

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานหน่วยกู้ชีพ
ขั้นพื้นฐานระดับตำบล ขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัย
ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ โดยขอนำมากล่าวเพื่อกำหนดกรอบ
ในการทำวิจัย ดังนี้

1. องค์การบริหารส่วนตำบล
2. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล
4. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
5. การมีส่วนร่วมของชุมชน
6. ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์การบริหารส่วนตำบล

1. ความเป็นมาองค์การบริหารส่วนตำบล

เดิมสภาตำบลได้จัดตั้งขึ้นตามคำสั่งกระทรวงมหาดไทย ที่ 222/2499 ลงวันที่ 8 มีนาคม
2499 เรื่อง ระเบียบบริหารราชการส่วนตำบลและหมู่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะเปิดโอกาสให้
ราษฎร ได้เข้ามาร่วมกันบริหารงานของตำบล และหมู่บ้านทุกอย่างเท่าที่เป็นประโยชน์แก่ท้องที่และ
ราษฎรเป็นส่วนรวมอันจะเป็นทางนำราษฎร ไปสู่การปกครองระบอบประชาธิปไตย ด้วยวิธีจัดให้มี
สภาตำบลและคณะกรรมการตำบลขึ้น (กรมการปกครอง 2539 : 3)

วันที่ 1 มีนาคม 2509 กระทรวงมหาดไทยได้ออกคำสั่งที่ 275/2509 เรื่อง ระเบียบบริหาร
ราชการส่วนตำบลและหมู่บ้าน (ฉบับที่ 2) ขึ้น โดยรวมคณะกรรมการตำบลและสภาตำบลเข้าเป็น
องค์กรเดียวกันกับแบบการปกครองสุขาภิบาล ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างมี
ประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสภาพการณ์ยิ่งขึ้น และให้สอดคล้องกับโครงการพัฒนาเมืองใน
ระบอบประชาธิปไตย ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ลงมติรับหลักการ เป็นที่สังเกตว่าคำสั่งของ
กระทรวงมหาดไทย ทั้ง 2 ฉบับ ดังกล่าวนี้ เป็นเพียงระเบียบปฏิบัติในท้องที่บางแห่ง มิได้เป็น

การบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ตามที่กฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินหรือประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 218 ได้ระบุไว้

วันที่ 13 ธันวาคม 2515 ได้มีประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 326 แก้ไขปรับปรุงระเบียบบริหารของตำบลและให้ปรับปรุงตำบลให้เป็นสภาตำบลตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับนี้ภายใน 3 ปี เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ในขณะนั้น และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารงาน อย่างไรก็ตาม ฐานะของสภาตำบลยังไม่ได้เป็นนิติบุคคล แต่ถือเป็นหน่วยหนึ่งขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยย่อยขององค์การบริหารส่วนจังหวัดตามบัญชีรายชื่อกระทรวงมหาดไทย คำนวณมากที่ มท.0309/ว.438 ลงวันที่ 29 กันยายน 2509 และคำนวณมาก ที่ มท.0309/ว.99 ลงวันที่ 1 มีนาคม 2510

การที่สภาตำบลไม่มีฐานะเป็นนิติบุคคล ทำให้การบริหารงานไม่สามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดความคล่องตัวในการบริหาร รัฐบาลจึงปรับปรุงฐานะของสภาตำบลเสียใหม่ให้เป็นนิติบุคคล เพื่อให้สามารถรองรับการกระจายอำนาจไปสู่ประชาชนให้มากยิ่งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีฐานะเป็นนิติบุคคลและเป็นราชการบริหารส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 43 ประกอบด้วยสภาองค์การบริหารส่วนตำบลและคณะกรรมการบริหารส่วนตำบล ตามมาตรา 44 พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 ได้ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาฉบับที่กฤษฎีกา เล่มที่ 111 ตอนที่ 53 ก ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2537 เกณฑ์ที่กำหนดให้สภาตำบลเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นไปตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ.2537 มาตรา 40 สภาตำบลที่มีรายได้ โดยไม่รวมเงินอุดหนุนในปี งบประมาณที่ล่วงมาติดต่อกัน 3 ปี เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าปีละ 150,000 บาท หรือตามเกณฑ์รายได้เฉลี่ยในวรรคสอง อาจจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลได้ โดยทำเป็นประกาศของกระทรวงมหาดไทยและในประกาศในราชกิจจานุเบกษาในประกาศนั้น ให้ระบุชื่อและเขตขององค์การบริหารส่วนตำบลไว้ด้วย การเปลี่ยนแปลงเกณฑ์รายได้เฉลี่ยของสภาตำบลตามวรรคหนึ่งให้ทำเป็นประกาศของกระทรวงมหาดไทยและให้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

พระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล มาตรา 40 และมาตรา 95 ให้พ้นจากสภาพแห่งสภาตำบลนับแต่วันที่ที่กระทรวงมหาดไทยได้ประกาศจัดตั้งขึ้นเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลและประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป และให้โอนบรรดางบประมาณ ทรัพย์สิน สิทธิ สิทธิเรียกร้อง หนี้ และเจ้าหน้าที่ของสภาตำบลไปเป็นขององค์การบริหารส่วนตำบล ตามบัญชีมาตรา 40 และมาตรา 95 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 (กรมการปกครอง. 2539 : 4)

2. การกระจายอำนาจสู่องค์การบริหารส่วนตำบล

กรมการปกครอง (2539 : 14) ได้อธิบายการกระจายอำนาจสู่องค์การบริหารส่วนตำบล ดังนี้

2.1 องค์การบริหารส่วนตำบล มีฐานะเป็นหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งอำนาจในการทำนิติกรรมและสัญญาทางกฎหมายได้เองโดยไม่ต้องผ่านทางราชการเหมือนอดีต ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีความคล่องตัวในการดำเนินการบริหารตำบลให้มีความเจริญก้าวหน้าและตรงต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในตำบลได้

2.2 คณะกรรมการและผู้บริหารมาจากกการเลือกตั้งจากประชาชนเกือบทั้งหมด กล่าวคือ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลมาจากกการเลือกตั้งของราษฎรหมู่บ้านละ 2 คน ซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ มาตรา 198 ซึ่งกำหนดให้สมาชิกสภาท้องถิ่นมาจากการเลือกตั้งเป็นหลักและมีจำนวนมากกว่าผู้ที่มาจากการแต่งตั้ง นอกจากนี้คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ก็มีที่มาจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเลือกกันขึ้นมาอีกด้วย

2.3 อำนาจอิสระของผู้บริหาร มีขอบเขตอำนาจหน้าที่ และกิจกรรมมากขึ้นจากเดิมที่กำหนดไว้ในประกาศคณะปฏิวัติ ฉบับที่ 326 และยังมีอำนาจในพื้นที่ตำบลเพิ่มขึ้น โดยที่หากหน่วยราชการที่ดำเนินการใด ๆ ที่เป็นประโยชน์ในตำบลจะต้องแจ้งองค์การบริหารส่วนตำบลให้ทราบเสียก่อน

2.4 อำนาจทางการคลังขององค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดเก็บภาษีได้เหมือนกับหน่วยการปกครองท้องถิ่นรูปแบบอื่น (เทศบาลและสุขาภิบาล เป็นต้น) เช่น รายได้จากภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีป้าย อากรฆ่าสัตว์ และผลประโยชน์อันเกิดจากการฆ่าสัตว์ และยังได้รับการจัดสรรภาษีโดยตรงจากหน่วยราชการที่เก็บภาษีในเขตตำบลนั้นจากภาษีประเภทต่าง ๆ เช่น ค่าธรรมเนียมรถยนต์และล้อเลื่อน ภาษีมูลค่าเพิ่ม ภาษีธุรกิจเฉพาะ ภาษีสุรา ภาษีสรรพสามิต เป็นต้น

สรุปได้ว่า องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์กรที่สะท้อนถึงความพยายามของภาครัฐบาลที่จะกระจายอำนาจลงสู่หน่วยการบริหารในระดับตำบล ซึ่งส่งผลให้องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นจุดเริ่มต้นของการกระจายอำนาจบริหารการปกครองสู่องค์กรพื้นฐานในระดับตำบล ประชาชนได้รับประโยชน์จากองค์การบริหารส่วนตำบลในด้านการพัฒนาตำบลซึ่งตรงกับปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมแนวความคิดและกระแสประชาธิปไตยในสังคมปัจจุบัน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารตำบลจะมีมากขึ้น โดยผ่านผู้แทนของตนเองในองค์การบริหารส่วนตำบล ทั้งนี้เป็นที่เชื่อได้ว่าความเจริญและการ

