



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง แนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน
ของประเทศไทย

จัดทำโดย ผศ.ดร. ปวีณ นราเมธกุล
รหัส ๕๐๗๔

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง แนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทย

จัดทำโดย ผศ.ดร. ปวีณ นราเมธกุล
รหัส ๕๐๗๔

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ

(ศาสตราจารย์ ดร.สร้อยตระกูล อรรถมานะ) *
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(ศาสตราจารย์ ดร.พลภัทร บุราคม)
อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(ดร.สมเกียรติ อริยปรัชญา)
อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการศึกษาข้อมูล การคัดแยกผู้ป่วยนั้นถือเป็นการคุ้มครองประชาชนในเรื่องสาธารณสุข และสุขภาพรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนภายในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยได้ปรับแผนยุทธศาสตร์ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติอันได้แก่ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ประชาชน ทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะภัยพิบัติต่อไปโดยการประกาศให้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ในปัจจุบันดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐ ในกำกับ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๑๕ อยู่หลายประการเช่นการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและ พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน เป็นศูนย์กลาง การประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการ แพทย์ฉุกเฉินเป็นต้น และรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ ปฏิบัติการอื่นๆตามที่กฎหมายอื่นหรือคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด การเข้าถึงบริการด้าน การแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายที่เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยนั้น คือ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับ ความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔

ผู้ศึกษาได้เสนอแนะแนวทางการบริหารเชิงปฏิบัติการที่จะเป็นแนวทางการแก้ปัญหา การ คัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินไว้หลายประเด็นทั้งประเด็นการแก้ไขข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องและประเด็น การ แก้ปัญหาคุณภาพของการคัดแยกผู้ป่วยที่โยงใยเกี่ยวพันกับปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉิน เพื่อเป็น ประโยชน์ในเชิงบริหารด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมหลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖ ซึ่งแล้วเสร็จได้เป็นผลจากการชี้แนะและการให้คำแนะนำเชิงวิชาการจากคณะอาจารย์ที่ปรึกษา ๓ ท่านคือ ศาสตราจารย์ ดร.สร้อยตระกูล อรรถมานะ ศาสตราจารย์ ดร.พลภัทร บุราคม และ ดร.สมเกียรติ อริยปรัชญา ซึ่งข้าพเจ้าต้องขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

นอกจากนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอขอบคุณผู้บริหารสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่สนับสนุนให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ ตลอดจนใคร่ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ที่สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการจัดทำรายงานส่วนบุคคลฉบับนี้

ข้าพเจ้าหวังว่าผลการศึกษา ข้อเสนอแนะต่างๆ ในรายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ตามสมควร ต่อผู้อ่านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ปวีณ นราเมธกุล

สิงหาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
คำย่อ	ซ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ภูมิหลัง/ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๑
๑.๓ วิธีดำเนินการศึกษา	๒
๑.๔ ขอบเขตและระยะเวลาการศึกษา	๒
๑.๕ ประโยชน์ของการศึกษา	๒
๑.๖ นิยามศัพท์/การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ	๒
๑.๗ ข้อจำกัดในการศึกษา	๓
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๔
๒.๑ หลักทฤษฎีด้านกฎหมาย	๔
๒.๒ แนวคิดด้านการแพทย์ฉุกเฉินและระบบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๙
บทที่ ๓ ผลการศึกษา	๑๔
๓.๑ ผลการศึกษาหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของประเทศไทย	๑๔
๓.๒ ผลการศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน	๒๐
๓.๓ ผลการศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยใน ปัจจุบัน	๒๑
บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๒๖
๔.๑ สรุปผลการศึกษา	๒๖
๔.๒ ข้อเสนอแนะ	๒๘
บรรณานุกรม	๓๐
ประวัติผู้เขียน	๓๑

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	สรุปข้อมูลเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย กับประเทศสหรัฐอเมริกา	๑๙
ตารางที่ ๒	หลักเกณฑ์การประเมินระดับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่คณะกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉินกำหนด	๒๕

คำย่อ

กพฉ.	คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
พรบ.	พระราชบัญญัติ
ป.	ประกาศ
NHTSA	National Highway Traffic Safety Administration

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ ภูมิหลัง/ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

การคัดแยกผู้ป่วยนั้นถือเป็นการคุ้มครองประชาชนในเรื่องสาธารณสุขและสุขภาพรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนภายในปี ๒๕๕๘ ประเทศไทยได้ปรับแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติอันได้แก่ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อสร้างความปลอดภัยแก่ประชาชน ทั้งในสถานการณ์ปกติและภาวะภัยพิบัติต่อไป

กลจักรสำคัญที่จะนำไปสู่เป้าประสงค์ดังกล่าวข้างต้นคือการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างยั่งยืน นำไปสู่ประชาคมอาเซียนที่ประชาชนมีความเป็นอยู่ที่ดีมีความสุขโดยทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่บริหารราชการ ตาม พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ มีหน้าที่หลักในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากลที่ทุกคนเข้าถึงอย่างเท่าเทียม มีความจำเป็นจะต้องปรับปรุงกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ทันสมัย พร้อมรับกับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตเพื่อรองรับการจัดตั้งประชาคมอาเซียนและเป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การบริหารจัดการด้านการแพทย์ สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ที่มีความมั่นคงและยั่งยืน รวมทั้งมีการพัฒนาระบบกฎหมายและบุคลากรทางกฎหมายให้มีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วยที่เป็นเสมือนด่านหน้าในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพราะการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยังสถานที่ที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสม(deliver the right patient to the right place at the right time) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินกว่าจำนวนบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ การทำการคัดแยกผู้ป่วย จะใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีโอกาสรอดชีวิต โดยผู้ที่มีอาการรุนแรงและมีโอกาสรอดชีวิตไม่มากนัก อาจไม่ได้รับการช่วยเหลือด้วยเจตนาธรรมณ์พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น และการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มการดำเนินงานที่มีความก้าวหน้าในระดับหนึ่ง

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยที่พัฒนา จากประเทศสหรัฐอเมริกา

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

๑.๒.๓ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะอันเป็นแนวทางในการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

๑.๓ วิธีการดำเนินการศึกษา

ศึกษาวิจัยจากเอกสารและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง(Documentary Data) วิเคราะห์จากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ เช่น หนังสือ เอกสารวิชาการ คำพิพากษา โดยใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล การสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การสังเกตอย่างมีส่วนร่วมโดยมุ่งหมายในการนำผลที่ได้หรือข้อค้นพบไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเสาะแสวงหาความรู้ใหม่เพื่อเพิ่มพูนความรู้ต่าง ๆ ให้กว้างขวางสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

๑.๔ ขอบเขตการศึกษาและระยะเวลาศึกษา

กำหนดขอบเขตเฉพาะที่เกี่ยวกับกับการคัดแยกผู้ป่วย เพื่อพัฒนาให้เอื้อต่อการบริการสาธารณะและการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้ทันต่อความจำเป็นต่อการใช้งานและการเปลี่ยนแปลงของโลกโดยการศึกษาจะเริ่มตั้งแต่วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖

๑.๕ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๕.๑ ทำให้เข้าใจหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

๑.๕.๒ ทำให้เห็นสภาพปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

๑.๕.๓ ทำให้เห็นแนวทางการแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

๑.๖ นิยามศัพท์/การจำกัดความหมายของคำศัพท์ที่สำคัญ

“การคัดแยกผู้ป่วย” (Triage) เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยังสถานที่ที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสม (deliver the right patient to the right place at the right time) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินกว่าจำนวนบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือ

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” คือ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” คือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันมากหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน

“ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง” ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง

“ผู้ป่วยทั่วไป” ได้แก่ บุคคลที่เจ็บป่วยแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับหรือเลือกสรร การบริการสาธารณสุขในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้นหรือภาวะแทรกซ้อนตามมาให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป

“ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น” ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น

๑.๗ ข้อจำกัดในการศึกษา

รายงานการศึกษาส่วนบุคคลฉบับนี้มีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลทำให้ขาดความสมบูรณ์บางประการแต่งานวิจัยนี้เป็นแนวทางในการเริ่มต้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อมุ่งพัฒนากฎหมายมหาชนในด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานสากลต่อไป

บทที่ ๒ หลักทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ หลักทฤษฎีด้านกฎหมาย

๒.๑.๑ หลักนิติรัฐ

แนวความคิดว่าด้วยนิติรัฐมีขึ้นเพื่อจำกัดอำนาจของรัฐหรือผู้ปกครองให้อยู่ในขอบเขตของกฎหมาย คำกล่าวที่ว่านิติรัฐคือรัฐที่ปกครองโดยกฎหมาย ไม่ใช่โดยมนุษย์จะเป็นการให้ความหมายของนิติรัฐในเบื้องต้นที่ตรงที่สุด ในแง่ของประวัติศาสตร์การเมืองการปกครอง แนวความคิดว่าด้วยนิติรัฐเริ่มต้นขึ้นในช่วงศตวรรษที่ ๑๗ ในฐานะที่เป็นปฏิกิริยาที่มีต่อการปกครองในระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ อาจกล่าวได้ว่าเสาหลักที่ค้ำจุนนิติรัฐไว้ก็คือการปกป้องบุคคลจากการกระทำตามอำเภอใจของรัฐหรือผู้ปกครอง แนวความคิดนี้สอดคล้องต้องกันกับพัฒนาการและความเชื่อที่มีมาตั้งแต่ยุคกลางว่าสันติสุขและความยุติธรรมจะเกิดขึ้นได้ย่อมต้องอาศัยกฎหมายอย่างไรก็ตามในวงวิชาการเยอรมัน แนวความคิดพื้นฐานของนิติรัฐก็คือ การจำกัดอำนาจของรัฐโดยกฎหมาย การทำให้รัฐต้องผูกพันอยู่กับหลักการพื้นฐานและคุณค่าทางกฎหมายโดยไม่อาจบิดพลิ้วได้ด้วยเหตุนี้หลักนิติรัฐจึงไม่มีความหมายแค่เพียงการบังคับให้รัฐต้องคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลเท่านั้น แต่ยังเรียกร้องให้รัฐต้องดำเนินการในด้านต่างๆเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมขึ้นอย่างแท้จริงในสังคมด้วย วัตถุประสงค์ดังกล่าวจะบรรลุได้ก็แต่โดยการสร้างระบบการปกป้องคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลที่มีประสิทธิภาพและการยอมรับให้องค์กรตุลาการขึ้นมาโดยเฉพาะ (ศาลรัฐธรรมนูญ) ให้องค์กรดังกล่าวพิทักษ์ปกป้องคุณค่าในรัฐธรรมนูญ รัฐธรรมนูญของเยอรมนีหลังสงครามโลกครั้งที่สองที่เรียกว่า “กฎหมายพื้นฐาน” ได้เดินตามแนวทางนี้และได้บัญญัติให้หลักนิติรัฐเป็นหลักการพื้นฐานของรัฐธรรมนูญ

หลักความชอบด้วยกฎหมายของการกระทำขององค์กรของรัฐเรียกร้องให้การกระทำขององค์กรนิติบัญญัติต้องผูกพันอยู่กับรัฐธรรมนูญ กล่าวคือ ในการตรากฎหมายขึ้นใช้บังคับในรัฐนั้น องค์กรนิติบัญญัติจะตรากฎหมายล่วงกรอบที่รัฐธรรมนูญบัญญัติไว้ไม่ได้ หลักการดังกล่าวนี้ ยังเรียกร้ององค์กรบริหาร (โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรฝ่ายปกครอง) และองค์กรตุลาการให้ต้องผูกพันต่อกฎหมาย ซึ่งหมายถึงต้องผูกพันต่อรัฐธรรมนูญและบรรดากฎหมายต่างๆที่ใช้บังคับอยู่จริงในบ้านเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกฎหมายที่องค์กรนิติบัญญัติได้ตราขึ้น กล่าวเฉพาะฝ่ายปกครองหลักการดังกล่าวนี้เรียกร้องให้ฝ่ายปกครองต้องกระทำการโดยไม่ขัดต่อกฎหมาย และในกรณีที่การกระทำทางปกครองมีผลก้าวล่วงสิทธิเสรีภาพของราษฎร ย่อมจะต้องมีกฎหมายให้อำนาจฝ่ายปกครองกระทำการเช่นนั้นได้ หากไม่มีกฎหมายให้อำนาจแล้ว การกระทำทางปกครองนั้นย่อมไม่ชอบด้วยกฎหมาย

๒.๑.๒ หลักความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคเป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่ได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่าเทียบเท่ารัฐธรรมนูญ เป็นหลักประกันสิทธิของราษฎรว่าจะต้องได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน โดย

ในรัฐธรรมนูญของรัฐเสรีประชาธิปไตยส่วนใหญ่จะบัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้อย่าง ชัดแจ้ง สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ ก็ได้บัญญัติรับรองหลักความเสมอภาคไว้ เช่น มาตรา ๕ “ประชาชนชาวไทยไม่ว่าเหล่ากำเนิด เพศ หรือศาสนาใด ย่อมอยู่ในความคุ้มครองแห่งรัฐธรรมนูญนี้” มาตรา ๓๐ วรรคหนึ่ง “บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกัน ชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน” ทั้งนี้ เนื้อหาสำคัญของหลักความเสมอภาคมิได้หมายถึงว่ารัฐจะต้องปฏิบัติต่อทุกคนเหมือนกัน แต่ภายใต้หลักความเสมอภาค รัฐ “ต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญอย่างเดียวกัน และปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละคน” จึงจะเป็นหลักความเสมอภาคที่แท้จริง การเลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในลักษณะที่ต่างกันอันจะถือว่าชอบด้วยหลักความเสมอภาคนั้น ต้องไม่เป็นการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมเป็นการแยกความแตกต่างของบุคคลโดยคำนึงถึงศาสนา นิกายทางศาสนา หรือลัทธินิยมในทางศาสนา หรือเป็นการแยกความแตกต่างของบุคคลโดยไม่มีเหตุผลที่ควรค่าแก่การรับฟังเนื่องจากหลักความเสมอภาคเป็นหลักกฎหมายทั่วไปที่มีสถานะเป็นหลักกฎหมายรัฐธรรมนูญ ดังนั้น องค์กรของรัฐต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็ฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหารและฝ่ายตุลาการต้องให้การเคารพต่อหลักการนี้

๒.๑.๒.๑ หลักความเสมอภาคของบุคคลในการได้รับบริการสาธารณะ

หลักความเสมอภาคขยายขอบเขตมาสู่การเข้ารับบริการสาธารณะของประชาชนด้วย โดยหลักความเสมอภาคนี้ บังคับฝ่ายปกครองว่า ต้องให้บริการต่อบุคคลที่มีสาระสำคัญอย่างเดียวกันในลักษณะเดียวกันภายใต้กฎเกณฑ์เดียวกันเดียวกัน แต่หลักนี้ไม่ห้ามที่ฝ่ายปกครองจะให้บริการต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญในลักษณะที่แตกต่าง เช่น สภานแห่งรัฐฝรั่งเศสเคยตัดสินว่า นักเรียนของโรงเรียนที่อยู่นอกเส้นทางของรถบริการรับส่งนักเรียน มีสถานะที่แตกต่างจากนักเรียนที่โรงเรียนของตนอยู่ในเขตเส้นทางรถบริการรับส่ง เมื่อพิจารณาในแง่การเข้ารับบริการสาธารณะด้านการคมนาคมขนส่งนักเรียน รัฐจึงอาจปฏิบัติต่อนักเรียนทั้งสองเขตแตกต่างกันได้

๒.๑.๒.๒ หลักความเสมอภาคของบุคคลต่อการรับภาระสาธารณะ

หลักความเสมอภาคของบุคคลต่อการรับภาระสาธารณะ เป็นบ่อเกิดของหลักกฎหมายอีกจำนวนมาก และใช้สำหรับเป็นเหตุผลในการพิจารณาความชอบด้วยกฎหมายของ นิติกรรมทางปกครองต่าง ๆ เช่น หลักความเสมอภาคของบุคคลต่อการรับภาระเสียภาษีให้รัฐ สภานแห่งรัฐเคยวินิจฉัยว่า กฎเกณฑ์ของเมืองต่างๆ ในฝรั่งเศส ที่กำหนดการจัดเก็บภาษีรถยนต์ใช้บังคับ ทั่วเขตเมืองดังกล่าว และไม่ได้ให้ออกสิทธิ์กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งในเขตเมืองนั้นเป็นการเฉพาะ จึงชอบด้วยกฎหมายแล้ว มาตราการต่าง ๆ ที่ฝ่ายปกครองออกมาจะต้องไม่ไปเพิ่มภาระให้กับบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ประกอบอาชีพเดียวกัน ทำให้มีการได้เปรียบเสียเปรียบกัน

นอกจากนี้ หลักความเสมอภาคของบุคคลต่อการรับภาระสาธารณะยังเป็นบ่อเกิดของหลักความรับผิดชอบโดยปราศจากความผิดของรัฐด้วย เช่น ในคดีคอเทียส (๓๐ พฤศจิกายน ๑๙๒๓) ซึ่งเป็นคำพิพากษาที่วางหลักความรับผิดชอบโดยปราศจากความผิดของรัฐ โดยความเสียหายที่เกิดขึ้นในคดี เกิดจากการที่ฝ่ายปกครองปฏิเสธไม่ใช้กำลังเข้าจัดการบังคับให้มีการปฏิบัติตาม คำพิพากษาของศาลโดยสภานแห่งรัฐ ตัดสินว่า รัฐบาลมีหน้าที่ในการกำหนดวิธีการที่จะ

บังคับตาม คำพิพากษา ขณะเดียวกันก็มีสิทธิปฏิเสธที่จะใช้กำลังทางการทหารเข้าดำเนินการบังคับ หากเห็นว่าการใช้กำลังบังคับจะก่อให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยขึ้นในบ้านเมืองขึ้น การปฏิเสธของรัฐบาลดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความไม่สงบเรียบร้อยในบ้านเมืองจึงเป็นการกระทำที่ชอบแล้ว แต่ก่อให้เกิดความเสียหายกับผู้ชนะคดี ซึ่งเป็นหน้าที่ของศาลที่จะกำหนดว่า ค่าเสียหายดังกล่าว ชุมชนต้องร่วมรับผิดชอบเท่าไร ค่าเสียหายที่ชุมชนต้องรับผิดชอบ คือ จำนวนความเสียหายที่ฝ่ายปกครองต้องชดใช้

ในระบอบการปกครองแบบเสรีประชาธิปไตย ซึ่งเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์นำมา ซึ่งสิทธิเสรีภาพของพลเมือง โดยในรัฐธรรมนูญการปกครองประเทศของรัฐต่างๆ มักจะรับรองคุ้มครองสิทธิเสรีภาพในด้านต่าง ๆ ของประชาชนไว้ ดังนั้น ประชาชนจึงมีสิทธิเสรีภาพเป็นหลักทั่วไป แต่ทั้งนี้ การใช้สิทธิเสรีภาพของตนจะต้องไม่ไปกระทบกับสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น และไม่กระทบต่อส่วนรวม ดังนั้น ฝ่ายปกครองจึงต้องมีหน้าที่ในการควบคุมดูแลมิให้ปัจเจกชนแต่ละคนใช้สิทธิเสรีภาพของตนเกินขอบเขตจนไปกระทบกับสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นหรือกระทบต่อส่วนรวม ซึ่งในการดำเนินการตามหน้าที่ดังกล่าว ฝ่ายปกครองต้องมีอำนาจในการกระทำการ กล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าอำนาจในการกระทำของฝ่ายปกครองย่อมเป็นข้อจำกัดสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนเสมอ จึงเป็นที่มาของหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่า สิทธิเสรีภาพเป็นหลักทั่วไป การจำกัดเสรีภาพเป็นข้อยกเว้น การจำกัดสิทธิเสรีภาพจะทำได้ก็แค่เพื่อพิทักษ์สิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นหรือเพื่อพิทักษ์ประโยชน์สาธารณะเท่านั้น

หลักนี้มีผลผูกพันต่อทั้งฝ่ายปกครองและศาลปกครองให้ต้องเคารพภายใต้หลักเสรีภาพของปัจเจกชนกับการใช้อำนาจหรือข้อจำกัดเสรีภาพเป็นข้อยกเว้น โดยฝ่ายปกครองจะใช้อำนาจของตนอันเป็นการจำกัดเสรีภาพของบุคคลได้ก็ต่อเมื่อปรากฏว่า การใช้สิทธิเสรีภาพของบุคคลเป็นการกระทบต่อความสงบเรียบร้อยของบ้านเมืองจริง ๆ เท่านั้น ในกรณีเป็นข้อพิพาทขึ้นสู่ศาลปกครอง ศาลต้องชั่งน้ำหนักกว่ามาตรการที่ออกโดยฝ่ายปกครองได้สัดส่วนกับความเสียหายที่เกิดกับเอกชนหรือไม่ ในกรณีที่สงสัย ต้องตีความให้เป็นประโยชน์กับสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชน เช่น คำพิพากษาของสภาแห่งรัฐฝรั่งเศสในคดีเบนจามิน (๑๙ มิถุนายน ๑๙๙๓) สภาแห่งรัฐฝรั่งเศสได้พิพากษาให้เพิกถอนคำสั่งของนายกเทศมนตรีที่ห้ามมิให้จัดประชุมฟังการแสดงปาฐกถาของนายเบนจามิน เพราะความไม่สงบเรียบร้อยของบ้านเมืองอันอาจเกิดจากการปรากฏตัวของนายเบนจามินมิได้ร้ายแรงถึงขนาดที่นายกเทศมนตรีจะไม่สามารถกำหนดมาตรการอื่นที่มีผลกระทบที่รุนแรงน้อยกว่าต่อสิทธิเสรีภาพในการชุมนุมของประชาชน

๒.๑.๓ หลักเกี่ยวกับบริการสาธารณะ

บริการสาธารณะเป็นกิจกรรมที่อยู่คู่กับสังคมมนุษย์มานานนับตั้งแต่มนุษย์เริ่มรวมกลุ่มกันเป็นสังคม โดยทั่วไปแล้วกิจกรรมดังกล่าวจัดว่าเป็นบริการสาธารณะที่ผู้จัดทำย่อมจะต้องอยู่ภายในกฎเกณฑ์ หรือหลักเกณฑ์เดียวกันทั้งสิ้น ในทางทฤษฎีไม่ปรากฏว่ามีหลักเกณฑ์ร่วม สำหรับการจัดให้มีบริการสาธารณะทุกประเภท แต่อย่างไรก็ตามบริการสาธารณะจัดทำขึ้นมาก็ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในสังคม ชุมชน หมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด ตลอดจนจนถึงระดับประเทศ “บริการสาธารณะ” ว่าบริการสาธารณะคือ กิจกรรมทุกกิจกรรมซึ่งหากจะดำเนินการให้เป็นผลสำเร็จจะต้องได้รับการจัดทำ การจัดการหรือ การควบคุมโดยฝ่ายปกครอง ทั้งนี้ เพราะการ

จัดทำกิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนาสังคมประยูร กาญจนกุล ได้ให้ความหมายของคำว่าบริการสาธารณะไว้ในหนังสือ“กฎหมายปกครอง” ว่าบริการสาธารณะ หมายถึงกิจการที่อยู่ในความอำนาจการหรืออยู่ในความควบคุมของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองความต้องการส่วนรวมของประชาชนดั่งนั้น บริการสาธารณะ ในความหมายของผู้วิจัยสรุปได้ว่า หมายถึง หน้าที่ ภารกิจที่สำคัญที่รัฐบาลต้องจัดทำขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริการทางสังคม

การบริการสาธารณะเป็นภารกิจของฝ่ายปกครองที่จะต้องจัดทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยรวม ในการทำหน้าที่ดำเนินบริการสาธารณะนั้น ฝ่ายปกครองต้องอยู่ภายใต้หลักกฎหมายทั่วไปเกี่ยวกับการบริการสาธารณะ คือ หลักความเสมอภาค หลักความเป็นกลาง หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ และหลักบริการสาธารณะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยเสมอ อยู่ภายใต้แนวคิดพื้นฐานที่ต้องการพิทักษ์สิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนจากอำนาจอใจของฝ่ายปกครอง แต่หลักสองหลักหลังคือ หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะและหลักบริการสาธารณะต้องได้รับการปรับเปลี่ยนให้ทันสมัยเสมอ มีแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างออกไป และมุ่งสู่วัตถุประสงค์คนละอย่างกับสองหลักแรก กล่าวคือ มุ่งเพื่อช่วยให้ฝ่ายปกครองสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๑.๓.๑ หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ

หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ เป็นพื้นฐานแนวความคิดของกฎหมายหลาย ๆ เรื่อง หลักนี้ทำให้ฝ่ายปกครองมีอำนาจในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ที่จำเป็นเพื่อรักษาความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ

๑) ผลของหลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะต่อการปฏิบัติราชการ ทำให้เกิดระบบการรักษาราชการแทน กล่าวคือ เมื่อเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วยเหตุใดเหตุหนึ่ง จะต้องมียุติหน้าที่อื่นมาปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้รักษาราชการแทน เช่น กรณีนายกรัฐมนตรีไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้รองนายกรัฐมนตรีเป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้ามีรองนายกรัฐมนตรีหลายคนให้คณะรัฐมนตรีมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้รักษาราชการแทน ถ้าไม่มีผู้ดำรงตำแหน่งรองนายกรัฐมนตรีหรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติราชการได้ ให้คณะรัฐมนตรีมอบหมายให้รัฐมนตรีคนใดคนหนึ่งเป็นผู้รักษาราชการแทน (มาตรา ๔๑ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔) เป็นต้น

๒) ผลของหลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะต่อบุคลากรภาครัฐ ทำให้ในระบบกฎหมายไทย ห้ามมิให้ข้าราชการ ลูกจ้างของส่วนราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจนัดหยุดงาน

ส่วนในระบบกฎหมายของต่างประเทศบางประเทศ เช่น ประเทศฝรั่งเศส หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะได้มีผลห้ามมิให้เจ้าหน้าที่ของรัฐนัดหยุดงานเช่นเดียวกันในยุคก่อนสงครามโลกครั้งที่สอง แต่ต่อมาสิทธิการนัดหยุดงานได้รับการรับรองไว้ในคำปรารภของรัฐธรรมนูญ ปี ๑๙๔๖ และสภาแห่งรัฐได้มีคำพิพากษาในคดี ดีอาอิน ยืนยันว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐมีสิทธินัดหยุดงานได้ ซึ่งการยอมรับสิทธิการนัดหยุดงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาตามมาว่า การใช้สิทธินัดหยุดงาน อาจทำให้บริการสาธารณะหยุดชะงักซึ่งประชาชนผู้ใช้บริการ

อาจเดือดร้อนได้ ดังนั้น ฝรั่งเศสจึงหาทางประนีประนอมหลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะกับสิทธินัดหยุดงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยการบังคับให้สภาพของเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะนัดหยุดงานต้องแจ้งการนัดหยุดงานล่วงหน้าเพื่อเปิดโอกาสให้ฝ่ายปกครองสามารถแก้ไขปัญหาล่วงหน้าได้ และในบริการสาธารณะบางประเภทที่การหยุดดำเนินการโดยเด็ดขาดอาจก่อให้เกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงต่อประโยชน์สาธารณะได้ เช่น โรงพยาบาล ตำรวจ ไฟฟ้า ฯลฯ ในบริการสาธารณะเหล่านี้ หากจะนัดหยุดงานจะต้องจัดให้มีการบริการขั้นต่ำ

นอกจากนี้ ภายใต้หลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะยังมีผลต่อการลาออกจากราชการของข้าราชการ หรือลาออกจากงานของลูกจ้างของส่วนราชการหรือของพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยหลักนี้มีผลให้การลาออกของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะมีผลต่อเมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาแล้วเท่านั้น ระหว่างที่ยังไม่ได้รับอนุมัติ เจ้าหน้าที่ผู้นั้นยังคงมีหน้าที่ในการปฏิบัติงานอยู่

๓) ผลของหลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะยังมีผลต่อระบบสัญญาทางปกครองด้วย กล่าวคือ ทำให้เกิดหลักกฎหมายเกี่ยวกับสัญญาทางปกครองที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างไปจากกฎหมายแพ่ง เช่น แม้ฝ่ายปกครองจะเป็นผู้ผิดสัญญา คู่สัญญาฝ่ายเอกชนไม่อาจนำหลักสัญญาต่างตอบแทนมาใช้ได้ คือ หลักที่ว่าหากคู่สัญญาฝ่ายหนึ่งผิดนัดชำระหนี้ อีกฝ่ายหนึ่งมีสิทธิไม่ชำระหนี้ตอบแทนจนกว่าจะได้รับการปฏิบัติการชำระหนี้ของฝ่ายที่ผิดนัดนั้นได้ ซึ่งหลักนี้ไม่อาจนำมาใช้ในสัญญาทางปกครองโดยเฉพาะสัญญาทางปกครองที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการจัดทำบริการสาธารณะได้ เพราะจะทำให้บริการสาธารณะที่เอกชนจัดทำอยู่นั้นขาดความต่อเนื่องและประชาชนผู้ใช้บริการต้องเดือดร้อน ในกรณีเอกชนผิดสัญญาอย่างร้ายแรงที่มีผลทำให้ขัดขวางการบริการสาธารณะ ฝ่ายปกครองมีหน้าที่ต้องเข้าดำเนินการนั้นแทนคู่สัญญาหรือให้บุคคลภายนอกเข้าดำเนินการแทนคู่สัญญาโดยเอกชนเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย หรืออาจยึดบริการสาธารณะนั้นกลับมาทำเองได้ นอกจากนี้ หากเกิดเหตุอันไม่อาจคาดหมายได้ขึ้น อันอาจกระทบต่อการดำเนินบริการสาธารณะตามสัญญาทางปกครอง ทำให้การปฏิบัติตามสัญญาเป็นไปได้ยากอย่างยิ่ง ซึ่งฝ่ายเอกชนต้องรับภาระบางอย่างเพิ่มมากขึ้นเป็นอย่างมาก หากเหตุอันเป็นเพียงเหตุชั่วคราว ฝ่ายปกครองต้องเข้าไปช่วยรับภาระที่เพิ่มขึ้นนั้นบางส่วน เพราะสิ่งที่คู่สัญญาเอกชนดำเนินการเป็นประโยชน์ต่อความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ

๒.๑.๓.๒ หลักการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณะให้ทันสมัยเสมอ

หลักการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณะให้ทันสมัยเสมอ มาจากแนวคิดว่าการบริการสาธารณะเป็นกิจกรรมที่ตอบสนองต่อประโยชน์ส่วนรวม และประโยชน์ส่วนรวมก็เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ดังนั้น บริการสาธารณะที่ดีนั้นจะต้องสามารถถูกปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ตลอดเวลาให้เหมาะสมกับเหตุการณ์และสถานการณ์ใหม่ ๆ เพื่อให้การบริการสาธารณะสอดคล้องกับความต้องการของส่วนรวมมากที่สุดหลักการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณะให้ทันสมัยนี้ ทำให้รัฐสามารถจะจัดตั้งปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกองค์กรของรัฐที่ทำหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะได้เสมอ เช่น ในขณะที่ลัทธิเสรีนิยมมีอิทธิพลอย่างสูง รัฐที่ถือลัทธินี้ จะจำกัดอำนาจหน้าที่ของรัฐเฉพาะกิจการที่จำเป็นเท่านั้น เช่น การรักษาความมั่นคงของรัฐ การรักษาความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง การตัดสินคดี และการต่างประเทศ ดังนั้น รูปแบบขององค์กรของรัฐจะเป็นแบบหนึ่ง แต่ต่อมารัฐต่าง ๆ ได้รับอิทธิพลของข้อความคิดว่า

ด้วยรัฐสวัสดิการ ภารกิจของรัฐย่อมมากขึ้น การจัดองค์กรของรัฐก็ต้องปรับเปลี่ยนไปตามภาระที่เพิ่มขึ้นนั้น หลักนี้ทำให้รัฐมีอำนาจในการปรับเปลี่ยนกิจกรรมของตนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ๆ ทำให้รัฐมีอำนาจแก้ไขเปลี่ยนแปลง จัดตั้ง หรือยุบเลิกบริการสาธารณะของรัฐได้ โดยประชาชนหรือเจ้าหน้าที่ไม่มีสิทธิโต้แย้ง

นอกจากนี้ หลักการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณะให้ทันสมัยเสมอ ยังมีผลต่อระบบสัญญาทางปกครองด้วย โดยเฉพาะสัญญามอบหมายให้เอกชนดำเนินบริการสาธารณะ เพราะบริการสาธารณะไม่ว่าจะจัดทำโดยรัฐหรือโดยเอกชน ยังคงต้องอยู่ภายใต้หลักการเดียวกัน และฝ่ายปกครองก็ไม่อาจเพิกเฉยต่อการดำเนินบริการสาธารณะได้แม้จะได้มอบหมายให้เอกชนดำเนินการแล้วก็ตาม ยังคงต้องควบคุมดูแลอยู่เสมอ ดังนั้น จึงทำให้เกิดหลักเอกสิทธิ์ของคู่สัญญาฝ่ายปกครองขึ้น กล่าวคือ คู่สัญญาฝ่ายปกครองสามารถสั่งให้เอกชนคู่สัญญาปฏิบัติชำระหนี้ตามสัญญาได้เอง โดยไม่ต้องฟ้องศาล สามารถแก้ไขข้อสัญญาฝ่ายเดียวโดยเอกชนไม่จำเป็นต้องยินยอม สามารถสั่งให้เอกชนทำงานเพิ่มเติมจากที่กำหนดไว้ในสัญญาได้ หากงานนั้นอยู่ในขอบวัตถุประสงค์ของสัญญา และรวมถึงสามารถยกเลิกสัญญาได้ฝ่ายเดียวเมื่อวัตถุประสงค์ของสัญญามีได้เป็นสิ่งจำเป็นต่อการตอบสนองต่อความต้องการของส่วนรวมอีกต่อไป โดยอำนาจเหล่านี้มีอยู่ในฐานะหลักกฎหมายทั่วไปที่เกิดจากความจำเป็นในการบริการสาธารณะ อำนาจเหล่านี้ฝ่ายปกครองมีอยู่แม้จะมีได้ระบุเอาไว้ในข้อสัญญาก็ตาม

๒.๒ แนวคิดด้านการแพทย์ฉุกเฉินและระบบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๑ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระบบสากล

จากแนวความคิดในระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีกระบวนการ เป็นขั้นตอนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ประชาชนผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะการ ปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานสากลแบ่งออกเป็น ๖ ระยะตั้งแต่ การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและการลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง

๑) การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ การมีผู้ที่มีความรู้ในการแจ้งเหตุ เมื่อพบเหตุ เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เพราะสามารถทำให้หน่วยกู้ชีพมาถึงได้รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที สร้างโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

๒) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมงให้คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สำคัญ ผู้แจ้งเหตุควรต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลขั้นต้นอย่างเหมาะสม

๓) การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุต้องคัดแยกระดับความรุนแรง ความจำเป็นเพื่อสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

๔) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้ปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อม เป็นอันดับแรก เพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ การประเมินสภาพผู้เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาคือไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

๕) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง หลักที่สำคัญยิ่ง ในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ขณะขนย้ายต้องจัดให้มีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ

๖) การนำส่งสถานพยาบาล เพื่อรับการรักษา (transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานพยาบาลที่ใดเป็นการซึ่งขึ้นซึ่งตายซึ่งมีผลต่อผู้เจ็บป่วยมาก ดังนั้นการนำส่งจึงต้องใช้ดุลยพินิจประเมินศักยภาพของสถานพยาบาลที่จะสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยได้เหมาะสมหรือไม่ หากส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ไม่พร้อมอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาล ต่อเนื่องจาก ผลลัพธ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่นจำนวนผู้ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ ระยะเวลาการดูแลรักษา

๒.๒.๒ พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑

เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ที่จะการป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด และให้มีการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที จากหลักการดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาระของแผนหลักๆ นับเป็นแผนหลักๆที่มีเป้าหมายที่ชัดเจนโดยเน้นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด และการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติให้สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินหรือความต้องการในการบำบัดรักษาของประชาชนอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ถือเป็นหลักการและเหตุผลที่ดี การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๕ คือ การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด และให้มีการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันท่วงที จากหลักการดังกล่าวเมื่อวิเคราะห์สาระของแผนหลักๆ นับเป็นแผนหลักๆที่มีเป้าหมายที่ชัดเจนโดยเน้นความสำคัญและความจำเป็นของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งด้านการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดและการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติให้สามารถรองรับภาวะฉุกเฉินหรือความต้องการในการบำบัดรักษาของประชาชนอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ถือเป็นหลักการและเหตุผลที่ดี

๒.๒.๓ ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินพ.ศ. ๒๕๕๔

จากมาตรา ๒๘ แห่งพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๑ เรื่อง การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วย พ.ร.บ. ฯ ได้กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการสำคัญตามมาตรา ๒๘ (๑) คือ ต้องตรวจคัดแยก

ระดับความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับเร่งด่วนการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้น หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการทุกคนจึงมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายนี้ จึงต้องเป็นจัดการให้มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยในระดับประเทศ

การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินทำได้ในหลายสถานการณ์ ในทุกที่ๆ ที่มีผู้ป่วย เพราะว่า การแพทย์ฉุกเฉินจะเริ่มตั้งแต่การรับรู้ นั่นหมายความว่า เมื่อไหร่ที่มีการแจ้งเข้ามาที่ศูนย์ฯ แล้วศูนย์ฯ มีการรับรู้รับทราบแล้ว ตัวศูนย์สั่งการเองจะต้องทำหน้าที่ในการคัดแยกโดยทันที เรียกว่าการคัดแยกทางโทรศัพท์ (Phone triage) และเมื่อเจ้าหน้าที่ไปถึงจุดที่เกิดเหตุ พบผู้ป่วยแล้ว ก็จะต้องทำการคัดแยก รวมถึงเมื่อนำผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินแล้ว ก็จะต้องได้ทำการคัดแยกเหมือนกัน การคัดแยกในสถานการณ์ต่างกันอาจใช้วิธีการปฏิบัติไม่เหมือนกัน แต่หลักเกณฑ์จะต้องเหมือนกัน หลายคนคุ้นเคยกับคำว่า “สกรีน” ซึ่งหมายถึงการคัดกรอง ซึ่งคัดกรองกับการคัดแยกอาจจะมีความเหมือนและความต่างอยู่ในตัว แต่ว่าภาษาปัจจุบันสำหรับการแพทย์ฉุกเฉินให้ใช้คำว่า “คัดแยก” โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ในการออกหลักเกณฑ์ ซึ่งจะเป็นเกณฑ์กว้างๆ ระดับประเทศ เพื่อที่จะให้แต่ละหน่วย แต่ละสถานพยาบาล หรือผู้ปฏิบัติการนำไปใช้เป็นเกณฑ์กลาง ขณะนี้ ร่างหลักเกณฑ์ได้ผ่านการเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว และคณะกรรมการฯ ให้ส่งไปสอบถามความเห็นของอนุกรรมการการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของแพทยสภา เหมือนกับเป็นองค์กรวิชาชีพในการแพทย์ด้านนี้โดย “มาตรา ๒๙ ของ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉินฯ ระบุว่า เพื่อเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน กพฉ. มีอำนาจในการประกาศกำหนดในเรื่องของประเภท ระดับ อำนาจ หน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล เพราะต่อไปจะมีการประกาศว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลมีกี่ระดับ มีกี่ประเภท นอกจากนี้ ในกฎหมายยังมีข้อย่อยที่บอกว่าใครที่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์นี้ก็จะได้รับการสนับสนุน แต่หากไม่ปฏิบัติตาม อาจจะไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเงินชดเชย หรืออื่น ๆ ที่เป็นเหมือนเงื่อนไขที่มุ่งสร้างแรงจูงใจให้ยึดหลักเกณฑ์เป็นมาตรฐานการปฏิบัติ

๒.๒.๔ สหรัษฎบัญญัติความปลอดภัยในการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๙ (The National Highway Traffic Safety Act: NHTSA ๑๙๖๖)

ในรัฐสภาสหรัฐได้ตรา “สหรัษฎบัญญัติความปลอดภัยในการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ” ขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๐๙ ซึ่งมีเนื้อหาที่เน้นถึงความจำเป็นในการบำบัดรักษาผู้ประสบอุบัติเหตุก่อนนำไปถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

- ๑) กระทรวงขนส่ง เป็นผู้รักษากฎหมายนี้
- ๒) คณะกรรมการคมนาคมแห่งชาติ เป็นผู้วางแนวทางการติดต่อสื่อสาร
- ๓) มีการกำหนดสั่งการให้ มลรัฐต่างๆ จัดเตรียมแผนเวชบริการฉุกเฉิน
- ๔) การจัดซื้ออุปกรณ์ เป็นไปเพื่อรองรับเวชบริการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล
- ๕) มีการจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ให้เหมาะสมกับงบประมาณของท้องถิ่น
- ๖) กฎหมายนี้นำไปสู่การพัฒนามาตรฐานสำหรับการออกแบบรถพยาบาลและการฝึกอบรมบุคลากรทางเวชกรรมฉุกเฉินการคัดแยกผู้ป่วยทางการแพทย์ฉุกเฉิน

๒.๒.๕ สหรัฐบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๑๖ [Emergency Medical Services System (EMSS) Act ๑๙๗๓: Public Law ๙๓-๑๕๔]

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๑๖ “สหรัฐบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน” จึงได้รับการตราขึ้นเพื่อให้มีผลบังคับใช้ทั่วประเทศ เป็นผลกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

๒.๒.๕.๑ คณะกรรมการการประชาพิจารณ์แห่งรัฐสภาเสนอแนะว่า โครงการนี้ควรสามารถทำได้ในท้องถิ่นต่างๆ ด้วยมาตรฐานของท้องถิ่นนั้นๆ. อย่างไรก็ตาม ในท้องถิ่นหลายๆแห่งจะไม่สามารถจัดตั้งระบบดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม หากปราศจากงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง

๒.๒.๕.๒ สหรัฐบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน มีความยืดหยุ่นและยินยอมให้ท้องถิ่นแต่ละแห่งสามารถวางมาตรฐานของตนเองได้ ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการบริหารการบริการสุขภาพแห่งชาติ

๒.๒.๕.๓ มีการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางให้แก่ท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องเพื่อ

- ๑) การศึกษาและการวางแผนที่เหมาะสม (มาตรา ๑๒๐๒)
- ๒) การจัดตั้งและการเริ่มปฏิบัติการของระบบ (มาตรา ๑๒๐๓)
- ๓) การขยายผลและการปรับปรุงระบบที่จัดตั้งขึ้น (มาตรา ๑๒๐๔)
- ๔) คณะกรรมการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข ทำหน้าที่รับผิดชอบ

การศึกษาวิจัยและการฝึกอบรม

(๑) การศึกษาวิจัย (มาตรา ๑๑๐๕)

(๒) มาตรา ๗ แห่งสหรัฐบัญญัติการบริการสาธารณสุข สำหรับ

การฝึกศึกษา

๕) มีการกำหนดองค์ประกอบของระบบเวชบริการฉุกเฉิน เป็น ๑๕

ส่วน ได้แก่

(๑) การสนับสนุนกำลังคน (the provision of man power)

(๒) การฝึกอบรมบุคลากร (training of personnel)

(๓) การติดต่อสื่อสาร (communication)

(๔) การขนส่ง (transportation)

(๕) สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย (facilities)

(๖) หน่วยเวชวิกฤติ (critical care unit)

(๗) การใช้หน่วยรักษาความปลอดภัยสาธารณะ (use of public safety agencies)

(๘) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (consumer participation)

(๙) การเข้าถึงการดูแลรักษา (accessibility to care)

(๑๐) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer of patients)

(๑๑) การเก็บเวชระเบียนมาตรฐาน (standard medical record-keeping)

(๑๒) การให้สารสนเทศและความรู้แก่ผู้บริโภค (consumer information and education)

(๑๓) การทบทวนและการประเมินผลอย่างอิสระ (independent review and evaluation)

(๑๔) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ (disaster linkage)

(๑๕) ข้อตกลงการช่วยเหลือระหว่างภูมิภาค (mutual aid agreements) และจำแนกภาวะฉุกเฉินทางคลินิกเป็น ๗ ประเภท ได้แก่:-

ก) การบาดเจ็บ (trauma)

ข) ไฟลวก (burn)

ค) ภาวะทางหัวใจเฉียบพลัน (acute cardiac)

ง) ทารกที่มีความเสี่ยงสูงและที่คลอดก่อนกำหนด (high-risk and premature infants)

จ) การเป็นพิษ (poisoning)

ฉ) ภาวะทางจิตเวชกรรม (psychiatric)

ช) ภาวะยาและแอลกอฮอล์เกินขนาด (drug and alcohol overdose)

๖) ระบบเวชบริการฉุกเฉิน ครอบคลุมถึงการให้การศึกษาล่วงหน้าและติดตามผลหลังจากระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วย

๗) มีการแบ่งท้องถิ่นออกตามสภาพภูมิประเทศและลักษณะของการบำบัดรักษาผู้ป่วย เป็น ๓๐๔ เขต เพื่อสนับสนุนการบริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินและวิกฤต

๘) สหรัษฎบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน ได้รับการปรับปรุงแก้ไขใน พ.ศ. ๒๕๑๙ และ ๒๕๒๒

๙) มีการใช้งบประมาณในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๗ ถึง ๒๕๒๔ ทั้งสิ้นจำนวน ๒๑๕ ล้านบาท เพื่อก่อตั้งระบบดังกล่าว และก่อให้เกิดการสร้างงานจำนวนหลายแสนราย

๑๐) คณะกรรมการระบบเวชบริการฉุกเฉินตามกฎหมาย ประกอบด้วย นักการเมือง, นักบริหาร, ผู้สนับสนุน และนักวิชาชีพทางเวชกรรมฉุกเฉิน

บทที่ ๓ ผลการศึกษา

๓.๑ ผลการศึกษาหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย และเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ดังนี้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบการเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร การสร้างและการจัดการความรู้และการพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี โดยมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และมีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น และมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสม ตามหลักการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณะให้ทันสมัยเสมอ และมีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอได้แก่ มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย จังหวัดละ ๒ คน และมีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอตามมาตรฐาน มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและไม่ใช่การเงินได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งในพระราชบัญญัติฉบับนี้ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

ผลการศึกษาจากแนวคิดหลักนิติรัฐนั้น ทำให้การคัดแยกผู้ป่วยต้องดำเนินการในด้านต่างๆ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมต่อทั้งแพทย์และผู้ป่วยด้วยวัตถุประสงค์ดังกล่าวจะบรรลุได้ก็แต่โดยการสร้างระบบการปกป้องคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลทั้งสองฝ่ายที่มีประสิทธิภาพตามหลักการพื้นฐานของรัฐธรรมนุญ ฝ่ายการแพทย์จะออกกฎหมายโดยรับฟังความต้องการของประชาชนไม่ได้ รวมทั้งการยึดหลักความเสมอภาค ที่วางหลักหลักว่ารัฐต้องปฏิบัติต่อบุคคลที่เหมือนกันในสาระสำคัญอย่างเดียวกัน และปฏิบัติต่อบุคคลที่แตกต่างกันในสาระสำคัญแตกต่างกันไปตามลักษณะเฉพาะของแต่ละคนเป็นที่มาของการคัดแยกผู้ป่วยออกเป็นระดับตามความเจ็บป่วยของแต่ละคนซึ่งอยู่บนพื้นฐาน หลักความเสมอภาคของบุคคลในการได้รับบริการสาธารณะทางการแพทย์ที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ตรงตามที่บัญญัติไว้ในหมายเหตุท้าย พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ว่า เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว สมควรกำหนดให้มี

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้ ย่อมแสดงให้เห็นว่า ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยก ระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินพ.ศ. ๒๕๕๔ หรือที่เรียกว่ากฎหมายการตัดแยกผู้ป่วยซึ่งเป็นกฎหมายลูกของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ นั้น มาจากหลักเกี่ยวกับการบริการสาธารณะและหลักความต่อเนื่องของบริการสาธารณะที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ของรัฐจัดการบริการสาธารณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินต่อเนื่องตลอดวันเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันทั่วทั้งที่

๓.๑.๑ ผลการศึกษากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยในปัจจุบัน

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ได้นิยาม การแพทย์ฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน โดย การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการให้การปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันให้พ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ ด้วยความรวดเร็ว ทันที่ ถูกต้อง เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีระบบการรับแจ้งเหตุ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง เพื่อการประเมินจัดการรักษาพยาบาล และ การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดทำมีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อเชื่อมโยงการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือ ลำเลียงขนย้ายและนำส่งผู้ป่วย ต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย การดำเนินการดังกล่าว ช่วยลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ลดความพิการ จากการบาดเจ็บ ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาระของบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ เนื่องการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ เพื่อให้สามารถบริการ การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการเชิงรุก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงเป็นแนวคิดในการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานคิดมาจากความเชื่อที่ บุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัครหรือประชาชน จำเป็นต้องมีความรู้ ตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และสามารถตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้ (ศุภยัณเรนทร กระทรวง สาธารณสุข, ๒๕๕๑)

จากปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา ก่อนมีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน บ่งชี้ชัดเจนว่าภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อน

วัยอันสมควรหรือทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงทีก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในมูลค่าที่สูงโดยไม่จำเป็นและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรบุคคลและความมั่นคงของชาติ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงมีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพ.ศ. ๒๕๕๑ ขึ้นให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๗ มีนาคม ๒๕๕๑ เป็นต้นไปเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรอุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญรวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรเพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว สมควรกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมาตรา ๑๕ บัญญัติให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีหน้าที่จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) และ มาตรา ๑๑ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ บัญญัติให้ กพฉ. มีหน้าที่เสนอแนะ หรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ นโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยทุกคนได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างทั่วถึงเท่าเทียมบรรลุตามเป้าหมาย ๘ ประการดังนี้

- ๑) จัดการความรู้ สร้าง และ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศรองรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการและการปฏิบัติการ
- ๒) พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จัดกลไกการจ่ายเงิน และการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ให้มีงบประมาณเพียงพอและยั่งยืน
- ๓) สนับสนุนและพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- ๔) พัฒนาความสามารถของประชาชนในการร้องขอและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ๕) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมและทั่วถึงให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทั่วถึงทันท่วงที
- ๖) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล ต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ให้บริการประจำตลอดเวลา
- ๗) ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความเข้มแข็งและยั่งยืน
- ๘) ส่งเสริมการมีบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้มแข็งและยั่งยืน

เพื่อความเป็นเอกภาพในการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการแผนจึงกำหนดให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือใน

การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในสากลนี้ได้มีการแบ่งแนวคิดตามการดำเนินงาน การบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศเป็น ๒ แบบใหญ่ๆคือ ๑) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยแพทย์ (Doctor in the field system) และ ๒) ระบบที่ออกปฏิบัติการโดยผู้ช่วยแพทย์ (Paramedic base system) ซึ่งทั้งสองแบบมีความแตกต่างกันคือระบบแรกมีแพทย์ออกไปสั่งการรักษาพยาบาลเองในที่เกิดเหตุ ข้อดีคือมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญออกไปดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยตรงจากแพทย์ แต่ข้อด้อยคือระบบนี้ต้องมีแพทย์จำนวนมากมาเตรียมความพร้อมตลอดเวลาและมีค่าใช้จ่ายสูงกว่า ประเทศที่นิยมแบบนี้คือประเทศฝรั่งเศส ส่วนระบบที่สองที่ออกปฏิบัติการโดยผู้ช่วยแพทย์นั้นแพทย์ไม่ได้ออกไปด้วยเพียงส่งบุคลากรที่ผ่านการศึกษหรือฝึกอบรมไปแทนโดยที่แพทย์คอยกำกับอยู่ในที่ตั้งหรือสถานพยาบาลยกเว้นในบางกรณีที่ผู้ป่วยหนักอาจมีแพทย์ออกปฏิบัติการร่วมด้วยโดยใช้พาหนะอื่นแยกไปเช่น ดอกรเตอร์เฮลิ ในญี่ปุ่น หรือรถแพทย์ในอังกฤษ หรือสหรัฐอเมริกา เป็นต้น จุดเด่นคือใช้แพทย์น้อยกว่า แต่ข้อด้อยคือผู้ช่วยแพทย์ที่ออกปฏิบัติการนั้นทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต้องมีการระบบการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานสูง ผู้ป่วยจึงจะได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม หากมิเช่นนั้นอาจไม่ปลอดภัยได้

๓.๑.๒ ผลการศึกษาข้อมูลระบบการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์ประกอบของระบบที่วิทยาลัยฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians) แนะนำไว้มีด้วยกัน ๑๔ ด้านคือการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical direction) หน่วยงานที่ขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital transport agencies) หน่วยงานที่ขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล(inter-facility transport agencies) การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical dispatch) การติดต่อสื่อสาร (communications) เกณฑ์วิธีปฏิบัติ(protocols) ในการคัดแยกผู้ป่วย(triage) การบำบัดรักษา (treatment) การขนส่ง (transport) และการส่งต่อ (transfer) หน่วยรักษาเฉพาะทาง (specialty care units)โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (receiving facilities) การฝึกศึกษา (training) การเงิน (financing) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ (audit and quality assurance) การให้ความรู้สารสนเทศแก่ประชาชน (public information and education) การช่วยเหลือระหว่างกัน (mutual aid) การมีส่วนร่วมในการระงับภัย (disaster) องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง ๑๔ ด้าน จำเป็นต้องมีการจัดองค์กร การรวมตัว และการประสานงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด กพล. และแพทย์ผู้อำนวยการระบบต้องมั่นใจว่าองค์ประกอบที่จำเป็นแต่ละส่วนมีอยู่ในระบบและปฏิบัติงานได้ตามแผน ภาระหน้าที่ทางการแพทย์ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการสั่งการทางเวชกรรมทางไกล ควรมีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโครงสร้างของระบบการจัดองค์กรซึ่งเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยการระบบในการวางแผนดำเนินงานเพื่อลดความบกพร่องที่อาจเกิดในแต่ละองค์ประกอบ

๓.๑.๒.๑ ระบบการคัดแยกผู้ป่วยทางการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา

การบริการทางแพทย์ฉุกเฉินและการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่ามาตรฐานของห้องฉุกเฉินทุกแห่งต้องมีระบบคัดกรองผู้ป่วยระบบคัดกรองของผู้ป่วยหรือที่เรียกกันในภาษาอังกฤษว่า triage ถือเป็นปรากฏการณ์แรกของห้องฉุกเฉินเพื่อช่วยพิจารณาความเร่งด่วนของการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคที่มีมากน้อยแตกต่างกันไประบบคัดกรองของผู้ป่วยนั้นเป็นการจัดแบ่งระดับความรุนแรงของอาการเพื่อให้แพทย์พิจารณาเร่งรีบให้การรักษามาตามความรีบด่วนของอาการได้อย่างเหมาะสมกล่าวคือถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตแล้วแพทย์ก็ต้องรีบทำการรักษาพยาบาลโดยทันทีแต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงน้อยก็สามารถรอคอยให้แพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีอาการรุนแรงมากกว่าให้เสร็จก่อนได้หรือแพทย์สามารถนัดผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงนักให้มารับการรักษาในวันถัดไปยังห้องตรวจผู้ป่วยนอกในเวลาราชการก็ได้ดังนั้นระบบคัดกรองนับเป็นกุศโลบายหนึ่งเพื่อช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินไปพร้อมกับทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างแท้จริงได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพไปด้วยการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคตามระบบคัดกรองทั่วโลกมีแตกต่างกันในหลายแบบทั้งระบบที่แบ่งความรุนแรงของอาการออกเป็น ๓, ๔ หรือ ๕ ระดับก็ได้ซึ่งพบว่าประเทศสหรัฐอเมริกายังคงใช้ระบบคัดกรองที่หลากหลายแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลเช่นเดียวกับประเทศไทยสำหรับประเทศออสเตรเลียสามารถจัดทำระบบคัดกรองเป็นระบบเดียวกันทั่วทั้งประเทศได้โดยทางประเทศออสเตรเลียเลือกใช้ระบบคัดกรองแบบ ๕ ระดับได้แก่ระดับวิกฤตระดับฉุกเฉินระดับเฉียบพลันระดับรักษานานและระดับที่ไม่รุนแรงซึ่งผู้ป่วยในกลุ่มสุดท้ายนี้แพทย์สามารถแนะนำให้ผู้ป่วยมารับการตรวจในวันอื่น ๆ แทนได้การมีระบบคัดกรองที่เป็นระบบเดียวกันทั้งประเทศทำให้สามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในมาตรฐานเดียวกันรวมทั้งใช้ภาษาเดียวกันสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลนอกจากนี้ยังช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้อีกด้วย

จากการศึกษา กฎหมาย ระเบียบ วิธีปฏิบัติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า สภากาชาดศึกษาวิทยาศาสตร์แห่งชาติและแพทยสมาคมแห่งสหรัฐอเมริกาได้จัดทำสรุปทบทวน “เวชบริการฉุกเฉิน” โดยตีพิมพ์รายงานในหัวข้อเรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากอุบัติเหตุ: โรคที่ถูกลืมในสังคมยุคใหม่” ขึ้น. รายงานดังกล่าวนี้ได้ศึกษาการดำเนินการตรากฎหมายคัดแยกผู้ป่วยที่สำคัญฉบับหนึ่งที่ชื่อว่า “สหรัฐบัญญัติความปลอดภัยในการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๙” และมีสาระสำคัญที่เน้นถึงความบกพร่องในการคัดแยกผู้ป่วย, ปฐมพยาบาลฉุกเฉิน, การปฏิบัติการทางเวชกรรมฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการบาดเจ็บรวมทั้งเสนอความต้องการนักวิชาชีพนเฉพาะทางการบาดเจ็บ และจัดตั้งระบบการจดทะเบียนการบาดเจ็บ และคณะกรรมการการบาดเจ็บของโรงพยาบาลต่างๆโดยจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมในเรื่อง “สหรัฐบัญญัติความปลอดภัยในการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๐๙” และรัฐบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๑๖ [Emergency Medical Services System (EMSS) Act ๑๙๗๓: Public Law ๙๓-๑๕๔] พบว่ากฎหมายดังกล่าว ได้ทำให้มีการออกกฎหมายดำเนินการฝึกอบรมอุปแพทย์ (paramedics) จำนวนหลายพันคนและพนักงานเทคนิคการแพทย์ฉุกเฉิน

(emergency medical technicians: EMTs) จำนวนหลายแสนคน เป็นต้นแบบแนวทางในการผลิตบุคลากรด้านการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยในปัจจุบัน

๓.๑.๒.๒ บทบาทองค์การวิชาชีพต่อการคัดแยกผู้ป่วยทางการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย สหรัฐอเมริกา

หน่วยงานและองค์การที่มีอิทธิพลสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาของระบบเวชบริการฉุกเฉินคือ “วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians: ACEP)” ซึ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๑. ในราว พ.ศ. ๒๕๑๓ วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกาได้จัดทำมาตรฐานเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ซึ่งมีเนื้อหาที่เน้นถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล และในปีเดียวกันนี้ สำนักงานคณะกรรมการบริหารการบริการแห่งชาติ (General Services Administration) ได้ประกาศใช้มาตรฐานสำหรับรถพยาบาลที่จัดซื้อด้วยงบประมาณของรัฐบาลทั้งหมด นอกจากนี้ วิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Surgeons) ยังได้ตีพิมพ์รายการสิ่งอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับรถพยาบาล และจัดทำมาตรฐานการบำบัดรักษาสำหรับการประคับประคองชีพขั้นพื้นฐาน การคัดแยกผู้ป่วยทางการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการแก้ไขปรับปรุงในเดือนพฤษภาคม ๒๕๒๖ พร้อมกับมาตรฐานการประคับประคองชีพขั้นสูง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๕ มูลนิธิโรเบิร์ต วูด จอห์นสัน ได้ให้การสนับสนุนเงินทุนสำหรับระบบเวชบริการฉุกเฉินในภูมิภาค ซึ่งในระยะต้นเน้นย้ำถึงระบบการประสานกับผู้ป่วย, การวิจัย และการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ ยังมีองค์การและกลุ่มอื่นๆ อีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉิน

๓.๑.๓ บริบทของการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกา

ตามจริงแล้วปฐมบทของระบบการคัดแยกผู้ป่วยของไทยนั้นพัฒนาและคัดลอกรูปแบบจากประเทศสหรัฐอเมริกา จึงมีความเหมือนในทางระบบและระเบียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นอย่างยิ่งดังแสดงโดยย่อตามตารางนี้

ตารางที่ ๑ สรุปข้อมูลเปรียบเทียบการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยกับประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเทศ	หมายเลขการเข้าถึงการคัดแยกผู้ป่วย	ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน	พาหนะฉุกเฉิน	กองทุนจ่าย	หน่วยงานรับผิดชอบ
สหรัฐอเมริกา	๙๑๑	เหมือนกัน	ระดับสูง	มี	NHTSA
ไทย	๑๖๖๙	เหมือนกัน	ระดับสูง	มี	สพฉ

NHTSA หมายถึง National Highway Traffic Safety Administration

สพฉ หมายถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ถึงแม้ประเทศไทยจะมีพื้นที่ไม่กว้างใหญ่เท่าประเทศสหรัฐอเมริกาแต่ก็มีการใช้ระบบคัดกรองที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลไปทั่วทั้งประเทศเช่นเดียวกันกับประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีระบบคัดกรองที่เข้มแข็งแล้วก็ตามพยาบาลผู้ถือว่่าเป็นกำลัง

สำคัญในการเลือกคัดกรองก็ยังคงไม่สามารถปฏิบัติตามกฎได้อย่างเคร่งครัดนักการมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นมักมีบริษัทประกันสุขภาพทำหน้าที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ฉุกเฉินเมื่อผู้ป่วยมารับการคัดกรองยังห้องฉุกเฉินแล้วถึงแม้ยังไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ก็ยังคงต้องเสียค่าใช้จ่ายในปริมาณมากโขอยู่ถ้าผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์แล้วค่าใช้จ่ายทั้งหมดก็จะมีบริษัทประกันสุขภาพของผู้ป่วยมารับผิดชอบให้ดังนั้นผู้ป่วยก็ไม่ต้องควักเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองดังนั้นผู้ป่วยรายนี้แม้มีอาการไม่รุนแรงแต่ลักษณะค่อนข้างยากจนถ้าวันนี้ไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์ก็คงจะมีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงซึ่งจำต้องจ่ายเองโดยไม่มีบริษัทประกันสุขภาพมาจ่ายให้เป็นแน่แท้ดังนั้นทางพยาบาลคัดกรองท่านนั้นจึงเลื่อนระดับความรุนแรงของโรคขึ้นไปตามระดับความลำบากยากจนของชีวิตของผู้ป่วยท่านนั้นมีความพยายามคิดหาวิธีแก้ปัญหาค่าความแออัดในห้องฉุกเฉินอยู่มากมายในปัจจุบันนี้ยังไม่พบวิธีแก้ปัญหที่สมบูรณ์แบบแต่อย่างใดซึ่งการแก้ปัญหาค่าความแออัดของห้องฉุกเฉินถือเป็นความท้าทายอันหนึ่งของแพทย์ฉุกเฉินการแก้ปัญหาค่าความแออัดมักประกอบด้วยการสร้างตัวสกัดกั้น (barrier) ขึ้นมาเพื่อกั้นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงให้มารับการรักษาในเวลาปกติแทนการมายังห้องฉุกเฉินแต่ทั้งนี้ควรต้องสร้างที่รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงนักกลุ่มนี้ได้รับการบรรเทาอาการในเบื้องต้นอย่างทั่วถึงพร้อมกันกับไม่เบียดบังเวลาที่แพทย์ควรใช้ไปเพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเร่งด่วนฉุกเฉินอีกด้วยกล่าวโดยรวมแล้ววิธีการแก้ปัญหาค่าความแออัดในห้องฉุกเฉินจึงมีหลักใหญ่ๆ เพียง ๒ ประการคือการสร้างตัวสกัดกั้นและการสร้างสถานที่รองรับที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนนั่นเองโดยกรมบริการสุขภาพฉุกเฉิน (Division of Emergency Health Services: EHS) ซึ่งสังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข, ศึกษาธิการและสวัสดิการสังคม (Department of Health, Education and Welfare) ได้รับมอบหน้าที่ให้เป็นผู้ประสานงานเวชบริการฉุกเฉินในระดับรัฐบาลกลางมีหน้าที่หลักในการเป็นแหล่งทรัพยากรและบริการสารสนเทศในขณะเกิดภัยพิบัติ. การขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลในขณะนั้นส่วนใหญ่ดำเนินการโดยสำนักงานสุสานและรถพยาบาลเอกชนซึ่งใช้รถส่งศพและรถบรรทุกในการขนส่งและแทบไม่มีการบำบัดรักษาผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลเลย. มีเพียงเฉพาะบางพื้นที่เท่านั้นเช่นในเมืองบัลติมอร์ที่มีบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (เช่น การกู้ชีพและการรักษาเบื้องต้น) ซึ่งมาตรฐานการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพียงแค่การปฐมพยาบาลตามที่กาชาดแนะนำเท่านั้น

