

รายงานผลการวิจัย

การคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคน สำหรับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

นักวิจัย

นางลักษณ์ พะไถยะ

พุดตาน พันธุ์เนร

เสกสรรค์ มานวิโรจน์

อติพันธ์ สุวัฒน์เมษินทร

อุ๋นใจ เครือสฤติย์

ประวีณ นราเมธกุล

วัลภา ภาวะดี

สนับสนุน โดย



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศและนโยบายต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระบาดวิทยา ส่งผลให้การเจ็บป่วยด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นยังมีนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษา ทุกที่ ทุกถึงทุกคน" นโยบายประชามหาอาเซียน นโยบายการเป็นศูนย์กลางการแพทย์นานาชาติ ซึ่งเหล่านี้เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจำนวนที่เพิ่มขึ้นและมีการกระจายอย่างเป็นธรรมชาติ นอกจากนั้น พบการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีภาคีด้านท้องถิ่นเข้ามาร่วมในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ในขณะที่สถานการณ์กำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันพบว่ามีปัญหาหลัก ๆ ดังนี้

(1) การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) ในขณะที่การผลิต EP ในแต่ละปีมีจำนวนน้อยไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ

(2) การกระจายกำลังคนที่ไม่เป็นธรรมชาติ โดยเฉพาะ EP ซึ่งประมาณเกือบครึ่งหนึ่งที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล มีเพียงส่วนน้อยที่กระจายอยู่ในต่างจังหวัดซึ่งเป็นประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ นอกจากนั้นสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนแพทย์ EP น้อย

(3) ปัญหาด้านคุณภาพและทักษะการให้บริการในด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(4) การขาดมาตรการที่เหมาะสมทั้งด้านการเงิน และมาตรการนอกเหนือจากตัวเงินในการจูงใจกำลังคนในระบบ

ข้อเสนอแนะต่อการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

1) เพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอ โดยเฉพาะ EP และกระจายการผลิตไปสู่มหาวิทยาลัยส่วนภูมิภาค

2) ให้มีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและกระจายกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นธรรมชาติ โดย จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายบริการ และจัดกำลังคนโดยเฉพาะ EP รวมไว้ในศูนย์บริการหลัก พร้อมจัดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่าย และจัดระบบคัดแยกผู้ป่วยเพื่อลดภาระงานของแผนกฉุกเฉิน

3) ดำเนินการมาตรการต่าง ๆ ในการ จูงใจกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในระบบ ทั้งแรงจูงใจที่เป็นตัวเงิน และนอกเหนือจากตัวเงิน

สารบัญ

บทที่ 1	โครงการคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคน ฯ	4
1.1	หลักการและเหตุผล	4
1.2	วัตถุประสงค์	7
1.3	กรอบการวิจัย	7
1.4	วิธีการดำเนินงาน	7
1.5	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	12
1.6	ระยะเวลาดำเนินงาน	15
บทที่ 2	การทบทวนวรรณกรรม	
2.1	ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	17
2.1.1	สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	17
2.1.2	ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและกำลังคนด้านสุขภาพ: บทเรียนจากต่างประเทศ	19
	(1) ประเทศสหรัฐอเมริกา	20
	(2) ประเทศญี่ปุ่น	22
	(3) ประเทศออสเตรเลีย	24
	(4) ประเทศแอฟริกาใต้	26
2.2	การแพทย์ฉุกเฉินและกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย	28
2.2.1	การจัดระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	28
2.2.2	กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities)	29
2.2.3	การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	33
2.2.4	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร	34
2.2.5	สถานการณ์และผลสัมฤทธิ์การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	35
2.3	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล	37
2.3.1	สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล	37
2.3.2	กำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล	37
2.4	ความต้องการกำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	39
บทที่ 3	ผลการศึกษา	
3.1	ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	42
3.1.1	ภาระงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	42
3.1.2	ผลิตภาพกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	43
3.1.3	ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	46
	(1) ความต้องการกำลังคนในปัจจุบัน	46
	(2) ความต้องการกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินรายเขตบริการ	48
	(3) ความต้องการกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต	49
3.2	แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	50

3.2.1	ข้อมูลพื้นฐาน	50
3.2.2	ข้อมูลการปฏิบัติงานและภาระงาน	54
3.2.3	ความพึงพอใจต่อการทำงาน	59
3.2.4	การดำรงอยู่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	62
3.3	พยาบาลวิชาชีพ	65
3.3.1	ข้อมูลพื้นฐาน	65
3.3.2	ลักษณะการทำงานและการพัฒนาศักยภาพ	67
3.3.3	การดำรงอยู่ในองค์กร	69
3.4	เวชกรฉุกเฉิน	71
3.4.1	ข้อมูลพื้นฐาน	71
3.4.2	ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในองค์กร	77
3.4.3	ข้อเสนอในการรังกำล้งคนในองค์กร	79
3.5	ความเห็นของภาคีที่เกี่ยวข้องต่อระบบบริการการแพทยฉุกเฉิน	80
3.5.1	สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหา/ อุปสรรค	81
3.5.1	ระบบบริการ	81
3.5.2	กำลังคนด้านสุขภาพ	81
3.5.3	การควบคุมมาตรฐาน	84
3.5.4	การทำงานร่วมกับมูลนิธิ/ เอกชน/ อปท	84
3.6	ระบบบริการการแพทยฉุกเฉินที่คาดหวัง	84
3.6.1	กำลังคนด้านสุขภาพ	85
3.6.2	การร่วมมือกับเอกชน	85
3.6.3	บทบาทกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท)	86
3.6.4	การจัดระบบบริการ	86
บทที่ 4	สรุปและอภิปรายผล	
4.1	สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค	87
4.2	ข้อเสนอแนะต่อการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของระบบการแพทยฉุกเฉิน	88

บทที่ 1

โครงการคาดการณ์ความต้องการและการวางแผนกำลังคนสำหรับระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 หลักการและเหตุผล

สถานการณ์การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นนั้นจำเป็นต้องได้รับบริการที่เหมาะสม เพื่อจะได้สามารถป้องกันการสูญเสียอันอาจเกิดขึ้นต่อร่างกาย ทรัพย์สิน แม้กระทั่งชีวิต จากข้อมูลสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ¹ พบว่ามีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี ซึ่งเป็นผู้เจ็บป่วยวิกฤติและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งคาดประมาณว่ามีผู้จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตปีละ 4 ล้านครั้ง ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 6,000 คน ทั้งนี้หากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงร้อยละ 15-20 หรือปีละ 9,000 – 12,000 คน² แต่จากการศึกษาของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(2550) พบว่าหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงร้อยละ 8.04³ ของจำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ นอกจากนี้พบว่าแนวโน้มความต้องการของผู้รับบริการมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มมากขึ้น การบาดเจ็บที่รุนแรงจากอุบัติเหตุ ภาวะภัยพิบัติต่างๆ หรือแม้กระทั่งจำนวนผู้สูงอายุที่มีมากขึ้นซึ่งจะมีความต้องการการบริการฉุกเฉินมากกว่าวัยอื่นๆ ถึงสี่เท่า⁴ การเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่รุนแรงจะต้องได้รับการดูแลรักษาจากบุคลากรที่ผ่านการศึกษาระดับที่เหมาะสม และทีมปฏิบัติการที่มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในระดับวิชาชีพ จึงจะสามารถรักษาชีวิต หรือป้องกันความพิการ และเพิ่มอัตราการรอดชีพได้อย่างมีนัยสำคัญ⁵ อย่างไรก็ตามจากข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปัจจุบันพบว่าผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ระดับต้น ระดับกลาง และระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 69.8, 13.7, 0.4 และ 16.2 ตามลำดับ⁶

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ปี 2553-2555) ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยมีเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการเพื่อ (1) ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ (2) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (3) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (4) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายศูนย์ข้อมูลฉุกเฉินทางการแพทย์ (5) พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ ซึ่งจะเห็นว่าการที่จะต้องบรรลุเป้าหมายบริการตามแผนหลักข้างต้นนั้น จะต้องมีการกำหนดกำลังคนผู้ให้บริการที่เพียงพอทั้งจำนวน ความรู้และ ทักษะในการปฏิบัติการฉุกเฉิน และการกระจาย และในตัวเองก็ได้กำหนดกำลังคนที่ควรจะมีในขั้นต่ำไว้คร่าว ๆ ตามตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ

¹ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ข้อมูลสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (เอกสารอัดสำเนา) เลขที่ 06/146 ลงวันที่ 2 มิถุนายน 2554.

² สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. หนังสือขอความร่วมมือในการผลิตบุคลากรสาขาเวชกิจฉุกเฉิน(เอกสารอัดสำเนา) เลขที่ 05/1455 ลงวันที่ 10 มิถุนายน 2552.

³ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มคอ.2 หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาเวชกิจฉุกเฉิน (เอกสารอัดสำเนา) มปท. มปป.

⁴ Keskinoglu P, Sofuoglu T, Ozmen O, Gunduz M and Ozkan M. Older people's use of pre-hospital emergency medical services in Izmir, Turkey. *Archive of Gerontology and Geriatrics* 2010; 50

⁵ Sorensen P. and Church R. Integrating expected coverage and local reliability for emergency medical service location problem. *Socio-Economic Planning Sciences* 2010; 44.

⁶ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. สถิติ ข้อมูล และรายการที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปอ้างอิง ข้อมูล ณ 31 มีนาคม 2554. (เอกสารอัดสำเนา)

อาจจะไม่สามารถแสดงถึงความต้องการที่แท้จริงของกำลังคนได้ เนื่องจากเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำ ยังขาดหลักฐานเชิงวิชาการรองรับ และอาจจะไม่สอดคล้องกับปริมาณงานที่มีอยู่

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา อาจจะยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ อันเนื่องมาจากปัจจัยหลักได้แก่ การขาดแคลนและการกระจายกำลังคนที่ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทุกประเภท ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากการสำรวจในปี 2552 พบว่า มีแพทย์เฉพาะทางประมาณ ร้อยละ 35.45 ที่ปฏิบัติงานในต่างจังหวัด⁴ เมื่อมองในด้านศักยภาพการผลิตของโรงเรียนแพทย์สามารถผลิตได้ประมาณ ปีละ 100 คน และเริ่มมีการผลิตหลักสูตรปริญญาตรีวิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อผลิตผู้สำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานในตำแหน่ง นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency medical technician-Paramedic: EMT-P) ในมหาวิทยาลัย ในปี 2552 แต่ยังไม่มียุติสำเร็จการศึกษา สำหรับ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency medical technician-Intermediate: EMT-I) ที่ผลิตโดยวิทยาลัยการสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2538 จนถึงปัจจุบัน มีประมาณ 2,000 คนแต่ส่วนหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ตัวเลขจำนวนผู้ปฏิบัติงานต่ำไปจากความเป็นจริงเหลือเพียง 873 คน พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (Emergency medical technician-Basic: EMT-B) และ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์: (First Responder: FR) ที่ผ่านการอบรมจำนวน 3849 คน และ 101,690 คน ตามลำดับ ⁶ (ตาราง 1) นอกจากนั้นยังพบว่าผู้ให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของสถานพยาบาลต่าง ๆ ยังมีข้อจำกัดทั้งด้านจำนวนและทักษะ⁸⁵ ตลอดจนเครื่องมือและวัสดุในการปฏิบัติการ ซึ่งไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น โดยจะเห็นว่าการะงานในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยเพิ่มจาก 7,736 ครั้งในปี 2546 เป็น 1,063,062 ครั้งในปี 2552 และ 1,473,877 ครั้งในปี 2554⁹⁶ จากการปฏิบัติการดังกล่าวมีความจำเป็นต้องมีกำลังคนอย่างเพียงพอ

⁷ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2552 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: 2552

⁸ อุ๋นใจ เกรือสิดิย์และคณะ แนวทางการผลิตเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง และเวชกรฉุกเฉินระดับสูง ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.สถาบันพระบรมราชชนก; 2555

⁹ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ข้อมูลสถิติที่สำคัญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: 2555

ตารางที่ 1 จำนวนกำลังคนที่ต้องการเทียบกับเกณฑ์ขั้นต่ำและกำลังคนที่มีในปี 2554

ประเภทกำลังคน	เกณฑ์*	กำลังคนปี 2554
ประเภทปฏิบัติการแพทย์		
1. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (เวชกรฉุกเฉินระดับสูง: Emergency medical technician-Paramedic: EMT-P)	ไม่ได้ระบุ	0
2. เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ (เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง: Emergency medical technician-Intermediate: EMT-I)	2 ต่ออำเภอ ปี 54 3 ต่ออำเภอ ปี 55	873
3. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (เวชกรฉุกเฉินระดับต้น: Emergency medical technician-Basic: EMT-B)	ไม่ได้ระบุ	3,849
4. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อาสากู้ชีพ: First Responder: FR)	10 คนต่อตำบล ปี 54 2 ต่อหมู่บ้านปี 55	101,690
ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ		
1. แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน: Emergency Physician: EP)	3 ต่อ รพ ตติยภูมิ	247
2. ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน	ไม่ได้ระบุ	
3. ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน (พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน หรือ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปัจจุบันใช้พยาบาลกู้ชีพ (Pre-hospital Nurse))	2 ต่ออำเภอ ปี 54 3 ต่ออำเภอ ปี 55	15,049
4. ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน (เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ ชื่อเดิม ผู้รับแจ้งเหตุและสั่งการ ช่วยเหลือ: (Emergency medical dispatcher: EMD)	3 คนต่อจังหวัด ปี 54 4 คนต่อจังหวัด ปี 55	78 ศูนย์
5. พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (มาจาก พนักงานฉุกเฉินการแพทย์)	ไม่ได้ระบุ	

ที่มา คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 2553-2555. กรุงเทพฯ: รัชการพิมพ์; 2553

นอกจากนั้น ในแผนกำลังคนที่ระบุไว้ในแผนหลัก นอกจากไม่ได้ลงรายละเอียดในด้านความต้องการกำลังคนประเภทต่าง ๆ แล้วยังขาดรายละเอียดในด้านแผนการเพิ่มกำลังคนเหล่านี้เข้าสู่ระบบ แผนการกระจายกำลังคน ตลอดจนถึงแผนการสร้างแรงจูงใจให้กำลังคนอยู่ในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ซึ่งหากมีรายละเอียดเหล่านี้ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นฐาน จะสามารถนำไปสู่การทำแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหากำลังคนอย่างมีประสิทธิภาพ ในการ

นี้จึงจำเป็นจะต้องมีการวิเคราะห์และคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งประเภท
จำนวน และการกระจาย ตลอดทั้งข้อเสนอแนะเชิงรูปธรรมในการเพิ่มกำลังคนเข้าสู่ระบบและดำรงคนในระบบ

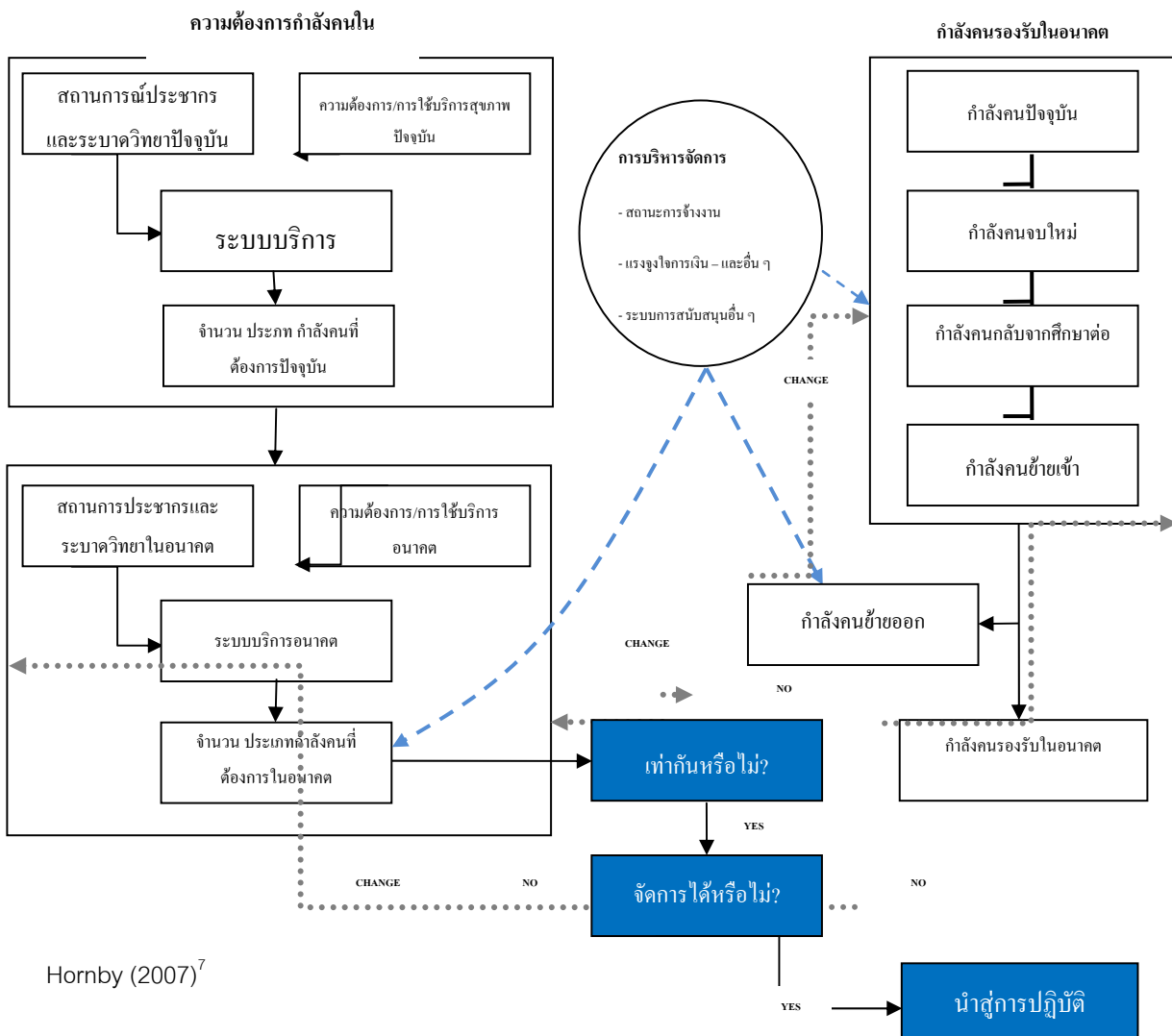
1.2 วัตถุประสงค์

2.1 วิเคราะห์และคาดการณ์ความต้องการกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลา 5 ปี และคาดการณ์
กำลังคนรองรับ ของกำลังคนประเภทต่าง ๆ

2.2 จัดทำชุดข้อเสนอในการผลิต กระจาย และดำรงกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1.3. กรอบการวิจัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการคาดการณ์ความต้องการกำลังคน (Health workforce requirements) และการวางแผน
กำลังคน (Health workforce planning)



Hornby (2007)⁷

⁷ Hornby P. (2007). Exploring the use of the World Health Organization human resources for health projection model. December 14, 2007, from http://www.capacityproject.org/workforce_planning_workshop/presentations/WHO_hornby.ppt

การวิจัยนี้จะศึกษาวิเคราะห์ใน 3 องค์ประกอบของกระบวนการวางแผนกำลังคนได้แก่การวิเคราะห์และคาดการณ์ความต้องการกำลังคน การวิเคราะห์และคาดการณ์กำลังคนรองรับ และการวิเคราะห์ระบบบริหารจัดการที่สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ

การวิเคราะห์และคาดการณ์ความต้องการกำลังคนประกอบด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยหลัก ต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการต้องการกำลังคน ได้แก่ สถานการณ์โครงสร้างประชากรและระดับการศึกษา สถานการณ์ความต้องการสุขภาพและการใช้บริการ และการจัดระบบบริการ นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อกำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ระบบการเงินการคลัง การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทคโนโลยีและการสื่อสาร และนโยบายรัฐบาลเช่นการสร้างเสริมระบบบริการปฐมภูมิ นโยบายการส่งเสริมการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ โดยวิเคราะห์เชื่อมโยงระบบบริการต่อการต้องการกำลังคนในปัจจุบัน ต่อจากนั้นคาดการณ์ปัจจัยหลักที่จะเปลี่ยนแปลงในอนาคต ด้วยเหตุที่ระยะเวลาการคาดการณ์ 5 ปี ปัจจัยหลักที่จะมีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ โครงสร้างประชากรและระดับการศึกษา การใช้บริการ และการจัดระบบบริการ จึงใช้เป็นปัจจัยหลักในการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอนาคต

การวิเคราะห์และคาดการณ์กำลังคนรองรับ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานการณ์กำลังคนปัจจุบัน กำลังคนที่เพิ่มเข้ามาในระบบ และกำลังคนที่สูญเสีย และศึกษาและวิเคราะห์ระบบบริหารจัดการที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการจูงใจกำลังคนในระบบ การเปรียบเทียบระหว่างความต้องการกำลังคนจากนั้นจึงนำไปสู่การวางแผนกำลังคน

1.4 วิธีการดำเนินงาน

1.4.1 ศึกษาพื้นที่ตัวอย่างและพัฒนากรอบการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ใช้การวิเคราะห์ความต้องการโดยใช้ภาระงานเป็นหลัก และพัฒนาเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยเริ่มจากการศึกษาพื้นที่ต้นแบบ 6 จังหวัด เป็นจังหวัดที่มีระบบเป็นที่ยอมรับในการดำเนินงานด้านบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดที่มีผู้ป่วยมาก 2 จังหวัด และมีผู้ป่วยระดับปานกลาง 2 จังหวัดและระดับที่มีผู้ป่วยน้อย 2 จังหวัด เพื่อศึกษาการจัดระบบบริการ ปัญหาและปัจจัยเอื้อ ตลอดจนความเห็นของผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้ให้บริการตามรายละเอียดดังตาราง 1

จากนั้นจึงวิเคราะห์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและกระบวนการบริการเริ่มต้นจากการแจ้งเหตุ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ การบริการของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และส่งต่อไปถึงแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ตลอดทั้งการรับเข้าเป็นผู้ป่วยใน และการส่งต่อ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1

ซึ่งในด้านกำลังคนผู้ให้บริการนั้นจะให้บริการสอดคล้องกับลำดับขั้นของการจัดบริการ ดังนี้

- (1) ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโดยผู้ปฏิบัติการอำนวยความสะดวกที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ มี 5 ประเภทได้แก่
 - แพทย์อำนวยความสะดวก
 - ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน
 - ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน

- ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน
- พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

(2) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ทำหน้าที่ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ มี 4 ระดับได้แก่

1. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Unit : FR Unit)
2. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic life Support Unit: BLS Unit)
3. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate life Support Unit : ILS Unit)
4. ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced life Support Unit : ALS Unit)

ชุดปฏิบัติการต้องมีทีมงานจำนวนอย่างน้อย 3 คน มีหัวหน้าชุดปฏิบัติการที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีพนักงานขับรถอย่างน้อย 1 คน ซึ่งอย่างน้อยผ่านการอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ และมีรายละเอียดดังนี้

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน	หัวหน้าชุดปฏิบัติการ	ทีมร่วมปฏิบัติการ	ประเภทของผู้ป่วยฉุกเฉิน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR team)	อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	- อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 2 คน	สีเขียว: ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (BLS team)	พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	- พนักงานฉุกเฉินการแพทย์/ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 2 คน	สีเหลือง: ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (ILS team)	เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ / พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน และอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน	สีเหลือง: ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS team)	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ปัจจุบันใช้พยาบาล/ แพทย์ หรือทั้งสองคน	- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน/ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ 1 คน	สีแดง: ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ

ที่มา มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 1 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553

ซึ่งระดับของชุดปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระดับต่างๆ ในปัจจุบันนี้ทั้ง 4 ชุดนี้ ควรจะมีในสถานบริการระดับต่าง ๆ ดังนี้

ระดับสถานบริการ	ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน			
	ALS	ILS*	BLS*	FR
ตติยภูมิ Excellent/ รร. แพทย์	✓	✓	✓	
ตติยภูมิ ระดับต้น สูง	✓	✓	✓	
ทุติยภูมิ ระดับสูง	✓	✓	✓	
ทุติยภูมิ ระดับกลาง	✓	✓	✓	
ทุติยภูมิ ระดับต้น	✓	✓	✓	
รพ.เอกชน	✓	✓	✓	
อปท			✓	✓

* ขึ้นกับบุคลากรที่มีในหน่วยงาน

(3) การบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาล EMT-P และ EMT-I

(4) แผนกผู้ป่วยใน ซึ่งผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ

(5) การส่งต่อ ซึ่งผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาล หรือพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านเวชกิจฉุกเฉิน

ดังรายละเอียดในภาพที่ 2

4.2 วิเคราะห์ลักษณะข้อมูลและแหล่งข้อมูลในการวิเคราะห์และพยากรณ์ความต้องการกำลังคนทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือ EMT-P และ EMT-I

งานศึกษาครั้งนี้จึงมีตัวแปรหลักๆ ที่เกี่ยวข้องคือ

- ข้อมูลที่แสดงสถานะการเจ็บป่วย และความจำเป็นทางด้านสุขภาพจากกลุ่มประชากรไทยทั่วประเทศ จากข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่ ได้แก่
 - ฐานข้อมูลการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมและน้ำหนักสัมพัทธ์ (Diagnosis Related Group หรือ DRG) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้วในระบบ ข้อมูล DRG จะทำให้เราทราบจำนวนการเข้ารับบริการด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่มโรคที่จำแนกตามความคล้ายคลึงของลักษณะความเจ็บป่วย ระดับความรุนแรง ความซับซ้อนของการรักษา และความต้องการทรัพยากรเพื่อดูแลรักษาอาการนั้น ทั้งนี้ข้อมูล DRG ครอบคลุมเฉพาะจำนวนการไปรับบริการของผู้ที่ไปใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่
 - ข้อมูลจากระบบสารสนเทศของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นข้อมูลที่รองรับและสนับสนุนการทำงานของบุคลากรที่อยู่ในระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่การรับแจ้งการแพทย์ฉุกเฉิน (โทร. 1669) การคัดแยกผู้ป่วย การออกคำสั่งปฏิบัติการ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยและนำส่ง ซึ่งฐานข้อมูลมีข้อมูลจำนวนการปฏิบัติการจำแนกตามประเภทของผู้ป่วยฉุกเฉิน การเรียกใช้หมายเลข 1669 และระยะเวลาการช่วยเหลือ
 - การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ประเภท และ 3 ระดับ กล่าวคือ ประเภทฉุกเฉิน และประเภทไม่ฉุกเฉิน (ขาว) โดย ประเภทฉุกเฉินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ฉุกเฉิน

วิกฤต (แดง) ชุกเงินเร่งด่วน (เหลือง) และชุกเงินไม่รุนแรง (เขียว) นอกจากนี้ยังมีการแบ่งการช่วยเหลือเป็น การช่วยเหลือผู้ป่วยชุกเงิน การช่วยเหลือเหตุการณ์อุบัติเหตุจราจร และการช่วยเหลืออื่นๆ

- ข้อมูลผลิตภาพ (productivity) ของบุคลากรที่ทำงานด้านการแพทย์ชุกเงิน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ชุกเงิน นักปฏิบัติการชุกเงินการแพทย์ เจ้าหน้าที่งานชุกเงินการแพทย์ พนักงานชุกเงินการแพทย์ อาสาสมัครชุกเงินการแพทย์ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการชุกเงิน ผู้กำกับปฏิบัติการชุกเงิน ผู้จ่ายงานปฏิบัติการชุกเงิน ผู้ประสานปฏิบัติการชุกเงิน พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยชุกเงิน โดยการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การสังเกตการณ์จากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการขอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ โดยข้อมูลด้านภาระงานจะจำแนกเป็นภาระงานที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ภาระงานการตรวจดูแลอาการของผู้ป่วยใน และภาระงานในการออกตรวจผู้ป่วยนอก ตลอดจนการจำแนกภาระงานตามการคัดแยกผู้ป่วยชุกเงิน
- ข้อมูลวิธีการดูแลรักษาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Current practice) และวิธีการดูแลและรักษาผู้ป่วยที่ควรจะเป็นหรือดีที่สุด (Define best practice) โดยการรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสอบถามเพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ
- ข้อมูลจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ชุกเงินที่มีอยู่ในปัจจุบัน จำแนกตามประเภทของแพทย์ชุกเงิน และประเภทโรงพยาบาล
- ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ จะมีการสอบทวนกับแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง

1.4.3 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน ดังต่อไปนี้

ข้อมูล	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล	วิธีการ
1. ระบบบริการที่เหมาะสมในปัจจุบันและอนาคต ปัญหา/อุปสรรค	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระบบ การบริหารจัดการระบบ อุปสรรค แนวทางแก้ไข	6 จังหวัด -2 จังหวัดที่มีบริการมาก -2 จังหวัดที่มีบริการปานกลาง -2 จังหวัดที่มีบริการน้อย	สัมภาษณ์ผู้บริหาร สร สปสข สพฉ นักวิชาการ ผู้ผลิต ผู้บริหารระดับพื้นที่: ผู้บริหารระบบ อปท ผู้ให้บริการ
2. การใช้บริการ pre-hospital services	การใช้บริการจากทุกระบบ ประกัน	สพฉ	Secondary data
3 การใช้บริการด้านการแพทย์	การใช้บริการจากทุกระบบ บริการ รพ กทสธ และ รร	1. DRG	Secondary data

ข้อมูล	รายละเอียด	แหล่งข้อมูล	วิธีการ
ฉุกเฉินในโรงพยาบาล	แพทย์	2. สปส 3. สพฉ	
	รพ. รัฐอื่น	รพ. รัฐอื่นที่ไม่มีข้อมูล	สำรวจ
	เอกชน	รพ. เอกชน	สำรวจ
4 เวลาที่ใช้ในการบริการหรือผลิต ภาพกำลังคน (productivity)	เวลาที่ใช้ต่อ 1 บริการของ กำลังคนประเภทต่าง ๆ	รพ. กทม 6 จังหวัด (2.1, 2.2, 2.3, 3)	สำรวจ
		รพ. มหา'ลัย 4 แห่ง	สำรวจ
		รพ. เอกชน 4 แห่ง	สำรวจ
5. กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	- กำลังคนที่มี และการ กระจาย - การผลิต / สถาบัน จำนวน - การสูญเสีย/ สาเหตุ	1. สพฉ 2. สมาคมวิชาชีพ 3. สปช/ สถาบันการผลิต	1. Secondary data 2. การสำรวจ
6. สถานการณ์การคงอยู่ และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	- ปัญหาการดำรงอยู่ใน ระบบ/แรงจูงใจในการ ปฏิบัติงาน	1. ผู้กำหนดนโยบาย ระดับประเทศและพื้นที่ 2. กำลังคนที่เกี่ยวข้อง	1. สัมภาษณ์เชิงลึก 2. แบบสอบถาม
7. วิเคราะห์และตรวจสอบผลการ วิเคราะห์ความต้องการกำลังคน	ความต้องการกำลังคนของ ประเทศ และในระดับสถาน บริการ	ข้อมูลภาระงาน ระดับประเทศและระดับ สถานบริการ	เทียบความต้องการ กับกำลังคนที่มี และ สอบถามความเห็น

1.4.4 วิเคราะห์ความต้องการกำลังคนเทียบกับกำลังคนรองรับ

1.4.5 พัฒนาชุดข้อเสนอในการแก้ปัญหากำลังคนบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1.4.6 จัดเวทีนำเสนอเสนอเพื่อรับฟังความคิดเห็นและพัฒนาข้อเสนอแนะ

1.4.7 นำเสนอในเวทีคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติเพื่ออนุมัติ

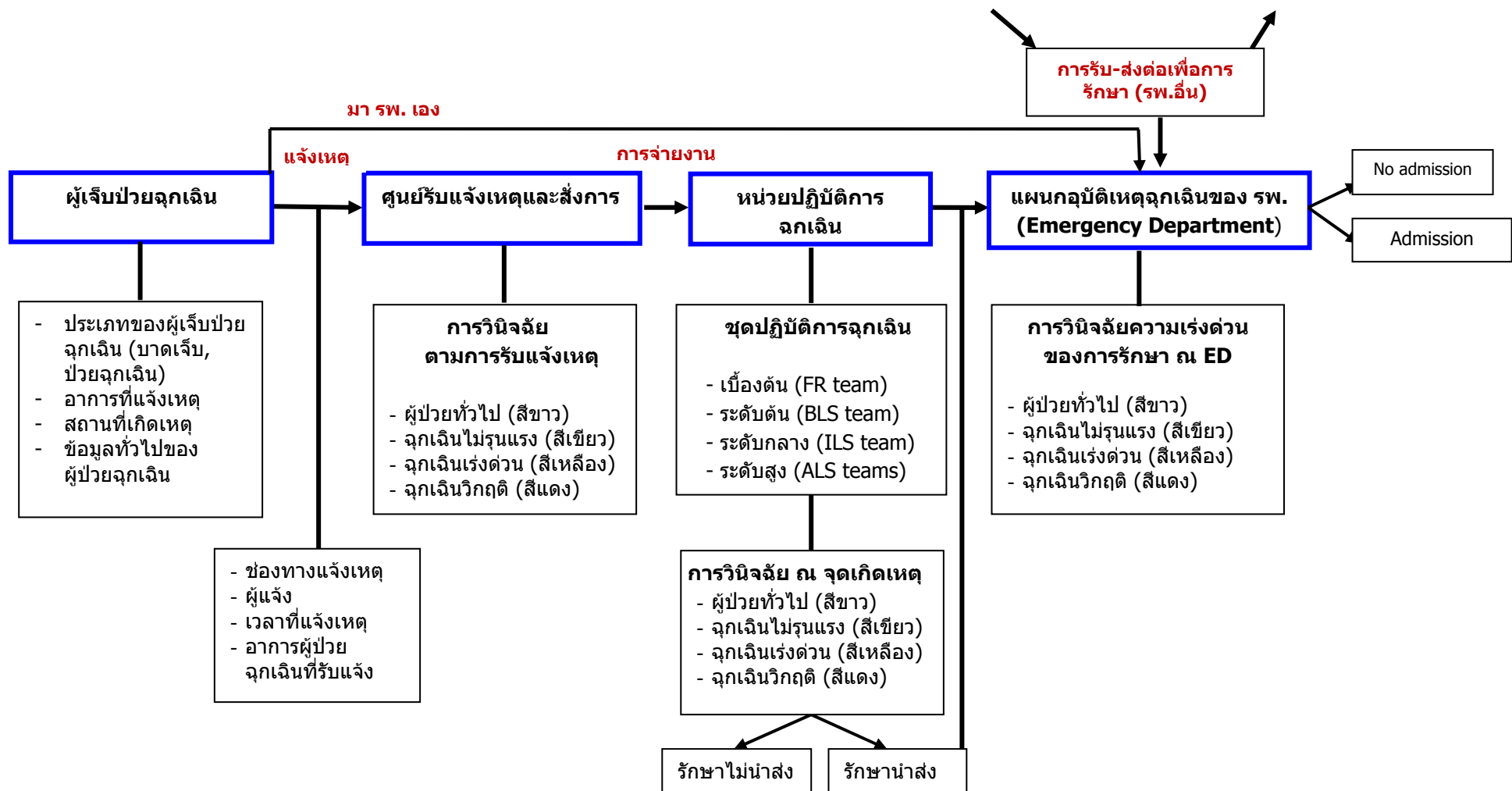
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ความต้องการกำลังคนประเภทต่าง ๆ ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 5 ปี และกำลังคนรองรับ

