสัญญาณซ้อนทับกันเอง
- ◆ มี "ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน" รับทราบเหตุฉุกเฉินทุกประเภท และแจ้งเหตุนั้นไปยังบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที เพื่อให้บุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับดำเนินการต่อไป ศูนย์ฯนี้จึงทำหน้าที่ทั้งรับและแจ้งเหตุฉุกเฉิน (หรืออาจเรียกย่อๆ ว่า "ศูนย์ฉุกเฉิน" ก็ได้) เก็บรวบรวมข้อมูลของเหตุฉุกเฉิน ผู้แจ้งเหตุ และบุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับเรื่องไปดำเนินการ เพื่อสามารถติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลได้ เมื่อ "ศูนย์ฉุกเฉิน" ได้รับแจ้งเหตุฉุกเฉินแล้ว จะต้องตรวจสอบในทันทีว่าเป็นเหตุการณ์จริงหรือไม่ ถ้าจริง รับแจ้งไปยังบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการช่วยเหลือทันที
- ◆ ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินหรือ "ศูนย์ฉุกเฉิน" ต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชน ว่าอะไรคือฉุกเฉิน อะไรคือไม่ฉุกเฉิน และการใช้ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินให้เป็นและถูกต้อง (ไม่ใช่ระบบนี้อย่างพร่ำเพรื่อและไม่จำเป็น)
- ◆ มี "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" รับทราบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินจากศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และประสานไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยฉุกเฉินชุมชนที่อยู่ใกล้จุดเกิดเหตุมากที่สุด เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือโดยส่งหน่วยฉุกเฉินเคลื่อนที่เร็วไปยังจุดเกิดเหตุ
- ◆ มีโรงพยาบาลซึ่งทำหน้าที่เป็น "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ของชุมชน ซึ่งทำหน้าที่ต่อไปนี้ด้วย
 - รับเหตุต่อจากศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินและตัดสินใจในการเลือกวิธีการตอบสนอง
 - ในกรณีอาการไม่รุนแรง ให้คำปรึกษาและแนะนำการดูแลรักษาให้กับผู้แจ้งเหตุ

- ในกรณีอาการรุนแรง ให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้นเพื่อร่อนหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเคลื่อนที่ไปยังจุดเกิดเหตุ
 - ติดต่อสื่อสารกับหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่ที่ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลได้ตลอดเวลาเพื่อให้คำแนะนำ ช่วยแก้ปัญหา และช่วยประสานงานให้
 - สื่อสารกับโรงพยาบาลอื่นๆ เพื่อส่งตัวผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีและเหมาะสมที่สุด
- ข. มีการระดมทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุ โดยเฉพาะงบประมาณจากรัฐและท้องถิ่น รวมทั้งจากกองทุน ประกันภัยและประกันสุขภาพต่างๆ เพื่อการสร้างระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินให้เป็นเอกภาพและครอบคลุมประชากรให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการใช้เครือข่ายการสื่อสารคมนาคมและบุคลากรต่างๆ ที่มีอยู่แล้วให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเต็มที่ด้วยการให้ประโยชน์ตอบแทนแก่บุคลากรเหล่านั้น และให้ชุมชนและภาคเอกชนเข้ามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
- ค. มีการออกกฎหมาย กฎระเบียบ หลักเกณฑ์ หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างหรือการรวมระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินให้เป็นระบบเดียวกัน
- ง. การสร้างระบบสารสนเทศและระบบตรวจสอบวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลของการแจ้งเหตุ การตอบสนอง และผลที่เกิดขึ้น เพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณชนเป็นประจำ เพื่อติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อปรับปรุงระบบแจ้งเหตุให้ดีขึ้นและเหมาะสมกับสภาวการณ์ต่างๆ และเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วย

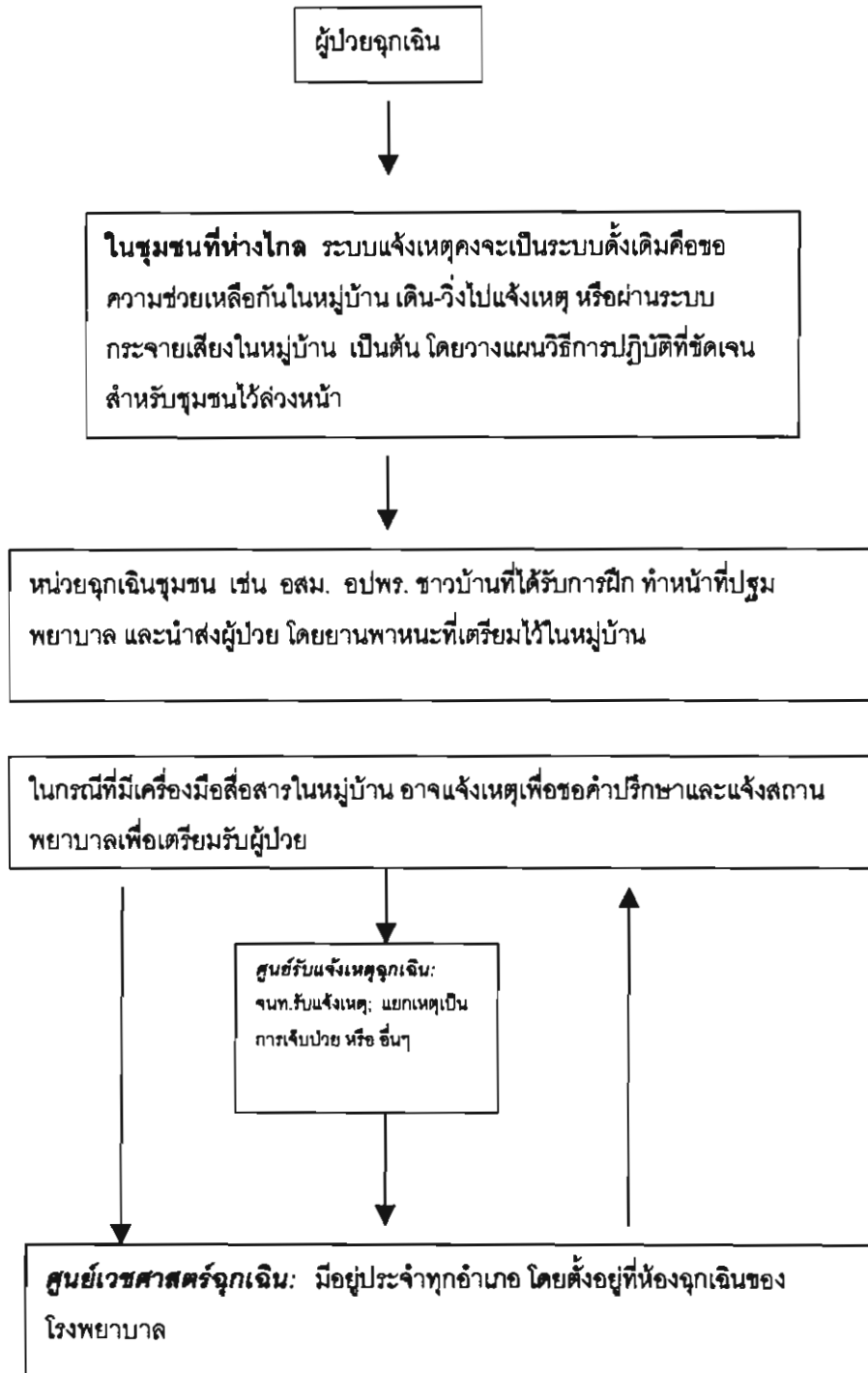
4.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน

- ก. รวมกลุ่มผู้ที่สนใจและ/หรือดำเนินการในเรื่องนี้อยู่ เพื่อร่วมกันรวบรวมระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินหลายๆ ระบบให้เป็นระบบเดียว ถ้ายังทำไม่ได้ทันทีในระยะแรก อาจลดเป้าหมายลง โดยสร้าง“ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” เพื่อรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อน (ส่วนเหตุฉุกเฉินอื่นๆ ให้ขึ้นกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจนกว่าหน่วยงานเหล่านั้น จะเห็นประโยชน์ที่จะรวมกันเป็นระบบเดียว)
- ข. จัดตั้งองค์กรเพื่อรับผิดชอบ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูป “คณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” ใน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” (บทที่ 8) โดยคณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะต้องประสานงานให้หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน ได้ร่วมกันรวบรวมระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินทุกระบบให้เป็นระบบเดียวกันหรือสามารถประสานกันเป็นเครือข่ายที่เป็นเอกภาพ
- ค. จำแนกระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย ตามศักยภาพของชุมชน เช่น
- ◆ ในชุมชนที่ยากจนและในท้องถิ่นที่ห่างไกล (ไม่มีโทรศัพท์และวิทยุสื่อสาร) ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินจะเป็นระบบดั้งเดิมด้วยการเดิน-วิ่งไปแจ้งเหตุ เป็นต้น แต่ต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับชุมชนไว้ล่วงหน้า ในชุมชนที่มีหอกระจายข่าว ย่อมสามารถใช้หอกระจายข่าวแจ้งเหตุฉุกเฉินได้
 - ◆ ในชุมชนหรือท้องถิ่นที่มีวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ ควรจัดตั้ง “ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน” หรือ “ศูนย์ฉุกเฉิน” ในระดับต่างๆ ประสานเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันได้ทันที และช่วยเหลือกันและกันได้อย่างเป็นเอกภาพ

