

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา

(HEALTH SERVICE SYSTEM FOR EMERGENCY CONDITIONS
IN DEVELOPED COUNTRIES)

โดย

นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์

ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางสาวกึ่งแก้ว อุดมชัยกุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

นางจิรารวรรณ กล่อมเมฆ

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลมิชชัน

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มกราคม 2544

“คนไทยทุกคนต้องรู้จักดำรงตนอยู่ในความปลอดภัย รู้จักการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดการบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินต่าง ๆ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นคนไทยทุกคนต้องรู้จักการปฐมพยาบาลหรือการปฏิบัติการกู้ชีพเบื้องต้นเพื่อช่วยเหลือตัวเองและผู้อื่น ต้องรู้จักแจ้งเหตุไปยังศูนย์สื่อสารซึ่งระบบแจ้งเหตุต้องเป็นหมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียวทั้งประเทศเพื่อให้จดจำง่าย ไม่สับสน และต้องครอบคลุมพื้นที่กว้างขวาง เมื่อได้รับแจ้งเหตุศูนย์สื่อสารต้องส่งต่อเหตุนี้ไปยังหน่วยฉุกเฉินต่าง ๆ เพื่อทำการตอบสนองต่อเหตุอย่างฉับไวโดยบุคลากรและเทคโนโลยีที่มีคุณภาพเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องถูกช่วยเหลือโดยหน่วยฉุกเฉินและนำส่งห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมกับอาการและอยู่ใกล้ที่สุด หลังจากนั้นแล้วผู้ป่วยต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ในการปฏิบัติการรักษาจนกระทั่งมีอาการคงที่พ้นจากระยะอันตรายก่อนส่งต่อให้แพทย์ผู้ที่จะทำการรักษาต่อเนื่องต่อไป”

คำนำ

ระบบบริการสุขภาพ (health system) เป็นปัจจัยหนึ่งในระดับมหภาคที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชน ในการจัดระบบบริการเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่ฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินนั้นมีความแตกต่างกัน การบริการที่เป็นอยู่เดิมนั้นเป็นการจัดระบบที่เหมาะสมสำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉินและไม่รุนแรง คือการตั้งรับอยู่ในสถานที่ ผู้รับบริการต้องเดินทางมาหาผู้ให้บริการเอง แต่การบริการในภาวะฉุกเฉินนั้นต้องการความรวดเร็ว ผู้ให้บริการต้องเดินทางไปสู่ผู้รับบริการซึ่งตกอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ นอกจากนี้ระบบบริการในภาวะฉุกเฉินยังรวมความถึงการบริการกลุ่มประชากรที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่จุดอื่นๆ ด้วยเงื่อนไขได้แก่ตามเช่นการเงิน เวลาที่มีอาการเจ็บป่วย หรือสภาพวิกฤตของสังคมเป็นต้น ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าชุมชนจะมีระดับสุขภาพที่ดีจะต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินให้ได้ดีเพื่อเป็นเครือข่ายความปลอดภัยของชุมชน (safety net)

ในประเทศพัฒนาได้ให้ความสนใจในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินนี้มานานแล้ว ในเอกสารนี้ได้ทบทวนระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินใน 4 ประเทศคือสหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และสวีเดน ทั้งนี้เพื่อเป็นตัวอย่างนำมาประยุกต์ใช้สำหรับประเทศไทยต่อไป

นอกจากนี้ยังได้มีบทสังเคราะห์สำหรับสังคมไทยเป็นข้อเสนอของผู้จัดทำเอกสารนี้เพื่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณาตามความเหมาะสม

นายแพทย์อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์

นางสาวกิงแก้ว อุดมชัยกุล

นางจิรารวรรณ กล่อมเมฆ

ตุลาคม 2543

สารบัญ

	หน้า
บทสรุป	5
1. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา	8
2. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา	10
3. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส	26
4. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลีย	34
5. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศสวีเดน	43
6. บทสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินสำหรับสังคมไทย	48
เอกสารอ้างอิง	58

บทสรุป

ความเป็นมาในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา ส่วนใหญ่มีกำเนิดมาจากความพยายามจะต่อสู้กับการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งพบว่าการลงทุนในการจัดบริการที่รวดเร็วสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะช่วยลดการตายและพิการของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในวัยแรงงาน ต่อมาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินได้พัฒนารอบงานบริการจากงานอุบัติเหตุออกไปครอบคลุมการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการต่อสู้กับการตายโดยโรคหัวใจ และนำไปสู่แนวคิดของการจัดระบบบริการเพื่อเป็นเครือข่ายความปลอดภัยของสังคม (safety net)

วัตถุประสงค์ในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์หลักในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของประเทศพัฒนาต่าง ๆ เพื่อลดอัตราการตาย การพิการ การทุกข์ทรมาน (suffering) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

แนวคิดหลักในการจัดในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

แนวคิดหลักในการจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินคือเป็นบริการเพื่อสนองตอบได้อย่างรวดเร็วทันทั่วถึงต่อภาวะฉุกเฉิน ดังนั้นจึงต้องเป็นบริการที่มีหน่วยเคลื่อนที่เพื่อให้บริการตั้งแต่จุดเกิดเหตุได้ พร้อมจะให้บริการ 24 ชั่วโมง ประชาชนสามารถแจ้งเหตุและเป็นผู้กระตุ้นระบบ (system activating) ให้เริ่มปฏิบัติการได้

รูปแบบในการจัดในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ในการศึกษานี้ได้ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของ 4 ประเทศ คือสหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และ สวีเดน ซึ่งมีรายละเอียดดังในตารางนี้

	สหรัฐอเมริกา	ฝรั่งเศส	ออสเตรเลีย	สวีเดน
1.รูปแบบระบบบริการ การแจ้งเหตุ	มีศูนย์แจ้งเหตุรวม ใช้ หมายเลขรวม 911	ไม่มีศูนย์รวม แจ้งตรง ศูนย์รับเหตุเจ็บป่วย เรียก SAMU call center	มีศูนย์แจ้งเหตุรวม ใช้ หมายเลข	มีศูนย์แจ้งเหตุรวม เรียก SOS alarm center ใช้หมายเลข 112
ศูนย์สื่อสารทางการ แพทย์ : การควบคุม	อยู่ในห้องฉุกเฉิน: โดย แพทย์ในห้องฉุกเฉิน	เรียก SAMU call center ตั้งอยู่ในโรง	อยู่ในหน่วยฉุกเฉิน (หน่วยรพพยาบาล)	อยู่ใน SOS alarm center: วิทยาลัยแพทย์ที่

	สหรัฐอเมริกา	ฝรั่งเศส	ออสเตรเลีย	สวีเดน
ทางการแพทย์		พยาบาลขนาดใหญ่: วิชาชีพแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็น regulator doctor		ทำหน้าที่เป็น regulator doctor
หน่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	ปฏิบัติงานโดยเวชกรฉุกเฉินซึ่งจัดเป็นหน่วยฉุกเฉินขั้นสูงเป็นหน่วยของรัฐหรือเอกชน	แบ่งเป็น 1.หน่วยฉุกเฉินเบื้องต้นซึ่งปฏิบัติงานโดยดับเพลิง รถพยาบาล เอกชน และอื่น ๆ 2.หน่วยฉุกเฉินขั้นสูง (SMUR)ซึ่งมีแพทย์ควบคุม จัดการโดยรัฐ	พัฒนามาจากหน่วยรถพยาบาล ปฏิบัติงานโดยเวชกรฉุกเฉินซึ่งจัดเป็นหน่วยฉุกเฉินขั้นสูง เป็นหน่วยของรัฐหรือเอกชน	ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยโดยเวชกรฉุกเฉิน หรือพยาบาล และมีรตที่ปรึกษาซึ่งมีแพทย์หรือพยาบาลอยู่ให้การช่วยเหลือเมื่อต้องการปฏิบัติการขั้นสูง รัฐบาลท้องถิ่นจัดการเองหรือซื้อบริการจากเอกชน
ห้องฉุกเฉิน	มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	ศูนย์กลางของงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินอยู่ที่ SAMU call center และ SMUR ห้องฉุกเฉินไม่มีแพทย์เฉพาะทาง	มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เริ่มมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
2.การสนับสนุนระบบกฎหมาย	กฎหมายกำหนดให้มีการจัดบริการ กฎหมายสิทธิผู้ป่วย กฎหมายรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการ	กฎหมายกำหนดให้มีการจัดบริการ กฎหมายสิทธิผู้ป่วย กฎหมายรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการ	กฎหมายกำหนดให้มีการจัดบริการ กฎหมายสิทธิผู้ป่วย กฎหมายรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการ	กฎหมายกำหนดให้มีการจัดบริการ กฎหมายสิทธิผู้ป่วย กฎหมายรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ให้บริการ
การเงิน	Medicare, Medicaid, บริษัทประกันเอกชน การจ่ายเองของผู้ป่วย และการทำสัญญาพิเศษสำหรับบริการ (special service contracts)	งบประมาณท้องถิ่นและระบบประกันสุขภาพ	งบประมาณท้องถิ่นและระบบประกันสุขภาพ	งบประมาณท้องถิ่นและระบบประกันสุขภาพ
บุคลากร	เวชกรฉุกเฉิน แพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เวชกรฉุกเฉิน วิชาชีพ แพทย์ แพทย์ทั่วไป	เวชกรฉุกเฉิน แพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	เวชกรฉุกเฉิน วิชาชีพ แพทย์ เริ่มมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
3. การผสมผสานกับระบบสุขภาพอื่น งานป้องกันสร้างเสริม	มีการกำหนดบทบาท	มีการกำหนดบทบาท	มีการกำหนดบทบาท	ดำเนินการโดยหน่วยงานอื่น
งานบริการอื่น	ให้บริการผสมผสาน	ให้บริการผสมผสาน	ให้บริการผสมผสาน	ให้บริการผสมผสาน

การประยุกต์ใช้ในสังคมไทย

ในขณะที่สาเหตุการตายของคนไทยที่สำคัญได้เปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเดิมเป็นอุบัติเหตุและโรคหัวใจ ระบบบริการงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่ได้มีการพัฒนาให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนี้ การพัฒนาระบบการรักษายาบาลฉุกเฉินตั้งแต่การแจ้งเหตุ ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ การรักษา นอกโรงพยาบาล ห้องฉุกเฉิน และการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลมีความจำเป็นและจะส่งผลต่อการลด การตาย พิการ และทุกข์ทรมานในผู้ป่วยฉุกเฉิน การพัฒนาระบบดังกล่าวควรต้องคำนึงถึงการผสมผสานกับระบบสุขภาพเดิมที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรต่างๆให้เป็นประโยชน์สูงสุด ระบบ บริการฉุกเฉินควรจัดตั้งโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และผสมผสานไปกับการป้องกันบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งผสมผสานกับการบริการรพยบาลแก่ผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ การพัฒนาระบบ ดังกล่าวนี้อาจเป็นจริงได้ต้องคำนึงถึงการพัฒนาบุคลากรสนับสนุนต่างๆ เช่นกฎหมาย งบประมาณ การผลิตบุคลากร และงานวิจัย และที่สำคัญที่สุดที่มักเป็นปัญหาในการพัฒนาทุกเรื่องในประเทศกำลังพัฒนาคือความไม่เสมอภาค ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินนี้จึงต้องคำนึงถึง ความเสมอภาคที่ประชาชนจะได้รับอย่างทั่วถึงเป็นอันดับแรก

1. การจัดระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนา ส่วนใหญ่มีกำเนิดมาจากความพยายามจะต่อสู้กับการสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งพบว่าการลงทุนในการจัดบริการที่รวดเร็วสนองต่อการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นจะช่วยลดการตายและพิการของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนในวัยแรงงาน ต่อมาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินได้พัฒนารอบงานบริการจากงานอุบัติเหตุออกไปครอบคลุมการเจ็บป่วยอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการต่อสู้กับการตายโดยโรคหัวใจ และนำไปสู่แนวคิดของการจัดระบบบริการเพื่อเป็นเครือข่ายความปลอดภัยของสังคม (safety net)

ประเทศต่างๆ ได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินไปอย่างมากเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศต่างๆ ในยุโรปตะวันตก แม้กระทั่งประเทศในเอเชียเองอีกหลายประเทศเช่น สิงคโปร์ ฮองกง เป็นต้น

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของประเทศต่างๆ แบ่งตามรูปแบบของการจัดตั้งหน่วยบริการออกได้เป็นสองแบบใหญ่ๆ คือ

1. ระบบแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model of Emergency Care): เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่ห้องฉุกเฉิน

เป็นรูปแบบระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินที่ใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นหลัก จุดเด่นของระบบนี้คือ การรักษา ณ จุดเกิดเหตุกระทำโดย เวชกรฉุกเฉิน (emergency medical technicians: EMTs หรือ paramedics) โดยมีแพทย์ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในชุมชนนั้นหรือโรงพยาบาลใกล้เคียงเป็นผู้รับปรึกษาให้คำแนะนำ หลังจากนั้นจะนำส่งห้องฉุกเฉิน (emergency department) เพื่อให้แพทย์ในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (emergency physicians: EP) ให้การดูแลแก้ไขจนพ้นจากภาวะฉุกเฉินก่อนส่งต่อเข้าสู่ระบบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

ตัวอย่างประเทศที่ใช้ระบบนี้ในรายงานนี้คือสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ประเทศอื่นๆ เช่น เบลเยียม แคนาดา คอสตาริกา ฮองกง สิงคโปร์ อิสราเอล มาเลเซีย เกาหลีใต้ ไต้หวัน อังกฤษ ไอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปรแลนด์ ตุรกี และนิวซีแลนด์

2. ระบบฟรังโกเยอรมัน (Franco-German Model of Emergency Care): เคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินเข้าสู่ผู้ป่วย

ในหลายประเทศในยุโรปใช้ระบบที่แตกต่างกันคือนำรถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีขีดความสามารถสูงและแพทย์ไปยังผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ให้การรักษาภาวะฉุกเฉินเต็มที่ ณ จุดเกิดเหตุก่อนส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโดยมีการตัดสินใจที่ชัดเจนแล้วว่า จะเข้าสู่การดูแลของแพทย์

เฉพาะทางด้านใด ในระบบนี้วิสัญญีแพทย์หรือแพทย์ทั่วไปจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบริการก่อนถึงโรงพยาบาล โดยมักควบคุมอยู่ที่ศูนย์สื่อสารและหน่วยฉุกเฉินชั้นสูง ไม่มีการพัฒนาแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ไม่มีการพัฒนาห้องฉุกเฉิน

ประเทศที่เป็นต้นแบบคือ ฝรั่งเศส ซึ่งเป็นตัวอย่างในการศึกษานี้ และประเทศอื่นๆ เช่น เยอรมัน ออสเตรีย ฟินแลนด์ นอร์เวย์ โปรตุเกส รัสเซีย สโลวาเนีย สวิสเซอร์แลนด์ เป็นต้น

องค์ประกอบหลักของระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

องค์ประกอบหลักระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินมีดังต่อไปนี้

1. ระบบในการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 1.1 การเข้าสู่ระบบของประชาชนเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน (public access)
 - ◆ การแจ้งเหตุ
 - ◆ การจัดตั้งศูนย์สื่อสาร
 - 1.2 การตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
 - 1.2.1 การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล
 - ◆ การช่วยเหลือตัวเองเบื้องต้น
 - ◆ การจัดตั้งหน่วยฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (prehospital care unit)
 - 1.2.2 การรักษาในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล
 - 1.2.3 การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล
2. การสนับสนุนระบบ
 - 2.1 กฎหมาย
 - 2.2 การเงิน
 - 2.3 การพัฒนาบุคลากร
 - 2.4 การวิจัย
3. การผสมผสานกับงานบริการสุขภาพอื่นที่มีอยู่ (integration to health services)
 - 3.1 การผสมผสานกับการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ
 - 3.2 การผสมผสานกับงานบริการอื่น

2. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศสหรัฐอเมริกา (Health service system for emergency conditions in the United State of America)

หลักการเบื้องต้น

นิยาม

1. สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians: ACEP) ได้นิยามไว้ว่า “การบริการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency service)” หมายถึง ระบบการบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งมีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปที่มีความรู้ระดับปานกลางเชื่อว่าจะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

(Emergency services are those health care services for medical conditions of recent onset and severity that would lead a prudent layperson, possessing an average knowledge of medicine and health, to believe that urgent and/or unscheduled medical care is required.)

นิยามนี้มีปรากฏการใช้ในลักษณะเดียวกันในการบัญญัติข้อกำหนดต่าง ๆ

การใช้นิยามนี้บ่งบอกถึงระบบสุขภาพที่คำนึงถึงผู้ใช้บริการเป็นหลัก มิใช่นิยามโดยผู้ให้บริการซึ่งมักรู้สึกว่าการของผู้รับบริการนั้นไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน

2. ในกฎหมาย Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ได้บัญญัติไว้ว่าภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์หมายถึงการเจ็บป่วยเฉียบพลันซึ่งมีความรุนแรงที่ต้องการการตรวจทันที มิฉะนั้นแล้วจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ

(An emergency medical condition is a medical condition that manifests as acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, such that the absence of immediate medical attention could place the individual's health at risk.)

3. ในกฎหมาย Act 45 ได้ระบุนิยามและวัตถุประสงค์ของ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMERGENCY MEDICAL SERVICE SYSTEM: EMS) ไว้ดังนี้ “คือระบบบริการทางการแพทย์เพื่อป้องกันการตายก่อนวัยอันควร (premature death) ลดการพิการ (disability) และทุกข์ทรมาน (suffering) อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยวิกฤต และการบาดเจ็บ (critical illness and traumatic injuries)”

4. ในเอกสารเรื่อง “the EMS Agenda for the Future” ซึ่งจัดทำโดย National Highway Traffic Safety Administration และ the Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau ได้กำหนดวิสัยทัศน์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคตไว้ดังนี้

“ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องเป็นระบบสุขภาพที่ยึดชุมชนเป็นหลัก และผสมผสานกับระบบสุขภาพอื่นๆ ระบบบริการฉุกเฉินจะต้องเป็นระบบที่สามารถค้นหาและดัดแปลงปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการบาดเจ็บ และต้องเป็นระบบที่ให้การดูแลรักษา และฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสามารถเฝ้าระวังการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบาดเจ็บในชุมชนได้ นอกจากนี้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังต้องทำหน้าที่เป็นเครือข่ายความปลอดภัยของชุมชนอีกด้วย”

(Emergency medical services (EMS) of the future will be community-based health management that is fully integrated with the overall health care system. It will have the ability to identify and modify illness and injury risks, provide acute illness and injury care and follow-up, and contribute to community health monitoring. EMS will remain the public's emergency medical safety net.)