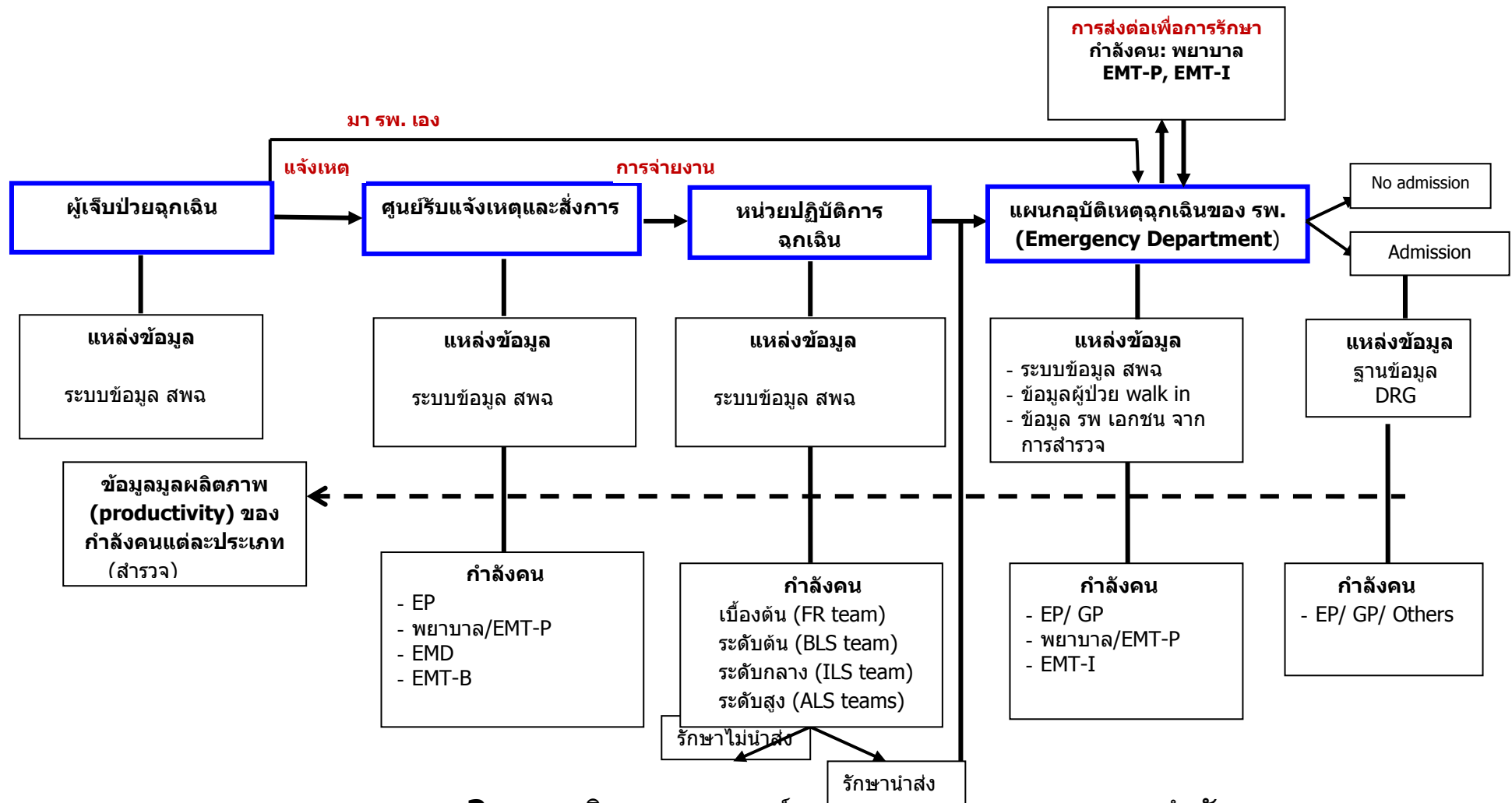
1.5.2 ข้อเสนอในการวางแผนกำลังคนในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในด้าน การผลิต การกระจาย และการ
อํารงกำลังคน

1.6 ระยะเวลาการดำเนินงาน กรกฎาคม 2555 - มีนาคม 2556

กิจกรรม	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มีค.
1. คัดเลือกพื้นที่ศึกษา และพัฒนาเครื่องมือ	√	√							
2. เก็บข้อมูลทุติยภูมิ		√	√	√	√				
3. เก็บข้อมูลในพื้นที่		√	√	√	√				
4. วิเคราะห์ข้อมูล						√	√		
5. พัฒนาข้อเสนอเชิง นโยบาย							√	√	
6. ประชุมที่ปรึกษา/ผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย	√		√		√		√	√	
7. นำเสนอ คณะกรรมการกำลังคน ด้านสุขภาพ									√



ภาพ 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



ภาพ 2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูลภาระงาน และกำลังคน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

นิยามการเจ็บป่วยที่เข้าข่าย"ฉุกเฉิน" นี้ใช้ตามพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติ การฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 และประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องข้อกำหนดว่าด้วยสถานพยาบาล พ.ศ.2554 ได้ นิยามถึงความหมายของ "การเจ็บป่วยฉุกเฉิน" ไว้อย่างชัดเจนว่า "เป็นการได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและ บำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการ รุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการเจ็บป่วยนั้น" ทั้งนี้หน่วย ปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความ รุนแรงของการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนี้

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้อง ให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจรักษาทันที มิฉะนั้นผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือพิการอย่างถาวรในเวลา ไม่เกินนาที ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ เราจะใช้สัญลักษณ์ "สีแดง" ดังตัวอย่าง เช่น ภาวะ "หัวใจหยุดเต้น" (Cardiac arrest) ภาวะหยุดหายใจ ภาวะ "ช็อก"จากการเสียเลือดรุนแรง ชักตลอดเวลาหรือชักจนตัวเขียว อาการซึม หหมดสติ ไม่รู้สึกตัว อาการเจ็บหน้าอกรุนแรงจากหลอดเลือดหัวใจตีบตันที่มี ความจำ เป็นต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด อาการทางสมองจากหลอดเลือดสมองตีบตันทันทีที่มีความจำ เป็นต้องได้รับยา ละลายลิ่มเลือด เลือดออกมากอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา เป็นต้น

2. ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ เป็นภาวะที่ต้องการการช่วยเหลือโดยเร็ว รอได้บ้างแต่ไม่นาน เป็นภาวะที่ผู้ป่วย ต้องการการช่วยเหลือทางการรักษาพยาบาลจัดเป็นอันดับรอง จากกลุ่มแรก ผู้ป่วยประเภทนี้ถ้าปล่อยทิ้งไว้ไม่ทำการดูแล รักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ก็อาจทำให้สูญเสียชีวิตหรือพิการได้ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง ผู้ป่วยประเภทนี้จะมีอาการหรือ อาการแสดงอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง โดยใช้สัญลักษณ์ "สีเหลือง" ดังตัวอย่าง เช่น หายใจลำบากหรือหายใจ เหนื่อยหอบ ชีพจรช้ากว่า 40 หรือเร็วกว่า 150 ครั้ง/นาที โดยเฉพาะถ้าร่วมกับลักษณะทางคลินิกข้ออื่น ไม่รู้สึกตัว ชัก อัมพาต หรือตาบอด หูหนวกทันที ตกเลือด ชีดยามากหรือเขียว เจ็บปวดมากหรือทรมานทรมาน มือเท้าเย็นซีด และเหงื่อ แดก ความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า 90 มม.ปรอทหรือตัวล่างสูงกว่า 130 มม.ปรอท อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 35 องศา เซลเซียส หรือสูงกว่า 40 องศาเซลเซียส ถูกพิษหรือ การใช้ยาเกินขนาด ได้รับอุบัติเหตุ โดยเฉพาะบาดแผลที่ใหญ่มาก และมีหลายแห่ง เช่น major multiple fractures , Burns, Back injury with or without spinal cord damage ภาวะจิต เวชฉุกเฉิน เป็นต้น ใช้สัญลักษณ์ "สีเหลือง"

3. ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการ สาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ ทรัพยากรและหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ใช้สัญลักษณ์ "สีเขียว"

การประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2552) ในปี 2547 พบว่า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 12 ล้านครั้งต่อปี จำแนกเป็นผู้เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน จำนวน 60,000 คน อุบัติเหตุจากรถ 17,000 คน อุบัติเหตุอื่น ๆ และพิษวิทยา 13,000 คน รวมทั้งเสียชีวิตจากโรคฉุกเฉิน

อื่น ๆ 30,000 คน ผู้ป่วยจะมีอาการหนักมากน้อยแตกต่างกันไป ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 28 ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลถึงความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 2.2 ของรายได้ประชาชาติเกิดจากอุบัติเหตุจราจร จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้นจึงจำเป็นต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐานเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 20 หรือประมาณ 9,000-12,000 คนต่อปี (วิโรจน์ เชมรัมย์, 2554) นอกจากสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุทางการจราจรแล้ว สถานการณ์ของการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในครอบครัวมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งจากอุบัติเหตุ และการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดในสมอง โรคเบาหวาน ซึ่งส่วนใหญ่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง ทันทีที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2554 หนึ่งในสี่ของการตายทั้งหมดในโลก เกิดจากโรคหัวใจ หลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะ Stroke และการบาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อบุคคล และครอบครัวอย่างรุนแรง นอกจากนี้ ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก

จากข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย พบผู้ป่วยฉุกเฉินมีการใช้บริการประมาณ 12 ล้านครั้งต่อปี เป็นผู้ป่วยวิกฤติและเร่งด่วนประมาณร้อยละ 30 ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ที่จะต้องได้รับการบริการฉุกเฉินทางแพทย์และสาธารณสุข เพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตปีละประมาณ 4 ล้านครั้งต่อปี ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ 60,000 คน ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ 134,197 ล้านบาทต่อปี (วรเวศน์ สุวรรณระดา และคณะ, 2548 อ้างในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554)

จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน รวมทั้งเศรษฐกิจ และสังคม ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล จึงเป็นสิ่งสำคัญ นำไปสู่การประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ซึ่งกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของชาติรวมทั้งประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชนให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการระบบแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554) อย่างไรก็ตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จะให้บริการที่เข้าถึงประชาชนอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น ควรจะได้รับการส่งเสริมและพัฒนาทั้งด้านการปฏิบัติฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล และการให้บริการฉุกเฉินในสถานพยาบาล ซึ่งในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในบทนี้จะครอบคลุมการบริการทั้ง 2 ด้าน ดังกล่าว

2.1 ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (pre-hospital care)

2.1.1 สถานการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

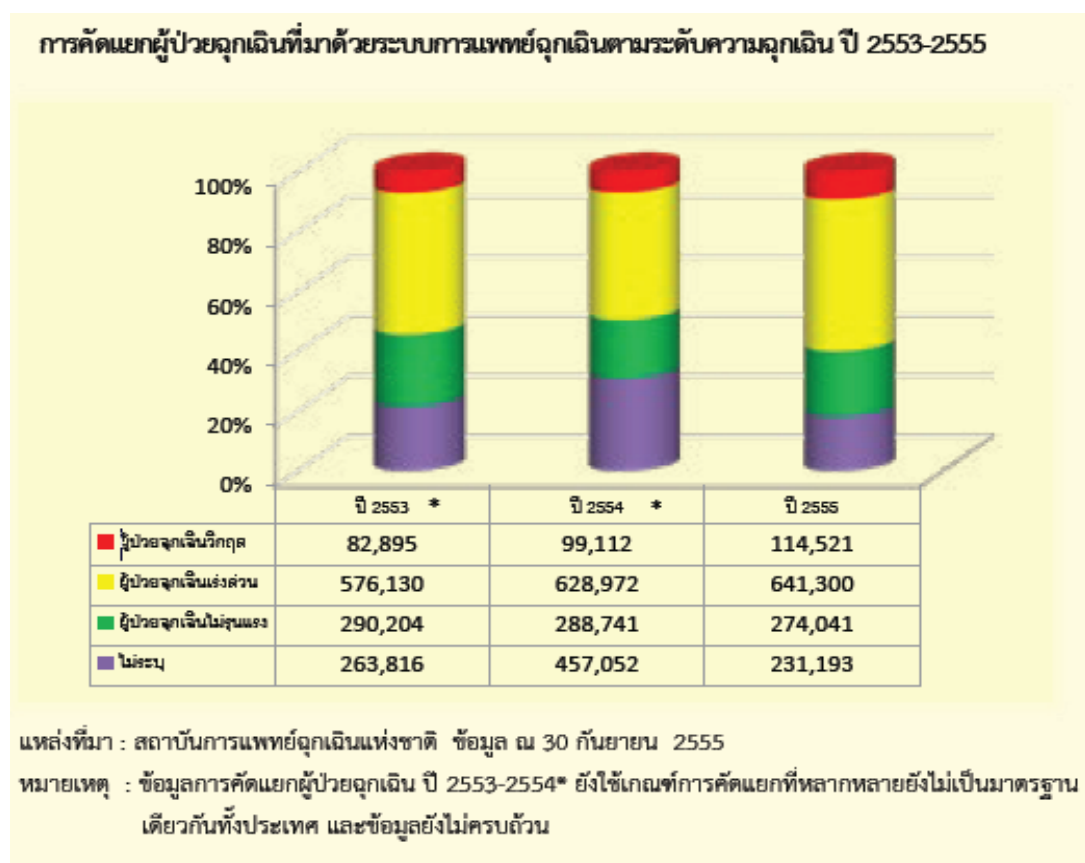
เป้าหมายของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆให้สามารถจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ หรือก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital care) ทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ ได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เพื่อลดการตาย พิการ ความทุกข์ทรมาน การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายอันเกิดจากความล่าช้าและความไม่เหมาะสมในการดูแลรักษา โดย จัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ การควบคุมทางการแพทย์ การจัดหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและเพียงพอ การพัฒนาชุมชนให้รู้ เข้าใจ และมีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยเน้นความรวดเร็ว ถูกต้อง ทั่วถึง และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการ

บริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียมและมีคุณภาพมาตรฐาน

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย กระทั่งหนักซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดอย่างทันที่ทั่วถึงที่ดูแลรักษาอย่างทันที่ทั่วถึง ถูกนำส่งโรงพยาบาลด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน สำหรับการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัจจุบันจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ประเภทฉุกเฉิน 2) ประเภทไม่ฉุกเฉิน และในระดับของประเภทฉุกเฉิน ยังได้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (ใช้สัญลักษณ์สีแดง) ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับเร่งด่วน (ใช้สัญลักษณ์สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป (ใช้สัญลักษณ์สีเขียว) ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะใช้สีขาว และสีดำ คือ ผู้มารับบริการอื่น สำหรับจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาโรงพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปีงบประมาณ 2555 มีดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤต (สีแดง) จำนวน 114,521 (9%) ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับเร่งด่วน (สีเหลือง) จำนวน 641,300 ราย (51%) ผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ไม่เร่งด่วน (สีเขียว) จำนวน 274,041 ราย (22%) เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2554 กับปีงบประมาณ 2555 จากแผนภูมิ 2.1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินระดับเร่งด่วน (สีเหลือง) ที่ได้รับการดูแลและมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 628,972 ราย ในปี 2554 เป็น 641,300 ราย ในปี 2555

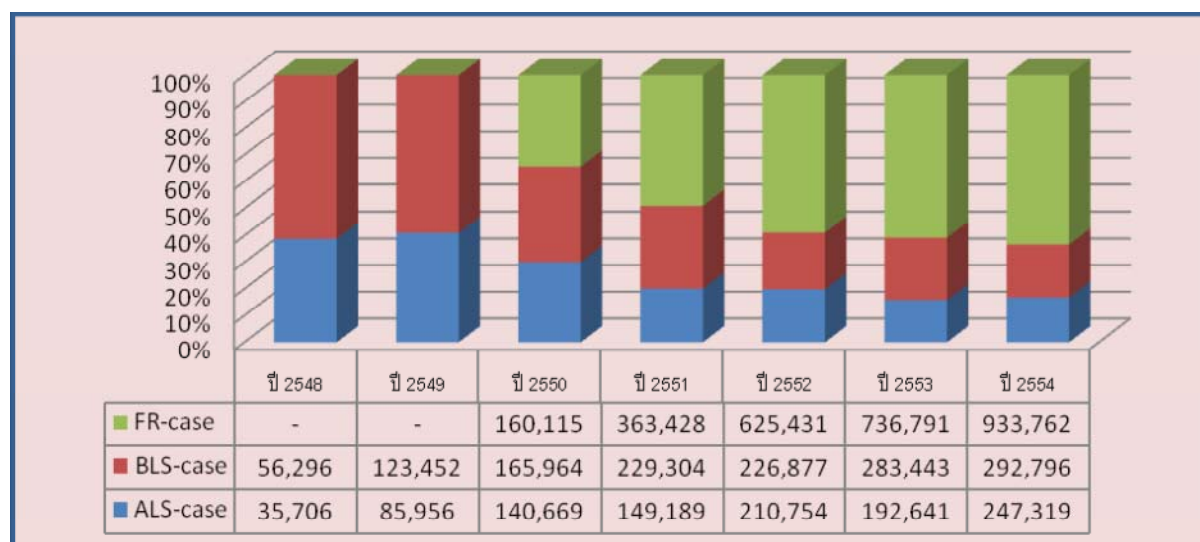
เมื่อพิจารณาผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤติ (สีแดง) ที่ได้รับการดูแลและมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 99,112 ครั้ง ในปี 2554 เพิ่มขึ้น 114,521 ครั้ง ในปี 2555 (ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2555)

ภาพที่ 2.1 การคัดแยกผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามระดับความฉุกเฉิน ปี 2553-2555



ผลจากการดำเนินงานให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน จำแนกตามประเภทของชุดปฏิบัติการจนถึงปีงบประมาณ 2554 จะเห็นว่า ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ให้บริการได้สูงสุด จำนวน 933,726 ครั้งหรือร้อยละ 63 ของการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมด รองลงมาคือ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (BLS) ให้บริการ จำนวน 292,796 ครั้ง หรือร้อยละ 20 ของการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมด ส่วนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) ให้บริการน้อยสุด จำนวน 247,319 ครั้ง หรือร้อยละ 17 ของการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหมด และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปี 2554 จะพบว่า ชุดปฏิบัติการทุกระดับมีจำนวนครั้งของการให้บริการสูงขึ้น โดยมีสัดส่วนการให้บริการของชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง : ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน : ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น เท่ากับ 30:36:34, 20:31:49, 20:21:59, 16:23:16, ในปี 2540, 2551, 2552, 2553 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ในอนาคตการให้บริการของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (แผนภูมิภาพ 2.2)

ภาพที่ 2.2 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งโรงพยาบาลจำแนกตามชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน



แหล่งที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2554

2.1.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและกำลังคนด้านสุขภาพ: บทเรียนจากต่างประเทศ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นนับว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโลก ดังจะเห็นได้จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี 2545 หนึ่งในสี่ (ร้อยละ 25) ของการตายทั้งหมดในโลกเกิดจากโรคหัวใจหลอดเลือด โรคมะเร็ง ภาวะ Stroke และการบาดเจ็บ ผลทำให้ในปีเดียวกันนั้นการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) จากโรคหัวใจหลอดเลือด ภาวะ Stroke และการบาดเจ็บอุบัติเหตุจากรถอยู่ใน เป็นลำดับที่ 2,3 และ 4 ในผู้ชาย และลำดับที่ 3 และ 4 ในผู้หญิง นอกจากจะทำให้สูญเสียสุขภาพแล้วยังก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ที่เป็นค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วย (World Health Organization 2003, 2004)

การเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะที่เกิดจากการบาดเจ็บและการตายของอุบัติเหตุยังส่งผลต่อ มิติทางประชากรใน ด้านโครงสร้างของประชากร อัตราส่วนวัยพึ่งพิงที่สูงขึ้น ทางด้านเศรษฐกิจนั้นมีมูลค่าสูงถึง 134,197 ล้านบาท ความ ยากจนและความสูญเสียเชิงเศรษฐกิจ (วรเวศน์ สุวรรณระดาและคณะ , 2548)

ประเทศต่างๆได้มีการพัฒนาระบบการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และมีประเด็นสำคัญที่จะสามารถเป็นบทเรียน ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยได้ ดังต่อไปนี้

(1) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในค.ศ. 1960 ได้มีการเริ่มการบริการรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาลโดยวิธีที่เรียกว่า Biotelemetry ให้นักการที่ มีความรู้ดีในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เรียกว่า Paramedics ที่สามารถช่วยเหลือ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค , 2545 :32 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย,2550)

การเปลี่ยนแปลงการจัดการที่เป็นระบบมากขึ้นเริ่มเมื่อ ค.ศ. 1960 กล่าวคือมีการจัดการเกี่ยวกับการผลิตคนที่ ให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เรียกว่า Paramedics ที่สามารถช่วยเหลือ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยใช้เครื่องมือพิเศษทาง การแพทย์ แต่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2545 :32 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิต นิรามัย, 2550) สาเหตุของการเปลี่ยนแปลงนั้นมาจากการพัฒนาทางการแพทย์ที่ก้าวหน้า ส่งผลให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ เกิดจากโรคติดต่อลดลง ประกอบกับช่วงนั้นมีการเติบโตจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว สภาพสังคมกลับ เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมประกอบกับ การเปลี่ยนแปลงของประชากรในอเมริกาเริ่มมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น วิธีชีวิตประชาชนเปลี่ยนแปลง มีผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุสูงขึ้น การตายฉุกเฉินด้วยโรคหัวใจสูงขึ้น จึงเกิด แรงผลักดันจากสังคม (Shah , 2006 : 414-432-อ้างในอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ,2544) ทำให้เริ่มมีการจัดการ ด้านกฎหมายในปี ค.ศ. 1973 ได้มีการออกกฎหมายเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน นับว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งตามกฎหมายนี้ ซึ่งพบว่ากฎหมายที่มีความสำคัญต่อระบบมากที่สุดคือกฎหมายที่เป็นสิทธิ ของประชาชนที่เรียกว่า Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA) , Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) ซึ่งสามารถคุ้มครองผู้ป่วยที่ไม่มีความสามารถในการจ่ายมิให้ ถูกปฏิเสธการรักษา รวมทั้งไม่ให้ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นโดยยังอยู่ในภาวะอันตราย (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และ คณะ ,2544 :21) หลังจากการดำเนินงานจนถึงปัจจุบันจึงได้มีการประเมินผลงานตามแผนงานที่กำหนดขึ้นและให้ ความสำคัญกับการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เป็นเด็กมากขึ้น

ปัจจุบันในสหรัฐอเมริการะดับการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) FR (Fire Engine Ladder Trunk) มีความสามารถเท่าหน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) ส่วนใหญ่พบว่าหน่วยปฏิบัติการที่เป็นของรัฐมักจะเป็น ศูนย์ระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีการจัดทำโครงการ Health 2000 ซึ่งเป็นการดำเนินงานร่วมกับชุมชนเพื่อสนับสนุนในด้านการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในชุมชน โดยบุคคลที่ทำหน้าที่ นี้เป็น Bystander

ในด้านการจัดการระบบการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ประกอบด้วย

1. กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ , 2544 :23-24 ; วิชาดา วัฒนนามกุลม, มปป) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในภาครัฐระดับรัฐ (State) มีองค์กรที่รับผิดชอบคือกองฉุกเฉิน กรมการขนส่ง (EMS Division of Department Transportation) ซึ่งแต่ละรัฐจะรับผิดชอบระบบงานของตนเอง มีสถาบันฝึกอบรมที่เป็นเฉพาะทางด้านการบริการก่อนนำส่งสถานพยาบาลและจะไม่มีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ระดับปฏิบัติการมีสถานดับเพลิงและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Fire Rescue & EMS Station) ตั้งอยู่ที่กองดับเพลิง (Fire Department) ลักษณะการทำงานเป็นการทำงานร่วมระหว่างการดับเพลิงและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สถานพยาบาลและเอกชนที่ทำหน้าที่ทั้งการให้บริการและการฝึกอบรมอาสาสมัครและประชาชน ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการระดับพื้นฐานของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นมาจากการเป็นนักดับเพลิงและกู้ชีพก่อน ผู้ที่สอนจะเป็น EMT-M ในหน่วยบริการนั้นเป็นผู้สอนให้แก่อาสาสมัคร นักเรียนในโรงเรียน นอกเหนือจากนี้ยังมีมหาวิทยาลัยในรัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบริการอีกด้วย องค์กรที่มีความสำคัญที่ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินคือ องค์กรอาสาสมัครพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของการจัดบริการในสหรัฐมีองค์กรเหล่านี้ที่ปฏิบัติงาน และกาชาดสหรัฐอเมริกาที่มีการจัดบริการด้านการศึกษาในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังนั้นในการบริหารงานทั้งด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ ,ด้านเทคโนโลยีและการจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ จึงขึ้นอยู่กับรัฐนั้นและองค์กรที่รับผิดชอบ ซึ่งก็พบว่าในการวางแผนนั้นจะใช้การวางแผนกลยุทธ์ และมีการควบคุมกำกับประเมินผล ซึ่งตามหลักฐานปรากฏให้เห็นตั้งแต่ค.ศ. 1990 ที่ ได้มีกฎหมายในการจัดทำแผนงานประเมินผล ซึ่งพบว่า หน่วยงานบริการหลายแห่งมีการดำเนินงานดังกล่าว สำหรับการควบคุมการทำงานนั้นได้มีการกำหนดให้บุคลากรที่เข้ารับการอบรมต้องอบรมฟื้นฟู ทุก 1-2 ปี ตามที่กำหนดของแต่ละรัฐ เช่น EMT-B อบรม 40 ชั่วโมง EMT-P อบรม 80 ชั่วโมง ACLS อบรมทุกปี เป็นต้น

2. การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ สหรัฐเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของเองไกลอเมริกัน ดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษ บุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไปซึ่งได้แก่

1) กลุ่มพารามedikและเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical technicians : EMTs) ปัจจุบันมี National Education and Practice Blueprint ได้กำหนดระดับต่างๆของ ผู้ให้บริการ ไว้ 4 ระดับคือ: First Responder, EMT-Basic, EMT-Intermediate, and EMT-Paramedic สำหรับ First Responder ซึ่งบุคคลที่ปฏิบัติงานหน้าที่ที่เอื้ออำนวยต่อการเป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน และสะดวกต่อการติดตามตัวเพื่อเข้ามาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อนที่หน่วยฉุกเฉินจะไปถึง เช่น ครู ตำรวจ พนักงานผจญเพลิง เจ้าหน้าที่ด้านความปลอดภัยชุมชนอื่นๆ เป็นต้น ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาได้กำหนดบทบาทของ First Responder คือ ดูแลความปลอดภัยของผู้ป่วยและคนอื่นๆในที่เกิดเหตุ

ประเมินผู้ป่วยต่อจากผู้ประสบเหตุที่ช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น และค้นหาภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น เก็บข้อมูล บันทึกการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ ส่งต่อการดูแลให้กับบุคลากรฉุกเฉินในระบบต่อไป

2) กลุ่มของเจ้าหน้าที่สื่อสารด้านความปลอดภัย (Public Safety Communicators) และเจ้าหน้าที่สื่อสารในการรับแจ้งเหตุและศูนย์สั่งการที่สามารถคำแนะนำในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ (Emergency Medical Dispatchers :EMD) สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิมพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse) มักปฏิบัติงานในฐานะของ EMT ระดับใดระดับหนึ่งในงานการรักษาก่อนถึงโรงพยาบาล หรือปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลฉุกเฉินในรถพยาบาลผู้ป่วยหนัก(Mobile Intensive Care Unit) หรือปฏิบัติงานในหน่วยการขนส่งทางอากาศ,แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) เจ้าหน้าที่หลักของแพทย์คือปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินและให้การปรึกษากับหน่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล มีแพทย์อีกหลายสาขาที่มีบทบาทในงานบริการภาวะฉุกเฉิน เช่นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Practitioners) กุมารแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์โรคหัวใจและอื่นๆ

จากความแตกต่างของบุคลากรที่มีในการให้บริการ ดังนั้นคุณสมบัติที่รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้งประกาศนียบัตร อนุปริญญา และปริญญาตรี สำหรับหลักสูตรของ EMT-I นั้นจะมีหลากหลายขึ้นกับแต่ละรัฐ

กลุ่มอาสาสมัคร ในประเทศสหรัฐอเมริกาจะประกอบไปด้วย First Responders ซึ่งมีรายละเอียดที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น และ By Standers คือบุคคลทั่วไป ซึ่งนับว่ามีความสำคัญมากถ้าได้รับการอบรมให้มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรอเวลาที่รถฉุกเฉินจะไปถึงที่เกิดเหตุ

การจัดการอบรมประชาชน ได้มีการสอนให้ทั้งผู้ใหญ่และเด็กรู้จักเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินนี้และสามารถโทรได้รวมทั้งสอนให้รู้ว่าควรใช้เพียงกรณีฉุกเฉินเท่านั้น การติดต่อสถานีตำรวจในกรณีไม่ฉุกเฉินให้ใช้เบอร์โทรศัพท์ธรรมดา สอนให้ประชาชนติดเบอร์โทรศัพท์ไว้ตามที่ต่างๆทั้งในบ้าน และที่ทำงาน ประชาชนที่แจ้งเหตุถูกสอนให้สงบสติอารมณ์และรู้วิธีการแจ้งเหตุที่ถูกต้องรวมทั้งให้รู้วิธีการปฐมพยาบาลระหว่างรอหน่วยฉุกเฉิน สำหรับกรณีเกินหรือสัมผัสสารพิษ ประชาชนถูกสอนให้รู้ว่าสามารถจัดการกับปัญหานั้นได้ด้วยตนเองเพียงใช้โทรศัพท์แจ้งเหตุไปยังศูนย์พิษวิทยา

(2) ประเทศญี่ปุ่น

การเกิดขึ้นของการจัดการการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้นเป็นการจัดการการนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นครั้งแรกที่เมือง โยโกฮามา (Yokohama) ใน ค.ศ. 1933 ภายใต้การดูแลของหน่วยดับเพลิงท้องถิ่น หลังจากนั้นมีการจัดการโดยใช้การใช้อกฎหมายใน ค.ศ. 1947 โดยรัฐธรรมนูญได้ออกกฎหมายให้อำนาจท้องถิ่นในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล แต่มีการปฏิบัติตามกฎหมายบางเมืองเท่านั้น

การเปลี่ยนแปลงในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลด้วยระบบการแพทย์สมัยใหม่เริ่มขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1960 โดยกลุ่มอาสาสมัครที่เป็นแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ประกอบกับช่วงนั้นการเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นไปอย่างรวดเร็ว พร้อมกับปัญหาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและการตายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงได้มีการปรับปรุงกฎหมายอีก

ครั้ง ในค.ศ. 1964 โดยให้การดูแลทั้งในเรื่องอุบัติเหตุและภัยธรรมชาติ หลังจากมีการวางแผนการบริการโดยเริ่มเฉพาะ วันหยุดและกลางคืน จนกระทั่ง ค.ศ. 1977 จึงได้มีการออกกฎหมายในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระบบที่ให้การดูแล ผู้ที่บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน และมีการกำหนดวันฉุกเฉินประจำปี ช่วงนั้นจำนวนผู้ที่บาดเจ็บลดลงแต่จำนวนผู้ที่ เจ็บป่วยฉุกเฉินจากโรคไม่ติดต่อมากขึ้นจึงมีการออกกฎหมายในการบริการกลุ่มนี้ ค.ศ.1982 ได้ประกาศให้ผู้ที่เจ็บป่วย ฉุกเฉินที่ไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บต้องได้รับการนำส่งจากรถพยาบาลฉุกเฉินด้วย ค.ศ.1991 ได้มีกฎหมายใน การ คัดกรองคนที่ให้บริการ มีกฎหมายคุ้มครองผู้ที่ปฏิบัติ ELSTs และช่วงเดียวกันนั้นจนถึงปัจจุบันได้เริ่มมีโครงการผลิต เวช กิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician : EMT) ที่อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์ จากนั้นได้มีการเริ่มการเพิ่ม หน้าที่ในการทำงาน และกำหนดทิศทางในการดูแลที่เน้นคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Japan International Cooperation Association., 2006 online; Tanigawa & Tanaka, 2006 : 365-366)

ปัจจุบันญี่ปุ่นได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในการรักษาพยาบาล ที่เน้นคุณภาพของการบริการและการ ป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินเช่นเดียวกับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในการศึกษานี้จะกล่าวเฉพาะการดูแลก่อนนำส่ง สถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) หน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) ส่วนใหญ่พบว่าหน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน(BLS) เป็นหน้าที่ของเทศบาล ส่วนหน่วยบริการระดับสูงในปัจจุบันมีโครงการนำร่องใช้ตัวแบบบริการของฝรั่งเศส-เยอรมัน ที่ ใช้เฉพาะแพทย์และพยาบาลในการปฏิบัติงาน ในรถฉุกเฉิน ICU ที่เรียกว่า “Doctor car” และเฮลิคอปเตอร์ที่เรียกว่า “Doctor Heli” ซึ่งจะมีการดำเนินงานในเมืองฮอกไกโด นากาโน ชิเบ คานากาวะ ชิฟูกะ อิชิ วาคายา โอคายามา และ ฟูกุโอกะ สำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้นมีโปรแกรมการสอนนี้จัดโดยกองบัญชาการความมั่นคงทางชาติญี่ปุ่น และกลุ่มอาสาสมัคร โดยทำการอบรมภายใต้หลักสูตรการช่วยชีวิตที่โรงเรียน และสำหรับประชาชนทั่วไป ทั้งนี้เพราะใน ประเทศญี่ปุ่นเกิดภัยธรรมชาติบ่อยครั้งนั่นเอง (Tanigawa & Tanaka, 2006 :365-366)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบันของญี่ปุ่น นั้นมี มิดังนี้ (Japan International Cooperation Association, 2006 online; Tanigawa & Tanaka, 2006 : 366-339 ;วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ,2549 :.มปป.)

1. กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมมาตรฐานการฝึกอบรม ระดับชาติที่เรียกว่า National Standard Training มีคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการควบคุมทางการแพทย์ที่เรียกว่า Medical Control Advisory Board ทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาด้านการศึกษาและทักษะต่างๆที่เหมาะสมกับ การศึกษาในทุกระดับ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานระดับชาติที่ทำหน้าที่ในการเตือนภัยระดับชาติ ซึ่งสามารถเชื่อมต่อการ ควบคุมสั่งการทางการแพทย์และข้อมูลข่าวสารด้านภัยพิบัติไปยังระดับปฏิบัติการและประเทศอื่นในโลกได้อีก 38 ประเทศ สำหรับระดับปฏิบัติการกองดับเพลิงของเทศบาลในแต่ละจังหวัดเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำส่งผู้ที่เจ็บป่วย ฉุกเฉินและให้

การช่วยเหลือขั้นต้น (BLS) ลักษณะการงานเป็นการผสมผสานงานดับเพลิงและงานการแพทย์ฉุกเฉิน (Fire-based EMS) มีหน่วยงานของรัฐคือเทศบาลของแต่ละจังหวัดเป็นผู้จัดการศึกษาสำหรับนักเรียน ประชาชน และ By Stander นอกเหนือจากมีมหาวิทยาลัยในรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร ปัจจุบันมี มหาวิทยาลัย 13 แห่ง มหาวิทยาลัย 4 แห่ง และศูนย์ฝึกอบรม : ELSTA มีวิทยาลัยเอกชนผลิต EMT แต่ทั้งนี้ต้องอยู่ในความควบคุมของคณะกรรมการที่ปรึกษาด้านการควบคุมทางการแพทย์ เมืองเคิร์กอาสาสมัครที่มีบทบาทเด่นอีกคืออาสาสมัครฉุกเฉินและอาสาสมัครอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่ในการจัดการศึกษาแก่พลเมืองในประเทศ

ในการวางแผนนั้น ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการวางแผนงาน การกำกับและควบคุมอย่างมาก ดังเช่น การวางแผนงานตั้งแต่ ค.ศ. 1984 ในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การวางแผนในการประเมินผลผู้ที่ให้บริการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน การวางแผนนิเทศงานและการประเมินผลโปรแกรมการศึกษา และการประเมินการบันทึกการปฏิบัติงานของ ELSTs การประเมินผลเพื่อการตัดสินใจในการปรับปรุงคุณภาพของ ELSTs เป็นต้น การควบคุมคุณภาพนั้นผู้ที่ปฏิบัติงานต้องให้ใบประกอบวิชาชีพ (license) การปฏิบัติงาน EMS แต่ไม่มีการ Re-license มีการกำหนดให้บุคลากรทุกคนเข้าอบรมก่อนการปฏิบัติงาน จำนวน 160 ชม. และมีการอบรมฟื้นฟูขณะปฏิบัติงาน 128 ชม. ทุก 2 ปีแพทย์และพยาบาลที่ปฏิบัติงาน EMS ต้องอบรมฟื้นฟู ACLS กับสถาบัน JATEC

(2) การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาด้วยการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่สามารถดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกลุ่มวิชาชีพ อาสาสมัครและประชาชนทั่วไป หน้าที่หลักของบุคลากรเหล่านี้คือช่วยชีวิตผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินซึ่งจะมีความสามารถที่ต่างกัน อย่างไรก็ตามในญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของแองโกลอเมริกันดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษที่ให้การบริการและบุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ในปัจจุบันพบว่ามีผู้นำตัวแบบของฝรั่งเศสเยอรมันมาใช้ ซึ่งมักพบในเมืองใหญ่ บุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่

บุคลากรเฉพาะ ได้แก่ Standard First Aids Class one : SFAC1 ซึ่งจะเทียบเท่ากับ EMT-I ในสหรัฐอเมริกา โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลท้องถิ่น มีความสามารถในการดูแลผู้เจ็บป่วยเฉพาะด้าน สามารถทำ EKG ใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจได้ และ Emergency Life Support Technician : ELST หรือ EMTs ซึ่งจะเทียบเท่ากับ Paramedics ในสหรัฐอเมริกา โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลระดับชาติ ใช้เวลาเรียน 5 ปี หรือมีประสบการณ์อบรมมากกว่า 2,000 ชั่วโมงของ SFAC มีความสามารถในการดูแลผู้เจ็บป่วยเฉพาะด้าน สามารถทำ EKG ใส่ท่อเพื่อช่วยหายใจได้ ภายใต้ความควบคุมของแพทย์ ในกรณีที่สถานประกอบการเรียนเหมือนกันเพียงแต่มีความแตกต่างของจำนวนชั่วโมง อยู่ที่ 1,785-2,445 ชั่วโมง

สำหรับบุคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิมจึงเป็นพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Nurse) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) หน้าที่สำหรับพยาบาลและแพทย์นั้น จะออกปฏิบัติงานในหน่วยปฏิบัติการ ALS ตามเมืองใหญ่ ที่ใช้ตัวแบบของฝรั่งเศสเยอรมัน

จากความแตกต่างของบุคลากรที่มีในการให้บริการ ดังนั้นจุดที่บัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง ประกาศนียบัตร อนุปริญญา และ ปริญญาตรี การเรียนเป็นระบบ การศึกษาระหว่างปฏิบัติงาน (on the job training) (วิภาดา วัฒนนามกุลและคณะ,มปป.)

กลุ่มอาสาสมัคร ประกอบไปด้วย First Aids Class one : FAC-1บุคคลที่ปฏิบัติงานบุคลากรฉุกเฉินในระบบซึ่งจะเทียบเท่ากับ EMT-B โดยจะอยู่ภายใต้การสอนของรัฐบาลท้องถิ่นมีความสามารถ จากนั้นใช้เวลาในการอบรม 135 ชั่วโมง สามารถดูแลช่วยเหลือออกซิเจนทางปากได้ และผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ (Bystanders) ที่ใกล้ชิดผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งทางประเทศญี่ปุ่นได้ให้ความสำคัญในกลุ่มนี้มากที่สุด การประเมินผลการรอดชีวิตของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินจากการช่วยเหลือของกลุ่มนี้ สามารถช่วยชีวิตได้มากเป็น 2 เท่าของกลุ่มที่ไม่ได้รับการช่วยเหลือ

การให้การศึกษาแก่สาธารณชนในกลุ่มประชาชนและกลุ่ม Bystander นี้ประเทศญี่ปุ่นได้ถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ จึงได้มีการจัดการศึกษาไว้ในระบบและนอกระบบซึ่งได้เน้นกลุ่มเป้าหมายคือญาติของผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยทำการอบรมภายใต้หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพชีวิตที่โรงเรียน

ผลของการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล (Japan International Cooperation Association., 2006 online; Tanigawa & Tanaka, 2006 : 370) ในปี 2004 มีผู้ที่เรียกใช้บริการจำนวน 5.03 ล้านคน เฉลี่ยรับแจ้งเหตุส่งการจำนวน 605 คนต่อชั่วโมง จำนวนผู้นำส่งสถานพยาบาล 4.7 ล้านคน Response time เฉลี่ย 6.4 นาที

(3) ประเทศออสเตรเลีย

การเกิดขึ้นของการจัดการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 100 ปีที่ผ่านมา ในค.ศ. 1892 โดยสมาคมบริการก่อนนำส่งสถานพยาบาลแห่งเซนต์จอห์น (St John Ambulance Association) ได้ให้เริ่มให้ความสนใจในการอบรมปฐมนิเทศพยาบาลแก่ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน จากนั้นไม่นานได้มีสถานที่ตำรวจนำรถม้าในการจัดการขนส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล ในค.ศ. 1904 มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครผู้ชายที่เรียกว่า The Perth Men's Division of the St John Ambulance Brigade ในรัฐออสเตรเลียตะวันตก หลังจากนั้นงานอาสาสมัครได้เป็นที่ยอมรับของชุมชนเป็นอย่างมาก ต่อมา ค.ศ. 1913 มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครผู้หญิงที่เรียกว่า The first Women's Division จากนั้น St John Ambulance จึงได้เริ่มมีการจัดการนำผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาลโดยใช้รถยนต์และมอเตอร์ไซด์เป็นครั้งแรก การดำเนินงานของ St John Ambulance ในฐานะของมูลนิธิสาธารณประโยชน์ จึงได้รับการสนับสนุนจาก องค์การ Loterrywest รัฐบาลและอาสาสมัครและประชาชนทั่วไป (สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค , 2545 :32 , St John Ambulance, 2004 อ้างใน อติศักดิ์ ผลิตตผลการพิมพ์ , 2544)

การเปลี่ยนแปลงในการจัดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลที่เป็นระบบนั้นเกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 20 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเป็นผลมาจากนโยบายทางการเมืองในสมัยของนายกรัฐมนตรีเจฟฟรีย์ เคนเนต (Jeffrey Kennett) ที่ให้ความสำคัญต่อการแปรรูปรัฐวิสาหกิจให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม(privatization) ส่งผลต่อการนำหลักการทางเศรษฐศาสตร์และธุรกิจภาคเอกชนมาใช้ในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล สิ่งที่เปลี่ยนแปลงในขณะนั้นสร้าง

ความสับสนต่อการทำงาน กล่าวคือวัฒนธรรมการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจากความคุ้นเคยอันที่มีตรึงเปลี่ยนเป็นการทำงานของผู้ที่ให้บริการฉุกเฉิน มีความไม่เข้าใจกันระหว่างวิชาชีพ มีความสับสนในการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศ เพื่อความอยู่รอดขององค์กรจึงทำให้ออสเตรเลีย มีการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน ค.ศ.1990 ได้มีการกำหนดกฎหมาย Ambulance Service Act ให้รัฐบาลท้องถิ่น มีหน้าที่จัดหาและกำกับดูแลงานบริการรถพยาบาลฉุกเฉินแก่ประชาชน และระบบการให้บริการก่อนถึงสถาน พยาบาล อีกทั้งยังมีการจัดการตามกฎหมายใน 2 ประเด็นคือการคุ้มครองคนที่ให้บริการพบว่ามีความหมายคุ้มครองผู้ให้บริการ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ , 2544 : 41; วิภาดา วัฒนนามกุลและคณะ, 2549 : ปรป ; Omeara ,2002 :1 ,27-28 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

ปัจจุบันออสเตรเลียได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งในการศึกษานี้จะกล่าวเฉพาะการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเท่านั้น ซึ่งมีหน่วยปฏิบัติงานจะมีอยู่ 3 ระดับคือ 1) First responder System เป็นหน่วยชุมชนดำเนินการดูแลกันโดยผู้ที่ดูแลนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมที่จัดไว้ 2) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) หน่วยนี้จะปฏิบัติงานโดย CERT(Community Emergency response Team) และต้องรองจนกว่าหน่วยปฏิบัติงานขั้นสูงมาถึงเพื่อให้การรักษาและนำไปยังสถานพยาบาลต่อไป 3) หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support หรือ ALS) หน่วยปฏิบัติการที่เป็นของทั้งของรัฐและเอกชนจะมีการจัดบริการเหมือนกันเพียงแต่มีความแตกต่างในชื่อของแต่ละหน่วยซึ่งแต่ละรัฐจะมีการจัดที่แตกต่างกัน ในบางรัฐจะมีบริการด้วย การบริการทางภาคพื้นดินและทางอากาศ หรือแม้แต่ในพื้นที่ที่มีหิมะ

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของออสเตรเลีย นั้นมี ดังนี้ คือ (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ , 2544 :23-24 ; วิภาดา วัฒนนามกุลและคณะ,2549 :มปป. ; Rural Ambulance Victoria , 2005: 20,23 ; St John Ambulance, 2005 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

1. กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับรัฐ(State)ในที่นี้นำเสนอเฉพาะ รัฐวิคตอเรีย มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพภายนอกที่เรียกว่า Auditor General Victoria มีโครงสร้างการบริการ 3 ส่วนคือ Metropolitan Ambulance Services ทำหน้าที่ในการบริการในเมือง ส่วน Rural Ambulance Victoria และ Alexandra & District Ambulance Services ทำหน้าที่ในการบริการในชนบท

ในส่วนโครงสร้างของระบบรถฉุกเฉินของวิคตอเรีย (Rural Ambulance Victoria - RAV)ในส่วนของการจัดองค์กร โครงสร้างของ RAV เป็นการจัดองค์กรตามแบบงานหลักและงานที่ปรึกษา (line and staff organization) (สมพร เพ็ญจันทร์ , 2547 :159-160) แม้ว่ารูปแบบองค์กรเป็นแบบแนวราบ แต่มีโครงสร้างที่ซับซ้อนและเป็นการบริหารงานที่รวมศูนย์ (O'mera , 2002 :8 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550) นอกจากนี้ RAV ยังมีบริษัทเอกชนที่สนับสนุน คือ

TABCORP Holdings Pty Ltd และ Tabaret Big BBQ Benefit และ บริษัทโซนี่ ระดับปฏิบัติการในชุมชนมีทีมที่ปฏิบัติงานที่เรียกว่า CERT มีหน่วยบริการทั้งสามส่วนในรัฐเป็นผู้จัดการศึกษาสำหรับนักเรียน ประชาชน และBystander นอกเหนือจากมีมหาวิทยาลัยในรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร ในปัจจุบันในรัฐวิกตอเรีย RAV จะมีความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย 4 แห่งคือ ในการผลิตบุคลากรบริการ ในการบริการงานของนั้นในแต่ละรัฐจะรับผิดชอบระบบงานของตนเอง RAV ซึ่งเป็นหน่วยงานภายใต้กำกับของรัฐ ใช้การวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานและมีตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนมาก อีกทั้งมีการเทียบเคียงผลงานที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดอีกด้วย

(2) การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในออสเตรเลียเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของแองโกล-อเมริกันดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษที่ให้บริการและบุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่

บุคลากรพิเศษ ในออสเตรเลียมีหลายระดับ คือ พนักงานดูแลเบื้องต้น(Patient transport Officer : PTO) มีหน้าที่ให้การดูแลแก่ประชาชนที่ป่วย หรือได้รับบาดเจ็บก่อนถึงโรงพยาบาล และการเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาล พนักงานดูแลเบื้องต้นจะให้การรักษาเท่าที่เป็นไปได้ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่คงที่ในระหว่างการนำส่ง สำหรับเวชกรฉุกเฉิน (Paramedics) ในประเทศออสเตรเลียเรียกว่า Ambulance officer ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี โดยเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติงานสนาม พนักงานช่วยชีวิตจะถูกฝึกในระดับคลินิกขั้นสูงสุด สำหรับงานบริการรถพยาบาล และ จะได้รับการฝึกให้ทำหัตถการต่างๆ ตั้งแต่การดูแลเบื้องต้นในฐานะพนักงานรถพยาบาลรวมถึงการใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูงแบ่งระดับได้ทั้งหมด 5 ระดับ จนถึง Paramedics ในการให้บริการ ดังนั้นวุฒิปัตร์ที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้งประกาศนียบัตร อนุปริญญา และ ปริญญาตรี การเรียนเป็นระบบการศึกษาระหว่างปฏิบัติงาน (วิภาดา วัฒนนามกุล และคณะ,2549 :มปป.)

กลุ่มอาสาสมัคร นับเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญพบว่าในบางรัฐ ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นการทำงานของอาสาสมัคร การผลิตบุคลากรที่ให้บริการที่ประกอบไปด้วย first responders ในออสเตรเลียได้กำหนดบทบาทของ First Responder คือ การปฐมพยาบาล และรอจนกว่าหน่วยฉุกเฉินจะมาถึง ยังมีกลุ่มการบริการของชุมชนที่เรียกว่า Community Reference Groups ซึ่งจะเป็นอาสาสมัคร บริการข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่รับข้อมูลจาก RAV ต่อไปยังชุมชน

ในออสเตรเลียจะกล่าวถึงนักเรียนในโรงเรียนเขตชนบทของออสเตรเลียมีการใช้นักเรียนเป็นอาสาสมัครโดยได้รับการอบรมให้มีขีดความสามารถในการช่วยชีวิตผู้ที่หยุดหายใจ โปรแกรมการสอนในโรงเรียนสำหรับนักเรียน สำหรับประชาชนทั่วไปเรียกว่า First Aid Response Program ซึ่งจะเป็นหลักสูตรปฐมพยาบาลระดับที่ 1 ระดับที่ 2 สำหรับผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉินและจากภัยต่าง กลุ่มพิเศษที่มีการจัดการศึกษาคือกลุ่มที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีการผลิตอาสาสมัครที่อยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม (RAV,2005: 5-9 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

(4) ประเทศแอฟริกาใต้

การเกิดขึ้นของการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลนั้นในประเทศแอฟริกาใต้นั้นเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมาในค.ศ. 1977 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินใน 4 เมืองหลักโดยการจัดการบริการครั้งนั้นเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานเท่านั้น หลังจากนั้น ค.ศ. 1994 สถานการณ์ที่ทำให้มีการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลกลายเป็นแนวทางสู่การดูแลสุขภาพในชุมชน มีการออกกฎบังคับให้จัดบริการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลและต้องลงทะเบียนกับสภาทางการแพทย์และพันแห่งแอฟริกาใต้ และหลักสูตรการฝึกอบรมของชาติจึงได้มีการจัดทำขึ้น

ปัจจุบันแอฟริกาใต้ได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในการรักษาพยาบาล ซึ่งมีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ 1) หน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) นอกเหนือจากนี้แล้วยังมีบริการดูแลฉุกเฉินทางอากาศด้วย ซึ่งการจัดบริการนี้อาจเป็นเพราะสภาพของประเทศที่กว้างขวาง ห่างไกล บางพื้นที่มีประชากรเบาบางมาก การคมนาคมด้วยรถยนต์ไม่สะดวกใช้เวลาในการนำส่งผู้ป่วยนาน จึงต้องมีบริการทางอากาศ (MacFarlane, Loggerenberg & Kloeck , 2005 : 145-148 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของแอฟริกาใต้ นั้นมี ดังนี้ คือ (MacFarlane, Loggerenberg & Kloeck , 2005 : 145-148 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

1. กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร ในระดับชาติมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมการขึ้นทะเบียนบุคลากรที่ให้บริการ ที่เรียกว่า Division of Health Professions Council of South Africa และมีคณะกรรมการด้านวิชาชีพฉุกเฉิน The professional Board for Emergency Care Personnel สำหรับระดับปฏิบัติการในแต่ละจังหวัดจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการนำส่งผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินหน่วย BLS และ ALS มีองค์กรที่ไม่แสวงหากำไรที่สนับสนุนงานคือ ภาชาดที่สนับสนุนในการดูแลฉุกเฉินทางการบิน มีมหาวิทยาลัยในรัฐและเอกชนมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากร

(2) การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในการจัดการศึกษาด้วยการผลิตและฝึกอบรมบุคลากรที่สามารถดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งกลุ่มวิชาชีพเฉพาะกลุ่ม

บุคลากรเฉพาะ เป็นกลุ่มพารามedikและเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technicians : EMTs) ปัจจุบันมี 3 ระดับ โดยระดับแรกเรียกว่า Basic Assistance Ambulance (BAA) สามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ ซึ่งใช้เวลาในการอบรมนานถึง 1 เดือน ระดับที่สอง เรียกว่า Ambulance Emergency Assistance (AEA) ระดับนี้เทียบเท่ากับ EMT-I ต้องมีประสบการณ์ในการทำงานในท้องถิ่นถึง 3-4 เดือนแล้วจึงเข้ารับการอบรมมีความสามารถในการใช้

อุปกรณ์ขั้นสูงได้ ระดับที่ 3 เรียกว่า Critical Care Assistance (CAA)ระดับนี้เทียบเท่ากับ Paramedic ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงาน 9-12 เดือน แล้วจึงเข้าฝึกอบรมและได้ สำหรับบุคคลากรปฏิบัติงานทั่วไปที่มีอยู่เดิม และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Physician) หลักสูตร 3 ปีหลังจากจบแพทย์ หน้าที่หลักของแพทย์คือควบคุมศูนย์ควบคุมสั่งการทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามพบว่าในบางพื้นมีปัญหาด้านการจัดการในเรื่องของคน การขาดคน ในการทำงาน

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารของประเทศในการแจ้งเหตุมีการใช้หมายเลขมากกว่า 1 หมายเลข คือ 10177 เป็นหมายเลขการดูแลก่อนนำส่งด้วยการขนส่งภาคพื้นดินและทางอากาศ หมายเลข 112 สำหรับใช้เรียกรัฐบาลท้องถิ่นในการบริการ สำหรับศูนย์ควบคุมสั่งการให้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคัดแยกพาหนะในการบริการ สำหรับการสั่งการการปฏิบัติงานนั้นมี Paramedic ปฏิบัติงานแต่ต้องอยู่ในความควบคุมของแพทย์

การจัดหาทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐคือ ภาษีนอกเหนือจากนี้เป็น การซื้อบริการให้กับภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินงาน มีการจัดทำ Protocol อีกจำนวนมาก กิจกรรมการจัดหาอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐ สำหรับพาหนะที่ใช้เคลื่อนย้ายทางอากาศนั้นจัดว่า แอฟริกาใต้เป็นประเทศที่มีการใช้เครื่องบินมากในทวีปนี้ และยังมีเครือข่ายเชื่อมต่อไปยังประเทศที่ใกล้เคียง อย่างไรก็ตามในแอฟริกาใต้เองยังมีปัญหาที่เกี่ยวกับการขาดแคลนพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ช่วยชีวิต

2.2 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและกำลังคนด้านสุขภาพในประเทศไทย

2.2.1 การจัดระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

การเกิดขึ้นของการจัดการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลเริ่มขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2480 ด้วยมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมและการกุศล โดยควบคุมกับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่าง ๆ ต่อมาใน พ.ศ. 2513 มูลนิธิร่วมกตัญญู ได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล หลังจากนั้นได้มีความพยายามเริ่มต้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาเมื่อประมาณ 20 กว่าปีที่ผ่านมา โดยได้มีการบรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) เริ่มดำเนินการบางส่วน โดยในปี พ.ศ. 2536 มีการจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่โรงพยาบาลขอนแก่น สำหรับในกรุงเทพมหานคร วชิรพยาบาลได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นอย่างเป็นทางการ ต่อมาในพ.ศ. 2539 กรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่บริการ และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการโรงพยาบาล หลายแห่งต้องระดมเงินจากมูลนิธิของโรงพยาบาล และขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

ในปีงบประมาณ 2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศให้พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็น 1 ในนโยบาย 4 ประเด็นของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนา จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการดำเนินงานจนถึงปัจจุบัน

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งมีหน่วยปฏิบัติงานจะมีอยู่ 3 ระดับคือ

1. **หน่วยปฏิบัติงานระดับต้น** มี First responder (FR) ซึ่งเป็นอาสาสมัครในตำบลที่ทำหน้าที่หน่วยงานที่สามารถให้บริการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้ ได้แก่ การตาม การห้ามเลือดการช่วยฟื้นคืนชีพและการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี สำหรับหน่วยปฏิบัติงานระดับต้นมีรายงานการศึกษาของ ไพศาล โชติกล่อม (2549 : 160) ได้ศึกษาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพ 4 รูปแบบคือ รูปแบบแรกองค์กรท้องถิ่นดำเนินการเองโดยใช้บุคลากรของท้องถิ่น รูปแบบที่สองคือท้องถิ่นร่วมกับผู้นำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านดำเนินการ รูปแบบที่สามเป็นท้องถิ่นร่วมกับสถานีนามัย และรูปแบบที่สี่ท้องถิ่นมอบหมายให้เอกชนดำเนินการ การศึกษาของวงศา เลหาศิริวงศ์และคณะ (2549 :60-78) ในเรื่องการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการศึกษาจาก 35 จังหวัดในประเทศไทย โดยได้ทำการถอดบทเรียนการจัดการของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้มีการจัดบริการคือ การมีประสบการณ์การเกิดอุบัติเหตุ ประสบการณ์การทำงานมูลนิธิเอกชน การเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การเคยเป็นจุดบริการของโรงพยาบาล การเห็นความสำคัญว่าเป็นบริการของประชาชน การมีนโยบายของผู้ว่าราชการและผู้นำด้านสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2. **หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน** (Basic Life Support หรือ BLS) หน่วยนี้จะปฏิบัติงานโดย First responder และ เวชกิจฉุกเฉินระดับต้น สามารถให้บริการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้เช่นเดียวกับหน่วยปฏิบัติงานระดับต้นและสามารถช่วยคลอดฉุกเฉิน สามารถให้ยาทางปากบางชนิดได้

ในประเทศไทยในหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินงานคือ โรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งจะใช้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ออกปฏิบัติงานซึ่งจะประกอบไปด้วยพนักงานขับรถ พยาบาล หรือเวชกรฉุกเฉิน โดยหน่วยของโรงพยาบาลจะรับคำสั่งจากศูนย์จังหวัด

ส่วนภาคมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรเช่น มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง มูลนิธิรวมกตัญญู มูลนิธิภาคเอกชนอื่น ๆ เป็นต้น มูลนิธิเหล่านี้มีการดำเนินงานมานานมากกว่า 10 ปี จะมีการดำเนินงานด้วยการกู้ภัยก่อนหลังจากนั้นจึงได้พัฒนาสู่การดำเนินการกู้ชีพ ในปัจจุบันมีทั้งการทำงานผสมผสานทั้งกู้ชีพ กู้ภัย และแยกการจัดการต่างกัน ในการปฏิบัติงานผู้ที่ปฏิบัติงานจะเป็นอาสาสมัครทั้งหมด ซึ่งจะมีพนักงานขับรถ อาสาสมัครกู้ภัย 1-2 คนที่ผ่านการอบรมจากหน่วยงานของรัฐ มีเจ้าหน้าที่ศูนย์สั่งการ 1-2 คน ทำงานประสานตลอด 24 ชั่วโมงร่วมกับโรงพยาบาลหรือสำนักระบบบริการในแต่ละจังหวัด ปัจจัยที่ทำให้ทางมูลนิธิทำงานในด้านนี้อาจเป็นเพราะต้องการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

3. **หน่วยปฏิบัติการระดับสูง** (Advance Life Support หรือ ALS) มีผู้ปฏิบัติงานเป็น แพทย์ พยาบาล เวชกิจฉุกเฉิน ภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

สำหรับ ALS พบในบริการของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในภาคเอกชน เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลภูเก็ต-อินเตอร์ เป็นต้นโรงพยาบาลเหล่านี้จะมีหมายเลขและศูนย์สั่งการที่เป็นของหน่วยงานนั้น เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพใช้หมายเลข 1719 นอกจากนี้โรงพยาบาลกรุงเทพยังมีรถมอเตอร์ไซด์ฉุกเฉินที่สามารถปฏิบัติงาน ได้ภายใน 2 นาที บริการลำเลียงผู้ป่วยด้วยเฮลิคอปเตอร์ เป็นบริการบางกอกโรเตอร์แลนด์โดยความร่วมมือของบริษัทซึ่งการบินจำกัด ได้ใช้เฮลิคอปเตอร์ Bell 206B (โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2549 online ; โรงพยาบาลโรงพยาบาลภูเก็ต-อินเตอร์ , 2549 online) นอกเหนือจากนี้ภาคเอกชนในประเทศไทยยังมีบริการนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยเครื่องบิน ซึ่งบริษัทเหล่านี้จะมีเครือข่ายร่วมกับเอกชนและสามารถนำผู้ป่วยส่งได้ในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียใต้ เช่น เมดิคัลลิง (Medical Wing, 2006 online) สยามแอร์แคร์ (Siam Air Care Wing , 2006 online) หรือแอร์เอเชียแอมบูแลนซ์ (Air Asia Ambulance Wing, 2006 online)

นอกเหนือจากนั้นในประเทศไทยยังมีการจัดการในชุมชน สื่อมวลชนที่ทำหน้าที่ในการประสานหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยจะทำหน้าที่ในการติดต่อแพทย์จากโรงพยาบาลเอกชนหรือโรงพยาบาลใดก็ตามมาช่วยเหลือให้การดูแล คือชุมชน"สถานีวิทยุ จส.100 ข่าวสารเพื่อประชาชน" (บริษัทแปซิฟิค คอปเปอร์ไรท์ จำกัด , 2549 online)

ในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบัน ของประเทศไทยนั้นมี 2 ส่วนคือ

2.2.2 กิจกรรมที่สนับสนุน (Supportive Activities) ซึ่งได้แก่

(1) **โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร** (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน , 2548 : 11-27 อ้างใน สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550) การดูแลผู้เจ็บป่วยก่อนนำส่งสถานพยาบาลของภาครัฐมีโครงสร้างการบริหารงานขององค์กรที่ดูแลที่ประกอบหลายระดับคือ

- **ระดับชาติ** มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ) เป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2551 มีหน้าที่ในการบริหารจัดการ ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามาร่วมในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สพฉ. เป็นองค์กรของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคล ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีความคล่องตัว และในปี 2556 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งสำนักงานสาธารณสุขฉุกเฉิน (สธฉ.) ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของกระทรวงสาธารณสุข ในการประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่ง รวมทั้งรับผิดชอบและช่วยสนับสนุน ทุกภาคีเครือข่ายให้มีการจัดบริการปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นไปตามมาตรฐาน ในฐานะกลไกของภาครัฐ

- **ระดับจังหวัด** มีคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนภูมิภาค(ประจำจังหวัด) ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีผู้แทนจากหน่วยราชการ ภาคเอกชนที่เป็นมูลนิธิอาสาสมัคร สำหรับในกรุงเทพมหานคร โครงสร้างจะอยู่ในอำนาจปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนภูมิภาคจะเป็นหน่วยงาน ที่กำกับงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ระดับจังหวัดหน้าที่คือจัดบริการระดับจังหวัด บริหารจัดการงบประมาณ การแบ่งพื้นที่ ตรวจสอบกำกับคุณภาพของหน่วยบริการทั้ง 3 ระดับทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน

- ระดับท้องถิ่น ประธานในการบริหารงานจะเป็นนายกเทศมนตรีหรือนายองค์การบริหารส่วนตำบล จากนั้นจะเป็นหัวหน้างานในฝ่ายกู้ชีพหรือหัวหน้าหน่วยกู้ชีพ ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นส่วนสาธารณสุข จากนั้นก็จะเป็นศูนย์กู้ชีพและกู้ภัย จะมีพนักงานประจำศูนย์ที่ผ่านการอบรมในระดับพื้นฐาน และนอกจากนั้นก็จะมีศูนย์วิทยุ รถที่รับส่งผู้ป่วย หรือผู้ประสบเหตุ ที่ส่วนใหญ่เป็นรถกระบะดัดแปลง นอกจากนั้นก็มีส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นฝ่ายประชาสัมพันธ์ หรือหน่วยกู้ชีพอื่นๆ ที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ดังแสดงในภาพที่13 (วงศา เลหาศิริโรจน์และคณะ , 2549 : 42-43)

- มูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรและเอกชน พบว่ามูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไรมีโครงสร้างที่เรียบง่ายหน้าที่คือการบริการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาล ส่วนโครงสร้างของโรงพยาบาลเอกชนนั้นเป็นโครงสร้างอย่างง่าย หน้าที่คือหน่วยบริการขั้นสูงจัดว่าเป็นหน่วยหนึ่งของการบริการในโรงพยาบาลนั้น หน้าที่คือการบริการฉุกเฉินขั้นสูง

(2) การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ ในประเทศไทยมีบุคลากรพิเศษที่ให้การบริการและบุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน บุคลากรที่ทำหน้าที่ดังกล่าวได้แก่(สันต์ หัตถิรัตน์ , 2544 : 28-29 ; สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548 : 3-9, 21-25 ; Davidson ,2000 : 1-6 ; วิภาดา วัฒนนามกุลและคณะ,2549 :มปป.)

- **กลุ่มอาสาสมัคร** มีในส่วนของ First responder โดยทั่วไป หมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัครเจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน หลักสูตรการอบรม 16 ชม. เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลและเคลื่อนย้ายขั้นพื้นฐานของกระทรวงสาธารณสุข) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามี ความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐานหรือระดับสูงกว่ามาสนับสนุน ในขณะนี้บุคคลเหล่านี้ได้ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยบริการระดับเบื้องต้นและพื้นฐาน

- **เวชกรฉุกเฉิน** ขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT - Basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT – Intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT - Basic ของประเทศสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง หรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT – Intermediate ของประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันมี วิทยาลัยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่งและโรงพยาบาลบางแห่งที่ได้ผลิต ดังนั้นวุฒิปัตร์ที่ได้รับของกลุ่มนี้จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree

ในส่วนของเวชกรฉุกเฉิน สำหรับประเทศไทยขณะนี้ไม่มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic)และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT- intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่ง รวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT-basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือ

เรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ขณะนี้กำลังผลิตรุ่นละ 60 คน ใน วสส.และวิทยาลัยพยาบาลหลายแห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษายาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคต จะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสายวิชาชีพนี้ให้มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยที่เรียกว่าเวชการฉุกเฉินขั้นสูงหรือ EMT-Paramedic ที่เทียบเท่าปริญญาตรี (ที่มา : ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย, 2011 ออนไลน์)

- **พยาบาลวิชาชีพ** ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน ซึ่งปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาหลักสูตร Thai Advanced Life Support ขึ้นโดยคณะกรรมการหลักสูตรและสอนด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของแพทยสภา ในการปฏิบัติการของหน่วยบริการในระดับ ALS

- **แพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency physician-EP)** ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษายาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดมาตรฐานระบบ และการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

กำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามประกาศของ กพข. เรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่การแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2555 หมวดที่ 1 ระบุว่ากำลังคนในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ประเภทการปฏิบัติการแพทย์ ประกอบด้วย

- อาสาสมัครการแพทย์(อชพ.) เทียบเท่ากับ FR เดิม หรือชื่อใหม่คือ EMR
- พนักงานฉุกเฉินการแพทย์(พฉพ.) หรือ EMT-B
- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์(จฉพ.) หรือ EMT-I
- นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ Paramedics

2. ประเภทการอำนวยการ ประกอบด้วย

- แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน(พอป.)
- ผู้กำกับปฏิบัติการฉุกเฉิน(ผปป.)
- ผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน(ผจจ.) หรือ ชื่อเดิมคือ พยาบาลสั่งการ
- ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน(ผปข.) (EMT-I เรียนตามหลักสูตรนี้เพื่อทำหน้าที่ในตำแหน่งนี้ได้)
- พนักงานรับแจ้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน(พรจ.) (EMT-I เรียนตามหลักสูตรนี้เพื่อทำหน้าที่ในตำแหน่งนี้ได้)

การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและข้อมูลข่าวสาร ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการนั้น ในไทยใช้หมายเลข 1669 สำหรับหน่วยงานที่เข้าสู่ระบบของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในโรงพยาบาลเอกชนอาจมีหมายเลขที่ต่างกัน ไป เช่น โรงพยาบาลกรุงเทพ หมายเลข 1719

ระบบข้อมูลข่าวสารใช้เป็นคอมพิวเตอร์ซึ่งมีระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตเป็นฐานข้อมูลร่วมกันทั่วประเทศ ยกเว้นบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาล ใช้เทคโนโลยีชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ ตลอดเวลาร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยฉุกเฉินแต่ละรายได้ มีการควบคุมสั่งการโดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ สำหรับการสั่งการทางอ้อม โดยผ่านเอกสารมอบหมาย มีเพียงบางพื้นที่ที่ได้ดำเนินงาน

ในประเทศไทยเนื่องจากความแตกต่างในกิจกรรมสนับสนุน (Supportive activities) ในด้านการจัดการทรัพยากรมนุษย์ การจัดการด้านทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์ในแต่ละสถานบริการ ทำให้โครงสร้างระบบการแจ้งเหตุและสั่งการในระดับจังหวัดมี 3 ระดับ(สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน , 2549)

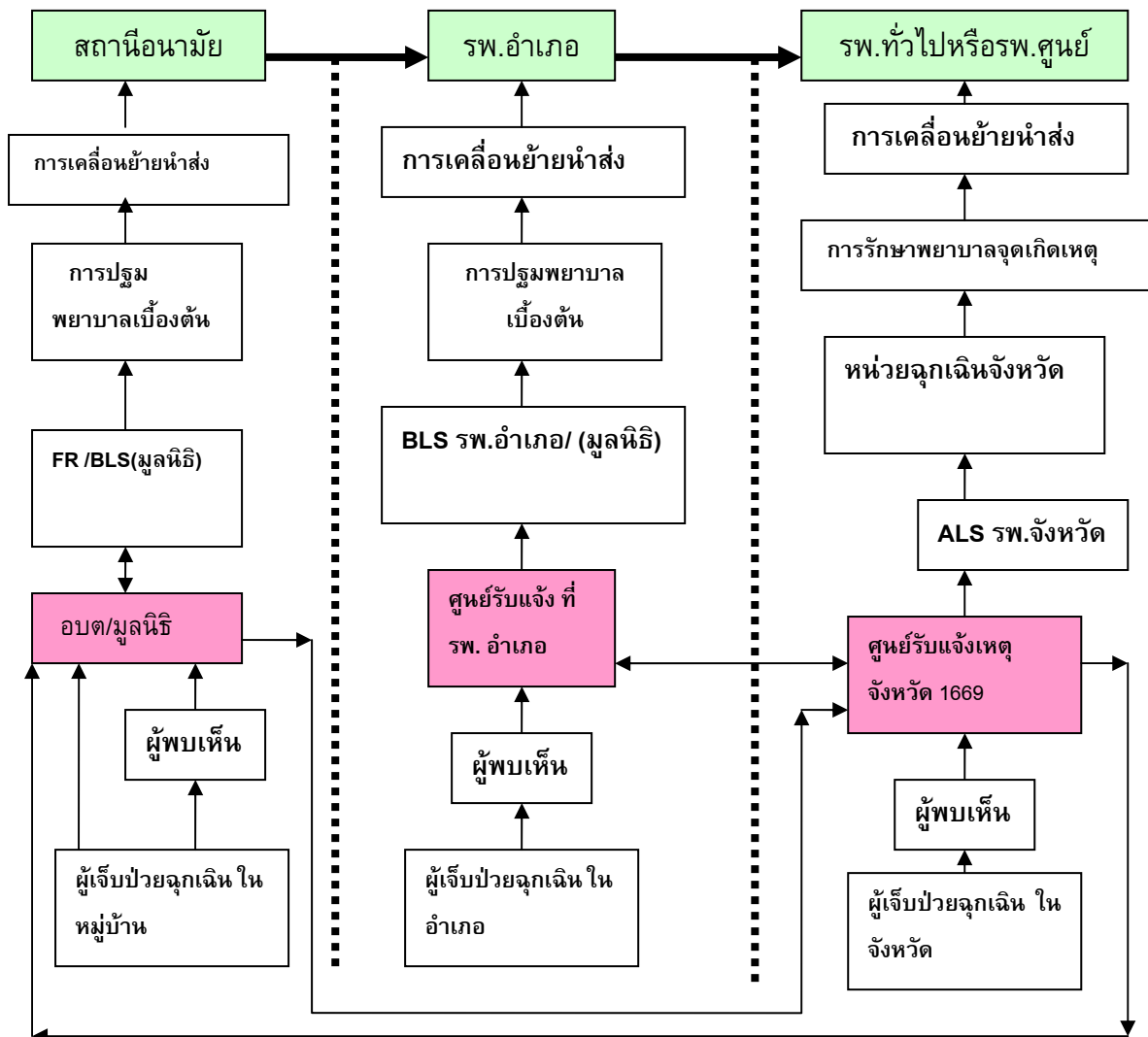
ระดับที่ 1 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการที่มีทั้งสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์และการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับนี้มีหน้าที่ในการสั่งการหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้ปฏิบัติงานได้เอง