ง. มีการจัดตั้ง "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ในโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย เพื่อทำหน้าที่รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และควบคุมดูแลการรักษาพยาบาลฉุกเฉินด้วย



รูปแบบแสดงระบบการแจ้งเหตุ ในชุมชนเมืองและชุมชนที่มีระบบโทรศัพท์



รูปแบบแสดงระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ในชุมชนห่างไกล

บทที่ 5. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินเกือบทั้งหมดเกิดนอกสถานพยาบาล และจำนวนไม่น้อยเป็นการเจ็บหนักที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัยได้ทันที การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุจนสามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยแล้วจึงจะทำการเคลื่อนย้าย จะช่วยลดอัตราการตาย พิการ และความทุกข์ทรมานลงได้อย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital care) และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นและชุมชนมีความต้องการมาก ดังจะเห็นได้จากการจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยตนเองมานานหลายปีแล้วในรูปแบบที่แตกต่างกันไป เช่น มูลนิธิ ชมรม อปพร. เป็นต้น ถึงแม้แต่ละรูปแบบจะแตกต่างกันในการบริหารจัดการ แต่ทุกรูปแบบดำเนินการได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของชุมชน เช่น การสนับสนุนเงินทุน การลงแรงเข้าร่วมปฏิบัติงานในรูปแบบอาสาสมัคร เป็นต้น

5.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ก. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย

ก.1 "หน่วยฉุกเฉินชุมชน" ซึ่งชุมชนจัดตั้งขึ้นเอง โดยได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากรัฐ หน่วยฉุกเฉินในแต่ละชุมชนแตกต่างกันได้ตามแต่ความพร้อมและวัฒนธรรมในชุมชนนั้น

ก.2 "โรงพยาบาลในชุมชน" มีหน้าที่ให้การฝึกอบรมความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง แก่บุคลากรเป้าหมาย สนับสนุนเครื่องมือแพทย์ เทคโนโลยี และวิชาการใหม่ๆ และเป็นที่พักพิงให้กับหน่วยฉุกเฉินชุมชน และจัดตั้งหน่วยรพพยาบาลฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติหน้าที่กู้ชีพขั้นสูง (advanced life support) และให้การรักษาเพิ่มเติมเมื่อมีความจำเป็น

ข. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ประกอบด้วย

ข. 1 ยานพาหนะ ที่ได้รับการคัดเลือกว่าเหมาะสมสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในแต่ละชุมชน และสนับสนุนด้วยรพพยาบาลหรือรถกู้ภัยจากหน่วยงานต่างๆ

ข. 2 อาสาสมัครและหรือประชาชนในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข. 3 ระบบติดต่อสื่อสารและประสานงาน เพื่อให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และตรงเป้าหมาย

ค. กฎหมาย เพื่อรองรับ (1) การรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยประชาชน และอาสาสมัคร (2) สวัสดิการและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน (3) การขอใบรับรองเมื่อผ่านการอบรมการรักษา

พยาบาลเบื้องต้นตามหลักสูตรที่กำหนดแล้ว ใบบรับรองอายุ (เช่น 2 ปี) เพื่อให้มีการฝึกอบรมทบทวนอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

- จ. ระบบสารสนเทศและระบบตรวจสอบวิจัย เพื่อเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และเพื่อติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อปรับปรุงระบบและวิธีการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้ดีขึ้น และเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

5.2 รูปแบบการจัดตั้งระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ก. สร้างระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลโดยให้อยู่ในความรับผิดชอบของ "คณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" (บทที่ 8) ที่ประชาชนมีส่วนร่วม คณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะต้องประสานกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และชุมชน ในการจัดตั้ง "หน่วยฉุกเฉินชุมชน" โดย

ก.1 ในชนบท ควรใช้รูปแบบอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเพิ่มความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาล ซึ่งสามารถขยายให้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดในเวลาอันสั้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในท้องถิ่น รวมทั้งยานพาหนะที่เหมาะสมสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และให้ส่วนปกครองท้องถิ่นรับผิดชอบในการจัดตั้งหน่วยดังกล่าว โดยมีการกำหนดไว้ในกฎหมาย และมีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานเป็นสัดส่วนที่แน่นอนในงบประมาณที่จัดสรรผ่านองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และค่าใช้จ่ายในการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละรายสามารถเรียกเก็บคืนได้จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

ก.2 ในเมือง ควรใช้องค์กรเอกชนต่างๆที่มีอยู่แล้วในรูปของมูลนิธิ ชมรม และอื่นๆโดยเพิ่มการฝึกอบรมความรู้ความสามารถในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้แก่บุคลากรและอาสาสมัครขององค์กรเอกชนเหล่านั้น

ข. จัดทำหลักสูตรรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับต่างๆ เพื่อทำการฝึกอบรมบุคลากร อาสาสมัคร และประชาชน เป็นขั้นๆไปอย่างต่อเนื่อง และผลักดันให้มีการรองรับการปฏิบัติงานของบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว โดยกฎหมาย หรือระเบียบราชการ เป็นต้น

ค. จัดสรรงบประมาณจากกองทุนประกันภัยและประกันสุขภาพ งบบริหารส่วนท้องถิ่น และอื่นๆ ในการจัดตั้งระยะแรก ส่วนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแต่ละครั้ง ให้เบิกคืนได้จากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ง. มีการควบคุม ดูแล ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และ หาองค์ความรู้ใหม่โดยศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล และคณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้นๆ และมีความผิดพลาดน้อยลงๆ

รูปแบบแสดงระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

แจ้งเหตุ (ดูบทที่ 4)



หน่วยฉุกเฉินชุมชน ทำหน้าที่ปฏิบัติการปฐมพยาบาล และนำส่งผู้ป่วย

- จัดตั้งโดยชุมชนเอง
- มีแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนที่ได้รับการตรวจสอบและมีกฏปฏิบัติอยู่เสมอ
- มีการฝึกอบรมบุคลากร และมีระบบการศึกษาต่อเนื่อง
- มียานพาหนะของชุมชน และเครื่องมือในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินประจำชุมชน
- ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยสามารถปรึกษากับศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินได้
- ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากการบริหารงานส่วนท้องถิ่น
- ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการรวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพจากศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ไม่มี



มี

ศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉิน: มีแม่ข่ายเดียวในอำเภอ
จนท.รับแจ้งเหตุ: แยกเหตุเป็นการเจ็บป่วย หรือ อื่นๆ

แจ้งสถานพยาบาลต่างๆเช่นสถานีอนามัย ใกล้เคียงที่เกิดเหตุให้ดำเนินการต่อ

ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน:
▪ โรงพยาบาล อำเภอ

ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินชั้นสูง:
▪ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์

บทที่ 6. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นหน่วยหนึ่งที่มีความสำคัญมากในระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินเป็นปากทางที่ประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเข้าสู่ระบบของโรงพยาบาล ดังนั้นห้องฉุกเฉินจึงควรทำหน้าที่ใน 2 สถานะคือ

1. สถานะที่เป็นศูนย์บัญชาการทางการรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้แก่ชุมชนและบุคลากรต่างๆทั้งในที่เกิดเหตุและในโรงพยาบาลด้วย
2. สถานะที่เป็นผู้รักษาระบบรักษาพยาบาล ให้มีการใช้ทรัพยากรทุกด้านอย่างเหมาะสมกับความรุนแรงและความเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วย จึงเป็นเสมือนหน่วยหนึ่งในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (primary care) ที่มุ่งดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน(emergency care) และการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) เป็นสำคัญ ไม่ใช่การดูแลแบบองค์รวมต่อเนื่อง (holistical continuity care) เนื่องจากห้องฉุกเฉินสามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้วงจรของการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงมีความต่อเนื่องตลอดเวลา

ในปัจจุบันระบบบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลยังสร้างความไม่พึงพอใจแก่ผู้ป่วย (ร้อยละ 21) และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน (ร้อยละ 88) เพราะบุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณจำกัด เครื่องมือขาดแคลน ระบบงานไม่เป็นเอกภาพ บุคลากรขาดความรู้ความสามารถ และอื่นๆ ทำให้บริการเป็นไปอย่างล่าช้า อารมณ์เสียง่าย ความผิดพลาดและการกระทบกระทั่งกันเกิดขึ้นเป็นประจำ และอื่นๆ จึงจำเป็นต้องมีการปฏิรูประบบบริการฉุกเฉินในโรงพยาบาล

6.1 หลักการพื้นฐานในการจัดระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ก. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพฉุกเฉิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพทั้งหมด จึงต้องประสานเชื่อมโยงกับระบบอื่นได้เป็นอย่างดี

ข. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลต้องเป็นระบบที่

- ◆ ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย และต้องให้บริการอย่างเสมอภาค ให้บริการตามลำดับความรุนแรงและเร่งด่วนของอาการเจ็บป่วย
- ◆ สามารถปฏิบัติการกู้ชีพขั้นสูงได้ และตรวจรักษาภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องทันท่วงที
- ◆ สามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดการรักษาที่เหมาะสมในห้องฉุกเฉิน และสามารถประสานกับบุคลากรและหน่วยงานต่างๆในโรงพยาบาลให้รับผิดชอบผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
- ◆ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นในกรณีที่เหมาะสมได้ โดยมียานพาหนะ อุปกรณ์ และบุคลากรที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

