บทที่ 3

มาตรการทางกฎหมายและศึกษากฎหมายต่างประเทศรวมทั้งกฎหมายไทย

ในส่วนนี้ผู้เขียนจะได้นำเสนอกฎหมายของสาธารณรัฐฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

3.1 กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินของสาธารณรัฐฝรั่งเศส

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ Samu (Service D’ Aide Medicaleurgente) ของชาวฝรั่งเศส ได้เกิดขึ้นมานานแล้ว และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันนี้กล่าวได้ว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินของฝรั่งเศสมีความก้าวหน้า และได้รับการยอมรับสูงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มอียูได้มีการตกลงกันเบื้องต้นว่าจะให้ Samu ของฝรั่งเศส เป็นฐานจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วยุโรป[29]

3.1.1 วิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของสาธารณรัฐฝรั่งเศส

จุดเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยามฉุกเฉินนี้ เกิดจากมนุษย์ได้ผจญกับความเสี่ยงนานับประการ จนกระทั่งเกิดเหตุร้ายมากยิ่งขึ้นนับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา เมื่อเป็นเช่นนี้ ฝรั่งเศสจึงใช้แนวคิดการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บของเหล่ากาชาด ในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 มาปรับใช้กับพลเรือน[30]ก่อนที่จะมีการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสในสภาพดังปัจจุบันของหน่วยช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน Emergency Medical Assistance (Ema) ในเวลานั้นผู้ดำเนินในเรื่องดังกล่าวคือ โดมินิก ลาเร่ย์ (Dominique Larrey) หัวหน้าหน่วยศัลยแพทย์แห่ง “มหากองทัพ” (La Grande Armèe) ของจักรพรรดินโปเลียน โบนาร์ปาร์ต ในปี 1792 โดยหน่วยดังกล่าวมีหน้าที่ออกรักษาทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากอาวุธซึ่งมีแบบแผนการรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุ ได้อย่างเหมาะสม หลักการรักษาของเน้นการป้องกันการสูญเสียผู้บาดเจ็บโดยลงมืออย่างไม่ล่าช้านั้น อาจรวมถึงการตัดอวัยวะ และการเข้าเฝือกด้วยหากมีความจำเป็น โดยข้อเท็จจริงนายแพทย์ลาเร่ย์ ให้การรักษาผ่าตัดทหารในสนามรบสูงถึง 200 รายต่อวันในวันที่มีการสู้รบในส่วนภาคพลเมือง แพทย์ไม่ได้มีความรวดเร็วพอที่จะได้เข้าถึงผู้ป่วยเหมือนภาคทหาร ทั้งที่ตามความเป็นจริงใน

---

[29] Ems-หน่วยกู้ชีพ. **Samuหน่วยแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส**, (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก : http://ems.fire2rescue.com/articles2.html [2553 , 20 พฤศจิกายน]

[30] เรื่องเดียวกัน

ชีวิตประจำวันก็เต็มไปด้วยอุบัติเหตุตามท้องถนนแพทย์ในโรงพยาบาลแทบจะต้องปิดตาผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากเพราะอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับบาดเจ็บจนนำมาถึงรับผิดชอบในหน้าที่[31]

ในประวัติศาสตร์ของการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศส (Samu) เริ่มอย่างแท้จริงในปี ค.ศ. 1960 เหตุเพราสมัยแพทย์นั้นมีจำนวนน้อยนิด และแพทย์เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกับผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลก็มีอัตราที่ไม่สมดุลกันและอีกประการหนึ่ง การรักษาในสมัยนั้นก็แทบจะดำเนินการแบบผิวเผินและมีกระบวนการที่ล้าสมัยที่ต้องใช้เวลานานมากกว่าจะได้รักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ พวกแพทย์ทั้งหลายก็ทราบว่าเครื่องอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงนั้นไม่สามารถนำมาใช้งานได้ในทุกเวลา แม้จะรู้ว่าสถานที่รักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดมากขึ้นก็คือการรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุ จากนั้นปรับสภาพผู้ป่วยให้มีอาการที่ดีขึ้นแล้วนำส่งตรงโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ก้าวพ้นปัญหาไปได้ความเข้าใจดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่น่าท้าทายกับผู้ที่รับผิดชอบซึ่งก็ได้แก่ผู้ที่มีอำนาจลงนามในการรักษา ตลอดจนผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ที่มีคำถามว่าจะเป็นไปได้หรือไม่ที่แพทย์จะมีบทบาทให้การรักษาในภาคสนามก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลได้เป็นผลสืบเนื่องจากความกังวลใจที่มีมานานในเรื่องที่จะมาเพิ่มเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนนให้รัดกุมยิ่งขึ้น กระทรวงคมนาคมของฝรั่งเศสสนับสนุนในการปรับปรุงหน่วยบินพยาบาลเคลื่อนที่ฉุกเฉินเป็นครั้งแรกในรอบ 30 ปีที่ผ่านมาผลคือการรักษาในที่เกิดเหตุช่วงแรกๆ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ชีวิตมนุษย์ที่ตกอยู่ในภาวะอันตรายได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและถูกสุขลักษณะทางการแพทย์ จนกระทั่งปี 1970 ได้มีการเพิ่มหน่วยช่วยเหลือเป็น 60 หน่วยทั่วฝรั่งเศส จนถึงขณะนี้ Samuในฝรั่งเศสมีจำนวนทั้งสิ้น 105 หน่วย หรือ 1 หน่วยต่อหนึ่งจังหวัด

เซดรี เออรองวา-มาเลต์ (Mr.Cedricheranval - Mallet) ผู้ดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางการแพทย์ ประจำกองสุขภาพกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมของฝรั่งเศส กล่าวว่าระบบ Samu จะให้ความสำคัญอยู่ 2 ประการ คือ ความรวดเร็ว เป็นประการแรก เพราะเหตุการณ์ร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะต้องได้รับการจัดการโดยเร็ว ประการต่อมา จะต้องใช้วิชาการแพทย์ระดับสูงเข้าไปจัดการในที่เกิดเหตุ (ไม่ใช่ที่โรงพยาบาลเหมือนประเทศไทย) การที่จะกระทำในลักษณะดังกล่าวได้ จะต้องมีการจัดการที่ดีและอย่างเป็นระบบ ซึ่ง Samu ก็เช่นกัน ก่อนที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ แม้จะมีกระบวนการบางอย่างก่อนที่จะถึงระดับนั้น แต่ขั้นตอนไม่มีอะไรยุ่งยากเลยสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพียงกดโทรศัพท์หมายเลข 15 ก็ขอความช่วยเหลือนั้นจะไปถึงศูนย์รับเรื่องฉุกเฉินที่มีอยู่ประจำทุกเมือง ในศูนย์รับ

---

[31]**marc Giroud.** Dr.Samu – System Of Emergency Medical Assistance In France ,(Online) Available : http://www.wamu-de-france.freEn/system of emergency in france mg 0607 [Nov. 2010].

