

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ศึกษาการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้
- 2.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.3 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 2.3.2 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2.4 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้

การรับรู้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดพฤติกรรมมนุษย์ ในชีวิตประจำวันมนุษย์จะพบเห็นเพื่อนมนุษย์ หรือ คน และสิ่งแวดลอมต่าง ๆ ทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต มนุษย์จะใช้จิตสำนึกในการสัมผัส โดยผ่านประสาทสัมผัส (ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนังและใจ) แล้วกลายเป็นภาพปรากฏการณ์ (Phenomena) ซึ่งต้องมีการแปลความหมายก่อนจึงเกิดการรับรู้ (สงวน สุทธิเลิศอรุณ, 2543)

2.1.1 ความหมายของการรับรู้

การรับรู้ (perception) ตามความหมายในพจนานุกรมของเวบสเตอร์ (Webster New World Dictionary, 1998) คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในบุคคล นอกจากนี้ยังมีผู้ความหมายของการรับรู้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

จำเนียร ช่วงโชติ (2519) กล่าวว่า การรับรู้เป็นการตีความหมายหรือแปลความหมายที่รู้จักหรือเข้าใจ โดยกระบวนการแปลความหมายผ่านประสาทสัมผัสที่บุคคลแต่ละคนมองเห็นในจินตนาการของตนเองและการรับรู้มีอิทธิพลนำไปสู่การกระทำต่าง ๆ ของบุคคล

กันยา สุวรรณแสง (2532) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง การใช้ความรู้เดิม ความจำหรือประสบการณ์เดิมในการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่ผ่านระบบประสาทสัมผัสส่วนเกิดความรู้อีกครั้งคือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สุชา จันทร์ธอม (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึง การตีความหมายจากการสัมผัสและในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นขบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า



วัชร ทรัพย์มี (2533) ให้ความหมายว่า การรับรู้ หมายถึงการตีความของการสัมผัสสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่มีความหมาย ซึ่งการตีความหมายนั้น ต้องอาศัยประสบการณ์หรือการเรียนรู้ ถ้าปราศจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ จะไม่มีการเรียนรู้ มีแต่การสัมผัส และการเรียนรู้เป็นสิ่งที่เลือกสรรในขณะใดขณะหนึ่ง ไม่ได้รับรู้หมดทุกอย่างแต่เลือกรับรู้สิ่งเร้าเพียงบางอย่าง

จากความหมายของการรับรู้ ดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดของบุคคล ในการแปลความหมายของสิ่งเร้า จากสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่บุคคลได้รับ โดยมีสมองทำหน้าที่แปลความหมาย ทั้งนี้อาศัยความจำ ประสบการณ์ หรือความรู้เดิมเป็นพื้นฐานในการแปลความหมาย

ดังนั้น การวัดระดับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องอาศัยการรับรู้ถึงกระบวนการทางด้านความคิด และจากประสบการณ์ต่าง ๆ รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ แล้วนำไปปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2.1.2 กระบวนการของการรับรู้

กระบวนการรับรู้เป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่าง ความเข้าใจ การคิด การรู้สึก ความจำ การเรียนรู้ การตัดสินใจและการแสดงพฤติกรรม กระบวนการของการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการ ดังนี้ (กันยา สุวรรณแสง, 2540)

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะสัมผัสของอินทรีย์

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งมีศูนย์อยู่ที่

สมอง

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจ โดยอาศัยความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ

ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ อันนำไปสู่ความคิด ความรู้ ความเข้าใจเชิงเหตุผล เพราะเมื่อมีการรับรู้ก็จะเกิดความรู้สึกและอารมณ์ต่อการสัมผัสสิ่งเร้า ซึ่งพัฒนาไปเป็นเจตคติและเกิดพฤติกรรมตามมาในที่สุด (กันยา สุวรรณแสง, 2532)

2.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้

การที่มนุษย์สามารถรับรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง จะรับรู้ได้มากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล เช่น สภาพแวดล้อมและลักษณะของสิ่งเร้าและอุปกรณ์การรับรู้ เช่น อวัยวะรับสัมผัส ดังนั้นการที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ ลักษณะของผู้รับรู้และลักษณะของสิ่งเร้า (กันยา สุวรรณแสง, 2540)

1.3.1 ลักษณะของผู้รับรู้

การที่บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งใดก่อน หลัง มาก น้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้รับ ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้รับรู้แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านกายภาพ และด้านจิตวิทยา

1) ด้านกายภาพ หมายถึง อวัยวะสัมผัส เช่น หู ตา จมูก และอวัยวะสัมผัสอื่นๆ ปกติหรือไม่ มีความรู้สึกรับสัมผัสสมบูรณ์เพียงใด เช่น หูตึง เป็นหวัด ตาเอียง บอดสี สายตาสั้น สายตาสั้น ผิวหนังชา ตายด้าน ความชรา ถ้าผิดปกติหรือหย่อนสมรรถภาพก็ย่อมทำให้การรับสัมผัสผิดไป ด้อยสมรรถภาพในการรับรู้ลดลงไป ความสมบูรณ์ของอวัยวะรับสัมผัส จะทำให้รับรู้ได้ดี การรับรู้จะมีคุณภาพดีขึ้นถ้าเราได้สัมผัสหลายทาง เช่น เห็นภาพและได้ยินเสียงในเวลาเดียวกัน ทำให้เราแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ถูกต้องขึ้น

2) ด้านจิตวิทยา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยาของคนที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้มีหลายประการ ดังนี้

2.1) ความรู้เดิม หรือประสบการณ์เดิม เรื่องราวหรือความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่บุคคลมีอยู่จะมากน้อยหรือเป็นเรื่องเกี่ยวกับสิ่งใด ก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ประสบการณ์เดิมเป็นเหมือนเครื่องมืออีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้การตีความจากการรู้สึกแจ่มชัดขึ้น การรับรู้ของบุคคลก็สอดคล้องกับสิ่งเร้านั้นมากขึ้นด้วย การรับรู้ของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความ

ว่างเปล่า แต่จะมีองค์ประกอบหลายประการที่ทำให้เกิดการรับรู้ โดยประสบการณ์เดิมเป็นสิ่งที่บุคคลสะสมกันมาตั้งแต่เริ่มเกิด สิ่งเหล่านี้บุคคลจะนำมาใช้คาดคะเนหรือเตรียมการเพื่อการรับรู้ ย่อมทำให้การรับรู้ที่ได้ความหมายต่อการดำรงชีวิตของบุคคลมากยิ่งขึ้น

2.2) ความต้องการ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของการเลือกรับรู้ เมื่อบุคคลเกิดภาวะสิ่งต่าง ๆ ที่จะทำให้ร่างกายทำงานไม่เป็นปกติ เช่น การขาดสภาพทางด้านร่างกาย ได้แก่ อาหาร อากาศ น้ำ ความต้องการทางเพศ การขับถ่ายของเสีย หรือการขาดทางจิตใจและสังคม ได้แก่ ความรัก ความสำเร็จ ความมีอำนาจ ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะมีมากบ้างหรือน้อยบ้างในแต่ละคน บางสิ่งมีความจำเป็นต่อบุคคลหนึ่ง แต่อาจไม่จำเป็นกับอีกคนหนึ่ง ความต้องการของบุคคลจึงต่างกัน

2.3) ความตั้งใจ สิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเรามีมากมาย ล้วนแต่มีโอกาสก่อให้เกิดการรับรู้ในตัวเองได้ แต่เราไม่ได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเราพร้อม ๆ กัน บุคคลจะเลือกรับรู้สิ่งเร้าเฉพาะที่ตั้งใจจะรับรู้

2.4) แรงจูงใจ มีผลต่อการรับรู้ เพราะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความต้องการ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้นเป็นอย่างดี แรงจูงใจเป็นเหมือนตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำหรือมีพฤติกรรมต่าง ๆ อย่างมีเป้าหมาย

2.5) ทักษะ ทักษะที่มีอยู่จะเป็นเครื่องมือที่เลือกรับสิ่งเร้า และเลือกแนวทางสิ่งเร้า

2.6) ภาวะทางอารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์ดี มีความสบายใจ มักจะไม่พิจารณารายละเอียดของสิ่งเร้ามากนัก จะมองไม่เห็นข้อบกพร่อง มองเห็นสิ่งต่างๆ เหล่านั้นดีไปหมด แต่หากอยู่ในสภาพอารมณ์ที่ไม่ดีก็มักจะมองเห็นสิ่งต่างๆ ไม่น่าชอบใจไปหมด ถ้าบุคคลมีอารมณ์เครียดมาก กล้ามเนื้อและประสาทจะมีความต้านทานต่อกระแสประสาทสูง ทำให้การรับรู้ไม่ดี

2.7) เซาว์ปัญญา คนที่เฉลียวฉลาดจะรับรู้ได้ดี เร็วและถูกต้องกว่าผู้ที่มีสติปัญญาต่ำกว่า รวมทั้งแปลความหมายได้ดีมีเหตุผล

2.8) อิทธิพลของสังคม สภาพความเป็นอยู่ของสังคมและลักษณะของวัฒนธรรม จารีตประเพณี ค่านิยม เป็นเครื่องกำหนดการรับรู้ของคนทำให้คนแต่ละกลุ่มรับรู้สิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป

1.3.2 ลักษณะของสิ่งเร้า การที่บุคคลจะเลือกรับสิ่งใดก่อนหลัง มากน้อยเพียงใด นั้นขึ้นกับว่าสิ่งเร้าดึงดูดความสนใจ ความตั้งใจมากน้อยเพียงใด ลักษณะของสิ่งเร้าที่ดึงดูดความสนใจ ได้แก่ ขนาดความเข้ม ความดัง ความสว่าง การกระทำซ้ำ ๆ และการเคลื่อนไหวของสิ่งเร้า