พัฒนาในทิศทางที่ดีขององค์การบริหารส่วนตำบลจะส่งผลให้เกิดความเจริญและการพัฒนาทาง เศรษฐกิจ การเมือง และสังคม ในภาพรวมของประเทศต่อไป (กรมการปกครอง. 2539 : 15)

3. โครงสร้าง อำนาจและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล

องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยการบริหารส่วนท้องถิ่นรูปแบบหนึ่งมีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ได้แบ่งโครงสร้างหน้าที่การบริหารงานไว้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ สภากองการบริหารส่วนตำบล และคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล โดย สภากองการบริหารส่วนตำบล มีประธานสภา และรองประธานสภา คนหนึ่ง เลือกจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีวาระดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี และเลือกจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล หนึ่งคนเป็นเลขานุการ (วาระดำรงตำแหน่ง 4 ปี) สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งดำรงตำแหน่งข้างต้น ทั้ง 3 ตำแหน่ง จะดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารในคราวเดียวกันอีกไม่ได้ ในส่วนของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล นายอำเภอแต่งตั้งจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ไม่เกิน 2 คน และสมาชิกสภาได้รับเลือกตั้งไม่เกิน 4 คน ผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกดังกล่าวข้างต้น แต่งตั้งตามมติของสภากองการบริหารส่วนตำบล ให้คณะกรรมการบริหารเลือกสมาชิก คนหนึ่งเป็นประธาน และเลือกอีกคนหนึ่งเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหาร ดำรงตำแหน่งคราวละ 4 ปี (กรมการปกครอง. 2539 : 5)

ต่อมากรมการปกครอง ได้ปรับปรุงแก้ไขโครงสร้างการบริหารงานองค์การบริหารส่วนตำบล ตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 (แก้ไขเพิ่มเติม 2542) โดยโครงสร้างองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ สภากองการบริหารส่วนตำบล และ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล โดยสภากองการบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วย สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลหมู่บ้านละ 2 คน ซึ่งเลือกตั้งขึ้นโดยราษฎรผู้มีสิทธิเลือกตั้งในแต่ละหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล (ถ้ามี 1 หมู่บ้าน ให้มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 6 คน ถ้ามี 2 หมู่บ้าน ให้มีสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล หมู่บ้านละ 3 คน) มีประธานสภา 1 คน และรองประธานสภา 1 คน เลือกจากสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ให้นำอำเภอแต่งตั้งประธานและรองประธานสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ตามมติของสภากองการบริหารส่วนตำบล มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี และให้สภากองการบริหารส่วนตำบลเลือกจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเลขานุการ 1 คน โดยที่สมาชิกสภาที่ได้รับเลือกเป็นเลขานุการสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จะดำรงตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารในคราวเดียวกันอีกไม่ได้ ในส่วนของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล ประกอบด้วยประธานกรรมการบริหาร 1 คน และ

กรรมการบริหาร จำนวน 2 คน ซึ่งสภาองค์การบริหารส่วนตำบลเลือกจากสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล แล้วเสนอให้นายอำเภอแต่งตั้งให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นเลขานุการคณะกรรมการบริหาร (กรมการปกครอง. 2542 : 14 – 15)

4. อำนาจหน้าที่ของสภาองค์การบริหารส่วนตำบล

สภาองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ตามที่ระบุไว้ใน มาตรา 46 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ดังนี้ (กรมการปกครอง. 2542 : 16)

- 4.1 ให้ความเห็นชอบแผนพัฒนาตำบลเพื่อเป็นแนวทางในการบริหารกิจการ
- 4.2 พิจารณาและให้ความเห็นชอบร่างข้อบังคับตำบล ร่างข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายประจำปี และร่างข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติม
- 4.3 ควบคุมการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารให้เป็นไปตามนโยบายและแผน
- 4.4 พัฒนาตำบลและกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับทางราชการ

5. อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล

คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ตามที่ระบุไว้ในมาตรา 59 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ดังนี้ (กรมการปกครอง. 2542 : 17)

- 5.1 บริหารกิจการขององค์การบริหารส่วนตำบล ให้เป็นไปตามมติข้อบังคับและแผนพัฒนาตำบลและรับผิดชอบการบริหารส่วนตำบลต่อสภาองค์การบริหารส่วนตำบล
- 5.2 จัดทำแผนพัฒนาตำบล และจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปี เพื่อเสนอให้คณะสภาองค์การบริหารส่วนตำบล พิจารณาให้ความเห็นชอบ
- 5.3 รายงานผลการปฏิบัติงานและการใช้จ่ายเงินให้สภาองค์การบริหารส่วนตำบลทราบอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- 5.4 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ทางราชการมอบหมาย

จากการศึกษาโครงสร้างหน้าที่ และการบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลจะเห็นว่า คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สภาองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทที่จะให้ งานขององค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินไปตามเป้าหมาย โดยเฉพาะด้านการวางแผนพัฒนา สาธารณสุข การดูแลสุขภาพของประชาชน นับว่ามีความสำคัญยิ่ง หากประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อต่าง ๆ หรือปัญหาสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาและส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และในวงกว้างในการพัฒนาชุมชนด้วย ดังนั้น ถ้าหากคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบล สภาองค์การบริหารส่วนตำบลเหล่านี้ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติ

ที่ดีในเรื่องการวางแผนการพัฒนาตำบลให้มีความครอบคลุมทุกปัญหาด้านต่าง ๆ ที่มาจากความต้องการของประชาชน แล้วจะส่งผลให้การดูแลสุขภาพของประชาชนมีสุขภาพที่ดีได้อย่างยั่งยืนตลอดไป

6. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลตามพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542

องค์การบริหารส่วนตำบล มีอำนาจแต่งตั้งที่ระบุไว้ในมาตรา 66 และ 67 ที่ให้องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ตาม ดังนี้ (กรมการปกครอง. 2542 : 18 – 19)

6.1 องค์การบริหารส่วนตำบลมีหน้าที่ต้องทำในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลดังต่อไปนี้

- 6.1.1 จัดให้มีและบำรุงรักษาทางน้ำและทางบก
- 6.1.2 รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน และที่สาธารณะ รวมทั้งกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล
- 6.1.3 ป้องกันโรคและระงับโรคติดต่อ
- 6.1.4 ป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย
- 6.1.5 ส่งเสริมการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม
- 6.1.6 ส่งเสริมการพัฒนาสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ
- 6.1.7 คุ้มครอง ดูแล และบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 6.1.8 บำรุงรักษาศิลปะ จารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น และวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่น
- 6.1.9 ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ทางราชการมอบหมาย โดยจัดสรรงบประมาณหรือบุคลากรให้ตามความจำเป็นและสมควร

6.2 องค์การบริหารส่วนตำบลอาจจัดทำกิจการในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล เช่น การจัดให้มีน้ำเพื่อการอุปโภค บริโภค และการเกษตร บำรุงการไฟฟ้าหรือแสงสว่าง การบำรุงรักษาทางระบายน้ำ บำรุงสถานที่ประชุมการกีฬาการพักผ่อนหย่อนใจ และสวนสาธารณะ ส่งเสริมกลุ่มเกษตรกรและกิจการสหกรณ์ อุตสาหกรรมในครอบครัว บำรุงและส่งเสริมการประกอบอาชีพของราษฎร การคุ้มครองดูแลและรักษาทรัพย์สินอันเป็นสาธารณสมบัติของแผ่นดิน การหาผลประโยชน์จากทรัพย์สินขององค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น

7. อำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ในการปฏิบัติตามอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล นอกจากจะได้กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นอำนาจหน้าที่โดยตรง

แล้ว ยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ให้อำนาจหน้าที่แก่องค์การบริหารส่วนตำบลในฐานะราชการส่วนท้องถิ่น ดังนี้ (กรมการปกครอง. 2542 : 20)

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ได้ให้อำนาจให้ส่วนท้องถิ่นในฐานะราชการส่วนท้องถิ่น และให้ประธานกรรมการบริหารเป็นเจ้าพนักงานส่วนท้องถิ่น ดำเนินการตามบทบัญญัติในการดำเนินการให้

7.1.1 การกำจัดสิ่งปฏิกูลมูลฝอย ให้ถูกต้องในการถ่ายเท ทิ้ง หรือมีที่รองรับ เก็บ ขน การเผาทำลาย การกำหนดค่าธรรมเนียม เพื่อการดำเนินการให้ถูกสุขลักษณะ

7.1.2 สุขลักษณะของอาคาร ให้มีสภาพแข็งแรงปลอดภัยในการอยู่อาศัย มีให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ หรือสภาพที่แออัดที่จะเป็นที่อาศัยของสัตว์นำโรคได้

7.1.3 เหตุรำคาญ ในที่สาธารณะและถนนหนทางในทั้งทางบก ทางน้ำ คูคลอง สถานที่ต่าง ๆ ตลอดทั้งสถานที่ที่เป็นของเอกชน ซึ่งส่วนท้องถิ่นจะต้องดูแลกวาดล้างให้ไม่มีเหตุรำคาญทั้งแสง เสียง ฝุ่น หรือสิ่งกีดขวางที่ทางสาธารณะด้วย

7.1.4 การควบคุมการเลี้ยงสัตว์หรือการปล่อยสัตว์ในการดูแลการซื้อขาย การฆ่าสัตว์ที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรค ที่เลี้ยงสัตว์ไม่มีกลิ่นรบกวน การป้องกันมูลสัตว์ การควบคุมโรคจากสัตว์เลี้ยงไม่ให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

7.1.5 กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในการดูแลให้ถูกสุขลักษณะ สะอาด ปลอดภัย ไม่นำโรคสู่ผู้รับบริการ

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป็นที่ทราบกันดีว่าการรักษาพยาบาลฉุกเฉินจะไม่เกิดผลดีหากมีความล่าช้า ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินจะเสียโอกาสในการอยู่รอดทุกนาทีที่ผ่านไป และเป็นที่ทราบกันดีอีกว่าการล่าเลยขนย้ายผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมจะทำอันตรายซ้ำเติมให้แก่ผู้บาดเจ็บ และยังมีหลักฐานแน่ชัดว่าการนำส่งโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างมากอีกด้วย ความพยายามในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมจึงได้เกิดขึ้นเรื่อยมาในอดีตเพื่อแก้ไขข้อบกพร่องดังกล่าว

1. ประวัติความเป็นมา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสดขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่

โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชม.(สำนักงานระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน. 2548 : 8)

ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแล ท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแล รับผิดชอบ โดยแพทย์หรือ ระบบทางการแพทย์ และควรเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นที่ตั้งหรือ แอบแฝง ในประเทศที่พัฒนาแล้วได้มีระบบการลำเลียงขนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะที่เรียกว่า รถพยาบาลฉุกเฉินหรือ แอมبولานซ์ มานานกว่าหนึ่งร้อยปีมาแล้ว เช่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย อังกฤษและประเทศในยุโรปอีกจำนวนมาก แต่การจัดให้เกิดเป็นระบบการช่วยเหลือ ฉุกเฉินจริง ๆ นั้น เริ่มต้นในสหรัฐอเมริกาเมื่อมี ค.ศ.1966 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงเรื่อยมา จนกระทั่งปัจจุบัน ในขณะที่ประเทศอื่น ๆ ก็ได้มีการจัดตั้งและพัฒนาในลักษณะเดียวกันแต่จะมี โครงสร้างและการใช้ทรัพยากรแตกต่างกันพอสมควร โดยมีเป้าหมายใหญ่เหมือนกันคือการทำให้มี การรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็วมีคุณภาพอันจะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต พิกัด หรือปัญหาใน การรักษาพยาบาลลดลง

ในประเทศไทย ได้มีการช่วยเหลือในลักษณะสังคมสงเคราะห์และการกู้ภัย โดยควบคู่ กับการเก็บศพผู้เสียชีวิตในกรณีต่าง ๆ ดำเนินการ โดยมูลนิธิปอเต็กตึ๊งมาตั้งแต่ พ.ศ.2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ.2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียงนำส่ง โรงพยาบาล โดยที่บุคลากรและไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสมและถูก วิชาการพิจารณาจากวงการแพทย์ว่าทำให้เกิดความพิการและสูญเสียมากกว่า ต่อมาภายหลังจาก มีการปฏิบัติภายใต้การนำของ พล.อ. อาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลังรักษาพระนคร และจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วนหมายเลข 123 เพื่อบริการเหตุด่วนแก่ประชาชน ได้จัดให้มี หน่วยรถพยาบาลฉุกเฉินขึ้น มีจำนวน ประมาณ 40 คัน ให้บริการประชาชนในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร แต่ได้ให้บริการไปไม่นานก็ยุติลงด้วยเหตุผลทางอำนาจและการเมือง

กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมการแพทย์ รับงบประมาณสนับสนุนให้จัดทำระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลราชวิถี ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2532 จำนวน 150 ล้านบาท ได้ทำการก่อสร้างอาคารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แล้วเสร็จและเปิดดำเนินการบางส่วน ในปี พ.ศ.2536 ได้บรรจุแผนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) ได้เริ่มมีการจัดตั้งโครงการศูนย์อุบัติเหตุที่ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ.2536 ซึ่งมีความครอบคลุมถึงการให้การักษาพยาบาล ณ จุดที่เกิดเหตุ ต่อมากรุงเทพมหานคร โดย วชิรพยาบาล ได้เปิดหน่วยแพทย์กู้ชีวิตขึ้นเป็นทางการ เมื่อเดือนธันวาคม 2537 ให้บริการแก่ผู้บาดเจ็บโดยเน้นอุบัติเหตุจราจรและอุบัติเหตุต่าง ๆ

กรมการแพทย์ ได้เปิดศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” อย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2538 ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ ระยะเวลาไม่เกิน 15 นาทีโดยรอบโรงพยาบาลราชวิถี และต่อมากรมการแพทย์ได้ขยายพื้นที่บริการ โดยจัดตั้งศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลเลิดสินและศูนย์กู้ชีพ “นเรนทร” โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ขึ้นในปีต่อมา และได้พัฒนาความร่วมมือระหว่างกรมการแพทย์และกรุงเทพมหานคร ให้มีการแบ่งพื้นที่ในการให้บริการออกเป็น 7 พื้นที่ และมีหมายเลขแจ้งเหตุ 2 หมายเลข คือ 1669 ในส่วนของกรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ยังขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ โรงพยาบาลหลายแห่งต้องระดมเงินจากมูลนิธิของ โรงพยาบาลและขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกระบบราชการ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ได้มีการบรรจุแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุขให้มีการจัดตั้ง และพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด โดยเน้นถึงความสามารถ ในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ

เมื่อสิ้นแผนฯ พบว่า โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน กว่า 90 แห่ง ได้จัดให้มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ แต่มีข้อจำกัดในการให้บริการ เนื่องจาก ยังไม่มี “ระบบ” อย่างเป็นทางการที่มีกฎหมายและระบบการเงินการคลังรองรับ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ลงไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและมีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ โดยจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ และในปีงบประมาณ พ.ศ.2545 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ ให้การพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็น นโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุข) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนา จัดงบประมาณในส่วนงบลงทุนจากกองทุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้จำนวน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน (คาดว่าปีประมาณ 42 ล้านคน) จำนวนเงิน ประมาณ 420 ล้านบาท เพื่อให้เริ่มดำเนินงานในบางพื้นที่และให้แล้วเสร็จขั้นตอนในการพัฒนา ในระยะเวลา 3 ปี หลังจากนั้นแล้วจะจัดให้มีระบบงบประมาณในการบริหารจัดการ และดำเนินการระบบ โดยมีงบประมาณส่วนหนึ่งจากระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากแหล่งเงินทุนต่าง ๆ ตามความเหมาะสม ในอัตรา 18 บาท ต่อหัวประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในแต่ละปี จะต้องมีเงินงบประมาณในการสนับสนุนระบบนี้ปีละ 1,200 ล้านบาท (อัตรา 18 บาทต่อหัว ประชากร ได้มาจากการศึกษาของคณะวิจัยในสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2543)

2. ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยทั่วไป แบ่งออกเป็นระยะ ได้ดังนี้ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน.2548:10)

2.1 การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นเกินอย่างไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ แม้ว่าจะสามารถเตรียมการป้องกันได้ก็ตาม การจัดให้มีผู้ที่มีความรู้ในการตัดสินใจแจ้งเหตุเมื่อพบเหตุ ซึ่งผู้นั้นอาจเป็นผู้เจ็บป่วยเองหรือคนข้างเคียง เป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะจะสามารถทำให้กระบวนการช่วยเหลือมาถึงได้รวดเร็ว ตรงกันข้ามหากล่าช้า นาทีที่สำคัญต่อชีวิตของผู้เจ็บป่วยจะหมดไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งสายเกินแก้ไขได้

2.2 การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีหมายเลขที่จำได้ง่ายเป็นเรื่องที่สำคัญมากเช่นกัน เพราะว่าเป็นประตูเข้าไปสู่การช่วยเหลือที่เป็นระบบ แต่ผู้แจ้งเหตุอาจจะต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการให้การดูแลขั้นต้นตามความเหมาะสมอีกด้วย

2.3 การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการซึ่งโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 ระดับ คือระดับ Advanced Life Support กับระดับ Basic Life Support จะต้องมีความพร้อมเสมอที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่ง และจะต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออกตัว ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุจะต้องคัดแยกระดับความรุนแรงหรือความต้องการของเหตุและสั่งการให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ

2.4 การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On scene care) หน่วยปฏิบัติการจะทำการประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ ประเมินสภาพผู้เจ็บป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาว่าจะไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุนานจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย กล่าวคือ ในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจะเน้นความรวดเร็วในการนำส่งมากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินทางอาชญากรรม

2.5 การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in transit) หลักที่สำคัญยิ่งในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ในขณะที่ขนย้ายจะต้องมีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปฏิบัติการบางอย่างอาจกระทำบนรถในขณะที่ลำเลียงนำส่งได้ เช่น การให้สารน้ำ การคานส่วนที่มีความสำคัญลำดับรองลงมา เป็นต้น

2.6 การนำส่งสถานพยาบาล (Transfer to definitive care) การนำส่งไปยังสถานที่ใดเป็นการชี้ชะตาชีวิตและมีผลต่อผู้เจ็บป่วยได้เป็นอย่างมาก การนำส่งจะต้องใช้ดุลยพินิจว่าโรงพยาบาลที่จะนำส่งสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยรายนั้น ๆ ได้เหมาะสมหรือไม่ มิฉะนั้นแล้วเวลาที่เสียไป กับความสามารถที่ไม่ถึงและความไม่พร้อมของสถานพยาบาลนั้น ๆ จะทำให้เกิดการเสียชีวิต พิกัดหรือปัญหาในการรักษาพยาบาลอย่างไม่ควรจะเกิดขึ้น

3. การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ (สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, 2548 : 12) ในการจัดระบบตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินของประชาชนจะต้องมีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และเหมาะสม จึงจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต หรือ พิกัดซ้ำซ้อน มีขั้นตอนคือ

3.1 ระบบการแจ้งเหตุ คือการจัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่ายต่อการจำง่ายต่อการเรียก ง่ายต่อการถ่ายทอดข้อมูล ง่ายต่อการ ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นเพียงคำแนะนำ การจัดหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปดูแล หรือการจัดหายานพาหนะเพื่อการลำเลียงนำส่งอย่างเฉียบ ดังนั้นในแต่ละพื้นที่ควรมีสุนัขรับแจ้งเหตุ ซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลขที่จำง่าย เช่น 191 หรือ 1669 เป็นต้น โดยผู้แจ้งสามารถใช้ระบบโทรศัพท์ระบบใดก็ได้ในการแจ้ง เมื่อแจ้งเหตุในพื้นที่หนึ่งควรตรงไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุของพื้นที่นั้น หากมีข้อผิดพลาดในการแจ้งจะต้องมีระบบเชื่อมโยงต่อให้ศูนย์ที่รับผิดชอบของพื้นที่ได้รับทราบ โดยเร็วที่สุด ศูนย์นี้จะต้องทำงาน 24 ชั่วโมง มีเจ้าหน้าที่ซึ่งมีความรู้ในระดับให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้น ได้ประจำการ และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ (แพทย์ผู้ควบคุมระบบประจำการหรือติดต่อได้ทันที) ตลอดเวลา

3.2 ระบบการสื่อสาร ได้แก่ การจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับผู้ให้บริการ และระบบควบคุมทางการแพทย์ โดยโรงพยาบาลที่จะนำส่ง ควรมีความสามารถในการส่งผ่านข้อมูลได้ทันทีและมีช่องทางเลือกที่ใช้สำรองในกรณีที่ช่องสัญญาณหลักมีผู้ใช้งานอยู่ ระบบนี้ควรครอบคลุมในพื้นที่ปฏิบัติงานอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะอยู่ในหุบเขา ในอาคารใหญ่ หรือในเมืองที่มีอาคารสูงจำนวนมาก ในปัจจุบันใช้ระบบการสื่อสารชนิด VHF ซึ่งในศูนย์รับแจ้งเหตุจะทำหน้าที่เป็นสถานีแม่ข่ายไปในตัว ระบบนี้เป็นการสื่อสารชนิดเปิดที่ผู้อื่นในเครือข่ายสามารถรับฟังได้ตลอดเวลา ร่วมกับระบบโทรศัพท์เซลลูลาร์ ซึ่งสามารถสื่อสารในรายละเอียดของผู้ป่วยแต่ละรายได้ดี

3.3 บุคลากรและการอบรม ควรคำนึงถึงบุคลากรที่จะปฏิบัติงานในระบบว่าจะกำหนดให้ใครทำหน้าที่อะไร ควรคำนึงถึงบุคลากรที่มีอยู่เดิมเป็นหลักและมองไปในอนาคต เพื่อหาความเหมาะสมที่คิดว่า ในประเทศไทยในระยะเริ่มแรก ได้มีการพิจารณาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบ ดังนี้

3.3.1 แพทย์ ทำหน้าที่ควบคุมระบบ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นมีสถานะเหมือนกับที่แพทย์ได้เป็นผู้ให้เอง นอกจากนั้นยังมีบทบาทในการฝึกอบรม การจัดทำมาตรฐานระบบ และการประเมินผล บทบาทนี้เป็นบทบาทที่คล้ายคลึงกันในระบบทั่วโลก

3.3.2 พยาบาล ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการการกู้ชีพในระดับสูง (ALS) เป็นผู้ช่วยในระบบควบคุมทางการแพทย์ เป็นผู้สอน และพัฒนาหลักสูตรเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ รวมทั้งประชาชน เป็นผู้บริหารหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมมาก พยาบาลที่จะทำหน้าที่นี้ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติมในหลักสูตรประมาณ 10 วัน ว่าด้วยการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน การบริหารจัดการ การลำเลียงขนย้าย การสื่อสาร และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง

3.3.3 เวชกรฉุกเฉิน ในประเทศไทยขณะนี้ไม่มีเวชกรฉุกเฉินอยู่ 2 ระดับ คือ เวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (EMT-basic) และเวชกรฉุกเฉินขั้นกลาง (EMT-intermediate) หลักสูตรในการผลิตเวชกรฉุกเฉินขั้นพื้นฐานเป็นแนวทางที่กรมการแพทย์ได้ทำการทดลองในโรงพยาบาล 3 แห่งรวม 6 รุ่น มีผู้ผ่านการอบรมไปแล้ว 120 คน จากทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค หลักสูตรนี้พัฒนามาจากหลักสูตร EMT-basic ของสหรัฐอเมริกา หลักสูตรเวชกรฉุกเฉินขั้นกลางหรือเรียกว่าเจ้าพนักงานกู้ชีพเป็นหลักสูตรเทียบเท่า EMT-intermediate ของสหรัฐอเมริกา แต่ปรับให้เข้ากับระบบการศึกษาของประเทศไทย ทำเป็นหลักสูตร 2 ปี โดยเริ่มต้นที่ วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (วสส.ขอนแก่น) ขณะนี้ กำลังผลิตรุ่นละ 60 คน ใน วสส.และวิทยาลัยพยาบาลหลายแห่ง บุคลากร 2 ระดับนี้สามารถให้การรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานได้ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยในหน่วยปฏิบัติการระดับสูง ในอนาคตจะมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดขั้นบันไดในสายวิชาชีพนี้ให้มีการเรียนการสอนระดับมหาวิทยาลัยที่เรียกว่าเวชกรฉุกเฉินขั้นสูงหรือ EMT-paramedic ที่เทียบเท่าปริญญาตรี และมีใบประกอบโรคศิลป์ได้ สามารถให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับสูงได้ (ALS)

3.3.4 ชุดปฏิบัติการปฐมพยาบาล (First responder) โดยทั่วไปหมายถึงเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ภัย อาสาสมัคร เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ดับเพลิง หรือกลุ่มบุคคลที่แสดงตนว่าพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือและบริการประชาชน มักจะเป็นเจ้าหน้าที่ชุดแรกๆ ที่ไปถึงที่เกิดเหตุ ควรมีความรู้พื้นฐานหลักสูตรการอบรม 20 ชั่วโมงเป็นขั้นต่ำ (หลักสูตรปฐมพยาบาลสำหรับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของกรมการแพทย์) สามารถให้การประเมินสภาพผู้ป่วยที่บอกได้ว่าผู้ป่วยต้องการ

การรักษาพยาบาลในระดับใด หากแน่ใจว่ามีความรุนแรงน้อยสามารถดำเนินการลำเลียงขนย้ายเอง แต่หากพบว่ามีมีความรุนแรงสูงหรือไม่แน่ใจ ให้เรียกหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาสนับสนุน

3.3.5 ประชาชนทั่วไป ควรมีความรู้ความสามารถในการบอกได้ว่าผู้เจ็บป่วย ที่พบเห็นเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือไม่ รู้จักวิธีป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับอันตรายจากการเข้าช่วยเหลือผู้อื่น รู้จักการแจ้งเหตุและการให้ข้อมูลที่เพียงพอ รู้จักการช่วยเหลือขั้นต้นตามพื้นฐานของตน เพื่อให้การดูแลผู้เจ็บป่วยไปพลางก่อน หลักสูตรในการอบรมประชาชนทั่วไปนี้ควรมีไม่ต่ำกว่า 1 วัน

3.4 กฎและระเบียบ ควรมีกฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ และการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นเรื่องที่จะต้องทำให้เกิดขึ้นเพื่อให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินนี้สามารถเรียกได้ว่าเป็น “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” กฎและระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ อาจอยู่ภายใต้บทบาทและหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ในระยะยาวควรมีพระราชบัญญัติรองรับ

3.5 การเงินการคลัง การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณอาจมองได้ 2 มุมมอง คือ ส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น งบประมาณส่วนกลางอันได้มาจากภาษีอากรของประเทศ ระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ ระบบประกันภัยและภาษีอากรในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่นภาษีเหล่า ภาษีบุหรี่ ภาษีทะเบียนรถ เป็นต้น ควรมีส่วนในการสนับสนุนการสร้างระบบในแต่ละท้องถิ่นและให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ ในลักษณะการซื้อบริการแก่ท้องถิ่นตามลักษณะและปริมาณงาน งบประมาณส่วนท้องถิ่นอันได้มาจากภาษีท้องถิ่นและงบประมาณสนับสนุนองค์กรท้องถิ่น ควรมีบทบาทในการลงทุนในส่วนใหญ่ของระบบในแต่ละท้องถิ่น ทั้งในด้านครุภัณฑ์ บุคลากรและระบบ

3.6 การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชนรู้จักบทบาทหน้าที่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และพร้อมที่จะเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้องตามความจำเป็นและสมควรค่า ไม่ทำให้เกิดการใช้งานในด้านความฟุ่มเฟือยเกินกว่าเหตุ มีความเข้าใจในระบบงานและเป้าหมายของการทำงานรวมทั้งมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

3.7 การมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดทำเพื่อชุมชน โดยโครงสร้างขององค์กรทุกภาคี ชุมชนควรมีส่วนร่วมที่จะจัดให้มีการทำความเข้าใจของสมาชิกในชุมชนถึงประโยชน์ที่จะได้รับ การจัดกลุ่มอาสาสมัครภายในชุมชน การส่งเสริมความรู้ การเตรียมความพร้อมและการซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับชุมชนเอง เป็นต้น ตัวแทนของชุมชนควรมีส่วนร่วมในคณะกรรมการระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่น

3.8 มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมาะสม ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีรูปร่าง มาตรฐานและโครงสร้างที่เหมือนกันหมด แต่ควรมีหลักการใหญ่หรือเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำเป็นอันเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเชิงผลลัพธ์ การกำหนดมาตรฐานกลางควรจะต้องมีขึ้นในคณะกรรมการที่หน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ มีส่วนร่วม ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการของท้องถิ่นในแต่ละพื้นที่ควรมีบทบาทในการปรับปรุงรายละเอียดของแต่ละท้องถิ่นเอง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพภูมิศาสตร์ สังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรมของท้องถิ่น โดยให้มีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่เทียบเท่าเกณฑ์มาตรฐานกลาง

3.9 ระบบข้อมูล ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศควรมีระบบข้อมูลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีการกำหนดตัวแปรขั้นต่ำร่วมกัน สามารถที่จะเชื่อมโยงกันได้อย่างเป็นปัจจุบัน ยกเว้นในบางพื้นที่ซึ่งไม่อาจสื่อสารกับพื้นที่อื่นได้เนื่องจากการขาดแคลนระบบสื่อสารที่จำเป็น

3.10 การเตรียมพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละพื้นที่ควรมีการกำหนดโรงพยาบาลสำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยในกรณีสภาพต่าง ๆ เพื่อการตัดสินใจที่ทันการณ์ และเกิดความเป็นธรรมระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยปฏิบัติการ และสะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมและอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิการหรือมีปัญหาในการรักษาพยาบาลได้

3.11 การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษาพยาบาลแทนแพทย์ จำเป็นจะต้องมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ การรับผิดชอบดังกล่าวอาจทำได้โดยตรงคือการควบคุมสั่งการ โดยตรงผ่านวิทยุสื่อสารหรือโทรศัพท์ (Online or Direct) หรือ ทางอ้อม (Offline or Indirect) โดยการผ่านเอกสารมอบหมายที่เรียกว่า Protocol และ Standing order ระบบควบคุมทางการแพทย์ดังกล่าวอาจกระทำโดยแพทย์ที่ได้รับมอบหมายที่เรียกว่า Medical Director หรือ โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ

3.12 การประเมินผล การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่สำคัญมากเนื่องจากเกี่ยวข้องกับคุณภาพการรักษาพยาบาลและสวัสดิภาพของผู้ป่วย ระบบนี้ ไม่สามารถให้บริการโดยไม่มี การเฝ้าดูจากภายนอกและจากประชาชนในพื้นที่ได้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรผิดและมีผลประโยชน์ส่วนบุคคลเกิดขึ้นได้

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับตำบลมีความหมายถึงการจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้บาดเจ็บในพื้นที่ และมีโอกาสขอความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว ตลอด 24 ชั่วโมง ระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการรับผิดชอบและดำเนินการ โดยหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลท้องถิ่นนั้น ๆ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ และประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์ และเป็นระบบที่ไม่มีผลประโยชน์เป็นแอบแฝง(สำนักระบบบริการการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. 2545 : 4)

วัตถุประสงค์ในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล (สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. 2548 : 2)

1. ต้องการให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ที่ถูกต้อง รวดเร็ว เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ

2. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการให้บริการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ใกล้ประชาชน

3. เพื่อให้ประชาชนเกิดความอบอุ่นใจ เมื่อมีหน่วยบริการอยู่ใกล้หรือในชุมชน
คุณสมบัติของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบล

1. ต้องเป็นนิติบุคคล หรือหน่วยงานของราชการ

2. ต้องแสดงความจำนงเข้าร่วมเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

3. มีหน่วยบริการตามเกณฑ์ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดและพร้อมให้บริการ

24 ชั่วโมง

4. หน่วยบริการทุกระดับ จะต้องขึ้นทะเบียน

5. เจ้าหน้าที่ที่ออกปฏิบัติงานในลักษณะ “ ทีมอาสาสมัครกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบล”

จะต้องผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดจังหวัด

6. มีสถานที่ตั้งและเครื่องมือสื่อสาร ที่ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสนับสนุนงบประมาณบางส่วน ในการจัดให้มีรถปิกอัพดัดแปลง มีหลังคาและมีอุปกรณ์ขั้นพื้นฐานตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด มีสมาชิกทีมอาสาสมัครกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบลอย่างน้อย 10 คน ในการออกให้บริการแก่ประชาชน

**คุณสมบัติของผู้ให้บริการของหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบล (สำนักระบบบริการ
การแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข. 2548 : 2)**

1. บุคลากรต้องผ่านการอบรมอย่างน้อย 16 ชั่วโมง
2. อายุ ระหว่าง 18-45 ปี
3. จบการศึกษาขั้นต่ำตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
4. สามารถขับรถยนต์ได้และมีใบอนุญาตขับรถส่วนบุคคล
5. สุขภาพร่างกายสมบูรณ์

**ลักษณะทั่วไปของรถพยาบาลฉุกเฉิน (สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
กระทรวงสาธารณสุข.2548:329)**

1. เป็นรถตู้หรือรถที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน สีขาวตลอดคัน
 2. มีเครื่องหมายรถพยาบาลฉุกเฉินตามตัวอย่างของทางราชการ พร้อมทั้งพื้นตราหรือ
เครื่องหมายของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งแล้วแต่จะกำหนด
 3. มีตัวหนังสือคำว่า “รถฉุกเฉินได้รับอนุญาตจากกรมตำรวจแล้ว” เขียนด้วยตัวหนังสือ
สีแดง ขนาด 10 x 1/2 นิ้ว
 4. สามารถบรรทุกผู้ป่วย ญาติ แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในคราวเดียวกันไม่น้อยกว่า 3 คน
และมีพื้นที่ภายในรถเพียงพอที่จะให้การปฐมพยาบาลผู้ป่วยระหว่างส่งโรงพยาบาล
 5. ภายในรถมีกระจกปิดกันระหว่างห้องคนขับกับผู้ป่วย และมีเครื่องระบายอากาศระบบ
ไฟฟ้าบนหลังคา
 6. มีโทรศัพท์หรือวิทยุกำลังส่งระยะไกลเพื่อติดต่อกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลได้
 7. รถพยาบาลฉุกเฉินต้องอยู่ในสภาพดี ให้ความปลอดภัยและความสุขสบายต่อผู้ป่วย
- การบริหารจัดการรถพยาบาลฉุกเฉิน** ประกอบด้วยการจัดอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ประจำ
รถพยาบาลฉุกเฉิน มีวัตถุประสงค์ เพื่อจัดให้มีของใช้และเวชภัณฑ์อย่างเพียงพอในรถพยาบาล
ฉุกเฉิน สำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลทั้งในกรณีปกติ และฉุกเฉิน หลักการจัดอุปกรณ์และ
เวชภัณฑ์ประจำรถพยาบาลฉุกเฉินมุ่งเน้นความจำเป็นของการต้องมีอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์สำหรับ
ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ที่มีได้กระทำในโรงพยาบาล เพื่อรักษาชีวิตและป้องกันความพิการ
ในผู้ป่วย สอดคล้องกับความสามารถ และขอบเขตการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ไปกับรถพยาบาล
ฉุกเฉิน การจัดอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน(คารณี จามจรี. 2545 : 42) โดยมี
รายละเอียดดังนี้

1. อุปกรณ์พื้นฐานประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน
 - 1.1 หมอน ปลอกหมอน ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม ที่นอนหรือเปลนอน

1.2 แก้วน้ำ น้ำดื่ม

1.3 อุปกรณ์สำหรับป้องกันบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เช่น แวนดา เสื้อกันเปื้อน ผ้ากันเปื้อน ถุงมือ หน้ากากกันเปื้อน

2. อุปกรณ์สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น เปลดัก เปลสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

3. อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ เช่น หน้ากากช่วยหายใจ ขนาดที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และผู้ใหญ่

4. อุปกรณ์การให้ออกซิเจน เช่น ถังออกซิเจน ควรมีอย่างน้อย 2 ถัง โดยที่ถังหนึ่งคิดคั้งไว้ภายในรถ ส่วนอีกหนึ่งถังขนาดเล็กสามารถเคลื่อนย้ายไป ณ จุดเกิดเหตุได้

5. อุปกรณ์การพ่นคั้นชีพ ได้แก่ ไม้กระดานรองหลังสำหรับกดหน้าอก

6. อุปกรณ์ช่วยค้ำและเข้าเฟือกชั่วคราว ได้แก่ ไม้รองค้ำแขนขา ขนาดต่างๆ ไม้รองค้ำลำตัว เฟือกอ่อนสำหรับค้ำกระดูกสันหลังส่วนลำคอ

7. อุปกรณ์สำหรับการทำแผล เช่น ชุดทำแผล ผ้าพันแผล ขนาดต่างๆ พลาสเตอร์

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ เป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งของรัฐบาล ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (All for Health) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จึงมีส่วนสำคัญ คือ แผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554. 2549 : 5)

1. แนวคิดและเนื้อหาของแผน แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพฉบับนี้ เป็นแผนยุทธศาสตร์ ที่ให้ความสำคัญต่อการด้อยอดความคิด สร้างจินตนาการสุขภาพใหม่ เพื่อมุ่งสู่จุดมุ่งหมายที่เป็นเอกภาพในการสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นในการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวมทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ และการสร้างสุขภาพโดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้เป็นฐานคิดและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ทั้งในการดำเนินชีวิตและการพัฒนาทางด้านสุขภาพในทุกมิติทุกระดับและทุกภาคส่วนที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ

เนื้อหาของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 จะเป็นการสร้างระบบสุขภาพพอเพียงในสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุขและการสร้างระบบคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

2. ภาพลักษณ์และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพไทย ระบบสุขภาพพอเพียง ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง เป็นการพัฒนาอย่างเป็นองค์รวมเชื่อมโยงมิติเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและคุณธรรม ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

2.1 มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

2.2 มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ

2.3 มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง

2.4 มีการบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค

2.5 มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ

2.6 มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมากและรู้จักพอ

3. วิสัยทัศน์ระบบสุขภาพไทย

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “มุ่งสู่ระบบสุขภาพเพียงพอ เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง”

4. พันธกิจหลัก แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ได้มีการกำหนดพันธกิจหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยคณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ คือ การสร้างเอกภาพทางความคิด สร้างวัฒนธรรมสุขภาพ สร้างคุณภาพและบูรณาการการพัฒนา สร้างจิตสำนึกทางสุขภาพ สร้างผู้นำที่สร้างสรรค์ สร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

5. วัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554)

5.1 เพื่อสร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเสียชีวิต โดยการเน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

5.2 เพื่อสร้างระบบบริการดีมีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

5.3 เพื่อสร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วยและยามวิกฤต

5.4 เพื่อสร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียง เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

6. เป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพพอเพียงของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ .2550- 2554) การกำหนดเป้าหมายหลักในการพัฒนาระบบสุขภาพไทยที่มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียงไว้ 10 ประการคือ

- 6.1 เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน
- 6.2 งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี
- 6.3 วัฒนธรรมสุขภาพละวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม
- 6.4 ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง
- 6.5 ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข
- 6.6 หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ
- 6.7 ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจาก โรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์
- 6.8 ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและพึ่งตนเองได้
- 6.9 ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
- 6.10 สังคมที่ไม่ทอดทิ้งกันทุกขั้วก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกขั้วคนยาก และผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การมีส่วนร่วมของประชาชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบทจะต้องได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและบุคคลภายนอก เพื่อให้ประชาชนได้แก้ไขปัญหาวางแผนตัดสินใจ ดำเนินการใช้ประโยชน์และประเมินผลโครงการต่าง ๆ ด้วยตัวของประชาชนเอง จะทำให้ประชาชนมีการยอมรับโครงการ ผูกพันกับโครงการ ตลอดจนมีสมรรถภาพการบริหาร โครงการเพิ่มขึ้น และเป็นเครื่องชี้วัดว่าการตัดสินใจในโครงการพัฒนาชนบทมาจากความต้องการของประชาชนด้วย และในสภาพปัจจุบันปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมมีความซับซ้อน และการพัฒนาอย่างยั่งยืนต้องอาศัยกระบวนการความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของหลายฝ่ายในสังคม ในขณะที่การพัฒนาในระยะเวลาที่ผ่านมาได้ทำให้ภาคประชาชนเติบโตและมีศักยภาพและมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการของรัฐและบริหารจัดการ ชุมชน อีกทั้งภาครัฐเองมีขีด

ความสามารถจำกัด จำเป็นต้องเปิดโอกาสและส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนและสังคมได้มีส่วนเข้ามาแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางสำคัญ ดังนี้ (วนิดา วิระกุล และ ถวิล เลิกชัยภูมิ. 2543 : 11-12)

1. จัดกระบวนการหรือกลไกการบริหารจัดการของรัฐที่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การจัดทำแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหของชุมชน
 2. สนับสนุนให้มีคณะกรรมการของประชาชนในชุมชนและท้องถิ่นให้ร่วมคิด ร่วมทำงาน และเรียนรู้ประสบการณ์ความรู้ความสามารถซึ่งกันและกัน
 3. ส่งเสริมให้มีเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชนหรือท้องถิ่นในการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาในด้านต่างๆ และผลกระทบจากการพัฒนา
 4. จัดให้มีกระบวนการและช่องทางของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางการพัฒนา เป็น 2 ระบบควบคู่กันไป คือ ระบบการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการพัฒนาร่วมกับภาครัฐซึ่งเป็นระบบที่มีการปฏิบัติอยู่ในปัจจุบันและระบบการจัดการกิจกรรมการพัฒนาใหม่ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างสมบูรณ์ ซึ่งภาครัฐเป็นฝ่ายสนับสนุนในด้านนโยบาย มาตรการ และงบประมาณสนับสนุน
 5. เสริมสร้างวิสัยทัศน์และสร้างขีดความสามารถในการจัดการหรือการมีส่วนร่วมให้แก่องค์กรประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน สาธารณชน ภาคธุรกิจเอกชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินแผนงาน โครงการของรัฐหรือของชุมชน เช่น การใช้มาตรการจูงใจทางภาษี การสนับสนุนการฝึกอบรมด้านการจัดการ และการส่งเสริมความร่วมมือกับฝ่ายอื่นๆ ในสังคม
 6. พัฒนาศักยภาพการดำเนินงานประชาสัมพันธ์ของรัฐและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานประชาสัมพันธ์ ภาครัฐและภาคเอกชนในการให้บริการข่าวสารและข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาประเทศแก่ข้าราชการ ในกระทรวง ทบวง กรม และประชาชนอย่างเพียงพอให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ
- การมีส่วนร่วมในรูปแบบอื่น ๆ ก็อาจได้แก่การรวมเป็นพลังมวลชน การติดต่อผู้มีอำนาจหน้าที่อื่น การยื่นหนังสือร้องทุกข์ ซึ่งเป็นการเข้าร่วมอย่างไม่เป็นทางการ การให้ความรู้ข่าวสารทางการเมือง การปกป้องสิทธิทางการเมือง เช่น เตือนให้ไปเพิ่มชื่อกรณีชื่อผู้มีสิทธิเลือกตั้งตกหล่น การสนับสนุนการเข้าร่วมทางการเมืองที่ชอบธรรมก็นับว่าเป็นการเข้าร่วมทางการเมืองเช่นกัน

ทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory)

อับราฮัม มาสโลว์ เป็นนักจิตวิทยาที่มหาวิทยาลัยแบรนดิส ได้พัฒนาทฤษฎีการุงใจที่ระบุว่าบุคคลจะมีความต้องการที่เรียงลำดับจากระดับพื้นฐานไปยังระดับสูงสุดของความ ต้องการ ดังนี้ (สมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 49)

1. มนุษย์มีความต้องการ และความต้องการที่มีอยู่เสมอและไม่มีที่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการสนองแล้ว จะไม่เป็นสิ่งจูงใจสำหรับพฤติกรรมต่อไป ความต้องการที่ไม่ได้รับการตอบสนองเท่านั้นที่เป็นสิ่งจูงใจของพฤติกรรม
3. ความต้องการของคนจะซ้ำซ้อนกัน บางทีความต้องการหนึ่งได้รับการตอบสนองแล้ว ยังไม่สิ้นสุดก็เกิดความต้องการด้านอื่นขึ้นอีก
4. ความต้องการของคนมีลักษณะเป็นลำดับขั้นความสำคัญ กล่าวคือ เมื่อต้องการในระดับต่ำได้รับการตอบสนองแล้ว ความต้องการระดับสูงก็จะเรียกร้องให้มีการตอบสนอง ลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ เรียกว่า Hierarchy of Needs มี 5 ลำดับขั้น มีรายละเอียดดังนี้(สมเกียรติ เลิศสกุล. 2543 : 49)

1. ความต้องการระดับต่ำสุดคือความต้องการทางกายภาพ เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เช่นปัจจัยสี่ ความต้องการทางเพศ น้ำดื่ม อากาศ ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค การพักผ่อน นอนหลับและสิ่งที่เป็นอื่น ๆ ที่ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ได้ ความต้องการเหล่านี้เป็นความต้องการพื้นฐานที่คนจะถูกจูงใจให้ทำทุกสิ่งทุกอย่าง เพื่อที่จะได้สิ่งจำเป็นเหล่านี้แต่เมื่อได้มาแล้ว ความต้องการเหล่านี้ก็ยุติที่จะเป็นตัวจูงใจหลักอีกต่อไป
2. ความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัยเมื่อความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองแล้วจนเป็นที่น่าพอใจ ความต้องการขั้นนี้ก็จะเกิดขึ้นอีก ประกอบด้วยความต้องการความปลอดภัย บรรณาที่จะได้รับความคุ้มครองจากภัยอันตรายต่าง ๆ ที่จะมีต่อร่างกาย เช่นอุบัติเหตุ อาชญากรรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังหมายถึงความต้องการความมั่นคงในการทำงานและมีบ้านหนึ่งบ้านอายุความต้องการทางด้านความมั่นคงปลอดภัยนี้เมื่อได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจของบุคคลแล้ว บุคคลก็จะเกิดความต้องการในลำดับขั้นสูงขึ้นไปอีกลำดับขั้น
3. ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและองค์การยอมรับและรักใคร่ ความต้องการที่จะให้สังคมหรือองค์การยอมรับและเห็นความสำคัญของเขาว่าเป็นสมาชิกขององค์การ ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นเห็นชอบตนเป็นผู้มีความสำคัญต่อบุคคลอื่น ในขั้นนี้มนุษย์ต้องการเพื่อน ต้องการคบค้าสมาคม ต้องการมีครอบครัว มีความรัก และความเห็นใจจากเพื่อนร่วมงาน
4. ความต้องการที่จะได้รับการยกย่อง นับถือในตัวเอง และจากบุคคลอื่นหมายถึงความรวมถึงความต้องการให้เกิดความเคารพตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้ประสบผลสำเร็จ และ

ได้รับการยอมรับเช่นนั้นจากบุคคลอื่น ต้องการสถานภาพ และความมีชื่อเสียงเกียรติยศเป็นส่วนสำคัญของความต้องการยกย่องเคารพ การที่ความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองนำมาซึ่งความรู้สึกเชื่อมั่นในตัวเอง ในความสามารถ และรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้มีประโยชน์ และมีความสำคัญในสังคม

5. ความต้องการบรรลุเป้าหมายและทำการให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือความต้องการทางความสำเร็จ เป็นความต้องการระดับสูงสุด หมายถึงการที่บุคคลนั้นได้ใช้ความสามารถของตนเองในทุกด้านได้ และเป็นทุกอย่างที่เขาอยากจะเป็น ซึ่งแต่ละคนจะไม่เหมือนกันสุดแต่ความสามารถของแต่ละบุคคล และความต้องการของเขาเป็นความต้องการที่จะได้รับทุกสิ่งที่ตนปรารถนา ต้องการกระทำสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดในสิ่งที่เขาทำได้

จากทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการ ความคิดเห็นของมาสโลว์มีความเชื่อว่า คนมีความต้องการที่จะใช้ความสามารถของตนเองให้มากที่สุด แต่องค์กรไม่ยอมรับให้เขากระทำเช่นนั้นได้ ซึ่งแนวคิดนี้มีอิทธิพลมากในการบริหารงานในปัจจุบัน จากทฤษฎีนี้สามารถอธิบายถึงการปฏิบัติงานของคณะกรรมการบริหารขององค์การบริหารส่วนตำบลและสมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบล ที่จะต้องอาศัยในการให้ได้มาซึ่งความต้องการของแต่ละบุคคลที่ได้อาสาสมัครรับการคัดเลือกมาเพื่อการพัฒนาชุมชนให้เป็นที่ไปในทิศทางที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ถูกต้อง ซึ่งสมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบลมีความต้องการในด้านโครงการ ในด้านกายภาพ ความมั่นคงขององค์การ ตลอดจนการได้รับค่าตอบแทนที่เพียงเล็กน้อย แต่ก็มีความต้องการที่ทำงานในส่วนที่ได้รับความยอมรับหรือการอาสาเข้ามามีส่วนในการบริหารจัดการงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบลให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไปในระดับที่สูงขึ้น เพื่อให้ได้มาซึ่งการยอมรับก่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และความต้องการในลำดับต่อไปคือการได้รับชื่อเสียงซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้กับสมาชิกขององค์การบริหารส่วนตำบล ได้พยายามปฏิบัติงานให้เต็มความสามารถ เพื่อให้งานการพัฒนาตำบลให้เกิดประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษางานวิจัยเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์หัวข้อในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบล ขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งเอกสารและงานวิจัยที่มีเกี่ยวข้อง ที่มีความสอดคล้องและสามารถนำมาสนับสนุนความมุ่งหมายในงานวิจัยครั้งนี้

สุภร เข้มเพชร (2550 :บทคัดย่อ) ศึกษาความสำเร็จของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ ขององค์การบริหารส่วนตำบลชุมเห็ด อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าโดยภาพรวมความสำเร็จของการนำนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติอยู่ในระดับ

ปานกลาง โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความชัดเจนในการกำหนดโครงสร้างการบริหาร ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระบบการบริหารงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนด้านที่มีระดับความคิดเห็นต่ำสุดคือ ด้านการจัดงบประมาณสนับสนุนและความเพียงพอของทรัพยากรในการนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปปฏิบัติ

วิญญู โชติประไพ (2546:76) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา งานสาธารณสุขขององค์กรบริหารส่วนตำบลในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ ในการสนับสนุนด้าน งบประมาณสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีการให้ความสำคัญในด้านของการป้องกันและระงับโรคติดต่อ อยู่ในระดับมาก เพราะหาปัญหาเรื่อง โรคติดต่อเป็นปัญหาสำคัญมีการเกิด โรคติดต่อในทุกพื้นที่ เช่น โรคเลปโตสไปโรสิส โรคไข้เลือดออก ประกอบกับประชาชนให้ความสนใจต่อปัญหาสุขภาพ และยังคงอยู่ในภาวะ ที่เน้นการพึ่งพิงจากส่วนราชการหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สุรเชษฐ์ สถิตนิรมัย (2550:72) ได้ศึกษาการจัดการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบรูปแบบการให้บริการจัดการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ของประเทศไทย กับประเทศ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สวีเดน จีน แอฟริกาใต้ ปากีสถาน พบว่าโดย ภาพรวมรูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลของประเทศไทย จะต้องมีการจัด หน่วยบริการและการให้บริการในรูปแบบภาคีเครือข่าย มีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้จัดสรร ด้านงบประมาณ ตาม พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนกระจายอำนาจให้แก่องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นปี พ.ศ.2542 เพื่อร่วมสมทบงบประมาณ และถ่ายโอนให้ท้องถิ่นร่วมบริการ ร่วมรับผิดชอบ และปรับรูปแบบของการ ให้บริการจัดการดูแลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาล ให้ สอดคล้องกับความต้องการของท้องถิ่นแต่ละภูมิภาค ตลอดจนมีการปฏิบัติงานร่วมกับภาคีมูลนิธิ ภาคเอกชน โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อระดมทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ใน ระบบให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

รูปแบบการจัดการโดยองค์การบริหารส่วนตำบลมี 5 รูปแบบ ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีความ แตกต่างในการจัดการคือ

1. องค์การบริหารส่วนตำบลพบพระ อำเภอพบพระ จังหวัดตาก มีผู้บริหารให้การ สนับสนุน แยกการจัดการหน่วยกู้ชีพ กู้ภัยแยกจากกัน มีความโดดเด่นในการทำงานในการ ประชาสัมพันธ์ สร้างเครือข่าย อบรมแลกเปลี่ยนความรู้อยู่เสมอระหว่างทีม การสนับสนุนให้เยาวชน มีส่วนร่วม และมีอุปกรณ์สื่อสารที่ทันสมัย

2. องค์การบริหารส่วนตำบล โนนแดง อำเภอโนนหิน จังหวัดนครราชสีมา มีโรงพยาบาล ให้การสนับสนุน ใช้งบของของอาสาสมัคร มีการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการ มีการกำหนด วัตถุประสงค์และขอบข่ายในการให้บริการประชาชนในกลุ่มโรคเรื้อรังและโรคฉุกเฉินที่พบบ่อย

3. องค์การบริหารส่วนตำบลสำราญ อำเภอโนนแดง จังหวัดขอนแก่น มีโรงพยาบาล ขอนแก่นสนับสนุน มีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน มีการจัดทำเทศบัญญัติเกี่ยวกับการจัด โครงสร้าง บริหารงาน ค่าใช้จ่ายตอบแทน และจัดสร้างอาคารแยกเฉพาะ ใช้งบประมาณเปลี่ยนแปลง

4. องค์การบริหารส่วนตำบลกุดน้ำใส อำเภอเมือง จ.ขอนแก่น มีโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นแม่ข่าย มีการกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมด้านทรัพยากร มีการดำเนินงานด้านการป้องกัน มี วิทยาลัยวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมปฏิบัติงาน มีการคัดแปลงวัสดุและรถกระบะ คัดแปลง

5. องค์การบริหารส่วนตำบลเขวาสี อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม นายกององค์การบริหาร ส่วนตำบลเป็นประธานชมรมกู้ภัย ใช้งบกู้ภัยแยกการจัดการหน่วยกู้ชีพกู้ภัยแยกจากกัน ปฏิบัติงาน ตลอด 24 ชั่วโมง

สมชาย กาญจนสุด และคณะ(2550:74) ได้ศึกษาถึงแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ฉุกเฉิน จากแนวคิดของผู้ปฏิบัติงานกู้ชีพและกู้ภัยพบว่า

1. การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่ง โรงพยาบาล (Prehospital care) เป็นสิ่งที่จำเป็นและ ชุมชนมีความต้องการ ซึ่งจะเห็นได้จากชุมชนทุกแห่งจะมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินกันเอง มานานหลายปีในรูปแบบที่แตกต่างกัน เช่น มูลนิธิ ชมรมอาสาสมัครป้องกันและบรรเทาสาธารณ ภัยฝ่ายพลเรือน เป็นต้น

2. การจัดตั้งระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่ง โรงพยาบาลเอง โดยชุมชนถือได้ว่าเป็น ภูมิปัญญาชาวบ้านอย่างหนึ่งที่ควรสนับสนุนต่อไปให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น โรงพยาบาลควรมีการ สร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service system :EMS) โดยคำนึงถึงการ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนด้านวิชาการ อุปกรณ์ และเป็นตัวกลางประสานงาน กับกลุ่มต่าง รวมทั้งการควบคุมคุณภาพบริการ ให้มีความถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย

3. รูปแบบการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน ในเขตชุมชน เมืองจะมีข้อจำกัดในด้านของประชากรมีความหนาแน่นมาก มีการแข่งขันสูงในระหว่างกลุ่มต่างๆ แต่ในส่วนของชนบทจะต้องมีการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ควบคู่ไปกับ อปพร.เพราะหน่วยของ อปพร.จะมีความผูกพันใกล้ชิดกับองค์การบริหารส่วนตำบล จึงจะทำให้การขยายตัวของหน่วย บริการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน ครอบคลุมทุกพื้นที่

4. องค์การบริหารส่วนตำบล จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐาน และจะต้องมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ออกให้บริการนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์และคณะ (2550 :บทคัดย่อ)ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ระบบการจัดตั้งระบบบริการสุขภาพในภาวะฉุกเฉินในประเทศพัฒนากับประเทศไทย โดยภาพรวม พบว่าการจัดตั้งระบบบริการของประเทศไทยหน่วยบริการที่ทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าด้านการได้รับการสนับสนุนทางวิชาการรวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพจากโรงพยาบาลที่ชุมชนตั้งอยู่ในการจัดตั้งและขั้นตอนเขียนหน่วยกู้ชีพอยู่ในระดับมากที่สุด ตลอดจนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานจะต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ที่สำนักระบบบริการการแพทย์กำหนดและมีการควบคุมการปฏิบัติการโดยแพทย์พบ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพเพื่อ โดยสอดคล้องกับการพัฒนาท้องถิ่นและการกระจายอำนาจอยู่ในระดับปานกลาง และการจัดงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานและการจัดระบบบริหารจัดการของหน่วยบริการทำหน้าที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุอยู่ในระดับน้อยที่สุด

กล่าวโดยสรุปว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานส่วนตำบลในด้านบทบาทหน้าที่ การพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลเป็นจำนวนมาก รวมถึงการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรในเรื่องของกระบวนการบริหารจัดการ ในการปกครองท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นในด้านการจัดการด้านโครงสร้างขั้นพื้นฐาน หรือการพัฒนาด้านคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น การป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ การส่งเสริมด้านกีฬาเป็นต้น ตลอดจนการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการสาธารณะให้แก่ประชาชน โดยการเน้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น หรือพื้นที่ตำบลให้เกิดความเข้มแข็ง และรวมถึงการประสานความร่วมมือกับองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานหน่วยกู้ชีพขั้นพื้นฐานระดับตำบล ขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งจะสามารถนำผลการวิจัย ไปสู่การตอบสนองการแก้ปัญหาของชุมชนและ/หรือองค์การบริหารส่วนตำบลในท้องถิ่นอื่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป