

บทความพิเศษ

Special Article

พัฒนาการโดยสังเขปของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย

วิชัย โชควิวัฒน์

สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

ติดต่อผู้เขียน: วิชัย โชควิวัฒน์ email: vichaichok@yahoo.com

วันรับ: 30 พ.ค. 2564

วันแก้ไข: 6 มิ.ย. 2564

วันตอบรับ: 16 มิ.ย. 2564

บทคัดย่อ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย มีองค์ประกอบครอบคลุมอย่างกว้างขวาง เช่นเดียวกับ 6 เสาหลักของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถทำหน้าที่ได้อย่างครอบคลุมเพียงพอในการปฏิบัติงานเพื่อคุ้มครองชีวิตของประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีการพัฒนาแบบแยกส่วนมายาวนานกว่าร้อยปี โดยระยะแรกเป็นส่วนหนึ่งของการบรรเทาทุกข์ ระยะที่สองเป็นการพัฒนาระบบรพพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉินบางส่วน ระยะที่สามเป็นการพัฒนาระบบการคลังและการผลักดันให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระยะที่สี่เป็นการพัฒนาหลังเกิดพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติสามารถพัฒนาอย่างมียุทธศาสตร์ และบรรลุเป้าหมายได้ดีโดยประหยัด

คำสำคัญ: ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน; พัฒนาการ; ประเทศไทย

บทนำ

คำว่า “ฉุกเฉิน” โดยทั่วไปหมายความว่า “ที่เป็นไปโดยปัจจุบันทันด่วนและจะต้องรีบแก้ไขโดยฉับพลัน เช่น เหตุฉุกเฉิน, ที่อาจเป็นภัยต่อความมั่นคงหรือความปลอดภัยแห่งราชอาณาจักร เช่น ภาวะฉุกเฉิน สถานการณ์ฉุกเฉิน”⁽¹⁾ ในทางการแพทย์ กฎหมายให้นิยาม “การแพทย์ฉุกเฉิน” ว่า “การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน”⁽²⁾ ทั้งนี้ “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า “บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วย

กะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันด่วนเพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือการรุนแรงของการของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น”⁽²⁾ จะเห็นว่าความหมายของการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบัน มีความหมายครอบคลุมกว้างขวางมาก ตั้งแต่ การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดจนการป้องกันด้วย การที่กฎหมายเขียนไว้อย่างครอบคลุมกว้างขวางเช่นนั้น ก็เพื่อให้หน่วยงานที่

รับผิดชอบสามารถทำงานได้ในขอบเขตที่กว้างขวางเพียงพอ ให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่สำคัญคือการช่วยชีวิต การป้องกันความพิการ การสูญเสียอวัยวะ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันทั้งปวงด้วย

พัฒนาการของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ย่อมต้องดำเนินการครอบคลุมทั้งระบบ โดยคำว่าระบบในที่นี้ มีความหมายเช่นเดียวกับ “ระบบสุขภาพ” ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย “6 เสาหลักของระบบสุขภาพ” (Six Building Blocks of Health System) ได้แก่ (1) ระบบบริการ (Service delivery) (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) (3) ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health information systems) (4) การเข้าถึงยาจำเป็น (Access to essential medicine) (5) ระบบการคลัง (Financing) และ (6) ภาวะผู้นำและการอภิบาล (Leadership / Governance)⁽³⁾ ในประเทศไทยได้มีการพัฒนาศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) โดยโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลต่างๆ ระบบบริการซึ่งมีการจัดห้องผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และการจัดเวรเพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งกรณีอุบัติเหตุและฉุกเฉิน การพัฒนาระบบรถพยาบาลเพื่อการส่งต่อผู้ป่วย (ambulance) และการขนย้ายผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ เป็นต้น บทความนี้ มุ่งเน้นกล่าวถึงพัฒนาการของระบบการขนย้ายผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเป็นหลัก เพราะเป็นระบบบริการนอกโรงพยาบาลซึ่งมีผลสำคัญต่อผลการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในแง่การช่วยชีวิต การจำกัดความพิการ และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีขอบเขตที่เน้นประสบการณ์ของผู้เขียนเป็นสำคัญ

