

# ความท้าทายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ประเทศไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อัจฉริยะ แพงมา

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ติดต่อผู้เขียน: อัจฉริยะ แพงมา e-mail: atchariya.p@niems.go.th

วันรับ: 10 มิ.ย. 2564

วันแก้ไข: 17 มิ.ย. 2564

วันตอบรับ: 20 มิ.ย. 2564

## บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนเมื่อปลายปี พ.ศ.2562 นำมาสู่การแพร่ระบาดในประเทศไทยโดยส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศและกลายเป็นความท้าทายใหม่ซึ่งระบบจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน ในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกแรกเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 และระลอกที่สองในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้รับผลกระทบมากนักเนื่องจากจำนวน ผู้ติดเชื้อที่ยังควบคุมได้ การดำเนินการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเน้นไปที่การเตรียมการและการป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ในช่วงของการระบาดในระลอกที่สามในเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับผลกระทบมากขึ้นอย่างยิ่งยวดและถูกกำหนดด้วยพันธกิจ 3 ข้อ คือ (1) การดำเนินกิจการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ให้ได้อย่างต่อเนื่อง (2) รับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รอการนำส่งจากบ้านหรือที่พักไปยังโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม และ (3) การสนับสนุนการฉีดวัคซีนและเตรียมการรองรับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนจำนวนมากทั้งประเทศ จากสถานการณ์ระบาดที่ผ่านมาพบว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยังสามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ด้วยดีด้วยการระดมทรัพยากรและบุคลากรอาสาสมัครนอกระบบบริการเข้ามาช่วยเสริมให้ภารกิจเดินหน้าต่อไปได้ ไม่มีผลกระทบรุนแรงต่อระบบบริการประชาชน แต่มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์โดยเพิ่มระบบการป้องกันตนเอง

**คำสำคัญ:** ความท้าทาย; ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2562 ซึ่งในเวลาต่อมาได้เกิดการแพร่ระบาดในประเทศไทย

และขยายไปทั่วโลกตลอดทั้งปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ได้ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขของเกือบทุกประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบเช่น

เดียวกันและเป็นความท้าทายซึ่งระบบจำเป็นต้องปรับตัว เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

## สถานการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย พ.ศ. 2563

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในระยะแรกก่อนปี พ.ศ.2538 ที่เป็นการช่วยเหลือนอกโรงพยาบาลโดยอาสาสมัคร (volunteer-based EMS) ซึ่งเป็นการให้ความช่วยเหลือที่ยังขาดความรู้และอุปกรณ์ที่เพียงพอ ต่อมาในปี พ.ศ. 2538 ประเทศไทยได้มีการจัดตั้งศูนย์เรนทรขึ้นที่โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ประชาชนแจ้งเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์และขอความช่วยเหลือกรณีเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ซึ่งกลายเป็นระยะที่สองของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงที่มีแพทย์หรือพยาบาลออกไปกับรถพยาบาลด้วย (hospital-based EMS) และมีการขยายการบริการจากกรุงเทพมหานครไปยังจังหวัดต่างๆ ในภูมิภาค จนในปี พ.ศ. 2551 ก็ได้มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีมาตรฐานและคุณภาพ มีการถ่ายโอนภารกิจการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินมายังสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ<sup>(1)</sup> และมีการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรมโดยมีมติจากการประชุมของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 3/2560 ปี พ.ศ.2560<sup>(2)</sup> ซึ่งกำหนดให้การแพทย์ฉุกเฉินเป็นอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 16 และมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ประกอบกับคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้ออกประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น พ.ศ.2560<sup>(3)</sup> จึงเป็นการพัฒนาเข้าสู่ระยะที่สามของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยที่มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการจัดบริการฉุกเฉินสำหรับประชาชน (community-based EMS) ร่วมกับ volunteer-based EMS และ hospital-based EMS ในระยะแรกและระยะที่สองที่ผ่านมา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2563 มีองค์ประกอบที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินหลายประการซึ่งแบ่งเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