2.2.6 ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2.7 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.2.8 คู่มือสำหรับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

2.2.1 ความหมายของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากคำนิยามของสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians: ACEP, 2000) ได้นิยามไว้ว่า “การบริการในภาวะฉุกเฉิน” หมายถึง ระบบบริการสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปที่มีความรู้ระดับปานกลางเชื่อว่าจะต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข (2548) ให้ความหมาย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

วิภาดา วัฒนนามกุล (2550) ให้ความหมาย ระบบการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยดูแล การนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่โรงพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมจนผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉิน

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งโรงพยาบาล โดยการจัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์และยานพาหนะ มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการช่วยเหลือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง

2.2.2 ประวัติความเป็นมาของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) เกิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1909 Julian Wise ผู้ซึ่งอายุ 9 ขวบได้พบเห็นผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางน้ำโดยบังเอิญโดยไม่มีใครช่วยเหลือ ตั้งแต่นั้น เด็กน้อยผู้นี้ได้กลับไปคิดหาวิธีที่จะ

ช่วยเหลือคนในภาวะฉุกเฉิน ในปี ค.ศ.1928 ความฝันของ Wise เป็นจริงจากการรวบรวมอาสาสมัครมาเป็น “Roanoke Life Saving and First Aid Crew” ซึ่งได้สร้างผลงานการช่วยชีวิตจนหน่วยงานราชการท้องถิ่นให้ความสนใจและให้การสนับสนุน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการกู้ภัยและ EMS สมัยใหม่ (ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

2.2.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

1) ประเทศสหรัฐอเมริกา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาแต่เดิมเน้นแต่เรื่องการรักษาพยาบาลภาวะฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่ในปี 1998 ได้มีการวางแนวทางการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต โดยเน้นการผสมผสานในงานบริการสุขภาพเดิม และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ประชาชนสามารถเข้าสู่ระบบบริการฉุกเฉินโดยใช้โทรศัพท์ หมายเลข 911 เป็นหลัก

หน่วยงานที่ปฏิบัติงานมี 2 ระดับ คือ 1) FR (Fire Engine Ladder Truck) เทียบเท่าหน่วยงานพื้นฐาน BLS (Basic Life Support) และ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง ALS (Advance Life Support) ซึ่งมักจะเป็นของรัฐบาล

การสื่อสารและการแจ้งเหตุ กระทำโดยเมื่อมีผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุ หมายเลข 911 ศูนย์รับแจ้งเหตุจะให้คำแนะนำก่อนหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไปถึง และศูนย์รับแจ้งเหตุจะแจ้งให้หน่วยดับเพลิงหน่วยกู้ภัยขั้นพื้นฐานหรือเวชกรฉุกเฉินเป็นผู้ปฏิบัติงานรักษาพยาบาลที่จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมตามสภาพอาการของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาลนั้นจะอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ในห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่

2) ประเทศฝรั่งเศส

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในฝรั่งเศสหรือ SAMU (Service d Aide Medicale Urgente) ก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1960 โดยก่อตั้งมาจากปัญหาหลักคือการเปลี่ยนแปลงของสังคมเมืองและเทคโนโลยี การคมนาคม ก่อให้เกิดการตายจากการจราจรสูงขึ้นจนเป็นสาเหตุนำการตายของประชากร ขณะเดียวกัน พบว่าการตายส่วนหนึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาระหว่างเกิดเหตุจนถึงการนำส่งโรงพยาบาล ขณะที่ขีดความสามารถของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมาก ความแตกต่างของการรักษาในโรงพยาบาล และการรักษาช่วงเวลาก่อนถึงโรงพยาบาลมีความไม่พร้อมที่ให้การรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันที ดังนั้นแนวคิดที่จะช่วยให้ผู้บาดเจ็บบนท้องถนนรอดชีวิตมากขึ้น จึงใช้แนวคิดเดียวกับการแพทย์ในกองทัพของ Napoleon Bonaparte คือให้การรักษาเร็วที่สุดในพื้นที่

เกิดเหตุและส่งต่อให้เร็วที่สุดไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วย (อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ, 2544)

การดำเนินงานระบบฉุกเฉินในฝรั่งเศส มีหลักสำคัญ 3 ประการ คือ รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม โดยมีหน่วยปฏิบัติงาน 2 ระดับ คือ 1) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (BLS) มีหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นของหน่วยดับเพลิง และหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นภาคเอกชน ที่เข้าร่วมเครือข่ายของ SAMU และปฏิบัติตามคำสั่งของ SAMU center 2) หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง (Hospital mobile intensive units : SMUR) ทำหน้าที่ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุกรณี SAMU center พิจารณาแล้วว่าเป็นกรณีการเจ็บป่วยรุนแรง (สุรเชษฐ์ สถิตนิรามัย, 2550)

ระบบสื่อสารและการแจ้งเหตุในประเทศฝรั่งเศส ประชาชนสามารถแจ้งเหตุผ่านทางโทรศัพท์หมายเลข 15 ซึ่งเป็นหมายเลขระดับชาติ ส่วนถ้าเป็นนานาชาติจะเป็นหมายเลข 112 ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะมีศูนย์ติดต่อสื่อสารทางการแพทย์ 1-2 ศูนย์ ทำหน้าที่รับแจ้งเหตุ คัดกรอง และเรียกหน่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และควบคุมการปฏิบัติงานทางการแพทย์ของหน่วยฉุกเฉินต่าง ๆ ที่ออกปฏิบัติงานนอกโรงพยาบาล ผลจากการดำเนินงาน SAMU call center ทำให้การดูแลผู้ป่วยหนักที่อยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิตดีขึ้นทำให้การใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ในการช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ลดการใช้โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ผู้ป่วยได้รับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม

3) ประเทศออสเตรเลีย

ระบบบริการสุขภาพฉุกเฉินของประเทศออสเตรเลียมีความคล้ายคลึงกับประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งในประเทศออสเตรเลียการให้การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะดำเนินการโดยรัฐบาลและบางส่วนเป็นการดำเนินงานโดยเอกชน เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยสามารถไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือสถานพยาบาลในท้องถิ่นหรือไปโรงพยาบาลของรัฐบาลบุคลากรของออสเตรเลียมีหลายระดับ ได้แก่ พนักงานดูแลเบื้องต้น (Patient Transport Officer) มีหน้าที่ให้การดูแลประชาชนป่วยที่ได้รับบาดเจ็บก่อนนำส่งโรงพยาบาล กลุ่มเวชกรฉุกเฉิน (Ambulance Officer) และ Paramedic จะได้รับการฝึกในการทำหัตถการต่าง ๆ การใช้วัสดุอุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นสูง และกลุ่มอาสาสมัคร (First Responders) ซึ่งให้การปฐมพยาบาลและรอจนกว่าหน่วยฉุกเฉินมาถึง

การสื่อสารและการแจ้งเหตุกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินประชาชนสามารถโทรแจ้งที่หมายเลข 000 แจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปศูนย์สื่อสารทางการแพทย์ที่รับเหตุต่อจะตั้งอยู่ที่หน่วยฉุกเฉินและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ ดับเพลิง หน่วยฉุกเฉิน

นอกโรงพยาบาลของประเทศออสเตรเลียมีการพัฒนามาจากหน่วยรถพยาบาลทำงานครอบคลุมงานฉุกเฉินและการบริการรถพยาบาลทั่วไป รวมถึงเมื่อเกิดสาธารณภัย

4) ประเทศญี่ปุ่น

การจัดการการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งโรงพยาบาลเกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองโยโกฮาม่า ในปี ค.ศ. 1933 ภายใต้การดูแลของหน่วยดับเพลิงท้องถิ่น จากนั้นมีการใช้กฎหมายรัฐธรรมนูญให้อำนาจท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วย แต่พบว่ามีกรณีปฏิบัติในบางเมืองเท่านั้น

ปัจจุบันประเทศญี่ปุ่น ได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่เน้นคุณภาพของการบริการและการป้องกันการเจ็บป่วย โดยมีหน่วยปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับ คือ 1) หน่วยงานพื้นฐาน (BLS) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหน้าที่ของกองดับเพลิงของเทศบาลในแต่ละจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในการนำส่งผู้ป่วยและให้การช่วยเหลือขั้นต้นและ 2) หน่วยงานบริการระดับสูง (ALS) นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาสาสมัครซึ่งประกอบด้วย First Aids Class one: FAC-1 เป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานบุคลากรฉุกเฉินในระบบซึ่งจะเทียบเท่ากับ EMT-B

ส่วนการสื่อสารและแจ้งเหตุ ญี่ปุ่นเป็นประเทศแรกที่ได้ใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉิน ระบบเดียว คือ 119 เป็นศูนย์สั่งการ (Online medical control) ซึ่งเมื่อมีผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินจะสามารถเชื่อมต่อไปยังศูนย์สั่งการของเทศบาลในแต่ละจังหวัดได้ทันที โดยศูนย์สั่งการจะแจ้งไปยังสำนักงานดับเพลิง เทศบาลจังหวัดที่ใกล้จุดเกิดเหตุให้ส่งหน่วยบริการได้ออกปฏิบัติงานตามสภาพอาการของผู้บาดเจ็บ ให้การรักษาพยาบาลที่จุดเกิดเหตุและการเคลื่อนย้าย นำส่งผู้บาดเจ็บไปยังโรงพยาบาล

