

บทความพิเศษ

Special Article

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 กับโอกาสพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย

ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย

คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์

ติดต่อผู้เขียน: ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย email: paiojemail@gmail.com

วันรับ: 20 ต.ค. 2564

วันแก้ไข: 20 พ.ย. 2564

วันตอบรับ: 27 พ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ตั้งแต่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ประกาศใช้เป็นเวลา 13 ปีแล้ว การเสียชีวิตและทุพพลภาพของคนไทยจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินรวมถึงอุบัติเหตุยังอยู่ในอัตราที่สูง สาเหตุที่สำคัญหนึ่งคือข้อจำกัดของอำนาจหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติฯ อาจไม่เพียงพอ ในขณะที่มีหลายหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินต่างมีกฎหมายของหน่วยงานระบุนำหน้าที่ใช้บังคับซึ่งไม่ได้ระบุเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน หรือที่มีส่วนเกี่ยวข้องอยู่บ้างก็มีลักษณะแยกส่วน ไม่มีอำนาจบังคับที่ชัดเจนในการเชื่อมโยง อันเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม การอ้างอิงและเชื่อมโยงกฎหมายโดยรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศเป็นโอกาสพัฒนา รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 บัญญัติให้มีการกำหนดยุทธศาสตร์ระยะยาว ให้มีการปฏิรูปประเทศ ถือว่าเป็นจุดเด่นที่ไม่มีในรัฐธรรมนูญฉบับก่อน ๆ และยังคงเน้นการส่งเสริมพัฒนาการบริการภาครัฐและการบูรณาการความร่วมมือระหว่างรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชน เป็นหลักให้เกิดการบูรณาการกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายเฉพาะและอยู่ในระดับบทบัญญัติแห่งกฎหมาย ต้องอาศัยอำนาจแห่งรัฐธรรมนูญเพื่อบูรณาการกับกฎหมายอื่น ๆ ในการแก้ไขอุปสรรคการประสานความร่วมมือข้ามหน่วยงาน การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงเท่าเทียมและทันเวลา และเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเข้าถึงการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน เพื่อให้บรรลุถึงการลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของคนไทยอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นผู้บริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ตามหลักการกระจายอำนาจ มีการพัฒนาแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สอดรับกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 จึงเป็นโอกาสของการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

คำสำคัญ: การแพทย์ฉุกเฉิน; รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย; พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน

บทนำ

ประเทศไทยมีระบอบการปกครองแบบประชาธิปไตย โดยมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข เป็นประเทศที่ใช้กฎหมายเป็นหลักเรียกว่านิติรัฐ (legal state) มีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุด ปัจจุบัน คือรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560⁽¹⁾ มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551⁽²⁾ ในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medicine) เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คนไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิต 401,981 ราย ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นปีที่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้เสียชีวิต 501,438 ราย⁽³⁾ โดยมีสัดส่วนที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึงร้อยละ 17 และจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ ร้อยละ 8⁽⁴⁾ ประมาณการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงร้อยละ 20-25 หรือประมาณแสนกว่ารายต่อปี ซึ่งร้อยละ 20 เกิดจาก 3 โรคหลักคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมองจำนวน 15,286 รายในปี พ.ศ.2550 เพิ่มขึ้นเป็น 32,229 รายในปี พ.ศ. 2557 โรคหัวใจจำนวน 18,452 รายในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นเป็น 24,995 รายในปี พ.ศ. 2557 และอุบัติเหตุจำนวน 35,661 รายในปี พ.ศ. 2550 และ 31,847 รายในปี พ.ศ. 2557 โดยที่สองกลุ่มแรกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี⁽⁵⁾ สำหรับอุบัติเหตุทางถนน อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของคนไทยในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 22,491 ราย หรือ 32.72 ต่อแสนประชากร เป็นอันดับ 9 ของโลก⁽⁶⁾ สถิติความพิการพบว่าคนไทยพิการ ปี พ.ศ. 2564 คนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวนสะสม 2,092,595 คน สาเหตุความพิการเกิดจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 7.07 ต่อปี เจ็บป่วยร้อยละ 19.37 พิกัดแต่กำเนิดและจากพันธุกรรมรวมกันไม่ถึงร้อยละ 1 ประมาณร้อยละ 71 แพทย์ไม่ได้รับรู้และไม่ทราบสาเหตุ⁽⁷⁾ ดังนั้น หากระบุสาเหตุได้ทั้งอุบัติเหตุและการเจ็บป่วย สัดส่วนน่าจะเพิ่มเป็น 3 เท่า อย่างไรก็ตาม อัมพฤกษ์หรืออัมพาตจากภาวะ