๓.๒ ผลการศึกษาสภาพปัญหาเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

การวิจัยพบว่าสภาพปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วนอย่างยิ่งที่ต้องหาแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยนั้นก็คืออัตราการเสียชีวิตและพิการเป็นจำนวนมากของผู้ป่วยฉุกเฉินอันเกิดจากปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยที่ล่าช้าขาดระบบการจัดการที่ดีโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่หรือมีผู้ป่วยจำนวนมากพร้อมๆกันผู้วิจัยพบว่าปัญหาการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมายังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิตอวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้อาการบาดเจ็บรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าวซึ่งมีผลทำให้การคัด

แยกผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพ จึงมีประกาศใช้ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความทันสมัย สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และค่านิยมของประชาชนผู้รับบริการและ กำหนดให้มี สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการในการกำหนด มาตรฐานและหลักเกณฑ์ เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมติเห็นชอบของคณะกรรมการ การแพทย์ฉุกเฉินเป็นแนวทางส่งเสริมสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ ต่อผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่า ตลอดจนชาวต่างชาติ ผู้ ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยจะได้รับบริการมีคุณภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายโดย มาตรา ๓๓ แห่งพระราชบัญญัติฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้จัดตั้ง “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” เพื่อ สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติ หน่วย ปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการปฏิบัติการใน เขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพียงพอ รวมถึง ส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อ กำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใน ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินการจ่ายเงิน เพื่อ อุดหนุนหรือชดเชย การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางบก ทางน้ำและทางอากาศ

๓.๓ ผลการศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยในปัจจุบัน

การคัดแยก (Triage) เป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง เพื่อนำผู้ป่วยไปส่งยัง สถานที่เหมาะสม ในเวลาที่เหมาะสม (deliver the right patient to the right place at the right time) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีจำนวนมากเกินกว่าจำนวน บุคลากรที่ให้การรักษาช่วยเหลือ การทำ triage จะใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีโอกาสรอดชีวิต โดยผู้ ที่มีอาการรุนแรงและมีโอกาสรอดชีวิตไม่มากนัก อาจไม่ได้รับการช่วยเหลือ ปัญหาเริ่มจาก กระบวนการคัดแยก (ใช้เวลาประมาณ ๕ นาที) โดยมีผู้รับผิดชอบพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่ประเมิน สภาวะผู้ป่วยเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินสภาวะอาการเพื่อคัดแยกและส่งผู้ป่วยเข้ารับ การตรวจรักษาซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้ประสบการณ์อย่างมากเพราะถ้าคัดแยกผู้ป่วยผิดการรักษาอาจ ผิดพลาดล่าช้าเป็นอันตรายแก่ชีวิตของผู้ป่วยแต่ในทางปฏิบัติข้าพเจ้ากลับพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ ประจำเวรการคัดแยกผู้ป่วยมักเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยเพราะต้องเข้าเวรตลอดทั้งกลางวัน และกลางคืนทำให้พยาบาลอาวุโสเลือกที่จะไม่เข้าเวรดังกล่าวซึ่งต้องหาแรงจูงใจที่เป็นรางวัลหรือ ค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้เพราะเป็นต้นธารแห่งการรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งถ้า การคัดแยกผู้ป่วยถูกต้องนั้นผู้ป่วยอาการฉุกเฉินมากส่งไปหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER) เพื่อรับ การตรวจรักษาให้การช่วยเหลือทันทีส่วนผู้ป่วยอาการเร่งด่วนส่งไปหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อ รับการตรวจรักษาภายใน ๑๕ - ๓๐ นาทีและผู้ป่วยทั่วไปส่งไปหน่วยงานเวชระเบียนตามช่องทางด่วน (Fast track) ต่างๆเพื่อลงทะเบียนได้แก่ ผู้ป่วยอาการไม่เร่งด่วน (ตรวจรักษา ๓๐ - ๖๐ นาที)

หรือผู้ป่วยมีใบนัดตรวจหรือผู้ป่วยทั่วไป (Walk in) เมื่อพยาบาลประเมินอาการแล้วให้ติดต่อหน่วยงานเวชระเบียนจึงส่งไปรอที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกต่างๆเช่นแผนกสูติรีเวชกรรมแผนก ศัลยกรรมแผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรมกระดูกแผนกจักษุแผนกโสตศอนาสิกหรือหน่วยงาน ภายภาพบำบัด ปัญหาอีกประการหนึ่งคือหลักการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน(Triage) ตามระดับความ รุนแรง (รหัสแดง หรือ E = Emergency), (รหัสเหลือง หรือ U = Urgent), (รหัสเขียว หรือ N = Non urgent) ก่อนจัดส่ง/ส่งการให้หน่วยปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมตามความเร่งด่วนนั้นยังมื ความแตกต่างกันเรื่องของสีและระดับการคัดแยกของแต่ละโรงพยาบาลถ้ารักษาที่โรงพยาบาลเดียวกัน ไม่ประสบปัญหาแต่ถ้าเป็นกรณีต้องส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลอาจมีปัญหาได้ซึ่งแก้ปัญหาโดย การให้ความรู้ ความเข้าใจและอธิบายสภาพการบังคับใช้กฎหมายการคัดแยกผู้ป่วยตามประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและ มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินพ.ศ. ๒๕๕๔

ข้าพเจ้าในฐานะผู้วิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบแนวทาง ปฏิบัติที่เหมาะสมโดยทำการการคัดแยก อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยทั่วไปการทำการคัดแยก ครั้งแรก (primary triage) มักจะกระทำที่จุดเกิดเหตุ ในตำแหน่งที่พบผู้ป่วย เรียกว่า triagesieve คือ การ ตรวจดูอย่างรวดเร็วเพื่อจัดกลุ่มผู้ป่วยในเบื้องต้น โดยพบข้อดีของการคัดแยกแบบดังกล่าวว่า เนื่องจากต้องกระทำอย่างรวดเร็วและใช้ข้อมูลไม่มาก การทำ triage sieve จึงอาจเกิดความ คลาดเคลื่อนได้ แต่ก็จะสามารถปรับแก้ไขได้ในภายหลัง การทำ triage sieve จะพิจารณาจาก ผู้ป่วย เดินได้เองหรือไม่ การประเมินการประเมินการหายใจชีพจร การทำคัดแยก (Triage) ครั้งที่สอง (secondary triage) มักกระทำที่จุดรักษาพยาบาล หรือขณะนำส่ง เรียกว่า triage sort โดยเมื่อ ผู้ป่วยมาถึงจุดรักษาพยาบาล หรือในโรงพยาบาล จะถูกทำ คัดแยก (Triage) อีกครั้งหนึ่ง ซึ่ง ณ จุดนี้ จะมีบุคลากรและอุปกรณ์มากขึ้น การทำ คัดแยก (Triage) จะมีการใช้ข้อมูลมากขึ้น กระบวนการนี้ เรียกว่า triage sort

ข้อดีในการใช้ทำ Triage sort โดยวิธีนี้คือ ทำได้เร็ว แม่นยำ สามารถเรียนรู้และนำไปใช้ได้ ง่าย อีกทั้งยังเป็นการวัดค่าทางสรีรวิทยาที่ต่อเนื่องจาก triage sieve อย่างไรก็ตามการจัดกลุ่มวิธีนี้ บอกได้เพียงว่า กลุ่มใดหนักหรือเบา และต้องการการดูแลรักษาที่รีบด่วนกว่ากัน แต่ไม่ได้บอกถึง อวัยวะที่บาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้บอกไม่ได้ว่า รายใดต้องส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาใด

อีกทั้งกรณี Dead case หมายถึงทุกกรณีที่ผ่านมากระบวนการคัดแยกที่ เสียชีวิตแล้วนั้นในรถ ระหว่างนำส่ง และเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน(ไม่รวมที่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ และเสียชีวิตก่อน หน่วย ปฏิบัติการไปถึง) ควรมีการประชุม Dead case Conference ระหว่างโรงพยาบาลเพื่อหาสาเหตุ แนวทางแก้ไข ใน ระดับจังหวัดหรือต่ำกว่าระดับจังหวัดตามความเหมาะสมเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ระหว่างหน่วย

ดังนั้นโดยสรุปจึงควรพัฒนา ทำการการคัดแยก (Triage) ให้เป็นกระบวนการที่ซึ่งต้อง กระทำอย่างต่อเนื่อง เพราะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (dynamic) ไม่ใช่ทำ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง เท่านั้น ทั้งนี้เพราะอาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลงได้เสมอ ดังนั้นการทำการคัดแยก จึงต้อง กระทำหลายครั้งในระหว่างกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยอาจทำ ณ จุดเกิดเหตุ จุดรักษาพยาบาล ก่อน

เคลื่อนย้าย ก่อนส่งโรงพยาบาล เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือระหว่างให้การดูแลรักษาในห้องฉุกเฉิน นอกจากนี้อาจทำการคัดแยก เพิ่มเติมเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง

๓.๓.๑ สรุปผลการศึกษาแนวทางการแก้ปัญหาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทย จากการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

รายนามบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องที่ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๖ ถึงวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๕๖ ในหลายช่วงเวลาโดย ประจักษ์และทางโทรศัพท์ ได้แก่

๑) นายแพทย์ธานินทร์ สีวารภรณ์สกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครนายก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

๒) นายแพทย์สุทัศน์ ศรีวิไล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

๓) นายแพทย์ วีระวัฒน์ สุขสง่าเจริญ ศัลยแพทย์สมอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กรมการแพทย์

๔) นายแพทย์ อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัย ที่ ๑ กรุงเทพฯ อดีตนายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ประจำโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕) เรืออากาศเอกแพทย์หญิง เกษศิริพันธ์ พุฒิชิต อาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลภูมิพล

๖) อาจารย์แพทย์หญิงธัมพรพร พียสุวรรณกุล รักษาการหัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โดยวางแนวทางในการสัมภาษณ์และคำถามดังต่อไปนี้

๑) ข้อดีข้อเสียและสภาพปัญหาของที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยของการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

๒) ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติ นโยบาย และกฎหมาย อันเป็นแนวทางในการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทย

เพื่อหาแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานสากลนั้นพบว่าแนวคิด ข้อเท็จจริงต่างๆว่าระบบการคัดแยกผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในปัจจุบันยังมีจุดอ่อนหรือข้อเสียอยู่มาก ตั้งแต่ปัญหากฎหมายการคัดแยกผู้ป่วย การปฏิรูประบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะต้องเริ่มที่การสร้างระบบปฐมพยาบาล โดยผู้พบเห็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้ถูกต้องและไม่มีภาวะแทรกซ้อน การรวบรวมระบบแจ้งเหตุฉุกเฉินให้เป็นเอกภาพ จนผู้พบเห็นเหตุฉุกเฉินสามารถแจ้งเหตุได้สะดวก และศูนย์รับแจ้งเหตุสามารถประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปดำเนินการได้ทันที มี “หน่วยฉุกเฉินชุมชน” มีหน่วยรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ทั้งแบบเคลื่อนที่เร็วและแบบเพิ่มเติม มีหน่วยเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็ว ปลอดภัย และไม่มีผิดพลาด มี “ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ในโรงพยาบาลที่สามารถตรวจรักษาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วมีประสิทธิภาพประสิทธิผล และมีระบบประกันสุขภาพผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนอย่างถ้วนหน้า และเป็นธรรม

ระบบห้องฉุกเฉินและโรงพยาบาล ผู้ให้สัมภาษณ์อ้างถึงระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉินจากการสำรวจของ “สำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕” โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินในกรุงเทพฯ ร้อยละ ๖๐ และในต่างจังหวัดร้อยละ ๔๐ ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด และผู้ป่วยที่คิดว่าจะเดือดร้อนค่ารักษาพยาบาลมีถึงร้อยละ ๗๖ นอกจากนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินกว่าร้อยละ ๙๗ ต้องรับผิดชอบในการเดินทางไปยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ จึงต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางเองด้วย ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากจึงไม่สามารถไปโรงพยาบาล และหลายรายถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล หรือถูกผลักไสไปยังโรงพยาบาลอื่น แม้กฎระเบียบห้ามไม่ให้โรงพยาบาลปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินก็ตาม จึงจำเป็นต้องมี “ระบบประกันสุขภาพยามฉุกเฉิน” อย่างเร่งด่วน ถ้า “ระบบประกันสุขภาพ” โดยรวมยังต้องใช้เวลานานพิจารณาอีกนาน เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง และเป็นสาเหตุแห่งการทุพพลภาพอย่างฉับพลันทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ในประเทศไทย มีผู้ใช้บริการห้องฉุกเฉินประมาณ ๖ ล้านครั้ง/ปี ค่ารักษา ๒,๗๘๕ บาท/ครั้งโดยเฉลี่ย หรือประมาณ ๑๖,๗๑๐ ล้านบาท/ปี ซึ่งน่าจะมีการพิจารณาจัดสรรงบประมาณก่อนนี้สำหรับภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ เมื่อเปรียบเทียบกับค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดที่ตกประมาณ ๒ แสนล้านบาท /ปี

นอกจากนั้น เงินอีกประมาณ ๑,๐๐๐ ล้านบาท/ปี หรือประมาณ ๑๘ บาท/คน/ปี จะสร้างหลักประกันให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับบริการนำส่งโรงพยาบาลในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยประชาชนที่เจ็บป่วยวิกฤตจะได้รับการดูแลรักษาภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุจากรถพยาบาลพร้อมบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเพื่อรักษาพยาบาลฉุกเฉินโดยเฉพาะด้วย ประชาชนจึงต้องร่วมกันผลักดันให้นักการเมืองและข้าราชการเร่งจัดสรรงบประมาณจำนวนนี้ เพื่อลดความตาย ความพิการ และความทุพพลภาพของผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ ๖ ล้านราย/ปีลงให้ได้

ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลบางส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐยังเป็นจุดอ่อนที่แพทย์และพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อยากปฏิบัติงาน เพราะต้องได้ภาระหนัก เครียด เสี่ยงต่อการเสียชีวิต และการถูกฟ้องร้อง และยังได้ผลตอบแทนเท่ากับหรือน้อยกว่าบุคลากรในหน่วยงานอื่นที่งานสบายกว่ากันมาก จึงต้องมีการหมุนเวียนแพทย์ไปตรวจรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และแพทย์ที่อ่อนอาวุโสและประสบการณ์ โดยเฉพาะแพทย์ที่จบใหม่ มักจะถูกบังคับให้รับงานนี้ จึงเกิดความผิดพลาดง่ายและไม่มีการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับ “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” และ “ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” เนื่องจากห้องฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล การจะปฏิรูประบบห้องฉุกเฉินได้ จึงต้องปฏิรูประบบโรงพยาบาลด้วยโดยปัญหาความแออัดของห้องฉุกเฉินที่เป็นปัญหาต่อการบังคับใช้กฎหมายการคัดแยกผู้ป่วยอย่างยิ่ง

ผู้ให้สัมภาษณ์ได้ยกกรณีศึกษาที่น่าสนใจเพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยทำได้รวดเร็วและลด ความแออัดในห้องฉุกเฉินว่าในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศออสเตรเลียที่ชื่อว่า Royal Melbourne Hospital นั้นได้มีการจัดตั้งคลินิกพิเศษขึ้นอยู่ ข้างๆห้องฉุกเฉิน โดยคลินิกนี้มุ่งตรวจเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและไม่ฉุกเฉินซึ่งมารับการรักษานอกเวลาราชการ ทั้งนี้คลินิกนี้มุ่งเน้นให้การรักษาเบื้องต้นเพื่อบรรเทาอาการให้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการทั่วไปและทำการนัดผู้ป่วยมาตรวจกับแพทย์ในเวลาปกติต่อไป ในประเทศไทยเคยมีโรงพยาบาลแห่งหนึ่งจัดตั้งคลินิกในลักษณะเดียวกันนี้

แต่ผลกลับกลายเป็นว่า ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงพากันมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกพิเศษนอกเวลานี้กันอย่างอุ้นหนาผาคั่ง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็วขึ้นและผู้ป่วยไม่ต้องกลางานเพื่อมาโรงพยาบาลแต่อย่างใด เหตุการณ์กลับกลายเป็นว่า คลินิกนี้ให้บริการตรวจรักษาแก่ผู้ป่วยที่มารอตรวจเป็นจำนวนมากไม่ทันจนต้องส่งผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาต่อยังห้องฉุกเฉินมากยิ่งขึ้น ดังนั้นกลวิธีนี้กลับกลายเป็นยิ่งเพิ่มความแออัดให้แก่ห้องฉุกเฉินมากยิ่งขึ้นไปอีก

กลวิธีการลดความแออัดอีกแบบหนึ่งของโรงพยาบาล Royal Melbourne Hospital ในประเทศออสเตรเลียคือมีการจัดแพทย์ฉุกเฉินไปดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้ออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อกลับไปรักษาต่อที่บ้านได้แล้วแต่ผู้ป่วยอาจยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือสังเกตอาการเพิ่มเติมบางอย่างที่บ้าน เช่น ควรได้รับการทำแผลที่บ้านทุกวัน หรือควรมีการตรวจเยี่ยมดูอาการต่อเนื่องในช่วง ๑-๒ วันหลังออกจากห้องฉุกเฉินแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยบางรายที่ควรได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อเข้าสู่หลอดเลือดที่บ้านต่อไปสักระยะเวลา ทั้งนี้การใช้กลวิธีนี้ก็ยังสามารถช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้อีกวิธีหนึ่ง รวมทั้งผู้ป่วยยังสามารถได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อในช่วงแรกๆหลังออกจากห้องฉุกเฉินไปแล้วด้วยและใช้หลักเกณฑ์การประเมินเพิ่มคัดแยกผู้ป่วยตามตารางประกาศของ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติดังต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด

ข้อดีประการหนึ่งของระบบการคัดแยกผู้ป่วยของประเทศไทยคือการที่ได้นำรูปแบบของประเทศสหรัฐอเมริกาไปปรับใช้นั้นย่อมเห็นจุดอ่อนหรือข้อด้อยที่มีการแก้ไขอยู่ตลอดเวลาจึงง่ายแก่การแก้ไขปรับปรุงมาให้เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยอีกทั้งสามารถเชิญผู้เชี่ยวชาญจากประเทศสหรัฐอเมริกาให้คำแนะนำได้รวมทั้งบุคลากรการแพทย์ของไทยจำนวนมากต่างคุ้นเคยในระบบดังกล่าว

ตารางที่ ๒ หลักเกณฑ์การประเมินระดับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

ชื่อเรียก	สัญลักษณ์	ความเร่งด่วนในการปฏิบัติการ
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (คุกคามชีวิต)	สีแดง (เข้ม)	ทันที (ESI ๑ และ ๒)
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	สีเหลือง	หลังสีแดง (ESI ๓)
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง	สีเขียว	หลังสีเหลือง (ESI ๔)
ผู้ป่วยทั่วไป	สีขาว	ที่อื่น/หลังสีเขียว (ESI ๕)
ไม่มีผู้ป่วย (รับบริการสาธารณสุขอื่น)	สีดำ	เวลาอื่นหรือที่อื่น

กพฉ หมายถึง คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๔.๑ สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาสามารถเกิดแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยนั้นโดยได้นำข้อมูลการวิจัยนี้มาจัดทำ หลักพื้นฐานของการคัดแยกผู้ป่วย เพราะการ Triage หรือการคัดแยกหมายถึงการจำแนกประเภทผู้ป่วยและจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วยตามความเร่งด่วนโดยการประเมินและการตัดสินใจระบุน้ำหนักของภาวะคุกคามชีวิตด้วยความรวดเร็วตามเกณฑ์ที่กำหนดทันทีตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันเวลา และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในพื้นที่ที่เหมาะสมต่อไปซึ่งกฎหมายการคัดแยกผู้ป่วยจะต้องตอบสนองวัตถุประสงค์ของการคัดแยก ซึ่งเปรียบเสมือนตัวชีวิตดังนี้

- ๑) เพื่อค้นหาภาวะคุกคามชีวิต(Life-Threatening) หรือภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วย
- ๒) เพื่อส่งผู้ป่วยไปรักษาในบริเวณที่เหมาะสมกับความเร่งด่วน(Appropriate Area)
- ๓) เพื่อลดภาวะปัญหาผู้ป่วยล้น(Emergency Department Crowding)
- ๔) เพื่อประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง(Ongoing Assessment)
- ๕) เพื่อให้ข้อมูลกับญาติและผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

ประเด็นที่น่าสนใจมากจากการทำวิจัยชิ้นนี้ ผู้วิจัยกลับพบว่าปัญหาเล็กๆที่ทุกคนมองข้ามกลับเป็นสิ่งสำคัญที่อาจทำให้การคัดแยกผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้นั้นคือการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้นั้นเองที่ยังมีหลายมาตรฐานในต่างพื้นที่รวมทั้งการที่ภาครัฐละเลยการให้ความรู้ความเข้าใจต่อประชาชนในกฎหมายฉบับนี้ ดังเห็นได้จากปัญหาการพิพาทระหว่างผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ในห้องฉุกเฉินจากปัญหาเรื่องการคัดแยกผู้ป่วย การแบ่งประเภทผู้ป่วยตามอาการหนัก เบาอยู่เป็นประจำ รวมทั้งการที่กฎหมายการคัดแยกผู้ป่วย นิยามการ “ปฐมพยาบาล” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่เริ่มต้นกระทำเพื่อรักษาชีวิตหรือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขณะรอคอยปฏิบัติการแพทย์จากผู้ประกอบวิชาชีพหรือผู้ช่วยเวชกรรมซึ่งต้องไม่มีการทำหัตถการในร่างกาย เว้นแต่การให้ยาสามัญประจำบ้านหรือยาของผู้ป่วยตามที่แพทย์สั่งไว้และหมายรวมถึงการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การปฏิบัติการฉุกเฉินที่กระทำตามคำแนะนำของแพทย์หรือผู้ช่วยเวชกรรมและการช่วยบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ ที่เกิดเหตุและขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการกระทำอื่นใดที่ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดเพิ่มเติมให้เป็นการปฐมพยาบาล แต่ยังไม่กำหนดการกระทำอื่นใด ที่ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินมีอำนาจกำหนดได้นั้นทำให้การใช้อุปกรณ์บางประเภทยังไม่เกิดความชัดเจนในแง่ของกฎหมาย ผู้ปฏิบัติอาจเกิดความไม่มั่นใจได้

สำหรับประเทศไทย แนวทางการแก้ปัญหาของการคัดแยกผู้ป่วยที่ไม่อาจจัดการผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้นั้นข้าพเจ้าพบว่าวิธีลดความแออัดของห้องฉุกเฉินเพื่อเกิดประสิทธิภาพของการคัดแยกผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้นวิธีหนึ่งนั้นอาจทำได้โดยการจัดให้มีพื้นที่ว่างในหอผู้ป่วยแห่งหนึ่งของโรงพยาบาลเพื่อ

เป็นหอผู้ป่วยสำรอง ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสามารถใช้พื้นที่นี้เพื่อทำการรองรับผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายแล้วแต่ยังคงต้องเฝ้าดูอาการต่อเนื่องไปอีกสักระยะหนึ่งหรืออยู่ในขั้นตอนรอคอยเตียงของหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลอยู่ ทำให้ห้องฉุกเฉินถูกแบ่งเป็น ๒ ส่วนโดยพื้นที่ส่วนที่หนึ่งคือ ห้องฉุกเฉินเดิมซึ่งให้การรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการรุนแรงและจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตราย ถ้าผู้ป่วยรายใดพ้นขีดอันตรายแล้วแต่ต้องได้รับการเฝ้าสังเกตอาการนานมากกว่า ๖ ชั่วโมงก็จะถูกย้ายไปยังพื้นที่แห่งใหม่ที่จัดรอไว้ดังกล่าวแล้วข้างต้นซึ่งมีชื่อเรียกแบบไม่เป็นทางการว่า ห้องฉุกเฉินสาขา ๒ นั่นเอง ซึ่งห้องฉุกเฉินสาขา ๒ นี้เป็นพื้นที่ว่างของหอผู้ป่วยแห่งหนึ่งซึ่งมีอุปกรณ์ที่ให้การรักษาอย่างเพียงพอแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงมากนัก ผู้ป่วยที่ถูกสังเกตอาการเป็นเวลานานหรืออยู่ระหว่างรอเตียงเพื่อรับตัวไว้รักษาในโรงพยาบาลก็จะถูกนำมาเฝ้าคอยหอผู้ป่วยแห่งนี้ ดังนั้นภาพโดยรวมจึงดูเหมือนว่า ผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉินถูกแบ่งเป็น ๒ ส่วนโดยที่ใช้บุคลากรทางการแพทย์ของห้องฉุกเฉินในจำนวนเท่าเดิมแต่แยกคนทำงานออกไปใน ๒ พื้นที่ ทำให้บรรยากาศในห้องฉุกเฉินเดิมและห้องฉุกเฉินสาขา ๒ ซึ่งใช้เพื่อเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วยดูโล่งไปถนัดตาทั้ง ๒ แห่ง ทั้งนี้เพราะเป็นการกระจายผู้ป่วยออกไปในพื้นที่ที่กว้างมากขึ้นกว่าเดิมที่มีห้องฉุกเฉินเพียงแห่งเดียว ทำให้ลดสภาพความแออัดลงได้อย่างชะงัด อันส่งผลให้บุคลากรผู้ทำงานทั้งหลายในห้องฉุกเฉินลดความกดดันและความเร่งรีบในการทำงานลงได้อย่างมากมาย นอกจากนี้การมีพื้นที่ที่มากขึ้นยังสามารถทำให้ที่ตั้งเตียงของผู้ป่วยให้อยู่ห่างกันได้พอสมควรเป็นการเพิ่มความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยแต่ละรายรวมทั้งมีพื้นที่ว่างพอสำหรับญาติมาเฝ้าดูแลอยู่ข้างเตียงของผู้ป่วยมากขึ้น การแยกจำนวนของผู้ป่วยทั้งหมดในห้องฉุกเฉินเดิมออกไปไว้ใน ๒ พื้นที่จึงเป็นการลดความแออัดได้อย่างชะงัดและสร้างความสบายใจรวมทั้งลดความตึงเครียดในการรักษาพยาบาลที่มีต่อทั้งบุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วยผู้รับการรักษาได้อีกด้วย

กลวิธีการลดความแออัดอีกแบบหนึ่งมีการจัดแพทย์ฉุกเฉินไปดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอนุญาตให้ออกจากห้องฉุกเฉินเพื่อกลับไปรักษาต่อเนื่องที่บ้านได้แล้วแต่ผู้ป่วยอาจยังมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหรือสังเกตอาการเพิ่มเติมบางอย่างที่บ้าน เช่น ควรได้รับการทำแผลที่บ้านทุกวัน หรือควรมีการตรวจเย็บดูอาการต่อเนื่องในช่วง ๑-๒ วันหลังจากออกจากห้องฉุกเฉินแล้ว รวมทั้งผู้ป่วยบางรายที่ควรได้รับการฉีดยาฆ่าเชื้อเข้าสู่หลอดเลือดที่บ้านต่อไปสักระยะเวลา ทั้งนี้การใช้กลวิธีนี้ก็สามารช่วยลดความแออัดของห้องฉุกเฉินได้อีกวิธีหนึ่ง รวมทั้งผู้ป่วยยังสามารถได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อในช่วงแรกๆหลังจากออกจากห้องฉุกเฉินไปแล้ว

ประการสุดท้ายเป็นความสับสนที่ตอนตรากฎหมายการคัดแยกซึ่งได้คัดลอกกฎหมายคัดแยกของสหรัฐอเมริกา ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่นและจัดหรือแนะนำให้ผู้รับบริการสาธารณสุข ได้รับบริการที่ประสงค์จากบุคลากรสาธารณสุขอื่น ในเวลาหรือบริเวณอื่นซึ่งไม่ได้จัดไว้เพื่อปฏิบัติการแพทย์ ตามความเหมาะสม ซึ่งคนบางกลุ่มเขามีความเชื่อว่าสีดำคือคนเสียชีวิต จึงเห็นควรหลีกเลี่ยงเพราะไม่เหมาะกับบริบทของคนไทย

๔.๒ ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษามีข้อเสนอแนะเชิงกฎหมายและเชิงนโยบายสำหรับการบริหารจัดการที่จะเป็นแนวทางการพัฒนาการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศดังต่อไปนี้

๔.๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงกฎหมาย

๑) ควรวางหลักกฎหมายการคัดแยกผู้ป่วยให้ชัดเจนยิ่งขึ้น สร้างเกณฑ์และระเบียบปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับบริการของห้องฉุกเฉินในแต่ละโรงพยาบาล เช่น ห้องฉุกเฉินควรจะออกกฎ ระเบียบ การตรวจเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บหนักเท่านั้น หรือควรจะตรวจผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินหรือไม่เจ็บหนักด้วยเฉพาะกรณีไม่มีคนไข้ฉุกเฉินเท่านั้น โดยให้แพทย์ถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด

๒) ออกกฎ ระเบียบ การหมุนเวียนเตียงในหอผู้ป่วย เพื่อให้มีเตียงว่างสำหรับการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตลอดเวลา ซึ่งต้องการการเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อจะจำหน่ายผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

๔.๒.๒ ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการบริหารจัดการ

๑) การสร้างจารีตประเพณีโดยการปลูกจิตสำนึก ให้บุคลากรทุกคนโดยเฉพาะผู้บริหารโรงพยาบาล ตระหนักว่า ห้องฉุกเฉินเป็น “ห้องรับแขก” ของโรงพยาบาลและบุคลากรทุกคน มีสิทธิและหน้าที่ที่จะต้องทำห้องฉุกเฉินให้เป็น “ห้องรับแขก” ที่ทุกคนปรารถนาจะเข้าโดย

(๑) การปรับปรุงสถานที่ให้โปร่งใส สะอาด สดใส และใช้งานได้ดีมีที่

(๒) การจัดหาอุปกรณ์การตรวจรักษาต่าง ๆ ให้พอเพียง และอยู่ในสภาพที่

พร้อมจะใช้งานได้ตลอดเวลา

(๓) การจัดหาบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ที่สนใจและชอบงานผู้ป่วยฉุกเฉิน เข้าประจำห้องฉุกเฉิน (ไม่บังคับและไม่หมุนเวียน) และให้ผลตอบแทนอย่างคุ้มค่า ตามลักษณะงานและผลงาน

(๔) การจัดสรรงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการบำรุงรักษาสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากร เป็นต้น

๒) ออกกติการ่วมกันในการแบ่งเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล เพื่อลดภาวะผู้ป่วยที่ชอบตระเวนไปตามโรงพยาบาลต่าง ๆ และผู้ป่วยที่ชอบเดินทางไกลโดยไม่จำเป็น หรือไม่มีใบส่งตัวจากแพทย์ การส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและไม่เสียสุขภาพจากการเดินทาง แล้วยังลดจำนวนผู้ป่วยต่างเขตลงได้ เป็นต้น

๓) การพัฒนาระบบเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เพื่อให้การตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินเป็นไปได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วทันเหตุการณ์ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลดีขึ้นเรื่อย ๆ โดยการจัดตั้ง “ศูนย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” ขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลประกอบด้วย

(๑) จุดรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าออกได้สะดวกและอยู่ใกล้ห้องฉุกเฉิน มีบุคลากรพร้อมรถเข็นและเตียงเข็นคอยรับผู้ป่วยจากรถหรือเรือที่นำผู้ป่วยมาส่งได้ทันที และมีสถานที่สำหรับจอดรถหรือเรือที่นำผู้ป่วยมาส่งชั่วคราว

(๒) ระบบจัดทำและ/หรือค้นหาเวชระเบียนได้อย่างเร่งด่วน โดยตัดตอนขั้นตอนที่ทำให้ล่าช้าทั้งหมด โดยเฉพาะขั้นตอนที่จะสอบถามรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับที่อยู่ ครอบครัว หรือสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

(๓) ระบบคัดกรอง ที่มีประสิทธิภาพเพื่อจำแนกผู้ป่วยที่เร่งด่วน สำหรับการรักษาพยาบาลตามลำดับความฉุกเฉินและความรุนแรงของอาการ

(๔) ระบบตรวจรักษา โดยแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการตรวจรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ความพร้อมของอุปกรณ์และเวชภัณฑ์สำหรับการตรวจรักษา และการตรวจทางห้องปฏิบัติที่สะดวกรวดเร็วและตรงเป้าหมาย มีห้องสังเกตอาการที่ผู้ป่วยนอนพัก

(๕) ระบบตรวจรักษาต่อเนื่อง ที่สามารถรองรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมให้แก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาต่อเนื่อง รวมทั้งเสี่ยงในหอผู้ป่วยที่จะสามารถรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย

(๖) ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุดจากโรงพยาบาลอื่น ในกรณีที่โรงพยาบาลแรกไม่สามารถให้บริการนั้นได้

(๗) ระบบประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น ตำรวจ สังกศสภเคราะห์ สถานที่พักฟื้นคนป่วย คนพิการ และอื่น ๆ เป็นต้น

(๘) ระบบบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ และมีระบบงานที่เอื้ออำนวยต่อการวิจัยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนา “เวชศาสตร์ฉุกเฉิน” และ “ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน” ด้วย

(๙) ระบบช่วยเหลืองานฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เช่น ฝึกอบรมบุคลากรใหม่ และการฝึกอบรมต่อเนื่อง สนับสนุนเครื่องมือแพทย์เทคโนโลยี และวิชาการใหม่ ๆ เป็นศูนย์กลาง ในการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ เป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยฉุกเฉินรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่าง ๆ

บรรณานุกรม

- เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. หลักพื้นฐานกฎหมายมหาชนว่าด้วยรัฐ รัฐธรรมนูญ และกฎหมาย. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, ๒๕๔๙.
- จุมพล หนิมพานิช. การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ : มุมมองในทัศนะทางรัฐศาสตร์การเมือง และรัฐประศาสนศาสตร์ การบริหารและกรณีศึกษาของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๔.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๙๙ ตอนที่ ๑๑๑ วันที่ ๑๑ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๒๕.
- พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก วันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑.
- ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๔. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ ๑๒๘ ตอนที่พิเศษ ๑๓๑ ง๔ พุศิจิกายน /๒๕๕๔.
- ประยูร กาญจนดุล. คำบรรยายกฎหมายปกครอง, พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๓๓.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๕๙.
- สุรจิต สุนทรธรรมและคณะ. การศึกษาเพื่อพัฒนาระบบเวชบริการฉุกเฉิน ๒๕๔๒.
- วรเดช จันทรศร. การนำนโยบายไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กราฟิกฟอร์แมท, ๒๕๔๐.
- ASCC Blueprint ๒๐๐๙-๒๐๑๕.
- D. Zolo. "The Rule of Law : A Critical Reappraisal." in P. Costa / D. Zolo (eds.). The Rule of Law History, Theory and Criticism. Dordrecht: Springer, ๒๐๐๗.
- J. Stone. The Province and Function of Law. Cambridge: Harvard University Press, ๑๙๕๐; P. Van Dijk. Judicial Review of Governmental Action and the Requirement of a Interest to Sue. Alphen aan den Rijn: Sijthoff & Noordhoff, ๑๙๘๐.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ - นามสกุล

ผศ.ดร. ปวีณ นราเมธกุล



ประวัติการศึกษา

- ๒๕๓๒ อดิต้นักเรียนทุนรัฐบาลไทย ระดับ มัธยมศึกษาปลาย- ปริญญาเอก
โครงการผู้มีความสามารถพิเศษทางวิทยาศาสตร์ (พ.ส.ว.ท.)
- ๒๕๓๖ หลักสูตรเตรียมแพทย์ศาสตร์ วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์พระมงกุฎเกล้า รุ่น ๑๙
มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๒๕๓๘ Auckland University of Technology (AUT) New Zealand Certificate of
Advanced English (CAE)
- ๒๕๔๒ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ปริญญาตรี นิติศาสตร์บัณฑิต (น.บ.)
- ๒๕๔๓ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะศิลปศาสตร์ (หลักสูตร ๑ ปี)
ประกาศนียบัตรภาษาอังกฤษเฉพาะวิชาชีพ (นักกฎหมาย) ป.อ.อ. (กฎหมาย)
Certificate in English for Specific Careers (Law) Cert. in ESC (Law)
- ๒๕๔๕ เนติบัณฑิตยสภา ตีพิมพ์ กรุงเทพมหานคร ประกาศนียบัตรบัณฑิตกฎหมายฯ
- ๒๕๔๕ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พระนคร กรุงเทพมหานคร
ประกาศนียบัตรบัณฑิต กฎหมายธุรกิจ
- ๒๕๔๕ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร ปริญญาโท นิติศาสตร์มหาบัณฑิต(น.ม.)
สาขากฎหมายมหาชน
- ๒๕๔๖ The University of Wisconsin-Madison USA. Certificated English for
Lawyer
- ๒๕๔๘ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกาศนียบัตรบัณฑิต นักวิจัยกฎหมาย
- ๒๕๔๘ สำนักงาน ก.พ. ประกาศนียบัตรบัณฑิต กฎหมายมหาชน
- ๒๕๔๙ สมาคมนักกฎหมายอเมริกัน ประกาศนียบัตรบัณฑิต วิชาชีพนักกฎหมาย
- ๒๕๕๑ ปริญญาเอก Doctor of Public Administration (D.P.A.) Research
Methodology (Law Approach) UNP Hawaii Program
- ๒๕๕๓ Certificate in General Course on Intellectual Property องค์การทรัพย์สิน
ทางปัญญาโลก (World Intellectual Property Organization – WIPO) ภายใต้
องค์การสหประชาชาติ

ประสบการณ์การฝึกอบรม

Aeromedical Transportation สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ
กองทัพอากาศ

Maritime and Aquatic life saving กองเวชศาสตร์ใต้น้ำและการบิน กรมแพทย์ทหารเรือ
กองทัพเรือ

Incident Command System Course (ICS) US Forest service Department of Agriculture USA

Mass Casualty Simulation System Course (MACSIM) Vastra Gotalandsregionen

Göteborg University Sweden

National Incident Management System Program (NIMS) USA

Emergency Mass Casualty Course ASIA PRE-HOSPITAL AND FIRE RESCUE FEDERATION ASSOCIATION (APFA) SAFETY HEALTH ENVIRONMENT STANDARD

Risk & Crisis Management การบริหารจัดการความเสี่ยงและภาวะวิกฤติเพื่อความมั่นคงขององค์กร Defence Technology Institute

ประสบการณ์ในการทำงาน

อาจารย์ผู้บรรยายพิเศษและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในมหาวิทยาลัยของรัฐและเอกชน
ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทและปริญญาเอก

สามัญสมาชิกสมาคมนักวิจัย สภาวิจัยแห่งชาติ

กรรมการที่ปรึกษาดำเนินการด้านผังเมืองและการอนุรักษ์วัฒนธรรมวิถีชุมชน

สามัญสมาชิกเนติบัณฑิตสภา

ตัวแทนจดทะเบียนสิทธิบัตร (Patent Agent) กรมทรัพย์สินทางปัญญา กระทรวงพาณิชย์

อนุกรรมการฯ สมาชิกสภาร่างรัฐธรรมนูญ

ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้เชี่ยวชาญทำหน้าที่ผู้อำนวยการ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ) กระทรวงสาธารณสุข และที่ปรึกษากรรมการสิทธิมนุษยชน รัฐสภา