2.2.4 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยแม้จะล่าช้าเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนา แต่ก็มีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงเวลารัชกาลที่ 5 จนถึง ปี พ.ศ. 2551 โดยเริ่มต้นจากกิจกรรมกุศล โดยไม่คิดผลตอบแทนในการช่วยเหลือในลักษณะการกุ๊ภัยและการช่วยเหลือผู้เสียชีวิต ของมูลนิธิต่าง ๆ ของชาวจีนในประเทศไทย ที่สำคัญ ได้แก่ มูลนิธิป่อเต็กตึ๊ง ซึ่งก่อตั้งเมื่อ พ.ศ.2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ.2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่งโรงพยาบาล กระทั่งการบาดเจ็บและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมูลนิธิรับภาระไม่ไหว และจากการที่บุคลากรขาดประสบการณ์ ไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ และไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาอุบัติเหตุที่ขยายอย่างรวดเร็ว ดังนั้น จึงได้ทดลองจัดตั้งหน่วยบริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินในองค์กรของภาครัฐในลักษณะต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้

กรมตำรวจ ก่อนที่กรมตำรวจจะได้จัดตั้งหน่วยบริการเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ นั้น ได้แบบอย่างมาจากการดำเนินการที่ตำรวจตระเวนชายแดนได้เรียนรู้ระหว่างดำเนินการกิจตาม เสด็จสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีคือ

พ.ศ. 2512 ได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.) เพื่อออกไปให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในเขตทุรกันดาร

พ.ศ. 2515 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ ดำเนินงาน “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ” ครั้งแรกในประเทศไทย พระราชทานนามว่า “แพทย์อาสาทาง อากาศ” ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “งานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ”

พ.ศ. 2523 กรมตำรวจได้จัดตั้งศูนย์รถพยาบาลขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ร้องขอ มาทางโทรศัพท์และวิทยุ

พ.ศ. 2529 กระทรวงกลาโหม โดยพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลัง รักษาพระนครและจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วน 123 บริการเหตุด่วนแก่ประชาชน มีหน่วยรถพยาบาล ลูกเงิน ประมาณ 40 คัน ให้บริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ได้ให้บริการไม่นานก็ยุติ เนื่องจากเหตุผลทางการเมือง

พ.ศ. 2536 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินการ โครงการพระราชดำริ “ตำรวจจราจรช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน” โดยพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ 18 ล้านบาท ให้กองบัญชาการตำรวจนครบาลจัดตำรวจจราจรเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือ ผู้บาดเจ็บทุกกรณี

ต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้รับงบประมาณสนับสนุนให้ จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นที่โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2532 จำนวน 150 ล้านบาท และได้ก่อสร้างอาคาร EMS พร้อมเปิดดำเนินการบางส่วนในปี 2536

กรมการแพทย์ได้จัดตั้ง “ศูนย์กู้ชีพเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถีขึ้นอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ในพื้นที่ระยะเวลา ไม่เกิน 15 นาที โดยมีหมายเลข 1669 เป็นหมายเลขแจ้งเหตุในส่วนของกรมการ แพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ขาดงบประมาณที่ เหมาะสมในการดำเนินการ จึงต้องขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม “ศูนย์กู้ชีพเรนทร” ถือเป็นต้นแบบหนึ่งของหน่วยกู้ชีพที่ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลจาก โรงพยาบาล

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้มี การบรรจุแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยเน้นให้มีการขยายตัวการให้บริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสู่จังหวัดภูมิภาคและช่วยผลักดันจังหวัดที่มีความพร้อมให้นำร่อง
คู่ขนานกับการจัดตั้งศูนย์กู้ชีพที่โรงพยาบาลราชวิถี (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน,
2551)

ในปี พ.ศ. 2535 โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุและหน่วยกู้ชีพขึ้นที่
โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งถือเป็นต้นแบบในการดำเนินการก่อตั้งและพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์
ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในต่างจังหวัดอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน,
2551) นับเป็นหน่วยกู้ชีพแห่งแรกในภูมิภาคที่ตั้งขึ้นและดำเนินการภายใต้การดูแลกำกับจาก
โรงพยาบาล

ภายหลังจากการทดลองนำร่องการบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และส่วน
ภูมิภาคนั้น อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังเกิดปัญหาหลายองค์ประกอบอื่นๆ ในด้าน โครงสร้างหลักในแต่
ละระดับ ศูนย์สั่งการ แหล่งงบประมาณ พื้นที่ดำเนินการ หลักสูตรต่างๆ ของบุคลากรระดับ
ปฏิบัติงาน การเชื่อมโยงระบบจากโรงพยาบาลสู่ระบบท้องถิ่น ทำให้ภาพรวมของหน่วยกู้ชีพ
ระดับประเทศยังไม่เด่นชัดและหลายหน่วยขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

พ.ศ. 2539 วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และสถาบันพระบรมราช
ชนก ร่วมกันจัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข (กู้ชีพ) ขึ้นเป็นแห่งแรก โดยรับลูกจ้าง
โรงพยาบาลเข้าเรียนและทำงาน จนถึงปี พ.ศ. 2544 ได้กำหนดเป็นหลักสูตรชื่อ ประกาศนียบัตรเวช
กิจฉุกเฉิน ถือว่าเป็นหลักสูตรเพื่อผลิตบุคลากรด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางหลักสูตร
แรกของประเทศไทย โดยเรียน 2 ปี และบรรจุเป็นเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical
Technician - Intermediate, EMT-I)

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ได้มีการบรรจุ
แผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้าในส่วนของแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุข โดย
กำหนดให้มีการจัดตั้งและแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด แต่เน้นถึง
ความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ ส่งผลให้ โรงพยาบาลศูนย์และ
โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 90 แห่ง จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ โดยเน้นการ
ช่วยเหลือผู้ประสบภัยอุบัติเหตุเป็นหลัก แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดในการให้บริการ เนื่องจากขาดระบบ
ที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานขาดความรู้ ทักษะและ
เจตคติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) กระทรวง
สาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชน

มีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของท้องถิ่นให้มีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ ประกาศให้การพัฒนาบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์เรนทร กระทรวงสาธารณสุข ขึ้น เพื่อรับผิดชอบขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ได้มีการจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแหล่งงบประมาณ

ในปีงบประมาณ 2546 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้โดยเฉพาะ(จ่ายตามรายหัวประชากร สิทธิบัตรหลักประกันสุขภาพในพื้นที่จังหวัดนั้น) ถือเป็นแหล่งงบประมาณหลักของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่นั้นมา และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการให้ทุกจังหวัดในระบบหลักประกันสุขภาพดำเนินการในจังหวัดนำร่องและขยายผลอย่างต่อเนื่อง โดยนำร่องเริ่มให้บริการระยะที่ 1 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 ในพื้นที่ 7 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปาง และสงขลา และได้ขยายการให้บริการ ระยะที่ 2 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2547 เพิ่ม 8 จังหวัด รวมเป็น 15 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี อุตรธานี อุบลราชธานี และในเดือน เมษายน พ.ศ. 2547 เพิ่มอีก 7 จังหวัด รวมเป็น 22 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ปราจีนบุรี เชียงราย พะเยา พิษณุโลก ภูเก็ต และกระบี่ จนกระทั่งเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมครบ 76 จังหวัด

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) เนื่องจากการขยายตัวอย่างต่อเนื่องนี้เอง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ได้เสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย 5 ประการ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) ดังนี้

- 1) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
- 2) การพัฒนาการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบการเงินการคลัง
- 3) การพัฒนานุคลากร
- 4) การสร้างและการจัดการความรู้
- 5) การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี

เป้าหมายของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ.2553 คือ

- 1) ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนอย่างน้อย ร้อยละ 50 ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน
 - 2) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินลดลงจากปีพ.ศ. 2549 อย่างน้อย ร้อยละ 15
 - 3) มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และมีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงมีระบบและกลไกการจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น และมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการภัยพิบัติโดยรวม
 - 4) มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ ได้แก่ มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย จังหวัดละ 2 คน และมีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอตามมาตรฐาน มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและที่ไม่ใช่การเงิน
 - 5) มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ ระบบจัดการ การสร้าง และการกระจายความรู้ เพื่อสนับสนุนการจัดการและกาพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพทั่วถึง
- ทั้งเป้าหมายและยุทธศาสตร์ได้มีรายละเอียดขององค์ประกอบย่อยต่าง ๆ ของระบบ เพื่อมุ่งกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เร็วขึ้น โดยยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี ได้มีการเร่งฝึกอบรมและขึ้นทะเบียนอาสาสมัครของท้องถิ่นให้เป็น First Responder และเร่งขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพตำบล (หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุมชน) ที่พร้อมเพื่อเข้าสู่ระบบ และจากการดำเนินงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 5,791 หน่วย ประกอบด้วย หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินชุมชน 3,639 หน่วย, หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินพื้นฐาน 1,160 หน่วย และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง 992 หน่วย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551)
- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2548-2550 ได้มีการผลักดันนโยบายด้านความร่วมมือกับเครือข่ายอื่นๆ นอกจากกระทรวงสาธารณสุขให้เกิดการมีส่วนร่วมและระดมสรรพกำลังในการดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น เกิดความร่วมมือระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัดและสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดช่วยจัดหารถของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินตำบลแบบให้เข้าเป็นจำนวนเพียงพอกับหน่วย ร่วมมือกับสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีจัดอบรมอาสาสมัครจากตำบลโดยใช้หลักสูตร 110 ชม.

และขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินพื้นฐาน ส่งผลให้เพิ่มจำนวนหน่วยและเพิ่มจำนวนการออกเหตุ

การผลักดันโดยการพัฒนาองค์ประกอบด้านการสื่อสารสั่งการ กระบวนการผลักดันได้แก่ การกำหนดคุณสมบัติของศูนย์และระบบสื่อสาร เพื่อช่วยเร่งการจัดการเหตุฉุกเฉินสถานที่ และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดค่าตอบแทนการปฏิบัติงานของ Emergency Dispatcher (EMD) หรือการจัดอบรม EMD ทั้งในระดับเขตและอบรมส่วนกลาง

ใน พ.ศ. 2549 ได้มีการผลักดันองค์ประกอบด้านกฎหมายและข้อกำหนดต่าง ๆ ซึ่งแต่เดิมเป็นเพียงประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือข้อกำหนดจากกระทรวงสาธารณสุขโดยศูนย์เรนทร หรือบางจังหวัดใช้คำสั่งจังหวัดเพื่อเป็นข้อยุติในบางเงื่อนไขกรณีที่มีข้อถกเถียงในทางปฏิบัติ ดังนั้น วันที่ 22 สิงหาคม พ.ศ. 2549 มติคณะรัฐมนตรี ได้ให้กระทรวงสาธารณสุข จัดทำร่าง พระราชบัญญัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยการพิจารณาภาพรวมของการใช้ประโยชน์ร่วมกับกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และกำหนดถึงการจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบ จนกระทั่ง วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2550 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๐ ซึ่งถือเป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับแรกของประเทศไทย

2.2.5 การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มี 12 ระบบ ประกอบด้วย (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548)

1) ระบบการแจ้งเหตุ จัดให้มีระบบการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจำ ง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการได้รับความช่วยเหลือ เช่น 191 หรือ 1669

2) ระบบการสื่อสาร จัดให้มีระบบการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการระบบควบคุมทางการแพทย์ และโรงพยาบาลที่จะนำส่งควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันที และมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรอง ในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้อยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่ในหุบเขา อาคารหรือเมืองที่มีอาคารสูงอยู่เป็นจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลาพร้อมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3) บุคลากรและการอบรม ควรให้มีการวางแผนบุคลากรให้เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วย

3.1) แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์เป็นผู้ให้เอง นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบ และการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

3.2) พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบทางการแพทย์ เป็นผู้สอนและพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชนให้เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก

3.3) เจ้าหน้าที่เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยมีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (Emergency Medical Technicain- Basic, EMT- B) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน จำนวน 110 ชั่วโมง ผ่านการทดสอบความรู้เรื่องในเรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้บาดเจ็บ การตาม การยกเคลื่อนย้าย และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และเวชกรฉุกเฉินระดับกลาง (EMT - I) ซึ่งต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางเป็นระยะเวลา 2 ปี และได้รับใบประกาศนียบัตรเวชกรฉุกเฉิน 2 ปี มีความสามารถในการด้านการบริการการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support) และช่วยการบริการการแพทย์ขั้นสูง (Advance Life Support) ต้องผ่านการทดสอบความรู้เรื่องการประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้บาดเจ็บ การตาม การห้ามเลือด การยก เคลื่อนย้าย การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและขั้นสูง

3.4) ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First Response) หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงว่าตนพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงจุดเกิดเหตุ มีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชั่วโมง เป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของกรมการแพทย์)

3.5) ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยเบื้องต้นก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไป ควรไม่ต่ำกว่า 1 วัน

4) กฎและระเบียบ มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ที่จะรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

5) ด้านการเงินการคลัง งบประมาณในการจัดตั้งดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงค่าตอบแทนแก่หน่วยบริการ ซึ่งได้มาจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น

5.1) งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

5.2) มาตรฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนแก่หน่วยบริการจากส่วนกลาง

5.2.1) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ครั้งละ 1,000 บาท

5.2.2) หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน ครั้งละ 500 บาท

5.2.3) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ครั้งละ 350 บาท

6) ด้านการประชาสัมพันธ์ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้จักและเข้าใจเกี่ยวกับระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมควรค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงาน รวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

7) ด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างองค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้และการเตรียมความพร้อม และการซ้อมแผนปฏิบัติการฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง และตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

8) ด้านมาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นจะต้องมีมาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วม ในขณะเดียวกันคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

9) ด้านระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศมีระบบข้อมูลอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบันยกเว้นบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้ เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็นปัจจุบันได้มีการพัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้ฐานข้อมูลอินเทอร์เน็ต

10) ด้านการเตรียมความพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจสั่งการ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ สะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่และป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดจากการนำส่งผู้บาดเจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม

11) ด้านการรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือ การควบคุมสั่งการโดยผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจจะทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือโดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

12) ด้านการประเมินผล การประเมินผลการปฏิบัติงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย การติดตาม สรุป และประเมินผลการปฏิบัติงานการแพทย์ทุกปีและมีการประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เพื่อการพัฒนาบริการให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ

2.2.6 ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551) แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า การจัดวางระบบของการสำรวจ ค้นหาคนที่ประสบเหตุ จึงต้องออกแบบให้สามารถกระทำได้เร็วที่สุด ครอบคลุมทุกพื้นที่

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) โดยระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีเลขหมายที่จำได้ง่าย มีศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง

3) การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับ Advance Life Support และระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอในการออกปฏิบัติงานและมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาที่กำหนด

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) การประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ และประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม ทีมบุคลากรต้องมีความรู้ มีประสบการณ์ และเจตคติที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) ยึดหลักการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย

6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) สามารถนำส่งไปรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมศักยภาพของโรงพยาบาลที่ส่งไปรักษาควบคู่กัน

2.2.7 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2552) แบ่งได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

2.2.7.1 หน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (First Response/Rescuer Team : FR)

1) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการประเมินและให้การปฐมพยาบาล ได้แก่ การตามกระตุก การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น และการบริหารยาสามัญประจำบ้าน รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี โดยไม่มีการปฏิบัติที่จัดอยู่ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมและอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการตามที่กฎหมายกำหนด ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารและประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

2) สังกัดอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมายให้ดำเนินการอย่างเป็นทางการ หรือหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ (เช่น ตำรวจดับเพลิง อุทยานแห่งชาติ) หรือองค์กรอื่นที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรอง

3) ขณะปฏิบัติการดูแล และรับส่งผู้ป่วยต้องมีบุคลากรปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้เป็น “พนักงานปฏิบัติการเบื้องต้น” กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยบุคลากรดังกล่าวต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

3.1) สุขภาพแข็งแรง และปราศจากโรคที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน

3.2) ผ่านการอบรมและประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติตาม “หลักสูตรปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น” ไม่เกิน 2 ปี รวมทั้งต้องผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานอย่างน้อยทุก 2 ปี หลักสูตรปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ดังกล่าว ต้องมีระยะเวลาการฝึกอบรมตั้งแต่ 16 ชั่วโมงขึ้นไป จากสถาบันหรือหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภา หรือสภาการพยาบาล หรือกรมการแพทย์ทหารบก หรือกรมแพทย์ทหารเรือ หรือกรมแพทย์ทหารอากาศ หรือสำนักงานแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือสถาบันพระบรมราชชนก หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรอง

3.3) บุคลากรที่ปฏิบัติงานดังกล่าวอย่างน้อย 1 คน จะต้องสามารถขับพาหนะเพื่อไปดูแลและรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้และมีใบอนุญาตขับพาหนะนั้นตามที่กฎหมายกำหนด

4) มีพาหนะเป็นรถกระบะดัดแปลงหรือเรือมีประทุน ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็น “พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น” ไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้ โดยพาหนะดังกล่าวต้องมีลักษณะพร้อมอุปกรณ์อย่างน้อยดังต่อไปนี้

4.1) มีพื้นที่รองรับการขนส่งผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า ขนาดกว้าง 1.5 เมตร ยาว 2.0 เมตร และสูง 0.8 เมตร

4.2) มีเปลขนย้ายผู้ป่วยที่สามารถตรึงกับตัวถังพาหนะ

4.3) อุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างน้อย ได้แก่

ก. อุปกรณ์ค้ำแขนขา

ข. ชุดอุปกรณ์ปฐมพยาบาล

ค. แผ่นรองหลังแบบยาวพร้อมอุปกรณ์ประคองศีรษะและสายรัดศีรษะ (long spinal board with head immobilizer)

ง. เสื้อคอชนิดแข็ง (Hard collar)

จ. อุปกรณ์หนีบสายสะดือ

4.4) อุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.5) คู่มือเกณฑ์วิธี (protocol) และคำสั่งประจำ (standing order) สำหรับการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย (triage) การดูแลผู้ป่วย (treatment) การเคลื่อนย้ายและการขนส่งผู้ป่วย (transport) และการส่งต่อผู้ป่วย (transfer)

5) มีความพร้อมในการปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งวันทำการและวันหยุด

2.2.7.2 หน่วยปฏิบัติการระดับพื้นฐาน (Basic Life Support : BLS)

1) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถเพิ่มเติมจากหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น แบ่งออกเป็นสองระดับ คือ หน่วยปฏิบัติการพื้นฐานประเภทหนึ่ง และหน่วยปฏิบัติการพื้นฐานประเภทสอง

หน่วยปฏิบัติการพื้นฐานประเภทสองมีความสามารถประเมินและให้การพยาบาลขั้นพื้นฐาน ได้แก่ การค้ำกระดูกและแขนขา การห้ามเลือด การช่วยฟื้นคืนชีพและการประคองชีพขั้นพื้นฐาน การล้างพิษขั้นพื้นฐาน การช่วยคลอดฉุกเฉิน และการบริหารยาเกินหรือยาสูดพ่นหรืออมใต้ลิ้นบางชนิด รวมทั้งการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี ภายใต้การควบคุมของแพทย์หรือพยาบาลประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตามที่กฎหมายกำหนด ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารและประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

2) ขณะปฏิบัติการดูแลและรับส่งผู้ป่วย ต้องมีบุคลากรที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 คน โดยบุคลากรดังกล่าวต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1) บุคลากรอย่างน้อย 1 คน ต้องเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้เป็น “พนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน” โดยบุคลากรดังกล่าวแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ พนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานระดับหนึ่ง และพนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานระดับสอง

พนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานระดับหนึ่ง ต้องผ่านการเรียนฝึกอบรมและประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติตาม “หลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน” 2 ปี ส่วนพนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานระดับสอง ต้องผ่านการฝึกอบรมเพิ่มเติมจาก “หลักสูตรพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น” ตั้งแต่ 110 ชั่วโมงขึ้นไป โดยทั้งสองหลักสูตรต้องผ่านการเรียนหรือฝึกอบรมจากสถาบัน หรือหน่วยงานที่กระทรวงสาธารณสุข หรือคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉินที่ได้รับการรับรองจากแพทยสภา หรือสภาการพยาบาล หรือกรมการแพทย์ทหารบก หรือกรมแพทย์ทหารเรือ หรือกรมแพทย์ทหารอากาศ หรือสำนักงานแพทย์ใหญ่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือสถาบันพระบรมราชชนก หรือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรอง

2.2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 คน จะต้องสามารถขับพาหนะเพื่อไปดูแลและรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้และมีใบอนุญาตขับพาหนะนั้นั้นตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งเป็นผู้ที่ได้ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้เป็น “พนักงานปฏิบัติการเบื้องต้น” ตามที่ข้อกำหนดไว้ในข้อ 1.3 หรือสูงกว่า

3) มีพาหนะฉุกเฉินเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามที่กฎหมายว่าด้วยการจราจรทางบกหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกำหนด ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็น “พาหนะปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน” ไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยพาหนะดังกล่าวต้องมีอุปกรณ์เพิ่มเติมจากที่กฎหมายดังกล่าวกำหนดดังต่อไปนี้

3.1) แผ่นรองหลังแบบยาวพร้อมอุปกรณ์ประคองศีรษะและสายรัดตรึงศีรษะ (long spinal board with head immobilizer)

3.2) เสื้อกคอชนิดแข็ง (hard collar) และเสื้อชั่วคราวเพื่อค้ำแขน ขา

3.3) กระเป๋าชุดปฐมพยาบาลประกอบด้วยอุปกรณ์หนีบสายสะดือ (cord clamp) และอุปกรณ์ทำแผล

3.4) ยาและเวชภัณฑ์อย่างน้อย ได้แก่ ยาสามัญประจำบ้าน ยากระตุ้นการอาเจียน (Syrup of ipecac) ผงถ่านกัมมันต์ (activated charcoal) 20 กรัม/ห่อ จำนวน 5 ห่อ และ Fuller's earth 60 กรัม/ห่อ จำนวน 2 ห่อ

3.5) สายสวนปัสสาวะและสายใส่เข้ากระเพาะอาหาร

3.6) อุปกรณ์ให้สารน้ำทางหลอดเลือด

3.7) อุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.8) คู่มือเกณฑ์วิธี (protocol) และคำสั่งประจำ (standing order) สำหรับการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย (triage) การดูแลผู้ป่วย (treatment) การเคลื่อนย้ายและการขนส่งผู้ป่วย (transport) และการส่งต่อผู้ป่วย (transfer)

4) มีมาตรฐานการให้บริการตามข้อบังคับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของสถานพยาบาล

5) มีความพร้อมในการออกปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งวันทำการและวันหยุด

2.2.7.3. หน่วยปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support : ALS)

1) เป็นหน่วยปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการประเมิน การประคองชีพ และให้การรักษายาบาลขั้นก้าวหน้า ได้แก่ การใช้เครื่องกระตุก และเฝ้าตรวจการทำงานของหัวใจ (cardiac defibrillation and monitoring) การช่วยหายใจขั้นสูง การทำหัตถการและการใช้ยาเพื่อรักษาชีวิต และการล้างพิษขั้นสูง รวมทั้งการเฝ้าตรวจวัดและการบริหารทางเวชกรรมอื่น ๆ ที่จำเป็นในการรักษาชีวิต ตลอดจนการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือที่เหมาะสมอย่างถูกต้อง ตลอดจนมีทักษะการสื่อสารและประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการภาวะฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

2) มีบุคลากรปฏิบัติงานในขณะที่ปฏิบัติการดูแลและรับส่งผู้ป่วย อย่างน้อย 3 คน โดยบุคลากรดังกล่าวต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

2.1) พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมและการประเมินความรู้ ทักษะ และเจตคติตามหลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงจากสถาบัน หรือหน่วยงานที่คณะกรรมการการฝึกอบรมและสอนแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์รับรองไม่เกิน 2 ปี รวมทั้งต้องผ่านการฝึกอบรมพื้นฐานอย่างน้อยทุก 2 ปี และได้ขึ้นทะเบียนเป็น “พนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง” ไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการตามที่กฎหมายกำหนด

2.2) พนักงานฉุกเฉินขั้นพื้นฐานอย่างน้อย 2 คนซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

3) มีพาหนะฉุกเฉินเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยตามที่กฎหมายว่าด้วยจราจรทางบกหรือกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลกำหนด ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็น “พนักงานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง” ไว้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยพาหนะดังกล่าวต้องมีอุปกรณ์เพิ่มเติมจากที่กฎหมายดังกล่าวกำหนด ดังต่อไปนี้

3.1) อุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูง

- ก. เครื่องกระตุ้นและไฟระว่างการทำงานของหัวใจ
- ข. Self - inflating lung bag อย่างน้อย 2 ขนาด พร้อมหน้ากากขนาดต่าง ๆ
- ค. อุปกรณ์เปิดทางหายใจ (oropharyngeal airway) สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ ขนาดต่าง ๆ
- ง. อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ
- จ. ถังออกซิเจนติดในพาหนะ 1 ถังและชนิดเคลื่อนย้ายได้ 1 ถัง
- ฉ. เครื่องดูดและสายขนาดต่าง ๆ
- ช. อุปกรณ์การให้ออกซิเจน
- ซ. เครื่องพ่นละออง (nebulizer)
- ฅ. สายสวนกระเพาะอาหาร (nasogastric หรือ orogastric tube) พร้อมอุปกรณ์ล้างกระเพาะอาหาร
- ญ. เครื่องตรวจวัดระดับกลูโคสในเลือดหรือพลาสมา

3.2) อุปกรณ์ขนย้ายลำเลียง

ก. แผ่นรองหลังแบบยาวพร้อมอุปกรณ์ประคองศีรษะและสายรัดตรึงศีรษะ (Long spinal board with head immobilizer)

ข. เสื้อกคอชนิดแข็ง (Hard collar) และเสื้อชั่วคราวเพื่อค้ำแขนขา

3.3) ยาและเวชภัณฑ์ อย่างน้อย ดังต่อไปนี้

- ก. Aspirin ชนิดเคี้ยว 60 มก. หรือ 300 มก. จำนวน 5 เม็ด
- ข. Aspirin sulfate ชนิด 0.6 มก./มล. จำนวน 20 หลอด
- ค. Calcium gluconate 10% ชนิดฉีด 10 มล. และหรือ Calcium chloride 10% ชนิดฉีด 10 มล. รวมจำนวน 2 หลอด
- ง. Charcoal activated ชนิดผง 20 กรัม/ห่อ จำนวน 5 ห่อ

จ. Dexamethazone ชนิดฉีด 4 มก./มล. หรือ 5 มก./มล. จำนวน 2
หลอด

ฉ. Diazepam ชนิดฉีด 10 มก./ 2 มล. จำนวน 2 หลอด

ช. Diphenhydramine HCL ชนิดฉีด 50 มก./มล. และหรือ
Chlopheniramine maleate ชนิดฉีด 10 มล. /มล. จำนวน 2 หลอด

ซ. Epinephrine (Adrenaline) ชนิดฉีด 1 มก./ 10 มล. และหรือ 1 มก./
มล. รวมจำนวน 5 หลอด

ณ. Fuller's earth ชนิด 60 กรัม/ห่อ จำนวน 2 ห่อ

ญ. Furosemide ชนิด 20 มก./2 มล. จำนวน 2 หลอด

ฎ. Glucose 50% (D-50-W) ชนิดฉีด 50 มล. จำนวน 2 หลอด และหรือ
20 มล. จำนวน 5 หลอด

ฏ. Isosobide dinitrate หรือ Glyceryl trinitrate ชนิดอมหรือฟันใต้ลิ้น
จำนวน 5 เม็ดหรือเทียบเท่า

ฐ. Lidocaine HCL ชนิดฉีด 100 มก./5 มล. จำนวน 1 หลอดหรือ
เทียบเท่า

ฑ. Naloxone ชนิดฉีด 0.4 มก./มล. จำนวน 2 หลอด

ฒ. Normal Saline Solution (0.9% Sodium Chloride) ชนิดฉีด 1,000
มล. จำนวน 2 ถูง/ขวด