หลอดเลือดสมองย่อมเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของคนไทย การแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพที่อาจจะส่งผลต่อค่าเป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy) ไม่น้อยกว่า 85 ปี และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า 75 ปี (health adjusted life expectancy) ที่ต้องบรรลุภายในปี 2565 ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข⁽⁸⁾

โดยที่ประชากรกลุ่มเสี่ยงหลักของคนไทยที่จะเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้นคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 10 ล้านคนในปี 2552 เป็น 13 ล้านคน ในปี 2557⁽⁹⁾ ที่เสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เพิ่มสัดส่วนจนเข้าใกล้สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า แม้ว่าจะมีหน่วยงานอื่นๆ ที่มีบทบาทในการส่งเสริมเพื่อลดอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง แต่การป้องกันไม่ให้ผู้ที่มีโรคประจำตัวเกิดภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดภาวะฉุกเฉินหลอดเลือดสมองหรือภาวะฉุกเฉินหลอดเลือดหัวใจอยู่ในขอบเขตการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องให้ความสำคัญ การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินบัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งตัวผู้ป่วยเอง ผู้ใกล้ชิดในระดับครัวเรือน ชุมชน และท้องถิ่นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างใกล้ชิดเข้าถึงรายบุคคล

การแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medicine) เกี่ยวข้องกับการแพทย์อื่นๆ ที่ประกอบด้วยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ และมีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง แต่การสาธารณสุข (health) มีองค์ประกอบที่กว้างกว่า ต้องการทั้งหลักคิดและยุทธศาสตร์ที่เพิ่มขึ้นและเป็นเพียงหนึ่งในวิถีชีวิตที่ต้องการไปถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันแล้วสำหรับคำว่าวิถีชีวิตใหม่ (new normal) ไม่เพียงแต่ในประเทศไทย แต่เป็นสากล โดยเฉพาะคำว่า สุขภาวะวิถี (wellness journey) เป็นวิถีชีวิตที่กำลังปรับ

เปลี่ยนเพื่อก้าวสู่ระดับคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) ครอบคลุมทั้งสังคม เศรษฐกิจ ความรู้และสุขภาพ มากกว่าเป้าหมายด้านสาธารณสุข ประเทศไทยได้รับการจัดอันดับคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในลำดับที่ 69 ในจำนวน 83 ประเทศ ถือว่าเป็นอันดับท้ายๆ⁽¹⁰⁾ แต่เฉพาะมิติด้านสุขภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ประเทศไทยกลับได้รับการจัดอันดับที่ 8 ในจำนวน 95 ประเทศ⁽¹¹⁾ การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย มีความเกี่ยวข้องกับแทบทุกส่วนราชการที่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องมากมาย รวมถึงระเบียบบริหารราชการแผ่นดินกับระบบราชการและยังมีกฎหมายแต่ละหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ กฎหมายที่บังคับใช้กับหน่วยงานเอกชนและประชาชนทั่วไปอีกจำนวนมาก การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจึงไม่สามารถใช้เพียงพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้แต่โดยลำพัง

การแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานที่จำเป็นต้องทำร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน คำว่าฉุกเฉิน (emergency) มีมิติด้านเวลาเป็นสาระสำคัญ เป็นเหตุการณ์กะทันหันที่มีอันตรายต่อชีวิตไม่ใช่ทรัพย์สิน มีห้องฉุกเฉินสำหรับช่วยให้ออกชีวิต มีทางฉุกเฉินเป็นทางรอดชีวิตไม่ใช่ทางด่วน มีรถฉุกเฉินสำหรับออกไปช่วยชีวิตไม่ใช่รถด่วนที่เพียงไปถึงเร็ว รวมถึงมีสายโทรศัพท์ฉุกเฉินคือสายที่แจ้งเหตุช่วยชีวิต ไม่ใช่สายด่วนเช่น น้ำไม่ไหลไฟดับหรือรถเสียต้องแจ้งสายด่วนในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาหมายเลขโทรศัพท์ฉุกเฉิน 911 เป็นหมายเลขฉุกเฉินเดียวครอบคลุมฉุกเฉินทั้งกู้ชีพ กู้ชีพและอาชญากรรม เช่นเดียวกับหมายเลข 112 ของสหภาพยุโรป สำหรับประเทศไทยมีศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉิน-อาชญากรรมคือหมายเลขโทรศัพท์ 191 ด้านการแพทย์ฉุกเฉินคือ 1669 และดับเพลิงคือ 199 เฉพาะในกรุงเทพมหานคร การปฏิบัติการฉุกเฉินหลายครั้งจำเป็นต้องปฏิบัติการร่วมกันทั้งกู้ชีพ กู้ภัย และตำรวจ เช่น อุบัติภัยหมู่ ภัยเฉพาะต่างๆ เช่นภัยสารเคมี รั่วสี อวุธสงคราม โรคระบาด รวมถึงเพลิงไหม้ เป็นต้น ล้วนแต่

มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินร่วมอยู่ด้วยจนถึงภัยพิบัติ เช่น วาตภัย อุทกภัย แผ่นดินไหว ซึ่งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานต่างๆ อีกจำนวนมาก รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดอยู่เหนือกฎหมายทั้งปวง โดยเฉพาะฉบับปี พ.ศ.2560 เพิ่มโอกาสในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติตามหมวด 6 ซึ่งเป็นแนวนโยบายแห่งรัฐ การปฏิรูปประเทศตามหมวด 16 การคุ้มครองสิทธิและกำหนดหน้าที่ของประชาชนตามหมวด 3 หน้าที่ของรัฐตามหมวด 5 และการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามหมวด 14 ส่งเสริมให้มีการปฏิรูประบบราชการและการบริการภาครัฐที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาอุปสรรคและโอกาสการพัฒนา การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไทยในอดีตเริ่มต้นจากการมีโรคหิวอดโรคระบาดในประเทศไทยสมัยรัชกาลที่ 5 ชาวจีนที่อพยพมาอยู่ประเทศไทยในขณะนั้นมีจิตอาสาในการเก็บศพไปเผาปนกิจ ต่อมาได้รับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล นับเป็นยุคแรกของการแพทย์ฉุกเฉินในขณะนั้นด้วยจิตอาสา องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเริ่มมีการถ่ายทอดวิชาตนเองในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ปัญหาอุปสรรค คือความรู้ที่ถูกต้อง การรักษาฉุกเฉินยังต้องเริ่มต้นที่ห้องฉุกเฉิน เมื่อถึงยุคที่บุคลากรทางการแพทย์เริ่มออกเหตุทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและอบรมให้ความรู้เป็นยุคของสถานพยาบาลเชิงรุกในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล เกิดศูนย์เรนทรและมีศูนย์รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ มีการประสานให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินแก้ไขช่องว่างของความทั่วถึงให้ครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม เนื่องจากความหลากหลายของภาคีเครือข่ายที่ไม่ได้สังกัดอยู่เฉพาะในกระทรวงสาธารณสุขและขาดหน่วยงานรับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ จึงเป็นที่มาของการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนด

มาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ โดยให้มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ของการแพทย์ฉุกเฉินเรียกว่าแผนหลัก การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเพื่อเป็นการกำหนดทิศ⁽¹²⁾ และให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ แม้จะเป็นโอกาสที่มีหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งโดยกฎหมายไม่ได้สังกัดส่วนราชการในการประสานภาคีเครือข่ายที่หลากหลายมากขึ้น แต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีอุปสรรคอยู่มาก เพราะแม้มีกฎหมายเฉพาะที่ใช้เป็นหลักในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ-ไทยในปัจจุบัน ซึ่งตามมาตรา 4 ระบุให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ แต่กระทรวงอื่นๆ ยังถือกฎหมายคนละฉบับ ปัญหาการบูรณาการกฎหมายในระดับเดียวกันและการตีความในเชิงการปฏิบัติหน้าที่และการใช้งบประมาณ เช่น การตีความของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินว่า การแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือไม่ กระทรวงมหาดไทยสามารถออกระเบียบต่างๆ ที่ให้หน่วยงานในสังกัดสามารถดำเนินการหรือปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้หรือไม่ ระดับใด คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องตีความว่าการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินขององค์กรการกุศลเป็นการรักษาพยาบาลตามกฎหมายกระจายอำนาจหรือไม่⁽¹³⁾ แม้แต่กระทรวงสาธารณสุขเองก็ไม่มั่นใจในความคาบเกี่ยวกันระหว่างบทบาทของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน-แห่งชาติกับบทบาทของหน่วยงานที่อยู่ในบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุขเอง ทำให้ทั้งองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวมถึงสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนเองไม่มั่นใจในบทบาทหน้าที่ อันเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินอย่างยิ่ง

ด้วยความพยายามในระยะเวลาที่ผ่านมาทำให้ได้ผ่านพ้นอุปสรรคและมีความชัดเจนเรื่องอำนาจหน้าที่ตาม

ภารกิจมากขึ้น แต่ทั้งองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรซึ่งเป็นจิตอาสา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังอยู่ในการกำกับของกระทรวงมหาดไทย สถานพยาบาลเอกชนที่ต้องคำนึงถึงต้นทุนและรายจ่าย รวมถึงสถานพยาบาลของรัฐที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณและโครงสร้างเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน อีกทั้งอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ-การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ที่ได้ระบุให้มีการกำหนดแผนและมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และสถาบันการ-แพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีบทบาทในการประสาน สนับสนุน อุดหนุน ชดเชย และให้ความรู้สู่สาธารณะ แต่ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการบังคับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและไม่มีบทบาทเป็นผู้จ่าย (purchaser) ไม่มีอำนาจกำหนดโครงสร้างอัตราค่าจ้างของหน่วยงานต่างๆ โดยตรง นอกจากนี้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ไม่ได้บัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและชุมชน รวมถึงไม่มีผู้แทนของประชาชนหรือชุมชนที่เป็นผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกรรมการการแพทย์-ฉุกเฉินด้วย ทำให้ทั้งการกำหนดทิศหรือแผนหลัก-มาตรฐาน หลักเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติและพัฒนาคุณภาพและการขับเคลื่อนให้ปฏิบัติตามทิศที่กำหนดล้วนเป็นไปได้อย่างยากหากทุกภาคส่วนไม่ได้มีส่วนร่วม และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้บูรณาการเปิดช่องให้ทำได้อย่างราบรื่น

