

การนำกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ทำให้เกิดผลตามเจตนารมณ์
ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ

นายปรัชญา แซ่ม้าชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชานิติศาสตร์
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2555
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the Graduate School.

PROBLEM RELATED TO IMPLEMENTATION OF EMERGENCY MEDICAL SYSTEM

Mr. Pruchya Chamchoi

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Laws Program in Laws

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

| | |
|---------------------------------|--|
| หัวข้อวิทยานิพนธ์ | การนำกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ทำให้ เกิดผลตามเจตนารมณ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการ |
| โดย | นายปรัชญา แซ่มซ้อย |
| สาขาวิชา | นิติศาสตร์ |
| อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก | ศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ พิณีจิวดล |

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะนิติศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.ศักดิ์ดา ธิติกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ พิณีจิวดล)

.....กรรมการ
(ดร.พงษ์ภักดิ์ เรียงเครือ)

.....กรรมการ
(พันเอก นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม)

ปรัชญา แคมป์ซ้อย : การนำกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินมาใช้ทำให้เกิดผลตามเจตนารมณ์ในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ. (Problem Related to Implementation of Emergency Medical System) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ พิณีจิวดล, 328 หน้า.

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินกับกฎหมายไทย ที่เกี่ยวข้องและกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษามาตรฐานการปฏิบัติการของแพทย์ฉุกเฉินอันเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินและคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินด้วย

ปัจจุบันประเทศไทยมีกฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินใช้แล้ว แต่ก็ยังมีปัญหาในมิติของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพราะการประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉุกเฉิน เป็นเรื่องที่ซับซ้อน ในบางคราวการที่ผู้ปฏิบัติการได้ทำความเสียหายให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว ก็ต้องพิจารณาด้วยว่าเหตุการณ์สถานการณ์ที่มีความฉุกเฉินเร่งด่วนนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายในการรักษาผู้ป่วยมากกว่าในภาวะการณ์อันปกติอยู่แล้ว และถ้าความเสียหายนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยฉุกเฉินเองที่มีอาการรุนแรงจนอาจจะเกินความสามารถหรือวิสัยที่ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะเกินเยียวยามาก่อนอยู่แล้ว แต่เมื่อได้ส่งต่อมาถึงผู้ปฏิบัติการ แล้วเกิดความเสียหายขึ้นทั้งที่มีมาก่อนจะกล่าวโทษว่าเป็นผลมาจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินก็ย่อมไม่เป็นธรรม ซึ่งการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะได้รับความคุ้มครองก็ต่อเมื่อดำเนินการตามมาตรฐานวิชาชีพ และจริยธรรมตามกฎหมาย ในอีกทางหนึ่งมาตรฐานการรักษาก็เป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยว่าผู้ป่วยนั้นจะได้รับการรักษาที่ถูกต้องได้รับการรับรองทางกฎหมายอันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยให้อีกทางหนึ่ง แต่เนื่องจากปัจจุบันมาตรฐานการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินยังไม่เป็นที่รองรับทางกฎหมาย เพราะยังไม่ได้มีรูปของอนุบัญญัติและประกาศในราชกิจจานุเบกษา ซึ่งกฎหมายต่างประเทศล้วนนำมาตราฐานการปฏิบัติการดังกล่าวบัญญัติในรูปแบบทางกฎหมายทั้งสิ้น จึงเป็นสิ่งที่ควรศึกษาถึงกฎหมายของต่างประเทศในเรื่องดังกล่าวเพื่อนำมาปรับใช้และพัฒนามาตรฐานเวชกรรมฉุกเฉินต่อไป

สาขาวิชา.....นิติศาสตร์..... ลายมือชื่อนิติ.....
ปีการศึกษา.....2555..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5285992134 : MAJOR LAWS

KEYWORDS : EMERGENCY MEDICAL SERVICE STANDARD / EMERGENCY PATIENT RIGHT / EXCEPTION OF EMS PROVIDER'S RESPONSIBILITY

PRUCHYA CHAMCHOI : PROBLEM RELATED TO IMPLEMENTATION OF EMERGENCY MEDICAL SYSTEM. ADVISOR : PROF. SUPALAK PINITPUVADOL, Ph.D., 328 pp.

This thesis aims to study about the comparison of Thai Emergency Medical Service Law (EMS.) with many related the Thai medical laws and Foreign Emergency Medical Service Laws nowadays. Especially, Emergency Medical Service Standard which protects of The Emergency Patient Right and protects of EMS providers' duty

As of Now, Thailand has had the law of EMS system already, but there are problems with emergency patients and EMS providers. EMS is complicated, thus sometimes, there is the damage was taken place with emergency patient by the duty of EMS providers. This may consider that the emergency situation has risk of damage more than regulating cure. Perhaps, the damage takes place with severely emergency patient which over of EMS providers responsibility, but when sending the patient to EMS providers with severely come-to-before damage, it's not fair if EMS providers have been accused by the patient in this case. EMS providers gain the duty's protection when they do it with The Thai EMS Professional Standard and legal morality, by the way, this standard might protect the Right of Emergency Patient that the patient ought to be received curing with good standard by law. However, The Thai EMS Professional Standard is uncertified by law because it's not legislated in the organic law form and there isn't declared by The Thai Governmental Gazette. Dissimilarly, The foreign laws of similar countries lead this standard to be the law, therefore, we should study about foreign laws which is related to EMS standard for development and adaptation to the Thai EMS Law.

Field of Study :Laws..... Student's Signature

Academic Year :2012..... Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความเมตตากรุณาอย่างดียิ่งจากท่าน ศาสตราจารย์ ดร.ศุภลักษณ์ พิณีภูวดล ที่ได้ให้ความกรุณาอนุเคราะห์รับเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์และได้สละเวลาในการให้คำปรึกษา ตรวจร่างวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำแนะนำและ ข้อคิดเห็นต่างๆที่เป็นประโยชน์อย่างมากแก่ผู้เขียน

กราบขอบพระคุณท่านรองศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ ที่ได้กรุณารับเป็น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่าน ดร.พงษ์ภักดิ์ เรียงเครือ และท่านพันเอก นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม ที่ได้กรุณาสละเวลารับเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำปรึกษา ตรวจร่างวิทยานิพนธ์และให้คำแนะนำในการแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆของผู้เขียนที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจอย่างดียิ่ง ให้แก่ผู้เขียนตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้เขียนขอขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาวและน้องชายของผู้เขียนที่ได้ให้การสนับสนุนในทุกๆด้าน และเป็นกำลังใจที่ดีมาเสมอ จนทำให้การศึกษาของผู้เขียนและ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ลุล่วงไปได้ด้วยดี ทั้งนี้ประโยชน์และคุณค่าของวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้เขียนขอมอบ แก่บิดา มารดา และคณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอนและให้ความรู้แก่ผู้เขียน หากวิทยานิพนธ์ เล่มนี้มีข้อบกพร่องประการใด ผู้เขียนขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียว และขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

สารบัญ

| | หน้า |
|--|------|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| | |
| บทที่ 1 บทนำ..... | 1 |
| 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... | 1 |
| 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย..... | 3 |
| 1.3 สมมติฐานของการศึกษาวิจัย..... | 4 |
| 1.4 ขอบเขตของการศึกษาวิจัย..... | 4 |
| 1.5 วิธีการวิจัย..... | 5 |
| 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 5 |
| บทที่ 2 การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติแห่ง กฎหมาย..... | 7 |
| 2.1 ความหมายของผู้ป่วยทั่วไป..... | 7 |
| 2.2 ขอบเขตและความหมายของคำว่าสิทธิของผู้ป่วย..... | 7 |
| 2.2.1 ความหมายของสิทธิผู้ป่วย..... | 9 |
| 2.2.2 แนวการพิจารณาสิทธิผู้ป่วยอย่างกว้าง..... | 10 |
| 2.2.3 การคุ้มครองผู้ป่วยภายใต้ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทย สมาคมโลก..... | 10 |
| 2.2.3.1 ความเป็นมาของปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทย สมาคมโลก..... | 11 |
| 2.2.3.2 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยไทย..... | 16 |
| 2.3 การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั่วไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย..... | 20 |
| 2.3.1 การคุ้มครองตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ..... | 21 |
| 2.3.2 การคุ้มครองที่ว่าด้วยเรื่องของสิทธิผู้ป่วย..... | 30 |

| | หน้า |
|--|------|
| 2.4 ความหมายของผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติของกฎหมาย..... | 39 |
| 2.5 แนวความคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติแห่ง กฎหมาย..... | 41 |
| 2.5.1 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญไทย..... | 41 |
| 2.5.2 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย..... | 42 |
| 2.5.3 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551..... | 42 |
| 2.6 สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบัน: ศักยภาพของสหรัฐอเมริกา..... | 45 |
| 2.7 บทวิเคราะห์ความแตกต่างของสิทธิผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 48 |
| บทที่ 3 การคุ้มครองการปฏิบัติการของแพทย์ทั่วไปและแพทย์ฉุกเฉินตามบทบัญญัติแห่ง กฎหมาย..... | 52 |
| 3.1 แนวความคิดการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่และข้อจำกัดความรับผิดชอบในการ รักษาของแพทย์กรณีผู้ป่วยทั่วไป..... | 52 |
| 3.1.1 ความหมายของคำว่า “ทิวเขปฏิบัติ”..... | 52 |
| 3.1.2 ทิวเขปฏิบัติกับความรับผิดชอบตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย..... | 54 |
| 3.1.2.1 ความรับผิดชอบทางอาญา..... | 54 |
| 3.1.2.2 ความรับผิดชอบทางแพ่ง..... | 56 |
| 3.1.2.3 ความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม... | 57 |
| 3.1.3 การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ทั่วไป..... | 57 |
| 3.2 ความเป็นมาของการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับแพทย์ฉุกเฉิน และแนวความคิดการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่แพทย์ฉุกเฉิน..... | 61 |
| 3.2.1 ที่มาของมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน..... | 65 |
| 3.2.2 ความหมายของคำว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติ.. | 67 |
| 3.2.3 หลักเกณฑ์การปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 70 |
| 3.2.3.1 การปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินที่นำมาสู่ในการ กำหนดมาตรการการปฏิบัติหน้าที่..... | 70 |
| 3.2.3.2 การปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นตามสถานการณ์ที่แตกต่างจาก การรักษาผู้ป่วยทั่วไป..... | 72 |
| 3.3 การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ ฉุกเฉิน..... | 74 |

| | หน้า |
|---|------|
| 3.3.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง..... | 77 |
| 3.3.1.1 การจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ..... | 77 |
| 3.3.1.2 โครงสร้างการปฏิบัติงานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน.... | 82 |
| 3.3.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ด้านผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน..... | 90 |
| 3.4 เกณฑ์แผนงาน และการดำเนินการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินใน ปัจจุบัน..... | 97 |
| 3.4.1 หลักการและเหตุผล..... | 98 |
| 3.4.2 วัตถุประสงค์และเป้าหมาย..... | 100 |
| 3.4.3 องค์ประกอบและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน..... | 102 |
| 3.5 สรุปการปฏิบัติการตามมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน..... | 103 |
| บทที่ 4 การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตาม กฎหมายต่างประเทศ..... | 104 |
| 4.1 การกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะในการปฏิบัติการทางการแพทย์ ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา..... | 104 |
| 4.1.1 วิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการศึกษาการปฏิบัติการแพทย์ ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา..... | 104 |
| 4.1.2 มาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา..... | 106 |
| 4.1.2.1 องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน..... | 106 |
| 4.1.2.2 การอำนวยความสะดวกและการควบคุมทางการแพทย์..... | 109 |
| 4.1.2.3 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 111 |
| 4.1.2.3.1 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล..... | 111 |
| 4.1.2.3.2 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล..... | 112 |
| 4.1.2.4 การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งการช่วยเหลือ ฉุกเฉิน..... | 113 |
| 4.1.2.5 การติดต่อสื่อสาร..... | 115 |
| 4.1.2.6 เกณฑ์วิธีปฏิบัติ..... | 115 |
| 4.1.3 โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 118 |
| 4.1.4 ระบบการฝึกศึกษาการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา.... | 119 |
| 4.1.5 การพัฒนาการประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน | 122 |

| | |
|--|-----|
| 4.1.6 ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทยฉุกเฉินของ สหรัฐอเมริกา..... | 124 |
| 4.1.7 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทยฉุกเฉินสหรัฐอเมริกา.. | 127 |
| 4.1.7.1 การคุ้มครองโดยใช้การประกันภัยแก่ผู้ปฏิบัติการทางการ แพทยฉุกเฉิน..... | 127 |
| 4.1.7.2 การคุ้มครองโดยการใช้หลักความยินยอม..... | 129 |
| 4.2 การกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายในการปฏิบัติการทางการแพทยฉุกเฉิน ของประเทศฝรั่งเศส..... | 130 |
| 4.2.1 วิวัฒนาการแพทยฉุกเฉินของฝรั่งเศส..... | 130 |
| 4.2.2 มาตรฐานการปฏิบัติการของแพทยฉุกเฉินฝรั่งเศส..... | 132 |
| 4.2.2.1 คุณลักษณะสำคัญของหน่วยแพทยฉุกเฉินฝรั่งเศส..... | 134 |
| 4.2.2.2 ศูนย์คู่สายแพทยฉุกเฉิน..... | 136 |
| 4.2.2.3 หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง..... | 138 |
| 4.2.2.4 ค่าใช้จ่าย..... | 139 |
| 4.2.2.5 การประเมินผลและภาพรวมของการแพทยฉุกเฉินฝรั่งเศส... | 140 |
| 4.2.3 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการทางแพทยฉุกเฉินฝรั่งเศส..... | 142 |
| 4.3 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดีในการให้ความคุ้มครองสิทธิ ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางแพทยฉุกเฉินของฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา | 147 |
| 4.3.1 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดี..... | 147 |
| 4.3.2 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายคอมมอนลอร์ (สหรัฐอเมริกา)..... | 149 |
| 4.3.3 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายซีวิลลอร์ (ฝรั่งเศส)..... | 150 |
| 4.3.4 สรุปแนวคิดกฎหมายพลเมืองดีกับการแพทยฉุกเฉิน..... | 151 |
| 4.4 บทวิเคราะห์ความแตกต่างของกฎหมายการแพทยฉุกเฉินระหว่างประเทศ สหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส และการกำหนดมาตรการทางกฎหมาย แพทยฉุกเฉินของไทยที่เหมาะสม..... | 152 |
| บทที่ 5 มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินและคุ้มครองการ ปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการทางการแพทยฉุกเฉินภายใต้บทบัญญัติแห่งกฎหมาย... | 163 |

| | |
|--|-----|
| 5.1 การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 163 |
| 5.1.1 สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550..... | 163 |
| 5.1.2 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545..... | 164 |
| 5.1.3 สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 | 164 |
| 5.1.4 บทวิเคราะห์ข้อจำกัดของกฎหมายไทยในการคุ้มครองและรับรองสิทธิ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน..... | 166 |
| 5.2 การคุ้มครองในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตาม บทบัญญัติแห่งกฎหมาย..... | 169 |
| 5.2.1 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานและจรรยาบรรณทางการแพทย์ฉุกเฉินตาม บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550..... | 169 |
| 5.2.2 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ ความชอบแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550... | 170 |
| 5.2.3 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ ความชอบแห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551.. | 173 |
| 5.2.4 บทวิเคราะห์สภาพปัญหาและความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ ทางการแพทย์ฉุกเฉิน..... | 175 |
| 5.2.4.1 ความรับผิดชอบในทางปกครอง..... | 175 |
| 5.2.4.2 ความรับผิดชอบทางจริยธรรมวิชาชีพแพทย์ฉุกเฉิน..... | 176 |
| 5.3 วิเคราะห์สภาพปัญหาของมาตรฐานและทิศทางของการปฏิบัติการทาง แพทย์ฉุกเฉินตามกรอบแห่งกฎหมาย..... | 177 |
| บทที่ 6 บทสรุปและข้อเสนอแนะ..... | 182 |
| 6.1 บทสรุป..... | 182 |
| 6.2 ข้อเสนอแนะ..... | 210 |
| รายการอ้างอิง..... | 211 |
| ภาคผนวก..... | 216 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... | 328 |

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ก่อนที่ประเทศไทยจะมีการใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 นั้น ประเทศไทยได้มีปัญหามาตั้งแต่เดิมที่ผ่านมาประเทศไทยยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ซึ่งเรื่องเหล่านี้ล้วนแต่เกี่ยวข้องในเรื่องมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ฉุกเฉิน และเมื่อขาดมาตรฐานดังกล่าวผลที่ตามมาก็คือ ในเรื่องของการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นการไม่คุ้มครองสิทธิทั้งตัวผู้ป่วยว่าจะได้รับการรักษาที่มีมาตรฐานอย่างไร และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินว่าต้องใช้วิธีการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานแบบไหนจึงจะไม่เกิดปัญหาแก่ตนได้ในภายหลัง

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินจึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น อีกทั้งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว ยังสอดคล้องหลักประกันในเรื่องของการได้รับสิทธิการได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามรัฐธรรมนูญ เพราะกรณีดังกล่าวแพทย์จะปฏิเสธการรักษาคนไข้ไม่ได้ แสดงให้เห็นว่ากฎหมายดังกล่าวมุ่งคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนอีกด้วย และเมื่อพิจารณาอีกทางหนึ่งก็จะพบว่าเรื่องดังกล่าวก็จะเป็นการคุ้มครองสิทธิต่อผู้ปฏิบัติการไปในตัวถ้าปฏิบัติหน้าที่ตามจรรยาวิชาชีพและมาตรฐานอย่างแท้จริง

เพื่อให้มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความทันสมัยสอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และค่านิยมของประชาชนผู้รับบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้มีการปรับปรุงมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระยะ ระยะเริ่มต้น 2 ปี และระยะถัดไป ทุก 3 ปี หรือตามความเห็นของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการในรูปแบบของคณะทำงาน หรือคณะกรรมการเพื่อพิจารณาสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อไป

เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้การจัดและส่งเสริมพัฒนาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาตินั้น จะทำให้ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่าตลอดจนชาวต่างชาติ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย จะได้รับบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงได้ดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มุ่งเน้นต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีกระบวนการดำเนินการพัฒนาและจัดทำขึ้นจากการสรุปความเห็นร่วมกันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แต่อย่างไรก็ดี ประเทศไทยในปัจจุบันแม้จะมีกฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินใช้แล้ว แต่ก็ยังคงมีปัญหาในมิติของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพราะการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเรื่องที่ซับซ้อน เมื่อพิจารณาแล้ว การที่ผู้ให้บริการได้ทำความเสียหายให้เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในการปฏิบัติการฉุกเฉินดังกล่าว ก็ต้องพิจารณาได้ว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความฉุกเฉินเร่งด่วนและมีความเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายในการรักษาผู้ป่วยมากกว่าการรักษาในภาวะการณ์อันปกติอยู่แล้ว และจะไม่ใช่เป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติการเลยถ้าพิจารณาได้ว่า ความเสียหายนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยฉุกเฉินเองก็มีการความบาดเจ็บรุนแรงมาแต่เดิมมาก่อนจนอาจจะเกินความสามารถหรือวิสัยที่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเกินจะเยียวยามาก่อนอยู่แล้ว แต่เมื่อได้ส่งต่อมาถึงผู้ให้บริการ แล้วผู้ป่วยฉุกเฉินได้เกิดความเสียหายขึ้นจะกล่าวโทษว่าเป็นผลมาจากการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก็ดูจะเป็นสิ่งที่กลางแกลงใจที่จะให้ผู้ปฏิบัติการต้องออกมารับผิดชอบต่อตนอาจไม่ใช่ผู้ก่อ แต่ก็ต้องรับผิดชอบตามจรรยาวิชาชีพอตามกฎและตามหน้าที่ที่ตนต้องปฏิบัติคือการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินควรต้องได้รับความคุ้มครองหากได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินบัญญัติขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการสามารถกล่าวอ้างและชี้ให้เห็นว่าตนได้ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติงานและถูกต้องตามมาตรฐาน อันเป็นการคุ้มครองสิทธิ

เมื่อตนถูกกล่าวหาได้ และขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะได้รับความมั่นใจได้ว่า ตนจะได้รับการรักษาที่ดี มีมาตรฐาน อันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยให้อีกทางหนึ่งด้วย

และปัญหาอีกกรณีหนึ่งคือในชั้นศาล ศาลส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลและมาตรฐานที่ชัดเจน แน่นนอนและวัดได้เพื่อประกอบการพิจารณาคดี แต่ความจริง วิชาชีพเวชกรรมมีความซับซ้อนละเอียดและเป็นสิ่งที่อาจจะเฉพาะเจาะจงหรือไม่ก็เป็นสิ่งที่เฉพาะทาง จึงเป็นการยากที่ศาลจะเข้าใจ และแม้แพทย์ต่างสาขาก็ไม่อาจเข้าใจได้ง่ายด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐาน การปฏิบัติงานของแพทย์ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินในมุมมองหน้าที่การปฏิบัติ การตามบทกฎหมายในกรณีดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าวสามารถเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ เพราะมีเช่นนั้นก็อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินขาดแรงจูงใจในการประกอบวิชาชีพดังกล่าว ในอนาคตแล้วประเทศไทยอาจขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ ซึ่งสร้างความเสียหายในวงการวิชาชีพเวชกรรมอันมีความสำคัญและประโยชน์ต่อประเทศชาติและสังคมเป็นอย่างมาก

ดังนั้น หากมีการศึกษาวิเคราะห์บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้ทราบว่ามีแนวทางและมาตรฐานในลักษณะใดบ้างที่จะช่วยลดความขัดแย้งและความคลุมเครือในเรื่อง การปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเรื่องความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการ จากการปฏิบัติหน้าที่ตามกรณีฉุกเฉิน รวมถึงในเรื่องของสิทธิและข้อยกเว้นในสิทธิบางประการการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่พึงได้รับการรับบริการดังกล่าว ตลอดจนความบกพร่องของข้อกฎหมายที่มีอยู่ซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์ของโหวตที่เกิดขึ้นอันสร้างความไม่เป็นธรรมให้เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติการและผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินนี้ เพราะการศึกษาในครั้งนี้ได้มุ่งหวังที่จะให้มาตรฐานทางการเวชกรรมในกรณีแพทย์ฉุกเฉินนี้ให้มีความชัดเจน สร้างความง่ายที่จะเข้าใจในการใช้ดุลยพินิจของเหตุผลในแต่ละฝ่าย เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีและลดความขัดแย้งในสังคมของกรณีการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์สิทธิผู้ป่วยทั่วไปของผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมาย
- 2) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั่วไปและผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมฉุกเฉินตามที่กฎหมายกำหนด อันมีประโยชน์เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้

ผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉินให้รู้ถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และช้อยกเว้นในความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการที่ไม่รับผิดชอบในกรณีดังกล่าวอีกทางหนึ่ง

3) เพื่อศึกษาบทบัญญัติที่เป็นอุปสรรคเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเรื่องความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสร้างความ เป็นธรรมให้เกิดทั้งฝ่ายผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นการส่งเสริมให้ ประชาชนทั่วไปเข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่ทางการแพทย์ฉุกเฉินในทางที่ดียิ่งขึ้น

4) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง กฎหมายภายในประเทศและต่างประเทศในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำแนวคิดและหลักการ บางอย่างมาปรับใช้ อันจะสร้างประโยชน์และความเป็นธรรมทางการแพทย์ฉุกเฉินให้มียิ่งขึ้น

5) เพื่อเสนอแนะเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมในเรื่อง ความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมโดยเฉพาะในกรณีการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อไม่เป็นการ สร้างแรงกดดันในการประกอบวิชาชีพของแพทย์มากเกินไปจนขาดแรงจูงใจในการประกอบ วิชาชีพ หรือสนับสนุนให้มีกฎหมายหรือกฎเกณฑ์ของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ของวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวในอนาคต

1.3 สมมติฐานการวิจัย

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกฎหมายเฉพาะที่ให้การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน แต่บทบัญญัติดังกล่าวได้รับการกำหนดเนื้อหาที่ ครอบคลุมในทุกกรณีอย่างเท่าถึงกัน ยังผลให้จำเป็นต้องออกอนุบัญญัติในเรื่องต่างๆตามความ จำเป็น ทำให้เกิดสภาพของปัญหาและการบังคับใช้ แตกต่างจากกฎหมายต่างประเทศที่กำหนดไว้ อย่างเฉพาะและรัดกุม จึงสมควรศึกษาเปรียบเทียบเพื่อหาแนวทางในการกำหนดมาตรการทาง กฎหมายที่เหมาะสมในแต่ละเรื่อง

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาเกี่ยวกับความเหมาะสมของข้อกำหนดที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติแพทย์ฉุกเฉิน ขอบเขตความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินกับแพทย์และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนมาตรการการปฏิบัติงานและความรับผิดชอบของแพทย์และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

และข้อยกเว้นความรับผิดชอบของผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเทียบเคียงกับมาตรฐานวิชาชีพ
ขั้นพื้นฐานของแพทย์และการให้บริการ และศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ พระราชบัญญัติ
การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นหลัก รวมถึงพระราชบัญญัติ กฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ
ทางการแพทย์อื่นๆที่เกี่ยวข้องด้วย

1.5 วิธีการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยทางเอกสาร (Documentary Research) เป็นหลัก โดยเน้น
การศึกษาพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกอบกับรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่
ลำดับศักดิ์เท่ากัน หรือกฎหมายลำดับรอง ตลอดจนกฎหมายต่างประเทศ ประกอบการค้นคว้า
เอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งไทยและต่างประเทศ เช่น หนังสือ ตำรา บทความ วารสาร ข้อมูล
ทางอินเทอร์เน็ต ทั้งทางนิติศาสตร์ ทางเวชศาสตร์ เพื่อนำมาวิเคราะห์หาข้อสรุปและแนวทางการ
ปรับปรุงกฎหมายต่อไป

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1) ทำให้เข้าใจถึงสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับ
ประชาชนทุกคนในประเทศ รวมทั้งสากลประเทศให้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายแพทย์
ฉุกเฉินของไทย อันเป็นหลักประกันในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์ในกรณีเกิดการ
เจ็บป่วยฉุกเฉินอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชาติ

2) เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติหน้าที่และภาระความรับผิดชอบ
ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้กรอบ หลักเกณฑ์ มาตรฐานการปฏิบัติงาน

3) เพื่อศึกษาแนวความคิด ทฤษฎี และที่มาของบทบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมาย
ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนแนวทางการปฏิบัติของกฎหมายต่างประเทศในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินและ
การปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบของการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

4) เพื่อกระตุ้นให้รัฐ องค์กรต่างๆของทั้งภาครัฐ และเอกชน ตระหนักถึงในเรื่องสิทธิของ
ผู้ป่วยฉุกเฉินและการปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน
ว่ามีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนในสังคม

5) เพื่อเสนอแนะแนวทางการปรับปรุง แก้ไข หรือเพิ่มเติมข้อกำหนดที่เหมาะสมเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่รัฐ รวมทั้งการรักษาและการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินด้วย

บทที่ 2

การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

2.1 ความหมายของผู้ป่วยทั่วไป

ความหมายของคำว่า ผู้ป่วย ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน¹ หมายถึง ผู้ที่มีลักษณะ อากาหรือได้รับความทรมานจากโรคที่ตนเป็นอยู่ หรือได้รับความทรมานจากการบาดเจ็บรุนแรง หรือสาหัส และไม่สามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติสุข

ซึ่งสำหรับคำว่า ผู้ป่วยทั่วไป² หมายถึง ผู้ที่ได้รับความเจ็บป่วยหรือได้รับความบาดเจ็บแต่ไม่ได้อยู่ในขั้นรุนแรงหรือฉุกเฉินที่ต้องอาศัยความเร่งด่วนในการรักษาเยียวยา ซึ่งกรณีดังกล่าวนี้ อาจหมายความรวมถึงผู้ป่วยนอกก็ได้

เพราะโดยสภาพแล้วผู้ป่วยแบบทั่วไปกับผู้ป่วยฉุกเฉินมีสภาพที่แตกต่างกัน และการให้การรักษาของผู้ปฏิบัติการทางเวชกรรมก็จึงควรมีลักษณะที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งสามารถดูได้จากเนื้อหาที่จะกล่าวถึงในส่วนต่อไป

2.2 ขอบเขตและความหมายของคำว่าสิทธิผู้ป่วย

สิทธิ หมายถึง อำนาจอันชอบธรรม นักสังคมศาสตร์อาจมองสิทธิออกได้เป็น 2 ประเภท คือ³

¹ ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น จำกัด, 2546 ,น.220

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คำจำกัดความผู้ป่วย (ออนไลน์) แหล่งที่มา <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/opd/patien.htm>, (7 ธันวาคม 2555)

³ วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์, สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์](ม.ป.ป.), http://www.elib-online.com/physicians/forensic/forensic_privilege001.html, (ส.ค. 2545)

1. **สิทธิทางจริยธรรม (moral right)** หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมี โดยเท่าเทียมกัน โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนพึงมีอย่างเท่าเทียมกันในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ไม่จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นมากำหนดวัด มนุษย์มีอำนาจอันชอบธรรมด้านสิทธิทางจริยธรรมที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาค และเป็นอิสระ และทุกคนพึงมีหน้าที่จะปฏิบัติต่อกันในลักษณะดังกล่าว หลักความเสมอภาคเป็นรากฐานสำคัญของความยุติธรรม

สิทธิทางจริยธรรมนี้เป็นอำนาจอันชอบธรรม เช่น สิทธิในชีวิต สิทธิในการพูด สิทธิในการเลือกนับถือศาสนา สิทธิทางจริยธรรม มีลักษณะแตกต่างกับสิทธิทางกฎหมาย 4 ประการ คือ

- ก. เป็นสากล คือ มีให้กับทุกคนทั่วไปไม่จำกัดว่าจะอยู่ที่ใดในโลก
- ข. มีความเสมอภาค คือ ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกัน ไม่มีใครมีสิทธิในชีวิตมากหรือน้อยกว่ากัน
- ค. เปลี่ยนมือไม่ได้ คือ ไม่สามารถให้ยืม หรือแลกเปลี่ยน ขายให้ผู้อื่นได้
- ง. เป็นสิทธิทางธรรมชาติ คือ เป็นสิทธิที่มนุษย์มิได้เป็นผู้กำหนดขึ้นเหมือนกฎหมาย ไม่ต้องมีองค์กรใดกำหนด

อย่างไรก็ดี สิทธิทางจริยธรรมมิใช่กฎหมาย แต่การออกมาเป็นกฎหมายนั้นจะทำให้ง่ายและทำให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. **สิทธิทางกฎหมาย (legal right)** ได้แก่ ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้ หมายถึง ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองว่ามีอยู่และเป็นประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครองมิให้ละเมิดสิทธิรวมทั้งบังคับให้เป็นไปตามสิทธิในกรณีที่มีการละเมิด เช่น สิทธิในการเลือกตั้งเมื่ออายุครบ 18 ปี สิทธิในการข้ามถนนในทางม้าลาย สิทธิในการช้รถยนต์ เป็นต้น

แต่ในความเป็นจริง ในขณะนี้แม้ว่าจะมีสิทธิทางจริยธรรมจริง แต่ก็คงแยกจากสิทธิทางกฎหมายได้ยาก โดยทั่วไปอาจแบ่งสิทธิออกได้เป็น 2 ประการ⁴ อย่างกว้างๆ คือ

ก. สิทธิไม่ให้ถูกระทำ (negative right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่ทุกคนพึงมี เป็นอิสระ โดยไม่สามารถไปแทรกแซงได้ สิทธิประเภทดังกล่าว เช่น สิทธิตามรัฐธรรมนูญในการพูด การนับถือศาสนา สิทธิส่วนตัว สิทธิไม่ให้ผู้อื่นมาทำร้ายร่างกาย เป็นต้น สิ่งที่มาควบคู่กับสิทธิ คือ หน้าที่ที่ทุกคนไม่เข้าไปแทรกแซงผู้อื่นในการทำสิ่งต่างๆ ตามตัวอย่างที่กล่าวมา

⁴ วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์, เรื่องเดียวกัน

ข. สิทธิในอันที่จะกระทำได้ (positive right) เป็นอำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์เป็นอิสระในการตัดสินใจเลือกด้วยตัวเอง เช่น สิทธิทางการศึกษา การเลือกรูปแบบการรักษาพยาบาล เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านหน้าที่ เช่น องค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการศึกษา รัฐบาลจะต้องมีส่วนช่วยทำให้บุคคลแต่ละคนสามารถบรรลุถึงการตัดสินใจตามต้องการได้

2.2.1 ความหมายของสิทธิผู้ป่วย

สิทธิผู้ป่วยได้มีการเรียกรวมสิทธิหรือการกล่าวถึงสิทธิต่างๆ ของผู้ป่วยไว้อย่างมากมายและกว้างขวาง ก่อนที่จะมีคำประกาศในเรื่องสิทธิผู้ป่วยออกมาโดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข สิทธิที่กล่าวถึงเหล่านี้ก็มี เช่น⁵

1. สิทธิขั้นพื้นฐานที่ทุกคนควรจะได้รับบริการด้านสุขภาพโดยเท่าเทียมกัน
2. สิทธิที่จะเลือกรับบริการ
3. สิทธิที่จะรู้ถึงบริการที่ตนจะได้รับหรือได้รับมาแล้ว
4. สิทธิที่จะได้รับข้อมูลจากสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสถานพยาบาล การรักษาพยาบาล หรือข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ให้การรักษาพยาบาล
5. สิทธิที่จะตาย
6. สิทธิของผู้ป่วยที่บกพร่องทางกายและจิตใจ
7. สิทธิที่จะได้รับความเป็นส่วนตัว (right of privacy) สิทธิส่วนตัว เช่น การไม่ถูกรบกวน โดยการตรวจตลอดเวลาหรือในยามวิกาลโดยไม่จำเป็น การที่จะไม่ถูกใช้เป็นผู้ถูกทดลอง (subject) ในการเรียนการสอนหรือการวิจัยโดยไม่ได้รับการบอกกล่าวล่วงหน้า
8. สิทธิความเป็นคน เช่น การที่จะได้รับเรียกชื่อมากกว่าถูกเรียกเป็นกรณี การได้รับการปฏิบัติเช่นคนที่พึงได้รับ
9. สิทธิที่จะได้รับความเสมอภาคในการเป็นคู่สัญญา (สัญญาที่ไม่เป็นธรรม)
10. สิทธิที่จะได้รับบริการทางนิติกรรมที่อาจต้องเกี่ยวข้องกับทางการแพทย์

⁵ เรืองเดียวกัน

11. สิทธิอื่นๆ ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เช่น การขอให้พ้นจากการเป็นผู้ไร้ความสามารถ

สิทธิเหล่านี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเกิดสิทธิผู้ป่วยในเวลาต่อมา ที่เรียกว่า "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" นั่นเอง

2.2.2 แนวทางการพิจารณาถึงสิทธิผู้ป่วยอย่างกว้าง

จริงๆ แล้ว ผู้ป่วยในฐานะของประชาชนคนไทยคนหนึ่งย่อมต้องมีสิทธิในด้านสิทธิผู้ป่วยโดยอาศัยสิทธิตามกฎหมายต่างๆ ได้อยู่แล้วซึ่งมีจำนวนไม่น้อย ตัวอย่างของกฎหมายเหล่านี้⁶ เช่น

1. **รัฐธรรมนูญ** สิทธิผู้ป่วยที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ปี พ.ศ. 2550 ที่สำคัญ เช่น ในมาตรา 51 และมาตรา 80 (2) ดังจะได้กล่าวถึงต่อไป

2. **กฎหมายทั่วไป** คือ สิทธิที่บัญญัติไว้ในกฎหมายทั่วไป เช่น ในประมวลกฎหมายอาญา ไม่ว่าจะเป็นเรื่องชีวิต ร่างกาย เสรีภาพ ความลับของผู้ป่วย ฯลฯ **ตัวอย่าง** ผู้ป่วยชราหรือป่วยเจ็บต้องได้รับการดูแล ตามมาตรา 307 "ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญาต้องดูแล ผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้เพราะอายุความเจ็บป่วย กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปีหรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

3. **กฎหมายสาธารณสุข** เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535

4. **กฎหมายวิชาชีพ** เช่น สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองเกี่ยวกับการรักษาความลับตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 การประกอบวิชาชีพเวชกรรม ข้อ 9. "ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่"

2.2.3 การคุ้มครองผู้ป่วยภายใต้ปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก

⁶ เรื่องเดียวกัน

การคุ้มครองผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ เพราะถือว่าเป็นความเสมอภาคที่รัฐให้แก่ประชาชนทุกคน ประเทศที่ปกครองด้วยหลักนิติรัฐต้องให้ความสำคัญแก่สิทธิขั้นพื้นฐานในสังคมเป็นสำคัญ ซึ่งสิทธิผู้ป่วยก็เป็นสิทธิประเภทหนึ่งที่พลเมืองทั่วโลกให้ความสนใจ เพราะเป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกประเภท ทุกเพศ ทุกวัย และทุกระดับชั้นในสังคม

2.2.3.1 ความเป็นมาของปฏิญญาว่าด้วยสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลก

เริ่มมาจากสิทธิของผู้ป่วยของสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (AHA's Patient's bill of right)⁷ ซึ่งประกาศโดยสมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Hospital Association, 1975) ได้มีแนวคิดว่าการเคารพเรื่องสิทธิของผู้ป่วย* นั้นมีความสำคัญที่จะทำให้เกิดผลดีในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเสริมสร้างความพึงพอใจกับผู้ป่วย โดยเชื่อว่าจะได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา เพราะการเคารพสิทธิของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการรักษานอกจากการรักษาทางยา โดยเน้นเรื่องความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์และคนไข้

ก่อนจะมาเป็น "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" ได้มีการรณรงค์ถึงสิทธิผู้ป่วยโดยแพทย์หลายท่านจนถึงระดับกรรมการแพทยสภา ทั้งยังได้มีคณะอนุกรรมการชุดหนึ่งของแพทยสภา คือ "คณะอนุกรรมการสิทธิผู้ป่วย" ที่ได้ดำเนินการให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสิทธิของตนเอง อีกทั้งยังได้มีการจัดสัมมนาเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วย อีกไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง และการสัมมนาที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งแต่ละครั้งก็มีหัวข้อที่น่าสนใจ อีกทั้งยังมีประสบการณ์ของผู้ป่วยเองที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลและได้รับการปฏิบัติจากแพทย์โดยไม่สมควร โดยที่ตนเองไม่เคยทราบถึงสิทธิของตนเองมาก่อน ทำให้เกิดความเสียหายหลายประการ ซึ่งถ้าเขาได้รู้ถึงสิทธิของเขาเองก็จะทำให้เป็นประโยชน์ต่อเขาอย่างยิ่ง

ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก⁸ เนื่องด้วยความสัมพันธ์ ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย รวมทั้งสังคมทั่วไปได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วงเวลาไม่

⁷ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์(แปล),ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก* (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) [ออนไลน์] <http://www.doctor.or.th/node/7166> (ต.ค. 2551)

* หมายเหตุ "ผู้ป่วย" หมายถึง ประชาชนผู้ไปขอรับบริการด้านสุขภาพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

⁸ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (แปล), เรื่องเดียวกัน

นานมานี้ แพทย์ควรจะต้องปฏิบัติงานด้วยความรู้สึกผิดชอบชั่วดี โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยอยู่เป็นประจำสม่ำเสมอ และพยายามที่จะรับประกันความเป็นอิสระเสรีของผู้ป่วยและความยุติธรรม คำปฏิญญาต่อไปนี้แสดงถึงสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจะต้องนำไปปฏิบัติและส่งเสริม แพทย์และบุคคลหรือองค์กรอื่นใดที่มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาพยาบาล ต้องรับผิดชอบร่วมกันที่ยอมรับและรักษาสีทิวเหล่านี้ไว้ ถ้ามีกฎหมายการดำเนินงานของรัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐ หรือสถาบันใดๆ ปฏิเสธสิทธิผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว แพทย์ย่อมดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมเพื่อดำรงรักษาสีทิวดังกล่าว รายละเอียดในหลักการสำคัญมีดังต่อไปนี้⁹

1. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี

- ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ
- ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใดๆ
- ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป
- ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์
- จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการ รักษา นั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อบ่งชี้ทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ
- ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ ตราบเท่าที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป เว้นแต่จะมีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่น

⁹ เรืองเดียวกัน

2. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยอิสระ ไม่คำนึงว่าจะอยู่สังกัดของรัฐหรือเอกชน

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้

3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือ การบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว

ก. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายที่ได้รับการอธิบายข้อมูลแล้ว

ข. กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็นแต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น

ค. อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สีกตัว ในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายามจะฆ่าตัวตาย

5. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ก. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ในบางประเทศให้ใช้ความยินยอมของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดี ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำ

ข. ถ้าผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะห้ามการเปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย

ค. กรณีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามการดำเนินการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์พึงจะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

6. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย

กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วยสามารถทำได้เฉพาะในกรณียกเว้นเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องมีความหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์

7. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเวชระเบียน และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในเวชระเบียนไม่ควรเปิดเผยให้ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วย คือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อได้ว่า ข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วยและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ง่าย

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอมิให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น

จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

8. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก. จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ได้แก่ ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย อาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค การฟื้นฟู และ การบำบัดรักษา รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ ข้อมูล แม้กระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นได้ก็ต่อเมื่อมีความจำเป็นที่ต้องรู้เท่านั้น

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้เหมาะสม

9. สิทธิได้รับสุขศึกษา

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับสุขศึกษาที่มีส่วนช่วยตนเองในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพและการรับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวให้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพ วิธีการป้องกันและรู้จักสังเกตอาการของโรคในระยะเริ่มแรก โดยแพทย์ต้องกระตือรือร้นที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ในการมีส่วนร่วมที่จะให้การศึกษานี้ด้วย

10. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพตลอดเวลาที่มีการรักษาพยาบาลหรือการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงคุณค่าที่ผู้ป่วยยึดถือ

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตาม
วิทยาการความรู้

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมี
มนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมี
ศักดิ์ศรีโดยสงบเท่าที่จะทำได้

11. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางศาสนา

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเยียวยาทางจิตวิญญาณและ
ศีลธรรม รวมถึงการช่วยเหลือของนักบวชในศาสนาที่ตนนับถือ

* ได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมสมัชชาแพทยโลก ครั้งที่ 34
ณ กรุงลิสบอน ประเทศโปรตุเกส เมื่อเดือนกันยายน-ตุลาคม ค.ศ. 1981 และปรับปรุงในปี ค.ศ.
1995 และ 2005 ตามลำดับ¹⁰

2.2.3.2 คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยของไทย

ของไทยในเวลาต่อมาได้มีการประกาศ "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" โดยองค์กร
ทางด้านสาธารณสุข 5 องค์กร ลงนามโดยนายกของสภาผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ 4 องค์กร
และประธานคณะกรรมการการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ในวันที่ 16 เมษายน 2541 ซึ่งมี
เนื้อหา ดังนี้¹¹

"เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่
บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดี และเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน แพทยสภา สภาการพยาบาล
สภาเภสัชกรรม ทันตแพทย์สภา คณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออก
ประกาศรับรองสิทธิผู้ป่วยไว้ดังต่อไปนี้¹²

¹⁰ เรื่องเดียวกัน

¹¹ สภาการพยาบาล. สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์] (ม.ป.ป) <http://www.tnc.or.th/knowledge/know04.html>, (7 พ.ย. 2553)

¹² วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (แปล), ปฏิญญาว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก* (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) [ออนไลน์] <http://www.doctor.or.th/node/7166> (ต.ค. 2551)

1. ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มี การเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่าง เพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจ ในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการ ช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือ รีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วย จะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน
6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่ มิได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตาม กฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้า ร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะ ของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัว ของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็ก อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้"

เพื่ออธิบายถึงสิทธิผู้ป่วยตามคำประกาศดังกล่าว จึงขอเสนอเป็นข้อๆ ดังนี้

1. เป็นสิทธิที่ทุกคนจะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ ซึ่งปัจจุบันก็คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 บัญญัติให้ทุกคนย่อมมีสิทธิเสมอกันการรับบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

2. สิทธิที่จะได้รับบริการโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ หมายความว่า ไม่ว่าจะเป็ใครก็ตามจะชอบพรรคการเมืองใด จะร่ำรวยหรือยากจน จะผู้เยาว์หรือผู้สูงอายุ จะต้องได้รับบริการโดยเสมอภาคเท่าเทียมกัน ซึ่งในความเป็นจริงนั้นมักจะมีปัญหาในบางกรณี โดยเฉพาะในเรื่องของฐานะความร่ำรวยความยากจน ซึ่งมักจะมีเรื่องร้องเรียนกันบ่อยๆ ว่าคนยากจนมักจะได้รับบริการไม่เหมือนกับคนร่ำรวย

3. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ เช่น ถ้าต้องการทราบว่าตนเองเป็นโรคอะไร ต้องรักษาด้วยวิธีการใด รักษาอย่างไร ผลการรักษาจะเป็นเช่นไร มีโอกาสจะหายหรือไม่ ค่ารักษามากน้อยเพียงไร ก็มีสิทธิที่จะถามได้ หรือบางครั้งมีวิธีการรักษาหลายวิธี เราก็มีสิทธิที่จะเลือกวิธีใดวิธีหนึ่งได้ หรือตัดสินใจที่จะไม่ยอมให้รักษาก็ได้ เหตุที่ต้องถามเพราะบางครั้งในทางปฏิบัติ จำนวนผู้ป่วยมีมาก ใช้เวลาตรวจนาน ผู้ป่วยจึงมักไม่ค่อยได้รับการอธิบายโดยละเอียด หรือบางครั้งอธิบายไปแล้วผู้ป่วยไม่เข้าใจในสิ่งที่ได้รับฟังมา ซึ่งมักจะมีปัญหาอยู่เสมอๆ ในเรื่องเหล่านี้

4. เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต ก็มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอหรือไม่ ซึ่งกรณีมักจะมีปัญหาและเป็นข่าวบ่อยๆ ที่เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและไปถึงโรงพยาบาลแล้ว หมอไม่ยอมรักษาเพราะต้องถามก่อนว่ามีเงินเพียงพอค่ารักษาหรือไม่ ถ้าไม่พอก็จะส่งไปที่อื่นโดยไม่ได้ให้การรักษาเร่งด่วนตามแต่กรณีก่อน ซึ่งเหตุการณ์อย่างนี้ไม่สมควรจะเกิดขึ้น

5. สิทธิที่จะทราบชื่อ สกุลของผู้ที่ให้บริการ เช่น เมื่อเข้าห้องตรวจผู้ป่วยสามารถถามชื่อแพทย์หรือพยาบาลที่จะทำการตรวจรักษาเราได้ (แต่ส่วนใหญ่มักจะทราบอยู่แล้วเพราะมีชื่อหมอตีดยู่หน้าห้อง)

6. สิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้ให้บริการแก่ตนและมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้ เช่น เมื่อผู้ป่วยสงสัยใน

การตรวจ รักษา ก็มีสิทธิที่จะขอความเห็นจากแพทย์อีกคนที่ไม่ได้เป็นผู้รักษาเราได้ หรือถ้ารักษา กับหมอคนนี้แล้วไม่เป็นที่พึงพอใจก็อาจขอเปลี่ยนหมอได้ หรือถ้าไม่สะดวกที่จะมารักษาที่ โรงพยาบาลนี้ก็ยังสามารถเปลี่ยนโรงพยาบาลได้ เป็นต้น

7. สิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งสิทธิในข้อนี้จะเป็น จรรยาบรรณที่บัญญัติไว้ในข้อบังคับของวิชาชีพทางด้านสุขภาพที่ผู้ประกอบการวิชาชีพต้องปฏิบัติตาม อย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือเป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย

8. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือ ถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง หมายความว่า ในบางกรณีแพทย์จะทำการศึกษาวิจัยด้วยยา หรือ เทคโนโลยีในการรักษาใหม่ๆ ที่ต้องทำโดยอาศัยผู้ป่วย ในฐานะผู้ป่วยเองก็มีสิทธิที่จะทราบถึง รายละเอียดของการทดลอง ผลดี ผลเสีย ระยะเวลาการทดลองหรือข้อมูลต่างๆ เพื่อประกอบการ ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในการทดลองครั้งนี้หรือถ้าเข้าร่วมแล้วก็มีสิทธิที่จะถอนตัวจากการทดลองได้

9. สิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น หมายความว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอข้อมูลส่วนตัวที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของตนเองที่อยู่ใน เวชระเบียน แต่ไม่ใช่การไปขอเอกสารเวชระเบียน เพราะเอกสารเวชระเบียนเป็นทรัพย์สินของทาง สถานพยาบาล

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็น ผู้เยาว์อายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเอง ได้ ซึ่งสิทธิข้อนี้จะมีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์อยู่แล้ว เพียงแต่นำมาใช้ใน คำประกาศสิทธิผู้ป่วยเพื่อย้ำถึงความที่มีอยู่ของสิทธิดังกล่าว

ข้อสังเกต¹³ : ได้มีการตัดข้อ 9 ของฉบับร่างสิทธิผู้ป่วยออก ซึ่งมีข้อความที่ น่าสนใจอย่างมากดังนี้ “9 ผู้ป่วยมีสิทธิอย่างเสรีในการปฏิเสธการรักษาใดๆ ที่เป็นวิธีการยืดชีวิต ของเขาออกไป โดยที่เขาเห็นว่าวิธีการยืดชีวิตนั้นจะทำให้คุณภาพชีวิตของเขาลดคุณค่าความเป็น มนุษย์ลงไป และให้รวมถึงสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาดังกล่าวที่ได้แสดงเจตจำนงไว้ เป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้า ในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ด้วย”

¹³ สภาการพยาบาล, สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์] (ม.ป.ป) <http://www.tnc.or.th/knowledge/know04.html>, (7 พ.ย. 2553)

ซึ่งในร่างของข้อนี้เป็นเรื่อง 3 เรื่องใหญ่ๆ คือ

1. สิทธิที่จะตาย (The right to die)
2. สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment)
3. พินัยกรรมแห่งชีวิต (Will of life)

ซึ่งสัมพันธ์กับเรื่องการทำให้อุป่วยที่สิ้นหวังได้ตายอย่างสงบ (Euthanasia)

ซึ่งแน่นอนว่าทั้ง 3 เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ ได้มีการเขียนในบทความและให้ความเห็น โดยผู้ทรงคุณวุฒิหลายครั้งหลายท่าน และยังมีปัญหาในการยอมรับของฝ่ายต่างๆ อีกมาก โดยเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น แม้แต่ในต่างประเทศก็ยังคงมีปัญหา การที่จะออกเป็นหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ในระดับองค์กรทางด้านสาธารณสุขอย่างเดียวย่อมไม่เป็นการเพียงพอ ควรจะต้องออกเป็นกฎหมายในระดับพระราชบัญญัติ ซึ่งในขณะนี้เรื่อง Euthanasia เพิ่งจะยอมรับในระดับกฎหมายที่ผ่านสภาทั้งสอง (สภากลางและสภาสูง) เพียงประเทศเนเธอร์แลนด์เท่านั้น เมื่อวันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2544 นี้เอง สำหรับในประเทศออสเตรเลียใน Northern Territory เคยผ่านกฎหมายเช่นนี้เมื่อปี พ.ศ. 2539 แต่มีผลอยู่เพียง 8 เดือน ก็ถูกรัฐสภาของรัฐบาลกลางสั่งยกเลิกกฎหมายดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม คาดว่าเรื่องทั้ง 3 นี้จะเป็นหัวข้อที่ทางองค์กรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพให้ความสนใจ และน่าจะมีแนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพออกมาในเวลาอีกไม่นานนัก

2.3 การให้ความสำคัญคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั่วไปตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

กฎหมายไทยได้ให้ความสำคัญต่อสิทธิผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิดังกล่าวก็ได้รับการรับรองในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เพื่อเป็นการให้สิทธิในการรักษาทางการแพทย์สร้างความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำทางด้านโอกาสในการรับบริการทางสาธารณสุข และนอกจากนี้ยังมีกฎหมายลำดับรองอื่นๆ ที่คุ้มครองสิทธิดังกล่าวอีกด้วย

2.3.1 การคุ้มครองตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ

สำหรับกรณีดังกล่าวนับว่าเป็นเรื่องที่สำคัญยิ่งเพราะการคุ้มครองผู้ป่วยทั่วไปนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ควรดูด้วยว่าในเมืองไทยเรามีกฎหมายที่คุ้มครองทั้งผู้ป่วยทั่วไปอย่างไรบ้าง แต่สิ่งที่

ผู้ป่วยทั้งสองแบบมีจุดร่วมเหมือนกันในทางกฎหมายคือเรื่องของความเสมอภาคในการรักษาทางการแพทย์ตามรัฐธรรมนูญไทย

รัฐธรรมนูญไทยการรับรองสิทธิเสรีภาพพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ซึ่งที่ดั้งเดิมที่สุดที่มีในลำดับต้นๆ ก็คือการรับรองสิทธิเสรีภาพในทางกายภาพของมนุษย์ (les liberte physiques) การรับรองดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่ามนุษย์ทุกผู้ทุกคนนั้นต่างก็มีสิทธิเสรีภาพเหนือร่างกายของตนเองและในขณะเดียวกันทุกคนต้องไม่ทำการเป็นการกระทบต่อเนื้อตัวร่างกายของผู้อื่นซึ่งเป็นไป ตามแนวความคิดของสำนักกฎหมายฝ่ายธรรมชาติ¹⁴ ดังนั้น รัฐธรรมนูญจึงต้องมีบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนในรัฐนั้น โดยการใช้สิทธิเสรีภาพของแต่ละบุคคลก็ย่อมต้องไม่สร้างผลกระทบและละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น และการจะจำกัดสิทธิและเสรีภาพได้ก็จะต้องมีกฎหมายให้อำนาจกำหนดไว้และเท่าที่จำเป็น ด้วยเหตุนี้ การให้บริการทางการแพทย์ก็ย่อมเป็นการกระทำที่ตอบสนองการรักษาสิทธิขั้นพื้นฐานในเรื่องของสิทธิในชีวิตและร่างกาย และสิทธิที่จะได้รับบริการจากรัฐของประชาชนในประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ทั้งนี้ก็ต้องดูว่ารัฐธรรมนูญของไทยได้ให้อำนาจและขอบเขตความเสมอภาคทางการรักษาทางการแพทย์ขนาดไหนเพียงไร ก่อนอื่นจึงต้องทำความเข้าใจกับหลักเรื่องความเสมอภาคที่บัญญัติไว้ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 เสียก่อน

“มาตรา 30 บุคคลย่อมเสมอภาคกันในกฎหมายและได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายเท่าเทียมกันชายและหญิงมีสิทธิเท่าเทียมกัน

การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิดเชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพร่างกาย หรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมืองอันไม่ขัดต่อบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญ จะกระทำมิได้

มาตรฐานที่รัฐกำหนดขึ้นเพื่อขจัดอุปสรรคหรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถใช้สิทธิและเสรีภาพได้เช่นเดียวกับบุคคลอื่น ย่อมไม่ถือเป็นการเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นตามวรรคสาม”

¹⁴ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ เสรีภาพทางกายภาพตามแนวคิดทางกฎหมายของฝรั่งเศส(ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://chanin1222.ispace.in.th/021.html> (พฤษภาคม 2555)

มาตราดังกล่าวตามรัฐธรรมนูญ ตรงกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ข้อ 2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นของเรื่องสิทธิผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในที่นี้หมายถึง ผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตแพทย์และเภสัชกรรม และรวมถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะตามพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 ด้วย โดยการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องกระทำให้กับทุกคนในลักษณะที่เท่าเทียมกัน ซึ่งยึดถือเป็นหลักของความเสมอภาคในสังคมนั่นเอง โดยสามารถเปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้ดังนี้

มาตรา 30 "บุคคลย่อมเสมอภาคในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายโดยเท่าเทียมกัน....ฯลฯ"

ซึ่งก็มีการรับรองความเสมอภาคในการที่จะให้บริการทางสาธารณสุขโดยไม่เลือกปฏิบัติเช่นเดียวกันกับรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน

นอกจากนี้ ยังต้องดูในส่วนสิทธิเสรีภาพของบุคคลตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 ดังนี้

มาตรา 32 "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย.....ฯลฯ"

มาตราดังกล่าวตรงกับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม ให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน

เมื่อเปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ก็ไม่ได้ต่างกันในเรื่องความ มาตรา 13 "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย.....ฯลฯ"

โดยหลักแล้วการจะดำเนินการอย่างไรกับผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะต้องทราบสิ่งที่จะกระทำต่อตัวเองในการรับบริการด้านสาธารณสุข ในประเทศฝรั่งเศสกรณีดังกล่าวนี้เป็นไปตามหลักเสรีภาพในร่างกายกับการสาธารณสุข¹⁵

จากเสรีภาพในเนื้อตัวร่างกายนั้นทำให้ตระหนักไปถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการรักษาตามที่เหมาะสมกับเขาและแม้ว่าจะไม่ได้รับการรักษาก็ตาม แต่อย่างไรก็ตามก็มีข้อจำกัดที่ใช้

¹⁵ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, เรื่องเดียวกัน

บังคับกับเสรีภาพของแต่ละบุคคลโดยมีพันธะที่จะต้องไม่กระทบหรือรบกวนต่อผู้อื่นด้วยตามที่ประกาศยืนยันในคำประกาศสิทธิมนุษยชนและพลเมือง ค.ศ.1789 ของประเทศฝรั่งเศส การที่สุขภาพของบุคคลคนหนึ่งเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อโรคไปยังส่วนรวมแล้ว เสรีภาพของบุคคลนั้นจะต้องถูกยุติลง ในกรณีดังกล่าวสุขภาพของปัจเจกชนต้องถูกหดยิบยกไปยังสุขภาพของประชาชนชนทั้งหมด และเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องป้องกัน

เสรีภาพที่จะได้รับการรักษายังคงมีอยู่และกฎหมายฝ่ายบ้านเมืองไม่ได้รับจัดเป็นกลุ่มเดียวกับที่ได้รับการบัญญัติในคำปรารภของรัฐธรรมนูญสาธารณรัฐฝรั่งเศส ปี ค.ศ. 1946 ที่ว่า “ชาติยอมให้ประกันแก่ทุกคน...ในอันที่จะคุ้มครองสุขภาพ...ซึ่งบทบัญญัติดังกล่าว ถือได้ว่าพันธะที่จะต้องป้องกันสุขภาพของประชาชนโดยตนเอง” สาระดังกล่าวนี้ได้เพิ่มมากขึ้นๆ ทุกวัน ขณะเดียวกันการจำกัดการใช้เสรีภาพของคนที่อาจจะกระทบต่อประชาชนก็เพิ่มขึ้นมากขึ้นทุกขณะ รัฐก็สามารถห้ามได้โดยคำนึงถึงสุขภาพของคนส่วนใหญ่เป็นสำคัญ¹⁶

พันธะในร่างกายต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นในการป้องกันสุขภาพของประชาชนนั้นพอจำแนกได้ดังต่อไปนี้

1. การบังคับให้ต้องตรวจสอบสุขภาพ เช่น การบังคับให้ผู้สอบแข่งขันในตำแหน่งราชการหรือบางตำแหน่งของเอกชนต้องตรวจสุขภาพก่อน เป็นต้น
2. การบังคับที่ต้องให้มีการป้องกันอย่างยิ่ง เช่น ในกรณีฉีดวัคซีนป้องกันบางโรคที่ระบาดอยู่
3. ในบางกรณีที่เป็นพิเศษก็อาจมีการบังคับไม่ใช่เพื่อการป้องกันแล้วแต่เป็นเพื่อการรักษา เช่น การบำบัดผู้ติดยาเสพติด

นอกจากนี้ ในฝรั่งเศสยังรับรองเสรีภาพในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องทางการแพทย์อีกอย่างหนึ่งคือ เสรีภาพในร่างกายกับการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์¹⁷ เช่น การทดลองในมนุษย์ การรักษาโดยการใช้อวัยวะของบุคคลคนหนึ่งกับบุคคลอีกคนหนึ่ง ในยุคแรกนั้นๆ มี คำวินิจฉัยของศาลที่พอเทียบเคียงกับเรื่องดังกล่าวได้คือ การที่นายแพทย์จะทำการผ่าตัด

¹⁶ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ, กรุงเทพฯ : วิญญูชน 2547, น.80

¹⁷ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์ เสรีภาพทางกายภาพตามแนวคิดทางกฎหมายของฝรั่งเศส(ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://chanin1222.ispace.in.th/021.html> (พฤษภาคม 2555)

ร่างกายของคนใช้นั้นจะต้องได้รับความยินยอมจากคนใช้นั้นเสียก่อน**ยกเว้นแต่กรณีที่ถูกเงิน**
เท่านั้น

ในยุคปัจจุบันวิทยาศาสตร์การแพทย์เจริญขึ้นมากมาย โรคภัยไข้เจ็บใหม่ๆ
ในบางครั้งก็ต้องมีการใช้ร่างกายมนุษย์เป็นสิ่งทดลอง การทดลองในมนุษย์ดังกล่าวบางครั้งก็
นำมาซึ่งปัญหาทางด้านศีลธรรมจรรยาซึ่งผิดต่อความรู้สึกของวิญญูชนทั้งหลายและนำมาซึ่ง
ปัญหาทางด้านกฎหมายตามมาว่า การทดลองในมนุษย์นั้นเป็นการกระทำละเมิดต่อเสรีภาพใน
ร่างกายของมนุษย์หรือไม่ อย่างไร

ฝ่ายนิติบัญญัติในประเทศฝรั่งเศสเล็งเลใจต่อปัญหาดังกล่าวมานานจนกระทั่ง ในปี
ค.ศ.1988 ได้มีการตรา**รัฐบัญญัติ**ลงวันที่ 20 ธันวาคม ค.ศ. 1988 ขึ้นเพื่อหาทางแก้ปัญหาดังกล่าว
โดยมีวัตถุประสงค์ประนีประนอมความจำเป็นที่จะต้องทดลองวิจัยในมนุษย์กับการต้องเคารพ
เสรีภาพในเนื้อตัวร่างกายของมนุษย์ รัฐบัญญัติดังกล่าวเกี่ยวเนื่องกับการปกป้องบุคคลที่พร้อมที่
จะเข้ารับการทดลองทางชีวภาพที่นำไปสู่การทดลองในมนุษย์ในกรอบของกฎหมายอันเป็น
ข้อบกพร่องอย่างมาก รัฐบัญญัติดังกล่าวอนุญาตให้มีการทดลองในมนุษย์อยู่สองรูปแบบ คือ

1. สถานะวาระสุดท้ายการรักษาทางตรง (finalite therapeutique directe)
2. กรณีไม่อยู่ในสถานะวาระสุดท้ายการรักษาทางตรง (sans finalite therapeutique directe)

สถานะวาระสุดท้ายการรักษาทางตรง คือ เป็นการทดลองในมนุษย์ที่กระทำกับผู้ป่วย
ที่มีวัตถุประสงค์ต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใดโดยต้องได้รับความยินยอมอย่างชัดแจ้งและ
อิสระเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้ป่วยแต่อย่างไรก็ตามมี **ข้อยกเว้น**อยู่สามกรณี คือ

ก. สถานการณ์ฉุกเฉินที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเองและผู้ใกล้ชิด
ได้ให้ความยินยอมแทน

ข. กรณีผู้ปกครองให้ความยินยอมแทนผู้เยาว์

ค. กรณีนี้เป็นกรณีที่อนุญาตจัดให้มีความยินยอมอย่างไม่ชัดแจ้งต่อกรณีที่เป็น
ข้อยกเว้นเฉพาะ

ดังนั้น ถ้ามีการทดลองในมนุษย์เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดก็จะมีการใช้การลงโทษ
ทางอาญากับการทดลองในมนุษย์ดังกล่าวโดยจะมีคณะกรรมการทำความเข้าใจในการทดลอง
ดังกล่าว ทุกความเห็นที่คณะกรรมการไม่เห็นด้วยนั้นจะถูกนำเสนอไปยังรัฐมนตรีว่าการกระทรวง

สุขภาพและจะทำให้การทดลองในมนุษย์ดังกล่าวถูกแขวนลอยไว้สองเดือน รัฐมนตรีมีอำนาจสั่งห้ามการทดลองดังกล่าวเมื่อเห็นว่าการทดลองดังกล่าวนั้นมีความเสี่ยงต่อการสาธารณสุขหรือไม่ เคารพต่อหลักกฎหมายในเรื่องการทดลองในมนุษย์ จะเห็นได้ว่ารัฐบัญญัติ ค.ศ. 1988 ในเรื่องการทดลองในมนุษย์นั้นเน้นในเรื่องให้มีการทดลองในมนุษย์มากกว่าที่จะเคารพต่อปัจเจกชนที่สังคมฝรั่งเศสนั้นต่างให้คุณค่าและให้การยอมรับและให้ความสำคัญต่อสิทธิมนุษยชนมากกว่า

ส่วนการรักษาโดยการปลูกถ่ายอวัยวะจากบุคคลหนึ่งไปให้กับอีกบุคคลหนึ่งในกฎหมายแพ่งฝรั่งเศสห้ามทำการค้าขายกับร่างกายของมนุษย์โดยเห็นว่าร่างกายของมนุษย์นั้นเปรียบเสมือนเป็นสิ่งที่ค่าจุนของบุคคลไม่ใช่เป็นสิ่งที่ซื้อขายหรือให้ยืมกันได้ แนวความคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดที่ต่อต้านระบบสสารนิยมของร่างกายมนุษย์ซึ่งเป็นแนวความคิดที่ตกทอดมาจากศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกที่กล่าวว่าร่างกายเป็นส่วนหนึ่งของการประกอบเป็นบุคคล ร่างกายนั้นเป็นของความเป็นบุคคลไม่ใช่เป็นกรรมสิทธิ์ แต่หลักการดังกล่าวก็ไม่ได้ห้ามการบริจาคอวัยวะของมนุษย์หรือการบริจาคผล ผลิตจากร่างกายมนุษย์¹⁸

สำหรับการบริจาคอวัยวะมนุษย์นั้นเป็นที่ยอมรับเพราะว่าเป็นการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ของผู้อื่น การบริจาคอวัยวะของบุคคลนั้นก็มีความหมายเข้ามาเกี่ยวข้องกับและกำหนดกฎเกณฑ์โดยแบ่งเป็นสองกรณี คือ การนำอวัยวะของบุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่ไปปลูกถ่ายให้กับบุคคลอื่นเพื่อการรักษาชีวิต อีกกรณีเป็นเรื่องที่นำอวัยวะของผู้ที่เสียชีวิตไปปลูกถ่ายให้กับบุคคลอื่นเพื่อรักษาชีวิตของบุคคลนั้นเช่นกัน

ในกรณีแรกมีรัฐบัญญัติลงวันที่ 29 กรกฎาคม ค.ศ. 1994 ที่กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไว้โดยตั้งอยู่บนสมมติฐานสองประการดังต่อไปนี้

สมมติฐานแรก เป็นเรื่องการบริจาคอวัยวะของผู้บรรลุนิติภาวะซึ่งการบริจาคอวัยวะของบุคคล ดังกล่าวนั้นจะให้ได้ก็แต่เฉพาะให้แก่บุพการี พี่น้องของผู้บริจาคเท่านั้นแต่ก็มีข้อยกเว้นถ้าเป็นการบริจาคไขกระดูกซึ่งไม่อยู่ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว โดยทุกกรณีแล้วผู้บริจาคจะต้องได้รับการแจ้งผลของการบริจาคอวัยวะของตนว่าจะมีผลต่อสุขภาพอย่างไรหลังจากได้มีการบริจาคอวัยวะนั้นไปแล้ว การบริจาดดังกล่าวนี้ผู้บริจาคต้องแสดงความยินยอมต่อศาลและถ้าในกรณีฉุกเฉินโดยทุกกรณีแล้วอยู่ภายใต้การควบคุมของอัยการ

¹⁸ เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์. เรื่องเดียวกัน

สมมติฐานที่สอง เป็นกรณีผู้บริจาคอวัยวะเป็นผู้เยาว์ ผู้เยาว์สามารถบริจาคเฉพาะไขกระดูกแก่พี่น้องของตนเท่านั้นโดยความยินยอมของผู้เยาว์เอง ถ้าเป็นการบริจาคในกรณีอื่นแล้ว ความยินยอมเพียงอย่างเดียวหาเป็นการเพียงพอไม่ สถานะทางกฎหมายของผู้เยาว์นั้นทำให้ต้องมีการแจ้งผลของการเอาอวัยวะส่วนหนึ่งของผู้เยาว์ออกไปจากร่างกายและต้องแสดงความยินยอมต่อศาลอย่างอิสระและแจ้งชัด อย่างไรก็ตาม ก็อาจเปลี่ยนแปลงไม่ยินยอมก็ได้ นอกจากนี้ การเอาอวัยวะจากร่างกายของผู้เยาว์นั้นจะต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการด้วย

ในกรณีที่สองที่นำอวัยวะของผู้เสียชีวิตมาปลูกถ่ายให้บุคคลผู้อื่น มีแนวคิดว่าร่างกายของมนุษย์ที่ตายแล้วเปรียบเสมือนเป็นร่างกายที่มีคุณค่าที่ได้รับการสนับสนุนโดยจารีตประเพณี ความเสียใจและการลืมนึกด้วยเหตุผลดังกล่าว การที่จะนำอวัยวะของผู้ตายจากร่างกายของผู้ตายนั้นจะต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่ว่าต้องได้รับการยอมรับโดยผู้ตายขณะที่ยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ในกรณีที่ไมปรากฏญาติของผู้เสียชีวิต รัฐบัญญัติลงวันที่ 29 กรกฎาคม ค.ศ. 1994 อนุญาตให้เอาอวัยวะของผู้ตายที่เป็นผู้บรรลุนิติภาวะทันทีที่บุคคลดังกล่าวไม่สามารถตระหนักถึงการมีชีวิตของเขาหรือการที่จะปฏิเสธการนำอวัยวะจากร่างกายของตนไป จากคติบทที่ว่าผู้ตายเป็นผู้ซึ่งที่ไม่สามารถพูดคำว่ายินยอมได้อีก จากหลักดังกล่าวก่อให้เกิดสมมติฐานของการยินยอมแก่แพทย์ที่จะเอาอวัยวะของ ทุกๆ คนที่ไม่ความรู้สึกในการรับรู้ไม่สามารถแสดงออกซึ่งความยินยอมเต็มใจได้อีก ดังนั้น รัฐบัญญัติ ค.ศ. 1994 ดังกล่าวจึงบัญญัติ ถ้าแพทย์ไม่สามารถทราบโดยตรงได้ของความต้องการความเต็มใจของผู้ตาย แพทย์ต้องพยายามหาบุคคลในครอบครัวของผู้ตายมาเป็นพยาน

นอกจากนี้ ยังมีความเสมอภาคในสิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุขและสวัสดิการจากรัฐอันเป็นบริการสาธารณะที่รัฐต้องจัดให้มี รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติความที่เกี่ยวข้องนี้มีอยู่ด้วยกัน 2 มาตรา คือ

มาตรา 51 “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์”

เปรียบเทียบกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ซึ่งมีใจความ
ดังนี้

มาตรา 52 "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน
และผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสีย
ค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ

มีการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดย
จะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้

การป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า
และทันต่อเหตุการณ์ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้"

เมื่อดูจากเนื้อหาของทั้งรัฐธรรมนูญทั้งฉบับปัจจุบันและฉบับเก่า สาระสำคัญยังคงมี
ใกล้เคียงกันในเรื่องดังต่อไปนี้

ก. บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน แต่
สำหรับฉบับปัจจุบันเพิ่มคำว่า**เหมาะสม**ลงไปด้วย อาจเป็นเพราะเหตุผลที่ว่า ผู้ป่วยในแต่ละราย
ต้องการได้รับการที่มีระดับความเจ็บป่วย หรือความรุนแรงที่ต่างกันได้ ดังนั้นมาตรฐานที่จะ
นำมาใช้ก็ไม่ควรมีมาตรฐานอย่างเดียวกัน แต่เป็นมาตรฐานที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับผู้ป่วยใน
แต่ละรูปแบบแตกต่างกันออกไป ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรอบคอบและตระหนักถึงความต้องการ
ของผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆอย่างแท้จริงเพื่อให้การได้รับการบริการสาธารณสุขสัมฤทธิ์ผลได้ตาม
เจตนารมณ์ของกฎหมาย

ข. ผู้ป่วยไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่
เสียค่าใช้จ่าย แต่สำหรับฉบับปัจจุบันได้ตัดในส่วน**ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ**ที่อยู่ในส่วนท้าย
ออก

ค. บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการทางสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง
และมีประสิทธิภาพ ฉบับปัจจุบันได้เพิ่มวลีที่ว่า**บุคคลย่อมมีสิทธิ**เพิ่มเข้ามาในตอนต้นของวรรคที่
สองเพื่อเป็นการเน้นย้ำถึงการได้รับการสาธารณสุขประเภทสาธารณสุขดังกล่าว แต่ตัดส่วน
ตอนท้ายซึ่งมีในรัฐธรรมนูญฉบับเดิมออกโดย**จะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

และเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้¹⁹ เพราะเจตนารมณ์ของกฎหมายต้องการให้บริการสาธารณสุขเป็นไปอย่างทั่วถึง ไม่เน้นเฉพาะองค์กรใดองค์กรหนึ่ง หรือหน่วยใดหน่วยหนึ่งเป็นการเฉพาะ เพราะสุดท้ายอาจมีการเกี่ยงงาน หรือผลกระทบในการให้บริการสาธารณสุขไปอยู่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมากเกินไป ซึ่งจะทำให้การบริการนั้นไม่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพได้จริงตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ง. บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์²⁰ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ฉบับปัจจุบันได้เพิ่มวลีที่ว่า**บุคคลย่อมได้รับสิทธิ**เพิ่มเข้ามาในตอนต้นของวรรคที่สามเพื่อเป็นการเน้นย้ำถึงการได้รับบริการสาธารณสุขประเภทสาธารณสุขดังกล่าวเช่นเดียวกับวรรคสอง แต่ตัดประโยคที่ว่า**ต้องจัดให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่า**ออก แล้วเปลี่ยนจากคำว่า**ไม่คิดมูลค่า**เป็น**อย่างเหมาะสมโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย** และตัดคำว่า**ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ**ในส่วนท้ายออก

และนอกจากนี้ รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันก็ยังมีอีกหนึ่งมาตราที่ให้ความเสมอภาคในการให้บริการสาธารณสุข คือ มาตรา 80 (2)

มาตรา 80 "รัฐต้องดำเนินตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้"

(2) รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย"

ซึ่งรัฐธรรมนูญฉบับเดิมในส่วนดังกล่าว บัญญัติไว้ในมาตรา 82 มีใจความดังนี้

มาตรา 82 "รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง"

¹⁹ นันทวัฒน์ บรมานันท์. หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ :วิญญูชน. พิมพ์ครั้งที่ 4 ปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2552, น. 101

²⁰ เกียรติไกร เจริญธนาวัฒน์, เรื่องเดียวกัน

กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเพิ่มบทบัญญัติให้ครอบคลุมมากขึ้นเพราะมีวัตถุประสงค์ดังนี้²¹

ก. ตอบสนองนโยบายหลักพื้นฐานแห่งรัฐ ซึ่งการให้บริการสาธารณะในเรื่องของสาธารณสุขก็เป็นหนึ่งเหตุผลสำคัญที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดให้มีตามข้อความ **ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน** และเน้นให้มีการช่วยเหลือกันในเอกชนและชุมชนเพื่อตอบสนองการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นพื้นฐานตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ข. รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง กรณีดังกล่าวมีเหมือนกันในทั้งสองฉบับ แต่ข้อเท็จจริงที่มีการถกเถียงกันเสมอคือเรื่องมาตรฐานในการรักษาของแพทย์นั้น ใช้มาตรฐานใดเป็นดัชนีชี้วัด เพราะในความเป็นจริงผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่ใช้มาตรฐานเดียวกันรักษา เช่นผู้ป่วยฉุกเฉินกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเด็กกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งมาตรฐานในการรักษาควรมีเป็นการเฉพาะในแต่ละเรื่องไปและจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้อย่างพอเหมาะสมควร เพื่อประชาชนจะได้ตระหนักในสิทธิหรือได้รับรู้ข้อยกเว้นในการรักษาว่าเป็นธรรมเพียงพอหรือไม่ เพราะรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพทั่วถึงแม้ว่าจะยังไม่มีกฎหมายรองรับก็ตาม แต่อย่างไรเสียในภายหน้าก็ต้องมีกฎหมายออกมารับรองมาตรฐาน มิเช่นนั้นก็จะไม่เป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนไปอย่างแท้จริง

ค. ผู้ให้บริการสาธารณสุขได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย เพิ่มเติมขึ้นจากรัฐธรรมนูญฉบับเดิมที่มุ่งเน้นที่จะคุ้มครองสิทธิผู้ให้บริการสาธารณสุข ซึ่งทำให้เห็นได้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันต้องการที่จะพิทักษ์สิทธิทั้งในมิติผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็นความเสมอภาคอย่างแท้จริงที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ก็ยังมีปัญหาขึ้นมาว่าปัจจุบันมีกฎหมายโดยกเว้นความรับผิดชอบให้แก่บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่อย่างเป็นทางการแล้วหรือยัง ให้อำนาจมากนักน้อยเพียงใด กฎหมายอะไร ซึ่งผู้เขียนจะขอกล่าวถึงข้อถกเถียงในเรื่องนี้โดยที่จะนำเสนอในบทต่อไป ด้วย

2.3.2 การคุ้มครองที่ว่าด้วยเรื่องของสิทธิผู้ป่วย

²¹ เกียรติกร เจริญธนาวัฒน์, เรื่องเดียวกัน

สิทธิของผู้ป่วยโดยทั่วไปนั้น มีอยู่ 2 ส่วนด้วยกัน คือ สิทธิที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติในตัวเองเมื่ออยู่ในสถานภาพของผู้ป่วย เช่น สิทธิที่รับรู้ว่ามีใครเป็นคนรักษา จะทำการรักษาด้วยวิธีการอย่างไร ใช้อะไรบ้าง เป็นต้น ซึ่งสิทธิต่างๆ เหล่านี้ จะเกิดขึ้นเองโดยที่ไม่จำเป็นต้องบัญญัติไว้ในกฎหมายก็ได้ เป็นเรื่องที่สามารถสอบถามได้เสมอ ส่วนสิทธิอีกส่วนหนึ่งคือสิทธิที่เกิดขึ้นโดยบทบัญญัติของกฎหมาย โดยกำหนดขึ้นเพื่อให้การคุ้มครองผู้ป่วย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 51 บัญญัติไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงสิทธิของตนเองไว้ว่าจะเป็นที่สิทธิตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นหรือสิทธิที่กฎหมายได้บัญญัติรับรองไว้ และเพื่อความสัมพันธระหว่างผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน องค์การวิชาชีพที่ให้บริการทางสาธารณสุขโดยทั่วไป คือ แพทยสภา สภากาชาด สภานิติศาสตร์ ทันตแพทยสภา และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิผู้ป่วยดังกล่าว จึงได้รวบรวมและร่วมกันจัดทำเป็นคำประกาศสิทธิผู้ป่วย และกำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งไม่ว่าจะเป็นของรัฐบาลหรือเอกชนติดคำประกาศดังกล่าวไว้ให้ประชาชนผู้เข้ามาใช้บริการได้ทราบถึงสิทธิของตนเอง ซึ่งคำประกาศสิทธิผู้ป่วยมีทั้งสิ้น 10 ข้อดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

พิจารณาคำประกาศสิทธิของผู้ป่วยรายข้อ²² เมื่อได้มีการประกาศ "คำประกาศสิทธิผู้ป่วย" โดยองค์กรทางด้านสาธารณสุข 5 องค์กร ในวันที่ 16 เมษายน 2541 ย่อมต้องถือว่าเป็นแนวทางหรือหลักเกณฑ์สำหรับสมาชิกในองค์กร ที่สมควรจะต้องปฏิบัติตาม

สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งนับตั้งแต่ได้มีการบัญญัติเกี่ยวกับการดำเนินการทางการแพทย์ก็คือ คำประกาศฉบับนี้เป็นหลักฐานชิ้นแรกที่ยอมรับว่าการดำเนินการทางการแพทย์เป็น "การบริการ" ซึ่งในความเห็นของแพทย์หลายคนอาจเห็นว่าไม่มีความหมาย หรือไม่เห็นว่าเป็นสิ่งสำคัญแต่อย่างใด กับการที่จะให้ความหมายของการดำเนินการทางการแพทย์หรือคำว่าการประกอบวิชาชีพเวชกรรมเป็น "การบริการ" ไม่ว่าจะเป็นการตรวจ การรักษา การบำบัด ฯลฯ แต่แท้ที่จริงแล้วมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเมื่อองค์กรด้านสาธารณสุขเองยอมรับว่า การดำเนินการทางการแพทย์

²²วิสูตร พงษ์ศิริไพบูลย์, สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) http://www.elib-online.com/physicians/forensic/forensic_privilege001.html (ส.ค. 2545)

เป็นการ "ให้การบริการ" แล้วก็ต้องเกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งทำให้มีกรอบที่แพทย์และผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องระมัดระวังมากขึ้นไปอีกซึ่งจะไม่ขอกล่าวถึง ณ ที่นี้ สำหรับแพทย์ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม) นอกเหนือจากกรอบข้างต้นแล้วยังมีกฎเกณฑ์ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรม แห่งวิชาชีพเวชกรรมอีกหลายฉบับตามที่ได้ประกาศออกมา อีกทั้งยังต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของกฎหมายทั่วไปพื้นฐานอีกด้วย

พิจารณาเนื้อหาเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยที่ปรากฏในแต่ละข้อได้ ดังนี้

1. ประชาชนทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

พิจารณา ในที่นี้หมายถึงรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ที่เกี่ยวข้องมีอยู่ด้วยกัน 2 มาตรา คือ

มาตรา 51 "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการทางสาธารณสุขของรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสมโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์"

มาตรา 80 (2) "ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพะที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย"

รัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพทั่วถึง แม้ว่าในมาตรา 51 จะยังไม่มีกฎหมายรองรับก็ตาม แต่อย่างไรเสียในภายหน้าก็จะต้องมีกฎหมาย

ข้อนำสังเกตในที่นี้ก็คือ รัฐธรรมนูญบัญญัติให้สิ่งที่ประชาชนจะได้รับทางสาธารณสุข นั้นเป็น "บริการ" ประเภทหนึ่ง ซึ่งเป็นในแนวทางเดียวกับความเห็นของ 5 องค์การด้านสาธารณสุข ดังได้กล่าวมาแล้ว

2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือก ปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และลักษณะของความเจ็บป่วย

พิจารณา ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในที่นี้หมายถึง ผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพแพทย์ พยาบาลและผดุงครรภ์ ทันตแพทย์และเภสัชกรรม และรวมถึงผู้ประกอบโรคศิลปะตาม พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2542 ด้วยโดยการให้บริการของผู้ประกอบ วิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องให้กับทุกคนในลักษณะที่เท่าเทียมกัน ซึ่งยึดถือเป็นหลักของความเสมอภาคในสังคมนั่นเอง เป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

2.1 รัฐธรรมนูญในมาตรา 30 "บุคคลย่อมเสมอกันในกฎหมาย และได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายโดยเท่าเทียมกัน....ฯลฯ"

2.2 ข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 เช่น

หมวด 1 (หลักทั่วไป) ข้อ 3

"ข้อ 3. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ย่อมประกอบวิชาชีพด้วยเจตนาดีโดยไม่คำนึงถึงฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม หรือลัทธิการเมือง"

หมวด 3 (การประกอบวิชาชีพเวชกรรม) ข้อ 1

"ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษามาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับที่ดีที่สุด และพยายามให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการทรมานจากโรคและความพิการต่างๆ โดยไม่เรียกร้องสินจ้างรางวัลพิเศษ นอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ"

3. ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม

หรือไม่ยินยอม ให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

พิจารณา

3.1 โดยหลักแล้วการจะดำเนินการอย่างไรกับผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจะต้องทราบสิ่งที่จะกระทำต่อตัวเอง ทั้งนี้เป็นไปตามหลัก

ก. ในรัฐธรรมนูญ มาตรา 32 "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย.....ฯลฯ"

ข. ในการตัดสินใจ ที่จริงอาจมองการดำเนินการทางการแพทย์ว่าเป็นนิติสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ในเชิง "สัญญา" ได้ ซึ่งอาจเป็นในเรื่อง จ้างแรงงาน จ้างทำของ หรือสัญญาต่างตอบแทน ซึ่งคู่สัญญาจะต้องเข้าใจ ในเนื้อหาของการทำสัญญาดังกล่าวอย่างชัดเจนเสียก่อน และแสดงเจตนาเพื่อการนั้น เป็นไปตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในหมวดที่ 2 หลักการแสดงเจตนา ที่สำคัญคือมิได้มีการแสดงเจตนา ลวง ชมขู้อ หรือสำคัญผิดในข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญของการทำนิติกรรม

3.2 กรณีรีบด่วนหรือจำเป็นนั้นจะต้องแยกเป็น 2 กรณี คือ กรณีรีบด่วนหรือกรณีจำเป็น เพราะใช้คำว่า "หรือ" ซึ่งทั้ง 2 กรณีต้องดูที่สภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก คือ รีบด่วนสำหรับผู้ป่วยและจำเป็นสำหรับผู้ป่วย (ไม่ใช่รีบด่วนหรือจำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ)

ทั้งกรณีรีบด่วนและกรณีจำเป็น หมายถึงเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์เห็นว่ารีบด่วน หรือจำเป็นจะต้องให้การรักษาหรือดำเนินการทางการแพทย์อย่างหนึ่งอย่างใด แต่ผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอม หรือการที่จะให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลเพียงพออาจไม่ทันการ หรือผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ไม่อาจจะให้ความยินยอมได้ แพทย์ก็จำเป็นต้องรีบดำเนินการทางการแพทย์ไปได้ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่น กรณีที่เห็นว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บเส้นเลือดแดงใหญ่ที่ขา (femoral vessels) ฉีกขาดอย่างมาก และไม่อาจที่จะหยุดเลือดได้อีกทั้งพบว่าขาอยู่ในสภาพที่ไม่อาจมีเลือดมาเลี้ยงอีกต่อไปแล้ว จำเป็นต้องตัดขาผู้ป่วย เช่นนี้ก็ต้องรีบดำเนินการเป็นการด่วนเลย เพราะถ้าช้าไปอาจถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้

3.3 อย่างไรก็ตามกรณีที่จะเป็นการ "รีบด่วน" หรือ "จำเป็น" เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น จะต้องพิจารณาด้วยว่ามีความรีบด่วนหรือจำเป็น "ถึงขนาด" หรือไม่เพียงใด ซึ่งในเรื่องนี้เป็นปัญหาข้อเท็จจริงโดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นสิ่งที่ช่วยพิจารณาซึ่งต้องพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป

ข้อสังเกต : เห็นได้ว่ามีเฉพาะในส่วนของ "กรณีจำเป็นต้องให้การรักษา" เท่านั้น จึงดูเหมือนจะแคบกว่าในฉบับที่ประกาศจริงเพราะครอบคลุมในการดำเนินการทางการแพทย์ในทุกกรณี

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณีโดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

พิจารณา กรณีนี้เป็นการสอดคล้องกับกรณีที่ 3 อย่างมากในเรื่องการให้การช่วยเหลือรีบด่วนต่อผู้ป่วย สำหรับแพทย์เองมีหลักที่จะต้องปฏิบัติอยู่แล้ว คือ

4.1 ข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 (การประกอบวิชาชีพเวชกรรม) "ข้อ 10. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอร้อง และตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้"

4.2 ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374 "ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ"

5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบ ชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

พิจารณา เป็นสิทธิที่ผู้ป่วยสมควรรู้ถึงบุคคลที่จะมากระทำ (ดำเนินการทางการแพทย์ ต่อตนเองว่าเขาคือใคร เพราะอาจดูความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจที่จะมีให้บุคคลเหล่านั้นด้วย)

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการ และสถานบริการได้

พิจารณา

6.1 สิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพผู้อื่น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยอาจเกิดความสงสัยใน วิธีการ กระบวนการ ประเภท ฯลฯ ของการดำเนินการทางการแพทย์ และต้องการที่จะทราบความเห็นจากบุคคลอื่นที่มีความรู้ในด้านนั้นๆ ประกอบด้วย เพื่อประโยชน์ใน

การตัดสินใจตามข้อ 3 หรือข้อ 8 ต่อไป เพื่อเป็นการยืนยันในสิ่งที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพคนแรกได้ให้ความเห็นไว้ และถ้ายังเกิดกรณีที่สงสัยอยู่อีก เช่น ความเห็นของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพคนแรกกับคนที่สองแตกต่างกัน ผู้ป่วยย่อมสามารถที่จะขอความเห็นชอบจากคนที่สาม หรือสี่ต่อไปอีกได้ด้วย

6.2 สิทธิขอเปลี่ยนผู้ให้บริการตนเอง ย่อมเป็นสิทธิโดยแท้ของผู้ป่วยทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมีสิทธิในชีวิตและร่างกายตามที่กล่าวแล้วในข้อ 3 เว้นเสียแต่การเปลี่ยนนั้นจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจจำเป็น หรือรีบด่วนต้องดำเนินการต่อไปตามที่กล่าวแล้วในข้อ 3

6.3 สิทธิขอเปลี่ยนสถานพยาบาล เป็นสิทธิเช่นเดียวกับข้อ 6.2

7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม (แพทย์)

พิจารณา

7.1 พิจารณาตามมาตรา 323 "ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่น โดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์ เภสัชกร คนจำหน่ายยานางผดุงครรภ์ ผู้ช่วยพยาบาล นักบวช หมอความ ทนายความ หรือผู้สอบบัญชี หรือโดยเหตุที่เป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

ผู้รับการศึกษาอบรมในอาชีพดังกล่าวในวรรคแรก เปิดเผยความลับของของผู้อื่นอันตนได้ล่วงรู้ หรือได้มาในการศึกษาอบรมนั้น ในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษเช่นเดียวกัน"

7.2 พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ.2540 โดยเฉพาะมาตรา 25 วรรค 3 "...การเปิดเผยรายงานการแพทย์ที่เกี่ยวกับบุคคลใด ถ้ากรณีมีเหตุอันควร เจ้าหน้าที่ของรัฐจะเปิดเผยต่อเฉพาะแพทย์ที่บุคคลนั้นมอบหมายก็ได้ ฯลฯ"

7.3 ข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 (การประกอบวิชาชีพเวชกรรม) "ข้อ 9. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผย

ความลับของผู้ป่วย ซึ่งตนทราบมาเรื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่"

ข้อสังเกต ได้มีการเปลี่ยนข้อความที่ว่า "เพื่อประโยชน์สาธารณะหรือการคุ้มครองอันตรายร้ายแรงของบุคคลอื่น" โดยใช้เป็น "การปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย" แทน ทั้งนี้เนื่องจากทั้ง 2 กรณีนี้ ยังอาจครอบคลุมไม่หมด ในกรณีที่จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วย เช่น การที่จะต้องให้รายละเอียดกับพนักงานสอบสวนในคดีอาญา ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เป็นต้น การใช้คำว่า "ปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย" จึงน่าจะเป็นการเหมาะสมกว่า

8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วน ในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลอง ในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

พิจารณา

8.1 เป็นไปเช่นเดียวกับข้อ 3.1

8.2 ตามข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 6 (การทดลองในมนุษย์) "ข้อ 1 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ทำการทดลองในมนุษย์ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ถูกทดลอง และต้องพร้อมที่จะป้องกันผู้ถูกทดลองจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลองนั้นๆ"

9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลอื่น

พิจารณา อาจเกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร พ.ศ. 2540 โดยเฉพาะในมาตรา 25

10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

พิจารณา

10.1 ที่ใช้คำว่า บิดา มารดา หมายถึง ต้องทั้งบิดาและมารดา (ทั้ง 2 คน ร่วมกัน) หรือหมายถึง บิดาหรือมารดาคนหนึ่งคนใดก็เพียงพอแล้วกันแน่ ทั้งนี้เพราะในคำประกาศ

สิทธิผู้ป่วยมิได้มี "_" หรือ "," ระหว่าง บิดา มารดา จึงไม่อาจทราบได้ แต่เพื่อให้สอดคล้องกับ มาตรา 28 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้ว น่าจะหมายถึงคนหนึ่งคนใดก็ได้

10.2 เนื่องจากในข้อ 10 นี้มิได้มีการกำหนดแยกประเภทของผู้ป่วยที่มีข้อจำกัด ในการแสดงเจตนาประเภทต่างๆ ไว้ดังเช่นในพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสาร มาตรา 15 "..... ให้บุคคลตามที่กำหนดในกฎกระทรวงมีสิทธิดำเนินการตามมาตรา 23 มาตรา 24 และมาตรานี้ แทนผู้เยาว์ คนไร้ความสามารถ คนเสมือนไร้ความสามารถ หรือเจ้าของข้อมูลได้ถึงแก่กรรมแล้วได้"

แต่ในข้อ 10 นี้ใช้เพียง "ผู้แทนโดยชอบธรรม" เท่านั้น ดังนั้นผู้แทนโดยชอบธรรม ในที่นี้จึงน่าจะหมายถึง ผู้แทนโดยชอบธรรมตามความหมายอย่างกว้างกล่าวคือ หมายถึง

10.2.1 ผู้แทนโดยชอบธรรม ตามมาตรา 21 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ คือผู้แทนโดยชอบธรรมสำหรับผู้เยาว์เท่านั้น

10.2.2 ผู้แทนโดยชอบธรรม

ก. ตามความเป็นจริง สำหรับ "ผู้ไร้ความสามารถ" หรือ "ผู้เสมือนไร้ความสามารถ"

ข. ตามกฎหมาย สำหรับ "คนไร้ความสามารถ" หรือ "คนเสมือน ไร้ความสามารถ" ซึ่งเป็นกรณีศาลได้สั่งแล้ว จึงมี "ผู้อนุบาล" และ "ผู้พิทักษ์" ในการเป็นผู้ดูแล ตามลำดับ ตามมาตรา 34 และ มาตรา 32 ตามลำดับ

รายละเอียดในการให้ความยินยอมในส่วนนี้ ดูได้จากบทความที่ผู้เขียนได้เขียน ไว้แล้ว แต่ถ้าไม่ตีความเป็นเรื่องผู้แทนโดยชอบธรรมอย่างกว้างแล้ว ผู้แทนโดยชอบธรรม จะเป็นเพียงผู้แทนโดยชอบธรรมตามมาตรา 21 เท่านั้น ก็จะเกิดปัญหาของบุคคลไร้ความสามารถ และ บุคคลเสมือนไร้ความสามารถทั้งที่ศาลได้สั่งแล้วและยังมีได้สั่งว่าจะดำเนินการอย่างไร ซึ่งจะเกิด ปัญหาที่ทางสถานพยาบาลอย่างมากในการปฏิบัติตามข้อ 10 แห่งคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

10.3 ผู้เยาว์ในข้อกำหนดของแพทยสภาตามประกาศฉบับนี้ ถือเอาที่อายุ 18 ปีลงมา ซึ่งอาจไม่ตรงกับตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ที่บัญญัติไว้ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี (เพราะบรรลุนิติภาวะเมื่ออายุ 20 ปี) นั่นหมายความว่าองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งรวมถึงแพทย สภายอมรับการใช้สิทธิของบุคคลในทางการแพทย์คือ การให้ความยินยอมในทางการแพทย์ ในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป ซึ่งโดยความจริงแล้วบุคคลอายุที่ยังมีอายุไม่ถึง 20 ปี ยังไม่ ถือว่าบรรลุนิติภาวะ จึงยังคงถือว่าเป็นผู้เยาว์ ความยินยอมให้กระทำการอันหนึ่งอันใดของผู้เยาว์

อาจทำให้การนั้นไม่ชอบด้วยกฎหมายได้ เว้นเสียแต่การที่ตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ได้บัญญัติยกเว้นไว้ให้ผู้เยาว์สามารถทำได้ตามมาตรา 22 ถึง 27

10.4 เรื่องการใช้สิทธิแทนนี้เป็นการใช้สิทธิแทน 2 ประการ

10.4.1 การใช้สิทธิในเรื่องการรักษาพยาบาลหรือดำเนินการทางการแพทย์ต่างๆ เช่น ผ่าตัด การรักษา การบำบัด การตรวจโดยวิธีพิเศษ ฯลฯ ตามข้อ 3 ของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

10.4.2 การใช้สิทธิในเรื่องเอกสารแทนผู้ป่วย โดยเฉพาะตามข้อ 9 ของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ที่กล่าวมาทั้งหมดนั้นเป็นคำประกาศสิทธิทั้ง 10 ประการ ซึ่งข้อที่มักจะมีปัญหาเสมอๆก็คือข้อ 3 ซึ่งเป็นเรื่องการรับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น, กระบวนการในการรักษา, ผลการรักษา, ผลข้างเคียงหรือรายละเอียดต่างๆที่ผู้ป่วยต้องทราบ ซึ่งเมื่อเกิดความไม่เข้าใจกันก็มักจะนำมาซึ่งการร้องเรียน ฟ้องร้องเป็นคดีความขึ้นโรงขึ้นศาลกัน ส่วนอีกข้อที่มักจะมีปัญหามากในทางปฏิบัติคือ สิทธิในข้อ 9 ซึ่งเกิดขึ้นผู้ป่วยต้องการขอข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของตนเองเพื่อนำไปรักษาต่อหรือนำไปใช้ในกรณีอื่น ผู้ป่วยมักจะต้องการสำเนาของเวชระเบียน แต่ทางสถานพยาบาลมักจะให้เป็นใบรับรองการรักษาซึ่งหมอก็จะสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาไว้ในใบรับรองนี้ซึ่งผู้ป่วยไม่ค่อยพอใจอาจจะสงสัยและคิดว่าทางหมอบกปิดข้อมูลที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน ทั้งๆที่ใบรับรองดังกล่าวก็มีรายละเอียดครบถ้วนแล้ว การที่หมอไม่ได้สำเนาเวชระเบียนให้กับผู้ป่วยอาจเป็นเพราะ ในเวชระเบียนหมอมักจะบันทึกไว้ด้วยลายมือที่ไม่ค่อยเรียบร้อยหรือที่เราเรียกกันว่าเขียนหวัดๆ อ่านไม่ค่อยออก ต้องเป็นเจ้าของลายมือเท่านั้นถึงจะอ่านออกทำให้เมื่อผู้ป่วยได้สำเนาไปเพื่อรักษาต่อแล้ว หมอที่รักษาต่ออ่านไม่รู้เรื่อง

ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยได้ใบรับรองการรักษาก็น่าจะเป็นข้อมูลที่เพียงพอสำหรับนำไปเป็นข้อมูลในการรักษาต่อแล้ว แต่ถ้าผู้ป่วยยังยืนยันที่จะขอสำเนาเวชระเบียน ก็เป็นสิทธิที่จะทำได้ และทางสถานพยาบาลก็ต้องทำให้ เพียงแต่จะทำให้ทางสถานพยาบาลรู้สึกว่าจะอาจจะถูกผู้ป่วยร้องเรียนหรือฟ้องร้องได้ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพแย่งส่วนฟิล์มเอ็กซเรย์ หรือแบบพิมพ์ฟันนั้น เมื่อผู้ป่วยขอ ถ้าเป็นสถานพยาบาลของรัฐมักจะไม่มีปัญหา ซึ่งทางสถานพยาบาลจะให้ผู้ป่วยไปโดยให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้ว่าเป็นคนรับไปเก็บรักษาเอง แต่สำหรับสถานพยาบาลเอกชนแล้ว เนื่องจากทั้งฟิล์มเอ็กซเรย์และแบบพิมพ์ฟัน เป็นหลักฐานอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งทาง

สถานพยาบาลจะต้องเก็บรักษาไว้ ไม่น้อยกว่า 5 ปี ตามกฎหมาย²³ แต่ถ้าผู้ป่วยต้องการจริงๆ ก็สามารถดำเนินการได้โดยทำเป็นหนังสือขอเป็นทางการกับทางสถานพยาบาลนั้นและลงลายมือชื่อไว้เช่นเดียวกับกรณีของสถานพยาบาลของรัฐเป็นรายๆไป ซึ่งทำยที่สุดแล้วก็เกินไปเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยนั่นเอง

2.4 ความหมายของผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติของกฎหมาย

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 มาตรา 3 ได้บัญญัตินิยามผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นซึ่งอธิบายเพิ่มเติมได้ว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน คือบุคคลซึ่งมีลักษณะทั้ง 2 ประการ²⁴ ดังต่อไปนี้

(1) ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ (vital organs) ได้แก่ระบบหายใจ, ระบบไหลเวียนเลือดและระบบประสาท

(2) จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้นจึงเห็นได้ว่า “ผู้ป่วยฉุกเฉิน” ตามพระราชบัญญัตินี้ แตกต่างจากกฎหมายอื่นและความเข้าใจโดยทั่วไป เช่น ผู้ป่วยนิวขาดแต่ได้ห้ามเลือดหยุดแล้ว อาจไม่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัตินี้เนื่องจากพันภาวะที่เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญแล้ว **แต่ยังคงจัดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่น** หรือผู้ได้รับบาดเจ็บจนกระทั่งคอขาด ก็อาจไม่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัตินี้เช่นกัน เนื่องจากไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้แล้ว

²³ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดชอบกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข, กทม. : วิญญูชน, พ.ศ. 2546, น.40-42

²⁴ สุรจิต สุนทรธรรม, คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551, กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์)

อีกทั้งในปัจจุบันยังมีนิยามเพิ่มเติมสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน อีก 2 ลักษณะคือ²⁵

“ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต” ซึ่งหมายถึงบุคคลที่มีอาการป่วย หรือ บาดเจ็บกะทันหัน หากไม่ได้รับการรักษาทันที จะมีโอกาสเสียชีวิตสูง หรือ มีอาการรุนแรงมากขึ้น เช่น ภาวะหัวใจหยุดเต้น หายใจไม่ออก หอบรุนแรง ภาวะช็อก ชักตลอดเวลา และเลือดออกมากและ

“ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน” คือ บุคคลที่มีอาการป่วย หรือ บาดเจ็บเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนพิการ หรือ เสียชีวิต เช่น ไม้รื้อสีกัตัว ชัก เป็นอัมพาต หรือ ตาบอด หูหนวกทันที และเจ็บปวดมากทรมานทรมาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบนโยบายดังกล่าว ได้นิยามคำว่า “เจ็บฉุกเฉิน” เพื่อให้การวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลของสถานพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกันโดยระบุว่าสถานพยาบาลต้องยึดความหมาย “เจ็บฉุกเฉิน” ตามประกาศของคณะกรรมการการแพทย์ ทั้งนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินตามคำนิยามดังกล่าว สถานพยาบาลต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชนไม่สามารถเรียกเก็บเงินใดๆ กับผู้ป่วยกลุ่มนี้²⁶ ไม่ว่าสิทธิใดก็ตาม แต่ให้มาเบิกจ่ายที่ สปสช.แทน²⁶

แต่ทั้งนี้ในปัจจุบันกรณีการตีความคำว่าผู้ป่วยฉุกเฉินยังคงมีปัญหา เพราะการมองถึงความฉุกเฉินของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินก็มีความแตกต่างกับผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายอื่น จึงไม่ควรนำมาตีความรวมกัน

2.5 แนวความคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

ในส่วนของสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินของไทย ปัจจุบันยังไม่มี การประกาศสิทธิดังกล่าวเป็นเอกเทศตามแบบอย่างของต่างประเทศ เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนียของสหรัฐอเมริกา แต่อย่างไรก็ดี กฎหมายไทยก็มีข้อกำหนดในระดัประชาธรรมนูญ พระราชบัญญัติและกฎหมายลำดับรองที่เกี่ยวข้องที่บัญญัติเรื่องสิทธิต่างๆของการรักษาฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงทำให้สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินของไทยจึงแบ่งได้เป็น สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สิทธิผู้ป่วย

²⁵ ชาว MThai. สปสช.ตั้งนิยามป่วยฉุกเฉินรับนโยบายรัฐ รักษาไม่ต้องถามสิทธิ (ออนไลน์) แหล่งที่มา : <http://news.mthai.com/general-news/159450.html> (เมษายน 2555)

²⁶ ประกาศดังกล่าวเริ่มมีผลเมื่อ 1 เมษายน 2555

²⁶ ชาว MThai. เรื่องเดียวกัน

ฉุกเฉินตามกฎหมายการแพทย์อื่น เช่นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และประกาศสิทธิผู้ป่วย เป็นต้น

2.5.1 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญไทย

กรณีดังกล่าวใช้หลักเกณฑ์เดียวกันเหมือนสิทธิผู้ป่วยอย่างทั่วไป คือ

มาตรา 51 วรรคหนึ่งและวรรคสอง ซึ่งสองวรรคดังกล่าวเป็นหนึ่งในเหตุผลสำคัญที่ต่อมานำไปบัญญัติบังคับใช้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะเรื่องการให้การรักษากรณีฉุกเฉินว่าต้องให้บริการทุกกรณี โดยที่ค่ารักษาพยาบาลไม่สามารถเป็นสิ่งที่นำมาอ้างปฏิเสธการรักษาได้ก็กลายมาเป็นสิ่งที่ป็นรูปธรรมตามพระราชบัญญัติดังกล่าว

มาตรา 80 (2) เป็นเรื่องของจัดทำและส่งเสริมบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพราะการมีมาตรฐานนั้นเป็นสิ่งสำคัญเพราะเป็นสิทธิที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการรักษาที่ได้รับการรับรองว่าถูกต้องตามสุขลักษณะและถูกต้องตามวิธีการทางการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งไม่อาจจะใช้มาตรฐานตามการรักษาได้อย่างทั่วไป เพราะในการให้บริการตามสภาพแล้ว ย่อมเป็นเรื่องที่ฉุกเฉินเร่งด่วนเป็นอันตรายต่อชีวิตและร่างกาย ดังนั้นมาตรฐานจึงเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการ ตลอดจนเป็นสิ่งที่สามารถเข้าถึงและพอเข้าใจได้ ไม่เป็นเรื่องที่ปิดบังซ่อนเร้น เพราะเมื่อผู้ป่วยฉุกเฉินเมื่อทราบถึงมาตรฐาน และรู้ว่าผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ดำเนินการแล้วตามมาตรฐานก็สามารถที่จะสร้างความอุ่นใจในการรักษา และเป็นการทำให้ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินพ้นจากความรับผิดชอบในความเสียหายที่อาจจะเกิดจากการรักษาฉุกเฉินได้

2.5.2 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย

ตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยของไทย ก็มีการบัญญัติเรื่องสิทธิผู้ป่วยกรณีสืบรักษาฉุกเฉินตามข้อ 4 ของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย เนื่องด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตถือเป็นจริยธรรมแห่งวิชาชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพจะต้องรับผิดชอบโดยทันที เมื่อตนอยู่ในฐานะที่จะให้ความช่วยเหลือได้

การช่วยเหลือลักษณะเช่นนี้นับเป็นความจำเป็นในการช่วยชีวิต แม้ว่าจะไม่ได้รับการร้องขอจากผู้ป่วยซึ่งบ่อยครั้งไม่มีสติพอที่จะร้องขอได้ ถือว่าเป็นการถือว่าเป็นการกระทำโดยความ

จำเป็นไม่มีความผิดการปฏิเสธไม่ให้ความช่วยเหลือนับว่าเป็นการละเมิดของข้อบังคับทางแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 10^{***} และอาจผิดกฎหมายอาญามาตรา 307^{****} และถ้าเหตุนี้ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ความตายรับโทษตามมาตรา 308

2.5.3 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินในกรณีดังกล่าว พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 ได้บัญญัติว่า

มาตรา 28 “ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

*** ข้อบังคับทางแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วย เมื่อได้รับคำขอและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

**** ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตัวเองมิได้ เพราะอายุ ความเจ็บป่วย การพิการหรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตัวเองมิได้นั้นเสียโดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง”

บทบัญญัติดังกล่าวให้ความสำคัญในเรื่องแนวความคิดในเรื่องการไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยของแพทย์ได้ ซึ่งเรื่องดังกล่าวเป็นจริยธรรมทางการแพทย์ ซึ่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินนำจารีตดังกล่าวให้เป็นกฎหมายลายลักษณ์อักษร โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับมาตรฐานตามวิชาชีพและจริยธรรมตามรัฐธรรมนูญและเต็มความสามารถ ซึ่งมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉินก็เช่น การตรวจคัดแยก มาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วย เช่น มีพาหนะบริการฉุกเฉิน การติดต่อสื่อสารเพื่อหาโรงพยาบาลที่รองรับผู้ป่วย จึงเป็นสาเหตุให้โรงพยาบาลห้ามปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ถ้าจะอ้างเหตุปฏิเสธว่าเพียงเต็มย้อมไม่สามารถทำได้อีกต่อไป เพราะถือเป็นการฝ่าฝืนกฎหมาย ถือเป็นกฎหมายที่ห้ามทอดทิ้งผู้ป่วยของไทย (anti-dumping law) ที่เป็นบทบัญญัติอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นการให้สิทธิดีกว่าคนไข้ ผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นๆ ที่มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่าอันเป็นการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนในประเทศอีกหนึ่งประการอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุดเท่าที่กฎหมายไทยเคยมีมา

แต่อย่างไรก็ดี ถึงแม้ปัจจุบันพระราชบัญญัติฉุกเฉินจะบังคับใช้แล้ว แต่ก็ยังคงมีโรงพยาบาลที่ปฏิเสธผู้ป่วยในการรักษา ด้วยเหตุผลต่างๆ เช่น ค่ารักษา ซึ่งอาจเป็นเพราะกฎหมายดังกล่าวยังไม่เป็นที่รู้จักกันอย่างทั่วถึงจึงทำให้การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินจึงยังไม่อยู่ในรูปธรรมนัก

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างที่น่าสนใจเกี่ยวกับการทิ้งผู้ป่วย²⁷ ที่กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) นายเสนาะ แก้วสมบุญ อายุ 46 ปี อาชีพรับตอกเสาเข็มสร้างบ้าน ได้เดินทางมายื่นหนังสือต่อนายมานิต นพอมรบดี รมช.สาธารณสุข เพื่อร้องเรียนขอความเป็นธรรมกรณีโรงพยาบาลเอกชนชื่อดังย่านรัตนาธิเบศร์ ที่มีส่วนทำให้นายกัมพล แก้วสมบุญ ซึ่งเป็นน้องชาย ต้องเสียชีวิต

โดยนายเสนาะ กล่าวว่า นาย กัมพล ได้รับอุบัติเหตุโดนเสาเข็มที่ตอกอยู่หักโค่นลงมากระแทกศีรษะอย่างแรง ซึ่งตนไม่ใช่คนพื้นที่ดังกล่าว จึงไม่รู้จะนำคนเจ็บไปส่งโรงพยาบาลใด แต่

²⁷ ASTVผู้จัดการออนไลน์, ข่าวอีก !! รพ.เอกชนดังย่านรัตนาธิเบศร์ไม่ยอมรับรักษาคนเจ็บสุดท้ายเสียชีวิต, (อ อ น ไ ล น) , http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=836:2009-12-14-03-01-26&catid=18:2008-12-15-07-04-53&Itemid=55, (มีนาคม 2556)

เนื่องจากตนเคยใช้บริการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แกวร์ตนาธิเบศร์ เป็นประจำ จึงรับนำนาย กัมพลไปส่งโรงพยาบาลดังกล่าวโดยใช้เวลาเพียง 15 นาที เมื่อถึงโรงพยาบาลก็รับนาย กัมพลเข้าห้องฉุกเฉิน จากนั้นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ออกมาแจ้งค่าใช้จ่ายเบื้องต้นประมาณ 30,000 บาท พร้อมทั้งแจ้งว่าคนเจ็บมีอาการเลือดคั่งในสมองจึงต้องรีบผ่าตัดด่วน ตนก็ได้เซ็นตั้งชื่อตกลงเพื่อจ่ายค่ารักษาพยาบาล แต่จากนั้นประมาณ 1 ชั่วโมง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ออกมาแจ้งอีกว่าค่ารักษาทั้งหมดจะประมาณ 1-2 แสนบาท ตนก็บอกว่าให้รักษาได้เลย และจะหาเงินมาจ่ายให้แน่นอน

แต่พอผ่านไปอีกเกือบ 2 ชั่วโมง ก็มีเจ้าหน้าที่ออกมาถามอีกว่าสามารถเบิกอะไรได้หรือไม่ มีประกันสังคมหรือไม่ หรือมีบัตรทองหรือไม่ ตนก็ได้โทรขอความช่วยเหลือไปยังสถานีวิฑูรย์ร่วมด้วยช่วยกัน ก็ทราบว่าไม่มีสิทธิรักษาบัตรทอง อยู่ที่โรงพยาบาลนครปฐม และในระหว่างนั้นตนได้เข้าไปดูนาย กัมพล ก็พบว่าทางโรงพยาบาลรักษาแต่เพียงบาดแผลภายนอก และให้ออกซิเจนเท่านั้น ทั้งที่รู้อยู่แล้วว่าต้องรีบผ่าตัดด่วน จากนั้นโรงพยาบาลเอกชนดังกล่าวก็ทำเรื่องส่งคนเจ็บไปทางโรงพยาบาลนครปฐมทันที เมื่อไปถึงโรงพยาบาลนครปฐมแพทย์ก็ดูผลเอ็กซเรย์ และรีบนำตัวเข้าห้องผ่าตัด ก่อนที่จะออกมาแจ้งว่ามาส่งช้าเกินไป มีโอกาสรอดแค่ 5% จากนั้นก็ทำการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาลนครปฐมได้ 8 วัน ก็เสียชีวิต จึงอยากมาร้องเรียนกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขอความเป็นธรรม เพราะในเมื่อไม่เชื่อว่าตนจะมีเงินรักษา และรู้อยู่แล้วว่ากรณีนี้ต้องรีบผ่าตัดทำไมไม่แจ้งมา เพื่อที่ตนจะได้รีบนำไปส่งโรงพยาบาลอื่น และจะได้ไม่เกิดความสูญเสียต่อครอบครัวตน

ด้านนพ.ธเรศ กล่าวว่า ได้มีการขอเวชระเบียน กับข้อมูลจากทางโรงพยาบาลดังกล่าวเพื่อขอตรวจสอบแล้ว ซึ่งตามปกติจะมีคณะกรรมการตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการร้องเรียน เรื่องสถานพยาบาลต่างๆ ที่จะมีการประชุมกันเดือนละครั้ง จึงจะมีการนำเรื่องดังกล่าวเข้าหารือในคณะกรรมการ ซึ่งหากเป็นไปได้จะพยายามให้ทันในเดือน ธ.ค.นี้ หรืออย่างช้าก็ในเดือน ม.ค. 2553 และในระหว่างนี้ก็ได้มีการติดต่อกับทางโรงพยาบาลเพื่อให้มาไกล่เกลี่ยกับทางญาติผู้ได้รับความเสียหายด้วย

ข้อนำคิด สำหรับเรื่องดังกล่าวจะพบว่าเหตุการณ์นี้เกิดขึ้นภายหลังประกาศใช้ พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 แล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถใช้งบค้ำกับภารกิจของผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้จริง ซึ่งอาจเป็นเพราะพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้ยังไม่เป็นที่รู้โดยทั่วไปของคนในสังคม ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับรักษาสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนในชาติ ไม่ได้ได้รับความใส่ใจจากภาครัฐในการผลักดันให้ประชาชนทั่วไปได้รู้จักกฎหมายดังกล่าวเพื่อมานำใช้พิทักษ์สิทธิ

ของตน เพราะต่อไปโรงพยาบาลก็จะได้ไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยโดยที่ไม่ได้รักษาอย่างเต็มสามารถ
ในเบื้องต้นก่อนที่จะส่งตัวได้

สำหรับการแก้ปัญหาตามข้อเท็จจริงดังกล่าวพบว่าทางกระทรวงสาธารณสุขให้
โรงพยาบาลดังกล่าวออกมาใกล้เคียง ในกรณีดังกล่าวนี้ถ้าคิดตามตรรกะและเหตุผล จะพบว่าเมื่อ
มีการบังคับใช้กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว การทอดทิ้งผู้ป่วยเป็นการกระทำที่ต้องห้ามตาม
พระราชบัญญัติ ซึ่งถ้ากระทำก็เท่ากับเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายดังนั้นโทษดังกล่าวจึงเป็นความรับผิดชอบ
ในระดับโทษทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307 ส่วนละเว้นการปฏิบัติหน้าที่
ถ้าเกิดความเสียหายถึงแก่ความตายก็ต้องรับความผิดตามมาตรา 308 ซึ่งไม่ใช่เรื่องลหุโทษ
ตามมาตรา 347 อย่างที่เคยเป็นมา เมื่อถ้าเป็นลหุโทษแล้วก็สามารถใกล้เคียงและยอมความได้
ตามกฎหมาย แต่เมื่อความผิดดังกล่าวเป็นความผิดต่อแผ่นดินจึงไม่อาจยอมความกันได้ ซึ่งการที่
แพทย์กระทำการดังกล่าว เพราะเกิดจากความเคยชินจากการจ่ายเงินปิดปากให้เรื่องจบ
ซึ่งการกระทำดังกล่าวเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสม ถูกคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นคนอย่าง
หาที่เปรียบไม่ได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสังเวชกับประเทศที่ปกครองด้วยระบบนิติรัฐอย่างประเทศไทย

2.6 สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินในปัจจุบัน: ศึกษากรณีของสหรัฐอเมริกา

ที่สหรัฐอเมริกาประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะสามารถเข้าถึงการได้รับบริการทางการแพทย์
ฉุกเฉินในโรงพยาบาลโดยไม่ต้องคำนึงว่าจะมีการทำประกันภัยหรือไม่ โดยเฉพาะในมลรัฐ
แคลิฟอร์เนียมีข้อจำกัดและข้อกำหนดที่เข้มงวดอย่างมากในเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกทาง
สาธารณสุขที่ได้รับอนุญาตกับหน่วยงานทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีหน้าที่ลำเลียงและเคลื่อนย้าย
ผู้ป่วยฉุกเฉิน กฎหมายเหล่านี้ได้ครอบคลุมให้ความสำคัญในเรื่องการให้ความคุ้มครองตาม
กฎหมายสหรัฐบัญญัติว่าด้วยการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินและแรงงาน (Emergency Medical
Treatment and Active Labor Act - EMTALA) มากขึ้น การคุ้มครองตามสหรัฐบัญญัติดังกล่าว
มีข้อกำหนดทางกฎหมายที่นำมาปรับใช้ในโรงพยาบาลทุกแห่งตลอดจนเข้ามามีบทบาทใน
โครงการประกันสุขภาพของรัฐและนำมาใช้กับผู้ป่วยทุกรายที่ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินใน
โรงพยาบาล รวมผู้ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการประกันสุขภาพของรัฐด้วย²⁸

²⁸ The California Patient's Guide, Chapter IV. Your Right Emergency Medical Care[Online]
Available from ; <http://www.calpatientguide.org/iv.html> (2010,NOV)

เมื่อประชาชนต้องรับการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกคนล้วนมีสิทธิดังนี้

1. สิทธิที่จะได้รับรู้ข้อมูลในสิทธิของตน
2. สิทธิที่จะได้รับการรักษาโดยปราศจากการเรียกร้อยค่ารักษาจากโรงพยาบาล
3. สิทธิที่จะได้รับการรักษาจนกว่าตนอยู่ในสภาพที่ได้รับการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินจนเสถียร
4. สิทธิที่จะได้รับการส่งตัวรักษาถ้าโรงพยาบาลมีความเห็นว่าสมควร
5. สิทธิที่จะให้ความยินยอมถ้าต้องถูกส่งตัวรักษาไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ

ดังนั้นเมื่อประชาชนมีความจำเป็นต้องรับการรักษาฉุกเฉิน ก็ต้องมีสิทธิการรักษาฉุกเฉิน (emergency care) และได้รับความสะดวกในด้านสาธารณสุขที่ให้บริการด้วยหน่วยงานแพทย์ฉุกเฉินในทุกๆด้าน

ในโรงพยาบาลจะต้องให้ข้อมูลแก่ประชาชนเพื่อทราบสิทธิที่จะได้รับการบริการและการรักษาฉุกเฉิน อาทิ การลำเลียง การเคลื่อนย้าย และการไม่ต้องคำนึงถึงว่าคนๆ นั้นจะมีความสามารถจ่ายค่ารักษาได้หรือไม่

ทางโรงพยาบาลต้องบอกกล่าวทั้งทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษร ให้เหตุผลในการส่งตัวหรือเหตุผลที่ปฏิเสธที่จะให้การรักษ าโรงพยาบาลจะต้องแสดงรายละเอียดดังกล่าวเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิเหล่านี้ ไม่ว่าจะโดยทางสัญลักษณ์และลายลักษณ์อักษรที่ประกาศต้องให้ข้อมูลแก่ประชาชนในห้องรักษาฉุกเฉินเพื่อได้ทราบสิทธิ ข้อยกเว้น การแจ้งข้อมูลรายละเอียดอาจไม่จำเป็นถ้าที่แห่งนั้นไม่สามารถจะทำได้ เพราะถ้าเป็นการรักษาในกรณีนั้นเกี่ยวข้องกับการรักษาฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่ออามชีวิตและระบบประสาท หรือสถานที่ให้การรักษาไม่ได้อยู่ในภาวะการณ์ที่จะแสดงผลต่อผู้ป่วยฉุกเฉินได้

แต่ทั้งนี้กฎหมายสหรัฐฯมีวัตถุประสงค์ให้โรงพยาบาลแสดงสัญลักษณ์เพื่อให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าเป็นการแสดงถึงความเคารพในสิทธิที่จะได้รับการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่ว่าจะโรงพยาบาลนั้นจะรองรับการประกันสุขภาพของรัฐ (social security) ด้วยหรือไม่ก็ตาม

ในการรักษาให้ได้อยู่ในสภาพอย่างเสถียร คือการได้รับการรักษาฉุกเฉินตามความสมควรจนเป็นแน่ใจ ใช้วิจากรณญาณในการรักษาที่เป็นเหตุเป็นผลว่าการรักษานั้นจะไม่ให้อาการเลวร้ายลงทั้งในระหว่างการให้การรักษ า หรือในระหว่างที่มีการลำเลียงผู้ป่วยด้วยเครื่องอำนวยความสะดวกทางทางการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ในการส่งตัว มีหลักคือห้ามส่งตัวผู้ป่วยโดยปราศจากการให้เหตุผลของแพทย์หรือไม่อย่างน้อยจะส่งตัวได้ก็ต่อเมื่อเข้าตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้

- ผู้นั้นผ่านการตรวจและประเมินผลโดยแพทย์หรือศัลยแพทย์แล้ว
- ผู้นั้นได้รับการพยาบาลฉุกเฉินอย่างเหมาะสมแล้วจนเป็นที่แน่ใจได้ว่าจะไม่เจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นจากการส่งตัว
- แพทย์และศัลยแพทย์ต้องมีการตกลงและเตรียมการกับโรงพยาบาลแห่งใหม่เพื่อจะได้มีการเตรียมเครื่องมือ บุคลากรที่พร้อมในการที่จะรักษาต่อเป็นที่เรียบร้อย
- มีบันทึกการรักษาของผู้ป่วยต้องถูกส่งไปพร้อมกับตัวของผู้ป่วยฉุกเฉิน
- โรงพยาบาลได้ปฏิบัติตามพร้อมกับข้อกำหนดของมลรัฐที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการส่งตัวผู้ป่วยฉุกเฉิน

การปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวไม่มีผลต่อความรับผิดชอบของทางโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในเรื่องของการให้เหตุผลทางการแพทย์ หรือกรณีเมื่อผู้นั้นจะต้องได้รับการส่งตัวรักษาอย่างเป็นพิเศษก็ทั้งได้รับความยินยอมจากผู้นั้นแล้ว แต่ทั้งนี้ผู้ป่วยก็ต้องอยู่ในสภาพที่มีสติพอรับรู้

กฎหมายสหรัฐอเมริกาได้วางหลักเพิ่มเติมในวัตถุประสงค์ของการส่งตัวและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามความตกลงประกันสุขภาพของผู้ป่วยไว้ดังนี้

- โรงพยาบาลที่ทำการส่งตัวต้องให้การรักษาทางการแพทย์ให้พ้นขีดอันตรายเสียก่อนเป็นอย่างน้อย
- โรงพยาบาลที่รับตัวผู้ป่วยต้องมีที่ว่างและบุคลากรอย่างเพียงพอที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย
- โรงพยาบาลที่รับตัวผู้ป่วยต้องให้การตกลงและยอมรับการส่งตัวนั้น
- การส่งตัวจะต้องเป็นการดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์สำหรับการขนส่งที่มีคุณภาพ รวมไปถึงการใช้เพื่อการรักษาตามความสำคัญและเหมาะสมกับชีวิตตามมาตรฐานที่สนับสนุน
- โรงพยาบาลที่ทำการส่งตัวต้องทำการส่งบันทึกคนไข้ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสภาพการรักษาฉุกเฉินไปกับตัวผู้ป่วย
- ในการลำเลียงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ จริงแล้วโรงพยาบาลไม่สามารถส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่นๆ ได้ เมื่อถ้าคนๆ นั้นต้องการรักษาในหน่วยงานแพทย์ฉุกเฉิน

จะส่งได้ก็อย่างน้อยจนกว่าจะได้รักษาผู้ป่วยจนอยู่ในสภาพที่มั่นคงพอ หรืออาจส่งได้ตามวัตถุประสงค์อื่นๆภายใต้กฎหมายของมลรัฐที่เป็นข้อยกเว้น เช่นว่าคนๆนั้นมีความจำเป็นที่ต้องรับการบริการมากกว่า แต่โรงพยาบาลแห่งนั้นไม่สนองความต้องการนั้นได้ แต่อย่างไรก็ดีการส่งตัวผู้ป่วยดังกล่าวก็ต้องดูสภาพความมั่นคงของผู้ป่วยว่าเสถียรพอหรือไม่เป็นสำคัญ ทุกคนมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่จะมีสิทธิในร่างกายและการรักษาทางการแพทย์ของตน แต่ถ้าคนๆนั้นถูกส่งตัวอย่างเสี่ยงไปยังสถานที่ที่จะให้การรักษาอื่นนั้นถ้ากล่าวถึงคำคัดค้านของผู้ป่วยถูกเงิน ผู้ป่วยนั้นชอบที่จะติดต่อเรียกร้องต่อโรงพยาบาลหรือแพทย์ที่รักษานั้นได้

* ข้อสังเกต สิทธิของผู้ป่วยถูกเงินดังกล่าวของไทยยังไม่มีประกาศใช้ในปัจจุบัน จึงต้องใช้คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยตามแบบทั่วไปที่เสนอมานี้ในข้างต้น จึงมีความสมควรมากที่ไทยเราจะพัฒนาการให้มีการรับรองสิทธิดังกล่าวในอนาคตต่ออย่างเป็นรูปธรรม เพื่อจะได้เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้รับและผู้ให้บริการทางการแพทย์ถูกเงิน และเป็นการสร้างความตระหนักแก่แต่ละฝ่ายให้ได้รับรู้หน้าที่ของตนเอง

2.7 บทวิเคราะห์ความแตกต่างของสิทธิผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยถูกเงิน

การให้การรักษาโดยวิธีการทั่วไปและการให้การรักษาโดยวิธีการถูกเงินนั้นมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นสภาพผู้ป่วย สภาพของสถานการณ์ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะมีกฎหมายในการบังคับใช้ที่แยกออกมาต่างหาก ทั้งนี้เพราะเมื่อสภาพที่แตกต่างกัน สิทธิของตัวผู้ป่วยแต่ละประเภทก็ย่อมต้องแตกต่างกันซึ่งสามารถสรุปได้ตามตารางเปรียบเทียบที่แสดงความแตกต่างของสิทธิในการรับบริการทางสาธารณสุข ดังนี้

ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างในด้านสิทธิผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยถูกเงิน

| สิทธิผู้ป่วย | ทั่วไป | ถูกเงิน | หมายเหตุ |
|--|--------|---------|--|
| มีสิทธิได้รับบริการทางสาธารณสุขที่มีมาตรฐานทางวิชาชีพและจริยธรรม | X | X | รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ความเสมอภาคในการได้รับสิทธิการรับขึ้น พื้นฐานในการรักษาตามรัฐธรรมนูญ | X | X | รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 |
| มีสิทธิได้รับการบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สุขภาพโดยไม่เลือกปฏิบัติ | X | X | รัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 |
| มีสิทธิได้ทราบข้อมูลเพียงพอที่จะยินยอมหรือไม่ ยินยอมในการรับการรักษา | X | | คำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย |
| ได้รับความช่วยเหลือเร่งด่วน โดยไม่คำนึงว่า ผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือ | | X | คำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย |
| มีสิทธิทราบชื่อ สกุล และประเภทของแพทย์ผู้ ให้บริการ และแพทย์ต้องแจ้งข้อความในเรื่อง ดังกล่าวแก่ผู้ป่วย | X | | พระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 |
| มีสิทธิสามารถขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพ สุขภาพด้านอื่น | X | | คำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย |
| สิทธิขอเปลี่ยนผู้บริการ และสถานบริการได้ | X | | คำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย |
| มีสิทธิปกปิดข้อมูลตนเอง | X | | คำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย |

| | | | |
|---|---|---|--|
| มีสิทธิทราบข้อมูลครบถ้วน ตัดสินใจเข้าร่วม หรือ ถอนตัวจากการทดลองทางการแพทย์ | X | | คำประกาศสิทธิผู้ป่วย |
| มีสิทธิรับทราบข้อมูลการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนเมื่อได้ร้องขอ | X | X | คำประกาศสิทธิผู้ป่วย |
| บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม สามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วย | X | | คำประกาศสิทธิผู้ป่วย |
| มีสิทธิได้รับการปฏิบัติการจนเต็มขีดความสามารถก่อนจะมีการส่งต่อ | | X | พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 |
| มีสิทธิได้รับการรักษาโดยไม่ต้องมีประกัน หรือ การรับผิดชอบค่าใช้จ่าย | | X | พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 |
| มีสิทธิได้รับการรักษาโดยไม่สามารถอ้างเรื่องเตียงเต็มได้ | | X | พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 |

นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างในเรื่องของรูปแบบซึ่งผู้ป่วยทั่วไปได้รับความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามประกาศสิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นกฎหมายลำดับรอง และสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นได้รับความคุ้มครองกฎหมายในระดับพระราชบัญญัตินั้นคือพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน และพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่นพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เมื่อเห็นความแตกต่างในลักษณะของผู้ป่วยย่อมเป็นข้อดีของผู้ปฏิบัติการทางเวชกรรม เพราะจะสามารถแยกแยะสิทธิของผู้ป่วยได้ง่าย สามารถตัดสินใจให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและไม่ลังเลต้องกังวลว่าจะเกิดการก้าวล่วงของสิทธิ

ใดๆ ในผู้ป่วยหรือไม่ เพราะการปฏิบัติหน้าที่ดังกล่าวเป็นไปโดยจริยธรรมและมาตรฐานวิชาชีพซึ่ง
กฎหมายคุ้มครองคุ้มครองตามหลักนิติรัฐ

บทที่ 3

การคุ้มครองการปฏิบัติการของแพทย์ทั่วไปและแพทย์ฉุกเฉิน ตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

3.1 แนวความคิดการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่และข้อจำกัดความรับผิดชอบในการรักษา ของแพทย์ กรณีผู้ป่วยทั่วไป

การรักษาของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การรักษาผู้ป่วยในแบบทั่วไป แม้โดยพฤติการณ์จะไม่ได้จำต้องมีความจำเป็นเร่งด่วน อีกทั้งตัวแพทย์เองก็สามารถมี วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจได้อย่างรอบคอบกว่า เพราะไม่ได้อยู่ในภาวะที่คับขัน อีกทั้งการให้ การรักษาผู้ป่วยจึงมีลักษณะไปในทางสัญญาซึ่งเป็นเรื่องของทางแพ่งมากกว่า ดังนั้นข้อจำกัดใน การรับผิดชอบจึงอาจจะมีไม่มากหรือมีเฉพาะในแต่ละกรณีไป ซึ่งการจะฟ้องร้องแพทย์ได้นั้น ก็มักจะมี เมื่อเกิดความเสียหายในทรัพย์สิน ร่างกาย และอนามัย ซึ่งอาจทำให้การฟ้องร้องดังกล่าว กลายเป็นคดีที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา และจริยธรรม ซึ่งเป็นการความผิดทางวินัยของผู้เป็นแพทย์ ด้วย¹

3.1.1 ความหมายของคำว่า “ทุรเวชปฏิบัติ”

คำว่า “ทุรเวชปฏิบัติ” เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า “Malpractice” ซึ่งตามคำอธิบาย ในพทานุกรมศัพท์นิติเวชของอังกฤษได้ให้ความหมายไว้ว่า “การขาดทักษะที่ควรพึงมี อย่างสมเหตุสมผลตามสมควรในฐานะแพทย์และขาดการดูแลเอาใจใส่คนไข้จนทำให้เกิดอันตราย หรือชีวิตของคนไข้”²

องค์ประกอบของทุรเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 อย่าง ซึ่งมีส่วนที่คล้ายกันกับ องค์ประกอบหรือบ่อเกิดของคำว่า ประมาทเลินเล่อ คือ³

¹ เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, สำนักพิมพ์บู๊คเน็ท, พ.ศ.2549, น.300

² บุตร ประดิษฐ์วิณิช. แพทย์ ยา วิชาชีพหรือการค้า. สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, พ.ศ. 2532, น.167

³ เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ.เรื่องเดียวกัน , น.298-299

1. **Duty** หน้าที่ที่แพทย์มีต่อผู้ป่วย อันเป็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยหน้าที่ของแพทย์ในกรณีนี้มุ่งจะไปยังหน้าที่ที่จะต้องรักษามาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หน้าที่ดังกล่าวไม่จำเป็นต้องได้รับเป็นลายลักษณ์อักษร หากแต่เป็นหน้าที่ที่ทราบกันดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การที่แพทย์ผู้มีรายชื่ออยู่เวร ในวันหนึ่งๆหากมีผู้ป่วยเข้ามารับบริการในวันและเวลาดังกล่าว ก็ถือว่าแพทย์ผู้นั้นมีหน้าที่ในการให้การรักษาผู้ป่วยโดยปริยาย โดยมีจำต้องมีการลงลายมือชื่อหรือทำสัญญาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยแต่อย่างใด

หน้าที่ที่มีความหมายจำเพาะเจาะจงในกรณีของการกระทำเวชปฏิบัติคือการที่แพทย์ดังกล่าวต้องปฏิบัติหน้าที่ให้อยู่ในระดับเดียวกันกับที่แพทย์ท่านอื่นๆกระทำเป็นมาตรฐาน

2. **Breach** หมายถึงการฝ่าฝืนหรือละเมิดต่อมาตรฐานในการรักษาดังกล่าว โดยมาตรฐานนี้อาจยึดเอาจาก มาตรฐานของแพทย์ในสาขาเดียวกันโดยทั่วไป คำให้การของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ความรู้ทางการรักษาที่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป

การรักษาที่ผิดเพี้ยนไปจากหลักการดังกล่าวข้างต้น ก็จะมีผลทำให้แพทย์ถูกกล่าวหากระทำหน้าที่เป็น ทุรเวชปฏิบัติได้

3. **Causation** ผลที่เกิดจากการให้การรักษานั้น มีความเกี่ยวข้องกับ การรักษาพยาบาลอย่างมาก หรืออีกนัยหนึ่งคือ การกระทำที่เป็นการให้การรักษาพยาบาลดังกล่าว เป็นสาเหตุอันใกล้ชิด (Proximate cause) ต่อความเสียหาย (damage) ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย ในทางปฏิบัติหากการบาดเจ็บ ป่วย หรือการเสียชีวิตจะต้องเกิดอย่างแน่นอน ไม่ว่าจะแพทย์ จะกระทำหรือให้การรักษาอย่างใดก็ตาม กรณีเช่นนี้ไม่ถือว่าสาเหตุอันใกล้ชิด ซึ่งจะทำให้แพทย์ ท่านดังกล่าวพ้นจากคำว่า ทุรเวชปฏิบัติ

4. **Damages** การกระทำดังกล่าวข้างต้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ซึ่งความเสียหายนั้นมีได้ในหลายรูปแบบ เป็นต้นว่า เสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล สูญเสีย ค่าจ้างหรือผลประโยชน์อื่นใดอันควรที่จะได้รับในระหว่างที่ต้องเข้ารับการรักษาอันนั้นเนื่องมาจากการกระทำทุรเวชปฏิบัตินั้น อาจรวมถึงค่าเสียหายทางจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด การทรมานทุกข์ ทรมาน เป็นต้น

ทั้งนี้จะเห็นได้ว่า ความเสียหายที่ผู้ป่วยได้รับนั้นสามารถแยกออกไปเห็นในรูปของความเสียหายทางเศรษฐกิจศาสตร์ (Economic damage) เช่นการไม่ได้เงินเดือน หรือต้องเสีย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และความเสียหายที่ไม่ได้เป็นความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์ เช่น ความเจ็บปวด ความทนทุกข์ทรมาน เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยต้องพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากการทำทิวเวชปฏิบัติจริง (หน้าที่นำสืบตกอยู่แก่โจทก์)

3.1.2 ทิวเวชปฏิบัติกับความรับผิดชอบตามกฎหมาย

ทิวเวชปฏิบัติสามารถเป็นนิติเหตุก่อให้เกิดความรับผิดชอบตามกฎหมายของแพทย์ได้ โดยอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางกฎหมายแพ่งและทางกฎหมายอาญาและผิดต่อกฎหมายวิชาชีพ โดยเฉพาะซึ่งอาจแยกพิจารณาได้ต่อไป⁴

3.1.2.1 ความรับผิดทางอาญา

สำหรับความผิดทางอาญานั้น ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมควรทราบ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุขึ้นขึ้น เพราะเป็นเรื่องของคุณตระวางความรับผิดชอบในทางบ้านเมือง อย่างไรก็ตามความผิดดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ ก็จะต้องปรากฏข้อเท็จจริงว่า ผู้กระทำได้กระทำโดยเจตนาหรือประมาท⁵ ถ้าได้ความในเบื้องต้นเช่นนั้น จึงจะไปพิจารณารัฐานความผิดที่เกิดขึ้น จึงจะไปพิจารณาความผิดที่เกิดขึ้นในกรณีดังต่อไปนี้

1. ความผิดต่อชีวิตและร่างกาย บางครั้งเกิดจากการกระทำโดยเจตนา ก็มี เช่น เจาะเลือดไปตรวจโดยไม่เกี่ยวกับการรักษาโรค แต่ส่วนมากเกิดจากการประมาทของแพทย์ในขั้นตอนการรักษา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตาย สูญเสียอวัยวะหรือเกิดอันตรายแก่กายและจิตใจ เช่น การให้เลือดผิดหมู่ การให้ยาสลบกัน หรือความผิดพลาดต่างๆ ระหว่างการผ่าตัด การตัดอวัยวะบางส่วนออกโดยไม่จำเป็นที่ต้องทำเช่นนั้น เหล่านี้ล้วนแต่สร้างปัญหาทางกฎหมายให้สามารถฟ้องร้องได้ทั้งสิ้น แต่การปฏิบัติงานของมนุษย์จะเกิดความผิดพลาดได้ทุกกรณีก็ตาม* แต่หากใช้ความระมัดระวังดีแล้วโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดย่อมน้อยลง โดยเฉพาะผู้ประกอบ

⁴ แสวง เฉลิมบุญวิภาส อเนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิญญูชน, พ.ศ. 2546 ,(พิมพ์ครั้งที่ 2), (น.82)

⁵ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคสอง

* Murphy's Law : Anything can go wrong, it will.

วิชาชีพทางการแพทย์ซึ่งเกี่ยวข้องกับความเป็น-ตายของมนุษย์ก็ย่อมต้องใช้ความระมัดระวังมากเป็นพิเศษตามวิสัยของผู้ประกอบวิชาชีพ

2. ความผิดต่อการอยู่ร่วมกัน เรื่องที่มักเกิดเป็นข่าวอยู่เสมอในระยะหลังก็คือสถานพยาบาลปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยและไม่ใช่ปัญหาโดยตรงของเตียงเต็มหรือไม่อาจจะรับไว้ได้ด้วยเหตุผลที่เหมาะสมทางการเงิน การกระทำดังกล่าวนั้นมีความผิดทางกฎหมายอาญา⁶ ถือเป็นความผิดต่อการอยู่ร่วมกัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐนั้นจะปฏิเสธไม่ได้เพราะเป็นบริการสาธารณะ แม้เตียงเต็มก็ต้องปฐมพยาบาลเบื้องต้นก่อนแล้วจึงค่อยส่งต่อส่วนโรงพยาบาลเอกชนหากเป็นกรณีปกติ ก็เป็นเรื่องการตกลงที่จะรักษา แต่ทางกรณีฉุกเฉินก็จะปฏิเสธไม่ได้ ซึ่งผิดต่อหลักการเรื่องการอยู่ร่วมกันดังที่กล่าวมา

3. ความผิดฐานก่ออันตรายต่อชีวิตร่างกาย โดยที่การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่ของแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว การดูแลมิให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยในประการอื่นก็ถือเป็นหน้าที่โดยตรงด้วย การปล่อยปละละเลยหน้าที่ดังกล่าวโดยเจตนา ถือเป็นความผิดทางกฎหมายได้เรียกว่า ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วย⁷

4. ความผิดต่อเสรีภาพ ดังที่ได้เคยกล่าวมาแล้วว่าในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมนั้น การกระทำต่อร่างกายมนุษย์โดยทั่วไปแล้วจะต้องได้รับความยินยอม ถ้าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้วความผิดต่อเสรีภาพย่อมไม่เกิดขึ้น ถือว่าการกระทำนั้นไม่เข้าองค์ประกอบในทางกฎหมาย แต่ถ้ากรณีทำโดยพลการฝ่าฝืนความยินยอม การกระทำนั้นอาจเป็นความผิดทางอาญา⁸ เว้นแต่กรณีฉุกเฉินจำต้องทำเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย

5. ความผิดเกี่ยวกับเอกสาร เรื่องที่แพทย์เขียนใบรับรองโดยไม่ได้ตรวจร่างกายนั้น ดูเหมือนเป็นเรื่องที่ทำกันอย่างแพร่หลาย หรือบางครั้งอาจเขียนคำรับรองเท็จไป การกระทำเหล่านี้แพทย์อาจคิดว่าไม่เป็นไร แต่แท้ที่จริงแล้ว การกระทำดังกล่าวเป็นความผิดฐานทำเอกสารเท็จตามที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 269⁹ และผิดข้อบังคับของแพทย์

⁶ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

⁷ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 307

⁸ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 308

⁹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 269

สภาว่าด้วยจริยธรรมแห่งวิชาชีพด้วย ซึ่งแพทยสภาที่เคยมีการลงโทษการกระทำเช่นนี้มาหลายรอบแล้ว¹⁰

6. การกระทำความผิดต่อทรัพย์สิน นอกจากปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพดังกล่าวมาแล้วยังมีเรื่องแปลกที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น แต่ก็เกิดขึ้นแล้วในเมืองไทยคือแพทย์สมรู้กับเจ้าของคลินิกที่ไม่ได้เป็นแพทย์แต่อยากเปิดคลินิกรักษาโรค จึงขอเพียงชื่อของแพทย์ติดไว้หน้าร้าน และจ่ายเงินให้ตามที่ตกลงกัน จากนั้นเจ้าของคลินิกก็ทำตัวเป็นหมอรักษาคนเรื่อยไป ซึ่งผู้ไปใช้บริการก็ไม่ทราบ นายแพทย์บุตร ประดิษฐ์วณิช เรียกแพทย์ที่สมรู้ในการกระทำความดังกล่าวว่า แพทย์ขายตัว¹¹

คลินิกที่ดำเนินงานในลักษณะนี้ นอกจากเป็นคนต่างด้าวมาจากญี่ปุ่น ฮองกง ไต้หวัน อินเดีย หรือพม่าแล้ว ก็อาจเป็นพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ที่มีความรู้ทางการแพทย์อยู่บ้าง เรื่องนี้นอกจากจะผิดกฎหมายควบคุมวิชาชีพแล้วยังเป็นความผิดอาญาฐานฉ้อโกงประชาชนด้วย¹²

3.1.2.2 ความรับผิดทางแพ่ง

ความรับผิดทางแพ่งมักเกิดขึ้นในลักษณะของสัญญา เช่น การรับทำคลอด การตกลงทำสัญญากกรรมตกแต่ง หากมิได้เป็นไปตามข้อตกลง ย่อมเรียกให้รับผิดตามสัญญาได้ แต่ความรับผิดทางแพ่งอีกกรณีหนึ่งคือ ความรับผิดที่เกิดจากละเมิดซึ่งเป็นเรื่องที่เกิดจากการกระทำโดยจงใจหรือประมาทเลินเล่อของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น¹³ เรื่องที่เกิดในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ส่วนมากมักเกิดจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น การลืมนำเครื่องมือไว้ในช่องท้องคนไข้หลังการผ่าตัด

¹⁰ แสง เฉลิมบุญวิภาส อเนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, สำนักพิมพ์วิญญูชน, พ.ศ. 2546 ,(พิมพ์ครั้งที่ 2), น. 84

¹¹ บุตร ประดิษฐ์วณิช, แพทย์ ยา วิชาชีพหรือการค้า, สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, พ.ศ. 2532, น.166-167

¹² ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 341 ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 343

¹³ ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

การให้เลือดผิดหมู่ การให้ยาผิด หรือความผิดพลาดอย่างอื่นที่เกิดจากการขาดความระมัดระวังของผู้ประกอบวิชาชีพจนเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย¹⁴

3.1.2.3 ความรับผิดชอบตามพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ซึ่งมีโทษจำเพาะ คือ ว่ากล่าวตักเตือน ภาคทัณฑ์ พักใช้ใบอนุญาตไม่เกินสองปี ไปจนถึงเพิกถอนใบอนุญาต โดยแพทยสภาเป็นผู้มีอำนาจนี้และมักเป็นไปในรูปแบบของการพิจารณาเรื่องจริยธรรมของแพทย์¹⁵

3.1.3 การคุ้มครองการปฏิบัติการของแพทย์ทั่วไป

ในการรักษาผู้ป่วยทั่วไปมีกฎหมายที่ให้หลักกว้างๆ ในการยกเว้นความรับผิดชอบคือกฎหมายรัฐธรรมนูญ และจารีตประเพณีทางการแพทย์อย่างสิทธิผู้ป่วย และข้อจำกัดความรับผิดชอบโดยการให้ความยินยอม

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ว่า **มาตรา 80(2)** "ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย"

ดังนั้น จึงมีคำถามเกิดขึ้นว่าอะไรถือเป็นมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมของแพทย์ซึ่งเรื่องดังกล่าวของคนทั่วไป จึงเป็นช่องว่างทำให้เกิดปัญหาในการฟ้องร้องว่ามาตรฐานในการรักษาอยู่ตรงไหน ซึ่งถ้าเป็นฝั่งของทางแพทย์ก็มักจะกล่าวอ้างว่าให้การรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานข้อระเบียบทางการแพทย์แล้ว แต่คนทั่วไปตลอดจนถึงศาลเองก็ไม่ได้เข้าใจด้วยการกับแพทย์จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการตีความและพิสูจน์ข้อเท็จจริงอยู่ร่ำไป เพราะมักเป็นเรื่องที่แพทย์

¹⁴ แสง เฉลิมบุญวิภาส อเนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2, กทม.; สำนักพิมพ์วิญญูชน, พ.ศ. 2546, หน้า 82

¹⁵ เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, กทม., สำนักพิมพ์นิวคเนท, พ.ศ. 2549, น.188

ด้วยกันมักรู้กันเอง ทั้งๆที่เรื่องดังกล่าวควรเป็นเรื่องที่สามารถให้ความกระจ่างและเหตุผลได้ ทั้งนี้เพราะก็จะได้เป็นผลดีต่อทั้งตัวแพทย์ที่นำมาเป็นข้อกล่าวอ้างให้สามารถตรวจสอบวิธีการรักษาของตนเองได้ว่าได้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและตามสมควรแล้ว และถ้าตนไม่ได้ทำผิดพลาดจริงก็สามารถหลุดพ้นความรับผิดชอบได้ ในขณะที่ผู้ป่วยก็ได้ประโยชน์ที่จะได้รับข้อมูลและได้รับรู้มาตรฐานในการรักษาที่ตนจะได้รับเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิในร่างกายของตนอีกทางหนึ่ง

ในส่วนของสิทธิผู้ป่วย แม้จะเป็นหลักกว้างๆไม่ได้เป็นลายลักษณ์อักษรในทางกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติก็ถือเป็นจารีตประเพณีทางการแพทย์ก็ได้รับความเคารพและปฏิบัติตามเพราะถือเป็นการให้ความเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ซึ่งในสิทธิผู้ป่วยของไทยมีข้อที่เป็นข้อจำกัดในความรับผิดชอบในการรักษาใน คำประกาศสิทธิผู้ป่วยของไทย ข้อ(3)-(4) ดังนี้

(3.) ผู้ป่วยที่มาขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น

(4.) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

จากเนื้อหาดังกล่าวข้างต้น เรื่องการให้การรักษาของแพทย์จะได้รับการยกเว้นก็ต่อเมื่อเป็นเรื่องดังต่อไปนี้

ก. การให้การรักษาอย่างฉุกเฉิน ซึ่งเรื่องการรักษาฉุกเฉินนั้นปัจจุบันได้มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาบังคับใช้แล้ว เนื่องด้วยเหตุผลที่ว่ามาตรฐานการให้การรักษาและปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินนั้นละเอียดอ่อน อยู่ในสภาวะการณ์ที่แตกต่างกับการรักษาทั่วไป ซึ่งควรจะมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานที่แตกต่างจากแบบการให้การรักษาอย่างทั่วไป ซึ่งรายละเอียดเรื่องดังกล่าวจะกล่าวในภายหลัง

ข. การให้ความยินยอม ในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วยให้กระทำต่อร่างกายของตน ทำให้การกระทำของแพทย์นั้นไม่ผิด เหตุผลที่ทำให้การกระทำของแพทย์นั้นไม่ผิดก็ยังมีผู้แสดงความเห็นที่ต่างกันออกไป เช่น ความยินยอมก่อให้เกิดอำนาจแก่แพทย์ในการกระทำต่อผู้ป่วยตาม

กฎหมายจารีตประเพณี¹⁶ การนำหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่ายินยอมแล้วไม่มีความผิด (Volenti non fit injuria)¹⁷ มาใช้ในทางอาญา แม้ในตัวของมันไม่มีบัญญัติไว้ก็ตาม¹⁸ ซึ่งบางท่านก็อ้างว่านำหลักกฎหมายทั่วไปดังกล่าวมาใช้โดยอาศัยบทบัญญัติในมาตรา 4 วรรค 2 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นั่นเอง¹⁹ จากแนวคิดข้างต้นนี้ ถือว่าความยินยอมของผู้ป่วยทำให้การกระทำของแพทย์ต่อผู้ป่วย พ้นจากความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอม แพทย์ต้องรับผิดชอบการทำร้ายร่างกาย แนวความคิดในสายนี้ น่าจะได้รับอิทธิพลมาจากศาลนิวยอร์กในคดี Scheondorf vs New York Hospital ใน พ.ศ. 2457 คำพิพากษาคดีนี้รับหลักการของกฎหมายโรมันที่ถือว่า ความยินยอมไม่เป็นละเมิด จากกระแสนี้เองที่ทำให้เกิดประเพณีปฏิบัติกันทั่วไป เมื่อผู้ป่วยถูกรับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลจึงต้องมีการลงชื่อยินยอมว่าจะยอมรับการปฏิบัติรักษาของแพทย์และของทางโรงพยาบาลทุกประการ เพื่อไม่ให้แพทย์ต้องรับผิดทางอาญา²⁰

โดยทั่วไปแล้วการที่ผู้ป่วยทั่วไปจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะต้องมีการ Informed consent หรือเรียกว่า การยินยอมที่ต้องได้รับบอกกล่าว²¹ ซึ่งนั่นก็คือเอกสารที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้มีสิทธิตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการรับการรักษาจากแพทย์ แต่เรื่องดังกล่าวอาจยกเว้นได้ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย จึงให้การรักษาโดยไม่ต้องรอลงลายมือชื่อได้

ที่มาของ Informed consent เกิดจากประเทศแถบตะวันตกที่คำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล โดยเคารพในการตัดสินใจที่จะให้บุคคลที่สิทธิที่จะกระทำการหรือไม่กระทำการต่อตนตราบเท่าที่ไม่ขัดแย้งกับกฎหมาย หากแพทย์กระทำการใดๆต่อร่างกายโดยไม่ได้รับความยินยอมย่อมมีความผิดฐานทำร้ายร่างกายได้ที่²²

¹⁶ หยุด แสงอุทัย. คำสอนปริญาตรี คณะนิติศาสตร์ พ.ศ. 2504. กฎหมายอาญา ภาค 1. พระนคร : หจก.อักษรเจริญทัศน์, พ.ศ. 2504 น.148

¹⁷ จิตติ ดิงศภักดิ์. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1 ภาค 2 (แก้ไขเพิ่มเติม). พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: แสงทองการพิมพ์, พ.ศ. 2518 น.634

¹⁸ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข, กทม. , วิทยุชน, พ.ศ. 2546, หน้า 35

¹⁹ ไพจิตร ปุณณพันธ์, ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความยินยอมผู้เสียหาย, ดุลพินิจ 2516 ฉบับที่ 20 : (1), หน้า 18

²⁰ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, เรื่องเดียวกัน 18

²¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 37

²² เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, กทม. , สำนักพิมพ์นิวคเนท, พ.ศ. 2549, น.185

ข้อมูลที่จำเป็นใน Informed consent นั้น ในทางปฏิบัติมีปัญหาอยู่มากกว่า การให้ข้อมูลก่อนการรักษานั้นต้องมาเท่าไรจึงจะพอเพียงหากให้น้อยเกินไปก็อาจถือได้ว่าแพทย์ปกปิดความเสี่ยงบางอย่าง หากให้มากเกินไปผู้ป่วยอาจจะสับสนและไม่เข้าใจอยู่ดี ข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบก่อนลงลายมือชื่อในแบบฟอร์ม Informed consent ควรครอบคลุมถึงข้อมูลต่อไปนี้

- * ธรรมชาติของการกำเนิดโรคที่เขาเป็น
- * ความเสี่ยงในการรักษา เป็นต้นว่า ความเสี่ยงที่รับจากการผ่าตัด ความเสี่ยงในการให้ยาบางจำพวก
- * ประโยชน์ที่ได้รับการรักษาที่กำลังจะให้
- * ทางเลือกอื่นของการรักษา เป็นต้นว่า การได้ยา การผ่าตัดโดยวิธีอื่น การฉาย-แสง เป็นต้น
- * ข้อจำกัดการรักษา เป็นต้นว่า การผ่าตัดจะเอาเนื้อออกออกให้ได้มากเท่าใด หากรักษาโดยวิธีการอื่นจะมีข้อจำกัดอะไรที่แตกต่างกัน

หากแพทย์รักษาวิธีการอื่นนอกเหนือจาก Informed consent ก็จะไม่เปรียบเสมือนการบุกรุก และถ้าเกิดความเสียหายก็จะถือว่าเป็นการละเมิดตามกฎหมาย²³

อย่างไรก็ดี ความเข้าใจผิดของแพทย์เกี่ยวกับ Informed consent คือ ความเข้าใจที่ว่าเมื่อมีการลงลายมือชื่อแล้ว แพทย์จะมีสิทธิกระทำการใดๆ ก็ได้ในการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย โดยไม่ถือว่าเป็นความผิดในทางกฎหมายแล้วเอกสารให้ความยินยอมดังกล่าวจะไร้ผลโดยสิ้นเชิง หากว่าผู้ป่วยไม่ได้การรับแจ้งถึงความเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการได้รับการรักษาเฉพาะอย่างนั้นๆ เป็นต้นว่า ผู้ป่วยลงลายมือชื่อให้ความยินยอมในการตรวจเส้นเลือด แพทย์ก็ต้องอธิบายถึงความเสี่ยงที่อาจมีได้ระหว่างการตรวจเสียก่อน หากผู้ป่วยไม่ได้รับแจ้งดังกล่าว เอกสารยินยอมดังกล่าว ก็ย่อมไร้ความหมาย แม้ในการดังกล่าวนี้แม้ผู้ป่วยจะลงลายมือชื่อแล้ว อีกทั้งได้ทราบข้อมูลความเสี่ยงนั้นแล้วก็ตาม แต่ถ้าพิสูจน์ได้ว่าแพทย์ไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานก็ยังคงต้องรับผิดชอบอยู่ดี ดังนั้นการลงลายมือชื่อให้การยินยอมครอบคลุมเพียงความเสี่ยงและผลแทรกซ้อนจากการรักษา

²³ เรื่องเดียวกัน, หน้า 186

ตามปกติที่อาจเกิดขึ้น มิได้ครอบคลุมถึงความประมาทของแพทย์²⁴ ซึ่งนับว่าเป็นข้อจำกัดของการ ยกเว้นความรับผิดชอบของแพทย์

สำหรับผลการไม่มี Informed consent ก่อนให้การรักษา ได้แก่

1. ทางอาญา เป็นการทำร้ายร่างกาย
2. ทางแพ่ง หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย แพทย์อาจถูกฟ้องฐานละเมิด

แต่ทั้งนี้ Informed consent อาจจะยกเว้นได้ไม่ถือเป็นความผิดของแพทย์ ถ้ากรณี นั้นเป็นการรักษาอย่างฉุกเฉิน โดยจะถือว่าเป็นการยินยอมโดยปริยาย หรือ Implied consent เพราะมีเช่นนั้น แพทย์ก็มีความผิดในเรื่องละเว้นทางอาญา และละเลยการรักษา ตามข้อบังคับ แพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมตามวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526²⁵

3.2 ความเป็นมาของการกำหนดมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับแพทย์ฉุกเฉินและ แนวความคิดการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์ฉุกเฉิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นสถาบันที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2551 เพื่อเป็นองค์กรรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่าง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงการส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นให้เข้ามา มีบทบาทในการบริหารจัดการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เหตุผลดังกล่าวได้ปรากฏในส่วน ของหมายเหตุ²⁶

เวชบริการฉุกเฉินที่ผ่านมาของไทยนั้น ถึงแม้โรงพยาบาลทั่วไปจะมีบริการห้องฉุกเฉินหรือมี ระบบตั้งรับเฉพาะโรงพยาบาลแต่ละแห่ง แต่เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ก็ยังต้องหาวิธีไป โรงพยาบาลเอง ซึ่งในบางครั้งอาจจะต้องพึ่งพาญาติ ผู้ใกล้ชิด หรือผู้พบเห็นเหตุการณ์ ตลอดจน เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัย รวมถึงอาสาสมัครเก็บศพไร้ญาติ มาทำหน้าที่ ช่วยเหลือนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน อาทิ คณะเก็บศพได้สงใน พ.ศ. 2452 และมูลนิธิฮั่วเคี้ยวป้อเต็ก เชียงตุง (มูลนิธิฮั่วเคี้ยวป้อเต็กในปัจจุบัน) ได้ริเริ่มให้บริการขนส่งศพไม่มีญาติใน พ.ศ. 2480 ในเวลา

²⁴ เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, เรื่องเดียวกัน, น.187

²⁵ เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ, เรื่องเดียวกัน, น.190

²⁶ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ประวัติองค์กร, [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) แหล่งที่มา <http://www.emit.go.th>, (11 พ.ย. 2553)

ต่อมาได้ให้บริการรับส่งผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน เช่นเดียวกับใน พ.ศ.2513 ที่มูลนิธิร่วมกตัญญู ได้เปิดให้บริการในลักษณะเดียวกัน²⁷

การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเมื่อสืบจากประวัตินั้นพบเมื่อครั้งแรกในวันที่ 26 เมษายน 2436 เมื่อสภาอุณาโลมแดงแห่งชาติสยาม ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นสภาอากาศชาติไทย ในปัจจุบันนั้นได้ช่วยเหลือพยาบาลบรรเทาทุกข์ผู้บาดเจ็บจากกรณีพิพาทระหว่างสยามและฝรั่งเศส เรื่องดินแดนฝั่งซ้ายแม่น้ำโขง เมื่อได้พัฒนามาเป็นสภาอากาศชาติไทยแล้วในปี พ.ศ.2463 ได้มีการจัดตั้งกองบรรเทาทุกข์ให้เป็นหน่วยงานในสภาอากาศชาติไทย ซึ่งต่อมาพัฒนาเป็นสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ใน พ.ศ.2540 และในปี พ.ศ.2506 ได้เริ่มมีการอบรมปฐมพยาบาลจนในปี พ.ศ. 2544 มีการจัดตั้งศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัยขึ้นตามนโยบายของสภาอากาศชาติไทย

นอกจากนี้ ยังมีหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลอื่นๆ อีก เช่น การตั้งโรงเรียนเสนาณรงค์ กรมแพทย์ทหารบกขึ้นในปี พ.ศ. 2479 โดยรับผู้มีความรู้ตั้งแต่ชั้นมัธยมปีที่ 6 เข้ามาอบรม และมีหลักสูตรการศึกษา 3 ปี ซึ่งเป็นหลักสูตรเดียวกับวิชาพยาบาลที่สอนในศิริราชพยาบาล โดยมีการฝึกทำรพฝึก การใช้เปล และฝึกการสาธิตต่างๆ แทนวิชา ผดุงครรภ์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2506 ได้มีการจัดตั้งมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ซึ่งมีผลงานในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบวาทภัยที่แหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราชและหลายจังหวัดในภาคใต้ และในปีพ.ศ.2512 ได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระราชชนนี (พอ.สว.) ซึ่งนำสู่การจัดตั้งมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีในปี พ.ศ. 2517 และในปี พ.ศ. 2518 ก็ได้มีการจัดตั้งสมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยแห่งประเทศไทยตามลำดับ

ในการปฏิบัติการแพทย์ทางไกล เพื่อการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2515 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินงาน “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ”^{**} ครั้งแรกในประเทศไทย โดยพระราชทานนามว่า “แพทย์อาสาทางอากาศ”

²⁷ เรื่องเดียวกัน

^{**} การดำเนินงานหน่วยงานแพทย์ทางวิทยุประกอบด้วย 3 ฝ่ายคือ

ฝ่ายที่ 1 ทำการรักษาพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยเป็นผู้ตรวจรายงานอาการผิดปกติทางวิทยุรับส่งให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลและรับคำสั่งการรักษา

ฝ่ายที่ 2 ดูแลเทคนิคการวางเครือข่ายการสื่อสารและจัดหาอุปกรณ์ เครื่องวิทยุรับส่ง มีประสิทธิภาพใช้งานได้ทั่วประเทศ

ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “งานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ” โดยได้แนวปฏิบัติของ The Royal Flying Doctor Service of Australia ด้วยทรงเห็นว่าเป็นงานที่อำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น ทุรกันดารไกลคมนาคมให้ได้รับการรักษาพยาบาลทันต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง

ส่วนการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลโดยหน่วยงานของรัฐต่างๆ ก็มี อาทิ โรงพยาบาล ตำรวจ มีศูนย์ส่งกลับและรถพยาบาล โดยให้ปฏิบัติการปฐมพยาบาลและขนส่งผู้ป่วยเจ็บในทุกรณี ทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน, กรมแพทย์ทหารบก ก็มีศูนย์มณฑล กองอุบัติเหตุและเวชกรรมฉุกเฉินแห่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ก็มีสำนักงานประสานงานทางการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข และในปี พ.ศ. 2536 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินการโครงการพระราชดำริ “ตำรวจจราจรช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน” โดยพระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ 8-10 ล้านบาท ให้กองบัญชาการตำรวจนครบาลจัดตำรวจจราจรเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทุกรณี ตลอดจนนำหญิงใกล้คลอด ส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว ตำรวจจราจรที่เข้าร่วมโครงการทุกคนจะต้องผ่านการอบรม โดยกองบังคับการตำรวจจราจรร่วมกับสภาอากาศไทย มีการอบรมเบื้องต้นด้านต่างๆ เช่น การปฐมพยาบาล การดูแลผู้ป่วยหมดสติ และการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อมาโรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลกรุงเทพ ร่วมสนับสนุนการอบรมเพิ่มทักษะให้ตำรวจจราจร และให้รถจักรยานยนต์และรถยนต์แต่ละคันจะมีอุปกรณ์รักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่น ฝักอกซ สำลี แอมโมเนีย แอลกอฮอล์ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล ลูกยางอเนกประสงค์เพื่อดำคร่าจากทารก ฯลฯ และในช่วงเวลาเดียวกันนี้ทรงให้การสนับสนุน โดยพระราชทานทุนแผนกแพทยศาสตร์ มูลนิธิ อานันท์มหิตล ให้บุคลากรไปศึกษาในสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินยังต่างประเทศอีกด้วย^{***}

อีกทั้งในช่วงเวลาดังกล่าวในประเทศไทย เพื่อความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 ก็เริ่มมีการบรรจุแผนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยใน พ.ศ.2536 สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือทางเทคนิคจาก Japan International Cooperation Agency

ฝ่ายที่ 3 ประสานงานพาหนะสนับสนุน เช่น เฮลิคอปเตอร์ ในการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนัก จากสถานีอนามัยของหมู่บ้านในถิ่นทุรกันดาร ไม่มีถนนเข้าถึงหรือเร็วผู้ป่วยจากสถานีอนามัยบนเกาะต่างๆสู่โรงพยาบาล

^{***} ทรงพระราชทานทุนดังกล่าวในปี พ.ศ. 2535- 2538 ในแผนกแพทยศาสตร์ให้แก่ พันโท นายแพทย์ สุรจิต สุนทรธรรม ศึกษาต่อสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและเวชพิษวิทยา ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา

(JICA) ในการจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุ (Trauma Center) ณ โรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งครอบคลุมการให้บริการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ด้วย

ต่อมา พ.ศ.2537 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุขและในปีเดียวกันโรงพยาบาลวชิรพยาบาลได้เริ่ม “หน่วยแพทย์กู้ชีวิต” เปิดให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉินโดยใช้ชื่อว่า SMART (Surgico-Medical Ambulance and Rescue Team) ตามแผนป้องกันอุบัติเหตุภัยของกรุงเทพมหานคร และ พ.ศ.2538 กระทรวงสาธารณสุขได้เปิดตัวต้นแบบระบบรักษาพยาบาลก่อนถึงโรงพยาบาล ณ โรงพยาบาลราชวิถีในชื่อ “ศูนย์กู้ชีพนเรนทร” โดยภายหลัง โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีและโรงพยาบาลเลิดสิน ได้เข้าร่วมเครือข่ายให้บริการด้วย และในปีพ.ศ.2539 โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครทั้ง 9 แห่งเริ่มให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเดียวกับโรงพยาบาลวชิรพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี และโรงพยาบาลเลิดสิน เริ่มให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเข้าร่วมเป็นเครือข่ายกับศูนย์กู้ชีพนเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี แล้วได้มีพยาบาลกู้ชีพโรงพยาบาลราชวิถีจำนวนหนึ่ง ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากมูลนิธิโรงพยาบาลราชวิถี ไปศึกษาดูงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน SAMU ประเทศฝรั่งเศส สุดท้ายในปีดังกล่าว ก็เริ่มการอบรมพยาบาลกู้ชีพ (Paramedic Nurse) โดยโครงการร่วมมือระหว่าง New South Wales Ambulance ประเทศออสเตรเลีย และโรงพยาบาลราชวิถี ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานบนรถกู้ชีพทั่วประเทศ มีความสามารถปฏิบัติงานรักษาพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น²⁸

ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขึ้นเป็นหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและดำเนินการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างต่อเนื่อง หน่วยงาน/องค์กรทั้งหลายที่กล่าวมานี้จึงเป็นต้นกำเนิดที่มาของ “สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” ทำหน้าที่พัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินมาจนมีความก้าวหน้า และผลงานเป็นที่ประจักษ์ในวงกว้าง

การขยายบทบาทมาเป็นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรของรัฐที่มีฐานะเป็นนิติบุคคลในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ก็เพื่อให้มีรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวและสามารถบริหารงานตามนโยบายการบริหารงานของคณะกรรมการ

²⁸ ศูนย์กู้ชีพนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี, ประวัติความสำคัญของระบบ EMS ในประเทศไทย [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) แหล่งที่มา <http://www.narenthorn.or.th> (9 ต.ค. 2553)

การแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย สามารถก้าวกระโดดไป ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้อย่างแท้จริง

เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้การจัดและส่งเสริมพัฒนา ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่าตลอดจนชาวต่างชาติ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย จะได้รับบริการมีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงได้ดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง²⁹ ในการดำเนินการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มุ่งเน้นต่อผู้รับบริการ โดยมีกระบวนการดำเนินการพัฒนาและจัดทำขึ้นจากการสรุปความเห็น ร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

3.2.1 ที่มาของมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดี หากล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอด และเป็นที่น่าทราบดีว่า ถ้าการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่า การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ประกาศใช้เพื่อ ให้การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมายังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องของอวัยวะสำคัญในการทำงาน รวมถึงทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินจึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้

²⁹ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2552. [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://sktins.wordpress.com>, (12 ก.พ. 2553)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่ทันต่อเหตุการณ์มากขึ้นและมีประสิทธิภาพ

ก. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นมาตรฐานและหลักเกณฑ์กลาง ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้นำหน่วยงานปฏิบัติการ และผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดและส่งเสริม พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในการดูแล คุ้มครองความปลอดภัยของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนแต่ละพื้นที่ของท้องถิ่นให้มีบทบาทในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม

ข. โครงสร้างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โครงสร้างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่กฎหมายบัญญัติเป็นอำนาจของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน³⁰

ค. การแก้ไขและปรับปรุงมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เพื่อให้มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความทันสมัย สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และค่านิยมของประชาชนผู้รับบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดให้มีการปรับปรุงมาตรฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นระยะ ระยะเริ่มต้น 2 ปี และระยะถัดไป ทุก 3 ปี หรือตามความเห็นของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยดำเนินการในรูปแบบของคณะทำงาน หรือ คณะกรรมการเพื่อพิจารณาสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อไป

1. ความเห็นและเสียงสะท้อนจากกลุ่มตัวแทนภาคประชาชนผู้รับบริการ

³⁰ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (2)

2. ความเห็นจากการใช้งานจริง ของผู้ใช้มาตรฐานและหลักเกณฑ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ

3. ผลกระทบอันเนื่องมาจากสิ่งอื่น เช่น กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี สภาพบริบทของพื้นที่ เป็นต้น หรือ

4. ผลวิเคราะห์ปัญหาด้านคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นจริงในรอบระยะเวลาที่ผ่านมา

3.2.2 ความหมายของคำว่าระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติ

คำนิยามศัพท์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการรวบรวมคำ และความหมาย ที่มีและใช้เกี่ยวข้องในระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ เพื่อให้ความหมาย สื่อสาร สร้างความเข้าใจในความหมายของคำต่าง ๆ ที่มีใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย สำหรับบุคลากร ผู้ปฏิบัติการ และผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนทั่วไป ให้มีความเข้าใจถูกต้อง ตรงกันสนับสนุนการดำเนินงาน การจัดการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ให้บริการแก่ประชาชน ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ มีรายละเอียดดังนี้³¹

1. **การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine)** หมายความว่า (1) การปฏิบัติการฉุกเฉิน (2) การศึกษา (3) การฝึกอบรม (4) การค้นคว้า (5) การวิจัย (6) การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

ทั้ง (1) – (6) เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่ การรับรู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้ พ้นภาวะฉุกเฉิน จำแนกเป็น การปฏิบัติการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกโรงพยาบาลและใน โรงพยาบาล

2. **ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System)** หมายความว่า ระบบ ต่างๆ เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

3. **มาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical System Standard)** หมายความว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ กพฉ.กำหนดเพื่อให้เป็นหลักว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการ

³¹ สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551; พร้อม ทั้งสรุปสาระสำคัญ ประวัติ ความเป็นมา กระบวนการ และขั้นตอนการตราพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวของสภานิติบัญญัติ,1 (มกราคม 2553) หน้า 1-7

คุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

4. กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน³² (Emergency Medical Fund) หมายความว่า กองทุนที่จัดตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 33 มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้โดยคำนึงถึง การปฏิบัติการฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลเพียงพอ และมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการมีบทบาท ตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้ กพฉ. สนับสนุนและประสานกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

5. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency Patient) หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือ มีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันด่วนที่เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

6. สถานพยาบาล (Medical Care Facility) หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ รวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐ สถานพยาบาลของสภาวิชาชีพ สถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและ สถานพยาบาลอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

7. ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Medical Operation) หมายความว่า การปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วย ฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการ บำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

8. หน่วยปฏิบัติการ (Emergency Operation Division) หมายความว่า หน่วยงาน หรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมส่งเสริมองค์กร

³² กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. เรืองเดียวกัน

ปกครองส่วนท้องถิ่น กรมควบคุมโรค กรมอุตุนิยมฯ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ สถานพยาบาล องค์เอกชน มูลนิธิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงคณะบุคคล หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน วิชาชีพสาขากิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานอื่นๆที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

9. ผู้ปฏิบัติการ (Emergency Medical Personnel) หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้รวมหมายถึง บุคคลใดที่ปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่บุคคลผู้พบเห็นเหตุการณ์ ผู้ช่วยเหลือตลอดจนผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งในปัจจุบันทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2555” ประกาศดังกล่าวได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 4 พฤศจิกายน 2554 โดยได้บัญญัติถึงชื่อของประเภทผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน คุณสมบัติ เงื่อนไขการรับประกาศนียบัตร อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ ข้อจำกัด หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการปฏิบัติงาน ซึ่งจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

***ข้อสังเกต** ผู้ปฏิบัตินั้นหรืออาจสรุปได้ง่ายๆได้ดังนี้ ซึ่งจำแนกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้³³

1. นักวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ (เช่น แพทย์ พยาบาล) ที่ปฏิบัติการฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีเพียงอำนาจหน้าที่สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการประเภทนี้ แต่**ไม่มี**อำนาจหน้าที่กำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัด รวมทั้ง**ไม่มี**อำนาจหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการประเภทนี้³⁴ มีเพียงอำนาจหน้าที่แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจรรยาบรรณกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข³⁵

2. ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอื่นๆ นับตั้งแต่ผู้รับรู้ถึงสภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงผู้ที่ดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินทุกขั้นตอน แต่ยังไม่มีความหมาย

³³ สุรจิต สุนทรธรรม, เรื่องเดียวกัน

³⁴ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 30 วรรคสอง

³⁵ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 32 (4)

ว่าด้วยการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ หรือปฏิบัติการนอกเหนือขอบเขตกฎหมายเฉพาะดังกล่าว (เช่น การใส่ท่อหลอดลมช่วยหายใจโดยพยาบาล) ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่กำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัด รวมทั้งมีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติการเฉพาะของผู้ปฏิบัติการประเภทนี้³⁶

3.2.3 หลักเกณฑ์การปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายมีหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นในแง่ขององค์กรซึ่งกฎหมายได้ให้อำนาจแก่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นผู้ออกกฎระเบียบ มาตรการต่างๆ ใช้นบังคับ โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้คณะผู้บริหาร ดำเนินการ ออกคำสั่งการให้แก่ผู้ปฏิบัติเวชกรรมฉุกเฉินปฏิบัติตามคำสั่งต่างๆ เกี่ยวกับที่บัญญัติไว้ในแผนงานของการแพทย์ฉุกเฉิน

3.2.3.1 การปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยกรณีฉุกเฉินที่นำมาสู่ในการกำหนดมาตรการการปฏิบัติหน้าที่

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการพัฒนาจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีกระบวนการ ดำเนินการดังนี้

1. สืบค้น รวบรวม ทบทวน เอกสาร คู่มือ แนวทาง ที่ได้ดำเนินการไว้เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ความเห็นผู้เชี่ยวชาญ และผู้ให้บริการ
2. จัดตั้งคณะทำงานจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นพิจารณาอย่างกว้าง
3. จัดทำนิยามศัพท์ ที่จำเป็นเพื่อสร้างความเข้าใจในหมายคามที่จะดำเนินการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงใช้ในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และผ่านความเห็นชอบ กพฉ. ในการประชุมครั้งที่ 9/2552
4. จัดแบ่งหัวข้อ องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 14 หัวข้อ แบ่งเป็นหมวด 4 หมวด เพื่อพิจารณาดำเนินการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ในส่วนที่จำเป็นเร่งด่วนก่อน โดยปรับหัวข้อให้สอดคล้องกับนิยามศัพท์

³⁶ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 30 วรรคสอง

5. นำร่างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เสนอเข้าที่ประชุมอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องพิจารณา

6. จัดประชุมร่วมคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณา

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

8. ปรับแก้ไขเนื้อหาตาม ข้อเสนอความเห็นของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้สอดคล้องถูกต้องตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และประกาศใช้

***ข้อสังเกต ยังไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติการการฉุกเฉินของไทยในรูปแบบอนุบัญญัติและประกาศในราชกิจจานุเบกษาอย่างถูกต้องตามที่บัญญัติตามกฎหมายในปัจจุบัน ซึ่งในตอนนี้อยู่ในช่วงดำเนินการ**

สำหรับการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ มีสาระสำคัญดังนี้³⁷

ก. แต่งผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หน่วยงานองค์กร ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทาง ในการจัดบริการ การส่งเสริมพัฒนา ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ข. กำหนดให้มีบทบาทเวลา ในระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่าน 2 ปีในการพัฒนาในเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์

ค. การกำหนดเพิ่มเติมในหัวข้ออื่น ๆ ของมาตรฐานที่จำเป็น ให้กำหนดโดยเร็ว

ง. ให้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา ไปยังระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่พึงประสงค์ และอยู่บนพื้นฐานความเป็นไปได้กับบริบทของประเทศไทย

จ. คณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง โดยคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

³⁷ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555.pdf.[Online], <http://www.emit.go.th/index.php?page=&menu=4-0> ,(21 ธ.ค. 2553)

จ. สามารถส่งข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรฐานและหลักเกณฑ์ ที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มาได้ที่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือที่ www.niems.go.th

* ข้อสังเกต เกณฑ์ดังกล่าวยังไม่สามารถใช้ได้เพราะยังไม่ได้ได้รับรองตามกฎหมาย เพราะเกณฑ์ที่จะออกมาบังคับใช้นั้นจะต้องใช้มาตรฐานมาเป็นตัวชี้วัด ซึ่งเมื่อปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานมาบังคับใช้จริง ทำให้เกณฑ์ดังกล่าวจึงยังไม่มี

3.2.3.2 การปฏิบัติหน้าที่ที่จำเป็นตามสภาวะการณ์ที่แตกต่างจากการรักษาผู้ป่วยทั่วไป

เกณฑ์ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการระดับต่างๆของระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีดังนี้³⁸

1. สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่หน่วยบริการ ALS ออกรับ กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมากหรือผู้ป่วยบาดเจ็บอุบัติเหตุรุนแรง (Emergent) มี ดังนี้

1. หอบเหนื่อยรุนแรง
2. หหมดสติไม่รู้สีกตัว
3. ชักเกร็ง
4. เจ็บหน้าอกรุนแรง โดยมีโรคประจำตัว หรือเจ็บกะทันหันโดยไม่มีประวัติมาก่อน

ประวัติมาก่อน

5. หยุดหายใจจับชีพจรไม่ได้
6. ผู้ป่วยในภาวะช็อก : ซึม เหงื่อออกตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว

กระสับกระส่าย ระดับความรู้สีกตัวลดลงจนกระทั่งไม่ทำตามสั่ง

7. อาเจียนเป็นเลือดสดปริมาณมากและหลายครั้ง
8. อุบัติเหตุความเร็วสูงทำให้ติดในรถ หรือติดภายในอุปกรณ์
9. กระจกหน้าต่างบนหมวกมีแผลเปิด และเลือดออกจำนวนมาก

³⁸ เรื่องเดียวกัน

10. บาดเจ็บกระดูกสันหลังหัก ขาปลายมือปลายเท้า
11. อุบัติเหตุที่ทำให้ตกเลือดภายในช่องสมอง ทรวงอก ช่องท้อง
อาการแสดง ปวดศีรษะ ท้องแข็ง จนเกิดภาวะช็อก
12. ตกจากที่สูงมากกว่า 5 เมตร
13. ไกล่คลอด คลอดฉุกเฉิน น้ำเดิน เจ็บครรภ์ที่ มดลูกบีบตัว
14. ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ที่มีอาการรุนแรง ที่ต้องให้ยาช่วย

2. สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่หน่วยบริการ BLS และ FR ออกรับ
กรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน / ผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุ (Urgent) มีดังนี้

1. หอบเหนื่อยเล็กน้อย (ทั้งมีและไม่มีโรคประจำตัว)
2. ซึ่ม ปลูกตีน ทำตามสั่งได้ รับรู้สถานที่ บุคคล และเวลา
3. ไข้ หนาวสั่น อาเจียน (ยกเว้นอาเจียนเป็นเลือดจำนวนมา
4. ปวดท้อง (ปวดท้องไม่รุนแรง ไม่เกิดภาวะช็อก)
5. ภาวะเจ็บป่วยทั่วไปที่ไม่รุนแรง เช่น ปวดศีรษะ ปวดขา ปวด
กล้ามเนื้อ หรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ไม่สามารถเดินหรือช่วยเหลือตัวเองได้
6. หมดสติชั่วคราวเรียกรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้
7. อุบัติเหตุต่างๆ ที่ติดภายในแล้วออกเองได้
8. อุบัติเหตุที่ทำให้มีมือ แขน ขาที่อ่อนล้า ไบปลายร่า แผลปิดหรือแผล
เปิดที่ห้ามเลือดให้หยุดได้
9. อุบัติเหตุที่มีบาดแผลเลือดออกภายนอก สามารถห้ามเลือดให้หยุด
ได้ (ไม่รวมภาวะกระดูกหัก)
10. ตกจากที่สูงน้อยกว่า 5 เมตร
11. เจ็บครรภ์ระยะแรก ไม่มีน้ำเดิน
12. ผู้ป่วยจิตเวชต่างๆ ที่ไม่มีอาการรุนแรง ที่ทำให้บุคคลอื่นๆ เป็น

อันตรายได้

13. บาดเจ็บจากสัตว์ที่ไม่มีอาการรุนแรง รู้สึกตัวดี เช่น งู สุนัข ที่มีแผลฉีกขาดเลือดออก รู้สึกตัวดี ปวดแผล แผลบวมมาก

3. สภาพหรืออาการผู้ป่วยที่ถือเป็นการให้บริการที่ไม่ใช่ EMS กรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (Non-Urgent) มีดังนี้

1. ถูกสัตว์กัด สุนัขกัด แมวกัด เป็นแผลถลอกหรือฉีกขาดเล็กน้อย ไม่มีอาการหรือเสียเลือดมาก
2. ตรวจสอบคนนอนในที่ต่างๆ
3. ผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนสาย / ท่อต่างๆ
4. รับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแล้ว หรือสถานีนอามัยส่งโรงพยาบาล
5. เป็นไข้หลายวัน ที่ได้รับการรักษาและสามารถรอได้
6. โรคเรื้อรังที่ต้องการพบแพทย์ เช่น มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย

ทั้งหมดนี้เป็นหลักเกณฑ์เบื้องต้นในการจำแนกระดับอาการในผู้ป่วยแต่ละกรณี ผู้ปฏิบัติการจึงสมควรต้องดูอย่างถ่วงถ่วงว่าควรจะให้การรักษาในแบบใดจึงจะถูกต้องไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาในการรักษาไม่มาก เพื่อลดความกังวลในอาการเจ็บป่วย และไม่สร้างความบอบช้ำและความเจ็บปวดเพิ่มมากเกินไปให้แก่ผู้ป่วย

3.3 การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ฉุกเฉิน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 บัญญัติไว้ว่า มาตรา 80(2) "ส่งเสริมสนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและการจัดบริการสาธารณสุข โดยมีผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณ ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย"

ดังนั้น จึงมีคำถามเกิดขึ้นว่าอะไรถือเป็นมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณของแพทย์ ซึ่งเรื่องดังกล่าวของคนทั่วไป จึงเป็นช่องว่างทำให้เกิดปัญหาในการฟ้องร้องว่ามาตรฐานในการรักษาอยู่

ตรงไหน ซึ่งถ้าเป็นฝั่งของทางแพทย์ก็มักจะกล่าวอ้างว่าให้การรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานข้อระเบียบทางการแพทย์แล้ว แต่คนทั่วไปตลอดจนถึงศาลเองก็ไม่ได้เข้าใจด้วยการกับแพทย์จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการตีความและพิสูจน์ข้อเท็จจริงอยู่ร่ำไป เพราะมักเป็นเรื่องที่แพทย์ด้วยกันมักรู้กันเอง ทั้งๆที่เรื่องดังกล่าวควรเป็นเรื่องที่สามารถให้ความกระจ่างและเหตุผลได้ ทั้งนี้เพราะก็จะได้เป็นผลดีต่อทั้งตัวแพทย์ที่นำมาเป็นข้อกล่าวอ้างให้สามารถตรวจสอบวิธีการรักษาของตนเองได้ว่าได้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและตามสมควรแล้ว และถ้าตนไม่ได้ทำผิดพลาดจริงก็สามารถหลุดพ้นความรับผิดชอบได้ ในขณะที่ผู้ป่วยก็ได้ประโยชน์ที่จะได้รับข้อมูลและได้รับรู้มาตรฐานในการรักษาที่ตนจะได้รับเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิในร่างกายของตนอีกทางหนึ่ง

กรณีตัวอย่าง ศาลจังหวัดทุ่งสง จ.นครศรีธรรมราช มี น.พ.พีระ คงทอง ผอ.ร.พ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช เป็นจำเลยที่ 1 และพ.ญ.สุทธิพร ไกรมาก แพทย์ประจำ ร.พ.ร่อนพิบูลย์ เป็นจำเลยที่ 2 เนื่องจากผ่าตัดไส้ติ่งนางสมควร ด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง โดยประมาท เลินเล่อ เพราะไม่เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาแก้ไขภาวะแทรกซ้อน ทำให้ผู้ตาย หยุดหายใจ สมองขาดเลือด และออกซิเจน จนกระทั่งเสียชีวิตในวันที่ 5 มิ.ย.2545

โดยศาลมีคำพิพากษาสรุปว่า เนื่องจากกรณีที่จำเลยที่ 2 คือ พ.ญ.สุทธิพร ไกรมาก เป็นแพทย์ผู้ฉีดยาระงับความเจ็บปวดเข้าไขสันหลังของนางสมควร ผู้ตาย จำเป็นต้องใช้ความระมัดระวัง ทั้งวิสัยและพฤติการณ์เป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านทางการแพทย์ที่ได้เรียนมา จำต้องฉีดยาเข้าไขสันหลังในจำนวนปริมาณที่เหมาะสม ในระยะเวลาที่จำเลยที่ 1 น.พ.พีระ คงทอง ผ่าตัดไส้ติ่งให้สำเร็จ คำพิพากษาระบุว่า จำเลยที่ 2 อาจใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ โดยพฤติการณ์และวิชาชีพ

แต่ปรากฏว่าจำเลยที่ 2 หาได้ใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอไม่ จำเลยที่ 2 ฉีดยาเข้าทางไขสันหลังของนางสมควร โดยมิได้ควบคุมปริมาณของยา ให้เพียงพอกับการที่จะผ่าตัด จำเลยที่ 2 ฉีดยาระงับความเจ็บปวดในปริมาณที่ไม่เหมาะสม เป็นเหตุให้ยาซาออกฤทธิ์ลุกลามไปทั้งตัวของนางสมควร จนเกิดอาการช็อกหัวใจหยุดเต้นทันที ระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวขาดอากาศ เป็นเหตุให้นางสมควรถึงแก่ความตายในเวลาต่อมา การกระทำของจำเลยที่ 2 จึงเป็นการกระทำโดยประมาท และการกระทำนั้นเป็นเหตุให้นางสมควรถึงแก่ความตาย พยานหลักฐานโจทก์จึงมีน้ำหนักรับฟังได้ตามคำฟ้องของโจทก์ ส่วนจำเลยที่ 1 ไม่มีความผิดตามฟ้อง

ดังได้วินิจฉัยมาแล้วก่อนหน้านี้ จึงยกฟ้องจำเลยที่ 1 และพิพากษาให้ จำเลยที่ 2 มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 291 จำคุก 3 ปี³⁹

ต่อมาศาลอุทธรณ์ภาค 8 มีคำพิพากษายกฟ้องแพทย์หญิงสุทธิพร ไกรมาก หลังจากที่ศาลจังหวัดทุ่งสงได้ตัดสินคดีแล้ว แพทย์หญิงสุทธิพรได้ยื่นอุทธรณ์ต่อศาลอุทธรณ์ภาค 8 เนื่องจากแพทย์หญิงสุทธิพร เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุขให้ทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลประชาชน และทุกคนต่างตั้งใจปฏิบัติงานเพื่อให้ผู้ป่วยหาย ไม่มีใครต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล ซึ่งตามกฎหมายของแพทยสภา แพทย์ทุกคนสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทุกประเภท แม้ว่าจะไม่ใช่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก ผลการพิพากษาในเช้าวันที่ 11 กันยายน 2551 ศาลอุทธรณ์ได้ยกฟ้องคดีดังกล่าวแล้ว

การขออุทธรณ์ครั้งนี้ เพื่อนำมาสร้างเป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติงานของแพทย์ในชนบทต่อไป เพราะถ้าแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปฏิเสธการผ่าตัด เนื่องจากไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วยอีกจำนวนมากก็จะประสบอันตราย เพราะระบบสาธารณสุขของไทย ยังขาดแคลนแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ โดยเฉพาะแพทย์ดมยา แพทย์ผ่าตัดอยู่อีกมาก⁴⁰

นี่เป็นตัวอย่างของความไม่พร้อมในการรักษาและมาตรฐานการปฏิบัติกรถึงแม้แพทย์จะทำด้วยความตั้งใจดี แต่เมื่อเกิดความเสียหายขึ้นจากการปฏิบัติวิชาชีพโดยไม่มีมาตรฐานก็จะสามารถอ้างไม่ต้องการรับผิดชอบไม่ได้ แต่ข้อเท็จจริงดังกล่าวเกิดในโรงพยาบาลชนบท เครื่องมือแพทย์ไม่ได้มีสภาพที่พร้อม การปฏิบัติเวชกรรมจึงเป็นไปอย่างสภาพตามมีตามเกิดซึ่งเป็นสภาพที่สุ่มเสี่ยงให้เกิดอันตรายต่อชีวิตร่างกายและไม่คุ้มครองสิทธิประชาชนได้จริง

อนึ่ง การคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่นั้นจะต้องครอบคลุมรวมถึงองค์ประกอบต่างๆด้วยหาใช่แค่เพียงตัวผู้ปฏิบัติงาน เพราะตามข้อเท็จจริงนั้นผู้วางแผนงานและนโยบายก็คือบรรดาองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานคือผู้ที่นำนโยบาย หรือข้อระเบียบ และวิธีการนั้นมาปรับใช้อีกทีหนึ่ง ดังนั้นถ้าองค์กรและหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินถ้ามีการวางแผนการปฏิบัติงานที่ได้มาตรฐานก็ย่อมควรที่จะได้รับความคุ้มครองด้วย

³⁹ ประเวศ วะสี, แพทย์ควรติดคุกหรือไม่, มติชนรายวัน วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10874

⁴⁰ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ศาลยกฟ้องคดีร่อนพิบูลย์ (ออนไลน์), แหล่งที่มา <http://www.medchula.com/question.asp?class=55&gid=2172> (12 กันยายน 2551)

3.3.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยได้กำหนดบทบาทหน้าที่ที่ตัวองค์กรที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ ดังนี้

3.3.1.1 การจัดตั้งสถาบันแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินหรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เรียกโดยย่อว่า “สพฉ.” มีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข⁴¹

กล่าวคือเป็น “หน่วยงานของรัฐ” อีกรูปแบบหนึ่ง(กิ่งราชการ)มีฐานะเป็นนิติบุคคล ที่ไม่เป็นส่วนราชการ(เฉพาะ)ตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ดังนั้นจึงยังคงเป็นส่วนราชการตามกฎหมายอื่น) ในทำนองเดียวกันกับสถาบันพระปกเกล้าที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยการจัดระเบียบปฏิบัติราชการฝ่ายรัฐสภาและไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่นใด⁴²

อีกทั้งกิจการของสถาบันไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน

สถาบันแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่⁴³ ดังต่อไปนี้

- (1) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.)
- (2) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด

⁴¹ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. เรื่องเดียวกัน

⁴² สุรจิต สุนทรธรรม, เรื่องเดียวกัน, หน้า 16

⁴³ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15

(3) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(4) ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(5) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

(6) ประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(7) เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

(8) เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน

(9) รับผิดชอบงานธุรการของ กพฉ. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพฉ. มอบหมาย

หรืออาจกล่าวสรุปได้ว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินมีอำนาจในเรื่องดังต่อไปนี้⁴⁴

(1) รับสนองงานและคำสั่งตามมติของ กพฉ. รวมทั้งปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น

(2) จัดการระบบปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(3) จัดการศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย ตลอดจนจัดการความรู้และสารสนเทศต่างๆ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 บัญญัติให้ สพฉ. เป็นสถาบันวิชาการ (academic institution) มีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

⁴⁴ สุรจิต สุนทรธรรม, เรื่องเดียวกัน น.17-18

(ทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉินการศึกษ การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย) ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาจเปรียบเทียบกับอำนาจหน้าที่กับหน่วยงานอื่น ดังต่อไปนี้

1. อำนาจหน้าที่ด้านมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินและคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินในทำนองเดียวกันกับสำนักงานสภาวิชาชีพต่างๆและกองการประกอบโรคศิลปะในการกำหนดมาตรฐานและกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพและสถานพยาบาล

2. อำนาจหน้าที่ด้านการศึกษฝึกอบรมเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนอนุมัติประกาศนียบัตร (วุฒิการศึกษา) ในทำนองเดียวกันกับสถาบันพระปกเกล้าซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการพัฒนาประชาธิปไตย สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา, สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) เป็นต้น

3. อำนาจหน้าที่ด้านการศึกษ ค้นคว้า วิจัย และพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินในทำนองเดียวกันกับสถาบันพระปกเกล้า, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น แตกต่างจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการสนับสนุนการวิจัยเท่านั้น แต่ สพฉ. มีอำนาจหน้าที่ดังกล่าวนี้โดยตรง

4. อำนาจหน้าที่ด้านการสนับสนุนการปฏิบัติงาน (ทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย) ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในทำนองเดียวกันกับสถาบันพระปกเกล้า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม กฎหมายไม่ได้กำหนดให้ สพฉ.เป็น “สำนักงานบริหารกองทุน” (Fund Administrative Office) กล่าวคือ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 **มิได้บัญญัติให้** สพฉ. มีอำนาจหน้าที่บริหารกองทุน รวมทั้งไม่มีอำนาจหน้าที่ผู้ซื้อโดยตรง ได้แก่ ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อ บริการสาธารณสุขให้แก่หน่วยบริการและเครือข่ายหน่วยบริการ และไม่มีอำนาจหน้าที่ในการตรวจสอบเอกสารหลักฐานการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ ซึ่งแตกต่างจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งมีอำนาจหน้าที่ดังกล่าวโดยตรง⁴⁵

โดยรายได้ของสถาบัน ประกอบด้วย เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสม, เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้, เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสถาบัน,

⁴⁵ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 26 (4) (5) และ (6)

รายได้จากค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน, ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น อีกทั้งเงินและทรัพย์สินของสถาบันไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้ของแผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ⁴⁶ และให้สถาบันมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้ และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสถาบัน⁴⁷

ในการปฏิบัติหน้าที่สถาบันมีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสถาบันขึ้นตรงต่อ กพฉ. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสถาบัน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้าง ซึ่ง กพฉ. เป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการ⁴⁸

เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้⁴⁹

เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม⁵⁰ ดังต่อไปนี้

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์
- (3) สามารถทำงานให้แก่สถาบันได้เต็มเวลา
- (4) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (5) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยล้มละลายโดยทุจริต
- (6) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (7) ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือเคยต้องคำพิพากษาให้จำคุก เว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

⁴⁶ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 16

⁴⁷ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 17

⁴⁸ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 19

⁴⁹ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 21

⁵⁰ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 20

- (8) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจ
- (9) ไม่เป็นข้าราชการ พนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (10) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภา สมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (11) ไม่เคยถูกไล่ออก ปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทมหาชนจำกัด เพราะทุจริตต่อหน้าที่
- (12) มีคุณสมบัติหรือไม่มีลักษณะต้องห้ามอย่างอื่นตามที่ กพฉ. กำหนด

เลขาธิการมีอำนาจหน้าที่⁵¹ ดังต่อไปนี้

- (1) บริหารกิจการของสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพฉ.
- (2) จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนการเงินของสถาบันเสนอ กพฉ. เพื่ออนุมัติ
- (3) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณ และการบริหารด้านอื่นของสถาบัน ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศที่ กพฉ. กำหนด
- (4) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสถาบันเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพฉ.
- (5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กพฉ. มอบหมาย

ในการปฏิบัติหน้าที่ให้เลขาธิการเป็นผู้แทนของสถาบันในกิจการของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใด

⁵¹ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 24

แทนตามระเบียบที่ กพฉ. กำหนดก็ได้ นิติกรรมที่กระทำโดยฝ่าฝืนมติหรือระเบียบที่ กพฉ. กำหนด ย่อมไม่ผูกพันสถาบัน เว้นแต่ กพฉ. จะให้สัตยาบัน⁵²

เลขาธิการพ้นจากตำแหน่ง⁵³ เมื่อตาย, ลาออก, ขาดคุณสมบัติหรือมี ลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 20 หรือ กพฉ. ถอดถอนจากตำแหน่ง เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ ซึ่งต้องประกอบด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า สองในสามของจำนวนกรรมการที่มีอยู่โดยไม่นับรวมเลขาธิการ

3.3.1.2 โครงสร้างการปฏิบัติงานคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

“คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน” เรียกโดยย่อว่า กพฉ. เป็นกรรมการ แห่งชาติด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งพระราชบัญญัตินี้มีเจตนารมณ์ให้เป็นคณะกรรมการกำหนด มาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

(1) ลดและป้องกันความสูญเสียจากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งลดและป้องกันมิให้ การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร ตลอดจน

(2) คຸ້ມครองบุคคลกรที่ช่วยเหลือดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างสุจริต จากการถูกกล่าวหาว่าปฏิบัติโดยมิชอบ ในการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งในและนอก ขอบเขตที่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น อันจะเป็นการส่งเสริมให้มีการช่วยเหลือกัน โดยไม่ต้องรังรอง (Good Samaritan Law)

(3) คຸ້ມครองสังคม ให้มีการใช้ทรัพยากร (บุคลากร หน่วยปฏิบัติการและ อุปกรณ์) ที่มีอยู่ในระบบร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการรวมการระบบสารสนเทศและ การสื่อสาร กฎหมายนี้จึงบัญญัติให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่ทั้งทางนิติบัญญัติ ตุลาการ และบริหาร อันจะส่งผลให้มีการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ (1) การปฏิบัติการฉุกเฉิน (2) การศึกษา (3) การฝึกอบรม (4) การค้นคว้า และ (5) การวิจัย ตามลำดับ

นอกจากอำนาจหน้าที่ในการวางรากฐาน สถาปนา ส่งเสริม สนับสนุน และกำกับมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อันเป็นอำนาจหน้าที่หลักแล้ว กฎหมายนี้ยังบัญญัติ

⁵² พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 25

⁵³ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 22

ให้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่อื่นด้วยได้แก่ การเป็นที่ปรึกษารัฐบาล รวมทั้งปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่รัฐบาลมอบหมาย และกำหนดนโยบายและกำกับดูแลกิจการของ สพฉ.⁵⁴

“กพฉ.” ประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ, กรรมการโดยตำแหน่งจำนวนสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม และเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, กรรมการผู้แทนแพทยสภาจำนวนสองคน โดยอย่างน้อยต้องเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนหนึ่งคน, กรรมการผู้แทนสภาการพยาบาลจำนวนหนึ่งคน, กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน โดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนประเภทละหนึ่งคน, กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน, กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ จำนวนไม่เกินสี่คน⁵⁵

การเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการที่มาจากผู้แทนสถานพยาบาลโดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน, กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ จะต้องมีความซื่อสัตย์และไม่มีลักษณะต้องห้าม⁵⁶ ดังนี้คือ

- (1) มีสัญชาติไทย
- (2) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์
- (3) ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

⁵⁴ สุรจิต สุนทรธรรม. เรื่องเดียวกัน (น.12)

⁵⁵ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 5

⁵⁶ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 7

โดยมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้ หากยังมีได้มีการเลือกหรือแต่งตั้งขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

เมื่อกรรมการจะพ้นตำแหน่งตามวาระ ให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวัน

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการว่างลง และให้ผู้ได้รับเลือกหรือแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน

ในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ ในกรณีเช่นว่านี้ ให้ กพฉ. ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่⁵⁷

นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระ กรรมการที่มาจากผู้แทนสถานพยาบาลโดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชน, กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคล และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์ พ้นจากตำแหน่ง⁵⁸ เมื่อ

- (1) ตาย
- (2) ลาออก
- (3) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา 7
- (4) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ

⁵⁷ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 8

⁵⁸ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 9

(5) กพฉ. ไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินมีอำนาจหน้าที่⁵⁹ ดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- (2) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- (3) เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา
- (4) กำหนดนโยบายการบริหารงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานและอนุมัติแผนการเงินของสถาบัน
- (5) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป การจัดตั้งและยกเลิกสำนักงานสาขา ตลอดจนออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผลและการดำเนินการอื่นของสถาบัน
- (6) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม เว้นแต่การดังกล่าวจะมีกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะ ก็ให้เป็นไปตามกฎหมายนั้น
- (7) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการให้เข็มเชิดชูเกียรติเพื่อมอบให้แก่บุคคลผู้สนับสนุนกิจการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- (8) ดำเนินการให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- (9) ดำเนินการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

⁵⁹ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 11

(10) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา 36

(11) ให้ความเห็นชอบการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และการดำเนินกิจการของสถาบัน

(12) สรรหา แต่งตั้ง ประเมินผลการปฏิบัติงานและถอดถอนเลขาธิการ

(13) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

นอกจากนี้ กพฉ. ยังมีอำนาจหน้าที่ทางนิติบัญญัติอื่น ดังนี้⁶⁰

(1) กำหนดกำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของบุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน (ผู้ปฏิบัติการ)

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

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

(4) ประกาศกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 (มาตรา 29 (3)) ซึ่งต้องครอบคลุมมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ 1) มาตรฐานการประเมิน 2) มาตรฐานการจัดการ 3) มาตรฐานการประสานงาน 4) มาตรฐานการควบคุมดูแล 5) มาตรฐานการติดต่อสื่อสาร 6) มาตรฐานการลำเลียงหรือขนส่ง 7) มาตรฐานการตรวจวินิจฉัย และ 8) มาตรฐานการบำบัดรักษาพยาบาลทั้งของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

⁶⁰ สุรจิต สุนทรธรรม. เรื่องเดียวกัน, น.12-15

(5) ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 (มาตรา 29 (4))

(6) ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์การกำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการ เว้นแต่การปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขก็ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น (มาตรา 30 วรรคสอง)

(7) การกำหนดโทษทางปกครอง ได้แก่

- การสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอเบ็ดเตล็ดความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรา 29 (1) ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่กพช. กำหนดตามมาตรา 29 (2) (3) และ (4)

- กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งแสนบาท สำหรับผู้ฝ่าฝืนประกาศที่ กพช. กำหนดตามมาตรา 29 (1) (มาตรา 37)

- กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท สำหรับผู้ใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน (มาตรา 38) ในการกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา 37 และมาตรา 38 ดังกล่าวนี้นักกฎหมายบัญญัติให้ กพช. กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและอัตรา โดยคำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมแห่งการกระทำ รวมทั้งความเสียหายที่เกิดจากการกระทำนั้น (มาตรา 39)

- กำหนดระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท สำหรับผู้ใช้เข็มฉีดยาหรือเข็มฉีดยาโดยไม่มีสิทธิ หรือแสดงด้วยประการใดๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะโดยที่ตนไม่มีสิทธิ (มาตรา 40)

อำนาจหน้าที่ทางนิติบัญญัติ ของ กพช. ดังกล่าวมีผลบังคับใช้กับบุคคลทุกคน รวมทั้งนิติบุคคลทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศไทย ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายทางการแพทย์และการสาธารณสุขอื่น เช่น

1. แตกต่างจากกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขต่างๆ (เช่น พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525) ซึ่งข้อกำหนดของสภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะมีผลบังคับใช้เฉพาะกับผู้ที่ยื่นทะเบียนเป็นสมาชิกวิชาชีพนั้นเท่านั้น และกรรมการไม่มีอำนาจกำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ ข้อจำกัด หรือลงโทษผู้ที่มีได้ยื่นทะเบียนเป็นสมาชิกของวิชาชีพนั้นโดยตรง

2. แตกต่างจากพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งมีผลบังคับใช้เฉพาะสถานพยาบาลนอกภาครัฐและนอกสภาวิชาชีพ และกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล**ไม่มี**อำนาจดำเนินการใดๆ กับสถานพยาบาลของกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา แต่สถานพยาบาลดังกล่าวนี้อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

3. แตกต่างจากพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งข้อกำหนดของคณะกรรมการฯ มีผลบังคับใช้เฉพาะหน่วยบริการที่ยื่นทะเบียนกับ สปสช. ตามพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเท่านั้น ไม่มีอำนาจกำหนดประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบ ข้อจำกัด หรือลงโทษสำหรับประชาชนทั่วไป/ผู้รับบริการ หรือสถานบริการที่มีได้ยื่นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

และนอกจากนี้ กพฉ. มีอำนาจหน้าที่และรับผิดชอบตลอดกระบวนการปกครองในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่

(1) **ตรวจจับ รับแจ้งความ และสอบสวน** ได้แก่

- กำกับดูแลให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์เงื่อนไขและมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 (มาตรา 30)

- ดำเนินการสอบสวนเพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา 32 ในกรณีที่ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใด ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน (มาตรา 31)

(2) **วินิจฉัย ตัดสินลงโทษ และบังคับคดี**ทางปกครอง ได้แก่

- สั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 วรรคหนึ่ง (มาตรา 29 วรรคสาม)

- ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติให้ถูกต้อง ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนด (มาตรา 32 (1))

- ลงโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งแสนบาท ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และอัตราที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา ๓๗ ในกรณีที่ผู้ฝ่าฝืนประกาศที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 (1) (มาตรา 37)

- ลงโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 39 ในกรณีใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน (มาตรา 38)

- ลงโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท ในกรณีที่ผู้ใช้เข็มฉีดยา เกียรติโดยไม่มีสิทธิ หรือแสดงด้วยประการใดๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะ โดยที่ตนไม่มีสิทธิ (มาตรา 40)

(3) แจ้งความผิดตามกฎหมายอื่นไปยังผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่

- แจ้งให้หน่วยงานที่ควบคุมหรือกำกับสถานพยาบาลนั้นดำเนินการให้สถานพยาบาลดังกล่าวปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยถือเป็นเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาล ในกรณีที่สถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข หรือมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29 วรรคหนึ่ง ให้ กพฉ. (มาตรา 29 วรรคสี่)

- แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ (เช่น กองการประกอบโรคศิลปะ เจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา) เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ ในกรณีที่ผลการสอบสวน

ตามมาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่กพช. กำหนด (มาตรา 32 (2))

- แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่กพช. กำหนด (มาตรา 32 (3))

- แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการนั้นไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพช. กำหนดและการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง (มาตรา 34 (4))

3.3.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน⁶¹

ปัจจุบันทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศเนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554” ซึ่งเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน ในข้อ 3 ของประกาศดังกล่าวได้ให้นิยามปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินไว้ดังนี้

“ปฏิบัติการแพทย์” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินที่กระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับการประเมิน การดูแล การเคลื่อนย้ายหรือลำเลียง การนำส่งต่อ การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาล รวมถึงการเจาะหรือผ่าตัด การใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือแพทย์ การให้หรือบริหารยาหรือสารอื่น หรือการสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกายผู้ป่วยฉุกเฉิน และให้หมายรวมถึงการรับแจ้งและรายงานให้ผู้ปฏิบัติการอื่นกระทำโดยตรงต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องกระทำตามคำสั่งการแพทย์ด้วย แต่ไม่รวมถึงการกระทำใดอันเป็นการปฐมพยาบาล

⁶¹ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, หลักเกณฑ์และมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินฉบับที่ 1, (Online) แหล่งที่มา : <http://www.emit.go.th>, (21 ธันวาคม 2553)

เมื่อทางคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศใช้ประกาศดังกล่าว ก็ได้สร้างมิติให้แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อปูทางความเป็นมาตรฐานให้มากขึ้นในอนาคตเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ การออกประกาศนียบัตรแก่ผู้ปฏิบัติการ⁶² ซึ่งมี 4 ประเภท ได้แก่ (1) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (2) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (3) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และ (4) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ซึ่งแต่ละประเภทล้วนแต่สิทธิที่ได้รับต่างกันตามเกณฑ์การมอบให้ดังนี้

นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตามข้อ 7 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่นมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตร ต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตามมาตรฐานคุณวุฒิของกระทรวงศึกษาธิการ จากองค์กรหรือสถาบันการศึกษาที่ อศป. รับรอง

(2) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อขอรับประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีการและเกณฑ์ประเมินและทดสอบตามที่ อศป. กำหนด

กรณีผู้ได้รับปริญญาหรือประกาศนียบัตรเทียบเท่าปริญญาทางการแพทย การพยาบาล หรือการสาธารณสุขสาขาอื่นที่ อศป. รับรอง และผ่านการฝึกอบรมตามที่หลักสูตรหลักกำหนด รวมทั้งมีผลการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงในองค์กรหรือสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยปฏิบัติการที่ อศป. รับรองตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรหลัก ให้ถือว่า มีคุณสมบัติตามข้อ 8 (1)

ให้ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์มีอายุห้าปี และมีสิทธิต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการที่ อศป. ประกาศกำหนด

⁶² ข้อ 6 ประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ มีระดับดังต่อไปนี้

- (1) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- (2) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
- (3) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
- (4) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

ให้ผู้ได้รับประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ใช้อภิไธยเพื่อแสดง
วิทยฐานะว่า“นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์” เรียกโดยย่อว่า “นฉพ.”

เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามข้อ 8 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่นมีสิทธิ
ได้รับประกาศนียบัตรต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

(1) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานอย่างสมบูรณ์
และปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงที่จำเป็นเร่งด่วน โดยได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิคหรือ
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงสาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ หรือเทียบเท่า ตามมาตรฐานของ
กระทรวงศึกษาธิการจากองค์กรหรือสถาบันการศึกษาที่ อศป. รับรอง

(2) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อขอรับ
ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีการและเกณฑ์ประเมินและการสอบตามที่
อศป.กำหนด

กรณีผู้ได้รับประกาศนียบัตรวิชาชีพเทคนิคหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงหรือ
เทียบเท่าในทางการแพทย์ การพยาบาล หรือการสาธารณสุขสาขาอื่นที่ อศป. รับรอง และผ่านการ
ฝึกอบรมตามที่หลักสูตรหลักกำหนด รวมทั้งมีผลการปฏิบัติการแพทย์ในองค์กรหรือ
สถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมหรือสถานพยาบาลหรือหน่วยปฏิบัติการที่ อศป. รับรองตามที่
กำหนดไว้ในหลักสูตรหลักให้ถือว่ามีความรู้คุณสมบัติตาม (1)

ให้ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์มีอายุสี่ปี และมีสิทธิต่ออายุได้
ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการที่ อศป. ประกาศกำหนด

ให้ผู้ได้รับประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ใช้อภิไธยเพื่อแสดง
วิทยฐานะว่า“เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์” เรียกโดยย่อว่า “จฉพ.”

พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามข้อ 9 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่นมีสิทธิได้รับ
ประกาศนียบัตร ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

(1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

(2) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน รวมทั้งการช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง โดยผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรหรือสถาบันการฝึกอบรมที่ อศป. รับรอง

(3) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อขอรับประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีการและเกณฑ์ประเมินและการสอบตามที่ อศป. กำหนด

กรณีผู้สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า และได้รับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี รวมทั้งมีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลที่ อศป. รับรองตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตรหลักให้ถือว่ามีความสมบัติตามข้อ (1)

ให้ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์มีอายุสองปี และมีสิทธิต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการที่ อศป. ประกาศกำหนดให้ผู้ได้รับประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ใช้สิทธิเพื่อแสดงวิทยฐานะว่า “พนักงานฉุกเฉินการแพทย์” เรียกโดยย่อว่า “พฉพ.”

อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ตามข้อ 10 ของประกาศฯ ผู้ปฏิบัติการเช่นนี้มีสิทธิได้รับประกาศนียบัตร ต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนดังต่อไปนี้

(1) สำเร็จการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับการศึกษาภาคบังคับหรือเทียบเท่า

(2) มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานโดยผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรหลัก จากองค์กรหรือสถาบันการฝึกอบรมที่ อศป. รับรอง

(3) สอบผ่านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการฝึกหัดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อขอรับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ตามวิธีการและเกณฑ์ประเมินและการสอบตามที่ อศป. กำหนด

ให้ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุสองปี และมีสิทธิต่ออายุได้ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการที่ อศป. ประกาศกำหนด

ให้ผู้ได้รับประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ใช้สิทธิเพื่อแสดงวิทยฐานะว่า “อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์” เรียกโดยย่อว่า “อฉพ.”

แต่ทั้งนี้ผู้ขอรับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินทั้ง 4 ประเภทจะต้องมีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามข้อ 17 ของประกาศฯ ในเรื่องดังต่อไปนี้

- (1) อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
- (2) เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่กำหนดไว้ในประกาศนี้
- (3) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหายซึ่ง อศป. เห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ประกอบการ
- (4) ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดในคดีที่ อศป. เห็นว่าอาจจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งผู้ประกอบการ
- (5) ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- (6) เป็นโรคที่ อศป. ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้เป็นผู้ปฏิบัติการ
- (7) ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ

เมื่อ อศป. มีมติอนุมัติประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทและระดับใดให้แก่ผู้หนึ่งผู้ใดตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขตามประกาศนี้แล้ว ให้ สพฉ. จัดให้มีทะเบียนและดำเนินการออกประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินตามแบบทำายประกาศนี้ตามประเภทและระดับนั้นแก่ผู้นั้น⁶³

***ข้อสังเกต** สำหรับผู้กู้ภัยฉุกเฉิน เช่น กู้ภัยมูลนิธิต่างๆ เองถ้าจะให้การช่วยเหลือกู้ภัยของตนเป็นที่ยอมรับและถูกต้องชอบธรรมตามกฎหมาย ต้องส่งบุคลากรมาอบรมและเข้าสอบประเมินผลเพื่อรับประกาศนียบัตรในการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้การจะสอบประเมินเพื่อไปเป็นผู้ปฏิบัติการประเภทใดก็ต้องขึ้นอยู่กับคุณสมบัติ และวิวุฒิตามที่บัญญัติในประกาศเป็นสำคัญ และต้องมาเข้าอบรมและต่ออายุประกาศนียบัตรตามที่กำหนดจึงจะเป็นที่รับรองตามกฎหมาย

⁶³ ข้อ 18 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554

ส่วนในเรื่องอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ ข้อจำกัด หลักเกณฑ์ และเงื่อนไขในการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ

ให้ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทและระดับใดแล้วตามประกาศนี้มีอำนาจหน้าที่ปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรา 28 และมาตรา 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดที่กำหนดไว้ในหลักสูตรหลักสำหรับประเภทและระดับนั้น ภายใต้การกำกับตามการอำนวยความสะดวก⁶⁴

กรณีการอำนวยความสะดวกตรงขัดแย้งกับการอำนวยความสะดวกทั่วไป ให้ถือปฏิบัติตามการอำนวยความสะดวกเป็นหลัก ทั้งนี้จำกัดเฉพาะการปฏิบัติการฉุกเฉินครั้งนั้นเท่านั้น⁶⁵

ห้ามมิให้ผู้ใดทำการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้ง 4 ประเภท หรือกระทำด้วยประการใด ๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยมิได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินตามประกาศนี้ เว้นแต่ในกรณีดังต่อไปนี้⁶⁶

- (1) การปฐมพยาบาล
- (2) การปฏิบัติการฉุกเฉินอันอยู่ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพของผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบวิชาชีพนั้น
- (3) กรณีอื่นโดยอนุโลมตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หรือมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 หรือความในทำนองเดียวกันตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพอื่น รวมทั้งกฎที่ออกตามบทบัญญัติดังกล่าวแล้วแต่กรณี

กรณีปรากฏมีผู้ใดฝ่าฝืนการอำนวยความสะดวกหรือการปฏิบัติใดตามประกาศนี้ ให้ สพด. รวบรวมข้อเท็จจริงและพยานหลักฐานเสนอ กพฉ. เพื่อพิจารณาดำเนินการตามมาตรา 31 มาตรา 32 และมาตรา 37 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551⁶⁷

⁶⁴ ข้อ 20 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554

⁶⁵ เรื่องเดียวกัน

⁶⁶ ข้อ 21 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554

⁶⁷ ข้อ 22 ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554

การกำกับดูแลการปฏิบัติการฉุกเฉินและการอุทธรณ์ของผู้ปฏิบัติการ ให้เป็นไปตามที่ กพฉ. ประกาศกำหนด

***หมายเหตุ** มาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 มีเนื้อหาเกี่ยวกับการให้บุคคลภายนอก เข้าทำการปฏิบัติการเวชกรรม โดยปกติแล้วเป็นที่ต้องห้ามตามกฎหมายแต่มีข้อยกเว้นบาง ประการ เช่น

- (1) การประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่กระทำต่อตนเอง
- (2) การช่วยเหลือเยียวยาผู้ป่วยตามศีลธรรมโดยไม่รับสินจ้างรางวัล แต่การช่วยเหลือเยียวยาดังกล่าวต้องมีใช่เป็นการกระทำทางศีลธรรม การใช้รังสี การฉีดยาหรือสสารใด ๆ เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือระงับความรู้สึก หรือการ ให้ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทหรือยาเสพติดให้โทษ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น แล้วแต่กรณีแก่ผู้ป่วย
- (3) นักเรียน นักศึกษา หรือผู้รับการฝึกอบรม ในความควบคุมของสถาบันการศึกษา ของรัฐบาล สถาบันการศึกษาที่รัฐบาลอนุมัติให้จัดตั้ง สถาบันทางการแพทย์ของรัฐบาล สถาบันการศึกษาหรือสถาบันทางการแพทย์อื่นที่คณะกรรมการรับรอง ที่กระทำการฝึกหัดหรือ ฝึกอบรมวิชาชีพเวชกรรม หรือการประกอบโรคศิลปะภายใต้ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ผู้ฝึกหัด หรือผู้ให้การฝึกอบรม ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือผู้ประกอบโรคศิลปะ
- (4) บุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วน จังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา หรือสภากาชาดไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือประกอบโรคศิลปะใน ความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือผู้ประกอบโรคศิลปะในสาขานั้น ๆ ทั้งนี้ ตามระเบียบที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา
- (5) ผู้ประกอบโรคศิลปะซึ่งประกอบโรคศิลปะตามข้อจำกัด และเงื่อนไข ตามกฎหมายว่าด้วยการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ
- (6) การประกอบวิชาชีพเวชกรรมของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการซึ่งมี ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมของต่างประเทศ ทั้งนี้ โดยอนุมัติของคณะกรรมการ

(7) การประกอบโรคศิลปะของที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญของทางราชการ ซึ่งมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะของต่างประเทศ ทั้งนี้ โดยอนุมัติของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะ

สรุปสำหรับกรณีดังกล่าวเป็นเรื่องการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ผู้ปฏิบัติการทางแพทยฉุกเฉินโดยที่กฎหมายให้การคุ้มครองในเรื่องการคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพการแพทยฉุกเฉิน ในกรณีดังกล่าวก็ต้องพิจารณาแยกออกมาในส่วน หน่วยงาน อันได้แก่ สถาบันการแพทยฉุกเฉินแห่งชาติ และบุคลากร อันได้แก่ คณะกรรมการการแพทยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการทางการแพทยฉุกเฉินว่า ทั้งหมดในกฎหมายให้อำนาจในการกระทำการในเรื่องใด มีขอบเขตอย่างไร ขอยกเว้นการรับผิดมีเรื่องใดบ้าง

ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือทางการแพทยฉุกเฉินควรต้องได้รับความคุ้มครองหากได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่การแพทยฉุกเฉินบัญญัติขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการสามารถกล่าวอ้างและชี้ให้เห็นว่าตนได้ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติงานและตามมาตรฐานวิชาชีพและตามจริยธรรม อันเป็นการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่เมื่อตนถูกกล่าวหาได้ และขณะเดียวกันผู้ปวยฉุกเฉินก็จะได้รับความมั่นใจได้ว่า ตนจะได้รับการรักษาที่ดีมีมาตรฐานอันเป็นสิทธิที่ตนจะได้รับ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้รับบริการให้อีกทางหนึ่งด้วย

3.4 เกณฑ์แผนงาน และการดำเนินการปฏิบัติงานทางการแพทยฉุกเฉินในปัจจุบัน

ตั้งแต่ประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทยฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทยฉุกเฉิน และจัดตั้งสถาบันการแพทยฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานและบริหารจัดการ รวมทั้งมีบทบาท หน้าที่ในการจัดทำแผนหลักการแพทยฉุกเฉินแห่งชาติ

ดังนั้น หลักสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทยฉุกเฉินของประเทศไทย จำเป็นต้องมีการพัฒนาและปรับปรุงระบบการแพทยฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการป้องกัน การเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด การแพทยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและการแพทยฉุกเฉินในโรงพยาบาล ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อบรรลุเป้าประสงค์หลักที่สำคัญ 2 ประการ คือ

1. การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด
2. การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันที่

3.4.1 หลักการและเหตุผล⁶⁸

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตของแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันเวลาแล้ว อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความเสียหายในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้น หรือการตายก่อนถึงวัยอันสมควร และเกิดความทุกข์ทรมาน หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม อาจจะมีผลต่อเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศได้

สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย ยังมีอัตราตายจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินสูงเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลา ทั้งนี้เพราะ “ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน” ยังไม่สามารถเข้าถึงครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทุกพื้นที่ คุณภาพของปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยเฉพาะห้องฉุกเฉิน แพทย์ส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงาน เนื่องจากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินยังมีจำนวนน้อยมากจึงไม่สามารถจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะ อย่างทันที่ถึงแม้ว่าจะได้พยายามในการแก้ไขปัญหาข้างต้นมากกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม ยังมีปัญหาอีกมากมายที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยด่วน อย่างเช่นด้านการเงินการคลังของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีแหล่งงบประมาณส่วนใหญ่จากรัฐบาลและได้รับการสนับสนุนค่อนข้างจำกัด ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการพัฒนา

ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ ร่วมกันส่งเสริมและสนับสนุนเพื่อให้สามารถคุ้มครองสิทธิให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการตามความเหมาะสมและจำเป็น รวมทั้งเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นั้นการแพทย์ฉุกเฉินมีบริบทที่กว้างขวางครอบคลุมภารกิจตั้งแต่การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา

⁶⁸ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เรื่องเดียวกัน

ผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ตามเจตนารมณ์ต้องมี ปฏิสัมพันธ์และประสานการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเชื่อมโยงจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายประชาสังคม ทั้งในภาคบริการสุขภาพ และนอกภาคบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน โดยเจตนารมณ์ในการ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบความสัมพันธ์ ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของ ประเทศ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยต้องจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองสิทธิ ให้ครอบคลุม ประชาชนทุกคนที่อยู่ในประเทศ

ดังนั้น ระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย จึงมีการจัดบริการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองประชากรในแต่ละกองทุน เช่น พระราชบัญญัติหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้จัดการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เริ่มต้น กองทุนและพระราชบัญญัติประกันสังคมได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย สำหรับประชากรที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง เช่น ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งอยู่ระหว่าง แก่กฎหมายให้ครอบคลุมบริการดังกล่าว และกลุ่มอื่นๆ จำเป็นต้องหาทางออกด้านการเงิน การคลังให้รองรับบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานต่อไป

การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรค ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆซึ่งภารกิจนี้ยังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ การสนับสนุนและ ระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาให้บรรลุตามเป้าประสงค์การพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินที่ให้ครอบคลุมและเข้าถึงประชากรทุกพื้นที่นั้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการ ดำเนินงานและบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับความช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มี ประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น

3.4.2 วัตถุประสงค์และเป้าหมาย⁶⁹

(1) วัตถุประสงค์ทั่วไป

- ก. เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด
- ข. เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ

(2) เป้าหมายทั่วไป

(2.1) เพื่อสร้างและจัดการความรู้รวมทั้งพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อรองรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการและการปฏิบัติการที่เหมาะสม

ก. มีการจัดการจนได้องค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานประจักษ์อย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทุกระดับตั้งแต่กำหนดแผนและนโยบายระดับชาติจนถึงหลักเกณฑ์และยุทธวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับปฏิบัติการวัตถุประสงค์เฉพาะเป้าหมายเฉพาะ

ข. มีระบบข้อมูลกลางทะเบียนผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency registry) ซึ่งรวมไปถึงระบบการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เชื่อมโยงครอบคลุมทุกระดับและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริหารจัดการและการปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้มีคุณภาพมาตรฐาน

ค. มีเครือข่ายนักวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สามารถนำความรู้ทางการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(2.2) เพื่อพัฒนาความสามารถของประชาชนในการร้องขอและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

(2.3) เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ให้ครอบคลุมและทั่วถึงโดยให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน จนถึงได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะทันที่ทั่วถึง อย่างทั่วถึง

⁶⁹ เรื่องเดียวกัน

(2.4) เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะห้องฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและประสิทธิภาพโดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติดีตลอดจนมีความชำนาญและประสบการณ์อยู่ให้บริการประจำตลอดเวลา อัตราป่วยตายในโรงพยาบาล (hospital case fatality rate) เหตุการณ์บาดเจ็บจากสาเหตุภายนอก ในทุกอายุ และโรคระบบไหลเวียนเลือด ได้แก่ กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนวัยอันสมควร ลดลง

(2.5) เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานทุกจังหวัดมีกลไกการบริหาร การประสาน การจัดทำแผน การทบทวนและซ่อมแผนปฏิบัติการประจำปี ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อรองรับการจัดการ

(2.6) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของบุคลากร และองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้มแข็งและยั่งยืน

มีระบบที่ส่งเสริมให้มีการนำศักยภาพของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้แก่

- โรงพยาบาลระดับตติยภูมิจนขึ้นไปทุกแห่ง มีแพทย์เฉพาะทางสาขา เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำห้องฉุกเฉิน
- มีบุคลากรประเภทต่างๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- มีระบบการสร้างแรงบันดาลใจ ระบบทำงานเป็นคณะ ระบบสนับสนุน (เช่น การศึกษา การฝึกอบรม บันไดวิชาชีพ) และแรงจูงใจในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงิน และที่มีใช้การเงิน

(2.7) เพื่อส่งเสริมการมีบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่ายอื่นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้มแข็งและยั่งยืน

(2.8) เพื่อพัฒนาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินในทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

ก. มีโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาลระบบการแพทย์
ฉุกเฉินที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกันทุกระดับ โดยเน้นกลไกการติดตามประเมินผล การรับเรื่อง
ร้องเรียน/ร้องทุกข์ และการตรวจสอบโดยให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม อย่างโปร่งใสและตรวจสอบได้

ข. มีข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติ และนโยบายด้านการแพทย์
ฉุกเฉิน ครบถ้วนตามที่พระราชบัญญัติกำหนด

ค. มีการกำหนดโทษทางปกครองตามมาตรา 29,37,38,39
และ 60 รวมทั้งยุทธวิธีการสืบสวนสอบสวน ใต้สวน พิจารณาโทษทางปกครองและดำเนินการ
ตามมาตรา 31 และ 32

3.4.3. องค์ประกอบและยุทธศาสตร์พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน⁷⁰

องค์ประกอบหลักในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมี 5 องค์ประกอบด้วยกัน คือ

1. การพัฒนาทรัพยากร
2. กลไกการจัดการทางการเงิน
3. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน
4. การจัดองค์กรในการให้บริการ
5. กลไกการจัดการและอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โดยในปัจจุบันนี้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินได้ประกาศกฎหมายอนุบัญญัติออกมาแล้วสองฉบับด้วยกันคือ “ข้อบังคับคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่าด้วยการรับรองและพัฒนาหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม พ.ศ. 2555” และ “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง การให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2555 ประกาศทั้งสองฉบับนี้เป็นองค์ประกอบอย่างหนึ่งในการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยกรณีดังกล่าวเป็นการพัฒนาผู้ปฏิบัติการให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่จะมีต่อไป ซึ่งเป็นนิมิตหมายอันดีของชาวไทยที่“มาตรฐานทางเวชกรรมฉุกเฉิน” เริ่มใกล้ความเป็นจริง เพราะความเป็นมาตรฐานนี้

⁷⁰ เรื่องเดียวกัน

จะเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการในเวชกรรมฉุกเฉินของชาวไทย

3.5 สรุปรูปการปฏิบัติการตามมาตรฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน

ในส่วนของ การปฏิบัติรักษาฉุกเฉินถึงแม้จะฟังได้ว่าสภาพการรักษาอาจจะไม่ปกติ ซึ่งอาจจะสร้างความยุ่งยากในการรักษามากกว่ารูปแบบทั่วไป แต่ถึงกระนั้นถ้าการรักษาที่ไม่ได้มาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมตามกฎหมายก็ไม่ได้ทำให้แพทย์นั้นพ้นจากความรับผิดชอบ การรักษาแบบปกติก็เช่นเดียวกันถ้าไม่รักษาตามมาตรฐานกฎหมายก็ย่อมไม่ให้เกิดการคุ้มครอง ซึ่งคำว่ามาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ในอนาคตจึงจะน่าจะมีควมกระจ่างมากกว่าที่เป็นอยู่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์และเป็นการคุ้มครองสิทธิทั้งผู้ป่วยและคุ้มครองการปฏิบัติการของแพทย์ด้วย ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินควรต้องได้รับความคุ้มครองหากได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่การแพทย์ฉุกเฉินบัญญัติขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการสามารถกล่าวอ้างและชี้ให้เห็นว่าตนได้ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติงานและตามมาตรฐาน อันเป็นการคุ้มครองสิทธิเมื่อตนถูกกล่าวหาได้ และขณะเดียวกันผู้ป่วยก็จะได้รับความมั่นใจได้ว่า ตนจะได้รับการรักษาที่ดีตามมาตรฐานที่กฎหมายรองรับ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้รับบริการให้อีกทางหนึ่งด้วย

บทที่ 4

การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและ ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมายต่างประเทศ

วิชาชีพเวชกรรมมีความซับซ้อน ละเอียดและเป็นสิ่งทีอาจจะเฉพาะเจาะจงหรือไม่ก็เป็นที่เฉพาะทาง จึงเป็นการยากทีศาลจะเข้าใจ และแม้แพทย์ต่างสาขาทีไม่อาจเข้าใจได้โดยง่ายด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินในมุมมองหน้าทีการปฏิบัติการตามบทกฎหมายในกรณีดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าวสามารถเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นข้อเท็จจริงปรากฏว่ามาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะถึงแม้จะมีกฎหมายออกมารองรับให้มีมาตรฐาน แต่ทางปฏิบัติมาตรฐานดังกล่าวยังคงไม่ได้มีในลักษณะของความเป็นกฎหมายใช้บังคับ เป็นเพียงมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ซึ่งเป็นที่รู้จักในหมู่แพทย์ ไม่ใช่กับประชาชนทั่วไปจึงทำให้การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวจึงยังไม่แตกต่างจากการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งถ้าดูในส่วนของประเทศมาตรฐานการปฏิบัติต่างล้วนออกมาในรูปแบบของกฎหมายทั้งสิ้น สำหรับการศึกษากฎหมายต่างประเทศในครั้งนี้ข้าพเจ้าได้เลือกประเทศที่มีบทบาทและแบบแผนมาตรฐานการปฏิบัติงานที่สำคัญเป็นแม่แบบเกือบทุกประเทศทั่วโลกได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส

4.1 การกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

4.1.1 วิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการศึกษาการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกทีนำมาตรการทางกฎหมายมาใช้ในการเริ่มจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน¹ ซึ่งมีจุดเริ่มต้นที่สำคัญจากรายงานต่อรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกา (Congress of

¹ สุรจิต สุนทรธรรม. คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551, กรุงเทพฯ : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์), หน้า 20

the United States) เรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บ: โรคที่ถูกละเลยในสังคมสมัยใหม่” ของสภาการศึกษาวิทยาศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (National Academy of Sciences) และสมาคมแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Medical Association) เมื่อ พ.ศ. 1966 ว่า ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ ถูกทำให้อาการแย่ลงจากการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลการบาดเจ็บกระดูกคออย่างระมัดระวังตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ ตลอดจนการจัดการให้ผู้ป่วยได้รับนิยตบริบาล(definitive care) อย่างทันท่วงที จะสามารถลดความพิการและการเสียชีวิตได้จากรายงานดังกล่าว และการศึกษาวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสนับสนุนโดยมูลนิธิโรเบิร์ต วู้ด จอห์นสัน (The Robert Wood Johnson Foundation) เป็นผลให้มีการสถาปนาการฝึกอบรมและสอบแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และก่อตั้งวิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians) รวมทั้งประธานาธิบดีนิกสันได้สั่งการและอนุมัติงบประมาณ 8.5 ล้านดอลลาร์สหรัฐอเมริกาให้กระทรวงสุขภาพ 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) ซึ่งบัญญัติให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดให้มีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนดให้รัฐบาลกลางต้องสนับสนุนงบประมาณประจำปีให้แก่กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเวลา 3 ปี ได้แก่ 1974, 1975, 1976 จำนวน 30, 60 และ 70 ล้านดอลลาร์สหรัฐตามลำดับเพื่ออุดหนุน (grant) ให้ท้องถิ่นและหน่วยงาน/องค์กรสาธารณะที่ไม่แสวงกำไรต่างๆ ดำเนินการ

- (1) ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และ
- (2) จัดทำแผนจัดตั้งและดำเนินการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละแห่ง อันต้อง

ประกอบด้วย

- 2.1) การจัดตั้งและเริ่มดำเนินการระบบ
- 2.2) คาดคะเนการขยายตัวและพัฒนาระบบ และ
- 2.3) สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเทคนิควิธีการ อุปกรณ์ และการบริการทาง

การแพทย์ฉุกเฉิน

กฎหมายดังกล่าวได้รับการปรับปรุงแก้ไขเมื่อ ค.ศ. 1979 และพัฒนามาเป็นสหรัฐอเมริกาบัญญัติการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการคลอด พ.ศ. 1984 (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act 1984: EMTALA 1984) ซึ่งเป็นฉบับที่ใช้บังคับในสหรัฐอเมริกาปัจจุบัน ซึ่งเน้นการจัดลำดับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และป้องกันการผลักดันหรือปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินอันเป็นผลทำให้ไม่ได้รับนิยตบำบัด (definitive therapy) เพื่อรักษาชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตอย่างทันทีที่เป็นหลัก และกฎหมายฉบับดังกล่าวนี้ได้ปรับเปลี่ยนมาตรการทางกฎหมายจากการสนับสนุนส่งเสริมด้วยการยกเลิกรายการกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการกำหนดโทษแทน กฎหมายฉบับนี้จึงมีชื่อเรียกอย่างไม่เป็นทางการในหมู่แพทย์และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งหลายว่า “กฎหมายป้องกันการผลักดันผู้ป่วยฉุกเฉิน” หรือ “Antidumping Law” ในนานาอารยประเทศต่างๆ รวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งได้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมาโดยลำดับ ต่อมาก็ได้นำมาตรการทางกฎหมายอันมีฐานแนวคิดจากการพัฒนากฎหมายดังกล่าวในสหรัฐอเมริกามาใช้เช่นกัน

4.1.2 มาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

ในสหรัฐอเมริกามีการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับรัฐและมลรัฐ แต่ความเป็นมาตรฐานแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นจาก สำนักงานคณะกรรมการความปลอดภัยการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ (NHTSA) กระทรวงขนส่ง มีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2533 สำนักงานดังกล่าวได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) ให้เป็นมาตรฐานแห่งชาติ²

4.1.2.1 องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

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

- (1) กำลังคน (provision of man power)
- (2) การฝึกอบรมบุคลากร (training of personnel)

² สุรจิต สุนทรธรรม. เรื่องเดียวกัน, หน้า 47

- (3) การติดต่อสื่อสาร (communication)
- (4) การขนส่งเวชกรรม (transportation)
- (5) หน่วยปฏิบัติการรับผู้ป่วย (receiving facilities)
- (6) หน่วยเวชวิกฤติ (critical care unit)
- (7) การใช้หน่วยงานรักษาความปลอดภัยสาธารณะ (use of public safety agencies)
- (8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (consumer participation)
- (9) การเข้าถึงการดูแลรักษา (accessibility to care)
- (10) การส่งต่อผู้ป่วย (transfer of patients)
- (11) มาตรฐานการบันทึกและการเก็บเวชระเบียน (standard medical record-keeping)
- (12) สารสนเทศและการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ (consumer information and education)
- (13) การทบทวนและการประเมินผลอย่างอิสระ (independent review and evaluation)
- (14) ความเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ (disaster linkage)
- (15) พันธะสัญญาความช่วยเหลือระหว่างกัน (mutual aid agreements)

นอกจากนี้ ในสหรัฐบัญญัติดังกล่าวยังได้กำหนดระเบียบสำหรับระบบต่างๆ ในการรับงบประมาณสนับสนุน และแม้ว่าในปัจจุบัน รัฐและภูมิภาคต่างๆ ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสหรัฐบัญญัตินี้ก็ตาม แต่ระบบจำนวนมากยังคงใช้องค์ประกอบดังกล่าวนี้เป็นส่วนใหญ่ ความขาดแคลนที่เด่นชัดในช่วงแรกๆ ในสหรัฐอเมริกา นั่นคือการขาดระบบการควบคุมทางการแพทย์สำหรับระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลซึ่งเป็นผลสืบเนื่องทำให้ยากต่อการสถาปนาการมีส่วนร่วมของแพทย์ และการพัฒนาความรับผิดชอบทางเวชกรรมที่ถูกต้อง การควบคุมทางการแพทย์ได้มีการกล่าวไว้ เฉพาะเมื่อระบบนั้นทำเรื่องของงบประมาณสนับสนุน และในสิ่งตีพิมพ์ของรัฐบาลบางฉบับเท่านั้น เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาโดยปราศจากการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และการวิจัยประสิทธิผลบนพื้นฐาน

ที่หนักแน่นอย่างเพียงพอ การเติบโตของระบบจึงเป็นไปอย่างช้าๆ และไร้ทิศทางที่ชัดเจน.วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians) ได้แนะนำว่าองค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันควรมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

- (1) การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical direction)
- (2) หน่วยงานหรือองค์กรขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital transport agencies)
- (3) หน่วยงานหรือองค์กรขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (inter-facility transport agencies)
- (4) การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical dispatch)
- (5) การติดต่อสื่อสาร (communications)
- (6) เกณฑ์วิธีปฏิบัติ (protocols) ในการคัดแยกผู้ป่วยเจ็บ (triage), การบำบัดรักษา (treatment), การขนส่ง (transport) และการส่งต่อ (transfer)
- (7) หน่วยรักษาเฉพาะทาง (specialty care units)
- (8) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (receiving facilities)
- (9) การฝึกศึกษา (training)
- (10) การเงิน (financing)
- (11) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ (audit and quality assurance)
- (12) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชน (public information and education)
- (13) การช่วยเหลือระหว่างกัน (mutual aid)
- (14) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ (disaster)

4.1.2.2 การอำนวยความสะดวกและการควบคุมทางการแพทย์³

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้องสามารถให้ความมั่นใจได้ว่าการดูแลทางการแพทย์ที่กระทำนั้นได้มาตรฐานเวชกรรมอันเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป การควบคุมทางการแพทย์ต้องอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ และจะเป็นการดียิ่งถ้าได้แพทย์ที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ความสามารถในการบริหารการดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือได้รับบาดเจ็บเพื่อการควบคุมคุณภาพ แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Program Director : EMPD) ต้องมีอำนาจหน้าที่ซึ่งกำหนดไว้อย่างจำเพาะและชัดเจน ในการรับรองการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการภายในระบบซึ่งต้องปฏิบัติการภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ อำนาจหน้าที่ดังกล่าว เช่น

- (1) การอนุญาตและการพักการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (2) การกำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติงานบำบัดรักษาภายในระบบ รวมทั้งจัดทำคำสั่งประจำเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (standing orders) สำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (3) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับระดับการตอบสนองฉุกเฉินเบื้องต้น (เช่น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน, การช่วยชีวิตขั้นสูง)
- (4) การกำหนดหลักเกณฑ์สำหรับโรงพยาบาลที่จะไปส่งผู้ป่วย
- (5) กำหนดมาตรฐานทางการแพทย์สำหรับวิธีการรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน (dispatch procedures)
- (6) การให้การรับรองแพทย์ผู้สั่งการรักษาทางไกล
- (7) การกำหนดวิธีปฏิบัติในกรณีที่ไม่ได้มีการตอบสนองหรือไม่ได้มีการขนส่งผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดขึ้น
- (8) การกำหนดระดับสำหรับการรับรองสมรรถภาพการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ พยาบาลฉุกเฉิน พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ประสานการฝึกอบรมและแพทย์ผู้ให้คำสั่งการรักษาทางไกลแก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (9) การดำเนินการตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบและรับรองคุณภาพ (แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ตรวจสอบทุกสิ่งทุกอย่างที่สัมพันธ์

³ สุรจิต สุนทรธรรม. เรื่องเดียวกัน, หน้า 25

กับระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งจำเป็นในการที่จะทำให้ภารกิจบรรลุเป้าหมายได้)ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ควรมีแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ควบคุม การควบคุมทางการแพทย์ประกอบด้วย การบัญชาการแพทย์ฉุกเฉิน (Off-line medical direction) และการบังคับการแพทย์ฉุกเฉิน (on-line medical direction)

“การบัญชาการแพทย์ฉุกเฉิน” ได้แก่ การออกคำสั่งและการควบคุมดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ดำเนินการจัดทำและประกาศไว้เป็นเอกสาร ด้วยวิธีการที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่ออนุญาตและเป็นคำสั่งประจำ ขั้นตอนวิธีหรือเกณฑ์วิธีปฏิบัติการฉุกเฉินให้ผู้ปฏิบัติการดำเนินการหรือปฏิบัติตาม รวมทั้งการตรวจสอบและพิจารณากระบวนการและผลของการทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินย้อนหลัง ภายใต้อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทางเวชกรรมของแพทย์บัญชาการ

“การบังคับการแพทย์ฉุกเฉิน” ได้แก่ การออกคำสั่งและการควบคุมดูแลทางการแพทย์ฉุกเฉินเชื่อมตรงระหว่างบุคคลต่อบุคคล ณ สถานที่ที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือที่เกิดเหตุการณ์ หรือผ่านการสื่อสารทางไกลด้วยวาจา ลายลักษณ์อักษร อิเล็กทรอนิกส์ โทรคมนาคม หรือวิธีการสื่อสารอื่น โดยแพทย์บังคับการหรือผู้ได้รับมอบหมาย เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการรายงานภาวะผู้ป่วยฉุกเฉินและทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินตามคำสั่งขณะกำลังปฏิบัติการฉุกเฉินภายใต้อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบทางเวชกรรมของแพทย์บังคับการ

ทั้งนี้ ผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ (non-physician emergency medical provider) ต้องทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินตามการบัญชาการและการบังคับการอย่างเคร่งครัด และกรณีการบังคับการขัดแย้งกับการบัญชาการ ให้ผู้ทำเวชปฏิบัติการถือปฏิบัติตามการบังคับการเป็นหลัก โดยจำกัดเฉพาะการปฏิบัติการฉุกเฉินครั้งนั้นเท่านั้น หากผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ฝ่าฝืนการบัญชาการและการบังคับการถือว่าเป็นการทำเวชปฏิบัติโดยมิได้รับอนุญาตหรือเกินกว่าที่ได้รับอนุญาตการควบคุมทางการแพทย์โดยตรงเป็นการให้คำสั่งการรักษาแก่ผู้ปฏิบัติการในภาคสนาม ไม่ว่าจะบุคคลต่อบุคคล, ทางวิทยุ หรือทางโทรศัพท์. แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอาจมอบอำนาจให้แพทย์อื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งการรักษาทางไกล แต่ต้องมั่นใจว่าแพทย์นั้นๆ เข้าใจเกณฑ์วิธีปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

การควบคุมด้วยคำสั่งประจำ เป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. สิ่งที่แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องทำประกอบด้วย

- (1) การพัฒนาแนววิถีการรักษามาตรฐาน
- (2) การพัฒนาการรับรองคุณภาพ
- (3) การพัฒนาการฝึกศึกษา

คำสั่งประจำต้องไม่กล่าวเพียงการรักษา แต่ต้องระบุให้เจาะจงว่า ควรใช้อุปกรณ์ชนิดใด และคำสั่งประจำเหล่านี้ต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัย สอดคล้องกับความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันอยู่เสมอ. การรับรองคุณภาพต้องการการเฝ้าตรวจ และการศึกษาของระบบ. และประการสุดท้าย แพทย์ผู้อำนวยความสะดวกการเงินต้องมีหน้าที่ในการดำเนินการให้มีการศึกษาต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ซึ่งหมายความว่า ทั้งคุณภาพและเนื้อหา ต้องได้รับการกำหนดจากคณะกรรมการ

4.1.2.3 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน⁴

การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเป็นหัวใจสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งในสหรัฐอเมริกาการลำเลียงผู้ป่วยเพื่อส่งการรักษาต่อ มีลักษณะต่างๆ ดังนี้

4.1.2.3.1 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ในปัจจุบัน เวชพาหนะได้รับการวิวัฒนาการมาจนกระทั่งสามารถให้การรักษาประคองชีวิตผู้ป่วยขั้นสูงในระหว่างการขนส่งได้. ในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางได้มีการกำหนดมาตรฐานและลักษณะเฉพาะของเวชพาหนะ แต่สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ปฏิบัติการต้องสามารถให้การรักษาทันทีและช่วยการหายใจ ในระหว่างการขนส่งผู้ป่วยได้

สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการสำหรับพาหนะขนส่งผู้ป่วยภายในระบบ และมีรายการอุปกรณ์ที่ต้องมีไว้้อย่างละเอียดรวมทั้งกำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยที่สุดในแต่ละครั้ง ตามระดับของการปฏิบัติการที่ได้รับอนุญาต

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติไม่จำเป็นต้องมีหรือดำเนินการตอบสนองการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการบริการขนส่งผู้ป่วยด้วยตนเอง แต่ต้องมี

⁴ เรื่องเดียวกัน หน้าที่ 26

อำนาจหน้าที่ในการกำหนดเกณฑ์สำหรับผู้ที่มีบทบาทในระบบบริการดังกล่าวตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. นอกจากนี้ควรมีกฎหมายซึ่งกำหนดมาตรฐานบริการและอนุญาตให้กระทำได้ด้วย การออกใบอนุญาตหรือประกาศนียบัตรรับรอง

การขนส่งการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ภายในระบบทั้งหมด ควรได้รับการประสานงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยไม่คำนึงถึงว่า การขนส่งนั้น ดำเนินการโดยภาครัฐ, ภาคเอกชน หรือการขนส่งพิเศษ (เช่น การขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ) รวมทั้งในบางกรณี การขนส่งที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ดังกล่าว อาจต้องได้รับการควบคุมจากสำนักงานดังกล่าวด้วย การขาดการอำนวยความสะดวกอย่างมีเอกภาพอาจก่อให้เกิดปัญหาการปฏิบัติทั้งการซ้ำซ้อนและการขาดผู้รับผิดชอบ

4.1.2.3.2 การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล

โดยทั่วไป การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แม้ว่าการส่งต่อผู้ป่วยอาจเป็นส่วนสำคัญของระบบที่ใช้วิธีการจัดระดับขีดความสามารถขอโรงพยาบาล

อย่างไรก็ตาม มีโอกาสที่อาจกล่าวได้ว่า การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินหากผู้ป่วยนั้นยังไม่พ้นภาวะที่เป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ และดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่พ้นภาวะฉุกเฉินต้องมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นผู้ดูแลระหว่างการนำส่ง

เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยที่เข้าถึงระบบต้องได้รับการประเมินและรักษาจากแพทย์ ณ โรงพยาบาลใดผู้ป่วยรายนั้นก็นับเป็นความรับผิดชอบของแพทย์และโรงพยาบาลแห่งนั้น. ดังนั้น หากผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมีสถานะแย่งระหว่างทาง แพทย์ผู้ตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยนั้นอาจต้องรับข้อกล่าวหาว่าละเลยการดูแลผู้ป่วยรายนั้นได้. ด้วยเหตุนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินจึงต้องชี้แจงให้แพทย์ที่เกี่ยวข้องได้ทราบเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างกระจ่างชัด

อย่างไรก็ตาม อาจมีการใช้พาหนะและบุคลากรของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลได้ แต่ควรมีบุคลากรซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมาย (แพทย์หรือพยาบาล) ของโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยนั้น ร่วมเดินทางไปด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเกินขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติการซึ่งไม่ได้เป็นแพทย์หรือพยาบาลได้รับอนุญาตให้กระทำได้ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องไม่ให้การรักษาหรือทำการใดๆ

ที่เกินกว่าระดับที่ตนได้รับอนุญาต.เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีพาหนะขนส่งผู้ป่วยเป็นของตนเอง

อย่างไรก็ตาม การติดต่อสื่อสารจากหน่วยเหล่านี้ โดยเฉพาะถ้าใช้หมายเลขโทรศัพท์และคลื่นวิทยุในย่านความถี่ซึ่งกำหนดไว้ให้ใช้สำหรับการแพทย์ฉุกเฉิน ควรได้รับการประสานและยินยอมจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนเสมอ.เนื่องจากขีดความสามารถเฉพาะตัวของหน่วยปฏิบัติการเฉพาะทาง ซึ่งมีฐานปฏิบัติการตั้งอยู่ในโรงพยาบาล (hospital-based specialty units: อากาศหรือภาคพื้นดิน) จึงอาจมีการใช้หน่วยดังกล่าวเพื่อตอบสนองสภาวะการณ์ฉุกเฉินบางอย่าง และเนื่องจากเอกลักษณ์ของหน่วยดังกล่าว ทำให้บางครั้งผู้ให้บริการคิดว่า หน่วยปฏิบัติการของตนเองนั้นอยู่นอกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. ดังนั้นจึงจำเป็นต้องกำหนดให้แน่ชัดลงไปว่า การตอบสนองต่อการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลนั้นเป็นความรับผิดชอบของคณะกรรมการ และการตอบสนองดังกล่าวต้องได้รับการยอมรับและประสานกับหน่วยตอบสนองอื่นๆ.การตัดสินใจยอมรับการช่วยเหลือจากหน่วยขนส่งเฉพาะทางนอกระบบต้องเป็นภาระหน้าที่ของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

4.1.2.4 การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน⁵

“การรับแจ้งการเจ็บป่วยและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน” (emergency medical call taking and dispatching) หมายความว่า การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากผู้พบเห็นผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน แล้วส่งต่อไปยังผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง และรวมถึงการสนนสั่งการปฏิบัติการฉุกเฉินเชื่อมตรงระหว่างบุคคลต่อบุคคลด้วยวาจา ลายลักษณ์อักษร อิเล็กทรอนิกส์ โทรคมนาคม หรือวิธีการสื่อสารอื่น แก่ผู้แจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนผู้ทำเวชปฏิบัติการไปถึงด้วยพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉิน (emergency medical call taker and dispatcher) ต้องเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งนอกและในสถานพยาบาล, มีประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในสถานพยาบาล, มีประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมการรับแจ้งและการรายงาน, มีประสบการณ์หรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการถ่ายทอดคำสั่งสนนสั่งการแพทย์ฉุกเฉินนอกสถานพยาบาล และมีความรู้เกี่ยวกับระบบสื่อสารการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งได้รับ

⁵ เรืองเดียวกัน หน้าที่ 28

การรับรองจากแพทย์ปัญหาการหรือแพทย์บังคับการให้เป็นพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

ในนานาอารยประเทศ การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ควรได้รับการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านศูนย์การติดต่อสื่อสาร ซึ่งทำหน้าที่ประสานการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานทุกสาขา รวมทั้งดับเพลิง และ ตำรวจ เพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์สูงสุดเพียงหมายเลขเดียว เช่น 9-1-1 ในทวีปอเมริกาเหนือ ศูนย์การติดต่อสื่อสารของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจตั้งอยู่ ณ สำนักงานการแพทย์ฉุกเฉิน หรือที่แห่งอื่นที่ไม่ได้ควบคุมระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยตรง เช่น สถานีตำรวจหรือกองบังคับการดับเพลิง ในกรณีดังกล่าวพนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน อาจได้รับมอบหน้าที่เพิ่มให้รับแจ้งเหตุสำหรับตำรวจและดับเพลิงด้วย ในทุกกรณีดังกล่าวนี้ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดระดับการฝึกศึกษาที่เหมาะสม และอนุมัติประกาศนียบัตรสำหรับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวด้วยเหตุที่การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินส่งผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วย กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการปฏิบัติการ รวมทั้งระบบการเข้าถึงผู้ป่วย, คำแนะนำก่อนที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินจะไปถึง และระดับการตอบสนองและขีดความสามารถของบุคลากร

หากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างหรือให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเอง ต้องมีข้อบังคับให้ตอบสนองและประเมินสถานการณ์การขอความช่วยเหลือจากปัจเจกบุคคลทุกครั้ง เนื่องจากผู้บริหารระบบบางคนคิดว่า ระบบได้รับความเครียดจากการใช้มากเกินไปจนความจำเป็น จึงให้พนักงานจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินคัดการแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และในบางกรณีไม่มีการให้บริการเลย ซึ่งการกระทำดังกล่าวนี้เป็นสิ่งไม่พึงประสงค์อย่างยิ่ง. ดังนั้น หากระบบนั้นๆ ไม่สามารถให้บริการระดับพื้นฐานได้ ก็ควรจัดการยกสัมปทานการดำเนินการให้แก่ผู้ให้บริการรายอื่น. การให้ผู้ปฏิบัติการจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่ตัดสินใจสภาวะการณ์ทางการแพทย์นั้น ไม่ได้เป็นวิธีแก้ไขอุปสงค์ที่เพิ่มขึ้นของระบบอย่างถูกต้อง

4.1.2.5 การติดต่อสื่อสาร⁶

แผนการติดต่อสื่อสารดังกล่าวต้องประกอบด้วย การเข้าสู่ระบบจะเกิดขึ้นได้อย่างไร และวิธีการขอความช่วยเหลือจะดำเนินไปที่ไหน ระบบที่พัฒนาแล้วในอารยประเทศมีการกำหนดหมายเลข 3 หลักเพียงหมายเลขเดียวเป็นหมายเลขครอบครัวที่จะเข้าถึงระบบการบริการฉุกเฉินได้ทุกประเภท ทั้งทางเวชกรรมและมีใช้เวชกรรม เช่น “9-1-1” ในสหรัฐอเมริกา “1-1-2” ในสหภาพยุโรป ประชาชนในสหรัฐอเมริกาและสหภาพยุโรปได้รับการส่งเสริมให้ติดต่อ 9-1-1/1-1-2 นี้ แทนการติดต่อโรงพยาบาลหรือแพทย์โดยตรง อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังไม่มีกำหนดหมายเลขดังกล่าวนี้ แม้มีการอนุมัติหมายเลข 1-6-6-9 แต่ก็ถูกนำไปใช้เพื่อตอบสนองการดำเนินการอื่นอย่างไม่เหมาะสมด้วย ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุปสรรคที่สำคัญในการเข้าถึงระบบได้ และต้องถือเป็นความผิดตามมาตรา 38 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ด้วย

โดยสรุป เป้าหมายโดยรวมของการติดต่อสื่อสารมีไว้เพื่อให้สามารถแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว, พร้อมทั้งจะส่งการให้เวชพาหนะและบุคลากรที่เหมาะสมออกไปปฏิบัติการ, แจ้งโรงพยาบาลให้ทราบ, และควบคุมการปฏิบัติทางแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ

4.1.2.6 เกณฑ์วิธีปฏิบัติ (protocol)⁷

เกณฑ์วิธีปฏิบัติเป็นสิ่งที่ใช้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการในกรณีเฉพาะต่างๆ ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้บรรลุเป้าหมาย แต่สำหรับประเทศไทยซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ต้องพัฒนาให้มีขึ้นตามหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด. ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 บัญญัติให้มีมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ต้องดำเนินการต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาลรวม 8 ด้าน ได้แก่

- (1) การประเมิน
- (2) การจัดการ
- (3) การประสานงาน

⁶ เรื่องที่เดียว หน้าที่ 29

⁷ เรื่องเดียวกัน หน้าที่ 30

- (4) การควบคุมดูแล
- (5) การติดต่อสื่อสาร
- (6) การลำเลียงหรือขนส่ง
- (7) การตรวจวินิจฉัย และ
- (8) การบำบัดรักษาพยาบาล

เกณฑ์วิธีปฏิบัติอาจพัฒนาให้กล่าวถึงสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น วิธีการประจุแบตเตอรี่ของเครื่องฟื้นคืนคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า (defibrillator) หลังจากจบภารกิจการบริการในแต่ละครั้ง. วิธีการปฏิบัติ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรนอกสายการแพทย์ เช่น ผู้จัดการระบบหรือผู้รับมอบอำนาจ. ส่วนการดำเนินการของระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะเกณฑ์วิธีปฏิบัติในการคัดแยกผู้ป่วย (triage), การบำบัดรักษา (treatment), การขนส่งผู้ป่วย (transport), การจำหน่ายถ่ายโอนผู้ป่วย (transfer) และเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่จำเป็นระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้รับผิดชอบการคัดแยกผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีไข้ภัยพิบัติ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดระดับขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติการในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย. ในบางโอกาสอาจเป็นการเหมาะสมที่ส่งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นไปสำหรับรายที่สงสัยข้อมือเคล็ด แต่การกำหนดในสิ่งดังกล่าวนี้จะทำเมื่อไรและอย่างไรนั้น เป็นภาระหน้าที่ของแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน. การเขียนเกณฑ์วิธีปฏิบัติจึงต้องกระทำด้วยความระมัดระวังยิ่งในการกำหนดให้ชัดเจนถึงสภาวะการณ์เฉพาะนั้นๆ การขนส่งผู้ป่วยที่สงสัยว่าข้อมือเคล็ดไปยังโรงพยาบาล ด้วยการบริการขนส่งอื่นๆ นอกจากพาหนะในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจเป็นการกระทำที่เหมาะสมแต่ทั้งนี้นโยบายดังกล่าวต้องได้รับการกำหนดให้ชัดเจนจากคณะกรรมการ. การจัดส่งความช่วยเหลือเส้นทางทางการแพทย์ฉุกเฉินทุกครั้งที่ไม่มีการขนส่งผู้ป่วย (รวมทั้งการที่ผู้ป่วยปฏิเสธการรับบริการ) ควรเป็นการตัดสินใจของแพทย์ผู้ทำหน้าที่สั่งการเท่านั้นเพราะอย่างน้อยต้องมีการประเมินว่า ผู้ป่วยมีเสถียรภาพและปราศจากภาวะฉุกเฉินที่ต้องใช้การนำส่งในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน)

กรณีที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ซึ่งมิใช่แพทย์) เป็นผู้ตัดสินใจในการไม่ส่งการขนส่งเวชกรรมโดยปราศจากคำสั่งเฉพาะจากแพทย์ผู้สั่งการ (หรือปราศจากการกำหนดแนวทางไว้อย่างแน่ชัดในเกณฑ์วิธีปฏิบัติ) ต้องเท่ากับผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลนั้น

ประกอบเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต ดังนั้นหากมีเหตุร้ายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยรายนั้น อันเป็นผลจากการตัดสินใจอย่างอิสระดังกล่าว การกระทำของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินผู้นั้นจะต้องไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เกณฑ์วิธีปฏิบัติในการบำบัดรักษาดูเหมือนว่าจะเป็นมาตรฐานเดียวกันมากกว่าเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ แต่ระดับของความสมบูรณ์นั้นต่างกันในห้องฉุกเฉินแต่ละแห่ง. คำสั่งประจำ (standing orders) จัดเป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์วิธีปฏิบัติ และถือเป็นคำสั่งที่กำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติการฉุกเฉินเฉพาะอย่าง ซึ่งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องติดต่อแพทย์เพื่อรับคำสั่ง. คำสั่งประจำของห้องฉุกเฉินหนึ่งอาจกำหนดให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินว่า “ให้ใช้เข็มขนาดเท่าใด และสามารถลองแทงเข็มเพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำได้จำนวนมากที่สุดกี่ครั้ง” ในขณะที่ของอีกห้องฉุกเฉินหนึ่งอาจบอกเพียงคร่าวๆ ว่า “เริ่มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ” อย่างไรก็ตาม ในกรณีหลัง ต้องพิจารณาว่า ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องรับผิดชอบหรือไม่หากกระทำการดังกล่าวไม่สำเร็จ โดยเฉพาะถ้าการปฏิบัติดังกล่าวนั้น ได้รับการพิจารณาว่าพ้องกันกับ “คำสั่งประจำ” ดังที่ปรากฏในห้องฉุกเฉินบางแห่ง การกระทำที่เบี่ยงเบนจากคำสั่งที่เขียนไว้ต้องถือว่าเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนการได้รับมอบหมายจากผู้มีอำนาจ และการกระทำใดๆ ที่เบี่ยงเบนจากคำสั่งประจำต้องเป็นผลให้มีการตรวจสอบโดยระบบ หรือเป็นสิ่งบ่งชี้ว่า ระบบนั้นๆ ขาดความรับผิดชอบที่ถูกต้องทางเวชกรรม ถ้าจำเป็นต้องมีการตัดสินใจ ระบบนั้นๆ ควรจะมีระบบการควบคุมทางเวชกรรมทางไกลที่มีขีดความสามารถเพียงพอที่ให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการกระทำนั้นๆ

การตัดสินใจขนส่งผู้ป่วยต้องกระทำตามนโยบายของระบบที่ได้กำหนดไว้ และต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวมทั้งป้องกันการแสวงหาผลประโยชน์ และ/หรือการผลักรถของโรงพยาบาล แผนต่างๆ ต้องพิจารณาโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมที่ใกล้ที่สุดและอาจต้องมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย ระบุไว้ในแผนด้วย การนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจมีความจำเป็นเพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษา ณ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม มีเหตุผลเพียงประการเดียวเท่านั้นในการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่มีเสถียรภาพ คือต้องเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจะได้รับโอกาสในการบำบัดรักษาที่ดีกว่าถ้าไม่พยายามส่งต่อ เช่น ถ้าโรงพยาบาลหนึ่งไม่มีประสาทศัลยแพทย์ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มี ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นมีเพียงประการเดียว คือการส่งต่อผู้ป่วยนั้นต้องกระทำด้วยวิธีการที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ณ สถานการณ์นั้นๆ

4.1.3 โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยฉุกเฉิน

ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลระดับที่มีขีดความสามารถเหมาะสม ซึ่งต้องกำหนดไว้ในเกณฑ์วิธีปฏิบัติของเขตนั้นๆ ยกเว้นไม่มีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถพอที่จะรักษาสภาวะของผู้ป่วยเฉพาะทางบางอย่างได้. ระบบต้องมีการจัดระดับขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะนำผู้ป่วยไปส่งข้ามเขต และผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลเพื่อผลประโยชน์ทางธุรกิจ และหากมีการกระทำดังกล่าวอาจต้องถูกลงโทษหรือพักหรือจำกัดการอนุญาตปฏิบัติงาน. โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีขีดความสามารถในการบำบัดให้การป่วยฉุกเฉินของผู้ป่วยดีขึ้น ด้วยการให้การวินิจฉัยและบำบัดการป่วยหรือการบาดเจ็บของผู้ป่วยจนกระทั่งมีเสถียรภาพตามอุดมคติ. โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยควรมีหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งมีแพทย์ฉุกเฉิน (วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติฯ สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน) ประจำตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน ทั้งวันทำการและวันหยุด และโรงพยาบาลนั้นๆ ควรมีขีดความสามารถในการทำศัลยกรรมได้ทันที พร้อมทั้งมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, คลังเลือด, การตรวจภาพรังสี, และหน่วยเวชวิกฤต

อย่างไรก็ตาม ในพื้นที่ชนบทบางแห่งผู้ป่วยอาจต้องได้รับการขนส่งไปยังโรงพยาบาลซึ่งมีขีดความสามารถต่างๆ ที่ไม่พร้อมก่อนได้ เนื่องจากไม่มีโรงพยาบาลใดที่เข้าหลักเกณฑ์พอในอาณาบริเวณนั้น. ในสหรัฐอเมริกามีการจำแนกระดับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยฉุกเฉินไว้เป็น 4 ชั้น ได้แก่

ชั้น 1 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบ็ดเสร็จ (Level I: comprehensive emergency medical services) มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ทุกด้าน ทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย

ชั้น 2 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินหลัก (Level II: major emergency medical services) มีขีดความสามารถครบถ้วนสมบูรณ์เฉพาะส่วนการปฏิบัติการฉุกเฉิน แต่ยังมีส่วนการศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยไม่ครบถ้วนสมบูรณ์นัก

ชั้น 3 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทั่วไป (Level III: general emergency medical services) มีขีดความสามารถปฏิบัติการฉุกเฉินทั่วไปในการประเมิน จัดการ และบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้

ชั้น 4 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินพื้นฐาน (Level IV: basic emergency medical services) มีขีดความสามารถปฏิบัติการฉุกเฉินพื้นฐานในการประเมิน จัดการ และ บำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินได้หน่วยบำบัดเฉพาะทางระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ดำเนินการในท้องถิ่น ทุกแห่ง ควรได้มีการกำหนดทราบขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการให้การรักษาผู้ป่วย เฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาเฉพาะนั้นๆ. หน่วยเฉพาะทางต่างๆ เหล่านี้ ได้แก่ หน่วยการบาดเจ็บ, หน่วยผู้ป่วยแผลไหม้, หน่วยหทัยเวชวิกฤต, หน่วยกุมารเวชวิกฤต, หน่วยบริกำเนิด, หน่วยบำบัดรักษาการบาดเจ็บไขสันหลัง และหน่วยเวชพิษวิทยาถ้าในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ ท้องถิ่นใดๆ ไม่มีหน่วยเฉพาะทางดังกล่าวนี้ ท้องถิ่นนั้นๆ ต้องมีข้อตกลงอย่างเป็นทางการในการ นำส่งต่อผู้ป่วย และควรมีการพัฒนาเกณฑ์วิธีปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งทรัพยากรที่มีขีด ความสามารถเหมาะสมที่ใกล้เคียงที่สุด ถ้าภายในท้องถิ่นนั้นมีโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถ ในการให้การดูแลเฉพาะทางดังกล่าว การใช้สถานพยาบาลดังกล่าวนี้ต้องเป็นไปตามเกณฑ์วิธี ปฏิบัติและนโยบายที่ทางสำนักงานได้วางไว้ ทั้งนี้อาจมีการขนส่งผู้ป่วยจากที่เกิดเหตุนอก โรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลดังกล่าวนี้โดยตรงได้ตามความเหมาะสมหรือเป็นการส่งต่อ ระหว่างโรงพยาบาลหลังจากที่รักษาผู้ป่วยให้มีเสถียรภาพ ณ โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยเบื้องต้น และจะเป็นการดียิ่งถ้าสถานพยาบาล ที่มีหน่วยรักษาเฉพาะทางดังกล่าว มีขีดความสามารถใน การรับผู้ป่วยที่ขนส่งมาทางอากาศได้ด้วย

4.1.4 ระบบการฝึกศึกษาการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

การกำหนดคุณลักษณะระบบการฝึกศึกษาการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินของ สหรัฐอเมริกามีสิ่งที่น่าสนใจและน่าจะกล่าวถึงในเรื่องต่อไปนี้^๘

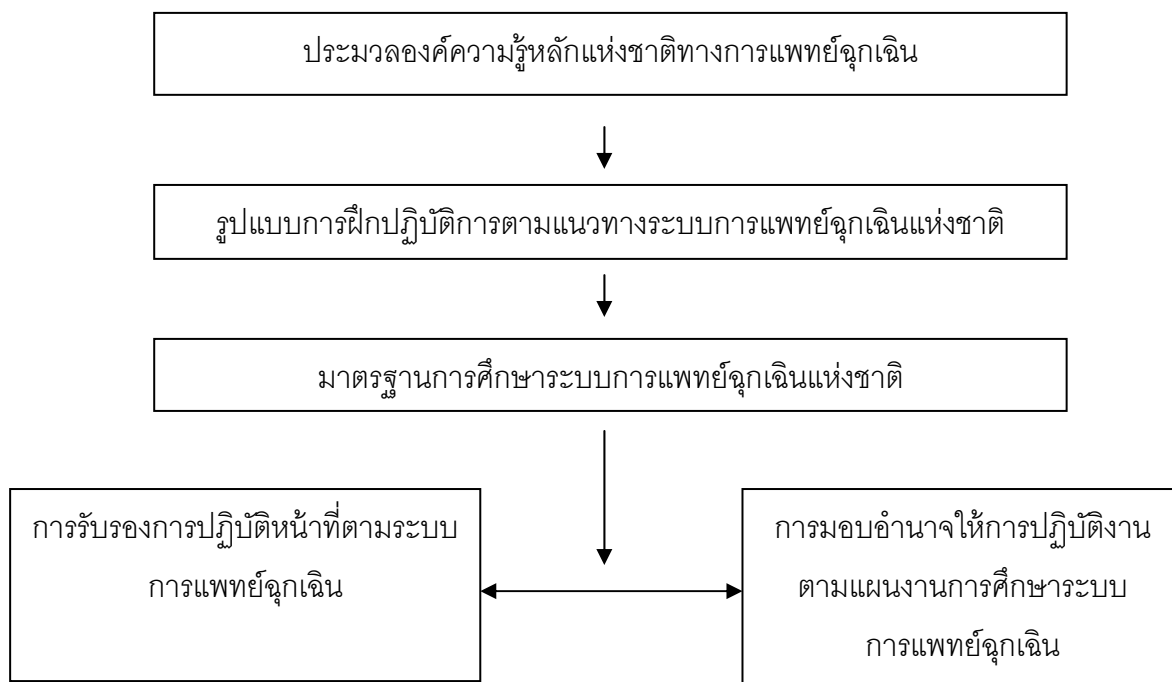
- ในแง่ของการสร้างหลักเกณฑ์อันน่าพึงพอใจในแผนการการศึกษาระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน
- การทำการศึกษาเกี่ยวกับหลักการและสาระสำคัญในทางการแพทย์ฉุกเฉินให้ ทันสมัยอยู่เสมอ สามารถตอบใจภัยการรักษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอ
- ให้หน่วยงานพัฒนาหลักการและสาระสำคัญการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเข้ามา รับผิดชอบแทนกลุ่มวางหลักสูตรแผนงานการแพทย์ฉุกเฉิน

^๘National Highway Traffic Safety Administration. Nation EMS Core Content (Online). Available from: www.abem.org (November 2010)

การรวมกลุ่มในการดำเนินแผนงานในยุคปัจจุบันมีภาวะการวางโครงสร้างของแผนการทำงานที่เยอะและยากที่จะรังสรรค์แผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออนาคต โดยมีเจตนารมณ์ดังนี้ : แผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี 2010 เป็นต้นไป จะพัฒนาความสามารถในการให้ผู้ปฏิบัติเข้าให้บริการในพื้นที่ที่จำเป็นที่ประชาชนต้องการ การมีอยู่ของแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องสอดคล้องกับความคาดหวังของบริการรักษาความปลอดภัยสาธารณะที่มีอยู่ด้วย แบบแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีส่วนสำคัญที่เข้ามามีบทบาทต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด อีกทั้งแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีคุณภาพสูงและแสดงถึงระบบการทำงานเวชกรรมฉุกเฉินได้อย่างมืออาชีพ มีระบบและมีรูปแบบโดยหลักสาระสำคัญของแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินร่างขึ้นจากมาตรฐานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ซึ่งมีความยืดหยุ่นสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างเหมาะสมตามความต้องการในแต่ละพื้นที่และต่อยอดแผนการดำเนินงานให้เป็นไปอย่างมีความเป็นระบบ

แผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออนาคตนี้ อธิบายถึงโครงสร้างแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยมีห้าขั้นตอนตามแผนภาพดังต่อไปนี้⁹

แผนภาพแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



⁹ เรืองเดียวกัน

- ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้จักชะ เช่น การปฏิบัติการนอกโรงพยาบาล และดูระดับความไม่เอาใจใส่ในการปฏิบัติการตามขอบเขตของการฝึกปฏิบัติการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประเมินความสามารถตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินแบบหลักสากล ใช้ระยะเวลาในหลักสูตรทางการแพทย์ทุก 5-7 ปี ทั้งนี้ฝ่ายดูแลประมวลความรู้และสาระสำคัญแผนการศึกษาาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าภารกิจเหล่านี้จะมีรูปแบบในการปฏิบัติการอย่างไร
- รูปแบบการฝึกปฏิบัติการตามแนวทางระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นการวางระดับของกฎเกณฑ์ฝึกหัดของผู้ปฏิบัติการและระดับการปฏิบัติการที่จะอนุญาตให้ทำการได้ ใช้ระยะเวลาในการประเมินจากหน่วยงานทางปกครองทุก 3-5 ปี โดยจะทำหน้าที่คัดแยกระดับบุคลากรในแต่ละทักษะเฉพาะด้านและความรู้ของผู้ปฏิบัติการในแต่ละระดับ
- มาตรฐานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มาตรฐานดังกล่าวนำเข้ามาใช้แทนหลักสูตรมาตรฐานหน่วยงานบรรเทาสาธารณภัยจรรยาจรทางหลวงแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา ใช้ระยะเวลาในหลักสูตรตามการประเมินของนักวิชาการทุก 2-3 ปี ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการสอน ให้ความรู้และทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติการในแต่ละระดับ
- การรับรองการปฏิบัติหน้าที่ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การรับรองดังกล่าวจะต้องมีการทดสอบมาตรฐานไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่เช่น กำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่จะอนุญาตในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตลอดจนเรื่องเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค เหล่านี้จะต้องสอบจนจบหลักสูตรจากแผนการจากหน่วยฝึกที่จะออกใบอนุญาตให้ไปปฏิบัติหน้าที่
- การมอบอำนาจให้การปฏิบัติงานตามแผนงานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานเดียวที่สามารถให้อำนาจได้ตามแผนงานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

แผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีวัตถุประสงค์ที่จะเพิ่มกระบวนการในการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบให้สอดคล้องกับประชากรในชาติตามที่มีการรับรองในกฎหมายที่จะให้สิทธิที่จะได้รับบริการในด้านต่างๆ เมื่อเป็นเช่นนี้ กลุ่มคนประกอบอาชีพวิชาการแพทย์ก็จะให้การพัฒนาแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบหน่วยงานทางปกครองก็จะทำการพัฒนาการแบบแผนการฝึกปฏิบัติการตามแนวทางระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนนักวิชาการระบบการแพทย์ฉุกเฉินก็จะให้การพัฒนามาตรฐานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁰

ระบบทั้งสามอย่างในขั้นต้นนี้จะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือ รูปแบบของหลักการและสาระสำคัญก็เป็นตัวสร้างขอบเขตในรูปแบบการฝึกฝนให้เกิดขึ้น และขอบเขตของรูปแบบของการฝึกฝนก็ทำให้เกิดมาตรฐานการศึกษา ดังนั้นการพัฒนาหลักการและสาระสำคัญการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาเป็นขั้นแรกของความสำเร็จที่เกิดขึ้นในแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออนาคต

4.1.5 การพัฒนาการประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน

การเกิดขึ้นของพัฒนาการดังกล่าวนี้มีสาเหตุที่พอจะสันนิษฐานตามหลักการที่ได้บ่งชี้ตามการพัฒนาประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน¹¹ ดังนี้

- ในช่วงเวลากลุ่มผู้ประกอบการทางการแพทย์ได้เข้าถึงการพัฒนาหลักการและสาระสำคัญ แพทย์ที่เกี่ยวข้องและเป็นผู้ให้ทิศทางในเรื่องดังกล่าวได้รับคำสั่งให้พัฒนาแบบแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละเนื้อหาด้วยในระหว่างนั้น

- ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ความหมายครอบคลุมถึงการปฏิบัติหน้าที่นอกโรงพยาบาล มีคุณลักษณะของการให้ความรู้และทักษะที่มีเนื้อหาเป็นสากลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีผู้ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์โดยแท้ที่ไม่ต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างเช่นผู้ฝึกนอก หรือผู้ปฏิบัติการฝึกอิสระ ทั้งนี้ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้จัดให้มีการรวบรวมขอบเขตการทำหน้าที่มาจากรูปแบบการฝึกปฏิบัติของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วในเวลาต่อมาก็กลายเป็นระดับผู้ปฏิบัติการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ดี หลักการและสาระสำคัญสามารถเป็นข้อบ่งชี้คุณลักษณะของความรู้และทักษะที่อยู่ภายนอกของขอบเขตของการฝึกฝนในระดับสูงสุดของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ในขณะที่จำนวนของระดับผู้ปฏิบัติการก็ขึ้นอยู่กับขอบเขตของรูปแบบการฝึกปฏิบัติในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งแบบออกได้สี่ระดับ

- ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ยังสามารถยืดหยุ่นได้ตามตัวแปรที่เกิดขึ้นที่มีอยู่ภายในของแต่ละพื้นที่ ฉะนั้น อาจมีการฝึกปฏิบัติการทางการแพทย์จึงเป็น

¹⁰ National Highway Traffic Safety Administration. Nation EMS Core Content (Online). Available from: www.abem.org (November 2010)

¹¹ เรื่องเดียวกัน

แบบก้าวหน้าโดยมีการนำเรื่องหลักฐานขั้นสุดทำมาใช้ในการพิสูจน์ทางการแพทย์เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายของมลรัฐและกฎเกณฑ์ทางปกครอง

- ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน นี้จะไม่แสดงถึงระดับขั้นต่ำของความรู้และองค์ประกอบ ขอบเขตของรูปแบบการฝึกปฏิบัติในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะทำการตัดสินระดับความรู้และองค์ประกอบขั้นต่ำตามระดับที่หลากหลายของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

นอกจากนี้ ยังมีในเรื่องของ รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉิน¹² ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ได้รับการพัฒนาจากหน้าที่ในการรักษาที่มีจำนวนมากทั้งในเรื่องของการแสดงอาการของผู้ป่วย(ทั้งสัญญาณการเจ็บป่วยและอาการของโรค)และพยาธิวิทยา สาเหตุของการรวมลักษณะทั้งสัญญาณการเจ็บป่วยและอาการของโรค ก็เนื่องเพราะเหตุที่ว่าผู้ป่วยทั้งหลายนั้นไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคในเวลาที่ฉุกเฉินซึ่งผู้ป่วยมีอาการออกมาให้เห็นแล้ว รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉินดังกล่าวนี้มีองค์ประกอบหลายประการ ดังเช่น

- รายการของแนวทางการรักษาและองค์ประกอบ ซึ่งกล่าวถึงเนื้อหาความรู้ทั่วไปเพื่อที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

- การให้คำจำกัดความของคำว่าระดับความรุนแรงของอาการ(Acuity) นั้นเป็นพื้นฐานที่จะตัดสินใจในการจัดลำดับแนวทางการรักษาซึ่งหน้าที่ดังกล่าวในกรณีนี้คือการลำดับเชิงชนส่งในการรักษาพยาบาล

- รายการของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา รายการดังกล่าวเป็นรายการขั้นตอนการรักษาทั้งหมดของแพทย์ผู้ปฏิบัติการในหน่วยฉุกเฉิน

- แผนแม่บทในการปฏิบัติงาน แผนแม่บทนี้ได้ให้รายการผู้ป่วยและแพทย์ผู้ปฏิบัติการ และ รายละเอียดของอาการรุนแรงในลักษณะต่างๆ (ระดับวิกฤต, ระดับฉุกเฉิน และอาการระดับความรุนแรงต่ำ) ผู้ป่วยมีอาการเฉียบพลันก็จะได้รับการตัดสินใจจัดลำดับขั้นตอนการรักษาจากแพทย์ผู้ปฏิบัติการ แผนแม่บทนี้แสดงถึงการจัดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่หลากหลายในแต่ละระดับที่จะไปถึงยังผู้ป่วยในหน่วยฉุกเฉิน นั่นคือแพทย์ฉุกเฉินเป็นผู้ตีความอาการของผู้ป่วยว่าเข้าตามลักษณะอย่างไรที่มีในแผนแม่บท

¹²American Board of Emergency Medicine. (Online) available from : www.abem.org (November 2010)

รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉินไม่ได้มีความง่ายเหมือนส่วนของความรู้ และทักษะ แต่หากจะยังมีความซับซ้อน มีขั้นตอนที่เชื่อมโยงที่จะนำไปสู่การฝึกปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วย เป็นศูนย์กลาง ก่อนอื่นใดแพทย์จะต้องจัดทำรายการในแนวทางการรักษาและองค์ประกอบ จากนั้นตัดสินใจว่าอาการของผู้ป่วยจะจัดว่าอยู่ในขั้นใด จากนั้นบทบาทของปฏิสัมพันธ์ในผู้ป่วย และแพทย์ก็จะมีขึ้นตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน¹³

4.1.6 ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา

ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกานี้ใช้ รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉินมาเป็นแม่แบบ โดยมีความต้องการที่จะเชื่อมเครือข่าย ปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลและเครือข่ายปฏิบัติการในโรงพยาบาลเข้าไว้ด้วยกัน เนื่องด้วย ปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลนั้นใช้มีการทำหน้าที่ในแบบเฉพาะทาง อีกทั้งยังมีทิศทางเดียวกัน กับกลุ่มอาชีพบริการสาธารณสุขเหมือนกลุ่มอื่นที่การบริการด้านสุขภาพ ในจุดนี้อาจทำให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ดีขึ้นและสร้างความเป็นที่ยอมรับในความเป็นมืออาชีพของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มากขึ้นด้วย

รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉินให้รายละเอียดในรายการของแนวทางการ รักษาและองค์ประกอบ เหมือนกับแผนแม่บทในการปฏิบัติงาน ที่ถูกนำมาใช้เป็นพื้นฐานใน ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีความเหมาะสมทั้งในแต่ละคุณลักษณะ ในแนวความรู้และหลักสาระสำคัญ การให้นิยามในเรื่องของอาการรุนแรงของผู้ป่วยและหน้าที่ของ ผู้ปฏิบัติการรักษาที่ถูกพัฒนาจากการฝึกปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลดังที่กล่าว

ถ้าพิจารณาตามหลักการที่ได้แนะนำขั้นตอนในการตัดสินใจในการลงมือปฏิบัติการ มีรายละเอียดดังนี้¹⁴

- ระดับวิกฤตมีลักษณะคือผู้ป่วยต้องแสดงอาการและไม่ต้องใส่ใจในระดับเร่งด่วน ว่ามากนักน้อยเพียง เพราะผู้ป่วยดังกล่าวจะต้องอยู่ระดับความสำคัญมาก ซึ่งมากเกินกว่าลักษณะ อื่นๆ

¹³ National Highway Traffic Safety Administration. Nation EMS Core Content (Online). Available from: www.abem.org (November 2010)

¹⁴ เรื่องเดียวกัน

- การวินิจฉัยอาการที่แตกต่างกันจะต้องอาศัยความรู้ที่อยู่อย่างเพียงพอต่อการรักษาซึ่งต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ตัดสินใจว่าจะรักษาแบบใดในอาการเจ็บป่วยนั้นๆ

- การศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินคือแบบแผนของการสร้างมั่นคงอันเป็นดั่งบทให้ ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินนำความรู้มาเพื่อรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

เนื่องด้วยรูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉิน, ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ได้เป็นแค่รายการแสดงความรู้ ทักษะ และหน้าที่ แต่มันยังเป็นตัวอธิบายว่าผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องรู้สิ่งใด พวกเขาต้องฝึกอย่างไร ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องเป็นตัวหลักในการปฏิบัติหน้าที่ตามระดับที่ได้รับอนุญาต รายการของแนวทางการรักษาและองค์ประกอบจะต้องเรียนรู้จากทักษะและกระบวนการในแบบอย่างเดียวกันในขั้นตอนฝึก จากนั้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องใช้ ความรู้ ทักษะ และกระบวนการให้สอดคล้องกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย

องค์ประกอบของการประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน มีดังนี้¹⁵

ก. รายการของแนวทางการรักษาและองค์ประกอบ เป็นความรู้ตามหลักของสากล โดยมีขั้นตอนการฝึกให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้รายการตามแบบของรูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉิน¹⁶

ข. นิยามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย นิยามความรุนแรงของอาการเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจในการจัดลำดับการรักษาซึ่งเป็นหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องทำให้ลุล่วง นิยามเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของรูปแบบการฝึกปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

| ลักษณะอาการ | คำอธิบาย |
|-------------|---|
| ระดับวิกฤต | ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าทรมาณจากอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ มีความเป็นไปได้สูงที่จะถึงแก่ชีวิตอาจมีการโรคแทรกซ้อนฉับพลันถ้าไม่เริ่มให้การป้องกันไม่ว่าจะทางอากาศ ทางเดินหายใจ hemodynamic และ/หรือ neurologic |

¹⁵ เรื่องเดียวกัน

¹⁶ คูภาคผนวก

| | |
|--------------------------|---|
| ระดับฉุกเฉิน | ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอาจจะรุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการซับซ้อนขึ้น ทั้งนี้มีความเป็นไปได้สูงที่เจ็บป่วยสาหัสถ้าไม่เริ่มทำการรักษา |
| ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ | ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอาจมีความกังวลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในแง่ของอันตรายของโรคภัย หรือความซับซ้อนในการรักษา |

ค. องค์ประกอบของหน้าที่การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล รายการดังกล่าวครบถ้วนทั้งหมดใช้โดยบุคลากรของระบบแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการผู้ป่วยภายนอกโรงพยาบาลตามสภาวะการณ์¹⁷

ง. แผนแม่บทขององค์ประกอบของหน้าที่การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล แผนแม่บทนี้มีรายละเอียดหน้าที่ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และระดับความรุนแรงที่สอดคล้อง ความรุนแรงของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับตามอาการที่จะให้การรักษาให้สอดคล้องตามแผนแม่บทที่ระบุลักษณะของอาการไว้โดยจะอธิบายถึงขั้นตอนของการเดินทางไปรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตามสภาวะการณ์¹⁸

จ. กระบวนการและทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน รายละเอียดของกระบวนการและทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเป็นที่จดจำได้ว่าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับคุณลักษณะของการปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาล และให้ความเด่นชัดในขอบเขตของการปฏิบัติและมาตรฐานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยเฉพาะกิจ¹⁹

ฉ. องค์ประกอบอื่นๆของการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน รายการดังกล่าวนี้กล่าวถึงองค์ประกอบการปฏิบัติช่วยเหลือในแบบอื่นๆ มากกว่านั้นยังมีการขยายความในการให้บริการ

¹⁷ ดูภาคผนวก

¹⁸ ดูภาคผนวก

¹⁹ ดูภาคผนวก

ทางการแพทย์ฉุกเฉินที่จะให้คำแนะนำที่ยังมีองค์ประกอบต่างๆในแบบแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่ออนาคต²⁰

องค์ประกอบทั้งหมดนี้ในหลักและสาระสำคัญร่วมกันให้นิยามในขอบเขตของความรู้และทักษะระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตามปฏิสัมพันธ์ของสภาพ อากาศ และการแสดงออก รวมถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา²¹ ได้มาจากขอบเขตเนื้อหาของ เกณฑ์ของรูปแบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

4.1.7 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินสหรัฐอเมริกา

ที่สหรัฐอเมริกาได้ให้ความสำคัญในการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินหรือกู้ภัยในลักษณะต่างๆ แต่ที่เห็นชัดเจนและเป็นแบบอย่าง คือเรื่องการใช้ประกันภัยในการเยียวยาผู้ปฏิบัติ และขอยกเว้นการรับผิดชอบเนื่องมาจากการให้ความยินยอม

4.1.7.1 การคุ้มครองโดยใช้การประกันภัยแก่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

การให้ความคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวมีบัญญัติไว้ในกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนียในมาตรา 16²¹ ว่า ผู้ที่บริการทางการแพทย์

²⁰ ดูภาคผนวก

²¹ §16-4C-16. Limitation of liability; mandatory errors and omissions insurance.

(1) Every person, corporation, ambulance service, emergency medical service provider, emergency ambulance authority, emergency ambulance service or other person which employs emergency medical service personnel with or without wages for ambulance service or provides ambulance service in any manner, shall obtain a policy of insurance insuring the person or entity and every employee, agent or servant thereof, against loss from the liability imposed by law for damages arising from any error or omission in the provision of emergency medical services as enumerated by this article, in an amount no less than one million dollars per incident:

Provided, That each emergency medical services agency having less than this amount on the first day of January, one thousand nine hundred ninety-six, shall obtain the policy of insurance required in this section in the amount of one million dollars on or before the first day of March, one

ถูกเงินว่าถ้าเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ออกค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายแทนผู้ปฏิบัติการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติการไม่กลัวสภาพของงาน และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานจะต้องอยู่ในสภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้ และความเสียหายไม่ได้เกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้ปฏิบัติงานเอง ส่วนค่าเสียหายที่ชดใช้ให้ไม่เกินรายละเอียด 1.6 หมิ่นหรือยู่สหรัฐต่อราย

นอกจากนี้แล้ว ยังมีตัวอย่างของ มลรัฐฮาวาย Hawaii Statutes มาตรา 663-16(b) ที่บัญญัติให้บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือตามสมควรนั้นไม่ต้องรับผิดชอบทางแพ่ง หากมิได้กระทำประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรืองดเว้นการกระทำโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ทั้งนี้ บุคคลนั้นต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือหวังจะได้รับค่าตอบแทนด้วย²² หรือบทบัญญัติคุ้มครองดังกล่าวอาจจะ

thousand nine hundred ninety-seven. New applicants shall obtain the insurance required in this section in the amount of one million dollars.

(2) No emergency medical service personnel or emergency medical service provider may be liable for civil damages or injuries in excess of the amounts for which the person or entity is actually insured, unless the damages or injuries are intentionally or maliciously inflicted.

(3) Every person or entity required to obtain a policy of insurance as contemplated by this section, shall furnish to the commissioner on or before the first day of January of each calendar year proof of the existence of the policy of insurance required by this section.

(4) In the event that any person or entity fails to secure a policy of insurance before the person or entity undertakes the provision of emergency medical services or emergency medical service agency, whichever occurs last, and keeps the policy of insurance in force thereafter, that person or entity is not entitled to the limited immunity created by subsection(2) of this section: Provided, That any physician, who gives instructions to emergency medical service personnel without being compensated therefor, or who treats any patient transported in an ambulance or treats any patient prior to the transport, without being compensated therefor, is entitled to the limited immunity provided in subsection (2) of this section.

²² มลรัฐฮาวาย section 663-16

(b) Any person who provides reasonable assistance in compliance with subsection (a) shall not be liable in civil damages unless the person's acts constitute gross negligence or wanton acts or omissions, or unless the person receives or expects to receive remuneration. Nothing contained in this subsection shall alter existing law with respect to tort liability of a physician

แยกไว้ต่างหากในกฎหมายพลเมืองดี (Good Samaritan Act) ของตน เพื่อให้ความคุ้มครองแก่บุคคลที่เข้าช่วยเหลือด้วยความเต็มใจอย่างพลเมืองดี มิให้ต้องชดใช้การกระทำเสียหาย ผิดพลาดโดยสุจริต ใน Illinois Good Samaritan Act คุ้มครองผู้แจ้งเหตุฉุกเฉินทางโทรศัพท์กับหน่วยงานกู้ภัยต่างๆ เว้นแต่ตั้งใจแจ้งเหตุผิดพลาดไปโดนจงใจกระทำมีชอบด้วยกฎหมาย นอกจากนี้ยังบัญญัติยกเว้นทางแพ่งให้ผู้ปฐมพยาบาลขั้นต้น แพทย์ ทันตแพทย์ และผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในด้านอื่นๆ หากมิได้กระทำโดยมีค่าตอบแทน²³ ทั้งนี้ถือหลักที่ว่า การจะเป็นละเมิดอันจะต้องใช้ค่าสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เสียหายนั้น มีรากฐานมาจากความผิดที่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่บุคคลอื่นด้วยเหตุดังกล่าว เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ไม่ใช่ต้นเหตุให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เสียหายจึงไม่ควรต้องรับผิดชอบ อีกทั้งการยกเว้นความรับผิดทางแพ่งให้นี้ ย่อมเป็นการกระตุ้นบุคคลที่พบเห็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้มีความอยากเข้าไปช่วยเหลือมากขึ้น อย่างไรก็ตามก็มีสิ่งกีดขวางหากได้กระทำโดยไม่สมกับวิสัยและพฤติการณ์อย่างร้ายแรงแล้วอาจถูกฟ้องให้รับผิดชอบชดใช้ค่าเสียหายได้

4.1.7.2 การคุ้มครองโดยการใช้หลักความยินยอม

ถ้าผู้ป่วยโดยทั่วไปเข้ารับการรักษาลแล้วให้การยินยอมแล้วย่อมไม่เป็นความผิด แต่สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนียมาตรา 17²⁴ ถ้าในระหว่างการรักษาลแล้วสืบประวัติคนไข้ได้ว่า มีเจตจำนงที่จะห้ามทำ

licensed to practice under the laws of this State committed in the ordinary course of the physician's practice.

(c) Any person who fails to provide reasonable assistance with subsection (a) shall not be liable for any civil damage.

²³ Illinois Good Samaritan Act sec.5 67.

²⁴ §16-4C-17. Limitation of liability for failure to obtain consent.

No emergency medical service personnel may be subject to civil liability, based solely upon failure to obtain consent in rendering emergency medical services to any individual regardless of age where the patient is unable to give his or her consent for any reason, including minority, and where there is no other person reasonably available who is legally authorized to consent to the providing of such care or who is legally authorized to refuse to consent to the providing of such care.

สิ่งที่ได้ก็ไม่ควรทำสิ่งนั้นต่อผู้ป่วยนั้น แต่ถ้านำสืบได้ว่าผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ต้องการที่จะขัดเจตนารมณ์ดังกล่าว แต่เพียงช่วยเหลือตามหน้าที่และไม่ได้ทราบถึงความนั้นมาก่อนจะถือว่าการช่วยเหลือนั้นเป็นการให้ความยินยอมโดยปริยายพ้นจากความรับผิดชอบได้

4.2 การกำหนดบทบัญญัติแห่งกฎหมายในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศส

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ SAMU (Service d' Aide Medicale Urgente) ของชาวฝรั่งเศสได้เกิดขึ้นมานานแล้ว และมีการพัฒนาเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันนี้กล่าวได้ว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินของฝรั่งเศสมีความก้าวหน้า และได้รับการยอมรับสูงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะประเทศในกลุ่มอียูได้มีการตกลงกันเบื้องต้นว่าจะให้ SAMU ของฝรั่งเศส เป็นฐานจัดการผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วยุโรป²⁵

4.2.1 วิวัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศส

จุดเริ่มต้นของการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยยามฉุกเฉินนี้ เกิดจากมนุษย์ได้เผชิญกับความเลี่ยนนานับประการ จนกระทั่งเกิดเหตุร้ายมากยิ่งขึ้นนับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา เมื่อเป็นเช่นนี้ ฝรั่งเศสจึงใช้แนวคิดการให้ความช่วยเหลือผู้บาดเจ็บของเหล่ากาชาดในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 มาปรับใช้กับพลเรือน²⁶

ก่อนที่จะมีการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสในสภาพดังปัจจุบันของหน่วยช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน Emergency Medical Assistance (EMA) ในเวลานั้นผู้ดำเนินในเรื่องดังกล่าวคือ โดมินิก ลารเรย์ (Dominique Larrey) หัวหน้าหน่วยศัลยแพทย์แห่ง “มหากองทัพ” (La Grande Armée) ของจักรพรรดินโปเลียน โบนาปาร์ตในปี 1792 โดยหน่วยดังกล่าวมีหน้าที่

Nothing in this article may be construed to require medical treatment or transportation for any adult in contravention of his or her stated objection thereto upon religious grounds or pursuant to any living will or do not resuscitate orders:

Provided, That the emergency medical service provider is actually aware of the living will or do not resuscitate order.

²⁵ EMS-หน่วยกู้ชีพ, SAMU หน่วยแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส, [ออนไลน์] แหล่งที่มา <http://ems.fire2rescue.com/articles2.html>, (พ.ย. 2553)

²⁶ เรื่องเดียวกัน

ออกรักษาทหารที่ได้รับบาดเจ็บจากอาวุธซึ่งมีแบบแผนการรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุ ได้อย่างเหมาะสม หลักการรักษาของเน้นการป้องกันการสูญเสียผู้บาดเจ็บโดยลงมืออย่างไม่ล่าช้านั้น อาจรวมถึงการตัดอวัยวะ และการเข้าเฝือกด้วยหากมีความจำเป็น โดยข้อเท็จจริงนายแพทย์ลาเรย์ให้การรักษาผ่าตัดทหารในสนามรบสูงถึง 200 รายต่อวันในวันที่มีการสู้รบ

ในส่วนภาคพลเมือง แพทย์ไม่ได้มีความรวดเร็วพอที่จะได้เข้าถึงผู้ป่วยเหมือนภาคทหาร ทั้งที่ตามความเป็นจริงในชีวิตประจำวันก็เต็มไปด้วยอุบัติเหตุตามท้องถนน แพทย์ในโรงพยาบาลแทบจะต้องปิดตาผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากเพราะอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับบาดเจ็บจนนำมาถึงโรงพยาบาล แพทย์เองก็เช่นกันเพราะต้องรับมือคำสั่งให้รักษาจึงจะสามารถให้การรักษาได้ตามความรับผิดชอบในหน้าที่²⁷

ในประวัติศาสตร์ของการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศส (SAMU) เริ่มอย่างแท้จริงในปี ค.ศ. 1960 เหตุเพราะสมัยแพทย์นั้นมีจำนวนน้อยนิด และแพทย์เมื่อเทียบกับผู้ป่วยกับผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลก็มีอัตราที่ไม่สมดุลกัน และอีกประการหนึ่ง การรักษาในสมัยนั้นก็แทบจะดำเนินการแบบผิวเผินและมีกระบวนการที่ล่าช้าที่ต้องใช้เวลานานมากกว่าจะได้รักษาผู้ป่วยจากอุบัติเหตุ พวกแพทย์ทั้งหลายก็ทราบว่าการอำนวยความสะดวกของโรงพยาบาลที่จะนำมาใช้ในการรักษาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือการบาดเจ็บที่รุนแรงนั้นไม่สามารถได้นำมาใช้งานได้ในทุกเวลา แม้จะรู้ว่าสถานที่รักษาที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดมากขึ้น ก็คือการรักษา ณ จุดที่เกิดเหตุ จากนั้นปรับสภาพผู้ป่วยให้มีอาการที่ดีขึ้นแล้วนำส่งตรงโรงพยาบาลนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ก้าวพ้นปัญหาไปได้

ความเข้าใจดังกล่าวนี้เป็นเรื่องที่น่าทำทนายกับผู้รับผิดชอบซึ่งก็ได้แก่ผู้ที่มีอำนาจลงนามในการรักษา ตลอดจนถึงผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล ที่มีคำถามว่าจะเป็นไปได้หรือไม่ที่แพทย์จะมีบทบาทให้การรักษาในภาคสนามก่อนที่จะถึงโรงพยาบาลได้

เป็นผลสืบเนื่องจากความกังวลใจที่มีมานานในเรื่องที่จะมาเพิ่มเรื่องความปลอดภัยบนท้องถนนให้รัดกุมยิ่งขึ้น กระทรวงคมนาคมของฝรั่งเศสสนับสนุนในการปรับปรุงหน่วยบินพยาบาลเคลื่อนที่ฉุกเฉินเป็นครั้งแรกในรอบ 30 ปีที่ผ่านมา

²⁷ Marc GIROUD, Dr, SAMU - System of Emergency Medical Assistance in France [Online] Available from http://www.samu-de-france.fr/en/System_of_Emergency_in_France_MG_0607 (NOV. 2010)

ผลคือการรักษาในที่เกิดเหตุช่วงแรกๆ ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ชีวิตมนุษย์ที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีและถูกส่งลักษณะทางการแพทย์ จนกระทั่งปี 1970 ได้มีการเพิ่มหน่วยช่วยเหลือเป็น 60 หน่วยทั่วประเทศ จนถึงขณะนี้ SAMU ในฝรั่งเศสมีจำนวนทั้งสิ้น 105 หน่วยหรือ 1 หน่วยต่อหนึ่งจังหวัด

เซดรี เฮอร์องวา-มาเลต์ (Mr.Cedric Heranval - Mallet) ผู้ดูแลด้านการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางการแพทย์ ประจำกองสุขภาพกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมของฝรั่งเศส กล่าวว่าระบบ SAMU จะให้ความสำคัญอยู่ 2 ประการคือ ความรวดเร็ว เป็นประการแรก เพราะเหตุการณ์ร้ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะต้องได้รับการจัดการโดยเร็ว ประการต่อมา จะต้องใช้วิชาการแพทย์ระดับสูงเข้าไปจัดการในที่เกิดเหตุ (ไม่ใช่ที่โรงพยาบาลเหมือนประเทศไทย) การที่จะกระทำในลักษณะดังกล่าวได้ จะต้องมีการจัดการที่ดีและอย่างเป็นระบบ ซึ่ง SAMU ก็เช่นกัน ก่อนที่จะเข้าไปให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับบาดเจ็บ หรือผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ แม้จะมีกระบวนการบางอย่างก่อนที่จะถึงระดับนั้น แต่ขั้นตอนไม่มีอะไรยุ่งยากเลย

สำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เพียงกดโทรศัพท์หมายเลข 15 ก็ขอความช่วยเหลือนั้นจะไปถึงศูนย์รับเรื่องฉุกเฉินที่มีอยู่ประจำทุกเมือง ในศูนย์รับเรื่องฉุกเฉินนี้จะมีเจ้าหน้าที่คอยรับโทรศัพท์ และมีแพทย์ประจำคอยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ด้วย

วิธีปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เหล่านี้ขั้นแรกจะต้องฟังปัญหาของผู้ที่เดือดร้อน ว่าเขากำลังประสบกับเหตุการณ์ใด ปัญหาคือ อะไร เกิดขึ้นกับตัวเองหรือบุคคลอื่น จากนั้นจะแยกแยะวิเคราะห์ วินิจฉัย ปัญหา พร้อมกับให้คำตอบ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วขั้นตอนของการให้ความช่วยเหลือมักจะสิ้นสุดในขั้นตอนนี้ เนื่องจากผู้ที่ประสบปัญหานั้น ได้รับคำตอบเป็นที่น่าพอใจ แต่เมื่อปัญหานั้นหนักหน่วงเกินไป หน่วยงานย่อยของ SAMU ที่เรียกว่า SAMUR หรือ หน่วยแพทย์ฉุกเฉินจะนำรถพยาบาลออกไปให้ความช่วยเหลือรักษาเบื้องต้นก่อนจะนำส่งโรงพยาบาลต่อไป

4.2.2 มาตรฐานการปฏิบัติการของแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส

ระบบหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน หรือ SAMU system ของประเทศฝรั่งเศสมีหลักในการปฏิบัติงาน 6 ประการ²⁸ ดังนี้

²⁸ เรื่องเดียวกัน

1. การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Assistance (EMA)) เป็นกิจกรรมทางการแพทย์

เวลาใดที่อยู่ในภาวะวิกฤต การเตรียมทำเวชปฏิบัติแก่ผู้ประสบภัยนั้นเป็นการกระทำทางการแพทย์ ผู้ที่ทำการดังกล่าวจะเป็นใครก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นพยาน ตำรวจ เจ้าหน้าที่กู้ภัย และตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายที่ให้อำนาจในทางการแพทย์ เพราะถือว่าเป็นขั้นตอนแรก (และเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่ง) ในการรักษาพยาบาล

2. การเข้าปฏิบัติการในภาคสนามต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

เนื่องด้วยอุปกรณ์ที่นำไปใช้เพื่อการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินนั้นใช้ว่าจะไม่มีวันหมด แต่ครั้งอุปกรณ์ที่นำไปใช้เพื่อช่วยผู้ประสบภัยนั้นอาจนำมาใช้ในการรักษาแก่ผู้ประสบภัยหลายคนพร้อมๆกันซึ่งอาจทำให้อุปกรณ์นั้นหมดไป ดังนั้นวัตถุประสงค์อย่างหนึ่งของการจัดเตรียมคือต้องมีการจัดเป็นระบบที่สามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อความต้องการและได้สัดส่วนพอเหมาะต่อแต่ละกรณี

3. การเข้าไปถึงผู้ป่วยแม้แต่ผู้ป่วยคนเดียวก็เสมือนเป็นการให้การรักษารวม การให้ความช่วยเหลือ และการให้ความเป็นมนุษย์มีอยู่อย่างเสมอภาค

การเข้าไปถึงผู้ป่วยนั้นเป็นการรักษาที่ราบเท่าที่มีจุดหมายคือการให้การรักษารวม การเข้าไปถึงผู้ป่วยนั้นเป็นการให้ความช่วยเหลือแม้การกระทำนั้นดูเป็นการทำได้ยากเพราะต้องมีเรื่องของการเคลื่อนย้าย เรื่องของระยะทาง เวลา สภาพอากาศ จนต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะต้องควบคุมสถานการณ์ ตลอดจนเรื่องของการใช้วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการสื่อสารในทางโทรคมนาคมเข้าช่วย และการเข้าถึงความเป็นมนุษย์ของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อมั่นหรือความวิตกในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วย ล้วนแต่มีหนทางที่มีความเป็นไปได้และจะสะท้อนออกมาให้เห็นในแนวทางแก้ไข ผู้ปฏิบัติการต้องเคารพความเป็นอิสระในการเลือกของผู้ป่วยที่จะขอการเยียวยารักษาแบบการรักษาโดยทั่วไปแม้จะเป็นเหตุฉุกเฉิน (ถ้าผู้ป่วยนั้นยังมีสัมปชัญญะอย่างพอสมควร) และผู้ป่วยก็ต้องให้ความมั่นใจในตัวบุคลากรทางการแพทย์เป็นสำคัญ เพราะแม้ว่าจะมีอุปสรรคต่างๆในการรักษาศักดิ์และสิทธิ์ของผู้ป่วยจะต้องเป็นสิ่งที่คณะแพทย์ที่ทำการรักษาต้องพึงให้ความสำคัญอย่างหนึ่ง

4. ความรับผิดชอบและการเตรียมข้อมูลเพื่อให้ผู้ร่วมงานแต่ละบุคคลเป็น เรื่องที่ยุ้งยากจะนั้นต้องกำหนดโดยบัญญัติกฎเกณฑ์ในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์แรกคือ เป็นการยืนยันความรับผิดชอบโดยทั่วไปของกฎหมายที่ให้
อำนาจในการรักษาในภาคสนาม ไม่ว่าจะเป็นตัวองค์กร ผู้ทำการฝึกสอน ผู้ควบคุมที่มีความ
เกี่ยวข้อง ตลอดจนฝ่ายการเงิน

วัตถุประสงค์ที่สอง บัญญัติกฎเกณฑ์การปฏิบัติงานเพื่อให้เกี่ยวข้องกับความ
รับผิดชอบในวิชาชีพแพทย์ (ในการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสกฎเกณฑ์การปฏิบัติงานได้
ความหมายรวมถึง การวางแผนแนวคิดของระบบการทำงาน การฝึกสอนและการควบคุมของ
บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การประสานงาน การเข้าไปมีบทบาทโดยตรงในกรณีที่สำคัญร้ายแรง)

วัตถุประสงค์ที่สามคือ กำหนดแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยปฐมพยาบาล
หน่วยพาหนะที่ทำการรักษา ผู้ฝึกวิชาชีพ แพทย์เฉพาะทางในการรักษาฉุกเฉิน ศูนย์สุขภาพ
และโรงพยาบาล

5. ผลการรักษาขึ้นอยู่กับความใส่ใจในการรักษาซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่ สำคัญ

6. กระทำการป้องกันในภาวะฉุกเฉินต้องกระทำอย่างสมบูรณ์

การให้บริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินต้องให้การดูแลรักษาอย่างดีเยี่ยม
สามารถที่จะให้ข้อมูลผลการรักษาที่สำคัญ เหนือไปกว่านั้น การรวมการบริการต่างๆ เข้าด้วยกัน
ตามรายการขั้นตอนการรักษาเพื่อเป็นผลการรักษาหรือการศึกษาในวิชาแพทย์ที่จะหาคำตอบ
สุดท้ายที่ออกมาอย่างได้ประสิทธิผล

4.2.2.1 คุณลักษณะสำคัญของหน่วยแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสมีลักษณะอันเป็นแบบแผนโดยอาจ
อธิบายได้อยู่ 4 ลักษณะ²⁹

1. การบูรณาการในการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะ เป็น เจ้าหน้าที่ดับเพลิง*
เจ้าหน้าที่รถพยาบาลเอกชน (private ambulance men) เจ้าหน้าที่ผู้ทำการฝึกหัดการ

²⁹ เรื่องเดียวกัน

ช่วยเหลือทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน (private general practitioners) หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง(Hospital Mobile Intensive Care Units หรือ H-MICU) โรงพยาบาลทั่วไป หรือรวมทั้งโครงการที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือแบบแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละท้องถิ่นอีกด้วย

2. แพทย์ในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการในภาคสนาม มีหน้าที่จัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในการรักษาในแต่วิธีเฉพาะทาง ทำการรักษาผู้ป่วยทั้งกรณีเหตุการณ์เฉพาะหน้าและระหว่างการขนย้ายผู้ป่วย ทั้งให้การรักษาในแบบ “การบำบัดเชิงป้องกัน” (defensive therapy) เช่น ทำการควบคุมการระบายอากาศ (controlled ventilation) และแบบ “การบำบัดเชิงรักษา” เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis) ก็ต้องเริ่มด้วยการอุดตันหลอดเลือดหัวใจตาย (myocardial infraction)

นอกจากนี้ ยังสามารถวิเคราะห์ห่ออากาศ ทำการออกคำสั่งส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลได้อย่างเหมาะสมและทันท่วงที และสามารถตัดสินใจที่จะทำการขนย้ายผู้ป่วยว่าจะให้ไปที่ใด และรู้ว่าเตรียมผู้ป่วยเข้าทำการรับรองที่โรงพยาบาลใด เพราะครึ่งหนึ่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพก็ขึ้นอยู่กับความสามารถที่กำหนดทิศทางการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับอย่างเหมาะสม เป็นการเลี้ยงที่จะนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมเพื่อเป็นการรักษาเวลาอันมีค่า

3. การรักษาผ่านทางโทรคมนาคม ประชาชนแจ้งศูนย์กู้สหายแพทย์ฉุกเฉินได้ด้วยการกดหมายเลข 15 (ปัจจุบันใช้หมายเลข 112 ตามสหภาพยุโรปก็ได้) ที่นั่นจะมีแพทย์ (ซึ่งผ่านการรับฟังจากเลขานุการ) ให้การรับฟังคำปรึกษาและให้คำตอบที่เหมาะสม หรืออาจทำการจัดเตรียมเครื่องมือ ด้วยการให้ข้อมูลหรือขอแนะนำส่วนหนึ่ง หรือส่งเครื่องมือ อุปกรณ์ รวมถึงพาหนะที่เหมาะสมเข้าช่วยเหลือ ซึ่งผลตอบรับของการมีศูนย์กู้สหายแพทย์ฉุกเฉินมีผล คือ

- เป็นปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยในภาวะอันตรายส่งผลกระทบต่อชีวิต
- หลีกเลี่ยงกระบวนการรักษาที่เปล่าประโยชน์
- หลีกเลี่ยงการส่งคนไข้เข้าโรงพยาบาลโดยที่อาจไม่จำเป็นต้องไป
- เพิ่มความเชื่อมั่นและเป็นการเข้าถึงภาระหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการแพทย์

ฉุกเฉิน

- เป็นการควบคุมกระบวนการปฏิบัติการทางฉุกเฉิน

* ในประเทศฝรั่งเศสเจ้าพนักงานดับเพลิงมีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินที่สำคัญ เพราะเป็นเจ้าหน้าที่กู้ภัยขั้นต้นและเจ้าหน้าที่รถโรงพยาบาลสำหรับสาธารณะภัย

- เป็นการเตรียมรับรองผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น ศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉินสามารถให้ความมั่นใจแก่ตัวผู้ป่วยได้เลยว่าเป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ก้าวล้ำ และประหยัดด้วย

4. ผู้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำของโรงพยาบาล ในประเทศฝรั่งเศส โรงพยาบาลนั้นเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง (pivot) ให้แก่ ฝ่ายให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital) กฎหมายได้ให้โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบ

- การจัดการศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉิน และฝ่ายประสานงานทั้งหลายหรือบริการต่างๆในระยะเวลาก่อนที่จะไปถึงโรงพยาบาล (pre-hospital phase)
- ทำการเตรียมฝ่ายการรักษาแบบโรงพยาบาลเคลื่อนที่อย่างเข้มข้น
- ทำการรับตัวผู้ป่วย (ในอุบัติเหตุและแผนกฉุกเฉิน หรือบริการพิเศษโดยตรง ภายหลังจากผ่านการส่งการโดยศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉินไปแล้ว)

4.2.2.2 ศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉิน³⁰

แต่เดิมเรื่องการใช้งานการรับส่งทางวิทยุในงานผู้ป่วยฉุกเฉินถูกมองเป็นแค่เรื่องสำคัญน้อยนิด แต่หลังจากการทดลองให้เข้ามามีบทบาทก็พบว่ามันได้ผลตอบรับที่ดีกว่าจากผู้ป่วย และประสิทธิภาพที่ดีกว่าโดยใช้เป็นวัตถุประสงค์ในการรักษา ทุกวันนี้ในประเทศฝรั่งเศสได้ให้ความสำคัญถึงการปฏิบัติงานในเรื่องนี้ฐานะเป็นผู้ชี้แนะแนวทางด้านการรักษาฉุกเฉิน

1. แผนการแจ้งเตือนภัย ในประเทศฝรั่งเศสสามารถแจ้งเตือนภัยได้ถึงสามหมายเลขโทรศัพท์ หมายเลข 17 โทรแจ้งสถานีตำรวจ หมายเลข 18 โทรแจ้งกองดับเพลิง หมายเลข 15 โทรแจ้งศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งโรงพยาบาลที่พร้อมทำการในบริเวณที่แจ้งจะมีถึงสิบห้าแห่ง โดยศูนย์รับข้อมูลทั้งหมายเลข 15 และ 18 ของกองดับเพลิงนั้นสามารถเชื่อมตรงถึงกันได้ ส่วนหมายเลข 112 ในปัจจุบันเป็นหมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉินของสหภาพยุโรป ผู้รับสาย

³⁰Marc GIROUD, Dr, SAMU - System of Emergency Medical Assistance in France [Online] Available from http://www.samu-de-france.fr/en/System_of_Emergency_in_France_MG_060Z (NOV. 2010)

อาจเป็นไปได้ทั้งกองดับเพลิงและศูนย์กู้สายทางการแพทย์ฉุกเฉิน และอาจเกี่ยวข้องกับการให้บริการอันเหมาะสมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2. กระบวนการ หลังจากบทสนทนาระหว่างผู้โทรและแพทย์ผู้ให้การช่วยเหลือทางสายโทรศัพท์ (regulator doctor) ซึ่งเป็นผู้ที่จะทำการลงรายการวัตถุประสงค์ที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในช่วงที่สิทธิในการเลือกของผู้ป่วยในเวลานั้นเป็นอิสระแก่แพทย์ แพทย์ผู้ให้การช่วยเหลือทางสายโทรศัพท์นั้นสามารถตัดสินใจในวิธีการที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการและรวมทั้งเสนอการแก้ไขปัญหา และทำหน้าที่รับผิดชอบโดยเริ่มจากการปฏิบัติตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม ตรวจสอบขั้นตอน ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

3. องค์กร การรักษาผ่านทางโทรศัพท์ (medical regulation) ได้รับความคุ้มครองโดยโรงพยาบาลรัฐ ในฝรั่งเศสมีศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉินมากถึงหนึ่งร้อยแห่ง โดยมีโรงพยาบาลที่รับเหตุฉุกเฉินนับได้คร่าวๆมากถึงหกร้อยกว่าแห่ง แม้แต่โรงพยาบาลเอกชนเองก็ให้การต้อนรับ พวกเขา ก็อยากมีส่วนร่วมในงานกับศูนย์ดังกล่าว

4. บุคลากร แพทย์ผู้ให้การช่วยเหลือทางสายโทรศัพท์ของทางโรงพยาบาลนั้นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาฉุกเฉิน โดยคัดมาจากบรรดาแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานในฝ่ายงานฉุกเฉินเกือบเสียส่วนใหญ่ บางส่วนคัดจากหน่วยโรงพยาบาลเคลื่อนที่ให้การรักษาอย่างเข้มข้น (H-MICU) แพทย์ทั้งหมดล้วนแต่เป็นบุคลากรที่ทำงานเป็นบางเวลาที่อุทิศเวลาพักผ่อนให้แก่งานของโรงพยาบาล เช่นงานฉุกเฉิน การบำบัดรักษาแบบเข้มข้น งานวางยาสลบงานรักษาอาการเกี่ยวกับหัวใจ งานรักษาโรคเด็ก เป็นต้น

กองส่งเสริมการรักษาผ่านทางโทรศัพท์ โดยทั่วไปคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและงานเลขานุการซึ่งบางส่วนคือบรรดาพยาบาล ซึ่งพวกเขาก็ต้องคัดเลือกมาอย่างมีคุณภาพด้วยเช่นกัน

5. แหล่งที่มา มีหลักฐานว่าศูนย์กู้สายแพทย์ฉุกเฉินได้ตั้งขึ้นภายในโรงพยาบาลใหญ่ในแต่ละเขตพื้นที่การปกครอง ส่วนหลักฐานของหน่วยโรงพยาบาลเคลื่อนที่ให้การรักษาแบบอย่างเข้มข้น (H-MICU) และไปจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลและหน่วยดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดนั้นประกอบขึ้นด้วย สถานีส่งงาน อุปกรณ์การสื่อสาร เอกสารประวัติข้อมูลต่างๆ

4.2.2.3 หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง³¹

หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูงเป็นเครื่องมือที่ทรงความสามารถมากที่สุดในการปฏิบัติงานของศูนย์ผู้สยดสยองฉุกเฉิน

1. องค์กร ไม่ว่าจะทั้งทางการแพทย์ การปกครอง และทางการคลัง ให้นำหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูงหน่วยของโรงพยาบาล พวกเขาทำการรักษาโดยให้ความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดร่วมกับกองโรงพยาบาลโดยรับผิดชอบในการรับรองผู้ป่วยฉุกเฉินตลอดจนงานภายในนอกโรงพยาบาล พวกเขาทำงานใกล้ชิดกันกับหน่วยดับเพลิง อย่างน้อยให้ความเอาใจใส่ดูแลอุบัติเหตุในท้องถนน และร่วมงานใกล้ชิดกันกับองค์กรของพวกเขามีเนื้อหางานที่สามารถจะเปลี่ยนจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งได้ แต่พยานนั้นจะขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลที่เป็นเจ้าของเป็นสำคัญและคณะแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละโรงพยาบาลก็ก่อตัวขึ้นตามโรงพยาบาลของแพทย์ที่เป็นบุคลากรของแต่ละโรงพยาบาล

2. ภาระหน้าที่ ให้บริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการบาดเจ็บบนท้องถนน^{**} ที่บ้าน^{***} แม้แต่ในที่ทำงาน สวนหย่อม ลานกีฬา^{****} ในสถานที่สาธารณะต่างๆ และทางสัญจรต่างๆก็ได้รับการปฏิบัติดูเดียวกันไม่ว่าจะในประเทศฝรั่งเศสหรือในต่างประเทศ

อีกทั้งผู้ป่วยที่มีอยู่ในสภาพเสื่อมเสียอันตรายอันมีความจำเป็นซึ่งต้องการการดูแลรักษาจากหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูงนั้น อย่างที่เห็นเป็นอย่างแรก ผู้ป่วยรายอื่นที่มีอาการไม่ค่อยน่าเป็นห่วงอาจได้ประโยชน์จากการทำเวชปฏิบัติก่อนถึงโรงพยาบาลโดยหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง โดยมุ่งในผลที่ตามมาจากนั้น เช่นการดูแลป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจมีขึ้นอย่างเฉียบพลันและประหลาด

มากกว่านั้นการประเมินผลการรักษาผ่านทางวิทยุโดยแพทย์ที่ทำงานอยู่ในคณะของหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูงจะเป็นแพทย์ฉุกเฉินทางวิทยุผู้ที่สามารถดูแลสิ่งอำนวยความสะดวก

³¹ เรื่องเดียวกัน

^{**} เช่น ผู้ป่วยที่อาการแย่มากจากบาดแผลหลายแห่ง การชดเชยการเสียโลหิต การบำบัดอาการเจ็บปวด เป็นต้น

^{***} การดูแลอย่างเข้มข้นของอาการผิดปกติของทางเดินหายใจ อาการมีนเมาอย่างรุนแรง อาการเจ็บป่วยเกี่ยวกับหัวใจ การคลอดก่อนกำหนด อาการผิดปกติทางประสาท เป็นต้น

^{****} อุบัติเหตุ หมดสติ เป็นต้น

ความสะดวกในโรงพยาบาลในกรณีจำเป็น ให้แก่ผู้ป่วยที่ป่วยไข้หรือบาดเจ็บได้ดีที่สุด
กระบวนการเช่นนี้เป็นการเร่งการเตรียมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล

ดังนั้น จากการจัดเตรียมการรักษาเวชปฏิบัติภาคสนามจึงขึ้นอยู่กับ
กระบวนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ซึ่งมีความต่อเนื่องการดูแลรักษาโดย
มีการประสานงานที่ให้ทุกชีวิตอย่างเท่าเทียมและมีโอกาสรอดชีวิตจากภัยคุกคามชีวิตที่ดีกว่า

3. พาหนะ นอกจากรถฉุกเฉิน เรือฉุกเฉิน รถกู้ภัย รถตำรวจและ
รถดับเพลิง ยังรวมถึงไฟขอตางของรถฉุกเฉิน รถโรงพยาบาล เฮลิคอปเตอร์ฉุกเฉิน พาหนะ
ทั้งหลายล้วนมีอุปกรณ์ช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาแบบขั้นสูง

4. บุคลากร แพทย์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยคัดมา
จากบรรดาแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานในฝ่ายงานฉุกเฉิน

พยาบาลคัดเลือกมาจากบรรดาพยาบาลที่มีประสบการณ์ห้องฉุกเฉินหรือ
หน่วยการรักษาแบบเข้มข้นของทางโรงพยาบาลหรือหรือความรู้ทางวิสัญญีศาสตร์

เจ้าหน้าที่รถโรงพยาบาลคัดเลือกจากบุคลากรอย่างมีคุณภาพผ่านการ
ฝึกฝนมาแล้ว

4.2.2.4 ค่าใช้จ่าย

เพียงสองยูโรต่อหนึ่งปีสำหรับผู้อยู่อาศัย (inhabitant)⁺ ในประเทศฝรั่งเศส
สำหรับอัตราค่าบริการศูนย์กู้ชีพแพทย์ฉุกเฉิน และสิบลูโรต่อปีสำหรับอัตราค่าบริการหน่วย
โรงพยาบาลเคลื่อนที่ให้การรักษอย่างเข้มข้นสำหรับผู้อยู่อาศัยในประเทศฝรั่งเศส

เห็นได้ชัดเจนว่าค่าบริการแพทย์ดังกล่าวอยู่ในอัตราที่ต่ำมาก เหตุผล
ทั้งหมดก็เพราะการให้บริการรักษาผ่านทางโทรศัพท์มีส่วนทำให้เลี่ยงการสูญเสียทรัพยากร
โดยเปล่าประโยชน์³²

⁺ กรณีดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเป็นพลเมืองของฝรั่งเศสโดยสัญชาติ

³² เรื่องเดียวกัน

4.2.2.5 การประเมินผลและภาพรวมของการแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส

การจำแนกประเภทผู้ป่วย (triage) มาจากภาษาฝรั่งเศส คำว่า trier ตรงกับภาษาอังกฤษว่า sort แปลว่า การคัดแยกจัดเป็นหมวดหมู่ ซึ่งใช้มาตั้งแต่สมัยจักรพรรดินโปเลียนจนปัจจุบัน ในภายหลังหลักการจำแนกประเภทผู้ป่วยนี้ก็ถูกนำมาใช้ในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ตามลำดับ

โดยทั่วไปการคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บเพื่อการรักษาพยาบาลจะแบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่³³

ผู้ป่วยเจ็บเร่งด่วน (Immediate) จะเป็นผู้ป่วยเจ็บที่มีอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน อันตรายที่ถึงแก่ชีวิตนั้นอาจแก้ไขได้ทันทีในที่เกิดเหตุ เช่น การช่วยผู้หมดสติและมีทางเดินหายใจอุดตันจากก้อนเลือดและลิ่มตกโดยการกดหน้าอกบนตะแคง หรืออันตรายนั้นอาจต้องได้รับการผ่าตัดเช่น การตกเลือดในช่องท้อง หรือในกะโหลกศีรษะ ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้บาดเจ็บที่หัวใจและการหายใจล้มเหลว การตกเลือดภายนอกร่างกาย (ที่สามารถควบคุมได้ด้วยผ้าพันแผลหรือสายรัดห้ามเลือด) ผู้บาดเจ็บที่ช็อคจากสาเหตุต่างๆ ผู้บาดเจ็บแผลคุดทรวงอก (Tension pneumothorax) ผู้บาดเจ็บไฟไหม้บริเวณใบหน้า อวัยวะเพศ และฝีเย็บ (perineum)

ผู้ป่วยเจ็บในกลุ่มรอได้ (Delayed) เป็นผู้ป่วยเจ็บที่ต้องการการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันความพิการ แต่สามารถรอได้ 6-8 ชม. โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างผู้ป่วยเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บแผลเปิดทรวงอก ผู้บาดเจ็บแผลทะลุช่องท้อง (Penetrating abdominal wound) ที่ไม่มีการตกเลือดภายใน ผู้ที่มีการบาดเจ็บของตาอย่างรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะแขนขาขาดเลือด ผู้บาดเจ็บแผลเปิดขนาดใหญ่ ผู้บาดเจ็บกระดูกหัก ผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ที่ไม่ได้อยู่บริเวณใบหน้า คอ หรืออวัยวะเพศ

กลุ่มเล็กน้อย (Minimal) เป็นผู้ป่วยเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรงและถึงแม้จะไม่ได้รับการรักษาพยาบาลก็จะมีอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการ ตัวอย่างได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลฉีกขาดเล็กน้อย บาดแผลรอยขีด ขีดแผลง ผู้ที่มีปัญหา Minor combat stress ผู้บาดเจ็บ

³³ ปิยพันธุ์ ชีรานนท์. การคัดแยกผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นกลุ่มก้อน, (ม.ป.ป. ออนไลน์), www.gmwebsite.com/upload/...com/file/unit23.doc (20 มี.ค.2555)

ไฟไหม้ระดับหนึ่ง (1st degree burn) หรือระดับ 2 (Partial or 2nd degree burn) ที่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวกาย

กลุ่มหมอดหวัง (Expectant) ได้แก่ผู้บาดเจ็บรุนแรงจนถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างเต็มที่ก็ยังมีโอกาสรอดชีวิตหรือฟื้นตัวจนสามารถทำงานได้ปกติน้อย ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้จะถูกจัดขึ้นต่อเมื่อทรัพยากรและขีดความสามารถที่มีอยู่ไม่พอเพียงจะช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้ทุกราย และต้องพิจารณาสถาน การณ์ในขณะนั้นร่วมด้วย อย่างไรก็ตามก็ดี ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ไม่ควรถูกทอดทิ้งและควรได้รับการดูแลตามสมควร เพื่อให้รู้สึกสบายหรือเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุด ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะหัวใจและการหายใจหยุด (Cardiorespiratory arrest) ขณะอยู่ในสถานการณ์สู้รบ ผู้บาดเจ็บของสมอง อย่างรุนแรงจนมีลักษณะของ Impending death รวมถึงผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ระดับ 2-3 ที่เกินกว่าร้อยละ 85 ของพื้นที่ผิวกาย

โดยหลักการดังกล่าวใช้สีในการแบ่งตามอาการบาดเจ็บแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้³⁴

1. สีแดง อาการหนัก ต้องช่วยเหลือทันที
2. สีเหลือง อาการปานกลาง รอได้ในระยะเวลาหนึ่ง
3. สีเขียว อาการเบา เดินได้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
4. สีดำ เสียชีวิต หรือไม่มีทางรอด

1. ผลโดยตรง อย่างเป็นที่ทราบโดยทั่วไป ผลของการมีระบบแพทย์ฉุกเฉินนั้น

- ทำเวชปฏิบัติฉุกเฉินได้ดีและมีความคล่องตัวกว่า
- เป็นการได้ปรับปรุงการให้ความสะดวกทางการรักษาและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย
- ใช้งานทรัพยากรในการรักษาที่มีอยู่ได้มากกว่า

³⁴ การจำแนกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. (ม.ป.ป. ออนไลน์), www.nmkhospital.net/plus7/data/00050-4-1.html, (15 มี.ค. 2555)

2. ผลโดยทางอ้อม ผลโดยทางอ้อมที่สำคัญที่ปรากฏมีดังนี้

- เป็นการตระหนักถึงพัฒนาการของแนวทางเลือกในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (alternatives to hospitalization) โดยทำการรักษาผู้ป่วยได้แม้เหตุการณ์จะเกิดขึ้นในบ้าน
- เป็นการปรับปรุงการจัดการเครื่องมือแพทย์ในงานหนักและลดจำนวนภาวะโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงานฉุกเฉิน
- เป็นการเพิ่มความสนใจในการต่อต้านความเสียหายจากอุบัติเหตุ
- เป็นการปรับปรุงแผนงานการค้นคว้าทางระบาดวิทยา
- เป็นการส่งเสริมวิทยาการเทคนิคทางแพทย์ใหม่ๆ

บทสรุป หลังจากสามสิบปีที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศฝรั่งเศสจนปัจจุบัน หลายเป้าหมายก็บรรลุวัตถุประสงค์ โดยในบทความนี้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศสปรารถนาที่จะได้รับความร่วมมือจากเพื่อนผู้ร่วมอาชีพในประเทศต่างๆ ได้ทดลอง ค้นพบและปรับปรุงคุณภาพเวชปฏิบัติฉุกเฉินไปด้วยกัน

4.2.3 การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการทางแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส

สำหรับการคุ้มครองสิทธิผู้ปฏิบัติทางการทางแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศสนั้น ไม่ได้มีกฎหมายเป็นการเฉพาะเหมือนประเทศสหรัฐอเมริกา แต่ประเทศฝรั่งเศสเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากหลักกฎหมายพลเมืองที่ดี (good Samaritan law) ซึ่งเป็นกฎหมายจารีตประเพณีที่สำคัญ สำหรับการให้จารีตประเพณีแห่งท้องถิ่นอุดหนุนช่องว่างทางกฎหมาย นักกฎหมายต่างยอมรับว่ากฎหมายจารีตประเพณีไปไกลกว่ากฎหมาย เพราะจารีตประเพณีมีผลต่อการมีกฎหมายคือยอมทำให้กฎหมายเจริญรอยตามจารีตประเพณีนั้นๆ ซึ่งทำให้มีการออกกฎหมายตามความต้องการของประชาชน เพราะกฎหมายนั้นนั้นข้อกำหนดพฤติกรรมมนุษย์เพียงบางประการแต่จารีตประเพณีปกคลุมการดำรงชีวิตทั้งมวลของมนุษย์³⁵

³⁵ หยุด แสงอุทัย, ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป .กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, พ.ศ. 2523, หน้า 38-45

แม้การคุ้มครองผู้ประกอบการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่มีบัญญัติลายลักษณ์อักษรเป็นการเฉพาะ แต่การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวก็สามารถปรับนำมาได้จาก ประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส และประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส ซึ่งจะกล่าวถึงดังต่อไปนี้

กฎหมายพลเมืองดีเป็นแนวคิดอยู่ภายใต้ประมวลกฎหมายนโปเลียนที่บัญญัติไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1840 ถือเป็นหลักกฎหมายของฝรั่งเศสและเป็นที่ยอมรับหลายและมีผลต่อระบบกฎหมายในภาคพื้นยุโรป

ถ้าดูจากรากฐานของกฎหมายลายลักษณ์อักษรตามกฎหมายอาญา แนวคิดดังกล่าวไม่ได้ที่จะคุ้มครองจากความรับผิดชอบของผู้ให้ความช่วยเหลือ แต่มีเพื่อให้เป็นบทลงโทษกับผู้ที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือนั้นต่อคนในสังคม คือให้เป็นบทบัญญัติพื้นฐานในเรื่องของภาระการช่วยเหลือกันในสังคม (Duty to Rescue)³⁶

อย่างไรก็ตาม ก็อาจเป็นไปได้ที่กฎหมายของแต่ละประเทศที่ใช้ระบบซีวิลลอว์ก็มีการพัฒนาหรือการบัญญัติที่แตกต่างกันไป แม้จะมีรากฐานทางความคิดในแบบเดียวกันก็ตามซึ่งในการทำปฏิบัติการกู้ภัยต่างๆ แต่กฎหมายฝรั่งเศสนั้นไม่ต้องการที่จะให้เรื่องการช่วยเหลือหรือกู้ภัยนั้นปลอดจากความรับผิดชอบใด ๆ ถ้าในกรณีความเสียหายนั้นเกิดจากความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน อีกทั้งก็ตั้งใจที่จะสร้างมาตรการลงโทษทั้งในกฎหมายทางอาญาและทางแพ่งด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่อยู่รอบข้างในเหตุการณ์จัดได้ว่าเป็นพยานโดยตรง ถ้าไม่เข้าแทรกแซงหรือขัดขวางเหตุการณ์ที่เกิดอันตรายที่กำลังเกิดขึ้นและก่อให้เกิดความเสี่ยงภัยที่จะให้ผู้ประสบเคราะห์หรือเกิดแก่บุคคลที่สามตามประมวลกฎหมายอาญาก็ถือเป็นความผิดได้ตามมาตรา 223-6 "ผู้ใดไม่สนใจช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในอันตรายที่ตนสามารถเข้าช่วยเหลือได้โดยไม่มีความเสี่ยงต่อตนเองหรือบุคคลที่สาม ผู้นั้นต้องให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะกระทำการด้วยตนเองหรือการคุ้มครองกันภัยในเบื้องต้น มิเช่นนั้นลงโทษถึงจำคุกห้าปีและปรับไม่เกิน 75.000 ยูโร"³⁷

ตามบทบัญญัติดังกล่าว ถ้าไม่ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ตกอยู่ในอันตรายนับเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อช่วยชีวิตเช่นนี้ถือว่าไม่เพียงแต่มีความผิดทางอาญา แต่ยังถือว่าผิด

³⁶ Francois JAECK, JD. THE GOOD SAMARITAN LAW Across Europe . (online) Available from : http://www.daneurope.org/c/document_library/get_file?uuid=c09228f3-a745-480b-9549-d9fc8bbbd535&groupId=10103%E2%80%9D (September 2011)

³⁷ Ashworth and Eva Steiner, Criminal Omissions and Public Duties: The French Experience, 10 LEGAL STUD.(1990): 157-58.

ในหน้าที่พลเมืองด้วย ดังนั้นภาระหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือนี้จึงคงยังมีบทบาทในกฎหมายอื่น ๆ อีกด้วย

มาตรา 1382 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง ราชอาณาจักรฝรั่งเศส ในฐานะที่สำคัญของกฎหมายฝรั่งเศส ในเรื่องของละเมิด: "การกระทำที่ทำให้เกิดอันตรายใด ๆ เกิดจากผู้ที่เป็สาเหตุให้เกิดอันตราย ผู้นั้นย่อมทำการชดใช้เพื่อการนั้น"

ถ้าเป็นเช่นนี้ผู้ทำการกู้ภัยหรือให้ความช่วยเหลือ ถ้าทำการนั้นแล้วเกิดอันตราย ต่อผู้บาดเจ็บหรือบุคคลที่สามจะต้องรับผิดชอบอีกเช่นกันอย่างน้อยภายใต้กฎหมายแพ่ง (และอาจอยู่ภายใต้กฎหมายความผิดทางอาญา)³⁸

ดังนั้น กฎหมายฝรั่งเศสจึงค่อนข้างเข้มงวดมากกับงานในที่เกี่ยวข้องกับการให้ช่วยเหลือหรือกู้ภัย ซึ่งผู้ให้การช่วยเหลือหรือกู้ภัยมักประสบกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก มีภาวะ ที่กลืนไม่เข้าคายเพราะไม่สามารถที่จะเลี่ยงการปฏิบัติกรได้ในเรื่องดังกล่าว และมีความเป็นไปได้ ที่อาจจะเผชิญกับการถูกฟ้องร้องถ้าเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติหน้าที่ของเขาหรือไม่ก็เป็นการละเลยการปฏิบัติหน้าที่ของเขาเอง³⁹

ด้วยเพราะค่านิยมในทางศีลธรรมที่มีในฝรั่งเศส พบว่ากฎหมายพลเมืองดินนั้น มีความเป็นสากล และอีกทั้งมีคำพิพากษาบรรทัดฐาน (case law) ก็เคยมีในเรื่องดังกล่าว จึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาปรับใช้เป็นหลักกฎหมายฝรั่งเศส⁴⁰ โดยมีแนวคิดในเรื่องของ:

1. "Etat de Nécessité" ซึ่งอาจจะแปลว่า "สถานะของความจำเป็น" เป็นการ ป้องกันอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอันตราย มีความแตกต่างจากเหตุสุดวิสัย (Force Majeur) ซึ่งสามารถทำให้การผู้ที่สมัครใจทำการช่วยเหลือป้องกันภัยหรือผู้ที่ทำการกู้ภัย ันตรายให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ประสบเคราะห์ภัยหรือต่อบุคคลที่สามโดยนั้นเป็นเรื่องที่ถูกต้องตาม กฎหมาย : ประมวลกฎหมายอาญาได้ระบุไว้ตั้งแต่ปี 1984 ว่า "สถานะความจำเป็น" เป็นสามารถ ยกเป็นข้ออ้างทางกฎหมายในเรื่องความเสียหายได้ (ใน มาตรา122-7) "ภาวะของความจำเป็น" เป็นสถานการณ์ของบุคคลผู้ทำการหลีกเลี่ยงความเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นแก่อีกบุคคล หรือทำให้ ความสำคัญในเหตุร้ายนั้นน้อยลง ..."

³⁸ Francois JAECK, JD. เรื่องเดียวกัน

³⁹ Aleksander W. Rudzinski, The Duty to Rescue: A Comparative Analysis, in THE GOOD SAMARITAN AND THE LAW (James M.Ratcliffe ed.,1966), p.91, 92-93

⁴⁰ Francois JAECK, JD. เรื่องเดียวกัน

เป็นที่ยอมรับแทบเป็นเอกฉันท์ว่า "ภาวะความจำเป็น" นั้นทำให้ความผิดในหน้าที่พลเมืองนั้นไม่ได้เป็นไปในแนวทางเดียวกับความผิดทางอาญา เมื่อเป็นเช่นนั้นก็อาจจะมีควมรับผิดชอบที่มีตามทฤษฎีกฎหมายได้ ถ้าผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยหรือผู้ที่ทำการกู้ภัยไม่ได้ทำตามความจำเป็น

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลที่สามซึ่งได้ปฏิบัติตามพฤติการณ์ อีกทั้งการกระทำของผู้ที่ทำการช่วยเหลือก็ได้ตั้งอยู่บนความจำเป็นเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ถือได้ว่าการกระทำที่สร้างความเสียหายที่เกิดจากการช่วยนั้นกระทำไปโดยชอบธรรมและให้ความรับผิดชอบของผู้ที่ทำการช่วยเหลือป้องกันภัยนั้นเป็นอันพ้นไป (Cass. Civ., 8 janv. 1894)

ดังนั้น "ภาวะของความจำเป็น" ครอบคลุมถึง "ความผิดพลาดเล็ก ๆ น้อย ๆ", "ความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ" หรือ ความผิดฐานลหุโทษ (misdemeanors) แต่ทั้งนี้จะมีผลก็ต่อเมื่อบุคคลผู้ที่ทำการช่วยเหลือได้ลงมือให้การช่วยเหลือดังกล่าวจะมีก็เฉพาะความผิดร้ายแรงอาจนำไปสู่ความรับผิดทางอาญาหรือทางแพ่ง: คือ การให้ความช่วยเหลือถ้าเกิดผิดพลาดหรือประมาทอย่างร้ายแรงก็ไม่สามารถเป็นเหตุยกโทษได้ ข้อความดังนี้ให้ใช้เช่นเดียวกันถ้าการช่วยเหลือหรือกู้ภัยนั้นเกิดความเสียหายแก่บุคคลที่สามด้วย⁴¹

2. เป็นที่รู้กันว่ามีคำพิพากษาบรรทัดฐานในเรื่อง "ข้อผูกพันทางสังคมที่แสดงนัยยะของการให้ความช่วยเหลือหรือการกู้ภัยต่างตอบแทนกัน" เป็นการให้สิทธิผู้ทำการช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพไม่ต้องชดใช้ความเสียหายจากผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายอันจะก่อให้เกิดผู้ทำการช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพนั้นเสียเปรียบต่อผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัย หรือบุคคลที่สาม⁴²

ในสมัยก่อน ข้อความดังกล่าวอ้างอิงจากมาตรา 1382 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งในเรื่องความผิดที่ไม่ต้องรับผิด (guilty of no fault) ผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยไม่สามารถฟ้องร้องในเรื่องอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือบุคคลที่สามในระหว่างการช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ตามหลักแล้วผู้ให้ความช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพยังต้องพึงรับผิดชอบต่อบุคคลที่สามสำหรับอันตรายที่เกิดจากการช่วยเหลือของเขาเกิดแก่บุคคลที่สามเหล่านั้นและไม่สามารถที่จะไล่เบี้ย (recourse) ความเสียหายเอาจากผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยที่ตนทำการช่วยเหลือได้ แม้หลักการนี้จะส่งผลกระทบต่อหลักกฎหมายละเมิดของฝรั่งเศส แต่ ณ เวลานี้คำพิพากษาที่มีมา

⁴¹ 2 Cass. Civ., 8 AVR. 1970

⁴² Francois JAECK, JD. อ้างถึงแล้ว

ก่อนได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของหลัก "สัญญาต่างตอบแทนของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ภัย" ระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ชีพกับผู้ป่วยหรือประสบภัย วิธีการนี้ในเรื่องความรับผิดชอบไม่ได้ต่างไปจากกฎหมายละเมิด เพียงแต่มั่นอยู่บนพื้นฐานของเรื่องทางแพ่งไม่ใช่อาญา

แต่อย่างไรก็ตาม นับแต่มีข้อผูกพันเช่นว่านี้ ก็เป็นที่รู้จักกันระหว่างคู่ความและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยนั้นถูกบังคับให้ชดใช้ค่าเสียหายเสียด้วยซ้ำในสมัยก่อน ถ้าเกิดเหตุการณ์ตามมาตรา 1135 ประมวลกฎหมายแพ่งที่บัญญัติว่า ผู้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากอันตรายนั้น ถ้าเขาได้รับผลเสียหายเองหรือเกิดความเสียหายแก่บุคคลที่สามซึ่งกระทำการนั้นเพราะประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยโดยปฏิบัติตามหลัก "สัญญาที่แสดงนัยยะของการให้ความช่วยเหลือหรือการกู้ภัยต่างตอบแทนกัน"⁴³

เช่นนี้ มีคดีการเกิดอุบัติเหตุที่ฟ้าผ่าด้านน้ำอันเป็นคดีที่ตัวอย่างเกี่ยวข้อง ซึ่งศาลอุทธรณ์กรุงปารีสได้ทำการตัดสินในวันที่ 25 มกราคม ค.ศ.1995 มีความดังนี้: "ด้วยการพิจารณาจากการฝึกซ้อมกีฬาแสดงให้เห็นว่ามีความเสี่ยงอันไม่อาจโต้แย้งได้ เพื่อนสมาชิกในทีมแต่ละคนล้วนมีภาระผูกพันกันโดยปริยาย ซึ่งไม่ได้มาจากความจำเป็น แต่มาจากภาระให้การช่วยเหลือต่างตอบแทนกันในการอยู่ร่วมกันนั้นเป็นหน้าที่ที่มาจากศีลธรรมขั้นพื้นฐาน

แม้จะรับได้ว่าสิ่งนี้เป็นการให้ความช่วยเหลือของสังคมในทางต่างๆ และแม้ว่าการยอมรับการว่านี่เป็นการรับประกันในการอยู่รอดโดยการช่วยเหลือกันและกัน แต่ถ้ามองตามสมมติฐานที่ว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุต่อผู้ที่ทำการเข้าแทรกแซงช่วยเหลือนั้นอาจจะไม่เกิดขึ้นกับเขาได้ ถ้าเขาไม่ได้กระทำการช่วยเหลือโดยพลันตามข้อผูกพันต่างๆที่มีร่วมกันในสังคม"

"ตามบทบัญญัติมาตรา 1135 ประมวลกฎหมายแพ่ง ข้อผูกพันนี้มีนัยยะสร้างภาระผูกพัน (ตัวผู้ประสบภัย) โดยสันนิษฐานจากผลทางกฎหมายที่เป็นความชอบธรรม "

ดังนั้น เป็นที่ยืนยันว่าการมีอยู่ของข้อผูกพันตามนัยยะและการยอมรับแนวคิดทั้งตามคำพิพากษาก่อนๆ อย่างหนึ่งก็คือในเรื่องการใช้พื้นฐานทางสัญญา กำหนดภาระหน้าที่ "in equity"; ข้อผูกพันที่เรียกชดใช้ได้จากผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยเพื่อประโยชน์ของผู้ให้การช่วยเหลือหรือกู้ภัย และอีกอย่างหนึ่งคือ - อย่างน้อยเป็นการรับประกันเรื่องผลกระทบทางการเงินจากการปฏิบัติกรช่วยเหลือโดยสมัครใจของตน

⁴³ The Failure to Rescue: A Comparative Study, COLUM.L.REV.52(1952):631,639 (อ้าง Tunc, Commentaire, Dalloz Legislation33, 38 (1946)).

ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองความรับผิดชอบของคู่กรณีที่พยายามที่จะปลดเปลื้องความรับผิดชอบของตัวเองในความรับผิดตามสัญญาอันใหม่นี้ แต่ต่อมาท้ายสุดคำพิพากษาบรรทัดฐานของฝรั่งเศสก็ได้กลับหลักคำพิพากษากล่าวว่า: "ความเสียหายที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากผู้ให้ช่วยเหลือโดยสมัครใจนั้นไม่ก่อให้เกิดความเสียหายที่อาจคาดเดาได้ล่วงหน้าตามมาตรา 1150 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งซึ่งบุคคลที่ทำการช่วยเหลืออยู่เหนือกว่าความรับผิดชอบ " ดังนั้นแม้ว่ากฎหมายโดยทั่วไปของฝรั่งเศสจะตีความเคร่งครัด แต่ก็ไม่ได้ละเลยในศีลธรรมและเจตนาของกฎหมายที่จะปกป้องประโยชน์ในหลักกฎหมายพลเมืองดี⁴⁴

4.3 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดีในการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศสและสหรัฐอเมริกา

กฎหมายพลเมืองดี เป็นบทบัญญัติที่มีขึ้นเพื่อคุ้มครองผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้อื่นที่บาดเจ็บหรือป่วย โดยที่ผู้เห็นเหตุการณ์ไม่ต้องลงเล่ห์ที่จะเข้าแทรกแซงให้การช่วยเหลือโดยกลัวว่าช่วยแล้วจะผิดพลาดจะต้องถูกฟ้องร้องให้ชดใช้ค่าเสียหายหรือรับผิดชอบสำหรับการบาดเจ็บหรือความตายที่เกิดขึ้นนั้นอาจเกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจหรือโดยพลาด ซึ่งกฎหมายพลเมืองดีมีหลักการหรือแนวความคิด และมีประเทศที่นำมาใช้เป็นกฎหมายดังจะกล่าวต่อไปนี้

4.3.1 แนวความคิดการรับรองเรื่องกฎหมายพลเมืองดี

การกำหนดหน้าที่เกี่ยวกับกฎหมายพลเมืองดีในประเทศทางตะวันตกนั้นยึดหลักเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งกฎหมายพลเมืองดีมีที่มาจาก "ทฤษฎีที่สนับสนุนการกำหนดให้การไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นความผิดทางอาญา"⁴⁵ ซึ่งนำเอาปรัชญากฎหมาย และหลักการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยจะกล่าวพอสังเขป อันได้แก่

⁴⁴ The Failure to Rescue: A Comparative Study, *COLUM.L.REV.*52(1952):631,639 (อ้าง Tunc, *Commentaire, Dalloz Legislation*33, 38 (1946)).

⁴⁵ พัชรียา โมกขมรรคกุล ,การแจ้งเหตุในการกระทำผิดทางอาญา (วิทยานิพนธ์),กทม. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปีการศึกษา. 2553 หน้า 43

ก. ทฤษฎีอรรถประโยชน์⁴⁶ แนวความคิดดังกล่าวกล่าวว่า กำหนดให้ความล้มเหลวในการไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอาชญากรรมทางอาญาจะช่วยลดการตายและการบาดเจ็บที่ไม่จำเป็นลงได้⁴⁷ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางศีลธรรมของบุคคลที่ไม่เห็นด้วยกับการละเลยการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย

ข. ทฤษฎีความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิต⁴⁸ ชีวิตมนุษย์มีความสำคัญและมีค่าในตัวเอง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลประโยชน์ที่แต่ละบุคคลนั้นสร้างมาโดยตามความสามารถต่อครอบครัวหรือสังคม ทฤษฎีดังกล่าวจึงประณามและกำหนดบทลงโทษในการฆ่าคนเพราะการฆ่าเช่นนี้เป็นการเหยียดหยามคุณค่าความเป็นมนุษย์ จึงเป็นเหตุผลว่าการปล่อยให้ผู้อื่นตายหรือได้รับความตกทุกข์ได้ยาก ก็ควรจะได้รับการประณามและบทลงโทษเช่นเดียวกัน ซึ่งถ้าหากไม่มีการดูตายเช่นนี้ เหยื่อคงได้มีโอกาสรอดและสามารถมีชีวิตต่อไป⁴⁹

ค. ทฤษฎีความแตกต่างทางศีลธรรมเพียงเล็กน้อย ทฤษฎีนี้ให้ความเห็นต่างในกรณีระหว่างการฆ่ากับการปล่อยให้ผู้อื่นตาย โดยเห็นว่าการฆ่านั้นมีเจตนาและที่สำคัญผู้ฆ่าก็เป็นผู้ลงมือกระทำเอง แต่การปล่อยให้ผู้อื่นตาย ผู้ที่เพิกเฉยไม่ได้เป็นผู้เริ่มต้นลงมือกระทำและไม่ได้เป็นสาเหตุในผลของความตายของผู้เสียหาย ดังนั้นถ้าความรับผิดชอบเกิดขึ้นผลก็ย่อมเบาบางลงไปตามหลักการได้สัดส่วน แต่กระนั้นก็ยังมีความคิดว่าแม้บุคคลนั้นจะทำตัวเป็นพลเมืองดีเข้าไปช่วยเหลือผู้เสียหาย แต่อาจเกิดผลได้หลายอย่าง คืออาจพยายามเข้าไปช่วยแล้วแต่ไม่สำเร็จ แต่ทั้งนี้การยืนยันว่าผู้ที่เข้าไปแทรกแซงช่วยเหลือผู้อื่นไม่ใช่สาเหตุของความเสียหายหรือความตาย หรือก็คือถึงไม่มีผู้ช่วยเหลือความเสียหายหรือการตายนั้นก็ย่อมเกิดอยู่ดี ซึ่งการมีอยู่ในทฤษฎีดังกล่าวอาจมีเพียงเป็นการดำเนินคดีทางศีลธรรมต่อผู้ที่ไม่คิดจะเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนหรือตกเป็นเหยื่อ

ทฤษฎีแนวความคิดที่กล่าวมานี้ เป็นเครื่องหมายที่ยอมรับการมีอยู่ของกฎหมายพลเมืองซึ่งเป็นทั้งกฎหมายในรูปแบบลายลักษณ์อักษร หรือจารีตทางกฎหมายท้องถิ่นอันเป็น

⁴⁶ Lloyd L. Weinreb, "Desert, Punishment, and Criminal Responsibility," Law & Contemp. Probs 49 (1986)

⁴⁷ Mary Ann Glendon, Right Talk: The Impoverishment of Political Discourse, (Free press, 1991), p.87-88

⁴⁸ พัชรียา โมกขมรรคกุล, เรื่องเดียวกัน, หน้า 44

⁴⁹ Magaret Olivia Little, "Abortion and the Magins of Personhood" Rutgers L.J.39 (2008): 331, 333-35

ที่ยอมรับนับถือโดยทั่วไปในประเทศทางตะวันตก ซึ่งทั้งนี้อาจแตกต่างกันตามลักษณะสภาพทางวัฒนธรรมและสังคมในแต่ละประเทศซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนทั้งในประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์ ดังจะกล่าวต่อไป

4.3.2 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ (สหรัฐอเมริกา)

กฎหมายพลเมืองดีเป็นหลักกฎหมายหรือการกระทำที่ปกป้องผู้ที่เลือกที่จะให้บริการ และมีแนวโน้มที่คนอื่น ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บ, ป่วย, ในอันตรายหรือไร้ความสามารถ หรืออื่นๆ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความล้มเหลวที่จะให้ความช่วยเหลือ, กล่าวจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจหรือความตายโดยพลาด ในสหรัฐอเมริกา หลักคำสอนพลเมืองดีนี้เป็นหลักการทางกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองการกุศลที่ได้ช่วยผู้ป่วยสมัครใจ ให้พ้นจากการความกังวลที่จะต้องถูกฟ้องร้องแล้วจาก 'การกระทำผิดกฎหมาย' วัตถุประสงค์คือเพื่อให้ผู้บาดเจ็บในภาวะฉุกเฉินได้รับความเต็มใจที่จะได้รับการช่วยจากคนแปลกหน้าและลดความกลัวผลกระทบทางกฎหมายที่พวกเขาควรจะทำผิดพลาดในการรักษา บางอย่าง กฎหมายพลเมืองดีแตกต่างจากเขตอำนาจเพื่ออำนาจเช่นเดียวกับปฏิสัมพันธ์กับหลักการทางกฎหมายที่แตกต่างอื่น ๆ เช่นได้รับความยินยอมสิทธิของผู้ปกครองและสิทธิในการปฏิเสธการรักษา กฎหมายดังกล่าวโดยทั่วไปจะไม่นำไปใช้กับบุคลากรทางการแพทย์หรืออาชีพที่เกี่ยวข้องกับการบริการช่วยเหลือฉุกเฉิน รวมทั้งคุ้มครองเจ้าหน้าที่กู้ภัยโดยอาชีพเมื่อพวกเขากำลังอยู่ในการทำหน้าที่⁵⁰

จึงเห็นได้ชัดว่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายเกี่ยวกับพลเมืองดีจะมีความแตกต่างไปในแต่ละท้องถิ่น ทั้งในแง่บุคคลที่ได้รับความคุ้มครองและเหตุการณ์ใดบ้างที่ไม่ต้องรับผิดชอบซึ่งบางมลรัฐอาจคุ้มครองเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุข แต่มลรัฐมิเนโซตาและเวอร์มอนต์อาจรวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย ถ้าบุคคลนั้นเป็นผู้พบสถานการณ์ฉุกเฉินและโทรแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับความคุ้มครองแล้ว⁵¹

⁵⁰ "Canadian Law website 1". <http://www.canadianlawsite.ca/goodsamaritan.htm>. Retrieved 2008-10-16.

⁵¹ Lyons, Donna, Help Your Neighbor-It's the Law (Online), 1 Mar 1999. Available from: <http://ncsl.org/programs/pubs/399HELP.HTML>

เมื่อมองผลลัพธ์ของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายพลเมืองดีของสหรัฐอเมริกาจึงสามารถไปในทางทิศทางเดียวกัน และมีบัญญัติยกเว้นความรับผิดแก่ผู้เต็มใจและสุจริตใจให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาล เพราะตามสภาพความเป็นจริงของกฎหมายคอมมอนลอว์แล้ว บุคคลไม่มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือผู้อื่น แต่ทั้งนี้เมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วก็ต้องกระทำการอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานและไม่กระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง มิเช่นอาหรับโทษถ้าผลเสียหายดังกล่าวมีมากขึ้น⁵²

4.3.3 แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (ฝรั่งเศส)

ในภาคพื้นยุโรป กฎหมายพลเมืองดีตามความเป็นจริงนั้นคือแนวคิดเชิงจริยธรรมสากลที่สอดคล้องกันกับระบบกฎหมาย ซึ่งมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนให้ความช่วยเหลือและป้องกันภัยชีวิตแก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ

แต่ตามปกติแนวความคิดทางศีลธรรมดังกล่าวไม่สามารถนำมาฟ้องร้องต่อศาล จึงเป็นเหตุให้ระบบกฎหมายยุโรปที่มุ่งจะรวมกฎเกณฑ์ที่มีความเฉพาะเจาะจงเพื่อที่จะส่งเสริมให้มีการให้ความช่วยเหลือผู้ต้องการความช่วยเหลือ และเพื่อลดความลังเลของผู้คนให้เข้าไปให้ความช่วยเหลือ เพื่อจะได้ไม่ยั้งคู้เฉยๆให้ด้วยเพราะกลัวจะถูกฟ้องหรือดำเนินคดี ถ้าการบาดเจ็บหรือเสียหายนั้นเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ (unintentional injury) หรือเกิดความตายโดยผิดพลาด (wrongful death) ขึ้น⁵³ แต่การคุ้มครองหรือช่วยเหลือโดยพลานั้นในกลุ่มประเทศซีวิลลอว์ มีอยู่แล้วในประมวลกฎหมายอาญา อยู่ในรูปของเหตุยกเว้นความผิดเช่นเรื่องของการป้องกัน หรือเหตุยกเว้นโทษเช่น ความจำเป็น(necessity) ดังนั้นเมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วเกิดความเสียหายจึงสามารถอ้างหลักกฎหมายทั่วไปเหล่านี้เป็นเหตุยกเว้นความรับผิดได้และหลักดังกล่าวนี้ครอบคลุมถึงการกระทำที่ประมาทเลินเล่อของผู้ที่ทำการช่วยเหลือก็สามารถอ้างหลักนี้ได้ด้วย⁵⁴ แต่ก็ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและสมควรเท่านั้น และความคุ้มครองนี้ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือประมาทเลินเล่ออย่างไรเหตุผล⁵⁵

⁵² พัชรียา โมกขมรรคกุล ,การแจ้งเหตุในการกระทำผิดทางอาญา (วิทยานิพนธ์),กทม. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,ปีการศึกษา. 2553 หน้า 165,250

⁵³ พัชรียา โมกขมรรคกุล, อ้างถึงแล้ว หน้า 124

⁵⁴ พัชรียา โมกขมรรคกุล,เรื่องเดียวกัน หน้า 127-128

⁵⁵ Cassation 2nd civ., 8 avr 1970

ในประเทศฝรั่งเศสยึดมั่นในผลประโยชน์สาธารณะมากกว่าสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชน การกำหนดหน้าที่ให้ช่วยเหลือผู้อื่นนั้นก็มาจากทฤษฎีอรรถประโยชน์นิยม เพราะเห็นว่าเรื่องดังกล่าวละเมิดเสรีภาพส่วนตัวเพียงเล็กน้อยยอมเทียบไม่ได้กับชีวิตของคนที่ตกอยู่ในอันตราย ซึ่งนักกฎหมายฝรั่งเศสให้ความสำคัญมากกว่า⁵⁶ ซึ่งในทางกฎหมายของฝรั่งเศสอาจสรุปหน้าที่พลเมืองดีดังกล่าวอาจมีองค์ประกอบคือ⁵⁷

- ต้องมีผู้ตกอยู่ในอันตราย
- บุคคลผู้เห็นเหตุการณ์ต้องรู้ว่าบุคคลนั้นอยู่ในอันตราย
- ผู้นั้นต้องสามารถกระทำการช่วยเหลือได้ตามวิจรรณญาณและความสามารถ
- การช่วยเหลือนั้นไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้เข้าช่วยเหลือและผู้อื่น

4.3.4 สรุปแนวคิดกฎหมายพลเมืองดีกับการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษาในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศทั้งในส่วนของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศฝรั่งเศส ซึ่งทั้งสองประเทศนี้ต่างก็ให้ความสำคัญกับระบบการให้บริการในทางการแพทย์ฉุกเฉิน และมีกฎหมายออกมาบังคับใช้เป็นเวลานานพอที่จะเป็นแบบอย่างแก่ประเทศอื่นที่จะนำไปพัฒนาตามแบบทั้งสองประเทศนี้

แต่อย่างไรก็ดี ก็พบข้อแตกต่างว่าแม้สหรัฐอเมริกาจะใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ แต่เรื่องการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินบางมลรัฐก็ยังมีกฎหมายออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นกฎหมายรัฐบัญญัติหลายต่อหลายมลรัฐ ซึ่งได้บัญญัติครอบคลุมถึงข้อยกเว้นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการด้วย ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ

- ในเรื่องข้อจำกัดในการชดเชยค่าเสียหายอันเกิดจากการเสียหายในการปฏิบัติงานฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และ
- ในเรื่องของข้อจำกัดหลักการให้ความยินยอมของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งกฎหมายไทยก็ได้เข้าไปถึงในเรื่องดังกล่าวแล้วเช่นกัน แต่ทั้งนี้ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าใดนัก

⁵⁶ The Failure to Rescue: A Comparative Study, *COLUM. L.REV.* 52(1952): 631, 639

⁵⁷ Ashworth and Eva Steiner, *Criminal Omissions and Public Duties: The French Experience*, *10 LEGAL STUD.* (1990): 157-158

ในส่วนของประเทศฝรั่งเศส แม้จะเป็นระบบซีวิลลอว์ เป็นแม่แบบของกฎหมายลายลักษณ์อักษรของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษรแทบทั่วโลกแต่สำหรับหลักเกณฑ์ที่เป็นข้อยกเว้นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่เห็นอย่างเด่นชัดเป็นรูปธรรมนัก แต่ทางฝรั่งเศสก็ยังยึด กฎหมายพลเมืองดี (good Samaritan law) ตามกฎหมายจารีตประเพณีที่มีมาปรับใช้เพื่อนำมาเป็นข้อยกเว้นในความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ทั้งนี้ก็ต้องผ่านการตีความอย่างเคร่งครัด

4.4 บทวิเคราะห์ความแตกต่างของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส และการกำหนดมาตรการทางกฎหมายแพทย์ฉุกเฉินของไทยที่เหมาะสม

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกรณีอยู่ในสถานการณ์พิเศษอันเป็นภาวะวิกฤต แต่หากเป็นความจำเป็นเร่งด่วนอื่นยังคงต้องเข้ากรณีบทบัญญัติทั่วไป ตัวอย่างเช่น บุคคลนี้ขาดแต่ทำการห้ามเลือดแล้ว อาจไม่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัตินี้ เนื่องจากพันภาวะที่จะอันตรายต่อชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญแล้ว แต่ก็ยังจัดเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายอื่นได้ ดังนั้นหลักสำคัญตามมาตรา 28 ของพระราชบัญญัตินี้คือ การที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาอย่างทันเวลาและมีการคัดแยกระดับความรุนแรง

ซึ่งโดยหลักแล้วจากการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของต่างประเทศทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศฝรั่งเศส ต่างก็มีมาตรฐานในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้สัมฤทธิ์ผล แต่ทั้งนี้ความแตกต่างอาจอยู่ที่ทฤษฎี แนวความคิด บุคลากร และทรัพยากรทางกายภาพเป็นสำคัญ

แนวคิดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เป็นการบริการสมัยใหม่ที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น (life-saving) มีฐานคิดมาจากความเชื่อที่ว่าบุคลากรไม่ว่าบุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัคร หรือประชาชน ย่อมมีที่ตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้ ทฤษฎีสำหรับแนวคิดนี้⁵⁸ ได้แก่

1. **Scoop and run** เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้าสู่ห้องฉุกเฉินให้เร็วที่สุดหรือเป็นตัวแทนของการดูแลฉุกเฉินแองโกล-อเมริกัน (Anglo-American model of Emergency care)

⁵⁸อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, กิ่งแก้ว อุดมชัย และจิราวรรณ กล่อมเมฆ. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศที่พัฒนา. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2544) หน้า 8-9

แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนัก ซึ่งในอเมริกาจะมีศัลยแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบ โดยจะเน้นให้นำผู้ป่วยออกจากจุดเกิดเหตุและนำส่งให้เร็วที่สุด การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุทำน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น

2. Stay and play เป็นแนวคิดในการเคลื่อนย้ายห้องฉุกเฉินสู่ผู้ป่วย เป็นแนวคิดการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นต้นในแบบภาคพื้นยุโรปหรือเป็นต้นแบบของการดูแลฉุกเฉินฟรังโก-เยอรมัน (Franco-German model of Emergency care) แนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีอาการหนักโดยเฉพาะที่ฝรั่งเศส วิชาญญแพทย์เป็นผู้ที่รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว โดยจะเน้นการดูแลผู้ป่วยหนัก ณ จุดเกิดเหตุ เหมือนกับการใช้ที่สถานพยาบาล

ประเทศสหรัฐอเมริกา

หน่วยงานให้บริการปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีหน่วยที่ปฏิบัติงานอยู่ 2 ระดับคือ

1) FR (Fire Engine Ladder Trunck) มีความสามารถเท่าหน่วยงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) และ

2) หน่วยงานบริการระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS) ส่วนใหญ่พบว่าหน่วยปฏิบัติการที่เป็นของรัฐมักจะเป็นศูนย์ระดับสูง (Advanced Life Support หรือ ALS)

สำหรับประเทศฝรั่งเศส ปัจจุบันได้มีการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล มีหน่วยปฏิบัติงานจะมีอยู่ 2 ระดับที่คล้ายกัน คือ

1) หน่วยปฏิบัติงานพื้นฐาน (Basic Life Support หรือ BLS) มีหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นของหน่วยดับเพลิง คือรถพยาบาลของหน่วยดับเพลิง (fire department ambulances) ตั้งอยู่ที่สถานีดับเพลิง และหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินเบื้องต้นภาคเอกชนคือหน่วยรถพยาบาลของเอกชน (Private ambulance) ที่เข้าร่วมเครือข่ายของ SAMU และปฏิบัติงานตามคำสั่งของ SAMU center

2) หน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง (Hospital mobile intensive care units : SMUR) ทำหน้าที่ปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุในกรณีที่ SAMU center พิจารณาแล้วว่าเป็นกรณีการเจ็บป่วยรุนแรง

โครงสร้างพื้นฐานขององค์กรของสหรัฐอเมริกา ในภาครัฐระดับรัฐ (State) องค์กรที่รับผิดชอบคือกองฉุกเฉิน กรมการขนส่ง(EMS Division of Department Transportation) ซึ่งแต่ละรัฐจะรับผิดชอบระบบงานของตนเอง มีสถาบันฝึกอบรมที่เป็นเฉพาะทางด้านบริการก่อนนำส่งสถานพยาบาลและจะไม่มีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ระดับปฏิบัติการมี Fire Rescue & EMS Station ตั้งอยู่ที่ Fire department ลักษณะการงานเป็น Fire-based EMS สถานพยาบาลและเอกชนที่ทำหน้าที่ทั้งการให้บริการและการฝึกอบรมอาสาสมัครและประชาชน ตัวอย่างเช่น หน่วยบริการระดับพื้นฐานของเอกชนที่จัดตั้งขึ้นมาจากการเป็นนักดับเพลิงและกู้ชีพก่อน ผู้ที่สอนจะเป็น EMT-M ในหน่วยบริการนั้นเป็นผู้สอนให้แก่อาสาสมัคร นักเรียนในโรงเรียน นอกเหนือจากนี้ยังมีวิทยาลัยในรัฐมีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและผลิตบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการบริการอีกด้วย ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 ที่ได้มีกฎหมายในการจัดทำแผนงานประเมินผล ซึ่งพบว่า หน่วยงานบริการหลายแห่งมีการดำเนินงานดังกล่าว สำหรับการควบคุมการทำงานนั้น ได้มีการกำหนดให้บุคลากรที่เข้ารับการอบรมต้อง refresher course ทุก 1-2 ปี ตามที่กำหนดของแต่ละรัฐ เช่น EMT-B 40 ชั่วโมง EMT-P 80 ชั่วโมง ACLS ทุกปี เป็นต้น

สำหรับฝรั่งเศสในด้านการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลในปัจจุบันของฝรั่งเศสโครงสร้างพื้นฐานขององค์กรในระดับชาติมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3 หน่วยงาน

- Fire Brigade ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกองทัพ โดยมีลักษณะเป็นทหารแพทย์
- Police สังกัดกองกำลังตำรวจแห่งชาติฝรั่งเศส ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั้งกู้ภัยและกู้ชีพเบื้องต้นแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งมีลักษณะเป็นตำรวจแพทย์
- SAMU ซึ่งจะประกอบไปด้วย SAMU center ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้หน่วยพื้นฐานปฏิบัติงาน ส่วน SMUR เป็นหน่วยรักษาพยาบาลฉุกเฉินขั้นสูง ซึ่งทั้ง SAMU center SMUR ขึ้นตรงกับโรงพยาบาลในแต่ละ department การบริหารงานนี้พบว่าในแต่ละเขตจะรับผิดชอบงานของตนเอง และแต่ละพื้นที่จะมีการประเมินผลของตนเอง

การจัดการด้านทรัพยากรมนุษย์ สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่ใช้ตัวแบบของแองโกลอเมริกัน ดังนั้นจึงมีบุคลากรพิเศษ บุคลากรทั่วไปที่ให้การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไปซึ่งได้แก่ หรือเรียกว่า กลุ่มพาราเมดิคและเวชกิจฉุกเฉิน (emergency medical technicians : EMTs) ปัจจุบันมี National Education and Practice Blueprint ได้กำหนดระดับต่างๆ ของ ผู้ให้บริการ (providers)ไว้ ปัจจุบันมี 4 ระดับ

จากความแตกต่างของบุคลากรที่มีในการให้บริการ ดังนั้นวุฒิที่บัตรที่ได้รับของกลุ่มนี้ จึงมีทั้ง Certificate, Diploma และ Bachelor Degree สำหรับหลักสูตรของ EMT-I นั้นจะมีหลากหลายขึ้นกับแต่ละรัฐ

การจัดการอบรมประชาชน ได้มีการสอนให้ทั้งผู้ใหญ่และเด็กรู้จักเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉินนี้ และสามารถโทรได้ รวมทั้งสอนให้รู้ว่าควรใช้เพียงกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ในสหรัฐอเมริกาสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์หมายเลขฉุกเฉินคือ 911 จะเป็นหมายเลขที่ใช้ทั้งรัฐบาลและเอกชน โทรศัพท์สาธารณะโดยไม่ต้องหยอดเหรียญหรือเสียค่าใช้จ่ายใดๆ เบอร์โทรศัพท์เดียวกันสามารถต่อขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงานต่างๆเช่นตำรวจ สถานีดับเพลิง หน่วยฉุกเฉิน ระบบการควบคุมทางการแพทย์นั้นมีทั้ง การควบคุมทางการแพทย์ทางตรง(On-line medical หรือ Direct Medical control) โดยการปฏิบัติงานที่อยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การสั่งการของแพทย์ในห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลในพื้นที่สำหรับการควบคุมทางการแพทย์ทางอ้อม(Off-line medical หรือ In-direct medical control) ได้ใช้การจัดทำโปรโตคอล(Protocol)ในการปฏิบัติงาน

ในการจัดการศึกษาในฝรั่งเศสจะใช้บุคลากรทางด้านสุขภาพทั่วไปคือ กลุ่มแพทย์จะเป็นผู้ควบคุม SAMU call center หรือที่เรียกว่า " regulator doctors " ต้องมีประสบการณ์ ใน emergency units หรือ Hospital Mobile Intensive Care Units และต้องมีความสามารถในการทำให้ผู้ป่วยมีความสงบลง ควบคุมสติอารมณ์ได้ยามฉุกเฉิน มีความรับผิดชอบและมีหน้าที่เป็นผู้นำใน SAMR สำหรับพยาบาลต้องมีต้องมีสุขภาพแข็งแรง สามารถว่ายน้ำ ขับรถได้ มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนัก หรือพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น ผู้ช่วยวิสัญญีแพทย์ และได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมใน Mobile Intensive Care Unit จะทำหน้าที่ในรถพยาบาลเป็นผู้ดูแลสิ่งของทั้งหมดรวมทั้งต้องปฏิบัติงานสนาม ในบางครั้งจะต้องเป็นผู้ช่วยแพทย์ แต่ในบางครั้งจะต้องออกปฏิบัติงานเองและสำหรับบุคคลภายนอกทางฝรั่งเศสให้เพียงแค่ว่าเป็นผู้แจ้งเหตุก็เพียงพอแล้ว

หมายเลขแจ้งเหตุฉุกเฉินปัจจุบันมีเพียงหมายเลขเดียว คือ 15 เป็นหมายเลขระดับชาติ ส่วนถ้าเป็นนานาชาติจะเป็นหมายเลข 112 ซึ่งเป็นหมายเลขที่สามารถเชื่อมต่อไปยังประเทศในยุโรปได้ SAMU call center ในแต่ละจังหวัดจะมีศูนย์ติดต่อ สื่อสารทางการแพทย์มีหนึ่งถึงสองศูนย์ โดยมักจะตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลใหญ่ของจังหวัดนั้นมีหน้าที่รับเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน คัดกรอง (telephone triage) เรียกหน่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับความรุนแรงของผู้ป่วยออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุและควบคุมการปฏิบัติ ลักษณะนี้เป็นารควบคุมทางการแพทย์ทางตรง(On-line medical control) โดยการปฏิบัติงานที่อยู่นอกโรงพยาบาลอยู่ภายใต้การสั่งการของแพทย์ซึ่งอยู่ที่ศูนย์สั่งการ

การจัดการทรัพยากรและวัสดุอุปกรณ์และพาหนะ ในสหรัฐอเมริกาการจัดการด้านระบบการเงินใช้งบประมาณของแพทย์ฉุกเฉินมาจากทั้งภาครัฐและเอกชน ในระบบที่งบประมาณมาจากภาษีอย่างเดียว ในบางแห่งงบประมาณนี้มาจากแหล่งรายได้ของรัฐเฉพาะบางเรื่องในรูปแบบภาษีท้องถิ่น เช่น ภาษีรถยนต์ ค่าธรรมเนียมใบขับขี่รถยนต์ ค่าปรับการละเมิดกฎจราจร และภาษีอื่นๆ ในโปรแกรมที่มีการเรียกเก็บเงินเมื่อมีการใช้บริการ อุปกรณ์มาตรฐานที่กำหนดตามกฎหมายของสหรัฐ ซึ่งจะมีทั้งรถ วัสดุครุภัณฑ์ เครื่องมือทางการแพทย์ พาหนะที่ใช้มีทั้ง รถยนต์ เรือ และเฮลิคอปเตอร์

สำหรับที่ฝรั่งเศส ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของฝรั่งเศสนี้ได้รับงบประมาณทั้งจากท้องถิ่นและจากรัฐบาลกลางที่ได้จากภาษี ตัวอย่างของจังหวัด Essonne SAMU ได้รับงบประมาณ 1 ใน 3 จากท้องถิ่นและที่เหลือได้จากระบบสวัสดิการในการโทรเข้า SAMU call นั้นจะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่ค่าออกปฏิบัติงานของ SAMU ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง สำหรับชุดความรู้มีการจัดทำ Protocols ของในแต่ละโรงพยาบาลในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะเกี่ยวกับการบาดเจ็บ กิจกรรมการจัดการอุปกรณ์และพาหนะ มีการจัดหาเช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา

การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ในสหรัฐอเมริกาตามการประมวลองค์ความรู้หลักแห่งชาติทางการแพทย์ฉุกเฉินมีการแยกระดับไว้ 3 ระดับ

ระดับวิกฤต ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าทรมานจากอาการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ มีความเป็นไปได้สูงที่จะถึงแก่ชีวิตอาจมีการโรคแทรกซ้อนฉับพลันถ้าไม่เริ่มให้การป้องกันไม่ว่าจะทางอากาศ ทางเดินหายใจ hemodynamic และ/หรือ neurologic

ระดับฉุกเฉิน ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอาจจะรุนแรงมากขึ้น หรือมีอาการซับซ้อนขึ้น ทั้งนี้มีความเป็นไปได้สูงเจ็บป่วยสาหัสถ้าไม่เริ่มทำการรักษา

ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ ผู้ป่วยได้แสดงอาการให้เห็นว่าการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บอาจจะมีความกังวลอยู่ในระดับต่ำ ทั้งในแง่ของอันตรายของโรคภัย หรือความซับซ้อนในการรักษา

ในฝรั่งเศสโดยทั่วไปการคัดแยกผู้บาดเจ็บเพื่อการรักษาพยาบาลจะแบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่ และแบ่งตามสีที่ได้รับการประเมิน กลุ่มเร่งด่วน (Immediate) ใช้สีแดง, กลุ่มรอได้ (Delayed) ใช้สีเหลือง, กลุ่มอาการเล็กน้อย (Minimal) ใช้สีเขียว, กลุ่มหมอดหวัง (Expectant) ใช้สีดำ

ผู้บาดเจ็บเร่งด่วน (Immediate) จะเป็นผู้บาดเจ็บที่มีอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิตและต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน อันตรายที่ถึงแก่ชีวิตนั้นอาจแก้ไขได้ทันทีในที่เกิดเหตุเช่นการช่วย

ผู้หมดสติและมีทางเดินหายใจอุดตันจากก้อนเลือดและลิ้นตกโดยการจับท่านอนตะแคง หรืออันตรายนั้นอาจต้องได้รับการผ่าตัดเช่น การตกเลือดในช่องท้อง หรือในกะโหลกศีรษะ ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บทางเดินหายใจอุดตัน ผู้บาดเจ็บที่หัวใจและการหายใจล้มเหลว การตกเลือดภายนอกร่างกาย (ที่สามารถควบคุมได้ด้วยผ้าพันแผลหรือสายรัดห้ามเลือด) ผู้บาดเจ็บที่ช็อกจากสาเหตุต่างๆ ผู้บาดเจ็บแผลคุดทรวงอก (Tension pneumothorax) ผู้บาดเจ็บไฟไหม้บริเวณใบหน้า อวัยวะเพศ และฝีเย็บ (perineum)

ผู้บาดเจ็บในกลุ่มรอดได้ (Delayed) เป็นผู้บาดเจ็บที่ต้องการการรักษาพยาบาลเพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันความพิการ แต่สามารถรอดได้ 6-8 ชม. โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตัวอย่างผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บแผลเปิดทรวงอก ผู้บาดเจ็บแผลทะลุช่องท้อง (Penetrating abdominal wound) ที่ไม่มีการตกเลือดภายใน ผู้ที่มีการบาดเจ็บของตาอย่างรุนแรง ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะแขนขาขาดเลือด ผู้บาดเจ็บแผลเปิดขนาดใหญ่ ผู้บาดเจ็บกระดูกหัก ผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ที่ไม่ได้อยู่บริเวณใบหน้า คอ หรืออวัยวะเพศ

กลุ่มเล็กน้อย (Minimal) เป็นผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรงและถึงแม้จะไม่ได้การรักษาพยาบาลก็จะมีอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการ ตัวอย่างได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลฉีกขาดเล็กน้อย บาดแผลรอยขีด ขีดแผลง ผู้ที่มีปัญหา Minor combat stress ผู้บาดเจ็บไฟไหม้ระดับหนึ่ง (1st degree burn) หรือระดับ 2 (Partial or 2nd degree burn) ที่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของพื้นที่ผิวหนัง

กลุ่มรอดหวัง (Expectant) ได้แก่ผู้บาดเจ็บรุนแรงจนถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างเต็มที่ก็ยังมีโอกาสรอดชีวิตหรือฟื้นตัวจนสามารถทำงานได้ปกติน้อย ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้จะถูกจัดขึ้นต่อเมื่อทรัพยากรและขีดความสามารถที่มีอยู่ไม่พอเพียงจะช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บได้ทุกราย และต้องพิจารณาสถาน การณ์ในขณะนั้นร่วมด้วย อย่างไรก็ตามผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ไม่ควรถูกทอดทิ้ง และควรได้รับการดูแลตามสมควร ควรเพื่อให้รู้สึกสบายหรือเจ็บป่วยทรมานน้อยที่สุด ตัวอย่างของผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ได้แก่ ผู้บาดเจ็บที่มีภาวะหัวใจและการหายใจหยุด (Cardiorespiratory arrest) ขณะอยู่ในสถานการณ์สู้รบ ผู้บาดเจ็บของสมองอย่างรุนแรงจนมีลักษณะของ Impending death รวมถึงผู้บาดเจ็บที่มีแผลไฟไหม้ระดับ 2-3 ที่เกินกว่าร้อยละ 85 ของพื้นที่ผิวหนัง

การศึกษาข้อแตกต่างในเรื่องของมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินทั้งของสหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศสการคุ้มครองการให้บริการสาธารณะ 3 ประการ ดังต่อไปนี้ คือ

1. คุ้มครองประชาชนจากการได้รับบริการต่ำกว่ามาตรฐาน

มาตรฐานในการรักษาเวชกรรมฉุกเฉินเป็นเรื่องที่ต้องใช้องค์ความรู้ที่หลากหลายมาประยุกต์เข้าด้วยกัน ไม่ว่าจะทั้งตัวองค์กร บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนทรัพยากรต่างๆมาใช้เพื่อความสัมฤทธิ์ผลในการปฏิบัติงาน ดังนั้นในการปฏิบัติงานย่อมต้องมีมาตรฐานรองรับ เพราะจะได้เป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนว่าจะได้รับบริการที่ถูกต้องตามหลักการจากรัฐ ซึ่งในช่องทางต่างประเทศล้วนมีมาตรฐานที่รับรองตามกฎหมายอย่างแน่ชัด ไม่ว่าจะเป็นองค์กร บุคลากร เกณฑ์การปฏิบัติหน้าที่ตามที่กล่าวมาข้างต้น ตลอดจนการประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ในการรักษา และพาหนะเพื่อการลำเลียง ซึ่งในข้อเท็จจริงอาจมีข้อแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น บุคลากรของสหรัฐฯ อาจมีบุคคลภายนอกเข้ามาปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน แต่สำหรับฝรั่งเศสอาจมีบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ บุคคลภายนอกเป็นแค่เพียงผู้แจ้งเหตุก็เพียงพอ หรือในเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยของสหรัฐฯ อาจมี 3 ระดับ แต่ของฝรั่งเศสนั้นมี 4 ระดับ แต่ทั้งนี้ความแตกต่างขึ้นอยู่กับแนวคิดที่แต่ละประเทศนำมาใช้ แต่ที่มีร่วมกันคือมาตรฐานในการรักษาที่ปรารถนาให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตราย

2. คุ้มครองผู้ปฏิบัติการที่ทำการโดยสุจริตจากการถูกกล่าวหาว่ากระทำการโดยมิชอบ

ตามรัฐธรรมนูญไทยกรณีดังกล่าวผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์จะได้รับการคุ้มครอง ถ้าปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ทางเวชกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนใช้แต่เพียงว่าปฏิบัติตามหน้าที่ของตนก็จะได้รับความคุ้มครอง ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งแพทย์ผ่าตัดให้เสร็จ แต่ลืมเครื่องมือผ่าตัดในร่างกายผู้ป่วย ก็เป็นเหตุให้แพทย์นั้นยอมรับความผิด เพราะถึงแม้จะให้การช่วยเหลือผ่าตัดไปแล้ว แต่ก็ต้องทำให้ถูกต้องจนจบกระบวนการ ไม่ใช่ถือว่าทำการรักษาตามหน้าที่ตนเท่านั้น สำหรับในต่างประเทศ ทางกรมแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาอาจมีกระบวนการเยียวยาในรูปแบบกฎหมายยกเว้นความรับผิดในแต่มลรัฐตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่สำหรับฝรั่งเศสไม่มีเหตุยกเว้นดังกล่าว จึงอาจต้องใช้กฎหมายพลเมืองดีซึ่งเป็นหลักกฎหมายทั่วไปมาช่วยในการตีความ

3. คุ้มครองสังคมจากการใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น

กรณีดังกล่าวในทางต่างประเทศได้ยึด ทฤษฎีระบบเปิด (Open System Theory) เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการจัดการเพื่อการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ต้นกำเนิดของทฤษฎีมีแนวคิดมาจาก System Sciences⁵⁹ การพัฒนาการของที่ชัดเจนเริ่มที่ แบร์ทาลันฟี

⁵⁹ สมพร เฟื่องจันทร์. แนวคิดและหลักการในองค์กรสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พิมพ์ครั้งที่ 1,2547, หน้า 145-147

(Bertalanffy) ที่นำแนวคิดแบบองค์รวมมาอธิบายทางชีววิทยาแทนการอธิบายทางวิทยาศาสตร์ในระบบเปิดและได้พัฒนาทฤษฎี “General System Theory “ ขึ้น สำหรับคุณลักษณะที่สำคัญของระบบเปิดมี ดังนี้⁶⁰

1. ความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอก กล่าวคือต้องพึ่งพาทรัพยากรจากภายนอกขององค์การและผลผลิตจะนำสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก
2. เป็นระบบที่มีปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (output) โดยกระบวนการจะทำหน้าที่ในการเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำเข้าด้วยวิธีการต่าง ๆ
3. กิจกรรมที่ทำอย่างต่อเนื่อง (cycle of even) รูปแบบการทำงานเป็นลักษณะที่พึ่งพาอาศัยกันเพื่อให้ได้ผลผลิตออกมาและมีขอบเขตของสถานที่ เวลา

ทฤษฎีนี้ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยที่เกี่ยวกับรูปแบบของการบริการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในชนบท ได้นำมาใช้ในการอธิบาย การดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยบริบทสังคม-การเมือง ได้แก่ สถานการณ์ของโลกในภาวะการแข่งขัน บริบทการเมือง บริบทสังคมวัฒนธรรม บริบทพื้นที่บริบทของความปลอดภัยด้านสุขภาพของสาธารณะ และบริบทในการดูแลก่อนนำส่งโรงพยาบาล สำหรับการนำทฤษฎีระบบในการอธิบายการดูแลการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน เนื่องด้วยที่ตัวการดูแลนี้จัดว่าเป็นระบบย่อยของระบบบริการสุขภาพ และในขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพก็เป็นระบบที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระบบอื่นที่อยู่ในโลกนี้ด้วย

ซึ่งทั้งหมดนี้แล้วล้วนมีความสัมพันธ์กันทั้งหมดตั้งแต่ทฤษฎี ซึ่งต่อมาส่งผลทั้งในเรื่องบุคลากร และวิธีคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งวิเคราะห์แล้ว ตามทฤษฎีในประเทศของสหรัฐอเมริกา นั้นยินยอมให้บุคคลภายนอกเข้ามาปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉิน จึงเป็นเหตุให้การคัดแยกผู้ป่วย มี 3 ระดับ แต่จะไม่ประเมินผู้ไม่รอดชีวิต เพราะโดยสภาพแล้วของสหรัฐอเมริกา มุ่งที่จะส่งตัวผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาล แล้วเมื่อผู้ที่ทำการเป็นบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์โดยแท้แล้ว จึงไม่ควรประเมินว่าผู้ป่วยนั้นสมควรที่จะได้รับการรักษาต่อหรือไม่ ซึ่งต่างของฝรั่งเศสที่บุคลากรส่วนใหญ่เป็นหมอ และเน้นการรักษาผู้ป่วยในภาคสนาม ฉะนั้นการปฏิบัติการในการจำแนก หรือประเมินผู้ป่วยจึงทำโดยผู้มีหน้าที่ตามวิชาชีพแพทย์โดยตรงซึ่งเป็นที่ยอมรับมากกว่า จึงสามารถทำได้

⁶⁰ ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. ทฤษฎีองค์การสมัยใหม่. กรุงเทพฯ : แชนโพธิ์พินิต จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1: พ.ศ.2547. หน้า 58-60

แต่สำหรับประเทศไทยนั้นการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินได้ค่านิยม และเกณฑ์การปฏิบัติที่อนุญาตให้บุคคลภายนอกเข้ามาฝึกปฏิบัติ เพราะบุคลากรทางการแพทย์ในประเทศไม่เพียงพอ อีกทั้งมีกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติการในแบบของสหรัฐอเมริกาจึงควรมีเกณฑ์การปฏิบัติงานด้านการประเมิน คัดแยกผู้ป่วยตามแบบสหรัฐอเมริกาด้วย แต่ทั้งนี้ความน่าสนใจในการรักษาฉุกเฉินแบบภาคสนามของฝรั่งเศสก็ยังคงมีความน่าสนใจอยู่ เพราะประเทศไทยมีพื้นที่ที่ยังห่างไกลที่การรักษาฉุกเฉินจะเข้าไปถึง และบางพื้นที่ที่ประชาชนยังมีการศึกษาต่ำกว่ามาตรฐานที่จะเข้าอบรม หรือไม่มีศูนย์จัดอบรมแพทย์ฉุกเฉิน อาจให้การรักษาฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลมีปัญหา การมีหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ทางการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ แต่ทั้งนี้ก็อาจต้องดูนโยบายของท้องถิ่นในแต่ละที่นั้นให้มีส่วนร่วมและตัดสินใจ เพราะอันตรายในแต่ละท้องถิ่นมีความต่างกัน เช่น ในภูมิภาคชายทะเลกับพื้นที่ภูเขา เป็นต้น ตลอดจนงบประมาณที่จะจัดช่วยเหลือให้สำหรับกรณีดังกล่าว

นอกจากนี้ ยังมีความแตกต่างทางกายภาพอื่นๆเพราะเนื่องด้วยความแตกต่างทั้งสภาพสังคม วิถีชีวิต วัฒนธรรม นโยบายทางการเมือง และความเป็นมาที่แตกต่างของทั้งสหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศส จึงทำ ความแตกต่างของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประเทศทั้ง 2 ย่อมแตกต่างกันไปด้วยในรายละเอียด แต่สิ่งที่ทั้ง 2 มีเหมือนกัน คือมาตรฐานในการรักษาเวชกรรมฉุกเฉินที่มีอย่างยาวนานและสามารถเป็นแม่แบบให้ประเทศอื่นๆทั่วโลกได้ ไม่ว่าจะเป็นเรื่ององค์กร เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการปฏิบัติการ อุปกรณ์ช่วยชีวิต ตลอดผู้ปฏิบัติการที่ได้รับการอบรมอย่างดีเยี่ยม แต่อย่างไรก็ดี ความแตกต่างที่มีอย่างชัดเจนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของทั้ง 2 ประเทศที่ปรากฏมี ดังนี้

1. ความแตกต่างในเรื่องระบบกฎหมาย

สำหรับที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นที่รู้ดีว่าประเทศดังกล่าวใช้ระบบกฎหมายแบบคอมมอนลอว์ ซึ่งรัฐธรรมนูญได้ให้สิทธิต่างๆแก่ประชาชนแล้ว ถึงแม้จะไม่ได้มีรูปแบบเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ก็สามารถเป็นที่ยอมรับได้ ถ้าเรื่องได้เป็นเรื่องยกเว้นหรืออาจกระทบสิทธิประชาชนเรื่องนั้นก็ต้องมีกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งอาจจะยึดถือมาจากจารีตประเพณีหรือกฎหมายจากคำพิพากษาบรรทัดฐานมาเป็นตัวตัดสิน

แต่สำหรับประเทศฝรั่งเศสเป็นระบบกฎหมายซีวิลลอว์ มีกฎหมายให้สิทธิและหน้าที่แก่ประชาชนตามรัฐธรรมนูญซึ่งบัญญัติไว้เป็นลายลักษณ์อักษร ดังนั้นการจะบังคับใช้มาตรการ

จึงจำเป็นต้องออกเป็นบทบัญญัติต่างๆ จึงจะชอบด้วยกฎหมาย และตีความเจตนารมณ์ของกฎหมายตามตัวบทบัญญัติเป็นสำคัญ ไม่เน้นอ้างอิงคำพิพากษাবรรทัดฐาน

2. ความแตกต่างในเรื่องขององค์ประกอบของมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉิน

เนื่องด้วยสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศคอมมอนลอร์ มาตรฐานในการรักษาเกี่ยวแพทย์ฉุกเฉินจึงอ้างอิงมาจากมาตรฐานการศึกษาจากโรงพยาบาลหรือสถานที่ฝึกศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำคัญ เช่นในเรื่องของ EMS Core Contents ซึ่งอาจจะมีรายละเอียดที่ค่อนข้างมากและครอบคลุม ซึ่งอาจไม่เหมาะนักสำหรับประเทศที่ใช้ระบบซีวิลลอร์

สำหรับฝรั่งเศสมาตรฐานต่างๆ ล้วนต้องอยู่ในรูปแบบของกฎหมายลายลักษณ์อักษร ด้วยเพราะความเชื่อมั่นในหลักนิติรัฐที่มาตรการแทบทุกอย่างต้องอยู่ในรูปแบบของกฎหมายลายลักษณ์อักษรจึงจะเป็นที่ยอมรับและสามารถบังคับใช้ได้ในสังคม ซึ่งเรื่องดังกล่าวอาจออกเป็นอนุบัญญัติมาใช้ในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับแพทย์ฉุกเฉิน เช่น รัฐธรรมนูญกำหนดให้การช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินและการขนส่งทางการแพทย์ (emergency medical assistance and medical transportation)⁶¹ เป็นต้น

3. การใช้กฎหมายพลเมืองดี

จากที่ศึกษามาแล้วข้อเท็จจริงที่พบทั้งระบบซีวิลลอร์และคอมมอนลอร์ต่างยอมรับการใช้กฎหมายพลเมืองดีมาเป็นเหตุผลที่สร้างข้อจำกัดความรับผิดชอบต่างๆ แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

สำหรับอเมริกาเรื่องดังกล่าวแม้จะมีที่มาจากจารีตประเพณี แต่เนื่องจากเป็นเรื่องกฎหมายต้องการคุ้มครองผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นการเฉพาะจึงทำให้ข้อยกเว้นดังกล่าวจึงต้องอยู่ในรูปแบบกฎหมายลายลักษณ์อักษร เพื่อยกเว้นความรับผิดบางประการสำหรับกรณีฉุกเฉิน

แต่ที่ฝรั่งเศสแม้จะเป็นประเทศที่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร แต่เรื่องดังกล่าวกลับใช้กฎหมายอาญาทั่วไปในการบังคับใช้ เพราะมุ่งเน้นลงโทษผู้ที่ไม่ช่วยผู้เดือดร้อนสังคมมากกว่าจะให้ประโยชน์แก่ผู้ที่ทำการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุร้ายเหตุฉุกเฉิน โดยดูทั้งความเป็นเหตุสุดวิสัยและใช้กฎหมายพลเมืองดีเป็นหลักกฎหมายทั่วไปอุดช่องว่างทางกฎหมายโดยตีความดังกล่าวอย่างเคร่งครัด

สำหรับประเทศไทยเมื่อเห็นข้อดีและข้อแตกต่างทั้ง 2 ประเทศแล้วข้าพเจ้าจึงอยากเสนอแนะว่ามาตรฐานในการใช้สำหรับการศึกษาและมาตรการต่างๆ ควรจะดูเป็นในแต่ละบริบทไป

⁶¹ คูภาคผนวก

แต่ที่เห็นได้ชัดเจนการการศึกษาคั้งนี้อาจมีในเรื่อง เช่น เรื่องบุคลากรที่จะเข้ามาปฏิบัติการ ควรนำแบบอย่างของสหรัฐอเมริกา เพราะจะสอดคล้องกับกฎหมายไทยที่มีมากกว่าเพราะกฎหมายไทยก็ยอมรับบุคลากรภายนอกเข้ามาปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินได้ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ของไทยไม่ได้มีต้นแบบเช่นเดียวกันกับประเทศฝรั่งเศส แต่ทั้งนี้ก็ต้องเป็นไปตามคุณสมบัติและเงื่อนไขตามที่กฎหมายบัญญัติเพื่อสร้างความเป็นมาตรฐานให้เกิดขึ้นจริง

สำหรับการประเมินแยกประเภทของสหรัฐอเมริกามี 3 ประเภท ประเทศฝรั่งเศสมี 4 ประเภทนั้นเกิดขึ้นเนื่องจากแนวความคิดในการรักษาที่แตกต่าง เพราะฝรั่งเศสมุ่งเน้นที่จะสร้างหน่วยแพทย์เคลื่อนที่และรักษาตรงจุดเกิดเหตุ ต่างจากสหรัฐอเมริกาที่มุ่งเน้นในการรักษาเบื้องต้นเพื่อนำส่งเข้าสู่โรงพยาบาล สำหรับเรื่องดังกล่าว ข้าพเจ้าจึงขอให้ความเห็นเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติมว่าในการรักษาที่แตกต่างนี้ ต่อไปอาจต้องดูบริบทในสังคมนั้นๆ ซึ่งอาจมีปัจจัยทางกายภาพต่างกัน เช่นในเมือง-ชนบท พื้นที่ภูเขา-พื้นที่เกาะ ซึ่งควรให้ท้องถิ่นมีบทบาทเพื่อจะตัดสินใจว่าควรจะใช้รูปแบบใดจึงจะเหมาะสม หรือควรใช้พาหนะแบบใดจึงจะสัมฤทธิ์ผลและทันต่อเหตุการณ์ของในแต่ละพื้นที่ เพื่อจะได้เป็นอีกหนึ่งในมาตรฐานเพื่อคุ้มครองทั้งผู้ปฏิบัติการและผู้ป่วย ให้มีลักษณะเป็นบทบัญญัติทางกฎหมาย เพื่อจะได้มีความศักดิ์สิทธิ์ในการบังคับใช้ตามหลักนิติรัฐ และตามบทบัญญัติของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินไทยว่ามาตรฐานต่างๆต้องออกเป็นอนุบัญญัติและประกาศในราชกิจจานุเบกษาจึงจะชอบด้วยกฎหมาย

บทที่ 5

สภาพปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้กฎหมายไทย

5.1 การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง

การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องนั้น ตามที่ปรากฏในกฎหมายลายลักษณ์อักษรของไทยนั้นได้แก่รัฐธรรมนูญไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

5.1.1 สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญราชแห่งอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(2) รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนให้บริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเพิ่มบทบัญญัติให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อ

ก. ตอบสนองนโยบายหลักพื้นฐานแห่งรัฐ ซึ่งการให้บริการสาธารณสุขในเรื่องของสาธารณสุขก็เป็นหนึ่งเหตุผลสำคัญที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดให้มีตามข้อความ **ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน** และเน้นให้มีการช่วยเหลือกันในเอกชนและชุมชนเพื่อตอบสนองการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นพื้นฐานตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ข. รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่ข้อเท็จจริงที่มีการถกเถียงกันเสมอคือเรื่อง**มาตรฐานในการรักษาของแพทย์นั้น ใช้มาตรฐานใดเป็นดัชนีชี้วัด** เพราะในความเป็นจริงผู้ป่วยแต่ละรายอาจ

ไม่ใช่มาตรฐานเดียวกันรักษา เช่นผู้ป่วยฉุกเฉินกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเด็กกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งมาตรฐานในการรักษาควรมีเป็นการเฉพาะในแต่ละเรื่องไปและจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้อย่างพอเหมาะสมควร เพื่อประชาชนจะได้ตระหนักในสิทธิหรือได้รับรู้ข้อยกเว้นในการรักษาว่าเป็นธรรมเพียงพอหรือไม่ เพราะรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพทั่วถึง แม้ว่าจะยังไม่มีกฎหมายรองรับก็ตาม แต่อย่างไรเสียในภายหน้าก็ต้องมีกฎหมายออกมารับรองมาตรฐาน มิเช่นนั้นก็จะไม่เป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนไปอย่างแท้จริง

5.1.2 สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินในกรณีดังกล่าว พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 7 บัญญัติไว้ว่า

“มาตรา 7 บุคคลที่ได้ลงทะเบียนแล้ว ให้ใช้สิทธิรับบริการสาธารณสุขได้จากหน่วยบริการประจำของตนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง หรือจากหน่วยบริการอื่นที่หน่วยบริการประจำของตนเองหรือเครือข่ายหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องส่งต่อ เว้นแต่กรณีที่มีเหตุสมควร หรือกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ให้บุคคลนั้นมีสิทธิเข้ารับบริการจากสถานบริการอื่นได้ ทั้งนี้ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงความสะดวกจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการ และให้สถานบริการที่ให้บริภรณ์นั้นมีสิทธิได้รับค่าใช้จ่ยจากกองทุนตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด”

สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินถือเป็นข้อยกเว้นในการรับบริการสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ที่จะสามารถเข้ารับการรักษาฉุกเฉินที่ใดก็ได้โดยไม่จำเป็นต้องมีสังกัด หรือหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องอันเป็นการจำกัดพื้นที่การรักษาฉุกเฉิน เป็นการจำกัดสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน และไม่ถูกต้องกับสภาพความเป็นจริงที่จะบังคับใช้ แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความสะดวกจำเป็นของผู้ใช้สิทธิรับบริการเป็นสำคัญ

5.1.3 การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มาตรา 28 ได้บัญญัติว่า

มาตรา 28 “ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(1) ตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้น้ำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง”

กรณีดังกล่าวสามารถอธิบายสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตราดังกล่าวได้ ดังนี้

1. ให้สิทธิในการรักษาฉุกเฉิน มีการตรวจแยกระดับของความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน เพราะเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต่างกัน ซึ่งการตรวจแยกวัดระดับความฉุกเฉินย่อมมีผลดีเพื่อที่จะได้ดูสภาพและอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความอันตรายจากการบาดเจ็บและจะได้นำตัวผู้ป่วยไปรักษาอย่างทันทีทันใด ซึ่งในข้อนี้ในการให้ความสำคัญก็สามารถจัดได้ว่า เป็นการให้ความสำคัญในการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนด้วย

2. เป็นการคุ้มครองสิทธิที่ว่าจะต้องรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลก่อนจะมีการนำตัวผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการรักษาที่ต้องเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดไว้ตามที่ผู้เขียนได้เกริ่นกล่าวตามข้างต้น แต่ทั้งนี้ก็อาจจะเว้นเสียแต่ว่าแพทย์ได้ให้การรับรองว่าการส่งต่อนั้นเป็นประโยชน์ที่จะป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของความเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ซึ่งการส่งต่อนี้ก็ต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการลำเลียงขนส่งผู้ป่วยอีกด้วย และในทางปฏิบัติการรักษาและลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องมีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้า ดังนั้นทางโรงพยาบาลก็**ไม่สามารถที่จะปฏิเสธการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถ้าจะอ้างว่าเตียงในโรงพยาบาลนั้นเต็ม** ซึ่งเป็นการให้สิทธิดีกว่าคนไข้ ผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นๆ ที่มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า

3. การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีดังกล่าวนี้หมายถึงการปฏิบัติต้องทำตามเท่าที่จำเป็นและจะอ้างว่าเป็นกรณีฉุกเฉินไปเสียทั้งหมดย่อมมิได้ ซึ่งการเจ็บป่วยใดที่จะจัดเข้าภาวะฉุกเฉินตามการรักษาฉุกเฉินก็ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ ซึ่งการจะรู้ถึงข้อบ่งชี้ได้ก็แสดงว่าย่อมต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติกรมิให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งในกรณีดังกล่าวเป็นการสอดคล้องตามรัฐธรรมนูญมาตรา 51 วรรคสองที่ได้บัญญัติ “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” ที่มุ่งส่งเสริมการให้บริการทางสาธารณสุขให้เข้าถึงประชาชนทั่วไปได้จริง โดยไม่ต้องมีเรื่องของค่าใช้จ่ายเป็นตัวปัจจัยในการที่จะเข้าถึงการรักษาฉุกเฉิน และอันเป็นการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนในประเทศอีกหนึ่งประการอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุดเท่าที่กฎหมายไทยเคยมีมา

แต่อย่างไรก็ดี สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินเองก็ย่อมมีข้อยกเว้น ซึ่งจะกล่าวต่อไปเพราะเรื่องดังกล่าวนี้ถือเป็นคุณและเป็นการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

5.1.4 บทวิเคราะห์ข้อจำกัดของกฎหมายไทยในการคุ้มครองและรับรองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉิน

สิทธิต่างๆ ของมนุษย์นั้นมีอยู่จริงในสังคมซึ่งรวมถึงสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินก็เป็นหนึ่งในนั้น แต่เมื่อมีสิทธิก็ย่อมต้องมีข้อยกเว้นอันเป็นเรื่องจำกัดสิทธิซึ่งเป็นเหมือนเป็นของที่มีมาอยู่คู่กัน แต่ข้อจำกัดบางอย่างมีไว้เพื่อรักษาประโยชน์อย่างอื่น อาจมีไว้เพื่อไม่ให้สิทธิของตนเองไปกระทบสิทธิหรือหน้าที่ของผู้อื่นในสังคม รวมถึงข้อยกเว้นบางอย่างยังอาจเป็นประโยชน์ต่อตนเองและความเป็นอยู่ร่วมกันของคนในสังคมประการแต่อย่างไรก็ดี

สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินเองก็ย่อมมี**ข้อยกเว้น** ซึ่งเนื้อหาตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มีข้อยกเว้นซึ่งบัญญัติไว้ ดังนี้

“มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใดจะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนนั้นได้”

มาตราดังกล่าวนี้แท้จริงแล้วโดยเนื้อหาในเบื้องต้นเป็นการให้**สิทธิควร**ได้รู้ให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์ ที่จะเลือกในการตัดสินใจในการรักษาโดยแพทย์มีหน้าที่ต้องให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ถ้าตกลงใจก็สามารถให้ความยินยอมที่จะรักษาที่เป็นเรื่องของหลักความยินยอม (Consent) ซึ่งตามหลักแล้วในการรักษาทางการแพทย์ก็ต้องเป็นไปตามความยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งสิทธิการให้ความยินยอมนี้ก็เป็นที่ยอมรับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไทยในข้อ 3 แต่ทั้งนี้หลักความยินยอมดังกล่าวไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถทำการรักษา**การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน** ถือเป็นหน้าที่แพทย์และพยาบาลต้องปฏิบัติโดยด่วนเพื่อช่วยชีวิต ในกรณีที่ไมอาจขอความยินยอมต่อทั้งตัวผู้ป่วยและญาติได้ ก็สามารถทำได้เลยถ้ามีเหตุผลเพียงพอว่าทำเพื่อไปช่วยชีวิต กรณีเช่นนี้เป็นเรื่องที่ไม่อาจขอความยินยอมจากผู้ป่วยได้จึงจำเป็นต้องกระทำการใดๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอด อีกกรณีหนึ่งคือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีผู้ที่นำมาส่งโรงพยาบาล กรณีเช่นนี้แพทย์และพยาบาลก็ต้องช่วยรักษาหรือช่วยชีวิต เพราะเป็นกรณีผู้ป่วยมีสภาวะจิตผิดปกติ ถือเป็นข้อยกเว้นที่ไม่อาจขอความยินยอมตามหลัก “informed consent” ได้ในภาวะเช่นนั้น แต่ถ้าเป็นกรณีปกติ หากจะต้องทำการรักษา

ด้วยวิธีการผ่าตัดหรือใช้เครื่องมือใดเป็นกรณีพิเศษ แพทย์หรือพยาบาลที่เป็นผู้ช่วยจะต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยหรือญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจแทนทุกครั้ง หากผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์ให้ถือเกณฑ์อายุ 18 ปี ถ้าผู้เยาว์ยังไม่เกินอายุ 18 ปีบริบูรณ์ ให้บิดามารดาหรือผู้แทนโดยชอบธรรมให้ความยินยอมแทน (ตามประกาศสิทธิผู้ป่วยข้อ 10) แต่ถ้าผู้เยาว์เกินอายุ 18 ปีบริบูรณ์แล้ว แม้ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ก็สามารถให้ความยินยอมด้วยตัวเองได้ เพราะการยินยอมให้แพทย์หรือพยาบาลกระทำต่อร่างกาย มิใช่การทำนิติกรรมทางแพ่ง¹

แม้จะมีบทบัญญัติดังกล่าวเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ก็มีข้อจำกัดอย่างในระดับกฎหมายลำดับรองเช่นในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ดังนี้

1. สิทธิได้ทราบข้อมูลเพียงพอที่จะยินยอมหรือไม่ยินยอมในการรับการรักษา

สิทธิดังกล่าวสามารถเป็นข้อยกเว้นได้ถ้าเกิดข้อเท็จจริงที่ว่าในขณะที่ลงมือการรักษานั้นผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในสภาวะที่มีสติสัมปชัญญะที่จะแสดงเจตนาที่จะยินยอมหรือไม่ได้เมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินก็ต้องสันนิษฐานไว้ก่อนว่าผู้ป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือเพราะตามวิสัยของวิญญูชนความเป็นมนุษย์ตามปกติย่อมไม่มีใครที่ต้องการบาดเจ็บล้มตาย และถ้าไม่ช่วยเหลือก็จะเป็นการกระทำผิดกฎหมายอาญามาตรา 374² เพราะเห็นผู้อื่นตกอยู่ในอันตราย แต่ตนไม่ช่วยเหลือ

2. มีสิทธิทราบชื่อ สกุล ประเภทของแพทย์

ข้อเท็จจริงดังกล่าวเป็นไปได้ยากมากสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่มีสติสัมปชัญญะที่จะมีสิทธิเลือกแพทย์ที่จะรักษา สืบเนื่องจากด้วยความเป็นภาวะฉุกเฉินสถานการณ์ต่างๆจึงยอมเป็นเรื่องเร่งด่วน การทราบชื่อ สกุล และประเภทของแพทย์ไม่ใช่สาระสำคัญของการรักษาฉุกเฉิน รวมถึงสิทธิสามารถขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพด้านอื่นๆก็ไม่สามารถใช้ได้กับกรณีดังกล่าวด้วยเช่นเดียวกัน

3. สิทธิเลือกแพทย์ผู้ให้บริการ ขอเปลี่ยนผู้บริการ และสถานบริการได้

¹ แสง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์พยาบาล, สำนักพิมพ์วิญญูชน พิมพ์ครั้งที่ 3 แก้ไขเพิ่มเติม, 2546 (หน้า 82)

² ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 374 ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภัยอันตรายแห่งชีวิต ซึ่งตนเองอาจช่วยได้ โดยไม่ควรกลัวอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือนหรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

เพราะด้วยสถานการณ์ฉุกเฉินตามวิสัยและพฤติการณ์ของแพทย์ก็ย่อมมีหน้าที่รักษาผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะที่อาจอันตรายถึงชีวิตไปก่อน ถึงแม้โดยความต้องการส่วนตัวผู้ป่วยนั้นอาจไม่ต้องแพทย์คนดังกล่าวมาทำการรักษาตน อีกทั้งจารีตของแพทย์นั้นไม่สามารถปฏิเสธคนไข้ได้ และยิ่งเหตุการณ์ที่อยู่ในขั้นวิกฤตด้วยแล้วจึงเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะสามารถเลือกแพทย์ผู้รักษาตนได้

5. มีสิทธิปกปิดข้อมูลตนเอง

ถ้าเป็นการรักษาทางการแพทย์ทั่วไปย่อมเป็นการไม่ห้ามที่ผู้ป่วยจะปกปิดข้อมูลของตน แต่ถ้าเป็นเหตุการณ์ที่ต้องรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สิทธิดังกล่าวย่อมไม่อาจจะมีผลบังคับใช้ได้เพราะเนื่องจาก ข้อมูลบางอย่างอาจเป็นประโยชน์ในการรักษา เช่น หมูโลहित ประวัติการแพ้ยา ชื่อ สกุล ที่อยู่พักอาศัย เพื่อจะได้ติดต่อญาติผู้ป่วยให้ทราบถึงการเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บ เป็นต้น

5.2 การคุ้มครองในการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง

การคุ้มครองการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้นถือเป็นข้อดีและเป็นคุณต่อผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวได้รับรองตามกฎหมายก็ย่อมสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีในการปฏิบัติงานแก่ผู้ปฏิบัติการและเป็นการจูงใจให้คนที่เก่งและมีความสามารถสนใจมาประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลดีต่อประเทศที่จะได้มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มากขึ้นสร้างตัวเลือกในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ซึ่งให้แก่ประชาชนประชาชนมากขึ้น ดังนั้นการมีกฎหมายคุ้มครองผู้ปฏิบัติการทางเวชกรรมไม่ว่าจะประเภทใดๆ แม้เนื้อหาจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ปฏิบัติการ แต่เบื้องหลังของเนื้อหาเองก็สร้างประโยชน์ให้แก่ประชาชนด้วยเช่นกัน

5.2.1 การปฏิบัติงานตามมาตรฐานและจรรยาบรรณของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550

ซึ่งโดยเนื้อแท้แล้วก็เป็นมาตรฐานเดียวกันกับที่คุ้มครองผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยทั่วไป แต่กฎหมายแม้จะเปิดช่องให้ แต่ก็เป็นการเปิดให้อย่างกว้างๆ ตามลักษณะทั่วไปของรัฐธรรมนูญที่จะเปิดให้เห็นสิทธิของประชาชนทุกคนที่จะได้รับไม่ว่าด้านใดๆ ก็ตาม ซึ่งในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน มาตรา 80(2) บัญญัติไว้ว่า

มาตรา 80 “รัฐต้องดำเนินตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้....

(2) รวมทั้งจัดและส่งเสริมให้ประชาชนให้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและจัดบริการสาธารณสุข โดยผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย”

กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดเห็นว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเพิ่มบทบัญญัติให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเสมือนเป็นอีกด้านหนึ่งของเหรียญ ซึ่งถ้าสังเกตในช่วงท้ายของอนุมาตรา 2 ในข้อความที่กล่าวว่า “ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจรรยาบรรณย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” แสดงให้เห็นถึงกฎหมายเปิดช่องไว้ให้ผู้ปฏิบัติวิชาชีพในทางเวชกรรมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งเวชกรรมฉุกเฉินก็เป็นเวชกรรมอีกแขนงหนึ่งที่ก็ย่อมได้รับความคุ้มครองด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้ก็ต้องสืบหาในส่วนของมาตรฐานว่ามีลักษณะอย่างไร แตกต่างกับการปฏิบัติการของแพทย์อย่างทั่วไปอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อกล่าวอ้างให้แก่ตนเองได้ว่าปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายแล้ว และมาตรฐานเป็นที่เข้าใจได้โดยทั่วไป

5.2.2 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ความชอบแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้มีบทบัญญัติไว้ ดังนี้

“มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และกรณีและผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีและผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนนั้นได้”

มาตราดังกล่าวนี้จริงแล้วโดยเนื้อหาในเบื้องต้นเป็นการให้สิทธิควรรับรู้ให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์ ที่จะเลือกในการตัดสินใจในการรักษาโดยแพทย์มีหน้าที่ต้องให้มูดด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ถ้าตกลงใจก็สามารถให้ความยินยอมที่จะรักษาที่เป็นเรื่องของหลักความยินยอม (Consent) ซึ่งตามหลักแล้วในการรักษาทางการแพทย์ก็ต้องเป็นไปตามความยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งสิทธิการให้ความยินยอมนี้ก็เป็นที่ยอมรับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไทยในข้อ 3 แต่ทั้งนี้หลักความยินยอมดังกล่าวไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถทำการรักษา ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ แม้จะไม่ได้รับความยินยอม นั่นคือผู้รับบริการต้องอยู่ภาวะอันตรายเสี่ยงต่อชีวิตและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องช่วยเหลือ หรือผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งบุคคลต่างๆตามที่มาตรา 8 (2) กำหนด และการช่วยเหลือดังกล่าวนี้จะไม่เป็นความผิด แม้ผู้รับบริการนั้นจะไม่ประสงค์ที่จะได้รับบริการฉุกเฉินดังกล่าว หรือการปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินนี้จะขัดกับหลักศาสนา หรือความเชื่อที่ไม่เป็นที่รู้กันโดยทั่วไป

ตัวอย่างดังต่อไปนี้ เป็นอุทธานรณสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินในการรักษาโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แม้ผู้ป่วยจะมีสติสัมปชัญญะก็ย่อมไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ตามกฎหมาย **เรื่องเสรีที่ 250/2546 บันทึกสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เรื่อง การปฏิเสธการถ่ายเลือดของกลุ่มศาสนาคริสต์เตียนพยานพระยะโฮวา รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีหนังสือที่ พส.011/163 ลงวันที่ 16 มกราคม 2546 ถึงเลขาธิการคณะกรรมการกฤษฎีกา** ขอให้พิจารณาเอกสารการปฏิเสธการถ่ายเลือดและการปลดเปลื้องแพทย์จากความรับผิดชอบ และเอกสารบ่งชี้ทางการแพทย์ไม่รับการถ่ายเลือดว่า ครอบคลุมสาระสำคัญครบถ้วนหรือไม่ และมีผลในทางปฏิบัติเป็นที่ยอมรับหรือไม่ โดยชี้แจงว่าคริสเตียนพยานพระยะโฮวา (Jehovah's Witnesses) ซึ่งปฏิบัติตามคำสอนในคัมภีร์ไบเบิลอย่างเคร่งครัด หนึ่งในข้อปฏิบัติที่สำคัญคือ การละเว้นจากเลือด พยานพระยะโฮวาจึงปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ต้องใช้เลือด

คณะกรรมการแพทย์สภาพิจารณาเรื่องดังกล่าวแล้วเห็นว่า เรื่องนี้มีผลกระทบต่อประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์เพราะในทางปฏิบัติหากแพทย์ไม่ช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะอันตรายแพทย์ก็จะมีผิด

คณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 10) ได้พิจารณาเห็นว่า ประเด็นที่ต้องพิจารณามีสองประเด็น คือ

ประเด็นที่หนึ่ง ที่ว่า การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของสมาชิกกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา ในการปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ต้องใช้เลือด แพทย์สามารถปฏิบัติตามเจตจำนงดังกล่าวได้หรือไม่ นั้น เห็นว่า มาตรา 38 (1) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้รับรองให้บุคคลมีเสรีภาพบริบูรณ์ในการถือศาสนา และมีเสรีภาพในการปฏิบัติตามศาสนบัญญัติหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อถือของตน แต่จะต้องไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมือง และไม่เป็นการขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน โดยการใช้เสรีภาพดังกล่าวจะได้รับความคุ้มครองมิให้รัฐกระทำการใด ๆ อันเป็นการรอนสิทธิหรือเสียประโยชน์อันควรมีควรได้เพราะเหตุที่ถือศาสนาหรือปฏิบัติตามศาสนบัญญัติหรือปฏิบัติพิธีกรรมตามความเชื่อถือ แตกต่างจากบุคคลอื่น

นอกจากนั้น มาตรา 28 (2) ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้รับรองให้บุคคลอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิและเสรีภาพของตนได้ เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญหรือไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดีของประชาชน ดังนั้น จึงต้องพิจารณาในเบื้องต้นก่อนว่า การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของสมาชิกกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา ในการปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ต้องใช้เลือดนั้น เป็นการใช้สิทธิและเสรีภาพที่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมืองหรือขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน คณะกรรมการกฤษฎีกาเห็นว่ากรณีดังกล่าวกลุ่มศาสนา คริสต์นิกายพยานพระยะโฮวา สามารถยกบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้เพื่อ ใช้สิทธิทางศาลหรือยกขึ้นเป็นข้อต่อสู้คดีในศาลได้ ถ้ามีข้อเท็จจริงคือ

(1) กรณีผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต หากเป็นการแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าของผู้ป่วยในขณะที่มีความรู้สึกผิดชอบสำหรับตนเองในการปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ต้องใช้เลือดย่อมไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อหน้าที่พลเมืองและไม่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ดังนั้น แพทย์สามารถปฏิบัติตามเจตจำนงดังกล่าวของผู้ป่วยได้ แต่ก็มีข้อยกเว้นคือ...

(2) กรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและตามมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แพทย์ผู้ให้การรักษาจำเป็นต้องใช้วิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือดเท่านั้น จึงจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ การแสดงเจตจำนงไว้ล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาใด ๆ ที่ต้องใช้เลือด ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยนั้นต้องเสียชีวิตทั้งๆ ที่ยังมีวิธีการรักษาโดยการถ่ายเลือด

ซึ่งจะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ ในกรณีนี้การแสดงเจตจำนงดังกล่าวของผู้ป่วยย่อมเป็นปฏิบัติที่ ต่อหน้าที่พลเมืองและขัดต่อความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชนและตกเป็นโมฆะ ตามมาตรา 150 (3) แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนั้น แพทย์จึงไม่สามารถปฏิบัติ ตามเจตจำนงดังกล่าวของผู้ป่วยได้

ประเด็นที่สอง ที่ว่าหากมีความจำเป็นที่ต้องช่วยชีวิตด้วยการให้เลือด แพทย์ผู้ถือ ปฏิบัติตามผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มศาสนาคริสต์นิกายพระเยซูคริสต์ได้แสดงเจตจำนงไว้ ล่วงหน้าในการปฏิเสธการรักษาใดๆ ที่ต้องใช้เลือดจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการถ่ายเลือดนั้น ถึงแก่ความตาย กรณีดังกล่าวเป็นกรณีที่แพทย์เห็นผู้ป่วยตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจ ช่วยได้ แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ซึ่งเป็นความผิดตามมาตรา 374 (4) * แห่งประมวลกฎหมาย อาญา นอกจากนี้ยังเป็นการฝ่าฝืนจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรมซึ่งตามมาตรา 31 (5) แห่ง พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 บัญญัติให้แพทย์ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวช กรรมตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับแพทยสภา และข้อบังคับแพทยสภา ดังนั้นแพทย์ จึงควรสามารถ ให้การรักษาได้ตามกฎหมาย

5.2.3 การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ความชอบแห่ง พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

กรณีดังกล่าวก็เป็นอีกกรณีหนึ่งที่นอกจากจะคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ยังเป็น อีกมาตรการที่คุ้มครองสิทธิผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย เมื่อมองในมุมกลับ

มาตรา 28 “ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้นำหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉิน ตามหลักการดังต่อไปนี้

(1) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการ ฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(2) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วย ปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อ เว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วย

* ข้อเท็จจริงในเวลาดังกล่าว พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ยังไม่ได้ประกาศใช้ความรับ ผิดดังกล่าวจึงยังคงเป็นความผิดลหุโทษ แต่เมื่อมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นจึงมีการพิจารณาตีความ ขึ้นมาให้ให้เป็นความผิดตามมาตรา 307 และรับโทษตามมาตรา 308 ตามประมวลกฎหมายอาญา

ฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(3) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุผล ผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันทีทันใด

หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง”

กรณีดังกล่าวสามารถอธิบายสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตราดังกล่าวได้ดังนี้

1. ให้มีการตรวจแยกระดับของความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน ซึ่งการตรวจแยกระดับความฉุกเฉินย่อมมีผลดีเพื่อที่จะได้ดูสภาพและอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความอันตรายจากการบาดเจ็บและจะได้นำตัวผู้ป่วยไปรักษาอย่างทันทีทันใด ซึ่งในข้อนี้ในถ้าสามารถจัดการได้ในข้อเท็จจริงโอกาสที่ผู้ป่วยจะพ้นจากความอันตรายย่อมมีมากขึ้นโอกาสที่จะเกิดปัญหาฟ้องร้องก็ย่อมต่ำลงเช่น เป็นการให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานตามมาตราฐานของเวชกรรมฉุกเฉินในตัวด้วย

2. ถ้าให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลก่อนจะมีการนำตัวผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการรักษาก็เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดไว้ก็ย่อมเป็นการลดภาระในการรับผิดชอบให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานก็ต้องมีการประเมินสมรรถนะ การทดสอบความรู้อย่างเข้มงวด และต้องได้รับการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดด้วย คงเป็นไปได้ที่จะมีแต่ความตั้งใจที่เต็มพร้อมแต่ความรู้ความสามารถบกพร่องมาให้กระทำการดังกล่าว เพราะหน้าที่ดังกล่าวเป็นการรับผิดชอบในชีวิตของคนซึ่งเป็นสิ่งมีค่า

แต่ทั้งนี้ก็อาจจะเว้นเสียแต่ว่าแพทย์ได้ให้การรับรองว่าการส่งต่อนั้นเป็นประโยชน์ที่จะป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของความเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการส่งต่อนี้ก็ต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการลำเลียงขนส่งผู้ป่วยอีก เช่นจะต้องมีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบความพร้อมของโรงพยาบาลที่จะส่งตัวผู้ป่วยก่อนล่วงหน้า

5.2.4 บทวิเคราะห์สภาพปัญหาและความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ ฉุกเฉิน

ความรับผิดชอบในทางการแพทย์ทั่วไปถ้าเกิดความเสียหายจากความผิดนั้นขึ้นก็จะใช้กฎหมายเอกชนที่เกี่ยวข้องโดยหลักๆก็ได้แก่กฎหมายแพ่ง และกฎหมายอาญา แต่สำหรับการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินการปฏิบัติการตามมาตรฐานการรักษาฉุกเฉินนั้นจัดเป็นการกระทำทางปกครองด้วย เพราะถือว่าเป็นการกระทำการเป็นบริการสาธารณะ และเป็นการทำหน้าที่แทนรัฐ ซึ่งเจตนารมณ์ทางกฎหมายนั้นมุ่งให้กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินนั้นเป็นกฎหมายมหาชน ดังนั้นความรับผิดชอบของกฎหมายมหาชนจึงอยู่ในลักษณะความรับผิดชอบทางปกครองเป็นหลัก แต่ก็อาจจะมีกฎหมายอื่นด้วยตามที่กำหนด

5.2.4.1. ความรับผิดชอบทางปกครอง

โทษทางปกครองของการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 มีใจความดังนี้

มาตรา 37 “ผู้ใดฝ่าฝืนประกาศ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29(1) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท”

มาตรา 38 “ผู้ใดใช้ระบบสื่อสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประกาศที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท”

มาตรา 39 “การกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา 37 และมาตรา 38 ให้ กพฉ. คำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมที่ทำ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการนั้น ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ กพฉ. กำหนด”

มาตรา 40 “ผู้ใดใช้เข็มชุกเกียรติ โดยไม่มีสิทธิหรือแสดงด้วยประการใดๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายแสดงวิทยฐานะโดยตนไม่มีสิทธิ ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท”

ข้อสังเกต กฎหมายดังกล่าวมีโทษทางปกครองเนื่องด้วยเหตุผลที่ว่า

1. กฎหมายมีเจตนารมณ์ให้พระราชบัญญัติดังกล่าวมีความเป็นกฎหมายมหาชน โดยแท้มากกว่าที่จะเป็นกฎหมายเอกชน

2. การปฏิบัติการไม่ว่าทั้ง ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลที่ทำการปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐ แม้ในข้อเท็จจริงผู้ปฏิบัติการนั้นจะเป็นเอกชน เช่น มูลนิธิที่เข้ารับการบริจาคเงินเพื่อมาช่วยปฏิบัติงานหรือโรงพยาบาลเอกชนที่รักษาตัวผู้ป่วยฉุกเฉิน เหล่านี้ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำการแทนรัฐ ถือเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และหน่วยงานทางปกครองตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

5.2.4.2. ความรับผิดทางจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ฉุกเฉิน

การรับผิดทางจริยธรรมทางการแพทย์ฉุกเฉินนั้นพิจารณาจากผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติในเรื่องของ

ก. หลักเกณฑ์

ข. เงื่อนไข

ค. มาตรฐานที่กำหนด

ผู้ที่มีอำนาจพิจารณาเรื่องดังกล่าว คือ กพฉ. ตามอำนาจที่ให้ไว้ในมาตรา 31 ส่วน ความรับผิดที่กำหนดบัญญัติไว้ในมาตรา 32 มีเนื้อหาดังนี้

มาตรา 32 “ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด และการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

(1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นให้ถูกต้อง

(2) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

(3) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

(4) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข”

จากตรงนี้จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายแพทยฉุกเฉินนั้น ไม่ซับซ้อน เพราะมุ่งเน้นความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ก็ไม่ขัดที่จะให้กฎหมายอื่นเข้ามามีบทบาท เพราะถ้าความผิดนั้นสามารถไปเกี่ยวเนื่องกับความผิดอื่นได้ เช่นละเมิดเจ้าหน้าที่ แต่เนื่องจากมีโทษทางปกครองและโทษทางจริยธรรมที่มีต่างหากจึงเป็นการง่ายที่ลงโทษต่อผู้กระทำผิด และมีความสมเหตุสมผลและมีเป็นธรรมอย่างเพียงพอ

5.3 วิเคราะห์สภาพปัญหาของมาตรฐานและทิศทางของการปฏิบัติการทางแพทยฉุกเฉินตามกรอบแห่งกฎหมาย

ตามปกติแล้วความเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานควรอยู่ในลักษณะของกฎหมายในรูปแบบอนุบัญญัติอาจเป็น กฎ หรือระเบียบ หรือประกาศใดๆ ซึ่งต้องมีการประกาศใช้ในราชกิจจานุเบกษาด้วย เพราะการผลักดันมาตรฐานการปฏิบัติการออกมาเป็นไปในลักษณะทางกฎหมายนั้นมีข้อดี คือ

ก. ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำมาตรฐานดังกล่าวมาอ้างได้ถ้าเกิดการฟ้องร้องความเสียหายหรือความรับผิดชอบใดๆ เพราะถ้านำสืบแล้วผู้ปฏิบัติการได้กระทำตามมาตรฐานจริงก็就不用รับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น เพราะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย

ข. เกิดความมั่นใจในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินว่าตนได้รับความคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของตนที่บัญญัติไว้ตามรัฐธรรมนูญจริง

ค. ลดความไม่เข้าใจหรือการโต้แย้งระหว่างแพทย์ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและผู้ป่วย และสร้างความเข้าใจอันดีระหว่างผู้ทำเวชปฏิบัติการและผู้ป่วยได้มากขึ้น

ง. ส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิของประชาชนโดยเฉพาะสิทธิการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชน เพื่อให้ประชาชนได้ปกป้องผลประโยชน์ของตนได้ดียิ่งขึ้น

สำหรับการออกอนุบัญญัติในเรื่องมาตรฐานนี้ถือเป็นการเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร ซึ่งตามมาตรา 7 ของพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 โดยเฉพาะ มาตรา 7 (4)

บัญญัติให้เรื่องดังกล่าวนั้นต้องพิมพ์ลงในราชกิจจานุเบกษา เพราะเป็นไม่ว่า กฎ มติคณะรัฐมนตรี ข้อบังคับ คำสั่ง หนังสือเวียน ระเบียบ แบบแผน นโยบาย หรือการตีความ ทั้งนี้ เฉพาะที่จัดขึ้นให้มีในสภาพอย่างกฎ เพื่อให้มีผลเป็นการทั่วไปต่อเอกชนที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือหลักเกณฑ์ หรือข้อกำหนดมีผลบังคับแก่ประชาชนทั่วไป³

โดยเฉพาะข้อมูลข่าวสารตามมาตรา 7 (4) ซึ่งถ้ายังไม่มีกรตีพิมพ์ลงในราชกิจจานุเบกษา จะไม่สามารถนำมาใช้บังคับในทางเป็นคุณแก่ผู้ใดได้ เว้นแต่ผู้นั้นได้รู้ถึงข้อมูลข่าวสารนั้นตามความเป็นมาก่อนแล้วเป็นเวลาพอสมควร ซึ่งความดังกล่าวนี้บัญญัติไว้ในมาตรา 8 ของพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 ซึ่งถ้าวิเคราะห์ตามความเป็นจริงแล้วจึงพบว่า พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นั้นไม่สามารถคุ้มครองสิทธิในร่างกายประชาชนทั่วไปได้จริง แม้จะมีการปฏิบัติการจริงแต่เมื่อมาตรฐานไม่ชัดเจน และไม่ได้อยู่ในรูปแบบของกฎหมายที่จะบังคับใช้กันได้ ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ประชาชนก็อาจได้รับการรักษาอย่างไม่มีคุณภาพตามมาตรฐาน ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินไม่ว่าจะเป็นรัฐหรือเอกชนก็ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองในทางกฎหมายด้วยเช่นกัน ก็ต้องใช้การนำสืบในแบบการปฏิบัติการรักษาแบบทั่วไป ซึ่งนับว่าเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม

ซึ่งบทบัญญัติของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี่ที่เป็นหัวใจของมาตรฐานการปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉิน เพราะเป็นส่วนที่ว่าด้วยมาตรฐานของการปฏิบัติหน้าที่โดยมีเนื้อความ ดังนี้

มาตรา 29 “เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา 28 กพฉ. มีอำนาจประกาศในเรื่องดังต่อไปนี้

- (1) ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (2) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล
- (3) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

³ ฤทัย หงส์สิริ และมานิตย์ จุมปา, คำอธิบาย : กฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการ, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติธรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2542, หน้า 29-30

(4) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พานะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง อาจได้รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุน

ในกรณีที่หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพฉ. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอเบ็ดเตล็ดความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินตาม (1) หรือจะสั่งงดการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุน

ในกรณีสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐาน กพฉ. กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้ กพฉ. แจ้งให้หน่วยงานที่ควบคุมหรือกำกับสถานพยาบาลดังกล่าวนั้น ดำเนินการให้สถานพยาบาลดังกล่าวปฏิบัติให้ถูกต้อง โดยถือเป็นเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาล

วิเคราะห์มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ถึงแม้จะเห็นว่าในตัวบทกฎหมายจะมีการกล่าวถึงมาตรฐานในการปฏิบัติการฉุกเฉินก็ตามแต่ปัญหาที่พบ คือ

1. ยังไม่พบมาตรฐานที่แท้จริงในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ถึงแม้จะมีกล่าวชัดในตัวพระราชบัญญัติ แต่ก็เป็นการกล่าวอย่างกว้างๆ ยังต้องมีรายละเอียดลงลึกไปอีกว่าการปฏิบัติงานจะต้องมีลักษณะเช่นใด ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบหรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะสามารถเป็นรูปธรรมได้จริงก็ต่อเมื่อต้องมี**มาตรฐานในรูปแบบของกฎหมาย**ที่แท้จริงเกิดให้เห็นอย่างเด่นชัด

2. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ยังไม่สามารถมีได้จริงเพราะขาดเกณฑ์ในเรื่องมาตรฐานกลางที่จะมาปฏิบัติการมาบังคับใช้ จึงมีผลทำให้หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน จึงไม่เกิดได้จริง รวมถึงบุคลากร พานะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการปฏิบัติฉุกเฉินไม่สามารถรับรองได้ทางกฎหมาย แม้จะมีกฎหมายให้อำนาจกระทำการแล้วจริง นับเป็นการไม่พิถีพิถันและคุ้มครอง

ความรับผิดชอบที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลได้จริงสมเจตนารมณ์ของกฎหมาย

3. กพช. ไม่สามารถรับรองมาตรฐานได้จริงให้แก่หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใด เพราะยังไม่มีมาตรฐานจัดใช้อย่างเป็นในรูปแบบทางกฎหมายอย่างเป็นทางการ

ผลของการไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบทางกฎหมาย

1. ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดความรับผิดชอบในการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ด้วยเหตุฉุกเฉินย่อมไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง

2. ไม่สามารถคุ้มครองการปฏิบัติการทางเวชกรรมฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญที่เปิดช่องไว้ได้ เพราะรัฐธรรมนูญมุ่งให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมตามวิชาชีพจึงจะได้รับความคุ้มครอง แต่เมื่อมาตรฐานไม่ได้เป็นที่ยอมรับและรับรองก็ย่อมไม่สามารถนำมาคุ้มครองได้โดยชอบตามกฎหมาย

ดังนั้น เมื่อเกิดความเสียหายจากการรักษาฉุกเฉินขึ้น ก็เป็นเหตุให้ฟ้องร้องต่อกันได้ง่าย เพราะมาตรฐานนั้นไม่เป็นที่แจ้งชัด รู้กันแต่ในผู้ปฏิบัติการแต่ประชาชนทั่วไปไม่รับรู้ด้วย จึงให้การกระทำในเรื่องดังกล่าวไม่เป็นการคุ้มครองสิทธิของประชาชนในชาติ แม้ข้อเท็จจริงการรักษาฉุกเฉินนั้นจะกระทำลงไปด้วยความตั้งใจที่ดีก็ตาม หากเป็นเช่นนั้นก็อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ขาดแรงจูงใจในการประกอบวิชาชีพดังกล่าว ในอนาคตแล้วประเทศไทยอาจขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ ซึ่งสร้างความเสียหายในวงการวิชาชีพเวชกรรมอันมีความสำคัญและประโยชน์ต่อประเทศชาติและสังคมเป็นอย่างมาก

สำหรับทิศทางของการปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉินในการวิเคราะห์ดังกล่าวนั้นเห็นได้ชัดเจนว่าเรื่องความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินของทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลยังคงมีความรับผิดชอบจากการปฏิบัติการอย่างที่เคยผ่านมาเพราะยังขาดในการบัญญัติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

มาตรฐานนั้นเป็นเรื่องสำคัญเพราะการจะยกเว้นความรับผิดชอบในการปฏิบัติการได้ก็ต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานรัฐธรรมนูญจึงจะให้การคุ้มครอง อีกทั้งข้อยกเว้นความรับผิดชอบต้องชัด

แม้ปัจจุบันการปฏิบัติการฉุกเฉินจะมีกฎหมายให้อำนาจแล้ว แต่การบังคับใช้ก็ยังคงไม่เป็นรูปธรรม จึงทำให้เกิดปัญหาในการบังคับใช้

ทิศทางที่เป็นไปได้ในเบื้องต้นในการที่จะแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าวนี้ควรจะเร่งรัดให้มาตรฐานนั้นมีจริงและสามารถบังคับใช้ได้คู่เคียงกับกฎหมาย เพื่อให้เป็นที่รับทราบและรับรู้กันโดยทั่วไป เพราะเพื่อลดปัญหาการไม่เข้าใจไปในทิศทางเดียวกันระหว่างผู้ปฏิบัติการกับผู้ป่วยตรงนี้อาจก่อให้เกิดผลดีถ้าทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันได้ ซึ่งก็จะทำให้ลดคดีในศาลลงนับเป็นประโยชน์อีกทางหนึ่ง และถึงแม้เมื่อเวลาเกิดปัญหาที่ฟ้องร้องกันจริง ในชั้นศาลถ้ามีมาตรฐานที่ชัดเจนก็จะดียิ่งขึ้น ศาลก็จะได้เข้าใจและใช้วิจารณญาณในการตัดสินได้อย่างเต็มที่ เพราะในความเป็นจริงศาลเองก็ไม่ได้มีความรู้ในการรักษาเหมือนแพทย์ จึงไม่สามารถเข้าใจได้ในบางครั้งถึงเหตุผลที่แพทย์ต้องทำการรักษาอย่างนั้นๆ ไป

ในส่วนของข้อจำกัดความรับผิด ถึงแม้ในกรณีดังกล่าวจะมีบัญญัติอย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 มาตรา 29 แต่ปัญหาก็เหมือนกันกับเรื่องมาตรฐานคือยังไม่มีนำออกมาบังคับใช้มีแต่กฎหมายให้อำนาจไว้ ซึ่งในข้อจำกัดความรับผิดนั้นในส่วนของต่างประเทศนั้นมีมานานแล้วในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะประเทศที่มีระบบบริหารและปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างยาวนานที่ยกมากล่าวในครั้งนี้ เช่นประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศฝรั่งเศส เพราะประเทศเหล่านี้รู้จักกับเรื่องหลักความยินยอม การใช้ระบบการประกันและการใช้กฎหมายพลเมืองดีมานาน จึงมีแนวคิดที่จะให้ความคุ้มครองผู้ปฏิบัติการดังกล่าว เพราะเนื่องจากมีความสำคัญต่อประเทศชาติ เป็นบริการสาธารณะที่จะช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในชาติ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ

ซึ่งทั้งในส่วนของมาตรฐานปฏิบัติการและข้อจำกัดในความรับผิดเหล่านี้ควรจะออกมาบังคับใช้ในลักษณะของกฎหมายลูก เช่น ออกมาเป็นประกาศของ กพฉ. มาบังคับใช้ให้โดยเร็ว เพราะเรื่องดังกล่าวนอกจากเป็นการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กร หน่วยงาน และบุคลากรแล้ว ยังเป็นการคุ้มครองสิทธิความเป็นมนุษย์ของคนในชาติด้วย ซึ่งรัฐควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว เพราะมันหมายถึงความยุติธรรมดีให้เกิดแก่ประชาชนอันเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องทำสิ่งนี้ให้ได้ เพราะการที่รัฐมีอยู่ได้นั้นก็เพราะเหตุผลดังกล่าวนี้

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

6.1 บทสรุป

ประเทศไทยในปัจจุบันแม้จะมีกฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินใช้แล้ว แต่ก็ยังมีปัญหาในมิติของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพราะการประกอบวิชาชีพเวชกรรม เป็นเรื่องที่ซับซ้อน

การรักษาของแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การรักษาผู้ป่วยในแบบทั่วไป แม้โดยพฤติการณ์จะไม่ได้จำต้องมีความจำเป็นเร่งด่วน อีกทั้งตัวแพทย์เองก็สามารถมี วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจได้อย่างรอบคอบกว่า เพราะไม่ได้อยู่ในภาวะที่คับขัน อีกทั้งการให้ การรักษาผู้ป่วยก็มีลักษณะไปในทางสัญญาซึ่งเป็นเรื่องของทางแพ่งมากกว่า ดังนั้นข้อจำกัดใน การรับผิดชอบอาจจะมีไม่มากหรือมีเฉพาะในแต่ละกรณีไป ซึ่งการจะฟ้องร้องแพทย์ได้นั้น ก็มักจะขึ้นเกิดเมื่อมีความเสียหายในทรัพย์สิน ร่างกาย และอนามัย หรือเรียกว่า ทุรเวชปฏิบัติ ซึ่งอาจทำให้การฟ้องร้องดังกล่าวกลายเป็นคดีแพ่งที่เกี่ยวข้องกับคดีอาญา และจริยธรรมของ แพทย์ซึ่งเป็นการความผิดทางวินัยของผู้เป็นแพทย์ด้วย

องค์ประกอบของตุรเวชปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 อย่าง คือ

1. **Duty** หน้าที่ที่แพทย์มีต่อผู้ป่วย อันเป็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยหน้าที่ของแพทย์ ในกรณีนี้มุ่งจะไปยังหน้าที่ที่จะต้องรักษามาตรฐานในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย หน้าที่ที่มีความหมายจำเพาะเจาะจงในกรณีของการกระทำเวชปฏิบัติคือ การที่แพทย์ดังกล่าวต้องปฏิบัติ หน้าที่ให้อยู่ในระดับเดียวกันกับที่แพทย์ท่านอื่นๆกระทำเป็นมาตรฐาน

2. **Breach** หมายถึงการฝ่าฝืนหรือละเมิดต่อมาตรฐานในการรักษาดังกล่าว โดยอาจยึดเอา จากมาตรฐานของแพทย์ในสาขาเดียวกันโดยทั่วไป การรักษาที่ผิดเพี้ยนไปจากหลักการดังกล่าว ข้างต้น ก็จะมีผลทำให้แพทย์ถูกกล่าวหากระทำหน้าที่เป็นตุรเวชปฏิบัติได้

3. **Causation** ผลที่เกิดจากการให้การรักษานั้น มีความเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล อย่างมาก หรืออีกนัยหนึ่งคือ การกระทำที่เป็นการให้การรักษาพยาบาลดังกล่าวเป็นสาเหตุ อันใกล้ชิด (Proximate cause) ต่อความเสียหาย (damage) ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

4. **Damages** การกระทำดังกล่าวข้างต้นก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย ซึ่งความเสียหายนั้นมีได้ในหลายรูปแบบ เป็นต้นว่า เสียค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล สูญเสียค่าจ้างหรือผลประโยชน์อื่นใด อาจรวมถึงค่าเสียหายทางจิตใจ เช่น ความเจ็บปวด การที่ต้องทนทุกข์ทรมาน เป็นต้น

ในการรักษาผู้ป่วยทั่วไปมีกฎหมายที่ให้หลักกว้างๆ ในการยกเว้นความรับผิดชอบ คือกฎหมายรัฐธรรมนูญตามแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนมีหลักสำคัญที่ยอมรับในระดับสากลนั้น คือ บุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจในกิจการต่าง ๆ ส่วนตัวด้วยตนเอง ซึ่งแสดงถึงความเป็นอิสระของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ป่วย ถือว่าเป็นบุคคลที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการได้รับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อสมควรประกอบการตัดสินใจของตนเอง ฉะนั้นผู้ป่วยจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะต้องได้รับการพิทักษ์สิทธิ ในหลายๆ ประเทศได้ นำสิทธิของผู้ป่วยมาบัญญัติเป็นกฎหมาย สำหรับประเทศไทยมิได้ระบุไว้เป็นกฎหมายโดยตรง แต่มีกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 28 ว่า บุคคลย่อมอ้างศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หรือใช้สิทธิเสรีภาพของตนได้เท่าที่ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น ๆ และมาตรา 31 ระบุว่า บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกายและในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522 ได้มีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วยสิทธิในการตัดสินใจที่จะรับหรือเลือกบริการทางการแพทย์ สิทธิที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน สิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าวหรือสิทธิที่จะรู้ สิทธิส่วนตัวและสิทธิในครอบครัว สิทธิที่จะได้รับความปลอดภัย สิทธิที่จะได้รับการชดเชยความเสียหาย และสิทธิที่จะได้รับการปกปิดเรื่องราวไว้เป็นความลับ

และรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันมาตรา 80(2) โดยกฎหมายมีบทบัญญัติให้ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรม ย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย จึงมีคำถามเกิดขึ้นว่าอะไรถือเป็นมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมของแพทย์ ซึ่งเรื่องดังกล่าวของคนทั่วไป จึงเป็นช่องว่างทำให้เกิดปัญหาในการฟ้องร้องว่ามาตรฐานในการรักษาอยู่ตรงไหน ซึ่งถ้าเป็นฝั่งของทางแพทย์ก็มักจะกล่าวอ้างว่าให้การรักษาอย่างถูกต้องตามมาตรฐานข้อระเบียบทางการแพทย์แล้ว แต่คนทั่วไปตลอดจนถึงศาลเองก็ไม่ได้เข้าใจด้วยการกับแพทย์ จึงเป็นเรื่องที่ต้องมีการตีความและพิสูจน์ข้อเท็จจริงอยู่ร่ำไป เพราะมักเป็นเรื่องที่แพทย์ด้วยกันมักรู้กันเอง ทั้งๆที่เรื่องดังกล่าวควรเป็นเรื่องที่สามารถให้ความกระจ่างและเหตุผลได้ ทั้งนี้เพราะก็จะได้เป็นผลดีต่อทั้งตัวแพทย์ที่นำมาเป็นข้อกล่าวอ้างให้สามารถตรวจสอบวิธีการรักษาของตนเองได้ว่าปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและตามสมควรแล้ว และถ้าตนไม่ได้ทำผิดพลาดจริงก็สามารถหลุดพ้น

ความรับผิดชอบได้ ในขณะที่ผู้ป่วยก็ได้ประโยชน์ที่จะได้รับข้อมูลและได้รับรู้มาตรฐานในการรักษา ที่ตนจะได้รับเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิในร่างกายของตนอีกทางหนึ่ง

นอกจากนี้ ยังมีจารีตประเพณีทางการแพทย์อย่างสิทธิผู้ป่วย แม้จะเป็นหลักกว้างๆ ไม่ได้เป็นลายลักษณ์อักษรในทางกฎหมายแต่ในทางปฏิบัติก็ถือเป็นจารีตประเพณีทางการแพทย์ ก็ได้รับความเคารพและปฏิบัติตามเพราะถือเป็นการให้ความเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ซึ่งเป็น สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ซึ่งในสิทธิผู้ป่วยของไทยมีข้อที่เป็นข้อจำกัดในความรับผิดชอบ ในการรักษาใน คำประกาศสิทธิผู้ป่วยของไทย ข้อ(3)-(4) จากเนื้อหาข้างต้นกล่าวมา เรื่องการให้ การรักษาของแพทย์จะได้รับการยกเว้นความรับผิดชอบก็ต่อเมื่อเป็นเรื่องการให้การรักษาอย่างฉุกเฉิน และการให้ความยินยอม

สำหรับประเทศไทยนั้นผู้ประกอบวิชาชีพ สภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่มีส่วนสัมพันธ์กับ ผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา และ คณะกรรมการ ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ ได้ร่วมกันประกาศสิทธิของผู้ป่วย เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิพื้นฐานที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพ ตามบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
2. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ เนื่องจากความแตกต่างด้านฐานะ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สังคม ลัทธิการเมือง เพศ อายุ และ ลักษณะของความเจ็บป่วย
3. ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอ และเข้าใจ ชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือ จำเป็น
4. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต มีสิทธิที่จะได้รับการช่วยเหลือรีบด่วน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่คำนึงว่าผู้ป่วยจะร้อง ขอความช่วยเหลือหรือไม่
5. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อ สกุล และประเภทของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ที่เป็นผู้ให้บริการแก่ตน

6. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่น ที่มีได้เป็นผู้ให้บริการ แก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ให้บริการและสถานบริการได้
7. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย
8. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการเป็นผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
9. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนตัวของบุคคลอื่น
10. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

สิทธิของผู้ป่วยทั้ง 10 ประเด็นนี้ เป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ประกอบวิชาชีพจะต้องทำความเข้าใจและวิเคราะห์ว่าในบทบาทของผู้ประกอบวิชาชีพในแต่ละสาขานั้น โดยอิสระในวิชาชีพของตนเองและส่วนที่เกี่ยวข้องมีบทบาทอะไรบ้างในการปฏิบัติงานในวิชาชีพของตนเองที่พึงปฏิบัติ พึงละเว้น และสนองตอบสิทธิของผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ

สำหรับข้อจำกัดความรับผิดชอบโดยการให้ความยินยอม ในเรื่องความยินยอมของผู้ป่วยให้กระทำต่อร่างกายของตน ทำให้การกระทำของแพทย์นั้นไม่ผิด เหตุผลที่ทำให้การกระทำของแพทย์นั้นไม่ผิดก็ยังมีผู้แสดงความเห็นที่ต่างกันออกไป เช่น ความยินยอมก่อให้เกิดอำนาจแก่แพทย์ในการกระทำต่อผู้ป่วยตามกฎหมายจารีตประเพณี การนำหลักกฎหมายทั่วไปที่ว่ายินยอมแล้วไม่มีความผิด (Volenti non fit injuria) มาใช้ในทางอาญา แม้ในตบพทจะไม่มีบัญญัติไว้ก็ตาม ซึ่งบางท่านก็อ้างว่านำหลักกฎหมายทั่วไปดังกล่าวมาใช้โดยอาศัยบทบัญญัติในมาตรา 4 วรรค 2 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์นั่นเอง จากแนวคิดข้างต้นนี้ ถือว่าความยินยอมของผู้ป่วยทำให้การกระทำของแพทย์ต่อผู้ป่วย พ้นจากความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ถ้าผู้ป่วยไม่ยินยอมแพทย์ต้องรับผิดชอบทำร้ายร่างกาย

โดยทั่วไปแล้วการที่ผู้ป่วยทั่วไปจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะต้องมี Informed consent หรือเรียกว่า การยินยอมที่ต้องได้รับบอกกล่าว ซึ่งนั่นก็คือเอกสารที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้มีสิทธิตามกฎหมาย ลงลายมือชื่อเพื่อแสดงความยินยอมในการรับการรักษาจากแพทย์ แต่เรื่อง

ดังกล่าวอาจยกเว้นได้ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย จึงให้การรักษาโดยไม่ต้อง รอลงลายมือชื่อได้

ข้อมูลที่สำคัญใน Informed consent นั้น ในทางปฏิบัติมีปัญหาอยู่มากกว่า การให้ข้อมูล ก่อนการรักษานั้นต้องมาเท่าไรจึงจะพอเพียงหากให้น้อยเกินไปก็อาจถือได้ว่าแพทย์ปกปิดความ เสี่ยงบางอย่าง หากให้มากเกินไปผู้ป่วยอาจจะสับสนและไม่เข้าใจอยู่ดี ข้อมูลพื้นฐานที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องทราบก่อนลงลายมือชื่อในแบบฟอร์ม Informed consent ควรครอบคลุมถึงข้อมูล ต่อไปนี้ เช่น ธรรมชาติของการกำเนิดโรคที่เขาเป็น ความเสี่ยงในการรักษา ประโยชน์ที่ได้รับการ รักษา ทางเลือกอื่นของการรักษา ข้อจำกัดการรักษา หากแพทย์รักษาวิธีการอื่นนอกเหนือจาก Informed consent ก็จะไม่เปรียบเสมือนการบุกรุก และถ้าเกิดความเสียหายก็จะถือว่าเป็นการ ละเมิดตามกฎหมาย สำหรับผลการไม่มี Informed consent ก่อนให้การรักษา ได้แก่

- 1) ทางอาญา เป็นการทำร้ายร่างกาย
- 2) ทางแพ่ง หากเกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย แพทย์อาจถูกฟ้องฐานละเมิด

แต่ทั้งนี้ Informed consent อาจยกเว้นได้ไม่ถือเป็นความผิดของแพทย์ ถ้ากรณีนั้นเป็น การรักษาอย่างฉุกเฉิน โดยจะถือว่าเป็นการยินยอมโดยปริยาย หรือ Implied consent เพราะมี เช่นนั้น แพทย์ก็มีความผิดในเรื่องละเว้นทางอาญา และละเลยการรักษา ตามข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมตามวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526

เมื่อพิจารณาแล้วสำหรับกรณีฉุกเฉิน การที่ผู้ปฏิบัติการได้ทำความเสียหายให้เกิดขึ้นแก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินในการกระทำทางกายหรือทางการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าวก็ย่อมต้องต่างกัน ต้องพิจารณาได้ว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในสถานการณ์ที่มีความเป็นพิเศษอันฉุกเฉินเร่งด่วนมีความเสี่ยงที่จะเกิด ความเสียหายในการรักษาผู้ป่วยมากกว่าการรักษาในภาวะการณ์อันปกติอยู่แล้ว

เหตุเพราะทั้งนี้อันเป็นเพราะการจำเป็นเร่งรักษากรณีฉุกเฉินก็เพราะมีสาเหตุที่อยู่เบื้องหลัง อย่างหนึ่งคือเรื่องของสิทธิผู้ป่วย ของต่างประเทศในสหรัฐอเมริกามีการกำหนดสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นการเฉพาะโดยกำหนดทุกคนมีสิทธิที่จะสามารถเข้าถึงการได้รับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินใน โรงพยาบาลโดยไม่ต้องคำนึงว่าจะมีการทำประกันภัยหรือไม่ เมื่อประชาชนต้องรับการให้บริการ ทางทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกคนล้วนมีสิทธิดังนี้

1. สิทธิที่จะรู้ข้อมูลในสิทธิของตน
2. สิทธิที่จะได้รับการรักษาโดยปราศจากการเรียกร้องค่ารักษาจากโรงพยาบาล

3. สิทธิที่จะได้รับการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินจนร่างกายตนเสถียรพอ
4. สิทธิที่จะได้รับการส่งตัวรักษาถ้าโรงพยาบาลมีความเห็นว่าสมควร
5. มีสิทธิที่จะให้ความยินยอมถ้าต้องถูกส่งตัวรักษาไปยังโรงพยาบาลแห่งอื่น ๆ

ดังนั้น เมื่อประชาชนมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาฉุกเฉิน ก็ต้องมีสิทธิการรักษาฉุกเฉิน (emergency care) และได้รับความสะดวกในด้านสาธารณสุขที่ให้บริการด้วยหน่วยงานแพทย์ฉุกเฉินในทุกๆด้าน ไม่ต้องคำนึงถึงว่าคนๆนั้นจะมีความสามารถจ่ายค่ารักษาได้หรือไม่

สำหรับสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวของไทยยังไม่มีประกาศใช้ในปัจจุบัน จึงต้องใช้คำประกาศสิทธิของผู้ป่วยตามแบบทั่วไปที่เสนอมานี้ในข้างต้น จึงมีความสมควรอย่างมากที่ไทยเราจะพัฒนาการให้มีการรับรองสิทธิดังกล่าวในอนาคตอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อจะได้เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้รับและผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นการสร้างความตระหนักแก่แต่ละฝ่ายให้ได้รับรู้หน้าที่ของตนเอง

ดังนั้น จึงควรดูด้วยว่าในเมืองไทยเรามีกฎหมายที่คุ้มครองทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างไรบ้าง เพราะนั่นจะไม่ใช่เป็นธรรมกับผู้ปฏิบัติการเลยถ้าพิจารณาได้ว่า ความเสียหายนั้นเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยฉุกเฉินเองก็ที่มีอาการความบาดเจ็บรุนแรงที่อาจจะเกินความสามารถหรือวิสัยที่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะเกินพยายามมาก่อนอยู่แล้ว แต่เมื่อได้ส่งต่อมาถึงผู้ให้บริการ แล้วผู้ป่วยฉุกเฉินได้เกิดความเสียหายขึ้นจะกล่าวโทษว่าเป็นผลมาจากการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินก็ดูจะเป็นสิ่งที่กลางแกลงใจที่จะให้ผู้บริการต้องออกมารับผิดชอบต่อความผิดที่ตนอาจไม่ใช่ผู้ก่อ แต่ก็ต้องรับผิดชอบตามจรรยาวิชาชีพตามกฎหมายและตามหน้าที่ที่ตนต้องปฏิบัติคือการให้การรักษายาบาลผู้ป่วย ซึ่งกฎหมายนี้ให้การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวนี้โดยใช้หลักในทางกฎหมายมาพิจารณาทั้งสองฝ่าย

1) หลักความเสมอภาค ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ทำการเวชปฏิบัติกรในรูปแบบใดโดยรวมถึงแพทย์ฉุกเฉินด้วยให้ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายสูงสุดของรัฐตามหลักความเสมอภาคในกฎหมายอย่างเท่าเทียมของคนในชาติและในสังคม

2) การคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานภายใต้กรอบมาตรฐานวิชาชีพการแพทย์ฉุกเฉิน ในกรณีดังกล่าวก็ต้องพิจารณาแยกออกมาในส่วน หน่วยงานอันได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และบุคลากร อันได้แก่ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินว่าทั้งหมดในกฎหมายให้อำนาจในการกระทำการในเรื่องใด มีขอบเขตอย่างไร ขอยกเว้นการรับผิดชอบ

เรื่องใดบ้าง ซึ่งทั้งหมดทั้งสิ้นเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องเกี่ยวกับมาตรฐาน ซึ่งมาตรฐานแพทย์ฉุกเฉินก็มักจะเกี่ยวข้องกับการลำเลียงและส่งต่อตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ การลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้ป่วยเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่า การนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าวตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ประกาศใช้เพื่อ ให้การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมายังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินจึงกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามา มีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น โครงสร้างมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกเป็นหมวดดังต่อไปนี้

หมวดที่ 1 หมวดทั่วไป

หมวดที่ 2 แนวคิดและหลักการ

หมวดที่ 3 นิยามศัพท์

หมวดที่ 4 มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หมวดที่ 5 ภาคผนวก

ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินควรต้องได้รับความคุ้มครองหากได้มีการดำเนินการตามมาตรฐานในการปฏิบัติงานตามที่การแพทย์ฉุกเฉินบัญญัติขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการสามารถกล่าวอ้างและชี้ให้เห็นว่าตนได้ทำตามขั้นตอนการปฏิบัติงานและตามมาตรฐาน อันเป็นการคุ้มครองสิทธิเมื่อตนถูกกล่าวหาได้ และขณะเดียวกันผู้รับบริการก็จะ

ได้รับความมั่นใจได้ว่า ตนจะได้รับการรักษาที่ดีมีมาตรฐานอันเป็นสิทธิที่ตนจะได้รับ อันเป็นการคุ้มครองสิทธิแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินให้อีกทางหนึ่งด้วย

ปัญหาอีกกรณีหนึ่งคือในชั้นศาล ศาลส่วนใหญ่ต้องการข้อมูลและมาตรฐานที่ชัดเจน แน่นอนและวัดได้เพื่อประกอบการพิจารณาคดี แต่ความจริง วิชาชีพเวชกรรมมีความซับซ้อนละเอียดและเป็นสิ่งที่จะเฉพาะเจาะจงหรือไม่ก็เป็นสิ่งที่เฉพาะทาง จึงเป็นการยากที่ศาลจะเข้าใจ และแม้แพทย์ต่างสาขาก็ไม่อาจเข้าใจได้ง่ายด้วย ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ฉุกเฉินในมุมมองหน้าที่การปฏิบัติ การตามบทกฎหมายในกรณีดังกล่าวจึงเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าวสามารถเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้นข้อเท็จจริงปรากฏว่ามาตรฐานการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะถึงแม้จะมีกฎหมายออกมารองรับให้มีมาตรฐาน แต่ทางปฏิบัติมาตรฐานดังกล่าวยังคงไม่ได้มีในลักษณะของความเป็นกฎหมายใช้บังคับ เป็นเพียงมาตรฐานการปฏิบัติงานของแพทย์ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในหมู่แพทย์ ไม่ใช่กับประชาชนทั่วไปจึงทำให้การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวจึงยังไม่แตกต่างจากการรักษาโดยทั่วไป ซึ่งถ้าดูในส่วนของแต่ละประเทศมาตรฐานการปฏิบัติต่างล้วนออกมาในรูปแบบของกฎหมายทั้งสิ้น ซึ่งในกรณีดังกล่าวได้ให้การศึกษาในส่วนของประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส

ในสหรัฐอเมริกามีการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับสหรัฐและมลรัฐ แต่ความเป็นมาตรฐานแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เริ่มต้นจาก สำนักงานคณะกรรมการความปลอดภัยการจราจรบนทางหลวงแห่งชาติ (NHTSA) กระทรวงขนส่ง มีการพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ ใน พ.ศ. 2533 สำนักงานดังกล่าวได้ดำเนินการปรับปรุงหลักสูตรพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (Emergency Medical Technician: EMT) ให้เป็นมาตรฐานแห่งชาติ

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 (8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (9) การเข้าถึงการดูแลรักษา (10) การส่งต่อผู้ป่วย (11) มาตรฐานการบันทึกและการเก็บเวชระเบียน (12) สารสนเทศและการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ (13) การทบทวน

และการประเมินผลอย่างอิสระ (14) ความเกี่ยวข้องกับภัยพิบัติ และสุดท้าย (15) พันธะสัญญา ความช่วยเหลือระหว่างกัน

การอำนวยความสะดวกและการควบคุมทางการแพทย์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลต้อง อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ที่มีประสบการณ์ และมีความรู้ความสามารถดูแลรักษาผู้ป่วย ที่เจ็บป่วยเฉียบพลันหรือได้รับบาดเจ็บเพื่อการควบคุมคุณภาพ แพทย์ผู้อำนวยการระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Program Director: EMPD) ต้องมีอำนาจหน้าที่ ซึ่งกำหนดไว้อย่างจำเพาะและชัดเจน ในการรับรองการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการภายในระบบ ซึ่งต้องปฏิบัติการภายใต้ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์ ทั้งนี้ ผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ (non-physician emergency medical provider) ต้องทำเวชปฏิบัติการฉุกเฉินตาม การบัญชาการและการบังคับการอย่างเคร่งครัด และกรณีการบังคับการขัดแย้งกับการบัญชาการ ให้ผู้ทำเวชปฏิบัติการถือปฏิบัติตามการบังคับการเป็นหลัก โดยจำกัดเฉพาะการปฏิบัติการฉุกเฉิน ครั้งนั้นเท่านั้น หากผู้ทำเวชปฏิบัติการที่ไม่ใช่แพทย์ฝ่าฝืนการบัญชาการและการบังคับการถือว่าเป็นการทำเวชปฏิบัติโดยมิได้รับอนุญาตหรือเกินกว่าที่ได้รับอนุญาต

การควบคุมทางการแพทย์โดยตรงเป็นการให้คำสั่งการรักษาแก่ผู้ปฏิบัติการในภาคสนาม ไม่ว่าจะ เป็นบุคคลต่อบุคคล ทางวิทยุ หรือทางโทรศัพท์ แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อาจมอบอำนาจให้แพทย์อื่นๆ ที่ได้รับอนุญาตให้สั่งการรักษาทางไกล แต่ต้องมั่นใจว่าแพทย์นั้นๆ เข้าใจเกณฑ์วิธีปฏิบัติของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน การควบคุมด้วยคำสั่งประจำ เป็นความรับผิดชอบ ของแพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สิ่งที่แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้อง ทำประกอบด้วย (1) การพัฒนาแนววิธีการรักษามาตรฐาน (2) การพัฒนาการรับรองคุณภาพ (3) การพัฒนาการฝึกศึกษา

คำสั่งประจำต้องไม่กล่าวเพียงการรักษา แต่ต้องระบุให้เจาะจงว่าควรใช้อุปกรณ์ชนิดใด และคำสั่งประจำเหล่านี้ต้องได้รับการทบทวนและปรับปรุงให้ทันสมัยสอดคล้องกับความรู้ทางการ แพทย์ในปัจจุบันอยู่เสมอ. การรับรองคุณภาพต้องการการเฝ้าตรวจและการศึกษาของระบบ และ ประการสุดท้าย แพทย์ผู้อำนวยการระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีหน้าที่ในการดำเนินการให้มีการ ศึกษาต่อเนื่องของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ซึ่งหมายความว่าทั้งคุณภาพและเนื้อหา ต้องได้รับการ กำหนดจากคณะกรรมการ

การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน มีสองประเภทคือ **หนึ่ง การขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึง โรงพยาบาล** ในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลกลางได้มีการกำหนดมาตรฐานและลักษณะเฉพาะของเวช

พาหนะ แต่สิ่งที่สำคัญคือ ผู้ปฏิบัติการต้องสามารถให้การรักษาทางหายใจและช่วยการหายใจ ในระหว่างการขนส่งผู้ป่วยได้ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการสำหรับพาหนะขนส่งผู้ป่วยภายในระบบ และมีรายการอุปกรณ์ที่ต้องมีไว้อย่างละเอียดรวมทั้งกำหนดจำนวนผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยที่สุดในแต่ละครั้ง ตามระดับของการปฏิบัติการที่ได้รับอนุญาต การขนส่งการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ภายในระบบทั้งหมด ควรได้รับการประสานงานโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยไม่คำนึงถึงว่า การขนส่งนั้นดำเนินการโดยภาครัฐ, ภาคเอกชน หรือการขนส่งพิเศษ (เช่น การขนส่งผู้ป่วยทางอากาศ)

และสอง การขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล โดยทั่วไป การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม มีโอกาสที่อาจกล่าวได้ว่า การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินหากผู้ป่วยนั้นยังไม่พ้นภาวะที่เป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ และดังนั้นจึงเป็นการเหมาะสมที่ผู้ป่วยซึ่งยังไม่พ้นภาวะฉุกเฉินต้องมีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นผู้ดูแลระหว่างการนำส่ง อย่างไรก็ตาม อาจมีการใช้พาหนะและบุคลากรของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลได้ แต่ควรมีบุคลากรซึ่งได้รับอนุญาตตามกฎหมาย (แพทย์หรือพยาบาล) ของโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยนั้น ร่วมเดินทางไปด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีกิจกรรมการบำบัดรักษาผู้ป่วยเกินขอบเขตที่ผู้ปฏิบัติการซึ่งไม่ได้เป็นแพทย์หรือพยาบาลได้รับอนุญาตให้กระทำ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องไม่ให้การรักษาหรือกระทำใดๆ ที่เกินกว่าระดับที่ตนได้รับอนุญาต เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่อาจเกิดขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งอาจมีพาหนะขนส่งผู้ป่วยเป็นของตนเอง

การรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการจัดส่งความช่วยเหลือฉุกเฉินและการติดต่อสื่อสาร
ในอารยประเทศมีการกำหนดหมายเลข 3 หลักเพียงหมายเลขเดียวเป็นหมายเลขครอบคลุมทั่วถึงที่จะเข้าถึงระบบการบริการฉุกเฉินได้ทุกประเภท ทั้งทางเวชกรรมและมีไข้เวชกรรม เช่น “9-1-1” ในสหรัฐอเมริกา

เกณฑ์วิธีปฏิบัติ เกณฑ์วิธีปฏิบัติเป็นสิ่งที่ใช้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการในกรณีเฉพาะต่างๆ ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้บรรลุเป้าหมาย เกณฑ์วิธีปฏิบัติอาจพัฒนาให้กล่าวถึงสถานการณ์ต่างๆ รวมทั้งรายละเอียดที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ วิธีการปฏิบัติ ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง ควรเป็นหน้าที่ของบุคลากรนอกสายการแพทย์ เช่น ผู้จัดการระบบหรือผู้รับมอบอำนาจ. ส่วนการดำเนินการของระบบ ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการดูแลผู้ป่วยนั้น ต้องเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะเกณฑ์วิธีปฏิบัติในการ

คัดแยกผู้ป่วย (triage), การบำบัดรักษา (treatment), การขนส่งผู้ป่วย (transport), การจำหน่าย
 ถ้ายโอนผู้ป่วย (transfer) และเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่จำเป็น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็น
 ผู้รับผิดชอบการคัดแยกผู้ป่วย โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีไข้ภัยพิบัติ รวมทั้งเป็นผู้กำหนดระดับ
 ซีดความสามารถของผู้ปฏิบัติการในระหว่างการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย กรณีที่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินนอก
 โรงพยาบาล (ซึ่งมิใช่แพทย์) เป็นผู้ตัดสินใจในการไม่ส่งการขนส่งเวชกรรมโดยปราศจากคำสั่ง
 เฉพาะจากแพทย์ผู้สั่งการ (หรือปราศจากการกำหนดแนวทางไว้อย่างแน่ชัดในเกณฑ์วิธีปฏิบัติ)
 ต้องเท่ากับผู้ปฏิบัติการนอกโรงพยาบาลนั้นประกอบเวชกรรมโดยมิได้รับอนุญาต ดังนั้นหากมี
 เหตุร้ายเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยรายนั้น อันเป็นผลจากการตัดสินใจอย่างอิสระดังกล่าว การกระทำของ
 ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินผู้นั้นจะต้องไม่ได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เกณฑ์วิธีปฏิบัติในการ
 บำบัดรักษาคุณเหมือนว่าเป็นมาตรฐานเดียวกันมากกว่าเกณฑ์วิธีปฏิบัติอื่นๆ แต่ระดับของความ
 สมบูรณ์นั้นต่างกันในห้องฉุกเฉินแต่ละแห่ง. คำสั่งประจำ (standing orders) จัดเป็นส่วนหนึ่งของ
 เกณฑ์วิธีปฏิบัติ และถือเป็นคำสั่งที่กำหนดเกณฑ์วิธีปฏิบัติการฉุกเฉินเฉพาะอย่าง ซึ่งผู้ปฏิบัติการ
 ฉุกเฉินสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องติดต่อแพทย์เพื่อรับคำสั่ง การตัดสินใจขนส่งผู้ป่วยต้องกระทำ
 ตามนโยบายของระบบที่ได้กำหนดไว้ และต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล
 ที่เหมาะสม รวมทั้งปกป้องการแสวงหาผลประโยชน์ และ/หรือการผลักรักษาของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยฉุกเฉิน ในสหรัฐอเมริกามีการจำแนกระดับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย
 ฉุกเฉินไว้เป็น 4 ชั้น ได้แก่ ชั้น 1 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินเบ็ดเสร็จ ชั้น 2 หน่วยปฏิบัติ
 การแพทย์ฉุกเฉินหลัก ชั้น 3 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทั่วไป และ ชั้น 4 หน่วยปฏิบัติ
 การแพทย์ฉุกเฉินพื้นฐาน

ระบบการฝึกศึกษาการปฏิบัติการเวชกรรมฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกา เรื่องดังกล่าวเป็นเรื่อง
 สำคัญ เพราะเป็นที่มาของมาตรฐาน การกำหนดคุณลักษณะระบบการฝึกศึกษาการปฏิบัติการ
 เวชกรรมฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกามีสิ่งที่น่าสนใจ แผนการศึกษาะบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อ
 อนาคตนี้ อธิบายถึงโครงสร้างแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยมีห้าขั้นตอน
 ดังต่อไปนี้

- หลักการและสาระสำคัญแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีเนื้อหา
 เกี่ยวกับความรู้ ทักษะ ใช้ระยะเวลาในหลักสูตรทางการแพทย์ทุก 5-7 ปี ทั้งนี้ฝ่ายดูแลหลักการ
 และสาระสำคัญแผนการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะเป็นผู้วางรูปแบบในการ
 ปฏิบัติการอย่างไร

- รูปแบบการฝึกปฏิบัติการตามแนวทางระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นการวางระดับของกฎเกณฑ์ฝึกหัดของผู้ปฏิบัติการและระดับการปฏิบัติการที่จะอนุญาตให้ทำการได้ ใช้ระยะเวลาในการประเมินจากหน่วยงานทางปกครองทุก 3-5 ปี

- มาตรฐานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ใช้ระยะเวลาในหลักสูตรตามการประเมินของนักวิชาการทุก 2-3 ปี ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการสอน ให้ความรู้และทักษะให้แก่ผู้ปฏิบัติการในแต่ละระดับ

- การรับรองการปฏิบัติหน้าที่ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การรับรองดังกล่าวจะต้องมีการทดสอบมาตรฐานเพื่อจะได้ใบอนุญาตให้ไปปฏิบัติหน้าที่

- การมอบอำนาจให้การปฏิบัติงานตามแผนงานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยงานวางแผนงานการศึกษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐ

นอกจากนี้ ยังมีในเรื่องของ รูปแบบของการฝึกฝนในแบบคลินิกฉุกเฉิน มีองค์ประกอบหลายประการ ดังเช่น

- รายการของแนวทางการรักษาและองค์ประกอบ ซึ่งกล่าวถึงเนื้อหาความรู้ทั่วไปเพื่อที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

- การให้คำจำกัดความของคำว่าระดับความรุนแรงของอาการ (Acuity)

- รายการของผู้ป่วยกับแพทย์ผู้รักษา รายการดังกล่าวเป็นรายการขั้นตอนการรักษาทั้งหมดของแพทย์ผู้ปฏิบัติการในหน่วยฉุกเฉิน

- แผนแม่บทในการปฏิบัติงาน แผนแม่บทนี้ได้ให้รายการผู้ป่วยและแพทย์ผู้ปฏิบัติการ และรายละเอียดของอาการรุนแรงในลักษณะต่างๆ (ระดับวิกฤต, ระดับฉุกเฉิน และอาการยังไม่อยู่ในระดับที่น่ากังวล)

หลักและสาระสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา มีความต้องการที่จะเชื่อมเครือข่ายปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลและเครือข่ายปฏิบัติการในโรงพยาบาลเข้าไว้ด้วยกัน

องค์ประกอบของหลักและสาระสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีดังนี้

ก. รายการของแนวทางการรักษาและองค์ประกอบ เป็นความรู้ตามหลักของสากลโดยมีขั้นตอนการฝึกให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ข. นิยามความรุนแรงของอาการผู้ป่วย นิยามความรุนแรงของอาการเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจในการจัดลำดับการรักษาได้แก่ ระดับวิกฤต ระดับฉุกเฉิน และความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ

ค. องค์ประกอบของหน้าที่การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล

ง. แผนแม่บทขององค์ประกอบของหน้าที่การปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายนอกโรงพยาบาล อธิบายถึงขั้นตอนของการเดินทางไปรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตามสภาวการณ์

จ. กระบวนการและทักษะที่สำคัญในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ความเด่นชัดในขอบเขตของการปฏิบัติและมาตรฐานการศึกษาาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยเฉพาะกิจ

ฉ. องค์ประกอบอื่นๆของการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

องค์ประกอบทั้งหมดนี้ ในหลักและสาระสำคัญร่วมกันให้นิยามในขอบเขตของความรู้และทักษะระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตามปฏิสัมพันธ์ของสภาพอาการ และการแสดงออก รวมถึงระดับความรุนแรงของผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่หลักและสาระสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้มาจากขอบเขตเนื้อหาของเกณฑ์ของรูปแบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และต่อไปนี้เป็นตัวอย่างกฎหมายลายลักษณ์อักษรของมลรัฐเวอร์มอนต์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นกฎหมายเกี่ยวกับข้อยกเว้นความรับผิดชอบในการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

การคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้แก่

1. การคุ้มครองโดยใช้การประกันภัยแก่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ในกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนียในมาตรา 16 ว่า ผู้ที่บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินว่าถ้าเกิดความเสียหายจากการปฏิบัติงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงานจะเป็นผู้ออกค่าเสียหายแก่ผู้เสียหายแทนผู้ปฏิบัติการ เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติการไม่กลัวสภาพของงาน และมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติงานจะต้องอยู่ในสภาพที่สามารถปฏิบัติงานได้ และความเสียหายไม่ได้เกิดจากความประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงของผู้ปฏิบัติงานเอง ส่วนค่าเสียหายที่ชดใช้ให้ไม่เกินรายละ 1.6 หมื่นเหรียญสหรัฐต่อราย

2. การคุ้มครองโดยการใช้หลักความยินยอม ถ้าผู้ป่วยโดยทั่วไปเข้ารับการรักษาแล้วให้การยินยอมแล้วย่อมไม่มีความผิด แต่สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน กฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินของสหรัฐอเมริกาของมลรัฐเวสต์เวอร์จิเนียมาตรา 17 ถ้าในระหว่างการรักษาแล้วสืบประวัติคนไข้

ได้ว่า มีเจตจำนงที่จะห้ามทำสิ่งที่ได้ก็ไม่ควรทำสิ่งนั้นต่อผู้ป่วยนั้น แต่ถ้านำสืบได้ว่าผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ต้องการที่จะชัดเจนารมณดังกล่าว แต่เพียงช่วยเหลือตามหน้าที่และไม่ได้ทราบถึงความนั้นมาก่อนจะถือว่าการช่วยเหลือนั้นเป็นการให้ความยินยอมโดยปริยายพ้นจากความรับผิดชอบได้

สำหรับมาตรฐานการปฏิบัติการของแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส หรือ SAMU system ของประเทศฝรั่งเศสมีหลักในการปฏิบัติงาน 6 ประการ ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Assistance (EMA)) เป็นกิจกรรมทางการแพทย์ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของกฎหมายที่ให้อำนาจในทางการแพทย์ เพราะถือว่าเป็นขั้นตอนแรก (และเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่ง) ในการรักษาพยาบาล

2. การเข้าปฏิบัติการในภาคสนามต้องรวดเร็ว มีประสิทธิภาพและใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม

3. การเข้าไปถึงผู้ป่วยแม้แค่ผู้ป่วยคนเดียวก็เสมือนเป็นการให้ความช่วยเหลือ และการให้ความเป็นมนุษย์มีอยู่อย่างทั่วหน้าพร้อมกัน การเข้าไปถึงผู้ป่วยนั้นเป็นการให้ความช่วยเหลือแม้การกระทำนั้นดูเป็นการทำได้ยากเพราะต้องมีเรื่องของการเคลื่อนย้าย เรื่องของระยะเวลา สภาพอากาศ จนต้องใช้ความพยายามอย่างมากที่จะต้องควบคุมตลอดจนเรื่องของการต้องใช้วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนการสื่อสารในทางโทรคมนาคมเข้าช่วย

4. ความรับผิดชอบและการเตรียมข้อมูลเพื่อให้ผู้ร่วมงานแต่ละบุคคล

5. ผลการรักษาขึ้นอยู่กับความใส่ใจในการรักษาซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ

6. กระทำการป้องกันในภาวะฉุกเฉินต้องกระทำอย่างสมบูรณ์ การให้บริการความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินต้องให้การดูแลรักษาอย่างดีเยี่ยม สามารถที่จะให้ข้อมูลผลการรักษาที่สำคัญ เหนือไปกว่านั้น การรวมการบริการต่างๆเข้าด้วยกันตามรายการขั้นตอนการรักษาเพื่อเป็นผลการรักษาหรือการศึกษาในวิชาแพทย์ที่จะหาคำตอบสุดท้ายที่ออกมาอย่างได้ประสิทธิผล

ซึ่งการจะรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ก็ต้องพิจารณาถึงคุณลักษณะสำคัญในการให้การรักษาระบบการแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส ซึ่งมีอยู่ 4 ลักษณะ

1. การบูรณาการในการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ดับเพลิง เจ้าหน้าที่รถโรงพยาบาลเอกชน (private ambulance men) เจ้าหน้าที่ผู้ทำการฝึกหัดการช่วยเหลือทั่วไปของโรงพยาบาลเอกชน (private general practitioners) หน่วยแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (Hospital Mobile

Intensive Care Units หรือ H-MICU) โรงพยาบาลทั่วไป หรือรวมทั้งโครงการที่ทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือแบบแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละท้องถิ่นอีกด้วย

2. แพทย์ในโรงพยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการในภาคสนาม มีหน้าที่จัดหาอุปกรณ์เพื่อใช้ในการรักษาในแต่วิธีเฉพาะทาง ทำการรักษาผู้ป่วยทั้งกรณีเหตุการณ์เฉพาะหน้า และระหว่างการขนย้ายผู้ป่วย ทั้งให้การรักษาในแบบ “การบำบัดเชิงป้องกัน” (defensive therapy) และแบบ “การบำบัดเชิงรักษา”

3. การรักษาผ่านทางโทรคมนาคม ซึ่งผลตอบรับของการมีศูนย์คู่สายแพทย์ฉุกเฉินมีผลคือ เป็นปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยในภาวะอันตรายส่งผลกระทบต่อชีวิต หลีกเลี่ยงกระบวนการรักษาที่เปล่าประโยชน์ หลีกเลี่ยงการส่งคนไข้เข้าโรงพยาบาลโดยที่อาจไม่จำเป็นต้องไป เพิ่มความเชื่อมั่นและเป็นการเข้าถึงภาระหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการควบคุมกระบวนการปฏิบัติการทางฉุกเฉิน เป็นการเตรียมรับรองผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและเป็นการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ก้าวล้ำ และประหยัดด้วย

4. ผู้ดำรงตำแหน่งเป็นผู้นำของโรงพยาบาล ในประเทศฝรั่งเศส โรงพยาบาลนั้นเป็นผู้ชี้แนะแนวทาง (pivot) ให้แก่ ฝ่ายให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (out-of-hospital) กฎหมายได้ให้โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบ

นอกจากนี้ ฝรั่งเศสยังให้ความสำคัญแก่ หน่วยโรงพยาบาลเคลื่อนที่ให้การรักษาระดับเข้มข้น เพราะเป็นการรักษาที่ทรงความสามารถมากที่สุดในการปฏิบัติงานของศูนย์คู่สายแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่

1. องค์กร ไม่ว่าจะทั้งทางการแพทย์ การปกครอง และทางการคลัง ให้หน่วยแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงเป็นหน่วยของโรงพยาบาล พวกเขาทำการรักษาโดยให้ความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดร่วมกับกองโรงพยาบาลโดยรับผิดชอบในการรับรองผู้ป่วยฉุกเฉิน ตลอดดจงานภายในนอกโรงพยาบาล เช่นหน่วยดับเพลิง

2. ภาระหน้าที่ หน่วยโรงพยาบาลเคลื่อนที่ให้การรักษาระดับเข้มข้นนั้นได้ให้บริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับการเจ็บป่วยที่รุนแรงและการบาดเจ็บในทุกที่ มีมาตรฐานการปฏิบัติรักษาฉุกเฉินเดียวกันไม่ว่าจะในประเทศฝรั่งเศสหรือในต่างประเทศ กรณีนี้เป็นการทำเวชปฏิบัติก่อนถึงโรงพยาบาลโดยหน่วยแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง เช่นเดียวกันผลที่ตามมาจากนั้น เช่น การดูแลป้องกันการเกิดอาการแทรกซ้อนที่อาจมีขึ้นอย่างเฉียบพลันและประหลาด

ดังนั้น จากการจัดเตรียมการรักษาเวชปฏิบัติภาคสนามจึงขึ้นอยู่กับกระบวนการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ซึ่งมีความต่อเนื่องการดูแลรักษาโดยมีการประสานงานที่ทำให้ทุกชีวิตอย่างเท่าเทียมและมีโอกาสรอดชีวิตจากภัยคุกคามได้ดีกว่า

3. พาหนะ พาหนะทั้งหลายรวมถึงมีอุปกรณ์ช่วยหายใจและอุปกรณ์การรักษาระดับเข้มข้นอื่นๆ

4. บุคลากร แพทย์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยคัดมาจากบรรดาแพทย์ที่มีประสบการณ์ทำงานในฝ่ายงานฉุกเฉิน โรงพยาบาลคัดเลือกมาจากบรรดาพยาบาลที่มีประสบการณ์ห้องฉุกเฉินหรือหน่วยการรักษาระดับสูงของทางโรงพยาบาลหรือหรือความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เจ้าหน้าที่รถโรงพยาบาลคัดเลือกจากบุคลากรอย่างมีคุณภาพผ่านการฝึกฝนมาแล้ว

สำหรับการประเมินผลและภาพรวมของแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศส

1. ผลโดยตรง อย่างเป็นที่ทราบโดยทั่วไป ผลของการมีระบบแพทย์ฉุกเฉินนั้นทำให้เวชปฏิบัติฉุกเฉินได้ดีและมีความคล่องตัวกว่า เป็นการได้ปรับปรุงการให้ความสะดวกทางการรักษาและเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย และใช้งานทรัพยากรในการรักษาที่มีอยู่ได้มากกว่า

2. ผลโดยทางอ้อม ผลโดยทางอ้อมนั้นสำคัญ เพราะ เป็นการตระหนักถึงพัฒนาการของแนวทางเลือกในการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (alternatives to hospitalization) โดยทำการรักษาผู้ป่วยได้แม้เหตุการณ์จะเกิดขึ้นในบ้าน เป็นการปรับปรุงการจัดการเครื่องมือแพทย์ในงานหนักและลดจำนวนภาระโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องในงานฉุกเฉิน เป็นการเพิ่มความสามารถในการต้านทานความเสียหายจากอุบัติเหตุ เป็นการปรับปรุงแผนงานการค้นคว้าทางระบาดวิทยา และเป็นการส่งเสริมวิทยาการเทคนิคทางแพทย์ใหม่ๆ

สำหรับการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติทางการทางแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส ประเทศฝรั่งเศสเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากหลักกฎหมายพลเมืองที่ดี (good Samaritan law) ซึ่งเป็นกฎหมายจารีตประเพณีที่สำคัญ สำหรับการใช้จารีตประเพณีแห่งท้องถิ่นอุดช่องว่างทางกฎหมาย แม้การคุ้มครองผู้ปฏิบัติทางการทางแพทย์ฉุกเฉินจะไม่มีบัญญัติลายลักษณ์อักษรเป็นการเฉพาะ แต่การคุ้มครองในเรื่องดังกล่าวก็สามารถปรับบทนำมาได้จาก ประมวลกฎหมายอาญาฝรั่งเศส และประมวลกฎหมายแพ่งฝรั่งเศส

ประเทศที่ใช้ระบบซีวิลลอว์ก็มีการพัฒนาหรือการบัญญัติที่แตกต่างกันไป แม้จะมีรากฐานทางความคิดในแบบเดียวกันก็ตามซึ่งในการทำปฏิบัติการก้ำกัยต่างๆ แต่กฎหมายฝรั่งเศสนั้นไม่ต้องการที่จะให้เรื่องการช่วยเหลือหรือก้ำกัยนั้นปลอดจากความรับผิดชอบใด ๆ ถ้าในกรณีความเสียหายนั้นเกิดจากความช่วยเหลือที่ไม่เหมาะสมตามมาตรฐาน อีกทั้งก็ตั้งใจที่จะสร้างมาตรการลงโทษทั้งในกฎหมายทางอาญาและทางแพ่งด้วย ตัวอย่างเช่น ผู้ที่อยู่รอบข้างในเหตุการณ์จัดได้ว่าเป็นพยานโดยตรง ถ้าไม่เขาเข้าแทรกแซงหรือขัดขวางเหตุการณ์ที่เกิดอันตรายที่กำลังเกิดนั้นและก่อให้เกิดความเสี่ยงภัยที่จะให้ผู้ประสบเคราะห์หรือเกิดแก่บุคคลที่สามตามประมวลกฎหมายอาญาก็ถือเป็นความผิดได้ตามมาตรา 223-6

ตามบทบัญญัติดังกล่าว ถ้าไม่ปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ตกอยู่ในอันตราย นับเป็นการฝ่าฝืนกฎหมายเพื่อช่วยชีวิตเช่นนี้ถือว่าไม่เพียงแต่มีความผิดทางอาญา แต่ยังถือว่าผิดในหน้าที่พลเมืองด้วย **ดังนั้นภาระหน้าที่ที่จะต้องช่วยเหลือนี้จึงคงยังมีบทบาทในกฎหมายอื่น ๆ อีกด้วย**

มาตรา 1382 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง รากฐานที่สำคัญของกฎหมายฝรั่งเศสในเรื่องของละเมิด: "การกระทำที่ทำให้เกิดอันตรายใด ๆ เกิดจากผู้ที่เป็นสาเหตุให้เกิดอันตราย ผู้นั้นย่อมทำการชดใช้เพื่อการนั้น" ถ้าเป็นเช่นนี้ผู้ทำการก้ำกัยหรือให้ความช่วยเหลือ ถ้าทำการนั้นแล้วเกิดอันตรายต่อผู้บาดเจ็บหรือบุคคลที่สามจะต้องรับผิดชอบอีกเช่นกันอย่างน้อยภายใต้กฎหมายแพ่ง (และอาจอยู่ภายใต้กฎหมายความผิดทางอาญา) ด้วยเพราะค่านิยมในทางศีลธรรมที่มีในฝรั่งเศสพบว่ากฎหมายพลเมืองดีนั้นมีความเป็นสากล และอีกทั้งมีคำพิพากษาบรรทัดฐาน (case law) ก็เคยมีในเรื่องดังกล่าว จึงได้มีการนำแนวคิดนี้มาปรับใช้เป็นหลักกฎหมายฝรั่งเศส โดยมีแนวคิดในเรื่องของ:

1. "Etat de Nécessité" ซึ่งอาจจะแปลว่า "สถานะของความจำเป็น" เป็นการป้องกันอยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นต้องหลีกเลี่ยงอันตราย มีความแตกต่างจากเหตุสุดวิสัย (Force Majeur) ซึ่งสามารถทำให้การผู้ที่สมัครใจทำการช่วยเหลือป้องกันภัยหรือผู้ทำการก้ำกัยอันตรายให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ประสบเคราะห์ภัยหรือต่อบุคคลที่สามโดยนั้นเป็นเรื่องที่ถูกต้องตาม และ "ภาวะของความจำเป็น" ครอบคลุมถึง "ความผิดพลาดเล็ก ๆ น้อย ๆ" "ความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ" หรือความผิดฐานลหุโทษ (misdemeanors)

2. เป็นที่รู้กันว่ามีคำพิพากษาบรรทัดฐานในเรื่อง "ข้อผูกพันทางสังคมที่แสดงนัยยะของการให้ความช่วยเหลือหรือการก้ำกัยต่างตอบแทนกัน" เป็นการให้สิทธิผู้ทำการช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพไม่

ต้องชดใช้ความเสียหายจากผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายอันจะก่อให้เกิดผู้ทำการช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพนั้น เสียเปรียบต่อผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัย หรือบุคคลที่สาม อ้างอิงจากมาตรา 1382 แห่งประมวลกฎหมายแพ่ง ในเรื่องความผิดที่ไม่ต้องรับผิด (guilty of no fault) ผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัย ไม่สามารถฟ้องร้องในเรื่องอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือบุคคลที่สาม ในระหว่างการช่วยเหลือ แต่ทั้งนี้ตามหลักแล้วผู้ให้ความช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพยังต้องพึงรับผิดชอบต่อบุคคลที่สามสำหรับอันตรายที่เกิดจากการช่วยเหลือของเขาเกิดแก่บุคคลที่สามเหล่านั้น และไม่สามารถที่จะไล่เบี่ย (recourse) ความเสียหายเอาจากผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยที่ตนทำการช่วยเหลือได้ แม้หลักการนี้จะส่งผลกระทบต่อหลักกฎหมายละเมิดของฝรั่งเศส แต่ ณ เวลานี้ คำพิพากษาที่มีมาก่อนได้แสดงให้เห็นถึงความนัยของหลัก "สัญญาต่างตอบแทนของผู้ให้ความช่วยเหลือหรือกู้ภัย" ระหว่างผู้ให้ความช่วยเหลือหรือผู้กู้ชีพกับผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัย วิธีการนี้ในเรื่อง ความรับผิดก็ไม่ได้ต่างไปจากกฎหมายละเมิด เพียงแต่มั่นอยู่บนพื้นฐานของเรื่องทางแพ่งไม่ใช่ อาญา

ดังนั้น แม้ว่ากฎหมายโดยทั่วไปของฝรั่งเศสจะตีความเคร่งครัด แต่ก็ไม่ได้ละเลยในศีลธรรม และเจตนาของกฎหมายที่จะปกป้องประโยชน์ในหลักกฎหมายพลเมืองดี

แนวความคิดเรื่องการยอมรับกฎหมายพลเมืองดี การกำหนดหน้าที่เกี่ยวกับกฎหมายพลเมืองดีในประเทศทางตะวันตกนั้นยึดหลักเสรีภาพส่วนบุคคลเป็นปัจจัยหลัก ซึ่งกฎหมายพลเมืองดีมีที่มาจาก “ทฤษฎีที่สนับสนุนการกำหนดให้การไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นความผิดทางอาญา” ซึ่งนำเอาปรัชญากฎหมาย และหลักการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยจะกล่าวพอสังเขป อันได้แก่

ทฤษฎีอรรถประโยชน์ แนวความคิดดังกล่าวกล่าวว่า กำหนดให้ความล้มเหลวในการไม่ช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอาชญากรรมทางอาญาจะช่วยลดการตายและการบาดเจ็บที่ไม่จำเป็นลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางศีลธรรมของบุคคลที่ไม่เห็นด้วยกับการละเลยการช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย

ทฤษฎีความศักดิ์สิทธิ์ของชีวิต ชีวิตมนุษย์มีความสำคัญและมีค่าในตัวเอง ไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลประโยชน์ที่แต่ละบุคคลนั้นสร้างมาโดยตามความสามารถต่อครอบครัวหรือสังคม

ทฤษฎีความแตกต่างทางศีลธรรมเพียงเล็กน้อย ทฤษฎีนี้ให้ความเห็นต่างในกรณีระหว่างการฆ่ากับการปล่อยให้ผู้อื่นตาย โดยเห็นว่าการฆ่านั้นมีเจตนาและที่สำคัญผู้ฆ่าก็เป็นผู้ลงมือกระทำเอง แต่การปล่อยให้ผู้อื่นตาย ผู้ที่เพิกเฉยไม่ได้เป็นผู้เริ่มต้นลงมือกระทำและไม่ได้เป็น

สาเหตุในผลของความตายของผู้เสียหาย ดังนั้นถ้าความรับผิดชอบเกิดขึ้นผลก็ย่อมเบาบางลงมาตามหลักการได้สัดส่วน

ทฤษฎีแนวความคิดที่กล่าวมานี้ เป็นเครื่องหมายที่ยอมรับการมีอยู่ของกฎหมายพลเมือง ซึ่งเป็นทั้งกฎหมายในรูปแบบลายลักษณ์อักษร หรือจารีตทางกฎหมายท้องถิ่นอันเป็นที่ยอมรับนับถือโดยทั่วไปในประเทศทางตะวันตก ซึ่งทั้งนี้อาจแตกต่างกันตามลักษณะสภาพทางวัฒนธรรมและสังคมในแต่ละประเทศซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนทั้งในประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ และประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายซีวิลลอว์

แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ (สหรัฐอเมริกา) กฎหมายพลเมืองดีเป็นหลักกฎหมายหรือการกระทำที่ปกป้องผู้ที่เลือกที่จะให้บริการและมีแนวโน้มที่คนอื่น ๆ ที่ได้รับบาดเจ็บ, บาดเจ็บ, ในอันตรายหรือไร้ความสามารถ หรืออื่นๆ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความล้มเหลวที่จะให้ความช่วยเหลือ กล่าวจะถูกฟ้องร้องดำเนินคดีหรือการบาดเจ็บโดยไม่ตั้งใจหรือความตายโดยพลาด ในสหรัฐอเมริกา หลักคำสอนพลเมืองดีนี้เป็นหลักการทางกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองการกู้ชีพที่ได้ช่วยผู้ป่วยสมัครใจ ให้พ้นจากการความกังวลที่จะต้องถูกฟ้องร้องแล้วจาก 'การกระทำผิดกฎหมาย' วัตถุประสงค์คือเพื่อให้ผู้บาดเจ็บในภาวะฉุกเฉินได้รับความเต็มใจที่จะได้รับการช่วยเหลือจากคนแปลกหน้าและลดความกลัวผลกระทบทางกฎหมายที่พวกเขาควรจะทำผิดพลาดในการรักษาบางอย่าง จึงเห็นได้ชัดว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา กฎหมายเกี่ยวกับพลเมืองดีจะมีความแตกต่างไปในแต่ละท้องถิ่น ทั้งในแง่บุคคลที่ได้รับการคุ้มครองและเหตุการณ์ใดบ้างที่ไม่ต้องรับผิดชอบ ซึ่งบางมลรัฐอาจคุ้มครองเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพทางสาธารณสุข แต่มลรัฐมิเนโซตาและเวอร์มอนต์อาจรวมถึงประชาชนทั่วไปด้วย ถ้าบุคคลนั้นเป็นผู้พบ สถานการณ์ฉุกเฉินและโทรแจ้งแก่เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการคุ้มครองแล้ว เมื่อมองผลลัพธ์ของกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายพลเมืองดีของสหรัฐอเมริกา จึงสามารถไปในทางทิศทางเดียวกัน และมีบัญญัติยกเว้นความรับผิดชอบแก่ผู้เต็มใจและสุจริตใจให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาล เพราะตามสภาพความเป็นจริงของกฎหมายคอมมอนลอว์แล้วบุคคลไม่มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือผู้อื่น แต่ทั้งนี้เมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วก็ต้องกระทำอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานและไม่กระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง มิเช่นนั้นอาจรับโทษถ้าผลเสียหายดังกล่าวมีมากขึ้น

แนวความคิดกฎหมายพลเมืองดีของระบบกฎหมายซีวิลลอว์ (ฝรั่งเศส) ในภาคพื้นยุโรป กฎหมายพลเมืองดีตามความเป็นจริงนั้นคือแนวคิดเชิงจริยธรรมสากลที่สอดคล้องกันกับระบบกฎหมาย ซึ่งมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนให้ความช่วยเหลือและป้องกันภัยชีวิต

แก่ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ และเพื่อลดความลังเลของผู้คนให้เข้าไปความช่วยเหลือ เพื่อจะได้ไม่ยี่นดูเฉยๆให้ด้วยเพราะกลัวจะถูกฟ้องร้องหรือดำเนินคดี ถ้าการบาดเจ็บหรือเสียหายนั้นเกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ (unintentional injury) หรือเกิดความตายโดยผิดพลาด (wrongful death) ขึ้น แต่การคุ้มครองหรือช่วยเหลือโดยพลาดในกลุ่มประเทศซีวิลลอว์นั้นมีอยู่แล้วในประมวลกฎหมายอาญา อยู่ในรูปของเหตุยกเว้นความผิดเช่นเรื่องของการป้องกัน หรือเหตุยกเว้นโทษ เช่น ความจำเป็น (necessity) ดังนั้นเมื่อเข้าไปช่วยเหลือแล้วเกิดความเสียหายจึงสามารถอ้างหลักกฎหมายทั่วไปเหล่านี้เป็นเหตุยกเว้นความรับผิดได้และหลักดังกล่าวนี้ครอบคลุมถึงการกระทำที่ประมาทเลินเล่อของผู้ที่ทำการช่วยเหลือก็สามารถอ้างหลักนี้ได้ด้วย แต่ก็ต้องเป็นไปตามความจำเป็นและสมควรเท่านั้น และความคุ้มครองนี้ไม่รวมถึงการกระทำโดยประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรงหรือประมาทเลินเล่ออย่างไรเหตุผล

ซึ่งจะกล่าวโดยสรุปแนวคิดกฎหมายพลเมืองดีกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในส่วนของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศฝรั่งเศส ซึ่งทั้งสองประเทศนี้ต่างก็ให้ความสำคัญกับระบบการให้บริการในทางการแพทย์ฉุกเฉิน และมีกฎหมายออกมาบังคับใช้เป็นเวลานานพอที่จะเป็นแบบอย่างแก่ประเทศอื่นที่จะนำไปพัฒนาตามแบบทั้งสองประเทศนี้ แต่อย่างไรก็ดี ก็พบข้อแตกต่างว่าแม้สหรัฐอเมริกาจะใช้ระบบกฎหมายคอมมอนลอว์ แต่เรื่องการปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉินบางมลรัฐก็ยังมีกฎหมายออกมาเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นกฎหมายรัฐบัญญัติหลายต่อหลายมลรัฐ ซึ่งได้บัญญัติครอบคลุมถึงชื่อยกเว้นความรับผิดของผู้ปฏิบัติการด้วย ซึ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ

- ในเรื่องข้อจำกัดในการชดเชยค่าเสียหายอันเกิดจากการเสียหายในการปฏิบัติงานฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน และ
- ในเรื่องของข้อจำกัดหลักการให้ความยินยอมของผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งกฎหมายไทยก็ได้เข้าไปถึงในเรื่องดังกล่าวแล้วเช่นกัน แต่ทั้งนี้ยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าใดนัก

ในส่วนของประเทศฝรั่งเศส แม้จะเป็นระบบซีวิลลอว์ เป็นแม่แบบของกฎหมายลายลักษณ์อักษรของประเทศที่ใช้ระบบกฎหมายลายลักษณ์อักษรแทบทั่วโลกแต่สำหรับหลักเกณฑ์ที่เป็นชื่อยกเว้นความรับผิดของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินจะไม่เห็นอย่างเด่นชัดเป็นรูปธรรมนัก แต่ทางฝรั่งเศสก็ยังยึด กฎหมายพลเมืองดี (good Samaritan law) ตามกฎหมายจารีตประเพณีที่มีมาปรับใช้เพื่อนำมาเป็นชื่อยกเว้นในความรับผิดของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ทั้งนี้ก็ต้องผ่านการตีความอย่างเคร่งครัดเสียก่อน เพราะมีเช่นนั้นอาจผิดเจตนารมณ์ของกฎหมายได้

ทั้งหมดนี้เป็นตัวอย่างตามตัวบทกฎหมายที่ต่างประเทศมีและนำมาบังคับใช้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งไทยเราควรใช้เป็นแม่แบบทั้งตัวรูปแบบและเหตุผลหรือตรรกะในการนำมาใช้ในรูปแบบของกฎหมาย

สำหรับสภาพปัญหาทางกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้รับบริการและผู้ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้กฎหมายไทย การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้องนั้น ตามที่ปรากฏในกฎหมายลายลักษณ์อักษรของไทยนั้นได้แก่รัฐธรรมนูญไทย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งรายละเอียดมีดังต่อไปนี้

สิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ซึ่งปรากฏในมาตรา 80 กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเพิ่มบทบัญญัติให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อ

ก. ตอบสนองนโยบายหลักพื้นฐานแห่งรัฐ ซึ่งการให้บริการสาธารณะในเรื่องของสาธารณสุขก็เป็นหนึ่งเหตุผลสำคัญที่รัฐมีหน้าที่ต้องจัดให้มีตามข้อความ **ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชน** และเน้นให้มีการช่วยเหลือกันในเอกชนและชุมชนเพื่อตอบสนองการมีส่วนร่วมของประชาชนขั้นพื้นฐานตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย

ข. รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน และมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง แต่ข้อเท็จจริงที่มีการถกเถียงกันเสมอคือเรื่อง**มาตรฐานในการรักษาของแพทย์นั้น ใช้มาตรฐานใดเป็นดัชนีชี้วัด** เพราะในความเป็นจริงผู้ป่วยแต่ละรายอาจไม่ใช่มาตรฐานเดียวกันรักษา เช่นผู้ป่วยฉุกเฉินกับผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเด็กกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ ซึ่งมาตรฐานในการรักษาควรมีเป็นการเฉพาะในแต่ละเรื่องไปและจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้อย่างพอเหมาะสมควรเพื่อประชาชนจะได้ตระหนักในสิทธิหรือได้รับรู้ข้อยกเว้นในการรักษาว่าเป็นธรรมเพียงพอหรือไม่ เพราะรัฐธรรมนูญอันเป็นกฎหมายสูงสุดต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขอย่างมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพทั่วถึง แม้ว่าจะยังไม่มีกฎหมายรองรับก็ตาม แต่อย่างไรเสียในภายหน้าก็ต้องมีกฎหมายออกมารับรองมาตรฐาน มิเช่นนั้นก็จะไม่เป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนไปอย่างแท้จริง

สำหรับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ปรากฏในมาตรา 28 กรณีดังกล่าวสามารถอธิบายสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตราดังกล่าวได้ ดังนี้

1. ให้สิทธิในการรักษาฉุกเฉิน มีการตรวจแยกระดับของความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน เพราะเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต่างกัน ซึ่งการตรวจแยกวัตรระดับความฉุกเฉินย่อมมีผลดี เพื่อที่จะได้ดูสภาพและอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความอันตรายจากการบาดเจ็บและจะได้นำตัวผู้ป่วยไปรักษาอย่างทันท่วงที ซึ่งในข้อนี้ในการให้ความสำคัญก็สามารถจัดได้ว่า เป็นการให้ความสำคัญในการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนด้วย

2. เป็นการคุ้มครองสิทธิที่ว่าจะต้องรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลก่อนจะมีการนำตัวผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการรักษาก็ต้องเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดไว้ตามที่ผู้เขียนได้เกริ่นกล่าวตามข้างต้น แต่ทั้งนี้ก็อาจจะเว้นเสียแต่ว่าแพทย์ได้ให้การรับรองว่าการส่งต่อ่นั้นเป็นประโยชน์ที่จะป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของความเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งการส่งต่อนั้นก็ต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการลำเลียงขนส่งผู้ป่วยอีกด้วย และในทางปฏิบัติการรักษาและลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจะต้องมีการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ทราบความพร้อมของโรงพยาบาลก่อนล่วงหน้า ดังนั้นทางโรงพยาบาลก็ไม่สามารถที่จะปฏิเสธการรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถ้าจะอ้างว่าเตียงในโรงพยาบาลนั้นเต็ม ซึ่งเป็นการให้สิทธิดีกว่าคนไข้ ผู้ป่วยทั่วไปหรือผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นๆที่มีระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยที่น้อยกว่า

3. การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีดังกล่าวนี้หมายถึงการปฏิบัติต้องทำตามเท่าที่จำเป็นและจะอ้างว่าเป็นกรณีฉุกเฉินไปเสียทั้งหมดย่อมมิได้ ซึ่งการเจ็บป่วยใดที่จะจัดเข้าภาวะฉุกเฉินตามการรักษาฉุกเฉินก็ต้องเป็นไปตามข้อบ่งชี้ ซึ่งการจะรู้ถึงข้อบ่งชี้ได้ก็แสดงว่าย่อมต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติการ มิให้นำสิทธิการประกัน การขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล หรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งในกรณีดังกล่าวเป็นการสอดคล้องตามรัฐธรรมนูญมาตรา 51 วรรคสองที่ได้บัญญัติ “บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขจากรัฐซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ” ที่มุ่งส่งเสริมการให้บริการทางสาธารณสุขให้เข้าถึงประชาชนทั่วไปได้จริง โดยไม่ต้องมีเรื่องของค่าใช้จ่ายเป็นตัวปัจจัยในการที่จะเข้าถึงการรักษาฉุกเฉิน และอันเป็นการคุ้มครองสิทธิในชีวิตและร่างกายของประชาชนในประเทศอีกหนึ่งประการอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุดเท่าที่กฎหมายไทยเคยมีมา

แต่อย่างไรก็ดี สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินเองก็ย่อมมีข้อยกเว้น ซึ่งจะกล่าวต่อไปเพราะเรื่องดังกล่าวนี้ถือเป็นคุณและเป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินด้วย

การคุ้มครองในการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมายไทยที่เกี่ยวข้อง สำหรับการปฏิบัติงานตามมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2550 มาตรา 80(2) กรณีดังกล่าวเห็นได้ชัดเจนว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเพิ่มบทบัญญัติให้ครอบคลุมมากขึ้นเพื่อเสมือนเป็นอีกด้านหนึ่งของเหรียญ ซึ่งถ้าสังเกตในช่วงท้ายของอนุมาตรา 2 ในข้อความที่กล่าวว่า “ผู้มีหน้าที่ให้บริการดังกล่าวซึ่งได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย” แสดงให้เห็นถึงกฎหมายเปิดช่องไว้ให้ผู้ปฏิบัติวิชาชีพในทางเวชกรรมได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ซึ่งเวชกรรมฉุกเฉินก็เป็นเวชกรรมอีกแขนงหนึ่งที่ย่อมได้รับความคุ้มครองด้วยเช่นกัน แต่ทั้งนี้ก็ต้องสืบหาในส่วนของมาตรฐานว่า มีลักษณะอย่างไร แตกต่างกับการปฏิบัติการของแพทย์อย่างไรไปอย่างไร เพื่อจะได้เป็นข้อกล่าวอ้างให้แก่ตนเองได้ว่าปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมายแล้ว และมาตรฐานเป็นที่เข้าใจได้โดยทั่วไป

สำหรับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ความชอบแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ปรากฏในมาตรา 8 มาตราดังกล่าวนี้จริงแล้วโดยเนื้อหาในเบื้องต้นเป็นการให้สิทธิควรได้รู้ให้แก่ผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์ ที่จะเลือกในการตัดสินใจในการรักษาโดยแพทย์มีหน้าที่ต้องให้มูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ถ้าตกลงใจก็สามารถให้ความยินยอมที่จะรักษาก็เป็นเรื่องของหลักความยินยอม (Consent) ซึ่งตามหลักแล้วในการรักษาทางการแพทย์ก็ต้องเป็นไปโดยตามความยินยอมของผู้ป่วย ซึ่งสิทธิการให้ความยินยอมนี้ก็เป็นที่ยอมรับคำประกาศสิทธิผู้ป่วยไทยในข้อ 3 แต่ทั้งนี้หลักความยินยอมดังกล่าวไม่ครอบคลุมไปถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน สามารถทำการรักษา ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ แม้จะไม่ได้รับความยินยอม นั่นคือผู้รับบริการต้องอยู่ภาวะอันตรายเสี่ยงต่อชีวิตและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องช่วยเหลือหรือผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งบุคคลต่างๆตามที่มาตรา 8 (2) กำหนด และการช่วยเหลือดังกล่าวนี้จะไม่เป็นความผิด แม้ผู้รับบริการนั้นจะไม่ประสงค์ที่จะได้รับบริการฉุกเฉินดังกล่าว หรือการปฏิบัติการช่วยเหลือฉุกเฉินนี้จะขัดกับหลักศาสนา หรือความเชื่อที่ไม่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไป

ส่วนการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินภายใต้ความชอบแห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 28 กรณีดังกล่าวสามารถอธิบายสิทธิของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตราดังกล่าวได้ดังนี้

1. ให้มีการตรวจแยกระดับของความฉุกเฉิน และจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน ซึ่งการตรวจแยกวัดระดับความฉุกเฉินย่อมมีผลดี เพื่อที่จะได้ดูสภาพและอาการของผู้ป่วยเพื่อลดความอันตรายจากการบาดเจ็บและจะได้นำตัวผู้ป่วยไปรักษาอย่างทันที่ ซึ่งในข้อนี้ในถ้าสามารถจัดการได้ในข้อเท็จจริงโอกาสที่ผู้ป่วยจะพ้นจากความอันตรายย่อมมีมากขึ้นโอกาสที่จะเกิดปัญหาฟ้องร้องก็ย่อมต่ำลงเช่น เป็นการให้ความสำคัญในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานของเวชกรรมฉุกเฉินในตัวด้วย

2. ถ้าให้การรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลก่อนจะมีการนำตัวผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ที่จะทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและการรักษาก็เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดไว้ก็ย่อมเป็นการลดภาระในการรับผิดชอบให้แก่ผู้ปฏิบัติงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ทั้งนี้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงานก็ต้องมีการประเมินสมรรถนะ การทดสอบความรู้อย่างเข้มงวด และต้องได้รับการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนดด้วย คงเป็นไปได้ที่จะมีแต่ความตั้งใจที่เต็มพร้อมแต่ความรู้ความสามารถบกพร่องมาให้กระทำการดังกล่าว เพราะหน้าที่ดังกล่าวเป็นการรับผิดชอบในชีวิตของคนซึ่งเป็นสิ่งมีค่า

สำหรับมาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินตามสถานประกอบการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรา 29 ที่จะกล่าวต่อไปนี้เป็นหัวใจของมาตรฐานการปฏิบัติการทางแพทย์ฉุกเฉิน เพราะเป็นส่วนที่ว่าด้วยมาตรฐานการปฏิบัติงานแต่ปัญหาที่พบคือ

1. ยังไม่พบมาตรฐานที่แท้จริงในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ถึงแม้จะมีกล่าวชัดในพระราชบัญญัติ แต่ก็เป็นการกล่าวอย่างกว้างๆ ยังต้องมีรายละเอียดลงลึกไปอีกว่าการปฏิบัติงานจะต้องมีลักษณะเช่นใด ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อกำหนดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล สิ่งเหล่านี้จะสามารถเป็นรูปธรรมได้จริงก็ต่อเมื่อต้องมี**มาตรฐานในรูปแบบของกฎหมาย**ที่แท้จริงเกิดให้เห็นอย่างเด่นชัด

2. หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ยังไม่สามารถมีได้จริงเพราะขาดเกณฑ์ในเรื่องมาตรฐานกลางที่จะมาปฏิบัติการมาบังคับใช้ จึงมีผลทำให้หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉิน จึงไม่เกิดได้จริง รวมถึงบุคลากร พาหนะ สถานที่ และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการปฏิบัติฉุกเฉินไม่สามารถรับรองได้ทางกฎหมาย แม้จะมีกฎหมายให้อำนาจกระทำแล้วจริง นับเป็นการไม่พิถีพิถันและคุ้มครองความ

รับผิดชอบที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลได้จริงสมเจตนารมณ์ของกฎหมาย

3. กพฉ. ไม่สามารถรับรองมาตรฐานได้จริงให้แก่หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใด เพราะยังไม่มีมาตรฐานจัดใช้อย่างเป็นรูปธรรมที่แท้จริง

ผลของการไม่มีมาตรฐานการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินในรูปแบบทางกฎหมาย

1. ประเภท ระดับ อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ไม่สามารถบังคับใช้ได้จริง

2. ไม่สามารถคุ้มครองการปฏิบัติการทางเวชกรรมตามรัฐธรรมนูญที่เปิดช่องไว้ได้ เพราะรัฐธรรมนูญมุ่งให้ปฏิบัติตามมาตรฐานและจริยธรรมจึงจะได้รับความคุ้มครอง

สำหรับบทบัญญัติแห่งกฎหมายที่มีลักษณะเป็นความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน มีหลายลักษณะเช่น ความรับผิดทางปกครองมีบัญญัติไว้ในหมวด 5 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

มาตรา 37 “ผู้ใดฝ่าฝืนประกาศ กพฉ. กำหนดตามมาตรา 29(1) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท”

มาตรา 38 “ผู้ใดใช้ระบบสื่อสารเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยประกาศที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท”

มาตรา 39 “การกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา 37 และมาตรา 38 ให้ กพฉ. คำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมที่ทำ ความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการนั้น ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ กพฉ. กำหนด”

มาตรา 40 “ผู้ใดใช้เข็มชุกเกียรติ โดยไม่มีสิทธิหรือแสดงด้วยประการใดๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายแสดงวิทยฐานะโดยตนไม่มีสิทธิ ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท”

ข้อสังเกต กฎหมายดังกล่าวมีโทษทางปกครองเนื่องด้วยเหตุผลที่ว่า

1. กฎหมายมีเจตนารมณ์ให้พระราชบัญญัติดังกล่าวมีความเป็นกฎหมายมหาชนโดยแท้ มากกว่าที่จะเป็นกฎหมายเอกชน

2. การปฏิบัติการไม่ว่าทั้ง ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลที่ทำการปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐ แม้ในข้อเท็จจริงผู้ปฏิบัติการณ์นั้นจะเป็นเอกชน เช่น มูลนิธิที่เข้ารับการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อมาช่วยปฏิบัติงาน หรือโรงพยาบาลเอกชนที่รับรักษาตัวผู้ป่วยฉุกเฉิน เหล่านี้ให้ถือเสมือนว่าเป็นการกระทำการแทนรัฐ ถือเป็นเจ้าหน้าที่รัฐ และหน่วยงานทางปกครองตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลปกครองและวิธีพิจารณาคดีปกครอง พ.ศ. 2542

ส่วนความรับผิดทางจริยธรรมวิชาชีพของแพทย์ฉุกเฉิน การรับผิดทางจริยธรรมทางการแพทย์ฉุกเฉินนั้นพิจารณาจากผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติในเรื่องของ

- ก. หลักเกณฑ์
- ข. เงื่อนไข และ
- ค. มาตรฐานที่กำหนด

ผู้ที่มีอำนาจพิจารณาเรื่องดังกล่าว คือ กพฉ. ตามอำนาจที่ให้ไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินมาตรา 31 ส่วนความรับผิดที่กำหนดบัญญัติไว้ในมาตรา 32 มีเนื้อหาดังนี้

“ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา 31 ปรากฏว่า ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด และการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฏ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- (1) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นให้ถูกต้อง
- (2) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่
- (3) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ
- (4) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข”

จากตรงนี้จะเห็นได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายแพทย์ฉุกเฉินนั้น ไม่ซับซ้อนเพราะมุ่งเน้นความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน แต่ทั้งนี้ก็ไม่ขัดที่จะให้กฎหมายอื่นเข้ามามีบทบาท เพราะถ้าความผิดนั้น

สามารถไปเกี่ยวเนื่องกับความผิดอื่นๆ ได้ เช่นละเมิดเจ้าหน้าที่ แต่เนื่องจากมีโทษทางปกครอง และโทษทางจริยธรรมที่มีต่างหากจึงเป็นการง่ายที่ลงโทษต่อผู้กระทำผิด และมีความสมเหตุสมผล และเป็นธรรมพอ

ข้อสรุปสภาพบังคับของกฎหมายไทยในการคุ้มครองและรับรองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถคุ้มครองสิทธิในร่างกายประชาชนทั่วไปได้จริง แม้จะมีการปฏิบัติการจริงแต่เมื่อมาตรฐานไม่ชัดเจน ไม่ได้อยู่ในรูปแบบของกฎหมายที่จะบังคับใช้กันได้นั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินประชาชนก็ได้รับการรักษาอย่างไม่มีคุณภาพ เมื่อเกิดความเสียหายจากการรักษาฉุกเฉินขึ้น ก็เป็นเหตุให้ฟ้องร้องต่อกันได้ง่าย แม้การรักษาฉุกเฉินนั้นจะกระทำลงไปด้วยความตั้งใจที่ดีก็ตาม เพราะมีเช่นนั้นก็อาจจะทำให้ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินขาดแรงจูงใจในการประกอบวิชาชีพดังกล่าว ในอนาคตแล้วประเทศไทยอาจขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ได้ ซึ่งสร้างความเสียหายในวงการวิชาชีพเวชกรรมอันมีความสำคัญและประโยชน์ต่อประเทศชาติ และสังคมเป็นอย่างมาก

ในการวิเคราะห์ดังกล่าวนั้นเห็นได้ชัดเจนว่าเรื่องความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉินของทั้งในส่วนของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาลยังคงมีความรับผิดชอบจากการปฏิบัติการอย่างที่เคยผ่านมาเพราะยังขาดในการบัญญัติมาตรฐานในการปฏิบัติงาน

มาตรฐานนั้นเป็นเรื่องสำคัญเพราะการจะยกเว้นความรับผิดชอบในการปฏิบัติการได้ก็ต้องมีมาตรฐานในการปฏิบัติงานรัฐธรรมนูญจึงจะให้การคุ้มครอง อีกทั้งข้อยกเว้นความรับผิดชอบต้องชัดเจนแม้ปัจจุบันการปฏิบัติการฉุกเฉินจะมีกฎหมายให้อำนาจแล้ว แต่การบังคับใช้ก็ยังคงไม่เป็นรูปธรรม จึงทำให้เกิดปัญหาในการบังคับใช้

ทิศทางที่เป็นไปได้ในเบื้องต้นในการที่จะแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าวนี้ควรจะเร่งรัดให้มาตรฐานนั้นมีจริงและสามารถบังคับใช้ได้คู่เคียงกับกฎหมาย เพื่อให้เป็นที่รับทราบและรับรู้กันโดยทั่วไป เพราะเพื่อลดปัญหาการไม่เข้าใจไปในทิศทางเดียวกันระหว่างผู้ปฏิบัติการกับผู้ป่วยตรงนี้อาจก่อให้เกิดผลดีถ้าทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันได้ ซึ่งก็จะทำให้ลดคดีในศาลลงนับเป็นประโยชน์อีกทางหนึ่ง และถึงแม้เมื่อเวลาเกิดปัญหาที่ฟ้องร้องกันจริง ในชั้นศาลถ้ามีมาตรฐานที่ชัดเจนก็จะดียิ่งขึ้น ศาลก็จะได้เข้าใจและใช้วิจารณญาณในการตัดสินได้อย่างเต็มที่ เพราะในความเป็นจริงศาลเองก็ไม่ได้มีความรู้ในการรักษาเหมือนแพทย์ จึงไม่สามารถเข้าใจได้ในบางครั้งถึงเหตุผลที่แพทย์ต้องทำการรักษาอย่างนั้นๆ ไป

ในส่วนขอข้อจำกัดความรับผิด ถึงแม้ในกรณีดังกล่าวจะมีบัญญัติอย่างชัดเจนในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน 2551 มาตรา 29 แต่ปัญหาก็เหมือนกันกับเรื่องมาตรฐานคือยังไม่มีนำออกมาบังคับใช้มีแต่กฎหมายให้อำนาจไว้ ซึ่งในข้อจำกัดความรับผิดนั้นในส่วนขอต่างประเทศนั้นก็มีมานานแล้วในเรื่องดังกล่าว โดยเฉพาะประเทศที่มีระบบบริหารและปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินมาอย่างยาวนานที่ยกมากล่าวในครั้ง นี้ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศฝรั่งเศส เพราะประเทศเหล่านี้รู้จักกับเรื่องหลักความยินยอม การใช้ระบบการประกัน และการใช้กฎหมายพลเมืองดีมานาน จึงมีแนวคิดที่จะให้ความคุ้มครองผู้ประกอบการดังกล่าว เพราะเนื่องจากมีความสำคัญต่อประเทศชาติ เป็นบริการสาธารณะที่จะช่วยลดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในชาติ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ

ซึ่งทั้งในส่วนขอมาตรฐานปฏิบัติการและข้อจำกัดในความรับผิดเหล่านี้ควรจะออกมาบังคับใช้ในลักษณะของกฎหมายลูก เช่น ออกมาเป็นประกาศของ กพฉ. มาบังคับใช้ให้โดยเร็ว เพราะเรื่องดังกล่าวนอกจากเป็นการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่ขององค์กร หน่วยงาน และบุคลากรแล้วยังเป็นการคุ้มครองสิทธิความเป็นมนุษย์ของคนในชาติด้วย ซึ่งรัฐควรใส่ใจและให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าว เพราะมันหมายถึงความอยู่ดีกินดีให้เกิดแก่ประชาชน อันเป็นหน้าที่ที่รัฐต้องทำสิ่งนี้ให้ได้ เพราะการที่รัฐมีอยู่ได้นั้นก็เพราะเหตุผลดังกล่าวนี้

ดังนั้น หากมีการศึกษาวิเคราะห์บทบัญญัติแห่งกฎหมายที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้ทราบว่า มีแนวทางและมาตรฐานในลักษณะใดบ้างที่จะช่วยลดความขัดแย้งและความคลุมเครือในเรื่องการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะในเรื่องความรับผิดของผู้ปฏิบัติการ จากการปฏิบัติหน้าที่ตามกรณีฉุกเฉิน รวมถึงในเรื่องของสิทธิและข้อยกเว้นในสิทธิบางประการการของผู้ป่วยฉุกเฉินที่พึงได้รับการรับบริการดังกล่าว ตลอดจนความบกพร่องของข้อกฎหมายที่มีอยู่ซึ่งไม่สามารถตอบโจทย์ช่องโหว่ที่เกิดขึ้นอันสร้างความไม่เป็นธรรมให้เกิดทั้งกับผู้ปฏิบัติการและผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินนี้ เพราะการศึกษาในครั้งนี้ได้มุ่งหวังที่จะให้มาตรการทางการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความชัดเจน สร้างความง่ายที่จะเข้าใจในการใช้ดุลยพินิจของเหตุผลในแต่ละฝ่าย เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีและลดความขัดแย้งในสังคมของกรณีการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

6.2 ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งให้มีมาตรฐานการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งต้องมีรูปแบบเป็นอนุบัญญัติตามกฎหมาย เพราะหลักเกณฑ์การรักษาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจะได้เป็นที่รับรองตามกฎหมาย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของประชาชนในเรื่องเสรีภาพในชีวิต และร่างกายตามรัฐธรรมนูญได้จริง อีกทั้งจะสามารรถสร้างความเข้าใจในการรักษาผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติการให้เป็นที่เข้าใจของคนในสังคมมากขึ้น ตลอดจนจะเป็นการลดความได้แก่ที่่จะเกิดขึ้นในการรักษาฉุกเฉินและอาจจะลดจำนวนคดีที่เกี่ยวกับการฟ้องร้องระหว่างกันในกรณีการรักษาฉุกเฉินที่จะนำเข้าสู่ศาลให้น้อยลง

2. การมีมาตรฐานออกเป็นอนุบัญญัติทางกฎหมาย นอกจากเป็นข้อดีและผลดีต่อการพิทักษ์สิทธิของประชาชนผู้ได้รับการรักษาทางการแพทย์ฉุกเฉินว่าตนนั้นจะได้รับการปฏิบัติการช่วยเหลือตามมาตรฐานเป็นที่รับรองตามกฎหมายแล้ว มาตรฐานดังกล่าวก็ยังคงเป็นการคุ้มครองในการปฏิบัติหน้าที่ให้แก่ผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินไปในตัวด้วย เพราะถ้าผู้ปฏิบัติกรนั้นเมื่อได้กระทำการตามมาตรฐานแล้ว ก็ย่อมใช้มาตรฐานเป็นข้อกล่าวอ้างเพื่อไม่ให้ตนต้องรับความผิดได้ เพราะการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินนั้นไม่ได้เป็นลักษณะเป็นการทั่วไป

3. ควรให้การสนับสนุนการมีบทบัญญัติเป็นการยกเว้นความรับผิดชอบสำหรับผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามแบบอย่างของต่างประเทศเพราะจะได้สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งในต่างประเทศโดยเฉพาะที่สหรัฐอเมริกาในบางมลรัฐมีบทบัญญัติดังกล่าวเป็นการเฉพาะ

4. ควรมีหลักเกณฑ์ หรือคำอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆของแพทย์ฉุกเฉินเพื่อความเข้าใจง่ายลดการตีความที่แตกต่างกัน เพื่อให้แพทย์และนักกฎหมายเข้าใจสิ่งต่างๆไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น

5. ควรส่งเสริมการเรียนในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นที่รู้จักโดยทั่วไป โดยรัฐควรบรรจุเรื่องดังกล่าวลงไปหลักสูตรการศึกษาเพื่อให้เป็นที่รู้จักในเบื้องต้น เช่นในวิชาสุขศึกษา เพื่อให้เยาวชนและพลเมืองที่สนใจจะได้รู้จักพิทักษ์สิทธิของตนทางการแพทย์พยาบาล

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, หลักกฎหมายว่าด้วยสิทธิเสรีภาพ, กรุงเทพฯ: วิญญูชน 2547.

เกรียงไกร เจริญธนาวัฒน์, เสรีภาพทางกายภาพตามแนวคิดทางกฎหมายของฝรั่งเศส(ออนไลน์)
แหล่งที่มา : <http://chanin1222.ispace.in.th/021.html>, (พฤษภาคม 2555).

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2552, [ออนไลน์] แหล่งที่มา
<http://sktins.wordpress.com>, (12 ก.พ. 2553).

ข่าว MThai. สปสช.ตั้งนิยามป่วยฉุกเฉินรับนโยบายรัฐ รักษาไม่ต้องถามสิทธิ (ออนไลน์)
แหล่งที่มา : <http://news.mthai.com/general-news/159450.html>, (เมษายน 2555).

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ศาลยกฟ้องคดีรอนพิบูลย์ (ออนไลน์), แหล่งที่มา :
<http://www.medchula.com/question.asp?class=55&gid=2172>, (12 กันยายน 2551).

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คำจำกัดความผู้ป่วย (ออนไลน์) แหล่งที่มา
<http://www.med.cmu.ac.th/hospital/opd/patien.htm>, (7 ธันวาคม 2555).

จิตติ ดิงศรัทิย์. คำอธิบายกฎหมายอาญาภาค 1 ภาค 2 (แก้ไขเพิ่มเติม), กรุงเทพฯ: แสงทองการพิมพ์, พ.ศ. 2518.

ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. ทฤษฎีองค์การสมัยใหม่. กรุงเทพฯ : แชนทไฟร์พริ้นติ้ง จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ 1 พ.ศ.2547.

นันทวัฒน์ บรมานันท์. หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ. กรุงเทพฯ :วิญญูชน. พิมพ์ครั้งที่ 4 ปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2552.

บุตร ประดิษฐ์วณิช. แพทย ยา วิชาชีพหรือการค้า, กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, พ.ศ. 2532.

ปิยพันธุ์ ชีรานนท์. การคัดแยกผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มก่อน, [ออนไลน์], [www.gmwebsite.com /upload/...com/file/unit23.doc](http://www.gmwebsite.com/upload/...com/file/unit23.doc) (20 มี.ค.2555).

ประเวศ วะสี. แพทย์ควรติดคุกหรือไม่, มติชนรายวัน วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2550 ปีที่ 30 ฉบับที่ 10874.

พัชรียา โมกขมรรคกุล. การแจ้งเหตุในการกระทำผิดทางอาญา(วิทยานิพนธ์), กทม. : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ปีการศึกษา. 2553.

ไพจิตร ปุณฺณพันธ์. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับความยินยอมผู้เสียหาย, ดุสิต 2516 ฉบับที่ 20.

เมธี วงศ์ศิริสุวรรณ. กฎหมายกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม, กทม. : สำนักพิมพ์บู๊คเน็ต, พ.ศ.2549.

ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ : นานมีบุ๊คพับลิเคชั่น จำกัด, 2546.

ฤทัย หงส์สิริ และมานิตย์ จุ่มปา. คำอธิบาย : กฎหมายข้อมูลข่าวสารของราชการ, กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์นิติธรรม, พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2542.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์: ความรับผิดชอบทางกฎหมายของผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข, กทม. : วิญญูชน, พ.ศ. 2546.

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์(แปล). ปฏิญญารว่าด้วย "สิทธิผู้ป่วย" ของแพทยสมาคมโลก* (The World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient) [ออนไลน์] <http://www.doctor.or.th/node/7166>, (ต.ค. 2551).

วิสูตร ฟองศิริไพบุลย์. สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์](ม.ป.ป.) http://www.elib-online.com/physicians/forensic/forensic_privilege001.html, (ส.ค. 2545).

ศูนย์กู้ชีพเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี. ประวัติความสำคัญของระบบ EMS ในประเทศไทย [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) แหล่งที่มา <http://www.narenthorn.or.th>, (9 ต.ค. 2553).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ประวัติองค์กร, [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) แหล่งที่มา <http://www.emit.go.th>, (11 พ.ย. 2553).

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555.pdf. [Online], <http://www.emit.go.th/index.php?page=&menu=4-0>, (21 ธ.ค. 2553).

สภาการพยาบาล. สิทธิของผู้ป่วย, [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) <http://www.tnc.or.th/knowledge/know04.html>, (7 พ.ย. 2553).

สมพร เพื่อจันท์. แนวคิดและหลักการในองค์การสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

สุรจิต สุนทรธรรม. คำอธิบายประกอบพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551, กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).

สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551: พร้อมทั้งสรุปสาระสำคัญ ประวัติ ความเป็นมา กระบวนการ และขั้นตอนการตราพระราชบัญญัตินี้ (มกราคม 2553).

แสวง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายและข้อควรระวังของแพทย์พยาบาล, กทม.: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546.

แสวง เฉลิมบุญวิภาส, อเนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์, กทม.: สำนักพิมพ์วิญญูชน, พ.ศ. 2546.

หยุด แสงอุทัย. คำสอนปริญาตรี คณะนิติศาสตร์ พ.ศ. 2504 กฎหมายอาญา ภาค 1. พระนคร : หจก.อักษรเจริญทัศน์, พ.ศ. 2504.

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, กิ่งแก้ว อุดมชัย และจิราวรรณ กล่อมเมฆ. ระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศที่พัฒนา. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. พ.ศ.2544.

ASTVผู้จัดการออนไลน์. ข่าวอีก !! รพ.เอกชนตั้งย่านรัตนานิเบศร์ไม่ยอมรักษาคคนเจ็บสุดท้ายเสียชีวิต, (ออนไลน์) แหล่งที่มา : http://www.consumerthai.org/main/index.php?option=com_content&view=article&id=836:2009-12-14-03-01-26&catid=18:2008-12-15-07-04-53&Itemid=55.

EMS-หน่วยกู้ชีพ. SAMU หน่วยแพทย์ฉุกเฉินฝรั่งเศส, [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) <http://ems.fire2rescue.com/articles2.html>, (พ.ย. 2553).

ภาษาต่างประเทศ

American Board of Emergency Medicine. [ออนไลน์] (ม.ป.ป.) <http://www.abem.org>, (พ.ย. 2553).

Aleksander W. Rudzinski. The Duty to Rescue: A Comparative Analysis, in THE GOOD SAMARITAN AND THE LAW (James M.Ratcliffe ed.,1966), p.91, 92-93.

Ashworth and Eva Steiner. Criminal Omissions and Public Duties: The French Experience, 10 LEGAL STUD. (1990).

"Canadian Law website 1". [Online] Availble from <http://www.canadianlawsite.ca/goodsamaritan.htm>. , (16 Oct. 2008).

Francois JAECK, JD. THE GOOD SAMARITAN LAW Across Europe . (online) Available from.http://www.daneurope.org/c/document_library/get_file?uuid=c09228f3-a745-480b-9549-d9fc8bbbd535&groupId=10103%E2%80%9D (September 2011).

Lloyd L. Weinreb. "Desert, Punishment, and Criminal Responsibility," Law & Contemp. Probs 49 (1986).

Lyons, Donna. Help Your Neighbor-It's the Law (Online), Available from: <http://ncsl.org/programs/pubs/399HELP.HTML> (1 Mar 1999).

Magaret Olivia Little. "Abortion and the Magins of Personhood" Rutgers L.J.39 (2008).

Marc GIROUD.Dr. SAMU - System of Emergency Medical Assistance in France [Online] Availble from http://www.samu-de-france.fr/en/System_of_Emergency_in_France_MG_0607 (NOV. 2010).

Mary Ann Glendon. Right Talk: The Impoverishment of Political Discourse, (Free press,1991).

National Highway Traffic Safety Administration. Nation EMS Core Content (Online). Available from: www.abem.org (November 2010).

The California Patient's Guide. Chapter IV. Your Right Emergency Medical Care[Online]

Available from ; <http://www.calpatientguide.org/iv.html> (2010,NOV).

The Failure to Rescue: A Comparative Study. COLUM. L.REV. 52(1952).

ภาคผนวก 1

Law No. 70-1318 of 31 December 1970 on Hospital Reform Law

The National Assembly and the Senate passed,

The President of the Republic promulgates the law which reads as follows,

Art. 1. -

The patient's right to free choice of practitioner and his care facility is one of the fundamental principles of our health legislation, subject to the provisions of the various social protection schemes in force at the date of this Act.

Health protection is ensured by the country members of the health professions on the one hand and care facilities, public or private, whether participating or not the operation of public hospital services established by this Act, other hand.

CHAPTER I.

Public hospital.

DIVISION I

Law No. 70-1318 of 31 December 1970 on hospital reform

The National Assembly and the Senate passed,

The President of the Republic promulgates the law which reads as follows,

Art. 1. -

General Provisions.

Art. 2. -

The public health service provides diagnostic tests, treatment - including emergency care - the sick, injured and pregnant women entrusted or directed at her and their accommodation possible.

In addition, public hospital services:

Contributes to the undergraduate and postgraduate medical and pharmaceutical and training of paramedical personnel;

Contributes to preventive medicine which coordination can be assigned;

Participates in medical research and pharmaceutical and health education.

Non-hospital practitioners can use its technical assistance.

Art. 3. -

The public hospital service is provided:

1 ° In the public hospital establishments;

2 ° For those of private hospital establishments that meet the conditions laid down in Articles 40, 41 and 42 of this Act.

Institutions that provide public hospital services are open to all persons requiring their services.

They must be able to accommodate patients, day and night or, if impossible, to secure their admission in another institution belonging to the public hospital service.

They can not establish any discrimination between patients regarding care. They can organize different hosting plans according to the wishes expressed by patients within the limits and in the manner prescribed by laws and regulations.

Private hospital establishments other than those mentioned above may be associated with the operation of public hospital services under agreements concluded under the rules laid down in Article 43 of this Act.

A decree of the Council of Ministers sets the conditions for participation of military health service in public hospital service.

Art. 4. -

The institutions mentioned in Article 3 (1 and 2) are called:

1 Hospitals if their primary mission: emergency admissions, diagnostic tests, hospitalizations for short-term or serious illness during their acute phase, childbirth and outpatient treatment.

The hospitals include:

- a) inpatient units for medical practice, current surgical and obstetrical;
- b) Optionally, inpatient units for highly specialized care;
- c) Optionally, units of hospitalization for recovery, treatment or rehabilitation.

Each hospital may include one or more of these units according to their classification.

2 ° convalescent centers, treatment or rehabilitation if their main purpose accommodation for those requiring ongoing care or treatment involving periods of prolonged hospitalization.

Some of these institutions or hospital wards, public or private, have a regional or national. When a hospital has a regional orientation and responds to conditions set by decree, he is named Regional Hospital.

The hospital departments can continue at home, with the consent of the patient or his family to continue treatment with the assistance of the physician.

The ranking of schools is determined by order of the Minister of Public Health and Social Security according to standards defined by regulation.

Art. 5. -

There shall be established in accordance with Article 44 of this Act, a health map of France determinant regions and sectors of health action.

Institutions that provide public hospital services in one area of health action form a group of inter-hospital sector.

In each region, the regional hospital and other institutions that provide public hospital services are a regional inter-hospital group.

Institutions that form a group of inter-hospital sector can request the creation of a union of inter-hospital sector. Institutions that form a regional grouping interhospital can request the creation of a regional interhospital union.

SECTION II

Interhospital groups and unions interhospital.

Art. 6. -

Interhospital groups under section 5 of this Act shall not have legal personality.

They have a council to ensure cooperation between institutions that are members.

Advice groups interhospital sector or region must be consulted during the drafting and revision of the health card under section 44 as well as programs of work and the installation of heavy equipment mentioned in Article 46 of this Act.

The boards of these groups propose the creation of common services, either within the provisions of Article 8, either through bilateral agreement between institutions.

Art. 7. -

Advice groups interhospital area are composed of representatives of each institution, considering the importance of the latter. They elect their president from among their members.

Advice groups interhospital region are composed of representatives of each group of interhospital sector, given

the importance of each. They elect their president from among their members.

None of the member institutions of a group of inter-hospital sector or region can not hold an absolute majority of seats on the board of the group.

The director and the president of the Medical Advisory Committee of each member institution to a group interhospital attend board meetings of the advisory group.

Art. 8. -

Interhospital unions under section 5 of this Act are public institutions whose creation is authorized by order of the prefect.

A union can be created in interhospital sector health action between two or more institutions providing public hospital services, on request of such institutions.

A union interhospital can be created in a region of action between the health centers or regional hospitals, and either one or several unions interhospital area, one or more institutions providing public hospital services, upon request of interested agencies.

Any institution providing public hospital services is allowed, upon request, to join the union interhospital sector to which it belongs. Any union of inter-hospital sector and all institutions providing public hospital services is permitted, upon application to join the union interhospital the region to which it belongs.

Art. 9. -

Interhospital unions are administered by a board of directors and, in the deliberations of that council, a secretary general appointed by the Minister of Public Health, after consulting the chairman of the board of directors.

The board consists of representatives from each institution who are given the importance of these establishments, none of them can not hold an absolute majority of council seats. It elects its chairman from among its members. The president of the Medical Advisory Committee of each institution and a representative of Pharmacists of all establishments in the union are members of interhospital right of the board of directors. The director of each institution attending the Board of Directors in an advisory.

Art. 10. -

Interhospital sector unions and unions can exert regional interhospital for all institutions that are part or some of them, at their request, any activity relating to the functioning and development of public hospital services, including:

1 ° The creation and management of common services;

2 ° The training and development of all or part of staff;

3 the design and construction of capital works;

4 ° The centralization of all or part of resource depreciation for their assignment is to finance capital works undertaken at the service of borrowing on behalf of such establishments;

5 ° The cash management as well as loans and grants of equipment obtained by these institutions;

6 ° The creation and management of new facilities to meet the health needs of the sector or region, as part of the health card.

The powers of the union are defined by concordant deliberations of boards of institutions that are members.

Art. 11. -

Subject to the provisions of Articles 8 and 9, sections 20, 21, 22 and 25 of this Law shall apply to interhospital unions.

A decree shall determine the conditions of application of Article 24 of this Act to such facilities.

Art. 12. -

Institutions that are part of a union can make interhospital contribution to the union of all or part of their facilities provided that they are authorized by prefectural order. This decree pronounced as necessary the transfer of the assets of the institution interhospital union.

After transfer of the facilities, services located therein are managed directly by the union.

Art. 13. -

When all institutions within a group of inter-hospital sector interhospital join the union created in this sector, the board of the group is automatically dissolved and its functions are transferred automatically to the board of the union.

It's the same for the board of a regional interhospital group when all establishments that are part party either directly or through a union of inter-hospital sector, union regional interhospital.

Art. 14. -

Health facilities that do not involve hospitalization means can, when administered by a public or private institution, being part of a group or union interhospital interhospital.

In case they do not have legal personality, the application is submitted by the public authority or private institution to which they belong.

Permission is granted by prefectural order, with the assent of the board of the group or board of the union concerned.

Art. 15. -

An institution may withdraw from a union interhospital with the consent of the board of the union. It fixed in agreement with the board of directors of the institution concerned the conditions under which the withdrawal occurs.

The boards of all institutions that make up the union will be consulted. The decision is taken by prefectural order.

SECTION III

Participation of the public hospital to medical education, pharmaceutical and dental.

Art. 16. -

Under the provisions of Article 6 of Ordinance No. 58-1373 of December 30, 1958, units of teaching and research medical-pharmaceutical and dental or, if they have no legal personality universities to act on their behalf, and regional hospitals may enter joint agreements with unions or with interhospital institutions group interhospital they are not part of interhospital union.

Art. 17. -

When the association of one or more services of a public hospital or any other government missions of a teaching hospital as defined in Article 2 of Ordinance No. 58-1373 of 30 December 1958 is essential, and that the establishment or organization refuses to enter into an agreement under section 6 of this ordinance may be ordered to do so by joint decision of the Minister for Public Health and the Minister of Education.

This decision set a deadline for concluding the agreement, after which time the necessary measures may be imposed on the institution or body by decree in Conseil d'Etat.

Art. 18. -

For each hospital and university, there is created a coordinating committee which university hospital includes representatives of the regional hospital, representatives of academic units and research medical, dental and pharmaceutical and, where applicable, unions interhospital sector and institutions providing public hospital services which have concluded agreements under Article 6 of Ordinance No. 58-1373 of 30 December 1958.

A decree determines the conditions of organization and functioning of the coordination committee and if his opinion is required.

This committee must be consulted on the choice of priorities and university hospital equipment.

The agreements referred to in Article 16 between hospitals and academic units and medical and pharmaceutical research and dental only be concluded after the positive opinion of this committee.

Art. 19. -

In the spring of the same academy, two or more regional hospitals have the opportunity to spend an agreement with the unit or units of medical education and research in the academy for the formation of a single teaching hospital in under the provisions of Articles I and 2 of Ordinance No. 58-1373 of 30 December 1958 and Decree No. 70-709 of 5 August 1970.

CHAPTER II

Of public hospital establishments.

Art. 20. -

Institutions or groups of public hospital establishments are public commons, inter, departmental, interdepartmental or national. Under the provisions of Article 44, they are created by decree or order of the prefect conditions and modalities determined by regulation.

They are administered by a board of directors and, in the deliberations referred to in Article 22, by a director appointed by the Minister of Public Health, after consulting the chairman of the board of directors.

Institutions or groups of public hospital establishments are subject to state supervision. Equipment standards and shall be determined by decree.

Art. 21. -

The board of directors of institutions or groups of public hospital establishments includes representatives of local authorities interested in health insurance, medical and pharmaceutical hospital staff holding non-medical and skilled people, necessarily, a physician-hospital.

The terms of appointment or election of members of each category are determined by regulations, as well as the mode of representation on the board of directors from communities other than those by the school.

However, the president of the Medical Advisory Committee and for regional hospitals that are part of hospitals and academic director of the unity of teaching and medical research or the chairman of the Coordinating Committee of Medical Education, are ex officio members of the board of directors of the institution.

Chairman of the Board of Directors of departmental facilities and communal establishments is provided either by the chairman respectively of the general council or the mayor or the person filling in their full duties as mayor.

However, the president of the council, the mayor or the person filling in their fullness as mayor may not be a member of the board of directors of an institution:

1 ° If themselves, their spouses, ascendants or direct descendants have a direct or indirect interest in the management of a private hospital;

2 ° If they are suppliers of goods or services, makers of farm leases employees or agents of the institution.

Where it is applied to the next two paragraphs above, the general council or municipal council elects a deputy.

In his absence, the president of the council or the mayor may delegate another member of the congregation to which he belongs, his right as president of the board of directors of the institution.

The president of the Medical Advisory Committee, the director of the academic unit and medical research or the chairman of the coordinating committee of medical education, are subject to incompatibilities under this section except those 's applying for paid agents of the institution.

Art. 22. -

The Board deliberated on:

1 ° The budget, additional funds and accounts;

2 ° The quotes of the day;

3 ° acquisitions, disposals, exchanges of real property and assignment, the conditions of the leases of more than eighteen years;

4 loans;

5 ° The management plan and the projects of construction, major repairs and demolition;

6 ° The rules of procedure;

7 The agreements concluded under Article 6 of Ordinance No. 58-1373 of 30 December 1958 and Article 43 of this Act;

8 ° creations, deletions and alterations services, including the creation of open clinical services;

9 ° The rules concerning the employment of various categories of personnel provided they have not been fixed by legislation or regulations;

10 ° The plan of the staff, except for categories of personnel who are governed by the Ordinance of 30 December 1958 and subsequent legislation;

11 ° Membership of the establishment of a union interhospital;

12 ° Acceptance and refusal of donations and bequests;

13 ° lawsuits and transactions.

Proceedings pursuant to the 1 to 11 are subject to approval. The governing body may reduce or eliminate the cost estimates may be deemed abusive or increase those seem inadequate. Discussions shall be deemed approved if the regulator does not express its opposition within thirty days of receipt.

The Director is responsible for implementing decisions of the Board of Directors. He is responsible for regulating the affairs of the institution other than those listed above and must hold regular board of directors informed of general progress of the services and management of the institution.

Art. 23. -

Within one year from the date of enactment of this Act, a decree will determine the conditions for easing the administrative and financial management of public hospital establishments.

The decree also determine the conditions under which the public hospital establishments may, exceptionally, to finance their equipment to borrowing at normal market rates.

It will also identify ways of involving the managers of public hospital establishments to manage their service and the resulting responsibilities.

It will take all measures to ensure harmonization of reimbursement of medical procedures, regardless of the sector, public or private, which owns the facility in which they are made and given the burdens inherent in each of these sectors.

Art. 24. -

In each public hospital, it is hereby:

A medical advisory committee, which must be consulted about the budget, accounts and on the organization and functioning of medical services;

A joint technical committee, which must be consulted on the organization and functioning of services including working conditions in the facility.

Art. 25. -

The staff of public hospital establishments include:

1 ° regular staff or trainees, including full-time pharmacists, subject to the provisions of Book IX of the Code of Public Health;

2 ° In exceptional or temporary contract staff;

3 doctors, biologists, pharmacists and dentists whose articles are different depending on whether they spend all or part of their business to these establishments.

Within one year from the date of enactment of this Act, a decree will set the status of all medical staff who work part time in public hospital establishments.

This status will determine the titles, duties and salaries of those concerned, the conditions of practice, conditions for their promotion, the transitional measures and a system of complementary social protection.

Upon exercise of the part-time, the appointment of the persons concerned may, unless they resign, be questioned in the six months preceding the expiration of each five-year periods of exercise.

The board of directors of the institution, on its own initiative or at the request of the regional medical inspector of health, after hearing the person concerned and opinions of the Advisory Medical Committee, asked the prefect of the department, by a resolution motivated to end the function of the individual.

The prefect decides within three months of referral, with the assent of a regional joint committee, whose composition will be fixed by decree in Conseil d'Etat.

The interested physician or regional health inspector may appeal against this decision within two months of their notification is made before a joint national commission whose composition shall be fixed by decree of State.

The commission must act within three months of referral after hearing of the parties or their representatives.

These provisions apply only to personnel appointed after the enactment of this Act.

Art. 26. -

The medical staff of national institutions, charitable nature in a city hospital located seat of teaching units and medical research will be integrated into a corps of staff teaching hospital and university hospitals, under conditions prescribed by Order in Council of State.

Art. 27. -

Statutory provisions specify the conditions under which, under the authority of supervisors, treating physicians and midwives can be admitted to various public hospital services.

These practitioners will be informed of care that have been dispensed to patients they required hospitalization.

Art. 28. -

The public hospital establishments are required to disclose the records of patients hospitalized or received outpatient in these institutions, the doctor called to provide care to these patients.

A decree issued after consultation with the National Council of the Medical specify the conditions for applying the above provisions.

Art. 29. -

Section L. 578 of the Public Health Code is replaced by the following provisions:

"Art. L. 578. - Except in cases of urgent necessity, the activity of pharmacies in Article L. 577 is limited to the particular use within the hospital to which they belong.

"However, the prefect, after consultation with the Regional Manager of the health and welfare, may authorize a public hospital to ensure, through the pharmacy he owns, the supply of drugs to other pharmacies in public hospital establishments or private hospital establishments ensuring the implementation of public hospital services in accordance with Article 41 of Law No. 70-1318 of 31 December 1970.

"Exceptionally, if necessary, the prefect, after consultation with the Regional Manager of the health and welfare, may authorize, for a specified period, the public hospitals to sell drugs at the list price when pharmaceutical 'There is no other source of possible distribution. "

Art. 30. -

Provisionally, the public hospital establishments may continue to manage services created before the enactment of this Act that does not meet the mission of public hospital services as defined in Article 2 above.

CHAPTER III

Private institutions.

DIVISION I

General Provisions.

Art. 31. -

Are subject to authorization:

1 ° The creation and extension of any private health facility having means for hospitalization;

2 ° The installation in a private institution contributing to medical care, with or without means of admission, equipment heavy equipment within the meaning of Article 46 of this Act.

The refusal of approval will be given.

Art. 32. -

The authorization provided for in Article 31 above shall be given before the commencement of construction or installation of hardware.

It is of right and permission to operate, unless otherwise stated, authorization to provide care reimbursed by per application of Article L. 272 of the Code of Social Security.

Art. 33. -

Permission is granted if the proposed transaction:

1 Meets the needs of the population, as they result from the map referred to in Article 44, or appreciated, by special dispensation, as defined by the first paragraph of that section;

2 ° Conforms to standards defined by decree, and is accompanied by a commitment to respect the regulations on the qualification of personnel.

In any case, the authorization will be granted as long as for the area, the identified needs remain satisfied.

The authorization may be subject to special conditions imposed in the interest of public health or the commitment by the plaintiffs to enter into a concession contract for the performance of the public hospital or an association agreement in operation thereof as provided in Articles 42 and 43 of this Act.

The authorization to provide care reimbursed by may be refused if the expected price is clearly disproportionate to the operating conditions of the service, having regard to the standards set by Order in Council of State.

Art. 34. -

The authorization referred to in Article 31 above is given by the regional prefect, after review of a regional commission of hospitalization. An appeal against the decision may be lodged by any interested party before the Minister of Public Health, who shall decide within a maximum of six months, on the advice of a national commission of hospitalization.

For some schools, classes or groups of institutions that meet national needs or multiregional list of which is fixed by decree, authorization by the Minister, after consulting the National Commission.

In each case, the decision of the Minister or the regional prefect is notified to the applicant within a maximum period of six months from the date of filing. Failing a decision within this period, permission is deemed granted.

The regional commissions and the National Commission of hospitalization are chaired by a judge of the administrative or judicial, and include representatives from labor and medical representatives in equal numbers, the minister for public health, credit for health insurance institutions that provide public hospital services and private hospital establishments.

Art. 35.

The authorization under section 31 is issued to a person or entity. It can not be assigned before the commencement of work.

Art. 36. -

When the requirements of Article 33 above shall cease to be met, or when are noted within the institution and because of it, violations of laws and regulations for the protection of public health involving the liability of the institution or the criminal responsibility of its leaders, the authorization to operate may be either suspended or withdrawn. Subject to the provisions of Article 37, the suspension or withdrawal can only occur after a period of one month following a formal notice sent by the regional prefect.

When standards are changed, the institutions are required to comply with new standards within a specified time by order, unless the period is reckoned from the formal notice addressed to them.

The authorization to provide care reimbursed by social may be withdrawn when the prevailing price is manifestly disproportionate to the operating conditions of the service within the meaning of Article 33.

The suspension or withdrawal shall be made as provided in Article 34 above. They do not preclude possible criminal prosecution.

Art. 37. -

In an emergency, taking to the safety of patients, the warden may order the suspension of the authorization to operate. Within a month of this decision, the warden must take the regional board of hospitalization, within two months of referral, confirm or reverse the action taken by the prefect.

Art. 38. -

Any person who opens or operates a private health facility or installed in a private institution contributing to medical equipment heavy equipment in contravention of Articles 31 and 33 above shall be liable to a fine of 5,000 to 30,000 F.

Is liable to the same punishment anyone who flouts the suspension or revocation of authorization under sections 36 and 37 above.

In case of recidivism, the penalty under this section shall be doubled and may be subject to confiscation of equipment installed without authorization.

Art. 39. -

Accounting for private hospital establishments should be made available, upon request, for the exclusive authority for the administration to agree on the pricing day.

SECTION II

Private hospital facilities that provide public hospital services and the association of other private hospital establishments operating the service.

Art. 40. -

Private hospital establishments participate in accordance with Articles 41 and 42 below, at their request or that of the corporation which they depend, for the implementation of public hospital service, provided that s' undertake to respect the service obligations imposed on public hospital establishments similar to the provisions of Articles 2 and 3 of this Act.

Private hospital establishments ensuring the implementation of public hospital services are treated as public institutions with regard to access for insured persons and beneficiaries of social assistance.

The provisions of Article 28 shall apply to such establishments.

The list of establishments that meet the requirements of this section is established by decree.

Art. 41. -

Hospital establishments private non-profit are eligible to participate, at their request or that of the corporation which they depend, to run public hospital.

They are part of right groups and inter-hospital, at their request, interhospital unions.

Their operating expenses should be covered under the same conditions as the public hospital establishments.

They receive their equipment from the advantages provided for public hospital establishments.

They can appeal to practitioners who continue to be governed by the statutes of the medical staff of public hospital establishments.

Art. 42. -

Private hospital establishments other than those referred to in Article 41, may conclude with the State of concession contracts for the performance of public hospital services.

These contracts include:

1 On behalf of the State's commitment not to permit or admit, in an area and during a specified period, the creation or extension of any other facility or inpatient well nature as long as the requirements identified by the health card remain satisfied;

2 ° from the dealer, the commitment to meet the obligations laid down in Article 40 above. The dealership maintains its own individuality and status for all matters concerning its management.

These contracts are approved as provided in Article 34 above.

These dealers may not receive equipment grants.

Art. 43. -

Private hospital establishments other than those providing public hospital services may enter one or more specific objectives, or with a public hospital or interhospital with a union, agreements for the operation of their association public hospital service, provided they have entered into an agreement with social security institutions.

They can then apply for common services managed by the union interhospital sector on which they are located. Permission is granted as provided in Article 14 above.

CHAPTER IV

Sanitary equipment.

Art. 44. -

The Minister of Public Health and Social Security shall, on the advice of the regional commissions and a national commission on healthcare equipment, health map of France.

The composition of the regional commissions and the national commission of health facilities, which will include representatives from ministries, local elected officials, representatives from insurance funds and representatives of public hospital establishments and private, will be defined by decree.

The health map of France determines, given the importance and quality of existing public and private equipment, as well as demographic trends and advances in medical technology:

1 ° The boundaries of health areas and those health regions;

2 ° For each sector and for each health region, the nature, extent and location of facilities, with or without facilities for inpatient care, to meet the health needs of the population;

3 ° The nature, extent and location of sanitary facilities of national interest or are intended to serve several health regions.

For each facility, the map specifies the property and equipment hardware heavy to carry.

The health card can be revised at any time and must be revised during the preparation of each plan and equipment modernization.

Art. 45. -

The implantation conditions, the operational modalities and funding of certain services or organizations whose high-tech hospital care activities and diagnosis are in advanced fields of high cost are fixed by regulation.

Art. 46. -

Are considered heavy hardware for the purposes of this Act movable equipment is intended to provide diagnosis, therapy or functional rehabilitation of injured, sick and pregnant women, or to information processing and that can be used only under conditions of installation and operation particularly expensive or may lead to an excess of medical procedures. The list of such equipment is established by decree in Conseil d'Etat.

Art. 47. -

The health card is the basis for the planning and programming of equipment in facilities that provide public hospital services as well as authorizations under section 31 of this Act.

Any refusal of authorization under section 31 above motivated by the existence of a program that will cover needs identified by the health card is considered withdrawn if said program has not been a commencement of execution within:

Six years in the case of a public institution;

Two years if it is a private institution.

Permission is granted so as of right, subject to the provisions of Article 33 above, the applicant if he confirms.

Art. 48. -

Are subject to approval by the programs and projects to work on the creation, extension or alteration of public hospital establishments and the installation of equipment in these facilities within the meaning of heavy equipment Article 46 of this Act.

May be approved only the operations corresponding to the equipment provided on the health card.

CHAPTER V

Miscellaneous Provisions.

Art. 49. -

Determine regulatory measures, as necessary, procedures for implementing this Act. Unless otherwise specified, they are made by Order in Council of State.

Art. 50. -

The provisions of Chapters I and II of this Act shall be adapted by Order in Council of State for particular operating conditions of the general administration of public assistance in Paris, the Hospices Civils de Lyon and public assistance Marseille and national charitable institutions whose functions correspond to those defined in Article 4 of this Act.

The Staff of the General Administration of Public Assistance in Paris is still set by administrative regulation.

The staff of hospitals in Lyon is subject to the provisions of Book IX of the Public Health Code, unless otherwise provided by Order in Council of State.

Art. 51. -

As an interim measure and until December 31, 1972, the provisions of this Act apply to social care institutions listed will be defined by decree in Conseil d'Etat.

This decree will make the necessary adjustments to public schools regarding their creation, management and staff regulations and for private institutions, as regards the procedures for authorization and coordination.

Retirement Homes detached from the general administration of public assistance in Paris and those running as non-personalized service-department of the city of Paris will be linked by decree welfare office in Paris.

Art. 52. -

A reform of the pricing of care provided in institutions must be taken within one year from the date of enactment of this Act.

This reform will especially reflect the true costs of various services provided by each of the inpatient units as defined in Article 4 and the acquisition costs of prostheses and expensive drugs.

Art. 53. -

The state share of the expenses incurred by institutions providing public hospital services for the training of doctors, dentists, pharmacists and paramedical staff within existing appropriations each year by the Finance Act.

Art. 54. -

Are repealed all provisions contrary to this law, particularly Articles L. 230, the first and second paragraph of Article L. 678 (except for hospices), Articles L. 679, L. 681 to L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 and L. 734-2 to L. 734-5 of the Code of Public Health, and the first paragraph of Article L. 893 of the Code, except as regards the general administration of public assistance in Paris.

Art. 55. -

The provisions of Chapter III, Section I of this Act shall apply to private institutions of confinement referred to in Article L. 176 of the Code of Public Health.

Art. 56. -

I. - In Article L. 271 of the Code of Social Security, the words:

"Public hospitals" shall be replaced by the words "institutions providing public hospital services">>.

II. - The last paragraph of Article L. 272 of the Social Security Code is repealed.

III. - The first paragraph of Article L. 275 of the Code of Social Security is replaced by the following provisions:

"Subject to the provisions of Articles L. 276 and L. 277 below, agreements between the regional health insurance funds and private institutions of cure and prevention of any kind, except private hospital establishments that provide public hospital services, fix the rates of hospital to which insured persons are treated in those hospitals, as well as rates of liability cases. A decree in Conseil d'Etat determines the conditions under which agreements are concluded and approved by the administrative authority. "

IV. - In the first and second paragraphs of Article L. 276 of the Code of Social Security, the words "by the commissions provided for in Article L. 272>> are replaced by the words "under Article L. 275>>.

In the fifth paragraph of that article, the words "by the commissions provided for in Article L. 272>> are replaced by the words "in accordance with Article L. 275>>.

Art. 57. -

In the overseas departments, the powers conferred by this Act to the heads of regions are assigned to the prefects of departments.

Art. 58. -

Within one year after the enactment of this Act, its provisions will be included in the Code of Public Health by Order in Council of State.

This decree will make the formal arrangements that prove necessary.

This Act will be enforced as State law.

Done at Paris, December 31, 1970.

ภาคผนวก 2

Law No. 86-11 of January 6, 1986

relating to emergency medical assistance and medical transportation

Urgent Medical Care

The National Assembly and the Senate deliberated,

The National Assembly adopted

The President of the Republic promulgates the law which reads as follows:

PART I. DEPARTMENTAL COMMITTEE FOR AID AND MEDICAL EMERGENCY

MEDICAL TRANSPORTATION

Article 1

It is created in each county a committee of emergency medical assistance and transport health, chaired by the representative of the State Department and including representatives of local authorities and the composition and functioning of this committee shall be determined by decree in Conseil d'Etat. This committee is responsible for ensuring the quality distribution of emergency medical aid and its adjustment to the needs of population. It must therefore ensure the cooperation of natural persons and entities involved in emergency medical assistance and medical transportation.

PART II URGENT MEDICAL

Article 2

Emergency medical assistance is intended, particularly in relation to communal arrangements and departmental organization of relief, to provide the sick, wounded and parturients, wherever located, emergency care appropriate to their condition.

Article 3

After the fifth paragraph of Article 2 of Law No. 70-1318 of 31 December 1970

Hospital reform is inserted the following paragraph:

"Goncourt in conjunction with health professionals and other individuals and departments involved in emergency medical aid. "

Article 4

Before the last paragraph of Item 1 of Article 4 of Law No. 70-1318 of 31 December 1970 referred to above, are inserted the following paragraphs:

"E) Eventually, units participating in the emergency medical service called UAS, whose missions and organization are established by decree in Conseil d'Etat.

"These units feature a reception center and call control.

"The operation of these centers is provided with practitioners represented by instances departmental representative national organizations, or organizations or representative associations at departmental level, to the extent they so

request, and pursuant to agreements approved by the State representative in the department.

"The reception centers and call control are interconnected in accordance with the medical secrecy with devices for receiving calls to police and fire departments and rescue. "

Article 5

Article 53 of Law No. 70-1318 of 31 December 1970 referred to above is supplemented by a paragraph as follows:

"The expenses of reception centers and call control are funded by contributions can come from including mandatory health insurance schemes, State and local governments. "

PART III MEDICAL TRANSPORTATION

Article 6

A. Title I of Book I of public health code is replaced by the following:

"TITLE I ba

"Medical transportation

"Art. L. 51-1. - Provides medical transportation within the meaning of this code, while transporting a sick, injured or parturient, for reasons of treatment or diagnosis on prescription or medical emergencies, carried out using means of transport land, air or sea, specially adapted for this purpose.

"Transportation of personal defense made using the armies of the means does not constitute medical transportation as defined in this code. "Art. L. 51-2. - All person performing a medical transport must have been previously approved by the authority administrative conditions defined by decree in Conseil d'Etat. The refusal of approval must be motivated.

"Art. L. 51-3. - A decree in Conseil d'Etat determines:

"- Categories of means of transportation used to transport sanitary;

"- The categories of persons authorized to perform medical transport, missions respectively and the qualifications and composition of crews; "- the arrangements for issuance by the State representative in the department to the persons referred to in Article precedent of the approval to perform medical transport and the terms of its withdrawal;

- The obligations of such persons in respect of the child care organized by the representative of

the State Department and in respect of reception centers and call control referred to in Article 4 of Law No. 86-11 of 6 January 1986 on emergency medical assistance and transport facilities.

"Art. L. 51-4. - Current legislation on price applies to transport fares health. These are established by order of the Minister of Social Security and Minister of the Budget, competition and consumption.

"The failure of these fees may result in withdrawal of approval.

"Art. L. 51-5. - Anyone who makes a medical transport without authorization or despite the withdrawal of approval shall be punished by a sentence of 2 000 20 000 F to F. "If conviction under the preceding paragraph and commission of the same offense in a within five years after the expiration or prescription of punishment, the penalty will be incurred doubled. In addition, the court may prohibit the convicted to make transport health for a year at most. "

Article 7

People providing medical transportation at the date of enactment of this Act shall at the expiration of a period of two years from the date of publication of the decree provided for in Article L. 51-3 bis of Title I of Book 1 of the Code of Public Health, comply the provisions of this Part of this Act.

PART IV MANAGEMENT OF TRANSPORT COSTS BY INSURANCE

DISEASE

Article 8

In Article L. 283 of the Code of Social Security:

1 ° In a, the words "and transportation costs" are repealed;

2 ° is added after the a-II-III has a read: "A-III) cover transport costs the insured or dependents who are forced to travel to receive care or the examinations required by their condition and to submit to a test prescribed under the law of social security, conditions and limitations taking into account the patient's condition and the cost of carriage established by decree in Conseil d'Etat.

"Transportation costs are paid based on the route and mode of transport cheaper compatible with the beneficiary's condition.

"Rates of liability fund for the management of transport costs are set by order of the Ministers of Social Security and budget. "The conditions in which the insured may be exempt from the advance fees are determined by

agreements between the health insurance organizations and transport companies health, according to a model agreement set by order of the Minister of Social Security. "

Article 9

Section L. 295 of the Code of Social Security is repealed.

Article 10

The second paragraph of Article L.435 of the Code of social security is supplemented by the words:

", As provided by the a-III of Article L. 283".

Article 11

The fourth to tenth paragraphs of paragraph I of Article 8 of Law No. 66-509 of 12 July 1966 on health insurance and maternity insurance for non-employed workers non-agricultural occupations are replaced by the following provisions: "The benefits base further include coverage of travel expenses as provided in A-III of Article L. 283 of the Code of Social Security. "

Article 12

I. - In the first paragraph of Item 1 of Article 1038 of the Rural Code, the words:

"And transportation costs" are repealed.

II. - It is added after paragraph II of Article 1 of even a paragraph III reads:

"III. - Coverage of travel expenses as provided in A-III of Article L. 283 of the Code of Social Security. "

Article 13

The second paragraph of Article 8 of Law No. 75-534 of 30 June 1975 Guidance for Disability is as follows:

"Transportation costs of disabled children hosted in educational institutions referred to in Article L. al 283 of the Code of Social Security are Included in operating expenses of such establishments.

"This law will be enforced as State law.

Done at Paris, January 6, 1986

ภาคผนวก 3

ภาคผนวก 3: รายการของเงื่อนไขและองค์ประกอบ

| 1.0 อาการผู้ป่วยนอกและการนำเสนอและการบ่งชี้ของอาการ | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 1.1 ทั่วไป | | | |
| การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท | X | X | X |
| ความกังวล | | X | X |
| ภาวะหยุดหายใจ | X | | |
| ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่ประสานกัน | | X | X |
| อาการปวดหลัง | X | X | X |
| ตกเลือด | X | X | X |
| การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม/ปฏิสัมพันธ์ | | X | X |
| อาการโคม่า | X | X | |
| ความสับสน | | X | X |
| ร้องไห้ / สำลัก | | X | X |
| ลักษณะผิวหนังและเยื่อเมือกซึ่งเป็นสีคล้ำ | X | X | |
| ความมีสติลดระดับลง | X | X | X |
| การคายน้ำ | | X | X |
| เวียนหัว | | X | X |
| อาการบวม | | X | X |
| ความเมื่อยล้า | | X | X |
| ปัญหาในการกิน | | | X |
| ไข้ | X | X | X |
| ความดันเลือดสูง | | X | X |
| ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ | X | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ดีซ่าน | | | X |
| อาการปวดข้อ / บวม | | X | X |
| อาการปวดเข่า (เด็ก) | X | | |
| อาการปวดเข่า (การเดิน) | | X | X |
| วิงเวียน | | | X |
| บาดเจ็บหลาย | X | X | |
| เลือดและของเหลวในร่างกายได้รับสาร (เช่นติดเข็ม) | | | X |
| ละเลย | | X | X |
| ความเจ็บปวด | X | X | X |
| อัมพาต | X | X | |
| อาการชา | | X | X |
| การวางยาพิษ | X | X | X |
| คัน | | | X |
| ผื่น | | X | X |
| ซีด | X | | |
| การย่อยเสียงตรงกลาง | X | X | X |
| การสั้นเทาของร่างกาย | | | X |
| จุดอ่อน | | X | X |
| 1.2 ท้อง / เเชิงกราน | | | |
| ตกเลือดตลอดที่ผิดปกติ | X | X | X |
| บัสสาวะน้อยผิดปกติ | | X | |
| น้ำในช่องท้อง | | | X |
| อาการจุกเสียด | | | X |
| อาการท้องผูก | | X | X |
| ตะคิว | | X | X |
| โรคท้องร่วง | | X | X |
| ท้องโป่ง | | X | X |
| ประจำเดือน | | | X |

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---|
| บัสสาวะแสบขัด | | | X |
| อาเจียนเป็นเลือด | X | X | |
| เลือดออกทางทวารหนัก | X | X | X |
| บัสสาวะผสมเลือด | | X | X |
| อุจจาระผสมเลือด | X | X | X |
| คลื่นไส้ / อาเจียน | | X | X |
| ความเจ็บปวด | | X | X |
| โรคเยื่อกระเพาะบัสสาวะอักเสบ | | X | |
| การบัสสาวะบ่อย | | X | X |
| มีเลือดออกทางทวารหนัก | X | X | X |
| ปวดทวารหนัก | | X | X |
| ภาวะกลั้นบัสสาวะ | | | X |
| บัสสาวะ | | X | X |
| 1.3 หน้าอก | | | |
| หัวใจเต้นช้า | X | X | X |
| อาการเจ็บหน้าอก | X | X | X |
| ไอ | | | X |
| อาการหายใจลำบาก | X | X | |
| ไอเป็นเลือด | X | X | |
| อาการสะอึก | | | X |
| อาการใจสั่น & หัวใจเต้นผิดปกติ | X | X | X |
| หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ | X | X | X |
| การหายใจดังเสียงฮืดฮัด | X | X | |
| 1.4 ศีรษะและลำคอ | | | |
| อาการคั่ง | | | X |
| การเห็นภาพซ้อน | | X | |
| การกลืนลำบาก | | X | X |
| ปวดหู | | | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ปวดตา | | X | X |
| ปวดหัว | X | X | X |
| การสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงในการได้ยิน | | | X |
| การสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงในการมองเห็น | | X | |
| ตาแดง / ตาขี้ | | | X |
| เจ็บคอ | | X | X |
| เสียงลมหายใจ | X | X | |
| หูอื้อ | | | X |
| อาการวิงเวียนศีรษะ | | X | X |
| ต่อมน้ำลาย | X | X | X |
| การปวดฟัน | | | X |
| บวม | X | X | X |

2.0 ความผิดปกติของหน้าท้องและระบบทางเดินอาหาร

| | วิฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
|---|-------|---------|-----------|
| 2.1 ผื่นหน้าท้อง | | | |
| ไส้เลื่อน | | X | X |
| ปัญหาในการให้อาหารทางสายยาง | | X | X |
| 2.2 หลอดอาหาร | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | | |
| การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| โรคหลอดอาหารอักเสบ | | X | X |
| กรดไหลย้อน (GERD) | | | X |
| ความเป็นพิษของสารกัดกร่อน | | | |
| กรด | X | X | |
| ด่าง | X | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| อาการเจ็บป่วยจากการฉีกขาดของถุงกระเพาะอาหารส่วนล่าง | X | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในระบบทางเดินอาหาร | | X | |
| ไส้เลื่อน | | X | X |
| โรคหลอดอาหารฉีกขาด | X | X | |
| ลำไส้ตีบตัน | | X | X |
| หลอดอาหารอุดตัน | X | X | |
| ภาวะหลอดเลือดขาดที่หลอดอาหารโป่ง | X | X | |
| 2.3 ตับ | | | |
| โรคตับแข็ง | | X | X |
| ความล้มเหลวของตับ | | X | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| โรคตับอักเสบ | | X | X |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.4 ถุงน้ำดี และระบบทางเดินน้ำดี | | | |
| ถุงน้ำดีอักเสบ | | | X |
| ถุงน้ำดีอักเสบ / ก้อนนิ่วในถุงน้ำดี | | X | X |
| 2.5 ตับอ่อน | | | |
| ตับอ่อนอักเสบ | X | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.6 เยื่อช่องท้อง | | | |
| โรคเยื่อหุ้มกระเพาะอักเสบ | | X | X |
| 2.7 กระเพาะอาหาร | | | |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| โรคกระเพาะ | | X | X |
| โรคแผลในกระเพาะอาหาร | | X | X |
| อาการตกเลือด | X | X | |
| การเจาะ | X | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| กระเพาะอาหารส่วนปลาดิบ | | X | X |
| 2.8 ลำไส้ขนาดเล็ก | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| ภาวะกระเพาะและลำไส้อักเสบ | | X | X |
| โรคลำไส้อักเสบ / ลำไส้อักเสบโครห์น | | X | X |
| ภาวะลำไส้เน่าในทารกที่เกิดก่อนกำหนด | X | X | |
| สิ่งกีดขวาง | | | |
| ความผิดปกติกลไกการทำงาน | | X | |
| ยึดเป็นอัมพาต | | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| แผลที่กระเพาะอาหาร | X | | |
| ความผิดปกติ แต่กำเนิด | | X | X |
| กระเพาะอาหารบิดตัว | X | X | |
| ไม่เพียงพอตลอดเลือด | X | X | |
| 2.9 ลำไส้ใหญ่ | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| ไส้ติ่งอักเสบ | | X | |
| ภาวะลำไส้เน่าในทารกที่เกิดก่อนกำหนด (NEC) | X | X | |
| ลำไส้ใหญ่อักเสบจากการฉายแสง | | X | |
| อาการลำไส้ใหญ่บวม | | X | X |
| ลำไส้แปรปรวน | | | X |
| สิ่งกีดขวาง | | | |
| การทำงาน | | | |
| โรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด | | X | X |
| ความผิดปกติกลไกการทำงาน | | X | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |

| | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| ความผิดปกติ แต่กำเนิด | | X | X |
| ลำไส้โป่งพอง | | X | X |
| ลำไส้กลืนกัน | X | X | |
| ลำไส้บิดพันกัน | X | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.10 ไส้ตรงและทวารหนัก | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้ | | | |
| ฝี | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| อักเสบของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย | | | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ทวาร | | X | X |
| ริดสีดวงทวาร | | | X |
| ทวารหนักย้อย | | X | |
| 3.0 ความผิดปกติหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 3.1 หัวใจหยุดเต้น | | X | |
| อาการหมดลมหายใจอย่างเฉียบพลัน | X | | |
| สาเหตุอื่น ๆ | X | | |
| 3.2 ผิดปกติ แต่กำเนิดของระบบหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| ความผิดปกติอันเนื่องมาจากความผิดปกติเกี่ยวกับกายวิภาค | X | X | X |
| 3.3 ความผิดปกติของการไหลเวียน | | | |
| หลอดเลือดสายใหญ่ | | | |
| ปากหลอดเลือด | X | X | X |
| ผ้าหลอดเลือด | X | | |
| การแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด | | X | |
| หลอดเลือดอุดตัน | | | |
| การแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด | X | X | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 3.4 ระเบิดของจังหวะการเต้นของหัวใจ | | | |
| ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ | X | X | X |
| ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (หัวใจห้องด้านล่าง) | X | X | |
| ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (หัวใจห้องด้านบน) | X | X | X |
| ระบบนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ | X | X | X |
| 3.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจ | | | |
| หัวใจล้มเหลว | X | X | |
| ปอดอุดกั้นเรื้อรัง | X | X | |
| การเต้นของหัวใจสูง | X | X | |
| การเต้นของหัวใจต่ำ | X | X | |
| โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ | X | X | X |
| เส้นเลือดหัวใจตีบ | X | X | X |
| โรคหัวใจล้มเหลว | X | X | |
| โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน | X | X | |
| โรคหัวใจขาดเลือด | X | X | |
| กล้ามเนื้อหัวใจตาย | X | X | |
| กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน | X | X | X |
| 3.6 โรคเยื่อหุ้มหัวใจ | | | |
| การสะสมน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ | X | X | |
| เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ | | X | X |
| 3.7 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ | | | |
| 3.8 กรณีฉุกเฉินความดันโลหิตสูง | | | |
| 3.9 กรณีฉุกเฉินความดันโลหิตตก | | | |
| ความดันโลหิตตก | X | X | |
| เกี่ยวกับการถ่ายโลหิต | X | X | |
| การอุดตัน | X | X | |
| 3.10 ความผิดปกติที่ลิ้น | | | |
| 4.0 ความผิดปกติทางผิวหนัง | | | |

| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
|---|--------|---------|-----------|
| 4.1 โรคมะเร็งผิวหนัง | | | X |
| 4.2 แผลกดทับ | | X | X |
| 4.3 ผิวหนังอักเสบ | | | |
| โรคภูมิแพ้ทางผิวหนัง | | | X |
| ติดต่อทางผิวหนัง | | | X |
| กลาก | | | X |
| โรคสะเก็ดเงิน | | | X |
| 4.4 การติดเชื้อ | | | |
| แบคทีเรีย | | | |
| ฝี | | X | X |
| ผิวหนังอักเสบ | | X | X |
| โรคผิวหนังชนิดเป็นตุ่มพุพอง | | | X |
| โรคหนังเน่า | X | X | |
| เชื้อรา | | | |
| การติดเชื้อรา (ดู 2.2 , 7.5) | | | X |
| สิ่งมีชีวิตประเภทกาฝาก | | | |
| ไลน | | | X |
| หิด | | | X |
| ไวรัส | | | |
| เริม (ดู 10.6 , 13.1) | | | X |
| งูสวัด (ดู 10.6) | | X | X |
| โรคฝี - อีสุกอีใส ฝีดาก | | X | X |
| 4.5 ผลจากผื่นแพ้ | | | |
| ผกซ้ำ | | X | X |
| ลมพิษ | | X | X |
| 4.6 ตุ่ม / ผื่นแพ้ | X | X | |
| 5.0 ต่อมไร้ท่อเผาผลาญและความผิดปกติทางโภชนาการ | | | |

| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
|---|--------|---------|-----------|
| 5.1 ความผิดปกติของดุลกรด-ด่าง | | | |
| การเผาผลาญอาหารหรือระบบทางเดินหายใจ | | | |
| ความเป็นกรดของเลือด | X | X | |
| ความเป็นเบสของเลือด | X | X | X |
| ความผิดปกติสมดุลกรดผสมต่างแบบผสม | X | X | |
| 5.2 โรคต่อมหมวกไต | | | |
| ภาวะที่ต่อมหมวกไตทำงานไม่เพียงพอ | X | X | |
| 5.3 ของเหลวและแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบในโลหิต | | | |
| Hyper และ hypocalcemia | X | X | X |
| พร่อง/ เกินของปริมาณของเหลวในร่างกาย | X | X | |
| ภาวะมีโพแทสเซียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | X | X | X |
| ภาวะมีโซเดียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | X | X | X |
| สภาวะมีแมกนีเซียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | | X | X |
| 5.4 ความผิดปกติจากการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกาย | | | |
| โรคเบาหวาน | | | |
| ประเภทที่หนึ่ง | X | X | X |
| ประเภทที่สอง | | X | X |
| ภาวะแทรกซ้อนการเผาผลาญกลูโคส | | | |
| ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนเบาหวาน (DKA) | X | X | |
| ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง | | X | X |
| อาการโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง | X | X | |
| ภาวะน้ำตาลในเลือด | X | X | |
| systemic | | X | X |
| 5.5 ความผิดปกติทางโภชนาการ | | | |
| การขาดวิตามิน | | | X |
| กลุ่มอาการของความผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับการขาดสารอาหาร | | X | |

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------|
| ความผิดปกติต่อมไธสมอง 5.6 | | | |
| ภาวะขาดฮอร์โมนสร้างจากต่อมไธสมอง | X | | |
| ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ 5.7 | | | |
| ไทรอยด์เป็นพิษ | X | X | X |
| ภาวะที่ฮอร์โมนไทรอยด์ในร่างกายต่ำ | | X | X |
| การอักเสบของต่อมไทรอยด์เรื้อรัง | | X | X |
| 6.0 ความผิดปกติด้านสิ่งแวดล้อม | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 6.1 เชื้อจากการกัด และ ฉก(ดู 18.1) | | | |
| สิ่งมีชีวิตจำพวกแมลง | | X | X |
| แมลง | | | X |
| แมงมุม | | X | X |
| สัตว์เลื้อยคลานด้วยนม | | | |
| มนุษย์ | | X | X |
| พิษสุนัขบ้า | | X | X |
| มีชีวิตทางทะเล (ดู 17.1) | X | X | X |
| งู | X | X | X |
| 6.2 โรคจากความดันในร่างกาย | | | |
| ฟองอากาศอุดตันหลอดเลือด | X | X | |
| อาการป่วยจากความดันสูงมากเกินไป | X | X | X |
| อาการป่วยจากความดันที่ลดลง | X | X | |
| 6.3 การบาดเจ็บไฟฟ้า (ดู 18.1) | | | |
| ฟ้าผ่า | X | X | |
| 6.4 เจ็บป่วยสูงระดับความสูง | | | |
| โรคแพ้ความดันอากาศในที่สูง | | X | X |
| ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศจากปอดรั่ว | | X | X |
| ระดับสูงสมองบวม | X | X | |
| ระดับสูงอาการบวมน้ำที่ปอด | X | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| 6.5 เหตุการณ์จมน้ำ | | | |
| แช่น้ำเย็นจัด | X | X | |
| ใกล้จมน้ำ | X | X | |
| 6.6 เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิ | | | |
| ความร้อน | | | |
| อ่อนเพลียจากความร้อน | | X | X |
| โรคลมแดด | X | X | |
| ปวดร้อน | | | X |
| อาการหนาวเย็น | | | |
| อาการบวมเป็นน้ำเหลือง | | X | X |
| อุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ | X | X | |
| 7.0 หัวหน้าหู, ตา, จมูก, คอผิดปกติ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 7.1 หู | | | |
| มีสิ่งแปลกปลอมในหู | | X | X |
| หูได้รับการกระทบ | | | X |
| หูชั้นในอักเสบ | | | X |
| น้ำในหูไม่เท่ากัน | | | X |
| โรคหูน้ำหนวก | | | X |
| หูชั้นกลางอักเสบ | | | X |
| แก้วหูปูด | | | X |
| 7.2 ตา | | | |
| ตารายนอก | | | |
| ควันจากการเผาไหม้ตาและอื่น | | X | |
| ตาแดง | | | X |
| ถลอกที่กระจกตา | | X | X |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าตา | | X | X |
| การอักเสบของเปลือกตา | | | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ตากุ้งยิง (ฝึ) | | | X |
| ตากุ้งยิง (ต่อมน้ำมัน) | | | X |
| anterior pole | | | |
| ต้อหิน | | X | X |
| เลือดออกในช่องหน้าลูกตา | | X | X |
| ม่านต้ออักเสบ | | X | X |
| posterior pole | | | |
| ประสาทตาบวม | X | X | |
| แตงม่านตาและข้อบกพร่อง | | X | |
| เบ้าตา | | | |
| ฉิวหนังอักเสบ | | X | |
| 7.4 จมูก | | | |
| กำเดา | X | X | X |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าร่างกาย | | X | X |
| ริดสีดวงจมูก | | | X |
| ไซนัสอักเสบ | | | X |
| 7.5 ช่องปาก / ลำคอ | | | |
| อาการปวดฟัน | | | X |
| ฝีฟัน | | | X |
| โรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก | | | |
| การอักเสบติดเชื้อรุนแรงของเนื้อเยื่อในโพรงใต้คาง | X | X | |
| ร่างกายต่างประเทศ | X | X | |
| กล่องเสียง / หลอดลมคอ | | | |
| โรคฝากล่องเสียงอักเสบ | X | X | |
| โรคกล่องเสียงอักเสบ | | | X |
| หลอดคออักเสบ | | X | X |
| เชื้อราในปาก (ดู 2.2 , 4.4) | | | X |
| ฝีของทอลซิล | | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| คออักเสบ / ต่อมทอนซิลอักเสบ | | | X |
| ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร | | | X |
| 8.0 โรคเลือด | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 8.1 การเปลี่ยนถ่ายโลหิต | | | |
| ภาวะแทรกซ้อน | X | X | |
| 8.2 ความผิดปกติในการห้ามเลือด | | | |
| การแข็งตัวของเลือดบกพร่อง | X | X | X |
| acquired | X | X | X |
| โรคเลือดออกไม่หยุด | X | X | X |
| ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด | X | | |
| ความผิดปกติของเกล็ดเลือด | X | X | X |
| ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ | | X | X |
| 8.3 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง | | X | X |
| 8.4 ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง | | | |
| โลหิตจาง | | | |
| ภาวะไขกระดูกฝ่อ | X | X | |
| ฮีโมโกลบินมีโครงสร้างผิดปกติ | | X | X |
| โรคเซลล์เคียว | | X | X |
| การทำลายเม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นในกระแสโลหิต | | X | |
| เม็ดเลือดแดงติดสีน้อยกว่าปกติ | | | |
| การขาดธาตุเหล็ก | | X | X |
| megaloblastic | | X | X |
| ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากเกินไปผิดปกติ | | X | X |
| เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ | X | X | |
| 8.5 ความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดขาว | | X | X |
| ภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ | | | |
| โรคมะเร็งในโลหิต | | X | X |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| มะเร็งเม็ดเลือดขาว | | X | X |
| Pancytopenia | X | X | X |
| 9.0 ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 9.1 โรคหลอดเลือดคอลลางเจน | | | |
| อาการหดตัวของเส้นเลือดเมื่อเจอความเย็น | | | X |
| โรคไขข้ออักเสบ | | X | X |
| โรคเอสแอลอี | | X | X |
| 9.2 เอชไอวีและการสำแดง | X | X | X |
| 9.3 ภาวะภูมิแพ้ | | | |
| ปฏิกิริยาการแพ้ | | X | X |
| โรคภูมิแพ้ | X | | |
| ลมพิษ | X | X | |
| อาการแพ้ยา | X | X | X |
| 9.4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปลูก | X | X | X |
| ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | | X | X |
| การปฏิเสธ | X | X | |
| 10.0 ความผิดปกติติดเชื้อระบบ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 10.1 แบคทีเรีย | | | |
| โรคอาหารเป็นพิษจากแบคทีเรีย | | X | X |
| โรคโบทูลิซึม | X | X | |
| หนองในเทียม | | X | X |
| ติดเชื้อจากหนองใน | | X | X |
| ไข้กาฬหลังแอ่น | X | X | |
| การติดเชื้อ mycobacterial | | X | X |
| วัณโรค | | X | X |
| โรคแบคทีเรียอื่น ๆ | X | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| แก๊สเน่า (ดู 11.6) | X | X | |
| เช็ปซีส / แบคทีเรีย | X | X | |
| ซีออก | X | | |
| อาการที่อกซิก-ซีออก | X | X | |
| โรคจากเชื้อสไปโรซีส | | | |
| ซีฟิลิส | | X | X |
| บาดทะยัก | X | X | |
| 10.2 อารูธซีวภาพ | X | X | |
| ระดับการรับรู้ของตัวแทนปัจจุบันสำหรับบุคลากรหน่วย EMS | | X | |
| 10.3 การติดเชื้อรา | | X | X |
| 10.4 โปรโตซัวและปรสิต | | | |
| โรคมาลาเรีย | | X | |
| โรคจีอาดิอาซีส | | | X |
| 10.5 พานะของโรค | | | |
| โรคเฮอร์ลิซิโอสิส | | X | |
| โรคลัมบ์ | | X | |
| ไข้รากสาดใหญ่ | | X | |
| 10.6 ไวรัส | | | |
| โรคโมโนนิวคลีโอสิส | | X | X |
| ไข้หวัดใหญ่ | | X | X |
| โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา | X | X | |
| เริม | | X | X |
| งูสวัด / ซุ่มตีหมา | | X | X |
| พิษสุนัขบ้า | X | | |
| ไข้ฉี่หนูหลาย | | | X |
| หัดเยอรมัน | | | X |
| ฝีดาษ | | X | X |
| 11.0 ความผิดปกติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก | | | |

| | วิฤตติ | จุกเงิน | รุนแรงต่ำ |
|--|--------|---------|-----------|
| 11.1 ผิดปกติกระดูก | | | |
| กระดูกอักเสบเป็นหนอง | | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 11.2 ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง | | | |
| โรคหมอนรองกระดูก | | X | X |
| อาการปวดหลัง | | | |
| บาดเจ็บจากประสาทรระดับเอวและกระเบนเหน็บได้รับ (ดู 18.1) | | X | |
| เคล็ดขัดยอก / ตึง | | | X |
| 11.3 อาการผิดปกติร่วม | | | |
| โรคไขข้อ | | | |
| มีพิษ | | X | |
| เกาต์ | | X | |
| อักเสบ (ดู 9.1) | | | X |
| ข้อเสื่อม | | | X |
| หัวกระดูกต้นขาเคลื่อนที่ | | X | |
| 11.4 ผิดปกติของกล้ามเนื้อ | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ / อักเสบ | | | X |
| โรคกล้ามเนื้อสลาย | X | X | |
| 11.5 อาการบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไป | | | |
| อาการบวมอักเสบของข้อต่อที่หัวไหล่ | | | X |
| ลายกล้ามเนื้อ | | | X |
| โรคเส้นประสาทรอบนอก | | | X |
| โรคการกดทับข้อประสาทบริเวณข้อมือ | | | X |
| โรคเอ็นอักเสบ | | | X |
| 11.6 การติดเชื้อบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน | | | |
| โรคหนังเน่า | | X | |
| อาการเน่า | X | X | |

| | | | |
|---|--------------|----------------|------------------|
| เล็บขบ | | X | X |
| อาการปวดเนื้อเยื่อข้อต่อมือ | | X | X |
| 12.0 ผิดปกติของระบบประสาท | | | |
| | วิฤติ | จุดเงิน | รุนแรงต่ำ |
| 12.1 ความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง | | | |
| โรคอัมพาตใบหน้า | | | X |
| โรคเส้นประสาทบริเวณใบหน้า | | | X |
| 12.2 ความผิดปกติในปลอกหุ้มปลายประสาท | | | |
| หลายเส้นโลหิตตีบ | | X | |
| 12.3 อาการปวดหัว | | | |
| การหดตัวของกล้ามเนื้อ | X | X | X |
| หลอดเลือด | | X | X |
| 12.4 ภาวะน้ำคั่งในสมอง | | | |
| ความดันปกติ | | X | X |
| ท่อสำหรับระบายน้ำในโพรงสมอง | | X | |
| 12.5 การติดเชื้อ / อักเสบ | | | |
| สมองอักเสบ | X | X | |
| อาการไขสันหลังอักเสบ | | | |
| แบคทีเรีย | X | X | |
| ไวรัส | | X | X |
| 12.6 เคลื่อนไหวผิดปกติ | | | |
| การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ | | X | X |
| 12.7 ความผิดปกติประสาทและกล้ามเนื้อ | | | |
| โรคที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย | X | X | |
| โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง | X | X | |
| เส้นโลหิตตีบ(ALS) | | | X |
| โรคกล้ามเนื้อเสื่อม | | | X |
| 12.8 เจ็บไขอื่น ๆ ของสมอง | | | |

| | | | |
|---|----------------|-----------------|-------------------|
| การเป็นบ้า | | | X |
| โรคพาร์กินสัน | | | X |
| 12.9 อาการชัก | X | X | X |
| อาการชักเกิดจากไข้ | | X | X |
| อาการชักในทารกแรกเกิด | | X | |
| อาการชักต่อเนื่อง | X | | |
| การวางจุดสายตาทั่วไป | | X | X |
| 12.10 การบีบตัวของสายกระดูกสันหลัง | X | X | |
| 12.11 หลอดเลือดสมองตีบตัน | | | |
| การตกเลือด | | | |
| เลือดออกในเนื้อสมอง | X | X | |
| เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง | X | X | |
| สภาวะขาดเลือด | X | X | |
| 12.12 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว | | X | X |
| 12.13 เนื้องอก | | X | X |
| 13.0 สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา | | | |
| | विकฤติ | จุกเงิน | รุนแรงต่ำ |
| 13.1 ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | | |
| โรคกระดูกเชิงกรานอักเสบ | | X | |
| รังไข่ | | | |
| ถุงรังไข่ | | | X |
| อาการบิดเป็นเกลียว | | X | |
| มดลูก | | | |
| มีเลือดออกผิดปกติ | | X | X |
| เยื่อบุมดลูกชั้นผิดปกติ | | | X |
| อาการห้อยยานของอวัยวะ | | | X |
| ช่องคลอด | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| อาการที่ฝีต่อม Bartholin | | X | |
| การรับสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในร่างกาย | | X | X |
| การอักเสบของช่องคลอดและปากช่องคลอด | | | X |
| 13.2 ตั้งครรภ์ปกติ | | | X |
| 13.3 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | | | |
| การแท้ง | | X | |
| การตั้งครรภ์นอกมดลูก | X | X | |
| ตกเลือดขณะคลอด | | | |
| รกลอกตัวก่อนกำหนด (ดู 18.2) | X | X | |
| รกเกาะต่ำ | X | X | |
| อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง | | X | X |
| ความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ | | X | X |
| อาการชักขณะตั้งครรภ์ | X | X | |
| ภาวะครรภ์เป็นพิษ | | X | |
| การติดเชื้อ | | X | |
| 13.4 ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | X | X | |
| 13.5 อาการตั้งครรภ์ตามปกติและการคลอด | | X | X |
| 13.6 ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด | | | |
| ความเจ็บปวดของการคลอด | X | | |
| คลอดก่อนกำหนด (ดู 18.2) | | X | |
| การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนเวลาอันควร | | X | |
| การแตกของมดลูก (ดู 18.2) | X | | |
| 13.7 ภาวะแทรกซ้อนของคลอด | | | |
| ทารกในครรภ์อยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติ | X | X | |
| เส้นหลังคอ | X | | |
| สายมดลูกพัน | X | | |
| 13.8 แทรกซ้อนหลังคลอด | | | |
| เยื่อบุมดลูกอักเสบ | | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| อาการตกเลือด | X | X | |
| 14.0 ความผิดปกติ ระบบพฤติกรรม | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 14.1 พฤติกรรมเสพติด | | | |
| พึ่งพาเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ | | | X |
| พึ่งพายา | | | X |
| การกินผิดปกติ | | X | X |
| ใช้สารเสพติด | | | X |
| 14.2 ผิดปกติทางอารมณ์และความผิดปกติความคิด | | | |
| โรคจิตเฉียบพลัน | X | X | |
| โรคไบโพลาร์ | | X | X |
| โรคซึมเศร้า | | X | X |
| ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย | X | X | |
| ปฏิกิริยาความเศร้าโศก | | | X |
| โรคจิตเภท | | X | X |
| 14.3 ความผิดปกติซึ่งเกิดจากกระทำ | | | |
| พฤติกรรมแสวงหายาเสพติด | | | X |
| อาการจิตเภทที่เกิดจากการคิดไปเอง | | X | X |
| 14.4 ความผิดปกติโรคประสาท | | | |
| ความวิตกกังวล | | | X |
| อาการบังคับครอบงำ | | | X |
| อาการหวาดกลัว | | | X |
| บาดแผลจากความเครียด | | | X |
| 14.5 สุขภาพจิตผิดปกติ | | | |
| อาการหลงๆลืมๆ | | | X |
| สิ่งมีนเมากล่อมประสาท | | X | X |
| ยากล่อมประสาท | | X | X |
| อาการความปลานปลืม | | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| การเป็นบ้า | | | X |
| อาการเมาและ / หรืออาการหลอน | | | |
| เมาสุรา | | | X |
| อาการหลอนหลอน | | X | X |
| สารเข้าฝิ่น | X | X | X |
| ยาที่มีฤทธิ์หลอนประสาท | | X | |
| ยาสงบประสาท ยานอนหลับ และยาสงบประสาท | X | X | X |
| ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และโคเคน | X | X | X |
| 14.6 รูปแบบของความรุนแรง / การใช้ผิดวิธี / ละเลย | | | |
| ในประเทศ | | | |
| เด็ก, คู่สมรส, คนชรา | | X | |
| ความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าคน | X | X | |
| ข่มขืน | X | X | |
| พนักงาน / ผู้ป่วยปลอดภัย | | X | |
| 14.7 บุคลิกภาพผิดปกติ | | | |
| | | | X |
| 14.8 ความผิดปกติทางจิต | | | |
| โรคประสาทที่มีอาการคิดไปเอง | | | X |
| ฮิสทีเรีย / การแปลง | | | X |
| 15.0 ความผิดปกติของไตและ ระบบทางเดินปัสสาวะ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 15.1 ภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง | X | X | X |
| 15.2 แทรกซ้อนของฟอกไต | X | X | |
| 15.3 การติดเชื้อ | | | |
| กระเพาะปัสสาวะ | | | X |
| กรวยไตอักเสบ | | X | |
| 15.4 อวัยวะสืบพันธุ์ชาย | | | |
| แผลที่อวัยวะเพศ | | | X |
| ไส้เลื่อน | | X | X |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| ถุงน้ำที่ลูกอัณฑะ | | | X |
| การอักเสบ / การติดเชื้อ | | | |
| โรคลูกอัณฑะและท่อเก็บอสุจิอักเสบ | | x | x |
| อาการเน่าของถุงอัณฑะ | X | X | |
| ต่อมลูกหมากอักเสบ | | X | X |
| ท่อปัสสาวะอักเสบ | | | X |
| โครงสร้างอวัยวะ | | | |
| หนังหุ้มองคชาตไม่สามารถรูดกลับ | | X | |
| ภาวะองคชาตแข็งค้าง | | X | |
| โรคต่อมลูกหมากโต(BPH) | | | X |
| การบิดตัวของลูกอัณฑะ | | X | |
| ก้อนและถุงอัณฑะ | | | X |
| อัณฑะไม่ลงถุงข้างเดียว | | | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง 15.5 | | | |
| นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ | | X | X |
| 16.0 ความผิดปกติทรวงอก-หายใจ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 16.1 เจ็บปื้นโรคสายการбинบน | | | |
| การติดเชื้อ | | | |
| โรคติดเชื้อแบคทีเรียเจ็บปื้นในระบบหายใจ | | X | X |
| โรคชาง | | X | |
| โรคฝากล่องเสียงอักเสบ | X | X | |
| ไข้อกรน | X | X | |
| การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน | | | X |
| ภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ | X | | |
| การบาดเจ็บ | X | X | |
| อาการแทรกซ้อน จากการเจาะคอ | X | X | |
| 16.2 ความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอด, ประจันและผนังหน้าอก | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| มีการอักเสบของกระดูกอ่อนเชื่อมต่อกับกระดูกหน้าอก | | | X |
| โพรงเยื่อหุ้มปอดมีเลือด | X | X | |
| ไหลเยื่อหุ้มปอด | | X | X |
| โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ | | | X |
| ภาวะช่องหน้าหัวใจมีอากาศ | | X | |
| ปอดทะลุ | | | |
| อาการทั่วไป | | X | |
| อาการตั้งหน้าอก | X | | |
| 16.3 อาการบวมน้ำที่ปอด Noncardiogenic | X | X | |
| 16.4 โรคปอดอุดกั้น / ที่จำกัด | | | |
| โรคหอบหืด / โรคทางเดินหายใจปฏิกิริยา | X | X | |
| การระคายเคืองและบวมของท่อทางเดินอากาศ (RSV) | | X | X |
| โรคปอดเรื้อรัง | | X | X |
| โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | X | X | X |
| โรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลส่วนมากต่อระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร | X | X | X |
| สิ่งแวดล้อม / สัมผัสสูดสารกรรมรวมทั้งธรรมชาติเฉียบพลันและเรื้อรัง | X | X | X |
| ภาวะสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | X | X | |
| 16.5 ระบายเคืองทางกายภาพและเคมี | | | |
| ความเป็นพิษของก๊าซควีนไอระเหย, | X | X | X |
| 16.6 ปอดเส้นเลือด / หัวใจวาย | X | X | |
| 16.7 ติดเชื้อทางปอด | | | |
| ฝีปอด | | X | |
| โรคปอดบวม | | | |
| ปอดบวมที่เกิดจากการหายใจเอาสารติดเชื้อเข้าไป | X | X | |
| ติดเชื้อ | X | X | X |
| วัณโรคปอด | | X | |
| 16.8 เนื้องอก | | | |

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------|
| ทรงออก | | | X |
| แผงออก | | | X |
| ในปอด | | X | X |
| 17.0 เกษัชวิทยา | | | |
| | วิกฤติ | จุกเงิน | รุนแรงต่ำ |
| 17.1 หลักการพื้นฐานของเกษัชวิทยา | | | |
| กฎหมายยาเสพติดและการควบคุม | X | X | X |
| การตั้งชื่อยาเสพติดและการจัดหมวดหมู่ | X | X | X |
| ตารางยาเสพติด | X | X | X |
| การจัดเก็บยาเสพติดและการรักษาความปลอดภัย | X | X | X |
| แนวทางการบริหารยา | X | X | X |
| เกษัชวิทยาของระบบประสาทส่วนกลาง | X | X | X |
| การเผาผลาญอาหารและการขับถ่ายยา | X | X | X |
| กลไกของการกระทำยาเสพติด | X | X | X |
| ขั้นตอนของการใช้ยาเสพติด | X | X | X |
| เกษัชภัณฑ์ | X | X | X |
| ความสัมพันธ์การตอบสนองยาเสพติด | X | X | X |
| ปัจจัยที่มีผลตอบสนอง | X | X | X |
| การตอบสนองที่มีคาคาหมาย | X | X | X |
| การตอบสนอง iatrogenic | X | X | X |
| การตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์ unpredicted | X | X | X |
| ยา | X | X | X |
| พิษของยา | X | X | X |
| 17.2 ประเภทของยาและสารเคมี | | | |
| ยาแก้ปวด | | | |
| ยาพาราเซตามอล | | X | |
| ยาด้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ | | X | X |
| ยาเสพติดที่ทำให้ง่วงซึม | X | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ยาแก้ชักเสบ | X | X | |
| แอลกอฮอล์ | | | |
| เอทานอล | X | X | X |
| ไกลคอลแอลกอฮอล์ | X | X | |
| ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์ | X | X | X |
| เมทิลแอลกอฮอล์ | X | X | |
| ยาบ้า | X | X | |
| ยาชา | X | X | |
| ยารักษาโรคจิตหรือยากล่อมประสาทอย่างแรง | X | X | |
| ยาต้านการแข็งตัวของเลือด | X | X | |
| ยาต้านและป้องกันอาการชัก | X | X | |
| ยาใจดี | X | X | |
| <u>ยาเสพติดมีฤทธิ์กล่อมประสาทส่วนกลาง</u> | | X | |
| ยาต้านการอาเจียน | | X | |
| โรคทางจิตเวช | X | X | |
| ยาที่ยับยั้งการทำงานของประสาทอัตโนมัติ | X | X | |
| ยาขยายหลอดลม | | X | |
| คาร์บอนมอนอกไซด์ | X | X | |
| ยาเสพติดโรคหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ | X | X | |
| ยาลดความดัน | X | X | |
| ยาที่ยับยั้งการทำงานของประสาทอัตโนมัติ | X | X | |
| แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ | X | X | |
| สารกัดกร่อน | | | |
| กรด | X | X | |
| ด่าง | X | X | |
| โคเคน | X | X | X |
| ไซยาไนด์, ไฮโดรเจนซัลไฟด์ | X | X | |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| อาการหลอน | | X | X |
| วัตถุที่เป็นอันตราย | X | X | |
| โลหะหนัก | X | X | |
| สารเคมีกำจัดวัชพืช, ยาฆ่าแมลงและหนู | X | X | |
| ครัวเรือน / สารเคมีอุตสาหกรรม | X | X | X |
| ฮอร์โมน / เตียรอยด์ | | X | X |
| ไฮโดรคาร์บอน | X | X | |
| ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ / สารอินซูลิน | X | X | |
| สารพิษที่มาจากกระดูก | X | X | |
| พิษจากเหล็ก | X | X | |
| ยารักษาวัณโรค | X | X | |
| สารพิษในทะเล | X | X | |
| อาการแพ้กรรม | X | X | |
| เห็ด / พิษพิษ | X | X | |
| อินซูลิน | X | X | |
| ยาที่ไม่ใช่สิ่งเสพติด | | X | X |
| อาหารเสริมสมุนไพร | | X | X |
| สารพิษจากเชื้อรา | X | | |
| สารพิษจากยาฆ่าแมลง | X | X | |
| ยาเสพติดที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน | X | X | X |
| ยานอนหลับ/ยาสลบ | X | X | |
| ยากระตุ้น / สารกระตุ้น | X | X | |
| ยาเบื่อ | X | X | |
| 17.3 พิษวิทยา | | | |
| ภาวะพิษวิทยาโดยทั่วไป | X | X | X |
| อาการโคม่าจากสารพิษ | | | |
| ยาเสพติด | X | X | X |
| สารพิษจากยาฆ่าแมลง | X | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| ยาเสพติดที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน | X | X | X |
| คาร์บอนมอนนอกไซด์ | X | X | X |
| 17.4 วัตถุอันตราย | X | | |
| ความผิดปกติเกี่ยวกับบาดแผล 18.0 | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 18.1 บาดเจ็บ | | | |
| บาดเจ็บช่องท้อง | | | |
| กะบังลม | X | X | |
| ปวดท้องเฉียบพลัน | X | X | |
| โดนของแหลมคมทิ่มแทง | X | X | |
| ส่วนหลังของช่องท้อง | X | X | |
| อวัยวะที่เป็นของแข็ง | X | X | |
| หลุดเลือด | X | X | |
| บาดเจ็บที่หน้าอก | | | |
| ผ้าหลุดเลือด / ชัดข้าง | X | | |
| ความฟกช้ำ | | | |
| การเต้นของหัวใจ | X | X | X |
| ในปอด | X | X | |
| หัก | | | |
| กระดูกไหปลาร้า | | X | X |
| ภาวะการทำงานล้มเหลวของซี่โครง / หน้าอก | X | X | X |
| กระดูกสันอก | | X | X |
| โพรงเยื่อหุ้มปอดมีเลือด | X | X | |
| บาดเจ็บที่หน้าอกทะลุ | X | X | |
| ภาวะที่มีการสะสมน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ | X | | |
| ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ | | | |
| ภาวะทั่วไป | | X | |
| ความตึงเครียด | X | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| ได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง | | | |
| แผลฉีกกระชาก | | X | X |
| บาดเจ็บจากการโดนกัด | | X | X |
| อาการผิวไหม้ | | | |
| ไฟฟ้า | X | X | X |
| ได้รับสารสารเคมี | X | X | X |
| อาการแสงบร๊อน | X | X | X |
| แผล | | X | X |
| ผิวหนังถลอก | | X | X |
| อาการบาดเจ็บใบหน้า/หน้าหัก | | | X |
| ฟัน | | X | X |
| กระดูกใบหน้า | X | X | X |
| ขากรรไกร | | X | X |
| กระดูกเบ้าตา | | X | X |
| บาดเจ็บอวัยวะสืบพันธุ์ | | | |
| กระเพาะปัสสาวะ | | X | |
| อวัยวะเพศภายนอก | | X | |
| เกี่ยวกับไต | | X | |
| นิ่วในท่อไต | | X | |
| บาดเจ็บหัว | | | |
| บาดเจ็บความดันในกะโหลกศีรษะ | X | X | |
| แผลหนังศีรษะ / แผลฉีกกระชาก | | X | X |
| หักกะโหลก | | X | X |
| การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง | | | |
| ผลกระทบบ / ข้อเคลื่อนบางส่วน | X | X | |
| เผือก | X | X | X |
| เคล็ดขัดยอกและแพลง | | | X |
| ปลายบาดเจ็บกระดูกลดลง | | | |

| | | | |
|------------------------------|---|---|---|
| ผลกระทบ / ข้อเคสอื่นบางส่วน | | X | |
| ผื่น (เปิดและปิด) | | X | X |
| บาดเจ็บที่คอ | | | |
| บาดเจ็บถูกลมปลายท่อช่วยหายใจ | X | X | |
| บาดเจ็บที่คอทะเล | X | X | |
| ได้รับบาดเจ็บหลอดเลือด | | | |
| หลอดเลือด | X | X | |
| หลอดเลือดเส้นเลือดใหญ่ | X | X | |
| บาดเจ็บทางจักษุวิทยา | | | |
| ถลอกที่กระจกตา / แผล | | X | X |
| การเผาไหม้ที่กระจกตา | | | |
| อาร์โดนกรด | | X | |
| อาการโดนต่าง | | X | |
| อัลตราไวโอเล็ต | | X | X |
| แผลเปลือกตา | | X | |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | | X | |
| เลือดออกในช่องหน้าลูกตา | | X | |
| บาดเจ็บจอลูกตา | | X | |
| แตงม่านตา | | X | |
| ม่านตาอักเสบ | | X | X |
| บาดเจ็บ ทางโสตวิทยา | | | |
| อาการหื้อ | | X | X |
| แก้วหูปรุ | | | X |
| ผื่นเด็ก | | | |
| กระดูกอ่อน | | X | X |
| กระดูกเดาะ | | X | |
| ฐานรองดอก | | | X |
| การแตกหักของกระดูกเชิงกราน | X | X | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| อาการบาดเจ็บรุนแรงบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน | | | |
| การตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของแขนขา / ปลุกถ่ายอวัยวะ | | X | |
| ภาวะที่มีการเพิ่มความดันในช่องต่างๆของร่างกาย | | X | |
| ฉีดน้ำแรงดันสูง | | X | |
| ได้รับบาดเจ็บที่ข้อต่อ | | X | X |
| เข่า | | X | X |
| โดนของแหลมคม | | X | |
| การเจาะเนื้อเยื่ออ่อน | | X | X |
| อาการปวดข้อ | | | X |
| เคล็ดขัดยอกและแพลง | | | X |
| ได้รับบาดเจ็บเอ็น | | | |
| แผล / Transections | | X | |
| อาการฉีกขาด | | X | |
| ร้อยหวาย | | X | |
| เอ็นกระดูกสะบ้า | | X | |
| เส้นประสาทไขสันหลัง / บาดเจ็บระบบประสาท | | | |
| อาการบาดเจ็บรากประสาทบริเวณไขสันหลัง | | X | |
| ได้รับบาดเจ็บที่รากประสาท | | X | X |
| บาดเจ็บของเส้นประสาทต่อพวง | | X | X |
| เส้นประสาทไขสันหลังบาดเจ็บ | X | X | |
| เส้นประสาทไขสันหลังบาดเจ็บโดยไม่ต้องมีความผิดปกติทางรังสี (SCIWORA) | | X | |
| บาดเจ็บปลายกระดูกบน | | | |
| ผลกระทบบ / ข้อเคล็ดบางส่วน | | X | |
| เผือก (เปิดและปิด) | | X | X |
| 18.2 บาดเจ็บในการตั้งครุฑ | | | |
| ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด | X | X | |
| ภาวะหัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครุฑ | X | | |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| คลอดก่อนกำหนด | | X | |
| การแตกของมดลูก | X | | |
| 18.3 บาดเจ็บหลายระบบ | | X | X |
| บาดเจ็บระเบิด | X | X | |

ภาคผนวก 4

ภาคผนวกที่ 4: นิยามศัพท์การปฏิบัติการรักษาฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

| งาน | นิยาม / องค์ประกอบ |
|--|--|
| ความพร้อมในการปฏิบัติงาน | การดำเนินงานยานพาหนะพนักงานการสื่อสารเครือข่ายอุปกรณ์และอุปกรณ์การกำกับดูแลการแพทย์, กฎหมาย / จริยธรรมขั้นตอนการดำเนินงานมาตรฐาน / แนวทางปฏิบัติการพิเศษ, งานกู้ภัย; MCI / ICS |
| การจัดสภาพ | สภาพแวดล้อมที่อันตรายความรุนแรงความปลอดภัยและการรักษาเสถียรภาพฉากการรักษาความปลอดภัย BSI / PPE, ทรัพยากรเพิ่มเติมหรือเฉพาะการเข้าถึงการสื่อสาร |
| การรักษาก่อนเดินทางมาถึง | การเยียวยาที่บ้านวางกู้ชีพ, EMD แรกที่เกิดเหตุ; AED แพทย์ที่เกิดเหตุ |
| การประเมินขั้นปฐมภูมิและความเสถียรภาพฉุกเฉิน | การดูแลเบื้องต้น / ประเมินคุณภาพของการทำงานที่สำคัญการแสดงผลเริ่มต้นทั่วไปเริ่มต้นการรักษาขั้นตอน / วิธีการจำเป็นเพื่อรักษาชีวิต |
| การประเมินขั้นมัจฉิมา | ศึกษาประวัติเบื้องต้นและตรวจร่างกายกลไกของการบาดเจ็บสัญญาณชีพ ABGs |
| ปัจจัยร่วม | แหล่งอายุเพศเชื้อชาติเผ่าพันธุ์, น้ำหนัก, ความต้องการพิเศษ / พิจารณุปสรรคการสื่อสาร (ภาษาบกพร่องทางการได้ยิน, ฯลฯ), ความเชื่อทางศาสนารสนิยมทางเพศโรคประจำตัวสถานะจิตพลวัตครอบครัวหรือยืนดูสภาพแวดล้อมที่มี |
| ปัญหาในเนื้อหา | การศึกษากฎหมาย / จริยธรรม (หลัก & CME), การวิเคราะห์ CQI / ข้อมูล / วิจัย |

| | |
|--|--|
| อาชีพ | รับรอง / ประกาศนียบัตรปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ลด สุขภาพ / ความเครียดแสงโรคปัญหาการด้อยค่าประสิทธิภาพของทีมงานสมาคม วิชาชีพการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพชุมชน ขอบเขตของการปฏิบัติตายและตาย DNR, ส่งขึ้นสูงพลวัตครอบครัวโรคที่ต้อง รายงานหรือเงื่อนไขข้อบังคับที่ใช้บังคับ |
| เครื่องมือในการ ประเมินผลและ เนื้อหาของงาน | หูฟัง sphygmomanometer, BP ตรวจสอบอุปกรณ์, ETCO 2, ซีพจร วัดความ อิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ทักษะการตรวจร่างกาย, วัดอุณหภูมิ, EKG, 12- lead EKG, วัดระดับน้ำตาลจากเลือดปลายนิ้ว สนามห้องปฏิบัติการทดสอบ |
| การวินิจฉัยแยกโรค และระเบียบการรักษา | จากการนำเสนอทางคลินิกและการประเมินหาสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น คำพิพากษา คลินิก / คิดอย่างมีวิจารณญาณ |
| วิธีการสอดแทรกเพื่อ การรักษา | การใช้/ไม่ใช้ยาในเภสัชวิทยาบำบัด ขั้นตอนการสื่อสารเพื่อการรักษา หรือให้ คำปรึกษา |
| ประเมิน | คิดว่าจะไปการประเมินการประเมินประสิทธิผลและ การพิจารณาใหม่ ของการ แทรกแซง |
| การสื่อสารและการ ปรึกษาคำปรึกษา | การทำงานร่วมกันโดยตรง / โดยอ้อมของผู้ป่วย / ครอบครัว (MDS ที่ปรึกษา พิเศษ) แจ้งสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้รับ EMTALA ตามสื่อที่ส่ง |
| เอกสาร | เขียนการดูแลผู้ป่วย / โอนรายงานทางวาจาและการเปิดเผยข้อมูลโรคที่ต้อง รายงาน / เงื่อนไข / สถานการณ์รูปแบบมาตรฐาน (ชุดข้อมูลขั้นต่ำ) ประเด็น ความเป็นส่วนตัว, CQI |
| การจัดการ | EMTALA ประเด็นหัวข้อผ่านสถานที่ที่เหมาะสมในประเด็นที่ไม่ใช่การขนส่ง, การ ขนส่งพิเศษ (aeromedical) ตายในที่เกิดเหตุจากการสิ้นสุดของกู้ชีพทรัพยากร ของชุมชน |
| การป้องกันและ การศึกษา | การป้องกันการบาดเจ็บการศึกษาของประชาชนในชุมชน (ให้บริการทางสังคม กลุ่มสนับสนุนเสียงสุขภาพจิต) ระเบียบของรัฐบาลกลางรัฐ / |
| ภารกิจที่หลากหลาย และการจัดการทีม | ICS / MCI การบริหารความเสี่ยงการตอบสนองหน่วยงานหลายหน่วยปฏิบัติการ พิเศษที่ ICS การเตรียมความพร้อมในประเทศบ้านเกิดของการรักษาความ |

| | |
|--|---------|
| | ปลอดภัย |
|--|---------|

ภาคผนวก 5: ขั้นตอนและทักษะการปฏิบัติ Integral บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เนื้อหาหลักที่ระบุขั้นตอนการ / ทักษะที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ในการตั้งค่าการปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาล
รายการต่อไปนี้ไม่ควรได้รับการพิจารณาที่เข้มงวดโดยมีข้อยกเว้นของทักษะที่ควรจะห้าม "ทักษะห้าม" ไม่ควรรวมเป็น
ส่วนหนึ่งของขอบเขตของการปฏิบัติสำหรับระดับของผู้ให้บริการ EMS nonphysician ใด ๆ

รายการนี้แสดงหลักการทั่วไปของทักษะเทคนิคไม่เป็นการเฉพาะ

เทคนิครักษาระบบทางเดินหายใจ

อุปกรณ์ติดตั้งเพื่อช่วยหายใจ

กลวิธีในการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยหายใจ

อุปกรณ์ใช้สลับช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Cricothyrotomy

การปิดช่องทางเดินหายใจ

ใส่ท่อช่วยหายใจ

1. การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก Nasotracheal
2. การใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก Orotracheal
3. การอำนวยความสะดวกทางเภสัชวิทยา

4. ขั้นตอนการยืนยัน

ระบบการส่งออกซีเอ็น

การดูแล

ระบายนาคาศ - ซ่วย / กล

การระงับความรู้อีก (ท้องถิ่น)

การควบคุมความเจ็บปวดและยาระงับประสาท

เลือดและการบริหารการบำบัดชิ้นส่วน

การตรวจวินิจฉัย

การวิเคราะห์สารเคมีในเลือด

การวัดคาร์บอนไดออกไซด์

วัดการทำงานของปอด

วิธีการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด

การตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

อวัยวะเพศ / ปัสสาวะ

สวนกระเพาะปัสสาวะ

1. สวนด้วยสายไฟลีย์

การบิดตัวของอวัยวะ

ศีรษะและลำคอ

การควบคุมของกำเเดา

1. การใส่วัสดุห้ามเลือดบริเวณผังกั้นจมูกส่วนหน้า

เปลี่ยนฟัน

เทคนิคการไหลเวียนโลหิต

ใส่สายสวนหลอดเลือดและการบำรุงรักษา

ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

การแทงเข้าคาและบริหารสารน้ำ/ยาเข้าในโพรงกระดูก

การใส่หลอดสวนภายในหลอดเลือดดำส่วนปลาย

การตรวจสอบการไหลเวียนโลหิต

12-lead ECG ตรวจสอบ

สูติศาสตร์

การคลอดของทารกแรกเกิด

เทคนิคอื่น ๆ

เลือดออกควบคุม

กำจัดสิ่งแปลกปลอม

แผล / ระบายน้ำ

การรักษาด้วยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ

การบริหารยา

การใส่สายจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร

การเจาะช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

การบีบอัดเยื่อหุ้มปอด

การควบคุมผู้ป่วย

การโจมตีทางเพศเหนือการจัดการ

การเจาะกะโหลกศีรษะ

เทคนิคการปิดแผล

การจัดการแผล

การทำให้ฟื้นคืน

การช่วยชีวิตหัวใจ (CPR) (ทุกเพศทุกวัย)

ขั้นตอนโครงการกระดูก

ดูแลส่วนด้วน

การแตกหัก / เคลื่อนที่เทคนิคการตรึง

การแตกหัก / เทคนิคการลดการเคลื่อนที่

เทคนิคการตรึงกระดูกสันหลัง

เกี่ยวกับทรวงอก

การใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

ช็อกไฟฟ้า / ทำ การเปลี่ยนจังหวะการเต้นของหัวใจ

การผ่าตัดเปิดลงไปในห้องทรวงอก

การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ/ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

เทคนิคการยกและเคลื่อนย้าย

**** ขั้นตอนการนี้ยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับในเรื่องทักษะทางการแพทย์ ****

การเจาะรูกะโหลกและใส่สายเพื่อดูดเอาเลือดออก

เรียกร่องอุปกรณ์วาล์วหัวโดยไม่ต้องไหล จำกัด

EOA / EGTA

การตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของแขนขา

การใช้ยาต้านพิษ

Perimortum ส่วน C

ภาคผนวก 2: รายการของเงื่อนไขและองค์ประกอบ

| 1.0 อาการผู้ป่วยนอกและการนำเสนอและการบ่งชี้ของอาการ | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 1.1 ทัวไป | | | |
| การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท | X | X | X |
| ความกังวล | | X | X |
| ภาวะหยุดหายใจ | X | | |
| ภาวะการเคลื่อนไหวที่ไม่ประสานกัน | | X | X |
| อาการปวดหลัง | X | X | X |
| ตกเลือด | X | X | X |
| การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม/ปฏิสัมพันธ์ | | X | X |
| อาการโคม่า | X | X | |
| ความสับสน | | X | X |
| ร้องไห้ / สำลัก | | X | X |
| ลักษณะผิวหนังและเยื่อเมือกซึ่งเป็นสีคล้ำ | X | X | |
| ความมึนงงระดับลง | X | X | X |
| การคายน้ำ | | X | X |
| เวียนหัว | | X | X |
| อาการบวม | | X | X |
| ความเมื่อยล้า | | X | X |
| ปัญหาในการกิน | | | X |
| ไข้ | X | X | X |
| ความดันเลือดสูง | | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ | X | X | |
| ดีซ่าน | | | X |
| อาการปวดข้อ / บวม | | X | X |
| อาการปวดเปื่อย (เด็ก) | X | | |
| อาการปวดเปื่อย (การเดิน) | | X | X |
| วิงเวียน | | | X |
| บาดเจ็บหลาย | X | X | |
| เลือดและของเหลวในร่างกายได้รับสาร (เช่นติดเข็ม) | | | X |
| ละลาย | | X | X |
| ความเจ็บปวด | X | X | X |
| อัมพาต | X | X | |
| อาการชา | | X | X |
| การวางยาพิษ | X | X | X |
| คัน | | | X |
| ผื่น | | X | X |
| ซีด | X | | |
| การย่ำเสียงตรงกลาง | X | X | X |
| การสั่นเทาของร่างกาย | | | X |
| จุดอ่อน | | X | X |
| 1.2 ท้อง / เเชิงกราน | | | |
| ตกเลือดคลอดที่ผิดปกติ | X | X | X |
| ปัสสาวะน้อยผิดปกติ | | X | |
| น้ำในช่องท้อง | | | X |

| | | | |
|------------------------------|---|---|---|
| อาการจุกเสียด | | | X |
| อาการท้องผูก | | X | X |
| ตะคิว | | X | X |
| โรคท้องร่วง | | X | X |
| ท้องโป่ง | | X | X |
| ประจำเดือน | | | X |
| ปัสสาวะแสบขัด | | | X |
| อาเจียนเป็นเลือด | X | X | |
| เลือดออกทางทวารหนัก | X | X | X |
| ปัสสาวะผสมเลือด | | X | X |
| อุจจาระผสมเลือด | X | X | X |
| คลื่นไส้ / อาเจียน | | X | X |
| ความเจ็บปวด | | X | X |
| โรคเยื่อกระเพาะปัสสาวะอักเสบ | | X | |
| การปัสสาวะบ่อย | | X | X |
| มีเลือดออกทางทวารหนัก | X | X | X |
| ปวดทวารหนัก | | X | X |
| ภาวะกลั้นปัสสาวะ | | | X |
| ปัสสาวะ | | X | X |
| 1.3 หน้าอก | | | |
| หัวใจเต้นช้า | X | X | X |
| อาการเจ็บหน้าอก | X | X | X |
| ไอ | | | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| อาการหายใจลำบาก | X | X | |
| ไอเป็นเลือด | X | X | |
| อาการระอึก | | | X |
| อาการใจสั่น & หัวใจเต้นผิดปกติ | X | X | X |
| หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ | X | X | X |
| การหายใจดังเสียงฮืดฮัด | X | X | |
| 1.4 ศีรษะและลำคอ | | | |
| อาการคั่ง | | | X |
| การเห็นภาพซ้อน | | X | |
| การกลืนลำบาก | | X | X |
| ปวดหู | | | X |
| ปวดตา | | X | X |
| ปวดหัว | X | X | X |
| การสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงในการได้ยิน | | | X |
| การสูญเสียหรือการเปลี่ยนแปลงในการมองเห็น | | X | |
| ตาแดง / ตาขี้ | | | X |
| เจ็บคอ | | X | X |
| เสียงลมหายใจ | X | X | |
| หูอื้อ | | | X |
| อาการเวียนศีรษะ | | X | X |
| ต่อมน้ำลาย | X | X | X |
| การปวดฟัน | | | X |
| บวม | X | X | X |

| 2.0 ความผิดปกติของหน้าท้องและระบบทางเดินอาหาร | | | |
|---|-------|---------|-----------|
| | วิฤติ | อุกเขิน | รุนแรงต่ำ |
| 2.1 ผื่นหน้าท้อง | | | |
| ไส้เลื่อน | | X | X |
| ปัญหาในการให้อาหารทางสายยาง | | X | X |
| 2.2 หลอดอาหาร | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | | |
| การติดเชื้อราในทางเดินอาหาร | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| โรคหลอดอาหารอักเสบ | | X | X |
| กรดไหลย้อน (GERD) | | | X |
| ความเป็นพิษของสารกัดกร่อน | | | |
| กรด | X | X | |
| ต่าง | X | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| อาการเจ็บป่วยจากการฉีกขาดของถุงกระเพาะอาหารส่วนล่าง | X | X | |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในระบบทางเดินอาหาร | | X | |
| ไส้เลื่อน | | X | X |
| โรคหลอดอาหารฉีกขาด | X | X | |
| ลำไส้ตีบตัน | | X | X |
| หลอดอาหารอุดตัน | X | X | |
| ภาวะหลอดเลือดคดที่หลอดอาหารโป่ง | X | X | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| 2.3 ตั๊บ | | | |
| โรคตั๊บแข็ง | | X | X |
| ความล้มน้เหลวของตั๊บ | | X | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| โรคตั๊บอักเสบ | | X | X |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.4 ฤงน้ำดี และระบบทางเดินน้ำดี | | | |
| ฤงน้ำดีอักเสบ | | | X |
| ฤงน้ำดีอักเสบ / ก้อนนิ่วในฤงน้ำดี | | X | X |
| 2.5 ตั๊บอ่อน | | | |
| ตั๊บอ่อนอักเสบ | X | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.6 เชื้อบุงช่องท่อง | | | |
| โรคเชื้อบุงกระเพาะอักเสบ | | X | X |
| 2.7 กระเพาะอาหาร | | | |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| โรคกระเพาะ | | X | X |
| โรคแผลในกระเพาะอาหาร | | X | X |
| อาการตกเลือด | X | X | |
| การเจาะ | X | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | | X | X |
| กระเพาะอาหารส่วนปลาตีบ | | X | X |

| 2.8 ลำไส้ขนาดเล็ก | | | |
|---|---|---|---|
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| ภาวะกระเพาะและลำไส้อักเสบ | | X | X |
| โรคลำไส้อักเสบ / ลำไส้อักเสบโครห์น | | X | X |
| ภาวะลำไส้เน่าในทารกที่เกิดก่อนกำหนด | X | X | |
| สิ่งกีดขวาง | | | |
| ความผิดปกติกลไกการทำงาน | | X | |
| ยึดเป็นอัมพาต | | X | |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| แผลที่กระเพาะอาหาร | X | | |
| ความผิดปกติ แต่กำเนิด | | X | X |
| กระเพาะอาหารบิดตัว | X | X | |
| ไม่เพียงพอตลอดเลือด | X | X | |
| 2.9 ลำไส้ใหญ่ | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| ไส้ติ่งอักเสบ | | X | |
| ภาวะลำไส้เน่าในทารกที่เกิดก่อนกำหนด (NEC) | X | X | |
| ลำไส้ใหญ่อักเสบจากการฉายแสง | | X | |
| อาการลำไส้ใหญ่บวม | | X | X |
| ลำไส้แปรปรวน | | | X |
| สิ่งกีดขวาง | | | |

| | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| การทำงาน | | | |
| โรคลำไส้โป่งพองแต่กำเนิด | | X | X |
| ความผิดปกติกลไกการทำงาน | | X | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| ความผิดปกติ แต่กำเนิด | | X | X |
| ลำไส้โป่งพอง | | X | X |
| ลำไส้กลืนกัน | X | X | |
| ลำไส้บิดพันกัน | X | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 2.10 ไส้ตรงและทวารหนัก | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | | |
| ฝี | | X | X |
| ความผิดปกติของการอักเสบ | | | |
| อักเสบของลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย | | | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง | | | |
| มีสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ทวาร | | X | X |
| ริดสีดวงทวาร | | | X |
| ทวารหนักย่อย | | X | |
| 3.0 ความผิดปกติหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 3.1 หัวใจหยุดเต้น | | X | |
| อาการหมดลมหายใจอย่างเฉียบพลัน | X | | |
| สาเหตุอื่น ๆ | X | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3.2 ผิดปกติ แต่กำเนิดของระบบหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| ความผิดปกติอันเนื่องมาจากความผิดปกติเกี่ยวกับกายวิภาค | X | X | X |
| 3.3 ความผิดปกติของการไหลเวียน | | | |
| หลอดเลือดสายใหญ่ | | | |
| ปากหลอดเลือด | X | X | X |
| ผ้าหลอดเลือด | X | | |
| การแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด | | X | |
| หลอดเลือดอุดตัน | | | |
| การแข็งตัวของเลือดเป็นลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือด | X | X | |
| 3.4 ระเบิดของจังหวะการเต้นของหัวใจ | | | |
| ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ | X | X | X |
| ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (หัวใจห้องด้านล่าง) | X | X | |
| ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (หัวใจห้องด้านบน) | X | X | X |
| ระบบนำไฟฟ้าในหัวใจผิดปกติ | X | X | X |
| 3.5 โรคกล้ามเนื้อหัวใจ | | | |
| หัวใจล้มเหลว | X | X | |
| ปอดอุดตันเรื้อรัง | X | X | |
| การเต้นของหัวใจสูง | X | X | |
| การเต้นของหัวใจต่ำ | X | X | |
| โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ | X | X | X |
| เส้นเลือดหัวใจตีบ | X | X | X |
| โรคหัวใจล้มเหลว | X | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน | X | X | |
| โรคหัวใจขาดเลือด | X | X | |
| กล้ามเนื้อหัวใจตาย | X | X | |
| กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบเฉียบพลัน | X | X | X |
| 3.6 โรคเยื่อหุ้มหัวใจ | | | |
| การสะสมน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ | X | X | |
| เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ | | X | X |
| 3.7 เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ | | X | X |
| 3.8 ภาวะฉุกเฉินความดันโลหิตสูง | | X | X |
| 3.9 ภาวะฉุกเฉินความดันโลหิตตก | | | |
| ความดันโลหิตตก | X | X | |
| เกี่ยวกับการถ่ายโลหิต | X | X | |
| การอุดตัน | X | X | |
| 3.10 ความผิดปกติที่ลิ้น | | X | X |
| 4.0 ความผิดปกติทางผิวหนัง | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 4.1 โรคมะเร็งผิวหนัง | | | X |
| 4.2 แผลกดทับ | | X | X |
| 4.3 ผิวหนังอักเสบ | | | |
| โรคภูมิแพ้ทางผิวหนัง | | | X |
| ติดต่อทางผิวหนัง | | | X |
| กลาก | | | X |
| โรคสะเก็ดเงิน | | | X |

| 4.4 การติดเชื้อ | | | |
|--|--------|---------|-----------|
| แบคทีเรีย | | | |
| ผี | | X | X |
| ผิวหนังอักเสบ | | X | X |
| โรคผิวหนังชนิดเป็นตุ่มพอง | | | X |
| โรคหนังเน่า | X | X | |
| เชื้อรา | | | |
| การติดเชื้อรา (ดู 2.2 , 7.5) | | | X |
| สิ่งมีชีวิตประเภทกาฝาก | | | |
| ไลน | | | X |
| หิด | | | X |
| ไวรัส | | | |
| เริม (ดู 10.6 , 13.1) | | | X |
| งูสวัด (ดู 10.6) | | X | X |
| โรคผี - อีสุกอีใส ฝีดาศ | | X | X |
| 4.5 แผลจากผื่นแพ้ | | | |
| ฝกซ้ำ | | X | X |
| ลมพิษ | | X | X |
| 4.6 ตุ่ม / ผื่นแพ้ | X | X | |
| 5.0 ต่อมไร้ท่อเผาผลาญและความผิดปกติทางโภชนาการ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 5.1 ความผิดปกติของดุลกรด-ด่าง | | | |
| การเผาผลาญอาหารหรือระบบทางเดินหายใจ | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ความเป็นกรดของเลือด | X | X | |
| ความเป็นเบสของเลือด | X | X | X |
| ความผิดปกติสมดุลกรดผสมต่างแบบผสม | X | X | |
| 5.2 โรคต่อมหมวกไต | | | |
| ภาวะที่ต่อมหมวกไตทำงานไม่เพียงพอ | X | X | |
| 5.3 ของเหลวและแร่ธาตุที่เป็นองค์ประกอบในโลหิต | | | |
| Hyper และ hypocalcemia | X | X | X |
| พร่อง/ เกินของปริมาณของเหลวในร่างกาย | X | X | |
| ภาวะมีโพแทสเซียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | X | X | X |
| ภาวะมีโซเดียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | X | X | X |
| สภาวะมีแมกนีเซียมในเลือดน้อย/มากเกินไป | | X | X |
| 5.4 ความผิดปกติจากการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกาย | | | |
| โรคเบาหวาน | | | |
| ประเภทที่หนึ่ง | X | X | X |
| ประเภทที่สอง | | X | X |
| ภาวะแทรกซ้อนการเผาผลาญกลูโคส | | | |
| ภาวะเลือดเป็นกรดจากคีโตนเบาหวาน (DKA) | X | X | |
| ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง | | X | X |
| อาการโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง | X | X | |
| ภาวะน้ำตาลในเลือด | X | X | |
| systemic | | X | X |
| 5.5 ความผิดปกติทางโภชนาการ | | | |
| การขาดวิตามิน | | | X |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| กลุ่มอาการของความผิดปกติของสมองที่เกี่ยวข้องกับการขาดสารอาหาร | | X | |
| ความผิดปกติต่อมไธรมอง 5.6 | | | |
| ภาวะขาดฮอร์โมนสร้างจากต่อมไธรมอง | X | | |
| ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ 5.7 | | | |
| ไทรอยด์เป็นพิษ | X | X | X |
| ภาวะที่ฮอร์โมนไทรอยด์ในร่างกายต่ำ | | X | X |
| การอักเสบของต่อมไทรอยด์เรื้อรัง | | X | X |
| 6.0 ความผิดปกติด้านสิ่งแวดล้อม | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 6.1 เชื้อจากการกัด และ ฉก(ดู 18.1) | | | |
| สิ่งมีชีวิตจำพวกแมลง | | X | X |
| แมลง | | | X |
| แมงมุม | | X | X |
| สัตว์เลื้อยคลานด้วยนม | | | |
| มนุษย์ | | X | X |
| พิษสุนัขบ้า | | X | X |
| มีชีวิตรังทางทะเล (ดู 17.1) | X | X | X |
| งู | X | X | X |
| 6.2 โรคจากความดันในร่างกาย | | | |
| ฟองอากาศอุดตันหลอดเลือด | X | X | |
| อาการป่วยจากความดันสูงมากเกินไป | X | X | X |
| อาการป่วยจากความดันที่ลดลง | X | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| 6.3 การบาดเจ็บไฟฟ้า (ดู 18.1) | X | X | X |
| ฟ้าผ่า | X | X | |
| 6.4 เจ็บป่วยสูงระดับความสูง | | | |
| โรคแพ้ความดันอากาศในที่สูง | | X | X |
| ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศจากปอดรั่ว | | X | X |
| ระดับสูงสมองบวม | X | X | |
| ระดับสูงอาการบวมน้ำที่ปอด | X | X | |
| 6.5 เหตุการณ์จมน้ำ | | | |
| แช่น้ำเย็นจัด | X | X | |
| ใกล้จมน้ำ | X | X | |
| 6.6 เจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิ | | | |
| ความร้อน | | | |
| อ่อนเพลียจากความร้อน | | X | X |
| โรคลมแดด | X | X | |
| ปวดร้อน | | | X |
| อาการหนาวเย็น | | | |
| อาการบวมเป็นน้ำเหลือง | | X | X |
| อุณหภูมิกายต่ำกว่าปกติ | X | X | |
| 7.0 หัวหน้าหู, ตา, จมูก, คอผิดปกติ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 7.1 หู | | | |
| มีสิ่งแปลกปลอมในหู | | X | X |
| หูได้รับการกระทบ | | | X |

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| หูชั้นในอักเสบ | | | X |
| น้ำในหูไม่เท่ากัน | | | X |
| โรคหูน้ำหนวก | | | X |
| หูชั้นกลางอักเสบ | | | X |
| แก้วหูปรุ | | | X |
| 7.2 ตา | | | |
| ตาทายนอก | | | |
| ควั่นจากการเผาไหม้ตาและอื่น | | X | |
| ตาแดง | | | X |
| ถลอกที่กระจกตา | | X | X |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าตา | | X | X |
| การอักเสบของเปลือกตา | | | X |
| ตาคุ้งยิง (ฝึ) | | | X |
| ตาคุ้งยิง (ต่อมน้ำมัน) | | | X |
| anterior pole | | | |
| ต้อหิน | | X | X |
| เลือดออกในช่องหน้าลูกตา | | X | X |
| ม่านตาอักเสบ | | X | X |
| posterior pole | | | |
| ประสาทตาบวม | X | X | |
| แตงม่านตาและข้อบกพร่อง | | X | |
| เบ้าตา | | | |
| ผิวหนังอักเสบ | | X | |

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------|
| 7.4 จมูก | | | |
| กำเดา | X | X | X |
| สิ่งแปลกปลอมเข้าร่างกาย | | X | X |
| ริดสีดวงจมูก | | | X |
| ไซนัสอักเสบ | | | X |
| 7.5 ช่องปาก / ลำคอ | | | |
| อาการปวดฟัน | | | X |
| ฝีฟัน | | | X |
| โรคของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก | | | |
| การอักเสบติดเชื้อรุนแรงของเนื้อเยื่อในโพรงใต้คาง | X | X | |
| ร่างกายต่างประเทศ | X | X | |
| กล่องเสียง / หลอดลมคอ | | | |
| โรคฝากล่องเสียงอักเสบ | X | X | |
| โรคกล่องเสียงอักเสบ | | | X |
| หลอดคออักเสบ | | X | X |
| เชื้อราในปาก (ดู 2.2 , 4.4) | | | X |
| ฝีของทอลซิล | | X | |
| คออักเสบ / ต่อมทอนซิลอักเสบ | | | X |
| ความผิดปกติของข้อต่อขากรรไกร | | | X |
| 8.0 โรคเลือด | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 8.1 การเปลี่ยนถ่ายโลหิต | | | |
| ภาวะแทรกซ้อน | X | X | |

| 8.2 ความผิดปกติในการห้ามเลือด | | | |
|---|---|---|---|
| การแข็งตัวของเลือดบกพร่อง | X | X | X |
| acquired | X | X | X |
| โรคเลือดออกไม่หยุด | X | X | X |
| ภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด | X | | |
| ความผิดปกติของเกล็ดเลือด | X | X | X |
| ภาวะเกล็ดเลือดต่ำ | | X | X |
| 8.3 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง | | X | X |
| 8.4 ความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง | | | |
| โลหิตจาง | | | |
| ภาวะไขกระดูกฝ่อ | X | X | |
| ฮีโมโกลบินมีโครงสร้างผิดปกติ | | X | X |
| โรคเซลล์เคียว | | X | X |
| การทำลายเม็ดเลือดแดงที่เกิดขึ้นในกระแสโลหิต | | X | |
| เม็ดเลือดแดงติดสีน้อยกว่าปกติ | | | |
| การขาดธาตุเหล็ก | | X | X |
| megaloblastic | | X | X |
| ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากเกินไปผิดปกติ | | X | X |
| เสียชีวิตจากการตั้งครรภ์ | X | X | |
| 8.5 ความผิดปกติของเซลล์เม็ดเลือดขาว | | X | X |
| ภาวะเม็ดเลือดขาวนิวโทรฟิลต่ำ | | | |
| โรคมะเร็งในโลหิต | | X | X |
| มะเร็งเม็ดเลือดขาว | | X | X |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| Pancytopenia | X | X | X |
| 9.0 ผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 9.1 โรคหลอดเลือดคอลลลาเจน | | | |
| อาการหดตัวของเส้นเลือดเมื่อเจอความเย็น | | | X |
| โรคไขข้ออักเสบ | | X | X |
| โรคเอสแอลอี | | X | X |
| 9.2 เอชไอวีและการสำแดง | X | X | X |
| 9.3 ภาวะภูมิแพ้ | | | |
| ปฏิกิริยาการแพ้ | | X | X |
| โรคภูมิแพ้ | X | | |
| ลมพิษ | X | X | |
| อาการแพ้ยา | X | X | X |
| 9.4 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปลูก | X | X | X |
| ภูมิคุ้มกันบกพร่อง | | X | X |
| การปฏิเสธ | X | X | |
| 10.0 ความผิดปกติติดเชื้อระบบ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 10.1 แบคทีเรีย | | | |
| โรคอาหารเป็นพิษจากแบคทีเรีย | | X | X |
| โรคโบทูลิซึม | X | X | |
| หนองในเทียม | | X | X |
| ติดเชื้อจากหนองใน | | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ไข้กาฬหลังแอ่น | X | X | |
| การติดเชื้อ mycobacterial | | X | X |
| วัณโรค | | X | X |
| โรคแบคทีเรียอื่น ๆ | X | X | |
| แก๊สเน่า (ดู 11.6) | X | X | |
| เซ็ปติส / แบคทีเรีย | X | X | |
| ซ็อก | X | | |
| อาการที่ออกซิก-ซ็อก | X | X | |
| โรคจากเชื้อสไปโรซีส | | | |
| ซิฟิลิส | | X | X |
| บาดทะยัก | X | X | |
| 10.2 อารูธชีวภาพ | X | X | |
| ระดับการรับรู้ของตัวแทนปัจจุบันสำหรับบุคลากรหน่วย EMS | | X | |
| 10.3 การติดเชื้อรา | | X | X |
| 10.4 โปรโตซัวและปรสิต | | | |
| โรคมาลาเรีย | | X | |
| โรคจีอาดีอาซิส | | | X |
| 10.5 พานะของโรค | | | |
| โรคเฮอร์ลิซิโอสิส | | X | |
| โรคลัมป์ | | X | |
| ไข้รากสาดใหญ่ | | X | |
| 10.6 ไวรัส | | | |

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------|
| โรคโมโนนิวคลีโอสิส | | X | X |
| ไข้หวัดใหญ่ | | X | X |
| โรคติดเชื้อไวรัสฮันตา | X | X | |
| เริม | | X | X |
| งูสวัด / ไข้มติหามา | | X | X |
| พิษสุนัขบ้า | X | | |
| ไข้ผื่นกุหลาบ | | | X |
| หัดเยอรมัน | | | X |
| ฝีดาษ | | X | X |
| 11.0 ความผิดปกติ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 11.1 ผิดปกติกระดูก | | | |
| กระดูกอักเสบเป็นหนอง | | X | |
| เนื้องอก | | X | X |
| 11.2 ความผิดปกติของกระดูกสันหลัง | | | |
| โรคหมอนรองกระดูก | | X | X |
| อาการปวดหลัง | | | |
| บาดเจ็บจากประสาทรระดับเอวและกระเบนเหน็บได้รับ (ดู 18.1) | | X | |
| เคล็ดขัดยอก / ตึง | | | X |
| 11.3 อาการผิดปกติร่วม | | | |
| โรคไขข้อ | | | |
| มีพิษ | | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| เกาต์ | | X | |
| อึกเสบ (ดู 9.1) | | | X |
| ข้อเสื่อม | | | X |
| หัวกระดูกต้นขาเคลื่อนที่ | | X | |
| 11.4 ผิดปกติของกล้ามเนื้อ | | | |
| ปวดกล้ามเนื้อ /อึกเสบ | | | X |
| โรคกล้ามเนื้อสลาย | X | X | |
| 11.5 อาการบาดเจ็บจากการใช้งานมากเกินไป | | | |
| อาการบวมอึกเสบของข้อต่อที่หัวไหล่ | | | X |
| ลายกล้ามเนื้อ | | | X |
| โรคเส้นประสาทรอบนอก | | | X |
| โรคการกดทับข้อประสาทบริเวณข้อมือ | | | X |
| โรคเอ็นอึกเสบ | | | X |
| 11.6 การติดเชื้อบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน | | | |
| โรคหนังเน่า | | X | |
| อาการเน่า | X | X | |
| เล็บขบ | | X | X |
| อาการปวดเนื้อเยื่อข้อต่อมือ | | X | X |
| 12.0 ผิดปกติของระบบประสาท | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 12.1 ความผิดปกติของเส้นประสาทสมอง | | | X |
| โรคอัมพาตใบหน้า | | | X |
| โรคเส้นประสาทบริเวณใบหน้า | | | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12.2 ความผิดปกติในปลอกหุ้มปลายประสาท | X | X | |
| หลายเส้นโลหิตตีบ | | X | |
| 12.3 อาการปวดหัว | X | X | X |
| การหดตัวของกล้ามเนื้อ | | | X |
| หลอดเลือด | | X | X |
| 12.4 ภาวะน้ำคั่งในสมอง | | X | X |
| ความดันปกติ | | X | X |
| ท่อสำหรับระบายน้ำในโพรงสมอง | | X | |
| 12.5 การติดเชื้อ / อักเสบ | | | |
| สมองอักเสบ | X | X | |
| อาการไขสันหลังอักเสบ | | | |
| แบคทีเรีย | X | X | |
| ไวรัส | | X | X |
| 12.6 เคลื่อนไหวผิดปกติ | | X | X |
| การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อ | | X | X |
| 12.7 ความผิดปกติประสาทและกล้ามเนื้อ | | | |
| โรคที่มีความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลาย | X | X | |
| โรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง | X | X | |
| เส้นโลหิตตีบ(ALS) | | | X |
| โรคกล้ามเนื้อเสื่อม | | | X |
| 12.8 เจ็บไขสันหลังอื่น ๆ ของสมอง | | | |
| การเป็นบ้า | | | X |
| โรคพาร์กินสัน | | | X |

| | | | |
|------------------------------------|--------|---------|-----------|
| 12.9 อากาการชัก | X | X | X |
| อากาการชักเกิดจากไข้ | | X | X |
| อากาการชักในทารกแรกเกิด | | X | |
| อากาการชักต่อเนื่อง | X | | |
| การวางจุดสายตาทั่วไป | | X | X |
| 12.10 การบีบตัวของสายกระดูกสันหลัง | X | X | |
| 12.11 หลอดเลือดสมองตีบตัน | | | |
| การตกเลือด | | | |
| เลือดออกในเนื้อสมอง | X | X | |
| เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง | X | X | |
| สภาวะขาดเลือด | X | X | |
| 12.12 ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว | | X | X |
| 12.13 เนื้องอก | | X | X |
| 13.0 สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 13.1 ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง | | | |
| ความผิดปกติของการติดเชื้อ | | | |
| โรคกระดูกเชิงกรานอักเสบ | | X | |
| รังไข่ | | | |
| ถุงรังไข่ | | | X |
| อาการบิดเป็นเกลียว | | X | |
| มดลูก | | | |
| มีเลือดออกผิดปกติ | | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| เยื่อเมดลูกขึ้นผิดที่ | | | X |
| อาการห้อยยานของอวัยวะ | | | X |
| ช่องคลอด | | | |
| อาการที่ฝีต่อม Bartholin | | X | |
| การรับสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในร่างกาย | | X | X |
| การอักเสบของช่องคลอดและปากช่องคลอด | | | X |
| 13.2 ตั้งครรภ์ปกติ | | | X |
| 13.3 ภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ | | | |
| การแท้ง | | X | |
| การตั้งครรภ์นอกมดลูก | X | X | |
| ตกเลือดขณะคลอด | | | |
| รกลอกตัวก่อนกำหนด (ดู 18.2) | X | X | |
| รกเกาะต่ำ | X | X | |
| อาการแพ้ท้องอย่างรุนแรง | | X | X |
| ความดันโลหิตสูงในการตั้งครรภ์ | | X | X |
| อาการชักขณะตั้งครรภ์ | X | X | |
| ภาวะครรภ์เป็นพิษ | | X | |
| การติดเชื้อ | | X | |
| 13.4 ตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง | X | X | |
| 13.5 อาการตั้งครรภ์ตามปกติและการคลอด | | X | X |
| 13.6 ภาวะแทรกซ้อนในการคลอด | | | |
| ความเจ็บปวดของการคลอด | X | | |
| คลอดก่อนกำหนด (ดู 18.2) | | X | |

| | | | |
|---|---------------|----------------|------------------|
| การแตกของถุงน้ำคร่ำก่อนเวลาอันควร | | X | |
| การแตกของมดลูก (ดู 18.2) | X | | |
| 13.7 ภาวะแทรกซ้อนของคลอด | | | |
| ทารกในครรภ์อยู่ในตำแหน่งที่ผิดปกติ | X | X | |
| เส้นหลังคอค | X | | |
| สายมดลูกพัน | X | | |
| 13.8 แทรกซ้อนหลังคลอด | | | |
| เยื่อมดลูกอักเสบ | | X | |
| อาการตกเลือด | X | X | |
| 14.0 ความผิดปกติ ระบบพฤติกรรม | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 14.1 พฤติกรรมเสพติด | | | |
| พึ่งพาเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ | | | X |
| พึ่งพายา | | | X |
| การกินผิดปกติ | | X | X |
| ใช้สารเสพติด | | | X |
| 14.2 ผิดปกติทางอารมณ์และความผิดปกติความคิด | | | |
| โรคจิตเฉียบพลัน | X | X | |
| โรคไบโพลาร์ | | X | X |
| โรคซึมเศร้า | | X | X |
| ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย | X | X | |
| ปฏิกิริยาความเครียด | | | X |
| โรคจิตเภท | | X | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 14.3 ความผิดปกติซึ่งเกิดจากกระทำ | | | |
| พฤติกรรมแสวงหายาเสพติด | | | X |
| อาการจิตเภทที่เกิดจากการคิดไปเอง | | X | X |
| 14.4 ความผิดปกติโรคประสาท | | | |
| ความวิตกกังวล | | | X |
| อาการบังคับครอบงำ | | | X |
| อาการหวาดกลัว | | | X |
| บาดแผลจากความเครียด | | | X |
| 14.5 สุขภาพจิตผิดปกติ | | | |
| อาการหลงๆ ลืมๆ | | | X |
| สิ่งมีนเมากล่อมประสาท | | X | X |
| ยากล่อมประสาท | | X | X |
| อาการความปลาบปล้ำ | | X | |
| การเป็นบ้า | | | X |
| อาการเมาและ / หรืออาการหลอน | | | |
| เมาสุรา | | | X |
| อาการหลอนหลอน | | X | X |
| สารเข้าฝิ่น | X | X | X |
| ยาที่มีฤทธิ์หลอนประสาท | | X | |
| ยาสงบประสาท ยานอนหลับ และยาสงบประสาท | X | X | X |
| ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ และโคเคน | X | X | X |
| 14.6 รูปแบบของความรุนแรง / การใช้ผิดวิธี / ละเลย | | | |
| ในประเทศ | | | |

| | | | |
|--|---------------|----------------|------------------|
| เด็ก, คู่สมรส, คนชรา | | X | |
| ความเสี่ยงเกี่ยวกับการฆ่าคน | X | X | |
| ข่มขืน | X | X | |
| พนักงาน / ผู้ป่วยปลอดภัย | | X | |
| 14.7 บุคลิกภาพผิดปกติ | | | X |
| 14.8 ความผิดปกติทางจิต | | | |
| โรคประสาทที่มีอาการคิดไปเอง | | | X |
| ฮิสทีเรีย / การแปลง | | | X |
| 15.0 ความผิดปกติของไตและ ระบบทางเดินปัสสาวะ | | | |
| | วิกฤติ | จุกเงิน | รุนแรงต่ำ |
| 15.1 ภาวะไตวายเฉียบพลันและเรื้อรัง | X | X | X |
| 15.2 แทรกซ้อนของฟอกไต | X | X | |
| 15.3 การติดเชื้อ | | | |
| กระเพาะปัสสาวะ | | | X |
| กรวยไตอักเสบ | | X | |
| 15.4 อวัยวะสืบพันธุ์ชาย | | | |
| แผลที่อวัยวะเพศ | | | X |
| ไส้เลื่อน | | X | X |
| ถุงน้ำที่ลูกอัณฑะ | | | X |
| การอักเสบ / การติดเชื้อ | | | |
| โรคลูกอัณฑะและท่อเก็บอสุจิอักเสบ | | x | x |
| อาการเน่าของถุงอัณฑะ | X | X | |
| ต่อมลูกหมากอักเสบ | | X | X |

| | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| ท่อปัสสาวะอักเสบ | | | X |
| โครงสร้างอวัยวะ | | | |
| หนังหุ้มองคชาตไม่สามารถรูดกลับ | | X | |
| ภาวะองคชาตแข็งค้าง | | X | |
| โรคต่อมลูกหมากโต(BPH) | | | X |
| การบิดตัวของลูกอัณฑะ | | X | |
| ก้อนและถุงอัณฑะ | | | X |
| อัณฑะไม่ลงถุงข้างเดียว | | | X |
| ความผิดปกติของโครงสร้าง 15.5 | | | |
| นิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ | | X | X |
| 16.0 ความผิดปกติทรวงอก-หายใจ | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 16.1 เจ็บพลิ้นโรคสายการбинบน | | | |
| การติดเชื้อ | | | |
| โรคติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลันในระบบหายใจ | | X | X |
| โรคซาง | | X | |
| โรคฝากล่องเสียงอักเสบ | X | X | |
| ไทรอยด์ | X | X | |
| การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน | | | X |
| ภาวะการอุดตันทางเดินหายใจ | X | | |
| การบาดเจ็บ | X | X | |
| อาการแทรกซ้อน จากการเจาะคอ | X | X | |
| 16.2 ความผิดปกติของเยื่อหุ้มปอด, ประจันและผนังหน้าอก | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| มีการอักเสบของกระดูกอ่อนเชื่อมต่อกับกระดูกหน้าอก | | | X |
| โพรงเยื่อหุ้มปอดมีเลือด | X | X | |
| ไหลเยื่อหุ้มปอด | | X | X |
| โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ | | | X |
| ภาวะช่องหน้าหัวใจมีอากาศ | | X | |
| ปอดทะลุ | | | |
| อาการทั่วไป | | X | |
| อาการตึงหน้าอก | X | | |
| 16.3 อาการบวมน้ำที่ปอด Noncardiogenic | X | X | |
| 16.4 โรคปอดอุดกั้น / ที่ จำกัด | | | |
| โรคหอบหืด / โรคทางเดินหายใจปฏิกิริยา | X | X | |
| ดการระคายเคืองและบวมของท่อทางเดินอากาศ (RSV) | | X | X |
| โรคปอดเรื้อรัง | | X | X |
| โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | X | X | X |
| โรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลส่วนมากต่อระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร | X | X | X |
| สิ่งแวดล้อม / สัมผัสอุตสาหกรรมรวมทั้งธรรมชาติเฉียบพลัน และเรื้อรัง | X | X | X |
| ภาวะสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | X | X | |
| 16.5 ระบายเคืองทางกายภาพและเคมี | | | |
| ความเป็นพิษของก๊าซควันไอระเหย, | X | X | X |
| 16.6 ปอดเส้นเลือด / หัวใจวาย | X | X | |
| 16.7 ติดเชื้อทางปอด | | | |

| | | | |
|--|---|---------------|------------------|
| ฝีปอด | | X | |
| โรคปอดบวม | | | |
| ปอดบวมที่เกิดจากการหายใจเอาสารติดเชื้อเข้าไป | X | X | |
| ติดเชื้อ | X | X | X |
| วัณโรคปอด | | X | |
| 16.8 เนื้ออก | | | |
| ทรวงอก | | | X |
| แผลอก | | | X |
| ในปอด | | X | X |
| 17.0 เกสัชวิทยา | | | |
| | | วิกฤติ | ฉุกเฉิน |
| | | | รุนแรงต่ำ |
| 17.1 หลักการพื้นฐานของเกสัชวิทยา | X | X | X |
| กฎหมายยาเสพติดและการควบคุม | X | X | X |
| การตั้งชื่อยาเสพติดและการจัดหมวดหมู่ | X | X | X |
| ตารางยาเสพติด | X | X | X |
| การจัดเก็บยาเสพติดและการรักษาความปลอดภัย | X | X | X |
| แนวทางการบริหารยา | X | X | X |
| เกสัชวิทยาของระบบประสาทส่วนกลาง | X | X | X |
| การเผาผลาญอาหารและการขับถ่ายยา | X | X | X |
| กลไกของการกระทำยาเสพติด | X | X | X |
| ขั้นตอนของการใช้ยาเสพติด | X | X | X |
| เกสัชภัณฑ์ | X | X | X |
| ความสัมพันธ์การตอบสนองยาเสพติด | X | X | X |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ปัจจัยที่มีผลตอบสนอง | X | X | X |
| การตอบสนองที่มีค่าความหมาย | X | X | X |
| การตอบสนอง iatrogenic | X | X | X |
| การตอบสนองที่ไม่พึงประสงค์ unpredicted | X | X | X |
| ยา | X | X | X |
| พิษของยา | X | X | X |
| 17.2 ประเภทของยาและสารเคมี | | | |
| ยาแก้ปวด | | | |
| ยาพาราเซตามอล | | X | |
| ยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ | | X | X |
| ยาเสพติดที่ทำให้ง่วงซึม | X | X | |
| ยาแก้ชัก | X | X | |
| แอลกอฮอล์ | | | |
| เอทานอล | X | X | X |
| ไกลคอลแอลกอฮอล์ | X | X | |
| ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์ | X | X | X |
| เมทิลแอลกอฮอล์ | X | X | |
| ยาบ้า | X | X | |
| ยาชา | X | X | |
| ยารักษาโรคจิตหรือยากล่อมประสาทอย่างแรง | X | X | |
| ยาต้านการแข็งตัวของเลือด | X | X | |
| ยาต้านและป้องกันอาการชัก | X | X | |
| ยาใจดี | X | X | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ยาเสพติดมีฤทธิ์กล่อมประสาทส่วนกลาง | | X | |
| ยาต้านการอักเสบ | | X | |
| โรคทางจิตเวช | X | X | |
| ยาที่ยับยั้งการทำงานของประสาทอัตโนมัติ | X | X | |
| ยาขยายหลอดลม | | X | |
| คาร์บอนมอนอกไซด์ | X | X | |
| ยาเสพติดโรคหัวใจและหลอดเลือด | | | |
| ยาต้านการเต้นผิดจังหวะของหัวใจ | X | X | |
| ยาลดความดัน | X | X | |
| ยาที่ยับยั้งการทำงานของประสาทอัตโนมัติ | X | X | |
| แคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ | X | X | |
| สารกัดกร่อน | | | |
| กรด | X | X | |
| ด่าง | X | X | |
| โคเคน | X | X | X |
| ไซยาไนด์, ไฮโดรเจนซัลไฟด์ | X | X | |
| อาการหลอน | | X | X |
| วัตถุที่เป็นอันตราย | X | X | |
| โลหะหนัก | X | X | |
| สารเคมีกำจัดวัชพืช, ยาฆ่าแมลงและหนู | X | X | |
| ครีวเรื้อน / สารเคมีอุตสาหกรรม | X | X | X |
| ฮอร์โมน / เตียรอยด์ | | X | X |
| ไฮโดรคาร์บอน | X | X | |

| | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|
| ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ / สารอินซูลิน | X | X | |
| สารพิษที่มาจากกาการสูดดม | X | X | |
| พิษจากเหล็ก | X | X | |
| ยารักษาวัณโรค | X | X | |
| สารพิษในทะเล | X | X | |
| อาการแพ้กรรม | X | X | |
| เห็ด / พิษพิษ | X | X | |
| อินซูลิน | X | X | |
| ยาที่ไม่ใช่สิ่งเสพติด | | X | X |
| อาหารเสริมสมุนไพร | | X | X |
| สารพิษจากเชื้อรา | X | | |
| สารพิษจากยาฆ่าแมลง | X | X | |
| ยาเสพติดที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน | X | X | X |
| ยานอนหลับ/ยาสงบ | X | X | |
| ยากระตุ้น / สารกระตุ้น | X | X | |
| ยาเบื่อ | X | X | |
| 17.3 พิษวิทยา | | | |
| ภาวะพิษวิทยาโดยทั่วไป | X | X | X |
| อาการโคม่าจากสารพิษ | | | |
| ยาเสพติด | X | X | X |
| สารพิษจากยาฆ่าแมลง | X | X | |
| ยาเสพติดที่ใช้เพื่อความสนุกสนาน | X | X | X |
| คาร์บอนมอนอกไซด์ | X | X | X |

| | | | |
|---|--------|---------|-----------|
| 17.4 วัตถุประสงค์ราย | X | | |
| ความผิดปกติเกี่ยวกับบาดแผล 18.0 | | | |
| | วิกฤติ | ฉุกเฉิน | รุนแรงต่ำ |
| 18.1 บาดเจ็บ | | | |
| บาดเจ็บช่องท้อง | | | |
| กะบังลม | X | X | |
| ปวดท้องเฉียบพลัน | X | X | |
| โดนของแหลมคมทิ่มแทง | X | X | |
| ส่วนหลังของช่องท้อง | X | X | |
| อวัยวะที่เป็นของแข็ง | X | X | |
| หลุดเลือด | X | X | |
| บาดเจ็บที่หน้าอก | | | |
| ผ้าหลุดเลือด / ชัดช่อง | X | | |
| ความฟกช้ำ | | | |
| การเต้นของหัวใจ | X | X | X |
| ในปอด | X | X | |
| หัก | | | |
| กระดูกไหปลาร้า | | X | X |
| ภาวะการทำงานล้มเหลวของซี่โครง / หน้าอก | X | X | X |
| กระดูกสันอก | | X | X |
| โพรงเยื่อหุ้มปอดมีเลือด | X | X | |
| บาดเจ็บที่หน้าอกทะลุ | X | X | |
| ภาวะที่มีการสะสมน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ | X | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ | | | |
| ภาวะท้าวไป | | X | |
| ความตึงเครียด | X | | |
| ได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนัง | | | |
| แผลฉีกกระชาก | | X | X |
| บาดแผลจากการโดนกัด | | X | X |
| อาการผิวหนังไหม้ | | | |
| ไฟฟ้า | X | X | X |
| ได้รับสารสารเคมี | X | X | X |
| อาการแสบร้อน | X | X | X |
| แผล | | X | X |
| ผิวหนังถลอก | | X | X |
| อาการบาดเจ็บใบหน้า/หน้าหัก | | | X |
| ฟัน | | X | X |
| กระดูกใบหน้า | X | X | X |
| ขากรรไกร | | X | X |
| กระดูกเข้าตา | | X | X |
| บาดเจ็บอวัยวะสืบพันธุ์ | | | |
| กระเพาะปัสสาวะ | | X | |
| อวัยวะเพศภายนอก | | X | |
| เกี่ยวกับไต | | X | |
| นิ้วในท่อไต | | X | |
| บาดเจ็บหัว | | | |

| | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|
| บาดเจ็บความดันในกะโหลกศีรษะ | X | X | |
| แผลหนังศีรษะ / แผลฉีกกระชาก | | X | X |
| หักกะโหลก | | X | X |
| การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง | | | |
| ผลกระทบ / ข้อเคลื่อนบางส่วน | X | X | |
| เฝือก | X | X | X |
| เคล็ดขัดยอกและแพลง | | | X |
| ปลายบาดเจ็บกระดูกกลาง | | | |
| ผลกระทบ / ข้อเคลื่อนบางส่วน | | X | |
| เฝือก (เปิดและปิด) | | X | X |
| บาดเจ็บที่คอ | | | |
| บาดเจ็บรุนแรงปลายท่อช่วยหายใจ | X | X | |
| บาดเจ็บที่คอทะเล | X | X | |
| ได้รับบาดเจ็บหลอดเลือด | | | |
| หลอดเลือด | X | X | |
| หลอดเลือดเส้นเลือดใหญ่ | X | X | |
| บาดเจ็บทางจักษุวิทยา | | | |
| ถลอกที่กระจกตา / แผล | | X | X |
| การเผาไหม้ที่กระจกตา | | | |
| อารโดนกรด | | X | |
| อาการโดนต่าง | | X | |
| อัลตราไวโอเล็ต | | X | X |
| แผลเปลือกตา | | X | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย | | X | |
| เลือดออกในช่องหน้าลูกตา | | X | |
| บาดเจ็บจอลูกตา | | X | |
| แตงม่านตา | | X | |
| ม่านตาอักเสบ | | X | X |
| บาดเจ็บ ทางโสตวิทยา | | | |
| อาการหือ | | X | X |
| แก้วหูปรุ | | | X |
| เปลือกตีก | | | |
| กระดูกอ่อน | | X | X |
| กระดูกเดาะ | | X | |
| ฐานรองตอก | | | X |
| การแตกหักของกระดูกเชิงกราน | X | X | |
| อาการบาดเจ็บรุนแรงบริเวณเนื้อเยื่ออ่อน | | | |
| การตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของแขนขา / ปลุกถ่ายอวัยวะ | | X | |
| ภาวะที่มีการเพิ่มความดันในช่องต่างๆของร่างกาย | | X | |
| ฉีดน้ำแรงดันสูง | | X | |
| ได้รับบาดเจ็บที่ข้อต่อ | | X | X |
| เข่า | | X | X |
| โตนของแหลมคม | | X | |
| การเจาะเนื้อเยื่ออ่อน | | X | X |
| อาการปวดข้อ | | | X |
| เคล็ดขัดยอกและแพลง | | | X |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ได้รับบาดเจ็บเอ็น | | | |
| แผล / Transections | | X | |
| อาการฉีกขาด | | X | |
| ร้อยหวาย | | X | |
| เอ็นกระดูกสะบ้า | | X | |
| เส้นประสาทไขสันหลัง / บาดเจ็บระบบประสาท | | | |
| อาการบาดเจ็บรากประสาทบริเวณไขสันหลัง | | X | |
| ได้รับบาดเจ็บที่รากประสาท | | X | X |
| บาดเจ็บของเส้นประสาทต่อพวง | | X | X |
| เส้นประสาทไขสันหลังบาดเจ็บ | X | X | |
| เส้นประสาทไขสันหลังบาดเจ็บโดยไม่ต้องมีความผิดปกติทางรังสี (SCIWORA) | | X | |
| บาดเจ็บปลายกระดูกบน | | | |
| ผลกระทบบ / ข้อเคลื่อนบางส่วน | | X | |
| เผือก (เปิดและปิด) | | X | X |
| 18.2 บาดเจ็บในการตั้งครุฑ | | | |
| ภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด | X | X | |
| ภาวะหัวใจหยุดเต้นในหญิงตั้งครุฑ | X | | |
| คลอดก่อนกำหนด | | X | |
| การแตกของมดลูก | X | | |
| 18.3 บาดเจ็บหลายระบบ | | X | X |
| บาดเจ็บระเบิด | X | X | |

ภาคผนวกที่ 4: นิยามศัพท์การปฏิบัติการรักษาฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

| งาน | นิยาม / องค์ประกอบ |
|--|---|
| ความพร้อมในการปฏิบัติงาน | การดำเนินงานยานพาหนะพนักงานการสื่อสารเครือข่ายอุปกรณ์และอุปกรณ์การกำกับดูแลการแพทย์, กฎหมาย / จริยธรรมขั้นตอนการดำเนินงานมาตรฐาน / แนวทางปฏิบัติการพิเศษ, งานกู้ภัย; MCI / ICS |
| การจัดสภาพ | สภาพแวดล้อมที่อันตรายความรุนแรงความปลอดภัยและการรักษาเสถียรภาพจากการรักษาความปลอดภัย BSI / PPE, ทรัพยากรเพิ่มเติมหรือเฉพาะการเข้าถึงการสื่อสาร |
| การรักษาก่อนเดินทางมาถึง | การเยียวยาที่บ้านวางกู้ชีพ, EMD แรกที่เกิดเหตุ; AED แพทย์ที่เกิดเหตุ |
| การประเมินขั้นปฐมภูมิและความเสถียรภาพฉุกเฉิน | การดูแลเบื้องต้น / ประเมินคุณภาพของการทำงานที่สำคัญการแสดงผลเริ่มต้นทั่วไปเริ่มต้นการรักษาขั้นตอน / วิธีการจำเป็นเพื่อรักษาชีวิต |
| การประเมินขั้นมาจิดิมา | ศึกษาประวัติเบื้องต้นและตรวจร่างกายกลไกของการบาดเจ็บสัญญาณชีพ ABGs |
| ปัจจัยร่วม | แหล่งอายุเพศเชื้อชาติเผ่าพันธุ์, น้ำหนัก, ความต้องการพิเศษ / พิการอุปสรรคการสื่อสาร (ภาษาบกพร่องทางการได้ยิน, ฯลฯ), ความเชื่อทางศาสนาสันนิยมทางเพศโรคประจำตัวสถานะจิตพลวัตครอบครัวหรือยีนดูสภาพแวดล้อมที่มี |
| ปัญหาในเนื้อหาอาชีพ | การศึกษากฎหมาย / จริยธรรม (หลัก & CME), การวิเคราะห์ CQI / ข้อมูล / วิจัยรับรอง / ประกาศนียบัตรปฏิสัมพันธ์กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพอื่น ๆ ลดสุขภาพ / ความเครียดแสงโรคปัญหาการด้อยค่าประสิทธิภาพของทีมงานสมาคมวิชาชีพการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทในการต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพชุมชนขอบเขตของการปฏิบัติตายและตาย DNR, ส่งขึ้นสูงพลวัตครอบครัวโรคที่ต้องรายงานหรือเงื่อนไขข้อบังคับที่ใช้บังคับ |
| เครื่องมือในการ | หูฟัง sphygmomanometer, BP ตรวจสอบอุปกรณ์, ETCO 2, ซีฟจว วัดความ |

| | |
|---|--|
| ประเมินผลและ เนื้อหาของงาน | อิมตัวของออกซิเจนในเลือด ทักซ์การตรวจร่างกาย, วัดอุณหภูมิ, EKG, 12-lead EKG, วัดระดับน้ำตาลจากเลือดปลายนิ้ว สนามห้องปฏิบัติการทดสอบ |
| การวินิจฉัยแยกโรค และระเบียบการรักษา | จากการนำเสนอทางคลินิกและการประเมินสาเหตุที่อาจเกิดขึ้น คำพิพากษา คลินิก / คิดอย่างมีวิจารณญาณ |
| วิธีการสอดแทรกเพื่อ การรักษา | การใช้/ไม่ใช้ยาในเภสัชวิทยาบำบัด ขั้นตอนการสื่อสารเพื่อการรักษา หรือให้ คำปรึกษา |
| ประเมิน | คิดว่าจะไปการประเมินการประเมินประสิทธิผลและ การพิจารณาใหม่ ของการ แทรกแซง |
| การสื่อสารและการ ปรึกษาคำปรึกษา | การทำงานร่วมกันโดยตรง / โดยอ้อมของผู้ป่วย / ครอบครัว (MDS ที่ปรึกษา พิเศษ) แจ้งสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้รับ EMTALA สื่อส่ง |
| เอกสาร | เขียนการดูแลผู้ป่วย / โอนรายงานทางวาจาและการเปิดเผยข้อมูลโรคที่ต้อง รายงาน / เงื่อนไข / สถานการณ์รูปแบบมาตรฐาน (ชุดข้อมูลขั้นต่ำ) ประเด็น ความเป็นส่วนตัว, CQI |
| การจัดการ | EMTALA ประเด็นหัวข้อผันสถานที่ที่เหมาะสมในประเด็นที่ไม่ใช่การขนส่ง, การ ขนส่งพิเศษ (aeromedical) ตายในที่เกิดเหตุจากการสิ้นสุดของกู้ชีพพยาบาล ของชุมชน |
| การป้องกันและ การศึกษา | การป้องกันการบาดเจ็บการศึกษาของประชาชนในชุมชน (ให้บริการทางสังคม กลุ่มสนับสนุนเลี้ยงสุขภาพจิต) ระเบียบของรัฐบาลกลางรัฐ / |
| ภารกิจที่หลากหลาย และการจัดการทีม | ICS / MCI การบริหารความเสี่ยงการตอบสนองหน่วยงานหลายหน่วยปฏิบัติการ พิเศษที่ ICS การเตรียมความพร้อมในประเทศบ้านเกิดของการรักษาความ ปลอดภัย |

ภาคผนวก 6: ขั้นตอนและทักษะการปฏิบัติ Integral บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เนื้อหาหลักที่ระบุขั้นตอนการ / ทักษะที่เป็นที่ยอมรับทางการแพทย์ในการตั้งค่าการปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลรายการต่อไปนี้อาจไม่ได้รับการพิจารณาที่เข้มงวดโดยมีข้อยกเว้นของทักษะที่ควรห้าม "ทักษะห้าม" ไม่ควรรวมเป็นส่วนหนึ่งของขอบเขตของการปฏิบัติสำหรับระดับของผู้ให้บริการ EMS nonphysician ใด ๆ

รายการนี้แสดงหลักการทั่วไปของทักษะเทคนิคไม่เป็นการเฉพาะ

เทคนิครักษาระบบทางเดินหายใจ

อุปกรณ์ติดตั้งเพื่อช่วยหายใจ

กลวิธีในการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยหายใจ

อุปกรณ์ใช้สลักช่วยหายใจ

การใส่ท่อช่วยหายใจแบบ Cricothyrotomy

การปิดช่องทางเดินหายใจ

ใส่ท่อช่วยหายใจ

1. การใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก Nasotracheal
2. การใส่ท่อช่วยหายใจทางปาก Orotracheal
3. การอำนวยความสะดวกทางเภสัชวิทยา
4. ขั้นตอนการยืนยัน

ระบบการส่งออกซิเจน

การดูด

ระบายอากาศ - ช่วย / กล

การระงับความรู้สึก (ท้องถิ่น)

การควบคุมความเจ็บปวดและยาระงับประสาท

เลือดและการบริหารการบำบัดชิ้นส่วน

การตรวจวินิจฉัย

การวิเคราะห์สารเคมีในเลือด

การวัดคาร์บอนไดออกไซด์

วัดการทำงานของปอด

วิธีการวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด

การตรวจโดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูง

อวัยวะเพศ / ปัสสาวะ

สวนกระเพาะปัสสาวะ

1. สวนด้วยสายโพลีเอทิลีน

การบิดตัวของอวัยวะ

ศีรษะและลำคอ

การควบคุมของก้านคอ

1. การใช้วัสดุห้ามเลือดบริเวณผิวก้นจมูกส่วนหน้า

เปลี่ยนฟัน

เทคนิคการไหลเวียนโลหิต

ใส่สายสวนหลอดเลือดและการบำรุงรักษา

ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง

การแทงเข้าคาและบริหารสารน้ำ/ยาเข้าในโพรงกระดูก

การใส่หลอดสวนภายในหลอดเลือดดำส่วนปลาย

การตรวจสอบการไหลเวียนโลหิต

12-lead ECG ตรวจสอบ

สูติศาสตร์

การคลอดของทารกแรกเกิด

เทคนิคอื่น ๆ

เลือดออกควบคุม

กำจัดสิ่งแปลกปลอม

แผล / ระบายน้ำ

การรักษาด้วยการฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ

การบริหารยา

การใส่สายจากจมูกถึงกระเพาะอาหาร

การเจาะช่องเยื่อหุ้มหัวใจ

การบีบอัดเยื่อหุ้มปอด

การควบคุมผู้ป่วย

การโจมตีทางเพศเหนือการจัดการ

การเจาะกะโหลกศีรษะ

เทคนิคการปิดแผล

การจัดการแผล

การทำให้ฟื้นคืน

การช่วยชีวิตหัวใจ (CPR) (ทุกเพศทุกวัย)

ขั้นตอนโครงการกระดูก

ดูแลส่วนต้น

การแตกหัก / เคลื่อนที่เทคนิคการตรึง

การแตกหัก / เทคนิคการลดการเคลื่อนที่

เทคนิคการตรึงกระดูกสันหลัง

เกี่ยวกับทรวงอก

การใส่เครื่องกระตุ้นการเต้นของหัวใจ

ช็อกไฟฟ้า / ทำ การเปลี่ยนจังหวะการเต้นของหัวใจ

การผ่าตัดเปิดลงไปโนช่องทรวงอก

การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ/ อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

เทคนิคการยกและเคลื่อนย้าย

**** ขั้นตอนการนี้ยังไม่ได้เป็นที่ยอมรับในเรื่องทักษะทางการแพทย์ ****

การเจาะรูกะโหลกและใส่สายเพื่อดูเขาเลือดออก

เรียกร่องอุปกรณ์วาล์วหัวโดยไม่ต้องไหล จำกัด

EOA / EGTA

การตัดส่วนใดส่วนหนึ่งของแขนขา

การใช้ยาต้านพิษ

Perimortum ส่วน C

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายปรัชญา แซ่มซ้าย เกิดเมื่อวันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2529 ณ จังหวัดสุโขทัย การศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จบการศึกษาเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม พ.ศ. 2552 อดีตพนักงานราชการศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัดสุโขทัย ตำแหน่งนิติกร