

8

กรอบแนวคิด หลักการ การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วน pre hospital care

นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย

ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

หลักการและเหตุผล

ในปี 1998 องค์การอนามัยโลก ได้เสนอรายงานชิ้นหนึ่งที่ระบุสถานการณ์และความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับสากล สารสำคัญของรายงานฉบับนี้คือ

1. 60 - 80% ของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ เสียชีวิตก่อนที่จะมาถึงโรงพยาบาล
2. อัตราการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นก่อนที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาล มีความแตกต่างกันมากในประเทศที่พัฒนานับประเทศที่กำลังพัฒนา ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Mortality rate from injury between developed and developing countries

	No. of dead	Pre hospital	ER	Hospital
Kumasi-Ghana	348	81%	5%	14%
Monterrey-Mexico	300	72%	21%	7%
Seattle-USA	187	59%	18%	23%

Charlie Mock-WHO

3. ประสิทธิภาพการนำส่งผู้ป่วยอุบัติเหตุจากจุดเกิดเหตุมายังโรงพยาบาล ของประเทศที่กำลังพัฒนาอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีผลทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วเป็นอันมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Time spent for transferring the patient to the hospital

	Time spent before reaching the hospital (min)	% of patients reaching the hospital within 1 hour	% of patients coming to the hospital with ambulance
Kumasi-Ghana	102	90	0
Monterrey-Mexico	73	55	94
Seattle-USA	31	99.5	94

Charlie Mock-WHO

4. 15 - 20% ของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นการเสียชีวิตที่น่าจะป้องกันได้
5. ระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ถึง ร้อยละ 30 และระบบที่วุ่น เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต

ประวัติศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

(อ้างอิงจากเอกสาร นิทรรศการการแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา-สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ)

2452 พ่อค้าชาวจีน 12 คน รวมตัวกันในนาม “คณะเก็บศพไต้ฮงกง” เรียกเงินเพื่อจ้างพนักงานเก็บศพไร้ญาติ

- 2480 ก่อตั้งมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง
- 2513 ก่อตั้งมูลนิธิร่วมกตัญญู
- 2523 ก่อตั้งศูนย์ส่งกลับและรพยาบาลของโรงพยาบาลตำรวจ ช่วยเหลือผู้ป่วยจากอุบัติเหตุขนาดใหญ่
- 2529 ก่อตั้งศูนย์รพยาบาลของกระทรวงกลาโหม และให้มีโทรศัพท์สายด่วน 123
- 2532 กรมการแพทย์ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อสร้างอาคารการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมและการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย พร้อมกับบรรจุการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535 - 2539)
- 2534 กรมแพทย์ทหารอากาศ จัดตั้งศูนย์ส่งกลับทางอากาศ
- 2535 โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มก่อตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2536 สถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นหน่วยงาน ประสานการวางแผนด้านอุบัติเหตุ และสาธารณสุข การพัฒนาระบบบริการการรักษารพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ
- 2537 - สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีพ เน้นการช่วยเหลือด้านอุบัติเหตุจราจร
- หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นเริ่มออกปฏิบัติภารกิจ นับเป็นหน่วยกู้ชีพแห่งแรกในภูมิภาคตั้งขึ้น และดำเนินการภายใต้การดูแลกำกับของโรงพยาบาล
- โรงพยาบาลกรุงเทพ จัดตั้งโครงการบริการรถมอเตอร์ไซค์ฉุกเฉิน (Motor lance)
- ศูนย์ข่าว จส 100 จัดตั้งศูนย์แพทย์อาสา จส 100 ให้คำปรึกษาทางวิทยุ ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2538 กรมการแพทย์ เปิดตัว ศูนย์กู้ชีพ นเรนทร ที่โรงพยาบาลราชวิถี
- 2539 - จัดตั้งหน่วยกู้ชีพที่โรงพยาบาลเลิดสิน และโรงพยาบาลนพรัตน์
- วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร โรงพยาบาลขอนแก่น สถาบันพระบรมราชชนก ร่วมกันจัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข(กู้ชีพ)
- ศูนย์ข่าว จส 100 จัดตั้งโครงการนภาแพทย์ ประสานการรับผู้ป่วยทั่วประเทศโดยใช้เฮลิคอปเตอร์
- 2541 มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง และโรงพยาบาลหัวเฉียว เปิดตัวศูนย์หัวเฉียวพิทักษ์ชีพ
- 2543 กรุงเทพมหานครจัดตั้ง ศูนย์แพทย์เอราวัณ
- 2545 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลัก และกำหนดแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินลงไปสู่ระดับชุมชน
- 2546 - กระทรวงสาธารณสุขเปิดโครงการต้นแบบ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ ลำปาง สงขลา และเพชรบุรี
- กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรงบประมาณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล จำนวน 10 บาท ต่อหัวประชากร ถือเป็นจุดเปลี่ยนก้าวสำคัญในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล
- แพทยสมาคมผู้ผลิตหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- 2547 กระทรวงสาธารณสุข ขยายผลโครงการต้นแบบระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใน 15 จังหวัดของประเทศไทย
- 2549 - กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน 2549 - 2553
- คณะกรรมการสาธารณสุข ร่าง พรบ การแพทย์ฉุกเฉิน