หัวใจสำคัญและเป็นปัญหาหลักของประเทศไทยในปัจจุบัน คือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตยังเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้ทันเวลาที่ ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายอายุขัยเฉลี่ยและผู้พิการสะสมของคนไทย ผู้ป่วยฉุกเฉินอาจจะเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง หรือขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาล การแพทย์ฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเข้าถึงการช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างทันเวลาที่ หลายครั้งที่การเสียชีวิตเมื่อไปถึงสถานพยาบาลแล้วอาจเป็นผลสืบเนื่องจากการแพทย์ฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาลที่ด้อยประสิทธิภาพ บางรายเป็นผลต่อเนื่องจากขีดความสามารถหรือข้อจำกัดของการปฏิบัติการระหว่างนำส่งก่อนสถานพยาบาล ข้อมูลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ ปัจจุบันนี้มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่

แจ้งเหตุและได้รับการนำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1.6 ล้านครั้งต่อปี ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไปถึงสถานพยาบาลด้วยวิธีการนำส่งอื่น ในจำนวนนี้ร้อยละ 15 เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ในจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตินี้ เสียชีวิตช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลร้อยละ 5.7 เป็นการเสียชีวิตก่อนที่ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงร้อยละ 4.25 เสียชีวิตระหว่างนำส่งร้อยละ 1.45 และพบว่าชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติภายใน 8 นาทีเพียงร้อยละ 43-46 ชุดปฏิบัติการมีหลายระดับโดยหน่วยปฏิบัติการต่างๆ จะจัดให้มีเพื่อออกไปรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงประกอบด้วยรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง⁽¹⁵⁾ และผู้ปฏิบัติการที่นำโดยแพทย์ พยาบาล หรือนักปฏิบัติการฉุกเฉิน-การแพทย์ประกอบกันเป็นชุดปฏิบัติการระดับสูง⁽¹⁶⁾ ส่วนใหญ่สังกัดสถานพยาบาล ส่วนชุดปฏิบัติการพื้นฐานและระดับเบื้องต้นส่วนใหญ่สังกัดองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงอย่างทันทีทันใด แต่จากตัวเลขการเข้าถึงภายใน 8 นาทีเพียงร้อยละ 43-46 นั้นเป็นชุดปฏิบัติการระดับสูงที่เข้าถึงจุดเกิดเหตุเพียงไม่ถึงร้อยละ 20 ส่วนใหญ่จึงเป็นการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการระดับที่ต่ำกว่าระดับสูงหรือเป็นการรับผู้ป่วยแล้วไปส่งต่อให้กับชุดปฏิบัติการระดับสูงระหว่างทาง ดังนั้น ปัญหาของการที่ชุดปฏิบัติการระดับสูงไม่สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้ทัน 8 นาทีเนื่องจากชุดปฏิบัติการระดับสูงที่มีรถบริการการแพทย์-ฉุกเฉินระดับสูงเป็นส่วนประกอบล้วนจอดในโรงพยาบาล ไม่ได้กระจายจุดจอดนอกโรงพยาบาล ขาดแคลนบุคลากรที่มีสมรรถนะทำหัตถการระดับสูงเป็นองค์ประกอบของชุดปฏิบัติการระดับสูง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติยังต้องการการบริหารจัดการในระดับพื้นที่เพื่อให้สามารถเข้าถึงการช่วยเหลือในการปฏิบัติการระดับสูงได้ทันเวลา ซึ่งองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นองค์กรเป้าหมายกับบทบาทนี้

