

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551: สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการพัฒนา

ปริญญญา ศรีบุญสม*

รชยา เกียรติจิโรชิตี*

สติธร ธนานิธิโชติ**

วิชุดา สาธิตพร***

จิราวุฒิ จิตจักร****

* สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

** คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** สำนักนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**** สำนักงานเขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

ติดต่อผู้เขียน: รชยา เกียรติจิโรชิตี email: rachaya.k@niems.go.th

วันรับ: 21 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 3 เม.ย. 2569

วันตอบรับ: 24 เม.ย. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความท้าทายจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าว ว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงหรือแก้ไขกฎหมายให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพประกอบกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้แก่ ดัชนีประเมินสมรรถนะของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ข้อมูลการรับรู้และความพึงพอใจของประชาชน รวมทั้งการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น การอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า นับตั้งแต่บังคับใช้กฎหมายในปี พ.ศ. 2551 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีพัฒนาการที่มีนัยสำคัญ ทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 62 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมากกว่าร้อยละ 93 อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายสำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการในระดับตำบล งบประมาณของกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินที่ไม่เพียงพอ และความซับซ้อนของกฎหมายลำดับรอง งานวิจัยนี้จึงเสนอแนะยุทธศาสตร์ระยะ 1, 3, 5 และ 10 ปีงบประมาณ เพื่อยกระดับการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทย

คำสำคัญ: ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน; การประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

บทนำ

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงก่อนทศวรรษที่ 2550 ยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบและประสานการปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญโดยไม่สมควร สติติในช่วงก่อนการตรากฎหมายสะท้อนให้เห็นถึงความเร่งด่วนของปัญหา โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้าถึงระบบบริการก่อนถึงโรงพยาบาลมีไม่ถึง 100,000 ราย ต่อปี ในปี พ.ศ. 2549 และมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างภูมิภาคสูงถึงหกเท่า⁽¹⁾ ดังนั้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว จึงเป็นที่มาของการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ขึ้น โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติ และจัดตั้งสถาบันการแพทย์-ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์-ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพมาตรฐาน⁽²⁾

การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายประกอบด้วยมิติที่สำคัญ 4 มิติ ได้แก่ (1) มิติความตรงตามวัตถุประสงค์ของการตรากฎหมาย (2) มิติความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างต้นทุนงบประมาณที่รัฐเสียไปกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประชาชนได้รับ (3) มิติความครอบคลุมและความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ และ (4) มิติผลกระทบอื่นที่อาจก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชน⁽³⁾ กรอบการประเมินดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางของ OECD ว่าด้วยการประเมินผลภายหลังการบังคับใช้กฎหมาย (Ex post evaluation of regulatory policies)⁽⁴⁾

หลักเกณฑ์และกรอบในการประเมินผลสัมฤทธิ์ของ

กฎหมายตั้งอยู่บนโจทย์คำถามพื้นฐานของหลักประสิทธิภาพและประสิทธิผล เช่น การบังคับใช้กฎหมายได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด คุ้มค่ากับภาระที่เกิดขึ้นแก่รัฐและประชาชนหรือไม่ มีผลกระทบอื่นอันก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนหรือไม่ กฎหมายนี้ยังมีความจำเป็นต่อวิถีชีวิตของประชาชนหรือไม่ และกฎหมายนี้ลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคมหรือไม่

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา และความท้าทายจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 2 และประเมินผลสัมฤทธิ์จากการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงหรือแก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งดำเนินการดังต่อไปนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารที่เกี่ยวข้องวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่บนระบบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาสถิติการรับรู้ของประชาชนที่มีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถิติความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนสถิติข้อมูลเหตุฉุกเฉินเชิงโครงสร้างของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ความครอบคลุมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระบบการศึกษาและระบบการฝึกอบรม สถิติทุติยภูมิเกี่ยวกับผลการดำเนินงานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา เช่น จำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ 1669 การระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงจุดเกิดเหตุ (response time) เป็นต้น และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายและระบบการ

แพทย์ฉุกเฉิน เช่น รัฐธรรมนูญ กฎหมาย ระเบียบ ประกาศ และแนวทางการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกากำหนด เป็นต้น

2) จัดเวทีรับฟังความคิดเห็น โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้ปฏิบัติการ ผู้แทนหน่วยปฏิบัติการ ผู้แทนสถานพยาบาล จากส่วนภูมิภาคทั้ง 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคกลาง ภูมิภาคละ 50 คน โดยดำเนินการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น จำนวน 5 ครั้ง ทั้งรูปแบบออนไลน์ และออนไซต์ โดยมีประเด็นในการรับฟังความคิดเห็น เช่น ความเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ความเห็นเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ความเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจในระบบการฝึกอบรม คำตอบแทน และบทลงโทษหน่วยปฏิบัติการ เป็นต้น ใช้คำถามทั้งในการรับฟังทั้งสิ้น 9 คำถาม ใช้ระยะเวลาในการรับฟังเวทีละประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง

3) อภิปรายกลุ่มกับกลุ่มผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการกระบวนการอภิปรายกลุ่ม 5 ครั้ง ทั้งรูปแบบออนไลน์ และออนไซต์ ใช้กลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมครั้งละ 12 - 15 คน จากผู้แทนส่วนภูมิภาคทั้ง 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคตะวันออก และภาคกลาง โดยมีประเด็นในการรับฟังความคิดเห็น เช่น ความเห็นต่อหลักการพื้นฐานของการปฏิบัติการฉุกเฉินกับการปฏิบัติการฉุกเฉินจริงที่เกิดขึ้น ความเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของขอบเขต ความรับผิดชอบ และอำนาจหน้าที่ของหน่วยปฏิบัติการ ความเห็นเกี่ยวกับบทบาทของกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินต่อการส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ใช้คำถามทั้งในการรับฟังทั้งสิ้น 9 คำถาม ใช้ระยะเวลาในการรับฟังครั้งละประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง

4) สัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้ทรง-

คุณวุฒิที่เกี่ยวข้องและเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่โดยไม่มีการขึ้นคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยแบ่งแบบสัมภาษณ์ กลุ่มออกเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ส่วนที่ 2 คุณสมบัติผู้ให้สัมภาษณ์ ส่วนที่ 3 คำรับรองยินยอมให้ข้อมูลของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ส่วนที่ 4 คำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ใช้คำถามในการสัมภาษณ์ทั้งสิ้น 15 คำถาม ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน คณะผู้วิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลตามกรอบการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย โดยมุ่งประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการบังคับใช้กฎหมายและกฎหมายได้ผลตรงตามวัตถุประสงค์ของการตรากฎหมายนั้นมากน้อยเพียงใด คำนึงถึงภาระที่เกิดขึ้นแก่รัฐและประชาชนหรือไม่ หรือมีผลกระทบอื่นอันก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่ประชาชนหรือไม่เพียงใด การวิเคราะห์ครอบคลุมแนวคำถาม 18 ข้อ เช่น กฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขปัญหาใด มาตรการสำคัญที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของกฎหมายนี้คืออะไร กฎหมายนี้ยังมีความจำเป็นและสอดคล้องกับสภาพการณ์ พัฒนาการของเทคโนโลยี และวิถีชีวิตของประชาชนหรือไม่ อย่างไร ประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากการมีกฎหมายนี้คืออะไร มีปัญหาและอุปสรรคในการบังคับใช้กฎหมายนี้หรือไม่ อย่างไร กฎหมายนี้ มีความสัมพันธ์หรือใกล้เคียงกับกฎหมายอื่นหรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

สถานที่ ประชากร การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือก

เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างของประชาชนทั่วไป ใช้วิธีการสุ่ม

ตัวอย่างแบบบังเอิญ (accidental sampling) โดยไม่ได้กำหนดคุณสมบัติและขนาดของกลุ่มเป้าหมายนี้ เพียงแต่ใจเข้าร่วมงานวิจัย ทั้งนี้ การสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญในการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลายจากประชาชนทั่วไป มิใช่การสรุปอ้างอิงไปยังประชากร จึงไม่ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการเลือกตัวอย่าง (selection bias) ในแบบเดียวกับการวิจัยเชิงปริมาณ

2. กลุ่มตัวอย่างของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 20-30 หน่วยงาน โดยเลือกตัวอย่างผู้เต็มใจเข้าร่วมงานวิจัยจากหน่วยงานต่อไปนี้ (1) หน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี (อปท. ขนาดเล็ก องค์รภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร สถานพยาบาล) (2) หน่วยปฏิบัติการอำนวยการที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี (3) สถานพยาบาลของรัฐหรือเอกชนที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่น้อยกว่า 5 ปี (4) หน่วยงานราชการหรือหน่วยงานของรัฐที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

3. กลุ่มตัวอย่างของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (area sampling) แบ่งกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามภูมิภาคต่างๆ ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานคร รวมเป็นจำนวน 5 กลุ่มภูมิภาค กลุ่มภูมิภาคละ 50 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 250 คน ที่เต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ (1) บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ทำงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (2) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินหรือผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (อปท.ขนาดเล็ก องค์รภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร สถานพยาบาล) (3) เป็นผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินหรือผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ ที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (อปท.ขนาด

ใหญ่ องค์รภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร สถานพยาบาล) (4) เป็นหรือเคยเป็นผู้ให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ผู้ป่วยฉุกเฉินหรือญาติของผู้ป่วยฉุกเฉิน)

4. กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เทคนิค Snow Ball (snow ball techniques) โดยให้สาธารณสุขแต่ละจังหวัดเป็นผู้คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญของแต่ละจังหวัดตามคุณสมบัติที่นักวิจัยกำหนด จากนั้นนักวิจัยจะขอให้ผู้เชี่ยวชาญเหล่านั้นเสนอชื่อผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในเครือข่ายของตน 1 - 2 คน เพื่อให้ได้เลือกผู้เชี่ยวชาญสำหรับเก็บข้อมูลอีกชั้นหนึ่ง โดยแบ่งผู้เชี่ยวชาญสำหรับเก็บข้อมูลออกเป็น 5 กลุ่มภูมิภาค ภูมิภาคละ 12 คนรวมจำนวนทั้งสิ้น 60 คน โดยคุณสมบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเต็มใจเข้าร่วมงานวิจัย ประกอบไปด้วย (1) บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ทำงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 5 ปี (2) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินหรือผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 5 ปี (อปท.ขนาดเล็ก องค์รภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร สถานพยาบาล) (3) ผู้บริหารการแพทย์ฉุกเฉินหรือผู้ปฏิบัติการในหน่วยปฏิบัติการอำนวยการที่มีประสบการณ์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่า 5 ปี (อปท.ขนาดใหญ่ องค์รภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร สถานพยาบาล)

5. กลุ่มตัวอย่างของผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญและเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 10 คน โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เต็มใจเข้าร่วมงานวิจัยและมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ (1) เป็นหรือเคยเป็นกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (2) เป็นหรือเคยเป็นเลขาธิการสถาบันการ-

แพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (3) เป็นนักวิชาการที่เคยตีพิมพ์ผลงานวิชาการเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (4) เป็นหรือเคยเป็นผู้บริหารในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระดับผู้อำนวยการสำนัก/กลุ่ม ขึ้นไป

การเก็บข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการศึกษา ตามกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา 5 เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามเพื่อรับฟังความคิดเห็นประชาชนที่มีต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สำหรับกลุ่มเป้าหมายประชาชนทั่วไปที่มีความเห็นต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ โดยใช้แบบสอบถาม แบบมีโครงสร้างที่มีลักษณะของคำถามปลายปิด

2. แบบรับฟังความคิดเห็นหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยใช้แบบสอบถาม แบบมีโครงสร้างที่มีลักษณะของคำถามปลายปิด

3. แบบประกอบเวทีรับฟังความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนผู้ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้แบบรับฟังความคิดเห็นแบบกึ่งมีโครงสร้างที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4. แบบการอภิปรายกลุ่ม สำหรับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยใช้แบบ

อภิปรายกลุ่ม แบบกึ่งมีโครงสร้างที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

5. แบบการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับกลุ่มเป้าหมายผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญและเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ใช้แบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งมีโครงสร้างที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) คณะผู้วิจัยได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (data triangulation) โดยเก็บข้อมูลจาก 3 แหล่งพร้อมกันได้แก่ (1) ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2) ข้อมูลจากการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและการอภิปรายกลุ่ม และ (3) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ทรงคุณวุฒิ การนำข้อมูลจากหลายแหล่งมาเปรียบเทียบและยืนยันซึ่งกันและกันช่วยลดอคติของผู้วิจัยและเพิ่มความเชื่อมั่นในข้อสรุปที่ได้⁽⁵⁾

ประเภทของข้อมูลที่คณะผู้วิจัยต้องการจะเก็บ จะประกอบไปด้วย วิดีโอ ภาพ และเสียงของผู้เข้าร่วมการวิจัย ในช่วงที่มีการรับฟังความคิดเห็น การจัดอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกเท่านั้นคณะผู้วิจัยจะไม่เข้าถึงฐานข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย จะมีเพียงแค่ว่าคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับแยกการร่วมกิจกรรมการรับฟังความคิดเห็นแต่ละประเภทเท่านั้น (แยกเป็นเวทีรับฟังความคิดเห็น เวทีการจัดอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก)

การเก็บรักษาข้อมูล ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บบนฐานข้อมูลออนไลน์ที่จะมีการจำกัดการเข้าถึงให้เฉพาะคณะทีมผู้วิจัยเพียงกลุ่มเดียว โดยข้อมูลนั้นจะไม่มีภาระบ่งถึง

ตัวตนของอาสาสมัครที่เข้าร่วม โดยจะใช้รหัสเฉพาะเพื่อจำแนกกลุ่มและข้อมูลของบุคคลเพียงเท่านั้น ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่จัดเวทีการรับฟังความคิดเห็น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) คณะผู้วิจัยจะนำความคิดเห็นที่ได้ในแต่ละเวทีการรับฟังความคิดเห็น ประมวล 2 ครั้ง ประกอบด้วย ครั้งที่ 1 จัดความคิดเห็นที่ได้แยกเป็นกลุ่มแต่ละประเด็น เช่น ประเด็นนิยามที่ปรากฏในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประเด็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเด็นโครงสร้างของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นต้น

2) ครั้งที่ 2 จัดกลุ่มความคิดเห็นในแต่ละประเด็นแยกเป็น ส่วนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเห็นตรงกัน ส่วนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยเห็นต่างกัน และส่วนที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความคิดเห็นในประเด็นนั้นๆ เพิ่มเติม เพื่อนำมาสรุปผลของงานวิจัย

3) วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหา และความท้าทายจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และวิเคราะห์ความคิดเห็นประชาชนที่มีต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในช่วงที่ผ่านมาสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

1. ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการป้องกัน

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น: ผู้เข้าร่วมงานวิจัยที่เป็นผู้เคยใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินหรือเป็นญาติผู้ป่วย อาจเกิดความเครียด วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ เมื่อต้องย้อนคิดถึงสถานการณ์ที่ได้รับบริการ (recall) ในช่วงของการรับฟังความคิดเห็น

มาตรการป้องกันแก้ไข: คณะผู้วิจัยจะส่งแบบรับฟังความคิดเห็นให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยศึกษาล่วงหน้าเพื่อลด

ความเครียด ผู้ดำเนินการอภิปรายจะเน้นย้ำให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถยุติการแสดงความคิดเห็นได้ทุกเมื่อหากไม่สบายใจในการเล่า การยุติการแสดงความคิดเห็นจะไม่ส่งผลกระทบต่อสถานะทางอาชีพหรือค่าตอบแทนในงานวิจัยของผู้เข้าร่วมงานวิจัยแต่อย่างใด

การชดเชยกรณีเกิดผลแทรกซ้อน: ไม่มีรายการชดเชย การดูแลรักษา หรือการแก้ปัญหาอื่น ๆ กรณีเกิดผลแทรกซ้อน เนื่องจากการเป็นกรวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์

2. การปกป้องข้อมูลและความเป็นส่วนตัว

ประเภทข้อมูลที่จัดเก็บ: ข้อมูลที่คณะผู้วิจัยต้องการจะเก็บจะประกอบไปด้วย วิดีโอ ภาพ และเสียงของผู้เข้าร่วมการวิจัย เฉพาะในช่วงที่มีการรับฟังความคิดเห็น การจัดอภิปรายกลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกเท่านั้น

การไม่ระบุตัวตน: ข้อมูลที่เก็บจะไม่มีการระบุถึงตัวตนของอาสาสมัครที่เข้าร่วม โดยจะใช้รหัสเฉพาะเพื่อจำแนกกลุ่มและข้อมูลของบุคคลเท่านั้น

การจำกัดการเข้าถึง: ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บบนฐานข้อมูลออนไลน์ที่จะมีการจำกัดการเข้าถึงให้เฉพาะคณะทีมผู้วิจัยเพียงกลุ่มเดียว

ขอบเขตการเข้าถึงข้อมูลส่วนตัว: คณะผู้วิจัยจะไม่เข้าถึงฐานข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาการเก็บรักษา: ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 1 ปี นับแต่วันที่จัดเวทีการรับฟังความคิดเห็น

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

โครงการวิจัยนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยโดยตรง อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัย จะเป็นประโยชน์ในการได้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุง/แก้ไขพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ สภาพปัญหา และความท้าทายจากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นับตั้งแต่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ มีผล

บังคับใช้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประสบความท้าทายจากการบังคับใช้กฎหมาย 4 ประการหลัก ดังนี้

1.1 ความท้าทายจากบุคคลซึ่งมิได้เป็นผู้ปฏิบัติการหรือมิได้มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย ในปัจจุบันได้มีบุคคลซึ่งมิได้เป็นผู้ปฏิบัติการหรือหน่วยปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ปฏิบัติการฉุกเฉินโดยมิได้รับการสั่งการจากหน่วยปฏิบัติการอำนวยการและพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มิได้กำหนดโทษสำหรับบุคคลซึ่งกระทำการดังกล่าวไว้ ผลการวิจัยพบว่าแม้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฯ ยังคงมีความเหมาะสมในการบังคับใช้ แต่การนำกฎหมายไปปฏิบัติยังเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ปฏิบัติที่ขาดความรู้ความเข้าใจด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างลึกซึ้ง

1.2 ความท้าทายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากการรับฟังความคิดเห็นและสถิติข้อมูลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมเป็นผู้ดำเนินงานบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ โดยในระดับตำบลไม่มีหน่วยบริการให้บริการประชาชนเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินถึงร้อยละ 46 ปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ผลการวิจัยพบว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ยังไม่สามารถกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านงบประมาณที่ไม่เพียงพอ

1.3 ความท้าทายจากการบังคับใช้โทษปรับทางปกครอง พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีบทบัญญัติกำหนดโทษทางปกครอง 3 กรณี ตามมาตรา 37, 38 และ 40 จากสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และการรับฟังความคิดเห็นพบว่า ไม่สามารถนำผู้กระทำความผิดมารับโทษทางปกครองได้เท่าที่ควร เนื่องจากโทษปรับทางปกครองมีจำนวนน้อยเกินไป อันก่อให้เกิด

ภัยทางศีลธรรม (moral hazard) และโทษปรับที่ไม่ยืดหยุ่นตามระดับของผู้กระทำความผิด

1.4 ความท้าทายของกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน จากการตรวจสอบรายงานผู้สอบบัญชีและรายงานทางการเงินของกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่างบประมาณที่กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินได้รับส่วนใหญ่มาจากมาตรา 33 (1) อันหมายถึงเงินอุดหนุนจากงบประมาณรายจ่ายประจำปี ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ แม้ว่ากฎหมายจะเปิดช่องให้สถาบันมีรายได้จากช่องทางอื่นๆ ได้ แต่ในทางปฏิบัติยังไม่สามารถจัดหารายได้เข้ากองทุนได้ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ผลการวิจัยพบว่าอัตราค่าตอบแทนที่กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินจ่ายให้แก่สถานพยาบาลต่อครั้งการให้บริการยังอยู่ในระดับต่ำซึ่งไม่จูงใจให้สถานพยาบาลเข้าร่วมระบบอย่างเต็มที่

2. ผลสัมฤทธิ์จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

งานวิจัยฉบับนี้พบว่า นับตั้งแต่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ มีทั้งความสำเร็จและช่องว่างที่เป็นความท้าทาย ในด้านความสำเร็จ ข้อมูลจากดัชนีสมรรถนะระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Provincial Emergency Medical Services Performance Scoring Index; PEPSI) เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2555-2556 พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ใช้บริการเพิ่มขึ้นจาก 1.17 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2555 เป็น 1.91 ล้านครั้งในปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นร้อยละ 62 และมีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินจนนำส่งถึงโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ย 10 ปี มากกว่าร้อยละ 93 เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุที่เหมาะสมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลทางเดินหายใจ การตาม การห้ามเลือด/ทำแผล และการให้สารน้ำ นอกจากนี้ ณ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 มีผู้ปฏิบัติที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งสิ้น 110,383 คน และมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์รวม 8,098 หน่วย

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความท้าทายสำคัญ ได้แก่ ความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการระดับตำบล ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุภายในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 47.69 ในปี พ.ศ. 2555 เหลือร้อยละ 32.3 ในปี พ.ศ. 2565 และจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเกิน 8 นาที (response time)

เมื่อพิจารณาจากพัฒนาการโดยรวมแล้ว กล่าวได้ว่า สภาพการณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังมีความจำเป็นที่จะต้องบังคับใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ต่อไป เพื่อที่ประชาชนและผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ตามเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ได้ตราไว้

3. ข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 คณะผู้วิจัยได้เสนอแนะยุทธศาสตร์ 1, 3, 5 และ 10 ปีงบประมาณ เพื่อแก้ไขปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังนี้

ยุทธศาสตร์ 1 ปีงบประมาณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรเร่งแก้ไขปัญหาในระดับปฏิบัติการ (operation level) ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉินกำลังเผชิญในแต่ละวัน เช่น ปัญหาการโทรสายด่วน 1669 จากพื้นที่ภาคใต้แต่ผู้รับสายเป็นศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) ปัญหาการต่อประสานนิยัตินับ รับรองการฝึกอบรม ใบอนุญาตการใช้วิทยุ โดยไม่ควรใช้ระยะเวลาเกิน 1 ปีงบประมาณ

ยุทธศาสตร์ 3 ปีงบประมาณ ระเบียบ ประกาศ และข้อบังคับซึ่งออกตามอำนาจของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้สร้างภาระให้กับผู้ปฏิบัติ

การอยู่พอสมควร ผลการวิจัยพบว่า กฎหมายลำดับรองที่ออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีจำนวนมากและมีความซับซ้อนสูงจนผู้ปฏิบัติการไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างครบถ้วน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงควรรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับกฎระเบียบเหล่านั้นเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติตาม

ยุทธศาสตร์ 5 ปีงบประมาณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ส่วนที่เป็นปัญหา อุปสรรคและความท้าทาย โดยเนื้อหาในการแก้ไขประกอบด้วย

1) เพิ่มสัดส่วนผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคประชาชน และวิชาชีพฉุกเฉินการแพทย์ ในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่า ควรเพิ่มสัดส่วนผู้แทนจากองค์กรบริหารส่วนตำบลในคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีจำนวนมากที่สุดและครอบคลุมพื้นที่กว้างที่สุด

2) แก้ไขบทบัญญัติเรื่องท้องถิ่นให้กำหนดภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหน้าที่พื้นฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) แก้ไขบทบัญญัติเรื่องกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินให้มีรายได้มากขึ้น เช่น เงินได้จากกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ

4) แก้ไขโทษปรับทางปกครองให้มีอัตราแปรผันตามระดับความร้ายแรง

ยุทธศาสตร์ 10 ปีงบประมาณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรริเริ่มบูรณาการจัดการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์การเกิดสาธารณภัย ผลการวิจัยพบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดการบูรณาการกับระบบการบรรเทาสาธารณภัย และยังคงทำหน้าที่เป็นเพียงหน่วยตอบสนองเหตุการณ์เฉพาะหน้า มิได้มีบทบาทเชิงรุกในการป้องกันและจัดการภัยพิบัติ เมื่อความริเริ่มดังกล่าวได้ดำเนินงานถึงระดับที่ผู้เข้าร่วมมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเสนอกฎหมายการป้องกันภัยพิบัติแห่งชาติ เพื่อควมรวมนหน่วยงาน งบประมาณ บุคลากร และกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขต่อไป

วิจารณ์

ด้านการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย หากพิจารณาในด้านเป้าหมายของการประเมินผลสัมฤทธิ์ภายใต้กรอบของพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562⁽³⁾ อันได้แก่ (1) เพื่อการมีกฎหมายเพียงพอที่จำเป็น (2) เพื่อพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับหลักสากลและพันธกรณีระหว่างประเทศ (3) เพื่อลดความซ้ำซ้อนและขัดแย้งกันของกฎหมาย (4) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคม และ (5) เพื่อเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ พบว่าการประเมินผลสัมฤทธิ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ตอบสนองเป้าหมายที่ (4) และ (5) ได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการประเมินผลภายหลังการบังคับใช้กฎหมาย (ex post evaluation) ของ OECD ที่ระบุว่ากฎหมายที่มีประสิทธิผลควรก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมเกินกว่าภาระที่สร้างขึ้น^(3,6,7) อย่างไรก็ดี งานวิจัยฉบับนี้มีอาจประเมินผลสัมฤทธิ์ของระเบียบประกาศ หรือกฎหมายลำดับรองซึ่งออกตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้ครบถ้วนทุกฉบับ โดยคณะผู้วิจัยตั้งข้อสังเกตว่ากฎหมายลำดับรองเหล่านี้เองอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตหรือการประกอบอาชีพซึ่งสร้างภาระแก่ประชาชน ดังที่ Molloy et al. ได้ชี้ให้เห็นว่าการประเมินผลภายหลังที่ไม่ครอบคลุมกฎหมายลำดับรองถือเป็นช่องว่างสำคัญในกระบวนการตรวจสอบหลังนิติบัญญัติ (post-legislative scrutiny)⁽⁸⁾ จึงอาจต้องนำเป้าหมายข้อที่ (1) มาพิจารณาอย่างถี่ถ้วน นอกจากนี้ในการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในอนาคต สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติควรนำประเด็นตามเป้าหมาย

ข้อที่ (2) และ (3) มาประกอบในการพิจารณาการแก้ไขเพิ่มเติมด้วย ด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยอ้างอิงกรอบการวิเคราะห์ 14 ปัจจัยตามแนวทางของสุรจิต สุนทรธรรม⁽⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบ EMS Agenda for the Future ของ NHTSA สหรัฐอเมริกาที่กำหนด 14 คุณลักษณะหลักของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ งานวิจัยฉบับนี้มีข้อค้นพบที่น่าสนใจดังนี้

(1) ส่วนที่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สามารถบรรลุผลได้เป็นอย่างดี ประกอบด้วย บุคลากร (personnel) การสื่อสาร (communication) การขนส่งผู้ป่วย (transportation) ความสามารถของโรงพยาบาลในด้านบริการ (facilities) การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน (access of care) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer of care) คณะกรรมการประเมินผลจากบุคลากรภายนอกองค์กร (external auditor) และการประสานกับระบบ EMS ของโรงพยาบาล ผลการบรรลุเป้าหมายในปัจจุบันเหล่านี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Nakahara et al. ที่พบว่า หลังจากการจัดตั้ง EMIT จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นเป็น 95,000 คน และจำนวนการเข้าถึงบริการก่อนถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นจากไม่ถึง 100,000 รายในปี พ.ศ. 2549 เป็นเกือบ 700,000 รายในปี พ.ศ. 2551⁽¹⁾

(2) ส่วนที่พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ไม่สามารถบรรลุผลที่พึงประสงค์ได้ ประกอบด้วย การฝึกอบรม การให้ข้อมูลและการศึกษาแก่ประชาชน และการดำเนินการเกี่ยวกับภัยพิบัติหมู่หรือชุมชน (disaster linkage) ผลการวิจัยพบว่าหลักสูตรการศึกษาทางการแพทย์และการพยาบาลยังขาดการบรรจุเนื้อหาด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะองค์ความรู้เรื่องการคัดแยกผู้ป่วย ส่งผลให้การขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในภาพรวมเป็นไปอย่างล่าช้าและขาดความต่อเนื่อง นอกจากนี้ การขาดการเชื่อมโยงกับระบบการจัดการภัยพิบัติยังสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการ-

บูรณาการกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Apiratwarakul และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาาระบบ EMS ของไทยหลังจากการจัดตั้ง NIEM ยังขาดความเชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะในมิติของการป้องกันและการจัดการภัยพิบัติ⁽¹¹⁾ นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลยังมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเกิน 8 นาที (response time)⁽¹²⁾

(3) ส่วนที่ยังไม่เกิดผลจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ และระบบเวชระเบียนที่มีมาตรฐานสาเหตุสำคัญที่ปัจจัยเหล่านี้ยังไม่เกิดผลมาจากโครงสร้างของกฎหมายที่มีได้กำหนดหน้าที่ในปัจจัยเหล่านี้ไว้อย่างชัดเจน ประกอบกับความซับซ้อนของระบบราชการไทยที่ทำให้การบูรณาการระหว่างหน่วยงานเป็นไปได้ยาก ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ ที่พบว่าความไม่ชัดเจนของบทบาทและการทับซ้อนของกลไกในระดับพื้นที่ส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในการให้บริการ⁽¹³⁾

ข้อจำกัดของการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีกรอบคำถามกำหนดโดยแนวทางของสำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา⁽²⁾ ซึ่งถือเป็นการรับรองความตรงเชิงเนื้อหาโดยกรอบกฎหมาย อย่างไรก็ตามการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) อย่างเป็นระบบในเชิงวิชาการยังเป็นข้อจำกัดที่ควรพัฒนาในการศึกษาครั้งต่อไป นอกจากนี้การใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักอาจไม่เพียงพอในการตอบโจทย์ความคุ้มค่าในเชิงต้นทุนและผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงปริมาณ หากสามารถเพิ่มการวิเคราะห์แบบผสมผสาน (mixed methods) ก็จะทำให้ข้อสรุปมีน้ำหนักมากขึ้น และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมิได้มีการบันทึกจุดอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)

อย่างเป็นทางการ ซึ่งอาจส่งผลต่อความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ

เอกสารอ้างอิง

1. Nakahara S, Ichikawa M, Thammasitboon S, Chadbun-chachai W, Yokota J. A Thailand case study based on quantitative assessment: does a national lead agency make a difference in pre-hospital care development in middle income countries? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2014;22:75.
2. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 44 ก (ลงวันที่ 6 มีนาคม 2551).
3. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. คำอธิบายพระราชบัญญัติหลักเกณฑ์การจัดทำร่างกฎหมายและการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมาย พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา; 2562.
4. OECD. Regulatory performance: ex post evaluation of regulatory policies. Paris: OECD Publishing; 2003.
5. Denzin NK. The research act: a theoretical introduction to sociological methods. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1989.
6. OECD. Regulatory policy and governance. Paris: OECD Publishing; 2011.
7. OECD. Ex-post assessment of regulation. Paris: OECD Publishing; 2018.
8. Molloy S, Mousmouti M, Vrieze FD. Sunset clauses and post-legislative scrutiny. London: Westminster Foundation for Democracy; 2022.
9. สุรจิต สุนทรธรรม. การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2552;3(3):346-62.
10. National Highway Traffic Safety Administration. EMS agenda for the future. Washington DC: US DOT; 1996.
11. Apiratwarakul K, Tiamkao S, Bhudhisawasdi V, Cheung

- LW, Ienghong K. Fifteen years of sustainable development in EMS under the Emergency Medicine Act of Thailand. Open Access Maced J Med Sci 2022;10(E): 987-91.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์สมรรถนะ PEPSI ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2566
13. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินทุสร เหมพิสุทธิ, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, อังสุมาลี ผลภาค, อาณัติวรรณศรี, และคณะ. การรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2556.

An Assessment of the Achievement of the Emergency Medical Act B.E. 2551: Situation, Challenges, and Development Pathways

Parinya Sriboonsom*, Rachaya Keatjirachot*, Stithorn Thananithichot**, Wichuda Satidporn***, Jirawut Jitjak****

* National Institute for Emergency Medicine, Thailand; **Chulalongkorn University; *** Srinakharinwirot University;

**** Bangkok Metropolitan Administration, Thailand

Journal of Emergency Medical Services of Thailand 2026;6(1):87-97.

Corresponding author: Rachaya Keatjirachot, email: rachaya.k@niems.go.th

Abstract: The objectives of this study were to examine the situation, problems, and challenges arising from the enforcement of the Emergency Medical Act B.E. 2551 (2008); and to evaluate whether the Act has achieved its legislative objectives; as well as to develop recommendations and guidelines for amending the Act to align with Thailand's current context. A qualitative research approach was employed alongside quantitative analysis of data from the National Institute for Emergency Medicine (NIEM) database, including the Provincial Emergency Medical Services Performance Scoring Index (PEPSI), public perception and satisfaction surveys, and stakeholder consultations through public hearings, focus group discussions, and in-depth interviews. The findings indicated that since the Act's enactment, Thailand's emergency medical services (EMS) had achieved significant progress: emergency service utilization increased by 62 percent over the past decade, and the survival rate of critical emergency patients transported to hospital exceeded 93 percent. Nevertheless, persistent challenges remained, including inadequate sub-district-level service coverage, insufficient funding for the Emergency Medical Fund, and the complexity of subordinate regulations. This study therefore proposes strategic development plans over 1-, 3-, 5-, and 10-year budget cycles to strengthen Thailand's EMS system in alignment with current national needs.

Keywords: emergency medicine; Ex post evaluation of regulations; National Institute for Emergency Medicine