

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์
การชุมนุมทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร

โดย

พันเอก ต่างแดน พิศาลพงศ์
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักรภาครัฐร่วมเอกชน รุ่นที่ 26
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช 2556-2557

บทคัดย่อ

เรื่อง การศึกษาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุม
ทางการเมืองในเขตกรุงเทพมหานคร

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

ผู้วิจัย พ.อ.ต่างแดน พิศาลพงศ์

หลักสูตร ปรอ. รุ่นที่ 26

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างประเทศบางประเทศ ศึกษา วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการพัฒนาการบริการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๘ คน และวิเคราะห์ผลในรูปของการบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการพัฒนาการบริการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินใน สถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้านระบบการรับแจ้งเหตุ และการตรวจสอบสถานการณ์ ควรมีแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ ที่ครอบคลุมทุกฝ่าย และมีช่องทางการติดต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว

ด้านระบบการประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่าง ๆ ควรเป็นมติ ของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้านระบบการสื่อสาร กทม. ควรเตรียมความพร้อมระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ในกรณีสถานการณ์รุนแรง หรือวิกฤต

ด้านระบบการจัดตั้งศูนย์อำนวยความสะดวกและสั่งการ กทม. ควรมีการประชุมร่วมกับศูนย์ ปฏิบัติการส่วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ผู้ปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอตามความ เหมาะสม การสั่งการต้องเป็นระบบ และชัดเจน

ด้านระบบการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า และหน่วยปฏิบัติการต่าง ๆ มีความ เหมาะสมคืออยู่แล้ว

ด้านระบบการระดมทรัพยากร และการหมุนเวียนบุคลากร ควรใช้ทรัพยากรในพื้นที่ กรุงเทพมหานครอย่างมีประสิทธิภาพ การมีแนวทางการนำทรัพยากรนอกกรุงเทพมหานครมาใช้ เมื่อมีความจำเป็น

ด้านการรักษาความปลอดภัย การจราจร และการควบคุมฝูงชน ควรมีสัญลักษณ์ที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระบบ ควรมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ทหาร เรื่องการจราจร

ด้านการดูแลผู้ชุมนุม ควรมีการดูแลผู้ชุมนุมทุกฝ่าย และเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย เฉพาะการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บที่เป็นภาวะฉุกเฉิน

ด้านการบริการจัดการและการสนับสนุนต่าง ๆ กทม. ควรได้รับอนุมัติงบประมาณในการเตรียมความพร้อมและส่งกำลังบำรุงให้กับหน่วยปฏิบัติการต่าง ๆ

ด้านระบบการประชาสัมพันธ์ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ด้านระบบการเก็บ/บันทึกข้อมูล มีความเหมาะสมอยู่แล้ว

ด้านการวิเคราะห์ การประเมินผล และการปรับปรุงแผน ควรมีการวิเคราะห์ และประเมินผล ซึ่งนำมาปรับปรุงแผนสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป และควรมีการซ่อมแผนร่วมกันของหน่วยต่าง ๆ เพื่อให้การบูรณาการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา การที่การชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นภายใต้ความขัดแย้งความเป็นกลางของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการนำมาซึ่งแหล่งข่าว ความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ตลอดจนความปลอดภัยงานของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการที่หน่วยแพทย์ต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน กทม. ควรใช้โอกาสนี้ในการบูรณาการ การใช้บุคลากร และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อวางแผน มีการซ่อมแผนร่วมกันของหน่วยต่าง ๆ และเมื่อมีการบูรณาการการทำงานของหน่วยต่าง ๆ การติดต่อสื่อสาร การส่งกำลังบำรุง เป็นเรื่องสำคัญในการนำมาซึ่งความสำเร็จของการปฏิบัติงาน

ก

คำนำ

การชุมนุมภายใต้ความขัดแย้งทางการเมือง เป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งต่อความมั่นคงของ ประเทศ ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินเป็นอันมาก การเตรียมความพร้อมทาง การแพทย์เพื่อรองรับสถานการณ์การชุมนุมดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะสามารถ ลดอัตราการตาย อัตราความพิการ และทุพพลภาพลงได้ การศึกษาการบริหารจัดการการแพทย์ ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะทำให้ทราบถึงปัญหา ข้อขัดข้อง และอุปสรรคต่างๆ ในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุง พัฒนาการ บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ดียิ่งขึ้น

พ.อ.

(ต่างแดน พิศาลพงศ์)

นักศึกษาหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร ปรอ. รุ่นที่ 26

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	3
ขอบเขตของการวิจัย	3
วิธีการดำเนินการวิจัย	4
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	4
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	6
แนวคิดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	6
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา	13
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ	20
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส	25
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร	31
บทที่ 3 การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์	
การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร	46
ความเป็นมา	46
ศูนย์การปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร	48

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	58
ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ	59
บทที่ 5 สรุปและข้อเสนอแนะ	64
สรุป	64
ข้อเสนอแนะ	65
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	67
แบบสอบถามที่ใช้	68
ประวัติย่อผู้วิจัย	71

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
2-1	การให้บริการรถพยาบาล	23
2-2	หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ	41

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่		หน้า
2-1	สัญลักษณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	12
2-2	ขั้นตอนของกระบวนการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา	14
2-3	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส	27
2-4	โครงสร้างการรับแจ้งเหตุและสั่งการของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)	32
2-5	ขั้นตอนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร	36
2-6	ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงิน	39
2-7	แสดงโครงสร้างการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร	43
3-1	แผนการปฏิบัติ	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย ในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมามีปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง เป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งต่อความมั่นคงของประเทศ และทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อสังคมและประเทศชาติ การแบ่งแยกประชาชนออกเป็นกลุ่มต่างๆ มีการชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ขณะเดียวกันความขัดแย้งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น ความสูญเสียก็มีแนวโน้มที่จะมากขึ้นตามไปด้วยความสูญเสียไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มใด ฝ่ายใดก็ตามจะเปรียบเสมือนแผลเป็นที่จะทำให้ความขัดแย้งที่มีอยู่กลายมายิ่งขึ้นและยากต่อการเยียวยาแก้ไข ความสูญเสียที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งคือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ การทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับฝ่ายผู้ชุมนุมกลุ่มใด หรือฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ตาม การที่จะลดความสูญเสียดังกล่าวให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ต้องมีการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์ เพื่อรองรับสถานการณ์การชุมนุมดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพก่อนถึงสถานพยาบาล จะสามารถลดอัตราการตาย อัตราความพิการ และทุพพลภาพได้ เพราะช่วงเวลาก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้นเป็นช่วงเวลาสำคัญ หรือที่เรียกว่า Golden hour ของการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินอันจะทำให้ผู้ป่วยนั้นรอดชีวิตได้มากกว่า

สำหรับระบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครได้จัดตั้งหน่วยแพทย์กู้ชีวิตครั้งแรกที่ วชิรพยาบาล ในปีพ.ศ.2537 และต่อมาได้ขยายไปยังโรงพยาบาล สังกัด กทม. ทั้ง 9 แห่ง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัย ได้กว้างขวางขึ้น ต่อมาในปีพ.ศ.2543 ได้มีการจัดตั้งศูนย์เอราวัณขึ้น เพื่อรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งการดำเนินงานในระยะแรกยังไม่เป็นระบบที่ดี ประสบปัญหาความซ้ำซ้อน ขาดความเป็นเอกภาพ อันเนื่องมาจากสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีหลายหน่วยงาน ทั้งจากภาครัฐ และภาคเอกชน ตลอดจนมูลนิธิและกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภารกิจและกฎหมายเฉพาะของตนเอง โดยขาดการบูรณาการร่วมกัน

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครในอดีต ยังเป็นในลักษณะที่สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ต่างคนต่างดำเนินการ ไม่มีระบบที่ดี เกิดความซ้ำซ้อน การส่งต่อผู้ป่วยมีความล่าช้า และการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ไม่เหมาะสม และไม่มีประสิทธิภาพ เช่นในสถานการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 (วันมหาวิปโยค) สถานการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ.2519 หรือสถานการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ.2535 ก็ตามเมื่อมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก แต่การช่วยเหลือยังไม่มีระบบที่ดีมีประสิทธิภาพ การสูญเสียที่เกิดขึ้นก็มีมากใน ปี พ.ศ.2551 ได้มีการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยเพื่อต่อต้านรัฐบาลขณะนั้น หน่วยงานทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้มีการรวมตัวกัน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครขึ้น ภายใต้การนำของสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองภายใต้ความขัดแย้งเป็นไปอย่างเป็นระบบ มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นกลางในการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายใดกลุ่มใด ซึ่งหน่วยงานที่เข้าร่วมในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ได้แก่

1. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
4. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย

6. โรงพยาบาลรามธิบดี
7. โรงพยาบาลศิริราช
8. โรงพยาบาลตำรวจ
9. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก
10. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

การปฏิบัติงานในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่จัดขึ้นในครั้งนี้ ได้เป็นไปอย่างมีระบบ ช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อน มีความเป็นเอกภาพ มีความชัดเจนเรื่องความเป็นกลาง มีการบูรณาการทั้งคนและทรัพยากรร่วมกัน ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ภายใต้ความขัดแย้งเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิต

ของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ชุมนุมกลุ่มใดหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานยังพบปัญหาอุปสรรค หลายประการ ซึ่งถ้าได้มีการศึกษาวิเคราะห์และปรับการปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จะทำให้การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองภายใต้ความขัดแย้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ในพื้นที่กรุงเทพมหานครในอดีต ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบันของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. เสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ จะทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วยแนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานสากล เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. เอกสารที่บันทึก สรุปรูป หรือถอดบทเรียน เกี่ยวกับการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน
2. แนวทางการปฏิบัติตามมาตรฐานสากลของต่างประเทศ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
4. แนวคิดของผู้ทรงคุณวุฒิ

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เฉพาะกรณีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Emergency Medical Service)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิเคราะห์กระบวนการ รูปแบบ และการปฏิบัติของการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ผ่านมา ตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน เปรียบเทียบกับการปฏิบัติในต่างประเทศบางประเทศ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนผู้รับผิดชอบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสำหรับ ประเทศไทย

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้เรียนรู้ความเป็นมา ตลอดจนแนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. ได้ข้อเสนอแนะแนวทางในการพัฒนาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

คำจำกัดความ

อุบัติเหตุ	หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ไม่ได้คาดหวังไว้ล่วงหน้าหรือไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ คือมีผู้บาดเจ็บหรือถึงแก่ชีวิต หรือความสูญเสียด้านทรัพย์สินร่างกาย
อุบัติเหตุ	หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่คาดคิดมาก่อน ไม่ได้ตั้งใจให้เกิด ทำให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินอันตรายต่อร่างกายและจิตใจ หรืออาจทำให้เสียชีวิตด้วย
ผู้ป่วยฉุกเฉิน	หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Pre-hospital Emergency Medical Service)

หมายถึง บริการทางการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล ครอบคลุมระบบปฐมพยาบาล ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินระบบการให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน ระบบรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาลรวมทั้งระบบการจัดหน่วยปฏิบัติการไปช่วยเหลือและดูแล และลำเลียงขนย้ายนำผู้ป่วยส่งมอบไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Pre-hospital Emergency Medical Service System)

หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพในระยะเวลาอันรวดเร็ว ตลอด 24 ชั่วโมง

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร มีแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อาทิ

1. แนวคิดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ
4. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร

แนวคิดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ความหมายของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Pre-hospital Emergency Medical Service)

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับในประเทศไทยได้มีผู้ให้คำจำกัดความของบริการการแพทย์ฉุกเฉินหลายท่าน ซึ่งการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือที่เรียกง่าย ๆ ว่าหน่วยกู้ชีพ นั้น เป็นการบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน โดยมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ ก่อนนำส่งโรงพยาบาลต่อไป โดยบุคลากรที่ให้การรักษา นั้นอาจเป็นแพทย์หรือพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ สำหรับบางนิยามการบริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ถูกมองในเชิงกระบวนการโดยกล่าวได้ว่าเป็นการบริการผู้ได้รับบาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติโดยครอบคลุมกระบวนการตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การให้คำแนะนำปรึกษา การดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การลำเลียงขนย้ายและนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมอย่างปลอดภัย นอกจากนี้อาจนิยามครอบคลุมไปถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในสถานพยาบาล จนกระทั่งฟื้นภาวะฉุกเฉิน

ในต่างประเทศก็ได้มีการนิยามการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อบริการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนขนย้ายผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับคนและองค์กรต่างๆ

จากที่ได้ศึกษาความหมายของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อาจสรุปได้ว่า การบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น หมายถึง การบริการประสานรับแจ้งเหตุ การให้ความช่วยเหลือ แนะนำดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้น การให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้บาดเจ็บที่เกิดเหตุ และลำเลียงขนย้ายไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว และปลอดภัย

2. แนวคิดการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล

แนวคิดนี้เป็นการเน้นการบริการในเชิงรุก (Proactive) เพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในขั้นต้น มี 2 ระบบ ได้แก่

2.1 Scoop and Run เป็นแนวคิดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้ถึงห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุด แนวคิดนี้เป็นตัวแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในแองโกลอเมริกัน (Anglo - American model of Emergency) เน้นการนำส่งให้เร็วที่สุดและดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุเท่าที่จำเป็น

2.2 Stay and Play เป็นแนวคิดที่ใช้หลักการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินไปหาผู้ป่วยเป็นตัวแบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบฝรั่งเศสเยอรมัน (Franco-German model of Emergency Care) โดยได้รับอิทธิพลจากการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก มีจุดเน้นที่การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

3. วัตถุประสงค์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นโดยหลักการพื้นฐานในเรื่องการให้ความช่วยเหลือดูแล รักษา ปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อป้องกันและรักษาชีวิตจากการได้รับบาดเจ็บ หรือภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ (Health care system)

4. องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระบบที่มีความซับซ้อน แต่ละองค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีบทบาทที่สำคัญในการปฏิบัติงานในด้านการประสานงาน และระบบการดูแลรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

4.1 ระบบการแจ้งเหตุ คือการจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการแจ้งต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินไปดูแล หรือการจัดหยานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเดียว ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จดจำได้ง่าย โดยผู้แจ้งเลขสามารถใช้บริการโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ที่ได้รับทราบโดยเร็วที่สุด โดยศูนย์นี้จะต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นได้ ประจําการที่ศูนย์ดังกล่าว และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจําการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

4.2 ระบบการสื่อสาร ได้แก่การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ให้บริการและระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่สถานที่ใด ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยในแต่ละรายได้ดี

4.3 บุคลากรและการอบรม ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในระบบว่าจะกำหนดให้ใคร ทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคตเพื่อหาความเหมาะสมที่ดีกว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ มีดังนี้

4.3.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับแพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบและการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

4.3.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอน และพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชนเป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการบริหารจัดการ การลำเลียงขนย้าย การสื่อสาร และ ACLS

4.3.3 เวชกรฉุกเฉิน มีการแบ่งเป็นระดับต่างๆ ประกอบด้วย เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic) เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate) เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (EMT-paramedic) โดย 2 ระดับแรกคือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน และขั้นกลางนั้นจะปฏิบัติหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในหน่วยบริการระดับ BLS (Basic Life Support) ส่วนเวชกรฉุกเฉินขั้นสูงจะปฏิบัติหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในหน่วยบริการระดับ ALS (Advanced Life Support)

4.3.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่ที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือ และบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกທີ່ไปถึงที่เกิดเหตุ และมีความสามารถในการประเมินสภาพผู้ป่วยในระดับที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษายาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเองได้ แต่หากพบว่ามี ความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

4.3.5 ประชาชนทั่วไป เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยนำภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย ซึ่งต้องมีการอบรมประชาชนให้มีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการขอความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตนเพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน

4.4 กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษายาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่างๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของหน่วยงานระดับกระทรวง แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับ

4.5 การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่างๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเช่นภาษีเหมาจ่าย ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นและให้ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน งบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งใน ด้านครุภัณฑ์บุคลากรและระบบ

4.6 การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมคุณค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานมากเกินไปเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

4.7 การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง

4.8 มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและ โครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน เพื่อความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังนั้นการกำหนดมาตรฐานกลางขึ้นในหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วม ในขณะเดียวกันแต่ละท้องถิ่นควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเองเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

4.9 ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำ สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น

4.10 การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่างๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันท่วงที และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

4.11 การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสาร หรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

4.12 การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มีการเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิด และมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

5. ขั้นตอนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวได้ว่าเป็นการเข้ามาทำให้หลักการพื้นฐานให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยจะช่วยรักษาชีวิต ป้องกันภัย อันตรายต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีขั้นตอนหลักๆ ดังต่อไปนี้

5.1 ขั้นพบเหตุ (Detection) เป็นขั้นตอนการสำรวจ ตรวจสอบ และรับรู้ว่ามีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นเราไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การจัดให้ผู้มีความรู้มีความสามารถในการตัดสินใจในการแจ้งเหตุ เป็นเรื่องที่สำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่ง โดยในขั้นนี้ผู้ที่เกี่ยวข้องอาจเป็นผู้เจ็บป่วย หรือญาติผู้ป่วย อาสาสมัคร บุคคลทั่วไปที่พบเหตุฉุกเฉิน

5.2 ขั้นการรายงานเหตุ (Reporting) เป็นขั้นตอนการแจ้ง ให้ข้อมูล การรายงานเหตุที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การหาแนวทางแก้ไข ป้องกัน อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

5.2.1 ศูนย์รับแจ้งเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง

5.2.2 เครื่องมือ อุปกรณ์สื่อสารต่างๆ

5.2.3 ความรู้ของผู้แจ้งเหตุ

5.3 ขั้นตอนการสั่งการ (Response) เป็นขั้นตอนการสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการ หน่วยกู้ชีพออกปฏิบัติงานไปถึงจุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็ว โดยปกติจะแบ่งหน่วยปฏิบัติการหรือหน่วยกู้ชีพออกเป็น 2 ระดับ คือ ระบบ ALS : Advanced Life Support และระดับ BLS : Basic Life Support ซึ่งหน่วยปฏิบัติการหรือหน่วยกู้ชีพเหล่านี้จะกระจายอยู่ในทุกพื้นที่ และต้องมีอุปกรณ์สื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อที่จะสามารถติดต่อสื่อสารรับคำสั่งให้ออกปฏิบัติงานจากศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งต้องเป็นหน่วยในการคัดแยกระดับความรุนแรง เพื่อสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

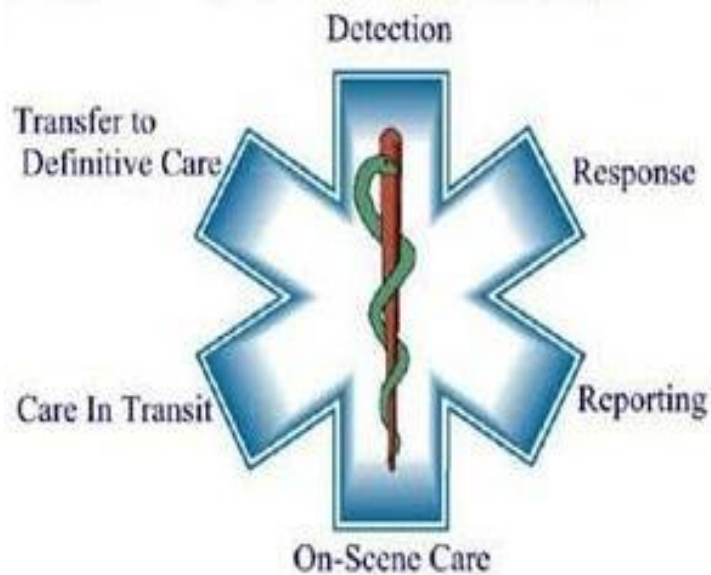
5.4 ขั้นการบริการรักษาพยาบาล (On Scene Care) ขั้นตอนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุอย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ โดยเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพอาสาสมัครต้องมีความรู้ ความสามารถ มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ควบคุมระบบ

5.5 ขั้นการขนย้ายลำเลียง (Care in Transit) ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างขนย้ายลำเลียงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล โดยรถพยาบาลระดับต่างๆ (BLS/ALS) ที่มีความเหมาะสม โดยผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีอย่างดี และต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ

5.6 ขั้นการนำส่ง (Transfer to Definitive Care) ขั้นตอนการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยทีมแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ พร้อมอุปกรณ์การรักษายาบาลที่มีความเหมาะสม โดยจะต้องใช้ดุลพินิจพิจารณาความเหมาะสมของโรงพยาบาลที่จะนำส่งว่าสามารถทำการรักษาผู้ป่วยได้หรือไม่ หากโรงพยาบาลที่นำส่งนั้นขาดความพร้อมไม่ว่าจะด้านบุคลากร หรือเครื่องมืออุปกรณ์ ก็จะทำให้เกิดการเสียชีวิต หรือพิการโดยไม่จำเป็นได้

ทั้งนี้ขั้นตอนที่กล่าวมาทั้งหมดนี้เป็นขั้นตอนการช่วยชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ละขั้น ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เรียกว่า “Star of Life” ดังภาพที่ 2-1