- ◆ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยรักษาปรกติ หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะฉุกเฉินแล้ว (ผู้ดูแลผู้ป่วยคนแรกต้องรับผิดชอบจนกว่าจะส่งต่อผู้ป่วยถึงมือแพทย์คนอื่นที่จะดูแลผู้ป่วยนั้นต่อไป)
- ◆ มีศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และสร้างองค์ความรู้เพื่อพัฒนาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง
- ค. ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลต้องมีบทบาทต่อชุมชน เช่น
 - ◆ สนับสนุนการสร้างระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยกับโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียง
 - ◆ รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และให้การช่วยเหลือ เช่น ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล ประสานงานกับหน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่เข้าไปช่วยเหลือ ณ ที่เกิดเหตุ
 - ◆ ฝึกอบรมและควบคุมดูแลระบบปฐมพยาบาลและระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และอื่นๆ
 - ◆ มีบทบาทในการช่วยเหลือชุมชนเมื่อมีสาธารณภัย หรือภัยพิบัติเกิดขึ้น

6.2 รูปแบบการจัดระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล

ก. ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล ควรจะประกอบด้วย

ก.1 จุดรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เข้าออกได้สะดวกและอยู่ใกล้กับห้องฉุกเฉิน มีบุคลากรพร้อมรถเข็นและเตียงเงินคอยรับผู้ป่วยจากรถหรือเรือที่นำผู้ป่วยมาส่งได้ทันที และมีสถานที่สำหรับจอดรถหรือเรือที่นำผู้ป่วยมาส่งได้ชั่วคราว โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือช่วยตนเองไม่ได้

ก.2 ระบบจัดท่าและ / หรือค้นหาเวชระเบียน ได้อย่างเร่งด่วนโดยตัดทอนขั้นตอนที่ทำให้ล่าช้าทั้งหมด โดยเฉพาะขั้นตอนที่จะสอบถามรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับที่อยู่ ครอบครัว หรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ก.3 ระบบคัดกรอง ที่มีประสิทธิภาพเพื่อจำแนกผู้ป่วยที่เร่งด่วนสำหรับการรักษาพยาบาลตามลำดับความฉุกเฉินและความรุนแรงของอาการ

ก.4 ระบบตรวจรักษา โดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการตรวจรักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สะดวกรวดเร็วและตรงเป้าหมาย ห้องสังเกตอาการที่ผู้ป่วยสามารถพักรอคูหาการว่าเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการตรวจรักษา เพื่อให้การวินิจฉัยและการอนุมาณโรคมีความแม่นยำมากขึ้น

ก.5 ระบบตรวจรักษาต่อเนื่อง ที่สามารถรองรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาต่อ รวมทั้งเตียงในหอผู้ป่วยในที่จะสามารถรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย

ก.6 ระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ดีและเหมาะสมที่สุดจากโรงพยาบาลอื่น ในกรณีที่โรงพยาบาลแรกไม่สามารถให้บริการนั้นได้

ก.7 ระบบประสานงาน กับหน่วยงานต่างๆ เช่น ตำรวจ สังคมสงเคราะห์ สถานที่พักฟื้นคนป่วย คนพิการ และอื่นๆ เป็นต้น

ก.8 ระบบบริหารจัดการ ที่เป็นเอกภาพ และมีระบบงานที่เอื้ออำนวยต่อการวิจัย การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง และ การพัฒนาต่างๆ รวมทั้งการพัฒนา "เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" และ "ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน" ด้วย

ก.9 ระบบช่วยเหลืองานฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีหน้าที่ส่งเสริมการทำงานของหน่วยฉุกเฉินชุมชน โรงพยาบาลต้องมีบทบาทในทั้งการฝึกอบรมบุคลากรใหม่และการฝึกอบรมต่อเนื่อง สนับสนุนเครื่องมือแพทย์ เทคโนโลยี และวิชาการใหม่ๆ ให้กับหน่วย ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับหน่วยต่างๆ ในพื้นที่ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างหน่วยฉุกเฉินชุมชนกับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเสมือนหนึ่งเป็นทีมเดียวกัน เป็นที่เลี้ยงให้กับหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่างๆ เช่น สามารถให้คำปรึกษาแก่หน่วยฉุกเฉินชุมชนผ่านระบบสื่อสารขณะปฏิบัติงานในพื้นที่

ข. การปฏิรูประบบงานในโรงพยาบาล เพื่อให้ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินเป็นระบบที่ได้รับความสำคัญจากผู้บริหารและบุคลากรทุกฝ่าย โดยมีสิ่งจูงใจให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆเกิดความสนใจ และอยากปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินโดยไม่ต้องบังคับให้มีการหมุนเวียนแพทย์ไปอยู่เวรในห้องฉุกเฉิน ซึ่งมีแต่จะทำให้เกิดทัศนคติในด้านลบต่อห้องฉุกเฉินมากขึ้น นอกจากนั้นโรงพยาบาลยังต้องมีบทบาทในการจัดตั้ง "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อดูแลรับผิดชอบ "ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน" ทั้งในและนอกโรงพยาบาลของตนด้วย

ค. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ควรจะกำหนดให้โรงพยาบาลต่างๆ พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของตนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้นทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล และมีสิ่งจูงใจและ/หรือการให้ทุนให้โทษแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้ได้ เช่น ให้ผู้ป่วยประชาชนและชุมชนเป็นผู้ตรวจสอบและประเมินผลระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นต้น

บทที่ 7. ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

แม้จะสามารถปรับปรุงและพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินให้ดีขึ้นเพียงใดก็ตาม แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น ความตาย ความพิการ และความทุกข์ทรมานย่อมเกิดขึ้นไม่มากก็น้อยเสมอ

การจะดูแลรักษาไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความตาย จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างสมบูรณ์และดีที่สุด คือ การป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เท่านั้น โดยการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การป้องกันโรค และการป้องกันโรคกำเริบ

7.1 หลักการพื้นฐานในการจัดตั้งระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องเป็นระบบที่

ก. มุ่งสร้างจิตสำนึก ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นแบบที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือการเกิดโรค ด้วยการศึกษทั้งในและนอกห้องเรียน ตั้งแต่เยาว์วัย โดยเฉพาะการศึกษาผ่านทางสื่อมวลชนต่างๆ

ข. ทำงานร่วมกันในลักษณะสหวิทยาการ โดยผู้ที่รู้ปัญหาและวิธีแก้ไข ประชาชน และชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบาย ติดตาม ตรวจสอบ และ สร้างกระแส เพื่อรวมพลังผลักดันให้มีการแก้ไขปัญหาและสาเหตุต่างๆ โดย

- ◆ การสร้างความรู้ความเข้าใจ ในความรุนแรงของปัญหา ความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความตายที่เกิดขึ้น เช่น โดยการเผยแพร่ภาพและสถิติอุบัติเหตุทางสื่อมวลชนทุกชนิดเป็นประจำ และนำคำพูดของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในที่เกิดเหตุ ออกเผยแพร่ด้วย เพื่อกระตุ้นเร้าให้เกิดอารมณ์และความต้องการที่จะแก้ไข้ปัญหา
- ◆ การรณรงค์ และ การยื่นหนังสือเรียกร้อง ให้ผู้ที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบแก้ปัญหา หรือให้ถอดถอนโยกย้ายผู้ที่ละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ จนทำให้เกิดอุบัติเหตุซ้ำซาก
- ◆ การระดมพลังมวลชน เพื่อบีบบังคับ-ผลักดัน เมื่อการยื่นหนังสือเรียกร้องไม่บังเกิดผล

ค. สร้างกระแส ผลักดันอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เพื่อให้ให้นักการเมืองและข้าราชการจัดสร้างระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยการ

- ◆ จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อการนี้
- ◆ ออกกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ และมีการบังคับใช้กฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ อย่างเคร่งครัดและโปร่งใส เพื่อให้การดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ รวมทั้งอุบัติเหตุต่างๆ เป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคน และเป็นหน้าที่ของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ โดยมีสิ่งจูงใจและ/หรือให้ทุนให้โทษด้วย
- ◆ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจทางสื่อมวลชนต่างๆ อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา และไม่ให้ถูกบิดเบือนไปเป็นการโฆษณาเพื่อประโยชน์ทางการค้าได้

- ◆ ให้ประชาชน ชุมชนหรือองค์กรอิสระ ทั้งในระดับชุมชน จังหวัด และส่วนกลาง ช่วยติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และผลักดัน ให้ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถพัฒนาไปเรื่อยๆ

ง. สร้างระบบสารสนเทศและระบบตรวจสอบ วิจัย เพื่อเก็บ รวบรวม เชื่อมโยง วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูล ได้อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับท้องถิ่น จังหวัดและประเทศ ที่ประสานเชื่อมโยงกันเป็นเอกภาพ และเพื่อติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ ทั้งโดยองค์กรอิสระ ประชาชน และหน่วยงานอื่น เพื่อพัฒนาระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และกาลเวลาที่เปลี่ยนไป

7.2 รูปแบบในการจัดระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

การจัดระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ควรแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ

ก. ระบบป้องกันอุบัติเหตุ

การสร้างระบบป้องกันอุบัติเหตุ เริ่มได้โดยการผลักดัน “คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ” ให้สามารถทำงานได้เต็มที่ โดยเป็น “คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ใน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สภาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (บทที่ 8) เพื่อดำเนินการ

- ◆ ระดมทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุ โดยเฉพาะในระยะเริ่ม เพื่อผลักดันให้ระบบที่เอื้อยขามาเป็นเวลานานเริ่มเคลื่อนไหว เช่น
 - ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วม เช่น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบสภาพการจราจร การให้คุณให้โทษแก่ผู้มีอำนาจหน้าที่ในด้านการจราจร การให้คุณให้โทษแก่ผู้ที่เคารพและไม่เคารพกฎจราจร การส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างและการทะนุบำรุงเส้นทางจราจร เป็นต้น
 - ให้จัดสรรงบประมาณ ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน เช่น หักเงินส่วนหนึ่งจากภาษีและการประกันรายได้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการแก้ไขสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ
- ◆ ปรับปรุงกฎหมายและกฎระเบียบ ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไป เช่น สภาพถนนและยานพาหนะ ที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบ่อยๆ และ พฤติกรรมของคน เพื่อลดอุบัติเหตุลง เป็นต้น กฎหมายและกฎระเบียบต้องสามารถบังคับใช้ได้จริงจังและโปร่งใส โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อให้การแก้ไขสาเหตุต่างๆบรรลุผล
- ◆ สร้างจิตสำนึก โดย
 - ปลุกฝังความมีระเบียบวินัยและจิตสำนึกแห่งความไม่อยากเสี่ยงอันตราย ตั้งแต่ยังเยาว์วัย ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน และในสื่อมวลชนทุกประเภทเป็นประจำ
 - ไม่เผยแพร่ภาพยนต์ การ์ตูน ละคร และอื่นๆ ที่เน้นความรุนแรงและการเสี่ยงอันตรายแล้วได้ชัยชนะ โดยเฉพาะแก่ผู้เยาว์วัย
 - บังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดและโปร่งใส ไม่เลือกปฏิบัติ และให้เกิดความเป็นธรรมโดยถ้วนหน้า
- ◆ สร้างกลไกผลักดันต่อเนื่อง โดย

- สร้างองค์การอิสระ ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และผลักดัน
- สร้างระบบสารสนเทศ รวบรวมข้อมูลทั้งในระดับท้องถิ่น จังหวัด และประเทศ ที่สามารถประสานเชื่อมโยงกันได้ และเผยแพร่ต่อสาธารณชนเป็นประจำ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลงระบบป้องกันอุบัติเหตุให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ต่างๆ

ข. ระบบป้องกันโรค

“ระบบป้องกันโรค” อยู่ในความรับผิดชอบของ “คณะกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หรือ “สภาสุขภาพแห่งชาติ” ที่ประชาชนมีส่วนร่วม (บทที่8) เพื่อดำเนินการ

- ◆ สร้างจิตสำนึกใหม่ ว่า สุขภาพ หรือภาวะแห่งความสุข จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยตนเองเท่านั้น เพราะสุขภาพคือ ภาวะแห่งความสุขทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การระวังรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องดูแลตนเอง การสร้างจิตสำนึก อาจจะทำได้ด้วย
 - ปลุกฝังวิถีดูแลรักษาสุขภาพ ตั้งแต่ยังเยาว์วัย ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน และในสื่อมวลชนทุกประเภทเป็นประจำ รวมทั้งการตั้ง “ศูนย์สุขภาพ” เพื่อให้คำปรึกษาหารือในด้านสุขภาพตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น
 - โหมโฆษณาออมเม่าประชาชนให้หวังพึ่งแต่บริการแพทย์และพยาบาล
 - ออกกฎหมายเกื้อหนุนให้มีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง เช่น ระบบประกันสังคม หรือ ระบบประกันสุขภาพ ที่คืนเงินประกันจำนวนหนึ่งให้ถ้าไม่ต้องใช้บริการแพทย์ตลอดปี หรือที่ปฏิเสธการคุ้มครองถ้าผู้เอาประกันไม่ดูแลสุขภาพของตนเองซ้ำซาก เช่น ยังสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรามาก เป็นต้น
 - ให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ เป็นต้น
- ◆ ให้ความรู้ความเข้าใจ ในวิธีการป้องกันโรคต่างๆ โดยการเผยแพร่วิธีการป้องกันโรคทางสื่อมวลชนต่างๆ อย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ และเผยแพร่ผลสำเร็จของการป้องกันโรค มากกว่าผลสำเร็จของการรักษาพยาบาล
- ◆ สร้างและทำนุบำรุงสิ่งอำนวยความสะดวก ในการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สวนสาธารณะ การลดมลพิษในอากาศ อาหาร น้ำ และสิ่งแวดล้อม การจราจร บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (ที่ไม่ใช่การค้าและไม่มีประโยชน์แอบแฝง) สาธารณูปโภค สาธารณูปการ เป็นต้น
- ◆ สร้างระบบสารสนเทศ เพื่อเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของคนไทย อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง
- ◆ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ ในด้านสุขภาพ เพื่อปรับปรุงระบบและวิธีการในการดูแลสุขภาพ และในการป้องกันโรคต่างๆ ให้เหมาะสมกับกาลเวลาและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ค. ระบบป้องกันโรคกำเริบ

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน อาจเกิดขึ้นในคนที่ เป็นโรคเรื้อรังอยู่เดิม การป้องกันโรคกำเริบ จึงเป็นการป้องกันความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความตายที่ไม่จำเป็นได้ การป้องกันโรคกำเริบ ทำได้เป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

- ◆ รู้จักดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่ โดยศึกษาจากหนังสือ และหรือสอบถามจากผู้รักษาพยาบาล จัดตั้ง “ศูนย์สุขภาพ” แนะนำวิธีดูแลรักษาโรครวมทั้งวิธีการป้องกันและหยุดยั้งอาการกำเริบ ที่ให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น
- ◆ รู้จักป้องกันอาการกำเริบ โรคเรื้อรังจำนวนมาก จะเป็นตลอดชีวิต ผู้ป่วยและผู้รักษาพยาบาลจึงต้องพยายามหาสาเหตุหรือชนวนที่ทำให้โรคกำเริบเป็นครั้งคราวให้ได้ เพื่อผู้ป่วยจะได้หลีกเลี่ยงหรือกำจัดชนวนหรือสาเหตุเหล่านั้น เพื่อไม่ให้โรคของตนกำเริบ
- ◆ รู้จักหยุดยั้งอาการกำเริบ โรคจำนวนมากจะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อเผชิญกับสาเหตุที่หลีกเลี่ยงไม่ทันหรือไม่ได้ ผู้รักษาพยาบาลจึงต้องแนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้จักวิธีหยุดยั้งอาการกำเริบในทันทีที่อาการเกิด เพราะยิ่งปล่อยให้อาการกำเริบออกไปนานเท่าใด อาการมักจะเป็นมากขึ้นและหยุดยั้งได้ยากยิ่งขึ้นเท่านั้น

ระบบป้องกันโรคกำเริบ อยู่ในความดูแลรับผิดชอบของ “คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน “คณะกรรมการรักษาพยาบาล” ที่จะต้องดำเนินการ

- ◆ สร้างจิตสำนึกให้บุคลากรสาธารณสุขสนใจและเต็มใจที่จะแนะนำและฝึกอบรมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่ รู้จักป้องกันตนเองไม่ให้โรคกำเริบ และเมื่อเริ่มมีอาการกำเริบต้องรู้จักช่วยตนเองในการหยุดยั้งอาการกำเริบได้ทันที เพื่อไม่ให้อาการกำเริบรุนแรงจนเป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้
- ◆ สร้างจิตสำนึกให้ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิด ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาตนเองในด้านต่างๆ ดังกล่าวแล้วข้างต้น
- ◆ ปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการปฏิบัติการดังกล่าวข้างต้นโดยบุคลากรสาธารณสุข และโดยผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม
- ◆ สร้างระบบสารสนเทศ เพื่อเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของคนไทย อย่างเป็นระบบและอย่างต่อเนื่อง
- ◆ ประเมินผล วิจัย และหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อปรับปรุงระบบและวิธีการในการดูแลรักษาสุขภาพเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคต่างๆ

บทที่ 8. กลไกที่จะนำไปสู่ระบบที่คาดหวัง

เนื่องจากระบบสุขภาพปัจจุบันยังเป็นระบบ“รับ” ที่คอยตั้งรับผู้ป่วยในสถานพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุจึงถูกใช้เพื่อการรักษาพยาบาลโรคมากกว่าการป้องกันโรค ในการรักษาพยาบาลก็มุ่งไปที่การรักษา “โรค” มากกว่า “คน” ในการรักษาโรคก็มุ่งไปที่ “โรคลึกลับ ซับซ้อน รักษายาก และ / หรือ หมดหวัง “มากกว่า” โรคที่รักษาง่าย หายขาด และพบบ่อย” ทำให้สูญเสียทรัพยากรอย่างมากและไม่ได้ประโยชน์เท่าที่ควร นอกจากนี้ ทรัพยากรทั้งบุคคล และวัตถุ ยังถูก “กระจุก” ไว้ในกรุงเทพฯ และในเมืองใหญ่ ทำให้ประชาชนในชนบทขาดแคลนแพทย์ พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และระบบบริการที่มีคุณภาพ จนประชาชนที่เจ็บป่วยในชนบทต้องหอบหิ้วสังขารที่เจ็บป่วย เดินทางไกลเข้ากรุงเทพฯ