ณ. Morphine sulfate ชนิดฉีด 10 มก./ มล. จำนวน 2 หลอด

ด. Salbutamol sulfate ชนิดพ่นละออง 2.5 มก. จำนวน 2 หลอดและ
หรือ 10 มล. จำนวน 10 หลอด

ต. Tiamine ชนิดฉีด 100 มก./มล. จำนวน 2 หลอด

3.4) กระเป๋าชุดพยาบาล

ก. น้ำยาทำแผลชนิดต่าง ๆ

ข. อุปกรณ์ในการทำแผล

ค. อุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อ

ง. อุปกรณ์ในการทำคลอด

3.5) อุปกรณ์สื่อสารที่สามารถติดต่อกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการได้

3.6) คู่มือเกณฑ์วิธี (protocol) และคำสั่งประจำ (standing order) สำหรับการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย (triage) การดูแลผู้ป่วย (treatment) การเคลื่อนย้ายและการขนส่งผู้ป่วย (transport) และการส่งต่อผู้ป่วย (transfer)

4) มีมาตรฐานการให้บริการตามข้อบังคับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการให้บริการสาธารณสุขของสถานพยาบาล

5) มีความพร้อมในการปฏิบัติการตลอดเวลา

2.2.8 คู่มือสำหรับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่, 2549)

1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุที่สามารถเรียกใช้บริการหน่วยกู้ชีพ จังหวัดเชียงใหม่

1.1) อุบัติเหตุทุกประเภท ได้แก่

- อุบัติเหตุจากรุนแรง
- ตกจากที่สูง
- กระจกหัก
- บาดเจ็บกระดูกสันหลัง
- ไฟฟ้าช็อต
- ไฟไหม้/น้ำร้อนลวกรุนแรง
- จมน้ำ
- อุบัติเหตุอื่น ๆ เช่น ถูกยิง ถูกแทง ของมีคมบาด
- การบาดเจ็บจากกีฬา

1.2) ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่

- ชักเกร็ง กระจก
- หายใจหอบ
- หมดสติกะทันหัน
- เจ็บหน้าอกรุนแรง
- หยุดหายใจ
- ช็อค
- เจ็บท้อง ใกล้เคียง / คลอดฉุกเฉิน
- ตกเลือด / เลือดออกทางช่องคลอด
- กินสารพิษ หรือยาพิษ

2) แนวทางการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่

2.1) เมื่อเกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โทรหมายเลข 1669 หรือโทร 053 - 121082, 121084 ศูนย์กู้ชีพเวียงพิงค์ จากโทรศัพท์มือถือ หรือ โทรศัพท์สาธารณะ หรือโทรศัพท์ประจำบ้าน ได้โดยตรง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยแจ้งรายละเอียด จุดเกิดเหตุหรือ สถานที่เกิดเหตุให้ชัดเจน แจ้งจำนวนและอาการของผู้บาดเจ็บให้มากที่สุด และ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้แจ้ง เพื่อสะดวกในการติดต่อกลับ กรณีที่หาสถานที่ผู้บาดเจ็บไม่พบ

2.2) ศูนย์เวียงพิงค์ได้รับแจ้งเหตุจะประสานส่งรถพยาบาลที่อยู่ใน เครื่องข่าย และอยู่ใกล้ที่เกิดเหตุออกปฏิบัติงาน เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

2.3) ขณะที่รอหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปช่วยเหลือให้ผู้แจ้งทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อนตามความจำเป็น

2.4) เมื่อหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึงที่เกิดเหตุ จะทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นตามสภาพอาการผู้ป่วย และเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน นำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม

2.3 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การบาดเจ็บและพิการของประชาชน ดังนั้นรัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้มีการ กำหนด นโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมถึงพระราชบัญญัติต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและช่วยให้เกิดการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพขึ้น อันจะทำให้ ประชาชนได้รับบริการที่รวดเร็วและมีมาตรฐาน ซึ่งนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

2) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒

3) พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช ๒๔๕๗

4) โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (OTOS)

5) ยุทธศาสตร์และมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาคับเหตุจราจรทางถนน

6) นโยบายและการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

2.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551)

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ถือเป็นกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฉบับแรกของประเทศไทย ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๒๕ ตอนที่ ๔๔ ก วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑ โดยมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑

อาศัย การแพทย์ฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

“หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

“ผู้ปฏิบัติการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

หมวด 1 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรา 5 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน” เรียกโดยย่อว่า “กพจ” ประกอบด้วย

๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน
๒) กรรมการโดยตำแหน่งสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓) กรรมการผู้แทนแพทยสภาจำนวนสองคน โดยอย่างน้อยต้องเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนหนึ่งคน

๔) ผู้แทนสภาการพยาบาลจำนวนหนึ่งคน

๕) กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน โดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนประเภทละหนึ่งคน

๖) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน

๗) กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน

๘) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ เชี่ยวชาญและประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ จำนวนไม่เกินสี่คน

มาตรา ๑๑ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑) กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๓) เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

๔) กำหนดนโยบายการบริหารงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานและอนุมัติแผนการเงินของสถาบัน

๕) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป การจัดตั้งและยกเลิกสำนักงานสาขา ตลอดจนออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผลและการดำเนินการอื่นของสถาบัน

๖) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม เว้นแต่การดังกล่าวจะมีกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ

๗) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการให้เข็มเชิดชูเกียรติ เพื่อมอบให้แก่บุคคลผู้สนับสนุนกิจการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๘) ดำเนินการให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๙) ดำเนินการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑๐) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๓๖

๑๑) ให้ความเห็นชอบการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน

๑๒) สรรหา แต่งตั้ง ประเมินผลการปฏิบัติงานและถอดถอนเลขาธิการ

๑๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

หมวด ๒ มาตรา ๑๔ ให้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบราชการแผ่นดิน หรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจ ตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เรียกโดยย่อว่า “สพฉ.”

มาตรา ๑๕ ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- ๑) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ.
- ๒) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งหลักเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด
- ๓) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ๔) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- ๕) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- ๖) ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- ๗) เป็นศูนย์กลางประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- ๘) เรียกเก็บค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน
- ๙) รับผิดชอบงานธุรการของ กพฉ. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพฉ. มอบหมาย

หมวด ๓ การปฏิบัติการฉุกเฉิน มาตรา ๒๘ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการ ดังนี้

- ๑) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิหลักการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที และหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการมาตรา ๒๕ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา ๒๘ กพท. มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังนี้

๑) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล

๒) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล

๓) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

๕) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพท. กำหนด อาจได้รับการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุน

หมวด ๔ มาตรา ๓๓ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสถาบัน เรียกว่า “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพียงพอประกอบด้วย และเพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่นให้ กพท. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าว

เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน

มาตรา ๓๔ กองทุน ประกอบด้วย

- ๑) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- ๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- ๓) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้มาในกิจการของสถาบัน
- ๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- ๕) เงินที่ได้จากหน่วยงานของรัฐ หรือกองทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์
- ๖) เงินสทบทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- ๗) ดอกผลหรือประโยชน์ที่เกิดจากทรัพย์สินตามข้อ ๑-๖

2) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ (ราชกิจจานุเบกษา, 2542)

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ประกาศใช้วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๔๒ ในหมวด ๒ การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ มาตรา ๑๖ ให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะ เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตนเองดังนี้

- ๑) การจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
- ๒) การจัดให้มีและบำรุงทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ
- ๓) การจัดให้มีและควบคุมตลาด ท่าเทียบเรือ ท่าข้าม และที่จอดรถ
- ๔) การสาธารณสุขและก่อสร้างอื่น ๆ
- ๕) การสาธารณสุข
- ๖) การส่งเสริม การฝึก และการประกอบอาชีพ
- ๗) การพาณิชย์ และการส่งเสริมการลงทุน
- ๘) การส่งเสริมการท่องเที่ยว
- ๙) การจัดการศึกษา
- ๑๐) การสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส

- ๑๑) การบำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- ๑๒) การปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
- ๑๓) การจัดให้มีการบำรุงรักษาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ
- ๑๔) การส่งเสริมกีฬา
- ๑๕) การส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของประชาชน
- ๑๖) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
- ๑๗) การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง
- ๑๘) การกำจัดขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย
- ๑๙) การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล
- ๒๐) การจัดให้มีและควบคุมสุสานและฌาปนสถาน
- ๒๑) การควบคุมการเลี้ยงสัตว์
- ๒๒) การจัดให้มีและควบคุมการเลี้ยงสัตว์
- ๒๓) การรักษาความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และการอนามัย โรงมหรสพ และสาธารณสถานอื่น ๆ
- ๒๔) การจัดการ การบำรุงรักษา และการใช้ประโยชน์จากป่าไม้ที่ดินทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- ๒๕) การผังเมือง
- ๒๖) การขนส่งและการวิศวกรรมจราจร
- ๒๗) การดูแลที่สาธารณะ
- ๒๘) การควบคุมอาคาร
- ๒๙) การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- ๓๐) การรักษาความสงบเรียบร้อย การส่งเสริมและสนับสนุนการป้องกันและรักษาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
- ๓๑) กิจการอื่นใดที่เป็นประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

3) พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช ๒๔๕๗ (ราชกิจจานุเบกษา, 2551)

อำนาจหน้าที่ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มาตรา ๒๗ แห่งพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช ๒๔๕๗ แก้ไข ฉบับที่ ๑๑ พ.ศ. ๒๕๕๑