- 2550 - 10 เมษายน คณะรัฐมนตรี มีมติรับหลักการของ ร่าง พรบ การแพทย์ฉุกเฉิน
- 21 ธันวาคม สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เห็นชอบ ร่าง พรบ การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- 2551 - 23 กุมภาพันธ์ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีพระราชโองการโปรดเกล้าให้ตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551
- 6 มีนาคม ประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา
- 7 มีนาคม ประกาศใช้ พรบ การแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับแรกของประเทศไทย พร้อมกับการจัดตั้ง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อเสนอแนะการจัดตั้งและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาลไว้ดังนี้

1. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จะต้องถูกผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล จะต้องยึดหลักการทำงานด้วยพหุภาคี สหสาขาวิชาชีพ ไม่สามารถจะทำให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หรือ วิชาชีพใดวิชาหนึ่ง
3. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล มีหลักการ และกรอบวิธีการดำเนินงานสำคัญเหมือนกันทั่วโลก แต่ย่อมจะต้องมีความแตกต่างกันในรายละเอียด ขึ้นกับเงื่อนไขและข้อจำกัดของแต่ละประเทศ
4. การพัฒนาระบบในระยะเบื้องต้นสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ มีประสิทธิภาพ เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีขั้นสูง และไม่ต้องใช้งบประมาณมาก
5. ระบบที่จัดตั้งขึ้นต้องเป็นที่ยอมรับของชุมชนและชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการตั้งแต่ต้น

ผลสัมฤทธิ์จากการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

1. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยฉุกเฉินจะต้องลดลง
2. ระบบดังกล่าวสามารถจะบำบัด เยียวยา และบรรเทาภาวะความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ของผู้ป่วยและญาติ อันเป็นการแสดงถึงความห่วงใย ต่อสมาชิกในสังคม ซึ่งจะทำให้คุณค่าของชีวิตสูงขึ้น
3. ระบบนี้จะมีส่วนสำคัญในการลดภาระของบุคลากรสาธารณสุขได้
4. ระบบที่สร้างและพัฒนาขึ้นนี้ จะเป็นโครงสร้างพื้นฐานอย่างหนึ่งด้านความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนในสังคม

กรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล คือการจัดระบบที่รองรับห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต chain of survival โดยที่ แต่ละแฉก ใน 6 แฉก ของเครื่องหมาย star of life เป็นตัวแทนห่วงโซ่ของ chain of survival ซึ่งประกอบด้วย