การจะเปลี่ยนระบบบริการที่ไม่เป็นธรรมและการจะเปลี่ยนจิตสำนึกและพฤติกรรมของบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยและประชาชนที่คุ้นเคยกับระบบเช่นนี้มานาน ย่อมต้องการกลไก และวิธีการที่มีผลบังคับใช้ โปร่งใสและเกิดผลได้ เช่น

8.1 การสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ

“พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ” ควรจะกำหนดให้มี

1. “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” และ “สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ในรูปลักษณะและฐานะคล้ายคลึงกับ “คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” และ “สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ” ตาม พรบ.พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๒๑

2. “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ที่แต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรี ประกอบด้วย ประธานและกรรมการที่มีความรู้ ความชัดเจน หรือมีประสบการณ์ในด้านสุขภาพอีกไม่เกิน ๑๕ คน มีปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ฯ ปลัดกระทรวงคมนาคม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ เป็นกรรมการโดยตำแหน่ง และมีเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ กรรมการจะอยู่ในตำแหน่งคราวละ ๔ ปี และหากพ้นจากตำแหน่งอาจได้รับแต่งตั้งใหม่ได้

3. “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” ที่มีอำนาจหน้าที่

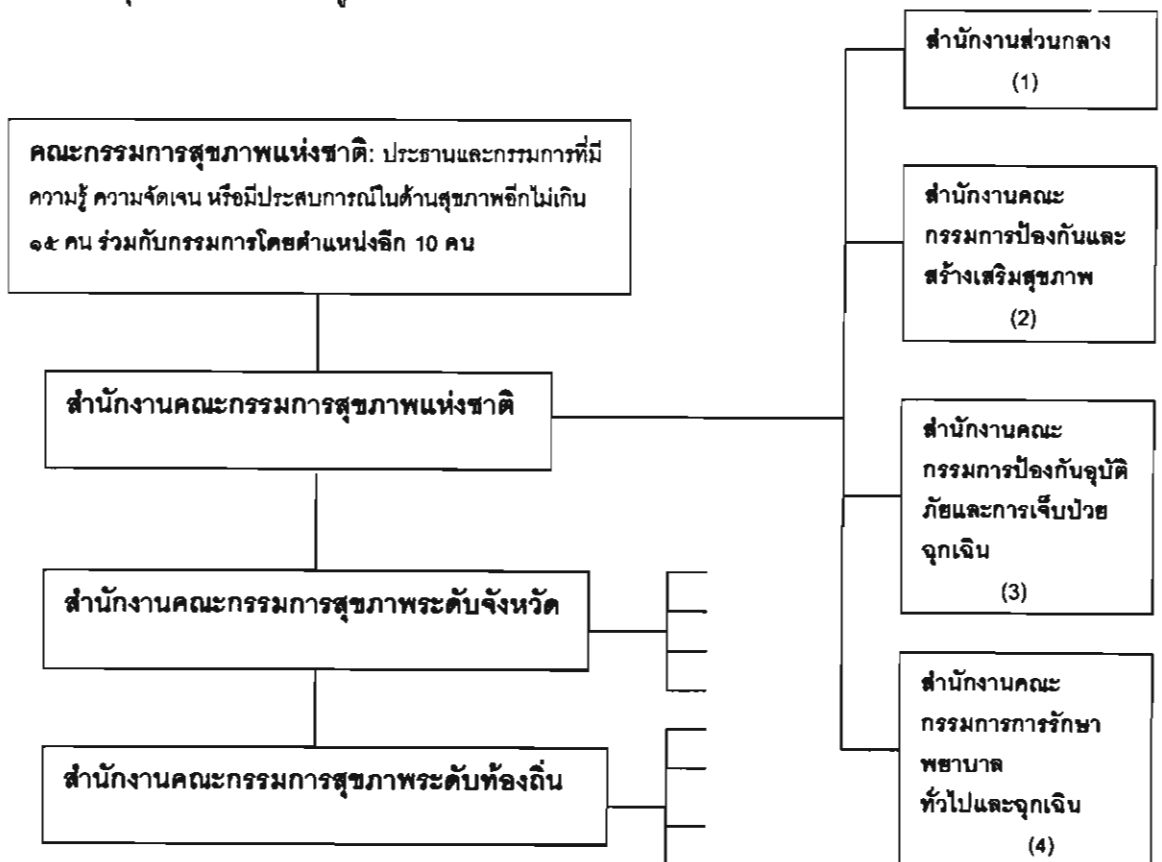
- ◆ เสนอแนะและให้ความเห็นต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและแผนพัฒนาต่างๆ ที่มีผลหรืออาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น นโยบายเศรษฐกิจ นโยบายแรงงาน นโยบายสิ่งแวดล้อม การสร้างเขื่อน นิคมอุตสาหกรรม และอื่นๆ ที่อาจกระทบต่อสุขภาพ เป็นต้น
- ◆ พิจารณาแผนพัฒนาสุขภาพและข้อเสนออื่นๆ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และของหน่วยงานอื่นที่นายกรัฐมนตรีขอให้พิจารณา เพื่อเสนอความเห็นต่อคณะรัฐมนตรี

- ◆ จัดให้มีการประสานงานระหว่างสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนและบุคคลอื่นๆ ที่มีความรู้ ความชัดเจนหรือมีประสบการณ์ในด้านสุขภาพ เพื่อจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาและการปฏิบัติตามแผนงานโครงการ เพื่อให้สุขภาพของประชาชน ชุมชน และประเทศดีขึ้นไปเรื่อยๆ
- ◆ ประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การพัฒนาในด้านต่างๆ เป็นเอกภาพ รวมทั้งการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล วางแผน ติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน และเสนอการปรับปรุงแก้ไขแผนงานโดยรวม

4. "สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" ที่ควรแบ่งเป็น ๔ ส่วน คือ

- ◆ สำนักงานส่วนกลาง ซึ่งดูแลงานด้านธุรการและอื่นๆ ให้แก่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และดูแลส่วนงานอื่นๆ ให้ประสานกันเป็นเอกภาพ
- ◆ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ
- ◆ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ◆ สำนักงานคณะกรรมการการรักษาพยาบาล
 - จุกเงิน
 - ทั่วไป

5. "สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" ที่จะต้องประสานงานกับส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดตั้ง "สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น" ประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ ความชัดเจน หรือมีประสบการณ์ในด้านสุขภาพ และผู้บริหาร ในจังหวัดและท้องถิ่น เป็นกรรมการ ในรูปลักษณะคล้ายคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ แต่อยู่ในระดับจังหวัดและท้องถิ่น



6. “แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ” ทั้งระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว ที่จะต้องเน้น

- ◆ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย วางแผนและแนวทางการปฏิบัติตามแผน ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข และให้คุณให้โทษด้วย
- ◆ การ “กระจาย” มากกว่า การ “กระจุก” สาธารณูปโภค สาธารณูปการ บริการสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล และอื่นๆ ไว้ในเมืองใหญ่ เพื่อให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสมอภาคกันโดยถ้วนหน้า
- ◆ การผลิตแพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ต้องได้รับการปฏิรู้อย่างมาก เพื่อให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในชนบท
- ◆ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยน้อยลง และในการรักษาพยาบาล จะต้องเน้นที่
 - การรักษาพยาบาลการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก่อน การเจ็บป่วยทั่วไป
 - การรักษาพยาบาลที่ทำให้โรคหายขาด
 - การรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยกลับไปทำงานหรือช่วยตนเองได้
 - การรักษาพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานมากขึ้นหรือนานขึ้น
 - การรักษาพยาบาลที่ใช้ทรัพยากรน้อย
 - การรักษาพยาบาล บริการสาธารณสุข และกิจกรรมอื่นๆ ที่อยู่ในแบบ “พึ่งตนเองได้” หรือ “ช่วยตนเองได้” มากกว่า แบบ “รอพึ่งผู้อื่น” นั่นคือ ต้องใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ามาช่วยให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
 - การรักษาพยาบาลที่มีลำดับขั้นตอน เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะตรวจรักษาผู้ป่วย โดยไม่ได้รับการส่งต่อจากแพทย์ทั่วไปไม่ได้ และเมื่อตรวจรักษาแล้ว ต้องแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบ และส่งผู้ป่วยคืนทันทีถ้าแพทย์เจ้าของไข้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อไปได้
 - การรักษาพยาบาลที่มีการแบ่งเขตการรับผิดชอบ ซึ่งอาจใช้เขตตำบล อำเภอ จังหวัด หรือ ใช้เขตตามความจำเป็นของประชาชนที่ลงทะเบียนไว้ว่าจะตรวจรักษาที่แพทย์หรือสถานพยาบาลใด เป็นต้น เพื่อไม่ให้มีการย้ายเขตตามใจชอบ นอกจากนี้จะได้รับการส่งตัวจากแพทย์เจ้าของไข้
- ◆ “สาธารณสุขพอเพียง” มากกว่า สาธารณสุขแบบ “บริโภคนิยม” และ “วัตถุนิยม”
- ◆ การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชาชนทุกคนอย่างเสมอภาค เป็นธรรม และเอื้ออำนวยให้เกิดการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ มากกว่า การรักษาพยาบาลโรค
- ◆ การกำหนดให้สุขภาพเป็นทั้งสิทธิและหน้าที่ที่ทุกคนจะต้องรับรู้และปฏิบัติ โดยมีบทให้คุณให้โทษสำหรับผู้ปฏิบัติและไม่ปฏิบัติด้วย
- ◆ การจัดสรรทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุ (รวมทั้งงบประมาณ) ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติตามแผน
- ◆ การศึกษาติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแผนได้ตามสภาวการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
- ◆ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง แม่นยำ และชัดเจน รวมทั้งการวิจัย และการหาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพเป็นไปในแนวทางที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์มากขึ้น