### 1. ด้านบริหาร

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งการศึกษา ค้นคว้า วิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งยังเป็นศูนย์กลางการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ การบริหารจัดการดังกล่าวดำเนินการตามยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บท แผนปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมถึงนโยบายของคณะรัฐมนตรี ซึ่งในปัจจุบันอยู่ระหว่างการดำเนินการตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 3.1 พ.ศ.2562-2565<sup>(4)</sup>

### 2. ด้านบริการ

การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยนั้นเริ่มมาตั้งแต่การตั้งศูนย์เรนทร ที่โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี พ.ศ.2537 แม้ในช่วงเวลาใกล้เคียงกันโรงพยาบาลวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร จะได้เริ่มจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

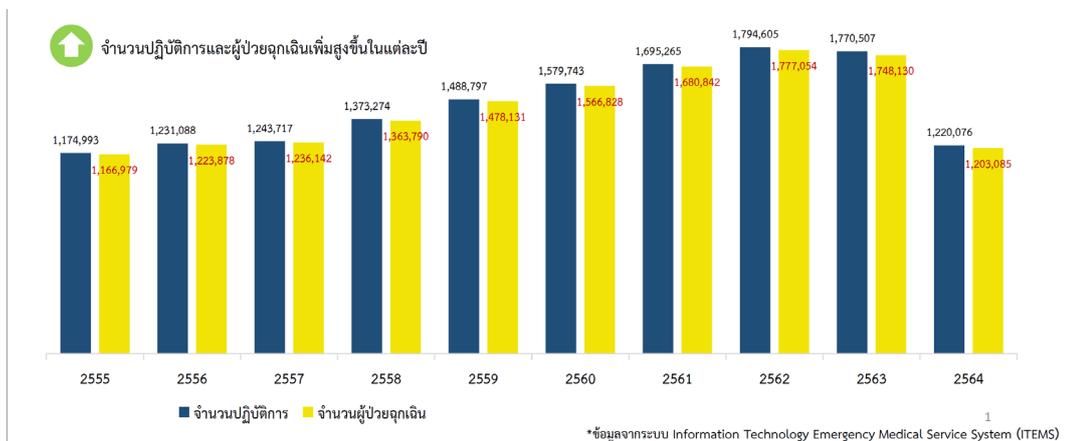
ในเขตกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลขอนแก่นได้จัดระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินในเขตจังหวัดขอนแก่นโดยเริ่มใช้หมายเลขฉุกเฉิน 1669 สำหรับบริการประชาชน จากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2563 หน่วยปฏิบัติการอำนวยการทางการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวน 80 หน่วย ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 71 หน่วย และดำเนินการโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัด 9 หน่วย หน่วยปฏิบัติการแพทย์มีจำนวน 8,286 หน่วย ดำเนินการโดยสถานพยาบาลจำนวน 2,013 หน่วย ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 5,024 หน่วย และดำเนินการโดยองค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไรจำนวน 1,003 หน่วย ในหน่วยทั้งหมดทั่วประเทศมีพาหนะฉุกเฉินทางบกที่ขึ้นทะเบียนกับระบบบริการการ

แพทย์ฉุกเฉินจำนวน 10,092 คัน แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยได้รับการบริการจำนวน 1,748,130 รายซึ่งเป็นการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินทางบก 1,737,045 ราย ทางน้ำ 1,512 ราย ทางอากาศ 93 ราย ตามภาพที่ 1 ในปี พ.ศ.2563 มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงบริการร้อยละ 17.5 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนเข้าถึงบริการร้อยละ 72.3 ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงเข้าถึงบริการร้อยละ 9.3 ตามลำดับ (ภาพที่ 2)

