บทที่ 2

ความเป็นมา แนวคิด ทฤษฎีการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับความคิด การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์

2.1 ความเป็นมาของการแพทย์ฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน[1]

เวชบริการฉุกเฉินที่ผ่านมาของไทยนั้น ถึงแม้โรงพยาบาลทั่วไปจะมีบริการห้องฉุกเฉินหรือมีระบบตั้งรับเฉพาะโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็ยังต้องหาวิธีไปโรงพยาบาลเอง ซึ่งในบางครั้งอาจจะต้องพึ่งญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงอาสาสมัครเก็บศพไร้ญาติมาทำหน้าที่ช่วยเหลือนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน อาทิ คณะเก็บศพไต้ฮง พ.ศ. 2452 และมูลนิธิฮั่วเคี้ยวป่อเต็กเซียงตึ๊ง (มูลนิธิป่อเต็กตึ๊งในปัจจุบัน) ได้ริเริ่มให้บริการขนส่งศพไม่มีญาติใน พ.ศ. 2480 เช่นเดียวกับใน พ.ศ. 2513 ที่มูลนิธิร่วมกตัญญูได้เปิดให้บริการในลักษณะเดียวกัน[2]

การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเมื่อสืบจากประวัตินั้นพบเมื่อครั้งแรกในวันที่ 26 เมษายน 2436 เมื่อสภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยามซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นสภากาชาดไทยในปัจจุบันนั้นได้ช่วยเหลือพยาบาลบรรเทาทุกข์ผู้บาดเจ็บจากกรณีพิพาทระหว่างสยามและฝรั่งเศส เรื่องดินแดงฝั่งซ้ายแม่น้ำโขง เมื่อได้พัฒนามาเป็นสภากาชาดไทยแล้วในปี พ.ศ. 2463 ได้มีการจัดตั้งกองบรรเทาทุกข์ให้เป็นหน่วยงานในสภากาชาดไทย ซึ่งต่อมาพัฒนามาเป็นสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชา

---

[1] สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **ประวัติองค์กร**, (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://www.emit.go.th [2553, 11 พฤศจิกายน].

[2] เรื่องเดียวกัน

นามัยพิทักษ์ใน พ.ศ. 2540 และในปี พ.ศ. 2506 ได้ริเริ่มมีการอบรมปฐมพยาบาลจนในปี พ.ศ. 2544 มีการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยขึ้นตามนโยบายของสภากาชาดไทย

นอกจากนี้ ยังมีหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลอื่นๆ อีก เช่น การตั้งโรงเรียนเสนารักษ์ กรมการแพทย์ทหารบกขึ้นในปี พ.ศ.2479 โดยรับผู้มีความรู้ตั้งแต่ชั้นมัธยมปีที่ 6 เข้ามาอบรม และมีหลักสูตรการศึกษา 3 ปี ซึ่งเป็นหลักสูตรเดียวกับวิชาพยาบาลที่สอนในศิริราชพยาบาล โดยมีการฝึกท่าราบ ฝึกการใช้เปล และฝึกราชการสนามต่างๆ แทนวิชาผดุงครรภ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2506 ได้มีการจัดตั้งมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ซึ่งมีผลงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบวาตภัยที่แหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราชและหลายจังหวัดในภาคใต้ และในปี พ.ศ.2512 ได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระราชชนนี (พอ.สว.) ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีในปี พ.ศ. 2517 และในปี พ.ศ. 2518 ก็ได้มีการจัดตั้งสมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทย ตามลำดับ

การปฏิบัติการแพทย์ทางไกล เพื่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2515 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้ดำเนินงาน “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ” ครั้งแรกในประเทศไทย โดยพระราชทานนามว่า “แพทย์อาสาทางอากาศ” ต่อมาเปลี่ยนเป็น “งานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ” โดยได้แนวปฏิบัติของ The Royal Flying Doctor Service Of Australia ด้วยทรงเห็นว่าเป็นงานที่อำนวยประโยชน์ให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดารไกลคมนาคมให้ได้การรักษาพยาบาลทันต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง

ส่วนการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโดยหน่วยงานของรัฐต่างๆ ก็มี อาทิ โรงพยาบาลตำรวจ มีศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โดยให้ปฏิบัติการปฐมพยาบาลและขนส่งผู้ป่วยเจ็บในทุกกรณีทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน กรมการแพทย์ทหารบกมีศูนย์มงกุฎ กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉินแห่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ก็มีสำนักงานประสานงานทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัย และในปี พ.ศ.2536 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯให้ดำเนินโคลงการพระราชดำริ “ตำรวจจราจรช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน”โดยพระราชทานราชทรัพย์ส่วนพระองค์ 8-10 ล้านบาท ให้กองบัญชาการตำรวจนครบาลจัดจราจรเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทุกกรณี ตลอดจนนำหญิงใกล้คลอดส่งโรงพยาบาลโดยเร็วตำรวจจราจรที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะต้องผ่านการอบรมกองบังคับการตำรวจจราจรร่วมกับสภากาชาดไทย มีการอบรมเบื้องต้นต่างๆ เช่น การปฐมพยาบาล การดูแลผู้ป่วยหมดสติและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อมาโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจและโรงพยาบาลกรุงเทพร่วมสนับสนุนการอบรมเพิ่มทักษะให้ตำรวจจราจรและให้รถจักรยานและรถยนต์แต่ละคันมีอุปกรณ์รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น ผ้ากอซ สำลี แอมโมเนีย แอลกอฮอล์ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล ลูกยาง

อเนกประสงค์เพื่อค้ำคร่ำจากทารก ฯลฯ และในช่วงเวลาเดียวกันนี้ทรงให้การสนับสนุนให้บุคลากรไปศึกษาในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังต่างประเทศอีกด้วย

อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวในประเทศไทย เพื่อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 ก็เริ่มมีการบรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นโดยใน พ.ศ. 2536 สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางเทคนิคจาก Japan International Cooperation (Jica) ในการจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งครอบคลุมการให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Care) ด้วย

ต่อมา พ.ศ. 2537 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณภัยและในปีเดียวกันโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้เริ่ม “หน่วยแพทย์กู้ชีวิต” เปิดให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินโดยใช้ชื่อว่า Smart (Surgical – Medical Ambulance And Rescue Team) ตามแผนป้องกันอุบัติภัยของกรุงเทพมหานคร และ พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดตัวต้นแบบระบบรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลราชวิถีในชื่อ “ศูนย์กู้ชีพนเรนทร” โดยภายหลังโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานีและโรงพยาบาลเลิศสินได้เข้าร่วมเครือข่ายให้บริการด้วย และในปี พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครทั้ง 9 แห่งเริ่มให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเดียวกันกับ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี และโรงพยาบาลเลิศสินเริ่มให้บริการการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับศูนย์กู้ชีพนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี และได้มีพยาบาลกู้ชีพโรงพยาบาลราชวิถีจำนวนหนึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิโรงพยาบาลราชวิถีไปศึกษาดูงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน Samu ประเทศฝรั่งเศส สุดท้ายในปีดังกล่าว ก็เริ่มการอบรมพยาบาลกู้ชีพ (Paramedic Nurse) โดยโครงการร่วมมือระหว่าง New Wales Ambulance ประเทศออสเตรเลีย และโรงพยาบาลราชวิธี ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานบนรถกู้ชีพทั่วประเทศมีความสามารถปฏิบัติงานรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น[3] ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างต่อเนื่อง หน่วยงาน องค์กรทั้งหลายที่กล่าวมานี้จึง เป็นต้นกำเนิดที่มาของ “สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” ทำหน้าที่พัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินมาจนมีความก้าวหน้าและผลงานเป็นที่ประจักษ์ในวงกว้าง

---

[3]ศูนย์กู้ชีพนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี.**ประวัติความสำคัญของระบบ Emsในประเทศไทย**, (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http:/ /www.narenthorn.Or.Th [2553, 9 ตุลาคม].

