

การจัดบริการผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

Provision of trauma care in Ministry of Public Health hospitals regional health 3

ณัฐกฤษณ์ ธรรมกวินวงศ์¹
สุเทพ สีนกิตติยานนท์²
นฤมล ปาเจย³
อรพรรณ มั่นตระกูล⁴
ชนิดา เลิศพิทักษ์พงษ์⁵

บทคัดย่อ

ปริมาณอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้นส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตร่างกายตลอดจนทรัพย์สินอย่างประเมินค่ามิได้ สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิต 38.1 ต่อแสนประชากร และสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก รายงานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 โดยอาศัยการวิจัยแบบผสมผสาน การสำรวจผู้บาดเจ็บที่มารับบริการในห้องฉุกเฉิน จำนวน 382 ราย และการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม ผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล จำนวน 59 คน ผลการวิจัย พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มารับบริการเป็นผู้บาดเจ็บไม่รุนแรง มีค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน 86.4 นาที มีผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่พอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉิน ในระดับมาก ส่วนมาก เดินทางมาเองและส่วนที่มาจากโรงพยาบาล ด้วยรถกู้ชีพ ติดต่อผ่านโทรศัพท์หมายเลข 1669 ส่วนใหญ่ของคนกลุ่มนี้เห็นควรแนะนำผู้อื่นใช้บริการกู้ชีพ ที่ติดต่อผ่าน 1669 เพราะเชื่อว่าจะมีความปลอดภัยสูง การจัดบริการห้องฉุกเฉิน ยังพบปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการขาดแคลนอัตรากำลัง โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ ความไม่พร้อมด้านอื่นๆ ได้แก่ การส่งต่อ, งบประมาณ, พัสดุครุภัณฑ์ และ สารสนเทศ รวมถึง การทำงานร่วมกับหน่วยกู้ชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, มูลนิธิและเอกชน ขาดการบูรณาการ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน วางแผนงบประมาณ ระยะยาว5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและ บุคลากรหลายสาขาวิชาชีพที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A,S,M,F เน้นบริการเชิงรุก ทั้งใน Pre-Hospital Care และHospital Case รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีบทบาทมีส่วนร่วม กับโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างจริงจัง

คำสำคัญ การแพทย์ฉุกเฉิน, บริการผู้บาดเจ็บ

(1-4) โรงพยาบาลพิจิตร จ.พิจิตร

(5)คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

Road accident tends to rise, resulting in enormous loss of lives and assets. According to statistics of deaths from road accident from The World Health Organization found that Thailand mortality rate was 38.1 deaths per 100,000 populations and 3rd in the world ranking. The purpose of this report was to study the situation of trauma care process in Ministry of Public Health hospitals in regional health 3 through mixed methodology research. 382 traumatic patients were randomized from Emergency Department and 59 of administrators and staffs were interviewed and group discussed.

The result found that most traumatic patients were urgent. The average time of care in Emergency Department was 86.4 minutes. Most were highly satisfied to the services. Most traumatic patients entered to hospital privately. Patients who came with ambulance would communicate directly through emergency call of 1669 in trust of the safety system. The problems of Emergency Room management were insufficient of medical personnel especially emergency physicians and inadequate of referral system, budgets, equipments and information system including lacking of coordinated work and integrations with Fast Responder unit of other local government and foundations.

The policy recommendations from this study were Ministry of Public Health and Emergency Medical Institute should long-term plan to support emergency physicians and other medical personnel for hospitals in any level from A,S,M to F in 5-10 years. Including encouragement of local government to participate in developing of emergency system.

Keywords. Medical emergency, trauma care

ภูมิหลังและเหตุผล

ปริมาณผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มีแนวโน้มสูงขึ้นส่งผลให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตร่างกาย ตลอดจนทรัพย์สินอย่างประเมินค่ามิได้ สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปี 2556 ประเทศไทยมีจำนวนผู้เสียชีวิต จำนวน 13,365 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 38.1 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก⁽¹⁾ ปฏิญญามอสโกให้ปี พ.ศ. 2554-2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (Decade of Action for Road Safety) รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย ของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)⁽²⁾ พบว่า ระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐ มีการจัดระบบดูแลการบาดเจ็บ (Trauma care system) ก้าวหน้าขึ้น โดยลำดับ ที่เด่นชัดคือ จำนวนปฏิบัติการกู้ชีพสำหรับผู้บาดเจ็บ มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 82,895 เป็น 155,431 ราย ระหว่างปี 2553 ถึง 2556⁽³⁾ แต่ยังคงพบปัญหาอีกหลายประการเช่น การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การส่งต่อผู้บาดเจ็บระหว่างรพ.ไม่ราบรื่น ไม่มีระบบสารสนเทศรองรับการแกะรอยผู้บาดเจ็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงสิ้นสุดการรักษา เป็นต้น ด้วยความตระหนักต่อปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว รัฐบาล จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉินระยะ 4 ปี (2557-2560) พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้⁽⁴⁾

เขตสุขภาพที่ 3⁽⁵⁾ ตั้งอยู่ในภาคเหนือตอนล่างประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ นครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท ประชากรรวมทั้งสิ้น 3,003,091 คน สถิติการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ตั้งแต่ ปี 2554 -2556 พบว่า อัตราตายต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2554(26.9), 2555(27.3), 2556(29.1) เมื่อเปรียบเทียบกับภาพรวมทั้งประเทศ 2554(21.8), 2555(21.9), 2556(22.9) เขตสุขภาพที่ 3 ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับรายเขตสุขภาพทั้ง 12 เขต พบว่า เขตสุขภาพที่ 3 อยู่ในอันดับที่ 4 และจังหวัดที่มีอัตราตายมากที่สุดใน ปี 2556 คือ จังหวัดชัยนาท (36.6) รองลงมาคือ จังหวัดนครสวรรค์ (32.4) จังหวัดกำแพงเพชร (27.6) จังหวัดพิจิตร (23.9) และจังหวัดอุทัยธานี (23.1)⁽⁶⁾ รายงานนี้มุ่งศึกษาสถานการณ์การจัดบริการผู้บาดเจ็บของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการผู้บาดเจ็บอย่างรอบด้าน การดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉินของเขตสุขภาพที่ 3 ยังพบปัญหาการพัฒนาเชิงระบบ เช่นระบบส่งต่อ ที่พยายามพัฒนาให้เกิดศูนย์ส่งต่อให้ครบทุกจังหวัด ส่วนด้านระบบสารสนเทศยังพบปัญหาความล่าช้า และความถูกต้อง ไม่มีศูนย์รวมข้อมูลข่าวสารในระดับเขต, การใช้บริการ 1669 ก็ยังพบมีผู้ใช้บริการน้อย และปัญหาที่เกิดในการบริการที่ยังด้อยคุณภาพ เกี่ยวข้องกับการขาดอัตรากำลังในวิชาชีพที่สำคัญ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์ศัลยกรรมประสาท รวมทั้งเครื่องมือที่สำคัญมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องมือผ่าตัดสมอง⁽⁵⁾

ระเบียบวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) แบบคู่ขนาน (Parallel Convergent) ⁽⁷⁾ โดยแบ่งออกได้ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้การสำรวจผู้บาดเจ็บและญาติที่มาใช้บริการ ในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน เขตสุขภาพที่ 3 โดยการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ราย จากผู้มาใช้บริการทั้งหมด ทั้งนี้คำนวณจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการจำนวน 78,5411 คน ในปีงบประมาณ 2556 ทั้งนี้ผู้รายงานแบ่งจำนวนตัวอย่าง กระจายตามสัดส่วนสำหรับรพศ. 1 แห่ง/รพท 2 แห่ง/รพช. 2 แห่งเป็นร้อยละ : 40/30/30 โดยลำดับ