สิทธิของประชาชนและกฎหมายคุ้มครองเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ตามนโยบายที่ 400283 ของสมาคมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา กล่าวว่าไว้ว่าอเมริกันชนทุกคนต้องอยู่ภายใต้ระบบการดูแลสุขภาพซึ่งมีคุณภาพที่ได้มาตรฐานตามหลักฐานทางวิชาการ

ในปี 1960 พบว่าแพทย์ในห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ฝึกหัด ในกลางปี 1980 มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าการส่งต่อผู้ป่วยยากจนจากภาคเอกชนสู่รัฐบาลมากขึ้น ยิ่งไปกว่านั้นหลายรายส่งต่อโดยที่อาการยังไม่ปลอดภัย โดยเหตุนี้รัฐบาลกลางจึงได้ออกกฎหมายเพื่อให้โรงพยาบาลทำการตรวจคัดกรองผู้ป่วยอย่างเหมาะสมทุกรายที่มาที่ห้องฉุกเฉิน และหากรายใดมีอาการที่อาจนำไปสู่อันตราย จะต้องทำการรักษาให้อาการคงที่ปลอดภัยเสียก่อนที่จะส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

กฎหมายดังกล่าวได้ออกนำมาใช้ในปี 1985 ซึ่งต่อมากลายเป็นสิ่งที่ถูกอ้างอิงเสมอในการจัดการงานบริการฉุกเฉิน กฎหมายดังกล่าวมีชื่อย่อว่า COBRA and EMTALA ซึ่งย่อมาจาก Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA) และ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) เนื้อหาที่สำคัญคือ

1.แพทย์และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต้องทำการตรวจคัดกรอง (medical screening exam) ตรวจรักษาเบื้องต้นเพื่อให้พ้นภาวะอันตราย (stabilization) โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย

2.การส่งต่อผู้ป่วยกระทำได้อะไรเมื่อ

- ◆ ผู้ป่วยอยู่ในภาวะคงที่แล้ว
- ◆ การเจ็บป่วยนั้นควรได้รับการดูแลในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงกว่า
- ◆ ผู้ป่วยต้องการไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอื่น

3. เมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วยที่ยังอยู่ในภาวะฉุกเฉิน โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อจะต้องให้การรักษาเท่าที่ทำได้เพื่อให้การส่งต่อนั้นมีความเสี่ยงน้อยที่สุด และจะต้องจัดหาบุคลากรและเครื่องมือที่เหมาะสมในการส่งตัวทุกครั้ง

(The transferring hospital must provide all medical treatment within its capacity, which minimizes the risk to the individual's health. Qualified personnel, with the appropriate medical equipment, must accompany the patient during transfer.)

4.โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อต้องรู้และยอมรับผู้ป่วยก่อน ทำการจัดหาเตียงและบุคลากรในการรักษาโรคนั้นให้พร้อมรับการส่งต่อ

(Receiving hospital must accept the transfer and have space available and qualified personnel to treat the individual)

5. โรงพยาบาลที่ทำการส่งต่อผู้ป่วยต้องจัดส่งสำเนาเอกสาร การรักษาพยาบาล ชื่อและที่อยู่แพทย์ผู้ดูแลในภาวะฉุกเฉิน ให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยด้วย

(The transferring hospital must send copies of all medical records related to the emergency medical condition. The physician's name and address must be documented on the medical records provided to the receiving facility.)

EMTALA ถูกนำมาใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงานระบบบริการฉุกเฉินโดย Health care Financing Administration (HCFA) และโดยการฟ้องร้องทางกฎหมายของแต่ละบุคคล HCFA ตั้งค่าปรับไว้ถึง 50,000 เหรียญ ต่อการละเมิดกฎหมายและยังอาจพิจารณายกเลิก medicare status นับจากเริ่มต้นใช้กฎหมายนี้จนกระทั่ง 31 ธันวาคม 2536 1ใน3ของโรงพยาบาลทั้งหมดถูกกล่าวหาว่าละเมิดกฎหมาย EMTALA ในจำนวนนี้ร้อยละ 25 ถูกพิจารณาว่ามีความผิดจริง มีโรงพยาบาล 11 แห่งถูกตัดออกจาก medicare programs

แนวคิดใหม่ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

เดิมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาเน้นแต่เรื่องของการรักษาพยาบาลภาวะฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่ในปี 1998 ได้มีการวางแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต (EMS for the future) โดยเน้นการผสมผสานในงานบริการสุขภาพเดิม และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคตนี้ ได้มีประเด็นที่สำคัญกำหนดไว้ว่า

“ระบบบริการในภาวะฉุกเฉินต้องถูกออกแบบให้บรรลุความต้องการของชุมชนเป็นหลัก รัฐต่าง ๆ ต้องมีกฎหมายกว้าง ๆ เพื่อกำหนดการจัดบริการฉุกเฉิน แต่ชุมชนต่าง ๆ ต้องวางแผนฉุกเฉินในรายละเอียดด้วยชุมชนเองเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด”

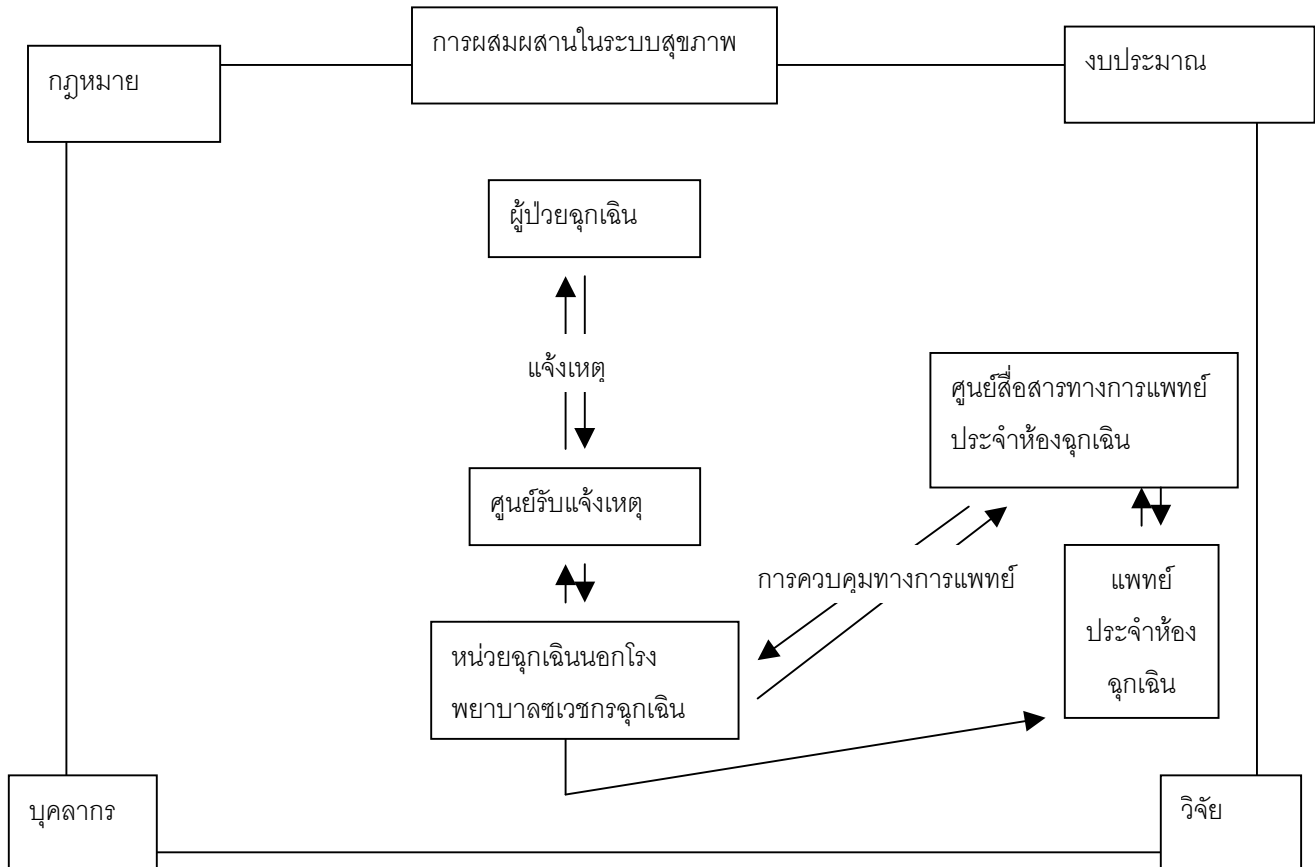
“ชุมชนต้องค้นหาปัญหาและความต้องการของตนเอง พัฒนาระบบการเงินสนับสนุนระบบ มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนโครงสร้างระบบตั้งแต่เริ่มแรก รัฐช่วยในการแนะนำ ประสานงานและมีผู้แทนร่วมในการจัดทำ “แผนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำท้องถิ่น” ผู้แทนดังกล่าวเช่นผู้แทนด้านการแพทย์ คัมครองผู้บริโภค องค์กรผู้ดูแลความปลอดภัยในสาธารณะ (public safety agencies) และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง”

ประวัติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา

1966	National Academy of Sciences, National Research Council ได้ตีพิมพ์รายงานเรื่อง Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society ซึ่งบ่งบอกให้เห็นถึงความสูญเสียของอุบัติเหตุ และความจำเป็นต่อการพัฒนาระบบบริการฉุกเฉินทั้งในงานนอกโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉิน
1966	กฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยบนทางหลวงปี 1966 ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในความรับผิดชอบของกระทรวงคมนาคม
1966	กระทรวงคมนาคมสนับสนุนงบประมาณจัดทำระบบสื่อสาร และการฝึกอบรมสำหรับระบบบริการฉุกเฉินทางการแพทย์ รวมทั้งการส่งรถพยาบาลและอุปกรณ์
1968	ได้มีการก่อตั้ง American College of Emergency Physicians (ACEP)
1970	ได้เริ่มฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) เป็นครั้งแรกที่มหาวิทยาลัย Cincinnati
1972	กระทรวงสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการ ได้จัดสรรทุน 16 ล้านดอลลาร์เพื่อจัดตั้งโครงการตัวอย่างของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 5 รัฐ
1972	เริ่มมีการตีพิมพ์วารสาร <i>Annals of Emergency Medicine</i>

1973	มูลนิธิ Robert Wood Johnson สนับสนุนทุน 15 ล้านเหรียญแก่หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 44 แห่งใน 32 รัฐและ Puerto Rico
1973	ออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานของรัฐบาลกลางและการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วยภูมิภาค ในกฎหมายนี้ได้กำหนดองค์ประกอบย่อย 15 ประการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
1976	จัดตั้ง American Board of Emergency Medicine (ABEM)
1981	เปลี่ยนแปลงกฎหมายกำหนดงบประมาณของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้อยู่ในงบประมาณของงานการป้องกันและบริการทางสุขภาพของรัฐ (state preventive health and health services block grants)
1984	เริ่มมีการพัฒนาโครงการ “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยเด็ก”
1985	National Research Council ได้ตีพิมพ์เอกสารรายงานเรื่อง Injury in America: A Continuing Public Health Problem ซึ่งได้กล่าวถึงความไม่ก้าวหน้าของการแก้ไข ปัญหาการตายและพิการจากอุบัติเหตุ
1985	ออกกฎหมาย Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA) , Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายมิให้ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นโดยยังอยู่ในภาวะอันตราย
1988	The National Highway Traffic Safety Administration ได้ริเริ่มการประเมินระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ต่างๆ ตามองค์ประกอบ 10 ประการที่ได้กำหนดขึ้น
1990	ได้มีกฎหมาย Trauma Care Systems and Development Act เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ระบบการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ และเกิดการจัดหาทุนให้แก่รัฐเพื่อ การ ทำแผน ปฏิบัติตามแผน และประเมินผล
1993	The Institute of Medicine ได้ตีพิมพ์เรื่อง Emergency Medical Services for Children ซึ่งชี้ให้เห็นถึงจุดอ่อนของการดูแลผู้ป่วยเด็กในระบบฉุกเฉิน

องค์ประกอบต่างๆในในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



1. ระบบการรักษาพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1 การแจ้งเหตุ

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ประชาชนสามารถเข้าสู่ระบบบริการฉุกเฉินนี้ได้โดยใช้โทรศัพท์เป็นหลัก เกือบ 30 ปีมาแล้วที่หมายเลข 911 ถูกใช้เป็นหมายเลขฉุกเฉิน โดยเริ่มใช้ในปี 1968 ที่รัฐ Halleyville, Alabama ปัจจุบัน 9-1-1 ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 25 ของประเทศและครอบคลุมประชากรร้อยละ 78 ที่ศูนย์ 9-1-1 โทรศัพท์ที่เข้ามาจะปรากฏหมายเลขอัตโนมัติ (automatic number identity (ANI)) และบอกที่อยู่ของผู้ป่วยตามที่แจ้งไว้ได้ทันที (automatic location identity

(ALI)) ระบบนี้เรียกว่า enhanced 9-1-1 หรือ 9-1-1E อย่างไรก็ตามในกลุ่มประชากรที่ไม่มีโทรศัพท์ ซึ่งในบางรัฐมีถึงร้อยละ 12 ยังคงไม่สามารถเข้าสู่ระบบฉุกเฉินได้ทันที

มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหมายเลข 9-1-1 และหมายเลข 7 หลักในการใช้เป็นหมายเลขฉุกเฉินในชุมชนบางแห่งที่ใช้ทั้งสองหมายเลข พบว่า ร้อยละ 85 รู้จัก 9-1-1 ขณะที่ร้อยละ 36-47 รู้จักหมายเลข 7 หลัก ร้อยละ 74 สามารถติดต่อ 911 ได้สำเร็จในการติดต่อครั้งแรก ขณะที่หมายเลข 7 หลัก ติดต่อได้เพียงร้อยละ 40

ข้อมูลที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือผู้ตกอยู่ในภาวะฉุกเฉินคือตำแหน่ง ที่อยู่ของผู้ป่วย ร้อยละ 80 ของโทรศัพท์ธรรมดาสามารถแสดงตำแหน่งที่ตั้งจริงของโทรศัพท์เครื่องนั้นได้ อย่างไรก็ตามโทรศัพท์มือถือไม่สามารถบอกตำแหน่งได้ ในพื้นที่หลายแห่ง

ประชาชนสามารถใช้ในเครื่องโทรศัพท์ทุกชนิดในการติดต่อ 911 รวมทั้งโทรศัพท์สาธารณะโดยไม่ต้องหยอดเหรียญหรือเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เบอร์โทรศัพท์เดียวกันสามารถขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานต่างๆ เช่น ตำรวจ สถานีดับเพลิง หน่วยฉุกเฉิน

ได้มีการสอนให้ทั้งผู้ใหญ่และเด็กรู้จักเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินนี้และสามารถโทรได้ รวมทั้งสอนให้รู้ว่าควรใช้เพียงกรณีฉุกเฉินเท่านั้น การติดต่อสถานีตำรวจในกรณีไม่ฉุกเฉินให้ใช้เบอร์โทรศัพท์ธรรมดา สอนให้ประชาชนติดเบอร์โทรศัพท์ไว้ตามที่ต่าง ๆ ทั้งในบ้าน และที่ทำงาน

ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตอบในศูนย์สื่อสารจะได้รับการฝึกอบรมให้มีความสามารถในการให้คำแนะนำเพื่อการปฐมพยาบาลและกู้ชีพทางโทรศัพท์ และยังทำหน้าที่เป็น emergency medical dispatchers (EMD) เชื่อมโยงการแจ้งเหตุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การปฏิบัติงานนี้ยังถูกต้องมีความจำเป็นมากเพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม การฝึกอบรมนี้มีหลักสูตรมาตรฐานระดับชาติ (national curriculum)

ประชาชนที่แจ้งเหตุถูกสอนให้สงบสติอารมณ์และรู้วิธีการแจ้งเหตุที่ถูกต้องรวมทั้งให้รู้วิธีการปฐมพยาบาลระหว่างรอหน่วยฉุกเฉิน สำหรับกรณีฉุกเฉินหรือสัมผัสสารพิษ ประชาชนถูกสอนให้รู้ว่าสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ด้วยตนเองเพียงใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุไปยังศูนย์พิษวิทยาและรับคำปรึกษา

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาระบบการแจ้งเหตุ

- ◆ ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงระบบแจ้งเหตุได้สะดวกและตลอดเวลา
- ◆ การตอบสนองต้องเกิดขึ้นทันทีคือ ต้องมีผู้มีความรู้ในการปฐมพยาบาลภาวะฉุกเฉินและให้คำแนะนำได้ทันทีจนกว่าหน่วยฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุ
- ◆ ผู้รับแจ้งเหตุคือผู้รับผิดชอบในการประสานงานหน่วยงานต่างๆ จนกว่าจะได้ข้อสรุปในการดำเนินการดูแลภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยรายนั้น

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ มีหมายเลขโทรศัพท์สำหรับแจ้งเหตุฉุกเฉินหมายเลขเดียวที่ทุกคนเข้าถึงได้
- ◆ ประชาชนต้องรู้ว่าเมื่อไรจึงควรเรียกใช้ระบบฉุกเฉิน
- ◆ ทุกหมายเลขที่โทรเข้ามาจะต้องถูกบ่งบอกหมายเลขและตำแหน่งที่อยู่ของผู้โทรได้ทันที
- ◆ ผู้รับแจ้งเหตุต้องสามารถให้การปฐมพยาบาลทางโทรศัพท์ก่อนที่จะหน่วยฉุกเฉินจะไปถึงได้

1.2 ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์

เมื่อประชาชนแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ 911 จะได้รับคำแนะนำทางโทรศัพท์ก่อนหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินไปถึง หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินซึ่งมีเวชกรฉุกเฉินเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก จะปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลภายใต้การควบคุมดูแลของแพทย์ในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่

หน่วยฉุกเฉินจะติดต่อสื่อสารกับแพทย์ในห้องฉุกเฉินโดยผ่านศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลในพื้นที่ อุปกรณ์ที่ใช้มีความแตกต่างกันไปแล้วแต่พื้นที่ ตั้งแต่วิทยุสื่อสารจนถึงโทรศัพท์ cellular โทรศัพท์ cellular ทำให้เพิ่มความสะดวกในการใช้ และยังเชื่อมโยกับ cellular-satellite technology ทำให้สามารถส่งข้อมูล เช่น 12 lead ECG ได้

อย่างไรก็ตามในปัจจุบัน ระบบสื่อสารยังไม่สามารถช่วยหน่วยฉุกเฉิน ให้สามารถได้ข้อมูลของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้ ขณะนี้มีการวิจัยและความพยายามที่จะทำให้ระบบสื่อสารสามารถส่งข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลให้ผู้ทำการรักษาพยาบาลในหน่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ได้อย่างรวดเร็วทันที (real-time patient data transfer)

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาศูนย์สื่อสารทางการแพทย์

- ◆ ต้องมีระบบสื่อสารเชื่อมโยงผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเอง และเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ตลอดเวลา
- ◆ มีการควบคุมทางการแพทย์ (medical direction) ในการปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ มีศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินเพื่อรับแจ้งเหตุที่ติดต่อได้สะดวกและทำงานตลอดเวลา สามารถเชื่อมโยงไปยังหน่วยงานฉุกเฉินต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และสามารถเชื่อมโยงไปยังแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินได้ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางการแพทย์ (on-line medical direction)

- ◆ ศูนย์สื่อสารสามารถเชื่อมโยงโรงพยาบาลต่างๆเพื่อการส่งต่อ (interfacility transfer) ที่มีประสิทธิภาพ

1.3 ระบบรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care)

ในแต่ละรัฐหรือชุมชนแต่ละแห่งมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการรักษายาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลโดยมีความแตกต่างของระบบตามแต่ละลักษณะของชุมชนนั้น บางแห่งขึ้นกับรัฐ โดยขึ้นอยู่กับหน่วยดับเพลิง บางแห่งจัดตั้งโดยภาคเอกชนเองแต่มีข้อตกลงที่แน่นอนกับรัฐในการรับจัดบริการฉุกเฉิน

การขึ้นนำหรือการสั่งการทางการแพทย์ (Medical Direction) หมายถึงการกำกับดูแล ให้คำแนะนำ หรือสั่งการรักษาแก่ผู้ปฏิบัติงานในระบบนอกโรงพยาบาลทุกระดับโดยแพทย์ ทุกขั้นตอนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลจะต้องมีการกำกับดูแล (Every EMS System must have medical oversight) อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ในหน่วยฉุกเฉินเหล่านี้จะเป็น “เวชกรฉุกเฉิน” ซึ่งเป็นบุคลากรเฉพาะด้าน ได้รับการฝึกอบรมอย่างเป็นระบบโดยมีหลักสูตรที่ชัดเจน แบ่งเป็นระดับต่างๆ

แพทย์มีบทบาทในการนำและควบคุมดูแลระบบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการรักษายาบาลที่เกิดขึ้นนั้นถูกต้อง ปลอดภัย ตามหลักมาตรฐานทางการแพทย์ การควบคุมดูแลโดยแพทย์ แบ่งออกได้เป็น การดูแลโดยตรงทันที (on-line) หรือการดูแลโดยการวางแผนจัดการ (off-line)