การขยายบทบาทมาเป็นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและสามารถบริหารงานตามนโยบายการบริหารงานของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยสามารถก้าวกระโดดไป ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้อย่างแท้จริง

เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้การจัดและส่งเสริมพัฒนา ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่าตลอดจนชาวต่างชาติ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย จะได้รับบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจึงได้ดำเนินการอย่างรอบคอบโดยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง[4] ในการดำเนินการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มุ่งเน้นต่อผู้รับบริการ โดยมีกระบวนการดำเนินการพัฒนาและจัดทำขึ้นจากการสรุปความคิดเห็นร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1.1 ที่มาของมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดี หากล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอด และเป็นที่ทราบกันว่าถ้าการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่า การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกาศใช้เพื่อ ให้การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมายังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานการปฏิบัติงาน ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องศูนย์เสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องของอวัยวะสำคัญในการทำงานรวมถึงทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินจึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน

---

[4]พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15(2)

อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่ทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น และมีประสิทธิภาพ

1) วัตถุประสงค์

(1.1) เพื่อเป็นมาตรฐานและหลักเกณฑ์กลาง ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้หน่วยงานปฏิบัติการและผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดและส่งเสริม พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คุ้มครองความปลอดภัยของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน

(1.2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนแต่ละพื้นที่ของท้องถิ่นให้มีบทบาทในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม

2) โครงสร้างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินโครงสร้างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติเป็นอำนาจของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

3) การแก้ไขและปรับปรุงมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความทันสมัยสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์และค่านิยมของประชากรผู้รับบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้มีการปรับปรุงมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระยะ ระยะเริ่มต้น 2 ปี และระยะถัดไปทุก 3 ปี หรือตามความเห็นของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการในรูปแบบของคณะทำงาน หรือ คณะกรรมการเพื่อพิจารณาสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อไป

(3.1) ความเห็นและเสียงสะท้อนจากกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนผู้รับบริการ

(3.2) ความเห็นจากการใช้งานจริง ของผู้ใช้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(3.3) ผลกระทบอันเนื่องมาจากสิ่งอื่น เช่น กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สภาพบริบทของพื้นที่ เป็นต้น

(3.4) ผลวิเคราะห์ปัญหาด้านคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นจริงในรอบระยะเวลาที่ผ่านมา

2.1.2 ความหมายของคำว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติ

คำนิยามศัพท์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการรวบรวมคำและความหมายที่มีและใช้เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ เพื่อให้ความหมาย สื่อสารสร้างความเข้าใจในความหมายของคำต่างๆ ที่มีใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยสำหรับบุคลากร

ผู้ปฏิบัติการ และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไป ให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกันสนับสนุนการดำเนินงาน การจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการแก่ประชาชนผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมีรายละเอียดดังนี้[5]

1) การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine) หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า การวิจัย การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินจำแนกเป็นการปฏิบัติการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาลและในโรงพยาบาล

2) ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine System) หมายความว่า ระบบต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

3) มาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(Emergency Medicine System Standard) หมายความว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ กพฉ. กำหนดเพื่อให้เป็นหลักว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

4) กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน[6] (Emergency Medicine fund) หมายความว่า กองทุนที่จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 33 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้โดยคำนึงถึง การปฏิบัติการฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิประเทศที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพียงพอ และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีบทบาท ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่นให้ กพฉ. สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

5) ผู้ป่วยฉุกเฉิน(Emergency patient)หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภยันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับ

---

[5]สำนักงานกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. **พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551**: พร้อมทั้งสรุปสาระสำคัญ ประวัติ ความเป็นมากระบวนการ และขั้นตอนการตราพระราชบัญญัติดังกล่าวของสภานิติบัญญัติ, (1 มกราคม 2559) หน้า 1-7

[6]กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2552**, (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://skitns.wordpress.com [2558, 12 กุมภาพันธ์].

การประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

6) สถานพยาบาล (Emergency care Facility) หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐรวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลของสภากาชาดไทย สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและ สถานพยาบาลอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

7) ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Medical Operation) หมายความว่า การปฏิบัติ การด้านการแพทย์ฉุกเฉินแต่การรับรู้ถึงภาวการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงานการควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

8) หน่วยปฏิบัติการ (Emergency Operation Division) หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมอุตุนิยมฯ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการสถานพยาบาล องค์กรเอกชน มูลนิธิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงคณะบุคคล หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

9) ผู้ปฏิบัติการณ์ (Emergency Medical Personnel) หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้รวม หมายถึง บุคคลใดที่ปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่บุคคลผู้พบเห็นเหตุการณ์ ผู้ช่วยเหลือตลอดจนผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2555” ประกาศดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2554 โดยได้บัญญัติถึงชื่อของประเภทผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน คุณสมบัติเงื่อนไขการรับประกาศนียบัตร อำนาจ หน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ ข้อจำกัด หลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน

ผู้ปฏิบัติการนั้นหรืออาจสรุปง่ายๆได้ดังนี้ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้[7]

1. นักวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ (เช่น แพทย์ พยาบาล) ที่ปฏิบัติการฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการนั้นซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจเพียงหน้าที่สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการประเภทนี้ แต่ไม่มีอำนาจ หน้าที่กำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัด รวมทั้งไม่มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการประเภทนี้[8] มีเพียงอำนาจหน้าที่แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข[9]

2. ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอื่นๆ นับตั้งแต่ผู้ที่รับรู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงผู้ที่ดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินทุกขั้นตอน แต่ยังไม่มีกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ หรือปฏิบัติการนอกเหนือขอบเขตกฎหมายเฉพาะดังกล่าว (เช่น การใส่ท่อหลอดลมช่วยหายใจโดยพยาบาล) ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่กำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดรวมทั้งมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติการเฉพาะของผู้ปฏิบัติการประเภทนี้[10]

2.1.3 หลักเกณฑ์การปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายมีหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นในแง่องค์กรซึ่งกฎหมายได้ให้อำนาจแก่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นผู้ออกกฎระเบียบมาตรการต่างๆ ใช้บังคับโดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นคณะผู้บริหารดำเนินการออกคำสั่งการให้แก่ผู้ปฏิบัติเวชกรรมฉุกเฉินปฏิบัติตามคำสั่งต่างๆ เกี่ยวกับที่บัญญัติไว้ในแผนงานของการแพทย์ฉุกเฉิน

1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการพัฒนาจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีกระบวนการดำเนินการดังนี้

---

[7]สุรจิต สุนทรธรรม. **คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551.** กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)

[8]พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 30 วรรคสอง

[9]พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 32 (4)

[10]พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 30 วรรคสอง

2) สืบค้น รวบรวม ทบทวน เอกสาร คู่มือ แนวทางที่ได้ดำเนินการไว้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ความเห็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการ

3) จัดตั้งคณะทำงานจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นพิจารณายกร่าง

4) จัดทำนิยามศัพท์ ที่จำเป็นเพื่อสร้างความเข้าใจในความหมายที่จะดำเนินการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงใช้ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและผ่านการเห็นชอบ กพฉ. ในการประชุมครั้งที่ 9/2552

5) จัดแบ่งหัวข้อ องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน14 หัวข้อ แบ่งเป็นหมวด เพื่อพิจาณาดำเนินการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ในส่วนที่จำเป็นเร่งด่วนก่อนโดยปรับหัวข้อให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์

6) นำร่างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เสนอเข้าที่ประชุมอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา

7) จัดประชุมร่วมคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณา

8) เสนอร่างมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ประชุมคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) พิจารณาให้ความเห็นชอบ ในการประชุมครั้งที่ 9/2552 วันที่ 27 เมษายน 2552 และในการประชุมครั้งที่ 1/2552 วันที่ 26 ตุลาคม 2552

9) ปรับแก้ไขเนื้อหา ข้อเสนอความเห็นของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้สอดคล้องถูกต้องตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และประกาศใช้

สำหรับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ มีสาระสำคัญดังนี้[11]

1) แจ้งผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หน่วยงานองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการ การส่งเสริมพัฒนา ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

2) กำหนดให้มีบทเฉพาะกาล ในระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่าน 2 ปีในการพัฒนาให้เป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์

3) การกำหนดเพิ่มเติมในหัวข้ออื่นๆ ของมาตรฐานที่จำเป็นให้กำหนดโดยเร็ว

4) ให้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ไปยังระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่พึงประสงค์ และอยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้กับบริบทของประเทศไทย

5) คณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง โดยคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความ

---

[11]สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553,** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://www.niems.go.th [2553, 11 พฤศจิกายน].

เหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่นโดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

6) สามารถส่งข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มาได้ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เกณฑ์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการระดับต่างๆ ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีดังนี้[12]

1) สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่หน่วยบริการ AlS ออกรับกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมากหรือผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุรุนแรง (Emergent) มีดังนี้

(1) หอบเหนื่อยรุนแรง

(2) หมดสติไม่รู้สึกตัว

(3) ชักเกร็ง

(4) เจ็บหน้าอกรุนแรง โดยมีโรคประจำตัว หรือเจ็บกะทันหันโดยไม่มีประวัติมา

(5) หยุดหายใจจับชีพจรไม่ได้

(6) ผู้ป่วยในภาวะช็อก ซึมเหงื่อออกตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่ายระดับความรู้สึกตัวลดลงจนกระทั่งไม่ทำตามสั่ง

(7) อาเจียนเป็นเลือดสดปริมาณมากและหลายครั้ง

(8) อุบัติเหตุความเร็วสูงทำให้ติดในรถ หรือติดภายในอุปกรณ์

(9) กระดูกขาท่อนบนหักมีแผลเปิด และเลือดออกจำนวนมาก

(10) บาดเจ็บกระดูกสันหลังหัก ชาปลายมือปลายเท้า

(11) อุบัติเหตุทำให้ตกเลือดภายในช่องสมอง ทรวงอก ช่องท้อง อาการแสดงปวดศีรษะ ท้องแข็ง จนเกิดภาวะช็อก

(12) ตกจากที่สูงมากกว่า 5 เมตร

(13) ใกล้คลอด คลอดฉุกเฉิน น้ำเดิน เจ็บครรภ์ถี่ มดลูกบีบตัว

(14) ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆที่มีอาการรุนแรง ที่ต้องให้ยาช่วย

2) สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่หน่วยบริการ Bls และ Fr ออกรับ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ (Urgent) มีดังนี้

---

[12]สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553,** (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://www.niems.go.th [2553, 11 พฤศจิกายน].

(1) หอบเหนื่อยเล็กน้อย (ทั้งมีและไม่มีโรคประจำตัว)

(2) ซึม ปลุกตื่น ทำตามสั่งได้ รับรู้สถานที่ บุคคล และเวลา

(3) ไข้ หนาวสั่น อาเจียน (ยกเว้นอาเจียนเป็นเลือดจำนวนมาก)

(4) ปวดท้อง (ปวดท้องไม่รุนแรง ไม่เกิดภาวะช็อก)

(5) ภาวะเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดขา ปวดกล้ามเนื้อ หรืออาการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่สามารถเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้

(6) หมดสติชั่ววูบเรียกรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้

(7) อุบัติเหตุต่างๆ ที่ติดภายในแล้วออกเองได้

(8) อุบัติเหตุที่ทำให้มือ แขน ขาท่อนล่าง ไหปลาร้า แผลปิดหรือแผลเปิดที่ห้ามเลือดให้หยุดได้

(9) อุบัติเหตุที่มีบาดแผลเลือดออกภายนอก สามารถห้ามเลือดให้หยุดได้ (ไม่รวมภาวะกระดูกหัก)

(10) ตกจากที่สูงน้อยกว่า 5 เมตร

(11) เจ็บครรภ์ระยะแรก ไม่มีน้ำเดิน

(12) ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ที่ไม่มีอาการรุนแรงที่ทำให้บุคคลอื่นๆ เป็นอันตรายได้

(13) บาดเจ็บจากสัตว์ที่ไม่มีอาการรุนแรงรู้สึกตัวดี เช่น งู สุนัข ที่มีแผลฉีกขาดเลือดออก รู้สึกตัวดี ปวดแผล แผลบวมมาก

3) สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่ถือเป็นการให้บริการที่ไม่ใช่ Emsกรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-Urgent) มีดังนี้

(1) ถูกสัตว์กัด สุนัขกัด แมวกัด เป็นแผลถลอกหรือฉีกขาดเล็กน้อยไม่มีอาการหรือเสียเลือดมาก

(2) ตรวจสอบคนนอนในที่ต่างๆ

(3) ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนสาย ท่อต่างๆ

(4) รับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแล้ว หรือสถานีอนามัยส่งโรงพยาบาล

(5) เป็นไข้หลายวัน ที่ได้รับการรักษาและสามารถรอได้

(6)โรคเรื้อรังที่ต้องการพบแพทย์ เช่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย

ทั้งหมดนี้เป็นหลักเกณฑ์เบื้องต้นในการจำแนกระดับอาการในผู้ป่วยแต่ละกรณี ผู้ปฏิบัติการจึงสมควรต้องดูอย่างถ้วนถี่ว่าควรจะให้การรักษาในแบบใดจึงจะถูกต้องไม่ยุ่งยากและใช้เวลาในการรักษาไม่มาก เพื่อลดความกังวลในอาการเจ็บป่วย และไม่สร้างความบอบช้ำและความเจ็บปวดเพิ่มมากเกินไปให้แก่ผู้ป่วย

2.2 การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ฉุกเฉิน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ว่า มาตรา 80(2)“ ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

ที่ศาลจังหวัดทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีคำพิพากษาให้จำคุก พญ.สุทธิพร ไกรมาก แพทย์ประจำโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นเวลา 3 ปี โดยไม่รอลงอาญา เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2550 ในข้อหากระทำการโดยประมาทเลินเล่อ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ในคดียื่นฟ้องของ น.ส. ศิริมาศ แก้วคงจันทร์ บุตรสาวนางสมควร แก้วคงจันทร์ ซึ่งเสียชีวิตจากการฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง ระหว่างผ่าตัดไส้ติ่ง เมื่อ พ.ศ.2545 โดยระบุว่า พญ.สุทธิพร อาจใช้ความระมัดระวังไม่เพียงพอ ฉีดยาชาเข้าไขสันหลังของผู้ป่วย โดยมิได้ควบคุมปริมาณของยาให้เหมาะสม ทำให้ยาชาออกฤทธิ์ลุกลามไปทั้งตัว จนเกิดอาการช็อก หัวใจหยุดเต้นทันที ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวขาดอากาศหายใจ เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายในเวลาต่อมานั้นต่อมาเมื่อเช้าวันนี้ 11 ก.ย. ศาลอุทธรณ์ภาค 8 มีคำพิพากษายกฟ้องคดีนี้ ทำให้ พญ.สุทธิพร ไม่มีความผิด ทั้งนี้ พญ.สุทธิพร เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลประชาชน และทุกคนต่างตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยหาย ไม่มีใครต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งตามกฎหมายของแพทย์สภา แพทย์ทุกคนสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกประเภทแม้ว่าจะไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก[13] กรณีตัวอย่างข้างต้นของความไม่พร้อมในการรักษาและมาตรฐานการปฏิบัติการ ถึงแม้แพทย์จะทำด้วยความตั้งใจ แต่เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นจากการปฏิบัติวิชาชีพ

---

[13]**ยกฟ้องหมอสุทธิพร**, (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://www.manager.co.th [2559, 11 กันยายน].