1. **Detection** ซึ่งหมายถึง ความรวดเร็วในการสำรวจตรวจพบว่ามีใครคนหนึ่งกำลังอยู่ในภาวะวิกฤตฉุกเฉินต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เป็นห่วงโซ่ห่วงแรกที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ที่ทำให้กระบวนการช่วยชีวิตเริ่มต้นขึ้น จึงจำเป็นจะต้องออกแบบ และ จัดวางระบบ เพื่อค้นหาคนที่กำลังประสบเหตุหรืออยู่ในภาวะวิกฤต ที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ และครอบคลุมเหตุวิกฤตทุกประเภท
2. **Report** หมายถึงการแจ้งเหตุ ห่วงโซ่ห่วงที่สอง เมื่อพบผู้บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่ว่า จะอยู่ ณ ที่แห่งใด ประชาชนสามารถแจ้งเหตุมายังศูนย์รับแจ้งเหตุได้ในทันที จึงจำเป็นที่ จะต้องมีการมีระบบสื่อสารที่ดี ครอบคลุมทุกพื้นที่ จะต้องมีการมีศูนย์รับแจ้งเหตุ ที่ปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้รับแจ้งเหตุที่มีความรู้ สามารถที่จะคัดแยกความเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม และสามารถให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะมีทีมกู้ชีพจะเดินทางไปถึง
3. **Response** ห่วงโซ่ห่วงที่สาม คือการตอบสนองต่อการแจ้งเหตุฉุกเฉินจากผู้ป่วยหรือผู้พบเห็น เหตุการณ์ ในศูนย์รับแจ้งเหตุ จะต้องมีการให้ผู้ส่งการให้ทีมกู้ชีพที่เหมาะสม ที่ประจำการอยู่ตาม หน่วยกู้ชีพ ซึ่งจะต้องมีฐานอยู่ในชุมชนต่างๆ ออกปฏิบัติการ หน่วยกู้ชีพเหล่านี้ จำเป็น จะต้องมีการมีเครื่องมือสื่อสาร เพื่อรับคำสั่งจากศูนย์รับแจ้งเหตุ-ส่งการ มีรถพยาบาลที่ได้มาตรฐาน มีบุคลากรที่มีความรู้
4. **On scene care** ห่วงโซ่ห่วงที่สี่ คือการดูแล ประเมินพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ใน ขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแล อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทีมบุคลากร จะต้องมีความรู้ มี ประสบการณ์ มี เมตตา มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ มีเจตคติที่ดี ในการช่วยเหลือผู้ป่วย
5. **Care in transit** ห่วงโซ่ห่วงที่ห้า คือการดูแลผู้ป่วยระหว่างการนำส่งจากจุดเกิดจนถึง โรงพยาบาล ด้วยรถพยาบาลระดับต่างๆ ในขั้นตอนของการดำเนินงานขั้นตอนนี้ จำเป็นต้อง มีการประสานงานกับเครือข่ายอื่น เพื่อเอื้ออำนวยต่อความรวดเร็ว ในการเดินทางของ รถพยาบาล เช่น ดำรวจจราจร การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนหลีกเลี่ยงให้รถพยาบาล
6. **Definitive care** ห่วงโซ่ห่วงสุดท้าย คือการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยทีมแพทย์ พยาบาล ที่ เชี่ยวชาญ พร้อมด้วยอุปกรณ์การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ทันการณ์

การออกแบบ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลของประเทศไทย

Etienne Krug Director of Violence and Injury Prevention ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ในเอกสาร Guideline for Pre Hospital Care ซึ่งเป็นเอกสารสำคัญขององค์การอนามัยโลกว่า The heart of Pre Hospital Care is **“Selected bystanders, community volunteers and other citizens with minimal training working in concert with providers and formal medical care structures can provide effective and sustainable pre hospital care regardless of a national level of resources”**

National Highway Traffic Safety Administration สหรัฐอเมริกา ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดตั้ง และการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน 13 กิจกรรมดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ

1.1 องค์การและโครงสร้างที่รับผิดชอบในการจัดตั้งและการพัฒนาระบบ

- 1.2 เครือข่ายหน่วยงานที่ร่วมปฏิบัติงาน
- 1.3 การจัดหาและบริหารงบประมาณที่จะต้องใช้ในการดำเนินงานและการพัฒนาระบบ
- 1.4 กฎหมาย ระเบียบ มาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ ระเบียบปฏิบัติ ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงาน
- 1.5 การพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