เรื่องฉุกเฉินนี้จะมีเจ้าหน้าที่คอยรับโทรศัพท์ และมีแพทย์ประจำคอยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วย วิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ขั้นแรกจะต้องฟังปัญหาของผู้ที่เดือดร้อน ว่าเขากำลังประสบกับเหตุการณ์ใด ปัญหาคือ อะไร เกิดขึ้นกับตัวเองหรือบุคคลอื่น จากนั้นจะแยกแยะ วิเคราะห์ วินิจฉัยปัญหา พร้อมกับให้คำตอบ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วขั้นตอนของการให้ความช่วยเหลือมักจะสิ้นสุดในขั้นตอนนี้ เนื่องจากผู้ที่ประสบปัญหานั้น ได้รับคำตอบเป็นที่น่าพอใจ แต่เมื่อปัญหานั้นหนักหน่วงเกินไป หน่วยงานย่อยของ Samu ที่เรียกว่า Samur หรือ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน จะนำรถพยาบาลออกไปให้ความช่วยเหลือรักษาเบื้องต้นก่อนจะนำส่งโรงพยาบาลต่อไป

3.1.2 มาตรฐานการปฏิบัติการของแพทย์ฉุกเฉินสาธารณรัฐฝรั่งเศส

ระบบหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน หรือ Samu System ของประเทศฝรั่งเศสมีหลักใน การปฏิบัติงาน 6 ประการ[32] ดังนี้

1) การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Assistance (Ema)) เป็นกิจกรรมทางการแพทย์เวลาใดที่อยู่ในภาวะวิกฤต การตระเตรียมทำเวชปฏิบัติแก่ผู้ประสบภัยนั้นเป็นการกระทำทางการแพทย์ ผู้ที่ทำการดังกล่าวจะเป็นใครก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นพยาน ตำรวจ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และตลอดจนบุคลากรการแพทย์ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายที่ให้อำนาจในทางการแพทย์ เพราะถือว่าเป็นขั้นตอนแรกในการรักษาพยาบาล

2) การเข้าปฏิบัติการในภาคสนามต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมเนื่องด้วยอุปกรณ์ที่นำไปใช้เพื่อการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินนั้นใช่ว่าจะไม่มีวันหมด แต่ละครั้งอุปกรณ์ที่นำไปใช้เพื่อช่วยผู้ประสบภัยนั้นอาจนำมาใช้ในการรักษาแก่ผู้ประสบภัยหลายคนพร้อมๆ กัน ซึ่งอาจทำให้อุปกรณ์นั้นหมดไป ดังนั้นวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งของการจัดเตรียมคือ ต้องมีการจัดเป็นระบบที่สามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อความต้องการและได้สัดส่วนพอเหมาะต่อแต่ละกรณี

3) การเข้าไปถึงผู้ป่วยแม้แต่ผู้ป่วยคนเดียวก็เสมือนเป็นการให้การรักษาการให้ความช่วยเหลือ และการให้ความเป็นมนุษย์มีอยู่อย่างเสมอภาคการเข้าไปถึงผู้ป่วยนั้นเป็นการรักษาตราบเท่าที่มีจุดหมายคือ การให้การรักษา การเข้าไปถึงผู้ป่วยนั้นเป็นการให้ความช่วยเหลือ แม้การกระทำนั้นดูเป็นการทำได้ยากเพราะต้องมีเรื่องของการเคลื่อนย้าย เรื่องของระยะทางเวลา สภาพอากาศ จนต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะต้องควบคุมสถานการณ์ ตลอดจนเรื่องของการใช้วัสดุอุปกรณ์

---

[32] **marc Giroud.** Dr.Samu – System Of Emergency Medical Assistance In France ,(Online) Available : http://www.wamu-de-france.freEn/system of emergency in france mg 0607 [Nov. 2010].

ตลอดจนการสื่อสารในทางโทรคมนาคมเข้าช่วย และการเข้าถึงความเป็นมนุษย์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อมั่นหรือความวิตกในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ล้วนแต่มีหนทางที่มีความเป็นไปได้และจะสะท้อนออกมาให้เห็นในแนวทางแก้ไข ผู้ปฏิบัติการต้องเคารพความเป็นอิสระในการเลือกของผู้ป่วยที่จะขอการเยียวยารักษาแบบการรักษาโดยทั่วไปแม้จะเป็นเหตุฉุกเฉิน (ถ้าผู้ป่วยนั้นยังมีสัมปชัญญะอย่างพอสมควร) และผู้ป่วยก็ต้องให้ความมั่นใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ เพราะแม้ว่าจะมีอุปสรรคต่างๆ ในการรักษาศักดิ์และสิทธิ์ของผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่คณะแพทย์ที่ทำการรักษาต้องพึงให้ความสำคัญอย่างหนึ่ง

4) ความรับผิดชอบและการเตรียมข้อมูลเพื่อให้ผู้ร่วมงานแต่ละบุคคลเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ฉะนั้นต้องกำหนดโดยบัญญัติกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติงานวัตถุประสงค์แรกคือ เป็นการยืนยันความรับผิดชอบโดยทั่วไปของกฎหมายที่ให้อำนาจในการรักษาในภาคสนาม ไม่ว่าจะเป็นตัวองค์กร ผู้ทำการฝึกสอน ผู้ควบคุมที่มีความเกี่ยวข้องตลอดจนฝ่ายการเงินวัตถุประสงค์ที่สอง บัญญัติกฎเกณฑ์การปฏิบัติงานเพื่อให้เกี่ยวโยงกับความรับผิดชอบในวิชาชีพแพทย์ (ในการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสกฎเกณฑ์การปฏิบัติงานได้ความหมายรวมถึง การวางแผนแนวคิดของระบบการทำงาน การฝึกสอนและการควบคุมของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง การประสานงาน การเข้าไปมีบทบาทโดยตรงในกรณีที่สาหัสร้ายแรง)และวัตถุประสงค์ที่สามคือ กำหนดแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยปฐมพยาบาล หน่วยพาหนะที่ทำการรักษา ผู้ฝึกวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทางในการรักษาฉุกเฉิน ศูนย์สุขภาพและโรงพยาบาล

5) ผลการรักษาขึ้นอยู่กับความใส่ใจในการรักษาซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

6) กระทำการป้องกันในภาวะฉุกเฉินต้องกระทำอย่างสมบูรณ์การให้บริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินต้องให้การดูแลรักษาอย่างดีเยี่ยม สามารถที่จะให้ข้อมูลการรักษาที่สำคัญ เหนือไปกว่านั้น การรวมการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน ตามรายการขั้นตอนการรักษาเพื่อเป็นผลการรักษาหรือการศึกษาในวิชาแพทย์ที่จะหาคำตอบสุดท้ายที่ออกมาอย่างได้ประสิทธิผล

3.1.3 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการแพทย์ฉุกเฉินสาธารณรัฐฝรั่งเศส

สำหรับการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการแพทย์ฉุกเฉินของสาธารณรัฐฝรั่งเศสนั้น ไม่ได้มีกฎหมายเป็นการเฉพาะเหมือนสหรัฐอเมริกา แต่สาธารณรัฐฝรั่งเศสเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากหลักกฎหมายพลเมืองที่ดี (Good Samaritan Law) ซึ่งเป็นกฎหมายจารีตประเพณีที่สำคัญ สำหรับการใช้จารีตประเพณีแห่งท้องถิ่นอุดช่องว่างทางกฎหมาย นักกฎหมายต่างยอมรับว่ากฎหมายจารีตประเพณีไปไกลกว่ากฎหมาย เพราะจารีตประเพณีมีผลต่อการมีกฎหมาย คือ ย่อมทำให้กฎหมายเจริญรอยตามจารีตประเพณีนั้นๆ ซึ่งทำให้มีการออกกฎหมายตามความต้องการของประชาชน เพราะกฎหมายนั้นข้อกำหนดพฤติกรรมมนุษย์เพียงบางประการ แต่จารีตประเพณีปกคลุม

การดำรงชีวิตทั้งมวลของมนุษย์[33] แม้การคุ้มครองผู้ปฏิบัติการทาง การแพทย์ฉุกเฉินจะไม่มีบัญญัติลายลักษณ์อักษรเป็นการเฉพาะ แต่การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวก็สามารถปรับบทนำมาได้จากประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส และประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส จะกล่าวถึงดังต่อไปนี้

กฎหมายพลเมืองดีเป็นแนวคิดอยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายโปเลียนที่บัญญัติไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1840 ถือเป็นหลักกฎหมายของฝรั่งเศสและเป็นที่แพร่หลายและมีผลต่อระบบกฎหมายในภาคพื้นยุโรปถ้าดูจากรากฐานของกฎหมายลายลักษณ์อักษรตามกฎหมายอาญา แนวคิดดังกล่าวไม่ได้ที่จะคุ้มครองจากความรับผิดของผู้ให้ความช่วยเหลือ แต่มีเพื่อไว้เป็นบทลงโทษกับผู้ที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือนั้นต่อคนในสังคม คือ ให้เป็นบทบัญญัติพื้นฐานในเรื่องของภาระการช่วยเหลือกันในสังคม (Duty To Rescue)[34] อย่างไรก็ตาม ก็อาจเป็นไปได้ที่กฎหมายของแต่ละประเทศที่ใช้ระบบซีวิลลอว์ก็มีการพัฒนาหรือการบัญญัติที่แตกต่างกันไป แม้จะมีรากฐานทางความคิดในแบบเดียวกันก็ตามซึ่งในการทำปฏิบัติการกู้ภัยต่างๆ แต่กฎหมายฝรั่งเศสนั้นไม่ต้องการที่จะให้เรื่องการช่วยเหลือหรือกู้ภัยนั้นปลอดจากความรับผิดใดๆ ถ้าในกรณีความเสียหายนั้นเกิดจากความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน อีกทั้งก็ตั้งใจที่จะสร้างมาตรการลงโทษทั้งในกฎหมายทางอาญาและทางแพ่งด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่อยู่รอบข้างในเหตุการณ์จัดได้ว่าเป็นพยานโดยตรง ถ้าไม่เข้าแทรกแซงหรือขัดขวางเหตุการณ์ที่เกิดอันตรายที่กำลังเกิดนั้นและก่อให้เกิดความเสี่ยงภัยที่จะให้ผู้ประสบเคราะห์หรือเกิดแก่บุคคลที่สามตามประมวลกฎหมายอาญาก็ถือเป็นความผิดได้ตามมาตรา 223-226 "ผู้ใดไม่สมัครใจเข้าช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในอันตรายที่ตนสามารถเข้าช่วยเหลือได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อตนเองหรือบุคคลที่สาม ผู้นั้นต้องให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะกระทำการด้วยตนเองหรือการคุ้มภัยในเบื้องต้น มิเช่นนั้นลงโทษถึงจำคุกห้าปี และปรับไม่เกิน 75,000 ยูโร"[35] ตามบทบัญญัติดังกล่าว ถ้าไม่ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ตกอยู่ในอันตรายนับเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อช่วยชีวิตเช่นนี้ ถือว่าไม่เพียงแต่มีความผิดทางอาญา แต่ยังถือว่าผิดในหน้าที่พลเมืองด้วย ดังนั้นภาระหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือนี้จึงคงยังมีบทบาทในกฎหมายอื่นๆ อีกด้วยมาตรา 1382 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง รากฐานที่สำคัญของกฎหมายฝรั่งเศสในเรื่องของละเมิด : "การกระทำที่

---

[33] หยุด แสงอุทัย. **ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ.2523, หน้า 38-45

[34] **francoisJaeck, Jd.** The Good Samaritan Law Across Europe, (Online) Available :http://www.daneurope.org [September 2011].

[35] Ashworth And Eva Steiner**.** (1952) **Criminal Omissions And Public Duties.** : The French Experience, 10 Legal Stud. page 157-58.

ทำให้เกิดอันตรายใดๆ เกิดจากผู้ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตราย ผู้นั้นย่อมทำการชดใช้เพื่อการนั้น" ถ้าเป็นเช่นนี้ ผู้ทำการกู้ภัยหรือให้ความช่วยเหลือถ้าทำการนั้นแล้วเกิดอันตรายต่อผู้บาดเจ็บหรือบุคคลที่สามจะต้องรับผิดชอบอีกเช่นกันอย่างน้อยภายใต้กฎหมายแพ่ง (และอาจอยู่ภายใต้กฎหมายความผิดทางอาญา)[36]

ดังนั้น กฎหมายฝรั่งเศสจึงค่อนข้างเข้มงวดมากกับงานในที่เกี่ยวข้องกับการให้ช่วยเหลือหรือกู้ภัย ซึ่งผู้ให้การช่วยเหลือหรือกู้ภัยมักประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก มีภาวะที่กลืนไม่เข้าคายไม่ออกเพราะไม่สามารถที่จะเลี่ยงการปฏิบัติการได้ในเรื่องดังกล่าว และมีความเป็นไปได้ที่อาจจะเผชิญกับการถูกฟ้องร้องถ้าเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ของเขาหรือไม่ก็เป็นการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเขาเอง[37] ด้วยเพราะค่านิยมในทางศีลธรรมที่มีในฝรั่งเศส พบว่ากฎหมายพลเมืองดีนั้นมีความเป็นสากล และอีกทั้งมีคำพิพากษาบรรทัดฐาน (Case Law) ก็เคยมีในเรื่องดังกล่าว จึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาปรับใช้เป็นหลักกฎหมายฝรั่งเศส[38] โดยมีแนวคิดในเรื่องของ

1) "Etat De Nécessité" ซึ่งอาจจะแปลว่า "สถานะของความจำเป็น" เป็นการป้องกันอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอันตราย มีความแตกต่างจากเหตุสุดวิสัย (Force Majeur) ซึ่งสามารถทำให้การผู้ที่สมัครใจทำการช่วยเหลืองป้องกันภัยหรือผู้ที่ทำการกู้ภัยอันตรายให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ประสบเคราะห์ภัยหรือต่อบุคคลที่สาม โดยนั้นเป็นเรื่องที่ถูกต้องตามกฎหมาย : ประมวลกฎหมายอาญาได้ระบุไว้ตั้งแต่ปี 1984 ว่า "สถานะความจำเป็น" สามารถยกเป็นข้ออ้างทางกฎหมายในเรื่องความเสียหายได้ใน มาตรา 122-7 "ภาวะของความจำเป็น" เป็นสถานการณ์ของบุคคลผู้ที่ทำการหลีกเลี่ยงความเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นแก่อีกบุคคล หรือทำให้ความสำคัญในเหตุร้ายนั้นน้อยลงเป็นที่ยอมรับแทบเป็นเอกฉันท์ว่า "ภาวะความจำเป็น" นั้นทำให้ความผิดในหน้าที่พลเมืองนั้นไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกับความผิดทางอาญา เมื่อเป็นเช่นนั้นก็อาจจะมีความรับผิดที่มีตามทฤษฎีกฎหมายได้ ถ้าผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยหรือผู้ที่ทำการกู้ภัยไม่ได้ทำตามความจำเป็น เมื่อผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่สามซึ่งได้ปฏิบัติตามพฤติการณ์ อีกทั้งการกระทำของผู้ที่ทำการช่วยเหลือก็ได้ตั้งอยู่บนความจำเป็นเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ถือได้ว่าการกระทำที่สร้างความเสียหายที่เกิดจากการช่วยนั้นกระทำไปโดยชอบธรรมและให้ความรับผิดของผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยนั้นเป็นอันพ้นไป

---

[36] Francois Jaeck, Jd. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 34

[37] aleksander W. Rudzinski, **The Duty To Rescue**: A Comparative Analysis, In The Good Samaritan And The Law (James M. Ratcliffe Ed., 1966), page. 91, 92-93.

[38] Francois Jaeck, Jd. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 34

ดังนั้น "ภาวะของความจำเป็น" ครอบคลุมถึง "ความผิดพลาดเล็กๆ น้อยๆ" "ความผิดเล็กๆ น้อยๆ" หรือความผิดฐานลหุโทษ (Misdemeanors) แต่ทั้งนี้จะมีผลก็ต่อเมื่อบุคคลผู้ที่ทำการช่วยเหลือได้ลงมือให้การช่วยเหลือดังกล่าวจะมีก็เฉพาะความผิดร้ายแรงอาจนำไปสู่ความรับผิดทางอาญาหรือทางแพ่ง คือ การให้ความช่วยเหลือถ้าเกิดผิดพลาดหรือประมาทอย่างร้ายแรงก็ไม่สามารถเป็นเหตุยกโทษได้ ข้อความดังนี้ให้ใช้เช่นเดียวกันถ้าการช่วยเหลือหรือกู้ภัยนั้นเกิดความเสียหายแก่บุคคลที่สามด้วย[39]

2) เป็นที่รู้กันว่ามีคำพิพากษาบรรทัดฐานในเรื่อง "ข้อผูกพันทางสังคมที่แสดงนัยยะของการให้ความช่วยเหลือหรือการกู้ภัยต่างตอบแทนกัน" เป็นการให้สิทธิผู้ทำการช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพไม่ต้องชดใช้ความเสียหายจากผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายอันจะก่อให้ผู้ทำการช่วยเหลือหรือ ผู้กู้ชีพนั้นเสียเปรียบต่อผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยหรือบุคคลที่สาม[40]

สมัยก่อน ข้อความดังกล่าวอ้างอิงจากมาตรา 1382 แห่ง ประมวลกฎหมายแพ่งในเรื่องความผิดที่ไม่ต้องรับผิด (Guilty Of No Fault) ผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยไม่สามารถฟ้องร้องในเรื่องอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือบุคคลที่สามในระหว่างการช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ตามหลักแล้วผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ชีพยังต้องพึงรับผิดชอบต่อบุคคลที่สามสำหรับอันตรายที่เกิดจากการช่วยเหลือของเขาเกิดแก่บุคคลที่สามเหล่านั้นและไม่สามารถที่จะไล่เบี้ย (Recourse) ความเสียหายเอาจากผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยที่ตนทำการช่วยเหลือได้ แม้หลักการนี้จะส่งผลกระทบต่อหลักกฎหมายละเมิดของฝรั่งเศส แต่ ณ เวลานี้คำพิพากษาที่มีมาก่อนได้แสดงให้เห็นถึงความนัยของหลัก "สัญญาต่างตอบแทนของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ภัย" ระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ชีพกับผู้ป่วยหรือประสบภัย วิธีการนี้ในเรื่องความรับผิดก็ไม่ได้ต่างไปจากกฎหมายละเมิดเพียงแต่มันอยู่บนพื้นฐานของเรื่องทางแพ่งไม่ใช่อาญาอย่างไรก็ตาม นับแต่มีข้อผูกพันเช่นว่านี้ ก็เป็นที่รู้กันระหว่างคู่ความและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยนั้นถูกบังคับให้ชดใช้ค่าเสียหายเสียด้วยซ้ำในสมัยก่อน ถ้าเกิดเหตุการณ์ตาม มาตรา 1135 ประมวลกฎหมายแพ่งที่บัญญัติว่า ผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอันตรายนั้น ถ้าเขาได้รับผลเสียหายเองหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลที่สามซึ่งกระทำการนั้นเพราะประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยโดยปฏิบัติตามหลัก "สัญญาที่แสดงนัยยะของการให้ความช่วยเหลือหรือการกู้ภัยต่างตอบแทนกัน" [41] เช่นนี้ มีคดีการเกิดอุบัติเหตุกีฬาดำน้ำอันเป็นคดีที่ตัวอย่างเกี่ยวข้อง ซึ่งศาลอุทธรณ์กรุงปารีสได้ทำการตัดสินในวันที่ 25 มกราคม ค.ศ. 1995 มีความดังนี้"ด้วยการพิจารณาจากการฝึกซ้อมกีฬาแสดงให้เห็นว่ามี

---

[39] 2 Cass.Civ., 8 Avr. 1970

[40] Francois Jaeck, Jd. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 34

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

ความเสี่ยงอันไม่อาจโต้แย้งได้ เพื่อนสมาชิกในทีมแต่ละคนล้วนมีภาระผูกพันกันโดยปริยาย ซึ่งไม่ได้มาจากความจำเป็น แต่มาจากภาระให้การช่วยเหลือต่างตอบแทนกันในการอยู่ร่วมกันนั้นเป็นหน้าที่ที่มาจากศีลธรรมขั้นพื้นฐานแม้จะรับได้ว่าสิ่งนี้เป็นการให้ความช่วยเหลือของสังคมในทางต่างๆ และแม้ว่าการยอมรับการว่านี่เป็นการรับประกันในการอยู่รอดโดยการช่วยเหลือกันและกัน แต่ถ้ามองตามสมมติฐานที่ว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่อผู้ที่ทำการเข้าแทรกแซงช่วยเหลือนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้นกับเขาได้ ถ้าเขาไม่ได้กระทำการช่วยเหลือโดยพลันตามข้อผูกพันต่างๆ ที่มีร่วมกันในสังคม"ตามบทบัญญัติมาตรา 1135 ประมวลกฎหมายแพ่งข้อผูกพันนี้มีนัยยะสร้างภาระผูกพัน (ตัวผู้ประสบภัย) โดยสันนิษฐานจากผลทางกฎหมายที่เป็นความชอบธรรมเป็นที่ยืนยันว่าการมีอยู่ของข้อผูกพันตามนัยยะ และการยอมรับแนวคิดทั้งตามคำพิพากษาก่อนๆ อย่างหนึ่งก็คือ ในเรื่องการใช้พื้นฐานทางสัญญา กำหนดภาระหน้าที่ "In Equity" ข้อผูกพันที่เรียกชดใช้ได้จากผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยเพื่อประโยชน์ของผู้ให้การช่วยเหลือหรือกู้ภัย และอีกอย่างหนึ่งคือ อย่างน้อยเป็นการรับประกันเรื่องผลกระทบทางการเงินจากการปฏิบัติการช่วยโดยสมัครใจของตน

ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองความรับผิดชอบของคู่กรณีที่พยายามที่จะปลดเปลื้องความรับผิดของตัวเองในความรับผิดตามสัญญาอันใหม่นี้ แต่ต่อมาท้ายสุดคำพิพากษาบรรทัดฐานของฝรั่งเศสก็ได้กลับหลักคำพิพากษากล่าวว่า "ความเสียหายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากผู้ให้ช่วยเหลือโดยสมัครใจนั้นไม่ก่อให้เกิดความเสียหายที่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้าตามมาตรา 1150 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งซึ่งบุคคลที่ทำการช่วยเหลืออยู่เหนือกว่าความรับผิดชอบ" ดังนั้น แม้ว่ากฎหมายโดยทั่วไปของฝรั่งเศสจะตีความเคร่งครัด แต่ก็ไม่ได้ละเลยในศีลธรรมและเจตนาของกฎหมายที่จะปกป้องประโยชน์ในหลักกฎหมายพลเมืองดี[42]

---

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

3.2 กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

3.2.1 วิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกที่นำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในการเริ่มจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน[43] ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากรายงานต่อรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกา (Congress Of TheUnited States) เรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บโรคที่ถูกละเลย ในสังคมสมัยใหม่” ของสภาพการศึกษาวิทยาศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (National Academy Of Sciences) และสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Medical Association) เมื่อ พ.ศ. 1966 ว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ ถูกทำให้อาการแย่ลงจากการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลการบาดเจ็บกระดูกคออย่างระมัดระวังตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ ตลอดจนการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับนิยตบริบาล (Definitive Care) อย่างทันท่วงที จะสามารถลดความพิการและการเสียชีวิตได้ จากรายงานดังกล่าว และการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งสนับสนุนโดยมูลนิธิโรเบิร์ตวู้ด จอห์นสัน (The Robert Wood Johnson Foundation) เป็นผลให้มีการสถาปนาการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และก่อตั้งวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉิน แห่งสหรัฐอเมริกา (American College Of Emergency Physicians) รวมทั้งประธานาธิบดีนิกสันได้สั่งการและอนุมัติงบประมาณ 8.5 ล้านเหรียญสหรัฐอเมริกาให้กระทรวงสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการสังคม (United States Department Of Health, Education And Welfare) ดำเนินการสาธิตระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอาณาบริเวณ 5 แห่ง เมื่อ ค.ศ.1972 ใน ค.ศ.1973 รัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาได้ผ่านสหรัฐบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ค.ศ.1973 (Emergency Medical Service System Act 1973) ซึ่งบัญญัติให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินและกำหนดให้รัฐบาลกลางต้องสนับสนุนงบประมาณประจำปีให้แก่กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา 3 ปี ได้แก่ 1974, 1975, 1976 จำนวน 30, 60 และ 70 ล้านเหรียญสหรัฐตามลำดับเพื่ออุดหนุน (Grant) ให้ท้องถิ่นและหน่วยงาน/องค์กรสาธารณะที่ไม่แสวงกำไรต่างๆ ดำเนินการศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินจัดทำแผนจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละแห่งประกอบด้วยการจัดตั้งและเริ่มดำเนินการระบบคาดคะเนการขยายตัวและพัฒนาระบบ และสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคนิควิธีการอุปกรณ์ และการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

---

[43] สุรจิต สุนทรธรรม. **คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช2551.** กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). หน้า 20.

กฎหมายดังกล่าวได้รับการปรับปรุงแก้ไขเมื่อ ค.ศ. 1979 และพัฒนามาเป็นสหรัฐบัญญัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการคลอด พ.ศ. 1984 (Emergency Medical Treatment And Active Labor Act 1984 : Emtala 1984) ซึ่งเป็นฉบับที่ใช้บังคับในสหรัฐอเมริกาปัจจุบันและป้องกันการผลักดันหรือปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินอันเป็นผลทำให้ไม่ได้รับนิยตบำบัด (Definitive Therapy) เพื่อรักษาชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตอย่างทันท่วงทีเป็นหลัก และกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ได้ปรับเปลี่ยนมาตรการทางกฎหมายจากการสนับสนุนส่งเสริมด้วยการยกเลิกกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการกำหนดโทษแทน กฎหมายฉบับนี้จึงมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการในหมู่แพทย์และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหลายว่า “กฎหมายป้องกันการผลักดันผู้ป่วยฉุกเฉิน” หรือ “Antidumping Law” ในนานาอารยประเทศต่างๆ รวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาโดยลำดับ ต่อมาก็ได้นำมาตรการทางกฎหมายอันมีฐานแนวคิดจากการพัฒนากฎหมายดังกล่าวในสหรัฐอเมริกามาใช้เช่นกัน

3.2.2 มาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกามีการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับสหรัฐ และมลรัฐแต่ความเป็นมาตรฐานแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นจากสำนักงานคณะกรรมการความปลอดภัยการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ (Nhtsa) กระทรวงขนส่งมีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2533 สำนักงานดังกล่าวได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician : Emt) ให้เป็นมาตรฐานแห่งชาติ[44]

องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เมื่อ พ.ศ. 2516 สหรัฐอเมริกาได้มีการประกาศใช้สหรัฐบัญญัติระบบเวชบริการฉุกเฉิน (Emergency Medical Services System Act 1973) ซึ่งกำหนดให้มีองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 15 ประการ ได้แก่

1) กำลังคน
2) การฝึกอบรมบุคลากร
3) การติดต่อสื่อสาร
4) การขนส่งเวชกรรม
5) หน่วยปฏิบัติการรับผู้ป่วย
6) หน่วยเวชวิกฤติ
7) การใช้หน่วยงานรักษาความปลอดภัยสาธารณะ

---

[44] สุรจิต สุนทรธรรม. **คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช2551.** กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์). หน้า 47.

8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

9) การเข้าถึงการดูแลรักษา

10) การส่งต่อผู้ป่วย

11) มาตรฐานการบันทึกและการเก็บเวชระเบียน

12) สารสนเทศและการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ

13) การทบทวนและการประเมินผลอย่าง

14) ความเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ

15) พันธะสัญญาความช่วยเหลือระหว่างกัน

นอกจากนี้ ในสหรัฐบัญญัติดังกล่าวยังได้กำหนดระเบียบสำหรับระบบต่างๆ ในการรับงบประมาณสนับสนุน และแม้ว่าในปัจจุบัน รัฐและภูมิภาคต่างๆ ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสหรัฐบัญญัตินี้อีกต่อไป แต่ระบบจำนวนมากยังคงใช้องค์ประกอบดังกล่าวนี้เป็นส่วนใหญ่ ความขาดแคลนที่เด่นชัดในช่วงแรกๆ ในสหรัฐอเมริกานั้น คือ การขาดระบบการควบคุมทางการแพทย์สำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องทำให้ยากต่อการสถาปนาการมีส่วนร่วมของแพทย์ และการพัฒนาความรับผิดชอบทางเวชกรรมที่ถูกต้องการควบคุมทางการแพทย์ได้มีการกล่าวไว้ เฉพาะเมื่อระบบนั้นทำเรื่องของบประมาณสนับสนุนและในสิ่งตีพิมพ์ของรัฐบาลบางฉบับเท่านั้น เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาโดยปราศจากการอำนวยการทางการแพทย์และการวิจัยประสิทธิผลบนพื้นฐานที่หนักแน่นอย่างเพียงพอ การเติบโตของระบบจึงเป็นไปอย่างช้าๆ และไร้ทิศทางที่ชัดเจน วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College Of Emergency Physicians) ได้แนะนำว่าองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันควรมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1) การอำนวยการทางการแพทย์

2) หน่วยงานหรือองค์กรขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

3) หน่วยงานหรือองค์กรขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล

4) การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน

5) การติดต่อสื่อสาร

6) เกณฑ์วิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วยเจ็บ การบำบัดรักษา การขนส่ง และการส่งต่อ

7) หน่วยรักษาเฉพาะทาง

8) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย

9) การฝึกศึกษา

10) การเงิน

11) ตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ

12) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่

13) การช่วยเหลือระหว่างกัน

14) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องสามารถให้ความมั่นใจได้ว่าการดูแลทางการแพทย์ที่กระทำนั้นได้มาตรฐานเวชกรรมอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป การควบคุมทางการแพทย์ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ และจะเป็นการดียิ่งถ้าได้แพทย์ที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ความสามารถในการบริหารการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือได้รับบาดเจ็บเพื่อการควบคุมคุณภาพ แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Program Director : Empd) ต้องมีอำนาจหน้าที่ซึ่งกำหนดไว้อย่างจำเพาะและชัดเจนใน การรับรองการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการภายในระบบ ซึ่งต้องปฏิบัติการภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ อำนาจหน้าที่ดังกล่าว ดังนี้

1) การอนุญาตและการพักการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

2) การกำหนดเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงานบำบัดรักษาภายในระบบ รวมทั้งจัดทำคำสั่งประจำเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (Standing Orders) สำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

3) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับระดับการตอบสนองฉุกเฉินเบื้องต้น (เช่น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานการช่วยชีวิตขั้นสูง)

4) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลที่จะไปส่งผู้ป่วย

5) กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับวิธีการรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน (Dispatch Procedures)

6) การให้การรับรองแพทย์ผู้สั่งการรักษาทางไกล

7) การกำหนดวิธีปฏิบัติในกรณีที่ไม่ได้มีการตอบสนองหรือไม่ได้มีการขนส่งผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดขึ้น

8) การกำหนดระดับสำหรับการรับรองสมรรถภาพการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ พยาบาลฉุกเฉิน พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินผู้ประสาน การฝึกอบรมและแพทย์ผู้ให้คำสั่งการรักษาทางไกลแก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

9) การดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบและรับรองคุณภาพ (แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนวยหน้าที่ตรวจสอบทุกสิ่งทุกอย่างที่สัมพันธ์กับระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งจำเป็นในการที่จะทำให้ภารกิจบรรลุเป้าหมายได้) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ควรมีแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ควบคุม การควบคุมทางการแพทย์

ประกอบด้วยการบัญชาการแพทย์ฉุกเฉิน (Off-Line Medical Direction) และการบังคับการแพทย์ฉุกเฉิน (On-Line Medical Direction)

"การบัญชาการแพทย์ฉุกเฉิน" ได้แก่ การออกคำสั่งและการควบคุมดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ดำเนินการจัดทำและประกาศไว้เป็นเอกสาร ด้วยวิธีการที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่ออนุญาตและเป็นคำสั่งประจำ ขั้นตอนวิธีหรือเกณฑ์วิธีปฏิบัติการฉุกเฉินให้ผู้ปฏิบัติการดำเนินการหรือปฏิบัติตาม รวมทั้งการตรวจสอบและพินิจกระบวนการและผลของการทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินย้อนหลัง ภายใต้อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทางเวชกรรมของแพทย์บัญชาการ"การบังคับการแพทย์" ได้แก่ การออกคำสั่งและการควบคุมดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินเชื่อมตรงระหว่างบุคคลต่อบุคคล ณ สถานที่ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือที่เกิดเหตุการณ์หรือผ่าการสื่อสารทางไกลด้วยวาจา ลายลักษณ์อักษร อิเล็กทรอนิกส์ โทรคมนาคม หรือวิธี การสื่อสารอื่นโดยแพทย์บังคับการหรือผู้ได้รับมอบหมาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการรายงานภาวะผู้ป่วยฉุกเฉินและทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินตามคำสั่งขณะกำลังปฏิบัติการฉุกเฉินภายใต้อำนาจหน้าและความรับผิดชอบทางเวชกรรมของแพทย์บังคับการ

ทั้งนี้ ผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ (Non-Physician Emergency Medical Provider) ต้องทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินตามการบัญชาการและการบังคับการอย่างเคร่งครัด และกรณีการบังคับการขัดแย้งกับการบัญชาการ ให้ผู้ทำเวชปฏิบัติการถือปฏิบัติตามการบังคับการเป็นหลัก โดยจำกัดเฉพาะการปฏิบัติการฉุกเฉินครั้งนั้นเท่านั้น หากผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ฝ่าฝืนการบัญชาการและการบังคับการถือว่าเป็นการทำเวชปฏิบัติโดยมิได้รับอนุญาตหรือเกินกว่าที่ได้รับอนุญาตการควบคุมทางการแพทย์โดยตรงเป็นการให้คำสั่งการรักษาแก่ผู้ปฏิบัติการในภาคสนาม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลต่อบุคคล, ทางวิทยุ หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอาจมอบอำนาจให้แพทย์อื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งการรักษาทางไกล แต่ต้องมั่นใจว่าแพทย์นั้นๆ เข้าใจเกณฑ์วิธีปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินการควบคุมด้วยคำสั่งประจำ เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสิ่งที่แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำประกอบด้วยการพัฒนาแนววิธีการรักษามาตรฐาน การพัฒนาการรับรองคุณภาพและการพัฒนาการฝึกศึกษาคำสั่งประจำต้องไม่กล่าวเพียงการรักษา แต่ต้องระบุให้เจาะจงว่า ควรใช้อุปกรณ์ชนิดใด และคำสั่งประจำเหล่านี้ต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันอยู่เสมอ การรับรองคุณภาพต้องการการเฝ้าตรวจและการศึกษาของระบบ และประการสุดท้ายแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหน้าที่ในการดำเนินการให้มีการศึกษาต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ซึ่งหมายความว่า ทั้งคุณภาพและเนื้อหา ต้องได้รับการกำหนดจากคณะกรรมการ

3.2.3 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการแพทย์ฉุกเฉินสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญในการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินหรือกู้ภัยในลักษณะต่างๆ แต่ที่เห็นชัดเจนและเป็นแบบอย่าง คือเรื่องการใช้ประกันภัยในการเยียวยาผู้ปฏิบัติ และข้อยกเว้นการรับผิดเนื่องมาจากการให้ความยินยอม

1) การคุ้มครองโดยการใช้ประกันภัยแก่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวมีบัญญัติไว้ในกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนียในมาตรา 16 ว่าผู้ที่บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินว่าถ้าเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงานหน่วยงานที่ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ออกค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายแทนผู้ปฏิบัติการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติการไม่กลัวสภาพของงาน และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานจะต้องอยู่ในสภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้และความเสียหายไม่ได้เกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้ปฏิบัติงานเอง ส่วนค่าเสียหาที่ชดใช้ให้ไม่เกินรายละ 1.6 หมื่นเหรียญสหรัฐต่อรายนอกจากนี้แล้ว ยังมีตัวอย่างของ มลรัฐอาวาย Hawaii Statues มาตรา 663-16(B) ที่บัญญัติให้บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือตามสมควรนั้นไม่ต้องรับผิดทางแพ่ง หากมิได้กระทำประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรืองดเว้นการกระทำโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ บุคคลนั้นต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือหวังจะได้รับค่าตอบแทนด้วย[45]หรือบทบัญญัติคุ้มครองดังกล่าวอาจจะแยกไว้ต่างหากในกฎหมายพลเมืองดี (Good Samaritan Act) ของตน เพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่เข้าช่วยเหลือด้วยความเต็มใจอย่างพลเมืองดี มิให้ต้องชดใช้การกระทำเสียหาย ผิดพลาดโดยสุจริตใน Illinois Good Samaritan Act คุ้มครองผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์กับหน่วยงานกู้ภัยต่างๆ เว้นแต่จงใจแจ้งเหตุผิดพลาดไปโดนจงใจกระทำมิชอบด้วยกฎหมาย นอกจากนี้ยังบัญญัติยกเว้นทางแพ่งให้ผู้ปฐมพยาบาลขั้นต้น แพทย์ทันตแพทย์ และผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในด้านอื่นๆ หากมิได้กระทำโดยมีค่าตอบแทน[46] ทั้งนี้ถือหลักที่ว่า การจะเป็นละเมิดอันจะต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายนั้นมีรากฐานมาจากความผิดที่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่บุคคลอื่นด้วยเหตุดังกล่าว เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ไม่ใช่ต้นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เสียหายจึงไม่ควรต้องรับผิดชอบ อีกทั้งการยกเว้นความรับผิดทางแพ่งให้นี้ย่อมเป็นการกระตุ้นบุคคลที่พบเห็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้มีความอยากเข้าไปช่วยเหลือมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็มีสิ่งที่พึงระวัง หากได้กระทำโดยไม่สมกับวิสัยและพฤติการณ์อย่างร้ายแรงแล้วอาจถูกฟ้องให้รับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายได้

---

[45]มลรัฐฮาวาย Section 663-16

[46]Illinois Good Samaritan Act Sec.5 67.

2) การคุ้มครองโดยการใช้หลักความยินยอมถ้าผู้ป่วยโดยทั่วไปเข้ารับการรักษาแล้วให้การยินยอมแล้วย่อมไม่เป็นความผิด แต่สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนีย มาตรา 17ถ้าในระหว่างการรักษาแล้วสืบประวัติคนไข้ได้ว่ามีเจตจำนงที่จะห้ามทำสิ่งที่ได้ก็ไม่ควรทำสิ่งนั้นต่อผู้ป่วยนั้น แต่ถ้านำสืบได้ว่าผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ต้องการที่จะขัดเจตนารมณ์ดังกล่าว แต่เพียงช่วยเหลือตามหน้าที่และไม่ได้ทราบถึงความนั้นมาก่อนจะถือว่าการช่วยเหลือนั้นเป็นการให้ความยินยอมโดยปริยายพ้นจากความรับผิดได้

3.3 กฎหมายที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย

3.3.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพ.ศ. 2560

มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ[47]

บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

มาตรา 55[48] รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด

บริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรคการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ในส่วนนี้แสดงให้เห็นถึงบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ รัฐจะปฏิเสธการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนไม่ได้และรัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

---

[47]รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 47

[48]รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 48

3.3.2 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551

ตามกฎหมายของประเทศไทยมีบัญญัติเรื่องการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้แก่

มาตรา 28[49] เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

1) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำ เป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมิให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

สำหรับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 นอกจากจะคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินแล้วยังเป็นอีกมาตรการที่คุ้มครองสิทธิผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วยสามารถอธิบายตามมาตราดังกล่าวได้ดังนี้

1)ให้มีการตรวจแยกระดับของความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน ซึ่งการตรวจแยกวัดระดับความฉุกเฉินย่อมมีผลดีเพื่อที่จะได้ดูสภาพและอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความอันตรายจากการบาดเจ็บและจะได้นำตัวผู้ป่วยไปรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งหากจัดการได้ในข้อเท็จจริงโอกาสที่ผู้ป่วยจะพ้นจากความอันตรายย่อมมีมากขึ้นโอกาสที่จะเกิดปัญหาฟ้องร้องก็ย่อมมีน้อยลงเป็นการให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย

2) ถ้าให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลก่อนจะมีการนำตัวผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและการรักษาตัวก็เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดไว้ก็ย่อมเป็นการลดภาระในการ

---

[49]พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 มาตรา 28

รับผิดชอบให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานก็ต้องมีการประเมินสมรรถนะ การทดสอบความรู้อย่างเข้มงวดและต้องได้รับการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดด้วย

3.3.3 ประมวลกฎหมายอาญา ความผิดฐานละเว้น

ความผิดฐานละเว้น (directomission) เป็นความผิดที่กฎหมายอาญาบัญญัติให้บุคคลต้องกระทำการบางอย่างซึ่งหากไม่กระทำย่อมเป็นความผิด แม้ในประมวลกฎหมายอาญาจะมีความผิดฐานละเว้นอยู่หลายฐานความผิดด้วยกันแต่ฐานความผิดที่สำคัญคือ ความผิดฐานละเว้นไม่ช่วยผู้ที่ตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต

จากการศึกษากฎหมายของประเทศไทยพบว่ามีบทบัญญัติในเรื่องการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในประมวลกฎหมายอาญา ได้แก่

มาตรา 307[50] ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแลผู้ซึ่ง พึ่งตนตนเองมิได้เพราะอายุ ความป่วยเจ็บ กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิด อันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกิน หกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 308[51] ถ้าการกระทำความผิดตาม มาตรา 306 หรือ มาตรา 307 เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้อง ระวางโทษดังที่บัญญัติไว้ใน มาตรา 290 มาตรา 297 หรือ มาตรา 298 นั้น

มาตรา 374[52] ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกิน หนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

---

[50]ประมวลกฎหมายอาญา. มาตรา 307

[51]ประมวลกฎหมายอาญา. มาตรา 307

[52]ประมวลกฎหมายอาญา. มาตรา 374