7. “แผนปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน” ต้องประกอบด้วย

- ◆ “แผนป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ” ของคณะกรรมการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนเป็นโรคหรือเจ็บป่วย จะได้ไม่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น
- ◆ “แผนป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน” ของคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อลดจำนวนและความรุนแรงของอุบัติเหตุต่างๆ ลงไปเรื่อยๆ รวมทั้งการกำหนดให้สถานพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต้องให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่เพื่อไม่ให้โรคกำเริบ และถ้าโรคกำเริบก็สามารถช่วยตนเองในการหยุดยั้งอาการกำเริบได้แต่เนิ่นๆ เป็นต้น
- ◆ “แผนรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” ของคณะกรรมการการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งจะประกอบด้วย
 - ระบบปฐมพยาบาล โดยผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้พบเห็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยการปลูกฝังความรู้ความสามารถในด้านนี้แก่ประชาชนตั้งแต่เยาว์วัย และถือเป็นหน้าที่ของทุกคนที่ต้องช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยมีบทลงโทษสำหรับผู้ที่ไม่ช่วยเหลือหรือเพิกเฉยต่อการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน และยกเว้นโทษสำหรับความผิดพลาดที่เกิดจากการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยความบริสุทธิ์ใจ เป็นต้น
 - ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน ตั้งแต่ระดับชุมชนและท้องถิ่นจนถึงระดับจังหวัด และประเทศ โดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องประสานกันให้เกิดเป็นระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินเพียงระบบเดียว หรือเป็นเครือข่ายกัน เพื่อให้สะดวกแก่การแจ้งเหตุ และการประสานงานที่เป็นเอกภาพ (ไม่ซ้ำซ้อน ขัดแย้ง แก่งแย่ง หรือเกี่ยงกัน) เป็นต้น
 - ระบบรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ โดยมีหน่วยเคลื่อนที่เร็ว หน่วยรถหรือเรือพยาบาลหรือโรงพยาบาลเคลื่อนที่ ที่พร้อมจะให้บริการตลอด ๒๔ ชั่วโมง มี “ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ในโรงพยาบาลเป็นผู้ควบคุมดูแล เป็นต้น
 - ระบบเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วย ที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และไปยังสถานพยาบาลเป้าหมายได้ โดยไม่มีการปฏิเสธการรับผู้ป่วย เนื่องจากมีระบบแจ้งเหตุและประสานงานล่วงหน้าที่มีประสิทธิภาพ และมีระบบประกันสุขภาพที่เสมอภาคและเป็นธรรม เป็นต้น
 - ระบบห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาล ที่มีแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ (ไม่ใช่แพทย์และพยาบาลจบใหม่) และมีความพึงพอใจในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีผลตอบแทนเต็มที่ตามลักษณะงานและผลงาน มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สมบูรณ์พร้อมสำหรับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สถานพยาบาลนั้นจะตรวจรักษาได้ มีการพัฒนา “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” และระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง มีการสำรองเตียงในหอผู้ป่วยเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง เป็นต้น
 - กองทุนสำหรับการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งสามารถเบิกจ่ายได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพที่จ่ายให้สถานพยาบาลต่างๆ เพื่อสำรองไว้ล่วงหน้าสำหรับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะ เป็นต้น

8. “ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ที่จะเอื้ออำนวยให้เกิด

- ◆ การป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ
- ◆ การป้องกันอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ◆ การรักษาพยาบาลที่เสมอภาค เป็นธรรม และไม่เป็นภาระแก่ผู้ป่วย และ สังคมจนเกินควร

ระบบประกันสุขภาพหลายระบบที่มีอยู่ในปัจจุบัน ควรจะปรับปรุงแก้ไขให้เป็นระบบเดียว หรือ ให้การคุ้มครองผู้ป่วย ประชาชน และ ชุมชน ในลักษณะเดียวกัน และไม่เหลื่อมล้ำกันจนเห็นได้ชัด

8.2 การผลิตบุคลากรสนับสนุนระบบ

การผลิตบุคลากรในระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้ อาจแบ่งเป็น 2 ระยะ ตามการพัฒนา ได้แก่

ก. ระยะเริ่มแรก

บุคลากรแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ชั่วคราว โดย

- แพทย์ ทำหน้าที่จัดวางระบบในพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย รับผิดชอบการให้บริการทางการแพทย์ ควบคุม และพัฒนาบริการ จัดการเรียนการสอน ขยายเครือข่ายและพื้นที่บริการให้ครอบคลุมและทั่วถึงประชากรทุกระดับ ในบางกรณีแพทย์อาจจำเป็นต้องออกไปปฏิบัติหน้าที่ในภาคสนาม บทบาทของแพทย์ในด้านปฏิบัติการจะค่อย ๆ ลดลงไปเรื่อย ๆ เมื่อสามารถผลิตและพัฒนาบุคลากรมาปฏิบัติแทน และสามารถพัฒนาแพทย์ให้เป็นแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) ด้วย
- พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้บริหารระบบ ให้บริการพยาบาลในระดับสูง เป็นวิทยากร ควบคุมคุณภาพ บริการ และกำกับดูแลผู้ให้บริการในระดับที่ต่ำกว่า บทบาทของพยาบาลในด้านปฏิบัติการจะค่อย ๆ ลดลง โดยปรับเปลี่ยนเป็นผู้กำกับดูแลคุณภาพ และเป็นวิทยากรในการจัดการเรียนการสอน และสามารถพัฒนาให้เป็นพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Nurse) ต่อไป
- เจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน ในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีหลักสูตรมาตรฐาน หน่วยงานฉุกเฉินแต่ละแห่งอาจอบรม ฝึกเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครให้มีความรู้ความสามารถที่จะปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ที่หน่วยนั้นต้องการ ซึ่งหลักสูตรต่าง ๆ ที่ใช้ ควรนำมารวบรวมจัดทำเป็นหลักสูตรมาตรฐานกลางสำหรับการฝึกอบรมต่อไป เจ้าหน้าที่ฉุกเฉินมีหน้าที่ช่วยเหลือแพทย์และพยาบาลในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน การตรึง การลำเลียงขนย้าย การรับขี้นยานพาหนะ และการสื่อสาร ในระยะยาวสามารถพัฒนาเป็นเวชกรฉุกเฉินได้

ข. ระยะหลัง

มีการผลิตบุคลากรจำเพาะด้าน ได้แก่

- ◆ เจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน (First Responder) เป็นเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของมูลนิธิหรือหน่วยงานด้านบริการประชาชน หรือประชาชนทั่วไปที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัคร (

ขั้นต่ำ 20 ชม.) และได้รับใบรับรองจากศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีบทบาทในการช่วยเหลืองานฉุกเฉินในการตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์และช่วยอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติการ

- ◆ เวชกรฉุกเฉิน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้
 - เวชกรฉุกเฉินขั้นต้น มีหน้าที่ ในการประเมินสภาพและช่วยในการดูแลผู้เจ็บป่วยโดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ระดับสูงกว่า มีความสามารถในการตรึง การลำเลียงขนย้าย การสื่อสารและการบันทึกข้อมูลเป็นอย่างดี เป็นผู้ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-Basic) 110 ชม. และได้รับใบอนุญาตจาก สำนักงานประจำจังหวัดหรือส่วนกลาง
 - เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-Intermediate) มีหน้าที่เช่นเดียวกับเวชกรฉุกเฉินขั้นต้นแต่ มีระดับความรู้ในทางลึกมากกว่า และสามารถช่วยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในระดับสูงกว่า ในการใช้เครื่องมือและปฏิบัติการที่มีความยากมากกว่า เป็นผู้ผ่านการศึกษาศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน (กึ่งชีพ) หรือเทียบเท่า (ใช้เวลาเรียน 2 ปี เทียบเท่าอนุปริญญา)
 - เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (EMT-Paramedic) มีหน้าที่ในการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุโดยอยู่ภายใต้ระบบการกำกับดูแลทางการแพทย์ โดยได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรฉุกเฉิน ผ่านการศึกษาในระดับปริญญาด้านเวชกรฉุกเฉินหรือเทียบเท่า (หลักสูตร 4 ปี หรือหลักสูตรเทียบความรู้เดิม)
- ◆ พยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Nurse) หรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จนสามารถให้การรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทัดเทียมกับแพทย์ทั่วไปใน ห้องฉุกเฉิน และสามารถบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลฉุกเฉินให้ดำเนินไปได้อย่างราบรื่น
- ◆ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) คือแพทย์ทั่วไปที่มีประสบการณ์ในการรักษาพยาบาลใน ห้องฉุกเฉินเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี หรือที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติในสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป เวช ศาสตร์ครอบครัว ศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ สูตินรีเวชศาสตร์ และ กุมารเวชศาสตร์ แล้วได้รับการฝึกอบรม เพิ่มเติมในด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินในส่วนที่ตนขาดแคลน จนสามารถสอบได้วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติบัตร สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินได้ และในระยะต่อไปจัดให้มีการฝึกอบรมสาขาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโดยตรงหลังจากจบการเป็นแพทย์ใช้ทุนแล้ว

8.3 การบริหารจัดการ

การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน จะดำเนินการได้เป็น 2 ระยะ คือ

- ก. ระยะสั้น โดยการปรับปรุง แก้ไข สิ่งที่มีอยู่ในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพิ่มขึ้น
- ข. ระยะยาว โดยพัฒนาระบบให้เป็นระบบที่มีมั่นคงถาวรตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ที่มีการกระจาย อำนาจ กระจายทรัพยากร และการบริหารจัดการลงสู่ท้องถิ่นเพิ่มขึ้นๆ โดยมีการจัดตั้ง "หน่วยฉุกเฉิน ชุมชน" ในชุมชน "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ในโรงพยาบาล และระบบเครือข่ายเชื่อมโยงระดับต่างๆใน ท้องถิ่นกับจังหวัดและส่วนกลาง โดยมีการจัดงบประมาณเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้ง และการ ดำรงอยู่ของระบบสุขภาพยามฉุกเฉิน ที่จะสามารถพัฒนาให้ก้าวหน้าขึ้นไปเรื่อยๆ

สิ่งที่มียุ่เดิม	การแก้ไขระยะสั้น	การแก้ไขระยะยาว
<p>ระบบปฐมพยาบาล ประชาชนให้การช่วยเหลือกันเองตามความรู้ที่มี จึงไม่มีระบบที่ชัดเจน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำและเผยแพร่ "แนวทางการปฐมพยาบาลสำหรับประชาชน" ซึ่งครอบคลุมการดูแลตนเองและผู้อื่นในภาวะฉุกเฉินต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ ในการจัดทำหลักสูตรการปฐมพยาบาลสำหรับเยาวชน ระดับต่างๆทั้งในระบบโรงเรียนและนอกโรงเรียน - จัดตั้งการฝึกอบรมการปฐมพยาบาลแก่ประชาชน โดยให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ และมีการฝึกอบรมทบทวนต่อเนื่อง
<p>ระบบแจ้งเหตุ 191 รับแจ้งเหตุเฉพาะด้านฉุกเฉินอื่นที่ไม่รวมการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดำเนินการโดยตำรวจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับระบบ 191 ให้สามารถรับแจ้งเหตุได้ทุกประเภทแยกเป็น 3 หมวดใหญ่คือ เพลิงไหม้ เจ็บป่วยฉุกเฉิน และอื่นๆ แล้วส่งต่อให้กับหน่วยที่เกี่ยวข้องทันที - หน่วยที่รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินคือกลุ่มอาสาสมัคร อปพร. ในชุมชน และโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งอยู่ใกล้เคียงกับที่เกิดเหตุ 	<p>จัดตั้ง "ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน" และจัดตั้ง "ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน" ในโรงพยาบาลเพื่อรับเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินจากศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน</p>
<p>ระบบรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มที่ทำงานอยู่เช่น กลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยของมูลนิธิชมรมของเอกชน หรือเป็นอาสาสมัครของตำรวจ หรือเป็นอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หรือตำรวจ - กลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้มักจะให้บริการสำเลียงผู้บาดเจ็บไปส่งยังโรงพยาบาลต่าง ๆ ด้วย แต่ไม่ได้ให้การปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายอาจไม่ถูกต้องและอาจเป็นอันตรายต่อผู้บาดเจ็บ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดการฝึกอบรมให้มีความรู้ความสามารถในด้านปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้าย - พัฒนา "แนวทางการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ" เพื่อให้อาสาสมัครและกลุ่มอื่นๆใช้ในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางอ้อม (indirect control) - โรงพยาบาลต่างๆจัดให้ระบบสื่อสารของตนเองสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยฉุกเฉินในชุมชนได้ เพื่อรับปรึกษา ให้คำแนะนำ และเตรียมพร้อมรับผู้ป่วยที่กำลังจะส่งมาถึง 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดตั้ง "หน่วยฉุกเฉินชุมชน" โดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่กู้ชีพและปฏิบัติงานในหมู่บ้านตามหลักสูตรมาตรฐานปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแลของศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (direct control) - จัด "หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินระดับสูง" ประกอบด้วยแพทย์หรือพยาบาลและเวชกรฉุกเฉิน ให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บหนักและไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้อย่างปลอดภัย - ฝึกอบรมเวชกรฉุกเฉินตามหลักสูตรมาตรฐาน เพื่อทำงานในศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

สิ่งที่มีอยู่เดิม	การแก้ไขระยะสั้น	การแก้ไขระยะยาว
<p>ระบบการรักษาในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี แพทย์ พยาบาล ประจำ การในห้องฉุกเฉิน แต่มักเป็น ผู้อ่อนประสบการณ์ ต้องการ การฝึกอบรมเพิ่มเติม - ผู้บริหารไม่ให้ความสนใจ ใน การพัฒนางานเวชศาสตร์ฉุกเฉินเท่าที่ควร - ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง ล่าช้า และถูกปฏิเสธการรักษาด้วย เหตุผลต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา "แนวทางการรักษา พยาบาลฉุกเฉิน" เพื่อให้แพทย์ พยาบาล ใช้ในการปฏิบัติ - พัฒนา "แนวทางการจัดบริการ ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ ต่างๆ" เพื่อให้แพทย์ พยาบาล นักบริหารใช้ในการพัฒนางาน บริการเวชศาสตร์ฉุกเฉินในทิศ ทางเดียวกัน - จัดการฝึกอบรมระยะสั้นสำหรับ แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่น และนักบริหาร เพื่อพัฒนางาน เวชศาสตร์ฉุกเฉิน - ให้แพทย์สภาออกกฎระเบียบ กำหนดว่า "ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกราย ควรถูกส่งไปยังโรงพยาบาลที่มี การบริการห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมและใกล้เคียงกับจุดเกิดเหตุที่สุด และโรงพยาบาลที่ได้รับผู้ ป่วยฉุกเฉินมีหน้าที่รับผิดชอบใน การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยไม่ สามารถปฏิเสธไม่ว่ากรณีใดๆทั้ง สิ้น หากมีความจำเป็นในการส่ง ต่อไปยังโรงพยาบาลอื่น โรง พยาบาลนั้นจะต้องจัดการส่งต่อ อย่างปลอดภัย" 	<ul style="list-style-type: none"> - ฝึกอบรมเฉพาะด้านเวช ศาสตร์ฉุกเฉินทางแก่แพทย์ พยาบาล เพื่อทำงานในห้อง ฉุกเฉิน และศูนย์เวชศาสตร์ ฉุกเฉิน - พัฒนาห้องฉุกเฉินระดับต่างๆ ตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น - พัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อ การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรง พยาบาลโดยศูนย์เวชศาสตร์ ฉุกเฉิน
<p>ระบบการป้องกันการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน</p> <p>ปัจจุบันมีคณะกรรมการป้องกัน อุบัติภัยแห่งชาติ (กปอ) และ สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุ และสาธารณสุข รับผิดชอบงาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำและเผยแพร่ "แนวทางการ ป้องกันการบาดเจ็บ" สำหรับ ประชาชน และสำหรับบุคลากรที่ ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัย - จัดทำและเผยแพร่ "แนวทางการ ป้องกันโรคฉุกเฉินที่พบบ่อย" สำหรับประชาชน และสำหรับ บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสา ทหารณสุข 	<p>-จัดตั้ง"คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน" และ " คณะกรรมการป้องกันและสร้าง เสริมสุขภาพ" ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งใน "คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ" ดำเนินการวางแผนทางและบริหารจัดการให้เกิดการป้องกันการบาดเจ็บ ป้องกันการเป็นโรค และป้องกันโรคกำเริบ</p>

8.4 งบประมาณสนับสนุนระบบ

ก. การประมาณการผู้ป่วยที่ให้บริการห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วยที่ให้บริการห้องฉุกเฉินสามารถประมาณได้จากผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรซึ่งส่วนใหญ่รับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่ห้องฉุกเฉิน

- จากรายงานหลายแหล่งพบว่าผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรเสียชีวิตปีละประมาณ 14,000-16,000 ราย (25/100,000) เป็นผู้ป่วยใน 220,000-250,000 ราย (300/100,000) และเป็นผู้ป่วยนอก 1,300,000-1,500,000 รายต่อปี
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรคิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด ดังนั้นผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมดประมาณ 3,000,000 รายต่อปี
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุคิดเป็นร้อยละ 42 ของผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน
- ดังนั้นประมาณได้ว่าผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน 6,000,000 รายต่อปี
- ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตร้อยละ 10 และผู้ป่วยเร่งด่วนร้อยละ 20

ข. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระดับโรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน

คนไทยใช้บริการห้องฉุกเฉิน 6 ล้านครั้งต่อปี เฉลี่ยค่ารักษา 2,785 บาท/ครั้ง คิดเป็น 16,710 ล้านบาท