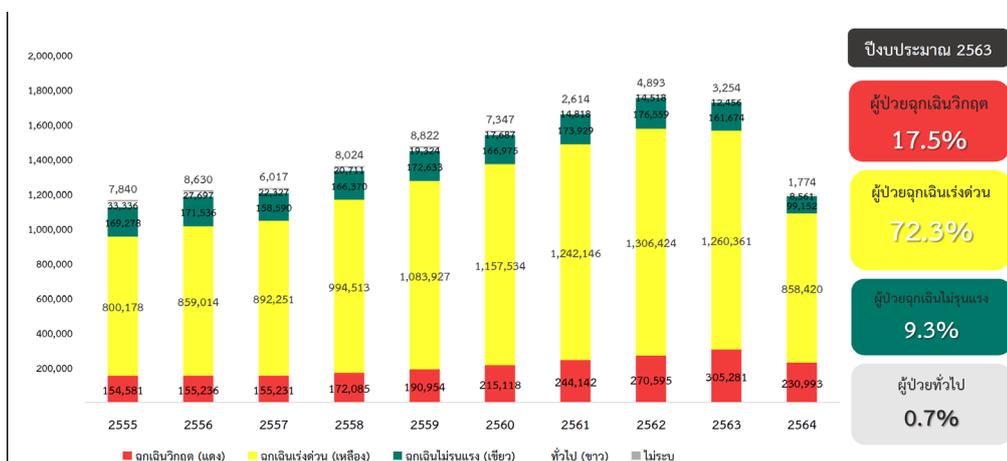
### 3. ด้านบุคลากร

ตั้งแต่มีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้กำหนดให้มีข้อบังคับและประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาพที่ 1 จำนวนการปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2555-2564



ภาพที่ 2 ระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2555-2564



หลายฉบับเพื่อจัดระบบการศึกษา ฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยมีการเปิดโอกาสให้ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมก่อนที่จะมีกฎหมายบังคับเข้าสู่ระบบมาตรฐานผู้ปฏิบัติการและได้มีการจัดการศึกษาฝึกอบรมตามมาตรฐานเกิดขึ้นตามกฎหมายมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ.2554 จนถึง พ.ศ.2563 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้ปรับปรุงข้อบังคับผู้ปฏิบัติการ โดยออกข้อบังคับคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินว่าด้วยการกำหนดผู้ปฏิบัติการ การรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม พ.ศ.2563 ซึ่งกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มวิชาการ ซึ่งทั้ง 2 กลุ่ม มีกลุ่มย่อยเป็นกลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มช่วยฉุกเฉินการแพทย์<sup>(5)</sup> ในปี พ.ศ.2563 มีองค์กรการศึกษาและฝึกอบรมที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 461 แห่ง มีผู้ปฏิบัติการที่ผ่านการศึกษา ฝึกอบรม และได้รับประกาศนียบัตรจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกระดับ รวมเป็นจำนวน 57,563 คน แบ่งเป็นผู้ปฏิบัติการในสังกัดสถานพยาบาล 10,677 คน สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 29,469 คน องค์กรไม่แสวงหากำไร 17,075 คน และอื่นๆ อีก 342 คน

#### 4. ต้นงบประมาณ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยขับเคลื่อนโดยงบประมาณ 2 ส่วน คืองบสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและงบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี พ.ศ. 2563-2564 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับงบประมาณในส่วนของงบสถาบันฯเป็นจำนวน 116.56 ล้านบาท และ 159.30 ล้านบาทตามลำดับ และส่วนงบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวน 810.49 ล้านบาทและ 959.15 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งงบประมาณดังกล่าวใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสนับสนุน อดหนุนหรือชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ประชาชนได้รับบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

### การปรับตัวของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยในช่วงการระบาดระลอกแรกและระลอกที่สอง

เมื่อมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครั้งแรกในประเทศไทยในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ช่วงแรกยังไม่มีผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศยังไม่มาก รวมถึงกระทรวงสาธารณสุขสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อได้ดี อย่างไรก็ตาม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติก็ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติด้านความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการจัดการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการให้มีความรู้ในการป้องกันตนเอง และได้จัดให้มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษระดับเฉพาะทาง ระดับสูง ระดับพื้นฐาน เพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อตามประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องเกณฑ์ วิธีการและแนวทางปฏิบัติของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษ ที่ออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พ.ศ.2563<sup>(6)</sup> และมีประกาศที่เกี่ยวข้องอีกหลายฉบับ<sup>(7-9)</sup> แต่จำนวนการปฏิบัติการสำหรับกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่วงระลอกแรกยังมีจำนวนน้อยมาก ต่อมาในการระบาดระลอกที่สองในเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงกว่าระลอกแรก ซึ่งมีผลจากการระบาดในกลุ่มแรงงานต่างด้าวในตลาดกลางกึ่ง จังหวัดสมุทรสาครและกระจายตัวไปยังต่างจังหวัด ต่อมากกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการควบคุมโรคจนสามารถควบคุมได้สำเร็จ การปฏิบัติการโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษได้รับผู้ป่วยที่ติดเชื้อและสงสัยติดเชื้อจากทั่วประเทศในเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคมเป็นจำนวน 1,368 ราย ดังนั้น การดำเนินการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงการระบาดระลอกแรกและระลอกสองจึงเน้นที่การเตรียมการ การป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้ปฏิบัติงาน



แห่งชาติดำเนินการจัดระบบบริการในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิดที่ยังอยู่ที่บ้านนำไปรักษายังโรงพยาบาลและโรงพยาบาลสนาม โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดพันธกิจให้สอดคล้องกับสถานการณ์ 3 ข้อ คือ

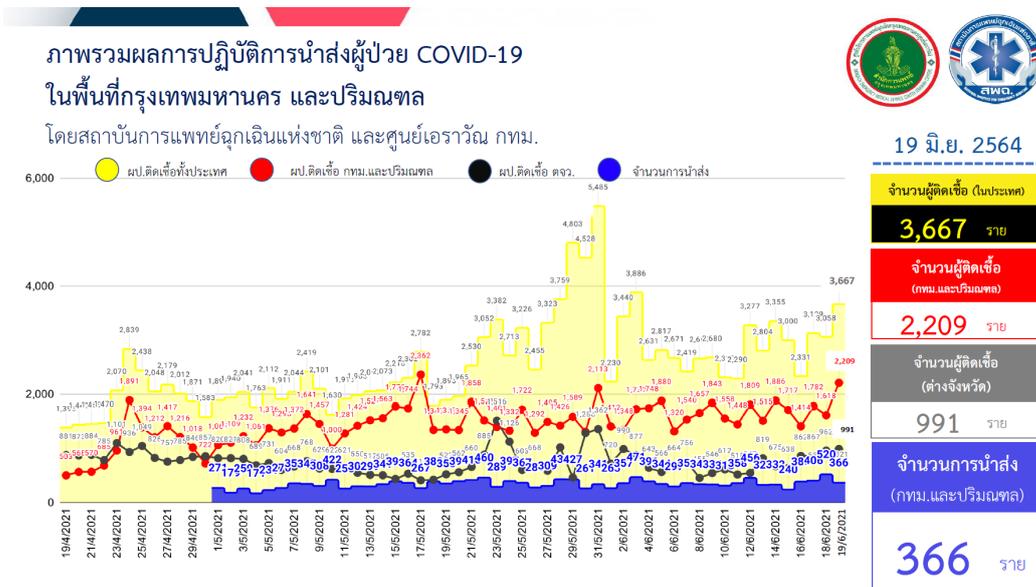
1. ดำเนินกิจการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ให้ได้อย่างต่อเนื่อง
2. รับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่รอการนำส่งจากบ้านหรือที่พักไปยังโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม
3. การสนับสนุนการฉีดวัคซีนและเตรียมการรองรับผลกระทบจากการฉีดวัคซีนจำนวนมากทั้งประเทศ

