บทที่ 2

แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ได้ศึกษาถึงนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดสิทธิผู้ป่วย แนวคิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุ โดยนำผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้กับข้อมูลที่ศึกษา เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินให้มีมาตรฐาน มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงและได้รับสวัสดิการการดูแลรักษาในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยมีแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
   1.1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
   1.2 โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. แนวคิดสิทธิผู้ป่วย
3. แนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุ
5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
6. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. นโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554 ให้ความสำคัญกับการสร้างและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพ เตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติต่างๆ ในการรองรับสถานการณ์วิกฤตด้วยการจัดตั้งองค์กรกลางเพื่อการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอิสระและมีประสิทธิภาพ จัดตั้งศูนย์จัดการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีศักยภาพในการประสานงานเชื่อมโยงระบบครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังปัญหาการดูแลผู้ประสบภัยในที่เกิดเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย ระบบการส่งต่อ โดยใช้มาตรการและกลไกด้านการเงินการคลัง ควบคู่กับมาตรการ

ด้านกฎหมายและสังคมให้ผู้ประสบภัยได้รับบริการและการดูแลรักษาที่เหมาะสม ทันท่วงที และต่อเนื่องส่งผลให้ลดอัตราตาย พิการและความทุกข์ทรมานอันไม่สมควรที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ล่าช้า วิธีการดูแลรักษาและเคลื่อนย้ายอย่างผิดวิธี ขาดระบบการนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม

สภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นชอบ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2550 จะประกาศในพระราชกิจจานุเบกษาต่อไป มีศูนย์นเรนทรเป็นองค์การรับผิดชอบการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรงในช่วงแรกจัดตั้งกองทุนรองรับ ครอบคลุมการบริการ การฝึกอบรมบุคลากรภาคบริการ แหล่งงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และกองทุนข้าราชการและครอบครัว ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายดังต่อไปนี้

1. ให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่ ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง ชนบทและพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลให้ได้คุณภาพและมีมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และให้การแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการระบบแจ้งเหตุโดยใช้หมายเลข 1669 และการให้บริการในพื้นที่ทุรกันดารโดยการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ ควบคุมงบประมาณและการเบิกจ่ายของหน่วยบริการทั่วประเทศในสังกัดต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน

2. ให้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ในการจัดสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในจังหวัด จัดหาหน่วยบริการ ควบคุมคุณภาพมาตรฐานในการให้บริการ ควบคุมการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการภายในจังหวัด

3. ให้หน่วยงานด้านการรักษาพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกหน่วยร่วมมือและเข้าเป็นผู้ให้บริการในระดับต่างๆ โดยไม่ซ้ำซ้อน

4. ก่อนการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศ

1.1 <u>กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</u>

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (http://narendhorn.moph.go.th, 2551) กล่าวถึงยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มที่การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การบริหารจัดการทุกระดับเพื่อการบูรณาการ การจัดการการเงินการคลัง และการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

สุพรรณ ศรีธรรมมา (http://www.thairssfeed.com/news, 2551) กล่าวถึงกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) มีความครอบคลุมถึงระบบการปฐมพยาบาล ระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉิน ระบบการให้คำปรึกษาแนะนำการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ระบบรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล ระบบการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ระบบการลำเรียงขนย้ายผู้ป่วยส่งมอบให้กับสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีภัยพิบัติ

เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีดังนี้

1. พ.ศ.2554 ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนร้อยละ50 ได้รับการช่วยเหลือ หรือนำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

2. พ.ศ.2554 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี 2549 อย่างน้อยร้อยละ 15

3. พ.ศ.2554 มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานดังนี้

3.1 มีหน่วยปฏิบัติบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

3.2 โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศมีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3.3 มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานได้สอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม

3.4 มีระบบและกลไกลการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

4. พ.ศ. 2554 มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และมีจำนวนเพียงพอ

5. พ.ศ. 2554 มีระบบสารสนเทศ ระบบการจัดการ การสร้างและการกระจายความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดการและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ประเด็นยุทธศาสตร์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
2. การพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของภาคี
3. การพัฒนากลไกการบริหาร และระบบการเงินการคลัง
4. การบริหารและการพัฒนาบุคลากร
5. การสร้างและจัดการความรู้

มติที่ 1. ด้านประสิทธิผลตามแผนยุทธศาสตร์

1. ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ

2. ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง

มิติที่ 2. ด้านคุณภาพการให้บริการ

1. ภาคีทุกภาคส่วน และส่วนท้องถิ่นให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพ

2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความเข้มแข็ง

3. ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

มิติที่ 3. ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ

1. มีโครงสร้างการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่มีความเป็นเอกภาพชัดเจน

2. ระบบการสื่อสารในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพรวดเร็วและผสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบในรูปแบบเดียวกัน

3. ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายร่วมทุนวมจัดบริการร่วมประเมินผลการให้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. มีกลไกการเงินการคลังสำหรับกระจายการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและคุ้มค่า

5. มีระบบบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นในภาวะปกติและภัยพิบัติ

6. มีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งในยามปกติและภัยพิบัติ

มิติที่ 4. ด้านการพัฒนาองค์การ

1. เทคโนโลยีสารสนเทศระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

2. มีบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง

3. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศมีขีดความสามารถที่ได้มาตรฐาน

4. มีงานวิจัยและนวัตกรรมในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

5. มีองค์ความรู้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

1.2 <u>โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</u>

โครงสร้างพื้นฐานขององค์การ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548, น. 11-27 อ้างถึงใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, http://narendhorn.moph.go.th, 2551) การดูแลผู้เจ็บป่วยก่อนนำส่งสถานพยาบาลของภาครัฐมีโครงสร้างการบริหารงานขององค์การหลายระดับ ดังนี้

ระดับชาติมีคณะกรรมการระดับชาติที่เป็นองค์การกลางเชื่อมระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะเดียวกัน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีโครงสร้างที่เชื่อมต่อกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการ การพัฒนาวิชาการและเป็นศูนย์รับแจ้งเหตุในพื้นที่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง ชนบทและพื้นที่ห่างไกล

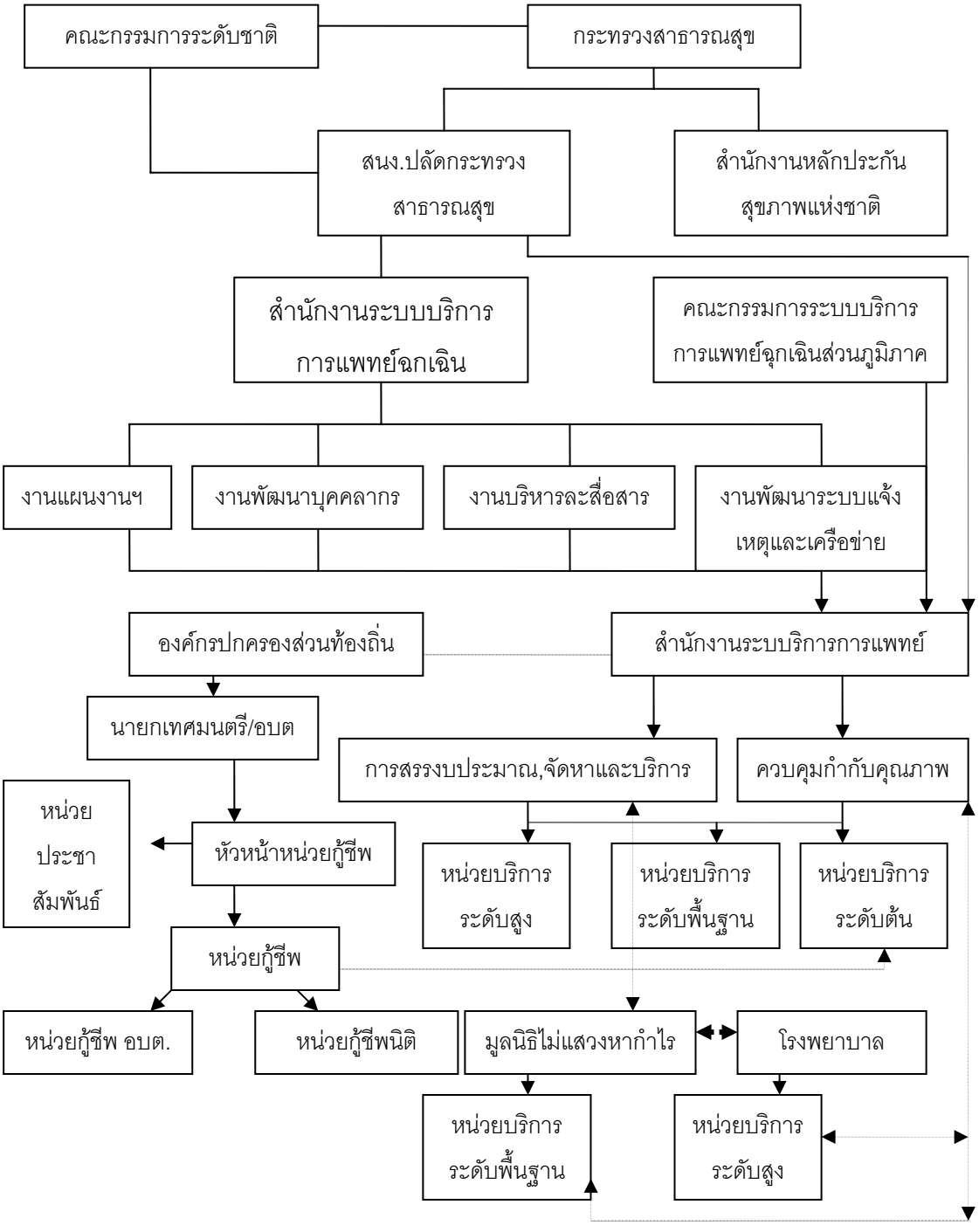
ระดับจังหวัดมีคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนภูมิภาค (ประจำจังหวัด) มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานมีผู้แทนจากหน่วยราชการ ภาคเอกชนที่เป็นมูลนิธิอาสาสมัคร สำหรับในกรุงเทพมหานครโครงสร้างจะอยู่ในอำนาจปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนภูมิภาคจะเป็นหน่วยงานที่กำกับงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ระดับจังหวัดทำหน้าที่ จัดบริการระดับจังหวัด บริหารจัดการงบประมาณ การแบ่งพื้นที่ ตรวจสอบกำกับคุณภาพของหน่วยบริการทั้ง 3 ระดับทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน

ระดับท้องถิ่นมีนายกเทศมนตรีหรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นประธาน และหัวหน้าฝ่ายหรือหัวหน้าหน่วยกู้ชีพ ดำเนินการจัดตั้งศูนย์กู้ชีพและกู้ภัย มีพนักงานประจำปฏิบัติงานเป็นหน่วยบริการระดับพื้นฐาน มีศูนย์วิทยุในการสื่อสาร ใช้รถกระบะดัดแปลงในการรับส่งผู้ป่วย

มูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรและเอกชน พบว่ามูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรมีโครงสร้างที่เรียบง่ายให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับขั้นสูงเป็นส่วนหนึ่งของบริการในโรงพยาบาล

โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับท้องถิ่น มูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรและโรงพยาบาลเอกชน ดังแผนภูมิที่ 2.1 (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, http://narendhorn.moph.go.th, 2551)

แผนภูมิที่ 2.1
โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับประเทศ ระดับจังหวัด
ระดับท้องถิ่น มูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรและโรงพยาบาลเอกชน



ที่มา: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (2548 อ้างถึงใน วงศา เลาหศิริวงศ์ และคณะ, 2549, น. 42-43)

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์

บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีดังนี้

1. เวชกรฉุกเฉิน ณ ปัจจุบันนี้เวชกรฉุกเฉินมี 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Emergency Medical Technical basic หรือ EMT- B) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (Emergency Medical Technical intermediate หรือ EMT–I) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานพัฒนามาจากหลักสูตร EMT - B ของประเทศสหรัฐอเมริกา

2. บุคลากรทั่วไป คือ แพทย์ทำหน้าที่ควบคุมระบบเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับแพทย์เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลเองนอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดมาตรฐานระบบและการประเมินผล บทบาทของแพทย์เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบทางการแพทย์และเป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่างๆ รวมทั้งประชาชน ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะกรรมการหลักสูตรและสอนด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทย์สภา ในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

ปัจจุบันมีวิทยาลัยสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 8 แห่งและโรงพยาบาลบางแห่งทำการผลิตเวชกรฉุกฉิน ดังนั้นวุฒิบัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree

3. กลุ่มอาสาสมัครในส่วนของ First responder โดยทั่วไปหมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน หลักสูตรการอบรม 16 ชม. เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข)สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยและบอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเองในกรณีของผู้ป่วยมีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานหรือระดับสูงกว่ามาสนับสนุน ในขณะนี้บุคคลเหล่านี้ได้ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการระดับเบื้องต้นและพื้นฐาน

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร

ศูนย์สั่งการของหน่วยงานที่เข้าสู่ระบบของกระทรวงสาธารณสุขใช้โทรศัพท์หมายเลข 1669 โรงพยาบาลเอกชนอาจใช้หมายเลขแตกต่างกันไป เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ หมายเลข 1719

ระบบข้อมูลข่าวสารใช้ฐานข้อมูลทางอินเตอร์เน็ตร่วมกันทั่วประเทศ บันทึกข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ ยกเว้นบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลใช้เทคโนโลยีชนิด VHF ศูนย์สั่งการทำหน้าที่สถานีแม่ข่ายเป็นการสื่อสารชนิดเปิดเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละรายได้ มีการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ สำหรับ การสั่งการทางอ้อม โดยผ่านเอกสารมอบหมายมีเพียงบางพื้นที่ที่ได้ดำเนินงาน

<u>การจัดการด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์</u>

เนื่องจากความพร้อมในการปฏิบัติการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละพื้นที่แตกต่างกันทำให้โครงสร้างระบบการแจ้งเหตุและสั่งการในระดับจังหวัดมี 3 ระดับ คือ

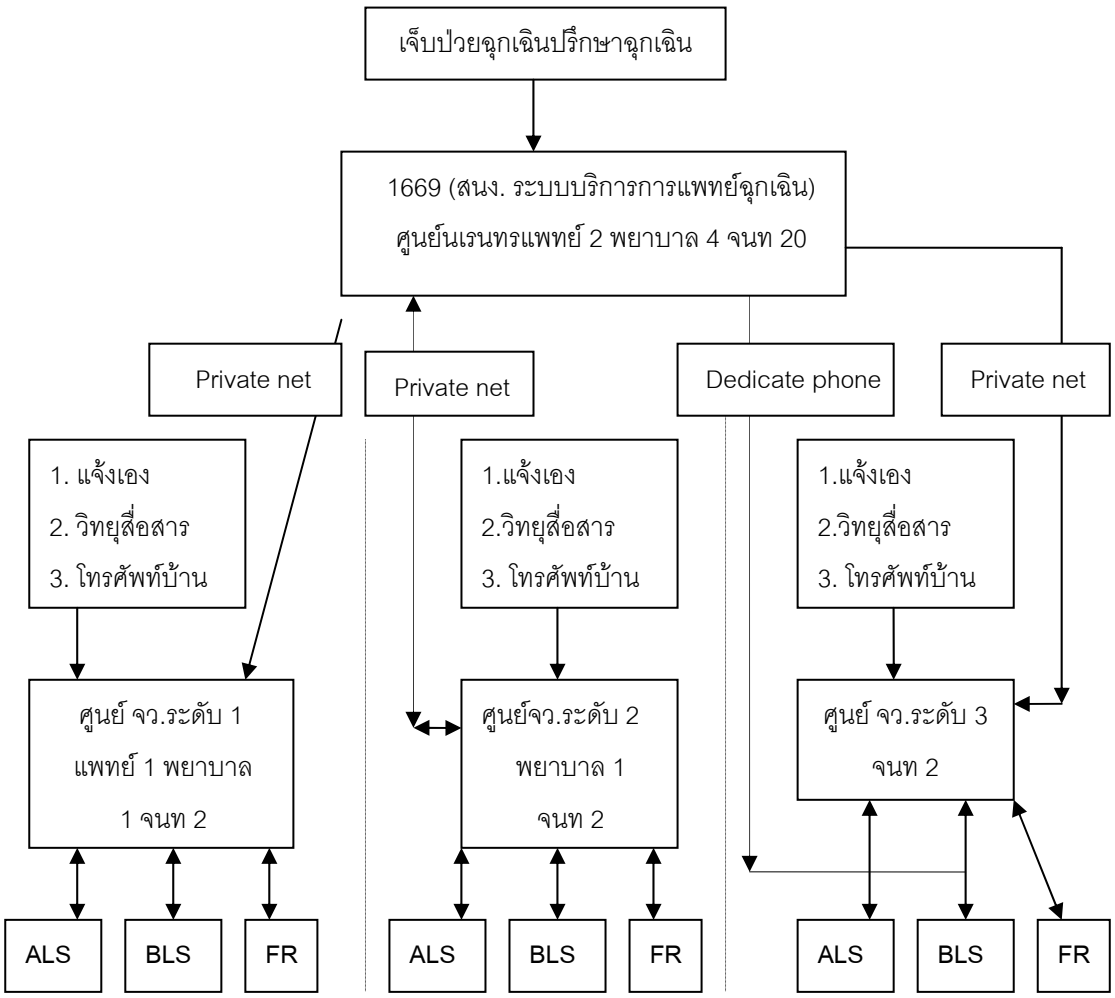
ระดับที่1 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการ มีสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีหน้าที่สั่งการหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้ปฏิบัติงานได้เอง

ระดับที่ 2 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการ มีสถานที่แต่ขาดแพทย์ในการปฏิบัติงาน ขาดระบบสื่อสารทาง internet และการบันทึกข้อมูล Real time มีหน้าที่สั่งการได้ 2 ทางทั้งจากหน่วยเองและสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับที่ 3 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการ มีสถานที่ มีเฉพาะบุคลากรที่อยู่เวร ขาดระบบสื่อสารทาง internet เครื่องบันทึกเสียงระบบแจ้งเหตุและการบันทึกข้อมูล Real time ทำหน้าที่ในการสั่งการหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้ปฏิบัติงาน

สรุป โครงสร้างการรับแจ้งเหตุและสั่งการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมี 3 ระดับ แผนภูมิที่ 2.2 (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, http://narendhorn.moph.go.th, 2551)

แผนภูมิที่ 2.2
โครงสร้างการรับแจ้งเหตุและสั่งการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



ที่มา: สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ใช้งบประมาณจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีการใช้เงินจากการประกันชีวิตกับบริษัทเอกชน บางรายใช้วิธีการจ่ายเงินเองหรือเป็นสมาชิกของบริษัทเอกชนซึ่งจะมีทั้ง สมาชิกเป็นรายปี รายเดือนและรายสัปดาห์ เช่น สมาชิก Club Good เป็นต้น (ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ และคณะ, 2550, น. 100) ไม่ปรากฏว่ามีการจัดทำ protocol ระดับประเทศ

2. แนวคิดสิทธิผู้ป่วย

การประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ปี ค.ศ. 1970 ที่ประชุมมีมติว่า “สิทธิที่จะมีสุขภาพดี (the right to health) เป็นสิทธิพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน” ซึ่งหมายถึง สิทธิของบุคคลที่มีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลในสังคม พนัส สิมะเสถียร (ระพีพรรณ คำหอม, 2545, น. 102) สิทธิผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในแง่ที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีเกียรติศักดิ์และสิทธิ (dignity and rights) และถือว่าบุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอ สิทธิของผู้ป่วยที่สำคัญ มี 4 ประการ คือ

1. สิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (The right to health care)
2. สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (The right to information)
3. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient’s right to refuse treatment)
4. สิทธิส่วนบุคคล (Privacy right) ที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลการเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ

ดังนั้น ตามสิทธิผู้ป่วยเมื่อบุคคลเจ็บป่วยฉุกเฉินย่อมมีสิทธิที่จะได้รับบริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคลในสังคม

3. แนวคิดการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ความหมายของการบริหาร

การบริหารเป็นหัวใจขององค์การหรือหน่วยงานในการนำพาองค์การไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การบริหารมีความสำคัญต่อองค์การเป็นอย่างมากด้วยเหตุนี้จึงมีผู้ให้ความหมายของ “การบริหาร” ไว้หลายประเด็นดังนี้

ศุภชัย สมันตรัฐ (2548, น. 23) การบริหาร หมายถึง ระบบหรือกระบวนการในการปฏิบัติงานของกลุ่มหรือองค์กร โดยประสานทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ (คน เงิน วัสดุและการจัดการ) อย่างมีประสิทธิผลเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กรได้

Certo (2000, p. 555 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 10) การบริหารจัดการ (Management)เป็นกระบวนการของการมุ่งสู่เป้าหมายขององค์การจากการทำงานร่วมกันโดยใช้บุคคลและทรัพยากรอื่น ๆ

ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ (2545, น. 10) การบริหารจัดการ (Management) จึงเป็นกระบวนการของกิจกรรมที่ต่อเนื่องและประสานกันซึ่งผู้บริหารต้องเข้ามาช่วยเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายขององค์การ

ณัฏฐพันธ์ เขจรนันท์ (2544, น. 20) การบริหารหมายถึง การใช้ทรัพยากรในการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพกระทำผ่านกระบวนการบริหารซึ่งประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การจัดองค์การ(Organizing) การนำ (Leading) และการควบคุม (Controlling)

ดังนั้นสามารถสรุปความหมาย “การบริหาร” หมายถึง ระบบหรือกระบวนการในการปฏิบัติงานของกลุ่มหรือองค์การเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้โดยผ่านกระบวนการบริหาร

<u>กระบวนการบริหาร</u>

กระบวนการบริหารเป็นองค์ประกอบที่นับว่าเป็นหัวใจของการบริหาร มีผู้จำแนกกระบวนการบริหารที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

Schermerhorn (1999, pp. G-6 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 10) กระบวนการบริหาร หมายถึง กระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การโดยมีขั้นตอนคือ

1. การวางแผน (Planning)
2. การจัดองค์การ (Organizing)
3. การนำ (Leading)
4. การควบคุม (Controlling) การใช้ทรัพยากรต่างๆ ประกอบด้วย มนุษย์สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การเงิน ทรัพยากรข้อมูลขององค์การ

<u>หน้าที่ของการบริหารจัดการ</u>

หน้าที่การบริหารจัดการ (Function of management) หรือกระบวนการบริหาร (Management process) เป็นหน้าที่พื้นฐาน 4 ประการของผู้บริหาร ประกอบด้วย การวางแผน

(Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำ (Leading) การควบคุม (Controlling) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การวางแผน (Planning)

ณัฏฐพันท์ เขจรนันทน์ (2544, น. 21) การวางแผนงาน หมายถึง การกำหนดเป้าหมาย (Goals) ขององค์การและตัดสินใจกำหนดแนวทางว่าองค์การจะสามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างไร

Schermerhorn (1999, pp. G-7 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 12) การวางแผนเป็นขั้นตอนในการกำหนดวัตถุประสงค์และพิจารณาถึงวิธีการที่ควรปฏิบัติเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ขององค์การ มีลักษณะดังต่อไปนี้

1.1 ดำเนินการตรวจสอบตัวเอง เพื่อกำหนดสถานภาพปัจจุบันขององค์กร

1.2 สำรวจสภาพแวดล้อม

1.3 พยากรณ์ สถานการณ์ในอนาคต

1.4 กำหนดวัตถุประสงค์

1.5 กำหนดแนวทางปฏิบัติงานและความจำเป็นในการใช้ทรัพยากร

1.6 ประเมินแนวทางปฏิบัติงานที่วางไว้

1.7 ทบทวนและปรับเปลี่ยนแผนเมื่อสถานการณ์และผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่กำหนด

1.8 การสื่อสารในกระบวนการวางแผนเป็นไปอย่างทั่วถึง

ระดับของการวางแผน

ระดับของการวางแผน (Level of planning) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. แผนกลยุทธ์ (Strategic plans) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) เป็นวิธีการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายกลยุทธ์ (Strategic goals) ผู้บริหารระดับสูงเป็นผู้กำหนดแผนเพื่อแสดงความเข้าใจระบุความต้องการและทิศทางในระยะยาวขององค์การ ครอบคลุมการจัดสรรทรัพยากรและกำหนดขอบเขตอย่างกว้างของกิจกรรมองค์การ

2. แผนยุทธวิธี (Tactical plans) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายยุทธวิธี (Tactical goals) ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางเป็นผู้กำหนดแผนร่วมกันจัดเป็นแผนระยะสั้นประกอบด้วย การปฏิบัติการเฉพาะอย่างในแต่ละฝ่ายขององค์การ

3. แผนปฏิบัติการ (Operation plans) หรือการวางแผนการปฏิบัติการ (Operation planning) เป็นวิธีการที่ใช้เพื่อบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติการ (Operation goals) เป็นขั้นตอนของ

การกำหนดวัตถุประสงค์และพิจารณาถึงสิ่งที่ควรทำเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้น แผนปฏิบัติการสนับสนุนแผนยุทธวิธี โดยกำหนดการปฏิบัติการในแต่ละฝ่ายหรือแผนกหน้าที่ต่าง ๆ ระยะเวลาสั้นกว่าแผนยุทธวิธี

2. การจัดองค์การ (Organizing)

Schermerhorn, Hunt and Osborn (2000, pp. G-8 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 13) เป็นการจัดแบ่งงานและจัดสรรทรัพยากรสำหรับงาน เพื่อให้งานเหล่านั้นสำเร็จประกอบ ด้วย

2.1 ระบุและอธิบายถึงงานที่จะถูกนำไปดำเนินการ

2.2 กระจายงานออกเป็นหน้าที่ (Duties)

2.3 รวมหน้าที่เข้าเป็นตำแหน่งงาน (Positions)

2.4 อธิบายสิ่งจำเป็นหรือความต้องการของตำแหน่งงาน

2.5 การรวมตำแหน่งต่าง ๆ เป็นหน่วยงานที่สัมพันธ์กันและสามารถบริหารจัดการได้

2.6 การมอบหมายงาน ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่

2.7 ทบทวนปรับโครงสร้างองค์การ เมื่อสถานการณ์และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด

2.8 การติดต่อสื่อสารในกระบวนการจัดองค์การเป็นไปอย่างทั่วถึง

2.9 กำหนดความจำเป็นของทรัพยากรมนุษย์

2.10 การสรรหาผู้ปฏิบัติงานที่มีศักยภาพ

2.11 การคัดเลือกจากบุคคลที่สรรหามา

2.12 การฝึกอบรม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

2.13 ทบทวนการปรับคุณภาพและปริมาณของทรัพยากรมนุษย์ เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ของการควบคุมไม่เป็นไปตามที่กำหนด

2.14 การติดต่อสื่อสารในกระบวนการจัดคนเข้าทำงานเป็นไปอย่างทั่วถึง

3. การนำ (Leading)

Schermerhorn (1999, pp. G-5 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 13) เป็นขั้นตอนกระตุ้น ชักนำให้พนักงานเกิดศักยภาพการทำงานสูงสุดมีความกระตือรือร้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์การเกี่ยวข้องกับความพยายามของหัวหน้าหรือผู้จัดการในการ

เสริมสร้างขวัญกำลังใจของผู้ใต้บังคับบัญชาส่งผลให้งานบรรลุผลสำเร็จตามเปาหมาย การนำประกอบด้วย

3.1 การติดต่อสื่อสาร อธิบายวัตถุประสงค์ให้ผู้ใต้บังคับบัญชาทราบ

3.2 มอบหมายมาตรฐานการปฏิบัติงานต่าง ๆ

3.3 การให้คำแนะนำและคำปรึกษาที่สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน

3.4 การให้รางวัลบนพื้นฐานการปฏิบัติงาน

3.5 การยกย่อง ชมเชย ตำหนิติเตียนอย่างถูกต้องยุติธรรม

3.6 การติดต่อสื่อสาร สำรวจความต้องการ จัดหาสภาพแวดล้อมกระตุ้นจูงใจให้เกิดการปฏิบัติงานเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

3.7 ทบทวนปรับวิธีการของภาวะความเป็นผู้นำเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

3.8 การติดต่อสื่อสารโดยทั่วทุกแห่งในกระบวนการของภาวะผู้นำ

4. <u>การควบคุม</u> (Controlling)

Schermerhorn (1999, pp. G-2 อ้างถึงใน ศิริวรรณ เสรีรัตน์ และคณะ, 2545, น. 14) เป็นขั้นตอนของการวัดผลงานและดำเนินการแก้ไข เพื่อให้บรรลุผลที่ต้องการ ประกอบด้วย

4.1 กำหนดมาตรฐาน

4.2 การติดตามผลการปฏิบัติงานเปรียบเทียบกับมาตรฐาน

4.3 การแก้ไขข้อบกพร่อง

4.4 ทบทวน ปรับวิธีการควบคุม เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์การควบคุมไม่เป็นตามที่กำหนด

4.5 การติดต่อสื่อสารในกระบวนการควบคุมเป็นไปอย่างทั่วถึง

<u>ผู้บริหาร</u> (Manager)

เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ในกระบวนการบริหารโดยอาศัยหน้าที่ 4 ประการ คือ การวางแผน (Planning) การจัดองค์การ (Organizing) การนำ (Leading) การควบคุม (Controlling) ทรัพยากรขององค์การ ผู้บริหารต้องมีจำนวนที่เหมาะสม เพื่อประสานทรัพยากรต่างๆ ขององค์การ กลุ่มผู้บริหารโดยทั่วไป ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูง ผู้บริหารระดับกลางและผู้บริหารระดับต้น

ผู้บริหารระดับสูง (Top or Senior manager) ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการ ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร ประธานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการและรองประธานอาวุโสฝ่ายต่างๆ ผู้บริหารระดับสูงทำหน้าที่กำหนดวัตถุประสงค์ขององค์การ กำหนดแนวทางปฏิบัติที่มุ่งสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และทำการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ เพื่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

ผู้บริหารระดับกลาง (Middle manager) ประกอบด้วย ผู้ควบคุมด้านการผลิต ผู้จัดการด้านการตรวจสอบ ผู้จัดการฝ่ายขายและผู้จัดการฝ่ายต่างๆ ผู้บริหารระดับกลางจะรับผิดชอบต่อการ ปฏิบัติการมุ่งความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ ตลอดจนพัฒนาวัตถุประสงค์ของแผนกและปฏิบัติงานเพื่อความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ขององค์การ

ผู้บริหารระดับต้น ประกอบด้วยหัวหน้าคนงาน ผู้นำกลุ่ม ผู้จัดการสำนักงาน หัวหน้างานขั้นต้น ผู้บริหารระดับต้นจะทำหน้าที่ควบคุมพนักงานทั้งหลายที่ทำการผลิตสินค้าและบริการขององค์การ

<u>แนวคิดการบริหารแบบราชการของ Max Weber</u>

เป็นแนวคิดการบริหาร โดยกำหนดลักษณะโครงสร้างขององค์การ ตำแหน่ง อำนาจหน้าที่ได้มีการกำหนดไว้ตามกฎหมายอย่างชัดเจนและมีหลักเกณฑ์สำหรับนำไปปฏิบัติโดยเชื่อว่าอำนาจการบริหารขึ้นอยู่กับตำแหน่งขององค์การมากกว่าบุคคลของตำแหน่ง ระบบการบริหารกำหนดโดยมีขั้นตอนและกฎเกณฑ์ที่มีรายละเอียด ลำดับขั้นสายการบังคับบัญชาภายในองค์การที่ชัดเจน สมาชิกในองค์การมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่เป็นทางการ ลักษณะการบริหารแบบราชการมีดังนี้

1. การแบ่งงานกันทำ (Clear division of labor) งานทั้งหลายถูกแบ่งออกให้มีความเฉพาะเจาะจงองค์การสามารถใช้ทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. มีสายการบังคับบัญชาลดหลั่นตามอำนาจหน้าที่ (Clear hierarchy of authority) โครงสร้างองค์การเป็นแบบปิรามิด มีการจัดลำดับของตำแหน่งงานตามอำนาจที่มีอยู่ในแต่ละตำแหน่ง ตำแหน่งสูงมีอำนาจมากกว่าตำแหน่งรองลงมา

3. กฎระเบียบและวิธีการปฏิบัติงานอย่างเป็นทางการ (Formal rules and procedures) มีกฎระเบียบเป็นแนวทางการปฏิบัติอย่างเป็นทางการที่ชัดเจนและผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

4. ความไม่เป็นส่วนตัว (Impersonality) บุคคลชอบหรือพึงพอใจจะถูกเพิกเฉยในการปฏิบัติงานขององค์การ ผลการปฏิบัติงานเป็นเครื่องชี้วัดความก้าวหน้าของตัวเอง กฎระเบียบจะถูกนำมาใช้กับทุกคนแบบเท่าเทียมกัน

5. ความก้าวหน้าในงานอาชีพยึดหลักคุณธรรม (Careers based on merit) การคัดเลือกผู้ปฏิบัติงานตามความรู้ความสามารถ การเลื่อนตำแหน่ง พิจารณาตามประสิทธิภาพของผลงานที่ได้รับมอบหมาย

สุเทพ เชาวลิต (2548, น. 10) ลักษณะการบริหารงานภาครัฐแนวใหม่ มีกระบวนการและวิธีการทำงานดังนี้

1. มีการทบทวนบทบาทและภาระหน้าที่ใหม่ สร้างเครือข่ายเป็นพันธมิตรกับภาคเอกชนและประชาชน ประสานเป้าหมายการทำงานคือการพัฒนาประเทศ

2. มีการบริหารงานโดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) มีตัวชี้วัดความสำเร็จ (Critical Success Factors) ของแผนงานและดัชนีวัดผลการปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators) ในระดับองค์การและระดับบุคคล

3. มีประชาชนเป็นเป้าหมายการทำงาน โดยให้บริการอย่างหลากหลายตามสภาพธรรมชาติของท้องถิ่นและชุมชน

4. เพิ่มความคล่องตัวการให้บริการอย่างมีคุณภาพของหน่วยงานระดับปฏิบัติการ

5. เปิดกว้างต่อแนวคิดเรื่องการแข่งขันการให้บริการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับภาคเอกชน เพื่อยกมาตรฐานงานให้สูงขึ้น

6. มีระบบการบังคับบัญชาที่สั้น คล่องตัว และเน้นการทำงานแนวนอนมากกว่าแนวดิ่ง

7. ผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย มีส่วนร่วมในการบริหาร เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ มีการพัฒนาที่ยั่งยืน

8. ได้รับการยอมรับจากสังคม เรื่องมาตรฐานการปฏิบัติงานสูง

9. มีการวัดความพึงพอใจของลูกค้า ของประชาชนและเจ้าหน้าที่ในเรื่องประสิทธิภาพและความคุ้มทุน

บุญเกียรติ โชควัฒนา (2546, น. 5) การจัดตั้งองค์การต้องมีภารกิจ หน้าที่ หรือการมอบหมาย (Mission) องค์การธุรกิจคือกำไร องค์การราชการคือการพัฒนาชุมชน หรือปกป้องประชาชน เช่น ตำรวจ การเขียนภารกิจหน้าที่เป็นสิ่งสำคัญมาก บุคลากรทุกคนภายในองค์การต้องจำได้ ระลึกได้ตลอดเวลา

จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ (Objective) คือ สิ่งที่ต้องบรรลุ อาจมีหลายข้อได้และต้องสนับสนุนภารกิจหน้าที่ (Mission)

นโยบาย (Policy) เป็นแนวทางปฏิบัติ หรือทิศทางที่องค์การจะดำเนินไปภายในปีนั้น เปรียบเหมือนเส้นกลางถนน เพื่อไม่ให้รถวิ่งออกนอกถนนหรือข้ามเลน หรือเปรียบเหมือนหางเสือเรือมีหน้าที่บังคับทิศทางเรือตามที่กำหนด

บุญเกียรติ โชควัฒนา (2546, น. 9) เสนอให้ MOP (Mission, Object, Policy) เป็นกระบวนการ ในการกำหนดจุดมุ่งหมายขององค์การ และกำหนดวิธีการในการติดตามให้บรรลุจุดมุ่งหมาย โดยมีแนวทางกำกับเพื่อสนับสนุนให้มุ่งเข้าสู่จุดมุ่งหมายอย่างชัดเจน ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ทำให้ MOP สำเร็จ คือ ความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้า หรือความมุ่งมั่นอย่างไม่มีเงื่อนไข และความมั่นใจในตนเอง การคิดบวกไม่กลัว

ประโยชน์ของ MOP ใช้เป็นคู่มือในการทำงานของทีมงาน บอกทิศทางและเป้าหมายชัดเจน มีการปรับปรุงพัฒนาการทำงานอย่างต่อเนื่อง สร้างความสามัคคีของทีมงาน มีตัวชี้วัดการทำงาน ตรงตามเป้าหมายหรือไม่ ฝึกการทำงานมุ่งสู่ความสำเร็จ

แนวทางและขั้นตอนในการทำ MOP ประกอบด้วย

1. Mission คือ สิ่งที่องค์การต้องการบรรลุ อาจมี 1-3 ข้อ ถ้าบรรลุแล้วจะก่อให้เกิดความเจริญต่อองค์การ ต้องมีตัวเลขกำกับเป็นเปอร์เซ็นต์หรือเวลากำกับในแต่ละข้อ เพิ่มขึ้นในทิศทางที่ดีในแต่ละปี และเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องจำได้

2. Critical Functions คือ สิ่งที่มีผลทำให้องค์การไม่สามารถไปสู่เป้าหมายได้ เช่น ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

3. Objective คือ วิธีการที่ชัดเจน เป็นตัวกำหนดที่สำคัญเพื่อบรรลุ Mission มีตัวเลขบ่งชี้การกระทำเป็นเปอร์เซ็นต์ หรือเป็นเงิน เป็นคะแนน ควรมี 2-6 ข้อ แต่ละข้อไม่ขัดแย้งกันแต่มีส่วนเสริมกัน การติดตาม ถ้าช่วงระยะเวลาใด Objective ไม่บรรลุ ต้องคิดหาวิธีชดเชยในช่วงเวลาต่อไป

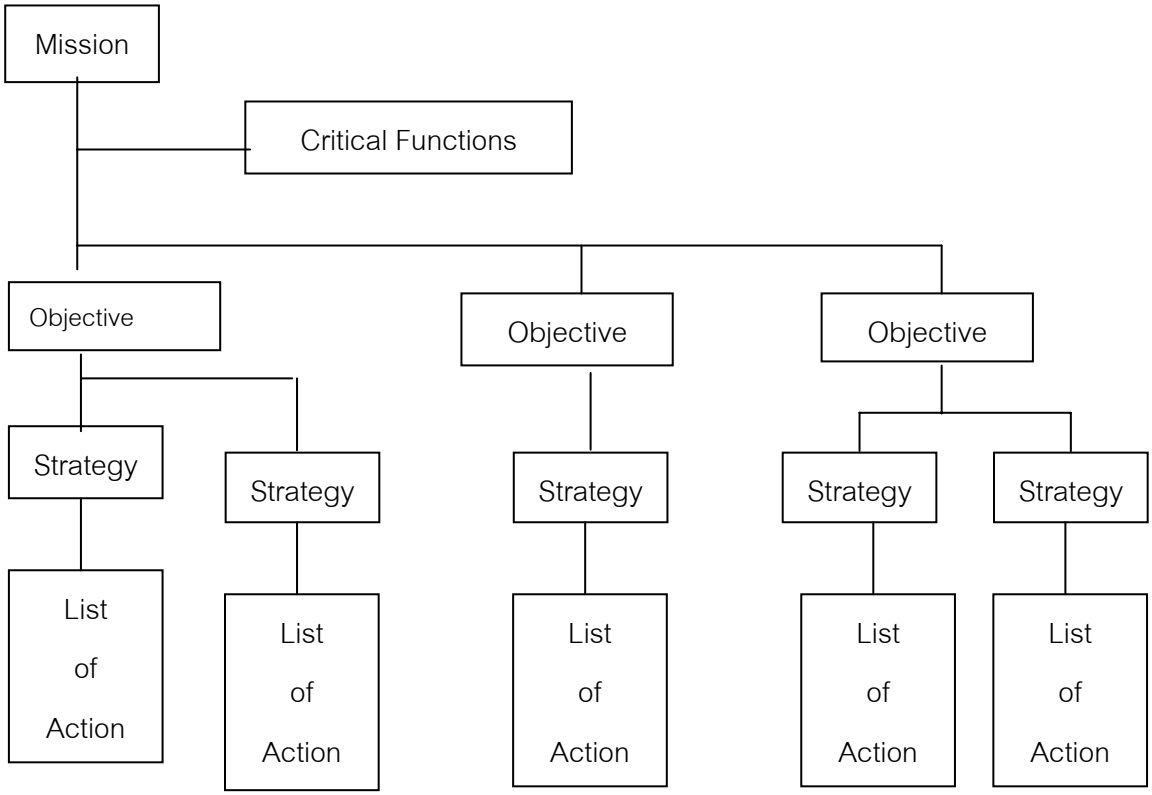
4. Strategy เป็นกลเม็ดหลัก ๆ ที่ทำให้บรรลุ Object มี 2-4 ข้อ ต่อ Object 1 ข้อ ในบางข้อมีตัวเลขกำกับ เริ่มปฏิบัติทั้งหมดเมื่อต้นปีหรือเก็บบางกลเม็ดเป็นแผนสอง จะใช้เมื่อจำเป็นเพื่อสนับสนุนให้บรรลุ Object

5. List of actions คือ วิธีการปฏิบัติโดยละเอียดของ Strategy แต่ละข้อ

6. Policy เป็นข้อกำหนดที่พึงปฏิบัติและไม่พึงปฏิบัติต่างๆ ที่ตั้งขึ้นและต้องสอดคล้องกับ Objective เพื่อใช้ควบคุมกำกับ Objective

MOP เป็นกระบวนการสู่ความสำเร็จ มีรายละเอียดดังแผนภูมิที่ 2.3

แผนภูมิที่ 2.3
กระบวนการสู่ความสำเร็จ MOP



ที่มา: บุญเกียรติ โชควัฒนา, 2546, น. 64

<u>การบริหารความเสี่ยงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</u>

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ (2544, น. 260) ความเสี่ยง คือ “โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์”

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ซึ่งมีความเสี่ยงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความเสี่ยงด้านกายภาพ (physical risk) เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับร่างกายผู้ป่วย เช่น การตกเตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การบาดเจ็บซ้ำซ้อน จากการทำให้บาดเจ็บหรือไม่มีการป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้น

2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ (emotion risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้อับอายขายหน้า การทำให้เสียหน้า การทำให้รู้สึกสับสนและความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม (social risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับกับผู้ป่วย

4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ (spiritual risk) เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความกำกวม

<u>ความสูญเสียหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์</u> สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. การสูญเสียหรือความเสียหายที่เกิดกับผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียงของหน่วยงาน คือโรงพยาบาล ทำให้ไม่ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน
3. การสูญเสียหรือเสียหายต่อทรัพย์สินของผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่ และของโรงพยาบาล
4. การบาดเจ็บหรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
5. เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการชดใช้ความเสียหาย

4. <u>แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุ</u>

ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (หลักสูตรและคู่มือวิทยากรการปฐมพยาบาลที่จุดเกิดเหตุ, 2545, น. 17) หมายถึงภาวะที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดความผิดปกติ ทางกายหรือทางจิต ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างรีบด่วน

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (2543, น. 89) การเจ็บป่วยฉุกเฉินคือ การเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตอันจะนำไปสู่การตาย พิการ หรือความทุกข์ทรมานหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอาจมีโอกาสที่จะส่งผลเสียดังกล่าว ได้จริงตามวิชาการแพทย์หรือเป็นเพียงความเข้าใจของประชาชนว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดผลเสียดังกล่าวเท่านั้น

สำนักประกันสุขภาพ (http://www.kkh.go.th/insurance/ask30bpage4.html, 2551) การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึง โรคหรืออาการที่มีลักษณะรุนแรง ต้องรักษาอย่างเร่งด่วน หากปล่อยไว้เป็นอันตรายต่อชีวิต อันตรายต่อผู้อื่นและโรคที่ต้องผ่าตัดด่วนหากปล่อยไว้อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต

สันต์ หัตถีรัตน์ (2543, น. 93) การเจ็บป่วยฉุกเฉินหมายถึง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ หรือความไม่สุขสบายจากโรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยปัจจุบันทันด่วนและต้องรีบแก้ไขมิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือทำให้เกิดความพิการ ทุกข์ทรมานได้

วิจิตรา กุสุมภ์ (2546, น. 3) การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต หมายถึง การดูแลบุคคลที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตโดยเน้นการรักษาประคับประคอง ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมตามการตอบสนองด้านร่างกาย จิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตและสามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะปกติ

หลักการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน คือการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดผ่านพ้นภาวะวิกฤตป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การดูแลมีดังนี้

1. ดำเนินการแก้ไขปัญหาที่กำลังคุกคามชีวิตผู้ป่วย
2. ค้นหาสาเหตุหรือปัญหาที่ทำให้เกิดภาวะคุกคามฉุกเฉินแล้วดำเนินการแก้ไข
3. ดูแลรักษาสภาวะผู้ป่วยให้อยู่ในระดับปลอดภัยและคงที่ด้วยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด
4. รักษาหน้าที่ของอวัยวะสำคัญของร่างกายให้คงไว้
5. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการติดเชื้อ
6. ประคับประคองจิตใจและอารมณ์ ของผู้ป่วยและญาติ

แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุกมีแนวคิด 2 ระบบ การให้บริการขึ้นกับความพร้อมขององค์การผู้ให้บริการ คือ

1. Scoop and run เป็นแนวคิดของการดูแลฉุกเฉินแองโกลอเมริกัน (Anglo-American model of Emergency care) ใช้หลักการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าหาห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุดได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บของศัลยแพทย์ในสหรัฐอเมริกามุ่งเน้นการนำผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุด การดูแลรักษาทำเท่าที่จำเป็นและนำผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลให้เร็วที่สุด

2. Stay and play เป็นแนวคิดของการดูแลฉุกเฉินฟรังโคเยอรมัน (Franco-German model of Emergency care) ใช้หลักการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินไปหาผู้ป่วยได้รับอิทธิพลมาจาก

การดูแลผู้บาดเจ็บภาวะวิกฤตของวิสัญญีแพทย์มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุเหมือนในสถานพยาบาล

การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุในระบบกระทรวงสาธารณสุขใช้แนวคิด Scoop and run แต่องค์การเอกชนบางแห่งใช้แนวคิด Stay and play ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเหมือนกับการเคลื่อนย้ายหอผู้ป่วยหนักไปหาผู้ป่วย ภาระค่าใช้จ่ายผู้ป่วยรับผิดชอบเอง

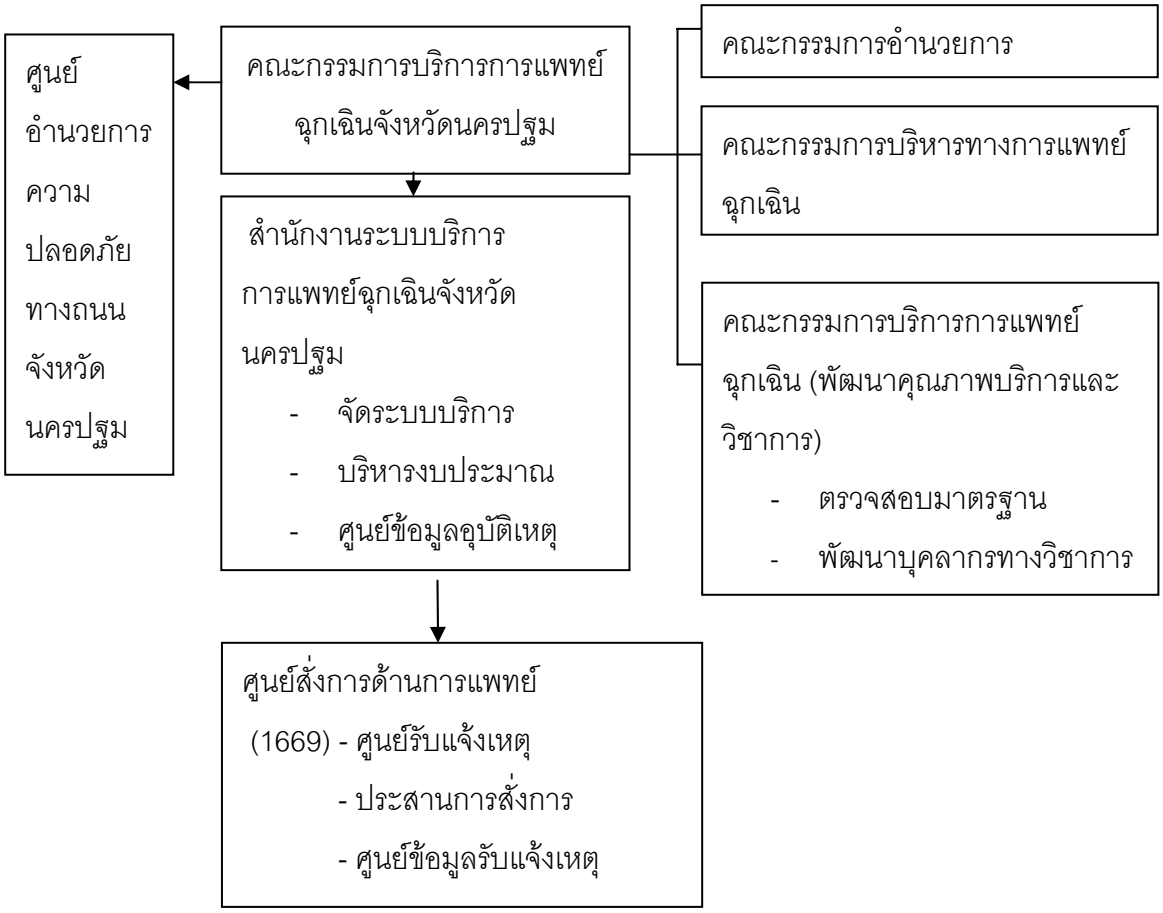
สรุป ปัจจุบันนี้การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบราชการ มีสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นองค์การบริหารจัดการในส่วนกลางและมีสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ แหล่งงบประมาณมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับการใช้ทรัพยากรในพื้นที่เป็นหลัก กระบวนการบริหารด้านวางแผน การจัดองค์การ การนำ และการควบคุม มุ่งสู่เป้าหมายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ คุณภาพมาตรฐาน ช่วยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรอดพ้นจากความตาย พิการ และความทุกข์ทรมานจากการเจ็บปวด

5. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ผู้ศึกษาได้ศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม การปฏิบัติงานอยู่ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครปฐม ซึ่งประกอบด้วย คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการบริหารการแพทย์ฉุกเฉิน คณะกรรมการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีโครงสร้างดังแผนภูมิที่ 2.4

แผนภูมิที่ 2.4

โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดนครปฐม



ที่มา: http://www.kkh.go.th/trauma/semmer17gan/11.04-1130, oot#2561.1

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1. จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด
2. ควบคุมคุณภาพการให้บริการ
3. จัดหาหน่วยบริการ
4. แบ่งพื้นที่ในการให้บริการ
5. จัดหาโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย
6. ตรวจสอบมาตรฐานของบุคลากรและรถพยาบาลประจำหน่วยบริการ
7. ตรวจสอบคุณภาพของหน่วยบริการ

8. ควบคุมกำกับการตรวจสอบ และระบบผลการปฏิบัติงานของหน่วยให้บริการเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการจังหวัดลงบันทึกข้อมูลทางอินเตอร์เน็ต

9. ควบคุมการเบิกจ่ายทางอินเตอร์เน็ต

การปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม แบ่งเป็นระยะดังนี้

1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) ตัวผู้ป่วยเองหรือผู้ที่มีความรู้ตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุเป็นเรื่องจำเป็นเพราะทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้อย่างรวดเร็ว เวลาแต่ละนาทีที่เสียไปมีผลต่อความอยู่รอดของผู้ป่วย

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วด้วยระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีหมายเลขโทรศัพท์ 1669 และวิทยุสื่อสารคลื่นความถี่ 155.67 เป็นช่องทางเข้าสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ ผู้แจ้งต้องเป็นผู้มีความรู้และสามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นตามคำแนะนำจากศูนย์สั่งการใช้ชื่อว่า “กู้ชีพนครปฐม”

3. การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) มี 2 ระดับคือ หน่วยบริการระดับพื้นฐาน (Basic Life Supportหรือ BLS.) และหน่วยบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS.) หน่วยบริการมีความพร้อมออกปฏิบัติการตามคำสั่งของศูนย์กู้ชีพ ตามมาตรฐานกำหนดด้วยระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาการเดินทางถึงพื้นที่เกิดเหตุ ศูนย์กู้ชีพคัดแยกระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยและสั่งการให้หน่วยบริการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4. การดูแลรักษาที่จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยบริการทำการประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ ประเมินสภาพการเจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบให้ความสำคัญเรื่องการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตใช้เวลาที่จุดเกิดเหตุให้เร็วที่สุดและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (Care in transit) ให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันและไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำ การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตผู้ป่วย ผู้ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

6. การนำส่งโรงพยาบาล (Transfer to definitive care) การตัดสินใจนำผู้ป่วยฉุกเฉินภาวะวิกฤตส่งโรงพยาบาลใด เป็นการชี้ชะตาชีวิตผู้ป่วยเพราะเวลาแต่ละนาทีที่เสียไปมีผลต่อการตาย การพิการ การมีชีวิตรอดและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

<u>บทบาทหน้าที่ของศูนย์สั่งการ</u>

1. จัดทำเครือข่ายระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ ติดต่อสื่อสารเพื่อประสานการปฏิบัติงานร่วมกับโรงพยาบาลและหน่วยบริการทั่วทุกพื้นที่ในจังหวัดและเขตจังหวัดที่รับผิดชอบ

2. กำหนดให้ใช้โทรศัพท์หมายเลข 1669 ในการรับแจ้งเหตุ

3. สำรวจความครอบคลุมของสัญญาณโทรศัพท์ทุกประเภทในพื้นที่

4. จัดเตรียมบุคลากรประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ

5. ประสานการสั่งการให้หน่วยบริการ ออกปฏิบัติการในพื้นที่รับผิดชอบ

6. ให้คำปรึกษาทางการแพทย์ ในภาวะฉุกเฉินแก่หน่วยบริการประชาชน

7. บันทึกข้อมูลของศูนย์สั่งการทางอินเตอร์เน็ตทันที หรือผลัดเวรนั้นๆ

8. หลังวันที่ 20 ของเดือนทำการรวบรวมรายงานตามแบบบันทึก การรับแจ้งเหตุและสั่งการส่งให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

<u>หน่วยบริการ</u>

หน่วยบริการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น การดาม การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นและการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน ให้ยาทางปากบางชนิดได้ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์สั่งการ

หน่วยบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) เป็นหน่วยบริการที่สามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในภาวะวิกฤตให้การช่วยชีวิตขั้นสูงใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า ปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเทคนิคขั้นสูงที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างถูกต้อง ช่วยคลอดฉุกเฉิน สามารถให้สารละลายทางเส้นเลือดและยาบางอย่างโดยอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ

หน้าที่ของหน่วยบริการ

1. เตรียมความพร้อมเพื่อออกปฏิบัติการตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

2. รับคำสั่งจากศูนย์สั่งการออกปฏิบัติการภายในเวลา 1 นาที บันทึกหมายเลขกิโลเมตร เวลาเมื่อออกจากฐานที่ตั้ง เมื่อถึงที่เกิดเหตุ เมื่อออกจากที่เกิดเหตุ เมื่อถึงโรงพยาบาล และเมื่อถึงฐานที่ตั้ง รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน

3. เมื่อถึงที่เกิดเหตุให้การปฐมพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

4. หลังวันที่ 20 ของทุกเดือนหน่วยบริการต้องติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งไปยังโรงพยาบาลต่างๆ รวบรวมรายงานส่งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเพื่อเบิกค่าใช้จ่ายภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป

มาตรฐานด้านบุคลากร

ศูนย์สั่งการ ประกอบด้วย

1. แพทย์จำนวน1 คนต่อเวร ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าศูนย์สั่งการและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการต่างๆ ออกปฏิบัติการ ให้คำปรึกษาสั่งการรักษาทางเวชกรรม

2. พยาบาลจำนวน 1 คนต่อเวร ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้าศูนย์ มีหน้าที่ในการควบคุมกำกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ประจำให้คำปรึกษาในด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินแก่หน่วยบริการและประชาชน ประสานและแก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน ตรวจสอบความถูกต้องของระบบข้อมูลข่าวสารและรายงานทางอินเตอร์เน็ต

3. เจ้าหน้าที่สื่อสารและเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จำนวน 2 คนต่อเวร ต้องผ่านการอบรมลักสูตรหลักสูตรการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายพื้นฐานจำนวน 16 ชั่วโมง ปีต่อไปต้องผ่านการอบรมหลักสูตร Emergency Medical Trauma 110 ชั่วโมง หรือ Emergency Medical Dispatcher ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุและสั่งการทางโทรศัพท์ ประสานการปฏิบัติงานกับหน่วยบริการต่างๆ ตามคำสั่งของหัวหน้าศูนย์สั่งการและผู้ช่วย ตรวจสอบความพร้อมของระบบสื่อสารภายในเครือข่ายและบันทึกผลการปฏิบัติงานของศูนย์สั่งการตามแบบบันทึกการรับแจ้งเหตุและสั่งการแบบ Real Time

มาตรฐานรถพยาบาล

รถพยาบาลของหน่วยบริการระดับสูง หน่วยบริการระดับพื้นฐาน อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูง และขั้นพื้นฐาน อุปกรณ์การขนย้ายลำเลียงผู้ป่วย เวชภัณฑ์ชนิดต่างๆ ต้องมีมาตรฐานขั้นต่ำตามระเบียบของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

การบริหารจัดการด้านบุคคลากร

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ใช้บุคลากรที่มีอยู่เดิม เพิ่มเติมความรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยการฝึกอบรม การบริหารจัดการบุคคลากรลงปฏิบัติงานมีดังนี้

ศูนย์สั่งการ (กู้ชีพนครปฐม) เวลาราชการ 8 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน ปฏิบัติงานภายใต้คำแนะนำของแพทย์เวรงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่สื่อสารจำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลจำนวน 1 คน นอกเวลาราชการ 8 ชั่วโมงพยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน ปฏิบัติงานภายใต้คำแนะนำของแพทย์เวรอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือแพทย์เวรศัลยกรรมอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่สื่อสารจำนวน 1 คน

หน่วยบริการระดับพื้นฐานผู้ปฏิบัติงานคือเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมูลนิธิสุขศาลานุเคราะห์และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนตำบลธรรมศาลา ทำหน้าที่เป็นพนักงานขับรถจำนวน 1 คนและจ้าหน้าที่กู้ชีพจำนวน 1 คน

หน่วยบริการระดับสูง พยาบาลวิชาชีพจำนวน 1 คน พนักงานขับรถจำนวน 1 คน พนักงานกู้ชีพหรือพนักงานเวรเปล จำนวน 1 คน

มาตรฐานรถพยาบาลหน่วยบริการระดับสูง ระดับพื้นฐาน อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงหรือขั้นพื้นฐาน อุปกรณ์การขนย้ายลำเลียงผู้ป่วย เวชภัณฑ์ชนิดต่างๆ ต้องมีมาตรฐานขั้นต่ำตามระเบียบของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

สรุป โครงสร้างองค์การระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครปฐมมีคณะกรรมการบริการการแพทย์จังหวัดนครปฐมดำเนินการจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครปฐม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธานดำเนินการบริหารจัดการด้านงบประมาณจัดระบบบริการและเป็นศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ จัดตั้งศูนย์สั่งการ (กู้ชีพนครปฐม) เป็นศูนย์นเรนทรที่ 21 พื้นที่รับผิดชอบภายในจังหวัดนครปฐม โรงพยาบาลนครปฐมเป็นหน่วยบริการระดับสูงใช้บุคคลากรของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินมอบหมายให้ปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ควบคู่กับงานประจำ เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครมูลนิธิสุขศาลานุเคราะห์และเจ้าหน้าที่อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนตำบลธรรมศาลาเป็นหน่วยบริการระดับพื้นฐานเป็นการปฏิบัติงานขององค์การรัฐบาลร่วมกับภาคส่วนมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรและองค์การบริหารส่วนตำบล

6. การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานหลายมิติซ้อนกันอยู่และเป็นเรื่องใหม่ในสังคมไทย การศึกษาถึงผลที่เกิดกับผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการดูแลที่จุดเกิดเหตุยังมีไม่มากนัก ผู้ศึกษาจึงขออ้างอิงงานวิจัยในต่างประเทศ (สุจิตรา ตันนิรัตน์ และคณะ, 2544)

Kaweski et al. (1990 อ้างถึงใน สุจิตรา ตันนิรัตน์ และคณะ, 2544) ได้ศึกษาถึงประโยชน์ของการให้น้ำเกลือที่จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 56 ของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงกลุ่มที่ให้น้ำเกลือใช้เวลามากกว่ากลุ่มไม่ให้น้ำเกลือถึง 5 นาที แต่อัตรารอดชีวิตไม่แตกต่างกัน

David et al. (1993 อ้างถึงใน สุจิตรา ตันนิรัตน์ และคณะ, 2544) พบว่า ความผิดพลาดจากการให้บริการหลายชนิด ที่ จุดเกิดเหตุเกิดขึ้นถึงร้อยละ 60 ดังนั้น ถ้าขั้นตอนการให้บริการมีมากโอกาสความผิดพลาดย่อมเกิดขึ้นมากเช่นกัน

Sampalis (1993 อ้างถึงใน สุจิตรา ตันนิรัตน์ และคณะ, 2544) พบว่าการใช้เวลาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อนำส่งโรงพยาบาลเป้าหมายมากกว่า 60 นาที เกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่นานถึง 30 นาที

พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย (2540, น. บทคัดย่อ) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของพนักงานกู้ชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความครอบคลุมในการให้บริการ ความถูกต้องของการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ ที่เกิดเหตุ ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน พบว่าการให้บริการมีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 18.5 ในขณะที่ผู้บาดเจ็บควรได้รับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 89.6 แต่ได้รับการปฐมพยาบาลเพียงร้อยละ 7.2 ศึกษาความรู้ของพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ภัย ร้อยละ 53.8 มีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการเคลื่อนย้ายและมีความต้องการอบรมฟื้นฟูความรู้เพิ่มเติม ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน พบว่า การขาดแคลนอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและสภาพความไม่พร้อมของรถเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

สุรจิต สุนทรธรรม (2543, น. บทคัดย่อ) การศึกษาเพื่อการพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินในประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่าในต่างประเทศการมีระบบเวชบริการฉุกเฉินที่มี

ประสิทธิภาพ สามารถช่วยลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในผู้ป่วยได้รับสารพิษ ผู้ป่วยโรคหัวใจวายเฉียบพลัน ดังนั้นการมีระบบเวชกรรมฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นเครือข่ายนิรภัยและเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตและสุขภาพของประชาชนนับเป็นบริการพื้นฐานของชุมชนที่มีความจำเป็นยิ่งในประเทศไทยมีประชาชนเพียงร้อยละ 20 ที่เข้าถึงเวชบริการฉุกเฉินได้ก่อนการตาย เนื่องจากการดำเนินการเวชกรรมฉุกเฉิน ทั้งการบริการ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยยังมีปัญหามาก เช่นประชาชนและอาสาสมัครทำการปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการกู้ชีพ ขาดแผนการช่วยเหลือตนเองในชุมชนไม่สามารถติดต่อขอรับการคำปรึกษาจากหน่วยบริการ อาสาสมัครระงับภัยขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดการควบคุมคุณภาพ ระบบการดูแลรักษานอกโรงพยาบาล ระบบการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุยังด้อยคุณภาพ ไม่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ การศึกษาองค์ประกอบต่างๆเพื่อนำมาพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ พบว่า มีศักยภาพด้านทรัพยากร แต่ขาดยุทธศาสตร์การจัดการ และการอำนวยการ การประสานงานอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอแนะให้มีการตรากฎหมายว่าด้วยระบบเวชบริการฉุกเฉินขึ้นเพื่อก่อให้เกิดกิจกรรมที่สำคัญอย่างน้อย 3 ประการได้แก่

1. กำหนดให้มีคณะกรรมการระบบเวชบริการฉุกเฉินแห่งชาติประกอบด้วยฝ่ายการเมืองฝ่ายผู้รับบริการ ฝ่ายบริหารและฝ่ายวิชาชีพทางด้านการดูแลสุขภาพในการกำหนดยุทธศาสตร์การจัดการ ทำหน้าที่ในการอำนวยการและการประสานงานต่อไป

2. จัดสรรงบประมาณแก่ท้องถิ่นให้เพียงพอในการสถาปนาระบบเวชบริการฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

3. กำหนดความรับผิดชอบการบริหารทรัพยากรสำหรับการดูแลสุขภาพทั้งด้านกำลังคนสินทรัพย์ การเงินและการคลัง ตลอดจนการศึกษาวิจัยและการอบรม

ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (2542, น. 116) ศึกษาการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจราจรทางบกเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาลของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และอาสากู้ผู้ประสบภัย วัตถุประสงค์ศึกษาการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจราจรทางบกเบื้องต้นก่อนการนำส่งโรงพยาบาล พบว่าผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นและการช่วยเหลือส่วนใหญ่ไม่ถูกต้อง ศึกษาปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติงาน พบว่าหน่วยบริการระดับพื้นฐานยังไม่เข้าใจขั้นตอนการช่วยเหลือที่จุดเกิดเหตุ ในที่เกิดเหตุขาดแคลนอุปกรณ์ สภาพความเร่งรีบ การวิพากษ์วิจารณ์ และมีไทยมุงจำนวนมาก แต่ไม่มีใครยอมช่วย ระหว่างเดินทางปัญหาเรื่องการจราจร รถติดไฟแดง ไม่มีการเปิดช่องทางจราจรให้ถึงแม้เปิดไฟสัญญาณขอทาง เมื่อถึง

โรงพยาบาลหน่วยงานรับผู้ป่วยขาดความกระตือรือร้นในการรับผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลควรประชาสัมพันธ์ ให้เจ้าหน้าที่ตำรวจและอาสากู้ภัย รู้ถึงลักษณะงานการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งโรงพยาบาล ขอบเขตการให้บริการของหน่วยบริการระดับพื้นฐานและระดับสูง การติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเป้าหมายเพื่อเตรียมพร้อมรับผู้ป่วย และเน้นการพัฒนาประสิทธิภาพของหน่วยบริการ ในเรื่องความพร้อม ความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับของหน่วยงานอื่น

สุวรรณี ภัทรเดชไพศาล (2543, น. 110-113) ศึกษาการดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถของโรงพยาบาลภาครัฐในเขต 2 วัตถุประสงค์ศึกษาการดำเนินการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ พบว่าในภาพรวมยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจนในด้านการวางแผนงาน ไม่มีการจัดทำแผนงาน ด้านบุคลากร ไม่มีการพัฒนาบุคลากรในเรื่องการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัยจากรถ ด้านการสั่งการไม่มีการจูงใจในการปฏิบัติงาน ไม่มีการนิเทศงาน ด้านการประสานงานมีความคล่องตัวน้อย ด้านการควบคุม ไม่มีการนำข้อมูลการประเมินผลมาใช้แก้ไขปัญหา ข้อเสนอแนะควรมีความชัดเจน ในการกำหนดหน่วยงานและขอบเขตความรับผิดชอบ และควรมีการนิเทศงานอย่างเหมาะสม ผู้รับผิดชอบงานควรได้รับการพัฒนาด้านความรู้ความสามารถ

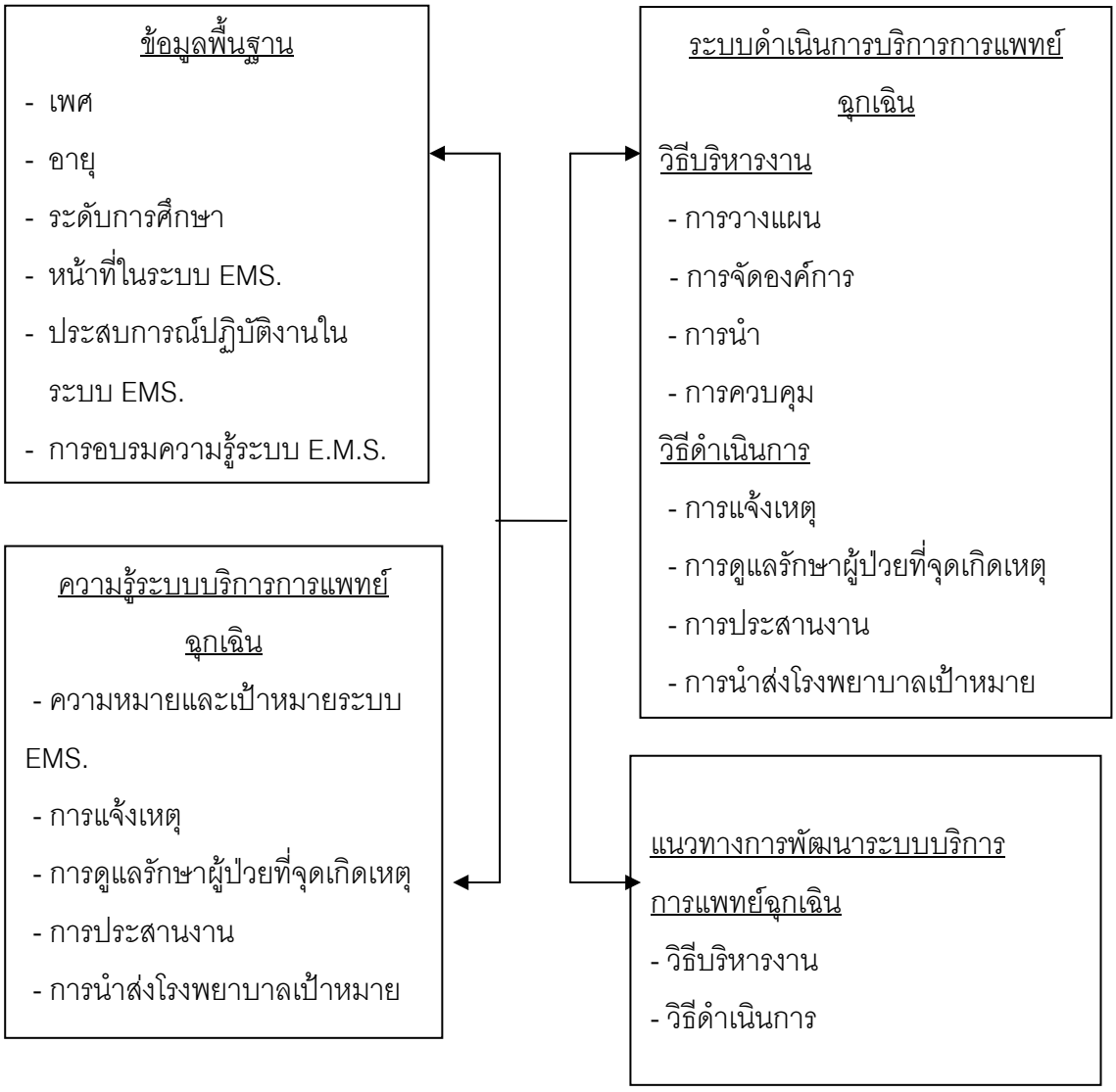
เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ (2546, น. 46-50) ศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น วัตถุประสงค์ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า การรับรู้ของชุมชนแบ่งได้ 2 มิติ คือ การรู้จักหน่วยกู้ชีพและการไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ การรู้จักหน่วยกู้ชีพดีสามารถเรียกใช้บริการและแนะนำให้คนอื่นเรียกใช้บริการได้ การรู้จักเพียงผิวเผินไม่มีข้อมูลหน่วยกู้ชีพ ทำให้ไม่กล้าเรียกใช้บริการของหน่วยกู้ชีพ ไม่สามารถติดต่อหน่วยกู้ชีพได้ ไม่รู้การทำงานหน่วยกู้ชีพ ไม่คิดถึงการบริการหน่วยกู้ชีพ ปัจจัยการรับรู้ของชุมชน ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ อาชีพของคนในชุมชน การเจ็บป่วยของคนในชุมชน การเห็นรถของหน่วยกู้ชีพ การมีประสบการณ์เห็นบริการของหน่วยกู้ชีพ ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ตำรวจและบุคลากรด้านสาธารณสุข ข้อเสนอแนะ การประชาสัมพันธ์ควรเป็นการประชาสัมพันธ์เชิงรุกต่อเนื่อง ทั่วถึง และเพียงพอ ครอบคลุมทุกชุมชน

ชุติมา รุจิระชุณห์ (2549, น. 75-77) ศึกษาวัฒนธรรมองค์การของหน่วยกู้ภัยกับการไม่ปฐมพยาบาลให้เหมาะสมก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษาองค์กรการกุศลในเขตเทศบาลนครปฐม พบว่า วัฒนธรรมองค์การเป็นแบบไม่เป็นทางการ การทำงานใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัว

รูปแบบวีรบุรุษ มีความยืดหยุ่นรวดเร็ว ขนาดของบาดแผลและความเจ็บปวดของผู้ป่วย กลัวการเป็นคดีความทางกฎหมาย ขาดแคลนเวชภัณฑ์ การกดดันทางสังคม มีโรงพยาบาลรายล้อมอยู่รอบด้านมีความเชื่อในประสิทธิภาพความเร็วเป็นเหตุผลให้ไม่ได้ทำการปฐมพยาบาล ข้อเสนอแนะจำเป็นต้องมีการปรับปรุงโครงสร้างและวัฒนธรรมขององค์การมีแพทย์ร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารเพื่อรองรับวัฒนธรรมการปฐมพยาบาล

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย (http://narendhorn.moph.go.th, 2551) ศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาล กรณีศึกษาประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถานและประเทศไทย วัตถุประสงค์เพื่อสร้างแนวทางการจัดการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าในต่างประเทศโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรมีทั้งองค์กรอาสาสมัคร องค์กรหรือมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไร องค์กรเอกชน โรงพยาบาลเอกชน องค์กรในกำกับของรัฐ หน่วยงานรัฐบาลทั้งในระดับชาติและท้องถิ่น ที่ทำหน้าที่ด้านบริหาร การวางแผนงาน ด้านนโยบาย ด้านการเงิน ด้านวิชาการ การวางแผนงานและติดตามประเมินผล จัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล การผลิตบุคลากรที่ให้บริการ การสอนประชาชนทั้งก่อนการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและเมื่อพบเหตุการณ์ฉุกเฉิน การบริหารงาน ด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การจัดการทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์มีการวางแผนเชิงกุลยุทธ์และมีการควบคุมกำกับงานอย่างเป็นระบบ กฎหมายมีผลต่อการจัดการภายในองค์กรและการจัดหาระบบการเงิน การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ให้คุณค่ากับการจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์สูงมาก ในประเทศไทย พ.ศ.2545 จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทรกระทรวงสาธารณสุข) รับผิดชอบการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จัดสรรงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยปฏิบัติงานมี 3 ระดับ คือ 1) หน่วยปฏิบัติงานระดับต้น มี First responder ให้บริการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ การดาม การห้ามเลือดการช่วยฟื้นคืนชีพและการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การบริหารจัดการของหน่วยงานมีความหลากหลายไม่เหมือนกันขึ้นกับผู้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการ 2) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS)หน่วยนี้จะปฏิบัติงานโดย First responder และเวชกิจฉุกเฉินระดับต้น ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ คือ โรงพยาบาลอำเภอ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติงานซึ่งจะประกอบไปด้วยพนักงานขับรถ พยาบาล หรือเวชกรฉุกเฉิน โดยหน่วยของโรงพยาบาลจะรับคำสั่งจากศูนย์จังหวัด ภาคส่วนมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไร เช่นมูลนิธิปอเต็กตึ้ง มูลนิธิร่วมกตัญญู มูลนิธิสว่างบริบูรณ์ชลบุรี มูลนิธิรักภูพิงค์ ผู้ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครทั้งหมด ปฏิบัติการกู้ชีพร่วมกับกู้ภัย การออกปฏิบัติการแต่

ละครั้งมีพนักงานขับรถ อาสาสมัครกู้ภัย 1-2 คน ที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงานของรัฐ มีเจ้าหน้าที่ศูนย์สั่งการ 1-2 คน ประสานการปฏิบัติงานกับโรงพยาบาลหรือสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด 3)หน่วยบริการระดับสูง (Advance Life Support หรือ ALS) มีผู้ปฏิบัติงานเป็นแพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์สั่งการ และยังพบว่ามีปฏิบัติการ ALS. ในบริการของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ เช่นโรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลภูเก็ต ข้อเสนอแนะต่อสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านโครงสร้างพื้นฐานขององค์การควรพัฒนาสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับประเทศและสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดไปพร้อมๆ กัน กฎหมายในอนาคตควรมีความครอบคลุมผู้ให้บริการทั้งในวิชาชีพ อาสาสมัครและประชาชนที่พบเหตุรวมถึงหน่วยงานที่ให้บริการควรใช้เทคนิคการพัฒนาองค์กร (Organization Development) ในการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้แข็งแกร่ง การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ได้แก่การสร้างการเรียนรู้สำหรับพลเมืองไทยนับเป็นภารกิจเร่งด่วนของสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสารควรพัฒนาระบบสื่อสารทางวิทยุสื่อสารเพื่อเป็นระบบสื่อสารสำรองกรณีฉุกเฉิน ระบบควบคุมทางการแพทย์ควรมีการพัฒนาโปโตคอล (protocol) ของศูนย์สั่งการในการช่วยชีวิตทางโทรศัพท์เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยเพื่อส่งสถานพยาบาล

สรุป ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการสาธารณสุขเชิงรุกและเป็นสวัสดิการด้านสุขภาพ ตามคำประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับบริการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลืออย่างรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่ การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อให้เกิดการดำเนินการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความคล่องตัว ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ ความสามารถ ในการประเมินและให้การแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต ก่อให้เกิดการดูแลรักษาที่รวดเร็ว มุ่งสู่เป้าหมายเพื่อลดการตาย พิการ ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

กรอบแนวคิดในการศึกษา