ร้อยละ 45 ของผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องจ่ายเองทั้งหมด คิดเป็น 7,519 ล้านบาท

ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจำนวนนี้ต้องได้รับการครอบคลุมจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ค. งบประมาณดำเนินการสำหรับหน่วยฉุกเฉินชุมชนและศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(ไม่รวมงบประมาณลงทุน)

◆ งบประมาณดำเนินการศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

บุคลากรประจำศูนย์ (จนท. 2 แพทย์ หรือ พยาบาล 1) 200 บาท/ชั่วโมง คิดเป็น 4,800 บาท/วัน

โดยประมาณว่าจะมีการจัดตั้ง 100 ศูนย์ทั่วประเทศ

ดังนั้นงบประมาณดำเนินการ คิดเป็น 175 ล้านบาทต่อปี

◆ งบประมาณดำเนินการหน่วยฉุกเฉินระดับสูง

บุคลากรประจำรถ (พยาบาล 1 เจ้าหน้าที่ฉุกเฉิน 2) 200 บาท/ชั่วโมง คิดเป็น 4,800 บาท/วัน

ค่าสีกหรือรถพยาบาล 2 ล้านบาท / (365 วัน x 5 ปี) คิดเป็น 1,096 บาท/วัน

ค่าน้ำมัน 36 กม./ราย (ไป-กลับ) 6 ราย/วัน (ค่าสูงสุด) รถใช้น้ำมัน 10 กม./ลิตร น้ำมันลิตรละ 15 บาท

คิดเป็น 324 บาท/วัน

ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์และยา 100 บาท/ครั้ง

คิดเป็น 600 บาท/วัน

รวม 6,820 บาท/วัน หรือ 1.136 บาท/ราย

◆ งบประมาณสนับสนุน "หน่วยฉุกเฉินชุมชน"

1. ดำเนินการโดยชุมชนเอง ไม่มีเงินสนับสนุนบุคลากรประจำสำนักงาน แต่อาจมีการสนับสนุนในการก่อสร้างสำนักงาน เครื่องมือสื่อสาร รถพยาบาลเบื้องต้น
2. ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติงาน
ค่าสีกหรือรถนำส่ง 8 แสนบาท/(365 วัน x 5ปี) คิดเป็น 438 บาท/วัน
หรือ 70 บาทต่อราย
ค่าน้ำมัน 36 กม./ราย (ไป-กลับ) 12 ราย/วัน (ค่าสูงสุด) รถใช้น้ำมัน 10 กม/ลิตร น้ำมันลิตรละ 15 บาท
คิดเป็น 650 บาท/วัน
หรือ 55 บาท/ราย
ค่าอุปกรณ์ทางการแพทย์และยา 100 บาท/ครั้ง คิดเป็น 1,200 บาท/วัน

รวม 2,288 บาท/วัน หรือ 190 บาท/ราย

- ◆ ประชาชนไทยใช้บริการห้องฉุกเฉิน 6 ล้านครั้งต่อปี ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยเร่งด่วน หรือประมาณ 1.2 ล้านราย ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องฉุกเฉิน เป็นผู้ป่วยวิกฤต หรือประมาณ 600,000 ราย

ถ้ากำหนดหลักการว่า ผู้ป่วยเร่งด่วนทุกรายต้องได้รับการนำส่งจากหน่วยฉุกเฉินชุมชน และผู้ป่วยวิกฤตทุกรายได้รับการดูแลจากหน่วยฉุกเฉินระดับสูง จะต้องใช้งบประมาณ 230 + 682 ล้าน บาท รวมเป็น 912 ล้านบาทต่อปี และรวมงบประมาณดำเนินการของศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอีกปีละ 175 ล้านบาท รวมทั้งสิ้นเป็น 1,087 ล้านบาท ต่อ ปี

งบประมาณดำเนินการนี้คิดเฉลี่ยต่อประชาชนทั้งประเทศเป็น 18 บาทต่อคนต่อปี

นั่นคือเงิน 18 บาทต่อคนต่อปีนี้จะสร้างหลักประกันให้ประชาชนไทยทุกคน ได้รับการนำส่งโรงพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยประชาชนที่เจ็บป่วยวิกฤตจะได้รับการดูแลภาวะฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุโดยทีมบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมให้ทำการรักษาพยาบาลฉุกเฉินได้ด้วย

สรุป

งบประมาณในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพยามฉุกเฉิน

1. งบประมาณสำหรับค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล 16,710 ล้านบาทต่อปี
2. งบประมาณดำเนินการศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และหน่วยฉุกเฉินชุมชน 1,087 ล้านบาทต่อปี

ไม่รวมงบประมาณลงทุน งบประมาณการฝึกอบรม งบประมาณของศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน งบประมาณระบบปฐมพยาบาล และงบประมาณระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. นพดล กรรณิกา. บทสรุปและข้อเสนอแนะจากการวิจัยภาคสนาม เรื่องการสำรวจสภาพการบริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน. กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงานเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ. ใน : สมชาย กาญจนสุด, บรรณาธิการ. การประชุมเวชศาสตร์ฉุกเฉินครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 28 - 29 สิงหาคม 2543 ณ โรงแรมบางกอกพาเลซ. กรุงเทพฯ : 99 - 108.
2. ศุภสิทธิ์ พรธนาบุญไธย. ความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
3. Suriyawongpaisal P, Wanwarie S. Coverage of public reimbursement scheme for traffic victims in Thailand. J Med Assoc Thai 1997; 80 (6) : 91 - 5.
4. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542. การวิเคราะห์ภาวะโรคปี 2541.
5. จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ, 2543 : 5 - 37, 210 - 29.
6. โครงการเฝ้าระวังการบาดเจ็บระดับจังหวัด พ.ศ. 2541. รายงานจากโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ 3 แห่ง(ราชวิถี เลิศลิน นพรัตน์ราชธานี) และโรงพยาบาลในอีก 12 จังหวัดทั่วประเทศ (นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี เชียงราย ลำปาง นครสวรรค์ ระยอง จันทบุรี ราชบุรี นครศรีธรรมราช หาดใหญ่ ยะลา) อ้างไว้ใน 5.
7. สันต์ หัตถิรัตน์. ตรวจสอบสุขภาพเพื่อแพทย์หรือประชาชน. แพทยสมาคม 2520 ; 6(7) : 339 - 50.
8. สุรจิต สุนทรธรรม. การประเมินคุณค่าของมาตรการที่ใช้ในการตรวจและการส่งเสริมสุขภาพ. คลินิก 2543 ; 16(8) : 523 - 33.
9. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การตรวจคัดกรองสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ. คลินิก 2543 ; 16(10) : 672-85.
10. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ. รายงานการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการประเมินผลการรักษาพยาบาลจากอุบัติเหตุจราจรก่อนถึงโรงพยาบาล. ฝ่ายทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ, 2539.
11. สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย. สถิติอุบัติเหตุและสาธารณภัยในประเทศไทย พ.ศ.2539-2540. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2542.

เอกสารประกอบการประชุม

1. นพดล กรรณิกา. บทสรุปวิเคราะห์ และข้อเสนอจากการวิจัย เรื่อง โครงการสำรวจสภาพการบริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน: กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินทั่วประเทศ
2. พจสนา บุญทอง. ปัญหาและความคาดหวังต่อระบบบรรเทาทุกข์และคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. สมาน วงศ์ราษฎร์. เอกสารแนวคิด: เรื่องการใช้อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนในระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แหล่งเงินทุน.
5. สันต์ หัตถิรัตน์. เจ็บป่วยฉุกเฉิน..ทำอย่างไร
6. สันต์ หัตถิรัตน์. เจ็บป่วยฉุกเฉินยามนี้จะมีใครได้
7. สันต์ หัตถิรัตน์. ประเด็นสำคัญสำหรับ "พรบ.สุขภาพแห่งชาติ"

8. สันต์ หัตถิรัตน์. การปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน
9. สันต์ หัตถิรัตน์. ระบบป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
10. สันต์ หัตถิรัตน์. "พรบ.สุขภาพแห่งชาติ" และการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน
11. สันต์ หัตถิรัตน์. ระบบรักษาพยาบาลยามฉุกเฉิน
12. บุญเลิศ จุลเกียรติ. แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพยามฉุกเฉิน
13. ชัยวัน เจริญโชคทวี. ระบบแจ้งเหตุประสาน
14. ชัยวัน เจริญโชคทวี. กลยุทธ์และแผนงานในการดำเนินการด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร
15. สมชาย กาญจนสุต. แนวทางการพัฒนาโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
16. สมชาย กาญจนสุต. หลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน
17. พินัย โภษะไพฑูรย์. ระบบจัดการเพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพฉุกเฉินระยะยาว
18. พินัย โภษะไพฑูรย์. การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการดำเนินงาน EMS
19. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. เวชศาสตร์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล.
20. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา
21. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, สมชาย กาญจนสุต, วัลลภ จิระสิริวัฒน์. การสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน จากแนวคิดของ "พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน"
22. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, สมชาย กาญจนสุต, วัลลภ จิระสิริวัฒน์. การสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพฉุกเฉิน จากแนวคิดของ "ผู้ปฏิบัติงานกู้ภัยและกู้ชีพ"
23. อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. โครงสร้างการวิจัยเรื่องการสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บสำหรับประเทศไทย