ทั้งนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ดำเนินการระดมหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการ ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัดเพื่อเข้ามาช่วยเหลือผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งได้อนุมัติงบประมาณ 27 ล้านบาทเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการ นอกจากนี้ ยังได้ออกประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางการรับรองมาตรฐานชุดปฏิบัติการ/หน่วยปฏิบัติการ (ชั่วคราว) และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ชั่วคราว) เพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉิน กรณีโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 พ.ศ. 2564<sup>(10)</sup> ซึ่งในช่วงเดือน

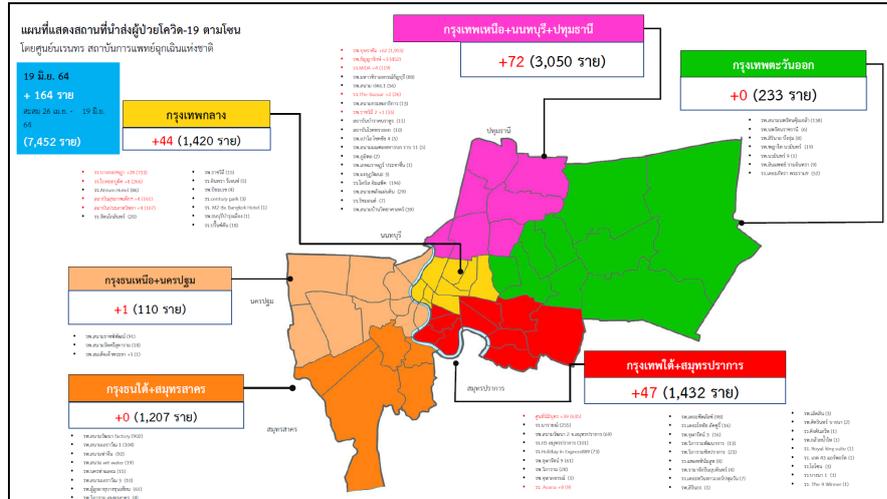
เมษายนเป็นต้นมามีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าร่วมปฏิบัติงานจำนวน 35 หน่วย และได้ปฏิบัติการรับผู้ป่วยจากบ้านหรือที่พักไปยังโรงพยาบาลสนามเป็นจำนวน 7,482 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 19 มิถุนายน 2564) รายงานข้อมูลการลำเลียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2564 เป็นจำนวน 366 ราย ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ศูนย์เอราวัณ กรุงเทพมหานคร และเครือข่ายทหาร เทศกิจ และอาสาสมัครจากหลายหน่วยงาน ตามภาพที่ 5 และภาพที่ 6

สำหรับสถานพยาบาลที่รับรักษาผู้ป่วยโควิด 19 ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนในระลอกแรกส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ในสถานพยาบาลที่เป็นที่ตั้งที่จดทะเบียนไว้ เมื่อเกิดการระบาดในระลอกที่สองเริ่มมีการเตรียมความพร้อมในการขยายการบริการของโรงพยาบาลรองรับผู้ป่วยจำนวนมากโดยการร่วมมือกับโรงแรมในการปรับโรงแรมให้เป็น Hospitel รวมถึงการปรับสถานที่ที่มีขนาดใหญ่ เช่น สนามกีฬาหรือโรงงานขนาดใหญ่ ศูนย์แสดงสินค้าขนาดใหญ่ มาปรับเป็นโรงพยาบาลสนามโดยให้โรงพยาบาลหลักเป็นเจ้าภาพในการจัดบุคลากรทางการแพทย์มาประจำเพื่อรักษาผู้ป่วยติดเชื้อแต่ไม่มีอาการ (ผู้ป่วยระดับความรุนแรงกลุ่มสีเขียว) หรือติดเชื้อแต่มีอาการเล็กน้อย (ผู้ป่วยระดับ

ภาพที่ 5 ผลการปฏิบัติงานนำส่งผู้ป่วยโควิด 19 ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล



ภาพที่ 6 ผลการดำเนินงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโควิด 19 แบ่งเป็น 6 โซนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร



ความรุนแรงกลุ่มสีเขียว) โดยให้โรงพยาบาลหลักรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหนักที่ต้องรับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (ICU) (ผู้ป่วยระดับความรุนแรงกลุ่มสีแดง) สถานการณ์การครองเตียงของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2564 มีจำนวนตามภาพที่ 7, 8 และ 9

### วิจารณ์

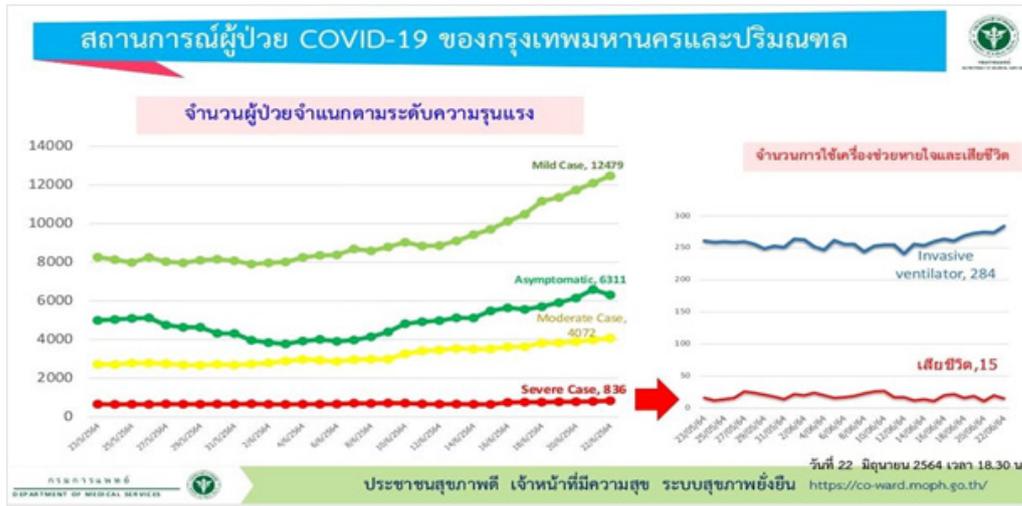
จากสถานการณ์ข้อมูลของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ.

2564 พบว่าในการระบาดระลอกแรกและรอบที่สอง ระบบบริการสาธารณสุขและการป้องกันและการควบคุมโรคดำเนินไปได้ดี ทำให้ผลกระทบต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากนัก แต่เมื่อมีการระบาดระลอกสามที่มีอัตราการระบาดที่รวดเร็วและการติดต่อค่อนข้างเร็วในหมู่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแคมป์ก่อสร้าง ตลาด โรงงานอุตสาหกรรม หรือในครัวเรือน ทำให้อัตราผู้ป่วยติดเชื้อสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีผลกระทบต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ต้องปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ ทั้งการดำรงภารกิจปกติให้เดินหน้าได้ การสนับสนุนหน่วยลำเลียงขนส่งผู้ป่วยติดเชื้อจากบ้านหรือ

ภาพที่ 7 สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด 19 ของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



ภาพที่ 8 สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด 19 ของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



ภาพที่ 9 สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด 19 ของกรุงเทพมหานครและปริมณฑล



ที่พักไปยังโรงพยาบาล การเตรียมความพร้อมรับผล-  
 กระทบจากอาการไม่พึงประสงค์จากการฉีดวัคซีนจำนวนมากทั้งประเทศที่มีจุดฉีดวัคซีนจำนวนมากล้วนเป็นสิ่ง  
 ทำลายต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย  
 แม้จะมีหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลที่เพียงพอต่อ  
 การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะปกติ แต่ในสถานการณ์การ  
 ระบาดที่รุนแรงก็มีความจำเป็นต้องระดมทรัพยากรและ

บุคลากรอาสาสมัครนอกระบบบริการเข้ามาช่วยเสริมให้  
 ภารกิจเดินหน้าต่อไปได้ จากสถานการณ์ระบาดที่ผ่านมา  
 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยัง  
 สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ด้วยดี ไม่มีผลกระทบ  
 รุนแรงต่อระบบบริการประชาชน แต่มีการปรับตัวให้เข้า  
 กับสถานการณ์โดยเพิ่มระบบการป้องกันตนเองเพิ่มขึ้น

## สรุป

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมานั้นมีผลทำให้ทุกภาคส่วนทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมทั้งในประเทศและต่างประเทศทั่วโลกได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง บริการการแพทย์ฉุกเฉินก็ได้รับผลกระทบมากเช่นเดียวกัน ความท้าทายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินคือการทำให้ระบบบริการยังเดินหน้าต่อไปได้โดยไม่สะดุดหรือหยุดให้บริการ การสนับสนุนการตอบสนองภารกิจช่วยเหลือประชาชนที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ยังอยู่ที่บ้านหรือที่พักเพื่อรอการลำเลียงขนส่งไปยังสถานพยาบาล การเตรียมความพร้อมรับมือผลกระทบจากการฉีดวัคซีนพร้อมกันทั้งประเทศในจำนวนหลายล้านโดส ถือเป็นความท้าทายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเพื่อให้ระบบบริการยังเดินหน้าต่อไป รวมถึงการปรับตัวเข้าสู่สมดุลงานใหม่หรือภาวะปกติใหม่ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเดินหน้าต่อไปได้อย่างยั่งยืน

## เอกสารอ้างอิง

- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551).
- สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. รายงานการประชุมคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครั้งที่ 3/2560; 20 มิถุนายน 2560, ตึกบัญชาการชั้น 3 ทำเนียบรัฐบาล. กรุงเทพมหานคร: ทำเนียบรัฐบาล; 2560.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น พ.ศ.2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134, ตอนพิเศษ 279 ง (ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2560).
- อรุรา สุวรรณรักษ์, บรรณาธิการ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2565. กรุงเทพมหานคร: อัลติเมทพริ้นติ้ง; 2561.
- ข้อบังคับคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่าด้วย การกำหนด ผู้ปฏิบัติการ การรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม พ.ศ. 2563. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนที่ 86 ง ตอนพิเศษ (ลงวันที่ 24 เมษายน 2563).
- ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางปฏิบัติของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษที่ออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 พ.ศ. 2563.
- ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางปฏิบัติของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษที่ออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2564.
- ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางปฏิบัติของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษที่ออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2564.
- ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางปฏิบัติของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินพิเศษที่ออกปฏิบัติการในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564.
- ประกาศสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่อง เกณฑ์วิธีการและแนวทางการรับรองมาตรฐานชุดปฏิบัติการ/หน่วยปฏิบัติการ (ชั่วคราว) และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (ชั่วคราว) เพื่อการสนับสนุนการปฏิบัติการฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 พ.ศ.2564.

**Abstract**

**Challenging of Emergency Medical Service System during COVID-19 Outbreak in Thailand**

**Atchariya Pangma**

*National Institute for Emergency Medicine, Thailand*

*Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(1):61-70.*

The outbreak of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China in the late 2019 has led to epidemics in Thailand; created impacts towards emergency medical service (EMS) system of the country; and become new challenges that the system must adapt for the utmost safety of the patients and personnel. During the first and second waves of COVID-19 epidemic (March 2020 and January 2021 respectively), the EMS system had not been heavily affected since the number of cases were not overwhelming. Therefore, the efforts were given towards preparedness and prevention of infection among EMS personnel. During the third wave of infection in April 2021, the EMS system was heavily affected and was instructed to operate under three set of missions; including (1) sustain the continuity of EMS system under 1669 call number; (2) transport COVID-19 infected patients from their residences to hospital or field hospital units; and (3) support vaccination program and stand by for possible adverse events following immunization. With this situation, EMS system of Thailand has been sustained with the pooling of resources and volunteers out of the system to support the missions in affected areas. Thus, there was no severe negative impacts against the population, and the system can adapt with the situation by increasing self-awareness.

**Keywords:** challenging, emergency medical service system, COVID-19

**Corresponding author:** Atchariya Pangma, e-mail: atchariya.p@niems.go.th