การควบคุมโดยตรง (on-line หรือ direct medical control) บางครั้งอาจเรียกว่า “on-line”, “base station”, “immediate”, or “concurrent” หมายถึงการกำกับดูแลโดยตรงในเวลาที่ยังปฏิบัติงานดำเนินงานอยู่ ทำให้เวชกรฉุกเฉิน (emergency medical technicians: EMTs) มีที่ปรึกษา (clinical consultation) ในระหว่างการปฏิบัติงานในภาคสนาม ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปแบบของการปฏิบัติงานร่วมกันโดยตรงหรือการปรึกษาผ่านทางวิทยุสื่อสาร ความรับผิดชอบนี้มักเป็นหน้าที่ของแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน (Emergency department) ในพื้นที่นั้น อย่างไรก็ตามอาจเป็นแพทย์อื่นๆในโรงพยาบาล หรือเป็นกลุ่มแพทย์ที่รวมกันเพื่อรับผิดชอบงานนี้โดยตรง

กรณีที่ต้องมีการควบคุมโดยตรงคือ เช่น

- ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการปฏิบัติการณ์กู้ชีพขั้นสูง (advanced life support: ALS)
- ผู้ป่วยที่แพทย์ในโรงพยาบาลหนึ่งกำลังจะส่งต่อไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง
- กรณีที่เวชกรฉุกเฉินตัดสินใจไม่นำส่งโรงพยาบาลจะต้องมีการรายงานเพื่อให้มีการควบคุมโดยตรงเช่นเดียวกัน เพื่อให้แพทย์ร่วมรับผิดชอบ เช่น ผู้ป่วยไม่รุนแรง ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

การควบคุมทางอ้อม (off-line หรือ indirect medical control) บางครั้งอาจเรียกว่า "off-line", "retrospective", or "prospective" หมายถึงการกำกับดูแลโดยที่ไม่ใช่แบบการควบคุมโดยตรง เช่น การกำหนดแนวทางการรักษา (protocol development) หรือ คำสั่งยืน (standing orders) การทบทวนการรักษา (case review) การให้การศึกษา (education) การควบคุมคุณภาพ (quality management) เป็นต้น

จุดมุ่งหมายในการจัดระบบรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล

- ◆ เพื่อให้มีการรักษา ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐานและมีการพัฒนาต่อเนื่อง

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการรักษายาบาลก่อนโรงพยาบาล (prehospital care team) ซึ่งมีความแตกต่างกันตามความเหมาะสมในแต่ละรัฐ หรือในแต่ละชุมชนท้องถิ่น
- ◆ มีกฎหมายว่าด้วยการควบคุมทางการแพทย์ในระบบฉุกเฉิน
- ◆ มีการควบคุมทางการแพทย์ในระบบ โดยแพทย์และมีการตรวจสอบคุณภาพ

1.4 ห้องฉุกเฉิน (Emergency department)

ห้องฉุกเฉินและแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาอย่างมากในระบบฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา อาจกล่าวได้ว่าการพัฒนาห้องฉุกเฉินและแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนี้เป็นหัวใจหรือเป็นศูนย์กลางของการพัฒนางานทั้งระบบ

ระบบฉุกเฉินแบบแองโกล-อเมริกันนั้นถึงแม้มีการสร้างเวชกรฉุกเฉิน (paramedic) แต่ถือว่าการรักษาภาวะฉุกเฉินขั้นสุดท้าย (definite care) คือการรักษาโดยแพทย์ในห้องฉุกเฉิน และการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลทุกขั้นตอนจะต้องมีการกำกับดูแล (medical direction) ซึ่งโดยทั่วไปคือแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินนั่นเอง

มีความชัดเจนอย่างมากว่ากรอบแนวคิดของการจัดบริการห้องฉุกเฉินไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ป่วยหนักเท่านั้น ความเข้าใจในข้อจำกัดของการตีความคำว่า “ฉุกเฉิน” ได้แสดงไว้อย่างกว้างขวางทั้งในบทบัญญัติของกฎหมายหรือนโยบายของสมาคมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กรอบแนวคิดของงานบริการฉุกเฉินที่มีคุณลักษณะเป็นหน่วยการรักษาแบบปฐมภูมิหน่วยหนึ่งที่มีความแตกต่างจากหน่วยอื่นที่ต้องดำเนินการได้ตลอดเวลาและไม่คำนึงถึงการจ่ายของผู้ป่วย ได้รับการยอมรับเพื่อให้ห้องฉุกเฉินเป็นเครือข่ายความปลอดภัย (safety net) ของชุมชน

ในสหรัฐอเมริกาแพทย์ฉุกเฉิน (emergency physicians) ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยปฐมภูมิ เป็นจำนวนถึง 43 ล้านคนต่อปี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถไปรับการรักษาที่อื่นได้ จึงต้องมารับการตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉิน ในปี 2536 the General Accounting Office (GAO) ได้ตีพิมพ์

รายงานเรื่อง Emergency Departments: Unevenly Affected by Growth and Change in Patient Use ซึ่งได้สำรวจจากโรงพยาบาล 5300 แห่ง พบว่า การใช้แผนกฉุกเฉิน (Emergency department) มากขึ้นอย่างชัดเจนในปี พ.ศ. 2528 - 2533 (ค.ศ.1885-1990) กล่าวคือตลอดปี พ.ศ. 2533 (1990) มีการใช้ถึง 99.6 ล้านราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 19) แต่มีการใช้สำนักงานเอกชน (private office) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ประชาชนกลุ่มที่ใช้แผนกฉุกเฉินมากขึ้น คือกลุ่มที่อยู่ในระบบประกันโดยรัฐ และกลุ่มไม่มีประกัน ได้แก่กลุ่ม Medicaid มีการใช้เพิ่มร้อยละ 34, Medicare มีการใช้เพิ่มร้อยละ 29. ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 37 ของผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน ขณะที่คิดเป็นร้อยละ 25 ของประชาชนทั้งประเทศ ส่วนกลุ่มไม่มีประกันใช้เพิ่มร้อยละ 15

ผู้ป่วยที่ใช้บริการแผนกฉุกเฉินร้อยละ 43 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วน (non-urgent) อีกร้อยละ 57 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergent) หรือเร่งด่วน (urgent) สาเหตุที่กลุ่มไม่เร่งด่วนมารับการตรวจที่แผนกฉุกเฉิน เพราะไม่สามารถไปรับการบริการตรวจรักษาจากผู้ให้การรักษปฐมภูมิ (primary care provider) อื่นได้ หรือ มีความสะดวกสบายในการมารับการตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

การเติบโตของงานเวชกรรมฉุกเฉิน จึงเป็นการเติบโตตามการเติบโตของชุมชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อโรงพยาบาลใหญ่ขึ้นแล้วก็จะหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะเจอกับปัญหาผู้มาใช้บริการแผนกฉุกเฉินมากขึ้น สังคมที่เติบโตขึ้น มีปัญหาทางเศรษฐกิจ และมีช่องว่างทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น ก็จะหลีกเลี่ยงไม่พ้นที่จะมีกลุ่มประชาชนที่ไม่มีรายได้เพียงพอที่จะไปรับการตรวจที่อื่นได้นอกจากห้องฉุกเฉินของรัฐ การประกันสุขภาพโดยรัฐก็จะส่งผลให้มีการใช้ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐมากขึ้นได้ และที่สำคัญคืองานเวชกรรมฉุกเฉินไม่ว่าที่ใดหรือประเทศใดก็ตาม หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องทำงานอย่างน้อยร้อยละ 50 กับงานรักษปฐมภูมิ

การจัดบริการในห้องฉุกเฉินแบ่งออกได้เป็น

- การคัดแยกผู้ป่วย (Triage)
- หน่วยฉุกเฉิน (Emergency Unit)
- หน่วยสังเกตอาการ (Observation Unit)
- หน่วยรักษาผู้ป่วยที่เดินเข้ามา (Walk-in Clinic)
- การส่งต่อผู้ป่วย (Interfacility transportation)

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาการบริการห้องฉุกเฉิน

- ◆ เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
- ◆ เพื่อให้เป็นหน่วยรักษาพยาบาลสำหรับประชาชนที่ไม่สามารถไปรับการรักษที่อื่นด้วยเงื่อนไขใดก็ตาม

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ◆ เชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานในระบบการรักษาพยาบาลก่อนโรงพยาบาล กับแพทย์ผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน
- ◆ มีการตรวจสอบและรับรองคุณภาพห้องฉุกเฉิน
- ◆ สร้างความยอมรับว่างานห้องฉุกเฉินเป็นเครือข่ายความปลอดภัย (safety net) ของชุมชน ดังนั้นจึงมีหน้าที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันที่ไม่สามารถรับการรักษาที่ใดได้ไม่ว่าอาการนั้นจะฉุกเฉินหรือไม่ก็ตาม

1.5 การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล (Interfacility transportation)

การส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล (Interfacility transportation) กระทำได้ต่อเมื่อได้ตรวจผู้ป่วยและช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อให้พ้นขีดอันตรายเสียก่อน (stabilization) การย้ายโรงพยาบาลโดยที่อาการผู้ป่วยยังไม่คงที่กระทำต่อเมื่อผู้ป่วยจะได้ผลประโยชน์อย่างไรอย่างหนึ่ง ทั้งนี้เป็นไปตามกฎหมายที่วางกำหนดไว้คือ Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act (COBRA) และ Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ดังกล่าวแล้วในเรื่องสิทธิของประชาชน

2. การสนับสนุนระบบ

2.1 กฎหมาย (LEGISLATION AND REGULATION)

กฎหมายที่มีความสำคัญในการผลักดันงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้เกิดการพัฒนา คือ COBRA and EMTALA ดังกล่าวแล้ว

นอกจากนั้นทุกรัฐยังมีกฎหมายให้จัดตั้งการบริการฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (prehospital care) อย่างไรก็ตาม NHTSA ได้ทำการวิจัยพบว่า มีเพียงร้อยละ 40 เท่านั้นที่ใช้กฎหมายเพื่อการพัฒนางานบริการภาวะฉุกเฉินอย่างจริงจัง และมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีองค์กรที่ชัดเจนและมีทีมประเมินงานที่ได้มาตรฐาน

นอกจากนั้นยังพบว่ากฎหมายของแต่ละรัฐมีความแตกต่างกันมากในการกำหนดคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล และยังพบว่าในบางท้องที่รัฐบาลท้องถิ่นได้ออกเทศบัญญัติกำหนดคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างปลีกย่อยออกไปอีกด้วย

จุดมุ่งหมายในการพัฒนากฎหมายสนับสนุนระบบ

- ◆ เพื่อให้มีกฎหมายที่จะนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ ทบทวน ตรวจสอบ และแก้ไขกฎหมายที่มีอยู่แล้ว
- ◆ ให้การศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องของกฎหมายที่มีอยู่
- ◆ สนับสนุนให้มีกฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดตั้งและปฏิบัติงานด้าน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำท้องถิ่นต่าง ๆ

2.2 งบประมาณของระบบ (SYSTEM FINANCE)

ค่าใช้จ่ายในงานบริการฉุกเฉิน ขึ้นกับโครงสร้าง (infrastructure) ของงานซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละชุมชน โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นได้จาก ระบบสื่อสาร รถพยาบาล เครื่องมือแพทย์ การฝึกอบรม การควบคุมทางการแพทย์ การประเมินผลและพัฒนาคุณภาพเป็นต้น การศึกษาใน Hawaii พบว่า ค่าใช้จ่ายของระบบ ระบบบริการในภาวะฉุกเฉิน ในแต่ละปีประมาณ \$32,460,605 ต่อประชากรประมาณ 1.2 ล้านคน หรือประมาณ \$27 ต่อคนต่อปี หรือถ้าคิดทั้งอเมริกาจะประมาณ \$6.75 พันล้านต่อปี

งบประมาณในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้มาจากทั้งภาครัฐและเอกชน ในระบบที่งบประมาณมาจากภาษีอย่างเดียวในบางพื้นที่อาจเก็บสูง \$20 ต่อคนต่อปี ในบางแห่งงบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐเฉพาะบางเรื่อง เช่นภาษีรถยนต์ ค่าธรรมเนียมใบขับขี่รถยนต์ การละเมิดกฎจราจร และภาษีอื่น ๆ

ในบางโปรแกรมอาจเป็นการสมัครเป็นสมาชิก (Subscription programs) ซึ่งทำให้มีการจ่ายไวล่วงหน้า และไม่มีการเรียกเก็บอีกหรือเรียกเก็บเพิ่มเติมจากระบบประกันเพิ่มเติมเมื่อมีการใช้บริการเกิดขึ้น

ในโปรแกรมที่มีการเรียกเก็บเงินเมื่อมีการใช้บริการ จะมีแหล่งเงินมาได้จาก 5 แหล่งคือ Medicare, Medicaid, บริษัทประกันเอกชน การจ่ายเองของผู้ป่วย และ การทำสัญญาพิเศษสำหรับบริการ (special service contracts)

ในระบบที่มีการจ่ายโดย third payors มักให้ความสำคัญต่องานการรักษาจนถึงโรงพยาบาล ที่การรักษาและขนส่งผู้ป่วยมากกว่าการเตรียมความพร้อมของระบบในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน ดังนั้นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเรียกเก็บได้เมื่อมีการขนส่งผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายมากขึ้นกับวิธีการขนส่ง อย่างไรก็ตามขณะนี้มีความพยายามให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายโดยให้มีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเตรียมพร้อมระบบ (a preparedness-based model) และตรวจสอบคุณภาพมากกว่าการจ่ายจากจำนวนการขนส่ง

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาระบบงบประมาณสนับสนุน

- ◆ เพื่อพัฒนาระบบการเงินสนับสนุนการดำเนินงานด้านระบบบริการฉุกเฉิน

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ สนับสนุนให้มีระบบจัดสรรงบประมาณสำหรับงานระบบบริการฉุกเฉิน แบบต่อเนื่องมากกว่าแบบชั่วคราวหรือแบบจ่ายตามจำนวนการรับผู้ป่วย ระบบการเงินนี้รวมทั้งการสนับสนุนจากส่วนกลางและการจัดสรรในส่วนท้องถิ่น

2.3 ทรัพยากรบุคคล (HUMAN RESOURCES)

บุคลากรในงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีหลายระดับดังนี้ bystanders, public safety communicators, emergency medical dispatchers, first responders, emergency medical technicians (EMTs), emergency nurse, emergency physician, พนักงานผจญเพลิง ตำรวจ เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยชุมชนอื่นๆ

Bystander คือบุคคลทั่วไป ซึ่งนับว่ามีความสำคัญมากถ้าได้รับการอบรมให้มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรอเวลาที่รถฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุ ในโครงการ healthy 2000 ถือว่าความรู้ในเรื่องของการปฏิบัติการกู้ชีพเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญตัวหนึ่งของความปลอดภัยในชุมชน

First responder คือบุคคลที่ปฏิบัติงานหน้าที่ใด หน้าที่หนึ่งที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และสะดวกต่อการติดตามตัวเพื่อเข้ามาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อนที่หน่วยฉุกเฉินจะไปถึง เช่น ครู ตำรวจ เป็นต้น ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดบทบาทของ First Responder ไว้ดังนี้

- ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนอื่นๆในที่เกิดเหตุ
- ประเมินผู้ป่วยต่อจากผู้ประสบเหตุที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น และค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต
- ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น
- เก็บข้อมูล บันทึกการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ
- ส่งต่อการดูแลให้กับบุคลากรฉุกเฉินในระบบต่อไป

Paramedics และ EMTs คือบุคลากรฉุกเฉินในระบบ ในสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันมี paramedics ประมาณ 70,000 คนและ EMTs ระดับอื่นๆอีกประมาณ 500,000 คน National Education and Practice Blueprint ได้กำหนดระดับต่างๆของ providers ไว้ 4 ระดับคือ: First Responder, EMT-Basic, EMT-Intermediate, and EMT-Paramedic

Emergency nurse คือพยาบาลที่ปฏิบัติงานบริการภาวะฉุกเฉินซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมในสาขาการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือการพยาบาลผู้ป่วย นอกเหนือจากงานการพยาบาลในห้องฉุกเฉินแล้วพยาบาลมักปฏิบัติงานในฐานะของ EMT ระดับใดระดับหนึ่งในงานการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล หรือปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลฉุกเฉินในรถพยาบาลผู้ป่วยหนัก(mobile intensive care unit) หรือปฏิบัติงานในหน่วยการขนส่งทางอากาศ

Emergency physicians คือแพทย์เฉพาะทางที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย 3 ปี หน้าที่หลักของแพทย์คือปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินและให้การปรึกษากับหน่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล มีแพทย์อีกหลายสาขาที่มีบทบาทในงานบริการภาวะฉุกเฉินเช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (family practitioners) กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์โรคหัวใจและอื่นๆ

ผู้ปฏิบัติงานใน ระบบบริการในภาวะฉุกเฉิน มักถูกละเลยเรื่องของความปลอดภัยในการทำงาน การศึกษาวิจัยในด้านอาชีวอนามัยสำหรับอาชีพนี้มีน้อย การประกันการบาดเจ็บจากการทำงานยังให้คุณค่าต่ำกว่าความเป็นจริง ดังนั้นในประเทศสหรัฐอเมริกาจึงให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ในการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต

จุดมุ่งหมายในการพัฒนาบุคลากรสนับสนุนระบบ

- ◆ เพื่อให้บุคลากรในงาน ระบบบริการในภาวะฉุกเฉิน ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กลยุทธสำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย
- ◆ จัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับการบริการภาวะฉุกเฉินให้ครบทุกจุดของการบริการตั้งแต่ประชาชนทั่วไปที่ประสบเหตุจนถึงแพทย์ในห้องฉุกเฉิน
- ◆ มีระบบเพิ่มพูนความสามารถของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- ◆ ให้ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เข้าใจในอันตรายจากการประกอบวิชาชีพและมีหลักประกันสุขภาพเช่นเดียวกับอาชีพอื่นตามมาตรฐานงานอาชีวอนามัย
- ◆ ให้เกิดการรวมตัวกันของกลุ่มผู้ทำงาน

3. การผสมผสานกับระบบสุขภาพที่มีอยู่ (INTREGRATION TO HEALTH SYSTEM)

3.1 การผสมผสานกับงานป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงอยู่กับองค์กรดูแลความปลอดภัยในสาธารณะ (public safety agency) และดำเนินงานด้านการป้องกันการบาดเจ็บ (injury prevention network) ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องเน้นการป้องกันและการสร้างเสริม

ความปลอดภัย (safety promotion) ต้องไม่แยกการป้องกันออกจากการพัฒนาระบบ ระบบบริการฉุกเฉิน

3.2 การผสมผสานกับงานบริการสุขภาพด้านอื่น

ระบบบริการฉุกเฉินยังมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพด้านอื่นรวมทั้งงานบริการสังคมต่าง ๆ อีกมากเช่น ระบบบริการฉุกเฉินต้องดูแลผู้ป่วยยากจนที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งต่างๆ คนชรา คนพิการ การเยี่ยมบ้านเป็นต้น ระบบบริการฉุกเฉินเองยังทำหน้าที่ในการการเฝ้าระวังโรคโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานเมื่อสงสัยมีโรคติดต่อ ดังนั้นระบบบริการฉุกเฉินมีความจำเป็นที่จะต้องผสมผสานกับงานบริการอื่นๆ เพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

จุดมุ่งหมายของการผสมผสานกับระบบสุขภาพ

- ◆ เพื่อให้ระบบฉุกเฉินผสมผสานกับระบบบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน
- ◆ เพื่อให้ระบบฉุกเฉินเป็นระบบบริการแบบองค์รวมคือมีบทบาททั้งการป้องกัน การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมาย

- ◆ ขยายขอบข่ายงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมมากกว่าการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเท่านั้นเช่น การป้องกันการบาดเจ็บ การสอนCPRแก่ประชาชน การช่วยเหลือผู้พิการที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานรักษาพยาบาลอื่นๆ เช่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย และตำรวจ เป็นต้น
- ◆ ให้มีการผสมผสานเนื้อหาของงานระบบบริการฉุกเฉินกับระบบการศึกษาท้องถิ่น

3. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส (Health service system for emergency conditions in France)

ข้อมูลทั่วไป

ฝรั่งเศสเป็นประเทศที่มีพื้นที่และประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทยกล่าวคือมีพื้นที่ 550,000 ตารางกิโลเมตร และมีประชากร 56 ล้าน ฝรั่งเศสแบ่งออกเป็น 95 จังหวัด (departements) แต่ละจังหวัดมีรัฐบาลท้องถิ่นที่กำหนดนโยบายสุขภาพกันเอง คน การปกครองแบบประชาธิปไตยที่มีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นอย่างแท้จริงนี้ได้ดำเนินมาตั้งแต่ปี 1789 และดำเนินการควบคู่ไปกับการสร้างระบบสวัสดิการสังคมที่เข้มแข็ง เช่นเดียวกับประเทศอื่นในยุโรปตะวันตก และสแกนดิเนเวีย ร้อยละ 75 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด และร้อยละ 94 ของการดูแลผู้ป่วยในถูกจ่ายโดยระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

การศึกษาแพทย์ในประเทศฝรั่งเศสใช้เวลานาน 6 ปี โดยนักศึกษาต้องจบการศึกษาระดับ high school มาก่อน โดย 3 ปีแรกจะเรียนวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน และ 3 ปีหลังจะเรียนภาคคลินิกโดยได้เงินเดือนเล็กน้อย หลังจากนั้นจะศึกษาเป็นแพทย์เฉพาะทาง 4-5 ปี หรือศึกษาเป็นแพทย์ทั่วไปโดยใช้เวลา 2 ปี

ในประเทศฝรั่งเศสไม่มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินเช่นเดียวกับในประเทศสหรัฐอเมริกาแต่วิสัญญีแพทย์จะถูกฝึกอบรมให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้ด้วยโดยเรียกว่า anesthésie-reanimation ดังนั้นงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินจึงมักอยู่ในความดูแลของวิสัญญีแพทย์

หลักการเบื้องต้น

ในฝรั่งเศสได้กำหนดหลักการของ “Emergency Medical Assistance (EMA)” ไว้ว่าเป็นกิจกรรมการดูแลรักษาผู้ป่วยขั้นแรกสุดของระบบบริการทางการแพทย์ (EMA is to be regarded as the first step in medical care) และเป็นกิจกรรมการบริการสุขภาพ (health care activity) ที่เกี่ยวกับทุกคน ทุกหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลผู้ประสบเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินเช่นประชาชนที่อยู่ใกล้ที่เกิดเหตุ ตำรวจ หน่วยกู้ภัย หรือบุคลากรทางการแพทย์ (Everything which, in a critical situation, contributes to the provision of care to the victims is a health care action, whoever provides it, such as witnesses, police, rescue worker, and medical staff)

ดังนั้นในการจัดการบริการจึงต้องอาศัยการผนึกกำลัง (integration) หน่วยงานฉุกเฉินทุกระดับ เช่นพนักงานดับเพลิง (Firemen) ซึ่งในฝรั่งเศสนั้นมีบทบาททั้งงานกู้ภัยและกู้ชีพ (first rescuers and public ambulance-men) กู้ชีพจากภาคเอกชน (private ambulance-men) แพทย์ทั่วไป

(private general practitioners) และไอซียูเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล (Hospital Mobile Intensive Care Units; H-MICU)

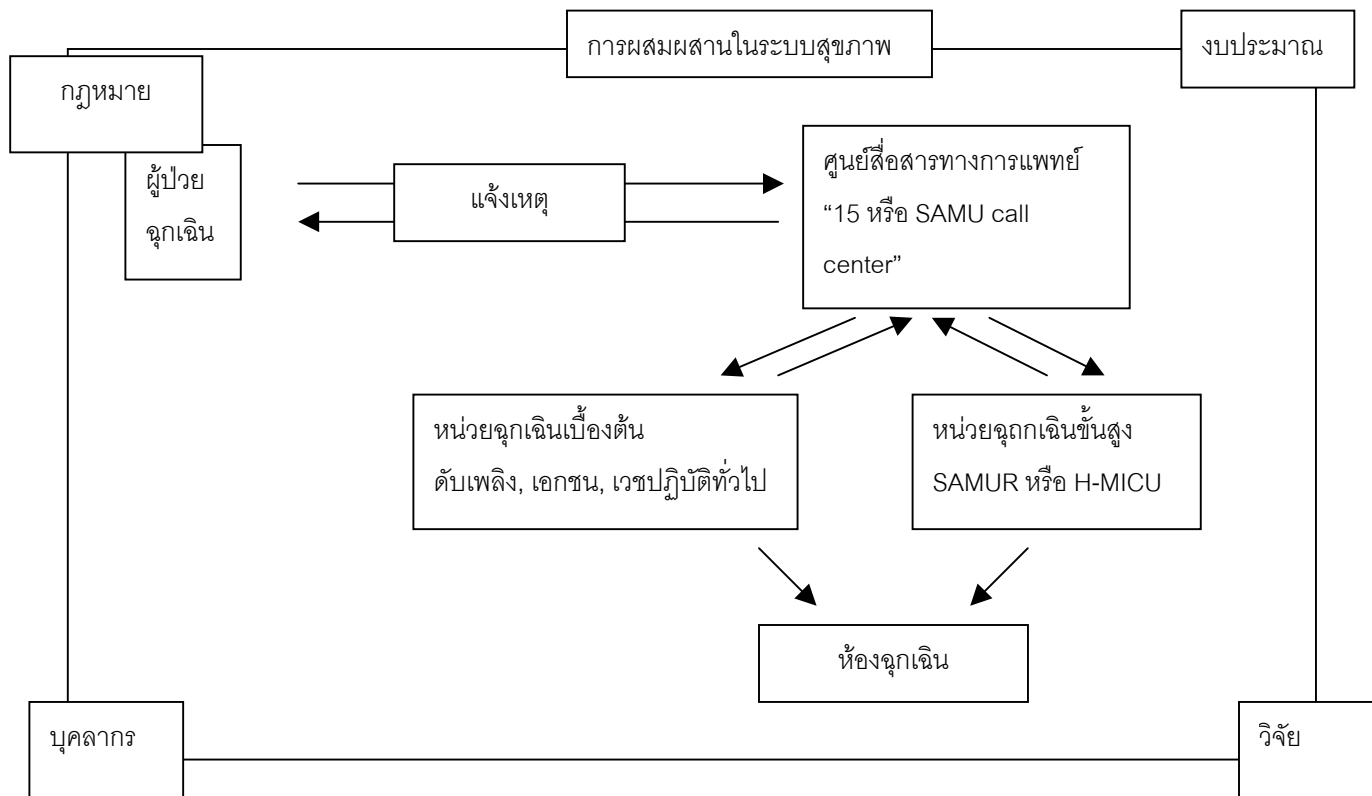
ในประเทศฝรั่งเศสได้เรียกระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นภาษาฝรั่งเศสว่า “SAMU” (System of Emergency Medical Assistance in France)

ประวัติการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศส

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแนวใหม่ในฝรั่งเศส (modern organization of Emergency Medical Assistance; EMA) ถือว่าได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1792 โดยศัลยแพทย์ในกองทัพของ Napoleon Bonaparte ชื่อ Dominique Larrey ผู้ซึ่งได้นำเอาวิธีการรักษาในสนามรบมาใช้เพื่อลดการเสียเวลาในการรักษาผู้ป่วยหนักโดยยึดถือหลักการดังนี้ “treating wounds without delay, by means of excision, immobilisation and, if necessary, amputation”

“ SAMU ” ได้ก่อตั้งขึ้นในปี 1960 โดยก่อตั้งขึ้นมาจากปัญหาหลักคือการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมือง และเทคโนโลยีการคมนาคมก่อให้เกิดการตายจากการจราจรสูงขึ้นจนเป็นสาเหตุการตายของประชากร ขณะเดียวกันพบว่าการตายส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาระหว่างเกิดเหตุจนถึงการนำส่งโรงพยาบาล และในขณะที่ยืดความสามารถของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมาก ความแตกต่างของการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษาช่วงเวลาก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งเป็นเวลาที่สำคัญมากกว่ามีความแตกต่างกันอย่างมาก อีกเหตุผลหนึ่งคือในบางเวลาโรงพยาบาลมีความไม่พร้อมที่จะให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันที ดังนั้นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บบนท้องถนนรอดชีวิตมากขึ้นจึงใช้แนวคิดเดียวกับการแพทย์ในกองทัพของ Napoleon Bonaparte คือให้การรักษาเร็วที่สุดในที่เกิดเหตุและส่งต่อให้เร็วที่สุดไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วย (provide medical care on the spot and better initial orientation of the patient, directly to the most suitable hospital, according to their conditions)

องค์ประกอบต่างๆในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของฝรั่งเศส



1. ระบบการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1 การแจ้งเหตุ

ระบบการแจ้งเหตุในฝรั่งเศสไม่มีศูนย์รับแจ้งเหตุรวม ประชาชนต้องเลือกแจ้งเหตุเป็น 3 หมายเลขคือ

17 สำหรับตำรวจ

18 สำหรับดับเพลิง

15 สำหรับ SAMU call center.

โรงพยาบาลรับผิดชอบ “15 centres” “18 และ 15 centres” สามารถเชื่อมต่อกันได้อย่างใกล้ชิดและในอีกไม่นานจะรวมกันเป็นหมายเลขเดียวกัน “15 centres” นี้เรียกขานกันว่า “SAMU call centres” หรือ “Medical Regulation Centres”

เมื่อผู้ป่วยแจ้งเหตุ “15” จะเข้าสู่ระบบ “SAMU call center” แพทย์ผู้ควบคุม (regulator doctor) ผู้ซึ่งรู้สถานการณ์ของทรัพยากร ณ ขณะนั้นจะทำการชักประวัติรายละเอียดของการเจ็บป่วย และตัดสินใจเลือกใช้ระบบฉุกเฉินเพื่อตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินนั้นตามความเหมาะสม หลังจากนั้นยังทำหน้าที่ติดตามผล และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ถ้าประชาชนแจ้งเหตุเจ็บป่วยไปยังหมายเลข 18 สายนั้นจะถูกโอนมายังศูนย์ “15” ซึ่งในทางปฏิบัติประชาชนยังมีความสับสนอยู่บ้าง ดังนั้นจึงมีการทดลองในจังหวัด Essonne โดยใช้หมายเลขฉุกเฉินหมายเลขเดียวคือ 112

1.2 ศูนย์ติดต่อสื่อสารทางการแพทย์

SAMU call center คือศูนย์ติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ในระบบฉุกเฉินของฝรั่งเศส ในแต่ละจังหวัดจะมีศูนย์ติดต่อสื่อสารทางการแพทย์นี้ 1-2 ศูนย์ โดยมักจะตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลใหญ่ของจังหวัดนั้น ทำหน้าที่รับเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน คัดกรอง (telephone triage) เรียกหน่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยออกปฏิบัติการณ จุดเกิดเหตุ และควบคุมการปฏิบัติงานทางการแพทย์ของหน่วยฉุกเฉินต่างๆที่ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล (medical control) ผลที่ได้จากการดำเนินงาน SAMU call center คือ

- ทำให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิตดีขึ้น
- ทำให้ใช้ทรัพยากรต่างๆในการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง
- ทำให้ลดการใช้โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น
- ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม

ปัจจุบันในฝรั่งเศสมีศูนย์สื่อสารทางการแพทย์นี้ 105

ตัวอย่างศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ในฝรั่งเศส เช่น ศูนย์ของจังหวัด Essonne ที่มีประชากรประมาณ 1,000,000 คน มีแพทย์ปฏิบัติงานในการรับแจ้งเหตุจากทางโทรศัพท์ 2 คนใน 24 ชั่วโมง มีเหตุแจ้งประมาณ 70,000 เหตุต่อปี เหตุรุนแรงวิสัยทัศน์แพทย์จะเป็นผู้ตอบ หากเหตุเบาแพทย์ทั่วไปจะทำการตอบ

1.3 การดูแลรักษาก่อนโรงพยาบาล (Prehospital care)

การดำเนินงานระบบฉุกเฉินในฝรั่งเศสที่มีความแตกต่างกับระบบของสหรัฐอเมริกาคือการนำเอาแพทย์และเครื่องมือมุ่งสู่ผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ หลักที่สำคัญ 3 ประการของระบบตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ “รวดเร็ว” “มีประสิทธิภาพ” “และใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม” โดยเน้นคำว่า “เหมาะสม” ให้มีความสำคัญเท่ากับคำว่า “รวดเร็ว” และ “ประสิทธิภาพ” และทั้งสามคำมีความเกี่ยวข้องกัน เนื่องจากทรัพยากรที่เตรียมพร้อมในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินนั้นมีจำกัดในทุกด้าน ดังนั้นการตอบสนองต่อเหตุการณ์หนึ่งย่อมหมายถึงการลดลงของทรัพยากรในการตอบ

สนองเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในเวลาต่อไป ดังนั้นวิธีการคัดกรองและการตัดสินใจเลือกใช้ทรัพยากรในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ฉุกเฉินต่างๆได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อระบบ

หน่วยปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลอาจแบ่งออกได้เป็น

- ◆ หน่วยรักษายาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นของหน่วยดับเพลิง คือรถพยาบาลของหน่วยดับเพลิง (fire department ambulances) ตั้งอยู่ที่สถานีดับเพลิง
- ◆ หน่วยรักษายาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นภาคเอกชน คือหน่วยรถพยาบาลของเอกชน (Private ambulance) ที่เข้าร่วมเครือข่ายของ SAMU และปฏิบัติงานตามคำสั่งของ SAMU center
- ◆ งานเวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) คือแพทย์ทั่วไปที่ร่วมปฏิบัติงานตามคำสั่งของ SAMU center
- ◆ หน่วยรักษายาบาลฉุกเฉินขั้นสูง (SMUR) คือ Hospital mobile intensive care units ทำหน้าที่ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุในกรณีที่ SAMU center พิจารณาแล้วว่าเป็นกรณีการเจ็บป่วยรุนแรง H-MICU เป็นหน่วยที่ขึ้นตรงกับโรงพยาบาลทั้งตัวองค์กร การบริหาร และการเงิน การทำงานในโรงพยาบาลจะมีความใกล้ชิดกับหน่วยงานอีก 3 หน่วยคือ หน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หน่วยวิสัญญี และ ICU การทำงานนอกโรงพยาบาลต้องใกล้ชิดกับหน่วยดับเพลิงและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

Hospital Mobile Intensive Care Units (SMUR or H-MICU) รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยหนักทั้งจากอุบัติเหตุและการเจ็บป่วย ทั้งเหตุที่เกิดในบ้าน ถนน และที่อื่นๆ แพทย์ใน SMUR ประสานงานกับแพทย์ผู้ควบคุมในศูนย์ SAMU (SAMU regulator doctor) จะเตรียมหอผู้ป่วยในที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ผู้ป่วยถูกนำส่งถึงโรงพยาบาล

ตัวอย่างในจังหวัด Essonne ที่มีประชากร 1,000,000 คน และ มีการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินประมาณ 70,000 ครั้งต่อปี แพทย์ผู้ควบคุม (regulatory doctor) ได้ตัดสินใจในการเรียกระบบตอบสนองดังนี้

- หน่วยรักษายาบาลฉุกเฉินขั้นสูง (SMUR or H-MICU)	8592 ครั้ง	(12%)
- เฮลิคอปเตอร์	51 ครั้ง	(.07%)
- หน่วยรักษายาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นของหน่วยดับเพลิงและรถพยาบาลเอกชน	30,342 ครั้ง	(43.5%)
- แพทย์ในเมือง	5,332 ครั้ง	(7.6%)
- แนะนำพบแพทย์	10,872 ครั้ง	(15.6%)

- ให้คำแนะนำ	7,711 ครั้ง	(11.1%)
- อื่น ๆ	2,292 ครั้ง	(3.2%)

1.4 ห้องฉุกเฉิน (emergency department)

ห้องฉุกเฉินในฝรั่งเศสมีความแตกต่างจากในสหรัฐอเมริกา กล่าวคือไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโดยตรง วิทยาลัยแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ อย่างไรก็ตามแพทย์ที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่คือแพทย์จากสาขาต่างๆ

ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลขนาด 150-500 เตียง จะมีแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน (ED director) 1 คน แพทย์สาขาสัลยกรรม 1 คน อายุรแพทย์ 1 คน ทำงานเต็มเวลาในห้องฉุกเฉิน และมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆที่ทำหน้าที่ที่ปรึกษาอีกต่างหาก

โดยทั่วไปห้องถ่ายภาพรังสีมักถูกจัดให้อยู่ใกล้กับห้องฉุกเฉิน และสามารถทำ CT scan, ultrasonogram ได้ ห้องฉุกเฉินเองนอกจากมีห้องปฏิบัติการก๊วซซึ่งจะจัดไว้สำหรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยอื่นๆแล้ว ยังมีพื้นที่ไว้สำหรับการตรวจรักษาเฉพาะ 3 อย่างคือ การตรวจภายใน การเข้าเฝือก และการเย็บแผล นอกจากนั้นยังมีเตียงสังเกตอาการอีก 7 เตียง ซึ่งสามารถให้การรักษาได้ 24 ชั่วโมง

อย่างไรก็ตาม “โรงพยาบาล” ยังคงเป็นหัวใจของระบบฉุกเฉินทั้งหมด (The hospital is, in France, the “pivot” of out-of-hospital Emergency Medical Assistance.) กฎหมายได้กำหนดความรับผิดชอบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานระบบฉุกเฉิน 4 ด้านคือ

- 1 บริหารจัดการ SAMU call centers
- 2 ประสานงานและจัดการบุคลากรที่ปฏิบัติงานการรักษาช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital phase)
- 3 ดำเนินการ Hospital Mobile Intensive Care Units (H-MICU)
- 4 ดำเนินการ Emergency Departments

2 การสนับสนุนระบบ

2.1 การกำหนดกฎหมาย (legislation)

กฎหมายที่กำหนดให้มีการจัดบริการการรักษายาบาลในภาวะฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุนี้ มาจาก federal government’s ministry of health กฎหมาย 86-11 ลงวันที่ 6 มกราคม 2529 ได้กำหนดพันธกิจของ SAMU ไว้ให้เป็นศูนย์การรับเหตุและสั่งการการตอบสนองเหตุอย่างชัดเจน

บทบาทและความรับผิดชอบของบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องถูกกำหนดเป็นบทบัญญัติที่ชัดเจนในรูปของกฎหมายและมีผลในการบังคับใช้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลอย่างจริงจังต่อการปฏิบัติของ

- ◆ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับนโยบาย ทั้งผู้บริหารระดับสูงในการจัดบริการ ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการศึกษา ฝึกอบรม หรือบริหารนโยบายงบประมาณ แพทย์ ซึ่งควรเป็นบุคลากรหลักที่รับผิดชอบต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ที่ปฏิบัติงานอยู่
- ◆ แพทย์ต้องมีบทบาททั้งการสร้างแนวคิดของระบบ (system conception) การฝึกอบรมบุคลากรระดับต่างๆ การควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรระดับต่างๆ การออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลเองในกรณีมีผู้ป่วยอาการรุนแรง และบทบาทในการเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ เพื่อให้เกิดผลที่ดีต่อผู้ป่วย
- ◆ กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่อื่นๆ และประชาชนทั่วไปที่อยู่ในเหตุการณ์ควรมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและให้การปฐมพยาบาล เจ้าหน้าที่วิชาชีพต่างๆที่มีส่วนในภาวะฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลและเคลื่อนย้ายนำส่งผู้ป่วย แพทย์ทั่วไป แพทย์และเจ้าหน้าที่อื่นในห้องฉุกเฉิน และแพทย์เฉพาะทาง

2.2 ระบบการเงิน (system finance)

ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของฝรั่งเศสนี้ได้รับงบประมาณทั้งจากท้องถิ่น และจากรัฐบาลกลาง ตัวอย่างของจังหวัด Essonne SAMU ได้รับงบประมาณ 1 ใน 3 จากท้องถิ่นและที่เหลือได้จากระบบสวัสดิการสังคม SMUR ได้รับ 1.2 ล้านฟรังก์ต่อปี (240,000 \$US)

โดยเฉลี่ยค่าใช้จ่ายในฝรั่งเศสสำหรับ หน่วยฉุกเฉินขั้นสูง (SMUR) คือ 1228 ฟรังก์ หรือ US\$ 266 ต่อครั้งชั่วโมงของการใช้รถพยาบาล

2.3 ทรัพยากรบุคคล (human resource)

พยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมใน Mobile Intensive Care Unit จะทำหน้าที่ในรถพยาบาลเป็นผู้ดูแลสิ่งของทั้งหมดรวมทั้งต้องปฏิบัติงานสนาม ในบางครั้งจะต้องเป็นผู้ช่วยแพทย์ แต่ในบางครั้งจะต้องออกปฏิบัติงานเอง เจ้าหน้าที่อื่นในรถพยาบาลจะได้รับการฝึกอบรมเช่นกันและทำหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลด้วย

แพทย์ผู้ควบคุม SAMU call center หรือที่เรียกว่า " regulator doctors " ต้องมีประสบการณ์ใน emergency units หรือ Hospital Mobile Intensive Care Units และต้องมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีความสงบลง ควบคุมสติอารมณ์ได้ยามฉุกเฉิน มีความรับผิดชอบ และมีความเป็นผู้นำ

สำหรับแพทย์ใน H-MICU เป็น part-time ซึ่งอาจมาจาก intensive therapy, anesthesiology, cardiology, pediatrics และอื่นๆ ส่วนใหญ่เป็นวิสัญญีแพทย์

3 การผสมผสานในระบบสุขภาพ

3.1 การผสมผสานในการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ

ในหลักการของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนี้ กำหนดไว้ว่าต้องมีบทบาทในการเสริมความปลอดภัยแก่ชุมชนและดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการป้องกันการบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมในการป้องกันจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (Preventive action must complement emergency action)

3.2 การผสมผสานในงานบริการอื่น ๆ

ผนึกกำลัง (integration) หน่วยงานกู้ชีพทุกระดับ เช่นพนักงานดับเพลิง (Firemen) ซึ่งในฝรั่งเศสนั้นมีบทบาททั้งงานกู้ภัยและกู้ชีพ (first rescuers and public ambulance-men) กู้ชีพจากภาคเอกชน (private ambulance-men) แพทย์ทั่วไป (private general practitioners) ไอซียูเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล(Hospital Mobile Intensive Care Units; H-MICU)

4. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลีย (Health service system for emergency conditions in Australia)

ข้อมูลทั่วไป

ออสเตรเลียเป็นประเทศที่เป็นเกาะที่ใหญ่ที่สุดและเป็นทวีปที่มีขนาดเล็กที่สุดในโลก มีเนื้อที่ 7.69 ล้านตารางกิโลเมตร เป็นประเทศที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับที่หก ประกอบด้วยรัฐ 6 รัฐ ได้แก่ นิวเซาท์เวลส์ (New South Wales) รัฐออสเตรเลียใต้ (South Australia) รัฐวิกตอเรีย (Victoria) รัฐควีนส์แลนด์ (Queensland) รัฐออสเตรเลียตะวันตก (Western Australia) รัฐแทสมาเนีย (Tasmania) และเขตปกครองตนเองอีก 2 แห่งคือ มณฑลนครหลวงออสเตรเลีย (Australian Capital Territory) และ มณฑลตอนเหนือ (Northern Territory) โดยมีเมืองหลวงชื่อเมืองแคนเบอร์รา (Canberra) ซึ่งตั้งอยู่ที่มณฑลนครหลวงออสเตรเลีย ส่วนชิดนีย์เป็นเมืองหลวงของรัฐนิวเซาท์เวลส์ เป็นเมืองเก่าแก่และใหญ่ที่สุดของออสเตรเลีย

ประชากรของออสเตรเลียนีประมาณ 19.08 ล้านคน ประกอบด้วยชาวพื้นเมืองและชนชาติต่าง ๆ ที่อพยพเข้ามาอยู่ ภาษาที่ใช้คือภาษาอังกฤษ การเมืองการปกครองเป็นแบบเสรีประชาธิปไตย รัฐบาลของออสเตรเลียแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ รัฐบาลสหพันธรัฐซึ่งมีนายกรัฐมนตรี (Prime Minister) เป็นผู้นำ รัฐบาลประจำรัฐต่าง ๆ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีประจำรัฐ (Premiers) เป็นผู้นำ และรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งบริหารโดยคณะเทศมนตรีที่ได้รับการเลือกตั้ง รัฐบาลสหพันธรัฐมีหน้าที่รับผิดชอบกิจการระดับประเทศ อาทิเช่น ด้านการพาณิชย์ การต่างประเทศและการโทรคมนาคม โดยมีรัฐบาลรัฐดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามนโยบายของสหพันธรัฐให้สำเร็จ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการศึกษา สวัสดิการสังคม และการบังคับใช้กฎหมาย ส่วนรัฐบาลท้องถิ่นมีหน้าที่ดูแลกิจกรรมในชุมชนต่าง ๆ เช่น การวางผังเมือง เทศบัญญัติการก่อสร้างอาคารและการกำจัดของเสีย ระบบรัฐสภาเป็นไปตามระบบของอังกฤษ ส่วนการบังคับใช้กฎหมายเป็นไปตามระบบกฎหมายของประเทศออสเตรเลีย รัฐบาลสหพันธรัฐมาจากการเลือกตั้งของประชาชน ทำหน้าที่ปกครองประเทศตามระบอบราชาธิปไตยภายใต้กฎหมาย สมเด็จพระราชินีอลิซาเบธที่ 2 แห่งสหราชอาณาจักรอังกฤษทรงดำรงตำแหน่งพระราชินีแห่งออสเตรเลียด้วย โดยมีผู้แทนพระองค์ในระดับรัฐ คือ ผู้ว่าการรัฐและในระดับสหพันธรัฐ คือ ผู้ว่าราชการสหพันธรัฐ

หลักการเบื้องต้น

งานเวชศาสตร์ฉุกเฉินในประเทศออสเตรเลียนีพัฒนาการมาจากหน่วยรถพยาบาล ตัวอย่างวิสัยทัศน์และพันธกิจของระบบการบริการรถพยาบาลเช่นระบบของนิวเซาท์เวล (The Ambulance

Service of New South Wales (ASNSW) ซึ่งเป็นหน่วยที่มีพัฒนาการมายาวนานกว่า 100 ปี เขียนกำหนดไว้ดังนี้

วิสัยทัศน์ : เป็นผู้นำของโลกในเรื่องการจัดการบริการรพพยาบาล เพื่อเตรียมการปกป้องชุมชน

พันธกิจ : เป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพ ที่ให้บริการที่มีคุณภาพสูงในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน การปฏิบัติการกู้ชีพ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีการจัดการองค์กรที่ดี ให้คุณค่ากับประชาชนและตอบสนองความต้องการของชุมชน

นิยามในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EMERGENCY MEDICINE) หมายถึงสาขาวิชาการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานบนพื้นฐานความรู้และทักษะในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกัน วินิจฉัยและรักษาโรคเฉียบพลันและการบาดเจ็บในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ทั้งความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลและภายในโรงพยาบาล (Emergency medicine is a field of practice based on the knowledge and skills required for the **prevention, diagnosis and management of acute and urgent aspects of illness and injury** affecting patients of all age groups with a full spectrum of undifferentiated physical and behavioural disorders, and including both prehospital and in-hospital phase.)

แพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EMERGENCY PHYSICIAN) คือแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจากสถาบันที่ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการ

สิทธิของประชาชนในการรับบริการทางสุขภาพ

รัฐบาลออสเตรเลียให้พลเมืองทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีมาตรฐานสูง โดยผ่านการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการ ประชาชนมีทางเลือกที่หลากหลายในการรับบริการ หน่วยหลักของระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติเรียกว่าเมดิแคร์ (Medicare) ซึ่งถูกสนับสนุนทางการเงินจากภาษีทั่วไป ช่วงทศวรรษสุดท้ายประมาณแปดเปอร์เซ็นต์ของรายได้ประชาชนถูกใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ งบประมาณด้านสุขภาพปี 1999 สูงกว่า 22 พันล้านดอลลาร์ การใช้จ่ายเพื่อสุขภาพอยู่ที่ประมาณ 1 ใน 3 ของงบประมาณของรัฐ ประมาณหนึ่งในสามของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพถูกจ่ายผ่านทางภาคเอกชน รัฐบาลของรัฐและมณฑลมีการตอบสนองเบื้องต้นโดยก่อให้เกิดโรงพยาบาล โรงเรียน โปรแกรมทันตกรรม การอนามัยแม่และเด็ก บริการด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย การควบคุม

โรคและการดูแลสุขภาพ การรณรงค์ให้ภูมิคุ้มกันเช่นการปกป้องเด็กโดยให้ภูมิคุ้มกันโรคหัด การป้องกันคนแก่จากโรคไขหวัดใหญ่ โดยอาศัยภาคเอกชนร่วมมือกับรัฐบาล

เมื่อชาวออสเตรเลียเกิดเจ็บป่วยขึ้นมาพวกเขาสามารถจะไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner's: GP's) หรือสถานพยาบาลในท้องถิ่น (health center) หรือโทรศัพท์หาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและขอให้มาดูแลที่บ้าน หรือ ไปโรงพยาบาลรัฐบาลโดยไปที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แพทย์ทั้งที่อยู่โรงพยาบาลรัฐหรือเวชปฏิบัติทั่วไปจะวินิจฉัยสิ่งที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นและจัดการให้คำแนะนำสำหรับการรักษาที่เหมาะสม รวมถึงถ้าหากจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล หรือให้การรักษาต่อ และการดูแลต่อเนื่องภายในชุมชน หรือการส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญ

ผู้ป่วยได้รับการประกันสุขภาพโดยรัฐภายใต้โครงการเมดิแคร์ สิทธิในการรับการบริการภายใต้เมดิแคร์นั้นครอบคลุมทั้งการรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทาง ครอบคลุมทั้งการบริการทางการแพทย์ที่จัดเตรียมไว้ในชุมชนหรือเมื่อเป็นผู้ป่วยเอกชนทั้งในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน สามารถเลือกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เหมาะสมได้ สามารถไปพบเวชปฏิบัติทั่วไปได้บ่อยเท่าที่ต้องการ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถส่งตรวจทางพยาธิสภาพและทางรังสีได้หรือส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ ได้

ถ้าหากว่าเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเกิดอุบัติเหตุขึ้น สามารถตรวจกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในท้องถิ่น หรือถ้าหลังจากเวลาทำการสามารถไปติดต่อที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประชาชนจะได้รับการตรวจสอบโดยพยาบาลหรือแพทย์ตามปัญหาทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น การบริการที่ได้รับจะขึ้นอยู่กับปัญหาและความรุนแรง ผู้ป่วยบางคนจะได้รับการรักษาในอุบัติเหตุและฉุกเฉินและหลังจากนั้นจะถูกส่งต่อไปยังแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของพวกเขาหรือคลินิกผู้ป่วยนอกเพื่อติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยบางคนจะได้รับการนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐในฐานะผู้ป่วยในเพื่อทำการสืบค้นโรคให้การรักษาหรือผ่าตัด

ผู้ป่วยสามารถเลือกที่จะเป็นผู้ป่วยของรัฐหรือเอกชน โดยปกติแล้วจะไม่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสำหรับบริการที่ได้รับในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินและเมื่อเป็นผู้ป่วยใน ถ้าถูกส่งต่อให้เป็นผู้ป่วยนอก รูปแบบการจ่ายอาจมีการเปลี่ยนแปลง

องค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินของออสเตรเลียมีความคล้ายคลึงกับสหรัฐอเมริกา คือมีการพัฒนาทั้งส่วนที่เป็นการรักษาก่อนโรงพยาบาล และการรักษาในห้องฉุกเฉิน รวมทั้งมีการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่เป็นแกนหลักของการพัฒนาระยะยาว อย่างไรก็ตามการพัฒนาหน่วยงานหน่วยฉุกเฉินในส่วนก่อนโรงพยาบาลมีประวัติศาสตร์ที่ยาวนานกว่า มีความเข้มแข็งและมีความเป็นเอกภาพมากกว่า

1. ระบบการรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน

1.1 การแจ้งเหตุ

เมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินประชาชนสามารถโทรแจ้งเหตุที่หมายเลข 000 ศูนย์เชื่อมโยงสื่อสารจะสามารถเชื่อมโยงการแจ้งเหตุไปหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเช่น ตำรวจ ดับเพลิง และหน่วยรถพยาบาล

1.2 ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์

ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ที่รับเหตุต่อจากศูนย์แจ้งเหตุจะตั้งอยู่ที่หน่วยฉุกเฉิน (หน่วยรถพยาบาลต่าง ๆ)

1.3 ระบบดูแลรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital care)

หน่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนามาจากหน่วยรถพยาบาลทำงานครอบคลุมทั้งงานภาวะฉุกเฉินและการบริการรถพยาบาลทั่วไป รวมทั้งรับผิดชอบเมื่อเกิดสาธารณภัยด้วย

หน่วยรถพยาบาลของออสเตรเลียได้จัดเตรียมการดูแลภาวะฉุกเฉินไว้ทั้งด้านบุคลากร เครื่องมือและพาหนะ เช่น หน่วยของนิวเซาท์เวลส์ ได้มีการจัดบริการดังนี้

ด้านบุคลากร: นอกจาก paramedics ที่ต้องผ่านการฝึกอบรมแล้วยังได้จัดเตรียม SCAT-Special Casualty Access Team ประกอบด้วยพนักงานช่วยชีวิตที่ได้รับการฝึกฝนให้พวกเขาสามารถเข้าถึงและให้การรักษายาบาลผู้ป่วยภายใต้สถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การใช้เชือก ทักษะการเอาชีวิตรอด การติดต่อกับเฮลิคอปเตอร์ การอ่านแผนที่หรือการนำทาง เทคนิคการนำทางการปีนหน้าผา ฯลฯ

ด้านยานพาหนะ: นอกจากรถพยาบาลแล้วยังมีการให้บริการ Air Ambulance ซึ่งมีบทบาทในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วและให้กลับบ้าน รวมถึงการเคลื่อนย้ายระหว่างรัฐ

การให้บริการโดยรถมอเตอร์ไซด์ ซึ่งเกิดขึ้นด้วยความต้องการที่จะลดเวลาในการตอบสนองในช่วงฉุกเฉินให้ทันเวลาที่ ทำให้พนักงานช่วยชีวิตสามารถผ่านการจราจรของชิตินี้ไปยังที่เกิดอุบัติเหตุหรือที่ต้องการความช่วยเหลือของพนักงานช่วยชีวิต

การให้บริการโดยรถที่สามารถวิ่งในทิมะ 2 คันและให้บริการด้วยสกีสำหรับตอบสนองต่อผู้บาดเจ็บจากการเล่นสกีและนำพวกเขาออกมาสู่ศูนย์การแพทย์ของหุบเขาและนำส่งต่อโรงพยาบาลต่อไป

ASNSW มีการแบ่งประเภทของรถพยาบาลออกเป็นหลายประเภทดังนี้

- ประเภทที่หนึ่ง รถพยาบาลเพื่อให้การดูแลที่เร่งด่วน (Intensive Care vehicles)
- ประเภทที่สอง รถพยาบาลเพื่อใช้ในการปฏิบัติการในเหตุฉุกเฉินทั่วไป
- ประเภทที่สาม รถพยาบาลเพื่อใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั่วไปเช่นผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ใช้ในการปฏิบัติงานประจำวันในการเคลื่อนย้ายและปกติจะไม่ใช้สำหรับอุบัติเหตุ
- ประเภทที่สี่ รถพยาบาลที่ใช้ในสถานที่ที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่นหาดทราย ป่า ภูเขาที่ขรุขระและภูเขาที่ปกคลุมไปด้วยหิมะ ประกอบด้วยรถพยาบาลที่มีลักษณะเหมาะสมของแต่ละงาน เช่น รถที่วิ่งบนหิมะ หรือรถมอเตอร์ไซด์
- ประเภทที่ห้าคือ รถพยาบาลสำหรับเคลื่อนย้ายเด็กแรกเกิดซึ่งต้องมีเครื่องมือต่างๆที่เฉพาะเจาะจงเท่านั้น

1.4 ห้องฉุกเฉิน (emergency department)

ประเทศออสเตรเลียมีแนวทางการพัฒนาห้องฉุกเฉินเช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา กล่าวคือเน้นการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่ เพื่อทำงานประจำในห้องฉุกเฉิน

Australian Medical Workforce Advisory Committee (AMWAC) ร่วมกับ Australian College for Emergency Medicine (ACEM) และ Commonwealth/State/Territory health departments ต่างๆ ได้ศึกษาความต้องการแพทย์สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่ที่จะพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในรายงานได้แสดงไว้ว่าประเทศออสเตรเลียมีความต้องการทั้งสิ้น 1200 คน ดังนั้นจะทำการผลิต 120 คนต่อปีตั้งแต่ปี 1997 ถึง 2007 หลังจากนั้นจะผลิต 25 คนต่อปีเพื่อรักษาระดับผู้ปฏิบัติงานไว้ให้คงที่

แพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินในปัจจุบันร้อยละ 54.2 อยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ร้อยละ 83.4 อยู่ในเขตเมืองหลวงของรัฐต่างๆ ร้อยละ 81.4 อยู่ในรัฐ 3 รัฐคือ New South Wales, Victoria และ Queensland แพทย์ในสาขานี้ร้อยละ 54.5 มีอายุน้อยกว่า 40 ปี ร้อยละ 18 เป็นผู้หญิง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแพทย์ประจำบ้านสาขานี้ที่กำลังรับการฝึกอบรมอยู่พบว่าร้อยละ 29 เป็นผู้หญิงดังนั้นในอนาคตแพทย์ผู้หญิงจะมีมากขึ้น เวลาในการทำงานของแพทย์สาขานี้ประมาณ 31 ถึง 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ในปัจจุบันมีสถาบันที่ทำการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินนี้ 68 แห่ง มีอัตราการขยายตัวร้อยละ 46.7 สถาบันดังกล่าวอยู่ใน New South Wales ร้อยละ 41.2 ใน Victoria ร้อยละ 23.5% และใน Queensland ร้อยละ 14.7

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของ AMWAC/ACEM พบว่าร้อยละ 72 มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่เพียงพอ คณะทำงานได้แนะนำวิธีการแก้ไขปัญหานี้คือการฝึกอบรมระยะสั้นและปรับโครงสร้างพื้นฐานเพื่อรองรับแพทย์สาขานี้ให้สามารถทำงานอยู่ได้

คณะทำงานได้แนะนำว่าห้องฉุกเฉินต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินทำงานอยู่โดยประมาณไว้ว่าในโรงพยาบาลใหญ่ระดับที่เป็นศูนย์ที่รับส่งต่อจากที่อื่น ต้องมีแพทย์เฉพาะทางสาขานี้อยู่ 11 คน ในโรงพยาบาล major provincial hospital ต้องมี 6 คน โรงพยาบาลระดับ major rural hospitals ต้องการ 2 คน ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กต้องการเพียงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และระบบบริหารจัดการการส่งต่อที่ดี

ในการพัฒนาระบบในห้องฉุกเฉิน การคัดกรอง (triage) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ออสเตรเลียได้มีการกำหนด National triage scale เพื่อให้มีการคัดกรองในแบบเดียวกันทั้งนี้จะมีประโยชน์ทั้งการนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับกันระหว่างโรงพยาบาลเพื่อการตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพ และมีประโยชน์ในการจัดระบบความเชื่อมโยงกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชน

NATIONAL TRIAGE SCALE	TREATMENT ACUITY
Resuscitation	ต้องได้รับการตรวจทันที
Emergency	ต้องได้รับการตรวจภายใน 10 นาที
Urgent	ต้องได้รับการตรวจภายใน 30 นาที
Semi-Urgent	ต้องได้รับการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง
Non-Urgent	ต้องได้รับการตรวจภายใน 2 ชั่วโมง

ACEM กล่าวไว้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องทั้งโดยการบริหารจัดการและโดยจริยธรรมทางการแพทย์ที่จะให้ผู้ป่วยต้องรอนานเกินกว่า 2 ชั่วโมงในการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน การรอนานขนาดนั้นบ่งบอกถึงความล้มเหลวในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและคุณภาพของการบริหารจัดการ

สำหรับการพัฒนาห้องฉุกเฉินนี้พบว่ามีความพยายามในการผสมผสานกับงานเวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชน จากเอกสาร A STUDY OF HOSPITAL OUTPATIENT AND EMERGENCY DEPARTMENT SERVICES (Commonwealth of Australia 1992) ซึ่งเป็นเอกสารเชิงยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่ศึกษาถึงบทบาทที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลรัฐในการเตรียมการให้บริการ โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 13 โรงพยาบาลจากรัฐต่าง ๆ พบว่าการดูแลรักษาในห้องฉุกเฉินมีลักษณะที่สำคัญดังนี้

- ร้อยละ 15 ของผู้ที่มาแผนกฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจได้ชัดเจนว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาเพียง primary care อีกร้อยละ 15 ควรจะเป็นผู้ป่วย primary care เช่นกันแต่อาจจะมีบางประเด็นที่ยังคงเป็นปัญหาในการตัดสินใจให้ผู้รับบริการยอมรับได้
- มีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่มีประกันสุขภาพมารับบริการสูง
- มีลักษณะของปัญหาผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีความคล้ายคลึงกันของงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและเวชศาสตร์ทั่วไป เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ หอบหืด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาของผู้ป่วยในงานห้องฉุกเฉินจะเป็นปัญหาการบาดเจ็บมากกว่าการเจ็บป่วยทั่ว ๆ ไป และจะเป็นการเจ็บป่วยเฉียบพลันมากกว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง
- ร้อยละ 20.9 มาที่แผนกฉุกเฉินเพราะแพทย์ที่อยู่นอกโรงพยาบาลได้ส่งต่อหรือแนะนำให้มา
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่คุ้นเคยกับที่ตั้งของโรงพยาบาล โดยจะพบว่า 79.8 ของผู้ป่วยที่ถูกสัมภาษณ์เคยเป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลแห่งนั้นด้วยตนเองหรืออย่างน้อยสมาชิกของครอบครัวหนึ่งคนเคยเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาล
- ช่วงเวลาของวันที่เป็นปัจจัยในการที่ผู้ป่วยเลือกใช้แผนกฉุกเฉิน มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเบื้องต้นที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน (ร้อยละ 53.4) คือหลังจากทำโมเมนต์และก่อนเก้าโมงเช้า ในอีกทางหนึ่งก็คือแผนกฉุกเฉินไม่ใช่ตัวเลือกที่แท้จริง แต่เป็นเพราะว่าทางเลือกอื่นไม่มีให้บริการ

ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีความจำเป็นต้องนำมาพิจารณา สำหรับการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรที่เฉพาะเจาะจงบางกลุ่มเพื่อให้ได้รับการบริการแบบองค์รวมตลอดเวลา

คลินิกการรักษาพยาบาลเบื้องต้นภายในแผนกฉุกเฉิน เป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็นไปได้ซึ่งน่าจะเป็นกระแสหลักในการปรับปรุงการให้บริการและประกันในการเข้าถึงบริการ มีการตั้งสำเร็จแล้วในบางโรงพยาบาลในออสเตรเลีย ซึ่งคนทำงานคือแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไปหรือโดยการผสมผสานกันระหว่างโรงพยาบาลกับแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป

การปรับปรุงเครือข่ายการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลกับเวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชนอย่างเป็นระบบซึ่งจะสามารถลดการใช้บริการห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น ลดปัญหาการส่งต่อที่ไม่เหมาะสม และเป็นการเชื่อมโยงระบบบริการฉุกเฉินกับชุมชนด้วย สิ่งที่น่าจะเป็นการเริ่มต้นที่ดีคือการสร้างเครือข่ายระบบข้อมูลอย่างเป็นทางการที่เชื่อมระหว่างงานเวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชนกับแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล

2. การสนับสนุนระบบ

2.1 การกำหนดกฎหมาย (legislation)

ในประเทศออสเตรเลียได้มี Ambulance Service Act ปี 1990 กำหนดให้รัฐบาลท้องถิ่น มีหน้าที่จัดหาและกำกับดูแลงานบริการรถพยาบาลฉุกเฉินแก่ประชาชนและระบบการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล

2.2 ระบบการเงิน (system finance)

ระบบบริการในภาวะฉุกเฉินใน New South Wales, Victoria ดำเนินการโดยรัฐบาล ในขณะที่ West Australia และ Northern Territories ดำเนินการโดย St.John Ambulance Association ซึ่งเป็นองค์กรสาธารณกุศล โดยมีการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐนั้นๆ ประเทศออสเตรเลียไม่มีบริการรถพยาบาลของเอกชนการบริหารจัดการด้านการเงินของระบบนั้นโดยส่วนหนึ่งมาจากการจ่ายโดยรัฐซึ่งมาจากภาษี

ทั่วไป ในกรณีฉุกเฉินการเรียกใช้รถพยาบาลและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ รวมทั้งการรักษาในห้องฉุกเฉินและการรักษาแบบผู้ป่วยใน อย่างไรก็ตามการเรียกใช้รถพยาบาลในกรณีอื่นและการนัดตรวจต่อเนื่องในลักษณะผู้ป่วยนอกมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้นที่มีความแตกต่างกันในการจ่ายขึ้นกับลักษณะกองทุนสุขภาพที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน

ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำสำหรับการเคลื่อนย้ายโดยรถพยาบาลสำหรับ 16 กิโลเมตรแรกคือ \$143 และเพิ่มขึ้นกิโลเมตรละ \$3.65 จนกระทั่งสูงสุดที่ \$3416 ค่าใช้จ่ายรถพยาบาลดังกล่าวเป็นลักษณะของการเดินทางประจำซึ่งคำนวณจากที่ตั้งของรถพยาบาลที่อยู่ใกล้กับสถานที่ไปรับและนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดจนกระทั่งการเดินทางกลับที่ตั้งของรถพยาบาล ผู้ที่เกษียณอายุหรือผู้ที่ถือบัตรสุขภาพมีสิทธิได้รับการเดินทางโดยรถพยาบาลฟรีทั่วออสเตรเลีย

สำหรับกองทุนสุขภาพส่วนใหญ่จะครอบคลุมการให้บริการรถพยาบาลภายใต้มาตรฐานของแต่ละกองทุน ผู้ที่มีภูมิลำเนาในนิวเซาท์เวลส์ที่มีกองทุนสุขภาพที่ครอบคลุมถึงรถพยาบาลและครอบคลุมการเคลื่อนย้ายในรัฐและมณฑลอื่น ๆ

สำหรับการเคลื่อนย้ายระหว่างรัฐนอกเหนือจากการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้อำนาจของแพทย์เวชปฏิบัติที่เห็นสมควรจะได้รับภายใต้ข้อกำหนดระหว่างรัฐ

ถ้าไม่ใช่ผู้ที่เกษียณอายุ หรือผู้ที่ถือบัตรสุขภาพ และไม่ได้อยู่ภายใต้กองทุนสุขภาพใด การใช้รถพยาบาลในการเคลื่อนย้ายจะมีค่าใช้จ่ายที่สูง รัฐจะแนะนำให้เข้ามาอยู่ในแผนการประกันสำหรับรถพยาบาลของรัฐ โดยเสียค่าใช้จ่ายประมาณ \$86.40 ต่อปีสำหรับครอบครัวและ \$43.20 สำหรับบุคคล

2.3 ทรัพยากรบุคคล (human resource)

เวชกรฉุกเฉิน (Paramedic): ในประเทศออสเตรเลียเรียกเวชกรฉุกเฉินนี้ว่า ambulance officer ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี โดยเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติงานสนาม พนักงานช่วยชีวิตจะถูกฝึกในระดับคลินิกขั้นสูงสุดสำหรับงานบริการรถพยาบาล และจะได้รับการฝึกให้ทำหัตถการต่างๆ ตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นในฐานะพนักงานรถพยาบาลรวมถึง cannulation, endotracheal intubation, insertion of intra-gastric tubes, intra-osseous needle ,decompression tension pneumothorax, administration of intravenous and intramuscular drugs, ECG monitor and interpretation and manual defibrillation

พนักงานดูแลเบื้องต้น(Primary Care Ambulance Officer): มีหน้าที่ให้การดูแลแก่ประชาชนที่ป่วยหรือได้รับบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาล พนักงานดูแลเบื้องต้นจะให้การรักษาเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่คงที่ในระหว่างการนำส่ง นอกจากนี้พนักงานดูแลเบื้องต้นยังต้องสามารถระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาให้บริการเช่น รถกู้ภัย ตำรวจ และพนักงานรถพยาบาลอื่น ๆ หรือเฮลิคอปเตอร์ พนักงานดูแลเบื้องต้นต้องประเมินเหตุการณ์อย่างรวดเร็วและตัดสินใจว่าอะไรเป็นทรัพยากรที่ต้องการสำหรับช่วยรักษาผู้ป่วย

พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วย: พนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยปฏิบัติงานให้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประเภทต่าง ๆ ที่ไม่ฉุกเฉินเช่นการพาผู้ป่วยไปตรวจตามนัด การผ่าตัด การส่งกลับบ้าน รวมถึงการส่งต่อ ฯลฯ

แพทย์และพยาบาล : หน้าที่หลักคือการทำงานในห้องฉุกเฉิน มีการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินทั้งแพทย์และพยาบาล

3. การผสมผสานกับระบบสุขภาพ (INTREGRATION TO HEALTH SERVICES)

การพัฒนาหน่วยฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (prehospital care) ในออสเตรเลียพัฒนามาเป็นระยะเวลายาวนานในรูปแบบของหน่วยรถพยาบาล (ambulance service) ซึ่งมีความรับผิดชอบทั้งส่วนที่เป็นการดูแลภาวะฉุกเฉิน และทั้งส่วนบริการสุขภาพด้านอื่นที่ต้องใช้รถพยาบาล ดังนั้นจึงมีความผสมผสานอยู่กับระบบบริการสุขภาพอื่นๆ อยู่แล้วเช่นเดียวกับที่พบในระบบบริการของประเทศในยุโรป

5. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศสวีเดน (Health service system for emergency conditions in Sweden)

ข้อมูลทั่วไป

สวีเดนเป็นประเทศที่มีพื้นที่ 450,000 ตารางกิโลเมตร มีพลเมืองประมาณ 8 ล้านคน แบ่งการปกครองท้องถิ่นออกเป็น 23 county councils แต่ละแห่งประกอบด้วย municipalities อีกหลายเขต ภาวะสุขภาพในสวีเดนจัดได้ว่าอยู่ในระดับแนวหน้า อัตราตายทารกแรกเกิดอยู่ในระดับต่ำมากคือ 4.1 ต่อ 1,000 การคลอดมีชีพ โรคหัวใจเป็นเหตุของการตาย และเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามอัตราการตายรวมลดลงมาตั้งแต่ปี 1980 life expectancy อยู่ที่ 76.5 ปีในผู้ชาย และ 81.5 ปีในผู้หญิง อัตราการตายจากโรคหัวใจ อุบัติเหตุ แอลกอฮอล์ การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทั้งหมด การเจ็บป่วยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นคือโรคมะเร็ง โรคอ้วน และผู้สูงอายุ คนแก่มีมากขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ประเทศสวีเดนนับได้ว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีสัดส่วนของคนสูงอายุมากที่สุดในโลกคือร้อยละ 18 ของประชากรเป็นผู้มีอายุมากกว่า 65 ปี

สวีเดนมีโรงพยาบาลชุมชน (health center or district county hospitals) ตามพื้นที่ต่างๆ และโรงพยาบาลระดับ county รวมประมาณ 80 แห่ง อยู่ในความรับผิดชอบของ 23 county council และ 3 local authority (Gothenburg, Malm, and Gotland) ในแต่ละ county council มีประชากรประมาณ 60000 ถึง 1.7 แสนคน ในระดับภาคมี 6 regional hospitals ซึ่งมี specialist และ sub-specialist สาขาต่างๆครบถ้วนเช่น neurosurgery, thoracic surgery, plastic surgery และมี highly specialised laboratories แต่ละ region มีประชากร 9 แสน ถึง 1.9 ล้านคน ประชาชนสามารถเลือกโรงพยาบาลได้เอง ในระดับ primary care ไปโรงพยาบาลระดับ county council โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวได้ แต่ในระดับ county ไป region ต้องมีใบส่งตัว

ในประเทศสวีเดนมีนักการเมือง 3 ระดับ คือ central government, county council และ local authority นักการเมืองทั้งสามระดับมีบทบาทในการจัดการบริการสวัสดิการสังคมโดยบริหารจากเงินภาษีประชาชน รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดหลักการพื้นฐานในการจัดการบริการทางสุขภาพโดยผ่านทางกฎหมายและบทบัญญัติต่างๆเช่น Health and Medical Services Act of 1982 ที่ได้กำหนดไว้ว่าประชาชนทุกคน ต้องได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีความเสมอภาค และเข้าถึงบริการได้ง่าย

ในปี 1992 รัฐบาลกลางโดย the Ministry of Health and Social Affairs and the Federation of County Councils ได้ประกาศรับรองการเข้าถึงระบบบริการของประชาชนไว้ดังนี้

“งานบริการระดับปฐมภูมิจะต้องตอบสนองในวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อขอรับการรักษา หากแพทย์ใน primary unit ทำการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยจะได้รับการปรึกษาภายใน 8 วัน ถ้าจำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางจะต้องได้พบภายใน 3 เดือน หรือ 1 เดือนหากไม่สามารถวินิจฉัยบ่งบอกโรคได้ชัดเจน”

หลักการเบื้องต้น

สิทธิของประชาชน

ระบบสุขภาพของสวีเดนได้กำหนดจุดมุ่งหมายไว้เพื่อ การมีสุขภาพที่ดีและเสมอภาคในการเข้าถึงสำหรับทุกคน (good health and equal access to health services for everyone)

หลักการพื้นฐานคือ รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการและจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายแก่ประชาชนทั้งหมด (A fundamental principle of the health care system is that it is a public sector responsibility to provide and finance health services for the entire population.)

หน่วยงานที่มีความรับผิดชอบในการจัดบริการทางการแพทย์คือ county councils ซึ่งจะบริหารจัดการจากเงินภาษีที่เก็บจากประชากรท้องถิ่น ดังนั้นจะมีนักการเมืองท้องถิ่นในพื้นที่ 21 แห่งที่รับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพในสวีเดน ลักษณะการจัดบริการสุขภาพยึดถือคุณลักษณะที่สำคัญ 2 ประการที่จะต้องดำรงไว้คือ กระจายอำนาจและเป็นประชาธิปไตย (decentralised and it is run on democratic principles.)

องค์ประกอบต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศสวีเดน

1. ระบบการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1 การแจ้งเหตุ

ประชาชนสามารถโทรศัพท์แจ้งเหตุได้หมายเลขเดียวคือ 112

1.2 ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์

ศูนย์กลางการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (alarm center) และศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ในสวีเดนเป็นศูนย์เดียวกัน เป็นลักษณะแบบรวมศูนย์มีขนาดที่ใหญ่มาก นับว่าใหญ่ที่สุดในทวีป ยุโรป มีศูนย์ใหญ่อยู่ที่ Stockholm เรียกว่า SOS alarm และมีศูนย์ย่อยอยู่ตาม county councils ต่างๆ มีแพทย์ประจำเป็นวิสัญญีแพทย์รับผิดชอบในการสั่งการศูนย์ เป็นที่ปรึกษาแก่นักงานฉุกเฉินที่ปฏิบัติ

หน้าที่บนรถพยาบาล รับผิดชอบควบคุมการส่งออกของรถพยาบาล ศูนย์ยังรับหน้าที่เชื่อมโยงต่อไปยังตำรวจหรือดับเพลิงด้วย ศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง มีระบบแสดงหมายเลขอัตโนมัติโนมัตติกา (automatic number identity (ANI)) และบอกที่อยู่ของผู้ป่วยตามที่แจ้งไว้ได้ทันที (automatic location identity (ALI)) นอกจากนี้ยังมีระบบ Automatic vehicle location (AVL) เพื่อติดตามสถานะการใช้รถพยาบาลได้ตลอดเวลาและสามารถส่งโทรสารไปยังรถพยาบาลได้อีกด้วย

งบประมาณในการดำเนินการศูนย์แจ้งเหตุนี้มาจากภาษีส่วนท้องถิ่น และบางส่วนได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง

1.3 ระบบการดูแลรักษาก่อนโรงพยาบาล (Prehospital care)

การจัดให้มีหน่วยฉุกเฉินที่ทำการรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาลเป็นความรับผิดชอบของแต่ละ county council บางแห่งจะดำเนินการเอง แต่บางแห่งจะใช้วิธีซื้อบริการจากภาคเอกชนเป็นช่วงเวลา เช่น 1--3 ปี เป็นต้น การบริการนี้ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล

ในการจัดการจะมีการวางกำลังของสถานีรถพยาบาล (ambulance station) ไว้ตามจุดสำคัญของเมืองเช่นที่ Stockholm มีการวางไว้ที่ 4 จุดใหญ่ และสถานีย่อยอีก ไม่มีการแบ่งแยกรถพยาบาลเป็นแบบพื้นฐาน (basic life support) และกู้ชีพขั้นสูง (advanced life support) เช่นในฝรั่งเศสหรือออสเตรเลีย อย่างไรก็ตามในกรณีที่ผู้ป่วยหนักศูนย์สื่อสารจะสั่งการรถที่ปรึกษาซึ่งอาจจะเป็นพยาบาล แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือวิสัญญีแพทย์ประจำรถเข้าไปช่วยในที่เกิดเหตุ รถที่ปรึกษาจะเป็นรถเล็กไม่สามารถนำส่งผู้ป่วยได้จะมีแต่แพทย์หรือพยาบาลและเครื่องมือเท่านั้น ทั้งนี้เพื่อสนับสนุนงานของพนักงานรถพยาบาลเท่านั้น

ตามกฎหมายเกี่ยวกับการบริการการแพทย์และสาธารณสุข county councils เป็นผู้รับผิดชอบสำหรับงานการดูแลรักษาก่อนโรงพยาบาล เดิมทีงานการดูแลรักษาก่อนโรงพยาบาลไม่มีความต่อเนื่องกับงานห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล แต่ทุกวันนี้ระบบเริ่มมีความเชื่อมโยงกับแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆในโรงพยาบาล

THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE ได้เน้นว่าระบบการดูแลรักษาก่อนโรงพยาบาลจะต้องมีความเสมอภาค ประชาชนที่อยู่ในเขตต่างๆจะต้องได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน

1.4 ห้องฉุกเฉิน (emergency department)

แนวคิดของการพัฒนาระบบบริการในภาวะฉุกเฉินของประเทศสวีเดนเดิมไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาห้องฉุกเฉินและแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยเล็งเห็นว่าการดูแลสุขภาพมีความเฉพาะทางมากขึ้น ยากเกินกว่าที่โรงพยาบาลที่มีไว้เพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินจะสามารถพัฒนาตนเองได้ทันตามความก้าวหน้าของวิชาการ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการขนส่งผู้ป่วยไปยังหน่วยรักษา

เฉพาะทางให้เร็วขึ้น (Health care is developing towards more specialised units. This means that it has become more difficult to achieve full competence in all emergency hospitals. This, in turn, raises the importance of supplying medical competence to injured/ill patients and a rapid transport to the required specialised units.)

ดังนั้นหัวใจของระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในสวีเดนจึงไม่ได้อยู่ที่ห้องฉุกเฉินแต่อยู่ที่ศูนย์สื่อสารและระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยสู่ระบบแพทย์เฉพาะทาง

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่บ่งบอกว่าด้วยวิธีการบริหารจัดการในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลขนาดใหญ่กลับได้รับการดูแลที่ไม่ดีเมื่อเปรียบเทียบกับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเล็กเนื่องจากในโรงพยาบาลใหญ่มักถูกตรวจโดยแพทย์ที่ขาดประสบการณ์และปรึกษาแพทย์อาวุโสตามลำดับซึ่งทำให้เสียเวลาและเกิดความบกพร่องขึ้นได้มากกว่า

2. การสนับสนุนระบบ

2.1 กฎหมาย (legislation)

ในสวีเดนได้มีกฎหมายกำหนดให้แต่ละ county council จัดบริการสุขภาพประชาชนอย่างเสมอภาค และจัดระบบบริการก่อนโรงพยาบาลให้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

2.2 ระบบการเงิน (system finance)

ระบบก่อนโรงพยาบาลทั้งหมดได้รับการสนับสนุนโดยรัฐบาลท้องถิ่นตามกฎหมายที่กำหนดไว้ให้ดำเนินการจัดระบบฉุกเฉินในชุมชน

สำหรับในโรงพยาบาลนั้นค่าใช้จ่ายเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินประชาชนต้องจ่าย SEK 120 (480 บาท) ถึง SEK 250 (1000 บาท) ต่อครั้ง ถ้าเป็นการพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแบบผู้ป่วยนอกต้องจ่าย SEK 100 (400 บาท) ถึง SEK 140 (560 บาท) ต่อครั้ง เมื่อเป็นผู้ป่วยในต้องจ่าย SEK 80 (320 บาท) ต่อวัน แล้วแต่แต่ละ county council อย่างไรก็ตามประชาชนจะจ่ายสูงสุดเพียง SEK 900 ต่อปีหลังจากนั้นจะฟรีตลอด เด็กและวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

ประชาชนจะต้องจ่ายค่ายาสูงสุดเท่ากับ SEK 900 ต่อครั้ง (3600 บาท) และไม่เกิน SEK 1,800 ต่อปี The National Corporation of Swedish Pharmacies (Apoteket AB) เป็นผู้ขายปลีกแต่ผู้เดียว โดยมีร้านขายยาทั้งสิ้น 885 ร้าน

ในปี 1996 สวีเดนใช้จ่ายค่าบริการสุขภาพ 7.6% ของ GNP 90% ถูกจ่ายโดย county councils ในจำนวนนี้ 77%(1997) จ่ายโดยภาษี

ในปี 1992-7 รัฐบาลกลางได้ลดอัตราภาษี ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาพยาบาลต้องถูกตัดลง ดังนั้นจึงมีการลดค่าใช้จ่ายด้านนี้ลงปีละ 1.5% แนวโน้มการรักษาพยาบาลจึงเปลี่ยนจากผู้ป่วยในเป็นผู้ป่วยนอกมากขึ้น จากเดิมปี 1985 ซึ่งมีการใช้เตียง 4.4 ต่อ 1000 ลดเหลือ 2.7 per 1,000 ในปี 1997 การบริการผู้ป่วยนอก ระบบการดูแลก่อนโรงพยาบาล และระบบการดูแลที่บ้านจึงเพิ่มความสำคัญมากขึ้น

2.3 ทรัพยากรบุคคล (human resource)

หน่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลของสวีเดนประกอบด้วยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมแตกต่างกัน

paramedics จะได้รับการฝึกเพียง 7-20 สัปดาห์ โดยทั่วไปฝึกอบรมเพื่อให้มีความสามารถในการเร่งรัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุ การกู้ชีพเบื้องต้นและการทำ defibrillation

paramedic อาจมาจาก assistant nurses จนถึง registered nurses ซึ่งได้รับการฝึกเพิ่มเติม การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน แนวโน้มในระยะหลัง county councils จะจ้าง registered nurses มากขึ้น ในบาง county councils ได้พัฒนาบุคลากรที่มีอยู่แล้วโดยส่งเรียนต่อจนได้เป็น registered nurse

National Board of Health and Welfare ได้กำหนดให้ county councils พัฒนาบุคลากรใน ambulance services ให้มีคุณภาพเทียบเท่า registered nurse ภายใน 5 ปี

สำหรับแพทย์นั้น ในสวีเดนเช่นเดียวกับในฝรั่งเศสคือวิสัญญีแพทย์มีบทบาทสูงในระบบฉุกเฉินโดยเฉพาะการส่งการที่ศูนย์สื่อสารซึ่งเป็นหัวใจของระบบ เดิมไม่มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

ในปัจจุบันเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแนวคิดในการพัฒนางานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยเริ่มมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินใน Karolinska hospital เป็นรุ่นแรกในปี 2000 จำนวน 6 คน และมีแนวโน้มจะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

3. การผสมผสานกับระบบสุขภาพเดิม

ในประเทศสวีเดน ความสนใจในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุมีมาช้านาน และเป็นประเทศที่จัดได้ว่ามีองค์กรที่ชัดเจนในการต่อสู้กับปัญหาอุบัติเหตุ ระบบการเฝ้าระวังการบาดเจ็บเป็นสิ่งที่สวีเดนได้พัฒนาฐานข้อมูลของห้องฉุกเฉินมาใช้ประโยชน์ และนำไปสู่โครงการป้องกันที่ได้ผลอีกมากมายรวมทั้งทำให้เกิดการรายงานจากห้องฉุกเฉินด้วยวิธีเดียวกันทั่วทั้งยุโรป ขณะนี้มีโครงการวิจัยที่จะใช้ฐานข้อมูลของหน่วยฉุกเฉินในการป้องกัน

6. บทสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินสำหรับสังคมไทย

ระบบบริการฉุกเฉินในประเทศไทย: ปัญหาที่ยังคงอยู่

ปัญหาของการจัดบริการสุขภาพฉุกเฉินในสังคมไทยยังคงดำรงอยู่ อันจะเห็นได้จากการรายงานตัวอย่างกรณีที่ไม่บรรลุความคาดหวังของสังคม (social expectation) กรณีที่สร้างความไม่พึงพอใจให้กับผู้รับบริการ (consumer expectation) รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่ได้รับการแก้ไข ตัวอย่างของปัญหาที่ยังดำรงอยู่เช่น การปฐมพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผิดวิธีของประชาชนเช่น การช่วยผู้ป่วยจมน้ำ การช่วยผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุรถยนต์ ประชาชนขาดความรู้ในการปฏิบัติการณ์กู้ชีพ ไม่มีการวางแผนช่วยเหลือตัวเองในชุมชน ประชาชนไม่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินจากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครกู้ภัยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดการควบคุมคุณภาพ ระบบการรักษานอกโรงพยาบาลและระบบการขนส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุยังไม่ครอบคลุมประชากร ประชาชนที่เจ็บป่วยหนักยังคงต้องหาวิธีเดินทางไปโรงพยาบาลเอง ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยสาเหตุจากผู้ป่วยไม่มีกำลังจ่าย ไม่มีหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชนเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ห้องฉุกเฉินในโรงเรียนแพทย์ยังคงปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นผู้ป่วยในเพียงเพื่อเก็บเตียงไว้สำหรับผู้ป่วยซับซ้อนที่น่าสนใจในการเรียนรู้ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่ถูกหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ไม่มีกลุ่มแพทย์ประจำห้องฉุกเฉิน ดังนั้นจึงไม่เกิดการพัฒนาคำถามความรู้ของงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ในโรงเรียนแพทย์ยังคงใช้นักเรียนแพทย์หรือแพทย์ประจำบ้านทำงานโดยขาดการตรวจสอบดูแล ขาดแพทย์และครูแพทย์ที่มีความประสงค์จะดูแลผู้ป่วยหรือสอนในห้องฉุกเฉิน ไม่มีระบบมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลหนึ่งไปยังอีกโรงพยาบาลหนึ่ง เช่นไม่ติดต่อโรงพยาบาลให้กับผู้ป่วย ไม่จัดรถพยาบาลให้ ไม่มีใบส่งตัว ผู้ป่วยไม่วิกฤตแต่เจ็บป่วยนอกเวลาทำการของ primary care unit อื่นๆ ยังคงเป็นส่วนเกินในระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการทุกระดับในห้องฉุกเฉินยังคงมีทัศนคติในการปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้

ในประเทศไทยได้มีความพยายามจัดตั้งระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินเช่นกันไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาหน่วยกู้ชีพบนเรณอร์ หน่วยกู้ชีพ SMART และหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลต่างๆ หรือการรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยและสื่อสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยรายการวิทยุจส100 ร่วมด้วยช่วยกัน แต่การพัฒนาเหล่านี้ยังเป็นเพียงความพยายามขององค์กร และเป็นเพียงการพัฒนาบางจุดในระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน ยังคงขาดการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารระดับสูงทั้งในส่วนงานการให้บริการ ส่วนงานการศึกษา และระบบการเมือง ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินจึงมีความต้องการการรวมพลังของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนทาง

ที่เหมาะสมทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดเครือข่ายความปลอดภัยในการคุ้มครองประชาชนเมื่อตกอยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินที่คาดหวังในสังคมไทย

จากตัวอย่างในประเทศพัฒนาจะเห็นได้ว่าการรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉินเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นที่รัฐจะต้องจัดทำให้ประชาชนอย่างเสมอภาคโดยมีหลักประกัน

สิทธิของประชาชนและหลักประกันสุขภาพ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะที่ทำให้ประชาชนต้องตกอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และนำไปสู่การตายและพิการในระยะเวลาอันสั้น ดังนั้นรัฐจึงต้องคุ้มครอง

ประชาชนทุกคนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะต้องได้รับการดูแลโดยรัฐ จะต้องมีกฎหมายที่กำหนดให้ทั้งรัฐบาลกลางและส่วนปกครองท้องถิ่นดำเนินการบริหารจัดการให้เกิดการบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จะต้องมีกฎหมายคุ้มครองให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาลต่างๆ ด้วยเงื่อนไขใดก็ตาม จะต้องกำหนดสิทธิพื้นฐานในเรื่องการรับบริการเมื่อมีภาวะฉุกเฉินให้ประชาชนทุกคนได้รับอย่างเท่าเทียมกัน

นิยาม “ภาวะฉุกเฉิน”

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันสำหรับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้กำหนดกฎหมาย จึงควรมีคำนิยามที่ชัดเจนก่อนที่จะกำหนดหลักการอื่นของการจัดระบบบริการดังนี้

ภาวะฉุกเฉินต่อสุขภาพ (emergency health condition) หมายถึงการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการบาดเจ็บซึ่งมีความรุนแรงที่ต้องการการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นแล้วจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการตาย พิการ หรือทุพพลภาพ ความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพนี้อาจเป็นจริงตามหลักวิชาการแพทย์หรือเป็นเพียงความเข้าใจของผู้รับบริการว่าตนเองอยู่ในความเสี่ยงนั้น

กรอบงานของ “ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน”

ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (emergency health service system) หมายถึงระบบบริการเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินต่อสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคต่างๆ

ระบบบริการฉุกเฉินจะต้องเป็น

1. ระบบที่สามารถป้องกันการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการบาดเจ็บได้

2. ระบบที่ให้การดูแลรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและการบาดเจ็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาในห้องฉุกเฉิน และส่งต่อถึงผู้ให้การรักษาต่อเนื่อง (continuity care)ต่อไป
3. ระบบที่ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายความปลอดภัยสุดท้ายของชุมชน คือคงไว้ซึ่งการบริการเมื่อระบบบริการสุขภาพอื่นไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยเงื่อนไขใดก็ตาม เช่น เงื่อนไขเวลา การจ่าย หรือภาวะวิกฤตของสังคม ดังนั้นจะต้องเป็นระบบบริการที่สามารถดำเนินการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และดำเนินการได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤตของชุมชน และต้องให้บริการด้วยความเสมอภาค โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้รับบริการ
4. ระบบที่สามารถเฝ้าระวังการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบาดเจ็บในชุมชนได้

องค์ประกอบของระบบบริการฉุกเฉินที่คาดหวัง

จากบทเรียนของระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในต่างประเทศ สามารถสร้างระบบบริการฉุกเฉินที่คาดหวังได้ดังนี้

1. ระบบการรักษาพยาบาลภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

1.1 ระบบการแจ้งเหตุ

ต้องมีระบบการแจ้งเหตุไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุ ซึ่งต้องเป็นวิธีการที่ง่ายที่ประชาชนจะเรียนรู้ได้เช่นการใช้หมายเลขโทรศัพท์หมายเลขเดียว ประชาชนควรจะเข้าถึงระบบได้แม้อยู่ห่างไกล

1.2 ศูนย์สื่อสารทางการแพทย์

จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

- ◆ รับเหตุได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- ◆ มีระบบแสดงหมายเลขอัตโนมัติโน้ตติกา (automatic number identity (ANI)) และบอกที่อยู่ของผู้ป่วยตามที่แจ้งไว้ได้ทันที (automatic location identity (ALI))
- ◆ ศูนย์สื่อสารจะต้องมีความสามารถในการพูดคุยเพื่อส่งบทสนทนาของผู้แจ้ง แนะนำการปฐมพยาบาล ก่อนที่หน่วยฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุ

- ◆ ศูนย์สื่อสารจะต้องทำหน้าที่เชื่อมโยงผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลที่ไม่ใช่แพทย์กับแพทย์ผู้สั่งการ เพื่อให้เกิดการควบคุมทางการแพทย์ (medical direction) ให้ได้

1.3 การรักษานอกโรงพยาบาล (prehospital care)

จะต้องมีการจัดตั้งหน่วยที่ทำหน้าที่ให้การรักษายาบาล ณ จุดเกิดเหตุ (prehospital care) อย่างเป็นระบบทั่วทั้งประเทศ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ

- ◆ ชุมชนมีส่วนร่วม (community participation) สอดคล้องกับการพัฒนาท้องถิ่นและการกระจายอำนาจ (decentralization) ดังนั้นควรมีการจัดตั้งหน่วยฉุกเฉินชุมชนให้สามารถช่วยเหลือกันเองได้และทำหน้าที่เป็นหน่วยฉุกเฉินด่านแรก (first call ambulance or primary ambulance)
- ◆ ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจากการบริหารงานส่วนท้องถิ่น
- ◆ ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการรวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพจากโรงพยาบาลในชุมชนที่ตั้ง
- ◆ บุคลากรต้องได้รับการฝึกอบรม และมีระบบการศึกษาต่อเนื่อง
- ◆ มีการควบคุมทางการแพทย์ (medical direction)

โรงพยาบาลเองควรมีการจัดตั้งหน่วยฉุกเฉินเพื่อปฏิบัติงานสนับสนุนหน่วยฉุกเฉินชุมชนในกรณีจำเป็น (secondary ambulance or advanced ambulance) ไม่ควรทำหน้าที่ primary ambulance แทนหน่วยชุมชน เพราะจะต้องลงทุนกำลังคนอีกมากจึงจะจัดบริการทั่วถึง และเป็นการทำลายศักยภาพชุมชนอีกด้วย

1.4 ห้องฉุกเฉิน (emergency room)

ห้องฉุกเฉินควรได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังเพื่อปฏิบัติหน้าที่ดังนี้

- ◆ เป็นศูนย์กลางการรักษายาบาลฉุกเฉินของชุมชน
- ◆ เป็นที่ฝึกอบรมให้แก่บุคลากรทุกระดับในชุมชน
- ◆ เป็นที่ปรึกษาและเป็นศูนย์สั่งการทางการแพทย์ของหน่วยฉุกเฉินชุมชน
- ◆ จัดตั้งหน่วยฉุกเฉินระดับทุติยภูมิ (secondary ambulance) หรือกู้ชีพขั้นสูง (advanced life support team) ซึ่งจะออกปฏิบัติการในกรณีที่เป็นผู้ป่วยหนักหรือการบาดเจ็บรุนแรงเกินขีดความสามารถของหน่วยฉุกเฉินเบื้องต้น
- ◆ เป็นเครือข่ายความปลอดภัยสุดท้ายของชุมชนคือให้ห้องฉุกเฉินเป็นที่พึ่งพิงของประชาชนที่ไม่สามารถไปรับการตรวจที่ใดได้เช่นมีปัญหาค่าใช้จ่าย ปิดทำการแล้ว หรือเมื่อสังคมเกิดวิกฤต

ในการปฏิบัติหน้าที่ให้มีคุณภาพได้ในบทบาทดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกลุ่มแพทย์และพยาบาลที่มีความสนใจในเรื่องเวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นแกนกลางในการพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการของห้องฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีการจัดตั้งองค์กรแพทย์พยาบาลในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมทั้งมีการจัดตั้งการฝึกอบรมสายวิชาชีพเฉพาะทางทั้งแพทย์และพยาบาลในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2. การสนับสนุนระบบ

2.1 กฎหมาย (legislation)

ต้องมีกฎหมายกำหนดให้การดำเนินงานบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินถูกบริหารจัดการในทิศทางที่เหมาะสมและครอบคลุมประชากรเป้าหมายอย่างทั่วถึง กฎหมายที่สำคัญคือ

- ◆ กฎหมายที่กำหนดให้รัฐบาลกลางและส่วนการบริหารท้องถิ่นต้องจัดการบริการในภาวะฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการบริการในห้องฉุกเฉิน
- ◆ กฎหมายที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับบริการอันเหมาะสมเมื่อตกอยู่ในภาวะฉุกเฉิน
 - ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการตั้งแต่จุดเกิดเหตุ และนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้และเหมาะสมมากที่สุดกับอาการ
 - ผู้ป่วยต้องได้รับการบริการในห้องฉุกเฉินโดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย
 - ผู้ป่วยต้องไม่ถูกปฏิเสธการรักษาหรือส่งต่อจากโรงพยาบาลเมื่อการส่งต่อนั้นไม่มีผลประโยชน์ตามหลักวิชาการแพทย์เกิดขึ้น
- ◆ กฎหมายที่ควบคุมคุณภาพการปฏิบัติงานบริการภาวะฉุกเฉิน
 - การจดทะเบียนหน่วยฉุกเฉินชุมชนและการตรวจสอบคุณภาพ
 - การรับรองการปฏิบัติงานของบุคลากรและการตรวจสอบคุณภาพ
 - การจดทะเบียนรพพยาบาลและการตรวจสอบคุณภาพ
 - การรับรองคลินิกและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการให้บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้งการจัดระดับต่าง ๆ และการตรวจสอบคุณภาพ

2.2 ระบบการเงินสนับสนุน (system finance)

มีการจัดระบบการเงินสนับสนุนระบบทั้งการสนับสนุนจากส่วนกลางและการจัดสรรในส่วนท้องถิ่น ทำให้ระบบบริการสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง งบประมาณนี้มีได้คำนึงเพียงการบริการเฉพาะราย แต่รวมทั้งการเตรียมพร้อมของระบบ และการประเมินผล

2.3 มีการพัฒนาทรัพยากรบุคลากรทุกระดับ ซึ่งประกอบด้วย

- ◆ ประชาชนทั่วไปเพื่อให้รู้จักการป้องกันการบาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการปฐมพยาบาล และการปฏิบัติการณ์กู้ชีพเบื้องต้น
- ◆ ผู้มีบทบาทต่างๆ ในชุมชนที่มีโอกาสจะประสบเหตุและให้การช่วยเหลือบุคคลอื่นเช่นครู ตำรวจ ผู้ประกอบอาชีพรักษาความปลอดภัย อาสาสมัครในงานบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น
- ◆ เวชกรฉุกเฉินเบื้องต้น เช่นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยฉุกเฉินที่ถูกจัดตั้งโดยชุมชน
- ◆ เวชกรฉุกเฉินขั้นสูง เช่นพยาบาล หรือผู้จบหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินโดยตรง
- ◆ พยาบาลในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- ◆ แพทย์ในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

2.4 งานวิจัยใน EMS (EMS research)

มีการสนับสนุนการวิจัยทั้งในเชิงวิชาการคลินิกและเชิงระบบ

3. การผสมผสานกับระบบสุขภาพเดิม

ระบบที่ผสมผสานกับงานบริการสุขภาพเดิมที่มีอยู่ ทำให้ระบบบริการมิได้มีประโยชน์อยู่เพียงการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น แต่ส่งผลนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัยโดยรวมของชุมชน การผสมผสานดังกล่าวได้ปรากฏชัดเจนในหลักฐานแสดงถึงพันธกิจของหน่วยฉุกเฉินในระบบของสหรัฐอเมริกา สำหรับในระบบของฝรั่งเศส ออสเตรเลีย และสวีเดนมีการพัฒนามาจากหน่วยรถพยาบาล (ambulance services) ดังนั้นจึงมีการกิจบริการสุขภาพด้านอื่นอยู่เดิมแล้ว นอกจากนั้นในพันธกิจของหน่วยฉุกเฉินในออสเตรเลีย และฝรั่งเศสยังได้กำหนดให้มีบทบาทในงานสร้างเสริมสุขภาพคือดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชนอีกด้วย

กลไกที่จะนำไปสู่ระบบที่คาดหวัง

กลไกที่จะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินนี้จะต้องดำเนินการไปพร้อม ๆ กันทุกส่วนเนื่องจากแต่ละส่วนมีความสำคัญต่อระบบและมีการตอบรับเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เช่น การออกกฎหมายให้ส่วนปกครองท้องถิ่นจัดตั้งการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ ต้องดำเนินการควบคู่กับรูปแบบและมาตรฐานของหน่วยดังกล่าว รวมทั้งการจัดตั้งศูนย์สื่อสารและการพัฒนาห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล บทเรียนในอดีตที่มีความพยายามพัฒนาเฉพาะส่วน เช่น ศูนย์ส่งกลับ มูลนิธิต่างๆ นำไปสู่ความล้มเหลวของระบบ ดังนั้นการกำหนดจังหวะก้าวในการพัฒนาที่เหมาะสมของทุกหน่วยในระบบจึงมีความสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ

องค์กรที่เกี่ยวข้อง

องค์กรต่าง ๆ ที่มีอยู่แล้วหรือที่ต้องจัดตั้งขึ้นใหม่เพื่อที่จะมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดรูปแบบระบบบริการในภาวะฉุกเฉินคือ

1. กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะผู้จัดบริการสุขภาพทั้งประเทศโดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค จึงต้องมีแผนงานและทิศทางที่ชัดเจนในการดำเนินงาน
2. กรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นส่วนปกครองท้องถิ่นเดียวในปัจจุบันที่มีความเข้มแข็งที่สุดและเป็นชุมชนเมืองที่มีขนาดใหญ่ที่สุด องค์กรที่ดำเนินงานอยู่คือศูนย์อุบัติเหตุและสาธารณสุข กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล
3. ส่วนปกครองท้องถิ่นต่าง ๆ
4. องค์กรที่รับผิดชอบด้านการสื่อสารเช่นตำรวจ การสื่อสารแห่งประเทศไทย
5. โรงเรียนแพทย์และมหาวิทยาลัย หรือสถาบันพระบรมราชชนก
6. สถาบันแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้องเช่นกลุ่มแพทย์อุบัติเหตุ กลุ่มแพทย์โรคหัวใจ
7. หน่วยงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค และหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม
8. สถาบันสนับสนุนการวิจัยต่าง ๆ เช่นสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
9. โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข

องค์กรกลุ่มวิชาชีพที่ควรจัดตั้งขึ้น

10. องค์กรระดับชาติของกลุ่มอาสาสมัครและบุคลากรอื่นที่ปฏิบัติงานด้านกู้ภัยและกู้ชีพ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครจากมูลนิธิต่าง ๆ ชมรม และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ซึ่งเป็นศักยภาพชุมชนที่ต้องได้รับการพัฒนา ดังนั้นควรมีการจัดตั้งองค์กรของบุคลากรเหล่านี้ซึ่งอยู่นอกภาครัฐเพื่อมีตัวแทนที่จะมาร่วมสร้างระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินและน่านโยบายที่ร่วมสร้างไปสู่การปฏิบัติได้จริง
11. องค์กรระดับชาติที่รวบรวมแพทย์และพยาบาลในงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินในที่ต่าง ๆ เข้าด้วยกัน
12. องค์กรที่รวบรวมผู้ทำงานด้านความปลอดภัยและสาธารณสุขเช่นตำรวจ ดับเพลิง สาธารณภัยต่าง ๆ องค์กรที่ปฏิบัติอยู่ ณ ขณะนี้คือคณะกรรมการป้องกันอุบัติภัย (กปอ)

องค์กรประชาชนที่ควรมีการจัดตั้งขึ้น

13. กลุ่มประชาชนที่เรียกร้องหลักประกันสุขภาพ เพื่อความเสมอภาคในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลในภาวะฉุกเฉิน
14. กลุ่มประชาชนที่ทำหน้าที่ตรวจสอบระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
15. กลุ่มประชาชนที่เรียกร้องเรื่องความปลอดภัยในชุมชน

กลยุทธ์ที่จะนำไปสู่เป้าหมาย

1. ทบทวนกฎหมายที่มีอยู่และออกกฎหมายใหม่ที่กำหนดสิทธิที่ผู้ป่วยต้องได้รับเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน หน้าที่ที่ผู้บริหารทั้งส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นที่ต้องจัดการให้เกิดระบบ และกฎหมายเพื่อควบคุมคุณภาพของระบบ

2. วางแผนระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินให้ดำเนินการพร้อมกันทั้งระบบคือ

- 2.1 ให้ชุมชนต่าง ๆ มีแผนการจัดการเมื่อมีเหตุฉุกเฉินทางการแพทย์โดยให้มีผู้ปฏิบัติงาน 2 กลุ่มคือ

กลุ่มปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น โดยที่กลุ่มนี้ควรถูกจัดตั้งโดยชุมชนเอง ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนการปกครองท้องถิ่นและจากการสนับสนุนกันเองในชุมชน ต้องมีการจดทะเบียนกลุ่มที่เกิดขึ้นและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งต้องมีการฝึกอบรมและวางมาตรการการตรวจสอบคุณภาพตั้งแต่แรก

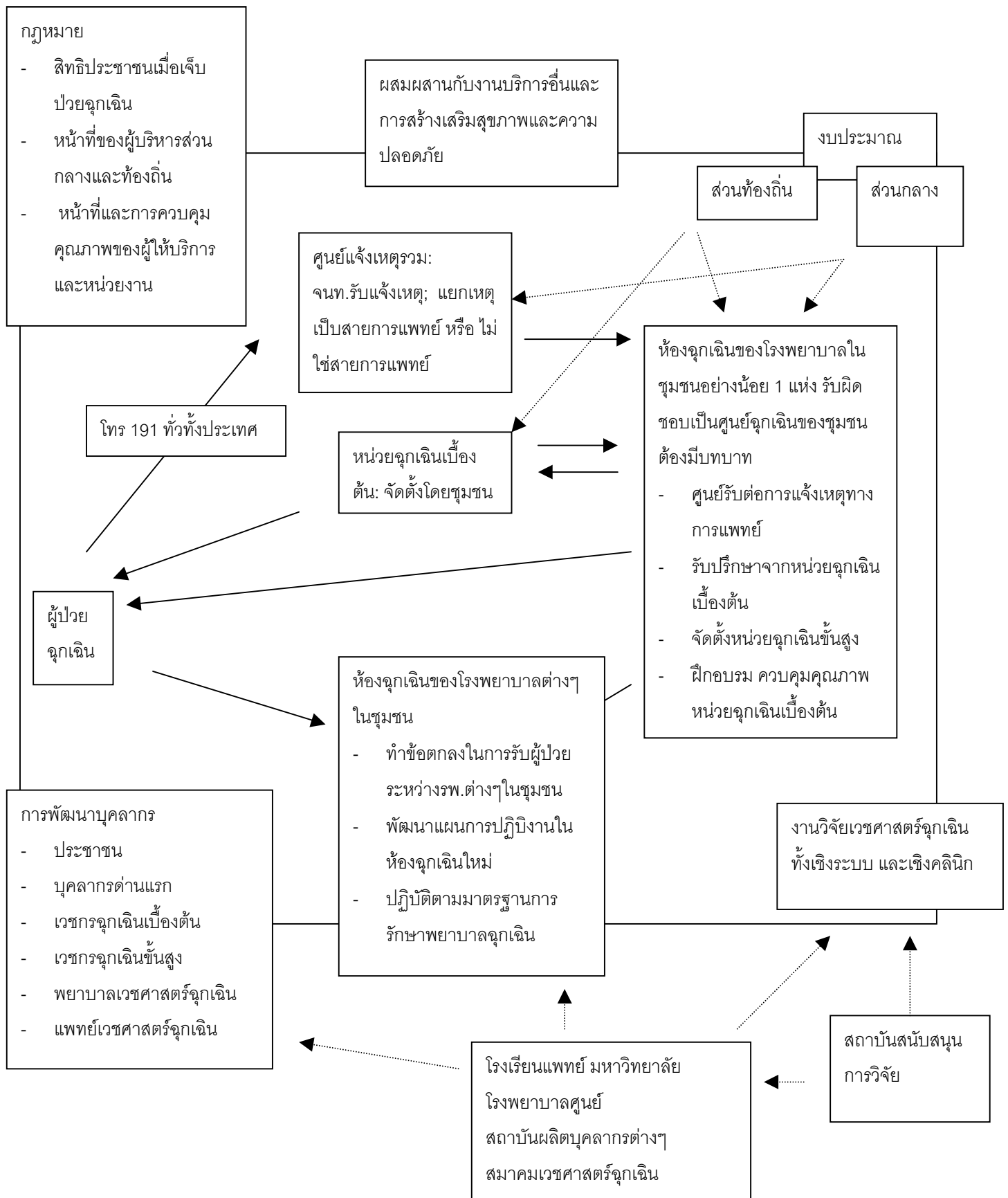
กลุ่มปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง พัฒนาจากบุคลากรในโรงพยาบาลในชุมชนนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ในชุมชนเมืองขนาดใหญ่ที่มีโรงพยาบาลจำนวนมาก อย่างน้อยต้องมีห้องฉุกเฉิน 1 แห่งที่รับผิดชอบในการจัดตั้งหน่วยนี้ หน่วยนี้จะปฏิบัติงานในกรณีที่เป็นผู้ป่วยอาการรุนแรงและยังทำหน้าที่เชื่อมโยงกับศูนย์สื่อสารเพื่อตัดสินใจทางการแพทย์และเป็นที่ปรึกษาของหน่วยฉุกเฉินเบื้องต้นด้วย ต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนการปกครองท้องถิ่น ส่วนกลางผ่านกระทรวงสาธารณสุข และจากการสนับสนุนกันเองในชุมชน

- 2.2 พัฒนาหมายเลข 191 ให้เป็นศูนย์สื่อสารฉุกเฉินหมายเลขเดียวทั่วประเทศ พร้อมการพัฒนาบุคลากรที่รับแจ้งเหตุ

- 2.3 ในระยะสั้นให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ในชุมชนพัฒนาการจัดการห้องฉุกเฉินให้มีรูปแบบที่ชัดเจนที่เอื้อต่อการรับผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายที่กำหนดไว้ และให้มีการจัดทำข้อตกลงต่าง ๆ ระหว่างโรงพยาบาลในชุมชนเดียวกันเพื่อจัดการความขัดแย้งอาจที่เกิดขึ้น โดยให้ส่วนปกครองท้องถิ่นรับรู้ข้อตกลง ปัญหาความขัดแย้งและการกระทำที่ผิดกฎหมายหรือจริยธรรมทางการแพทย์ของห้องฉุกเฉินต่าง ๆ และมีบทบาทในการดำเนินการควบคุมการกระทำเหล่านั้นโดยกลไกอย่างใดอย่างหนึ่ง

2.4 ในระยะยาวให้มีการฝึกอบรมแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อเป็นแกนกลางในการพัฒนาระบบนี้ในแต่ละชุมชนต่อไป

3. จัดตั้งองค์กรระดับชาติของบุคลากรที่ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นเพื่อให้มีตัวแทนในการวางแผนนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติ
4. จัดตั้งองค์กรระดับชาติของกลุ่มแพทย์พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านฉุกเฉินเพื่อให้มีตัวแทนในการวางแผนนโยบายและผลักดันสู่การปฏิบัติ
5. สนับสนุนให้โรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลระดับศูนย์ที่มีการฝึกอบรมได้จัดทำโครงการนำร่องการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินในเวลาเดียวกัน รวมทั้งการฝึกอบรมพยาบาลและเวชกรฉุกเฉินระดับต่างๆ
6. สนับสนุนให้โรงเรียนแพทย์หรือโรงพยาบาลระดับศูนย์ที่มีการฝึกอบรมหรือสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินจัดทำมาตรฐานการรักษามภาวะฉุกเฉินขั้นต่ำที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับด้วยความเท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่าย โดยผ่านความเห็นชอบจากองค์กรแพทย์เฉพาะทางต่างๆที่เกี่ยวข้องด้วย
7. สนับสนุนให้ชุมชนทุกชุมชนจัดทำโครงการชุมชนปลอดภัย (safety community project) กระทรวงสาธารณสุขต้องนำนโยบายการจัดตั้งชุมชนปลอดภัย (safety community) ซึ่ง WHO ใช้เป็นแนวทางหลักในการพัฒนางาน injury prevention และ safety promotion มาใช้ แนวทางดังกล่าวนี้เน้นการรวมตัวกันชุมชนในการค้นหาปัญหาด้านความปลอดภัยและเจ็บป่วยเฉียบพลัน วิเคราะห์การป้องกัน ดำเนินกิจกรรมเพื่อการป้องกัน ฝึกอบรมการปฐมพยาบาล และวางแผนการส่งต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน ชุมชนดังกล่าวอาจมีความหมายรวมทั้งระดับหมู่บ้านหรือตำบลหรืออื่นๆ หรือโรงเรียน โรงงาน เป็นต้น
8. ให้มีการสนับสนุนการวิจัยด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินทั้งเชิงคลินิกและเชิงระบบ โดยสนับสนุนทุนการวิจัยผ่านองค์กรที่จะทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดทิศทางการวิจัย



เอกสารอ้างอิง

The United State of America

1. Policy number 400154 Approved by the ACEP Board of Directors January, 1994 Reaffirmed October, 1998. This statement replaces Bona Fide Emergency Defined approved October, 1982
2. Patients' Bill of Rights Act of 1998 (Introduced in the Senate) SEC. 101. ACCESS TO EMERGENCY CARE.
3. Emergency medical services: agenda for the future. National highway traffic safety administration, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau
4. Schiff RL, Ansell DA, Schlosser JE, et al: Transfers to a public hospital: A prospective study of 467 patients. NEJM 1986; 314: 552-557.
5. Wood J. COBRA Laws. Emergency medicine online.
6. Roeder KH: New developments define hospital obligations under EMTALA. GHA Today 1998; 42: 3,11.
7. The American College of Emergency Physicians (ACEP). Policy number 400283 Approved by the ACEP Board of Directors December, 1999
8. Hsiao AK, Hedges JR: Role of the emergency medical services system in region wide health monitoring and referral. Ann Emerg Med 1993;22:1696-1702.
9. Swor R: Funding strategies. In Kuehl AE (ed): Prehospital System and Medical Oversight. 2d ed., St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1994, 76-80
10. National Heart Attack Alert Program Coordinating Committee Access to Care Subcommittee: 9-1-1: Rapid identification and treatment of acute myocardial infarction. Am J Emerg Med 1995;13:188-195.
11. Eisenberg M, Hallstrom A, Becker L: Community awareness of emergency phone numbers. Am J Publ Health 1981;71:1058-1060.
12. Emergency Medical Dispatch National Standard Curriculum, Instructor's Guide. Washington, D.C.: National Highway Traffic Safety Administration, 1996.
13. Valenzuela T, Spaite D, Clark D, et al: Estimated cost-effectiveness of dispatcher CPR instruction via telephone to bystanders during out-of-hospital ventricular fibrillation. Prehosp Disaster Med 1992;7:229-234
14. Stout JL: System financing. In Roush WR (ed): Principles of EMS. Dallas: ACEP, 1994, 451-473.
15. Snyder JA, Baren JM, Ryan SD, Chew JL, et al: Emergency medical service system development: Results of the state-wide emergency medical service technical assessment program. Ann Emerg Med 1995;25:768-775.
16. Keller RA: 1992 EMS Salary Survey. JEMS 1992;17(11):62-73.
17. National Emergency Medical Services Education and Practice Blueprint. Columbus, OH: National Registry of Emergency Medical Technicians, 1993.

France

18. Nikkanen NE, Pouges C, Jacobs L. Emergency medicine in France. Ann Emerg Med 1998;31:116-9.
19. Le SAMU des Hauts-de-Seine. System of Emergency Medical Assistance in France. 1993
20. Le SAMU des Hauts-de-Seine. The medical dispatching - Emergency calls processing. 1993
21. Le SAMU des Hauts-de-Seine. The intervention. 1993

Australia

22. Department of Foreign Affairs and Trade.(2000).Australia in Brief 2000 [online].Available:<http://www.Dfat.gov.au/aib2000>.[2000,sep 8].
23. Autralian College for Emergency Medicine. Policy document standard terminology. adopted by Council November 1993.
24. Department of Health Housing and Community Service.(1993).Medicare refference Guide[online] Available:http://www.health.gov.au:80/pubs/hrom/pdf_files/heinsu3.pdf(1998)[2000,sep 8].
25. AMWAC, NSW Government. The Emergency Medicine Workforce in Australia. 1996.
26. NSWHealth.(2000).AmbulanceServiceofNSW[online].Available:<http://www.health,nsw.gov.au/areas/ambulance/introduction.html>[2000,Sep 8].
27. Population Health Division,Commonwealth Department of Health and Aged Care.(1992).
28. A Study of Hospital Outpatient and Emergency Department Services : Nation Health Strategy Background Paper No 10 [online]. Available:<http://www.health.gov.au:80/pubhlth/Publicat/document/nhs11.pdf>[2000,sep 8].
29. Jelinek GA, Mountain D, O'Brien D, Rogers IR, Wilkes G, Wenban J, Carr J, O'Keefe S, Martin PJ Re-engineering an Australian emergency department: can we measure success? J Qual Clin Pract 1999;19:133-8.
30. Cameron PA, Kennedy MP, McNeil JJ. The effects of bonus payments on emergency service performance in Victoria. Med J Aust 1999 Sep 6;171(5):243-6

Sweden

31. **Swedish Institute. The Health Care System in Sweden. Swedish Institute (Home Page). 1999**
32. National Board of Health and Welfare. Skill level must be raised in the ambulance service. 1999.
33. Totten V. Five looks at Swedish medical care system. Ann Emerg Med. 1993;22:732-9
34. Folkesson H. The municipal primary care experiment 1992-1998. Socialstyrelsens kundtjanst, 1998.
35. AMBULANSFORUM. Network for Prehospital Emergency Care. Prehospital Akut Medicin (PAM), 1999.
36. Alberts KA, Brismar B, Nygren A. Major differences in trauma care between hospitals in Sweden: a preliminary report. Qual Assur Health Care 1993 Mar;5(1):13-7
37. Alberts KA, Bellander BM, Modin G. Improved trauma care after reorganisation: a retrospective analysis. Eur J Surg 1999 May;165(5):426-30.

“ ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินจะต้องมีคุณภาพ (quality) และประสิทธิภาพ (efficiency) ที่จะลดการตาย พิกัดและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและบาดเจ็บของประชาชนได้ โดยจะต้องเป็นระบบที่เหมาะสมกับสังคมไทย เคารพในวัฒนธรรมชุมชน (local culture) ที่ดำเนินอยู่ ประชาชนมีส่วนร่วม (community participation) และต้องเป็นระบบที่มีความเสมอภาคในการเข้าถึง (equity) โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการจ่ายของผู้ป่วย (ability of payment) “