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ดำเนินการใน รพศ. จำนวน 1 แห่ง รพท. จำนวน 2 แห่ง และ รพช. จำนวน 2 แห่ง ด้วยการ การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)⁽⁸⁾ และการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)⁽⁹⁾ บุคลากรของโรงพยาบาลและพนักงานกู้ชีพของ อปท.และเครือข่ายโรงพยาบาลรวม 59 คน ประกอบด้วย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการ รพศ./รพท./รพช. ,แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, หัวหน้าพยาบาลแผนกฉุกเฉิน, บุคลากรของแผนกฉุกเฉิน, ศูนย์รับส่งต่อ, งานการเงิน, งานข้อมูลข่าวสาร, งานพัฒนาบุคลากร และพนักงานงานกู้ชีพ/กู้ภัย ของอบต.เครือข่ายโรงพยาบาล

ผู้รายงานวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) โดยอิง WHO six building block framework ⁽¹⁾ร่วมกับ Cross Case Analysis

4. ผลการศึกษา

4.1 การเข้าถึงของผู้รับบริการ

4.1.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้บาดเจ็บ ที่ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลดังกล่าว ส่วนใหญ่ได้ข้อมูลจากญาติ ร้อยละ 58.2 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.7 อยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 17.4 มารับบริการในช่วงเช้า เมื่อคำนึงถึงระดับความรุนแรง พบว่าผู้บาดเจ็บเล็กน้อย(Non-Urgent)มีจำนวน ร้อยละ 20.5 ผู้บาดเจ็บรุนแรงปานกลาง(Urgent) ร้อยละ 64.1 และผู้บาดเจ็บรุนแรงมาก (Emergency) ร้อยละ 15.4 ค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บอยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน 86.4 นาที (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน.42.6, พิสัย 10 ถึง 210 นาที) (ดังแสดงตารางที่1)

4.1.2 การเดินทางมาโรงพยาบาล พบว่า เดินทางมาเอง ร้อยละ 43.3 ,รถกู้ชีพ โดยติดต่อผ่าน 1669 ร้อยละ35.1, ถูกส่งต่อมาจาก รพ.อื่น ร้อยละ 7.4, มาด้วยรถมูลนิธิ ร้อยละ9 และมาด้วยรถกู้ชีพ ที่ไม่ได้ติดต่อผ่าน 1669 ร้อยละ5.1(ดังแสดงในตาราง 1)

4.1.3 ความพึงพอใจ เมื่อมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการ มีความพอใจมาก ร้อยละ 55.6 ส่วนความพึงพอใจผู้ใช้บริการ รพพยาบาล/กู้ชีพ ที่ติดต่อผ่าน 1669 มีสัดส่วนมากกว่ากลุ่มอื่น กล่าวคือ พึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 68.9) (ดังแสดงในตาราง 2)

4.1.4 ความปลอดภัยและการให้คำแนะนำให้ใช้บริการ รพพยาบาล/รถกู้ชีพ การสำรวจด้วยแบบสอบถาม พบว่า ผู้บาดเจ็บที่เดินทางมาด้วยรถกู้ชีพ ส่วนมาก แนะนำให้ใช้บริการ รถกู้ชีพ เพราะเชื่อว่ามีความปลอดภัย โดยมีสัดส่วนมากที่สุด กรณีใช้บริการรถกู้ชีพผ่าน 1669 (ดังแสดงในตาราง 2)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของ ผู้บาดเจ็บที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1.ผู้ตอบแบบสอบถาม		
1.1 ผู้ป่วย	163	41.8
1.2ญาติ	227	58.2
2. เพศ		
2.1 ชาย	169	43.3
2.2 หญิง	221	56.7
3. อายุ (ปี) (Mean ±S.D) = 49.7 ± 23.4 (ต่ำสุด 3ปี, สูงสุด 98 ปี)		
4. ช่วงเวลาที่มารับบริการ (ช่วงเช้า)	210	53.8
5. ระดับความรุนแรงของผู้บาดเจ็บ		
5.1 ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย(Non-Urgent)	80	15.4
5.2 ผู้บาดเจ็บรุนแรงปานกลาง(Urgent)	250	64.1
5.3 ผู้บาดเจ็บรุนแรงมาก (Emergency)	60	20.5
6. เวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉิน (Mean ±S.D) = 86.41± 42.6 (พิสัย 10 ถึง 210 นาที)		
7. การเดินทางมาโรงพยาบาล		
7.1 รพพยาบาล/กู้ชีพ โดยติดต่อผ่าน 1669	137	35.1
7.2 รพพยาบาล/กู้ชีพ โดยไม่ผ่าน 1669	20	5.1
7.3 รถมูลนิธิ	35	9
7.4 มาเอง	169	43.3
7.5 ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น	29	7.4

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของ การเดินทางมาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

การเดินทางมาใช้บริการที่ ห้องฉุกเฉินของ โรงพยาบาล	จำนวน (N=390)	ความพึงพอใจ ระดับมาก (ร้อยละ)	ความปลอดภัย (ร้อยละ)	การแนะนำให้ใช้ บริการ (ร้อยละ)
1.รถกู้ชีพ ติดต่อผ่าน 1669	137	55.6	96.4	94.9
2.รถกู้ชีพ ไม่ได้ติดต่อผ่าน 1669	20	50	85	75
3.รถกู้ชีพ/กู้ภัย ของมูลนิธิ	35	68.9	94.3	91.4

4.2 การจัดการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3

การจัดการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 มีกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐาน โรงพยาบาล(Hospital accreditation) ทุกโรงพยาบาล มีช่องทางรองรับภาวะฉุกเฉินของประชาชน ได้แก่ Fast track STEMI, Fast track Stroke, Fast track Trauma และFast track Post –partum hemorrhage ในโรงพยาบาลศูนย์ เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราตายในห้องฉุกเฉิน พบว่า รพศ./รพท. มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จุดเด่นในการพัฒนาบุคลากรของเขต โดยเฉพาะ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป คือ บุคลากรจำนวนหนึ่ง สามารถเป็นวิทยากรและจัดกู้ชีพ Rally ในระดับเขตได้ (ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4)

ตารางที่ 3 ข้อมูลกองห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับโรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์			โรงพยาบาลทั่วไป 1			โรงพยาบาลทั่วไป 2			โรงพยาบาลชุมชน 1			โรงพยาบาลชุมชน 2		
	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557
1. ข้อมูลทั่วไป															
1.1 ขนาดเตียง	653 เตียง			405 เตียง			365 เตียง			90 เตียง			30 เตียง		
1.2 บุคลากรใน ห้องฉุกเฉิน	EMT-B - คน EMT-I 7 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I 2 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I 1 คน EMT-P - คน			EMT-B - คน EMT-I - คน EMT-P - คน			EMT-B 1 คน EMT-I 1 คน EMT-P - คน		
1.3 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3 คน			1 คน			- คน			- คน			- คน		
1.4 จำนวนรถฉุกเฉิน	2 คัน			4 คัน			3 คัน			2 คัน			2 คัน		
1.5 ประเภทผู้บาดเจ็บ	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557	2555	2556	2557
- Emergent (ราย)	8,023	9,198	10,152	6,567	5,874	5,693	1247	3649	2041	983	1101	1150	116	137	165
- Urgent (ราย)	53,515	52,372	51,039	17,169	16,632	18,911	16770	12381	11388	16807	16678	17364	1566	5761	6846
- Non-Urgent (ราย)	15,415	13,937	13,350	12,778	14,329	12,712	11848	14855	16748	12412	10961	11401	25266	21096	20420

(EMT-B = Emergency Medical Technician-Basic), (EMT-I = Emergency Medical Technician- Intermediate), (EMT-P = Emergency Medical Technician Paramedic)

ตารางที่ 4 ข้อมูลการให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับโรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
1. ภาวะการนำและอภิบาลระบบ	-Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment -สนับสนุนเชิงระบบ	- Leadership -Empowerment	- Leadership -Empowerment
1.2. ศูนย์สั่งการ	√	√	√	-	-
1.3 บูรณาการกู้ชีพร่วมกับภาคีเครือข่าย					
- ป้องกันภัยและบรรเทาสาธารณภัย	√	√	√	-	-
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	√	√	√	√	√
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	√	√	√	√	√
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	√	√	√	√	√
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	√	√	√	√	√

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับโรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
1.4 กลไกการติดตามประเมินผล	- กสร./สพจ/เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI/รายงาน 43 เพิ่ม และตรวจราชการและ นิเทศงาน	- กสร./สพจ/เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI /รายงาน 43 เพิ่ม และตรวจราชการและ นิเทศงาน	- กสร./สพจ/เขต. ประเมินผลติดตามโดยใช้ KPI/ 43 เพิ่มและตรวจ ราชการและนิเทศงาน	- กสร./สพจ/เขต./สสจ. ติดตามโดยใช้ KPI / 43 เพิ่ม	- กสร./สพจ/เขต./สสจ. ติดตามโดยใช้ KPI /43 เพิ่ม
2. รูปแบบการจัดการบริการ					
2.1 มาตรฐานการจัดการบริการ	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรอง)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรองซ้ำ)	- Hospital Accreditation (ผ่านการรับรอง)
2.2 ศูนย์ส่งต่อ	√	√	√	√	√
- การส่งต่อภายในจังหวัด	√	√	√	√	√
- การส่งต่อข้ามเขต	√	√	√	-	-

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับโรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
- รพช. ทำหน้าที่ Node รับการส่งต่อ	(3 แห่ง)	(2 แห่ง)	(2 แห่ง)	-	-
2.3 งานบริการตามนโยบาย					
1) Fast track STEMI	√	√	√	√	√
2) Fast track Stroke	√	√	√	√	√
3) Fast track Trauma	√	√	√	√	√
2.4 คลินิกนอกเวลาราชการ	√	√	√	√	--
2.5 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care team)	√	√	√	√	√

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับ โรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
3. บุคลากร					
3.1 การบริหารจัดการ ทรัพยากรบุคคล	- อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ ฉุกเฉิน	- อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ บุคลากรปฏิบัติงานทั้งใน ห้องฉุกเฉิน ศูนย์ส่งต่อและ ศูนย์ส่งการ	- ใช้อัตรากำลังร่วมกันใน การบริการใน ห้องฉุกเฉิน และการรับผู้บาดเจ็บกู้ชีพ นอกโรงพยาบาล	- ใช้อัตรากำลังร่วมกันใน การบริการใน ห้องฉุกเฉิน และการรับผู้บาดเจ็บกู้ชีพ นอกโรงพยาบาล	อัตรากำลังไม่เพียงพอ เนื่องจากรับผิดชอบ โรงพยาบาลที่เปิดใหม่
3.2 การพัฒนาบุคลากร - บุคลากรในห้องฉุกเฉิน และ First Responder(FR)	- จัดการอบรมให้แก่ โรงพยาบาลและ FR	- ส่งเข้าร่วมกับ สพท.และการ จัด Rally ของเขต	- OD/กู้ชีพ Rally ของ จังหวัด/เขต.	- กู้ชีพ Rally ของเครือข่าย และ อปท.	- ส่งบุคลากรในห้องฉุกเฉิน และ FR เข้าร่วมกับ รพท.
3.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้/ วิทยากร	- วิทยากรให้กับเขต รพท./ รพช./อปท.	- วิทยากรให้กับ รพช./อปท.	- วิทยากรให้กับรพช./อปท.	- วิทยากรให้กับ อปท.	- วิทยากรให้กับ รพช.เปิด ใหม่และ อปท.
3.4 บรรยากาศการทำงาน	- มีการทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง เน้นความรู้ ความสามารถทุก ระดับ	- มีการทำงานเป็นทีม แบ่ง บทบาทชัดเจนมีการส่งต่อ ผู้บาดเจ็บอย่างมีมาตรฐาน	- ทำงานเป็นทีมช่วยเหลือ แบบเพื่อนร่วมงาน	- วัฒนธรรมความเป็นพี่เป็น น้อง ช่วยเหลือกันในการ ทำงาน	- ทำงานแบบพี่แบบน้อง มี ความสุขในการทำงาน

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับ โรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
4. การเงินการคลัง	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพศ./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพจ. กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพศ./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพจ. กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพศ./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพจ. กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพศ./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพจ. กำหนดไว้ในปี 2555	- การบริหารจัดการการเงินการคลังของรพศ./รพท. แบ่งออกได้ตามหลักเกณฑ์ของสพจ. กำหนดไว้ในปี 2555
	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนากู้ชีพ - เงินบำรุงช่วยเสริมในการพัฒนากู้ชีพ และพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลและเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนา กู้ชีพ - เงินบำรุงช่วยเสริมในการพัฒนากู้ชีพ และพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลและเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR 2) งบพัฒนา กู้ชีพ - เงินบำรุงช่วยเสริมในการพัฒนากู้ชีพ และพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลและเครือข่าย	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR - จัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อรองรับการพัฒนากู้ชีพในด้านอบรมและพัสดุ	1) งบชดเชยปฏิบัติการในระดับ ALS, ILS, BLS และ FR - จัดทำแผนเงินบำรุงเพื่อรองรับการพัฒนากู้ชีพในด้านอบรมและพัสดุ

ตารางที่ 4 (ต่อ) ข้อมูลให้บริการของห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 เปรียบเทียบตามระดับโรงพยาบาล

รายการ	โรงพยาบาลศูนย์	โรงพยาบาลทั่วไป 1	โรงพยาบาลทั่วไป 2	โรงพยาบาลชุมชน 1	โรงพยาบาลชุมชน 2
5. สารสนเทศและการสื่อสาร	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669	- ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669	- เครื่องข่าย 1669	- เครื่องข่าย 1669
- การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยกู้ชีพ	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line , Google Plus	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application	- วิทยุ/โทรศัพท์ Line Application
- ระบบเก็บข้อมูลในห้องฉุกเฉิน/กู้ชีพ	- Program Thai Refer - Home C	- Program Thai Refer - Program HOS-XP	- Program Thai Refer - Program HOS-XP	- Program Thai Refer	-- Program HOS-XP
- ตัวชี้วัดและการประเมินตนเอง	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของกรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของกรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของกรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของกรมการแพทย์	- KPI (กสร.) - ประเมินตนเองตามแบบของกรมการแพทย์
6. วัสดุและอุปกรณ์	- ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	- ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	- ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	- ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ	- ได้มาตรฐาน/ผ่านสอบเทียบ
- ครุภัณฑ์และอุปกรณ์การแพทย์ตามมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	- เครื่องมือผ่าตัดส่องกล้องเพียงพอ				

4.3 ประเด็นสำคัญที่กระทบต่อการจัดบริการและการเข้าถึงบริการ

4.3.1 ภาระงานและการบริหารบุคลากร

4.3.1.1 ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบ ปัญหาอัตรากำลังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังคงเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 3 ซึ่งไม่สามารถจัดการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขจาก กระทรวงสาธารณสุข และสพฉ. สำหรับปัญหาของ FR ที่เข้ามาในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถเลือกสรรได้ตามมาตรฐานด้วยการเข้ามาทำด้วยจิตอาสาทำให้ขาดการประเมินการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือประเมินผลก็ไม่ผ่านเกณฑ์

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ทิศทางของโรงพยาบาลในเขต 3 จุดอ่อนอยู่ตรงไหน เกี่ยวกับกู้ชีพ พยายามคิด Gap Analysis เช่น การไม่มี Neuro อัตราตายทางสมองจะเยอะเราก็ต้องไปปิด Gap ว่าทำอะไร ทางแรกก็ต้องพยายามผลักดันให้มี Neuro ทุกที่ ถ้ายังไม่มี “ต้องทำระบบ” อย่างที่ทำตอนนี้ คือ ทำ CPG และ Telemedicine คุยกันระหว่างแพทย์ Neuro ศัลย์ กับแพทย์ของ รพท., รพช. สามารถ consult กันได้”

(ประธาน Service Plan ,ผู้ให้สัมภาษณ์, 18ม.ค.58)