โดยไม่มีมาตรฐานก็จะสามารถอ้างไม่ต้องรับผิดย่อมไม่ได้ แต่ข้อเท็จจริงดังกล่าวได้เกิดในโรงพยาบาลชนบทเครื่องมือแพทย์ไม่ได้มีสภาพความพร้อมการปฏิบัติเวชกรรมจึงเสี่ยงให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและร่างกาย

2.2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ตัวองค์กรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ดังนี้

1) การจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินหรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เรียกโดยย่อว่า “สพฉ.” มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข[14] เป็น “หน่วยงานของรัฐ” อีกรูปแบบหนึ่ง (กึ่งราชการ) มีฐานะเป็นนิติบุคคล ที่ไม่เป็นส่วนราชการ (เฉพาะ) ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ดังนั้นยังคงเป็นส่วนราชการตามกฎหมายอื่น) ในทำนองเดียวกันกับสถาบันพระปกเกล้าที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยการจัดระเบียบราชการฝ่ายรัฐสภาและไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีงบประมาณหรือกฎหมายอื่นใด[15] อีกทั้งกิจการของสถาบันไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ.

2) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

3) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

4) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน

5) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

6) ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน

---

[14]กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. เรื่องเดียวกัน

[15]สุรจิต สุนทรธรรม. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 7. หน้า 11

7) เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

8) เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน

9) รับผิดชอบงานธุรการของ กพฉ.หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือที่ กพฉ. มอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่สถาบันมีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสถาบันขึ้นตรงต่อ กพฉ. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสถาบันและเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างซึ่ง กพฉ. เป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอนเลขาธิการ

เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้

เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

1) มีสัญชาติไทย

2) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์

3) สามารถทำงานให้แก่สถาบันได้เต็มเวลา

4) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน

5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยล้มละลายโดยทุจริต

6) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ

7) ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือเคยต้องคำพิพากษาให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

8) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจ

9) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ

10) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น

11) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจหรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่

12) มีคุณสมบัติหรือไม่มีลักษณะต้องห้ามอย่างอื่นตามที่ กพฉ.กำหนด

เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) บริหารกิจการของสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพฉ.

2) จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนการเงินของสถาบันเสนอ กพฉ. เพื่ออนุมัติ

3) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสถาบัน ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศที่ กพฉ. กำหนด

4) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสถาบันเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพฉ.

5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กพฉ. มอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสถาบันในกิจการของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่ กพฉ.กำหนดก็ได้นิติกรรมที่กระทำโดยฝ่าฝืนมติหรือระเบียบที่ กพฉ.กำหนดย่อมไม่ผูกพันสถาบัน เว้นแต่ กพฉ.จะให้สัตยาบัน

เลขาธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อตายลาออกขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 20 หรือ กพฉ. ถอดถอนจากตำแหน่ง เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ ซึ่งต้องประกอบด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการที่มีอยู่โดยไม่นับรวมเลขาธิการ

2) โครงสร้างการปฏิบัติงานคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน”เรียกโดยย่อว่า กพฉ.เป็นกรรมการแห่งชาติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์ให้เป็นคณะกรรมการกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

(1) ลดและป้องกันความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดจากความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งลดและป้องกันมิให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรตลอดจน

(2) คุ้มครองบุคลากรที่ช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างสุจริตจากการถูกกล่าวหาว่าปฏิบัติโดยมิชอบ ในการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งในและนอกขอบเขตที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น อันจะเป็นการส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือกันโดยไม่ต้องรั้งรอ (Good Samaritan Law)

(3) คุ้มครองสังคม ให้มีการใช้ทรัพยากร (บุคลากร หน่วยปฏิบัติการและอุปกรณ์)ที่มีอยู่ในระบบร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการรวมระบบสารสนเทศและการสื่อสาร กฎหมายนี้

จึงบัญญัติให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่ทั้งทางนิติบัญญัติ ตุลาการ และบริหาร อันจะส่งผลให้มีการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การปฏิบัติการฉุกเฉินการศึกษาการฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัย

นอกจากอำนาจหน้าที่ในการวางรากฐาน สถาปนา ส่งเสริม สนับสนุนและกำกับมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อันเป็นอำนาจหน้าที่หลักแล้ว กฎหมายนี้ยังบัญญัติให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่อื่นด้วย ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษารัฐบาล รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่รัฐบาลมอบหมาย และกำหนดนโยบายและกำกับดูแลกิจการของ สพฉ.

กพฉ. ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ กรรมการโดยตำแหน่งจำนวนสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลังปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรรมการผู้แทนแพทย์สภาจำนวนสองคน โดยอย่างน้อยต้องเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนหนึ่งคน, กรรมการผู้แทนสภาการพยาบาลจำนวนหนึ่งคน, กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน โดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนประเภทละหนึ่งคน กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน, กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคนและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ จำนวนไม่เกินสี่คน กพฉ. ยังมีอำนาจหน้าที่ทางนิติบัญญัติอื่น ดังนี้[16]

1) กำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบหรือข้อจำกัดของบุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน (ผู้ปฏิบัติการ)

2) ประกาศกำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบหรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 (มาตรา 29 (1))

3) ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 (มาตรา 29 (2))

---

[16]สุรจิต สุนทรธรรม. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 7. หน้า 11

4) ประกาศกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 (มาตรา 29 (3)) ซึ่งต้องครอบคลุมมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานการประเมิน มาตรฐานการจัดการ มาตรฐานการประสานงาน มาตรฐานการควบคุมดูแล มาตรฐานการติดต่อสื่อสาร มาตรฐานการลำเลียงหรือขนส่ง มาตรฐานการตรวจวินิจฉัย และมาตรฐานการบำบัดรักษาพยาบาลทั้งของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

5) ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามาตรา 28 (มาตรา 29 (4))

6) ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การกำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการเว้นแต่การปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และ การสาธารณสุขก็ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (มาตรา 30 วรรคสอง)

7) การกำหนดโทษทางปกครอง ได้แก่

(1) การสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความรับผิดในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรา 29 (1) ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 (2) (3) และ (4)

(2) กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งแสนบาทสำหรับผู้ฝ่าฝืนประกาศที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 (1) (มาตรา 37)

(3) กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท สำหรับผู้ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยี สารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน (มาตรา 38) ในการกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา 37 และมาตรา 38 ดังกล่าวนี้กฎหมายบัญญัติให้ กพฉ. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตราโดยคำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติการณ์แห่งการกระทำ รวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการกระทำนั้น (มาตรา 39)

(4) กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท สำหรับผู้ใช้เข็มเชิดชูเกียรติโดยไม่มีสิทธิ หรือแสดงด้วยประการใดๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะโดยที่ตนไม่มีสิทธิ (มาตรา 40) และนอกจากนี้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่และรับผิดชอบตลอดกระบวนการปกครองในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่

1) ตรวจจับ รับแจ้งความ และสอบสวน ได้แก่

(1) กำกับดูและให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 (มาตรา 30)

(2) ดำเนินการสอบสวนเพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา 32 ในกรณีที่ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใด ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน (มาตรา 31)

