

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

สุรจิต สุนทรธรรม*

การแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่มีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาขึ้นเป็นเครือข่ายนิรภัยทางสุขภาพของสังคม (social health safety net) เพื่อคุ้มครองบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันอันเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ โดยเฉพาะระบบหายใจ, ระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาท ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการทวีความรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น.

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ประกอบด้วย (๑) การปฏิบัติการฉุกเฉิน, (๒) การศึกษา, (๓) การฝึกอบรม, (๔) การค้นคว้า และ (๕) การวิจัย เกี่ยวกับการประเมินการจัดการการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินรวม ๑๒ ขั้นตอน จำแนกเป็นการปฏิบัติการในชุมชน, การปฏิบัติการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล, ตลอดจนการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ดังรูปที่ ๑ และ ๒

การจัดการการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นระบบ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินการ เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรที่มีในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด. ผู้ที่เกี่ยวข้องและ

มีบทบาทในระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลทุกคน ต้องรู้หน้าที่และความรับผิดชอบของตน และต้องรู้ว่าจะประสานการปฏิบัติกับองค์ประกอบอื่นๆ อย่างไรบ้าง.

กฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

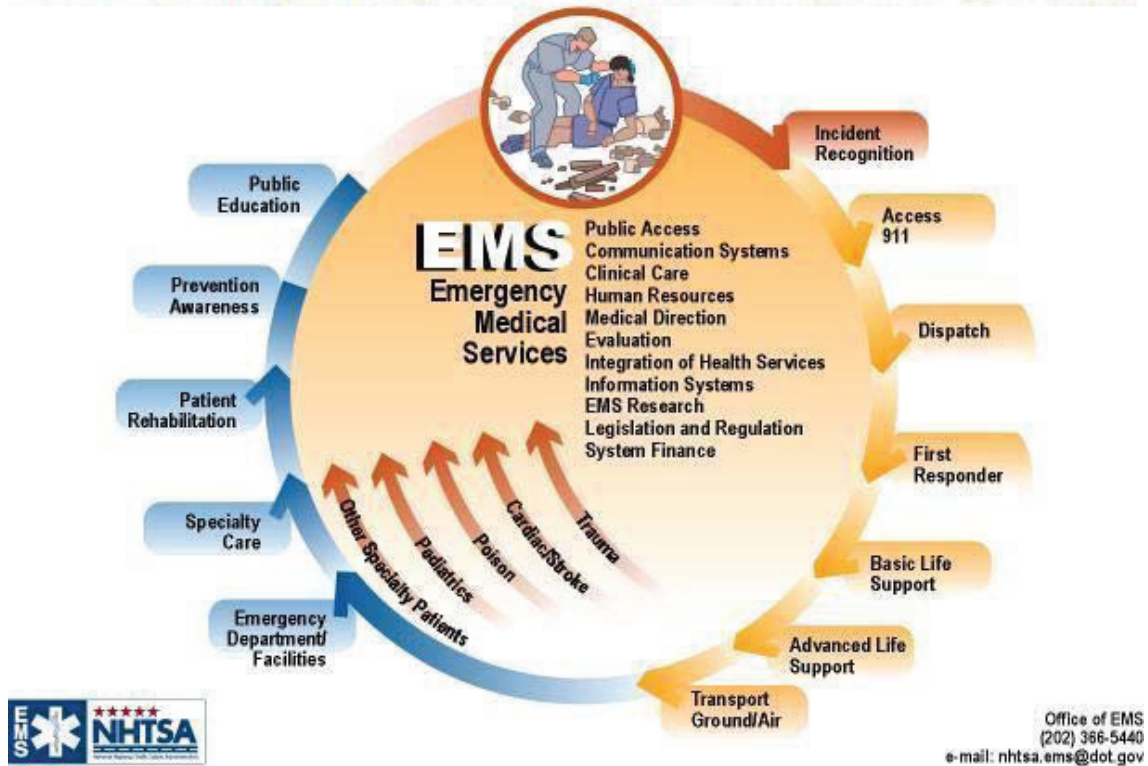
เนื่องจากผู้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่นส่วนใหญ่ มักไม่ได้เริ่มต้นกับระบบที่พัฒนาขึ้นใหม่ทั้งหมด แต่ต้องทำงานกับองค์ประกอบที่มีอยู่เดิม (เช่น สถานพยาบาล, เวชพาหนะ) ที่ให้บริการอยู่. การจัดการควบคุมผู้ให้บริการที่เดิมเป็นอิสระต่อกันอาจเป็นสิ่งที่ยากยิ่ง แต่การพัฒนาแบบที่ไม่สามารถที่จะจัดหาบริการใหม่ได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องใช้และประสานกับทรัพยากรที่มีอยู่เดิม. ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งยวดที่ผู้ดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ต้องมีกฎหมายที่ให้อำนาจหน้าที่ในการออกกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ การควบคุมการติดต่อประสานงาน และการบริหารงบประมาณได้.

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกที่น่ามาตรการทางกฎหมายมาใช้ในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน[#] ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากรายงานต่อรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกา เรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บ: โรคที่ถูกละเลยในสังคมสมัยใหม่” ของสภาการศึกษาวิทยาศาสตร์แห่งชาติ

*สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

<http://www.ems.gov/>

The Emergency Medical Services System



รูปที่ ๑ ผังระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน



รูปที่ ๒ ผังระบบสุขภาพฉุกเฉินแบบบูรณาการ



และแพทยสมาคมแห่งสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๐๙ ว่า ร้อยละ ๑๐ ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ ถูกทำให้อาการแย่ลงจากการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลการบาดเจ็บกระดูกคออย่างระมัดระวังตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ ตลอดจนการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษา เฉพาะ อย่างทันท่วงที จะสามารถลดความพิการและการเสียชีวิตได้

จากรายงานดังกล่าว และการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสนับสนุนโดยมูลนิธิโรเบิร์ต วูดจอห์นสัน เป็นผลให้มีการสถาปนาการฝึกอบรมและสอบ แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และการก่อตั้งวิทยาลัย แพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา รวมทั้งประธานาธิบดีนิกสันได้ สั่งการและอนุมัติงบประมาณ ๘.๕ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ให้ กระทรวงสุขภาพ, การศึกษาและสวัสดิการสังคมแห่งประเทศ สหรัฐอเมริกา ดำเนินการสาธิตระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน อาณาบริเวณ ๕ แห่งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๕.

ใน พ.ศ. ๒๕๑๖ รัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาได้ผ่านสหรัฐ บัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๑๖ (Emergency Medical Service System Act 1973)* ซึ่งบัญญัติ ให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตาม กฎหมายในการจัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนด ให้รัฐบาลกลางต้องสนับสนุนงบประมาณประจำปีให้แก่ กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา ๓ ปี ได้แก่ ๒๕๑๗, ๒๕๑๘ และ ๒๕๑๙ จำนวน ๓๐, ๖๐ และ ๗๐ ล้านดอลลาร์สหรัฐฯตาม ลำดับเพื่ออุดหนุนให้ท้องถิ่นและหน่วยงาน/องค์กรสาธารณะ ที่ไม่แสวงกำไรต่างๆ ดำเนินการ (๑) ศึกษาความเป็นไปได้ใน การจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ (๒) จัด ทำแผนจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละ แห่ง อันต้องประกอบด้วย ๒.๑) การจัดตั้งและเริ่มดำเนินการ ระบบ, ๒.๒) การคาดคะเนการขยายตัวและพัฒนาระบบ และ ๒.๓) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคนิค วิธีการ อุปกรณ์

และการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน.

กฎหมายดังกล่าวได้รับการปรับปรุงแก้ไขเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๒ และพัฒนามาเป็นสหรัฐบัญญัติการบำบัดรักษาผู้ป่วย ฉุกเฉินและการคลอด พ.ศ. ๒๕๒๗ (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act 1984: EMTALA 1984) ซึ่งเป็นฉบับที่ใช้บังคับในสหรัฐอเมริกาปัจจุบัน โดย เน้นการจัดลำดับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน[†] และป้องกันการผลักดันหรือปฏิเสธ ผู้ป่วยฉุกเฉินอันเป็นผลทำให้ไม่ได้รับการบำบัดที่เฉพาะ เพื่อรักษาชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิต อย่างทันท่วงทีเป็นหลัก. กฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ได้รับ เปลี่ยนมาตรการทางกฎหมายจากการสนับสนุนส่งเสริมด้วย การยกเลิกกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการกำหนดโทษแทน จึงมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการในหมู่แพทย์และผู้ปฏิบัติการ ฉุกเฉินทั้งหลายว่า “กฎหมายป้องกันการผลักดันผู้ป่วยฉุกเฉิน” (“Antidumping Law”)[‡].

ในนานาอารยประเทศต่างๆ รวมทั้งในประเทศไทย ได้ มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาโดยลำดับ. ต่อมาก็ได้ นำมาตรการทางกฎหมายอันมีฐานแนวคิดจากการพัฒนา กฎหมายดังกล่าวในสหรัฐอเมริกามาใช้เช่นกัน.

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.)