ระดับที่ 2 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการที่มีทั้งสถานที่ ยังขาดแพทย์ในการปฏิบัติงาน ขาดระบบสื่อสารทาง internet และการบันทึกข้อมูลเป็นปัจจุบัน (Real time) ระดับนี้มีหน้าที่ในการสั่งการมี 2 ทางทั้งจากหน่วยเองและสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

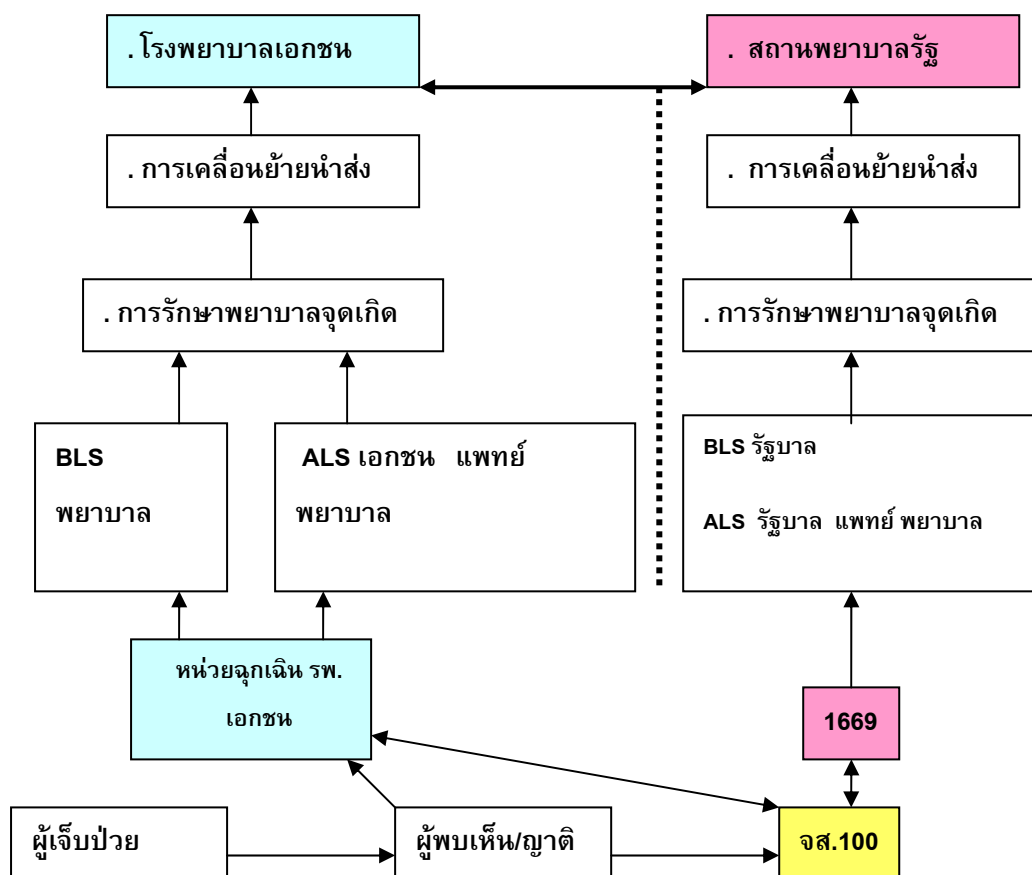
ระดับที่ 3 เป็นจังหวัดที่มีความพร้อมในการสั่งการที่มีทั้งสถานที่ มีเฉพาะบุคลากรที่อยู่แหว่ ขาดระบบสื่อสารทาง internet เครื่องบันทึกเสียงระบบแจ้งเหตุ และการบันทึกข้อมูล (Real time) ระดับนี้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีหน้าที่ในการสั่งการหน่วยบริการระดับต่างๆ ให้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนและกระบวนการในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและการนำส่งสถานพยาบาล ตลอดทั้งความเชื่อมโยงระหว่างภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แสดงไว้ในภาพที่ 2.3-2.4

ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนของกระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในประเทศไทยสำหรับหน่วยงานของภาครัฐและมูลนิธิที่ไม่แสวงหากำไร



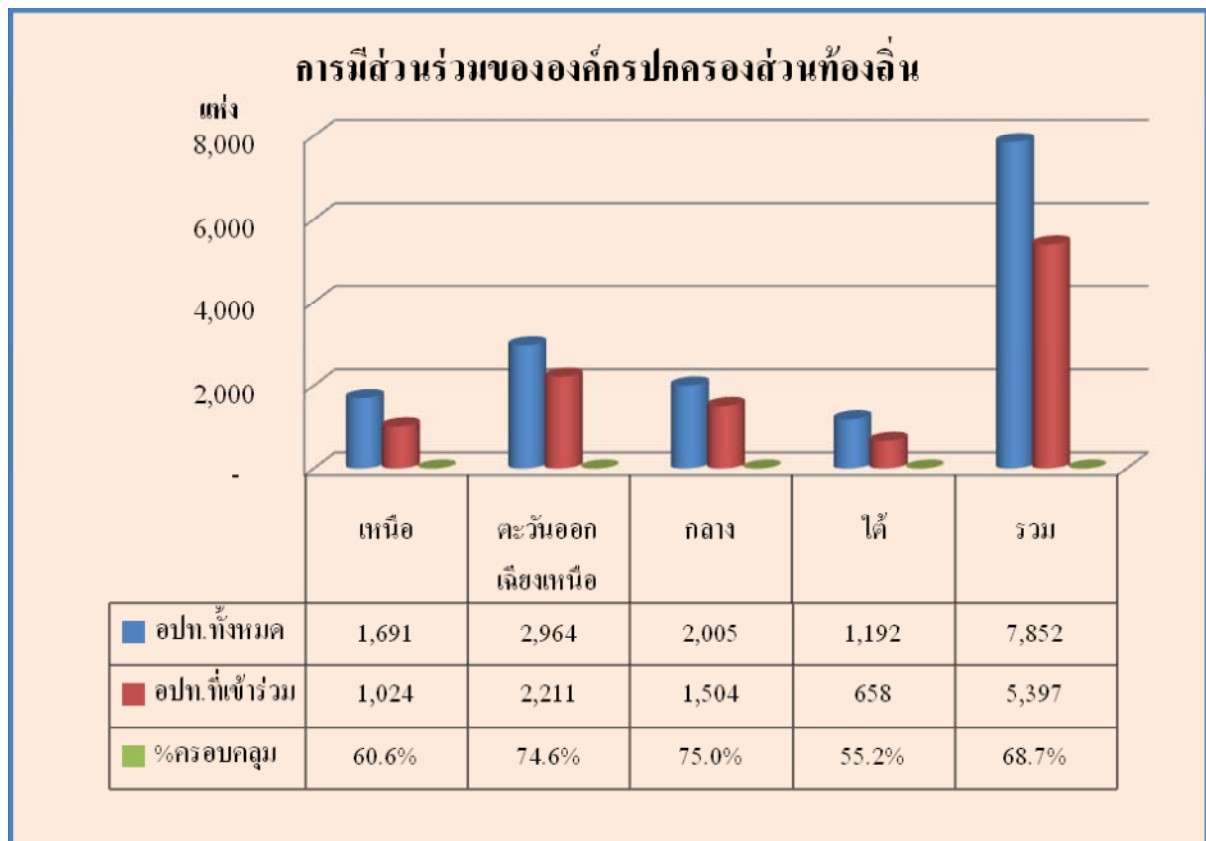
ภาพที่ 2.4 กระบวนการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลสำหรับหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน



2.2.3 การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้การช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ โดยในปี 2554 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 5,397 แห่ง ร้อยละ 68.73 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด และพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีส่วนร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 75 และ ร้อยละ 74.6 เป็นอันดับ 1 และ 2 ตามลำดับ (ภาพที่ 2.5)

ภาพที่ 2.5 การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำแนกรายภูมิภาค



แหล่งที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2554

ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินการนี้ โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาแล้วว่า “การแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่สามารถดำเนินการได้” โดยมีกฎหมายที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง อาทิ พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 และ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ตามมาตรา 33 วรรคสอง ที่กำหนดให้ “อปท.สามารถดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น” ดังนั้น ขั้นตอนการดำเนินงาน คือเริ่มแรกต้องบรรจุงานการแพทย์ฉุกเฉินในแผนพัฒนาสามปีหรือปรับแผนพัฒนาสามปีของอปท. และจัดเตรียมอุปกรณ์ทั้งพาหนะเครื่องมืออุปกรณ์ และจัดส่งคนเพื่อฝึกอบรมซึ่งสามารถประสานมายังสพช.ได้ โดย อปท.ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นชุดปฏิบัติการจะต้องผ่านมาตรฐานตามที่สพช.กำหนด โดยจะมีสติ๊กเกอร์ตราสัญลักษณ์ สติ๊กเกอร์รับรองมาตรฐาน และมีการจัดแบ่งพื้นที่ให้บริการ (Zoning) ไว้แล้ว และการออกปฏิบัติการจะมีการตั้งศูนย์พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง จัดบุคลากรพร้อมออกปฏิบัติงาน และจัดทำแบบบันทึกส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกสิ้นเดือน เพื่อขอเบิกค่าชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉิน (รายงานประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หน้าที่ 47)

จากการติดตามการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบมีปัญหการบริหารจัดการงบประมาณการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขาดความมั่นใจในเรื่องความถูกต้องของการเบิกจ่ายงบประมาณ

กลัวมีความผิดเมื่อมีการตรวจสอบของสำนักตรวจเงินแผ่นดิน นอกจากนี้ ยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณและระเบียบการเบิกจ่ายในการบริหารจัดการและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการดำเนินการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (รายงานประจำปี 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หน้า 69)

2.2.4 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร

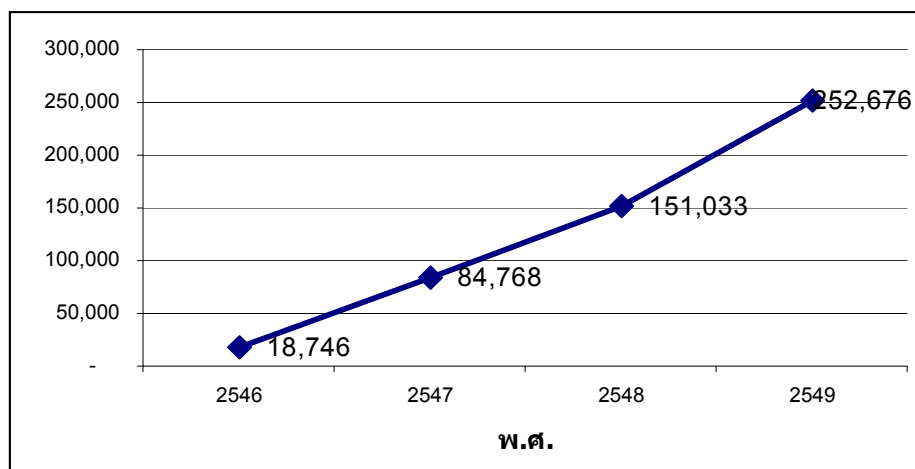
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับการให้บริการตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ฝึกอบรม และพัฒนาทางวิชาการแพทย์และพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น 8 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลกลางโรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินิโรรุทิศ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลสิรินธร เปิดให้บริการแก่ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ครอบคลุมจำนวนเตียงประมาณ ร้อยละ 7 ของจำนวนเตียงในโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งหมด โดยปีงบประมาณ พ.ศ.2554 มีประชาชนมาใช้บริการผู้ป่วยนอกจำนวน 3,007,178 ครั้ง ผู้ป่วยใน จำนวน 99,012 คน

สำหรับภารกิจด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีการพัฒนาการบริการในระบบ โดยการจัดให้มีชุดปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2 จุด จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับสำหรับชุดปฏิบัติการระดับสูง และจัดหาบุคลากรเพื่อปฏิบัติงานในตำแหน่งต่าง ๆ โดยในปี 2554 มีจำนวนผู้ป่วยที่ขอรับบริการทั้งสิ้น 29,261 คน ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง(Advanced) ได้รับการภายใน 10 นาที ส่วนของขั้นพื้นฐาน (Basic) ภายใน 15 นาที คิดเป็นร้อยละ 61.17 นอกจากนี้ ยังได้มีการซ้อมแผนปฏิบัติการทางการแพทย์กรณีเผชิญเหตุสาธารณภัย เพื่อแสดงศักยภาพและความพร้อมในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยจากสาธารณภัยอย่างเป็นระบบ โดยในปี 2554 มีการซ้อมแผน 2 ครั้ง ที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลสิรินธร (สำนักงานแพทย์, 2555)

2.2.5 สถานการณ์และผลสัมฤทธิ์การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา ปรากฏผลว่าจำนวนผู้ที่รับการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลจาก พ.ศ. 2546-2549 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพ.ศ. 2549 ได้รับแจ้งเหตุจำนวน 252,676 ราย (ภาพที่ 2.6) ได้รับแจ้งเหตุจากประชาชนหมายเลข 1669 เพียงร้อยละ 21.64 ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินประมาณครึ่งหนึ่งเกิดจากอุบัติเหตุจราจร(ร้อยละ 51.43) จำนวนที่ได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ 228,951 ราย คิดเป็น 90.61 ร้อยละของที่แจ้งเหตุจำนวนที่นำส่งก่อนถึงสถานพยาบาล 221,733 ราย คิดเป็น 96.84 ร้อยละของที่ได้รับการดูแล Response time ใน 10 นาทีร้อยละ 69.52 และ On scene time ภายใน 10 นาทีร้อยละ 88.30 (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน , 2549 online)

ภาพที่ 2.6 จำนวนผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลพ.ศ.2546-2549



ที่มา : สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข , 2549 online.

หมายเหตุ: พ.ศ. 2546 ตั้งแต่ 10 กรกฎาคม 2546 - 31 ธันวาคม 2546

พ.ศ. 2549 ตั้งแต่ 1 มกราคม- 21 ธันวาคม 2549

สำหรับกลไกและกระบวนการดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้น เปรียบเทียบระหว่างปี 2553 และปี 2555 พบว่ามีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมให้บริการเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มเป็น 6,683 แห่ง ในปี 2555 ในด้านชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้นค่อนข้างมากจากปี 2553 เกือบเท่าตัว โดยมีชุดปฏิบัติการระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก จาก 994 ราย เป็น 2,183 ราย รองลงมาได้แก่ชุดปฏิบัติการระดับเบื้องต้น อย่างไรก็ตามแม้ผลการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น แต่การเพิ่มของกำลังคนไม่สอดคล้องกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น กำลังคนในด้านแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นน้อยมาก แม้สถาบันจะสามารถผลิตได้ปีละประมาณ 80-100 คน ข้ำร่ายกว่านั้นแพทย์อื่น ๆ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในด้านฉุกเฉินกลับลดลง สำหรับเวชกรฉุกเฉินระดับกลางลดลงเช่นกัน แต่ทั้งนี้เนื่องจากจำนวนเวชกรฉุกเฉินในตาราง 2.1 ไม่นับรวมผู้ที่บรรจุในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ส่วนเวชกรฉุกเฉินเบื้องต้นมีจำนวนที่ลดลงเช่นกัน ยกเว้น ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น (ตาราง 2.1)

ตารางที่ 2.1 แสดงข้อมูลสถิติที่สำคัญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปีงบประมาณ 2553-2555

หัวเรื่อง	ปี 2553	ปี 2555
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ อปท.		
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ทั้งหมด)	7,852	7,852
- พื้นที่ อปท.ที่มีบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	4,897	6,683
ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน		
-ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (ทั้งหมด)	7,894	12,691
-ระดับสูง (ALS)	994	2,183
-ระดับกลาง (ILS)	34	42
-ระดับต้น (BLS)	1,307	1,837
-ระดับเบื้องต้น (FR)	5,559	8,629
ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน		
ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินปี (ทั้งหมด)	109,941	122,945
- แพทย์ฉุกเฉิน (EP)	204	247
- แพทย์ (Physician)	1,577	1,237
- พยาบาลกู้ชีพ (PHEN)	18,899	15,049
- เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I)	1,161	873*
- เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B)	4,516	3,849
- ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder)	83,584	101,690

* เวชกรฉุกเฉินไม่นับรวมผู้ที่ดำรงตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

2.3 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

2.3.1 สถานการณ์การการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเป็นแหล่งบริการด้านสุขภาพอนามัย และห้องหรือแผนกบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็น สถานบริการด้านหน้าของสถานพยาบาล ในสถานการณ์ที่ประชากรผู้รับบริการเพิ่มขึ้นจำนวนผู้มารับบริการการรักษาพยาบาล จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินก็เพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้การให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงและการจัดบริการที่ต้องเร่งด่วน การบริการที่ห้องฉุกเฉินเป็นสถานบริการสุขภาพด้านหน้าทำให้มีผู้ป่วยทั้งที่เป็นกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินเป็นจำนวนมากต้องรอรับบริการ ด้วยเหตุนี้เองผู้ป่วยที่ฉุกเฉินจริงๆอาจได้รับความช่วยเหลือไม่ทันท่วงทีหรือทันเวลา (งานการพยาบาลเวช ศาสตร์ครอบครัวและฉุกเฉิน โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546 อ้างใน สุชาติดา วิลาสคัมภีร์, 2554)

นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน" เป็นนโยบายหลักที่ถูกประกาศขึ้นภายใต้รัฐบาลในปี พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมา โดยมีเป้าประสงค์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นการลงนามข้อตกลงบันทึกความร่วมมือของ 3 กองทุนสุขภาพภาครัฐ ประกอบด้วย กองทุนสวัสดิการข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) ก็เป็นหนึ่งในหน่วยงานหลักที่เข้าร่วมการปฏิบัติงานในนโยบายครั้งนี้ ซึ่งนโยบาย"เจ็บป่วย ฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ทั่วถึงทุกคน" ได้ถูกใช้อย่างเป็นทางการแล้วในวันที่ 1 เมษายน 2555

นโยบายดังกล่าวข้างต้นนี้ เป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนไทยทุกคนได้รับการนำส่งโรงพยาบาลใน ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการดูแลด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินในสถานพยาบาล ซึ่งผลกระทบของนโยบายดังกล่าวมีผลต่อ กำลังคนด้านสุขภาพโดยตรง ด้วยเหตุนี้ระบบบริการสุขภาพต้องจัดให้มีกำลังคนเพียงพอทั้งด้านจำนวนและทักษะในการ ให้บริการทั้งในสถานที่เกิดเหตุ และในสถานพยาบาล และมีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ, 2556 ออนไลน์)

2.3.2 กำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล

ในส่วนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยเฉพาะภาครัฐเผชิญกับปัญหาทั้งในด้านการ จัดการระบบบริการ และกำลังคนด้านสุขภาพ โดยสามารถสรุปประเด็นความท้าทายที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้

(1) การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานห้องฉุกเฉิน

ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐยังเป็นแหล่งที่ไม่สามารถจูงใจให้แพทย์ และพยาบาลส่วนใหญ่ต้องการปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ เพราะมีภาระงานหนัก จุกจิก เครียด เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง และยังได้ผลตอบแทนเท่ากับหรือน้อยกว่าบุคลากรในแผนกอื่น ๆ หรือ หน่วยงานอื่น ที่งานไม่หนักเทียบเท่างานบริการที่ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สถานบริการหลายแห่งต้องแก้ปัญหาโดยการหมุนเวียนแพทย์ไปตรวจรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ที่เป็นปัญหาหนักยิ่งไปกว่านั้นคือ แพทย์ที่อ่อนอาวุโสและขาดประสบการณ์ โดยเฉพาะแพทย์ที่จบใหม่หรือแพทย์ที่กำลัง อยู่ระหว่างการเพิ่มพูนทักษะมักจะต้องมารับภาระกิจการหมุนเวียนมาให้บริการที่แผนกฉุกเฉินนี้ การขาดประสบการณ์ และความชำนาญอาจจะก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย (บทความการทำงาน ER, 2554 ออนไลน์)

(2) การขาดแคลนกำลังคนที่ดีและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากในการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาของอรุณ จิรวัดน์กุล และคณะ (2541) พบว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนน้อยเกินไป ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน และส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน ไม่ได้รับการอบรมขาดการพัฒนาวิชาการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุรักษ อมรเพชรสถาพร (2546) พบว่าบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสถานบริการต้องใช้กำลังคนร่วมกับงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกสถานบริการ การขอเพิ่มกำลังคนและพื้นที่เพื่อมาจัดตั้งหน่วยให้บริการทำได้ค่อนข้างยากเนื่องจากทุกแผนกมีกำลังคนจำกัด ซึ่งโดยปกติบุคลากรดังกล่าวก็มีหน้าที่และงานประจำมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สายสมร ภัทรจิตรานนท์ (2551) ได้ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ พบว่า บุคลากรที่ให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับโรงพยาบาลชุมชนงานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลจัดเป็นส่วนหนึ่งของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการดังกล่าว คือบุคลากรของทีมงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยใช้กำลังคนร่วมกัน

การที่มีกำลังคนที่จำกัด ส่งผลต่อภาระงานมาก และประสิทธิภาพของการปฏิบัติงาน โดยผลการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพนั้นพบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานด้านการรักษาพยาบาลทุกด้าน ส่งผลให้ภาระงานมากขึ้น (ศรีเพ็ญ วิฑิตตานนท์, 2541) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ก้องเกียรติ อุเต็น (2547) พบว่า พยาบาลวิชาชีพต้องทำงานหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกันส่งผลต่อปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพของงานลดลง บุคลากรขาดความชำนาญในการให้บริการ ดังตัวอย่างจากการศึกษาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

จากการดำเนินงานการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีข้อจำกัดในด้านบุคลากรคือมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2549) จึงไม่พร้อมให้บริการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นนั้นก็อีกเป็นปัจจัยอย่างหนึ่ง จากผลการศึกษาของ กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ (2551) พบว่า จำนวนผู้รับบริการด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นมีมากกว่าอัตรากำลังของพยาบาลอุบัติเหตุและ ฉุกเฉินในแต่ละเวร โอกาสที่พยาบาลจะจัดสรรเวลาพบญาติผู้ป่วยเพื่อให้ข้อมูลอย่างละเอียดครบถ้วนจึงมีความเป็นไปได้น้อยมาก อีกทั้งลักษณะของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินต้องรับผิดชอบให้บริการที่หลากหลาย เช่น การให้บริการที่จุดเกิดเหตุ ให้การรักษาใน ห้องฉุกเฉิน ให้บริการผู้ป่วยที่มีความ จำเป็นต้องรับการสังเกตอาการ ให้บริการส่งต่อภายในเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องและส่งต่อภายนอกในกรณีเกินขีดความสามารถ ทำให้อัตรากำลังพยาบาลที่จัดสรรในแต่ละเวรต้องกระจายอัตรากำลังที่มีอยู่เพื่อให้การพยาบาลใน หลายลักษณะ ช่วงเวลาที่พยาบาลจะให้ข้อมูลอย่างละเอียดให้กับญาติผู้รับบริการทุกคนจึงมีความเป็นไปได้น้อย

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า อัตรากำลังของบุคลากรมีความสัมพันธ์กับคุณภาพของการให้บริการพยาบาล ซึ่งทำให้อตอบสนองต่อความพึงพอใจผู้ใช้บริการ รวมทั้งทำให้มีความพึงพอใจในงาน และคงอยู่ในงาน (Aiken et al., 1994 อ้างถึงใน นางสุชาดา วิลาสคัมภีร์, 2554) และเมื่อบุคลากรทางการพยาบาลสมดุล กับภาระงานแล้ว ผลลัพธ์คุณภาพการพยาบาล ได้แก่ ระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ต้นทุนและประสิทธิภาพย่อมเกิดขึ้น (ประภา ปัญญาเพียร, 2545) ในขณะเดียวกันการจัดสรรกำลังที่น้อยเกินไปจะทำให้บุคลากรต้องรับภาระงานที่หนักเกินกำลังทำให้เกิดความเมื่อยล้า มีโอกาสที่เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน หรือเกิดภาวะเสี่ยงขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานได้ ดังนั้นการบริหารอัตรากำลังเพื่อการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (นิดดา โชคนุณยสิทธิ์, 2548) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมของบุคลากรกับปริมาณงานจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของผู้บริหารทางพยาบาลที่ต้องมีการบริหารจัดการอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้จ่ายด้านสุขภาพและควบคุมงานบริการให้เกิดคุณภาพสูงสุด (หฤทยา ปรีชาสุข, 2545)

(3) การขาดทักษะในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กำลังคนในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่ในการที่จะต้องประเมินอาการ ค้นหาปัญหา ดำเนินการวางแผนและแก้ไขปัญหาย่างรวดเร็วด้วยการรักษาพยาบาล ประคับประคองให้ผู้ป่วยบริการรอดพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ บุคลากรประจำห้องฉุกเฉินจึงต้องเผชิญกับภาวะเครียด ทั้งกับผู้ร่วมงาน ผู้รับบริการและญาติ ดังนั้นกำลังคนที่อยู่ประจำห้องฉุกเฉิน ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความสามารถ ในการประเมินอาการ วางแผนการรักษาและปฏิบัติการรักษาด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย นอกจากนี้ยังต้องมีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ที่สำคัญพยาบาล จะต้องมีความรู้และความเชี่ยวชาญในการให้บริการแก่ผู้ป่วย อย่างเป็นขั้นตอน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสี่ยงต่างๆ และบรรลุเป้าหมายของหน่วยงาน (พรธิดา แสงทอง, 2550)

จากการศึกษาความพร้อมรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และฉุกเฉินทุกระดับของโรงพยาบาล 4 ระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเตียง 30 เตียงขึ้นไป ทั่วประเทศรวม 771 แห่ง พบว่ายังมีความแตกต่างกันในการจัดระบบบริการและการจัดการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลาเฉลี่ยร้อยละ 94 เฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นสูง ศัลยแพทย์รับปรึกษาและมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง และมีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์รับปรึกษาและมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ประจำห้องฉุกเฉินตลอดเวลาทุกแห่ง

ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป แพทย์ที่ประจำการส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 60-80 ไม่ได้ผ่านการอบรมด้านการช่วยชีวิตขั้นสูง มีศัลยแพทย์ และศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ รับปรึกษาและมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง ตลอดเวลาเฉลี่ยร้อยละ 93 ในด้านของพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน พบว่าพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการบาดเจ็บในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปตลอดเวลาเฉลี่ยร้อยละ 73 โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีร้อยละ 80 โรงพยาบาลศูนย์ร้อยละ 77 และโรงพยาบาลทั่วไปร้อยละ 71 และโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 40 (นพ.วิทยา ขาติปัญญาชัย , 2555 ออนไลน์)

นอกจากนั้นโรงพยาบาลหลายแห่งจัดสรรแพทย์ที่จบใหม่หมุนเวียนมาให้บริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งการขาดประสบการณ์และความชำนาญเช่นนี้อาจจะก่อให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย นอกจากนี้การขาดการพัฒนาองค์ความรู้

เกี่ยวกับ “ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ” และ “ ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ” ที่ทันสมัยและเตรียมพร้อมอยู่ตลอดเวลา เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบบริการ และกำลังคนของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ นอกจากนี้จากผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (กฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ, 2551)

2.3.3 ความต้องการกำลังคนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การศึกษาเรื่องความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับภาระงานมีค่อนข้างจำกัด และงานศึกษาที่มีเน้นเฉพาะความต้องการของพยาบาลปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

ในการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคน เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการที่ทำให้ทราบถึงความต้องการบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉิน จากการศึกษาของ จิตรา มากมี (2550) ได้ศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกรณีของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมของพยาบาลใน 24 ชั่วโมงของการปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลทั้งหมดจำนวน 128 ชั่วโมง โดยเวรเช้าเท่ากับ 46 ชั่วโมง เวรบ่ายใช้เวลาเท่ากับ 62 ชั่วโมงและเวรดึกใช้เวลาเท่ากับ 20 ชั่วโมง เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยแต่ละประเภท พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินมากใช้เวลาเท่ากับ 58 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินใช้เวลาเท่ากับ 42 นาที ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินใช้เวลาเท่ากับ 40 นาที เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงใช้เวลาเท่ากับ 10.9 ชั่วโมง สัดส่วนร้อยละปริมาณงานทั้งหมดในเวรเช้า:เวรบ่าย:เวรดึก เท่ากับร้อยละ 36 : 48 : 16 ตามลำดับ โดยภาระงานจะมากในเวรบ่าย และ สายสม รุจิพรรณ(2549) ศึกษาปริมาณเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กรณีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ พบว่าเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมโดยรวมของพยาบาลใน 24 ชั่วโมงเท่ากับ 37 ชั่วโมง โดยเวรเช้าเท่ากับ 9 ชั่วโมง เวรบ่ายใช้เวลาเท่ากับ 20 ชั่วโมงและเวรดึกใช้เวลาเท่ากับ 8 ชั่วโมง เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงในผู้ป่วยแต่ละประเภท ผู้ป่วยฉุกเฉินมากใช้เวลาเท่ากับ 0.53 ชั่วโมงต่อราย ผู้ป่วยฉุกเฉินใช้เวลาเท่ากับ 0.25 ชั่วโมงต่อราย ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินใช้เวลาเท่ากับ 0.11 ชั่วโมงต่อราย เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลนอกเหนือจากกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงใช้เวลาเท่ากับ 5.35 ชั่วโมง สัดส่วนร้อยละปริมาณงานทั้งหมดในเวรเช้า : เวรบ่าย : เวรดึก เท่ากับร้อยละ 28 : 51 : 21 ตามลำดับ และ สุชาติ วิลาสคัมภีร์ (2554) ซึ่งทำการศึกษาการจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลตามปริมาณภาระงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและศึกษาเวลาที่ใช้ของบุคลากรทางการพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละประเภท ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงคาน จังหวัดเลย ศึกษาในพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 14 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 5 คน ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินมากใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยตรงมากกว่าผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน พรรณ (2549) ที่ทำการศึกษาเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุ

เคราะห์ พบว่าเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในผู้ป่วยฉุกเฉินมาก 0.53 ชั่วโมงต่อราย ผู้ป่วยฉุกเฉิน 0.25 ชั่วโมงต่อรายและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 0.11 ชั่วโมงต่อราย

บทสรุป

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินดำเนินการทั้งในโรงพยาบาลและการให้บริการนอกโรงพยาบาล สำหรับการให้บริการนอกโรงพยาบาลนั้น มีความเกี่ยวข้องกับภาคีต่าง ๆ ค่อนข้างมาก ได้แก่ องค์กรเอกชนไม่แสวงหากำไร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ตลอดจนองค์กรภาครัฐ ซึ่งกำลังคนที่เข้ามาเกี่ยวข้องก็มีความหลากหลาย ตั้งแต่อาสาสมัครทั่วไป ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder) เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B) เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-I) พยาบาลวิชาชีพ และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์อื่น ๆ ส่วนการให้บริการในโรงพยาบาล ดำเนินการโดยแผนก/ห้องฉุกเฉิน ซึ่งกำลังคนหลักได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์อื่น ๆ พยาบาลวิชาชีพ และมีเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง

แม้การดำเนินการที่ผ่านมาของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาลจะส่งผลต่อความสำเร็จของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาความท้าทายด้านกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปัญหาหลัก ๆ เหล่านี้ ได้แก่ ความขาดแคลนกำลังคน ภาระงานหนัก การขาดทักษะที่เหมาะสมในการให้บริการ และการขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

บทที่ 3

ผลการศึกษา

3.1 ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1.1 ภาระงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสำรวจข้อมูลการใช้บริการแผนกฉุกเฉินของสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน และข้อมูลพื้นฐานของสำนักงานการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2555 เมื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมาวิเคราะห์ภาระงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกเป็น ผู้ป่วยวิกฤต-สีแดง (Emergency) ผู้ป่วยเร่งด่วน-สีเหลือง (Urgent) และผู้ป่วยปกติ-สีเขียว (Non-urgent) แม้ข้อมูลเหล่านี้ยังขาดข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ในเขตกรุงเทพมหานครบางแห่ง และโรงพยาบาลรัฐต่าง ๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลในระดับจังหวัดและเขตเครือข่ายบริการต่าง ๆ นั้นประกอบด้วยข้อมูลของภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งนี้รวมทั้งข้อมูลแผนกฉุกเฉินจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยด้วย โดยภาพรวมแล้วภาระงานในแผนกฉุกเฉินซึ่งมีประมาณ 12.7 ล้านนั้น เป็นผู้ป่วยวิกฤติประมาณ 5.4% เป็นผู้ป่วยเร่งด่วนประมาณ 28.2% และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยปกติประมาณ 66.4% เมื่อวิเคราะห์แยกแยะระหว่างการรับบริการที่สถานบริการภาครัฐและเอกชน พบว่า แม้จำนวนผู้ป่วยในภาพรวมจะใกล้เคียงกัน แต่ผู้ป่วยวิกฤติที่รับบริการภาครัฐมากกว่าภาคเอกชนเกือบ 10 เท่า และผู้ป่วยเร่งด่วนภาครัฐมากกว่าภาคเอกชน 2 เท่าโดยประมาณ ดังรายละเอียดในตาราง 3.1

ตาราง 3.1 จำนวนและเปอร์เซ็นต์ผู้ใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน ในสถานบริการภาครัฐและเอกชน จำแนกตามประเภทผู้ป่วยวิกฤติ เร่งด่วนและปกติ

สถานบริการ	วิกฤต		เร่งด่วน		ปกติ		รวม
ภาครัฐ	612,240	(9.36)	2,279,797	(34.9)	3,649,758	(55.8)	6,541,796
ภาคเอกชน	79,970	(1.28)	1,318,370	(21.2)	4,833,796	(77.6)	6,232,136
รวม	692,210	(5.42)	3,598,167	(28.2)	8,483,554	(66.4)	12,773,932

เมื่อวิเคราะห์รายเขต/เครือข่ายบริการ 12 เครือข่าย รวมทั้งกรุงเทพมหานคร (แทนที่ด้วยเขต 13) พบจำนวนผู้รับบริการดังรายละเอียดในตาราง 3.2 โดยผู้ใช้บริการในสถานบริการภาครัฐ ในเขตกรุงเทพ ฯ สูงที่สุด (แม้จะยังขาดข้อมูลทั้งภาครัฐและเอกชนหลายแห่ง) นอกจากนั้นเขตที่ 2, 11, 5 , 4 ก็มีจำนวนผู้ใช้บริการมาก รองลงมา ในส่วนการใช้บริการภาคเอกชน ในกรุงเทพ ฯ ยังคงมีจำนวนที่สูงสุด รองลงไปได้แก่เขต 6, 4 และ 5 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง

3.2

ตาราง 3.2 จำนวนผู้ใช้บริการแผนกฉุกเฉินของภาครัฐและเอกชน แยกตามรายเขตบริการ

เขต	ภาครัฐ				ภาคเอกชน			
	แดง	เหลือง	เขียว	รวม	แดง	เหลือง	เขียว	รวม
1	66,113	127,794	130,790	324,698	2,790	50,490	185,355	238,635
2	141,848	244,891	423,167	809,906	2,480	44,880	164,760	212,120
3	21,880	99,541	127,426	248,847	4,030	72,930	267,735	344,695
4	39,798	229,385	280,095	549,278	8,060	145,860	535,470	689,390
5	36,620	257,689	309,331	603,640	7,440	134,640	508,831	650,911
6	73,269	204,308	208,716	486,292	10,540	190,740	700,230	901,510
7	24,235	56,126	148,988	229,349	1,860	33,660	123,570	159,090
8	27,506	183,302	149,273	360,081	4,030	72,930	267,735	344,695
9	36,103	184,323	490,609	711,034	4,340	78,540	288,330	371,210
10	20,489	95,516	161,341	277,346	1,860	33,660	123,570	159,090
11	33,338	254,470	400,082	687,889	6,200	112,200	411,900	530,300
12	35,926	180,913	166,765	383,604	4,340	78,540	288,330	371,210
13	55,116	161,541	653,175	869,832	22,000	269,300	967,980	1,259,280
รวม	612,241	2,279,797	3,649,758	6,541,796	79,970	1,318,370	4,833,796	6,232,136

สำหรับการให้บริการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลแบ่งตามรายเขตบริการ พบว่าสำหรับผู้ป่วยวิกฤติ (สีแดง) มีจำนวนการรับบริการสูงในเขตบริการที่ 6, 1, 9, 5 ตามลำดับ ส่วนผู้รับบริการที่มีภาวะเร่งด่วน (สีเหลือง) มีจำนวนมากในเขต 10 รองลงมาได้แก่เขต 9, 1, 7, 8 ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตาราง 3.3

ตาราง 3.3 การให้บริการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลแบ่งตามรายเขตบริการ

เขต	แดง	เหลือง	เขียว
1	5,892	13,948	2,298
2	3,026	6,337	1,311
3	1,553	4,092	507
4	4,880	3,663	423
5	5,454	5,761	950
6	6,649	8,771	3,788
7	5,599	12,748	673
8	4,753	10,327	773
9	5,862	14,460	3,062
10	4,115	41,414	7,865
11	2,114	4,024	754
12	1,839	4,998	644
13	ไม่มีข้อมูล		
รวม	51,736	130,543	23,048

3.1.1 ผลิภาพกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กำลังคนด้านสุขภาพ ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จะนำมาวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในการศึกษานี้ ประกอบด้วยกำลังคนในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานบริการและกำลังคนในการให้บริการในโรงพยาบาลหรือแผนกฉุกเฉิน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลวิชาชีพ เวชกรฉุกเฉิน ส่วนอาสาสมัครจะคำนวณความต้องการตามฐานข้อมูลกำหนดโดย สพช คือสัดส่วน 2 คนต่อหมู่บ้าน

ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนได้แก่ข้อมูลผลิภาพกำลังคนด้านสุขภาพ การศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลตัวอย่างจำนวน 6 แห่ง โดยใช้การสังเกตกระบวนการทำงาน และนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าผลิภาพกำลังคน และตรวจสอบข้อมูลจากการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในแต่ละวิชาชีพ ส่วนพยาบาลวิชาชีพใช้ค่ามาตรฐานของสภาพพยาบาล ดังแสดงในตาราง 3.4 โดยแพทย์ EP ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วนใช้เวลาเฉลี่ย 21 นาที และผู้ป่วยปกติใช้เวลา 10 นาที ส่วนพยาบาลใช้ค่ามาตรฐานงานของสภาพพยาบาล โดยผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินต้องการเวลาของพยาบาลประมาณ 27 นาทีโดยพยาบาล 2 คนในการดูแลต่อผู้ป่วย 1 ราย ส่วนผู้ป่วยปกติใช้เวลา 15 นาที ส่วน EMT-I ใช้เวลาในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินและเร่งด่วน 27 นาที และผู้ป่วยปกติ 15 นาที สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ใช้เวลา 2.83 ชม ต่อราย โดยเป็นเวลาเตรียมการ 1 ชม ปฏิบัติการ 50 นาที และหลังปฏิบัติการ 1 ชม โดยแต่ละครั้งมีทีมงาน 3 คน ดังรายละเอียดในตาราง 3.4 และ 3.5

ตาราง 3.4 เวลาเฉลี่ยในการให้บริการของกำลังคนประเภทต่าง ๆ ที่แผนกฉุกเฉิน

ประเภทบุคลากร	เวลาที่ใช้ต่อราย (นาที)			
	แดง (วิกฤติ)	เหลือง (เร่งด่วน)	เขียว (ไม่รุนแรง)	ผู้ป่วยฉุกเฉินนอก รพ
EP	21	21	10	170
พยาบาลวิชาชีพ	54	27	15	170
EMT-I	54	27	15	170

ตาราง 3.5 เวลาเฉลี่ยในการให้บริการของกำลังคนประเภทต่าง ๆ ในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

การการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ชม ต่อ ราย)

โรงพยาบาล (รพ มหาวิทยาลัย/ รพศ/ รพท/ รพช)	ประเภทของผู้ป่วย		
	สีแดง (วิกฤติ)	สีเหลือง (เร่งด่วน)	สีเขียว (ไม่ รุนแรง)
ระยะเตรียมการ	1 ชม	1 ชม	ชุดปฏิบัติการ เบื้องต้น
ระยะให้บริการ	50 นาที	50 นาที	
ระยะฟื้นฟู	1 ชม	1 ชม	
รวมระยะเวลาบริการ/ ราย	2.83 ชม	2.83 ชม	
กำลังคน/ชุดปฏิบัติการ	1. แพทย์	1. พยาบาล	
	2. พยาบาล	2. EMT-I	
	3. EMT-I	3. EMT-B	

นอกจากนั้นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ได้แก่ข้อมูลสัดส่วนการจัดสรรเวลาของกำลังคนด้านสุขภาพในแต่ละประเภท จากการสำรวจในแบบสอบถามสามารถสรุปผลการจัดสรรเวลาของแพทย์ EP ดังตาราง 3.6 เช่น แพทย์ EP ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะจัดสรรเวลาสำหรับงานเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล 20.6% ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล 23% งานวิชาการ 18% และงานบริหารและจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 23% ซึ่งแพทย์ EP ในแต่ละระดับสถานบริการก็จะมีการจัดสรรสัดส่วนเวลาต่างกัน ส่วนพยาบาลและ EMT-I ใช้ข้อมูลจากการสำรวจและการสัมภาษณ์ประกอบ ดังรายละเอียดในตาราง 3.6

ตาราง 3.6 สัดส่วนการจัดสรรเวลาในการปฏิบัติงานแต่ละด้านของกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (%)

สัดส่วนการจัดสรรเวลาของการปฏิบัติงานในแต่ละด้านของ EP ในการให้บริการในโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล		งานให้บริการด้านเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล	งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล	งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย	การจัดระบบงานการแพทย์ฉุกเฉิน	อื่นๆ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	Mean	40	19	34.5	21.11	20
	n	9	5	10	9	1
	SD.	20.62	23.00	18.02	23.29	.
โรงพยาบาลเอกชน	Mean	65.38	21.08	7.2	18.5	50
	n	13	12	5	6	1
	SD.	25.7	13.4	5.4	13.1	.
โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป	Mean	58.13	9.23	18.04	18.41	16.25
	n	24	13	23	22	4
	SD.	25.01	10.38	13.29	15.23	10.31
โรงพยาบาลชุมชน	Mean	75	7.5	8.33	11.67	
	n	3	2	3	3	
	SD.	5	3.54	2.89	7.64	
รวม EP	Mean	57.76	15.09	20.02	18.53	22.5
	%	43%	11%	15%	14%	17%
	n	49	32	41	40	6
	SD.	25.11	14.45	16.09	16.32	15.73
Nurse โดยประมาณ		50%	30%	15%	5%	
EMT-I โดยประมาณ		40%	50%	5%	5%	

3.1.3 ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(1) ความต้องการกำลังคนในปัจจุบัน

จากข้อมูลภาระงาน และผลิตภาพกำลังคนจาก 3.1.1 และ 3.1.2 ได้นำข้อมูลวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนในภาพรวมของประเทศ ยกเว้นในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเฉพาะความต้องการ EP ให้บริการในโรงพยาบาล ในกรณีให้บริการเฉพาะผู้ป่วยภาวะวิกฤติเท่านั้น ระบบมีความต้องการ EP 202 คน แต่เมื่อ EP ให้บริการผู้ป่วยวิกฤติและเร่งด่วน มีความต้องการ EP จำนวน 1,331 คน ในกรณีที่ EP ต้องให้บริการผู้ป่วยทั้ง 3 ประเภท มีความต้องการ EP มากถึง 2,533 คน ในการออกปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเฉพาะกรณีผู้ป่วยวิกฤติต้องการ EP เพิ่มอีกจำนวน 153 คน สำหรับพยาบาลวิชาชีพสำหรับแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลต้องการพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3,282 คน และสำหรับการออกปฏิบัติการฉุกเฉินต้องการพยาบาลวิชาชีพจำนวน 552 คน

ความต้องการ EMT-I จากการวิเคราะห์ภาระงานพบว่า ทั้งงานบริการในโรงพยาบาลและการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องการ EMT-I จำนวน 4,515 คน ดังรายละเอียดในตาราง 3.7

ตาราง 3.7 ความต้องการแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พยาบาล และ EMT-I ในการให้บริการฉุกเฉินในโรงพยาบาลและการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

ผู้รับบริการ	EP			พยาบาลวิชาชีพ			EMT-I		
	in-hosp	pre-hosp	รวม	in-hosp	pre-hosp	รวม	in-hosp	pre-hosp	รวม
Emergency	202	153	355	456	157	613	569	117	686
Urgent	1,129	-	1,129	1,270	395	1,665	1,588	296	1,884
Non-urgent	1,202	-	1,202	1,556	-	1,556	1,945	-	1,945
รวม	2,533	153	2,686	3,282	552	3,834	4,102	413	4,515

เมื่อเปรียบเทียบความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพกับกำลังคนที่มีอยู่พบว่าในกรณีของแพทย์ EP หากต้องให้บริการผู้ป่วยทุกประเภทมีความต้องการเพิ่ม 946 คน แต่ถ้าลดภาระงานด้านการดูแลผู้ป่วยไม่เร่งด่วนลง จะต้องการ EP เพิ่ม 453 คน แต่หากลดภาระให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ มีความต้องการเพิ่มอีก 49 คน

ในกรณีของพยาบาล หากลดภาระงานด้านการออกปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลลง ความต้องการของพยาบาลจะลดน้อยลง

ในกรณีของ EMT-I หากวิเคราะห์ความต้องการตามภาระงาน โดย EMT-I ปฏิบัติงานทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล พบว่าต้องการ 4,515 คน แต่เมื่อคำนวณโดยใช้เกณฑ์ขั้นต่ำของ สพฉ โดยต้องการ EMT-I 3 คนต่ออำเภอ พบว่าต้องการ EMT-I จำนวน 2,652 คน เมื่อเทียบกับกำลังคนที่มีอยู่ จะพบว่ายังคงขาดแคลน อย่างไรก็ตามแม้สถานการณ์การผลิตสามารถผลิตเวชกิจฉุกเฉินออกมาได้ในจำนวน 1,813 คน แต่เนื่องจากไม่มีตำแหน่งข้าราชการรองรับ หลายคนได้รับการบรรจุในตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน แม้ว่าบางคนจะยังคงปฏิบัติงานในฐานะเวชกิจฉุกเฉินและบางคนเปลี่ยนอาชีพไป ดังนั้นจึงเหลือเฉพาะ EMT-I ในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวจำนวนไม่มากเพียง 873 คน ซึ่งต่ำกว่าจำนวนเวชกิจฉุกเฉินจริง เมื่อเทียบกับความต้องการของ EMT-I จึงขาดแคลนอยู่มาก ดังรายละเอียดใน ตาราง 3.8

ตาราง 3.8 ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ต่าง ๆ เทียบกับกำลังคนที่มี

ประเภท	สถานการณ์	ความต้องการกำลังคน	กำลังคนที่มี	ขาดแคลน
แพทย์ EP	ให้บริการผู้ป่วยห้องฉุกเฉินทุกประเภท และปฏิบัติการนอกสถานบริการ	2,686	306	-2, 380
	ให้บริการผู้ป่วยห้องฉุกเฉินประเภทวิกฤติและเร่งด่วนและปฏิบัติการนอกสถานบริการ	1,331		- 1,025
	ให้บริการผู้ป่วยห้องฉุกเฉินทุกประเภทวิกฤติเท่านั้น และปฏิบัติการนอกสถานบริการ	355		-49

พยาบาล	ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและนอก ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกประเภท	3,834	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
	ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและนอก ปฏิบัติการฉุกเฉินเฉพาะกรณีวิกฤติ	3,439		
	ให้บริการทั้งในโรงพยาบาลเท่านั้น	3,282		
EMT-I	บริการทั้งในและนอกโรงพยาบาลตามภาระ งาน	4,515	จบการศึกษา 1,813 คน แต่ เป็นตำแหน่ง เวชิกฉุกเฉิน เพียง 873 คน	-3,642
	ความต้องการตามเกณฑ์ สพฉ 3 คน ต่อ อำเภอ	2,652		-1,779

(2) ความต้องการกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินรายเขตบริการ

เมื่อวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินรายเขตหรือเครือข่ายบริการซึ่งไม่รวมเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าในกรณีของแพทย์ EP เขตที่มีความต้องการมาก ได้แก่ เขต 6, 4, 5, 2, 11, 9 ตามลำดับ (ตาราง 3.9) สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ความต้องการมากในเขต 6, 4, 5, 2, 11, 9 ตามลำดับ (ตาราง 3.10) ส่วนเวชิกฉุกเฉิน มีความต้องการมากที่เขต 6, 4, 2, 9, 11, 10 ตามลำดับ (ตาราง 3.11)

ตาราง 3.9 ความต้องการ EP สำหรับการให้บริการในโรงพยาบาลและปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลรายเครือข่ายบริการ

เขต	บริการในโรงพยาบาล			ปฏิบัติการนอก โรงพยาบาล	
	Emergency & Urgent	Non-urgent	รวม	Emergency	รวม
1	82	52	134	17	82
2	146	99	245	9	132
3	68	70	138	5	63
4	183	165	348	14	159
5	151	145	295	16	139
6	164	159	323	20	162
7	31	39	70	17	48
8	99	74	173	14	87
9	104	136	240	17	119
10	52	50	103	12	56
11	137	138	275	6	120
12	114	75	189	5	85
รวม	1,331	1202	2,533	153	1,252

ตาราง 3.10 ความต้องการพยาบาลวิชาชีพ สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเครือข่ายบริการ

เขต	บริการใน โรงพยาบาล	บริการนอกโรงพยาบาล			รวม
		Emergency	Urgent	รวม	
1	184	18	42	60	244
2	345	9	19	28	374
3	177	5	12	17	194
4	440	15	11	26	466
5	373	17	17	34	407
6	422	20	27	47	469
7	92	17	39	56	148
8	219	14	31	46	265
9	309	18	44	62	370
10	132	12	125	138	270
11	347	6	12	19	366
12	240	6	15	21	261
รวม	3,282	157	395	552	3,834

ตาราง 3.11 ความต้องการ EMT-I สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินรายเครือข่ายบริการ

เขต	บริการในโรงพยาบาล			ตามเกณฑ์ สพฉ
	ในโรงพยาบาล	นอกโรงพยาบาล	รวม	
1	230	45	275	271
2	432	21	453	380
3	221	13	234	189
4	550	19	570	450
5	467	25	492	398
6	528	35	563	463
7	116	42	157	167
8	274	34	308	278
9	386	46	432	369
10	165	103	269	330
11	434	14	448	348
12	300	16	316	264
รวม	4,162	414	4,516	3,907

(3) ความต้องการกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต

การวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนจากภาระงานในปี 2555 จะได้ความต้องการกำลังคนสำหรับปี 2555 และเมื่อมีการคาดการณ์ความต้องการกำลังคนในอีก 5 ปี ข้างหน้า โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานการจำแนกอายุและเพศ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (2555) และข้อมูลการเพิ่มขึ้นของประชากรตามข้อมูลการคาดการณ์จากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าในปี 2560 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความต้องการ หาก EP ดูแลผู้ป่วยทุกประเภท มีความต้องการ 2,941 คน ส่วนพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในปี 2560 มีความต้องการ 4,190 คน สำหรับ EMT-I เมื่อวิเคราะห์ภาระงานในปี 2560 ในการให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ มีความต้องการ 4,943 คน และเมื่อวิเคราะห์ตามเกณฑ์ สพจ มีความต้องการ 3,907 คน (ตาราง 3.12)

ตาราง 3.12 ความต้องการกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคตปี 2560

กลุ่มอายุ ผู้รับบริการ	ความต้องการกำลังคน		
	EP	พยาบาล	EMT-I
0 - 4	52	74	87
5 - 9	28	40	47
10 - 14	49	70	82
15 - 19	152	217	255
20 - 24	154	220	259
25 - 29	154	219	258
30 - 34	165	235	277
35 - 39	158	226	266
40 - 44	170	243	286
45 - 49	184	263	310
50 - 54	205	292	344
55 - 59	225	321	378
60 - 64	203	290	341
65 - 69	264	377	444
70 - 74	224	320	377
75 - 79	220	313	369
80+	335	477	562
รวม	2,941	4,196	4,943

3.2 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

3.2.1 ข้อมูลพื้นฐาน

จากการตอบกลับของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 52 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐนอกเหนือจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 51.9) รองลงมาคือ โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 25) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 21.2 และโรงพยาบาลอื่น ๆ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 3.8) โดยภาพรวม ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 74) และโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 25) ตามลำดับ

สำหรับภูมิภาคของสถานที่ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในภาคกลาง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือภาคเหนือ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ภาคตะวันออก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.0) ภาคเหนือ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.0) และภาคใต้ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 12.0) ตามลำดับ เขตพื้นที่ของสถานที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ต่างจังหวัด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 60) รองลงมาคือ กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 20 คน (ร้อยละ 40)

ในด้านที่ตั้งของสถานบริการพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่ในตัวจังหวัดหรือเขตเมือง จำนวน 43 คน (ร้อยละ 84.3) รองลงมาคือโรงพยาบาลชุมชน หรือในเขตชนบท จำนวน 8 คน (ร้อยละ 15.7)

เมื่อพิจารณาขนาดเตียงเฉลี่ยพบว่าโรงพยาบาลรัฐมีขนาดเตียงโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 718 (SD=448) สำหรับโรงพยาบาลเอกชนนั้นมีขนาดเตียงโดยเฉลี่ย 208 (SD=104) เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลรวมทั้ง 2 ประเภทพบว่า โดยรวมแล้วโรงพยาบาลทุกประเภทมีขนาดเตียงโดยเฉลี่ย 592 (SD=445)

ตารางที่ 3.13 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานที่ปฏิบัติงาน ภูมิภาค เขตพื้นที่ ของกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็น	จำนวน
สถานที่ที่ปฏิบัติงาน	
-โรงพยาบาลรัฐนอก (ไม่รวม รพ มหาวิทยาลัย)	51.9% (27/52)
-โรงพยาบาลเอกชน	25.0% (13/52)
-มหาวิทยาลัย	21.2% (11/52)
-อื่นๆ	1.9% (1/52)

ประเด็น	จำนวน
ภูมิภาค	
-ภาคกลาง	44%(22/50)
-ภาคเหนือ	20%(10/50)
-ภาคตะวันออก	12%(6/50)
-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	12%(6/50)
-ภาคใต้	12%(6/50)
เขตพื้นที่	
-ต่างจังหวัด	60%(30/50)
-กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	40%(20/50)
เขตพื้นที่	
-โรงพยาบาลเขตเมือง	84.3%(43/52)
-โรงพยาบาลชุมชน	15.7%(8/52)
ประเภทโรงพยาบาล	
-โรงพยาบาลรัฐ	74%(37/50)
-โรงพยาบาลเอกชน	26%(13/50)
ขนาดเตียงเฉลี่ย	
-โรงพยาบาลรัฐ	718 (SD=448)
-โรงพยาบาลเอกชน	208 (SD=104)

ตารางที่ 3.13 เมื่อพิจารณาสถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ นอกเหนือจาก รพ มหาวิทยาลัย จำนวน 27 คน (ร้อยละ 51.9) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 13 คน (ร้อยละ

25.0) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 21.2) และ โรงพยาบาลอื่นๆ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเขตภูมิภาค พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในภาคกลาง จำนวน 22 คน (ร้อยละ 44) รองลงมา คือ ภาคเหนือ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 20) ภาคตะวันออก ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 6 คน และ ภาคใต้ (ร้อยละ 12) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเขตพื้นที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ต่างจังหวัด จำนวน 30 คน (ร้อยละ 60) รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน (ร้อยละ 40) โดยอยู่ในเขต urban จำนวน 43 คน (ร้อยละ 84.3) และ อยู่ในเขต rural จำนวน 8 คน (ร้อยละ 15.7)

เมื่อพิจารณาประเภทของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 74) รองลงมา คือ โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 26)

เมื่อพิจารณาขนาดเตียงพบว่า โรงพยาบาลรัฐมีขนาดเตียงเฉลี่ย 718 เตียง และ โรงพยาบาลเอกชนมีขนาดเตียงเฉลี่ย 208 เตียง

ตารางที่ 3.14 แสดงจำนวน ร้อยละของสถานภาพ และ ค่าเฉลี่ยของจำนวนบุตร

ประเด็น	จำนวน
สถานภาพ	
-โสด	80.5% (33/41)
-สมรส	19.5% (8/41)
จำนวนบุตรเฉลี่ย	15.8% (6/41) , $\bar{x}=1.5$, $SD=0.5$

ตารางที่ 3.14 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด จำนวน 33 คน (ร้อยละ 80.5) และ สมรสแล้ว จำนวน 8 คน (ร้อยละ 19.5) มีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 1.5 คน

3.2.2 ข้อมูลการปฏิบัติงานและภาระงาน

จาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาปฏิบัติงานโดยเฉลี่ย 3.7 ปี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 6-10 ปี จำนวน 25 คน (ร้อยละ 62.5) รองลงมาคือ ช่วง 11-15 ปี จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30) และ 1-5 ปี จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) (ตารางที่ 3.15)

ตารางที่ 3.15 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาในการทำงาน และค่าเฉลี่ยของระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

ประเด็น	จำนวน
ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน	3.7 (SD=4.2)
ระยะเวลาในการทำงาน	
1-5 ปี	7.5% (3/40)
6-10 ปี	62.5% (25/40)
11-15 ปี	30% (12/40)

ตารางที่ 3.16 ในภาพรวม พบว่า ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานให้บริการด้านเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 54.42 รองลงมาคือ งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย เฉลี่ยร้อยละ 15.79 งานด้านบริหาร/ การจัดระบบงาน การแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยร้อยละ 14.25 งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 9.29 และ ปฏิบัติงานด้านอื่นๆ เฉลี่ยร้อยละ 2.79

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลแต่ละประเภท ในส่วนของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานให้บริการด้านเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 56.82 รองลงมาคือ งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย เฉลี่ยร้อยละ 21.36 งานด้านบริหาร/ การจัดระบบงานการแพทย์ฉุกเฉิน เฉลี่ยร้อยละ 17.27 และ งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 4.55

ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานให้บริการด้านเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 51.67 รองลงมาคือ งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย เฉลี่ยร้อยละ 15.50 งานด้านบริหาร/ การจัดระบบงานการแพทย์ฉุกเฉิน เฉลี่ยร้อยละ 14.25 งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 11.50 และ ปฏิบัติงานด้านอื่นๆ เฉลี่ยร้อยละ 7.08

ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐบาล พบว่า พบว่า ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานให้บริการด้านเวชปฏิบัติในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 57.41 รองลงมาคือ งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย เฉลี่ยร้อยละ 16.11 งานด้านบริหาร/ การจัดระบบงานการแพทย์ฉุกเฉิน เฉลี่ยร้อยละ 15.56 งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 4.81 และ ปฏิบัติงานด้านอื่นๆ เฉลี่ยร้อยละ 2.41

ตารางที่ 3.16 แสดงค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน

ประเภท โรงพยาบาล	งานให้บริการด้าน เวชปฏิบัติใน โรงพยาบาล	งานปฏิบัติการ ฉุกเฉินนอก โรงพยาบาล	งานวิชาการ / การ เรียนการสอน / การ วิจัย	งานด้านบริหาร/ การ จัดระบบงาน การแพทย์ฉุกเฉิน	อื่นๆ
มหาวิทยาลัย (n=11)	56.82(sd=24)	4.55 (sd=9.61)	21.36 (sd=12.66)	17.27 (sd=14.58)	
เอกชน (n=12)	51.67(sd=25.32)	11.50 (sd=12.94)	15.50(sd=5.26,)	14.25 (11.30)	7.08(sd=0.00)
รัฐบาล(อื่นๆ) (n=27)	57.41(sd=24.10)	4.81(sd=9.61)	16.11(sd=12.66)	15.56(sd=14.58)	2.41(sd=8.93)
รวม	54.42(sd=24.85)	9.29(sd=14.22)	15.79(sd=15.90)	14.25(sd=16.11)	2.79(sd=14.00)

ในสถานบริการที่แพทย์ EP ปฏิบัติงานอยู่นั้น ในเวรเช้า มีแพทย์ EP เฉลี่ยประมาณ 2 คน แพทย์ทั่วไป (General Practitioner- GP) เฉลี่ยประมาณ 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เฉลี่ยประมาณ 2 คน ในเวรบ่าย พบว่า มีแพทย์ EP เฉลี่ยประมาณ 2 คน แพทย์ GP เฉลี่ยประมาณ 2 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เฉลี่ยประมาณ 2 คน ในเวรดึก พบว่า มีแพทย์ EP เฉลี่ยประมาณ 1 คน แพทย์ GP เฉลี่ยประมาณ 1 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ เฉลี่ยประมาณ 2 คน (ตาราง 3.17)

ตารางที่ 3.17 แสดงจำนวนและค่าเฉลี่ยของจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาล

แพทย์	เวรเช้า			เวรบ่าย			เวรดึก		
	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D	จำนวน (คน)	Mean	S.D
EP	40	2.10	1.73	36	1.58	1.72	26	1.46	0.89
GP	26	1.42	0.49	30	1.70	0.53	25	1.16	0.37
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ	15	2.33	1.96	15	2.40	1.99	14	2.07	1.98

ในด้านภาระงานของ EP นั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีงานรองหรืองานเสริมในที่ทำงานแห่งอื่น จำนวน 29 คน (ร้อยละ 70.7) ที่เหลือที่ไม่มีงานรองหรืองานเสริมในที่ทำงานแห่งอื่น จำนวน 29.3 คน (ร้อยละ 29.3) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.18)

ตารางที่ 3.18 แสดงจำนวนและร้อยละจำนวนแพทย์ที่มีงานรองหรืองานเสริมในที่ทำงานแห่งอื่น

งานรองหรืองานเสริมในที่ทำงานแห่งอื่น	จำนวน	(%)
ไม่มี	12	29.3
มี	29	70.7
รวม	41.0	100.0

ตารางที่ 3.19 ลักษณะของงานเสริมที่ปฏิบัติ (n=40)

ลักษณะของงานเสริมที่ปฏิบัติ	จำนวน(คน)	(%)
ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลเอกชน	19	41.3
งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย	10	21.7
งานด้านบริหาร	4	8.7
ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ	4	8.7
ทำเวชปฏิบัติในคลินิกส่วนตัว	2	4.3
ประกอบอาชีพส่วนตัว	2	4.3
อื่นๆ กรุณาระบุ ...	5	10.9

ตารางที่ 3.19 แสดงลักษณะงานเสริมที่ปฏิบัติของ EP พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 19 คน (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ งานวิชาการ / การเรียนการสอน / การวิจัย จำนวน 10 คน (ร้อยละ 21.7) งานด้านบริหาร จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.7) ทำเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลของรัฐ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.7) ที่เหลือเป็นการทำเวชปฏิบัติในคลินิกส่วนตัว ประกอบอาชีพส่วนตัว และลักษณะงานด้านอื่นๆ ในส่วนของลักษณะงานด้านอื่นนั้น ลักษณะงานที่พบ ได้แก่ การทำด้านธุรกิจ เป็นต้น

เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานของแพทย์ พบว่า มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานรวมเฉลี่ย 316.11 ชั่วโมงต่อเดือน ซึ่งส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 201-300 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 26 คน (ร้อยละ 70.27) มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 245.23 ชั่วโมงต่อเดือน รองลงมาคือ ช่วง 401-500 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.81) จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 420.00 ชั่วโมงต่อเดือน

เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานเสริม พบว่า แพทย์มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเสริมเฉลี่ย 130.86 ชั่วโมงต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงต่ำกว่า 100 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 57.14) รองลงมาคือ ช่วง 101-200 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 17.86) โดยมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 152.00 ชั่วโมงต่อเดือน และ ช่วง 201-300 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 17.86) โดยมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 244.80 ชั่วโมงต่อเดือน

จากตารางที่ 3.20 เมื่อพิจารณาจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานเมื่อรวมงานเสริมแล้ว พบว่า แพทย์มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเสริมเฉลี่ย 384.00 ชั่วโมงต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงาน อยู่ในช่วง 201-300 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 15 คน (ร้อยละ 37.5) ซึ่งมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 260.80 ชั่วโมงต่อเดือนรองลงมา คือ ช่วง 301-400 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20.00) จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20) ซึ่งมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 332.50 ชั่วโมงต่อเดือน และ ช่วง 401-500 ชั่วโมงต่อเดือน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 20) โดยมีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานเฉลี่ย 441.50 ชั่วโมงต่อเดือน

ตารางที่ 3.20 แสดงค่าเฉลี่ยและช่วงชั้นของจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานของแพทย์ จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานเสริมของแพทย์ และจำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานของแพทย์เมื่อรวมงานเสริม

จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานของแพทย์ (ต่อเดือน)			
ช่วงจำนวนชั่วโมง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	sd
184-200	5.41%(2/37)	192.00	8.00
201-300	70.27%(26/37)	245.23	26.34
301-400	5.41%(2/37)	324.00	20.00
401-500	10.81%(4/37)	420.00	6.93
501ขึ้นไป	8.11%(3/37)	869.33	75.42
ค่าเฉลี่ยรวม = 316.11 (ชั่วโมงต่อเดือน) , SD=177.00 (ชั่วโมงต่อเดือน)			

จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานของแพทย์รวมงานเสริม (ต่อเดือน)			
ช่วงจำนวนชั่วโมง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	sd
4-100	57.14% (16/28)	51.00	36.26
101-200	17.86% (5/28)	152.00	34.32
201-300	17.86% (5/28)	244.80	23.52
301-400	3.57% (1/28)	384.00	0.00
401-500	3.57% (1/28)	480.00	0.00
501ขึ้นไป	0.00% (0/28)	0.00	0.00
ค่าเฉลี่ยรวม = 130.86 (ชั่วโมงต่อเดือน) , SD=117.24 (ชั่วโมงต่อเดือน)			
จำนวนชั่วโมงปฏิบัติงานของแพทย์รวมทั้งงานเสริม (ต่อเดือน)			
ช่วงจำนวนชั่วโมง	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	sd
101-200	7.5%(3/40)	192.00	8.00
201-300	37.5%(15/40)	260.80	27.33
301-400	20%(8/40)	332.50	19.33
401-500	20%(8/40)	441.50	18.75
501ขึ้นไป	15%(6/40)	805.33	286.02
ค่าเฉลี่ยรวม = 384.00 (ชั่วโมงต่อเดือน) , SD=225.86 (ชั่วโมงต่อเดือน)			

จากตารางที่ 3.21 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้จากงานหลักเฉลี่ย 98,600 บาทต่อเดือน โดยข้อมูลมีการกระจายอยู่ในช่วงประมาณ 98,600(sd=70,791.5) บาทต่อเดือน และเมื่อพิจารณางานรอง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้จากงานรอง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 60.98) มีรายได้เฉลี่ย 66,560 บาทต่อเดือน โดยข้อมูลมีการกระจายอยู่ในช่วงประมาณ 66,560 (sd= 48,802.5) บาทต่อเดือน

ตารางที่ 3.21 แสดงร้อยละและค่าเฉลี่ยรายได้จากการทำงานหลักและงานรอง

ประเภทงาน	จำนวนทั้งหมด	จำนวน(คน)	(%)	ค่าเฉลี่ย	S.D.
งานหลัก	41	4	100.00	98,600	70,791.5
งานรอง	41	25	60.98	66,560	48,802.5

ในด้านการประเมินสภาวะสุขภาพของตนเอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพดี จำนวน 14 คน คิด (ร้อยละ 35) รองลงมาคือ ปานกลาง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 30) สุขภาพดีมาก จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.5) และ สุขภาพแย่มาก จำนวน 7 คน (ร้อยละ 17.5)

3.2.3 ความพึงพอใจต่อการทำงาน

จากตารางที่ 3.22 สถานที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในจังหวัดภูมิลำเนา จำนวน 16 คน (ร้อยละ 41.0) รองลงมาคือคนละจังหวัดกับภูมิลำเนาแต่ภาคเดียวกัน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 33.3) และ คนละภาคกับภูมิลำเนา จำนวน 10 คน (ร้อยละ 25.6) ตามลำดับ

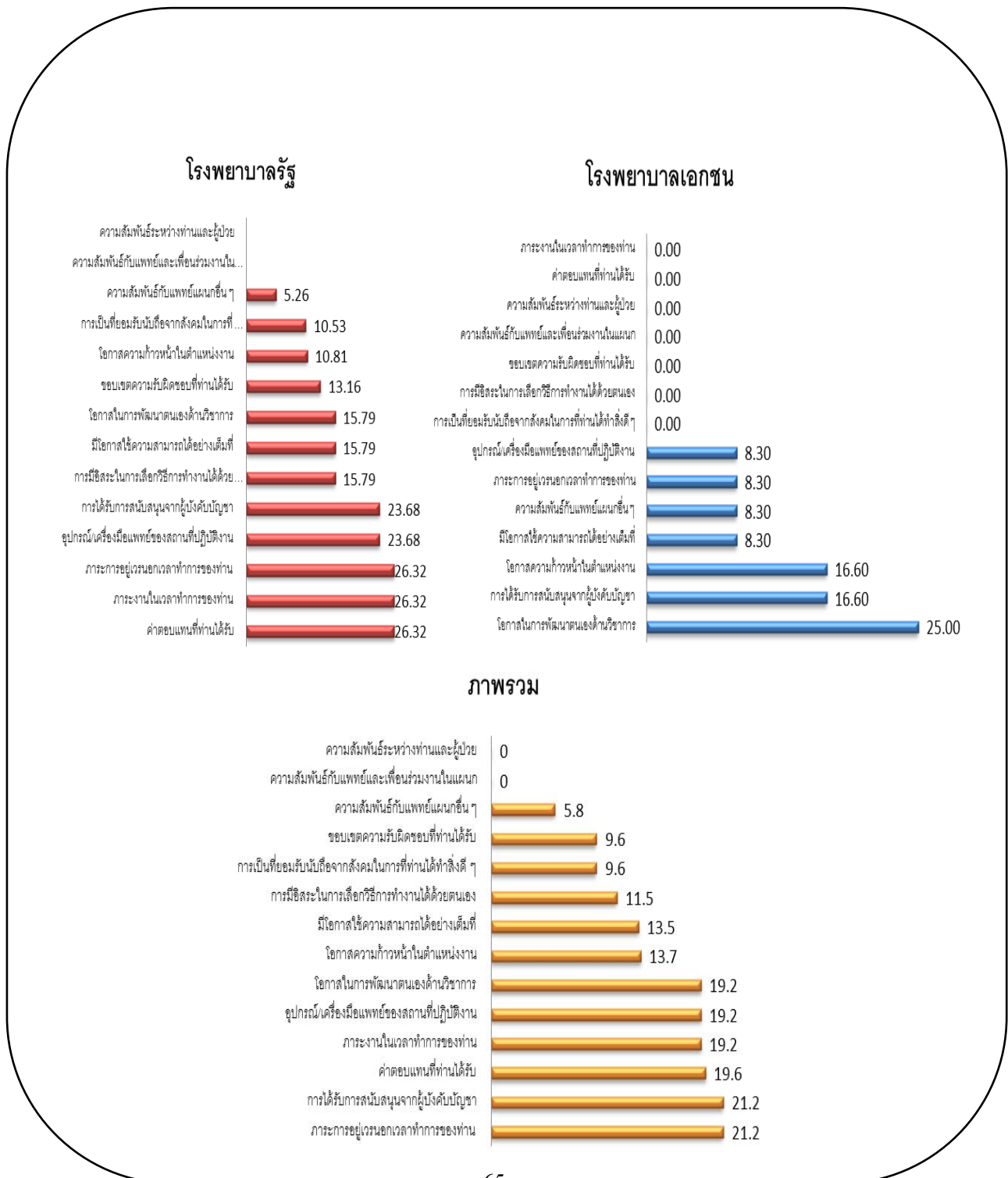
ตารางที่ 3.22 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานที่ปฏิบัติงาน