อำนาจหน้าที่ของผู้ใหญ่บ้าน

ทำหน้าที่ช่วยเหลือนายอำเภอในการปฏิบัติหน้าที่และเป็นหัวหน้าราษฎรในหมู่บ้านของตน และมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) อำนวยความเป็นธรรมและดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยและความปลอดภัยให้แก่ราษฎรในหมู่บ้าน

(๒) สร้างความสามัคคีและความสามัคคีให้เกิดขึ้นในหมู่บ้าน รวมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมและประเพณีในท้องที่

(๓) ประสานหรืออำนวยความสะดวกแก่ราษฎรในหมู่บ้านในการติดต่อหรือรับบริการกับส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๔) รับฟังปัญหาและนำความเดือดร้อน ทุกข์สุขและความต้องการที่จำเป็นของราษฎรในหมู่บ้าน แจ้งต่อส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การแก้ไขหรือช่วยเหลือ

(๕) ให้การสนับสนุน ส่งเสริม และอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติหน้าที่หรือการให้บริการของส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๖) ควบคุมดูแลราษฎรในหมู่บ้านให้ปฏิบัติให้เป็นไปตามกฎหมายหรือระเบียบแบบแผนของทางราชการ โดยกระทำตนให้เป็นตัวอย่างแก่ราษฎรตามที่ทางราชการได้แนะนำ

(๗) อบรมหรือชี้แจงให้ราษฎรมีความรู้ความเข้าใจในข้อราชการ กฎหมาย หรือระเบียบแบบแผนของทางราชการ ในกรณี สามารถเรียกราษฎรมาประชุมได้ตามสมควร

(๘) แจ้งให้ราษฎรให้ความช่วยเหลือในกิจการสาธารณประโยชน์เพื่อบำบัดปัดป้องภัยอันตรายสาธารณะอันมีมาโดยฉุกเฉิน รวมตลอดทั้งการช่วยเหลือบรรเทาทุกข์แก่ผู้ประสบภัย

(๙) จัดให้มีการประชุมราษฎรและคณะกรรมการหมู่บ้านเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง

(๑๐) ปฏิบัติตามคำสั่งของกำนันหรือทางราชการและรายงานเหตุการณ์ที่ไม่ปกติซึ่งเกิดขึ้นในหมู่บ้านให้กำนันทราบพร้อมทั้งรายงานต่อนายอำเภอด้วย

(๑๑) ปฏิบัติตามภารกิจหรืองานอื่นตามกฎหมายหรือระเบียบแบบแผนของทางราชการ หรือตามที่กระทรวง ทบวง กรม หน่วยงานอื่นของรัฐ ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือนายอำเภอ มอบหมาย

อำนาจหน้าที่ของกำนัน

พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พระพุทธศักราช ๒๕๔๗ กำหนดอำนาจหน้าที่ของกำนัน โดยสรุปสาระสำคัญไว้ 7 ประการ คือ

- ๑) อำนาจหน้าที่ในการปกครองและรักษาความสงบเรียบร้อย
- ๒) อำนาจหน้าที่ในการที่เกี่ยวกับความอาญา
- ๓) อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับคนเดินทาง
- ๔) อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการรักษา และบำรุงสิ่งที่เป็นสาธารณประโยชน์
- ๕) อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับบัญชีสำมะโนครัว และทะเบียนบัญชีของรัฐบาลในตำบลนั้น และคอยแก้ไขเพิ่มเติมให้ถูกต้องกับบัญชีของผู้ใหญ่บ้าน
- ๖) อำนาจหน้าที่เกี่ยวกับภาษีอากร
- ๗) อำนาจหน้าที่ในการเรียกประชุม ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการตำบล แพทย์ประจำ

ตำบล

ลักษณะการปฏิบัติงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

ในการปฏิบัติงานของกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จำแนกได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การปฏิบัติงานในฐานะเป็นตัวแทนของทางราชการ ได้แก่

1.1) การประชาสัมพันธ์ เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารของทางราชการให้ราษฎรในหมู่บ้านได้รับทราบ เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างทางราชการกับประชาชน ซึ่งโดยปกติ อำเภอก็ทำการประชุม ชี้แจงข้อราชการให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้านทราบเดือนละหนึ่งครั้ง หากมีราชการเร่งด่วนอาจมีการประชุมมากกว่าหนึ่งครั้งก็ได้ และกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จะนำข้อราชการที่ได้รับทราบจากอำเภอไปประชาสัมพันธ์ให้ราษฎรในตำบลหมู่บ้านทราบโดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การประชุมชี้แจง การปิดประกาศ การประกาศทางหอกระจายข่าว การแจกเอกสาร หรือแผ่นพับ

1.2) การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาติดต่อราชการของประชาชนในหมู่บ้าน โดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นผู้จัดการติดต่อกับอำเภอหรือส่วนราชการต่าง ๆ แทน เช่น การจัดเก็บภาษีบำรุงท้องที่ การแจ้งเกิด การแจ้งย้ายเข้า ย้ายออก

1.3) การจับกุมผู้กระทำความผิดซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่ ที่กำหนดไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

1.4) การเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าพนักงาน เพื่อช่วยเหลือให้การปฏิบัติงานของส่วนราชการต่าง ๆ ที่ดำเนินการในพื้นที่ตำบล หมู่บ้าน สำเร็จลุล่วง เช่น การสำรวจข้อมูลต่างๆ

1.5) การดูแลทรัพย์สินของทางราชการ เช่น ถนน สะพาน อ่างเก็บน้ำที่สาธารณะ ศาลาประชาคม ทรัพย์สินเหล่านี้เป็นสาธารณสมบัติซึ่ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้านในฐานะที่เป็นตัวแทนของทางราชการจะต้องเอาใจใส่ ดูแลรักษา ให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ รวมถึงป้องกันมิให้เกิดความเสียหาย และรายงานให้อำเภอบรรณคดีมีความเสียหายเกิดขึ้น

1.6) การเป็นแหล่งข่าวของทางราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ต้องคอยสอดส่องความเคลื่อนไหว อันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ประชาชน หรือการบ่อนทำลายความมั่นคงของประเทศและแจ้งให้อำเภอบรรณคดี

2) การปฏิบัติงานในฐานะตัวแทนของประชาชน

2.1) การรายงานข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การแจ้งเรื่องราว ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตำบล หมู่บ้าน ให้ทางราชการทราบ โดยอาจรายงานด้วยวาจาหรือรายงานเป็นลายลักษณ์อักษร

2.2) การเสนอความต้องการของประชาชน ได้แก่ การรวบรวมความต้องการของประชาชน นำเสนอต่อทางราชการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้พัฒนาหรือการให้ความช่วยเหลือประชาชนตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

2.3) การประสานงาน ได้แก่ การทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมประสานระหว่างส่วนราชการ หน่วยงานต่าง ๆ และประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความรวดเร็ว และตอบสนองต่อความต้องการทั้งของส่วนราชการ หน่วยงานและประชาชน

3) การปฏิบัติงานในฐานะผู้นำชุมชน

3.1) การเป็นผู้นำทางการเมือง ได้แก่ การกระทำตามสิทธิหน้าที่ที่มีอยู่ตามกฎหมาย การอบรมชี้แจงแนวทางการใช้สิทธิเลือกตั้ง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการเมืองต่างๆ

3.2) การเป็นผู้นำทางสังคม ได้แก่ การเป็นผู้นำในกิจกรรมส่วนรวมในตำบล หมู่บ้าน เช่น การจัดงานประเพณีท้องถิ่น งานประจำปีหมู่บ้าน รวมถึง การเข้าร่วมงานหรือกิจกรรมส่วนตัวของลูกบ้าน เช่น งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน

2.3.2 นโยบายที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1) โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue Team : OTOS) (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2549)

นโยบายการดำเนินงาน “หนึ่งตำบลหนึ่งหน่วยกู้ภัย” หรือ OTOS (One Tambon One Search and Rescue Team : OTOS) เป็นนโยบายหลักของกระทรวงมหาดไทย โดยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ได้ประสานความร่วมมือกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพ ได้จัดทำโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (OTOS) เพื่อพัฒนาระบบการฝึกอบรมและขยายผลเรื่องการค้นหาและช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้อย่างถูกต้อง โดยมีเป้าหมายให้ทุกตำบลทั่วประเทศ มีทีมกู้ภัยประจำตำบลภายในปี พ.ศ. 2551 โดยกำหนดระยะเวลาการดำเนินงานออกเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะสร้างวิทยากรระดับจังหวัด 2) ระยะที่ 2 ระยะสร้างวิทยากรระดับอำเภอ 3) ระยะที่ 3 ระยะเวลาการดำเนินการในจังหวัดนำร่องและระยะที่ 4 ระยะการขยายผลทุกตำบล กระทรวงมหาดไทยได้กำหนดให้มีการดำเนินการฝึกอบรมและจัดตั้งทีมกู้ชีพ กู้ภัยให้ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของจำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2550 และให้ครบทุกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งปัจจุบันมีจังหวัดที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น ระยอง ราชบุรี และพังงา โดยให้จังหวัดประสานขอความร่วมมือองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ พิจารณาจัดตั้งงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการดำเนินงานของทีมกู้ชีพ กู้ภัย

2) ยุทธศาสตร์และมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรถทางถนน (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2548)

จากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 22 และ 28 เมษายน พ.ศ. 2546 วันที่ 29-30 กันยายน พ.ศ. 2546 ได้มีการเห็นชอบมาตรฐานโครงการเพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากรถทางถนน ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ประกอบด้วย

2.1 ยุทธศาสตร์การบังคับใช้กฎหมาย (Law Enforcement)

2.2 ยุทธศาสตร์ด้านวิศวกรรมจราจร (Engineering)

2.3 ยุทธศาสตร์ด้านการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ (Education Public Relation & Participation)

2.4 ยุทธศาสตร์การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service)

2.5 ยุทธศาสตร์ด้านการประเมินผลและพัฒนาระบบข้อมูล (Evaluation and Information)

3) นโยบายและการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550)

จากการที่ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ เครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัด สัมมนา เรื่อง อุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 8 “ท้องถิ่น ชุมชน ถนนปลอดภัย ร่วมใจลดอุบัติเหตุ” ระหว่างวันที่ 10 - 12 ตุลาคม 2550 ได้มีการประกาศข้อเสนอแนะสำหรับทิศทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจร ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีที่เกี่ยวข้อง 7 ข้อ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันสนับสนุนและส่งเสริมผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถปฏิบัติภารกิจด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนให้บรรลุผล เพื่อสร้างความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีแผนปฏิบัติการเพื่อปลูกจิตสำนึกให้เยาวชนตระหนักในเรื่องความปลอดภัย ส่งเสริมวินัยจราจร มีการบรรจุเป็นหลักสูตรท้องถิ่นในสถานศึกษาขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกแบบถนนให้คำนึงถึงชีวิต และประโยชน์ของชุมชนสองข้างทาง ตามหลักวิชาการจัดการเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน

3) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาและนำมาตราฐานการป้องกันอุบัติภัยทางถนนไปดำเนินการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่าย

4) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมส่งเสริมสนับสนุนระบบขนส่งสาธารณะทดแทนการใช้รถจักรยานยนต์และรถยนต์

5) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service : EMS)

6) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนบุคลากรของท้องถิ่นให้มีสมรรถนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีกลไก เพื่อประสานและเชื่อมโยงการทำงาน ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทางถนน

เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจร เป็นไปอย่างต่อเนื่องเกิดผลเป็นรูปธรรม ผลักดันให้ท้องถิ่นชุมชนและประชาชนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุทางถนนในทุกพื้นที่ ดังนั้นจึงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ ให้ความสำคัญในภารกิจด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนอย่างแท้จริง โดยให้มีการกำหนดและจัดทำแผนงานหรือแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรม บรรจุลงในแผนพัฒนาท้องถิ่น และมีงบประมาณรองรับอย่างต่อเนื่อง มีบทบาทร่วมกับจังหวัด อำเภอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเครือข่ายต่าง ๆ ในการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินการ

2.4 การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดเชียงใหม่

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2549)

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเชียงใหม่ได้เตรียมการในการรองรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2545 - 2546 โดยได้เริ่มแต่งตั้งคณะกรรมการต่าง ๆ ขึ้น เพื่อวางแผนนโยบายในการที่จะดำเนินงานพร้อมกับการพัฒนาศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการ หมายเลข 1669 ให้มีสมรรถนะมากขึ้น และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่ 10 มีนาคม 2547 เป็นต้นมา โดยได้จัดตั้งศูนย์กู้ชีพเวียงพิงก์และพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บริการ ผู้ป่วยอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินและนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมด้านกู้ชีพ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกวิธีก่อนนำส่งโรงพยาบาล พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตครบครัน พร้อมออกให้บริการ ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง

ผลการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2552) พบว่า มีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง จำนวน 37 หน่วย หน่วยปฏิบัติการระดับกลาง จำนวน 7 หน่วย และหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น จำนวน 84 หน่วย สำหรับบริการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี 2550 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ให้บริการ จำนวน 10,828 ราย และ 10,849 รายตามลำดับ สำหรับปี พ.ศ. 2552 (ต.ค. 2551 - มี.ค. 2552) มีจำนวน 6,524 ราย และพบว่าสัดส่วนการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้น (First Response/Rescuer Team) เพิ่มมากขึ้น เมื่อเทียบกับหน่วยปฏิบัติการระดับกลางและสูงโดยปี พ.ศ. 2551 ให้บริการ ร้อยละ 40.36 คิดเป็น สัดส่วน ALS:BLS : FR = 36.62: 19.51: 43.87 ซึ่งพบว่า สัดส่วนการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการเบื้องต้นได้เพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2552 (ตุลาคม 2551 - มีนาคม 2552) ได้ให้บริการ ร้อยละ 43.87 โดยจากการที่จังหวัดเชียงใหม่ได้มี

การเริ่มโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา ได้มีการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ ของหน่วยบริการปฏิบัติการเบื้องต้น (First Response) ในการให้ความรู้แก่บุคลากร และสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฉบับแรกของประเทศไทย เพิ่งเริ่มมีการประกาศใช้ ในปี พ.ศ. 2551 ดังนั้น จึงมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากเท่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการรับรู้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งจากการค้นคว้าเอกสารยังไม่พบว่ามีผู้ใดรายงานไว้มีแต่ งานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

เกศินี สราญฤทธิชัย และคณะ (2546) ศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าประชาชนไม่รู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์สูงถึง ร้อยละ 85 ของประชากรที่รับผิดชอบ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ และเรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง

อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ (2541) ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น ด้านการรับรู้การทำงานของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ประชาชนยังไม่เข้าใจระบบบริการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ และเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ภัย เพื่อให้ประชาชนยอมรับและเข้าใจ

วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2546) การศึกษาปัญหาและอุปสรรค การจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าประชาชนทั่วไปยังไม่รับรู้ถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานที่สมัครขึ้นทะเบียน คุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด รถยนต์เป็นรถกระบะไม่มีหลังคา ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย ไม่มีไฟฉุกเฉิน

บุษบา ชัยศรีสวัสดิ์สุข (2549) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 73.2) มีเพียง ร้อยละ 28.6 ที่เคยได้ยินหรือรู้จักที่มีประสบการณ์ที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็น การเรียกใช้บริการสำหรับญาติหรือผู้อื่น มีเพียง ร้อยละ 36.4 ที่เรียกเพื่อบริการตนเอง

สายสมร ภัทรจิตรนนท์ (2551) ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงรายพบว่า มาตรฐานโครงสร้างที่เหมาะสมใน

เรื่องความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือให้บริการ โดยระบุว่าโรงพยาบาลที่ให้บริการ ไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการบริการ อุปกรณ์ในรดยังไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด

นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และคณะ (2546) ศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าประชาชนในพื้นที่เรียกใช้บริการน้อยทั้งที่มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกตลอดเวลาและประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการทำงานของหน่วยกู้ชีพ เร่งรื้อให้รับนำส่งโรงพยาบาลมากกว่าการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และการมีหลายหน่วยงานในพื้นที่ทำงานในลักษณะเดียวกันกับหน่วยกู้ชีพ เช่น มูลนิธิ อาสาสมัครกู้ภัย ทำให้เกิดการจำกัดพื้นที่การทำงานของหน่วยกู้ชีพ ทำให้การบริการประชาชนเป็นไปไม่ทั่วถึง

วิลาวรรณ แก้วลาน (2551) ศึกษาคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษากลุ่มผู้นาองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 17 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 25 คนและผู้รับบริการที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 20 คน ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้นาองค์กรและผู้ปฏิบัติมีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบางประเด็นว่า เป็นการออกปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงและช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนเท่านั้น ส่วนผู้รับบริการรับรู้นโยบายไม่ครอบคลุม ทำให้เรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง สำหรับการปฏิบัติการให้บริการนั้น กลุ่มผู้นาองค์กรรับรู้ขั้นตอนการออกปฏิบัติการไม่ครอบคลุม แต่รับรู้ว่าคุณปฏิบัติสามารถออกปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ด้านผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่รับรู้ขั้นตอนการออกปฏิบัติการอย่างครอบคลุมและสามารถออกปฏิบัติการได้

อุ๋นใจ ถมอินทร์ (2542) ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลรับรู้ถึงบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.6 ระดับสูง ร้อยละ 19.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.4

อำไพ ลาน้อย (2548) ศึกษาการรับรู้และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ร้อยละ 85.9 เคยผ่านการอบรมด้านสาธารณสุข ประชากรได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกจากหลายแหล่ง และการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.4 มีการรับรู้โดยรวมระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษา การป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง

พลางกูร ยอดน้ำคำ (2548) ศึกษาการรับรู้บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมไข้หวัดนก พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลมีปัญหาในการดำเนินงาน โดยเรื่องที่เป็นปัญหาอันดับแรกคือ การขาดแคลนงบประมาณ (ร้อยละ 58.3)

สำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พบว่า การจัดตั้งหน่วยกู้ชีพกู้ภัย (OTOS) ของงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตพื้นที่ กว่า 1 ใน 3 มีการดำเนินงานเรื่องนี้น้อย และพบว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของงานสาธารณสุขขึ้น (ร้อยละ 54.1)

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้ในเรื่องพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้นำชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะนำไปสู่การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นในการศึกษานี้จะศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยสภาพแวดล้อมของผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และศึกษาดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านการจัดทำแผนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การมีงบประมาณในการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การมีบุคลากรหรืออาสาสมัครกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน การมีอุปกรณ์และรถสำหรับกู้ชีพกู้ภัยในชุมชน และการมีหน่วยงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย และหน่วยกู้ชีพกู้ภัยในชุมชนของผู้นำชุมชน ดังนั้นจึงสามารถสรุปกรอบแนวคิดของการศึกษาการรับรู้ต่อพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของผู้นำชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1)

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