แผนภาพที่ 2-1 สัญลักษณ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



ที่มา : ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา

1. ความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา

การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในยุคแรกเริ่มนั้นเป็นแนวคิดการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล โดยมีที่มาจากสงครามกลางเมืองเมื่อปี ค.ศ.1861 ที่ใช้ม้าเป็นสัตว์พาหนะลากคนเจ็บออกจากสนามรบ จุดเริ่มต้นที่แท้จริงของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดขึ้นในปี ค.ศ.1909 โดย Julian Wise อายุ 9 ขวบ ได้พบเห็นผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางน้ำโดยบังเอิญและไม่มีผู้ใดให้ความช่วยเหลือทำให้ Julian Wise นำเอาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ไปค้นหาแนวทางวิธีการให้ความช่วยเหลือคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยในปี ค.ศ.1928 Julian Wise ก็ประสบความสำเร็จในการรวบรวมอาสาสมัครมาเป็น “Roanoke Life Saving and First Aid Crew” โดยได้สร้างผลงานการช่วยชีวิตจนหน่วยงานราชการท้องถิ่นให้ความสนใจและให้การสนับสนุน ซึ่งถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการกู้ภัยและ EMS สมัยใหม่ และในปี ค.ศ.1966 NAS (The National Academy of Sciences) ได้เผยแพร่เอกสารวิจัยชิ้นหนึ่งชื่อว่า Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society ซึ่งเป็นการเน้นย้ำให้เห็นความสำคัญโดยมีหลักฐานยืนยันว่าระบบ EMS สามารถเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตในผู้ป่วย และบาดเจ็บฉุกเฉินก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

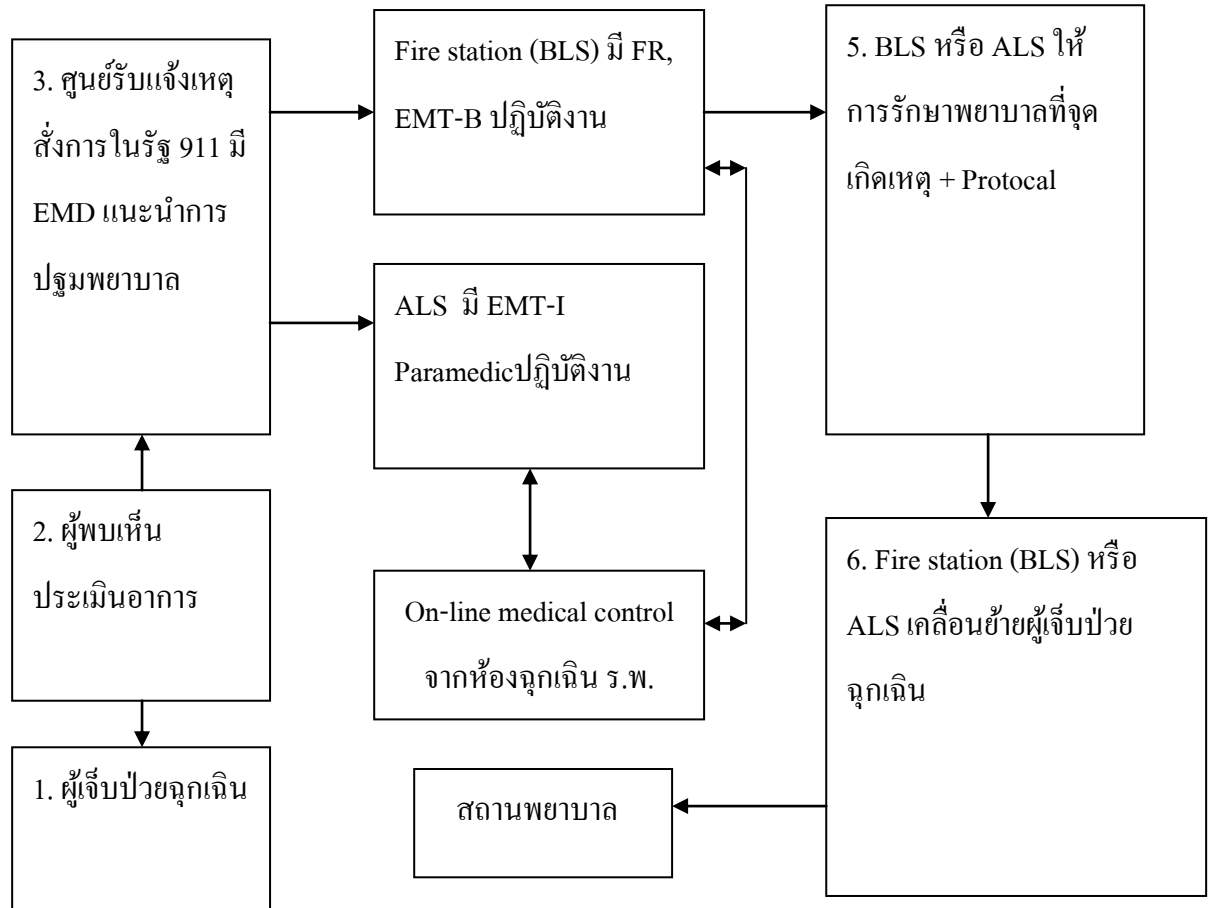
นับแต่นั้นมา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้รับการพัฒนา มีการออกกฎหมายควบคุมดูแลมาตรฐานของรถพยาบาล วิธีการปฏิบัติงานที่เป็นขั้นตอน (Protocal) และหลักสูตรบุคลากรหลายระดับ เช่น เจ้าหน้าที่กู้ชีพที่เรียกกันว่า Emergency Medical Technician (EMT) และนักกู้ชีพ (Paramedic) เพื่อใช้เป็นมาตรฐานหน่วย EMS ทั่วประเทศ จนหลายประเทศได้นำแนวคิดดังกล่าวไปดัดแปลงใช้ โดยเฉพาะในทวีปอเมริกาและยุโรป

2. องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา

2.1 ระบบการแจ้งเหตุ

มีศูนย์รับแจ้งเหตุผ่านระบบ 9-1-1 ให้บริการรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ได้รับบาดเจ็บ เพื่อส่งการให้ออกปฏิบัติการอย่างรวดเร็ว ซึ่งพนักงานรับแจ้งเหตุจะทำการรวบรวมข้อมูล รวมถึงสถานที่เกิดเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้น โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้จะอนุญาตให้เวชกรฉุกเฉินแนะนำวิธีการช่วยเหลือ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ผ่านระบบโทรศัพท์ ก่อนที่หน่วยปฏิบัติการจะไปถึงที่เกิดเหตุ

แผนภาพที่ 2-2 ขั้นตอนของกระบวนการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลใน
ประเทศสหรัฐอเมริกา



ที่มา : สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550.

2.2 ระบบการสื่อสาร

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้การสื่อสารรับแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 9-1-1 โดยหมายเลขดังกล่าวสามารถใช้งานได้คิดเป็นร้อยละ 99 ของประชากรทั้งหมดในประเทศสหรัฐอเมริกา และครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 96 ของประเทศ โดยเป็นหมายเลขที่สามารถนำมาใช้เป็นเบอร์โทรศัพท์ที่เข้าถึงบริการฉุกเฉินอื่นๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยดับเพลิง ตำรวจ หรือหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมืองชิคาโกเป็นพื้นที่แรกที่นำมาพัฒนาระบบ 9-1-1 ให้สามารถระบุหมายเลขโทรศัพท์ (ANI : Automatic number identity) ที่ติดต่อเข้ามาและระบุสถานที่ (ALI : Automatic location identity) ที่ผู้ใช้บริการติดต่อเข้ามาให้ปรากฏบนคอมพิวเตอร์ของพนักงานรับแจ้งเหตุ (Dispatcher) โดยอัตโนมัติที่ศูนย์รับแจ้งเหตุ

เรียกระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ว่า ระบบ Enhanced 9-1-1 (9-1-1 E) ระบบนี้ได้แพร่หลายไปในบางรัฐ และชุมชนชนเมือง อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่ตามชนบท ยังไม่มีระบบ 9-1-1 ใช้ จึงยังไม่สามารถเข้าถึงระบบการให้บริการฉุกเฉินได้ทันทียังใช้การติดต่อจากหมายเลขโทรศัพท์ 7 หลัก ติดต่อขอรับบริการไปยังหน่วยงานต่างๆ อย่างไรก็ตามพบว่าในการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาล สถานีตำรวจ ยังมีข้อจำกัดอยู่ ก่อให้เกิดการขาดการประสานงาน ระหว่างบุคลากร EMS ทั้งนี้เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาไม่ได้ติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารที่จัดซื้อตั้งแต่ทศวรรษที่ 1970 และไม่เคยมีการพัฒนาศักยภาพ (Upgrade) ก่อให้เกิดช่องว่างในการนำข้อมูลดิบที่ได้รับนำมาประมวลผลเป็นข้อมูลที่สามารถนำมาใช้งานได้ นอกจากนี้จากการที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะจากทางรัฐบาลกลาง รัฐบาลท้องถิ่น หน่วยดับเพลิง ภาคเอกชน เป็นต้น ล้วนทำให้การติดต่อสื่อสารและการเชื่อมโยงข้อมูลเป็นไปได้ยาก

2.3 บุคลากรและการฝึกอบรม

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วย

2.3.1 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) เป็นเหล่าอาสาสมัครให้การปฐมพยาบาล รักษาขั้นพื้นฐาน ประเมินผู้ป่วยต่อจากผู้พบเหตุ เก็บข้อมูล บันทึกการเจ็บป่วย หรืออาการบาดเจ็บและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่บุคลากร EMS ในระบบต่อไป ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาลจะได้รับการฝึกอบรมการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น การทำ CPR การทำคลอดปกติ การรักษาบาดแผลเบื้องต้น การดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก โดยหลักสูตรการอบรมชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาลนี้ ใช้ระยะเวลาการอบรม 40-50 ชั่วโมง

2.3.2 เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Technician – Basic : EMT-B)

ต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร EMT 110 ชั่วโมง รถพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ จะมีเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐานที่ได้รับการฝึกฝนเหมือนกับชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) แต่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมในส่วนของ การให้ออกซิเจน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการนำส่งผู้ป่วย

2.3.3 เวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (Emergency Medical Technician - Intermediate : EMT-I)

หน้าที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน และเป็นทีมออกปฏิบัติการร่วมกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง โดยจะได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การปฐมพยาบาล การให้ยาทางปาก การพันยา ฉีดยา การทำคลอดปกติ การกระตุ้นหัวใจ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2.3.4 เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (Emergency Medical Technician - Paramedic : EMT-Paramedic)

เป็นระดับสูงสุดของการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล โดยหลักสูตรนี้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องได้รับประกาศนียบัตร EMT-B ก่อน โดยจะอบรมเป็นเวลา มากกว่า 1,000 ชั่วโมง และมีการฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการกับหน่วยแพทย์ เป็นเวลา 250 – 500 ชั่วโมง เวชกรฉุกเฉินขั้นสูงจะให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินระดับสูงแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างการนำส่ง

2.4 กฎหมาย ระเบียบ

ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการนำเรื่องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินตราเป็นพระราชบัญญัติ ในปี ค.ศ.1973 นับเป็นจุดเริ่มต้นของกฎ ระเบียบที่เกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในช่วงแรกปี ค.ศ.1967 หลังจากที่ The National Academy of Sciences (NAS) ได้ตีพิมพ์บทความ เรื่อง Accidental death and disability the neglected disease of modern society เมื่อปี ค.ศ. 1966 รัฐบาลกลางได้ตราพระราชบัญญัติความปลอดภัยทางหลวง ก่อตั้งกระทรวงคมนาคม (Department of Transportation : DOT) ขึ้นมาทำหน้าที่พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา และการพัฒนาหลักสูตร EMT-B 70 ชั่วโมง ซึ่งได้กลายเป็นมาตรฐานแรกของหลักสูตรการฝึกอบรม EMT ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในส่วนของหลักสูตร ALS ก็ได้สร้างขึ้นในหลายปีต่อมา

ในปี ค.ศ.1970 ผู้ว่าการรัฐแคลิฟอร์เนียร์ Ronald Regan ได้ลงนามพระราชบัญญัติ Wedworth Townsend เป็นกฎหมายโดยยอมรับให้เวชกรขั้นสูง (EMT-Paramedic) ปฏิบัติงานให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับ Advance ภายใต้การควบคุมของแพทย์ ก่อนที่จะมีการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ เวชกรขั้นสูง ต้องมีพยาบาลหรือแพทย์ประจำรถพยาบาล เพื่อที่จะดำเนินการรักษาได้ ทั้งนี้ได้มีการผ่านกฎหมายที่คล้ายคลึงกับกฎหมายฉบับนี้ภายหลังเพื่อบังคับใช้ทั่วประเทศสหรัฐอเมริกา

ในปี ค.ศ.1973 รัฐบาลกลางได้ตราพระราชบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อพัฒนาและประสานงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ งบประมาณหลายล้านดอลลาร์ได้นำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์และการทำวิจัย โดยกฎหมายฉบับนี้ได้ระบุองค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 15 ประการ ดังนี้ (Charles N. Pozer and other, Online 2004 และ สุรจิต สุนทรธรรมและคณะ, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551 : 34-35)

1. กำลังคน (Personnel)
2. การฝึกอบรม (Training)
3. การติดต่อสื่อสาร (Communication)
4. การขนย้ายลำเลียง (Transport)
5. หน่วยบริการรับผู้ป่วย (Emergency facilities)
6. หน่วยเวชวิกฤติ (Critical-care units)
7. องค์กรดูแลรักษาความปลอดภัย (Public safety agency)
8. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Consumer participation)
9. การเข้าถึงการดูแลรักษา (Access to care)
10. การส่งต่อผู้ป่วย (Patient transfer)
11. มาตรฐานการบันทึกและเก็บข้อมูล (Standard record keeping)
12. การให้ความรู้ (Public teaching/education)
13. การทบทวน หรือการประเมินผล (System Review/Evaluation)
14. การเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ (Disaster Planing)
15. การช่วยเหลือระหว่างกัน (Mutual aid)

ผลที่ตามมาคือมีการพัฒนาระบบการประสานงาน มีการฝึกอบรมและเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ดี เหมาะสม ในการให้การบริการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล

ปี ค.ศ.1981 มีการตราพระราชบัญญัติ The Omnibus Budget Reconciliation (OBRA) เป็นเหตุให้การดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสะดุดลง เนื่องจากกองทุนรัฐบาลกลางไม่อนุมัติให้แต่ละท้องถิ่นเบิกค่าใช้จ่ายจากกองทุน ทำให้บางมลรัฐต้องเลือกที่จะจัดสรรเงินงบประมาณไปลงทุนด้านอื่นๆ ที่จำเป็น ทำให้ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินถูกตัดงบประมาณลง

2.5 งบประมาณ

ระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะมีกองทุนซึ่งขึ้นอยู่กับระบบของแต่ละท้องถิ่นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากหน่วยดับเพลิงจะได้รับเงินทุนผ่านภาษีท้องถิ่น ประเภทภาษีรายได้ และเก็บค่าบริการจากผู้ป่วยหรือจากบริษัทประกันตามกฎหมาย การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รูปแบบการจัดบริการของภาครัฐในเขตเมือง เทศบาลต่างๆ จะลงนามสัญญาฉบับกับบริษัทเอกชนที่ให้บริการรถพยาบาลในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละเมืองโดยจะมีการจ้าง EMS Responders ในระดับต่างๆ และทำข้อตกลงเรื่องเวลาที่ใช้ในการออกปฏิบัติการกับบริษัทจัดรถพยาบาล ทั้งนี้บริษัทจัดรถพยาบาลของภาคเอกชนจะเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยหรือตัวแทนจากบริษัทประกัน ทั้งนี้บริษัทอาจต้องจ่ายเงินให้กับรัฐ เพื่อเป็นการสร้างช่องทางในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเงินดังกล่าวก็เป็นเงินทุนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ การบำรุงรักษา ระบบการสื่อสาร บุคลากรและการฝึกอบรม ตลอดจนระบบการควบคุมทางการแพทย์ ใบอนุญาตต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ตามกองทุนนี้จะพิจารณาให้การจัดสรรงบประมาณมากที่สุด ในเรื่องการให้การสนับสนุนในระดับการเตรียมความพร้อม และการออกหน่วยปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ สำหรับต้นทุนค่าใช้จ่ายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นต้นทุนที่เกิดจากการออกปฏิบัติการแต่ละครั้ง นับตั้งแต่การเตรียมความพร้อม การบำรุงรักษา การพัฒนาศักยภาพในการตอบสนองอย่างรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง ต้นทุนที่เกิดขึ้นเหล่านี้ แม้ทางกองทุนจะจ่ายให้แต่ก็ยังไม่เพียงพอ

2.6 โครงสร้างองค์กร และมาตรฐานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

2.6.1 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลายรูปแบบดังนี้

2.6.1.1 การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยภาครัฐ (Public EMS) ประกอบด้วยหน่วยบริการที่เรียกว่า Third Service ซึ่งเป็นหน่วยงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของภาครัฐที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในสถานีตำรวจ หรือหน่วยดับเพลิง มีทั้งแบบเป็นหน่วยเดียว กับหน่วยที่มาจากโรงพยาบาล นอกจากนั้นอาจเป็นหน่วยที่รวมงานบางส่วนหรือทั้งหมดไว้กับหน่วยดับเพลิง หรือเป็นบริการที่ตั้งอยู่กับสถานีตำรวจ หรือที่ท่าอากาศยาน

2.6.1.2 การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยภาคเอกชน (Private EMS) อันได้แก่ บริการการแพทย์ฉุกเฉินจากบริษัทในระดับนานาชาติ หรือในท้องถิ่นนั้นๆ หรือจากเหล่าอาสาสมัครที่มีทั้งแบบเรียกเก็บค่าบริการ และไม่เรียกเก็บค่าบริการ กลุ่มที่ไม่ได้เรียกเก็บค่าบริการนั้นจะได้รับการสนับสนุนจากภาษีทรัพย์สินหรือภาษีสินค้า หรือจากการบริจาค ส่วนกลุ่มที่เรียกเก็บค่าบริการก็จะได้รับการสนับสนุนบางส่วนจากภาษีทรัพย์สินหรือภาษีสินค้า เป็นต้น

โดยในแต่ละท้องถิ่นจะดำเนินการจัดบริการเองได้รับเงินจากค่าธรรมเนียมในการให้บริการและจากภาษี หรืออาจทำสัญญาจ้างบริษัทเอกชนดำเนินการแทน หรืออาจมีการรวมงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะส่วน เช่น การบริหาร การสั่งการ การควบคุมกับบริการอื่นๆ หรือรวมงานทั้งหมดเข้ากับหน่วยบริการฉุกเฉินอื่นๆ เช่น หน่วยดับเพลิง หรือสถานีตำรวจ โดยอาจมีการแลกเปลี่ยนความรู้ การฝึกอบรมระหว่างกัน เพื่อเพิ่มศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่ในท้องถิ่นให้ทำงานได้เต็มรูปแบบมากขึ้น

2.6.2 มาตรฐานการทำงานบริการสายแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศสหรัฐอเมริกาไม่มีการกำหนดเวลามาตรฐานในการออกปฏิบัติการ โดยจะใช้เวลาในการออกปฏิบัติการที่แตกต่างกันไปในแต่ละรัฐ เช่น ในรัฐนิวยอร์ก จะใช้เวลาในการออกปฏิบัติการ ภายใน 10 นาที รับแต่มีสายเรียกเข้ามา ในขณะที่รัฐแคลิฟอร์เนีย จะตั้งมาตรฐานไว้ที่ 12-15 นาที ทั้งนี้ ได้มีการกำหนดเวลามาตรฐานที่ควรจะเป็น หรือในแบบที่เรียกว่าเป็นอุดมคติ (ideal) คือ 8 นาที ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำได้ยากยิ่ง นอกจากนี้ไม่มีการกำหนดเวลามาตรฐานร่วมกันแล้ว ยังมีปัญหาในเรื่องวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในบางรัฐใช้การนับเวลาออกปฏิบัติการ โดยเริ่มตั้งแต่รับสายที่ติดต่อเข้ามาขอใช้บริการ จนถึงช่วงเวลาที่หน่วยปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ ในขณะที่บางรัฐก็จะวัดนับตั้งแต่ช่วงเวลาที่ได้รับใบแจ้งจากพนักงานรับแจ้งเหตุ

2.7 ระบบควบคุมทางการแพทย์ (Medical Director)

เนื่องจากขอบเขตอำนาจหน้าที่ของ paramedics มีมากขึ้น ดังนั้นในการออกปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะอยู่ภายใต้การควบคุมจากระบบการควบคุมทางการแพทย์ โดยจะมีการควบคุมทั้งทางตรง (On-line medical/Direct medical control) จากแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทางจากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้จุดเกิดเหตุ ไม่ว่าจะเป็นทางวิทยุ หรือโทรศัพท์ และจากการควบคุมทางอ้อม (Off-line medical/Indirect medical control) ซึ่งเป็นการควบคุมผ่านแนวทางหรือเกณฑ์วิธีปฏิบัติ (Protocal) ที่เป็นขั้นตอนมาตรฐานในการปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลในสถานการณ์ หรือกรณีต่างๆ ซึ่งเกณฑ์วิธีปฏิบัติ นอกจากจะเป็นการควบคุมการปฏิบัติการ ซึ่งต้องไม่ระบุแต่เรื่องการรักษา แต่ยังคงมีการระบุว่าผู้ปฏิบัติการควรใช้อุปกรณ์ชนิดใด โดยเกณฑ์ดังกล่าวต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังเป็นการประกันคุณภาพการทำงานให้ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ และเป็นการให้ความรู้ในการปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม การควบคุมทางการแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในหลายๆ รัฐ ประสบปัญหาแพทย์ขาดประสบการณ์ ขาดการฝึกอบรมในการควบคุม ดูแลการรักษาพยาบาลทางการแพทย์ก่อนนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งทาง Committee on the future of Emergency care in the United State Health System ได้เสนอให้ The American Board of Emergency Medicine กำหนดหลักสูตรสาขาต่อยอดด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ

1. ความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษนั้น เป็นการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือผู้ได้รับบาดเจ็บโดยรพพยาบาลในแต่ละพื้นที่ โดยมีองค์กรที่ชื่อว่าสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (NHS: The National Health Service) ให้การสนับสนุน ทั้งนี้จุดเริ่มต้นของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษนั้นเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1939 ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 เพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บจากสงครามโดยดำเนินการปรับรูปแบบการให้บริการของโรงพยาบาล ภูมิภาคมีระบบที่เชื่อมโยงกัน โดยมีกองทุน Naffied ให้การสนับสนุน จนกระทั่งในปี ค.ศ.1949 ก็ได้มีการตรากฎหมาย NHS Act ก่อตั้งสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ขึ้นเพื่อเป็นองค์กรให้การสนับสนุนระบบดูแลสุขภาพในกลุ่มประเทศในเครือจักรภพอังกฤษ (อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์เหนือ) เพื่อจัดการรพพยาบาลแต่ละพื้นที่ในการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือผู้บาดเจ็บ โดยเริ่มมีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน ค.ศ.1948

2. องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ

2.1 ระบบการแจ้งเหตุ

มีศูนย์รับแจ้งเหตุผ่านระบบโทรศัพท์หมายเลข 999 หรือ 112 หรือผ่านระบบฝากข้อความหมายเลข 18000 โดยจะมีกลุ่มที่เรียกว่า BT operator เป็นผู้รับแจ้งเหตุ โดยจะสอบถามข้อมูลบริการฉุกเฉินที่ต้องการ สภาพปัญหา สถานที่เกิดเหตุ เพื่อแจ้งไปยังหน่วยบริการฉุกเฉินในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยบริการฉุกเฉินหลักๆ ของประเทศอังกฤษจะประกอบไปด้วย ตำรวจ หน่วยดับเพลิงและรพพยาบาล อีกทั้งยังครอบคลุมบริการอื่นเช่นหน่วยรักษาการณภัยพิบัติ เป็นต้น ซึ่งโดยเฉลี่ยแล้วจะมีการติดต่อขอรับบริการในส่วนของรพพยาบาล ผ่านโทรศัพท์หมายเลข 999 ประมาณ 6,000,000 คนต่อปี นอกจากนี้ผ่านระบบโทรศัพท์แล้วยังสามารถติดต่อขอรับบริการรพพยาบาลจากแพทย์ หรือจากโรงพยาบาลที่จะส่งต่อผู้ป่วย

2.2 ระบบการสื่อสาร

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในประเทศอังกฤษใช้การสื่อสารรับแจ้งเหตุผ่านหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 999 หรือ 112 หรือผ่านระบบฝากข้อความหมายเลข 18000 โดยระบบโทรศัพท์หมายเลข 999 เริ่มให้บริการในพื้นที่กรุงลอนดอนครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ.1937 ส่วนหมายเลข 112 ที่เป็นหมายเลขที่ใช้ในประเทศแถบยุโรปได้ทำมาใช้ในการประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1992 และในปี ค.ศ.1998 ก็ได้มีการพัฒนาระบบ EISEC (Enhanced Information Service for Emergency Calls) ให้มีการแสดงข้อมูลสถานที่ของหมายเลขที่ติดต่อขอรับบริการเพื่อส่งต่อไปยังบริการฉุกเฉินที่เกี่ยวข้อง

2.3 บุคลากรและการฝึกอบรม

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษประกอบด้วย

2.3.1 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) เป็นเหล่าอาสาสมัครให้การปฐมพยาบาล รักษาขั้นพื้นฐาน โดยจะได้รับการฝึกอบรมให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น แบ่งเป็น 2 หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรการให้ความช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับบุคคลที่ได้รับมอบหมาย (Emergency Aid for Appointed Persons) ใช้ระยะเวลาการอบรม 1 วัน โดยมุ่งเน้นการอบรมในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และเน้นในเรื่องภาวะเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายถึงชีวิต เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นต้น อีกหลักสูตรหนึ่งคือ หลักสูตรการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น (First Aid Work) ใช้เวลาการอบรม 4 วัน

2.3.2 เจ้าหน้าที่รถพยาบาล (Ambulance Technician) เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศอังกฤษไม่ได้มีการกำหนดคณियามของเวชกรฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician) ไว้ แต่โดยส่วนใหญ่จะเรียกว่าเจ้าหน้าที่รถพยาบาล (Ambulance Technician) ซึ่งไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะที่ต้องการไว้เหมือนกับกลุ่ม Paramedic อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลที่ได้รับคุณวุฒิจากสถาบันพัฒนาการดูแลสุขภาพ (the Institute of Healthcare Development : IHCD) จะเป็นที่ยอมรับและรับเข้าไปทำงานในทุกหน่วยบริการรถพยาบาลของ NHS โดยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้เจ็บป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 เดือน และต้องได้รับการฝึกอบรมในเรื่องการขับรถพยาบาลเป็นเวลา 3 อาทิตย์ โดยแบ่งหลักสูตรออกเป็น 5 ส่วน ใน 2 ส่วนแรกจะเกี่ยวข้องกับการขับรถ และอีก 3 ส่วนจะมุ่งเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลทางคลินิก

2.3.3 เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (Emergency Medical Technician- Paramedic : EMT-Paramedic) เป็นเพียงกลุ่มเดียวที่ได้รับการปกป้องจากกฎหมาย โดยจะเป็นผู้ที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างบรรลุผลและรักษามาตรฐานอย่างเข้มงวด โดยสภาวิชาชีพการพยาบาล (Health Professions Council : HCP) ต้องการเหล่า Paramedics นี้ได้มีการบันทึกการปฏิบัติงานก่อนการปฏิบัติงานจริง โดยจะนำความรู้ด้านคลินิกที่ได้รับการฝึกอบรมมาใช้ในการตัดสินใจทำการรักษาพยาบาล ในประเทศอังกฤษมีเพียงการปฏิบัติการระดับ Paramedics เท่านั้นที่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการ อย่างไรก็ตามเหล่า Paramedics จะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้นได้ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาล (Ambulance Technician) ก็สามารถได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาไปสู่ตำแหน่ง Paramedics ได้

4. กฎหมาย ระเบียบ

ปี ค.ศ.1911 รัฐบาลอังกฤษได้ออกกฎหมายที่ชื่อว่า **National Insurance Act** โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้บริการสุขภาพกับชนชั้นแรงงานของประเทศ แต่กฎหมายนี้ไม่ครอบคลุมไปถึงบุตรหรือภรรยาของผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ ต่อมาในปี ค.ศ.1942 Sir William Beveridge ได้เสนอรายงาน Beveridge Report ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของนโยบายของรัฐบาลที่ต้องการจะให้มียุทธศาสตร์สุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด จนกระทั่งรัฐมนตรีสาธารณสุขของพรรคแรงงานคือ นาย Aneurin Bevan เจริญและต่อรองกับแพทย์ และผลักดันกฎหมาย **National Health Service (NHS Act)** ได้สำเร็จเมื่อปี ค.ศ.1946 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการทางการแพทย์โดยไม่คิดค่าบริการสำหรับประชาชน โดยสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ถือกำเนิดขึ้นเมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม ค.ศ.1948

5. งบประมาณ

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย โดยองค์กร NHS เป็นองค์กรกลางในการให้การสนับสนุนนั้นจะได้รับงบประมาณที่มาจากเงินภาษีของประชาชนเพื่อนำมาจัดสรรให้แก่หน่วยรถพยาบาลในการบริหารจัดการ

6. โครงสร้างองค์กร และมาตรฐานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

6.1 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ประกอบด้วย

6.1.1 การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของภาครัฐ เป็นการให้บริการรถพยาบาล โดยมีสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (NHS) เป็นผู้ให้การสนับสนุน โดยให้หน่วยบริการรถพยาบาลในแต่ละพื้นที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายที่เรียกว่า NHS Trusts ร่วมกันจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ที่รับผิดชอบ จำนวน 12 หน่วยบริการ โดยโครงสร้างหน่วยบริการรถพยาบาลในสังกัด NHS Ambulance Service Trusts ทั้ง 12 หน่วยนั้น ประกอบด้วย

ตารางที่ 2-1 การให้บริการรถพยาบาล

NHS Ambulance Service Trusts

หน่วยบริการรถพยาบาล	สถานที่ตั้ง	พื้นที่ที่รับผิดชอบ
1. East Midlands Ambulance Service NHS Trust	Nottingham	Derby, Derbyshire, Nottingham, Nottinghamshire, Lincolnshire, North Lincolnshire, North East Lincolnshire, Leicestershire, Rutland and Northamptonshire
2. East of England Ambulance Service NHS Trust	Norwich	Luton, Bedfordshire, Cambridgeshire, Hertfordshire, Norfolk, Suffolk, Peterborough, Southend-on-sea, Thurrock and Essex
3. Great Western Ambulance Service NHS Trust	Chippenham	Bath and North East Somerset, Bristol, Gloucestershire, South Gloucestershire, Swindon and Wiltshire
4. Isle of Wight Primary Care Trust	Newport	Isle of Wight
5. London Ambulance Service NHS Trust	London	Greater London
6. North East Ambulance Service NHS Trust	Newcastle-upon-Tyne	Darlington, Durham, Hartlepool, Middlesbrough, Northumberland, Redcar & Cleveland, Stockton-on-Tees and Tyne & wear
7. North West Ambulance Service NHS Trust	Bolton	Blackburn with Darwen, Blackpool, Preston, Cheshire, Cumbria, Greater Manchester, Lancashire and Merseyside
8. South Central Ambulance Service NHS Trust	Wokingham	Berkshire, Buckinghamshire, Hampshire, Milton Keynes, Oxfordshire, Portsmouth & Southampton

ตารางที่ 2-1 การให้บริการรถพยาบาล (ต่อ)

หน่วยบริการรถพยาบาล	สถานที่ตั้ง	พื้นที่ที่รับผิดชอบ
9. South East Coast Ambulance Service NHS Trust	Lewes	Brighton & Hove, Kent, Medway, Surrey, East Sussex And West Sussex
10. South Western Ambulance Service NHS Trust	Exeter	Bournemouth, Cornwall, Devon, Dorset, Plymouth, Poole, Somerset and Torbay
11. West Midlands Ambulance Service NHS Trust	Brierley Hill	Herefordshire, Shropshire, Staffordshire, Telford & Wrekin, Warwickshire, West Midlands and Worcestershire
12. Yorkshire Ambulance Service NHS Trust	Wakefield	East Riding of Yorkshire, Kingston-upon-Hull, North Yorkshire, South Yorkshire, West Yorkshire and York

6.1.2 การจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของภาคเอกชน เป็นการให้บริการรถพยาบาลจากองค์กรเอกชน ซึ่งสามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมทุกพื้นที่มากกว่า ทำให้มีการเลือกที่จะเรียกใช้บริการจากองค์กรเอกชนในการให้บริการดังกล่าวอย่างกว้างขวางมากกว่าที่จะใช้บริการจากสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (NHS Service)

6.1.3 การจัดการบริการทางการแพทย์ของหน่วยงานอาสาสมัคร หน่วยบริการรถพยาบาลของหน่วยอาสาสมัครโดยหลักๆ แล้วจะเป็นหน่วย British Red Cross และหน่วย St.John Ambulance ที่ดำเนินการด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมาเป็นเวลาหลายปี โดยภาระหน้าที่ในเบื้องต้นของทั้งสองหน่วยงานจะเกี่ยวข้องกับเรื่องรถพยาบาล ตลอดจนในเรื่องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลงกับหน่วยบริการรถพยาบาลท้องถิ่น (Memorandum of Understanding) ซึ่งในบางครั้งทั้งสองหน่วยงานจะเป็นปฏิบัติงานเป็นหน่วยสำรองหรือหน่วยสนับสนุน ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุร้ายแรง ขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพสูงในการปฏิบัติงาน

6.2 มาตรฐานการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศอังกฤษ ในประเทศอังกฤษมีการตั้งมาตรฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

6.2.1 การรับแจ้งเหตุนั้นควรมีการตอบรับจากหน่วยรถพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 3 นาที โดยนาทีแรกนั้นเป็นการรับแจ้งเหตุในศูนย์ และต้องพร้อมออกปฏิบัติการภายในเวลา 2 นาที

6.2.2 การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินประเภท **A** หรือกลุ่มเจ็บป่วยวิกฤต (Life threaten) กำหนดมาตรฐานการออกปฏิบัติการถึง ณ จุดเกิดเหตุภายในเวลา 8 – 19 นาที นับตั้งแต่พนักงานรับแจ้งเหตุรับสาย

6.2.3 การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประเภท **B** หรือกลุ่มที่เจ็บป่วยไม่วิกฤตฉุกเฉิน (Urgent Call) กำหนดมาตรฐานการออกปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุภายใน 19 นาที

ทั้งนี้แต่เดิมได้มีการกำหนดมาตรฐานตามเกณฑ์พื้นที่ในการให้บริการ โดยในเขตเมืองกำหนดมาตรฐานการออกปฏิบัติการภายใน 14 นาที สำหรับเขตชนบทต้องภายใน 19 นาที ซึ่งเกณฑ์ดังกล่าวนี้ได้ยกเลิกไปเมื่อวันที่ 1 เม.ย. ค.ศ.2006 โดยในปัจจุบันกำหนดมาตรฐานเวลาออกปฏิบัติการเดียวกันภายในระยะเวลาไม่เกิน 19 นาที

7. ระบบควบคุมทางการแพทย์ (Medical Director)

ในการประเมินประสิทธิภาพ ติดตามและตรวจสอบการปฏิบัติงานของหน่วยรถพยาบาลในสังกัด NHS Trust นั้น จะได้รับการประเมินจากรัฐบาลผ่านระบบที่เรียกว่า ORCON (Operational Research Consultancy) โดยจัดตั้งขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1974 โดยมีการควบคุมมาตรฐานก็ได้มีการตั้งตัวชี้วัดในการติดตามขึ้น อาทิในการรับแจ้งเหตุ และแจ้งไปยังหน่วยบริการรถพยาบาลในพื้นที่ในระยะเวลา 3 นาที ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 95 การออกปฏิบัติการในกลุ่มที่เจ็บป่วยวิกฤตภายใน 8 นาที ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 75 และออกปฏิบัติการภายใน 19 นาที ร้อยละ 95 และให้บริการกับกลุ่มที่เจ็บป่วยวิกฤตไม่ฉุกเฉินภายใน 19 นาที ร้อยละ 95

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

1. ความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เกิดขึ้นจากภาวะการณ์เกิดสงคราม จึงก่อเกิดแนวความคิดการให้ความช่วยเหลือทหารผู้ได้รับบาดเจ็บในสนามรบ และหลังจากนั้นฝรั่งเศสก็มีการพัฒนานำมาปรับใช้กับเหล่าพลเรือนในปี ค.ศ.1960 ก่อตั้ง Service d' Medicales Urgence : SAMU เป็นศูนย์การรับแจ้งเหตุและสั่งการ จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลขึ้น ให้บริการ

รักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องโดยทีมแพทย์ โดยยึดแนวทางการให้การรักษาในที่เกิดเหตุและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของผู้ป่วย เนื่องจากในช่วงนั้นมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเมืองและเทคโนโลยีทางคมนาคมมีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้คนเกิดอุบัติเหตุบนถนนจากการจราจรมากขึ้น จนเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากร

2. องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

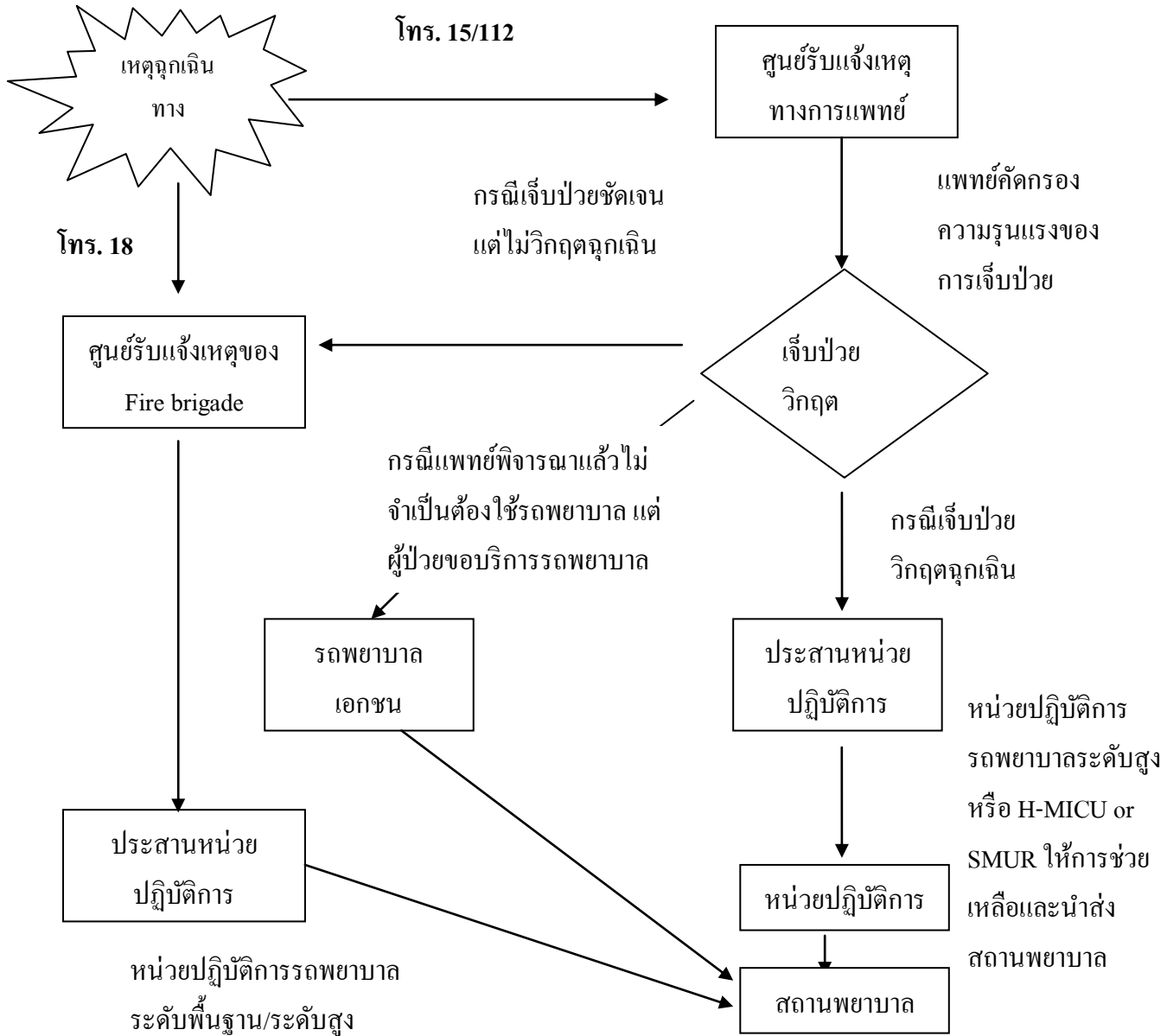
2.1 ระบบการแจ้งเหตุ

ในแต่ละเมืองจะมีศูนย์รับแจ้งเหตุประจำอยู่ สามารถแจ้งเหตุผ่านระบบโทรศัพท์ จะมีเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุ สอบถามข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมแยกแยะ วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหาและมีแพทย์ประจำให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการช่วยเหลือ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผ่านระบบโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งนี้หากเป็นกรณีที่มีปัญหาเกินขีดความสามารถของหน่วย SAMU จะดำเนินการได้ จะประสานให้หน่วยงานย่อยของ SAMU ที่เรียกว่า SAMU หรือหน่วยแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงนำรถพยาบาลออกไปให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งไปโรงพยาบาลต่อไป

2.2 ระบบการสื่อสาร

ระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ในประเทศฝรั่งเศส ใช้การสื่อสารรับแจ้งเหตุผ่านระบบโทรศัพท์หมายเลข 15 ซึ่งเป็นเลขหมายในระดับชาติ และหมายเลข 12 ซึ่งเป็นหมายเลขที่ใช้ในประเทศในทวีปยุโรป โดยศูนย์การติดต่อจะตั้งอยู่ในโรงพยาบาลในแต่ละเมืองจำนวน 1-2 ศูนย์ ทำหน้าที่ในการรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน พร้อมประสานเรียกหน่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมออกปฏิบัติการณ์ ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้ใช้บริการเฉลี่ยปีละ 7,000,000 ครั้ง นอกจากนี้ในการสื่อสารระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและหน่วยปฏิบัติการนั้น จะใช้ระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ในการสื่อสารระหว่างกันเป็นหลัก โดยมีการใช้วิทยุสื่อสารในขอบเขตที่จำกัด เพื่อลดการรบกวนเสียงสัญญาณในศูนย์รับแจ้งเหตุ นอกจากนี้ในหน่วย SAMU นั้นจะมีการเก็บข้อมูลการให้บริการในคอมพิวเตอร์และนำเทคโนโลยี GIS มาช่วยในการระบุตำแหน่งที่อยู่ของผู้แจ้งเหตุผ่านทางโทรศัพท์โดยในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศส มีกระบวนการทำงานดังภาพที่ 2-3

แผนภาพที่ 2-3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย



3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส ประกอบด้วย

3.1 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Responder) เป็นหน่วยแรกที่เข้าไปถึงที่เกิดเหตุ ซึ่งในประเทศฝรั่งเศสนั้นจะให้เหล่าอาสาสมัครที่มาจากหน่วยดับเพลิงเป็น First Responder โดยจะได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระยะเวลาการฝึกอบรม 70 ชั่วโมง เนื่องจากเป็นหน่วยที่สามารถเข้าถึงที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว

3.2 เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง (Emergency Medical Technician - Paramedic : EMT-Paramedic)

โดยเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตร Paramedic ระยะเวลาการอบรม 160 ชั่วโมง และมีการฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาลเป็นเวลา 24 วัน และฝึกในหน่วยกู้ชีพเป็นเวลา 26 วัน บุคลากรกลุ่มนี้จะปฏิบัติงานร่วมกับหน่วย SMUR ซึ่งในทีมจะประกอบไปด้วย แพทย์พยาบาล

3.3 แพทย์ (Physician) เป็นแพทย์ผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ในหน่วยฉุกเฉิน โดยจะเป็นผู้ควบคุมศูนย์ SAMU Call Center

3.4 พยาบาล (Nurse) จะคัดเลือกพยาบาลที่มีความรู้ มีประสบการณ์ในหน่วยฉุกเฉินเข้ามาปฏิบัติงาน

สำหรับหน่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศส มีหลายระดับ และอยู่ในสังกัดหน่วยงานต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. หน่วยปฏิบัติการขั้นสูง (Hospital mobile intensive care units : H-MICU) โดยเป็นหน่วยงานที่อยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ มีเครื่องมืออุปกรณ์เหมือนในห้องฉุกเฉิน และหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต

2. หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (First Aid Ambulance) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยดับเพลิง

3. หน่วยปฏิบัติการของเอกชน (Private Ambulance) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่ให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ไม่วิกฤต หรือผู้ป่วยที่ต้องการส่งไปตามที่นัดหมายไว้

4. กฎหมาย ระเบียบ

ประเทศฝรั่งเศส ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นมาควบคุม โดยเฉพาะ เมื่อวันที่ 6 มกราคม ปี ค.ศ. 1986 ก่อตั้งและกำหนดบทบาทของ SAMU เพื่อให้การทำงานของ SAMU เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการประสานความร่วมมือในการช่วยเหลือในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยในปัจจุบันศูนย์ SAMU มีประมาณ 100 แห่ง (เมืองละ 1 แห่ง) ตามโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในแต่ละเมือง

5. งบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้จะได้มาจากงบประมาณจากภาษีของท้องถิ่น และจากรัฐบาลกลาง โดยได้ตั้งงบประมาณในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้โดยแบ่ง ดังนี้

5.1 การให้ความช่วยเหลือในกรณีของอุบัติเหตุ ได้รับบาดเจ็บสาหัส หรือรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จะไม่คิดค่าใช้จ่าย โดยค่าใช้จ่ายตรงนี้จะใช้งบประมาณจากเงินภาษีจากบริษัทประกันชีวิต และงบประมาณของโรงพยาบาล

5.2 การจ้างบุคลากรในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นบริษัทประกันชีวิตจะเป็นผู้เสียค่าใช้จ่าย

ทั้งนี้ กล่าวได้ว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้บริษัทประกันชีวิตเป็นผู้รับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 70 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด อีกร้อยละ 30 นั้นผู้ป่วย หรือประกันภัยอื่นๆ จะเป็นผู้รับผิดชอบ โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส จะได้รับงบประมาณโดยเฉลี่ยได้รับ 1 ยูโร ต่อประชากร 1 คน และค่าใช้จ่ายสำหรับการให้การช่วยเหลือ H-MICU ประมาณ 250-500 ยูโรต่อครั้ง และการให้การช่วยเหลือจากหน่วยดับเพลิงจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 200 ยูโรต่อครั้ง และค่าใช้จ่ายในการใช้รถพยาบาลทั่วไปประมาณ 90-300 ยูโรต่อครั้ง

การให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศสจะมีการจัดตั้ง SAMU Call Center และระบบการให้บริการต่างๆ งบประมาณสำหรับจัดตั้ง Call Center หรือ SAMU 1 หน่วย ใช้เงินประมาณ 2,000,000 ยูโร งบประมาณสำหรับให้บริการรถพยาบาลระดับสูง (H-MICU) ประมาณ 10 ล้านยูโร และ 50 ล้านยูโร และค่าใช้จ่ายในภาพรวมของการให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินทั้งหมดประมาณ 50 ล้านยูโร ต่อประชากร 1,000,000 คน ในภาพรวมทั้งหมดจะใช้งบประมาณในการดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉลี่ย 62 ยูโรต่อคนต่อปี

6. โครงสร้างองค์กร และมาตรฐานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โครงสร้างการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

6.1 การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยภาครัฐ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานีดับเพลิง (Fire Brigade) และสถานีตำรวจ (Police Station) โดยจะปฏิบัติหน้าที่กู้ภัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support : BLS) หรืออาจเรียกได้ว่าเป็นรถพยาบาลของหน่วยดับเพลิง (Fire Department Ambulance) เนื่องจากเป็นกลุ่มแรกที่จะเข้าถึงที่เกิดเหตุได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จะมีหน่วย SAMU โดยมีหน่วยย่อยได้แก่ SAMU Center ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ และมีหน่วย SMUR ซึ่งเป็นหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูงออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุในกรณีเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง โดย SAMU Center และ SMUR นี้จะอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐในแต่ละเมือง (เมืองละ 1 – 2 แห่ง) แต่ละเมืองจะบริหารจัดการรับผิดชอบในเขตพื้นที่ของตนเอง ระบบ SAMU นี้ มีหลักการพื้นฐานในการดำเนินงาน โดยเน้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ถือว่าเป็นภารกิจหนึ่งในการดูแลสุขภาพ และการออกปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ ด้วยความรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า เหมาะสม

6.2 การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยภาคเอกชน เป็นหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานของภาคเอกชน หรือที่เรียกว่า หน่วยรถพยาบาลของเอกชน (Private Ambulance) ที่เข้าร่วมเป็นเครือข่ายของ SAMU ออกปฏิบัติการตามคำสั่งการของ SAMU Center ในกรณีที่เป็นที่ไม่ฉุกเฉินมากนัก ผู้เจ็บป่วยไม่มีอาการขั้นวิกฤต

7. มาตรฐานการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

ประเทศฝรั่งเศสไม่มีกำหนดเวลามาตรฐานเวลาที่หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติการถึงที่เกิดเหตุ แต่จะเน้นที่การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยในการออกปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศสนั้นจะมีความแตกต่างจากประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศอังกฤษในเรื่องแนวทางการปฏิบัติการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ จะเป็นในรูปแบบ stay and play ที่มีจุดเน้นการให้การรักษ ณ จุดเกิดเหตุ หน่วยปฏิบัติการเป็นเหมือนหน่วยฉุกเฉินเคลื่อนที่ ที่มีเครื่องมืออุปกรณ์เฉกเช่นเดียวกับห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลาในการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุเป็นเวลามากกว่า 10 นาที ก่อนที่จะนำผู้ป่วยไปส่งโรงพยาบาล ที่เหมาะสมต่อไป

7. ระบบควบคุมทางการแพทย์ (Medical Director)

ในประเทศไทยจะมีระบบควบคุมทางการแพทย์ทั้งทางตรง (On-line Medical control) จากแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาในหน่วย SAMU Center หรือที่เรียกว่า Regular Doctor ที่ทำหน้าที่ในการวินิจฉัย พิจารณา ให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เพื่อที่จะได้เรียกหน่วยบริการที่เหมาะสมกับสภาพความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉินในการออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ อีกทั้งยังเป็นการควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีระบบควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม (Off-line medical control) โดยมีการพัฒนาจัดทำเกณฑ์วิธีปฏิบัติ (protocol) ขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินของแพทย์ พยาบาล เวชกรฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ซึ่งในแต่ละโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็จะมีการจัดทำ Protocol ขึ้นในเรื่องการรักษาอาการบาดเจ็บ การจัดหาอุปกรณ์และยานพาหนะ โดยเมื่อปี ค.ศ.1997 ได้มีการออกกฎหมายกำหนดให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถนำ Protocol มาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเช่นเดียวกับกลุ่ม Paramedics

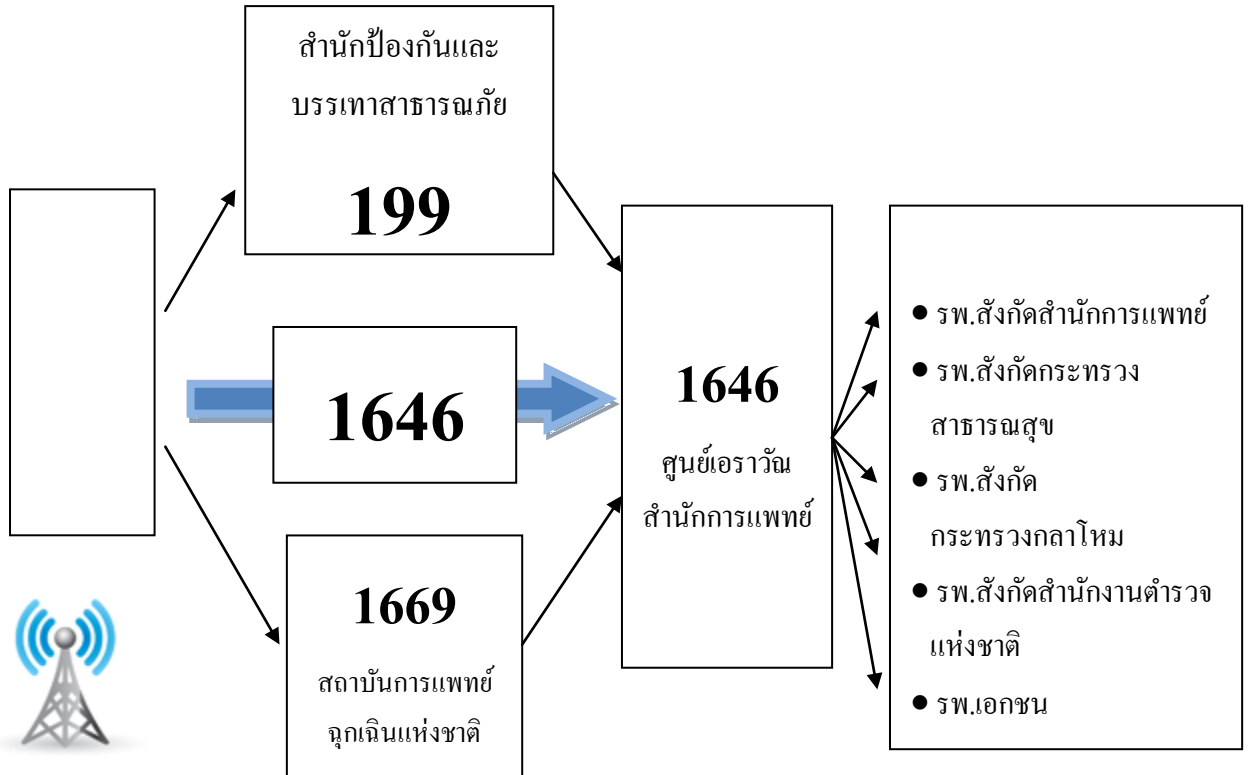
ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร

1. องค์ประกอบของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของกรุงเทพมหานคร

1.1 ระบบการแจ้งเหตุ

มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ดำเนินการโดยศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์เอราวัณ) รับผิดชอบรับแจ้งเหตุ ประสานและสั่งการการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามข้อตกลงร่วมกันระหว่างกรุงเทพมหานครและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 1646, 1669 และ 199 กด 2 โดยที่หมายเลข 1646 จะเป็นหมายเลขหลักของศูนย์เอราวัณหากมีผู้ขอรับบริการติดต่อผ่านหมายเลข 1669 หรือ 199 กด 2 ระบบจะโอนสายอัตโนมัติมายังหมายเลข 1646 ทันที เพื่อเป็นการประหยัดเวลาของผู้ติดต่อและผู้เจ็บป่วยสามารถได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ประกอบด้วยพยาบาลที่ผ่านการอบรม Paramedic และเจ้าหน้าที่รับแจ้งเหตุ

แผนภาพที่ 2-4 โครงสร้างการรับแจ้งเหตุและสั่งการของศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)



1.2 ระบบการสื่อสาร

ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร สามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่หมายเลข 1646 หรือ 199 กด 2 (ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร) ตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากการติดต่อสื่อสารผ่านระบบโทรศัพท์แล้ว ยังมีการจัดตั้งสถานีวิทยุโทรคมนาคม “เอราวัณ” คลื่นหลัก 162.825 MHz ในระบบการสื่อสารผ่านเครือข่ายวิทยุสื่อสารของศูนย์เอราวัณและเปิดช่องทางการประสานงานร่วมกับเครือข่ายปฏิบัติการอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น ศูนย์เรนทร ศูนย์อัมรินทร์ ศูนย์ผ่านฟ้า ศูนย์พระราม ศูนย์ปลอดภัย ศูนย์วิทยุกรุงเทพ ศูนย์วิทยุพระนคร เป็นต้น

1.3 บุคลากรและการฝึกอบรม

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.3.1 เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน Basic Life Support

1.3.1.1 เจ้าหน้าที่ประจำรถผู้ทำหน้าที่คนขับรถ ผ่านการทดสอบความรู้ในเรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การห้ามเลือดและการดาม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกและการเคลื่อนย้าย

1.3.1.2 เจ้าหน้าที่ประจำรถที่ผ่านการทดสอบความรู้ในเรื่อง การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การห้ามเลือด และการดาม การฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกการเคลื่อนย้ายเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 คนจะต้องผ่านการอบรม ไม่ต่ำกว่า หรือเทียบเท่า EMT-B 110 ชั่วโมงและได้รับการทดสอบความรู้ความสามารถจากคณะกรรมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร

1.3.2 บุคลากรประจำหน่วยปฏิบัติการระดับสูง Advanced Life Support

1.3.2.1 พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล และมีคุณสมบัติ คือ ผ่านการอบรมในเรื่อง Advanced CPR, Basic Trauma Life Support, ความรู้ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์และการบาดเจ็บ, การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและพัฒนาระดับความรู้ ATLS หรือหลักสูตรที่คณะกรรมการจัดขึ้นเป็นการเฉพาะและผ่านการทดสอบความรู้จากคณะกรรมการอำนวยการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1.3.2.2 เจ้าหน้าที่ประจำรถทำหน้าที่ พนักงานขับรถยนต์ ที่ผ่านการตรวจสอบความรู้ในเรื่อง การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การห้ามเลือดและการดาม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกและการเคลื่อนย้าย

1.3.2.3 เจ้าหน้าที่ประจำรถ ที่ผ่านการทดสอบความรู้ในเรื่อง การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ การห้ามเลือดและการดาม การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกและการเคลื่อนย้ายเจ้าหน้าที่ทั้ง 2 คนต้องผ่านการอบรม EMT-B 110 ชั่วโมงหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่า และได้รับการทดสอบจากคณะกรรมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตกรุงเทพมหานคร

ทั้งนี้ มีหน่วยปฏิบัติการที่มาจากการเปิดรับสมัครหน่วยงานที่ได้มาตรฐานเข้าร่วมเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร มีอายุการเป็นสมาชิกต้องต่อขึ้นทะเบียนทุก 2 ปี ในปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีเครือข่ายให้ความร่วมมือทั้งสิ้น 52 หน่วยปฏิบัติการ ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั้งจากภาครัฐและเอกชน จำนวน 43 แห่ง และมูลนิธิ 9 แห่ง โดยทั้ง 52 หน่วยปฏิบัติการนี้จะแบ่งเป็นชุดปฏิบัติการ 2 ระดับ คือ

1. ระดับพื้นฐาน (Basic Unit) ดำเนินการโดยหน่วยปฏิบัติการเอกชน มูลนิธิต่างๆ และศูนย์เอราวัณ รวม 9 แห่งตามพื้นที่รับผิดชอบ มีรพพยาบาล จำนวน 55 คัน กำหนดให้มีเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (EMT-Basic) อย่างน้อย 2 คน

2. ระดับสูง (Advance Unit) ดำเนินการโดยโรงพยาบาลทั้งหมด 43 แห่งที่เข้าร่วมปฏิบัติการในเครือข่ายตามพื้นที่รับผิดชอบ มีรพพยาบาลระดับสูง จำนวน 92 คัน กำหนดให้มีพยาบาล จำนวน 1 คน และเวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน จำนวน 1 คน

1.4 พื้นที่ความรับผิดชอบ

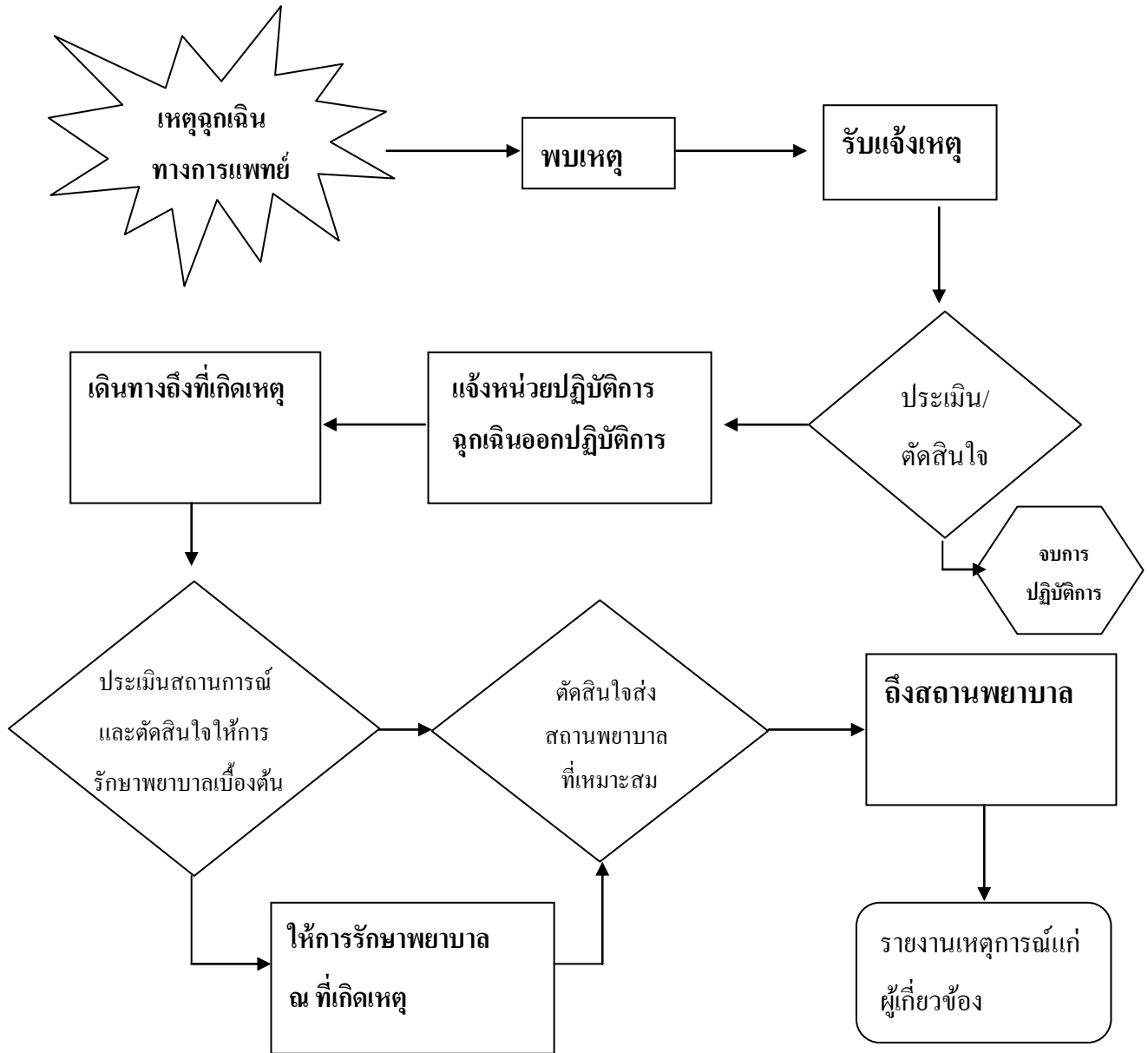
ได้มีการแบ่งความรับผิดชอบในพื้นที่กรุงเทพมหานครออกเป็น 9 โซน และโดยความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานครและสำนักงานการแพทย์ให้แต่ละโซนมีโรงพยาบาลหลักในการกำกับ ดูแลช่วยเหลือ และจัดสรรพื้นที่ให้หน่วยปฏิบัติการเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้ทุกพื้นที่มีหน่วยงานรองรับอย่างใกล้ชิด มีระบบสำรองช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเกินกำลังและการปฏิบัติการไม่ซ้ำซ้อน ได้แก่

- โซนที่ 1 วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
- โซนที่ 2 โรงพยาบาลกลาง
- โซนที่ 3 โรงพยาบาลตากสิน
- โซนที่ 4 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- โซนที่ 5 โรงพยาบาลเลิดสิน
- โซนที่ 6 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- โซนที่ 7 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- โซนที่ 8 โรงพยาบาลราชวิถี
- โซนที่ 9 โรงพยาบาลตำรวจ

การขึ้นทะเบียนเครือข่ายในระบบปฏิบัติการกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างจากการขึ้นทะเบียนในจังหวัดอื่นๆ ในภูมิภาค โดยกำหนดให้หน่วยบริการและหน่วยปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานและหน่วยปฏิบัติการระดับสูง โดยไม่รวมหน่วยปฏิบัติการอาสาสมัคร First Responder ไว้เนื่องจากในพื้นที่กลุ่มอาสาสมัครอยู่ภายใต้หน่วยบริการที่หลากหลายซึ่งส่วนใหญ่เป็นหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐานในระบบเครือข่ายแล้ว หากมีการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการกลุ่มอาสาสมัคร First Responder จะเป็นปัญหาในการบริหารจัดการ เกิดภาพของความซ้ำซ้อน และปฏิบัติการสองมาตรฐานในระบบปฏิบัติการและการยอมรับจากประชาชนได้ ด้วยวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครบทบาทที่แท้จริงคือ การกู้ภัย การจำแนกงานกู้ชีพออกจากการกู้ภัยเป็นการสร้างความชัดเจนและความเป็นเอกภาพให้เกิดขึ้นกับวิชาชีพ ทั้งสองกลุ่มวิชาชีพเบื้องต้นมีหน่วยบริการแจ้งความประสงค์เข้าร่วมเครือข่ายรวมหน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานครทั้งสิ้นรวม 52 แห่ง มีรพพยาบาลระดับสูงที่ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการทั้งหมด จำนวน 92 คัน จากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมปฏิบัติการในเครือข่ายทั้งสิ้น 43 แห่ง และมีรพพยาบาลระดับพื้นฐานจากหน่วยปฏิบัติงานเอกชน มูลนิธิต่างๆ และศูนย์เอราวัณ รวม 9 แห่ง 55 คัน (ข้อมูล ณ วันที่ 4 เมษายน 2551)

1.5 การปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร
ประกอบด้วยขั้นตอนดังแผนภาพที่ 2-5

แผนภาพที่ 2-5 ขั้นตอนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร



1.6 งบประมาณ

1.6.1 งบประมาณ และการเงินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กรุงเทพมหานคร

เมื่อกล่าวถึงงบประมาณและการเงินซึ่งใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1.6.1.1 งบประมาณที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการระบบฯ ให้สามารถดำเนินการและพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นผู้สนับสนุน จะประกอบด้วย

1. ค่าจ้าง ค่าตอบแทนบุคลากรซึ่งเป็นรายจ่ายประจำ
2. ค่าใช้จ่ายสำหรับสาธารณูปโภคต่างๆ ได้แก่ ค่าน้ำ ค่าไฟฟ้า ค่าวัสดุ อุปกรณ์สำนักงาน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าโทรศัพท์ ค่าใช้จ่ายในโครงการ ค่าใช้จ่ายในการพัฒนาบุคลากร ค่าเบี้ยประชุมคณะกรรมการชุดต่างๆ เป็นต้น
3. ค่าใช้จ่ายการพัฒนาระบบ ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุน

จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับงบประมาณกรุงเทพมหานคร

1.6.2 งบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนการจัดบริการของเครือข่ายปฏิบัติการในระบบฯ ซึ่งเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ โดยมีการตั้งเบิกและอนุมัติตามที่จ่ายจริงเป็นประจำทุกเดือน โดยมีขั้นตอนดังนี้

1.6.2.1 หน่วยบริการรวบรวมแบบรายงานบันทึกการปฏิบัติการ ตั้งแต่วันที่ 21 ของเดือนก่อนหน้านั้นจนถึงวันที่ 20 ของเดือนที่ทำการเบิก ที่ได้บันทึกรายละเอียดครบถ้วนนำส่งให้ศูนย์เอร์แวน ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

1.6.2.2 ศูนย์เอร์แวนทำการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ของการบันทึกรายงานและการปฏิบัติการที่เกิดขึ้นจริง คำนวณค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการปฏิบัติการแต่ละราย

1.6.2.3 สำนักงานแพทย์ นำส่งเอกสารตั้งเบิกจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติภายในวันที่ 15 ของเดือน

1.6.2.4 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบเอกสารการเบิกจากสำนักงานแพทย์

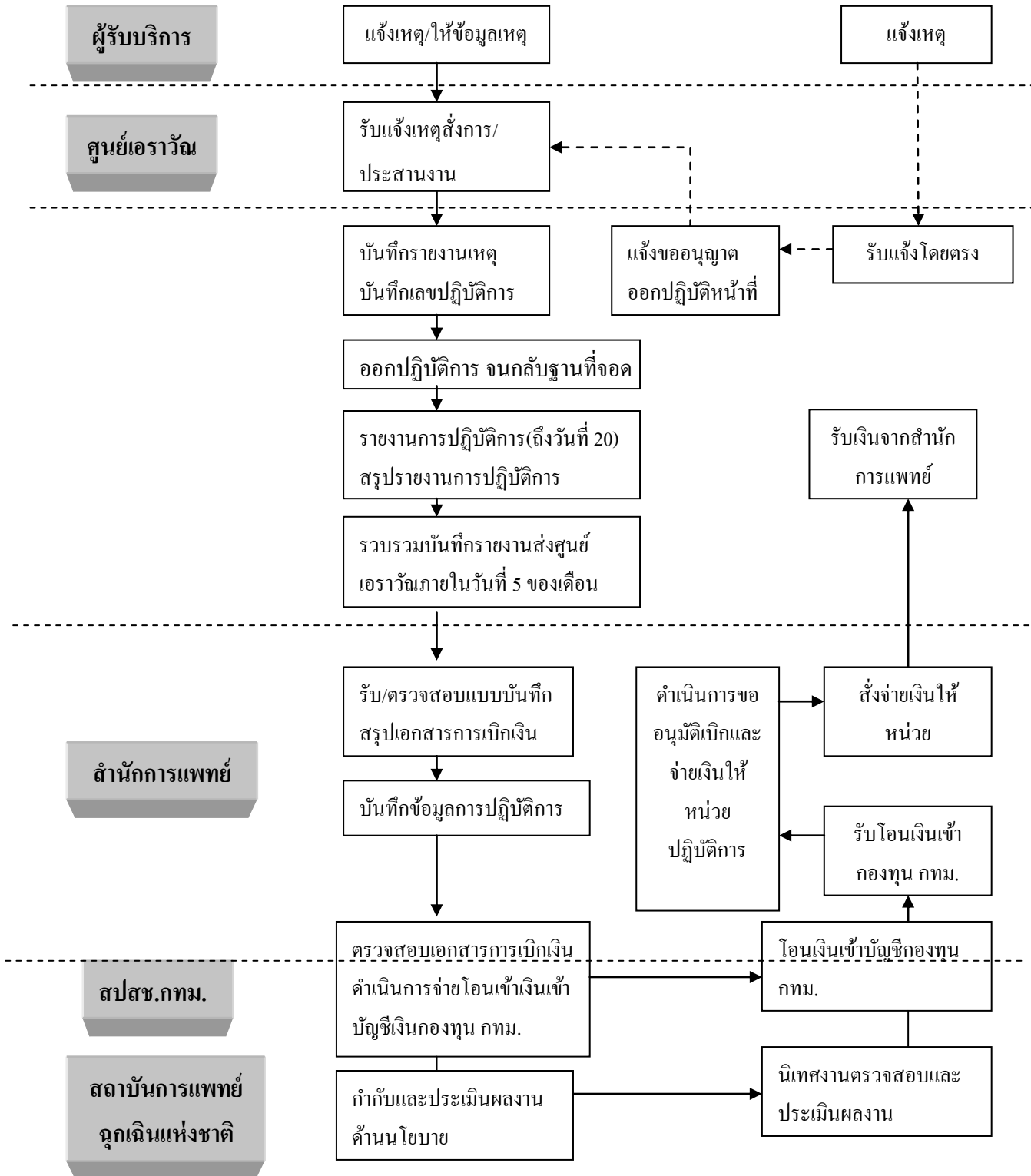
1.6.2.5 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนเงินเข้ากองทุน
บริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร

1.6.2.6 ศูนย์เอราวัณ เบิกเงินจากกองทุนบริหารระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร เพื่อจ่ายให้แก่หน่วยบริการที่จัดบริการและมีการตั้งเบิกเงินสนับสนุน

1.6.2.7 ศูนย์เอราวัณแจ้งหน่วยบริการพร้อมส่งเช็คเพื่อเป็นเงิน
สนับสนุนการจัดบริการให้แก่หน่วยบริการแต่ละแห่ง

1.6.2.8 หน่วยบริการออกเอกสารการรับเงินส่งคืนให้ศูนย์เอราวัณ ภายใน
10 วันทำการหลังได้รับเงินเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

แผนภาพที่ 2-6 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงิน



1.6.3 การเบิกจ่ายเงินสนับสนุนการจัดบริการรพยบาลฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การเบิกจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการจะดำเนินการได้เฉพาะหน่วยบริการ หน่วยปฏิบัติการและบุคลากรที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับ ศูนย์เอร์ว่าธ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตามข้อกำหนดของคณะกรรมการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ หน่วยปฏิบัติการและบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตกรุงเทพมหานครกำหนดไว้อย่างเคร่งครัดทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยและเป็นธรรมแก่ผู้รับบริการ ไม่มีการแอบอ้างเอาประโยชน์จากประชาชนโดยกลุ่มผู้ไม่หวังดีต่อผู้เจ็บป่วย ทั้งนี้โดยนำหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดไว้ มาปรับใช้ให้เกิดความเหมาะสมและเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ

1.6.4 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ

ตารางที่ 2-2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนการจัดบริการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ

ระดับหน่วยปฏิบัติการ เกณฑ์ในการพิจารณาจ่าย	ระดับสูง ALS		ระดับพื้นฐาน BLS		หมายเหตุ
	อัตราต่อ 1 เทียว (%)	ค่าตอบแทน	อัตราต่อ 1 เทียว (%)	ค่าตอบแทน	
ออกปฏิบัติการตามคำสั่งการ ของศูนย์เอราวัณ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ศูนย์ฯสั่งยกเลิก ▪ ไม่พบเหตุและ รายงานกลับ ▪ ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนไปถึง 	20	200	20	100	หน่วย ปฏิบัติการ ต้องยึด กฎเกณฑ์หลัก ปฏิบัติ คุณธรรมและ จริยธรรมเป็น สำคัญ
ปฐมพยาบาลและนำส่ง โรงพยาบาล	-	-	60	300	
รักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาล	60	600	-	-	
การติดตามผลและมีเลขที่ผู้ป่วย โรงพยาบาล	20	200	20	100	
รวมทั้งสิ้น	100	1,000	100	500	

หมายเหตุ

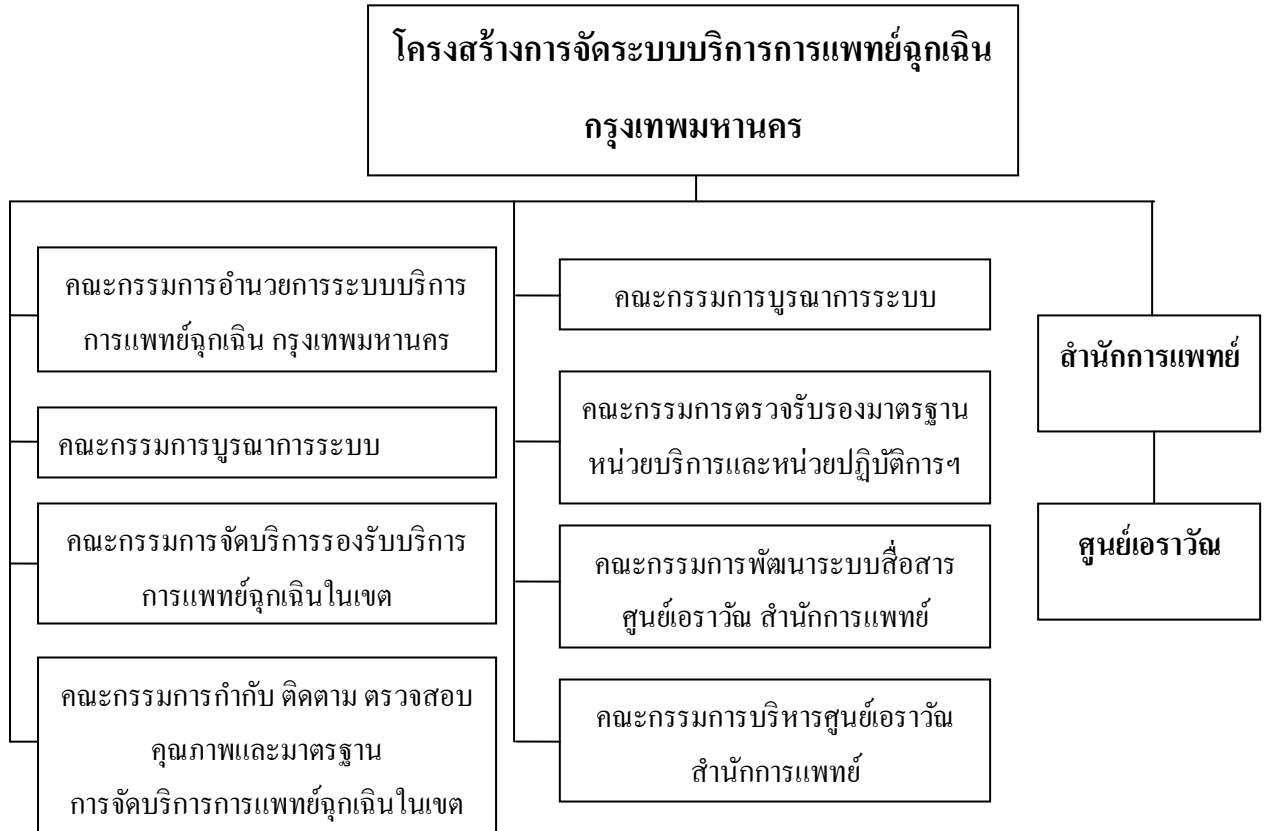
1. ยกเลิก หมายถึง ศูนย์เอร์วาน์สั่งยกเลิกการปฏิบัติงานหลังที่หน่วยปฏิบัติการออกจากฐานจอดแล้ว
2. ไม่พบเหตุ หมายถึง หน่วยปฏิบัติการออกปฏิบัติงานแล้วมาพบเหตุเนื่องจากการดำเนินการไปก่อนแล้ว หรือเป็นการแจ้งเหตุเท็จ
3. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนไปถึง หมายถึง เมื่อหน่วยปฏิบัติการไปถึงที่เกิดเหตุผู้ป่วยได้เสียชีวิตแล้วและไม่ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ CPR
4. กรณีหน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐานที่เกิดเหตุแล้วขอรับการสนับสนุนจากหน่วยปฏิบัติการระดับสูง จ่ายค่าตอบแทน 100% ทั้ง 2 หน่วยปฏิบัติการ
5. การพิจารณาจ่ายค่าตอบแทนพิจารณาตามเกี่ยวกับการปฏิบัติภารกิจจริง
6. การพิจารณาโรงพยาบาลที่จะนำเสนอให้ศูนย์เอร์วาน์เป็นผู้พิจารณาส่งโรงพยาบาลภายในโซนรับผิดชอบ และอาจนอกเหนือจากโรงพยาบาลภายในโซนกรณีเพื่อความเหมาะสมด้วยเหตุผลทางการแพทย์
7. กรณีเจ็บป่วยไม่วิกฤตฉุกเฉินและผู้เจ็บป่วยหรือญาติประสงค์ให้นำส่งโรงพยาบาลนอกโซน โดยไม่มีเหตุผลทางการแพทย์ แต่เพื่อการประสงค์การใช้สิทธิตามบัตรที่มีอยู่ประวัติเดิมหรือเหตุผลอื่นใด หน่วยปฏิบัติการไม่มีสิทธิเรียกร้องค่าใช้จ่ายใดเพิ่มเติม แต่มีสิทธิปฏิเสธไม่ดำเนินการได้ โดยต้องแจ้งให้ศูนย์เอร์วาน์ทราบและได้รับค่าตอบแทน 100%
8. การปฏิบัติการต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์กำหนดไว้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์จึงจะสามารถเบิกจ่ายค่าตอบแทนได้ตามหลักเกณฑ์กำหนดไว้

1.7 โครงสร้างองค์กร และมาตรฐานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

1.7.1 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และรับโอนภารกิจที่ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการในบางพื้นที่ของกรุงเทพมหานครมาดำเนินการเองทั้งระบบ โครงสร้างที่เกิดขึ้นจากการบูรณาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ โดยเบื้องต้นการบริหารจัดการกรุงเทพมหานครได้แต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัดรวมทั้งสิ้น 8 คณะเพื่อทำหน้าที่บริหารการจัดการบริการ ดูแลกำกับ ตรวจสอบคุณภาพการบริการ ให้ได้มาตรฐานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร ดังแผนภาพที่ 2-7

แผนภาพที่ 2-7 แสดงโครงสร้างการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร



1.7.2 มาตรฐานการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดมาตรฐานเวลาในการออกปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุไม่เกิน 12 นาที (นับตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงโรงพยาบาล) โดยกำหนดเวลาในการรับแจ้งเหตุไว้ไม่เกิน 1 นาที และกำหนดเวลาหน่วยปฏิบัติการออกให้บริการในเวลาไม่เกิน 2 นาที (นับตั้งแต่รับแจ้งเหตุ) ซึ่งจากสถิติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 – พฤษภาคม 2552) มีจำนวนปฏิบัติการทั้งสิ้น 18,732 ครั้ง พบว่าส่วนใหญ่แล้วใช้ระยะเวลาการออกปฏิบัติการภายในเวลา 8 นาที คิดเป็นร้อยละ 44.90 รองลงมาใช้ระยะเวลาการปฏิบัติการมากกว่า 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 21.90 ถัดต่อมาใช้ระยะเวลาออกปฏิบัติการภายใน 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 10.92 และใช้ระยะเวลาออกปฏิบัติการภายใน 12 นาที คิดเป็นร้อยละ 9.87

นอกจากนี้ ยังมีการกำหนดมาตรฐานระบบปฏิบัติการเพื่อให้ครอบคลุมความต้องการบริการที่มีมาตรฐาน เหมาะสมกับพื้นที่ ผู้เจ็บป่วยได้รับการได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ต้องได้รับความร่วมมือจาก โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยความเห็นชอบร่วมกันว่าระบบปฏิบัติการ กรุงเทพมหานครควรประกอบด้วย

1. มาตรฐานหน่วยบริการหน่วยปฏิบัติการและบุคลากร ในระบบปฏิบัติการให้เหมาะสมกับกรุงเทพมหานคร โดยปรับปรุงแนวความคิดเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของกระทรวงสาธารณสุขมาปรับให้ใช้เกิดทิศทางการดำเนินการและมีมาตรฐานการปฏิบัติการที่ใกล้เคียงกัน

1.1 หน่วยบริการ

ลักษณะทั่วไปของหน่วยบริการ

- 1.1.1 มีสถานะเป็นนิติบุคคลหรือหน่วยงานของราชการ
- 1.1.2 มีผู้รับผิดชอบต่อหน่วยงานบริการตรงและสามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- 1.1.3 มีหน่วยปฏิบัติการที่มีความพร้อมในการให้บริการตามมาตรฐานที่กำหนดตลอด 24 ชั่วโมง
- 1.1.4 รับผิดชอบความเสียหายจากการปฏิบัติงานที่เกินเลยหรือประมาท (ไม่รวมเหตุสุดวิสัย)
- 1.1.5 มีสถานที่ตั้งและเครื่องมือสื่อสารที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- 1.1.6 ในกรณีที่มีการตรวจสอบพบว่าผู้ให้บริการมีคุณสมบัติไม่ครบถ้วน จะมีการถอดถอนในอนุญาตการเข้าร่วมเครือข่ายการปฏิบัติการตามมติคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด
- 1.1.7 อื่นๆ ตามที่คณะกรรมการระดับจังหวัดกำหนด

1.2 หน่วยปฏิบัติการ

- 1.2.1 หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) มีมาตรฐานและอุปกรณ์ขั้นต่ำ ดังนี้
 - 1.2.1.1 รถพยาบาล เป็นรถตู้ขนาดมาตรฐาน
 - 1.2.1.2 มีสี่ขาตลอดคัน
 - 1.2.1.3 มีเปลขนย้ายผู้ป่วยที่สามารถยึดตรึงกับรถพยาบาล

1.2.1.4 ภายในรถมีกระจกปิดกั้นระหว่างห้องคนขับกับห้องผู้โดยสารและมีเครื่องระบายอากาศระบบไฟฟ้า

1.2.1.5 สัญญาณไฟสีน้ำเงิน หรือแดง – น้ำเงินเป็นไฟราวหรือไฟโรยะเท่านั้น (ห้ามใช้ไฟหยดน้ำ)

1.2.2 อุปกรณ์รักษาพยาบาลและช่วยชีวิตฉุกเฉินเพิ่มเติม ดังนี้

1.2.2.1 ท่อบรรจุ O_2

1.2.2.2 ท่อบรรจุ O_2 ขนาด E size

1.2.2.3 ชุดเครื่องดูดเสมหะระบบไฟฟ้า

1.2.2.4 ตู้หรือกล่องสำหรับเก็บเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์

1.2.2.5 อุปกรณ์ในการช่วยชีวิต

1.2.2.6 อุปกรณ์ในการให้ O_2

1.2.2.7 อุปกรณ์ในการตามและเคลื่อนย้าย

1.2.2.8 อุปกรณ์ในการทำแผลและห้ามเลือด

1.2.2.9 อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ

1.2.2.10 อุปกรณ์ สำหรับการช่วยคลอดฉุกเฉิน

1.2.2.11 อุปกรณ์อื่นๆ ประกอบด้วย

1.2.2.12 เครื่องวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer)

บทที่ 3

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉิน ในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ความเป็นมา

การชุมนุมของกลุ่มประชาชน เพื่อแสดงพลังเรียกร้อง กดดัน หรือบีบบังคับให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใดๆ ตามที่กลุ่มผู้ชุมนุมต้องการ ถือเป็นเหตุการณ์ผิดปกติทางสังคมในบ้านเมืองที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ชีวิต และทรัพย์สินของประชาชนโดยรวม ถือเป็นภัย จราจล (Riot) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของภัยด้านความมั่นคง (Security Hazard)

ประเทศไทยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา ปัญหาความขัดแย้งทางการเมืองทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ แบ่งแยกประชาชนออกเป็นกลุ่มต่างๆ มีการชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นบ่อยครั้งก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อสังคมและประเทศชาติ ความสูญเสียที่สำคัญยิ่งประการหนึ่งคือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ การทุพพลภาพหรือเสียชีวิต ไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับฝ่ายผู้ชุมนุมกลุ่มใด หรือฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ตามการที่จะลดความสูญเสียดังกล่าวให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดต้องมีการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์เพื่อรองรับสถานการณ์การชุมนุมดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพก่อนถึงสถานพยาบาล จะสามารถลดอัตราการตาย อัตราความพิการและทุพพลภาพลงได้

สำหรับระบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร ได้จัดตั้งหน่วยแพทย์กู้ชีวิตครั้งแรกที่ วชิรพยาบาล ในปีพ.ศ.2537 และต่อมาได้ขยายไปยังโรงพยาบาลสังกัด กทม. ทั้ง 9 แห่ง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัย ได้กว้างขวางขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2543 ได้มีการจัดตั้งศูนย์เอราวัณขึ้น เพื่อรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งการดำเนินงานในระยะแรกยังไม่เป็นระบบที่ดี ประสบปัญหาความซ้ำซ้อนขาดความเป็นเอกภาพ อันเนื่องมาจากสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีหลายหน่วยงาน ทั้งจากภาครัฐ และภาคเอกชน ตลอดจนมูลนิธิและกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภารกิจและกฎหมายเฉพาะของตนเอง โดยขาดการบูรณาการร่วมกัน

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครในอดีต ยังเป็นในลักษณะที่สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน ต่างคนต่างดำเนินการ ไม่มีระบบที่ดี เกิดความซ้ำซ้อน การส่งต่อผู้ป่วยมีความล่าช้า และการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ไม่เหมาะสม และไม่มีประสิทธิภาพ เช่นในสถานการณ์ 4 ตุลาคม พ.ศ.2516(วันมหาวิปโยค) สถานการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ.2519 หรือสถานการณ์ พฤษภาทมิฬ พ.ศ.2535 ก็ตาม เมื่อมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก แต่การช่วยเหลือยังไม่มีระบบที่ดีมีประสิทธิภาพ การสูญเสียที่เกิดขึ้นก็จะมามากในปี พ.ศ.2551 ได้มีการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตยเพื่อต่อต้านรัฐบาลขณะนั้น หน่วยงานทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้มีการรวมตัวกัน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานครขึ้น ภายใต้การนำของสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองภายใต้ความขัดแย้ง เป็นไปอย่างเป็นระบบ มีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นกลางในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นฝ่ายใด กลุ่มใด ซึ่งหน่วยงานที่เข้าร่วมในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ได้แก่

1. สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
4. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย

6. โรงพยาบาลรามธิบดี
7. โรงพยาบาลศิริราช
8. โรงพยาบาลตำรวจ
9. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก
10. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ซึ่งการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ดั่งขึ้นในครั้งแรกนี้ ได้เป็นไปอย่างมีระบบ ช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อน มีความเป็นเอกภาพ มีความชัดเจนเรื่องความเป็นกลาง มีการบูรณาการทั้งคนและทรัพยากร ร่วมกันให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ภายใต้ความขัดแย้ง

เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บ ทูพพลภาพและเสียชีวิต
 ของทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ชุมนุมกลุ่มใดหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐลงได้

ศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เนื่องจากตั้งแต่ ปี พ.ศ.2551 เป็นต้นมา มีการชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นในพื้นที่
 กรุงเทพมหานครหลายครั้ง จำนวนผู้ชุมนุมมีมากขึ้นเรื่อยๆ บางครั้งชุมนุมยึดถือคุกคามไปจนถึง
 การยึดพื้นที่สำคัญในกรุงเทพมหานคร รวมถึงอาจมีผู้ไม่หวังดีก่อเหตุแทรกซ้อน เพื่อสร้าง
 สถานการณ์ให้เกิดความรุนแรง เพื่อหวังเปลี่ยนแปลงทางการเมือง และคณะรัฐมนตรีได้มีการ
 ประกาศใช้พระราชบัญญัติรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ.2551 ในเขตต่างๆ ของ
 กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานครเห็นว่าหากเกิดสถานการณ์รุนแรงอันไม่อาจคาดหมายได้
 กรุงเทพมหานคร โดยศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) อาจไม่สามารถ
 ดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงลำพัง แต่อาจจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรและ
 ยานพาหนะรวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์จากโรงพยาบาลนอกสังกัด ทั้งโรงพยาบาลของหน่วยงาน
 ของรัฐและเอกชนมาร่วมปฏิบัติการช่วยเหลือประชาชน ซึ่งการร่วมมือดำเนินการดังกล่าว
 จำเป็นต้องมีเอกภาพในการทำงานเพื่อให้การจัดบุคลากร ยานพาหนะและอุปกรณ์เป็นไป
 อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 49 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบ
 บริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2528 ประกอบกับมาตรา 32 และมาตรา 38 แห่ง
 พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.2550 และมาตรา 3 และมาตรา 13 ประกอบกับ
 มาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงภายในราชอาณาจักร พ.ศ.2551 ผู้ว่าราชการ
 กรุงเทพมหานคร ในฐานะผู้บัญชาการกรุงเทพมหานครและผู้บัญชาการรักษาความมั่นคงภายใน
 กรุงเทพมหานคร จึงจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่
 กรุงเทพมหานคร มีองค์ประกอบ คือ

1. ฝ่ายอำนวยการศูนย์ปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย

- | | |
|--|------------------|
| 1.1 รองปลัดกรุงเทพมหานคร | ที่ปรึกษา |
| สั่งการสำนักการแพทย์ | |
| 1.2 ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ | ที่ปรึกษา |
| 1.3 รองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ | ผู้อำนวยการศูนย์ |
| 1.4 ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร | |
| รองผู้อำนวยการศูนย์ (ศูนย์เอราวัณ) สำนักการแพทย์ | |

- 1.5 หัวหน้ากลุ่มงานปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เลขานุการ
ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
สำนักงานแพทย์ และเจ้าหน้าที่จากศูนย์เอราวัณและสำนักงานแพทย์

กรุงเทพมหานคร

หน้าที่รับผิดชอบ

1. รับผิดชอบในการอำนวยความสะดวก สั่งการการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ ให้เป็นไปตามคำสั่งและนโยบายที่ได้รับมอบหมายจากผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ปลัดกรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์และผู้มีอำนาจสั่งการตามกฎหมาย รวมทั้งผู้ที่บุคคลดังกล่าวมอบหมาย
2. ประสานงานและติดตามผลการปฏิบัติงานของฝ่ายต่างๆ ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายโดยให้เป็นไปตามนโยบาย
3. ติดตามและรายงานสถานการณ์ต่างๆ ให้ผู้บริหารกรุงเทพมหานคร และผู้ที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายทราบ

2. ฝ่ายวางแผน ประกอบด้วย

- 2.1 ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร หัวหน้า (ศูนย์เอราวัณ) สำนักงานแพทย์
- 2.2 พลตำรวจตรี นายแพทย์สุรพล เกษประยูร รองหัวหน้า
นายแพทย์ (สบ.๖) โรงพยาบาลตำรวจ
- 2.3 นายแพทย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ รองหัวหน้า
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามารินทร์
- 2.4 ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข รองหัวหน้า
- 2.5 นายแพทย์ไพโรจน์ เครือกาญจนา รองหัวหน้า
หัวหน้าฝ่ายกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลราชวิถี รองหัวหน้า
- 2.6 นาวาอากาศเอก นายแพทย์เฉลิมพร บุญศิริ รองหัวหน้า
ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 2.7 นายแพทย์พิชิต ศิริวรรณ รองหัวหน้า
รองผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย
- 2.8 พันเอกต่างแดน พิศาลพงษ์ รองหัวหน้า
รองผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ฝ่ายบริหาร

2.9 นายแพทย์ฉัตรบดินทร์ เจตน์ศิลป์

รองหัวหน้า

แพทย์ประจำหน่วยแพทย์กู้ชีวิต คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช และเจ้าหน้าที่จากศูนย์เฝ้าระวังและสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

หน้าที่รับผิดชอบ

1. วางแผน ติดตาม ข้อมูลสถานการณ์ต่างๆ และปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป
 2. ตรวจสอบ รวบรวมข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเพื่อรายงานต่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
 3. จัดเตรียมและรวบรวมเอกสารต่างๆ บันทึกข้อมูล เหตุผลในการตัดสินใจในการปฏิบัติการในแต่ละครั้ง
 4. วางแผนในการประชุมยกเลิกลสถานการณ์รวมถึงแผนฟื้นฟู
 5. สรุปรายงานการปฏิบัติการและปรับปรุงแผน เมื่อสิ้นสุดสถานการณ์
3. ฝ่ายปฏิบัติการ ประกอบด้วย
- 3.1 หัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า ประกอบด้วย
 - 3.1.1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
 - 3.1.2 สภากาชาดไทย
 - 3.1.3 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
 - 3.1.4 โรงพยาบาลตำรวจ
 - 3.1.5 สำนักการแพทย์
 - 3.2 หน่วยปฏิบัติการ ประกอบด้วย
 - 3.2.1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
 - 3.2.2 โรงพยาบาลและส่วนราชการในสังกัดกรุงเทพมหานคร
 - 3.2.2.1 โรงพยาบาลกลาง
 - 3.2.2.2 โรงพยาบาลตากสิน
 - 3.2.2.3 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 - 3.2.2.4 โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินธโร อุทิศ
 - 3.2.2.5 โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
 - 3.2.2.6 โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
 - 3.2.2.7 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักงานแพทย์
เอกชน ได้แก่

3.2.2.8 โรงพยาบาลสิรินธร

3.2.2.9 ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)

3.2.3 โรงพยาบาลในสังกัดส่วนราชการหรือหน่วยงานอื่นของรัฐและ

3.2.3.1 สภากาชาดไทย

3.2.3.2 สำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข

3.2.3.3 โรงพยาบาลตำรวจ

3.2.3.4 โรงพยาบาลเลิดสิน

3.2.3.5 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

3.2.3.6 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

3.2.3.7 โรงพยาบาลราชวิถี

3.2.3.8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3.2.3.9 โรงพยาบาลศิริราช

3.2.3.10 โรงพยาบาลรามธิบดี

3.2.3.11 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3.2.3.12 โรงพยาบาลทหารผ่านศึก

3.2.3.13 โรงพยาบาลกรุงเทพ

3.2.3.14 โรงพยาบาลหัวเฉียว

3.2.3.15 โรงพยาบาลธนบุรี 1

3.2.3.16 โรงพยาบาลศรีวิชัย 1

3.2.3.17 โรงพยาบาลวิชัยเวชฯ

3.2.3.18 โรงพยาบาลบางปะกอก 1

3.2.3.19 โรงพยาบาลบางปะกอก 8

3.2.3.20 โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์ฯ

3.2.3.21 โรงพยาบาลพระราม 2

3.2.3.22 โรงพยาบาลไทยนครินทร์

3.2.3.23 โรงพยาบาลนวมินทร์ 1

3.2.3.24 โรงพยาบาลนวมินทร์ 2

3.2.3.25 โรงพยาบาลนครชน

- 3.2.3.26 โรงพยาบาลบางไผ่
- 3.2.3.27 โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1
- 3.2.3.28 โรงพยาบาลเทพธารินทร์
- 3.2.3.29 โรงพยาบาลบางมด
- 3.2.3.30 โรงพยาบาลเมโย
- 3.2.3.31 โรงพยาบาลมิชชั่น
- 3.2.3.32 โรงพยาบาลรามคำแหง
- 3.2.3.33 โรงพยาบาลสายไหม
- 3.2.3.34 โรงพยาบาลวิภาวดี
- 3.2.3.35 โรงพยาบาลมงกุฎวัฒนะ
- 3.2.3.36 โรงพยาบาลบีแคร์
- 3.2.3.37 โรงพยาบาลเจ้าพระยา
- 3.2.3.38 โรงพยาบาลวิภาวดี
- 3.2.3.39 โรงพยาบาลพญาไท 1
- 3.2.3.40 โรงพยาบาลพญาไท 2
- 3.2.3.41 โรงพยาบาลพญาไท 3
- 3.2.3.42 โรงพยาบาลเสรีรักษ์
- 3.2.3.43 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์บางแค
- 3.2.3.44 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ประชาชื่น
- 3.2.3.45 โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน
- 3.2.3.46 โรงพยาบาลเปาโลฯ นวมินทร์
- 3.2.3.47 โรงพยาบาลเปาโลฯ โชคชัย4
- 3.2.3.48 โรงพยาบาลธนบุรี 2
- 3.2.3.49 โรงพยาบาลเปาโลฯ พหลโยธิน
- 3.2.3.50 โรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี
- 3.2.3.51 โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
- 3.2.3.52 โรงพยาบาลเซ็นต์หลุยส์
- 3.2.3.53 โรงพยาบาลปิยะเวท
- 3.2.3.54 โรงพยาบาลเซ็นต์ทรีเลนเนอรัล
- 3.2.3.55 โรงพยาบาลศิครินทร์

- 3.2.3.56 มุลินธิปอเต็กตึ๊ง
- 3.2.3.57 มุลินธิร่วมกัตัญญ
- 3.2.3.58 มุลินธิสยามรวมใจ
- 3.2.3.59 มุลินธิกุบแดง
- 3.2.3.60 มุลินธิอาสาหนองจอกศูนย์ราชพฤกษ์
- 3.2.3.61 มุลินธิกุ้ยร่มไทร
- 3.2.3.62 กุ๊ยพิรุณ
- 3.2.3.63 กุ๊ยพหงส์แดง

หน้าที่รับผิดชอบ

1. เป็นฝ่ายปฏิบัติการในศูนย์ เพื่อปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ในสถานการณั้ฉุกเฉิน กรณีเหตุชุมนุมของกลุ่มมวชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตามที่ได้รับแจ้งจากผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือผู้ที่ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการฯ มอบหมาย
2. รายงานการปฏิบัติการต่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
3. ในกรณีที่ฝ่ายปฏิบัติการได้รับทราบเรื่องเหตุการณ์ฉุกเฉินที่ต้องออกดำเนินการทันที ให้ฝ่ายปฏิบัติการรีบดำเนินการและรายงานศูนย์ปฏิบัติการฯ ทราบทันที
4. รับแจ้งเหตุ ประสานงาน และติดตามสถานการณ์ จากหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
4. ฝ่ายสนับสนุน (เจ้าหน้าที่จากศูนย์เอราวัณและสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

หน้าที่รับผิดชอบ

1. จัดทำข้อมูลด้านบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน
2. จัดเตรียมทรัพยากรด้านอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการทางการแพทย์ เช่น ยานพาหนะ น้ำมันเชื้อเพลิง ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น
3. จัดเตรียมอุปกรณ์และช่องทางในการสื่อสารในการปฏิบัติการ
4. รายงานข้อมูลทรัพยากรต่างๆ ต่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย
5. ฝ่ายธุรการ การเงินและบัญชี (เจ้าหน้าที่จากศูนย์เอราวัณและสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร)

หน้าที่รับผิดชอบ

1. ดำเนินการในด้านงบประมาณ การเงิน
2. การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของศูนย์ฯ เช่น ค่าวัสดุ ค่าตอบแทน ค่าอาหาร
3. รายงานสถานการณ์ทางการเงินต่อผู้อำนวยการศูนย์ฯ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย

แผนการปฏิบัติ

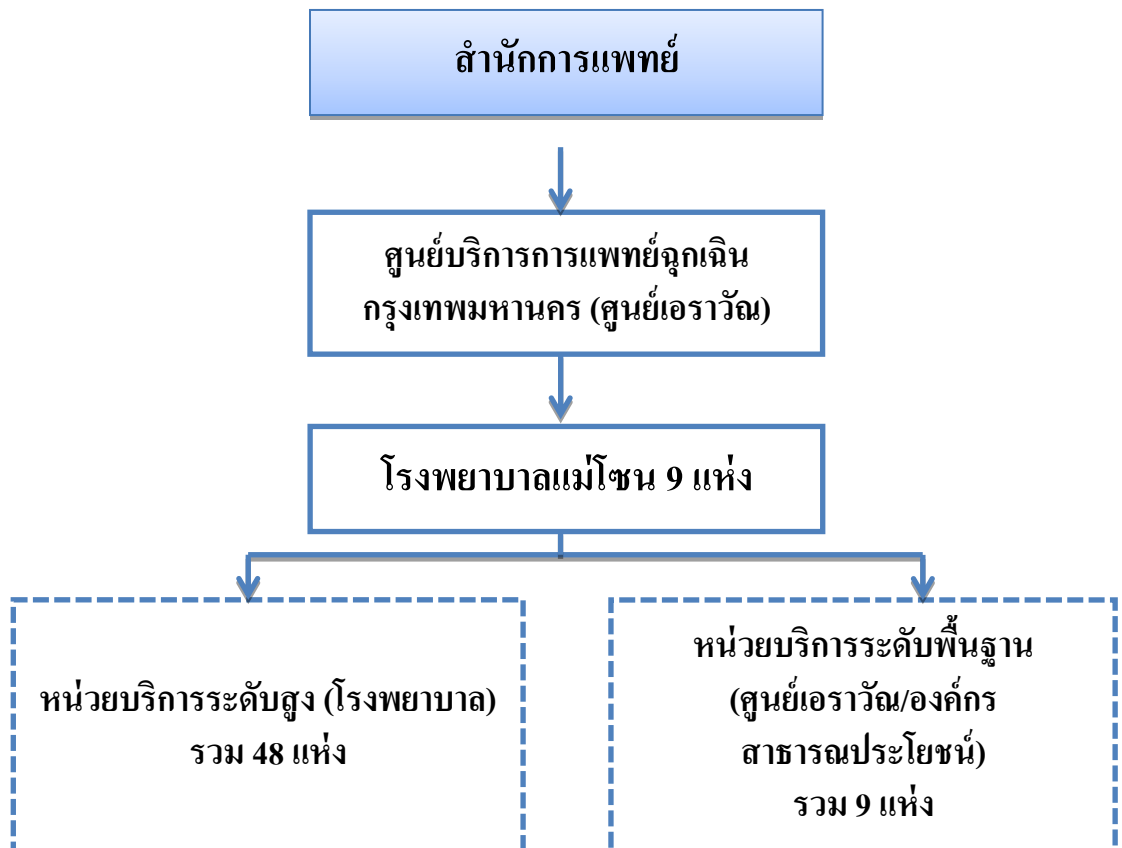
แผนเอราวัณ 1

สาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วไปหรือมีขนาดเล็กซึ่งสามารถดำเนินการโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร ได้โดยลำพัง อันประกอบไปด้วย

1. โรงพยาบาล จำนวน 48 รพ.
2. มุลนิธิฯ จำนวน 8 แห่ง
3. รถพยาบาลของศูนย์เอราวัณ

“รวมมีรถพยาบาลปฏิบัติการ จำนวน 160 คัน”

แผนภาพที่ 3-1 แผนการปฏิบัติ



หน่วยปฏิบัติการระดับ Advance Unit

1. พื้นที่โซน 1

- 1.1 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร
- 1.2 โรงพยาบาลศรีวิชัย 1
- 1.3 โรงพยาบาลราชพิพัฒน์
- 1.4 โรงพยาบาลธนบุรี 1
- 1.5 โรงพยาบาลบางโพ
- 1.6 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ ประชาชื่น

2. พื้นที่โซน 2

- 2.1 โรงพยาบาลกลาง
- 2.2 โรงพยาบาลหัวเฉียว

3. พื้นที่โซน 3

- 3.1 โรงพยาบาลตากสิน
- 3.2 โรงพยาบาลพญาไท 3
- 3.3 โรงพยาบาลบางปะกอก 8
- 3.4 โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล หนองแขม
- 3.5 โรงพยาบาลบางไผ่
- 3.6 โรงพยาบาลหลวงพ่อกวีศักดิ์ ชูตินทรโร อุทิศ
- 3.7 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ บางแค
- 3.8 โรงพยาบาลกรุงธน 1

4. พื้นที่โซน 4

- 4.1 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
- 4.2 โรงพยาบาลบางปะกอก 1
- 4.3 โรงพยาบาลนวมินทร์ 2
- 4.4 โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล
- 4.5 โรงพยาบาลบางมด
- 4.6 โรงพยาบาลนครชน
- 4.7 โรงพยาบาลพระราม 2

5. พื้นที่โซน 5

- 5.1 โรงพยาบาลเลิดสิน
- 5.2 โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 1
- 5.3 โรงพยาบาลเทพธารินทร์
- 5.4 โรงพยาบาลศิริรินทร์
- 5.5 โรงพยาบาลบางนา 1

6. พื้นที่โซน 6

- 6.1 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
- 6.2 โรงพยาบาลศิรินคร
- 6.3 โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
- 6.4 โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี
- 6.5 โรงพยาบาลนวมินทร์ 1

7. พื้นที่โซน 7

- 7.1 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- 7.2 โรงพยาบาล บี.แคร์ เมดิคอลเซ็นเตอร์
- 7.3 โรงพยาบาลเมโย
- โรงพยาบาลเซ็นทรัลเอนเนอร์ดี
- โรงพยาบาลสายไหม
- โรงพยาบาลวิภาวดี

8. พื้นที่โซน 8

- 8.1 โรงพยาบาลราชวิถี
- 8.2 โรงพยาบาลรามธิบดี
- 8.3 โรงพยาบาลกรุงเทพ
- 8.4 โรงพยาบาลพญาไท 2
- 8.5 โรงพยาบาลปิยะเวท
- 8.6 โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

9. พื้นที่โซน 9

- 9.1 โรงพยาบาลตำรวจ
- 9.2 โรงพยาบาลวิภาวดี
- 9.3 โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ สุขากิจบาล 3

หน่วยปฏิบัติการระดับ Basic Unit

1. มุขนิธิปอเต็กตึ๊ง
2. มุขนิธิร่วมกตัญญู
3. มุขนิธิกุ้ยร่มไทร
4. มุขนิธิสยามรวมใจ
5. มุขนิธิอาสาหนองจอก (ศูนย์ราชพฤกษ์)
6. กุ้ยพหงส์แดง
7. กุ้ยพญแดง
8. ศูนย์พิรุณ
9. ศูนย์เอราวัณ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในประเทศไทย และประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา, สาธารณรัฐฝรั่งเศส และสหราชอาณาจักร การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในกรณีสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองของกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ในการวิเคราะห์การปฏิบัติที่ผ่านมา ปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 7 ท่าน คือ

1. นายแพทย์เพชรพงษ์ กำจรกิจการ
ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
สำนักการแพทย์
2. พันตำรวจเอก นายแพทย์ไพบุลย์ มะระพฤษ์วรรณ
นายแพทย์(สบ.5) หัวหน้ากลุ่มงาน ศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โรงพยาบาลตำรวจ
3. นายแพทย์สุรศักดิ์ ลีลาอุดมลิปิ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามารินทร์
4. นายแพทย์อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร
ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน(สธจ.) สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข
5. แพทย์หญิงนฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ
ที่ปรึกษากรมการแพทย์ หัวหน้ากลุ่มฉุกเฉินทางการแพทย์ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข
6. นายแพทย์พิชิต ศิริวรรณ
รองผู้อำนวยการสำนักงานบรรเทาทุกข์ และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย
7. พันเอก นายแพทย์ปราโมทย์ อิมวัฒนา
ผู้อำนวยการกองยุทธการและการข่าว กรมแพทย์ทหารบก

ผลการศึกษา และข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ระบบการรับแจ้งเหตุ และการตรวจสอบสถานการณ์

ศูนย์เอร์วานมีหมายเลขโทรศัพท์ 1646 สำหรับการรับแจ้งเหตุซึ่งสะดวก แต่ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร และยังเป็นคนละหมายเลขกับการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ในพื้นที่ต่างจังหวัดที่ใช้หมายเลข 1669 การแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลสถานการณ์ยังได้จาก Personal contact ซึ่งจะต้องอาศัยการรู้จักกัน ความคุ้นเคย ใ่วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งแหล่งข่าวมีทั้งหน่วยแพทย์ของผู้ชุมนุมเอง หน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เราส่งไปเกาะติดสถานการณ์ เจ้าหน้าที่งานทั้งทางฝ่ายทหาร ตำรวจ และยังเป็นต้องติดตามสถานการณ์จากสื่อต่างๆ โดยใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลความเคลื่อนไหวของทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้ชุมนุมและฝ่ายเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการประสานแหล่งข่าวไว้ล่วงหน้าให้ครอบคลุมทุกฝ่าย คือ ผู้ชุมนุม (แกนนำที่มี Power, หน่วยแพทย์ของผู้ชุมนุม) ตำรวจ ทหาร (รวมถึงหน่วยแพทย์ของตำรวจและทหารด้วย) และสร้างช่องทางการติดต่อ ซึ่งเมื่อมีสถานการณ์ อาจเชิญมาร่วมชี้แจงทำความเข้าใจแผนและระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร และรับทราบข้อมูลจากฝ่ายต่างๆ ทำให้รู้จักกันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. หมายเลขโทรศัพท์รับแจ้งเหตุ 1646 ควรเปลี่ยนมาใช้หรือเพิ่มหมายเลข 1669 ซึ่งใช้ในการแจ้งเหตุทั่วประเทศ

2. ระบบการประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่างๆ

ปัจจุบันใช้แผนเอร์วาน 1 – 3 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว แต่การประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่างๆ ทางกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ตัดสินใจเอง ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับในส่วนรวม

แนวทางการพัฒนา

การประเมินสถานการณ์และประกาศใช้แผนระดับต่างๆ ควรเป็นมติของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าจะประกาศยกระดับจากแผนเอร์วาน 2 ไป 3 หรือลดระดับจากแผนเอร์วาน 3 มา 2 ควรหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขด้วยและมีความเห็นร่วมกัน

3. ระบบการสื่อสาร

3.1 การสื่อสารทางวิทยุในแผนเอราวัณ 1 ของศูนย์เอราวัณกับหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ต่างๆ มีประสิทธิภาพดี แต่มีความถี่ที่ใช้ได้อย่างถูกกฎหมายเพียงความถี่เดียว

3.2 ในกรณีที่มีการบูรณาการหน่วยแพทย์ต่างๆ ในพื้นที่ กทม. ในแผนเอราวัณ 2, 3 จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าที่เกี่ยวข้องกับบริเวณที่ชุมนุม เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ซึ่งจุดที่ตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าจำเป็นต้องใช้สถานที่ตามความเหมาะสมและอาจเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ทำให้การติดต่อสื่อสารกับศูนย์เอราวัณ ทางวิทยุ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ยกเว้นศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรถสื่อสารเคลื่อนที่

3.3 ในกรณีรถพยาบาลจากต่างจังหวัดอาจมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารกับศูนย์เอราวัณหรือศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า หน่วยปฏิบัติการอื่นๆ ในกทม. เพราะเครื่องมือสื่อสารไม่สามารถปรับความถี่เข้าหากันได้ ที่ผ่านมาก็ใช้โดยใช้ระบบ Buddy กับรถของ กทม.

3.4 สำหรับการสื่อสารอื่นๆ ที่ใช้ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ, LINE ได้ผลดี แต่จะมีข้อจำกัด เมื่อสถานการณ์รุนแรงหรือวิกฤต

แนวทางการพัฒนา

1. กทม. ควรขออนุญาตใช้ความถี่เพิ่ม เพื่อเป็นความถี่สำรอง
2. กทม. ควรจัดการสื่อสารเคลื่อนที่เตรียมไว้ใช้ในกรณีที่มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าในแผนเอราวัณ 2

3. รถพยาบาลจากต่างจังหวัดที่อยู่ในแผนที่จะมาช่วยในแผนเอราวัณ 3 ควรมีการซ้อมการปฏิบัติร่วมกับ กทม. และปรับปรุงระบบสื่อสารให้สามารถติดต่อกันได้ดี

4. ระบบการจัดตั้งศูนย์อำนวยการ และสั่งการ

4.1 เมื่อมีสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้น กทม. จะเชิญหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประชุม เพื่อจัดตั้งศูนย์อำนวยการของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครขึ้น แต่ในการประชุมประจำวันเพื่อรับทราบสถานการณ์ปรับแผน หรือสั่งการต่างๆ ยังขาดผู้แทนจากหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ฝ่ายทหาร, ตำรวจเข้าร่วมประชุม

4.2 การสั่งการส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การสั่งการในแผนเอราวัณ 1, 2, 3 ผู้ที่มีอำนาจในการสั่งการควรชัดเจนและมีคนเดียว โดยได้รับมอบหมายจาก กทม.

แนวทางการพัฒนา

1. ควรเชิญผู้แทนจากหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ฝ่ายทหาร, ตำรวจ เข้าร่วมประชุมประจำวันตามความเหมาะสม
2. อาจใช้เทคโนโลยี เช่น การประชุมทางไกลผ่านจอภาพ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถร่วมประชุมได้ด้วย
3. การสั่งการ หัวหน้าศูนย์อำนาจการสั่งการตรงกับศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าได้
5. ระบบการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าและหน่วยปฏิบัติการต่างๆ (พื้นที่, อุปกรณ์บุคลากร)

การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า ส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสมแล้ว ทำให้สามารถดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

6. ระบบการระดมทรัพยากรและการหมุนเวียนบุคลากร
 - 6.1 การระดมทรัพยากรและการหมุนเวียนบุคลากร ยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร ทม. เป็นจังหวัดที่มีความพร้อม ศักยภาพของหน่วยทางการแพทย์สูงมาก
 - 6.2 หน่วยแพทย์ที่เข้ามาช่วยเสริมจากต่างจังหวัด ยังไม่ค่อยรู้จักพื้นที่และมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการระดมทรัพยากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เข้ามาในแผนได้มากกว่านี้ เมื่อสถานการณ์ยืดเยื้อการหมุนเวียนบุคลากรจะช่วยให้ภาระของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ลดลงได้ ซึ่งหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ก็ต้องปฏิบัติการกิจปกติของแต่ละหน่วยอยู่แล้วด้วย
2. สำหรับการที่จะนำหน่วยแพทย์ต่างๆ จากต่างจังหวัดเข้ามาเสริม ควรใช้ศักยภาพภายในกทม. ก่อน และก่อนที่จะมีการปฏิบัติควรมีการฝึกซ้อมร่วมกันกับหน่วยแพทย์ในกทม. จะได้เรียนรู้พื้นที่และสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ดี
7. ระบบการรักษาความปลอดภัย การจราจร และการควบคุมฝูงชน
 - 7.1 ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มาปฏิบัติงาน แต่อยู่นอกระบบ ไม่ได้แจ้งหรือรายงานตัวกับหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าก่อนปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสับสน และเข้าใจผิดได้ โดยเฉพาะเรื่องความเป็นกลาง ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัย และความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ผู้ชุมนุมเอง, ทหาร, ตำรวจ
 - 7.2 การจราจรยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะเวลาที่มีผู้ชุมนุมจำนวนมาก

7.3 อุปกรณ์ที่ช่วยในเรื่องความปลอดภัย ยังมีข้อจำกัดในการใช้ และมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอเช่น เสื้อเกราะ, แวนตาป้องกันแก๊สน้ำตา

แนวทางการพัฒนา

1. มีสัญลักษณ์ ที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระบบ
2. ให้สิทธิต่างๆ กับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระบบ เช่น เรื่องการประกันชีวิต ซึ่งที่ผ่าน มากระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลรามธิบดีได้นำมาใช้ ซึ่งช่วยเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับ ผู้ปฏิบัติงาน ได้เป็นอย่างดี
3. เรื่องการจราจร ควรมีการประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ ตำรวจ ทหาร เป็นอย่างดี และมีการวางแผนการจราจรสำรอง เช่น ทางน้ำ ทางอากาศ ทั้งนี้ควรมีการซ้อมก่อนการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้

8. การดูแลผู้ชุมนุม (Medical Care)

ศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะมีการกิจหลักในการดูแลผู้ชุมนุมทุกฝ่ายและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย เฉพาะการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ส่วนการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน จะให้การดูแลตามความเหมาะสม

9. การบริหารจัดการและการสนับสนุนต่างๆ (งบประมาณ, การส่งกำลังบำรุง)

การปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ยังใช้งบประมาณของหน่วยเอง ถ้าการ ชุมนุมเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือเกิดขึ้นยาวนาน จะก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยมาก การส่งกำลังบำรุง ไม่ว่าจะเป็น อาหาร, น้ำ, ยา, เวชภัณฑ์, อุปกรณ์ในการป้องกันต่างๆ ถ้า กทม. เป็นผู้ดำเนินการ ก็จะ ช่วย ลดข้อจำกัดต่างๆ ในภาพรวมของการปฏิบัติงานลงได้มาก

แนวทางการพัฒนา

การที่มีผู้ชุมนุมจำนวนมาก และมีความแตกแยกทางความคิดกับผู้ชุมนุมอีกฝ่าย หรือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ตาม ถือเป็นภัยพิบัติฝูงชนซึ่งมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีผู้บาดเจ็บ ทุพพล ภาพหรือเสียชีวิต ดังนั้น กทม. ควรได้รับอนุมัติงบประมาณในการเตรียมความพร้อมและปฏิบัติงาน ของหน่วยทางการแพทย์ในพื้นที่ กทม. เพื่อลดการสูญเสียให้ได้มากที่สุด

10. ระบบการประชาสัมพันธ์

ยังมีการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครน้อยไป

แนวทางการพัฒนา

1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มากขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจการปฏิบัติงานของศูนย์ฯ เชื่อมั่นในความเป็นกลาง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ ในกรณีเกิดเหตุการณ์รุนแรง มีการปล่อยข่าวลือที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและความเกลียดชังฝ่ายตรงข้าม ซึ่งจะนำมาซึ่งความรุนแรงมากขึ้น ควรมีการให้ข่าวบ่อยครั้งขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับทราบข้อเท็จจริง เกี่ยวกับจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต

2. กทม. ควรกำหนดผู้ให้ข่าวแก่สื่อมวลชนเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน

11. ระบบการเก็บ/บันทึกข้อมูล มีการเก็บ บันทึกข้อมูลที่เหมาะสมและมีรูปแบบเดียวกัน

12. การวิเคราะห์ การประเมินผล และการปรับปรุงแผน ที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจน

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการวิเคราะห์และประเมินผล ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุงแผนเพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป ในการปรับปรุงแผนควรเชิญผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมแสดงความคิดเห็น

2. กทม. ควรจัดการซ้อมแผนที่ปรับปรุง แล้วให้แก่หน่วยปฏิบัติการต่างๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและหน่วยปฏิบัติการเสริมที่มาจากต่างจังหวัด

บทที่ 5

สรุป และข้อเสนอแนะ

สรุป

จากการศึกษา ทำให้ได้แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จากข้อมูลที่ได้ ทำให้ทราบถึงปัญหา ข้อขัดข้อง และข้อเสนอแนะด้านต่างๆ ในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. การที่หน่วยแพทย์ต่างๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ความร่วมมือมารวมตัวกัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง เป็นโอกาสที่จะเตรียมการช่วยเหลือได้แบบบูรณาการ มีประสิทธิภาพ ทดม. ควรปรับการระดมบุคลากรและใช้ทรัพยากรให้เต็มศักยภาพ

2. การชุมนุมทางการเมืองเป็นการชุมนุมภายใต้ความขัดแย้ง ดังนั้น ความเป็นกลางของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับ จึงมีความสำคัญยิ่งต่อความร่วมมือของฝ่ายต่างๆ

3. ด้านการข่าว ศูนย์ปฏิบัติการฯ จะต้องมีส่วนที่จะได้รับข้อมูลสถานการณ์สำคัญที่เชื่อถือได้และแนวโน้ม ความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดขึ้น เพื่อใช้ในการวางแผน รวมทั้งเมื่อมีผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน จะต้องมีส่วนที่สะดวกในการแจ้งให้ศูนย์ปฏิบัติการฯ ทราบได้ทันที อีกทั้งยังต้องมีเครือข่ายสำหรับตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่างๆ ซึ่งเครือข่ายที่จะให้ข้อมูลเหล่านี้ จะต้องมีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของศูนย์ ในการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บทุกฝ่าย ทุกกลุ่ม โดยเท่าเทียมกัน ความเป็นกลางในการปฏิบัติและเชื่อใจ ไว้วางใจ ซึ่งกันและกัน จึงควรมีการประชุมชี้แจงการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการฯ ให้ฝ่ายต่างๆ ทั้งผู้ชุมนุมกลุ่มต่างๆ และทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีความเข้าใจ ตั้งแต่ในช่วงเตรียมความพร้อม และประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีสถานการณ์เกิดขึ้น

4. การปฏิบัติการของศูนย์ฯ เป็นการบูรณาการหน่วยทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ดังนั้นการประเมินสถานการณ์ การประกาศใช้แผนระดับต่างๆ การตัดสินใจต่างๆ ของกรุงเทพมหานคร ควรนำข้อมูลจากศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าและหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์

ต่างๆ มาพิจารณารื้อ และตัดสินใจร่วมกัน จะทำให้ได้รับการยอมรับจากผู้ปฏิบัติ และได้ประโยชน์สูงสุดจากการบูรณาการ

5. การบูรณาการหน่วยทางการแพทย์ต่างๆ มาทำงานร่วมกันทุกหน่วยต้องปฏิบัติการด้วยความเป็นกลาง ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน มีความคล่องตัวสูงในการปฏิบัติงานพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันจึงจำเป็นต้องมีการซักซ้อม เตรียมความพร้อม ซ้อมแผนต่างๆ ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารที่ดี ที่มีประสิทธิภาพทั้งระบบและอุปกรณ์ในการสื่อสาร การทำงานจึงจะบรรลุผลลัพธ์สูงสุด ต่อการลดความสูญเสียของผู้บาดเจ็บ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทุกฝ่าย

6. การบูรณาการหน่วยต่างๆ มาทำงานร่วมกัน อีกทั้งเมื่อเกิดสถานการณ์จะเกิดความสับสนวุ่นวาย ระบบสั่งการของศูนย์ปฏิบัติการฯ จะต้องมีความเป็นเอกภาพและต้องชัดเจน มีการถ่ายทอดไปยังผู้ปฏิบัติอย่างมีระบบและมีประสิทธิภาพ

7. การสื่อสารกับทุกฝ่ายเป็นเรื่องสำคัญ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ต้องมีผู้ที่ได้รับมอบหมายหน้าที่เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ ข้อมูล ข้อเท็จจริงทางสื่อต่างๆ ติดต่อประสานงานกับสื่อมวลชน และควรมีการทำความเข้าใจ ชี้แจง ขอความร่วมมือกับผู้ชุมนุมฝ่ายต่างๆ ในการปฏิบัติงาน เช่น อาจใช้ลำโพงของรถพยาบาล, โทรโข่งในการชี้แจงขอความร่วมมือ เพื่อเปิดทางเข้า-ออก เพื่อไปรับผู้ป่วย

8. เรื่องงบประมาณเป็นเรื่องสำคัญ กทม. ควรได้รับงบประมาณเพื่อบริหารจัดการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีอุบัติเหตุฝูงชน เพื่อที่กทม. จะได้สนับสนุน อาหาร, ยาเวชภัณฑ์, อุปกรณ์ป้องกัน เลือดเกาะ, เบี้ยเลี้ยง รวมทั้งสวัสดิการต่างๆ เช่น การประกันชีวิต เพื่อเป็นขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา การที่การชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นภายใต้ความขัดแย้งความเป็นกลางของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการนำมาซึ่งแหล่งข่าว ความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ตลอดจนความปลอดภัยงานของผู้ปฏิบัติงาน สำหรับการที่หน่วยแพทย์ต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ และเจ็บป่วยฉุกเฉิน กทม. ควรใช้โอกาสนี้ในการบูรณาการ การใช้บุคลากร และทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการประชุมหารือร่วมกันเพื่อวางแผน มีการซ้อมแผนร่วมกันของหน่วยต่าง ๆ และเมื่อมีการบูรณาการการทำงานของหน่วยต่าง ๆ การติดต่อสื่อสาร การส่งกำลังบำรุง เป็นเรื่องสำคัญในการนำมาซึ่งความสำเร็จของการปฏิบัติงาน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

ไกรจักร แก้วนิล และคณะ. รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม คุณาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ต่างประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. 2551.

นายแพทย์ สันต์ หัตถิรัตน์. คู่มือสู้อยู่พิบัติ สำหรับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน. 2552.

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, สำนักงาน. คู่มือการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ : บริษัท L.T. Press Co., Ltd. 2548.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). บันทึกเหตุการณ์ การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินใน สถานการณ์ความไม่สงบทางการเมือง. ส.พิจิตร การพิมพ์. 2553.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). 2553.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.). 2553.

สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ. การบริหารจัดการระบบเวชบริการฉุกเฉิน หลักการพัฒนาบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น : โครงการวิจัยและตำราในโรงพยาบาลขอนแก่น. 2551

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย. รายงานการศึกษา เรื่อง การจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2550

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

สมชาย กาญจนสุด. “ระบบการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.emsthai.net>. 2551.

ภาคผนวก

แบบสอบถามที่ใช้

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ผู้ชุมนุมทางการเมือง
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1. ระบบการรับแจ้งเหตุ และการตรวจสอบสถานการณ์

.....

.....

.....

.....

.....

2. ระบบการประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่างๆ

.....

.....

.....

.....

.....

3. ระบบการสื่อสาร

.....

.....

.....

.....

.....

4. ระบบการจัดตั้งกองอำนาจการ และการสั่งการ

.....

.....

.....

.....

5. ระบบการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า และหน่วยปฏิบัติการต่างๆ (พื้นที่, อุปกรณ์, บุคลากร)

.....

.....

.....

.....

.....

6. ระบบการระดมทรัพยากร และการหมุนเวียนบุคลากร

.....

.....

.....

.....

.....

7. ระบบการรักษาความปลอดภัย การจราจร และการควบคุมฝูงชน

.....

.....

.....

.....

.....

8. การดูแลผู้ชุมนุม (Medical care)

.....

.....

.....

.....

.....

9. การบริหารจัดการและสนับสนุนต่างๆ (งบประมาณ, การส่งกำลังบำรุง)

.....

.....

.....

.....

10. ระบบการประชาสัมพันธ์

.....

.....

.....

.....

.....

11. ระบบการเก็บ/บันทึกข้อมูล

.....

.....

.....

.....

.....

12. การวิเคราะห์, การประเมินผล และการปรับปรุงแผน

.....

.....

.....

.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	พินเอก ต่างแดน พิศาลพงศ์
วัน เดือน ปีเกิด	16 เมษายน 2505
การศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - แพทย์ศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - วว. ศัลยศาสตร์ตกแต่ง แพทยสภา - อว. เวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา - วิทยาลัยการแพทย์ หลังสูตรหลักประจำ ชุดที่ 51
ประวัติการทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> - นายแพทย์ หมอวศรักษาพยาบาล กองพันทหารเสนารักษ์ ที่ 2 กองบัญชาการช่วยรบที่ 2 - ศัลยแพทย์ กองศัลยกรรม โรงพยาบาลค่ายสุรนารี - หัวหน้าแผนกรักษาพยาบาล กองอุบัติเหตุ และเวชกรรมฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า - ผู้อำนวยการกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า - อาจารย์หัวหน้าภาควิชาพยาธิวิทยา กองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า - รองผู้อำนวยการกองการศึกษา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า - รองผู้อำนวยการสถาบันพยาธิวิทยา ศูนย์อำนวยการแพทย์ พระมงกุฎเกล้า
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัย พ.อ.ต่างแดน พิศาลพงศ์

หลักสูตร ปรอ. รุ่นที่ 26

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้าฝ่ายบริหาร

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาที่สำคัญยิ่งต่อความมั่นคงของประเทศและทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อสังคมและประเทศชาติ คือ ปัญหาความขัดแย้งทางการเมือง ซึ่งแบ่งแยกประชาชนออกเป็นกลุ่มต่างๆ มีการชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้นบ่อยครั้ง และความขัดแย้งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น ความสูญเสียก็มีแนวโน้มที่จะมากขึ้น ซึ่งความสูญเสียไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มใด ฝ่ายใดก็ตาม จะเปรียบเสมือนแผลเป็นที่จะทำให้ความขัดแย้งที่มีอยู่ลุกลามยิ่งขึ้นและยากต่อการเยียวยาแก้ไข ความสูญเสียที่สำคัญยิ่งประการหนึ่ง คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจ การทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ไม่ว่าจะเกิดขึ้นกับฝ่ายผู้ชุมนุมกลุ่มใด หรือฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ตาม การที่จะลดความสูญเสียดังกล่าวให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ต้องมีการเตรียมความพร้อมทางการแพทย์เพื่อรองรับสถานการณ์การชุมนุมดังกล่าวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินที่มีคุณภาพก่อนถึงสถานพยาบาล จะสามารถลดอัตราการตาย อัตราความพิการ และทุพพลภาพได้ เพราะช่วงเวลาก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้น เป็นช่วงเวลาสำคัญ หรือที่เรียกว่า Golden hour ของการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน อันจะทำให้ผู้ป่วยนั้นรอดชีวิตได้มากกว่า

สำหรับระบบการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร ได้จัดตั้งหน่วยแพทย์กู้ชีวิตครั้งแรกที่ วชิรพยาบาล ในปีพ.ศ.2537 และต่อมาได้ขยายไปยังโรงพยาบาล สังกัด กทม. ทั้ง 9 แห่ง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและกรณีอุบัติเหตุ อุบัติภัย ได้กว้างขวางขึ้น ต่อมาในปี พ.ศ.2543 ได้มีการจัดตั้งศูนย์เอราวัณขึ้น เพื่อรับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งการดำเนินงานในระยะแรกยังไม่เป็นระบบที่ดี ประสพปัญหาความซ้ำซ้อน ขาดความเป็นเอกภาพ อันเนื่องมาจากสถานพยาบาลและหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีหลายหน่วยงาน ทั้งจากภาครัฐ และภาคเอกชน ตลอดจนมูลนิธิและกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ ที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามภารกิจและกฎหมายเฉพาะของตนเอง โดยขาดการบูรณาการร่วมกัน

การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครในอดีต ยังเป็นในลักษณะที่สถานพยาบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินต่างคนต่างดำเนินการ ไม่มีระบบที่ดี เกิดความซ้ำซ้อน การส่งต่อผู้ป่วยมีความล่าช้า และการกระจายผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ไม่เหมาะสม และไม่มีประสิทธิภาพ เช่น ในสถานการณ์ 14 ตุลาคม พ.ศ.2516 (วันมหาวิปโยค) สถานการณ์ 6 ตุลาคม พ.ศ.2519 หรือสถานการณ์พฤษภาทมิฬ พ.ศ.2535 ก็ตาม เมื่อมีผู้บาดเจ็บจำนวนมาก แต่การช่วยเหลือยังไม่มีระบบที่ดีมีประสิทธิภาพ การสูญเสียที่เกิดขึ้นก็จะมามาก ในปี พ.ศ.2551 ได้มีการชุมนุมของกลุ่มพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย เพื่อต่อต้านรัฐบาลขณะนั้น หน่วยงานทางการแพทย์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้มีการรวมตัวกัน จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครขึ้น ภายใต้การนำของสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองภายใต้ความขัดแย้งเป็นไปอย่างเป็นระบบมีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพและเป็นกลางในการช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นฝ่ายใด กลุ่มใด ซึ่งหน่วยงานที่เข้าร่วมในการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ได้แก่

1. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ)
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
4. โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ และ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สภากาชาดไทย

6. โรงพยาบาลรามาริบัติ
7. โรงพยาบาลศิริราช
8. โรงพยาบาลตำรวจ
9. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก
10. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

ซึ่งการปฏิบัติงานในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครที่ตั้งขึ้นในครั้งแรกนี้ ได้เป็นไปอย่างมีระบบ ช่วยลดปัญหาความซ้ำซ้อน มีความเป็นเอกภาพ มีความชัดเจนเรื่องความเป็นกลางมีการบูรณาการทั้งคนและทรัพยากรร่วมกัน ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมือง ภายใต้อำนาจขัดแย้ง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดความสูญเสียจากการบาดเจ็บ ทูพพลภาพและเสียชีวิตของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นผู้ชุมนุมกลุ่มใดหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานยังพบปัญหาอุปสรรคหลายประการ ซึ่งถ้าได้มีการศึกษาวิเคราะห์และปรับการปฏิบัติให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จะทำให้การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองภายใต้อำนาจขัดแย้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาและวิเคราะห์การบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครในอดีตตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบันของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร
2. เสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เฉพาะกรณีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Emergency Medical Service)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาวิเคราะห์กระบวนการ รูปแบบ และการปฏิบัติของการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านมามาตั้งแต่ปีพ.ศ.2551 จนถึงปัจจุบัน เปรียบเทียบกับการปฏิบัติในต่างประเทศบางประเทศ รวมทั้งการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้าน

การแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนผู้รับผิดชอบในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นสำหรับประเทศไทย

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในประเทศไทย และประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สหรัฐอเมริกา, สาธารณรัฐฝรั่งเศส และสหราชอาณาจักร การจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและในกรณีสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองของกรุงเทพมหานครนอกจากนั้นในการวิเคราะห์การปฏิบัติที่ผ่านมาปัญหาและเสนอแนวทางแก้ไข ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง โดยตรงกับการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 7 ท่าน สรุปได้ดังนี้

1. ระบบการรับแจ้งเหตุ และการตรวจสอบสถานการณ์

ศูนย์เอร์วานมีหมายเลขโทรศัพท์ 1646 สำหรับการรับแจ้งเหตุซึ่งสะดวก แต่ยังไม่แพร่หลายเท่าที่ควร และยังเป็นคนละหมายเลขกับการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์ในพื้นที่ต่างจังหวัดที่ใช้หมายเลข 1669 การแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลสถานการณ์ยังได้จาก Personal contact ซึ่งจะต้องอาศัยการรู้จักกัน ความคุ้นเคย ใ่วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งแหล่งข่าวมีทั้งหน่วยแพทย์ของผู้ชุมนุมเอง, หน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ที่เราส่งไปเกาะติดสถานการณ์, เจ้าหน้าที่งานทั้งทางฝ่ายทหาร ตำรวจ และยังเป็นต้องติดตามสถานการณ์จากสื่อต่างๆ โดยใกล้ชิด ซึ่งจะทำได้ข้อมูลความเคลื่อนไหวของทุกฝ่าย ทั้งฝ่ายผู้ชุมนุมและฝ่ายเจ้าหน้าที่ทหาร ตำรวจ

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการประสานแหล่งข่าวไว้ล่วงหน้าให้ครอบคลุมทุกฝ่าย คือ ผู้ชุมนุม (แกนนำที่มี Power, หน่วยแพทย์ของผู้ชุมนุม) ตำรวจ ทหาร (รวมถึงหน่วยแพทย์ของตำรวจและทหารด้วย) และสร้างช่องทางการติดต่อ ซึ่งเมื่อมีสถานการณ์ อาจเชิญมาร่วมชี้แจงทำความเข้าใจแผนและระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร และรับทราบข้อมูลจากฝ่ายต่างๆ ทำให้รู้จักกันและเกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. หมายเลขโทรศัพท์รับแจ้งเหตุ 1646 ควรเปลี่ยนมาใช้หรือเพิ่มหมายเลข 1669 ซึ่งใช้ในการแจ้งเหตุทั่วประเทศ

2. ระบบการประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่างๆ

ปัจจุบันใช้แผนเอร์วณ 1-3 ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าเหมาะสมดีแล้ว แต่การประเมินสถานการณ์ และการประกาศใช้แผนระดับต่างๆ ทางกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ตัดสินใจเอง ซึ่งอาจทำให้ไม่ได้รับการยอมรับในส่วนรวม

แนวทางการพัฒนา

การประเมินสถานการณ์และประกาศใช้แผนระดับต่างๆ ควรเป็นมติของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉิน พื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าจะประกาศยกระดับจากแผนเอร์วณ 2 ไป 3 หรือลดระดับจากแผนเอร์วณ 3 มา 2 ควรหารือร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขด้วยความเห็นร่วมกัน

3. ระบบการสื่อสาร

3.1 การสื่อสารทางวิทยุในแผนเอร์วณ 1 ของศูนย์เอร์วณกับหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ต่างๆ มีประสิทธิภาพดี แต่มีความถี่ที่ใช้ได้อย่างถูกกฎหมายเพียงความถี่เดียว

3.2 ในกรณีที่มีการบูรณาการหน่วยแพทย์ต่างๆ ในพื้นที่ กทม. ในแผนเอร์วณ 2, 3 จะมีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าใกล้กับบริเวณที่ชุมนุม เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บฉุกเฉิน ได้อย่างทันเวลา ซึ่งจุดที่ตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าจำเป็นต้องใช้สถานที่ตามความเหมาะสมและอาจเปลี่ยนไปเรื่อยๆ ทำให้การติดต่อสื่อสารกับศูนย์เอร์วณ ทางวิทยุ ยังไม่มีประสิทธิภาพ ยกเว้นศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีรถสื่อสารเคลื่อนที่

3.3 ในกรณีรพยบาลจากต่างจังหวัดอาจมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารกับศูนย์เอร์วณ หรือศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า หน่วยปฏิบัติการอื่นๆ ในกทม. เพราะเครื่องมือสื่อสารไม่สามารถปรับความถี่เข้าหากันได้ ที่ผ่านมาก็ใช้โดยใช้ระบบ Buddy กับรถของ กทม.

3.4 สำหรับการสื่อสารอื่นๆ ที่ใช้ได้แก่ โทรศัพท์มือถือ, LINE ได้ผลดี แต่จะมีข้อจำกัด เมื่อสถานการณ์รุนแรงหรือวิกฤต

แนวทางการพัฒนา

1. กทม. ควรขออนุญาตใช้ความถี่เพิ่ม เพื่อเป็นความถี่สำรอง
2. กทม. ควรจัดการสื่อสารเคลื่อนที่เตรียมไว้ใช้ในกรณีที่มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าในแผนเอร์วณ 2
3. รพยบาลจากต่างจังหวัดที่อยู่ในแผนที่จะมาช่วยในแผนเอร์วณ 3 ควรมีการซ้อมการปฏิบัติร่วมกับ กทม. และปรับปรุงระบบสื่อสารให้สามารถติดต่อกันได้ดี

4. ระบบการจัดตั้งศูนย์อำนวยการ และสั่งการ

4.1 เมื่อมีสถานการณ์การชุมนุมทางการเมืองเกิดขึ้น กทม. จะเชิญหน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องประชุม เพื่อจัดตั้งศูนย์อำนวยการของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครขึ้นแต่ในการประชุมประจำวันเพื่อรับทราบสถานการณ์ปรับแผน หรือสั่งการต่างๆ ยังขาดผู้แทนจากหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ฝ่ายทหาร, ตำรวจเข้าร่วมประชุม

4.2 การสั่งการส่วนใหญ่มีความเห็นตรงกันว่า การสั่งการในแผนเฮอร์คิวลีส 1,2,3 ผู้ที่มีอำนาจในการสั่งการควรชัดเจนและมีคนเดียว โดยได้รับมอบหมายจาก กทม.

แนวทางการพัฒนา

1. ควรเชิญผู้แทนจากหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ฝ่ายทหาร, ตำรวจ เข้าร่วมประชุมประจำวันตามความเหมาะสม

2. อาจใช้เทคโนโลยี เช่น การประชุมทางไกลผ่านจอภาพ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถร่วมประชุมได้ด้วย

3. การสั่งการ หัวหน้าศูนย์อำนวยการต้องสามารถสั่งการตรงกับศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าได้

5. ระบบการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าและหน่วยปฏิบัติการต่างๆ (พื้นที่, อุปกรณ์, บุคลากร)

การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้า ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสมแล้ว ทำให้สามารถดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

6. ระบบการระดมทรัพยากรและการหมุนเวียนบุคลากร

6.1 การระดมทรัพยากรและการหมุนเวียนบุคลากร ยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร กทม. เป็นจังหวัดที่มีความพร้อม ศักยภาพของหน่วยทางการแพทย์สูงมาก

6.2 หน่วยแพทย์ที่เข้ามาช่วยเสริมจากต่างจังหวัด ยังไม่ค่อยรู้จักพื้นที่และมีปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสาร

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการระดมทรัพยากรในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้เข้ามาในแผนได้มากกว่านี้ เมื่อสถานการณ์ยืดเยื้อการหมุนเวียนบุคลากรจะช่วยให้ภาระของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ลดลงได้ ซึ่งหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ก็ต้องปฏิบัติการกิจปกติของแต่ละหน่วยอยู่แล้วด้วย

2. สำหรับการที่จะนำหน่วยแพทย์ต่างๆ จากต่างจังหวัดเข้ามาเสริม ควรใช้ศักยภาพภายในกทม.ก่อน และก่อนที่จะมีการปฏิบัติควรมีการฝึกซ้อมร่วมกันกับหน่วยแพทย์ในกทม. จะได้เรียนรู้พื้นที่และสามารถติดต่อสื่อสารกันได้ดี

7. ระบบการรักษาความปลอดภัย การจราจร และการควบคุมฝูงชน

7.1 ยังมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มาปฏิบัติงาน แต่อยู่นอกระบบ ไม่ได้แจ้งหรือรายงานตัวกับหัวหน้าศูนย์ปฏิบัติการส่วนหน้าก่อนปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสับสน และเข้าใจผิดได้ โดยเฉพาะเรื่องความเป็นกลาง ซึ่งมีผลต่อความปลอดภัย และความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ได้แก่ ผู้ชุมนุมเอง, ทหาร, ตำรวจ

7.2 การจราจรยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะเวลาที่มีผู้ชุมนุมจำนวนมาก

7.3 อุปกรณ์ที่ช่วยในเรื่องความปลอดภัย ยังมีข้อจำกัดในการใช้ และมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ เช่น เสื้อเกราะ, แวนตาป้องกันแก๊สน้ำตา

แนวทางการพัฒนา

1. มีสัญลักษณ์ ที่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระบบ

2. ให้สิทธิต่างๆ กับผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในระบบ เช่น เรื่องการประกันชีวิต ซึ่งที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลรามาธิบดีได้นำมาใช้ ซึ่งช่วยเพิ่มขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

3. เรื่องการจราจร ควรมีการประสานงานกับ เจ้าหน้าที่ ตำรวจ ทหาร เป็นอย่างดี และมีการวางแผนการจราจรสำรอง เช่น ทางน้ำ ทางอากาศ ทั้งนี้ควรมีการซ้อมก่อนการปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ ลงได้

8. การดูแลผู้ชุมนุม (Medical Care)

ศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานคร จะมีการกิจหลักในการดูแลผู้ชุมนุมทุกฝ่ายและเจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย เฉพาะการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่เป็นภาวะฉุกเฉินส่วนการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน จะให้การดูแลตามความเหมาะสม

9. การบริหารจัดการและการสนับสนุนต่างๆ (งบประมาณ, การส่งกำลังบำรุง)

การปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ยังใช้งบประมาณของหน่วยเอง ถ้าการชุมนุมเกิดขึ้นบ่อยครั้ง หรือเกิดขึ้นยาวนาน จะก่อให้เกิดภาระแก่หน่วยมาก การส่งกำลังบำรุง ไม่ว่าจะเป็น อาหาร, น้ำ, ยา, เวชภัณฑ์, อุปกรณ์ในการป้องกันต่างๆ ถ้า กทม. เป็นผู้ดำเนินการ ก็จะช่วยลดข้อจำกัดต่างๆ ในภาพรวมของการปฏิบัติงานลงได้มาก

แนวทางการพัฒนา

การที่มีผู้ชุมนุมจำนวนมาก และมีความแตกแยกทางความคิดกับผู้ชุมนุมอีกฝ่าย หรือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐก็ตาม ถือเป็นภัยพิบัติฝูงชนซึ่งมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะมีผู้บาดเจ็บ ทูพพล ภาพหรือเสียชีวิต ดังนั้น กทม. ควรได้รับอนุมัติงบประมาณในการเตรียมความพร้อมและปฏิบัติงาน ของหน่วยทางการแพทย์ในพื้นที่ กทม. เพื่อลดการสูญเสียให้ได้มากที่สุด

10. ระบบการประชาสัมพันธ์ ยังมีการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ในสถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครน้อยไป

แนวทางการพัฒนา

1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์งานของศูนย์ปฏิบัติการทางการแพทย์ใน สถานการณ์ฉุกเฉินพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มากขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายเข้าใจการปฏิบัติงานของศูนย์ฯ เชื่อมั่นในความเป็นกลาง และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยปฏิบัติการ ในกรณีเกิด เหตุการณ์รุนแรง มีการปล่อยข่าวลือที่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและความเกลียดชังฝ่ายตรงข้าม ซึ่งจะนำมาซึ่งความรุนแรงมากขึ้นควรมีการให้ข่าวบ่อยครั้งขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายได้รับทราบข้อเท็จจริง เกี่ยวกับจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต

2. กทม. ควรกำหนดผู้ให้ข่าวแก่สื่อมวลชนเพื่อไม่ให้เกิดความสับสน

11. ระบบการเก็บ / บันทึกข้อมูล มีการเก็บ บันทึกข้อมูลที่เหมาะสมและมีรูปแบบ เดียวกัน

12. การวิเคราะห์ การประเมินผล และการปรับปรุงแผน ที่ผ่านมายังไม่มีความชัดเจน

แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการวิเคราะห์และประเมินผล ซึ่งจะนำมาสู่การปรับปรุงแผนเพื่อ เตรียมความพร้อมสำหรับการปฏิบัติงานในครั้งต่อไป ในการปรับปรุงแผนควรเชิญผู้เกี่ยวข้อง ทุกฝ่ายร่วมแสดงความคิดเห็น

2. กทม. ควรจัดการซ้อมแผนที่ปรับปรุง แล้วให้แก่หน่วยปฏิบัติการต่างๆ ใน พื้นที่กรุงเทพมหานครและหน่วยปฏิบัติการเสริมที่มาจากต่างจังหวัด