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน	(%)
จังหวัดภูมิลำเนา	16	41.0
คนละจังหวัดกับภูมิลำเนาแต่ภาคเดียวกัน	13	33.3
คนละภาคกับภูมิลำเนา	10	25.6
รวม	41.0	100.0

จากภาพที่ 3.1 ความพึงพอใจต่องานในประเด็นต่างๆ เมื่อพิจารณาโดยการแบ่งเป็นกลุ่มระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน พบว่า ในส่วนของโรงพยาบาลรัฐนั้น ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พอใจ ได้แก่ ค่าตอบแทนที่ได้รับภาระงานในเวลาทำการ และการอยู่เวรนอกเวลาทำการ (ร้อยละ 26.32) รองลงมาคือ ค่าตอบแทนที่ได้รับ (ร้อยละ 19.6) เป็นต้น ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พอใจ คือ โอกาสในการพัฒนาตนเอง

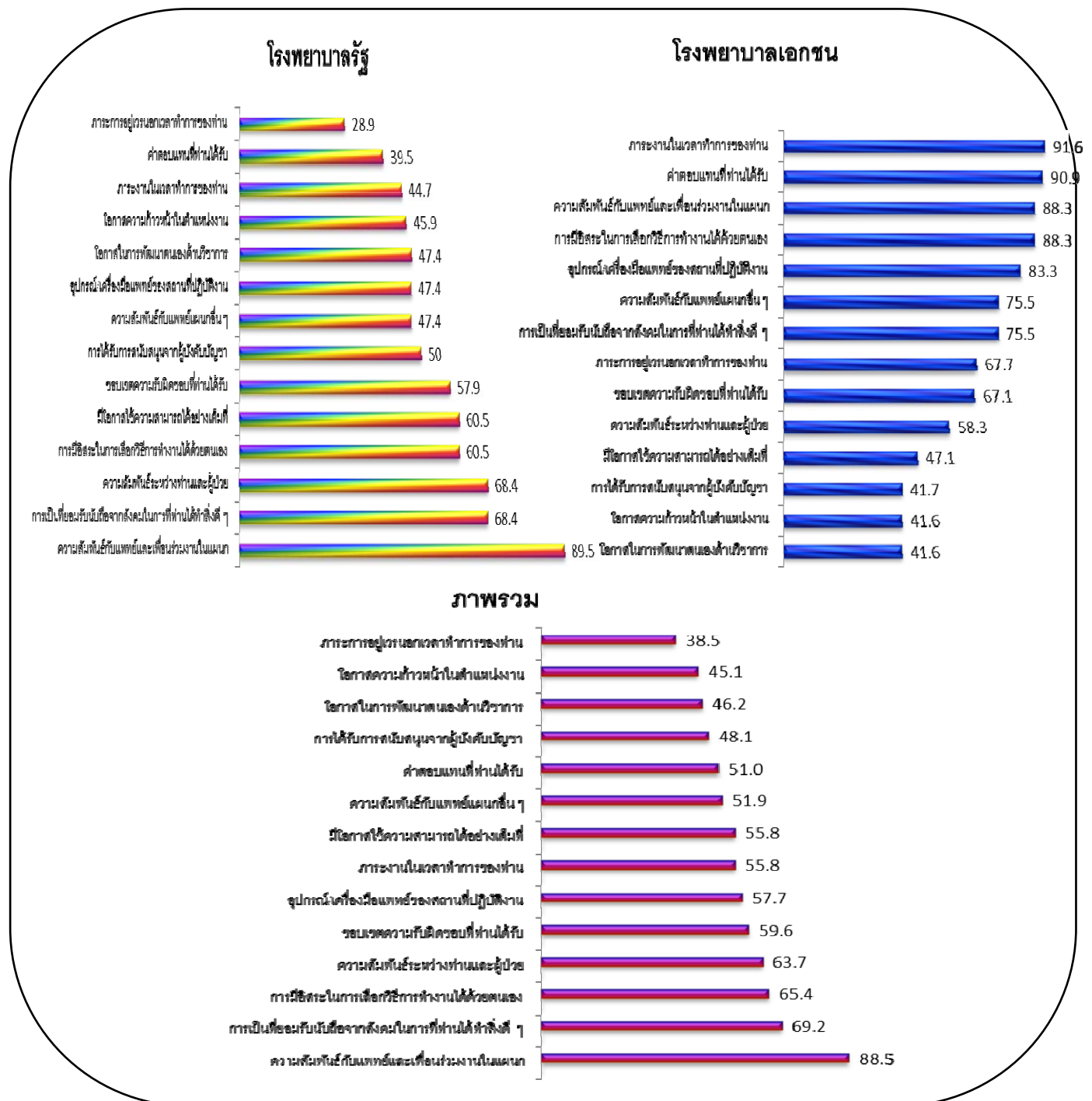
ด้านวิชาการ (ร้อยละ 25.00) รองลงมาคือ การได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา และโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (ร้อยละ 16.60) เป็นต้น เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้งหมด พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่พอใจ คือ ภาระการอยู่เวรนอกเวลาทำการ และการได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา (ร้อยละ 21.2) รองลงมาคือ ค่าตอบแทนที่ได้รับ (ร้อยละ 19.6) เป็นต้น

ภาพที่ 3.1 ความพึงพอใจต่องานในประเด็นต่างๆ กลุ่มไม่พอใจและไม่พอใจมากที่สุด



ในด้านความพึงพอใจต่องานในประเด็นต่างๆ พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจและพอใจมากที่สุดในโรงพยาบาลรัฐ คือ ความสัมพันธ์กับแพทย์และเพื่อนร่วมงานในแผนก (ร้อยละ 89.5) รองลงมาคือ การเป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคมในการที่ได้ทำสิ่งดี ๆ และ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (ร้อยละ 68.4) เป็นต้น ในส่วนของโรงพยาบาลเอกชน พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจและพอใจมากที่สุด คือ ภาระงานในเวลาทำการ (ร้อยละ 91.6) รองลงมาคือ ค่าตอบแทนที่ได้รับ (ร้อยละ 90.9) ความสัมพันธ์กับแพทย์และเพื่อนร่วมงานในแผนก การมีอิสระในการเลือกวิธีการทำงานได้ด้วยตัวเอง และ อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในสถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 88.3) เป็นต้น และในส่วนของภาพรวม พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจและพอใจมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์กับแพทย์และเพื่อนร่วมงานในแผนก (ร้อยละ 88.5) รองลงมาคือ การเป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคมในการที่ได้ทำสิ่งดี ๆ (ร้อยละ 69.2) การมีอิสระในการเลือกวิธีการทำงานได้ด้วยตัวเอง (ร้อยละ 65.4) เป็นต้น

ภาพที่ 3.2 ความพึงพอใจต่องานในประเด็นต่างๆ กลุ่มพอใจและพอใจมากที่สุด



3.2.4 การดำรงอยู่และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

จาก สถานที่ที่จะปฏิบัติงานภายในระยะเวลา 2 ปีข้างหน้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงคิดที่จะปฏิบัติในหน่วยงานเดิม จำนวน 26 คน (ร้อยละ 63.4) รองลงมาคือคิดจะย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 19.5) ลาออกจากราชการ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 9.8) ลาศึกษาต่อ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 9.8) (ตารางที่ 3.23)

ตารางที่ 3.23 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานที่ที่จะปฏิบัติงานภายในระยะเวลา 2 ปีข้างหน้า

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวนตัวอย่าง	จำนวน (คน)	(%)
ปฏิบัติงานต่อในหน่วยงานเดิม	41	26	63.4
ย้ายไปปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ ระบุ ...	41	8	19.5
- รพ เอกชนอื่น	41	3	7.3
- ต้องการย้ายกลับจังหวัดเชียงใหม่	41	1	2.4
ลาออกจากราชการ (กรณีเป็นข้าราชการ)	41	4	9.8
ลาศึกษาต่อ ระบุ	41	4	9.8
อื่นๆ	41	2	4.9

ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจที่จะปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานเดิม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานที่ปฏิบัติงานนั้นอยู่ใกล้ครอบครัว และมีคุณค่าจากการปฏิบัติงานจำนวน 18 คน (ร้อยละ 43.9) ปัจจัยรองลงมาคือ ผู้ร่วมงานเป็นมิตร และความมีอิสระ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 39.0) ใกล้ภูมิลำเนา และ ค่าตอบแทนเหมาะสม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 36.6) ภาระงานเหมาะสม และ ระบบบริหารและสนับสนุน จำนวน 12 คน (ร้อยละ 29.3) มีความมั่นคง ก้าวหน้า จำนวน 11 คน (ร้อยละ 26.8) มีโอกาสทางวิชาการและการศึกษาต่อ จำนวน 10 คน (ร้อยละ 24.4) มีการจัดการด้านการฟ้องร้อง จำนวน 6 คน (ร้อยละ 14.6) และ สัญญาชดใช้ทุนให้รัฐ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.3) ตามลำดับ (ตาราง 3.24)

ตารางที่ 3.24 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจที่จะปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานเดิม

ปัจจัย	จำนวน (คน)(n=41)	(%)
ใกล้ครอบครัว	18	43.9
มีคุณค่าจากการปฏิบัติงาน	18	43.9
ผู้ร่วมงานเป็นมิตร	16	39.0
ความมีอิสระ	16	39.0
ใกล้ภูมิลำเนา	15	36.6
ค่าตอบแทนเหมาะสม	15	36.6
ภาระงานเหมาะสม	12	29.3
ระบบบริหารและสนับสนุน	12	29.3
มีความมั่นคง ก้าวหน้า	11	26.8
มีโอกาสด้านวิชาการและการศึกษาต่อ	10	24.4
มีการจัดการด้านการฟ้องร้อง	6	14.6
สัญญาขาดเงินทุนให้รัฐ	3	7.3

ส่วน ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจย้ายออกไปปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ หรือลาศึกษาต่อ หรือ ลาออกจากราชการ พบว่า ได้แก่ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม และ ระบบบริหารและสนับสนุนไม่เหมาะสม จำนวน 20 คน (ร้อยละ 48.8) รองลงมาเป็นปัจจัยด้านการไม่ได้รับการเห็นคุณค่าจากการปฏิบัติงาน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 39.0) ปัจจัยด้านภาระงานมาก และ ขาดความอิสระในการปฏิบัติงาน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 31.7) ผู้ร่วมงานไม่เป็นมิตร และ ขาดโอกาสทางวิชาการและการศึกษาต่อ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 22.0) และ ห้างไกลครอบครัว ไม่มีการจัดการด้านการฟ้องร้อง ขาดความมั่นคงก้าวหน้า และหมดสัญญาขาดเงินทุนให้รัฐ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 14.6) ตามลำดับ (ตาราง 3.25)

ตารางที่ 3.25 แสดงจำนวนและร้อยละของปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจย้ายออกไปปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ หรือลาศึกษาต่อ หรือ ลาออกจากราชการ

ปัจจัย	จำนวน (คน) (n=41)	(%)
ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม	20	48.8
ระบบบริหารและสนับสนุนไม่เหมาะสม	20	48.8
ไม่ได้รับการเห็นคุณค่าจากการปฏิบัติงาน	16	39.0
ภาระงานมาก	13	31.7
ขาดความอิสระในการปฏิบัติงาน	13	31.7
ผู้ร่วมงานไม่เป็นมิตร	9	22.0
ขาดโอกาสทางวิชาการและการศึกษาต่อ	9	22.0
ห่างไกลครอบครัว	8	19.5
ห่างไกลภูมิภินา	6	14.6
ไม่มีการจัดการด้านการฟ้องร้อง	6	14.6
ขาดความมั่นคง ก้าวหน้า	6	14.6
หมดสัญญาขาดเงินทุนให้รัฐ	6	14.6

ในการกระจายและอ้าง EP ให้มีอย่างเพียงพอ EP ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการที่ทำให้กำลังคนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนเพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม คงอยู่ในระบบและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ นั้น แพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ประการแรก ควรมีการเพิ่มค่าตอบแทนเป็นมาตรการที่เหมาะสมที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.9 รองลงมาเป็นการกำหนดจำนวนแพทย์ฉุกเฉินที่มีความเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 17.1

เช่น “ให้มี EP ในรพ.จังหวัดในจำนวนที่สามารถดูแลเวรห้องฉุกเฉินได้ประมาณ 6-8 คน/ ควรมี EP อย่างน้อย 2 คนในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐ และ เพิ่มอัตราแพทย์ EP ในรพ. อย่างน้อยควรมี 4-5 คนต่อโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาศักยภาพของ ER “ เป็นต้น

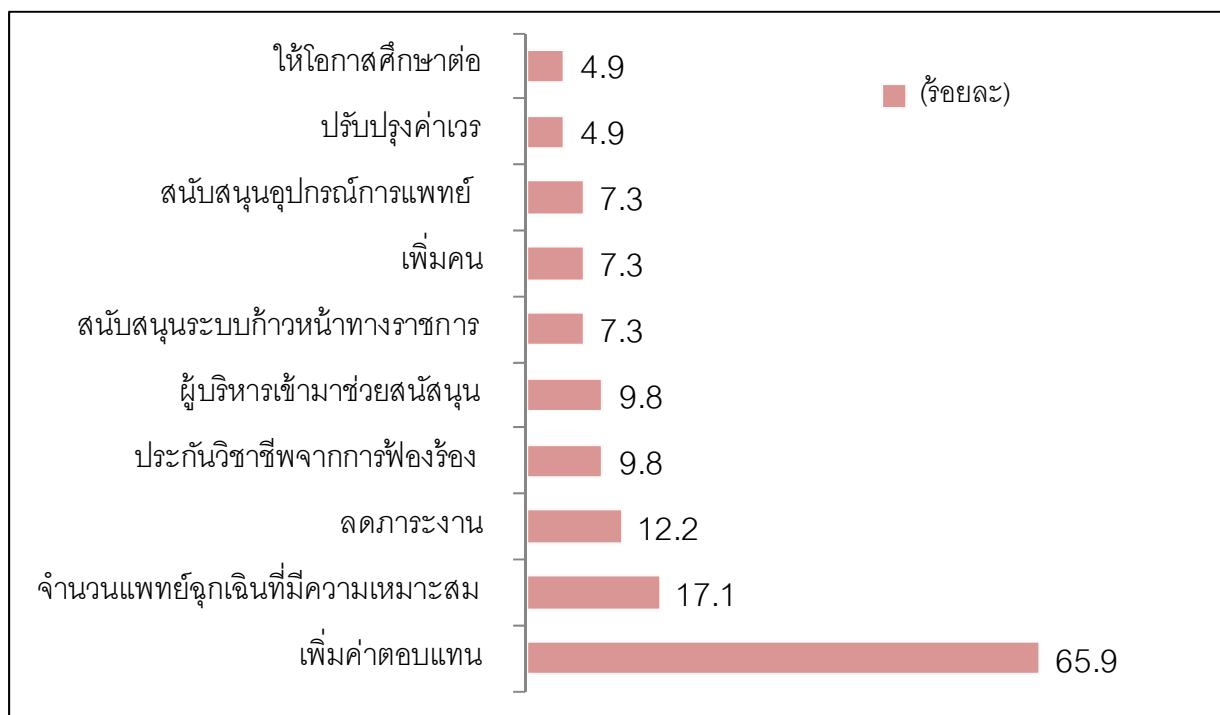
ประการต่อไปคือการลดภาระงาน โดย EP ให้ความเห็นว่า “ควร แยกผู้ป่วยที่มานอกเวลาและไม่ฉุกเฉินไปตรวจที่หน่วย OPD นอกเวลา และ แยกงานที่ไม่เกี่ยวข้องกับห้องฉุกเฉินออกอย่างชัดเจน เช่น case คดีที่นอนรพ. ฝากรอเตียง admit ทำ treatment จาก OPD ฝาก refer จาก Specialist เป็นต้น ประเด็นการเผชิญหน้าระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและญาติ เป็นประเด็นปัญหาด้วยธรรมชาติการปฏิบัติงานของแผนกฉุกเฉิน ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้มีการประกันวิชาชีพจากการฟ้องร้อง คิดเป็นร้อยละ 9.8

นอกจากนี้ ในสถานการณ์ที่แพทย์ EP มีไม่เพียงพอ และหลายโรงพยาบาลต้องพึ่งพิงแพทย์จบใหม่มาให้บริการ นอกจากนั้นงานห้องฉุกเฉินต้องใช้การประสานและปรึกษารื้อกับแพทย์เชี่ยวชาญด้านอื่น อยู่ตลอดเวลา และในบางแห่งเมื่อมี EP จบมา งานห้องฉุกเฉินจะถูกทิ้งมาให้ EP และแพทย์อื่น ๆ จะถอนตัวออกหมด ดังนั้นจึงผู้บริหารจึงควรให้ความสำคัญและเข้ามาช่วยสนับสนุนให้เกิดการจัดระบบงานที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ ดังเช่น EP ได้ระบุว่า

“ผู้บริหารเข้ามาช่วยลดภาระงาน และ สร้างการยอมรับของแพทย์สาขาอื่นๆมากยิ่งขึ้น” เป็นต้น

และ ควรมีการสนับสนุนความก้าวหน้าทางวิชาการ เพิ่มคน ปรับปรุงค่าเวร และให้โอกาสศึกษาต่อ ตามลำดับ (ภาพที่ 3.3)

แผนภาพที่ 3.3 แสดงร้อยละของข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรการที่ทำให้กำลังคนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีจำนวนเพียงพอ มีการกระจายอย่างเป็นธรรม คงอยู่ในระบบและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ



3.3 พยาบาลวิชาชีพ

3.3.1 ข้อมูลพื้นฐาน

จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลหัวหน้าฉุกเฉิน 127 คน เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลแต่ละประเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน (ร้อยละ 92) ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 46 คน และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 93) เพศชาย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 7) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 115 คน (ร้อยละ 96) รองลงมาคือเพศชาย จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.26)

ตารางที่ 3.26 แสดงจำนวนและร้อยละของเพศในโรงพยาบาลแต่ละประเภท

ประเภท	ชาย	หญิง
โรงพยาบาลศูนย์	8%(1/13)	92%(12/13)
โรงพยาบาลทั่วไป	-	100%(46/46)
โรงพยาบาลชุมชน	7%(4/61)	93%(57/61)
รวม	4%(5/120)	96%(115/120)

เมื่อพิจารณาประเภทโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 46 แห่ง (ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 15 แห่ง (ร้อยละ 60.0) และ โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 64 แห่ง (ร้อยละ 30.6) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.27)

ตารางที่ 3.27 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลแต่ละประเภท

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน(%)
โรงพยาบาลศูนย์	60.0%(15/25)
โรงพยาบาลทั่วไป	66.7%(46/69)
โรงพยาบาลชุมชน	30.6%(64/209)
Total	41.25%(125/303)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยอายุของพยาบาลหัวหน้าฉุกเฉินจำแนกตามประเภทของโรงพยาบาล ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 47.94 ปี เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทของโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์มี

อายุเฉลี่ย 52.47 ปี กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลทั่วไป มีอายุเฉลี่ย 52.47 ปี และกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนมีอายุเฉลี่ย 45.59 ปี

ในด้านจำนวนเตียง พบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีขนาดเตียงเฉลี่ย 650.13 เตียง โรงพยาบาลทั่วไปมีขนาดเตียงเฉลี่ย 328.09 เตียง และโรงพยาบาลชุมชนมีขนาดเตียงเฉลี่ย 80.47 เตียง

เมื่อพิจารณาระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21 ปี ขึ้นไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 73.3) ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน (ร้อยละ 68.2) และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21 ปี ขึ้นไป จำนวน 24 คน (ร้อยละ 37.5) โดยเมื่อพิจารณาในภาพรวมแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการปฏิบัติงานที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 21 ปี ขึ้นไป จำนวน 65 คน (ร้อยละ 52.8)

เมื่อพิจารณาจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทที่ปฏิบัติงานในแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ในส่วนของแผนกฉุกเฉิน พบว่า มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 14 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉินเฉลี่ย 4 คน แพทย์ GP เฉลี่ย 2 คน และ แพทย์ EP 1 คน และในส่วนของ การปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล พบว่า มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 3 คน และ เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉิน เฉลี่ย 2 คน

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลทั่วไปในส่วนของแผนกฉุกเฉิน พบว่า จำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 12 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉินเฉลี่ย 2 คน แพทย์ GP เฉลี่ย 2 คน ในส่วนของ การปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลพบว่ามีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 3 คน และ เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉินเฉลี่ย 1 คน

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลชุมชน ในส่วนของแผนกฉุกเฉิน พบว่า จำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 3 คน เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉินเฉลี่ย 1 คน และ แพทย์ GP เฉลี่ย 1 คน ในส่วนของการปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ย 1 คน และ เจ้าหน้าที่งานเวชกรฉุกเฉินเฉลี่ย 1 คน (ตารางที่ 3.28)

ตารางที่ 3.28 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทที่ปฏิบัติงานในแผนกห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลแยกตามลักษณะของการปฏิบัติงาน

ประเภท โรงพยาบาล	แพทย์ EP		แพทย์ GP		พยาบาล		เวชกรฉุกเฉิน	
	In-Hos	Pre-Hos	In-Hos	Pre-Hos	In-Hos	Pre-Hos	In-Hos	Pre-Hos
รพศ	0.72(sd=0.94)	0.08(sd=0.27)	1.52(sd=5.77)	0.04(sd=0.19)	13.88(sd=9.76)	2.6(sd=6.01)	3.84(sd=3.93)	1.6(sd=3.14)
รพท	0.19(sd=0.48)	0.04(sd=0.26)	2.07(sd=3.91)	0.16(sd=0.97)	11.78(sd=6.36)	2.82(sd=5.40)	2.38(sd=2.51)	1.36(sd=2.55)
รพช	0.03(sd=0.36)	0	0.98(sd=1.99)	0.06(sd=0.42)	3.14(sd=4.67)	0.61(sd=2.43)	0.80(sd=1.55)	0.28(sd=1.71)
รวม	0.13(sd=0.17)	0.02(sd=0.15)	1.27(sd=3.01)	0.08(sd=3.82)	6.07(sd=7.17)	1.28(sd=3.88)	1.43(sd=2.32)	0.64(sd=1.89)

ในส่วนของจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In- hospital service) ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีแพทย์ EP ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั้งใน เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เฉลี่ย 1 คน มีแพทย์ GP ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลทั้งใน เวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เฉลี่ย 1 คน มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลในเวรเช้าเฉลี่ย 1 คน ในเวรบ่าย และเวรดึก เฉลี่ย 2 คน มีพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลในเวรเช้าเฉลี่ย 5 คน ในเวรบ่าย 4 คน และเวรดึก เฉลี่ย 3 คน มีเวชกรฉุกเฉิน ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลในเวรเช้าเฉลี่ย 2 คน ในเวรบ่าย 2 คน และเวรดึก เฉลี่ย 1 คน และมีเจ้าหน้าที่ ด้านอื่นๆ ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลในเวรเช้าเฉลี่ย 3 คน ในเวรบ่าย 2 คน และเวรดึก เฉลี่ย 1 คน

สำหรับจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (pre- hospital service) ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีแพทย์เฉลี่ยในแต่ละเวรประมาณ 1 คน ในส่วนของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีพยาบาลวิชาชีพเฉลี่ยในแต่ละเวรประมาณ 1 คน ในส่วนของเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน พบว่า มีเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉินในแต่ละเวรเฉลี่ยประมาณ 1 คน และ เจ้าหน้าที่ วิชาชีพอื่นๆในแต่ละเวรเฉลี่ยประมาณ 1 คน

3.3.2 ลักษณะการทำงานและการพัฒนาศักยภาพ

ในส่วนของลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างงานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (pre-hospital services) และ ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (in-hospital services) ของโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีลักษณะที่อยู่ภายใต้หัวหน้าห้อง/แผนก อุบัติเหตุฉุกเฉินและใช้กำลังคนร่วมกันทั้งหมด จำนวน 93 คน (ร้อยละ 74.40) รองลงมาคือ อยู่ภายใต้หัวหน้าห้องอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ใช้พยาบาลวิชาชีพร่วมกัน จำนวน 22 คน (ร้อยละ 17.60) แยกกันคนละส่วน แต่อยู่ภายใต้รองผู้อำนวยการ/ แพทย์ที่รับผิดชอบด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.00) และ รูปแบบอื่นๆ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.00) โดยรูปแบบอื่นๆที่พบ เช่น เวชกรฉุกเฉินและพนักงานขับรถ EMS ขึ้นกับแพทย์เวชศาสตร์ฯ ใช้พยาบาลวิชาชีพร่วมกัน ,

อยู่ภายใต้หัวหน้าห้องฉุกเฉิน ใช้พยาบาลวิชาชีพห้องฉุกเฉินเท่านั้น, อยู่ภายใต้หัวหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่แยก อัตรากำลัง RN และ EMT มาเฉพาะ , ใช้อัตรากำลังซึ่งขึ้นปฏิบัติงาน 8 ชั่วโมง เช้า บ่าย ดึก (ใช้พยาบาลใน ER+EMT-I) ใน เวรนั้น และ ส่วน in-hos พยาบาลขึ้นกับกลุ่มการพยาบาล เป็นต้น (ตารางที่ 3.29)

ตารางที่ 3.29 แสดงจำนวนและร้อยละของลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างงานปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และ ฉุกเฉินในโรงพยาบาลของโรงพยาบาล

ลักษณะความสัมพันธ์	ร้อยละ
อยู่ภายใต้หัวหน้าห้อง/แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและใช้กำลังคนร่วมกันทั้งหมด	74.40% (93/115)
อยู่ภายใต้หัวหน้าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใช้พยาบาลวิชาชีพพร้อมกัน	17.60% (22/115)
แยกกันคนละส่วน แต่อยู่ภายใต้รองผู้อำนวยการ/ แพทย์ที่รับผิดชอบด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4.00%(5/115)
รูปแบบอื่น ๆ	4.00%(5/115)

เมื่อพิจารณา การได้รับการอบรมด้านปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพประจำห้อง/ แผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินพบว่า ส่วนใหญ่จะมีเฉพาะบางคนที่ได้รับการอบรม จำนวน 61 คน (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ เกือบทุกคนได้รับการอบรม จำนวน 43 คน (ร้อยละ 35.25) ทุกคนได้รับการอบรม จำนวน 15 คน (ร้อยละ 12.30) ไม่มีใครได้รับการอบรม จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.46) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.30)

ตารางที่ 3.30 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับการอบรมด้านปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ของพยาบาล วิชาชีพประจำห้อง/ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

การได้รับการอบรม	โรงพยาบาล ศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาล ชุมชน	รวม
ไม่มีใครได้รับการอบรม		2.17%(1/46)	3.28%(2/61)	2.46%(3/122)
เฉพาะบางคนที่ได้รับการอบรม	26.67%(4/15)	47.83%(22/46)	57.38%(35/61)	50%(61/122)
เกือบทุกคนได้รับการอบรม	53.33%(8/15)	41.3%(19/46)	26.23%(16/61)	35.25%(43/122)
ทุกคนได้รับการอบรม	20%(3/15)	8.7%(4/46)	13.11%(8/61)	12.3%(15/122)

เมื่อพิจารณาถึงเหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพบางคนไม่ได้รับการอบรม ส่วนใหญ่เป็นเพราะหน่วยงานไม่สามารถให้ พยาบาลวิชาชีพไปได้หลายคนในเวลาเดียวกัน จำนวน 84 คน (ร้อยละ 36.05) รองลงมาคือ มีการจัดการอบรมน้อยมาก จำนวน 56 คน (ร้อยละ 24.03) สถานที่จัดอบรมอยู่ห่างไกล จำนวน 32 คน (ร้อยละ 13.73) และอื่นๆ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 13.30) โดยเหตุผลอื่นๆที่พบ ได้แก่ รับผิดชอบงานวิชาชีพใหม่ , งบประมาณจำกัด , ส่วนมากเน้นลูกจ้างชั่วคราว , รับรู้ดำเนินการไม่ทันหลังจัดแล้วเคยอบรมแล้วย้ายไปแผนกอื่นหมด , อัตรากำลังไม่เพียงพอ , รับผิดชอบวิชาชีพ ใหม่ และ หน่วยงานไม่สนับสนุน เป็นต้น (ตารางที่ 3.31)

ตารางที่ 3.31 จำนวนและร้อยละของเหตุผลที่พยาบาลวิชาชีพบางคนไม่ได้รับการอบรม

เหตุผล	ร้อยละ
มีการจัดการอบรมน้อยมาก	24.03%(56/233)
สถานที่จัดอบรมอยู่ห่างไกล	13.73%(32/233)
หน่วยงานไม่สามารถให้พยาบาลวิชาชีพไปได้หลายคนในเวลาเดียวกัน	36.05%(84/233)
อื่นๆ	13.30(31/233)

3.2.3 การดำรงอยู่ในองค์กร

เมื่อพิจารณาประเด็นการได้เพิ่มและการสูญเสีย พยาบาลวิชาชีพที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละประเภท พบว่า โรงพยาบาลศูนย์มีการรับเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 2.76(sd=3.85) คน และ สูญเสียเฉลี่ยประมาณ 1.2(sd=1.96) คน ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า มีการรับเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 2.39(sd=1.43) คน และ สูญเสียเฉลี่ยประมาณ 1.41(sd=1.38) คน และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า การรับเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 0.78 (sd=1.90) คน และ สูญเสียเฉลี่ยประมาณ 0.64(sd=1.49) คน โดยสรุป พบว่า มีการรับเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 1.33(sd=2.50) คน และ สูญเสียเฉลี่ยประมาณ 2.39(sd=1.55) คน (ตารางที่ 3.32)

ตารางที่ 3.32 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับเพิ่มและการสูญเสีย พยาบาลวิชาชีพที่แผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละประเภท

ประเภทโรงพยาบาล		รับเพิ่ม (จบใหม่ ย้ายเข้ามา)	สูญเสีย (ย้ายแผนก ลาออก)
โรงพยาบาลศูนย์	Mean	2.76(sd=3.85)	1.2(sd=1.96)
	N	25	25
โรงพยาบาลทั่วไป	Mean	2.39(sd=1.43)	1.41(sd=1.38)
	N	69	69
โรงพยาบาลชุมชน	Mean	0.78(sd=1.90)	0.64(sd=1.49)
	N	209	209
Total	Mean	1.33(sd=2.50)	2.39(sd=1.55)
	N	303	303

สำหรับระดับปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละประเภท พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับปัญหาที่รุนแรงแต่สามารถรอกำลังคนเพิ่มได้ จำนวน 52 คน (ร้อยละ 42.62) รองลงมา

คือ เป็นปัญหาแต่สามารถจัดการภายในได้ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 33.61) รุนแรงมากต้องได้รับการแก้ไขทันที จำนวน 24 คน (ร้อยละ 19.67) และ ไม่ขาดแคลน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.10) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.33)

ตารางที่ 3.33 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลแต่ละประเภท

ระดับปัญหา	รุนแรงมากต้องได้รับการแก้ไขทันที	เป็นปัญหาแต่สามารถจัดการภายในได้	รุนแรงแต่สามารถรอกำลังคนเพิ่มได้	ไม่ขาดแคลน
โรงพยาบาลศูนย์	7.14%(1/14)	42.86%(6/14)	50%(7/14)	
โรงพยาบาลทั่วไป	20%(9/45)	31.11%(14/45)	46.67%(21/45)	2.22%(1/45)
โรงพยาบาลชุมชน	22.22%(14/63)	33.33%(21/63)	38.1%(24/63)	6.35%(4/63)
รวม	19.67%(24/122)	33.61%(41/122)	42.62%(52/122)	4.1%(5/122)

เมื่อพิจารณาถึงวิธีการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาโดยการขอคนเพิ่มหรือขออัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล จำนวน 65 คน (ร้อยละ 44.5) เช่น ขออัตรากำลังจากพยาบาลห้องคลอด OPD NCD Ward รองลงมาคือ การจัดเวรล่วงเวลาเพิ่ม จำนวน 36 คน (ร้อยละ 24.7) เช่น จัดเวรล่วงเวลา เสริมในส่วนของ pre-hospital และวิธีการแก้ปัญหาอื่นๆที่พบได้แก่ ให้หัวหน้างานและรองหัวหน้าช่วยขึ้นเวรนอกเวลา จำนวน 5 คน , กำหนดเกณฑ์การลาพักร้อน/ห้ามลาพักร้อน เช่นไม่ให้ลาเกินสองคนต่อเดือนและลาได้ครั้งละไม่เกิน 5 วัน , พัฒนสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน และ เพิ่มค่าตอบแทนล่วงเวลามากกว่าหน่วยงานอื่น (ร้อยละ 3.4) จัดทำแผนอัตรากำลังปีงบประมาณ (ร้อยละ 2.1) ลดกำลังคนต่อเวรในเวรเช้า, จัดตารางเวรโดยเอาพยาบาลทุกงานในแผนกมารวมกัน และ เจ้าพนักงาน เวชกรฉุกเฉิน ช่วยปฏิบัติแทนในบางครั้ง (ร้อยละ 1.4) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.34)

ตารางที่ 3.34 แสดงจำนวนและร้อยละของวิธีการแก้ปัญหาความขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพของแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลำดับที่	วิธีการแก้ไขปัญหา	จำนวน	ร้อยละ
1	ขอคนเพิ่ม/ขออัตรากำลังจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล	65	44.5
2	จัดเวรล่วงเวลาเพิ่ม	36	24.7
3	ให้หัวหน้างานและรองหัวหน้าช่วยขึ้นเวรนอกเวลา	5	3.4
4	กำหนดเกณฑ์การลาพักร้อน และไม่ให้ลาเกินสองคนต่อเดือน และลาได้ครั้งละไม่เกิน 5 วัน หรือห้ามลาพักร้อน	5	3.4
5	พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐาน	5	3.4
6	เพิ่มค่าตอบแทนล่วงเวลามากกว่าแผนกอื่น	5	3.4
7	จัดทำแผนอัตรากำลังปีงบประมาณ	3	2.1
8	ลดกำลังคนต่อเวรในเวรเช้า	2	1.4
9	กำหนดการขอไม่อยู่เวรมีให้ช้อนกัน	2	1.4
10	จัดตารางเวรโดยเอาพยาบาลทุกงานในแผนกมารวมกัน	2	1.4
11	ให้เจ้าพนักงาน เวชกรฉุกเฉิน ช่วยปฏิบัติแทนในบางครั้ง	2	1.4

ในส่วนของสาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพหลายคนยังคงปฏิบัติงานในแผนก/ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินนั้นส่วนใหญ่เป็นเพราะมีความรักในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ร้อยละ 24.1) รองลงมาคือ เป็นงานที่ทำท้าทายความสามารถ (ร้อยละ 6.9) เช่น “งานมีความเฉพาะทำให้ใช้ศักยภาพเต็มความสามารถซึ่งท้าทายความสามารถ” มีความผูกพันกับเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 6.2) เช่น “หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานดีพูดคุยได้และเข้ากันได้ดี” เป็นงานที่ทำแล้วเสร็จในครั้งเดียวไม่ต้องทำต่อเนื่อง (ร้อยละ 5.8) เช่น “เป็นงานที่ไม่มีผู้ป่วยประจำและไม่ชอบงานที่ต่อเนื่องเรื้อรังเหมือนผู้ป่วยใน” มีความเชี่ยวชาญและมีสมรรถนะในงานด้านนี้ (ร้อยละ 4.5) ไม่มีที่ไป (ร้อยละ 4.1) เช่น “ยังไม่รู้จะไปทำอะไรที่ตรงกับความสามารถและดีกว่า” และ ไม่อยากย้ายไปเริ่มงานใหม่ (ร้อยละ 4.1) เช่น “ไม่ต้องการปรับตัวใหม่/การไม่อยากเปลี่ยนแปลง” เป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ (ร้อยละ 3.4) เช่น “ชอบช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤติ/ชอบที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ในภาวะฉุกเฉิน/สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที” เป็นต้น และ เคยชินกับงาน/ความคุ้นเคยกับระบบงาน (ร้อยละ 2.4) เป็นต้น (ตารางที่ 3.35)

ตารางที่ 3.35 แสดงจำนวนและร้อยละของสาเหตุที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพหลายคนยังคงปฏิบัติงานในแผนก/ ห้อง
อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลำดับที่	สาเหตุ	จำนวน	ร้อยละ
1	รักในงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	70	24.1
2	เป็นงานที่ท้าทายความสามารถ	20	6.9
3	เพื่อนร่วมงานดี	18	6.2
4	เป็นงานที่ทำแล้วเสร็จในครั้งเดียวไม่ต้องทำต่อเนื่อง	17	5.8
5	มีความเชี่ยวชาญในงานด้านนี้	16	5.5
6	งานที่ผ่านมือไม่ซ้ำซากจำเจ	15	5.2
7	ความผูกพันในหน่วยงาน	13	4.5
8	ไม่สามารถย้ายไปที่อื่นได้เพราะกำลังคนไม่พอ	13	4.5
9	ไม่มีที่ไป	12	4.1
10	ไม่อยากย้ายไปเริ่มงานใหม่	12	4.1
11	เป็นงานที่ให้บริการผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ	10	3.4
12	เคยชินกับงาน/ความคุ้นเคยกับระบบงาน	7	2.4

3.4 เวชกรฉุกเฉิน

3.4.1 ข้อมูลพื้นฐาน

ผลการสำรวจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 34 คน (ร้อยละ 40.4) รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 23 คน (ร้อยละ 61.11) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีอายุเฉลี่ย 33.22 ปี เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาลศูนย์ มีอายุเฉลี่ย 37.25 โรงพยาบาลทั่วไปมีอายุเฉลี่ย 36.43 ปี และ โรงพยาบาลชุมชนมีอายุเฉลี่ย 26.38 ปี สำหรับเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 28.32 ปี

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 30.30 ปี เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ มีอายุเฉลี่ย 36.18 โรงพยาบาลทั่วไปมีอายุเฉลี่ย 33.11 ปี และ โรงพยาบาลชุมชนมีอายุเฉลี่ย 26.18 ปี

เมื่อพิจารณาประเภทโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 53 แห่ง (ร้อยละ 46.9) รองลงมาคือ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 41 แห่ง (ร้อยละ 36.3) และ โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 16.8) ตามลำดับ

ในส่วนของตำแหน่งงาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขเวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 52 คน (ร้อยละ 47.7) รองลงมาคือ เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 39 คน (ร้อยละ 35.8) เจ้าพนักงาน

สาธารณสุขชุมชน จำนวน 11 คน (ร้อยละ 10.1) เจ้าหน้าที่งานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวน 4คน (ร้อยละ 3.7) และ ผู้ช่วย
เหลือคนไข้ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.36)

ตารางที่ 3.36 แสดงจำนวนและร้อยละ ของ เพศ ประเภทโรงพยาบาล ตำแหน่งงาน ของเวชกรฉุกเฉิน

ประเด็น	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	40.4%(23/57)
หญิง	59.6%(34/57)
ประเภทโรงพยาบาล	
โรงพยาบาลศูนย์	16.8%(19/113)
โรงพยาบาลทั่วไป	36.3%(41/113)
โรงพยาบาลชุมชน	46.9%(53/113)
ตำแหน่ง	
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	47.17%(50/106)
เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	52.83%(56/106)

เมื่อพิจารณาลักษณะงานที่ปฏิบัติในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ในภาพรวม พบว่า ลักษณะงานที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติใน
รอบ 1 เดือนที่ผ่านมา นั้น เป็นการบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 42.3 งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอก
โรงพยาบาล เฉลี่ยร้อยละ 26.79 งานผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน เฉลี่ยร้อยละ 17.2 และงานลักษณะอื่นๆ เฉลี่ยร้อยละ
13.8 โดยลักษณะงานอื่นๆที่พบ ได้แก่ วิทยากรปฐมพยาบาล ออกหน่วยปฐมพยาบาลนอกพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลยอด
ประจำเดือน ประชุมนอกโรงพยาบาล งานเอกสาร เฉลี่ยร้อยละ งานจุดคัดกรอง และ งานประชาสัมพันธ์ระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น (ตารางที่ 3.37)

ตารางที่ 3.37 แสดง ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของร้อยละของลักษณะงานที่ปฏิบัติในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา
ของเวชกรฉุกเฉิน

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	เฉลี่ย
งานปฏิบัติการฉุกเฉินนอก โรงพยาบาล	24.9(sd=17.2)	30.3(sd=15.03)	24.9(sd=17.35)	24.7(sd=16.58)
บริการที่ห้องฉุกเฉินใน โรงพยาบาล	34.1(sd=23.55)	44.4(sd=21.25)	48.3(sd=23.18)	42.3(sd=22.88)
ผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน	20.7(sd=23.12)	15.8(sd=13.19)	15.2(sd=14.57)	17.2(sd=16.78)
อื่นๆ	20.3(sd=45.89)	9.5(sd=8.94)	11.6(sd=17.32)	13.8 (sd=23.6)

เมื่อพิจารณาระดับของตำแหน่งงานโดยรวมแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 61 คน (ร้อยละ 53.51) รองลงมาคือ ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 49 คน (ร้อยละ 42.98) พนักงานราชการ และ ลูกจ้างประจำ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.75) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลแต่ละประเภท พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 70.00) และ ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 6 คน (ร้อยละ 33.00) ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น ข้าราชการ จำนวน 27 คน (ร้อยละ 65.85) รองลงมาคือ ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 12 คน (ร้อยละ 29.27) และ พนักงานราชการ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.88) และในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็น ลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 31 คน (ร้อยละ 58.49) รองลงมาคือ ข้าราชการ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 37.74) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.38)

ตารางที่ 3.38 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับตำแหน่งงานที่ได้รับการจ้างงานของเวชกรฉุกเฉิน

ตำแหน่ง	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างชั่วคราว	ลูกจ้างประจำ
โรงพยาบาลศูนย์	70%(14/20)		30%(6/20)	
โรงพยาบาลทั่วไป	65.85%(27/41)	4.88%(2/41)	29.27%(12/41)	
โรงพยาบาลชุมชน	37.74%(20/53)		58.49%(31/53)	3.77%(2/53)
Total	53.51%(61/114)	1.75%(2/114)	42.98%(49/114)	1.75%(2/114)

เมื่อพิจารณาระยะเวลาการปฏิบัติงานในการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในการให้บริการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1- 5 ปี จำนวน 50 คน (ร้อยละ 44.6) รองลงมาคือ ระยะเวลา 6-10 ปี จำนวน 46 คน (ร้อยละ 41.1) ระยะเวลา น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 8 คน (ร้อยละ

7.1) ระยะเวลา 11- 15 ปี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 3.6) ระยะเวลา 16 – 20 ปี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.8) และ ระยะเวลา 21 ปี ขึ้นไป จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.8) (ตารางที่ 3.39)

ตารางที่ 3.39 แสดงจำนวน และ ร้อยละ ของระยะเวลาการปฏิบัติงานในการให้บริการของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ของเวชกรฉุกเฉิน

ระยะเวลาการปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาล ทั่วไป	โรงพยาบาลชุมชน	รวม
น้อยกว่า 1 ปี	0	4 (10.0%)	4(7.5%)	8 (7.1%)
1 – 5 ปี	1 (5.3%)	12 (30.0%)	37 (69.8%)	50(44.6%)
6 – 10 ปี	13(68.4%)	24(60%)	9(17%)	46(41.1%)
11- 15 ปี	3(15.8%)	0	1(1.9%)	4(3.6%)
16 – 20 ปี	1(5.3%)	0	1(1.9%)	2(1.8%)
21 ปี ขึ้นไป	1(5.3%)	0	1(1.9%)	2(1.8%)
รวม	19(100%)	40(100%)	53(100%)	112(100%)

เมื่อพิจารณาวุฒิการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เวช กิจฉุกเฉิน จำนวน 88 คน (ร้อยละ 79.28) รองลงมาคือ สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต จำนวน 14 คน (ร้อยละ12.61) และ ปริญญาตรีอื่นๆ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 8.11) ตามลำดับ (ตารางที่ 3.40)

ตารางที่ 3.40 แสดงจำนวน และ ร้อยละ ของวุฒิการศึกษาของเวชกรฉุกเฉิน

วุฒิการศึกษา	ร้อยละ
ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เวชกิจฉุกเฉิน)	79.28%(88/111)
สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต	12.61%(14/111)
ปริญญาตรีอื่นๆ	8.11%(9/111)

ในส่วนของการได้รับการอบรมด้านอุบัติเหตุตอนอกโรงพยาบาล พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใน โรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการอบรม 15.6% (12/77) เฉลี่ย 1.56(sd=2.49) ครั้ง ไม่ได้รับการอบรม 12.5% (4/32) ในส่วน ของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ได้รับการอบรม 39% (30/77) เฉลี่ย 1.81(sd=2.98) ครั้ง ไม่ได้รับการอบรม 34.4%(11/32) และ โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ได้รับการอบรม 45.5%(35/77) เฉลี่ย 0.46(sd=1.48) ครั้ง ไม่ได้รับการ อบรม 53.1%(17/32) (ตารางที่ 3.41)

ตารางที่ 3.41 แสดงจำนวน ร้อยละของการได้รับการอบรมด้านอุบัติเหตุนอกโรงพยาบาล และ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมของเวชกรฉุกเฉิน

ประเภทโรงพยาบาล	ไม่ได้รับการอบรม	ได้รับการอบรม	จำนวนครั้งเฉลี่ยที่ได้รับการอบรม
โรงพยาบาลศูนย์	12.5% (4/32)	15.6% (12/77)	1.56(sd=2.49)
โรงพยาบาลทั่วไป	34.4%(11/32)	39%(30/77)	1.81(sd=2.98)
โรงพยาบาลชุมชน	53.1%(17/32)	45.5%(35/77)	0.46(sd=1.48)
รวม			0.86(sd=2.10)

สำหรับสถานที่ที่จบการศึกษาหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน พบว่าในภาพรวมนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินจากวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวน 24 คน (ร้อยละ 22.86) รองลงมาคือ วิทยาลัยบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 18 คน (ร้อยละ 17.14) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 11.43) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 11.43) วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง จำนวน 8 (ร้อยละ 7.62) เป็นต้น (ตารางที่ 3.42)

ตารางที่ 3.42 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานที่ที่จบการศึกษาหลักสูตรเวชกรฉุกเฉิน

สถาบันการศึกษา	จำนวน
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น	22.86%(24/105)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	17.14%(18/105)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรคบุรี จังหวัดนครสวรรค์	11.43%(12/105)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดเชียงใหม่	11.43%(12/105)
วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง	7.62%(8/105)
วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี	6.67%(7/105)
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรธานี	5.71%(6/105)
วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	4.76%(5/105)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี	4.76%(5/105)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา	3.81%(4/105)
อื่น ๆ	3.81%(4/105)

การปฏิบัติงานก่อนเข้าศึกษาหลักสูตรเวชระจุกเงิน พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพิ่งจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 52.99) แต่มีอีกประมาณครึ่งหนึ่งเป็นผู้ที่ทำงานมาก่อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็น ลูกจ้างของโรงพยาบาลถึงร้อยละ 40.17 โดยตำแหน่งที่ปฏิบัติงานได้แก่ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 20.51) และ อื่นๆ (ร้อยละ 15.38) เช่น เจ้าพนักงานเวชระเบียน เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี เจ้าพนักงานบันทึกข้อมูล พนักงานกู้ชีพ เจ้าหน้าที่พัสดุ คนสวน/คนงาน เจ้าหน้าที่ทั่วไป ลูกจ้างประจำ พนักงานขับรถ และเจ้าหน้าที่ทำความสะอาดผู้ป่วยในและนอก เป็นต้น มุลนิธิต่างๆ (ร้อยละ 2.56) และ อื่นๆ (ร้อยละ 4.27) (ตารางที่ 3.43)

ตารางที่ 3.43 แสดงจำนวนและร้อยละของสถานที่ปฏิบัติงานก่อนเข้าศึกษาหลักสูตรเวชระจุกเงิน

สถานที่ปฏิบัติงาน	จำนวน
เพิ่งจบ มัธยมศึกษาปีที่ 6	52.99%(62/117)
ลูกจ้างของโรงพยาบาล	40.17%(47/117)
-ผู้ช่วยเหลือคนไข้	20.51%(24/117)
-อื่นๆ	15.38%(18/117)
มูลนิธิกู้ชีพต่าง ๆ	2.56%(3/117)
อื่น ๆ	4.27%(5/117)

ตารางที่ 3.32 พบว่าในภาพรวมทุนที่บุคลากรใช้ในระหว่างศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เวชระจุกเงิน) ส่วนใหญ่ใช้ทุนตัวเอง จำนวน 87 คน (ร้อยละ 79.09) และได้รับทุนการศึกษา จำนวน 23 คน (ร้อยละ 20.91)

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลแต่ละประเภท พบว่า ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ส่วนใหญ่ใช้ทุนตัวเอง จำนวน 11 คน (ร้อยละ 61.11) ได้รับทุนการศึกษา จำนวน 7 คน (ร้อยละ 38.89) ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ทุนตัวเอง จำนวน 35 คน (ร้อยละ 87.50) ได้รับทุนการศึกษา จำนวน 5 คน (ร้อยละ 12.50) และ โรงพยาบาลชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ทุนตัวเอง จำนวน 41 คน (ร้อยละ 78.05) ได้รับทุนการศึกษา จำนวน 11 คน (ร้อยละ 21.15) (ตารางที่ 3.32)

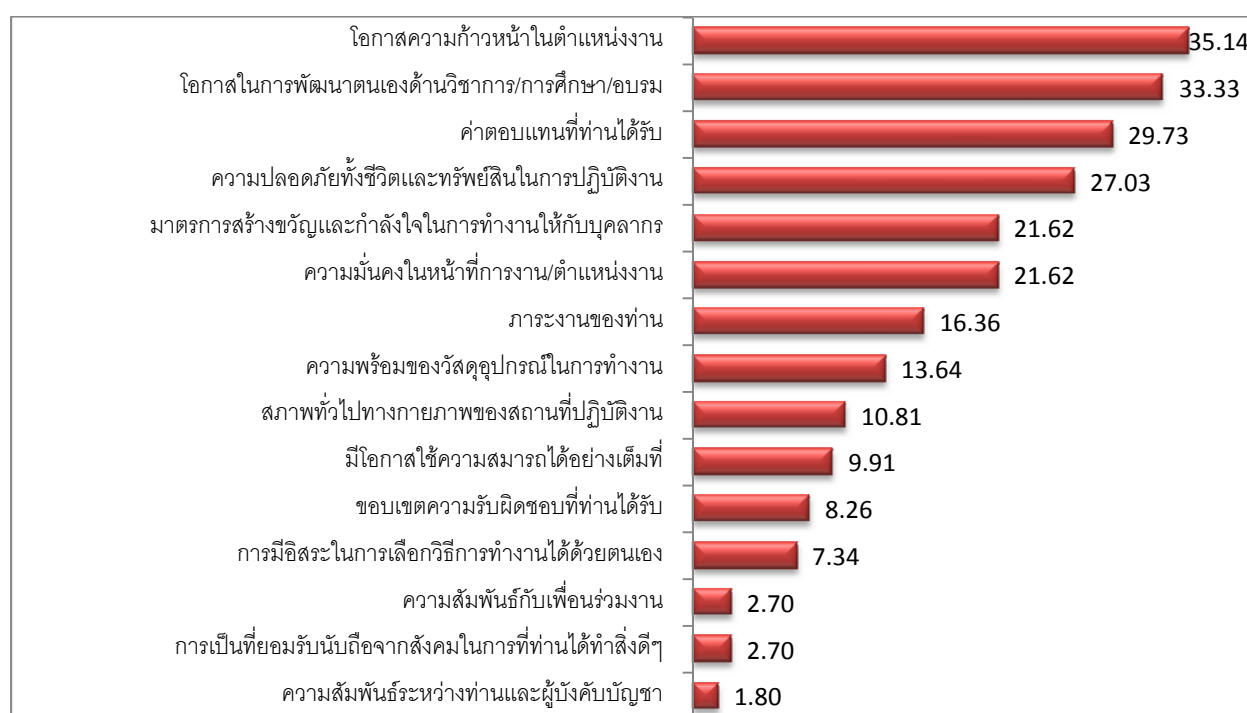
ตารางที่ 3.44 แสดงจำนวนและร้อยละของทุนที่ใช้ในระหว่างศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (เวชระจุกเงิน)

ประเภทโรงพยาบาล	ใช้ทุนตัวเอง	ได้รับทุนการศึกษา
โรงพยาบาลศูนย์	61.11%(11/18)	38.89%(7/18)
โรงพยาบาลทั่วไป	87.5%(35/40)	12.5%(5/40)
โรงพยาบาลชุมชน	78.85%(41/52)	21.15%(11/52)
รวม	79.09%(87/110)	20.91%(23/110)

3.4.2 ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานในองค์กร

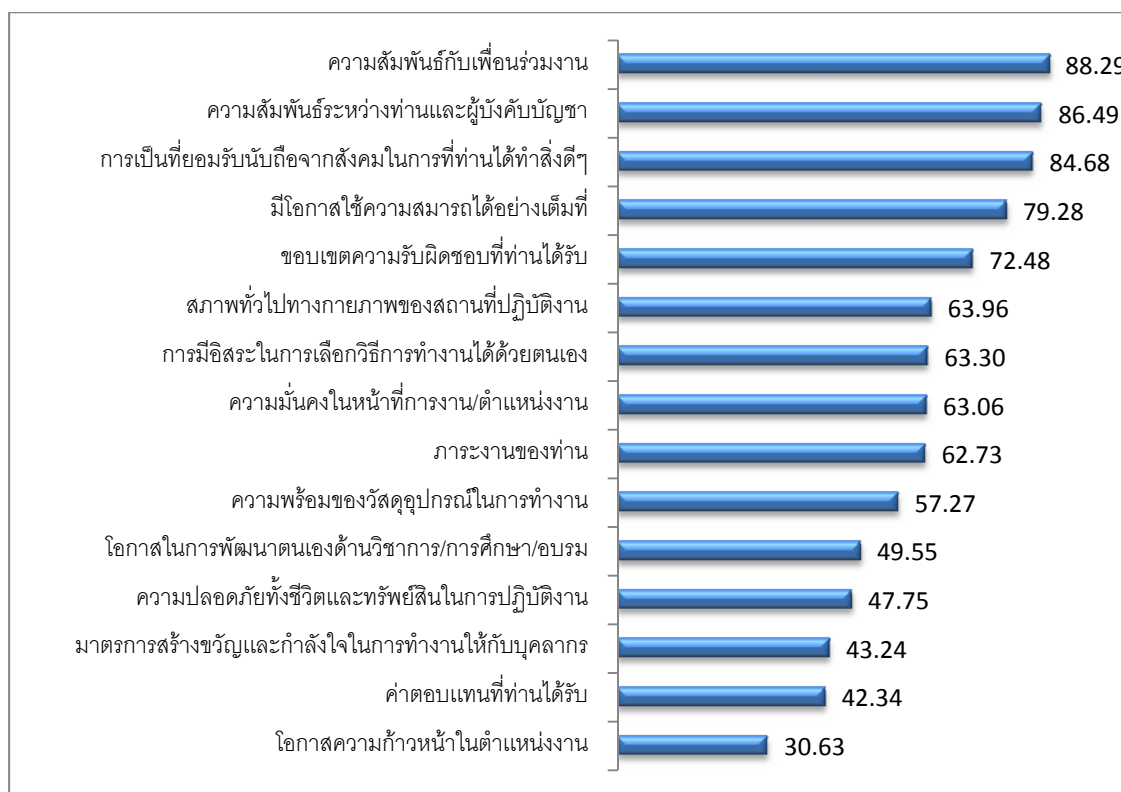
เมื่อพิจารณาถึงความเห็นต่อการปฏิบัติงานในองค์กร เชนกิจจุณเงินได้ระบุความพึงพอใจและไม่พอใจต่อการปฏิบัติงานในองค์กร ดังต่อไปนี้ เชนกิจจุณเงินมีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในด้านต่างๆ พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ คือ โอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน (ร้อยละ 35.14) รองลงมาคือ โอกาสในการพัฒนาตนเองด้านวิชาการ/การศึกษา/อบรม (ร้อยละ 33.33) ค่าตอบแทนที่ได้รับ (ร้อยละ 29.73) ความปลอดภัยทั้งชีวิตและทรัพย์สินในการปฏิบัติงาน (ร้อยละ 27.03) มาตรการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานให้กับบุคลากร(ร้อยละ 21.62) เป็นต้น (แผนภาพที่ 3.4)

แผนภาพที่ 3.4 แสดงร้อยละของบุคลากรที่ไม่พอใจต่อการปฏิบัติงานในประเด็นต่าง ๆ



เมื่อพิจารณาความพึงพอใจและความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของบุคลากรในด้านต่างๆ พบว่า ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างพอใจ คือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน (ร้อยละ 88.29) และ ความสัมพันธ์ระหว่างกับผู้บังคับบัญชา (ร้อยละ 86.49) รองลงมาคือ การเป็นที่ยอมรับนับถือจากสังคมในการที่ท่านได้ทำสิ่งดีๆ (ร้อยละ 84.68) มีโอกาสใช้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ (ร้อยละ 79.28) ขอบเขตความรับผิดชอบที่ท่านได้รับ (ร้อยละ 72.48) สภาพทั่วไปทางกายภาพของสถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 63.96) การมีอิสระในการเลือกวิธีการทำงานได้ด้วยตนเอง(ร้อยละ 63.30) เป็นต้น (แผนภาพที่ 3.5)

แผนภาพที่ 3.5 แสดงร้อยละของความพึงพอใจและความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของบุคลากรในด้านต่างๆ



สำหรับความคิดเห็นในการลาออกและย้ายงาน ในภาพรวม พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่คิดที่จะย้ายหรือลาออก จำนวน 71 คน (ร้อยละ 68.93) แต่มีกลุ่มที่คิดจะย้ายจำนวน 26 คน (ร้อยละ 25.24) และคิดจะลาออก จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.83)

เมื่อพิจารณาโรงพยาบาลแต่ละประเภท ในส่วนของโรงพยาบาลศูนย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คิดที่จะย้าย ร้อยละ 17.60 ในส่วนของโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คิดที่จะย้ายร้อยละ 34.30 และ คิดจะลาออกร้อยละ 5.70 ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง คิดที่จะย้ายร้อยละ 21.60 และ คิดจะลาออก ร้อยละ 7.8 (ตาราง 3.45)

ตารางที่ 3.45 แสดงจำนวน และ ร้อยละของความคิดในการลาออกและย้ายงานของเวชกรฉุกเฉิน

ประเด็น	ไม่คิดที่จะย้ายจากงานปัจจุบัน	ต้องการย้าย	ต้องการลาออก
โรงพยาบาลศูนย์	82.40%(14/17)	17.6%(3/17)	0%(0/17)
โรงพยาบาลทั่วไป	60.00%(21/35)	34.3%(12/35)	5.7%(2/35)
โรงพยาบาลชุมชน	70.60%(36/51)	21.6%(11/51)	7.8%(4/51)
รวม	68.93%(71/103)	25.24%(26/103)	5.83%(6/103)

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่คิดจะย้ายงาน พบว่า สถานที่ที่ต้องการย้ายไปส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 28.57) รองลงมาคือ โรงพยาบาลที่ใกล้บ้านมากกว่านี้ (ร้อยละ 23.81) โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 9.52) เป็นต้น (ตาราง 3.46)

ตารางที่ 3.46 แสดงจำนวน และ ร้อยละของสถานที่ที่คิดจะย้ายไปของเวชกรฉุกเฉิน

สถานที่	จำนวน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	28.57%(6/21)
โรงพยาบาลที่ใกล้บ้านมากกว่านี้	23.81%(5/21)
โรงพยาบาลชุมชน	9.52%(2/21)
โรงพยาบาลเอกชน	9.52%(2/21)
โรงพยาบาลรัฐอื่น ๆ	23.81%(5/21)

ในส่วนของเหตุผลที่ยังไม่คิดจะย้ายส่วนใหญ่เป็นเพราะสถานที่ปฏิบัติงานใกล้บ้านและได้อยู่กับครอบครัว จำนวน 48 คน (ร้อยละ 41.74) รองลงมาคือ ชอบลักษณะงาน จำนวน 44 คน (ร้อยละ 37.26) การได้บรรจุเป็นข้าราชการ จำนวน 13 คน(ร้อยละ 11.30) พอใจในสถานที่ที่ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 12 คน (ร้อยละ 10.43) เพื่อนร่วมดี จำนวน 10 คน (ร้อยละ 8.70) มีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.96) รอบรรจุ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.35) มีค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นสม่ำเสมอ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.35) มีโอกาสได้พัฒนาองค์ความรู้ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 4.35) และ เหตุผลอื่น ๆ จำนวน 15 คน (ร้อยละ 13.05) เป็นต้น (ตาราง 3.47)

ตารางที่ 3.47 แสดงจำนวน และ ร้อยละของเหตุผลที่ไม่คิดจะย้าย

เหตุผล	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ใกล้บ้านและได้อยู่กับครอบครัว	48	41.74
ชอบลักษณะงาน	44	37.26
ได้บรรจุเป็นข้าราชการ	13	11.30
พอใจในสถานที่ที่ปฏิบัติงานอยู่	12	10.43
เพื่อนร่วมดี	10	8.70
มีโอกาสได้ใช้ความรู้ความสามารถได้อย่างเต็มที่	8	6.96
รอบรรจุ	5	4.35
มีค่าตอบแทนที่เพิ่มขึ้นสม่ำเสมอ	5	4.35
มีโอกาสได้พัฒนาองค์ความรู้	5	4.35
อื่น ๆ	15	13.05

สำหรับเหตุผลที่คิดจะย้ายต้องการย้าย/ลาออกหรือโอนย้ายส่วนใหญ่เป็นเพราะต้องการย้ายกลับภูมิลำเนาหรือการย้ายที่อยู่อาศัย เช่น “ย้ายกลับไปดูแลครอบครัว”, “ย้ายตามครอบครัว” เป็นต้น จำนวน 24 คน (ร้อยละ 20.87) รองลงมาคือ ความก้าวหน้าในวิชาชีพ เช่น “ต้องการปรับตำแหน่งการทำงานให้สูงขึ้น” เป็นต้น จำนวน 17 คน (ร้อยละ 14.78) ค่าตอบแทนน้อย จำนวน 11 คน (ร้อยละ 9.57) อยากเปลี่ยนงาน จำนวน 8 คน (ร้อยละ 6.96) ไม่ได้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ/ไม่มีความมั่นคง จำนวน 7 คน (ร้อยละ 6.09) เพื่อนร่วมงานไม่ดี จำนวน 6 คน (ร้อยละ 5.22) เป็นต้น (ตาราง 3.48)

ตารางที่ 3.48 แสดงจำนวน และ ร้อยละของเหตุผลที่คิดจะย้ายต้องการย้าย/ลาออกหรือโอนย้ายงาน

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
กลับภูมิลำเนา/การย้ายที่อยู่อาศัย	24	20.87
ความก้าวหน้าในวิชาชีพ	17	14.78
ค่าตอบแทนน้อย	11	9.57
อยากเปลี่ยนงาน	8	6.96
ไม่ได้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ/ไม่มีความมั่นคง	7	6.09
เพื่อนร่วมงาน	6	5.22
ตำแหน่งที่ทำอยู่ปัจจุบันไม่ตรงกับงานที่เรียนมา	5	4.35
เป็นอาชีพที่มักถูกดูถูกจากสหวิชาชีพที่ร่วมงานด้วย	4	3.48
ภาระงานหนัก	4	3.48
อายุมากขึ้น	3	2.61
ศึกษาต่อ	3	2.61
มีความเสี่ยงและได้รับอันตรายจากการทำงาน	3	2.61
สภาพทั่วไปทางกายภาพของสถานที่ทำงาน	3	2.61
โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับระบบEMSเท่าที่ควร	2	1.74
ไม่ชอบลักษณะงาน	2	1.74
ประหยัดค่าใช้จ่าย	2	1.74
ความเครียดสูง	2	1.74
บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน	1	0.87

3.4.3 ข้อเสนอในการดำรงกำลังคนในองค์กร

สำหรับข้อเสนอแนะที่ต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเพื่อให้กำลังคนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเพียงพอ คงอยู่ในระบบและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้บรรจุให้เป็นข้าราชการหรือเพิ่มความมั่นคงในวิชาชีพ จำนวน 34 คน (ร้อยละ 29.57) รองลงมาคือ ขยายโอกาสทางการศึกษาและสนับสนุนการศึกษาต่อ จำนวน 33 คน (ร้อยละ 28.70) เช่น “ควรมีหลักสูตรที่เรียนต่อเนื่อง”, “มีช่องทางในการศึกษาต่อมากกว่านี้”, “ระยะเวลาของหลักสูตรต่อเนื่องเวชกิจฉุกเฉินควรเป็นแค่2ปี” เป็นต้น เพิ่มค่าตอบแทน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 8.63) โดยสาเหตุที่ต้องการให้เพิ่มค่าตอบแทน คือ “เป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง/รายได้ไม่สมดุลกับค่าครองชีพที่

เป็นอยู่ปัจจุบัน” สร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 11.30) เช่น “ดูแลเอาใจใส่บุคลากรระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มากขึ้นไม่ใช่จะผลิตแต่บุคลากรให้เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีหลักประกันใดๆ ให้บุคลากรได้มีขวัญกำลังใจปฏิบัติหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพ” ให้ความสำคัญกับบุคลากรให้ได้ปฏิบัติงานตามที่เรียนมา (ร้อยละ 5.08) เช่น “สร้างโอกาสในการพัฒนาความรู้ความสามารถในตำแหน่งหน้าที่ โดยการจัดอบรมบุคลากรที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน” เป็นต้น มีกฎหมายวิชาชีพรองรับเพื่อความมั่นคงและปลอดภัยแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน จำนวน 9 คน (ร้อยละ 4.57) เช่น “มีหลักประกันที่มั่นคงให้กับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” , “คุ้มครองดูแลเจ้าหน้าที่เมื่อประสบปัญหาด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นต้น (ตาราง 3.49)

ตารางที่ 3.49 แสดงจำนวนและร้อยละของข้อเสนอแนะที่ต้องการให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเพื่อให้กำลังคนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีจำนวนเพียงพอ คงอยู่ในระบบและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
บรรจุให้เป็นข้าราชการหรือเพิ่มความมั่นคงในวิชาชีพ	34	29.57
ขยายโอกาสทางการศึกษา/สนับสนุนการศึกษาต่อ	33	28.70
เพิ่มค่าตอบแทน	17	14.78
สร้างขวัญกำลังใจในการทำงาน	13	11.30
ให้ความสำคัญกับบุคลากรให้ได้ปฏิบัติงานตามที่เรียนมา	14	12.17
กฎหมายวิชาชีพรองรับเพื่อความมั่นคงและปลอดภัยแก่บุคลากรในการปฏิบัติงาน	9	7.83
เพิ่มสวัสดิการ	9	7.83
ควรมีใบประกอบวิชาชีพเวชกิจฉุกเฉิน	8	6.96
มีบทบาทหน้าที่การทำงานที่ชัดเจน	7	6.09
จัดอบรมบุคลากรทุกปี	7	6.09
ผลิตบุคลากรการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น	7	6.09
ความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	6	5.22
พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นแนวทางเดียวกัน	5	4.35
สร้างการยอมรับและสนับสนุนหน่วยงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	5	4.35
จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมและเพียงพอ	5	4.35
ควรแบ่งแยกการทำงานออกให้ชัดเจนกับ ER	3	2.61
ให้ความสำคัญกับทุกวิชาชีพอย่างเท่าเทียมกัน	3	2.61

3.5 ความเห็นของภาคีที่เกี่ยวข้องต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ EP พยาบาลประจำแผนกฉุกเฉิน EMT-I อาสาสมัครกู้ชีพ มูลนิธิเอกชน และ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ให้ความเห็นต่อสถานการณ์ปัญหา / อุปสรรคและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พึงประสงค์ไว้ดังต่อไปนี้

3.5.1 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหา/ อุปสรรค

3.5.1 ระบบบริการ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทั้งการปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล (Pre-hospital services) และการให้บริการในโรงพยาบาล (In-hospital services) ซึ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีประเด็นหลัก ๆ ดังนี้

(1) การแยกส่วนกันระหว่างระบบปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล และการให้บริการในโรงพยาบาล

สำหรับระบบปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลจะมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในระดับจังหวัด และส่วนใหญ่ตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลศูนย์ และมีเพียงส่วนน้อยที่มีศูนย์สั่งการที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด ขณะเดียวกันในทุกจังหวัดมีสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดที่ให้การสนับสนุนระบบปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยการสนับสนุนของสำนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ) ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐ ภายใต้กำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหน้าที่ในด้านการบริหารจัดการ ประสานงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาสนับสนุนการบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในขณะที่การให้บริการในห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาลจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งต้องจัดระบบร่วมกันกับภาคีต่าง ๆ ได้แก่ สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุข และภาคีอื่นๆ เพราะสถานพยาบาลถูกควบคุมด้วย พ.ร.บ.สถานพยาบาล และมีระบบประกันคุณภาพการบริการเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งสิ่งนี้บ่งชี้ว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับภาคีที่หลากหลาย แม้ในบางแห่งจะสามารถเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ เหล่านี้ ได้ แต่พบว่าหลายแห่งยังมีการทำงานแบบแยกส่วนกันอยู่

นอกจากนั้น การมีศูนย์สั่งการและสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนี้เป็นทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง จุดแข็ง ได้แก่ มีระบบการสนับสนุนการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกสถานพยาบาลอย่างชัดเจน และมีการสนับสนุนงบประมาณและกำลังคน แต่จุดอ่อนคือการขาดการประสานงานในระดับเขตและเครือข่ายเพื่อร่วมกันทำงานและเป็นการใช้งบประมาณร่วมกัน เช่น อาจจะต้องมีการฝึกอบรมร่วมกันในระดับเขตหรือเครือข่าย หรือ การมีศูนย์สั่งการทุกจังหวัดนั้นมีต้นทุนค่าดำเนินการ นอกจากนั้นการส่งต่ออาจจะต้องมีการเชื่อมโยงในระดับเครือข่าย เป็นต้น

(2) ปัญหาด้านภาระงานและระบบการบริหารจัดการ

ในด้านการบริการในโรงพยาบาลพบว่ามีการงานหนักที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลหลายแห่งไม่เปิดแผนกผู้ป่วยนอกนอกเวลา โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน คนไข้ทุกประเภทที่มานอกเวลาจะมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินซึ่งเปิดทำการ

ตลอด 24 ชั่วโมง จึงเป็นภาระหนักของห้องฉุกเฉินที่จะต้องรับคนไข้จำนวนมากที่ไม่มีอาการฉุกเฉิน ทำให้สูญเสียกำลังคนไปดูแลกรณีที่ไม่ฉุกเฉินเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้น ปัญหาด้านระบบ pre-hospital services ของหลายโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้กำลังคนร่วมกับห้อง/แผนกฉุกเฉินเพื่อแก้ปัญหา กำลังคนไม่เพียงพอ ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาการไม่พร้อมและความไม่อิสระของระบบ pre-hospital services เป็นต้น

3.5.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

กำลังคนด้านสุขภาพที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหลากหลาย ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) แพทย์อื่น ๆ พยาบาลวิชาชีพ เวชกรฉุกเฉินระดับสูง (EMT-Paramedics) เวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-Intermediate) เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-Basic) และ อาสากู้ชีพ (First responder-FR) ในแต่ละกลุ่มกำลังคนมีประเด็นปัญหาที่แตกต่างกันไป ดังนี้

(1) **ปัญหาด้านความขาดแคลนกำลังคน** กำลังคนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีหลากหลาย แต่ละกลุ่มก็จะมีปัญหาแตกต่างกันไป ดังนี้

แพทย์ EP

EP เป็นผู้มีความสำคัญในด้านการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาล และในสถานพยาบาล แต่ความจริง ปัจจุบันนี้ EP ปฏิบัติงานทั้งในภาคเอกชนและภาครัฐในระบบแค่ประมาณ 306 คนเท่านั้น และอัตราการสูญเสียจากภาครัฐเพิ่มขึ้นเรื่อย ในขณะที่ในภาพรวมสามารถผลิต EP ปีละประมาณ 100 คน ในขณะที่แพทย์ EP มีจำนวนน้อยแต่ภาระงานมาก เช่น ใน รพท/ศ หลายแห่งมี EP แห่งละ 2 - 3 คน ซึ่งต้องอยู่เวร 8 ชั่วโมง โดยต้องอยู่เวรทุกวันซึ่งเป็นภาระที่หนักมาก บางโรงพยาบาลไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ หรือ EP ถูกทิ้งให้ดูแลและรับผิดชอบห้องฉุกเฉินเพียงลำพัง จึงเกิดภาวะงานหนักและเป็นแรงผลักดันให้ต้องย้ายหรือลาออก

ในขณะที่ภาคเอกชนกำลังขยายตัวทำให้มีความต้องการ EP มาก เพราะโรงพยาบาลเอกชนต้องปฏิบัติตามมาตรฐานสากล นอกจากนั้นจะต้องรับคนไข้ประกันสังคมด้วย จึงมีความต้องการแพทย์ EP มาก ประกอบกับภาคเอกชนมีศักยภาพการจ่ายค่าตอบแทนสูง ภาวะที่งานหนักของภาครัฐประกอบกับแรงดึงดูดจากภาคเอกชน ทำให้มีการไหลออกสู่ภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น นอกจากนั้นการที่หมอ EP มีจำนวนจำกัดทำให้การออกไปปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเป็นไปอย่างจำกัดตามไปด้วย

กำลังคนอื่น ๆ

FR จากฐานข้อมูลของ สพฉ พบว่ามีจำนวนอาสาสมัครกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียนไว้ประมาณ 101,690 คน เนื่องจากข้อมูลไม่ได้ระบุจำนวนที่ลาออก อาสาสมัครทำงานจริงในปัจจุบันจะน้อยกว่าจำนวนที่ระบุนี้ โดยมีการไหลเข้าไหลออกมีตลอดเวลา และการลงทะเบียนใช้วิธีการเพิ่มชื่อเข้าไปเรื่อยๆ ไม่มีการเอาชื่อคนออก การจะรู้กำลังคนกลุ่มนี้แน่นอน สพฉใช้วิธีลงทะเบียนและแจกบัตร อาสาสมัครเหล่านี้ส่วนใหญ่สังกัดมูลนิธิและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

EMT-B ตามฐานข้อมูลมีประมาณ 3,849 คน ผลิตได้ปีละประมาณ 300 คน การฝึกอบรมจัดโดยวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยสาธารณสุข สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นแหล่งฝึกอบรม ใช้เวลาอบรม 4 เดือน แต่ฝึกอบรมได้ค่อนข้างน้อย โดยจะเป็นการฝึกเพิ่มเติมต่อยอดสำหรับ FR ส่วนใหญ่เป็นคนของมูลนิธิ แต่มีคนของโรงพยาบาลบ้างแต่ไม่มากเพราะไม่มีกรอบอัตรากำลังของคนกลุ่มนี้ และมีการใช้งานที่ไม่ตรงกับความรู้ความสามารถ เช่น เทกระโถน เข็นเปล เป็นต้น เมื่อไม่มีความก้าวหน้า ก็ย้ายไปทำอย่างอื่น คนกลุ่มนี้มีความภูมิใจมากในการปฏิบัติงานที่มูลนิธิ เหตุผลหลักเพราะภูมิใจในงานที่ทำและได้รับการยอมรับจากสังคม

EMT-I จะมีปัญหาซับซ้อนมากขึ้น นอกมีปัญหาในด้านความขาดแคลนแล้ว ยังการผลิตบุคลากรกลุ่มนี้ออกมาค่อนข้างน้อย ข้อจำกัดคือสถานฝึกอบรมบุคลากรกลุ่มนี้มีค่อนข้างจำกัด คือ วิทยาลัยการสาธารณสุข และวิทยาลัยพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น รายละเอียดของบุคลากรกลุ่มนี้ได้กล่าวถึงในรายละเอียดในหัวข้อ 3.4

สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ได้กล่าวในรายละเอียดในหัวข้อ 3.3

(2) ทักษะที่เหมาะสม

กำลังคนที่จะดูแลการปฏิบัติการนอกสถานบริการและให้บริการที่ห้อง ER ต้องมีทักษะที่เหมาะสมเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันที่ไม่มี EP เพียงพอ แพทย์จะถูกเวียนมาให้บริการที่แผนกฉุกเฉินและนอกจากนั้นยังขาดการจัดระบบด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งโอกาสที่แผนกฉุกเฉินจะได้รับการพัฒนาน้อยมาก ความรู้สึกเป็นเจ้าของอาจจะมีแต่น้อย ดังนั้นระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นจะต้องมี EP หรือแพทย์ที่มีทักษะในด้านปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน หากระบบการแพทย์ฉุกเฉินมี EP หรือแพทย์ที่รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ จะสามารถดูแลคนไข้ได้หมดทั้งเด็ก ผู้ใหญ่ ที่มีภาวะฉุกเฉิน และจะช่วยพัฒนาระบบได้ เมื่อมีแพทย์ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ก็มีความสามารถในการต่อรองกับผู้บริหารและแพทย์แผนกต่าง ๆ ได้ เพราะงานระบบบริการห้องฉุกเฉินจะต้องมีการประสานงานกับแพทย์แผนกต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลา เพราะมีหลายกรณีที่ไม่สิ้นสุดที่ห้องฉุกเฉิน และหลายกรณีต้องมีการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ ด้วยเหตุที่ต้องการพัฒนาคุณภาพบริการของห้องฉุกเฉิน สปสช. ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณให้แพทย์ไปอบรมด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เช่น หลักสูตร Advance Life Support (ALS), Advance Trauma Life Support และ Advance Cardiac Life Support ซึ่งสามารถพัฒนาทักษะแก่แพทย์ในจำนวนหนึ่ง แต่ปัจจุบันไม่มีการสนับสนุนแล้ว

นอกจากแพทย์ บุคลากรของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ EMT-I EMT-B และ FR ต่างก็ต้องการการพัฒนาศักยภาพ ซึ่งมีหลักสูตรที่ สปช. ได้พัฒนาไว้แล้ว แต่ปัญหาที่เผชิญได้แก่ ข้อจำกัดของการจัดอบรมที่มีน้อย โดยเฉพาะสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนั้นพยาบาลไม่สามารถเข้ารับการอบรมพร้อมกันหลาย ๆ คนได้เนื่องจากภาระงานมาก

(3) ปัญหาการไหลออกของกำลังคน

กลุ่มอาสาสมัคร ได้แก่ FR และ EMT-I มีการเคลื่อนย้ายค่อนข้างสูง สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากกลุ่มนี้เป็นอาสาสมัคร ไม่มีรายได้ประจำ และขาดความก้าวหน้า นอกจากนั้นปัญหาที่องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นไม่สามารถจ่าย

ค่าตอบแทนได้ ก็เป็นประเด็นปัญหา เช่นกัน แม้จะได้มีการพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาชีพของอาสาสมัครโดยสามารถก้าวจากอาสาสมัคร เป็น EMT-B และ EMT-I แต่ก็ยังเป็นไปอย่างจำกัด

อย่างไรก็ตาม กลุ่ม EMT-I ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง มีเงินเดือน แต่มีประเด็นปัญหาในการอ้างกำลังคนไว้ในระบบได้แก่ ประเด็นเรื่องการจ้างงานในฐานะลูกจ้างชั่วคราว ขาดความมั่นคงและสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่นเดียวกับข้าราชการ นอกจากนี้ยังพบประเด็นปัญหาเรื่องการความก้าวหน้าของวิชาชีพ จึงทำให้เป็นปัญหาของระบบไม่สามารถอ้างบุคลากรกลุ่มนี้ได้

การเคลื่อนย้ายจากภาครัฐสู่เอกชนนั้นเป็นปัญหาสำหรับแพทย์ EP อย่างไรก็ดีเมื่อมองภาพรวมแล้ว สำหรับการเคลื่อนย้ายของกำลังคนระหว่างรัฐและเอกชนนั้น หากได้รับการจัดการที่เหมาะสมจะไม่เป็นประเด็นปัญหากระทบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาก เพราะยังคงอยู่ในระบบบริการ ซึ่งไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐเท่านั้น ที่สำคัญคือการกระจายตัวของกำลังคนที่เหมาะสมและการจัดระบบบริการร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน และควรจะมีการกระจายตัวในพื้นที่ต่าง ๆ อย่างเป็นธรรมจะเป็นประเด็นที่ช่วยพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวม

3.5.3 การควบคุมมาตรฐาน

การกำหนดมาตรฐานคุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการปฏิบัติการนอกสถานบริการ โดยการควบคุมคุณภาพของหลักสูตรโดย สผ และมีกระบวนการต่าง ๆ เพื่อควบคุมมาตรฐานการให้บริการ ดังนี้

1. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล โดยควบคุมมาตรฐานหลักสูตรการอบรมผลิต FR, EMT-B, EMT-I, EMT-P,
2. การลงทะเบียนเพื่อคุมมาตรฐานการทำงานของอาสาสมัคร และบุคลากรประเภทต่าง ๆ และมีการบันทึกหลักสูตรต่าง ๆ ที่เข้ารับการอบรม/ ประกาศนียบัตร และสิทธิได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ สิทธิเข้าอบรมในชั้นสูงขึ้น เป็นต้น ปัจจุบันหน้าที่นี้ สผ เป็นผู้ดำเนินการเฉพาะส่วนของ FR, EMT-B, EMT-I, EMT-P เนื่องจากยังไม่มีองค์กรวิชาชีพ
3. การกำหนดมาตรฐานทีมกำลังคนในการออกชุดปฏิบัติการต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยระดับวิกฤติ ระดับฉุกเฉิน หรือระดับปกติ และมีการกำหนดระยะเวลาในการถึงสถานที่เกิดเหตุ และการนำส่งโรงพยาบาล เพื่อเป็นการประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพของผู้ป่วย เพื่อสอดคล้องกับความคาดหวังของคนต่อระบบฉุกเฉินคือ มาเร็วและทีมมีคุณภาพ บางแห่งก็มีคุณภาพ บางแห่งก็ยังคงต้องปรับปรุง

3.5.4 การทำงานร่วมกับมูลนิธิ/ เอกชน/ อปท

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาคีที่หลากหลาย ในด้านของสถานบริการนั้น ประกอบด้วยทั้งสถานบริการของรัฐและเอกชน ในประเด็นของการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลนั้น มีความเกี่ยวข้องที่ใกล้ชิดกันภาคเอกชน มูลนิธิ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการเข้ามาร่วมให้บริการ ซึ่งกลไกการจัดการนั้น สพฉ. มีกลไกในระดับจังหวัดซึ่งเป็นผู้เชื่อมประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งรัฐบาลส่วนกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชนในการเข้ามาร่วมให้บริการการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

มูลนิธิเอกชนหลายองค์กรได้มีการดำเนินการด้านนี้มาก่อนการก่อเกิดของ สพฉ. จึงถือว่าเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ ปัจจุบันนี้ สพฉ. ได้ทำงานร่วมกับมูลนิธิต่าง ๆ ได้ยอมรับและนับถือในบทบาทของมูลนิธิ เปิดเวทีให้เข้ามามีกิจกรรมต่างๆ มีความเป็นส่วนหนึ่งของระบบ มีการให้เข็มเชิดชูเกียรติด้วย ตามระดับงานที่ทำ สนับสนุนการฝึกอบรมและก็มีสิทธิที่จะได้รับการส่งตัวไปเป็นครูฝึกอบรม นอกจากนั้นยังมีการสนับสนุนด้านการเงินในการออกปฏิบัติงาน โดยจ่าย 350 บาท, 500 บาท, 750 บาท และสูงสุด 1,000 บาท แต่อย่างไรก็ตามงบประมาณที่ได้รับนี้ต่ำกว่าต้นทุนที่ใช้จริง และมูลนิธิแบกรับส่วนต่างตรงนี้ ในส่วนของมูลนิธิ จะมุ่งเน้นเรื่องความภาคภูมิใจในการทำงาน

3.6 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่คาดหวัง

จากสภาพปัญหาการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านกำลังคน ในประเด็นการขาดแคลนกำลังคน การไหลออกของกำลังคน การขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการขาดทักษะในการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพ เหล่านี้เป็นประเด็นท้าทายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่บริบทของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไป อันประกอบด้วย การเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การขยายตัวของภาคเอกชน นโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ การเปิดเสรีอาเซียน เหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อความต้องการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มากขึ้น และมีคุณภาพตลอดทั้งการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ดังนั้นระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ควรจะประกอบด้วยประเด็นหลัก ๆ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 กำลังคนด้านสุขภาพ

1. มีแพทย์ที่รับผิดชอบจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ชัดเจน ซึ่งอาจจะจัดในระดับจังหวัดและระดับเครือข่ายบริการ และควรจะต้องเพิ่มการผลิตแพทย์ EP ให้เพียงพอ และควรสนับสนุนให้จัดสรรแพทย์ EP อยู่ที่ รพศ. และ รพท. ซึ่งควรจะมีอย่างน้อย 3 คน ในส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หากจำเป็นก็ควรมีแพทย์ EP และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอื่น ควรจะเข้ามาร่วมสนับสนุนด้วย

2. พัฒนาศักยภาพทีมปฏิบัติการนอกสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพทั้งด้านจำนวนและคุณภาพในแต่ละสถานบริการ ซึ่งทีมปฏิบัติการในกรณีวิกฤตินี้ควรมี pre-hospital nurses หรือ EMT-P ในขณะเดียวกับต้องพัฒนาระบบการสื่อสารที่ดีกับทีมปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลเบื้องต้น

3. เพิ่มการผลิตกำลังคนในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้เพียงพอ กำลังคนเหล่านี้ ได้แก่ EMT-P, EMT-I, EMT-B และ FR ให้เพียงพอ และในการผลิตบุคลากรเหล่านี้ ควรจะต่อ ยอดจากต้นทุนเดิม ได้แก่ การขยับจาก FR มาเป็น EMT-B และขยับขึ้นมาเป็น EMT-I จะเป็นแรงจูงใจให้แก่กำลังคนที่ปฏิบัติงาน นอกจากนั้นหากสามารถศึกษาต่อ ยอดเพิ่มอีก 2 ปี เพื่อเป็น paramedics จะยังเป็นประโยชน์ต่อระบบ เพราะสามารถนำประสบการณ์มาผนวกกับองค์ความรู้ที่เพิ่มขึ้น เป็นการพัฒนากำลังคนที่มีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่กำลังคน อีกทั้งเป็นการถ่วงกำลังคนไว้ในระบบอีกด้วย

3. มีอาสาสมัครที่สามารถดูแลเบื้องต้นได้ ในความเป็นจริงผู้ที่อยู่ใกล้เหตุการณ์มากที่สุด ควรจะเป็นคนที่เข้าช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันการณ์ หากวิธีช่วยเหลือที่ถูกต้อง ดังนั้นทุกครัวเรือนควรมีก่อนที่เรียกว่าอาสาฉุกเฉินชุมชน นอกจากนั้นหลักสูตรการเรียนในโรงเรียนควรสอนการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้สามารถปฏิบัติได้จริง ให้รู้ว่ 1669 โทร ยังไง และหากหาใครไม่ได้เลย ก็ให้คนข้างเคียงปั๊มหัวใจได้ สิ่งที่ดีควรจะเป็นคือมีผู้มีความรู้ในการดูแลเบื้องต้นอยู่ทุกครอบครัว

3.6.2 การร่วมมือกับเอกชน

บริบทประเทศไทยมูลนิธิมีบทบาทในด้านการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลมานาน ก่อนการเกิดขึ้นของ สพน ดังนั้น สพน ควรจะต้องแสวงหาความร่วมมือ กำหนดมาตรฐาน และพัฒนาศักยภาพของมูลนิธิต่าง ๆ ให้สามารถให้บริการตามมาตรฐานมากขึ้น เช่นมีการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครขยับระดับขึ้นมาเป็น EMT-B

การสนับสนุนมูลนิธิ ควรจะเป็นการสร้างการยอมรับนับถือจากสังคมต่อมูลนิธิ ซึ่งจะก่อให้เกิดความภาคภูมิใจของคนทำงาน อีกทั้งการสร้างภาพลักษณ์ในการช่วยเหลือสังคมของมูลนิธิต่าง ๆ เป็นมาตรการที่นอกเหนือจากการเงินที่ สพน ควรจะดำเนินการให้เข้มแข็งมากขึ้น

3.6.3 บทบาทกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท)

กรอบแผนกลยุทธ์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้มีทิศทางชัดเจนที่ สพฉ. มีหน้าที่ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ มีการดำเนินการเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน โดยที่รัฐบาลกลางหรือหน่วยงานกลางให้การสนับสนุน อปท. มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่และมีความใกล้ชิดกับพื้นที่ จึงมีความพยายามในการให้ อปท. เข้ามาดูแล หากมีระบบการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างเต็มที่ ตำรวจและดับเพลิงควรจะ ไปอยู่กับ อปท. ปัจจุบันนี้งานป้องกันบรรเทาสาธารณภัยอยู่ภายใต้ อปท. แล้ว และมีหลายแห่งเริ่มดูแลในด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประเด็นนี้เป็นเป้าหมายที่จะต้องมีการสนับสนุนให้เกิดขึ้นในทุกแห่ง โดย สพฉ. และกระทรวงสาธารณสุข ต้องเข้ามาสนับสนุนในด้านวิชาการ องค์ความรู้ และอื่น ๆ และ อปท. เมื่อได้รับบทบาทหน้าที่นี้ควรจะได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ทั้งด้านงบประมาณ อัตรากำลังคนที่จะมาปฏิบัติงานด้านนี้ เช่น EMT-I EMT-paramedics หรือ พยาบาล ตลอดจนกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องต้องเอื้อต่อความคล่องตัวของการปฏิบัติงานด้วย

3.6.4 การจัดระบบบริการ

ควรมีการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับเครือข่ายบริการ ศูนย์รับแจ้งเหตุส่งการอาจจะต้องอยู่ระดับเขต/ เครือข่าย จัดระบบบริการในระดับเขต/ เครือข่าย เป็น 12 เครือข่าย และ กทม ภาคีต่าง ๆ ในระดับเขตหรือเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมให้มากขึ้น กำหนดให้ชัดเจนว่าศูนย์ส่งการจะอยู่ที่ไหน อาจจะเป็น รพท/ศ และ รพช ขนาดใหญ่ จัดระบบสนับสนุนให้เหมาะสม นำระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีเข้ามาช่วย นอกจากนั้น ควรจะต้องจัดทำแผนในระดับเครือข่าย ทั้งแผนกิจกรรม งบประมาณ ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพกำลังคน ที่สอดคล้องกับพื้นที่

บทที่ 6

สรุปและอภิปรายผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยครอบคลุมทั้งปฏิบัติการนอกสถานพยาบาลและการให้บริการในสถานบริการ ซึ่งการจัดบริการต่าง ๆ เหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วน โดยเฉพาะประเด็นกำลังคนด้านสุขภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ภาคีต่าง ๆ ประกอบด้วยภาคส่วนผู้ให้บริการในโรงพยาบาล ซึ่งมีทั้งรัฐและเอกชน เฉพาะในภาครัฐเอง แม้กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นเจ้าของสถานบริการส่วนใหญ่ แต่ยังมีสถานบริการของมหาวิทยาลัย และกระทรวงอื่น ๆ ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับภาคการปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลนั้นได้รับการสนับสนุนจาก สพค. และภาคีที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้ให้บริการภาครัฐ ผู้ให้บริการจากมูลนิธิ ผู้ให้บริการจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับภาคส่วนการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข (วิทยาลัยการสาธารณสุขและวิทยาลัยพยาบาล) มหาวิทยาลัยต่าง ๆ และองค์กรทางวิชาชีพที่ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการ เป็นต้น ซึ่งการที่จะขับเคลื่อนงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บรรลุเป้าหมายนั้น จำเป็นที่จะต้องมีความร่วมมือที่มีความครอบคลุมในประเด็นต่าง ๆ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนและการมีส่วนร่วมจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงบริบทของประเทศและนโยบายต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและระดับการศึกษา ส่งผลให้การเจ็บป่วยด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีนโยบายและแผนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นโยบาย "เจ็บป่วยฉุกเฉิน รักษาทุกที่ ที่ถึงทุกคน" เป็นนโยบายหลักที่ถูกประกาศขึ้นภายใต้รัฐบาลในปี พ.ศ. 2555 ที่ผ่านมา โดยมีเป้าประสงค์ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชน ซึ่งเหล่านี้เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการกำลังคนในจำนวนที่เพิ่มขึ้น และมีการกระจายอย่างเป็นธรรม นอกจากนี้ พรบ. การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการมีภาคีด้านท้องถิ่นเข้ามาร่วมในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

6.1 สถานการณ์ปัจจุบันและปัญหาอุปสรรค

เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนในปัจจุบันแล้วพบว่ามีปัญหาหลัก ๆ ดังนี้

(1) **การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ** จากการวิเคราะห์ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพจะเห็นว่ากำลังคนด้านสุขภาพยังมีความขาดแคลนในทุกประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งแพทย์ EP โดยจะเห็นว่ายังมีความขาดแคลน EP อยู่ถึง 946 คน เมื่อเทียบศักยภาพการผลิต ซึ่งสามารถผลิตได้ปีละ 80-100 คน ทำให้ต้องใช้เวลาอีกประมาณ 10 ปีจึงจะสามารถเติม EP เข้าไปในระบบอย่างพอเพียงได้ ส่วนกรณีของพยาบาล พบปัญหาการขาดแคลน เช่นกัน เป็นการขาดแคลนในทุกแผนกของโรงพยาบาล แต่ละพื้นที่ต้องใช้เวลาบริหารจัดการภายในมาแก้ปัญหา เช่น จัดเวรนอกเวลาเพิ่ม ใช้กำลังคนร่วมกันระหว่าง พยาบาล และ EMT-I สำหรับ EMT-I นั้นหากเทียบกับกำลังคนที่ยังคงมีความขาดแคลนอีก

ในขณะที่มีการผลิตจากวิทยาลัยในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยผลิตประมาณ 180-250 คนต่อปี นอกจากนั้นยังมีมหาวิทยาลัย 2 แห่งกำลังผลิตหลักสูตร EMT-P ซึ่งเป็นหลักสูตร 4 ปี ซึ่งยังไม่มีผู้สำเร็จการศึกษาปัจจุบันนี้

จากสภาวะการขาดแคลนกำลังคนจึงทำให้ภาระงานที่แผนกฉุกเฉินค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับกำลังคนรองรับ จะเห็นว่าแพทย์ EP ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลรัฐ ทำงานหนักเป็นเกือบ 2 เท่าของข้าราชการทั่วไป

(2) การกระจายกำลังคน สำหรับการกระจาย EP ค่อนข้างเป็นปัญหาเนื่องจากแพทย์ EP ประมาณเกือบครึ่งที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล มีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานที่ต่างจังหวัด นอกจากนั้นสำหรับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขมีการกระจายแพทย์ EP น้อยมาก โดยเฉลี่ยมีแพทย์ EP ประมาณ 1 คนต่อแห่ง โดยที่บางโรงพยาบาลไม่มี EP เลย ส่วนการกระจายของ พยาบาล และ EMT-I มีความทั่วถึงมากกว่า EP

(3) คุณภาพและทักษะการให้บริการ สืบเนื่องมาจากปัญหาการขาดแคลน และการกระจาย EP ที่ไม่เป็นธรรม ส่งผลให้ภาระงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาก ตกอยู่ในมือของแพทย์จบใหม่และพยาบาลวิชาชีพ แม้จะมีความรู้ความสามารถ แต่ในหลายกรณีก็ต้องการทักษะ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ และประเด็นที่สำคัญคือต้องการการจัดการเชิงระบบทั้งการบริการในโรงพยาบาลและปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล นอกจากนั้นปัญหาข้อจำกัดของการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลแผนกฉุกเฉิน และ EMT-I เป็นอุปสรรคต่อคุณภาพการให้บริการ

(4) การอ้างกำลังคนในระบบ สำหรับ EP ค่อนข้างชัดเจนในด้านปัญหาการคงอยู่ในภาครัฐ เพราะพบว่ามี การเคลื่อนย้ายอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งย้ายจากภาครัฐสู่ภาคเอกชน ปัจจัยหลัก ๆ ที่อาจส่งผลต่อความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานในภาครัฐและอาจจะเป็นแรงผลักดันให้ย้ายออก ได้แก่ ภาระงานหนักเกินไป ค่าตอบแทนน้อย ไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารเป็นต้น อย่างไรก็ตามประเด็นที่ทำให้แพทย์ EP ยังต้องปฏิบัติงานในสถานบริการ นั้น ๆ อยู่ ได้แก่ ใกล้เคียงครอบครัว มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้ป่วย และมีความอิสระในการทำงาน เป็นต้น

EMT-I เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีการโยกย้ายสูง สาเหตุหลักได้แก่ ไม่มีตำแหน่งข้าราชการบรรจุสำหรับตำแหน่งนี้ ที่ผ่านมามีเวชกรฉุกเฉินหลายคนได้รับการบรรจุในตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน จากการบรรจุตำแหน่งนี้บางคนก็ยังคงปฏิบัติงานในฐานะเวชกรฉุกเฉิน แต่หลายคนได้โยกย้ายไปปฏิบัติงานตามตำแหน่ง นอกจากนั้นตำแหน่งเวชกรฉุกเฉินยังขาดความก้าวหน้าในสายงาน และขาดอิสระในการปฏิบัติงาน เพราะต้องทำงานอยู่ภายใต้แพทย์และพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนั้นยังพบว่ามีปัญหาต่าง ๆ ได้แก่ ค่าตอบแทนน้อย ความไม่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นแรงผลักดันเวชกรฉุกเฉินออกจากระบบ อย่างไรก็ตามสิ่งที่ทำให้เวชกรฉุกเฉินหลายคนยังรักที่จะปฏิบัติงานในฐานะเวชกรฉุกเฉินนั้นมาจาก ความรักในงาน ภาคภูมิใจในการทำงาน ความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร เป็นต้น

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกฉุกเฉินเผชิญกับปัญหาภาระงานหนักในขณะที่ค่าตอบแทนที่ได้รับเท่ากับแผนกอื่น ๆ นอกจากนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในแผนกนี้ต้องการการฝึกทักษะที่เข้มข้นและพร้อมรับกับสถานการณ์วิกฤติพยาบาลจบใหม่หลายคนจะได้รับการฝึกอย่างเข้มข้น ต่อเมื่อทำงานไปในระยะเวลาหนึ่งไม่ได้รับการบรรจุตำแหน่งข้าราชการก็จะเกิดการลาออก เป็นการให้ต้องมีการฝึกคนอื่น ๆ เข้ามาทดแทน

6.2 ข้อเสนอแนะต่อการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น การที่จะขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น กำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องมีความพอเพียง มีการกระจายอย่างเป็นธรรม ดำรงอยู่ในระบบ ได้ จึงมีข้อเสนอแนะในการผลิต กระจาย อ้างกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินดังต่อไปนี้

- 1) **เพิ่มการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพให้เพียงพอ โดยเฉพาะ EP**
 - เพิ่มจำนวนการผลิต EP ขึ้น ให้เพียงพอกับความต้องการของระบบบริการ
 - กระจายโควตาการผลิตไปสู่มหาวิทยาลัยภูมิภาคให้มากขึ้น
- 2) **ให้มีการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและกระจายกำลังคนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นธรรม**

- จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่ายบริการ 12 เครือข่าย และเขตกรุงเทพฯ โดยจัดแบ่งเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล จัดระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และจัดกำลังคนโดยเฉพาะ EP รวมไว้ในศูนย์บริการหลัก พร้อมจัดระบบสนับสนุนโรงพยาบาลในเครือข่าย

- การจัดหาคูลากร โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล ที่มีความสนใจและชอบงานผู้ป่วยฉุกเฉิน เข้าประจำห้องฉุกเฉิน และพัฒนาศักยภาพในด้านการบริการฉุกเฉิน

- จัดระบบคัดแยกผู้ป่วย โดยให้ห้องฉุกเฉินตรวจเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเจ็บหนักเท่านั้น เพื่อเป็นการลดภาระงานของห้องฉุกเฉิน

3) ดำเนินการมาตรการต่าง ๆ ในการ อ้างกำลังคนระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในระบบ

- เพิ่มค่าตอบแทนเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านนี้ สำหรับแพทย์ EP ควรได้รับค่าตอบแทนตามเกณฑ์ที่กำหนด และสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน ควรมีการจ่ายค่าตอบแทนตามภาระงานเพื่อสร้างแรงจูงใจ
- การสร้างความก้าวหน้าในวิชาชีพ สำหรับ EMT-B และ EMT- I โดยให้มีบันไดความก้าวหน้าที่ชัดเจน และสามารถศึกษาต่อถึงระดับ EMT-P โดยใช้ประสบการณ์เป็นฐานของการเรียนต่อเนื่องด้วย
- ผู้บริหารเข้ามาช่วยจัดระบบการดูแลงานฉุกเฉินด้านการแพทย์ โดยให้แพทย์ด้านอื่น ๆ เข้ามาช่วยแบ่งเบาภาระ และควรมีการจัดระบบสนับสนุนด้านอื่น ๆ เช่น วัสดุ เครื่องมือ และงบประมาณ ให้เพียงพอ

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2555) ข้อมูลสถิติสาธารณสุข,
จาก <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>(ค้นเมื่อ 29 กันยายน พ.ศ. 2555)
ก้องเกียรติ อุเต็น. (2547). อุปสรรคในการให้บริการแบบเมทริกซ์โปรแกรมของบุคลากรใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาล
กฤตยา แดงสุวรรณ, นงนุช บุญยัง,อังศุมา อภิชาติ.(2551). สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและ
ฉุกเฉินตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามจังหวัดชายแดนภาคใต้.
สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(3), 227-237.
จิตรา มากมี .(2550). เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล
อุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์. (2539). การประเมินผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยประสบภัยจากอุบัติเหตุจราจรก่อนถึงโรงพยาบาล.
รายงานการวิจัยเสนอกระทรวงสาธารณสุขและองค์การอนามัยโลก.ฝ่ายทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาประเทศไทย.
นิดดา ไชบุญยสิทธิ์. (2548). การแยกประเภทผู้ป่วยและความสามารถในการผลิตทางการพยาบาล. วารสารพยาบาล
สวนดอก, 11(1), 41-45.
ประภา ปัญญาเพียร. (2545). คุณภาพบริการพยาบาลตามการจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล
โรงพยาบาลศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
พรธิดา แสงทอง.(2550). สมรรถนะของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ไพศาล โชติกล่อม. (2549). ผลงานวิชาการเรื่อง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น
ในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
วิทยา ชาติบุญชาชัย, สธ.เร่งพัฒนามาตรฐาน บริการอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน รพ.ทั่วไปไทย ช่วยชีวิตผู้ป่วยในระยะเร่งด่วน
[ออนไลน์] , 21 ธันวาคม 2555. แหล่งที่มา
http://www.moph.go.th/ops/iprg/module.php?mod=news_print&idHot_new=52281
วิภาดา วัฒนนามกุล. (ม.ป.ป).“ทำไม อย่างไร กับการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed learning)” .[ออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://secondary.kku.ac.th/sec4/sdl.htm> (25 พฤษภาคม 2555).
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: ศูนย์สารสนเทศทางประชากรศาสตร์ (มปป) การคาดการณ์
ประชากร ตารางที่ 2. จาก [http://elibrary.nesdb.go.th/elib_book/ประมาณประชากร43-68/คาด](http://elibrary.nesdb.go.th/elib_book/ประมาณประชากร43-68/คาดประมาณประชากร.pdf)
[ประมาณประชากร.pdf](http://elibrary.nesdb.go.th/elib_book/ประมาณประชากร.pdf) (ค้นเมื่อ 29 กันยายน พ.ศ. 2555)
วิโรจน์ เชมรัมย์. (2554). การนำนโยบายระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบ
สุขภาพ, 13(2), 112-130.
วิไลลักษณ์ อินทาราม. โครงการการใช้ผลงานวิจัยเพื่อสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับ

อุบัติเหตุ , ม.ป.ท. , ม.ป.ป

ศรีเพ็ญ วิทิตตานนท์. (2541). บทบาทด้านการรักษาพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัด

เชียงใหม่ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สายสม รุจิพรรณ.(2549). เวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงานของบุคลากรพยาบาล ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล
เชียงรายประชานุเคราะห์. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุชาติ วิลาสคัมภีร์.(2554).การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงคาน
จังหวัดเลย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สายสมร ภัทรจิตรานนท์ .(2551). อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บโรงพยาบาลแม่ลาว
จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2555). รายงานประจำปี พ.ศ. 2554 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). รายงานประจำปี พ.ศ. 2555 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. กระทรวงสาธารณสุข.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2556) , เขียว-- เหลือง -- แดง แยกสีแยกประเภทเจ็บป่วย ฉุกเฉิน [ออนไลน์], 19
พฤษภาคม 2556. แหล่งที่มา

http://www.thaieminfo.com/autopagev4/show_page.php?topic_id=42&auto_id=8&TopicPk=

สำนักงานการแพทย์. (2555). แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ.2555 สำนักงานการแพทย์: สำนักงานการแพทย์. กระทรวง
สาธารณสุข.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2549). โครงการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัด
อุบลราชธานี เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองราชย์ครบ 60 ปี. อุบลราชธานี.

สิรินทิพย์ ประวิณานุสรณ์ , ธีรลักษณ์ พุทธิวัฒนิชัยล, และคณะ. (2548). ความสูญเสียเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรทางบก
ในประเทศไทย วิเคราะห์ระดับความคุ้มค่าของงบประมาณถนนปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ใช้ถนน.
รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.

สมพร เพ็ญจันทร์ .(2547). แนวคิดและหลักการจัดการในองค์การสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย

สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย.(2550). รายงานการศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลกรณีศึกษา
ประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน และประเทศไทย.,
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์,กิ่งแก้ว อุดมชัยกุล,จิราวรรณ กล่อมเมฆ, (2544). ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินใน
ประเทศพัฒนา: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข . กระทรวงสาธารณสุข.

อรุณ จิรวรรณกุล, บุญศรี ปรามณศักดิ์, วีรัชย์ ไคว้สุวรรณ, กัลยา พัฒนศรี, พีระพงษ์ บุญสวัสดิ์ กุลชัย,
และ จุฬารักษ์ ไสตะ. (2541). การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุด เกิดเหตุ
จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร. (2546). ปัญหาอุปสรรคการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ใน วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ.
(2546). ปัญหา อุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.ขอนแก่น. โครงการวิจัยและตำรา
โรงพยาบาลขอนแก่น.

Japan International Cooperation Association..(2006). Tanigawa & Tanaka, 2006. [online]: 365-366.

World Health organization 2004' a : 2006 : 47,49,53,55 : b 2004 : 1-7 ; 2548 c : , quoted in Babbie , 2003