“ประชาชนโทรมา โรงพยาบาลออกไปดูแลผู้บาดเจ็บได้ แต่ทำได้ไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องคนขึ้นเวรห้องฉุกเฉิน ไม่เพียงพอ จึงพยายามผลักดันให้ อปท.เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง มีหน่วยที่สามารถดูแลผู้บาดเจ็บเบื้องต้นได้”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 18ก.ค.57)

“FR มีข้อจำกัดไม่สามารถเลือกคนมาทำงาน นำมีการประเมินบ่อยๆ เป็นระยะ การทำงานมองประสิทธิภาพที่เป็นผลลัพธ์ ส่วนขาดจะมีหัวหน้าเติมให้เรื่อยๆ ข้อจำกัดของน้องใหม่ มาเร็วไปเร็ว 3 เดือน, 6 เดือน ขาดอะไรก็ Training ตรงนั้น

(ประชาสัมพันธ์, รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค.57)

4.3.1.2 ปัญหาการพัฒนาบุคลากร ปัญหาการพัฒนาบุคลากร ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังคงเป็นปัญหาที่พบในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 ทั้งใน ด้าน การอบรมแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน การอบรมพยาบาลเฉพาะทางฉุกเฉิน การอบรมเวชกิจฉุกเฉิน รวมถึงการจัดอบรมของจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรภายในโรงพยาบาล และ หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย ของ อปท. และเอกชน ที่ทำงานร่วมกับ โรงพยาบาล บางครั้งการคัดเลือกบุคลากรของ อปท. (เทศบาล/อบต.) เข้ารับการฝึกอบรมไม่ตรงกับบทบาทหน้าที่ ทำให้กลับไปไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ ตรงกับงานที่รับผิดชอบ

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“เป็นจุดอ่อน คือ งานมากแต่บุคลากรที่ยังน้อย คือ พิจิตร กำแพงเพชร ชัยนาท นับเฉพาะ gen (general surgery) เพราะเอา gen มาทำ Trauma หายาก ไม่ค่อยมีแพทย์ไปเรียน gen Trauma”

(ประธาน Service Plan ,ผู้ให้สัมภาษณ์, 18ม.ค.58)

“มีการจำกัดเรื่องการส่งแพทย์อบรมเฉพาะทางเนื่องจากแพทย์ต้องหมุนเวียนกันทุก 2 ปี บางครั้งแพทย์ไปเรียนขอกุญแจที่ รพท. และต้องกลับไปใช้ทุน บางครั้งก็ถูกโรงพยาบาลเอกชนดึงตัวไป ด้วยข้อตกลงทางการเงินที่สูงกว่าที่นี่”

(ผอ.รพ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

4.3.2 ปัญหาความไม่พร้อมของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.3.2.1 ปัญหาความไม่พร้อมด้านการพัฒนาระบบบริการ ปัญหาด้านการพัฒนาระบบบริการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน Hospital Care เป็นปัญหาที่พบจากการประเมินผล ตามตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข และการประเมินตนเองตามแบบประเมิน ของกรมการแพทย์ พบว่า เช่น Mortality Rate, Response time ยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และบูรณาการเข้ากับ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในระบบ Fast track

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ความไม่พร้อมในเรื่องการบริการก็ยังเจออยู่ ก็ต้อง CQI ต่อไป ที่กลับไปแล้วปกติ กลับไปแล้วไม่ปกติ พิจารณา ซึ่งต้องได้รับการฟื้นฟู ตัวนี้จะกลายเป็นตัวอย่างในการถอดบทเรียน เรื่องความตระหนัก การป้องกันไม่ให้เกิด อุบัติเหตุ ซึ่งจะทำงาน กู้ชีพ ลดลง ตัวนี้คือข้อมูลที่จะต้องคืนกลับ ไปที่ประชาชนมันยังน้อย เพราะเวทีที่เปิด โดยตรงสำหรับ กู้ชีพ เป็นงานแฝงอยู่ในงานอื่นๆ และก็เข้าไป ไม่ได้เป็นพระเอก”

(สสจ. ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 ก.ค. 57)

4.3.2.2 ปัญหาความไม่พร้อมด้านระบบส่งต่อ

ปัญหาความไม่พร้อมของระบบส่งต่อ เป็นปัญหาเรื้อรังของโรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถแก้ไขให้มี ประสิทธิภาพได้ การส่งต่อในจังหวัด พบว่า ไม่ค่อยพบปัญหาระหว่าง รพศ./รพท. และ รพช. แต่กลับพบปัญหา ระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตตรวจราชการ ที่ยังไม่มีข้อตกลงอย่างชัดเจน

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ควรจะมีการพูดคุยระดับเขตข้างเคียง ตามระบบภูมิศาสตร์ของการ Refer เขตต่อเขตน่าจะคุยกันได้ สามารถ Refer ไปได้ เช่น สุพรรณบุรี มีแพทย์เฉพาะทาง มีความพร้อมสูง น่าจะมีการตกลงกันระดับเขตได้”

(ผอ.รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

4.3.2.3 ปัญหาความไม่พร้อมด้านการเงินการคลัง

ปัญหาความไม่พร้อมด้านการเงินการคลัง อยู่ในประเด็นความ ไม่เพียงพอของงบประมาณที่ได้รับ จัดสรรจาก สพท. ในงบปฏิบัติการ และงบการพัฒนา โรงพยาบาลที่เป็นหลักและเครือข่าย ต้องใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล หรือ ของงบประมาณจาก อปท. มาสมทบเพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพ เช่น การอบรมสัมมนาประจำปี

ดังกล่าวให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“การสนับสนุนการอบรมต้องใช้เงินบำรุง บางครั้งต้องหางบภายนอกในการอบรม เช่น อบต. มีการจัดทำ แผนกันเงินไว้เพื่อการอบรม”

(เจ้าหน้าที่ รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์, 29 ก.ค. 57)

“อปท. บางพื้นที่เป็น อปท.ขนาดเล็กและขาดการสนับสนุนงบประมาณหรือมีงบประมาณน้อยอาจ ทำให้ไม่สามารถจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ได้”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์,15ก.ค.57)

4.3.2.4 ปัญหาความไม่พร้อมด้านรถกู้ชีพ, พัสตครุภัณฑ์และ อุปกรณ์ต่างๆ

ความไม่พร้อมด้านรถกู้ชีพ/รถกู้ภัย และพัสตครุภัณฑ์และ อุปกรณ์ต่างๆ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้เงินบำรุงในการจัดหา ส่วนรถรถกู้ชีพ/กู้ภัย ส่วนหนึ่งสนับสนุนจาก อปท. แต่ยังพบปัญหา จำนวนรถไม่ เพียงพอในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือต้องส่งต่อผู้บาดเจ็บ, รถกู้ชีพของ อบต. บางพื้นที่ไม่ได้มาตรฐานแต่ยัง ถักลอบมาใช้ในการบริการผู้บาดเจ็บ รวมทั้งความไม่พร้อมของอุปกรณ์ในรถ ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ แม้จะ ถึงจุดเกิดเหตุการณีก่อน รพ.

ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“สสจ. ตรวจสอบ อปท. เอาเงินไปซื้อรถกู้ชีพ/กู้ภัย แต่จริงๆ เารถไปรับส่งนักเรียน อปท. บางแห่ง ซื้อรถมาดัดแปลง บางที่ซื้อมา 5 คัน แล้วมาถาม นพ.สสจ. จะเอาไปแจกใครดี”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์,19ก.ค.57)

“ข้อจำกัดเรื่องรถ และบุคลากร ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือต้องส่งต่อผู้บาดเจ็บ”

(ผอ.รพช. ผู้ให้สัมภาษณ์,29 ก.ค.57)

“แต่ละตำบลมีคนผ่านการอบรม แต่ยังไม่สามารถทำงานได้จริงเนื่องจากขาดรถและอุปกรณ์”

(พยาบาล,รพช.ผู้ให้สัมภาษณ์,29 ก.ค.57)

“บางที่เราก็สวนทางกับกู้ภัย อยู่ใกล้พื้นที่เค้าเค้าไปถึงก่อน แต่เป็นปัญหาด้านความพร้อมในการดูแล รถ(กู้ภัย) ไม่มีอุปกรณ์”

(เวชกร ,รพช.ผู้ให้สัมภาษณ์,29 ก.ค.57)

4.3.3. ปัญหาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัญหาระบบสารสนเทศในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข เขตเครือข่าย บริการสุขภาพที่3 ยังพบ การสื่อสารผ่าน 1669 ทำให้ประชาชนคาดหวังกับระบบ กู้ชีพ จะช่วยเขาได้ทุกเรื่อง ที่มีปัญหาสุขภาพ ทำให้ประชาชนคาดหวังมากเกินไป เช่น ป่วยที่บ้านก็ไปรับมารักษาที่โรงพยาบาล ส่วน ด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ระบบกู้ชีพ ให้ถึงประชาชนและเข้าใจ ยังไม่เพียงพอและไม่หลากหลาย ขาด องค์ความรู้และการสื่อสารสู่ประชาชนอย่างง่ายและ โคนใจ

ดั่งคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ประชาชนจะมองว่าโรงพยาบาลเราเป็นจุดที่คาดหวัง เราจะทำไงให้ระบบ กู้ชีพ 1669 เป็นระบบที่มี โครงข่าย/เครือข่าย ที่มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ ใช้งานได้จริง ให้ประชาชนได้รับประโยชน์”

(ผอ.รพช.ผู้ให้สัมภาษณ์,9 ต.ค.57)

ประชาชนไม่เข้าใจเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน มีความเข้าใจเรื่องการให้บริการเรื่องรถในการรับผู้บาดเจ็บ เป็นรถโรงพยาบาลมากกว่ารถมูลนิธิ, รถมูลนิธิ, รถ อบต., ต้องการรถโรงพยาบาลมากกว่า โดยภาพรวมจะฉุกเฉินจริงไม่ฉุกเฉินเท่าไรทำให้เสียโอกาส”

(พยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน..ผู้ให้สัมภาษณ์,13 ส.ค. 57)

“การใช้วิทยุสื่อสาร ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน บางที FR ออกไปก่อนแล้วเราออกไปสวนทางกัน วิทยุสื่อสารควรมีการอบรมการใช้วิทยุสื่อสาร เพราะบางคนไม่เคยใช้ ถ้าไม่กล้าพูด ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อน”

(พนักงานแปล ,รพช. จังหวัดชัยนาท, 29 ก.ค. 57)

4.3.4 ปัญหาด้านการบริหารจัดการและการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

4.3.4.1 การนำและอภิบาลระบบ

ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ พบว่า มีความซ้ำซ้อนในบทบาท ของ สพล./สชล. ในฐานะองค์กรหลัก ในการดูแลในภาพรวมเชิงระบบ ในระดับนโยบายและทิศทางการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศ ส่งผลต่อการปฏิบัติตามนโยบาย ยังไม่ชัดเจนเพียงพอ อีกทั้งการทำงานในระดับจังหวัด ยังขาดการบูรณาการร่วมกัน ระหว่าง กระทรวงมหาดไทยกับสาธารณสุข ที่เน้นการบริหารมากกว่า การปฏิบัติ จนทำให้บทบาทและภารกิจ ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ขาดความชัดเจน ในส่วนการทำงานเชิงรุกและบูรณาการเชิงระบบ

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“เรื่องกู้ชีพ เป็นเรื่องของอำเภอ ไม่เกี่ยวกับจังหวัด ไม่เกี่ยวกับเขตและประเทศ เป็นเรื่องของคนที่อยู่ตรงนั้นจะจัดการอย่างไร แนวคิดที่มองถึงประชาชนต้องผลักดันให้ปฏิบัติได้จริง”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์,19ก.ค.57)

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ปัจจุบันมีหน่วยงานซ้ำซ้อนกัน เช่น สพล. สชล. ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่รู้ว่าใครทำหน้าที่เป็นหน่วยหลัก พรบ.ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2551”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์,18ก.ค.57)

การตรวจมาตรฐานรถกู้ชีพ เป็นมาตรฐานที่มีความยืดหยุ่นน้อย อาจไม่เหมาะสมกับบางพื้นที่ ทำให้การร่วมมือจาก อบต.ลดน้อยลงไป เมื่อรถที่เข้าร่วมโครงการไม่ผ่านมาตรฐาน

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“ปัญหาเรื่องการตรวจรถ ต้องไปตรวจที่ จังหวัด คนที่อยากเข้ามามีส่วนร่วม แต่เราก็บ่าขายเบียง ตั้งการ์ดไว้มากมาย เราเองก็ทำเองไม่ได้”

(สสจ.ผู้ให้สัมภาษณ์,18ก.ค.57)

4.3.4.2 การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ๆ

การทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ภาครัฐและเอกชน เช่น ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด กระทรวงมหาดไทย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.,เทศบาล,อบต.) ยังพบปัญหาที่ไม่สามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการเชิงระบบ ทำให้เกิดผลเสียต่อประชาชน เนื่องจากความไม่ทันเวลา,ขาดอุปกรณ์ช่วยชีวิต,และขาดบุคลากรที่มีทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพ นอกจากนี้ยังไม่เชื่อมประสานการทำงานแล้ว อปท.บางแห่งยังไม่สนับสนุน การแพทย์ฉุกเฉิน มองเป็นเรื่องการเมือง ทากกว่าการช่วยชีวิตประชาชน

ดังคำให้สัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ตอนหนึ่งว่า

“มีศูนย์สั่งการศูนย์ที่เดียว เป็น *Single command* เนื่องจากกู้ชีพในบ้านเรา ยังเป็น อาสาสมัครและท้องถิ่น ปัญหาคือ เราสั่งการเขาไม่ได้ เพราะเขาไม่ขึ้นตรงกับเรา บางทีเขาไม่ทำตามข้อตกลง หรือมาตรฐานที่มี บางหน่วยก็ยังเป็นหน่วยงานที่เล็กเกินไป ที่จะมีศูนย์กู้ชีพอยู่ มันไม่คุ้ม”

(สสจ.,ผู้ให้สัมภาษณ์,15ก.ค.57)

“ในส่วนของภาครัฐด้วยกันเห็นชัดเจน คือ การเชื่อมโยงข้อมูลกัน อย่างน้อยทางสาธารณสุขกับ ปก. เริ่มมีการเชื่อมโยงข้อมูลไปด้วยกันบ้าง จากที่แต่ก่อนสะเปะสะปะ งานนี้ก็แถม งานนี้ฉิ้น ของใครของมัน”

(สสจ.,ผู้ให้สัมภาษณ์,17ก.ค.57)

5. วิจัยและข้อยุติ

การวิจัยเรื่อง การจัดบริการและการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 3 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดบริการ รวมถึง ปัญหาอุปสรรค ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 ได้ข้อค้นพบดังกล่าว ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้

5.1 ด้านผู้บาดเจ็บมารับบริการ

ด้านลักษณะของผู้บาดเจ็บมารับบริการ พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ ระหว่าง 41-50 ปี มารับบริการ เป็นช่วงเช้า ด้วยอาการรุนแรงปานกลาง(Urgent) และค่าเฉลี่ยของเวลาที่ผู้บาดเจ็บ อยู่รักษา ณ ห้องฉุกเฉิน 86.4 นาที อาจเนื่องมาจากผู้บาดเจ็บที่มาโรงพยาบาลบางรายต้องรอการสังเกตอาการ ณ ห้องฉุกเฉิน ก่อนส่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย รวมถึงการรอเพื่อส่งต่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเป็นผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต และผู้บาดเจ็บบางราย ไม่ได้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรอการตรวจจากแพทย์ที่ ตรวจคนไข้ฉุกเฉินก่อน เนื่องจาก อัตราค่าส่งไม่เพียงพอ และไม่ได้แยก OPD นอกเวลา ไปบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า เวลาเฉลี่ยที่ใช้ในห้องฉุกเฉินประมาณ หนึ่งชั่วโมง โดยผู้ป่วยที่ส่งต่อและเสียชีวิตจะใช้เวลาเป็น สอง