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่น แต่ละแห่ง จะสามารถดำเนินการตามความรับผิดชอบได้อย่าง เต็มที่ จำเป็นต้องมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นคณะกรรมการอิสระที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการดำเนินการ ประสานงาน, อำนาจการ และควบคุมองค์ประกอบของระบบ ทั้งหมดอย่างมีเอกภาพในลักษณะ “ตำรวจทางปกครอง” คือ ใช้อำนาจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยในการ ปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหลัก ด้วยการออกกฎ หรือคำสั่งมาให้บังคับล่วงหน้า โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

*<http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery/z?d093:SN02410:@@L&summ2=m&#summary>

† <http://www.ahrq.gov/research/esi/>

‡ <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/21/emtalaguide.pdf>, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/medical-staff-topics/emtala-changes.shtml>

แห่งชาติ (สพฉ.) ทำหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการ คือเป็นเลขานุการและรับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ. โครงสร้างองค์กรและผู้มีอำนาจหน้าที่จึงต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน และมีเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการเพื่อการบังคับใช้อำนาจ “ตำรวจทางปกครอง” ดังกล่าว* ซึ่งการออกกฎหรือคำสั่งดังกล่าวอาจมีผลเป็นการวางกฎเกณฑ์ระเบียบทั่วไป หรืออาจมีผลเป็นคำสั่งเฉพาะราย เช่น การรับรอง ก็ได้.

คณะกรรมการดังกล่าวนี้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติ โดยมีกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม, ผู้แทนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินซึ่งปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล, และผู้แทนประชาชนผู้รับบริการจากท้องถิ่นต่างๆ. คณะกรรมการต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจความขัดแย้งทั้งปวงที่เกิดขึ้นในระบบนั้นๆ ได้.

ผู้แทนซึ่งเป็นคณะกรรมการดังกล่าวควรมีวิสัยทัศน์กว้างไกลเพียงพอ ที่ทำให้มั่นใจได้ว่าการพัฒนาโยบายจะก่อให้เกิดสิ่งที่ดีที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยปราศจากการเคลือบแคลงในผลประโยชน์ทางธุรกิจ, การเมือง และการปกครอง. ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการอาจตัดสินใจพัฒนาเขตรับผิดชอบร่วม ซึ่งครอบคลุมเขตทางการปกครองมากกว่าหนึ่งเขต แทนที่จะให้แต่ละเขตดำเนินการรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน, การตอบสนอง และการขนส่งผู้ป่วย ซึ่งเป็นของแต่ละเขตเอง เนื่องจากได้พิจารณาเห็นพ้องต้องกันว่า แผนฉบับเดียวซึ่งครอบคลุมหลายจังหวัดอาจก่อให้เกิดประสิทธิผลและคุ้มค่ากว่า รวมทั้งให้ระดับการดูแลผู้ป่วยได้สูงกว่า.

คณะกรรมการดังกล่าวต้องรับผิดชอบในการพัฒนาแผนหลัก ซึ่งรวมถึงการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการสำหรับองค์ประกอบแต่ละส่วนของระบบ. การพัฒนาแผนดัง

กล่าวนี้ควรอาศัยข้อมูลพื้นฐานจากผู้ปฏิบัติการและประชาชนผู้รับบริการ และเมื่อแผนได้เริ่มดำเนินการแล้ว คณะกรรมการดังกล่าวนี้ต้องเปิดให้มีการวิพากษ์วิจารณ์จากกลุ่มดังกล่าวนี้ด้วย.

การมีฝ่ายอำนวยการในการบริหารที่มีคุณภาพอย่างเหมาะสมเพียงพอ นับเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งในการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายที่คณะกรรมการกำหนดและตามโครงสร้างของแผนหลัก. ผู้บริหารและฝ่ายอำนวยการในการบริหารควรเป็นผู้ที่ทำงานเต็มเวลาหรือบางส่วนของเวลา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดและความจำเป็นของระบบ. ฝ่ายอำนวยการดังกล่าวอาจประสานกับผู้เชี่ยวชาญในฐานะที่ปรึกษาเพื่อจัดทำแผนส่วนใดส่วนหนึ่งโดยเฉพาะ (เช่น นักคอมพิวเตอร์เพื่อช่วยในกระบวนการจัดเก็บเวชระเบียนและสถิติ).

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินมีภาระหน้าที่ในการรับรองคุณภาพภายในระบบ และมีอำนาจในการกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบ (เช่น บุคลากร, หน่วยงานขนส่ง, โรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วย) รวมทั้งต้องดำเนินการประสานการบริการกับแพทย์ผู้มีหน้าที่ เพื่อกำหนดมาตรฐานทางการแพทย์ภายในระบบและรับรองภาระหน้าที่ทางเวชกรรม. ทั้งนี้จะต้องจัดทำนโยบายให้ชัดเจน อย่างน้อยตามที่รัฐกำหนด รวมทั้งความต้องการในด้านนิติการศึกษาและใบอนุญาต. นอกจากนี้คณะกรรมการอาจเพิ่มเติมสิ่งที่จำเป็นอย่างอื่นๆ สำหรับระบบนั้นๆ โดยเฉพาะได้.

การพัฒนาแผนหลัก

มีประเด็นต่างๆ หลายประการที่จะต้องได้รับการพิจารณาเพื่อให้ได้แผนและการพัฒนาของแผนหลักแห่งระบบอันทรงประสิทธิภาพ คือ

ประการแรก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ต้องสำรวจและจัดทำรายการของทรัพยากรและการบริการที่มีอยู่ในระบบ แม้ว่าทรัพยากรบางอย่างอาจไม่สามารถประเมินคุณภาพได้ง่ายนัก. ตัวอย่างของทรัพยากรที่ควรดำเนินการดังกล่าว ได้แก่ โรงพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่มีอยู่ในชุมชน (เช่น หน่วยดับเพลิง, หน่วยอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย)

* “ตำรวจทางปกครอง” มีวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่ต่างจาก “ตำรวจทางยุติธรรม” (police judiciaire) คือ “ตำรวจทางปกครอง” มีหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดความไม่สงบ ในขณะที่ “ตำรวจทางยุติธรรม” มีหน้าที่ปราบปรามความผิดที่เกิดขึ้นแล้ว. ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน: บวรศักดิ์ อุวรรณโณ. กฎหมายมหาชน เล่ม ๑ ที่มาและนิติวิธี. สำนักพิมพ์นิติธรรม พ.ศ. ๒๕๓๘ หน้า ๓๐๑ - ๓๐๓.



ตลอดจนประเมินความสามารถและความร่วมมือที่จะทำให้มีบุคลากรและเวลาเพื่อการมีส่วนร่วมในระบบ ซึ่งบางแห่งอาจให้ได้น้อยมากหรือไม่มีคุณค่าพอที่จะสามารถนำมาช่วยในการปรับปรุงระบบได้ เป็นต้น.

มีคำถามอยู่มากมายที่ต้องได้รับการตอบในการสำรวจทรัพยากรท้องถิ่น เช่น การบริการที่มีอยู่ในท้องถิ่นมีอะไรบ้าง, ประชากรส่วนใดบ้างที่ยังจำเป็นต้องได้รับการบริการเพิ่มจากที่มีอยู่เดิม และมีจำนวนเท่าไร, เวชพาหนะและพาหนะสำหรับช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีอยู่จำนวนเท่าไร และมีการจัดอุปกรณ์อย่างไร, หลักสูตรการศึกษาที่มีอยู่มีอะไรบ้าง, กำลังคนที่ปฏิบัติงานควรจะเพิ่มอาสาสมัครหรือเป็นการจ้าง, ทรัพยากรและขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่มีอยู่เป็นอย่างไร

บุคลากรผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล: ในเขตชุมชนเมือง การจ้างพนักงานรักษาความปลอดภัย และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นพนักงานประจำ อาจเป็นทางเลือกที่เด่นชัด แต่ในชนบทหรือท้องที่ห่างไกลอาจต้องใช้อาสาสมัคร, พนักงานพิทักษ์ป่าเป็นผู้ปฏิบัติงาน. ดังนั้นจึงไม่ควรมองข้ามประชาชนทั่วไป รวมทั้งความสนใจของประชาชนและการมีบทบาทร่วมนับเป็นส่วนประกอบที่สำคัญยิ่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกแห่ง.

ประการที่ ๒ แผนต้องมีมาตรการ รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนและเมื่อได้มีการจัดทำรายการขีดความสามารถ ต้องมีการจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมกับประชาชนผู้รับบริการ รวมทั้งให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้. เป้าหมายต้องชัดเจนเพื่อให้สามารถใช้สำหรับการประเมินระบบได้ เช่น กำหนดว่าภายในเขตบริการหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานสามารถออกปฏิบัติการและไปถึงที่เกิดเหตุได้ภายใน ๔ นาทีหลังเกิดเหตุการณ์ และการกู้ชีพขั้นสูงสามารถออกปฏิบัติการและไปถึงที่เกิดเหตุได้ภายใน ๘ นาทีหลังเกิดเหตุการณ์. ทั้งนี้อาจมีการกำหนดเป้าหมายไว้ต่ำกว่าอุดมคติได้ แต่ต้องชัดเจน เช่น ระบบต้องการให้บริการการกู้ชีพขั้นสูงไปสู่ประชากรส่วนที่ขยายขึ้น และเพื่อทำให้ได้ตามเป้าหมายดังกล่าว บางเขตอาจต้องสูญเสียขีดความสามารถในการเริ่มการกู้ชีพขั้นสูงออกไปได้ภายใน ๘ นาที แต่สิ่งนี้อาจ

พิจารณายอมรับเป็นเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดได้.

ประการที่ ๓ การแก้ไขปัญหาและพัฒนาโครงสร้างวิธีการเพื่อปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย. ขั้นตอนนี้อาจก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรายชื่อของเป้าหมายเริ่มต้น สู่เป้าหมายที่เหมาะสมหรือเป็นจริงมากขึ้น.

ประการที่ ๔ ควรมีระยะเวลากำหนดในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน.

ประการที่ ๕ ควรมีวิธีการประเมินผลความก้าวหน้าในการดำเนินการตามเป้าหมาย.

ประการสุดท้าย ต้องมีการจัดทำงบประมาณที่จำเป็นต้องใช้.

โดยสรุป แผนหลักระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องประกอบด้วยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่, มีเป้าหมายเฉพาะที่ชัดเจน ควบคู่ไปกับการดำเนินการปรับปรุงและนวัตกรรมต่างๆ, และกำหนดการรับรองคุณภาพ รวมทั้งมีงบประมาณให้ทำงานได้.

องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๖ สหรัฐอเมริกาได้มีการประกาศใช้สหรัฐอเมริกาบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดให้มีองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๕ ประการ ได้แก่

- (๑) กำลังคน
- (๒) การฝึกอบรมบุคลากร
- (๓) การติดต่อสื่อสาร
- (๔) การขนส่งเวชกรรม
- (๕) หน่วยปฏิบัติการรับผู้ป่วย
- (๖) หน่วยเวชวิทยุ
- (๗) การใช้หน่วยงานรักษาความปลอดภัยสาธารณะ
- (๘) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
- (๙) การเข้าถึงการดูแลรักษา
- (๑๐) การส่งต่อผู้ป่วย
- (๑๑) มาตรฐานการบันทึกและการเก็บเวชระเบียน
- (๑๒) สารสนเทศและการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ

- (๑๓) การทบทวนและการประเมินผลอย่างอิสระ
- (๑๔) ความเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ
- (๑๕) พันธสัญญาความช่วยเหลือระหว่างกัน.

นอกจากนี้ในสหรัฐบัญญัติดังกล่าวยังได้กำหนดระเบียบสำหรับระบบต่างๆ ในการรับงบประมาณสนับสนุน และแม้ว่าในปัจจุบัน รัฐและภูมิภาคต่างๆ ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสหรัฐบัญญัตินี้อีกต่อไป แต่ระบบจำนวนมากยังคงใช้ข้อบังคับดังกล่าวนี้เป็นส่วนใหญ่.

ความขาดแคลนที่เด่นชัดในช่วงแรกๆ ในสหรัฐอเมริกา นั่นคือการขาดระบบการควบคุมทางการแพทย์สำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องทำให้ยากต่อการสถาปนาการมีส่วนร่วมของแพทย์ และการพัฒนาความรับผิดชอบทางเวชกรรมที่ถูกต้อง. การควบคุมทางการแพทย์ได้มีกรกล่าวไว้เฉพาะเมื่อระบบนั้นทำเรื่องของบประมาณสนับสนุน และในสิ่งตีพิมพ์ของรัฐบาลบางฉบับเท่านั้น. เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาโดยปราศจากการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และการวิจัยประสิทธิภาพบนพื้นฐานที่หนักแน่นอย่างเพียงพอ การเติบโตของระบบจึงเป็นไปได้เรื่อยๆ และไร้ทิศทางที่ชัดเจน.

วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำว่าองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันควรมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

- (๑) การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์
- (๒) สำนักงานขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล
- (๓) สำนักงานขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล
- (๔) การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๕) การติดต่อสื่อสาร
- (๖) เกณฑ์วิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย, การบำบัดรักษา, การขนส่ง และการส่งต่อ
- (๗) หน่วยรักษาเฉพาะทาง
- (๘) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย
- (๙) การฝึกศึกษา
- (๑๐) การเงิน
- (๑๑) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ

- (๑๒) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชน
- (๑๓) การช่วยเหลือระหว่างกัน
- (๑๔) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ.

การอำนวยความสะดวกและการควบคุมทางการแพทย์

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องสามารถให้ความมั่นใจได้ว่า การดูแลทางการแพทย์ที่กระทำนั้นได้มาตรฐานเวชกรรมอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป. การควบคุมทางการแพทย์ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ และจะเป็นการดียิ่งถ้าได้แพทย์ที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ความสามารถในการบริหารการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือได้รับบาดเจ็บ.

เพื่อการควบคุมคุณภาพ แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Program Director: EMPD) ต้องมีอำนาจหน้าที่ซึ่งกำหนดไว้อย่างจำเพาะและชัดเจนในการรับรองการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการภายในระบบ ซึ่งต้องปฏิบัติการภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์. อำนาจหน้าที่ดังกล่าว เช่น

- (๑) การอนุญาตและการพักการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน.
- (๒) การกำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติงานบำบัดรักษาภายในระบบรวมทั้งจัดทำคำสั่งประจำเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (standing orders) สำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน.
- (๓) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับระดับการตอบสนองฉุกเฉินเบื้องต้น (เช่น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน, การช่วยชีวิตขั้นสูง).
- (๔) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลที่จะไปส่งผู้ป่วย.
- (๕) กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับวิธีการรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน.
- (๖) การให้การรับรองแพทย์ผู้ส่งการรักษาทางไกล.
- (๗) การกำหนดวิธีปฏิบัติในกรณีที่ไม่ได้มีการตอบสนองหรือไม่ได้มีการขนส่งผู้ป่วย.
- (๘) การกำหนดระดับสำหรับการรับรองสมรรถภาพการ



ฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ, พยาบาลฉุกเฉิน, พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน, ผู้ประสานการฝึกอบรม และแพทย์ผู้ให้คำสั่งการรักษาทางไกลแก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน.

(๘) การดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบและรับรองคุณภาพ (แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบทุกสิ่งทุกอย่างที่สัมพันธ์กับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจำเป็นในการที่จะทำให้ภารกิจบรรลุเป้าหมายได้).

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพควรมีแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ควบคุม. การควบคุมทางการแพทย์ประกอบด้วย การควบคุมสั่งการทางไกลโดยตรง และการควบคุมด้วยคำสั่งประจำ.

การควบคุมทางการแพทย์โดยตรงเป็นการให้คำสั่งการรักษาแก่ผู้ปฏิบัติการในภาคสนาม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลต่อบุคคล, ทางวิทยุ หรือทางโทรศัพท์. แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอาจมอบอำนาจให้แพทย์อื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งการรักษาทางไกล แต่ต้องมั่นใจว่าแพทย์นั้นๆ เข้าใจเกณฑ์วิธีปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน.

การควบคุมด้วยคำสั่งประจำ เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สิ่งที่แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำประกอบด้วย

- (๑) การพัฒนาแนววิธีการรักษามาตรฐาน
- (๒) การพัฒนาการรับรองคุณภาพ
- (๓) การพัฒนาการศึกษา.

คำสั่งประจำต้องไม่กล่าวเพียงการรักษา แต่ต้องระบุให้เจาะจงว่าควรใช้อุปกรณ์ชนิดใด และคำสั่งประจำเหล่านี้ต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันอยู่เสมอ. การรับรองคุณภาพต้องการการเฝ้าตรวจและการศึกษาของระบบ. และประการสุดท้าย แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหน้าที่ในการดำเนินการให้มีการศึกษาต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ซึ่งหมายความว่าทั้งคุณภาพและเนื้อหา ต้องได้รับการกำหนดจากคณะกรรมการ.

การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน

การขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

ในปัจจุบัน เวชพาหนะได้รับการพัฒนามาจนกระทั่งสามารถให้การรักษาประคองชีวิตผู้ป่วยขั้นสูงในระหว่างการขนส่งได้. ในประเทศสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางได้มีข้อกำหนดมาตรฐานและลักษณะเฉพาะของเวชพาหนะ แต่สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ปฏิบัติการต้องสามารถให้การรักษาทางหายใจและช่วยการหายใจ ในระหว่างการขนส่งผู้ป่วยได้.

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการสำหรับพาหนะขนส่งผู้ป่วยภายในระบบ และมีรายการอุปกรณ์ที่ต้องมีไว้อย่างละเอียด รวมทั้งกำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยที่สุดในแต่ละครั้ง ตามระดับของการปฏิบัติการที่ได้รับอนุญาต.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติไม่จำเป็นต้องมีหรือดำเนินการตอบสนองการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบริการขนส่งผู้ป่วยด้วยตนเอง แต่ต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดเกณฑ์สำหรับผู้ที่มีบทบาทในระบบบริการดังกล่าวตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. นอกจากนี้ควรมีกฎหมายซึ่งกำหนดมาตรฐานบริการ และอนุญาตให้กระทำได้ด้วย การออกใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรรับรอง.

การขนส่งการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ภายในระบบทั้งหมดควรได้รับการประสานงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยไม่คำนึงถึงว่า การขนส่งนั้นดำเนินการโดยภาครัฐ, ภาคเอกชน หรือการขนส่งพิเศษ (เช่น การขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ) รวมทั้งในบางกรณี การขนส่งที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ดังกล่าวอาจต้องได้รับการควบคุมจากสำนักงานดังกล่าวด้วย. การขาดการอำนวยความสะดวกอย่างมีเอกภาพอาจก่อให้เกิดปัญหาการปฏิบัติทั้งการเข้าซ้และและการขาดผู้รับผิดชอบ.

การขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

โดยทั่วไป การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แม้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยอาจเป็นส่วนสำคัญของระบบที่ใช้วิธีการจัดระดับ

ขีดความสามารถของโรงพยาบาล. อย่างไรก็ตาม มีโอกาสที่อาจกล่าวได้ว่า การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินหากผู้ป่วยนั้นยังไม่พ้นภาวะที่เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญและดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่พ้นภาวะฉุกเฉินต้องมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นผู้ดูแลระหว่างการนำส่ง.

เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบต้องได้รับการประเมินและรักษาจากแพทย์ ณ โรงพยาบาลใดๆ ผู้ป่วยรายนั้นก็นับเป็นความรับผิดชอบของแพทย์และโรงพยาบาลแห่งนั้น. ดังนั้น หากผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีสภาวะแย่งระหว่างทางแพทย์ผู้ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยนั้นอาจต้องรับข้อกล่าวหาว่าละเลยการดูแลผู้ป่วยรายนั้นได้. ด้วยเหตุนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องชี้แจงให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ทราบเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างกระจ่างชัด.

อย่างไรก็ตาม อาจมีการใช้พาหนะและบุคลากรของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลได้ แต่ควรมีบุคลากรซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมาย (แพทย์หรือพยาบาล) ของโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยนั้น ร่วมเดินทางไปด้วยโดยเฉพาะในกรณีที่มีกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเกินขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติการซึ่งไม่ได้เป็นแพทย์หรือพยาบาลได้รับอนุญาตให้กระทำ. ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องไม่ให้การรักษาหรือกระทำใดๆ ที่เกินกว่าระดับที่ตนได้รับอนุญาต.

เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีพาหนะขนส่งผู้ป่วยเป็นของตนเอง. อย่างไรก็ตาม การติดต่อสื่อสารจากหน่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะถ้าใช้หมายเลขโทรศัพท์และคลื่นวิทยุในย่านความถี่ซึ่งกำหนดไว้ให้ใช้สำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน ควรได้รับการประสานและยินยอมจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนเสมอ.

เนื่องจากขีดความสามารถเฉพาะตัวของหน่วยปฏิบัติการเฉพาะทาง ซึ่งมีฐานปฏิบัติการตั้งอยู่ในโรงพยาบาล (อากาศหรือภาคพื้นดิน) จึงอาจมีการใช้หน่วยดังกล่าวเพื่อตอบสนองสภาวะการฉุกเฉินบางอย่าง และเนื่องจากเอกลักษณ์ของหน่วยดังกล่าว ทำให้บางครั้งผู้ให้บริการคิดว่า หน่วยปฏิบัติการของตนเองนั้นอยู่นอกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. ดัง

นั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดให้แน่ชัดลงไปว่า การตอบสนองต่อการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลนั้นเป็นความรับผิดชอบของคณะกรรมการ และการตอบสนองดังกล่าวต้องได้รับการยอมรับและประสานกับหน่วยตอบสนองอื่นๆ. การตัดสินใจยอมรับการช่วยเหลือจากหน่วยขนส่งเฉพาะทางนอกระบบต้องเป็นภาระหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน.

การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน

ในนานาอารยประเทศ การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ควรได้รับการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านศูนย์การติดต่อสื่อสาร ซึ่งทำหน้าที่ประสานการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานทุกสาขา รวมทั้งดับเพลิง และ ตำรวจ เพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สูงสุดเพียงหมายเลขเดียว เช่น หมายเลข ๑-๑-๒ ในสหภาพยุโรป, ๙-๑-๑ ในทวีปอเมริกาเหนือ.

ศูนย์การติดต่อสื่อสารของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจตั้งอยู่ ณ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน หรือที่แห่งอื่นที่ไม่ได้ควบคุมระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรง เช่น สถานีตำรวจหรือกองบังคับการดับเพลิง. ในกรณีดังกล่าว พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน อาจได้รับมอบหน้าที่เพิ่มให้รับแจ้งเหตุสำหรับตำรวจและดับเพลิงด้วย. ในทุกกรณีดังกล่าวนี้ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดระดับการฝึกศึกษาที่เหมาะสม และอนุมัติประกาศนียบัตรสำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวด้วย.

ด้วยเหตุที่การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินส่งผลกระทบต่อดูแลผู้ป่วย กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติการรวมทั้งระบบการเข้าถึงผู้ป่วย, คำแนะนำก่อนที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึง, และระดับการตอบสนองและขีดความสามารถของบุคลากร.

หากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างหรือให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเอง ต้องมีข้อบังคับให้ตอบ



สนองและประเมินสถานการณ์การขอความช่วยเหลือจากปัจเจกบุคคลทุกครั้ง เนื่องจากผู้บริหารระบบบางคนคิดว่าระบบได้รับความเครียดจากการใช้มากเกินไปจนจำเป็น จึงให้พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินคัดการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และในบางกรณีไม่มีการให้บริการเลย ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้เป็นสิ่งไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง. ดังนั้นหากระบบนั้นๆ ไม่สามารถให้การบริการระดับพื้นฐานได้ ก็ควรจัดการยกสัมปทานการดำเนินการให้แก่ผู้ให้บริการรายอื่น. การให้ผู้ปฏิบัติการจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่ตัดสินใจสถานการณ์ทางการแพทย์นั้น ไม่ได้เป็นวิธีแก้ไขอุปสรรคที่เพิ่มขึ้นของระบบอย่างถูกต้อง.

การติดต่อสื่อสาร

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องกำหนดแผนการติดต่อสื่อสารที่ครอบคลุม หรือยอมรับแบบแผนการสื่อสารของภูมิภาคที่มีอยู่ก่อนแล้ว เพื่อให้สามารถใช้ทรัพยากรการติดต่อสื่อสารที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ก็ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้เป็นอย่างยิ่ง จึงได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้ในหลายมาตรา ได้แก่ ในนิยาม "ปฏิบัติการฉุกเฉิน" [มาตรา ๓] ซึ่งเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งที่ กพฉ. จะต้องประกาศกำหนดตามมาตรา ๒๙ (๓), กำหนดให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่ต้องดำเนินการให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน [มาตรา ๑๑ (๘) และ (๙)] รวมทั้งประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะสถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน [มาตรา ๒๙ (๔)], กำหนดให้ สพฉ. มีอำนาจหน้าที่ต้องบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

[มาตรา ๑๕ (๓)] รวมทั้งกำหนดบทลงโทษผู้ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน [มาตรา ๓๘] ด้วย.

สิ่งที่ต้องตระหนักเป็นอย่างยิ่งในการวางระบบการสื่อสารคือการกำหนดสาระ และชุดข้อมูลเกี่ยวกับระบบ บุคลากร และการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งระดับหน่วยปฏิบัติการ ท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ อันจะนำไปสู่การมีฐานข้อมูลระบบการแพทย์ฉุกเฉินอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง.

คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมและการสื่อสารแห่งชาติควรมีการควบคุมการใช้คลื่นความถี่สำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้อย่างเคร่งครัด. ผู้ปฏิบัติการที่ใช้คลื่นความถี่ทางการแพทย์ฉุกเฉินในระบบต้องได้รับการยอมรับให้ใช้คลื่นความถี่ดังกล่าวได้ และต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้ในแผนการติดต่อสื่อสารอย่างเคร่งครัด.

แผนการติดต่อสื่อสารดังกล่าวต้องประกอบด้วย การเข้าสู่ระบบจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีการขอความช่วยเหลือจะดำเนินไปที่ไหน. ระบบที่พัฒนาแล้วในอารยประเทศมีการกำหนดหมายเลข ๓ หลักเพียงหมายเลขเดียวเป็นหมายเลขครอบคลุมที่จะเข้าถึงระบบการบริการฉุกเฉินได้ทุกประเภท ทั้งทางเวชกรรมและมีใช้เวชกรรม เช่น "๙-๑-๑" ในสหรัฐอเมริกา, "๑-๑-๒" ในสหภาพยุโรป. ประชาชนในสหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรปได้รับการส่งเสริมให้ติดต่อ ๙-๑-๑/๑-๑-๒ นี้ แทนการติดต่อโรงพยาบาลหรือแพทย์โดยตรง. อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังไม่มีกำหนดหมายเลขดังกล่าวนี้ แม้มีการอนุมัติหมายเลข ๑-๖-๖-๙ แต่ก็ถูกนำไปใช้เพื่อตอบสนองการดำเนินการอื่นอย่างไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงระบบได้ และต้องถือเป็นการผิดตามมาตรา ๓๘ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ด้วย.

แผนดังกล่าวต้องให้ความมั่นใจได้ว่า การติดต่อสื่อสารได้รับการประสานงานอย่างสมบูรณ์ และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับหน่วยรักษาความปลอดภัยอื่นๆ. ดังนั้นแผนต้องมีการ

กำหนดความถี่ที่ใช้สำหรับการจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน, ภัยพิบัติ, การสั่งการทางการแพทย์, การติดต่อระหว่างยานพาหนะ และการติดต่อระหว่างสำนักงาน.

ผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลต้องสามารถติดต่อกับโรงพยาบาลที่จะไปส่งผู้ป่วยได้ ทั้งโดยตรงหรือโดยอ้อม. แต่สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ต้องสามารถติดต่อกับแพทย์ผู้ให้คำสั่งการรักษาทางไกลได้ตามที่ระบุไว้ในเกณฑ์วิธีปฏิบัติ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ปฏิบัติการทั้งหมด (ไม่ว่าจะเป็นพาหนะภาคพื้นดินหรืออากาศยาน) มีขีดความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่เหมาะสม. ระบบต้องกำหนดขีดจำกัดขั้นต่ำของอุปกรณ์สื่อสารและพัฒนาแนวทางในการกำหนดใช้ความถี่อย่างเหมาะสม.

แนวทางดังกล่าวเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมด้วยโครงการฝึกศึกษาเพื่อเป็นหลักประกันว่า ผู้ปฏิบัติการทุกคนเข้าใจแนววิธีการปฏิบัติ ดังเคยมีตัวอย่างอุบัติเหตุอากาศยานในกรุงวอชิงตัน ดีซี ปรากฏว่า ไม่มีผู้ใดใช้ความถี่ที่ได้กำหนดไว้สำหรับภาวะฉุกเฉินเลย.

โดยสรุป เป้าหมายโดยรวมของการติดต่อสื่อสารมีไว้เพื่อให้สามารถแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว, พร้อมทั้งจะสั่งการให้เวชพาหนะและบุคลากรที่เหมาะสมออกไปปฏิบัติการ, แจ้งโรงพยาบาลให้ทราบ, และควบคุมการปฏิบัติทางแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ.

เกณฑ์วิธีปฏิบัติพิธีการ

เกณฑ์วิธีปฏิบัติเป็นสิ่งที่ใช้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการในกรณีเฉพาะต่างๆ ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ต้องพัฒนาให้มีขึ้นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ บัญญัติให้มีมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องดำเนินการต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล รวม ๘ ด้าน ได้แก่ (๑) การประเมิน, (๒) การจัดการ, (๓) การประสานงาน, (๔) การควบคุมดูแล, (๕) การติดต่อสื่อสาร, (๖) การลำเลียงหรือขนส่ง, (๗) การตรวจวินิจฉัย และ (๘) การบำบัดรักษาพยาบาล.

เกณฑ์วิธีปฏิบัติอาจพัฒนาให้กล่าวถึงสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น วิธีการประจุแบตเตอรี่ของเครื่องแก้หัวใจเต้นระรัว หลังจากจบภารกิจบริการในแต่ละครั้ง. วิธีการปฏิบัติ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรนอกสายการแพทย์ เช่น ผู้จัดการระบบหรือผู้รับมอบอำนาจ. ส่วนการดำเนินการของระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยผู้ป่วยนั้น ต้องเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะเกณฑ์วิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย, การบำบัดรักษา, การขนส่งผู้ป่วย, การจำหน่ายถ่ายโอนผู้ป่วย (transfer) และเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่จำเป็น.

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้รับผิดชอบการคัดแยกผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีไข้ภัยพิบัติ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดระดับขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติการในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย. ในบางโอกาส อาจเป็นการเหมาะสมที่ส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นไปสำหรับรายที่สงสัยข้อมือเคล็ด แต่การกำหนดในสิ่งดังกล่าวนี้จะทำเมื่อไรและอย่างไรนั้นเป็นภาระหน้าที่ของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. การเขียนเกณฑ์วิธีปฏิบัติจึงต้องกระทำด้วยความระมัดระวังยิ่งในการกำหนดให้ชัดเจนถึงสถานการณ์เฉพาะนั้นๆ.

การขนส่งผู้ป่วยที่สงสัยว่าข้อมือเคล็ดไปยังโรงพยาบาลด้วยการบริการขนส่งอื่นๆ นอกจากพาหนะในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเป็นการกระทำที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวต้องได้รับการกำหนดให้ชัดเจนจากคณะกรรมการ. การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินทุกครั้งที่ไม่มีการขนส่งผู้ป่วย (รวมทั้งการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับบริการ) ควรเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ทำหน้าที่สั่งการเท่านั้น เพราะอย่างน้อยต้องมีการประเมินว่า ผู้ป่วยมีเสถียรภาพและปราศจากภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้การนำส่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. กรณีที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ซึ่งมิใช่แพทย์) เป็นผู้ตัดสินใจในการไม่ส่งการขนส่งเวชกรรมโดยปราศจากคำสั่งเฉพาะจากแพทย์ผู้สั่งการ (หรือปราศจากการกำหนดแนวทางไว้อย่างแน่ชัดในเกณฑ์วิธีปฏิบัติ) ต้องเท่ากับว่าผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลนั้นประกอบเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต.



ดังนั้นหากมีเหตุร้ายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยรายนั้น อันเป็นผลจากการตัดสินใจอย่างอิสระดังกล่าว การกระทำของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินผู้นั้นจะต้องไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย.

เกณฑ์วิธีปฏิบัติในการบำบัดรักษาดูเหมือนว่าจะเป็นมาตรฐานเดียวกันมากกว่าเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ แต่ระดับของความสมบูรณ์นั้นต่างกันในห้องฉุกเฉินแต่ละแห่ง. คำสั่งประจำจัดเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์วิธีปฏิบัติ และถือเป็นคำสั่งที่กำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติการฉุกเฉินเฉพาะอย่าง ซึ่งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องติดต่อแพทย์เพื่อรับคำสั่ง. คำสั่งประจำของท้องถิ่นหนึ่งอาจกำหนดให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินว่า “ให้ใช้เข็มขนาดเท่าใด และสามารถลองแทงเข็มเพื่อให้สารถนำทางหลอดเลือดดำได้จำนวนมากที่สุดกี่ครั้ง”, ในขณะที่ของอีกท้องถิ่นหนึ่งอาจบอกเพียงคร่าวๆ ว่า “เริ่มให้สารถนำทางหลอดเลือดดำ”. อย่างไรก็ตาม ในกรณีหลัง ต้องพิจารณาว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องรับผิดชอบหรือไม่หากกระทำการดังกล่าวไม่สำเร็จโดยเฉพาะถ้าการปฏิบัติดังกล่าวนี้ได้รับการพิจารณาว่าป้องกันกับ “คำสั่งประจำ” ดังที่ปรากฏในท้องถิ่นบางแห่ง. การกระทำที่เบี่ยงเบนจากคำสั่งที่เขียนไว้ต้องถือว่าเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนการได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจและการกระทำใดๆ ที่เบี่ยงเบนจากคำสั่งประจำต้องเป็นผลให้มีการตรวจสอบโดยระบบ หรือเป็นสิ่งปองชี้ว่าระบบนั้นๆ ขาดความรับผิดชอบที่ถูกต้องทางเวชกรรม. ถ้าจำเป็นต้องมีการตัดสินใจ ระบบนั้นๆ ควรมีระบบการควบคุมทางเวชกรรมทางไกลที่มีขีดความสามารถเพียงพอที่ให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการกระทำนั้นๆ.

การตัดสินใจขนส่งผู้ป่วยต้องกระทำตามนโยบายของระบบที่ได้กำหนดไว้ และต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งปกป้องการแสวงหาผลประโยชน์และ/หรือการผลักรากของโรงพยาบาล. แผนต่างๆ ต้องพิจารณาโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมที่ใกล้ที่สุดและอาจต้องมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ระบุไว้ในแผนด้วย.

การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจมีความจำเป็นเพื่อทำให้มั่นใจได้ว่าผู้

ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม. มีเหตุผลเพียงประการเดียวเท่านั้นในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่มีเสถียรภาพ คือต้องเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในการบำบัดรักษาที่ดีกว่าถ้าไม่พยายามส่งต่อ เช่น ถ้าโรงพยาบาลหนึ่งไม่มีประสาทศัลยแพทย์ ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี. ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมีเพียงประการเดียว คือการส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องกระทำด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด สถานการณ์นั้นๆ.

โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย

ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลระดับที่มีขีดความสามารถเหมาะสม ซึ่งต้องกำหนดไว้ในเกณฑ์วิธีปฏิบัติของเขตนั้นๆ ยกเว้นไม่มีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถพอที่จะรักษาสภาพของผู้ป่วยเฉพาะทางบางอย่างได้. ระบบต้องมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะนำผู้ป่วยไปส่งข้ามเขต และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจ และหากมีการกระทำการดังกล่าวอาจต้องถูกลงโทษหรือพักหรือจำกัดการอนุญาตปฏิบัติงาน.

โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีขีดความสามารถในการบำบัดให้การป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยดีขึ้นด้วยการให้การวินิจฉัยและบำบัดการป่วยหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยจนกระทั่งมีเสถียรภาพ. ตามอุดมคติ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยควรมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีแพทย์ฉุกเฉิน(วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติฯ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน) ประจำตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวัน ทั้งวันทำการและวันหยุด และโรงพยาบาลนั้นๆ ควรมีขีดความสามารถในการทำศัลยกรรมได้ทันที พร้อมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, คลังเลือด, การตรวจภาพรังสี, และหน่วยเวชวิกฤต. อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ชนบทบางแห่งผู้ป่วยอาจต้องได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถต่างๆ ที่ไม่พร้อมก่อนได้ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลใดที่เข้าหลักเกณฑ์พอ ในอาณาบริเวณนั้น.

ในสหรัฐอเมริกามีการจำแนกระดับโรงพยาบาลที่รับ

ผู้ป่วยฉุกเฉินไว้เป็น ๔ ชั้น. ชั้น ๑ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทุกด้าน ทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย. ชั้น ๒ มีขีดความสามารถครบถ้วนสมบูรณ์ เฉพาะส่วนการปฏิบัติการฉุกเฉิน แต่ยังมีส่วนการศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยไม่ครบถ้วนสมบูรณ์นัก. ชั้น ๓ มีขีดความสามารถปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วไปในการประเมิน จัดการ และบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้. ชั้น ๔ มีขีดความสามารถปฏิบัติการฉุกเฉินพื้นฐานในการประเมิน จัดการ และบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้.

หน่วยบำบัดเฉพาะทาง

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ดำเนินการในท้องถิ่นทุกแห่ง ควรได้มีการกำหนดให้ทราบขีดความสามารถของโรงพยาบาล ในการให้การรักษาผู้ป่วยเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะนั้นๆ. หน่วยเฉพาะทางต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ หน่วยการบาดเจ็บ, หน่วยผู้ป่วยแผลไหม้, หน่วยหทัยเวชวิกฤต, หน่วยกุมารเวชวิกฤต, หน่วยปริกำเนิด, หน่วยบำบัดรักษาการบาดเจ็บไขสันหลัง และหน่วยเวชพิษวิทยา.

ถ้าในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่นใดๆ ไม่มีหน่วยเฉพาะทางดังกล่าวนี้ ท้องถิ่นนั้นๆ ต้องมีข้อตกลงอย่างเป็นทางการในการนำส่งต่อผู้ป่วย และควรมีการพัฒนาเกณฑ์วิธีปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งทรัพยากรที่มีขีดความสามารถเหมาะสมที่ใกล้เคียงที่สุด.

ถ้าภายในท้องถิ่นนั้นมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถ ในการให้การดูแลเฉพาะทางดังกล่าว การใช้สถานพยาบาลดังกล่าวนี้ต้องเป็นไปตามเกณฑ์วิธีปฏิบัติและนโยบายที่ทางสำนักงานได้วางไว้. ทั้งนี้อาจมีการขนส่งผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุ นอกโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลดังกล่าวนี้โดยตรงได้ตามความเหมาะสม หรือเป็นการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลหลังจากที่รักษาผู้ป่วยให้มีเสถียรภาพ ณ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเบื้องต้น และจะเป็นการดียิ่งถ้าสถานพยาบาล ที่มีหน่วยรักษาเฉพาะทางดังกล่าว มีขีดความสามารถในการรับผู้ป่วยที่ขนส่งมาจากอากาศได้ด้วย.

การฝึกศึกษา

เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การฝึกศึกษาภายในระบบจึงเป็นสิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึง โดยเฉพาะในระยะแรกเริ่ม ก่อตั้งระบบซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการฝึกศึกษาเองได้อย่างสมบูรณ์ การดำเนินการให้มีการฝึกศึกษาระดับต่างๆ ที่จำเป็นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องนับตั้งแต่การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปจนถึงการพัฒนาแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางอนุสาขาต่างๆ ซึ่งมีกว่า ๒๐ อนุสาขาในปัจจุบัน จึงเป็นการดำเนินการที่จำเป็นอย่างยิ่งยวดและสำคัญที่สุดลำดับแรก. ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จึงต้องมีกองทุนระดับชาติในการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบุคลากร ที่จำเป็นระดับต่างๆ ดังกล่าว ทั้งด้วยการส่งบุคลากรไปฝึกศึกษาต่างประเทศและการพัฒนาระบบการฝึกศึกษา (ทั้ง อาจารย์ สถานศึกษา และ อุปกรณ์การศึกษา) ภายในประเทศ เพื่อพัฒนาบุคลากรที่มีอยู่แล้วให้สามารถปฏิบัติงานกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ก่อตั้งขึ้นได้ รวมทั้งเพื่อสร้างเสริมกำลังและทดแทนผู้ปฏิบัติที่ออกไปจากระบบด้วยเหตุผลต่างๆ.

การฝึกศึกษาสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องเริ่มตั้งแต่การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป ซึ่งครอบคลุมถึงวิธีการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, การกู้ชีพ และการปฐมพยาบาลลักษณะอื่นๆ. สื่อต่างๆ สามารถใช้เพื่อเข้าถึงประชาชนกลุ่มใหญ่ ด้วยการให้สารสนเทศน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ได้รับการชานรับอย่างมีประสิทธิภาพ. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอารยประเทศหลายประเทศมักใช้ระบบพหุภาค ซึ่งประกอบด้วยผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นแล้วตามด้วยผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทปฏิบัติการแพทย์ และมีโครงสร้างการตอบสนองทั้งแบบสถิติและแบบพลวัต.

ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อาจเป็นพนักงานดับเพลิง, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, เจ้าหน้าที่งานพิทักษ์ป่า หรืออาสาสมัคร. การฝึกอบรมสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น อาจครอบคลุมถึงการปฐมพยาบาลขั้นสูงหรือตามหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น.

ในสหรัฐอเมริกา การฝึกศึกษาของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการ



แพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT)* ใช้หลักสูตรซึ่งแบ่งเป็นระดับต่างๆ ที่สำคัญ ๓ ระดับ ได้แก่ เจ้าหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMT-ambulance), เจ้าหน้าที่แพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (EMT-intermediate) และเจ้าหน้าที่ระดับนักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินวิชาชีพ (EMT-paramedic).

ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับพนักงานเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีทักษะในการปฐมพยาบาล รวมทั้งการกู้ชีพเพื่อการรักษาภาวะฉุกเฉินที่เป็นอันตรายต่อชีวิตขั้นพื้นฐาน. นอกจากนี้ต้องมีทักษะอื่นๆ ได้แก่ การนำผู้ป่วยออกจากแหล่งภัยอันตรายอย่างปลอดภัย, การตรึงไม่ให้เคลื่อนไหว, และการเคลื่อนย้ายและขนส่งผู้ประสบภัยฉุกเฉิน มีระยะเวลาการฝึกอบรมอย่างน้อย ๑๑๐ ชั่วโมง.

ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลางควรได้รับการฝึกทักษะเพิ่มเติม ได้แก่ การเปิดหลอดเลือดดำ, การใช้ก้างงออัดลม และการใช้อุปกรณ์ทางหายใจหรือหลอดอาหาร.

เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้รับการฝึกให้สามารถบริหารยานำบาดภาวะวิกฤติไปยังก่อนถึงโรงพยาบาล รวมทั้งการปฏิบัติรักษาทางหายใจด้วยการใส่ท่อหลอดลม, การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และสามารถนำบาดจังหวะหัวใจเต้นผิดปกติฉุกเฉินได้.

ในระยะต้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินควรมีการกำหนดหลักสูตรมาตรฐานแห่งชาติ สำหรับการพัฒนาและรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับให้สอดคล้องกับความจำเป็นของประเทศ. ในกรณีที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ภายในประเทศอย่างสมบูรณ์ ก็อาจต้องใช้กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออุดหนุนการจัดส่งผู้ปฏิบัติการไปรับการฝึกศึกษาจากระบบต่างประเทศ เพื่อนำมาพัฒนาระบบการศึกษาและฝึกอบรมให้อย่างน้อยเทียบเท่าหลักสูตรมาตรฐานนานาชาติในระยะต่อไป.

ทางเลือกอีกทางหนึ่งก็คือ การรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาจากที่อื่นแล้วอย่างสมบูรณ์เข้าทำงาน. อย่างไรก็ตาม ทางเลือกนี้อาจไม่ใคร่ดีเท่าใดนักในระยะยาว เพราะระบบนั้นๆ จะไม่สามารถควบคุมองค์ความรู้ของการฝึกศึกษานั้นได้. หาก

ต้องมีการเลือกใช้วิธีนี้ ระบบนั้นๆ ต้องพัฒนาวิธีการคัดเลือกผู้ปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถเพียงพอก่อนรับบุคคลนั้นเข้าทำงาน (เช่น การทบทวนองค์ความรู้, การทดสอบต่างๆ).

หลักสูตรการฝึกศึกษาเบื้องต้นภายในท้องถิ่น ก็ควรสะท้อนความจำเป็นท้องถิ่นนั้นๆ เพิ่มเติมจากหลักสูตรมาตรฐานแห่งชาติ แต่อย่างน้อยควรเท่ากับหรือมากกว่าหลักสูตรมาตรฐานของชาติ. อย่างไรก็ตาม การจัดการฝึกศึกษาที่ได้รับการควบคุมโดยท้องถิ่น องค์กร หรือหน่วยปฏิบัติการเองทั้งหมด อาจนำไปสู่ความไม่สม่ำเสมอ เช่น มีการอนุมัติให้นักเรียนที่ไร้คุณภาพสำเร็จการศึกษา เนื่องจากสภาพการเป็นผู้ที่ทำงานอยู่ในท้องถิ่น องค์กร หรือหน่วยงานนั้นอยู่แล้ว. ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีคณะกรรมการควบคุมการฝึกศึกษาเป็นองค์กรกลาง.

นอกจากนี้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหน่วยฝึกงานซึ่งตั้งอยู่ในคณะแพทยศาสตร์หรือโรงพยาบาล โดยเฉพาะสถาบันที่มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน เนื่องจากนักเรียนต้องใช้สถานที่ดังกล่าวเพื่อฝึกทักษะระหว่างการฝึกศึกษา. การฝึกทักษะดังกล่าวนี้มักกระทำควบคู่ไปกับการฝึกงานภาคสนาม ซึ่งประกอบด้วยการดำเนินการกับผู้ป่วยจริงในสถานการณ์ภาคสนาม.

การศึกษาต่อเนื่องก็เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติการทุกระดับภายในระบบ ซึ่งอาจทำได้ด้วยการกำหนดให้มีอายุของใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตร. นอกจากนี้ต้องมีข้อกำหนดเพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ปฏิบัติการที่ขอต่ออายุใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรมีขีดความสามารถและมีองค์ความรู้ที่ทันสมัยเพียงพอ.

เมื่อความจำเป็นเฉพาะของท้องถิ่นได้รับการกำหนดให้ทราบแล้ว คณะกรรมการอาจต้องการดำเนินการโครงการศึกษาในการบริการหรือโครงการศึกษาเฉพาะทางภายในระบบ. โครงการศึกษาเหล่านี้ควรรวมไปถึงวิธีการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการปฏิบัติการต่างๆ ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน

*National EMS Education Standards (Standards), <http://www.nhtsa.gov/staticfiles/DOT/NHTSA/ems/811077a.pdf>

สำหรับแพทย์, พยาบาล และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอื่นๆ ตลอดจนหลักสูตรสำหรับแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้สั่งการทางเวชกรรมทางไกล ด้วย.

การเงิน

ภายหลังจากได้ทราบสถานภาพของทรัพยากรที่มีอยู่และกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้แล้ว ต้องมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถพัฒนาต่อไปได้. ถ้าเป้าหมายต้องใช้ทรัพยากรเกินกว่างบประมาณที่มีอยู่ระบบจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงวิธีการหาแหล่งเงินทุนหรือลดระดับเป้าหมายลง. อย่างไรก็ตาม ก่อนมีการลดเป้าหมาย หากคาดคะเนว่า เป้าหมายมีความเป็นไปได้และมีประโยชน์โดยตรงต่อผู้ป่วย การเปลี่ยนวิธีการหาแหล่งเงินทุนต้องเป็นสิ่งที่นำมาพิจารณาก่อนเสมอ.

ในระยะต้นของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกา สหรััฐบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๑๖ ได้บัญญัติให้รัฐบาลกลางต้องสนับสนุนงบประมาณประจำปีให้แก่กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา ๓ ปี ได้แก่ ๒๕๑๗, ๒๕๑๘ และ ๒๕๑๙ จำนวน ๓๐, ๖๐ และ ๗๐ ล้านดอลลาร์ตามลำดับเพื่ออุดหนุนให้ท้องถิ่นและหน่วยงาน/องค์กรสาธารณะที่ไม่แสวงกำไรต่างๆ ดำเนินการ (๑) ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ (๒) จัดทำแผนจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละแห่ง อันต้องประกอบด้วย ๒.๑) การจัดตั้งและเริ่มดำเนินการระบบ, ๒.๒) การคาดคะเนการขยายตัวและพัฒนาระบบ และ ๒.๓) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคนิค วิธีการ อุปกรณ์ และการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน.

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลกลางแล้ว แหล่งงบประมาณเพื่อบริหารจัดการและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นต่างๆ โดยทั่วไป ได้แก่ การเรียกเก็บค่าบริการจากกองทุนหรือหน่วยงานต่างๆ ที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์ เช่น กองทุนประกันสุขภาพ Med-

icaid และ Medicare, งบประมาณจากภาษีอากรภายในท้องถิ่น, การเป็นสมาชิก, การจ่ายจากผู้รับบริการ, การรับบริจาคและองค์กรสาธารณประโยชน์ รวมทั้งวิธีการผสมผสาน.

มีระบบจำนวนไม่มากนักที่เป็นระบบอาสาสมัครอย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งในระบบดังกล่าวนี้งบประมาณทั้งหมดได้จากการบริจาค, การขายบัตรการกุศล, และในสถานการณ์เดียวกันนี้ การบริการดังกล่าวไม่เก็บเงินจากผู้ป่วย. วิธีการดังกล่าวนี้เคยเป็นที่นิยมในกาลครั้งหนึ่ง แต่ด้วยอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นตามเวลาที่ผ่านมา และความจำเป็นในการศึกษาและฝึกอบรมในฐานะมืออาชีพเฉพาะทางเพิ่มขึ้น รูปแบบดังกล่าวนี้จึงไม่เหมาะสมและเริ่มหายไป.

ระบบงบประมาณจากภาษีอากร เป็นระบบการเงินที่ได้รับจากกฎหมายว่าด้วยงบประมาณเช่นเดียวกับงบประมาณทั่วไป และหน่วยงาน/องค์กรบริการสาธารณะเป็นผู้ให้บริการ. ในระยะต้น การใช้งบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการที่มีอยู่เดิมอาจก่อให้เกิดความรู้สึกที่ดี เพราะมีกำลังคน สถานที่ และอุปกรณ์ที่ต้องใช้ทำงานประจำอยู่แล้ว. อย่างไรก็ตาม จากรายงานการศึกษาในระยะต่อมาได้มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ระบบงบประมาณตามกฎหมายว่าด้วยงบประมาณ รวมทั้งระบบงบประมาณจากการจัดเก็บภาษีเพื่อการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะเนื่องจากรายได้ของระบบคงที่และการตอบสนองต่ออุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นนั้นทำได้ไม่ถนัด. ปัญหาดังกล่าวนี้ ทำให้ท้องถิ่นบางแห่งถึงกับยอมให้มีการจำกัดการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อเป็นการจำกัดอุปสงค์ของระบบ ซึ่งเป็นการดำเนินการที่ไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง. ดังนั้นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ จึงบัญญัติให้ กพฉ. และ สพฉ. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดหาเงินกองทุนจากแหล่งต่างๆ ตลอดจนจัดเก็บค่าธรรมเนียมหรือค่าบริการเพื่อการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ ซึ่ง กพฉ. สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นอิสระตามอำนาจหน้าที่ที่กำหนดไว้ รวมทั้งจัดเก็บค่าบริการทั้งจากบุคคล หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ (ทวงหนี้) เพื่อจ่ายคืนค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้แก่หน่วยปฏิบัติการที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินการ กพฉ. อาจเสนอเรื่องให้



คณะรัฐมนตรีพิจารณาวินิจฉัยได้ด้วย. นอกจากนี้ ในสหรัฐอเมริกาจะมีการจัดตั้งกองทุนเพื่อชดใช้กรณีปฏิบัติการฉุกเฉินให้แก่คนไร้สัญชาติและคนต่างด้าวที่หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายด้วย*.

อีกรูปแบบหนึ่งของการบริหารการเงินคือโครงการสมาชิก ซึ่งที่จริงก็คือรูปแบบหนึ่งของภาษีสมัครใจหรือการประกันภัยนั่นเอง เนื่องจากผู้ใช้ได้จ่ายเงินไว้ล่วงหน้าสำหรับเป็นค่าบริการที่สมาชิกอาจต้องใช้. บุคคลใดๆ อาจมีความเสี่ยงและหวังว่าเขาคงไม่มีความจำเป็นต้องใช้บริการ แต่ถ้าจำเป็นที่ไม่ได้เป็นสมาชิกจะต้องจ่ายตามค่าใช้จ่ายจริงซึ่งจะสูงกว่าค่าสมาชิกมาก.

หน่วยปฏิบัติการเอกชนเป็นรูปแบบที่ผู้ใช้บริการอาจต้องเป็นผู้จ่ายเองอย่างเต็มที่. ในรูปแบบดังกล่าวนี้ ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะใช้บริการโดยโทรศัพท์เรียกหน่วยปฏิบัติการเอกชนโดยตรง หรือหน่วยปฏิบัติการเอกชนได้รับการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ใช้อาจต้องจ่ายตามค่าบริการตามที่หน่วยงาน/องค์กรผู้ให้บริการกำหนด หรือเป็นไปตามอัตราที่บริษัทประกันกำหนด. แม้ กพผ. มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการให้ความเห็นชอบการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะเป็นเพียงราคาอ้างอิงเท่านั้น แต่ไม่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการควบคุมราคาค่าบริการเว้นแต่กรณีดังกล่าวจะเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที. ดังนั้นในกรณีที่ต้องการควบคุมราคาอาจกระทำได้โดยต้องอาศัยอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายอื่น.

กรณีศึกษาจากต่างประเทศที่ให้หน่วยงานหรือองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นผู้รับสัมปทานในการตอบสนองเบื้องต้นต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การตอบสนองดังกล่าวต้องตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ภายในชุมชนนั้นได้ด้วย. ถ้ามีการตรวจพบว่า จำนวนครั้งที่ผู้รับสัมปทานนั้นไม่สามารถตอบสนองการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ปฏิบัติ

การหรือเวชพาหนะทั้งหมดกำลังปฏิบัติการ หรือระยะเวลาการตอบสนองยาวนานขึ้น เนื่องจากเวชพาหนะที่ได้รับการสั่งให้ปฏิบัติการนั้นอยู่ไกลหรือออกนอกพื้นที่รับผิดชอบ จะต้องมีการตั้งหน่วยตอบสนองเพิ่มขึ้น หรือย้ายที่ตั้งหน่วยที่มีอยู่เดิม. อย่างไรก็ตาม การขยายขีดความสามารถอาจเป็นผลให้ค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มขึ้น.

ในกรณีที่อุปสงค์ของการปฏิบัติการฉุกเฉินมีมาก เขตพื้นที่บริการนั้นอาจมีหน่วยปฏิบัติการมากกว่าหนึ่งหน่วยงาน/องค์กร และผู้รับบริการอาจเรียกใช้ผู้ให้บริการที่ตนเลือกอย่างอิสระ. อย่างไรก็ตาม ในภาวะฉุกเฉินที่เลวร้าย การแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินไปยังหน่วยปฏิบัติการหน่วยงาน/องค์กรหนึ่งอาจถูกปิดไปยังหน่วยงาน/องค์กรอื่น และหน่วยปฏิบัติการนั้นอาจปิดหน่วยของตนในระหว่างเหตุการณ์ดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดมาตรการเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวด้วย. ระบบหน่วยปฏิบัติการขนส่งเวชกรรมแต่ละหน่วยจะทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการรับแจ้งและจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วยตนเอง มักเป็นระบบที่ไร้ประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากระบบที่มีหน่วยปฏิบัติการรับแจ้งและจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินเพียงแห่งเดียวและเป็นอิสระจากหน่วยปฏิบัติการอื่น และจัดส่งหน่วยที่อยู่ใกล้ที่สุดและเหมาะสมที่สุดออกไปปฏิบัติการฉุกเฉิน.

รูปแบบสุดท้ายของการบริหารการเงิน คือแบบองค์กรสาธารณประโยชน์. ในรูปแบบนี้ กพผ. กำหนดเป้าหมายคือปรารถนาให้ระบบประสบความสำเร็จและยอมรับการเสนอราคาจากผู้ให้บริการที่เชื่อว่าสามารถดำเนินการได้. ผู้ให้บริการจะเรียกเก็บเงินค่าบริการจากผู้ป่วยและได้รับเงินอุดหนุนจากชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะการผสมผสานรูปแบบต่างๆ ของการเงิน. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายได้หรือไม่มีประกันก็จะได้รับบริการ และระบบได้รับค่าใช้จ่ายนี้เช่นเดียวกับระบบจากภาษีอากร. ถ้าผู้ป่วยสามารถจ่ายได้หรือมีประกันคุ้มครอง ผู้นั้นก็ได้รับการเรียกเก็บเงินค่าบริการเช่นเดียวกับระบบการบริการเอกชน. เงินอุดหนุนจะชดเชยการบริการที่เรียกเก็บเงินไม่ได้ และในปัจจุบันปรากฏว่าวิธีการดังกล่าวนี้มีราคาเฉลี่ยต่อครั้งต่ำกว่าระบบอื่น ไม่ว่าจะในรูปแบบจากภาษีหรือรูป

*<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/legal-topics/medical-staff-topics/funding-undocumented-aliens.shtml#>

แบบผู้ให้บริการเอกชน.

การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ

ระบบต้องดำเนินการทบทวนการขยายตัวและคุณภาพการดูแลทางเวชกรรมที่ให้บริการ รวมทั้งบันทึกต่างๆ ในระบบเพื่อรับรองคุณภาพเป็นระยะๆ. องค์กรประกอบทุกอย่างต้องได้รับการประเมินภาระหน้าที่ทางเวชกรรม, ความเหมาะสม, และความคุ้มค่า. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติต้องพัฒนาและใช้แบบตรวจมาตรฐานเพื่อตรวจสอบข้อมูลการรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการตอบสนอง, การประเมินและรักษาผู้ป่วยภาคสนาม, และโรงพยาบาล (ผลที่ตามมา). ระบบสามารถใช้คอมพิวเตอร์เพื่อช่วยประเมินข้อมูลที่มีปริมาณมากจากการสะสมในกระบวนการดังกล่าวนี้.

เพื่อประเมินความร่วมมือ สิ่งแรกที่ระบบต้องกระทำได้แก่ การกำหนดมาตรฐานคุณภาพขั้นต่ำ ซึ่งมักอยู่ในรูปเกณฑ์วิธีปฏิบัติงาน. เมื่อมาตรฐานได้รับการกำหนด การเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานก็สามารถพิสูจน์ทราบได้ และก่อให้เกิดการป้อนข้อมูลย้อนกลับตามที่กำหนดเพื่อแสดงปัญหาที่เกิดขึ้นภายในระบบ.

การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชน

การให้ความรู้แก่ประชาชนนับเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นสิ่งที่ประเมินค่ามิได้. สิ่งที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ การทำให้ประชาชนได้ทราบถึงวิถีทางที่เหมาะสมในการเข้าถึงระบบและวิธีการปฐมพยาบาลในระหว่างที่คอยชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งประชาชนควรได้รู้ว่า เมื่อใดที่ต้องเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งจะช่วยประหยัดการออกปฏิบัติการโดยไม่จำเป็น พร้อมเพิ่มความน่าจะเป็นที่บุคคลจำเป็นต้องใช้การบริการฉุกเฉิน ที่จะไม่ไร้หรือในการเรียกใช้บริการ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติอาจไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ให้สารสนเทศและความรู้เองทั้งหมด แต่ควรช่วยประสานงานและสร้างเสริมหน่วยงานอาสาสมัคร เช่น สมาคมโรคหัวใจ, กายาต, ศูนย์ควบคุมพิษ และหน่วยงานอื่นๆ ให้ดำเนินการ

กิจกรรมเหล่านี้. การขยายตัวของสาธารณสุขและความรู้ขึ้นอยู่กับว่า จะให้ประชาชนทั้งหลายรู้ได้อย่างไร ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะประชากรอย่างรวดเร็ว, การที่ประชากรย้ายตามฤดูกาล, การมีกลุ่มอายุประชากรที่ไม่ค่อยเหมือนที่อื่นๆ, หรือการเปลี่ยนแปลงโอกาสการทำงาน.

การช่วยเหลือระหว่างกัน

การจัดการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ที่เลวร้าย (เช่น เกิดภัยพิบัติ, หน่วยปฏิบัติการทั้งหมดออกปฏิบัติการ, พานะถูกทำลาย) การตอบสนองฉุกเฉินต้องสามารถกระทำได้ด้วยความช่วยเหลือจากภายนอกเขต. ดังนั้นท้องถิ่นต้องมีการทำแผนเผชิญเหตุร่วมกับท้องถิ่นข้างเคียงและหน่วยปฏิบัติการที่อยู่โดยรอบในการข้ามเขตบริการเมื่อจำเป็นต้องปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. การเตรียมดังกล่าวควรกระทำในรูปแบบของข้อตกลงที่เป็นทางการ และควรเป็นการให้บนพื้นฐานของการต่างตอบแทนซึ่งกันและกัน.

การตอบสนองต่อภัยพิบัติ

ในทำนองเดียวกันกับกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินในสหรัฐอเมริกาและนานาชาติประเทศส่วนใหญ่ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ แผนหลักเพื่อตอบสนองต่อภาวะภัยพิบัติไม่ได้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) แม้ว่าจะระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ดำเนินการตอบสนองเบื้องต้นและดำเนินการขนส่งในสถานการณ์อุบัติเหตุภัยพิบัติก็ตาม.

ตามประกาศของวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๖ (๑๙๘๓) กำหนดหน้าที่ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระหว่างเกิดการเกิดภัยพิบัติไว้เพียง ๓ ประการ ได้แก่ การคัดแยกผู้ประสบภัย, การรักษาให้ผู้ป่วยมีเสถียรภาพ, และการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมเท่านั้น ทั้งนี้ต้องกระทำให้สอดคล้องกับแผนหลักตามกฎหมายอื่นที่ว่าด้วยการตอบโต้ภัยพิบัติ/การก่อการร้ายและไม่เกี่ยวข้องกับการบรรเทาทุกข์หลังภาวะภัยพิบัติ.



โดยไม่ต้องคำนึงว่า ใครเป็นผู้มีหน้าที่จัดทำแผนหลัก และกระทำให้แผนดำเนินไปได้ กพฉ. ต้องให้ความมั่นใจได้ว่า มีแผนปฏิบัติการที่ครอบคลุมสำหรับเขตพื้นที่การบริการ. แผนเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติทางการแพทย์ต้องกล่าวถึง การประสานการจัดการกับส่วนกลาง, การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีเอกภาพ และการติดต่อสื่อสารระหว่างภัยพิบัติ. เมื่อแผนได้รับการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการฝึกการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ เพื่อการทรงสมรรถภาพและแก้ไขข้อบกพร่องที่ได้รับการพิสูจน์ทราบ. กระบวนการฝึกยังเป็นการสร้างเสริมความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการ ให้สามารถปฏิบัติการเมื่อสถานการณ์คับขันได้อย่างอัตโนมัติและเหมาะสม.

สรุป

องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีการจัดองค์กร, การรวมตัว และการประสานงาน เพื่อการดูแลผู้ป่วย

ให้ดีที่สุด. กพฉ. และแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำให้มั่นใจว่า องค์ประกอบที่จำเป็นแต่ละส่วนมีอยู่ในระบบและปฏิบัติงานได้ตามแผน. ความมั่นใจของภาระหน้าที่ทางการแพทย์ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกระบวนการพลวัต. แพทย์ทุกคนที่เกี่ยวข้องในการสั่งการทางเวชกรรมทางไกล ควรมีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโครงสร้างของระบบและการจัดองค์กร.

ตามปรกติแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉินมักไม่ได้ควบคุมการปฏิบัติการขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบโดยตรง แต่แพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องทราบจุดอ่อนในระบบและดำเนินการแก้ไขปัญหาก่อนที่จะเกิดขึ้น. ทั้งนี้เพราะแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องรับผิดชอบหากการปฏิบัติของส่วนใดส่วนหนึ่งแห่งองค์ประกอบเกิดความบกพร่อง เช่น ความผิดพลาดในการจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน, การติดต่อสื่อสารล้มเหลว, ผลการรักษาที่ไม่พึงประสงค์.