2) วินิจฉัย ตัดสินลงโทษ และบังคับคดีทางปกครอง ได้แก่

(1) สั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามาตรา 29 วรรคหนึ่ง (มาตรา 29 วรรคสาม)

(2) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ (เช่น กองการประกอบโรคศิลปะ เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา) ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ.กำหนด (มาตรา 32(2))

(3) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ในกรณีที่ผลการสอบสวนตาม มาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการนั้นไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดและการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 34 (4))

2.2.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน[17]

ปัจจุบันทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ.2554” ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในข้อ3 ของประกาศดังกล่าวได้ให้นิยามปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน “ปฏิบัติการแพทย์” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับการประเมิน การดูแล การเคลื่อนย้ายหรือลำเลียง การนำส่งต่อ การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาพยาบาล รวมถึงการเจาะหรือผ่าตัด การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ การให้หรือบริหารยาหรือสารอื่น หรือการสอดใส่วัตถุใดๆ เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยฉุกเฉินและให้หมายรวมถึงการรับแจ้งและจ่ายงานให้ผู้ปฏิบัติการอื่นกระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้ง

---

[17]สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, หลักเกณฑ์และมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องกระทำตามคำสั่งหรือการแพทย์ด้วย แต่ไม่รวมถึงการกระทำใดอันเป็นการปฐมพยาบาล

เมื่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ประกาศดังกล่าว ก็ได้สร้างมิติให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อปูทางความเป็นมาตรฐานให้มีมากขึ้นในอนาคตเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ การออกประกาศนียบัตรแก่ผู้ปฏิบัติการ[18] ซึ่งมี 4 ประเภท ได้แก่ ประกาศนียบัตร นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งแต่ละประเภทล้วนแต่สิทธิได้รับต่างกันตามเกณฑ์การมอบให้ ดังนี้

นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ตามข้อ 7 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่นมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตร ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตามมาตรฐานคุณวุฒิของกระทรวงศึกษาธิการจากองค์กรหรือสถาบันการศึกษาที่ อศป.รับรอง

2) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติและการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อขอรับประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีและเกณฑ์ประเมินและการสอบตามที่ อศป. กำหนด

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามข้อ 8 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่น มีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานอย่างสมบูรณ์และปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงที่จำเป็นเร่งด่วน โดยได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคน หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพขั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หรือเทียบเท่าตามมาตรฐานของกระทรวงศึกษาธิการจากองค์กรหรือสถาบันการศึกษาที่ อศป.รับรอง

2) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อขอรับประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีการและเกณฑ์ประเมินและการสอบตามที่ อศป.กำหนด

สำหรับผู้กู้ภัยฉุกเฉิน เช่นกู้ภัยมูลนิธิต่างๆ เองถ้าจะให้การช่วยเหลือกู้ภัยของตนเป็นที่ยอมรับและถูกต้องชอบธรรมตามกฎหมาย ต้องส่งบุคลากรมาอบรมและเข้าสอบประเมินผลเพื่อรับประกาศนียบัตรในการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้การจะสอบประเมินเพื่อไปเป็น

---

[18]ข้อ 18 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554

ผู้ปฏิบัติการประเภทใดก็ต้องขึ้นอยู่กับคุณวุฒิ และวัยวุฒิตามที่บัญญัติในประกาศเป็นสำคัญและต้องมาเข้าอบรมและต่ออายุประกาศนียบัตรตามที่กำหนดจึงจะเป็นที่รับรองตามกฎหมายการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินควรต้องได้รับความคุ้มครองหากได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่การแพทย์ฉุกเฉินบัญญัติขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการสามารถกล่าวอ้างและชี้ให้เห็นว่าตนได้ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติงานและตามมาตรฐานวิชาชีพและตามจริยธรรมอันเป็นการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตนถูกกล่าวหาได้และขณะเดียวกันผู้ป่วยฉุกเฉินก็จะได้รับความมั่นใจว่า ตนจะได้รับการรักษาที่ดีมีมาตรฐานอันเป็นสิทธิที่ตนจะได้รับ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้รับบริการให้อีกทางด้วย

2.3 แนวคิดทางด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

2.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการแพทย์ฉุกเฉิน

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึงระบบที่มีการจัดวางอย่างเป็นระเบียบครอบคลุม เป็นไปเพื่อให้ความช่วยเหลือภาวะเร่งด่วนทางการแพทย์สำหรับบุคคลแต่ละคนเพื่อเข้าถึงและเข้าสู่ระบบการให้การดูแลสุขภาพในระยะเวลาอันรวดเร็ว แนวคิดการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันมาจาก การพยายามจะต่อสู้กับความสูญเสียจากอุบัติเหตุจราจรจากสถิติของการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมดพบว่า อุบัติเหตุที่เกิดจากการขนส่งพบมากที่สุดและเป็นปัญหาที่สุดสำคัญของประเทศไทยการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล แต่ในประเทศพัฒนาแล้วการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บสามารถป้องกันได้ 15-20% ซึ่งการเกิดอุบัติเหตุแต่ละครั้งทำให้เกิดการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน ต่อมาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมการเจ็บป่วยฉุกเฉินอื่นๆ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและการส่งต่อนับเป็นขั้นตอนที่สำคัญถ้าหากวิธีการที่ไม่ถูกต้องไม่เหมาะสมผู้ป่วยอาจถึงแก่ชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลได้หรือได้รับความพิการและบาดเจ็บมากขึ้นเป็นการทำอันตรายซ้ำเติมต่อผู้ป่วยหากมีความล่าช้าผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่กับการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพและนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วถูกต้องตามหลักวิชาการ หากได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุพบว่ามีอัตราร้อยละ 30 แต่ถ้าได้รับการรักษาหลัง 4 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุหากไม่ได้รับการรักษาจะมีอัตราการตายถึงร้อยละ90

จะเห็นได้ว่าการช่วยเหลือเบื้องต้นและเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่งโดยในขั้นตอนการเตรียมนั้นจะต้องจัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในการให้ปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการแพทย์

ฉุกเฉินจึงเป็นการให้บริการเชิงรุกพร้อมกับความถูกต้องในการให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงเป็นแนวคิดให้การบริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานความคิดมาจากความเชื่อที่ว่า บุคลากรไม่ว่าบุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัครหรือประชาชน จำเป็นต้องมีการตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและย่อมตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำไปส่งสถานพยาบาลได้ได้แก่

1) การไม่เสียเวลาในที่เกิดเหตุ (Scoop And Run) เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินให้รวดเร็วที่สุด หรือเป็นตัวแบบของการดูแลฉุกเฉินแองโกลอเมริกัน (Anglo-American Model Of Emergency) แนวความคิดนี้ได้มาจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนักโดยจะเน้นให้นำผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุและนำส่งให้เร็วที่สุด การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุทำให้น้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

2) การดูแลรักษาในการที่เกิดเหตุ (Stay And Play) เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วยหรือเป็นตัวแบบการดูแลฉุกเฉินพรั่งโคเยอรมัน (Franco-German Model Of Emergency Care) แนวคิดนี้ได้มาจากแนวคิดในการดูแลบาดเจ็บที่มีอาการหนัก โดยวิสัญญีแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบโดยจะเน้นการดูแลผู้ป่วยหนัก ณ จุดเกิดเหตุเหมือนกับการใช้สถานพยาบาล

ดังนั้นการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิผลและควรมีความครอบคลุมในองค์ประกอบ ดังนี้

1) ด้านปัจจัยนำเข้าเป็นกิกจรรมที่สนับสนุนที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขับเคลื่อนไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บาดเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงครอบคลุมซึ่งรายละเอียดดังต่อไปนี้

(1.1) มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสมมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและการมีการถ่ายทอดนโยบายทั่วถึงนอกจากนั้นมีการกำหนดบทบาทและหน้าที่คณะกรรมการอย่างชัดเจนรวมทั้งมีการจัดการทรัพยากร การให้การสนับสนุนดำเนินการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่งและหน่วยงานอื่นๆ ให้ได้มาตรฐานโดยมีการกำหนดมาตรฐานกลางซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานโดยคณะกรรมการของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

(1.2) ระบบการแจ้งเหตุและสั่งการเป็นการจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการเรียกใช้ดังนั้นแต่ละพื้นที่ควรมีศูนย์รับแจ้งเหตุซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่ายในพื้นที่ของตนเอง หรือหมายเลข 1669 ทั่วประเทศ โดยผู้แจ้งเหตุของพื้นที่นั้นศูนย์นี้

จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นไว้ประจำการและมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์สำหรับประชาชนทั่วไปต้องมีความรู้เรื่อง การแจ้งเหตุฉุกเฉินและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

(1.3) ระบบการสื่อสาร ได้แก่การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานระหว่างผู้ให้บริการและระบบควบคุมทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่จะนำมาส่งซึ่งให้มีความสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(1.4) ด้านบุคลากร บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่

1.4.1 แพทย์ทำหน้าที่รับผิดชอบความคุมระบบและสั่งการเพื่อให้การรักษาพยาบาลมีความถูกต้อง เหมาะสมเหมือนกับที่แพทย์ได้ให้บริการเองนอกจากนั้นต้องมีบทบาทในการฝึกอบรมการจัดมาตรฐานระบบและการประเมนผลควรได้การอบรมเฉพาะด้านเพิ่มเติม

1.4.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการระดับสูง เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการ พยาบาลที่ทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณสิบวันว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินการบริการ จัดการการลำเลียงย้าย การสื่อสารและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

1.4.3 เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานซึ่งผ่านการอบรม จำนวน 10 ชั่วโมง และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางเป็น การผลิตเวชกรฉุกเฉินเป็นหลักสูตร 2 ปี ซึ่งบุคลากร 2 ระดับ สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง

1.4.4 อาสาสมัครกู้ชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัยอาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและการบริการประชาชนส่วนมากจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกที่ไปถึงที่เกิดเหตุควรมีความรู้พื้นฐานสามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยและบอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจให้เรียกหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

1.4.5 ประชาชนควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วยที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่รู้จักวิธีป้องกันตนไม่ให้ได้รับอันตรายจากการช่วยเหลือผู้อื่นรู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักช่วยเหลือขั้นต้นแก่ผู้เจ็บป่วยไปก่อนที่หน่วยกู้ชีพจะไปถึง

(1.5) กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ มีการแยกบทบาทและหน้าที่ทุกระดับของหน่วยปฏิบัติการและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและมีคู่มือในการปฏิบัติงาน

(1.6) การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็น ต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งงบประมาณ ได้จาก 2 ส่วน คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางได้จากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและงบประมาณส่วนท้องถิ่นได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่นทั้งในด้านครุภัณฑ์บุคลากรและระบบ

(1.7) การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นมีความเข้าใจใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานอย่างทั่วถึงและครอบคลุม

(1.8) ระบบข้อมูลระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันเดียวกันมีการกำหนดข้อมูลการบันทึกร่วมกันเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกันได้เป็นปัจจุบัน

(1.9) การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาลในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำผู้ป่วยฉุกเฉินในกรณีต่างๆ เพื่อการติดสินใจที่ทันการณ์และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการและสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิตและพิการ

(1.10) การรับผิดชอบโดยควบคุมทางการแพทย์ และบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่การแพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาจำเป็นต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือ การควบคุมสั่งการโดยผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ทางอ้อม โดยผ่านเอกสารมอบหมายเป็นระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ เช่น เกณฑ์ที่ใช้แบ่งแยกผู้ป่วยในการนำส่งสถานพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในสถานที่เกิดเหตุในภาวะต่างๆ เป็นต้น

(1.11) การประเมินผลการประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญเนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับคุณภาพการรักษาพยาบาล รวมทั้งสวัสดิการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ควรมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2) ด้านกระบวนการเป็นขั้นตอนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อประชาชนผู้บาดเจ็บและป่วยฉุกเฉินลักษณะการที่งานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นระยะ ดังนี้

(2.1) การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดการณ์ไวล่วงหน้าได้การมีผู้ที่มีความรู้ในการแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุที่จำเป็นมากเพราะว่าจะสามารถทำให้หน่วยกู้ชีพมาถึงได้รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

(2.2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีหลายเลขที่จำได้ง่ายเป็นสิ่งที่จำเป็นและผู้แจ้งเหตุจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรวมทั้งมีความสามารถให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมซึ่งปัจจุบันใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1669 สามารถที่เรียกใช้ได้ทั่วไปและศูนย์รับแจ้งเหตุต้องทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้คอยให้คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น

(2.3) การออกปฏิบัติการของหน่ายการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัวระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้นเป็นอาสาสมัครซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์แต่บุคลากรเหล่านี้ได้รับการอบรม การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุ สามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น เช่น การห้ามเลือดการดามกระดูกการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธีการช่วยคลอดฉุกเฉินเป็นต้น และออกปฏิบัติงานจำนวน 2 - 3 คน

ระดับที่ 2 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นต้นเป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรจะต้องผ่านการอบรมโดยเฉพาะสามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้นโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เช่น การห้ามเลือด การดามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธีการช่วยคลอดฉุกเฉิน และขนย้ายผู้ได้สามารถให้ยากินบางอย่างได้แต่การทำงานต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ในหน่วยงานบริการนั้นๆ มีบุคลากรอยู่ประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน 2 คน

ระดับที่ 3 หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรมีความสามารถเฉพาะ เช่น แพทย์พยาบาลหรือบุคลากรเฉพาะด้านที่ผ่านการอบรมเรื่องการช่วยชีวิตขั้นสูง สามารถให้การรักษาตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐานกำหนดไว้และทำการขนย้ายผู้ป่วยส่งสถานพยาบาลรถพยาบาลฉุกเฉินจะมีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูงครบถ้วนรวมทั้งคู่มือการปฏิบัติงาน ยาและเวชภัณฑ์

(2.4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (Scene Care) ผู้ปฏิบัติการจะประเมินสภาพ แวดล้อมเป็นอันดับแรกเพื่อความปลอดภัยของตน และคณะประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะเสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

(2.5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างการนำส่ง (Care In Transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดีขณะขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ

(2.6) การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer To Definitive Care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยมากการนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าสถานพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้นๆได้เหมาะสมดีหรือไม่ เพราะถ้าส่งสถานที่มีความสามารถ ที่ไม่ถึงและไม่พร้อมจะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาล

2.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระบบสากล

จากแนวความคิดในระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีกระบวนการ เป็นขั้นตอนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ประชาชนผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะการ ปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานสากลแบ่งออกเป็น 6 ระยะ ตั้งแต่การพบเหตุ การเจ็บป่วย การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและการลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง

1) การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นที่ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ การมีผู้ที่มีความรู้ในการแจ้งเหตุ เมื่อพบเหตุ เป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพราะสามารถทำให้หน่วยกู้ชีพมาถึงได้รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที สร้างโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

2) การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำตลอด 24 ชั่วโมง ให้คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สำคัญ ผู้แจ้งเหตุควรต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถให้การดูแลขั้นต้นอย่างเหมาะสม

3) การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาใน การออกปฏิบัติการ ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุต้องคัดแยกระดับความรุนแรง ความจำเป็นเพื่อสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

4) การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้ปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อมเป็นอันดับแรก เพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ การประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการรักษาคือไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

5) การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง หลักที่สำคัญยิ่ง ในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ขณะขนย้ายต้องจัดให้มีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะๆ

6) การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer To Definitive Care) การนำส่งไปยังสถานพยาบาลที่ใดเป็นการชี้เป็นชี้ตายซึ่งมีผลต่อผู้ป่วยมาก ดังนั้นการนำส่งจึงต้องใช้ดุลพินิจประเมินศักยภาพของสถานพยาบาลที่จะสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยได้เหมาะสมดีหรือไม่ หากส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ไม่พร้อมอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการ หรือเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาลต่อเนื่องจากผลลัพธ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น จำนวนผู้ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ ระยะเวลาการดูแลรักษา

2.4 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดีในการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสาธารณรัฐฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา

กฎหมายพลเมืองดี เป็นบทบัญญัติที่มีขึ้นเพื่อคุ้มครองผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้อื่นที่บาดเจ็บหรือป่วย โดยที่ผู้เห็นเหตุการณ์ไม่ต้องลังเลที่จะเข้าแทรกแซงให้การช่วยเหลือ โดยกลัวว่าที่เกิดขึ้นนั้นอาจเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจหรือโดยพลาด ซึ่งช่วยแล้วจะผิดพลาดจะต้องถูกฟ้องร้องให้ชดใช้ค่าเสียหายหรือรับผิดสำหรับการบาดเจ็บหรือความตายกฎหมายพลเมืองดีมีหลักการหรือแนวความคิด และมีประเทศที่นำมาใช้เป็นกฎหมาย

2.4.1 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดี

การกำหนดหน้าที่เกี่ยวกับกฎหมายพลเมืองดีในประเทศทางตะวันตกนั้นยึดหลักเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งกฎหมายพลเมืองดีมีที่มาจาก "ทฤษฎีที่สนับสนุนการกำหนดให้การไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นความผิดทางอาญา"[19] ซึ่งนำเอาปรัชญากฎหมาย และหลักการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยจะกล่าวพอสังเขปอัน ได้แก่

1) ทฤษฎีอรรถประโยชน์[20] แนวความคิดดังกล่าวว่า กำหนดให้ความล้มเหลวในการไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอาชญากรรมทางอาญาจะช่วยลดการตายและการบาดเจ็บที่ไม่จำเป็น ลงได้[21] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางศีลธรรมของบุคคลที่ไม่เห็นด้วยกับการละเลยการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย

2) ทฤษฎีความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิต[22] ชีวิตมนุษย์มีความสำคัญและมีค่าในตัวเองไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลประโยชน์ที่แต่ละบุคคลนั้นสร้างมาโดยตามความสามารถต่อครอบครัวหรือสังคม ทฤษฎีดังกล่าวจึงประณามและกำหนดบทลงโทษในการฆ่าคนเพราะฆ่าเช่นนี้เป็นการเหยียดหยามคุณค่าความเป็นมนุษย์ จึงเป็นเหตุผลว่าการปล่อยให้ผู้อื่นตายหรือได้รับความตกทุกข์ได้ยากก็ควรจะได้รับการประณามและบทลงโทษเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าหากไม่มีการดูดายเช่นนี้ เหยื่อคงได้มีโอกาสรอดและสามารถมีชีวิตได้ต่อไป[23]

3) ทฤษฎีความแตกต่างทางศีลธรรมเพียงเล็กน้อย ทฤษฎีนี้ให้ความเห็นต่างในกรณีระหว่างการฆ่ากับการปล่อยให้ผู้อื่นตาย โดยเห็นว่าการฆ่านั้นมีเจตนาและที่สำคัญผู้ฆ่าก็เป็นผู้ลงมือกระทำการเอง แต่การปล่อยให้ผู้อื่นตาย ผู้ที่เพิกเฉยไม่ได้เป็นผู้เริ่มต้นลงมือกระทำและไม่ได้เป็นสาเหตุในผลของความตายของผู้เสียหาย ดังนั้นถ้าความรับผิดเกิดขึ้นผลก็ย่อมเบาบางลงมาตามหลักการได้สัดส่วน แต่กระนั้นก็ยังมีข้อน่าคิดที่ว่าแม้บุคคลนั้นจะทำตัวเป็นพลเมืองดีเข้าไปช่วยเหลือผู้เสียหาย แต่อาจเกิดผลได้หลายอย่าง คืออาจพยายามเข้าไปช่วยแล้วแต่ไม่สำเร็จ แต่ทั้งนี้การยืนยันว่าผู้ที่เข้าไปแทรกแซงช่วยเหลือนั้นไม่ใช่สาเหตุของความเสียหายหรือความตายหรือก็คือถึงไม่มีผู้ช่วยเหลือความเสียหายหรือการตายนั้นก็ย่อมเกิดอยู่ดี ซึ่งการมีอยู่ในทฤษฎีดังกล่าวอาจมี

---

[19] Mary Ann Glendon, Right Talk: The Lmpoverishment Of Political Discourse, (Free Press,1991), page.87-88.

[20]พัชริยา โมกขมรรคกุล. (2553). **การแจ้งเหตุในการกระทำผิดทางอาญา**. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 44

[21]"Canadian Law Website 1".http://eww.canadianlawsite.ca/goodsamaritan.htm. Retrieved 2008-10-16.

[22]พัชริยา โมกขมรรคกุล, อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 20, หน้า 165,250

[23]Magaret Olivia Little.(2008) "**Abortion And The Magins Of Presonhood**" Rutgers L.J.39,page 331,333-335

เพียงเป็นการตำหนิติเตียนทางศีลธรรมต่อผู้ที่ไม่คิดจะเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนหรือตกเป็นเหยื่อทฤษฎีแนวความคิดที่กล่าวมานี้ เป็นเครื่องหมายที่ยอมรับการมีอยู่ของกฎหมายพลเมืองซึ่งเป็นทั้งกฎหมายในรูปแบบลายลักษณ์อักษร หรือจารีตทางกฎหมายท้องถิ่นอันเป็นที่ยอมรับนับถือโดยทั่วไปในประเทศทางตะวันตก ซึ่งทั้งนี้อาจแตกต่างกันตามลักษณะสภาพทางวัฒนธรรมและสังคมในแต่ละประเทศซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนทั้งในประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษรและประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี

2.4.2 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายจารีตประเพณี (สหรัฐอเมริกา)

กฎหมายพลเมืองดีเป็นหลักกฎหมายหรือการกระทำที่ปกป้องผู้ที่เลือกที่จะให้บริการและมีแนวโน้มที่คนอื่นๆ ที่ได้รับบาดเจ็บ ป่วย ในอันตรายหรือไร้ความสามารถหรืออื่นๆ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความลังเลที่จะให้ความช่วยเหลือ, กลัวจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจหรือความตายโดยพลาด ในสหรัฐอเมริกา หลักคำสอนพลเมืองดีนี้เป็นหลักการทางกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองการกู้ชีพที่ได้ช่วยผู้ป่วยสมัครใจ ให้พ้นจากความกังวลที่จะต้องถูกฟ้องร้องแล้วจาก “การกระทำผิดกฎหมาย” วัตถุประสงค์คือ เพื่อให้ผู้บาดเจ็บในภาวะฉุกเฉินได้รับความเต็มใจที่จะได้รับการช่วยจากคนแปลกหน้าและลดความกลัวผลกระทบทางกฎหมายที่พวกเขาควรจะทำผิดพลาดในการรักษาบางอย่าง กฎหมายพลเมืองดีแตกต่างจากเขตอำนาจเพื่ออำนาจเช่นเดียวกับปฏิสัมพันธ์กับหลักการทางกฎหมายที่แตกต่างอื่นๆ เช่น ได้รับความยินยอมสิทธิของผู้ปกครองและสิทธิในการปฏิเสธการรักษา กฎหมายดังกล่าวโดยทั่วไปจะไม่นำไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์หรืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการช่วยเหลือฉุกเฉินรวมทั้งคุ้มครองเจ้าหน้าที่กู้ภัยโดยอาชีพเมื่อพวกเขากำลังอยู่ในการทำหน้าที่[24]

ในสหรัฐอเมริกา กฎหมายเกี่ยวกับพลเมืองดีจะมีความแตกต่างไปในแต่ละท้องที่ ทั้งในแง่บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองและเหตุการณ์ใดบ้างที่ไม่ต้องรับผิด ซึ่งบางมลรัฐอาจคุ้มครองเฉพาะผู้ประกอบวิชาชีพทางสาธารณสุข แต่มลรัฐมิเนโซตา และเวอร์มอนต์ อาจรวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย ถ้าบุคคลนั้นเป็นผู้พบสถานการณ์ฉุกเฉินและโทรแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ก็ได้รับความคุ้มครองแล้ว[25] เมื่อมองผลลัพธ์ของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายพลเมืองดีของสหรัฐอเมริกาจึงสามารถไปในทิศทางเดียวกัน และมีบัญญัติยกเว้นความรับผิดแก่ผู้เต็มใจและสุจริตใจให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาล เพราะตามสภาพความเป็นจริงของกฎหมายจารีตประเพณีแล้ว บุคคลไม่มีหน้าที่ต้อง

---

[24] “Canadian Law website 1”.http://www.canadianlawsite.ca/goodsamaritan.htm. Retrieved 2008-10-16.

[25] Lyons, Donna**. Help Your Neighbor-lt’s the Law**. (Online). Available : http://ncsl.0rg/programs/pubs/399HELP.HTML [1999, 1 Mar].

ช่วยเหลือผู้อื่น แต่ทั้งนี้เมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วก็ต้องกระทำการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานและไม่กระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงมิเช่นนั้นอาจรับโทษถ้าผลเสียหายดังกล่าวมีมากขึ้น[26]

2.4.3 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร (สาธารณรัฐฝรั่งเศส)

ในภาคพื้นยุโรป กฎหมายพลเมืองดีตามความเป็นจริงนั้นคือ แนวคิด เชิงจริยธรรมสากลที่สอดคล้องกันกับระบบกฎหมาย ซึ่งมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนให้ความช่วยเหลือและป้องกันภัยชีวิตแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ตามปกติแนวความคิดทางศีลธรรมดังกล่าวไม่สามารถนำมาฟ้องร้องต่อศาลจึงเป็นเหตุให้ระบบกฎหมายยุโรปที่มุ่งจะรวมกฎเกณฑ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือและเพื่อลดความลังเลของผู้คนให้เข้าไปให้ความช่วยเหลือ เพื่อจะได้ไม่ยืนดูเฉยๆ ให้ด้วยเพราะกลัวจะถูกฟ้องร้องหรือดำเนินคดี ถ้าการบาดเจ็บหรือเสียหายนั้นเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ (Unemotional Injury) หรือเกิดความตายโดยผิดพลาด (Wrongful Death) ขึ้นแต่การคุ้มครองหรือช่วยเหลือโดยพลาดนั้นในกลุ่มประเทศซีวิลลอว์ มีอยู่แล้วในประมวลกฎหมายอาญา อยู่ในรูปของเหตุยกเว้นความผิดเช่นเรื่องของการป้องกัน หรือเหตุยกเว้นโทษ เช่น ความจำเป็น (Necessity) ดังนั้นเมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วเกิดความเสียหายจึงสามารถอ้างหลักกฎหมายทั่วไปเหล่านี้เป็นเหตุยกเว้นความรับผิดได้ และหลักดังกล่าวนี้ครอบคลุมถึงการกระทำที่ประมาทเลินเล่อของผู้ที่ทำการช่วยเหลือก็สามารถอ้างหลักนี้ได้ด้วยแต่ก็ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและสมควรเท่านั้นและความคุ้มครองนี้ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือประมาทเลินเล่ออย่างไร้เหตุผลในสาธารณรัฐฝรั่งเศสยึดมั่นในผลประโยชน์สาธารณะมากกว่าสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชน การกำหนดหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้อื่นนั้นก็มาจากทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยมเพราะเห็นว่าเรื่องดังกล่าวละเมิดเสรีภาพส่วนตัวเพียงเล็กน้อยย่อมเทียบไม่ได้กับชีวิตของคนที่ตกอยู่ในอันตราย

ซึ่งนักกฎหมายฝรั่งเศสให้ความสำคัญมากกว่า[27] ซึ่งในทางกฎหมายของฝรั่งเศสอาจสรุปหน้าที่พลเมืองดีดังกล่าวอาจมีองค์ประกอบ คือ[28]

1) ต้องมีผู้ตกอยู่ในอันตราย

2) บุคคลผู้เห็นเหตุการณ์ต้องรู้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในอันตราย

3) ผู้นั้นต้องสามารถกระทำการช่วยเหลือได้ตามวิจารณญาณและความสามารถ

---

[26] พัชริยา โมกขมรรคกุล. (2553). **การแจ้งเหตุในการกระทำผิดทางอาญา**. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต, คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 165,250.

[27] Cassation 2nd Civ., 8 Avr 1970

[28] The Failure To Rescue, 52 (1952) **A Comparative Study**. Colum.L.Rev. page 631, 639.

4) การช่วยเหลือนั้นไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้เข้าช่วยเหลือและผู้อื่น

จากการศึกษาในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศทั้งในส่วนของสหรัฐอเมริกาและสาธารณรัฐฝรั่งเศส ซึ่งทั้งสองประเทศนี้ต่างก็ให้ความสำคัญกับระบบการให้บริการในทางการแพทย์ฉุกเฉิน และมีกฎหมายออกมาบังคับใช้เป็นเวลานานพอที่จะเป็นแบบอย่างแก่ประเทศอื่นที่จะนำไปพัฒนาตามแบบทั้งสองประเทศนี้อย่างไรก็ดีก็พบข้อแตกต่างว่าแม้สหรัฐอเมริกาจะใช้ระบบกฎหมายจารีตประเพณี แต่เรื่องการปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉินบางมลรัฐก็ยังมีกฎหมายออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นกฎหมายรัฐบัญญัติหลายต่อหลายมลรัฐ ซึ่งได้บัญญัติครอบคลุมถึงข้อยกเว้นความรับผิดของผู้ปฏิบัติการด้วย ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ

-ในเรื่องข้อจำกัดในการชดใช้ค่าเสียหายอันเกิดจากการเสียหายในการปฏิบัติงานฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

-ในเรื่องของข้อจำกัดหลักการให้ความยินยอมของผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในส่วนของสาธารณรัฐฝรั่งเศส แม้จะเป็นระบบกฎหมายซีวิลล์ลอว์เป็นแม่แบบของกฎหมายลายลักษณ์อักษรของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษรแทบทั่วโลก แต่สำหรับหลักเกณฑ์ที่เป็นข้อยกเว้นความรับผิดของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่เห็นอย่างเด่นชัดเป็นรูปธรรมนัก แต่ทางฝรั่งเศสก็ยังยึด กฎหมายพลเมืองดี (Good Samaritan Law) ตามกฎหมายจารีตประเพณีที่มีมาปรับใช้เพื่อนำมาเป็นข้อยกเว้นในความรับผิดของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ทั้งนี้ก็ต้องผ่านการตีความอย่างเคร่งครัด