ประสบการณ์ของประเทศไทย

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ตั้งอยู่บน “วงแหวนแห่งไฟ” (ring of fire) และเป็นประเทศที่เป็นเกาะ ทำให้มีอุบัติภัยเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ทั้งแผ่นดินไหว ภูเขาไฟระเบิด สึนามิ พายุ น้ำท่วม ไฟไหม้ เป็นต้น ทำให้ญี่ปุ่นต้องพัฒนาระบบการกู้ภัยรวมทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างยาวนาน จนเป็นประเทศหนึ่งที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็น

แบบอย่างให้ศึกษาได้

ผู้เขียนเคยมีประสบการณ์ไปศึกษาดูงานที่ประเทศญี่ปุ่นตั้งแต่ต้นทศวรรษ 2520 ได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง รวมทั้งได้ไปศึกษาดูงานระบบรถการแพทย์ฉุกเฉินด้วย ต่อมายังได้ไปศึกษาดูงานในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยไปศึกษาดูงานทั้งในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาดกลาง และระบบงานของหน่วยดับเพลิงด้วย

ระบบรถการแพทย์ฉุกเฉินของญี่ปุ่น เลือกวิธีการตั้งหน่วยไว้คู่กับหน่วยรถดับเพลิงเพราะมักต้องทำงานคู่ขนานกัน โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน รถพยาบาลทุกคันจะมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และมีเจ้าหน้าที่ประจำ 2 คน คือ พนักงานขับรถและเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยแพทย์ โดยมีระบบข้อมูลข่าวสารทั้งระบบการรับแจ้งเหตุและระบบแผนที่นำทางสู่ที่เกิดเหตุที่มีประสิทธิภาพสูง ทำให้สามารถไปถึงที่เกิดเหตุได้โดยรวดเร็ว จนมีคำกล่าวทั่วไปเมื่อเกือบครึ่งศตวรรษมาแล้วว่า สามารถเรียกรถพยาบาลได้เร็วกว่าเรียกแท็กซี่

ในเขตชนบทของญี่ปุ่น มีโรงพยาบาลขนาดย่อมให้บริการอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างเช่น ในเขตชนบทซึ่งมีประชากรราว 5 พันคน ใกล้เคียงกับระดับตำบลของประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการอย่างทั่วถึงทุกตำบล มีเจ้าหน้าที่ให้บริการราว 6-7 คน ไม่มีแพทย์ประจำ แต่ของญี่ปุ่น บาง “ตำบล” มีโรงพยาบาลชุมชน (community hospital) ถึง 4-5 แห่ง แต่ละแห่งมีเตียงรับผู้ป่วยราว 30-50 เตียง มีเจ้าหน้าที่ประจำแห่งละราว 30-40 คน มีแพทย์ประจำเต็มเวลา 3-4 คน และมีแพทย์ประจำบางเวลา 2-3 คน มีเครื่องมืออุปกรณ์ทันสมัยมากกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงในประเทศไทย โดยมีข้อแตกต่างที่สำคัญ คือ ประการแรก ในระดับตำบล มีโรงพยาบาลชุมชนอาจถึง 4-5 แห่ง ขณะที่ในประเทศไทยมีบริการระดับโรงพยาบาล-ส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ประการที่สอง โรงพยาบาล-ชุมชนแต่ละแห่งจะไม่เปิดให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกวัน แต่จะสลับเวรกันให้บริการวันละแห่งเดียว

ขณะที่ประเทศไทยคาดหวังให้โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน

เมื่อหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินได้รับแจ้งเหตุ จะเดินทางไปจุดเกิดเหตุโดยรวดเร็ว มีการประเมินสภาพผู้ป่วยและอาจให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และหากจำเป็นจะสามารถนำส่งโรงพยาบาลชุมชนที่ “อยู่เวร” ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว หรือหากจำเป็นจะต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ก็สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้โดยตรง ระบบรถการแพทย์ฉุกเฉินของญี่ปุ่นจึงเป็นระบบที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูงมาก

สำหรับโรงพยาบาลขนาดกลางในระดับจังหวัด นอกจากระบบรถการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว ยังมีระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินทางอากาศโดยเฮลิคอปเตอร์ โรงพยาบาลดังกล่าวมีขนาด 650 เตียง เป็นโรงพยาบาลของเทศบาลซึ่งมีประชากรราว 320,000 คน ในปี พ.ศ. 2556 มีการให้บริการขนส่งผู้ป่วยทางเฮลิคอปเตอร์กว่า 500 ราย⁽⁴⁻⁶⁾

พัฒนาการของระบบการเคลื่อนย้าย

ผู้ป่วยฉุกเฉิน ในประเทศไทย

ระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย อาจแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ (1) ระยะเริ่มต้น (2) ระยะการพัฒนารถพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (3) ระยะการพัฒนาระบบการเงินการคลัง (4) ระยะปัจจุบัน ซึ่งมีข้อมูลโดยสังเขป ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มต้น

ระยะนี้เป็นช่วงของการก่อรูปของระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีพัฒนาการพร้อมกับการเริ่มพัฒนาประเทศให้ทันสมัย (modernization) ในรัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยเป็นการริเริ่ม ในรูปแบบของภาคเอกชน จากกรณีพิพาทระหว่างประเทศสยามกับประเทศฝรั่งเศสเรื่องดินแดนฝั่งซ้ายแม่น้ำโขง ทำให้มีทหารบาดเจ็บล้มตายจำนวนมาก ท่านผู้หญิง

เปลี่ยน ภาสกรวงศ์ ได้ชักชวนสตรีเป็นอาสาสมัครบรรเทาทุกข์ในรูปของกาชาดสากล โดยได้กราบบังคมทูลสมเด็จพระนางเจ้าสว่างวัฒนา พระบรมราชเทวี ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตตั้ง “สภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยาม” ขึ้น เมื่อความทราบฝ่าละอองธุลีพระบาท พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชกระแสว่า เป็นความคิดอันดีงามตามแบบอย่างประเทศที่เจริญแล้ว จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานพระบรมราชานุญาตให้จัดตั้ง “สภาอุณาโลมแดง” ขึ้น เมื่อวันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2436 และทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้สมเด็จพระนางเจ้าสว่างวัฒนา พระบรมราชเทวี ทรงเป็น “สภานายิกา” และสมเด็จพระนางเจ้าเสาวภาผ่องศรี พระวรราชเทวี ทรงเป็น “สภานายิกา” ส่วนท่านผู้หญิงเปลี่ยน ภาสกรวงศ์ เป็นเลขานุการนิสิตสภาอุณาโลมแดงได้พัฒนาต่อมาเป็นสภากาชาดไทยในปัจจุบัน ซึ่งถือเอาวันก่อตั้งสภาอุณาโลมแดง คือ วันที่ 26 เมษายน เป็นวันสถาปนาสภากาชาดไทย⁽⁷⁾

ในส่วนของภาคเอกชน หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการก่อรูปของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนนี้คือมูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ผู้เป็นต้นกำเนิดของมูลนิธิคือ “ไต้สงก” ซึ่งมีชื่อประวัติปรากฏอยู่ในจดหมายเหตุอำเภอกุดเตี้ยเอี้ย (จีนกลาง: เกาหยัง) เมืองแต้จิ๋ว มณฑลทงกวางตุ้ง ไต้สงกเกิดที่เมืองเหวินโจว มณฑลเจ้อเจียง เมื่อ พ.ศ. 1582 ในสมัยราชวงศ์ซ่ง แซ่ลิ้ม ได้เข้ารับราชการระยะหนึ่ง ภายหลังลาออกไปอุปสมบทเป็นพระภิกษุในพระพุทธศาสนา ศึกษา ปฏิบัติ และเผยแผ่ธรรมะเป็นเวลายาวนานในมณฑลผู้เจี้ยน เมื่อ พ.ศ. 1663 ได้รุดงค์มาถึงตำบลเตี้ยเอี้ย เวลานั้นผู้คนที่นี่เกิดโรคระบาด ผู้คนอดอยากล้มตายจำนวนมาก ไต้สงกในวัย 81 ปี ได้เก็บศพเหล่านั้น ไปฝังโดยไม่รังเกียจ และได้ตั้งศาลาโรงทานแจกอาหารผู้ยากไร้ ช่วยเยียวยารักษาโรคภัยไข้เจ็บ ชักชวนชาวบ้านให้ประกอบกุศลจิตอย่างกว้างขวาง เป็นที่เคารพศรัทธาของประชาชนอย่างมาก หลังจากท่านมรณภาพได้มีการก่อตั้งสถานสาธารณกุศลขึ้นในประเทศจีนกว่า 300 แห่ง และในเอเชียอาคเนย์ราว 40 แห่ง ในประเทศไทย

คือ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง คำว่า ป่อเต็ก คือ สมองคุณ ตึ๊ง คือ ศาลา มูลนิธิแห่งนี้ประกอบสาธารณกุศลอย่างมากมาย ทั้งการเก็บศพไร้ญาติ การบรรเทาสาธารณภัย บริการรถ การแพทย์ฉุกเฉิน การตั้งโรงพยาบาล ตั้งมหาวิทยาลัย และอื่นๆ

ในศาลเจ้าไต้ซงกง มีอักษรจารึกเหนือพระประธาน ไต้ซง ว่า “บ่วงแกแซฮุก” บ่วง แปลว่า หมิ่น แก แปลว่า ครอบครวั แซ แปลว่า ให้กำเนิด ฮุก แปลว่า พระพุทธเจ้า บ่วงแกแซฮุก จึงแปลว่า “พระพุทธเจ้าให้ชีวิตแก่หมิ่น ครวัเรือน” เหนือประตูมีคำจารึกว่า “ฮุกกวงโพเวเจีย” เป็นคำสรรเสริญพระพุทธคุณ มีความหมายว่า “แสง ประทีปแห่งพระพุทธเจ้าส่องทั่วหล้า”

ในประเทศไทย มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งมีที่มาจาก “คณะเก็บศพไต้ซงกง” ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2452 โดยพ่อค้าชาวจีนในกรุงเทพฯ 12 คน มีจุดประสงค์เพื่อเก็บศพไร้ญาติ ทุกภาษา นำไปฝังไว้ที่ป่าช้าวัดดอน ถนนเจริญกรุง ยานนาวา ที่ชาวจีนได้เรียกริเงินซื้อไว้ ต่อมาในปี 2486 นักธุรกิจร่วมกับบรรดาสมาชิกและหนังสือพิมพ์ได้ปฏิรูประบบองค์กรของคณะเก็บศพไต้ซงกงก่อตั้งเป็นมูลนิธิชื่อ “ฮั่วเคี้ยวป่อเต็กเซี่ยงตึ๊ง” เป็นมูลนิธิลำดับที่ 11 ของประเทศไทย ฮั่วเคี้ยวเป็นภาษาแต้จิ๋ว ภาษาจีนกลางคือ หัวเฉียว แปลว่า “โพ้นทะเล” หมายถึงชาวจีนโพ้นทะเล ที่อพยพไปทำมาหากินนอกประเทศจีน นอกจากเก็บศพไร้ญาติแล้วยังมีกิจการบรรเทาสาธารณภัยต่างๆ ทั้งอัคคีภัย ภัยแล้ง ภัยหนาว อุทกภัย ต่อมาได้จัดตั้งสถานผดุงครรภ์หัวเฉียวเมื่อ พ.ศ. 2481 และพัฒนามาเป็นโรงพยาบาลหัวเฉียวในปัจจุบัน และต่อมาได้ก่อตั้งมหาวิทยาลัยซึ่งได้รับพระราชทานนามจากพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช-บรมนาถบพิตรว่า มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ระหว่าง พ.ศ. 2487-2488 สงครามทางอากาศในประเทศไทยรุนแรงขึ้น มูลนิธิได้ทำหน้าที่เก็บศพไร้ญาติกว่าหมื่นศพ หลังสงครามโลกสงบ ในประเทศจีนยังมีสงครามระหว่างรัฐบาลก๊กมินตั๋งกับกองทัพปลดแอกประชาชนของ

เหมาเจ๋อตุง ทำให้มีคนจีนอพยพมาในประเทศไทยราว 170,000 คน นำโรคระบาด คือ ริดสีดวงตาเข้ามาด้วย เพราะในเรือโดยสารแต่ละลำมีผู้โดยสารอยู่กันอย่างแออัดหลายพันคน มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งได้ทำหน้าที่บรรเทาทุกข์ และต่อมาได้พัฒนาระบบรพพยาบาลขนส่งผู้ป่วยต่อเนื่องมาจนปัจจุบัน⁽⁹⁾

นอกจากมูลนิธิป่อเต็กตึ๊งแล้วต่อมาได้มีมูลนิธิอื่นๆ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคก่อตั้งขึ้นและทำการกุศลในลักษณะคล้ายคลึงกันอีกมาก เช่น มูลนิธิร่วมกตัญญู หรือ “หงีเต็กตึ๊ง” ซึ่งก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 22 มิถุนายน 2513⁽¹⁰⁾

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบรพพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน⁽¹¹⁾

พระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีตลอดจนพระบรมวงศานุวงศ์หลายพระองค์ทรงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างยาวนาน อาทิ การสร้างเรือเวชพาหน์ออกช่วยดูแลรักษาประชาชนมาตั้งแต่ พ.ศ. 2498 มูลนิธิราชประชานุเคราะห์ในพระบรมราชูปถัมภ์เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2505 โครงการแพทย์หลวงและหน่วยแพทย์พระราชทานซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2508 หน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2505 หน่วยแพทย์ทางวิทยุเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2515 โครงการหมอหมู่บ้านเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2525 โครงการพระราชดำริ “ตำรวจจราจรช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน” หรือที่รู้จักกันในนาม “จราจรในพระราชดำริ” เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 มูลนิธิอานันทมหิดลได้ให้ทุนวิจัยทางการแพทย์จำนวนมากเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบเวชบริการฉุกเฉินตั้งแต่ พ.ศ. 2539-2542

หน่วยราชการต่างๆ หลายหน่วยได้มีการพัฒนาระบบรพพยาบาลและระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาทิ

1. กรมตำรวจ

ได้จัดตั้งศูนย์ส่งกลับขึ้นในปี พ.ศ. 2520 โดยจัดให้มีรถพยาบาลประจำอยู่ในสถานีดับเพลิงในกรุงเทพฯ 34 แห่ง ภายในรถพยาบาลมีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้นพร้อมตำรวจดับเพลิงที่ผ่านการอบรมให้มีความสามารถเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาล และให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล (prehospital care) ต่อมาในปี 2523 ได้จัดตั้งศูนย์รถพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ร้องขอมาทางโทรศัพท์และทางวิทยุ และต่อมาได้รวมศูนย์รถพยาบาลเข้ากับศูนย์ส่งกลับ และพัฒนาการให้ความช่วยเหลือทางเฮลิคอปเตอร์ด้วย

2. กระทรวงกลาโหม

มีการจัดตั้งศูนย์รถพยาบาลกระทรวงกลาโหม ในกองกำลังรักษาพระนคร เมื่อ พ.ศ. 2525 มีโทรศัพท์สายด่วน 123 และมีรถพยาบาลประมาณ 40 คัน ให้บริการประชาชนในเขตกรุงเทพฯ ต่อมาได้ยุติการบริการด้วยเหตุผลทางการเมือง

3. กรุงเทพมหานคร

ในปี 2537 สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครได้จัดตั้งหน่วยแพทย์กู้ชีพขึ้นที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ลักษณะเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วพร้อมบุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นไปยังจุดเกิดเหตุ เน้นการช่วยเหลือด้านอุบัติเหตุจราจร ต่อมาได้พยายามขยายไปยังโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 9 แห่ง ขยายขอบเขตบริการครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีไข่อุบัติเหตุจราจรด้วย เรียกหน่วยปฏิบัติการนี้ว่า หน่วย “สมาร์ท” (SMART: Synergic – Medical Ambulance and Rescue Team) มีหมายเลขรับแจ้งเหตุ คือ 1554

ต่อมาได้จัดตั้ง “ศูนย์เฮอร์วีน” เมื่อ พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นศูนย์กลางการประสานการจัดบริการทางการแพทย์ประเภทวิกฤตฉุกเฉินทุกประเภท พร้อมจัดบริการรถพยาบาลฉุกเฉิน ต่อมาในปี 2550 ศูนย์เฮอร์วีนได้รับมอบภารกิจจากสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กระทรวงสาธารณสุข ดูแลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรุงเทพมหานครโดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1646

4. โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

เริ่มก่อตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่ พ.ศ. 2535 โดยมีการเชื่อมโยงกับผู้บริหารในจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ปีต่อมาได้รับความช่วยเหลือทางวิชาการจากองค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ได้พัฒนาหน่วยบริการรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุร่วมกับมูลนิธิขอนแก่นสามัคคีอุทิศ

เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2537 หน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นเริ่มออกปฏิบัติการ นับเป็นหน่วยกู้ชีพแห่งแรกในส่วนภูมิภาคที่จัดตั้งขึ้นโดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน (hospital-based emergency medical service) ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ร่วมกับโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และสถาบันพระบรมราชชนก จัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข (กู้ชีพ) โดยรับลูกจ้างจากโรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลอำเภอในเขตจังหวัดขอนแก่นจำนวน 16 คน มาเรียนหลักสูตรดังกล่าวมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจน พ.ศ. 2544 ได้ปรับปรุงเป็นหลักสูตรประกาศนียบัตรเวชกิจฉุกเฉิน ใช้เวลาเรียน 2 ปี จบแล้วได้บรรจุเป็นเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician – Intermediate: EMT-I) ประจำหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลต่างๆ

5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ในปี พ.ศ. 2532 กรมการแพทย์ได้รับงบประมาณ 150 ล้านบาท เพื่อสร้างอาคารการแพทย์ฉุกเฉิน และจัดตั้งศูนย์กู้ชีพที่โรงพยาบาลราชวิถี โดยได้อัญเชิญพระนามสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอกรมพระยาชัยยมนาทรนเรนทรมานเป็นชื่อหน่วยปฏิบัติการ เรียกว่า หน่วยกู้ชีพ “นเรนทร” มีวัตถุประสงค์ให้เป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมและการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

พร้อมบรรจุแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2535-2539)

ระยะที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง

พัฒนาการสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นหลังรัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ผู้เขียนเคยบันทึกเหตุการณ์ครั้งนั้นไว้พอสังเขป ดังนี้⁽⁵⁾

เมื่อเกิดระบบ “บัตรทอง” และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น ผู้ที่ทำงานเรื่องนี้มานานเห็นเป็น “โอกาส” ที่จะพัฒนาระบบนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น จึงมีการเสนอขอใช้งบประมาณจากระบบบัตรทองเพื่อนำไปพัฒนาระบบนี้ แต่เนื่องจากเมื่อเริ่มระบบบัตรทองใหม่ๆ รัฐบาลตกลงให้ค่าบริการ “เหมาจ่ายรายหัว” เพียง 1,202 บาท ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์คนสำคัญบางท่านวิจารณ์ว่าต่ำเกินไป ไม่เพียงพอ อาจทำให้คุณภาพบริการตกต่ำ แต่โชคดีที่ขณะนั้นนายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ได้รับความไว้วางใจทั้งจากฝ่ายการเมือง และฝ่ายข้าราชการประจำให้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบัตรทอง จึงเสนอให้ “เจียดเงิน” จากค่าเหมาจ่ายรายหัวไปคนละ 10 บาท ซึ่งทุกฝ่ายไม่มีใครขัดข้อง เพราะเห็นว่า “แค่ 10 บาท เท่านั้น” แต่เมื่อคูณจำนวนประชากรราว 45 ล้านคน ทุนประเดิมสำหรับงานนี้จึงเป็นกอบเป็นกำถึงราว 450 ล้านบาท

ปัญหาแรกที่เกิดขึ้น คือ “การต่อสู้สองแนวทาง” ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการเป็น “พระเอก” สร้างระบบรพพยาบาล “ชั้นเลิศ” ขึ้นกับ สปสช. ซึ่งต้องการสร้าง “ความเป็นธรรม”(equity) ด้วยการพัฒนาแบบพื้นฐานให้กระจายไปทั่วประเทศ

แนวคิดของกระทรวงสาธารณสุข คือ มุ่งจัดหารถพยาบาลตามมาตรฐาน “สากล” ทั้งตัวรถ อุปกรณ์ และบุคลากร ซึ่งคงทำได้จำนวนไม่มาก ให้บริการผู้ป่วยได้จำกัด ข้อสำคัญจะผูกโยงระบบไว้กับโรงพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีความพยายามจากฝ่ายการเมืองที่จะนำเงินไปซื้อเรือ “โอเวอร์คราฟท์” ราคาพร้อมร้อยล้าน เพื่อให้

บริการที่เกาะแห่งหนึ่งด้วย ขณะนั้นทางฝ่าย สปสช. คือ นายแพทย์สรวง นิตยารัมภ์พงศ์ ไม่เห็นด้วยกับแนวทางดังกล่าว เพราะเห็นว่าจะมีผลเพียงการสร้างภาพลักษณ์หรือโฆษณาหาเสียงเป็นหลัก แต่บริการประชาชนได้จำนวนน้อย เป็นผลให้ปีแรกงบประมาณที่เจียดมาเพียงหัวละ 10 บาท ใช้ไปเพียง 6 บาท เท่านั้น และเป็นเช่นนั้นถึง 3 ปีติดต่อกัน

แม้การพัฒนาระบบการเงินการคลังในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จะยังมีปัญหาอุปสรรค แต่ก็ถือเป็น “ก้าวกระโดด” ที่สำคัญ ทำให้มีความพยายามผลักดันให้มีองค์กรขึ้นบริหารเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเป็นการเฉพาะ เพราะเป็นงานใหญ่และงานสำคัญที่เกี่ยวข้องกับ “ความเป็นความตาย” ของประชาชนในภาวะ “หน้าส่วหน้าขวาน” ที่สำคัญหากงานนี้อยู่ภายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะไม่ครอบคลุมไปถึงประชาชนที่อยู่ในอีก 2 ระบบใหญ่ คือ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและประกันสังคม รวมทั้งบุคลากรในสิทธิอื่นๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระและองค์กรมหาชนอื่นๆ ในที่สุดก็มีการผลักดันจนสำเร็จ เกิดเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้น

ระยะที่ 4 ระยะปัจจุบัน

หลังเกิดสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติไม่นาน ก็เกิดกรณี “มหาอุทกภัย” เมื่อ พ.ศ. 2554 ทำให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินสามารถ “เปล่งประกาย” ช่วยเหลือประชาชนได้อย่างดีเยี่ยม โดยให้บริการทั้งโดยรถการแพทย์ฉุกเฉิน เรือ และเครื่องบิน

ปัจจุบัน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้พัฒนาการดำเนินงานอย่างมียุทธศาสตร์ ซึ่งกำหนดไว้ 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน (2) การพัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (3) การพัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (4) การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งในและต่างประเทศ (5) การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะในระบบการ

แพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

ผลการดำเนินงานนับว่าน่าพอใจ ดังปรากฏผลงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านโทรศัพท์สายด่วน 1669 จำนวน 5,984,542 ครั้ง ผู้ป่วยมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 1,794,583 ราย โดยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุภายใน 8 นาที ในระยะทาง 10 กม. จำนวน 102,368 ครั้ง หรือร้อยละ 49.62 ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด นอกจากนี้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ยังได้รับรางวัลต่างๆ ได้แก่ (1) รางวัลเลิศรัฐ ระดับดี ประเภทพัฒนาบริการ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน วิกฤต มีสิทธิทุกที่” จากสำนักงานพัฒนาการระบบราชการ (2) รางวัลผลงานดีเด่น กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินจากกรมบัญชีกลาง และ (3) รางวัลกองทุนหมุนเวียนดีเด่น ทั้งนี้ ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องแก้ไขปรับปรุง แต่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติก็มีแนวทางการแก้ไขที่ชัดเจน โดยได้รับงบประมาณค่าใช้จ่ายในส่วน of สถาบันเพียง 193,331,194.96 บาท เท่านั้น⁽¹²⁾

สรุป

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย มีพัฒนาการมายาวนาน สืบย้อนไปได้กว่าร้อยปี โดยการพัฒนาเริ่มทำเป็นส่วนๆ จากหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชน ในที่สุดก็สามารถพัฒนาอย่างเป็นระบบ โดยมีหน่วยงานกลางของประเทศเป็นผู้รับผิดชอบหลัก สามารถช่วยชีวิตและลดความพิการให้แก่ประชาชนในภาวะฉุกเฉินลงได้มาก โดยใช้เงินอย่างประหยัด อย่างไรก็ดี หากเปรียบเทียบกับญี่ปุ่นแล้ว ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยยังต้องพัฒนาอีกมาก

เอกสารอ้างอิง

1. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่อง

ในพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 7 รอบ 5 ธันวาคม 2554. กรุงเทพมหานคร: ราชบัณฑิตยสถาน; 2556.

2. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551).
3. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: World Health Organization; 2010.
4. วิชัย โชควิวัฒน์. แลระบบประกันสุขภาพของญี่ปุ่น. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
5. วิชัย โชควิวัฒน์. ตำนานบัตรทอง: ประวัติศาสตร์การสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิมิตรภาพบำบัด (กองทุนนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์); 2558.
6. วิชัย โชควิวัฒน์. ความจริงเรื่องตระกูล ส. สองทศวรรษการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
7. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. สภากาชาดไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/สภากาชาดไทย>
8. วิชัย โชควิวัฒน์. ศาลเจ้าวังต้น. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2562.
9. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง>
10. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. มูลนิธิร่วมกตัญญู [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 26 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://th.wikipedia.org/wiki/มูลนิธิร่วมกตัญญู>
11. สุदारัตน์ นิราพาธ, บรรณาธิการ. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ: สืบสานพระราชปณิธาน “การแพทย์ฉุกเฉิน” เพื่อคนไทย. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2563.

Abstract

An Overview of Emergency Medical Service System Developments in Thailand

Vichai Chokevivat

Office for the Development of Human Research Participant Protection, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2021;1(1):53–60.

Emergency medical service (EMS) system in Thailand covers the whole range of EMS similar to Six Building Blocks of health system of the World Health Organization; which provides adequate authority and roles for working to protect life of people needed emergency medical service. Developments of EMS in Thailand can be traced back to more than a century; and can be divided into 4 phases. Phase I began in parallel with relief work. Phase II was the development of ambulance system. Phase III was the development of financing system in Universal Health Coverage scheme, then the promulgation of Emergency Medical Service Act 2008. The country is currently at the Phase IV of the EMS which has been developed in line with the EMS Act. With the leadership of the National Institute of Emergency Medicine of Thailand, the performance has been quite successful and efficient.

Keywords: emergency medical service; EMS; medical system development; Thailand

Corresponding author: Vichai Chokevivat, email: vichaichok@yahoo.com