เท่าและเท่าครึ่ง เมื่อเปรียบเทียบกับ สหราชอาณาจักรระยะเวลาให้บริการในห้องฉุกเฉิน ตั้งแต่คนไข้มาถึง รพ. แล้วถูกจำหน่ายส่งเข้าผู้ป่วยในหรือกลับบ้านต้องไม่เกิน 4 ชั่วโมง และประเทศออสเตรเลีย คนไข้ฉุกเฉิน ที่ต้องนอน รพ. โดยเฉลี่ยใช้เวลารอคอยถึง 6.6 ชั่วโมง⁽¹⁰⁾ และ จากข้อค้นพบนี้ โรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์เวช ศาสตร์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ(Core competency) ซึ่งยังเป็นส่วนขาดของเขต3 หรือการวางแผนระยะยาวในการสรรหาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน มาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ด้านการเดินทางมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3 พบว่า ส่วนใหญ่เดินทางมาเอง ถัดมาคือ เดินทางโดยรถตู้ชีพที่ติดต่อผ่าน1669 เมื่อสอบถามความพึงพอใจ ของผู้มาใช้บริการ ด้วยรถตู้ชีพ ที่ติดต่อผ่าน 1669 พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก รู้สึกมีความ ปลอดภัยและอยากแนะนำให้ผู้อื่น ใช้บริการนี้ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัย ไพบูลย์ สุริยะไพศาล และคณะ ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่า ผู้ใช้บริการนำส่งรพ.พึงพอใจและรู้สึกปลอดภัยเมื่อใช้บริการของหน่วยกู้ชีพของรพ.หรือ อบต. มากกว่าของมูลนิธิ แสดงว่าคุณภาพบริการยังหลากหลายมากขึ้นไป จึงควรปรับปรุง กระบวนการฝึกอบรม และกระบวนการรับรองคุณภาพบริการ ให้สอดคล้องกับบริบทของงานอาสาสมัคร ซึ่งมีการเปลี่ยนตัวบุคคล บ่อยครั้ง

ความเข้าใจเมื่อได้รับคำแนะนำจากแพทย์ เรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตนเพิ่มเติม พบว่า ส่วนมากมี ความเข้าใจชัดเจน แต่ก็ยังพบความไม่ชัดเจนอยู่⁽¹¹⁾ อาจเนื่องจากแพทย์จะแนะนำผู้ป่วยไม่ละเอียดมากนักเป็น คำแนะนำเบื้องต้น เกสท์กรจะเป็นผู้อธิบายอีกครั้ง เมื่อมีการรับยาหลังจากแพทย์สั่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพที่มี ทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรในห้องฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับการสื่อสาร เช่น การถามซ้ำกับผู้ป่วย และญาติให้แน่ใจว่า มีความเข้าใจชัดเจน รวมทั้งการทำแผ่นพับความรู้การปฏิบัติตัว แจกให้กับผู้ป่วยและญาติ เมื่อกลับบ้าน หรือการเพิ่มช่องทางการรับรู้อื่นๆที่เข้าถึงได้ง่าย

ด้านความพึงพอใจของผู้บาดเจ็บที่มารับบริการ เมื่อมาใช้บริการ โดยภาพรวม พบว่า ผู้บาดเจ็บมี ความพึงพอใจมาก สอดคล้องกับ งานวิจัยของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน⁽¹²⁾ ศึกษาความพึงพอใจของ ประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี 2554 พบว่าความพึงพอใจต่อการบริการของชุด ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมาคือความพึงพอใจต่อการบริการของห้องฉุกเฉินในระดับมาก และ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ วรณษา ชื่นวัฒนา⁽¹³⁾ ศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การให้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในระดับมาก

5.2 ด้านผู้ให้บริการ

การนำและอภิบาลระบบ ท้าวจรรยาบรรณของผู้บริหารในทุกระดับ ตั้งแต่ ผู้ตรวจราชการ สาธารณสุขนิเทศ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ในเขต 3 มีภาพชัดเจน ในการ Empowerment ผู้ได้บังคับบัญชา รวมถึงการสนับสนุน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเต็มที่ แม้ทิศทางและนโยบายจากส่วนกลางยังไม่ชัดเจนนัก เนื่องจาก ผู้ควบคุม กำกับดูแลระบบ EMS เป็นกระทรวงสาธารณสุข ส่วนองค์กรบริหารมีทั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน(สพฉ.) และสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน(สชฉ.) บทบาทการนำด้านระบบบริการรักษาพยาบาล จะเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้นำในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ (CUP)⁽¹⁰⁾ และถ้าโรงพยาบาลที่เป็นที่ตั้งของศูนย์ สั่งการ จะมีบทบาทโดดเด่นในการบริหารจัดการ ส่วนการประสานงานกับ อปท. และ รพ.สต. ในพื้นที่ ให้ เข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นบทบาทนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่มีความสำเร็จ มากกว่า รวมทั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สมบูรณ์ ควรต้องมีการทำงานร่วมกันกับอนุกรรมการการแพทย์ ฉุกเฉินจังหวัด อย่างจริงจัง⁽¹⁴⁾

การจัดระบบบริการ การจัดระบบบริการ ของ ห้องฉุกเฉิน ใน โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขต สุขภาพที่ 3 เป็นการจัดระบบบริการที่พยายามเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Customer focus) และมีกระบวนการ ดูแลรักษาพยาบาล โดยผ่านการรับรองมาตรฐาน (Hospital accreditation) ทุกโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังมีการ พัฒนาระบบบริการ เพื่อตอบสนองภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชน เช่น Fast track STEMI, Fast track Stroke. เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตายในห้องฉุกเฉิน พบว่า รพศ./รพท. อัตราตายในห้องฉุกเฉินมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจาก จังหวัดที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีถนนสายหลักระหว่างจังหวัด เช่น ชัยนาท อุทัยธานี นครสวรรค์และ พิจิตร โอกาสการเกิดอุบัติเหตุมีมาก จึงทำให้จำนวนผู้บาดเจ็บมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ประกอบกับ ความไม่เพียงพอของบุคลากรของห้องฉุกเฉินอาจส่งผลต่อการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้บาดเจ็บรอดชีวิต ซึ่ง สอดคล้องกับ ไพบูลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า การเข้าถึงบริการนำส่งยังจำกัดมาก และผู้บาดเจ็บมี โอกาสมากกว่ากลุ่มอื่นที่จะเข้าถึงบริการนี้ สอดคล้องกับ ทนงสรรค์ เทียนถาวร⁽¹⁰⁾ พบว่า ระบบบริการ (Service Delivery) ประเทศสหรัฐอเมริกา แพทย์มีบทบาทในการนำและควบคุมดูแลระบบ ทั้งนี้เพื่อให้เกิด ความมั่นใจว่าการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นนั้นถูกต้อง ปลอดภัยตามหลักมาตรฐานทางการแพทย์ กลยุทธ์ สำคัญในการบรรลุจุดมุ่งหมายคือ มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการรักษาพยาบาลก่อนโรงพยาบาล สำหรับ ระบบส่งต่อในจังหวัดค่อนข้างมีประสิทธิภาพ ส่วนระหว่างจังหวัดยังพบความไม่พร้อมของโรงพยาบาล เนื่องจากบางโรงพยาบาลไม่มีหน่วยรับผิดชอบการส่งต่อ และพบปัญหาระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตตรวจ

ราชการ ที่ยังไม่มีข้อตกลงอย่างชัดเจน อาจเนื่องจาก ผู้บริหารทั้งระดับเขต และจังหวัดให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อน้อย เห็นควรกำหนดเป็นข้อตกลงเป็นนโยบายของเขตสุขภาพหรือหาข้อตกลงร่วมระหว่างเขตในการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขต

ด้านบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ยังพบว่าขาดแคลนในหลายสาขา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, พยาบาลห้องฉุกเฉิน และเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน (EMT) โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน พบใน รพศ. และ รพท. เพียง 2 แห่งเท่านั้น ซึ่งโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง แพทย์ลาออกไปอยู่โรงพยาบาลเอกชน และกำลังส่งศึกษาต่อ จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่มีอยู่ในเขต 3 พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำของประเทศที่กำหนดไว้คือ 3 คนต่อโรงพยาบาล⁽¹⁵⁾ สำหรับเจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน ซึ่งเกณฑ์ขั้นต่ำกำหนดไว้ 2 - 3 คน/อำเภอ ในเขต 3 ยังพบว่าขาดแคลนอยู่ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า ความขาดแคลนบุคลากรยังดำรงอยู่ และส่งผลกระทบต่อการทำงาน เป็นทีมที่เป็นหัวใจแห่งความสำเร็จของการให้บริการ ผลกระทบที่สำคัญ และสอดคล้องกับ นางลักษณ์ พะไถยะ (2551)⁽¹⁶⁾ ศึกษาแนวโน้มกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจย้ายออกไปปฏิบัติงานในหน่วยงานใหม่ ได้แก่ ค่าตอบแทนไม่เหมาะสม ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินปฏิบัติงานเฉลี่ย 300 ชั่วโมง/เดือน มากกว่าผู้ปฏิบัติงานในเวลาปกติ (176 ชั่วโมง) 1.7 เท่า ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่เขตเมือง ส่วนการพัฒนาบุคลากร ในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข และภายนอกโรงพยาบาลที่เป็น FR ที่เข้าร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น อปท., มูลนิธิ และเอกชน เป็นจุดเด่น ของเขตเครือข่ายบริการสุขภาพที่ 3 ที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ อาทิเช่น จังหวัดอุทัยธานีจัด OD/กู่ชีพ Rally ทั้งจังหวัดและเขต โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นวิทยากรในระดับเขต ด้านกู่ชีพ และ Service Plan โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาบุคลากร ในรูปแบบส่วนร่วมของเครือข่าย(CUP) สอดคล้อง กับ ทนงสรรค์ เทียนถาวร⁽¹⁷⁾ พบว่า กำลังคนและบทบาทหน้าที่ของบุคลากร มีการจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรเพื่อรองรับบริการตั้งแต่ผู้ประสบเหตุจนถึงแพทย์ในห้องฉุกเฉิน และให้ความรู้ความเข้าใจในอันตรายจากการประกอบวิชาชีพ

ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่3 ในด้านการสื่อสารผ่าน 1669 ประชาชนยังมีความพึงพอใจที่เรียกใช้บริการ ถึงแม้จะข้อจำกัดในการบริการเชิงระบบที่อาจทำให้ประชาชนยังเข้าใจ ว่าเป็นหมายเลขที่สามารถให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพได้ทุกอย่าง ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่สพผล.ต้องปรับระบบการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับหมายเลข 1669 ให้ประชาชนเข้าใจ และให้ความรู้ความตระหนักรวมถึงการป้องกันที่ภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์กลาง หรือ Application ที่เอื้อต่อการสื่อสารและประสานงานระหว่างทีมผู้ให้บริการในระบบ

และการเก็บ บันทึก ข้อมูล สถิติ เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในเชิงบริหารใช้วางแผนในปีต่อไป รวมถึง การเทียบเคียงตัวชี้วัดระหว่างโรงพยาบาลด้วย สอดคล้องกับ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์⁽¹⁸⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียน สำหรับประเทศไทย พบว่า ทุกประเทศมีเบอร์สายด่วนกรณีฉุกเฉินเบอร์เดียว บูรณาการทั้งด้านการกู้ชีพ กู้ภัย ดับเพลิงและบางประเทศครอบคลุมไปถึงตำรวจด้วย โดยเบอร์สายด่วนและศูนย์สั่งการอาจอยู่ด้วยกันหรือไม่ ก็ได้ หากไม่อยู่ด้วยกันก็จะมีระบบการเชื่อมสายต่อไปยังหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านกู้ชีพกู้ภัย ดับเพลิงต่อไป และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในศูนย์สั่งการอาจเป็นได้ทั้ง หน่วยงานดับเพลิงหน่วยงานของรัฐบาลมลรัฐ/จังหวัด/ท้องถิ่น โรงพยาบาลรัฐ หน่วยงานตำรวจ หรือหน่วยงานอิสระที่รัฐทำสัญญาให้บริการสิ่งเหล่านี้ล้วนสะท้อน ประวัติศาสตร์ของการพัฒนาโลกต่างๆ ที่มีจุดเด่นในแต่ละช่วงเวลาที่แตกต่างกันซึ่งจะส่งอิทธิพลต่อการพัฒนาที่ตามมาให้มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ทนงสรรค์ เทียนถาวร⁽¹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานการ ทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินต่างประเทศ ภายใต้โครงการ “การทบทวนประสบการณ์ ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร สหรัฐอเมริกา สื่อสารโดยใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 911 เป็นหมายเลขที่ใช้สำหรับให้ประชาชน โทรแจ้ง เหตุฉุกเฉินได้ 3 กรณี ได้แก่ โทรแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจ (police) โทรเรียกรถพยาบาล (ambulance services/medical) และโทรเรียกพนักงานดับเพลิง (fire departments) โทรศัพท์ธรรมดาสามารถแสดงตำแหน่ง ที่ตั้งจริงของโทรศัพท์เครื่องนั้น ทำให้เห็นการเชื่อมต่อของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ หรือแต่ละ องค์การในรัฐนั้น ๆ สอดคล้องกับ ไพบุลย์ สุริยะไพศาล และคณะ⁽¹⁰⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง ชุดโครงการวิจัยเพื่อ การประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ระบบสารสนเทศเป็นเครื่องมือในการติดตาม เป้าหมาย เพื่อปรับกระบวนการและปัจจัยนำเข้าให้สอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้โดยผู้สร้างและใช้ เครื่องมือเหล่านี้คือคนทำงานในสถานพยาบาล ข้อมูลที่เป้าหมาย (explicit knowledge) ได้กลายเป็นสาระของ การสื่อสารภายในหมู่คนทำงาน เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ตรง (tacit knowledge) และองค์ความรู้ในรูปแบบอื่น (เช่น clinical practice guideline, care map) อย่างสม่ำเสมอ จนยกระดับการเรียนรู้และปรับปรุงการทำงาน ถึง ขั้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางปริมาณและคุณภาพของงาน และ ทิศทางการพัฒนาระบบสารสนเทศที่ เหมาะสมคือ มุ่งเน้นให้คนทำงานมีฉันทะและสมรรถนะที่จะใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลผู้ป่วยและชุมชน การ ออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศในทิศทางนี้ ย่อมต้องการการมีส่วนร่วมหรือแม้กระทั่งการริเริ่มต้นแบบ จากหน่วยปฏิบัติเป็นสำคัญ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการและเครือข่าย หน่วยบริการ อันเป็นเงื่อนไขรองรับระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยตะเข็บ(seamless health care)

ด้านพัสดุและอุปกรณ์ ที่ใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลรัฐ เขตสุขภาพที่ 3 มีความพอเพียง สำหรับโรงพยาบาลในทุกระดับที่ใช้งบประมาณของโรงพยาบาล แต่พบปัญหาความไม่เพียงพอที่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ในส่วนความรับผิดชอบของ อปท. การปรับยุทธศาสตร์และนโยบายส่งเสริมให้ อปท. เข้ามามีส่วนร่วมมีบทบาทและสนับสนุนตั้งแต่กระบวนการการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร่วมกับจังหวัดและโรงพยาบาลในพื้นที่ จึงเป็นแนวคิดเชิงรุก สอดคล้องกับงานวิจัย ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล⁽²⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่อง รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ พบว่า ความเชื่อมโยงของกลไกการทำงานของกลไกต่างๆ ความเป็นไปในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละพื้นที่ เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ผ่านรูปแบบความสัมพันธ์ ได้แก่ การสนับสนุนเงิน/พัสดุ การกำกับดูแล การประสานงาน การสนับสนุนวิชาการ ในทุกจังหวัดผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานของทุกหน่วยงาน ยกเว้นสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินตรวจสอบการใช้เงินของ อปท. ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้เงินผิดระเบียบจนเป็นอุปสรรคในการขยายงานบริการกู้ชีพหรือยุติบริการ เนื่องจาก อปท.เป็นผู้สนับสนุนโรงพยาบาลด้วยเงินและ/หรือพัสดุในการจัดบริการกู้ชีพ ซึ่งในบางจังหวัดกลายเป็นสัญญาณทางลบในสายตาของมูลนิธิหรือ อปท. นอกจากนี้ ยังพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.เทศบาล และอบต.) อุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่มีบทบาทโดดเด่นที่สุดในการสนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลได้ครอบคลุมกว้างขวางที่สุดอย่างต่อเนื่อง และ อบต.ท่าเยี่ยม จ.พิจิตร โดดเด่นในด้านการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดบริการกู้ชีพด้วยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจาก รพ.สต.ท่าเยี่ยม

ข้อจำกัดของการวิจัย

การขอการรับรอง จริยธรรมงานวิจัย ต้องดำเนินการขอรับรองจาก โรงพยาบาลที่เข้าไปเก็บข้อมูลเกือบทุกโรงพยาบาล ทำให้เกิดความล่าช้าในการขอการรับรอง เนื่องจากงานวิจัยเป็นการเก็บข้อมูลเป็นเขตเครือข่ายบริการสุขภาพ ที่ต้องเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลหลายระดับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณา ในประเด็นนี้เพื่อให้การดำเนินการวิจัยรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพ

สิ่งที่ควรจะศึกษาเพิ่มเติม

1.การวิจัยนี้เป็น การวิจัยที่ศึกษาเฉพาะการจัดการบริการและการเข้ารับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Care) ควรศึกษาวิจัยในระบบก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre Hospital Care) เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยไปวางแผนป้องกัน การเกิดอุบัติเหตุในอนาคต

2.ควรศึกษาวิจัย บทบาทและการมีส่วนร่วมของทีมFR(First Responder Team)ที่เป็นทั้งกู้ชีพและกู้ภัย ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ และองค์กรภาคเอกชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศที่มีกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้กำหนดทิศทางและนโยบาย ควรทำความเข้าใจกับหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับผู้ปฏิบัติให้ชัดเจนเพื่อการปฏิบัติงานจะได้เป็นไปในทิศทางและแนวทางเดียวกันทั่วประเทศ

2. กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ควรวางแผนงบประมาณ ระยะยาว 5-10 ปี สำหรับการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สอดคล้องกับการจัดสรรอัตรากำลัง ของ Service Plan และเขตสุขภาพ ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ A,S,M,F และควรผลิตและกระจายบุคลากรโดยใช้ demand-based approach ซึ่งคำนึงถึงกำลังซื้อ ระดับการศึกษา และภาระต่อบริการ

3. ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับระบบการแพทย์และฉุกเฉินทั้งใน Pre-Hospital Care และ Hospital Case ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วน โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทยและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

4. กลไกนโยบายด้านระบบบริการและการรักษาพยาบาล กรมการแพทย์ ควรเข้ามามีบทบาทร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน (สพฉ.) พัฒนาความรู้เชิงวิชาการ เชิงรุกและการประเมินผลตามแบบประเมินด้านรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Guide to Standardization in Hospital Based Emergency Care : SHEC)⁽¹⁹⁾ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและชัดเจน โดยให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ กระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ) และสอดคล้องกับระบบ Service Plan สุขภาพดำเนินการในปัจจุบัน

5. พัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพทั้งภายในจังหวัดและในเขตบริการสุขภาพที่ 3 ให้มีศูนย์ส่งต่อครบทุกจังหวัด รวมทั้งการกำหนดข้อตกลงร่วมสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยข้ามเขตที่ควรคำนึงถึง ภูมิศาสตร์ และพื้นที่ที่มีผลต่อการความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. บุคลากรหลายสาขาที่มีบทบาทเฉพาะต่อการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, เวชกิจฉุกเฉิน, พยาบาลวิชาชีพ ควรมีการส่งเสริมในการพัฒนาต่อยอดความรู้และทักษะวิทยากร มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำกับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์ประจำทั้งภายในจังหวัดและภายในเขต

7. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วม และเป็นหน้าที่หรือบทบาทในการดำเนินงาน ตั้งแต่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ด้านอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกับจังหวัด และโรงพยาบาลในพื้นที่ เช่น แผนงบประมาณ, แผนฝึกอบรมในภาพอำเภอหรือจังหวัด, การสนับสนุน รถกู้ชีพ, รถยกและเครื่องคัดถ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข, ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาศัลยกรรมและอุบัติเหตุ, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และบุคลากรในห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลเขตสุขภาพที่3 ที่ให้ข้อมูลการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะการวิจัย, ดร.นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้คำปรึกษาด้านกระบวนการวิจัย และบุคลากรกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพิจิตร ที่ช่วยเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety2013. [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2558]; Available from URL:http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013.
2. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. โครงการประเมินการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมสามกองทุนภายใต้ นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินรักษาทุกที่ ทัวถึงทุกคน.สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
3. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2556. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. 2557 [สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2557]; Available from URL: <http://www.niems.go.th/View/DataService>.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.แผนบริหารราชการแผ่นดิน กระทรวงสาธารณสุข 2556-2559. [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558]; Available from URL: <http://www.bps.ops.moph.go.th/>
5. สำนักตรวจราชการเขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 3 กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ เขตพื้นที่บริการสุขภาพที่ 3 ปี 2557-2559. จังหวัดนครสวรรค์.
6. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถิติอุบัติเหตุทางถนนรายเขตบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2554-2556. 2557. (สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558); Available from: URL: http://thaincd.com/information.statistic/injured_data/
7. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods Research. Thousand Oaks, CA: Sage Publication. York : McGraw-Hill; 2007.
8. สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 17. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

9. ถวิลวดี บุรีกุล, เมธิศา พงศ์ศักดิ์ศรี. การสนทนากลุ่ม : เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมและการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: งานดึกกราฟฟิค 2550.
10. ไพบุญย์ สุริยะวงษ์ไพศาล. ชุดโครงการวิจัยเพื่อการประเมินและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
11. ไพบุญย์ สุริยะไพศาล. รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2554.
12. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประจำปี 2554. 2554 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 5 มกราคม 2558]; Available from: URL: <http://www.niems.go.th/th/View/DataService>.
13. วรณรดา ชื่นวัฒนา. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) Assessment of Client's Satisfaction towards for Emergency Medical Service (EMS). 2555 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2558]; Available from: URL: <http://www.niems.go.th/th/View/KnowledgeBase>.
14. ไพบุญย์ สุริยะวงษ์ไพศาล. รายงานประเมินนโยบายว่าด้วยวิวัฒนาการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในประเทศไทย. 2557 [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2558]; Available from: URL: <http://connect.niems.go.th/files/basic/anonymous/api/library/>.
15. กาญจนา เซ็นนันท์. การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน.วารสารสภากาชาดไทย. 2551; 23(3): 26 -39.
16. นงลักษณ์ พะไถยะ. แนวโน้มกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติประจำปี 2556 “ภาคีการแพทย์ฉุกเฉินไทย ก้าวไกลสู่อาเซียน” 8 มีนาคม 2556.
17. ทนงสรรค์ เทียนถาวร. รายงานการทบทวนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประเทศไทย ภายใต้โครงการ “การทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศ ในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.
18. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. รายงานการทบทวนประสบการณ์ต่างประเทศในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและบทเรียนสำหรับประเทศไทย. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). [Serial online]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557]; Available from: URL: <http://www.hisro.or.th/main/modules/research>.

19. กรมการแพทย์. แนวทางพัฒนาเพื่อสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (SHEC). กรุงเทพฯ. : 2555.
 20. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน; 2556. [Serial online]. [สืบค้นเมื่อ 9 เมษายน 2558]; Available from: URL: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1/discover?query=&term=1>
-