นอกจากกรุงเทพมหานครแล้วขณะนี้ พ.ศ.2564 ได้มีองค์การบริหารส่วนจังหวัดถึง 15 จังหวัดเข้ามาดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและแจ้งงานการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดขึ้น การที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจบรรจุในแผนกระจายอำนาจให้ย้ายศูนย์รับแจ้งเหตุและแจ้งงานการแพทย์ฉุกเฉินมาอยู่ที่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การกำหนดให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดจัดตั้งกอง-สาธารณสุขเป็นกองบังคับและสนับสนุนให้มีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาสังกัดการปกครอง-ส่วนท้องถิ่น รวมถึงการที่กระทรวงมหาดไทยอยู่ระหว่างการกำหนดโครงสร้างอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์-ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งหมดนี้ล้วนต้องอาศัยความพยายามในการประสานความร่วมมือแก้ปัญหาด้วยความยากลำบาก แต่เป็นโอกาสและความหวังต่อการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยต่อไป ความท้าทายคือ จะทำอย่างไรให้องค์การบริหารส่วน-จังหวัดที่เหลือเข้าดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินทั่วทั้งประเทศ สามารถกระจายจุดจอดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่นอกสถานพยาบาลเพื่อให้มีศักยภาพในการเข้าถึงทุกพื้นที่ได้ภายใน 8 นาที ท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกัน ยกระดับความปลอดภัย และช่วยเหลือฉุกเฉินเบื้องต้นได้ก่อนชุดปฏิบัติการไปถึง ส่งผลถึงการลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้สำเร็จ

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 อาจจะไม่ล้าสมัยต้องการการพัฒนา กฎหมายอื่นๆ ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินน้อยและไม่เชื่อมโยงกฎหมายรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุดที่สามารถเชื่อมโยงได้ นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ชาติที่มีรัฐธรรมนูญรองรับเป็นโอกาสพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินได้ในขณะแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอาจจะไม่เพียงพอต่อพลังการขับเคลื่อน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2560 กับโอกาสพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย

รัฐธรรมนูญหลายฉบับที่ผ่านมา มิได้มีการกำหนด วิสัยทัศน์ประเทศ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศ ในระยะยาวไว้ ส่งผลให้นโยบายการบริหารราชการแผ่นดินถูกกำหนดโดยพรรคการเมือง หรือนโยบายของรัฐบาลแต่ละรัฐบาลเป็นหลัก ซึ่งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง รัฐบาลจึงทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินนโยบาย สำคัญและขาดการบูรณาการทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติ ถือเป็นการสูญเสียโอกาสและสิ้นเปลืองทรัพยากรของประเทศ รวมถึงการปฏิรูประบบการบริหารราชการแผ่นดินของประเทศไทยให้มีเป้าหมายการพัฒนาในระยะยาว ซึ่งภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเทศไทยต้องปฏิรูปและปรับเปลี่ยนอย่างเป็นระบบ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 บัญญัติไว้ในหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ ในมาตรา 65 รัฐพึงจัดให้มี ยุทธศาสตร์ชาติเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศอย่าง ยั่งยืนตามหลักธรรมาภิบาลเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำ แผนต่าง ๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายดังกล่าว การจัดทำ การกำหนดเป้าหมาย ระยะเวลาที่จะบรรลุเป้าหมาย และสาระ ที่พึงมีในยุทธศาสตร์ชาติ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และ วิธีการที่กฎหมายบัญญัติ ทั้งนี้ กฎหมายดังกล่าวต้องมี บัญญัติเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการรับฟังความคิดเห็น ของประชาชนทุกภาคส่วนอย่างทั่วถึงด้วย

การบรรลุเป้าหมายอนาคตในระยะยาวที่กำหนดไว้ ตามยุทธศาสตร์ชาตินั้น การบริหารราชการแผ่นดินจะ ต้องปรับเปลี่ยนขนานใหญ่ให้สามารถขับเคลื่อน ยุทธศาสตร์การพัฒนาอย่างมีบูรณาการและมีความต่อ-เนื่อง ทั้งนี้เพื่อตอบโจทย์การแก้ปัญหาหลัก ๆ ของ ประเทศและสนับสนุนการพัฒนาด้านต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล วางระบบบริหารงานภาค รัฐแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยง กันตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติลงไปถึงระดับพื้นที่ สร้าง ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดย

เฉพาะสำหรับผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เน้น การกระจายทรัพยากรและเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล ให้กระจายไปยังพื้นที่อำเภอ ตำบล เพื่อให้ สามารถดูแลประชาชนได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบ-หลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมผู้มีรายได้น้อยให้ได้รับ บริการที่ไม่มีความเหลื่อมล้ำในด้านคุณภาพ รวมทั้งระบบ คัดกรองการรักษาพยาบาลต่อการเจ็บป่วยที่สร้างภาระ ทางการเงินโดยไม่คาดคิดหรือเกินขีดความสามารถของ ผู้มีรายได้น้อย สนับสนุนส่งเสริมให้สังคมเข้ามามีส่วน-ร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาสถาน-พยาบาลให้มีคุณภาพและมีสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร ตามมาตรฐานสากลในทุกพื้นที่ และส่งเสริมการใช้ เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการสาธารณสุข การเพิ่มขีด ความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่ง ตนเองและการจัดการตนเอง ปรับสมดุลและพัฒนาระบบ การบริหารจัดการภาครัฐที่เน้นการปรับเปลี่ยนภาครัฐ ยึด หลัก “ภาครัฐของประชาชนเพื่อประชาชนและประโยชน์ ส่วนรวม”⁽¹⁷⁾ สำหรับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีความสอดคล้องและอาศัยยุทธศาสตร์ชาติเป็นหลักยึด โยงภารกิจที่เกี่ยวข้องได้ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนา ระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์-ฉุกเฉิน การพัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์-ฉุกเฉิน การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และการสื่อสารสาธารณะ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน โดยที่คณะ-กรรมการปฏิรูปด้านสาธารณสุขได้เสนอแผนปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งมีการปฏิรูประบบการแพทย์-ฉุกเฉินเป็น 1 ใน 10 เรื่อง มีเป้าหมายให้ “ทุกคนบน แผ่นดินไทยเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา และมีมาตรฐาน” มีกิจกรรมในการปฏิรูป 3 เรื่อง คือ (1) โครงสร้างบริหาร จัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (2) ระบบบริการการ-แพทย์ฉุกเฉิน และ (3) กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์-

รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี)⁽¹⁸⁾

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย อำนาจอธิปไตยเป็นของปวงชนชาวไทย ตามมาตรา 3 โดยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง ปวงชนชาวไทยย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญเสมอกันตามมาตรา 4 ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการภาครัฐได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว คำนึงความเชื่อมั่นในคุณภาพของงานบริการภาครัฐ ด้วยสิทธิของผู้บริโภคย่อมได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 46 และบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐตามมาตรา 47 บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย รัฐต้องจัดให้มีสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิตตามมาตรา 56 ดังนั้น บุคคลที่ได้รับการอันตรายจากการประสพภาวะฉุกเฉินน่าจะต้องได้รับการคุ้มครองเป็นอันดับแรกเพราะเป็นการคุ้มครองให้อยู่รอดก่อนการคุ้มครองให้อยู่ได้และก่อนคุ้มครองให้อยู่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติซึ่งต้องได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ของประเทศไทย อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะฉุกเฉิน และทันเวลาต่อโอกาสรอดชีวิตให้ได้ โดยสอดคล้องกับมาตรา 28 (3) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 “การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำหนักการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด” เป็นการตัดภาระค่าใช้จ่ายคุ้มครองไม่ให้เสียโอกาสการเข้าถึงการช่วยเหลือฉุกเฉินจนเสียโอกาสรอดชีวิตและรอดพ้นจากความพิการ

หลักการแนวคิดที่เป็นบริบทของการขับเคลื่อนประเทศไทย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเฉพาะ

งานสาธารณสุขมูลฐานที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกำลังสำคัญ การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สามารถบูรณาการจนประสบความสำเร็จตามบริบทของแต่ละพื้นที่ และรัฐสวัสดิการสามารถสร้างความสมดุลกับระบบทุนนิยมอย่างมีส่วนร่วมกันโดยเฉพาะสวัสดิการรักษายาบาล การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเดินทางอยู่บนหลักคิดทั้งสามนี้อย่างเข้มข้น ไม่ว่าจะเป็นความหมายของรัฐสวัสดิการเพราะการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้โดยเฉพาะนโยบาย เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติมีสิทธิเข้าถึงบริการได้ทุกที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้กำหนดนโยบายเชิงป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินและพัฒนาระบบความปลอดภัยด้วยนโยบายตำบลปลอดภัย โดยให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมกันโดยรัฐสนับสนุน และให้ประชาชนสามารถแจ้งเหตุและช่วยเหลือฉุกเฉินได้ก่อนที่รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึงการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัดมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของเรื่องในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่เช่นเดียวกับในระดับสากลที่ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉินของประชาชน ซึ่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 รองรับอยู่ในมาตราต่างๆ เช่น พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพตามมาตรา 258 ข (4) มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรา 61 ข้าราชการให้บริการประชาชนอย่างจริงจัง มาตรา 76 มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภค การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการบริการประชาชน ปรากฏในมาตรา 250 บัญญัติให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่และอำนาจดูแลและจัดบริการสาธารณะ การร่วมดำเนินการกับเอกชนหรือ

หน่วยงานของรัฐหรือการมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการ รัฐต้องจัดให้มีพื้นที่สาธารณะสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ใช้สิทธิและมีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย ตามมาตรา 57 เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพลเมืองหรือชุมชนอย่างจริงจัง สนับสนุนการ ขยับเคลื่อนของเครือข่ายภาคประชาชนหรือประชาสังคม มาตรา 76 รัฐพึงพัฒนาระบบการบริหารราชการแผ่นดินทั้งราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่น และงานของรัฐอย่างอื่น ให้เป็นไปตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยหน่วยงานของรัฐต้องร่วมมือและช่วยเหลือกันในการปฏิบัติหน้าที่ทั้งหมดนี้จึงเป็นโอกาสของการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินในการใช้อำนาจจากบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่เกี่ยวข้องนี้ไปเชื่อมโยงพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและเครือข่ายภาคประชาชนและชุมชน

สรุป

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ปกครองโดยใช้กฎหมายหรือนิติรัฐ (legal state) โดยมีรัฐธรรมนูญเป็นกฎหมายสูงสุด มีบทบัญญัติแห่งกฎหมายอยู่ภายใต้และไม่ขัดรัฐธรรมนูญ โดยมีผู้รักษาการของกฎหมายแต่ละฉบับตามภารกิจของแต่ละส่วนราชการรวมถึงกฎหมายเฉพาะสำหรับหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นกับภารกิจเฉพาะ แต่ในอดีตการดำเนินการต่างๆ ตามภารกิจของกฎหมายแต่ละฉบับโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีปัญหาอุปสรรคทั้งความสอดคล้องกับนโยบายและทิศทางของประเทศในแต่ละยุคสมัยของรัฐบาล ปัญหาอุปสรรคของการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายตามภารกิจในการจัดบริการสาธารณะ การเข้าถึงและการคุ้มครองประชาชนที่มีทั้งการทับซ้อน ขัดแย้งและขาดการบูรณาการกัน ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติหน้าที่ที่สอดคล้องกับหลักคิดที่เป็นบริบทของประเทศไทยร่วมกัน การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีบทบัญญัติ

แห่งกฎหมายคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินภารกิจเฉพาะ ก็ประสบปัญหาต่างๆ ดังกล่าวเช่นเดียวกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มีการกำหนดวิสัยทัศน์ประเทศ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของประเทศในระยะยาวเพื่อใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่างๆ ให้สอดคล้องและบูรณาการกันเพื่อให้เกิดเป็นพลังผลักดันร่วมกันไปสู่เป้าหมายและกำหนดให้มีการปฏิรูปประเทศ วางระบบบริหารงาน ภาครัฐแบบบูรณาการ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเชื่อมโยงกันตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติลงไปจนถึงระดับพื้นที่ โดยที่แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องและอาศัยยุทธศาสตร์ชาติเป็นหลักยึดโยงภารกิจที่เกี่ยวข้อง มีการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีเป้าหมายให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทยเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทัวถึง ทันเวลา และมีมาตรฐาน” ได้แก่ โครงสร้างบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการระบุให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน(ทุกกรณี) รัฐธรรมนูญบัญญัติให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครองเสมอกัน ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการภาครัฐได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว คำนึงความเชื่อมั่นในคุณภาพของงานบริการภาครัฐ คุ้มครองสิทธิของผู้บริโภค มีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุข การป้องกันและขจัดโรคติดต่อของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ให้มีสาธารณสุขปลอดภัยขั้นพื้นฐานต่อการดำรงชีวิต ซึ่งบุคคลที่ได้รับอันตรายจากการประสบภาวะฉุกเฉินจะได้รับการคุ้มครอง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต้องได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ของประเทศไทย อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะฉุกเฉิน และทันเวลาต่อโอกาสรอดชีวิต การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมี

ให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติฉุกเฉินอย่างทันทีทันใดที่รัฐธรรมนูญได้รองรับหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และรัฐสวัสดิการ การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเดินหน้อยู่บนหลักคิดทั้งสามนี้อย่างเข้มข้น จัดรัฐสวัสดิการให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิเข้าถึงบริการได้ทันที ที่จัดให้มีการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วยนโยบายเชิงป้องกันและความปลอดภัย สื่อสารความรู้แก่ท้องถิ่นชุมชนและประชาชนให้สามารถป้องกัน แง้เหตุและช่วยเหลือฉุกเฉินได้ก่อนที่รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึง การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัดมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของเรื่องในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่เช่นเดียวกับในระดับสากลที่ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉินของประชาชน ซึ่งรัฐธรรมนูญรองรับอยู่ในมาตราต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพ ดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐาน ให้รัฐพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้าราชการให้บริการประชาชนอย่างจริงจัง มีมาตรการหรือกลไกที่มีประสิทธิภาพในการคุ้มครองผู้บริโภค การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการบริการประชาชน จัดบริการสาธารณะ การร่วมดำเนินการกับเอกชนหรือหน่วยงานของรัฐหรือการมอบหมายให้เอกชนหรือหน่วยงานของรัฐดำเนินการ จัดให้มีพื้นที่สาธารณะสำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของพลเมืองหรือชุมชนอย่างจริงจัง สนับสนุนการขับเคลื่อนของเครือข่ายภาคประชาชนหรือประชาสังคม พัฒนาระบบการบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีโดยหน่วยงานของรัฐต้อง

ร่วมมือและช่วยเหลือกันในการปฏิบัติหน้าที่ มีการรองรับด้วยกฎหมายต่างๆ ที่แต่ละหน่วยงานเกี่ยวข้องโดยมีกฎหมายรัฐธรรมนูญยึดโยงและกำหนดทิศรั่วมกันด้วยยุทธศาสตร์ชาติและแผนปฏิรูปประเทศภายใต้รัฐธรรมนูญ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 จึงเป็นโอกาสของการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/040/1.PDF>
2. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/255601101636362435_c2ps85DUy7tpW0yp.pdf
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนการตายจากการทะเบียน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fstatbbi.nso.go.th%2Fstaticreport%2FPage%2Fsector%2FTH%2Freport%2Fsector_01_11302_TH.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ร้อยละของคนตายจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร แยกตามสาเหตุการตายเขตการปกครองและภาค พ.ศ.2558-2559 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fstatbbi.nso.go.th%2Fstaticreport%2FPage%2Fsector%2FTH%2Freport%2Fsector_01_11383_TH.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนการตาย จำแนกตามสาเหตุการตาย พ.ศ.2550-2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/บริการสถิติสถิติพื้นฐานที่เป็นอนุกรมเวลา/จำนวนผู้ป่วย-สาเหตุการตาย.aspx>
6. World Health Organization. Launch of the Global Status Report on Road Safety 2018 in Thailand [internet]. 2021

- [cited 2021 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/thailand/news/detail/19-12-2018-launch-of-the-global-status-report-on-road-safety-2018-in-thailand>
7. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทย พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://dep.go.th/images/uploads/files/situation31mar64.pdf>
 8. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผน-ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2021/01/Final_CR_07-ด้านสาธารณสุข-22164.pdf
 9. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
 10. Numbeo. Quality of Life Index by Country 2021 Mid-Year [internet].2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp
 11. Numbeo. Health Care Index by Country 2021 Mid-Year [internet].2021 [cited 2021 Dec 15]. Available from: https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp
 12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562 – 2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/7998?group=79>
 13. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://web.krisdika.go.th/lawChar.jsp?head=3&item=3&process=showTitleOfLaw&id=2&group=%A1&lawCode=%A1100&link-ID=headLaw>
 14. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://ws.niems.go.th/items_front/index.aspx
 15. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. คู่มือแนวทางปฏิบัติการรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/14151?group=21>
 16. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบและข้อจำกัดของหน่วยปฏิบัติการ พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.niems.go.th/pdfviewer/index.html>
 17. ราชกิจจานุเบกษา. ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ.2561– 2580) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF
 18. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่องการประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 ธ.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/024_5/1.PDF

Abstract

Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 and the Opportunity to Develop the Emergency Medical System

Pairoj Boonsirikamchai

Pridi Banomyong Faculty of Law, Dhurakij Pundit University, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(2):209-19.

Since the Emergency Medical Act B.E. 2551 has been in effect for 13 years. The mortality and disability rates of Thai people from emergency including accidents are still high. One important cause is that the powers and duties stated in the act are insufficiently competent. While there are many government, private sectors and people involved in helping emergency patients, each sector has the law of the agency to specify the authority to apply which is not addressed the emergency medicine content. Or if they exist, there are few, look separated; and there is no clear authority to link each other. It is an obstacle to Thailand emergency medicine development. However, references and links that is done by Constitution, the highest hierarchy of laws, is the opportunity. The Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 stipulates that a long term strategy is established, as well as the country reform plan, to promote the development of government services and the collaboration between public, private, non-government, local government and people; and becomes the principle of integration of relevant laws. Although the Emergency Medical Act B.E. 2551 is specific and in the level of provisions of the law. By virtue of the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 to integrate many of laws to resolve barriers to cross-organizational collaboration. Many times, emergency operations may require collaboration between emergency medical service, rescue service and police. The rescue work is under the responsibility of local government and non-government organization. There are still many other agencies involved in the case of mass casualty, specific hazard or disaster. Objections or arguments related to authority and mission of the person or organization that is authorized by law, will be able to operate and be able to use the state budget. The medical emergency development in Thailand is in line with the Constitution. It is a basic necessity that the state must provide the quality and standardization of public emergency medicine to protect the rights of the people when an emergency occurs, accessible to emergency patients thoroughly, equally and in time, enhance people's basic knowledge to access protection and prevention, and achieve a reduction in mortality and disability of Thai people with the participation of network partners. Local government organizations should be promoted to be managers of emergency medicine by the decentralization concept; and develop a emergency medicine plan within the national strategy and country reform. Thus, the Constitution of the Kingdom of Thailand B.E. 2560 is an opportunity for the emergency medicine development.

Keywords: emergency medicine; constitution of the Kingdom of Thailand; Emergency Medical Act

Corresponding author: Pairoj Boonsirikamchai, email: pairojemail@gmail.com