2. ด้านบุคลากร

องค์ประกอบในด้านนี้ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งครอบคลุม

- 2.1 การจัดหา การพัฒนา การบริหารบุคลากร
- 2.2 การควบคุมการปฏิบัติงาน (medical oversight)
- 2.3 การควบคุมและประเมินคุณภาพ

3. ด้านการสื่อสาร

กิจกรรมสำคัญในด้านนี้ประกอบด้วย

- 3.1 การจัดตั้งและพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการ
- 3.2 การจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายสื่อสาร
- 3.3 การประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน ทั้งในด้านการแจ้งเหตุฉุกเฉิน เพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยกู้ชีพ การดูแลตัวเองหรือผู้ป่วยก่อนที่รถพยาบาลไปถึง ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการหลีกเลี่ยงการให้รถพยาบาล หรือการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ ณ จุดเกิดเหตุ

4. ด้านยานพาหนะและอุปกรณ์

กิจกรรมสำคัญในด้านนี้ประกอบด้วย

- 4.1 การจัดหายานพาหนะ และอุปกรณ์ ตามมาตรฐาน
- 4.2 การบำรุงรักษา ครุภัณฑ์ต่างๆ ให้พร้อมปฏิบัติงาน

จากแนวคิดดังกล่าว สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ออกแบบ รูปแบบ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ถ้าวานทัวอย่างมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในแต่ละจังหวัด ดังนี้คือ

1. เครือข่ายกู้ชีพระดับ advance
2. เครือข่ายกู้ชีพระดับ basic
3. เครือข่ายกู้ชีพชุมชน

ทั้งสามระดับเชื่อมโยงการปฏิบัติงาน โดยศูนย์สื่อสารสั่งการ (command control center)

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของเครือข่ายกู้ชีพแต่ละระดับ มีดังนี้

ระดับที่ 1 เครือข่ายกู้ชีพระดับ advance มีหน้าที่ออกแบบระบบ การบริหารจัดการ การเชื่อมโยงเครือข่าย ให้เป็นเอกภาพ พัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานของทีมกู้ชีพ นิเทศกำกับติดตามประเมินผล ออกให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินประเภทวิกฤต เป็นแบบอย่าง และเป็นพี่เลี้ยง ของการออกปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพ ให้แก่เครือข่ายกู้ชีพ ในระดับรองลงไป หน่วยรับผิดชอบในเครือข่ายระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัด ซึ่งรวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน แผนงานสำคัญของเครือข่ายในระดับนี้ ได้แก่

ด้านการบริหารจัดการ

- การจัดตั้งองค์กร และผู้รับผิดชอบ
- การจัดทำระเบียบปฏิบัติ มาตรฐาน คู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน
- การสร้างและพัฒนาเครือข่าย
- การกำหนดพื้นที่ในการปฏิบัติงาน (zoning)
- การจัดทำแผนการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์สาธารณสุขและการซ้อมแผน

ด้านบุคลากร

- การวิเคราะห์จำนวนบุคลากรที่จำเป็นในการปฏิบัติการ
- การพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด
- การควบคุมกำกับให้บุคลากรประเภทต่างๆปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนด
- การนิเทศกำกับติดตามการออกปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพหน่วยต่างๆที่ขึ้นทะเบียน
- การติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการออกปฏิบัติงานในแต่ละระดับ
- การควบคุมคุณภาพการออกปฏิบัติงานของบุคลากร
- การศึกษาค้นคว้าวิจัย

ด้านการสื่อสาร

- การพัฒนาศูนย์สื่อสารสั่งการ ซึ่งกำหนดว่าทุกจังหวัดจะต้องมีอย่างน้อย 1 ศูนย์
- การดำเนินงานตามคู่มือและแนวทางการปฏิบัติ
- การควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด
- การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ได้ทราบหมายเลขฉุกเฉิน และส่งเสริมให้มีการเรียกใช้บริการการหน่วยกู้ชีพ
- การให้การศึกษากับประชาชนให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ

ด้านยานพาหนะและอุปกรณ์

- การกำหนดประเภทและมาตรฐานของยานพาหนะกู้ชีพแต่ละประเภท
- การจัดหายานพาหนะให้พอเพียงต่อภารกิจ
- การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและการบำรุงรักษา ยานพาหนะกู้ชีพ
- การกำหนด ชนิด ประเภท มาตรฐานและการบำรุงรักษา อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน
- การกำหนดมาตรฐาน และดำเนินการด้านความปลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน

ระดับที่ 2 เครือข่ายกู้ชีพตำบล

มีหน้าที่เป็นด่านหน้าในการเข้าถึงประชาชน ให้บริการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายทั้งเครือข่ายกู้ชีพขั้นสูง และเครือข่ายกู้ชีพชุมชน หน่วยงานที่รับผิดชอบในเครือข่ายระดับนี้ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาล

ในปัจจุบันกำหนดเป็นเป้าหมายสำคัญว่าทุกตำบลจะต้องมีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพให้บริการประชาชนอย่างน้อย 1 แห่ง ทุกตำบลทั่วประเทศ

เครือข่ายกู้ชีพในระดับนี้ ถือเป็นเครือข่ายที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ที่จะปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพขั้นสูงในระดับจังหวัด เนื่องจากเป็นหน่วยปฏิบัติงานในระดับชุมชนจึงเป็นหน่วยงาน ที่สามารถเข้าถึงผู้ประสบเหตุหรือผู้ป่วยฉุกเฉินได้โดยเร็ว ถ้าหากสามารถผลักดันจนทุกตำบลมีหน่วยกู้ชีพ จะเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในระดับนี้ให้มีความรู้และประสบการณ์ในการให้บริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล จึงเป็นภารกิจสำคัญที่จะเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยบาดเจ็บ เจ็บป่วยฉุกเฉินจะได้รับการดูแลด้วยคุณภาพและประสิทธิภาพที่ไว้วางใจได้

นอกจากนี้ ในตำบลใหญ่ๆ ซึ่งมีประชากรอยู่จำนวนมาก มีความจำเป็นต้องมีหน่วยปฏิบัติการหลายหน่วย การบริหารจัดการให้หน่วยปฏิบัติการ หลายๆ หน่วยในพื้นที่เดียวกัน ปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างราบรื่น ไม่เกิดความขัดแย้งในการให้บริการผู้ป่วย ก็คือจะต้องมีการแบ่งโซนการออกปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพแต่ละหน่วยให้ชัดเจน ไม่มีพื้นที่การปฏิบัติงานที่ทับซ้อนกัน

แนวทางการปฏิบัติงานอีกอย่างหนึ่งซึ่งเป็นการหนุนช่วยการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพระดับตำบล ซึ่งเป็นหน่วยกู้ชีพระดับพื้นฐาน มีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ของบุคลากร ตลอดจน เครื่องมือ เครื่องใช้ เมื่อต้องประสบเหตุที่ผู้ป่วยอาการหนัก เกินขีดความสามารถและเกิดศักยภาพของเจ้าหน้าที่ หรือมีผู้ป่วยจำนวนมาก จะต้องจัดให้มีระบบปฏิบัติการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพระดับตำบล โดยศูนย์สั่งการสามารถสั่งการให้หน่วยกู้ชีพ ระดับ advance ออกปฏิบัติงานสนับสนุน (dual system) ระบบดังกล่าวนี้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในกรณีเร่งด่วน อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ระดับที่ 3 เครือข่ายกู้ชีพชุมชน มีหน้าที่แจ้งข่าวขอความช่วยเหลือมายังศูนย์สั่งการ ให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะมาถึงจุดเกิดเหตุ หน่วยงานที่รับผิดชอบในเครือข่ายระดับนี้ ได้แก่ อสม ญาติของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน ครู พระ คนขับรถสาธารณะ ตำรวจ อปพร จึงจะต้องสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง ให้มีความรู้ความเข้าใจ ในการแจ้งเหตุฉุกเฉิน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพที่จะมาถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีเป้าหมายจะสร้างบุคลากรในระดับนี้ ในทุกพื้นที่ โดยใช้ชื่อว่า อาสาฉุกเฉินชุมชน

ปฏิบัติการทั้งสามระดับนี้ จะเกิดประสิทธิภาพได้อย่างแท้จริง จะต้องมีการสร้างการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ที่เข้มแข็ง โดยได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลาง ทั้งในด้านแนวทางการปฏิบัติงาน ซึ่งรวมถึงกฎเกณฑ์ ระเบียบ มาตรฐานและแนวทางต่างๆ รวมถึงการให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ การปฏิบัติงาน และการพัฒนาบุคลากร

เป้าหมาย สำคัญของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2556-2559

1. ครอบคลุม ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกพื้นที่ทั่วประเทศ
2. คุณภาพ ทุกปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องเป็นการให้บริการด้วยคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดขึ้น
3. ครบ 24 ชั่วโมง ศูนย์รับแจ้งเหตุ สั่งการ และหน่วยกู้ชีพทุกแห่งต้องมีความพร้อมในการให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
4. คล่องแคล่ว ในทุกปฏิบัติการฉุกเฉิน ทีมกู้ชีพสามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้ในเวลาเฉลี่ยไม่เกิน 8 นาที หลังจากได้รับการสั่งการให้ออกเหตุ

5. คຸ່ມครอง บุคลากรกຸ່ชีพทุกคน จะต้องได้รับการปลูกฝ้ อบรมให้ปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยในระหว่างปฏิบัติงาน รวมถึง จะต้องมีความมาตรฐานด้านความปลอดภัยของ ยานกຸ່ชีพ อุปกรณ์กຸ່ชีพ

ความท้าทายเชิงนโยบายและโครงสร้างในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- การมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของขององค์กรปกครองท้องถิ่น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความครอบคลุมการเข้าถึงในการให้บริการทุกพื้นที่
- การบริหารจัดการทางการเงินที่มีประสิทธิภาพ
- การสร้างและพัฒนาบุคลากรซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดคุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ระบบข้อมูล การแพทย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยง และสามารถนำมาใช้ประโยชน์
- การคຸ່มครองด้านความปลอดภัยของบุคลากร
- ทุกเหตุฉุกเฉินเบอร์เดียว
- ระบบการสื่อสาร และศูนย์บัญชาการ ในสถานการณ์สาธารณภัย
- การให้บริการฉุกเฉินในพื้นที่พิเศษ เช่น 3 จังหวัดชายแดน พื้นที่ที่เป็นป่าและภูเขา เกาะแก่ง ในทะเล และในกรุงเทพมหานคร
- ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหลังเปิด AEC
- การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักหมายเลขฉุกเฉิน การหลีกเลี่ยงให้รถพยาบาล และการร่วมมือในการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ระบบการบริหารจัดการและการเตรียมความพร้อมรับในสถานการณ์สาธารณภัย

บทส่งท้าย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ยังอยู่ในระยะต้นๆ ของการพัฒนา ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินของเรามีเพียงประมาณ 1 - 15% เท่านั้น (แตกต่างกันไปตามระดับของการพัฒนาของแต่ละจังหวัดและภูมิภาค) ที่เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดตั้งขึ้น ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดคือการที่ต้องมีโครงสร้างจังหวัดที่เข้มแข็ง ซึ่งจะต้องมีผู้รับผิดชอบหลักและทีมงาน ที่มุ่งมั่น ตั้งใจ ทຸ່มเท ให้กับการพัฒนาระบบแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จึงเป็นบุคลากรสำคัญที่จะเข้ามาทำหน้าที่เป็นแม่ทัพในการขับเคลื่อนระบบ ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัด