



รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย

MODEL AND OF POLICY RECOMMENDATION FOR THAILAND'S
AEROMEDICAL SERVICE

จิตต์ศักดิ์ ชาติเดช

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมศาสตร์

สำนักวิชาศิลปศาสตร์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2554

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย

MODEL AND POLICY RECOMMENDATION FOR THAILAND'S
AEROMEDICAL SERVICE

จิตติศักดิ์ ธาดาเดช

คุณฉันทิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

สำนักวิชาศิลปศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย
MODEL AND POLICY RECOMMENDATION FOR THAILAND'S
AEROMEDICAL SERVICE

จิตติศักดิ์ ชาติเดช

คุณภีณิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาคุณภีณิพนธ์
สาขาวิชาสังคมศาสตร์

2554

คณะกรรมการสอบคุณภีณิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จักรพันธุ์ วงษ์บุรณาวาทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา

(รองศาสตราจารย์ น.อ. ยุทธนา ตระหง่าน)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ดร. ถาวร ล้อกา)

.....กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เสาวลักษณ์ ขาวทวีป)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(เรืออากาศเอก อัจฉริยะ แพงมา)

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

กิตติกรรมประกาศ

คุณนิพนธ์เรื่อง รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ น.อ. ยุทธนา ตระหง่าน และ ดร. ถาวร ล่อคา อาจารย์ที่ปรึกษาที่เมตตาให้ข้อเสนอแนะช่วยเหลือรองศาสตราจารย์ พิพัฒน์ ไทยอารี รองศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา ดร. จารุวรรณ ธาตาคะ และ พล.ต.อ. ดร. ไกรสุข สิ้นสุข ที่ให้คำแนะนำการดำเนินการวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความเมตตากรุณาและความห่วงใยของท่านที่มีต่อผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้บริหารจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในฐานะผู้ให้ข้อมูลที่เสมือนเป็นผู้ร่วมงานวิจัย ที่กรุณาให้สัมภาษณ์ ให้การสนับสนุนการเก็บข้อมูล และให้โอกาสต่อผู้วิจัยในการดำเนินการวิจัยตลอดมา โดยเฉพาะ เรืออากาศเอก นายแพทย์ อัจฉริยะ แพงมา ผู้อำนวยการสำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่แนะนำให้ข้อมูลในทุกกระบวนการตั้งแต่กำหนดรูปแบบแนวคิด ของ สกายด็อกเตอร์ (Sky Doctor) จนถึงกระบวนการนำไปใช้ในปฏิบัติการจริง และเปิดโอกาสให้ผู้วิจัย ร่วมเข้าสังเกตการณ์จริงในการฝึกอบรมในเวทีต่าง ๆ แม้กระทั่งภาคการปฏิบัติการจริงในพื้นที่ภัยพิบัติน้ำท่วมภาคใต้ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ ชชาติ เจริญชีวกุล เลขาธิการ สพล. ที่ให้กำลังใจ และขอยกย่องในความพยายามของท่านที่กล้าพลิกประวัติศาสตร์สร้างมิติแห่งความเปลี่ยนแปลงของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย โดยนำร่องโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานพยาบาล เพื่อให้บริการประชาชน จนเป็นผลสำเร็จ สานฝันแนวคิดการวิจัย ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย จากหน้ากระดาษสู่ความเป็นจริง ให้ประชาชนชาวไทยทั่วประเทศ เข้าถึงบริการสาธารณสุข ได้อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม

ขอขอบพระคุณ ผู้อุปการะ นายแพทย์ ณรงค์ ธาตาคะ อดีตกรรมการแพทย์สภาคุณณญาดา ลิ้มพุทธอักษร ผู้จัดการงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล. ที่อนุเคราะห์ข้อมูลและประสานการเข้าพบผู้เชี่ยวชาญทั้งหลาย พลอากาศตรี นายแพทย์ สุทธิพันธุ์ ขจรบุญ ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน พลอากาศตรี นายแพทย์ ชีรภาพ เสนะวงศ์ ผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศและคณะบุคคลากร คุณไพศาล ก้อนจำปา ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการบิน บริษัท

กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชส จำกัด (BHS) ที่สาธิตแสดงปรากฏการณ์จริงในการขอและอนุมัติ ใช้อากาศยาน EC-145 ผ่านระบบดิจิทัลไลฟ์ เรืออากาศตรี ชาติชาย สุภาพ และ คุณกฤษฎา เสมอเชื้อ พยาบาลเวชศาสตร์การบิน ผู้ให้ข้อมูลสถิติและพาเยี่ยมชม ฐานปฏิบัติการศูนย์ สกายไอชียู (SKY ICU) นายแพทย์ สุระ เจตน์วาทิ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ นายแพทย์ ดุลย์ คำรงค์ศักดิ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ นายแพทย์ สมชาย กาญจนสูตร อดีตผู้อำนวยการ ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี และคณะกรรมการ การแพทย์ ฉุกเฉิน Prof. Dr. Kuni Hiroshi Mashiko ผู้อำนวยการ ศูนย์อุบัติเหตุโรงพยาบาล ชิบะโฮกุโซ แห่ง โรงเรียนแพทย์ นิปปอนเมดคอลสกูล ที่ได้กรุณาให้สัมภาษณ์ ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ การจัดระบบ เฮลิคอปเตอร์พยาบาลของโครงการ ดอกเตอร์เฮลิ (Dr. Heli) ทำให้ทราบรูปแบบอากาศยานพยาบาล ของประเทศญี่ปุ่น ขอบขอบคุณสำหรับข้อชี้แนะและความห่วงใยจาก ดร.ไพโรจน์ บุญประเสริฐ และ ดร.เสงี่ยม สายวรรณะ คุณอรสุชา สุจินพริหม ที่ช่วยนำเสนอเอกสาร ขอบขอบคุณเจ้าหน้าที่ส่วน ประสานงานบัณฑิตศึกษาทุกท่าน ที่ประสานงานในทุก ๆ เรื่อง และที่ขาดไม่ได้ คือ ภรรยา และ ลูก ๆ สมาชิกครอบครัว ภูมิธาดาเดช ทุกคน ที่เข้าใจการดำเนินงานคุณฉันทิพนธ์ ที่ต้องใช้เวลาาน รวมถึง 6 ปี จึงเห็นผลสำเร็จ

ประโยชน์และคุณค่าใด ๆ ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ขอมอบบูชาอุทิศไปยังพระคุณบิดา และ มารดา อรหันต์ผู้ให้พลังทางจิตวิญญาณ ทำให้ผู้วิจัยลุกขึ้นสู้ จนบรรลุสัญญาทางการศึกษาระดับ ดุษฎีบัณฑิต แม้ว่าหัวข้อวิจัย ที่เลือกทำเป็นสิ่งใหม่ และท้าทาย และพบว่า เป็นครั้งแรกของสาขา สังคมศาสตร์ของไทย ที่ได้มีการค้นคว้า เจาะลึกปรากฏการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ จนสามารถคิดค้น สร้างเป็นทฤษฎีประกอบร่าง (Assembly Theory) สังเคราะห์เป็นรูปแบบ อากาศ ยานประกอบร่าง ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่ให้ประโยชน์ต่อมวลมนุษยชาติ

สุดท้ายขอขอบคุณ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้ประสบการณ์ที่ สำคัญยิ่งในการศึกษาระดับสูงสุด โดยเฉพาะการฝึกฝนเป็นนักวิจัยและการเขียนดุษฎีนิพนธ์ ซึ่งเป็น องค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลงอย่างสมบูรณ์ในทุก ๆ ด้าน

จิตศักดิ์ ธาตาเดช

ชื่อเรื่องคุณูปนิพนธ์	รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย
ชื่อผู้เขียน	จิตติศักดิ์ ธาตาดเดช
หลักสูตร	ปรัชญาคุษณิบัณฑิต (สังคมศาสตร์)
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ น.อ. ยุทธนา ตระหง่าน
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ดร. ถาวร ล่อกา

บทคัดย่อ

จากความรุนแรงของสถานการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง สร้างผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน จำเป็นต้องมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศรองรับสถานการณ์ฉุกเฉินครอบคลุมทั้งภาวะภัยพิบัติ และภาวะปกติ เพื่อช่วยชีวิตและลดการสูญพลภาพ งานวิจัยนี้จึงทำการศึกษา รูปแบบ และข้อเสนอแนะการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพประเภท การสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (Grounded Theory) โดยใช้แนวคิดของเกรเซอร์ และสเตร๊าส (Glaser & Strauss) เพื่อต้องการค้นหารูปแบบ และเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมกับการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลในบริบทของประเทศไทยจากการให้บริการอากาศยานพยาบาลของรัฐ ภายใต้การบริหารจัดการของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการวิเคราะห์บริบทงานเอกสาร (content analysis) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in depth interview) กับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 21 รายจาก 13 หน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ให้บริการอากาศยานพยาบาล แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสังเคราะห์หาแนวคิดและทฤษฎีโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (constant comparative analysis technique)

ผลการศึกษาในรูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 พบว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ได้กำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเพื่อบริการประชาชน ผ่านโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ หรือโครงการ สกายด็อกเตอร์ (Sky Doctor Project) โดยอาศัยการประกอบร่าง (assembled parts) ขอยืมใช้ทรัพยากร อากาศยาน บุคลากร แพทย์ พยาบาล และ เครื่องมือ จากภาคีสมาชิกที่ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เพื่อให้บริการ อากาศยานพยาบาล แก่ประชาชน จากการ

ค้นพบทฤษฎีประกอบร่าง ผู้วิจัยจึงได้เสนอเป็นรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง (assembly aircraft model) ซึ่งเป็นรูปแบบเฉพาะ เนื่องจากข้อจำกัดด้านทรัพยากร แต่สอดคล้องและเหมาะสม กับบริบทของประเทศไทย พร้อมกับรวบรวมปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จากการนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้งาน โดยจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับ สพฉ. เพื่อให้การบริการสาธารณสุข เข้าถึงประชาชนทุกระดับ ทั้งที่เป็นผู้ประสบภัย ผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล พื้นที่ประสบภัย หรือพื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะปกติ เช่น ถนน ที่มีการจราจรติดขัดได้อย่างรวดเร็ว ท่วมตื้นเขิน มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

คำสำคัญ: นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ/รูปแบบการประกอบร่าง/บริการอากาศยานพยาบาล/บันทึกข้อตกลง



Dissertation Title	Model and Policy Recommendation for Thailand's Aeromedical Service
Author	Jitisak Thadadech
Degree	Doctor of Philosophy (Social Sciences)
Advisor	Assoc. Prof. Gp. Capt. Yuthana Tra-ngarn
Co-Advisor	Dr. Thaworn Lorga

ABSTRACT

The deep Impact of frequently disasters hit to human life and property, we need the aero medical emergency system for any critical incidences to save our life and minimize disabilities. Qualitative research with Grounded Theory using Glaser and Strauss concept in the study of Thailand Aero Medical Service (TAMS) was conducted in order to find the model and policy recommendations that appropriate for Thailand from the implementation under Emergency Medical Institute of Thailand (EMIT) manipulation. Information was collected by content analysis and in-depth interview of 21 selected participants from 13 public and private aero medical providers as applied open coding for the Constant Comparative Analysis Technique till finalization then informed later the Assembled Parts Theory.

Result of the study found that within the Emergency Medical Act of B.E. 2551 (2008), EMIT is the main driving organization formulated aero medical emergency policy for civilian via air medical patient transferring plan or Sky Doctor Project by means of assembled parts, outsourced materialization such as aircrafts, flight personnel and medical supplies from collaborators, established by memorandum of understanding (MOU) and intended to provide medical airlift participation. It is considered as the distinguish usable

Assembly Parts Model; moreover, researcher gathered the essential problems from utilization and consideration then introduced the aero emergency medical policy recommendations to EMIT so that all levels can access to the healthcare increasingly, equitably, efficiently and sustainably.

Keywords: Aero Medical Policy/Assembled Model/Aero Medical Service/MOU.



สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(3)
บทคัดย่อภาษาไทย	(5)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(7)
สารบัญตาราง	(13)
สารบัญภาพ	(15)
อักษรย่อและสัญลักษณ์	(19)
บทที่	
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามวิจัย	6
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
1.4 ขอบเขตของการวิจัย	6
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น	8
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ	9
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	15
1.9 การนำเสนอเรื่อง	16
2 แนวคิด และทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ	19
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ	19
2.2 การกำหนดนโยบาย	38
2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย	83

สารบัญ(ต่อ)

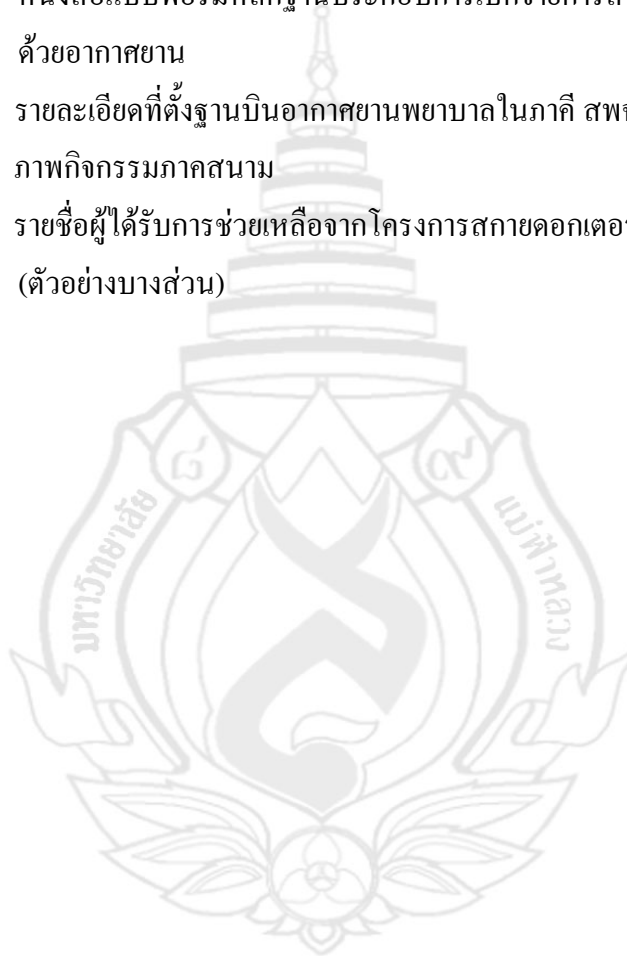
	หน้า
บทที่	
2.4 แนวคิดทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	92
2.5 นโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศไทย	107
3 แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน	115
3.1 แนวคิดสังคมวิทยาการแพทย์	115
3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน	149
3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ	157
3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ	240
3.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	310
4 ระเบียบวิจัย	351
4.1 รูปแบบการวิจัย	351
4.2 การดำเนินการวิจัย	353
5 ผลการวิจัยทฤษฎีการประกอบร่างเพื่อจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย	383
5.1 บทนำ	383
5.2 บริบทของการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทยจากการศึกษาและทบทวนเอกสาร	384
5.3 ประเด็นปัญหาสำคัญที่ขับเคลื่อนการให้บริการอากาศยานพยาบาล	409
5.4 ทฤษฎีการประกอบร่างฐานคิดที่ค้นพบจากหลักทฤษฎีพื้นฐาน	416
5.5 รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศไทยในปัจจุบัน	480
5.6 สรุป	494

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่	
6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	495
6.1 บทนำ	495
6.2 ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน	495
6.3 สรุปผลการวิจัย	499
6.4 อภิปรายผลการวิจัย	503
6.5 ข้อเสนอแนะ	520
6.6 สรุป	527
รายการอ้างอิง	528
ภาคผนวก	599
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย)	600
ภาคผนวก ข รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล	601
ภาคผนวก ค หนังสือแบบฟอร์มการขออนุมัติสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลงานวิจัย	603
ภาคผนวก ง หนังสือแบบฟอร์มการยินยอมให้สัมภาษณ์	604
ภาคผนวก จ แบบสัมภาษณ์	605
ภาคผนวก ฉ สรุปสาระสำคัญการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (ตัวอย่าง)	610
ภาคผนวก ช พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๕๑	619
ภาคผนวก ซ ระเบียบและคำสั่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ	634
ภาคผนวก ฌ หนังสือสัญญาบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน	640
ภาคผนวก ฎ หนังสือแบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย	659
ภาคผนวก ฏ หนังสือแสดงความยินยอมรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอากาศยาน	662

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก ก หนังสือแบบฟอร์มหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วย ด้วยอากาศยาน	663
ภาคผนวก ฐ รายละเอียดที่ตั้งฐานบินอากาศยานพยาบาลในภาคี สพฉ.	665
ภาคผนวก ฑ ภาพกิจกรรมภาคสนาม	670
ภาคผนวก ฒ รายชื่อผู้ได้รับการช่วยเหลือจากโครงการสกายด็อกเตอร์ (ตัวอย่างบางส่วน)	674
ประวัติผู้เขียน	676



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 นิยามนโยบายสาธารณะของนักวิชาการไทย	28
2.2 ความสัมพันธ์การกำหนดปัญหาเชิงนโยบาย	68
2.3 วิธีการและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับรองใช้นโยบาย	70
3.1 สรุปผลการปฏิบัติการลี้ภัยผู้ป่วยทางอากาศในกรณีคลื่นสึนามิ	213
3.2 ฐานบินอากาศยานพยาบาลที่ปฏิบัติการในเยอรมัน	218
3.3 รายละเอียดของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ให้บริการในประเทศอิตาลี	222
3.4 ค่าสถิติจำนวนอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 2006	226
3.5 ฐานบินและอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในสหรัฐอเมริกาช่วง 6 ปี ค.ศ. 2006-2011	228
3.6 อากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในประเทศต่าง ๆ ในปี ค.ศ. 2006	238
3.7 ประเภทของเครือข่าย	285
4.1 ประเด็นและโครงคำถามหลักของแบบสัมภาษณ์ กึ่ง โครงสร้าง	354
4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยวิเคราะห์และภาระหน้าที่	358
4.3 รายละเอียด กิจกรรม และสถานที่การเก็บรวบรวมข้อมูล	364
4.4 ตัวอย่างการสังเคราะห์ถึงการได้มาของประเภทแนวคิด	378
4.5 ขั้นตอนการพัฒนานโยบาย	379
4.6 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการบริการอากาศยานพยาบาลไทย	380
5.1 ประมวลตัวอย่างที่มาของทฤษฎีการประกอบร่าง	418
5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและศักยภาพด้านทรัพยากร	425
5.3 ความสัมพันธ์ของศักยภาพของหน่วยงานกับเทคนิคการจัดการอบรม	428
5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านอากาศยาน	435

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านเครื่องมือแพทย์ ที่ใช้ในการให้บริการ	436
5.6 ตัวอย่างอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในอากาศยานพยาบาล (ข้อศัพทเทคนิคทางการแพทย์)	438
5.7 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านบุคลากร	439
5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพของหน่วยงานและกฎระเบียบข้อบังคับการให้บริการ	441
5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านอำนาจซื้อบริการ	444
5.10 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านงบประมาณ	446
5.11 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านนโยบายที่สนับสนุนการให้บริการ	448
6.1 ความสัมพันธ์ของช่องว่างปัญหากับองค์ประกอบของรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง	496
6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง	523

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย	16
2.1 การจำแนกประเภทนโยบายโดย อลันวาลเตอร์ สเตสส์	33
2.2 องค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศไทย	44
2.3 ตัวแบบสถาบัน	49
2.4 ตัวแบบกระบวนการ	50
2.5 ตัวแบบกลุ่มผลประโยชน์	51
2.6 ตัวแบบชั้นนำ	53
2.7 ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม	55
2.8 ขั้นตอนของตัวแบบหลักเหตุผลที่ใช้ในกระบวนการตัดสินใจ	56
2.9 ตัวแบบเชิงระบบ	60
2.10 ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการนโยบายสาธารณะ	61
2.11 ภาพความสัมพันธ์ของสถาบันของรัฐและกลุ่มผลประโยชน์ภายใต้ กฎสามเหลี่ยมเหล็ก	66
2.12 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational model)	75
2.13 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการจัดการ (Management model)	76
2.14 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบกระบวนการระบบราชการ	77
2.15 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร	78
2.16 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการเมือง (Political model)	79
2.17 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrated model)	80
2.18 นโยบายเป็นปฏิสัมพันธ์ของการกระทำที่ต้องพึ่งพิงกัน	85
2.19 ประเภทของนโยบาย	85
2.20 การนำทฤษฎีระบบมาศึกษา นโยบาย	86
2.21 ผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการนํานโยบายไปปฏิบัติ	99

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
3.1 แนวคิดทางสังคมวิทยาในการศึกษาความเป็นพลเมือง	144
3.2 ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2546–2554	161
3.3 ฟังชั่นตอนการขอเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาล	168
3.4 เครื่องบินแบบ C-47 Dagota	183
3.5 เครื่องบินแบบ C-9A	185
3.6 การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศไทยในอดีตและเครื่องบินพยาบาลไทยลำแรก จัดติยะนารี 1	187
3.7 ขั้นตอนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของกองทัพอากาศ	203
3.8 กระบวนการดำเนินงานเพื่อปฏิบัติการบิน สกายไอชียู	208
3.9 ประเภท รายได้ และการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลของ BMC	210
3.10 ฐานบินของอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในเยอรมนีปี ค.ศ. 2011	219
3.11 ฐานบินเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในประเทศอิตาลี	221
3.12 ฐานบินเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในประเทศฝรั่งเศส	225
3.13 ฐานบินอากาศยานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา	228
3.14 เฮลิคอปเตอร์พยาบาลและฐานบินในสหรัฐอเมริกาในช่วง 7 ปี (ค.ศ. 2004-ค.ศ. 2011)	229
3.15 ฐานบินที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย	231
3.16 อุปกรณ์ยังชีพที่ติดตั้งภายในอากาศยานเฮลิคอปเตอร์พยาบาล	233
3.17 หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายโครงการคอกเตอร์เฮลิ	234
3.18 การปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในรอบ 1 ทศวรรษของญี่ปุ่น	234
3.19 ฐานบินโรงพยาบาลที่ปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลของญี่ปุ่น	235
3.20 ฐานปฏิบัติการบินของ Hong Kong Government Flying Service	236

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
3.21 องค์ประกอบของ TEAMWORK	257
3.22 การตัดสินใจกระทำทางสังคมของบุคคล ของ ทัล คอทท์ พาร์สัน	259
3.23 องค์ประกอบที่สำคัญต่อการเสริมสร้างเครือข่าย	277
3.24 โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่	281
3.25 ความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม	282
3.26 ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม องค์การชุมชน และเครือข่าย	293
3.27 กระบวนการทำงานของเครือข่าย	297
3.28 การเชื่อมโยงของเครือข่าย “พันธมิตรแห่งดวงดาว”	301
4.1 รูปแบบการวิเคราะห์ แบบเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีพื้นฐาน	370
4.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน	371
4.3 การวิจัยสร้างทฤษฎีพื้นฐานจากข้อมูล	373
4.4 การพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ	377
5.1 องค์ประกอบหลักในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	392
5.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	393
5.3 ยุทธศาสตร์และองค์ประกอบในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	394
5.4 ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินในประเทศไทย	400
5.5 ขั้นตอนการปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก	402
5.6 การประกอบร่างที่เกิดจากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน	417
5.7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดยอากาศยานพยาบาลปีกหมุนในประเทศไทย	431
5.8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดยอากาศยานพยาบาลปีกตรึงในประเทศไทย	432
5.9 ลักษณะภายในของอากาศยานประกอบร่าง (Assembly Aircraft)	
รุ่น Huey Bell and Ecureuil	433

สารบัญภาพ (ต่อ)

ภาพ	หน้า
5.10 ลักษณะภายใน EC-145 อากาศยานเต็มรูปแบบ	433
5.11 ลักษณะภายใน C-130 อากาศยานปีกตรึง	434
5.12 พังโครงสร้างองค์การประสานภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาล	453
5.13 พังขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน	458
5.14 รายละเอียดผู้สนับสนุนและการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลไทย	459
5.15 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกလာโฮม	460
5.16 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	461
5.17 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม	462
5.18 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	463
5.19 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ	465
5.20 ฐานปฏิบัติการบิน Sky Doctor ทั้ง 5 ภูมิภาคในประเทศไทย	468
5.21 รูปแบบอากาศยานพยาบาลประกอบร่างในการจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย	481
5.22 การให้บริการอากาศยานพยาบาล พระภิกษุตกเขาภูลังกา	486
5.23 ระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84	490
5.24 การประสานการตอบโต้ฉุกเฉิน 54	492
5.25 สรุปผลการปฏิบัติงานของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84	494

อักษรย่อและสัญลักษณ์

กพฉ.	คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
กห.	กลาโหม
กท.	กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม
กทม.	กรุงเทพมหานคร
เกษตร	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์
กกต.	คณะกรรมการการเลือกตั้ง
กรม.	คณะรัฐมนตรี
จ.	จังหวัด
จุฬาฯ	จุฬาลงกรณ์
ปปช.	คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ
รมต.	รัฐมนตรี
รพ.	โรงพยาบาล
ผอ.	ผู้อำนวยการ
ม.ร.ว.	หม่อมราชวงศ์
มศว.	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สกว.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
สตช.	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
สธ.	สาธารณสุข
สสส.	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สปสช.	สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ
สวบ.	สถาบันเวชศาสตร์การบิน
ศปก.	ศูนย์ปฏิบัติการกลาโหม

อักษรย่อและสัญลักษณ์ (ต่อ)

พรบ.	พระราชบัญญัติ
พ.ศ.	พุทธศักราช
พอ.สว.	แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
อบต.	องค์การบริหารส่วนตำบล
ฮ.	เฮลิคอปเตอร์
ASF	Aero medical Staging Facility
AMS	Aero Medical Service
AMP	Air Medical Program
ALS	Advance Life Support
ACEM	Asian Conference on Emergency Medicine
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil Club
ASEAN	Association of South East Asian Nations
BHS	Bangkok Helicopter Service
BLS	Basic Life Support
BMC	Bangkok Medical Center
CCP	Capacity Collecting Problem
CFP	Capacity Frequency Problem
CPCs	Conventional Paramedic Crews
DMAT	Disaster Medical Assistance Team
EM	Emergency Medicine
EMS	Emergency Medical Service
EMTs	Emergency Medical Transfer Service
EMIT	Emergency Medical Institute of Thailand
EURAMI	European Aero Medical Institute

อักษรย่อและสัญลักษณ์ (ต่อ)

FR	First Responder
FSC	Future Search Conference
GFSC	Government Flying Service Corporation
GMC	General Motors Company
GPS	Global Position System
HOM	Helicopter Operation Manager
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
MEDEVAC	Medical Evacuation
MOU	Memorandum of Understanding
MASH	Mobile Army Surgical Hospital
MAST	Military Assistance to Safety and Traffic
NGO	Non Governmental Organization
HELP	Helicopter Emergency Lifesaving Patrol
ILS	Intermediate Life Support
PPPs	Physician Paramedic Partnerships
RFDS	The Royal Flying Doctor Service
REGA	Swiss air rescue association
SAR	Search and Rescue
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SDU	Service Delivery Unit
SOP	Standard Operation Procedure
TAMS	Thailand Aero Medical Service
TRISS	Trauma and Injury Severity Score
V/STOL	Vertical/Short Take off and Landing
WHO	World Health Organization

บทที่ 1

บทนำ

“ไม่มี 1669 ขอ ฮ. มาช่วย อาตมา ไม่รอด ”

พระภิกษุตกเขากลึงกา

“ การช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะอำเภอที่ห่างไกล ยังมีความลำบากอยู่มาก เพราะการช่วยเหลือที่เป็นอยู่ ไม่ทันทั่วถึงที่ กับภาระเจ็บป่วยของประชาชน การคิณำหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เข้ามาช่วยเหลือ จะทำให้ ผู้ป่วย ได้รับการช่วยเหลือ อย่างทันทั่วถึงที่ ทำให้ไปถึงโรงพยาบาล ได้เร็วขึ้น ”

นงคราญ

“อากาศยานพยาบาลโดย สพล. ในบ้านเราเกิดขึ้นได้ ต้องใช้วิธีการ ประกอบร่าง เหมือนหุ่นยนต์ เพราะเรา ไม่ได้รวย เหมือนประเทศญี่ปุ่น ที่ Outsource เช่า เฮลิคอปเตอร์ ไว้รอปฏบัติการโดยตรง คือ ที่บ้านเรา เมื่อต้องใช้งาน เรา ต้องประสาน ขอ ฮ. มา แล้วเอาหมอและพยาบาล เอาเครื่องมือแพทย์ ที่หาได้ จาก ER มาประกอบร่าง นี่แหละเป็นรูปแบบที่....มีที่เดียวในโลก...”

ชาติชาย

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ทรงมีพระราชปณิธานในการดูแลประชาชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ด้วยการแก้ไขความยากจนและสาธารณสุข โดยการสร้างอาชีพและให้การศึกษา พระองค์ทรงทราบถึง ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและความยากจนของประชาชนในท้องที่ทุรกันดาร ทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ จึงทรงพระราชทานแพทย์ประจำพระองค์ให้ตรวจวินิจฉัยโรคและรักษา

สุขภาพให้กับประชาชน ผู้เจ็บป่วยขณะที่เสด็จทรงงาน พร้อมทั้งทรงมีพระราชดำริให้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาเคลื่อนที่ขึ้น

หน่วยแพทย์อาสาเคลื่อนที่ (Thailand's volunteer flying doctors service) ที่ทรงมีพระราชดำริเป็นรูปแบบการนำบุคลากรทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นลำเลียงขนส่ง ทางอากาศไปบริการประชาชน หรือผู้ด้อยโอกาสในสถานที่ห่างไกลและยากต่อการเข้าถึงของพาหนะปกติ ตลอดจนรับคนไข้ที่มีอาการหนักไว้ในพระราชูปถัมภ์ และทรงรับสั่งให้นำส่งทางอากาศเพื่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาล วิธีการนำโรงพยาบาลเคลื่อนที่ขนาดย่อมสู่ชุมชนนี้ ปัจจุบันคือหน่วย “แพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอ.สว.)” ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติของ ออสเตรเลีย รอยัล ฟลายอิงด็อกเตอร์ (The royal flying doctor service of Australia) (มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี [พอ.สว.], 2512; วิลเลียม วอร์เรน, 2518)

ม.ร.ว. ดิศนัดดา ศิสกุล (2553) อธิบายการใช้อากาศยานในการกิจของหน่วยแพทย์ พอ.สว. ไว้ว่า “ ทุกครั้งที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีเสด็จเยี่ยมประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารที่ไม่สามารถใช้รถยนต์ได้ ทรงใช้เฮลิคอปเตอร์พระที่นั่งบินลงมาจากท้องฟ้า พระราชทานหมอรักษาโรค เวชภัณฑ์ยา สิ่งของ เครื่องนุ่งห่ม และสร้างอาชีพ เมื่อเสด็จกลับประชาชนที่เฝ้าส่งเสด็จจะพนมมือคุกเข่า มองตามเฮลิคอปเตอร์ที่ค่อย ๆ บินหายไปบนท้องฟ้า และด้วยพระองค์ทรงเป็นแม่ของในหลวงจึงน้อมถวายพระสมัญญานามพระองค์ว่า “แม่ฟ้าหลวง” (The royal's mother from the sky)” ตามความเข้าใจที่ว่า แม่ของในหลวงที่เสด็จมาจากฟ้า การใช้เฮลิคอปเตอร์เป็นพาหนะหลักเพื่อนำบริการสาธารณสุขเข้าสู่ชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยแพทย์ พอ.สว. ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ. 2507 เมื่อประชาชนที่มารับการตรวจรักษาบางรายมีอาการหนักขึ้นวิกฤต และมีความจำเป็นเร่งด่วนต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแต่ไม่สามารถหาพาหนะใดนำส่งได้ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จึงรับสั่งให้ใช้เฮลิคอปเตอร์ที่ตามเสด็จลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมารับการดูแลที่โรงพยาบาล จึงเกิดเป็นแนวคิดต้นแบบของการนำอากาศยานมาใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยในภาคพลเรือนของประเทศไทยขึ้น (พรณี สุ่มสวัสดิ์, 2543; วิลเลียม วอร์เรน, 2518)

การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในด้านการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ มารับการดูแลต่อในโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มโอกาสให้ประชาชนในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสามารถแก้ปัญหาทางสังคมได้ (Mentnech, Ross, Park & Brenner, 1995, pp. 51-59) จึงจำเป็นต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างรวดเร็วทั่วถึง และเท่าเทียม (Hemming, 2006) ปัจจุบันในหลายประเทศได้ให้ความสำคัญถึงหลักการให้บริการสาธารณสุขแนวใหม่ (Tulchinsky & Varavikova, 2010, pp. 25-53) ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคส่วนต่าง ๆ โดยเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมและ

รับผิดชอบในการพัฒนาการให้บริการสาธารณสุข (Slevin, 2004) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพทั้งในสถานะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสถานะภัยพิบัติที่เกิดจากภัยธรรมชาติหรือจากการกระทำของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพจากทุกภาคส่วน และจำเป็นต้องใช้การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสู่โรงพยาบาลเพื่อรักษาชีวิต (สำนักวิชาการสาธารณสุข, 2551, หน้า 28-35; Nembhard, Tucker, Horbar & Carpenter, 2007)

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสู่โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถตอบสนองต่อการเข้าถึงการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานะฉุกเฉินทางการแพทย์ และสถานะภัยพิบัติของทุกพื้นที่ได้อย่างรวดเร็ว (Bisciglia, Binder, Tortella & Lavery, 1998, pp. 157-159) ตัวอย่างเช่น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภาวะหัวใจกำเริบเฉียบพลัน (Hata et al., 2006, pp. 45-50) การรักษาสุขภาพสาธารณสุขด้วยวิธีจัดโปรแกรมนำส่งฉุกเฉินทางอากาศ Air Medical Program (AMP) แก่สมาชิก หรือผู้ที่สนใจ คือ พัฒนาการทางธุรกิจที่ภาคเอกชน นำมาสร้างเป็นจุดขาย ร่วมกับระบบประกันสุขภาพ จัดเป็นหนึ่งในนโยบายการนำส่งผู้ป่วยทางอากาศ (Deschamp, 1998, pp. 2-40) โดยได้เลือกใช้ทรัพยากร คือ อากาศยานให้เกิดประโยชน์สูงสุด การเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยจากเหตุภัยพิบัติด้วยการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสู่โรงพยาบาลภายใต้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำเป็นต้องอาศัย อากาศยานพยาบาล (Brandt, Mayer, Mason, Brown & Mahoney, 1985, pp. 455-461) เพื่อเพิ่มความรวดเร็วและความปลอดภัยในการให้บริการทางการแพทย์ เพราะสามารถนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้ถึงโรงพยาบาลโดยใช้เวลาน้อยที่สุด (Mann, Parkinson & Bleetman, 2007, pp. 165-167) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของประชาชน (มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย, 2552)

พัฒนาการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศไทย กองทัพได้ใช้อากาศยานเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บ เสียชีวิตจากการปฏิบัติหน้าที่หรือป่วยฉุกเฉิน เพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือ ส่งกลับภูมิลำเนา (Patcharaporn Bunyawanicakul, 2008, pp. 47-51) นอกจากนี้ยังใช้ในการกิจ การอพยพประชาชน จากพื้นที่ประสบภัย และให้บริการจัดส่ง วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์สาธารณสุขปโภคที่จำเป็น ต่อการยังชีพ แก่ประชาชนผู้ประสบภัยพิบัติ ตลอดจนให้การสนับสนุนโครงการ “แพทย์อาสาฯ ทางอากาศ” ของมูลนิธิ พอ.สว. (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, 2553) อย่างไรก็ตาม กองทัพได้ใช้อากาศยานพยาบาล ที่มีเครื่องมือแพทย์ และผู้เชี่ยวชาญ โดยเฉพาะในการเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ คือ ศูนย์ส่งกลับทางอากาศของแต่ละเหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (กรุงเทพธุรกิจออนไลน์, 2554; สำนักข่าวเจ้าพระยา, 2554) เมื่อ พ.ศ. 2541 ภาคเอกชน ได้จัดทำโครงการนภาแพทย์ โดยการสร้างความร่วมมือในการให้บริการแบบคิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้อากาศยานพยาบาลของภาคเอกชนและอากาศยานพยาบาลของทหาร แต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้าน

อากาศยานและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ การให้บริการ จึงยุติโครงการในปี พ.ศ. 2543 (กีก้อง คูสมิธ, 2541)

ในปี พ.ศ. 2551 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ เป็นภาคเอกชนรายแรกที่พัฒนาแนวคิดห้องฉุกเฉินลอยฟ้า (SKY ICU) คือนำอากาศยานปีกหมุนที่มีสมรรถนะสูง ขนาด 2 เปล ดัดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพครบถ้วน (บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิส จำกัด, 2550) ปฏิบัติการกู้ชีพและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานจาก สถาบันเวชศาสตร์การบินแห่งภูมิภาคยุโรป (European Aero Medical Institute, 2008) ดำเนินงานให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศระหว่างโรงพยาบาลในเครือทั้ง 14 แห่งในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

แนวคิดการกลับมาพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการบริการอากาศยานพยาบาลในครั้งนี้ได้รับการตอบรับที่ดีจากสังคมของผู้มีรายได้สูง โดยเฉพาะนักธุรกิจ ผู้ประกอบการบรรษัทข้ามชาติ และนักท่องเที่ยวต่างชาติ ที่คุ้นเคยกับการให้บริการในต่างประเทศ มีผู้ใช้บริการโดยเฉลี่ยสัปดาห์ละประมาณ 2-5 ครั้ง (ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ, 2554) ต่อมาธุรกิจการให้บริการอากาศยานพยาบาล สามารถขยายการให้บริการครอบคลุมครบทุกภูมิภาคของประเทศไทย และประเทศในภูมิภาคอาเซียน เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยวและช่วยส่งเสริมนโยบาย ประเทศไทยกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์แห่งภูมิภาคให้กับภาครัฐ นับว่าเป็นการพัฒนานวัตกรรมใหม่ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคเอกชนในประเทศไทย (บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด [มหาชน], 2552) ต่อมา บริษัท ประกันภัย ไทยวิวัฒน์ (2552) ได้ทำความร่วมมือทางธุรกิจ โดยการร่วมทำสัญญา (contract) พันธมิตรธุรกิจ เรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศระหว่างบริษัทประกันสุขภาพกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ทำให้สามารถขยายฐานผู้ใช้บริการสู่สังคมระดับกลางมากขึ้น (ธุรกิจประกัน, 2552)

รัฐบาลได้ประกาศนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ในปี พ.ศ. 2551 และได้มีการจัดตั้ง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ). ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ หรือ สกายด็อกเตอร์ (Sky Doctor) เป็นบริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ เพื่อพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ท่วงถึง เท่าเทียม มีคุณภาพได้มาตรฐาน (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพ.ศ. 2551) และส่งเสริม สนับสนุน โครงการพระราชดำริซึ่งเป็นต้นแบบในการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศสู่ประชาชน คณะรัฐมนตรีเห็นชอบอนุมัติงบประมาณ และแผนปฏิบัติการประจำปี เพื่อสนับสนุนนโยบาย

การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือปฏิบัติ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้ทันสมัยครอบคลุมในทุกมิติ ในด้านปฏิบัติการฉุกเฉิน การเงินการคลัง การจัดการความรู้และพัฒนาสารสนเทศ การส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วม โครงสร้างการจัดการและการอภิบาลทรัพยากร (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ก)

ปลายเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2547 เกิดโศกนาฏกรรมคลื่นยักษ์ถล่มชายฝั่งทะเลอันดามันทางภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้มีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 8,345 คน เป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติครั้งร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ (Vos, Rodriguez, Below & Guha-Sapir, 2010, p. 1) การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ประสบภัยพิบัติ ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด อินเตอร์เนชันเนล เอสโอเอส (International SOS, 2005) รายงานว่า จากเหตุการณ์นี้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเป็นจำนวนมากที่มีประกันภัยการเดินทาง (travel insurance) เรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อเคลื่อนย้ายไปรักษาที่กรุงเทพและประเทศสิงคโปร์ เนื่องจากโรงพยาบาลในพื้นที่ ไม่มีศักยภาพ ทั้งสถานที่ บุคลากรและเครื่องมือแพทย์เพียงพอที่สามารถให้การรักษาส่งผู้ประสบภัยพิบัติเป็นจำนวนมากได้ ทำให้เกิดการล่าเลยผู้ป่วยทางอากาศทั้งในประเทศและระหว่างประเทศครั้งใหญ่และมากที่สุดในเอเชีย ทำให้ประชาชนเริ่มตระหนักถึงความสำคัญของภัยพิบัติทางธรรมชาติและรับรู้ถึงศักยภาพของอากาศยานพยาบาล

จากการที่ รัฐบาลได้ประกาศ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช 2551 เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่าง ทันทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพได้มาตรฐาน แต่ยังไม่สามารถเพิ่มโอกาสให้กับประชาชนให้ได้รับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ ขณะที่ภาคเอกชนได้มีการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างต่อเนื่อง เช่น การขยายการบริการอากาศยานพยาบาลให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย และประเทศในกลุ่มภูมิภาคอาเซียน การพัฒนาความร่วมมือทางธุรกิจ ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ เพื่อขยายฐานผู้ใช้บริการสู่สังคมระดับกลางเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ โศกนาฏกรรมคลื่นยักษ์ถล่มชายฝั่งทะเลอันดามันทางภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้ประชาชนตระหนักถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติ และรับรู้ถึงศักยภาพของการใช้อากาศยานพยาบาล ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิส จำกัด, 2550; International SOS, 2004)

เพื่อเป็นการสืบสานพระราชดำริในการแก้ไขปัญหาสภาพ และเพิ่มโอกาส ความเท่าเทียมของประชาชนในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขให้ได้รับบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่มีความรวดเร็วและทั่วถึง จึงจำเป็นต้องมีการค้นหารูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาล และนำเสนอนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่เป็นไปได้และเหมาะสม โดยดำเนินการศึกษาวิจัย

เชิงคุณภาพ เพื่อให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อภาครัฐและสร้างองค์ความรู้ใหม่ ทางสังคมศาสตร์
เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ภายใต้บริบทสถานะฉุกเฉินทางการแพทย์ของประเทศไทย

1.2 คำถามวิจัย

- 1.2.1 รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบันเป็นอย่างไร
- 1.2.2 รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยควรเป็นอย่างไร
- 1.2.3 นโยบายที่สนับสนุนจัดให้มีการให้บริการอากาศยานพยาบาล แก่ประชาชนควรเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.3.1 เพื่อค้นหา รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่ดำเนินการในปัจจุบัน
- 1.3.2 เพื่อค้นหา ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน
- 1.3.3 เพื่อเสนอแนะรูปแบบที่เป็นไปได้และเหมาะสมในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย
- 1.3.4 เพื่อเสนอแนะนโยบาย ที่สนับสนุนการจัดบริการอากาศยานพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

1.4 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตการวิจัยประกอบด้วย ขอบเขตด้านเนื้อหา พื้นที่และเวลา และผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตด้านเนื้อหาประกอบด้วย ความเป็นมา แนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ สังคมวิทยาทางการแพทย์ การสร้างความร่วมมือทางการแพทย์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.1.1 นโยบายสาธารณะ ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ การกำหนดนโยบาย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะ และนโยบายสาธารณะที่สำคัญของไทย

1.4.1.2 สังคมวิทยาทางการแพทย์ ประกอบด้วย สังคมกับความเจ็บป่วย แนวคิดทางการแพทย์ แนวคิดสาเหตุของโรค แนวคิดและทฤษฎีสังคมวิทยา

1.4.1.3 การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ ประกอบด้วย แนวคิดเครือข่ายทางสังคม ทฤษฎีที่สัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ประเภท รูปแบบ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายทางสังคม

1.4.1.4 ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับ การแพทย์ฉุกเฉิน การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

1.4.1.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านการกำหนดนโยบาย การสร้างเครือข่าย และการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่และระยะเวลา

1.4.2.1 ขอบเขตด้านพื้นที่ ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ภาคกลาง ซึ่งเป็นที่ตั้งขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานที่ให้บริการอากาศยานพยาบาล นอกจากนี้ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งมีเหตุการณ์อุทกภัย และต้องใช้อากาศยานพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย

1.4.2.2 ขอบเขตด้านระยะเวลา ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ 2552 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2555 หลังจากที่ได้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำเนิดขึ้นอย่างเป็นทางการในเดือนกุมภาพันธ์ 2552 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

1.4.3 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยได้พิจารณาคัดเลือก ผู้ให้ข้อมูล (key informants) จากผู้ซึ่งมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ โดยได้แบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่มจำนวน 21 ราย ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบายด้านการแพทย์ ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน และองค์กรที่ใช้อากาศยานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4.3.1 ผู้เชี่ยวชาญระดับนโยบายทางการแพทย์ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญนโยบายด้านสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินและผู้เชี่ยวชาญนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

1.4.3.2 ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ตัวแทนแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถานพยาบาลของภาครัฐและภาคเอกชน องค์กรที่มีการใช้อากาศยานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ประกอบด้วย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ และสายการบินกานต์แอร์

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

1.5.1 การศึกษาเรื่องรูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลซึ่งมุ่งศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ไม่ครอบคลุมขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติงาน เนื่องจากช่วงที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภาคสนาม สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อยู่ในช่วงเริ่มต้นการสร้างภาคีความร่วมมือ ผู้บริหารได้ขอให้ผู้วิจัยไม่ประเมินผลการปฏิบัติงานเพราะอาจส่งผลกระทบต่อความร่วมมือของภาคีสมาชิก

1.5.2 การให้บริการอากาศยานพยาบาลเป็นบริบทใหม่ของประเทศไทย ที่มีข้อมูลและบุคลากรที่ให้ข้อมูลค่อนข้างจำกัด

1.5.3 ในการเสนอผลการวิจัย ผู้วิจัยใช้นามสมมุติ แทนชื่อ-สกุลจริงของผู้ให้ข้อมูลที่อ้างอิง เพื่อมิให้เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล (บุปผา ศิริวิศมี, 2533)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ทำให้นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของภาครัฐเป็นที่ยอมรับและประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบการจัดบริการสาธารณสุข

1.6.2 ทำให้ทราบรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลของภาครัฐที่สามารถดำเนินการได้และเหมาะสมต่อบริบทประเทศไทย

1.6.3 ประชาชนจะได้รับการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่รวดเร็ว ทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพ

1.6.4 ผลการวิจัยจะขยายแนวคิด ให้องค์ความรู้ ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและอธิบายถึงการจัดรูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย ภายใต้การดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.7.1 นโยบาย (Policy)

หมายถึง ข้อความเฉพาะที่สะท้อนให้เห็นถึง ความต้องการทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่มีความจำเป็นต่อทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งอธิบายถึง หลักการ แนวทาง แผนงาน วัตถุประสงค์ การดำเนินงาน วิธีปฏิบัติ ที่องค์กรได้คิดค้นขึ้น เพื่อต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานมีทิศทางร่วมกันในการพัฒนาและดำเนินการกิจ ให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

1.7.2 การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation)

หมายถึง ขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวิธีการแก้ไขสภาพปัญหาที่ตรงประเด็นและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งผลผลิตของการกำหนดนโยบาย ไม่ใช่เฉพาะในรูปแบบของกฎหมายเท่านั้น แต่ยังเป็นรูปของนโยบาย โครงการ คำสั่ง รวมทั้งระเบียบข้อบังคับทางการบริหารภายใต้เงื่อนไขและข้อจำกัดที่เหมาะสมที่สุด

1.7.3 นโยบายสาธารณะ (Public Policy)

หมายถึง การดำเนินงานหรือกิจกรรมที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐตัดสินใจเลือกแนวทางที่พึงประสงค์ โดยกำหนด กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและการสนับสนุนทางการเงิน หรือมาตรการเป็นกรอบการปฏิบัติ โดยเลือกที่จะดำเนินกิจกรรมทางสังคมหรือเลือกไม่กระทำ เกี่ยวกับการแก้ไข ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งซึ่งครอบคลุมถึงกิจกรรมด้านการบริการสาธารณะซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อ สาธารณะชน

1.7.4 กระบวนการนโยบาย (Policy Process)

หมายถึง กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือวงจรนโยบายสาธารณะ (public policy cycle) ที่เริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาและเสนอวาระพิจารณา การกำหนดเป็นนโยบายและแผน การยอมรับเป็นนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย ซึ่งเป็นกระบวนการวิธีที่

ภาครัฐใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้ประชาชน กระบวนการนโยบายประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (Bullock, Anderson, & Brandy, 1983)

- 1.7.4.1 ขั้นแรก การก่อตัวของปัญหา (Problem formulation)
- 1.7.4.2 ขั้นที่สอง การหยิบยกปัญหาขึ้นมาพิจารณาโดยผู้มีอำนาจ (Policy agenda)
- 1.7.4.3 ขั้นที่สาม การกำหนดนโยบายและพิจารณารับรองหรือนุมัติให้ใช้ (Policy formulation)
- 1.7.4.4 ขั้นที่สี่ การปฏิบัติตามนโยบาย (Policy implementation)
- 1.7.4.5 ขั้นที่ห้า การประเมินผลนโยบาย (Policy evaluation)

1.7.5 นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine Policy)

หมายถึง นโยบายที่กลุ่มคนที่มีความน่าเชื่อถือ และมีความต้องการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ได้มาตรฐานมีประสิทธิภาพ ทัวถึง และเท่าเทียมระดมความคิดเพื่อแก้ปัญหาโดยใช้นโยบายที่ได้ตัดสินใจร่วมกันเพื่อเป็นเครื่องมือที่ทุกคนยอมรับสร้างบริการในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่สาธารณะ

1.7.6 นโยบายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (Aero Emergency Medical Service Policy)

ผู้วิจัยได้ให้ความหมายคือ นโยบายที่กำหนดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประชาชนภายใต้เงื่อนไขและกฎเกณฑ์ของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ

1.7.7 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (Emergency Medical Act B.E. 2008)

หมายถึง บทบัญญัติเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลตามมาตรา 29 (ประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน) มาตรา 41 (บทเฉพาะการว่าด้วยการโอนอำนาจหน้าที่ต่าง ๆ ไปเป็น สพล.) และมาตรา 43 (ให้ผู้อำนวยการสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินดำรงตำแหน่งรักษาการเลขาธิการ สพล.) ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยให้กระทำโดยอำนาจตามบทบัญญัติ ผ่านเป็น กฎและหลักเกณฑ์ ว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินที่ประกาศเป็นกฎหมาย ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

1.7.8 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (EMIT: Emergency Medical Institution of Thailand)

หมายถึง หน่วยงานอิสระของรัฐที่ไม่หวังผลกำไร จัดตั้งขึ้นภายใต้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 หมวด 2 มาตรา 14 ที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ เรียกโดยย่อว่า “สพฉ.” มีฐานะเป็นนิติบุคคล อยู่ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการจัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำมาตรฐานหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินงานกิจการของสถาบันจัดให้มีระบบปฏิบัติการ และระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรม เป็นศูนย์กลางในการประสานงานทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ

1.7.9 คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Committee)

หมายถึง คณะบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งภายใต้หมวด 1 มาตรา 5 แห่ง พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ (2) กรรมการโดยตำแหน่งสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (3) กรรมการผู้แทนแพทย์สภา สองคน โดยอย่างน้อย หนึ่งคนต้องมีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (4) กรรมการผู้แทนสภาการพยาบาลหนึ่งคน (5) กรรมการผู้แทนประเภทละหนึ่งคน จาก สถานพยาบาลของภาครัฐและสถานพยาบาลของภาคเอกชน (6) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนสองคน (7) กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลกำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลจำนวนสองคน (8) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ประจักษ์ชัด ด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมาย ด้านการแพทย์ฉุกเฉินและด้านอื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์ ไม่เกินสี่คน (9) เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามหมวด 1 มาตรา 11 คือ กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงานทางการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดนโยบายการบริหารงาน ให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานและอนุมัติแผนการเงินของสถาบัน ออกกฎ ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ ควบคุม การศึกษา การฝึกอบรม รับรององค์กร ให้

ประกาศนียบัตร เครื่องหมายวิทยฐานะ เข็มเชิดชูเกียรติ พัฒนาระบบสื่อสารเทคโนโลยีสารสนเทศ ประสานความร่วมมือ กำหนดค่าดำเนินการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สรรหาแต่งตั้ง ถอดถอน ดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การติดตามประเมินผล การดำเนินงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

1.7.10 สภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ (Medical Emergency)

ผู้วิจัยได้ให้ความหมาย คือ การบาดเจ็บ หรือการป่วย ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน โดยปัจจุบัน ทันด่วนซึ่งต้องการความช่วยเหลือและแก้ไขอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต หรือทำให้เกิดความพิการและความทุกข์ทรมานอย่างมากได้ สภาวะฉุกเฉินนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะคือ (1) สภาวะฉุกเฉินทั่วไป คือสภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปกติ ไม่มีเหตุการณ์ภัยพิบัติ และ (2) สภาวะฉุกเฉินจากภัยพิบัติ คือสภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจากผลกระทบโดยตรงภายใต้ สถานการณ์หรือเหตุการณ์ภัยพิบัติ

1.7.11 การแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine)

หมายถึง เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน การป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และ การวิจัย ซึ่งเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินนับตั้งแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน จนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน จำแนกเป็นการปฏิบัติการต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาล (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ข.)

1.7.12 สกายด็อกเตอร์ (Sky Doctor)

หมายถึง ระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือ ระบบการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล เพื่อการลำเลียงผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยทางอากาศ ซึ่งประกอบด้วยอากาศยานพร้อมนักบินที่ได้รับจากสนับสนุนจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเป็นพาหนะลำเลียง ชุดอุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้บนอากาศยาน ทีมปฏิบัติการทางการแพทย์ที่ประกอบด้วยบุคลากรแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์การบิน และมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ ชุดปฏิบัติการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินภาคพื้น ที่เกี่ยวข้อง ภายใต้อำนวยการบริหารจัดการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อนำนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไปให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนหรือผู้ป่วยหรือผู้ประสบภัยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ในพื้นที่ราชอาณาจักรไทย (อัจฉริยะ แพงมา, 2554)

1.7.13 ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Emergency Patients)

หมายถึง บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิต หรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างเร่งด่วนทันที เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรืออาการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ อาการป่วยสามารถ จำแนกเป็น 2 ประเภท 3 ระดับ คือ ประเภทฉุกเฉิน และ ประเภทไม่ฉุกเฉิน โดยใช้สัญลักษณ์สีเป็นตัวแบ่ง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตใช้สัญลักษณ์สีแดง ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนใช้สัญลักษณ์สีเหลือง ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรงใช้สัญลักษณ์สีเขียว ผู้ป่วยทั่วไปหรือ ผู้ป่วยที่ไม่ใช่ ผู้ป่วยฉุกเฉินใช้สัญลักษณ์สีขาว ส่วนสัญลักษณ์สีดำคือผู้มารับบริการสาธารณสุขอื่น ๆ และใน ระดับของประเภทฉุกเฉินแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับฉุกเฉินวิกฤต ระดับฉุกเฉินเร่งด่วน และระดับฉุกเฉินไม่รุนแรงโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554ข)

1.7.13.1 ระดับฉุกเฉินวิกฤต เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน ผู้ป่วยจำเป็นต้องการ การตรวจรักษาทันทีเพราะ ผู้ป่วยมีโอกาเสียชีวิตได้สูง หรือพิการอย่างถาวรได้ในเวลาไม่กี่นาที ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินมากที่ต้องวินิจฉัยและให้การตรวจรักษาทันที

1.7.13.2 ระดับฉุกเฉินเร่งด่วน เป็นภาวะที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บรุนแรง ต้องการ การช่วยเหลืออย่างรีบด่วนเพราะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมา ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงได้

1.7.13.3 ระดับฉุกเฉินไม่รุนแรง เป็นภาวะที่บาดเจ็บหรือป่วยเจ็บป่วยไม่รุนแรง ต้องการ การช่วยเหลือดูแล อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับ บริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ทรัพยากร แต่หากปล่อยไว้ไม่ให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องเกินเวลาอันสมควรจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รุนแรงขึ้นได้

1.7.14 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service System)

หมายถึง การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาสขอความช่วยเหลือ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและในภาวะภัยพิบัติ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดที่เกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง โดยระบบดังกล่าวนี้ควรเป็นการดูแลรับผิดชอบและดำเนินการโดยหน่วยงานของท้องถิ่นนั้น ๆ ที่ได้รับการแต่งตั้งและอบรมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ร่วมกับประชาชนในพื้นที่ เป็นระบบที่ต้องมีการดูแลรับผิดชอบโดยแพทย์หรือระบบทางการแพทย์ และเป็นหน่วยงานที่ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง (สมชาย กาญจนสุต, 2551)

1.7.15 การให้บริการ (Service)

หมายถึง การจัดกระบวนการด้านการบริการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชน หรือผู้ป่วย ผู้ประสพภัยเพื่อให้สามารถรอดชีวิตจากโรคและอุบัติเหตุต่าง ๆ

1.7.16 บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS: Emergency Medical Service)

หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์ที่มีการใช้ยานพาหนะหลายรูปแบบ เช่น จักรยานพยาบาล รถจักรยานยนต์พยาบาล รถพยาบาลฉุกเฉิน เรือพยาบาล เครื่องบินพยาบาลทั้งชนิดปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์พยาบาล) และปีกตรึง และพาหนะอื่น ๆ โดยขึ้นอยู่กับความเหมาะสมในการใช้งาน แล้วแต่พื้นที่และเหตุการณ์ รวมถึงความสามารถของบุคลากรที่ปฏิบัติงานตรงจุดนั้น

1.7.17 การบริการอากาศยานพยาบาล (Aero Medical Service)

ผู้วิจัยให้ความหมายว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภายใต้กำกับดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อสนองตอบความต้องการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนภายใต้เงื่อนไขการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ

1.7.18 ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Medical Operation)

หมายถึง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาอย่างเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการจนพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉิน การจัดให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วน การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การคุ้มครองความปลอดภัย การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาล

1.7.19 ปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital Emergency Medical Care)

หมายถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ตั้งแต่จุดที่เกิดเหตุ ระหว่างการนำส่ง จนกระทั่งนำส่งถึงสถานพยาบาลปลายทางที่เหมาะสม

1.7.20 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Medical Unit) หมายถึง ชุดที่จัดตั้งขึ้นเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉิน ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติการ พาหนะ เวชภัณฑ์ เครื่องมือต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทของชุดปฏิบัติการต่าง ๆ เป็นไปตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ข)

- 1.7.20.1 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder Unit: FR)
- 1.7.20.2 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support Unit: BLS)
- 1.7.20.3 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support Unit: ILS)
- 1.7.20.4 ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS)

1.7.21 อากาศยานพยาบาล (Air Ambulance)

ผู้วิจัยให้ความหมายว่า เครื่องบินหรือพาหนะที่สามารถบินได้ นำมาดัดแปลง ติดตั้งเครื่องมือสำหรับรักษาพยาบาลที่ทันสมัย เพื่อให้การบริการขนส่งทางอากาศพร้อมกับให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย คูแวล ปฐมพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่ร้องขอ ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ สถานพยาบาลต้นทาง ระหว่างการขนย้าย จนถึงมือแพทย์ ณ สถานพยาบาลปลายทาง

1.7.22 รูปแบบ (Model)

หมายถึง โครงสร้างที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจเจกบุคคล องค์การ สถาบันที่มีอิทธิพลต่อการจัดบริการอากาศยานพยาบาลของรัฐภายใต้การกำกับดูแลของสพฉ.

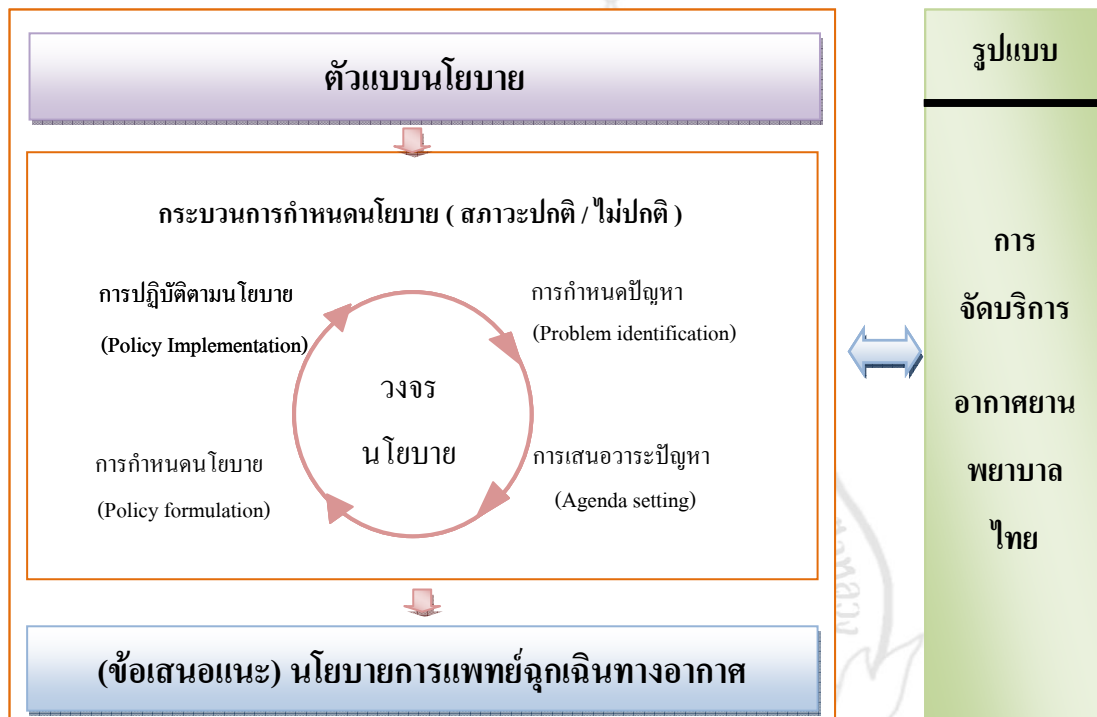
1.7.23 บันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding)

หมายถึง บันทึกความร่วมมือ หรือ บันทึกความเข้าใจ หรือสัญญาที่ร่างเป็นหนังสือ บันทึกรายละเอียด ข้อตกลงเบื้องต้นระหว่าง 2 หน่วยงานหรือมากกว่า ซึ่งฝ่ายหนึ่งแสดงเจตนาจะปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใด ตามเงื่อนไขที่ปรากฏในหนังสือนั้น กับอีกฝ่ายหนึ่งโดยที่หนังสือนี้นับถือว่าเป็นสัญญาผูกมัด แต่แสดง เจตนาธรรมณ์ ความต้องการ ตั้งใจแน่วแน่ของผู้ลงนาม ในการปฏิบัติ ดังที่ได้ระบุไว้ ในการร่วมทำกิจกรรมการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภายใต้การกำกับของ สพฉ. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อสังคม

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งถึงแนวทาง การกำหนดนโยบายจากผู้มีอำนาจสู่ผู้ปฏิบัติการ และรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลผ่านกระบวนการนโยบายโดยรวม ปัญหาการแพทย์ฉุกเฉิน ของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร หรือพื้นที่มีภัยพิบัติ ที่มีความจำเป็นต้องใช้การลำเลียงทางอากาศเพื่อนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเป็นแนวทาง นำไปพิจารณากำหนดนโยบาย โดยอาศัยตัวแบบ นโยบายสาธารณะเป็นแนวทาง เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ คือได้นโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลจากนั้นจึงนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติใช้โดยให้ สพฉ. เป็นองค์กร

ขับเคลื่อน เกิดเป็นรูปแบบเฉพาะของการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ซึ่งดำเนินการภายใต้ กฎเกณฑ์และเงื่อนไขข้อบังคับของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เมื่อนำไปสู่การปฏิบัติอาจ มีข้อบกพร่องและปัญหาต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์เพื่อนำกลับไปประมวล เป็นข้อเสนอแนะเชิง นโยบายจากระดับผู้ปฏิบัติงานซึ่งเสนอกลับให้เกิดมีการปรับนโยบายใหม่ให้แก่ผู้มีอำนาจในการ กำหนดนโยบายเป็นขั้นตอนย้อนศรกลับโดยแสดงรายละเอียด ดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

1.9 การนำเสนอเรื่อง

การวิจัยเรื่อง รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ได้แบ่งการนำเสนอเรื่องออกเป็น 6 บท ดังต่อไปนี้คือ

บทที่ 1 บทนำ เป็นการนำเสนอรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ในการศึกษา คำถามการวิจัย ขอบเขตการวิจัย ข้อตกลงเบื้องต้น ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นิยามศัพท์เฉพาะ และกรอบการวิจัย

บทที่ 2 ทบทวน แนวคิดและทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับ นโยบายสาธารณะและการกำหนดนโยบาย

บทที่ 3 ทบทวน แนวคิดทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ รายละเอียด 4 ประเด็น เกี่ยวกับ สังคมวิทยาการแพทย์ การแพทย์ฉุกเฉิน การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ความร่วมมือทางการแพทย์ และวรรณกรรมที่ เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ รูปแบบความร่วมมือ และการให้บริการอากาศยานพยาบาล

บทที่ 4 ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการนำเสนอเกี่ยวกับ รูปแบบการวิจัย หน่วยวิเคราะห์ ผู้ให้ข้อมูล เครื่องมือวิจัย การตรวจสอบเครื่องมือ การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

บทที่ 5 ผลการวิจัย นำเสนอ แยกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ บริบทสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทย ประเด็นปัญหาที่ขับเคลื่อนในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน ทฤษฎีประกอบร่าง รูปแบบ การจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย เป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่หนึ่ง

บทที่ 6 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ได้แก่ การสรุปรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน สรุปนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาล และอภิปรายผลในประเด็นนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดการให้บริการอากาศยานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ข้อเสนอแนะด้านการสร้างค่านิยมร่วม ข้อเสนอแนะด้านระบบการบริหารจัดการอากาศยานพยาบาล ข้อเสนอแนะต่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิจัยในอนาคต

บทที่ 2

แนวคิด และทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายสาธารณะ

ในการวิจัยเรื่อง “รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย” ผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการนโยบายสาธารณะและการกำหนดนโยบาย โดยอาศัยพื้นฐานข้อมูลที่ได้มาจาก ทฤษฎีและแนวคิดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากการค้นคว้าในส่วนที่เป็นเอกสาร (documentary) การทบทวนวรรณกรรม (literature review) เพื่อหาคำตอบปัญหาวิจัยซึ่งครอบคลุมองค์ความรู้ที่คาดว่าจะมีผลต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยผู้วิจัยได้นำมาจัดหมวดหมู่เพื่อนำเสนอสาระเนื้อหาได้เป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้ (1) แนวคิดเกี่ยวกับ นโยบายสาธารณะ (2) แนวคิดเกี่ยวกับ การกำหนดนโยบาย (3) ทฤษฎีเกี่ยวกับ การกำหนดนโยบาย และ (4) นโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศไทยในแต่ละเนื้อหาผู้วิจัยได้นำเสนอตามรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ

เมื่อกล่าวถึงนโยบายสาธารณะ ต้องย้อนมองสิ่งต่าง ๆ รอบตัว อาจเป็นนโยบายของรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภา นโยบายของกรุงเทพมหานครในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เช่น จราจร มลพิษ วิกฤตน้ำ ฯลฯ ล้วนมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน และปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้โดยอาศัยความรู้เฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง จึงควรทำความเข้าใจกับคำว่า “สาธารณะหรือส่วนรวม” เปรียบเทียบกับ “เอกชน หรือของส่วนตัว” ซึ่งสามารถแยกความแตกต่างได้เป็น 4 เกณฑ์ ดังนี้ (1) ความกว้างของผลกระทบ หากสิ่งที่กระทำหรือไม่กระทำสร้างผลกระทบเป็นวงกว้างจัดอยู่ในข่ายเป็นเรื่องสาธารณะ ตรงกันข้ามหากเกิดผลกระทบเฉพาะกลุ่ม ถือว่าการกระทำหรือไม่กระทำนั้นเป็นเรื่องเอกชน (2) ความเป็นเจ้าของและที่มาของบดำเนินการ วามเลย์และซาลด์ (Wamley & Zald, 1973) พบว่า เรื่องสาธารณะ คือ เรื่องที่องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกระทำหรือไม่กระทำ ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องในแง่ของการเป็นเจ้าของหรือผู้รับผิดชอบ หรือ การเป็นที่ยอมรับหรือเงินหรือบดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่างเป็นองค์กรของภาครัฐ เช่น การร่วมมือแก้ปัญหาภัยพิบัติ ของกองทัพและกระทรวงมหาดไทย ไม่ว่าจะใช้งบของสังกัดหรือเงินบริจาคถือว่าเป็นเรื่องสาธารณะ รวมไปถึง กรณี

องค์กรพัฒนาเอกชนร่วมดำเนินการ แต่รับงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐ ให้ถือว่าการดำเนินการนั้น ๆ เป็นเรื่องสาธารณะ คำว่า องค์กรภาครัฐ หมายความว่ารวมถึง หน่วยงานของรัฐทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น (ทั้งฝ่ายบริหาร ฝ่ายนิติบัญญัติ และฝ่ายตุลาการ) รัฐวิสาหกิจ (รัฐถือหุ้นเกินร้อยละ 50) องค์กรมหาชน (รัฐถือหุ้นน้อยกว่าร้อยละ 50) องค์กรอิสระ ภายใต้รัฐธรรมนูญ และหน่วยบริการ ภาพแบบพิเศษ (Service Delivery Unit: SDU) (3) ความตระหนัก เรื่องสาธารณะ คือสิ่งที่เอกชนโดยทั่วไปไม่สนใจลงทุน กับสินค้าสาธารณะหรือสินค้ากึ่งสาธารณะ เช่น กิจการไฟฟ้า การประปา การรถไฟ ทางด่วน การรักษาพยาบาล และสินค้าสาธารณะต่าง ๆ (public goods) ที่เป็นของส่วนรวม ซึ่งมีความจำเป็นและไม่หวังผลกำไร เนื่องจาก ความไม่คุ้มค่า เมื่อพิจารณาจาก ต้นทุนและผลตอบแทน และ (4) อำนาจที่ชอบธรรมของรัฐบาล เรื่องสาธารณะ คือ ทุกสิ่งที่รัฐบาลกำหนด (ปิยะพงษ์ บุญบงก์, 2552, หน้า 2-3)

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550, หน้า 15-16) อธิบายว่าเหตุที่ต้องศึกษานโยบายสาธารณะมี 3 ประเด็น คือ (1) เหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์ คือการทำความเข้าใจสาเหตุและผลของนโยบาย เพื่อนำมาปรับปรุงความรู้ทางนโยบายแก่สังคม นโยบายสาธารณะอาจ เป็นได้ทั้งตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม การหาคำตอบของนโยบายมีผลกระทบอย่างไรต่อสังคมและระบบการเมือง ช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ของแรงผลักดันจาก สังคม หรือ เศรษฐกิจ ระบบการเมือง และนโยบาย จัดเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาคำตอบต่อไป (2) เหตุผลทางด้านวิชาชีพ ต้องการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหา เพราะความรู้เป็นเงื่อนไขของการกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาสังคม สามารถกำหนดได้ว่านโยบายใดจะตอบสนองได้ดีที่สุด (3) เหตุผลทางการเมือง ใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้มั่นใจว่าสังคมเลือกใช้นโยบาย เพื่อบรรลุจุดมุ่งหมายได้ถูกต้อง ดังนั้นสิ่งที่ได้จากการศึกษานโยบายสาธารณะจึงมี 3 ด้านใหญ่ คือ ด้านหนึ่ง ความสามารถในการบรรยายนโยบาย ที่รัฐนำมาปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ด้านที่สอง รู้ถึงสาเหตุ หรือปัจจัยที่เป็นต้นเหตุให้เกิดนโยบาย และด้านที่สาม ผลกระทบของนโยบายที่เกิดขึ้นกับสังคม

2.1.1 ความหมายของนโยบายสาธารณะ

การศึกษาความหมายของนโยบายสาธารณะจากแนวคิดต่าง ๆ ทำให้ทราบความแตกต่างหลากหลายจากมุมมองที่แตกต่างกันผู้วิจัยได้รวบรวมทัศนะและวิเคราะห์แนวคิดของนักวิชาการที่ได้ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะไว้ ดังต่อไปนี้

คือกรันและมาโลน (Cochran & Malon, 2005, p. 1) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่าหมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลและการกระทำของรัฐบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะ

คร๊าฟท์และเฟอร์ลองก์ (Kraft & Furiong, 2004, p. 4) นิยามนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง กิจกรรมที่รัฐดำเนินการหรือไม่ดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาสังคม เช่น ปัญหาสภาพแวดล้อม ปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงาน

ยานาว (Yanow, 2003, p. 229) กล่าวว่านโยบายคือวิธีการของการถ่ายทอดความหมายของมนุษย์ ซึ่งเป็นนิยามบนพื้นฐานของกระบวนการที่นำการให้ความหมาย เป็นศูนย์กลางของการวิเคราะห์ โดยทุกคนมีความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ทั้งเหมือนกันและแตกต่างกันออกไป นโยบายจึงไม่ใช่อะไรที่ยิ่งใหญ่ไปกว่าวิธีการของการถ่ายทอดความหมายของมนุษย์ ในการตัดสินใจคุณค่าของสิ่งต่าง ๆ

มาร์เทนและเวชนาร์ (Maarten & Wagenarr, 2003, p. 89) นิยามนโยบายคือ กระบวนการจัดการความขัดแย้งทางการเมือง เขามองทุกปัญหาสาธารณะคือ ความขัดแย้งทางการเมือง จึงต้องใช้นโยบายเพื่อ ลดทอนความขัดแย้งหรือบริหารความขัดแย้ง

ดาเย (Dye, 2002, p. 1) ให้ความหมายนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง กิจกรรมที่รัฐบาลพร้อมจะกระทำหรือไม่กระทำ

โคลแบทซ์ (Colebatch, 2002, pp. 7-9) กล่าวว่า นโยบาย คือแบบแผนของการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้แสดงจำนวนหนึ่งซึ่งช่วยผลักดันจนบรรลุความมุ่งหมายที่กำหนดไว้

บริจแมนและเดวิส (Bridgman & Davis, 2000, p. 3) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง เครื่องมือของการปกครองซึ่งเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากรสาธารณะให้เป็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง นอกจากนี้ นโยบายยังเป็นผลจากการแข่งขันระหว่างความคิด ผลประโยชน์และอุดมการณ์ในระบบการเมือง

เกอร์สตัน (Gerston, 1997, pp. 6-7) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การตัดสินใจ คำมั่นสัญญาและการกระทำของผู้ที่มีอำนาจในรัฐบาล

โคสิดีน (Cosidine, 1994, pp. 3-6) ให้ทัศนะว่า นโยบายสาธารณะมีความหมายครอบคลุมการกระทำที่เกิดจากการใช้อำนาจของรัฐที่จะผูกมัดการใช้ทรัพยากรของสังคมในการสนับสนุนค่านิยมที่พึงปรารถนาของสังคม ซึ่งมีเนื้อหาอยู่ 3 ประการ คือ ประการแรก การกำหนดความชัดเจนของค่านิยมและความตั้งใจของสังคม ประการที่สอง เป็นพันธะผูกพันในการจัดสรรงบประมาณและบริการแก่ประชาชนและประการที่สาม ให้สิทธิและเอกสิทธิ์แก่ประชาชน

คือนิก (Koenig, 1986, p. 1) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมของรัฐใด ๆ ที่มีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชน เช่น นโยบายการลดมลพิษในสิ่งแวดล้อม สิ่งที่เกิดนโยบายคือสภาพแวดล้อมและปัญหาต่าง ๆ

ฮอกวูดและกันน์ (Hogwood & Gunn, 1984, p. 14) นิยามนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง การแสดงจุดประสงค์หรือจุดหมายปลายทางของกิจกรรมของรัฐบาลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งและเป็นการอธิบายถึงการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

ปีเตอร์ส (Peters, 1983, p. 5) นิยามนโยบายว่า หมายถึง ผลรวมของกิจกรรมของรัฐบาล โดยรัฐบาลดำเนินการเองหรือมอบหมายให้ตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการและกิจกรรมนั้นมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน

มาตารีส, พรวิวิทและเวอร์บา (Matarese, Prewitt & Verba, 1983, pp. 652-653) ให้ทัศนะเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ ไว้ว่า นโยบายสาธารณะเป็นพันธะสัญญาระยะยาวที่รัฐบาลมีต่อประชาชนในการดำเนินกิจกรรมโดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอน การบัญญัติกฎหมาย การบริหาร และการนำไปปฏิบัติให้ปรากฏเป็นจริง ตามจุดมุ่งหมายของนโยบาย

ไลน์เบอร์รี่ (Lineberry, 1983, p. 326) ให้ทัศนะไว้ว่า นโยบายสาธารณะ คือชุดของการกระทำเพื่อการแก้ไขปัญหาบางประการของสังคมให้บรรลุผล

มาร์ชและโอเซน (March & Olsen, 1984, pp. 734-749) ให้ทัศนะไว้ว่า นโยบายสาธารณะ เป็นเครื่องมือของรัฐที่จะไปสู่การบรรลุเป้าหมายของสังคมจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับทฤษฎีของการเลือกและการศึกษาเกี่ยวกับต้นทุนของกิจกรรมของรัฐบาลเพื่อพิจารณาทางเลือกที่เหมาะสมที่สุดให้บรรลุผล

ค็อชราน (Cochran, 1982, p. 4) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง ขั้นตอนการปฏิบัติที่เกิดขึ้นโดยเจตนาเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน หรือบุคลากรของรัฐ ในการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสาธารณะชน

โจนส์ (Jones, 1978) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นการพิจารณาข้อเสนอซึ่งแยกได้ 3 ระดับ ได้แก่ (1) แผนงาน เป็นการกำหนดวิธีการที่จะทำให้บรรลุจุดมุ่งหมาย (2) การตัดสินใจเป็นการกระทำให้เกิดการนำแผนงานไปปฏิบัติ (3) ผลกระทบจากการปฏิบัติซึ่ง โจนส์ เชื่อว่า แผนงาน การตัดสินใจ จุดมุ่งหมายและผลกระทบสัมพันธ์กันเป็นลำดับ ซึ่งก็ไม่แน่นอนไป เพราะการตัดสินใจของรัฐบาลที่ไม่ทำให้เกิดแผนงานก็มี หรือบางทีก็ไม่สัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายของประเทศ ในทางปฏิบัตินโยบายสาธารณะอาจดำเนินไปไม่เป็นลำดับก็มี

อูลาและพรวิวิท (Eulau & Prewitt, 1977) ให้คำนิยาม นโยบายสาธารณะ คือ การตัดสินใจที่คงที่แน่นอน ไม่ใช่การตัดสินใจชั่วขณะพิจารณาจากลักษณะการกระทำที่สม่ำเสมอและการกระทำซ้ำ ๆ กัน ทั้งทางด้านผู้กำหนดนโยบาย และพันธะที่ต้องทำตามนโยบายซึ่งต้องดำเนินการในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975, p. 70) นิยามนโยบายสาธารณะคือ แนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ หรือเป็น แนวทางที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา

เบเกอร์ (Baker, 1972) ให้คำนิยามของนโยบายสาธารณะไว้อย่างสั้น ๆ ว่าหมายถึง การตัดสินใจว่าจะทำอะไร

เฮคโล (Hecklo, 1972, p. 85) ให้ทัศนะว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง การกระทำของรัฐบาล หรือสิ่งที่รัฐบาลไม่กระทำ มากกว่าการตัดสินใจหรือการกระทำที่เฉพาะเจาะจงของรัฐบาลที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่พึงปรารถนา

ชาร์แคนสกี (Sharkansky, 1970, p. 1) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐกระทำโดยครอบคลุมกิจกรรมทั้งหมดของรัฐบาล เช่นกิจกรรมด้านการบริการสาธารณะ การกำหนด กฎ ข้อบังคับ การเฉลิมฉลองหรือจัดพิธีกรรมที่เป็นสัญลักษณ์ของประเทศ

คอลลด์เวลล์ (Caldwell, 1970, p. 2) กล่าวว่า นโยบายคือการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการต่าง ๆ ที่สังคมจะดำเนินการ ยินยอม หรือห้ามกระทำได้แก่ บรรดาการตัดสินใจอย่างสัมฤทธิ์ผลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการต่าง ๆ ที่สังคมจะดำเนินการ ยินยอม หรือห้ามกระทำนั้น

ลาสเวลล์และแคปแลน (Lasswell & Kaplan, 1970, p. 71) ให้ความหมายนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง การกำหนดเป้าประสงค์ ค่านิยมและการปฏิบัติจากโครงการของรัฐ

สไตเนอร์ (Steiner, 1970, pp. 21-28) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ ยังไม่สามารถนิยามอธิบายให้ไปในแนวทางเดียวกันได้เพราะผลประโยชน์สาธารณะเป็นคำที่ยากที่จะให้ความหมาย หากสามารถไปเชื่อมโยงผลประโยชน์ส่วนบุคคลและภาพแบบการเมืองแบบตัวแทน กล่าวคือ องค์กรการเมืองจะทำหน้าที่เป็นตัวแทนที่นำเอาหลักการผลประโยชน์ส่วนบุคคลหรือกลุ่มเพื่อตัดสินใจผลประโยชน์สาธารณะโดยตัวแทนของประชาชน

จาคอป (Jacop, 1966) ให้คำนิยามนโยบายสาธารณะหมายถึง หลักการ แผนงาน หรือแนวทางการกระทำต่าง ๆ

กรีนวูด (Greenwood, 1965, p. 222) นิยามนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง การตัดสินใจขั้นต้นเพื่อกำหนดแนวทางทั่วไปในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ให้เป็นไปอย่างถูกต้องบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

เฟรดริช (Friedrich, 1963, p. 70) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง ชุดของข้อเสนอเกี่ยวกับการกระทำของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือรัฐบาลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยปัญหา อุปสรรคและ โอกาสซึ่งนโยบายถูกเสนอขึ้นเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาให้ประชาชน

อีสตัน (Easton, 1953, pp. 19-20) ให้ความหมายนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง การจัดสรร แจกแจงสิ่งที่มีคุณค่าต่าง ๆ ตามอำนาจหน้าที่อย่างถูกต้องตามกฎหมายสำหรับสังคมส่วนรวมแต่ก็ไม่ได้หมายความว่าทุกอย่างที่รัฐบาลทำจะเป็นการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าเสมอไป

จากความหมายที่หลากหลายของนโยบายสาธารณะในทัศนะของนักวิชาการจากหลายประเทศ ผู้วิจัยพบว่า สิ่งสำคัญของแนวคิดนโยบายสาธารณะ ได้แก่ การมีจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ วิเคราะห์ได้ว่าส่วนใหญ่พยายามแยกการกระทำของรัฐบาลกับแผนงานของรัฐบาลออกจากกัน ถ้าเป็นนโยบายแล้วต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนกว่า หากรัฐบาลเลือกทำอะไรบางอย่างแล้วจำเป็นต้องมีจุดมุ่งหมาย โดยทั่วไป มักคิดว่า คือ การกระทำทุกอย่างของรัฐบาลแต่ไม่ได้แจ้งว่ากำลังทำอะไร ซึ่งจริง ๆ แล้วการกระทำทุกอย่างของรัฐบาลไม่ได้มีจุดมุ่งหมายหรือเป็นนโยบายสาธารณะเสมอไป จึงสรุปได้ว่า นโยบายสาธารณะหมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลในการดำเนินกิจกรรม หรือไม่ดำเนินกิจกรรมใด ๆ เพื่อเหตุผล การแก้ไขปัญหาสาธารณะโดยรัฐบาลอาจเป็นผู้ดำเนินการเองหรือให้ตัวแทนเป็นผู้ดำเนินการเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดี

ในประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า ช่วงแรก กุลธนะ ธนาพงศธร (2519, หน้า 1-406) นักวิชาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้เสนอผลงาน ดำรงนโยบายสาธารณะของไทย เรื่อง หลักการกำหนดนโยบายของรัฐ ในปีพ.ศ. 2519 ต่อมา อมร รักษาสัตย์ (2520, หน้า 1-170) นักวิชาการจากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ เสนองานวิชาการ การพัฒนานโยบาย ทำให้นักวิชาการไทยสนใจและเริ่มนำเสนองานตำรา ด้านนโยบายสาธารณะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ เช่น การพัฒนานโยบาย ของอมร รักษาสัตย์ นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและปฏิบัติ ของ สมพร เฟื่องจันทร์ (2539, หน้า 246) แนวความคิด การวิเคราะห์กระบวนการ นโยบายสาธารณะ: ของ สมบัติ ขำรังษัญวงศ์ (2540, หน้า 1-588) ส่วนใหญ่ได้ยกความหมายของนโยบายสาธารณะตามนักวิชาการต่างประเทศโดยนำมาสรุปเป็นความหมายของตนเอง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2550, หน้า 3-5) กล่าวถึง ความหมายของนโยบายสาธารณะโดยอ้างหนังสือของดาย เรื่อง Understanding Public Policy ซึ่งแปลความหมายของนักวิชาการจำนวนหนึ่งแต่ไม่ได้สรุปนโยบายสาธารณะในทัศนะของตนไว้ ทั้งนี้เขามีความเห็นสอดคล้องกับ ริชาร์ดสัน (Richardson, 2006) อธิบายว่า นโยบายสาธารณะ คือ การนำความรู้ความคิดที่มีเหตุผลและตั้งใจเพื่อนำไปแก้ไขปัญหา เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์เพื่อการปฏิบัติของรัฐบาล เป็นการกำหนดแนวทางในอนาคต เน้นเป้าหมาย วัตถุประสงค์ เจื่อนใจ ผลลัพธ์ และเป็นความพยายามที่จะกระทำเพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะ

สุรสิทธิ์ วัชรขจร (2549, หน้า 10-11) ศึกษาความหมายของนักวิชาการต่างประเทศ และชาวไทย แล้วสรุปเป็นกรอบแนวคิดในลักษณะองค์ประกอบร่วมกันของนโยบายสาธารณะและให้ความหมาย นโยบายสาธารณะคือการตัดสินใจโดยรัฐในการเลือกแนวทางที่พึงประสงค์ ที่ถูกนำมาเป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรมของรัฐบาล และกิจกรรมนั้นต้องประกอบด้วยกิจกรรมย่อยด้านต่าง ๆ ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและมีเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม

แก้วคำ ไกรสรพงษ์ (2548, หน้า 1-2) ศึกษาความหมายของนโยบายสาธารณะของนักวิชาการต่างประเทศ โดยสรุปว่าคำจำกัดความโดยทั่วไปของนโยบายสาธารณะครอบคลุมถึงแนวทางการดำเนินการ และนิยามความหมายของนโยบายโดยเน้นไปที่เรื่องการกระทำ ประกอบด้วยโครงข่ายของการตัดสินใจและการดำเนินการที่เป็นการแบ่งสรรคุณค่า และให้ความเห็นว่าเป็นการยากที่จะสรุปให้ได้คำจำกัดความอย่างครบถ้วนครอบคลุมที่สุด

มยุรี อนุมานราชชน (2547, หน้า 4-6) ศึกษาความหมายของนักวิชาการต่างประเทศ และสรุปนโยบายสาธารณะว่า สามารถพิจารณาได้สองมิติ มิติแรกหมายถึงกิจกรรมหรือการกระทำของรัฐบาลและมิติที่สองหมายถึงการตัดสินใจของรัฐบาล ในความหมายที่กว้าง หมายถึงแนวทางการกระทำของรัฐบาล ที่ได้ตัดสินใจเลือกและกำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อ ดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยมีการวางแผนการจัดทำโครงการ วิธีการบริหารงาน หรือกระบวนการดำเนินงาน วิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ตามสภาพความเป็นจริง

วเรศ จันทรศร (2547, หน้า 43) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรม แผนงาน โครงการ แนวทางปฏิบัติที่รัฐหรือหน่วยงานของรัฐได้กำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว

ชั้นยวัฒน์ รัตนศักดิ์ (2546, หน้า 4) กล่าวว่านโยบายสาธารณะหมายถึง การตัดสินใจของรัฐบาลในการเลือกแนวทางที่พึงประสงค์ เพื่อนำมาใช้เป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรม โดยมีความมุ่งหวังแก้ไขและป้องกันปัญหาเพื่อให้เกิดสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่พึงประสงค์

สมบัติ ชำรงธัญวงศ์ (2540, หน้า 21-23) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่าเป็นกิจกรรมที่รัฐบาลใช้อำนาจเลือกที่กระทำหรือไม่กระทำ ในการจัดสรรกิจกรรมเพื่อตอบสนองค่านิยมของสังคม ซึ่งผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ได้แก่ ผู้นำทางการเมือง ฝ่ายบริหาร ฝ่ายตุลาการ พรรคการเมือง สถาบันราชการ ข้าราชการทั้งนี้ กิจกรรมที่ชอบด้วยกฎหมายที่รัฐบาลเลือกกระทำ ต้องมีเป้าหมายและ แบบแผนกิจกรรม ทางเลือกที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาของสังคมได้

กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์ (2540, หน้า 91-92) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ เต็มไปด้วยเนื้อหาที่มีความซับซ้อน และประกอบด้วยข้อมูลข่าวสารจำนวนมากมาย ข้อมูลและสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับแรก เกี่ยวกับคุณค่าหรือค่านิยม กล่าวถึง ความพึงพอใจ ความนิยม ความไม่เห็นด้วย การต่อต้านหรือการเพิกเฉย ระดับสอง เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กล่าวถึงบุคคล กลุ่มบุคคล สถานการณ์ เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับค่านิยม ระดับสาม เกี่ยวกับการกระทำ เป็นการยอมรับของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล หรือองค์การหน่วยงาน สถาบันต่าง ๆ ไปดำเนินการ ไปปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุค่านิยมที่พึงประสงค์

ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพิงษ์ (2541, หน้า 18) ให้ความหมายของนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง แนวทางการปฏิบัติของรัฐบาลซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์แน่นอนไม่ว่าอย่างใดก็อย่างหนึ่ง คือ เพื่อแก้ปัญหาในปัจจุบันหรือป้องกันปัญหาในอนาคตหรือก่อให้เกิดผลที่พึงปรารถนา รัฐบาลต้องมีความจริงใจและจริงจังในการนำนโยบายไปปฏิบัติและนโยบายอาจเป็นบวกหรือเป็นลบก็ได้

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2539, หน้า 4) นิยามนโยบายสาธารณะว่า หมายถึง นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นองค์กรหรือตัวบุคคลที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงตามกฎหมายภายใต้ระบบการเมืองครอบคลุมตั้งแต่สิ่งที่รัฐบาลตั้งใจว่าจะกระทำหรือไม่กระทำ รวมถึงผลที่เกิดขึ้นจริงจากการดำเนินงาน

สมพร เฟื่องจันทร์ (2539, หน้า 6) นิยามว่านโยบายไม่ใช่การกระทำ แต่เป็นข้อความโดยอาจเขียนอย่างชัดแจ้งหรือไม่ก็ได้เพื่อชี้ให้เห็นถึงจุดมุ่งหมายและความมุ่งหวังของรัฐบาลในขณะนั้น และ หน่วยงานของรัฐบาล บางหน่วย สามารถ กำหนดนโยบายเอง เช่น นำพระราชบัญญัติตีความเป็น กฎ ระเบียบ โครงการ แผนงาน ภาษี เรียกว่าเป็นการดำเนินนโยบาย ซึ่งเป็นผลรวมของการตัดสินใจ วางเงื่อนไข การกระทำจากบุคคลในตำแหน่งต่าง ๆ ของรัฐบาล

ประทุม รอดประเสริฐ (2539, หน้า 13) ให้ความหมายว่า นโยบายเป็นข้อความหรือความเข้าใจร่วมกันอย่างกว้าง ๆ ที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ ของผู้บริหารและของหน่วยงาน

สร้อยตระกูล (ตียานนท์) อรรถมานะ (2533, หน้า 142-143) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะเป็นแนวทางการปฏิบัติงานหรือโครงการของรัฐบาล หน่วยงานราชการ องค์การสาธารณะ ที่อยู่ในสังกัดภาครัฐบาล ได้พิจารณากำหนด เป้าหมาย วิธีการ ขอบเขตการปฏิบัติงาน การจัดสรรสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาสังคม และเพื่อให้บรรลุผล ทั้งนี้เพื่อจะได้เป็นคุณค่าต่าง ๆ แต่สังคมส่วนรวม ดังนั้นการกำหนดนโยบายสาธารณะจึงเป็นการกำหนดขอบเขตของรัฐบาล

ศุภชัย ยาวะประภาษ (2533, หน้า 3) ได้ให้ความหมายของคำว่านโยบายสาธารณะ หมายถึง กิจกรรมที่รัฐกระทำอยู่ในปัจจุบันและคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต

อุทัย บุญประเสริฐ (2527, หน้า 1) กล่าวว่านโยบายสาธารณะ คือ ข้อความหรือสิ่งที่ได้กำหนดไว้เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนั้น ซึ่งผู้บริหารหรือผู้ปฏิบัติจะต้องนำไปใช้เป็นกรอบของแนวคิดในการพิจารณาตัดสินใจ จัดทำแผน จัดทำโครงการ และกำหนดวิธีการดำเนินการ

อาทิตย์ อุไรรัตน์ (2526) ได้อธิบายนโยบายสาธารณะว่า เป็นแนวทางที่รัฐบาลของประเทศหนึ่งได้ตัดสินใจเลือกแล้วจะนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมและเป็นไปได้ในสถานการณ์ทางสังคม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) นิยามนโยบายมาจากคำบาลีโดยการสมาสคำว่า “นย” กับคำว่า “อุบาย” ซึ่งจะหมายถึงหลักการและวิธีปฏิบัติซึ่งถือเป็นแนวดำเนินการ

ทินพันธ์ นาคะตะ (2525) ได้อธิบายว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง โครงการที่รัฐบาลบัญญัติขึ้นเป็นแนวทางสำหรับการปฏิบัติในการจัดสรรคุณค่าต่าง ๆ ให้แก่สังคม

อมร รักษาสัตย์ (2520, หน้า 1-2) มีความเห็นว่านโยบาย มาจากคำว่า นย กับ อุบาย คือ อุบาย หรือกลเม็ดที่จะชี้ทางไปสู่วัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง มาจากคำว่า policy ซึ่งหมายถึงแนวทางการปฏิบัติของบ้านเมืองหรือชุมชน เป็น อุบายหรือกลเม็ดที่มีอำนาจหน้าที่ได้พิจารณาเพื่อนำไปสู่เป้าหมายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเหมาะสม

กุลชน ธนาพงศธร (2522, บรรณานุกรม, หน้า 19) กล่าวว่า นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางกว้าง ๆ ที่รัฐบาลของประเทศหนึ่ง ๆ ได้กำหนดขึ้นเป็นโครงการ แผนงาน ไว้ล่วงหน้าตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ตลอดจนเพื่อธำรงรักษาซึ่งผลประโยชน์นั้น ๆ

ข้อสังเกตจากการศึกษาความหมายของนโยบายสาธารณะของนักวิชาการชาวต่างประเทศ โดยนักวิชาการไทย พบว่า นักวิชาการต่างประเทศที่มักถูกยกอ้างอิงมาก ได้แก่ ดาย, ชาร์เคนสกี, ลาสเวลล์และแคลแลน, แอนเดอร์สัน, เฟรดริค, กรีนวูด และอิสตัน สำหรับประเทศไทยผู้วิจัยพบว่า นักวิชาการของสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์มีผลงานด้านนโยบายสาธารณะมากที่สุด การให้ความหมายนโยบายสาธารณะของนักวิชาการไทย กล่าวได้ว่าไม่ได้มีข้อแตกต่างไปจากนักวิชาการชาวต่างประเทศ ซึ่งลักษณะเด่นของการให้ความหมายนโยบายสาธารณะของนักวิชาการไทยอยู่ที่ความพยายามในการขยายความคำว่านโยบายสาธารณะ พบว่าการให้ความหมายของนโยบายสาธารณะของสมบัติ ธำรงธัญวงศ์ มีลักษณะแตกต่างจากนักวิชาการท่านอื่น ๆ เนื่องจาก เขาเห็นว่านโยบายสาธารณะคือการใช้อำนาจของรัฐในกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย ได้แก่ ผู้นำทางการเมือง ฝ่ายบริหาร ฝ่ายตุลาการ พรรคการเมือง สถาบันราชการ ข้าราชการ ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นตารางวิเคราะห์เปรียบเทียบ นโยบายสาธารณะที่ได้รวบรวมแนวคิดการให้ความหมายของนักวิชาการไทยในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 นิยามนโยบายสาธารณะของนักวิชาการไทย

ชื่อนักวิชาการ ชาวไทย (เรียงตามอักษร)	การ ตัดสินใจ ของรัฐ	กรอบ แนวทาง การดำเนิน กิจกรรม	การ กระทำ	กิจกรรม ที่รัฐจัดขึ้น	การเลือก ไม่ ดำเนินการ	วิธีการ บรรลุ เป้าหมาย
กุลชน (2519)		✓	✓			
แก้วคำ (2548)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ถวัลย์รัฐ (2540)		✓				
ทศพร (2539)	✓		✓	✓	✓	
ชั้นยวัฒน์ (2546)	✓	✓				
มยุรี (2547)	✓	✓	✓	✓		
เรืองวิทย์ (2550)	✓	✓	✓			✓
วรเดช (2547)		✓		✓		
สมพร (2539)	✓	✓	✓			
สมบัติ (2541)			✓	✓	✓	
สร้อยตระกูล (2533)		✓				✓
สุรสิทธิ์ (2549)	✓	✓				
ศุภชัย (2540)				✓		
อมร (2520)		✓				✓
รวม	7	11	7	6	3	4

จาก ศุภชัย ขาวะประภาส และปิยากร หวังมหาพรหม. (2552). นโยบายสาธารณะ: กำเนิดพัฒนาการ และสภาพของศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง., 56.

จากตารางที่ 2.1 เมื่อพิจารณาความหมายของนโยบายสาธารณะตามทัศนะของนักวิชาการไทย สามารถสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะที่เป็นจุดร่วมกันได้ดังนี้ (1) เป็นแนวทางในการดำเนินการหรือโครงการที่รัฐกำหนด (2) เป็นเรื่องการตัดสินใจ (3) เป็นการกระทำของรัฐบาล (4) นโยบายสาธารณะเป็นกิจกรรมที่รัฐจัดขึ้นทั้งปัจจุบันและอนาคต (5) นโยบายสาธารณะเป็นวิธีการบรรลุเป้าหมาย และ (6) เป็นทางเลือกที่จะไม่ดำเนินการ

จากความหมายของนโยบายสาธารณะที่ได้ศึกษาพบว่านักวิชาการแต่ละท่านมีแนวความคิดที่แตกต่างกันออกไป เช่น อมร รักษาสัตย์ และลินตัน คอลด์เวลล์ จะเน้นประเด็นแนวคิดและการตัดสินใจที่จะดำเนินการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคม ขณะที่ ศุภชัย ขาวะประภาส กุลชน ธนาพงศกร และเจมส์ แอนเดอร์สัน มองนโยบายสาธารณะในแง่เป็นแนวทางการแก้ไข

ปัญหาหรือดำเนินการของรัฐบาล และไอรา ชาร์แคนสกี และโธมัส อาร์คาย มองนโยบายสาธารณะในแง่ของกิจกรรมที่รัฐเลือกที่จะกระทำ เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากประเด็นความสนใจของนักวิชาการแต่ละท่านและประเด็นเหล่านี้สามารถนำมาสรุปความหมายของนโยบายสาธารณะ คือ การตัดสินใจโดยรัฐในการเลือกแนวทางที่พึงประสงค์ มาเป็นกรอบในการดำเนินกิจกรรม ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจงและมีเป้าหมาย เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของสังคม ซึ่งเป็นแนวทางปฏิบัติที่รัฐบาลตั้งใจจะทำ โดยหาทางเลือก อาจกำหนดแยกย่อยเป็นแผนงานหรือโครงการ โดยมีเป้าหมายเพื่อจัดการแก้ปัญหาสาธารณะให้บรรลุผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งสามารถแยกออกเป็น องค์ประกอบ 5 ข้อ คือ (1) ความตั้งใจนำความคิดและความรู้ที่มีเหตุผล เพื่อแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาสาธารณะ (2) เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ ปทัสถานและวิธีปฏิบัติเพื่อตัดสินใจปฏิบัติการของรัฐบาล (3) เป็นการกำหนดและพยายามพยากรณ์แนวทางในอนาคตล่วงหน้า (4) เน้นเป้าหมายวัตถุประสงค์ เงื่อนไขและผลลัพธ์ (5) พยายามกระทำเพื่อให้บรรลุผลประโยชน์สาธารณะ ทั้งนี้หมายความว่ารวมถึงการเลือกไม่ทำ ซึ่งมีผลตรงกันข้ามต่อการเปลี่ยนแปลงด้วย เพียงแต่การเลือกไม่ทำอาจสังเกตได้ยาก ซึ่งปัจจุบันนโยบายสาธารณะไม่ใช่ นโยบายของรัฐบาลอย่างเดียว แต่หมายรวมถึงนโยบายของภาคสังคมและบทบาทของภาคสังคมด้วย

2.1.2 องค์ประกอบของนโยบายสาธารณะ

ไลน์เบอร์รี่ (Lineberry, 1983) ชี้ว่านโยบายสาธารณะเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีขอบเขตครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ จนถึงการประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้น ซึ่งต้องสามารถจำแนกออกเป็น

2.1.2.1 นโยบายต้องมีวัตถุประสงค์ที่แน่นอน และจำเป็นต้องมีอยู่เสมอ และมุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อประเทศชาติเป็นส่วนรวม

2.1.2.2 นโยบายต้องมุ่งเสนอขั้นตอนของพฤติกรรมซึ่งเป็นส่วนของแผนงานที่ต้องการให้เกิดขึ้น

2.1.2.3 นโยบายต้องกำหนดการกระทำต่าง ๆ ที่ต้องเลือกนำมาปฏิบัติและต้องสอดคล้องทั้งเงื่อนไขเวลาและสถานที่

2.1.2.4 นโยบายต้องมีการประกาศให้บุคคลทั่วไปรับรู้ อาจอยู่ในภาพการพิมพ์ หนังสือราชการ การแถลงต่อรัฐสภา หรือแถลงข่าวผ่านสื่อ (5) นโยบายต้องมีการดำเนินการปฏิบัติตามขั้นตอนของการกระทำที่ได้ตัดสินใจไว้แล้ว

2.1.3 ลักษณะสำคัญของนโยบายสาธารณะ

ลักษณะเฉพาะของนโยบายสาธารณะมีอยู่ 2 อย่าง คือ ความเข้าใจนโยบายสาธารณะกับการปรับปรุงคุณภาพของนโยบาย ดังนั้นการศึกษานโยบายสาธารณะจึงมีทั้งด้านวิชาการและการปฏิบัติ สำหรับด้านวิชาการเป็นกระบวนการ (process) หรือเป็นประเด็นนโยบาย (policy issues) และพื้นที่ของนโยบาย (policy areas) ซึ่งแต่ละเรื่องหรือแต่ละด้านอาจแยกย่อยออกเป็นชื่อเรื่อง (subjects) ประเด็น (issues) แนวทาง (approaches) วิธีการ (methods) ระเบียบวิธี (methodology) และความสนใจ (interests) นอกจากนี้ยังศึกษาได้ทั้งเชิงภววิสัย (objective) อัตวิสัย (subjective) และสหวิทยาการ (interdisciplinary) เพื่อบูรณาการมิติต่าง ๆ เข้าด้วยกัน ยิ่งกว่านั้น พรหมแดนนโยบายสาธารณะยังแยกย่อยและไม่มีจุดจบ ขอบเขตจึงขึ้นอยู่กับความคิดเห็นและความเข้าใจของผู้ศึกษาซึ่งมีหลากหลายและแตกต่างกัน สำหรับนักวิชาการด้านนโยบายสาธารณะจะเน้นที่การกำหนดนโยบายและสิ่งเกี่ยวข้องกับนโยบายเป็นหลัก แม้ว่าการทำความเข้าใจความจริงของการกำหนดนโยบายและการปรับปรุงนโยบายจะเป็นจุดเด่น แต่ต้องใช้ความรู้จากสาขาวิชาต่างๆ จำนวนมาก ทั้งเศรษฐศาสตร์ คณิตศาสตร์ จิตวิทยา มานุษยวิทยา รัฐศาสตร์ และสังคมวิทยา ดังนั้น การศึกษาในเชิงพฤติกรรมต้องประยุกต์หลักระเบียบวิธีวิจัยมาใช้อย่างเหมาะสม

นโยบายสาธารณะอาจได้รับการพัฒนาโดยหน่วยงานของรัฐหรือข้าราชการ พรรคการเมือง นักการเมือง หรือองค์การเอกชนที่อาจมีอิทธิพลต่อการพัฒนานโยบายของรัฐก็ได้ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1976) ได้จำแนก นโยบายสาธารณะมีลักษณะสำคัญ คือ

2.1.3.1 ต้องเชื่อมโยงระหว่างตัวบทนโยบายกับการกระทำให้บรรลุเป้าหมาย มากกว่าการกำหนดให้เป็นไปตามโอกาสความเป็นไปได้

2.1.3.2 ต้องประกอบด้วยจำนวนชุด (Courses) หรือแบบแผน (Patterns) ของการกระทำที่ดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐอย่างต่อเนื่องมากกว่าการแบ่งแยกหรือการใช้ดุลยพินิจตัดสินใจเฉพาะกรณี นโยบายสาธารณะครอบคลุมไม่แต่เพียงการตัดสินใจผ่านกฎหมายหรือการกำหนดระเบียบสำหรับบางกรณีเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการตัดสินใจที่เป็นผลผลิตตามมาโดยมุ่งให้เกิดการบังคับใช้ให้เป็นไปตามกฎระเบียบที่กำหนดไว้

2.1.3.3 ต้องตอบสนองต่อความต้องการนโยบายของประชาชน (Policy demands) ลักษณะหนึ่งคือการแสดงออกที่เป็นทางการ หรือการระบุภาพธรรมชาติความชัดเจนของนโยบายสาธารณะโดยใช้คำประกาศ เช่น พระราชบัญญัติ มติคณะรัฐมนตรี พระราชกำหนด กฎกระทรวง ระเบียบปฏิบัติ หรือความเห็นของตุลาการ รวมถึงคำประกาศหรือคำปราศรัยของผู้นำรัฐบาลโดยระบุถึงความตั้งใจของรัฐบาล เป้าหมายและสิ่งที่ต้องการกระทำให้ปรากฏเป็นจริง

2.1.3.4 เกี่ยวข้องกับสิ่งที่รัฐบาลจะต้องกระทำจริง ๆ มิใช่แต่เพียงเรื่องที่ตั้งใจจะกระทำ ประเด็นนี้พิจารณาความสนใจเกี่ยวกับผลลัพธ์จากการกระทำของรัฐบาลเป็นสำคัญ

2.1.3.5 อาจมีลักษณะทางบวกหรือทางลบก็ได้ (Positive or negative) คือ บางนโยบายอาจกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาของประชาชนให้บรรลุผล เช่น นโยบายกำจัดขยะโดยใช้เตาเผาปลอดมลพิษ เป็นต้น ลักษณะนโยบายเช่นนี้ถือเป็นนโยบายทางบวก แต่ในบางกรณีหน่วยงานของรัฐบาลตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องที่ต้องกระทำ เช่น การกำหนดให้เทศบาลทุกเขตต้องจัดทำหรือเตรียมแผนจัดทำระบบบำบัดน้ำเสียในเขตชุมชนเทศบาล เป็นต้น การไม่กระทำดังกล่าวถือว่าเป็นนโยบายทางลบ เพราะจะทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมของชุมชน

2.1.3.6 นโยบายสาธารณะในฐานะที่เป็นนโยบายทางบวก โดยทั่วไปจะปรากฏในลักษณะของกฎหมายหรือคำสั่งที่ชอบด้วยกฎหมาย เช่น กฎหมายภาษีอากร กฎหมายควบคุมความเร็วของรถยนต์บนทางด่วน เป็นต้น

สำหรับการวิจัยภาพแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดบริการอาศยานพยาบาลนี้ ผู้วิจัย ได้อ้างถึง “พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินปี 2553-2555” เป็นแนวทางหลักการดำเนินงาน (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน, 2551; สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ก)

2.1.4 ขอบเขตของนโยบายสาธารณะ

เมื่อกล่าวถึงนโยบายมีความเป็นไปได้ว่าสามารถครอบคลุมทั้งสิ่งที่ภาครัฐตัดสินใจเลือกกระทำและไม่เลือกกระทำ โดยมีขอบเขตดังนี้

2.1.4.1 เป้าหมายทั่วไป เช่น การรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ การแก้ปัญหาความยากจน การลดอาชญากรรม การให้การศึกษาและการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน การรักษาความมั่นคง และการบำบัดทุกข์ บำรุงสุขให้แก่ประชาชน เป็นต้น

2.1.4.2 กระบวนการ เช่น กระบวนการพิจารณาพิพากษาคดีของศาล กระบวนการให้บริการสาธารณะของหน่วยงานภาครัฐ และกระบวนการปราบปรามผู้ก่อการร้ายของตำรวจ เป็นต้น

2.1.4.3 การตัดสินใจของภาครัฐ เช่น การเปิดเสรีการค้า การยกเว้นภาษีสำหรับกิจการบางประเภท และการประกาศวาระแห่งชาติ เป็นต้น

2.1.4.4 อำนาจที่ชอบธรรมและเป็นทางการ เช่น คำสั่งของรัฐมนตรี ประกาศกระทรวง และมติคณะรัฐมนตรี เป็นต้น

2.1.4.5 ข้อเสนอที่เฉพาะเจาะจง เช่น วิธีการแก้ปัญหาความขัดแย้งในพื้นที่จังหวัดชายแดน

2.1.4.6 แผนงาน ต่าง ๆ เช่น การแก้ปัญหาหยาเสพติด ซึ่งประกอบไปด้วยโครงการจำนวนมาก อาจอยู่ภายใต้แผนยุทธศาสตร์หรือแผนกลยุทธ์แผนใดแผนหนึ่ง

2.1.4.7 ชุดของกิจกรรม เช่น การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับเศรษฐกิจพอเพียง

2.1.4.8 ผลผลิตและผลลัพธ์ เช่นการแจกโอ่งให้ชาวบ้านในพื้นที่แห้งแล้ง เพื่อให้มีน้ำใช้ตลอดปี เป็นต้น

2.1.4.9 ทฤษฎีหรือตัวแบบ เช่นทฤษฎีการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน เช่น ตัวแบบอาจสามารถในยุครัฐบาลทักษิณ ทำเพื่อลดความยากจน เป็นต้น (Hogwood & Gunn, 1984, pp. 13-19)

2.1.5 ประเภทของนโยบายสาธารณะ

การแบ่งประเภทนโยบายที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ หลักการแบ่งประเภทของโลวี (Lowi, 1964, pp. 667-715) ได้แบ่ง นโยบายสาธารณะออกเป็น 4 ประเภทคือ

2.1.5.1 นโยบายบังคับ (regulation) เป็นนโยบาย ที่เห็นได้ชัด ได้แก่ การออกกฎหมาย หรือ กฎระเบียบต่าง ๆ

2.1.5.2 นโยบายกระจายทรัพยากร (distribution) เป็นนโยบาย ที่จัดหาสินค้าและให้บริการแก่คนบางกลุ่ม เช่น นโยบายสวัสดิการและสุขภาพต่างๆ และนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาล จัดอยู่ในประเภทนี้

2.1.5.3 นโยบายจัดทรัพยากรใหม่ (redistribution) เป็นการนำนโยบายที่มีอยู่แล้วมาจัดทำใหม่ หรือเป็นนโยบายที่เพิ่มเติมขึ้นนอกเหนือจากนโยบายพื้นฐาน ซึ่งมีผลกระทบต่อการสร้างพื้นฐานของสังคม เช่น นโยบายภาษีก้าวหน้า ซึ่งเก็บจากคนรวยมากกว่าคนจน

2.1.5.4 นโยบายเชิงสัญลักษณ์ (symbolic policy) เป็น นโยบายเกี่ยวกับการอ้างสิ่งดีงามของสังคมหรือ การรักษาไว้ซึ่งสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี ศิลปวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของสังคม เช่น การจัดประเพณีสงกรานต์ ประเพณีทางศาสนา และการจัดเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น

สไตส์ (Steiss, 2003) ได้จำแนกนโยบายไว้ 4 ประเภท คือ นโยบายพื้นฐาน นโยบายการบริหาร นโยบายดำเนินการ และ นโยบายว่าด้วยวิธีการทำงาน โดยผ่านในภาพของเมทริก นโยบาย (policy level) ทั้งนี้ หลัก เนื้อหา นโยบาย มี 5 มิติ คือ (1) ตอบคำถามอะไร (what) คือ วัตถุประสงค์ของนโยบาย (objectives) (2) จะทำเมื่อไร (when) คือ การลำดับความสำคัญของนโยบาย (priorities) (3) จะทำที่ไหน (where) คือ พื้นที่ที่มุ่งเน้น (locus) (4) จะทำอย่างไร (how) คือวิธีการ (means) และ (5) มีมาตรฐานอะไร (standards) คือ กำหนดเพื่อการประเมิน ส่วนระดับนโยบาย มี 5 ระดับ คือ (1) นโยบายทั่วไป (2) แผนนโยบาย (3) แผนงานนโยบาย (program policy) (4) การปฏิบัติใช้นโยบาย (implementing policy) และ (5) การควบคุมนโยบาย (control policy) เมื่อนำเกณฑ์ด้าน

เนื้อหา นโยบายและระดับนโยบายมาไขว้กันในภาพเมทริก จึงสามารถจำแนกนโยบายออกเป็น 4 ลักษณะ ดังภาพที่ 2.1 (Steiss, 2003, p. 85)

	general policy	plan policy	program policy	implementing policy	control policy
objectives	Basic Policy			Administrative policy	
priorities					
locus					
means	Executive Policy			Technical Policy	
standards					

จาก Steiss, A. W. (2003). **Strategic management for public & nonprofit organization.**
New York: Marcel Decker., 85.

ภาพที่ 2.1 การจำแนกประเภทนโยบายโดย อลัน วาลเตอร์ สเตสส์

จากภาพที่ 2.1 แสดงเกณฑ์ด้านเนื้อหา นโยบายและระดับนโยบาย ที่ อลัน วาลเตอร์ สเตสส์ คิดค้นขึ้นสามารถแบ่งนโยบาย ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้ (1) นโยบายพื้นฐาน (basic policy) เป็นนโยบายหรือแผนนโยบาย ในระดับทั่วไป ให้ความสำคัญกับวัตถุประสงค์และลำดับความสำคัญ ของประเด็นปัญหาต่าง ๆ เช่น นโยบายพื้นฐานแห่งรัฐที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ คำแถลงนโยบาย ของรัฐบาล แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น (2) นโยบายการบริหาร (executive policy) เป็นแผนนโยบาย เหมือนกับนโยบายพื้นฐาน ที่ให้ความสำคัญกับการกำหนดมาตรฐานการ ดำเนินการ เพื่อวางหลักการให้กับผู้ปฏิบัติ เช่น แนวนโยบายของรัฐมนตรีที่กำหนดให้กระทรวง นำไปเป็นกรอบในการปฏิบัติ (3) นโยบายดำเนินการ (administrative policy) เป็นนโยบายในระดับ การนำไปปฏิบัติและการควบคุม ซึ่งผูกติดอยู่กับหน่วยปฏิบัติ และเป็นนโยบายที่ให้ความสำคัญกับ การวางวัตถุประสงค์และลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาต่าง ๆ (4) นโยบายว่าด้วยวิธีการ ทำงาน (technical policy) เป็นนโยบายในระดับการนำไปปฏิบัติและการควบคุม ซึ่งผูกติดอยู่กับ

หน่วยปฏิบัติเหมือนกับนโยบายการดำเนินการ ให้ความสำคัญกับการกำหนดวิธีการและมาตรฐานการดำเนินการเช่น อธิปไตยหรือหัวหน้าส่วนราชการวางขั้นตอนในการปฏิบัติงานและวิธีการทำงานเพื่อให้เป็นไปตามกรอบหรือบรรทัดฐานที่สายบังคับบัญชากำหนด นอกจากนี้ โพรซ็อก ได้ปรับเปลี่ยนเพิ่มอีก 2 ประเภท คือ ประเภทแรก นโยบายสะสมทุน (capitalization) คล้ายกับนโยบายกระจายทรัพยากรแต่จำแนกออกเพื่อระบุว่าไม่ได้กระจายเพื่อบริโภค หากแต่รัฐบาล ต้องการเงินอุดหนุนเพื่อให้เกิด การสะสมทุน และประเภทสอง นโยบายจริยธรรม (ethical ruling) เป็นการกำหนด ความถูกต้องของการปฏิบัติตามหลักศีลธรรมที่เชื่อถือ ซึ่งอาจไม่ใช่ความผิดที่ทุกคนเห็นตรงกัน เช่น กฎหมายห้ามทำแท้ง หากรวมการแบ่งของโลวี กับการแบ่งของโพรซ็อกด้วยกัน ประเภทของนโยบายสามารถมีทั้งหมด 5 ประเภท คือ นโยบายบังคับ นโยบายกระจายทรัพยากร นโยบายจัดสรรทรัพยากรใหม่ นโยบายสะสมทุน และ นโยบายการออกกฎเกณฑ์ทางจริยธรรม (Frohock, 1979, pp. 13-15) สำหรับนโยบายการให้บริการอากาศยานพญาบาลไทยเป็นประเภทนโยบายกระจายทรัพยากรและนโยบายจัดสรรทรัพยากรใหม่

ในการศึกษา นโยบายสาธารณะของนักวิชาการแต่ละท่านมีประเด็น วิธีการ และขั้นตอนการศึกษาแตกต่างกันไป แต่เป้าหมายหลักคล้ายคลึงกันคือ การอธิบายถึงปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกำหนดนโยบาย สาเหตุ ผลลัพธ์ของนโยบายที่เกิดขึ้นในสังคม หากพิจารณาแล้ว นโยบายสาธารณะแบ่งออกเป็น 2 แนวทางใหญ่ ๆ คือ นโยบายสาธารณะที่ เน้นการแบ่งประเภท และ เน้นกระบวนการหรือขั้นตอนของการกำหนดและการปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม อาจผสมผสานทั้ง 2 วิธี เข้าด้วยกัน คือ เป็นการอธิบายประเภทของนโยบายใดๆ โดยเน้นการพิจารณาตามกระบวนการทั้งหมดหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งทั้งนี้ เจมส์ แอนเดอร์สัน ได้แบ่งประเภทของนโยบายที่ทำการศึกษาเป็น 11 ประเภท ได้แก่ (1) นโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจ (2) นโยบายด้านการพลังงาน (3) นโยบายด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ (4) นโยบายด้านการสวัสดิการสังคม การรักษาพยาบาล และการแก้ปัญหาความยากจน (5) นโยบายกระจายความเท่าเทียมกันทางด้านผลประโยชน์และรายได้ (6) นโยบายด้านการศึกษา (7) นโยบายด้านสิทธิมนุษยชน (8) นโยบายที่เกี่ยวกับการดำเนินธุรกิจ (9) นโยบายด้านแรงงาน (10) นโยบายด้านการเกษตร และ (11) นโยบายด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ขณะที่ ลิฟเลย์ และแฟรงคลิน (Ripley & Franklin, 1984) ได้แบ่งประเภทของนโยบายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) นโยบายภายในประเทศ เช่น นโยบายกระจายความกินดีอยู่ดี นโยบายเกี่ยวกับการจัดระเบียบเพื่อจัดการผูกขาด นโยบายเกี่ยวกับการจัดระเบียบกฎเกณฑ์เพื่อป้องกันผู้บริโภค นโยบายเกี่ยวกับการกระจายความเท่าเทียมกันทางสังคม ได้แก่ การกำหนดอัตราภาษี และ (2) นโยบายด้านการต่างประเทศ และการป้องกันประเทศ แบ่ง เป็น 3 ประเภท คือ นโยบายด้านการเสริมสร้างและพัฒนากำลังทหาร มีจุดหมายเพื่อจัดสรร พัฒนาและเพิ่มพูนสมรรถภาพทางการ

ทหาร นโยบายด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาความสัมพันธ์กับต่างประเทศ และ นโยบายเกี่ยวกับวิกฤตการณ์ระหว่างประเทศ เป็นนโยบายที่เกี่ยวกับการตอบสนองต่อปัญหาเร่งด่วนที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด โดยเฉพาะปัญหาที่กระทบกระเทือนต่อความมั่นคงของชาติ (Ripley & Franklin, 1984, pp. 21-30)

2.1.6 มิติของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะมีหลายมิติ ฮ็อกวูด และกันน์ (Hogwood & Gunn, 1984). แบ่งมิติของนโยบายสาธารณะทั้งหมดออกเป็น 10 มิติ ดังนี้

2.1.6.1 ในฐานะที่เป็นชื่อของสาขากิจกรรม เป็นการบรรยายถึงกิจกรรมของรัฐบาลในสาขาต่าง ๆ เช่นนโยบายเศรษฐกิจ นโยบายสังคม นโยบายต่างประเทศ หรือนโยบายที่เฉพาะเช่นนโยบายของรัฐบาลต่ออุตสาหกรรมของประเทศ เป็นต้น

2.1.6.2 ในฐานะที่เป็นการแสดงวัตถุประสงค์กว้าง ๆ หรือแสดงถึงสภาพของกิจการที่พึงปรารถนา

2.1.6.3 ในฐานะที่เป็นข้อเสนอเฉพาะเรื่อง ขององค์การสาธารณะต่าง ๆ เช่นกลุ่มผลประโยชน์ พรรคการเมือง ที่ต้องการให้รัฐบาลดำเนินการในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2.1.6.4 ในฐานะกรณีการตัดสินใจเฉพาะเรื่องของรัฐบาล เช่น การตัดสินใจเมื่อเกิดวิกฤติในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2.1.6.5 ในฐานะที่เป็นการใช้อำนาจหน้าที่อย่างเป็นทางการตามกฎหมายหรือข้อบังคับต่าง ๆ

2.1.6.6 ในฐานะการกำหนดรายละเอียดเฉพาะของกิจกรรมที่รัฐบาลจะปฏิบัติตามตารางเวลา รวมไปถึง การจัดองค์การและทรัพยากรต่าง ๆ ที่มอบให้แก่ผู้ปฏิบัติ

2.1.6.7 ในฐานะผลผลิต ที่รัฐบาลจัดให้แก่ประชาชน โดยผ่านการพิจารณาจากฝ่ายนิติบัญญัติ เช่น การจ่ายเงิน การจัดสินค้าและบริการให้ประชาชน การบังคับให้เป็นไปตามกฎหมาย การเก็บภาษี

2.1.6.8 ในฐานะผลลัพธ์จริงตามนโยบาย ซึ่งความแตกต่างระหว่างผลผลิต (output) กับผลลัพธ์ (outcome) อยู่ที่ผลผลิตเป็นกิจกรรมที่รัฐบาลได้กระทำ ส่วนผลลัพธ์เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อจากกิจกรรมซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้รู้ว่าจริง ๆ แล้ววัตถุประสงค์ของนโยบายนั้นได้บรรลุหรือไม่และเป็นการบรรลุผลในด้านใด

2.1.6.9 ในฐานะทฤษฎีหรือตัวแบบ กล่าวได้ว่าทุก ๆ นโยบายมีแบบฐานคติที่รัฐบาลสามารถทำได้และก่อให้เกิดผลลัพธ์ ซึ่งฐานคตินี้ มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลต่อกัน ในขณะที่

เดียวก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามมา หากเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุและผลแล้ว แสดงว่าเกิดเป็นทฤษฎีหรือตัวแบบ และ

2.1.6.10 ในฐานะกระบวนการ ที่ต่อเนื่องเหมือนกับภาพยนตร์ที่สามารถดูกระบวนการตัดสินใจติดต่อกันไป การวิเคราะห์นโยบายในแง่กระบวนการจึงทำให้เห็นภาพที่ละเอียดถี่ถ้วนจนหมด รวมทั้งสามารถติดตามความคืบหน้าแต่ละขั้นตอนได้ (Hogwood & Gunn, 1984, pp. 12-31)

โดยสรุป อ็อกกูค และกันน์ เสนอว่ามิติของนโยบายสาธารณะมีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับการพิจารณา เช่น อาจมองไปที่กิจกรรมด้านใดด้านหนึ่งของรัฐบาล วัตถุประสงค์ ข้อเสนอหรือประเด็นเฉพาะเรื่อง การตัดสินใจ การออกกฎหมาย แผนงาน โครงการของรัฐบาล ผลผลิต ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ หรือในแง่ของทฤษฎีและตัวแบบ เกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ แต่ถ้าจะมองให้เห็นภาพเคลื่อนไหวทั้งหมดแล้วก็ต้องมองเป็นกระบวนการ

2.1.7 เครื่องมือของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะเป็นเครื่องมือของการปกครองสมัยใหม่ รวมถึงนโยบายภาคสังคมหรือพลเมืองด้วย รัฐบาลมีเครื่องมือหลายอย่างที่สร้างอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงชีวิตผู้คนในสังคม การเลือกใช้เครื่องมือแต่ละอย่างขึ้นอยู่กับประสิทธิผล เหตุผลทางการเมืองและประเพณี เครื่องมือนโยบายบางอย่างอาจได้ผลกับนโยบายเฉพาะบางด้าน แต่อาจใช้ไม่ได้กับนโยบายด้านอื่น และเครื่องมือนโยบายที่สำคัญที่ค้นคว้ามาดังต่อไปนี้ (Peters, 1986, pp. 5-10)

2.1.7.1 กฎหมาย (Law) เป็นเครื่องมือเฉพาะของรัฐบาล ภาคเอกชนอาจใช้เครื่องมืออื่นผลักดันนโยบายได้ แต่ไม่สามารถใช้กฎหมายได้เหมือนรัฐบาล รัฐบาลสามารถออกกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ โดยอาศัยอำนาจรัฐหนุนหลัง ส่วนมากการออกกฎหมายมีผลบังคับให้คนปฏิบัติตามได้เลย แต่นโยบายหลายอย่างก็ต้องบังคับ และติดตามผลด้วย ข้อเสนอแนะ คือ กฎหมายสร้างสิทธิให้พลเมือง และกฎหมายมีทั้งประโยชน์และเป็นภาระแก่ประชาชน

2.1.7.2 การบริการ (Service) รัฐบาลได้จัดบริการสังคมจำนวนมาก เช่น การป้องกันประเทศ การศึกษา แต่การจัดบริการของรัฐบาลบางประเภททำให้เกิดปัญหาขึ้นหลายอย่าง โดยเฉพาะปัญหาค่าใช้จ่าย ที่ไม่สอดคล้องกับประสิทธิภาพการบริการ

2.1.7.3 เงิน (Money) เป็นการโอนเงินกลับคืนให้ประชาชน ผ่านองค์การและหน่วยงานในลักษณะ ให้เงินอุดหนุนต่าง ๆ เช่น ประกันสังคม ประกันการตกงาน เงินอุดหนุนเกษตรกร หรืออื่น ๆ ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ค่อยได้ผลตรงตามเป้าหมายของนโยบาย เพราะ เงินที่ให้คืนอาจไม่ถึงมือคนบางกลุ่มอย่างที่ตั้งใจ

2.1.7.4 ภาษีอากร (Taxes) รัฐบาลเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ผ่านระบบการเก็บภาษีอากร การเลือกประเภทและฐานภาษีมีผลอย่างมากต่อการกระจายรายได้ ในทางทฤษฎี การเพิ่มภาษีจะไปลดอำนาจการจ่ายของประชาชน ขณะที่การลดภาษีช่วยเพิ่มอำนาจการจ่ายให้ประชาชน ภาษีอาจเป็นเครื่องมือของนโยบาย ตรงที่ สร้างแรงจูงใจหรือยับยั้งการกระทำบางอย่างซึ่งอาจดีกว่าการบังคับโดยตรง

2.1.7.5 เครื่องมือทางเศรษฐกิจชนิดอื่น ๆ (Other economic instruments) เช่น การให้เครดิตเกษตรกรเพื่อซื้อที่ดิน และสินค้าทางการเกษตร การช่วยเหลือหรือยกเลิกการค้าประกัน เช่น การประกันน้ำท่วม เครื่องมือทางเศรษฐกิจเหล่านี้มีความสำคัญต่อผู้รับผลประโยชน์

2.1.7.6 การขอร้อง (Suasion) หากเครื่องมือต่าง ๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดล้มเหลว รัฐบาลใช้วิธีการขอร้อง แทนวิธีบีบบังคับ เพราะ การบังคับจะได้ผลก็ต่อเมื่อประชาชนเห็นว่ารัฐบาลแสดงออกโดยชอบธรรม มิฉะนั้น การขอร้องจะไม่ได้ผล

2.1.8 บริบทของนโยบายสาธารณะ

นโยบายสาธารณะโดยทั่วไปเกิดขึ้นจากสภาพแวดล้อมทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ นโยบายสาธารณะแต่ละนโยบายมีบริบทเฉพาะของตัวเอง ซึ่งเป็นแนวทางกำหนดประเด็นและเนื้อหาของนโยบาย บริบทที่สำคัญของนโยบายสาธารณะในปัจจุบันได้แก่

2.1.8.1 บริบททางด้านสถาบัน หมายถึง โครงสร้างและสถาบันทางการเมืองที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบการเมือง ระบบตรวจสอบและถ่วงดุล ซึ่งเป็นตัวกำหนดนโยบายมาอย่างต่อเนื่อง

2.1.8.2 บริบททางด้านเศรษฐกิจ เป็นบริบทที่สำคัญมากเพราะ นโยบายที่ริเริ่มใหม่หรือที่เกิดจากการปรับปรุงนโยบายเก่ามาจากปัญหาเศรษฐกิจ

2.1.8.3 บริบททางด้านประชากร เช่นลักษณะประชากร ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เช่น อัตราการเกิด ช่วงอายุขัย โอกาสการทำงานและการอพยพ

2.1.8.4 บริบททางด้านอุดมการณ์ ส่วนหนึ่งเกิดจากแรงผลักดันจากอุดมการณ์ ซึ่งมีตั้งแต่อุดมการณ์ซ้ายสุดไปจนถึงขวาสุด อนุรักษนิยม เสรีนิยม และท้องถิ่นนิยม (Cochran, Mayer, Carr & Cayer, 1986, pp. 8-14)

2.2 การกำหนดนโยบาย

กระบวนการหรือขั้นตอนของการกำหนดนโยบาย เป็นทางเลือก ซึ่งเน้นการตัดสินใจของสถาบันหลักของรัฐ ได้แก่ สถาบันนิติบัญญัติ บริหาร และตุลาการ ในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันและระหว่างผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายระดับต่าง ๆ โดยมุ่งไปที่ประเด็นขั้นตอนการดำเนินงานของรัฐ ตั้งแต่ปัญหาต่าง ๆ (Jones, 1978, p. 3)

การกำหนดนโยบาย ประกอบด้วยกระบวนการนโยบาย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การก่อตัวของปัญหา การยกปัญหาขึ้นพิจารณาโดยผู้มีอำนาจ การกำหนดนโยบายและพิจารณารับรองหรืออนุมัติให้ใช้นโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบายซึ่ง พบว่าขั้นตอนการหยิบยกปัญหามาพิจารณาโดยผู้มีอำนาจและการกำหนดนโยบายถือเป็นขั้นตอนที่ใกล้ชิดกันมากทำให้การนำเสนอในหลาย ๆ ส่วนอาจมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน (Bullock, Anderson & Brady, 1983, pp. 4-9) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำเสนอโดยเน้นบางขั้นตอน ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานหรือองค์การภาครัฐที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย ทั้งนี้ขั้นตอนในการกำหนดนโยบาย โดยทั่วไปนอกจากแบ่งขั้นตอนกระบวนการนโยบายข้างต้นแล้ว โจนส์ (Jones, 1978) เนเกล (Nagel, editor, 1983) อมร รัชศาสตร์ (2520) ได้แบ่งขั้นตอนการศึกษากระบวนการนโยบายที่มีขั้นตอนแตกต่างกันออกไป โดยได้ขยายรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนเพิ่มขึ้น ซึ่งโดยสรุปแล้วผู้วิจัยเห็นว่าไม่แตกต่างจากขั้นตอนที่เสนอโดย บุลล็อก มากนัก

2.2.1 ความหมายของการกำหนดนโยบาย

การกำหนดนโยบาย (policy formulation) หมายถึง ขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาวิธีการที่เกี่ยวข้อง ตรงประเด็น และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปในการแก้ไขปัญหาเชิงนโยบายที่เกิดขึ้น ซึ่งผลผลิตของการกำหนดนโยบายไม่ใช่เฉพาะภาพแบบของกฎหมายเท่านั้น อาจเป็นภาพของนโยบาย คำสั่ง รวมทั้งระเบียบข้อบังคับทางการบริหารต่าง ๆ (Anderson, editor, 1984, p. 53) นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อแก้ไขปัญหาเชิงนโยบาย ที่ต้องอาศัยเทคนิคในการวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจว่าแนวทางการแก้ปัญหาใดจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยเทคนิคที่นำมาใช้ได้แก่ การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ และทฤษฎีการตัดสินใจ ซึ่งจะช่วยในการประเมินความเสี่ยง หรือความเป็นไปได้ของทางเลือก หรือใช้คาดการณ์ต้นทุนและผลประโยชน์ทางสังคมของประเด็นทางเลือกต่าง ๆ (Peters, 1986, p. 51) แต่มีข้อสังเกตที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย 2 ประการ คือ (1) ในการกำหนดนโยบายบางครั้งผู้กำหนดนโยบายตัดสินใจไม่ทำอะไรกับปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ปล่อยให้ปัญหาแก้ไขตามระบบ จึงใช้เวลานานกว่าจะมีการกำหนดนโยบายขึ้น เช่น นโยบายเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือการคุ้มครองผู้บริโภคของไทย นโยบายการให้บริการอากาศยาน

พยาบาลก็เช่นกัน เป็นปัญหาที่ถูกปล่อยไว้นานหลายสิบปี จนเพิ่งมีการกำหนดนโยบายขึ้นในปัจจุบัน (2) ในการวิเคราะห์ทางเลือก พบว่าบางครั้งแนวทางเลือกที่สมเหตุสมผลที่สุดอาจไม่ถูกเลือกเพราะผู้กำหนดนโยบายอาศัยประสบการณ์ และความเคยชิน ตามแนวทางที่เคยปฏิบัติ เป็นสูตรสำเร็จในการแก้ไขปัญหา แทนการเปลี่ยนแนวทางที่ต้องใช้เทคนิคสมัยใหม่ที่ตนไม่คุ้นเคย

โจนส์ และ แม็ธเชส (Jones & Mathes, 1983, pp. 130-131) และ ปีเตอร์ส (Peters, 1983, pp. 151-155) กล่าวถึงบุคคลหรือกลุ่มที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย ว่า การกำหนดนโยบายเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอน โดยเฉพาะบทบาทของผู้เกี่ยวข้องต่างกันไป นโยบายบางประเภทผู้มีบทบาทอาจประกอบด้วยบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในวงกว้าง แต่นโยบาย ที่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น นโยบายเกี่ยวกับการประมง การแก้ไขปัญหาหาค่าพืชผลตกต่ำ หรือการก่อสร้างทางหลวงแผ่นดิน บทบาทหลักในการกำหนดนโยบายจะตกอยู่กับกลุ่มบุคคลเพียงบางกลุ่มที่มีอำนาจและมีส่วนเกี่ยวข้องหลัก ๆ ได้แก่

1. กลุ่มข้าราชการ (Bureaucrats) ถือเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการแปลงนโยบายหลักของผู้บริหารให้เป็นนโยบายในทางปฏิบัติ เป็นกลุ่มบุคคลหลักในการกำหนดนโยบาย แม้ว่าในบางครั้งนโยบายจะถูกเสนอโดยคณะรัฐมนตรี หรือสภาผู้แทนราษฎร โดยตรงก็ตาม แต่พบว่ากลุ่มข้าราชการที่เกี่ยวข้องอยู่เบื้องหลังทั้งสิ้น กลุ่มนี้ถือเป็นผู้นำนโยบายไปปฏิบัติและเป็นผู้ให้ข้อมูลในการกำหนดนโยบาย ซึ่งมีทั้งในผลดีและผลเสีย กล่าวคือ ข้าราชการเป็นผู้รอบรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขณะเดียวกัน ความเคยชินกับวิธีการดำเนินงาน อาจทำให้นโยบายที่กำหนดขึ้นไม่สนองต่อปัญหาใหม่ และกลุ่มนี้มีแนวโน้มจะกำหนดนโยบายในลักษณะปกป้องตนเอง โดยไม่พยายามกำหนดนโยบายใหม่ที่กระทบผลประโยชน์ของกลุ่มแต่นิยมกำหนดนโยบายขึ้นในลักษณะการค่อย ๆ ปรับแก้จากนโยบายที่มีอยู่เดิม เนื่องจากมีโอกาสผิดพลาดน้อยกว่าการริเริ่มใหม่ และคงรักษาบทบาทเดิมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไว้เพื่อค้ำประกันเสถียรภาพของระบบ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคมากต่อการริเริ่มนโยบายใหม่ และเมื่อต้องเผชิญกับการแก้ไขปัญหา จะสนองตอบต่อปัญหาโดยเน้นอาศัยประสบการณ์ และอำนาจ ที่หน่วยงานตัวเองมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ในทางกลับกัน ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีผลทำให้เกิดความจำกัดต่อมุมมองปัญหาต่าง ๆ เสมือนสูตรสำเร็จที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าในการแก้ไขปัญหา จึงไม่พยายามกำหนดนโยบายใหม่

2. กลุ่มคณะที่ปรึกษา (Think tanks) หมายถึง คณะบุคคลที่เป็นนักวิชาการหรือผู้เชี่ยวชาญพิเศษในการวิเคราะห์และกำหนดนโยบาย ซึ่งนโยบายที่เกิดขึ้นจากกลุ่มนี้มักเป็นนโยบายที่แตกต่างจากนโยบายเดิมมาก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับนโยบายของกลุ่มข้าราชการ การใช้คณะที่ปรึกษามีข้อพึงพิจารณา 2 ประการ คือ (1) การคัดเลือกกลุ่มที่ปรึกษาซึ่งพบว่า

หน่วยงานที่ใช้กลุ่มที่ปรึกษาสามารถคัดเลือกกลุ่มบุคคลที่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกับตน และสามารถคาดหมายข้อเสนอแนะจากคณะที่ปรึกษาดังกล่าวได้ว่าสอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานตน ดังนั้น หน่วยงานจึงเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีแนวคิดใกล้เคียงกับตนเป็นที่ปรึกษาในการกำหนดนโยบาย (2) การที่คณะที่ปรึกษาบางกลุ่มดำเนินการในลักษณะเชิงนโยบาย เพื่อรักษาคุณค่าของตน จึงทำให้ต้องการพยายามแนะนำหน่วยงานผู้ว่าจ้างดำเนินการตามสิ่งที่ตน พอใจ ยอมรับ กระทั่งต่อคุณภาพของข้อเสนอที่จัดทำขึ้น และไม่มีสถาบันเสนอแนวทางที่ไม่ถูกต้องและต้องแก้ไขโดยเร่งด่วน เพราะจะไม่ได้รับการว่าจ้างอีก เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณ ระหว่างความซื่อสัตย์ ซื่อเท็จจริงและความอยู่รอดของหน่วยงานของตน

3. กลุ่มผลประโยชน์ (Interest group) มีบทบาทเสนอแนะปัญหาและผลักดันให้เป็นปัญหาเชิงนโยบาย และเสนอแนะแนวทาง การแก้ไขปัญหาทางปฏิบัติ จาก กฎสามเหลี่ยมหลัก ที่แสดงความสัมพันธ์ของหน่วยงาน สามฝ่าย ที่ประกอบด้วย คณะกรรมการเฉพาะด้านในสภา กลุ่มข้าราชการ และกลุ่มผลประโยชน์ พบว่ากลุ่มผลประโยชน์ที่สำคัญบางครั้ง สามารถผลักดันนโยบายของตนผ่านทางข้าราชการและสภาผู้แทนราษฎร ซึ่งนโยบายเหล่านี้มีลักษณะอนุรักษ์นิยม และเป็นการปรับเปลี่ยนหรือขยายตัวจากนโยบายที่มีอยู่เดิม เพื่อคงบทบาทและผลประโยชน์ของกลุ่มตน ปัจจุบันได้เกิดกลุ่มผลประโยชน์ใหม่ที่มีความแตกต่างจากเดิม คือ กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน ที่เน้นผลประโยชน์ของสาธารณะมากกว่าธุรกิจ ซึ่งมีบทบาทขัดแย้งกับกลุ่มผลประโยชน์เดิมและต่อต้านการกระทำที่ไม่ถูกต้องของภาครัฐ กลุ่มผลประโยชน์ประเภทนี้เน้นการเปลี่ยนแปลงนโยบาย โดยสนใจประเด็นส่วนเนื้อหา เช่น มาตรการความปลอดภัยของสินค้า ต่อต้านการผูกขาดสินค้า ต้องการปรับปรุงในส่วนวิธีการปฏิบัติ เช่น การแก้ไขระเบียบข้อบังคับที่ไม่เป็นธรรม ทั้งนี้ กลุ่มผลประโยชน์แบบนี้เน้นการเปลี่ยนแปลงแบบจับพลันจึงถือเป็นตัวถ่วงดุลที่สำคัญในกระบวนการกำหนดนโยบาย

4. สมาชิกสภานิติบัญญัติ (Congressman) เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบาย แม้ว่าไม่โดดเด่นในการเสนอกฎหมาย แทนการยอมรับตามข้อมูลและข้อเสนอของกลุ่มข้าราชการ กลุ่มนี้ทำหน้าที่คล้ายกับกลุ่มผลประโยชน์ที่เน้นภาพรวมของประชาชน และพยายามเปลี่ยนแปลงนโยบายในวงกว้าง แทนที่การปรับเปลี่ยนแบบค่อยเป็นค่อยไป ปัจจุบันสภานิติบัญญัติให้ความสำคัญต่อบทบาทการกำหนดนโยบายของสมาชิกสภามากขึ้น การกำหนดนโยบายจึงเป็นภารกิจที่สำคัญของฝ่ายนิติบัญญัติขณะที่ฝ่ายบริหารหรือคณะรัฐบาลทำหน้าที่เป็นฝ่ายนำกฎหมายที่ฝ่ายนิติบัญญัติกำหนดขึ้นไปปฏิบัติ

หากใช้หน่วยงานหรือองค์กรเพื่อแบ่งประเภทผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย โจนส์ และแม็ธเธส (Jones & Mathes, 1983) ได้แบ่งกลุ่มบุคคลเหล่านั้นออกเป็น 2 ส่วนคือ บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจากหน่วยงานภาครัฐและนอกหน่วยงานภาครัฐ ดังนี้

1. บุคคลหรือกลุ่มบุคคลในหน่วยงานภาครัฐ (Within government) ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารหน่วยงาน (political executives) รวมถึง ประธานาธิบดี นายกรัฐมนตรี นายกเทศมนตรี หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้ง บุคคลเหล่านี้อาจเป็นผู้เสนอนโยบายด้วยตนเองโดยขอความช่วยเหลือจากผู้ได้บังคับบัญชา ขณะเดียวกัน บุคคลเหล่านี้อาจทำหน้าที่เป็นตัวแทนรับข้อเสนอจากบุคคลอื่น ๆ เพื่อเสนอเป็นนโยบายได้เช่นกัน (2) ข้าราชการ (bureaucrats) บุคคลกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีบทบาทสนับสนุนและเสนอแนะความคิดเห็นแก่ผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย (3) กลุ่มที่ปรึกษา (consultant) เป็นกลุ่มที่มีบทบาทมากในการกำหนดนโยบาย ซึ่งคนกลุ่มนี้เป็นผู้ทำการศึกษาวิจัย เสนอแนะทางเลือกเพื่อแก้ไขปัญหาให้กับผู้กำหนดนโยบาย (4) สถาบันหรือสำนักวิจัย (research agencies) หน่วยงานในลักษณะนี้มีทั้งที่เป็นสถาบันของรัฐที่เน้น สนับสนุนให้ทุนแก่มหาวิทยาลัยและหน่วยงานเอกชน ศึกษาทำวิจัยให้ ซึ่งผลของการวิจัยนำมาเป็นพื้นฐานของการกำหนดนโยบาย (5) สถาบันนิติบัญญัติ (congress) ถือเป็นสถาบันหลักในการกำหนดนโยบาย แต่เนื่องจากข้อจำกัดในด้านข้อมูลและบุคลากรทำให้บทบาทของฝ่ายนิติบัญญัติในปัจจุบัน พยายามขยายขอบข่ายงานและจำนวนบุคลากรเพิ่ม เพื่อพัฒนาบทบาทการกำหนดนโยบายให้ทัดเทียมกับฝ่ายบริหาร และกลุ่มราชการ

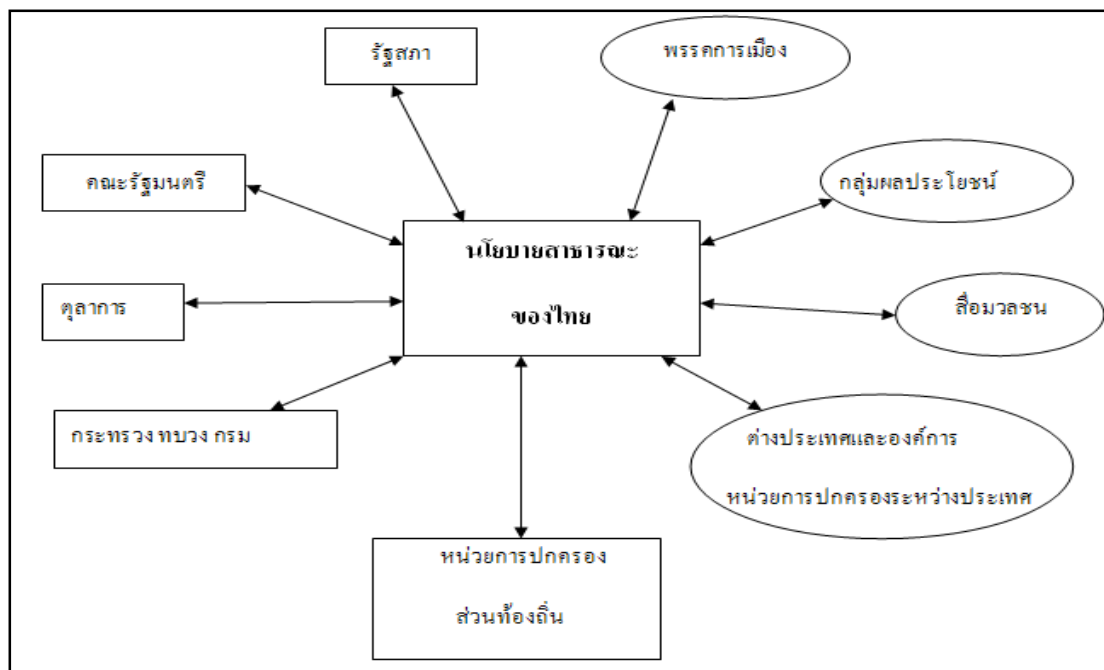
2. บุคคลหรือกลุ่มบุคคลนอกหน่วยงานภาครัฐ (Outside government) ประกอบด้วย (1) กลุ่มผลประโยชน์และสมาคมธุรกิจ (interest groups & associations) กลุ่มนักธุรกิจ สหภาพแรงงาน กลุ่มเกษตรกร และสมาคมวิชาชีพต่างๆบางครั้งเป็นผู้มีบทบาทต่อการกำหนดนโยบายของรัฐบาลและการวิจัยและเสนอแนะแนวทางเลือกให้แก่รัฐบาลด้วย (2) กลุ่มลูกค้า (clientele group) หมายถึง ผู้ใช้บริการของรัฐ หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือเกี่ยวข้องกับนโยบายของรัฐ ซึ่งกลุ่มนี้จะรักษาและขยายผลประโยชน์ที่ตนได้รับร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการกำหนดนโยบาย (3) สมาคมเอกชน (citizen groups) หมายถึง กลุ่มของประชาชนทั่วไปรวมกันเพื่อเป้าหมายเฉพาะด้านในการรณรงค์ให้รัฐบาลดำเนินการนโยบายซึ่งบทบาทหลักของกลุ่มนี้คือการชี้ปัญหาและเสนอแนะทางเลือกที่เหมาะสม (4) พรรคการเมือง (political parties) ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทในการเสนอนโยบายในนามของพรรค ในลักษณะของฝ่ายค้านหรือฝ่ายรัฐบาล (5) สื่อมวลชน (mass media) นิตยสารหรือหนังสือพิมพ์ ถือเป็นช่องทางในการเสนอปัญหาและเสนอแนะวิธีการแก้ไขที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันสื่อโทรทัศน์ที่ได้รับการยอมรับ มีบทบาทและมีผลกระทบอย่างกว้างขวางในการชี้นำปัญหาเชิงนโยบาย เพราะสามารถกระตุ้นความสนใจในประเด็นนโยบายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โจนส์และแม็ธเชส ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับบทบาทในการกำหนดนโยบายของฝ่ายต่าง ๆ เพิ่มเติม ดังนี้ (1) การกำหนดนโยบายอาจเกิดจากความร่วมมือของหลายฝ่าย หรือแบ่งงานกันทำ (2) นโยบายของรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลของประเทศหนึ่ง ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายของรัฐบาลในระดับภูมิภาคและท้องถิ่นหรือรัฐบาลของประเทศอื่น ๆ เช่น การออกกฎหมายเกี่ยวกับการจัดเก็บภาษี โดยรัฐบาลกลางหรือปัญหาเกี่ยวกับลิขสิทธิ์ เป็นต้น (3) การกำหนดนโยบายของชนกลุ่มหนึ่งมักจะเกิดผลกระทบให้ชนอีกกลุ่มหนึ่งคิดนโยบายที่แตกต่างกันขึ้นมาแข่งขัน ซึ่งผลของการแข่งขันอาจส่งผลให้เกิดความร่วมมือของทั้งสองกลุ่มเข้าด้วยกัน ทำให้นโยบายดำเนินได้อย่างรวดเร็ว (4) นโยบายบางอย่างสามารถก่อตัวขึ้นได้อย่างรวดเร็วจากเหตุการณ์ที่กระตุ้นให้ประชาชนสนใจ เช่น กรณีความประพฤตินอกถิ่นนอกทางของพระสงฆ์ เป็นต้น (5) การกำหนดนโยบายใด ๆ ขึ้นมา ผู้เกี่ยวข้องจะมีบทบาทมากขึ้นแตกต่างกันไปตามประเภทของนโยบาย เช่น การกำหนดนโยบายในยุคเผด็จการที่ผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายจะเน้นเฉพาะในกลุ่มผู้นำเท่านั้น ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลหรือกลุ่มที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย ในปัจจุบัน องค์การข้ามชาติ มีบทบาทและมีอิทธิพลในการกำหนดนโยบาย และพบว่าผู้มีอิทธิพลต่างชาติให้ความสนใจ 2 ประเด็นหลัก และเข้ามา มีบทบาทมากที่สุด ได้แก่ ประเด็นด้านการค้า และด้านการเงิน (Howlett & Ramesh, 1995, pp. 69-73) ปัญหาที่ผู้กำหนดนโยบายมักพบในการกำหนดนโยบาย คือ การขาดข้อมูลประกอบการตัดสินใจ และการขาดความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหา ปัญหาในมิติทั้งสองสามารถนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งประเภทหรือชนิดของการกำหนดนโยบายได้ ดังต่อไปนี้ (1) การกำหนดนโยบายในลักษณะของงานประจำ (routine policy) ที่มีลักษณะไม่ซับซ้อนเป็นขั้นตอนการบริหารงานปกติ เช่น นโยบายเกี่ยวกับการประกันสังคมที่การกำหนดนโยบายค่อนข้างมีความแน่ชัด มีข้อมูลประกอบทฤษฎีที่ครบถ้วน สามารถนำมาใช้ในการอธิบายสาเหตุของปัญหา ทำให้การกำหนดนโยบายมีลักษณะซ้ำๆ ไม่แตกต่างไปจากนโยบายเดิมที่มีอยู่ (2) การกำหนดนโยบายในเรื่องใหม่ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน (creative policy) เป็นลักษณะที่แตกต่างจากภาพแบบแรกโดยสิ้นเชิงคือ ขาดทั้งข้อมูลพื้นฐานและแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ตัวอย่างการกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับภาพแบบนี้ได้แก่ การวิจัยและพัฒนา (research & development) เกี่ยวกับปัญหาใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในแวดวงสาธารณสุข รวมทั้งในกรณีของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับงานทางสังคมสงเคราะห์ ที่มีลักษณะเฉพาะราย และแตกต่างทั้งในส่วนของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ จึงไม่สามารถกำหนดนโยบายที่แน่นอนตายตัวได้ (3) การกำหนดนโยบายในลักษณะที่เป็นเงื่อนไข (conditional policy) เป็นการกำหนดนโยบายในสถานการณ์มีรายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แต่ขาดความเข้าใจในสาเหตุของปัญหาที่ชัดเจน ลักษณะของเหตุและผล อาศัยตัวชี้วัดบางอย่างเป็นตัวกำหนด เช่น นโยบายการแก้ไขปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งการกำหนดนโยบายอาศัยการวิเคราะห์จากตัวชี้วัดบางอย่าง เช่น อัตราการว่างงาน อัตรา

ความเจริญทางเศรษฐกิจ ภาวะเงินเฟ้อ แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายไม่ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงว่าอะไรเป็นสาเหตุทำให้เศรษฐกิจตกต่ำก็ตามและ (4) การกำหนดนโยบายที่มีลักษณะเฉพาะ (craftsman policy) เป็นการกำหนดนโยบายที่ผู้กำหนดนโยบายมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาและวิธีแก้ไขเป็นอย่างดี แต่ปัญหาคือความไม่ชัดเจน แน่นนอน ของข้อมูล เช่น นโยบายด้านการป้องกันประเทศ ที่รัฐบาลมีความรู้ความเข้าใจเป็นอย่างดีเกี่ยวกับการตอบสนองวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น แต่มีข้อจำกัดคือไม่รู้ข้อมูลของฝ่ายตรงข้ามเกี่ยวกับศักยภาพพื้นฐานและ เจตนาธรรมณ์ในการดำเนินงานที่แท้จริง ดังนั้นการกำหนดนโยบายในลักษณะนี้จึงมีลักษณะของการสมมุติสถานการณ์ และการกำหนดทางเลือกไว้ โดยอาศัยการประเมินสถานการณ์ต่อครั้งเพื่อ ประกอบการตัดสินใจ (Rowe, 1977)

2.2.2 ผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

สุรสีห์ วชิรขจร (2549, หน้า 144) กล่าวว่าองค์กรที่มีบทบาทและเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะในประเทศไทยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มองค์กรที่มีอำนาจตามกฎหมาย (ไพศาล สุริยะมงคล, 2535) ได้แก่ รัฐสภา คณะรัฐมนตรี กระทรวง ทบวง กรม ศาล และหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มองค์กรหรือบุคคลที่มีบทบาทหรือมีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการ ได้แก่ พรรคการเมือง กลุ่มผลประโยชน์ สื่อมวลชน รวมทั้งประเทศต่าง ๆ ที่เรามีความสัมพันธ์ ด้วยและองค์การระหว่างประเทศ ดังแผนภาพที่ 2.2



หมายเหตุ: □ องค์การที่มีอำนาจตามกฎหมายในการกำหนดนโยบายสาธารณะ
○ องค์การหรือบุคคลที่มีส่วนร่วมอย่างไม่เป็นทางการในการกำหนดนโยบายสาธารณะ

จาก ไพศาล สุริยะมงคล. (2535). นโยบายสาธารณะของไทย. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 709-724.

ภาพที่ 2.2 องค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศไทย

รายละเอียดจากภาพที่ 2.2 แสดงองค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศไทย พบว่าองค์การที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะของประเทศไทย มีทั้งองค์การที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการดังต่อไปนี้

องค์การที่มีอำนาจตามกฎหมาย มีอำนาจกำหนดนโยบายสาธารณะผ่านภาพแบบต่าง ๆ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย องค์การซึ่ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ฝ่ายนิติบัญญัติหรือรัฐสภา ภายใต้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดรัฐสภาเป็นสภาคู่ ซึ่งประกอบด้วยสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภา (มาตรา 90) ซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะใน 2 ลักษณะแบบแรก คือ การจัดทำกฎหมาย ถือเป็น

นโยบายสาธารณะภาพแบบหนึ่งและการตรากฎหมายถือเป็นอำนาจหน้าที่สำคัญที่สุดของรัฐสภา โดยหลักการของระบบประชาธิปไตย การอนุมัติหรือไม่อนุมัติร่างพระราชบัญญัติ พระราชกำหนด ที่ฝ่ายบริหารหรือสมาชิกสภาเป็นผู้เสนอต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากรัฐสภา และแบบที่สอง คือ การควบคุมการบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาล ตามอำนาจหน้าที่ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน เป็นการควบคุมนโยบายและการดำเนินงานของรัฐบาล ซึ่งรัฐสภาสามารถกระทำได้ โดยการตั้งกระทู้ถามรัฐมนตรีในข้อเท็จจริงหรือนโยบายอันเกี่ยวกับงานในหน้าที่รัฐมนตรี และการเสนอญัตติเปิดอภิปรายทั่วไปเพื่อลงมติไม่ไว้วางใจรัฐมนตรีเป็นรายบุคคลหรือทั้งคณะได้

2. คณะรัฐมนตรี เป็นองค์คณะบุคคลสูงสุดที่รับผิดชอบในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน กำหนดนโยบาย และติดตามผลการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ซึ่งพิจารณาอำนาจหน้าที่ของคณะรัฐมนตรี ดังนี้ (1) การวางนโยบายในการบริหารราชการแผ่นดิน โดยหลักของระบอบประชาธิปไตยถือว่ากลุ่มนี้มาบริหารราชการแผ่นดินแทนประชาชน ผู้เป็นเจ้าของอำนาจอธิปไตย รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้กำหนดให้คณะรัฐมนตรีต้องแถลงนโยบายต่อรัฐสภา โดยไม่มีการลงมติให้ความไว้วางใจ (มาตรา 211) จึงถือได้ว่า การแถลงนโยบายของรัฐบาลเป็นการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหารประเทศ (2) การวางระเบียบข้อบังคับให้กระทรวง กรม ถือปฏิบัติ มีลักษณะเป็นนโยบายอย่างหนึ่ง เพื่อให้กิจการในกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ ปฏิบัติ เป็นไปในทางเดียวกัน เพราะรัฐธรรมนูญและกฎหมายมีรายละเอียดไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ในการปฏิบัติราชการได้ เหตุนี้คณะรัฐมนตรีในฐานะหัวหน้าฝ่ายบริหารจึงต้องวางระเบียบ เป็นนโยบายอีกภาพแบบหนึ่งให้ถือปฏิบัติ (3) การพิจารณาและมีมติในเรื่องต่าง ๆ ที่กระทรวง ทบวง กรม เสนอมาเนื่องจากการปฏิบัติงานมักมีปัญหาก่อขึ้นเสมอ รวมทั้งในบางเรื่องกฎหมายกำหนดให้คณะรัฐมนตรีเป็นผู้อนุมัติ อาจเกี่ยวกับนโยบายของรัฐบาล จึงเป็นการจำเป็นที่กระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ จะได้เสนอขอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเพื่อวินิจฉัยชี้ขาด

3. กระทรวง ทบวง กรม ตามโครงสร้างการบริหารราชการแผ่นดินซึ่งรวมเรียกว่าระบบราชการ ถือเป็นผู้ปฏิบัติ นำเอานโยบายสาธารณะที่กำหนดขึ้นโดยรัฐมนตรีหรือคณะรัฐมนตรีไปปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ ความเป็นจริงพบว่า ฐานะของกลุ่มนี้กลับเป็นผู้รวบรวมวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการกำหนด นโยบาย และบางครั้งกลับเป็นผู้มีบทบาทในการตัดสินใจแทนฝ่ายการเมืองด้วย

สภาพการณ์ปัจจุบันความซับซ้อนในการกำหนดนโยบายที่มีมากขึ้น คณะรัฐมนตรีหรือฝ่ายรัฐสภามีข้อมูล และเวลาค่อนข้างจำกัด จึงได้มีการมอบหมายอำนาจในการวางกฎระเบียบและนโยบายของประเทศให้แก่หน่วยราชการ สามารถมีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะบางประการ เช่น การกำหนดแนวทางการพัฒนาประเทศของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การกำหนดเส้นทาง ขนาด และภาพแบบการก่อสร้างถนนของกรมทางหลวง หรือการกำหนดราคาสินค้าที่จำเป็นโดยกรมการค้าภายใน เป็นต้น

4. ศาลหรือฝ่ายตุลาการ โดยที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้กำหนดให้พระมหากษัตริย์ทรงใช้อำนาจตุลาการผ่านทางศาล ซึ่งมีอำนาจในการพิจารณาพิพากษารรคดีให้เป็นไปตามกฎหมายและ ด้วยบทกฎหมายซึ่งถือเป็นนโยบายอย่างหนึ่ง มักบัญญัติไว้อย่างคลุมเครือ ทำให้สามารถตีความขัดแย้งกัน แต่เมื่อศาลได้ตีความด้วยบทกฎหมายแล้วผลของการวินิจฉัยชี้ขาดนั้นถือเป็นการเลือกแนวทางนโยบายของฝ่ายที่ชนะคดีโดยเฉพาะ ในปัจจุบันการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเจริญก้าวหน้าขึ้น บทบาทของศาลในการตีความด้วยบทกฎหมายเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ถือเป็นการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจในทางอ้อม

5. หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ประหยัด หงส์ทองคำ (2526, หน้า 36) กล่าวว่า ภาพแบบการปกครองที่เกิดจากระบบการกระจายอำนาจการปกครอง (decentralization) จากส่วนกลางไปยังท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นได้มีโอกาสเรียนรู้และดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง และการที่ส่วนกลางกระจายอำนาจให้หน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุดมีอำนาจในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เช่น การออกกฎหมายลักษณะเฉพาะเพื่อบังคับใช้ในขอบเขตพื้นที่ เช่น เทศบัญญัติ ในกรณีของหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่นภาพเทศบาล ข้อบังคับตำบลในกรณีขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

ในการกำหนดนโยบายสาธารณะหนึ่ง ๆ ผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายไม่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีบทบาทตามกฎหมายเท่านั้น ยังมีองค์กร กลุ่มสังคม และปัจเจกบุคคลทั้งภายในและภายนอกประเทศที่ไม่มีอำนาจกฎหมาย อาจเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ในลักษณะของการใช้อิทธิพลผลักดันให้ปัญหาที่กลุ่มของตนประสบอยู่ หรือความต้องการผลประโยชน์ต่าง ๆ ยกขึ้นมาเป็นปัญหาเชิงนโยบายโดยฝ่ายที่มีอำนาจตามกฎหมาย ซึ่งบทบาทของผู้มีส่วนร่วมอย่างไม่ว่าทางนี้ ได้แก่ ภาพแบบของการปกครอง วัฒนธรรมทางการเมือง สถานภาพและความชอบธรรมขององค์กรหรือบุคคลผู้มีส่วนร่วม กลยุทธ์และวิธีการที่กลุ่มนำมาใช้และจังหวะโอกาสที่เหมาะสม เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และอุตสาหกรรมได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ยังผลให้เกิดการพัฒนาและรวมตัวกันของกลุ่มผลประโยชน์ พรรคการเมือง และกลุ่มสังคมต่าง ๆ ทำให้บทบาทและอิทธิพลขององค์กรและปัจเจกบุคคล เช่น พรรคการเมือง กลุ่มผลประโยชน์สื่อมวลชน

รัฐบาลต่างประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ มีความสำคัญ เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย สาธารณะมากขึ้น ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. พรรคการเมือง มีบทบาทเป็นตัวเชื่อมระหว่างรัฐบาลกับประชาชนเพราะมีหน้าที่ ในการรวบรวมความคิดเห็นและความต้องการของประชาชน ไม่ว่าจะเป็นผลประโยชน์ ข้อยกเว้น ทุกข์หรืออุดมการณ์ ความต้องการของประชาชน ซึ่งสะท้อนนโยบายของตนในการบริหารประเทศ ด้วย แม้ไม่ได้เข้าร่วมการจัดตั้งรัฐบาล แต่สามารถทำหน้าที่เป็นฝ่ายค้าน ตรวจสอบ การบริหารงาน ของรัฐบาลให้เป็นไปตามนโยบายที่แถลงไว้

2. กลุ่มผลประโยชน์ ทำหน้าที่ปกป้องผลประโยชน์ของกลุ่มตนโดยการเรียกร้อง หรือ เสนอทางเลือกนโยบายอื่น ๆ ต่อผู้กำหนดนโยบาย และจัดหาข้อมูลเสนอต่อเจ้าหน้าที่ของรัฐเกี่ยวกับ นโยบายที่เสนอแนะ ส่งผลให้การกำหนดนโยบายมีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น สหภาพแรงงาน เป็น การสะท้อนอิทธิพลของกลุ่มผลประโยชน์ที่อยู่นอกระบบราชการ

3. สื่อมวลชน มีบทบาทในกระบวนการส่งเสริมคณาชนในการกำหนดนโยบาย เช่น

1) ในฐานะผู้เสนอข่าวสารที่เป็นกลางช่วยให้ประชาชนรับทราบถึงเงื่อนไข สถานภาพสังคม กระตุ้น ให้ประชาชนเกิดความรู้สึกรวมตัวเป็นกลุ่มการเมืองเพื่อใช้อิทธิพลโน้มน้าวให้รัฐบาลดำเนินนโยบายให้เป็นประโยชน์ต่อกลุ่ม

2) ในฐานะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ฝ่ายบริหารหรือผู้กำหนดนโยบายนำไปใช้โน้มน้าวให้ประชาชนยอมรับและปฏิบัติตามนโยบายของรัฐบาล

3) ในฐานะผู้สนับสนุนนโยบาย โดยใช้สื่อมวลชนผลักดันนโยบายที่ตนเห็นด้วย โดยสนับสนุนหรือต่อต้านนโยบาย ในภาพของบทความ ต่าง ๆ

4. ประชาชน กลุ่มผลประโยชน์ หรือพรรคการเมืองอาศัยสื่อมวลชนเป็นเครื่องมือเพื่อ ส่งข่าวสาร เรียกร้องหรือสนับสนุนให้รัฐบาลดำเนินนโยบายที่ตนเห็นด้วย จากบทบาทของ สื่อมวลชน แม้ไม่มีอำนาจเป็นทางการ กลับมีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบาย เป็น ผู้สนับสนุน หรือต่อต้าน นโยบาย ผ่านภาค ประชาชน โดยใช้ เสรีภาพ และ เทคโนโลยี กระจาย ข่าวสาร เข้าถึงประชาชนทั่วประเทศอย่างรวดเร็ว ผลคือสื่อมวลชนสามารถรับใช้และโน้มน้าวทั้ง ประชาชนและรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากพิจารณาในแง่การกำหนดนโยบายแล้ว สื่อมวลชนจึงมีหน้าที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างผู้กำหนดนโยบายหรือการตัดสินใจของรัฐบาล

5. ต่างประเทศและองค์กรระหว่างประเทศ มีการติดต่อสัมพันธ์โดยเฉพาะในเรื่อง ของการค้า และการทูต ทำให้การกำหนดนโยบายสาธารณะบางครั้งได้รับอิทธิพลจากการติดต่อ สัมพันธ์โดยเฉพาะอิทธิพลจากประเทศมหาอำนาจอย่าง สหรัฐอเมริกา จีน และญี่ปุ่น ที่แทรกแซง

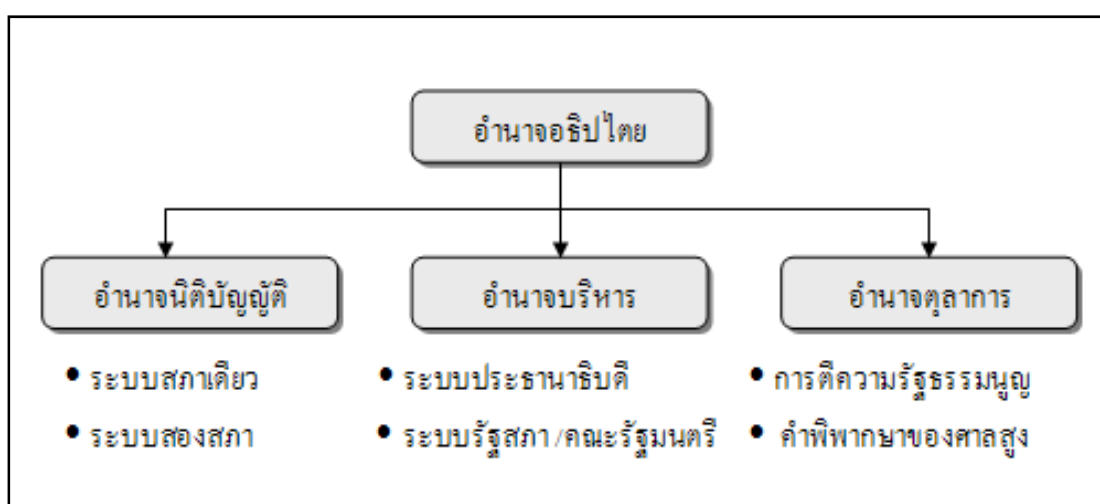
การกำหนดนโยบายของรัฐ เช่น กรณีของพระราชบัญญัติสิทธิที่สหรัฐอเมริกาผลักดันให้ประเทศไทยปฏิบัติตาม โดยอาศัยเงื่อนไขของการให้สิทธิพิเศษทางการค้าที่กับฝ่ายไทยเป็นเครื่องต่อรอง การรวมกลุ่มระหว่างประเทศต่าง ๆ ทั้งในระดับภูมิภาคและระดับโลก เช่นกลุ่มสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations: ASEAN) กลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) เป็นเป้าหมายสำหรับการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจของสมาคมประชาชาติ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สร้างเงื่อนไข ที่มีผลต่อการกำหนดนโยบายในประเด็นของเขตการค้าเสรี และการลดพิกัดอัตราภาษีสินค้า เป็นต้น

2.2.3 ตัวแบบในการกำหนดนโยบาย

ในอดีตตัวแบบที่ใช้อธิบายการกำหนดนโยบายเน้น ตัวแบบชนชั้นนำ (elite model) (Hunter, 1953; Domhoff, 1971) และตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ (pluralist mode) (Dahl, 1961) แต่ในปัจจุบันพบว่าได้มีความพยายามที่จะอธิบายการกำหนดนโยบายโดยอ้างอิงปัจจัยและวิธีการที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งตัวแบบที่เป็นทางเลือกใหม่ได้รับอิทธิพลจากตัวแบบการตัดสินใจ (models of decision making) ได้แก่ ตัวแบบสมเหตุสมผล (rational comprehensive model) (Lester & Stewart, 2000, pp. 54-56) และตัวแบบแยกขยาย (incremental model) (Lester & Stewart, 2000, pp. 90-96) และตัวแบบระบบ (system model) (มยุรี อนุমানราชชน, 2551, หน้า 50-68) ซึ่งเป็นตัวแบบที่ประยุกต์มาจากการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.2.3.1 ตัวแบบสถาบัน (Institution model) ตั้งอยู่บนฐานคิด นโยบายเป็นผลผลิตของสถาบัน สถาบันหมายถึง องค์การที่มีสถานภาพ และมีอำนาจหรือความชอบธรรมในการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง สถาบันประกอบด้วย ระเบียบกฎเกณฑ์เกี่ยวกับภาพแบบของพฤติกรรม ระบบความสัมพันธ์กระบวนการและบทบาท สิ่งเหล่านี้ผูกพันกับบรรทัดฐานซึ่งเป็นเรื่องค่านิยมสถาบันที่สำคัญของรัฐ ได้แก่ สถาบันระดับชาติ สถาบันระดับภูมิภาค และสถาบันระดับท้องถิ่นที่ทำหน้าที่เป็นฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายบริหาร และฝ่ายตุลาการ ตัวแบบสถาบันมุ่งสนใจประเด็นว่า อำนาจของสถาบันรัฐในการกำหนดนโยบายสาธารณะ (ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพัฒน์, 2541, หน้า 24) สถาบันหลักของรัฐ มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ (1) อำนาจโดยชอบธรรมในการกำหนดนโยบาย (2) นโยบายสามารถบังคับประชาชนให้ปฏิบัติตาม และ (3) สามารถลงโทษผู้ฝ่าฝืน นโยบายสาธารณะที่กำหนดโดยสถาบันของรัฐอาจอยู่ในภาพของกฎหมายพระราชบัญญัติ พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง มติคณะรัฐมนตรี คำพิพากษาของศาล และการตีความหมายรัฐธรรมนูญ สถาบันของรัฐกำหนดภาพแบบเชิงโครงสร้างของพฤติกรรม ที่สนับสนุนหรือขัดขวางผลลัพธ์ของนโยบาย และส่งผลต่อกลุ่มบางกลุ่มดังภาพที่ 2.3 แสดงตัวแบบสถาบัน ที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างของสถาบันของรัฐกับนโยบาย ในเชิงเปรียบเทียบ

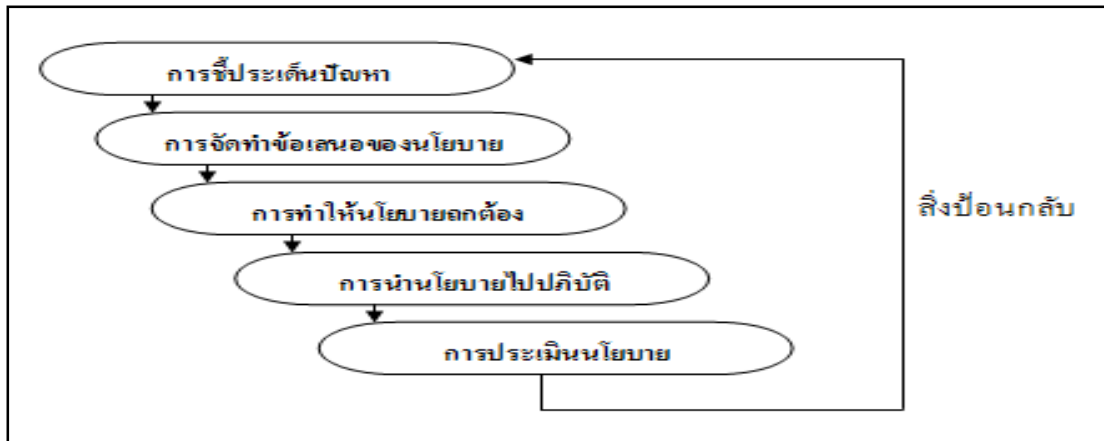
อย่างเป็นระบบ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคม กระทรวงใดตอบสนองต่อปัญหาด้านทรัพยากรมนุษย์มากกว่ากัน การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงานระดับต่าง ๆ อาจส่งผลต่อเนื้อหาตัวนโยบาย



จาก ปิยะพงษ์ บุญบงก์. (2552). การกำหนดนโยบายสาธารณะ: กระบวนทัศน์ แนวทาง ตัวกรอบ และแนวคิด. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม., 91.

ภาพที่ 2.3 ตัวแบบสถาบัน

2.2.3.2 ตัวแบบกระบวนการ (The process model) ตัวแบบนี้อธิบายให้เห็นว่า นโยบายเป็นกิจกรรมทางการเมือง เนื่องจากกระบวนการและพฤติกรรมทางการเมือง มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบภาพแบบของพฤติกรรมหรือกระบวนการทางการเมืองและกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับนโยบายสาธารณะ และสรุปว่ากระบวนการนโยบายประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) การชี้ประเด็นปัญหา (2) การจัดทำข้อเสนอแนะนโยบาย (3) การทำให้เห็นนโยบายถูกต้อง (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ และ (5) การประเมินนโยบาย (Dye, 1984, p. 24) ดังแสดงในภาพที่ 2.4



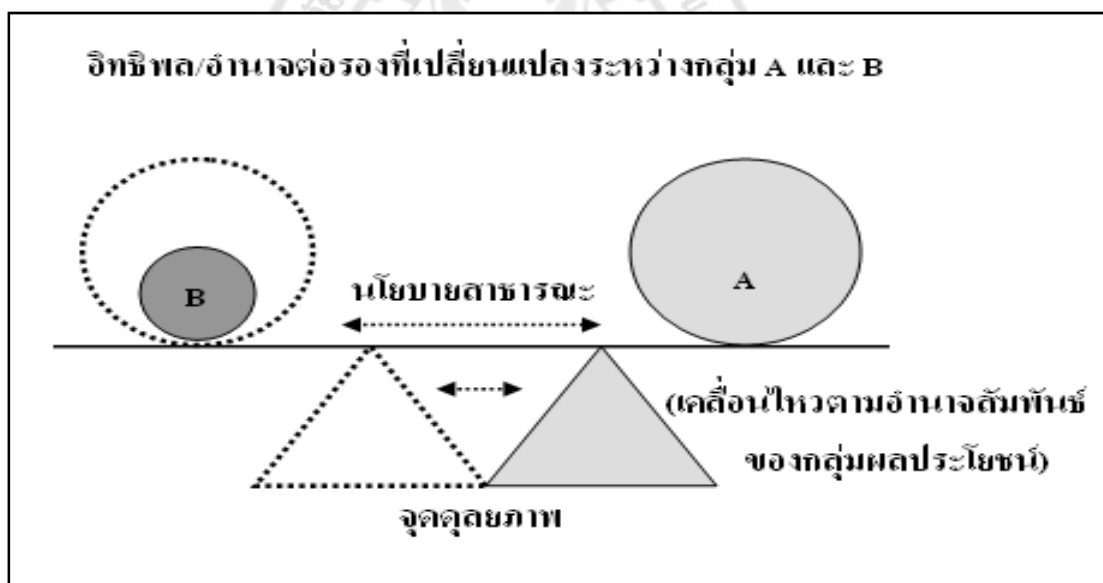
จาก ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพิงษ์. (2541). การกำหนดและการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เสมาธรรม., 81.

ภาพที่ 2.4 ตัวแบบกระบวนการ

โดยรายละเอียดในแต่ละกิจกรรม สามารถอธิบายได้ ดังนี้ (1) การชี้ประเด็นปัญหา คือ การแสดงออกถึงข้อเรียกร้องต่อรัฐบาลเพื่อให้รัฐบาลกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (2) การจัดทำข้อเสนอของนโยบาย คือ การกำหนดวาระนโยบาย เพื่อให้มีการอภิปรายในหมู่ประชาชน สำหรับการจัดทำนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา (3) การทำให้นโยบายถูกต้อง คือ การคัดเลือกข้อเสนอหรือร่างนโยบายตามกฎหมายสนับสนุนทางการเมืองให้พิจารณา ร่างนโยบาย เป็นกฎหมาย (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การจัดองค์การในระบบราชการ การจ่ายเงินเดือน การจัดหาบริการ และการเก็บภาษี และ (5) การประเมินนโยบาย คือ การศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย การรายงาน ผลผลิต การประเมิน ผลกระทบของนโยบายที่มีต่อกลุ่มเป้าหมายและไม่ใช่เป้าหมายจนถึงเสนอแนะให้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบาย

2.2.3.3 ตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ (The pluralist model) ตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ไม่เห็นด้วยกับตัวแบบชนชั้นนำ โดย ดาวล์ (Dahl, 1961) ได้เน้นถึงบทบาทของกลุ่มผลประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนว่าเป็นผู้มีบทบาทในการกำหนดนโยบายสาธารณะ เบนท์ลี (Bently, 1949, pp. 211-215) และทรูแมน (Truman, 1971a, p. 37) ทั้งสองได้สรุปลักษณะที่สำคัญของตัวแบบนี้ซึ่งประกอบด้วย

1. อำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลแต่ละคนยอมยกให้ในการรวมกลุ่มกับบุคคลอื่น ๆ ในขั้นตอนของการตัดสินใจ
2. ความสัมพันธ์ทางอำนาจที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องคงอยู่อย่างยั่งยืนเนื่องจากการรวมตัวเฉพาะเรื่องเพื่อการตัดสินใจเท่านั้น และเกิดขึ้นอีกเมื่อต้องมีการตัดสินใจในครั้งต่อไป
3. ไม่มีการแบ่งแยกที่ชัดเจนระหว่าง ชนชั้นนำ และ ประชาชนส่วนใหญ่ บุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกรณีหนึ่ง ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมอีกในการตัดสินใจครั้งต่อไปก็ได้ ดังนั้น การเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจจึงขึ้นอยู่กับความสนใจเฉพาะตัวเท่านั้น
4. ผู้นำในการตัดสินใจในแต่ละครั้งไม่แน่นอนและมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา แต่ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับสูงคือ การมีศักยภาพทางการเมือง
5. ศูนย์กลางอำนาจและการตัดสินใจกระจายอยู่ทั่วไปในชุมชนโดยไม่มีกลุ่มบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งผูกขาดอำนาจการตัดสินใจในทุกเรื่อง
6. เนื่องจากผู้นำในการตัดสินใจมีการแข่งขันกัน ดังนั้นนโยบายสาธารณะที่เกิดขึ้นจึงเป็นผลจากการต่อรอง และการประนีประนอมผลประโยชน์ระหว่างผู้นำของกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดดังภาพที่ 2.5



จาก Dye, T. R. (1984). **Understanding public policy** (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 27.

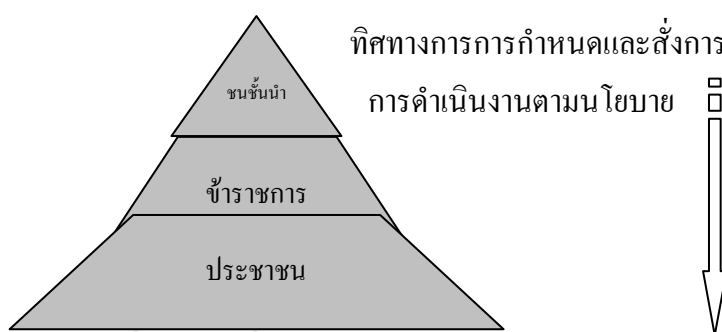
ภาพที่ 2.5 ตัวแบบกลุ่มผลประโยชน์

ทรูแมน (Truman, 1971a) กล่าวว่า ปัจเจกบุคคลมีความสำคัญในทางการเมือง ก็ต่อเมื่อมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่มตามผลประโยชน์ที่เป็นภาพธรรม กลุ่มสังคมเหล่านี้จึงเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคลกับรัฐบาล จากการเรียกร่องผลประโยชน์ต่าง ๆ จนเป็นกลุ่มอิทธิพล เช่น สมาชิกสภาสมคมผู้ผลิตอ้อยและน้ำตาล หอการค้า ดังนั้น การเมืองเป็นเรื่องการต่อสู้ระหว่างกลุ่มต่าง ๆ เพื่อเข้าไปมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายสาธารณะ ระบบการเมืองจึงเป็นการจัดการความขัดแย้งระหว่างกลุ่มต่าง ๆ โดยสร้างกติกา กฎเกณฑ์การต่อสู้ระหว่างกลุ่ม การประนีประนอมและ การจัดสรรผลประโยชน์ให้กับกลุ่มต่าง ๆ ในภาพของการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายจึงมีหน้าที่คอยตอบสนองความต้องการ และต่อรองระหว่างกลุ่มอิทธิพล กลุ่มใดมีอิทธิพลมากก็สามารถทำให้นโยบายโอนเอียงไปตามการเรียกร่องของตนซึ่ง อิทธิพลของกลุ่มอาจขึ้นอยู่กับเงินทุน สถานภาพทางสังคมของผู้นำกลุ่ม ภาวะผู้นำ จำนวนสมาชิกหรือขนาดของกลุ่ม นโยบายสาธารณะจึงเป็นผลผลิตที่สะท้อนคุณภาพที่เกิดจากปฏิกริยาระหว่างกลุ่มต่าง ๆ

2.2.3.4 ตัวแบบชนชั้นนำ (The elite model) ตั้งอยู่บนสมมุติฐาน นโยบายสาธารณะเป็นผลจากความต้องการหรือค่านิยมของผู้นำทางการเมือง (governing elite) (Dye, 1987, p. 29) ทั้งนี้ ดาย และไซเกอร์ (Dye & Zeigler, 1981) พบว่าลักษณะสำคัญ ของตัวแบบนี้ประกอบด้วย

1. กลุ่มชนในสังคมถูกแบ่งเป็นชนกลุ่มน้อยผู้ที่ถือครองอำนาจ เป็นผู้กำหนดนโยบาย และชนกลุ่มใหญ่ที่ไม่มีอำนาจ ไม่มีบทบาทในการร่วมตัดสินใจ
2. มีความแตกต่างระหว่างชนชั้นปกครอง และชนกลุ่มใหญ่ที่ถูกปกครอง คือ ชนชั้นปกครองส่วนใหญ่มาจากผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงในสังคม
3. การเคลื่อนไหวทางการเมืองของคนส่วนใหญ่มีลักษณะเชิงซ้ำเน้นเสถียรภาพของระบบ และหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงในลักษณะปฏิกิริยาชนกลุ่มใหญ่ที่สามารถเข้าไปสู่วงจรของผู้มีอำนาจได้ต้องเป็นผู้ที่ยอมรับในกติกาพื้นฐานที่ชนชั้นนำกำหนดขึ้นเท่านั้น
4. ชนชนนำเป็นผู้กำหนดแนวทาง พฤติกรรม และค่านิยมพื้นฐานในสังคม เพื่อการคงอยู่ของระบบ
5. นโยบายสาธารณะไม่ใช่เป็นสิ่งที่สะท้อนความต้องการของคนส่วนใหญ่ แต่สะท้อนความต้องการของชนชั้นนำเป็นสำคัญ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงนโยบายสาธารณะส่วนใหญ่มีลักษณะแบบค่อยเป็นค่อยไปมากกว่าการเปลี่ยนแบบหน้ามือเป็นหลังมือ
6. ผู้ถูกปกครองส่วนใหญ่ที่เฉื่อยชาจะไม่สามารถมีอิทธิพลเหนือผู้ปกครอง และในทางกลับกัน กลุ่มชนชั้นนำจะเป็นผู้มีอิทธิพลต่อคนส่วนใหญ่

7. ทิศทางของนโยบายสาธารณะเป็นการกำหนดจากเบื้องบนลงล่างไม่ใช่จากล่างขึ้นบน (Dye, 1984, p. 29) อย่างไรก็ตามนโยบายสาธารณะที่ใช้ตัวแบบชนชั้นนำ มักไม่ได้มาจากความต้องการของประชาชน (Dye, 1992, p. 27) ดังแสดงในภาพที่ 2.6



จาก Dye, T. R. (1992). **Understanding public policy** (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall., 27.

ภาพที่ 2.6 ตัวแบบชนชั้นนำ

2.2.3.5 ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม (Incremental model) พิจารณานโยบายว่าเป็นความต่อเนื่องของกิจกรรมต่าง ๆ ในอดีตของรัฐบาล โดยมีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขจากนโยบายเดิมที่มีอยู่แล้ว ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถตรวจสอบนโยบายที่เสนอขึ้นมาได้ทั้งหมด ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ของสังคม ไม่สามารถค้นหาทางเลือกของนโยบายเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของสังคม โดยการวิเคราะห์ ผลได้-ต้นทุน ไม่สามารถจัดลำดับทางเลือกของนโยบายจากผลได้สุทธิสูงสุดแล้วทำการเลือกทางเลือกโดยอาศัยข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในขณะเดียวกันข้อจำกัดด้านเวลา ความรู้ ค่าใช้จ่ายและข้อจำกัดด้านการเมืองที่ไม่สามารถกำหนดวัตถุประสงค์ของสังคมที่ชัดเจน และคำนวณผลได้-ต้นทุนอย่างถูกต้อง ผู้กำหนดนโยบายจึงไม่สามารถกำหนดนโยบายโดยใช้หลักเหตุผลที่สมบูรณ์ นโยบายที่กำหนดโดยใช้แนวทางการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่มจึงมีลักษณะอนุรักษนิยม โดยพิจารณาสร้างในลักษณะเพิ่ม ลด หรือปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายเดิม ลินบรอม (Lindblom, 1968, p. 3) อธิบายสาระสำคัญ 3 ประการ ของตัวแบบนี้ ดังนี้

1. นโยบายที่ดีหรือเหมาะสม คือ นโยบายที่ผู้เกี่ยวข้องส่วนใหญ่หรือทั้งหมดยอมรับร่วมกัน และสามารถประสานผลประโยชน์ที่แตกต่างกันได้มากที่สุด การที่นโยบายหนึ่งมีกระบวนการกำหนดนโยบายที่ดีมีเหตุผล และถูกต้องตามหลักวิชาการทุกประการ อาจมิใช่ นโยบายที่ดีเสมอไป หากนโยบายนั้นไม่ตอบสนองผลประโยชน์

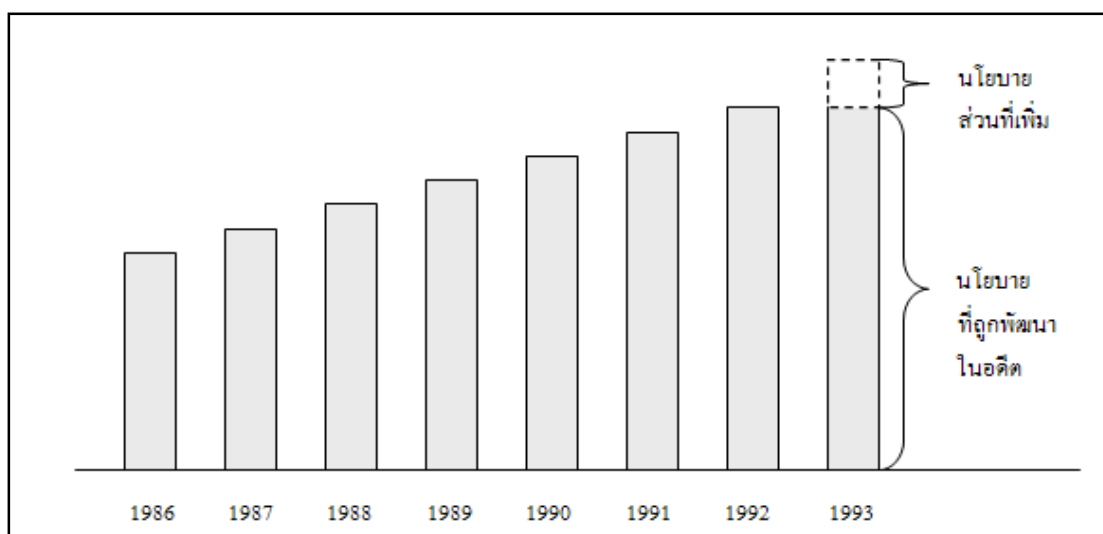
2. กระบวนการกำหนดนโยบาย เป็นกระบวนการสั่งสมความรู้จากประสบการณ์ของบุคคล และองค์การ สังคม ประเทศ โดยรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับนโยบายสั่งสมจากการลองผิดลองถูกควบคู่กันไปกับการพัฒนาความรู้ ผู้กำหนดนโยบายไม่สามารถควบคุมอนาคตที่ไม่แน่นอนได้ การกำหนดนโยบายของรัฐจึงต้องเผชิญกับปัญหาและความเสี่ยง

3. ผู้กำหนดนโยบายโดยใช้ตัวแบบนี้ ต้องยอมรับเงื่อนไขดังต่อไปนี้

1) ไม่พยายามสร้างระบบการกำหนดนโยบายที่มุ่งให้เกิดความถูกต้องสมบูรณ์จากการตัดสินใจเพียงครั้งเดียว กระบวนการกำหนดนโยบายควรเริ่มต้นจากสิ่งที่ได้เรียนรู้แล้วหรือมีประสบการณ์มาก่อน จากนั้นสำรวจหรือประเมินข้อผิดพลาดหรือส่วนที่ยังไม่เป็นที่พอใจ และแก้ไขปรับปรุงเฉพาะส่วนที่เห็นว่าผิดพลาด เพื่อให้นโยบายมีข้อผิดพลาดน้อยลง กระบวนการกำหนดนโยบายเช่นนี้ สร้างความมั่นใจภายใต้ความไม่แน่นอน ซึ่งดีกว่าการกำหนดนโยบายเพียงครั้งเดียว เพราะถ้าผิดพลาดแล้วจะเสียเวลาและเกิดความเสียหายมาก

2) กระบวนการกำหนดตามตัวแบบนี้ ต้องมีการสำรวจข้อมูลเพื่อรับรู้ปัญหาและความต้องการขององค์กร สังคม ประเทศ มีการกำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้และการวิเคราะห์ทางเลือก โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์และวิธีการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเช่นเดียวกับตัวแบบอื่นๆ ตัวแบบนี้ไม่เน้นความสำคัญของกระบวนการกำหนดนโยบาย เพราะถือว่าข้อมูล ความรู้ทางวิชาการ ความสามารถในการวิเคราะห์ตัดสินใจกำหนดทางเลือกของผู้กำหนดนโยบาย มีข้อจำกัดต้องอาศัยกลไกการบริหารแบบมีส่วนร่วม ต่อรอง ประนีประนอม และต่อสู้แข่งขันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับเรื่องนั้นๆ ประกอบกับการวิเคราะห์นโยบาย และ ไม่ควรยึดถือหลักเกณฑ์ผลได้เพียงด้านเดียว แต่พิจารณาถึงเกณฑ์การประสาน การจัดสรร ผลประโยชน์ และการลดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผลประโยชน์

3) กระบวนการกำหนดนโยบายแบบนี้ เน้นความยืดหยุ่นต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เนื้อหาของนโยบายควรเปลี่ยนแปลงไปทีละน้อย ดังภาพที่ 2.7 แสดงภาพแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม



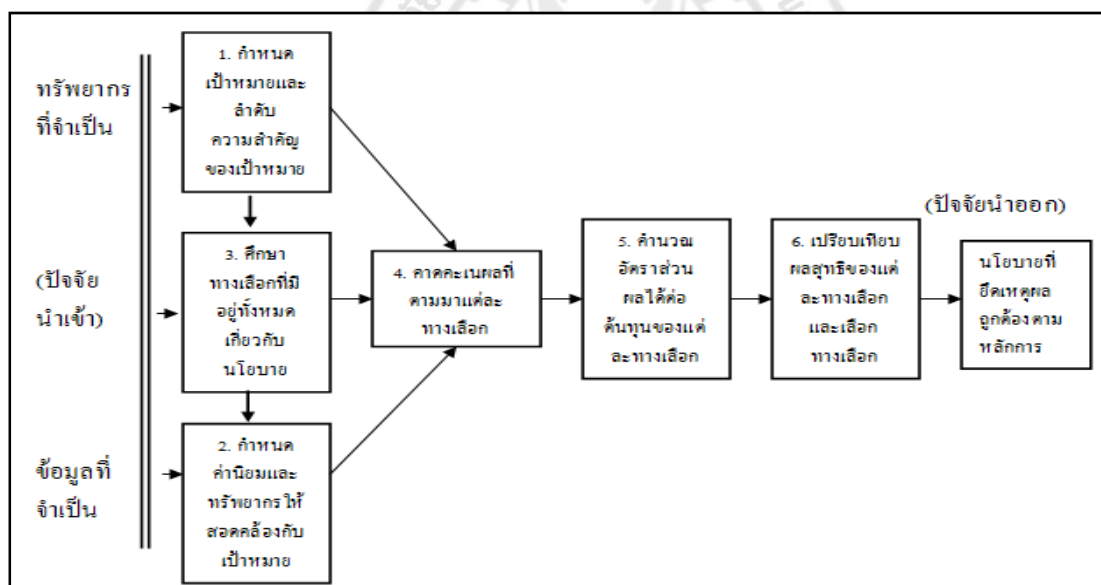
จาก Dye, T. R. (1992). **Understanding public policy** (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall., 35.

ภาพที่ 2.7 ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม

จากเงื่อนไขดังกล่าว ผู้กำหนดนโยบายเลือกกำหนดนโยบายแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม เนื่องจากยอมรับความถูกต้องหรือเห็นด้วยกับนโยบายเดิม ขณะที่ผลจากนโยบายที่กำลังพิจารณาไม่มีความไม่แน่นอน ยิ่งกว่านั้น ผู้ทำการตัดสินใจมักพิจารณาทางเลือกทุก ๆ ทาง แต่ตัดสินใจเมื่อทางเลือกหนึ่ง เป็นที่พอใจและสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งอาจไม่ใช่ทางเลือกที่ดีที่สุด ด้วยเหตุนี้การเลือกกำหนดนโยบายมักเลือกทางเลือกที่ใกล้เคียงกับนโยบายเดิม แต่เมื่อใดที่ไม่พอใจทางเลือกนั้น จึงเปลี่ยนไปพิจารณาทางเลือกที่แตกต่างจากนโยบายเดิมโดยสิ้นเชิง การกำหนดนโยบายตามตัวแบบการเปลี่ยนแปลงในส่วนเพิ่ม จึงลดความตึงเครียดทางการเมืองระหว่างฝ่ายได้ผลประโยชน์และฝ่ายเสียผลประโยชน์ สามารถช่วยรักษาเสถียรภาพของระบบระบอบการเมืองและรัฐบาลไว้ได้ (Dye, 1984, pp. 36-37)

2.2.3.6 ตัวแบบหลักเหตุผล (The rational model) เป็นผลจากการตัดสินใจด้วยเหตุและผล เพื่อผลประโยชน์สูงสุดแก่สังคม (maximum social gain) คือให้ผลแก่สังคมมากกว่าต้นทุนที่ใช้จ่ายไป ส่งผลให้ทำการตัดสินใจบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสิ่งที่เป็นคุณค่าทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง การเลือกนโยบายที่สอดคล้องกับหลักวิชาการ (Dror, 1968, pp. 302-326) ผู้กำหนดนโยบายต้องดำเนินตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. กำหนดเป้าหมายและลำดับความสำคัญของแผนปฏิบัติการที่ต้องการ
 2. กำหนดค่านิยมและทรัพยากรที่ต้องใช้ให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่ให้
- ความสำคัญ
3. ศึกษาทางเลือกเกี่ยวกับนโยบายที่มีอยู่ทั้งหมด
 4. คาดคะเนผลที่ตามมาของแต่ละทางเลือกของนโยบาย
 5. คำนวณอัตราส่วนของผลได้ต่อต้นทุน ค่าใช้จ่ายของแต่ละทางเลือก
 6. เปรียบเทียบผลได้สุทธิที่คาดว่าจะได้รับจากแต่ละทางเลือกที่คุ้มค่าต่อการลงทุนมากที่สุด หรือมีประสิทธิภาพมากที่สุด กล่าวได้ว่า ตัวแบบหลักเหตุผลพยายามกำหนดแนวทางให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมมากที่สุด โดยใช้การเปรียบเทียบต้นทุนกับผลตอบแทนที่ได้รับ ตัวแบบนี้มีข้อสมมติฐานเบื้องต้นว่า ผู้มีบทบาททางการเมืองมีเหตุผล ที่จะกระทำการใด ๆ โดยคำนึงถึงผลสำเร็จต่อเป้าหมายสูงสุด ในการพิจารณาดังแสดงขั้นตอนที่ใช้ในกระบวนการตัดสินใจจากภาพที่ 2.8



จาก Dye, T. R. (1984). **Understanding public policy** (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 33.

ภาพที่ 2.8 ขั้นตอนของตัวแบบหลักเหตุผลที่ใช้ในกระบวนการตัดสินใจ

ลาสเวล (Lasswell, 1963, p. 15) กล่าวว่า นโยบายใดจะเป็นนโยบายที่ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับกระบวนการตัดสินใจว่ามีหลักการที่สมเหตุสมผล ถูกต้องตามหลักวิชาการ เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ หรือไม่โดยสรุปขั้นตอนการกำหนดนโยบายที่ชอบด้วยเหตุผลเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการค้นหาและรวบรวมข้อมูล เป็นการรับรู้ปัญหา และความต้องการของสังคมโดยรวม ผู้รับรู้อาจเป็นบุคคลหรือองค์กรที่มีหน้าที่นำปัญหา และความต้องการขององค์กร หรือของประชาชน เข้าสู่ระบบการกำหนดนโยบาย

2. ขั้นตอนการรับรองและเสนอแนะนโยบาย ผู้ให้บริการภายนอกองค์กรหรือเจ้าหน้าที่อาจเสนอหรือสนับสนุนให้ดำเนินนโยบายอย่างใดอย่างหนึ่งด้วยตนเอง หรือโดยแสดงความคิดเห็นผ่านทางองค์กร ซึ่งทำหน้าที่ริเริ่มนโยบายเรื่องนั้น ๆ การเสนอแนะให้มีการริเริ่มนโยบายสาธารณะ ไม่ว่าโดยทางตรงหรือทางอ้อม มีวิธีการต่าง ๆ เช่น แสดงการสนับสนุน การคัดค้าน การให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

3. ขั้นตอนการกำหนดแนวนโยบาย ขั้นนี้มีความสำคัญมากที่สุด บุคคลและองค์กรที่มีส่วนรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะ เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารหรือข้อเสนอแนะนโยบายจากแหล่งต่าง ๆ แล้ว อาจนำมาไตร่ตรองจัดทำเป็นข้อเสนอหรือร่างนโยบาย เพื่อให้มีการกำหนดนโยบายขึ้น โดยเสนอขั้นตอนทั้งหมดผ่านฝ่ายการบริหารและการเมือง ไปยังผู้มีอำนาจตัดสินใจเรื่องนั้น ๆ เพื่อพิจารณาเห็นชอบ หรืออนุมัติ ลาสเวล (Lasswell, 1963) แนะนำว่าการไตร่ตรองข้อมูลข่าวสารหรือข้อเสนอแนะใด รวมทั้งการกำหนดแนวนโยบายและการพิจารณาให้ความเห็นชอบเพื่ออนุมัติข้อเสนอหรือร่างนโยบายในขั้นตอนสุดท้ายผู้มีอำนาจตัดสินใจในแต่ละขั้นตอน ต้องตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและยึดหลักวิชาการ พร้อมทั้งประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความคุ้มค่าของนโยบายที่กำหนดขึ้น โดยคำนึงถึงประโยชน์สุขของสังคมโดยรวม เมื่อนโยบายสาธารณะใดผ่านความเห็นชอบหรือผ่านการอนุมัติแล้วจึงประกาศหรือบังคับใช้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรและผู้เกี่ยวข้องได้ทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

4. ขั้นตอนการปรับกลไกและสภาพแวดล้อมของนโยบาย นโยบายสาธารณะบางประเภทอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ การบังคับใช้นโยบายอาจไม่สามารถกระทำได้ทันที เนื่องจากไม่มีกลไก ทางการบริหารที่ทำหน้าที่ตามนโยบาย ระบบการทำงานแบบเก่าอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินนโยบายใหม่ ๆ จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุง กลไกและสภาพแวดล้อม อื่น ๆ ของนโยบายให้พร้อมก่อนลงมือดำเนินการตามนโยบายนั้น ๆ

5. ขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ในขั้นนี้องค์กรที่เกี่ยวข้องรับนโยบายไปปฏิบัติ อาจออกมาในภาพแบบต่าง ๆ เช่น การดำเนินกิจกรรมด้านการผลิต ด้านบริการ ด้านการประชาสัมพันธ์ หรือการบังคับใช้กฎหมายหรือ ระเบียบ เป็นต้น

6. ขั้นตอนการประเมินผลนโยบาย ขั้นนี้กระบวนการนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินวัดผลสัมฤทธิ์และผลกระทบ ของนโยบายอาจประเมินความคิดเห็น ความพึงพอใจ และปฏิกิริยาจากประชาชนกลุ่มเป้าหมายของนโยบายและกลุ่มอื่น ๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากนโยบาย

7. ขั้นตอนการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบาย เมื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสัมฤทธิ์ผล และผลกระทบของนโยบายแล้ว ผู้กำหนดนโยบายจึงนำข้อมูลเหล่านั้นมาปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนโยบายให้เหมาะสมต่อไป

2.2.3.7 ตัวแบบที่เหมาะสม การกำหนดนโยบายควรเน้นความสำคัญของนโยบายต้นแบบ (metapolicy) ซึ่งได้แก่ กฎหมายรัฐธรรมนูญ ดรอร์ (Dror, 1968, pp. 312-318) ให้ทัศนะว่านโยบายสาธารณะที่เหมาะสมต้องเริ่มต้นจากการสร้างระบบและวิธีการกำหนดนโยบายก่อน เขาจึงเสนอขั้นตอนการกำหนดนโยบายสาธารณะที่เหมาะสมไว้ 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการกำหนดนโยบายต้นแบบ การกำหนดนโยบายต่าง ๆ มักมีกระบวนการและวิธีการกำหนดนโยบาย องค์การ สังคม ประเทศที่มีอยู่ เป็นแนวทางซึ่ง ค่านิยมและวัฒนธรรมการบริหารขององค์กรมีอิทธิพลเหนือการกำหนดนโยบายต่าง ๆ เช่นกัน ดรอร์ (Dror, 1968) เน้นว่าการกำหนดนโยบายที่ดี ต้องเริ่มด้วยการสร้างระบบและวิธีการกำหนดนโยบายที่ถูกต้องและเหมาะสม แล้วจึงไปกำหนดนโยบายแต่ละด้านต่อไป ขั้นตอนของการกำหนดนโยบายต้นแบบประกอบด้วยขั้นตอนงาน 3 ขั้นตอนย่อย คือ

1) การประเมินอุปสงค์รวม เป็นการกำหนดและจำแนกประเภทค่านิยม ปัญหา และความต้องการของบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และประเทศโดยรวม โดยประเมินอุปทานรวม ได้แก่ ศักยภาพและทรัพยากร ขององค์กรโดยรวม

2) การจัดระบบและกระบวนการกำหนดนโยบาย ประกอบด้วยกำหนดยุทธศาสตร์และระบบการบริหาร ซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและการบริหารงานให้บรรลุตามค่านิยม และวัตถุประสงค์หลัก แล้วจึงทดลองดำเนินงานและประเมินผล การดำเนินงานตามนโยบาย เพื่อให้แน่ใจว่า ระบบและกระบวนการที่กำหนดขึ้นนั้นสามารถนำไปใช้ได้จริง และ

3) การนำระบบและกระบวนการที่ผ่านการทดสอบแล้วไปใช้ อาจไม่เหมือนกัน ฉะนั้น “นโยบายต้นแบบ” ของแต่ละองค์กร สังคม ประเทศ จึงไม่จำเป็นต้องเหมือนกันก็ได้

2. ขั้นตอนการกำหนดนโยบายเฉพาะด้าน เป็นการกำหนดและการพัฒนานโยบายตามระบบและกระบวนการที่กำหนดไว้ในขั้นตอนแรก

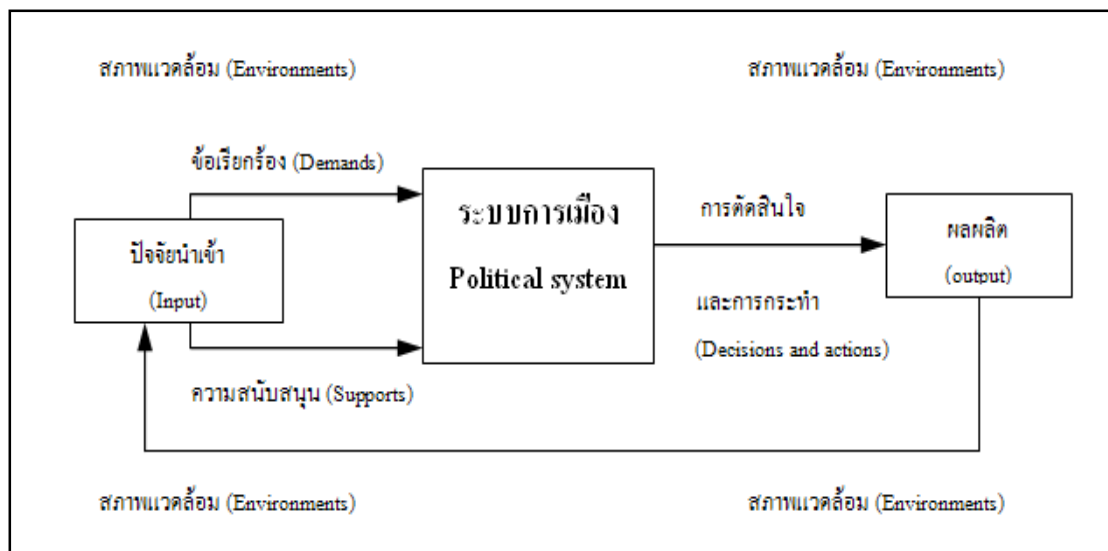
3. ขั้นตอนดำเนินการหลังการกำหนดนโยบาย ประกอบด้วยขั้นตอนย่อย คือ การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผล และการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมซึ่งอาจจำเป็นต้อง

ปรับเปลี่ยนทั้งนโยบายต้นแบบและนโยบายเฉพาะด้าน ก็ได้ นโยบายต้นแบบ ทำให้เห็นนโยบายด้านต่างๆ ดำเนินไปอย่างมีทิศทาง มีเอกภาพ และอยู่ภายใต้การควบคุมของผู้กำหนดนโยบายและผู้เกี่ยวข้อง

2.2.3.8 ตัวแบบเชิงระบบ (Systems model) คิดขึ้นโดย เดวิด อีสตัน (David Easton) นักชีววิทยา นำหลักการทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้วิเคราะห์การเมืองโดยระบุว่านโยบายสาธารณะเป็นผลจากความต้องการ (demands) นโยบายใหม่หรือสนับสนุนนโยบายเดิม ถือเป็นปัจจัยนำเข้า (input) โดยความต้องการและการสนับสนุนนี้จะถูกแปรสภาพ (convert) ภายในระบบการเมือง (political system) เป็นนโยบายสาธารณะ หรือปัจจัยนำออก (output) ส่วน การป้อนกลับ (feedback) คือ ปฏิกริยาที่มีต่อการตัดสินใจของระบบเกี่ยวกับข้อเรียกร้องไม่กระทบผลประโยชน์ของกลุ่มอื่น ปกติกลุ่มผลประโยชน์ มักขัดกันไม่มากนักน้อย จึงต้องมีการประนีประนอมให้ทุกฝ่ายยอมรับในการตัดสินใจกรณีไม่เป็นที่พอใจของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง จะมีปฏิกริยาตอบโต้ในลักษณะข่าวสารที่ส่งป้อนกลับยังระบบ เป็นปัจจัยนำเข้าของระบบในช่วงเวลาต่อไป (Easton, 1957, p. 387) ผู้วิจัยวิเคราะห์ว่าการกำหนดนโยบายภายใต้ตัวแบบนี้เริ่มต้นจาก ปัจจัยนำเข้า (ความต้องการและการสนับสนุน) ที่ถูกแปรสภาพโดยกระบวนการภายในระบบการเมือง ได้แก่ สถานิติบัญญัติ ศาล หรือสถาบันทางการเมือง เป็นปัจจัยนำออก (นโยบาย หรือการตัดสินใจ) ส่งผลต่อตัวระบบและสภาพแวดล้อมของระบบ ซึ่งสภาพแวดล้อมภายในระบบ ได้แก่ พรรคการเมือง หรือกลุ่มผลประโยชน์ สภาพแวดล้อมภายนอกระบบ เช่น สภาพเศรษฐกิจ โครงสร้างประชากร และวัฒนธรรม ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำมาเป็นตัวแทนในการกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย ส่วนการสนับสนุนซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมที่มีส่วนส่งเสริมให้ระบบสามารถดำเนินไปได้อย่างราบรื่นและคงอยู่ต่อไป ซึ่งได้มาจากแหล่งที่สำคัญ 3 แหล่งได้แก่

1. ชุมชนการเมือง
2. กติกา หรือเงื่อนไขทางกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่
3. รัฐบาลที่อยู่ในอำนาจ

ทั้งนี้สิ่งที่ระบบต้องสร้างให้เกิดขึ้นคือการสนับสนุนดำเนินการให้สนองตอบต่อความต้องการของระบบและดำเนินการสังคมประกิตทางการเมือง (political socialization) รวมถึงการสร้างปัจจัยนำออกที่สามารถก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อประชาชน ให้รู้สึกว่รัฐบาลได้ทำในสิ่งที่สอดคล้องกับผลประโยชน์ของตน และตัวแบบทฤษฎีระบบสามารถสรุปพอสังเขปได้ตามภาพที่

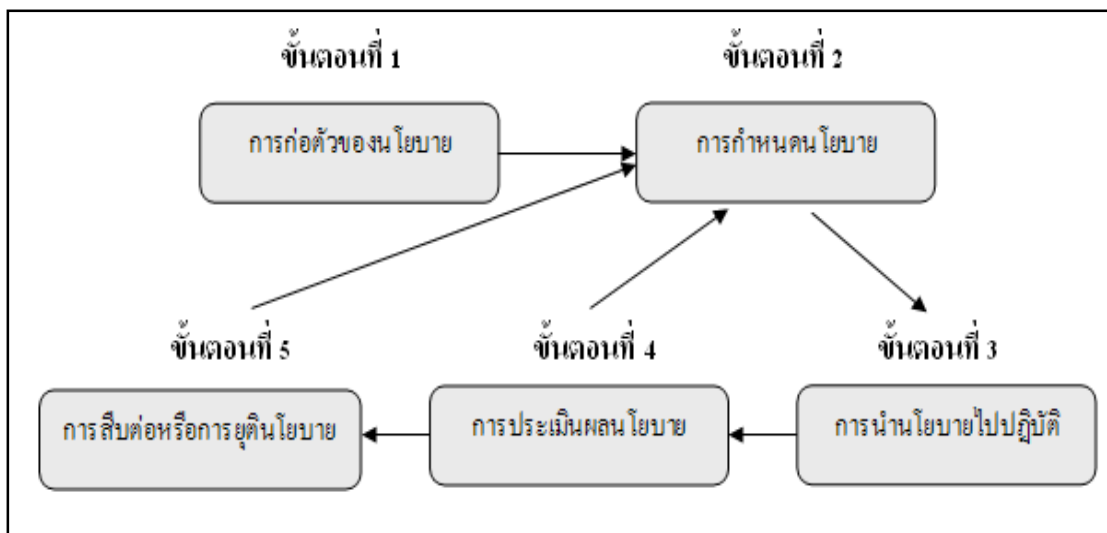


จาก Easton, D. (1979). **A Framework for political analysis**. Chicago: The University of Chicago Press., 112.

ภาพที่ 2.9 ตัวแบบเชิงระบบ

2.2.4 กระบวนการนโยบาย

พัฒนาการของกระบวนการหรือวงจรนโยบาย แม้นักวิชาการพยายามสร้างเป็นหลักการเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการซึ่งมีความเห็นที่แตกต่างกันเกี่ยวกับการจำแนกขั้นตอนต่าง ๆ มยรี อนุมานราชชน (2551, หน้า 19) กล่าวว่าส่วนใหญ่ประกอบด้วย ขั้นตอนก่อตัวของนโยบาย (public policy formation) ขั้นตอนกำหนดนโยบาย (public policy decision-making) ขั้นตอนนำนโยบายไปปฏิบัติ (public policy implementation) ขั้นตอนประเมินผลนโยบาย (public policy evaluation) และขั้นตอนสืบทอดหรือการยุตินโยบาย (public policy continuation & termination) โดยขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเรียงตามลำดับข้างต้น เพราะเมื่อมีการนำนโยบายไปปฏิบัติหรือเมื่อมีการประเมินผลนโยบายแล้ว อาจกลับมาพิจารณากำหนดนโยบายนั้นใหม่ หรืออาจนำข้อสรุปจากการประเมินมากำหนดนโยบายอีกครั้งก็ได้ตามภาพที่ 2.10



จาก มยุรี อนุমানราชชน. (2551). นโยบายสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ธรรมกล, หน้า 19

ภาพที่ 2.10 ขั้นตอนต่าง ๆ ของกระบวนการนโยบายสาธารณะ

เนื่องจากการอธิบายกระบวนการนโยบาย ไว้มากมายแตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงทบทวนหลักกระบวนการนโยบายจากงานของ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1976), โจนส์ (Jones, 1978), บริวเวอร์ และดีลีออน (Brewer & Deleon, 1983) เพื่อสรุปภาพแบบของกระบวนการนโยบายสาธารณะ ดังต่อไปนี้ (1) การกำหนดปัญหาและเสนอวาระพิจารณา (problem identification & agenda setting) (2) การกำหนดเป็นนโยบายและแผน (policy & program formulation) (3) การยอมรับเป็นนโยบาย (policy adoption) (4) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และ (5) การประเมินผลนโยบาย (policy evaluation) และการวิจัยครั้งนี้ จึงได้ทบทวนนำเสนอเพียง 3 ขั้นตอนแรกเนื่องจากเป็นระยะเริ่มต้นของการดำเนินงานโครงการอากาศยานพญาบาลไทยที่ต้องการหาภาคีเข้าร่วมเป็นสมาชิก ซึ่งมีรายละเอียดคือ

2.2.4.1 การก่อตัวของปัญหาสู่ปัญหาเชิงนโยบาย

ในกระบวนการนโยบาย ขั้นตอนแรกของวงจรนโยบาย คือการก่อตัวของปัญหา และการหยิบยกปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อพิจารณาโดยผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย แอนเดอร์สัน (Anderson, 1984, p. 44) ให้ทัศนะว่าปัญหาสาธารณะคือปัญหาเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบอย่างกว้างขวาง (broad effect) ต่อเนื่อง ถึงบุคคลที่ไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงอีกด้วย การหยิบยกปัญหามาพิจารณา โดยกลุ่มผู้กำหนดนโยบายมีเหตุผล 2 ประการคือ ประการแรก สภาพ สาเหตุ

และขอบเขตของปัญหาไม่ว่าจะเป็นปัญหาภายในประเทศหรือต่างประเทศ มีความสัมพันธ์ กับ กระบวนการนโยบายในขั้นตอนต่าง ๆ ประการที่สองขั้นตอนของการประเมินผลนโยบาย ต้องอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับ สภาพ สาเหตุ และขอบเขตของปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินผลสำเร็จของนโยบายได้อย่างถูกต้อง

1. ความหมายของปัญหาเชิงนโยบาย

ปีเตอร์ส (Peters, 1986, p. 39) กล่าวว่า ปัญหาเชิงนโยบาย หมายถึง ส่วนหนึ่งของ ปัญหาที่เหมาะสมจะได้รับการแก้ไขโดยรัฐบาล และมีค่าพอที่จะดึงดูดความสนใจจากผู้กำหนด นโยบาย ซึ่ง คิงดอน (Kingdon, 1984, pp. 3-4) กล่าวว่า ปัญหาเชิงนโยบายคือปัญหาที่ข้าราชการ และกลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับข้าราชการให้ความสนใจอย่างจริงจังในช่วงระยะเวลา หนึ่ง แอนเดอร์สัน (Anderson, 1984, pp. 44-45) ให้ความหมายว่า หมายถึง สภาพการณ์ที่ก่อให้เกิด ความต้องการ ความขาดแคลน หรือความไม่พอใจ ซึ่งส่งผลให้มีการแสวงหาแนวทางการ แก้ไข โดยการแสวงหาแนวทางนี้ อาจทำโดยผู้ประสบปัญหาเอง หรืออาจมีการดำเนินการแทน โดย บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ก็ได้ ส่วน โคบบ, รอส และรอส (Cobb, Ross, & Ross, 1976, p. 126) ได้ อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการหรือขั้นตอนของการยกสถานะของปัญหาขึ้นเป็นปัญหาเชิงนโยบายว่า เป็นขั้นตอนที่ความต้องการหรือปัญหาของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ถูกแปรสภาพไปสู่ข้อเสนอแนะ หรือประเด็นทางนโยบาย เพื่อดึงดูดความสนใจจากข้าราชการหรือหน่วยงานของรัฐบาล การก่อตัว ของปัญหา จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญในกระบวนการนโยบาย ที่กระตุ้นให้ประชาชนผู้ถูกผลกระทบ หรือผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายเห็นความสำคัญแล้ว แสวงหาแนวทางแก้ไข อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ได้อยู่ภายใต้เงื่อนไขที่สำคัญ 4 ประการคือ (Anderson, 1984, p. 45)

1) ต้องเป็นปัญหาที่กระตุ้นให้เกิดการแสวงหาแนวทางแก้ไขจาก ประชาชน

2) ปัญหาในบางครั้งเห็นความสำคัญโดยประชาชนกลุ่มอื่น หรือแม้แต่กลุ่มผู้ ที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายโดยตรง โดยกลุ่มบุคคลเหล่านี้อาจช่วยดำเนินการแสวงหา แนวทางการแก้ไขแทนผู้ที่ถูกผลกระทบโดยตรง เช่น ปัญหาของเด็กและคนชรา ซึ่งไม่สามารถ เคลื่อนไหวเรียกร้องได้ด้วยตนเองจะมีตัวแทนฝ่ายต่าง ๆ ออกมาเรียกร้องแทนให้

3) การมองปัญหาที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มต่าง ๆ ทำให้การแก้ไขปัญหา ยุ่งยาก เช่น ปัญหาการขาดแคลนพลังงานไฟฟ้าที่พบว่า คนแต่ละกลุ่มจะมองสาเหตุของปัญหา แตกต่างกันไป โดยอาจมองว่าเกิดจากการต่อต้านการสร้างเขื่อน หรือโรงงานผลิตไฟฟ้าใช้พลังงาน อื่นทดแทน

4) การนิยามปัญหาแตกต่างกันไปตามช่วงเวลา เช่น ปัญหายาบ้า ในระยะแรกที่ไช่รักษาผู้ป่วยโรคจิต และช่วยลดน้ำหนัก ช่วยให้ทำงานได้มากขึ้น แต่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ทำให้เกิดการเสพติด จึงจัดเป็นยาเสพติดให้โทษ กระทั่งปัจจุบัน ได้กลายเป็นมหันตภัยที่มีผลต่อความมั่นคงของประเทศไทย

สาเหตุของการหยิบยกปัญหาขึ้นเป็นปัญหาเชิงนโยบาย แอนเดอร์สัน (Anderson, 1984, p. 7) พบว่า ประกอบด้วย

1) ปัญหาที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับผลประโยชน์ของกลุ่มที่มีความสำคัญ โดยขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ 3 ประการคือ ประการแรกอำนาจของกลุ่ม เช่น กลุ่มนักการเมือง กลุ่มทหาร หรือ นายทุน เป็นต้น ประการที่สอง สถานภาพทางสังคมของกลุ่ม เช่น กลุ่มเชื้อพระวงศ์ หรือ ข้าราชการระดับสูง เป็นต้นและประการสุดท้าย จำนวนของบุคคลในกลุ่ม คือ จำนวนของผู้เดือดร้อน ถ้ามีเป็นจำนวนมากความสำคัญของกลุ่มจึงมีเพิ่มมากขึ้น เช่น ปัญหาภัยแล้ง ปัญหาราคาผลผลิตทางการเกษตรตกต่ำ หรือปัญหาหนี้สินของเกษตรกร เป็นต้น

2) ปัญหาสอดคล้องกับนโยบาย ซึ่งเกิดจากการสำรวจความสนใจของประชาชน หรือผลประโยชน์ร่วมกันของชาติเป็นสำคัญ เช่น ปัญหาวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ปัญหาการปฏิรูปการเมือง หรือปัญหายาเสพติด เป็นต้น

3) ปัญหาที่เกิดจากเหตุการณ์เฉพาะหน้าไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์วิกฤต เช่น การเกิดภาวะสงคราม การก่อการจลาจล อุทกภัย หรืออุบัติเหตุรุนแรง ซึ่งผู้มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายต้องหยิบยกปัญหาขึ้นมาพิจารณาทันที รวมทั้งอาจเป็นเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลงที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่าเหตุการณ์วิกฤต เช่น กรณีผลกระทบจากนโยบายหรือเหตุการณ์ในประเทศอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความขัดแย้งในประเทศเพื่อนบ้าน หรือการลดค่าเงินของประเทศคู่ค้า ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้น มีผลโดยอ้อมให้ผู้มีบทบาทหยิบยกประเด็นเหล่านี้ขึ้นมาพิจารณาได้เช่นกัน นอกจากเหตุการณ์ที่กล่าวแล้ว เหตุการณ์การประท้วงของราษฎรจำนวนมาก ๆ เช่นการเรียกร้องให้แก้ไขกฎหมาย การเรียกร้องของกลุ่มแรงงาน กลุ่มสมัชชาคนจน หรือเกษตรกรในกรณีต่าง ๆ ก็เป็นสาเหตุให้ปัญหาที่เกิดขึ้นถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นปัญหาเชิงนโยบายได้เช่นกัน

ขณะที่ ปีเตอร์ (Peters, 1986, pp. 45-51) อธิบายถึงสาเหตุพื้นฐานที่ปัญหาถูกหยิบยกขึ้นพิจารณาโดยผู้กำหนดนโยบายว่าประกอบด้วย

1) ผลกระทบของปัญหา กระทบกับประชาชนกลุ่มไหน จำนวนมากหรือน้อย

2) ความคล้ายคลึงกับปัญหาเชิงนโยบายที่เคยเกิดขึ้นแล้ว หรือผู้กำหนดนโยบายมีความสนใจปัญหาที่ใกล้เคียงกัน ปัญหานั้น ๆ มีโอกาสถูกหยิบขึ้นไปเป็นปัญหาเชิงนโยบายได้ เพราะรัฐให้ความสนใจที่จะแก้ปัญหายอยู่แล้ว เป็นต้น

3) ปัญหาที่เป็นผลจากการริเริ่มโครงการใหม่ (Spillover agenda) เป็นปัญหาข้างเคียงที่เกิดจากการดำเนินโครงการหรือนโยบายของรัฐ เช่น โครงการสร้างเขื่อนหรือสนามบินที่ก่อให้เกิดปัญหาข้างเคียงแก่ราษฎรได้แก่ การจัดสรรที่ดินทำกิน สาธารณูปโภค หรือในกรณีนโยบายการกำหนดพื้นที่สีเขียว ส่งผลให้คนย้ายเข้ามาอยู่ในบริเวณนั้นมากขึ้นย่อมทำให้ต้องมีการพัฒนาระบบสาธารณูปโภค

4) ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับค่านิยมหรือสถาบันทางสังคมที่ประชาชนยึดถือปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสถาบันของชาติ หรือขนบธรรมเนียมประเพณีที่สำคัญของประชาชนมักจะได้รับความสนใจ และหยิบยกขึ้นเป็นปัญหาเชิงนโยบายได้ง่ายกว่าปัญหาทั่ว ๆ ไป เช่น กรณีพระสงฆ์ประพฤติเบี่ยงเบนจากหลักธรรมคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้า เป็นต้น

5) ปัญหาที่เอกชนโดยลำพังไม่สามารถแก้ไขหรือดำเนินการเองได้ แต่มีกิจกรรมบางอย่างที่รัฐต้องเป็นผู้ดำเนินการหลัก เช่น การบริการสาธารณูปโภค และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมเหล่านี้ ถือเป็นปัญหาเชิงนโยบายโดยปริยาย

6) ความพร้อมทางด้านเทคโนโลยีรองรับกับปัญหา ได้แก่ ความพร้อมของภาครัฐในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น งบประมาณ หรือเทคโนโลยี เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อมในเขตเมืองที่เทศบาลหลายแห่งไม่สามารถดำเนินการแก้ไขด้วยตนเองได้เนื่องจากไม่พร้อม ปัญหาการจลลิตธิบัตรอาหาร หรือ ยาพื้นบ้านของไทย ที่รัฐบาลไม่พร้อมในการดำเนินการ

จะเห็นได้ว่า ทั้งแนวคิดของ แอนเดอร์สันและปีเตอร์ส จี้ให้เห็นว่าการที่ปัญหาหนึ่งถูกหยิบยกขึ้นเป็นปัญหาเชิงนโยบายได้นั้น มีสาเหตุพื้นฐานจากปัจจัยสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยจากตัวนโยบายเอง หรือปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจสังคม และเทคโนโลยี

2. ประเภทของปัญหาเชิงนโยบาย

ค็อบบ์ และเอลเดอร์ (Cobb & Elder, 1983, pp. 85-86) สามารถแบ่งปัญหาเชิงนโยบาย ออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

1) ปัญหาเชิงนโยบายของสังคมโดยทั่วไป เป็นประเด็นปัญหาที่ประชาชนส่วนรวมของสังคม ยอมรับว่าเหมาะสมที่จะได้รับความสนใจและอยู่ภายใต้ขอบเขตอำนาจหน้าที่ของรัฐ สามารถดำเนินการได้ เช่น ปัญหาการทำแท้งและปัญหาสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นปัญหาในระดับกว้าง ที่รัฐบาลได้มีการดำเนินการแก้ไข

2) ปัญหาเชิงนโยบายที่เป็นทางการ เกี่ยวข้องกับสถาบันของรัฐโดยตรง ซึ่งผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจตามกฎหมายให้ความสนใจที่จะดำเนินการอย่างจริงจัง อาจแฝงด้วยปัญหาเชิงนโยบายที่รัฐบาล ไม่ได้มีความตั้งใจต้องการแก้ปัญหา เป็นเพียงการหยิบยกขึ้นมา

พิจารณาเพื่อสนองความต้องการ หรือ สร้างความพอใจให้กับกลุ่มคนบางกลุ่ม เช่นปัญหาทางการเกษตรที่มีหน่วยงานในกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นผู้ดูแลโดยเฉพาะ

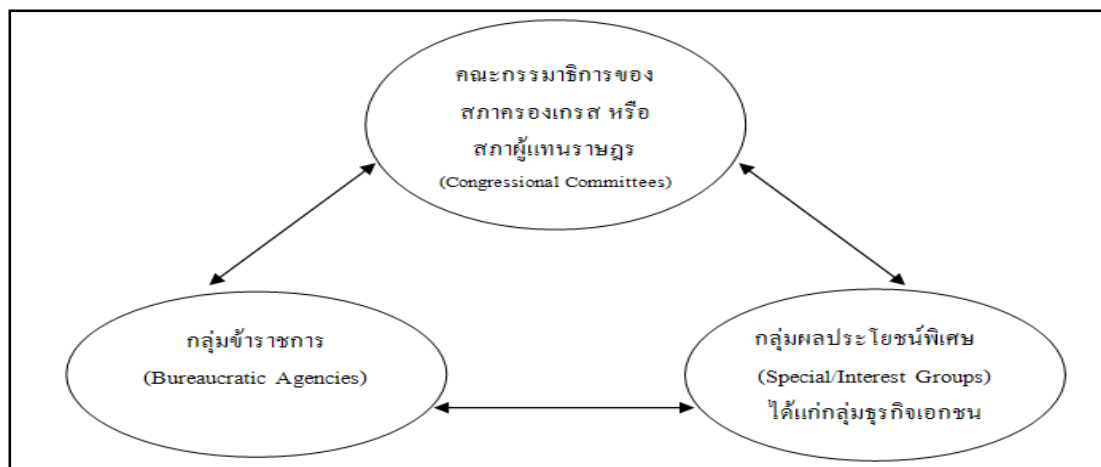
3. ผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบาย

การหยิบยกปัญหาใดขึ้นเป็นปัญหาเชิงนโยบายเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการเมือง กลุ่มบุคคลใดสามารถควบคุมประเด็นการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายได้จึงสามารถทำให้การกำหนดนโยบายเป็นไปในทิศทางที่ตนต้องการ ดังนั้นการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายจึงขึ้นอยู่กับอำนาจทางการเมือง เป็นสำคัญ ตัวอย่างของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งสามารถอาศัยตัวแบบหลัก (Perters, 1986, pp. 42-45) ในการอธิบายโครงสร้างอำนาจสำคัญในการกำหนดประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย และสามารถใช้ตัวแบบได้ 3 ตัวแบบ คือ

1) ตัวแบบพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ ตัวแบบนี้มองนโยบายเป็นเรื่องของกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆโดยเฉพาะ ผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบาย แตกต่างกัน กลุ่มผลประโยชน์หนึ่ง จะมีบทบาทเฉพาะนโยบายหนึ่งเกี่ยวกับผลประโยชน์ของกลุ่มตนเท่านั้น เช่น กลุ่มแพทย์ และบุคคลด้านสาธารณสุขมีบทบาทเฉพาะการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายทางด้านสาธารณสุข เป็นต้น

2) ตัวแบบชนชั้นนำ ภายใต้ลักษณะโครงสร้างอำนาจ ตัวแบบนี้พบว่าการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายเป็นผลลัพธ์ที่ถูกกำหนดโดยผู้นำหรือกลุ่มผู้นำ ที่ครอบคลุมระบบการตัดสินใจและเป็นผู้รับประโยชน์สูงสุดในการกำหนดนโยบายนั้น โดยเฉพาะ

3) ตัวแบบสถาบันของรัฐ หรือสถาบันทางการเมือง จากตัวแบบที่กล่าวถึง 2 ตัวแบบข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของพหุนิยมกลุ่มผลประโยชน์ หรือตัวแบบชนชั้นนำทางสังคม ถือเป็นสถานะแวดล้อมของระบบการเมือง หรือสถาบันของรัฐภายในระบบการเมืองเป็นตัวการสำคัญในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบาย เช่น ระบบการเมืองของสหรัฐอเมริกา ที่อ้างถึง กฎสามเหลี่ยมเหล็ก อาศัยความสัมพันธ์ ของบุคคล 3 กลุ่ม ประกอบด้วย คณะกรรมาธิการสามัญของสภาผู้แทนราษฎร (congressional committee) กลุ่มข้าราชการ (bureaucracy) และกลุ่มธุรกิจเอกชน (business contractor) ตามภาพที่ 2.11



จาก สุรสิทธิ์ วิชิตจร. (2549). นโยบายสาธารณะเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ธเนศวร (1999)
พริ้นติ้ง, 30.

ภาพที่ 2.11 ความสัมพันธ์ของสถาบันของรัฐและกลุ่มผลประโยชน์ภายใต้กฎสามเหลี่ยมหลัก

กลุ่มบุคคลทั้ง 3 กลุ่ม ภายใต้กฎสามเหลี่ยมหลักถือเป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ร่วมกัน ในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายในลักษณะที่ค่อนข้างผูกขาด เช่น คณะกรรมการป้องกัน ประเทศ มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับกลุ่มธุรกิจผลิตอาวุธยุทโธปกรณ์ โดยมีกลุ่มข้าราชการประจำ คอยเป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือในขณะที่ยกคณะกรรมการสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับกลุ่มผู้ผลิต ยาและเครื่องมือแพทย์ โดยมีข้าราชการคอยประสานการดำเนินงานร่วมกัน อย่างไรก็ตาม การ กำหนดปัญหาเชิงนโยบายตามตัวแบบสถาบันของรัฐและสถาบันทางการเมืองมีจุดเน้นเฉพาะ บทบาทของกลุ่มคณะกรรมการสามัญของสภาผู้แทนราษฎร และกลุ่มข้าราชการในการต่อสู้ให้ ได้มาขององค์กรในกรณีที่มีโครงการหรือนโยบายใหม่ๆ เกิดขึ้น

นอกจากแนวคิดของปีเตอร์ส เกี่ยวกับผู้ที่มิบทบาทในการหยิบยกปัญหาขึ้นเป็นปัญหา เชิงนโยบาย ซึ่งเป็นแนวคิดที่เกิดจากการวิเคราะห์ระหว่างการเมืองของสหรัฐอเมริกาแล้ว การศึกษา ในเชิงเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่างๆ ของ ค็อบ, รอสและรอส (Cobb et al., 1976) เกี่ยวกับ กระบวนการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายสามารถกำหนดเป็น ตัวแบบโดยยึดความสัมพันธ์กับ ลักษณะของระบบการเมือง ได้เป็น 3 ตัวแบบ คือ

1. การกำหนดปัญหาเชิงนโยบายโดยกลุ่มภายนอกสถาบันของรัฐ (Outside initiation model) เป็นลักษณะของการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายในสังคมที่มีการปกครองแบบ ประชาธิปไตยที่เน้นกลุ่มผลประโยชน์ภายนอก โดยประเด็นปัญหาเชิงนโยบายริเริ่มโดยกลุ่ม

ผลประโยชน์ที่พยายามชี้ประเด็นปัญหาและเรียกร้องให้มีการแก้ไขปัญหารวมทั้งขยายแนวร่วมโดยรวมกลุ่มของปัญหาที่ใกล้เคียงกัน เป็นปัญหาในภาพรวม หรือ ขยายแนวร่วมไปสู่กลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ โดยอาศัยการชักจูง การแข่งขัน และรวมพลังกับกลุ่มต่างๆ ที่ขยายขอบเขตของประเด็นปัญหาในระดับสถาบันของรัฐ

2. การกำหนดปัญหาเชิงนโยบายโดยเน้นความสำคัญของผู้กำหนดนโยบาย (Mobilization model) เป็นลักษณะของการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายในสังคมที่มีการปกครองแบบเผด็จการ ที่เน้นการริเริ่มปัญหาเชิงนโยบาย โดยตัวผู้นำ เมื่อกำหนดนโยบายเองแล้วจึงค่อนข้างขยายประเด็นสู่สังคมส่วนรวมเพื่อระดมการสนับสนุนจากประชาชน

3. การกำหนดปัญหาเชิงนโยบายเน้นความร่วมมือระหว่างกลุ่มบางกลุ่มกับผู้กำหนดนโยบาย (Inside initiation model) เป็นภาพแบบการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายโดยกลุ่มอิทธิพล ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้กำหนดนโยบาย โดยหลังจากมีการกำหนดประเด็นปัญหาเชิงนโยบายแล้ว ส่วนใหญ่ไม่มีการเผยแพร่ออกสู่สังคมเนื่องจากสาเหตุเชิงผลประโยชน์ หรือเหตุผลทางการเมืองแต่ละเผยแพร่ให้เฉพาะกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่มหรือหน่วยงานของรัฐบางหน่วยงานเท่านั้น ซึ่งภาพแบบการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายแบบนี้จะพบในสังคมที่มีระบบการปกครองแบบเผด็จการโดยกลุ่มข้าราชการ (authoritarian bureaucratic regimes)

ดังนั้น การอธิบาย การกำหนดประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย แทนที่จะให้ความสำคัญกับลักษณะพื้นฐานของระบบการเมือง กลับเน้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของระบบย่อยของนโยบายในแต่ละด้าน และสภาพรวมของปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสำคัญ โดยเฉพาะสภาพความรุนแรงของปัญหา ถือเป็นหัวใจที่สำคัญในการดึงดูดการสนับสนุนจากประชาชน คือ ในกรณีที่ปัญหาที่มีผลกระทบในมุมกว้างต่อสังคม ทำให้เกิดการเรียกร้องให้มีการแก้ไขมากขึ้นไม่ได้หมายความว่าระบบการเมืองเป็นปัจจัยหลักในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายแต่เพียงอย่างเดียว การกำหนดปัญหาเชิงนโยบายอาจเป็นไปตามสถานการณ์ ฮาวเลตและรามเมส (Howlett & Ramesh, 1995, p. 116) ได้เสนอความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายและมีมติในการสนับสนุนของประชาชนดัง ตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 ความสัมพันธ์การกำหนดปัญหาเชิงนโยบาย

ผู้มีบทบาทกำหนดปัญหา	ระดับการสนับสนุนจากประชาชน	
	สูง	ต่ำ
กลุ่มบุคคลในสังคม	Outside Initiation	Inside Initiation
รัฐบาล	Consolidation	Mobilization

จาก สุรสิทธิ์ วัชรขจร. (2549). นโยบายสาธารณะเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ธเนศวร (1999) พรินต์., 33.

จากตารางข้างต้น การแบ่งประเภทของผู้มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายโดยยึดแนวคิดของ ค็อบบ์ ร็อสและร็อส (Cobb et al., 1976) ลักษณะการอธิบายไม่ยึดระบบการเมืองแต่ยึดมิติของบุคคลผู้มีบทบาทในการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายและมิติของการสนับสนุนจากสังคมส่วนรวมเป็นหลัก และการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายที่เน้นกลุ่มภายนอกมีผลกระทบต่อปัญหาความรุนแรงควรได้รับการสนับสนุนอย่างสูงจากประชาชน สอดคล้องกับตัวแบบการกำหนดปัญหาแบบ Outside Initiation ขณะที่ปัญหบางเรื่องมีผลกระทบกับกลุ่มคนบางกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับรัฐบาลในขณะนั้น การกำหนดปัญหาเชิงนโยบายในลักษณะ Inside Initiation อาจเกิดขึ้นได้ ส่วนภาพแบบการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายที่เกิดจากภาครัฐเป็นความต้องการของผู้บริหารประเทศโดยประชาชนอาจมองไม่เห็นหรือไม่รู้สึกถึงผลกระทบที่มีต่อตนเองเป็นลักษณะของการกำหนดปัญหาเชิงนโยบายแบบ Mobilization ส่วนภาพแบบสุดท้าย Consolidation ได้รับการยอมรับอย่างสูงจากประชาชนอยู่ซึ่งปัญหาเชิงนโยบายลักษณะนี้ไม่จำเป็นต้องอาศัยการริเริ่มจากกลุ่มภายนอกและรัฐบาลเองไม่จำเป็นต้องชักจูงให้ประชาชนมาสนับสนุนปัญหาเชิงนโยบายอีก

2.2.4.2 การกำหนดนโยบายและพิจารณาอนุมัติใช้นโยบาย

การกำหนดนโยบาย (policy formulation) เป็นการตั้งคำถามด้วย “อะไร” เช่น มีแผนอะไรในการจัดการกับปัญหา อะไรคือเป้าหมายและสิ่งที่ไม่สำคัญก่อนหลัง อะไรคือทางเลือกที่สามารถนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ มีสิ่งใดได้มากับสิ่งที่เสียไปอะไรบ้างภายใต้ทางเลือกนั้น และอะไรคือผลกระทบหรือผลข้างเคียง ทั้งในแง่บวก แลลบ จากการเลือกแต่ละทางเลือกแท้จริงแล้วการกำหนดนโยบาย คือ การดับทุกข์ของสังคม การกำหนดนโยบายเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการยกראงข้อเสนอหรือทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ (policy alternatives) เพื่อทำการพิจารณาตัดสินใจและอนุมัติ

เห็นชอบในขั้นสุดท้าย โดยผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจหน้าที่อย่างเป็นทางการ ซึ่งจะพบอยู่เสมอว่า ในช่วงของการกำหนดนโยบายนี้บุคคลภายนอกมักจะไม่ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ และวิธีการตัดสินใจมากนัก ต่อมาภายหลังเมื่อได้มีการประกาศใช้นโยบาย บุคคลทั่วไปถึงจะได้ รับทราบและสามารถวิเคราะห์รายละเอียดเนื้อหาสาระว่าใครได้อะไร เมื่อไหร่และอย่างไร

ลักษณะสำคัญของการกำหนดนโยบาย (สมพร เฟื่องจันทร์, 2539, หน้า 53) วิเคราะห์ไว้ มีดังนี้

1. กลุ่มบุคคลผู้เข้าร่วมการกำหนดนโยบาย มีความจำเป็นที่ต้องอาศัยการ สนับสนุนจากหลายฝ่าย ทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการนำเอานโยบายไปใช้ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รวมถึงองค์กรที่อำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย และ ผู้มีบทบาทในการกำหนด นโยบาย ต้องมีทั้งศาสตร์และศิลป์ เกี่ยวกับการจูงใจ ให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความร่วมมืออย่างแท้จริง

2. ความรู้เกี่ยวกับการกำหนดนโยบาย จำเป็นต้องใช้ความรู้และทักษะหลายด้าน ดังนั้นองค์กรที่เกี่ยวกับนโยบายทั้งในและนอกระบบราชการต้องให้ข้อมูลต่าง ๆ อย่างครบถ้วน

3. องค์กรในการกำหนดนโยบาย ต้องใช้คนเป็นจำนวนมาก เพื่อการติดต่อ ประสานงานจึงจำเป็นต้องตั้งหน่วยงานกลางสำหรับประสานงาน ประึกษาและอำนวยความสะดวก เพื่อให้ ความคล่องตัว

4. วิธีการกำหนดนโยบาย เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นเนื่องจากนโยบายสาธารณะมีความ หลากหลาย ต้องการข้อมูลในระดับลึก ความเร่งด่วนในการนำไปปฏิบัติแตกต่างกัน จึงมี ความจำเป็นต้องพิจารณาว่าปัญหา นโยบายที่ยกขึ้นมา ควรมีวิธีการกำหนดในภาพแบบใด

สถาบันหลักตามระบบการปกครองแบบประชาธิปไตยที่ทำหน้าที่รับรองใช้นโยบายหรือกฎหมายใด ๆ ได้แก่ สถาบันนิติบัญญัติซึ่งถือเป็นสถาบันตัวแทนของประชาชน เป็น กลุ่มบุคคลที่ได้รับเลือกจากประชาชนในการทำหน้าที่ การรับรองนโยบายจึงมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย อาจประกอบด้วย ข้าราชการ ผู้ประสานงานรัฐสภา กลุ่มผลประโยชน์ และคณะผู้บริหารในระดับ ต่าง ๆ ไม่ว่าระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น การพิจารณารับรองหรือยอมรับนโยบาย ส่วนสำคัญต้อง พิจารณาถึงความชอบธรรม (legitimacy) ของ บุคคล สถาบัน หรือหน่วยงาน ทั้งนี้ต้องไม่ขัดแย้งกับ บัญญัติตามรัฐธรรมนูญ การรับรองนโยบายค่านึงประเด็นสำคัญ 4 ประการ คือ

1) ความชอบธรรมเป็นเรื่องทางจิตวิทยา เป็นเรื่องที่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศยอมรับความถูกต้องของการเข้าสู่อำนาจของสถาบันทางการเมือง ในบางครั้งสถาบันต่าง ๆ ที่เข้ามาสู่อำนาจอาจมีการรับรองโดยกฎหมายและขั้นตอนที่กำหนดไว้ หากประชาชนไม่ประสงค์ ยอมรับในตัวสถาบัน หรือกฎเกณฑ์การได้มา สถาบันดังกล่าวก็จะไม่มีความชอบธรรม

2) การยอมรับเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหลักการและเนื้อหาสาระของนโยบาย ในกรณีที่รัฐบาลมีการออกกฎหมายหรือกำหนดนโยบายที่ขัดต่อเหตุผลหรือความรู้สึกของประชาชน เช่น การผนวกเอาธุรกิจของเอกชนเข้ามาเป็นของรัฐหรือการเก็บภาษีในเรื่องที่ไม่เหมาะสม แม้ว่ากฎหมายสามารถผ่านการยอมรับจากกระบวนการทางรัฐสภาและมีผลบังคับใช้ แต่หากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ ย่อมเป็นประเด็นที่ต้องมีการพิจารณาถึงความชอบธรรมด้วย

3) ระดับของการยอมรับในตัวบุคคล สถาบัน หรือหน่วยงานสามารถแปรเปลี่ยนไปได้ตลอดเวลา

4) การที่จะนำเสนอนโยบายต่างๆ ที่ผู้นำเสนอนโยบายต้องคำนึงถึงอยู่เสมอคือ ผู้มีอำนาจในการรับรองใช้นโยบาย มีความคิดเห็นอย่างไร และนโยบายนั้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงหรือไม่ ทำให้เห็นนโยบายนั้น ไม่ได้รับการยอมรับในที่สุด ในส่วนของผู้ที่มิชอบหรือส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรองใช้นโยบาย ประกอบด้วย ฝ่ายนิติบัญญัติ ตามกระบวนการออกกฎหมาย ฝ่ายบริหาร ตามกระบวนการบริหาร คือ การออกกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายแม่บทที่ออกโดยฝ่ายนิติบัญญัติ ฝ่ายตุลาการ ตามกระบวนการรับรองหรือตีความกฎหมาย และการกระทำของรัฐ และฝ่ายประชาชน โดยผ่านกลไกของความคิดเห็นของประชาชน (Peters, 1986, pp. 63-65) ดังตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 วิธีการและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรับรองใช้นโยบาย

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ฉันทามติ	
	ฉันทามติของคนส่วนใหญ่	ฉันทามติของคนส่วนน้อย
ประชาชน	การรับรองโดยประชาชน	-
ชนชั้นนำ	การรับรองใช้กฎหมายโดยสภานิติบัญญัติ	การรับรองใช้กฎหมายโดย ฝ่ายตุลาการและฝ่ายบริหาร

จาก Peters, B. G. (1986). **American public policy: Promise & performance** (2nd ed.).

New Jersey: Chatham House., 65.

จากตาราง การรับรองใช้นโยบาย อธิบายได้ ดังนี้

1. การรับรองใช้นโยบายโดยสภานิติบัญญัติ (Legislative institute) ประกอบด้วย ขั้นตอนการรับหลักการโดยรัฐสภา การพิจารณาโดยคณะกรรมาธิการสามัญ หรือวิสามัญ และการ

พิจารณาในวาระที่ 2 และ 3 โดยรัฐสภาทั้งนี้อาศัยหลักเสียงข้างมากเป็นตัวชี้ขาด พบว่าในการระดมเสียงข้างมากมีเทคนิควิธี ดังนี้

1) การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เกี่ยวข้อง (Partisan analysis) โดยผู้เสนอกฎหมายต้องพยายามชักจูง ให้สมาชิกสภานิติบัญญัติท่านอื่นเห็นคล้อยตามกฎหมายฉบับที่ตนสนับสนุนเป็นกฎหมายที่ดี สามารถสนองตอบต่อประชาชนเป็นจำนวนมาก และเป็นกฎหมายที่ให้ประโยชน์แก่ทุกฝ่าย (win-win policy) เพื่อให้ได้รับการสนับสนุนจากเสียงข้างมากในสภา

2) อาศัยการแลกเปลี่ยนเสียงสนับสนุน (Log-rolling) คือการระดมการสนับสนุนภายใต้หลักการรับรองกฎหมายเป็นการมองกฎหมายหลายฉบับและผลประโยชน์ในภาพรวมของสมาชิกสภาซึ่งสามารถต่อรองหรือร่วมมือกันได้

3) การกระจายงบประมาณให้กว้างขวางที่สุด (Pork-barrel) เป็นการกำหนดนโยบายเพื่อแบ่งปันผลประโยชน์กันเองในรัฐสภา โดยมุ่งผลการเลือกตั้ง ในลักษณะของการกระจายโครงการที่เป็นประโยชน์แก่ท้องถิ่นให้กับผู้แทน

2. การรับรองนโยบายโดยองค์กรฝ่ายบริหาร (Administrative regulation) เป็นการรับรองนโยบายที่มีลักษณะกว้าง เนื่องจากเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการออกกฎ ระเบียบ หรือข้อบังคับของหน่วยงานฝ่ายบริหาร รวมถึงองค์กฤษฎีตามรัฐธรรมนูญ เช่น คณะกรรมการการเลือกตั้ง (กกต.) และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบในวงราชการ (ปปช.) เป็นต้น โดยหน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการกำหนดกฎหมาย การรับนโยบายในขั้นของการปฏิบัติที่เกิดขึ้นหลังจากที่กฎหมายฉบับแม่ผ่านรัฐสภาแล้ว ข้อสังเกตเบื้องต้นของนโยบายที่ออกโดยฝ่ายบริหาร พบว่าในภาพรวมจะเป็นเรื่องที่ดำเนินการเฉพาะในหน่วยงาน โดยมีลักษณะที่ต้องดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย แต่ไม่ต้องนำเข้าไปพิจารณาในรัฐสภาอีกจึงไม่ถือเป็นนโยบายที่ต้องใช้เสียงส่วนใหญ่ (majoritarian) โดยเฉพาะการตัดสินใจกำหนดกฎ ระเบียบ หรือข้อบังคับ เหล่านี้มีลักษณะที่เน้นความรู้ความสามารถเฉพาะด้านและไม่ผูกติดกับระบบการเมืองโดยตรง แต่ไม่ปฏิเสธความเกี่ยวข้องจากฝ่ายการเมือง เนื่องจากผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงานเป็นนักการเมือง และการกำหนดกฎระเบียบ หรือข้อบังคับต้องเป็นไปตามกฎหมายแม่บทที่ออกโดยฝ่ายการเมืองในรัฐสภา และต้องมีการประกาศไว้ในราชกิจจานุเบกษา ก่อนมีผลบังคับใช้ เช่นเดียวกับกฎหมายที่ออกโดยฝ่ายนิติบัญญัติ

3. การรับรองนโยบายโดยฝ่ายตุลาการ (Courts) เป็นอีกภาพแบบหนึ่งที่ไม่ยึดเสียงข้างมากของประชาชน (non majoritarian) เนื่องจากระบบกฎหมายที่ใช้เป็นแบบประมวลกฎหมาย (civil law) แตกต่างในสหรัฐอเมริกาซึ่งใช้ระบบคำพิพากษาของศาล (common law) โดยใน

สังคมอเมริกัน ศาลมีบทบาทในการกำหนดกฎหมาย อาศัยคำพิพากษาของศาลเป็นสิ่งที่ต้องยึดถือปฏิบัติตาม เช่นเดียวกับกฎหมายที่กำหนดขึ้นโดยฝ่ายรัฐสภา ศาลมีบทบาทใน 2 ลักษณะคือ

1) ตัดสินรับรองการกระทำของหน่วยงานที่มีบทบาทในการกำหนดนโยบายว่ามีความถูกต้องชอบธรรมตามรัฐธรรมนูญหรือไม่

2) ตัดสินชี้ขาดการกระทำขององค์กรว่าขัดต่อกฎหมายแม่บทที่บังคับใช้อยู่หรือไม่ รวมทั้งเป็นการชี้ทางเลือกที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคมเพราะฝ่ายตุลาการถือเป็นฝ่ายที่ปลอดจากการเมืองและมีบทบาทในการเสนอทางเลือกที่วางอยู่บนพื้นฐานของรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ

4. การรับรองนโยบายโดยอาศัยการแสดงประชามติ (Direct democracy) มีความแตกต่างจากการรับรองนโยบาย 3 วิธีที่ผ่านมา คือนั่นการใช้เสียงส่วนใหญ่ของประชาชน (majoritarian) ถือเป็นการใช้หลักประชาธิปไตยโดยตรง คือ ประชาชนเป็นผู้แสดงความคิดเห็นโดยผ่านกลไกที่กฎหมายกำหนดให้ไว้เป็นพื้นฐาน แนวทางการรับรองนโยบายแบบนี้ มีสองกรณี คือ เป็นการโยนเรื่องที่สำคัญคืนให้กับประชาชน ให้ตัดสิน ประชาชนสามารถอาศัยกลไกนี้เร่งรัดการกำหนดนโยบายให้สามารถมีผลบังคับใช้ในภาพแบบการรับรองนโยบายโดย

1) การรับรองนโยบายหรือกฎหมายโดยประชาชน (Referendum) กฎหมายหรือข้อเสนอบางอย่างจะถูกบรรจุเข้าในการลงคะแนนเสียงเลือกตั้งของประชาชน โดยองค์กรทางการเมือง เพื่อให้ประชาชนแสดงประชามติให้กฎหมายหรือวิธีการแก้ปัญหานั้นสามารถบังคับใช้

2) การเสนอกฎหมายหรือนโยบายโดยประชาชน (Initiative) เป็นเรื่องที่ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งจำนวนหนึ่งต้องการให้นโยบายของตนเป็นกฎหมายหรือมีผลในทางปฏิบัติ

2.2.4.3. การนำนโยบายไปปฏิบัติ

การนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการนโยบายที่มีความสำคัญเช่นกัน ผู้วิจัยจึงนำเสนอในรายละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจสืบต่อจากกระบวนการกำหนดนโยบาย ได้แก่ ส่วนที่ว่าด้วยความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแบบที่ใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาการนำนโยบายปฏิบัติ และตัวอย่างนโยบายสาธารณะของไทย

1. ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

เพรสแมนและไวลดาฟสกี (Pressman & Wildavski, 1984) ได้นิยามการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็น 2 แนวทางคือ

1) หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างการกำหนดเป้าหมายและการกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และ

2) หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับความสามารถผลักดันให้กลไกที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันดำเนินสู่ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

เอ็ดเวิร์ด (Edwards, 1984) ให้ความหมายของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ ขั้นตอนของกระบวนการ นโยบายที่อยู่ระหว่างการก่อตัวกับผลลัพธ์ของนโยบาย เช่นการอนุมัติกฎหมาย การออกระเบียบข้อบังคับโดยฝ่ายบริหาร การบังคับคดีของศาล และการประกาศใช้กฎหมายให้ประชาชนทราบ

โจนส์ (Jones, 1986, p. 139) ให้ความหมาย การนำนโยบายไปปฏิบัติว่า เป็น กิจกรรมต่างๆ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ นโยบายบรรลุผล ได้แก่

1) การตีความนโยบาย คือ การแปลความหมาย หรือตีความนโยบายให้ชัดเจน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

2) การจัดองค์กรเพื่อรองรับนโยบาย คือ การจัดองค์กร หรือการกำหนดวิธีการบริหารนโยบาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายนั้น ๆ และ

3) การปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ การให้บริการแก่ประชาชนการเบิกจ่ายงบประมาณ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ตามเป้าหมายของนโยบาย ในประเทศไทย

วรเดช จันทรศร (2527ก, หน้า 535) ให้ความหมายการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นการแสวงหาวิธีการ และแนวทางเพื่อปรับปรุงนโยบาย แผนงาน และการปฏิบัติงานให้ดีขึ้นสาระของการนำนโยบายไปปฏิบัติจึงเน้นการแสวงหาคำอธิบายเกี่ยวกับปรากฏการณ์ หรือสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นภายใน

ดังนั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการหรือวิธีการที่นำเอานโยบายที่ได้รับการเห็นชอบแล้วไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น การกำหนดหรือตีความแนวทางการปฏิบัติที่แน่ชัด การเบิกจ่ายงบประมาณ การหางบประมาณเพิ่มเติม การจัดสรรเงิน การทำสัญญา การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดอัตราค่าจ้างและการจ้างงาน การจัดสภาพองค์การ การกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ การวางแผนสำหรับอนาคต การเจรจาต่อรองกับประชาชน กลุ่มผลประโยชน์ นักธุรกิจ รัฐสภา องค์กรภาครัฐอื่น ๆ ต่างประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ เป็นต้น

2. ตัวแบบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากผลการศึกษาของ วรเดช จันทรศร (2548) ที่ได้ประมวล พัฒนาแนวคิดตัวแบบทางทฤษฎีเพื่ออธิบายการนำนโยบาย แผนงาน โครงการไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพว่าต้องมี

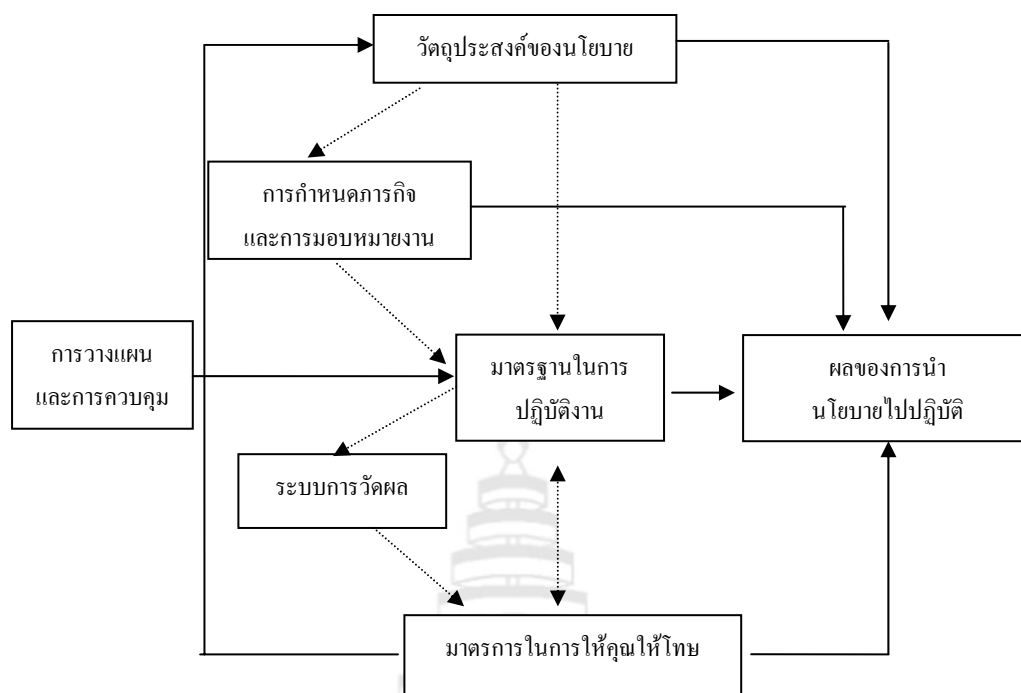
ปัจจัยและเงื่อนไขสำคัญให้การดำเนินการสำเร็จบรรลุจุดมุ่งหมายโดยแสดงในตัวอย่างต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย ตัวอย่างของ แวน มิเตอร์ และแวน ฮอร์น (Van Meter & Van Horn, 1975, หน้า 445-448) ตัวอย่างของ ซาบาเทียร์ และแมซมานิอัน (Sabatier & Mazmanian, 1989, หน้า 538-560) ตัวอย่างของแฮมเบิลตัน (Hambleton, 1983) ตัวอย่างของ อเล็กซานเดอร์ (Alexander, 1982) และ ตัวอย่างของ วรเดช จันทรร (2527ก, 2540) ซึ่งในการประยุกต์ใช้มีข้อสังเกตที่สำคัญ คือ ตัวอย่างเหล่านี้เกิดขึ้นจากผลการศึกษาของนักวิชาการที่ได้มีการนำมาปรับปรุง และสรุปสร้างเป็นตัวอย่างทางทฤษฎีเพื่อเป็นเครื่องมือช่วยในการอธิบายปัจจัยความสำเร็จของการนำนโยบายหรือโครงการไปปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอตัวอย่างทางทฤษฎีที่ วรเดช จันทรร (2548) ได้รวบรวมไว้ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่คุ้นเคยในแวดวงวิชาการของไทย ประกอบด้วยตัวอย่างที่สำคัญ ดังนี้

1) ตัวอย่างยึดหลักเหตุผล (Rational model)

ตัวแบบนี้มีแนวคิด การใช้หลักการด้านเหตุผลชี้วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบาย แผนงาน หรือ โครงการ หน่วยงานที่ปฏิบัติการต้องมีความนิยมยึดหลักเหตุผลเป็นสำคัญในการตัดสินใจ และต้องขยายผลให้กว้างที่สุด โดยกำหนดวัตถุประสงค์ มาตรฐานการปฏิบัติงาน การกิจอย่างชัดเจน 2 ส่วน คือ

ก. ต้องมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สามารถถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข. ความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ โดยทั่วไป ระดับความสำเร็จของการดำเนินนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 5 ประการคือ ความชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย การกำหนดภารกิจและการมอบหมายที่ชัดเจน การกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน การสร้างระบบประเมินผลที่เหมาะสม และการสร้างมาตรฐานการงานใจ ดังรายละเอียดในภาพที่ 2.12 แสดงตัวอย่างที่ยึดหลักเหตุผล



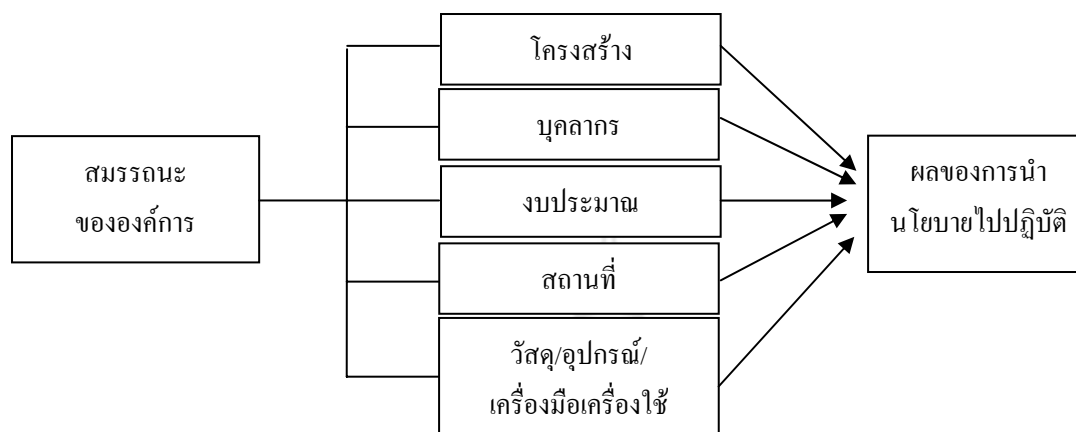
จาก วรเดช จันทรศร. (2527ก, ตุลาคม). การน่านโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า.
วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 24(4), 537.

ภาพที่ 2.12 การน่านโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational model)

2) ตัวแบบด้านการจัดการ (Management model)

ตัวแบบนี้ให้ความสำคัญของสมรรถนะขององค์กรเป็นหลัก โดยถือว่าความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการน่านโยบายไปปฏิบัติ คือขีดความสามารถการปฏิบัติงานอย่างสอดคล้องกับความคาดหวังของหน่วยงาน องค์กรจำเป็นต้องมีโครงสร้างที่เหมาะสม มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและทางเทคนิคอย่างเพียงพอ มีการวางแผนเตรียมการ หรือมีความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านวัสดุ อุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และงบประมาณ ตัวแบบนี้มีความพยายามหาทางแก้ไขปัญหาลักษณะของการปฏิบัติงานในอดีต เช่น การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ความล่าช้าในการสรร

หาบุคลากร การจัดตั้งระบบงาน การแก้ปัญหา การประสานงาน เป็นต้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้ สามารถเขียนให้เห็นได้ในภาพที่ 2.13 ซึ่งแสดงตัวแบบด้านการจัดการ



จาก วรเดช จันทรศร. (2527ก, ตุลาคม). การนํานโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า.
วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 24(4), 539.

ภาพที่ 2.13 การนํานโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการจัดการ (Management model)

3) ตัวแบบด้านกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic process model) เป็นแนวคิดทางสังคมวิทยาที่อธิบายองค์กรขนาดใหญ่ ซึ่งมีกฎระเบียบขั้นตอนมีแบบแผนความสัมพันธ์ที่เป็นทางการ และมีการกำหนดระบบคุณธรรมเอาไว้ ภายในองค์กรขนาดใหญ่มีแบบแผนความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการด้วย ซึ่งเฉพาะกรณีของข้าราชการระดับล่างเนื่องจาก เป็นผู้ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นผู้ที่ตัดสินใจให้บริการประชาชน ดังนั้นสิ่งที่วัดความสำเร็จหรือความล้มเหลวของนโยบายจึงขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้นํานโยบาย ไปปฏิบัติว่าพร้อมและทุ่มเทให้การปฏิบัติราชการหรือมีอุปสรรคข้อจำกัดมากน้อยประการใด ความพร้อมในการนํานโยบายไปปฏิบัติเกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ ประการแรก ระดับความเข้าใจของผู้กำหนดนโยบายต่อสภาพความเป็นจริงของหน่วยงานและองค์กร สภาพปัญหา และข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ปริมาณงานเกินกำลัง การขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะเรื่อง ขาดแรงจูงใจ ขาด

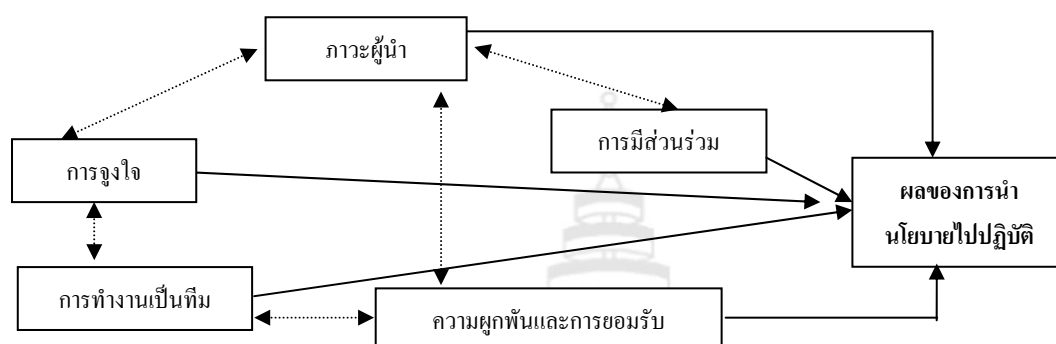
ขวัญกำลังใจที่เหมาะสมเพียงพอ ประการที่สอง ระดับการยอมรับ เห็นพ้องให้นโยบาย และการปรับนโยบายใหม่สอดคล้องกับภารกิจปกติหรือเป็นส่วนหนึ่งในหน้าที่ราชการของบุคลากรแต่ละคน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้สามารถเขียนให้เห็นได้ในภาพที่ 2.14 ซึ่งแสดงตัวแบบระบบราชการ



จาก วรเดช จันทรศร. (2548). **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สหાયบล็อกร., 143.

ภาพที่ 2.14 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบกระบวนการระบบราชการ

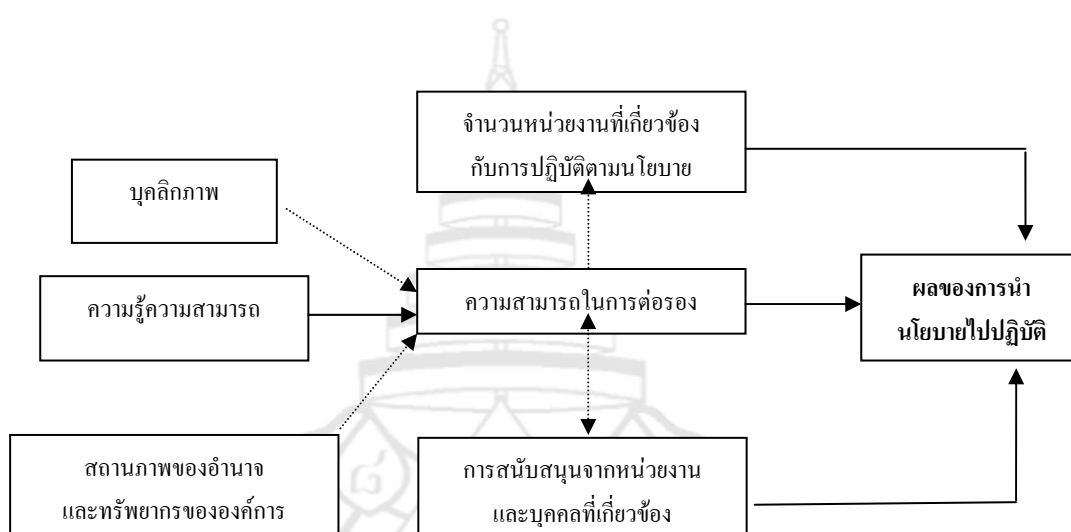
4) ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร (Organization development model) แนวคิดตามตัวแบบนี้ให้ความสำคัญเฉพาะบุคลากรในหน่วยงานเป็นหลัก ถือว่าบุคลากรเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดในองค์กร จึงให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (participation) ของคนในองค์กร ให้ทำงานเป็นทีม และใช้ภาวะผู้นำอย่างเหมาะสมและสร้างความรู้สึกรักผูกพันกับองค์กร ให้เกิดการยอมรับ เน้นการพัฒนาทีมงานมากกว่าการใช้กำลังบังคับควบคุม ตัวแบบนี้ให้ความสำคัญเพิ่มเติมต่อกระบวนการสื่อสารสองทาง การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายของผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ผูกพันกับนโยบาย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้สามารถเขียนให้เห็นได้ตามภาพที่ 2.15 ซึ่งแสดงถึงตัวแบบการพัฒนาองค์กร



จาก วรเดช จันทรศร. (2548). **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สหાયบลิ๊อก., 143.

ภาพที่ 2.15 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร

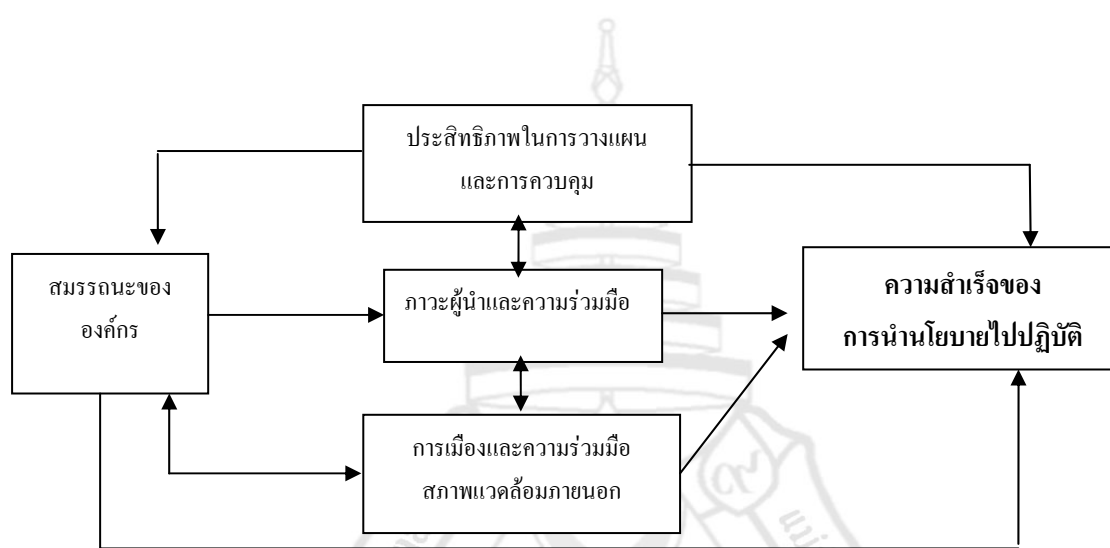
5) ตัวแบบด้านการเมือง (Political model) ตัวแบบนี้ยึดหลักการว่านโยบายเป็นการแบ่งสรรคุณค่าในสังคม ดังนั้นนโยบายในเรื่องหนึ่ง ๆ จะมีผู้ที่ได้รับประโยชน์กับผู้สูญเสียประโยชน์เสมอ และโดยปกติในแต่ละฝ่ายจะให้คุณค่าของนโยบายแตกต่างกัน และเน้นการรักษาผลประโยชน์ของตนไว้เป็นอันดับแรก ดังนั้น จึงเป็นการยากที่ทุกฝ่ายจะเห็นชอบและปฏิบัติตามนโยบายอย่างเป็นเอกฉันท์ ตัวแบบนี้เห็นว่าจำนวนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นประเด็นที่สำคัญในการเจรจาต่อรอง หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีจำนวนน้อย โอกาสสร้างความเห็นพ้องต้องกันก็มีมากกว่า ในการเจรจาที่มีหน่วยงานมาก ๆ ความสามารถในการเจรจาต่อรองของผู้เกี่ยวข้องก็ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ ความรู้ความสามารถ ความชำนาญในการชักจูงต่อรอง สถานภาพของผู้มีอำนาจและทรัพยากรขององค์กร ตลอดจนการสนับสนุนจากบุคคลและองค์กรต่างๆ เช่น บุคคลสำคัญ หัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สื่อมวลชน และกลุ่มผลประโยชน์อื่น ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้ สามารถเขียนได้ให้เห็นในภาพที่ 2.16 ซึ่งแสดงถึงตัวแบบด้านการเมือง



จาก วรเดช จันทรศร. (2548). ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สหายบล็อก., 148.

ภาพที่ 2.16 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบด้านการเมือง (Political model)

6) ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrated model) ตัวแบบนี้เป็นตัวแบบที่รวบรวมจากแนวคิดของทั้ง 5 ตัวแบบ โดยมุ่งแสวงหาผลกระทบของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จทั้งในมิติของผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบ และประโยชน์ที่ประเทศชาติโดยรวมได้รับ ส่วนตัวแปรอิสระที่นำมาพิจารณา ประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ สมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุมภาวะ ผู้นำและความร่วมมือ และการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้ สามารถเขียนได้โดยให้การบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแบบนี้ ดังภาพที่ 2.17 ซึ่งแสดงตัวแบบบูรณาการ



จาก วรเดช จันทรศร. (2548). **ทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: สหายบล็อก., 152.

ภาพที่ 2.17 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrated model)

3. ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติ

จากที่ได้กล่าวถึงตัวแบบและผลการศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ พบว่า ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติในภาพรวมมีอยู่เป็นจำนวนมาก สามารถแบ่งปัญหาหลักออก 5 ด้าน ได้แก่ (วรเดช จันทรศร, 2548, หน้า 103-108; สมพร เฟื่องจันทร์, 2539, หน้า 186-188)

1) ด้านหน่วยงาน ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสมรรถนะของหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีความสามารถในการดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใดปัญหาด้านสมรรถนะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยอีกหลายประการได้แก่ ปัจจัยด้านบุคลากร พบว่าหน่วยงานภาครัฐมักมีบุคลากรที่ไม่สอดคล้องกับงานที่รับผิดชอบ ปัจจัยด้านงบประมาณ พบว่าฝ่ายกำหนดนโยบายมักพยายามกำหนด

นโยบายให้หน่วยงานต่าง ๆ ทำมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันงบประมาณที่จัดสรรให้มักไม่เป็นไปตามภาระหน้าที่ที่เพิ่ม ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนปัจจัยด้านวิชาการหรือเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องในนโยบายนั้น

2) ด้านการควบคุม ความสำเร็จในการนำนโยบายไปปฏิบัติส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุม เป็นความสามารถในการวัดความก้าวหน้าหรือผลการปฏิบัติของนโยบาย ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเพิ่มมากขึ้น ถ้าหากผู้รับผิดชอบนโยบายขาดความสามารถในการวัดผลหรือควบคุมผลงานของหน่วยปฏิบัติ ซึ่งปัญหาการควบคุมมีมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหลายประการ เช่น ความสามารถของหน่วยงานที่รับผิดชอบแปลงนโยบายว่าสามารถแปลงนโยบายออกมาเป็นแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของนโยบายเพียงใด กิจกรรมของนโยบายมีวัตถุประสงค์ชัดเจนเพียงใด การกำหนดภารกิจ หรือมาตรฐานในการปฏิบัติงานสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติงานโดยรวมเพียงใด

3) ด้านความร่วมมือ และการสนับสนุนไม่ว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีสมรรถนะสูงเพียงใด หรือผู้รับผิดชอบในนโยบายมีความสามารถในการควบคุมผลงานของหน่วยปฏิบัติภายใต้ระบบการวัดผลและติดตามที่สมบูรณ์เพียงใด การนำนโยบายไปปฏิบัติจะสำเร็จไม่ได้หากสมาชิกในองค์การไม่ร่วมมือกันปฏิบัติตามแนวทาง อีกนัยหนึ่ง หากสมาชิกในองค์การหรือหน่วยปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือหรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ปัญหาของการนำนโยบายไปปฏิบัติจะเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่เกิดจากการต่อต้านของผู้ปฏิบัติมาจากสาเหตุสำคัญ 7 ประการได้แก่

ก. นโยบายไม่ได้มาจากรากฐานความต้องการที่แท้จริงของสมาชิกในองค์การ หรือสมาชิกไม่ให้ความสำคัญต่อนโยบาย

ข. นโยบายส่งผลให้พฤติกรรมในการปฏิบัติงานของสมาชิกในองค์การต้องเปลี่ยนแปลงไป

ค. หัวหน้าหน่วยปฏิบัติไม่เต็มใจให้การสนับสนุนนโยบาย

ง. สมาชิกในองค์การหรือหน่วยปฏิบัติต่อต้าน เพราะเห็นว่าการปฏิบัติตามนโยบายส่งผลให้งบประมาณและอัตราค่าจ้างของหน่วยต้องลดลงในระยะยาว ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนภารกิจและหน้าที่ของบุคลากร

จ. สมาชิกในองค์การหรือหน่วยปฏิบัติเห็นว่านโยบายถูกกำหนดขึ้นโดยฝ่ายบริหารที่ไม่เข้าใจสภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงาน

ฉ. สมาชิกในองค์การหรือหน่วยปฏิบัติไม่เห็นด้วยกับสาระหรือวิธีปฏิบัติในนโยบาย เพราะไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ข. สมาชิกในองค์กรหรือหน่วยปฏิบัติไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจว่าจะปฏิบัติตามนโยบายนั้นอย่างไร

4) ด้านความสัมพันธ์และการสนับสนุนจากองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง องค์กรและบุคคลสำคัญที่กล่าวนี้ หมายถึง กลุ่มอิทธิพล กลุ่มผลประโยชน์ นักการเมือง ข้าราชการระดับสูง ตลอดจนสื่อมวลชน อาจให้การสนับสนุนทางการเมือง เงินทุน งบประมาณ ตลอดจนสามารถสร้างอุปสรรคต่อต้านได้ตลอดเวลาตามสภาวะอำนาจและสถานการณ์ การปฏิสัมพันธ์ การเผชิญหน้า การสนับสนุน การเจรจาต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรหรือผลประโยชน์ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ในกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาเหล่านี้มีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยย่อยหลายประการ เช่น

ก. ลักษณะของการติดต่อความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานปฏิบัติกับหน่วยงานควบคุมนโยบาย

ข. ระดับความจำเป็นที่หน่วยปฏิบัติต้องแสวงหาความร่วมมือหรือทำการตกลงกับหน่วยงานอื่น และ

ค. ความเป็นไปได้ที่เจ้าหน้าที่ของแต่ละหน่วยสามารถทำงานร่วมกันได้

5) ด้านความซ้ำซ้อนของนโยบายและผู้รับผิดชอบในการกำหนดนโยบาย พบว่ามีการกำหนดขึ้นมาไม่พร้อมกัน แต่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาเดียวกัน โดยมอบหมายในหน่วยงานต่างกันทำหน้าที่บริหารจัดการปัญหาที่มักเกิดขึ้นคือ การแย่งงานกันทำ หรือเกิดการแข่งขันในการให้บริการระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ โดยอาจเป็นไปในรูปแบบของการให้บริการมากเกินไป หรือการบังคับใช้กฎระเบียบในลักษณะที่หย่อนยาน ความซ้ำซ้อนของนโยบายเพิ่มปัญหามากขึ้นในกรณีที่นโยบายที่กำหนดขึ้นภายหลังมีการขัดแย้งกับนโยบายเดิม เช่น นโยบายแก้ไขปัญหาความยากจนที่มีหน่วยงานเป็นจำนวนมากที่รับผิดชอบ รวมทั้งแนวทางในการแก้ปัญหาแตกต่างกันตามความถนัดของตน การนำนโยบายไปปฏิบัติจะเกิดอุปสรรคมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ

ก. ผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับฝ่ายการเมืองหรือฝ่ายบริหารหรือไม่

ข. กลุ่มอิทธิพลกลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและเห็นประโยชน์ของนโยบายมากน้อยเพียงใด

ค. ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติกับสื่อมวลชนมีความสำคัญในการสร้างแนวร่วม และความน่าเชื่อถือของนโยบายและ

ง. บุคคลสำคัญให้การสนับสนุนนโยบายเพียงใด ดังนั้นในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทยผู้วิจัย จึงได้ใช้แนวคิดของนักวิชาการดังกล่าวทั้งหมดข้างต้น มาประยุกต์ใช้เพื่อให้ได้กรอบแนวการศึกษา กล่าวคือกระบวนการกำหนดนโยบายได้กำหนดปัญหา เสนอวาระปัญหาและการกำหนดนโยบาย โดยอาศัยตัวแบบทฤษฎีระบบเป็นแกนหลักผลักดัน เนื่องจากผู้วิจัยวิเคราะห์ว่านโยบายเป็นปฏิสัมพันธ์ของการกระทำที่ต้องพึ่งพากันจากปัจจัยนำเข้า กระบวนการนโยบาย และผลผลิต ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นระบบที่ได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมภายนอกจึงทำให้ได้ นโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย เป็นผลผลิตก่อนส่วนการนำนโยบายไปใช้ในขั้นตอนการปฏิบัติ ทำให้เห็นภาพแบบการให้บริการที่เกิดขึ้นในบริบทที่เกิดขึ้นเฉพาะของประเทศไทยเท่านั้น

2.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย

2.3.1 ทฤษฎีนโยบาย

นโยบายสาธารณะมีทฤษฎี ซึ่งหมายถึง องค์ความรู้ (body of knowledge) ที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้วมากมาย ชลาเกอร์ (Schlager, 1997, pp. 14-15) กล่าวว่า “โครงสร้างทฤษฎีของนโยบายสาธารณะมีมากมายเหมือนภูเขาที่ตั้งอยู่บนเกาะเกี่ยวพันกันจนแยกไม่ออก บางครั้งก็เชื่อมกันโดยเนินด้านล่างภูเขา จากการที่มีวิธีการแนวคิดและผลงานเชิงประจักษ์อันเดียวกัน เกาะทั้งหมดล้อมรอบด้วยทะเลของผลงานเชิงพรรณนาซึ่งไม่มีภูเขาถูกใดติดกันเลย ” ดังนั้น การนำเสนอทฤษฎีนโยบายจึงขึ้นอยู่กับว่าจะมองไปที่ภูเขาถูกใด ซึ่งมีอยู่มากมาย สำหรับวรรณคดีของ นาเกล (Nagel, 2002, pp. 132-142) ได้แบ่งทฤษฎีนโยบายออกเป็น 4 ทฤษฎี ดังนี้

2.3.1.1 ทฤษฎีแนวคิด (Conceptual theory) ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะต้องมีแนวคิดทางด้านนโยบายสาธารณะ ที่สำคัญ ประกอบด้วย การนิยามการวิเคราะห์นโยบาย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การนิยามการวิเคราะห์นโยบาย (Defining policy analysis) ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะต้องเข้าใจความหมายของการวิเคราะห์นโยบาย โดยคำนิยาม คือ การกำหนดทางเลือกสาธารณะหรือนโยบายที่สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายได้ดีที่สุด

2. การนิยามการวิเคราะห์นโยบายที่ดี (Defining good policy analysis) ผู้กำหนดนโยบายสาธารณะต้องเข้าใจว่าการวิเคราะห์นโยบายที่ดีเป็นอย่างไร เช่น นิยามว่าตรงประเด็น (validity) ต้องนำจุดมุ่งหมายทุกอย่างมาพิจารณา มีจุดมุ่งหมายใดถูกมองข้าม ความสำคัญ (importance) หมายถึง เป็นประเด็นสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม ประโยชน์ (usefulness)

หมายถึง ความต่อเนื่อง ของการใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้ (feasibility) หมายถึง ความง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ

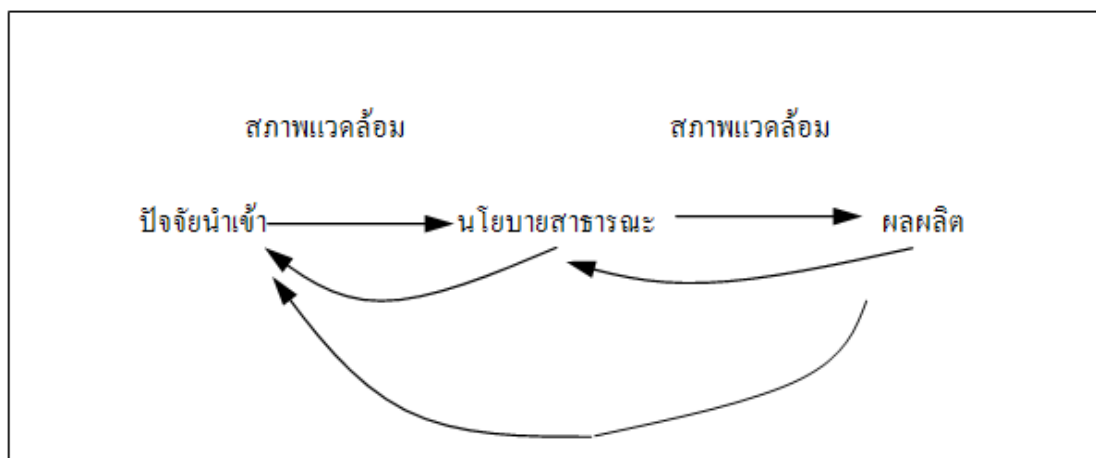
2.3.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ (Theory of knowledge) หมายถึง การรู้แหล่งที่มาของนโยบาย และความสัมพันธ์ของนโยบาย ประกอบด้วย อำนาจหน้าที่ การวิเคราะห์ทางสถิติ การสังเกต การวิเคราะห์ความไว และการอนุมาน ดังนี้

1. อำนาจหน้าที่ หมายถึงอำนาจของบุคคล หนังสือ บทความหรือแหล่งที่มาอื่นที่น่าเชื่อถือ
2. การวิเคราะห์ทางสถิติและการสังเกต หมายถึงการวิเคราะห์เหตุการณ์หรือการสรุปผลความเห็นที่มุ่งหมายหรือนโยบายควรเป็นอะไร
3. การอนุมานหมายถึงการสรุปความเห็นจากข้อสรุปที่ได้จากวิธีการต่าง ๆ ที่กล่าวมา
4. การวิเคราะห์ความไว หมายถึงการประมาณค่าจุดมุ่งหมาย และผลกระทบ ซึ่งต้องใช้เทคนิคการตัดสินใจเพื่อพิจารณาว่านโยบายใดดีที่สุด

2.3.1.3 ทฤษฎีเชิงสาเหตุและผล (Causal theory) การวิเคราะห์นโยบายต้องมีทฤษฎีเชิงสาเหตุและผล เพื่อใช้ในการตัดสินใจ ตามขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย ตามหลักการวิเคราะห์นโยบาย จะจำแนกการกำหนดนโยบายกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ออกจากกัน หรือจำแนกสาเหตุของนโยบายกับผลของนโยบายออกจากกันไม่ได้ ซึ่งแนวคิดนี้สัมพันธ์กับความล้มเหลวในการกำหนดนโยบาย เช่น การกำหนดจุดมุ่งหมายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ การกำหนดนโยบายที่ไม่ชัดเจน นโยบายที่ไม่ได้รับการยอมรับ และความล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ นโยบายได้รับการยอมรับแล้ว แต่ปฏิบัติไม่สำเร็จ เพราะไม่เกิดผลตามนโยบาย ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการเมือง เนื่องจากไม่ได้รับความสนับสนุนจากกลุ่มผลประโยชน์อย่างเพียงพอ

2.3.2 ทฤษฎีระบบ (System Theory)

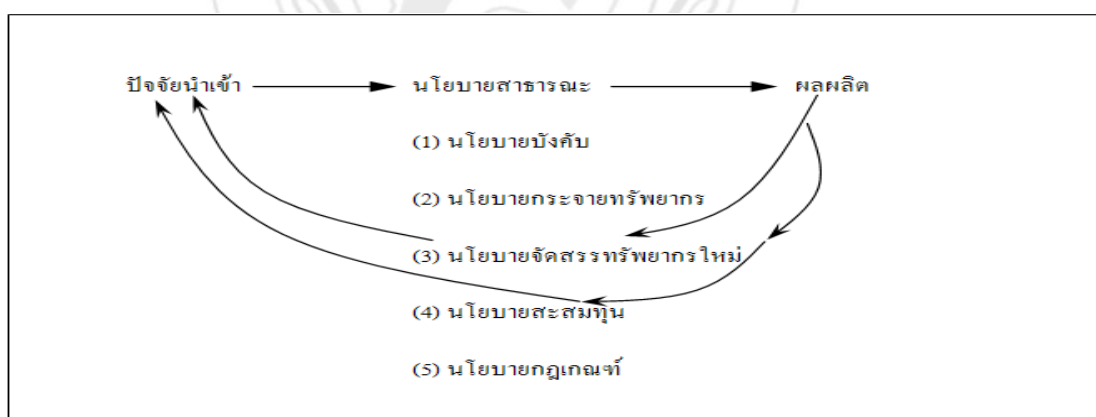
ค้นพบโดย เดวิด อีสตัน (David Easton) พิจารณาระบบนโยบายเป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต กระบวนการย้อนกลับ และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ทำให้เข้าใจมิติที่เกี่ยวข้องของนโยบายโดยยกตัวอย่าง จากภาพแบบ วัฏจักรกัน 3 ภาพ ดังนี้ ในภาพที่ 2.18 พิจารณานโยบายเป็นปฏิสัมพันธ์ของการกระทำที่ต้องพึ่งพากัน ซึ่งเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลาและมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม เช่นความสัมพันธ์โต้ตอบกันระหว่างปัจจัยนำเข้า (input) กับกระบวนการนโยบาย (policy) และ ผลผลิต (output) และระหว่างปัจจัยนำเข้า กับข้อมูลย้อนกลับ โดยได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมภายนอก (Easton, 1953)



จาก Frohock, F. M. (1979). **Public policy: Scope and logic**. New Jersey: Prentice-Hall., 16.

ภาพที่ 2.18 นโยบายเป็นปฏิสัมพันธ์ของการกระทำที่ต้องพึ่งพิงกัน

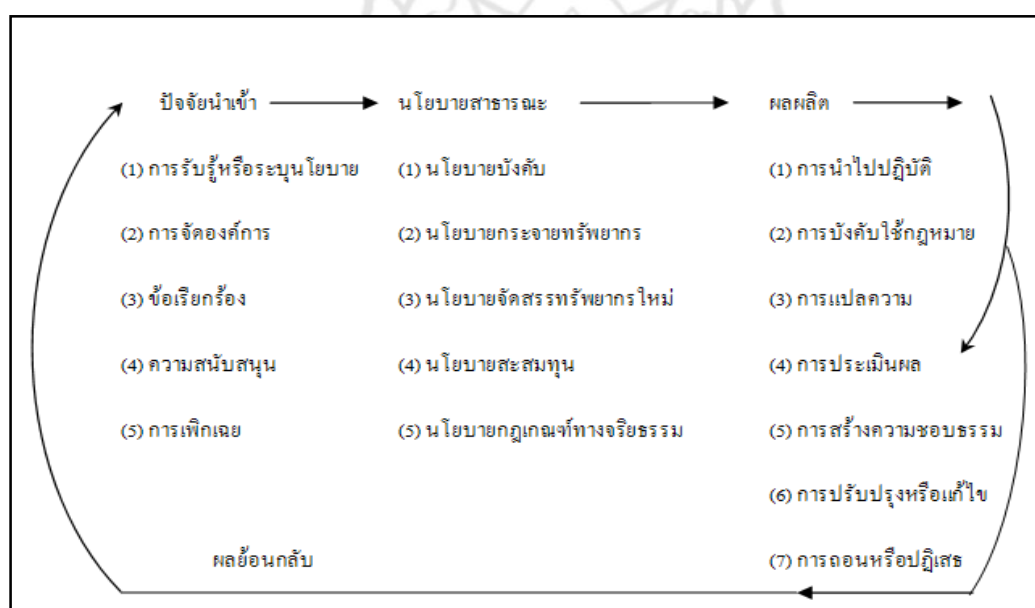
ส่วนภาพที่ 2.19 แสดงประเภทของนโยบายในกระบวนการนโยบายสามารถแบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่ นโยบายบังคับ (regulation) นโยบายกระจายทรัพยากร (distribution) นโยบายจัดสรรทรัพยากรใหม่ (redistribution) นโยบายสะสมทุน (capitalization) และนโยบายกฎเกณฑ์ทางจริยธรรม (ethical ruling)



จาก Frohock, F. M. (1979). **Public policy: Scope and logic**. New Jersey: Prentice-Hall., 17.

ภาพที่ 2.19 ประเภทของนโยบาย

ส่วนภาพที่ 2.20 เป็นภาพแสดงรายละเอียดระบบที่สมบูรณ์กว่าภาพที่ 2.19 และ 2.20 เส้นลูกศรทั้งหมดในภาพแสดงถึงการพึ่งพากันของกิจกรรมต่างๆ รวมไปถึงผลย้อนกลับที่มีต่อนโยบายและกิจกรรมสำคัญที่แสดงรายละเอียดในแต่ละขั้นตอน ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ คือการรับรู้หรือระบุปัญหา การรวบรวมปัญหา ข้อเรียกร้อง ความสนับสนุน และการเพิกเฉย (2) ประเภตนโยบาย ได้แก่ นโยบายบังคับ นโยบายกระจายทรัพยากร นโยบายจัดสรรทรัพยากรใหม่ นโยบายสะสมทุน นโยบายกฎเกณฑ์ทางจริยธรรม (3) ผลผลิต ได้แก่ การนำไปปฏิบัติ การบังคับให้เป็นไปตามนโยบาย การแปลความนโยบาย การประเมินผลนโยบาย การสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบาย การปรับปรุงหรือแก้ไขนโยบาย และการถอยหรือปฏิเสธนโยบาย (4) ผลย้อนกลับหมายถึงผลกระทบที่อาจทำให้ผลลัพธ์ของนโยบายต้องมีการปรับปรุง หรือแก้ไขเมื่อกลับไปเป็นปัจจัยนำเข้าอีกครั้ง ผลย้อนกลับมีทั้งผลต่อนโยบายและต่อปัจจัยนำเข้า (5) สภาพแวดล้อม หมายถึงสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เป็นแรงกดดันต่อระบบนโยบายและระบบนโยบายต้องตอบสนอง ทั้งสภาพแวดล้อมภายในและภายนอก เช่นสภาพแวดล้อมทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการกำหนดนโยบาย



จาก Frohock, F. M. (1979). **Public policy: Scope and logic**. New Jersey: Prentice-Hall., 17.

ภาพที่ 2.20 การนำทฤษฎีระบบมาศึกษาโยบาย

ปัจจัยนำเข้าสัมพันธ์กับนโยบาย ผลผลิต และผลย้อนกลับ เช่น การระบุปัญหาหนึ่ง อาจนำไปสู่การกำหนดนโยบายโดยผู้มีอำนาจ จากนั้นนโยบายจึงไปสู่การปฏิบัติ และมีผลบังคับใช้ ในภาพที่เป็นผลผลิตของนโยบาย จากกิจกรรมที่เป็นผลผลิตที่มีผลกระทบต่อปัจจัยนำเข้าและนโยบาย การนำทฤษฎีระบบมาศึกษา นโยบายมี ข้อดีคือ ทำให้มองเห็นภาพกระบวนการนโยบายได้ง่าย ทำให้รู้ว่านโยบายไม่ได้ยู่หนึ่ง หรือไม่ใช่เป็นส่วนเดียว แต่สัมพันธ์เชื่อมกัน ส่วนข้อเสียอาจทำให้เข้าใจผิดว่าทุกอย่างต้องไหลไปอย่างราบรื่นแต่ความเป็นจริงการนำนโยบายไปปฏิบัติเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ดังนั้น กระบวนการนโยบายในทางทฤษฎีจึงเป็นเพียงการวาดภาพในใจเพื่อให้เข้าใจ แต่มักไม่สอดคล้องกับการเมืองในโลกแห่งความเป็นจริงเสมอไป ซึ่งเหตุการณ์จริงอาจมีรายละเอียดและปัจจัยเฉพาะมากกว่าหรือน้อยกว่า ที่ระบุไว้ในทฤษฎี ผู้กำหนดนโยบายจึงต้องปรับนโยบายให้เหมาะสม หาประโยชน์จากนโยบาย ซึ่งอาจมีทฤษฎีและแนวคิดในการแปลความหมายเพิ่มเติมเพื่อให้สอดคล้องกับความเป็นจริง โดยยึดเหตุการณ์จริงเป็นหลัก

2.3.3 ทฤษฎีการตัดสินใจ

เป็นหลักการที่ใช้ลงมติเลือกนโยบายโดยรวมวิเคราะห์ 3 ทฤษฎีได้แก่ ทฤษฎีหลักการเหตุผล ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน และ ทฤษฎีการผสมผสานระหว่างทางกว้างและทางลึก (mixed scanning) โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.3.3.1 ทฤษฎีหลักการเหตุผล (Rational/comprehensive theory) ประกอบด้วย

1. ผู้ตัดสินใจต้องเผชิญกับปัญหาที่สามารถจำแนกออกจากปัญหาอื่นได้ หรืออย่างน้อยต้องสามารถพิจารณาเปรียบเทียบกับปัญหาอื่นได้อย่างมีความหมาย
2. ผู้ตัดสินใจมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ เป้าประสงค์ (Goals) ค่านิยม (values) หรือวัตถุประสงค์ (objectives) และสามารถทำให้การพิจารณาปัญหามีความชัดเจนและจัดลำดับตามความสำคัญของแต่ละกรณี
3. การตรวจสอบทางเลือกต่างๆในการแก้ไขปัญหาอย่างชัดเจน
4. การตรวจสอบผลลัพธ์ทั้งทางด้านต้นทุน ผลประโยชน์ ข้อได้เปรียบ ข้อเสียเปรียบที่อาจเกิดขึ้นจากการตัดสินใจเลือกทางใดทางหนึ่ง
5. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นของทางเลือกแต่ละทาง
6. ตัดสินใจเลือกทางเลือกและผลลัพธ์ของแต่ละทางเลือกที่ต้องตอบสนองต่อเป้าหมาย ค่านิยมหรือวัตถุประสงค์สูงสุดขององค์การ โดยมุ่งเน้นการตัดสินใจเพื่อการบรรลุเป้าหมายสูงสุด

2.3.3.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน (The incremental theory) เป็นทฤษฎีที่มีลักษณะของการพรรณนาความเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจของรัฐบาล โดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วน เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงหรือการเพิ่มเติมจากนโยบายที่มีอยู่อย่างจำกัด สาระสำคัญของทฤษฎี พิจารณาจากองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. การพิจารณาในการเลือกวัตถุประสงค์ และการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ กระทำโดยพิจารณาร่วมกันอย่างใกล้ชิดมากกว่าการที่จะแยกพิจารณาในแต่ละประเด็น
2. ผู้ตัดสินใจพิจารณาเฉพาะทางเลือกบางทางเลือกที่ใช้ ในการแก้ไขปัญหา ซึ่งแตกต่างไปจากนโยบายเดิมเพียงเล็กน้อย
3. การประเมินผลทางเลือกแต่ละทางเลือก กระทำเฉพาะเพื่อพิจารณาผลลัพธ์ที่สำคัญของทางเลือกบางทางเลือกเท่านั้น
4. สำหรับปัญหาที่ผู้ตัดสินใจกำลังเผชิญอยู่นั้น ผู้ตัดสินใจต้องทำการนิยามปัญหาใหม่อย่างต่อเนื่อง
5. ทฤษฎีนี้ถือว่าไม่มีการตัดสินใจเพียงครั้งเดียวหรือทางแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเพียงทางเดียว
6. การตัดสินใจโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วนเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยในการแก้ไขปัญหาอุปสรรคจากวิธีการอื่นๆ และนำไปสู่สภาพปัจจุบันที่ดีกว่า รวมทั้งช่วยแก้ไขความไม่สมบูรณ์ทางสังคมให้เป็นรูปธรรมมากกว่าการพิจารณาเป้าประสงค์ของสังคมในอนาคต (Lindblom, 1968, p. 3)

2.3.3.3 ทฤษฎีการผสมผสานระหว่างทางกว้างและทางลึก (Mixed scanning) เอทซियो (Etzioni, 1976) เห็นว่า การตัดสินใจโดยพิจารณาการเปลี่ยนแปลงจากเดิมเพียงบางส่วนสะท้อนให้เห็นประโยชน์ของกลุ่ม และองค์กรที่มีอำนาจสูงสุดในสังคม แต่ผลประโยชน์ของกลุ่มประชาชนที่ด้อยสิทธิ (the underprivileged) และกลุ่มที่ไม่มีบทบาททางการเมืองจะถูกละเลย ทฤษฎีการผสมผสานระหว่างทางกว้างและทางลึก เปิดโอกาสให้ผู้ตัดสินใจสามารถใช้ประโยชน์จากทั้งทฤษฎีหลักการและเหตุผล ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมบางส่วนซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ทฤษฎีการผสมผสานระหว่างทางกว้างและทางลึกมีความเหมาะสมสำหรับผู้ตัดสินใจนโยบายที่มีขีดความสามารถต่างกัน แนวคิดของ เอทซियो (Etzioni) ช่วยให้ผู้นำกำหนดนโยบายเข้าใจข้อเท็จจริงที่สำคัญว่า การตัดสินใจอาจแปรผันไปตามขนาดของเรื่องที่ต้องตัดสินใจ ทั้งในด้านขอบเขตและผลกระทบ และกระบวนการตัดสินใจที่แตกต่างกันอาจเหมาะสมกับธรรมชาติที่แตกต่างกันของเรื่องที่ต้องตัดสินใจ

2.3.4 ทฤษฎีพหุนิยม

อธิบายว่า อำนาจของรัฐกระจายออกไปยังกลุ่มต่าง ๆ ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานมาจากการเมืองของสังคมตะวันตก ซึ่งใช้แนวคิดประชาธิปไตยทั้งด้านการเมืองและด้านสังคม เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงพลังสังคม มีบทบาทในการผลักดันนโยบาย และเป็นต้นแบบทฤษฎีอำนาจอธิปไตยของรัฐเพราะทฤษฎีอำนาจอธิปไตยของรัฐมองข้ามสิทธิประโยชน์ของกลุ่ม องค์กร สมาคม ซึ่งมีบทบาทสำคัญไม่น้อยกว่ารัฐ ลักษณะของทฤษฎีพหุนิยม คือ ความแตกต่าง (difference) หรือความหลากหลาย (diversity) โดยแยก รัฐกับ ประชาสังคม (civil society) ออกจากกัน รวมทั้งแยกอำนาจทางการเมืองกับอำนาจทางเศรษฐกิจ และผลประโยชน์ของนโยบายแต่ละนโยบายออกจากกัน ทฤษฎีพหุนิยมพบว่าอำนาจไม่ได้สะสมไปตลอด แต่ต้องกระจายออกไป และพบว่ารัฐมีบทบาทในการกำกับความขัดแย้งในสังคมมากกว่าเข้าไปครอบงำ มาร์ช และสโตเกอร์ (Marsh & Stoker, 1995, pp. 210-211) กล่าวว่า ปัจจุบัน ทฤษฎีพหุนิยม เป็นตัวแทนความคิดเห็นของกลุ่มผลักดัน (pressure groups) และการเลือกตั้งที่มีการแข่งขันกันโดยเสรี (open election) กลุ่มผลักดันจึงเติบโตคู่กันมากับสถาบันที่เป็นทางการและมีบทบาทแสดงความต้องการของกลุ่มผลประโยชน์ ทฤษฎีพหุนิยมรับแนวคิดที่ว่า รัฐมีอำนาจจำกัดและการปกครองต้องมีความยินยอม มาจากนักปราชญ์ชื่อ มองเตสกีเอร์ (Montesquieu) และรับเอาแนวคิดว่าการกลุ่มต้องมีบทบาทในการป้องกันตนเอง การมาจาก นักปราชญ์ชื่อ อเล็กซิส เดอ ท็อกเกอร์วิลล์ (Alexis de Tocqueville) สุดท้าย คือ รับเอาแนวคิดการกระจายอำนาจเพื่อปกป้องสิทธิของปัจเจกชนและคนกลุ่มน้อยมาจาก นักปราชญ์ ชื่อ ฮามิลตัน (Hamilton)

โอเซ็น และมาร์เจอร์ (บรรณาธิการ) (Olsen & Marger, editor, 1993, pp. 148-149) ให้ทัศนะว่า ทฤษฎีพหุนิยม ในสังคมสมัยใหม่ อำนาจรัฐไม่ได้กระจุกตัวอยู่ที่ผู้กุมอำนาจคนไหนคนใดเพียงลำพัง แต่กระจายอยู่กับสถาบันและกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งมีจำนวนมาก เป็นอิสระจากรัฐและมีฐานะเป็นองค์กรตัวกลาง (intermediary organizations) เชื่อมโยงประชาชนกับรัฐบาล ส่วนความเป็นอิสระเกิดขึ้นได้เพราะกลุ่มเหล่านี้รวมตัวกันเอง โดยสมัครใจจากการมีผลประโยชน์หรือมีความสนใจร่วมกัน กลุ่มเหล่านี้ยอมรับการแก้ปัญหาาร่วมกัน ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มจึงสามารถประนีประนอมกันได้ ส่วนการผลักดันนโยบายของกลุ่ม อาจแสดงออกได้ในภาพแบบใดแบบหนึ่ง กระบวนการระดมพลังสมาชิก (mobilization process) มีบทบาทเพียงเป็นกลุ่มคอยกระตุ้นให้สมาชิกสนใจการเมือง อาจแนะนำ ให้ความรู้ และชี้ช่องทางผลักดันนโยบาย เรียกร้องต่อรัฐ ฝ่ายกระบวนการทำหน้าที่ตัวกลาง (mediation process) รับบทบาทสองด้าน หนึ่งคอยให้ข้อมูลข่าวสารเสนอช่องทางเรียกร้องแก่สมาชิก ส่วนอีกด้านหนึ่งให้ข่าวสารแก่รัฐบาลเกี่ยวกับความต้องการของประชาชน กลุ่มจึงเป็นตัวกลางระหว่างประชาชนกับรัฐบาล เมื่อวิเคราะห์องค์การรัฐ (state organization) นักทฤษฎีพหุนิยมไม่มีทฤษฎีเกี่ยวกับรัฐโดยตรง อาจเป็นเพราะพื้นฐานความคิด

นักทฤษฎีพหุนิยมมองว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับรัฐเป็นความคิดเรื่องเอกภาพ การมีอยู่เพียงหนึ่งเดียวและการรวมศูนย์อำนาจ ซึ่งขัดกับความคิดของพหุนิยม นักทฤษฎีพหุนิยมจึงเลี่ยงไปเรียกว่า รัฐบาล (government) หรือ ระบบการปกครอง (governmental system) แทนรัฐ นอกจากนั้นนักทฤษฎีพหุนิยมไม่ยอมรับว่า รัฐเป็นปรากฏการณ์ที่พึงปรารถนา ด้วยเหตุนี้จึงไม่สนใจนิยามว่ารัฐคืออะไร แต่มุ่งอธิบายว่าอำนาจอยู่ที่ใครในสังคมมากกว่า

ดังนั้นทฤษฎีพหุนิยมจึงเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับสังคมมากกว่าทฤษฎีรัฐ สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการนโยบาย นักทฤษฎีพหุนิยมมีความเห็นเกี่ยวกับบทบาทของรัฐโดยจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มหนึ่ง รัฐที่เป็นเหมือนเครื่องชี้ทิศทางลม (the weathervane model) นักทฤษฎีพหุนิยมกลุ่มแรกเห็นว่ารัฐเป็นเสมือนคนที่มีความสำคัญ เป็นเพียงเครื่องลงรหัส (coding machine) เพื่อลงรหัสข้อเรียกร้องและตัดสินใจไปตามข้อเรียกร้อง ตามแรงผลักดันของกลุ่มที่มีอิทธิพลมากที่สุด โดยนัยนี้รัฐจึงเป็นกลางโดยแท้จริง เพราะไม่ได้ทำหน้าที่อะไรในฐานะคนกลาง และไม่ได้มีบทบาทอะไรในการกำหนดนโยบาย

กลุ่มสอง รัฐที่เป็นกลาง (the neutral state view) นักทฤษฎีพหุนิยมกลุ่มที่สองเห็นว่า หากมองในแง่ของผลประโยชน์สาธารณะ (public interest) แล้ว รัฐต้องมีความสำคัญเพราะต้องคอยไกล่เกลี่ย ถ่วงดุลและประสานข้อขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ของกลุ่ม เพื่อบรรลุผลประโยชน์ของส่วนรวมให้มากที่สุด เปรียบได้กับกรรมการกีฬาคอยกำหนดนโยบายตามผู้มีอำนาจผลักดัน แต่เวลาเดียวกันก็ดูแลให้นโยบายดำเนินไปอย่างถูกต้อง ไม่ให้ละเมิดสิทธิกลุ่มอื่น และคำนึงถึงประชาธิปไตย

กลุ่มสาม รัฐนายหน้า (the broker state model) นักทฤษฎีพหุนิยมกลุ่มสุดท้าย มองบทบาทรัฐในทหรณะของกลุ่มที่หนึ่งและกลุ่มที่สอง ขัดกับตรรกะของพหุนิยม เพราะรัฐ คือ กลุ่มผลประโยชน์กลุ่มหนึ่ง ดังนั้น นักทฤษฎีพหุนิยมกลุ่มนี้จึงมองว่ารัฐเป็นนายหน้าทางการเมืองที่มีผลประโยชน์ของตัวเอง เจ้าหน้าที่รัฐเป็นกลุ่มผลประโยชน์กลุ่มหนึ่ง ซึ่งพยายามผลักดัน ต่อรอง และผสมผสานผลประโยชน์ของตัวเองในกระบวนการนโยบาย เช่น ชี้แจง ชักจูง หรือข่มขู่ให้กลุ่มผลประโยชน์เห็นด้วย หรือแสวงหาประโยชน์จากความขัดแย้งของกลุ่มอื่นรวมทั้งปิดความรับผิดชอบ หากมีปัญหาที่ขัดกับผลประโยชน์ของตัวเอง

2.3.5 ทฤษฎีทางเลือกสาธารณะ (Public Choice Theory)

ประยุกต์ความรู้จากเศรษฐศาสตร์ รัฐศาสตร์ สังคมวิทยา จิตวิทยา การบริหารธุรกิจ มาใช้ปรับปรุงการบริหารภาครัฐให้ดีขึ้น เมื่อเทียบกันระหว่างภาคเอกชนกับราชการ เอกชนจะได้เปรียบกว่าในส่วนของการให้ประชาชนได้มีโอกาสเลือกใช้บริการ แต่ราชการไม่สามารถทำเช่นนั้นได้

เช่น ไปทำธุระที่อำเภอหนึ่ง ได้รับบริการที่ไม่ดี ประชาชนไม่สามารถเลือกไปใช้บริการอีกอำเภอได้ แต่ทฤษฎีทางเลือกสาธารณะหาวิธีที่จะให้ทางเลือกกับประชาชน เช่น การติดต่อกับอำเภอโดยทางไปรษณีย์ ไม่จำเป็นต้องไปถึงอำเภอ ทฤษฎีทางเลือกสาธารณะเน้นว่า ทำอย่างไรให้การบริการภาครัฐสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้ ทำอย่างไรให้ประชาชนมีทางเลือกในการรับบริการจากภาครัฐเหมือนกับปัจเจกบุคคลในภาคเอกชน ทำอย่างไรถึงจะขยายบริการภาครัฐจากน้อยไปมาก ทำอย่างไรจึงจะทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริการภาครัฐ จุดหมายของทฤษฎีทางเลือกสาธารณะ คือ ต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการจากรัฐโดยเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ ต้องสุจริต โปร่งใส และมีความรับผิดชอบ และที่สำคัญคือให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจในการเข้ารับบริการจากหน่วยงานของรัฐ

2.3.6 ทฤษฎีความเสมอภาค (Equity Theory)

หลักความเสมอภาคถือว่าเป็นหลักพื้นฐานของศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ที่ อัดัมส์ (Adams, 1965, pp. 335-343) ได้พัฒนาทฤษฎี โดยอาศัยพื้นฐานความคิดว่า บุคคลย่อมแสวงหาความเสมอภาคทางสังคมโดยพิจารณาผลตอบแทนที่ได้รับกับตัวป้อน ความเสมอภาคมีระดับเพียงใดขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบการรับรู้ความสอดคล้องระหว่างตัวป้อนกับผลผลิต (perceived inputs to outputs) เมื่อเราทราบระดับการรับรู้ความเสมอภาคของบุคคลได้ ก็สามารถทำนายพฤติกรรมได้

2.3.7 ทฤษฎีผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder Theory)

ในอดีตประโยชน์สูงสุดของผู้ถือหุ้นเป็นความรับผิดชอบหลักของกรรมการปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนมารับผิดชอบกับประโยชน์ของกลุ่มต่างๆ เพิ่มขึ้น ในด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและจริยธรรม (Pease & McMilian, 1993)

คาร์เวอร์ และโอลิเวอร์ (Carver & Oliver, 2002, p. 60) ได้มีการตรวจสอบว่า ในขณะที่ผู้ถือหุ้นโดยทั่วไปกำหนดคุณค่าเฉพาะเรื่องของการเงินแต่ยังมีผู้เกี่ยวข้องอื่นที่ค้นหาผลประโยชน์ด้านอื่น เช่น ความพึงพอใจกับการริเริ่มในการทำอะไรบางอย่าง สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมบางอย่างในองค์กร หรือกรณีที่เจ้าของเป็นผู้ปฏิบัติด้วยจะสนใจวิธีการทำงานในเรื่องเฉพาะ เหตุผลต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดการพัฒนา ทฤษฎีผู้มีส่วนได้เสีย ซึ่งมองว่า องค์กรและสังคมต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ดังนั้น องค์กรจึงต้องมีเป้าหมายที่หาประโยชน์ให้สังคมมากกว่าการรับผิดชอบเฉพาะผู้ถือหุ้น (Kiel & Nicholson, 2003, p.31) ทฤษฎีนี้ ไม่ใช่เป็นทฤษฎีใหม่ เพราะ แมรี พาร์กเกอร์ โฟลเลต (Mary Parker Follett) ได้เสนอความคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้มาตั้งแต่ 60 ปีก่อน (Schilling, 2000, pp. 224-242) อธิบายว่า ผู้มีส่วนได้เสีย (stakeholder) คือ กลุ่มหรือบุคคลที่

สามารถทำให้เกิดผลกระทบหรือถูกระทบจากความสำเร็ตามเป้าหมายขององค์การ ดังนั้น คำว่า ผู้มีส่วนได้เสีย จึงรวมถึงผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรงหรือโดยอ้อมใน ธุรกิจ (Schilling, 2000, p. 225) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง อาจรวมถึง ผู้ถือหุ้น พนักงาน ผู้ลงทุน ลูกค้า และผู้จัดส่งสินค้า ซึ่งมีผลประโยชน์สอดคล้องกับองค์การ ส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยอ้อม อาจเป็นรัฐบาลซึ่งได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการปฏิบัติงานขององค์การ (Kiel & Nicholson, 2003) ส่วน วิลเลอร์ และซิลแลนป้า (Wheeler & Sillanpaa, 1997) ได้แบ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งมีผลกระทบกับโครงสร้างของบรรษัทภิบาลไว้ ดังนี้ ผู้ลงทุนรวมถึงธนาคาร คือ ผู้ทำให้เกิดสภาพคล่อง ผู้จัดการ คือผู้ที่ต้องมีภาวะผู้นำ อธิบายถึงแผนงาน และตอบคำถามในเรื่องการกระทำ พนักงาน คือ ผู้ปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง เพื่อการกินดีอยู่ดีและความมั่นคงในชีวิต ลูกค้า คือ ผู้ที่สามารถสะท้อนสิทธิของตนให้องค์การได้รับทราบหุ้นส่วนธุรกิจ เช่น ผู้ขายสินค้า คือ ผู้ที่สามารถสะท้อนสิทธิของตนให้องค์การได้รับทราบหุ้นส่วนธุรกิจ เช่น ผู้ขายสินค้า และสาขาย่อย คือ ผู้ที่หลีกเลี่ยงไม่ถูกเอาเปรียบ ชุมชน คือ ผู้ที่ปกป้องผลประโยชน์ในด้านความปลอดภัยและเศรษฐกิจ พลเมืองทั่วไป รวมถึงผู้กำหนดกฎหมาย และกลุ่มที่จัดตั้งขึ้นเพื่อกดดันให้รัฐบาลทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพราะว่าเป็นตัวแทนของสาธารณะ สิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ

ทฤษฎีการจัดการต่าง ๆ เน้นเรื่องกำไรและความรับผิดชอบต่อผู้ถือหุ้น (Schilling, 2000) ในทฤษฎีผู้มีส่วนได้เสียได้ระบุว่า การบริหารจัดการควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาและปรับปรุงความสัมพันธ์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด ไม่ใช่เน้นแต่ผู้ถือหุ้น ให้ผู้ถือหุ้นรวมการประเมินผลในเรื่องความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) จริยธรรมและคุณค่าของมนุษย์ ผู้วิจัยคิดว่าทฤษฎีมีส่วนช่วยอธิบายนโยบายและการกระทำของรัฐบาลในภาพรวม ทฤษฎีพหุนิยมมองบทบาทรัฐในฐานะกลุ่มผลักดัน ทฤษฎีความเสมอภาคให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ทฤษฎีผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ให้ความสำคัญกับการระดมความร่วมมือจากหุ้นส่วน ภาคีต่าง ๆ ที่มีส่วนผลักดันให้เกิดมีนโยบาย การดำเนินการจัดบริการต่าง ๆ ให้เกิดเป็นผลสำเร็จตามนโยบาย

2.4 แนวคิดทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

การนำเอาแนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติถูกนำมาเสนอทางวิชาการเป็นครั้งแรกโดยเพรสแมน และไวน์ดาฟสกี (Pressman & Wildavski, 1984) ซึ่งได้ศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยที่นโยบายสาธารณะถูกกำหนดที่ กรุงวอชิงตัน ดีซี (Washington D.C.) แล้วถูกนำไปปฏิบัติใช้ในเมืองต่างๆของสหรัฐอเมริกา โดยที่ประชากรและองค์กรในระดับล่างไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ

กำหนดนโยบาย จึงทำให้เกิดปัญหาเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติใช้โดยเฉพาะเรื่องการสื่อความหมายให้ประชาชนเกิดความเข้าใจในตัวนโยบายรวมถึงกระบวนการนโยบาย

2.4.1 แนวคิดและวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Approaches to Implementation)

ผู้วิจัยได้รวบรวมหลักวิธีการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยสรุปจากการศึกษานโยบายสาธารณะของนักคิดต่าง ๆ เช่น เดอร์ธิก (Derthick, 1972), เพรสแมน และไวน์คอฟสกี (Pressman & Wildavski, 1984) ซาบาเทีย และ มาซมานเนีย (Sabatier & Mazmanian, 1989) ซึ่งได้เสนอประเด็นสำคัญที่ได้ศึกษาไว้ได้แก่ (1) ผลผลิตของนโยบายที่จำเป็นต้องนำนโยบายไปปฏิบัติควรสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในกฎหมาย หรือคำพิพากษาศาลสูง และผลผลิตของนโยบายมีผลกระทบกับการเมืองหรือไม่เพียงใด (2) วัตถุประสงค์และยุทธศาสตร์หลักที่ระบุไว้ในกฎหมายบางส่วนสามารถนำมาปรับใช้ ในช่วงการนำนโยบายไปปฏิบัติมีมากน้อยเพียงใด หรือในช่วงที่ผู้มีอำนาจกำหนดนโยบายได้นำมาพิจารณาในช่วงการปรับปรุงนโยบายใหม่ (3) อะไรคือปัจจัยหลักที่มีผลต่อการบรรลุความมุ่งหมายของนโยบาย (goal attainment) และการปรับปรุงความมุ่งหมายและยุทธศาสตร์ และผลกระทบทางการเมือง การศึกษาในแนวนี้นี้เป็นการนำเอาแนวคิดการรวมศูนย์กลาง (center) และกลุ่มเป้าหมาย (target group) มาใช้เป็นหลัก ถึงแม้ว่าจะเน้นไปที่ศูนย์กลางก็ตาม

แนวความคิดการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติได้มีพัฒนาการมาตั้งแต่ 1970 เช่น วิลเลียม (Williams, 1982) ได้เสนอว่า การศึกษานโยบายสาธารณะจะมีความสำคัญและเป็นประโยชน์เมื่อผลการศึกษานำมาให้เกิดการนำเอาข้อมูลไปช่วยในการกำหนดนโยบายซึ่งวิลเลียม เรียกว่า “policy relevance” เป็นการประยุกต์จริง การกำหนดนโยบาย การนำไปปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงการกำหนดนโยบายเสียใหม่ โดยไม่เน้นรายละเอียดของการนำไปปฏิบัติ มากกว่าการกำหนดนโยบาย แต่อ้างอิงแนวคิดการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ (learning process) เพราะความมุ่งหมายของนโยบายสาธารณะจะกระจำจขึ้นไปตามกาลเวลา และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้จริงในที่สุด จากแนวทางการศึกษานำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ซึ่งมีทั้งแบบความคล้ายกัน และแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมแนวความคิดเกี่ยวกับการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติโดยแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ (1) การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง (top-down approach) (2) การนำนโยบายไปปฏิบัติแบบล่างขึ้นบน (bottom-up approach) และ (3) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นแบบผสมผสาน (mixed-approach) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.4.1.1 กลุ่มตัวแบบวิธีการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบบนลงล่าง (Top-down approach) เป็นตัวแบบที่นักวิชาการเสนอเป็นกลุ่มแรก ๆ ได้แก่

1. ตัวแบบของ แวน เมทเทอร์ และแวน ฮอร์น (Van Meter & Van Horn)

เป็นแบบจำลองที่อธิบายการนำเอาความสัมพันธ์ระหว่างมาตรฐานนโยบายและทรัพยากร ตัวแปรสิ่งแวดล้อมของนโยบายในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น อธิบายการนำเอานโยบายไปปฏิบัติในประเทศสหรัฐอเมริกาโดยเฉพาะเหมาะสมกับระบบการเมืองที่มีรัฐบาลกลางและรัฐบาลมลรัฐกับรัฐบาลส่วนท้องถิ่น ดังนั้น การประยุกต์มาใช้กับรัฐบาลของรัฐเดี่ยว (unitary state) จำเป็นต้องปรับภาพแบบให้เกิดความเหมาะสม ตัวแบบของ แวน เมทเทอร์ และแวนฮอร์น ใช้การประเมินผลงานของผลกระทบ (impact) ระยะสั้นของการนำนโยบายไปปฏิบัติ นโยบายเขา กล่าวว่าผู้กำหนดนโยบายมักกำหนดนโยบายที่มีแนวทางปฏิบัติที่คลุมเครือ จุดมุ่งหมายไม่ชัดเจน และยากต่อการแปลความ และบางนโยบายไม่มีการแปลงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร การประเมินแผนงานอาจแยกพิจารณาออกได้เป็น 3 แนวทางคือ (Van Meter & Van Horn, 1975, pp. 445-488)

1) ใครเป็นผู้ปกครอง หน่วยงานไหนเป็นผู้ดูแลและดำเนินการ

2) ทรัพยากรได้รับการแจกจ่ายไปอย่างไร มีการจัดสรรเงินเพื่อนำไปดำเนินการอย่างไร นโยบายที่มาจากรัฐบาลกลางส่วนใหญ่จะมีระเบียบ และวิธีปฏิบัติทางการเมืองเข้มงวดมาก อาจไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติในระดับมลรัฐหรือท้องถิ่นก็ได้

3) ใครได้รับผลประโยชน์ จากนโยบายบางกรณีนโยบายสามารถระบุ ผู้ได้รับประโยชน์โดยตรง ตัวแบบที่มองจากบนลงล่างยังได้คำนึงถึง

ก. มาตรฐานนโยบายและทรัพยากร

ข. สิ่งแวดล้อมของนโยบายในระดับชาติ

ค. สิ่งแวดล้อมของนโยบายในระดับท้องถิ่น ดังนี้

ก) มาตรฐานนโยบายและทรัพยากร กฎหมายและทรัพยากรใช้ในการดำเนินงานที่มีอิทธิพลต่อแผนงาน เป็นจุดเริ่มต้นของการต่อรองระหว่างกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ การใช้ทรัพยากรในการดำเนินการ และเกณฑ์ที่ใช้ทำให้เกิดอิทธิพลของเจ้าหน้าที่และการขาดแคลนทรัพยากร เป็นปัญหาหลักของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทั้งเงื่อนไขเวลาของการเบิกจ่ายและจำนวนเงินงบประมาณที่ใช้ในแผนงานนั้น ๆ ที่สำคัญคือ จุดประสงค์ของนโยบาย (statement of intent) ในภาพระเบียบวิธีการ (procedure) ข้อห้ามหรือข้อจำกัด การให้ความสำคัญลำดับก่อนหลัง ซึ่งช่วยให้กำหนดอำนาจของหน่วยงานในระบบราชการ

ข) สิ่งแวดล้อมของนโยบายในระดับชาติ ตัวนโยบายถือเป็นพื้นฐานแต่ต้องนำมาแปลให้อยู่ในแนวทางการบริหารเพื่อให้เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ นำไปใช้เป็นหลักในการตัดสินใจ และสามารถแบ่ง ส่วนประกอบออกเป็น 3 ส่วน คือ (1) การสื่อความหมายและการเปลี่ยนนโยบาย (2) การบังคับใช้นโยบาย และ (3) อิทธิพลกลุ่มผลประโยชน์และผู้กำหนดนโยบาย

ก) สิ่งแวดล้อมของนโยบายระดับท้องถิ่น โครงการหรือแผนงานจากรัฐบาล ที่ล้มเหลวเกิดจาก เจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้รับนโยบายไม่สนับสนุนการดำเนินงาน การเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย การยอมรับหรือคัดค้านต่อจุดมุ่งหมายของนโยบาย คุณลักษณะและโครงสร้างของหน่วยงาน ปฏิบัติ ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น สภาพการณ์ทางสังคม มีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปแปลงให้เป็นภาพธรรมเพื่อปฏิบัติ

2. ตัวแบบที่เสนอโดย จอร์จ เอดเวิร์ด (George Edwards)

การนำเสนอแผนนโยบายไปปฏิบัติในแบบจำลองที่เสนอโดย เอดเวิร์ด (Edwards, 1984) กล่าวว่า แบบจำลองนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ซึ่งส่งผลให้เห็นเป็นผลสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ชัดเจนยิ่งขึ้น การอธิบายการนำนโยบายไปปฏิบัติพบว่ามีตัวแปรที่สำคัญอยู่ 4 ตัวแปรคือ การสื่อความหมาย (communication) ทรัพยากร (resources) เจตคติ (dispositions or attitudes) และโครงสร้างทางการบริหาร (bureaucratic structure) โดยที่ตัวแปรทั้งสี่นี้ส่งผลต่อการดำเนินงาน และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันตลอดเวลา ตามกระบวนการพลวัต (dynamic process) (Edwards, 1984) ดังนี้

1) การสื่อความหมาย (Communication) ผลสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องพิจารณาบุคคลที่มีหน้าที่นำนโยบายไปปฏิบัติโดยที่ผู้ปฏิบัติต้อง มีความเข้าใจอย่างชัดเจนว่าผู้กำหนดนโยบายต้องการให้ทำอะไรและต้องสื่อความให้ชัดเจน ถูกต้องสม่าเสมอดังนี้

ก. การส่งความหมาย (Transmission) เป็นเงื่อนไขจำเป็นอันแรกของการสื่อความหมาย ผู้ส่งความหมายต้องเข้าใจว่า เมื่อมีการตัดสินใจแล้ว ต้องมีการนำแนวทางที่ระบุไว้ไปดำเนินการ เนื่องจากผู้ปฏิบัติมีความแตกต่างกัน อาจเกิดการเบี่ยงเบนของการสื่อความหมายได้ นอกจากนี้การสื่อความหมายอาจเบี่ยงเบนออกไปเนื่องจากผู้รับสื่อเลือกการรับรู้ (selected perception) และไม่ยินยอมต่อเงื่อนไขของนโยบาย

ข. ความชัดเจนของนโยบาย (Clarity) ถ้าต้องการให้นโยบายนั้น ๆ ได้รับการปฏิบัติตามที่ผู้กำหนดต้องการนโยบายต้องมีแนวปฏิบัติกำหนดให้กับผู้ปฏิบัติเท่านั้น อย่างชัดเจน การขาดความชัดเจนของนโยบายเป็นเหตุให้ผู้ปฏิบัติต้องตัดสินใจตามที่ตนเห็นสมควร

ค. ความสม่าเสมอของนโยบาย (Consistency) การนำนโยบายที่มีความชัดเจน แต่ขาดความสม่าเสมออาจมีปัญหาในทางปฏิบัติ แม้ตัวนโยบาย มีความชัดเจน แต่รายละเอียดของแผนปฏิบัติไม่ชัดเจนอาจทำให้นโยบายนั้นไม่บรรลุผลได้ การปล่อยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติใช้ดุลยพินิจของตนเองมากเกินไป ย่อมมีโอกาสเกิดการเบี่ยงเบนไปจากจุดมุ่งหมายของนโยบายได้ ซึ่งส่งผลเสียต่อผลการนำนโยบายไปปฏิบัติได้

2) ทรัพยากร (Resources) เป็นตัวแปรสำคัญ ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ การขาดแคลนทรัพยากรในการดำเนินงานทำให้ การนำเอานโยบายไปปฏิบัติพบกับความยุ่งยากและไม่ได้ผล ทรัพยากรมีตั้งแต่บุคลากรที่มีความเหมาะสมกับงาน ข้อมูล ข่าวสาร อำนาจหน้าที่ และวัสดุอุปกรณ์ ดังรายละเอียดคือ

ก. ข้อมูลข่าวสารนับว่าเป็นทรัพยากรที่สำคัญมีสองภาพแบบ คือ ประการแรกเป็นข้อมูลที่เป็นช่วยอธิบายถึงการนำนโยบายไปใช้ ประการที่สอง เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การกำกับติดตามการปฏิบัติตามนโยบาย เป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมาก อาจกล่าวได้ว่า เป็นจุดอ่อนของการนำนโยบายไปปฏิบัติ เพราะการหวังพึ่งความช่วยเหลือจากเอกชนในการดำเนินงานอาจเป็นเรื่องยาก

ข. อำนาจหน้าที่ (Authority) เป็นทรัพยากรสำคัญที่ใช้ในการบริหารนโยบายให้อยู่ในภาพต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือหรือเป็นการควบคุมพฤติกรรมของบุคคลอย่างไรก็ตาม การใช้อำนาจหน้าที่ที่มีข้อจำกัด การแทรกแซงการดำเนินงาน (sanctions) เป็นอีกลักษณะหนึ่งในการใช้อำนาจหน้าที่

ค. อาคารสถานที่ (Facilities) หน่วยงานที่นำเอานโยบายไปปฏิบัติแม้ว่าจะได้รับมอบหมายอำนาจหน้าที่ มีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอ เข้าใจนโยบายที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี แต่หากขาดแคลนอาคารสำนักงาน อุปกรณ์ วัสดุ หรือแม้แต่พื้นที่อาณาบริเวณเพื่อปฏิบัติการ แล้ว การนำนโยบายไปปฏิบัติอาจพบกับความล้มเหลวได้

3) เจตคติ (Disposition) ปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดขึ้นได้เมื่อเจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติแตกต่างจากผู้กำหนดนโยบายโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ผู้ปฏิบัติงานมักมีความห่างไกลจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใช้ดุลยพินิจของตนเองอย่างกว้างขวางในการทำงานกล่าวได้ว่าเจตคติของเจ้าหน้าที่ต่อนโยบายเป็นตัวแปรสำคัญ ที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติอาจมีมุมมอง (view points) แตกต่างกันไป หากเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ใช้แนวทางของหน่วยงานของตนมากกว่ามองเห็นความสำคัญของหน่วยอื่น เรียกได้ว่าเกิดเจตคติแบบคับแคบ (parochial attitude) การกำหนดระบบสิ่งตอบแทนในองค์กรเป็นตัวแปรที่มีผลกระทบในทางลบได้ ถ้าระบบไม่มีความเป็นธรรมมากพอ ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่พอใจสถานะเดิมที่เป็นอยู่มากกว่าต้องเสี่ยงดำเนินงานที่ไม่แน่นอน และส่วนมากมองเฉพาะผลประโยชน์ระยะสั้นมากกว่าการแก้ไขปัญหาระยะยาว

เจตคตินักกระตุ้นการนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อใดที่ผู้ปฏิบัติไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาของนโยบาย และการนำไปสู่การหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติตาม เช่นยืเวลาปฏิบัติตามออกไป นอกจากนี้เจตคติของบุคคลภายนอกมีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติได้เช่นกัน ดังนี้

ก. การจัดกำลังเจ้าหน้าที่ เจตคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีผลกระทบต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติคือ การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่ทำงานบกพร่องให้ย้ายออกไปหรือเลิกจ้าง อาจได้ยากเพราะ ข้าราชการได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายข้าราชการพลเรือนจึงเป็นการยากที่จะ ถอดถอน เทคนิคที่นิยมใช้กันคือ การย้ายเจ้าหน้าที่คนนั้นให้ไปปฏิบัติงานอื่น ๆ แทน

ข. สิ่งจูงใจ (Incentives) โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ผลของการให้รางวัลแบ่งได้ เป็นสองกรณี ประการแรก กลุ่มบุคคลที่ควบคุมการให้สิ่งจูงใจอาจได้แย้งไม่แสดงอาการแต่ อย่างไม่รู้ ต่อการนำนโยบายนั้นไปปฏิบัติ ประการที่สอง แรงผลักดันของกลุ่มเพื่อนฝูง (peer group) เป็น ข้อจำกัดต่อผลสำเร็จเมื่อผู้ปฏิบัติต้องตอบสนองต่อบุคคลที่เขาทำงานอยู่

4) โครงสร้างของระบบราชการ (Bureaucratic structure) แม้ว่าเจ้าหน้าที่รู้ว่า ต้องทำอะไร มีทรัพยากรเพียงพอ และมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ แต่สิ่ง เหล่านี้อาจถูกจำกัดจากโครงสร้างการบริหารที่ไม่เหมาะสมเพียงพอ คุณลักษณะของโครงสร้างสอง ประการที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ การกำหนดระเบียบปฏิบัติ (Standard Operating Procedure: SOP) และการกระจายงาน (fragmentation) เป็นการตอบสนองภายในของ การมีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรของผู้ปฏิบัติ และความมุ่งหวังให้มีการปฏิบัติที่เป็นแบบแผน ขององค์กรต่าง ๆ ต่อการนำเอาบริการไปสู่ประชาชนดังนี้

ก. การกำหนดระเบียบปฏิบัติงาน คือ แนวทางที่กำหนดไว้ให้นำมาใช้ใน การบริหารหรือให้บริการประจำวัน SOP เป็นหลักช่วยให้เจ้าหน้าที่ใช้ตัดสินใจในการบริหารงาน ประจำวันเป็นวิธีที่ช่วยประหยัดเวลา อย่างไรก็ตาม การใช้ SOP ไปนาน ๆ โดยไม่มีการปรับปรุงแล้ว อาจเกิดปัญหาว่า SOP อาจไม่เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดปัญหาค้างได้ ดังนี้

ก) ระเบียบปฏิบัติงานที่กำหนดขึ้น เพื่อสถานการณ์หนึ่งเมื่อเวลา เปลี่ยนไป SOP อาจไม่เหมาะสมในปัจจุบันเพราะ องค์กรปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้ ยาก

ข) วิธีปฏิบัติอย่างเคร่งครัด อาจเป็นเหตุให้ใช้เวลามาก และใช้ ทรัพยากรสิ้นเปลืองหน่วยงานต้องพิจารณาปรับนำนโยบายให้เข้ากับระเบียบปฏิบัติที่ใช้อยู่

ค) ข้อขัดแย้งในทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ระดับล่างกับเจ้าหน้าที่ ระดับสูง

ข. การกระจายงาน คือการกระจายความรับผิดชอบในการนำนโยบายไป ปฏิบัติตามหน่วยงานต่าง ๆ ถ้าไม่ระมัดระวังย่อมพบปัญหา โดยทั่ว ๆ ไปแล้วผู้กำหนดนโยบาย ไม่ รู้ว่าควรมอบงานให้กับหน่วยงานไหน และไม่สนใจว่าจะมีการปฏิบัติจริงอย่างไร จึงเป็นผลให้มี

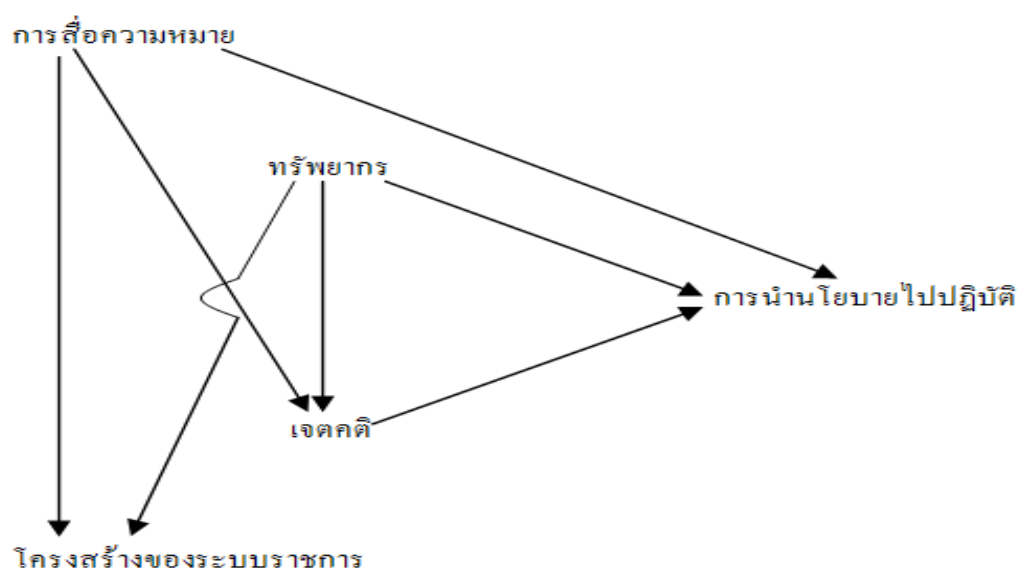
ปัญหาในการนำนโยบายไปปฏิบัติอยู่เสมอ ปัจจัยที่ผลักดันให้ต้องกระจายโครงสร้างของรัฐออกไปในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีดังต่อไปนี้

ก) แนวทางปฏิบัติที่ไม่ได้ส่งผ่านอย่างชัดเจน ถูกต้อง สม่ำเสมอ เป็นผลให้ผู้ปฏิบัติต้องใช้ดุลพินิจของตนตัดสินใจย่อมเป็นผลให้อิทธิพลของบุคคลนั้นอยู่เหนือการใช้ระเบียบปฏิบัติเป็นสำคัญ หากสื่อสารรายละเอียดของนโยบายที่มากเกินไปแล้ว อาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติ สับสน อาจเสียขวัญและกำลังใจ ตลอดจนไม่สามารถปรับตัวได้ ดังนั้น ผลกระทบของการสื่อความหมายจะเกิดขึ้นโดยผ่านการเชื่อมโยงกับทรัพยากร เจตคติหรือแม้แต่โครงสร้างของระบบได้เช่นกัน

ข) ด้านทรัพยากร มีความสัมพันธ์กับการสื่อความหมายได้หลายทาง เช่น การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ด้านส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่ใส่ใจเรียกขอทรัพยากร ถ้าทรัพยากรด้านต่าง ๆ ไม่ขาดแคลน

ค) เจตคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมีอิทธิพลต่อเจ้าหน้าที่ มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจของเจ้าหน้าที่ พบว่าเมื่อนโยบายที่ถูกกำหนดให้หน่วยงานไปปฏิบัติมีความขัดแย้งกับภารกิจขององค์กร เจ้าหน้าที่มีแนวโน้มให้ความสำคัญกับภารกิจเดิมขององค์กรมากกว่าทุ่มเทให้กับนโยบายใหม่ ๆ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนมีหน่วยงานมีบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย แม้ว่าการกำหนดนโยบายจะได้รับการกำหนดอย่างรอบคอบ แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติไม่มีการวางแผนปฏิบัติการอย่างรัดกุมที่ดี ความล้มเหลวของการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมเกิดขึ้น ซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังภาพที่ 2.21



จาก Edwards, G. C.III. (1984). **Implementing public policy**. Washington D.C.: Congressional Quarterly Press, 148.

ภาพที่ 2.21 ผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3. ตัวแบบที่เสนอโดย พอล ซาบาเทียร์ และ แดเนียล แมซมานเนียน (Paul Sabatier and Daniel Mazmanian)

แนวคิดของ ซาบาเทียร์ และ แมซมานเนียน (Sabatier & Mazmanian, 1989) อธิบายถึงการนำนโยบายเกี่ยวกับกฎระเบียบมาใช้ สามารถพิจารณารายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

1) การสืบค้นปัญหา ช่วยให้สามารถจัดการปัญหาบางอย่างได้ แต่มีหลายปัญหาที่มีความซับซ้อน เกี่ยวข้องกับองค์กรต่าง ๆ มากมาย และสามารถแบ่งตัวแปรได้ดังต่อไปนี้

ก. ความยุ่งยากทางเทคนิค คือความสามารถในการสร้างเกณฑ์พิจารณา วัตถุประสงค์เพื่อใช้อธิบายการประสานงานอย่างมีเหตุมีผล (causal linkages) การขาดแคลนเทคโนโลยี ส่งผลให้ไม่อาจแก้ปัญหาบางอย่างได้

ข. ความหลากหลายของพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย หากกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมแตกต่างกันออกไป การกำหนดนโยบายออกมาให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและการนำนโยบายไปปฏิบัติอาจเกิดความยุ่งยากเช่น ความยุ่งยากในการกำหนดชนิดและความเข้มข้นของน้ำ

เสีย ที่ปล่อยออกมาจากโรงงานอุตสาหกรรมในลักษณะเป็นการเจรจาเฉพาะเรื่อง (ad hoc basis) เป็นเหตุให้การบังคับใช้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ภาคสนามเป็นหลัก

ค. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายต่อประชากร หากกลุ่มเป้าหมายมีขนาดเล็ก ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ กลุ่มประชากรเป้าหมาย เพราะ ส่งผลกระทบน้อย

ง. ความต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กรณีที่จำเป็นต้อง กำหนดนโยบายในลักษณะการบังคับใช้กับกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม หากนโยบายใดมีเงื่อนไขให้ประชากรเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมไปมาก คาดได้ว่า การ บังคับใช้ทำได้ยาก เช่น การบังคับให้ผู้ขับจี้รถจักรยานยนต์ต้องสวมหมวกนิรภัย สามารถจัดการได้ ง่ายกว่าการบังคับให้มีการจัดโปรแกรมรักษาพยาบาล ซึ่งมีความซับซ้อนทั้งในแง่โครงสร้างการ บริหาร ระเบียบการเบิกค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในโครงการนี้ ทำให้นโยบายมีความยุ่งยาก

2) ความสามารถของกฎหมายที่กำหนดโครงสร้างของการนำนโยบายไป ปฏิบัติ ปกติแล้วไม่ว่ากฎหมายฉบับใด สามารถสร้างโครงสร้างในการปฏิบัติผ่านช่องทางต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ก. วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ การมีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเป็น แนวทางที่ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการได้ และเป็นแหล่งทรัพยากรให้ทั้งผู้ดำเนินงานภายในและ ภายนอกองค์กรสามารถนำไปใช้

ข. การรวมทฤษฎีกับเหตุผลไว้ในร่างนโยบายโดยอ้อมมีหลักเหตุและผล เพื่อจุดประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงเฉพาะเสมอ

ค. การจัดสรรทรัพยากรทางการเงิน โดยทั่วไปการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายหรือระเบียบให้ประชาชนปฏิบัติตาม จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรการเงิน จำนวนหนึ่ง กระบวนการพิจารณาจัดสรรงบประมาณ จึงเป็นความจำเป็นในกระบวนการนำ นโยบายไปปฏิบัติ

ง. การรวมหน่วยในแนวตั้งระหว่างหน่วยงาน หากหน่วยงานพบกับ ความยุ่งยากในการประสานงาน ย่อมมีผลให้ผู้ใช้นโยบายปฏิบัติหน้าที่แปรผันไป ทำให้ต้อง ปรับแต่งแนวปฏิบัติตามที่ตนเห็นสมควร

จ. กฎระเบียบที่ใช้ในการตัดสินใจของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ มีโอกาสและมีอิทธิพลต่อผู้ใช้นโยบายโดยเฉพาะการกำหนดกฎระเบียบที่ใช้ในการตัดสินใจให้กับ หน่วยปฏิบัติไว้ล่วงหน้าอาจป้องกันข้อโต้แย้งที่พึงเกิดขึ้นได้

ฉ. การมุ่งปฏิบัติตามจุดประสงค์ของกฎหมายและ การเลือกเจ้าหน้าที่ให้ เหมาะสมกับงาน การทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของนโยบาย

จำเป็นต้องสร้างแนวปฏิบัติ เพื่อเป็นแนวทางการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังนั้น การเลือกสรรเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานจึงเป็นเรื่องสำคัญพอ ๆ กับประเด็นอื่น ๆ ที่กล่าวมาแล้วเช่นกัน

ซ. การเปิดโอกาสอย่างเป็นทางการให้กับคนภายนอก เข้ามามีส่วนร่วมกับผลประโยชน์จากแผนงานต่าง ๆ ผู้กำหนดนโยบายมีแนวโน้มใช้บุคคลภายนอกมาประเมินผลสำเร็จของการนำเอาแผนงานนั้น ๆ ไปปฏิบัติ เป็นช่องทางหนึ่งที่บุคคลภายนอกมีโอกาสเข้าร่วมในการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ

กล่าวโดยสรุป การกำหนดนโยบายอย่างระมัดระวังจะช่วยทำให้จุดหมายของนโยบายบรรลุผลเมื่อพิจารณาประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ก) ความชัดเจนของจุดหมาย และการกำหนดลำดับความสำคัญของนโยบาย

ข) นโยบายถูกกำหนดขึ้นโดยมีทฤษฎีของความเป็นเหตุมีผล

ค) นโยบายมีจุดให้ได้แย้งน้อย

ง) มีการกำหนดแนวทางให้หน่วยงานนำไปใช้

จ) มีการมอบหมายภารกิจให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ

ฉ) เปิดโอกาสให้บุคคลภายนอกมีส่วนร่วมในการนำเอานโยบายไป

ปฏิบัติ

3) ตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่สำคัญมีดังนี้

ก. เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ และเทคโนโลยี อย่างน้อยมี 4 ประการที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ คือ

ก) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีผลกระทบกับการมองปัญหาที่นำมาใช้กำหนดนโยบาย ถ้าพบว่าปัญหาใดมีความสำคัญกว่า งบประมาณจะถูกจัดสรรให้กับนโยบายที่มีความสำคัญในขณะนั้นแทน

ข) การแปรผันทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในท้องถิ่น ช่วยผลักดันให้การนำนโยบายไปปฏิบัติ มีความยุ่งยากและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ในระดับท้องถิ่นใช้ดุลยพินิจได้มากขึ้น

ค) การสนับสนุนนโยบายสิ่งแวดล้อม ต้องสอดคล้องกับฐานะทางการเงินของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การบังคับใช้นโยบายมีทางเป็นไปได้

ข. การสนับสนุนจากสาธารณชน ตัวแปรนี้มีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการนำเอานโยบายไปปฏิบัติไม่น้อยไปกว่าตัวแปรอื่น ๆ ดาวน์ (Downs, 1972, หน้า 38-50) เชื่อว่าประเด็นสำคัญของนโยบาย เป็นไปตามวงจรนโยบาย เริ่มจากประเด็นร้อนที่

ได้รับความสนใจหลัง จากนั้น จะค่อย ๆ ลดความสำคัญลงเมื่อสาธารณชนเริ่มให้ความสนใจเรื่องอื่นแทนที่อย่างไรก็ตามประเด็นนโยบายเดิมอาจมีโอกาสดูกลับมาเป็นประเด็นนโยบายได้อีก ถ้ามีการค้นพบหลักฐานว่าประเด็นนั้น ๆ เป็นปัญหานโยบายจริง การที่สาธารณชนกลับมาให้ความสนใจกับประเด็นปัญหาเดิมเป็นเหตุให้รัฐจำเป็นต้องจัดสรรงบประมาณเป็นระยะยาวโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว สาธารณชนมีอิทธิพลต่อการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ อย่างน้อยสามแนวทางคือ (1) มติมหาชน (public opinion) มีโอกาสเป็นส่วนกระทบกับวาระพิจารณาทางการเมือง โดยมากเป็นปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกรัฐสภา (2) นักการเมืองบางส่วนที่ถูกครอบงำโดยผู้สนับสนุน (3) ผู้มีส่วนกำหนดนโยบายจะใช้การสำรวจประชามติ มาใช้การสนับสนุนนโยบายใดนโยบายหนึ่ง

ค. เจตคติและทรัพยากรของกลุ่มเป้าหมาย การเปลี่ยนแปลงด้านทรัพยากรและเจตคติของผู้ร่วมสนับสนุนมีต่อวัตถุประสงค์และผลของนโยบายของหน่วยงานจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ และปัญหาการนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหาที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติมักเจอบ่อย ๆ คือ การสนับสนุนจากสาธารณชนลดลงเมื่อเวลาผ่านไป มีผลต่อการนำนโยบายนั้น ๆ ไปปฏิบัติอย่างไม่ต้องสงสัย

ง. การสนับสนุนจากรัฐ อาจออกมาได้หลายรูปแบบเช่น การควบคุมแผนงานการนำนโยบายไปปฏิบัติ (oversight) อาจมีผู้เข้ามาควบคุมหลายหน่วยงาน เมื่อหน่วยปฏิบัติพบกับปัญหาในลักษณะนี้ โดยมากก็มักโน้มน้าวไปยังกลุ่มที่มีโอกาสให้คุณให้โทษ ไม่ว่าจะเป็นด้านงบประมาณหรือการให้คุณให้โทษด้านอื่น

หน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติมักมีอำนาจหน้าที่เปลี่ยนไป เป็นลักษณะอำนาจหน้าที่หรือด้านการเงิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานทางด้านสถานิติบัญญัติมีโอกาสปรับปรุงเปลี่ยนแปลงการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ง่าย

จ. ความมุ่งมั่นและความชำนาญทางการเมืองเป็นภาวะผู้นำของเจ้าหน้าที่ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ตัวแปรนี้มีผลกระทบกับผลผลิตของนโยบายที่กำหนดขึ้น ไม่น้อยกว่าแปรตัวอื่น ผู้นำเอานโยบายไปปฏิบัติต้องพิจารณา (1) ทิศทางและการเรียงลำดับก่อนหลังของวัตถุประสงค์ของเจ้าหน้าที่ผู้นำเอานโยบายนั้นไปใช้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถูกอิทธิพลของบรรทัดฐาน และวิธีปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ผู้นั้น (2) เจ้าหน้าที่ต้องมีความสามารถ มีทักษะ มีภาวะผู้นำ ผลักดันงานไปตามประเด็นเรื่องที่พิจารณาเป็นหลัก

4) ขั้นตอนหลัก (Stages) ในกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ

ขั้นตอนต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วนั้นเป็นตัวแปรอิสระ (independent variable) ที่มีผลต่อการนำเอานโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ ตัวแปรตาม (dependent variable) ซึ่งประกอบไปด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ก. ผลผลิตของนโยบายของหน่วยปฏิบัติ คือการแปลงแนวความคิดการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของนโยบายออกมาเป็นวิธีปฏิบัติเป็นบริการต่าง ๆ หรือการบังคับใช้ตามที่กฎหมายระบุไว้ เพื่อลดการใช้ดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ ทำให้ได้โดยกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนมากที่สุด

ข. การร่วมมือของกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่ว ๆ ไปแล้ว ความร่วมมือเกิดขึ้นกับการที่บุคคลนั้นประเมินผลได้ผลเสียเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เป็นหลัก ดังนั้นพฤติกรรมของบุคคลต่อความร่วมมือปฏิบัติตามกฎหมาย จึงอยู่ที่ความเชื่อของคนนั้นว่าเมื่อปฏิบัติตามแล้ว เกิดผลอย่างไร

ค. ผลกระทบที่แท้จริงของผลผลิตของนโยบาย กล่าวได้ว่าการบังคับใช้กฎหมายให้ได้ผลก็ต่อเมื่อเงื่อนไขต่อไปนี้บรรลุ

ประการแรก ผลผลิตของหน่วยปฏิบัติเป็นไปตามจุดมุ่งหมายของกฎหมายที่กำหนดไว้

ประการที่สอง กลุ่มเป้าหมายยอมรับปฏิบัติตามกฎอย่างเคร่งครัด

ประการที่สาม ไม่มีการโคลนล้มโดยออกกฎหมายอื่น ๆ ที่ขัดแย้งกับกฎหมายเดิม

ประการสุดท้าย กฎหมายนี้มีหลักการของความมีเหตุมีผลที่ชัดเจนที่จะผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของกฎหมาย

ง. ผลกระทบที่รับรู้ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายและนักวิเคราะห์นโยบายสนใจผลกระทบที่แท้จริงแต่ว่าการวัดผลทำได้ยาก ดังนั้นโดยทั่วไปจึงมองผลที่คนทั่วไปรับรู้ (perceive) มากกว่า ซึ่งแสดงออกมาโดยปฏิกิริยาจากมวลชนผู้ตื่นนโยบายนั้นไปกระทบ ผลอันนี้อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการกำหนดจุดมุ่งหมายของกฎหมายนั้น ๆ ได้

จ. การปรับปรุงเนื้อหาของกฎหมาย การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกฎหมายเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ขั้นตอนนี้พิจารณาผลกระทบของการดำเนินงานในขณะนั้น ว่าบรรลุผลหรือไม่ ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญกลุ่มต่อต้านที่เปลี่ยนยุทธวิธีเป็นเหตุกระทบการดำเนินงาน ซึ่งในบางกรณีก็นำไปสู่การกำหนดนโยบายใหม่มาแทนนโยบายเดิม

จากการพิจารณากระบวนการนำเอานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ที่เสนอโดย ซาบาเทียร์ และ แมชมาเนียน พบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนไม่น้อยไปกว่าการกำหนดนโยบาย

จากการศึกษาของ ซาบาเทียร์ และแมซมานเนียน (Sabatier & Mazmanian, 1989) ซึ่งมุ่งศึกษาการนำนโยบายเกี่ยวกับกฎหรือระเบียบไปปฏิบัติเป็นหลัก ทั้งสองได้เสนอกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติอย่างละเอียด และอาจแตกต่างกับตัวแบบอื่นที่ได้เสนอไปแล้วบ้าง แต่เจตนาเพื่อให้ผู้อ่านได้สัมผัสรูปแบบกระบวนการนำเอานโยบายไปปฏิบัติหลาย ลักษณะ

2.4.1.2 กลุ่มตัวแบบแนวทางการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบมองจากข้างล่างขึ้นบน (bottom-up approach) เป็นการเสนอแนวคิดที่มองตรงกันข้ามกับกลุ่มแรก คือมองหน่วยงานระดับล่างและข้าราชการระดับล่างมีผลต่อความสำเร็จของนโยบายสาธารณะมากกว่ากลุ่มข้าราชการหรือผู้กำหนดนโยบายที่อยู่ในระดับบน ผู้เสนอแนวคิดในภาพแบบนี้ ได้แก่

1. ริชาร์ด เอลมอล (Richard Elmore)

ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติ แบบมองจากข้างล่างขึ้นบน (bottom-up approach) เน้นพิจารณาการนำนโยบายไปปฏิบัติของระดับล่างสุด ซึ่ง เอลมอล (Elmore, 1980, pp. 601-616) ให้ความสำคัญกับ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชาและผู้ใต้บังคับบัญชา การเชื่อมโยงระหว่างการควบคุมตามลำดับชั้นกับสภาพความซับซ้อนที่เพิ่มขึ้น การใช้ดุลยพินิจเป็นเครื่องมือในการปรับตัว และการใช้วิธีการต่อรองเป็นเงื่อนไขแรก ที่ใช้ให้เกิดผลในระดับท้องถิ่น ลักษณะดังกล่าวเรียกว่าการวาดภาพย้อนกลับ (backward mapping) เป็นการกระทำที่ย้อนการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยเริ่มการกำหนดนโยบายที่แสดงถึงแนวทางและ พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ระดับล่างในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อพิจารณากำหนดแนวทางพฤติกรรมได้แล้ว จึงกำหนดเป้าหมาย เป็นจุดประสงค์แรก คือทำแผนการดำเนินงานของหน่วยงาน และระบุผลลัพธ์หรือผลผลิตจากการทำงานตามกระบวนการทำงาน ในขั้นสุดท้ายให้ชัดเจน ส่วนการวิเคราะห์เริ่มจากการพิจารณา 4 ประเด็นต่อไปนี้ (1) พิจารณาความสามารถของหน่วยงานที่ส่งผลกระทบกับพฤติกรรมที่มุ่งหวังเป็นเป้าหมายของนโยบาย (2) พิจารณาการจัดหาทรัพยากรที่เหมาะสมกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ต้องดำเนินการให้สอดคล้องกับผู้กำหนดนโยบาย ไม่ยึดมาตรฐานของผู้กำหนดนโยบายเป็นหลัก แต่ให้พิจารณามาตรฐานความสำเร็จหรือความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้ และความสำเร็จต้องมาจากความสามารถของหน่วยงานโดยปราศจากอิทธิพลใด ๆ จุดที่ควรเน้นย้ำคือ การตรวจสอบย้อนกลับ โดย พิจารณาว่า หน่วยงานใดอยู่ใกล้กับปัญหามากที่สุด หน่วยงาน นั้น ๆ ย่อมมีช่องโอกาสสร้างมีอิทธิพลต่อการดำเนินการสูง นอกจากนี้ ความซับซ้อนของระบบไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถของการควบคุมตามลำดับชั้น แต่ขึ้นอยู่กับการใช้ดุลยพินิจแก้ไขเหตุการณ์เฉพาะหน้าเมื่อมีปัญหเกิดขึ้น (3) องค์การเป็นเครื่องมือสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ที่ต้องมีความเข้าใจลักษณะความสัมพันธ์ของอำนาจหน้าที่ อย่างเป็นทางการ บังคับใช้ผ่านจากบนลงล่าง ในทางตรงกันข้ามอำนาจอย่างไม่เป็นทางการซึ่งเกิดจากความรู้ความสามารถ

ทักษะและการอยู่ใกล้ชิดกับปัญหาจะช่วยผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามขั้นตอนในองค์การ ประการที่สาม การตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ระดับล่าง (street level discretion) พฤติกรรมที่เกิดขึ้นนี้ สนองความต้องการของประชาชนที่มีอยู่สูง เป็นสาเหตุให้เจ้าหน้าที่ระดับล่างเหล่านี้จำเป็นต้อง สร้างกลไกบางอย่างบริการความต้องการของลูกค้า (coping devices) เช่น การปรับเกณฑ์ที่ใช้ใน การให้บริการที่กำหนด โดยผู้บังคับบัญชามาเป็นแนวทางให้สอดคล้องกับสถานการณ์นั้น และ บ่อยครั้งที่แนวปฏิบัติจากผู้กำหนดนโยบายระดับสูงมักไม่เหมาะสมกับ วิธีการปฏิบัติในระดับล่าง (4) การรวมกลุ่ม และการต่อรองประนีประนอม (coalitions and bargaining area) ผลกระทบของ การนำนโยบายไปปฏิบัติ มักขึ้นอยู่กับ การสร้างการรวมกลุ่มและการต่อรองประนีประนอมใน ระดับล่าง ถ้าผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติระดับล่าง ไม่สามารถรวบรวมพลังความ สนใจและทักษะที่จำเป็น เพื่อสร้างการต่อรองได้แล้ว ผลกระทบของนโยบายนั้น ๆ ย่อมออกมาใน ลักษณะที่ไม่ชัดเจนและกระจัดกระจาย เพื่อให้กระบวนการต่อรองประสบผล แนวทางการ ดำเนินงานของนโยบาย ควรเปิดทางให้มีการยืดหยุ่นในการดำเนินงานพอสมควร วิธีการเช่นนี้ช่วย ให้การนำนโยบายไปปฏิบัติประสบผลสำเร็จ

2. ไมเคิล ลิปสกี (Michael Lipsky)

แนวคิดของ ลิปสกี (Lipsky, 1980) อธิบายการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติใน ระดับผู้ปฏิบัติซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับประชาชนซึ่งเขาเรียกว่า “Street-level bureaucrats” ได้แก่บุคคลากร เช่น ตำรวจ ครูโรงเรียนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สวัสดิการระดับล่าง เป็นต้น บุคคลเหล่านี้มีการใช้ดุลย พินิจ (discretions) ในการปฏิบัติงานอย่างกว้างขวางเป็นประจำ นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวการ ปฏิบัติงานขึ้นให้แตกต่างไปจากผู้กำหนดนโยบายในระดับบน เพื่อให้สอดคล้องกับผลการปฏิบัติ และเพื่อแก้ไขความไม่แน่นอนจากแรงกดดันในการปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตาม ลิปสกี เสนอว่า การกำหนดนโยบายโดยผู้ปฏิบัติงานในระดับล่างไม่ได้ไปเกี่ยวข้องกับองค์กรที่เป็นอุดมคติ (ideals organization) ซึ่งดำเนินการให้บริการสาธารณะ แต่เป็นการกำหนดแนวปฏิบัติช่วยให้เจ้าหน้าที่ เผชิญกับแรงกดดันประจำวัน อย่างละมุนละม่อมมีศิลปะ โดยใช้ทรัพยากรให้เหมาะสม ร่วมกับความ ร่วมมือ กับประชาชน ให้เกิดมีประสิทธิภาพ (compliance for effective action)

ลิปสกี กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการนำนโยบายสาธารณะไป ปฏิบัติเป็นผลมาจากปัจจัยต่อไปนี้ (1) การตัดสินใจของเจ้าหน้าที่ (2) การปฏิบัติหน้าที่ประจำ (routine) ของเจ้าหน้าที่ (3) เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรับมือกับความไม่แน่นอนในการ ทำงาน

จากปัจจัยดังกล่าวนี้เป็นเหตุให้เจ้าหน้าที่ระดับล่างจำเป็นต้องเลือกใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ลิปสกี พบว่า เจ้าหน้าที่ระดับล่างมักให้ประชาชนมีส่วนร่วมการตัดสินใจไปพร้อม ๆ กัน เพราะธรรมชาติของกระบวนการให้บริการผ่านดุลยพินิจของการตัดสินใจในการปฏิบัติงานมักเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา ลักษณะเช่นนี้เจ้าหน้าที่ระดับล่างจึงเป็นผู้กำหนดนโยบายในระดับหนึ่งด้วย แล้วนำเอาผลการตัดสินใจหรือการที่ได้กำหนดนโยบาย นำไปปฏิบัติด้วย จัดเป็นการดำเนินงานด้านการเมือง เพื่อการจัดสรรบริการสาธารณะที่เหมาะสมกับสภาพของการดำเนินงานในระดับล่าง ดังนั้น การที่เจ้าหน้าที่ระดับล่างนำนโยบายและการปฏิบัติใช้ในลักษณะเป็นอโตเมติกจึงเป็นการมองที่หายากเกินไป เพราะเจ้าหน้าที่ระดับล่างมีภาระงานที่วุ่นวายในแต่ละวัน เราสามารถมองเห็นถึงบทบาทของผู้ปฏิบัติงานระดับล่างในระบบการกำหนดนโยบายสาธารณะได้

3. เบนนี่ เฮอร์น และเดวิด โอ พอตเตอร์ (Benny Hjerm and David O. Porter)

เฮอร์น และพอตเตอร์ (Hjerm & Porter, 1981, 211-227) กล่าวว่า โครงสร้างการกำหนดนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติไม่ได้ใช้โครงสร้างขององค์กร แต่เป็นหน่วยดำเนินการหน่วยปฏิบัติการชุดต่าง ๆ โดยการดำเนินการของแต่ละหน่วยย่อย มีเป้าหมายชัดเจนที่นำนโยบายหรือแผนงานไปสู่การปฏิบัติ หน่วยดำเนินการเหล่านี้คือ สมาชิกที่มีส่วนร่วม ดังนี้ (1) จุดมุ่งหมายแรกเริ่มของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติเป็นตาข่ายตามโครงสร้างในระดับล่างที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย (2) การชี้เฉพาะของตัวแสดง พบว่าเป็นผู้แสดงจากระดับล่าง เช่นประชาชน กลุ่มเอกชน และเจ้าหน้าที่ของรัฐ (3) เกณฑ์การประเมินผล พบว่านโยบายใดที่มีความเหมาะสมมักถูกเลือกนำมาใช้ (4) จุดมุ่งเน้นสุดท้าย คือปฏิสัมพันธ์เชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นทำเป็นเครือข่ายนโยบาย

จากลักษณะงานที่เจ้าหน้าที่ระดับล่างต้องเผชิญพบว่าการนำนโยบายสาธารณะไปใช้เป็นเรื่องของผู้ปฏิบัติที่ต้องการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติของตน อาจแตกต่างไปจากผู้กำหนดนโยบายได้ ด้วยเหตุผลหลายประการดังต่อไปนี้ (1) การศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติโดยมองจากล่างขึ้นบน ทำให้เห็นโครงสร้างการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation structure) ซึ่งเริ่มจากการเจรจาโดยใช้เทคนิคการสร้างเครือข่าย (network technique) เพื่อให้ได้โครงสร้าง (2) แนวคิดของ เฮอร์น และพอตเตอร์ ไม่ได้เริ่มจากโครงการหรือนโยบาย แต่เน้นไปที่ปัญหาของสมาชิกในชุมชนที่สะท้อนออกมา เพื่อหาแนวทางแก้ไขเป็นหลัก (3) เน้นผลกระทบจากการนำนโยบายไปปฏิบัติ มากกว่าการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย (4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายสาธารณะ โดยสรุปแล้วการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบมองขึ้นบนเหมาะกับสถานการณ์ที่ยังไม่มีนโยบาย ในเรื่องนั้นๆ และต้องอาศัยบุคลากรใน

หน่วยปฏิบัติงานที่ต้องพึ่งพากัน นอกจากนี้การมองแบบล่างขึ้นบน เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ใน ส่วนล่างที่มีความแตกต่างกันออกไป

2.4.1.3 กลุ่มตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติแบบผสม ตัวแบบกลุ่มสุดท้าย เป็นการอธิบายโดยเน้นประยุตการณ์การนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม คือ ผู้กำหนดนโยบายพิจารณาว่าเครื่องมืออะไรที่ทำให้เกิดการบรรลุถึงจุดมุ่งหมาย และต้องกำหนดพฤติกรรมบุคลากรระดับล่างสุดให้ชัดเจน และมีการทบทวนวิธีปฏิบัติโดยการตรวจไปข้างหน้าและย้อนหลัง สำหรับแมชชีนเอนิมมองว่า กระบวนการปฏิบัติตามนโยบายในแต่ละนโยบายมีความแตกต่างกันจึงควรอธิบายเฉพาะแต่ละนโยบายเท่านั้น (Sabatier & Mazmanian, 1989, 538-560)

จากแนวคิดที่ได้นำเสนอผู้วิจัยพบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความซับซ้อนซึ่งจะต้องพิจารณาเนื้อหาสาระของตัวบทนโยบาย วัตถุประสงค์ ความร่วมมือระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ลักษณะและโครงสร้างของหน่วยงาน การติดต่อสื่อสารประสานงาน ที่สำคัญคือทัศนคติของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และองค์การที่สำคัญที่ส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลได้แก่ ระบบราชการ สถานิติบัญญัติ ศาล กลุ่มผลักดันและองค์การของชุมชน

2.5 นโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศไทย

จากการที่ได้กล่าวมาแล้วถึงองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะในประเทศไทย และลักษณะทั่วไปของนโยบายสาธารณะ พบว่า ตัวแบบนโยบายสาธารณะ และองค์การที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายมีความหลากหลาย และมีระดับความสำคัญของนโยบายที่แตกต่างกันไป เช่น ในกรณีของนโยบายสาธารณะที่กำหนดขึ้นในภาพแบบของกฎหมายถูกจัดลำดับความสำคัญตั้งแต่ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติและประมวลผลกฎหมาย ประกาศพระบรมราชโองการ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง และกฎหมายที่ออกโดยหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบัญญัติ ข้อบัญญัติจังหวัด ข้อบังคับตำบล ข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร และข้อบัญญัติเมืองพัทยา) ซึ่งในกรณีของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ได้กำหนดถึงแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐอย่างชัดเจนไว้ในหมวด 5 ซึ่งผู้วิจัยได้นำตัวอย่างแนวนโยบายพื้นฐานมานำเสนอ เช่น

มาตรา 76 รัฐต้องส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายการตัดสินใจทางการเมือง การวางแผนพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง รวมทั้งการตรวจสอบอำนาจรัฐทุกระดับ

มาตรา 77 รัฐต้องจัดให้มีแผนพัฒนาการเมือง จัดทำมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ข้าราชการ และพนักงานหรือลูกจ้างอื่นของรัฐเพื่อ ป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่

มาตรา 78 รัฐต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสงวนบำรุงรักษา และใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและ ความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุล รวมทั้งมีส่วนร่วมในการส่งเสริม บำรุงรักษา และคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามหลักการพัฒนาที่ยั่งยืน ตลอดจนควบคุมและกำจัดการสะสมพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน

ตัวอย่างนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐข้างต้น ถือเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญที่สุดของประเทศที่ทุกฝ่ายต้องยึดถือปฏิบัติให้เป็นไปตามนโยบายดังกล่าว โดยนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญในระดับรองลงมาที่ไม่ปรากฏในรูปของกฎหมายได้แก่ นโยบายของรัฐที่แถลงต่อรัฐสภาก่อนเข้ามาบริหารประเทศ เช่น นโยบายรัฐบาลนายกรัฐมนตรี นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ที่แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2554 โดยนโยบายดังกล่าวเป็นนโยบายในภาพกว้าง มีลักษณะแบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ เช่น นโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี นโยบายสังคมและคุณภาพชีวิต นโยบายปรับโครงสร้างเศรษฐกิจให้สมดุลและแข่งขันได้ เป็นต้น ตัวอย่างของนโยบายดังกล่าวที่สอดคล้องกับงานวิจัยคือ ถิ่นแวนนโยบายด้านพัฒนาสุขภาพของประชาชนซึ่ง มีนโยบายย่อยด้านการพัฒนาสุขภาพของประชาชนดังต่อไปนี้ (1) พัฒนาคูณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยงในทุกระดับ (2) สนับสนุน และจัดให้มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปสู่โรงพยาบาลต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ (3) ผลิตรายการทางด้านสาธารณสุขให้เพียงพอโดยกำหนดแผนงานแก้ไขปัญหาการเคลื่อนบุคลากรทางการแพทย์ให้สอดคล้องกับประชากรในพื้นที่ และ (4) จัดให้มีมาตรฐานการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตาย การป่วย และผลกระทบจากโรคต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการและครบวงจร (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, 2554).

นอกจากแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐตามรัฐธรรมนูญ นโยบายของรัฐบาลที่แถลงต่อรัฐสภาแล้ว นโยบายสาธารณะที่สำคัญของประเทศไทย ยังสามารถปรากฏในรูปของมติคณะรัฐมนตรี นโยบายของกระทรวง ทบวง กรม รวมถึงแนวทางการพัฒนาประเทศ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งถือเป็นนโยบายสาธารณะที่สำคัญ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาประเทศโดยตรง และที่สำคัญคือการเรียกชื่อของนโยบายดังกล่าวบางครั้งว่า เป็นแผน หรือโครงการทั้งที่มีคุณสมบัติพื้นฐานสอดคล้องกับองค์ประกอบของนโยบายสาธารณะทุกประการ

2.5.1 ตัวอย่างนโยบายสาธารณะและโครงการที่สำคัญของประเทศไทย

2.5.1.1 นโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค เป็นวิธีการที่รัฐบาลไทยใช้ในการให้ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุข รัฐบาลเลือกใช้แนวทางที่เน้นการจัดบริการเอง และการสร้างสถานพยาบาล เช่น สร้างโรงพยาบาล และสถานอนามัยให้มากขึ้น จัดหาบริการรูปแบบต่าง ๆ ไปให้บริการประชาชน ผลิตนุผลการให้กระจายไปยังชนบท มาตรการเหล่านี้เกิดภายใต้นโยบายของการจัดให้บริการทางสาธารณสุขโดยตรง โดยรัฐเป็นผู้จัดหาให้ เป็นนโยบายเหมาะสมกับช่วงเวลาในประเทศยังขาดแคลนสถานพยาบาลบุคลากร เครื่องมือต่าง ๆ ทางสาธารณสุขมาก นโยบายนี้สร้างหลักประกันสุขภาพโดยการจัดหาทรัพยากรให้กระจายออกไปในชนบทเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ปัญหาเรื่องความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ได้รับการจัดการโดยรัฐอุดหนุนผ่านโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้สามารถเก็บค่าบริการในอัตราที่ไม่สูงมาก ส่วนประชาชนในกลุ่มที่อาจมีปัญหามาไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รัฐบาลเลือกใช้นโยบายสงเคราะห์ โดยยกเว้นการเก็บค่าบริการสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ เป็นต้น

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรคเป็น นโยบายสำคัญนโยบายหนึ่งที่ทำให้รัฐบาลภายใต้การนำของ พ.ต.ท. ดร. ทักษิณ ชินวัตร ชนะการ เลือกตั้ง เมื่อวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2544 อย่างท่วมท้น ผลที่ตามมาคือ รัฐบาลได้เริ่มดำเนินงานโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรรับสนองนโยบาย ด้วยการเลือก 6 จังหวัดที่มีความพร้อมของระบบทดลองนำร่อง ก่อนดำเนินการเต็มภาพแบบทั่วประเทศ รายละเอียดการให้บริการในโครงการ 30 บาท กับ 6 จังหวัดนำร่องที่เริ่มโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ตั้งแต่วันที่ 6 เมษายน 2544 ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ปทุมธานี สมุทรสาคร ยโสธร และยะลา ผู้มีสิทธิจะได้รับการคุ้มครองตามบัตรทองต่อเมื่อ เป็นการเจ็บป่วยทั่วไป อุบัติเหตุ ลูกเงิน โดยจ่ายค่าธรรมเนียมเข้ารักษาเพียงครั้งละ 30 บาท ทั้งประเภท ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก จะได้รับการบริการรักษาพยาบาลฟรีตลอดรายการที่เจ็บป่วย ได้แก่ ค่าผ่าตัด ค่าน้ำเกลือ การล้างไตแบบเฉียบพลัน ค่าทำคลอด ค่าทำหมัน ค่าบริการวางแผนครอบครัว ค่าออกซิเจน ค่าการให้เลือด ค่าวัคซีน และค่าเซรุ่ม ค่าชันสูตรตรวจวิเคราะห์โรค ค่าอวัยวะเทียม หรืออุปกรณ์ในการ บำบัดรักษาโรค ค่าถอนฟัน ค่าอุดฟัน และค่าทำฟันปลอมที่ใช้จะครีติกเป็นฐาน ทั้งนี้กรณีผู้ป่วยในจะต้องนอนห้องสามัญและค่าอาหารสามัญ แต่กรณีประสงค์อยู่ห้องพิเศษหรือใช้บริการอาหารพิเศษ ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้เอง บริการทางการแพทย์ที่ไม่สามารถให้บริการตามสิทธิการรักษาได้แก่ การผ่าตัด เสริมสวย การตกแต่งฟัน แวนดา อวัยวะเทียมที่ไม่จำเป็นต่อการดำรงชีพ การรักษา ภาวะ การมีบุตรยาก การผสมเทียม การผ่าตัดเปลี่ยนแปลงเพศ การทำไตเทียมแบบล้างโลหิต ยาต้านไวรัส เอชไอวี การรักษาโรค ค่าแต่งศพ ค่าขนส่ง ค่าใช้อุปกรณ์ ไฟฟ้า ค่าโทรศัพท์ เป็นต้นภาระต้นทุนที่เกิดจากโครงการและแนวโน้ม

การเปลี่ยนแปลงกองทุนประกันสุขภาพ ของข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ฯลฯ หากมีการดำเนินงานโครงการ 30 บาททั่วประเทศ ภาครัฐจะต้องหาเงินมา 100,000 ล้านบาท และต้นทุนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี บวกด้วยอัตราเงินเฟ้อ ส่วนที่เพิ่มร้อยละ 2 นี้ เกิดขึ้นเพราะสัดส่วนคนชราในประชากรไทยเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในอนาคต ในปี พ.ศ. 2544 ภาครัฐใช้เงิน 76,500 ล้านบาทในการให้บริการรักษาพยาบาลจากงบประมาณแผ่นดิน กองทุนประกันสังคม และกองทุนอื่น ๆ เพราะฉะนั้น ภาครัฐจะต้องหาเงินมาเพิ่มอีกประมาณ 23,500 ล้านบาท รัฐจึงต้องจัดสรร เงินจากค่าใช้จ่ายที่เป็นประโยชน์อย่างอื่นหรือเก็บภาษีเพิ่ม ในระยะเริ่มแรกของการนำเอาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ มีกองทุนประกันสุขภาพ อยู่สองกองทุนใหญ่ ๆ กองทุนแรก ขยายออกจากกองทุนประกันสังคมในปัจจุบัน โดยครอบคลุมถึงข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานของรัฐอื่น ๆ ด้วย ขณะเดียวกันภรรยา และบุตรของผู้ประกันจะได้รับการคุ้มครอง ด้วยกองทุนนี้และที่มาของเงินที่ชัดเจนและแน่นอนจากเงินสมทบกองทุนประกันสังคมส่วน กองทุนที่สองเป็นกองทุนที่ครอบคลุม ทุกคนในประเทศไทยที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกองทุนแรกได้มาจากภาษีอากรทั่วไป แต่สองกองทุนนี้ถูกบังคับโดยกฎหมายว่าด้วยสิทธิประโยชน์ ความเท่าเทียมกัน โดยอาจมีข้อยกเว้นพิเศษในกรณีที่สิทธิประโยชน์บางอย่าง เช่น ของข้าราชการฯ ที่มีอยู่มากกว่าระดับทั่วไปจะได้รับการคุ้มครองชั่วคราวหลังจากระยะหนึ่งแล้วความจำเป็นที่ต้องมีสองกองทุนจะหมดไปคงเหลือกองทุนประกันสุขภาพกองทุน เดียว (อัมมาร สยามวาลา, 2544, หน้า 205-214)

2.5.2 นโยบายเรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ

แนวทางการดำเนินงาน จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามนโยบายเรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ ทั้งระดับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษาและสถานศึกษา ได้ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เสร็จตามกำหนดเวลา รวมทั้ง ประหยัด โปร่งใส ไม่เกิดปัญหา เกิดประโยชน์ต่อผู้เรียนและทางราชการสูงสุด สาระสำคัญของ นโยบาย แนวทางการจัดสรรงบประมาณ แนวทางการจัดซื้อจัดหา การติดตามควบคุมและกำกับ ปฏิบัติการดำเนินงาน ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าแนวทางการดำเนินงานตาม นโยบายเรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ เป็น ประโยชน์ต่อการดำเนินงาน และส่งผลให้นักเรียนมีความพร้อมที่จะเรียนมากขึ้น สถานศึกษามี ความพร้อมที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้มากขึ้นรวมทั้งสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทยพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ และนโยบายของรัฐบาลด้วยรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 49 ได้บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับ การศึกษาไม่น้อยกว่าสิบสองปี ที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย”

และพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 มาตรา 10 วรรค 1 บัญญัติว่า “การจัดการศึกษาต้องจัดให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่น้อยกว่าสิบสองปีที่รัฐจะต้องจัดให้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย” ซึ่งเป็นข้อกำหนดที่เกี่ยวกับการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐาน ประกอบกับคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรีได้กำหนดเป็นนโยบายเร่งด่วนที่จะเริ่มดำเนินการตามเจตนารมณ์ดังกล่าวในปีแรก โดยกำหนดไว้ใน ข้อ 1.3 การลดภาระค่าครองชีพของประชาชน ข้อ 1.3.1 ว่า “ให้ทุกคนมีโอกาสได้รับการศึกษาฟรี 15 ปีโดยสนับสนุนตำราในวิชาหลักให้แก่ทุกสถานศึกษา จัดให้มีชุดนักเรียนและอุปกรณ์การเรียนฟรีให้ทันปีการศึกษา 2552 และสนับสนุนค่าใช้จ่ายอื่น ๆ เพื่อลดเขยรายการต่าง ๆ ที่สถานศึกษาเรียกเก็บจากผู้ปกครอง” อีกทั้งนโยบายของรัฐด้านการศึกษา ข้อ 3.1.4 กำหนดว่า “จัดให้ทุกคนมีโอกาสได้รับการศึกษาฟรี 15 ปี ตั้งแต่อนุบาลไปจนถึงมัธยมศึกษาตอนปลาย พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการให้เกิดความเสมอภาคและความเป็นธรรมในโอกาสทางการศึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ทั้งผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ผู้บกพร่องทางร่างกายและสติปัญญาและชนต่างวัฒนธรรม รวมทั้งยกระดับการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กในชุมชน”

กระทรวงศึกษาธิการจึงได้ดำเนินการตามเจตนารมณ์ดังกล่าวข้างต้น โดยจัดทำโครงการดำเนินงานตามนโยบายเรียนฟรี 15 ปีอย่างมีคุณภาพ ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้รับโอกาสทางการศึกษาอย่างเต็มตามศักยภาพ ซึ่งการดำเนินการนี้ได้ผ่านการรับฟังความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทุกกลุ่มอาชีพแล้ว 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 มกราคม 2552 ณ โรงเรียนสตรีวิทยา กรุงเทพมหานคร และครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2552 ณ โรงเรียนชลกันยานุกูล จังหวัดชลบุรี โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ให้นักเรียนทุกคนมีโอกาสได้รับการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับรายการหนังสือเรียน อุปกรณ์การเรียน เครื่องแบบนักเรียนและกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนที่ภาครัฐให้การสนับสนุน มีสาระสำคัญของนโยบายดังนี้

คณะรัฐมนตรีเห็นชอบงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 เมื่อวันที่ 13 มกราคม เพื่อใช้จ่ายเป็นค่าเล่าเรียน หนังสือเรียน อุปกรณ์การเรียน เครื่องแบบนักเรียน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียน ตามแผนงานเสริมสร้างรายได้พัฒนาคุณภาพชีวิตและความมั่นคงด้านสังคม โครงการสนับสนุนการจัดการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 15 ปี สำหรับสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย บรรเทาความเดือดร้อนของผู้ปกครอง เพื่อสร้างโอกาสและขยายโอกาสทางการศึกษาแก่เด็ก เยาวชน และประชาชนอย่างทั่วถึง มีคุณภาพและเป็นธรรม ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลและรัฐธรรมนูญ ให้แก่ นักเรียน นักศึกษา มาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552-2554 ทั้งหมด จำนวน 35,878,071 คน จำแนกเป็นนักเรียน นักศึกษาใน

ระบบโรงเรียน จำนวน 32,711,258 คน และนักเรียนนอกกระบบโรงเรียน จำนวน 3,166,813 คน ใช้งบประมาณทั้งสิ้นจำนวน 166,671,107,600 บาทโดยจัดให้ฟรี 5 รายการดังนี้คือ

1. ค่าเล่าเรียนจำนวน 104,088,468,600 บาท
2. ค่าเล่าเรียนจำนวน 19,323,809,700 บาท
3. ค่าอุปกรณ์การเรียนจำนวน 10,391,127,100 บาท
4. ค่าเครื่องแบบนักเรียนจำนวน 13,987,713,400 บาท
5. ค่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียนจำนวน 18,879,988,800 บาท

แนวทางการจัดสรรงบประมาณสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปจัดซื้อหนังสือเรียน อุปกรณ์การเรียน เครื่องแบบนักเรียน และจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียน ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

1. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจัดสรรงบประมาณ ภาคเรียนที่ 1/2552 โดยใช้ข้อมูลนักเรียนรายบุคคล วันที่ 10 มิถุนายน 2551 ในการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว ทั้งนี้ชั้นอนุบาล 1, ป.1, ม.1, ม.4 จัดสรรให้เบื้องต้นร้อยละ 80 ของนักเรียน เนื่องจากยังไม่ทราบจำนวนนักเรียนที่แน่นอน สำหรับชั้นอื่น ๆ จัดสรรให้เต็มร้อยละ โดยคิดนักเรียนปีการศึกษา 2551 เลื่อนชั้นไปอีกระดับชั้นหนึ่ง และในกรณีที่ข้อมูลผู้ขอสิทธิไม่รับเครื่องแบบนักเรียนและ/หรืออุปกรณ์การเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานไม่จัดสรรรายการดังกล่าวให้ตามจำนวนผู้ขอสิทธิ

2. แจ้งจัดสรรงบประมาณนโยบายเรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ เป็นรายสถานศึกษา จำแนกตามระดับการศึกษาให้สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาทราบและแจ้งให้สถานศึกษาทราบ เพื่อเตรียมการจัดซื้อจัดหา จัดกิจกรรมต่อไป

3. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจะโอนงบประมาณดังกล่าวทั้ง 4 รายการข้างต้น เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานศึกษาทุกแห่ง เพื่อให้สถานศึกษาดำเนินการให้เสร็จสิ้นสถานศึกษาได้รับหนังสือเรียน ภายในวันที่ 30 เมษายน 2552 นักเรียนได้รับหนังสือเรียน เครื่องแบบนักเรียน และอุปกรณ์การเรียนก่อนเปิดภาคเรียนที่ 1/2552

แนวทางการจัดซื้อจัดหา หนังสือเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจะโอนเงินงบประมาณค่าหนังสือเรียน ซึ่งเป็นเงินอุดหนุนทั่วไปเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานศึกษา และให้สถานศึกษาจัดซื้อหนังสือเรียนตามขั้นตอน ส่วนเครื่องแบบนักเรียนสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจะโอนเงินงบประมาณค่าเครื่องแบบนักเรียน ซึ่งเป็นเงินอุดหนุนทั่วไป เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานศึกษา โดยให้สถานศึกษาจ่ายเงินสดให้กับนักเรียนและผู้ปกครอง เพื่อไปจัดซื้อเครื่องแบบนักเรียนคนละ 2 ชุดในกรณีต้องใช้เครื่องแบบ

นักเรียนที่แตกต่างไปจากเครื่องแบบปกติและราคาสูงกว่าวงเงินที่ได้รับ อาจจัดซื้อได้เพียง 1 ชุด และหากมีเครื่องแบบนักเรียนปกติเพียงพอแล้ว อาจนำเงินที่ได้รับไปจัดซื้อเข็มขัด รองเท้าถุงเท้า ชุดลูกเสือ เนตรนารี ยุวกาชาด ชุดกีฬาได้ สำหรับอุปกรณ์การเรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจะโอนเงินงบประมาณค่าอุปกรณ์การเรียน ซึ่งเป็นเงินงบประมาณทั่วไป เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานศึกษา โดยให้สถานศึกษาจ่ายเงินสดให้กับนักเรียนและผู้ปกครอง เพื่อนำไปเลือกซื้ออุปกรณ์การเรียนที่จำเป็นต้องใช้ในการเรียนการสอนได้ตามความต้องการให้เหมาะสมกับนักเรียนในแต่ละระดับชั้น ด้านกิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียน สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานจะโอนเงินงบประมาณ ซึ่งเป็นเงินงบประมาณทั่วไป เข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของสถานศึกษา โดยให้สถานศึกษาจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียน ดังนี้ กิจกรรมวิชาการ ปีละครั้ง กิจกรรมคุณธรรม ลูกเสือ เนตรนารี ยุวกาชาด ปีละครั้ง กิจกรรมการทัศนศึกษา ปีละครั้ง การให้บริการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communication Technology: ICT) ปีละ 40 ชั่วโมงต่อคน

การติดตาม ควบคุม และกำกับ พัฒนาระบบการควบคุมภายในโรงเรียนโดยให้ภาคี 4 ฝ่าย ประกอบด้วย ผู้แทนครู ผู้แทนผู้ปกครอง ผู้แทนชุมชน และผู้แทนกรรมการนักเรียน ถ้าเป็นสถานศึกษาขนาดเล็ก (มีนักเรียนน้อยกว่า 300 คน) ให้มีได้ไม่น้อยกว่าฝ่ายละ 1 คน สำหรับสถานศึกษาขนาดใหญ่ (มีนักเรียน 301 คนขึ้นไป ให้มีได้ไม่น้อยกว่าฝ่ายละ 2 คน โดยการเสนอชื่อของกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน และให้กรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุนและแก้ปัญหา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานภายในเขตพื้นที่การศึกษา และจัดตั้งคณะกรรมการติดตามขั้นตอนการบริหารจัดการการศึกษาขั้นพื้นฐานเรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เรียนฟรี 15 ปี อย่างมีคุณภาพ กระทรวงศึกษาได้ใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนซึ่งได้แก่ กลยุทธ์ การเผยแพร่ข่าวสารนโยบาย การขอรับการสนับสนุนจากผู้นำและผู้มีอำนาจ การจัดองค์การบริหารและประสานงานที่บูรณาการ การประชุมอบรมสัมมนา การใช้เอกสารคู่มือปฏิบัติงาน การออกตรวจเยี่ยมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ การตรวจสอบ ควบคุม ดูแลและประเมินผล และการให้รางวัลและสิ่งตอบแทน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ นักเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้รับการสนับสนุนรายการหนังสือเรียน อุปกรณ์การเรียนเครื่องแบบนักเรียน และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม มีความพร้อมที่จะเรียน เนื่องจากการได้รับการสนับสนุน หนังสือ อุปกรณ์การเรียน และเครื่องแบบนักเรียนครบทุกคน สถานศึกษาสามารถจัดกิจกรรม

พัฒนาผู้เรียนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ปกครองนักเรียนได้รับการบรรเทาภาระค่าครองชีพ เนื่องจากลดค่าใช้จ่ายในเรื่องหนังสือแบบเรียน อุปกรณ์การเรียนเครื่องแบบนักเรียน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพผู้เรียน สามารถนำเงินส่วนนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวันในเรื่องอื่น ๆ ได้ เป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจได้อีกทางหนึ่ง (สกนธ์ ชุมทัพ, 2554)



บทที่ 3

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน

ในบทนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการนำเสนอ เป็น 5 หัวข้อ คือ แนวคิดสังคมวิทยาการแพทย์ แนวคิดเกี่ยวกับ การแพทย์ฉุกเฉิน แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ แนวคิดเกี่ยวกับ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ และ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 แนวคิดสังคมวิทยาการแพทย์

ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสังคมวิทยา (sociological approach) ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพ มีลักษณะและสัมพันธ์กันทางสังคม ผู้วิจัยจึงนำเสนอแนวคิดทางสังคมวิทยาการแพทย์ เป็น 4 หัวข้อ ประกอบด้วย สังคมกับความเจ็บป่วย แนวคิดทางการแพทย์ แนวคิดสาเหตุของโรค และ แนวคิดทางสังคมวิทยา โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 สังคมกับความเจ็บป่วย

บริการทางการแพทย์ถูกเลือกใช้เพื่อการรักษา เมื่อ มนุษย์เกิดการเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย จึงเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพต่อบุคคลที่เจ็บป่วย ทั้งในการให้ความหมาย การกำหนดความเจ็บป่วย การรักษา รวมถึงกิจกรรมที่บุคคลควรกระทำ ความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้นกับบุคคล มีการให้ความหมาย แตกต่างกันในแต่ละบุคคล แต่ละสังคม อาการผิดปกติในบุคคลหนึ่งอาจรับรู้เป็นความเจ็บป่วย ซึ่งอาการดังกล่าวในบุคคลอื่น อาจไม่ใช่ความเจ็บป่วยก็ได้ ดังนั้นอาการผิดปกติอย่างเดียวกัน บุคคลในสังคมจะรับรู้ ว่าเป็นความเจ็บป่วยต่างกันหรือไม่ก็ได้ แม้แต่กระบวนการทางการแพทย์ที่ผลการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยไม่มีโรค แต่ผู้ป่วยยังเชื่อมั่นว่าตนคงมีความเจ็บป่วยอยู่ ก็มี เช่น อาการปวดศีรษะ ที่ผลการตรวจทางการแพทย์ไม่ยืนยันในสาเหตุหรืออาการและไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร หรืออาการอ่อนเพลีย มีไข้จากหวัด บุคคลต่างกลุ่มในสังคมเดียวกันจะรับรู้ความเจ็บป่วยแตกต่างกัน ผู้ใช้แรงงาน มีแนวโน้มรับรู้ว่าอาการดังกล่าวไม่ใช่ความเจ็บป่วย แต่เป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นจาก

ลักษณะการทำงาน แต่บุคคลในสถานภาพทางสังคมสูงมีแนวโน้มรับรู้ว่าการดังกล่าวเป็นสัญญาณของความเจ็บป่วย

ความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม แสดงออกในลักษณะที่บุคคลถูกคาดหวังจากสังคม ทำให้บุคคลต้องหาทางแก้ไข ขณะเดียวกันสังคมจะประเมินว่าบุคคล ควรหายจากความเจ็บป่วยหรือยัง ดังนั้น อาการผิดปกติจากความเจ็บป่วยจึงถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี ต้องรีบขจัดให้หายโดยเร็ว โดยหาวิธีการรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เช่น การไปรักษากับแพทย์ การใช้สมุนไพร การทำพิธีกรรมต่าง ๆ การดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกาย การซื้อประกันสุขภาพ เหล่านี้ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลเรียนรู้จากสังคมผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization) เพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หากบุคคลใดแสดงความยินดีเมื่อตนเองเจ็บป่วย สังคมจะตัดสินว่าเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติ และสร้างกฎเกณฑ์ วิธีการทางสังคมทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ต่อความเจ็บป่วย เช่น การนิโทษจากสังคมรอบข้าง ทำให้ผู้เจ็บป่วยต้องหาวิธีปฏิบัติตนเพื่อให้สังคมยอมรับ ไวท์ซ์ (Weitz, 2001) อธิบายว่า บุคคลต้องประพาศติสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังของสังคม นอกจากนี้ สังคมยังมีอิทธิพลต่อการประเมิน ติดตามว่าบุคคลนั้นหายจากความเจ็บป่วยหรือยัง โดยกำหนดตัวแทน คือ แพทย์ให้เป็นผู้ตัดสินว่าความเจ็บป่วยยังมีอยู่หรือไม่ หรือบางครั้งบุคคลรอบข้างจะเป็นผู้กำหนดว่าบุคคลนั้น “ควร” หายจากความเจ็บป่วยได้แล้ว เช่น บุคคลที่มีอาการผิดปกติและได้ทำการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง จนบุคคลรอบข้างได้พิจารณาจากศักยภาพของบุคคลในการกระทำกิจกรรม ประกอบกับคำวินิจฉัยจากแพทย์แล้วมีความเห็นว่าบุคคลนั้นได้หายจากความเจ็บป่วย แต่หากบุคคลนั้นยังคงประพาศติราวกับว่าตนเองยังความเจ็บป่วยอยู่ สังคมจะผลักดันให้บุคคลนั้นให้ดำเนินชีวิตหรือมีการปฏิบัติตนเป็นปกติเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่มีความเจ็บป่วย

ดังนั้นความเจ็บป่วยในทางสังคมวิทยาการแพทย์จึงมิใช่เพียงแต่การเกิดขึ้นของความผิดปกติหรือเป็นเพียงปรากฏการณ์ทางกาย หากแต่ปรากฏการณ์ทางสังคม เป็นผู้กำหนดว่าสิ่งนั้นหรืออาการนั้นเป็นความผิดปกติหรือไม่ และความผิดปกตินั้นเป็นความเจ็บป่วยด้วยหรือไม่ และสังคมจะคาดหวังรวมถึงถ่ายทอดให้บุคคลมีทักษะทางลบต่อความเจ็บป่วย ในการกำหนดท่าทีที่ตอบสนองความเจ็บป่วย รวมไปถึงกำหนดบุคคลที่เป็นตัวแทนของสังคมในการจัดการกับความเจ็บป่วย และยิ่งไปกว่านั้นความผิดปกติทางกายที่เกิดขึ้นนั้นได้ส่งผลกระทบที่แตกต่างกันต่อบุคคลต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบต่อการให้ความหมายความเจ็บป่วย การตอบสนองต่อความเจ็บป่วย รวมถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมที่มีต่อบุคคลต่างกลุ่มกัน การกล่าวถึงความเจ็บป่วยในฐานะที่เป็นปรากฏการณ์ทางสังคมจึงเป็นการกล่าวถึงมิติทางสังคมในสุขภาพและความเจ็บป่วย

(Armstrong, 1994; Morgan, Calnan & Manning, 1985) และเป็นการกล่าวถึงอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย (Annandale, 1998; Santhar Sermisri, 1999; Weitz, 2001)

3.1.1.1 ปัจจัยที่มีผลต่อแบบแผนความเจ็บป่วย

แบบแผนความเจ็บป่วยของมนุษย์ แสดงให้เห็นถึงผลที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาความรู้ และการให้บริการทางการแพทย์ ที่สำคัญสะท้อนให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีต่อการเกิดโรคด้วย ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนความเจ็บป่วยมี 3 ปัจจัย คือ

1. การพัฒนาความรู้และเทคนิคการเพาะปลูก ทำให้มนุษย์มีแหล่งอาหารที่ผลิตได้เองโดยมีต้องพึ่งพาแหล่งอาหารตามธรรมชาติ มนุษย์จึงไม่กังวลต่อภาวะของการอดอยาก ส่งผลให้จำนวนประชากรเพิ่มขึ้น และความหนาแน่นของประชากรที่เพิ่มขึ้นในยุคสังคมเกษตรกรรม เป็นสาเหตุการเกิดภาวะโรคติดเชื้อ

2. การเข้าสู่สังคมเกษตรกรรมทำให้มนุษย์มีการตั้งถิ่นฐานถาวร แต่การขาดสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อได้ง่าย โดยเฉพาะโรคติดเชื้อที่มีน้ำ เป็นพาหะ มนุษย์ในยุคนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย เพราะไม่มีระบบระบายน้ำ และการกำจัดของเสียต่าง ๆ

3. การพึ่งพา ข้าวเป็นแหล่งอาหารหลัก แทนการแสวงหาอาหารจากธรรมชาติ การบริโภคอาหารชนิดเดียว ที่ไม่คำนึงถึงโภชนาการ ส่งผลต่อภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคของมนุษย์ (Patrick & Scambler, 1986) และการทำการเกษตรเฉพาะฤดูกาล ทำให้ปริมาณอาหารไม่เพียงพอในกลุ่มคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มคนยากจนทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ประสบปัญหาทางโภชนาการ (Weitz, 2001)

แบบแผนความเจ็บป่วยจากสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมเกิดจากปัจจัยสังคมที่มีลักษณะที่ซับซ้อน การลดลงของอัตราการตายและความเจ็บป่วยในช่วงศตวรรษที่ 19 – 20 และการที่มนุษย์มีภาวะสุขภาพดีขึ้นส่วนหนึ่งมาจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสิ่งแวดล้อม จัดเป็นปัจจัยที่สำคัญทำให้มนุษย์มีความสามารถในการต่อต้านเชื้อโรค และ อยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อน้อยลง การที่มนุษย์มีความมั่นคงทางอาหาร มีแหล่งอาหารที่ผลิตได้เอง สร้างความมั่นคงในการดำรงชีพ การลดลงของภาวะโรคติดเชื้อจึงเป็นผลมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่อภาวะความเป็นอยู่ของมนุษย์ การพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข สังคมมีอิทธิพลต่อแบบแผนความเจ็บป่วยของมนุษย์ในยุคสังคมอุตสาหกรรมที่ส่วนใหญ่ เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรัง และอุบัติเหตุ ผลของการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้ชีวิตและการทำงานร่วมกับความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้ทำให้บุคคลมีอายุยืนยาวขึ้น ความหลากหลายของอาชีพในสังคมอุตสาหกรรมส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ กัน เช่น อาชีพที่มี

โอกาสสัมผัสกับสารเคมีในกระบวนการผลิต ความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการเดินทาง ลักษณะการทำงานแบบสังคมเมืองส่งผลให้มนุษย์มีโอกาสดำเนินชีวิตและการทำงาน การสุขภาพที่ต่างออกไปจากสังคมยุคก่อน ความเครียดที่เกิดจากการดำเนินชีวิตและการทำงาน การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การบริโภคแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนรูป สภาพการณ์ดังกล่าวส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาเจ็บป่วยด้วยโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน และมะเร็งมากขึ้น ในช่วงการเปลี่ยนผ่านทางสุขภาพหลังศตวรรษที่ 20 อัตราการติดเชื้อได้กลับสูงขึ้น เนื่องมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี ซึ่งเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนทัศนคติต่อครอบครัว ค่านิยมเกี่ยวกับชีวิตและความสัมพันธ์ทางเพศ กระแสบริโภคนิยมได้ทำให้การกระจายของเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

แบบแผนความเจ็บป่วยได้แสดงให้เห็นอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการกำหนดโอกาสและประเภทของความเจ็บป่วยของบุคคลในสังคมยุคนี้ๆ การพัฒนาทางเศรษฐกิจสังคมมีผลกระทบทั้งทางด้านบวกและลบต่อสถานะสุขภาพของคน การพัฒนาความรู้และบริการทางการแพทย์ไม่ใช่ปัจจัยหลักปัจจัยเดียวที่ส่งผลต่อการพัฒนาสุขภาพ หากสุขภาพและการเกิดความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับสภาพการณ์ทางสังคมดังนั้นแม้ว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นกับบุคคลก็ตาม สังคมคงมีอิทธิพลต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วย

3.1.1.2 ความเจ็บป่วยในสังคมกับ การสาธารณสุข

ตั้งแต่กลางศตวรรษที่ 19 เจื้อนไขทางสังคมโดยเฉพาะความยากจนและโรคติดเชื้อต่างๆ เป็นสาเหตุของสุขภาพและความเจ็บป่วย แอนเจิลส์ (Engels, 2003, p. 1246) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคกับสภาพที่พอกอาศัยและสภาพแวดล้อม การทำงาน ส่งผลต่อการเกิดโรค เป็นผลลบที่มาจากพัฒนาทางสังคมทุนนิยม ซึ่งการจัดระบบหรือเงื่อนไขการทำงานที่เน้นเพิ่มผลกำไรในการลงทุนมากกว่าการคำนึงถึงประโยชน์และความปลอดภัยของพนักงาน ความสำคัญของการปรับปรุงเงื่อนไขทางสังคมแวดล้อม โดยกระบวนการสาธารณสุขมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หากการสาธารณสุขต้องการพัฒนาสุขภาพของบุคคลให้แข็งแรง สมบูรณ์ ต้องมีการดำเนินการทางสังคม ดังนั้นการพัฒนาทางการแพทย์เพื่อให้มนุษย์มีชีวิตยืนยาวขึ้น ต้องพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาทางสังคม จึงสามารถส่งผลสำเร็จได้อย่างรวดเร็วโดยมี รัฐทำหน้าที่สำคัญคือช่วยกระจายทรัพยากรทางสังคมอย่างเป็นธรรม และปรับปรุงระดับโครงสร้างทางสังคมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้ทุกระดับ (Germov, 2002)

3.1.2 แนวคิดทางการแพทย์

ก่อนที่การแพทย์สมัยใหม่มีการพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรค นักการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของสังคม สิ่งแวดล้อม กับภาวะสุขภาพ ฮิปโปเครติส (Hippocrates)

(Hakim Mohammed, 1975, pp. 17-23) กล่าวว่า สุขภาพเป็นความสมดุลของอารมณ์ภายในของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ขณะที่ พลาโต (Plato) (Kirk & Raven, 1983) ได้เน้นให้เห็นถึงการผสมกลมกลืนของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมกับร่างกายและจิตใจของมนุษย์ ในยุคก่อนทฤษฎีเชื้อโรคพบว่า นักการแพทย์เน้นถึงการอยู่ร่วมกันของร่างกายและจิตใจที่ผสมกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมซึ่งแนวคิดเช่นนี้มีความต่างกับแนวคิดในยุคทฤษฎีเชื้อโรค ในปัจจุบันการพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคของ หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) ใน ค.ศ. 1878 (Garcia & Claudia, 2009) พบว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการที่เชื้อโรคได้เข้าไปทำลายอวัยวะในร่างกาย เป็นรากฐานที่สำคัญของการพัฒนาทฤษฎีทางการแพทย์สมัยใหม่ โรเบิร์ต ค็อช (Robert Koch) (Waller, 2002) ได้ทำให้แนวคิดทฤษฎีเชื้อโรคมีความน่าเชื่อถือมากขึ้นเมื่อค้นพบชนิดของแบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เขาพบว่าแบคทีเรียชนิดต่าง ๆ กันทำให้เกิดโรคต่างประเภท การค้นพบนี้ทำให้เกิดแนวคิดที่ว่าโรคมีสาเหตุจากเชื้อโรคเพียงสาเหตุเดียว โดยเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายไปทำลายอวัยวะต่าง ๆ ได้จากหลายทาง เช่น ทาง อากาศ อาหาร สัตว์ที่เป็นพาหะ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วยนี้เป็นทิศทางการแพทย์ที่สำคัญในช่วงต้นศตวรรษที่ 19

ทฤษฎีทางการแพทย์ซึ่งตั้งอยู่บนสมมุติฐาน โรคหรือความเจ็บป่วยแต่ละชนิดมีสาเหตุเฉพาะและแตกต่างกัน ตามชนิดของเชื้อโรค และเชื้อโรคมีผลต่อการทำลายอวัยวะและก่อให้เกิดความเจ็บป่วย หากแพทย์ทำการวินิจฉัยผู้ป่วยว่ามีความเจ็บป่วยด้วยโรคใดก็สามารถรู้ถึงชนิดของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้นได้ด้วย หลักการนี้ได้ส่งผลให้แนวคิดทางการแพทย์นั้นศึกษาการทำงานของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้รู้ว่ามีลักษณะอย่างไร และหากเชื้อโรคได้เข้าไปทำลายต่ออวัยวะแล้วจะอย่างไรให้อวัยวะนั้นสามารถกลับมาเป็นปกติได้อีก ส่งผลให้เกิดการรับรู้ว่าร่างกายและจิตใจต้องแยกออกจากกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการแพทย์และสาธารณสุข คือสุขภาพและความเจ็บป่วยไม่ใช่การผสมผสานสอดคล้องระหว่างร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อมดังความเชื่อเดิมที่มีมา หากแต่เป็นผลมาจากการที่มนุษย์ได้ถูกรบกวน หรือ ถูกบุกรุกโดยเชื้อโรค การรักษาจึงต้องหาทาง กำจัด หรือทำให้เชื้อโรคอ่อนกำลัง แนวคิดในยุคเชื้อโรคนี้แยกร่างกายออกจากจิตใจ และละเลยความสำคัญของสิ่งแวดล้อมทางสังคมโดยสิ้นเชิง นอกจากนั้นสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงไม่ใช่เรื่องของสังคม หากแต่ถูกลดระดับลงไปเป็นเพียงประสบการณ์เฉพาะของบุคคลแต่ละคนทำให้มีการแยกการดำเนินการรักษา โดยแพทย์จะทำการรักษาทางกาย ขณะที่การให้ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการใดๆ ทางจิตเป็นเรื่องทางศาสนาและสำคัญน้อยกว่าการรักษาทางกาย (Germov, 2002)

หลังยุคทฤษฎีเชื้อโรค ปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพไม่ใช่ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ และมิได้เกิดจากการที่แพทย์ไม่มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เกิดขึ้น หากแต่มีการค้นพบว่า สุขภาพของ

ประชาชน และความเจ็บป่วยบางอย่างยังคงอยู่แม้ว่าจะมีการค้นพบยาที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคนั้น และที่สำคัญ พบว่าประชาชนจำนวนมากที่ไม่ไปใช้บริการทางการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย และในกลุ่มคนที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น ไม่มาตามแพทย์นัด ไม่รับประทานยาต่อเนื่องตามที่แพทย์สั่ง เป็นต้น สภาการแพทย์ดังกล่าว จึงเริ่มหันมาพิจารณาเงื่อนไขและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นจุดเริ่มอีกครั้งในการกลับมาทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพโดยใช้แนวคิดทางการแพทย์ก่อให้เกิดประโยชน์มากมายต่อสุขภาพและการรักษาความเจ็บป่วยทางสังคม (Germov, 2002)

3.1.2.1 สุขภาพและปัญหาสุขภาพ

แนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่ที่เน้นปัจจัยทางกายภาพและเชื้อโรคว่าเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วยทำให้มีแนวโน้มที่ให้นุคคลต้องรับผิดชอบความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เนื่องจากการกระทำที่นำไปสู่การสัมผัสหรือนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายของตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การไม่ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การไม่ทำสภาพแวดล้อมที่ปกอาศัยให้ถูกสุขลักษณะ การทำงานโดยไม่รู้จักป้องกันอันตราย ดังนั้นในการป้องกันความเจ็บป่วยจากการกระทำของบุคคลแม้จะเป็นประเด็นที่ทางการแพทย์ให้ความสนใจ แต่การให้ความสนใจเป็นไปในลักษณะของการพิจารณาในระดับบุคคลมากกว่าการกระทำของบุคคลในด้านต่าง ๆ ตลอดจนแบบแผนการใช้ชีวิตของบุคคลถูกกำหนดโดยโครงสร้างสังคม เศรษฐกิจ การเมืองในระดับที่กว้างกว่า ดังนั้นทางการแพทย์กลับเน้นว่าเป็น ความผิด และความไม่รู้ ของบุคคลที่มีการกระทำหรือมีการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วย และการดำเนินชีวิตที่มีผลเสียต่อสุขภาพเกิดขึ้น จากการเลือกปฏิบัติอย่างตั้งใจของบุคคลเอง ความสำเร็จของการแพทย์สมัยใหม่ในการรักษาความเจ็บป่วยนำไปสู่การเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนเป็นการกล่าวอ้างที่เกินความจริง เพราะการเพิ่มขึ้นของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรมิได้เป็นผลมาจากการพัฒนาทางการแพทย์แต่เป็นผลมาจากการยกระดับสภาพความเป็นอยู่ โดยเฉพาะการปรับปรุงภาวะโภชนาการที่ทำให้บุคคลมีการต่อต้านเชื้อโรคและความเจ็บป่วยได้มากขึ้น เอร์มอฟ (Germov, 2002) เสนอว่าการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนทำให้มีผลดีต่อสุขภาพนั้นมีไม่เกิดจาก มือที่มองไม่เห็น (invisible hand) ที่มักกล่าวอ้างในทางเศรษฐกิจแบบทุนนิยม หากแต่เป็นการจัดสรรและกระจายทรัพยากรทางเศรษฐกิจ เพื่อ การสาธารณสุข และ การสุขภาพที่ดี ส่งผลต่อการเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยของประชากร แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของเหตุทางสังคมที่มีต่อสุขภาพมิให้มุ่งเน้นต่อการพิจารณาร่างกายในฐานะที่เป็นกลไกแบบแยกส่วน แต่การแพทย์สมัยใหม่ควรรักษาสมดุลในการพิจารณาปัจจัยทางสังคมร่วมกับปัจจัยทางกายภาพ

การเน้นหาทางป้องกันความเจ็บป่วยโดยหาสาเหตุทางพฤติกรรมในระดับบุคคล และเรียกพฤติกรรมบุคคลว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) และการดำเนินการกับความเจ็บป่วยที่เกิดจาก

แบบแผนการดำเนินชีวิต (lifestyle) ของบุคคลกลายเป็นจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพ การมุ่งหาปัจจัยเสี่ยงตลอดจนการดำเนินการกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลมีผลทำให้แนวทางรักษาสุขภาพเน้นไปที่บุคคล และนำไปสู่การกำหนดบุคคลว่าเป็นผู้ที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยเช่นเดียวกับสิ่งที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาทฤษฎีเชื้อโรคในยุคแรก ซึ่งความเจ็บป่วยในสมัยต่อมาได้วิพากษ์แนวคิดทางการแพทย์ที่มีนัยยะของการกำหนดบุคคลที่เป็นเหตุแห่งความเจ็บป่วย และได้นำไปสู่การพัฒนาแนวคิดในการดำเนินการด้านสุขภาพหลาย ๆ แนว เช่น แนวคิดกาย จิต สังคม (biopsychosocial model) แนวคิดนิเวศวิทยา (ecological model) ซึ่งแนวคิดทั้งสองยังคงให้ความสำคัญกับแนวคิดทางกายภาพแต่ได้รวมตัวกำหนดทางสังคม (social determinants) เข้าไปด้วยและยังคงมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล

แนวคิดในการดำเนินการด้านสุขภาพที่ได้รับความสำคัญในปัจจุบันเป็นแนวคิดทางสังคม (social model of health) ซึ่งในปัจจุบันได้กลายเป็นแนวคิดสำคัญของการสาธารณสุข แนวคิดนี้ให้ความสำคัญในระดับสังคมมากกว่าบุคคล โดยเน้นสังคมในฐานะที่เป็นต้นเหตุความเจ็บป่วย การกระจายแบบแผนความเจ็บป่วย ตลอดจนการเน้นศึกษาสุขภาพและความเจ็บป่วยในฐานะที่เป็นสิ่งที่ถูกสังคมสร้างขึ้น รวมทั้งการศึกษาองค์กรสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล วิทยาลัยแพทย์ในฐานะที่เป็นองค์กรทางสังคม แนวคิดทางสังคมนี้นเน้นการป้องกันความเจ็บป่วยโดยผ่านการดำเนินการกับชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการปรับสถาบันในเชิงโครงสร้างเพื่อนำไปสู่การยกระดับความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตปัจจุบันแนวคิดทางการแพทย์จึงให้ความสำคัญกับสาเหตุของความเจ็บป่วยว่ามีได้เกิดจากสาเหตุใดเพียงสาเหตุเดียว แต่ประกอบด้วยหลายสาเหตุร่วมกัน (multi-factorial causes of illness)

ลักษณะสำคัญของแนวคิดทางสังคมในด้านสุขภาพหรือสาธารณสุขแนวทางใหม่ (the new public health approach) ทางสังคมวิทยาเรียกว่าเป็นแนวคิดทางสังคมในด้านสุขภาพ (the social model of health) แนวคิดทั้งสองมิใช่แนวคิดที่มีลักษณะเหมือนกันทีเดียว แต่มีจุดเน้นไปที่การพิจารณาเงื่อนไขทางสังคมที่มีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วยตามสิทธิพื้นฐาน (fundamental humanright) ของความเป็นพลเมือง (Tulchinsky & Varavikova, 2010, pp. 25-53) โดยมีวิธีดำเนินการในรายละเอียดที่ต่างกัน คำว่าแนวคิดทางสังคมในด้านสุขภาพ จะใช้ลักษณะที่เป็นการรวมแนวทางการศึกษาทางสังคมในด้านสุขภาพต่าง ๆ หลายแนว (approach) ซึ่งมีลักษณะสำคัญคือ ศึกษามุมมองในบริบททางสังคม และศึกษาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในลักษณะที่เป็น หรือ ผลมาจากการจัดการทางสังคม รวมทั้งเข้าใจภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยในลักษณะที่เป็นผลจากกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้น แนวคิดทางสังคมไม่ได้ปฏิเสธมิติทางกายภาพของความเจ็บป่วยหรือปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่ แต่เน้นให้เห็นว่าสุขภาพและ

ความเจ็บป่วยเกิดขึ้นในบริบททางสังคม (social contexts) และการรักษาที่ได้ผลต้องกระทำมากกว่าการดำเนินการทางการแพทย์ ดังนั้นแนวคิดทางสังคมจึงมีได้เกิดขึ้นเพื่อแทนที่แนวคิดทางการแพทย์ หากแต่เป็นแนวคิดที่ต้องมีอยู่ควบคู่กันไปเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน ประเด็นการศึกษาของแนวคิดทางสังคมในด้านสุขภาพ ที่เกิดขึ้นเพื่อเสนอให้เห็นถึงข้อจำกัดของแนวคิดทางการแพทย์สมัยใหม่ ตลอดจนเสนอให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพที่เกิดขึ้น แนวคิดทางสังคมในด้านสุขภาพก่อรูปจากทฤษฎีและงานวิจัยทางสังคมวิทยา มีอยู่ 3 ประเด็นคือ (เทพินทร์ พชรวนุรักษ์, 2548, หน้า 18-23)

1. แบบแผนและการกระจายความเจ็บป่วย สุขภาพและความเจ็บป่วยในฐานะที่เป็นผลผลิตจากสังคม เป็นผลมาจากเงื่อนไขของการดำรงชีวิต การทำงานของบุคคลที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพและการเกิดความเจ็บป่วย เช่น การทำงานในสภาพที่เป็นอันตราย การสัมผัสสารเคมี ในกระบวนการผลิต ลักษณะดังกล่าวอยู่นอกเหนือความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมหรือกำหนดให้เป็นไปอย่างเหมาะสมแต่เป็นผลมาจากโครงสร้างทาง สังคม เศรษฐกิจ วิธีการปรับปรุงจึงต้องกระทำในระดับโครงสร้าง เช่น การออกกฎหมายควบคุมความปลอดภัยในการทำงาน ดังนั้นเงื่อนไขการทำงานและการอยู่อาศัยเป็นต้นเหตุของความเจ็บป่วย มีผลกระทบต่อการหายจากความเจ็บป่วยของบุคคล โดยความเจ็บป่วยบางชนิดถูกให้คำจำกัดความว่าเป็นความเจ็บป่วยในสังคมหนึ่งแต่จะไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วยในอีกสังคมหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงคำจำกัดความว่า อาการหรือลักษณะใดที่จัดว่าเป็นความเจ็บป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับความเชื่อทางวัฒนธรรม การให้คุณค่าศีลธรรม รวมไปถึงอิทธิพลของสถาบันทางการแพทย์และสังคมในการกำหนดความเจ็บป่วย ดังนั้นสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงมิใช่สิ่งที่เป็นภววิสัย (objectivity) หากแต่เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น (social construction)

2. สังคมวิทยาและการศึกษาสุขภาพ เน้นศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่าบุคคลไม่สามารถอยู่ได้ตามลำพังได้ หากแต่ต้องการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอาจเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น ความสัมพันธ์ในเชิงความร่วมมือ ความขัดแย้ง การต่อรอง หรือความสัมพันธ์ในลักษณะการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ต่อกัน การกระทำของบุคคลอาจถูกเข้าใจว่าเป็นการกระทำโดยสามัญสำนึก แต่โดยแท้แล้ว ล้วนได้รับอิทธิพลจากสังคมแทบทั้งสิ้น แม้ในเรื่องของความหิวซึ่งเป็นสัจพจน์ของมนุษย์ ถ้าพิจารณาว่าทำไมคนในแต่ละพื้นที่ในสังคมโลกจึงมีเวลาที่กำหนดในการบริโภคอาหารแต่ละมื้อไม่เหมือนกัน หรือทำไมคนที่อาศัยอยู่ในสังคมเดียวกันบริโภคอาหารเวลาเดียวกัน เวลาบริโภคอาหารที่ต่างกัน สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของสังคมในการกำหนดเวลาที่สมควรในการทานอาหารและส่งผลต่อการที่บุคคลทำการเรียนรู้เวลาที่ ควร หิว หรืออีกนัยหนึ่ง สังคมได้มีบทบาทในการจัดระเบียบการบริโภคอาหาร

ดังนั้นสังคมจึงมีอิทธิพลกำหนดการกระทำของบุคคล สังคมวิทยาเชื่อว่าบุคคลและการกระทำเป็นผลจากสังคม และโครงสร้างทางสังคม (social structure) ที่ประกอบด้วย แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลและสถาบันทางสังคม ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและโครงสร้างสังคมจึงเป็นความสัมพันธ์ที่มีผลต่อกันและกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมเป็นข้อถกเถียงที่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ว่า สังคมเป็นผู้กำหนดบุคคล หรือบุคคลเป็นฝ่ายกำหนดสังคม หากมีปัญหาเกิดขึ้นบุคคลเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบหรือเป็นส่วนที่สังคมต้องรับผิดชอบ อย่างไรก็ตามทั้งบุคคลและสังคมต่างมีอิทธิพลต่อกันและกัน แนวคิดเรื่องโครงสร้างสังคมและบุคคล ทางสังคมวิทยาที่เน้นศึกษาอิทธิพลทางสังคมที่กำหนดพฤติกรรมบุคคลและถูกกำหนดจากบุคคล รวมถึงการที่บุคคลสร้างหรือปรับโครงสร้างสังคมได้ดำเนินการปรับและสร้างพฤติกรรมบุคคล การคิดวิเคราะห์โดยแนวทางสังคมวิทยา (sociological approach) เป็นการรับรู้สภาพการณ์ทางสังคมผ่านการเชื่อมโยงระหว่างปัญหาในระดับบุคคลกับปัญหาในระดับสังคม ที่เกิดขึ้น เช่น การเจ็บป่วย หรือ การเสพสารเสพติด หากเกิดขึ้นเฉพาะกับบุคคลเพียงคนเดียวในสังคม ถือว่าเป็นปัญหาของบุคคล เมื่อใดมีกลุ่มคนในสังคมมีความเจ็บป่วยเหมือนกัน มีการเสพสารเสพติดเหมือนกัน การกระทำนี้จะเริ่มเป็นปัญหาสังคม (social problem) เป็นการกระทำที่คนส่วนใหญ่ยอมรับร่วมกันว่าเป็นการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสังคมส่วนใหญ่ หรือเกิดเป็นประเด็นทางสังคมต้องให้ความสนใจ (social issue) เป็นการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสังคมหรือไม่ เช่น การอนุญาตให้แพทย์ทำการปลิดชีวิตให้ผู้ป่วยในภาวะสุดท้ายของชีวิต การอนุญาตให้มีการปลูกและใช้กัญชาอย่างถูกกฎหมายเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Giddens, editors, 1998)

3. ลักษณะสังคมวิทยาสุขภาพ (Health sociology) ศึกษาแบบแผนทางสังคมของสุขภาพและความเจ็บป่วย โดยเฉพาะอย่างปรากฏการณ์ของความไม่เท่าเทียมทางสังคมในด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ และคำอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมุ่งพิจารณาความสัมพันธ์ที่มีต่อกันระหว่างบุคคลและโครงสร้างสังคมในฐานะที่เป็นเหตุของปรากฏการณ์ ดังนั้นในทางสังคมวิทยาสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเป็นรากฐานจากสังคม จึงเกี่ยวข้องกับมิติทางโครงสร้างสังคม วัฒนธรรม และเกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ นโยบายสุขภาพ ดังนั้น นักสังคมวิทยาการแพทย์จึงให้ความสนใจกับ แบบแผนสุขภาพและการกระจายความเจ็บป่วยในสังคม พฤติกรรมสุขภาพและความเจ็บป่วย ระบบการดูแลสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพและผู้ป่วย

3.1.2.2 วิทยาการแพทย์และสถานะความเป็นมนุษย์

วิทยาการทางการแพทย์ถือว่าเป็นความก้าวหน้าที่มีลักษณะมุ่งศึกษาในส่วนย่อยๆ แนวคิดทางการแพทย์ที่แบ่งกายออกจากจิต การรักษาความเจ็บป่วยจึงมุ่งรักษาอวัยวะที่ผิดปกติเพื่อทำการให้กลับคืนสู่สภาพปกติ เสมือนมองอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเป็นเครื่องจักรชิ้นหนึ่ง การรักษาความเจ็บป่วยโดยการมุ่งรักษาอวัยวะที่ผิดปกติจึงเป็นเสมือนการ “ซ่อม” ส่วนประกอบของเครื่องจักร แนวทางการรักษาเช่นนี้ทำให้มนุษย์ถูกลดคุณค่าลงเป็นเสมือนวัตถุ ที่เมื่อไปพบแพทย์เพื่อรักษาความเจ็บป่วย จึงถูกรับรู้และกระทำในลักษณะที่เป็นวัตถุที่ต้องมีการ ตรวจเช็คประสิทธิภาพ บำรุงรักษา ซ่อมแซมหรือแม้กระทั่งเปลี่ยนส่วนประกอบบางอย่าง เพื่อให้ เครื่องจักร นี้สามารถทำงานต่อไปได้ ข้อวิพากษ์นี้เน้นว่าบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจึงมิได้ถูกรับรู้และให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ และทำให้แพทย์ละเลยความรู้สึก ความคิด หรือประสบการณ์ส่วนบุคคลของผู้ป่วยในกระบวนการรักษา เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในเวลาต่อมา

3.1.2.3 การรักษาแบบแยกส่วน

การมุ่งเน้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะนำไปสู่การศึกษาพันธุกรรม ระดับเซลล์ โมเลกุล ที่มีลักษณะเล็กลง เพื่อค้นหาความผิดปกติของอวัยวะ การเน้นการรักษา บนพื้นฐานความรู้ของความเจ็บป่วยทางการแพทย์จึงเป็นเพียงความผิดปกติทางกายภาพในระดับเซลล์ และพันธุกรรมและละเลยความสำคัญกับมิติทางสังคมและจิตวิทยาของความเจ็บป่วย ดังนั้นในขั้นตอนการรักษาความเจ็บป่วย บุคคลผู้เจ็บป่วยจึงได้รับการรักษาโดยตัดขาดจากบริบททางสังคม แวดล้อม การรักษาความเจ็บป่วยจึงทำเสมือนว่าความเจ็บป่วยนั้นเกิดขึ้นในสุญญากาศสามารถตัดขาดจากบริบทแวดล้อม และมีมิติสังคม เช่น สภาพแวดล้อมการทำงาน ความยากจน ความไม่เท่าเทียมกันระหว่างกลุ่มบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ จึงเป็นส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาความเจ็บป่วยตามแนวคิดทางการแพทย์ การเน้นความเข้าใจในส่วนที่เล็กลงไปเรื่อย ๆ ทำให้การแพทย์เกิดความชำนาญการเฉพาะด้านมากขึ้น เช่น เกิดมี ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาหัวใจ (cardiologist) ผู้เชี่ยวชาญในการรักษาตา (ophthalmologist) และการเพิ่มขึ้นของสาขาที่มีความเชี่ยวชาญต่าง ๆ นี้ ทำให้การรักษาเป็นไปในลักษณะแยกส่วนมากขึ้นทำให้การรักษาทางการแพทย์เพิ่มสูงขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงในการตรวจวินิจฉัย การพัฒนาที่ใช้ในการรักษาเฉพาะ การรักษาแบบแยกส่วน และการให้ความสำคัญ กับความชำนาญเฉพาะ ที่ทำให้เกิดการรับรู้ว่า เจ็บป่วยทางกายภาพเป็นตัวกำหนดความด้อยกว่าทางสังคมของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพสมบูรณ์จะเป็นผู้ที่อยู่ในสถานภาพทางสังคมที่สูงกว่า มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าและมีสุขภาพที่ดีกว่าบุคคลที่มีลักษณะทางกายภาพที่ไม่สมบูรณ์ แนวคิดนี้ทำให้ละเลยความสำคัญของเงื่อนไขทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจที่กำหนดภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นตัวกำหนดสุขภาพนำไปสู่การแบ่งแยก

กีดกันทางเพศ สีมืด เชื้อชาติ เนื่องจากมีประชากรบางกลุ่มที่ จัดว่า มีลักษณะโครงสร้างทางร่างกาย ที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์กว่าประชากรเชื้อชาติอื่น หรือเพศชายถูก จัดว่ามีความแข็งแรงทางกายภาพมากกว่าเพศหญิงตามโครงสร้างทางกายภาพและการจัดตั้งกล่าวนำไปสู่การปฏิบัติทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง ทำให้บุคคล ผู้ใช้แรงงาน ทาส สตรีผิวดำ ที่ยากจน รวมทั้งกลุ่มบุคคลอื่น ๆ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือทางสังคมเนื่องจากการรับรู้ว่าการที่บุคคลนั้นตกอยู่ในสถานะทางสังคมที่ด้อยกว่าเนื่องมาจากปัจจัยทางกายภาพของกลุ่มบุคคลนั้นเอง แม้ว่า การจัดตั้งกล่าวนำไม่มีข้อมูลพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์หากแต่การรับรู้ดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากแนวคิดทางการเมืองการแพทย์จนทำให้เหมือนกับเป็นความรู้ในลักษณะสามัญสำนึกที่ยอมรับกันในสังคม

3.1.3 แนวคิดสาเหตุของโรค

แนวคิดทางการเมืองการแพทย์ที่ให้ความสำคัญต่อการเกิดความเจ็บป่วยว่ามาจากเชื้อโรคและเป็นเชื้อที่เฉพาะในแต่ละโรคเพียงสาเหตุเดียวนั้นถูกวิพากษ์ว่ามีความเป็นจริงได้เฉพาะในการเกิดความเจ็บป่วยที่เป็นโรคติดเชื้อเท่านั้น ดูโบส (Dubos, 1965, p. 348) พบว่าความเจ็บป่วยเป็นผลทางอ้อมของบริบททางสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลมากกว่าผลทางตรงจากเหตุของความเจ็บป่วยจากเชื้อโรคเพียงสาเหตุเดียว เขากล่าวถึงสภาพการณ์ที่บุคคลบางกลุ่มแม้จะมีการสัมผัสต่อเชื้อโรคเหมือนกันแต่ไม่ได้เกิดความเจ็บป่วยจึงมีความซับซ้อนมากกว่าที่จะอธิบายโดยใช้ทฤษฎีเชื้อโรคเพียงแนวคิดเดียว หากแต่ต้องพิจารณาปัจจัยหลาย ๆ อย่างทั้งเงื่อนไขทางกายภาพ โภชนาการ ภาวะความเครียดที่มีผลทำให้บุคคลบางกลุ่มมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยง่ายกว่าบุคคลกลุ่มอื่น

3.1.4 แนวคิด และทฤษฎีสังคมวิทยา

แนวคิดทางสังคมวิทยาสุขภาพเชื่อว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นผลผลิตของสังคมและวัฒนธรรม การมีภาวะสุขภาพที่ดีมิได้ขึ้นอยู่กับโชคชะตาของบุคคลหรือความบังเอิญ นักคิดสังคมวิทยาสุขภาพเชื่อว่าความรู้และความรับผิดชอบของบุคคลไม่ได้เป็นปัจจัยหลักต่อการมีภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล หากแต่โครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมเป็นเงื่อนไขสำคัญที่มีผลกระทบต่อรูปแบบความคิด แบบแผนการกระทำเพื่อสุขภาพ สังคมวิทยาสุขภาพศึกษาแบบแผนสุขภาพและอธิบายความแตกต่างของสุขภาพในแต่ละกลุ่มสังคมว่าเป็นผลมาจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรมมากกว่าเกิดจากความแตกต่างในคุณลักษณะของบุคคล ความแตกต่างทางสุขภาพและความเจ็บป่วยของกลุ่มคนต่าง ๆ ทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงให้เห็นถึงอิทธิพลทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสุขภาพ ทำไมกลุ่มคนในสังคมหนึ่ง ๆ จึงมีภาวะสุขภาพและแบบแผนความเจ็บป่วยต่างกัน เหตุที่กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า และแนวคิดชนชั้นทางสังคมที่เคยใช้สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นเกณฑ์

หลักในการแบ่งกลุ่มคนในสังคม นำไปสู่การทำความเข้าใจความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ สังคม วิทยาสุขภาพและการแพทย์มีความเชื่อพื้นฐานในความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและสุขภาพ โดยเชื่อว่าสุขภาพมีรากฐานมาจากสังคม ความแตกต่างในการอธิบายขึ้นอยู่กับแนวคิดและทฤษฎีที่นักสังคมวิทยาสุขภาพแต่ละคนใช้เป็นพื้นฐานในการทำความเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมและสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดหนึ่ง ๆ มีความเหมาะสมในการอธิบายปรากฏการณ์ทางสุขภาพแตกต่างกัน จึงไม่มีแนวคิดทางสังคมใดเพียงแนวคิดเดียวที่สามารถใช้อธิบายปัญหาสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งหมดและในทุกลักษณะปัญหา ไม่มีปัญหาสุขภาพใดที่สามารถอธิบายโดยใช้ทุกแนวคิดทางสังคมได้

3.1.4.1 แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม

แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมพัฒนามาจากแนวคิดทางสังคม ของ เดอร์ไคหม์ (Derkheim) (Berk, 2006, p. 60), สเปนเซอร์ (Spencer) (Elwick, 2003, pp. 35-72) และพาร์สันส์ (Parsons, 1991) เปรียบสังคมในลักษณะที่เหมือนกับสิ่งมีชีวิตทางกายภาพซึ่งสามารถศึกษาได้ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ การเปรียบเทียบสังคมในฐานะที่คล้ายกับสิ่งมีชีวิตคือ การอธิบายว่าสังคมประกอบด้วยส่วนประกอบต่าง ๆ ที่แต่ละส่วนหรืออวัยวะมีการทำหน้าที่เฉพาะ และการที่แต่ละส่วนประกอบของสังคมมีการทำหน้าที่ส่งผลให้สังคมดำเนินต่อไปได้ เช่น ร่างกายที่ประกอบด้วย หัวใจ แขน ขา ลำตัว และส่วนอื่น ๆ ที่แต่ละอวัยวะมีการทำหน้าที่เพื่อให้ร่างกายนั้นสามารถดำรงอยู่เคลื่อนไหวได้อย่างปกติ แต่ว่า การทำงานและส่วนประกอบของสังคมไม่ได้มีลักษณะที่เหมือนกันทีเดียวกับการทำงานของอวัยวะของสิ่งมีชีวิตทางกายภาพ (Fulcher & Scott, 1999) แต่เปรียบเทียบเพื่อให้เห็นว่าสังคมสามารถแบ่งออกเป็นส่วนต่างๆ ที่แต่ละส่วนมีหน้าที่ของตน เพื่อให้สังคมดำรงอยู่ได้ เช่น ความเชื่อ ศาสนา พิธีกรรม ครอบครัว สถาบันการปกครอง ล้วนมีหน้าที่ของตน การเปรียบเทียบสังคมกับสิ่งมีชีวิต คือ สังคมมีความต้องการ (need) เสมือนเดียวกับสิ่งมีชีวิต กระบวนการจัดการ ตอบสนองต่อความต้องการอาจดำเนินการโดยภายในสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับสังคมภายนอก เช่น ความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ต้องการบริการแพทย์เมื่อเจ็บป่วย การจัดการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมในด้านที่ต้องเกี่ยวข้องกับสมาชิกกับกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมที่กว้างออกไป รวมถึง สิ่งแวดล้อมด้วย การจัดการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่าง ๆ ทำให้สังคมกำหนดรูปแบบการกระทำของแต่ละกลุ่ม รวมทั้งหน้าที่ กฎหรือข้อตกลงร่วมกันทางสังคมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการกระทำนักคิดโครงสร้างหน้าที่เห็นว่า การจัดการของสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการตอบสนองและความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการเปรียบเทียบสังคมในลักษณะของสิ่งมีชีวิตจึงมีลักษณะที่ต่างกับ สิ่งมีชีวิตทางกายภาพ เพราะการทำหน้าที่ของส่วนประกอบทางสังคมเป็นพลวัตสามารถปรับเปลี่ยนได้ ไม่คงที่

พาร์สันส์ (Parsons, 1991) อธิบายเรื่องการแพทย์ว่าเป็นระบบหนึ่งในสังคม ที่มีหน้าที่ และมีการปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ประกอบด้วยแบบแผนหน้าที่ที่ต้องกระทำเพื่อให้เกิดคุณค่า รวมที่เป็นพื้นฐานสำคัญจากการกำหนดบทบาทหน้าที่ เขาตั้งสมมุติฐานว่า ประชากรที่มีสุขภาพ แข็งแรงสมบูรณ์มีความจำเป็นต่อหน้าที่และบทบาทของส่วนต่าง ๆ ของสังคม ส่วนการแพทย์มี หน้าที่สำคัญในการรักษาความเจ็บป่วยคือ ทำให้ประชากรที่ป่วยกลับมาทำหน้าที่ของตนในสังคม ได้ อย่างเดิม ด้านหนึ่งการแพทย์มีส่วนสำคัญในการควบคุมทางสังคม โดย ประเมินว่าบุคคลนั้นมี ศักยภาพที่พร้อมและเหมาะสมในการปฏิบัติตามบทบาททางสังคมหรือไม่ แพทย์จึงมีสิทธิอำนาจใน การกำหนดว่าบุคคลใดสามารถละทิ้งบทบาททางสังคมได้ ละทิ้งเป็นเวลานานเท่าใด และเมื่อใดที่ บุคคลนั้นต้องกลับไปทำตามบทบาทที่สังคมกำหนด ดังนั้นแพทย์มีหน้าที่ทั้งต่อบุคคลผู้เจ็บป่วยและ ทั้งสังคมโดยรวม เมื่อความเจ็บป่วยส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานที่ของระบบต่าง ๆ ในสังคม หากสังคมใดที่ประชากรมีความเจ็บป่วยมาก ๆ สุขภาพโดยรวมของประชาชนไม่ดี จะส่งผลให้ระบบ ต่าง ๆ ในสังคม ทำหน้าที่อย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อ ศักยภาพของบุคคลในการทำหน้าที่ และเมื่อการทำงานที่ของระบบใดระบบหนึ่งมีปัญหาย่อมส่งผล ต่อการทำงานที่ของระบบอื่น ๆ ในสังคมด้วย พาร์สันส์ได้แบ่งระบบสังคมออกเป็น 4 ระบบใหญ่ คือ

1. ระบบเชิงกายภาพ (Biological system) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความต้องการทางสังคม ในด้านอาหาร ความอบอุ่นและที่พักอาศัย
2. ระบบที่เกี่ยวกับบุคคล (Personality system) เช่น ต้องการความรัก ความมั่นคง ความปลอดภัย
3. ระบบสังคม (Social system) เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และ
4. ระบบวัฒนธรรม (Cultural system) เกี่ยวข้องกับคุณค่า ความเชื่อในสังคมทั้ง 4 ระบบนี้มีการปฏิสัมพันธ์และผสมผสานกันในการทำหน้าที่ตามความต้องการของสังคม ความ เจ็บป่วยในความคิดของพาร์สันส์ส่งผลตกทอดลงในศักยภาพของบุคคลเท่านั้น หากผลของความ เจ็บป่วยกระทบภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นแพทย์จึงมีความจำเป็นทำหน้าที่ให้สังคมลงทุนแล้วไม่สูญเปล่า ดังนั้นจึงไม่ใช่เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องเฉพาะทางกายภาพเท่านั้นหากแต่มีผลกระทบทางเศรษฐกิจ จิตใจ และการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมของบุคคลด้วย เมื่อบุคคลเจ็บป่วยและไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทาง สังคมได้ เขาจะรู้สึกว่าคุณค่าน้อยลง เนื่องจากการไม่สามารถกระทำตามบทบาททางสังคมได้ กระบวนการทางสังคมจึงมีผลกระทบต่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความเจ็บป่วย ดังนั้นตามแนวคิด โครงสร้างหน้าที่ ความเจ็บป่วยจึงเป็นปรากฏการณ์ทางกายภาพที่มีผลกระทบต่อสังคมและสะท้อน มิติ ทางจริยธรรมของสังคมด้วย (Parsons, 1991)

1) แนวคิดบทบาทผู้ป่วย

พาร์สันเสนอแนวคิดบทบาทผู้ป่วยโดยเปรียบเทียบความเจ็บป่วยว่าเป็นความเบี่ยงเบนที่ บั่นทอนความมั่นคงและการดำรงอยู่ของสังคม จากการที่สมาชิกในสังคมกระทำตามบทบาทหน้าที่ของตน เพื่อหลีกเลี่ยงการล่มสลายของระบบสังคม จึงต้องมีกลไกควบคุมไม่ให้บุคคลประพฤติเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานความคาดหวังของสังคม เครื่องมือที่สังคมใช้ในการควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

ก. บุคคลมีบทบาทของตน แต่เลือกไม่กระทำประเภทนี้ ถือเป็นอาชญากรรม เนื่องจากมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สังคมจึงได้ทำการควบคุมลงโทษโดยใช้กฎหมาย

ข. บุคคลไม่กระทำตามบทบาทของตนตามความคาดหวังของสังคม เนื่องจากมีบางสิ่งขัดขวางหรือทำให้บุคคลไม่สามารถกระทำตามบทบาทได้และไม่ใช้ความผิดของบุคคลที่ไม่สามารถกระทำได้ เช่น บุคคลผู้เจ็บป่วย กรณีนี้สถาบันการแพทย์จะเป็นองค์กรที่สังคมใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมบุคคลผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอันเนื่องมาจากความเจ็บไข้ การที่สังคมควบคุมพฤติกรรมเบี่ยงเบนได้ทำให้บุคคลผู้เบี่ยงเบนต้องแสดงการกระทำตามที่สังคมกำหนด ต้องตกอยู่ในลักษณะคล้ายคลึงกับการตกอยู่ในภาวะจำยอมที่จะกระทำความผิด กล่าว เช่น บุคคลผู้เจ็บไข้ สังคมคาดหวังให้กระทำ การแยกตัวเองสู่กระบวนการรักษา ก่อนกลับมากระทำตามบทบาทหน้าที่ของตนดังเดิมตามที่สังคมคาดหวัง เพื่อส่งผลให้เกิดการดำรงอยู่รอดของสังคมโดยรวม ดังนั้นการกระทำของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยจึงเป็นการกระทำที่มีแบบแผนและเป็นการกระทำที่ถูกกำหนดจากสังคม แนวคิดบทบาทผู้ป่วย บุคคลผู้เจ็บป่วยจะได้รับ ผลประโยชน์ จากความเจ็บไข้อยู่ 2 ประการ คือ การได้งดเว้นไม่ต้องกระทำตามหน้าที่เดิมเป็นการชั่วคราว และไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเจ็บไข้ที่เกิดขึ้น แต่บุคคลต้องมี หน้าที่ ใหม่ที่ต้องกระทำอยู่ 2 ประการ คือ ต้องพยายามหายจากความเจ็บป่วย และต้องแสวงหาการรักษารวมทั้งให้ความร่วมมือกับแพทย์ผู้ทำหน้าที่รักษาความเจ็บป่วย แนวคิดบทบาทผู้ป่วยของพาร์สันทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างมิติทางสังคมกับปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย (Wolinsky, 1980; Morgan et al., 1985; Annandale, 1998)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย

แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยตามแนวคิดของพาร์สันเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่แต่ละฝ่ายรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยผู้ป่วยต้องแสวงหาการรักษาและเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ ผู้ป่วยจึงมีลักษณะที่ต้องยอมตาม (passive) ขณะที่แพทย์คือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ เป็นฝ่ายที่กำหนดกระบวนการรักษา โดย

1) สังคมคาดหวังให้แพทย์ดำเนินการทางการแพทย์เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย

2) การดำเนินการทางการแพทย์เป็นไปตามกฎหรือขั้นตอนที่กำหนดทาง
วิชาชีพ

3) การดำเนินการรักษาเน้นการใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญที่อาศัยการเรียนรู้
ขั้นสูง

4) การดำเนินการทางการแพทย์ต้องเน้นความเป็นภววิสัย (objectivity) การกำหนดบทบาทของแพทย์ดังกล่าวทำให้อำนาจของแพทย์ในบริบทการรักษาพยาบาลมีมากกว่าผู้ป่วยจนสามารถกำหนดบทบาทผู้ป่วย แม้พาร์สันกล่าวถึงความไม่เท่าเทียมในเชิงความรู้ระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์ที่อาจนำมาสู่ความไม่เท่าเทียมกันในบริบทการรักษา

ในทางตรงกันข้าม เทิร์นเนอร์ (Turner, 1987) เน้นว่าการที่อำนาจของแพทย์ในบริบทการรักษามีมากและกลายเป็นอำนาจที่ได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้แพทย์เป็นวิชาชีพที่สามารถกำหนด หรือครอบงำ การจัดการทุกอย่างในระบบสุขภาพได้ ชีค, ชูบริดจ์, วิลลิสและซาโดโรจ (Cheek, Shoebridge, Willis & Zadoroznyj, 1996) กล่าวว่า ความแตกต่างในระดับของการจัดการและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นไปตามความสามารถของบุคคล แต่เป็นการจัดการให้บริการสุขภาพแก่บุคคลโดยรัฐ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นการจัดการในแนวใด แพทย์เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีอำนาจมากในระบบสุขภาพ คือมีอำนาจในการผูกขาด “ตลาดสุขภาพ” ซึ่งมีได้เป็นเหมือนกับตลาดสินค้าอื่น ๆ ที่ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจในการเลือกใช้บริการอย่างมีอิสระตามเหตุผลในเชิงเศรษฐศาสตร์ นอกจากนั้นผู้ป่วยและแพทย์มีความต้องการที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยต้องการหายจากความเจ็บป่วย ขณะที่แพทย์ต้องการได้รับผลกำไรจากการรักษา ลักษณะสองด้านของแพทย์ คือเป็นผู้ที่ต้องการรักษาให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยบนพื้นฐานของจริยธรรมและมนุษยธรรม และลักษณะของแพทย์ที่ต้องหาแสวงหากำไร โดยแพทย์มีบทบาทในการเข้าไปแทรกแซงและกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษา ครอบงำและมีอำนาจเหนือกว่าวิชาชีพอื่น ๆ ในระดับองค์กรสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งในบทบาทของแพทย์ในที่สุด

3.1.4.2 แนวคิดมาร์กซิสต์

อิทธิพลแนวคิดของมาร์กในแบบแผนสุขภาพและความเจ็บป่วยของสังคม โฮวาร์ด ไวทซ์กิน (Howard Waitzkin) (Waitzkin, 1989, pp. 220-239) เลสลีย์ ดอยล์ (Lesley Doyal) (Doyal & Epstein, 1983) วินเซนต์ นาวาโร (Vicente Navarro) (Navarro, 1977) อีวาน วิลลิส (Evan Willis) (Willis, 1966) และ บ็อบ คอนเนล (Bob Connell) (Connell, 1987) ใช้แนวคิดมาร์กซิสต์ศึกษาอำนาจของแพทย์ที่ปกป้องหรือสร้างผลประโยชน์ให้แก่กลุ่มของตนเอง กระบวนการทางการแพทย์เป็นไปเพื่อการรักษาผลกำไรหรือก่อให้เกิดกำไรสูงสุดมากกว่าการให้บริการดูแลสุขภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน นาวาโร และไวทซ์กิน เสนอว่าการแพทย์ มุ่งหาสาเหตุของความ

เจ็บป่วยในระดับบุคคล หรือพฤติกรรมตลอดจนการรักษาที่มุ่งเน้นการดำเนินการกับบุคคล ผู้เจ็บป่วย โดยไม่พิจารณาเงื่อนไขสังคม การกระทำของแพทย์จึงปิดบังสาเหตุที่แท้จริงของความเจ็บป่วยแต่ไปส่งเสริมระบบทุนนิยมเพื่อหากำไร เขา กล่าวว่าในสังคมทุนนิยม สภาพการทำงานมีผลกระทบต่อสุขภาพ เนื่องจากผู้ใช้แรงงานไม่มีอำนาจควบคุมสภาพ และเวลาการทำงาน ไม่สามารถกำหนดสุขภาพของตนเอง เพราะแนวคิดทุนนิยมเข้าไปมีบทบาท ความร่วมมือระหว่างแพทย์และบริษัทธุรกิจอุตสาหกรรมให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ได้สะท้อนกระบวนการทุนนิยมทำให้สุขภาพมีลักษณะเป็นสินค้าที่สามารถตีค่าราคาซื้อขายได้เช่นเดียวกับสินค้าอื่น ๆ สามารถสร้างผลกำไรให้กับผู้ลงทุนได้ ซึ่งขัดกับความต้องการทางด้านสุขภาพ (health needs) ของประชาชน คอนเนล กล่าวถึงการเติบโตของธุรกิจการแพทย์ที่เน้นการแสวงหาผลกำไร เช่น อุตสาหกรรมยา ธุรกิจเกี่ยวกับรังสีวิทยา อุตสาหกรรมประกันสุขภาพ ธุรกิจสถานพักฟื้นผู้ป่วย รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งการเติบโตของอุตสาหกรรมดังกล่าวทำให้บุคคลบางกลุ่มไม่สามารถเข้าไปใช้บริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะชนชั้นล่างของสังคม โดยสรุป แนวคิดมาร์กซิสต์ได้มีอิทธิพลต่อการศึกษาผลกระทบในระดับโครงสร้างสังคมการเมืองที่มีต่อสุขภาพ สังคมวิทยาสุขภาพผ่านแนวคิดนี้จึงแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการเมืองและสังคมทุนนิยมต่อการสร้างองค์ความรู้ทางการแพทย์ได้กระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความเจ็บป่วยที่มีได้เกิดขึ้นจากบุคคล และพฤติกรรมของบุคคล หากแต่เป็นผลมาจากสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ในสังคมทุนนิยม ทำให้เกิดประเด็นการศึกษาความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพระหว่างกลุ่มคนในสังคม รวมทั้งทำให้เกิดการศึกษาองค์กรสุขภาพและวิชาชีพแพทย์ในลักษณะที่มีการใช้อำนาจเพื่อผลประโยชน์ของตนและการประสานประโยชน์ระหว่างอุตสาหกรรมและการแพทย์ซึ่งประเด็นทั้งหมดไม่ได้ถูกเสนอในการใช้แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม กล่าวได้ว่าแนวคิดมาร์กซิสต์ได้ทำให้เกิดข้อสงสัยแพทย์และระบบการรักษามากกว่ายอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขถึงบทบาทสำคัญของแพทย์ต่อสังคม

ในด้านแนวคิดเกี่ยวกับอำนาจ ความชอบธรรม และสิทธิที่นำไปสู่การจัดลำดับ ขั้นตอนทางสังคม แมกซ์ เวเบอร์ (Weber, 1947) ให้ความสำคัญกับการที่บุคคลให้ความหมายต่อการกระทำของสังคม อำนาจ ความชอบธรรม และสิทธิที่นำไปสู่การจัดลำดับขั้นตอนทางสังคมในรูปแบบที่แตกต่างจากแนวความคิดของมาร์ก รวมทั้งระบบบริหาร (bureaucracy) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์กรสุขภาพ ซึ่งต่างกับมาร์ก กล่าวคือ มาร์กเน้นถึงระบบเศรษฐกิจและแรงผลักดันทางเศรษฐกิจในการทำ ความเข้าใจสังคมอุตสาหกรรม แต่เวเบอร์เน้นถึงความซับซ้อนของค่านิยม และแรงจูงใจของบุคคลในการกระทำกิจกรรมทางเศรษฐกิจและกิจกรรมทางสังคมการทำความเข้าใจระบบสังคมและความสัมพันธ์ต่าง ๆ ต้องเข้าใจโดยเชื่อมโยงกับความเชื่อและการให้คุณค่าของสังคม การที่สังคมได้เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมมิได้เกิดจากเงื่อนไขทาง

เศรษฐกิจ หากแต่เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งเงื่อนไขทางเศรษฐกิจร่วมกับแบบแผนความเชื่อและการให้คุณค่าเกี่ยวกับการทำงาน ที่เน้น “กำไรสูงสุด” เวเบอร์เห็นว่าในสังคมสมัยใหม่บุคคลมีการกระทำที่มีลักษณะขึ้นอยู่กับเหตุผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้น ขณะที่สังคมเดิมการกระทำของบุคคลขึ้นอยู่กับอารมณ์ หลักเหตุผล ค่านิยม และประเพณี เช่น การพัฒนาทางการแพทย์เพื่อหวังผลให้เกิดความยืนยาวของชีวิตมนุษย์ ที่มีการลงทุนหรือเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด หรือ การลงทุนทางการแพทย์เพื่อกลุ่มบุคคลที่ด้อยโอกาส ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดที่ควรลงทุนทางการแพทย์แก่บุคคลที่จะนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตทางเศรษฐกิจแก่สังคม เป็นต้น สังคมศาสตร์การแพทย์จึงนำ แนวคิดของเวเบอร์เกี่ยวกับอำนาจและความชอบธรรม แนวคิดชนชั้นและสถานภาพ แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริหารแบบองค์การมาใช้ในการทำความเข้าใจและวิเคราะห์ปรากฏการณ์สุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับอำนาจและความชอบธรรมได้จัดระเบียบความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย จึงมีการเรียกร่องสิทธิผู้ป่วย สิทธิการได้รับข้อมูลทางการรักษาที่เหมาะสม เพียงพอ และโปร่งใส การฟ้องร้องแพทย์ในประเด็นของการขาดประสิทธิภาพในการรักษา รวมทั้งการฟ้องร้องในด้านจริยธรรมทางการแพทย์ การเกิดหรือพัฒนากลุ่มผู้ป่วยที่ทำการรักษาหรือช่วยเหลือกันเอง ความหลากหลายของกลุ่มอำนาจทางสังคมตามแนวคิดของเวเบอร์ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์การจัดการนโยบายสุขภาพ ที่ต้องประสานหรือต่อรองผลประโยชน์ระหว่างกลุ่มอำนาจต่างๆ ในสังคม เช่น การต่อรองของกลุ่มคนที่มีอำนาจทางข้อมูลสุขภาพ กลุ่มคนที่มีอำนาจเนื่องจากความรู้ การมีความชำนาญพิเศษ กลุ่มคนที่มีบุคลิกภาพหรือลักษณะพิเศษที่โดดเด่น (charisma) บุคคลที่มีความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งกลุ่มบุคคลบางกลุ่มที่ใช้อำนาจของตนผ่านกระบวนการของรัฐเพื่อส่งเสริมคิดกันหรือลดอำนาจของกลุ่มบุคคลอื่น ๆ โรเบิร์ต อัลฟอร์ด (Alford, 1977) วิเคราะห์ระบบสุขภาพว่าเป็นการต่อรองทางอำนาจเพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มบุคคลต่าง ๆ ในระบบตลาดสุขภาพ เขาพบว่าแพทย์ควบคุมการต่อรองและมีอำนาจกำหนดกระบวนการ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและเงื่อนไขการทำงานในขณะที่กลุ่มอำนาจที่สองเป็นกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล กลุ่มธุรกิจประกันสุขภาพ กลุ่มอำนาจที่สาม คือ กลุ่มคนในชุมชน กลุ่มอำนาจนี้มีการรวมตัวอย่างหลวมๆ และไม่เป็นระบบชัดเจนแต่มีอำนาจการต่อรองในการจัดบริการสุขภาพเช่นกัน ลาร์สัน (Larson, 1977) พบว่า การที่แพทย์มีการพัฒนาความรู้และทักษะในการรักษาความเจ็บป่วย และประสบความสำเร็จในการรักษาโรคได้ ทำให้สังคมรับรู้ถึงความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นำไปสู่การได้รับการยกย่องและมีเกียรติทางสังคม แยกจากกลุ่มวิชาชีพสุขภาพอื่น ๆ ทำให้แพทย์ได้ใช้ประโยชน์จากการที่สังคมให้การยกย่องนี้ไปสู่การมีและใช้อำนาจในการหาประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่กลุ่มตนเอง (Cheek et al., 1996, p. 103) ความเป็นภววิสัยทางการแพทย์ จึงต้องเป็นจริงและมีเหตุผล แนวคิดการแพทย์จึงเห็นว่าการรักษาทางกายเป็นวิทยาศาสตร์และมีเหตุผล

ขณะที่การดำเนินการทางจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเห็นจริง และถูกกล่าวหาว่าไม่มีเหตุผล การใช้หลักเหตุผลนำไปสู่ความพยายามที่ก่อให้เกิดผลกำไรสูงสุดตามหลักทุนนิยม ทำให้เกิดการหาวิธีการที่จะดำเนินการในรูปแบบที่เสียต้นทุนน้อยที่สุด และให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อเป้าหมายในการสร้างความมั่นคง โรงพยาบาลจึงเป็นตัวอย่างของการปรับเปลี่ยนจากการทำหน้าที่ ต้องเน้นความมีเหตุผล ความมีประสิทธิภาพในการรักษา และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริหารแบบองค์กร การจัดการโรงพยาบาลแบบเก่าที่เน้นการให้ความช่วยเหลือแก่เพื่อนมนุษย์ตามหลักศาสนา หรือการว่าจ้างคนหรือบุคลากรโดยมุ่งที่การทำบุญ ช่วยเหลือกันจึงต้องถูกเปลี่ยนไปสู่การจัดการที่เน้นให้เกิดผลกำไรสูงสุด การจ้างบุคลากรต้องเป็นไปตามความเหมาะสมและความสามารถในการทำหน้าที่และต้องมีระบบการประเมินควบคุมงานอย่างชัดเจน กล่าวได้ว่า การใช้หลักเหตุผลได้นำไปสู่การลดความเป็นบุคคล และลดคุณค่าความเป็นมนุษย์ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ระบบบริหารแบบองค์กร (bureaucracy) ตามแนวคิดของ เวเบอร์ (Weber, 1947) เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมสมัยใหม่ บุคคลจะมีพันธสัญญาในการทำงานตามหน้าที่ในช่วงเวลาที่กำหนด ภายใต้กฎระเบียบขององค์กรที่สามารถให้คุณและให้โทษแก่บุคคลได้ ซึ่งแนวคิดความชอบธรรมได้เข้ามาอธิบายถึงเหตุที่บุคคลยอมรับกฎระเบียบรวมทั้งการควบคุมลงโทษขององค์กรหรือผู้นาองค์กร คือผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ รวมทั้งการมีสถานภาพ การได้รับเกียรติยศทางสังคม แนวคิดของระบบบริหารแบบองค์กรได้นำมาใช้ในการจัดองค์กรสุขภาพโรงพยาบาลมีการจัดลำดับขั้นของอำนาจการบังคับบัญชา กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน ลำดับขั้นของบุคคลในองค์กรสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับการได้รับการยกย่องหรือสถานภาพทางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลในองค์กรสุขภาพมิใช่เป็นความสัมพันธ์ส่วนตัว แต่เป็นความสัมพันธ์ตามสายงานหรือตำแหน่งหน้าที่เวเบอร์ได้ศึกษาความไม่เท่าเทียมทางสังคมการต่อรองอำนาจและผลประโยชน์ของกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม การจัดระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ การใช้หลักเหตุผลและระบบบริหารแบบองค์กรนำไปสู่การเน้นความสำคัญของต้นทุนในการบริหารสุขภาพ และการลดคุณค่าบุคคลสู่ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

3.1.4.3 แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic interaction)

มีดส์ (Mead, 1934) คูลเลย์ (Cooley, 1922) เบคเกอร์ (Becker, 1963) กอล์ฟแมน (Goffman, 1958) สตรัทส (Strauss, 1995, pp. 4-12) บลูเมอร์ (Blumer, 1969) เป็นกลุ่มนักคิดที่ศึกษาประเด็นทางสังคมที่แตกต่างจาก มาร์กซ และ เวเบอร์ คือเน้นที่บุคคลและกระบวนการที่บุคคลตีความ ให้ความหมายต่อการกระทำผ่านการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเชื่อว่า ความจริงเป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถสร้างขึ้นได้โดยผ่านการกระทำและการให้ความหมายของบุคคลต่อความจริง สังคมจึงเป็นผลรวมของการกระทำของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น การให้

ความหมาย การตีความของบุคคล ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญมากกว่าโครงสร้างสังคมตามแนวคิดหน้าที่นิยมที่บุคคลต้องกระทำตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมกำหนดอย่างค่อนข้างตายตัว หรือเน้นจัดโครงสร้างสังคมซึ่งทำให้เกิดกลุ่มชนชั้นในสังคมที่มีความไม่เท่าเทียมทางอำนาจและทรัพย์สินตามแนวคิดของ มาร์กซ และ มีด กลับนำแนวคิดทางจิตวิทยามาร่วมในการศึกษาบุคคล ซึ่งไม่สามารถอยู่หรือกระทำอย่างเป็นอิสระจากสังคม แต่การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นและการปฏิสัมพันธ์กับตัวบุคคลเองนั้นนำไปสู่การสร้างและกำหนดสังคม พัฒนาบุคคลให้ตระหนักรู้พร้อมกับกำหนดสังคมไปในเวลาเดียวกัน

การปฏิสัมพันธ์กระทำได้ผ่านกระบวนการตีความท่าทาง (gestures) ท่าทางในเชิงสัญลักษณ์ (symbolic gestures) และภาษา ที่ปรากฏให้เห็นจากภายนอกอย่างตรงไปตรงมา ขณะที่ท่าทางในเชิงสัญลักษณ์ หมายถึงความเข้าใจร่วมกัน ถึงเบื้องหลังการแสดงออกของท่าทาง มีดกล่าวว่ามนุษย์มีการให้ความหมายและความเข้าใจร่วมกันต่อสัญลักษณ์ การตีความและความหมายของท่าทาง การกระทำที่แสดงออกโดยผ่านการใช้ภาษา ทำให้บุคคลสามารถสื่อสารถึงความหมายของการกระทำ การปฏิสัมพันธ์กันทางสังคม เช่น ในบริบทการศึกษา บุคคลหนึ่งตีความการกระทำของอีกบุคคลหนึ่งว่ามีความตั้งใจ และผลของการตีความนำไปสู่การกระทำทางสังคม แม้บุคคลสามารถกระทำตามความพอใจ ตามความต้องการของตนได้ แต่ลึกๆแล้วเขาถูกกำหนดโดยสังคม และความคาดหวังของผู้อื่น ที่ได้ตอบกลับมา ฉะนั้นตามแนวคิดนี้บุคคลต้องเรียนรู้ถึงศิลปะในการดำเนินชีวิต การต่อรอง การจัดการ การให้ความหมายต่อการกระทำ เช่น อำนาจในการนิยามความเบี่ยงเบนและการกำหนด การกระทำให้ผู้ถูกกำหนดว่าเป็นผู้เบี่ยงเบน แนวคิดนี้มีเป้าหมายเพื่ออธิบายสิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมมากกว่ามุ่งเป้าไปที่การปรับเปลี่ยน

แนวคิดโครงสร้างนิยม (constructionism) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ เบอร์กเกอร์ และลักซ์แมน (Berger & Luckmann, 1966, pp. 51-55) พบว่าโครงสร้างทางสังคม คือความจริงที่ถูกสร้างขึ้นด้วยอำนาจทางสังคมผ่านความรู้ที่ทำหน้าที่เสมือนการรับรองความเป็นภววิสัย นักคิดกลุ่มปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์เน้นว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นอัตวิสัยของบุคคล มิใช่เป็นลักษณะอัตวิสัยตามที่การแพทย์กล่าวอ้าง เพราะสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ถูกสร้างโดยสังคม มีการเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและบริบททางวัฒนธรรม ดังนั้นความเจ็บป่วยจึงมีสาเหตุจากสังคมและสะท้อนถึง วัฒนธรรม การเมืองและจริยธรรมของสังคมในช่วงเวลาหนึ่ง ๆ แนวคิดนี้ตั้งข้อสังเกตว่าการดำเนินการทางการแพทย์เป็นการกระทำตามเงื่อนไขทางการเมืองและจริยธรรมทางสังคมมากกว่าเป็นการดำเนินการตามลักษณะของความเป็นวิทยาศาสตร์ เช่น การสั่งการตรวจรักษาพบว่าท่าทีที่แพทย์ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมีความแตกต่างกันตามสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย กลุ่มปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์มักเน้นศึกษาประสบการณ์บุคคลที่มีต่อ

ความเจ็บป่วย เช่น กระบวนการที่บุคคลให้ความหมายกับสถานการณ์ทางสังคม เช่น การเกิด การผ่าตัด ความตาย และวิธีที่บุคคลจัดการกับความเป็นตัวตนของตนที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากกระบวนการรักษา การปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และกระบวนการต่อรองที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์อื่น ๆ การรักษาความเจ็บป่วยและการดำเนินการทางสุขภาพเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนที่ไม่สามารถทำความเข้าใจและกระทำได้จากแนวคิดใดเพียงแนวคิดเดียว

แนวคิดสำนักเศรษฐศาสตร์การเมือง วิพากษ์ระบบทุนนิยมในฐานะที่เป็นตัวก่อให้เกิดภาวะสุขภาพเสียแก่บุคคล และระบบการแพทย์เป็นระบบที่มีความขัดแย้งระหว่างการกระทำ เพื่อก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพกับการกระทำเพื่อให้ได้กำไรสูงสุด ระบบการแพทย์เป็นระบบหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากระบบทุนนิยมที่ต้องพยายามแสวงหาผลกำไรจากการดำเนินงาน และเป็นระบบที่มีส่วนสนับสนุนส่งเสริมระบบทุนนิยม ดังนั้นการจัดการของระบบการแพทย์จึงเป็นไปเพื่อประโยชน์ของระบบทุนนิยม เป็นไปเพื่อประโยชน์ของตัวระบบการแพทย์เอง ไม่ใช่เพื่อประโยชน์ของประชาชน สุขภาพดี (good health) ตามแนวคิดระบบทุนนิยมจึงไม่ใช่การมีความสามารถกระทำตามบทบาททางสังคม หากหมายถึงการเข้าถึงและควบคุมทรัพยากรทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุที่นำไปสู่การส่งเสริมชีวิตให้มีความผาสุก (Lupton, 1994) ขณะที่บุคคลที่มีความพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ซึ่งรวมไปถึงผู้ว่างงาน สตรี และชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ถูกจัดเป็นคนชายขอบ ของสังคม เพราะบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมในแง่ของการผลิตและการบริโภคสินค้าและบริการได้ วิชาชีพแพทย์จึงต้องเข้ามามีบทบาทเพื่อทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดีพอที่จะส่งเสริมระบบเศรษฐกิจในสังคมได้ ไม่ว่าจะเป็นฐานะคนทำงานหรือผู้บริโภค แนวคิดสำนักเศรษฐกิจการเมืองกล่าวว่า ระบบการแพทย์มีแนวโน้มที่จะไม่ดำเนินการใด ๆ กับบุคคลที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา เพราะไม่สามารถกลับไปเป็นกำลังทางเศรษฐกิจได้อีก และจากประเด็นนี้ทำให้ระบบการแพทย์กลายเป็นสถาบันที่ส่งเสริมความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมมากกว่าการช่วยสลายช่องว่างของความไม่เท่าเทียมกัน

สุขภาพตามแนวคิดทุนนิยมมีฐานะเป็นสินค้าตัวหนึ่ง ซึ่งสามารถดำเนินการเพื่อแสวงหากำไรได้ ดังนั้น ระบบทุนนิยมจึงสามารถสร้างให้เกิดความต้องการทางด้านสุขภาพและนำไปสู่การเกิดอุปสงค์ในสินค้าเพื่อบริโภค และสุดท้ายกระบวนการสร้างความต้องการและอุปสงค์ทางการแพทย์นี้กระทำเพื่อสนับสนุนระบบทุนนิยมในสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อทุก ๆ ชีวิตและนำไปสู่ปัญหาหลายอย่างที่เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพ เช่น ภาวะการว่างงาน ความเครียดในการทำงาน มลภาวะจากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งระบบการแพทย์ไม่สามารถดำเนินการกับปัญหาเหล่านี้ได้ เนื่องจากอยู่นอกเหนือจากสิทธิอำนาจและการควบคุมของแพทย์ที่จะดำเนินการได้ แนวคิดที่ให้

ความสำคัญระดับโครงสร้างมากจนไม่พิจารณาประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การเรียกร้องให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการแพทย์ กลับตั้งอยู่บนแนวคิดอุดมคติมากเกินไป เช่น ข้อเรียกร้องให้มีการลดการพึ่งพาเทคโนโลยีทางการแพทย์ การพยายามลดความเป็นสินค้าของระบบการแพทย์ หรือการทำลายผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมยา การประกันสุขภาพ รวมไปถึงการเรียกร้องให้มีการลดการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์แต่ ดำเนินการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทางสังคมแวดล้อมเพื่อลดภาวะความเจ็บป่วยของประชาชนแทน เป็นต้น

แนวคิดและทฤษฎีสังคมวิทยาการแพทย์มีหลายแนวคิดและแต่ละ แนวคิด ทฤษฎี มีความแตกต่างกันในนิยามและการให้ความหมายของสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพและบทบาทของบุคคลและสังคมในการดำเนินการเพื่อสุขภาพ ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่เน้นศึกษาสุขภาพบนพื้นฐานแนวคิดความสอดคล้องของส่วนต่าง ๆ ในสังคม ความเจ็บป่วยมีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลและแพทย์เป็นตัวแทนของสังคมในการควบคุมรักษาความเจ็บป่วย โดยบุคคลที่เจ็บป่วยได้รับการคาดหวังจากสังคมให้กระทำตามบทบาทผู้ป่วย แนวคิดมาร์กซิสต์ให้ความสำคัญและศึกษาแบบแผนความสัมพันธ์ในเชิงความขัดแย้งการดำเนินการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ เป็นการต่อรองการกดขี่ของกลุ่มบุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจสูงต่อผู้ที่มีสถานภาพที่ต่ำกว่า แนวคิดนี้เน้นศึกษากระบวนการใช้อำนาจของแพทย์เพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง นอกจากนั้นสุขภาพเป็นผลมาจากความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและต้องมีการดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงในระดับโครงสร้าง แนวความคิดของแมกซ์ เวเบอร์ เน้นศึกษาอำนาจและความชอบธรรมในการจัดระเบียบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เน้นบุคคลที่ใช้เหตุผลในการกระทำต่าง ๆ การเน้นความสำคัญของต้นทุนและผล ระบบบริหารแบบองค์การเป็นประเด็นสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ความไม่เท่าเทียมกันทางอำนาจระหว่างบุคลากรสุขภาพ และระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย แนวคิดปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์และโครงสร้างนิยมเน้น กระบวนการให้ความหมายการตีความของบุคคลต่อปรากฏการณ์ทางสังคมและสุขภาพ สุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งองค์ความรู้ทางการแพทย์เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นมากกว่าลักษณะภาววิสัยตามแนวคิดวิทยาศาสตร์ เน้นอิทธิพลของอำนาจที่ทำให้บุคคลบางกลุ่มเป็นผู้สร้างและนิยามความหมายของสุขภาพตลอดจนการดำเนินการต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการตีตราและการลดคุณค่าคนในสังคมบางกลุ่ม (Berger & Luckmann, 1966, pp. 59-61)

ผลกระทบของระบบทุนนิยมที่มีต่อสุขภาพและความเจ็บป่วย มีลักษณะเป็นดังสินค้าชนิดหนึ่งซึ่งสามารถดำเนินการเพื่อแสวงหากำไรได้ ความเจ็บป่วยของสังคมจึงเป็นปัญหาในระดับโครงสร้าง เป็นปัญหาที่เกิดจากความไม่เท่าเทียมของบุคคลในการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรทางสังคม

และทรัพยากรทางสุขภาพ และการใช้อำนาจของแพทย์และการจัดบริการสุขภาพเพื่อเอื้อประโยชน์ในด้านธุรกิจ

3.1.4.4 แนวคิดทางสังคมในการอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพ

การอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในแต่ละกลุ่มแตกต่าง ทางเศรษฐกิจ พื้นที่อาศัย อายุ และอาชีพ รวมทั้งความแตกต่างในลักษณะอื่น ๆ เช่น เพศ และเชื้อชาติสามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 แนวทาง (Germov, 2002, p. 79) คือ

1. ความแตกต่างทางสุขภาพเป็นเพียงภาพลวงที่เกิดจากระบวนการทางสถิติ เกิดขึ้นจากผลการคำนวณทางสถิติซึ่งไม่สามารถคำนวณปรากฏการณ์ทางสังคมได้ถูกต้องจริงทั้งหมด การรวบรวมและจัดทำข้อมูลมีผลต่อ ความจริง ของปรากฏการณ์ทางสังคมของสุขภาพ ดังนั้นความแตกต่างทางสุขภาพที่เกิดขึ้นเหมือนกับเป็นภาพที่ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างแท้จริง หากเป็นการคำนวณทางสถิติทำให้เกิดความสับสน และความเที่ยงตรงของข้อมูล เช่น การตายซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญในการแสดงภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ได้มาจากใบมรณะบัตรซึ่งเป็นการวินิจฉัยและระบุสาเหตุการตายโดยแพทย์ อาจมีความสัมพันธ์กับชนชั้นของบุคคล (Annandale, 1998, p. 113) พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในปี ค.ศ. 1930 พบสูงสุดในเพศชาย ชนชั้นกลาง แต่อัตราตายด้วยโรคเดียวกันนี้กลับสูงสุดในชนชั้นแรงงาน ในปี ค.ศ. 1960 ซึ่งเป็นไปได้ว่าการยกระดับความเป็นอยู่และการปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิตส่งผลให้ชนชั้นแรงงานมีโอกาสรวยและตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น เขาพบว่า การเปลี่ยนแปลงอัตราตายเกิดขึ้นเนื่องมาจากการวินิจฉัยของแพทย์ กล่าวคือ ในช่วงแรกชนชั้นแรงงานมักถูกวินิจฉัยว่าเป็นความเสื่อมของการทำงานระบบหัวใจ แต่ในชนชั้นกลางแพทย์ระบุข้อวินิจฉัยที่ชัดเจนว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ จึงมีความเป็นไปได้ว่า ชนชั้นแรงงานอาจมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเช่นเดียวกับชนชั้นกลาง การใช้คำวินิจฉัยการตายโดยแพทย์มีกระบวนสาเหตุที่การตายมากกว่าการระบุปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่การตาย ดังนั้นการไม่ให้ความสำคัญในสถิติข้อมูลการตาย ทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพในลักษณะที่เป็นภาพลวงที่เกิดจากระบวนการทางสถิติของการเก็บข้อมูล มีผลต่อการนำเสนอระดับของความแตกต่างทางสุขภาพได้ (Macintyre, 1997, pp. 723-745)

2. การอธิบายในเชิงการคัดเลือกระบบทางสังคมและธรรมชาติ อิทธิพลจากแนวคิดการเลือกสรรทางธรรมชาติของดาร์วิน อธิบายว่าความแตกต่างทางสังคมและสุขภาพเป็นผลมาจากความด้อยกว่าทางสรีระของบุคคล เป็นเรื่อง ปกติธรรมชาติที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้มีความสมบูรณ์แข็งแรงกว่าจะเป็นผู้รอด (Stauffer, 1987) แนวคิดนี้อธิบายว่า เหตุใดหรือกระบวนการทางสังคมใดที่ภาวะสุขภาพในวัยเด็กมีผลต่อความสามารถในการศึกษาและการเลือกอาชีพในวัยผู้ใหญ่

ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพและสังคมที่มีลักษณะด้อยหรือภาวะสุขภาพที่ไม่ดีนำไปสู่ความด้อยโอกาสทางสังคมของบุคคล อย่างไรก็ตาม การใช้ภาวะสุขภาพในฐานะที่เป็นตัวกำหนดโอกาสทางสังคมเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะกับกลุ่มเล็ก ๆ และการให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพทำให้ละเลยหรือมองข้ามความสำคัญของปัจจัยในเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความด้อยโอกาสทางสังคมและสุขภาพและนำไปสู่ความด้อยโอกาสทางสังคม

3. การอธิบายในเชิงวัฒนธรรมและพฤติกรรม การอธิบายเน้นที่บุคคล โดยความแตกต่างทางสุขภาพเกิดขึ้นจากพฤติกรรมเสี่ยง และการกระทำต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพการเกิดความเจ็บป่วย เช่น การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การบริโภคแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นการกล่าวโทษหรือตำหนิบุคคลว่า ตนเองเป็นผู้กระทำให้เกิดความเจ็บป่วยหรือการมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เป็นการพิจารณาบุคคลในสภาพที่ตัดแยกอย่างเด็ดขาดจากบริบทความสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งเงื่อนไขทางสังคมแวดล้อม เช่น ความกดดันจากการทำงาน หรือการแข่งขันในระบบตลาด ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า บุคคลผู้ยากจนมีพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าคนมีฐานะ

4. การอธิบายในเชิงโครงสร้าง เน้นบทบาทของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองในการกำหนดแบบแผนสุขภาพและการกระจายความเจ็บป่วย แนวคิดนี้ให้ความสนใจอาชีพ ความยากจน สภาพที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อมในการทำงาน การถูกกีดกันออกจากสังคม การขาดโอกาสในการศึกษาและ โอกาสการที่ไม่เหมาะสม ว่ามีผลโดยตรงต่อความเจ็บป่วย จึงมุ่งวิเคราะห์โครงสร้างสังคม ความแตกต่างระหว่างชนชั้นและความแตกต่างทางสังคมกับสุขภาพ โดยไม่สนใจปัจจัยในระดับบุคคล ปฏิเสธว่าสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของบุคคล ความแตกต่างทางชนชั้นที่มีผลต่อความแตกต่างทางสุขภาพเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มบุคคลว่างงานและกลุ่มที่มีอาชีพ พบว่า บุคคลว่างงานทั้งชายและหญิงที่มีอายุระหว่าง 25–64 ปี มีภาวะสุขภาพไม่ดี และเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าผู้ที่มีอาชีพ (Germov, 2002, pp. 81–82) ทางจิตวิทยาอธิบายว่า การว่างงานนำไปสู่การสูญเสีย กลุ่มสังคม สูญเสียอัตลักษณ์ของบุคคล ความวิตกกังวลนี้นำไปสู่การเกิดความเจ็บป่วย ขณะที่นักสังคมวิทยาเน้นวิเคราะห์โครงสร้างสังคมเป็นตัวกำหนดภาวะการว่างงาน หรือการมีงานทำของบุคคล ความสำคัญของการว่างงานต่อภาวะสุขภาพมีมาก แมทเธอร์ และโชฟิลด์ (Mathers & Schofield, 1998, pp. 178-182) พบว่าผลกระทบของการว่างงานต่อสุขภาพของบุคคลมีมากกว่าผลกระทบที่เกิดจากสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมและความยากจน แม้การว่างงานส่งผลต่อสุขภาพ แต่สภาพการทำงาน ก็ส่งผลสำคัญต่อสุขภาพเช่นกัน

แนวทางการอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพทั้ง 4 แนวทางข้างต้นเป็นการอธิบายที่มีลักษณะแบ่งแยกจากกันและเป็นการอธิบายในเชิงคู่ตรงข้าม เช่น ภาพลวงของสถิติกับความเป็นจริงทางสังคม การคัดเลือกทางสังคมกับสาเหตุทางสังคม พฤติกรรมบุคคลกับบริบททางสังคม แวดล้อม ซึ่งในการอธิบายปรากฏการณ์ความแตกต่างทางสุขภาพนั้นไม่สามารถจะแยกแนวทางการอธิบายหรือใช้แนวทางใดแนวทางหนึ่งอธิบายได้ (Macintyre, 1997) แนวทางการอธิบายแบบใหม่ที่เน้นการพิจารณาปัจจัยทางสังคม และแนวคิดทุนทางสังคมจึงได้รับการพัฒนาและเสนอเป็นแนวทางใหม่ในการอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพในสังคมที่พัฒนาแล้ว (Germov, 2002, p. 85)

5. การอธิบายในเชิงจิตวิทยาและแนวคิดทุนทางสังคม มาร์มอท และวิลคินสัน (Marmot & Wilkinson, 1999) ให้ความสนใจสาเหตุทางสังคมที่มีต่อความเจ็บป่วยแทนการศึกษาชนชั้นทางสังคม ซึ่งจำกัดขอบเขตพิจารณาเฉพาะความแตกต่างทางรายได้กับปัจจัยทางจิตวิทยา สังคมโดยช่องว่างระหว่างรายได้ผนวกกับภาวะความตึงเครียดจากการทำงาน และการเพิ่มขึ้นของอัตราการว่างงาน นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของระดับความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่มั่นคงในชีวิต ความโกรธ ภาวะซึมเศร้าของบุคคลในชุมชน และภาวะทางจิตมิได้ส่งผลต่อสุขภาพคนจนเท่านั้น แต่ส่งผลต่อบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนด้วยโดยไม่ได้อธิบายความยากจนในลักษณะที่เป็นคู่ตรงข้าม หากพิจารณาความยากจนในเชิงสัมพัทธ์ คือ ในกลุ่มชนชั้นกลางมีบุคคลที่มีระดับรายได้ต่ำกว่าบุคคลอื่นในกลุ่มเดียวกัน ดังนั้นบุคคล ยากจน จึงมีอยู่ทุกชั้นทางสังคม และ ความยากจน ยังส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลในแต่ละกลุ่มเช่นกัน เช่น การสำรวจสุขภาพพบว่า อายุเฉลี่ยแรกเกิดสูงขึ้นตามระดับตำแหน่งทางอาชีพ โดยบุคคลที่มีระดับอาชีพต่ำจะมีอายุเฉลี่ยแรกเกิดน้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในระดับอาชีพที่สูงกว่า ปัจจัยทางสังคมที่ผสมผสานไปกับการจัดลำดับชั้นของอาชีพ มีนัยที่แสดงว่า ความแตกต่างทางสุขภาพมิได้เกิดเฉพาะกับกลุ่มคนจนเท่านั้น แต่ยังเกิดในกลุ่มบุคคลที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงและกลุ่มชนชั้นกลางด้วย ปัจจัยเสี่ยงหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล เป็นเพียงอิทธิพลทางสังคมเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับอิทธิพลทางสังคมอื่น ๆ ในการส่งผลต่อสุขภาพ เช่น ภาวะน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกายไม่สามารถนำไปใช้ในการอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มข้าราชการที่มีความแตกต่างในระดับของอาชีพได้ (Germov, 2002, p. 85) ภาวะความเครียดและความสามารถของตนในการควบคุมเงื่อนไขแวดล้อม การทำงาน ตลอดจนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวกำหนดความแตกต่างทางสุขภาพที่สำคัญ ข้าราชการทั้งชายและหญิงที่อยู่ในตำแหน่งที่มีความสามารถในการควบคุมเงื่อนไขการทำงานน้อย จะมีอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ มากกว่าบุคคลที่สามารถควบคุมเงื่อนไขการทำงานได้มากกว่าบุคคล วิลคินสัน (Wilkinson, 1996) ได้พบความสัมพันธ์ของรายได้กับภาวะสุขภาพและอัตราการตายของ

ประชาชน ในประเทศที่ร่ำรวยนั้นไม่ได้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด หากประเทศที่ประชาชนมีความแตกต่างของรายได้น้อยจะมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ความแตกต่างทางสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพนั้นมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมเท่านั้นหากความแตกต่างนั้นเกิดขึ้นในทุกกลุ่มสังคม เมื่อใดที่บุคคลมีการลดสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ บุคคลนั้นก็มีการลดลงของภาวะสุขภาพ และบุคคลที่อยู่ในลำดับขั้นทางสังคมที่ต่ำกว่าจะมีภาวะสุขภาพที่ด้อยกว่าบุคคลที่อยู่ในลำดับขั้นทางสังคมที่สูงกว่า เช่น เงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจจะส่งผลให้ผู้พิพากษามีภาวะสุขภาพที่ดีกว่านายทั่วไป ผู้จัดการบริษัทจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าพนักงานประชาสัมพันธ์ของบริษัท หัวหน้าคนงานก่อสร้างจะมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าคนงานทั่วไป เป็นต้น (Wilson & Walker, 1993, pp. 153-162)

ทุนทางสังคมหรือแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ บุคคลที่มีทุนทางสังคมน้อยจะมีการกระทำที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีทุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมและทุนทางสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสนในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมมากกว่าและนำไปสู่การยกระดับสุขภาพของบุคคล นอกจากนั้นทุนทางสังคมยังช่วยลดระดับความเครียด การให้ความช่วยเหลืออื่นๆ แก่บุคคลยามมีปัญหา การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอื่นจะนำไปสู่การสร้างความสำเร็จในตนเอง การเห็นคุณค่าตนเองรวมทั้งการตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตตนเองได้ แนวคิดทุนทางสังคมแม้จะได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถเชื่อมความสัมพันธ์ในระดับโครงสร้างกับในระดับบุคคล โดยการอธิบายผลของโครงสร้างทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจที่ส่งผ่านแรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีผลกระทบต่อนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล แต่ยังไม่ชัดเจนและการอธิบายผลของแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมต่อสุขภาพนั้น เป็นการกล่าวอ้างที่เกินจริงมากเกินไป (Woolcock, 1998, pp. 151-208) แนวคิดทุนทางสังคมอาจไม่สามารถใช้แก้ปัญหาสังคมที่รุนแรงและเป็นปัญหาใหม่ ได้ (Alejandro, 1998, p. 16) การวัดแรงยึดเหนี่ยวหรือคุณสมบัติต่าง ๆ ของทุนทางสังคมทำได้ยาก และเป็นคุณสมบัติที่ไม่สามารถวัดได้อย่างเที่ยงตรง เนื่องจากมีลักษณะเป็นภววิสัยมาก เช่น ความไว้วางใจ การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างบุคคล เป็นต้น ทำให้แนวคิดทุนทางสังคมไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในเชิงโครงสร้างที่มีต่อการกระทำในระดับบุคคล ผลของการใช้แนวคิดทุนทางสังคมในระดับบุคคลนำไปสู่แนวความคิดว่า ทุนทางสังคมเป็นเสมือนเครื่องมือสำเร็จรูป และเป็นสิ่งที่บุคคลแต่ละคนมีหน้าที่และต้องรับผิดชอบที่จะสร้างทุนทางสังคมด้วยตนเอง ทำให้เกิดความชอบธรรมที่รัฐจะลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสังคมนวมทั้งเรียกร้องให้ชุมชนครอบครัวทำการดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อผนวกการใช้แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน และการมีส่วนร่วม

ของชุมชนแม้จะมีประโยชน์อย่างมากต่อการส่งเสริมสุขภาพ แต่การละเลยความสำคัญของเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและการวางแผนและจัดการนโยบายสุขภาพของรัฐซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างและส่งเสริมแรงยึดเหนี่ยวทางสังคมทำให้การใช้ประโยชน์ของแนวคิดทุนทางสังคมอยู่ในขอบเขตจำกัด เนื่องจากในสภาพความจริงประชาชนมีระดับของความยากจน การใช้แนวคิดทุนสังคม จะไม่เกิดประสิทธิผลในการสร้างแรงยึดเหนี่ยวทางสังคม ดังนั้นทุนทางสังคมจึงไม่ใช่สิ่งที่จะมาใช้แทนที่นโยบายหรือแผนงานทางสังคม แต่เป็นสิ่งที่ต้องมีมาก่อนและเป็นทั้งผลที่เกิดจากนโยบายสังคม กล่าวคือ ทุนสังคมจะเป็นพื้นฐานความสำคัญต่อความสำเร็จตามนโยบายสังคม เช่น การพัฒนาการศึกษาเป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างทุนทางสังคมและการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางสังคมในทิศทางที่ส่งเสริมสุขภาพ (Germov, 2002, p. 88)

การอธิบายเกี่ยวกับความแตกต่างทางสุขภาพนั้นมีหลายแนวทาง แต่ละแนวทางก็มีความเหมาะสมต่อความแตกต่างทางสุขภาพในประเด็นที่ต่างกัน เช่น การทำความเข้าใจว่าทำไมผู้ใช้แรงงานจึงมีอัตราการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงานสูงกว่ากลุ่มอื่นนั้น ไม่สามารถอธิบายได้โดยการใช้แนวคิดทุนทางสังคม หรือการใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล การอธิบายจากเงื่อนไขสภาพการทำงานอาจเป็นการอธิบายที่เหมาะสมกว่า การอธิบายเฉพาะความสัมพันธ์ในระดับบุคคลอาจไม่เหมาะสม เนื่องจากโอกาสและทางเลือกของบุคคลในการกระทำเพื่อสุขภาพของตนถูกกำหนดจากโครงสร้างสังคม โครงสร้างเศรษฐกิจ ที่กำหนดเงื่อนไขการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพรวมทั้งสภาพแวดล้อมการทำงานที่ส่งผลให้บุคคลมีโอกาเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพต่างกันจึงสามารถสรุปได้ว่า

- 1) สถานะสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากพฤติกรรมบุคคลมากเท่า ๆ กับเป็นผลมาจากสังคม
- 2) อิทธิพลทางสังคมที่มีต่อสถานะสุขภาพบุคคลแสดงให้เห็นกลุ่มคนในสังคมมีความแตกต่างทางสถานะสุขภาพ
- 3) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม การมีเกียรติยศ และอำนาจทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพและความแตกต่างของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในสังคม และส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพในระยะยาว
- 4) ความแตกต่างในพื้นที่อาศัย อายุ และอาชีพ เป็นอีกกลุ่มปัจจัยสังคมที่แสดงความแตกต่างทางสุขภาพของบุคคล
- 5) แนวคิดทางสังคมในการอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพมีหลายกลุ่ม และต่างก็มีข้อจำกัดในการอธิบาย จึงต้องเลือกแนวทางอธิบายที่เหมาะสมตามปรากฏการณ์ความแตกต่างทางสังคมและสุขภาพ

6) การอธิบายความแตกต่างทางสุขภาพเป็นภาพลวงตา เกิดจากกระบวนการทางสถิติ จัดว่าเป็นแนวทางการอธิบายในยุคแรกๆ ที่ไม่นิยมใช้ในปัจจุบันในขณะที่แนวทางการอธิบายในเชิงโครงสร้างสังคม และแนวคิดทุนทางสังคมเป็นแนวทางที่ใช้กันมากในปัจจุบัน

นอกจากนี้ความแตกต่างทางสุขภาพ ยังสามารถแยกอธิบายได้ 5 ส่วนย่อย คือ กลุ่มสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ พื้นที่อยู่อาศัย อายุ และ อาชีพ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มทางสังคม การสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยและในต่างประเทศพบว่าประชาชนแต่ละกลุ่มมีอัตราการตายและแบบแผนความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน กลุ่มบุคคลที่มีฐานะเศรษฐกิจในระดับต่ำมีอัตราความเจ็บป่วยสูงกว่าและมีจำนวนอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง รายได้สูงมีอัตราความเจ็บป่วยต่ำ และปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นไปในทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มเชื้อชาติ (Weitz, 2001) บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและข้ออักเสบมากกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงถึงสามเท่าและสองเท่าตามลำดับ ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับสุขภาพส่งผลตั้งแต่บุคคลแรกเกิด อัตราการตายของทารกแรกเกิดมีสัดส่วนสูงในมารดาที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ ทารกและเด็กที่เกิดในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง (Weitz, 2001, p. 58) การสำรวจความเจ็บป่วยในประเทศออสเตรเลียพบว่า กลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการป่วยด้วย โรคเมเร็งที่ตับ เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ ปอดบวม หลอดลมอักเสบ รวมทั้งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่สูงกว่า (Germov, 2002, p. 75) นอกจากนี้ยังพบว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีอัตราการตายที่สูงกว่า ซึ่งมีนัยะถึงการที่กลุ่มคนเหล่านี้มีการป้องกันโรคได้น้อยกว่า

2. สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมกับความแตกต่างทางสุขภาพ ข้อมูลระดับประเทศเกี่ยวกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพในบริบทสังคมพิจารณาได้จากความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มชาวไทยภูเขาและกลุ่มคนทั่วไป การสำรวจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยพบว่า ชาวไทยภูเขาร้อยละ 59 สร้างบ้านเรือนโดยใช้วัสดุไม่คงทนถาวร เช่น หลังคามุงจาก ใบไม้ แฝก มีฝาไม้รอบทั้ง 4 ด้าน มีครัวเรือนร้อยละ 68 ที่มีส้วมแบบราดน้ำ ส่วนใหญ่ยังไปถ่ายอุจจาระที่ทุ่งหรือป่า และมีครัวเรือนเพียงร้อยละ 33.6 เท่านั้นที่มีน้ำดื่มถูกสุขลักษณะ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพพบว่า ชาวไทยภูเขามีระดับสุขภาพที่ต่ำกว่าคนไทยโดยทั่วไป อัตราเกิดของชาวไทยภูเขาสูงมากเกือบเท่าตัวของชาวไทยพื้นราบ คือ มีอัตราเกิด 26.1 ต่อพัน ในขณะที่อัตราเกิดของชาวไทยพื้นราบเท่ากับ 14.7 ต่อพัน และอัตราตายทารกของชาวไทยภูเขาสูงถึง 19.7 ต่อการเกิดมีชีพพันคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546)

3. พื้นที่อยู่อาศัยกับความแตกต่างทางสุขภาพ ข้อมูลด้านการตายของไทย ปี พ.ศ. 2543 พบว่า ภาคเหนือมีอัตราการตายโดยรวมสูงกว่าภาคอื่นๆ ส่วนกรุงเทพมหานครมีอัตราการตายในทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี สูงสุด 5.1 ต่อเกิดมีชีวิตพันคน ส่วนอัตราการตายสูงสุดในภาคเหนือ และเมื่อเปรียบเทียบรายจังหวัดพบว่า อัตราตายในภาคเหนือตอนบนสูงในจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน ลำปาง และแพร่ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 9)

4. อายุกับความแตกต่างทางสุขภาพ การสำรวจระดับประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2534 และ 2539 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2535 และ 2540) พบว่า ในปี พ.ศ. 2534 อัตราการเจ็บป่วยเฉียบพลันเท่ากับร้อยละ 23.1 โดยอัตราเจ็บป่วยสูงในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน แล้วลดลงต่ำสุดในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15 - 19 ปี) แล้วเพิ่มขึ้นตามอายุจนอัตราสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป ลักษณะเช่นนี้พบในการสำรวจความเจ็บป่วยในปี พ.ศ. 2539 เช่นกัน สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยสูงสุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมา คือ โรคระบบกล้ามเนื้อและโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังนั้นพบว่า กลุ่มเด็กปฐมวัยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ปอดบวม สูงที่สุดกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ กลุ่มเด็กอายุ 5 - 14 ปี มีอัตราการป่วยด้วยไข้ไม่ทราบสาเหตุ ตาแดงจากเชื้อไวรัส อีสุกอีใส และไข้เลือดออกสูงกว่าผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 21-23) ในกลุ่มโรคติดต่อนั้น กลุ่มเด็กปฐมวัยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคบิดสูงกว่าวัยอื่น ๆ กลุ่มเด็กอายุ 5-14 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหัด หัดเยอรมัน ไข้หวัดใหญ่ ไข้มาลาเรียและคางทูม ส่วนกลุ่มอายุ 25-34 ปี มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคตับอักเสบสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นเมื่อเปรียบเทียบโรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า โรคเอดส์และอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการตายสูงในกลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น ในขณะที่โรคไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างก่อให้เกิดความสูญเสียในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มผู้ใหญ่ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543, หน้า 16)

5. อาชีพกับความแตกต่างทางสุขภาพ อาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ทางตรง คือ สภาพการทำงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน สารเคมีที่ใช้ในการผลิต มีผลกระทบต่อสุขภาพ ทางอ้อม คือ อาชีพและเงื่อนไขในการประกอบอาชีพ ตลอดจนรายได้จากการประกอบอาชีพมีผลต่อการกำหนดลักษณะการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ ในประเทศไทยข้อมูลที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างโรคและการทำงานโดยกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2532-2541 พบว่า มีความเจ็บป่วยที่เกิดจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชมากที่สุด ส่วนโรคอื่น ๆ เช่น สารตะกั่ว โลหะหนัก สารไอระเหย ยังมี รายงานน้อย ข้อมูลที่มีนัยยะถึงกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย คือ กลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสในการสัมผัสสารพิษจากการเพาะปลูก ผลกระทบโดยตรงของลักษณะการทำงานที่เสี่ยงต่อการสัมผัส และได้รับ

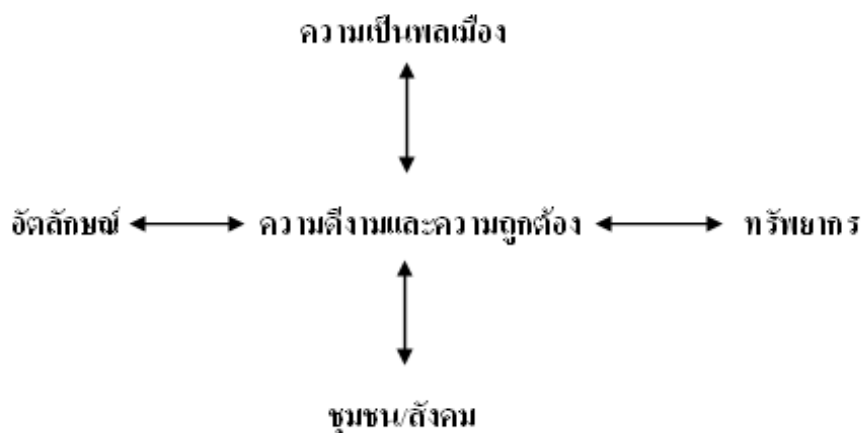
สารเคมี ทางอ้อมของอาชีพที่มีต่อสุขภาพ กล่าวคือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ของเกษตรกรที่มีระดับการศึกษาและระดับรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมที่แสดงออกแตกต่างกัน

3.1.4.5 แนวคิดทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับความเป็นพลเมือง

แนวคิดสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นพลเมืองในฐานะของการเป็นกลไกที่ช่วยลดความขัดแย้งในสังคม และสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล (Germov, 2002, p. 397) พบว่า สังคมไทยโดยทั่วไปดำเนินไปท่ามกลางความขัดแย้งของแรงผลักดันทางสังคม 2 ส่วน คือ

1. สังคมต้องเผชิญกับความขาดแคลนของทรัพยากรทางสังคมทำให้สังคมไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกทุกคนได้อย่างสมบูรณ์ ความขาดแคลนของทรัพยากรนี้มีได้มีความหมายเพียงแค่ว่าปริมาณไม่เพียงพอที่สนองตอบความต้องการของสมาชิก หากแต่เป็นความขาดแคลนที่ถูกสร้างขึ้นในระบบสังคม เช่น การได้รับหรือการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมที่ไม่เท่ากันระหว่างเพศ กลุ่มชนชั้นทางสังคม และกลุ่มคนในวัยต่าง ๆ เป็นความขาดแคลนที่เกิดขึ้นในกลุ่มคนในสังคม

2. สังคมต้องสร้าง ความสามัคคีปรองดอง ความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง เพื่อลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในระบบสังคมอันสืบเนื่องมาจากความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมเพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ได้ ความเป็นพลเมืองจึงเป็นเสมือนสิ่ง ที่สร้างความเป็นคนกลุ่มเดียวกัน ขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดเกณฑ์ในการแบ่งสรร ทรัพยากร ที่มีอยู่ในปริมาณ จำกัดให้เฉพาะสมาชิกในสังคมเท่านั้น ภาพรวม ความเป็นพลเมืองจึงเป็นการพยายามลดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นจากความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม การลดความขัดแย้งโดยผ่านกระบวนการสร้างความมีคุณค่าในการกระทำที่สัมพันธ์กับการสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล คือ สังคม ชุมชน จะกำหนดว่า การกระทำใดเป็นการกระทำที่ดี ถูกต้อง เป็นหน้าที่ของบุคคลที่พึงกระทำต่อสังคมและหน้าที่นั้นมีความสัมพันธ์และสำคัญต่อการแสดงออกซึ่งความเป็นพลเมือง ซึ่งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง ชุมชน ความถูกต้อง ดีงาม และความเป็นพลเมืองมีลักษณะเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีผลต่อกันและกัน ความเป็นพลเมือง จึงกำหนดว่าบุคคล กระทำหน้าที่แบบใดจึงถูกต้อง ดีงาม เหมาะสม และการกระทำดังกล่าวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันต่อสังคมตามภาพที่ 3.1



จาก เทพินทร์ พิชรานุรักษ์. (2548). สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์., 181.

ภาพที่ 3.1 แนวคิดทางสังคมวิทยาในการศึกษาความเป็นพลเมือง

ทางสังคมวิทยาให้ความสนใจความเป็นพลเมืองในประเด็นต่าง ๆ เช่น (1) การศึกษาสถาบันทางสังคมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตามสิทธิและการบังคับให้บุคคลกระทำหน้าที่ของตน เช่น สถาบันกฎหมายและกระบวนการยุติธรรม สถาบันการปกครองรัฐสภา และสถาบันที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการสังคม (2) อัตลักษณ์ทางสังคมของบุคคลอันเนื่องมาจากความเป็นพลเมืองของสังคมใดสังคมหนึ่ง และ (3) ความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมระหว่างบุคคลที่มีความเป็นพลเมือง เช่นเดียวกันในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม การทำความเข้าใจกระบวนการที่ความเป็นพลเมืองและสถาบันทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีการปกป้องบุคคลจากผลกระทบทางลบที่เกิดขึ้นในระบบตลาดทุนนิยมอย่างไร การจัดสรรทรัพยากรสังคมแก่กลุ่มคนต่าง ๆ มีความเป็นธรรมหรือไม่ หรือเป็นการจัดการบนพื้นฐานการกีดกันบุคคลบางกลุ่มออกจากสิทธิที่จะเข้าถึงทรัพยากรเหล่านั้น ความเป็นอิสระของบุคคลมีการกำหนดขอบเขตอย่างไรที่ไม่กระทบต่อบุคคลอื่นและสังคมโดยรวม เช่น การมีสิทธิในการมีความสัมพันธ์ทางเพศกับความถูกต้องการกระทำ และการปกป้องบุคคลอื่น ๆ จากสิทธิในการมีความสัมพันธ์ทางเพศของบุคคล

3.1.5 ความสำคัญทางสังคมของความเป็นพลเมือง

การเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม ความเป็นพลเมืองเป็นกลไกเชิงสถาบันที่สังคมสร้างขึ้น และใช้ในการควบคุมการเข้าถึงทรัพยากร เนื่องจากทรัพยากรในแต่ละสังคมมีจำกัด สังคมจึงมีการกำหนดให้เฉพาะบุคคลหรือกลุ่มคนที่เป็นสมาชิกของสังคมและมีคุณสมบัติตามที่กำหนดเท่านั้นที่สามารถใช้ทรัพยากรในสังคมได้ ทรัพยากรในสังคมอาจแบ่งได้หลายรูปแบบ เช่น ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ ซึ่งได้แก่ ทรัพย์สิน อสังหาริมทรัพย์ที่บุคคลสามารถมีสิทธิที่จะครอบครองและใช้ประโยชน์ ความสามารถในการซื้อหาและใช้สินค้าและบริการต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ทรัพยากรทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็น สินค้าหรือผลผลิตทางวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการสังคมต่าง ๆ เช่น การศึกษา สุขภาพ ที่พักอาศัย และ ทรัพยากรทางการเมือง เช่น สิทธิในการเลือกตั้ง สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองในรูปแบบต่างๆ การเข้าร่วมเสนอข้อคิดเห็นทางการเมือง การเข้าร่วมในการเสนอหรือคัดค้านนโยบายของรัฐ ซึ่ง เจอร์มอฟ (Germov, 2002) มีความเห็นว่า การเข้าถึงทรัพยากรทั้งสามรูปแบบข้างต้นนั้นมีความเกี่ยวพันกับอำนาจที่บุคคลมีอยู่ ใครเป็นผู้มีอำนาจในสังคม และการใช้อำนาจของผู้มีอำนาจ การแบ่งทรัพยากรในสังคมออกเป็น 3 แบบ นำไปสู่การแบ่งสิทธิของบุคคลออกเป็น 3 แบบเช่นกัน คือ สิทธิในด้านเศรษฐกิจ สิทธิทางวัฒนธรรม และสิทธิทางการเมือง สิทธิทั้ง 3 แบบนี้ รวมเรียกได้ว่าเป็นสิทธิทางสังคม (social rights) ซึ่งมีความแตกต่างจากสิทธิมนุษยชน (human rights) คือ สิทธิทางสังคมมีการกำหนดขึ้นโดยอ้างอิงกับความเป็นพลเมือง ซึ่งหมายความว่า บุคคลที่มีความเป็นพลเมืองของสังคมต่างกัน มีสิทธิทางสังคมต่างกัน เช่น สิทธิในการมีส่วนร่วมทางการเมืองของคนไทยและคนพม่า หรือสิทธิในการครอบครองที่ดิน สิทธิในการได้รับบริการรักษาพยาบาลของชาวไทย ที่แตกต่างจากชาวเยอรมัน เป็นต้น สิทธิทางสังคมมีการปรับเปลี่ยนไปได้ตามเวลา แต่สิทธิมนุษยชนนั้นมีความเป็นสากล เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาควรมีสสิทธิต่างที่จะมีการกระทำ หรือได้รับการปฏิบัติตัวอย่างไรบนเงื่อนไขของความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน เช่น สิทธิที่จะไม่ใช้มนุษย์ด้วยกันในการทดลอง สิทธิที่จะไม่ถูกทำร้ายหรือทรมาน เป็นต้น

การสร้างอัตลักษณ์และสถานภาพทางกฎหมาย ความเป็นพลเมืองนอกจากจะทำให้บุคคลมีสถานภาพทางกฎหมาย เป็นการรับรองว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกในกลุ่มเดียวกันกับคนอื่น ๆ ในสังคมแล้ว ความเป็นพลเมืองยังมีผลต่อกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมด้วย คือ ในยุคสังคมอุตสาหกรรมที่อัตลักษณ์บุคคลถูกกำหนดด้วยสถานภาพทางเศรษฐกิจ การเป็นเจ้าของทรัพย์สิน จึงเกิดความขัดแย้งระหว่างกลุ่มคนที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน เช่น การกำหนดผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการเกษียณอายุ การกำหนดเวลาเกษียณอายุ การเรียกประกันสังคม การประกันสุขภาพของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น แต่ในสังคมสมัยใหม่ ความขัดแย้งใน

สังคมมักเกิดขึ้นจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม มิใช่ความแตกต่างของสถานภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นความขัดแย้งในกลุ่มคนที่มีอุดมการณ์ต่างกัน เช่น ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้ต้องการสร้างเขื่อน และกลุ่มที่ต้องการอนุรักษ์ทรัพยากรป่า เป็นต้น ความเป็นพลเมืองมีปฏิสัมพันธ์ต่อกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมเนื่องจากความเป็นพลเมืองนั้นมีความสัมพันธ์กับการที่สังคมกำหนดว่า อะไรคือความดีงามและความถูกต้องที่บุคคลควรกระทำ

รัฐเป็นองค์ประกอบพื้นฐานของความเป็นพลเมือง ความเป็นพลเมืองมีผลให้บุคคลเข้าไปเกี่ยวข้องกับสถาบันทางสังคมต่างๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับสิทธิ และหน้าที่ของบุคคล เช่น องค์การสังคมในกระบวนการยุติธรรม สถาบันการศึกษา ทำให้บุคคลถูกสังคมขัดเกลาให้เรียนรู้ความถูกต้อง ความดีงาม และหน้าที่ที่ควรกระทำ บุคคลเรียนรู้ว่าตนเองเป็นคน “ชาติ” เดียวกัน สิ่งเหล่านี้นำไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ทางสังคมแก่บุคคลในสังคมสมัยใหม่ “รัฐ” หรืออีกนัยหนึ่ง คือชุมชนในการปกครองร่วมกัน เป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อความเป็นพลเมือง (Germov, 2000, p. 397) ดังนั้นความเป็นพลเมืองในส่วนของบุคคลจำเป็นต้องมี รัฐที่ตนสังกัดหรือเป็นสมาชิก

3.1.6 สิทธิความเป็นพลเมืองกับการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ

ความเป็นพลเมืองมีความสำคัญต่อการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ บริการสุขภาพจึงเป็นสิทธิที่บุคคลสามารถใช้กับความเป็นพลเมืองโดยกำหนดกฎเกณฑ์และคุณลักษณะของบุคคลที่สามารถเข้ามาใช้ทรัพยากรสุขภาพ เช่น บุคคลที่เป็นคนไทย สามารถใช้บริการสุขภาพในโครงการ 30 บาทได้ ในขณะที่บุคคลที่เป็นผู้อพยพหรือเป็นแรงงานต่างชาตินั้น ไม่สามารถใช้บริการได้ การเข้าถึงทรัพยากรมีความเกี่ยวข้องกับอำนาจทางสังคม และอำนาจที่บุคคลนั้นมีอยู่ ดังนั้นการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพเป็นในลักษณะเดียวกัน ความเป็นพลเมือง มิได้ทำให้บุคคลทุกคนมีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน บุคคลที่มีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจสูงมีโอกาสในการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่ดีกว่าและสามารถใช้ในยามต้องการได้มากกว่าบุคคลที่อยู่ในสถานภาพที่ต่ำกว่า นอกจากนั้นการคาดหวังของสังคมที่มีต่อบุคคลในการกระทำหน้าที่ในกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของบุคคล มีผลต่อสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ เช่น กลุ่มคนพิการ ผู้สูงอายุ ทัศนะของสังคมที่มีต่อบุคคลเหล่านี้ในเชิงลบ และการคาดหวังให้บุคคลเหล่านี้ลดหรืองดบทบาททางสังคม มีผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรและบริการสุขภาพ ตลอดจนการจัดหาทรัพยากรสุขภาพเห็นได้จากบริการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพของผู้พิการและผู้สูงอายุ ในสังคมไทยมีน้อยมาก แม้แต่บริการสุขภาพ เช่น การตรวจรักษาฟันเพื่อผู้สูงอายุและผู้พิการ บริการดูแลสุขภาพผู้พิการก็ได้รับการสนับสนุนจากรัฐน้อย การคาดหวังของสังคมมีผลต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกที่มีต่อตนเองรวมทั้งนำไปสู่การกีดกันทั้งทางตรงและทางอ้อมในการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ

3.1.7 สิทธิความเป็นพลเมืองกับภาวะสุขภาพ

ความเป็นพลเมืองมีผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพ ที่สำคัญคือ บุคคลที่มีความเป็นพลเมือง มีสิทธิและโอกาสในการใช้ทรัพยากรสุขภาพไม่เท่ากัน และมีผลต่อความแตกต่างทางสุขภาพของบุคคลที่มีสัญชาติ หรือความเป็นพลเมือง สิทธิความเป็นพลเมืองมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในหลายประเด็น คือ ความเป็นพลเมืองมีนัยของการจำแนกกลุ่มคนออกเป็น “พวกเรา” และ “พวกอื่น” บุคคลที่เป็นพวกอื่น จึงถูกกีดกันออกไปจากการได้รับสิทธิทางสังคมต่าง ๆ และโดยที่สุขภาพมิได้เป็นเพียงการไม่มีความเจ็บป่วย แต่การจัดการทางสังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งสุขภาพแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิตทั้งหมดมีผลต่อสุขภาพ การที่กลุ่มคนบางกลุ่มเข้ามาทำประโยชน์ให้กับรัฐ มิได้มีสิทธิความเป็นพลเมือง ได้นำไปสู่การจำกัดสิทธิทางสังคมอื่น ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การที่แรงงานพม่า เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีการผ่านกระบวนการและขั้นตอนที่ถูกต้องตามกฎหมายแรงงาน แต่บุคคลเหล่านี้มิได้มีสิทธิความเป็นพลเมืองไทย การไม่มีบัตรประชาชนได้ส่งผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง เช่น การไม่สามารถซื้อหรือจัดหาพาหนะเดินทางเป็นของตนเองได้ การดูแลสุขภาพ เจ็บป่วยและสภาพการทำงานที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เหล่านี้เป็นผลเนื่องมาจากการไม่ได้รับสิทธิของความเป็นพลเมือง แม้ว่าคนกลุ่มนี้จะทำประโยชน์ทางเศรษฐกิจให้แก่รัฐ ผลของสิทธิความเป็นพลเมืองที่เกี่ยวข้องกับอำนาจในสังคม มีผลต่อความแตกต่างทางสุขภาพของบุคคลที่มีความเป็นพลเมืองเดียวกัน กลุ่มคนที่มีความอำนาจน้อย และถูกกีดกันออกเป็นกลุ่มคนที่มีสถานภาพทางสังคมด้อยกว่ากลุ่มคนอื่น ๆ มีการเข้าถึงทรัพยากรสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกับกลุ่มอื่นๆ และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น บุคคลในชนบทที่มีโอกาสในการได้รับบริการการศึกษา บริการสุขภาพ รวมทั้งสวัสดิการสังคมอื่น ๆ น้อยกว่า คนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง การมีน้ำสะอาดที่เพียงพอในการอุปโภคและบริโภค ความไม่มั่นคงของอาชีพและรายได้ การไม่ได้รับสวัสดิการความคุ้มครองจากรัฐการมีที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะสม การขาดการสาธารณสุขโรค การไม่สามารถเดินทางมาใช้บริการสุขภาพและบริการสังคมอื่น ๆ ในเมือง สิ่งเหล่านี้เป็นผลต่อภาวะสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมและผลที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบยาวอย่างต่อเนื่องไปถึงคนรุ่นต่อ ๆ ไปด้วย โดยสรุป สิทธิความเป็นพลเมือง มีผลต่อภาวะสุขภาพ ของบุคคล โดยผ่านเงื่อนไขสำคัญ คือ โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพ นอกจากนั้นการที่อำนาจมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงทรัพยากร บุคคลบางกลุ่มจึงมีโอกาสนำไปใช้ในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพมากกว่าบุคคลบางกลุ่ม (Marmot & Wilkinson, 1999)

3.1.8 สุขภาพในฐานะเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพของสิทธิความเป็นพลเมือง

การประเมินประสิทธิภาพของความเป็นพลเมือง จึงสามารถกระทำได้โดยพิจารณาจากสถานะสุขภาพและความแตกต่างทางสุขภาพของกลุ่มคนในสังคม แนวคิดเกี่ยวกับการใช้ภาวะสุขภาพเป็นเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพของความเป็นพลเมืองเกิดขึ้นจากข้อสังเกตเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวคิดสวัสดิการสังคมแต่เดิม การกล่าวถึงสิทธิความเป็นพลเมืองมักเน้นถึงประโยชน์และบริการสังคมที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชนที่เป็นพลเมืองของตน ดังนั้นปริมาณและประสิทธิภาพรวมทั้งการกระจายบริการสวัสดิการสังคมจึงเป็นเสมือนเกณฑ์ที่แสดงถึงสิทธิความเป็นพลเมืองที่บุคคลจะได้รับ แต่ ข้อสังเกตเกี่ยวกับความแตกต่างทางสังคมของกลุ่มคนที่มีความเป็นพลเมืองเดียวกัน และ “สิทธิ” ในการได้รับบริการสวัสดิการสังคม นำไปสู่การตั้งข้อสังเกตของกลุ่มนักคิดบางกลุ่มว่า สวัสดิการสังคมมิได้เป็นเพียงแต่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมได้เท่านั้น แต่การจัดสวัสดิการสังคมกลับเป็นต้นเหตุของความไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งกลายเป็นเครื่องมือของรัฐในการส่งเสริมสถานภาพของกลุ่มคนที่มีฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจสูงด้วยความแตกต่างทางสังคมที่เกิดขึ้น การเสนอแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิความเป็นพลเมืองของรัฐที่ประกอบด้วยกลุ่มบุคคลที่มีความแตกต่างทางอัตลักษณ์ และวัฒนธรรม มากกว่าที่จะพิจารณาสิทธิความเป็นพลเมืองในลักษณะมิติเดียว คือเป็นกลุ่มคนที่มีลักษณะเดียวกันในสังคม (Faulks, 2000) แม้จะเป็นเรื่องบุคคล หากความเป็นพลเมืองจะไม่มี ความหมายเลย หากไม่พิจารณาบนพื้นฐานในบริบททางสังคมส่วนรวม ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลคนหนึ่งมีสิทธิหรือได้รับประโยชน์อะไร อย่างไร เท่าใด เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบริบททางสังคม ที่กว้างกว่าการมองในระดับบุคคล สิทธิความเป็นพลเมือง ในลักษณะที่เชื่อมกับการทำความเข้าใจความแตกต่างทางสังคม เพื่อผลต่อการสร้างความเท่าเทียมกันในสังคม ได้นำมาสู่การเกิดแนวคิดที่ใช้สุขภาพ เป็นเครื่องชี้วัดประสิทธิภาพความเป็นพลเมือง สุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ทั้งในระดับโครงสร้างและในระดับบุคคล ภาวะสุขภาพของบุคคลในสังคมใด สามารถใช้เป็นเครื่องสะท้อนลักษณะสังคมนั้น ๆ ได้ นอกจากความแตกต่างทางสุขภาพมีผลมาจากความแตกต่างทางสังคม ซึ่งเป็นผลจากโอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคม สุขภาพจึงมีผลต่อการเสนอแนวคิดการวัดประสิทธิภาพของสิทธิความเป็นพลเมือง จึงสรุปได้ว่า

3.1.8.1 ความเป็นพลเมืองประกอบไปด้วย สิทธิ และหน้าที่ที่บุคคลต้องกระทำ

3.1.8.2 ความเป็นพลเมืองมีความสัมพันธ์กับความดีงาม ความถูกต้องที่สร้างขึ้นจากสังคม และมีปฏิสัมพันธ์กับ อัตลักษณ์ของบุคคล ความคาดหวังของสังคมและทักษะที่สังคมมีต่อบุคคลรวมทั้งอำนาจของบุคคล มีผลต่อสิทธิความเป็นพลเมืองของบุคคล

3.1.8.3 ลิทธิความเป็นพลเมืองมีความสำคัญต่อสถานะสุขภาพ เนื่องจากลิทธิความเป็นพลเมืองมีผลต่อการเข้าถึงทรัพยากรทางสังคมและสุขภาพ ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการเข้าถึงทรัพยากร อำนาจ และความคาดหวังของสังคม อัตลักษณ์ของบุคคล จึงเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันที่มีผลต่อความแตกต่างทางสังคมและสุขภาพ และสถานะสุขภาพจึงเป็นเครื่องชี้วัดลิทธิความเป็นพลเมืองของสังคม

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

กล่าวถึง ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความหมาย ความสำคัญ ปัญหาของการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.2.1 ความหมาย ความสำคัญ และประเภท ของการแพทย์ฉุกเฉิน

สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians, 2000) ได้ให้นิยาม การแพทย์ฉุกเฉิน ว่าหมายถึง ระบบบริการ การแพทย์สำหรับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีความรุนแรงที่บุคคลทั่วไปซึ่งมีความรู้ระดับปานกลาง เชื่อว่าต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Brennan & Krohmer, editors, 2005)

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทรกระทรวงสาธารณสุข (2548) ให้ความหมายของการแพทย์ฉุกเฉินคือ ระบบบริการทางการแพทย์ที่จัดให้มี การระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่งๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ได้มีโอกาส รับความช่วยเหลือในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและภาวะพิบัติภัยได้ โดยจัดให้มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสม ได้อย่างมีคุณภาพ และรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง (สมชาย กาญจนสุต, 2551)

กอนซาเวส (Gonsalves, 1988, p. 77) กล่าวว่าระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service: EMS) เกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1909 ในประเทศ สหรัฐอเมริกา จากความทรงจำของ จูเลีย ไวซ์ เด็กอายุ 9 ขวบ ที่เห็นผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางน้ำโดยบังเอิญแต่กลับไม่มีใครช่วยเหลือได้ จึงกลับไปพยายามคิด หาแนวทางในการ ช่วยเหลือผู้ที่ตกอยู่ในภาวะฉุกเฉินมาตลอด จนกระทั่ง ค.ศ. 1928 ไวซ์ได้รวบรวมอาสาสมัครกู้ชีพ “ Roanoke Life Saving and Crew” ขึ้นเพื่อสานความฝันการช่วยชีวิตคนของตนให้ เป็นจริง และสร้างผลงานการช่วยชีวิต จนหน่วยงานราชการท้องถิ่นให้ความสนใจและให้การสนับสนุน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิดการกู้ภัยและ EMS ตั้งแต่นั้นมาแนวคิดให้

ความช่วยเหลือ ผู้ป่วย และผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุก่อนนำส่งโรงพยาบาล (pre-hospital care) ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถลดอัตราการเสียชีวิตและพิการได้จริง บ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีหลักฐานยืนยันว่าระบบ EMS สามารถเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตในผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉินก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และประสบความสำเร็จมาแล้วในทุกพื้นที่ที่ได้นำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติ (Division of medical sciences, 1966)

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ให้พ้นภาวะวิกฤต เหตุฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ ด้วยความรวดเร็ว ทันที ที่ถูกต้อง เป็นการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีระบบการรับแจ้งเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อการประเมินจัดการรักษาพยาบาล และ การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดให้มีการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ โดยมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อเชื่อมโยงการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือ ลำเลียงขนย้ายและนำส่งผู้ป่วย ต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นจากภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย การดำเนินการดังกล่าว ช่วยลดอัตราการตายจากการบาดเจ็บและป่วยฉุกเฉิน ลดความพิการ จากการบาดเจ็บ ลดความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ลดภาระของบุคลากรและระบบบริการสุขภาพ เนื่องการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรักษาอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการจัดเตรียมบุคลากรให้มีความรู้ ความสามารถ เพื่อให้สามารถบริการ การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและขั้นสูงแก่ผู้บาดเจ็บ ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นการให้บริการเชิงรุก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงเป็นแนวคิดในการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นต้น ซึ่งมีฐานคิดมาจากความเชื่อที่ บุคลากรทางด้านวิชาชีพหรืออาสาสมัครหรือประชาชน จำเป็นต้องมีความรู้ ตัดสินใจในคุณค่าของสิ่งที่มีผลต่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน และสามารถตัดสินใจเลือกที่จะให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาลได้ (ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี, 2551)

ประเภทของการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทั่วไป มีอยู่ 4 ประเภท คือ (1) การแพทย์ฉุกเฉินทางบก (2) การแพทย์ฉุกเฉินทางน้ำ (3) การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และ (4) การแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่พิเศษ

3.2.2 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย มีการจัดเป็นระบบขึ้น ภายใต้การควบคุมดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียด ดังนี้

3.2.2.1 ด้านปัจจัยนำเข้า เป็นกิจกรรมสำคัญที่สนับสนุนให้การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขับเคลื่อนไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้บาดเจ็บหรือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและครอบคลุม ซึ่งมีองค์ประกอบ 7 ส่วน ได้แก่ มาตรฐานโครงสร้างและกฎระเบียบ ระบบการแจ้งเหตุและสั่งการ ระบบการสื่อสาร ระบบข้อมูลงบประมาณ บุคลากร และการเตรียมความพร้อม และการประชาสัมพันธ์ โดยสามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้ (วิทยาชาติบัญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม, 2547)

1. มาตรฐาน โครงสร้างและกฎระเบียบ ที่เหมาะสม มีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล และมีการถ่ายทอดนโยบายอย่างทั่วถึงนอกจากนี้ มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่คณะกรรมการอย่างชัดเจน รวมทั้งมี การจัดทรัพยากร การสนับสนุน การบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลทุกแห่งและหน่วยงานอื่น ๆ ให้ได้มาตรฐาน โดยการกำหนดมาตรฐานกลาง ซึ่งหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องมีการกำหนดมาตรฐาน โดยคณะกรรมการของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมท้องถิ่น ส่วน การรับผิดชอบโดยระบบควบคุมทางการแพทย์ โครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ให้บริการที่ไม่ใช่แพทย์ออกไปทำหน้าที่ในการรักษา ภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ ซึ่งอาจทำได้โดยตรง หรือการควบคุมสั่งการ ผ่านทางวิทยุสื่อสาร หรือโทรศัพท์ หรือทางอ้อมโดยการผ่านเอกสารมอบหมาย เป็นระเบียบปฏิบัติในการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการที่มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ และใช้กฎและระเบียบรองรับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ระดับต่าง ๆ เพื่อให้มีการแยกบทบาทและหน้าที่หน่วยปฏิบัติการ ทุกระดับอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

2. ระบบการแจ้งเหตุและสั่งการ เป็นการทำให้มีระเบียบบริการแจ้งเหตุ 24 ชั่วโมง เรียกใช้สะดวก ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุ ในแต่ละพื้นที่ซึ่งสามารถรับแจ้งเหตุจากประชาชนได้ด้วยหมายเลข 1669 ทั่วประเทศ ศูนย์นี้จัดเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้สามารถให้คำแนะนำด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้นประจำการ และมีผู้ตัดสินใจสั่งการและรับผิดชอบทางการแพทย์ ที่มีความรู้เรื่อง การแจ้งเหตุฉุกเฉินและการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง

3. ระบบการสื่อสาร คือการจัดให้มีการสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงาน ระหว่างผู้ให้บริการ ระหว่างผู้ให้บริการและศูนย์ควบคุมทางการแพทย์และโรงพยาบาลที่นำส่งซึ่งมีความสามารถสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระบบข้อมูล จัดให้มีการรวม ระบบข้อมูลระบบบริการการแพทย์ทั่วประเทศเป็นระบบเดียวกัน เพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. งบประมาณ การจัดระบบบริการ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องใช้ งบประมาณในการจัดตั้งและดำเนินการ ซึ่งแหล่งของงบประมาณ ได้จาก 2 ส่วน คือ ส่วนกลาง และส่วนท้องถิ่น

6. บุคลากรและการเตรียมความพร้อม คือบุคลากรที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมและการจัดหมวดหมู่ของสถานพยาบาล ในแต่ละ พื้นที่ ควรมีการกำหนดโรงพยาบาล สำหรับนำส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในกรณีต่าง ๆ เป็นทางเลือกจาก การตัดสินใจนำส่ง สะดวกต่อระบบควบคุมทางการแพทย์ที่ดูแลพื้นที่ ป้องกันไม่ให้เกิดความ ผิดพลาดที่เกิดจากการนำส่งผู้เจ็บป่วยไปยังโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมซึ่งอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต หรือพิการ

7. การประชาสัมพันธ์ มีความสำคัญในการทำให้ประชาชน รู้จักบทบาทหน้าที่ ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสามารถเรียกใช้บริการได้อย่างถูกต้อง

3.2.2.2 กระบวนการ เป็นขั้นตอนการดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อก่อให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีแก่ประชาชนผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 6 ระยะคือ การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และการลำเลียง ขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การพบเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นที่ ไม่สามารถคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าได้ การมีผู้ที่มีความรู้ในการแจ้งเหตุ เมื่อพบเหตุ เป็นสิ่งที่จำเป็น มาก เพราะสามารถทำให้หน่วยกู้ชีพมาถึงได้รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที สร้าง โอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) การแจ้งเหตุที่รวดเร็วโดยมีระบบ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีศูนย์รับแจ้งเหตุที่มีเจ้าหน้าที่ทำงานประจำตลอด 24 ชั่วโมงให้ คำแนะนำการช่วยเหลือเบื้องต้น ที่สำคัญ ผู้แจ้งเหตุควรต้องมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลที่ ถูกต้อง รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลขั้นต้นอย่างเหมาะสม ปัจจุบันระบบการแจ้งเหตุใช้ หมายเลขโทรศัพท์ 1669 สามารถที่เรียกใช้ได้ทั่วประเทศ

3. การปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีความพร้อมที่จะออกปฏิบัติการตามคำสั่งและต้องมีมาตรฐานกำหนดระยะเวลาในการออก ปฏิบัติการ ระยะเวลาเดินทาง โดยศูนย์รับแจ้งเหตุต้องคัดแยกระดับความรุนแรง ความจำเป็นเพื่อส่งการ ให้หน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมออกปฏิบัติการ โดยทั่วไปหน่วยปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับเบื้องต้น ระดับขั้นต้น ระดับขั้นสูง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ, 2547 หน้า 10)

1) ระดับหนึ่ง เบื้องต้น เป็นอาสาสมัครซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ แต่ได้รับการอบรม การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุฉุกเฉินตามหลักสูตรอาสาสมัครฯ ไม่น้อยกว่า 16 ชั่วโมง สามารถให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้น เช่น การห้ามเลือด การดามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน เป็นต้น และมีผู้ออกปฏิบัติงาน จำนวน 2-3 คน

2) ระดับสอง ขั้นต้น เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรผู้ปฏิบัติการต้องผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะ สามารถให้บริการช่วยเหลือปฐมพยาบาลขั้นต้นโดยใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การห้ามเลือด การดามกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐาน การเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธี การช่วยคลอดฉุกเฉิน และขนย้ายผู้ป่วยได้ ทั้งนี้การให้ยาเกินบางอย่างต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ในหน่วยบริการนั้น ๆ และมีบุคลากรประจำรถพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 2 คน

3) ระดับสามขั้นสูง เป็นหน่วยให้บริการของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับอนุญาต บุคลากรมีความสามารถเฉพาะ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรเฉพาะด้านที่ผ่านการอบรมเรื่องการช่วยชีวิตขั้นสูง สามารถให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการรักษาที่เป็นมาตรฐาน กำหนดไว้ และทำการขนย้ายผู้ป่วยส่งสถานพยาบาล ด้วย พาหนะฉุกเฉินที่มีอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตขั้นสูง ยาและเวชภัณฑ์ คู่มือการปฏิบัติงาน ครบถ้วน

4. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ผู้ปฏิบัติการจะประเมินสภาพแวดล้อมเป็นอันดับแรก เพื่อความปลอดภัยของตนและคณะ การประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม และให้การรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ควบคุมระบบ โดยมีหลักในการดูแลรักษาคือ ไม่เสียเวลา ณ จุดที่เกิดเหตุมากจนเป็นผลเสียต่อผู้ป่วย

5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง หลักที่สำคัญยิ่ง ในการลำเลียงขนย้ายผู้เจ็บป่วย คือ การไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้เจ็บป่วย ผู้ลำเลียงขนย้ายจะต้องผ่านการฝึกอบรมเทคนิควิธีมาเป็นอย่างดี ขณะขนย้ายต้องจัดให้มีการประเมินสภาพผู้เจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ

3.2.2.3 การนำส่งสถานพยาบาล เพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care)

การนำส่งไปยังสถานพยาบาลที่ใดเป็นการชี้เป็นชี้ตายซึ่งมีผลต่อผู้เจ็บป่วยมาก ดังนั้นการนำส่งจึงต้องใช้ดุลยพินิจ ประเมินศักยภาพของสถานพยาบาลที่จะสามารถรักษาผู้เจ็บป่วยได้เหมาะสมหรือไม่ หากส่งสถานพยาบาลที่ไม่เหมาะสม ไม่พร้อมอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต พิจารณา

หรือเกิดปัญหาในการรักษาพยาบาล ต่อเนื่องจาก ผลลัพธ์ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น จำนวนผู้ที่แจ้งเหตุฉุกเฉิน ผู้ดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน จำนวนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ระยะเวลาในการออกปฏิบัติการ ระยะเวลาการดูแลรักษา

3.2.2.4 ปัญหาในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยก่อนมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 พบว่า การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลยังมีประสิทธิภาพน้อยและไม่ครอบคลุมการให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข ที่พบว่า ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพที่ขาดแคลน การปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมักกระทำโดยญาติที่ใกล้ชิด อาสาสมัครกู้ชีพ หรือแม้กระทั่งบุคลากรด้านสุขภาพยังขาดทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน การประสานงานในการแจ้งเหตุรับส่งผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการบริหารจัดการการเงินและการคลัง โครงสร้างและกลไกระดับการจัดการระดับชาติ โครงสร้างพื้นฐานทางด้านกายภาพของสถานที่ การส่งต่อผู้ป่วย องค์ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการรับภัยพิบัติ และองค์ความรู้การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบในระดับชาติ ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินแบ่งออกได้เป็น 5 ส่วน คือ หน่วยให้บริการ ศูนย์รับแจ้งเหตุ การปฏิบัติงานและระบบประสานงาน ภาระค่าตอบแทน การประชาสัมพันธ์โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, 2552; มนตรี ศรีเตวีร์, อุบลรัตน์ เพชรธม และชญาวรรณ แทนทองเจริญสุข, 2552)

1. หน่วยให้บริการไม่มีสถานะที่สามารถปฏิบัติงาน แยกตัวเป็นอิสระ เนื่องจากงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานใหญ่ สำหรับโรงพยาบาล การขอกำลังคนและแบ่งพื้นที่เพื่อจัดตั้งหน่วยทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากขาดทั้งกำลังคนและงบประมาณสนับสนุน ส่วนหน่วยให้บริการจากชมรม หรือมูลนิธิไม่มีเอกภาพ ในการทำงานร่วมกับหน่วยให้บริการสังกัดรัฐ และหน่วยบริการอาสาสมัครสาธารณสุข ที่สมัครขึ้นทะเบียนใหม่มีคุณสมบัติไม่ครบเกณฑ์ที่กำหนด อาสาประจำหมู่บ้านที่รวมกลุ่มสมัครขึ้นทะเบียนไม่สามารถผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน พาหนะที่นำมาใช้งานไม่มีหลังคา ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย ไม่มีไฟฉุกเฉิน และไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

2. ปัญหาเกี่ยวกับศูนย์รับแจ้งเหตุ ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุตลอดเวลา จึงต้องขอให้เจ้าหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานอื่น มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ การสื่อสารระหว่างหน่วยให้บริการและศูนย์รับแจ้งเหตุระหว่างปฏิบัติงานที่ไม่ได้อยู่ในทุกพื้นที่ เนื่องจากกำหนดพื้นที่ปฏิบัติงานกว้าง ศูนย์รับแจ้งเหตุมอบภารกิจให้หน่วยให้บริการเข้าพื้นที่ล่าช้า

3. ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและระบบประสานงาน ทีมบุคลากรของหน่วยให้บริการที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ขาดความมั่นใจในการออก ให้บริการนอกโรงพยาบาล ทีมบุคลากรของหน่วยงานให้บริการที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นไม่พร้อมให้บริการตลอดเวลา มีการแข่งขันออกไปให้บริการที่จุดเกิดเหตุแห่งเดียวกัน ของอาสาสมัครกู้ภัยที่ปฏิบัติงานเกินหน้าที่และไม่ตรงหน้าที่ ไม่มีแนวทางโครงสร้างระบบบริการหรือมาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่ชัดเจน

4. ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ภาระค่าตอบแทนให้บุคลากรขึ้นเวรปฏิบัติงานความไม่ชัดเจนในเรื่องของงบประมาณดำเนินโครงการเนื่องจากการให้งบประมาณขาด ความชัดเจน

5. ปัญหาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ในเรื่องการประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหมายเลขโทรศัพท์ 1669

สรุปปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมากโดยเฉพาะในส่วนของผู้ออกปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครกู้ชีพระดับตำบล ในการประเมินสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือการแจ้งขอความช่วยเหลือของประชาชน ไม่ครอบคลุมทำให้ใช้เวลานาน การรับรู้ของภาคประชาชนยังไม่ทั่วถึงเนื่องจากการประชาสัมพันธ์ ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 และผู้ให้บริการยังไม่เห็นถึงความสำคัญ ของการจัดตั้งหน่วยให้บริการองค์การบริการส่วนตำบล จากปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบช่วยเหลือต่าง ๆ มีความล่าช้า และไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยสาธารณสุขของรัฐได้ การช่วยเหลือเบื้องต้นจาก ตัวบุคคลและหน่วยบริการในแต่ละท้องถิ่นส่วนใหญ่ไม่มีคุณภาพ และไม่ได้มาตรฐาน ขาดทักษะ การพัฒนาศักยภาพ เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการแก่ประชาชน และผู้ป่วย ที่สำคัญคือ ขาดระบบการประสานการช่วยเหลือเมื่อเกิดมีภัยพิบัติใหญ่ ๆ ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการครั้งยิ่งใหญ่ทั่วประเทศและอย่างจริงจัง โดยทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามาร่วมมือเพื่อยกระดับ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไทยทั่วถึงเท่าเทียม ถ้วนหน้าให้ได้มาตรฐานสากล

3.2.2.5 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยในปัจจุบัน

จากปัญหาการเจ็บป่วยฉุกเฉินตั้งแต่อดีตที่ผ่านมา ก่อนมีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน บ่งชี้อย่างชัดเจนว่าภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ก่อนวัยอันสมควรหรือทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในมูลค่าที่สูงโดยไม่จำเป็น และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรบุคคล และความ

มั่นคงของชาติ ในปี พ.ศ. 2551 จึงมีการตราพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ขึ้น ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 7 มีนาคม 2551 เป็นต้นไปเหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบ ประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว สมควรกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์ และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมาตรา 15 บัญญัติให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีหน้าที่จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) และมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 บัญญัติให้ กพฉ. มีหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ นโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยทุกคนได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างทั่วถึงเท่าเทียมบรรลุดตามเป้าหมาย 8 ประการดังนี้

1. จัดการความรู้ สร้าง และ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ รองรับการค้าสินค้าเชิงนโยบาย การบริหารจัดการและการปฏิบัติการ
2. พัฒนาระบบการเงินการคลังด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จัดกลไกการจ่ายเงิน และการบริหารจัดการกองทุนที่มีประสิทธิภาพ ให้มีงบประมาณเพียงพอและยั่งยืน
3. สนับสนุนและพัฒนาระบบการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
4. พัฒนาความสามารถของประชาชนในการร้องขอและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
5. พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมและทั่วถึง ให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทั่วถึงทันทั่วถึง
6. พัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ให้บริการประจำตลอดเวลา
7. ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรและองค์กรที่เกี่ยวข้องให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความเข้มแข็งและยั่งยืน
8. ส่งเสริมการมีบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เข้มแข็งและยั่งยืน

เพื่อความเป็นเอกภาพในการกำหนดนโยบาย การบริหารจัดการแผนจึงกำหนดให้มี กพฉ. และ สพฉ. เป็นแกนกลางในการขับเคลื่อนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน อันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน

3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

กล่าวถึง ความหมาย ส่วนสำคัญ ประเภทของการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หลักเกณฑ์การให้บริการ บทบาทของหน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตัวอย่างการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ ตัวอย่างการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในต่างประเทศ และตัวอย่างปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติในต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.1 ความหมาย ลักษณะสำคัญ และประเภท การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

หมายถึง เวชศาสตร์ฉุกเฉินทางอากาศ ที่เกี่ยวข้องกับ ศาสตร์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต หรือ ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ที่ต้องการการวินิจฉัยจากแพทย์อย่างฉับพลันเร่งด่วนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเป็นความตายและจำเป็นต้องทำการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนโดยกระบวนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศเพื่อไปรักษาพยาบาลยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม ลักษณะของการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เป็นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอากาศยาน ซึ่งมีความแตกต่างจากการปฏิบัติทางการแพทย์ในโรงพยาบาลอยู่ 4 ประเด็น คือ

3.3.1.1 ข้อจำกัดด้านเนื้อที่ เนื่องจากการแพทย์ฉุกเฉินต้องปฏิบัติการบนอากาศยานซึ่งมีพื้นที่ ไม่มากเมื่อเทียบกับหอผู้ป่วยภาคพื้น นอกจากนี้อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ต้องดัดแปลงให้มีขนาดกะทัดรัดให้เหมาะสมกับสภาพภายในอากาศยาน

3.3.1.2 ข้อจำกัดด้านน้ำหนักบรรทุก การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศต้องปฏิบัติ ตามหลักนิรภัยการบินเพื่อให้เกิดความปลอดภัย การนำสิ่งของขึ้น ไปบนอากาศยานต้องคำนึงถึงน้ำหนักบรรทุก ดังนั้นอุปกรณ์ควรมีน้ำหนักเบา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ต้องจัดเตรียมเพื่อให้พร้อมใช้และเพียงพอตามจำนวนผู้ป่วยเท่านั้น

3.3.1.3 ข้อจำกัดด้านผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค การทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในอากาศยานไม่สามารถจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคไว้เพื่อให้คำปรึกษา บุคลากรที่ปฏิบัติการทางการแพทย์จึงต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะให้การรักษายาบาลผู้ป่วยได้ทุกสาขาโรค

3.3.1.4 เชนิณสถานการณั้ฉุกเฉินเฉพาะหน้าตลอด ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเป็นการดำเนินการท่ามกลางภาวะแวดล้อมที่แตกต่างกันไปจากที่ผู้ป่วยเคยประสบขณะอยู่บนภาคพื้นดิน สภาพแวดล้อมในการเดินอากาศมีปัจจัยหลายอย่างที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น หรืออาจต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินของอากาศยานได้ ด้วยเหตุนี้ ทั้งแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน จึงต้องเป็นผู้ที่ให้ความรับผิดชอบสูงมีการเตรียมการและประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าที่ดี

การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศโดยภาครัฐ เป็นการให้บริการอากาศยานพยาบาลโดยใช้อากาศยานที่ขอยืมมาจากหน่วยราชการกระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทย ที่ดำเนินการโดยไม่หวังผลกำไร และการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศซึ่งให้บริการอากาศยานพยาบาลจากพลเรือนที่เป็นภาคเอกชน ที่เน้นดำเนินการเพื่อหวังผลกำไร

3.3.2 หลักเกณฑ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

ตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดน้อยที่สุด และให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะวิกฤติ หรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันทีทั่วทั้งที่ ทัวถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ตาม มาตรา 15 ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปฏิบัติ ดังนี้

3.3.2.1 จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี พ.ศ. 2553-2554 โดยได้รับการกลั่นกรองจากผู้ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งมีองค์ประกอบด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ด้าน

1. การพัฒนาทรัพยากร
2. กลไกการเงินการคลัง
3. การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน
4. การส่งเสริมศักยภาพ และ
5. การมีส่วนร่วมพัฒนาโครงสร้างกลไกการจัดการ และการอภิบาลมิชุนทรศาสตร์ 5 ข้อ

คือ

- 1) การสร้าง-การจัดการความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศ
- 2) การพัฒนาระบบการเงินการคลัง
- 3) การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน
- 4) การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม
- 5) การพัฒนาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภินิหาร ในการดำเนินการ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 2 ข้อ คือ

ก. การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ข. การจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้มาตรฐาน โดยได้รับความเห็นชอบจาก กพค. และกรม. เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน พ.ศ. 2553 เพื่อแปลงแผนหลักสู่แผนปฏิบัติในทุกพื้นที่ ทุกภาคส่วน

3.3.2.2 จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมีคุณภาพและได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการกำหนดหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้หน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการจัดการ รวมถึงส่งเสริมพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการดูแลคุ้มครองความปลอดภัย ของผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น

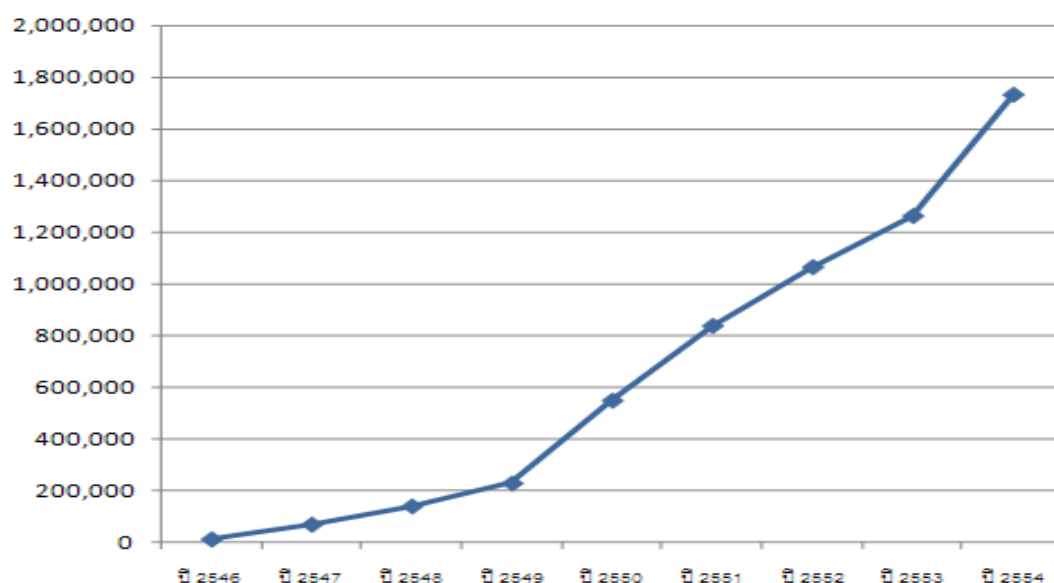
1. ด้านผู้ปฏิบัติการ ในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (pre hospital care) ตั้งแต่ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การลำเลียงผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาล จำเป็นต้องดำเนินการอย่างถูกต้อง เพื่อลดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการของร่างกาย โดยผู้ปฏิบัติการทั้งหลายต้องผ่านการอบรมจบหลักสูตรนั้น ๆ หรือเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ

2. ด้านอุปกรณ์ ถือว่ามีความจำเป็นอย่างมากสามารถแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ พาหนะ อุปกรณ์ทั่วไป อุปกรณ์สารสนเทศและการสื่อสาร อุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติการ

3. ด้านรูปลักษณ์เครื่องแบบ เพื่อให้ประชาชนโดยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับรู้ถึงการปฏิบัติการจากผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการกู้ชีพ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.3.2.3 จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องการใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือผู้ป่วยอุบัติเหตุ ให้ได้รับบริการแพทย์ฉุกเฉินได้สะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ทั้งถึงและเป็นระบบมากขึ้น โดยสามารถใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 เบอร์เดียวทั่วไทย บริการฟรีตลอด 24 ชั่วโมง จากสถิติที่รวบรวมโดย สพค. พบว่า เบอร์เช็คนัดการใช้ บริการ 1669 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 51 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 58 และเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 63 เมื่อโทรมาที่หมายเลข 1669 ศูนย์รับแจ้งเหตุ

และสั่งการประจำจังหวัด ซึ่งมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่บริการตลอด 24 ชั่วโมง รับเรื่องแจ้งเหตุและสั่งการ ส่งชุดปฏิบัติการ ทางรถพยาบาลฉุกเฉินที่เหมาะสมกับสถานการณ์ไปช่วยผู้ป่วยและลำเลียงส่งสถานพยาบาลที่เหมาะสม จากการสำรวจรวบรวมพาหนะที่ใช้ในระบบพบว่า ทางบกมีรถกู้ชีพประมาณ 10,000 คัน ทางน้ำ มีเรือกู้ชีพ ประมาณ 1,000 คัน ทางอากาศ มีอากาศยานพยาบาลประมาณ 101 ลำ สถิติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยในปี พ.ศ. 2550-2553 มีการช่วยเหลือผู้ประสบภัยจำนวน 545,502 ราย, 835,400 ราย, 1,063,062 ราย และ 1,261,267 ราย ตามลำดับในจำนวนนี้มีการเคลื่อนย้ายทางอากาศ เริ่มต้นโครงการในปี 2552 จำนวน 9 ราย ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 11 ราย ในไตรมาสแรกของปี พ.ศ. 2554 (มค.-มีค. พ.ศ. 2554) จำนวน 43 รายรวมทั้งสิ้น 63 ราย (ตั้งแต่เริ่มมีโครงการจนถึง 30 มีนาคม พ.ศ. 2554) รายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 3.2 แสดงการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน และในวิกฤตมหาอุทกภัยถล่มเมืองหลวงกรุงเทพมหานครเฉพาะในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84 รายงานสรุปผลการปฏิบัติงานที่ได้มีการลำเลียงส่งผู้ป่วยเฉพาะวันที่ 19-22 ตุลาคม พ.ศ. 2554 นำส่งโรงพยาบาล ทั้งสิ้น 702 ราย เป็นการนำส่งทางอากาศมากถึง 122 ราย โดยใช้อากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ 46 เที่ยวบิน 49 ราย อากาศยานปีกตรึงโดยเครื่องบินฝนหลวง (CASA) 12 เที่ยวบิน 61 ราย โดยเครื่องบิน C130 ของกองทัพอากาศไทย 1 เที่ยวบิน จำนวน 12 ราย ส่วนทางรถพยาบาล 219 เที่ยวบิน จำนวน 231 ราย ทางเรือพยาบาล 221 เที่ยวบิน จำนวน 349 ราย



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ก). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2555. นนทบุรี: สถาบันฯ.

ภาพที่ 3.2 ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินปี พ.ศ. 2546 – 2554

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมดนี้ บริการฟรีโดยรัฐบาลให้การสนับสนุนงบประมาณประจำปี ดังนี้ ปี พ.ศ. 2550-2554 จำนวน 460, 735, 584,489 และ 689 ล้านบาทตามลำดับ

3.3.2.4 ศึกษา ค้นคว้า วิจัย และพัฒนา โดยเน้นการจัดการความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริมให้มีการทำวิจัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินจากหน่วยงานหลาย ๆ ฝ่าย และจัดประชุมวิชาการ EMS Forum ทุกปีเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ต่าง ๆ

3.3.2.5 จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติการ เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินแก่ชุดปฏิบัติการ

3.3.2.6 ประสานงาน ติดตามและประเมินผลงาน การแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข สาธารณสุขนิเทศ ศูนย์เทสงาน EMS ผู้ประสานงานเขตของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้ง 19 เขต

3.3.2.7 เป็นศูนย์กลางการประสานงานระหว่างงานภาครัฐและภาคเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในการดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทำบันทึกข้อตกลง

ระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และองค์กรอนามัยโลก รวมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลเรื่องภัยพิบัติในประเทศและต่างประเทศ

3.3.2.8 เรียกเก็บค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับหน่วยงานต่าง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัดหรือ บริษัทประกันสุขภาพต่าง ๆ

3.3.2.9 รับผิดชอบงานธุรการของ กรรมการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) เพื่อนำนโยบายของ กพฉ. ไปสู่การปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

3.3.3 หลักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ดำเนินการโดยสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศไทย

บทบาทของเจ้าหน้าที่ ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เปรียบเทียบได้กับพยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาล ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ตลอดถึง การเตรียมการที่ถูกต้องเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สำคัญมากในการกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศซึ่งต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ขณะปฏิบัติหน้าที่ ผู้วิจัยจึงรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับหลักปฏิบัติพื้นฐานของการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศซึ่งแบ่งไว้เป็น 3 วิธีปฏิบัติ คือ วิธีดำเนินการก่อนบิน, วิธีดำเนินการขณะบิน และวิธีดำเนินการหลังบิน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.3.3.1 วิธีดำเนินการก่อนบิน (Preflight procedures) เป็นขั้นตอนปฏิบัติตั้งแต่ได้รับคำร้องขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลจากหน่วยแพทย์ต้นทาง ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติการซึ่งมีอยู่ 7 ขั้นตอน คือ การวางแผนปฏิบัติการกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การวางแผนจัดบรรทุก การประเมินสถานะผู้ป่วยก่อนบิน การเตรียมการติดตั้งเปลผู้ป่วย การนำผู้ป่วยขึ้นและลงอากาศยาน การบันทึกสมุดคู่มือการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ และ การบรรยายสรุปในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

3.3.3.2 วิธีดำเนินการขณะบิน (In-flight procedures) ชุดทีมแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายด้วยอากาศยานจะเฝ้าระวังความปลอดภัย เกี่ยวกับการให้อาหารระหว่างบิน เหตุผิดปกติต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างการลำเลียง เพื่อบันทึกลงแบบฟอร์มที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

3.3.3.3 วิธีดำเนินการหลังบิน (Post flight procedures) เป็นการสรุปข้อมูลผู้ป่วยและติดต่อประสานกับเจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ปลายทาง การจัดเก็บพัสดุและอุปกรณ์ เตรียมการส่งรายงาน

3.3.4 หลักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ดำเนินการโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของรัฐ จากข้อมูลพบว่าการเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตเพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคร้ายไข้เจ็บทุกชนิด จากอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ การเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกจากจะนำความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สินซึ่งประเมินค่าไม่ได้แล้ว ยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตปีละประมาณ 12,000 คน บาดเจ็บประมาณ 1 ล้านคนต่อปี เทียบเป็นการสูญเสียมูลค่าทางเศรษฐกิจ ประมาณ 130,000 ล้านบาท (วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และศิริกุล กุลเลียบ, 2550) การให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการรักษาพยาบาลที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากสามารถลดอัตราการสูญเสียชีวิตและทุพพลภาพได้ (Clark, 2010) จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยจำนวน ร้อยละ 60-80 เสียชีวิตจากการบาดเจ็บ เกิดขึ้นก่อนถึงโรงพยาบาล สุนทนต์ ทั้งศิริ, ชุตติมา นาค และวาสนา เชิดชู (2550, หน้า 491-499) พบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลหรือที่ทุรกันดารได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือวิธีการนำส่งผู้บาดเจ็บมายังโรงพยาบาลในประเทศไทยใช้เวลานาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้ประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต ในแต่ละปีมีผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณ 60,000 คนเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล หากมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึงจำนวนร้อยละ 15-20 หรือประมาณปีละ 9,000-12,000 คนในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวร้อยละ 50 มีโอกาสรอดชีวิต หากได้รับการช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ทันเวลาและเหมาะสม (ภานุเบศร์ มหาเรือนขวัญ, 2549; สุพรรณ ศรีธรรมมา, 2549) ดังนั้นการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพอย่างเช่นการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลเป็นพาหนะสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สามารถลดความสูญเสียและเป็นเครื่องมือที่ชี้เป็นชี้ตายในผู้ป่วยวิกฤติได้

สถานการณ์ปัจจุบัน แต่ละปีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องรับภาระการดูแล ผู้ป่วยฉุกเฉิน 4.8 ล้านราย ในที่นี้เป็น ผู้ป่วยอุบัติเหตุถึง 1.2 ล้านราย เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของคนไทยทุกวันนี้ หากได้รับบาดเจ็บสาหัสหรือเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน ถ้ายังเฝ้าผู้ป่วยอยู่ในสถานที่ห่างไกลผู้คน ที่ไม่มีคนรู้จักหรือไม่มีเงินของตัวเองอย่างเพียงพอ มักได้รับการบริการทางการแพทย์ที่ต่ำกว่ามาตรฐาน วิทยา ชาติบัญชาชัย และคณะ (2550) รายงานว่าในบรรดาผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด มีผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาลด้วยมูลนิธิ หรือ อาสาสมัครจำนวน ร้อยละ 0.1-18.4, ผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลมีจำนวน ร้อยละ 0.1-

7.4 และผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลด้วยตัวเอง หรือพลเมืองดีนำส่ง โดยไม่มีหน่วยงานหรือองค์กรใด ๆ เข้าไปช่วยเหลือมีจำนวนมากถึงร้อยละ 81.3-99.7 ซึ่งอาจมีโอกาสดึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บสาหัส หรือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยโรคปัจจุบันจัดเป็นผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยทีมบุคลากรที่มีความรู้ มีประสบการณ์ มีประสิทธิภาพและ มีอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ ที่ทันสมัยและพร้อมใช้งานสนับสนุนในการช่วยเหลือชีวิต หากผู้ป่วยแสดงอาการของโรคเกินความสามารถที่แพทย์ประจำโรงพยาบาลในพื้นที่จะให้การช่วยเหลือแล้ว ทางเลือกของการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยความรวดเร็วและปลอดภัย จึงเป็นแผนปฏิบัติการที่แพทย์และผู้บริหารสถานพยาบาลในพื้นที่ต้องประสานให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรอดพ้นจากการเสียชีวิตหรือพิการได้ ตัวอย่างเช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล หรือทุรกันดาร

โครงการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของรัฐหรือสภาคอกเตอร์ (อัจฉริยะ แพงมา, 2554) ได้ตั้งขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งอาการทั้งหลายอาจมีอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ โดยผู้ป่วยดังกล่าวที่แสดงว่ามีอาการอยู่ในขั้นวิกฤติและฉุกเฉิน และการป่วยฉุกเฉินนั้นอยู่ในเขตพื้นที่หรือภูมิประเทศที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาล เพียงพอ เช่น พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เกาะ พื้นที่ที่อยู่ในระหว่างประสบภัยพิบัติ หรือ พื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติทางบก แพทย์มีความเห็นว่าจึงจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายทางอากาศ โดยใช้การประสานงานเพื่อขอใช้อากาศยานจากหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ร่วมเป็นภาคี สนธิกำลังกับทีมแพทย์ภาคพื้นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานเพื่อช่วยชีวิต และค่าใช้จ่ายการดำเนินงานทั้งหมด จะดำเนินการผ่านการเบิกจ่ายจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินว่า ด้วยการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2552 โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจะพิจารณากรณีให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อส่งผู้ป่วยจนพ้นวิกฤติ โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการประกันใด ๆ ยกเว้นกรณีที่มีผู้ป่วยฉุกเฉิน มีกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ข) โดยมีหลักเกณฑ์และขั้นตอนดังต่อไปนี้

3.3.4.1 หลักเกณฑ์และเงื่อนไข ผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือผู้แจ้งเหตุสามารถแจ้งเหตุด้วยขั้นตอนเช่นเดียวกับการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก ทั้งนี้ส่วนที่มีความแตกต่าง คือ การรับแจ้งเหตุของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อจัดชุดปฏิบัติการด้วยอากาศยานไปให้บริการที่เหมาะสม กรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์

โดยกำหนดการขนส่งหรือส่งต่อด้วยอากาศยานไว้แล้ว เช่น การขนส่งผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างโรงพยาบาลให้เบิกค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด สำหรับเกณฑ์ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยอากาศยานต้องเป็น ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในประเทศไทย ที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยในขั้นวิกฤติและฉุกเฉิน และต้องมีอาการแสดงของผู้ป่วยที่เป็นอันตรายต่อชีวิตโดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

1. เกณฑ์อาการแสดงของผู้ป่วยในขณะนั้น ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะด้านระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการบาดเจ็บหลายระบบอย่างรุนแรง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะด้านหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะช็อกอย่างรุนแรง ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลังขั้นรุนแรง ผู้ป่วยฉุกเฉินทางด้านสูติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของมารดาและบุตรในครรภ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะอื่นๆที่อันตรายต่อชีวิต ตามวินิจฉัยของแพทย์ผู้ดูแล

2. เกณฑ์สถานที่อยู่ของผู้ป่วยขณะแสดงอาการ ต้องอยู่ใน พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เกาะ พื้นที่ประสบภัย หรือพื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติสู่การรักษาที่เหมาะสม

3. เกณฑ์ ระยะทางหรือระยะเวลา ที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างทันที่ โดยระยะทางและระยะเวลา ที่ใช้ในการนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษามีผลต่อการมีชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น ที่สามารถนำมาซึ่งความพิการในภายหลัง

3.3.4.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ สพล.ได้วางขั้นตอนการปฏิบัติไว้ 11 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ชุดปฏิบัติการในพื้นที่ หน่วยปฏิบัติการที่ได้รับการแจ้งเหตุ ดำเนินการร้องขอรับการสนับสนุนไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด หมายเลข 1669 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดพิจารณาและรายงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนอากาศยานพยาบาล โดยพิจารณาตามกรณี เช่น กรณีพิบัติและจำเป็น ผู้มีอำนาจในการอนุมัติประกอบด้วย เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือรองเลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข โดยให้มีมติ 2 คนขึ้นไป กรณีภัยพิบัติและจำเป็นในต่างจังหวัด ผู้มีอำนาจในการอนุมัติขอใช้อากาศยานประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับ เลขานุการ สพล. รองเลขานุการ สพล.โดยให้มีมติ 2 คนขึ้นไป กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร หรือพัทยา ผู้มีอำนาจในการอนุมัติประกอบด้วย ผู้ว่าราชการ ผู้บังคับการตำรวจนครบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กรุงเทพมหานคร (ศูนย์เฮอร์วีน) แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย เลขานุการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พิจารณาตามหลักเกณฑ์ โดยให้มีมติ 2 คนขึ้นไป เช่นกัน

2. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดหมายเลข 1669 ในพื้นที่นั้น ๆ แจ้งประสานเบื้องต้นกับหน่วยบินที่อยู่ในพื้นที่ และประสานขอรับการสนับสนุนอากาศยาน จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือศูนย์สื่อสารสั่งการนเรนทร (หมายเลขโทรศัพท์ 02-591-9769) หรือประสานหน่วยบินที่เป็นภาคี

3. เลขานุการ สพล. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย พิจารณาให้การสนับสนุนตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

4. กรณีที่เห็นสมควรให้การสนับสนุน สพล. จะประสานการขอใช้อากาศยานไปยังหน่วยงานอากาศยานที่ได้ลงนามความร่วมมือไว้แล้ว

5. เมื่อได้รับการสนับสนุนอากาศยานแล้ว สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะแจ้งผลการพิจารณาไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด หมายเลขโทรศัพท์ 1669 เพื่อประสานงานการออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยประสานกับหน่วยบินที่ได้รับมอบหมายให้ออกปฏิบัติการและชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน ที่จะร่วมในการเดินทาง เพื่อนัดหมายเตรียมความพร้อม และวางแผนในการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

6. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด รายงานผลการประสานและวางแผนปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยด้วยอากาศยานให้ สพล.ทราบ

7. หน่วยแพทย์ต้นทาง ติดต่อประสานงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือชุดปฏิบัติการในพื้นที่ที่เกิดเหตุ หรือใกล้เคียงพร้อมทีมแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมปฏิบัติการบินเพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน หรือขนส่งอุปกรณ์การแพทย์ เวชภัณฑ์และหรือทีมผู้เชี่ยวชาญไปยังจุดเกิดเหตุ เมื่อหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยานปฏิบัติการเสร็จสิ้น ให้หน่วยปฏิบัติการต้นทางบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย (ตัวอย่างแบบฟอร์มและเอกสารต่าง ๆ ในภาคผนวก) แล้วส่งเอกสารดังกล่าวให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ร้องขอการสนับสนุนอากาศยาน

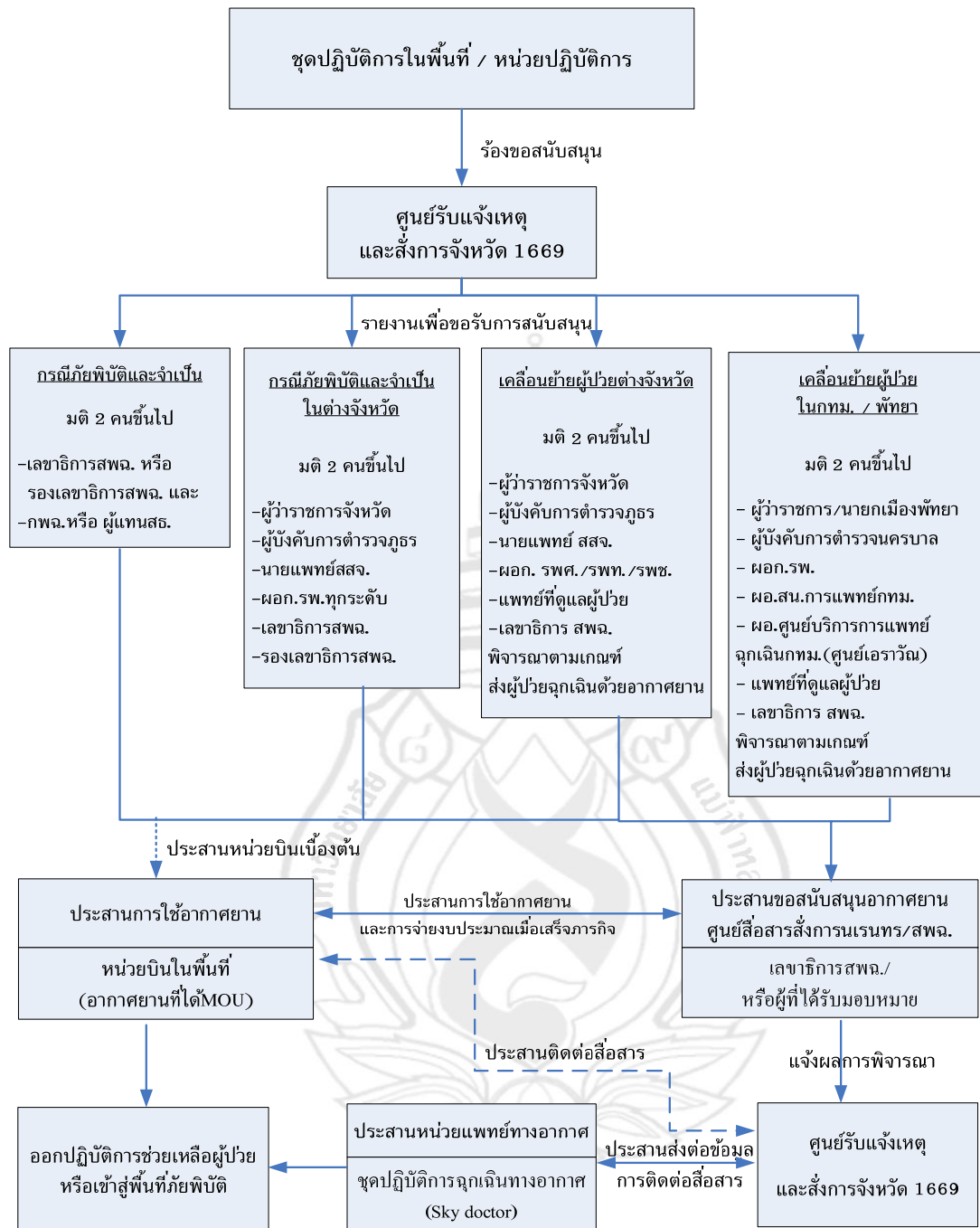
8. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด 1669 บันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มประจำตัวผู้ป่วยที่ขอบริการ ส่งเอกสารแบบขอใช้อากาศยานปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ รายงานผลการปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณเมื่อเสร็จภารกิจ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสาร

9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารที่มีผู้ลงนามอนุมัติครบถ้วนแล้ว ส่งให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

10. สพฉ. ดำเนินการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน ให้แก่หน่วยปฏิบัติการบิน หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

11. กรณีผู้ป่วยฉุกเฉินมีผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เช่น ผู้มีประกันสุขภาพ หรือ อุบัติเหตุหรือนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มีประกันสุขภาพต่างประเทศ ให้สถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินดำเนินการเบิกค่าใช้จ่ายจากผู้รับผิดชอบก่อน ขั้นตอนทั้งหมดของการขอใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแสดงในภาพที่ 3.3





จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ข). **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**. นนทบุรี: สถาบันฯ., 59.

ภาพที่ 3.3 ฟังชั่นตอนการขอเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาล

3.3.4.3 บทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้แบ่งหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านแรกผู้รับบริการ คือประชาชนทุกคนที่อยู่ในสภาวะบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหากมิได้ รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีแล้ว อาจเกิดอันตรายต่อชีวิตหรือต่อการทำงานของระบบ อวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต โดยผู้รับบริการสามารถขอรับบริการการแพทย์ ฉุกเฉินได้ด้วยการใช้ โทรศัพท์หมายเลข 1669 หรือหมายเลขอื่น ๆ ในแต่ละท้องที่ที่กำหนดไปยัง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (หรืออาจเป็นผู้พบเหตุโทรแจ้ง หรือจากการประสานงานผ่าน หมายเลขฉุกเฉินอื่น เช่น 191, 199, 1646, 1554 หรือโดยวิทยุสื่อสารเป็นต้น) และด้านที่สองคือ ด้านผู้ปฏิบัติการ เป็นผู้ปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือ ผู้รับบริการ ได้แก่ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หน่วยปฏิบัติการที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่ง การจังหวัดศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร รวมถึงสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำหรับบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด และสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามขอบเขตความ รับผิดชอบภายในจังหวัด หรือเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยให้มีหน่วยปฏิบัติการที่จัดชุด ปฏิบัติการให้ครอบคลุม พื้นที่ที่รับผิดชอบ ทั้งนี้ให้จัดการแบ่งพื้นที่การให้บริการของหน่วย ปฏิบัติการ หรือ ชุดปฏิบัติการให้เหมาะสม จัดหาโรงพยาบาลรับผู้ป่วย ตรวจสอบมาตรฐาน และ พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรหน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการ และพาหนะ ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการ ควบคุมคุณภาพการให้บริการ กำกับ ตรวจสอบ ผล การปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการให้เป็นไปตามมาตรฐานที่คณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ตรวจสอบเอกสารหลักฐานและอนุมัติการเบิกจ่ายเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการการแพทย์ ฉุกเฉินตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบประกาศที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด และ บันทึกรายชื่อผู้ป่วยจากการให้บริการของชุดปฏิบัติการผ่านโปรแกรม ให้แล้วเสร็จภายใน 1 เดือน ภายหลังจากที่หน่วยปฏิบัติการตัดยอดการให้บริการ เช่น ข้อมูลปฏิบัติการของเดือนตุลาคม พ.ศ. 2554 สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดและสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ต้องรายงาน ข้อมูลผ่านโปรแกรมแล้วเสร็จภายในสิ้นเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 และ สนับสนุนส่งเสริม และ พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

2. ศูนย์รับแจ้งและสั่งการจังหวัด ศูนย์บริการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์ เอราวัน) มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงาน ดังนี้ จัดทำเครือข่ายระบบรับแจ้งเหตุและสั่งการ ติดต่อสื่อสารเพื่อประสานการปฏิบัติการ จัดเตรียมและใช้หมายเลขโทรศัพท์ 1646 และ 1669 ใน การรับแจ้งเหตุ และสำรวจความครอบคลุมของสัญญาณโทรศัพท์ เครื่องมือสื่อสารในพื้นที่ เพื่อใช้

3.3.4.4 แนวทางการจ่ายเงินอุดหนุน อัตราการอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการ
ฉุกเฉินด้วยอากาศยานให้จ่ายเงินจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระเบียบคณะกรรมการการแพทย์
ฉุกเฉิน ว่าด้วยการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2552 โดย สพจ. พิจารณา
กรณีให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งผู้ป่วยจนพ้นวิกฤตและฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงสิทธิประกัน
สุขภาพ ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้าน
สาธารณสุขหรือการแพทย์โดยกำหนดการขนส่งหรือส่งต่อด้วยอากาศยาน เช่น การขนส่งผู้ป่วย
สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างโรงพยาบาลให้เบิกค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดโดยการจ่ายอุดหนุนหรือชดเชยตามจริงไม่เกินอัตรา
40,000 บาทต่อชั่วโมงบิน และเศษของชั่วโมงไม่เกิน 30 นาที คิดเป็นอัตราไม่เกิน 20,000 บาท และ
เศษของชั่วโมงระหว่าง 31 นาที ถึง 60 นาที คิดเป็นอัตราไม่เกิน 40,000 การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการ
จากเงินกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ กองทุน สปสช. หรือหน่วยงานองค์กรที่รับผิดชอบให้หน่วย
ปฏิบัติการระดับสูง ที่เข้าร่วมโครงการส่งแบบฟอร์ม (ตัวอย่างในภาคผนวก) เป็นหลักฐานครบถ้วน

ตามแนวทางที่กำหนดข้างต้น ทั้งนี้ สพท. จะเป็นผู้ประสานการเบิกจ่าย หากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกินกว่าอัตราที่กำหนดข้างต้น แต่จำเป็นต้องปฏิบัติการ จึงนำเสนอเพื่อ ขออนุมัติจาก คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกรณีไป

3.3.4.5 การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศกับการจัดการภัยพิบัติ สาธารณภัย หมายถึง ภัยพิบัติต่าง ๆ เช่น อัคคีภัย ดินถล่ม วาตภัย อุทกภัย แผ่นดินไหว ภัยแล้ง หลุมยุบ โรคระบาด และอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ หรือ ภัยที่มีผู้ทำให้เกิดขึ้น เช่น อุบัติเหตุต่าง ๆ รวมถึงภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรมหรือเหตุอื่นใด โดยมีมุ่งหมายที่จะก่อความเสียหาย และเกิดผลกระทบต่อทรัพย์สินหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและชีวิต ของประชาชน ต่อความมั่นคงทางการเมือง ทางเศรษฐกิจและสังคมแห่งรัฐ จากสถานการณ์ ตั้งแต่ในอดีต มีเหตุการณ์สาธารณภัยเกิดขึ้นและสร้างความเสียหายให้เห็นอยู่ตลอด แต่การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินยังน้อยกว่าปัจจุบันมากนัก เนื่องจากปริมาณประชากรยังไม่เพิ่มมากมายและการสูญเสียในแต่ละครั้งมีระดับการสูญเสียค่อนข้างสูงขึ้นตามลำดับ และสถานการณ์สาธารณภัยและภัยพิบัติที่เกิดจากปรากฏการณ์ธรรมชาติในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ (climate change)

ในประเทศไทย สาธารณภัยส่วนใหญ่ เกิดจากความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติที่ถูกดัดแปลงแก้ไข ทำลายอย่างรุนแรง ทำให้ระบบนิเวศเสียความสมดุล สาธารณภัยที่เกิดขึ้น เช่น การระบาดของโรคไข้หวัดนก สายพันธุ์ H5N1 และไข้หวัดใหม่ H1N1 อย่างรวดเร็วทั่วโลก ตลอดจนการก่อการร้าย และการก่อวินาศกรรม ส่งผลให้สถานการณ์ด้านสาธารณภัย ภัยพิบัติและภัยความมั่นคงเปลี่ยนแปลงไปโดยมีความหลากหลายสลับซับซ้อนและรุนแรงมากยิ่งขึ้น สร้างความเสียหายให้แก่ทั้งชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน แนวโน้มของภัยพิบัติต่างๆที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงต่อความสูญเสียมากยิ่งขึ้น การขยายตัวของชุมชนอย่างไร้ทิศทาง การเร่งพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาเทคโนโลยี การพัฒนาอุตสาหกรรมและการแพร่กระจายของสารเคมีและวัตถุอันตราย การพัฒนาและนโยบายต่าง ๆ ซึ่งไม่คำนึงถึงผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม การสร้างระบบสาธารณสุขปโลก ระบบขนส่ง โดยไม่มีการวางแผนการจัดการสาธารณภัย ล้วนแต่ทำให้สาธารณภัยเหล่านี้ เมื่ออุบัติขึ้นสร้างผลกระทบอย่างรุนแรง สาธารณภัยที่เกิดขึ้นในประเทศไทยที่สำคัญๆ ได้แก่ การระบาดของอหิวาตกโรค ในปี พ.ศ. 2416 ตรงกับ รัชกาล ที่ 5 (ประเมิน จันทวิมล, ม.ป.ป., หน้า 136) พายุโซนร้อนแฮเรียตถล่ม แหลมตะลุมพุกเมื่อปี พ.ศ. 2532 พายุไต้ฝุ่นเกย์ถล่ม อำเภอปทิว และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร พ.ศ. 2532 โรมแรมรอยัลพลาซ่า จังหวัดนครราชสีมา พังถล่ม เมื่อวันที่ 13 ส.ค. 2536 เหตุการณ์สึนามิ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ดินโคลนถล่ม ที่จังหวัดอุดรดิตถ์ เมื่อปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2554 เครื่องบินสายการบิน วันทู

โก ตกที่จังหวัดภูเก็ต 16 กันยายน พ.ศ. 2550 ไฟไหม้ ผับซานติกา เมื่อ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2551 การก่อการจลาจลกลางเมืองหลวงกรุงเทพมหานคร พฤษภาคม พ.ศ. 2553 อุทกภัยและดินถล่มภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 และมหาอุทกภัยในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลภาคกลาง เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2554 เป็นต้น

การช่วยเหลือผู้ประสบภัยในประเทศไทย ส่วนใหญ่มาจากภาครัฐเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือในเหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือเป็นการช่วยเหลือหลังจากเกิดเหตุแล้วซึ่งเป็นการช่วยเหลือด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่ขาดแคลน แม้จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานด้านนี้อยู่แล้ว ไม่ว่าจะเป็นกาชาด มูลนิธิต่าง ๆ จส.100 เครือข่ายวิทยุต่าง ๆ ครอบครัวยุวสาม ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว หากเกิดภัยพิบัติมูลนิธิหรือหน่วยงานต่าง ๆ เหล่านี้จะเข้าไปช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ แต่หากการช่วยเหลือเกินความสามารถ หรือต้องการความช่วยเหลือในด้านอื่น ๆ ประชาชนธรรมดาสามารถเข้ามาช่วยเหลือได้ ซึ่งเห็นได้ชัดในกรณีของ สึนามิที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และอุทกภัยภาคใต้ มีอาสาสมัครจำนวนมากลงพื้นที่ไปช่วยเหลือ เป็นวัฒนธรรมความมีน้ำใจของคนไทยที่ในช่วงเกิดเหตุการณ์ร้ายมักมีผู้คนออกมาให้ความช่วยเหลือโดยไม่หวังผลตอบแทน ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะช่วงแรกของทุกเหตุการณ์ทุก ๆ พื้นที่ที่พิบัติภัย

1. การวางแผนการบริหารจัดการในสถานการณ์สาธารณภัย

แผนการบริหารจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย ได้แก่ แผนปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน แผนการบริหารจัดการของโรงพยาบาล แผนการกรณีที่เกิดสถานการณ์พิเศษต่าง ๆ ในระดับพื้นที่ โรงพยาบาล จังหวัด เขต และประเทศ รวมถึงการร่วมซ้อมแผน ในพื้นที่เสี่ยงภัย เช่น สนามบิน โรงงานอุตสาหกรรม หรืออาคารสูง เป็นต้น โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การช่วยชีวิตผู้ประสบภัยให้ได้มากที่สุด อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย ซึ่งต้องการความร่วมมืออย่างสูง เพื่อประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีมของบุคลากร ในแผนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งนี้เพื่อให้มีความพร้อมและสามารถปฏิบัติตามแผน ไม่เพียงแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับแผนเท่านั้น องค์ประกอบของแผนซึ่งประกอบด้วย โครงสร้าง ผู้ประกาศใช้แผน บุคลากรและบทบาทความรับผิดชอบ พื้นที่ปฏิบัติการ และกระบวนการดำเนินงานตามแผนรวมถึงการมีคู่มือและระเบียบที่สนับสนุนการปฏิบัติงานด้วยจำนวนทรัพยากรที่มีอยู่ พื้นที่ใช้งาน เส้นทางการจราจร ระบบสื่อสาร วิธีการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ข้อมูลสำคัญที่จะต้องรายงานในเบื้องต้น จิตวิทยากลุ่มชน ผลกระทบเมื่อเกิดภัย และระบบการรักษาพยาบาล เป็นต้น

3.3.5 บทบาทของหน่วยงานที่ให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทย

บทบาทของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ หน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคพลเรือน ได้แก่ สฟพ. และ หน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคทหาร ได้แก่ ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ กรมแพทย์ทหารอากาศ กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ ศูนย์ยุทธการทางอากาศ และกองส่งกำลังกรมส่งกำลังบำรุงทางอากาศ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.5.1 หน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคพลเรือน ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นศูนย์กลางหลักภาคพลเรือนแห่งเดียวของรัฐบาล ที่ตั้งขึ้นมาจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีบทบาทและหน้าที่ รับผิดชอบประสานจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และหนทางอื่น ๆ เช่น ทางน้ำ ทางบก ที่ได้รับการร้องขอจากประชาชนโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย และเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร ที่กำเนิดขึ้นเพื่อ

1. กำหนดนโยบาย ประสาน กำกับดูแล การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยพิจารณาให้การช่วยเหลือประชาชนที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสจากการป่วย อุบัติเหตุ หรือจากเหตุการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ

2. ประสานงานกับ หน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ร่วมเป็นภาคี เพื่อการจัดเตรียมอากาศยานพยาบาล ออกสนับสนุนการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ก)

3.3.5.2 หน่วยงานที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคทหาร (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, 2553) ได้แก่

1. ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ทำหน้าที่รับผิดชอบภารกิจการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ทหารที่ได้รับบาดเจ็บ ดังนี้

- 1) เป็นศูนย์กลางรับคำขอปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
- 2) อำนวยการและติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ ศูนย์ยุทธการทางอากาศ ศูนย์ปฏิบัติการกองทัพอากาศ และหน่วยแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

- 3) อำนวยการใช้อากาศยานที่ กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ หรือ ศูนย์ยุทธการทางอากาศ ศูนย์ปฏิบัติการกองทัพอากาศ จัดให้ตามความเหมาะสม แล้วรายงานผลการปฏิบัติให้ ผู้บัญชาการทหารอากาศทราบ

4) พิจารณาคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยที่ต้องลำเลียงทางอากาศตามสภาพที่เหมาะสม

5) จัดชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพร้อมเวชภัณฑ์สายแพทย์ตามความจำเป็น

6) อำนาจความสะดวกในปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เช่น กำกับดูแลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระหว่างรอการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ขณะลำเลียงทางอากาศ จนกระทั่งส่งมอบผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทาง

7) รับผิดชอบสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ให้การรักษาพยาบาลที่ติดมากับผู้ป่วย และส่งต่อให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทาง

8) ทำบันทึกรายงานอาการป่วยเจ็บ เป็นหลักฐานการรักษาทางการแพทย์และอื่นๆ เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อไป โดยรับช่วงต่อจากหน่วยแพทย์ต้นทางและส่งมอบให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลปลายทาง

9) อำนาจการฝึกและอบรมเจ้าหน้าที่ประจำอากาศยาน ในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้กับ บุคลากรทางการแพทย์

10) สนับสนุนให้การช่วยเหลือการเคลื่อนย้ายทางอากาศให้แก่ สพล. ในกรณีที่ได้รับการร้องขอ และกรณีมีเหตุการณ์ภัยพิบัติร้ายแรงที่จำเป็นต้อง อาศัยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเป็นจำนวนมาก

2. กรมแพทย์ทหารอากาศ มีหน้าที่และความรับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศดังนี้

1) ให้การสนับสนุน แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่น ๆ ในการปฏิบัติตามที่สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ และสพล. ร้องขอ

2) สนับสนุนยา เวชภัณฑ์ ครุภัณฑ์สายแพทย์และยานพาหนะตามที่ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ และ สพล. ร้องขอ และ

3) เตรียมการรับผู้ป่วยที่ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์เพื่อการตรวจรักษาต่อเนื่องตามคำร้องขอ

3. กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ มีหน้าที่และรับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ดังนี้

1) เตรียมจัดเที่ยวบินและประสานหน่วยงานเกี่ยวข้องที่ต้องร่วมกันปฏิบัติการกิจให้พร้อมปฏิบัติหน้าที่ได้ทันที เมื่อได้รับคำร้องขอ และออกคำสั่งยุทธการย่อยให้หน่วยปฏิบัติ เมื่อคำร้องขอได้รับการอนุมัติแล้ว

2) อำนวยการควบคุมและกำกับดูแลปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติที่กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศและสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ กำหนด

3) รายงานการปฏิบัติ ข้อขัดข้อง ให้ศูนย์ยุทธการทางอากาศ ศูนย์ปฏิบัติการ กองทัพอากาศ ทราบด่วนทุกครั้ง

4. ศูนย์ยุทธการทางอากาศ ศูนย์ปฏิบัติการกองทัพอากาศ มีหน้าที่และรับผิดชอบภารกิจปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศดังนี้

1) กำกับ ดูแล จัดเตรียมอากาศยาน อำนวยการให้ใช้อากาศยาน และการปฏิบัติอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการกิจให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

2) สั่งใช้อากาศยาน เพื่อปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่แพทย์ในกรณีที่เป็นไปตามความเหมาะสม แล้วรายงานผลการปฏิบัติให้ผู้บัญชาการทหารอากาศทราบทันที

3) ประสานและร่วมมือกับ ฝ่ายกำลังบำรุง ศูนย์ปฏิบัติการทางอากาศ โดยใกล้ชิด

5. กองส่งกำลังกรมส่งกำลังบำรุงทางอากาศ มีหน้าที่และรับผิดชอบภารกิจการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศดังนี้

1) กำหนดนโยบาย ประสาน กำกับดูแลการปฏิบัติต่างๆ และพิจารณาให้การช่วยเหลือตามที่จำเป็น

2) ประสานงานกับ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ เกี่ยวกับความต้องการ และการจัดเตรียมอากาศยานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

3) ติดต่อและประสานงานกับทุกส่วนราชการทั้งภายในและภายนอก กองทัพอากาศ เพื่อให้เกิดความร่วมมือโดยใกล้ชิด

สำหรับการควบคุมการปฏิบัติการภารกิจการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ได้แก่

1. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยควบคุมด้านนโยบายเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ในภาครัฐ

2. สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ เป็นหน่วยควบคุมการปฏิบัติในการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศสายกองทัพ ให้เป็นไปตามที่ได้รับการติดต่อประสานและการร้องขอจาก ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ และในกรณีได้รับการประสานขอความช่วยเหลือจาก สพล.เพื่อให้บริการสนับสนุนโครงการ สกายคอกเตอร์ ที่กระทรวงกลาโหมได้ร่วมทำบันทึกข้อตกลง (MOU) กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดยใช้อากาศยานพยาบาลแบบต่าง ๆ เพื่อส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล หรือจากสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกแห่งหนึ่งเพื่อรับการรักษาต่อไป เจ้าหน้าที่ชุดทีมแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศต้องนำความรู้เกี่ยวกับเวชศาสตร์การบินมาใช้เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยขณะปฏิบัติการ ซึ่งต้องทำงานร่วมกันเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ และต้องติดต่อประสานงานกับกลุ่มบุคคลในหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมี 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ประจำอากาศยาน (flight crew) ประกอบด้วย ผู้บังคับอากาศยานหรือนักบินที่ 1 (aircraft commander) นักบินผู้ช่วยหรือนักบินที่ 2 (copilot) เจ้าหน้าที่ช่างอากาศยานประจำอากาศยาน (flight mechanic) และเจ้าหน้าที่ขนส่งทางอากาศ (load master)

กลุ่มที่ 2 เจ้าหน้าที่สายการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ชุดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (medical crew) หรือ ชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (sky doctor unit ในภาคพลเรือน) ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์การบิน (flight surgeon) ทำหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเฉพาะและกรณีตามความจำเป็นเท่านั้น เช่น มีผู้ป่วยหนัก หรือได้รับคำร้องขอจากหน่วยแพทย์ต้นทาง ในเที่ยวบินใดที่มีแพทย์เวชศาสตร์การบินร่วมปฏิบัติการก็ด้วย ให้ถือเป็นหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศซึ่งรับผิดชอบเจ้าหน้าที่สายการแพทย์ทั้งหมดโดยทำการ คัดเลือกผู้ป่วยเพื่อความเหมาะสมในการลำเลียงทางอากาศ คัดแยกประเภทผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดเส้นทางของการลำเลียง พยาบาลเวชศาสตร์การบิน (flight nurse) ได้แก่ พยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศและเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน (support personnel) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุนภาคพื้น เช่น ทีมการเคลื่อนย้ายโดยรถพยาบาล ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยประสานการสนับสนุนอากาศยาน

3.3.6 ระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

คือ การปฏิบัติการทางการแพทย์โดยใช้อากาศยานการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ผู้วิจัยได้แบ่ง ออกเป็น 2 ระบบคือ ระบบของกองทัพอากาศ และระบบของสพฉ. โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.6.1 ระบบการลำเลียงของสพฉ. สามารถดำเนินงานได้ทั้งในภาวะปกติและภาวะมีภัยพิบัติ เมื่อชุดปฏิบัติการในพื้นที่ หรือหน่วยปฏิบัติการได้รับแจ้งเหตุและร้องขอเพื่อรับการสนับสนุนอากาศยานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัด ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการพิจารณาความเหมาะสมตามเกณฑ์ และรายงานเพื่อขอรับการสนับสนุนโดยมีผู้ลงนามขออนุมัติ

ตามเงื่อนไขที่กำหนดแล้วแต่กรณี ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัด ดำเนินการประสานงานขอรับการสนับสนุนอากาศยานจาก สพล. เพื่อประสานหน่วยงานที่ร่วมเป็นภาคีโครงการสกายด็อกเตอร์ให้สนับสนุนอากาศยาน ในกรณีที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสามารถประสานขอรับการสนับสนุนอากาศยานได้เอง ให้แจ้งสพล.ทราบและนัดหมายสถานที่ เวลา รับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยส่งแฟกซ์ เอกสาร HEMS1/1(แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย) ให้สพล. ก่อนปฏิบัติการ หากเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินมากอนุโลมให้ส่งเอกสารดังกล่าวได้ หลังจากปฏิบัติการบินเสร็จสิ้นลงแล้ว สพล. จะประสานขอรับการสนับสนุนอากาศยานหรือแจ้งให้หน่วยงานเจ้าของอากาศยานทราบ เมื่อได้รับอนุมัติ แล้วจะส่งผลแจ้งกลับให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัดทราบ ศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัด ดำเนินการต่อไป

1. แจ้งหน่วยบิน นักบิน ในพื้นที่ ทราบแผนปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อเตรียมความพร้อมของอากาศยาน น้ำมันเชื้อเพลิง ความปลอดภัยของปฏิบัติการบิน และข้อมูลด้านข้อจำกัดทางการบินของอากาศยานที่อาจมีผลต่อผู้ป่วย

2. แจ้งโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และเตรียมสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น

3. เตรียมชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น และอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยในอากาศยานให้เพียงพอต่อการใช้งาน

เมื่อปฏิบัติการกิจเสร็จสิ้นให้ชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงที่ดูแลผู้ป่วยจัดทำ เอกสาร HEMS 2 (แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะโดยสารอากาศยาน) ส่งให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ของจังหวัดที่ร้องขออากาศยานส่งหนังสือหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย การส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน พร้อมฟอร์ม HEMS 1 และ HEMS 2 ถึงสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อดำเนินการเบิกจ่ายให้หน่วยงานเจ้าของอากาศยานตามระเบียบการรับเงินของหน่วยงานนั้น ๆ เป็นกรณีไป และ หน่วยงานเจ้าของอากาศยานส่งหนังสือเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ข)

3.3.6.2 ระบบการลำเลียงของกองทัพอากาศ สามารถดำเนินงานได้ทั้งในภาวะปกติ และสภาวะฉุกเฉินภายในขอบเขต จิตความสามารถ และอุปกรณ์ที่มีอยู่ สามารถสนับสนุนปฏิบัติการ ทางด้านยุทธการ และการบริการแก่หน่วยงานทั้งในและนอกกองทัพอากาศได้ตามระบบการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ทางสายแพทย์ได้ให้ความหมายของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ว่าเป็น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทางอากาศ

ยาน ภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ โดยการประสานงานกับสนามบินต้นทางที่นำผู้ป่วยนั้นขึ้นอากาศยานเพื่อเริ่มการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศและเตรียมสนามบินปลายทางไว้ล่วงหน้าเป็นการสิ้นสุดการลำเลียงทางอากาศ กองทัพอากาศรับผิดชอบจากสนามบินต้นทางในพื้นที่หน่วยแพทย์ต้นทางจนถึงสนามบินปลายทางเพื่อส่งมอบผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลปลายทาง ตามที่ระบุในคำขออนุมัติเท่านั้น (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, 2553)

3.3.7 การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

ในอดีตเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บขึ้นในที่ห่างไกลหรือในสนามรบจึงมีแนวคิดพยายามเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย จึงมีความพยายามประยุกต์รถเทียมม้าในระยะเริ่มแรกจนมาถึงรถพยาบาล เป็นพาหนะช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้ประสบความสำเร็จมากนัก เพราะเส้นทางคมนาคมเป็นอุปสรรคมาก กว่าผู้ป่วยจะเคลื่อนย้ายถึงโรงพยาบาลบางรายอาการกลับทรุดหนักไปกว่าเดิม โดยเฉพาะในยามสงครามหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน ปัจจัยเรื่องเวลามีความสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทางบกหรือทางน้ำที่รวมเรียกว่า ทางภาคพื้นแนวราบ (via surface) ไม่สามารถตอบสนองความต้องการรักษาชีวิตมนุษย์ได้ จึงต้องหาทางเลือกอื่นที่ดีกว่า ต่อมาในปี ค.ศ. 1903 วิศวศาสตร์การบินได้จาริก จากที่ สองพี่น้องตระกูลไรท์ ได้คิดค้นให้กำเนิดอากาศยานที่สามารถบินลอยเหนือพื้นดินได้ขึ้นเป็นครั้งแรก จึงมีแนวคิดที่อยากใช้พาหนะนี้ให้เป็นประโยชน์ต่อทางการแพทย์ด้วย (Lam, 1990, pp. 477-494; Reiter, 1993; Howell & Brannon, 2000, pp. 429-433)

3.3.7.1 ความหมาย การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทางอากาศภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

3.3.7.2 พัฒนาการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ประวัติการลำเลียงผู้ป่วยโดยใช้อากาศยาน เรียกว่า “การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ” (aero medical evacuation) มีหลักฐาน เกิดขึ้นครั้งแรก เมื่อ ค.ศ. 1910 โดยร้อยเอก กอสแมน (George H.R. Gosman) กับ ร้อยโท อัลเบิร์ต โรดเดส (Albert Rhoades) แห่งหน่วยบินกองทัพบกสหรัฐอเมริกาได้ ดัดแปลงเครื่องบินปีกสองชั้น เครื่องยนต์เดี่ยว เป็น อากาศยานพยาบาล และ ทดลองบินส่งผู้ป่วย จากเมือง ฟอร์ต บานาคัส มลรัฐฟลอริดา (Fort Banancas Florida) ไปยัง สำนักงานแพทย์ใหญ่ทหารบก ณ กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. เป็นผลสำเร็จ เขาได้ทำรายงาน เพื่อการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาเครื่องบินให้สามารถบรรทุกได้ทั้งผู้ป่วยและเวชภัณฑ์ แต่ กระทรวงกลาโหม (War Department) ไม่เห็นด้วยจึง ระบุบคำร้อง ต่อมาในปี ค.ศ. 1912 รัฐมนตรีกลาโหม (Secretary of War) ได้ทบทวนคำร้อง ของกอสแมนที่เสนอไว้มาทบทวนความเป็นไปได้ ระหว่างสงครามโลกครั้งที่หนึ่ง (ค.ศ. 1914-1918) เครื่องบินถูกนำไปใช้ ในกิจการ

สร้างกำลังทางทหารมากขึ้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอากาศยานมีการปฏิบัติบ่อยครั้งขึ้นในพื้นที่แคบๆ ของทางกองทัพเท่านั้น แต่เครื่องบินไม่มีการดัดแปลงหรือปรับปรุงเป็นพิเศษแต่อย่างใด คงมีลักษณะเหมือนกับการขนส่งพัสดุไปรษณีย์ทางอากาศเท่านั้น (Wilmer, 1935, pp. 115-134)

ขณะประจำการอยู่ที่ เกร์ทเนอร์ฟิลด์ (Gerstner Field) มลรัฐหลุยส์เซียนา (Louisiana) เมื่อ กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1918 พันตรี เนลสัน เอฟ. ไดเวอร์ (Nelson F. Daiver) และ ร้อยเอกวิลเลียม ซี. อ็อกเกอร์ (William C. Ocker) ได้ดัดแปลงเครื่องบินแบบ JN-4 หมายเลข 3131 เป็นเครื่องบินพยาบาล “Airplane Ambulance” โดยการถอดที่นั่งหลังออก แล้วดัดแปลงที่สำหรับติดแปลให้ผู้ป่วยได้สำเร็จ เป็นที่ยกย่องกันมากและนำเครื่องบินลำนี้ไปใช้เป็นประโยชน์ ส่วนใหญ่นำแพทย์ไปยังตำบลที่เครื่องบินตกเพื่อช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อนำกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้สุดในบริเวณพื้นที่นั้น ต่อมาในปี ค.ศ. 1921 ภายหลังจากที่มีการนำเอาเครื่องบินขนาดใหญ่มาดัดแปลงเป็นเครื่องบินลำเลียงผู้ป่วยจำนวนมากโดยเฉพาะ จึงเกิดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศครั้งใหญ่ขึ้นเป็นครั้งแรกโดยนำส่งผู้ป่วยจาก มิชเชิลฟีลด์ (Mitchel Field) ลองไอแลนด์ (Long Island) มลรัฐนิวยอร์ก (New York) ไปยัง บอยลิงค์ฟีลด์ (Boiling Field) วอชิงตันดีซี (Washington D.C.) เพื่อเข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลทหารวอลเตอร์รีด (Walter Reed Army Hospital) ในปีเดียวกันนี้ พันตรี ปานลาร์ด (Epanlard) แห่งกองทัพบกฝรั่งเศส ได้จัดตั้งหน่วยเครื่องบินพยาบาล (Airplane Ambulance Organization) ขึ้น ประกอบด้วยเครื่องบิน 6 ลำ ติดแปลลำละ 2-3 แปล เพื่อใช้ในการสนับสนุนการรบยุทธภูมิ ริฟเฟียน (Riffian War) ในโมร็อกโก โดยสามารถลำเลียงผู้ป่วยได้ถึง 1,200 ราย ใน ค.ศ. 1922 และ 1,000 ราย ในปีถัดมา แม้จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตบ้างระหว่างทางแต่ไม่มีรายงานอุบัติเหตุทั้งที่เป็นการบินระยะไกลข้ามทะเลทรายและเทือกเขาแอตลาส (Atlas) ปฏิบัติการครั้งนี้ได้รับการยกย่องและพิสูจน์ถึงคุณค่าของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ที่สมบูรณ์ เป็นครั้งแรกเนื่องจากใช้ระยะเวลานำผู้ป่วยจากโมร็อกโกส่งโรงพยาบาลในเขตหลังเพียง 2-3 ชั่วโมงเท่านั้น มิใช่หลายวันอย่างในอดีต พิกคิว (Picque) ถึงกับกล่าวว่า “การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นวิธีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่วิเศษที่สุด นับแต่นี้ไปการลำเลียงผู้ป่วยจะใช้เวลาเป็นชั่วโมงเท่านั้น การที่ใช้ระยะเวลานานนับเป็นวันนั้น จะ ไม่มีอีกแล้ว” (Martin, 1993)

การใช้อากาศยานพยาบาลให้บริการประชาชนครั้งแรกในโลกเกิดขึ้นที่ประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1928 โดย จอห์น ฟลินน์ (John Flynn) เขาได้อุทิศเวลาและทุนทรัพย์ ในการให้บริการแพทย์ทางอากาศ ในนาม Royal Flying Doctor Service (Royal Flying Doctor Service of Australia, 1990) ถัดมาหนึ่งปี พันตรีโรเบิร์ต ซิมป์สัน (Robert K. Simpson) แห่งกองทัพบกสหรัฐอเมริกา ได้เรียกร้อง เป็นครั้งแรกอย่างเป็นทางการว่า “การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ไม่ควรถือว่าเป็น การขนส่งพัสดุไปรษณีย์ ที่เป็นมนุษย์ แต่ควรปรับปรุงให้สามารถทำการรักษาพยาบาลแก่

ผู้ป่วยตลอดระยะทาง ที่อยู่ในอากาศนั้นด้วย” นับเป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติการทางแพทย์ทางอากาศอย่างเต็มรูปแบบ จากแนวคิดของพันตรีชิมสัน หน่วยบินทหารบกสหรัฐอเมริกา (US Army Air Force) จึงพัฒนาเครื่องบินสำหรับใช้ในการแพทย์ขึ้น เป็นครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1930 โดยได้ดัดแปลงเครื่องบิน 3 ลำ เพื่อติดตั้งเปลลำละ 6 เปล นำเครื่องมือแพทย์ เวชภัณฑ์ยา ฝือก พร้อมด้วยอุปกรณ์ตกแต่งบาดแผล และเจ้าหน้าที่ ประจำเครื่องบินซึ่งได้แก่นักบิน แพทย์ และเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (medical technicians) (Robinson, 1973)

พันตรีบีเวน (C.L. Beaven) ได้เสนอแนะให้ใช้อากาศยานชนิด ที่ขึ้นลงทางดิ่ง(auto gyro)ในการกิจช่วยเหลือกู้ภัย เครื่องบินที่ประสบอุบัติเหตุ ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 1931 นับเป็นครั้งแรก ที่การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศได้แยกแขนงออกเป็นการช่วยเหลือกู้ภัย (search and rescue) ด้านการแพทย์ ขึ้น นอกจากนี้ เขา ยังได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับคุณลักษณะของอากาศยานพยาบาล 2 แบบคือ แบบแรก เป็นเครื่องบินขนาดเล็กเรียกว่า ประเภทกู้ชีพ (rescue type) สามารถขึ้นลงได้ในพื้นที่ขนาดย่อมติดตั้งเปลนอนได้มากถึง 2 เปล ผู้ป่วยนั่งได้ 2 คน มีนักบินและแพทย์อย่างละ 1 คน ใช้ในการช่วยเหลือกู้ภัย แบบที่สอง เป็นเครื่องบินขนาดใหญ่เรียกว่า ประเภทลำเลียงขนาดใหญ่ (larger transport type) มีห้องสุขา มีที่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ อุปกรณ์ตกแต่งบาดแผล ผ้าห่ม และสัมภาระที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ระหว่างปี ค.ศ. 1936-1938 นาซีได้เข้าไปมีส่วนร่วมในสงครามกลางเมืองสเปนโดยใช้การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในเชิงยุทธวิธีระยะไกลเป็นครั้งแรก ใช้การลำเลียงผู้ป่วยด้วยเครื่องบินแบบจังก์เกอร์ เจยู 52 (Junker Ju 52) ติดตั้งเปลได้ 6 เปล พร้อมกับผู้ป่วยนั่งได้อีก 2 คน หรือถ้าถอด ถังน้ำมันสำรอง (auxiliary cabin tanks) ออกสามารถติดตั้งเปลได้ถึง 10 เปล กับผู้ป่วยนั่งได้อีก 8 คน พิสัยการบินสูง 18,000 ฟุต จากประเทศสเปนข้ามทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ผ่านตอนเหนือของประเทศอิตาลี ข้ามภูเขแอลป์ เข้าสู่ประเทศเยอรมันเป็นระยะทางทั้งสิ้นประมาณ 1,340 ถึง 1,600 ไมล์ ภายใน 10 ชั่วโมง นับเป็นปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในเชิงยุทธวิธีระยะไกลอย่างแท้จริงเป็นครั้งแรกสำเร็จ

ในสงครามกลางเมืองสเปน กองทัพอากาศเยอรมันได้พัฒนาการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศให้ดียิ่งขึ้นเพื่อนำไปใช้ในสงครามโปแลนด์ ในปี ค.ศ. 1939 โดยสามารถลำเลียงผู้ป่วยจากแนวรบเพื่อนำกลับไปรักษาพยาบาลที่ประเทศเยอรมันได้ถึง 2,500 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตกลางอากาศเพียง 4 คนเท่านั้น ระหว่าง ค.ศ. 1939-1940 สหภาพโซเวียตใช้ปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในสงครามกับประเทศฟินแลนด์ แต่ไม่พบหลักฐานว่าสามารถลำเลียงผู้ป่วยได้จำนวนเท่าใดและบินไกลเพียงใด และในระยะต้นของสงครามโลกครั้งที่สองการสู้รบกันในทวีปยุโรป ซึ่งสหรัฐอเมริกายังมิได้เข้าร่วมสงครามโดยตรง แพทย์ชาวอเมริกันชื่อ นายแพทย์ริชาร์ด เมลลิง (Richard Meiling) ขณะกำลังศึกษาอยู่ในประเทศเยอรมัน มีความประทับใจกับผลสำเร็จในการ

ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของเยอรมันมาก เมื่อสำเร็จการศึกษา เขาจึงได้สมัครเข้ารับราชการอยู่ในกองทัพบกสหรัฐอเมริกาและนำความรู้ปฏิบัติหน้าที่เป็นนายทหารลำเลียง คนแรกของหน่วยแพทย์ทางอากาศ เมื่อครั้งที่กองทัพอากาศสหรัฐอเมริกาขยับขึ้นอยู่กับกองทัพบก กองบัญชาการของกองบินทหารบกสหรัฐ (US. Army Air Force) ได้จัดตั้ง กองพันอากาศยานพยาบาล (air ambulance battalion) ขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1940 โดยรวมเอากลุ่มงานขนส่งทางอากาศ (air transport group) กับบุคลากรทางการแพทย์ เข้าด้วยกัน เรียกว่า ฝูงบินอากาศยานพยาบาล (medical air ambulance squadron) เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน ค.ศ. 1941 เป็นหน่วยบินหน่วยแรกที่นำประโยชน์ของอากาศยานพยาบาล ประจำการ ประกอบด้วย 4 ฝูงบิน คือ ฝูงบินประจำการ (headquarter squadron) 1 ฝูงบิน และ เป็น ฝูงเครื่องบินพยาบาลทางการแพทย์ (airplane ambulance medical squadron) 3 ฝูงบิน (ใช้เครื่องบินสองเครื่องยนต์แบบ DC-3 จำนวน 2 ฝูงบิน และแบบ L-1 อีก 1 ฝูงบิน) (Wells, 1995)

สังเกตว่าในระยะแรกเริ่มของกิจการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนี้ยังใช้คำว่า “Air Ambulance” เพราะสามารถให้การรักษาพยาบาลในระหว่างบินได้ เมื่อสหรัฐอเมริกาได้เข้าร่วมสงครามโลกครั้งที่สองโดย จึงได้มีปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศครั้งสำคัญหลายครั้ง ดังนี้

ครั้งแรก ในเดือน มกราคม ค.ศ. 1942 ระหว่างการสร้างถนนทางสาย อัลคาน (Alcan) ใน อลาสกาโดยใช้เครื่องบินแบบ C-47 อาศัยอาสาสมัคร เป็นเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ไม่ปรากฏหลักฐานว่าลำเลียงผู้ป่วยได้จำนวนเท่าใด แต่เป็นครั้งแรกที่มีความจำเป็นต้องใช้พยาบาลเดินทางไปกับเครื่องบินเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย จึงเป็นต้นกำเนิดพยาบาลเวชศาสตร์การบิน (flight nurse)

ครั้งที่สอง ในเดือน เมษายน ปีเดียวกัน ใช้เครื่องบินแบบ C-47 ของ US Army Air Force จำนวน 10 ลำ ลำเลียงจาก มิจิโน (Myikyian) ในประเทศพม่าไปยังเมือง ดินจิน (Dinijan) ประเทศอินเดีย จากการกิจ 10 วันสามารถลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศได้มากถึง 1,900 ราย ครั้งที่สาม ในเดือน พฤษภาคม ปีเดียวกัน ใช้เครื่องบินแบบ C-47 ในสงครามภาคพื้นแปซิฟิกกับประเทศญี่ปุ่น โดยทำการลำเลียงจากเกาะนิวกินีไป พอร์ต มอเรสบีร์ (Port Moresby) สามารถลำเลียงผู้ป่วยได้ถึง 1,300 คน ภายในเวลา 70 วัน ปี ค.ศ. 1942 เรียกได้ว่าเป็นปีทองของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การปฏิบัตินี้มีใช่เป็นการทดลองอีกต่อไปแล้วหากแต่เป็นศาสตร์ชนิดใหม่ที่มีคุณค่าที่ได้ช่วยรักษาชีวิตไปกว่า 3,200 ชีวิต (Skinner, 1983)

สำหรับอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ได้ถูกนำไปใช้กู้ภัยและช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นครั้งแรกในป่าของประเทศไทย ในเดือน เมษายนปีค.ศ. 1944 ซึ่งถือเป็นการเริ่มต้นของการใช้อากาศยานปีกหมุนทางทหาร เพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ กองทัพบกสหรัฐ (สถาบันเวชศาสตร์

การบิน, ม.ป.ป., หน้า 5-6) มีความเชื่อมั่นว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นหนทางช่วยชีวิตมนุษย์ จึงได้ขยายปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศให้มีเส้นทางไกลกว่าเดิม คือ จากเกาะนิวกินีกลับไปรักษาที่อเมริกา ซึ่งก่อนหน้านี้ใช้วิธีการลำเลียงผู้ป่วยทางเรือ ซึ่งต้องใช้เวลาราว 22 วัน เมื่อเทียบกับการลำเลียงทางอากาศ ซึ่งใช้เพียง 2 วันเท่านั้น อีกทั้งยังสามารถช่วยชีวิตและประหยัดค่าใช้จ่ายลงได้อย่างมหาศาล เมื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานภายในระยะเวลา 3 เดือนเท่ากัน จะเห็นว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีประโยชน์แก่ ชีวิตมนุษย์มากกว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางเรือหลายเท่า และสถิติการเสียชีวิตขณะเคลื่อนย้ายมีเพียง 5 ราย จากจำนวนผู้ป่วย 100,000 ราย ผลงานแห่งความสำเร็จครั้งนี้ เรียกได้ว่าเป็นมหัศจรรย์ ในวงการแพทย์เพราะว่าพลเรือนอเมริกันที่ล้มป่วยหรือต้องบาดเจ็บที่เกาะนิวกินีซึ่งแต่เดิมนั้นต้องสิ้นหวัง แต่แล้วสามารถลำเลียงทางอากาศกลับมารักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถสูงในอเมริกาได้ปลอดภัย ภายใน 2 วัน ซึ่งมีใช้เป็นความสำเร็จของกิจการแพทย์ทหารแต่เพียงอย่างเดียว หากเป็นความสำเร็จของกิจการสาธารณสุขแห่งชาติ ประโยชน์ของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แสดงให้เห็นว่าสามารถประหยัดเวลา งบประมาณ และสามารถรวมกำลังพลทางการแพทย์ ของชาติไว้ให้เป็นกลุ่มก้อนโดยไม่ต้องส่งทีมแพทย์ออกไปยังพื้นที่ห่างไกลอีกต่อไป เพราะการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสามารถนำผู้ป่วยที่อยู่ในเขตการรบนอกพื้นที่ห่างไกลกลับมารับการรักษาในเขตหลังได้ภายในระยะเวลาที่เหมาะสม ทำให้มีความจำเป็นต้องมีการจัดการหาทีมแพทย์และพยาบาลลักษณะพิเศษนี้ขึ้นเพื่อดูแลผู้ป่วยทางอากาศ ดังนั้นเหตุนี้ กองทัพบกสหรัฐอเมริกา จึงได้จัดตั้ง โรงเรียนการลำเลียงเคลื่อนย้ายทางอากาศแห่งหน่วยบินกองทัพบก (army air corps school of air evacuation) ขึ้นที่ เมืองโบวแมนฟีลด์ (Bowman Field) เมืองหลุยส์วิลล์ (Louisville) มลรัฐเคนตักกี (Kentucky) เพื่อผลิตแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ ในเดือน มิถุนายน ค.ศ. 1943 ซึ่งโรงเรียนแห่งนี้ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของ โรงเรียนเวชศาสตร์การบิน (school of aviation medicine) ณ เวลาดังกล่าว นางสาวรูเธ่ ซิมโมเลอร์ (Miss Laureate M. Schimmoler) ได้บุกเบิกก่อตั้ง พยาบาลสาขาเวชศาสตร์การบินขึ้นเป็นผลสำเร็จ (Moser, 1975, pp. 8-75)

ระหว่างสงครามโลกครั้งที่ 2 ได้มีการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมากถึง 1.5 ล้านคน โดยใช้เครื่องบินแบบปีกตรึง (fixed-wing) มีพยาบาลเวชศาสตร์การบินให้การดูแลผู้ป่วยทุกเที่ยวบิน อัตราการเสียชีวิตระหว่างปฏิบัติการลำเลียงเหลือเพียงร้อยละ 4 ต่อมา ในปี 1949 จอร์จ ดอนเลย์ (George Donley) ได้ดัดแปลงเครื่องบินแบบ C-47 เพื่อใช้เป็นพาหนะสำหรับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยเฉพาะ โดยมีอุปกรณ์ที่ติดตั้งแปล ที่นั่งสำหรับผู้ป่วย ที่ทำงานของแพทย์และพยาบาล พื้นที่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ ติดตั้งไฟฟ้าแสงสว่างและเครื่องทำความร้อน เหมือนกับเครื่องบินของบุคคลสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายระหว่างทำการลำเลียงทางอากาศ เมื่อดัดแปลง

สำเร็จได้บินไปแสดงที่ โรงเรียนเวชศาสตร์การบินแห่งฐานทัพอากาศรานด์อล์ฟ มลรัฐเท็กซัส (School of Aviation Medicine, Randolph Air Force Base, Texas) และที่ ฐานทัพอากาศแอนดริวมิลเลอร์วอชิงตันดีซี (Andrew Air Force Base, Washington D.C.) เมื่อ 28 ธันวาคม พ.ศ. 1949 โดยมีคณะนายทหารและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงกลาโหมของสหรัฐอเมริกาเข้าชมเครื่องบินดังกล่าว จึงได้มีการอนุมัติเงินทุนสนับสนุนให้ดัดแปลงเครื่องบินแบบ C-47 อีกจำนวน 24 ลำ เพื่อใช้เป็นเครื่องบินลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศและอีก 7 ปีต่อมา ทางกระทรวงกลาโหมของสหรัฐอเมริกา ได้อนุมัติให้พัฒนาเครื่องบินแบบ C-130 เป็นเครื่องบินสำหรับลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ซึ่งนับได้ว่าเป็นเครื่องบินขนาดใหญ่รุ่นแรกที่ถูกออกแบบเป็นการเฉพาะเพื่อภารกิจนี้ (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 7) ดังภาพที่ 3.4



จาก General Hospital Unit History, 33D. (1943). **Medical air evacuation transport by C-47.** Retrieved February 23, from http://med-dept.com/unit_histories/33_gen_hosp.php

ภาพที่ 3.4 เครื่องบินแบบ C-47 Dagota

เมื่อสงครามเกาหลีอุบัติขึ้น ใน ค.ศ. 1950 การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางด้วยระบบที่ดีมีมาตรฐานกว่าทุกครั้ง หน่วยแพทย์ต้นทางและโรงพยาบาลปลายทางได้รับการจัดตั้งอย่างเหมาะสมขึ้นโดยจัดตั้งเป็น “โรงพยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ”

(aero medical evacuation hospital) ขึ้นหลายแห่งเป็นระยะทั่วยุทธบริเวณ ตั้งแต่บริเวณภาคพื้นแปซิฟิกไปจนถึงแผ่นดินใหญ่สหรัฐอเมริกา และมีการใช้อากาศยานลำเลียงผู้ป่วยจำนวน 20,000 ราย (Neel, 1955) โดยจัดให้มี เฮลิคอปเตอร์สำหรับลำเลียงผู้ป่วยเป็นการเฉพาะเพื่อภารกิจนี้และจัดเตรียมไว้ให้โรงพยาบาลศัลยกรรมเคลื่อนที่แห่งกองทัพบก (MASH) (Hooker, 1983) เพื่อพร้อมปฏิบัติการกิจได้ทันที ทำให้อัตราการสูญเสียชีวิตระหว่างทำการลำเลียงลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2 (Neel, 1968, pp. 309-313) กองทัพสหรัฐได้กำหนดนโยบาย “ให้ใช้การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเป็นความเร่งด่วนอันดับหนึ่งโดยให้กองทัพอากาศเป็นผู้รับผิดชอบนอกเสียจากจะกระทำมิได้ จึงให้การลำเลียงผู้ป่วยทาง ภาคพื้นที่ได้ใช้เป็นประโยชน์กว้างขวางทั่วโลกทั้งในยามปกติและยามฉุกเฉิน ” (Fielding, 1961; Brannon, 1967)

ค.ศ. 1964 สหรัฐอเมริกาใช้กำลังพลกว่า 500,000 คน เข้าร่วมในสงครามเวียดนามกว่า 9 ปี การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศส่วนหนึ่งมีชื่อรหัสว่า “Dust off” (Cook, 1988) ปฏิบัติงานในสนามรบได้ผลอย่างดีเลิศ สามารถลำเลียงผู้บาดเจ็บจากพื้นที่การรบด้วยเฮลิคอปเตอร์กว่า 200,000 ราย มีการลำเลียงระยะไกลด้วยเครื่องบินลำเลียงขนาดใหญ่ด้วยเครื่องยนต์ไอพ่น 4 เครื่องยนต์ ปรับความกดดันภายในสามารถนำทหารบาดเจ็บจากการรบในเวียดนามไปรับการรักษาพยาบาลอย่างดีในศูนย์การรักษาเฉพาะโรคขั้นดี เช่น ศูนย์ดูแลผู้ป่วยไฟไหม้และน้ำร้อนลวก (Burn Center) ของโรงพยาบาล บรูคส์ อาร์มี เจเนอรัล (Brooks Army General Hospital) ที่เมือง ซาน อันโตนิโอ มลรัฐเท็กซัส (San Antonio, Texas) ได้โดยใช้เวลาไม่เกิน 18 ชั่วโมง นับแต่ผู้ป่วยนั้นได้รับบาดเจ็บ ทำให้อัตราการสูญเสียระหว่างเคลื่อนย้ายลดต่ำกว่าร้อยละหนึ่ง (Berger, editor, 1977)

ค.ศ. 1968 เครื่องบินลำเลียงผู้ป่วยได้รับการพัฒนาเป็นอย่างมาก เช่น เครื่องบินแบบ ซีเก้าเอ ไนติงเกิล (C-9A Nightingale) จัดเป็นเครื่องบินลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยเฉพาะ เรียกเครื่องบินนี้ว่า โรงพยาบาลลอยฟ้า “Airborne Hospital” สามารถติดตั้งเปลนอนได้ 40 เปล หรือติดตั้งแบบผสมได้ 40 ที่นั่งและ 4 เปล บริเวณที่ติดตั้งเปลมีระบบออกซิเจน ระบบดูดเสมหะ ระบบระบายอากาศ ปลั๊กไฟสำหรับใช้กับอุปกรณ์แพทย์และปุ่มกดเรียกพยาบาลเกือบทุกตำแหน่ง มีพื้นที่สำหรับติดตั้งเปลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ มีพื้นที่ปฏิบัติงานของพยาบาล มีพื้นที่จัดเตรียมอาหาร เครื่องทำน้ำร้อน ตู้แช่เย็นสำหรับเก็บยา เลือดและอาหาร ระบบติดต่อสื่อสารภายในระหว่างลูกเรือ และห้องสุขา สำหรับที่นั่งเป็นเก้าอี้ แบบสายการบิน (airline-type seat) มีเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพร้อมปฏิบัติงานเป็นจำนวน 4-5 คน ประกอบด้วยหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (medical crew director) พยาบาลลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศหรือพยาบาลเวชศาสตร์การบิน (flight nurse) และเจ้าหน้าที่ลำเลียงทางอากาศ (aero medical technician) เครื่องบินแบบ C-9A ได้ใช้งานมาเป็นระยะ

เวลานาน จนปลดประจำการเมื่อปี ค.ศ. 2005 (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 9) ดังภาพที่ 3.5



จาก Barnum, N. (2003, August). **C-9 Nightingale completes last U.S. mission:**

Aeromedical service began in 1968. Retrieved December 5, 2011, from

http://airforcemedicine.afms.mil/sg_newswire/aug_03/C-9FinalMissionLEADSTORY.htm

ภาพที่ 3.5 เครื่องบินแบบ C-9A

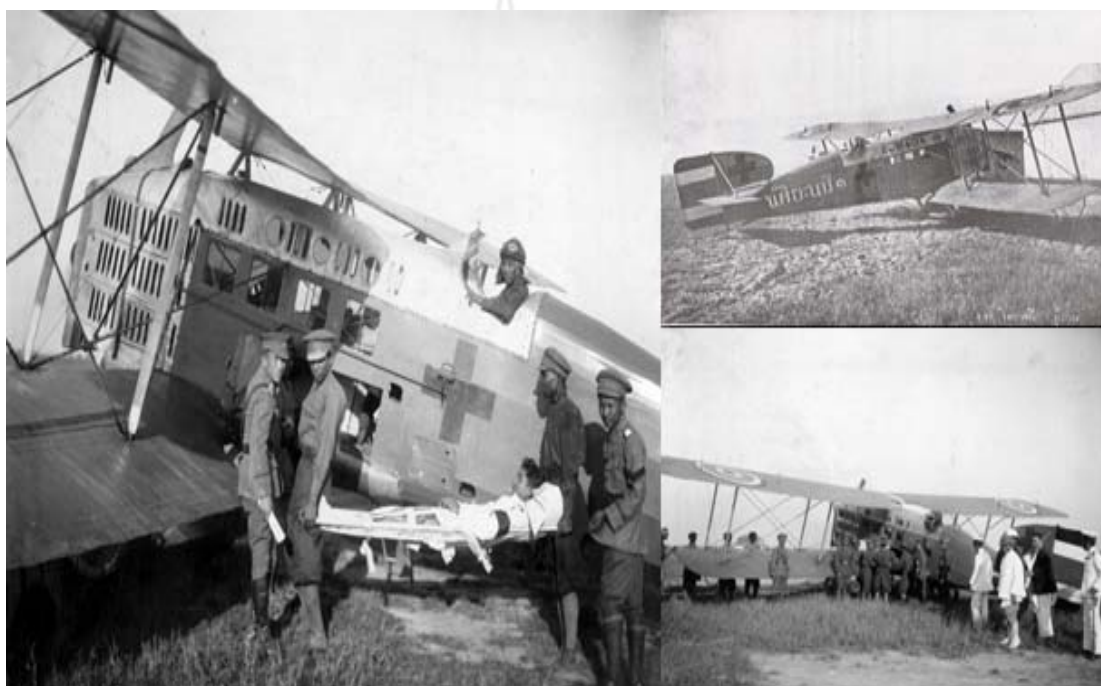
จากข้อมูลการลำเลียงของกองทัพอากาศสหรัฐในช่วงที่ผ่านมาพบว่าประสิทธิภาพการลำเลียงผู้ป่วยอย่างรวดเร็วจะช่วยลดอัตราการตายจากสามารถได้ โฮวาร์ด (Howard, 2003) พบว่าอัตราการตายจากการลำเลียงผู้ป่วยจากสนามรบ ลดลงจาก ร้อยละ 8.1 ในสงครามโลกครั้งที่ 1 เป็นร้อยละ 2.5 ในสงครามเวียดนาม และอัตราการตายจากการบาดเจ็บลดลงจาก ร้อยละ 27 ในสงครามโลกครั้งที่ 2 ลงเป็น ร้อยละ 17 ในสงครามเวียดนาม มีการประมาณกันว่าในสงครามเวียดนามนั้นผู้ป่วยทุกคนสามารถไปถึงโรงพยาบาลได้ภายใน 35 นาทีหรือน้อยกว่า และการลดลงของอัตราการตายของทหารที่บาดเจ็บเป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าในด้านการรักษาทางยาและด้านศัลยกรรมด้วย ซึ่งสรุปได้ว่า องค์ประกอบของอัตราการตายของทหารที่บาดเจ็บที่ลดลงเป็นผลมาจากการเข้าไปช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว การให้การปฐมพยาบาลรักษาขั้นต้นในสนามรบ

และการนำผู้ป่วยไปรับการรักษาในที่ที่เหมาะสมได้อย่างรวดเร็ว (Neel, 1968; Corfield, Adams, Nicholls & Hearn, 2011, pp. 623-625)

สำหรับสงครามอ่าวเปอร์เซีย (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 10) ได้มีการสร้างแนวทางใหม่ในการลำเลียงผู้ป่วยทั้งระบบอย่างเป็นแบบแผน เริ่มจากใช้เครื่องบินเฮลิคอปเตอร์ของกองทัพบก (MEDEVAC) ลำเลียงระยะสั้นจากฐานรบไปยังโรงพยาบาลของกองทัพอากาศและใช้เครื่องบินแบบ C-130 ลำเลียงจากพื้นที่รวมทั้งไปยังอิรัก ระหว่างดำเนินการรบ (operation desert storm) ได้มีการใช้เครื่องบินเฮลิคอปเตอร์มากกว่า 220 เที่ยวบิน และรถพยาบาลมากกว่า 1,000 คัน (รวมรถของกองทัพอากาศ 60 คัน) ใช้เครื่องบิน C-130 ทำการลำเลียง เฉลี่ยวันละ 30 เที่ยวบิน มากสุดถึง 74 เที่ยวบินต่อวัน เพื่อสนับสนุนการลำเลียงทางอากาศ เมื่อจำเป็น โดยประสานเครือข่ายสนับสนุนในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตั้งแต่ต้นทางจนถึงปลายทางให้มีความพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง ผลการลำเลียงทหารที่ได้รับบาดเจ็บ ระหว่าง ยุทธการโลห์ป้องกันพายุทะเลทราย (operation desert shield) มีการใช้เครื่องบินแบบ C-130 จำนวน 242 เที่ยวบิน ลำเลียงทหารที่ได้รับบาดเจ็บ 2,136 คน และในระหว่าง ปฏิบัติการพายุทะเลทราย (operation desert storm) ใช้เครื่องบินแบบ C-130 จำนวน 173 เที่ยวบิน ลำเลียงทหารที่ได้รับบาดเจ็บผู้ป่วย 2,375 คน ทางกองทัพอากาศได้มีแนวคิดที่จะดัดแปลงเครื่อง CRAF 3 Boeing 767 ขึ้น สำหรับใช้ในการกักการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แต่ความจำเป็นหมดไปเสียก่อน การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่เกิดขึ้นทั่วโลก เริ่มตั้งแต่เป็นเพียงฝากผู้ป่วยไปกับเครื่องบิน เช่นเดียวกับพัสดุไปรษณีย์ทางอากาศ จนถึงกำเนิดของแพทย์เวชศาสตร์การบินและพยาบาลเวชศาสตร์การบิน จากเครื่องบินพยาบาล “Air Ambulance” จนกลายเป็น โรงพยาบาลลอยฟ้า “Airborne Hospital” จนสามารถผ่าตัดได้กลางอากาศ จะเห็นได้ว่าการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนั้นเริ่มต้นมาจากการลำเลียงทางทหารเป็นต้นแบบก่อนแล้วจึงนำมาประยุกต์ใช้ทางภาคพลเรือน (Nanney, 1991; Cohen, editor, 1993)

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของประเทศไทย มิได้เริ่มต้นช้ากว่าประเทศใด กล่าวได้ว่าอาจเป็นชาติแรกของเอเชียด้วยซ้ำ เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2464 ได้เกิดไข้ทรพิษและอหิวาตกโรคระบาดขึ้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รัฐบาลได้สั่งการให้กรมอากาศยานกองทัพบก จัดเครื่องบินขนส่งแพทย์ของกรมสาธารณสุข และเวชภัณฑ์จากสนามบินตำบลหนองบัว จังหวัดนครราชสีมา ไปทำการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน เพื่อป้องกันการระบาดอย่างเร่งด่วน การเดินทางในสมัยนั้น หากใช้ยานพาหนะอื่นต้องใช้เวลาเกินกว่า 15 วัน แต่การใช้เครื่องบินจะใช้เวลาเดินทางเพียง 3 ชั่วโมง 8 นาทีเท่านั้น ผลการปฏิบัติการในครั้งนั้นสามารถระงับโรคระบาดและรักษาชีวิตประชาชนได้อย่างทันเหตุการณ์ ปฏิบัติการครั้งนี้ส่งผลให้เกิดความสนใจในหมู่ประชาชนชาวไทยเป็นอันมาก เพราะเครื่องบินเป็นของแปลกใหม่ มีการขนานนามเครื่องบินว่า

“เป็นพาหนะที่มีคุณ สำหรับกู้ชีวิตทวยราษฎร์” ต่อมา พระนางเจ้าสุชุมาถมารศรี ได้ร่วมกันบริจาค ทุนทรัพย์ส่วนพระองค์ซื้อเครื่องบินแบบเบรเกต์ ปีกสองชั้น จำนวน 2 เครื่องให้ชื่อว่า “ขัตติยนารี 1” กับ “ศรีสุรางค์ 1” ดังภาพที่ 3.6 มอบให้กระทรวงกลาโหมไว้ใช้งานลำเลียงผู้ป่วยทาง อากาศ โดยติดเครื่องหมายกาชาดที่ข้างลำตัวเพื่อสำแดงสถานะว่าเป็น “เครื่องบินพยาบาล” เมื่อการ ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศได้หยุดชะงักเครื่องบินทั้งสองจึงปลดประจำการ (สถาบันเวชศาสตร์การ บิน, ม.ป.ป., หน้า 10-11)



จาก สถาบันเวชศาสตร์การบิน. (ม.ป.ป.). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ. ปทุมธานี: สถาบันฯ, 11.

ภาพที่ 3.6 การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศไทยในอดีตและเครื่องบินพยาบาลไทยลำแรก ขัตติยนารี 1

หลังจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง เมื่อ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2475 กรมทหารอากาศได้ยกฐานะและขยายกำลังขึ้นเป็น “กองทัพอากาศ” ในปี พ.ศ. 2480 กำลังทางอากาศได้รับการพัฒนาเป็น อย่างมาก และในปี พ.ศ. 2484 เกิดสงครามมหาเอเชียบูรพา กองทัพอากาศ เคลื่อนกำลังเข้าสู่รัฐไทย เติม ทหารต้องผจญกับโรคภัยไข้เจ็บรวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดจากการรบด้วยบ้านเมืองขณะนั้นอยู่ใน สภาพที่ขาดแคลน การส่งหน่วยแพทย์และเวชภัณฑ์ไปร่วมกับกองทัพอากาศไปในสมรภูมิตามเป็น

สิ่งที่ยากลำบากมาก จอมพล ป. พิบูลสงคราม ผู้บัญชาการทหารสูงสุดได้มีบันทึกคำสั่งทหารเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทหารที่บาดเจ็บจากการรบไว้ตาม ม.ท. พายัพ 14 ม.ค. 2486 ความว่า...

“ตั้งแต่ 17 ม.ค. พ.ศ. 2486 เป็นต้นไป ทหารที่ต้องอาวูชในการรบหรือที่เจ็บหนัก นั้นมีความประสงค์จะส่งไปรักษาที่กรุงเทพฯ เป็นการด่วน จึงสั่งจัดการลำเลียงโดยเครื่องบินขึ้น ในความอำนวยการของ น.อำเภอ ช้าง นาวาสวัสดิ์ ให้ท่านสั่งรวบรวมชนคนเจ็บดังกล่าวนี้ และแจ้งจุดที่ให้หน่วยพยาบาลโดยเครื่องบินไปรับคนเจ็บมาให้ทราบโดยด่วน”

นอกจากนี้ยังสั่งการให้ใช้การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแล้ว ยังได้สั่งตั้ง การรักษาพยาบาลเขตหลัง สำหรับผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศโดยเฉพาะอีกด้วย นับว่าเป็นระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่ค่อนข้างสมบูรณ์ ดังปรากฏในบันทึกคำสั่งทหารอีกฉบับหนึ่ง ดังนี้ (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 12-13)

จอมพล ป.พิบูลสงคราม ถือเป็นผู้ที่ได้มีส่วนสนับสนุนสร้างความเจริญเรื่องการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศไทยท่านหนึ่งเห็นได้จากคำสั่งให้แม่ทัพพายัพกำหนด “สนามบินต้นทาง” และอนุญาตให้มีการจัดตั้ง โรงพยาบาลปลายทางในพระนคร และ เสนารักษ์พญาไท (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าในปัจจุบัน) ซึ่งไม่ปรากฏหลักฐานบันทึกว่าใช้เครื่องบินแบบใด และมีผู้ป่วยจำนวนเท่าใดในการบินลำเลียงทางไกลครั้งแรกของไทย ภายหลังสงครามมหาเอเชียบูรพาประเทศไทยประสบความผันผวนอย่างหนักเกือบอยู่ในฐานะผู้แพ้สงคราม กิจกรรมต่าง ๆ จึงซบเซาลง ต่อมาในสงครามเกาหลี จอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้ตัดสินใจส่งกองกำลังทหารไทยเข้าร่วมรบกับกองทัพสหประชาชาติครั้งนั้น กองทัพอากาศไทยได้ส่ง “หน่วยบินลำเลียง” พร้อมเครื่องบินสองเครื่องยนต์แบบ C-47 จำนวน 3 ลำ และ “ชุดทีมพยาบาลทางอากาศ” 1 ทีม เมื่อวันที่ 18 มิถุนายน พ.ศ. 2494 ร่วมในราชการสงครามครั้งนี้ ถือว่าเป็นหน่วยบินลำเลียงทางการแพทย์ไทยรุ่นแรก ที่เดินทางไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลทหารสหประชาชาติ กรุงโตเกียว สมทบกับหน่วยบินลำเลียงของกองทัพอากาศสหรัฐ เพื่อทำหน้าที่ดูแลรักษาพยาบาลทหารบาดเจ็บ และปฏิบัติงานลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศร่วมกับ หน่วย 648 First Aero medical Evacuation Group คือลำเลียงทหารบาดเจ็บจากแนวรบจากประเทศเกาหลีมารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลสหประชาชาติประเทศญี่ปุ่น บางครั้งมีการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจากญี่ปุ่นกลับประเทศไทยโดยเครื่องบิน C-54 ของ หน่วยลำเลียงและขนส่งทางอากาศ (Military Air Transport Services : MATS) เป็นการเปิดศักราชการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนอกประเทศร่วมกับชาติอื่นที่มีความชำนาญ ทำให้ได้รับประสบการณ์ที่มีประโยชน์ภายใต้โครงการช่วยเหลือทางทหารจากกองทัพอากาศสหรัฐ ด้วยการส่งแพทย์และพยาบาลไปศึกษาหลักสูตรแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน ที่โรงเรียนเวชศาสตร์การบินและอวกาศแห่งกองทัพอากาศสหรัฐ (USAF School of Aerospace Medicine) เป็นจำนวนหลายรุ่น แพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน เมื่อสำเร็จหลักสูตรได้กลับมาดำเนินการและ

วางรากฐานการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของกองทัพอากาศให้เป็นมาตรฐานทัดเทียมนานาชาติประเทศ (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 14)

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในประเทศไทย ยุคหลัง พ.ศ. 2493 (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 14-15) เป็นกิจการภายในเฉพาะกองทัพอากาศก่อน โดยลำเลียงผู้ป่วยมาจากหน่วยที่ตั้งต่างจังหวัด เข้ามารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ต่อมา ปี พ.ศ. 2511 ทางราชการได้ส่งกองกำลังทหารไทย ประกอบด้วยกองพลอาสาสมัคร 1 กองพล หน่วยซีเอสเอส ประกอบด้วย เรือรบหลวง 2 ลำ และหน่วยบินลำเลียงวิคตอรี เข้าร่วมกับ ชาติโลกเสรีในสงครามเวียดนามพร้อมกันนี้ได้จัดกองบัญชาการกองกำลังทหารไทยในสาธารณรัฐเวียดนามขึ้นที่กรุงไซ่ง่อน มีหน้าที่รับผิดชอบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศร่วมกับแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบินของกองทัพอากาศสหรัฐลำเลียงจากเวียดนามกลับมารับการรักษายาบาลในประเทศไทย โดยเครื่องบินไอพ่นสี่เครื่องยนต์ แบบ C-141 นับว่าเป็นการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนอกประเทศครั้งที่ 2 ของไทย

ยุทธการร่วมของสามเหล่าทัพ เพื่อवादล้างการก่อการร้ายในประเทศ ในปี พ.ศ. 2514 กองเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้จัดส่ง “ชุดลำเลียงทางอากาศส่วนหน้า” เข้าไปในพื้นที่การรบ ณ ฐานบินพิษณุโลกเพื่อปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วย (ทหาร ตำรวจ พลเรือน) ทางอากาศในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดเลย เพื่อกลับเข้ารับรักษายาบาลที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โรงพยาบาลอาภากรเกียรติวงศ์ และโรงพยาบาลตำรวจ กรมแพทย์ทหารบกได้จัดตั้ง “โรงพยาบาลสนามที่ 2” ใกล้สนามบินหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อใช้เป็นโรงพยาบาลส่งกลับของทหารบก การปฏิบัติร่วมคราวนี้นับได้ว่าเป็นการจัดระบบลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศโดยสามเหล่าทัพ ที่เกือบสมบูรณ์ตามหลักการและมีจำนวนผู้ป่วยที่ทำการลำเลียงทางอากาศรวมทั้งสิ้น 507 ราย รวมเที่ยวบินทั้งสิ้น 62 เที่ยวบิน และไม่มีรายงานผู้เสียชีวิตระหว่างการลำเลียงทางอากาศ ต่อมาปี พ.ศ. 2519 กรมแพทย์ทหารอากาศได้ทำการอบรมพยาบาลชายจำนวน 16 คน เป็นการเร่งด่วนเพื่อฝึกการปฏิบัติการค้นหาและช่วยชีวิตด้วยเฮลิคอปเตอร์เพื่อทำหน้าที่เป็นชุดกู้ภัยและลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศส่วนหน้า ผลงานดังกล่าว ทำให้ผู้บังคับบัญชาชั้นสูงทั้งทหารและพลเรือนให้ความสนใจและเห็นคุณประโยชน์ของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ กิจการนี้จึงขยายออกเป็นภารกิจระดับชาติโดยปริยาย และทางราชการได้ยกฐานะกองเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ ขึ้นเป็น “สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ” และจัดส่วนราชการเปลี่ยนแปลงจาก “แผนกลำเลียงและช่วยเหลืออากาศยานอุบัติเหตุ กองเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ” ขึ้นเป็น “ศูนย์ส่งกลับทางอากาศ” ในปลายปี พ.ศ. 2519 และเปลี่ยนชื่อเป็น ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหาร

อากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ เมื่อตุลาคม พ.ศ. 2539 เมื่อได้ขยายกิจการและยกฐานะมาถึงระดับนี้แล้ว จึงเกิดความจำเป็นที่ต้องผลิตบุคลากรสาขาเวชศาสตร์การบินขึ้นเอง ดังนั้น โรงเรียนเวชศาสตร์การบิน สถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ จึงได้เปิดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลเวชศาสตร์การบิน นอกจากนั้นยังได้นำรูปแบบการฝึก “การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยุทธวิธี” เพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์เมื่อเกิดกรณีพิพาทสงครามหรือรวมทั้งภัยพิบัติต่างๆด้วยเป็นประจำทุกปีเท่าที่งบประมาณจะอำนวยตลอดมาจนถึงปัจจุบัน (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 14-16)

ภายหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรที่เป็นศูนย์กลางการขับเคลื่อนกิจกรรมทุกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินระดับพลเรือน ต่อมาในปี พ.ศ. 2552 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ดำเนินการจัดทำ โครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ หรือ สกายด็อกเตอร์ (sky doctor) เป็นบริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ เพื่อพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างรวดเร็ว ทันทั่วถึง เท่าเทียม และมีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยไม่มีค่าใช้จ่าย (พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551) ทำให้พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย เปิดกว้างให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ก)

3.3.7.3 หลักการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ คือ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทางอากาศภายใต้การดูแลรักษาพยาบาลของชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เป็นปฏิบัติการทางการแพทย์ที่สามารถช่วยชีวิตมนุษย์ได้ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ห่างไกลเพียงใดทุก rincard แต่ไหน ทั้งในยามปกติ ยามสงคราม หรือในสถานการณ์ฉุกเฉิน ทั้งที่เป็นทหารและพลเรือน ซึ่งความจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือที่ดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในลักษณะที่สนับสนุนสอดคล้องกัน โดยทุกฝ่ายมีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันด้วยความมุ่งหมาย คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีจุดประสงค์หลัก เพื่อ นำผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลขั้นต่อไป นำผู้ป่วยไปรับการตรวจพิเศษบางประการ และ นำผู้ป่วยระยะพักฟื้นกลับบ้านหน่วยต้นสังกัดหรือภูมิภาคนาเดิม (Harding & Mills, 1993)

หลักเบื้องต้นของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จากทฤษฎีที่ว่าผู้ป่วยผู้ซึ่งสามารถทำการลำเลียงทางพื้นดินได้ย่อมลำเลียงทางอากาศได้ด้วยเช่นกันถ้าการเตรียมการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีความสมบูรณ์พร้อม กล่าวคือ อากาศยานลำเลียงผู้ป่วยมีระบบปรับความกดดันบรรยากาศภายในมีเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่มีความรู้ความชำนาญ มีอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์สำหรับทำการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ หากมีความพร้อมทั้ง 3 ด้าน สามารถทำการลำเลียง

ผู้ป่วยทางอากาศได้ โดยไม่ต้องมีข้อแม้ แต่หากไม่มีความสมบูรณ์พร้อมในปัจจัยที่กล่าว จึงมีความจำเป็น ต้องคัดเลือกเฉพาะผู้ที่สามารถเดินทางอากาศได้ โดยนำข้อมูลหลายอย่างทั้งด้านการบินและสภาพอาการของผู้ป่วยมาร่วมในการพิจารณาด้วย โดยยึดหลักที่ว่า การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจะต้องไม่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงไปกว่าเดิม (Martin, 1993)

ปฏิบัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอากาศยาน มีความแตกต่างจากการปฏิบัติทางการแพทย์ในโรงพยาบาล เพราะ

1. ข้อจำกัดด้านเนื้อที่ อากาศยานส่วนใหญ่คับแคบ พื้นที่ มีไม่มากอย่างหอผู้ป่วยภาคพื้น อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ ในการลำเลียงต้องมีขนาดกะทัดรัดหรือ ดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพภายในอากาศยาน
2. ข้อจำกัดด้านน้ำหนักบรรทุก เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบิน การนำสิ่งของขึ้นไปบนอากาศยานต้องคำนึงถึงน้ำหนักบรรทุก ดังนั้นอุปกรณ์ควรมีน้ำหนักเบา เวชภัณฑ์ต่างๆ ต้องจัดเตรียมเพื่อให้พร้อมใช้และเพียงพอตามจำนวนผู้ป่วยเท่านั้น
3. ข้อจำกัดด้านผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค การทำงานในอากาศยานไม่สามารถจัดให้มีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคไว้คอยให้คำปรึกษา เจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจึงต้องมีความรู้ความสามารถเพียงพอที่จะให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ทุกสาขาโรค
4. มีสถานการณ์ฉุกเฉินเฉพาะหน้าเกิดขึ้นตลอด การเดินทางด้วยอากาศยานเป็นการดำเนินการท่ามกลางภาวะแวดล้อมที่แตกต่างไปจากที่ผู้ป่วยเคยประสบขณะอยู่บนภาคพื้นดิน สภาพแวดล้อมในการเดินทางมีปัจจัยหลายอย่างที่อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น หรืออาจต้องเผชิญกับภาวะฉุกเฉินของอากาศยานได้ด้วยเหตุนี้ ทั้งแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน จึงต้องเป็นผู้ที่ให้ความรับผิดชอบสูงมีการเตรียมการและประเมินสถานการณ์ล่วงหน้าที่ดี มีจิตใจเข้มแข็ง แม้จะเผชิญอยู่กับเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย รวมทั้งต้องมีลักษณะผู้นำที่ดีทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ (Falcone, 1994)

Air Medical Physician Association (2003) อธิบายถึง การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีประโยชน์ 8 ประการ ดังนี้

1. ลดอัตราการเสียชีวิต
2. ลดอัตราทุพพลภาพชนิดถาวร
3. ลดระยะเวลาการรักษาความเจ็บป่วยในโรงพยาบาล
4. ลดจำนวนบุคลากรแพทย์และพยาบาลตลอดจนอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ ที่ต้องส่งไปสนับสนุนในพื้นที่ปฏิบัติการสู้รบ
5. ลดความคับคั่งของการจราจรทางภาคพื้นดิน

6. สามารถใช้ศูนย์การรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสูงในพื้นที่เขตหลังได้มากขึ้น
7. ช่วยทำให้ขวัญกำลังใจของทหารในเขตพื้นที่การสู้รบ หรือประชาชนในพื้นที่เกิดเหตุดีขึ้น
8. ทำให้กองกำลังทหารมีความคล่องตัว และเคลื่อนที่ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

3.3.7.4 โครงสร้างของการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

ผู้วิจัยได้แบ่งโครงการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในประเทศเป็น 2 ประเภท คือ โครงสร้างที่ดำเนินการโดยสพฉ. และโครงสร้างที่ดำเนินการโดยสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. โครงสร้างที่ดำเนินการโดย สพฉ. เป็นการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชนภายใต้การควบคุมของ กพฉ. โดยมีสายการควบคุมการจัดการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเป็น สองส่วนคือ ส่วนบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และส่วนปฏิบัติการระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ในการให้บริการอากาศยานพยาบาล จะให้ผ่านศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศซึ่งจะมีการประสานการให้บริการที่มีลักษณะการสร้างเครือข่ายความร่วมมือขอใช้ทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อประกอบกันเป็นชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินออกบริการประชาชน โครงสร้างการจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ สพฉ. ดำเนินการไว้พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ สายการบินบางกอกแอร์เวย์ สายการบินกานต์แอร์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) กระทรวงสาธารณสุขได้มีกองทุนที่ให้การสนับสนุนและให้บุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลในสังกัดเข้าร่วมช่วยเหลือให้บริการอากาศยานพยาบาลตลอดจนให้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ทั้งที่เป็นรถพยาบาลและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดสรรเงินงบประมาณในการดำเนินงานให้ สพฉ. บริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

2) กระทรวงกลาโหมประกอบด้วย กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ ให้การสนับสนุนพาหนะพร้อมนักบินที่ใช้ในการลำเลียงทางอากาศ การดำเนินงานให้ถือว่าเป็นหน้าที่งานปกติเหมือนต้นสังกัด ส่วนสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศให้การสนับสนุนด้านการฝึกอบรม การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศเบื้องต้นพัฒนานักบินที่ สพฉ. ส่งไปให้มีทักษะและประสบการณ์ทางด้านเวชศาสตร์การบิน และสำนักงานตำรวจแห่งชาติกระทรวงมหาดไทย

สนับสนุนจัดอากาศยานพร้อมนักบินเพื่อให้บริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศร่วมกับ สพล. เมื่อมีการร้องขอจากศูนย์ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน

3) กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สนับสนุนให้ ใช้อากาศยานของหน่วยงาน เมื่อได้รับการร้องขอความช่วยเหลือผ่านศูนย์ประสานงานของ สพล. เพื่อให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

4) สำหรับภาคเอกชน ได้แก่ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพซึ่งมีอากาศยานพยาบาลที่สมบูรณ์แบบที่สุดในภูมิภาคเอเชีย ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพจากองค์กรการบินแห่งประเทศยุโรป หรือที่ โรงพยาบาลกรุงเทพเรียกว่าสกายไอชียู (Sky ICU) มีเครื่องมือช่วยชีวิตที่ทันสมัยติดตั้งภายในอากาศยานพร้อมกับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญประจำอากาศยานพยาบาล พร้อมให้การสนับสนุนการเคลื่อนย้ายทางอากาศเมื่อได้รับการขอความช่วยเหลือจากสพล. อย่างไรก็ตามกรณีที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายในช่วงเวลาฉุกเฉิน สายการบินเช่นบางกอกแอร์ สายการบินกานต์แอร์ มีความพร้อมดำเนินการแต่ลักษณะการให้บริการต้องมีการนำส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาลเพื่อลำเลียงขึ้นอากาศยานในพื้นที่สนามบินทั้งต้นทางและปลายทางทั้งนี้ สพล. ต้องมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือทางการแพทย์จากภาคพื้นและเลือกทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเหมาะสม (อจรรย์ยะ แพงมา, 2554)

2. โครงสร้างที่ดำเนินการโดยสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ

1) การจัดตั้งหน่วย

ก. ภาวะปกติ มีการดำเนินการจัดตั้งดังนี้

ก) ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ จัดให้มีชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศประจำ พร้อมทั้งจะปฏิบัติการกิจลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ได้เมื่อได้รับคำขอลำเลียงทางอากาศ ตลอดจนติดต่อประสานหน่วยเกี่ยวข้องในการลำเลียงทางอากาศ และ โรงพยาบาลปลายทางในการจัดเตรียมรับผู้ป่วยเมื่ออากาศยานลำเลียงผู้ป่วยเดินทางถึงสนามบินปลายทาง หรือพื้นที่ที่อากาศยานสามารถขึ้น-ลงได้

ข) กองบินที่มีแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบินประจำอยู่ให้นายแพทย์เวชศาสตร์การบินทำหน้าที่นายแพทย์ลำเลียงทางอากาศ และพยาบาลเวชศาสตร์การบินทำหน้าที่นายทหารพยาบาลลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ หรือจัดชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แล้วแต่กรณี

ค) ฐานบินและฐานปฏิบัติการอื่นๆ ของกองทัพอากาศที่มีเจ้าหน้าที่สายการแพทย์ประจำอยู่ให้ทำหน้าที่ติดต่อประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์และอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ข. ภาวะฉุกเฉิน มีการดำเนินงานจัดตั้งดังนี้

ก) ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ เป็นศูนย์ควบคุมและประสานงานจัดแพทย์เวชศาสตร์การบินทำหน้าที่นายแพทย์ ลำเลียงทางอากาศ และพยาบาลเวชศาสตร์การบินทำหน้าที่นายทหารพยาบาลลำเลียงทางอากาศ ไปประจำอยู่ ณ กองลำเลียงทางอากาศ กรมควบคุมการปฏิบัติทางอากาศ หรือ ศูนย์ยุทธการทางอากาศ

ข) ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศจัดบุคลากร ทำหน้าที่ติดต่อประสานและควบคุมการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตลอดจนให้คำแนะนำและช่วยเหลือการปฏิบัติการกิจการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์

ค) สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ จัดนายแพทย์เวชศาสตร์การบินทำหน้าที่นายแพทย์ลำเลียงทางอากาศ หรือ ชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ไปประจำ ณ ฐานบินหรือฐานที่ตั้งปฏิบัติการต่าง ๆ หรือร่วมประสานงานกับหน่วยควบคุมทางอากาศยุทธวิธี ในการทำหน้าที่จัดการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ตามความจำเป็น

ง) กองบินต่างจังหวัด จัดนายแพทย์เวชศาสตร์การบินทำหน้าที่ นายแพทย์ลำเลียงทางอากาศ และ ชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ประจำที่โรงพยาบาล กองบินเพื่อทำหน้าที่ติดต่อประสานงานและควบคุมการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตลอดจนให้คำแนะนำและช่วยเหลือการปฏิบัติการกิจการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์

จ) ผูกบินปฏิบัติราชการสนามและฐานปฏิบัติการ หรือหน่วยควบคุม ทางอากาศยุทธวิธี อำนาจความสะดวกเกี่ยวกับสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับ เจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

2) ฝ่ายปฏิบัติการด้านการบิน กองลำเลียงทางอากาศ เป็นศูนย์กลางการ ปฏิบัติการของฝ่ายปฏิบัติการบินมีหน้าที่ควบคุม, อำนาจการและควบคุมการใช้อากาศยานเพื่อการ ลำเลียงทางอากาศทุกภารกิจรวมทั้งการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศด้วย ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นภารกิจ หน่วยบินลำเลียง เป็นหน่วยรับผิดชอบอากาศยานโดยตรง ได้แก่ เครื่องบินลำเลียงและหรือ เฮลิคอปเตอร์ที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เป็นผู้สนับสนุนและให้ความร่วมมือเกี่ยวกับการ จัดบรรจุผู้ป่วยขึ้นและลงจากอากาศยานด้วย สนามบิน เป็นที่วิ่งขึ้นและลงของอากาศยานลำเลียง ผู้ป่วยทางอากาศ เป็นที่ส่งผู้ป่วยขึ้นหรือลงจากอากาศยาน โดยปกติมักอยู่ใกล้เคียงกันหน่วยแพทย์ที่ เกี่ยวข้อง ในภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศได้กำหนดสนามบินที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ก. สนามบินต้นทาง คือ สนามบินที่นำผู้ป่วยขึ้นอากาศยานเพื่อเริ่มการ ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

ข. สนามบินปลายทาง คือ สนามบินที่นำผู้ป่วยลงจากอากาศยาน เป็นอันสิ้นสุดการลำเลียงทางอากาศ สำหรับผู้ป่วยรายนั้น

ค. สนามบินกลางทาง คือ สนามบินที่อากาศยานแวะลงจอด แต่มิใช่สนามบินต้นทางหรือสนามบินปลายทางของผู้ป่วยรายนั้น อาจเป็นการแวะจอดชั่วคราวหรือจอดค้างคืนก็ได้ การพิจารณาว่าเป็นสนามบินต้นทาง หรือสนามบินปลายทาง หรือสนามบินกลางทางนั้น เป็นการพิจารณาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สนามบินเดียวกันอาจเป็นสนามบินปลายทางสำหรับผู้ป่วยรายหนึ่ง แต่เป็นสนามบินต้นทางสำหรับผู้ป่วยอีกรายหนึ่งก็ได้

3.3.7.5 การให้บริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ

การปฏิบัติเพื่อขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในภาคพลเรือน โดย สพจ.ดำเนินการตามรายละเอียด ดังภาพที่ 3.3 พังชั่นตอนการขอเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาลหน้า 166 ส่วนการขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศผ่านกองทัพอากาศ (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 23-31) กระทำโดย เริ่มจาก การร้องขอบริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การให้บริการด้านการแพทย์ และการให้บริการด้านอากาศยานพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้ (Rhee & O'Malley, 1994)

1. การร้องขอบริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การดำเนินงานคำร้องขอใช้บริการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ของกองทัพอากาศมีขั้นตอนต้องปฏิบัติดังนี้

1) หน่วยผู้ขอการลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ เขียนแบบฟอร์มคำขอการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตามที่สถาบันเวชศาสตร์การบินกำหนด ส่งคำขอผ่านหน่วยที่ตั้งของกองทัพอากาศในพื้นที่ และให้ นายแพทย์ลำเลียงทางอากาศ พยาบาลเวชศาสตร์การบินทำหน้าที่ นายทหารพยาบาลลำเลียงทางอากาศหรือเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศประจำกองบิน พิจารณาความเร่งด่วนและความจำเป็นในการใช้อากาศยาน แล้วส่งคำขอผ่านศูนย์ข่าว กองสื่อสารโทรคมนาคม กรมสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ทหารอากาศ ถึงศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงเพื่อการเตรียมการ

2) หน่วยปฏิบัติการร่วม เขียนแบบฟอร์มคำขอการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตามที่สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ กำหนด ส่งคำขอผ่านหน่วยในระบบควบคุมทางอากาศยุทธวิธี ผ่านศูนย์ข่าว กองสื่อสารโทรคมนาคม กรมสื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ทหารอากาศ ถึงศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ เพื่อการเตรียมการ

3) กรณีเร่งด่วนทางการแพทย์จำเป็นต้องลำเลียงทันที ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ ประสานกับกรมส่งกำลังบำรุง เพื่อพิจารณาดำเนินการขออนุมัติใช้อากาศยาน

4) กรณีไม่เร่งด่วนทางการแพทย์ ศูนย์ลำเลียงทางอากาศยานแพทย์ ประสานกับกรมส่งกำลังบำรุง เพื่อพิจารณาดำเนินการอนุมัติใช้อากาศยาน และที่สำคัญต้องมีการประสานงานเตรียมสนามบินต้นทางและปลายทางดังนี้

ก. การเตรียมส่งผู้ป่วยที่สนามบินต้นทาง ให้หน่วยแพทย์ต้นทางที่ขอลำเลียงทางอากาศยานแพทย์ เป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยไว้ให้พร้อมที่จะทำการลำเลียงขึ้นอากาศยานได้ทันทีเมื่ออากาศยานเดินทางไปถึงสนามบินต้นทาง

ข. การเตรียมรับผู้ป่วยที่สนามบินปลายทาง ให้หน่วยแพทย์ปลายทาง ซึ่งต้องรับผู้ป่วยที่ทำการลำเลียงทางอากาศไว้ทำการรักษาต้องเตรียมการให้พร้อมรับผู้ป่วยได้ทันที และดำเนินการลำเลียงผู้ป่วยทางภาคพื้น เมื่ออากาศยานเดินทางถึงสนามบินปลายทาง

2. การให้บริการด้านการแพทย์ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น คือ หลักเกณฑ์พิจารณาผู้ป่วย การจัดส่วนปฏิบัติการ และ บทบาทผู้ปฏิบัติการต้นทาง

1) หลักเกณฑ์การให้บริการทางการแพทย์ ประกอบด้วย

ก. การคัดเลือกผู้ป่วย (Patient selection) ก่อนที่จะส่งคำขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเวชศาสตร์การบินจะต้องนำข้อพิจารณาต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ มาพิจารณาประกอบด้วย คือ สภาพของผู้ป่วยสามารถทนต่อความรุนแรงของสภาพอากาศขณะลำเลียงได้หรือไม่ ผู้ป่วยต้องการการรักษาพยาบาลพิเศษแบบใดที่โรงพยาบาลปลายทาง ผู้ป่วยอาจต้องอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดในการบิน ที่มีผลต่อโรคหรืออาการบาดเจ็บของผู้ป่วย ผลต่อขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย เนื่องจากได้รับการรักษาพยาบาลที่อยู่ใกล้หรือไกลจากครอบครัว ความจำเป็นที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากบริเวณที่มีการสู้รบ หรือบริเวณที่เกิดภัยธรรมชาติเพื่อความปลอดภัยของตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยทุกรายสามารถที่จะทำการลำเลียงทางอากาศได้ แต่ผู้ป่วยต่อไปนี้ต้องมีการติดต่อประสานเป็นพิเศษ ตลอดจนการวางแผนเป็นอย่างดี ได้แก่ ผู้ป่วยโรคติดต่อ ซึ่งอยู่ในระยะติดต่อ ผู้ป่วยหนัก ที่อยู่ในสภาพที่คาดว่าจะเสียชีวิตในขณะลำเลียง ผู้ป่วยที่ผูกมัดขากรไกรทั้ง 2 ลักษณะ ผูกมัดขากรไกรด้วย แผ่นยางยึด (rubber bands) ต้องมีการไกรเตรียมพร้อมไว้กับผู้ป่วยและผูกมัดขากรไกรโดยใช้ลวด (wire cutters) จะต้องเตรียมกรไกรตัดลวด) ผู้ป่วยที่มีภาวะเกี่ยวกับระบบการหายใจ ผู้ป่วยหัวใจวาย (cardiac failure) และ ผู้ป่วยโลหิตจาง ผู้ป่วยที่มี ฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ต่ำกว่า 805 gm/dl หรือ Hematocrit ต่ำกว่า 30% ผู้ป่วยโลหิตจางเรื้อรังไม่มีเลือดออกหรือผู้ป่วยที่มีเลือดออกอย่างรุนแรงภายใน 24 ชั่วโมงก่อนบิน

ข. การจัดประเภทผู้ป่วย (Patient classification) จัดเป็นผู้ป่วยประเภทรุนแรงหรือหนักขึ้นอยู่กับการวินิจฉัยโรคและความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ทางเวชศาสตร์การบิน แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ประเภท คือ

ก) ประเภท 1 (Class I) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ประเภท 1 ก (class IA) ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรงต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ต้องได้รับ ยาระับประสาท และต้องผูกมัดอยู่บนเปล ประเภท 1 ข (class IB) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตปานกลาง ต้องได้รับยาระับประสาท จัดเป็นผู้ป่วยนอนเปลไม่ต้องผูกมัด แต่ต้องเตรียมเครื่องผูกมัด (restraints) ไว้พร้อมบนเปลผู้ป่วย ประเภท 1 ค (class IC) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตที่ไม่มีอาการทางจิต ไว้วางใจได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลจัดเป็นผู้ป่วยนั่ง

ข) ประเภท 2 (Class II) ได้แก่ ผู้ป่วยนอนเปลทั้งหมด ที่ไม่ใช่ผู้ป่วยโรคจิต แบ่งเป็น ประเภท 2 ก (class IIA) ได้แก่ ผู้ป่วยนอนเปลที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองและไม่สามารถที่ช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ประเภท 2 ข (class IIB) ได้แก่ ผู้ป่วยนอนเปล สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง นั่งได้และอาจจะอนุญาตให้ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งที่ที่นั่งได้ และสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ค) ประเภท 3 (Class III) ได้แก่ผู้ป่วยนั่งที่ไม่ใช่กับผู้ป่วยโรคจิตแต่ต้องการให้การดูแลรักษาพยาบาลระหว่างทำการลำเลียง

ง) ประเภท 4 (Class IV) ได้แก่ ผู้ป่วยนั่งไม่ต้องการรักษาพยาบาลในระหว่างทำการลำเลียงเช่น ผู้ป่วยนั่งกลับด้านสังกัดหรือส่งไปรับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ

ก. การจัดอันดับความเร่งด่วน (Movement precedence) ผู้ป่วยสามารถเดินทางจากหน่วยแพทย์ต้นทางไปถึงหน่วยแพทย์ ปลายทางได้เร็วเพียงใด ขึ้นอยู่กับการจัดอันดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยนั้น การตัดสินใจในการจัดอันดับความเร่งด่วนเป็นความรับผิดชอบของแพทย์เวชศาสตร์การบินที่ประจำอยู่ที่หน่วยแพทย์ต้นทาง การจัดอันดับความเร่งด่วน แบ่งออกเป็น

อันดับ 1 ด่วนที่สุด (Urgent) ผู้ป่วยที่ต้องการลำเลียงด่วนที่สุด เพื่อเป็นการช่วยชีวิตช่วยไม่ให้เกิดความพิการของร่างกายและดวงตา หรือป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น อากาศยานที่ใช้ในการลำเลียงอาจจะกำลังบินอยู่และมีคำสั่งให้รับผู้ป่วยหรือเดินทางออกจากฝูงบินทันทีที่ได้รับคำขอ

อันดับ 2 เร่งด่วน (Priority) ผู้ป่วยที่ต้องการลำเลียงโดยเร็วภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาพยาบาลเป็นพิเศษซึ่งหน่วยแพทย์ต้นทางไม่สามารถให้การรักษาพยาบาลได้

อันดับ 3 ตามกำหนดเวลา (Routine) ผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ต้องการลำเลียงภายใน 72 ชั่วโมงหรือตามกำหนดเวลาปกติของตารางการบินของอากาศยานที่ใช้ลำเลียงได้แก่ ผู้ป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ไม่มีความเร่งด่วนทางการแพทย์หรือผู้ป่วยพักฟื้นและส่งกลับต้นสังกัด

ง. การเตรียมผู้ป่วย (Preparation of patient) การเตรียมผู้ป่วยเพื่อลำเลียงทางอากาศเป็นหน้าที่อีกประการหนึ่งของหน่วยแพทย์ต้นทาง ได้แก่ การเตรียมทางด้านจิตใจ (mental preparation) ควรให้ผู้ป่วยได้รับคำชี้แจง (briefing) ก่อนการเดินทาง โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการเดินทางอย่างย่อ ๆ เช่น เดินทางเมื่อไร จากที่ไหนไปที่ไหน เดินทางกี่ชั่วโมง ถ้ามีการค้างคืนจุดค้างคืนที่ใด เมื่อถึงสนามบินปลายทางแล้วจะเดินทางอย่างไรต่อไปจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง ชนิดของอากาศยานที่ใช้ในการลำเลียงและสภาพอากาศ การเตรียมเครื่องใช้ส่วนตัว (physical preparation) เสื้อผ้าและการแต่งกาย ผู้ป่วยนอนเปลให้แต่งชุดของโรงพยาบาลต้นทาง ผู้ป่วยนั่งเก้าอี้เป็นทหารแต่งชุดเครื่องบิน ขกเว้นกรณีเร่งด่วน ควรดูแลให้ผู้ป่วยแต่งกายให้เหมาะสมกับสภาพดินฟ้าอากาศ กระเป๋าเดินทาง ควรแยกของใช้จำเป็นไว้ในกระเป๋าใบเล็กเพื่อสะดวกใช้ระหว่างการเดินทาง ดัดผมและกระเป๋าทุกใบให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการหยิบผิดหรือสูญหาย เรื่อง อาหาร ในกรณีไม่เร่งด่วน ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้เรียบร้อยเสียก่อน ในกรณีเร่งด่วนควรเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยในเที่ยวบินนั้น ๆ ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค ควรให้โรงพยาบาลต้นทางจัดเตรียมให้ด้วย ยากควรให้ผู้ป่วยได้รับอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลเดิม ทั้งยาฉีดและยารับประทาน ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยเตรียมให้พร้อมและเพียงพอตามเวลาและขนาดของยา ดัดป้ายชื่อผู้ป่วยทุกราย ผู้ป่วยนั่งติดป้ายชื่อที่หน้าอกหรือข้อมือ ผู้ป่วยนอนเปลผูกป้ายข้อมือหรือผูกเปลนอน ข้อมูลที่ป้ายชื่อประกอบด้วย ชื่อนามสกุล อายุ โรค ประเภท และสนามบินต้นทาง-ปลายทาง ควรเขียนตัวโต ชัดเจนและอ่านง่าย เงินและของมีค่า ไม่ควรนำติดตัวผู้ป่วย ในรายที่จำเป็นต้องทำบัญชีสิ่งของให้จัดทำเป็น 4 ชุด สำหรับหน่วยแพทย์ต้นทาง 1 ชุด ติดตัวผู้ป่วย 1 ชุด ให้กับหัวหน้าชุดลำเลียง 2 ชุด เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลปลายทาง 1 ชุด และเก็บไว้ที่หัวหน้าชุดลำเลียง 1 ชุด

การเตรียมผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะโรคต่าง ๆ ให้ปฏิบัติ ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีบาดแผลควรทำแผลและเปลี่ยนผ้าพันแผลก่อนทำการลำเลียง (dressing) ควรเตรียมอุปกรณ์สำหรับเปลี่ยนผ้าปิดแผลในกรณีที่มี ของเหลวหรือสารที่ขับออกมา (discharge) ขณะลำเลียง แต่ไม่ควรทำแผลในขณะลำเลียง เปือก (cast) ผู้ป่วยใส่เปือกต้องรอให้เปือกแห้งก่อนทำการลำเลียงอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ควรมีบันทึกข้อมูลวันบาดเจ็บ ผ่าตัด และวันใส่เปือกไว้ด้วย เปือกใหญ่ควรทำ ลิ้นปิดเปิดคู่ (bi-valved) ไว้และใช้ ผ้าพันแผลที่ยืดหยุ่นได้ (elastic bandage) พันเพื่อป้องกันผลของ เนื้อเยื่อที่อ่อนนุ่ม (soft tissue) ขยายตัวขณะทำการบิน ผู้ป่วยที่ทำ ศัลยกรรมสร้างทวารหนักเทียมโดยเปิดเข้าไปในลำไส้ใหญ่ (colostomy) ต้องเปลี่ยนถุงปฏิกูลใหม่และต้องเตรียมถุงปฏิกูลสำรองไว้เปลี่ยน เพราะในขณะลำเลียงผู้ป่วยอาจมี การขับสิ่งปฏิกูลออกมากขึ้นเนื่องจากการขยายตัวของแก๊สในกระเพาะอาหาร ตรวจสอบ ท่อระบายช่องปอด (chest tube) สายที่ต่อขวดและระดับน้ำในขวด โดย

ปกติแล้วจะไม่ทำการลำเลียงผู้ป่วยที่ถอดท่อระบายช่องปอด (chest tube) ออกน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และภายหลังจากถอดท่อระบายออกแล้วต้อง ฉายรังสีทรวงอก (chest X-ray) เพื่อให้แน่ใจว่าปอดขยายตัวเต็มที่แล้ว ผู้ป่วยที่ให้สารน้ำทดแทน (fluid) ไว้แล้วควรเตรียม Fluid สำรองไว้เพียงพอตลอดการลำเลียงและควรเป็นชนิดบรรจุในถุงพลาสติก ในรายที่ผู้ป่วยใส่ท่อ (tube) อยู่แล้วไม่ควรถอดออกก่อนทำการลำเลียง เพราะอาจเกิดปัญหาในขณะทำการลำเลียงได้ ผู้ป่วยที่ใช้นาฬิกชนิดตุ้มถ่วง ต้องเปลี่ยนเป็นแบบถ่วงอยู่กับที่ (collins' traction) ผู้ป่วยที่ใช้ไม้ค้ำยันเดิน ควรให้ผู้ป่วยนอนเปล โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะขึ้นและลงจากอากาศยาน ส่วนการเตรียมการทางด้านการรวบรวมประวัติการตรวจรักษา ฟิสิโอเอกซเรย์พร้อมผลเอกซเรย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง เขียนใบรายงานประจำตัวผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศ เพื่อส่งมอบให้เจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ใบส่งตัวผู้ป่วยถึงหน่วยแพทย์ปลายทาง บัญชีสิ่งของ ต่าง ๆ การเตรียมการด้านอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การจัดรถพยาบาลเพื่อนำผู้ป่วยจากหน่วยแพทย์ต้นทางมาส่งที่ลานจอดอากาศยาน เจ้าหน้าที่ของหน่วยแพทย์ต้นทาง ติดต่อประสานกับหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเพื่อส่งมอบรายงานหลักฐานต่าง ๆ ตลอดจนรายงานการรักษาอาการของผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับผู้ป่วย อาหารและยา ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเปลี่ยนเปลให้ผู้ป่วย และยกเปลผู้ป่วยนอนขึ้นอากาศยานและร่วมเดินทางและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลปลายทาง เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ปลายทางมีหน้าที่จัดเตรียมรถพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วย รับรายงานและหลักฐานของผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียง ตรวจสอบสิ่งของของผู้ป่วยให้ครบถ้วนและให้การพยาบาลต่อเนื่องจากภาคอากาศ เจ้าหน้าที่หน่วยแพทย์ระหว่างทางการลำเลียงเป็นหน่วยแพทย์ที่พักค้างคืนระหว่างทางการลำเลียงหรือแวะชั่วคราว มีหน้าที่รับผู้ป่วยไว้รักษาชั่วคราวและให้การรักษาต่อเนื่อง เก็บรักษาเวชภัณฑ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ให้การสนับสนุนจัดเวชภัณฑ์และอุปกรณ์เครื่องใช้เพิ่มเติมตามความเหมาะสม และประเมินสภาพอาการของผู้ป่วยก่อนลำเลียงทางอากาศต่อไป

จ. การวางแผนก่อนทำการบิน (Preflight planning)

เจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศทุกคนต้องเรียนรู้กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ และการบินตลอดถึงทางออกฉุกเฉินของอากาศยาน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการวางแผน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน การวางแผนล่วงหน้าและการเตรียมการที่ถูกต้องเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการที่จะมีชีวิตรอดเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินของอากาศยาน ก่อนภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแต่ละเที่ยวบิน หัวหน้าลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จะให้คำแนะนำต่าง ๆ แก่เจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศทุกคน ตลอดจนมอบหมายความรับผิดชอบเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินในระหว่างบิน โดยเฉพาะในเที่ยวบินที่จะต้องบินข้ามทะเล ก่อนออกเดินทางหัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต้องทำแผนเกี่ยวกับภาวะ

ฉุกเฉินที่อากาศยานซึ่งอาจต้องร่อนลงน้ำกรณีจำเป็น และมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ รับผิชอบเลื้อยกู้ผู้ป่วยคนไหนออกจากประตูฉุกเฉินใด (emergency exit) เพื่อความเป็นระเบียบและเพื่อความรวดเร็วในการลำเลียงผู้ป่วยออกจากอากาศยาน หัวหน้าชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเข้าใจว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างใด เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่น เมื่อเห็นสัญญาณคสบูบหรือรัศมีเข้มชัดจะต้องปฏิบัติตามทันที ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ที่บินผ่านทะเลต้องอธิบายวิธีใช้เสื้อชูชีพ ภาวะฉุกเฉินของอากาศยานที่พบเสมอ ๆ ได้แก่ กระแสลมแปรปรวน (turbulence) การสูญเสียความกดดันภายในห้องโดยสาร (decompression) การเกิดเพลิงไหม้ (fire) อากาศยานร่อนลงฉุกเฉินบนบก (crash landing) และ อากาศยานร่อนลงฉุกเฉินในน้ำ (ditching)

2) การจัดส่วนปฏิบัติการ

ก. ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ เป็นศูนย์กลางของฝ่ายปฏิบัติการด้านการแพทย์ มีหน้าที่พิจารณาคำขอการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศด้วยเหตุผลทางแพทย์ จัดชุดเจ้าหน้าที่ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ พร้อมด้วยอุปกรณ์เวชภัณฑ์เพื่อปฏิบัติการกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตลอดจนควบคุม ช่วยเหลือ และประสานงานกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นภารกิจ

ข. ชุดส่งกลับทางอากาศส่วนหน้า เป็นส่วนแยกของศูนย์ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสายแพทย์ซึ่งจัดตั้งอยู่ในพื้นที่ปฏิบัติการเพื่อให้ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ มีความคล่องตัวปฏิบัติงานได้เป็นอิสระ ได้แก่ การพิจารณาคำขอลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จัดเตรียมเจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพร้อมด้วยอุปกรณ์เวชภัณฑ์ในขอบเขตจำกัด ติดต่อประสานงานกับหน่วยเกี่ยวข้องในพื้นที่และรายงานเหตุการณ์ผลการปฏิบัติต่อศูนย์ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศสายแพทย์ ณ ที่ตั้งปกติอย่างต่อเนื่อง การจัด “ชุดส่งกลับทางอากาศส่วนหน้า” จัดตั้งขึ้นเฉพาะการปฏิบัติงานสนามหรือเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือมีสาธารณภัยเท่านั้น

ค. สถานพยาบาล เป็นหน่วยรักษาพยาบาลทุกระดับ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย โดยรับผู้ป่วยไว้รักษาพยาบาล ส่งต่อ และดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จนสิ้นสุดการรักษาพยาบาล สถานพยาบาลเหล่านี้ ในภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ กำหนดให้เป็นสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องดังนี้ หน่วยแพทย์ต้นทางหรือโรงพยาบาลต้นทาง เป็นหน่วยแพทย์เจ้าของผู้ป่วยที่ส่งคำขอการลำเลียงทางอากาศ หรือที่จะนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการลำเลียงทางอากาศ

ง. หน่วยแพทย์ปลายทางหรือโรงพยาบาลปลายทาง เป็นหน่วยแพทย์ปลายทางที่จะรับผู้ป่วยไว้ให้การตรวจ หรือการรักษาพยาบาลตามความประสงค์ในคำขอ

จ. หน่วยแพทย์หรือโรงพยาบาลระหว่างทางการลำเลียงหรือสถานพักผู้ป่วยค้างคืนกลางทางเป็นการชั่วคราว สำหรับกรณีที่เป็นการบินเดินทางระยะไกลมาก หรือมีเหตุจำเป็นบางประการที่จะต้องค้างคืนกลางทาง สถานพักผู้ป่วยนี้มีขีดความสามารถค่อนข้างจำกัด

ฉ. สถานที่เตรียมลำเลียงทางอากาศ ในการจัดระบบที่เต็มรูปแบบมักนิยมจัดสถานเตรียมผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศไว้อีกชั้นหนึ่ง ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางจะเคลื่อนย้ายมาพัก ณ สถานที่นี้เพื่อรับการปฏิบัติทางการแพทย์ หรือรับการรักษายาบาลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ผู้ป่วยมีสภาพเหมาะสมแก่การเดินทางทางอากาศเสียก่อนอย่างน้อยหนึ่งคืนสถานที่นี้มักจะอยู่ภายในฐานบินของสนามบินต้นทาง มีเตียงประมาณ 150 เตียง ขยายขนาดเพิ่มได้ถึง 300 เตียง สามารถให้การรักษายาบาลแก่การเจ็บป่วยที่หายได้ภายใน 3 วัน ทำการผ่าตัดไม่ได้ ถ้าปรากฏว่าผู้ป่วยรายใดมีอาการทรุดลงไม่เหมาะสมแก่การเดินทางทางอากาศให้ส่งคืนโรงพยาบาลต้นทางหรือย้ายเข้าโรงพยาบาลใกล้เคียง สถานที่เตรียมผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศนี้ เรียกว่า “Aero medical Staging Facility” (ASF) สำหรับโครงสร้างการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของกองทัพอากาศไทย ไม่ได้จัดให้มีสถานที่เตรียมผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศเหมือนกับระบบที่เต็มรูปแบบ เว้นแต่ในกรณีจำเป็นก็อาจพิจารณาใช้โรงพยาบาลกองบินในพื้นที่หรือโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ ซึ่งอยู่ใกล้กับสนามบินต้นทางเป็นสถานที่เตรียมผู้ป่วยลำเลียงทางอากาศเป็นการชั่วคราวได้

3. การให้บริการด้านอากาศยานพยาบาล

1) การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศส่วนหน้า (Forward aero medical evacuation) เป็นการลำเลียงผู้ป่วยจากจุดสถานที่เกิดเหตุห่างไกล ทูรกันดารหรือจากเขตการรบ (combat zone) เข้ามายังพื้นที่รักษายาบาลขั้นต้น (aid station) เพื่อรับการรักษายาบาล (initial treatment) ซึ่งอยู่ในเขตการรบเดียวกันจัดเป็นการบินระยะทางไกล ๆ อากาศยานที่ใช้เป็นประเภทขึ้นลงทางดิ่งหรือใช้ทางวิ่งสั้น มักเป็นการปฏิบัติการกิจในสถานการณ์บีบบังคับเช่นระหว่างการสู้รบ ทั้งนี้วิธีการปฏิบัติไม่คำนึงถึงข้อห้ามทางการแพทย์ใด ๆ (medical contraindication) ไม่มีการคัดเลือกผู้ป่วยหรือ เตรียมผู้ป่วยใด ๆ จุดประสงค์คือ ต้องการนำผู้ป่วยออกมาส่งให้ถึงที่รักษายาบาลขั้นต้นให้ได้โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการรักษายาบาลในอากาศยานเพียงเล็กน้อย เจ้าหน้าที่ผู้ทำการลำเลียงผู้ป่วยอาจไม่ใช่แพทย์หรือพยาบาล ในขั้นตอนนี้นิยมใช้เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการพิเศษ ซึ่งผ่านการอบรมการปฐมพยาบาลสนาม หรือ Emergency Medical Technician Paramedic course (EMT-P) ดังนั้นการลำเลียงประเภทนี้ เป็นความรับผิดชอบของกองกำลังจากภาคพื้น

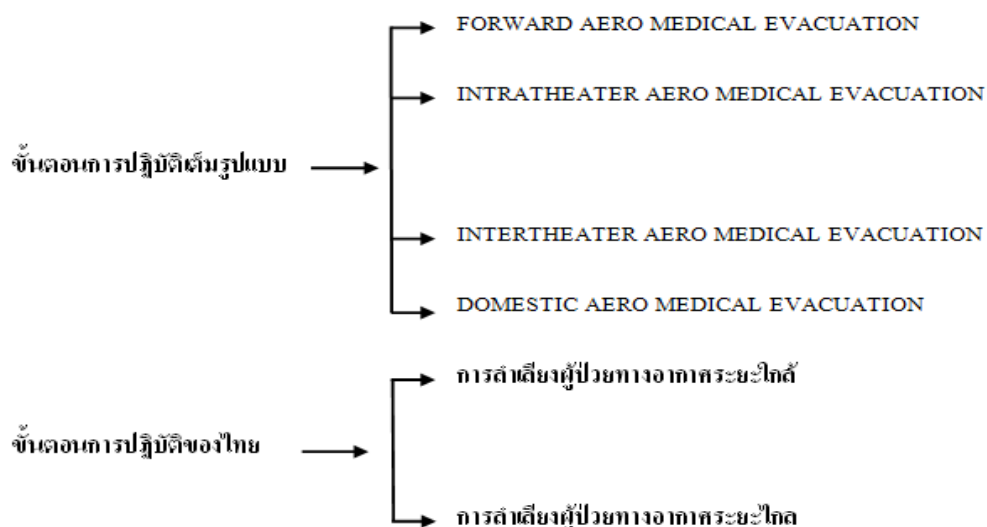
2) การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศภายในยุทธบริเวณ (Intra theater aero medical evacuation) เป็นการลำเลียงผู้ป่วยจากสถานที่รักษายาบาลขั้นต้นในเขตการรบเดียวกัน ไปรับ การรักษายาบาลขั้นต่อไปในสถานรักษายาบาลระดับโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในยุทธบริเวณเดียวกัน

อากาศยานที่ใช้มีระบบปรับความกดดันภายใน สามารถดัดแปลงเพื่อติดตั้งเปลเพราะเป็นการบินระยะกลางถึงระยะไกล จึงต้องมีการพิจารณาคัดเลือกผู้ป่วย มีการเตรียมผู้ป่วยโดยคำนึงถึงข้อห้ามทางการแพทย์และมีการรักษาพยาบาลขณะลำเลียง ขั้นตอนนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลขั้นต้น (initial treatment) มาก่อนจนมีสภาพเหมาะสมแก่การเคลื่อนย้ายทางอากาศ อากาศยานที่ใช้ได้แก่ C-130 C-7 C-21 และ KC-135 เจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต้องเป็นแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน หรือผู้ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์การบิน อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกองทัพอากาศ

3) การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศระหว่างยุทธบริเวณ (Inter theater aero medical evacuation) เป็นการลำเลียงผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางภายในยุทธบริเวณไปยังโรงพยาบาลปลายทางที่อยู่นอกยุทธบริเวณ หรือกลับสู่แผ่นดินแม่ ใช้กฎข้อห้ามทางแพทย์ต่าง ๆ เข้ามาพิจารณาโดยเคร่งครัด มีการรักษาพยาบาลหรืออาจทำการผ่าตัดย่อยกลางอากาศหากจำเป็น เจ้าหน้าที่ปฏิบัติการลำเลียงต้องเป็นแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน เป็นการบินระยะทางไกลมาก เช่น ข้ามทวีปหรือข้ามมหาสมุทร อากาศยานที่ใช้เป็นอากาศยานลำเลียงไอพ่นขนาดใหญ่ มีระบบปรับความกดดันภายใน เช่น C-17, KC-135, KC-10, C-141 หรือ C-5 เจ้าหน้าที่ชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศต้องเป็นแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน หรือผู้ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์การบิน

4) การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศภายในประเทศ (Domestic aero medical evacuation) เป็นการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต้นทางไปสู่โรงพยาบาลปลายทางที่ต่าง ๆ ตั้งอยู่ในประเทศ ใช้ข้อห้ามทางการแพทย์เข้ามาพิจารณาโดยเคร่งครัด เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติต้องเป็นแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน อาจเป็นการบินระยะใกล้หรือไกล สุดแต่ว่าโรงพยาบาลต้นทางหรือปลายทางห่างกันเพียงใด ในทางทหารขั้นตอนนี้อาจจัดเป็นการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในยุทธบริเวณอีกยุทธบริเวณหนึ่งซึ่งเรียกว่า “Intra Theater in CONUS” (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 23-31)

การแบ่งขั้นตอนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศมีจุดประสงค์ คือ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพักผ่อนในระหว่างขั้นตอนการลำเลียง และ อาการเจ็บป่วยบางประการอาจรักษาให้หายได้ในโรงพยาบาลสนามขั้นต้น จึงอาจจะหยุดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศลง ณ ขั้นตอนที่เหมาะสมได้โดยไม่ต้องส่งกลับประเทศเสมอไปและรูปแบบขั้นตอนการลำเลียง ที่กองทัพอากาศสหรัฐอเมริกาใช้ปฏิบัติสามารถสรุปตามแผนภาพที่ 3.7



จาก สถาบันเวชศาสตร์การบิน. (ม.ป.ป.). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ. ปทุมธานี: สถาบันฯ., 24.

ภาพที่ 3.7 ขั้นตอนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของกองทัพอากาศ

นอกจากขั้นตอนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ 4 ขั้นตอน ดังได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว กองทัพสหรัฐอเมริกายังมีการจัดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่เรียกว่า “ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยุทธวิธี” (tactical aero medical evacuation) เพื่อใช้ในยามสงครามหรือในสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติตามธรรมชาติหรือภัยจากสาเหตุอื่นที่มีผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนเป็นจำนวนมาก ส่วนของไทยมีการปฏิบัติเพียง 2 ขั้นตอน คือ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศระยะใกล้ เทียบได้กับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศส่วนหน้า เป็นการลำเลียงจากที่เกิดเหตุมายังที่รักษาพยาบาลต้นทางหรือโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด หรือโรงพยาบาลค่าย การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศระยะไกล เทียบได้กับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในยุทธบริเวณหรือภายในประเทศ จากส่วนภูมิภาคเข้าสู่โรงพยาบาลของแต่ละเหล่าทัพ หรือโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร

5) คุณลักษณะของอากาศยานลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศส่วนหน้าเนื่อง จากการเป็นปฏิบัติในเขตการรบหรือเขตทุรกันดาร ไม่มีสนามบินเตรียมไว้ให้ขึ้นลงเสมอไป หรืออาจเป็นสนามบินขนาดเล็กที่ไม่สมบูรณ์แบบ อากาศยานจึงเป็นแบบที่ขึ้นลงได้ในทางดิ่งหรือใช้ทางวิ่งขึ้นและลงสนามเพียงสั้น ๆ ที่เรียกว่า Vertical/ Short Take off and Landing (V/STOL) สำหรับในประเทศไทยนิยมใช้คือเฮลิคอปเตอร์ สำหรับการลำเลียงผู้ป่วยทาง

อากาศยานตอนอื่น ๆ ใช้เครื่องบินลำเลียงตั้งแต่ขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ ซึ่งมีลักษณะดังนี้ ใช้เครื่องยนต์ไอพ่น หรือกังหันไอพ่น ตั้งแต่สองเครื่องยนต์ขึ้นไป สามารถจอดบนสนามบินได้ ลักษณะราบ ขนานพื้น ท่อนหางยกสูง มีประตูและทางลาด (cargo door and ramp) ด้านหลัง เปิดขึ้นลงได้ ห้องผู้โดยสารภายในเครื่องบินควรเป็นแบบห้องสี่เหลี่ยม (rectangular) ซึ่งปฏิบัติงานได้ดีกว่าแบบทรงกระบอก (cylindrical) ควรมีระบบปรับความกดดันบรรยากาศในเครื่องบิน (pressurized cabin) อากาศยานที่ใช้ในการลำเลียงและส่งกลับทางอากาศ กองทัพอากาศได้จัดอากาศยานเพื่อใช้ในการภารกิจลำเลียงและส่งกลับทางอากาศไว้หลายแบบ ได้แก่ C-130 AVRO-748 BT-67 NOMAD UH-1H ในปัจจุบันภารกิจลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ใช้อากาศยานแบบ C-130 (32-93 เปล) และ BELL UH-1 (1-6 เปล) เป็นหลัก มีเพียงบางเที่ยวบินเท่านั้น ที่ใช้อากาศยานแบบอื่น ๆ ตามความเหมาะสม อากาศยานแบบปีกหมุนที่ทางกองทัพอากาศจัดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกรณีขอใช้ เป็นอากาศยานปีกหมุน แบบ UH-1H ในยุคสงครามเวียดนามสร้างขึ้นสำหรับบรรทุกทหาร 15 ที่นั่ง และได้ดัดแปลงให้เป็นเฮลิคอปเตอร์สำหรับการส่งกลับทางอากาศสายการแพทย์ทั้งในภาวะปกติและมีสงคราม หรือภารกิจกู้ภัย เมื่ออากาศยานอื่น ๆ เกิดอุบัติเหตุ มีความเร็วสูงสุด 120 ไมล์ทะเลต่อชั่วโมง พิสัยบิน 240 ไมล์ สามารถ บรรทุกผู้ป่วยนั่งได้ 9 คน สามารถติดตั้งเปลผู้ป่วยได้ มาก ถึง 6 เปล มีเจ้าหน้าที่ประจำ คือ นักบินที่ 1 นักบินที่ 2 ช่างอากาศ 1 คน เจ้าหน้าที่ประจำรอกกว้าน 1 คน (ในภารกิจกู้ภัย) พลประจำปืน 1 คน (ในภารกิจสนับสนุนกำลังทางอากาศ) พยาบาลเวชศาสตร์การบินหรือเจ้าหน้าที่กู้ภัย 1-2 คน การติดตั้งเปลใน UH-1H ติดตั้งที่ห้องโดยสารหลังที่นั่งนักบินที่ 1 และ 2 โดยถอดเก้าอี้ผู้โดยสารออกติดตั้งได้ 2 แถว ตามขวางของลำตัวเครื่องบิน แถวละ 3 เปล ติดเสารองรับเปลในที่ติดตั้งตรงกลางห้องพักผู้โดยสาร ข้างละ 2 ต้น สายรับเปล (strap) อยู่ในกระเป๋าแขวนบนเพดานเครื่อง เมื่อจะใช้ปลดสาย Strap ให้ห้อยลงมา เมื่อนำเปลผู้ป่วยเข้าติดที่หัวรับเรียบร้อยแล้ว จึงยึดสายรัด Strap กับพื้นเครื่องที่หัวรับให้แน่น

3.3.8 ตัวอย่างการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยทั้งเครื่องบิน และเฮลิคอปเตอร์ ในภารกิจทางทหารและตำรวจ โดยกองทัพอากาศได้จัดตั้งหน่วยที่เกี่ยวข้องกับการลำเลียงทางอากาศคือ สถาบันเวชศาสตร์การบิน ทำหน้าที่ให้บริการด้านลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ตรวจสอบสภาพผู้ทำการทางอากาศ ฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์การบิน กองทัพบก กองทัพเรือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งกลับทางอากาศ และที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมคือการดำเนินงานของ สกายไอชียู จากโรงพยาบาลเอกชน ที่นำระบบเคลื่อนย้ายทางอากาศให้บริการประชาชนและการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่มีนโยบายตั้งโครงการช่วยเหลือประชาชนโดยการแพทย์ฉุกเฉินทาง

อากาศในปี พ.ศ. 2552 ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียดเป็นสองภาคส่วนคือ หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานเอกชน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.3.8.1 ผู้ให้บริการภาครัฐ การใช้อากาศยานพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐ ในอดีตอยู่ในลักษณะการบริการเฉพาะทหาร ดำรง ที่ปฏิบัติหน้าที่แล้วได้รับบาดเจ็บ จึงมีการนำส่งทางอากาศเพื่อความรวดเร็วในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการนำอากาศยานเพื่อให้บริการสาธารณสุขกับชุมชน เกิดขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2507 โดยมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (Princess Mother's Medical Volunteer) หรือ (พอสว.) ที่นำทีมแพทย์ทางอากาศเข้าให้บริการในชุมชน ท้องที่ทุรกันดารต่าง ๆ ที่ระบบสาธารณสุขยังเข้าไม่ถึง ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกการให้บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลและเป็นต้นแบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศไทย ในภาวะไม่ปกติเช่นเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติในท้องที่ต่าง ๆ อากาศยานทางทหารจะถูกระดมเรียกใช้เพื่อสนับสนุนภารกิจให้การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย เช่น นำส่งเวชภัณฑ์ ยารักษาโรค อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มแก่ผู้ประสบภัยรวมถึงให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัยออกจากพื้นที่อันตราย และนำส่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉินสู่โรงพยาบาล ความเป็นได้ของอากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ประชาชนโดยภาครัฐเริ่มเป็นรูปธรรมหลังจากสถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีนโยบายที่ต้องการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยให้มีการบริการครบทุกรูปแบบทั้งทางบก ทางอากาศ ทางน้ำ จึงได้จัดทีมเฉพาะกิจเพื่อทำแผนปฏิบัติการเพื่อขอมติอนุมัติให้เป็นโครงการเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศทั้งนี้ ได้อาศัยพื้นฐานการวางระบบของการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นมาก่อนเพื่อค้นหาวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่พิเศษ ทุรกันดาร ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์เนื้อหาพื้นฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ก่อนที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเข้ามามีบทบาทสำคัญโดยนำอากาศยานพยาบาลเข้ามาสนับสนุนการปฏิบัติการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่เดิมในลักษณะต่อ ยอดเสริมการให้บริการในระดับการช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินขึ้นสูงดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียด ของสภาพการแพทย์ฉุกเฉินของไทยที่ได้มีการให้บริการก่อนและหลัง ผลของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เห็นภาพรวม และอุปสรรคของการบริการ ที่จำเป็นต้องนำอากาศยานพยาบาลมาสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.3.8.2 ผู้ให้บริการภาคเอกชน มีจำนวน 2 รายที่มีความชัดเจนและสามารถรวบรวมข้อมูลวิจัยคือ โครงการนภาแพทย์ ที่ให้บริการ ก่อนมี สพฉ. และ บริษัทบางกอกเฮลิคอปเตอร์ เซอร์วิสจำกัดที่ให้บริการและเป็นภาคีกับ สพฉ. ดังรายละเอียด

1. โครงการนภาแพทย์เกิดจาก การประสานความร่วมมือกันระหว่างบริษัทเอกชน รัฐวิสาหกิจ สามเหล่าทัพ และทีมงานสถานีวิทย์ข่าวสารจารจร จังหวัดศ. 100 สร้างเป็นเครือข่าย

อากาศยานพยาบาล เพื่อบริการรับ ส่งผู้ป่วย และขนส่งเลือดตลอดจนอวัยวะ ภายใต้การบริหารจัดการของ ม.ล. ปิยะ มาลากุล ณ อยุธยา ผู้บริหาร บริษัท แปซิฟิก คอร์ปอเรชั่น จำกัด เพื่อแก้ปัญหาบริการทางการแพทย์ แก่สังคมที่ขาดแคลน มิได้แสวงหาผลกำไรแต่ดำเนินงานที่เรียกเก็บค่าตอบแทนจากบุคคลที่มีฐานะเพื่อนำรายได้มารองรับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มีฐานะยากจน ในขณะที่เป็นการบริการด้านสวัสดิภาพความปลอดภัยให้กับกลุ่มผู้นำในสังคม และนักธุรกิจ ผู้เชี่ยวชาญต่างชาติ ที่มาลงทุนในประเทศไทย จึงได้ขอความร่วมมือในการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ซึ่ง พลเอก เชมฐา ฐานะจาโร ผู้บัญชาการทหารบกเห็นด้วยกับ การส่งกลับทางอากาศ (air medivac) ที่เป็นการระดมทุนสามารถนำผู้ป่วยส่งไปยังสถานพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ จึงพิจารณาให้หน่วยสายวิสาหกรรมการบิน คือ ศูนย์การบินทหารบก และ กองการบิน กรมการขนส่งทหารบก สนับสนุนโดยมีการดำเนินการดังนี้

1) ศูนย์อำนวยการของโครงการนภาแพทย์ คือ สถานีวิทยุข่าวสารจราจร จส. 100 ช่วยเหลือประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) ศูนย์ปฏิบัติการ โครงการนภาแพทย์ คือ สนามบินบางพระ อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี เป็นศูนย์อากาศยานปีกตรึง (fixed wing)

3) ศูนย์การปฏิบัติการของ เฮลิคอปเตอร์พยาบาล คือ กองการบิน กรมการขนส่งทหารบก กองพลที่ 11 บางเขน กรุงเทพมหานคร โดยได้รับการสนับสนุน อากาศยานปีกหมุนแบบ BELL 212 ติดตั้งเปลพยาบาลจากกองทัพบก จำนวน 1 เครื่อง เพื่อนำมาปฏิบัติการภายในรัศมี 200 ไมล์ (ประมาณ 370 กิโลเมตร) รอบ กรุงเทพมหานคร รวมกับ เฮลิคอปเตอร์ แบบ BELL 206B (jet ranger) ของโครงการนภาแพทย์เอง

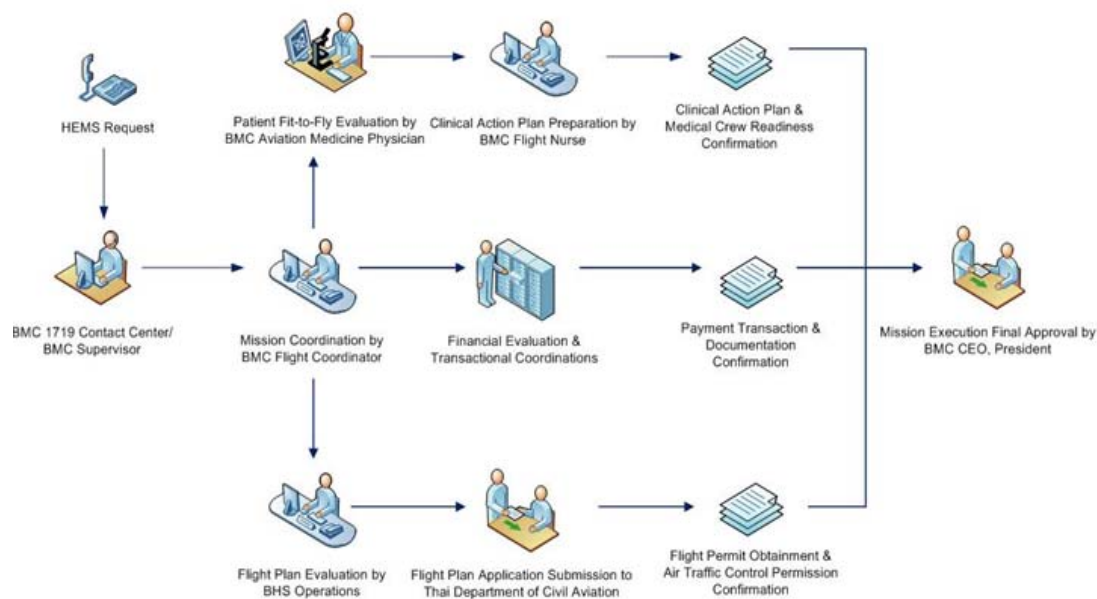
ลักษณะการดำเนินการ เมื่อได้รับการร้องขอจากแพทย์เจ้าของคนไข้มายังโครงการ ทางวิทยุสื่อสารจะประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีบินช่วงกลางคืนจะดำเนินการให้ขึ้นลงเฉพาะสนามบินที่ทำการตลอด 24 ชั่วโมงเท่านั้น ทางโครงการจัดแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขาและแพทย์ที่มีความรู้ด้านเวชศาสตร์การบินเป็นผู้ดูแล และทำหน้าที่วินิจฉัยในการบินรับ ส่งผู้ป่วย เพื่อการตัดสินใจร่วมกับแพทย์เจ้าของไข้ แล้วให้พยาบาลเวชศาสตร์การบินร่วมเดินทาง หากผู้ป่วยมีอากาศหนักมากจะเลือกใช้เฮลิคอปเตอร์ นำส่งต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง ทั้งนี้การให้บริการ ในช่วงเมษายนถึงธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผู้ขอใช้บริการจำนวน 45 ราย แต่สามารถให้บริการได้ 39 ราย โดยมีสาเหตุ จากอากาศยานไม่พร้อมใช้งาน และอุปกรณ์ยังชีพไม่พอเพียง ต่อมาโครงการได้ยุติลงเนื่องจากไม่สามารถจัดหางบประมาณมาสนับสนุนการบริหารจัดการ และผู้ให้บริการมีข้อท้วงติงในการคิดค่าบริการที่ค่อนข้างสูง แม้จะเห็นด้วยกับแนวคิดการช่วยเหลือก็ตาม (กึกก้อง คุสมิธ, 2541)

2. บริษัทบางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสจำกัด เป็นหน่วยงานเอกชนรายแรกที่น่า บริการอากาศยานพยาบาลโดยใช้ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพเป็นฐานบินคือบริษัทบางกอก เฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสจำกัด (Bangkok Helicopter Services: BHS) เกิดขึ้นโดยความร่วมมือระหว่าง บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) และ บริษัท การบินกรุงเทพ จำกัด มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์เวช บริภัณฑ์และปฏิบัติการ โดยทีมแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบิน เปิดตัวให้บริการครั้งแรกเมื่อ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2551 ภายใต้ชื่อ BMC-HEMS Sky ICU ทะเบียน HS-BHS จัดได้ว่าเป็น เฮลิคอปเตอร์การแพทย์ภาคเอกชน รายเดียวในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สัญชาติไทย ที่ ลงทุนติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ช่วยชีวิต ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานยูรามี การช่วยเหลือขั้นสูง Certified ALS จากสถาบันเวชศาสตร์การบินแห่งภูมิภาคยุโรป EURAMI Accreditation (European Aero Medical Institute, 2008) ที่ปฏิบัติการด้วยแพทย์และพยาบาลมีวุฒิบัตรและประสบการณ์เวช ศาสตร์การบิน และแพทย์เฉพาะทางกรณีจำเป็น เพื่อให้บริการผู้ป่วยประเภท บาดเจ็บสาหัส ภาวะ โรคหัวใจ โรคเกี่ยวกับเด็กแรกคลอด สูตินรี กุมารเวช การรักษาแผลไหม้ และ ภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ ภายในระยะเวลา เพียง สองอาทิตย์ หลังเปิดตัว ก็สามารถปฏิบัติการกิจแรกจากการนำผู้ป่วยฉุกเฉิน จากเมืองพัทยามาส่งที่โรงพยาบาลกรุงเทพอย่างสำเร็จด้วยความรวดเร็ว

ฐานปฏิบัติการบิน ตั้งอยู่ที่ ศูนย์เวชศาสตร์การบินกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพ อินเตอร์เนชั่นแนล ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ เลขที่ 2 ซอยสุขุมวิทจัย 7 ถนนเพชรบุรีตัด ใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร มีลานขึ้นลงเฮลิคอปเตอร์ที่สร้างขึ้นบนดึก สามารถปฏิบัติการได้ตลอด 24 ชั่วโมง ด้วยการใช้ความร่วมมือด้านสถานที่ อุปกรณ์ บุคลากรทาง การแพทย์ในระดับตติยภูมิ ของ 4 โรงพยาบาลในบริเวณศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ คือ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลกรุงเทพหัวใจ โรงพยาบาลวัดโสมนัส โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์ เนชั่นแนล ที่พร้อมให้บริการ

การขอใช้บริการ ขั้นตอนแรก แจ้งเหตุฉุกเฉิน หมายเลข 1719 กับศูนย์รับแจ้ง เหตุการณ์ฉุกเฉิน จากนั้นพนักงานที่รับแจ้งนำภารกิจให้หัวหน้าฝ่ายประสานการบินรับทราบ เพื่อ นำรายละเอียดอาการผู้ป่วย กระจายไปยัง 2 ส่วนคือ ส่งให้แพทย์เวชศาสตร์การบินประเมินความ พร้อมของผู้ป่วยที่สามารถรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และส่งให้ฝ่ายปฏิบัติการบิน เพื่อทำรายงานแผนการบินกับกรมการบินพาณิชย์เพื่อขออนุมัติบิน ลำดับต่อไป หัวหน้าฝ่าย ประสานการบิน ดำเนินเรื่องการประเมิน ค่าใช้จ่าย และทำรายงาน สรุป ยืนยันค่าใช้จ่าย เอกสาร ส่วนหนึ่ง ส่งไปยังผู้บริหารฝ่ายเพื่อขออนุมัติให้บินขณะที่ แพทย์เวชศาสตร์การบินที่รับเรื่อง ดำเนินการจัดเตรียมเบิก เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และแจ้งให้ทีมเวชศาสตร์ พร้อมปฏิบัติ

หน้าที่ แล้วทำรายงานสรุปส่งให้ผู้บริหารอนุมัติบิน เอกสารส่วนที่สอง ฝ่ายปฏิบัติการบินสรุปการขออนุมัติที่ได้ยื่นต่อกรรมการบิน พาดิชย์เพื่อเป็นรายงาน ให้กับผู้บริหารฝ่ายอนุมัติบิน เอกสารส่วนที่สาม หัวหน้าฝ่ายประสานการบินรวบรวมเอกสารทั้ง 3 ส่วน นำยื่นต่อผู้บริหารเพื่อขออนุมัติเปิดปฏิบัติการบินดังรายละเอียดสรุปตามภาพที่ 3.8



จาก สุตัสพันธุ์ ขจรบุญ. (2553). การบริการทางการแพทย์ด้วยอากาศยานและประสบการณ์
การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศภาคเอกชน [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. กรุงเทพฯ:
ศูนย์เวชศาสตร์การบินบริษัททางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเซสจำกัด.

ภาพที่ 3.8 กระบวนการดำเนินงานเพื่อปฏิบัติการบิน สกายไอชียู

สำหรับอัตราค่าบริการคำนวณจากเวลาที่ใช้ปฏิบัติการบินจริง ซึ่งใช้ค่าบริการอัตรา ชั่วโมงละ 120,000 บาท หรือ 2,000 บาทต่อหน้าที่ ตั้งแต่เริ่มบินจนกลับมาสู่ฐาน หรือโรงพยาบาลในเครือ ที่นำส่งโดยแบ่งการคำนวณเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ค่าบริหารจัดการอากาศยาน เช่น ค่าเชื้อเพลิงการบิน ค่าบริการจราจรทางอากาศ และค่าบริการสถานที่ขึ้นลงอากาศยานรวมกัน

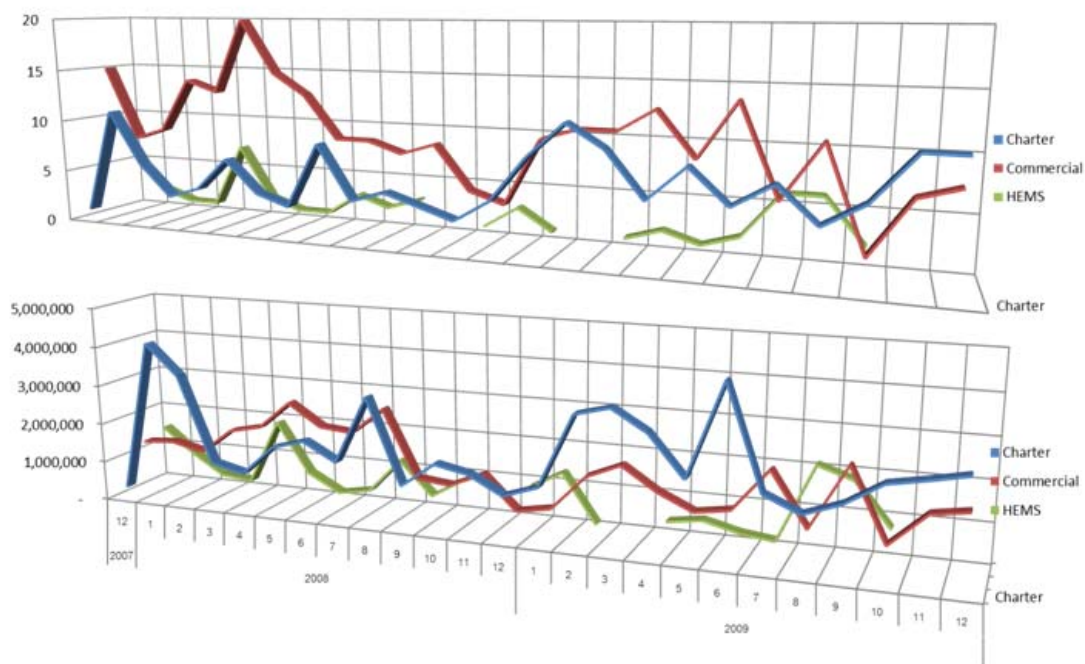
ส่วนที่สอง ค่าบริการทีมบุคลากร ได้แก่ ค่าบริการแพทย์ อัตรา ชั่วโมงแรก 9,000 บาท ชั่วโมงต่อไป 4,500 บาท ค่าบริการพยาบาล อัตรา ชั่วโมงแรก 3,600 บาท ชั่วโมงต่อไป 1,800 บาท

ส่วนที่สาม คือ นำส่วนที่หนึ่งและสองรวมกัน

ส่วนที่สี่ คือ ค่าบริการ CIQ (Custom-Immigration-Quarantine) ได้แก่ สุลการตรวจคนเข้าเมือง และกักกัน เมื่อต้องเดินทางออกนอกราชอาณาจักรหรือรับผู้ป่วยเข้าราชอาณาจักร และ

ส่วนที่ 5 คือค่าธรรมเนียมการบริหารจัดการ คิอัตราร้อยละ 5 ของยอดรวมค่าบริการทั้งหมด จาก (ส่วนที่หนึ่ง บวก ส่วนที่สอง บวก ส่วนที่ 3 และส่วนที่ 4) และที่กฎหมายกำหนดให้คิดค่าภาษีมูลค่าเพิ่มอีกร้อยละ 7 เมื่อนำมาคำนวณเบ็ดเสร็จ จะได้ตัวเลขค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น โดยทั่วไปประมาณชั่วโมงละ 152,165 บาท หรือนาทีละ 2,536 บาท นอกจากนี้ บริษัทบางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสจำกัด ยังได้ให้บริการอากาศยานพยาบาลครบทุกรูปแบบ เช่น การเช่าเหมาลำ การขอแบ่งพื้นที่นั่งสายการบินเป็นเปลพยาบาล การติดตามนำส่งผู้ป่วยกลับภูมิลำเนา เป็นต้น

สถิติที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลในช่วง 2 ปี (ค.ศ. 2008-2009) โดยรวบรวมจาก 3 ลักษณะการให้บริการ คือ (1) ประเภทสายการบินมีการขอใช้บริการสูงถึง 20 ครั้งในช่วงเมษายน และ 15 ครั้ง ในช่วงเดือนมีนาคม และพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2008 โดยเฉลี่ยประมาณ 10 ครั้งต่อเดือนอย่างต่อเนื่อง (2) ประเภทเช่าเหมาลำ ส่วนใหญ่เป็น คิงแอร์ (KING AIR) และ บีชีคราฟ (BEECH CRAFT) ซึ่งเป็นการเช่าเหมาลำ เครื่องบินพร้อมนักบิน แต่ใช้ทีมแพทย์เวชศาสตร์ของโรงพยาบาลกรุงเทพ มีการขอใช้บริการสูงสุด 11 ครั้งในเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2009 และ 10 ครั้งในเดือนพฤศจิกายนและธันวาคมปีเดียวกันการให้บริการเป็นลักษณะอย่างต่อเนื่อง (3) ส่วนประเภทเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ลักษณะการขอใช้บริการมีไม่ต่อเนื่อง มีบางช่วงไม่มีผู้ขอใช้บริการเช่น ในช่วง ตุลาคม ปี ค.ศ. 2008 และช่วง มีนาคม ปี ค.ศ. 2009 ตรงนี้เป็นเหตุให้ทางผู้บริหาร ตัดสินใจเป็นพันธมิตรกับสพจ.ในการขนานอากาศยานพยาบาลเข้าบริการประชาชน แทนที่จะปล่อยให้อากาศยานอยู่นิ่งโดยไม่มีรายได้เข้า อย่างไรก็ตาม เฮลิคอปเตอร์พยาบาล ได้มีการขอใช้บริการสูงสุดถึง 12 ครั้ง ในเดือน เมษายน ปี ค.ศ. 2008 กรกฎาคม และสิงหาคม ปี ค.ศ. 2009 โดย เฉลี่ย 3 ครั้งต่อเดือน ส่วนรายได้ ของอากาศยานพยาบาล ส่วนใหญ่มาจากประเภทเช่าเหมาลำและสายการบินเพื่อบินข้ามประเทศ โดยเช่าเหมาลำทำรายได้สูงถึง 4 ล้านบาทในช่วงปลายเดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ. 2009 โดยเฉลี่ยทำรายได้ประมาณ 2 ล้านบาทต่อเดือน รองลงมาคือประเภทสายการบิน ทำรายได้เฉลี่ย 1.5 ล้านบาทต่อเดือน ขณะที่เฮลิคอปเตอร์พยาบาลทำรายได้สูงสุด 2 ล้านบาทในเดือนสิงหาคม ปี ค.ศ. 2009 และทำรายได้เฉลี่ย 1 ล้านบาทต่อเดือน ซึ่งรายละเอียดสามารถดูได้จากภาพที่ 3.9



จาก ซาติชาย สุภาพ. (2554). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์การบินบริษัททางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเซสจำกัด

ภาพที่ 3.9 ประเภท รายได้ และการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลของ BMC

จะเห็นได้ว่าภาคเอกชนได้เตรียมพร้อมรับนโยบายประเทศไทยกับการเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และการบินในภูมิภาคโดยการนำอากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชนทำให้สามารถสร้างผลกำไรจากบริการดังกล่าวและการขอใช้บริการดังกล่าวมีแนวโน้มจะมีสูงขึ้นเนื่องจากระบบประกันสุขภาพได้เข้าร่วมเป็นพันธมิตรธุรกิจเสนอผลิตภัณฑ์ บริการนำส่งฉุกเฉินทางอากาศฟรีให้ลูกค้าที่ซื้อประกัน ทำให้ฐานลูกค้าในตลาดประกันเติบโตไปพร้อม ๆ กับการเติบโตทางธุรกิจการเคลื่อนย้ายทางอากาศ

3.3.9 ตัวอย่างการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติในประเทศไทย

3.3.9.1 กรณีคลื่นยักษ์สึนามิ ถล่ม 6 จังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย ในเช้าวันอาทิตย์ที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2547 เวลาประมาณ 08.00 น. เกิดแผ่นดินไหวรุนแรงศูนย์กลางที่ประเทศอินโดนีเซีย ทำให้เกิดมีคลื่นยักษ์ถล่มชายฝั่งทะเลภาคใต้ของประเทศไทยทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมากต่อมา กรมกิจการพลเรือนกองทัพอากาศได้รับการติดต่อประสานความช่วยเหลือจึงขอให้

สถาบันเวชศาสตร์การบิน จัดชุดลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ เดินทางไปกับเครื่องบิน C-130 เพื่อไปดูแลสุขภาพและเตรียมพร้อมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทีมลำเลียงจากสถาบันเวชศาสตร์การบิน ชุดแรก พบปัญหาคือการส่งเฮลิคอปเตอร์เพื่อไปช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากเกาะต่าง ๆ ทำไม่ได้ ในทันที เนื่องจากเชื้อเพลิงเฮลิคอปเตอร์ไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถบินไปทำการช่วยเหลือได้ ในวันแรกนี้เหตุการณ์ทั่วไปโกลาหล เครื่องช่วยโทรศัพท์มือถือไม่สามารถใช้งานได้ บางพื้นที่ไม่มี ไฟฟ้าใช้ เจ้ากรมแพทยทหารอากาศได้ส่งทีมสัลยแพทย์ของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ไปช่วย รักษาผู้ประสบภัยที่โรงพยาบาลภูเก็ต ส่วนชุดลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ติดตามสถานการณ์ เพื่อ เตรียมพร้อมออกปฏิบัติงาน และเวลา 24.00 น. ได้รับคำขอจากแพทย์ประจำพระองค์วังสุโขทัยให้ จัดส่งชุดลำเลียงทางอากาศ 1 ชุด เดินทางไปกับเครื่องบิน C-130 เพื่อเตรียมลำเลียง คุณพุ่ม เจนเซน กลับ กรุงเทพมหานคร

วันที่ 27 ธันวาคม พ.ศ. 2547 ทีมลำเลียงเครื่องบิน C-130 จำนวน 2 ทีม เดินทางไป ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ประสบภัยส่วนใหญ่มีอาการไม่หนักมาก มีบาดแผล กระดูกแขนหัก ซึ่งสามารถ จัดเป็นผู้ป่วยนั่งได้ แต่มีจำนวนมากชนิดแน่นเครื่องบินไม่มีทางเดิน การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความ ลำบาก พบข้อขัดข้องของการลำเลียง คือ ไม่มีข้อมูลรายละเอียด ของจำนวนผู้ป่วยที่ต้องลำเลียง และมีอาการอย่างไร ไม่สามารถประเมินสภาพก่อนทำการบิน และเมื่อรับผู้ป่วยมาแล้วไม่มีโอกาส ตรวจดูแลสภาพอาการ พบปัญหาการสื่อสารระหว่าง ทีมชุดลำเลียงกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้ป่วย ต่างชาติ และไม่ทราบว่าเมื่อลำเลียงถึงท่าอากาศยาน ปลายทางกรุงเทพฯแล้วจะไปรักษาที่ โรงพยาบาลไหนต่อ จึงได้แก้ไขโดยประสานขอรถพยาบาลจากศูนย์เรนทร และ โรงพยาบาลภูมิ พล โรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ช่วยลำเลียงผู้ป่วย ไปยังโรงพยาบาลที่ต้องการ แต่ด้วยการขาดระบบ จัดการที่ดี ทำให้มีปัญหาของการระดมรถพยาบาลจำนวนมาก ทั้งจากมูลนิธิการกุศลที่มารอรับ ผู้ป่วยจนเกิดภาวะการแย่งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ลำเลียงภาคพื้นจึงแก้ ปัญหา โดยห้ามบุคคลใดขึ้นไปรับ ผู้ป่วยบนเครื่องบินโดยนำผู้ป่วยลงมาทำการคัดแยกอาการที่บริเวณส่วนท้ายเครื่องบินก่อนแล้วจึง จัดคิวเรียกรถพยาบาลเข้ามารับ สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่หนัก การทำอากาศยานแห่งประเทศไทย ได้ช่วยนำรถที่ใช้รับผู้โดยสารขึ้นเครื่องบินมารับผู้ป่วยไปดำเนินการดูแลต่อ ณ บริเวณห้องรับรอง ของการทำอากาศยาน เช่น ทำแผล จัดอาหารให้รับประทาน ตลอดจนหาเครื่องนุ่งห่ม (บางคน สูญเสียทุกอย่างไม่มีแม้แต่เสื้อผ้าติดตัว) ดำเนินบ่งชี้ตัว บุคคล โดยมีเจ้าหน้าที่จากสถานทูตมาดูแล ตลอดจนบริการจัดตัวเครื่องบินให้ ในกรณีทีพร้อมจะเดินทางกลับ ส่วนที่ยังไม่พร้อมจะให้พักที่ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ศูนย์รังสิต สำหรับการบ่งชี้ กรณีผู้ป่วย ระบุได้โดยการมีแผล หรือร่องรอย การบาดเจ็บ ทีมผู้ปฏิบัติงาน นักบินใช้ชุดบิน ส่วนหน่วยแพทย์ใช้ชุดที่ใช้ในการปฏิบัติงาน Mass

casualty คือ เลื่อนกาชาด เพื่อแสดงตนว่าเป็นบุคลากรจากหน่วยงานลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของ กองทัพอากาศ ทำให้ง่ายต่อการประสานงาน

วันที่ 28 ธันวาคม พ.ศ. 2547 จัดส่งชุดลำเลียงภาคเช้า 1 ชุดพร้อมด้วยเปล 10 เปล เพื่อลำเลียงผู้ป่วยที่มีอาการหนักและจัดทีมลำเลียงทางอากาศ เพิ่มอีก 2 ชุดพร้อมเครื่องบิน (C-130) 2 ลำ พร้อมนำสิ่งของบรรเทาสาธารณภัยไปส่งที่ภูเก็ติดอนขาไปและจากกลับจะรับผู้ป่วยกลับ กทม. เมื่อเดินทางถึงได้ดำเนินการประเมินผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่สนามบินภูเก็ต เลื่อนนำผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงลำเลียงกลับมาก่อน ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากและมีโอกาสจะเกิดปัญหาจากการลำเลียงฯ เช่น การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ (fracture cervical), การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (fracture spine) และ อาการช็อก (shock) โดยจะแก้ไขอาการ ช็อกก่อน กรณีที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ปัญหาการแยกประเภทผู้ป่วย ดำเนินการโดยแยกทีมลำเลียงทางอากาศ เป็น 2 ชุด โดย ชุดที่ 1 ดำเนินการประเมินสภาพผู้ป่วย ณ จุดรวมผู้ป่วย และชุดที่ 2 ดำเนินการติดตั้งเปล ที่เครื่องบิน ทีมคัดแยกนำผ้าสำหรับผูกข้อมือผู้ป่วยเตรียมไว้ใช้แยกประเภทในกรณี อุบัติเหตุกลุ่มชนและวินาศภัย (mass casualty) มาใช้ คือ ผู้ป่วยนอนอาการไม่หนักใช้สีเหลืองการลำเลียงจะ ใช้เปลบน ผู้ป่วยการหนักที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษใช้สีแดง เพื่อการดูแลเป็นพิเศษ โดยนำเปลติดตั้งใกล้พื้นเพื่อสามารถให้ การพยาบาลได้สะดวก ใช้วิทยุสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงาน ระหว่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานบนเครื่องบินกับเจ้าหน้าที่จุดรวบรวมคนไข้ภาคพื้นซึ่งอยู่ห่างกันประมาณ 500 เมตร ใช้รถพยาบาลขนส่ง นำผู้ป่วยจากจุดรวบรวมไปยังเครื่องบิน โดยเลือกผู้ป่วยสีเหลืองเคลื่อนย้ายก่อน ผู้ป่วยสีแดง เพื่อความสะดวกในการจัดผู้ป่วยที่ต้องยกนอนเปลบนให้เข้าที่ก่อน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องแสงสว่างที่ท้ายเครื่องบินไม่เพียงพอในเวลากลางคืน จึงใช้วิธีนำผู้ป่วยขึ้นเปลที่ใช้ในการลำเลียง ณ จุดรวบรวมคนไข้แทนทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนแปลงที่บริเวณท้ายเครื่องบิน ระหว่างการขนส่งผู้ป่วยไปที่เครื่องบินไม่สามารถปิดประตูท้ายรถได้ เจ้าหน้าที่ประจำรถพยาบาลจึงเน้นดูแลความปลอดภัยอย่างเข้มงวด ระหว่างการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ทีม ลำเลียงต้องให้การดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดเวลาเนื่องจากผู้ป่วยถูกนำมานอนรอไม่ต่ำกว่า 1-2 ชั่วโมง ก่อนเดินทาง บางคนไม่ได้ปัสสาวะ ไม่ได้รับประทานอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ทำการลำเลียงในแต่ละเที่ยวบิน มีทั้ง ผู้ป่วยนอนเที่ยวบินละ 24 คน และผู้ป่วยนั่ง 14-20 คน ระยะเวลาที่ผู้ป่วยคนแรกถูกนำขึ้นเครื่องบินจนถึงผู้ป่วยคนสุดท้ายใช้ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงและเครื่องบินต้องใช้ระยะเวลาบินอีกมากกว่า 1 ชั่วโมง อากาศบนเครื่องบินค่อนข้างเย็นมาก ส่วนสัมภาระที่นำไป เช่น หมอนนอนปัสสาวะ (bed pan) กระบอกปัสสาวะ (urinal) ผ้าห่ม หมอน มีจำนวนไม่พอเพียง ต้องนำผ้าปูที่นอนมาห่มให้ผู้ป่วย และเป็นครั้งแรกที่มีการลำเลียงผู้ป่วยจำนวนมากในประเทศไทย นอกจากนั้นการพิจารณาลำเลียงต้องพิจารณาจัดผู้ป่วยที่เป็นครอบครัวเดียวกัน เช่น เป็นพ่อแม่ ลูก พี่น้องให้ดำเนินการลำเลียงพร้อม

กันทั้งหมด ไม่มีการแยก โดยรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรภูเก็ตเป็นผู้ประสานงานบริหารจัดการภาคพื้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลง เหลือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เมื่อได้รับประสานข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลวชิรภูเก็ต ทำให้สามารถวางแผนลำเลียงมีประสิทธิภาพมากขึ้น การลำเลียงในเหตุการณ์ภัยพิบัติคลื่นยักษ์ถล่มสรุปดังรายละเอียดดังตารางที่ 3.1

ตารางที่ 3.1 สรุปผลการปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในกรณีคลื่นสึนามิ

วัน เดือน ปี	จำนวน เที่ยวบิน	จำนวนผู้ป่วย จากการลำเลียง ทางภาคอากาศ	จำนวนผู้ป่วยที่สนับสนุน ภาคพื้นทั้งหมด
27 ธันวาคม 2547	1	นั่ง 214 นอน 5	นั่ง 474 นอน 13
28 ธันวาคม 2547	3	นั่ง 74 นอน 57	นั่ง 364 นอน 70
29 ธันวาคม 2547	3	นั่ง 19 นอน 26	นั่ง 40 นอน 31
30 ธันวาคม 2547	1	นั่ง 1 นอน 2	นั่ง 9 นอน 14
31 ธันวาคม 2547	1	นั่ง 0 นอน 9	นั่ง 0 นอน 9
1 มกราคม 2548	1	นั่ง 0 นอน 1	นั่ง 0 นอน 1
3 มกราคม 2548	1	นั่ง 0 นอน 3	นั่ง 0 นอน 3
4 มกราคม 2548	1	นั่ง 0 นอน 3	นั่ง 0 นอน 3
5 มกราคม 2548	1	นั่ง 1 นอน 3	นั่ง 0 นอน 3

จาก สถาบันเวชศาสตร์การบิน. (ม.ป.ป.). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ. ปทุมธานี: สถาบันฯ, 168.

3.3.9.2 กรณีผู้ป่วย จากสารพิษโบทูลิซึม (Botulism)

เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2549 เป็นอีกวันหนึ่งที่ต้องจารึกไว้ในประวัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศของประเทศไทย เพราะเป็นวันที่ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน ต้องปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจทุกคนเป็นจำนวนมากถึง 17 คน พร้อมกัน เหตุการณ์ครั้งนี้ เกิดขึ้นที่ จังหวัดน่าน ผู้ป่วยไปร่วมงานทำบุญและการจัดเลี้ยงอาหาร เลือกล้างมือไม่กระป๋องที่บรรจุเป็นลังปรุงอาหาร จากนั้นปรากฏว่าประชาชนประมาณ 200 คน เกิดอาการป่วย คลื่นไส้ อาเจียน ที่สำคัญ มีอาการอัมพาตขั้นรุนแรงคือไม่สามารถหายใจเอง

ได้ จำเป็นต้องใช้ท่อช่วยหายใจ เจาะคอ และบางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอาการรุนแรง ประมาณ 42 ราย ทางราชการต้องระดมกำลังแพทย์พยาบาล เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยอย่างเร่งด่วน ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบินได้รับคำสั่งจากเสนาธิการกรมแพทย์ทหารอากาศ ให้ดำเนินการลำเลียงผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจากจังหวัดน่านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพ เนื่องจากศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ มีขีดจำกัดที่สามารถลำเลียงผู้ป่วยหนักในระดับ Intensive care ได้พร้อมกันพร้อมด้วยอุปกรณ์พิเศษเพียง 4 ชุดเท่านั้น ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ จึงได้ประสานแจ้งปัญหาเครื่องช่วยหายใจไม่พอใช้สำหรับการลำเลียงให้ทราบพร้อมทั้งขอทราบรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยที่ต้องลำเลียง เพื่อนำเรื่องประสานงานกัน โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดชขอรับการสนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้ความชำนาญ การดูแลผู้ป่วยหนักที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ขอยืม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องควบคุมการให้สารละลายทางเลือด เครื่องวัดระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสโลหิต ซึ่งอุปกรณ์ทุกอย่างต้องเป็นแบบเล็กกะทัดรัดและสามารถทำงานได้โดยใช้แบตเตอรี่ ทราบขึ้นต้นว่ามีผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ที่ต้องลำเลียงจำนวน 17 ราย จึง จัดเครื่องบิน C-130 1 ลำ โดยมีการแบ่งมอบงาน ดังนี้คือ

ทีมที่ 1 จัดเตรียมอุปกรณ์การลำเลียง เพลพร้อมอุปกรณ์ อุปกรณ์การแพทย์ ระดับ Intensive care

ทีมที่ 2 เตรียมการวางแผนการลำเลียง

ทีมที่ 3 เตรียมรับคณะแพทย์และพยาบาลจาก โรงพยาบาล ต่าง ๆ คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเลิศจิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ร่วมประชุม เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการปฏิบัติงาน เมื่อเครื่องบินถึงสนามบิน จังหวัดน่าน ได้แบ่งเจ้าหน้าที่ออกเป็น 2 ชุด

ชุดที่ 1 ทำหน้าที่ประสานผู้ป่วยที่โรงพยาบาลน่าน

ชุดที่ 2 ดำเนินการเตรียมเครื่องบินเพล และเครื่องมือต่าง ๆ ที่สนามบินให้พร้อม

ทางภาคพื้นได้รับความร่วมมือจาก ทีมทหารบกให้ความช่วยเหลือจัดเตรียมที่พักเตรียมผู้ป่วยก่อนขึ้นเครื่องบิน มีอุปกรณ์ประกอบด้วย เพลผู้ป่วย และเครื่องช่วยหายใจ ใช้รถพยาบาลลำเลียงผู้ป่วยมายังสนามบินจำนวน 4 คัน ระยะเวลาเดินทางจาก โรงพยาบาลน่าน ถึงสนามบินประมาณ 5 นาที

การจัดเตรียมเครื่องบินของทีมลำเลียง ดำเนินการโดย จัดให้เพลบนสุดสำหรับคนไข้ คนที่ 1 เพลที่ 2 ใช้สำหรับวางถังออกซิเจนและอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานและเพลที่ 3 ซึ่งอยู่ล่างสุดใช้สำหรับผู้ป่วยคนถัดมา ส่วน เพลนอนที่จัดเรียงเป็นแถว (Tier) 2 เพล จัดอุปกรณ์ไว้เพลบน และ

จัดผู้ป่วยไว้เปล่งสำหรับปัญหาที่หนักที่สุดของลำเลียงคือเครื่องช่วยหายใจที่ได้มามียี่ห้อ หลากหลายรูปแบบ จากหลาย โรงพยาบาล และบางโรงพยาบาล ไม่มีถึงออกซิเจนแบบมาต้องใช้ออกซิเจนของสถาบัน เวชศาสตร์การบิน ซึ่งแต่ละอุปกรณ์ชนิดประกอบด้วย ตัวเครื่อง สายต่อ และถึงออกซิเจน ซึ่งถึงออกซิเจนกับเครื่องแต่ละแบบหัวต่อไม่เข้ากัน การวางแผนจึงต้องกำหนดว่าผู้ป่วยคนไหน อาการอย่างไร ควรไปโรงพยาบาลไหน ในระหว่างการลำเลียงควรจัดอยู่ตำแหน่งใด อยู่เปลใด แถวใด เพื่อสามารถนำถึงออกซิเจนที่ต้องใช้กับเครื่องช่วยหายใจไปวางไว้ ณ จุดนั้น เช่น เครื่องช่วยหายใจของ โรงพยาบาล ราชวิถี ที่มีถึงออกซิเจนขนาดเล็กกำหนดวางไว้ที่เปลกลาง ระหว่างการดำเนินติดตั้งเปลกำหนดบริเวณเตรียมการจัดบรรจุทุกเป็น 2 พื้นที่ คือได้ปีกและท้ายเครื่อง โดยจัดเปลไว้ตามลำดับการนำผู้ป่วยขึ้นเครื่องบิน ในส่วนการยกเปลเนื่องจากมีพลพยาบาลทั้งส่วนของกองทัพอากาศและกองทัพบก จึงต้องมีการซักซ้อมความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติ มิฉะนั้นอาจทำให้ผู้ป่วยตกจากเปลขณะเคลื่อนย้ายได้ โรงพยาบาลนั้น ได้จัดผู้ป่วยโดยเรียงตามลำดับความรุนแรงไว้ และกำหนดตัวผู้ป่วยว่าจะให้ไปยังโรงพยาบาลปลายทางใดจึงได้ตกลงเลือกเจ้าหน้าที่พยาบาล จากโรงพยาบาลปลายทางนั้น ๆ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจนถึง โรงพยาบาลของตน

เวลา 12.00 น. เริ่มเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมายังเด็นท์ ที่สนามบินและมีผู้ป่วยที่อาการหนัก มากอีก 6 รายที่ต้องไป โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งทางโรงพยาบาล ได้เตรียมรออยู่ที่สนามบินแล้ว การนำผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลนั้น มายังเด็นท์ที่สนามบินต้องใช้วิธี บีบ เครื่องมือช่วยหายใจชนิดมีอัมบิ (ambu bag) มาตลอดทาง ขณะอยู่ที่เด็นท์ใช้เครื่องช่วยหายใจที่เตรียมไว้ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นเครื่องบินโดยปกติต้องใช้ทหารยกเปล 4 คน ซึ่งต้องใช้พยาบาล เพื่อบีบ ambu bag อีก 1 คน ดังนั้นต้องใช้บุคลากรเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยราย จำนวน 5 คน เมื่อเครื่องบินพร้อมจึงได้ประสานงานพยาบาลเวชศาสตร์การบินและพยาบาลทหารบก ให้นำผู้ป่วยจากเด็นท์มาส่งท้ายเครื่องบินเพื่อทำการเปลี่ยนแปลงตามลำดับอาการหนักเบา โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มีอาการเบาขึ้นก่อน ผู้ป่วยที่มีอาการหนักขึ้นทีหลัง เนื่องจากผู้ป่วยที่ขึ้นเครื่องบินก่อนจะต้องรออยู่ในเครื่องบินเป็นเวลานานและถ้าเกิดภาวะฉุกเฉินอาจต้องนำผู้ป่วยลงจากเครื่องบินทันทีอาจทำได้ลำบาก การลำเลียงผู้ป่วยขึ้นลงเครื่องบินจึงต้องขึ้นลงทีละคนและตามลำดับที่ติดตั้งเปลไว้ เมื่อขึ้นเครื่องบินแล้วจึงเปลี่ยนจากการบีบ Ambu bag เป็นระบบเครื่องช่วยหายใจ ต้องใช้ทีมบุคลากรที่มีทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจเฉพาะแต่ละเครื่อง

ทีมงานชุดแรกที่อยู่บนเครื่องบินต้องทนกับอุณหภูมิภายในเครื่องบินขณะจอดกลางแดดซึ่งสูงกว่า 40 °C เมื่อเปิดเครื่องปรับอากาศในเครื่องบินพบมีปัญหาเรื่องเสียงดัง เครื่องบินออกจากจังหวัดน่าน เวลาประมาณ 13.30 น. ระหว่างทำการบินมีปัญหาเครื่องช่วยหายใจบางเครื่องไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยเกิดอาการไม่ดีต้องแก้ไขโดยใช้เครื่องดูดเสมหะและวัดออกซิเจน

ในกระแสเลือด และให้พยาบาลบีบ Ambu bag มาตลอดการลำเลียง ผู้ป่วยหนึ่งรายอาการทรุดลง เนื่องจากรูปร่างใหญ่ ผนังทรวงอก (Chest wall) หนามาก เครื่องช่วยหายใจช่วยได้ไม่เต็มที่ ทีมผู้รักษาทั้งแพทย์และพยาบาลต้องดูแลและบีบ Ambu bag ตลอด การสื่อสารระหว่างทีม บนเครื่องบินไม่สามารถติดต่อสื่อสารกันระหว่างแพทย์และพยาบาลที่ดูแลคนไข้ที่อยู่ส่วนหน้าของเครื่องบินกับส่วนท้ายของเครื่องบินได้สะดวกนัก หากมีเหตุการณ์เฉพาะหน้าเกิดขึ้นพยาบาลผู้ที่ดูแลอยู่ตรงนั้นต้องสามารถแก้ปัญหาด้วยตนเอง การอำนวยความสะดวก กองทัพอากาศได้จัดเครื่องบิน BT 67 นำญาติผู้ป่วยเพื่อให้ญาติสามารถร่วมเดินทางไปกับรถพยาบาลของผู้ป่วยได้เลย เมื่อ เครื่องบินเดินทางมาถึงสนามบินดอนเมือง ทีมพยาบาลเวชศาสตร์การบินภาคพื้นพร้อมด้วยพลพยาบาลจำนวน 10 คน ทำการประสานงานกับรถพยาบาลจาก โรงพยาบาล ต่างๆ ให้เข้ามารับผู้ป่วยยังท้ายเครื่องบินตามลำดับที่นำผู้ป่วยลงจากเครื่องบิน (สถาบันเวชศาสตร์การบิน, ม.ป.ป., หน้า 169-172)

3.3.10 ตัวอย่างการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในต่างประเทศ

ด้วยศักยภาพของอากาศยานที่ได้ถูกคิดค้นขึ้นเพื่อการขนส่งทำให้ผู้คนสามารถเลือกใช้ในวัตถุประสงค์ของความรวดเร็ว จากเหตุผลที่อากาศยานสามารถเป็นพาหนะหนึ่งในการอำนวยความสะดวกต่อระบบการขนส่งทำให้มีการประยุกต์ใช้สู่ระบบการนำส่งทางการแพทย์ต่อเนื่องจากระบบทางรถยนต์ที่ใช้กันอย่างแทบทุกพื้นที่ในโลกแต่ด้วยการปฏิบัติงานทางบก ได้พบว่ามีอุปสรรคในจุดที่ไม่สามารถให้การสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ทันเวลา แนวคิดการประยุกต์ใช้อากาศยานเป็นในลักษณะการรักษาพยาบาลจึงเกิดขึ้นและเป็นที่ยอมรับในหลายประเทศในโลกซึ่งประเทศไทยได้ประยุกต์เลือกนำมาให้เกิดความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ จากการทบทวนเนื้อหาของการใช้อากาศยานพยาบาล ในภาคพื้นต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงนำเสนอภาพรวมที่เกิดขึ้นของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของแต่ละประเทศได้ นำระบบดังกล่าวเข้าสู่การบริการภาคประชาชนดังนี้ (Meier & Samper, 1989, pp. 885-891)

ประเทศเยอรมนี ถือว่าเป็นต้นแบบของอากาศยานพยาบาลในภูมิภาคยุโรป เนื่องจากการวางระบบโครงสร้างสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรัฐบาลมีนโยบายใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาล เพื่อช่วยลดอัตราการตายจากผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งปัจจุบัน มีฐานบินที่ให้บริการอยู่ถึง 78 ฐาน เยอรมันจากสถิติการปฏิบัติการพบว่า การให้บริการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต้องวางรัศมีการบริการจากฐานในระยะ 50 กิโลเมตร เพื่อให้บริการเข้าถึงได้ภายในระยะเวลาเพียง 15 นาทีและเป็นต้นแบบการวางฐานรัศมีการให้บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ทุก ๆ ประเทศนำไปใช้ปฏิบัติ (Truman, 1971b, pp. 28-35) นอกจากนี้ยังได้ให้รัฐบาลออกกฎหมายด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้บริการประชาชน ผ่านระบบประกันสังคม และประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นรากฐาน

ให้รัฐธรรมนูญแห่งชาติ ออกกฎบัตรการคุ้มครองชีวิตของประชาชนเมื่อเจ็บป่วย โมเดล มิวนิค จึงเป็นแม่แบบให้หลายประเทศนำไปประยุกต์ใช้โดยเฉพาะประเทศญี่ปุ่น ที่กล้าประกาศใช้แผนในการ นำนโยบายการให้บริการอากาศยาน เข้าสู่รัฐสภาเพื่อขอมติอนุมัติ โดย ยึดแผนแม่แบบการให้บริการจาก โมเดลมิวนิค

โครงสร้างพื้นฐานของโมเดล มิวนิค มี 3 องค์ประกอบ คือ (1) ฐานปฏิบัติการบินในโรงพยาบาลซึ่งมีรัศมีทำการ 50 กิโลเมตร (2) ค่าใช้จ่ายการปฏิบัติการ ซึ่งได้รับการรองรับอย่างดีจากระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพของรัฐ (3) กฎหมายคุ้มครองให้ กระบวนการแพทย์ฉุกเฉินสามารถลงมือปฏิบัติการตอบสนองภายในระยะเวลาเพียง 15 นาทีโดยไม่มีข้อแม้ องค์ประกอบทั้งสามได้เป็นพื้นฐานของกฎหมายแห่งสหพันธรัฐเยอรมัน ที่รัฐต้องมีหน้าที่ปกป้องรักษา สร้างคุณภาพ ชีวิตของพลเมืองเยอรมันทุกคน ระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลแห่งชาติเยอรมัน มีการวางโครงสร้างทางกายภาพที่เด่นชัดในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศกล่าวคือ การใช้วงรัศมีปฏิบัติการบินเพียง 50 กิโลเมตร โดยวาดวงกลมวางลงแผนที่ประเทศให้เกิดพื้นที่ปฏิบัติงานจริงได้อย่างทั่วถึงร้อยละ 95 เฮลิคอปเตอร์ที่ใช้ในการกิจทุกลำ ประกอบด้วย เพลผู้ป่วย และต้องติดตั้งอุปกรณ์การแพทย์ครบ ทีมปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย แพทย์และพารามedik นักบิน ต้องอยู่ประจำศูนย์สั่งการฉุกเฉิน ตลอดเวลา และสามารถออกปฏิบัติการช่วยชีวิตได้ภายในเวลา 2 นาที เมื่อมีการแจ้งเหตุเข้ามา ได้ทุกขณะ เนื่องจากว่า รัศมีทำการเพียง 50 กิโลเมตรทำให้อากาศยานพยาบาลสามารถเข้าถึงจุดเป้าหมายภายในเวลาเพียง 8 นาทีโดยเฉลี่ยดังนั้นจึงเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทำให้ สามารถนำผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลเพื่อการรักษาต่อเนื่อง องค์การที่ให้บริการด้านอากาศยานพยาบาลในเยอรมันคือ สมาคมยานยนต์แห่งสหพันธรัฐ เอดีเอซี (ADAC) ซึ่งเป็นสถาบันการกู้ชีพและกู้ภัยทางอากาศแห่งชาติ ดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไร ร่วมมือกับกระทรวงการป้องกันจัดการภัยพิบัติ และกำลังป้องกันภัยแห่งชาติ ซึ่งค่าใช้จ่ายการปฏิบัติการทั้งหมด รับผิดชอบโดยระบบประกันสังคมและระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึง เงินบริจาคเพื่อการกุศลเข้ามูลนิธิจาก หน่วยงานต่าง ๆ ลักษณะอากาศยานพยาบาลที่ใช้เริ่มแรกในปี ค.ศ. 1970 เป็นเฮลิคอปเตอร์ที่ทันสมัยที่สุด คือ รุ่น MBBO105 มี 5 ที่นั่ง 2 เครื่องยนต์เทอร์บาย ประสิทธิภาพดีโดยสารเป็นสไลด์คู่ขนาดใหญ่ เป็นโมเดลต้นแบบ ชื่อว่า มิวนิค การเพิ่มฐานบินและจำนวนอากาศยานเพื่อให้บริการอากาศยานพยาบาลสามารถลดอัตราการตายจาก 21,332 คนในปี ค.ศ. 1970 ลงมาได้ถึง 7,503 ในปี ค.ศ. 2000 รายละเอียดฐานบินที่ทางเยอรมันไว้ทำสถิติไว้น่าเสนอ ตามตารางที่ 3.2 แสดงผลเปรียบเทียบอากาศยานพยาบาลและฐานบินที่ปฏิบัติการในเยอรมัน ช่วง 3 ปี (Nishikawa, 2007)

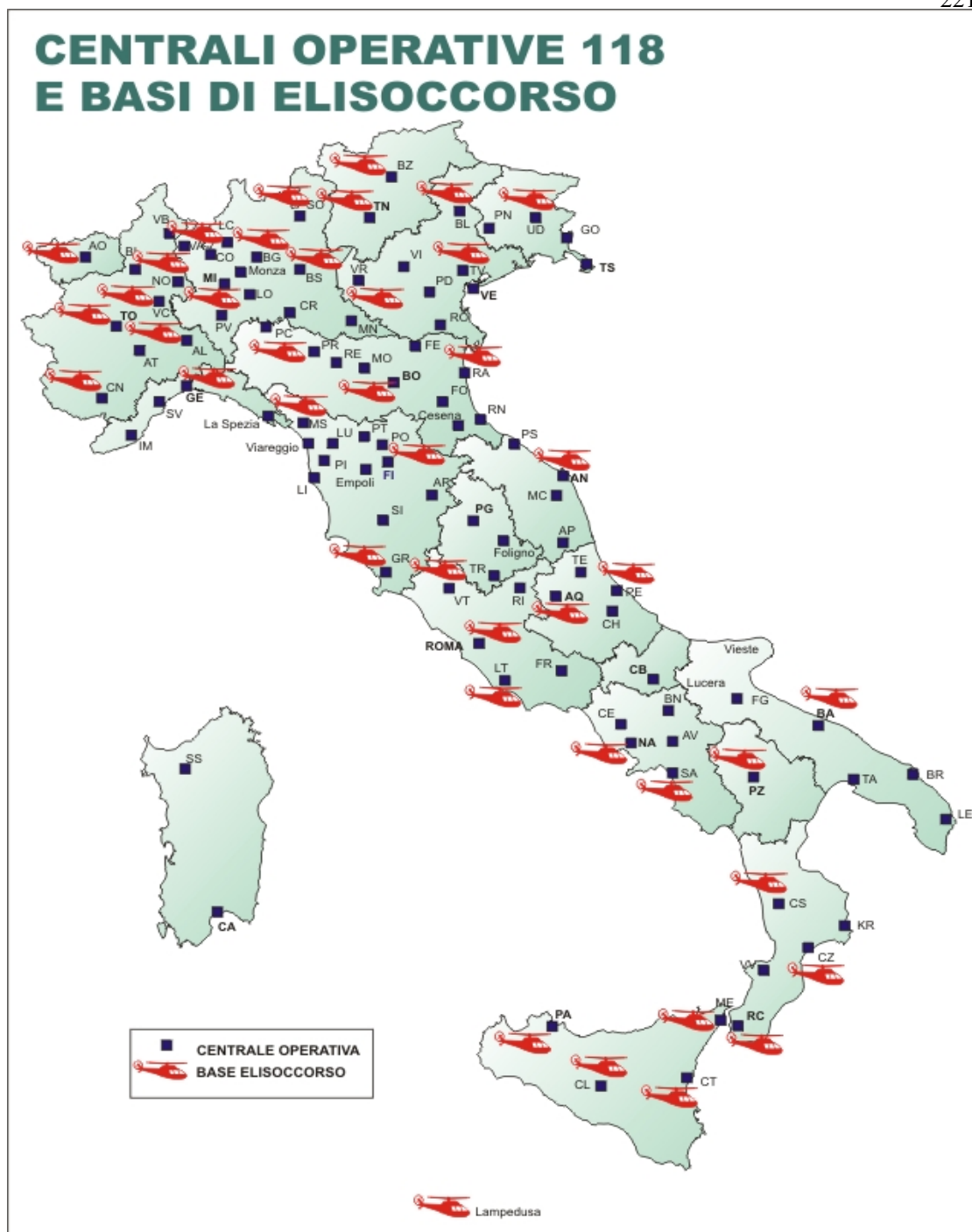
ตารางที่ 3.2 ฐานบินอากาศยานพยาบาลที่ปฏิบัติการในเยอรมัน

หน่วยงานที่ให้บริการ	2003		2000	
	ปฏิบัติการ	จำนวนฐาน	ปฏิบัติการ	จำนวนฐาน
เอเดค (ADAC)	30,709	25	23,567	19
องค์กรกู้ภัยแห่งเยอรมัน (DRF)	24,784	27	14,343	12
กรมป้องกันและจัดการภัยพิบัติ	19,329	16	19,281	16
กองทัพอากาศ	3,150	3	3,841	3
บริษัทเฮลิคอปเตอร์ของพลเรือน	5,251	7	1,956	1
จำนวนรวม	83,223	78	62,988	51

จาก Yamano, Y. & Nishikawa, W. (2005). **Origin of the german emergency helicopter.** Aviation Now online (March 7). Retrieved June 7, 2011, from <http://www2g.biglobe.ne.jp/aviation/wurzel.html>

จากตารางที่ 3.2 เป็นตัวอย่าง ในช่วงการปฏิบัติการในช่วงสามปีของเยอรมนี พบว่ามีการเพิ่มฐานบินที่ให้บริการกระจายทรัพยากรให้ประชาชนได้มีโอกาสเข้าถึงการให้บริการที่ ยกตัวอย่างใน ค.ศ. 2000 มีฐานปฏิบัติการจากจำนวน 51 ฐานเป็น 78 ฐานบินในปี ค.ศ. 2003 เนื่องจากขอใช้บริการของประชาชนที่มีเพิ่มมากขึ้น จากเดิมปีละ 62,988 ครั้งในปี ค.ศ. 2000 เพิ่มเป็น 83,223 ครั้งในปี ค.ศ. 2003 ซึ่งจากภาพที่ 3.10 สัดส่วนฐานบินที่ให้บริการกับพื้นที่ของประเทศทำให้รู้ถึงการปฏิบัติการครอบคลุมถึงกว่าร้อยละ 95 ดังแสดงในภาพฐานบินที่ให้บริการในเยอรมัน และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้การบริการอากาศยานพยาบาล ในเยอรมัน มีทั้งของทหาร ของหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชน ข้อมูลการให้บริการแก่ประชาชน หน่วย เอเดค ADAC ให้บริการสูงสุดเมื่อเทียบกับหน่วยบริการอื่น ๆ คือให้บริการถึง 23,567 ในปี ค.ศ. 2000 และสูงถึง 30,709 ในปี ค.ศ. 2003 รองลงมาคือหน่วยงานจากองค์กรกู้ภัยแห่งเยอรมัน DRF ให้บริการถึง 14,343 ในปี ค.ศ. 2000 และ 24,784 ในปี ค.ศ. 2003 ตามลำดับ ทั้งนี้ เอเดค ขยายฐานบินเพิ่มขึ้นเป็น 36 ฐานบิน ในปี ค.ศ. 2011 และสามารถให้บริการถึง 45,000 การกิจต่อปี ข้อมูลที่ได้ค้นคว้าเพิ่มเติมพบว่า ในเยอรมนีได้มีฐานบริการอากาศยานเฮลิคอปเตอร์พยาบาลอยู่ทั้งสิ้น ถึง 111 ฐานบิน และมีผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวม 21 องค์กร ดังภาพที่ 3.10 แสดงฐานบินของอากาศยานพยาบาลในเยอรมนีปี ค.ศ. 2011

ประเทศอิตาลี ลักษณะภูมิประเทศเป็นแผ่นดินที่ยื่นออกไปในทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งอยู่ภาคใต้ของยุโรป พื้นที่ประเทศจากเหนือถึงใต้ มีความยาวถึง 1,290 กิโลเมตร (ซึ่งยาวมากกว่าประเทศไทยเล็กน้อย) อาณาเขตติดกับผืนแผ่นดินใหญ่คือประเทศ ฝรั่งเศส สวิตเซอร์แลนด์ ออสเตรีย แบ่งการปกครองเป็น 20 รัฐ 8,100 ชุมชน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นตรงกับรัฐบาลโดยแบ่งตามเขตการปกครอง มีศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน 104 ศูนย์การปฏิบัติการสามารถตอบสนองจากการได้รับแจ้งเหตุภายใน 20 นาที ผ่านหมายเลข 118 รัฐบาลเป็นผู้รับรองจ่ายค่าปฏิบัติการฉุกเฉินปริมาณพาหนะเฮลิคอปเตอร์มีไม่พอต่อการให้บริการ ในช่วงแรก ทำให้รัฐต้องจัดซื้อมาเพิ่มเพื่อให้สามารถบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ลักษณะการให้บริการ เกิดหลังจากการประเมินความต้องการผ่านสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินควบคู่กับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมทดสอบมาตรฐานสากลจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินของรัฐ ปัจจุบันประเทศอิตาลีมีฐานปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาล 48 ฐานทั่วประเทศ (เริ่มแรกมีเพียง 26) ซึ่งเป็นฐานร่วม ของหน่วยพยาบาลฉุกเฉิน และ หน่วยค้นหาและกู้ภัย (Search And Rescue: SAR) ดังภาพที่ 3.11 ส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินจากพื้นที่พิเศษเป็นเขตภูเขา มีเพียง 22 ฐานบินที่ตั้งอยู่พื้นที่ราบ ซึ่งอยู่ในพื้นที่สนามบิน 12 ฐาน มีเพียง 8 ฐานบินที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการบริการในช่วงกลางคืน การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของอิตาลีมีการประสานความร่วมมือกัน ระหว่างสถานพยาบาล กับ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 104 แห่ง โดยการสนับสนุนภารกิจจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และศูนย์จัดการภาวะฉุกเฉินแห่งชาติ



จาก Nishikawa, W. (2008a). **Helicopter ambulance proliferation of sites in Italy**. In HEM-Net online.

Retrieved February, 6, 2011 from <http://www.118italia.net/elisoccorso/basi.html>

ภาพที่ 3.11 ^๓ฐานบินเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในประเทศไทย

ลักษณะการปฏิบัติการ มีบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านการอบรม สอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินพยาบาลเวชศาสตร์การบิน และ Emergency Medical Transfer Service (EMTs) ประจำการศูนย์ฉุกเฉิน ทั้ง 104 แห่ง อากาศยานพยาบาลใช้เครื่องยนต์คู่ที่มีสมรรถนะสูง มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และกู้ชีพ ติดตั้งพร้อมใช้งาน ซึ่งเป็นอากาศยานที่รัฐได้เข้าบริการมาโดยผ่านระบบการประมูลสัมปทานจากภาคเอกชนที่ประกอบธุรกิจอุตสาหกรรมอากาศยานปีกหมุนแทบทั้งสิ้นโดยประมูลจาก ราคาที่ไม่สูง มีทักษะประสบการณ์ และมีนโยบายด้านความปลอดภัยสูงอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ที่นำมาใช้งานมี 6 รุ่น ดังแสดงในตารางที่ 3.3 แสดงเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ประเทศอิตาลีเลือกมาให้บริการประชาชน

ตารางที่ 3.3 รายละเอียดของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ให้บริการในประเทศอิตาลี

ชื่อรุ่นเฮลิคอปเตอร์	จำนวนลำ (รวมจากฐานบินทั่วประเทศ)	เครื่องยนต์อะไหล่สำรอง
A 109 (Agusta)	16	10
BK 117 (Eurocopter)	14	17
AB 412 (Bell)	9	16
SA365 N (Dauphin)	3	1
EC 135	3	-
AW 139 (Agusta-Bell)	2	-
รวม	47	44

จาก Nishikawa, W. (2008b). **Italian emergency helicopter rescue models**. In HEM-Net online.

Retrieved February, 6, 2011 from <http://business3.plala.or.jp/hem-net/oubei03.html>

ส่วนใหญ่เฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่นำมาให้บริการในประเทศอิตาลี เป็นเฮลิคอปเตอร์ที่ผลิตโดยตรงในประเทศและจำหน่ายไปทั่วโลก อิตาลีเลือกใช้เครื่องอากุสตา (Agusta A109) ซึ่งเป็นอากาศยานปีกหมุนที่มีขนาดใหญ่และมักนิยมใช้ในทางทหารของหลายประเทศในภาคพื้นยุโรปเพราะมีเครื่องยนต์คู่สมรรถนะสูงซึ่งรัฐบาลอิตาลีเลือกเข้าประจำการถึง 16 ลำ และอีก 2 ลำเป็นรุ่นเวอร์ชันล่าสุดที่ได้ร่วมทุนกับบริษัทเบลเฮลิคอปเตอร์ คือ อากุสตาเบล AW139 ซึ่งทันสมัยที่สุดในบรรดาอากาศยานกู้ชีพ มี 5 ใบพัดประทุน 4 ใบพัด หางเดี่ยวและสามารถให้การบรรทุกได้

มากถึง 15 ที่นั่ง นอกจากนั้น มี ยูโรคอปเตอร์ BK117 14 ลำ EC 135 3ลำ เบล412 9 ลำ และ โคพิน 3 ลำ ที่ติดตั้งเครื่องดึงไฮโดรลิก (Hoist) เพื่อใช้โรยตัวนักกู้ภัย และช่วยผู้ประสบภัยขึ้นแนวดิ่งโดยไม่ต้องนำเฮลิคอปเตอร์ลงจอด

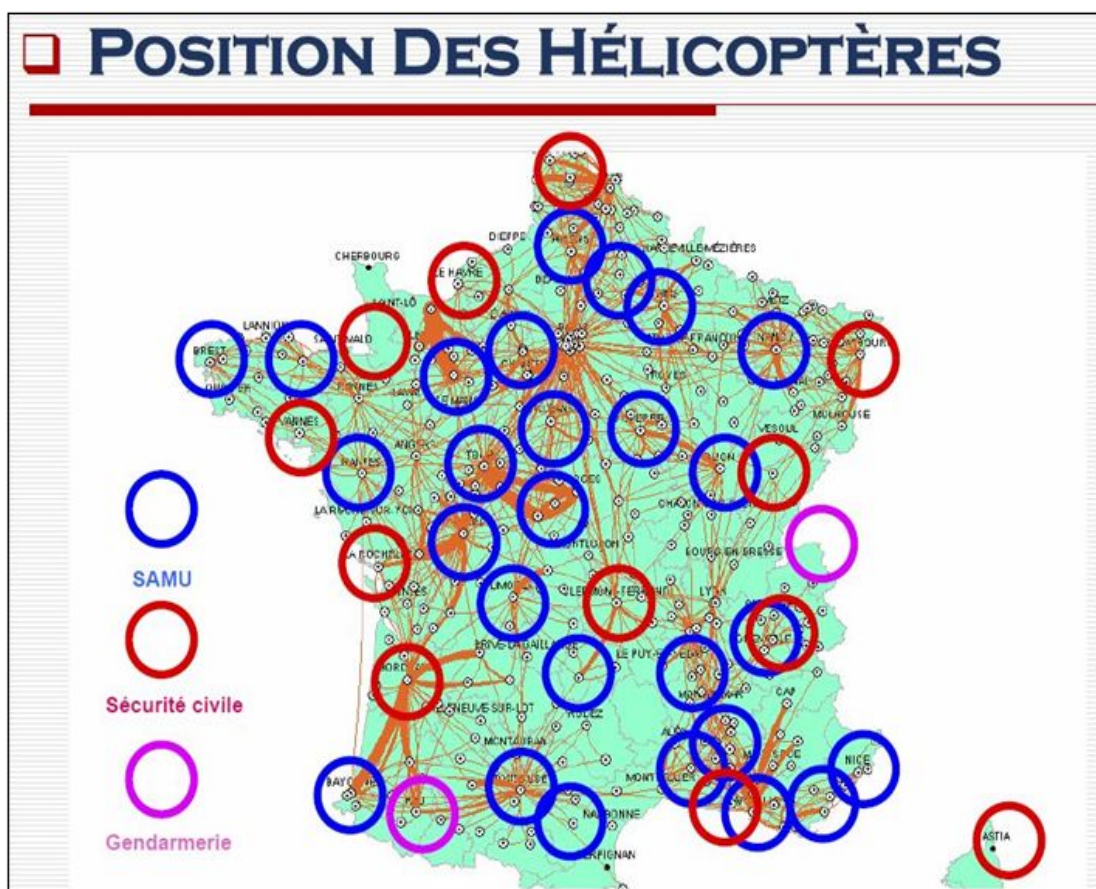
ในการออกปฏิบัติการกิจแต่ละเที่ยวบินประกอบด้วย นักบิน 2 คน แพทย์เวชศาสตร์การบิน 1 คน และพยาบาลเวชศาสตร์ 1 คน ซึ่งผ่านการอบรมและสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ การกู้ภัยและช่วยชีวิตขั้นสูงสุด ด้านเวชศาสตร์การบินและมีประสบการณ์การทำงานไม่ต่ำกว่า 2 ปี ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยทุกครั้งบนเครื่องต้องมีการติดต่อสื่อสารให้ทางนักบินทราบเป็นระยะ และที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆคือการกิจการเข้าค้นหาและช่วยเหลือ ต้องมีการทำงานร่วมกับสุนัขเขา โดยนำสุนัขผู้ช่วยมาขึ้นบินด้วย ภายในห้องโดยสารที่ถูกปรับเป็นห้องไอซียูลอยฟ้า โดยทั่วไปนิยมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยคราวละ 1 เปลแต่สามารถดัดแปลงให้บรรทุกได้ 2 เปลได้ การบินแต่ละครั้งจะใช้ระบบกำหนดตำแหน่งบนพื้นโลกด้วยดาวเทียม Global Position System (GPS) ในการบอกตำแหน่งผู้ป่วย เพื่อสามารถลงจอด การที่ใช้บุคลากรทางการแพทย์เพียงสองคน ทำให้ต้องฝึกนักบินให้สามารถทำการช่วยเหลือผู้ป่วยได้หากจำเป็น เช่นการปฐมพยาบาล เบื้องต้น การช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นลงเครื่องเป็นต้น

สถิติการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินทางโทรศัพท์ที่ทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินอิตาลีได้รวบรวมไว้ คือ ในปี ค.ศ. 1999 จำนวน 13,896 ครั้ง ในปี ค.ศ. 2004 จำนวน 20,660 ครั้ง ในปี ค.ศ. 2006 จำนวน 22,000 ครั้ง และ การขอใช้บริการนำส่งระหว่างโรงพยาบาล (inter hospital transfer) จำนวน 5,124 ครั้ง ซึ่งในจำนวนนี้มีการขอนำส่งจากจุดเกิดเหตุสู่โรงพยาบาล 76 ครั้ง ในช่วง 5 ปี คือ ค.ศ. 2000-2005 อากาศยานพยาบาลมีบทบาทสูงในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอิตาลีเพราะสามารถเข้าถึงได้อย่างรวดเร็วภายในเวลา 20 นาที และคาดว่าจะมีการขอใช้เพิ่มขึ้นตามลำดับ เห็นได้ว่าการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศอิตาลี เป็นระบบที่ให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยผู้ประสบภัยตลอดจนเข้าทำภารกิจ ค้นหาและกู้ภัยซึ่งรัฐบาลได้จัดสวัสดิการให้แก่ประชาชนโดยไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายใด ๆ และการบริการดังกล่าวจัดอยู่ในระบบการให้บริการทางสาธารณสุข อาศัยสิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาล และเป็นกฎหมายที่รัฐต้องทำหน้าที่จัดการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทุกประเภทแก่ประชาชน ตามพระราชบัญญัติที่ได้ประกาศไว้ เมื่อ 27 มีนาคม ค.ศ. 1992 (DPR LAW 27 MARCH 1992) และรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณดำเนินงาน ปีละ 180 ล้าน ยูโร

การให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศฝรั่งเศสอยู่ภายใต้การดำเนินงานขององค์กรปฏิบัติการด้านภาวะฉุกเฉินสำนักงานตำรวจแห่งชาติ (SMUR) ต่อมาใช้ชื่อว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งสาธารณรัฐฝรั่งเศส SAMU (Service d'Aide Médicale d' Urgence) มีศูนย์

ฉุกเฉินทั่วประเทศ 105 ศูนย์ ภายใต้หมายเลขฉุกเฉิน 15 มีหน้าที่กำหนดทิศทางและแนวการปฏิบัติ โดยทั่วไปศูนย์แจ้งเหตุเตือนภัยเหล่านี้จะมีฐานอยู่ที่แต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีเจ้าหน้าที่รับการประสานติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ การให้บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลตั้งขึ้นเฉพาะโรงพยาบาลระดับใหญ่เท่านั้น ซึ่งศูนย์เตือนภัยและแจ้งเหตุหรือโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่มี หน่วย SAMU ที่มีการใช้เฮลิคอปเตอร์ได้ต้องได้รับการสนับสนุน จาก หน่วยงานอื่นๆเช่นสำนักงานตำรวจ ประเทศฝรั่งเศสเริ่มมีบริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลครั้งแรกเมื่อ ปี ค.ศ. 1983 และได้ขยายฐานบินเพิ่มเป็น 36 จุด ในปี ค.ศ. 1994 จนถึง ปี ค.ศ. 2009 ยังมีเท่าเดิม การเรียกใช้บริการเป็นเฮลิคอปเตอร์พยาบาลจากภาคเอกชนร้อยละ 62 จากภาครัฐ ร้อยละ 30 และอีกร้อยละ 8 เป็นการขอใช้บริการจากหน่วยงานของกรมตำรวจ ดังภาพที่ 3.12

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฝรั่งเศส (SAMU) มีอากาศยานพยาบาลอยู่ 38 ลำ พร้อมให้บริการเฉลี่ยรายปีประมาณ 20,000 ราย ทั้งนี้ เอกชนมีถึง 13,000 รายที่ให้บริการของ ที่เหลือเป็นของภาครัฐ เช่น ตำรวจ และทหาร ผู้ป่วยกว่าครึ่งใช้บริการจากภาคเอกชน เพราะไม่ต้องการรอรับบริการจากหน่วยงานของรัฐซึ่งต้องผ่านระเบียบ การขอใช้ต่าง ๆ ส่วนค่าใช้จ่ายด้านบริการแพทย์ฉุกเฉิน ประกันสังคม รับผิดชอบ รับหน้าที่จ่าย โดยได้มาจากงบภาษีของประเทศซึ่งแต่ละท้องถิ่นต้องรับผิดชอบดูแล และส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้ระบบประกันสุขภาพ บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ถูกจัดไว้ในในระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ได้ถูกรองรับด้วยระบบการหักภาษี รายได้ส่วนบุคคล ดังนั้นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากระบบการแพทย์ รวมถึงการให้บริการอากาศยานพยาบาลทางรัฐได้หักจากฐานภาษีซึ่งสามารถนำมาชดเชยค่าบริการด้านสุขภาพของประชาชน จึงถือว่าค่าบริการทุกอย่างฟรี ลักษณะการจัดโครงสร้างด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในฝรั่งเศส พบว่าทุก ฐานปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลจัด มีบุคลากร 20 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล เวชกร นักบิน พนักงานวิทยุ ช่างเครื่อง จนถึงแม่บ้าน บริหารจัดการภายในแต่ละศูนย์กันเองเพื่อให้สามารถออกบริการอากาศยานพยาบาลในรัศมีที่รับผิดชอบ



จาก Nishikawa, W. & Yamano, Y. (2008a). **French helicopter deployment diagram**. In HEM-Net online. Retrieved March 1, 2011, from <http://business3.plala.or.jp/hem-net/oubei07.html>

ภาพที่ 3.12 ฐานบินเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในประเทศฝรั่งเศส

จากแผนภาพแสดงฐานบินที่ให้บริการในประเทศฝรั่งเศส พบว่า มีอากาศยานพยาบาลให้บริการจำนวน 41 ลำ เป็นของภาครัฐ SAMU. จำนวน 27 ลำ อากาศยานพยาบาลที่มาจากหน่วยบินของทหารและตำรวจ จำนวน 12 ลำ อีก 2 ลำเป็นของเอกชนบริเวณชายแดนที่ติดกับเยอรมันและสวิตเซอร์แลนด์ ผลการให้บริการในปีสำรวจ ค.ศ. 2006 มีการให้บริการรวมทั้งสิ้น 9,480 ครั้ง ภาพรวมของบริการอากาศยานในประเทศฝรั่งเศส พบว่า การให้บริการอากาศยานพยาบาลจากศูนย์ปฏิบัติการที่มีฐานอยู่ในโรงพยาบาล ถึงร้อยละ 84 จากหน่วยบินที่เป็นทหารและตำรวจ ร้อยละ 4 อากาศยานจากหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐร้อยละ 11 และอีกร้อยละ 1 เป็นความร่วมมือกันของพื้นที่เขตชายแดนระหว่างประเทศจากเยอรมัน และสวิตเซอร์แลนด์ อากาศยานพยาบาลที่ให้บริการ

ทั้งหมดในฝรั่งเศส เป็นประเภท ยูโรคอปเตอร์ร้อยละ 70 (EC135 ร้อยละ 37 EC145 ร้อยละ 13 โดฟินออกัสต้า และ A109 ร้อยละ 24) MD 900 ร้อยละ 3 และเฮลิคอปเตอร์ประเภท หนึ่ง เครื่องยนต์ ร้อยละ 1 ประเภทของการนำส่งฉุกเฉินทั่วไปร้อยละ 38 เคลื่อนย้ายทางอากาศ สำหรับผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 62 การใช้เวลาบิน ผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป ร้อยละ 28 ผู้ป่วยฉุกเฉินหนัก ร้อยละ 72 ระยะเวลาที่บินให้บริการ มีตั้งแต่ 17 นาที จนถึง 1 ชั่วโมง 34 นาที บริการบินในเวลากลางวันร้อยละ 92.3 อีกร้อยละ 7.7 เป็นบริการบินในช่วงกลางคืน ทั้งนี้มีการเรียกขอใช้บริการนำส่งระหว่างโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 90 การประสานการบินที่ต้องใช้โรงพยาบาลร่วม ร้อยละ 60 อาการป่วยที่เรียกขอบริการ เป็นอาการบาดเจ็บสาหัส ร้อยละ 38 ภาวะโรคหัวใจ ร้อยละ 23 ภาวะระบบทางสมอง ร้อยละ 10 โดยทั่วไปอาการที่มีแนวโน้มด้านโรคหัวใจ มีเกือบร้อยละ 29 สถานที่ขึ้นลงเฮลิคอปเตอร์ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 เป็นโรงพยาบาล ซึ่งมีสนามจอด (Heli port) มีเพียงร้อยละ 25 ที่ใช้พื้นที่สาธารณะ และมีสถานที่ใช้ขึ้นลงประจำ มากกว่า 10 ครั้งถึง 160 จุดดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 ค่าสถิติจำนวนอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในประเทศฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 2006

รายละเอียดของปีสำรวจ ค.ศ. 2006		จำนวน
หน่วยที่ให้บริการอากาศยานพยาบาล	หน่วย SAMU	84 %
	ทหาร / ตำรวจ	4 %
	กรมป้องกันภัยพลเรือน	11 %
	อื่น ๆ	1 %
เที่ยวบิน	จำนวนครั้ง	9,480
	เวลาบิน	7,190 ชั่วโมง
	เวลาปฏิบัติการบิน	16,224 ชั่วโมง
ระดับเหตุฉุกเฉิน	ฉุกเฉินขั้นต้น	38 %
	ฉุกเฉินรุนแรง	62 %
เวลา (เฉลี่ย) ปฏิบัติการบิน	ฉุกเฉินขั้นต้น	34 นาที
	ฉุกเฉินรุนแรง	53 นาที
ปฏิบัติการช่วงกลางคืน (พระอาทิตย์ตก)		7.70 %

จาก Nishikawa, W. & Yamano, Y. (2008b). **French emergency helicopter operation statistic**. In Association Française des médecins utilisateurs d'Hélicoptères Sanitaires Hospitaliers Summary Report. Retrieved March 1, 2011, from <http://www.afhsh.org/publications.php>

จากตารางที่ 3.4 สถิติการให้บริการอากาศยานพยาบาลของประเทศฝรั่งเศส พบว่าอากาศยานพยาบาลที่ปฏิบัติการในฝรั่งเศสส่วนใหญ่เป็นของหน่วยฉุกเฉินSAMU ถึงร้อยละ 84 มีปฏิบัติการในช่วงกลางวันมากถึง ร้อยละ 92.3 ใช้เวลาเฉลี่ย ในการบิน 34-53 นาที ขึ้นอยู่กับระยะทางและระดับความฉุกเฉิน สามารถให้การปฏิบัติการถึง 9,480 ครั้งในปี ค.ศ. 2006

การให้บริการอากาศยานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา มีอยู่ 2 ลักษณะคือ บริษัทที่ได้รับสัมปทานสัญญาให้บริการอากาศยานพยาบาล และ หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล มีหน้าที่เตรียม เครื่องบินพร้อมนักบินและฝ่ายช่าง พร้อมให้บริการจากฐานบินของโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทางโรงพยาบาลเรียกเก็บโดยตรงกับผู้ใช้บริการจากชั่วโมงบินที่ได้ตกลงไว้กับบริษัทสัมปทาน อีกลักษณะหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล บริษัทที่ให้บริการอากาศยานพยาบาล มีฐานบินเฉพาะของตนและรับการจ้างจากศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งค่าบริการนำส่งไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล โดยบริษัทที่ให้บริการต้องจ้าง ทีมนักบิน ทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาล ณ จุดนี้ค่าใช้จ่ายทั้งหมดทางบริษัทต้องเรียกเก็บโดยตรงจากผู้ให้บริการหรือบริษัทประกันเองทั้งสิ้น ซึ่งรายได้หรือค่าจ้างบริการไม่แน่นอนเมื่อเทียบกับลักษณะแรก ด้วยลักษณะการเปิดกว้างให้บริษัทเอกชนมีการแข่งขัน จึงมีกฎหมายงบประมาณ ที่ปรับแก้ให้สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายด้านการบริการทางการแพทย์ขึ้น รัฐได้มีแผนการรองรับเรื่องการทำประกันสุขภาพการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีวัยเกิน 65 ปี และผู้ทุพพลภาพพิการโดยเฉพาะให้มีการนำส่งฉุกเฉินทางอากาศแก่บุคคลเหล่านี้ ตั้งแต่มีการบังคับใช้เมื่อปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมา ธุรกิจการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้ขยายตัวสูงขึ้นอย่างรวดเร็วกว่า ร้อยละ 300 เมื่อเทียบกับช่วงกลางปี ค.ศ. 1990 ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลจากบริษัทที่เปิดให้บริการทั้ง 840 แห่งได้อย่างอิสระตามภูมิลำเนาของตน

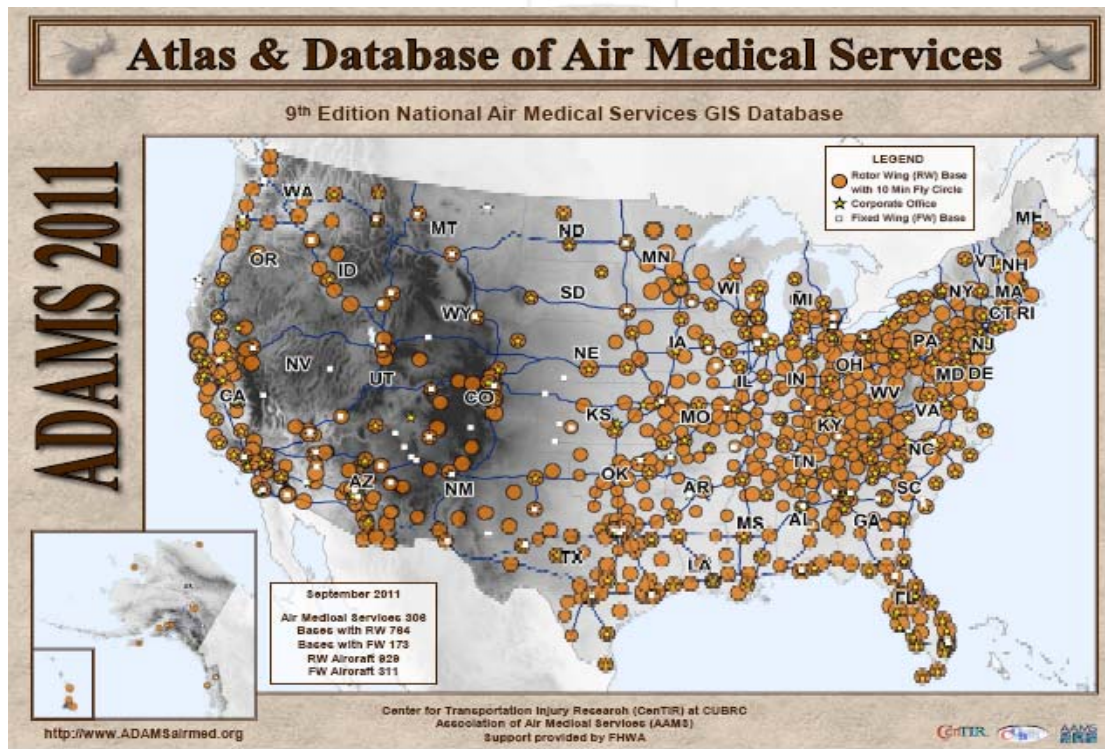
อย่างไรก็ตาม บริการอากาศยานพยาบาลของสหรัฐอเมริกา สามารถตอบสนองแก่ประชากรเพียงแค่ 81.4 ล้านคน ขณะที่อีก 46.7 ล้านคน ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการดังกล่าว การเจริญเติบโตของธุรกิจอากาศยานพยาบาลในอเมริกายังสามารถเกิดขึ้นได้อีก คาดว่าจะมีผู้ป่วยที่ใช้บริการ ประมาณ 500,000 คนต่อปี มีปริมาณเฮลิคอปเตอร์ ไว้ให้บริการ 929 ลำในปี ค.ศ. 2011 เทียบได้ว่าในทุก ๆ 2 นาที ต้องมีการนำเครื่องขึ้นปฏิบัติการบิน จากฐานบินกว่า 800 แห่งดังตารางที่ 3.5 แสดงสถิติการให้บริการ อากาศยานพยาบาลและภาพที่ 3.13 แสดงฐานบินของอากาศยานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา

ตารางที่ 3.5 จำนวนและอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในสหรัฐอเมริกาช่วง 6 ปี ค.ศ. 2006-2011

ปีที่รวบรวม	2011	2010	2009	2008	2007	2006
สถิติการปฏิบัติการกิจ (ครั้ง/เดือน)	306	309	307	310	267	270
จำนวนฐานบิน	764	731	714	699	664	647
จำนวนเฮลิคอปเตอร์พยาบาล	929	900	867	840	810	763

จาก Atlas & Database of Air Medical Services. (2011b). **Helicopter emergency medical service in U.S.**

Retrieved March, 3, 2011 from http://www.adamsairmed.org/pubs/air_medical_ac_staffing_2008-2011.pdf

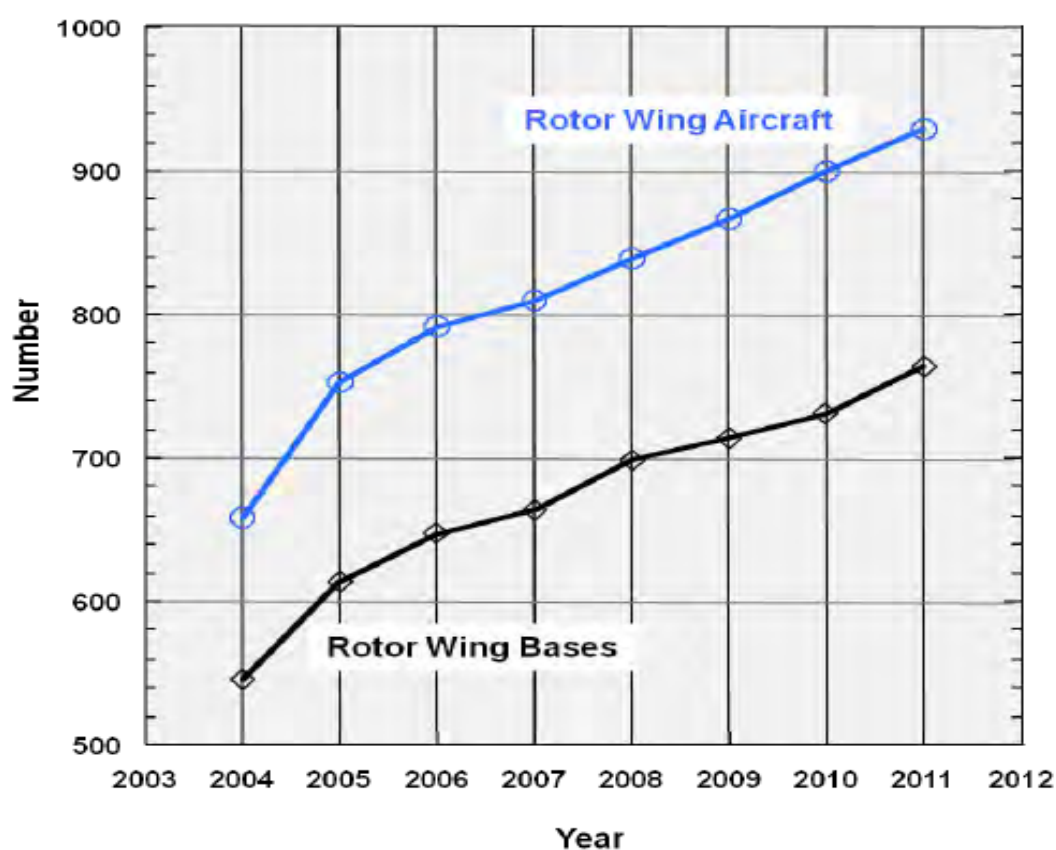


จาก Atlas & Database of Air Medical Services. (2011a). **Air medical service in U.S.** Retrieved

March, 3, 2012 from http://www.adamsairmed.org/pubs/A_MTC11_poster.pdf

ภาพที่ 3.13 ฐานบินอากาศยานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา

จากข้อมูลช่วง 6 ปีคือ ค.ศ. 2006 ถึง ค.ศ. 2011 พบว่ามีการขยายตัวของปริมาณอากาศยานพยาบาลและการตั้งฐานบินเพิ่มขึ้น กล่าวคือจาก 647 ฐานบิน 763 ลำในปี ค.ศ. 2006 เป็น 764 ฐานบิน 929 ลำในปี ค.ศ. 2011 ตามภาพที่ 3.14 ซึ่งถึงการเพิ่มขึ้นของบริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลและฐานบินในสหรัฐอเมริกาซึ่งสถิติการเรียกใช้บริการจะอยู่เฉลี่ยเดือนประมาณ 295 ครั้ง (Atlas & Database of Air Medical Services, 2011b)



จาก Atlas & Database of Air Medical Services. (2011c). **National & State overview of air medical coverage in 2011.** Retrieved March, 3, 2012 from http://www.adamsairmed.org/pubs/ADAMS_Intro.pdf, 13.

ภาพที่ 3.14 เฮลิคอปเตอร์พยาบาลและฐานบินในสหรัฐอเมริกาในช่วง 7 ปี (ค.ศ. 2004-ค.ศ. 2011)

อากาศยานพยาบาลในประเทศออสเตรเลียก่อตั้งขึ้นโดยบาทหลวง จอห์น ฟลินน์ (Reverend John Flynn) ในปี ค.ศ. 1928 ภายใต้อำนาจของรอยัลฟลายอิงด็อกเตอร์ (The Royal Flying Doctor Service: RFDS) มีจุดประสงค์การนำแพทย์บินออกให้บริการประชาชน ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่พิเศษ เนื่องจากภูมิประเทศของออสเตรเลีย มีอาณาเขตกว้าง เป็นหุบเขา เป็นทะเลทราย หลักการ นำบุคลากรทางแพทย์เพื่อบินไปให้บริการประชาชนในท้องที่ต่าง ๆ เป็นต้นกำเนิด ของการใช้อากาศยานพยาบาลในปัจจุบันทั่วโลก และเป็นแบบอย่างให้หลายประเทศนำไปใช้งานรวมถึงประเทศไทยด้วย การบริการอากาศยานพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย ได้รับการยอมรับของชาวออสเตรเลีย และ รัฐบาลจึงให้การสนับสนุนในลักษณะเป็นเงินกองทุนสนับสนุนและจัดสรรแบ่งงบประมาณแผ่นดิน ให้ปีละ 250 ล้านดอลลาร์ นอกจากนี้ที่รัฐบาลให้การสนับสนุนหลัก สายการบินแห่งชาติ แควนตัส สมาคมสตรีแห่งชาติ มีบทบาทสำคัญในการร่วมหาทุนในรูปแบบของมูลนิธิ และปรับองค์กรที่รับผิดชอบสู่รูปแบบการสนับสนุนเชิงการค้าให้แก่หน่วยงานต่าง ๆ ลักษณะการให้บริการอากาศยานของรัฐบาลออสเตรเลีย มีดังต่อไปนี้ โครงสร้างองค์กร RFDS (The Royal Flying Doctor Service) ประกอบด้วย 7 องค์กรหลักของประเทศได้แก่ กรรมการแห่งชาติออสเตรเลีย The Australian Council คณะกรรมการแห่งชาติ RFDS National Board สำนักแห่งชาติ RFDS National Office และฐานปฏิบัติการบินทั้ง 4 แห่ง ทั่วทุกภูมิภาคที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อลำเลียง เคลื่อนย้าย นำส่ง ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยผู้ประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ทุกวัย ทุกชนชั้น ที่มีอาการ บาดเจ็บ สาหัส รุนแรง และอื่น ๆ ที่มีสาเหตุทำให้เสียชีวิต หรือ ทุพพลภาพ โดยไม่หวังผลกำไร มีการจัดโครงสร้างพื้นฐานศูนย์คลินิก ให้การบริการแจ้งเรื่องรับบริการอากาศยานพยาบาล โดยจัดให้มีทีมเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ที่เป็นแพทย์ และพยาบาล เป็นเสมือน สถานพยาบาลในชุมชน เพื่อการประเมินความช่วยเหลือเบื้องต้น จัดตั้งศูนย์แพทย์วิทยุ ให้คำปรึกษา แนะนำ ทางโทรศัพท์ และ วิทยุสื่อสาร จัดตั้งศูนย์เวชภัณฑ์ ยารักษาโรค เครื่องมือแพทย์ ในชุมชนต่าง ๆ เพื่อเป็นศูนย์การเบิกจ่าย ให้แก่ชุมชนที่ห่างไกล จัดตั้งฐานบินออกเป็น 4 ภูมิภาคได้แก่ ฐานปฏิบัติการบินส่วนกลาง ฐานปฏิบัติการบินภาคตะวันออกเฉียงใต้ ฐานปฏิบัติการบินภาคตะวันตก และ ฐานปฏิบัติการบิน มลรัฐควีนส์แลนด์ รวมทั้งหมด 23 ฐานบิน มีพนักงาน ประจำ 495 คน พนักงานชั่วคราว 145 คน รวม 640 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 3.15 (Martin, 2006)

อากาศยานที่ให้บริการมี จำนวน 68 ลำ ส่วนใหญ่เป็นเครื่องบินปีกตรึง (fixed wing) เนื่องจากต้องบินในระหว่างไกล และสามารถทำความเร็ว สูง โดยไม่ต้องเติมเชื้อเพลิง ซึ่งได้แก่ King Air Beechcraft B200 26 ลำ King Air Beechcraft B200C 7 ลำ King Air Beechcraft B300 1 ลำ Cessna 208B Grand Caravan 2 ลำ Hawker 800XP 1 ลำ และ Pilatus PC-12 จำนวน 31 ลำ

ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดจากการให้บริการทั้งหมด มูลนิธิเพื่อการกุศลที่ได้รับเงินบริจาค เช่น มูลนิธิรัฐบุรุษจอห์น ฟลินน์ มูลนิธิสตรีแห่งชาติ โดยเฉพาะมูลนิธิแควนทัส ซึ่งประกาศเป็นพันธมิตรขอเป็นหุ้นส่วน การบริหาร ฝูงบินของ RFDS มีนโยบายจัดสรรเงินจากค่าบริการขายตัวของสายการบิน ทั้งภายใน และระหว่างประเทศ และ การแข่งขันกันกีฬา รวมถึงทุกรายการกุศลที่สายการบินจัดมอบเป็นเงินทุนให้ นอกจากนี้ รัฐบาลออสเตรเลียยังร่วมเป็นผู้รับผิดชอบจ่าย (Royal Flying Doctor Service of Australia, 1990, pp. 1-10)



จาก RFDS Australian Council. (2011). **Annual report 2010-2011, The furthest corner the finest care.** Sydney: RFDS National Office. Retrieved March, 3, 2012 from <http://www.flyingdoctor.org.au/ IgnitionSuite/uploads/docs/Annual%20Report%202010-2011.pdf>, 6.

ภาพที่ 3.15 ฐานบินที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศออสเตรเลีย

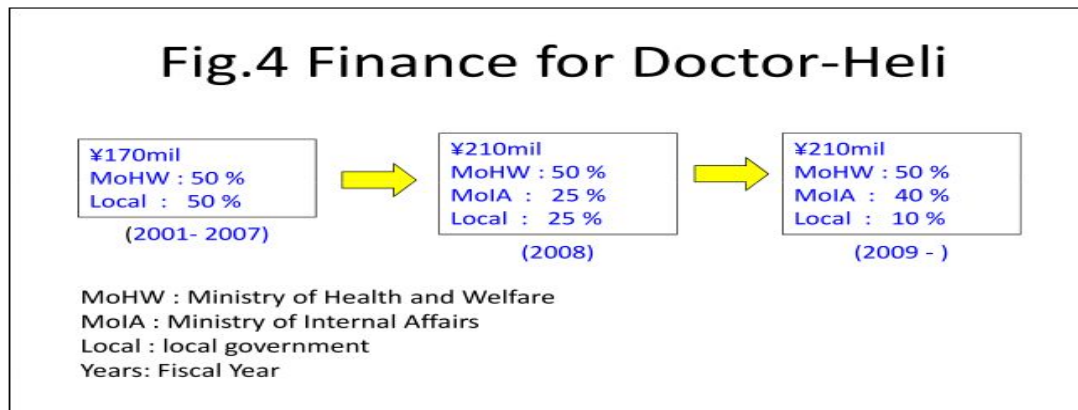
ประเทศญี่ปุ่น สาธารณสุขแห่งชาติญี่ปุ่นมีความต้องการสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อช่วยในการนำส่งผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนน ซึ่งพบว่าแต่ละปีมีมากถึงหนึ่งหมื่นราย อุบัติภัยทางถนนนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและมีขนาดความรุนแรงมากทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุกว่า 9000 ราย เสียชีวิตในแต่ละปี สาเหตุหนึ่งคือระบบการแพทย์เข้าถึงช้า รัฐบาลจึงมีนโยบายลดปริมาณผู้ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุอุบัติเหตุ โดยตั้งคณะกรรมการขึ้นมาวางแผนแก้ไข รวมถึงเตรียมความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ จากภัยพิบัติทางธรรมชาติ คือการนำแนวคิดของการเคลื่อนย้ายทางอากาศเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Mashiko, 2011b) ในปี ค.ศ.1999 ทีมเฉพาะกิจที่รัฐบาลแต่งตั้งขึ้น นำโดยศาสตราจารย์นายแพทย์ คุนิฮิโร มาชิโกะ ภายใต้คณะทำงานวิจัยโครงการดอกเตอร์เฮลิ (Doctor Heli) (Mashiko, 2010) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขและกรมแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อดำเนินงาน วิเคราะห์และรวบรวมความเป็นไปได้ที่นำบริการดังกล่าวแก้ไขการนำส่งผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป และได้มติให้เดินทางไป ประเทศเยอรมนีเพื่อขอคำปรึกษาและดูระบบงานเพื่อเป็นต้นแบบโดยเฉพาะการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลเข้ามารับผู้ประสบอุบัติเหตุที่ทางด่วนเนื่องจากใช้เวลาสั้นและรวดเร็วกว่าพาหนะอื่นและสภาพทางหลวงก็มีสภาพคล้ายกับรันเวย์ของสนามบิน เพื่อนำมาปรับบริบทให้เหมาะสมกับประเทศญี่ปุ่น และเริ่มให้บริการแก่ประชาชนได้ในเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 2000 ลักษณะการดำเนินงาน รัฐบาล ญี่ปุ่นคัดเลือกสัมปทานจากบริษัทที่ยื่นข้อเสนอการให้บริการอากาศยานปีกหมุน เพื่อจัดการการดูแลพาหนะเฮลิคอปเตอร์โดยทางบริษัท ที่ได้รับการว่าจ้างจะนำอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ติดตั้งเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตเพื่อปรับเป็นอากาศยานพยาบาลตามภาพที่ 3.16 พร้อมทีมนักบินและช่าง ประจำฐานซึ่งส่วนใหญ่อยู่เป็นฐานบินประจำโรงพยาบาล ทั้ง 32 แห่ง ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน ใช้หมายเลข 119 ทำงานร่วมกับ สถานีดับเพลิง ตอบสนองภายในเวลา 15 นาที หลังจากรับแจ้งเหตุ ภายในรัศมีทำการ 50-70 กิโลเมตร จากฐานปฏิบัติบินของโรงพยาบาล (Nishikawa & Yamano, 2011)



จาก Mashiko, H. K. (2011a). Advance field triage, rapid treatment and transportation for the critical injured patient: Japanese dr. Heli system. In **emergency medicine in global crisis: Lean, safe & seamless, International conference for emergency medicine** [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency Medicine.

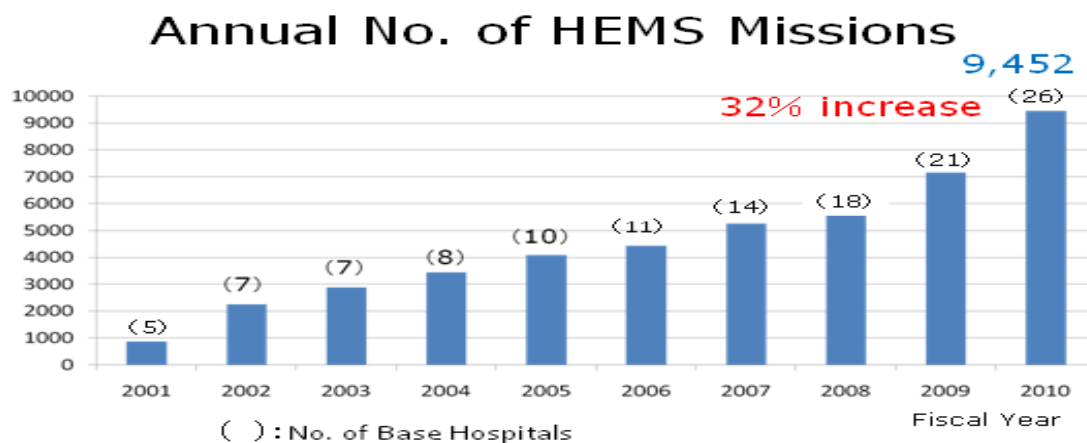
ภาพที่ 3.16 อุปกรณ์ยังชีพที่ติดตั้งภายในอากาศยานเฮลิคอปเตอร์พยาบาล

จากผลการรวบรวม สถิติ การให้บริการ ใน 10 ฐานบินในปี ค.ศ. 2005 พบว่ามีการให้บริการถึง 4,098 ครั้ง ประมาณ 400 ครั้งต่อฐานบิน สองในสามหรือ ร้อยละ 67 เป็นภารกิจรับจากจุดเกิดเหตุในลักษณะประสานงานกับรพพยาบาลภาคพื้น และ หนึ่งในสี่ หรือ ร้อยละ 25.6 เป็นภารกิจการนำส่งระหว่างโรงพยาบาล ที่เหลืออื่นๆอีก ร้อยละ 7.4 ภารกิจถูกยกเลิกเนื่องจาก ผู้ป่วยอาการกลับดีขึ้น ไม่ต้องใช้อากาศยานหรือเปลี่ยนใช้พาหนะอื่นแทนหรือ ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน ส่วนภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด ทางรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นร่วมสนับสนุน งบประมาณค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลปีละ 210 ล้านบาท ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล จาก 3 หน่วยงานหลัก ดังต่อไปนี้ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม จัดสรรงบประมาณสนับสนุนร้อยละ 50 กระทรวงมหาดไทยสนับสนุนร้อยละ 40 และรัฐบาลท้องถิ่นจัดสรรให้ร้อยละ 10 เพื่อ บริหารจัดการโครงการด็อกเตอร์เฮลิคอปเตอร์แสดงในภาพที่ 3.17 และ ภาพที่ 3.18 (HEM-Net, 2010)



จาก Nishikawa, W. & Yamano, Y. (2011). 27 Doctor-Heli Bases Currently in Service: Who pays the cost. In **HEM-Net Air Rescue Magazine** (3rd.). Retrieved March 7, 2012, from <http://members2.jcom.home.ne.jp/nishikawaw/kugler2011.html>

ภาพที่ 3.17 หน่วยงานที่สนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายโครงการด็อกเตอร์เฮลิ

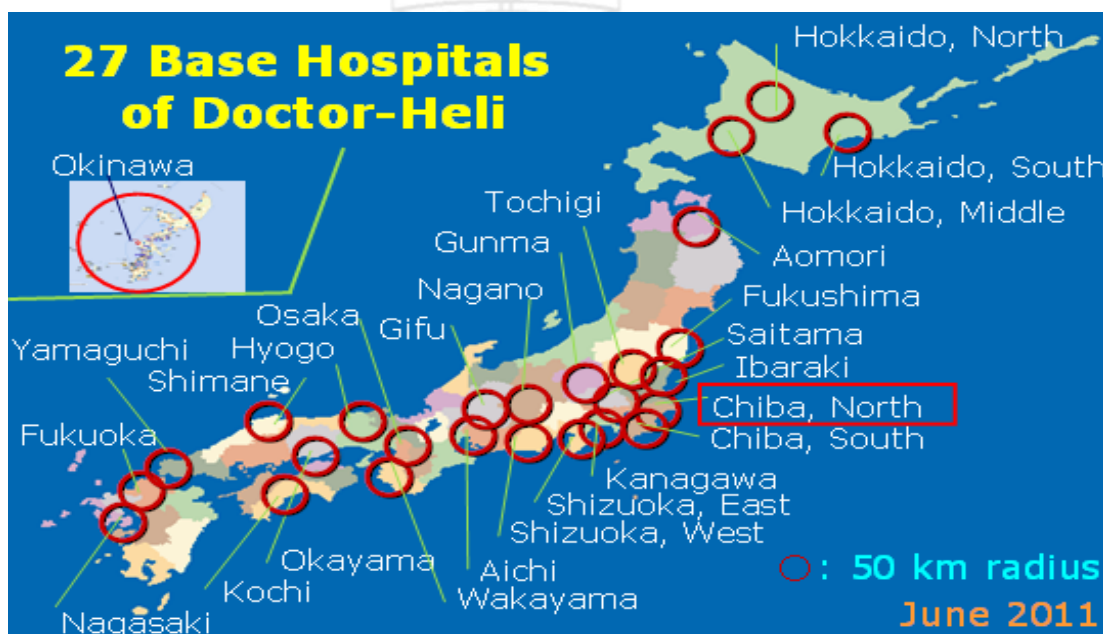


จาก Mashiko, H. K. (2011a). Advance field triage, rapid treatment and transportation for the critical injured patient: Japanese dr. Heli system. In **emergency medicine in global crisis: Lean, safe & seamless, International conference for emergency medicine** [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency Medicine.

ภาพที่ 3.18 การปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในรอบ 1 ทศวรรษของญี่ปุ่น

จากภาพที่ 3.18 พบว่าอัตราการให้บริการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในประเทศญี่ปุ่นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง ในรอบสิบปีจากปี ค.ศ. 2001 เป็นต้นมา ได้มีการให้บริการแก่ประชาชนจำนวน 9,452 ราย และมีแนวโน้มใช้โรงพยาบาลเป็นฐานหลักเพื่อปฏิบัติการบินสูงขึ้นถึงร้อยละ 32 เมื่อเทียบกับปี ค.ศ. 2001 ซึ่งมีเพียง 5 ฐาน (Mashiko, Matsumoto, Hara, Sakamoto, Kasukata & Takei, 2006, pp. 8-11)

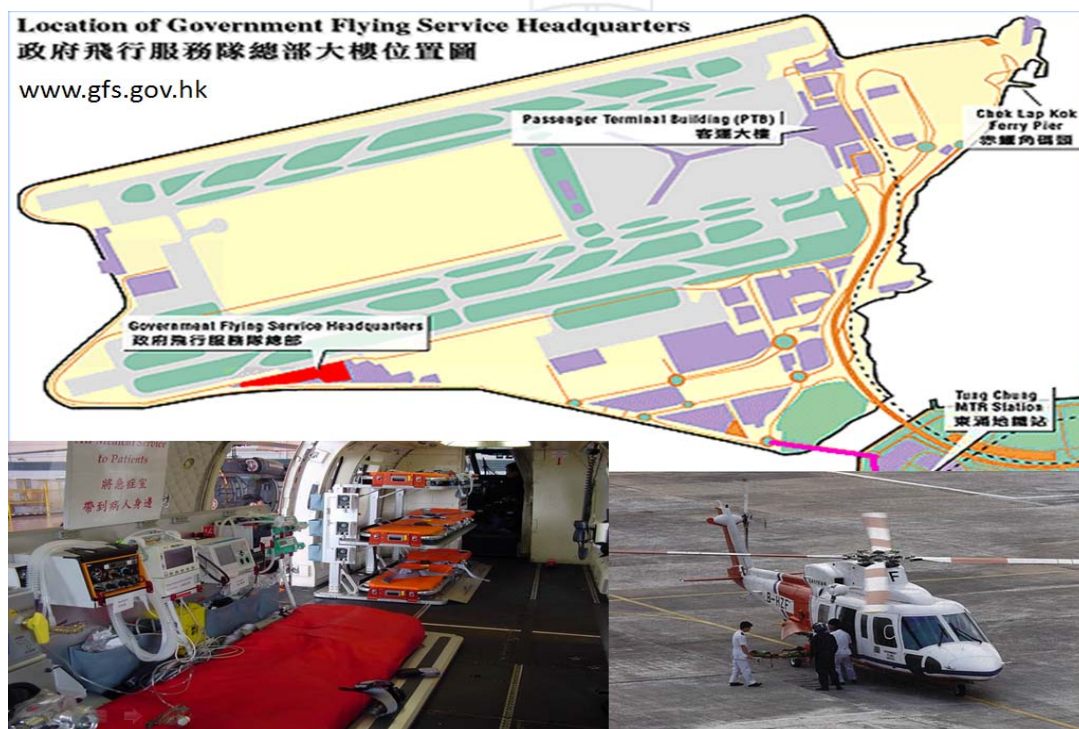
ขณะที่ปี ค.ศ. 2010 มีด้วยกัน 26 ฐาน และเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งฐานคือจังหวัดชิบะทางตอนเหนือในปี ค.ศ. 2011 รวมเป็น 27 ฐานบินที่อยู่ในโรงพยาบาล ภาพที่ 3.19 แสดงรายละเอียดของผู้ให้บริการดอกเตอร์เฮลิที่โรงพยาบาลเป็นฐานบิน ซึ่งรัศมีทำการ 50 กิโลเมตร ซึ่งยังไม่สามารถครอบคลุมครบทุกจังหวัด จากภาพจะเห็นว่าอีก 15 จังหวัดยังไม่ได้มีฐานปฏิบัติการ ขณะที่บางจังหวัดที่ใหญ่มีที่ตั้งฐานบินไม่ต่ำกว่า 2 จุด เช่น จังหวัดชิบะ มี 2 ฐานบิน จังหวัดฮอกไกโด มีถึง 3 ฐานบิน



จาก Mashiko, H. K. (2011a). Advance field triage, rapid treatment and transportation for the critical injured patient: Japanese dr. Heli system. In **emergency medicine in global crisis: Lean, safe & seamless, International conference for emergency medicine** [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency Medicine.

ภาพที่ 3.19 ฐานบินโรงพยาบาลที่ปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาลของญี่ปุ่น

เขตปกครองพิเศษจีนฮ่องกง รัฐบาลฮ่องกงมีนโยบายใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลโดยร่วมมือกับ 3 หน่วยงานคือ หน่วยบริการดับเพลิง สำนักงานตำรวจน้ำฮ่องกง และสถาบันการบินแห่งรัฐบาลฮ่องกง GFSC (Government Flying Service Corporation) นำเฮลิคอปเตอร์ยูโรนาคคองเครื่องยนต์คู่รุ่น EC155B1 จำนวน 4 ลำ และ Super Puma L2 จำนวน 3 ลำ และเครื่องบินปีกตรึง BAe Jetstream 41 จำนวน 2 ลำ รวมทั้งหมด 9 ลำ ดัดแปลงติดตั้งเครื่องมือแพทย์ เป็นไอซียูลอยฟ้าให้บริการกู้ภัย กู้ชีพ และลำเลียงผู้ป่วย ผู้ประสบภัยและผู้ที่ได้รับบาดเจ็บสาหัสจาก อุบัติเหตุต่าง ๆ เพื่อนำส่งโรงพยาบาล ภายในรัศมี 740 กิโลเมตรจากแผนที่ทางเดินอากาศ สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุนอกเกาะภายใน 30 นาที และ 20 นาทีภายในเกาะฮ่องกง เนื่องจากว่าพื้นที่ทางกายภาพของประเทศเป็นเกาะ และมักมีปัญหาด้านการจราจรดังภาพที่ 3.20



จาก Ng Man Ho. (2011). Air medical service: The appropriate model for Asian countries. In **emergency medicine in global crisis: Lean, safe & seamless, International conference for emergency medicine** [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency Medicine.

ภาพที่ 3.20 ฐานปฏิบัติการบินของ Hong Kong Government Flying Service

ภาพโดยรวมของอากาศยานพยาบาลที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากครั้งแรกในสงคราม Franco-Prussian War ช่วงปี ค.ศ. 1870 มีรายงานการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเกิดขึ้นระหว่างที่เมืองปารีสถูกปิดล้อมจากข้าศึก ต่อมารายงานที่ได้มีการบันทึกการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยเครื่องบินคือ ช่วงสงครามโลกครั้งที่ 1 ประเทศฝรั่งเศส นำเครื่องบินรบดัดแปลงให้ติดตั้งเปลนอน ขนาด 2 เตียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยชาวเซอร์เบีย ในปี ค.ศ. 1916 ต่อมาเกิดพัฒนาการด้านอุตสาหกรรมการบิน ทำให้มีการพัฒนาเครื่องบินพยาบาลให้มีบทบาทเด่นชัด โดยภารกิจช่วงต้น ๆ ในประเทศต่าง ๆ ใช้เคลื่อนย้ายทหารที่บาดเจ็บจากสนามรบกลับไปรักษาในโรงพยาบาลเป็นหลัก และพัฒนาการเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บไปรักษาต่อ ทำเป็นนโยบายหลักของกองทัพสหรัฐ อเมริกา คือ มีการจัดตั้งฝูงบินสำหรับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (the 38 medical air ambulance squadron) มีภารกิจเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บจากสงครามโดยตรง จากผลของสงครามโลกครั้งที่สอง ทหารที่ได้รับบาดเจ็บเป็นจำนวนกว่าล้านคนได้รับการลำเลียงทางอากาศ สำหรับ เฮลิคอปเตอร์เริ่ม มีบทบาทในการค้นหาและช่วยชีวิต (search and rescue) ในปี ค.ศ. 1944 ที่ประเทศพม่าแต่ภารกิจด้านลำเลียงผู้ป่วยทางเฮลิคอปเตอร์ส่วนมากเกิดขึ้นช่วงสงครามเกาหลี และสงครามเวียดนาม ภายหลังสงครามการช่วยเหลือชีวิตด้วยเฮลิคอปเตอร์ได้รับการเผยแพร่ผ่านสื่อมวลชน ทำให้หลายประเทศ ได้นำศักยภาพของอากาศยานมาใช้ทางพลเรือน เพื่อจุดประสงค์การช่วยชีวิต ออสเตรเลีย เป็นประเทศที่ได้ มีการบุกเบิกนำอากาศยานมาใช้กับระบบสาธารณสุข โดยนำบริการด้านสาธารณสุข บินให้บริการประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ส่วนในภาคพื้นยุโรปได้มีการจัดตั้งหน่วยบินช่วยชีวิต ชื่อ Swiss air rescue association (REGA) โดยความร่วมมือกับสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1952 เบลเยียมเปิดให้บริการ ประชาชนในปี ค.ศ. 1963 ในอเมริกา มีการก่อตั้ง หน่วย Helicopter Emergency Lifesaving Patrol (HELP) ในปี ค.ศ. 1965 และหน่วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ADAC (Allgemeiner Deutscher Automobil Club) เยอรมัน ในปี ค.ศ. 1970 (Martin, 1993)

สำหรับประเทศไทยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเกิดขึ้นจากภารกิจทหารซึ่งได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น และพัฒนาสู่พลเรือน เพื่อให้ทราบภาพรวมของการใช้อากาศยานพยาบาลในภารกิจช่วยชีวิตประชาชน ผู้วิจัยจึงได้รวบรวมสรุปการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศต่าง ๆ ไว้ โดยนำเสนอเป็นตาราง แสดงหน่วยที่รับผิดชอบ จำนวนฐานบินที่ให้บริการบินและภาระค่าใช้จ่ายของการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่เกิดขึ้นในประเทศต่าง ๆ โดยเลือกลักษณะการให้บริการอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์พยาบาลทั้งหมดยกเว้นข้อมูลจากประเทศออสเตรเลีย ที่ใช้อากาศยานปีกตรึงเป็นหลัก ดังตารางที่ 3.6

ตารางที่ 3.6 อากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในประเทศต่าง ๆ ในปี ค.ศ. 2006

ประเทศ	ฐานบิน	ผู้ให้บริการ	ผู้รับภาระค่าใช้จ่าย
อังกฤษ	21	องค์กรการบินพลเรือน	รัฐบาลช่วยอุดหนุน
อิตาลี	44	องค์กรการบินพลเรือนที่ไม่หวังผลกำไร	รัฐบาล
ออสเตรเลีย	38	องค์กรการบินพลเรือนที่ไม่หวังผลกำไร	ระบบประกันสุขภาพ
เนเธอร์แลนด์	4	องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร	รัฐบาล
สวีเดน	20	องค์กรการบินพลเรือนที่ไม่หวังผลกำไร	ระบบประกันสุขภาพ (รัฐ+บุคคล)
สวีเดน	9	หน่วยบินทหาร	โรงพยาบาลรัฐ
สเปน	25	องค์กรการบินพลเรือน	ระบบประกันสุขภาพ (รัฐ)
สโลวาเกีย	5	องค์กรการบินพลเรือน	รัฐบาล
สาธารณรัฐเชก	10	หน่วยบินทหาร/ตำรวจ	รัฐบาล
เยอรมนี (2011)	97	องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร	ระบบประกันสุขภาพ
ตุรกี	4	องค์กรเอกชน	ประกันสุขภาพส่วนบุคคล
นอร์เวย์	16	องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร/ หน่วยบินทหาร	ระบบประกันสุขภาพ(รัฐ)
ฮังการี	5	หน่วยบินทหาร	รัฐบาล
ฟินแลนด์	6	องค์กรการบินพลเรือน	ระบบประกันสุขภาพ (รัฐ+บุคคล)
ฝรั่งเศส	60	หน่วยบินทหาร	รัฐบาล
เบลเยียม	2	หน่วยบินทหาร	รัฐบาล
โปแลนด์	20	องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร	รัฐบาล
โปรตุเกส	2	องค์กรการบินพลเรือน	รัฐบาล
ลักซ์เซมเบิร์ก	2	องค์กรที่ไม่หวังผลกำไร	ประกันสุขภาพ
ภูมิภาคยุโรปรวม	371	-	-
อเมริกา (2011)	764	หน่วยงานท้องถิ่น /ตำรวจ/บริษัทเอกชน	ระบบประกันสุขภาพ (รัฐ+บุคคล)
ออสเตรเลีย	23	รอยัลฟลายอิงออสตราเลีย	รัฐบาล + มูลนิธิเพื่อการกุศล
ญี่ปุ่น (2012)	32	หน่วยบินเอกชนที่ได้สัมปทานจากรัฐ	รัฐบาล (กลาง+ท้องถิ่น)
ไทย (2011)	5	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	สพฉ./สธ./สปสช./ประกันสังคม

จากตารางที่ 3.6 การวิเคราะห์แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการกระจายฐานการให้บริการสู่ภูมิภาคต่าง ๆ ในแต่ละประเทศซึ่งลักษณะการให้บริการ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นจาก การบริหารจัดการของรัฐบาล แต่ก็มีกรให้บริการผสมระหว่างรัฐบาลและภาคเอกชนเพื่อเป็นทางเลือกที่รวดเร็วสำหรับผู้มีรายได้ อย่างไรก็ตามสำหรับผู้มีรายได้น้อยสวัสดิการที่รัฐจัดให้เป็นทางเลือกที่รัฐมองเห็นถึงประโยชน์ของอากาศยานพยาบาล ทั้งนี้ประเทศไทยได้ต้นแบบที่ดีและโดยส่งผู้แทนแพทย์และพยาบาลไปศึกษาอบรมระบบการบริหารจัดการจากของประเทศญี่ปุ่นและประเทศ

สหรัฐอเมริกา โดยหลังจากการก่อตั้ง สพฉ.แล้วการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้กระจายฐานบินเพื่อให้บริการเป็น 5 ฐานตามภูมิภาค

3.3.9 ตัวอย่างการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในสถานการณ์ภัยพิบัติในต่างประเทศ (ญี่ปุ่น)

ตัวอย่างที่ได้ยกนำเสนอเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศญี่ปุ่นมี 2 เหตุการณ์ที่น่าเสนอเกิดขึ้นก่อนและหลังการก่อตั้งโครงการคอกเตอร์เฮลิ (Doctor Heli Project) ในปี ค.ศ.1955 มีเหตุการณ์ธรณีพิบัติครั้งใหญ่ที่เมืองฮานชินอะวาจิ (The Great Hanshin-Awaji Earthquake) ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ส่งรพพยาบาลเพื่อนำผู้บาดเจ็บสู่โรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากการคมนาคมทางบกได้ถูกทำลาย และมีผู้ประสบภัยเพียงแค่ 17 ราย เท่านั้นที่สามารถเคลื่อนย้ายทางอากาศได้ในช่วง 72 ชั่วโมงแรกที่เกิดเหตุ ทั้ง ๆ ที่มีโอกาสช่วยเหลือผู้ประสบภัยได้มากถึง 500 ราย หากมีการเตรียมความพร้อม ทั้งระบบการประสานงาน พาหนะบุคลากร จากบทเรียนดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้ร่วมกันก่อตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินใหม่ ที่ทันสมัยสามารถดำเนินการนำส่งผู้ป่วย ผู้ประสบภัย ก่อนนำส่งโรงพยาบาลทางอากาศ (pre-hospital air transfer) ในนามชื่อ คอกเตอร์ เฮลิ โดยจัดให้มีทีมแพทย์ฉุกเฉิน และพยาบาลเวชศาสตร์ ร่วมปฏิบัติการ ในระบบการให้บริการเฮลิคอปเตอร์ฉุกเฉินพยาบาล โดยดัดแปลงอากาศยานปีกหมุนให้ติดตั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย มีขนาดกะทัดรัด ใช้เวลาเตรียมการกว่า 5 ปี จนสามารถเริ่มปฏิบัติการได้เมื่อ ปี ค.ศ. 2001 เริ่มต้นจากฐานบินภายในโรงพยาบาล 5 แห่ง โดยตั้งเป้าการดำเนินงาน ให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำส่งตรงมายังฐานบินโรงพยาบาลร้อยละ 56 ที่เหลือร้อยละ 44 นำส่งโรงพยาบาลโดยทั่วไป รายงานประจำปี ค.ศ. 2010 การปฏิบัติการเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ได้เพิ่มขึ้นจากเริ่มก่อตั้ง ร้อยละ 32 มีฐานบินให้บริการในเดือนมิถุนายน 2011 จำนวน 27 ฐานบิน สามารถให้บริการผู้ป่วย รวม 9,452 ราย ในปี ค.ศ. 2010 (Tase, Ohno, Hasegawa, Tsukada, Shimada & Ikegami, 2010, pp. 71-79)

เมื่อเกิดเหตุการณ์ คลื่นยักษ์สึนามิถล่มโรงงานไฟฟ้านิวเคลียร์ฟูกูชิมะ เมื่อวันที่ 11- 13 มีนาคม ค.ศ. 2011 บริการคอกเตอร์เฮลิถูกระดมเรียกเข้าร่วมมือกับทีมช่วยเหลือฉุกเฉินทางการแพทย์ (Disaster Medical Assistance Team: DMAT) ทีมแพทย์ฉุกเฉิน เคลื่อนที่เร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยตั้งฐานให้ความช่วยเหลือทางการแพทย์ พร้อมกับทีมคอกเตอร์เฮลิ 7 ทีม ที่ฐานบินฮานามาจิ (Hanamaki Base) ฐานบิน ฮานามาจิ และ ฐานบิน ฟูกูชิมะ ลักษณะการดำเนินงานปฏิบัติการคอกเตอร์เฮลิออกบริการทันทีเมื่อได้รับคำร้องขอจากแพทย์หน่วย DMAT เหตุการณ์ครั้งนี้ ในช่วง 2 วันแรก ได้เคลื่อนย้ายทางอากาศ ผู้ป่วย 22 ราย หลังจากนั้น 36 รายในอีก 4 วัน เนื่อง

การขาดการประสานงานระบบป้อนน้ำมันเชื้อเพลิงที่มีประสิทธิภาพทำให้ต้องต่อคิวเติมเชื้อเพลิงกับอากาศยานของสื่อมวลชน (Mashiko, 2010, 2011b)

3.4 แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

3.4.1 ความหมาย ลักษณะ รูปแบบ และองค์ประกอบของความร่วมมือ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือนั้น มีความหมายของความร่วมมือ ดังนี้ (Merriam-Webster, 1966)

ความร่วมมือร่วมใจ (collaboration) มาจากรากศัพท์ col = ร่วม labor = แรงงาน ความร่วมมือร่วมใจ หมายถึง ปฏิบัติงานร่วมกันหรือลงแรงร่วมกันในลักษณะต่าง ๆ เริ่มต้นจากสภาวะที่ขาดความสัมพันธ์มาก่อน การทำให้เกิดความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนได้จำเป็นต้องสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นเป็นด้านแรกของการทำงานร่วมกัน

ความร่วมมือ (co-operation) มาจากรากศัพท์ co-op หมายถึง สหกรณ์ operate คือ ทำงาน หมายถึง ร่วมมือ หมายถึง การทำงานร่วมกับคนอื่น เพื่อผลประโยชน์ร่วมกันและมีจุดหมายร่วมกัน (สิทธิโชค วรานุสันติกุล, 2546, หน้า 305; Schmitz, Baber, Delores & Brown, 2000, pp. 64-84)

ความร่วมมือในฐานะหุ้นส่วน (partnership) มาจากรากศัพท์ partner หมายถึง หุ้นส่วนหรือเป็นส่วนหนึ่ง (part) ของส่วนรวม และ ship คือ สถานภาพ ความร่วมมือในฐานะหุ้นส่วน หมายถึง การปฏิบัติงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดในฐานะหุ้นส่วนแม้ว่าไม่มีความผูกพันหรือพันธะสัญญามาก่อน หุ้นส่วนแต่ละฝ่ายมีสิทธิหรือความรับผิดชอบเหมือนกัน มีความเสมอภาค และมีการพัฒนาทักษะไปพร้อม ๆ กัน

ความร่วมมือแบบพันธมิตร (alliance) มาจากรากศัพท์ ally แปลว่า พันธมิตร a-ance แปลว่า ปัจจัย (suffix) ทำให้เป็นคำนามแปลว่า สถานภาพความร่วมมือแบบพันธมิตร หมายถึง การปฏิบัติงานร่วมกันแบบพันธมิตรในลักษณะที่รวมตัวกันอย่างใกล้ชิด โดยมีพื้นฐานเชื่อมโยงที่มีความผูกพันหรือพันธะสัญญาระหว่างพันธมิตร เป็นความภาคภูมิใจส่วนบุคคลที่เกิดขึ้นจากคุณลักษณะ และคุณสมบัติที่สืบสานพัฒนาร่วมกันมา

ความร่วมมือ มีความหมายคือ การทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหาของสุริแวน และเดกเกอร์ (Sullivan & Decker, 2005)

กอร์ดอน (Gordon, 1996) กล่าวว่าความร่วมมือ (collaboration) คือความร่วมมือร่วมใจในที่เน้นการแก้ไขปัญหาเพื่อให้เกิดความพอใจสูงสุดทั้งสองฝ่าย ควรร่วมมือจะประสบความสำเร็จเมื่อสามารถจัดความขัดแย้งที่เกิดขึ้นให้หมดไปโดยใช้ความไว้วางใจกระตุ้นความรู้สึกร่วมทางเจตคติของผู้ร่วมงานให้เห็นความสำคัญของสิทธิ ที่ได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน

แบก, ชมิต, มุชลิน, มิซเชล, อัลเดรช, โอ๊คส์ และฮัทสัน (Baggs, Schmitt, Mushlin, Mitchell, Eldredge, Oakes & Hutson, 1999, pp. 1991-1998) อธิบายว่าความร่วมมือระหว่างแพทย์พยาบาล คือ การทำงานร่วมกันของแพทย์ พยาบาล การร่วมแบ่งปันความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา และการร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

เวลส์, จอนห์สัน และซอลเยอร์ (Wells, Johnson & Salyer, 1998, pp. 160-168) ให้ความหมายของความร่วมมือด้านการแพทย์ และพยาบาล (collaboration) หมายถึง การทำงานร่วมกันเพื่อเป้าหมายเดียวกัน

พจนานุกรมเกี่ยวกับมหาวิทยาลัยของ เมอเรียน เว็บสเตอร์ปี ค.ศ. 1966 (Merriam-Webster, 1966) ระบุว่า ความร่วมมือ (collaboration) มีลักษณะ 3 ประการคือ (1) ประการแรก เป็นความร่วมมือโดยการเข้าไปทำงานกับผู้อื่น (2) ประการที่สองเป็นความร่วมมือกับองค์กรหรือสถาบัน โดยไม่มีความสัมพันธ์กันมาก่อน และ (3) ประการสุดท้าย ความสัมพันธ์ของความร่วมมือเกิดขึ้นโดยการให้ความช่วยเหลือ หรือตั้งเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน

พจนานุกรม อเมริกันเฮริเทจ ปี ค.ศ. 1995 (American Heritage Dictionary, 1995) พบว่าความร่วมมือ หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องร่วมกันอย่างจริงจังในกิจกรรมที่ใช้สติปัญญา

ฮีนเนแมน, ลี และโคเฮน (Henneman, Lee & Cohen, 1995, pp. 103-109) กล่าวว่าความร่วมมือในองค์กรสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสื่อสาร และตัดสินใจร่วมกันมีเป้าหมายที่ความพึงพอใจของผู้ป่วย และให้เกียรติในความสามารถ และความเป็นวิชาชีพเฉพาะของแต่ละวิชาชีพ และยังพบว่าความร่วมมือระหว่างพยาบาล หมายถึง การให้ความร่วมมือภายใต้การแบ่งปันพลังอำนาจ ไม่มีลำดับชั้น โดยที่พลังอำนาจหมายถึง ความรู้ ประสบการณ์ ไม่ใช่จากบทบาทหน้าที่

ลินเกรน และเออร์แมน (Lindgren & Oermann, 1995, pp. 121-126) อธิบายว่า ความร่วมมือ คือ การทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกันอยู่แต่ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าทุกคนจะต้องมีเป้าหมายอย่างเดียวกันหรือเหมือนกันเสมอไป แต่หมายความว่าบุคคลแต่ละคน อาจจะมีเป้าหมายที่ตรงกันหรือมีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกันในลักษณะหนึ่ง ซึ่งการบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันนั้น จะทำให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีความพอใจ เพราะแต่ละคนได้เข้าใจเป้าหมายหรือได้บรรลุเป้าหมายส่วนตัวของตนด้วย

แบค (Baggs, 1994, pp. 176-182) ความร่วมมือในองค์กร หมายถึง การพึ่งพา แลกเปลี่ยนผลประโยชน์กันทั้ง 2 ฝ่าย ด้วยรูปแบบที่จำเป็นต้องมีการประสานกัน

ฟูลแลน และฮาร์กรีฟส์ (Fullan & Hargreves, 1991) อธิบายว่า ลักษณะวัฒนธรรมความร่วมมือเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ทั้งการประชุมพบปะแม้แต่การสั่งงานอย่างเป็นทางการพบว่ามีลักษณะเฉพาะกิจ แต่เป็นการทำงานอย่างประสานสัมพันธ์ของบุคลากรโดยมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพมีเจตคติที่ดี และพฤติกรรมที่ดี ดังนั้น การช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเชื่อถือไว้วางใจและความเปิดเผย เป็นสิ่งที่สร้างความสัมพันธ์ภายใต้ข้อผูกพันของคุณค่าของแต่ละบุคคล

สมาคมพยาบาลอเมริกัน (American Nurses' Association, 1980) อธิบายว่า ความร่วมมือทางการแพทย์ เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลในการรักษาและพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบในลักษณะของการเป็นหุ้นส่วนที่แท้จริง

อุ้นดา นพคุณ (2546) กล่าวว่าความร่วมมือต้องนึกถึงบทบาทของตนเอง ต้องปรึกษากัน ต้องมีผู้นำ ต้องกำหนดนโยบาย เพื่อให้งานสำเร็จลงได้ด้วยดี การยอมรับแนวคิดของความร่วมมือ ต่าง ๆ เช่น การ คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น การพัฒนาแบบผสมผสาน การปกครองตนเอง เป็นต้น

ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทิตย์ (อบอูน), สหทัยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์ และชลกาญจน์ ฮาชันนารี (2546) กล่าวว่าความร่วมมือเกิดจากบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปที่ได้ทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน ซึ่งผู้มีส่วนร่วมแต่ละฝ่ายไม่สามารถกระทำได้โดยลำพัง การที่จะให้เกิดความร่วมมือ เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมายได้ง่ายขึ้นต้องอาศัยการช่วยเหลือ ส่งเสริมจากคนหลาย ๆ คน จากหลาย ๆ ฝ่ายไม่ว่าจะทำในกิจกรรมใด ๆ

สมพันธ์ เตชะอธิก, มานะ นาคำ, วิเชียร แสงโชติ, พงษ์สวัสดิ์ ดันติเจริญกิจ และสำเร็จ เสกขุนทด (2543) อธิบายว่า ความร่วมมือเกิดขึ้นได้ต้องมีการสร้างเครือข่ายของความร่วมมือ (cooperative network) ให้ เป็นการเชื่อมโยงร้อยรัด นำความพยายามดำเนินงานของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมเพื่อปฏิบัติการกิจอย่างหนึ่งอย่างใดร่วมกัน โดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการกิจหลักของตนอยู่ต่อไป โดยไม่สูญเสียเอกลักษณ์ และปรัชญาของตน การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นไปในรูปของการรวมตัวแบบหลวม ๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็นหรืออาจจะเป็นในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นระบบมีโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน เครือข่ายความร่วมมือเป็นไปได้ทั้งในระดับของปัจเจกบุคคล องค์กรและสถาบัน อาจมีขอบข่ายและขนาดตั้งแต่เล็ก ๆ ภายในชุมชนแห่งหนึ่งไปจนถึงระดับจังหวัดภูมิภาค ประเทศ และระหว่างประเทศ

พระธรรมปิฎก (2542) และสุวิทย์ ยี่วรพันธ์ (2542) กล่าวว่า ความร่วมมือเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลมีส่วนเกี่ยวข้อง ต้องเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมชักนำสนับสนุน และสร้างโอกาสให้ทุกคนได้ทำกิจกรรมด้วยความสนใจ

วรเดช จันทรศร (2540) ได้อธิบายว่า ความร่วมมือเป็นพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลทางบวกแก่ทั้ง 2 ฝ่าย ทำให้ทั้ง 2 ฝ่ายสร้างความผูกพัน ยอมรับการทำงานเป็นทีมและได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน เพื่อความสะดวกของโครงการ ในการที่จะได้รับผลประโยชน์นั้นพฤติกรรม ของสมาชิกต้องทำกิจกรรมร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกันและนำกิจกรรมนั้นมาดำเนินการปฏิบัติประสานความร่วมมือให้ประสบความสำเร็จ

สมยศ นาวิการ (2545) อธิบายว่า ความร่วมมือต้องมีอำนาจในการตัดสินใจและหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกทุกคนให้ได้รับผลประโยชน์เสมอ

ทวีศักดิ์ นพเกษตร (2548) อธิบายว่า ความร่วมมือ คือ การพัฒนา เพื่อให้เกิดทิศทางที่ถูกต้องในการที่ต้องร่วมมือกัน เป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้บุคคลทุกระดับที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง ร่วมเลือกอนาคตของชุมชนด้วยตนเอง ดำเนินกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน เป็นการสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อทำงานต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการพัฒนา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี และมีประสิทธิภาพผ่านความร่วมมือของทุกคน

อรธณพ พงษ์วาท (2539) กล่าวว่า ความร่วมมือต้องทราบบทบาทของตนเอง และบทบาทของกลุ่ม มีการสังเกตร่วมกัน มีการสนทนา ทำงานเป็นกลุ่ม มีกระบวนการทำงานมีภาระหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมด้วยกัน ซึ่งการดำเนินการแก้ปัญหานั้นต้องทำให้เป็นระบบอย่างเป็นรูปธรรมในการปฏิบัติภารกิจร่วมกัน ในทางกลับกัน จะก่อให้เกิดการลดอำนาจของผู้มีอำนาจลดลง ทำให้ทุกฝ่ายเกิดความร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจ การประสานงาน และเกิดความรับผิดชอบในการกระทำ

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2543, หน้า 66-67) กล่าวว่า ความร่วมมือจำเป็นต้องมีการปรับตัวเข้าหากันระหว่างองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ทั้งสองฝ่ายจำเป็นต้องรับสภาพความจริงว่าองค์กรหรือหน่วยงานใด ๆ ก็ตาม โดยตัวของมันเองแล้ว ทรัพยากรอาจไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายได้อย่างเต็มที่ จึงจำเป็นต้องประสานงานและสร้างเครือข่ายการทำงาน

อุดมศักดิ์ จรกิจ (2538) อธิบายว่า ความร่วมมือหมายถึงการปฏิบัติงานของหน่วยงานหนึ่งที่จะทำให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่อีกหน่วยงานหนึ่ง ซึ่งอาจมีวัตถุประสงค์ต่างกันก็ได้ ผู้ที่อยู่ในองค์การเดียวกันหรือผู้ที่มีแผนงานเดียวกันจำเป็นต้องประสานงานกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

ขององค์การ หากหน่วยงานที่มีได้มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน ความร่วมมืออาจเกิดขึ้นได้ในการปฏิบัติงานหรือภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่ง

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ (2532) อธิบายว่า ความร่วมมือ ต้องค้นปัญหาและสาเหตุของปัญหาร่วมกันแล้วนำปัญหาเหล่านั้นมาแก้ไข โดยเน้นการทำงานร่วมกันและทำงานเป็นทีม

สรุปได้ว่าความร่วมมือร่วมใจ (collaboration) เป็นความร่วมมือที่อาจไม่เน้นถึงผลประโยชน์และไม่มีพันธะสัญญาผูกมัด ในขณะที่ความร่วมมือ (co-operation) เป็นความร่วมมือโดยมีผลประโยชน์และอาจมีหรือไม่มีพันธสัญญาร่วมกัน ส่วนความร่วมมือในฐานะหุ้นส่วน (partnership) เป็นความร่วมมือใกล้ชิดที่มีผลประโยชน์ร่วม ซึ่งอาจมีหรือไม่มีสัญญาต่อกัน สำหรับความร่วมมือแบบพันธมิตร (alliance) เป็นความร่วมมืออย่างใกล้ชิดโดยมีพันธสัญญาระหว่างกันในงานวิจัย รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดการบริการอาศยานพยาบาล ผู้วิจัยใช้คำว่าความร่วมมือทางการแพทย์ (collaboration) เพราะเป็นความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับภาคีสมาชิกที่มาจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนเป็นความร่วมมือ และช่วยเหลือกันทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชน และความร่วมมือทางการแพทย์ ยังหมายถึง การปฏิบัติงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาลในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบนพื้นฐานของการให้เกียรติในองค์ความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละวิชาชีพ เพื่อร่วมกัน ตั้งเป้าหมาย วางแผน แก้ไขปัญหา ตัดสินใจ และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย

3.4.1.1 ลักษณะของความร่วมมือ

ลักษณะของความร่วมมือ โดยทั่วไปแล้วการหาความร่วมมือมีหลายลักษณะ อาจเข้าร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือมีบทบาทหน้าที่ในการนำโครงการไปปฏิบัติ โดยสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ เช่น แรงงาน วัสดุ หรือความร่วมมือในองค์กรหรือกิจกรรมเฉพาะด้าน เข้าร่วมในผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนา และร่วมในการประเมิน โครงการประสานความร่วมมือ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของลักษณะความร่วมมือไว้หลายคน ดังนี้ (หนุ่มเมืองคอน, 2547)

เลนนิ่ง และเอบบอร์ (Lenning & Ebbors, 1999, pp 1-15) ได้กล่าวถึงลักษณะงานที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ ดังนี้ การแบ่งปันความคิดซึ่งกันและกัน การให้ประสบการณ์ในกิจกรรมร่วมกัน การให้ความสนใจในกิจกรรมที่มีความสัมพันธ์กันและการสร้างแนวความคิด การใส่ใจซึ่งกันและกัน ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันเกิดขึ้นเมื่อมีการร่วมกิจกรรมกัน การเป็นผู้สนับสนุนด้านทรัพยากร ด้านตำแหน่งหน้าที่ การมีสถานภาพตามที่ชุมชนนับถือ การนำแหล่งทรัพยากรสำคัญสมาชิก การเป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญและการเป็นผู้ที่มีบุคลิกภาพเหมาะสมกับการเป็นผู้นำซึ่งสอดคล้องกับความคิดของ (ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทิตย์ อากาศโร, สหัทธา วิเศษ,

จันทนา เบญจทรัพย์ และชลกาญจน์ ฮาชันนารี, 2546, หน้า 206-207) ซึ่งกล่าวถึง ลักษณะของการเข้าร่วม การมีส่วนร่วม และให้ความร่วมมือนั้นต้องผ่านการมีกิจกรรมร่วม ดังนั้นระบบสมาชิก ต้องแสดงบทบาท เป็นผู้เข้าประชุม เป็นผู้บริจาคเงิน เป็นกรรมการ และเป็นประธาน

โรส (Rose, 2003, pp. 47-64) ได้กล่าวเกี่ยวกับชุมชนและการมีส่วนร่วมว่าเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและสามารถแปลความหมายได้แตกต่างกันตามสภาพแวดล้อม ซึ่งเขาแบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ด้านที่แตกต่างกัน คือ การมีส่วนร่วมที่แท้จริง และการมีส่วนร่วมเทียม ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมที่แท้จริง (genuine-participation) เป็นการเข้าร่วมในลักษณะที่ปฏิบัติงานตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดของงาน หรือเป็นการประยุกต์ความสามารถของตนมาใช้ในการตัดสินใจร่วมกัน

2. การมีส่วนร่วมเทียม (pseudo-participation) เป็นเพียงการให้ข้อมูล การให้แหล่งทรัพยากรเพื่อนำไปพัฒนาเท่านั้น ลักษณะของความร่วมมือ อาจแบ่งโดย

1) การสนับสนุนทรัพยากร คือ สนับสนุนเงิน วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือการช่วยทำกิจกรรม คือ การเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินงาน การติดตามและการประเมินผล

2) อำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นผู้นำ เป็นกรรมการ เป็นสมาชิก ซึ่งลักษณะของความร่วมมือ แสดงถึงระดับอำนาจของผู้เข้าร่วม เพราะการเข้าร่วมบางครั้งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมเป็นบางส่วนเท่านั้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมอาจมีโอกาส ได้ตัดสินใจ หาทางออกที่ดีเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) แก่สมาชิก (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546, หน้า 208-209)

จากลักษณะของการทำงาน แบบความร่วมมือที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าสมาชิกที่เข้าร่วมมือทำงานประกอบด้วย 2 ส่วน คือ สมาชิกกลุ่มงาน และสมาชิกสนับสนุนตามความเหมาะสมซึ่งการทำงานแบบความร่วมมือ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายที่จะทำและสามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ แบบเครือข่าย (networks) แบบประสานงาน (coordination) และ แบบร่วมมือ (collaboration)

3.4.1.2 รูปแบบของความร่วมมือ

รูปแบบ (model) คือรูปธรรมของความคิดที่เป็นนามธรรมซึ่งบุคคลแสดงออกมาในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เช่น เป็นคำอธิบาย เป็นแผนผัง ไคอะแกรม หรือแผนภาพ เพื่อช่วยให้ตนเองและบุคคลอื่นสามารถเข้าใจได้ชัดเจน นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือทางความคิดที่บุคคลใช้ในการสืบสอบหาคำถาม ความรู้ ความเข้าใจ ในปรากฏการณ์ต่าง ๆ (ทิสนา แคมมณี, 2548, หน้า 220)

รูปแบบของความร่วมมือ หมายถึง ความร่วมมือในกระบวนการทำงานในการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมในการคิด กระทำ การลงมือปฏิบัติ การปรับปรุงงาน การพัฒนางาน การติดตามประเมินผล ซึ่งมีผู้เสนอรูปแบบความร่วมมือไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอรูปแบบของความร่วมมือที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่แท้จริง ต้องประกอบด้วยกระบวนการ และขั้นตอน ดังนี้ คือ (1) การวางแผน (planning) คือการร่วมมือวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมาย กำหนดการใช้ทรัพยากร กำหนดวิธีการติดตามและประเมินผลและ การตัดสินใจ (2) การดำเนินกิจกรรม (implementation) คือ การร่วมมือในการจัดการและบริหาร การใช้ทรัพยากร มีความรับผิดชอบในการจัดสรร ควบคุมทางการเงิน และการบริการ (3) การใช้ประโยชน์ (utilization) คือ การมีความสามารถในการนำกิจกรรมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งเป็นการเพิ่มระดับการพึ่งตนเองและการควบคุมทางสังคม (4) การได้รับผลประโยชน์ (obtaining benefits) เป็นการร่วมมือที่ต้องได้รับการแจกจ่ายผลประโยชน์สู่ชุมชนในพื้นที่เท่ากัน ซึ่งอาจวัตถุประสงค์หรือเป็นประโยชน์ส่วนตัวในสังคม

ขั้นตอนของความร่วมมือมีดังต่อไปนี้ (1) ขั้นการคิด คือ คิดค้นและวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน ในลักษณะการร่วมคิดมีใจคิดจากฝ่ายหนึ่งฝ่ายเดียว (2) ขั้นวางแผน คือ นำสิ่งที่ร่วมกันคิดมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกันด้วยการระดมทรัพยากรของทุกฝ่าย (3) ขั้นลงมือทำ คือ นำแผนที่ได้ไปร่วมกันทำเพื่อเป็นไปตามแผนที่วางไว้ (4) ขั้นติดตามประเมินผล คือ ร่วมกันติดตามผลงานที่ทำและแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ร่วมกันคิดพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น (5) ขั้นรับผลประโยชน์ร่วมกัน มีทั้งผลประโยชน์ทางรูปธรรมที่ต้องการ ตามกิจกรรมที่ทำนั้นและผลประโยชน์โดยอ้อมแต่มีความสำคัญมาก คือ การเรียนรู้จากการร่วมคิด ร่วมทำ และความสัมพันธ์ระหว่างภาคีที่พัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วม และมีการร่วมมือแบบสมานฉันท์เสมอภาคและเอื้ออาทรกันมากขึ้นเป็นลำดับ

ขั้นตอนของความร่วมมือนี้นี้สอดคล้องกับลักษณะขั้นตอนการทำงานเป็นทีมแบบพลวัติของกลุ่ม ซึ่งการทำงานแบบพลวัติของกลุ่มเปรียบเสมือนกับพลังงานของทีมที่ทุ่มเททั้งแรงกายและแรงใจในการทำงานร่วมกันซึ่งทุกคนในทีมต่างนำความรู้และประสบการณ์ของตนที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ค้นหาปัญหา (Problem identification) เป็นขั้นตอนแรกของการทำงาน คือ พยายามค้นหาว่า ปัญหา คือ อะไร สาเหตุมาจากอะไร อาจใช้แบบฟอร์ม เพื่อช่วยในการค้นหาปัญหา

2. รวบรวมข้อมูล (Data gathering) สมาชิกในทีมงานร่วมกันเก็บและรวบรวมข้อมูล โดยพยายามหาข้อมูลที่เที่ยงตรงและแม่นยำมากที่สุด เพื่อที่จะได้ ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของ

ปัญหา การรวบรวมข้อมูลอาจทำได้โดยการสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถามหรือการประชุมตามความเหมาะสมของหน่วยงาน

1) วิเคราะห์ข้อมูล (Diagnosis) หลังจากที่ได้ข้อมูลแล้ว ให้ทีมงานช่วยกันวินิจฉัยข้อมูลและสรุปตามความสำคัญโดยอาจแบ่งปัญหาเป็น

- ก. ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้
- ข. ปัญหาที่ผู้อื่นหรือหน่วยงานอื่นควรแก้ไข
- ค. ปัญหาที่แก้ไขไม่ได้เลย

หลังจากนั้นให้พยายามหาว่าปัญหาเหล่านี้ มีผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของทีมงานหรือไม่เพียงไร

2) วางแผนงาน (Planning) ทีมงานร่วมแรงร่วมใจกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหา มีการระดมความคิดในการวางแผนและการวางแผนต้องกระทำอย่างรัดกุม ในกรณีที่สมาชิกขาดทักษะในการวางแผนและแก้ไขปัญหาร่วมกัน สมาชิกจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรม เพื่อเสริมสร้างทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผน โครงการ และการทำงานเป็นทีม

3) การดำเนินงาน (Implementing) เป็นขั้นตอนที่นำเอาแผนงานที่วางไว้ไปดำเนินการ ซึ่งหัวหน้างานควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ เพราะถ้าหัวหน้าไม่รับผิดชอบต่อแผนงานที่วางไว้แล้ว สมาชิกอาจไม่ให้ความร่วมมือเท่าที่ควร

4) การประเมินผล (Evaluating) หลังจากที่ได้ดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้แล้ว หัวหน้าทีมมีหน้าที่ต้องติดตามและประเมินผลงานว่ามีปัญหาอะไรในการดำเนินการ ทีมงานได้ดำเนินงานตามจุดประสงค์ที่วางไว้หรือไม่เพียงไร มีข้อใดที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และหัวหน้าทีมควรฝึกให้สมาชิกสามารถประเมินผลงานเป็นทีม

ขั้นตอนการทำงานเป็นทีมแบบพลวัตกลุ่มมีทักษะการทำงานเป็นทีม ดังนี้

ก. ทักษะการทำงานเป็นทีม (พลวัตกลุ่ม)

ทักษะที่ใช้ในการทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีภายในกลุ่ม นับว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มมีส่วนช่วยกระตุ้นให้เพื่อนสมาชิกได้ใช้ความสามารถพิเศษของตนสร้างสรรค์งานของกลุ่ม ทักษะที่จำเป็นในทีม มี 2 ประการคือ

ก) ทักษะส่วนบุคคล (Individual skill) หมายถึง ทักษะของสมาชิกแต่ละคนที่จะนำมาใช้ในการรับฟังข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

(1) ทักษะในการติดต่อสื่อสาร ซึ่งรวมถึงทักษะในการส่งข่าวสารข้อมูลและทักษะในการรับฟังข้อมูลข่าวสารอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

(2) ทักษะในการปฏิสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการแก้ไขปัญหาด้วยการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อการปรึกษาหารือ หรือปรับความเข้าใจกันด้วยเหตุผลอย่างสันติวิธี

(3) ทักษะในการเป็นผู้นำซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นมากสำหรับบุคคลที่ต้องนำกลุ่มให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่าง ๆ เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของทีมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(4) ทักษะในการแก้ไขความขัดแย้ง ซึ่งหมายถึง ความสามารถในการจัดการปัญหาข้อขัดแย้งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงได้ยากในการทำงานเป็นทีม

ข) ทักษะของกลุ่ม (Collective skill) หมายถึง ทักษะของสมาชิกทุกคนในทีมที่พึงมีไว้สำหรับการนำศักยภาพของทีมงานออกมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งประกอบด้วย

(1) ทักษะในการสร้างความร่วมมือ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการผนึกความเชี่ยวชาญของสมาชิกแต่ละคนในทีมงาน เพื่อก่อให้เกิดพลังในการปฏิบัติให้มุ่งสู่เป้าหมายอย่างเต็มที่

(2) ทักษะในการแก้ปัญหาด้วยทีมงาน ซึ่งหมายถึง การระดมความคิดและความสามารถของสมาชิกในทีมงาน เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาดังกล่าว

(3) ทักษะในการสร้างความเห็นพ้องต้องกัน เป็นทักษะการตัดสินใจของทีมงานที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าวิธีอื่นๆ อาจใช้การตัดสินใจโดยคน ๆ เดียวหรือกลุ่มสมาชิก หรือการลงคะแนนเสียง เป็นต้น การที่สมาชิกมีความเห็นร่วม อย่างมีเหตุผล ย่อมทำให้ประสิทธิภาพการตัดสินใจสูงกว่าวิธีการอื่น ๆ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2542, หน้า 51-52)

3.4.1.3 องค์ประกอบของความร่วมมือ

ดอเฟอร์ตี และลาร์สัน (Dougherty & Larson, 2005, pp. 244-253) พบว่าองค์ประกอบของความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลได้แก่ ภาวะผู้นำ (leadership) การศึกษาร่วมกัน (shared education) การประสานงาน (coordination) การให้ความร่วมมือ (cooperation) สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ (professional relationships) การสื่อสาร (communication) การแสดงออกที่เหมาะสม (assertion) การวางแผนร่วมกัน (planning) การตัดสินใจร่วมกัน (shared decision-making) การรับรู้ประสิทธิผลของหน่วยงาน (perceived unit effectiveness) สัมพันธภาพแบบความร่วมมือ (collaborative relationship) การดูแลในลักษณะต่างจากการรักษา (caring as opposed to curing) เอกสิทธิ์ของพยาบาล (nurse autonomy) อำนาจบังคับบัญชาของแพทย์ (physician authority) การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ (professional practice) อิทธิพลของการพยาบาล (nursing influence) สิ่งแวดล้อม

ทางกายภาพ (physical environment) ความเหนียวแน่นในทีม (team cohesion) การจัดการความขัดแย้ง (conflict management) และวัฒนธรรมองค์กร (culture)

วอร์นเนอร์ และพลาฟรีย์แมน (Warner & Palfreyman, 1996) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของความร่วมมือในการพัฒนาไว้ดังนี้

1. เน้นทรัพยากรมนุษย์และการพัฒนาบุคลากร
2. ทบทวนกระบวนการจัดหลักสูตรและการสอนร่วมกัน
3. การให้บริการเกี่ยวกับสารสนเทศ
4. ดำเนินถึงระบบการเรียกข้อมูลย้อนกลับ
5. การพิจารณาการให้บริการต่อผู้เรียนอย่างกว้างขวาง
6. การบูรณาการในระบบสารสนเทศ

นิกสัน, มาร์ติน, แมคคอร์น และแรนสัน (Nixon, Martin, McKeown & Ranson, 1996, p. 5) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับพื้นฐานที่จะทำให้เกิดความร่วมมืออย่างมีประสิทธิภาพระหว่างองค์กร ต้องมีความร่วมมือร่วมใจ และทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ในระหว่างองค์กร และต้องมีการเรียนรู้ และประเมินเชิงบูรณาการร่วมกันระหว่างองค์กร

ฟูลเลน และฮาร์กรีฟส์ (Fullan & Hargreaves, 1991) ได้อธิบายว่า วัฒนธรรมความร่วมมือไม่ เป็นลักษณะทางการ ทั้งการประชุมพบปะหรือการสั่งอย่างเป็นทางการ ไม่มีลักษณะที่ทำงานเป็น เฉพาะกิจ แต่เป็นการทำงานอย่างประสานสัมพันธ์ของบุคลากรโดยมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพอย่าง กว้างขวาง มีเจตคติที่ดี และพฤติกรรมที่ดีงามที่ปฏิบัติประจำ คำว่าการช่วยเหลือ การสนับสนุน ความเชื่อถือไว้วางใจและความเปิดเผย เป็นสิ่งที่สร้างความสัมพันธ์ภายใต้ข้อผูกพันของแต่ละ บุคคล และคุณค่าของกลุ่มคนเหล่านั้น ฟูลเลน และฮาร์กรีฟส์ เสนอความคิดเห็นว่า ความร่วมมือมี องค์ประกอบดังนี้

1. กรอบโครงสร้าง ประกอบด้วย ขบวนการประชาธิปไตย ความเข้มของความเป็น ผู้นำ ทิศทางและวิสัยทัศน์ จุดหมายร่วม ความรับผิดชอบ บทบาท ขบวนการพัฒนานโยบาย ขั้นตอนการพัฒนานโยบาย การประสานงาน การวางแผน การรับฟังความคิดเห็นความจริงใจ ความ เปิดเผย และการสื่อสารสม่ำเสมอ

2. กรอบทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วยศูนย์กลางของการสอนและการเรียน ความเข้ม ของการสื่อสาร คุณค่าและความเกี่ยวข้องของการพัฒนา บิคารมดาในฐานะหุ้นส่วนร่วมกัน ทีมงาน ชุมชน และสถาบันอุดมศึกษาในฐานะครู ความซื่อสัตย์ การสนับสนุน ยกย่องไว้วางใจ การ ยอมรับ ความร่วมมือ การเรียนรู้สม่ำเสมอ การปรับปรุงสม่ำเสมอความสัมพันธ์และทักษะต่อกันใน ทางบวก

3. กรอบทางการเมือง ประกอบด้วย การไม่มีระบบเจ้าขุนมูลนาย อำนาจร่วมความเปิดเผย เอกฉันท์ กฎส่วนใหญ่ ร่วมรับผิดชอบ การใช้อำนาจ การใช้อิทธิพล การกระจายความขัดแย้ง เห็นด้วยกับพฤติกรรมทางการเมือง การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การไม่เห็นด้วยไม่ใช่ การทำลาย การไม่มีกลุ่มเล็ก การเจรจา การรวมกลุ่ม เครือข่าย ความจริงใจ ความเปิดเผย และการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ

4. กรอบทางสัญลักษณ์ ประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ พฤติกรรมโดยรวม การร่วมตีความ สัญลักษณ์ ประเพณี และพิธีการ

การ์ดเนอร์ (Gardner, 2005) กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐาน 10 ประการในการนำสู่ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลไว้ดังนี้

1. การรู้จักตนเอง (Know thyself) กล่าวถึง มนุษย์มีความคิดเห็นแตกต่างกัน ตามพื้นฐานของการพัฒนา ประสบการณ์ส่วนบุคคล ต้องเรียนรู้ที่จะเชื่อถือตนเองและผู้อื่นที่คิดเห็นแตกต่าง การสร้างความร่วมมือในทีม การสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อสรุปถึงข้อตกลงร่วมของทีม

2. การเรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยมและการจัดการที่แตกต่าง (Learn to value and manage diversity) ความแตกต่างเหล่านี้ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ กระบวนการและผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ เพราะทำให้เกิดแนวทางที่สร้างสรรค์ ดังนั้น การค้นหาความเข้าใจและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทำให้เกิดประโยชน์ต่อการเกิดความร่วมมือ

3. การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในทางสร้างสรรค์ (Develop constructive conflict resolution skill) ในกระบวนการที่เกี่ยวกับความร่วมมือถือว่า ความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติและเป็น โอกาสที่ค้นหาความเข้าใจซึ่งกันและกันจากการเปิดเผยข้อขัดแย้งที่มี หรือมีการเจรจาต่อรองจนเกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั้งสองฝ่าย

4. การใช้อำนาจในการสร้างสถานการณ์ ชนะ-ชนะ (Use your power to create win-win situations) อำนาจต้องไม่มาจากรูปแบบการปกครองแบบลำดับชั้น (hierarchical systems) ซึ่งมักจะทำให้เกิดผู้ชนะกับผู้แพ้ แต่ควรมาจากอำนาจที่ไม่เป็นทางการ เช่น อำนาจด้านข่าวสารข้อมูล ความเชี่ยวชาญ และไมตรีจิตที่มีต่อกัน โดยต้องมีส่วนร่วมกำหนดรูปแบบในการแลกเปลี่ยนระหว่างกันตามแนวทางของการเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดการแบ่งปันอำนาจ

5. การมีทักษะเกี่ยวกับกระบวนการและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Master interpersonal and process skills) ควรมีความรู้และทักษะด้านบุคคล เช่น สมรรถนะด้านคลินิก การให้ความร่วมมือแก่กัน (cooperation) ความยืดหยุ่น การเชื่อมั่นในตนเอง มีพฤติกรรมการแสดงอำนาจที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น ความสามารถเข้าใจในบริบทที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม สำหรับด้านองค์กร ควรมีความรู้ทักษะทางด้านการคิดอย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการเข้าใจ

บริบทที่มีความหลากหลาย เช่น อำนาจโครงสร้างบริหาร นโยบาย การเงินและการเมือง เพื่อนำมาประมวลสู่แนวความคิดความร่วมมืออย่างยั่งยืน

6. การยอมรับความร่วมมือคือการเดินทาง (Recognize that collaboration is a journey) ทักษะและความรู้ในการทำให้ความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาและการฝึกฝน มีการแก้ไข ปัญหาความขัดแย้ง สร้างสรรค์ความเป็นเลิศ ค้นหาความเข้าใจในทีม และความรู้ด้านกระบวนการ กลุ่ม จึงต้องมีการเรียนรู้ไปตลอด

7. การมีเวทีเสวนาของสหสาขาเพื่อเพิ่มความร่วมมือ (Leverage multidisciplinary forums to increase collaboration) เพื่อให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีโอกาสสร้างสรรค์กันเพื่อเพิ่ม สัมพันธภาพ เปิดโอกาสใช้ข้อมูลร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ และวางแผนร่วมกัน

8. การชื่นชมเมื่อเกิดความร่วมมือขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Appreciate that collaboration can occur spontaneously) หากมีปัจจัยที่เหมาะสมมนุษย์มักเรียนรู้ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิด ทีมงานแห่งความร่วมมือ ซึ่งบางทีการพยายามให้เกิดความร่วมมือมากเกินไปเช่น การจัดให้มีการ ประชุมบ่อย ๆ จนไม่มีเวลาทำงานประจำอาจทำให้ความร่วมมือลดลงได้

9. สมดุลระหว่างความมีเอกสิทธิ์ และความเป็นเอกภาพขององค์กรในสัมพันธภาพ แห่งความร่วมมือ (Balance autonomy and unity in collaborative relationships) ใช้บทเรียนจากความ สำเร็จ และความล้มเหลวที่มาจากความร่วมมือ ซึ่งต้องพร้อมสำหรับผลลัพธ์ที่สะท้อนออกมา ขอมรับข้อผิดพลาด สะท้อนความคิดเพื่อให้เกิดสมดุลอย่างเป็นพลวัตร

10. ความร่วมมือไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจ (Remember that collaboration is not required for all decisions) การตัดสินใจอย่างอิสระในงานบางอย่างยังต้องมีอยู่ ความร่วมมือ นั้น เหมาะสำหรับการแก้ปัญหาที่เลวร้าย มีความซับซ้อนหรือเกี่ยวข้องกับทุกสาขาอาชีพ ซึ่งหากนำมาใช้ในการ แก้ปัญหาทุกอย่าง อาจทำให้เกิดความไม่สมดุล และเบื่อหน่ายได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น

กอร์ดอน (Gordon, 1996) กล่าวว่า ความร่วมมือประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดปัญหา และทรัพยากรที่ใช้และผู้คนที่มีส่วนร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดทิศทาง กฎแห่งพื้นฐานต้องกำหนดขั้นตอน และกลุ่มย่อยที่ ทำงาน เพื่อแสวงหา ข้อมูล ทางเลือก และกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการ หลักการทำงานร่วมกับหน่วยสนับสนุนภายนอก รวมทั้ง การจัดการประกอบในการตรวจสอบการปฏิบัติ

เซาว์เดอร์ (Sounder, 1993, pp. 37-53) จำแนกประเภทของความร่วมมือระหว่างสถาบันได้ 3 ลักษณะได้แก่ ความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ (informal type) เป็นความร่วมมือของกลุ่มคน

ขนาดเล็ก ๆ ไม่ต้องมีพันธะสัญญา เป็นการร่วมมือเฉพาะกิจที่ทำกิจกรรม เช่นการแบ่งปันข่าวสาร การให้คำปรึกษา ทั้งภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม เครือข่ายที่มีความสนใจร่วมกัน เป็นลักษณะความร่วมมือในแนวราบส่วนใหญ่ ความร่วมมือแบบกึ่งทางการ (semi formal type) เป็นความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มเพื่อแบ่งปันทรัพยากร ค่อนข้างมีแบบแผน แต่ไม่เป็นพิธีการ บางเรื่องเป็นการพูดคุยธรรมดาแต่มีแบบแผนบ้าง เป็นลักษณะความร่วมมือที่มีทั้งในแนวราบ และแนวตั้ง ผสมผสานกัน ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (formal type) เป็นความร่วมมือที่มีวัตถุประสงค์อย่างเป็นทางการ มีแบบแผน มีขั้นตอน ส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือในแนวตั้ง

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกาได้ให้องค์ประกอบของความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาลไว้ 4 ด้านรายละเอียดดังนี้ (American Nurses' Association, 1980)

1. ด้านการคุมอำนาจร่วมกัน (Mutual power-control) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาล ที่ต่างรับรู้คุณค่าซึ่งกันและกัน และรับรู้ว่ามีโอกาสเท่าเทียมกันในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย มีอำนาจในการตัดสินใจร่วมกันในการวางแผนและกำหนดการดูแลรักษาพยาบาล มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร มีส่วนร่วมในการสนทนาให้ข้อมูลข่าวสารกับผู้ป่วยและครอบครัว และมีการติดต่อ และมีการติดต่อสื่อสารกับทีมสุขภาพเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจร่วมกันในการรักษาพยาบาล

2. ด้านการมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน (Separate and combine practice sphere) หมายถึง การที่แพทย์และพยาบาลมีความรับผิดชอบในการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงาน แสดงบทบาทหน้าที่ในขอบเขตวิชาชีพของตนเอง อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งมีส่วนร่วมต่อความรับผิดชอบในงานที่ต้องทำร่วมกัน โดยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นอิสระต่อกัน และความพร้อมต่อการปฏิบัติงานร่วมกัน เน้นรับผิดชอบงานของตน และรับผิดชอบงานที่ต้องทำร่วมกัน

3. ด้านการเอาใจใส่ร่วมกัน (Mutual concerns) หมายถึง การนำความรู้ ทักษะความสามารถทางวิชาชีพในการแก้ปัญหา และกำหนดแผนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยร่วมกัน โดยใช้พฤติกรรมให้ความร่วมมือและพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมร่วมมือกันในการทำงาน มีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและตระหนักในหน้าที่ของกันและกัน

4. ด้านการร่วมรับรู้เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (Common patient goals) หมายถึง การรับรู้เป้าหมายของแต่ละวิชาชีพ มีการประยุกต์เป้าหมายที่แตกต่างกันเพื่อการปฏิบัติงาน ต่างรับรู้จุดมุ่งหมายในการทำกิจกรรมการรักษาและการพยาบาล ช่วยเหลือกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของวิชาชีพ และเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ในความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

โดยสรุป ความร่วมมือการให้บริการทางการแพทย์ระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับภาคีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการศึกษารูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย สพล.ใช้รูปแบบบูรณาการ เพื่อหาความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชน

3.4.2 แนวคิดรูปแบบความร่วมมือ

ความร่วมมือเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มีประโยชน์สูงสุดของการปฏิสัมพันธ์ที่ค้ำระหว่างบุคคล ทำให้เกิดผลสำเร็จของงานที่ดี มีการศึกษาวิจัยในเรื่องความร่วมมือระหว่างวิชาชีพต่าง ๆ อย่างกว้าง สำหรับความร่วมมือระหว่างพยาบาลแพทย์นั้น ในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับเครื่องมือที่ใช้วัดความร่วมมือระหว่างพยาบาลและแพทย์

คูอิส และฮูเบิร์ต (Deuis & Hubert, 2001, p. 465-480) อธิบายความร่วมมือ คือ การวิเคราะห์ การคิด การวางแผนร่วมกัน การตกลงใจ การตัดสินใจร่วมกัน แก้ปัญหา ตั้งแต่เริ่มต้นและสิ้นสุดงานทั้งนี้ รูปแบบความร่วมมือต้องมีกิจกรรมร่วมกัน มีทำงานร่วมกัน ต้องประชุมสมาชิกของกลุ่ม ปรึกษาหารือกัน มีหัวหน้า มีคณะกรรมการ มาวางแผนเพิ่มยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดประโยชน์

A-I-C เป็นรูปแบบความร่วมมือที่ตั้งอยู่บนความเชื่อ “มนุษย์มีโอกาสได้ทำงานร่วมกันด้วยความรัก และการเห็นคุณค่าของกันเพื่อแก้ปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยความมุ่งมั่นที่จะสร้างประโยชน์กับเพื่อนมนุษย์ชาติพหุศานติสุข” ซึ่งมีกระบวนการแห่งการพัฒนาความร่วมมือโดยใช้เทคนิค 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 A: Appreciation คือ การทำให้ทุกคนยอมรับและชื่นชม (appreciate) คนอื่น โดยไม่รู้สึกรังหรือแสดงการต่อต้านหรือวิพากษ์วิจารณ์ ในกระบวนการขั้นนี้ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกันด้วยภาพ ข้อเขียน และคำพูดต่อสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ทำให้ได้มีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริงเหตุผล และความรู้สึกตลอดจนการแสดงออกตามที่เป็นจริง เมื่อได้รับการยอมรับจากกลุ่ม ทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดีมีความสุข มีความอบอุ่นอยู่ในระหว่างคนที่มาประชุมด้วยกัน

ขั้นที่ 2 I: Influence คือการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่มาช่วยกันกำหนด ยุทธศาสตร์ (strategy) ที่ทำให้บรรลุ วิสัยทัศน์ร่วม (shared vision) หรือ อุดมการณ์ร่วม (shared ideal) ของกลุ่ม ได้อย่างดีที่สุด ในขั้นนี้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันแสดงข้อคิดเห็นวิธีการที่ทำให้บรรลุ “วิสัยทัศน์ร่วม” ที่เสนอแนะทั้งหมดมา วิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และพิจารณาร่วมกันจนกระทั่งได้ข้อตกลงร่วม ตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่ 3 C: Control คือ การนำ วิธีการ มากำหนดเป็น แผนปฏิบัติการ (action plan) อย่างละเอียด ว่าทำอะไร มีหลักการเหตุผลอย่างไร หมายความว่าอย่างไร ใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายเท่าใด จากแหล่งใด และรายละเอียดอื่นตามที่เห็นว่าควรระบุไว้ (ชัยชาญ วงศ์สามัญ, 2546) รูปแบบกระบวนการการสร้างอนาคตร่วมกัน (Future Search Conference: FSC) เป็นกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มหลายประเภท หลายระดับซึ่งต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนั้น มาร่วมกันทำงานโดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้นและได้แผนหรือแนวทางปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่ม โดยมีจิตสำนึกพันธะร่วมกัน เป็นกระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นจุดประสงค์ที่เต็มไปด้วยความหวังในการทำงานแทนการใช้ปัญหา และการแก้ไขปัญหาคือตัวตั้งในการทำงาน ซึ่งมักทำให้เกิดการขัดแย้ง การแก้ปัญหา FSC ช่วยทำให้เป็นเป้าหมายระยะยาว และแนวทางของกลุ่มหรือองค์กรชัดเจนขึ้น เป็นเป้าหมายร่วมกันที่สมาชิกทุกคนยอมรับ และช่วยเพิ่มพันธะสัญญา ของสมาชิกในการร่วมมือปฏิบัติตามแผนงาน หรือแนวทางของกลุ่ม เพื่อไปสู่อนาคตร่วมกันของกลุ่มตามที่ได้ตกลงกันไว้ (ทวีศักดิ์ นพเกษร, 2540, หน้า 37) การสร้างอนาคตร่วมกันเป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อให้คนในองค์กรหรือชุมชนมีส่วนร่วม ให้ความร่วมมือ คิดถึงอดีต วิเคราะห์สภาพปัจจุบัน และร่วมวางแผนงานสำหรับอนาคตขององค์กร/ชุมชนนั้นให้เป็นไปได้ตามที่คนส่วนใหญ่ต้องการ (นรินทร์ชัย พัฒนพงศา, 2547, หน้า 50-51)

รูปแบบเวทีประชาคม (civic forum) คือ พื้นที่สาธารณะ (public space) ที่ผู้คนสามารถมาพบปะรวมตัวกัน เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อคิดข้อมูล ความคิดเห็น คุณค่า อุดมการณ์ การแก้ไขปัญหา การวางแผนงาน และการกระทำร่วมกัน เพื่อเป็นประโยชน์สาธารณะ อาจเป็นการพบปะเป็นครั้งคราว สม่ำเสมอ หรือเมื่อมีวิกฤตเหตุการณ์และร่วมกัน หรือเป็นองค์กรแม่ข่ายที่เชื่อมโยงสมาชิกเข้าหากันเป็นเครือข่าย สิ่งเหล่านี้ คือ โครงสร้างพื้นฐานสาธารณะ (civic infrastructure) ของชุมชน การพบปะในรูปแบบต่าง ๆ หรือองค์กรทุกประเภทข้างต้นเป็นช่องทางสื่อสารซึ่งนำไปสู่กระบวนการร่วมกันตัดสินใจและดำเนินการในชุมชนเวทีประชาคมควรมีบรรยากาศของความร่วมมือในการพูดคุยสื่อสารทำความเข้าใจกัน ทำให้ผู้เชี่ยวชาญนักวิชาการ ข้าราชการ องค์กรพัฒนาเอกชน (Non Governmental Organizations: NGOs) และประชาชนคนธรรมดา ได้มีโอกาสพบปะพูดคุยในบรรยากาศที่มีมิตรภาพ สนุกสนาน และ สัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน แต่ไม่ใช่เรื่องที่ทุกฝ่ายที่มาพบกันต้องคิดและทำอะไรเหมือนกันหมด ความแตกต่างของผู้คนที่มีวิธีคิดแตกต่างกันสามารถทำให้เกิดความกลมกลืนอย่างสมานฉันท์ (harmony) เกิดเป็นประโยชน์ในสิ่งใหม่ ๆ ความแตกต่างหลากหลายเป็นจุดแข็ง ที่สร้างประชาสังคมที่แข็งแกร่งขึ้นมา เวทีประชาคมที่ดีผู้เข้าร่วมต้องสามารถ สื่อสารความคิดเห็นความรู้สึก และการให้คุณค่าต่าง ๆ ให้ผู้อื่นได้รับอยู่อย่างตรงไปตรงมา

(ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2540, หน้า 41) เทคนิค แนวคิดของการมีส่วนร่วมที่ก่อให้เกิดความร่วมมือ 3 วิธีนี้เป็นการประชุมกลุ่มของประชาชนที่จะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดร่วมกัน เป็นประโยชน์นำมาใช้ปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูเศรษฐกิจในชุมชน และนำไปประยุกต์ในเรื่องการให้ความร่วมมือต่าง ๆ ระหว่างองค์กร ชุมชนให้เกิดประสิทธิภาพสรุปการร่วมมือโดยทั่วไปได้ เป็น 5 รูปแบบ ดังนี้

1. การรับรู้ข่าวสาร (Public information) ผู้เข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องได้รับการแจ้งให้ทราบถึงรายละเอียดของโครงการ ที่จะดำเนินการ รวมทั้งผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การได้รับแจ้งข่าวสารต้องเป็นการแจ้งก่อนการตัดสินใจดำเนินโครงการ

2. การปรึกษาหารือ (Public consultation) เป็นการร่วมมือที่มีการจัดการหารือระหว่างผู้ดำเนินการโครงการกับประชาชนที่เกี่ยวข้องและได้รับผลกระทบเพื่อรับฟังความคิดเห็นและตรวจสอบข้อมูลหรือประกอบการจัดทำรายงานการศึกษา นอกจากนี้การปรึกษาหารือยังเป็นอีกช่องทางหนึ่งในการกระจายข้อมูลข่าวสารไปยังประชาชนทั่วไป และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในโครงการและกิจกรรมมากขึ้นและเพื่อให้มีการให้ข้อเสนอแนะเพื่อประกอบทางเลือกในการตัดสินใจ

3. การประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public meeting) การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนและฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรมและผู้มีอำนาจตัดสินใจทำโครงการหรือกิจกรรมได้ใช้เวทีสาธารณะในการทำความเข้าใจ และค้นหาเหตุผลที่จะดำเนินโครงการในพื้นที่นั้นหรือไม่ การประชุมรับฟังความคิดเห็นมีหลายรูปแบบ ได้แก่

1) การประชุมในระดับชุมชน (Community meeting) จัดขึ้นแก่ชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโครงการ โดยเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมต้องส่งเสริมตัวแทนเข้าร่วม เพื่ออธิบายให้ที่ประชุมทราบถึงลักษณะโครงการและผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นและตอบข้อซักถามการประชุมอาจจัดในระดับที่กว้างขึ้นในคราวเดียวกันในกรณีที่มีหลายชุมชนได้รับผลกระทบ

2) การประชุมรับฟังความคิดเห็นในเชิงวิชาการ (Technical hearing) สำหรับโครงการที่มีข้อโต้แย้งในเชิงวิชาการ จำเป็นต้องมีการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็น โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาจากภายนอก มาช่วยอธิบายซักถาม และให้ความเห็นต่อโครงการ อาจจัดในที่สาธารณะทั่วไป และผลการประชุมต้องนำเสนอต่อสาธารณะให้ผู้เข้าร่วมประชุม รับทราบผล

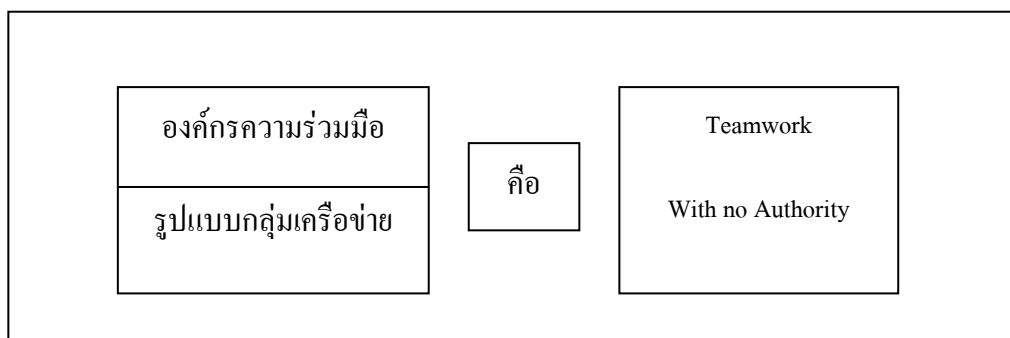
3) การประชาพิจารณ์ (Public hearing) เป็นการประชุมที่มีขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนมากขึ้นเป็นเวทีในการเสนอข้อมูลอย่างเปิดเผยไม่มีการปิดบังใด ๆ กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ การประชุมและคณะกรรมการจัดการประชุม ต้องมีองค์ประกอบของผู้เข้าร่วม มีหลักเกณฑ์และประเด็นในการพิจารณาที่ชัดเจนและแจ้งให้ทุกฝ่ายทราบทั่วกันซึ่งมาจากการ

ร่วมกันกำหนดขึ้น รูปแบบการประชุมไม่ควรเป็นทางการมากนัก และไม่เกี่ยวข้องกับนัยของกฎหมายที่จะต้องมีการชี้ขาดเหมือนการตัดสินใน ทางกฎหมาย การจัดประชุมจึงอาจจัดในหลายวัน และไม่จำเป็นว่าจะต้องจัดเพียงครั้งเดียว หรือสถานที่เดียวตลอดไป

4. การตัดสินใจร่วม (Decision making) เป็นเป้าหมายสูงสุดของการร่วมมือของประชาชน ซึ่งในทางปฏิบัติให้ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจต่อประเด็นปัญหานั้น ๆ อาจดำเนินการให้ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ เลือกตัวแทนของตนเข้าไปเป็นคณะกรรมการที่มีอำนาจตัดสินใจ ซึ่งมีบทบาทชี้นำการตัดสินใจ

5. การใช้กลไกทางกฎหมาย เป็นการร่วมมือของประชาชนโดยตรงในเชิงของการป้องกันแก้ไขแต่เป็นลักษณะของการเรียกร้อง และป้องกันสิทธิของตนเอง เนื่องจากการไม่ได้รับความเป็นธรรม และเพื่อให้ได้มาซึ่งผลประโยชน์ของตนเองในรูปขององค์กรตามที่ได้ระบุไว้ในพระราชบัญญัติต่าง ๆ ที่ได้บัญญัติขึ้น เช่น พระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของทางราชการ พ.ศ. 2540

นอกจากความร่วมมือดำเนินทั้ง 5 รูปแบบแล้วยังมีรูปแบบความร่วมมืออีกรูปแบบหนึ่ง คือ การสร้างทีม (Teamwork) เป็นการจัดกลุ่มเครือข่ายให้เป็นความร่วมมือกันและกัน มีข้อคิดข้อเสนอแนะ โดยไม่มีอำนาจหน้าที่ตามตำแหน่ง (authority) เข้ามายุ่งเกี่ยว อาศัยความเป็นกัลยาณมิตร ใช้หลักธรรมาภิบาลเพื่อประสิทธิภาพการทำงาน ดังภาพที่ 3.21



หมายเหตุ.

T = Trust ความไว้วางใจเชื่อใจกัน	W = Willingness ความเต็มใจ
E = Empathy ความเข้าใจ เห็นใจกัน	O = Opportunity ให้โอกาสกับทุกคน
A = Agreement ความเห็นร่วมกัน	R = Recognition การยอมรับซึ่งกันและกัน
M = Mutual Benefit ผลประโยชน์ร่วมกัน	K = Knowledge Transfer การแลกเปลี่ยนความรู้

จาก สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. (2546). สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีกับกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. กระทรวงศึกษาธิการ, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์., 4.

ภาพที่ 3.21 องค์ประกอบของ TEAMWORK

จากแนวคิดและลักษณะและรูปแบบของความร่วมมือ สรุปได้ว่า การที่จะให้เกิดลักษณะความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพนั้น ต้องมุ่งเน้นที่การประชาสัมพันธ์แนวคิด ความสำคัญของงานที่ดำเนินการอยู่ แล้วปรับปรุงงาน และโครงสร้างให้อยู่ในแนวทางเดียวกัน ให้มีมีโนทัศน์ตรงกันและมีความเห็นพ้องต้องกัน ซึ่งจำเป็นที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน เพื่อให้งานสำเร็จ

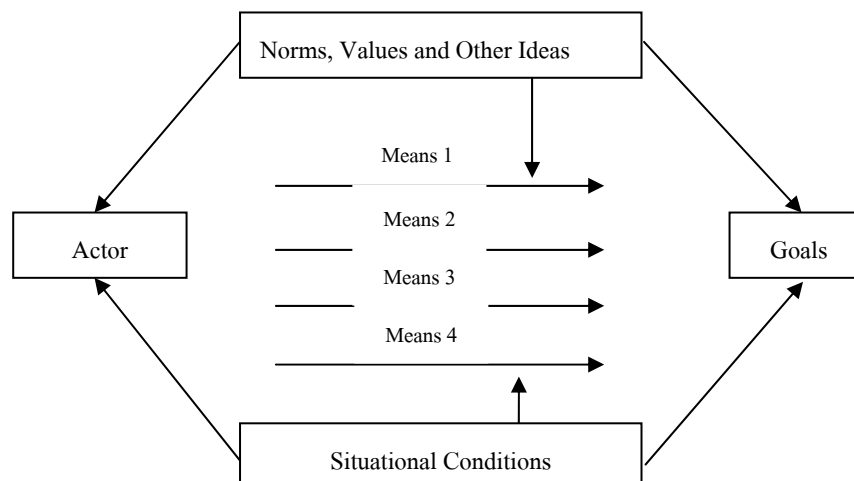
3.4.3 ทฤษฎีแนวคิด หลักการ การให้ความร่วมมือ

ทฤษฎีแนวคิด หลักการให้ความร่วมมือที่ให้อีกฝ่ายหนึ่งบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ มีดังต่อไปนี้

3.4.3.1 ทฤษฎีการกระทำทางสังคม (Social action theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงอิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ ที่มีผลต่อการกระทำทางสังคมของมนุษย์ซึ่งมีหลายประการ นักทฤษฎีสำคัญของทฤษฎีนี้ คือ แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) (Weber, 1947) ทฤษฎีนี้ทำให้ทราบถึงรูปแบบและปัจจัยของการกระทำทางสังคมของบุคคลและปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจกระทำทางสังคมของบุคคล ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อจูงใจและกระตุ้นให้บุคคลมีเป้าหมายร่วมในกระบวนการ พัฒนาได้ ทฤษฎีการกระทำทางสังคม ทำให้ทราบการตัดสินใจของบุคคลแต่ละคนที่มีทั้งเหตุผลที่เหมือนกันและแตกต่างกัน เป็นทฤษฎีที่ให้เหตุผลของการตัดสินใจการกระทำทางสังคมในเรื่องเดียวกันซึ่งไม่คงที่อาจเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพราะบ่อยครั้งบุคคลอาจตัดสินใจโดยมีหลายทางเลือก ทฤษฎีนี้ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจของบุคคล ซึ่งเป็นประโยชน์ในการนำไปพัฒนาชุมชน

3.4.3.2 ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ (Structural-functional theory) เป็นทฤษฎีที่ต่อเนื่องจากทฤษฎีวิวัฒนาการ เน้นการจัดระเบียบทางสังคมซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมมีนักทฤษฎีที่สำคัญ คือ ออگุสต์ คอมท์ (Auguste Comte) เฮร์เบิร์ต สเปนเซอร์ (Herbert Spencer) เอมีล เดอร์ไคหม์ (Emile Durkheim) ทัลคอตท์ พาร์สัน (Talcott Parson) และ เจฟฟรีย์ อเล็กซานเดอร์ (Jeffrey Alexander) ผู้วิจัยจึงยกตัวอย่าง ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ โดยสังเขป 2 ทฤษฎี คือทฤษฎีที่ค้นพบโดย ทัลคอตท์ พาร์สัน (Talcott Parson) และโรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน (Robert K. Merton) ดังนี้

1. ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของ ทัลคอตท์ พาร์สัน (ค.ศ. 1902-1979) (Parsons, 1991) นักสังคมวิทยาชาวอเมริกันเสนอสาระสำคัญ ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับองค์การทางสังคม คือ สังคมเป็นระบบ ประกอบด้วยระบบย่อยหลาย ๆ ระบบ การที่มนุษย์เข้าไปอยู่ในสังคมและสังคมมีการจัดระเบียบขึ้นเนื่องจากสมาชิกในสังคมมีความสมัครใจ ร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (voluntaristic) มีการกระทำ (action) ระหว่างกันในสังคม เพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งผู้กระทำนำมาพิจารณาประกอบในการเลือกวิธีการให้เหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อบรรลุเป้าหมาย การตัดสินใจกระทำทางสังคมของบุคคลสามารถแสดงได้ดังภาพ 3.22



จาก สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2550). ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาพที่ 3.22 การตัดสินใจกระทำทางสังคมของบุคคล ของ ทัล คอทท์ พาร์สัน

แนวคิดเรื่องระบบการกระทำ เป็นระบบการกระทำที่เกิดขึ้นจากผู้กระทำแสดงบทบาท สถานภาพที่ดำรงอยู่ซึ่งประสานสัมพันธ์กันในรูปแบบต่าง ๆ เรียกว่าระบบสังคมโดยเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกวิธีการบรรลุเป้าหมายภายใต้กฎ ระเบียบ หรือบรรทัดฐานทางสังคม แนวคิดเรื่องความจำเป็นพื้นฐานของระบบสังคม ระบบการกระทำทางสังคม มีพื้นฐานอยู่ 4 ประการคือ การบรรลุเป้าหมาย (goal attainment) การปรับตัว (adaptation) การบูรณาการ (integration) การใช้กฎระเบียบเพื่อจัดการกับความตึงเครียด (latency) หน้าที่ของระบบสังคมตามแนวคิดนี้สามารถศึกษาและวิเคราะห์ในระดับต่างๆ กันตั้งแต่ระดับของกลุ่มคน องค์การ สถาบัน ชุมชน และประเทศ

2. ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของ โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน แนวคิดทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดเชิงระบบสังคม (functional unity of social system) มีหน้าที่สำคัญ คือ การบูรณาการ ซึ่งต้องศึกษาข้อมูลภาคสนามเท่านั้น ไม่สามารถกำหนดขึ้นเองได้ เพราะแต่ละสังคมอาจต้องบูรณาการในระดับที่แตกต่างกัน (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2550, หน้า 87)

แนวคิดเรื่องการปรับตัวของบุคคลตามเป้าหมายตามวัฒนธรรม (cultural goal) เป็นการปรับตัวของบุคคลตามเป้าหมาย คือ บุคคลมีการปรับตัว ทั้งหมด 5 ประเภท คือ แบบยอมตาม (conformity) แบบนวัตกรรม (innovation) แบบเคร่งประเพณี (ritualism) แบบถดถอย (retreatism) และแบบปฏิวัติ (rebellion) ซึ่งแนวคิดทฤษฎีของ โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน เป็นทฤษฎีของการพยายามปรับโครงสร้างหน้าที่ของบุคคลให้เหมาะสม โดยสรุปสาระสำคัญได้ว่า สังคม

ประกอบด้วยโครงสร้างที่เป็นระบบย่อย ๆ หลายระบบ แต่ละระบบจะมีหน้าที่ของตนแตกต่างออกไป แต่ละระบบย่อย ๆ เหล่านั้นจะมีบูรณาการและปรับตัวเข้าหากันตามค่านิยมของสังคมซึ่งสมาชิกยอมรับร่วมกันซึ่ง มีลักษณะเป็นพลวัต คือ มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ต้องมีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความตึงเครียดขึ้นในสังคม ทำให้สังคมเกิดคุณภาพ การปรับตัว เป็นการใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมสังคม เช่น การใช้กฎระเบียบ การกำหนดสถานภาพ และบทบาท การผสมผสานกลมกลืนทางวัฒนธรรมการใช้พลังของชุมชน คือ กลุ่มบุคคล และองค์กรต่าง ๆ ปฏิบัติหน้าที่ของตนให้เต็มศักยภาพ และประสานสัมพันธ์กัน เป็นพลังชุมชนที่พร้อมร่วมมือกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน อาจมีการปรับตัวในลักษณะบูรณาการ หรือใช้แนวทางการวางแผนโครงการที่มีลักษณะยืดหยุ่นสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้ และพยายามลดความขัดแย้งโดยให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรม หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดข้อพิพาท

3.4.3.3 ทฤษฎีสังคมศาสตร์ (Social science) มีผู้ให้ความหมายไว้ เป็นจำนวนมาก เช่น เฮนรี พี. แฟร์ไชล์, ยุทศศักดิ์ เดชยนต์, แสง รัตนมงคลมาศ ว่าเป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาชุมชนคือ เป็นแนวทางในการศึกษาปัญหาและความต้องการของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของชุมชนในแง่มุมต่าง ๆ จัดทำแผนและโครงการพัฒนา เป็นแนวทางในการพัฒนาสังคมในชุมชนนั้น ช่วยกันประเมินผลของการดำเนินงานพัฒนาชุมชน ทบทวนปัญหาและอุปสรรค ของการดำเนินงานเป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาวิชาการ ให้มีความเจริญก้าวหน้า เช่น พัฒนาความรู้ เทคนิควิธีการ ให้เหมาะสมกับชุมชนต่าง ๆ อีกทางหนึ่งด้วย (สนธยา พลศรี, 2545 หน้า 149-150)

3.4.3.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม เป็นเรื่องที่นักจิตวิทยาพยายามศึกษาหลักวิธีในการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสมาชิกในทีมเกิดความรู้สึกร่วมกันที่ได้ร่วมกิจกรรม ตลอดจนมองหาวิธีการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดการร่วมมือ ร่วมแรงร่วมใจในการทำงานร่วมกันเป็นอย่างดี และมีผู้เสนอแนะเป็นทฤษฎีในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีการทำงานร่วมกันของ จอร์จ โฮเมนส์ (George C. Homans) (Zaleznik, Christensen & Roethlisberger, 1965) ซึ่ง ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันแล้วตั้งเป็นทฤษฎีขึ้น โดยอธิบายถึงหลักสำคัญของทฤษฎีนี้ว่า การทำงานร่วมกันเป็นทีมต้องประกอบด้วยสิ่งสำคัญพื้นฐาน 3 ประการ คือ กิจกรรม การกระทำ และ ความรู้สึก

โฮแมน เชื่อว่าองค์ประกอบทั้งสามนี้ เกี่ยวโยงซึ่งกันและกันอยู่เสมอถ้าสมาชิกมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มมากเท่าไร พฤติกรรมและความรู้สึกร่วมกันของสมาชิกจะมีมากขึ้นตามไปด้วย เพราะสมาชิกในกลุ่มมิใช่เพียงแค่ทำงานใกล้ชิดกันเท่านั้น แต่ยังมีการพูดจาติดต่อสื่อสารปรึกษาหารือประสานงาน ช่วยเหลือเกื้อกูล ดัดสินใจร่วมกันเพื่อความสำเร็จที่มีเป้าหมายเดียวกัน

ดังนั้นความเกี่ยวพันของสมาชิกในกลุ่มเมื่อรวมกันแล้วจึงมีพลังสูงมาก (Homans, 1980, pp. 153-154)

2. ทฤษฎีตาข่ายการปฏิบัติงาน (Grid of work) เบรก และ มูตัน (Blake & Mouton, 1964) ได้พัฒนาทฤษฎีตาข่ายการปฏิบัติงาน โดยมีความเห็นว่า การทำงานเป็นทีมต้องมุ่งให้ได้ทั้งผลงานและความร่วมมือของสมาชิกในทีมงาน หลักการสำคัญของทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์ต้องการงานให้ได้ผลงาน และต้องการมีส่วนร่วมในงานที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งการที่ทำให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมต้องสร้างบรรยากาศของการยอมรับเพื่อสนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นในการทำงานร่วมกัน เพราะทฤษฎีนี้เชื่อมั่นว่าผลงานที่เกิดขึ้นมาจากบูรณาการ (integration) เป็นการประสมประสานความต้องการขององค์การและของสมาชิกด้วยกัน แนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย

1) ลักษณะของกลุ่มซึ่งประกอบด้วย (1) กลุ่มแต่ละกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิก ซึ่งมีบุคลิกภาพเป็นลักษณะเฉพาะตัว ได้แก่ สติปัญญา ทักษะ และบุคลิกภาพ (2) กลุ่มแต่ละกลุ่มมีลักษณะเฉพาะหรือความสามารถเฉพาะที่ได้รับจากคุณสมบัติเฉพาะตัวของสมาชิกที่รวมเป็นกลุ่ม ซึ่งส่งผลให้แต่ละกลุ่มมีลักษณะแตกต่างกันออกไป บุคลิกภาพของกลุ่มพิจารณาได้จากความสามารถของกลุ่มที่แสดงพฤติกรรม (3) กลุ่มแต่ละกลุ่มมีลักษณะโครงสร้างภายในโดยเฉพาะ ซึ่งหมายถึงแบบแผน ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก หรือลักษณะการรวมกลุ่มของสมาชิก เช่น การแสดงบทบาท ตำแหน่งหน้าที่และการสื่อสารระหว่างสมาชิกในกลุ่ม

2) พลัง หรือ การเปลี่ยนแปลงบุคลิกลักษณะของกลุ่ม หมายถึง การแสดงพฤติกรรมหรือความร่วมมือของสมาชิก ซึ่งมีลักษณะ 2 ประการ คือ (1) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มรวมกันได้ หมายถึง ความร่วมมือในการทำกิจกรรมของสมาชิก ซึ่งความสัมพันธ์ดำเนินไปอย่างราบรื่น เกิดความสามัคคี ร่วมแรงร่วมใจกัน (cohesion) ทำให้การรวมกลุ่มมีความเหนียวแน่นมั่นคง (2) ลักษณะที่ทำให้กลุ่มประสบผลสำเร็จ หมายถึง กิจกรรมของสมาชิกที่กระทำเพื่อให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้

3. ทฤษฎีผลสัมฤทธิ์ของกลุ่ม (Theory of group achievement) สโตกคิล (Stogdill, 1959) ได้รวบรวมองค์ประกอบต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำงานร่วมกันแล้วสร้างเป็นทฤษฎีเรียกว่า ทฤษฎีผลสัมฤทธิ์ของกลุ่มโดยอธิบายองค์ประกอบสำคัญของการทำงานเป็นทีม มี 3 ประการดังนี้

1) การรวมตัวกันของสมาชิก (Member inputs) เมื่อบุคคลสามารถรวมกลุ่มกันมีการแสดงออก และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน รวมถึงการคาดหวังผลที่เกิดขึ้น จากการรวมกลุ่มซึ่งมีลักษณะ ดังนี้ (1) สมาชิกรวมกลุ่มกัน เพื่อการแสดงออกระหว่างกัน เป็นลักษณะของ การมี

ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (2) การแสดงออก เป็นลักษณะของการตอบโต้ หรือตอบสนอง การตัดสินใจ หรือการแสดงความคิดเห็น หรือการให้ความร่วมมือในการทำงาน (3) ความคาดหวัง เป็นส่วนประกอบที่ช่วยให้สมาชิกรู้สึกพึงพอใจจากการที่ได้เข้าร่วมกลุ่ม

2) สื่อกลางในการร่วมกันของสมาชิกกลุ่ม (Mediating variable) เมื่อสมาชิกมีการแสดงออก มีปฏิสัมพันธ์ และมีการคาดหวังผลร่วมกัน สิ่งที่จะช่วยให้เป้าหมายของกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ คือ การกำหนดโครงสร้างของกลุ่มเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับสมาชิก ซึ่งประกอบด้วยสิ่งสำคัญ ดังนี้ (1) โครงสร้างที่เป็นทางการ (formal structure) หมายถึง การกำหนดตำแหน่งหน้าที่ ตลอดจนรายละเอียดของงาน สำหรับการปฏิบัติงานของสมาชิกในกลุ่ม (2) โครงสร้างสำหรับบทบาทของสมาชิก (role structure) หมายถึง การกำหนดบทบาทความรับผิดชอบ ตลอดจนอำนาจของการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน (3) ผลสัมฤทธิ์ของกลุ่ม (group achievement) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นจากการที่สมาชิกได้มาร่วมกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการคาดหวังและแสดงตามโครงสร้างกลุ่มที่เกิดขึ้นประกอบด้วย ผลงาน (productivity) ขวัญและกำลังใจในกลุ่มสมาชิก (group moral) และความสามัคคีเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวระหว่างสมาชิก (group cohesion)

4. ทฤษฎีว่าด้วยบุคลิภาพของกลุ่ม (Group syntality theory) (Cattell, 1948, pp. 48-63) ค้นพบโดย เรย์มอนด์ เบอร์นาร์ด แคทเทล (Raymond Bernard Cattell) เมื่อปี ค.ศ. 1950 ประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 2 ส่วน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ส่วนแรกเกี่ยวกับมิติต่าง ๆ (dimensions) ของกลุ่ม และส่วนที่สองเกี่ยวกับพลวัตของบุคลิภาพรวมของกลุ่ม (dynamics of syntality) ในส่วนของแรกหรือส่วนที่เกี่ยวกับมิติต่าง ๆ ของกลุ่มนั้นประกอบลักษณะ 3 อย่างซึ่งประกอบด้วย (1) ลักษณะของประชากร หรือสมาชิกของกลุ่ม (population traits) หมายถึง ลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลแต่ละคนที่มีรวมเข้าเป็นกลุ่ม ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะเฉพาะตัวของบุคคล เช่น ระดับสติปัญญา ทักษะ ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม (2) ลักษณะของบุคลิภาพของกลุ่ม (syntality traits) คือ พลังหรือผลที่กลุ่มทั้งกลุ่มสามารถบันดาลให้เกิดขึ้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อกลุ่มอื่น ๆ หรือต่อสิ่งที่อยู่รอบข้างกลุ่ม ทำให้พฤติกรรมที่แสดงออก ชี้นำ วิธีการตัดสินใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ของกลุ่ม และ (3) ลักษณะของโครงสร้างภายในกลุ่ม (characteristic of internal structure) หมายถึง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในกลุ่มตัวอย่างของโครงสร้างภายในกลุ่ม ได้แก่ บทบาทของสมาชิกแต่ละคน ตำแหน่งที่สมาชิกทุกคน และข่ายการสื่อสารภายในกลุ่ม

ส่วนที่สองเป็นส่วนที่เกี่ยวกับพลวัตของบุคลิภาพรวมของกลุ่มโดยปกติแล้วงานหรือกิจกรรมของกลุ่มอาจจำแนกออกได้ 2 ชนิด คือ งานที่มุ่งรักษาความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และ งานที่มุ่งเพื่อให้เป้าหมายของกลุ่มประสบความสำเร็จในการวิเคราะห์

ลักษณะพลวัติของบุคลิกภาพรวมของกลุ่ม แคเทิล ได้เสนอหลักหรือกฎ 7 ประการ ดังนี้ กฎข้อที่ 1 กลุ่มตั้งขึ้นมาเพื่อตอบสนองความต้องการของเอกัตบุคคลและกลุ่มนั้นยุติลงเมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้ต่อไป กฎข้อที่ 2 พลังงานทั้งหมดของกลุ่มเป็นผลมาจากทัศนคติของสมาชิกทั้งหมดที่มีต่อกฎข้อที่ 3 พลังงานทั้งหมดเพื่อปฏิบัติภาระให้แก่กลุ่ม อาจนำไปใช้เพื่อทำงานอื่น หรือวัตถุประสงค์อื่นที่อยู่นอกกลุ่มก็ได้ กฎข้อที่ 4 สมาชิกของกลุ่มแต่ละคนอาจให้กลุ่มทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายส่วนตัว คือ งานของกลุ่มอาจจะมีค่าสำคัญเป็นรองจากงานหรือเป้าหมายส่วนบุคคลก็ได้ กฎข้อที่ 5 รูปแบบหรือลักษณะของพฤติกรรมในกลุ่ม เช่น การมีความจงรักภักดีต่อกฎข้อที่ 6 การเป็นสมาชิกของกลุ่มอาจเข้าซ้อนกันได้ แต่พลังงานทั้งหมดในกลุ่มที่เข้าซ้อนนั้น อยู่ในระดับคงที่ ตราบใดที่พลังงานของเอกัตบุคคลที่ใช้ไปกับวัตถุประสงค์อื่นมิใช่เป็นวัตถุประสงค์ของกลุ่มยังคงเดิม กฎข้อที่ 7 ลักษณะทางบุคลิกภาพ (personality traits) ของสมาชิกแต่ละคนในกลุ่มกับลักษณะทางบุคลิกภาพโดยรวม (syntality traits) ของกลุ่มมีส่วนคล้ายคลึงกันมาก ถ้าสมาชิกในกลุ่มมีลักษณะอนุรักษนิยมไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง บุคลิกภาพโดยรวมของกลุ่มจะมีลักษณะเป็นแบบอนุรักษนิยมไปด้วยเช่นกัน (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภาพ, 2542, หน้า 49-50)

สรุปได้ว่าทฤษฎีการกระทำทางสังคม ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของ ทัลคอตท์ พาร์สัน ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ของ โรเบิร์ต เค. เมอร์ตัน ทฤษฎีสังคมศาสตร์ และทฤษฎีเกี่ยวกับการทำงานเป็นทีม ทั้ง 4 ทฤษฎีนี้มีแนวคิด หลักการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้ความร่วมมือของชุมชน องค์กรต่าง ๆ ในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย และมีความร่วมมือช่วยเหลือซึ่งกันและกันที่จะพัฒนาความร่วมมือให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านการวางแผน การสนับสนุนทรัพยากร การติดตามและประเมินผลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการอากาศยานพยาบาลให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประชาชน สพล.จึงต้องมีบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน ติดต่อสื่อสาร ควบคุมดูแล กำกับทิศทางเพื่อให้เกิดความร่วมมือในทางที่ดีหรือไปในแนวทางเดียวกัน และให้เกิดประโยชน์สูงสุดของการใช้อากาศยานพยาบาล

3.4.4 เครือข่ายทางสังคม

3.4.4.1 ความหมาย

สารานุกรมทางสังคมวิทยา (Encyclopedia of Sociology, เล่ม 4, หน้า 1887) ให้นิยามของ เครือข่ายทางสังคม (social network) ว่าหมายถึง ปรัชญาการทางสังคมในรูปแบบหนึ่งที่

แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการจัดเรียงความสัมพันธ์ (patterned arrays of relationship) ระหว่างปัจเจกชน (individual) ที่ร่วมกระทำการในสังคม (Borgatta & Borgatta, 1992; Marsden, 1992)

The SAGE Dictionary of Sociology (Bruce & Yearley, 2006, p. 239) ให้นิยามว่า เครือข่ายทางสังคม คือ รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม (pattern of social relationship) ของปัจเจกชน (individual) เป็นหน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) ในการศึกษา โดยการสังเกต (observation) ก่อนจะเขียนออกมาเป็นแผนที่ปฏิสัมพันธ์ (interaction mapping) (Bruce & Yearley, 2006)

พระมหาสุทนต์ อากาศโร (อบอุณ) (2547, หน้า6) ให้นิยามของ เครือข่ายทางสังคมว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ ทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม กลุ่มกับกลุ่ม และกลุ่มกับเครือข่าย โดยเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมและความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เช่น กิจกรรม การสื่อสาร ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย

อัลเทอร์ และเฮช (Alter & Hage, 1993) กล่าวว่า เครือข่าย (network) คือ รูปแบบทางสังคม ที่เปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร เพื่อแลกเปลี่ยน การสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียว และการร่วมกันทำงาน เครือข่ายประกอบด้วยองค์กรจำนวนหนึ่งซึ่งมีอาณาเขตที่แน่นอนหรือไม่ก็ได้ และองค์กรเหล่านี้มีฐานะเท่าเทียมกัน

เจอร์รามี บอสซีเวนย์ (Boissevain, 1974, p. 22) ให้นิยามของ เครือข่ายทางสังคม ว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล โดยมีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

จากที่กล่าวมาในข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า เครือข่ายทางสังคม (social network) หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม และองค์กร ภายใต้นโยบายที่แต่ละกลุ่มซึ่งเกี่ยวข้องร่วมกันวางแนวทาง ผ่านรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ความร่วมมือ โครงการ การพึ่งพาอาศัย กิจกรรม การสื่อสาร การแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย ภายใต้เป้าหมายเดียวกัน

3.4.4.2 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม (Social network concept)

แนวความคิดของเครือข่ายทางสังคม (social network concept) มีพัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) โดย ริชาร์ด อีเมอร์สัน (Richard Emerson) ต่อยอดแนวคิดจาก จอร์จ โฮแมนส์ (George C. Homans) โดยใช้ฐานคติ (assumption) ว่าในเครือข่ายสังคม ประกอบไปด้วยบุคคลหรือตัวแสดง (actor) ที่มีความสัมพันธ์ (relation) ซึ่งกันและกันตามหน้าที่หรือบทบาทที่แต่ละคนหรือหน่วย มีความสัมพันธ์ มากกว่าหนึ่งบทบาทซึ่ง ความสัมพันธ์ในเครือข่ายสังคม อาจเป็นไปตามทฤษฎีของการแลกเปลี่ยน เพราะบุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทที่

สังคมคาดหวัง หรือตามบรรทัดฐานที่ถ่ายทอดมา แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจของการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ ในปัจจุบันแนวคิดนี้ถูกนำไปใช้ในการสร้างตัวตน และการพึ่งพาภายในเครือข่าย แนวคิดและทฤษฎีจำนวนมากที่ถูกสร้างขึ้นในสาขาวิชาสังคมวิทยาได้พัฒนาเป็นทฤษฎีกระแสหลัก ที่ทรงอิทธิพลอย่างยาวนานหลายทศวรรษ เช่นทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ บางทฤษฎีก่อตัวจากแนวคิดที่ตรงกันข้ามกับทฤษฎีอื่นเช่นทฤษฎีความขัดแย้ง (conflict theory) บางทฤษฎีพยายามเติมเต็มช่องว่างของทฤษฎีอื่น เช่น ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน และทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ บางทฤษฎีเติบโตจากการวิพากษ์ ทฤษฎีกระแสหลัก ทำให้เกิดเป็นทฤษฎีทางเลือก เช่น ทฤษฎีปรากฏการณ์วิทยา (phenomenology) และกลุ่มทฤษฎีวิพากษ์ (critical theories) เช่น แนวคิดหลังโครงสร้างนิยม (post-structuralism) แนวคิดของกลุ่มปัญญาชนแนวหลังทันสมัย (postmodern) ที่ปฏิเสธการครอบงำของแนวคิดหลัก เช่น การปฏิเสธแนวคิดแบบทวิลักษณ์ (anti-dualism) ของ มิเชล ฟูโก (Michel Foucault) หรือแม้แต่การสร้างตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างโครงสร้าง (structure) กับผู้กระทำการ (agency) โดยแนวคิด Structuration Theory ของ แอนโทนี กิดเด้นส์ (Anthony Giddens) (Emerson, 1976)

สาเหตุที่ทฤษฎีทางสังคมวิทยามีความหลากหลายเป็นผลมาจากความแตกต่างกันของฐานคติ (assumption) และบริบท (context) แวดล้อมของการก่อกำเนิดแนวคิดทฤษฎีนั้น ๆ รวมถึงการเกิดขึ้น ดำรงอยู่ และเปลี่ยนแปลงของบรรดาทฤษฎี ล้วนแต่เกิดจากวิวัฒนาการทางความคิดที่แสดงบทบาทออกมาในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถกเถียง (argument) และแสดงข้อโต้แย้ง (debate) ในจุดยืนของตน รวมถึงความพยายามเติมเต็ม ปิดจุดอ่อนของทฤษฎีอื่น ๆ บนพื้นฐานของหลักเหตุผล และการลบล้างความคิดเก่าด้วยความคิดใหม่ที่ดีกว่าเป็นหนทางสร้างสรรค์ สังคมให้เจริญยิ่งขึ้น แนวคิดเครือข่ายทางสังคมเป็นหนึ่งในแนวคิดของศาสตร์ยุคใหม่ประกอบไปด้วยบุคคลหรือตัวแสดง (actor) ที่มีความสัมพันธ์ (relation) ซึ่งกันและกันตามบทบาทหรือหน้าที่ที่แต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ ซึ่งแต่ละคนนั้นมิได้มีเพียงบทบาทเดียว หากแต่มีหลายบทบาทที่ต้องแสดง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายสังคม บางครั้งอาจเป็นไปตามทฤษฎีของการแลกเปลี่ยน เพราะบุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับถ่ายทอดมา แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ “เครือข่ายทางสังคม” เป็นคำที่มีนัยและความหมายที่แตกต่างกันไปตามความความคิดเห็นของมุมมองและประสบการณ์ของแต่ละบุคคลซึ่งสามารถอธิบายได้ในมิติของการปฏิสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ ทั้งที่เป็นกระบวนการ วิธีการ และกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนทางสังคม ที่แสดงถึงรูปแบบ

ความสัมพันธ์ภายใต้เงื่อนไขที่ปัจเจกบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่มีต่อกัน เช่น การติดต่อสื่อสารการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประสานผลประโยชน์ ความไว้วางใจ ที่เป็นปัจจัยหลักการให้สมาชิกหรือฝ่ายต่างๆ มีความผูกพันต่อกันเพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ ดังรายละเอียด

1. เครือข่ายเป็นนัยคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ในมิติแห่งความสัมพันธ์ เครือข่ายคือ ความสัมพันธ์ที่อ้างอิงไปตามกฎของการไหลเลื่อนไปมาระหว่างความไว้วางใจกับการจัดระเบียบและระหว่างการแตกดับกับการเกิดใหม่ที่พร้อมสานต่อกับสิ่งต่าง ๆ ในขณะที่เครือข่ายทางสังคมมุ่งเน้นการสารต่อกับปัจเจกบุคคล กลุ่ม และองค์กรในเครือข่ายเพื่อสร้างสรรค์คุณค่าใหม่ ความรู้ใหม่ หรือสังคมใหม่อย่างเหมาะสมโดยยึดหลักของความไว้วางใจที่มีต่อกันในฐานะที่กระบวนการเป็นระเบียบที่มีการเชื่อมโยงต่อกันเพื่อให้เกิดการกระทำตามภารกิจให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพเครือข่ายในมิตินี้สามารถอธิบาย ความสัมพันธ์ ของหน่วยต่าง ๆ ในสังคม และเครือข่ายงาน (network) สังคมมนุษย์ ในการทำงานร่วมกันของผู้คนจากสถานการณ์ที่เป็นอยู่เพื่อขับเคลื่อนทางสังคม ผ่านกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ (social network) ชูลเลอร์ (Schuler, 1996, p. 9) กล่าวว่า เครือข่าย เป็นสายใย (web) ของความสัมพันธ์ทางสังคม มีความเป็นเอกภาพ มีพลังความยึดเหนี่ยว และการสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ในการสร้างเครือข่ายในรูปแบบต่าง ๆ ที่สมาชิกรวมกันโดยไม่จำกัดเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ เพศ วัย ศาสนา และฐานะทางเศรษฐกิจ ขณะที่ อรรถพร พงษ์วาท (2539, หน้า 3) กล่าวถึงเครือข่ายว่า เป็นการเชื่อมโยงความพยายามของฝ่ายต่าง ๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อร่วมกันปฏิบัติการกิจอย่างใดอย่างหนึ่งโดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการกิจหลังของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์ของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปแบบของการจัดการองค์กรที่มีโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และ ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ (2546, หน้า 5) ชี้ว่า เครือข่าย หมายถึง การที่คนมาพบปะประชุมกัน เพื่อทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน โดยใช้สัมพันธ์ภาพของสมาชิกเครือข่าย ยึดเหนี่ยวใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกันคือ โดยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ร่วมกันและทั้งสองยังพบว่าเครือข่ายทำหน้าที่เชื่อมต่อระหว่างมนุษย์แล้วขยายผลออกเป็นวงกว้าง เพื่อให้สังคมเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น และการเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์นั้น จะเป็นความสัมพันธ์ย้อนกลับในเชิงบวก ที่ส่งผลให้เกิดพลังทวีคูณ ซึ่งเป็นพลังสร้างสรรค์ที่เปลี่ยนคุณค่าอย่างฉับพลัน ซึ่งเป้าหมายที่ปรารถนาในการสร้างเครือข่าย คือการนำเอาจิตวิญญาณที่สร้างสรรค์ของมนุษย์มาถักทอเชื่อมโยงกันจากระบบสิ่งมีชีวิต ที่มีความสัมพันธ์ต่อ

กัน ผ่านการเชื่อมโยงและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา โดยอาศัยระบบการสื่อสารที่มีบทบาทสำคัญเป็นแกนกลาง

สมใจ โลหะพุนตระกูล (2539, หน้า 10) กล่าวว่า เครือข่ายคือความร่วมมือที่เป็นไปได้ทั้งในระดับบุคคล องค์กร และสถาบัน อาจมีขอบข่ายตั้งแต่ขนาดเล็ก ๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัด ภูมิภาค ประเทศ และระหว่างประเทศ เป็นสายใยของความสัมพันธ์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคล กับบุคคลอื่น ๆ และอีกหลาย ๆ คน เป็นการมองในมิติของการจัดโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างความสำเร็จตามเป้าหมายร่วมของกลุ่มคนในสังคมนั้น ส่วน อนุชาติ พวงสาดี และวีรบุรุษ วิจารณ์ (2541, หน้า 9) สรุปถึงความเป็นเครือข่ายภายใต้กระแสแนวคิดประชาสังคมว่า หมายถึง ชุมชนแห่งสำนึก ที่สมาชิกต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นด้วยพื้นฐาน เป้าประสงค์ของการเข้ามาทำงานร่วมกัน ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่บุคคลและกลุ่มต่างมีส่วนร่วมในการการตัดสินใจหรือทำกิจกรรมที่สนใจ โดยมีพันธะเชื่อมโยงพื้นฐานแห่งความเป็นอยู่ที่ดี และมีการติดต่อสื่อสารด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มหรือเครือข่ายมีความยั่งยืน ส่วน ชูชัย ศุภวงศ์ (2540, หน้า 11) ให้ความหมายของเครือข่ายทางสังคมว่าเป็นเครื่องมือทางสังคมในรูปแบบของประชาสังคมที่ผู้คนในสังคมมีจิตสำนึกร่วมกัน มารวมกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาที่สลับซับซ้อนให้บรรลุวัตถุประสงค์ ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกัน ภายใต้ระบบของการจัดการ โดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายและประชาคมที่รวมกลุ่มขององค์กรอิสระ สาธารณประโยชน์ ปังเจกชนและสาธารณชนเข้าด้วยกันซึ่งเป็น กระบวนการเชื่อมประสาน การถ่ายทอดความคิดเห็น ทศนคติ และประสบการณ์ทางการเมืองจะช่วยกระชับจิตสำนึกของปัจเจกบุคคลจากการเป็นฝ่ายถูกระงับมาเป็นฝ่ายกระทำต่อสังคม

พัฒนาการแนวความคิดของเครือข่ายมิได้หยุดนิ่งเพียงการอธิบายความสัมพันธ์ในรูปแบบของการรวมกลุ่มและประชาสังคมเท่านั้น แต่กว้างไกลออกไปถึงรูปแบบที่เรียกว่า ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ (the new social movement) ที่ใช้พลังเครือข่ายและการสื่อสารเป็นเครื่องมือในการดำเนินกิจกรรมซึ่ง ไชยรัตน์ เจริญสิน โอบาร (2540, หน้า 64) ได้อธิบายไว้ว่า เป็นเครือข่ายประชาสังคมของคนในสังคม ที่เป็นอิสระจากการครอบงำของภาครัฐ และกลไกการตลาดแต่มุ่งหาข้อยุติหรือหลักการร่วมกันเพื่อสร้างวิถีชีวิตแบบประชาธิปไตยที่เข้มแข็งให้มีที่ว่างกับความแตกต่างในสิทธิการรับรู้ของประชาชน ในรูปของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ที่น่าไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีคิดของคนในสังคม เห็นได้ว่า แนวคิดที่ให้คำจำกัดความของคำว่า เครือข่าย นั้นเริ่มจากการอธิบายความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่าง กลุ่ม

หรือชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ช่วยเหลือพึ่งพาจนกระทั่งการสร้างพลังและอำนาจการต่อรอง และต่อมาก็มีการขยายความสัมพันธ์นั้นไปสู่ระดับที่กว้างขึ้น โดยการเชื่อมโยงกับพันธมิตรอื่น ๆ ในสังคมเป็นลักษณะของการสร้างประชาสังคม ที่นับว่าเป็นการพัฒนาการอีก ระดับหนึ่งของความ เป็นเครือข่ายที่มีกลุ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานอย่างหลากหลาย ตามประเด็นปัญหาที่ต้อง ผลักดันและแก้ไข ซึ่งอาจมีความซับซ้อนหรือเป็นประเด็นสาธารณะที่ ต้องเกี่ยวข้องกับคนหลาย กลุ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับหน่วยชีวิตในระดับของเซลล์ที่มีการเชื่อมโยงกันจากจุดเล็ก ๆ จนกลายเป็น องค์กรและระบบปฏิบัติการภายในร่างกายยิ่งใหญ่

2. เครือข่ายเป็น นัยแห่งการประสานความร่วมมือ จากแนวคิดของเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่ เห็นอย่างชัดเจนคือ ความเป็นเครือข่ายเกิดขึ้นจากความร่วมมือและการเปิดรับเพื่อให้เกิดความรู้และ กระบวนการใหม่ กล่าวคือ การที่ปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรแต่ละฝ่ายได้มีการทำให้กิจกรรมร่วมกันมี ปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือได้ว่าเป็นความหมายของเครือข่ายที่ สานต่อความสัมพันธ์ต่อกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกันสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ถือได้ว่าเป็นการสาน ความสัมพันธ์ของเครือข่ายให้ยั่งยืน ถ้าไม่มีความร่วมมือต่อกันแล้วความเป็นเครือข่ายหรือข่ายใยแห่ง ความสัมพันธ์จะไม่เกิดขึ้น เพียงแต่เป็นการช่วยเหลือหรือการบรรเทาปัญหาในแนวดิ่งเท่านั้น ซึ่งไม่ต่าง อะไรมากจากการตั้งการผ่านโครงสร้างเชิงอำนาจแบบเก่า ดังนั้น ความร่วมมือ จึงเป็นความหมายที่สำคัญอีก ประการหนึ่งของเครือข่ายเพราะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่างๆอย่างเป็น ระบบ ซึ่ง กาญจนา แก้วเทพ (2540) ได้ให้ความหมายของ เครือข่าย หรือ Network ว่า “Net” หมายถึง ตา ข่ายที่โยงใยกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งานดังนั้น ความหมายของ เครือข่าย จึงหมายถึง รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือ องค์กรหลายองค์กรที่ต่างมีทรัพยากรของตัวเอง มี เป้าหมายมีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง บุคคล กลุ่ม หรือองค์กร เข้ามาประสานงานกัน โดยใช้ระยะเวลาานพอสมควร แม้อาจไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่มีการวางรากฐาน เอาไว้ เปรียบเทียบเสมือนมีสายโทรศัพท์ต่อไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่ขอความช่วยเหลือ หรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่น ๆ เพื่อแก้ไขปัญหา ก็สามารถติดต่อใช้การได้ทันที สอดคล้องกับ เกรียง สักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, หน้า 28) กล่าวถึงเครือข่าย ว่า หมายถึงปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือ สถาบันใด ๆ ได้ตกลงที่จะประสานงานเชื่อมโยงเข้าหากัน ภายใต้วัตถุประสงค์ หรือข้อตกลงอย่างใด อย่างหนึ่งอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายคือกิจกรรมต่าง ๆ โดยกลุ่มเครือข่ายนี้ ต้องมีการแสดงออกคือ การลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน ขณะที่ นฤมล นิราธร (2543) กล่าวถึงเครือข่าย ว่าเป็นการทำงานที่เป็น รูปแบบของความร่วมมือหรือการพึ่งพาอาศัยกัน ดังนั้น เครือข่าย จึงหมายถึง รูปแบบการประสานงาน ของคน หรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกัน โดยการติดต่อระหว่างกลุ่ม ซึ่งมีการจัดรูปแบบหรือจัดระเบียบที่คงความอิสระโดยมีรูปแบบการรวมตัว

แบบหลวม ๆ ตามความจำเป็น หรือเป็นโครงสร้างที่มีความชัดเจนซึ่งนอกจากคำว่า เครือข่าย (network) ยังมีคำใกล้เคียงที่ใช้ความหมายคล้ายคลึงกัน เช่น แนวร่วมเชิงกลยุทธ์ (strategic alliance) หุ้นส่วนในการทำงาน (partnership) หรือคำในอดีต เช่น คำว่า การประสานงานระหว่างองค์กร (inter organizational coordination) ซึ่งสิ่งสำคัญในการทำงานแบบเครือข่าย คือ การแสวงหารูปแบบขององค์กรที่มีความยืดหยุ่น มีโครงสร้างแนวราบ มีความเป็นอิสระต่อกัน สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลง ที่สลับซับซ้อน ได้ดี จากความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเครือข่ายนั้น หมายถึงความร่วมมือและการเปิดรับของฝ่ายต่าง ๆ ที่มีข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อกำหนดที่เกิดขึ้นเป็นความพยายามที่ระดมทรัพยากรกระบวนการ ความรู้ และวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จ จากการร่วมมือและการเปิดในสิ่งใหม่นั้นเสมอ

3. เครือข่ายเป็น นัยแห่งภารกิจและกระบวนการ ภายใต้ยุทธศาสตร์ของความเป็นเครือข่าย ภารกิจและกระบวนการทำงานของฝ่ายต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ความเป็นเครือข่ายมีความต่อเนื่อง ออกไปสู่กลุ่ม เครือข่ายอื่น เป็นการสร้างเครือข่ายให้เกิดขึ้นดังนั้น เครือข่ายจึงมีนัยของการทำภารกิจที่เป็นกระบวนการ โดยเป็นทั้งกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการมีส่วนร่วม และกระบวนการกลุ่มที่เป็นการระดมทรัพยากรในการสร้างพลังอำนาจในการต่อรองให้สูงขึ้น ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ เหล่านั้นนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของเครือข่ายถึงแม้ว่าการกระทำในลักษณะดังกล่าว เป็นภาพสะท้อนของ ภารกิจและสถานะชั่วคราว แต่สิ่งเหล่านั้น เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการขับเคลื่อนทางสังคม และความเป็นไปของสิ่งต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกันเป็นข่าย ซึ่ง ปุสดี มอนซอน (2546, หน้า 2) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมว่า เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อยกระดับแนวคิดและ กิจกรรมที่ทำร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ โดยเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวม ๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร และสถาบัน ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความเหมาะสม ภายใต้กฎเกณฑ์หรือเป้าหมายร่วม และมีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตน รวมทั้งมีการ ทำงานร่วมกันในงานเฉพาะหน้า และการประสานผลประโยชน์ที่ขยายกว้างออกไป ขณะที่ ประเวศ วะสี เทียบอ้าง เครือข่ายในสมองกับโครงสร้างของสมอง คือการสร้างให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงเพื่อการมีชีวิตรอด และโครงสร้างทางสังคมจะมีวิวัฒนาการเหมือนโครงสร้างทางสมอง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของสังคม จากสังคมที่ใช้อำนาจในแนวดิ่ง เป็นเครือข่ายสังคม ที่มีการโยกโยกความสัมพันธ์ในทุกทิศและสรุปว่า เครือข่ายทางสังคม คือสังคมแห่งกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยเครือข่ายสังคม ต้องมีความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องหรือมีการขยายแนวคิด กระบวนการออกไปจึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในคุณภาพได้ จะเห็นได้ว่าเครือข่ายถูกนำมาอธิบายในมิติของความสัมพันธ์และปรากฏการณ์ทางสังคมมนุษย์มากกว่าการอธิบายในมิติของความสัมพันธ์และความ

เปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งในเชิงชีววิทยา ตามทัศนะของวิทยาศาสตร์บุคคล กลุ่มองค์กร ที่มีกิจกรรมคล้ายคลึงกันและความร่วมมือมีระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กรอื่น ๆ เพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ โดยผ่านระบบการสื่อสารที่ทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสในการรับรู้ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันนอกจากนี้ ยังได้พยายามอธิบายถึงคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ความเท่าเทียม ความร่วมมือ การต่อสู้ขัดแย้ง และการเชื่อมโยงที่เป็นทั้งแนวคิด หลักการ เครื่องมือ และวิธีการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของทุกฝ่าย

3.4.4.3 พัฒนาการของแนวคิดเครือข่ายทางสังคม

รากฐานของแนวคิดเครือข่ายทางสังคม มีที่มาจากทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) ซึ่งเป็นทฤษฎีมหภาค (macro theory) ที่ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมตั้งแต่ระดับจุลภาคหรือปัจเจกบุคคล ไปจนถึงระดับ สังคม โดยมีแหล่งกำเนิดของทฤษฎีจาก 3 แหล่ง คือ เศรษฐศาสตร์เชิงอรรถประโยชน์นิยม (utilitarian economics) มานุษยวิทยาเชิงหน้าที่ (functional anthropology) และจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม (behavioral psychology) (สัญญา สัญญาวิวัฒน์, 2550 หน้า 115-116) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) หรือเรียกในเชิงการศึกษานโยบาย (policy approach) ว่าทฤษฎี ทางเลือกที่มีเหตุผล (rational choice theory) ประกอบขึ้นด้วยความพยายามที่ประยุกต์หลักการตามแนวพฤติกรรมนิยม (behaviorism) ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมวิทยา (สุเทพ สุนทรเกสซ์, 2540, หน้า 250) โดยมีฐานคิด ที่ว่าการกระทำระหว่างกันของบุคคลกระทำโดยอาศัยการได้ตอบ ซึ่งพิจารณาจากรางวัล หรือการลงโทษ หรือความพอใจ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนการกระทำระหว่างกัน ตลอดจนการพิจารณาจากการที่ได้รับความพึงพอใจสูงสุด เมื่อได้ลงมือกระทำไปแล้ว และผลการกระทำหรือการตอบแทน ทำให้เกิดความพอใจเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ระเบียบสังคม ถือเป็นผลลัพธ์ที่ไม่ได้วางแผน ของการแลกเปลี่ยนระหว่างสมาชิกในสังคม สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2550, หน้า 128) ได้แบ่งทฤษฎีแลกเปลี่ยนเป็น 2 ประเภท คือ (1) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระดับบุคคล (individualistic exchange theory) หรือทฤษฎีการแลกเปลี่ยนเชิงพฤติกรรม (behavioral exchange theory) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม (behavioral psychology) และ (2) ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนเชิงบูรณาการ (integration exchange theory) หรือทฤษฎีการแลกเปลี่ยนเชิงโครงสร้าง (exchange structuralism theory) ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีมานุษยวิทยาเชิงหน้าที่ (functional anthropology)

จอร์จ แคสเปอร์โฮแมนส์ (George Casper Homans) ถือเป็นปฐมคติของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Homans, 1980, pp. 153-154) เขาได้รับอิทธิพลทางความคิดจากทฤษฎีจิตวิทยาเชิงพฤติกรรม (behavioral psychology) ของ เบอร์ราร์ด เฟรดเดอริก สกินเนอร์ (Burthus Frederic Skinner) ที่อธิบายกระบวนการเสริมแรง จากปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ ที่พฤติกรรมของมนุษย์เป็นเรื่องของการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างกัน (Skinner, 1987, pp. 370-380) การที่บุคคลคนหนึ่งแสดงพฤติกรรม

อย่างไรก็ตามมีเหตุผลมาจากรางวัล หรือการลงโทษ ซึ่งเป็นการเสริมแรงทางบวก หรือทางลบ สิ่งนี้ โฮแมนส์ (Homans) ใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าว คือ ปริมาณของการกระทำ และระดับของคุณค่าของการกระทำ การที่บุคคลเลือกกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งในเชิงปริมาณ อธิบายโดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ว่ามนุษย์จะเลือกหนทางที่ให้ผลกำไร (benefit) สูงสุด ในขณะที่ระดับคุณค่านั้น อธิบายโดยใช้หลักอุปสงค์-อุปทาน เชื่อมโยงกับแนวคิดทางจิตวิทยา

บลู (Blau, 1964) ให้ความสำคัญต่อการอธิบายพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลในเชิงปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด เขาได้พัฒนาต่อข้อยกเว้นของ Homans โดยขยายขอบเขตให้กว้างออกมากขึ้น โดยผสมผสานทฤษฎีพฤติกรรมทางสังคม (social behavioral theory) เข้ากับทฤษฎีข้อเท็จจริงทางสังคม (social fact theory) เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงสร้างสังคมบนพื้นฐานของการวิเคราะห์กระบวนการทางสังคม ที่ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคลและ กลุ่มต่าง ๆ จุดสนใจของบลู อยู่ที่กระบวนการแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นสิ่งชี้แนะพฤติกรรมของมนุษย์และเป็นพื้นฐานของความสัมพันธ์ต่าง ๆ ระหว่างปัจเจกบุคคลและกลุ่มต่างๆ บลู ได้เสนอ การแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลไปสู่โครงสร้างสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม 4 ขั้นตอน (Ritzer, 2003, p. 300) ได้แก่

ขั้นที่ 1 การแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลก่อให้เกิด

ขั้นที่ 2 ความแตกต่างระหว่างสถานภาพและอำนาจซึ่งก่อให้เกิด

ขั้นที่ 3 ความชอบธรรมและองค์กรซึ่งเป็นการหว่านเมล็ดพืชของ

ขั้นที่ 4 ความขัดแย้งและการเปลี่ยนแปลง

การแลกเปลี่ยนทางสังคมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของปัจเจกบุคคลที่ถูกจูงใจ (motivation) ด้วยผลกำไรหรือรางวัลตอบแทนที่คาดว่าจะได้รับจากผู้อื่น ซึ่งต้องอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างกัน การแลกเปลี่ยนผลประโยชน์จึงเป็นกลไกหนึ่งการสร้างความสัมพันธ์ เป็นการพึ่งพาอาศัยกันก่อให้เกิดความผูกพันที่ดีต่อกัน บลู พบว่าทฤษฎีพฤติกรรมทางสังคมไม่สามารถวิเคราะห์สังคมที่มีความซับซ้อนได้ แต่ต้องผสมผสานข้อเท็จจริงทางสังคมร่วมโดยกลไกที่เป็นตัวเชื่อมประสาน ระหว่างโครงสร้าง คือ ปทัสถาน (norms) และค่านิยม (values) ที่มีอยู่ในสังคม (สุเทพ สุนทรเกสัช, 2540, หน้า 270) ในประเด็นของปทัสถาน (norms) บลู กล่าวว่าปทัสถานเป็นสิ่งที่ทำให้การแลกเปลี่ยนทางสังคมเข้าแทนที่การแลกเปลี่ยนโดยตรง เช่น การที่สมาชิกของกลุ่มคนหนึ่ง (ปัจเจกบุคคล) ได้ปฏิบัติตามปทัสถานของกลุ่ม (สังคม) จึงได้รับการยอมรับจากกลุ่มส่วนรวม นับเป็นการขยายขอบเขตจากการแลกเปลี่ยนระดับบุคคลไปสู่ระดับกลุ่มหรือสังคมโดยมีปทัสถานเป็นกลไกสำคัญ ขณะเดียวกันการแสดงพฤติกรรมตามปทัสถานของสังคมยังเป็นการรักษาเสถียรภาพของสังคมด้วย

ส่วนประเด็นของค่านิยม (values) บลูได้ขยายขอบเขตความคิดสู่ระดับสังคมที่กว้างขึ้น เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรวมกลุ่มต่าง ๆ และได้แบ่งค่านิยม เป็น 4 ประเภท ได้แก่ (1) ค่านิยมเฉพาะ (2) ค่านิยมสากล (3) ค่านิยมที่สร้างความชอบธรรมแก่ผู้มีอำนาจ และ (4) ค่านิยมการเป็นฝ่ายตรงข้าม โรทเซอร์ (Ritzer, 2003, pp. 303-304) จากการขยายขอบเขตของทฤษฎีพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเชิงพฤติกรรมตามแนวคิดของ โฮแมนส์ ไปสู่การทำความเข้าใจโครงสร้างที่มีความซับซ้อนของบลู ซึ่งเป็นความพยายามในการปรับเปลี่ยนรูปร่างของทฤษฎีเพื่อให้สอดคล้องกับข้อเท็จจริงทางสังคม ที่จำเป็นต้องผ่านการเสริมแรง ด้วยทฤษฎีระดับมหภาค (macro theory) ที่ทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงพฤติกรรมของปัจเจกบุคคล (จุลภาค) กับโครงสร้างสังคม (มหภาค) ในรูปแบบของการบูรณาการมีส่วนสำคัญในการพัฒนาทฤษฎีนี้ให้มีนัยเชิงโครงสร้างมากยิ่งขึ้น

3.4.4.4 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดเครือข่ายทางสังคม

คิลดัพ และ ไช (Kilduff & Tsai, 2003, pp. 36-37) ได้จำแนกกลุ่มแนวคิดและทฤษฎีซึ่งมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเครือข่ายทางสังคม สามารถจำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่ใช้ทฤษฎีนำเข้า (Import theories) เป็นทฤษฎีที่นำมาจากคณิตศาสตร์ คือ ทฤษฎีกราฟ (graph theory) และทฤษฎีสาขาจิตวิทยาสังคม ได้แก่ ทฤษฎีสมดุล (balance theory) และทฤษฎีการเปรียบเทียบทางสังคม (social comparison theory) โดยทฤษฎีเหล่านี้มีผลต่อแนวคิดเครือข่ายทางสังคม ในรูปแบบขององค์กรต่าง ๆ

2. กลุ่มที่ใช้ทฤษฎีเติบโตจากภายใน (Home-grown theories) แบ่งได้เป็น 2 ทฤษฎีหลัก ได้แก่

1) ทฤษฎีความแตกต่าง (Heterophily theory) ซึ่ง กล่าวถึงแนวคิดด้านจุดแข็งของการเกาะเกี่ยวกันอย่างหลวม ๆ

2) ทฤษฎีบทบาทเชิงโครงสร้าง (Structural role theory) กล่าวถึงแนวคิดด้านความเท่าเทียมกันทางโครงสร้าง และบทบาท ซึ่งผู้แสดง ในเครือข่ายมีอิทธิพลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของคนอื่นอย่างไร

3. กลุ่มที่ใช้ผลผลิตจากทฤษฎีส่งออก (Exportation) ได้แก่ แนวคิด เรื่อง เครือข่าย (network) ที่เป็นผลผลิตจากผลประโยชน์ทางความรู้ให้แก่กลุ่มทฤษฎีองค์กร โดยใช้ทฤษฎีองค์กร (organization theories) ภายใต้มุมมองของเครือข่ายทางสังคม และมีการศึกษาค้นคว้าทั่วโลกออกไปเพื่อให้เห็นศักยภาพของความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีองค์กรและแนวคิดด้านเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรในเครือข่าย และการสร้างอำนาจการต่อรองให้แก่องค์กรของตน จะเห็นได้ว่าทฤษฎีทั้งสามกลุ่มดังกล่าว เป็นความพยายามที่จะอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และระหว่าง องค์กรว่ามีลักษณะอย่างไร เช่น ในขณะที่ทฤษฎีนำเข้า

(import theories) จะกล่าวถึงความสัมพันธ์ หรือปฏิสัมพันธ์ ในระดับจุลภาค ของปัจเจกบุคคลเป็นหลักนั้น ทฤษฎีที่เติบโตขึ้นจากภายใน (home-grown theories) กลับมุ่งเน้นที่จะดำเนินการในทั้งระดับจุลภาคและมหภาค

องค์ความรู้ของแนวคิดเครือข่ายทางสังคม ได้ถูกใช้สร้างตัวตนของเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเชิงบูรณาการ รวมไปถึงอำนาจและการพึ่งพา ภายในเครือข่าย จากปรากฏการณ์จริงในพื้นที่ ถูกสังเคราะห์ให้เห็นแบบแผน และกระบวนการทำงานของเครือข่ายเชิงทฤษฎีและเชิงประจักษ์ ทำให้ได้ความสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกบุคคล และองค์กรที่ทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งสู่เป้าหมายเดียวกันในรูปของเครือข่ายมากขึ้น ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่ม และองค์กร ในลักษณะของความสัมพันธ์ระดับบุคคลขึ้นไป โครงสร้างที่เป็นรูปธรรม บทบาทในการเชื่อมโยงของโครงสร้างทางสังคมอยู่ภายใต้ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มคน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่มีคุณค่า ซึ่งมีอยู่ในตัวปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรต่างๆ ในสังคม การแลกเปลี่ยน แบ่งปันทรัพยากรจึงเกิดขึ้น ผ่านกระบวนการเครือข่าย อีไทเออร์ (Ethier, 2006, pp. 1-11) ได้รวบรวมแนวทางการใช้ประโยชน์จากแนวคิดเครือข่ายทางสังคม (social network) พบว่า

1. การใช้ความรู้เกี่ยวกับเครือข่ายมนุษย์ในการประยุกต์กับการออกแบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ โดยเปรียบเทียบกิจกรรมการแลกเปลี่ยนของมนุษย์ในเรื่องของสารสนเทศ ความรู้ ความคิด ตลอดจนทัศนคติ
2. การใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคม ในการวิจัยเชิงสุขภาพส่วนบุคคล โดยเฉพาะประเด็นของการสร้างเครือข่ายการมีส่วนร่วมทางสังคม (participation social network) ในการรักษาสุขภาพ ทั้งในระดับส่วนบุคคล ไปจนถึงชุมชน และสังคมโดยรวม
3. การใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคมในการสร้างผลกำไรแก่หน่วยธุรกิจ เนื่องจากการศึกษาเครือข่ายสังคม (social networks) และแบบแผนความสัมพันธ์ (patterns of relationship) จะทำให้ทราบถึงแนวทางในการพัฒนาสินค้าและบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกในเครือข่ายทางสังคมนั้น ๆ
4. การใช้แนวคิดเครือข่ายทางสังคมในการวิจัยชุมชนออนไลน์ แนวคิดเครือข่ายทางสังคม (social network concept) มีพัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) โดยมีหลักการที่ว่า ในเครือข่ายสังคมจะประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามบทบาทหรือหน้าที่ของแต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์มีอยู่ ซึ่งแต่ละคนนั้นมิได้มีเพียงบทบาทเดียว บุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยัง

3.4.4.5 องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม

จากฐานคิดและความหมายของเครือข่ายพบว่ามีจุดรวมที่เป็นองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์ แต่ละหน่วยชีวิตและปัจเจกบุคคล ดำเนินการสานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกัน ตามหลักของธรรมชาติที่ทุกสรรพสิ่งต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาสภาพชีวิตไว้

2. จุดมุ่งหมาย หากบุคคล กลุ่ม องค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยไร้ความมุ่งหมาย ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่ถือเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายคือการร่วมกันอย่างมีจุดหมาย เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดหมายนั้น

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละบุคคลจะมารวมกัน สิ่งที่ยึดเหนี่ยวเข้าด้วยกันคือ ภาระหน้าที่ ภายใต้อำนาจจิตสำนึกต่อส่วนรวม หากขาดจิตสำนึกที่มาจากส่วนลึกภายในจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นเพียงการแสวงหาผลประโยชน์ทั้งสิ้น และการระดมผู้คน เป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากมีอุปนิสัยที่คล้ายคลึงกันแล้วบุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวมด้วย กล่าวคือ เมื่อพวกเขาเห็นปัญหาหรือต้องการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่งจิตใจที่มุ่งมั่นซึ่งเป็นปัจจัยภายในของแต่ละคน ย่อมเป็นแรงขับเคลื่อนการคิดวิเคราะห์และค้นหาวิธีเพื่อแก้ไขปัญหา นั้น ๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความไว้วางใจต่อกันทั้งนี้ เพราะความเป็นเครือข่าย จึงสามารถตอบสนองต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

4. การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเป็นสิ่งที่เครือข่ายขาดมิได้ เพราะการมีส่วนร่วม การพึ่งอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่ายมีพลังมากขึ้น และในระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพราะจะนำไปสู่การให้และการรับ บรรลุถึงเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นแนวคิด กระบวนการ และวิธีการของการจัดการเครือข่าย เป็นการสร้างข้อมูลที่ต้องเนื่องหากไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันผ่านการมีส่วนร่วมแล้ว พัฒนาการของเครือข่ายอาจถดถอยลง ดังนั้น การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร หากเครือข่ายเป็นความสัมพันธ์ที่โยงใยแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย คือ ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน เริ่มตั้งแต่การสื่อสารระหว่างปัจเจกบุคคลกับปัจเจกบุคคล กลุ่มกับกลุ่ม และระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย รวมทั้ง

ระบบความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกระบวนการสื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ ผ่านกระบวนการทำงานและช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ถ้าระบบความสัมพันธ์มิได้รับการตอบสนองหรือขาดการติดต่อความเป็นเครือข่ายอยู่ในภาวะที่เสื่อมถอย ดังนั้น การพัฒนาระบบเครือข่ายต้องยึดหลักการของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของเครือข่ายนั้น ๆ

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และ ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ (2546, หน้า 9) กล่าวถึงองค์ประกอบของเครือข่ายโดยใช้ตัวอักษรย่อในภาษาอังกฤษ 4 ตัว คือ Link หรือการเชื่อมต่อ เพื่ออธิบายองค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งสรุปได้ดังนี้ การเรียนรู้ (learning) ได้แก่ การเรียนรู้เกี่ยวกับความจำเป็นและความต้องการของตนเองและผู้อื่น การลงทุน (investing) ได้แก่ การลงทุนด้านเวลาและพลังงานในการติดต่อและเชื่อมประสานกับบุคคลต่าง ๆ การดูแล (nursing) ได้แก่ การดูแลสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกของเครือข่ายอย่างใกล้ชิด ทั้งในเรื่องของการทำงานและสัมพันธ์ภาพส่วนตัว การรักษา (keeping) ได้แก่ การรักษาทิศทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะการตรวจสอบความต้องการของสมาชิกและการเปิดใจรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เพื่อแสวงหาแนวทางที่ทรงพลังในการดำเนินการสู่เป้าหมาย แต่ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, หน้า 36-43) มองว่าองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายมี 7 ประการด้วยกันคือ การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception) หมายถึงการที่สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ร่วมกันถึงเหตุผล การเข้าร่วมเป็นเครือข่าย มีความเข้าใจในปัญหา มีสำนึกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกันและมีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างในการแก้ปัญหาความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) หมายถึงการมองเห็นจุดหมายในอนาคตร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และการมีเป้าหมายที่ดำเนินไปด้วยกัน ช่วยให้ขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างกันไป การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interests and benefits) การที่สมาชิกแต่ละคนมาร่วมกันเพื่อประสานผลประโยชน์และความต้องการซึ่งผลประโยชน์และความต้องการนั้นไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ดังนั้น จึงมีการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ที่มากเพียงพอจะดูให้รวมเป็นเครือข่าย การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย กว้างขวาง (all stakeholders participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกมีความสำคัญต่อการพัฒนาเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขให้เกิดการร่วมรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง ดังนั้น สมาชิกในเครือข่าย จึงควรเสริมสร้าง

ความสัมพันธ์ในลักษณะของความเท่าเทียมและในฐานะของเครือข่าย และความสัมพันธ์ในแนวราบ กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) โดยสมาชิกในเครือข่ายต้องเสริมกระบวนการทำงานของกันและกัน โดยใช้จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยเหลืออีกฝ่ายหนึ่งที่มีจุดอ่อน ซึ่งทำให้เกิดการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน เกิดการรวมตัวเป็นเครือข่ายซึ่งมีผลดีมากกว่าการไม่รวมเป็นเครือข่าย การพึ่งพิงร่วมกัน (interdependence) คือ การเติมเต็มในส่วนที่ขาดของแต่ละฝ่ายเนื่องจากทุกฝ่ายก็มีข้อจำกัดในกระบวนการทำงานและมีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่าง ดังนั้น จึงมีการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสมาชิกเครือข่าย การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายมีการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และผลการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกันนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามด้วย

การสัมมนาองค์ความรู้และการจัดเครือข่ายตามโครงการเสริมสร้างการเรียนรู้ เพื่อชุมชนเป็นสุขในปี 2546 (พระมหาสุทนต์ อากาศโร, 2547) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายไว้ 4 ประการคือ

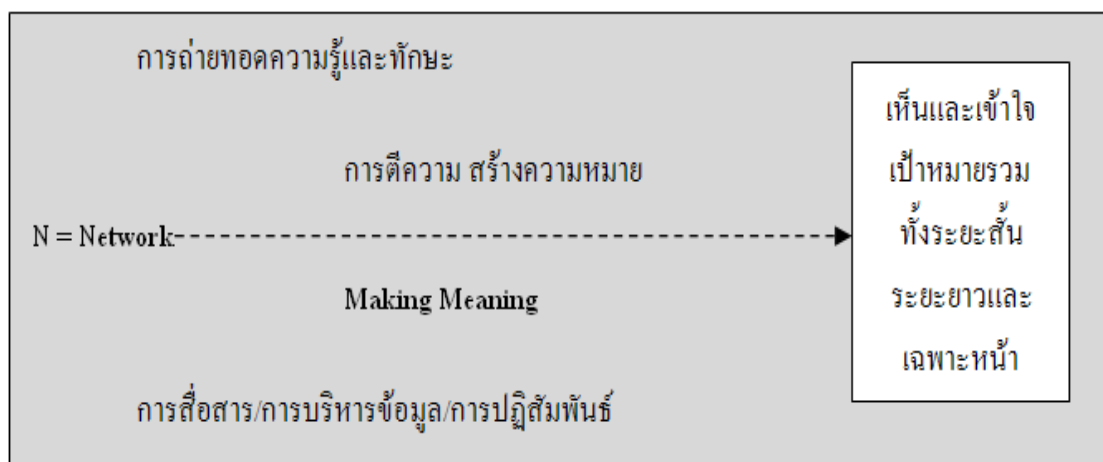
1. การมีกิจกรรมร่วมกันของสมาชิก กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้สมาชิกทั้งในและนอกเครือข่าย มีโอกาสในการพบปะหารือและมีการเรียนรู้ร่วมกัน การมีกิจกรรมต่อกัน เช่น การร่วมแสดงความคิดเห็นการทำงานร่วมกันและการติดตามประเมินผลจะช่วยให้เครือข่ายนั้นมีความต่อเนื่องที่สำคัญคือเป็นการผลักดันให้การกิจหรือกิจกรรมนั้นบรรลุความสำเร็จ

2. การสื่อสารเพื่อสร้างความรู้ ความหมายและโลกทัศน์ร่วมกัน ได้แก่ การที่เครือข่ายมีการติดต่อสื่อสารภายในเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในทิศทางและความหมายร่วมของเครือข่ายที่ช่วยให้เกิดกระบวนการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น เครือข่ายสิ่งแวดล้อมร่วมกันสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อให้เกิดการกำหนดมาตรฐานในการจัดแนวร่วมกันนั้น นำไปสู่การขยายแนวคิดอุดมการณ์ของเครือข่ายให้กว้างขวางออกไป

3. ความเท่าเทียมของฝ่ายต่าง ๆ โดยการให้โอกาสในการเรียนรู้การสร้างพื้นที่ทางสังคมให้เกิดความภูมิใจ หลีกเลี่ยงการครอบงำ

4. การให้ผลประโยชน์ต่างตอบแทน ได้แก่ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกัน อาจมีได้หมายถึงการให้เงิน หรือ ทุน แต่หมายถึง ความร่วมมือและความเอื้ออาทรต่อกัน อาจเป็นความรู้สึกพอใจแทนการให้รางวัลอย่างไรก็ตาม ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ (2546, หน้า 7) ได้อธิบายสมการที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่สำคัญต่อการเสริมสร้างเครือข่าย ว่าเป็น การทอดความรู้ ทักษะ การสื่อสาร การบริหารข้อมูล ข่าวสาร และการ

ปฏิสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การตีความหมาย หรือการสร้างความหมายร่วมและสุดท้าย คือ การเห็นและเข้าใจในเป้าหมายร่วม ดังภาพที่ 3.23 แสดงองค์ประกอบการเสริมสร้างเครือข่าย



จาก พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน). (2547). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข., 54.

ภาพที่ 3.23 องค์ประกอบที่สำคัญต่อการเสริมสร้างเครือข่าย

จากแผนภาพดังกล่าว N = Network เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการที่สมาชิกทุกฝ่ายเห็นและเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน ทั้งเป้าหมายในระยะสั้น ระยะยาว และเป้าหมายเฉพาะหน้า ในขณะที่เครือข่ายจะมีกลไกการจัดระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อถ่ายทอดความรู้ หรือทักษะต่าง ๆ ตลอดจนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน โดยที่แต่ละบุคคล หรือกลุ่มบุคคลมีการรับรู้ และตีความหมายของข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันไป และภายในเครือข่ายนั้นต้องประกอบด้วยสมาชิกที่หลากหลายมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา มีการสั่นไหวของข้อมูลข่าวสารที่สื่อถึงกัน มีพื้นที่รูปธรรมในการทำงาน มีชุมทาง (hub) หรือ ศูนย์ประสานงานย่อยที่หลากหลายและกระจายอยู่ในพื้นที่ต่าง ๆ และที่สำคัญ มีผู้จัดการเครือข่ายในการติดต่อประสานงานระหว่างกัน โดยมีการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งในระดับชุมทางและโนดย่อยในพื้นที่ เพื่อให้เครือข่ายนั้นมีกิจกรรมความเคลื่อนไหวตลอดเวลา ซึ่งในบางครั้งกิจกรรมย่อยในระดับโนดหรือศูนย์ประสานงานก็มีความหมายและสามารถสร้างเป็นพลังของเครือข่ายได้ พระมหาสุทิตย์ อาภากร (2547, pp. 48-49) กล่าวเสริมว่าองค์ประกอบที่สำคัญของความเป็นเครือข่าย ประกอบด้วย หน่วยชีวิตหรือสมาชิก จุดมุ่งหมาย การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน และ ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร

องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย สมาชิกของเครือข่าย มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน การปฏิบัติหน้าที่ของสมาชิกในเครือข่าย การสื่อสารภายในเครือข่าย และ การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน แนวความคิดในเรื่องเครือข่ายทางสังคม เน้นการดำรงอยู่ของสายใยความสัมพันธ์ทางสังคม ระหว่างบุคคล ที่ขยายครอบคลุมไปทั่วทั้งสังคม แต่การวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมในทางสังคมวิทยาจะเน้นที่ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคมว่า จะส่งผลต่อพฤติกรรมซึ่งกันและกันอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเรื่องรูปแบบและลักษณะของเครือข่ายสังคมมาอธิบายพฤติกรรมของบุคคลนั้นด้วย บอยส์ซีเวน (Boissevain, 1974, pp. 35-39) ได้เสนอลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมที่สามารถนำมาเป็นกรอบในการศึกษาวิเคราะห์เครือข่ายสังคมไว้ 4 ลักษณะด้วยกัน ดังนี้

1. ความสัมพันธ์อันหลากหลาย ด้วยบทบาทที่มีในสังคมเป็น ความสัมพันธ์เชิงซ้อน (Diversity of linkage: Multiplexity) โดยลักษณะของความสัมพันธ์แบบนี้ สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีบทบาท (role theory) เนื่องจากในเครือข่ายทางสังคมประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามบทบาทหรือหน้าที่ ที่แต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์มีอยู่ มิได้มีเพียงบทบาทเดียว ดังนั้น บุคคลสองคนอาจมีความสัมพันธ์กันได้ ทั้งในบทบาทเดียว (single role) หรือหลายบทบาทประกอบกัน (multiple roles) เป็นความสัมพันธ์เชิงเดี่ยว (uniplex or single-relation) และความสัมพันธ์เชิงซ้อน (multiplex or multi-relation) ตามลำดับ แต่ละบทบาทมีปทัสถาน (norms) และความคาดหวัง (expectation) เป็นตัวชี้นำแนวทางพฤติกรรมที่ปฏิบัติต่อกันและกัน

2. ความสัมพันธ์ทางสังคมบนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน (Transactional contact) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายทางสังคม เป็นไปตามทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) เนื่องจากบุคคลต้องทำตามบทบาทหน้าที่ ที่สังคมคาดหวัง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ

3. ความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะที่เท่าเทียมกันและไม่เท่าเทียมกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคล ซึ่งอยู่บนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนสามารถก่อให้เกิดความสัมพันธ์ในลักษณะร่วมมือกัน (cooperative) หรือแข่งขันกัน (competitive) เกิดการแลกเปลี่ยนที่สมดุล และไม่สมดุลขึ้น ทำให้ได้รับผลประโยชน์จากกันและกัน ทั้งในลักษณะที่เท่าเทียมกันและไม่เท่าเทียมกัน โดยฝ่ายหนึ่งอาจได้รับมากกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง

4. ความถี่และระยะเวลาของความสัมพันธ์ ความถี่ของความสัมพันธ์ (Frequency of relationship) ถือเป็นปัจจัยที่นำไปสู่คุณภาพของความสัมพันธ์ในลักษณะการเกิดความสัมพันธ์เชิงซ้อน และในทำนองเดียวกัน ความผูกพันและความมีอิทธิพลต่อกันและกันในด้านพฤติกรรม

ขึ้นอยู่กับความถี่ ช่วงระยะเวลา ของการพบปะสัมพันธ์กัน มีอิทธิพลกำหนดพฤติกรรมของกัน และกันมาก เนื่องจากความผูกพัน จากลักษณะของความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายทางสังคมทั้งสี่ข้างต้น บอยส์ซีเวน (Boissevain, 1974) พบว่า สิ่งที่ต้องคำนึงและวิเคราะห์ร่วม คือ ลักษณะโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม ประกอบด้วย ขนาด ความหนาแน่นภายใน ความเกี่ยวพันกันภายใน ตำแหน่งของบุคคล และกลุ่มของความสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่าย องค์ประกอบของเครือข่ายต่าง ๆ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น พบว่า มีความแตกต่างและหลากหลาย การมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย การติดต่อสื่อสารระหว่างกัน และการรักษากิจกรรม/ความต่อเนื่องบนความเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เครือข่ายดำรงอยู่ต่อไปได้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ การสร้างข้อมูลใหม่ ความรู้ใหม่ที่ต่อเนื่องของเครือข่าย

3.4.4.6 ประเภทของเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม สามารถแบ่งได้ในหลายรูปแบบ ซึ่ง นฤมล นิราทร (2543, หน้า 18-21) ได้จำแนกประเภทของเครือข่ายทางสังคม ออกเป็น 4 มิติ คือ

1. จำแนกตามพื้นที่ดำเนินการ เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และประเทศ
2. จำแนกตามกิจกรรมหรือประเด็นปัญหา เช่น เครือข่ายที่ทำงานด้านเด็ก สตรี สาธารณสุข เศรษฐกิจ พัฒนาชุมชน สิทธิมนุษยชน สิ่งแวดล้อม
3. จำแนกตามอาชีพหรือสถานภาพทางสังคม เช่น เครือข่ายด้านแรงงาน
4. จำแนกตามรูปแบบโครงสร้างหรือความสัมพันธ์ ทำให้เกิดเครือข่ายใน 2 ลักษณะ คือ เครือข่ายตามแนวตั้ง คือ เครือข่ายที่มีโครงสร้างเป็นช่วงชั้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายไม่เท่ากัน และเครือข่ายตามแนวนอน เป็นเครือข่ายที่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรภายในเครือข่ายเท่าเทียมกัน

นอกจากนี้ กิลด์ฟ และไซ (Kilduff & Tsai, 2003, pp. 4-8) ได้แบ่งประเภทของเครือข่าย โดยแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ (1) เครือข่ายระดับปัจเจกบุคคล (individual level network) (2) เครือข่ายระดับหน่วยธุรกิจ (business unit level network) (3) เครือข่ายระดับองค์กร (organization level network) และ (4) เครือข่ายระดับอื่น ๆ (other level network) อย่างไรก็ตามแม้มิติของการจำแนกประเภทของเครือข่ายทางสังคมดังกล่าว สามารถจำแนกประเภทได้ แต่หากพิจารณาอย่างละเอียดแล้วพบว่า บางเครือข่ายมีลักษณะทับซ้อนกันอยู่ในแต่ละมิติ เช่น เครือข่ายแรงงาน มีลักษณะเป็นทั้งเครือข่ายด้านแรงงาน และเป็นเครือข่ายระดับประเทศด้วย

3.4.4.7 รูปแบบของเครือข่ายสังคม

การแบ่งประเภท รูปแบบ และลักษณะความสัมพันธ์ของเครือข่ายเพื่อสร้างความเข้าใจ พัฒนาการของความเป็นเครือข่ายในสังคมไทย มีกระบวนการเกิดขึ้นในภาคส่วนต่าง ๆ อย่างมากมาย ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และภาคประชาชน รวมทั้งด้านแนวคิด กิจกรรม มีกระบวนการแบ่งประเภทรูปแบบของเครือข่ายออกเป็นนัยต่าง ๆ ประเภทและรูปแบบของเครือข่ายจึงมีความแตกต่างกันไปตามนิยาม และกิจกรรมแต่ละกลุ่ม หรือผู้ที่ใช้กิจกรรมเครือข่ายกำหนดขึ้น ซึ่งมีเกณฑ์ในการจัดประเภทรูปแบบของเครือข่าย เพื่อให้เหมาะสมกับการประยุกต์ใช้ ดังนี้

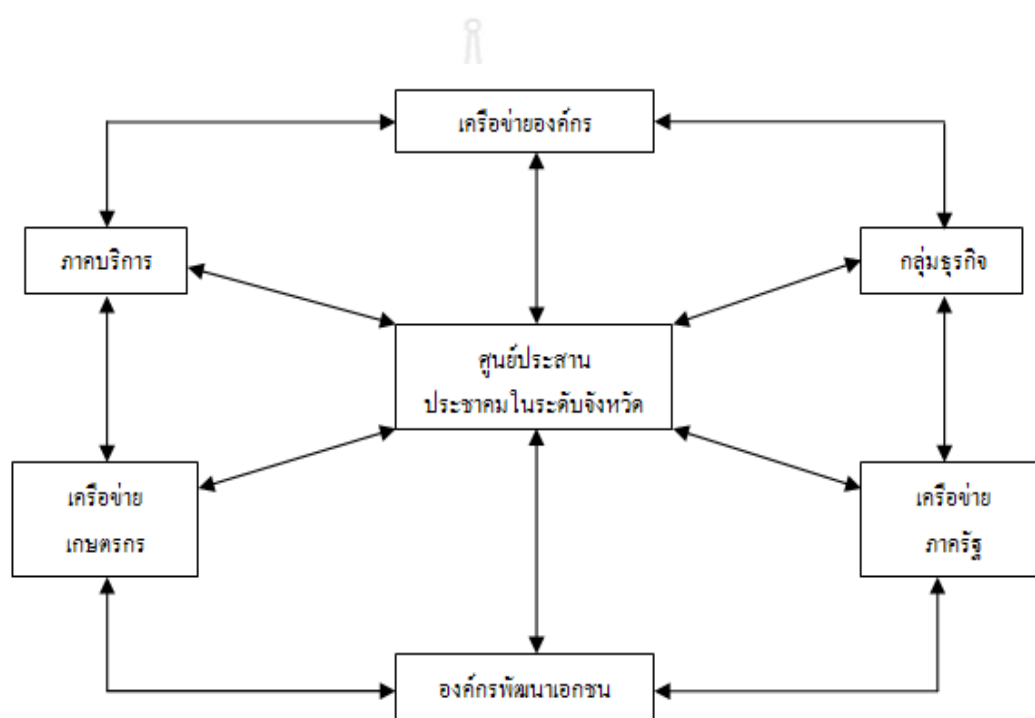
1. เครือข่ายเชิงพื้นที่ (Area) หมายถึง การรวมตัวของ กลุ่ม องค์กร เครือข่าย ที่อาศัยพื้นที่ดำเนินการเป็นปัจจัยหลักในการทำงาน โดยอาศัยกิจกรรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่เป็นเป้าหมายนำทาง เป็นการพัฒนาแบบบูรณาการรวมส่วน โดยยึดความสำเร็จในการทำงานร่วมกันของทุกฝ่าย ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงพื้นที่ สามารถจัดลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ได้หลายระดับตามพื้นที่และกิจกรรมที่เกิดขึ้น เช่น

1) การแบ่งเครือข่ายตามระบบการปกครองของภาครัฐ เช่น เครือข่ายระดับหมู่บ้าน ตำบล และเครือข่ายระดับอำเภอ ระดับจังหวัด เครือข่ายระดับภูมิภาค เครือข่ายระดับประเทศ เช่น เครือข่ายสมาพันธ์เกษตรกรแห่งประเทศไทย เครือข่ายการพัฒนาของ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP)

2) การแบ่งพื้นที่ตามความสำคัญของทรัพยากรธรรมชาติ เช่น เครือข่ายลุ่มน้ำปิง

กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่นั้นอาศัยพื้นที่ทางกายภาพเป็นฐานกำหนดกิจกรรมและประเด็นปัญหา มีการเชื่อมโยงกลุ่ม องค์กร และเครือข่ายย่อยในพื้นที่เข้ามาร่วมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ให้ร่วมกัน ในรูปแบบของคณะกรรมการร่วม การบูรณาการจัดการเชิงพื้นที่ และการใช้ประเด็นกิจกรรมเป็นภารกิจในการทำงานร่วมกัน กิจกรรมที่เกิดขึ้นของเครือข่าย มีความสัมพันธ์ทั้งด้านวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจ และการใช้ทรัพยากรที่มาจากพื้นที่เป็นสำคัญ ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ มีลักษณะกระบวนการทำงานทั้งในแนวดิ่งแนวราบ โดยมีการรวมศูนย์กิจกรรม และมีศูนย์ประสานย่อยในพื้นที่ขนาดเล็ก เพื่อให้เกิดกิจกรรม การสื่อสาร และความเคลื่อนไหว มีแกนนำผู้ประสานงาน และคณะทำงานในเครือข่ายมาร่วมผลักดันกิจกรรมให้กลุ่มองค์กรและเครือข่ายย่อยอื่น ๆ ทำงานตามหน้าที่และภารกิจของตน ในขณะที่ความสัมพันธ์ในแนวราบมีการประสานเครือข่ายย่อยตามประเด็นที่มีอยู่ในพื้นที่แล้วมากำหนดกิจกรรมร่วมกัน จากการศึกษาของภาควิชารัฐศาสตร์

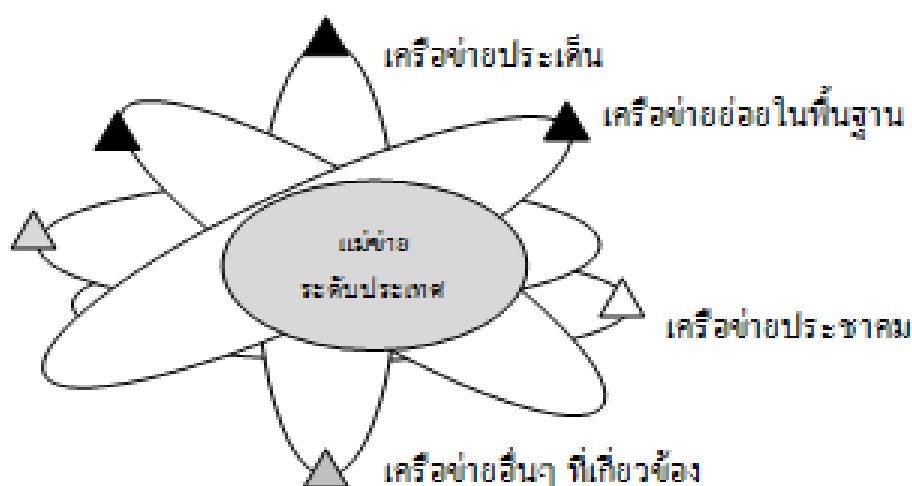
มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช (2546, หน้า 88) พบว่า โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ในสังคมไทย ส่วนใหญ่มีลักษณะของการประสานงานเข้าสู่การบริหารจัดการในส่วนกลาง หรือในเขตพื้นที่ตามการปกครองขนาดใหญ่ เช่น ระดับจังหวัด หรือศูนย์ประสานงานในพื้นที่ โดยมีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งเป็นแกนนำหลักในการประสานงานลักษณะโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่ โดยมีการทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะพหุภาคีความเป็นเครือข่ายในรูปแบบนี้ ดังแผนภาพที่ 3.24



จาก สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). การศึกษาแนวทางการประสานความร่วมมือระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชนและผลการศึกษาการพัฒนาตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช., 88.

ภาพที่ 3.24 โครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงพื้นที่

2. เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (Issue network) ได้แก่ เครือข่ายที่ใช้ประเด็นกิจกรรม หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหลักในการรวมกลุ่มองค์กรโดยการมองข้ามมิติในเชิงพื้นที่ มุ่งเน้นการจัดการในประเด็นกิจกรรมนั้น ๆ อย่างจริงจังและพัฒนาให้เกิดความร่วมมือกับภาคีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมนั้นสามารถแบ่งลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายได้อย่างมากมาย ตามประเด็นกิจกรรมและความสนใจที่เกิดขึ้นของฝ่ายต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน โดยยึดพื้นที่ดำเนินการ แต่ใช้หลักของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นตัวกำหนดความเป็นเครือข่าย เช่น เครือข่ายป่าชุมชน เครือข่ายภูมิปัญญาชาวบ้าน เครือข่ายธนาคารหมู่บ้าน เครือข่ายสิทธิมนุษยชน เครือข่ายสุขภาพ เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากประเด็นปัญหาและความสนใจของผู้ที่ทำงานกิจกรรมนั้น ๆ แล้วหาแนวร่วมและพัฒนาเครือข่ายขึ้นมา กิจกรรมความสัมพันธ์ของเครือข่ายจึงเกิดขึ้นจากการรวมตัวของหลาย ๆ ฝ่าย ที่ต้องการแก้ไขปัญหาและใช้ความเป็นเครือข่ายเป็นเครื่องมือในพัฒนากิจกรรม โดยมีวิธีการที่หลากหลายในการสร้างโอกาสและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์แบบพหุภาคี ซึ่งมีข้อสังเกตว่า เครือข่ายเชิงประเด็นนี้มีการตั้งชื่อของเครือข่ายที่สื่อความหมายของการทำงานในประเด็นนั้น ๆ ดังภาพที่ 3.25



จาก พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน). (2547). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ.
กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข., 89.

ภาพที่ 3.25 ความสัมพันธ์ของเครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม

ความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงของเครือข่าย จากภาพที่ 3.24 แสดงการเชื่อมโยงกิจกรรมจากเครือข่ายกิจกรรมย่อยเล็ก ๆ เข้าเป็นเครือข่ายใหญ่ในระดับจังหวัด ระดับประเทศ โดยที่ทุกฝ่ายต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมทำงานในระยะเวลาและสถานการณ์ที่เหมาะสมที่แต่ละเครือข่ายทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์หลักของตนโดยไม่สูญเสียความเป็นเอกลักษณ์ความเป็นเครือข่ายที่มีเป้าหมายเฉพาะตน

3. เครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ เกิดขึ้นโดยอาศัยภารกิจและกิจกรรม และการก่อตัวของกลุ่มผลประโยชน์ในสังคมเป็นแนวทางในการแบ่งเครือข่าย ซึ่งอาจแบ่งเป็นเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน และภาคองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเครือข่ายต่าง ๆ ดังกล่าว มุ่งเน้นการดำเนินการ ภายใต้กรอบแนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์และเป้าหมายหลักของหน่วยงาน หรือโครงสร้างหลักของกลุ่มผลประโยชน์นั้น ๆ ลักษณะและโครงสร้างของเครือข่ายประเภทนี้ ก่อตัวตามภารกิจของกลุ่มผลประโยชน์ ซึ่งอาจให้การสนับสนุนในจัดตั้งเครือข่ายเสริมสร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และมีกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับภารกิจ กิจกรรม และเป้าหมายหลักของกลุ่มและหน่วยงานนั้น ๆ ซึ่งเครือข่ายในแต่ละภาคส่วน อาจมีการรวมตัวเป็นเครือข่ายเชิงพื้นที่ และเครือข่ายประเด็นกิจกรรมได้ ถ้าแต่ละฝ่ายเห็นความสำคัญในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหา สำหรับสังคมไทย แบ่งกลุ่มผลประโยชน์ได้ 4 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

- 1) เครือข่ายภาครัฐเช่นเครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกรรมการพัฒนาชุมชน
- 2) เครือข่ายองค์กรอิสระของภาครัฐ เช่น สถาบันพระปกเกล้า สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เครือข่ายภาคธุรกิจเอกชน เครือข่ายสภาหอการค้า สภาอุตสาหกรรม สมาคมผู้ส่งออก
- 3) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายเพื่อนตะวันออก เครือข่ายด้านแรงงานสวัสดิการสังคม
- 4) เครือข่ายภาคประชาชน เช่น เครือข่ายสมัชชาคนจน

กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่มีกิจกรรมและความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน หลายมิติ กิจกรรมที่เกิดขึ้นของเครือข่ายส่วนใหญ่เป็นความพยายามของฝ่ายต่าง ๆ ที่ต้องการสร้างพื้นที่ทางสังคมและการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยแต่ละกลุ่มผลประโยชน์ต่างพัฒนากิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในภาคส่วนของตน กิจกรรมที่เกิดของเครือข่ายจึง มีความหลากหลาย เครือข่ายภาครัฐ ส่วนใหญ่มีโครงสร้างความสัมพันธ์กับเครือข่ายอื่น ๆ ในแนวดิ่ง มีกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการจัดตั้งให้กับเครือข่ายภาคประชาชนหรือภาคส่วนอื่น ๆ ที่เป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจซึ่งอาจมีการครอบงำในเรื่องของ

ทุน ทรัพยากร และการบริหารจัดการ ส่วนเครือข่ายของภาคประชาชน มีลักษณะความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันภายใต้ระบบความเชื่อและวัฒนธรรมชุมชน มีลักษณะความสัมพันธ์ในแนวราบที่เกิดจากการเรียนรู้และการพึ่งพาอาศัย ในขณะที่เครือข่ายของธุรกิจเอกชนมีการทำงานในลักษณะของการประสานผลประโยชน์ต่างตอบแทน ส่วนเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชน มีรูปแบบความสัมพันธ์ในลักษณะของการประสานงานและการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้กับเครือข่ายอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม เครือข่ายในแต่ละภาคส่วน อาจมีการประสานความสัมพันธ์ โดยผ่านช่องทางการสื่อสารและการทำงานร่วมกันโดยไม่จำเป็นต้องอาศัยพื้นฐานทางกายภาพ แต่ใช้ประเด็นกิจกรรมในการเชื่อมโยง

สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ของเครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ มีความหลากหลายและมีการกระจายไปในส่วนต่าง ๆ ทั้งในเชิงพื้นที่และประเด็นกิจกรรม ซึ่งเครือข่ายในแต่ละภาคส่วนมีการทำหน้าที่ตามภารกิจหลักของตน และมีการเชื่อมโยงกับเครือข่ายในภาคส่วนอื่น ๆ โดยใช้กระบวนการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานเป็นเครื่องสานต่อความสัมพันธ์ การจัดการของเครือข่ายต่าง ๆ อาจไร้ระเบียบ แต่เมื่อยึดภารกิจของกลุ่มประโยชน์พบว่า ทุกเครือข่ายต่างมีเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อยกระดับการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ส่วนระดับความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายในแต่ละภาคเกิดตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น เครือข่ายภาครัฐกับเครือข่ายภาคองค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายภาครัฐกับเครือข่ายภาคธุรกิจเอกชนร่วมประสานการทำงาน เพื่อกำหนดนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, หน้า 45) แบ่งเครือข่ายออกเป็นประเภทต่าง ๆ โดยใช้เกณฑ์การประยุกต์กับเครือข่ายเพื่อปฏิรูปการศึกษา ซึ่งสรุปได้ ตามตารางที่ 3.7 ดังนี้

ตารางที่ 3.7 ประเภทของเครือข่าย

เกณฑ์การแบ่ง ขนาดของกลุ่ม	ประเภทของเครือข่าย
	เครือข่ายร่วม (total network) / เครือข่ายย่อย (sub network)
1. พื้นที่	เครือข่ายระดับหมู่บ้านในพื้นที่ตำบล เครือข่ายระดับหมู่บ้านข้ามพื้นที่ตำบล เครือข่ายระหว่างตำบลในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง เครือข่ายระดับตำบลข้ามพื้นที่อำเภอ เครือข่ายระดับอำเภอในจังหวัดใดจังหวัดหนึ่ง เครือข่ายระดับอำเภอข้ามพรมแดนจังหวัด เครือข่ายระหว่างจังหวัดในภูมิภาคใดภูมิภาคหนึ่ง
2. ประเด็นที่สนใจร่วม	เครือข่ายประเด็นที่สนใจ และเครือข่ายการศึกษาทางเลือก อาจแบ่งได้ หลากหลาย เช่น เครือข่ายการเรียนรู้
3. วิชาชีพของสมาชิก กลุ่ม	เป็นการแบ่งตามวิชาชีพของสมาชิกในเครือข่าย เช่น เครือข่ายนักการเมือง เครือข่ายนักวิชาการ เครือข่ายครูอาจารย์ เครือข่ายนักธุรกิจ
4. บทบาทของกลุ่ม	พิจารณาถึงบทบาทหลักที่เครือข่ายดำเนินการ เช่น เครือข่ายการศึกษาวิจัย เพื่อปฏิรูปการศึกษา เครือข่ายผู้สนับสนุนด้านการเงิน
5. ลักษณะภาคี ที่ร่วมใน เครือข่าย	เกิดได้สองทางหลัก คือ 1. เครือข่ายแนวนอน 2. และเครือข่ายแนวตั้ง
6. ระดับความผูกพัน	การแบ่งด้วยเกณฑ์นี้ ใช้ระดับความผูกพันระหว่างบุคคลที่เป็นจุด ศูนย์กลางของเครือข่ายกับภาคีต่าง ๆ ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นเครือข่ายที่มีความ ผูกพันใกล้ชิดในระดับสูง ในระดับรองลงไป จนถึงเครือข่ายที่มีความ ผูกพันในระดับห่างไกล

จาก เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการ
ปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ชัคเซสมิเดีย จำกัด., 45.

ลักษณะของเครือข่ายว่า อาจจำแนกเป็น 3 ลักษณะ (สมพันธ์ เตชะอธิก, มานะ นาคำ,
วิเชียร แสงโชติ, พงษ์สวัสดิ์ ตันติเจริญกิจ และสำเริง เสกขุนทด, 2543) คือ เครือข่ายความคิดเป็น
เครือข่ายที่เน้นการทำงานด้วยความคิด ความรู้ หรือเทคนิคต่าง ๆ เครือข่ายนี้ เป็นแหล่งที่ผู้นำได้มี
โอกาสเผยแพร่แนวความคิดของตนเองและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนกับผู้อื่น ทำให้เกิด

ความคิดที่ชัดเจนขึ้น เครือข่ายนี้เน้นกลุ่มคนที่อยู่บนสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน แต่อยู่ต่างถิ่นกันได้รวมตัวกันเพื่อให้มีเวทีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน เช่น เครือข่ายกลุ่มครู เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น เครือข่ายกิจกรรม เป็นเครือข่ายที่เน้นการช่วยเหลือร่วมมือกันในการทำกิจกรรม เป็นเครือข่ายในชุมชนที่สมาชิกมีส่วนในการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมร่วมกัน เครือข่ายสนับสนุนทุน เป็นเครือข่ายที่ให้การสนับสนุนทุนแก่เครือข่ายอื่น ๆ ในการดำเนินงาน อาจเป็นทั้งกลุ่มทุนภายในและมาจากนอกเครือข่าย ส่วน สหทัยา วิเศษ (2546) ได้แบ่งประเภทเครือข่ายออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

ก. เครือข่ายที่แบ่งตามลักษณะการเกิดของเครือข่าย เครือข่ายประเภทนี้แบ่งเป็นเครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้งของภาครัฐ เช่น เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน เครือข่ายอาสาพัฒนาชุมชน ซึ่งลักษณะของเครือข่ายดังกล่าว มีกระบวนการทำงานและโครงสร้างที่เป็นทางการมีระเบียบกฎเกณฑ์ที่กำหนดมาจากภาครัฐ และได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านต่าง ๆ เครือข่ายที่เกิดจากการสนับสนุนขององค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งมีการรวมกลุ่มเครือข่ายตามประเด็นปัญหาสาธารณะที่เกิดขึ้น เช่น ด้านทรัพยากรธรรมชาติ ด้านสุขภาพ ด้านการเกษตรกรรม โดยลักษณะของเครือข่ายประเภทนี้เป็นกลุ่มเครือข่ายที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติมีลักษณะที่ไม่เป็นทางการ มีการจัดโครงสร้างที่ง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนซึ่งอยู่ในแนวราบ (horizontal) ไม่มีประธาน มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง เกิดขึ้นจากการเรียนรู้สั่งสมประสบการณ์ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเชื่อมโยงกระบวนการ เช่น เครือข่ายวัฒนธรรมพื้นบ้าน เครือข่ายปราชญ์ท้องถิ่น เป็นต้น

ข. เครือข่ายที่แบ่งตามลักษณะของกิจกรรมได้แก่ เครือข่ายที่ดำเนินการโดยเป็นการรวมตัวขึ้นในแต่ละช่วงเวลา เป็นการรวมตัวกันเพื่อทำกิจกรรมเป็นครั้งคราวตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น เครือข่ายการเรียนรู้ เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากโครงสร้างพัฒนาของภาครัฐ เป็นต้น การแบ่งประเภทและรูปแบบของเครือข่ายดังกล่าว เป็นส่วนหนึ่งของการชี้ให้เห็นความแตกต่างของการจัดการแบ่งเครือข่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดซึ่งแบ่งเป็นประเภทและรูปแบบของเครือข่ายโดยนัยอื่น ๆ ได้อีก อย่างไรก็ตามไม่ว่าจัดเป็นรูปแบบของเครือข่ายในรูปแบบใด กิจกรรมและความสัมพันธ์ของเครือข่ายและการรักษาความเป็นเครือข่ายให้ยั่งยืน ต้องมีการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้และทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การที่เข้าใจถึงสภาพที่แท้จริงของเครือข่ายจะช่วยให้เราสามารถมองเห็นกระบวนการทำงานของเครือข่ายที่มีจุดเล็ก ๆ ในระดับชุมชนไปจนถึงการประสานเชื่อมโยงในระดับชาติ และจากการทำงานที่เฉพาะกิจไปสู่การทำงานที่หลากหลาย เพราะยุทธศาสตร์แห่งความเป็นเครือข่ายมีความสอดคล้องกับบริบทแห่งชีวิต ที่ต้องมีการเรียนรู้ กันและกันเพื่อเพิ่มศักยภาพของตนเองและเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง

4. ความแตกต่างระหว่าง “กลุ่ม” และ “เครือข่าย”

ปฐิติ มอนซอน, สกกรรจ์ พรหมศิริ, ญาณิกรณ์ ธรรมโชติ และดลทิพย์ พิษผลเจริญ (2547, หน้า 2-5) กล่าวถึง เครือข่ายทางสังคมว่า มีความแตกต่างไปจากกลุ่มคือ กลุ่มหรือองค์กรมักเป็นการเชื่อมโยงปัจเจกบุคคลที่มีการรวมตัวกันอย่างใกล้ชิดว่ามีเอกลักษณ์และปรัชญาการทำงานที่ชัดเจน ส่วนเครือข่ายเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวม ๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กร และสถาบันโดยที่สมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมทำกิจกรรมตามความเหมาะสม ภายใต้กฎเกณฑ์หรือเป้าหมายร่วม และมีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์ของคนและมีการทำงานร่วมกัน ทั้งงานเฉพาะหน้า และการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไป สอดคล้องกันกับปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีรพันธุ์ (2546, หน้า 10) กล่าวถึงความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง กลุ่ม และ เครือข่ายว่า กลุ่มมักประกอบด้วยบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ในขณะที่กิจกรรมต่าง ๆ ที่เหมือนหรือใกล้เคียงกัน มีพันธกิจร่วมกัน และดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ในขณะที่เครือข่าย มักจะประกอบไปด้วยคนที่มีความคิด ความเชื่อเหมือนหรือต่างกันก็ได้ แต่ทุกคนต่างมุ่งเน้นการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักร่วมกัน ในขณะที่เป้าหมายย่อยของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายอาจแตกต่างกันไป ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากความคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ การกระทำ พันธกิจ และเป้าหมาย แต่ เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, หน้า 28) วิเคราะห์ว่า เครือข่ายมีหลายระดับ ตั้งแต่การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคลต่อปัจเจกบุคคล การเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคลกับกลุ่ม การเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มกับกลุ่มหรือ การเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายต่อเครือข่าย กลายเป็นเครือข่ายย่อย ภายใต้เครือข่ายใหญ่ ซึ่ง สิ้น สือสวน (2546) ได้แสดงลำดับขั้น และความเหมือนความแตกต่างระหว่างกลุ่มกับเครือข่ายในแนวคิดขององค์กรชุมชน โดยแสดงให้เห็นขั้นตอนของกระบวนการเครือข่าย ซึ่งสามารถพิจารณาได้จากความสนใจร่วม ความต้องการในการพัฒนาและการขยายผลการดำเนินการ นับตั้งแต่ปัจเจกบุคคลไปจนถึงพหุภาคีในการพัฒนา ดังภาพที่ 3.26 ซึ่งแสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างกลุ่ม องค์กรชุมชน และเครือข่าย

5. เครือข่ายและการเคลื่อนสู่ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน

การพยายามพัฒนาความคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการแลกเปลี่ยนในระดับจุลภาค (micro level exchange theory) ของ จอร์จ ซี โฮแมนส (Homans, 1980) การขยายขอบเขตความคิดสู่ระดับมหภาคของ ปีเตอร์ เอ็ม บลู (Blau, 1964) ที่ซับซ้อนและหลากหลาย พร้อมทั้ง ผสมผสานข้อเท็จจริงทางสังคม อีเมอร์สัน (Emerson, 1976, pp. 335-362) กลับมองหาหนทางที่สร้างทฤษฎีการแลกเปลี่ยนในลักษณะ บูรณาการ โดยใช้แนวคิดเรื่อง การใช้อำนาจ และความสมดุลเชิงอำนาจ มาขยายขอบเขตของทฤษฎีการแลกเปลี่ยนให้มีนัยเชิงโครงสร้าง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของ

ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนโดยพัฒนาทฤษฎีในรูปแบบบูรณาการ คือให้ความสำคัญกับพื้นฐานทางจิตวิทยาและ การแลกเปลี่ยนทางสังคม ผ่านผู้มีบทบาท แต่ละคน ส่วนความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนในโครงสร้างเครือข่าย (network structure) สำหรับผู้มีบทบาท ในทฤษฎีการแลกเปลี่ยนระดับมหภาค (macro level exchange theory) อีเมอร์สัน (Emerson, 1976) กล่าวว่า อาจเป็นไปได้ทั้งปัจเจกบุคคล หรือหมู่คณะ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนและเครือข่าย (exchange relationships and networks) โดยในเครือข่ายการแลกเปลี่ยนใดใดประกอบไปด้วย (Ritzer, 2003, p. 180)

- 1) โครงข่ายของความสัมพันธ์ทางสังคม
- 2) ตัวแสดงที่หลากหลาย ซึ่งมีโอกาสในการแลกเปลี่ยน รวมถึงมีความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยน ซึ่งกันและกัน และ
- 3) การแลกเปลี่ยนระดับบุคคลเป็นการสร้างโครงสร้างเครือข่ายเดี่ยว ในประเด็นของการใช้อำนาจ และความสมดุลเชิงอำนาจ อีเมอร์สัน (Emerson , 1976) ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบพึ่งพา ที่สะท้อนแบบแผน การพึ่งพาอาศัยระหว่างผู้คน เป็นพื้นฐานในการก่อกำเนิดโครงสร้างที่เกี่ยวข้องกับ การผสมผสาน การรวมหมู่ การจำแนกแยกแยะผู้คน ออกเป็นกลุ่มหรือประเภท ในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ เชิงพึ่งพาอาศัยระหว่างกันของคนในกลุ่มช่วย บ่มเพาะให้สมาชิกของกลุ่มมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ให้แน่นแฟ้น มากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อำนาจของสมาชิกในกลุ่ม ไม่เท่าเทียมกัน หากฝ่ายหนึ่งพึ่งพาอีกฝ่ายหนึ่งมากเกินไป อำนาจจะไม่สมดุล และฝ่ายที่เป็นที่พึ่ง จะได้เปรียบเชิงอำนาจต่ออีกฝ่ายหนึ่ง แต่ถ้าหากต่างคนต่างพึ่งพาอาศัยกันอย่างทัดเทียมกันแล้ว อำนาจนั้นจึงสมดุล ในทฤษฎีของอีเมอร์สัน อำนาจเป็นศักยภาพในเชิงโครงสร้าง ที่มาจากความสัมพันธ์พึ่งพาอาศัยระหว่างผู้กระทำด้วยกัน ส่วนการใช้อำนาจ เป็นสิ่งที่กำหนดแบบแผนและลักษณะของการแลกเปลี่ยน ระหว่างผู้กระทำการที่มีอำนาจไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบไม่เสมอภาค ซึ่งในที่สุดแล้วความไม่เท่าเทียมเสมอภาคจะนำไปสู่กระบวนการที่ทำให้อำนาจมีความสมดุลมากขึ้น (จิราลักษณ์ จงสถิตมัน, 2549, หน้า 111-112) จากแนวคิดทฤษฎีการแลกเปลี่ยน ซึ่งเกี่ยวพันไปถึงทฤษฎีเครือข่าย (network theory) ประเด็นสำคัญ คือ โครงสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยน คือ ศูนย์กลางการเชื่อมโยงจุลภาคกับมหภาค เป็นการเชื่อมโยงให้ปัจเจกบุคคลให้กลายเป็นกลุ่มและพัฒนาสู่การเป็นหมู่คณะที่ใหญ่ขึ้น (Ritzer, 2003, p. 179)

3.4.4.8 วงจรชีวิตของเครือข่าย

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543, หน้า 49) กล่าวถึงวงจรชีวิตของเครือข่าย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ระยะก่อตัว ระยะขยายตัว ระยะรุ่งเรือง ระยะถดถอย และระยะฟื้นตัว โดยทุกระยะของวงจรชีวิตเครือข่าย มีกระบวนการคล้ายคลึงกัน แต่จะมีเพียงบางเครือข่ายเท่านั้น ที่สามารถปรับตัวจนถึงระยะที่ 5 คือ การฟื้นตัว ขณะที่ พิชัย เพชรรัตน์ (2547, หน้า 3) กล่าวถึงพัฒนาของกลุ่มและเครือข่ายว่า อาจมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมและบริบททางสังคม และความหลากหลายทางวัฒนธรรม ซึ่งพัฒนาการและวงจรชีวิตของเครือข่ายมี 4 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ

ขั้นที่ 1 ขึ้นเกิดจากแรงจูงใจคือ คนที่ เข้ามารวมกลุ่มเกิดแรงกระตุ้นจากฝ่ายต่าง ๆ ทั้งเจ้าหน้าที่รัฐ การชักชวนของผู้นำชาวบ้าน และ ความต้องการของตนเองที่เห็นปัญหาและ ต้องการแก้ไข รวมทั้งพร้อมในการทำงานร่วมกับผู้อื่น ซึ่งแรงกระตุ้นดังกล่าวทำให้คนแสวงหาการ รวมกลุ่มพัฒนากิจกรรมที่เกิดขึ้น

ขั้นที่ 2 ขึ้นจากใจกลุ่ม เป็นขั้นตอนที่ปัจเจกบุคคลเกิดความไว้วางใจกลุ่มองค์กร ว่าสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาและความต้องการนั้น ได้จึงดำเนินการเสริมสร้างการเรียนรู้ รวมกัน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวกลายเป็นพลังของกลุ่ม และเครือข่ายในที่สุด

ขั้นที่ 3 ขึ้นขยายผล หลังจากที่ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่ง กลุ่ม เครือข่ายเกิดความ เข้มแข็งมีการประสานต่อและเชื่อมโยงกับทุกฝ่าย ในการจัดการกับประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดทั้ง ในระดับพื้นบ้านและประเด็นกิจกรรม เป็นขั้นการขยายผลที่นำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง

ขั้นที่ 4 กลุ่มสัมพันธ์ เป็นการบริหารเครือข่ายหลังจากที่เครือข่ายได้ดำเนินการจน มีความเข้มแข็งสามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนากิจกรรมความสัมพันธ์ เพื่อร่วมรักษาเครือข่ายให้ยั่งยืน

ในทำนองเดียวกัน พลเดช ปิ่นประทีป (2543, หน้า 38-10) ได้กล่าวถึงวงจรการ พัฒนาการประชาสังคมและเครือข่ายว่า มีขั้นตอนและกระบวนการที่หลากหลาย ที่ผู้ศึกษาควรทำความเข้าใจ รวมถึงการเข้าไปสนับสนุนตามขั้นตอนพัฒนาการต่าง ๆ ให้เหมาะสมโดยมีแนวทาง และวงจรชีวิตของกลุ่ม และเครือข่าย ดังนี้

ขั้นที่ 1 มีการรวมตัวกันชั่วคราว เกิดขึ้นโดยบุคคลภายในกลุ่ม องค์กร ชุมชน หรือ บางหน่วยงานที่เข้าไปส่งเสริมให้เกิดขึ้นโดยการรวมตัวอย่างเช่น การประชุมสัมมนา การพบปะ สนทนา การเยี่ยมเยือน ซึ่งไม่ว่าจะเป็นแบบใดก็ตาม การรวมตัวกันชั่วคราวนี้ได้เกิดการแลกเปลี่ยน เรียนรู้

ขั้นที่ 2 ได้ความคิด ได้แก่ สมาชิกที่เข้ามารวมตัวกันชั่วคราวเกิดแนวคิด วิธีการที่ เหมาะสมกับตนเอง มีแรงบันดาลใจอยากลงมือทำกิจกรรมนั้น

ขั้นที่ 3 เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือกัน เมื่อเกิดความคิดดี ๆ ที่จะลงมือทำแล้ว การมีเพื่อนร่วมคิด ช่วยทำให้เกิดการสานต่อ และการรวมกลุ่มกันตามธรรมชาติ

ขั้นที่ 4 ร่วมคิดร่วมวางแผน เป็นการพัฒนาเมื่อได้มีการคิดวางแผนอย่างเป็นรูปธรรมว่า จะทำอะไร ทำอย่างไร ทำที่ไหน ทำเมื่อไหร่ เป็นแผนงาน โครงการของเครือข่ายที่จะดำเนินการต่อ

ขั้นที่ 5 มีโอกาสได้ทำกิจกรรม โครงการที่เกิดขึ้นไม่ว่าโดยทางใด เช่น ได้รับการสนับสนุนหรือระดมทุนมาดำเนินการเองเป็นสิ่งที่ทำให้สมาชิกมีโอกาสได้ทำกิจกรรม

ขั้นที่ 6 ร่วมกิจกรรม ร่วมประชุม ร่วมเรียนรู้ โครงการของชุมชนหรือหน่วยงานเป็นที่มาของโอกาสในการพบปะ การประชุมสนทนา และการเรียนรู้ เป็นการดึงผู้คนในองค์กรเครือข่ายให้เกิดการเชื่อมโยงผูกพัน

ขั้นที่ 7 เกิดความเป็นชุมชน องค์กรที่เข้มแข็งขึ้นมีการสะสมตักต้อนทางความคิด มีผู้นำปรากฏตัวตามธรรมชาติ มีการทดสอบกลั่นกรองจากสถานการณ์และเป็นการสังสมภูมิปัญญาจนเกิดการพึ่งตนเองของกลุ่ม

ขั้นที่ 8 เป็นกลุ่มที่พึ่งตนเองได้ (self-reliance group) ด้วยภูมิปัญญาของกลุ่มที่สะสมจนถึงระดับหนึ่งเครือข่ายจะมีความเข้มแข็งเพียงพอ พึ่งพาตนเองและนำพากลุ่มขับเคลื่อนไปข้างหน้าด้วยตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้

ขั้นที่ 9 พัฒนาศักยภาพกลุ่มและขยายกลุ่มออกไป กลุ่มและผู้ที่มีทักษะในการทำงานมากขึ้น สมาชิกกลุ่มมีการขยายตัวออกไปหรือเผยแพร่แนวคิดไปสู่กลุ่มอื่น ๆ ด้วยผลงานที่กลุ่มได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ขั้นที่ 10 เชื่อมโยงกลุ่มอื่น ๆ เป็นเครือข่าย การร่วมกิจกรรมกับกลุ่มที่แข็งแรง และคนที่เข้มแข็งอื่น ๆ นำมาซึ่งความรู้และความคิดใหม่ๆ ตลอดจนโอกาสในการพัฒนากลุ่มของตน การเรียนรู้ร่วมกันในลักษณะเครือข่ายเช่นนี้ พบว่าเป็นตัวเร่งที่สำคัญของกระบวนการชุมชนเข้มแข็งของสังคมเครือข่าย

จากการจัดขั้นตอนดังกล่าว พบว่า วงจรชีวิตของเครือข่ายมีการพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ความสนใจจากกลุ่มเล็ก ๆ ที่ได้สะสมความรู้ ความคิด ประสบการณ์ และการปฏิบัติการบนพื้นฐานของความจริง และก่อตัวเป็นเครือข่ายมีการสร้างแนวร่วมและกิจกรรมความสัมพันธ์ต่อกัน จากนั้นจึงมีการขยายผลให้กว้างออกไป มีการใช้ประโยชน์จากเครือข่าย มีการถดถอยหลังจากภารกิจประสบผลสำเร็จ โดยมีกระบวนการเรียนรู้ ที่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถแบ่งวงจรชีวิตของเครือข่ายเป็น 4 ขั้นตอนใหญ่ ๆ คือ (1) ขั้นตระหนักและการก่อตัวของเครือข่าย (2) ขั้นการสร้างพันธมิตรและการบริหารเครือข่าย (3) ขั้นการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ (4) ขั้นการ

รักษาความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง การแบ่งวงจรชีวิตเครือข่ายทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าว เป็นการกล่าวถึงการพัฒนาวงจรชีวิตของเครือข่าย ต้องสร้างความเข้าใจทุกขั้นตอน เพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ตาม วงจรชีวิตของเครือข่ายอาจไม่ได้ดำเนินไปเป็นขั้นตอน บางครั้งอาจโผล่ปรากฏออกมาในระหว่างการทำงานของเครือข่าย และบางครั้งอาจเกิดขึ้นหลังจากการรักษาความสัมพันธ์ระหว่างกัน ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายต้องพิจารณาอย่างรอบรอบในการส่งเสริมหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของเครือข่าย ดังนี้

1. การก่อตัวและวงจรชีวิตของเครือข่าย

การก่อตัวและวงจรชีวิตของเครือข่ายคล้ายกับการเกิดขึ้นของสรรพสิ่งที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เมื่อมีการเกิดขึ้น มีการขยายตัวมีการเคลื่อนไหวและการใช้ผลประโยชน์ สุดท้ายก็อยู่ในภาวะที่ถดถอยดังนั้น ต้องมีการพลิกฟื้นและรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันเพื่อให้เครือข่ายมีความต่อเนื่อง ซึ่งการก่อตัว ขั้นตอน กระบวนการ และวงจรชีวิตของเครือข่ายนำไปสู่การจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพได้

ในการก่อตัว หรือการเกิดขึ้นของเครือข่าย มีการก่อตัวที่หลากหลายทั้งเกิดขึ้นด้วยการจัดตั้งของภาคส่วนต่าง ๆ เกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการเรียนรู้ร่วมกัน และเกิดขึ้นเพราะสถานการณ์ก่อให้เกิดกระบวนการเครือข่าย โดยจำแนกออกเป็น 3 ด้านตามลักษณะการก่อตัว ได้แก่

1) เครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งและการสนับสนุนของภาคส่วนต่าง ๆ การก่อตัวของเครือข่ายในลักษณะนี้ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายที่ภาครัฐหรือหน่วยงานบางแห่งต้องการเสริมหรือเข้าไปจัดตั้งเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาตามแนวนโยบายของภาครัฐ และเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชนในการพึ่งพาตนเอง เช่น เครือข่ายกองทุน เครือข่ายพัฒนาชุมชน เป็นต้น โดยเครือข่ายเหล่านี้ อาจแบ่งประเภทของการจัดตั้งได้อีก 2 ประการ คือ เครือข่ายที่เป็นนิติบุคคล เช่น เครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาไท และเครือข่ายที่ไม่เป็นนิติบุคคล เช่น เครือข่ายชาวบ้าน เครือข่ายชมรมลูกเสือชาวบ้าน ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งนี้ มีลักษณะกิจกรรมและกระบวนการทำงานที่เป็นทางการ มีระบบ ระเบียบ และมีโครงสร้าง ความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง ที่เป็นไปตามกระแสของแหล่งทุนและนโยบายของหน่วยงานนั้น ๆ

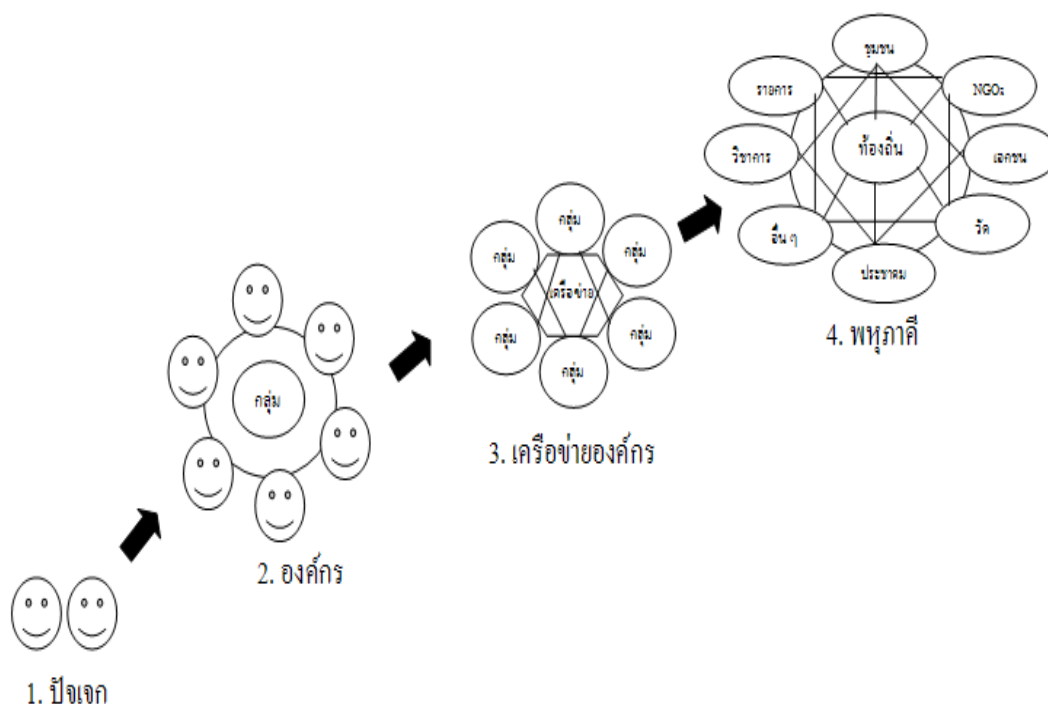
2) เครือข่ายที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากความสมานฉันท์การร่วมแรงร่วมใจของฝ่ายต่าง ๆ ที่มองเห็นความจำเป็นในการเรียนรู้และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน แล้วมารวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสานการติดต่อจนถึงการพึ่งพาอาศัยกันโดยเป็นเครือข่ายที่มีการสื่อสารและความผูกพันกระบวนการที่ประสานสอดคล้องกับความสนใจและความต้องการอย่างแท้จริงของสมาชิกมีแนวทางการดำเนินการที่เป็น

อิสระการครอบงำของฝ่ายต่าง ๆ และจะเกิดขึ้นในชุมชนปฏิบัติการที่ใช้ความสมานฉันท์และการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายลักษณะนี้มีความสัมพันธ์ไม่ซับซ้อน อยู่ในแนวราบ พื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการพึ่งอาศัยมีการยึดหยุ่นและมีความสอดคล้องกับบริบทที่เกิดขึ้นในสังคม

3) เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยสถานการณ์เป็นตัวกำหนด ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยสถานการณ์และประเด็นปัญหาที่ทุกฝ่ายเห็นว่า จำเป็นต้องใช้ความเป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาและสร้างพลังในการเรียนรู้หรือการต่อรองเพื่อให้เกิดการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เครือข่ายที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นหลังจากที่สถานการณ์นั้นเกิดความตึงเครียดอย่างเต็มที่และมีผู้ประสานงานเพื่อให้เครือข่ายมีการต่อเนื่อง เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาของภาครัฐ ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้ มีการรวมพลังอย่างแน่นหนา บนพื้นฐานของการต่อสู้และการเรียกร้องเพื่อปกป้องและรักษาสิทธิของตัวเองในการพัฒนาและมีการปรับบทบาทต่อการพัฒนาในแง่มุมที่หลากหลาย โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้จากสถานการณ์และบริบททางสังคม

3.4.4.9 การสร้างเครือข่ายทางสังคม

การสร้างเครือข่าย (networking) หมายถึง กิจกรรมการก่อให้เกิดกลุ่ม อาจเป็นกลุ่มองค์กร หรือกลุ่มบุคคล เพื่อวัตถุประสงค์ในการแลกเปลี่ยน การจัดกิจกรรม หรือการผลิระหว่างองค์กรสมาชิก ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันมาก่อนหน้าที่จะทำความตกลงเป็นองค์กรเครือข่าย (นฤมล นิราทร, 2543, หน้า 8) เหตุผลในการสร้างเครือข่ายทางสังคม เพราะต้องการเพื่อนในการทำงาน ต้องการมีหมู่ มีพวก ต้องการทรัพยากรในการทำงาน ต้องการรับภาระความเสี่ยงในกิจกรรมร่วมกัน ต้องการความชำนาญเฉพาะด้านในการแก้ไขปัญหา ต้องการประหยัด และต้องการเรียนรู้ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกัน รวมถึงปัจจัยเสริมที่เป็นเงื่อนไขสำคัญ คือ ความเต็มใจที่เข้าร่วมเป็นเครือข่าย ส่วนพระมหาสุทิตย์ อาภากร (2547, หน้า 55-58) ให้เหตุผลว่าการสร้างเครือข่ายทางสังคมเกิดจาก สถานการณ์ปัญหาและสภาพแวดล้อมที่ซ้ำซ้อน หลากหลาย และขยายตัว จนเกินความสามารถของปัจเจกบุคคล หรือกลุ่ม ที่จะดำเนินการแก้ไข เครือข่ายเป็นเครื่องมือหรือยุทธศาสตร์ในการสร้างพื้นที่ทางสังคม และเพื่อให้การประสานผลประโยชน์เป็นไปอย่างเท่าเทียม เห็นได้ว่าเหตุผลสำคัญของการสร้างเครือข่ายทางสังคม คือ บรรลุเป้าหมายของปัจเจกบุคคล ซึ่งไม่สามารถทำได้ด้วยตนเองโดยลำพัง แต่ต้องอาศัยการรวมตัวกันเป็นกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนทรัพยากร ส่งผลให้สามารถดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย เป็นการประสานผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน ดังภาพที่ 3.26



จาก พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน). (2547). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ.
กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข., 60.

ภาพที่ 3.26 ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม องค์กรชุมชน และเครือข่าย

1. กระบวนการทำงานของเครือข่าย

การทำงานร่วมกัน เป็นภารกิจที่สำคัญของการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย มีความสัมพันธ์กับงานและสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน นำไปสู่การเรียนรู้และการสร้างกระบวนการ ความเคลื่อนไหวทางสังคม ดังนั้น กระบวนการทำงานของเครือข่าย สามารถพิจารณาได้จากการ ทำงาน สัมพันธ์ภาพ การเรียนรู้และความเคลื่อนไหวที่นำไปสู่การจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ภายใต้บริบท ที่เกิดขึ้น โดยแต่ละเครือข่ายมีกระบวนการทำงานที่แตกต่างกันไปตามสถานการณ์และเป้าหมายที่ กำหนดซึ่ง มีลักษณะร่วมกันใน 4 ประเด็นคือ

1) กระบวนการทำงานที่เชื่อมประสานจากจุดเล็กและขยายไปสู่หน่วยใหญ่ ในกระบวนการทำงานของเครือข่ายไม่ว่าระดับใดหรือประเภทใด สิ่งที่เครือข่ายต่าง ๆ ดำเนินการ ในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือการทำงานที่เชื่อมประสานจากประเด็นเล็ก ๆ แล้วขยายไปสู่การ ทำงานที่หลากหลายขึ้น โดยเป็นการขยายกิจกรรม พื้นที่ และ เป้าหมายการดำเนินการ กล่าวคือ

เป็นกระบวนการทำงานที่ต่อยอดจากฐานงานเดิมที่กลุ่มเครือข่ายมีอยู่เป็นการแสวงหาแนวร่วมใหม่ เครือข่ายใหม่ ที่ช่วยให้เครือข่ายนั้นได้มีความรู้ ประสบการณ์และมีพลังอำนาจในการต่อรองกับ กลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ โดยเป็นการที่ทุกฝ่ายเข้ามาศึกษาเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และ พัฒนากิจกรรมร่วมกัน การเริ่มต้นจากจุดเล็กและขยายไปเป็นหน่วยงานใหญ่ดังกล่าว เป็น กระบวนการหนึ่งของการทำงานในเครือข่าย โดยเป็นขั้นตอนของการก่อตัวและกระบวนการ ทำงาน ซึ่งเครือข่ายที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีความเข้มแข็งนั้นส่วนหนึ่งมาจากการไม่ มองข้ามในจุดเล็กเริ่มต้นจากการทำงานในสิ่งที่รู้และเข้าใจแล้วค่อย ๆ เชื่อมประสานกับองค์กรอื่น เครือข่ายอื่นในประเด็นกิจกรรมที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลให้การทำงานของเครือข่ายนั้นมีความ เหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่มากขึ้นและกระบวนการทำงานที่เชื่อมประสาน ของเครือข่ายในลักษณะนี้เป็นการทำงานที่ควบคู่กันไปทั้งการทำงานในระดับพื้นที่การสานต่อไป ในระดับนโยบาย นอกจากนี้ในกระบวนการทำงานของเครือข่ายนั้น เครือข่ายส่วนใหญ่จะใช้ วิธีการทำงานที่หลากหลาย เช่น การใช้พื้นที่เป็นสถานที่ดำเนินการ การใช้ประเด็นปัญหาเป็น กิจกรรมในการขับเคลื่อนเครือข่ายการใช้ศูนย์ประสานงานเป็นงานเป็นที่รวบรวมข้อมูลซึ่ง กระบวนการทั้งหมดเน้นการใช้ความรู้ ประสบการณ์ที่มีอยู่ มาร่วมกันคิด ร่วมกันทำ โดยมีการ ปรับเปลี่ยนวิธีการไปตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจประยุกต์การใช้วิธีการต่าง ๆ ในแต่ละช่วง ของเครือข่ายดังนี้

ก. ในช่วงการก่อตัวของเครือข่ายเพื่อหาแนวร่วมในการพัฒนากิจกรรม ผู้ประสานเครือข่ายหรือแกนนำกลุ่ม ต้องใช้วิธีการค้นหาแกนนำ หาแนวร่วมอุดมการณ์ การ แสวงหารูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมและการจัดการระบบองค์กร เพื่อหากระบวนการก่อตัวให้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข. ในระยะขยายตัว ใช้วิธีการประสานความร่วมมือการกำหนดกิจกรรม ที่เหมาะสมกับระดับความสัมพันธ์รวมทั้งการหาความรู้ เทคนิคใหม่ในการพัฒนาเครือข่าย

ค. ในช่วงการเคลื่อนไหวทางสังคมหรือกิจกรรม เครือข่ายต้องมีความ พร้อมในเรื่องของข้อมูล ทุน การจัดการ และแนวร่วมที่หลากหลาย เพื่อให้การทำงานมีความ ต่อเนื่อง

ง. ในช่วงหลังจากการดำเนินการตามเป้าหมายแล้ว จำเป็นต้องมีการ รักษาพันธกรณี ความสัมพันธ์และการสื่อสารที่เป็นระบบ เพื่อให้เกิดกระบวนการเคลื่อนไหวแบบ ใหม่ เพื่อมิให้เครือข่ายอยู่ในภาวะถดถอยโดยการเพิ่มเติมความรู้ โดยการถอดบทเรียนหรือประเมิน ตนเองอยู่ตลอดเวลา ด้วยวิธีการทำงานที่หลากหลาย ทำให้เครือข่ายมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สามารถปรับเปลี่ยนตนเอง เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

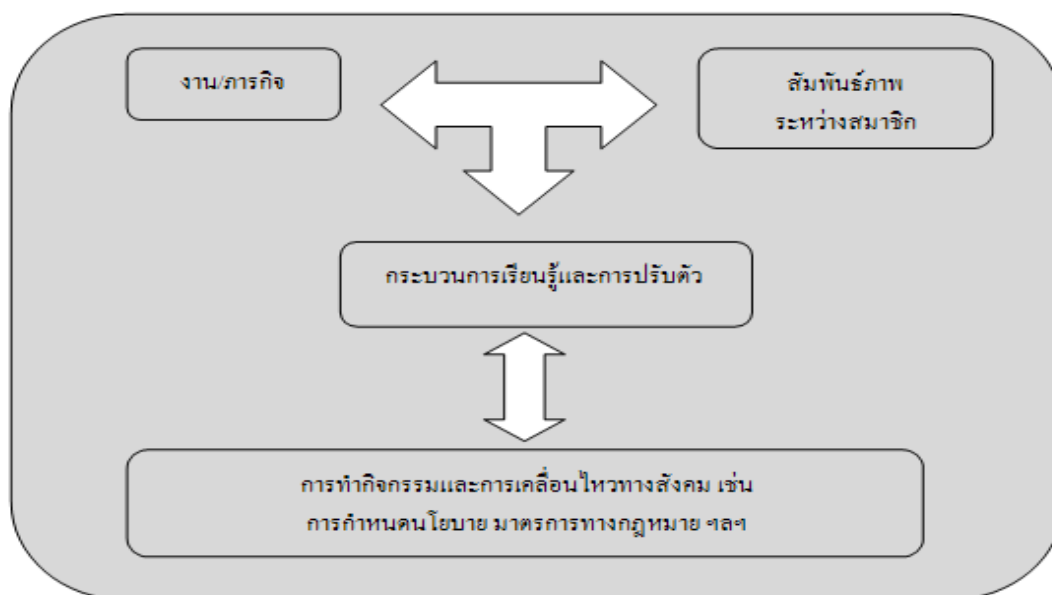
2) การรักษาสัมพันธภาพที่สร้างความรู้ ความหมาย และโลกทัศน์ร่วมกัน การที่เครือข่ายดำเนินต่อไปได้นั้น การรักษาสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและภาคีในเครือข่ายเป็น สิ่งที่มีความสำคัญ เพราะถ้าไม่มีการรักษาสัมพันธภาพระหว่างกันแล้ว กิจกรรมและความ เคลื่อนไหวของเครือข่ายอาจมีการยุติลง เพราะขาดภาคีร่วมดำเนินการดังนั้น ในกระบวนการ ทำงานและการจัดการเครือข่ายต้องคำนึงถึงการรักษาสัมพันธภาพที่สร้างความรู้ ความหมายและ โลกทัศน์ร่วม กล่าวคือ หลังจากที่ภาคีในเครือข่ายเห็นความจำเป็นของเครือข่ายว่า มีประโยชน์ต่อ การพัฒนาเครือข่ายและการพัฒนาสังคม สิ่งที่คนในเครือข่ายว่า มีผลประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ ความหมายภายในการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน เพราะ คนในเครือข่ายเดียวกันย่อมรู้ความหมายของ เครือข่ายมากกว่าคนอื่น ๆ การสร้างความรู้ ภายในเครือข่ายเป็นการสร้างโลกทัศน์หรือมุมมองในการ พัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง และเป็นการขยายแนวคิดกระบวนการให้กว้างขวางออกไป โดยการ สื่อสารเป็นช่องทางที่นำไปสู่การสร้างพันธกรณีและการประสานงานผลประโยชน์ร่วมกัน การ สื่อสารมองเห็นภาพความเคลื่อนไหว และการสร้างความรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถนำไป พัฒนาความเป็นเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง ในการรักษาสัมพันธภาพเพื่อสร้างความรู้ ความหมาย และโลกทัศน์ร่วม สิ่งที่มีความสำคัญใน การรักษาสัมพันธภาพคือ การสื่อสารระหว่างสมาชิก และ ภาคีในเครือข่ายเพื่อให้ฝ่ายต่าง ๆ ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการทำงานร่วมกัน ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์ (2546, หน้า 1) กล่าวถึงการสื่อสารกับสังคมเครือข่าย ว่า (1) การสื่อสารทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสรับรู้ (perception) เกี่ยวกับข้อมูลต่างๆ ได้ทั่วถึง (2) การสื่อสารเป็นส่วนสำคัญในการสร้างแรงบันดาลใจ (inspiration) ให้บุคคลร่วมมือกันค้นหา เป้าหมายร่วมกัน (shared goal) (3) การสื่อสารเป็นแนวทางที่ทำให้สมาชิกในเครือข่ายได้มีโอกาส เรียนรู้ (learning) ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และพฤติกรรมของกันและกันการแลกเปลี่ยน (exchange) ข้อมูลและข้อคิดต่าง ๆ การฝึกเปิดใจกว้าง (open mind) เพื่อยอมรับฟังความคิดเห็น และพฤติกรรม ตลอดจนการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างกัน (relationship development) และ ร่วมมือกันทำงานให้บรรลุเป้าหมาย (4) การสื่อสารมีส่วนสำคัญในการค้นหาและพัฒนา อัตลักษณ์ (identity) และบุคลิกภาพ (character) ร่วมกันของสมาชิกในเครือข่ายและเป็นช่องทางในการ นำเสนอ อัตลักษณ์และบุคลิกลักษณะดังกล่าวสู่สังคมภายนอก

3) การส่งเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้และการปรับตัว เมื่อเครือข่ายมีการ ทำงานและมีการรักษาสัมพันธภาพที่สร้างสื่อความหมายร่วมกันแล้ว การเสริมสร้างกระบวนการ เรียนรู้และการปรับตัวเข้าหากันเป็นสิ่งที่เครือข่ายส่วนใหญ่ได้ดำเนินการ เพราะการเรียนรู้และการ ปรับบทบาทเข้าหากันนั้นเป็นแนวคิดและวิธีการปฏิบัติกล่าวคือ การที่เครือข่ายมีความรู้ มีการ สะสมประสบการณ์และมีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกับกลุ่ม องค์กร

เครือข่าย และหน่วยงานอื่น ๆ เป็นการสร้างความรู้ใหม่ ๆ วิธีการใหม่ ๆ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงานที่หลากหลาย ซึ่งการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้สามารถใช้เทคนิคและวิธีการต่าง ๆ เช่น การศึกษาดูงาน การฝึกอบรม การพัฒนาผู้นำ การศึกษาแบบเจาะลึกในพื้นที่และการถอดบทเรียนร่วมกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจใน การประสานความร่วมมือ และการรักษาผลประโยชน์ร่วมกัน โดยพึ่งพาอาศัยทั้งทุนความรู้ ประสบการณ์ ที่สำคัญ ไม่มีเครือข่ายใดมีศักยภาพในการพัฒนาที่สมบูรณ์ ดังนั้น การเรียนรู้และ การปรับบทบาทเข้าหากันจึงเป็นกระบวนการทำงานของเครือข่ายทางสังคม

4) การพัฒนากิจกรรมและการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างขบวนการทางนวัตกรรมและนวัตกรรมในการพัฒนา ความเป็นเครือข่ายในยุคใหม่ นอกจากการสร้างความเป็นภาคีร่วมบนเส้นทางของนวัตกรรมการเรียนรู้ เช่น เครือข่ายอินเทอร์เน็ต เครือข่ายทางอากาศของวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน การสร้างความเป็นเครือข่ายก่อให้เกิดกระบวนการทำงานในรูปแบบใหม่ที่ผู้คนในสังคมไม่จำเป็นต้องพบปะกันหรืออาศัยพื้นที่ดำเนินการเพียงแต่มีความรู้สึกร่วมว่า ต้องร่วมมือ และช่วยเหลือพึ่งพากัน สามารถสร้างความเป็นเพื่อน เป็นพี่ เป็นน้อง และความเป็นเครือข่ายได้ การเกิดขึ้นของนวัตกรรม เป็นกระบวนการทำงานของเครือข่ายในรูปแบบใหม่ ที่เน้นการประสานความร่วมมือและการ ช่วยเหลือพึ่งพาในคราวที่จำเป็น โดยที่ต่างคนต่างอยู่และทำงานของตนแต่เมื่อมีปัญหาเกิดกับสังคมทุกฝ่ายจะมาร่วมมือกัน โดยการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร กระบวนการดังกล่าว ก่อให้เกิดนวัตกรรม พัฒนาไปสู่การสร้างความรู้ ความเข้าใจในสิ่งใหม่ ๆ ทดแทนคำพูดเดิม ๆ เช่น ประชาสังคม ประชารัฐ การบริหารแบบบูรณาการ ซึ่งความหมายที่แท้จริงคือ การจัดการที่มีประสิทธิภาพขององค์กร และการใช้ยุทธศาสตร์ที่เหมาะสม

กระบวนการทำงานของเครือข่ายดังกล่าวข้างต้นเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการประสานความร่วมมือ เป็นการทำงานด้วยถ้อยทีถ้อยอาศัยระหว่างสมาชิกและภาคี โดยมีจุดเริ่มต้นจากการทำงานในพื้นที่ และประเด็นเล็กๆ แล้วขยายกระบวนการเป็นเครือข่ายที่กว้างออกไป พร้อมทั้งแสวงหาความรู้ใหม่ วิธีการใหม่ที่เหมาะสมกว่าโดยมีระบบการสื่อสารและนวัตกรรมใหม่เป็นเครื่องมือที่สร้างความหมายและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ตามภาพที่ 3.27 ดังนี้



จาก พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน). (2547). **เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ.**

กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข., 103.

ภาพที่ 3.27 กระบวนการทำงานของเครือข่าย

5) บทบาทของเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน

นอกจากกระบวนการทำงานของเครือข่ายตามที่กล่าวแล้ว สิ่งหนึ่งที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับเครือข่ายควรคำนึงถึง คือ บทบาทและหน้าที่การทำงานของเครือข่ายเพราะเครือข่ายต่างมีบทบาทที่แตกต่างกันไป บางเครือข่ายมีบทบาทเป็นผู้กระทำหรือเน้นการทำงานในระดับกิจกรรมและพื้นที่ บางเครือข่ายมีบทบาทและหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อให้เกิดกิจกรรมความเคลื่อนไหว บางเครือข่ายมีหน้าที่ให้การสนับสนุนในด้านทุน ทรัพยากรและการให้คำปรึกษาแก่เครือข่ายย่อยอื่นๆ ซึ่งบทบาทและหน้าที่ของเครือข่ายในสังคมไทยอาจจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

ก. ระดับกิจกรรมการทำงาน (ทีมงาน) ได้แก่ เครือข่ายที่เน้นกระบวนการทำงานในระดับพื้นที่หรือประเด็นปัญหานั้นๆ เป็นสำคัญ โดยเป็นเครือข่ายที่มีโครงสร้างความสัมพันธ์ไม่ซับซ้อนมีแบบแผนการปฏิบัติงานที่เป็นลักษณะคล้ายงานประจำ มีกระบวนการจัดการและการทำงานที่เน้นการพึ่งพาอาศัยกันและทรัพยากรในพื้นที่ เช่น เครือข่ายกลุ่มออมทรัพย์ เครือข่ายแม่บ้านเกษตรกร ที่มีการรวมตัวกันเพื่อทำงานในกิจกรรมอย่างจริงจัง

ข. ระดับการสนับสนุนและประสานงาน (ทีมนำ) ได้แก่ เครือข่ายที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงานระหว่างเครือข่ายและภาคีต่าง ๆ มีบทบาทในการส่งเสริมการทํากิจกรรม ของเครือข่ายย่อยในพื้นที่ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้ข้อมูลทางเลือกในกระบวนการทำงาน ซึ่งเครือข่ายระดับนี้ เป็นทั้งเครือข่ายเชิงพื้นที่ ที่มีการทำงานครอบคลุมในระดับจังหวัด หรือภูมิภาค และเครือข่ายเชิงประเด็นที่ทำงานเฉพาะด้านตัวอย่าง เช่น การรวมตัวของเครือข่ายกลุ่มฮักเมื่องน่าน ในจังหวัดน่าน เป็นต้น

ค. ระดับการส่งเสริมและการให้คำปรึกษา ได้แก่ เครือข่ายขององค์กรสถาบัน และหน่วยงานหลักทางสังคมที่เป็นผู้จัดการสนับสนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาเครือข่าย เช่น การสนับสนุนและการเกิดขึ้นของเครือข่ายภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) สถาบันพระปกเกล้า สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นต้น ซึ่งการส่งเสริมของเครือข่ายดังกล่าว เป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาและให้แนวทางการปฏิบัติเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจึงเป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดผลสำเร็จมากกว่าการมีส่วนร่วมและการทำงานเชิงลึก

บทบาทและหน้าที่ของกลุ่มและเครือข่ายดังกล่าว มีระดับการมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการทำงานที่แตกต่าง เครือข่ายย่อยในพื้นที่หรือเครือข่ายเชิงประเด็นเล็ก ๆ อาจพึ่งพาอาศัยเครือข่ายในระดับจังหวัดที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์ประสานงาน และเครือข่ายในระดับจังหวัดอาจให้การสนับสนุนทุน ข้อคิดเห็นตามกิจกรรมและประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กร สถาบันที่ให้การสนับสนุนทุน ซึ่งเป็นภาคีในระดับประเทศ และทุก ๆ เครือข่าย ทุกระดับกิจกรรม และระดับการมีส่วนร่วม อาจมีการประสานการเชื่อมโยงความร่วมมือในมิติอื่น ซึ่งการกำหนดบทบาทและหน้าที่ชัดเจน จะช่วยให้กระบวนการทำงานของเครือข่ายบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

3.4.4.10 ความจำเป็นในการเสริมสร้างเครือข่าย

เมื่อพิจารณาถึงความจำเป็นในการเสริมสร้างเครือข่าย พบว่ามีหลักที่เกี่ยวข้อง 3 ประการคือ

1. สถานการณ์ปัญหาและสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาที่ซ้ำซ้อน และหลากหลายขยายตัวเกินความสามารถของกลุ่มหรือองค์กรใด องค์กรหนึ่ง ที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น เกิดการรวมกลุ่ม เครือข่าย เกิดผู้นำ เกิดประสบการณ์และมีความต้องการที่เชื่อมโยงกลุ่ม และประสบการณ์ให้เป็นขบวนการ เพื่อการจัดการปัญหาและขยายผลการพัฒนาซึ่ง จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างเครือข่ายเพื่อให้เกิดพลังในการ

จัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยทั้งการจัดการภายในกลุ่ม องค์กรที่มองเห็นความจำเป็นในการรวมพลัง และการเข้ามาเสริมสร้างของบุคคล องค์กรภายนอก เช่น ภาครัฐองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อให้เกิดความตระหนักในสถานการณ์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (สิน สือสวน, 2546, หน้า 1)

2. การสร้างพื้นที่ทางสังคม เครือข่าย เป็นเครื่องมือและกลยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการระดมทรัพยากรและความคิดเห็นจากฝ่ายต่าง ๆ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่ต้องขยายผลการพัฒนาการใช้พลังเครือข่ายในฐานะเครื่องมือดังกล่าว ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมทางสังคม ที่นำไปสู่การเรียนรู้และการสร้างพื้นที่ทางสังคม เพราะเมื่อกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมที่มีความต้องการคล้ายกัน มีความคิดหรืออุดมคติเหมือนกันมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับคนในกลุ่มหรือบุคคลและองค์กรอื่น ๆ ในสังคมทำให้กลุ่มตนเองมีความรู้สึกว่ามีพื้นที่ทางสังคมที่ชัดเจน ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจ ความเชื่อมั่น ความไว้วางใจให้แกกันและกัน (บุสดี มอนซอน, 2546, หน้า 2) เป็นการสร้างและให้โอกาสการพัฒนาศักยภาพของฝ่ายต่าง ๆ เพื่อขยายแนวคิดและกระบวนการให้รับรู้ระหว่างกัน โดยอาศัยการสื่อสารและการทำกิจกรรม ซึ่งเป็นการสร้างอัตลักษณ์ของเครือข่ายให้ปรากฏการณ์ภาพลักษณ์ชัดเจนที่สร้างความรู้สึกร่วมและก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในด้านต่าง ๆ ตามมา เช่นในเครือข่ายทางธุรกิจ การประสานความร่วมมือเป็นภาคีเครือข่าย เพื่อการลดต้นทุนในการผลิตลดภาวะการแข่งขัน และยกระดับมาตรฐานในการผลิตสินค้าและบริการ ส่วนในเครือข่ายทางสังคมเพื่อการพัฒนาการประสานความร่วมมือเพื่อให้เกิดการพึ่งพาอาศัย การเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และผลักดันในเชิงนโยบายขณะที่เครือข่ายประเภทอื่น ๆ ใช้กลยุทธศาสตร์ความเป็นเครือข่าย เพื่อการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ทั้งหมดเป็นการสร้างความหมายและการต่อรอง ความสำคัญของตนเองทางสังคมและใช้พื้นที่นั้นดำเนินกิจกรรมของตนเอง อีกนัยหนึ่ง การสร้างพื้นที่ทางสังคม ยังหมายถึงการปรับตัวเข้าหาช่องว่างทางสังคมของฝ่ายต่าง ๆ เกิดกระบวนการเรียนรู้และสัมพันธภาพที่ยิ่งใหญ่ซึ่งมีความจำเป็นในการเริ่มสร้างเครือข่ายเช่น การใช้พื้นที่ดำเนินการของเครือข่ายย่อยศึกษาดูงาน เป็นการใช้เวทีประชุมของเครือข่ายที่ระดมทรัพยากรเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการใช้กิจกรรมของเครือข่าย เสริมให้เกิดกระบวนการผลักดันในเชิงนโยบาย เป็นการเพิ่มพูนสร้างและพัฒนาเครือข่าย

3. การประสานผลประโยชน์อย่างเท่าเทียม มีความจำเป็นอีกประการหนึ่ง เพราะเมื่อทุกกลุ่ม องค์กรหรือเครือข่ายมีการประสานผลประโยชน์ต่อกัน อาจมิได้หมายถึงจังหวะและโอกาสของความเป็นไปได้ในทางเลือกของฝ่ายต่าง ๆ ที่มีต่อกัน

การได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย ช่วยกระตุ้นให้เกิดการรักษาพันธกรณีร่วมกันของเครือข่ายที่มีอยู่ รวมทั้งเป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้เกิดกระบวนการพัฒนาเครือข่ายที่ต่อเนื่องกัน การรวมตัวเป็นเครือข่ายหน่วยย่อยของภาคส่วนต่าง ๆ จึงเป็นการประสานผลประโยชน์ ในสถานะที่มีการแข่งขันและการต่อรองสูง นอกจากนี้ การดำเนินการภายใต้ระบบที่มีการรักษาผลประโยชน์ต่อกันทำให้เครือข่ายมีจังหวะในการก้าวเดินและมีความมั่นคงยิ่งขึ้น

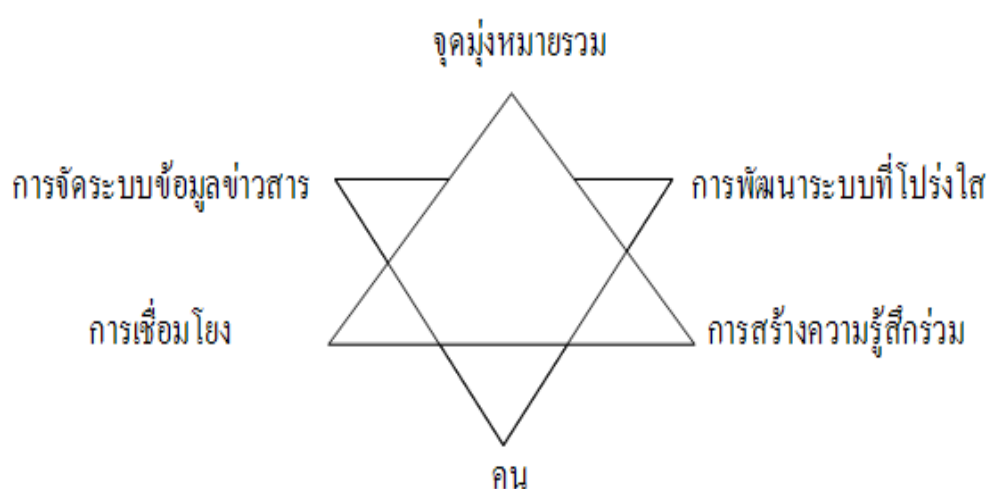
3.4.4.11 การจัดการเครือข่าย

แนวความคิดในการจัดการเครือข่าย เป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นจากระดับปัจเจกบุคคลที่เริ่มมีการติดต่อสื่อสารเพื่อสมาคมกับบุคคลอื่นหรือกลุ่มเครือข่ายอื่น ๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองผ่านความเป็นเครือข่ายในการแก้ปัญหาและการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ เป็นหลักการบนพื้นฐานของบุคคลในสังคม ที่ต้องการแก้ไขปัญหา ด้วยพลังกลุ่ม ปาฐกถา สถาบัน และ ชัยวัฒน์ ธีระพันธ์ (2546, หน้า 13) ได้กล่าวถึงแนวคิดของการจัดการเครือข่ายโดยยกตัวอย่าง แนวคิดการจัดการเครือข่ายของกลุ่ม พันธมิตรแห่งดวงดาว หรือ Star Alliances ว่าเกิดจากความคิดของแกนนำในกลุ่มสายการบิน ผู้ประกอบการธุรกิจโรงแรม รถเช่า ธุรกิจการท่องเที่ยว และ ผู้โดยสาร ที่ต้องการเชื่อมโยงกระบวนการทางธุรกิจเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลที่ดีต่อการบริการ และการจัดการเชิงธุรกิจ จุดสำคัญของแนวคิด คือ การรวมกลุ่ม จากองค์กรที่เคยเป็นคู่แข่งให้หันหน้าเข้าหากัน พบว่าความร่วมมือ จนเป็นพันธมิตรในเชิงธุรกิจที่เอื้อประโยชน์ต่อกันและกัน แทนการทุ่มเทแข่งขันอย่างที่เป็นมาในอดีตโดยยึดจุดหมายร่วมของการจัดสรรผลประโยชน์ระหว่างกัน ซึ่งแนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการจัดการเครือข่าย 6 ประการ คือ

1. จุดมุ่งหมายร่วม การทำงานเครือข่ายจะเกิดประสิทธิภาพสูงหากสามารถกำหนด จุดหมายร่วมกันได้ โดยเพราะอย่างยิ่งจุดหมายที่ทุกฝ่ายเห็นและต้องการให้เกิดขึ้น
2. บุคคล ในการทำงานของเครือข่าย บุคคลในเครือข่ายต้องมีจิตสำนึกร่วม มีความถนัดในงานที่ทำ และมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน รวมทั้งได้ผลประโยชน์จากความเป็นสมาชิกในเครือข่าย
3. การเชื่อมโยง การทำงานของเครือข่ายจำเป็นต้องมียุทธศาสตร์ในการเชื่อมโยงที่เหมาะสม อาจเชื่อมต่อกันผ่านการทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีศูนย์ประสานงาน
4. การสร้างความรู้สึกร่วม หลังจากการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายแล้วทุกฝ่ายต้องมีความรู้สึกร่วมกับกระบวนการทำงานของเครือข่าย เพื่อให้เกิดพลังในการผลักดันเป้าหมาย
5. การพัฒนาระบบที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ระบบการทำงานของเครือข่ายที่สามารถพัฒนาให้เกิดระบบการบริหารจัดการที่โปร่งใสและตรวจสอบได้จากทุกฝ่าย เป็นการสร้างความรู้สึกที่ดีต่อสมาชิก

6. การจัดระบบข้อมูลข่าวสาร ระบบการติดต่อสื่อสารและสารสนเทศเป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่งต่อความยั่งยืนของเครือข่าย เพราะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และทราบถึงกิจกรรมความเคลื่อนไหวของเครือข่าย

แนวคิดการจัดการเครือข่ายทั้ง 6 ประการ สามารถนำมาเป็นเป้าหมายของการทำงานในเชิงรุกของเครือข่ายได้ ซึ่งสามารถสรุปเป็น ภาพที่ 3.28 แสดงการเชื่อมโยงของเครือข่าย พันธมิตรแห่งดวงดาว



จาก ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ธีระพันธ์. (2546). สื่อสารกับสังคมเครือข่าย. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

ภาพที่ 3.28 การเชื่อมโยงของเครือข่าย “พันธมิตรแห่งดวงดาว”

หลักการที่กล่าวถึงความกล้าหาญและการพัฒนาความก้าวหน้าของบุคคล รวมทั้งการรวมกลุ่มเป็นหมู่คณะ 5 ประการ คือ ศรัทธา ศีล พาหุสัจจะ วิริยารัมภะ และปัญญา หรือเวสารัชชกรณธรรม (พระราชวรมนี, 2527) สามารถนำแนวคิดในการพัฒนาและการจัดการกลุ่มและเครือข่าย ซึ่งมีนัยและความสำคัญ ดังนี้

1. การสร้างความเชื่อถือ (ศรัทธา) เป็นการกำหนดให้สังคมหรือเครือข่าย เป็นเครือข่ายที่เกิดจากศรัทธา ความจริงใจ เป็นมิตร ความตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง มีกระบวนการที่สร้างศรัทธาและการยอมรับจากทุกฝ่าย เพื่อให้พลังแห่งศรัทธาได้พัฒนาเป็นพลังแห่งการปฏิบัติที่นำไปสู่เป้าหมายของความเป็นเครือข่ายที่กำหนดไว้

2. การกำหนดข้อตกลงหรือกฎ กติกา (ศีล) เป็นการดำเนินการเพื่อให้เครือข่ายมีข้อตกลงร่วมกัน มีกระบวนการทำงานที่หลากหลายและมีกลไกที่เหมาะสมต่อการดำเนินการ โดยเน้นการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ โปร่งใส มีความเป็นกลาง และพัฒนากิจกรรมของเครือข่ายให้เป็นแบบแผนให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

3. การสร้างแหล่งการเรียนรู้ (พาหุสัจจะ) เป็นการกำหนดให้เครือข่ายเป็นศูนย์รวมแห่งการเรียนรู้ เป็นศูนย์รวมข้อมูลที่มีการเลือกสรรอย่างเหมาะสม โดยกระบวนการแสวงหาข้อมูลมีการศึกษาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ เป็นจริงและทันต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้ ประสบการณ์ มีการถอดบทเรียน มีการพัฒนาและการจัดการความรู้ที่ต่อเนื่อง เพื่อให้เครือข่ายเป็นแหล่งการเรียนรู้ที่มีชีวิต

4. การดำเนินการเชิงรุก (วิยารัมภะ) เป็นการกำหนดแนวทางเพื่อให้เครือข่าย มีกระบวนการจัดทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์กรที่เฝ้ารอเพื่อปัญหา และมีการรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหา มีการมองหาเป้าหมายที่ชัดเจน มีวิสัยทัศน์ เตรียมการและวางแผนการพัฒนาที่เหมาะสม พัฒนาผู้นำรุ่นใหม่ให้ เป็นที่ยอมรับและสามารถทำงานได้อย่างเป็นระบบ

5. การเป็นองค์กรแห่งปัญญา (ปัญญา) เป็นการพัฒนาและการจัดการความรู้ เพื่อให้เครือข่ายมีการพัฒนาที่ต่อเนื่องสามารถสร้าง กระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาสังคม โดยใช้ความรู้และปัญญาเป็นเครื่องมือแนวทาง ที่สามารถพัฒนาสังคม แนวคิดการจัดการเครือข่าย มีความหมาย 2 มิติ คือ

1) การรวมพลังเพื่อเป็นพันธมิตรในการไปสู่เป้าหมายและ

2) การรวมพลังเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ซึ่งทั้งสองประการนั้นมีความหมายที่คล้ายคลึงกัน คือ การมุ่งเน้นการจัดการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมและการจัดการตนเองของหมู่คณะหรือเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาสังคมในภาพรวม ดังนั้นแนวคิดในการจัดการเครือข่ายจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้เราเห็นภาพของการจัดการเครือข่ายที่มีความหลากหลาย

ในปัจจุบันสังคมเครือข่ายได้เกิดขึ้นมากมายในสถานที่ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นละแวกบ้าน ชุมชน ที่ทำงาน บริษัทขนาดใหญ่หรือ องค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งถ้าหากเราพิจารณาอย่างแท้จริงแล้ว เราจะพบว่าสังคมเครือข่าวนั้นเกิดขึ้นด้วยปัจจัยหลายประการ ซึ่ง คาสเทลส์ (Castells, 1996, 2000) กล่าวว่า สังคมเครือข่ายในยุคสารสนเทศเกิดขึ้นพร้อมกับความไม่เท่าเทียมในสังคมจากการแบ่งขั้วเป็นฝักฝ่าย การกีดกันทางสังคมวิกฤตการณ์ของภาครัฐที่ไม่อาจรักษาพันธะสัญญาในการจัดการสวัสดิการแก่ประชาชน และความแข็งตัวของสถาบันภาครัฐซึ่งเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการ

พัฒนาการรุกเข้ามาของระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ได้รับอิทธิพลจากระบบทุนนิยมสารสนเทศ โดยใช้อำนาจของเทคโนโลยีเป็นเครื่องมือในการครอบงำความคิด ทุน และการจัดการ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้ก่อตัวเป็น เครือข่ายใหม่ดังนั้น สังคมเครือข่ายเป็นองค์กรในการจัดการกิจกรรมของมนุษย์ในรูปแบบที่อาจเริ่มต้นจากผู้คนในกลุ่มเล็ก ๆ องค์กรเล็ก ๆ ที่ร่วมกันสร้างชุมชนแนวปฏิบัติของตนเองขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมกันความสนใจปัญหา หรือมีแรงปรารถนาที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งร่วมกัน ด้วยความหวังและการกำหนดเส้นทางการดำรงอยู่ของตนและวัฒนธรรมใหม่ ภายใต้เงื่อนไขที่ทำให้เครือข่ายมีอัตลักษณ์ มีการสร้างพื้นที่ทางสังคมให้กับฝ่ายต่าง ๆ ได้เข้ามาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และยืนหยัดต่อสู้กับสิ่งรุกรานจากภายนอก เช่น เครือข่ายทุนนิยมข้ามชาติ ระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่ และเครือข่ายอาชญากรรมข้ามพรมแดน ที่มีการประสานงานในรูปแบบที่หลากหลาย ทั้งที่มีโครงสร้างที่ปรากฏชัดเจนสังคมเครือข่ายและชุมชนปฏิบัติ การ ปรับบทบาทระหว่างกัน เพื่อให้กระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นการสร้างความสมดุลและความเคลื่อนไหวระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งทางสังคมโดยวัฒนธรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะค่อย ๆ เข้าไปทำลายโครงสร้างบางประการที่ไม่พึงปรารถนาของวัฒนธรรมดั้งเดิม กล่าวคือ สังคมเครือข่ายจะเข้าไปแทนที่โครงการเรียนรู้ มีการสร้างกระบวนการทัศน์ใหม่ การทำงานแนวใหม่ที่มีการประเมินและการจัดการตนเองที่ต่อเนื่อง

ดังนั้น การปรับบทบาทระหว่างกันของเครือข่าย รัฐ ทุนนิยม และเทคโนโลยีสมัยใหม่ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการสร้างความสัมพันธ์ของสรรพสิ่งในมิติที่ตัวเราเป็นเพียงส่วนเล็ก ๆ แห่งความสัมพันธ์และห่วงโซ่อันยิ่งใหญ่ กล่าวคือ ประการแรก เป็นการสร้าง ความเป็นตัวของตัวเองที่แสดงพฤติกรรมออกมาในด้านต่าง ๆ โดยนัยนี้ เป็นกระบวนการที่มีทั้งผลบวกและลบ ผลบวก คือ การสร้างและการรักษาเอกลักษณ์ของตนให้อยู่รอดท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและเป็นการจัดการตนเองในหน่วยย่อยที่จะนำไปสู่การทำงานที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่ผลลบ ได้แก่ การยึดถือตัวตนที่สร้างพลังเชิงต่อต้านในสิ่งที่นอกเหนือไปจากแนวคิดและอุดมการณ์ของตนเองเป็นการสร้างความขัดแย้งที่นำไปสู่การแข่งขันและการทำลาย ผลการกระทำของกลุ่มและเครือข่ายดังกล่าวมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจและต่อวิถีชีวิตผู้คนในสังคมตั้งแต่ระดับท้องถิ่นไปจนถึงระดับนานาชาติ

การปรับตัวของเครือข่ายเพื่อหาแนวทางประสานเป้าหมายร่วมกับองค์กร เครือข่ายรัฐ หรือระบบเทคโนโลยีอื่น ๆ มีความจำเป็น การปรับบทบาทของตนเองของเครือข่าย เป็นการแสวงหาเป้าหมายร่วมในสังคม การประเมิน ตนเองอยู่ตรงไหน ทำอะไร สถานการณ์ไหน ที่เกิดขึ้น มีผลกระทบต่องานของเครือข่ายอย่างไร และควรดำเนินการหรือหาวิธีการแก้ไขอย่างไร โดยอาศัยฐานคิด ความรู้ ประสบการณ์ และการจัดการกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้คนในสังคมและ

กระบวนการที่เกิดขึ้นทั้งในและนอกเครือข่ายเป็นเครื่องมือ ในการดำเนินการแสวงหาเป้าหมายร่วม ในสังคม เพื่อให้เกิดการประสานแนวคิด แผนงาน และเป้าหมายแบบการบูรณาการของสังคม เครือข่ายที่เชื่อมโยงกับชุมชนท้องถิ่น รัฐ กระแสทุนนิยม และระบบสารสนเทศในระดับโลกนั้น เพื่อสานต่อความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายและพลังให้มีทิศทางที่เหมาะสม เป็นการลดช่องว่าง ระหว่างกระบวนการทำงานของเครือข่ายและฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ขาดการบูรณาการแผนงาน และเป้าหมายร่วมกัน กลายเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างในลักษณะที่ว่า ต่างคนต่างทำเป็นผลทำให้ กระบวนการพัฒนา ความมั่นคงในสังคมเป็นไปอย่างล่าช้า

การแสวงหาเป้าหมายร่วมของสังคมมนุษย์ เป็นขบวนการสร้างสรรค์ที่ก่อให้เกิด การจัดการระหว่าง การเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งทางสังคมที่มีผลต่อความยั่งยืนและการล่ม สลายของเครือข่าย รวมทั้งการสร้างอัตลักษณ์เฉพาะกลุ่ม การปรับบทบาทของสังคมเครือข่ายต้อง คำนึงถึงการจัดการตนเอง โดยเริ่มต้นจาก

1. การปรับฐานคิดในการทำงานของเครือข่าย ที่มีความเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ ของผู้คนในสังคมก่อให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างสัมพันธ์ภาพ ช่วยให้สามารถมองเห็นภาพกว้าง ในการทำงาน การสร้างตัวตน เพื่อขจัดความขัดแย้งในสังคมและการจัดการกับความเปลี่ยนแปลงที่ เกิดขึ้น

2. การบูรณาการแผนงานและเป้าหมายร่วมของสังคม เป็นขั้นตอนการจัดการกับ ความเปลี่ยนแปลงเพื่อนำไปสู่การสร้างสรรค์สังคมที่พึงประสงค์ และการดำเนินการภายใต้เงื่อนไข ของสภาพการณ์ ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา โดยในเบื้องต้นต้องตระหนักและให้ความสำคัญ โดย ยึดหลักของการดำเนินงานตามแผนงานตามเป้าหมายที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการ สร้างตัวตนของท้องถิ่น สังคมเครือข่าย รัฐ และ ระบบทุนนิยมสารสนเทศเพื่อให้กระบวนการ เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม

3. ร่วมแสวงหาทางออกและวิธีการที่ใหม่กว่า การพัฒนาเพื่อให้เกิดสิ่งใหม่กว่า เช่น ระบบเทคโนโลยี หรือการสร้างวัฒนธรรมในการทำงานแบบใหม่เป็นกระบวนการที่ทรงพลัง เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์กร และการสร้างตัวตน เพราะถ้าเครือข่ายและองค์กรมีการแสวงหา ทางออกด้วยการจัดการความรู้และกำหนดทางเลือกที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นๆ สิ่งที่เกิดขึ้น ตามมา คือ การลดช่องว่างระหว่างความขัดแย้งที่เกิดจากการสร้างอัตลักษณ์เฉพาะตนและการ ทำงานของสังคมเครือข่ายที่อาจเป็นเครือข่ายทุนนิยมข้ามชาติ หรือเครือข่ายในชุมชนเล็ก ๆ เป็นไป ในลักษณะรับรองความชอบธรรม ที่กระทำโดยสถาบันในสังคม

4. การปรับเปลี่ยนและจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นการปรับเปลี่ยนตนเองให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและการจัดการตนเองโดยกระจายอำนาจและรูปแบบองค์กรที่

สามารถตอบโต้กับสิ่งเร้าภายนอกและแรงขับภายใน พร้อมทั้งในการสนับสนุนการสร้างคุณค่าทางสังคมที่เกิดจากประสบการณ์ของเครือข่ายที่ยึดเอาผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่เป็นหลักในการดำเนินการ

การสร้างอัตลักษณ์และการปรับบทบาทตนเองของเครือข่าย มิได้เกิดจากการดำเนินงานของสังคมเครือข่ายเพียงอย่างเดียว การปรับบทบาทระหว่างกันของระบบทุนนิยมความเป็นรัฐชาติ และสังคมเครือข่ายตามกระแสโลกาภิวัตน์และเทคโนโลยีสมัยใหม่ เป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญ เพื่อให้สรรพสิ่งดำเนินต่อไปภายใต้ความสัมพันธ์ในรูปแบบที่เป็นข่ายใยแห่งชีวิต (web of life) โครงสร้างที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ (network) และเครือข่ายทางสังคม (social network) สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเคลื่อนไหวไปมาระหว่างความไร้ระเบียบกับการจัดระเบียบของเครือข่ายซึ่งพิจารณาได้จาก การปรับเปลี่ยนเรียนรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการกำหนดเส้นทางหรือเป้าหมายที่เครือข่านั้น ๆ เลือกที่ดำเนินการ โดยมีการกำหนดแบบแผนพฤติกรรมหรือการออกแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ไว้

เครือข่ายมีหลากหลายลักษณะ การเข้าใจในสิ่งที่เป็นามธรรม และสิ่งที่เป็นอยู่ในสังคมมนุษย์ สิ่งที่เป็นรูปธรรมสำหรับความเป็นเครือข่าย ได้แก่ ความสัมพันธ์โยงใยสลับซับซ้อนเกี่ยวพันกันอย่างไม่มิตี่สิ้นสุด การประสานตนเองเข้าหาสังคม เป็นทางเลือกที่ง่ายกว่าการหนีออกจากโลก โดยไม่มีข่ายใยแห่งความสัมพันธ์ การอยู่ในโลกและสังคมแห่งความสัมพันธ์จึงเป็นการเปิดรับสิ่งใหม่ ๆ เพื่อให้ตัวตนและสรรพสิ่งดำเนินการสานต่อความสัมพันธ์ในเส้นทางแห่งความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย สิ่งที่เป็นรูปธรรมอย่างยิ่งสำหรับความเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะ ในโลกแห่งความเป็นจริงและสังคมมนุษย์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรู้จักและเข้าใจบทบาท หน้าที่ และการปรับตัวเข้าหากันเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นแนวทางหลักในการสานต่อความสัมพันธ์ในระดับสังคมเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดโลกทัศน์และความหมายรวมเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการที่กำหนดบทบาทหน้าที่และทิศทางการทำงานในสังคม เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของคนส่วนใหญ่ในสังคม ดังนั้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การหาแนวร่วมที่จำเป็นต่อการพัฒนาแบบบูรณาการ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้และสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการทำงานร่วมกัน

3.4.5 ผลสัมฤทธิ์ของความเป็นเครือข่าย

ในกระบวนการทำงานของเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่ได้รับนอกจากผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ความร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ผลสัมฤทธิ์ของความเป็นเครือข่ายที่ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาที่ต่อเนื่องมีดังนี้

3.4.5.1 เกิดกระบวนการเรียนรู้ ไม่ว่าจะเป็นปัจเจกบุคคลและผู้ที่เข้ามาดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายสิ่งหนึ่งที่ถือว่า เป็นกระบวนการเรียนรู้ เป็นทุนภายในตัวเองช่วยให้บุคคลและองค์กรได้มีการปรับตัวแสวงหาความรู้ใหม่ วิธีการใหม่ และแนวร่วมใหม่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลให้การทำงานในด้านต่าง ๆ ของเครือข่ายมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3.4.5.2 การเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา กลุ่มเครือข่ายจำนวนไม่น้อย พยายามผลักดันแก้ไขปัญหภายในกลุ่มองค์กรของตน แต่ส่วนหนึ่งไม่ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากปัญหาที่ประสบอยู่นั้นเป็นปัญหาที่สลับซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับกลุ่มองค์กรอื่นหรือปัญหาอื่น ๆ การรวมกลุ่ม และการประสานงานกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นการเพิ่มโอกาสในการแก้ไขปัญหา เพราะเป็นการระดมความคิดเห็น และความร่วมมือจากฝ่ายต่าง ๆ ที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งถ้าไม่มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายแล้ว โอกาสในการแก้ปัญหาย่อยไม่ได้รับการตอบสนองเพราะขาดแนวร่วมในการดำเนินงาน

3.4.5.3 เกิดการพึ่งพาตนเอง เมื่อเครือข่ายมีกระบวนการทำงานที่เข้มแข็งและสามารถแก้ไขปัญหของเครือข่ายได้แล้ว เครือข่ายและสมาชิกในเครือข่ายสามารถพึ่งพาตัวเองได้ เป็นทั้งการพึ่งพาในเรื่องของทุน ทรัพยากร ความรู้ และการจัดการ ที่นำไปสู่การพัฒนาสังคมและการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายที่ต่อเนื่อง

3.4.5.4 เกิดการจัดการทรัพยากรท้องถิ่น ในสังคมไทยเครือข่ายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มักเป็นเครือข่ายในเชิงพื้นที่ ที่ภาคประชาชนได้ร่วมกันก่อตัวขึ้นโดยมองเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะการจัดการทรัพยากร หากไม่มีการรวมกลุ่มกัน กระบวนการดังกล่าวอาจไม่เกิดขึ้น และสุดท้ายก็กลายเป็นปัญหาที่ยากต่อการแก้ไข ดังนั้น การรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายจึงถือได้ว่าเป็นความสำเร็จของเครือข่าย ในการพัฒนาและจัดการกับทรัพยากรในท้องถิ่น ซึ่งเครือข่ายเพื่อการจัดการทรัพยากรในท้องถิ่นนี้มีพลังขับเคลื่อนในหลาย ๆ พื้นที่

3.4.5.5 เกิดกระบวนการผลักดันเชิงนโยบาย ปัจจุบันประเด็นปัญหาสาธารณะสามารถนำไปสู่ข้อยุติด้วยพลังของเครือข่ายและการจัดการในเชิงนโยบาย กระบวนการดังกล่าวเป็นพลังของเครือข่ายในการร่วมผลักดันประเด็นปัญหาในเชิงนโยบาย เพราะปัญหามีความเกี่ยวข้องกับหลายฝ่าย ซึ่งบางครั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาคด้วยพลังของเครือข่ายและชุมชนท้องถิ่นได้ การเชื่อมประสานกับเครือข่ายและภาคีอื่น ๆ ทำให้เครือข่ายมีอำนาจในการต่อรองที่สูงขึ้น และถ้ามีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูล และเสนอข้อเท็จจริงอย่างถูกต้องแล้ว กระบวนการนั้นจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหายั่งยืน

3.4.5.6 เกิดอำนาจหรือพลังอำนาจ ที่แฝงอยู่เกิดขึ้นจากการรวมตัวของกลุ่มองค์กรและเครือข่าย อำนาจหรือการต่อรองนี้ไม่มีการเกิดขึ้นได้หากไม่มีการรวมกลุ่มองค์กรต่าง ๆ เข้าด้วยกัน พลังอำนาจของการรวมกลุ่มอาจไม่ส่งผลที่เป็นรูปธรรมโดยตรงแต่เป็นพลังหรือประโยชน์

ในทางอ้อมที่บรรดากลุ่มหรือเครือข่ายอื่น ๆ ให้ความเกรงใจและสามารถนำมาเป็นการต่อรอง ในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองได้

ผลสัมฤทธิ์ของเครือข่ายดังกล่าว นั้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความสำเร็จที่เครือข่ายส่วนใหญ่ได้รับแต่สิ่งที่มีความสำคัญต่อความเป็นเครือข่ายมากกว่าผลสำเร็จในทางตรง คือ ความสามัคคีที่มีต่อกันของสมาชิกและผู้คนในสังคม ดังนั้นไม่ว่า เครือข่ายจะมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายของตนเองอย่างไร สิ่ง que ทุกเครือข่ายควรดำเนินการอย่างยิ่ง คือการสร้างความเป็นมิตรภาพและการพึ่งพาอาศัยกัน ซึ่งปัจจัยทั้งสองประการดังกล่าว ช่วยให้งานและภารกิจของเครือข่ายบรรลุผลสำเร็จตามที่คาดหวัง

3.4.6 พัฒนาการของเครือข่ายในสังคมไทย

ในสังคมไทยกระบวนการทำงานที่เริ่มต้นจากจุดเล็กๆ กลุ่มคนไม่กี่คนในบางพื้นที่ บางท้องถิ่นอาจขยายเป็นหน่วยใหญ่จนกลายเป็นเครือข่ายที่เชื่อมโยงนั้นเป็นสิ่งที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไป เช่น การรวมกลุ่มของเกษตรกรเป็นเครือข่ายเกษตรกร การรวมตัวเป็นเครือข่ายทางธุรกิจของกลุ่มธุรกิจเอกชนที่ดำเนินการในลักษณะของหุ้นส่วน การประสานผลประโยชน์ต่างตอบแทนผ่านขบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการผสมผสานกระบวนการทำงานตามฐานคิดของเครือข่าย ทำให้กลุ่มบุคคลในสังคม ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ธุรกิจเอกชน และภาคประชาชนตระหนักและมองเห็นความจำเป็นในการที่ใช้พลังของกลุ่ม และเครือข่ายเป็นเครื่องมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เครือข่ายที่เกิดขึ้นในประเทศไทย มีด้วยกัน 4 ลักษณะ คือ

3.4.6.1 เครือข่ายภาคประชาชน เป็นการรวมตัวของภาคประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะในชุมชนชนบท เป็นการรวมของปัจเจกบุคคล กลุ่มคน โดยอาศัยวัฒนธรรมชุมชน กระบวนการการทำงานร่วมกับภาคีอื่น ๆ ผ่านระบบเทคโนโลยี เป็นเครื่องหนุนเสริมให้เกิดการรวมตัว โดยเครือข่ายภาคประชาชน เกิดขึ้นทั้งจากการเห็นความจำเป็นในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหา เกิดจากการเรียนรู้และการถ่ายทอดประสบการณ์ร่วมกันเป็นกระบวนการที่เกิดตามธรรมชาติ และเกิดขึ้นจากการส่งเสริมของหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่ต้องการเห็น องค์กร ชุมชน และสังคม มีความเข้มแข็งมีศักยภาพในการพัฒนาตนเอง ตามวัตถุประสงค์ และ เป้าหมายของภาครัฐหรือหน่วยงานนั้น ๆ ตั้งไว้

3.4.6.2 เครือข่ายของภาครัฐ ด้วยความเป็นรัฐจึง มีความจำเป็นอย่างยิ่งต้องพัฒนาและสร้างความมั่นคงให้กับประเทศชาติ ภาครัฐจึงเป็นพลังขับเคลื่อนสังคมให้ดำเนินไปตามนโยบายอย่างเป็นระบบ แต่ด้วยระบบที่มีมาอย่างยาวนานได้สร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจและการรวมศูนย์ที่ยากแก่การนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เพราะการวางรากฐานที่มาจากผู้ที่มี

อำนาจ การสร้างอำนาจนิยมของภาครัฐดังกล่าว ได้กลายเป็นการสะสมปัญหาเชิงโครงสร้างให้เกิดขึ้นต่อกระบวนการพัฒนาสังคมไทย อย่างไรก็ตาม ในระยะต่อมาภาครัฐเองได้มีการปรับตัว และปฏิรูปกระบวนการทำงานโดยสนับสนุนกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การส่งเสริมให้ภาคประชาชนมีการรวมกลุ่ม เป็นเครือข่ายและมีการปรึกษาหารือกัน โดยผ่านช่องทางด้านกฎหมายและกระบวนการทำงานในลักษณะของงานด้านการพัฒนาชุมชนที่ภาครัฐเป็นผู้ให้แนวคิด กระบวนการทำงานมากกว่า กระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ของภาคประชาชน และการส่งเสริมความเป็นเครือข่ายของภาครัฐที่มีหลากหลายประเภทตามโครงสร้างและการกิจของหน่วยงาน แต่ส่วนใหญ่เป็นการจัดตั้งมากกว่าเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของภาคประชาชน เช่น เครือข่ายสถาบันการศึกษา เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน และเครือข่ายหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ เป็นต้น กลุ่ม องค์กร เครือข่าย ที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้งจากภาครัฐเหล่านี้ ส่วนใหญ่มุ่งเน้น กระบวนการพัฒนาและการเข้าไปส่งเสริมการทำงานในระดับชุมชน อำเภอ และจังหวัด โดยเป็นการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างภาครัฐกับภาคประชาชนที่มีลักษณะแนวดิ่ง จากบนลงล่าง และ แนวนอน คือ การทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่ เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ ขาดการวางแผนร่วมกันระหว่างชาวบ้านและรัฐ ดังนั้น กลุ่ม องค์กร เครือข่ายของรัฐ หรือ โครงการต่าง ๆ ที่ภาครัฐสนับสนุนเหล่านี้ เมื่อโครงการตามภารกิจนั้น ๆ สิ้นสุดลง ความสัมพันธ์และความต่อเนื่อง รวมทั้ง การเรียนรู้สิ้นสุดลงด้วยเช่นกัน จึงมีความไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถพัฒนาเป็นเครือข่ายที่ยั่งยืน จากสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงได้มีการปรับตัวในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น โดยปัจจุบันมีองค์กรอิสระใหม่ของรัฐเกิดขึ้นเพื่อมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ เช่น สถาบันพระปกเกล้า กองทุนหมู่บ้าน แสดงให้เห็นว่า ภาครัฐมีแนวทางในการขับเคลื่อนสังคมร่วมกับภาคประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสมกับสถานการณ์มากขึ้น ข้อดีของเครือข่ายภาครัฐ คือ การเสริมสร้างมวลชนบนพื้นฐานแห่งความมั่นคงของชาติและการส่งเสริมการพัฒนาที่ตอบสนองต่อนโยบายของรัฐและการพัฒนาประเทศในภาพรวมโดยมีระบบการจัดการที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของตนเอง รวมทั้งมีแนวทางการขับเคลื่อนสังคมด้วยกิจกรรมที่หลากหลายตามภารกิจของกระทรวง และกรมกองต่าง ๆ ขณะที่ข้อจำกัด คือ กระบวนการดำเนินการ เช่น เป็นการวางแผนที่มีได้มาจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ขาดความยืดหยุ่นในกระบวนการทำงาน ขาดการกระจายความรับผิดชอบให้กับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริงและขาดการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในสังคมรวมทั้งปัญหาการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่บางส่วน

3.4.6.3 เครือข่ายภาครัฐกิจเอกชน ในภาครัฐกิจเอกชน การประสานผลประโยชน์ เพื่อลดต้นทุนการผลิตและเพิ่มค่าตอบแทน เป็นสิ่งที่ภาครัฐกิจเอกชนได้ดำเนินอยู่เสมอ ภายใต้วรร่วมมือในฐานะความเป็นหุ้นส่วนต่อกันทั้งในรูปแบบของความร่วมมือในการผลิต การค้า

ขาย การประสานผลประโยชน์ และการรวมพลังเพื่อพัฒนาสังคม โดยเครือข่ายในภาคธุรกิจส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวของกลุ่มผู้ทำงานในธุรกิจประเภทเดียวกัน รวมกันเป็นเครือข่ายภาคธุรกิจ เช่น สมาหกรณ์ค้า สมาหอุตสาหกรรมและเครือข่ายองค์กรธุรกิจเอกชนอื่น ๆ ที่ภาครัฐส่งเสริม เช่น สมาคมผู้ส่งออก สมาคมผู้ประกอบการค้า เป็นต้น โดยเครือข่ายภาคธุรกิจเหล่านี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประสานผลประโยชน์และการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของการดำเนินการทางธุรกิจ และการคืนกำไรให้กับสังคม แสดงถึงความสามัคคีร่วมกันรักษาผลประโยชน์ทางธุรกิจ การพัฒนาสังคมในด้านอื่น ๆ ภาคธุรกิจเอกชนต้องมีการปรับตัว เพื่อสังคม สามารถรับใช้ และคืนประโยชน์ให้กับสังคมมากขึ้น โดยพัฒนากระบวนการทำงานร่วมกับภาครัฐ และภาคประชาชน ในลักษณะการเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเช่น เครือข่าย วิชากิจขนาดกลางและขนาดย่อม (Small and Medium Enterprises: SMEs) เพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ เครือข่ายธุรกิจ เพื่อปฏิรูปการศึกษา เป็นต้น

3.4.6.4 เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) เป็นอีกภาคส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคม โดยพัฒนามาจากการช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมขององค์กรระหว่างประเทศที่เข้ามาสนับสนุนกระบวนการทำงานและการเรียนรู้ของภาคประชาชน แล้วสนับสนุนให้องค์กรและภาคประชาชนจัดการประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม เพื่อร่วมคลี่คลายปัญหา แสวงหาแนวทางการแก้ปัญหาที่หลากหลายและเสนอทางเลือกในการพัฒนาประเทศ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพ ที่สำคัญ คือ พัฒนาความสามารถพึ่งพาตนเอง ลักษณะงานขององค์กรพัฒนาเอกชนเน้นการเสริมสร้างกระบวนการพัฒนา สร้างจิตสำนึก รวมกลุ่ม เผยแพร่กระบวนการมีส่วนร่วม ภาคประชาชนโดยมีขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างต่อเนื่องตามภารกิจที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา เครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนจึงเป็นองค์กรที่ให้การสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ เป็นฐานทุนให้กับภาคประชาชน บางเครือข่ายต้องพึ่งพาทุนจากต่างประเทศที่นำมาซึ่งความสงสัยในกระบวนการทำงาน เช่น เครือข่ายสิทธิมนุษยชน เครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ เป็นปรากฏการณ์ที่มีในสังคมไทย เป็นพลังขับเคลื่อนให้ภาคประชาชนตื่นตัวและปรับตัวพัฒนาตนเอง ตามความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร ระบบการสื่อสาร และการทำงานในสิ่งที่ตนเองถนัด ด้วยการสนับสนุนในด้านวิชาการของสถาบันการศึกษา ทำให้เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนสร้างพื้นที่ทางสังคมให้กับตนเองและให้ภาคประชาชนได้มุมมองและทางเลือกในการพัฒนา ที่มีความหลากหลาย จุดแข็งของภาคองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การมุ่งมั่นเสนอทางเลือกต่าง ๆ ของการพัฒนาสังคม ส่งเสริมให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศ ตามความสามารถที่ตนเองถนัด ตามข้อจำกัดของงบประมาณ บางครั้งการแสดงบทบาทดำเนินการที่ขาดจิตสำนึกของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่ม หรือขัดผลประโยชน์ต่อกลุ่มอิทธิพล ทำให้กระบวนการทำงานอาจเป็นที่สงสัยเคลือบแคลงของประชาชน ทำให้ขาดการยอมรับได้

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในภาพรวมของเครือข่ายต่าง ๆ เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่ยืนยันว่า การใช้พลังเครือข่ายช่วยให้เกิดการขับเคลื่อนทางสังคมและสามารถแก้ไขปัญหาได้ และที่สำคัญคือ ควรมีความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง และมอบหมายให้ภาคใดภาคหนึ่งมิได้ เพราะความเป็นเครือข่ายต้องเชื่อมโยงกระทำการกิจกรรมร่วมกัน ดังนั้น กระบวนการพัฒนาในรูปแบบของเครือข่าย จึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาองค์กร และการพัฒนาสังคม ความเป็นเครือข่ายใช้หลักของ ความไว้วางใจ ความสามัคคี และการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เครือข่ายจะประสบผลสำเร็จมิได้ ถ้าขาดการทำการกิจ และการประสานงานผลประโยชน์ร่วมกัน ฉะนั้น เครือข่ายต่าง ๆ ต้องรักษาสัมพันธ์ภาพ และรักษาผลประโยชน์ร่วมกันอย่างต่อเนื่องบนพื้นฐานของความเท่าเทียม

3.5 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอในด้านเนื้อหา การกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รูปแบบความร่วมมือทางการแพทย์ และการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลที่ดำเนินงานในภูมิภาคต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.5.1 การศึกษาเกี่ยวกับการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ

การกำหนดนโยบาย (Policy formulation) คำว่า Formulation ตามความหมายใน Webster's New International Dictionary หมายถึง “Act or result of formulating” คือการกระทำหรือผลที่เกิดจากข้อกำหนด เฟรดริช (Friedrich, 1963) กล่าวว่านโยบายคือ ข้อเสนอสำหรับแนวทางการดำเนินงานของบุคคล กลุ่มบุคคล หรือรัฐบาล ภายในสภาพแวดล้อมแบบหนึ่งซึ่งมีอุปสรรคและโอกาสบางประการ ด้วยอุปสรรคและโอกาสนี้จึงผลักดันให้มีการเสนอนโยบายขึ้นมาเพื่อประโยชน์ และเอาชนะสภาพการณ์ ซึ่ง อีสตัน (Easton, 1969, pp. 1051-1061) ให้ความเห็นว่า เป็นการจัดสรรผลประโยชน์ หรือ สิ่งที่มีคุณค่าระหว่างปัจเจกชน และกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ในระบบสังคมการเมือง แต่ชาร์คานซี (Sharkansy, 1970) ว่าเป็น กิจกรรมต่าง ๆ ที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐจัดทำขึ้นขณะที่ ลาสเวล และแคปตัน (Lasswell & Kaplan, 1970) พบว่าเป็น แผนหรือโครงการที่กำหนดขึ้นรวมทั้ง เป้าหมาย สิ่งที่มีคุณค่า และแนวการปฏิบัติทำนองเดียวกัน แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975) กล่าวว่า เป็นแนวทางปฏิบัติที่กำหนดขึ้นเพื่อสนองตอบต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น หรือแนวทางที่รัฐบาลหรือองค์กรของรัฐบาลกำหนดขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาตนเอง

และดาเย (Dye, 1984, 1987, 1992, 2002) ได้นิยามว่า สิ่งใดก็ตามที่รัฐบาลเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำ

สำหรับการกำหนดนโยบาย ประชุม รอดประเสริฐ (2539) พบว่า มาจากศัพท์ Policy Formulation เป็นการนำเอาทางเลือก หรือทางออกของนโยบายที่เป็นรูปร่างแน่นอนชัดเจนแล้ว จัดเป็นโครงสร้าง หรือรูปแบบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการไปปฏิบัติให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ และกำหนดเป็นลักษณะวิธีได้ 2 แบบ ที่สำคัญ ๆ คือ แบบที่กำหนดในลักษณะเป็นแนวทางกว้าง ๆ (blessing) และแบบที่กำหนดจำเพาะกรณี (indicative) หรือเฉพาะเรื่อง อุทัย บุญประเสริฐ (2527) วิเคราะห์การกำหนดนโยบายอาจกำหนดได้ทุกระดับชั้นของ องค์การ เช่น นโยบายระดับประเทศ (national) ซึ่งเป็นนโยบายส่วนรวม นโยบายระดับสาขางาน (sector) นโยบายระดับภาค (regional) ระดับหน่วยงาน (institutional) และระดับสาขางาน หรือหน่วยงาน นโยบายยังอยู่ใกล้ระดับปฏิบัติการ (operation unit) มากเพียงใด ลักษณะนโยบายมีแนวโน้มไปทางด้านนโยบายแบบจำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ข้อความที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการและแสดงลักษณะเฉพาะ เป็นแนวทางให้หน่วยปฏิบัติสามารถเข้าใจได้อย่างชัดเจน ว่าควรเลือกดำเนินในแนวทางใด ไม่ให้ดำเนินการในลักษณะใด ทั้งนี้เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (สุรางคนา มัณยานนท์, 2537, หน้า 46)

เฟรดริก (Fredrich, 1963, p. 79) ค้นพบว่า ปัจจัยสนับสนุนในการกำหนดนโยบาย ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญ 2 ประการ คือ ปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายในได้แก่ คน เงิน วัสดุ อุปกรณ์ และวิธีการในการกำหนดนโยบาย หากขาดปัจจัยภายในแม้เพียงอย่างเดียว นโยบายก็ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ และปัจจัยภายนอกได้แก่สภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ ทางสังคม หรือ แม้แต่สภาพดินฟ้าอากาศ ซึ่งมีผลกระทบต่อการกำหนดนโยบายเป็นอย่างมาก หากสภาพแวดล้อมด้านใดด้านหนึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรง นโยบายอาจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย หรือไม่อาจกำหนดขึ้นมาได้ทั้งนี้ กุลธนา ธนาพงศ์ธร (บรรณาธิการ, 2522, หน้า 345-361) ได้จำแนกแกนปัจจัยที่ใช้พิจารณา เพื่อการกำหนดนโยบายเป็น 2 ประเภทคือ ปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐาน หมายถึงสิ่งใด ๆ ที่ผู้มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายต้องคำนึงถึงอยู่ตลอดเวลา หากไม่คำนึงถึงแล้ว นโยบายที่กำหนดขึ้นอาจไม่สามารถปฏิบัติได้ หรือขาดความถูกต้องสมบูรณ์ ที่สำคัญคือ (1) ปัจจัยที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดนโยบายประเภทใดก็ตามผู้กำหนดนโยบายต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ขององค์การเป็นสำคัญ (2) ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้กำหนดนโยบาย วิธีการ หรือกระบวนการในการดำเนินนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายต้องรู้ตนเองว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ (3) ปัจจัยที่เกี่ยวกับข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ หากข้อมูลหรือเอกสารที่ได้ขาดข้อเท็จจริงย่อมทำให้นโยบายมีความผิดพลาด เกิดความเสียหายต่อองค์การและหน่วยงานอย่างที่สุด

ผู้กำหนดนโยบายต้องกรองข่าวสาร และข้อมูลอย่างละเอียดรอบคอบ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมหมายถึง สิ่งแวดล้อมในสังคมที่ผู้กำหนดนโยบายต้องคำนึงถึง เพราะมีผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม

ในการนำ ทฤษฎีระบบมาสนับสนุนการศึกษานโยบาย ประชุม รอดประเสริฐ (2543, หน้า 66) นิยามระบบ คือ องค์ประกอบของสรรพสิ่งที่รวมตัวกันอย่างเป็นเอกภาพ โดยแต่ละองค์ประกอบต่าง ปฏิบัติภาระหน้าที่ของตน เป็นการปฏิบัติภาระหน้าที่อย่างมีรูปแบบและมี ขั้นตอนเป็นการเฉพาะและ ได้รวบรวมความหมายของระบบที่นักวิชาการอื่น ๆ ได้อธิบายไว้ว่า ระบบคือ ความสัมพันธ์ที่ผสมผสานเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของส่วนต่าง ๆ ภายในระบบเพื่อทำหน้าที่ร่วมกัน ซึ่งสอดคล้องกับ คำอธิบายของ ลูคัส (Lucas, 1974) ว่าระบบ หมายถึง ชุดองค์ประกอบขององค์กรที่มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และกัน มีการพึ่งพาอาศัยกัน และมีการผสมผสานกันในการปฏิบัติงาน ดังนั้น หากอาศัยรูปแบบทาง รัฐศาสตร์เป็นเครื่องมือช่วยในการวิเคราะห์นโยบายด้วยทฤษฎีระบบ (system theory) ซึ่งเควิด อิสตัน เป็นผู้บุกเบิกการวิเคราะห์การเมือง อิสตัน (Easton, 1965, p. 147) ให้ความหมายของระบบว่าเป็นกลุ่มของตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันและพิจารณาว่านโยบายเป็นการตอบสนองอย่างหนึ่งของระบบการเมืองที่ได้รับอิทธิพลต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมที่เรียกร่องต่อระบบนั้น กิจกรรมที่อยู่ในเขตแดนของระบบการเมืองคือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรสิ่งที่มีคุณค่าเพื่อสังคมโดยมีอำนาจบังคับให้มีการปฏิบัติตามการจัดสรร สรุปได้ว่าการอาศัยทฤษฎีระบบแสดงให้เห็นถึงกระบวนการนโยบายซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม โดยระบบจะมีปัจจัยนำเข้า จากสิ่งแวดล้อมกระบวนการ แปลงปัจจัยนำเข้าไปเป็นผลผลิตไปสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เห็นภาพของกระบวนการนโยบายได้ชัดเจน

สำหรับด้านกระบวนการนโยบาย ลาสเวล และแคปแลน (Lasswell and Kaplan, 1970, p. 71) ให้ความหมาย คือ การกำหนดนโยบาย การประกาศใช้ การนำไปปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ และคำนึงถึงความสัมพันธ์ในความร่วมมือที่เกิดจากการยอมรับอนาคต ดาย (Dye, 2002) กล่าวว่า กระบวนการนโยบายเป็นขั้นตอนกิจกรรมทางการเมืองที่ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นระบุปัญหา เป็นขั้นตอนที่มีการแสดงออกถึงความต้องการต่าง ๆ ที่เรียกร้องการกระทำของรัฐบาล ขั้นการจัดทำข้อเสนอนโยบาย เป็นขั้นตอนที่มีการจัดระเบียบวาระเพื่อให้มีการอภิปรายกันอย่างกว้างขวาง และจัดทำข้อเสนอแผนงาน
2. ขั้นประกาศเป็นนโยบาย เป็นขั้นตอนที่มีการคัดเลือกข้อเสนอ นโยบายเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางการเมือง และการประกาศใช้นโยบาย
3. ขั้นการดำเนินการตามนโยบาย เป็นขั้นตอนของการจัดหน่วยงานรับผิดชอบ จัดทำค่าใช้จ่ายหรือบริการที่จำเป็นให้และ

4. ขั้นประเมินผล เพื่อเสนอแนะแนวทางการเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงต่อไป

จากขั้นตอนกระบวนการนโยบายของโรมัส ดาย จะเห็นได้ว่า ขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดนโยบายขึ้นพร้อมทั้งประกาศเป็นนโยบายส่วนในขั้นที่ 4 เป็นการนำนโยบายไปปฏิบัติและขั้นที่ 5 เป็นขั้นประเมินผลนโยบาย แต่ ชาร์กานสกี (Sharkanski, 1970, p. 3) ได้ลดขั้นตอนให้เหลือเพียง 3 ขั้นคือ การกำหนดนโยบาย (the formulation) การอนุมัตินโยบาย (approval) และการนำนโยบายไปปฏิบัติ (implementation)

ในลักษณะเดียวกัน ลินบลอม (Lindblom, 1968, p. 4) จำแนก การกำหนดนโยบายเป็น 4 ขั้น คือ

1. ขั้นการค้นหาปัญหาโดยค้นหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดขึ้นจากอะไร และมีวิธีการหรือมาตรการแก้ปัญหานั้น ๆ ได้อย่างไร แล้วจึงกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา
2. การบ่งชี้เป้าหมายของนโยบาย เป็นการตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหานั้น ๆ
3. การรวบรวมทางเลือกนโยบายที่คาดว่าจะบรรลุเป้าหมายได้ และ
4. การกำหนดนโยบาย ผู้กำหนดนโยบายจะเลือกนโยบายที่ดีที่สุดจากบรรดาทางเลือกนโยบายต่าง ๆ ที่มีอยู่

แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975, p. 55) ได้กล่าวถึงการกำหนดนโยบายว่าประกอบไปด้วยสาระสำคัญ 4 ประการคือ การรวบรวมปัญหา การเสนอร่างนโยบาย การเลือกทางเลือกเพื่อตัดสินใจนโยบาย และการประกาศใช้เป็นนโยบาย ซึ่งคล้ายกับที่ โบเยอร์ (Boyer, 1971, p. 120) ได้จำแนกกระบวนการกำหนดนโยบายออกเป็น 5 ขั้นตอน คือ การเสนอความคิดริเริ่ม การยกร่างนโยบายขึ้นสู่การเข้ามามีส่วนร่วมของสาธารณชน การยกร่างนโยบาย และการประเมินทบทวน ต่อมา ดูน (Dunn, 1981, pp. 44-50) ได้ เน้นถึงความสำคัญและความสัมพันธ์ของข้อมูล ในกระบวนการนโยบายโดยเฉพาะไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1. การกำหนดโครงสร้างของปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขเพื่อให้การจำแนกและระบุปัญหาได้ชัดเจน
2. การตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและผลของนโยบายที่ผ่านมา
3. การทำลายสภาพแวดล้อมและผลลัพธ์ของชุดการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสำหรับทางเลือกที่จะก่อให้เกิดผลเสีย ซึ่งต้องใช้ความรู้จากสาขาวิชาการต่าง ๆ มากมายเพื่อประกอบการตัดสินใจ

4. การกำหนดทางเลือกนโยบายเพื่อนำไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของทางเลือกและสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่ปรากฏอยู่ โดยพิจารณาถึงทางเลือกที่จะนำไปใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ทางการเมือง สภาพแวดล้อมและค่านิยมของผู้ตัดสินใจ

5. การจัดทำนโยบายนาเจล (Nagel, 1983, editor, p. 7) กล่าวว่า มีขอบข่ายครอบคลุม 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ การประเมินผลนโยบายและ การวิเคราะห์ผลนโยบายย้อนกลับ

กุลชน ธนาพงศธร (2522, บรรณาธิการ, หน้า 247-249) ได้เสนอกระบวนการกำหนดนโยบายว่า มี 7 ขั้นตอนคือ

1. การพิจารณาถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ต้องการแก้ไข
2. การเสนอความคิดริเริ่ม
3. การค้นหา รวบรวมข่าวสารข้อมูลและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย

4. การยกร่างนโยบายเบื้องต้น
5. การแก้ไขเปลี่ยนแปลงร่างนโยบาย
6. การกำหนด หรือวางนโยบาย
7. การประกาศใช้นโยบาย

ศุภชัย ขาวะประภาส (2533, หน้า 34) ได้กล่าวว่าการกำหนดนโยบายนั้นมี 3 ขั้นตอน คือ การระบุประเด็นปัญหา การพัฒนาทางเลือก และการเสนอทางเลือก ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนของการกำหนดนโยบายนั้นก่อให้เกิดกฎหมาย พระราชบัญญัติ นโยบายในรูปแบบอื่นข้อความทั่วไปเกี่ยวกับเป้าหมาย แนวดำเนินการ และผลที่คาดหวัง

จากกระบวนการกำหนดนโยบายของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้น พบว่าขั้นตอนการกำหนดนโยบายที่นักวิชาการดังกล่าวเห็นสอดคล้องกันมากมี 6 ขั้นตอนซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. การระบุปัญหาเป็นขั้นตอนการศึกษาถึงปัญหาและค้นหาสาเหตุของปัญหานั้น ๆ ว่าเกิดจากอะไร ตลอดจนหาวิธีการแก้ปัญหานั้น ๆ
2. การริเริ่มนโยบายเป็นขั้นตอนการเสนอแนะความคิดเห็น ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการกำหนดนโยบายขึ้นมา
3. การรวบรวมข้อมูลข่าวสารเป็นขั้นตอนการค้นหารวบรวมข้อมูลข่าวสารจากประเด็นปัญหาเพื่อนำมาเป็นประเด็นในการกำหนดนโยบาย

4. การเสนอทางเลือกเป็นขั้นตอนการหาแนวทางเลือกหลาย ๆ แนวทาง เพื่อวิเคราะห์หาทางเลือกที่ดีที่สุด โดยพิจารณาจากการเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารว่าสามารถที่จะเสนอทางเลือกใดบ้างเพื่อนำมาแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด

5. การยกร่างนโยบายเป็นขั้นตอนการพยายามกำหนดแนวทางที่จัดทำนโยบาย ว่าควรเป็นไปในรูปแบบใด และกำหนดมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายโดยอาจขอประชามติหรือจัดประชุมเพื่อขอความเห็นชอบก่อนประกาศใช้เป็นนโยบายต่อไป

6. การประกาศใช้นโยบาย

การกำหนดนโยบายด้านภาษีโดย แมคนามารา (McNamara, 1998) ที่ให้สังคมมีส่วนร่วมสร้างปรากฏการณ์สำนึกในหน้าที่พัฒนาพฤติกรรมของผู้ประกอบการ ผู้มีรายได้ให้มีความเข้าใจเรื่องที่รัฐต้องใช้อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาประเทศ ในด้านการใช้เทคโนโลยีมีลดีมีเดีย อับดุล วาฮาบ อะมิรุดีน (Abdul Wahab, 2004) ได้ศึกษาการกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านไอทีโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการวิเคราะห์เนื้อหาในฐานคิดว่าไอทีมีบทบาทสำคัญมากในด้านการวิภาคการทำงานของรัฐ เหตุการณ์ก่อการร้ายในสหรัฐได้ทำให้ มลรัฐนิวยอร์ก ยกวาระปัญหาเพื่อกำหนดนโยบายสาธารณะด้านความปลอดภัยหลังเหตุการณ์ 11 กันยายน งานวิจัยเชิงคุณภาพอีกชิ้นของแฮกเกอร์ (Hacker, 2006) ที่ศึกษาการกำหนดนโยบายสาธารณะและการนำไปใช้พบช่องว่างที่ผู้ปฏิบัติไม่ต้องการนโยบายที่ตนคิดว่าไม่เหมาะสมให้มีการบังคับใช้เช่นกรณีกฎหมายทารกแรกคลอดของ มลรัฐมิชิแกนจากการเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่าในกรอบเนื้อหาด้านศีลธรรมสร้างความขัดแย้งเชิงความคิดระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติเมื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ

ด้านการประเมินการกำหนดนโยบายวิชาการของโรงเรียนมัธยม ในมลรัฐเท็กซัสและการประยุกต์ใช้นโยบาย ซึ่ง ไฮดีแมน (Heidemann, 2010) ได้ทำการศึกษาโดยสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานศึกษาพบว่า นโยบาย ผู้กำหนดและสถานที่เป็นการก่อรูปที่กำหนดให้สถานศึกษาร่วมมือเป็นส่วนในการบริหาร พัฒนาระบบร่วมกัน ในการฟื้นฟูหลักสูตรการเรียนของมลรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา อลิซาเบธ (Elizabeth, 2009) ทำการศึกษาผ่านการทบทวนวรรณกรรมกระบวนการที่ใช้ในการกำหนดนโยบายการฟื้นฟูหลักสูตรระดับมัธยมใหม่ของมลรัฐออนตาริโอพบว่ากระบวนการนโยบายต้องสร้างทางเลือกที่หลากหลายให้แก่สังคมในการมีบทบาทวิภาคถึงแนวการปรับหลักสูตรใหม่ ในระดับอุดมศึกษา วอกเกอร์ (Walker, 2003) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงและความขัดแย้งของการกำหนดนโยบายมหาวิทยาลัยนอร์ท ประเทศแอฟริกาใต้ ในการสนองความต้องการของ 5 ชนกลุ่มของแอฟริกาที่เข้ามามีอิทธิพลในกระบวนการนโยบายโดยการใช้โมเดลการเมืองกับโครงสร้างทางสังคมที่เป็นแรงผลักดันตัดสินใจใช้นโยบาย ลักษณะที่คล้ายกัน ยามาเดะ (Yamada, 2003) ศึกษาการใช้การเมืองในการเจรจาผลประโยชน์และยกระดับวาระปัญหาด้านการกำหนดนโยบายการศึกษาในกลุ่มประเทศ

อาณานิคมอังกฤษ ซึ่งกลุ่มมิชชันนารีมีบทบาทหลักในการปกป้องสถานศึกษาในเครือ คริสตจักร กลุ่มเหล่านี้เป็นกลุ่มชนชั้นสูงในจักรวรรดิอังกฤษขณะที่ชนผิวดำต้องการระบบการศึกษาที่เป็นอิสระ ซึ่งอิทโคเนน (Itkonen, 2004) ศึกษา กลุ่มผลประโยชน์ที่มีบทบาทพิเศษในการกำหนดนโยบายการศึกษา เขาได้ทำการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างเป็นระบบสัมภาษณ์ชนชั้นพิเศษแล้วทำการวิเคราะห์แบบสามเส้าพบว่าแกนหลักสำคัญของการกำหนดนโยบายการศึกษาคือการสร้างสมดุลของนโยบายให้เป็นสิทธิพลเมืองประสานกับโครงสร้างทางด้านวัฒนธรรมท้องถิ่น ในการกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติ เค็นเคล (Kenkel, 2005) ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของรัฐในการกำหนดนโยบายโดยเปิดกว้างสู่สาธารณะเพื่อรวบรวมข้อเท็จจริงในการกำหนดนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของท้องถิ่น คาทาลดี (Cataldi, 2004) ศึกษา นโยบายการเรียนรู้วิชาศิลปะตามทฤษฎีของฟูโกต์ทำให้ทราบถึงการกำหนดทิศทางหลักสูตรหลักเป็นกระบวนการที่สนับสนุนการรวมแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากนโยบาย ในประเด็นการเบี่ยงเบนทางเพศ ฮาร์วี (Harvey, 2003) อธิบายถึงกระบวนการกำหนดนโยบายสำหรับสถานศึกษาในกลุ่มนักเรียนรักร่วมเพศหรือนักศึกษาที่มีปัญหาทางเพศเช่น เกย์ เลสเบียน หรือกลุ่มแปลงเพศ (Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender: GLBT) ที่ร่วมผลักดันปัญหาให้มีการกำหนดเป็นนโยบายให้มีการตั้งสถานการศึกษาเฉพาะกลุ่มรองรับ

งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนานโยบาย เช่น การพัฒนานโยบายสุขภาพจิตในออสเตรเลียของทาวน์เซนด์ (Townsend, 2008) การวิเคราะห์นโยบายสาธารณสุขของ ฮิลล์ (Hill, 2004) ที่ได้ทำการวิจัยสำรวจแนวทางในการพัฒนาและนำนโยบายไปใช้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพในกัมพูชา การสำรวจผลกระทบของชุมชนของ สหราชอาณาจักรในนโยบายการให้พยาบาลดูแลสมาชิกที่ป่วยของเชลเลนเบิร์ก (Schellenberg, 2001) พบว่าเด็กที่มีภาวะทุพพลภาพและป่วยเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลจากสถานพยาบาลควรมีนโยบายให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามความต้องการ จากการฟื้นฟูนโยบายสาธารณสุขในประเทศเปรู โดยเฉพาะการสร้างความสะดวกภาคเรื่องเพศ คริสติน่า (Christina, 2001) พบว่าความสำคัญที่รัฐต้องมีการกำหนดนโยบายแยกพิเศษตามที่ประชาชนเรียกร้องเป็นจุดเริ่มให้มีการเรียกร้องการรักษาพยาบาลฟรีให้กับคนจนเปรู ในด้านการฟื้นฟูปัจจุบัน แฮร์ริส (Harris, 2001) พบว่า รัฐสภามีบทบาทเด่นชัดในการเป็นกุญแจสำคัญขององค์ประกอบการกำหนดนโยบายเพราะระดับที่ผ่านการไว้วางใจในที่ประชุมรัฐสภาเป็นตัววัดถึงการอนุมัติให้นำนโยบายไปใช้ จากการวิเคราะห์นโยบายเพื่อพยายามให้มีการพัฒนาการดูแลสุขภาพในสถานกักกันมลรัฐเท็กซัสซึ่ง ชิวเดอร์ส (Childers, 2005) ทำการศึกษาผ่านระบอบกฎหมายยุติธรรมของมลรัฐเท็กซัสด้านการดูแลสุขภาพของสถานกักกันเพื่อปรับสภาพแวดล้อมโดยเน้นปรับปรุงสุขภาพผู้ต้องขังก่อนพ้นโทษให้สามารถกลับสู่สังคมอย่างสมบูรณ์ ด้านผลกระทบการกำหนดนโยบาย

สาธารณสุขของสหรัฐ ออก์เคน (Ogden, 2010) พบว่าระบอบการปกครองแบบสหพันธรัฐเป็นโครงสร้างที่ต้องมีนโยบายและการเมืองที่เฉพาะโดยเน้นความเท่าเทียม คุณภาพและประสิทธิภาพอย่างถ้วนหน้าซึ่งต้องจัดสรรทรัพยากรผ่านโปรแกรมสวัสดิการของรัฐ ด้านรูปแบบการกำหนดนโยบายสิทธิของผู้ป่วย วลัย์กู (Vlaicu, 2003) วิเคราะห์รายละเอียดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ป่วยผ่านกระบวนการกำหนดนโยบายครอบคลุมถึงรูปแบบเฉพาะที่รวมถึงบทบาทของสื่อและความคิดจากสาธารณะ ด้านกระแสนโยบายเรื่องการวิเคราะห์การกำหนดนโยบายชลประทานของอิสราเอลโดย กิลาด (Gilad, 2003) วิเคราะห์กระบวนการกำหนดนโยบายชลประทานของอิสราเอลในช่วง 10 ปี (1990-2000) จนถึงทางตันไม่สามารถปรับปรุงนโยบายได้ จึงหาแนวทางโดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดหาแนวทางการบริหารวิกฤตเรื่องน้ำผลการศึกษาพบว่าการรวมกลุ่มผู้สนับสนุนสร้างบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงนโยบาย

ราฟาเอล (Raphael, 2005) ทำการศึกษาวัฒนธรรมการกำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติในญี่ปุ่นและสหรัฐอเมริกาแม้ทั้งสองประเทศจะเป็นมหาอำนาจทางเศรษฐกิจแต่พบว่าทั้งสองประเทศกลับตระหนักที่ต้องกำหนดนโยบายความมั่นคงแห่งชาติให้สนองความต้องการของภาคประชาชน การเปลี่ยนแปลงนโยบายสวัสดิการของสหรัฐ คินนี่ (Kinney, 2001) ทำการศึกษาการกำหนดนโยบายสวัสดิการแก่ผู้ยากไร้ ซึ่งอาจเทียบเป็นทางเลือกการกุศลอย่างไรก็ตามยังไม่มีการวิจัยใดที่ศึกษากระบวนการการกำหนดนโยบายในกรอบของการกุศล

ในประเทศไทย ชีรธร วัฒนกุล (2549) ได้ศึกษาการกำหนดนโยบายการจัดตั้งสถาบันประกันเงินฝากโดยวิเคราะห์ทั้งการกำหนดนโยบายและรูปแบบที่ใช้ในประเทศต่าง ๆ แล้วนำเสนอรูปแบบที่เหมาะสมในประเทศไทยโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการรวบรวมเอกสารพบว่า การกำหนดนโยบายประกันเงินฝากในต่างประเทศเริ่มจากปัญหาส่งไปยังชั้นการก่อเป็นวาระเพื่อให้รัฐตัดสินใจกำหนดนโยบาย ส่วนด้านรูปแบบมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศตามสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ส่วนในประเทศไทยกระบวนการกำหนดนโยบายสอดคล้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะคล้ายกับระบบของต่างประเทศต่างกันตรงที่มีตัวแทนชนชั้นผู้นำและตัวแทนสถาบันเข้ามามีบทบาทสำคัญผลักดันให้การกำหนดนโยบายดังกล่าวประสบผลสำเร็จ ขณะที่รูปแบบที่เกิดขึ้นในไทยที่สำคัญคือโครงสร้างการบริหารจัดการเงินทุนและแหล่งเงินทุน การเป็นสมาชิกภาพ ค่าเบี้ยประกันที่เรียกเก็บและการประชาสัมพันธ์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ: กรณีศึกษานโยบายรณรงค์เพื่อการรู้หนังสือ การวิจัยเรื่องการนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาสหวิทยาลัยอีสานใต้ งานวิจัยเรื่องการศึกษากำหนดนโยบายเร่งรัดคุณภาพการประถมศึกษาของสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติไปปฏิบัติ เป็นต้น และยังมี งานวิจัยเรื่องการวิเคราะห์เชิง

การเมืองของการพัฒนาการและทางเลือกในการพัฒนานโยบายการกระจายอำนาจทางการศึกษา งานวิจัยเรื่องการนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการกำหนดนโยบายด้านการนำอาศยานพยาบาลของภาครัฐเพื่อบริการประชาชนยังไม่พบว่ามีผู้ทำการวิจัย

กล่าวโดยสรุปวงจรชีวิตนโยบายสาธารณะเริ่มขึ้นแรกจาก การก่อตัวของนโยบาย (policy formation) เป็นการหยิบประเด็นปัญหาของสังคมสู่ความสนใจของผู้กำหนดนโยบายเพื่อพิจารณาตัดสินใจ อาจมาจากการผลักดันปัญหาโดยบุคคลและกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นตัวปัจจัยกำหนดนโยบาย (policy determinants) เมื่อการก่อตัวของนโยบายมีความชัดเจนแล้ว ต่อมาคือการกำหนดนโยบาย (policy formulation) ซึ่งเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการยกร่างข้อเสนอหรือทางเลือกเชิงนโยบายต่าง ๆ เพื่อทำการพิจารณาตัดสินใจ และอนุมัติเห็นชอบต่อไป โดยผู้กำหนดนโยบายที่มีอำนาจหน้าที่อย่างเป็นทางการ จะตัดสินใจเลือกว่านโยบายควรออกมาในรูปแบบใด และพบอยู่เสมอว่าในช่วงของการกำหนดนโยบายนี้ บุคคลภายนอกมักไม่ได้รับทราบรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และวิธีการตัดสินใจมากนัก ต่อมาภายหลังเมื่อได้มีการประกาศใช้นโยบายบุคคลทั่วไปจึงจะได้รับทราบและสามารถวิเคราะห์รายละเอียดเนื้อหาสาระว่าใครได้อะไร เมื่อไหร่ อย่างไร หลังจากการกำหนดนโยบายได้แล้วขั้นต่อไปคือ การนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งเป็นการแปลงตัวนโยบายออกสู่ภาคปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จได้ผลผลิตออกมาตรงตามเป้าหมายที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติมักขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น สภาพแวดล้อมของการดำเนินงาน จิตความสามารถของหน่วยงาน ที่รับผิดชอบการสนับสนุนและแรงต่อต้านบุคคล กลุ่มผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อนโยบายถูกนำไปปฏิบัติระยะหนึ่งแล้ว จึงผ่านถึงขั้นตอนของการประเมินผลนโยบาย ขั้นตอนนี้เป็นส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่ติดตามมาจากการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุผลตรงตามประสงค์ที่วางไว้หรือไม่อย่างไรและยังครอบคลุมถึง การพิจารณาตรวจสอบถึงผลกระทบ ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งความคุ้มค่าต่าง ๆ ของตัวนโยบายด้วย

สำหรับขั้นตอนสุดท้ายคือ การต่อเนื่อง การทดแทน และการสิ้นสุดนโยบาย ขั้นตอนนี้เป็น การพิจารณาทบทวนเพื่อทำการคงสภาพหรือเปลี่ยนแปลงและยกเลิกสิ้นสุดตัวนโยบาย โดยการพิจารณาดังกล่าวอาศัยข้อเท็จจริงจากการประเมินนโยบาย ในกรณีที่มีการยกเลิกหรือสิ้นสุดนโยบาย หมายความว่า วงจรชีวิตของนโยบายได้จบลง ส่วนในกรณีที่มีการทดแทนนโยบาย หมายถึง วงจรชีวิตนโยบายกำลังจะเริ่มต้นขึ้นใหม่ นโยบายสาธารณะของภาครัฐโดยส่วนใหญ่ มักได้รับการต่อเนื่อง หรือแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิมเพียงเล็กน้อยเนื่องจากภารกิจของรัฐบาลเป็นภารกิจ

ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการของ แอนเดอร์สัน (Anderson, 1975) เพื่อหาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอาศยานพยาบาลไว้ 4 ขั้นตอน คือ การกำหนดปัญหา การเสนอวาระปัญหา และการกำหนดนโยบาย และการน่านโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมองกระบวนการนโยบายตั้งแต่เริ่มการก่อตัวของปัญหาซึ่งรัฐบาลเข้าไปปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาทางเลือกที่ดีที่สุดมาใช้ในการกำหนดนโยบายแล้วจึงตัดสินใจใช้นโยบาย ซึ่งขั้นที่ 1 ถึง ขั้นที่ 3 เป็นลักษณะที่มีนโยบายเกิดขึ้นและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ ขั้นที่ 4 เป็นขั้นการน่านโยบายไปปฏิบัติเท่านั้น (ไม่รวมในขั้นที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นการประเมินนโยบาย เพื่อเป็นการตรวจสอบว่านโยบายนั้นประสบผลสำเร็จในทางปฏิบัติอย่างไร) ดังนั้นการกำหนดนโยบายจึงหมายถึงรวมถึงการระบุประเด็นปัญหา การพัฒนาทางเลือก และการเสนอทางเลือกที่เหมาะสมเพื่อกำหนดเป็นนโยบาย ส่วนขั้นตอนการน่านโยบายไปปฏิบัติรวมการแปลความนโยบายให้อยู่ในรูปที่วางแผนปฏิบัติได้

สำหรับการปฏิรูประบบราชการโดยการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เบนนิส (Bennis, 1959, p. 262) กล่าวว่า ระบบราชการมีข้อบกพร่องหลายประการ เช่น ระบบราชการเน้นให้ข้าราชการปฏิบัติตามคำสั่งเป็นส่วนใหญ่ ขาดการส่งเสริมความคิดสร้างสรรค์และการสร้างองค์การนอกแบบเหนือความเป็นราชการ ในขณะที่ ครอเซีย (Crozier, 1964, p. 114) มองระบบราชการว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดเฉพาะในสถานการณ์ปกติเท่านั้นหากต้องบริหารในภาวะวิกฤตระบบราชการจะไร้สมรรถภาพอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นสอดคล้องกับแนวความคิดของเบนนิส และครอเซีย ข้างต้นในประเด็นที่ว่าระบบราชการไทย ในปัจจุบันยังเน้นการปฏิบัติงานตามตัวบทและระเบียบอยู่มาก การดำเนินการที่แปลกพิเศษเช่นการจัดบริการอาศยานพยาบาลให้แก่ประชาชน ซึ่งแต่เดิมไม่สามารถดำเนินการได้เว้นแต่มีการกำหนดนโยบายจากระดับบนให้ผู้ปฏิบัติการดำเนินการ จึงสามารถทำได้เป็นรูปธรรม

การน่านโยบายไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการหรือวิธีที่น่านโยบายที่ได้รับความเห็นชอบไปสู่การปฏิบัติซึ่งมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องมากมาย เช่น การตีความแนวทางการปฏิบัติที่แน่ชัด การเบิกจ่ายงบประมาณ การหางบประมาณเพิ่มเติม การจัดสรรเงิน การทำสัญญา การเก็บรวบรวมข้อมูล การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ การศึกษาเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติยังมิงานวิจัยในแวดวงวิชาการ ไทยกล่าวถึงอยู่น้อยผู้วิจัยจึงได้ทำการรวบรวมไว้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผลงานชิ้นแรกที่มีการกล่าวถึงคือ เฟลสแมน และวอยดาร์ฟกี (Pressman & Wildavsky, 1984) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการน่านโยบายไปปฏิบัติ จาก นโยบาย การสร้างงานในเมืองโอ๊คแลนด์ (Oakland) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) ในปี ค.ศ. 1965-1971 เขาศึกษาองค์ประกอบที่สำคัญในการปฏิบัติตามนโยบายเช่น บุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ และข้อสรุปที่เกิดขึ้น

ผลของโครงการดังกล่าวปรากฏว่า ล้มเหลว เพราะสามารถสร้างงานได้เพียงไม่กี่ร้อยคน จากที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ถึง 3,000 คน

กรอส (Gross, editor, 1971) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีปรับปรุงการเรียนการสอนของโรงเรียนแห่งหนึ่งในพื้นที่ของเมือง นิวอิงแลนด์ (New England) ช่วงปลาย ปี ค.ศ. 1960 โดยเน้นบทบาทของครูในการจัดกิจกรรมตามความสนใจของนักเรียน โดยไม่คำนึงถึงเนื้อหาของหลักสูตรปกติ แต่โครงการดังกล่าวล้มเหลวเนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับของครู ด้านการศึกษาถึงโครงการบำบัดผู้ติดยาเสพติด เนลกิน (Nelkin, 1973) จากผลงานวิชาการเดิมที่ เริ่มทดลองใช้ในชุมชนแห่งหนึ่งในตอนเหนือของรัฐนิวยอร์กในปี 1971 มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมของท้องถิ่นที่จำเป็นต้องนำโครงการไปใช้ในการแก้ปัญหาของการพัฒนาคลินิกโรคจิตที่มีอยู่แล้วให้สามารถขยายบทบาทครอบคลุมและบำบัด ผู้ติดยาเสพติดและปัญหาความขัดแย้งระหว่างบทบาทของผู้เกี่ยวข้องฝ่ายต่าง ๆ ซึ่งแม้ว่าโครงการนี้จะมีปัญหามากพอสมควรแต่ผลการปฏิบัติกลับอยู่ในระดับพอใช้ คือโครงการสามารถว่าจ้างผู้ผ่านการบำบัดจำนวน 14 คน จาก 51 คน มาช่วยเป็นที่เลี้ยงของผู้ป่วยได้ในปีต่อมา เอทเทเวล และเจอร์สไตน์ (Attewell & Gerstein, 1979, pp. 311-327) ศึกษาเกี่ยวกับโครงการบำบัดผู้ติดยาเสพติดในระดับชุมชน โดยเน้นถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะจากมุมมองของการจัดองค์การและการกำหนดนโยบายจากส่วนกลางซึ่งไม่สามารถกำกับดูแล และชักจูงให้คลินิกที่รักษาผู้ป่วยให้ความร่วมมือแต่เกิดความขัดแย้งในการดำเนินงานในเวลาต่อมา

นามูระและสมอร์วูด (Nakamura & Smallwood, 1980, pp. 12-18) ได้รวบรวมผลการศึกษาดังกล่าว ประกอบด้วย การศึกษาของ เพรสแมน และวิลดาวกี (Pressman & Wildavsky, 1984) ซึ่งศึกษาการปฏิบัติตามนโยบายสร้างงาน ของสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจในเมืองโอ๊คแลนด์ (Oakland) มลรัฐแคลิฟอร์เนีย (California) ได้สรุปข้อเสนอแนะ และผลการศึกษาดังนี้

1. การปฏิบัติตามนโยบายสาธารณะไม่สามารถแยกขาดจากการกำหนดนโยบาย และไม่สามารถสรุปได้ว่า จะต้องเกิดขึ้นหลังจากกระบวนการกำหนดนโยบาย ทั้งนี้หลังการปฏิบัติแล้วอาจมีการปรับปรุงแก้ไขนโยบายอีกครั้งก็ได้
2. ผู้กำหนดนโยบายต้องพิจารณาถึงวิธีการปฏิบัติตามนโยบายด้วยโดยเฉพาะ ควรมีการกำหนดองค์การรับผิดชอบอย่างชัดเจน คือ ไม่ควรดำเนินการผ่านหน่วยรับช่วง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ มากเกินไป
3. แนวความคิดและเป้าหมายหลักของนโยบายต้องชัดเจนและสอดคล้องกับความเป็นจริง
4. ความต่อเนื่องของผู้บริหารงานโครงการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการ

5. ขั้นตอนในการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นต้องมีลักษณะที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

การศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในกรณีของประเทศไทย มีผลงานการศึกษาประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผลการศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบายไปปฏิบัติที่น่าสนใจ ได้แก่

กิตติ บุญนาค (2536) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การนำนโยบาย ภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ โดยได้ตั้งฐานคิดว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ การวิจัยครั้งนี้ได้เน้นการศึกษาถึงผลกระทบที่มีต่อธุรกิจโรงแรม เพราะเห็นว่าธุรกิจโรงแรมจะได้รับผลกระทบจากภาษีมูลค่าเพิ่มทันทีโดยสังเกตจากอัตราค่าที่พัก และผู้เข้ารับบริการ โดยการศึกษาได้เน้นความสำเร็จของการนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติว่า หมายถึง ระดับของการบรรลุเป้าหมายของนโยบาย โดยพิจารณาจากตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ระดับความร่วมมือของหน่วยปฏิบัติระดับล่าง (Front-line Implementers) ซึ่งรวมถึงเจ้าหน้าที่สรรพากร ผู้ประกอบการโรงแรม และประชาชน ผู้เข้ารับบริการ ที่มีต่อนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่ม

รัจวน เบญจศิริ (Rumjuan Benjasiri, 2000) ศึกษาเกี่ยวกับการนำระบบมาตรฐานสากลภาครัฐ แห่งประเทศไทย (Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcomes: P.S.O) ไปปฏิบัติโดย ยกตัวอย่างกรณีของกรมพัฒนาชุมชนของประเทศไทย ซึ่งเป็นหน่วยงานนำร่องที่ได้นำหลักเทคนิคด้านระบบมาตรฐานสากลของภาครัฐมาใช้ใน การปรับปรุงการบริหารงานของหน่วยงาน ระบบมาตรฐานสากลภาครัฐของประเทศไทยที่ได้รับการเห็นชอบจากมติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี 2542 และได้พัฒนาเป็นแผนปฏิรูประบบการบริหารภาครัฐโดยมีผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการคือ

1. ความเสมอภาคในการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ
2. ความเป็นธรรมของระบบการให้บริการประชาชน
3. การปกป้องชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน
4. การปกป้องสิทธิและเสรีภาพของประชาชน
5. การจัดหาการบริการแก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม
6. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของประชาชน
7. ประสิทธิภาพด้านการบริการของหน่วยงานบริการของรัฐ
8. การประหยัดต้นทุนของการบริการประชาชน
9. การบริการที่มีคุณภาพสูง เอกสารสมบูรณ์และ
10. การปกป้องผลประโยชน์ ระบบมาตรฐานสากลภาครัฐที่ประสบความสำเร็จ 7 ประการ มีรายละเอียดดังนี้ (1) การสนับสนุนของผู้บริหารระดับสูง (2) การยอมรับในนวัตกรรม (3) ปัจจัยด้านนวัตกรรม (4) การเข้าไปมีส่วนร่วมของฝ่ายบริหาร (5) ลักษณะการเรียนรู้ของ

องค์การ (6) สมรรถนะและประสบการณ์ในการนำนวัตกรรมไปใช้ และ (7) กฎระเบียบของการปฏิบัติงาน

ผลต่อการวิจัยครั้งนี้พบว่า การกำหนดนโยบายโดยผู้มีอำนาจกระทำโดยมีทิศทางจากบนสู่ล่าง เน้นให้ผู้ปฏิบัติหรือผู้นำนโยบายไปใช้มีแนวทางร่วมกันในการปฏิบัติงานเพื่อให้สำเร็จตามที่องค์กรต้องการ ซึ่งการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้อาศัยกระบวนการนโยบายเริ่มต้นตั้งแต่ การก่อตัวของปัญหา การหยิบยกปัญหาขึ้นมาพิจารณาโดยผู้มีอำนาจ การกำหนดนโยบายและพิจารณารับรองหรืออนุมัติให้ใช้ การปฏิบัติตามนโยบาย และการประเมินผลนโยบาย และพิจารณาแนวคิดตัวแบบทางรัฐศาสตร์เป็นแม่แบบการดำเนินการ เพื่อให้ได้ตัวบทนโยบายเพื่อนำไปจัดรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในลำดับต่อไป

3.5.2 รูปแบบความร่วมมือ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวข้องกับความร่วมมือ กอร์ดอน (Gordon, 1996) กล่าวว่า ความร่วมมือ (collaboration) คือการร่วมมือร่วมใจโดยเน้นความพอใจสูงสุดทั้งสองฝ่าย ความร่วมมือประสบความสำเร็จระดับความขัดแย้งที่เกิดขึ้นสามารถควบคุมได้ด้วยควมไว้วางใจ โดยการกระตุ้นความรู้สึก และเจตคติของผู้ร่วมงานให้เห็นความสำคัญของสิทธิ และความร่วมมือของผู้ร่วมงาน

ฟูเลน และ ฮาร์กรีฟ (Fullan & Hargreaves, 1991) อธิบายเกี่ยวกับความร่วมมือร่วมใจว่า ส่วนใหญ่เป็นการทำงานคล้ายการประสานสัมพันธ์ของบุคลากรโดยมุ่งหวังให้เกิดคุณภาพ มีการสร้างทัศนคติและพฤติกรรมที่ดี ที่ประพฤติปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ ความช่วยเหลือ สนับสนุน ความเชื่อถือไว้วางใจ และความเปิดเผย ซึ่งเป็นความร่วมมือภายใต้ข้อผูกพันที่มีคุณค่าของแต่ละบุคคลและกลุ่ม ที่มีการกำหนดองค์ประกอบของความร่วมมือร่วมใจเป็น กรอบโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วย ขบวนการประชาธิปไตย ความเข้มของผู้นำทิศทางและวิสัยทัศน์ จุดหมาย บทบาท ขบวนการความรับผิดชอบร่วมกัน และการพัฒนา นโยบาย การประสานงาน การวางแผน การรับฟังความคิดเห็น ความจริงใจ ความเปิดเผยและการสื่อสาร

งานศึกษาเรื่องความร่วมมือในระบบการศึกษา พบว่ากรอบทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย ศูนย์กลางการเรียนการสอน ความเข้มของการสื่อสาร คุณค่าของความร่วมมือเพื่อพัฒนาวิชาชีพ ครู ฐานะผู้นำด้านหลักสูตร บิดา มารดา ในฐานะหุ้นส่วนร่วม ทีมงาน คณะครู อาจารย์ การสนับสนุน ยกย่อง ไว้วางใจ การยอมรับ การปรับปรุงการเรียนสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ทัศนคติทางบวก และการฝึกกำลัง กรอบทางการเมือง ประกอบด้วย ระบบเจ้าขุนมูลนาย อำนาจร่วม การเปิดเผย ข้อมูล เลี่ยงส่วนใหญ่ อำนาจอิทธิพล ส่วนร่วมในการตัดสินใจ การเจรจา เครือข่าย และกรอบทางสัญลักษณ์ ประกอบด้วย ความเชื่อ ค่านิยม ค่านิยม เจตคติ พฤติกรรมโดยรวม ความร่วมมือแท้จริงคือ

การคิดที่อยากทำกิจกรรมหรือโครงการ ซึ่งเกิดจากหน้าที่ และมีแผนงานที่วางไว้แล้ว เช่น ขั้นตอน การดำเนินการ การปฏิบัติ การขอความร่วมมือหรือการประสานความร่วมมือจากประชาชน เพื่อให้สำเร็จตามแผนงาน (กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง, 2545)

การพัฒนาคุณภาพการบริการ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งหน่วยงานตรวจสอบและ พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น คือ สถาบันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยเน้นการปรับเปลี่ยน การปฏิบัติงานของวิชาชีพสุขภาพในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล จากต่างคนต่างทำ มาสู่การ ทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพสุขภาพภายในองค์กร (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2544) เพื่อให้บรรลุ เป้าหมายของการประกันสุขภาพตามที่ได้กำหนดไว้ ดังนั้นเมื่อต้องการให้เกิดการทำงานในลักษณะ เป็นทีมอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายขององค์กร “ความร่วมมือ” จึงเป็นสิ่งสำคัญอันดับแรก ที่ จำเป็นต้องสร้างให้เกิดขึ้นและได้รับความสนใจอย่างมากในการพัฒนาปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการวิเคราะห์แนวคิดของความร่วมมือของ เฮนเนแมน ลี และ โคเฮน (Henneman, Lee & Cohen , 1995, pp. 103-109) ได้กล่าวว่า ความร่วมมือเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ต้องการความมีสมรรถนะ ความเชื่อมั่น และความมุ่งมั่นของผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีความนับถือ และความไว้วางใจทั้งตนเองและ ผู้อื่นเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้เกิดมีความร่วมมือขึ้น ซึ่งต้องใช้ทั้งความอดทน ใช้เวลาในการสร้างให้ เกิดขึ้นและจำเป็นต้องบำรุงรักษาไว้ ดังนั้น ความร่วมมือจึงเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นบนพื้นฐาน ระหว่างบุคคลไม่ใช่องค์กร มีแต่บุคคลที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่บอกได้ว่ามีความร่วมมือเกิดขึ้นระหว่าง กัน โดยที่ บุคคลต้องมองว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของทีม มีเป้าหมายร่วมกัน และสัมพันธ์ภาพต้องไม่ เป็นลำดับชั้น (hierarchy) การแบ่งปันอำนาจต้องอยู่บนพื้นฐานของความรู้และประสบการณ์ไม่ใช่ จากบทบาทหรือตำแหน่ง เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วย แพทย์และพยาบาลเป็นศูนย์กลางของทีม สุขภาพ และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การปฏิบัติงานมีความเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กันอยู่ ตลอดเวลา ย่อมต้องมีปัญหาความขัดแย้งในการทำงานร่วมกันอยู่เสมอ แม้ว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา จะเป็นหลักฐานที่ยืนยันว่า ความร่วมมือนั้นเป็นสิ่งที่มิใช่น้อยอย่างยิ่ง และนำมาซึ่งผลลัพธ์ที่ดี แต่พบว่า ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล ยังเป็นสิ่งที่หาได้ยาก (Gardner, 2005)

การศึกษาความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลของ แบกส์ และคณะ (Baggs, et al., 1999, September, pp. 1991-1998) ในหอผู้ป่วย 3 แห่งของโรงพยาบาลในนิวยอร์ก พบว่าหอผู้ป่วย วิกฤตอาชุลยกรรมของโรงพยาบาลที่อยู่ในกำกับของมหาวิทยาลัยมีระดับของความร่วมมือในระดับดี ส่วนหอผู้ป่วยวิฤตศัลยกรรมของโรงพยาบาลที่อยู่ในกำกับของมหาวิทยาลัยมีระดับของความร่วมมือในระดับปานกลาง และหอผู้ป่วยวิฤตของโรงพยาบาลที่ไม่อยู่ในกำกับของมหาวิทยาลัยมี ระดับของความร่วมมือในระดับต่ำ สอดคล้องกับ ชาบอยเออร์ และแพทเทอร์สัน (Chaboyer & Patterson, 2001, pp. 73-79) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระดับ ความร่วมมือระหว่างแพทย์ และพยาบาล

ตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตและไม่วิกฤต (critical care and non-critical care) ของประเทศออสเตรเลีย พบว่าพยาบาลทั้ง 2 หอผู้ป่วยมีการรับรู้ระดับความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาลในระดับปานกลาง ซึ่งต่อมา คอปเนล และคณะ (Copnell, et al., 2004, pp. 105-113) ทำการศึกษาในประเทศออสเตรเลียจากหอผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหนัก พบว่าระดับของความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง

การศึกษาความร่วมมือระหว่างแพทย์ และพยาบาลในประเทศไทยที่ผ่านมาเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านการพัฒนาคุณภาพบริการตามโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข (Hospital Accreditation: HA) พบว่ามีความร่วมมือระหว่างแพทย์ และพยาบาลทั้งในระดับดี และปานกลาง ซึ่ง นัยนา เตโชพาร (2542) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพในโรงพยาบาลของ พบว่าระดับความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับดี แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการมีความร่วมมือในระดับปานกลางโดยสถานที่ตั้งของ 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อมา บุญบา ประสารอริคม (2543) ได้นำแบบสอบถามของนัยนา เตโชพาร มาปรับใช้เพื่อวัดระดับความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าอยู่ในระดับดีจนถึงดีมาก แต่ในการศึกษาของ สุทธารัตน์ ตั้งสิทธิโชค (2545) ในโรงพยาบาลพิจิตรซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลก่อนที่ยังไม่ได้รับการรับรอง พบว่า ระดับความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ การศึกษาของ ขวัญจิต พุกกะวัน (2545) ที่ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร พบว่ามีระดับความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน เหตุผลเนื่องจากการเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นการสนับสนุนให้ทั้ง 2 วิชาชีพได้มีโอกาสการทำงาน มีการสัมพันธภาพที่ดีในการทำงานร่วมกัน การวิเคราะห์ผลที่แตกต่างของระดับความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลที่ร่วมและไม่ร่วมโครงการ HA เมื่อเทียบกับการศึกษาของ นัยนา เตโชพาร (2542) เป็นเพราะ ความร่วมมือเป็นแนวคิดที่ซับซ้อนต้องการกระบวนการที่ใช้ความรู้และประสบการณ์ ต้องการความมีสมรรถนะ ความเชื่อถือไว้วางใจ และความมุ่งมั่นของผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งยังต้องการเวลา ความอดทน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปฏิสัมพันธ์ในการทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์และ พยาบาลมักเกิดเป็นปัญหาความขัดแย้งกันอยู่เสมอ นับแต่ยุคเริ่มแรกที่เป็นการศึกษาปฏิสัมพันธ์กันแบบ

The doctor-nurse game เวคฟิลด์ และโอแกรดี (Wakefield & O'Grady, 2000) โดยแพทย์เป็นผู้แสดงบทบาทในการตัดสินใจและเป็นผู้นำของทีมพยาบาลได้รับอนุญาตให้แสดงความคิดเห็นได้บ้างตามมารยาท แต่อย่างไรก็ตามแพทย์ได้รับบทบาทเป็นผู้นำของทีม มีอำนาจตัดสินใจทุกอย่าง ทำให้พยาบาลจำนวนมากไม่พอใจ ลาออกจากวิชาชีพเพื่อเข้าสู่ระบบการศึกษาในมหาวิทยาลัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ของสาขาวิชาการที่มีความพิเศษเฉพาะ และปรับตัวเข้ากับระบบบริการสุขภาพ สร้างสรรค์ผลงานวิชาการตามสถานการณ์ในปัจจุบันที่ซับซ้อนเกินกว่าที่บริการสุขภาพจะอยู่ในมือของวิชาชีพใดวิชาชีพหนึ่ง ทำให้ต้องพัฒนาการทำงานร่วมกันแบบทีมสหสาขาและการทำงานร่วมกันย่อมเกิดปัญหาความขัดแย้งอยู่เสมอ โทมัสและคิลแมน (Thomas & Kilmann, 1978, pp. 1139-1145) พบว่ารูปแบบในการแก้ไขความขัดแย้งระหว่างบุคคลมี 5 แบบ คือ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การปรองดอง (accommodation) การประนีประนอม (compromise) การแข่งขัน (competition) และความร่วมมือ (collaboration) ซึ่งเป็นที่ยอมรับแล้วว่าการแก้ปัญหาโดยใช้ความร่วมมือเป็นรูปแบบของการแก้ไขปัญหาคือวิธีที่ดีที่สุด เป็นรูปแบบที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับผลประโยชน์อย่างสมบูรณ์แบบจากการบูรณาการในการแก้ไขปัญหาความร่วมมือของทั้ง 2 ฝ่าย ไวส์และเดวิส (Weiss & Davis, 1985, pp. 299-305) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการแก้ไขความขัดแย้งของพยาบาลทั่วประเทศไทยในปี พ.ศ. 2543 พบว่า พยาบาลใช้วิธีการแก้ไขปัญหาคือความขัดแย้งในแบบของความร่วมมือน้อยมากเพียงร้อยละ 6.9 แต่ส่วนใหญ่เลือกใช้วิธี การปรองดอง (accommodation) โดยยินยอมเสียผลประโยชน์ถึงร้อยละ 41 จึงควรส่งเสริมให้ทีมแพทย์และพยาบาล มีความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยและเพื่อให้การพัฒนาคุณภาพและบริการ สามารถบรรลุเป้าหมายขององค์กร (Wipada Kunaviktikul, Raymual Nuntasupawat, Wichit Srisuphan & Booth, 2000, pp. 9-16)

แนวคิดความร่วมมือได้รับความสนใจและมีประโยชน์สูงสุดของการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคล ทำให้เกิดผลสำเร็จของงานที่ดี สำหรับความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล ซึ่งคอฟเฟอร์ตีและลาร์สัน (Dougherty & Larson, 2005, pp. 244-253) รวบรวมข้อมูลจาก PubMed และ Health and Psychological Instruments databases (HaPI) ช่วงปี ค.ศ. 1990-2004 ในบทความจาก Pubmed จำนวน 293 ฉบับ และ HaPI จำนวน 32 ฉบับ พบว่ามีการศึกษาขององค์ประกอบของความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล กันอย่างกว้างขวาง ดังนี้ การแสดงออกที่เหมาะสม การให้ความร่วมมือ การวางแผนร่วมกัน การสื่อสาร การตัดสินใจร่วมกัน การประสานงาน สัมพันธภาพแบบความร่วมมือ การดูแลในลักษณะต่างจากการรักษา การศึกษาร่วมกัน เอกสิทธิ์ของพยาบาล อำนาจบังคับบัญชาของแพทย์ ภาวะผู้นำ การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ อิทธิพลของการพยาบาล สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความเหนียวแน่นในทีม การจัดการความขัดแย้ง การรับรู้

ประสิทธิผลของหน่วยงาน และวัฒนธรรมองค์กร เมื่อพิจารณาพบว่าองค์ประกอบเหล่านี้ไม่มีเรื่องความพึงพอใจในงานแต่มีบางองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของความพึงพอใจ เช่น เอกสิทธิ์วิชาชีพ สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพ และวัฒนธรรมองค์กร เป็นต้น จากการวิเคราะห์แนวคิดความร่วมมือของ เฮนนี่แมน, ลี และ โคเฮน (Henneman, Lee & Cohen, 1995, pp. 103-109) พบว่านอกจากองค์ประกอบดังมีผู้ศึกษาดังกล่าวข้างต้น ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลยังต้องการสิ่งสนับสนุนพื้นฐานเพื่อรองรับความสัมพันธ์แบบความร่วมมือ ดังเช่น

1. ความพร้อมในการปฏิบัติงานร่วมกัน เช่นการศึกษา วุฒิภาวะ ประสบการณ์
2. การมีความเข้าใจและยอมรับในความเชี่ยวชาญเฉพาะและบทบาทของแต่ละวิชาชีพ
3. การมีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้อื่น
4. การยอมรับในขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ
5. การเป็นกลุ่มปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะการสื่อสารที่ดีเยี่ยม มีความนับถือและไว้วางใจต่อกัน ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งของความร่วมมือ ที่ต้องรับฟังกับความคิดเห็นของผู้อื่นแล้วแสดงความคิดเห็นอย่างเหมาะสม สามารถต่อรองหาข้อสรุปที่มีความชัดเจนเหมาะสมได้ สำหรับการนับถือและไว้วางใจเป็นสิ่งที่มาจากการยอมรับในองค์ความรู้ความสามารถพิเศษ ทักษะและความพิเศษเฉพาะของวิชาชีพ
6. มีบรรยากาศการทำงานเป็นทีม
7. การมีค่านิยมเกี่ยวกับองค์กรที่ดี การมีส่วนร่วมและพึ่งพาอาศัยกันและกัน ผู้นำองค์กรสนับสนุน การปฏิบัติงานที่มีอิสระของแต่ละวิชาชีพ

ดังนั้น การสร้างความร่วมมือนั้นนอกจากต้องเข้าใจองค์ประกอบของความร่วมมือแล้วยังต้องมีความเข้าใจองค์ประกอบพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล การสร้างความร่วมมือนอกจากต้องเข้าใจองค์ประกอบของความร่วมมือแล้วยังต้องมีความเข้าใจองค์ประกอบพื้นฐานของความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาล ซึ่งมีความซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายประการ การทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างวิชาชีพนำมาซึ่งความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกัน มีการพึ่งพากันเพิ่มขึ้นในระบบอย่างต่อเนื่องอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการต้องมาจากสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ ไม่ใช่จากสาขาใดสาขาหนึ่งอีกต่อไป จึงต้องการแก้ไขปัญหอย่างบูรณาการร่วมกัน สอดคล้องกับความคิดเห็นของ การ์ดเนอร์ (Gardner, 2005) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐาน 10 ประการในการนำสู่ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลไว้ดังนี้

1. การรู้จักตนเอง ด้วยความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ตามพื้นฐานของการพัฒนาประสบการณ์ของแต่ละคน จึงต้องเรียนรู้ที่จะเชื่อถือตนเองและผู้อื่น ด้านความแตกต่างเกี่ยวกับความคิดเห็น ในการเกิดความร่วมมือในทีม การสื่อสารเป็นสิ่งจำเป็นที่นำไปสู่ข้อตกลงร่วมของทีม

2. การเรียนรู้เกี่ยวกับค่านิยมและการจัดการที่แตกต่างกัน ความแตกต่างเหล่านี้ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ กระบวนการและผลลัพธ์เกี่ยวกับความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดแนวทางที่สร้างสรรค์ ดังนั้น การค้นหาความเข้าใจและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีทำให้เป็นประโยชน์ต่อการทำให้เกิดความร่วมมือ

3. การพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งในทางสร้างสรรค์ ในกระบวนการนี้เกี่ยวกับความร่วมมือถือว่า ความขัดแย้งเป็นเรื่องปกติและเป็น โอกาสที่จะค้นหาความเข้าใจซึ่งกันและกันจากการเปิดเผยข้อขัดแย้งที่มี หรือมีการเจรจาต่อรองจนเกิดข้อตกลงที่ยอมรับได้สำหรับทั้งสองฝ่าย

4. การใช้อำนาจในการสร้างสถานการณ์ ชนะ-ชนะ ต้องไม่มาจากรูปแบบการปกครองแบบลำดับชั้น ซึ่งทำให้เกิดผู้ชนะกับผู้แพ้ แต่ควรมาจากอำนาจที่ไม่เป็นทางการ เช่น อำนาจด้านข่าวสารข้อมูล ความเชี่ยวชาญ และโมติวิจิตที่มีต่อกัน โดยมีส่วนร่วมกำหนดรูปแบบในการแลกเปลี่ยนระหว่างกันตามแนวทางของการเจรจาต่อรองเพื่อให้เกิดการแบ่งปันอำนาจ

5. การมีทักษะเกี่ยวกับกระบวนการและการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ควรมีความรู้และทักษะด้านบุคคลเช่น สมรรถนะด้านคลินิก การให้ความร่วมมือแก่กัน ความยืดหยุ่น การเชื่อมั่นในตนเอง พฤติกรรมการแสดงอำนาจที่เหมาะสม การรับฟังผู้อื่น ความสามารถที่เข้าใจในบริบทที่มีความหลากหลายของวัฒนธรรม อดทนต่อความคลุมเครือ แสดงความเป็นตัวตนของตนเอง เป็นต้น สำหรับด้านองค์กร ควรมีความรู้ทักษะทางด้าน การคิดอย่างเป็นระบบ มีความสามารถในการเข้าใจบริบทที่มีความหลากหลาย เช่น อำนาจโครงสร้างบริหาร นโยบาย การเงินและการเมือง เป็นต้น เพื่อนำทั้งหมดมาประมวลสู่แนวความคิดความร่วมมือตลอดเวลา

6. การยอมรับว่าความร่วมมือคือการเดินทาง ทักษะและความรู้ในการทำให้ความร่วมมือมีประสิทธิภาพต้องใช้เวลาและการฝึกฝน มีแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง สร้างสรรค์ความเป็นเลิศ ค้นหาความเข้าใจในทีม และความรู้ด้านกระบวนการกลุ่ม จึงต้องมีการเรียนรู้ไปตลอด

7. การมีเวทีเสวนาของสหสาขาเพื่อเพิ่มความร่วมมือ ให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน สร้างโอกาสให้สมาชิกได้พบปะเพื่อเพิ่มสัมพันธภาพ เปิดโอกาสในการใช้ข้อมูลร่วมกัน เกิดการเรียนรู้ และวางแผนร่วมกัน

8. การขึ้นชมเมื่อมีความร่วมมือเกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ หากมีปัจจัยที่เหมาะสม ต้องเรียนรู้ที่จะเข้าใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดทีมที่มีความสำเร็จด้านความร่วมมือ บางครั้งการ

พยายามให้เกิดความร่วมมือมากเกินไปเช่น การจัดให้มีการประชุมบ่อย ๆ จนไม่มีเวลาทำงานประจำอาจทำให้ความร่วมมือลดลงได้

9. ความมีสมดุลระหว่างเอกสิทธิ์ และเอกภาพขององค์กรในสัมพันธภาพแบบความร่วมมือโดยเรียนรู้จากความสำเร็จ และความล้มเหลวจากความร่วมมือ ผลลัพธ์ที่สะท้อนออกมาต้องสามารถยอมรับข้อผิดพลาด

10. ความร่วมมืออาจไม่ใช่สิ่งจำเป็นสำหรับการตัดสินใจในงานบางอย่างต้องมีความร่วมมือสำหรับการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อน ซึ่งหากนำมาใช้แก้ปัญหาทุกอย่าง อาจทำให้เกิดความไม่สมดุล สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและเบื่อหน่ายได้

ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลมีความซับซ้อน มีองค์ประกอบหลายประการ ดังที่กล่าวมาข้างต้น การทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีระหว่างวิชาชีพซึ่งความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันต้องมีการพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง เพราะการให้บริการต้องมาจากสาขาวิชาชีพสุขภาพ ไม่ใช่จากสาขาใดสาขาหนึ่งอีกต่อไป ต้องสังเคราะห์มุมมองที่แตกต่างกันเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการร่วมกัน (Baggs, 2005, pp. 56-59)

จินส์ และอีวาน (Jeans & Evans, 1995) เสนอรูปแบบความร่วมมือ ในบริบทของสถาบันอุดมศึกษา (collaborative model) มี 4 รูปแบบคือ (1) รูปแบบการปรึกษา (consultative model) สถาบันอุดมศึกษาต้องแสวงหาที่ปรึกษา และข้อคิดเห็นจากกลุ่มต่าง ๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ สมาคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (2) รูปแบบหน้าที่ (functional model) สถาบันอุดมศึกษามีพันธกิจหลัก 4 ประการคือ การสอน การวิจัย การบริการชุมชน และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม โดยรูปแบบความร่วมมือกับชุมชนที่ชัดเจน คือการบริการชุมชน (3) รูปแบบปฏิบัติการ (operational model) สถาบันอุดมศึกษาต้องมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชนและหน่วยงานภายนอก (4) รูปแบบบูรณาการ (integrative model) มีสมมุติฐานว่าสถาบันอุดมศึกษาและชุมชนสามารถร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน ในการบูรณาการทรัพยากรเพื่อพัฒนาชุมชนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ

สำหรับประเทศไทยการศึกษาความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาล มีผู้ศึกษาวิจัยตามกรอบแนวคิดของ สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา ซึ่งมี 4 มิติ คือ (1) การควบคุมอำนาจร่วมกัน (2) การมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกตามขอบเขตการปฏิบัติงาน (3) การเอาใจใส่ร่วมกันในการแก้ไขปัญหา และ (4) การรับรู้เป้าหมายร่วมกัน (ขวัญจิต พุกกะวัน, 2545; นัยนา เตโชพาร, 2542; นุชบา ประสารอริคม, 2543; สุทธารัตน์ ตั้งสิทธิโชค, 2545) โดยที่แนวคิดความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาล ของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา ได้เน้นความร่วมมือขณะปฏิบัติงาน ที่สนับสนุนการ

ตอบสนองความต้องการและแก้ปัญหาขณะปฏิบัติงานเพื่อให้งานประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และหุ้นส่วนทุกคนล้วนได้รับผลประโยชน์ (American Nurses' Association, 1980)

เรวิตร์ ชาตริวิศิษฐ์ (2554, หน้า102-107) ได้เสนอแนวคิดปัจจัยที่ทำให้บรรลุผลการดำเนินงานทั้งสองฝ่ายได้ต้องประสานเรื่องต่างๆ ดังนี้ (1) ความเข้าใจและยอมรับเป้าหมายร่วมกัน (2) ร่วมกันกำหนดวิธีการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไข วางแผนปฏิบัติงานและอำนวยความสะดวกการใช้ทรัพยากรร่วม (3) จัดระบบการประสานงานที่มีประสิทธิภาพ (4) ผู้บริหารระดับสูงควรส่งเสริมสร้างบรรยากาศ การประสานงาน และ (5) การร่วมมือพัฒนาให้อิสระแต่ละองค์กรในการกำหนดกิจกรรมในส่วนที่ตนรับผิดชอบ และส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ โดยยึดเป้าหมายของการทำงานมากกว่าวิธีการ

ธีระพงษ์ แก้วหาญ (2540, หน้า 118) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความสำเร็จของความร่วมมือ ได้แก่ (1) ความสามารถ ความตั้งใจ และความจริงของผู้นำ (2) ทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการยอมรับซึ่งกันและกัน (3) ความร่วมมือประสบผลสำเร็จได้ ต้องมีมาตรการในการกระจายอำนาจการบริหารและความรับผิดชอบเพื่อให้เจ้าหน้าที่มีบทบาทอย่างเหมาะสมเพราะความสำเร็จของความร่วมมือแบบผสมผสานเกิดขึ้นโดยผู้ปฏิบัติงานระดับล่างซึ่งใกล้ชิดกับปัญหาโดยตรง (4) ความคล่องตัวขององค์กร ต้องปราศจากการผูกขาดอำนาจ (5) การปรับตนเองเพื่อลดปัญหาอุปสรรคและเตรียมพร้อมในทางปฏิบัติ

ถวิล ธาราโกชน (2532, หน้า 132) อธิบายว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันมีอยู่ 4 ประการ คือ (1) การเรียนรู้ (learning) เนื่องจากประสบการณ์ที่คนได้เรียนรู้มา ทำให้เกิดความคิดและการรับรู้ว่าต้องกระทำในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมืออย่างไร (2) รางวัลหรือเครื่องล่อ (reward or incentive) ทำให้คนเกิดพฤติกรรมความร่วมมือ เนื่องจากความต้องการรางวัลหรือเครื่องล่อนั้น (3) สถานการณ์ (situation) บังคับทำให้คนต้องร่วมมือกัน (4) ลักษณะนิสัย (characteristics) เป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดความร่วมมือกัน

การศึกษาความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล แบคส์ (Baggs, 1994, pp. 176-182) ได้เน้นความร่วมมือ ด้านการตัดสินใจร่วมกันของแพทย์และพยาบาลเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในงานของพยาบาลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของไกรฤทธิและแอนโทนี (Krairiksh & Anthony, 2001, pp. 16-23) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือของพยาบาล ด้านการตัดสินใจ พบว่าพยาบาลสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมากกว่าสมรรถนะภาวะผู้นำของผู้บริหาร ดังนั้นประเด็นด้านการตัดสินใจเป็นสิ่งสำคัญสำหรับ ความร่วมมือระหว่างแพทย์ และพยาบาลที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของวิชาชีพพยาบาลและการยอมรับความคิดเห็นของพยาบาลนำไปสู่การตัดสินใจร่วมกันในการรักษาผู้ป่วย (Jones, 1994, pp. 38-53) ด้านการสื่อสารระหว่าง

แพทย์ และพยาบาลพบว่า แพทย์มักเป็นผู้เริ่มปฏิสัมพันธ์ด้านการสื่อสารมากกว่าพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ ไอโคโน (Iacono, 2003, pp. 42-46) ที่สำรวจแผนวิฤต 1,800 กรณี พบว่าพยาบาลมีการตัดสินใจขั้นวิฤตเกี่ยวกับการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญซึ่งจำเป็นในการรักษาแก่แพทย์ หากพยาบาลถูกคุกคามหรือไม่เต็มใจสื่อสาร หรือมีปัญหาเกี่ยวกับแพทย์มาก่อน พยาบาลจะใช้วิธีหลีกเลี่ยงเมื่อต้องปฏิสัมพันธ์กับแพทย์

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา ได้ประกาศขอบเขตของการปฏิบัติการพยาบาลว่า การพยาบาล คือ การวินิจฉัยและรักษาการตอบสนองของบุคคลต่อ สุขภาพ และความเจ็บป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ, 2544) ต่างจากขอบเขตการปฏิบัติงานของแพทย์ที่เป็นการวินิจฉัยและรักษาโรค วิชาชีพพยาบาลเน้นป้องกัน การให้ความรู้ และการให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ส่วนแพทย์เน้นทางด้านการรักษาด้วยยาและให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย (Sullivan & Decker, 2005) ดังนั้นแพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องทำงานสอดคล้องประสานกันและกันในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ในงานวิจัยของ แบคส์, โรอัน, เฟลส์, ริชสัน และจอห์นสัน (Baggs, Ryan, Phelps, Richeson & Johnson, 1992, pp. 18-24) ได้เสนอว่า ควรให้โอกาสนักศึกษาทั้ง 2 วิชาชีพได้เรียนรู้ การปฏิบัติงาน การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การสัมมนาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้แพทย์และพยาบาลมีความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพมากยิ่งขึ้นและพร้อมที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมและการแบ่งแยกขอบเขตการปฏิบัติงานของ เวย์, โจนส์ และ บาสเกอร์วิลล์ (Way, Jones & Baskerville, 2001, pp. 1-46) ได้เน้นให้เกิด การยอมรับ นับถือ และรับรู้ทั้งในส่วนที่ต้องปฏิบัติร่วมกัน และในส่วนที่ปฏิบัติตามความรับผิดชอบของแต่ละวิชาชีพ

ไวส์ และ เดวิส (Weiss & Davis, 1985, pp. 299-305) ได้นำแนวคิดความร่วมมือที่ประกอบด้วยพฤติกรรมการให้ความร่วมมือและการแสดงออกที่เหมาะสมมาปรับใช้ในการศึกษาความร่วมมือระหว่างวิชาชีพแพทย์และพยาบาล โดยเน้นให้แพทย์ต้องมีพฤติกรรมของการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล และเน้นให้พยาบาลต้องมีพฤติกรรมของการแสดงออกที่เหมาะสมต่อแพทย์จึงสามารถสร้างทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งไวส์ และเดวิสได้ศึกษาตามแนวคิด การแก้ไขความขัดแย้งของโรมัส และ คิลแมน (Thomas & Kilmann, 1978, pp. 1139-1145) ซึ่งได้เสนอรูปแบบของพฤติกรรมของคนเมื่อเผชิญปัญหาความขัดแย้งไว้ 5 รูปแบบคือ การหลีกเลี่ยง (avoidance) การปกครอง (accommodation) การประนีประนอม (compromise) การแข่งขัน (competition) และความร่วมมือ (collaboration) โดยที่ความร่วมมือเป็นรูปแบบของการแก้ไขความขัดแย้งที่ดีที่สุดเพราะทำให้ได้ผลลัพธ์แบบ ชนะ-ชนะ จากคู่กรณีและทั้ง 2 ฝ่าย ต่างพึงพอใจจากความร่วมมือนั้น และการกระทำเช่นนั้นได้ก็ต่อเมื่อ

พฤติกรรมการให้ความร่วมมือ (cooperativeness) ต้องมีระดับสูงและมีระดับของพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness) ในระดับสูงด้วย

โดยสรุป แนวคิดความร่วมมือระหว่างแพทย์และ พยาบาลของสมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา มีองค์ประกอบ 4 ด้านคือ การคํานึงร่วมกัน การมีส่วนร่วมและแบ่งแยกขอบเขตในการปฏิบัติงาน การเอาใจใส่ร่วมกัน และการร่วมรับรู้เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ซึ่งเน้นให้เป็นความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงานร่วมกัน จึงสัมพันธ์กับแนวคิดของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย ที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในขณะปฏิบัติงานร่วมกันของแพทย์และพยาบาล โดยใช้ผู้ป่วยเป็นเป้าหมายหลัก เป็นแนวคิดสร้างองค์ประกอบสำคัญของความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในงานวิจัยต่าง ๆ และกรอบแนวคิดที่ปรับใช้ในการศึกษาการจัดความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลเป็นหลักฐานส่งผลต่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านผู้ให้บริการ และด้านองค์กร ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย (Patient outcomes) เป็นเป้าหมายหลักของคุณภาพการให้บริการ สุขภาพ ความร่วมมือระหว่างแพทย์ พยาบาลได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในฐานะตัวแปรที่สำคัญในการส่งเสริมให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่ดี ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย การทำนายผลลัพธ์ของผู้ป่วยด้านการกลับมาเข้ารับรักษาซ้ำ การตาย และการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ภายใน 72 ชั่วโมง ฮิกกินส์ (Higgins, 1999, pp. 1434-1443) แนวคิดความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกที่รับผู้ป่วยเป็นช่วงเวลาที่เป็ผลลัพธ์ที่แพทย์สามารถใช้การตัดสินใจย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก ฮิกกินส์ แนะนำว่าควรสังเกตที่ระยะเวลา 5 วัน ในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจำนวน 5,030 รายในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 13 แห่งของซานเน็น (Tschannen, 2004, pp. 312-318) พบว่าหากมีความร่วมมือด้านการสื่อสารอยู่ในระดับดีแล้ว ทำให้มีอัตราการตายของผู้ป่วยลดต่ำกว่าจำนวนที่คาดการณ์ไว้ถึงร้อยละ 41 และหากมีความร่วมมือด้านการสื่อสารน้อยหรือไม่มี ทำให้มีอัตราการตายของผู้ป่วยเกินจำนวนที่คาดการณ์ไว้ถึงร้อยละ 58 ซึ่งต่อมา แบกส์, ชมิต, มุชลิน, มิเชล, เอลเดรจและโอกส์ (Baggs, Schmitt, Mushlin, Mitchell, Eldredge, Oakes & Hutson, 1999, pp. 1991-1998) ได้ศึกษาผลลัพธ์ของผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยหนัก 3 แห่ง เกี่ยวกับ อัตราการตาย และการกลับเข้ามารักษาซ้ำโดยคำนวณแบบถดถอยพบว่า ถ้ามีระดับความร่วมมือของพยาบาลและแพทย์สูงทำให้ผลลัพธ์ทางลบของผู้ป่วยสามารถลดลงถึงร้อยละ 4 และหากมีความร่วมมืออยู่ในระดับต่ำจะเสี่ยงต่อการทำให้มีผลลัพธ์ทางลบของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 13.9 ซึ่งหากมีความร่วมมือที่สมบูรณ์จะเหลือความเสี่ยงเพียงร้อยละ 3

2. ผลลัพธ์ด้านผู้รับบริการ (Provider outcomes) ปัจจุบันทุกองค์การมีความปรารถนาให้ผู้ปฏิบัติงานของตนทำงานอย่างมีความสุข รวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขของไทยด้วย โดยระบุไว้

ในแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ว่า “การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข” (สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข, 2550)

แบคส์ และไรอัน (Baggs & Ryan, 1990, pp. 386-392) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความร่วมมือระหว่างพยาบาล แพทย์ในแผนกหอผู้ป่วยหนักที่มีต่อความพึงพอใจและการคงอยู่ในงานของพยาบาล โดยกำหนดความร่วมมือต้องมียุทธศาสตร์ประกอบของการทำงานที่มี การวางแผนร่วมกัน การร่วมตัดสินใจ การร่วมแก้ปัญหา และการร่วมรับผิดชอบ การให้ความร่วมมือ และการประสานงาน จึงทำการสร้างเครื่องมือ The Decision About Transfer scale (DAT) สำหรับวัดความร่วมมือและความพึงพอใจที่เฉพาะเจาะจงด้านการตัดสินใจย้ายผู้ป่วยออกจากแผนกหอผู้ป่วยหนักพบว่าเมื่อพยาบาลมีส่วนร่วมรับรู้กระบวนการต่างๆ ประกอบกับมี ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลด้วยแล้ว สามารถสร้างความพึงพอใจแก่พยาบาลในระดับมาก ต่อมา แบคส์ (Baggs, 1994, pp. 176-182) พบว่า การตัดสินใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญมาก สำหรับการสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล จึงได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความร่วมมือในการตัดสินใจที่เฉพาะเจาะจง คือ The Collaboration and Satisfaction About Care Decision (CSACD) โดยเครื่องมือนี้มีความสัมพันธ์ภายในของข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ต่อมา ฮิกกินส์ (Higgins, 1999, pp. 1434-1443) ได้นำเครื่องมือ CSACD มาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักและพบว่า ความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล และความพึงพอใจในกระบวนการตัดสินใจของพยาบาลมีความสัมพันธ์กันในทางบวก

ในการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ของ จาคูเบค, เกรดดี, โฮแมน สไตน์ และไทเรล (Jakubek, Grady, Homan, Stein & Tyrrell 2004) เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการพัฒนาความร่วมมือของแพทย์และพยาบาลพบว่าประกอบด้วย การปรับปรุงนโยบายที่มีอยู่เดิม การประชุมร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน การจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับความร่วมมือ การจัดโปรแกรมสำเร็จรูปใน การเรียนรู้เกี่ยวกับความร่วมมือด้วยตนเอง และการพูดคุยกันเพื่อพัฒนากระบวนการสร้างความร่วมมือ ซาวเดอร์ (Sounder, 1993, pp. 37-53) จำแนกประเภทของความร่วมมือระหว่างสถาบันได้ 3 ลักษณะได้แก่ความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ (informal type) เป็นความร่วมมือของกลุ่มคนขนาดเล็ก ๆ ไม่ต้องมีพันธะสัญญา เป็นความร่วมมือเฉพาะกิจที่ทำกิจกรรม เช่นการแบ่งปันข่าวสาร การให้คำปรึกษา ทั้งภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่ม เครือข่ายที่มีความสนใจร่วมกัน เป็นลักษณะความร่วมมือในแนวราบ ความร่วมมือแบบกึ่งทางการ (semi formal type) เป็นความร่วมมือกันระหว่างกลุ่มเพื่อแบ่งปันทรัพยากร ค่อนข้างมีแบบแผน แต่ไม่เป็นพิธีการมากนัก บางเรื่องอาจเป็นการร่วมพูดคุยกันแบบธรรมดาและมีแบบแผนบ้าง เป็นลักษณะความ

ร่วมมือที่มีทั้งในแนวราบ และแนวตั้งผสมผสานกัน และ ความร่วมมือแบบเป็นทางการ (formal type) เป็นความร่วมมือที่มีวัตถุประสงค์อย่างเป็นทางการ มีแบบแผน มีขั้นตอน ส่วนใหญ่เป็นความร่วมมือในแนวตั้ง

อุทัย ดุลยเกษม และ อรศรี งามวิทยาพงศ์ (2540, หน้า 31-35) กล่าวถึง กระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างโรงเรียนกับชุมชน มีลำดับกระบวนการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. แสวงหาระบบหรือกลไกที่พัฒนาบุคลากร ให้มีทัศนคติและวิสัยทัศน์ที่เอื้อต่อการเกิดความร่วมมือและการทำงานร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของชุมชน

2. ปรึกษาหารือปัญหาร่วมกันแล้วขยายไปสู่การร่วมคิดวิเคราะห์กำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหา และวางแผนกิจกรรมเพื่อนำไปสู่แก้ไขปัญห พัฒนาศักยภาพ ความสามารถ สติปัญญาของบุคคล เพื่อให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งและเกิดบูรณาการ

3. จัดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติและการจัดการ ตามกิจกรรมที่กำหนดในข้อ 2 โดยมีการสรุปประเมินผลการดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อมาพัฒนากิจกรรมและการเรียนรู้ใหม่อย่างต่อเนื่อง

4. แสวงหาแนวทางการขยายความคิด กิจกรรม การเรียนรู้ไปสู่ประชาชนในชุมชน และภาคีต่าง ๆ เพื่อขยายการมีส่วนร่วมให้ทั่วถึง และผลักดันให้เกิดโครงสร้างของกิจกรรมแบบแนวราบอย่างต่อเนื่องในชุมชน

5. สำรวจหารูปแบบระบบของความร่วมมือและความสัมพันธ์กับภาคีอื่น ๆ ภายนอกชุมชนที่จะพัฒนาการศึกษาของท้องถิ่น เพื่อสร้างความเข้มแข็งของบุคคล โรงเรียนและชุมชน โดยมุ่งให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นบูรณาการ

สมพันธ์ เตชะอธิก และคณะ (2543) ศึกษาศักยภาพและเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า ความเข้มแข็งของเครือข่ายอยู่ที่การมีส่วนร่วมของสมาชิก ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ

1. การร่วมคิดและวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุปัญหาและทางเลือกการแก้ปัญหาเป็นพื้นฐานทางความคิดในการประมวลความรู้ทั้งหมดของชุมชน

2. การตัดสินใจเป็นหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วมในการให้คนส่วนใหญ่ในชุมชนได้ใช้อำนาจของตนเอง ตัดสินใจว่าควรทำ หรือไม่ควรทำอะไร

3. การวางแผน เมื่อตัดสินใจจึงดำเนินการวางแผนระบบว่าควรทำอะไรก่อนหลัง ทำไปแล้วเป็นอย่างไร

4. การปฏิบัติ จริงตามสิ่งที่คิด

5. สิ่งที่คิดและปฏิบัติจะได้ผลตามที่ตั้งวัตถุประสงค์อาจมีปัญหาก่อขึ้น ต้องทำการแก้ไขและติดตามประเมินผลการแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของสังคม เป็นเรื่องสำคัญที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพการศึกษาเป็นจริงได้ ต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย แต่คงทำพร้อม ๆ กันได้ยากจากการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของโรงเรียนกับชุมชนในการจัดการศึกษาของสำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน, 2553) นำผลการศึกษาดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อศึกษาบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมทั้งโรงเรียนและรูปแบบการจัดการศึกษา พบว่าบทบาทและรูปแบบมีความสำคัญดังนี้

1. บทบาท ผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ผ่านระดับผู้นำและผู้รู้หรือผู้ทรงภูมิปัญญา ตลอดจนประเพณีและพิธีกรรมต่าง ๆ ที่สามารถนำมาเป็นเครื่องมือถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ และระบบคุณค่าที่ชุมชนมีอยู่ไปสู่นักเรียน การถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์โดยผู้นำและผู้รู้ของชุมชนในระบบการศึกษาของโรงเรียนมักทำอย่างเป็นทางการ ชุมชนใช้ประเพณีและพิธีกรรมที่จัดขึ้นตามวัฏจักรของแต่ละชุมชนมาเป็นเครื่องมือดึงนักเรียนให้เข้าไปเรียนรู้ เป็นรูปแบบหนึ่งของการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของชุมชน

2. บทบาทการบริหารและจัดการศึกษาในโรงเรียน ส่วนใหญ่ได้รับการยอมรับอย่างเป็นทางการจากโรงเรียนโดยอาศัยระเบียบคำสั่งของทางราชการเข้ามารองรับ เช่น โรงเรียนตั้งคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานอื่นๆ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชนมีความเป็นไปได้สูง (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2533)

วิฑูรย์ สิมะ โชคดี (2543, หน้า 66-67) กล่าวว่าการทำงานร่วมกันจำเป็นต้องมีการปรับตัวเข้าหากันระหว่างองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยทั้งสองฝ่ายต้องรับสภาพความจริงว่าองค์กรหรือหน่วยงานใด ๆ ก็ตาม โดยพื้นฐานแล้ว ทรัพยากรอาจไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมายได้อย่างเต็มที่ จึงจำเป็นต้องประสานงานและสร้างเครือข่ายการทำงาน ซึ่ง ชีรพงษ์ แก้วหาญ (2543, หน้า 118) พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับความสำเร็จของความร่วมมือ ได้แก่

1. ความสามารถ ความตั้งใจจริงของผู้เกี่ยวข้อง
2. ทักษะของผู้ปฏิบัติงานในการยอมรับซึ่งกันและกัน
3. ความร่วมมือจะประสบผลสำเร็จได้ ต้องมีมาตรการการกระจายอำนาจการบริหารและความรับผิดชอบ
4. ความคล่องตัวขององค์กร โดยความคล่องตัวดังกล่าวต้องปราศจากการผูกขาดอำนาจ
5. การปรับตนเองเพื่อลดปัญหาอุปสรรคในความร่วมมือและการเตรียมพร้อมในทางปฏิบัติ

3.5.3 การให้บริการอากาศยานพยาบาล

จากการเกิดอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต การบาดเจ็บและพิการของประชาชน ดังนั้นรัฐบาลได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้มีการ กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ รวมถึงพระราชบัญญัติต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้าน การแพทย์ฉุกเฉินและช่วยให้เกิดการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพขึ้น ทำให้ ประชาชนได้รับบริการที่รวดเร็วและมีมาตรฐาน ซึ่งนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย (One Tambon One Search and Rescue Team: OTOS) ยุทธศาสตร์และมาตรการการป้องกันและแก้ไข ปัญหาอุบัติเหตุจราจรทางถนน และ นโยบายและการดำเนินการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

เนื่องจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินฉบับแรก ของประเทศไทย เริ่มมีการประกาศใช้ในปี พ.ศ. 2551 ดังนั้น จึงมีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินไม่มากนัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องการรับรู้พระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการรับรู้ และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

เกศินี สราญฤทธิ, ดวงชีวัน บุรณะกิจ, ศิริกุล กุลเลียบ, สมใจ เจียรพะพงษ์, เสาวลักษณ์ แยม ตรี, วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และนิรมล แสนคำ (2546) ศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วย ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ประชาชนไม่รู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการ การแพทย์สูงถึง ร้อยละ 85 ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพและเรียกใช้บริการไม่ ถูกต้อง ซึ่ง อรุณ จิรวัดน์กุล, วีระชัย ไควสุวรรณ, พีระพงษ์ บุญสวัสดิ์กุล, บัญศรี ปราณูนศักดิ์ และ กัลยา พัฒนศรี (2541) ศึกษาการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิด เหตุ จังหวัดขอนแก่น เกี่ยวกับการรับรู้การทำงานของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย และยังไม่เข้าใจระบบการให้บริการ การแพทย์ ฉุกเฉิน และเสนอแนะการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ ให้ทราบถึงบทบาทหน้าที่ของพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครกู้ชีพเพื่อให้ประชาชน ยอมรับและเข้าใจ ส่วน วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุรักษ์ อมรเพชรสถาพร, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และ กิตติพงษ์ โคตรพรหมศรี (2546) ศึกษาปัญหาและอุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่าประชาชนทั่วไปยังไม่รับรู้ถึงการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีการประชาสัมพันธ์การ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานที่สมัครขึ้นทะเบียน มีคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์ที่

กำหนด พาหนะรถยนต์ที่ใช้ช่วยเหลือเป็นรถกระบะไม่มีหลังคา ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย และที่สำคัญ ไม่มีไฟฉุกเฉิน

บุษบา ชัยศรีสวัสดิ์ (2549) ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินถึงร้อยละ 73.2 มีเพียงร้อยละ 28.6 ที่เคยได้ยินหรือรู้จักหรือมีประสบการณ์เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และเป็นการเรียกใช้บริการสำหรับญาติหรือผู้อื่น ร้อยละ 36.4 ที่เรียกใช้เพื่อบริการตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สายสมร ภัทรจิตรนนท์ (2551) ที่ศึกษาอุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย พบว่า มาตรฐานโครงสร้างที่เหมาะสมในเรื่องความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือการให้บริการโดยระบุว่ารถพยาบาลที่ให้บริการไม่ได้มาตรฐาน มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ อุปกรณ์ในรถยังไม่ครบตามมาตรฐานที่กำหนด สอดคล้องกับ นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์, วิทยา ชาตปัญญาชัย, สุดาวดี หอมจู และหทัยรัตน์ เทเวลา (2546) ในการศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่นแบ่งชี้ว่า ประชาชนในพื้นที่เรียกใช้บริการน้อยทั้งที่มีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกตลอดเวลาและประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการทำงานของหน่วยกู้ชีพ มีการเร่งเร้าให้รีบนำส่งโรงพยาบาลมากกว่าการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ และการมีหลายหน่วยงานซ้ำซ้อนในลักษณะเดียวกันกับ หน่วยกู้ชีพในพื้นที่ เช่น มูลนิธิ อาสาสมัครกู้ภัย ทำให้เกิดการจำกัดพื้นที่การทำงาน ทำให้การบริการประชาชนเป็นไปไม่ทั่วถึง

วิลาวรรณ แก้วลาน (2551) ศึกษาคุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยศึกษากลุ่มผู้นำองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 17 ราย กลุ่มผู้ปฏิบัติงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 25 รายและ ผู้รับบริการที่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวน 20 ราย ทำการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำองค์กรและผู้ปฏิบัติมีการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบางประเด็นว่า เป็นการออกปฏิบัติการให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนเท่านั้น ส่วนผู้บริการรับรู้นโยบายไม่ครอบคลุม ทำให้เรียกใช้บริการไม่ถูกต้องสำหรับการปฏิบัติการให้บริการนั้น กลุ่มผู้นำองค์กรรับรู้ขั้นตอนการออกปฏิบัติการไม่ครอบคลุมแต่รับรู้ว่าคุณปฏิบัติสามารถออกปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ด้านผู้ปฏิบัติงานบางส่วนรับรู้ขั้นตอนการออกปฏิบัติการอย่างครอบคลุมและสามารถออกปฏิบัติการได้

สำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ (2551) ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย พบว่า การ

จัดตั้ง โครงการหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ชีพกู้ภัย ของงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยในเขตพื้นที่กว่า 1 ใน 3 มีการดำเนินงานเรื่องนี้น้อย และพบว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของงานสาธารณสุขขึ้น (ร้อยละ 54.1) (สงวน นิตยารัมพงศ์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมสินุ์ ฉายวิจิตร และสุรจิต สุนทรธรรม, 2551)

สำนักวิจัยเอแบค (2543) ได้สำรวจภาคสนามระบบ การรักษาพยาบาลฉุกเฉินในประเด็นเรื่องความจริงของประชาชนกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย 76 จังหวัดและความคาดหวังต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2543 พบว่า สภาพทั่วไปของผู้ป่วยในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 58 เจ็บป่วยด้วยโรค อีกร้อยละ 42 เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ ส่วนลักษณะการแจ้งเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 91 ไม่มีการ แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใดๆ มีเพียงร้อยละ 2 ที่แจ้งเหตุเข้าสู่หน่วยงาน ที่เหลือ แจ้งเหตุขอความช่วยเหลือไปยังตำรวจ ในการเลือกไปรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประเมินจากความน่าเชื่อถือของแพทย์และพยาบาลและความพร้อมของเครื่องมือ ประเด็นเรื่องระบบการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนใหญ่ร้อยละ 76 นำส่งโดยญาติหรือเพื่อนสนิท รองลงมาคือร้อยละ 12 ผู้ป่วยเดินทางด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ 12 ที่นำส่งผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หากพิจารณาเรื่องเวลา ถ้านับจากเริ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการปฐมพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ใช้เวลาเฉลี่ย 56.49 นาที ถ้านับจากการปฐมพยาบาลครั้งแรกจนกระทั่งส่งตัวถึงสถานพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 123.4 นาที หรือ 2.04 ชั่วโมง ขณะเดียวกันเมื่อถึงโรงพยาบาลจนกระทั่งได้พบแพทย์ ใช้เวลาเฉลี่ย 17.29 นาที ผู้ป่วยฉุกเฉินที่บาดเจ็บมีร้อยละ 16 ประสบปัญหาในระหว่างเกิดเหตุ คือ ถูกปฏิเสธ การช่วยเหลือจากผู้พบเห็นไม่ทราบวิธีการที่จะนำส่งโรงพยาบาล ปัญหาได้รับการช่วยเหลือไม่ถูกวิธี ปัญหา การประสานติดต่อขอความช่วยเหลือกับหน่วยงาน ปัญหาถูกปฏิเสธการรักษาจากสถานพยาบาล ไม่มีรถพยาบาลบริการ นอกจากนี้ยังประสบปัญหาคือถูกรื้อค้น และขโมยทรัพย์สิน โดยรวมพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 35 ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับระบบการรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยฉุกเฉินมีความคาดหวังดังนี้ ร้อยละ 76 ต้องการมีระบบบริการรับแจ้งเหตุที่ทันเหตุการณ์ ร้อยละ 74 เรียกร้องให้โรงพยาบาลไม่ควรสิทธิปฏิเสธการช่วยเหลือรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉิน

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน จัดเป็นวิกฤติชีวิต นาที่เป็นนาที่ตาย หรือพิการ หากไม่มีการดูแลที่เหมาะสม แต่ละปีมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ จำนวน 12 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนัก อยู่ในขั้นวิกฤติ 3.6 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่ป่วยจากอุบัติเหตุจราจรที่ถือเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และเสียชีวิตก่อนนำส่งโรงพยาบาล ปีละประมาณ 60,000 คน นับเป็นปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง จำเป็นต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้

มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตมากขึ้น และไม่พิการตามมาจากการช่วยเหลือที่ไม่ถูกวิธี (กระทรวงสาธารณสุข, 2545, 2549)

สุทนต์ ทังศิริ, ชุตินา นาค และวาสนาเชิดชู (2550) อธิบายว่าการให้บริการระบบบริการการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการลดความสูญเสียของการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในทางสาธารณสุข แต่ระบบดังกล่าวของไทยยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารได้ การใช้รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะ เครือข่ายกู้ชีพประจำตำบล ทำให้เกิดประสิทธิภาพในระดับหนึ่งโดยสามารถสร้างความมั่นใจให้ประชาชนได้อย่างครอบคลุม และยังสร้างองค์ความรู้แก่ภาคประชาชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เห็นความสำคัญของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยสร้างรูปแบบให้เป็นที่พึงพอใจตอบสนองความต้องการบริการแก่ชุมชน

นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พชรินทร์ ชมเดช และสมชาย กาญจนสุต (2550) อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรอดชีวิตของประชาชนที่ประสบการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือการได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกวิธี ในระยะเวลาที่รวดเร็วเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่าระบบสนับสนุนเช่นระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคุณภาพต้องปรับปรุงมาตรฐานของระบบ โครงสร้างของแผนกฉุกเฉินที่สำคัญควรเน้นระบบการปรึกษาและส่งต่อ ควรมีนโยบายตั้งศูนย์การส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ

วิภาดา วัฒนนามกุล (2550, หน้า 66-67) ให้ความหมายระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ การดูแลรักษานอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยดูแลการนำส่งโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมจนกระทั่งผู้ป่วยพ้นภาวะฉุกเฉินจากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่ทำให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุขณะนำส่งโรงพยาบาล โดยการจัดให้มีบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์และยานพาหนะ มีระบบการรับแจ้งเหตุ ระบบการช่วยเหลือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ระบบการลำเลียงขนย้าย และการส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่โรงพยาบาลที่เหมาะสมได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็วตลอด 24 ชั่วโมง นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พชรินทร์ ชมเดช และสมชาย กาญจนสุต (2550, หน้า 2049-2100) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศพบว่าควรจัดให้มีแนวทางโครงสร้างของแผนฉุกเฉินโดยยึดตามภาระงานและอัตรากำลังควรกำหนดบทบาทเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน และควรมีการตั้งศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกรูปแบบให้สามารถแก้ประเด็นปัญหาพื้นฐานของประเทศมีความสำคัญ การใช้อากาศยานพยาบาลจัดเป็นแนวทางในการประสานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้มีความพร้อมในอีกมิติหนึ่งของการบริการภายใต้ความรวดเร็วของการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล

อิโรชิ คุนิ มาชิโกะ (Hiroshi Kuni Mashiko) ทำการเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางถนนของประเทศญี่ปุ่นพบว่า ในปี ค.ศ. 2010 มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 72,4811 ราย จำนวนนี้ผู้เสียชีวิต จำนวน 4,863 รายซึ่งลดลงจากปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 10 เนื่องจากทางรัฐบาลได้มีการรณรงค์การเมาไม่ขับและการใช้รถพยาบาลของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในการเคลื่อนย้ายผู้ประสบอุบัติเหตุทางถนนแม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะตามหลังระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลของกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกาก็ตามแต่ก็เป็นการสร้างกลไกใหม่ให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินญี่ปุ่นสิ่งนี้เป็นตัวอย่างประเทศแรก ๆ ในการใช้ทรัพยากรอากาศยานเพื่อการลำเลียงผู้ป่วยของภูมิภาคเอเชียและมาชิโกยังกล่าวอีกว่าปัจจุบันปฏิบัติการด็อกเตอร์เฮลิ (doctor heli) ได้เป็นต้นแบบตัวอย่างการเข้ามาศึกษางานหาความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ของเอเชีย เช่น ประเทศจีน อินเดีย เกาหลีหรือแม้แต่ประเทศเล็ก ๆ อย่างประเทศไทยก็มี แพทย์เวชศาสตร์เข้าไปดูงาน (Mashiko, 2011b)

รัฐบาลญี่ปุ่นได้ตั้งเป้าการลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตให้ลดลงจากเดิมร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2010 กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องพิจารณาพัฒนาระบบส่งต่อโดยการนำอากาศยานพยาบาลเข้ามาลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินเนื่องจากต้องอาศัยความรวดเร็วในการนำแพทย์เข้าสู่ตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วจึงนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรักษาในขั้นตอนที่สูงขึ้นจึงมีที่มาของการก่อตั้งโครงการด็อกเตอร์เฮลิในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นแต่ละฐานปฏิบัติการได้จัดสรรงบประมาณในการบริหารจัดการโครงการซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานจำนวน 200 ล้านเยนต่อปีต่อเฮลิคอปเตอร์หนึ่งลำในการสัมปทานค่าบริการจากบริษัท อาซาฮีแอร์ ในด้านทรัพยากรเฮลิคอปเตอร์และนักบิน พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ที่ติดตั้งพร้อมใช้งาน (Mashiko, 2010)

ยูตะกะ ยามาโนะ และ วาตารุ นิชิคาว่า (Yamano & Nishikawa, 2005) อธิบายว่า German Automobile Association (ADAC) คือเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่ถือเป็นต้นแบบของอากาศยานพยาบาลทั้งหมด ภายใต้แนวคิดรูปแบบมิวนิค (Munich model) ในกลุ่มประเทศยุโรป และมีชื่อเสียงดังทั่วโลก มีฐานบินอยู่ 78 ฐานบินซึ่งมีรัศมี การปฏิบัติการ โดยวัดจากศูนย์กลางพยาบาลที่เป็นที่ตั้งฐานบินเป็นรัศมี 50 กิโลเมตร ซึ่งมีพิกัดที่ตั้งสะดวกต่อการขึ้นลง มีการกำหนด เวลาในการตอบสนองการขอเรียกใช้อากาศยานพยาบาลภายในเวลา 15 นาที สอดคล้องกับปฏิบัติการด็อกเตอร์เฮลิในญี่ปุ่น

ฟาร์มเมอร์ (Farmer, 1996, pp. 391-400) เสนอแนะถึงการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศให้ประสบความสำเร็จสิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงคือการจัดการด้านระบบหายใจผู้ป่วย ไช, เซน, หยาง, หลู่, เจียง, ชี และชุย (Tsai, Chen, Yang, Lu, Chiang, Chi & Chiu, 2006, pp. 32-36) ได้ศึกษา ผู้ป่วยชาวไต้หวันในพื้นที่ทุรกันดารที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณศีรษะ 215 ราย พบว่ามีความจำเป็นต้องใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศเพื่อช่วยรักษาชีวิต ขณะที่ในทางสุตินารีเวช พบว่าการใช้อากาศยานพยาบาลสามารถช่วยลดอัตราการตายของทารกจากคลอดฉุกเฉินได้มาก (Cornelius & Cornelius, 2010, pp. 124-126) จากการเติบโตของธุรกิจอากาศยานพยาบาลในช่วง 5 ปีของอเมริกา แอนดรูว์ (Andrew & Moore, 2010, pp. 1183-1192) ได้ค้นคว้าวรรณกรรมจากฐานข้อมูลพับเมด เมดไลน์ด้านทักษะพยาบาลเวชศาสตร์ ผลการศึกษา พบว่า ความจำเป็นทางทักษะการพยาบาลระหว่างที่ให้บริการของอากาศยานทั้งสองประเภทคือปีกหมุนและปีกตรึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลเวชศาสตร์ต้องผ่านการอบรมให้เกิดความเชี่ยวชาญงาน เลมบี (Lamb, 2010, pp. 249-260) ทำการศึกษาโดยรวบรวมผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บระหว่างการเคลื่อนย้ายและเสนอแนะว่าควรต้องมีแผนการจัดการกับความเจ็บปวดที่เพิ่มขึ้นจากภาวะความเครียดทางการบิน ในผู้ป่วยเด็ก ดิลเลอร์, เวอร์นอน, ดิน และซูร์ด้า (Diller, Vernon, Dean & Suruda, 1999, pp. 217-224) ได้ศึกษาผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 17 ปี รวมถึงเด็กแรกคลอด จำนวน 874 รายพบว่าเหตุที่เลือกการเคลื่อนย้ายทางอากาศเนื่องจากมีอาการที่สาหัสรุนแรง ทั้งนี้ต้องได้รับการพิจารณาจากแพทย์ที่ได้ประเมินสภาพผู้ป่วยถึงความจำเป็นว่าต้องใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลูบิน และคณะ (Lubin, et al., 2005, pp. 198-202) ที่เปรียบเทียบการรับผู้ป่วยจากจุดเกิดอุบัติเหตุ กับการรับช่วงผู้ป่วยจากสถานพยาบาลซึ่งมาตรฐานการให้บริการไม่แตกต่างกัน

เบรดโซล, เวสลีย์, เอกสไตน์, ดูน และโอเคฟี (Bledsoe, Wesley, Eckstein, Dunn & O'Keefe, 2006, pp. 1257-1265) ได้วิเคราะห์ห้เมื่อดำเนินการเกี่ยวกับประโยชน์ของอากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุจำนวน 37,350 ราย ที่ได้ใช้เฮลิคอปเตอร์เป็นพาหนะลำเลียงส่งโรงพยาบาล เทียบกับงานวิจัยอีก 22 ชิ้นที่พิจารณาคัดจากเกณฑ์ พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บไม่รุนแรงถึงชีวิตที่เคลื่อนย้ายด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาลถูกกล่าวหาว่าเลือกใช้อากาศยานพยาบาลเกินกว่าสภาพความจำเป็นอย่างไรก็ตาม มิเชล, ทอลลอน และเซลลี่ (Mitchell, Tallon & Sealy, 2007, pp. 129-133) กล่าวว่าหากใช้คะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Trauma and Injury Severity Score: TRISS) มาพิจารณา พบว่าการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลเป็นการสร้างโอกาสทางรอดชีวิตถึงร้อยละ 90 และผู้ป่วยที่รับบริการกว่าร้อยละ 25.8 สามารถจำหน่ายออกโรงพยาบาลภายในเวลาไม่ถึง 24 ชั่วโมง งานวิจัยเชิงเชิงคุณภาพของ การ์น, เพอร์กินส์, บอร์แลนด์ และลิลลี่ (Game, Perkins, Boreland & Lyle, 2009, pp. 602-604) ใช้เวลาช่วง 5 ปี ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการรอสถิต

ออสเตรียในเขตมลรัฐนิวเซาท์เวลส์ พบว่าสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่พิเศษทางไกลการสาธารณสุขโดยอาศัยการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศ

เคอร์, เคนส์ และบิสเซล (Kerr, Kerns & Bissell, 1999, pp. 159-161) ได้ทำการศึกษา ความแตกต่างของอัตราการตายในผู้ป่วยอุบัติเหตุด้วยวิธีการเคลื่อนย้ายระหว่างทางรถพยาบาลและทางเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ในมลรัฐ แมริแลนด์สหรัฐอเมริกาจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 23,002 รายในจำนวนนี้ได้ทำการเคลื่อนย้ายทางบก 11,379 ราย ทางอากาศ 116,623 พบว่าด้วยความรวดเร็วในการนำผู้ป่วยอุบัติเหตุที่นำส่งถึงโรงพยาบาลด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาลสร้างโอกาสด้านบวกแก่ผู้ป่วยในการเพิ่มการมีชีวิตรอดให้สูงขึ้นและมีข้อเสนอแนะเพิ่มควรมีการศึกษาต่อต้านกระบวนการประสานความร่วมมือระหว่างทางบกกับทางอากาศต่อช่วงกันเพื่อให้ทราบผลที่ปรากฏออกมาควรเป็นรูปแบบใด เอ็คสไตน์, แจนโดล์, เคลลี และคาร์ดิลโล (Eckstein, Jantos, Kelly & Cardillo, 2002, pp. 340-344) วิเคราะห์การให้บริการอากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี จำนวน 189 รายในพื้นที่ทุรกันดารเพื่อให้รัฐบาลทบทวนนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กที่ประสบอุบัติเหตุในชนบทและชุมชนเมือง เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างการใช้อากาศยานพยาบาลและรถพยาบาล จากงานของ ทอร์เทลล่า, แซมโบล, ลาวรี่, คูดิลลี่ และนัดแซม (Tortella, Sambol, Lavery, Cudily & Nadzam, 1996, pp. 24-28) พบว่ามีงานวิจัยเกี่ยวกับการใช้อากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยเด็กน้อยมากแต่ส่วนใหญ่พบว่าอากาศยานพยาบาลจะพิจารณาเลือกใช้กรณี que ผู้ป่วยเด็กมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากซึ่งตรงข้ามกับกรณีผู้ป่วยผู้ใหญ่เนื่องจากผู้ปฏิบัติการให้บริการภาคพื้นมักบ่นว่าผู้ป่วยเด็กโดยส่งหน้าที่ให้กับการเคลื่อนย้ายทางอากาศแทนสอดคล้องกับงานของ ชมิทท์ และคณะ (Schmidt, et al., 2002, pp. 1000-1006) ที่ศึกษาแบบเปรียบเทียบย้อนหลังการเคลื่อนย้ายทางบกกับทางอากาศในเยอรมันซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ผู้ป่วยเด็กที่ใช้ทอหายใจ จะพิจารณาเลือกใช้การลำเลียงทางอากาศเป็นหลัก

ซิมสัน, บาร์ทรี, คอร์ฟิลด์ และเฮร์นส์ (Simpson, Bartley, Corfield & Hearn, 2011, pp. 243-246) ได้ทำการศึกษาวิจัยภาพเฮลิคอปเตอร์พยาบาลเปรียบเทียบระหว่างระบบของสหราชอาณาจักรและระบบออสเตรเลีย ผลที่ปรากฏออกมาโดย การวัดพื้นฐานด้านองค์ประกอบที่จำเป็นต่อการปรับปรุงบริการนำส่งผู้ป่วย ซึ่งพบว่าปัจจุบันยังไม่มีตัววัดผลใดที่ได้มาตรฐานเกี่ยวกับผลของผู้ป่วยที่ผ่านการเคลื่อนย้ายทางอากาศยานพยาบาล ดังนั้นงานวิจัยชิ้นนี้จึงมีเป้าหมายที่ต้องการพัฒนาตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ โดยเก็บข้อมูลการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้ป่วยและผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลไม่เต็มใจให้ความร่วมมือ ในยุโรปและอเมริกานิยมใช้ศักยภาพของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในการเคลื่อนย้ายนักท่องเที่ยงที่ได้รับบาดเจ็บตามสถานที่พักตากอากาศ ฮอบกินส์, ยังควิสต์, แม็คอินทอช และสวอนสัน (Hopkins, Youngquist, McIntosh & Swanson, 2011, pp.

261-270) กล่าวว่าการศึกษาเรียกใช้อากาศยานพยาบาลในพื้นที่เฉพาะอยู่ที่การประเมินตัดสินใจของภาคพื้น ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ให้บริการทั้งสิ้น 815 ราย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 ถึง 2009 พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 53.8 มีการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลอีกร้อยละ 46.2 เลือกใช้รถพยาบาล อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ ลิตเติ้ลวูด, ปาร์คเกอร์, เฮอนส์ และคอร์ฟิลด์ (Littlewood, Parker, Hearn & Corfield, 2010, pp. 27-29) เกี่ยวกับการใช้อากาศยานพยาบาลในประเทศอังกฤษเพื่อสร้างกฎระเบียบการบริหารจัดการโดยใช้การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์กลุ่มผู้ให้บริการ 16 หน่วย บ่งชี้ว่า มีเพียง 3 แห่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์และพารามedikพร้อมให้บริการ อีก 4 แห่งใช้พารามedik และว่าจ้างแพทย์เวชศาสตร์มาสมทบ มีเพียง 2 แห่งนั้นที่ใช้พารามedikล้วน ๆ ดังนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่ไม่ได้มาตรฐานของการให้บริการจึงควรต้องมีหน่วยงานกลางจากรัฐเข้ามาควบคุมมาตรฐาน

เทเลอร์ และคณะ (Taylor, et al., 2010, pp. 10-20) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเทียบกับประโยชน์ของการให้บริการอากาศยานพยาบาลทุกรูปแบบเนื่องจากยังไม่มีหลักฐานด้านวิชาการชี้ให้เห็นถึงการใช้งานเทียบกับค่าใช้จ่ายการปฏิบัติการ พบว่าการประเมินค่าใช้จ่ายรายปีอยู่ที่ 115,777-5,571,578 ดอลลาร์ มีการศึกษาเพียง 5 ชิ้นที่ประเมินว่าเป็นบริการทางการแพทย์ที่สิ้นเปลืองกว่าวิธีอื่น ขณะที่งานอีก 8 ชิ้น ชี้ให้เห็นอัตราต้นทุนประสิทธิผลเป็น 3,292 ดอลลาร์และ 2,227 ดอลลาร์ต่อปีในการช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ เฉลี่ยอยู่ที่ 3,258 ดอลลาร์ ดังนั้นการปรับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่ใช่กรณีอุบัติเหตุต้องมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ 7,138 ดอลลาร์ถึง 12,022 ดอลลาร์ ต่อปี มีเพียงการศึกษาชิ้นที่ประเมินค่าใช้จ่ายให้ประโยชน์ในเชิงสังคมแม้ว่าค่าใช้จ่ายต่อภารกิจสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วไป อยู่ที่ 30,365 ถึง 914,787 ดอลลาร์ อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยไม่สามารถประเมินต้นทุนประสิทธิผลได้เนื่องจาก ความแตกต่างทางด้านองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ต้องนำมาศึกษาอย่างต่อเนื่อง

ในประเด็นของต้นทุนประสิทธิผล การศึกษาของปาง (Pang, 2001, pp. 27-33) พบว่าต้นทุนประสิทธิผลของการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลให้ผลอยู่ในระดับดี ซึ่งมีหลักฐานเพิ่มเติมว่า แพทย์เวชศาสตร์มีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยมีส่วนช่วยให้สภาพผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการหนักสามารถมีสภาพอาการดีขึ้น นอกจากนี้อัตราการตายของผู้ป่วยที่ทำการเคลื่อนย้ายทางอากาศ มีความสัมพันธ์กับเวลานำส่งโดยอ้างข้อมูลที่ทบทวนจาก 3 สมรภูมิ ดังนี้ ในสงครามโลกครั้งที่สอง เวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6-12 ชั่วโมง พบว่ามีอัตราการตาย ร้อยละ 5.8 ในสงครามเกาหลีเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอยู่ในช่วง 2-4 ชั่วโมงทำให้อัตราการตายลดลงอยู่ในระดับร้อยละ 2.4 และในสงครามเวียดนามมีการปรับระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วยให้ลดลงในระดับ 1 ชั่วโมง พบว่าอัตราการตาย ต่ำกว่าร้อยละหนึ่ง สรุปได้ว่าการนำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการ

รักษาโดยใช้เวลาน้อยที่สุด ยิ่งทำให้โอกาสอัตราการเสียชีวิตลดลงไปด้วย นอกจากนี้เขายังได้ศึกษาเปรียบเทียบการนำส่งผู้ป่วยทางอากาศกับการนำส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาล พบว่าผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลเมื่อใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศน้อยกว่าการเคลื่อนย้ายทาง

ได เซรีโอ, เปโตรเนลลี และแซมมาร์ติโน (Di Serio, Petronelli & Sammartino, 2010, pp. 955-961) แผนกพยาธิวิทยาวิทยาลัยบาร์ประเทศอิตาลี ทำการทดสอบทดลองผลแลบขณะการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยอากาศยานพยาบาล ผลทางด้านคลินิกชี้ว่า การทดสอบแลบพร้อมกับผู้ป่วยวิกฤต ขณะลำเลียงจะช่วยเพิ่มสร้างโอกาสในการรักษา ในรูปแบบของการทดสอบการรักษา ณ จุดเคลื่อนย้าย (Point Of Care Testing: POCT) เมื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมและศักยภาพ (Strength Weakness Opportunity Threat: SWOT) เพื่อสร้างแบบแผนการรักษาขณะทำการขนส่ง โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีให้เกิดประโยชน์สูงสุดเป็นช่องทางหนึ่งในการสื่อสารเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลสภาพผู้ป่วยได้ต่อเนื่องเพื่อสร้างรูปแบบการรักษาในอนาคต ในการวัดศักยภาพทีมสนับสนุนทางอากาศของกองทัพอากาศสหรัฐ แลมบ์ (Lamb, 2010, pp. 249-260) พบว่า การอพยพผู้ป่วยวิกฤตทางอากาศ ระยะทาง และ ทีมงาน เป็นเงื่อนไขที่ต้องพิจารณาเนื่องจาก ความล่าช้าการบินที่เกิดจากการเดินทางไกล หรือภารกิจที่ไม่มีการหยุดพักเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อผลการปฏิบัติงาน การส่งทีมออกไปให้บริการ ยูนและคณะ (Yoon, et al., 2011, pp. 176-178) ได้ทำการศึกษาการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศเกาหลีใต้ และรายงานว่าการให้บริการในช่วงปี ค.ศ. 2007 - 2009 หน่วยควบคุมสาธารณสุขและกองดับเพลิงแห่งกรุงโซล เป็นศูนย์กลางการให้บริการ จากการขอใช้บริการทางโทรศัพท์ 725 ครั้ง มีการส่งทีมกู้ชีพ ช่วยผู้ป่วยได้ 703 ราย ทั้งนี้ มีเพียง 141 รายที่ได้ตัดสินใจเคลื่อนย้ายทางอากาศ เพราะผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ที่ยานพาหนะอื่นไม่สามารถเข้าถึงได้เพื่อป้องกันการเรียกใช้ประโยชน์มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น ในการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์เพื่อหาตำแหน่งสถานที่ขึ้นลงเพื่อปรับระยะเวลาตอบสนองเพื่อลดอัตราเสี่ยงของปฏิบัติการอากาศยานพยาบาล โฟร์, อัคคารี และแม็คโดนัลด์ (Foo, Ahghari & MacDonald, 2010, pp. 461-468) ได้ข้อมูลจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของแคนาดาว่าอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ ซึ่งหากสามารถลดระยะเวลาการนำส่งโรงพยาบาลสามารถลดอัตราตายและพิการได้ ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) นี้สามารถชี้จุดการสร้างสถานที่ขึ้นลงอากาศยานพยาบาล จากข้อมูลการขอเรียกใช้บริการแพทย์ฉุกเฉินในอดีตเพื่อหาแนวทางประเมินเพื่อลดความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้อากาศยานพยาบาลโดยเฉพาะ การให้บริการในภารกิจช่วงกลางคืน

อากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในฟลอริดาประเทศญี่ปุ่น หรือโครงการคอกเตอร์เฮลิคอปเตอร์ที่มีทีมแพทย์และพยาบาลฉุกเฉินให้บริการประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร พบว่าหลังการก่อตั้งได้เพียง 523 วัน วิเคราะห์จากจำนวนผู้ป่วย จำนวนเที่ยวบิน รายเดือน โรงพยาบาลปลายทาง ข้อมูลการขอใช้บริการผ่านหน่วยดับเพลิง และจำนวนแพทย์ฉุกเฉินที่บินออกปฏิบัติงานในแต่ละเที่ยว พบว่าได้มีการให้บริการตั้งแต่เริ่มก่อตั้งกว่า 450 เที่ยวบิน แม้ว่าในระยะแรกมีการขอใช้ค่อนข้างน้อยแต่สถิติได้เพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อประชาชนทราบประชาสัมพันธ์ว่ามีบริการดังกล่าวทางโฆษณาและซีรีส์ภาพยนตร์ (code blue) จากข้อมูล มีรายละเอียด คือการบริการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน จากสถานที่เกิดเหตุ 295 ราย การเคลื่อนย้ายระหว่างโรงพยาบาล 75 เที่ยวบิน มีการยกเลิกขณะบินไปรับผู้ป่วยถึง 79 เที่ยวบิน และ 1 เที่ยวบินเป็นปฏิบัติการเสริมบรรเทาเหตุภัยพิบัติ ลักษณะของผู้ขอใช้บริการ เป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุร้อยละ 62.2 ภาวะโลหิตไปเลี้ยงสมองอุดตันร้อยละ 8.5 ภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันร้อยละ 5.2 การนำส่งโรงพยาบาลปลายทางส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ภูมิภาค ทั้งนี้ การประเมินตัดสินใจขอใช้อากาศยานพยาบาล กระทำโดยการวินิจฉัยเบื้องต้นจากทีมกู้ชีพที่ได้รับการอบรมเป็นพิเศษ (Tase, et al., 2010, pp. 139-143)

โบเกอร์, เบค และคริสเตนเซน (Bøtke, Bakke & Christensen, 2009) พบว่าการใช้แพทย์ร่วมในทีมการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสทางรอดเพิ่มขึ้นหรือไม่ จึงทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบผ่านฐานข้อมูล PubMed, EMBASE และCochrane ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990-2008 โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ให้บริการที่มีทีมแพทย์ร่วมในการเคลื่อนย้ายและทีมที่ไม่มีแพทย์กล่าวคือมีเฉพาะพารามedik จากการรวบรวมงานวิจัย 1,359 ชิ้น สกัดคัดงานที่เกี่ยวข้องได้เพียง 26 ชิ้นที่ตรงตามเกณฑ์ต้องการ รายงานเพียง 9 ชิ้นที่บ่งว่าผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลในทีมที่มีแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าเมื่อเทียบกับไม่มีแพทย์ร่วมทีม โดยเฉพาะหากผู้ป่วยฉุกเฉินมีโรคประจำตัวเช่น กล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมควรต้องวิเคราะห์โรคอื่นเปรียบเทียบในเดहरาน ซาริมิ, คาจิ, คาสซาย่า และบานดี (Salimi, Khaji, Khashayar & Bande, 2009, pp. 361-364) ทำการศึกษาาระบบการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลในพื้นที่ไม่มีการตั้งศูนย์อุบัติเหตุ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนที่ต้องใช้เวลานาน เฉลี่ยเกิน 54 นาที พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตถึงร้อยละ 10.2 เขาพบว่า จำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลเพื่อลดอัตราการตายเนื่องจากการใช้รถพยาบาลมีปัญหาด้านการจราจร ฮิลเบิร์ต, การ์นินา, สตรัค และสตัททแมน (Hilbert, Kalina, Struck & Stuttmann, 2009, pp. 294-297) เสนอแนะว่าหากต้องใช้การส่งผู้ป่วยกลับประเทศในระยะทางไกล อากาศยานปีกตรึงเหมาะสมมากกว่าอากาศยานปีกหมุนเนื่องจากมีเสถียรภาพสูงกว่า ซึ่งสภาพดังกล่าว มาร์โกลิส และยิปนาซาร์ (Margolis & Ypinazar, 2009, pp. 363-368) ให้ข้อมูลว่า รอยัล ฟลายอิงออสตรเลียมี

ประสบการณ์สูงเพราะให้บริการเคลื่อนย้ายมาตั้งแต่ ปีค.ศ.1928 เขารวบรวมข้อมูลด้านคลินิกตั้งแต่ ปี 1994 ถึง 2006 ทำการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วย 72,054 ราย ที่มีการใช้บริการผ่านศูนย์มลรัฐ คิวินสแลนด์ ร้อยละ 6 มีสภาพอาการวิกฤติ ร้อยละ 35.1 เป็นภาวะอัมพาต ร้อยละ 32.5 เป็นภาวะโรคทางเดินหายใจและ ร้อยละ 21.3 เป็นภาวะเกี่ยวกับโรคหัวใจ อย่างไรก็ตามพบว่า มีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 1 เกิดขึ้นขณะกระบวนการลำเลียงทางอากาศ (Turner, Ruth & Tipping, 2009, pp. 171-174)

ในประเทศฝรั่งเศส ดูชาตูร์, เวอร์เนอร์, ชาร์ และคอร์ดอร์ (Duchateau, Verner, Cha & Corder, 2009, pp. 391-394) ศึกษาหลักเกณฑ์ที่ช่วยตัดสินใจในการเลือกอพยพทางอากาศระหว่างประเทศในนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ป่วยฉุกเฉิน จากข้อมูล ผู้ป่วย 402 รายพบว่า ต้องประเมินจากอายุ ศักยภาพของพื้นที่ที่สามารถจัดหาอากาศยานพยาบาล และสถานที่ต้นทางเริ่มการลำเลียง สนามบินมีบทบาทสูงในระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นจำนวนมากกรณีเกิดเหตุภัยพิบัติร้ายแรง เนื่องจากต้องมีการฝึกซ้อมพร้อมทั้งได้มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นอยู่เสมอ จึงมีความพร้อมต่อการเคลื่อนย้ายทางอากาศในกรณีผู้ประสบภัยพิบัติ เช่นในกรณี วิกฤติจากพายุเฮอริเคนเคตรินาในสหรัฐอเมริกา แซนฟอร์ด, จูอี้, มิลเลอร์ และโจบี (Sanford, Jui, Miller & Jobe, 2007, pp. 230-235) กล่าวว่าทำอากาศยานนานาชาติหลุยส์อาร์มสตรอง มลรัฐนิวออลีนได้ถูกจัดให้เป็นศูนย์กลางประสานการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยกว่า 24,000 คนในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจำนวน 3,000 ราย มีการระดมทีมแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย (Disaster Medical Assistance Teams: DMAT) จากทุกมลรัฐมาร่วมกันให้บริการที่สนามบิน อย่างไรก็ตาม ระบบการบริการเหตุฉุกเฉินขนาดใหญ่ที่ไม่มีใครวางแผนการรองรับที่ดีเพียงพอ จะทำให้ปฏิบัติการทางการแพทย์ ลดประสิทธิภาพลง ในประเทศอิสราเอล สวาร์ซ และคณะ (Schwartz, et al., 2009, pp. 551-556) ได้วิเคราะห์งานที่รวบรวมข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ พบว่า สถานพยาบาลที่ใกล้จุดเกิดเหตุ เป็นจุดรับผู้ป่วยด่านแรกก่อนประเมินการขอความช่วยเหลือทางอากาศทั้งนี้หากมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วนด้วยจึงทำให้กระบวนการเคลื่อนย้ายทั้งระบบเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการจัดรูปแบบสถานที่รับส่งอากาศยานพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่ง ชูร์แมน, เบล, แอลอูร์กซ์ และฮาร์มิด (Schuurman, Bell, L'Heureux & Hameed, 2009, pp. 1-9) ทำการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ได้รวบรวมของสถานพยาบาลในระดับ ตติยภูมิ จำนวน 5 ปี ระยะทาง ระยะเวลาที่ทำการเคลื่อนย้ายด้วยรถพยาบาลจากจุดเกิดเหตุสู่สถานพยาบาลเพื่อนำมาพัฒนาแบบจำลองสำหรับวางตำแหน่งสถานที่ขึ้นลงอากาศยานให้เหมาะสมด้วยระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (GIS)

การใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อช่วยชีวิต ริงเบิร์ก, รอนดีย์ และคณะ (Ringburg, Ronde, et al., 2009, pp. 28-36) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้เห็นภาพของประโยชน์จากการใช้อากาศ

ยานพยาบาล ผ่านฐานข้อมูล เมดไลน์ของห้องสมุดการแพทย์แห่งชาติโดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี ค.ศ.1985 จนถึง 2007 พบว่า ได้งานที่ดีพิมพ์เพียง 16 ชิ้น โดยทั้งหมดบ่งชี้ว่าการให้การช่วยเหลือด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาลมีส่วนเพิ่มอัตราการรอดชีวิตจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่รอดชีวิตพบว่า 1 ถึง 12 รายจากจำนวนสถิติ 100 เทียบกับ งานวิจัย 4 ชิ้นที่น่าเชื่อถือได้แสดงให้เห็นว่าอัตราการตายลงเหลือ 2.7 ราย ในทุก ๆ 100 ปฏิบัติการ วรรณกรรมส่วนใหญ่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพการใช้อากาศยานพยาบาลอย่างชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างไรก็ตามหลักฐานข้อมูลเพียง 16 ชิ้นไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ถึงประโยชน์การเลือกใช้อากาศยานพยาบาลในภาคพลเรือน ทั้งนี้ เซฟเฟอร์ด, ทริทวี่, เคนนีดี และเดวิส (Shepherd, Trethewy, Kennedy & Davis, 2008, pp. 494-499) ทำการศึกษาการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุในชนบท พบว่าหากต้องมีการเคลื่อนย้ายในระยะทางมากกว่า 100 กิโลเมตร การเคลื่อนย้ายทางอากาศจะมีความรวดเร็วเห็นได้ อย่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับทางบก ซึ่งสอดคล้องกับการเลือกใช้ศักยภาพของอากาศยานพยาบาลใน วงการทหาร (Bridges & Ever, 2009, pp. 370-375)

ในภาวะความถี่ของการเกิดภัยพิบัติสูงขึ้น เบนินาตี, เมเยอร์ และคาร์เตอร์ (Beninati, Meyer & Carter, 2008, pp. 370-376) กล่าวว่า ต้องจัดแผนอพยพทางอากาศฉุกเฉิน ให้เป็นระบบเพื่อ เตรียมพร้อมต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดต่าง ๆ เช่นภัยที่เกิดจากสารเคมีและสารพิษต่าง ๆ ซึ่ง มาร์โรนี และพาเกียรา (Maloney & Pakiel, 2008, pp. 48-50) ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากสารเคมีและ สารพิษในรอบ 5 ปี จำนวน 3,362 ราย มีผู้ป่วย 135 รายที่ต้องทำการเคลื่อนย้ายทางอากาศ พบพิษ จากสารคาร์บอนมอนอกไซด์ ถึงร้อยละ 16 ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวนสองคนหรือมากกว่า ซึ่ง ฮุกเกอร์, ดริลกาลาห์, โอไบรน์ และฮิกไนท์ (Hooker, Drigalla, O'Brien & Hignite, 2008, pp. 294-297) ได้ทำการศึกษาผลกระทบจากการต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจำนวนมาก จากการสังเกตการณ์ ลำเลียงผู้ป่วยด้วยเฮลิคอปเตอร์ 2 รายพร้อมกัน จำนวน 59 ชุด เปรียบเทียบกับผู้ป่วยคนเดียวจำนวน 269 ราย ผลการศึกษาพบว่าหากต้องมีการลำเลียงพร้อมกันเป็นคู่พบว่าอาการของผู้ป่วยทั้งสองต้อง ไม่มีความรุนแรงเหมือนกัน ซึ่งแพทย์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 9 รายให้ข้อสรุปว่าไม่สามารถให้การดูแล ผู้ป่วยรายที่สองได้อย่างเต็มที่

ในประเทศจีน หลิว และคณะ (Liu, et al., 2008, pp. 543-545) วิเคราะห์สภาพและโอกาส ของผู้ป่วยแผลไหม้ ที่ต้องทำการเคลื่อนย้ายทางอากาศ พบว่า มีผู้ป่วยจำนวน 18 รายที่มีแผลไหม้ ชนิดรุนแรงต้องรีบประสานให้เคลื่อนย้ายทางอากาศไปรักษา พบว่ามีผู้ป่วยถึง 4 ราย ต้อง เคลื่อนย้ายในอากาศแม้หมดสติ ที่เหลือ 14 ราย เคลื่อนย้ายหลังจากฟื้นจากภาวะหมดสติ หากต้องม การเคลื่อนเป็นคู่ ต้องประเมินผู้ป่วยที่อาการสาหัสกว่าเพื่อการรักษาและใส่ใจเป็นพิเศษ มีข้อมูลการ พยายามเคลื่อนย้ายทางอากาศมากที่สุดถึงคราวละ 6 ราย เพื่อนำส่งโรงพยาบาลปลายทางหลายแห่ง

โดยใช้ระยะทางส่งโรงพยาบาล ปลายทางตั้งแต่ 420 ถึง 2,500 กิโลเมตร ใช้เวลาตั้งแต่ ชั่วโมงครึ่ง ถึง สามชั่วโมงครึ่ง พบว่าผู้ป่วย 1 รายเสียชีวิตเนื่องจากอวัยวะภายในไม่ทำงาน ทั้งนี้ข้อมูลยืนยันว่า สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศในช่วงที่หมดสติได้ การขาดการตรวจเช็คความสัมพันธ์การกระจายการช่วยเหลือสวัสดิการ สเวนสัน, คอนเนอร์ และลินเชย์ (Svenson, Connor & Lindsay, 2006, pp. 170-172) กล่าวว่ารูปแบบที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลในชนบทเป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำความเข้าใจเพื่อการเตรียมแผน และงบประมาณอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งต้องเตรียมให้แก่โรงพยาบาลต่างๆ ในภูมิภาคโดยจัดเป็นศูนย์กลางบริการผู้ป่วยในรัศมีโดยรอบ 75 ไมล์และสามารถให้การลำเลียงทางอากาศได้ถึง 1,200 รายต่อปี แต่พบว่าในแต่ละหน่วยบริการไม่มีการประสานความร่วมมือกับหน่วยอื่นแต่อย่างใด

มิชเชล, ทาลอน และ เซลลี่ (Mitchell, Tallon & Sealy, 2007, pp. 129-133) ทำการศึกษาเปรียบเทียบ การลำเลียงผู้ป่วยอุบัติเหตุในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเทียบระหว่างใช้วิธีการลำเลียงทางบกกับทางอากาศเป็น ครั้งแรกในประเทศแคนาดาโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ TRISS (Trauma and Injury Severity Score) ที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 ถึง 2002 กับผู้ป่วยจำนวน 823 รายในประเทศแคนาดา ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ 32 ที่เคลื่อนย้ายทางอากาศ พบว่า ค่าสถิติ TRISS ของกลุ่มที่ลำเลียงทางอากาศ ($Z=2.77$, $W=6.40$) ดีกว่ากลุ่มที่เคลื่อนย้ายทางบก ($Z=1.97$, $W=2.39$) และเมื่อเปรียบเทียบด้านทีมบุคลากร พบว่าการเคลื่อนย้ายทางอากาศซึ่งมีแพทย์ร่วมในทีมมีความล่าช้าในการลำเลียง เนื่องจากใช้เวลาตรวจเช็คสภาพผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ นานกว่าทีมบุคลากรทางบก ดิสแมน และลีเคอร์ (Dissmann & Le Clerc, 2007, pp. 59-62) จึงทำการศึกษาวัดค่าเฉลี่ยเวลาในการปฏิบัติการกิจเพื่อเปรียบเทียบข้อแตกต่างของทีมอากาศยานที่ปฏิบัติการร่วมระหว่าง แพทย์และพารามedik (Physician Paramedic Partnerships: PPPs) และพารามedikอย่างเดียว (Conventional Paramedic Crews: CPCs) เพื่อหาข้อได้เปรียบที่แพทย์เป็นสาเหตุของการเคลื่อนย้ายล่าช้า จากข้อมูลผู้ป่วย 203 ราย ค่าเฉลี่ยเวลาเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุใช้ไป 25 นาที และไม่พบข้อแตกต่างเวลาเฉลี่ยที่ใช้ระหว่างกลุ่ม PPPs กับ กลุ่ม CPCs ดังนั้นบทบาทที่แพทย์ใช้เวลาประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อสร้างความมั่นใจมีโอกาสเกิดขึ้นได้ สอดคล้องกับ งานของ ลินเบิร์ก, สเปนเซอร์และคณะ (Ringburg, Spanjersberg, et al., 2007, pp. 258-262) ที่ได้เปรียบเทียบทีมอากาศยานพยาบาลที่ประกอบด้วยแพทย์เทียบกับทีมที่ใช่พยาบาลแทนแพทย์ ที่ให้บริการกับผู้ป่วย พบว่าทีมที่มีแพทย์ร่วมใช้เวลาเฉลี่ยมากกว่าเพราะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติให้ปรับสภาพความพร้อมต่อการเคลื่อนย้ายให้เกิดโอกาสเสี่ยงน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม ลินเบิร์ก, ฟริสเซน และคณะ (Ringburg, Frissen, et al., 2005, pp. 248-251) ได้ทำการศึกษาเพิ่มเติมใน เนเธอร์แลนด์กับผู้ป่วย 162 ราย ช่วงระยะเวลา 120 วัน พบว่า ระบบการเคลื่อนย้ายที่มีแพทย์ร่วมอยู่ในทีม สามารถให้การปฏิบัติการบิน

นอกจากฐานได้รวดเร็วกว่า เจ็ดเท่า เมื่อเทียบกับชุดที่ไม่มีแพทย์ อย่างไรก็ตามคงไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนเป็นหลักฐานวิชาการใดที่พิสูจน์ว่าทีมที่มีแพทย์ร่วมอยู่จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย ประเด็นด้านค่าใช้จ่าย ลินเบอร์ก, โพลินเดอร์ และคณะ (Ringburg, Polinder, et al., 2009, pp. 1365-1370) ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการใช้ปฏิบัติการอากาศยานพยาบาล เทียบกับรถพยาบาลในประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยใช้เครื่องมือ EQ-5D (EuroQol-Five Dimensions) เพื่อประเมินวัดคุณภาพชีวิตโดยวัด ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยอุบัติเหตุในช่วงระยะเวลา 2-4 ปี ตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุ การช่วยเหลือ วิธีการนำส่ง การรักษา และหลังจาก จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ผ่านการช่วยเหลือด้วยอากาศยานพยาบาล ส่วนใหญ่ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วย ที่ได้รับการช่วยเหลือทางบก ทั้งนี้เมื่อคิดค่าใช้จ่ายรวมของปฏิบัติการอากาศยานพยาบาล อยู่ในอัตรา 16,000–62,000 ยูโร นอกจากนี้ พบว่า อากาศยานพยาบาลได้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บสาหัสได้มีชีวิตรอด ถึงจำนวน 29 ราย

จากบทเรียนการพิจารณาเลือกการลำเลียงทางอากาศกับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากเหตุการณ์ระเบิด ในประเทศตุรกี ตูร์กัน, ซิเนอร์, ตักกู และพาวดีน (Turkan, Sener, Tugcu & Pauldine, 2006, pp. 586-588) ทำการศึกษาเพื่อหาแนวทางข้อพิจารณาในการช่วยประเมินตัดสินใจ เลือกใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศในผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าต้องประเมินความพร้อมจากทรัพยากรอากาศยาน อุปกรณ์ ทีมแพทย์และพยาบาล ความพร้อม สถานที่ขึ้น-ลง และค่าบริการ ทั้งนี้การขอความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็น สอดคล้องกับงานของ เมนทีส และอากินชี (Mentes & Akinci, 2006, pp. 1-8) กล่าวว่าควรต้องมีการเตรียมพร้อมการอพยพทางอากาศ ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติเพราะหลักการอพยพใช้กฎเกณฑ์ที่ไม่น่าแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผน การฝึก การเรียนรู้ สภาพการณ์ล่วงหน้าจะมีส่วนช่วยให้การลำเลียงผู้ป่วยในเหตุการณ์จริงเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ทั้งนี้ เฮิร์ด และคณะ (Hurd, et al., 2006, pp. 631-638) แนะนำว่า แพทย์มีบทบาทสำคัญต่อกระบวนการอพยพทางอากาศ หากไม่สามารถบริหารจัดการทีมช่วยเหลือให้มีความพร้อมต่อการขึ้นบินได้ อาจส่งผลทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตผู้ป่วยได้ ในปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ งานวิจัยนี้ได้สรุปถึง หน้าที่ ความรับผิดชอบของแพทย์ในการทำให้การเคลื่อนย้ายทางอากาศประสบผลสำเร็จ ซึ่งได้แก่ การประเมินความพร้อมทางร่างกายผู้ป่วยก่อนบิน ความสมบูรณ์ของกระบวนการเคลื่อนย้าย การเตรียมเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ช่วยชีวิต ต่าง ๆ และ ความรวดเร็วของการอนุมัติให้ทำการเคลื่อนย้าย

ในการดูแลผู้ประสบภัยสึนามิเพื่อเคลื่อนย้ายในระยะทางไกล มิเกล และคณะ (Maegle, et al., 2005, pp. 1136-1140) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นผู้ประสบภัยคลื่นยักษ์เมื่อธันวาคม ค.ศ.2004 เพื่อรายงานสภาพผู้ป่วยที่ต้องทำการอพยพทางอากาศอย่างเร่งด่วน กลับภูมิภาคยุโรปได้แก่ ผู้ป่วยที่

ได้รับบาดเจ็บ ที่บริเวณ ศีรษะ หน้าอก แขน และขา ที่ส่วนใหญ่ติดเชื้อแบคทีเรีย งานของ เดวิส และคณะ (Davis, et al., 2005, pp. 115-122) ศึกษาผลจากการนำอากาศยานพยาบาลเพื่อเข้าช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บทางสมอง จำนวน 10,314 ราย แม้อัตราการตาย อาจมีมากถึง ร้อยละ 25 ในทางทฤษฎี แต่ผลการศึกษาพบว่า การนำอากาศยานพยาบาลเพื่อช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทำให้ผลการรักษาด้านคลินิกดีขึ้น สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลง เช่นกันกับในรายที่ใส่ท่อหายใจ หรือในรายที่บาดเจ็บอย่างรุนแรง ซึ่งดีกว่าการเคลื่อนย้ายโดยใช้รถพยาบาล ลูบิน และคณะ (Lubin, et al., 2005, pp. 198-202) พบว่า มีการเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยไม่วิกฤติด้วย จึงควรต้องมีมาตรการ คัดกรองจากหน่วยปฏิบัติการภาคพื้น เช่นการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้เชี่ยวชาญ ถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายทางอากาศ โทมัส (Thomas, 2004, pp. 332-333) ได้รวบรวมวรรณกรรมที่ตีพิมพ์ในช่วง ค.ศ. 2000-ค.ศ. 2003 เพื่อวิเคราะห์ผลจากการใช้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งบางส่วนเป็นประเด็นข้อโต้แย้ง ประโยชน์จากการใช้งาน เขาจึงวางกรอบประเมินหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อติดตามการดำเนินงาน ผ่านการรองรับของคณะกรรมการแพทย์เวชศาสตร์การบินแห่งชาติ พบว่า มีบทความเพียงสองชิ้นเท่านั้น ที่สำรวจผลการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ในช่วงปี ค.ศ. 1980 จนถึง กลางปี ค.ศ. 2000 ความสนใจในเรื่องดังกล่าวส่งผลทำให้มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการใช้อากาศยานพยาบาลในด้านการแพทย์ฉุกเฉินตีพิมพ์เพิ่มขึ้น

โอลสัน และราบินสไตน์ (Olson & Rabinstein, 2012, pp. 878-880) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่ทำการเคลื่อนย้ายทางอากาศ เปรียบเทียบกับการเคลื่อนย้ายทางบก ในผู้ป่วยจำนวน 122 ราย ซึ่ง ผู้ป่วย 94 รายได้รับการช่วยเหลือเคลื่อนย้ายทางอากาศ ขณะที่ 28 ราย ใช้วิธีการเคลื่อนย้ายทางบก พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย ที่นำส่งถึงโรงพยาบาลโดยใช้อากาศยานใช้นานน้อยกว่า คือ เฉลี่ยเวลาที่ใช้ 53 นาที ขณะที่ ทางบกใช้เวลาเฉลี่ย 68 นาที ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่ต่างกัน 15 นาที มีผลต่อการรักษาทางการแพทย์และเป็นข้อควรพิจารณา อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ ซิงค์, แม็คโดนอล, บรอนสกีล และ สซูล (Singh, MacDonald, Bronskill & Schull., 2009, pp. 579-584) เสนอว่าการใช้อากาศยานพยาบาลอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ มีข้อมูลความเป็นไปได้ว่าสถิติการเคลื่อนย้าย ทุก ๆ 20 รายมีโอกาสดังกล่าว 1 ราย ดังนั้นเพื่อป้องกันความผิดพลาดทีมแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลขณะทำการเคลื่อนย้าย ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ

ทาลวิง และคณะ (Talving, et al., 2009, pp. 2469-2476) วิเคราะห์การใช้ประโยชน์ของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลในการอพยพผู้ป่วยประสพภัยที่ได้รับบาดเจ็บว่า เป็นวิธีที่สามารถช่วยให้มีชีวิตรอด โดยใช้เวลากลับรวบรวมข้อมูล 10 ปี ในผู้ป่วย 1,836 รายที่ใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศเทียบกับผู้ป่วย 1,537 รายที่ใช้การเคลื่อนย้ายทางบกโดยรถพยาบาล พบว่า การใช้อากาศยานพยาบาลใช้

ระยะเวลาในการนำส่ง น้อยกว่าเมื่อเทียบกับรถพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ถึงอัตราการเสียชีวิตไม่พบข้อแตกต่าง

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยเห็นว่า ข้อโต้เถียงเกี่ยวกับการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลในการแพทย์ฉุกเฉิน ยังไม่มีบทสรุปที่ชัดเจนของการเลือกใช่วิธีการลำเลียงผู้ป่วยที่เหมาะสมที่สุด จากข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายด้วยอากาศยานและรถพยาบาล ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่ลำเลียงทางอากาศ ไม่เพียงลดอัตราการตายเท่านั้นยังส่งผลให้อาการฟื้นตัวเร็วขึ้น เนื่องจากเข้าถึงระบบการแพทย์ได้รวดเร็ว อย่างไรก็ตามยังไม่มีข้อสรุปทางวิชาการที่บ่งชี้ถึงข้อได้เปรียบของการพิจารณาเลือกใช้ เพราะมีองค์ประกอบอีกมาก ที่ต้องประเมินโดยเฉพาะทีมแพทย์และพยาบาล แม้ว่าอากาศยานมีศักยภาพ ด้านความรวดเร็ว และมาตรฐานในการช่วยให้ผู้ป่วยอุบัติเหตุสามารถมีชีวิตรอด แต่ยังไม่มียานวิจัยใดสามารถสรุปเป็นสถิติตัวเลขอย่างชัดเจนว่าทางเลือกนี้ดีที่สุดแล้ว คงต้องอาศัยงานค้นคว้าที่เป็นข้อมูลทางคลินิกยืนยันต่อไป



บทที่ 4

ระเบียบวิจัย

การวิจัยเรื่อง “รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย” ผู้วิจัยนำเสนอเป็นสองส่วนคือ ส่วนแรก ระเบียบวิธีวิจัย ซึ่ง ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย และ ส่วน การดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย การพัฒนาเครื่องมือวิจัย กลุ่มตัวอย่างและหน่วยวิเคราะห์ การเก็บ ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เกณฑ์ที่ใช้ในการวิจัย และสรุป สังเคราะห์ รูปแบบการจัดบริการอากาศยาน พยาบาลไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

4.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการ ให้บริการอากาศยานพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ค้นหา รูปแบบ ปัญหาและอุปสรรคของรูปแบบการ จัดบริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน แล้วให้ข้อเสนอแนะ รูปแบบและนโยบายที่เป็นไปได้ และ เหมาะสมที่สนับสนุนการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (grounded theory) โดยใช้แนวคิดของ เกร์เซอร์ และสเตรสส์ (Glaser & Strauss, 1967a, 1967b) ซึ่งเป็น วิธีการวิจัยประเภทหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้ในการค้นหากระบวนการทางสังคม เพื่อนำเสนอ ข้อ ค้นพบ เกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์อย่างลึกซึ้ง กับปรากฏการณ์ที่เลือกศึกษาโดยใช้มุมมองทางสังคมวิทยา เพื่อ อธิบายและทำความเข้าใจโครงสร้างทางสังคมว่าการสืบทอดหรือเป็นพื้นฐานของข้อมูลที่ได้กำหนดไว้ จากปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมนุษย์ในสังคมหรือสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์อาศัยอยู่ บลัฟ (Bluff, 2005, pp. 147-190) จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่นำไปสู่การเก็บรายละเอียดที่ยังไม่ปรากฏในเอกสาร หรือ แหล่งข้อมูลอื่นๆ ดังนั้น การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานจากข้อมูล จึงมีรูปแบบการวิจัยภาคสนาม ซึ่งต้องลง สืบหาและบรรยายปรากฏการณ์ในสถานการณ์ที่เป็นธรรมชาติ และเป็นกระบวนการสร้างสรรค์ (creative process) ที่เหมาะสมต่อการค้นหาปรากฏการณ์ที่ยังขาดความรู้หรือทฤษฎีมาอธิบายให้เข้าใจได้ (Glaser & Strauss, 1967b) เป็นวิธีการที่มีความสำคัญต่อการศึกษารูปแบบการแพทย์และ พยาบาล และช่วยในการค้นหาความหลากหลายที่เกี่ยวกับกระบวนการทางสังคมของมนุษย์ เพื่อนำมา สนับสนุนในการพัฒนาเป็นทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการอากาศยานพยาบาล โดยเฉพาะ สามารถสร้างเป็นทฤษฎีจากข้อมูล และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้เหมาะสม

กว่าวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งอาจไม่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จสมบูรณ์ได้ เค็มมิส และแมคแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1988), สเตร้าส์ และโคบิน (Strauss & Cobin, 1990, 1998), มุสตาкас (Moustakas, 1994) และโอคาร์เรน (O'Cathain, 2009, pp. 3-6) ผู้วิจัยได้แบ่งรูปแบบการวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย การวิจัยเนื้อหา (documentary research) และการวิจัยภาคสนาม (field research) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1 การวิจัยเนื้อหา

โดยการค้นคว้า ทบทวนวรรณกรรม จากเอกสารและตำราเป็นระบบ อย่างบูรณาการ (integrative review) โดยใช้คำสำคัญ เช่น การกำหนดนโยบาย นโยบายสาธารณะ การแพทย์ฉุกเฉิน อากาศยานพยาบาล รูปแบบความร่วมมือ การสร้างเครือข่าย รวบรวมเนื้อหา พร้อมกับการวิเคราะห์โดยผนวกกับ วิธีการเก็บไว้ในวงเล็บ (bracketing) เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลความรู้ที่สามารถนำไปใช้ในการเปรียบเทียบกับหมวดหมู่ของข้อมูลที่ค้นพบอื่นๆ แล้วสังเคราะห์ ดีความและคัดเลือก วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยนำ ผลงานที่มีอยู่แล้วหรือที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยยะมาสนับสนุน การหาคำตอบของวัตถุประสงค์การวิจัย (Glaser, 1978, 1992, 1998; Morse, 2001, pp. 1-13)

4.1.2 การวิจัยภาคสนาม

โดยการเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ของการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีให้สัมภาษณ์ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่เลือกไว้ต้องมี ความรู้ ประสบการณ์ และมีความเชี่ยวชาญในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือเคยมีส่วนร่วมในการให้บริการอากาศยานพยาบาล ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแทนกลุ่มผู้ปฏิบัติการที่ให้บริการอากาศยานจากภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อทำการ สัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) แล้วเก็บรวบรวมข้อมูล ความคิดเห็นที่เหมาะสม จนกระทั่งได้แนวคิดที่อิ่มตัว (conceptual saturation) (Glaser, 2001a, 2001b, 2005; Morse, 2000, 2010, pp. 483-491) และผู้วิจัยได้ลงเก็บข้อมูลพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานีในช่วงที่มีเหตุการณ์อุทกภัย เพื่อค้นหาข้อเท็จจริงเพิ่มเติม โดยสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการที่ให้บริการอากาศยานพยาบาล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้ทราบสภาพปัญหา และแนวทางแก้ไขต่าง ๆ จากการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศที่ดำเนินการโดยภาครัฐ เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์บริบท (contextual analysis) สร้างเป็นทฤษฎีจากข้อมูลที่ค้นพบ (Glaser, 1999, pp. 836-845, 2005) แล้วพัฒนาเป็นรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลที่เหมาะสมเป็นข้อเสนอแนะความเป็นไปได้ในเชิงนโยบายแก่ภาครัฐในการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลที่สามารถนำไปปฏิบัติใช้จริงในสังคมได้ (Berg, 2001, pp. 225-226)

4.2 การดำเนินการวิจัย

ลักษณะรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพที่กล่าวไว้ข้างต้น คือ การแสวงหาความรู้โดยการค้นหาปัญหาพิจารณาจากสภาพแวดล้อม ซึ่งมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ การมองปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในสังคมให้เห็นภาพรวม ผ่านมิตการมองจากหลายแง่มุม การเฝ้าติดตาม (ระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 15 เดือน) เพื่อเจาะลึกให้เข้าใจสาเหตุของปัญหา การเปลี่ยนแปลง ทางสังคม ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เพื่อให้เข้าถึงข้อค้นพบที่แท้จริงของปัญหาจากมุมมองของคนใน (emic) โดยใส่ใจ คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจ จากความสัมพันธ์ด้านมิตรภาพ (Glaser, 1978, 1998; Glaser & Struass, 1967a) ให้เกียรติโดยได้ขออนุญาต จากผู้ให้ข้อมูลในฐานะผู้มีส่วนร่วม (participants) ในการวิจัย ด้วยจรรยาบรรณการวิจัย (บุปผา ศิริศรี, 2533, หน้า 417-430) เมื่อผู้ให้ข้อมูล สัมภาษณ์ และยินยอมเซ็นชื่อลงในแบบการขอสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสัญญาจะไม่นำข้อมูลต่าง ๆ จากผู้ให้ข้อมูลไปใช้ในทางที่ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างเด็ดขาด (Johnson & Long, 2006, pp. 31-42) ผู้วิจัย เริ่มพรรณนา และ วิเคราะห์แบบอุปมาน (inductive) ตั้งแต่ได้ข้อมูลครั้งแรก โดยการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมย่อย ๆ หลาย ๆ กรณี มาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ ประมวลเป็นข้อสรุปในมุมมองของหลักแนวคิดเชิงนามธรรมตามรูปแบบการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน (สุภางค์ จันทวานิช, 2539, หน้า 13-15; Glaser, 1999, pp. 836-845) ดังนี้

4.2.1 การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัย จัดได้ว่าเป็นเครื่องมือหลัก ในการดำเนินการเนื่องจากต้องรับรู้ความรู้ลึกของผู้ให้ข้อมูลและเป็นศูนย์กลาง การรวบรวมข้อมูลทุกประเภท ในการวิจัยภาคสนาม แบบ สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามปลายเปิด และปลายปิด ที่ผสมผสานกันเนื่องจากมีบางประเด็นที่อาจนำไปสู่ประเด็นการเจาะลึกได้ในระหว่างการสนทนา แบบสัมภาษณ์ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อ ใช้เป็นเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นความคิดเห็นที่อิสระของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ ที่ยืดหยุ่นให้สามารถสัมภาษณ์ ได้ทั้ง ผู้บริหาร ผู้มีอำนาจหรือผู้มีบทบาท และผู้ปฏิบัติการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การกำหนด นโยบายและการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย ส่วน สมุดจดบันทึกภาคสนาม (field notes) เครื่องบันทึกเสียง กล้องบันทึกภาพและกล้องวิดีโอ เป็น อุปกรณ์ช่วยเก็บรายละเอียดให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มาก ขึ้น (Merriam, 1998, pp. 5-9)

แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) ที่ผู้วิจัยใช้ เป็นเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

4.2.1.2 กระบวนการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย

4.2.1.3 ความสำคัญของนโยบายและรูปแบบความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาลของไทย

4.2.1.4 รูปแบบของอากาศยานพยาบาลของไทยและต่างประเทศ

4.2.1.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับ การกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ การจัดรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล และความเป็นไปได้ของการใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชน

รายละเอียดของเค้าโครงแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยใช้สัมภาษณ์ ผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้องใน การกำหนดนโยบายและรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาล แสดงไว้ตามตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ประเด็นและโครงคำถามหลักของแบบสัมภาษณ์ กึ่งโครงสร้าง

ประเด็น	โครงคำถามหลักที่ใช้เป็นแนวทาง
	(คำถามอาร์มภบท)
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	1.1 กรุณาช่วยเล่าประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน และเหตุผลที่ท่านมาทำงานในองค์กรนี้ 1.2 เมื่อเข้ามาทำงานที่นี่แล้วท่านมีหน้าที่และความรับผิดชอบด้านไหน อย่างไร
2. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ	2.1 ขอทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความจำเป็นที่ต้องมีนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทย 2.2 ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศหรือไม่ อย่างไร (...กรณีที่ทราบว่ามี นโยบาย...) 2.3 กรุณาช่วยเล่า ความเป็นมาของการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ปัญหาและอุปสรรค 2.4 ปัจจัยสำคัญอะไรในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ 2.5 ท่านมีความคิดเห็นว่า หน่วยงานใดควรมีหน้าที่และรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ 2.6 กรุณาช่วยบ่งชี้ประโยชน์ของนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ที่ตอบสนองต่อการให้บริการประชาชน (--กรณีที่คิดว่าไม่มีนโยบายหรือไม่ทราบ--) 2.7 อยากทราบถึงความเห็น แนวคิดในการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ประโยชน์ ปัญหาและ อุปสรรค ของการนำอากาศยานพยาบาลเพื่อบริการประชาชน

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ประเด็น	โครงคำถามหลักที่ใช้เป็นแนวทาง
3. รูปแบบกาให้บริการ อากาศยานพยาบาล ไทย	3.1 ท่านคิดว่าประเทศไทยมีความจำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลหรือไม่อย่างไร 3.2 ความเป็นไปได้ที่ภาครัฐจะนำ อากาศยานพยาบาลมาให้บริการประชาชน 3.3 ลักษณะประเภทข้อจำกัดของอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน เป็นอย่างไร 3.4 ภาคเอกชนมีรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล อย่างไร 3.5 ภาครัฐมีรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล อย่างไร 3.6 มีความแตกต่างของการให้บริการอากาศยานพยาบาล ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนหรือไม่ อย่างไร 3.7 ความเป็นไปได้ที่ภาคเอกชนจะร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการอากาศยานพยาบาล ควรจะมีรูปแบบและการดำเนินการอย่างไร 3.8 มีปัจจัยสำคัญอะไรบ้างที่มีส่วนสนับสนุนสร้างให้เกิดความร่วมมือและเกิดการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย 3.9 หน่วยงานใดควรมีหน้าที่และเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานและให้บริการอากาศยานพยาบาล 3.10 ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนมีประโยชน์หรือไม่ อย่างไร
4. อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและ เหมาะสม	4.1 การกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในต่างประเทศเป็นอย่างไร 4.2 รูปแบบความร่วมมือและการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในต่างประเทศ 4.3 นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย ครอบคลุมถึงประชาชนในถิ่นทุรกันดาร ชนกลุ่มน้อยบริเวณชายแดนและชาวต่างชาติ หรือไม่ และมี การดำเนินการอย่างไร 4.4 นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย ครอบคลุม การบริการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุภัยพิบัติหรือไม่และควรมีการดำเนินการอย่างไร 4.5 ประชาชนมีการรับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร จากการประชาสัมพันธ์ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย จากภาครัฐ หรือไม่ อย่างไร 4.6 ความร่วมมือปฏิบัติตามนโยบายมีโอกาสที่ประสบผลสำเร็จหรือไม่ และควรดำเนินการอย่างไร 4.7 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่ท่านเห็นว่ามีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการให้บริการอากาศยานพยาบาล
5. คำถามสรุป	5.1 การกำหนด นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศควรดำเนินการอย่างไร 5.2 การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลในไทย มีรูปแบบและ มีการดำเนินงานอย่างไร 5.3 รัฐควรจัดบริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนหรือไม่ และควรดำเนินการอย่างไร

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างและหน่วยวิเคราะห์

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีการคัดเลือกเชิงทฤษฎี (theoretical sampling) กล่าวคือ การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง (purposeful sampling technique) (Patton, 1990, 2002; Sandelowski, 1995, pp.179-183) ให้สอดคล้องที่สามารถตอบคำถามการวิจัย การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลของการวิจัยทฤษฎีพื้นฐานต่างจากการสุ่มแบบคัดเลือก (selective sampling) ที่ใช้ในการวิจัยคุณภาพทั่วไป ซึ่งตัดสินใจคาดคะเนการกำหนดผู้ให้ข้อมูลจากสถานที่เกิดเหตุตามที่นักวิจัยคิดไว้ก่อนล่วงหน้า แต่การวิจัยทฤษฎีพื้นฐานไม่สามารถรู้ล่วงหน้าอย่างแน่นอนว่าอะไรคือสิ่งที่กำหนดการเป็นกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย และข้อมูลจะนำไปสถานที่ใด ประเด็นการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยจึงพิจารณา ดังนี้ (Glaser, 1978, p. 37, 2001a; Strauss & Corbin, 1998, p. 204)

4.2.2.1 สถานที่หรือกลุ่มที่ศึกษาสอดคล้องกับคำถามการวิจัย และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์

ในการวิจัยนี้เลือกสถานที่ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ นอกสถานที่ซึ่ง สพฉ.ให้การสนับสนุน เช่นการจัดฝึกอบรมพื้นที่ที่เกิดการสาธิต หรือใช้บริการอากาศยานพยาบาล เพื่อสังเกตว่าองค์กรที่ศึกษาทำอะไร ทำอย่างไร และที่สำคัญคือ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อใช้เป็นสถานที่ศึกษาด้วย (Trost, 1986, pp. 54-57)

4.2.2.2 การสังเกต การสัมภาษณ์ พร้อมเทปบันทึกเสียง เอกสารเผยแพร่ ข่าวสารของ สพฉ. จากสื่อต่าง ๆ

โดยบูรณาการใช้หลายวิธีร่วมกัน เพื่อคัดสรร ข้อมูลประเภทที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้มีความกระจ่าง ชัดเจนและลุ่มลึกที่สุด

4.2.2.3 ระยะเวลาที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้พิจารณาจากแนวคิดที่ก่อตัวจากการค้นพบ กับใช้ระยะเวลาในการติดตาม ผู้ให้ข้อมูลรายเดิมซ้ำเพื่อเสริมสร้างแนวคิดให้อิ่มตัว และใช้เวลากับการสืบหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ในต่างสถานที่ ตามความเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้แทนจากหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่หรือเกี่ยวข้องกับการกำหนด นโยบาย กฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ การให้บริการอากาศยานพยาบาล การจัดการอบรม ประชุม สัมมนา และหน่วยงานที่อยู่ภายใต้กลไกข้อตกลงร่วมปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือก หน่วยวิเคราะห์ (unit of analysis) แบบเจาะจง จำนวน 16 หน่วยงาน โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (Merriam, 1998, pp. 5-9) เป็นหน่วยงาน

ที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนด นโยบาย กฎเกณฑ์ที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ที่ให้บริการหรือเกี่ยวข้องกับการให้บริการอากาศยานพยาบาล ที่มีส่วนร่วมในการจัดการอบรม ประชุม สัมมนา เกี่ยวกับการให้บริการอากาศยานพยาบาล ที่อนุญาตและให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่ง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและหน่วยงานที่อยู่ภายใต้ภาคีข้อตกลงร่วมปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ผู้วิจัยได้คัดเลือกถือเป็น หน่วยวิเคราะห์ ดังรายละเอียดคือ

ภาครัฐ จำนวน 11 หน่วยงาน ประกอบด้วย (1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2) แพทยสภา (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (5) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (6) สำนักจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (7) สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ (8) กรมยุทธการทหารเรือกองทัพบกเรือ (9) กรมยุทธการทหารบกกองทัพบก (10) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (11) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ภาคเอกชน จำนวน 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย (1) บริษัท บางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชส จำกัด (2) ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ (3) สถาบันเวชศาสตร์การบินพลเรือน โรงพยาบาลกรุงเทพ (4) โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ (5) บริษัท อินเตอร์เนชั่นแนล เอสไอเอสเซอร์วิสเชส (ประเทศไทย) จำกัด

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยวิเคราะห์และบทบาทหน้าที่ ของผู้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ การให้บริการอากาศยานพยาบาล การสนับสนุนการจัดการอบรม ประชุม สัมมนาด้านอากาศยานพยาบาล แสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยวิเคราะห์และภาระหน้าที่

องค์กร (Organization)	หน่วยวิเคราะห์ (Unit of Analysis)	การกำหนด นโยบาย (Policy Formulation)	ผู้ให้ บริการ (Service)	ส่วนสนับสนุน (Supporter)
ภาครัฐ	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ	●		●
	สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ	●	●	●
	แพทยสภา			●
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	●		●
	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	●		●
	สำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สพล.	●		
	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ		●	
	กรมยุทธการทหารบก	●	●	
	กรมยุทธการทหารเรือ	●	●	
	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม		●	●
	กระทรวงเกษตรและสหกรณ์		●	●
ภาคเอกชน	โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์		●	
	ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ		●	●
	สถาบันเวชศาสตร์การบินพลเรือน		●	●
	บริษัท บางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชส จำกัด		●	
	บริษัท อินเทอร์เน็ตชั่นแนล เอสไอเอส เซอร์วิสเชส (ประเทศไทย) จำกัด		●	

4.2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

จากตารางที่ 4.2 ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลจนกระทั่งเกิดการอิ่มตัวของแนวคิด กรณีมีข้อมูลที่ไม่เพียงพอจึงต้องมีการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม และพิจารณาปรับวัตถุประสงค์ ให้สอดคล้องกับการค้นหาแนวคิดซึ่งช่วยนำไปสู่การจัดแบ่งระดับหมวดหมู่ในระดับขั้นตอนที่สูงขึ้น เพื่อใช้ยืนยันและช่วยให้มีทิศทางในการค้นหาข้อมูลต่อไป ทำให้การขยายทฤษฎีที่ค้นพบให้มีความลึกซึ้งมากขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ เริ่มดำเนินการโดยการสำรวจ รวบรวมและวิเคราะห์ งานเขียน บทความวิชาการ งานวิจัย และ วิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้อง การกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลจาก ต่างประเทศและประเทศไทย ผู้วิจัยได้กำหนดระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่ กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ซึ่งอยู่ในช่วงที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เริ่มทำบันทึกข้อตกลง เป็นพันธมิตรด้านความร่วมมือในการใช้อากาศ

ยานเพื่อการแพทย์ฉุกเฉิน กับหน่วยงานต่างๆ และได้ประกาศเป็นโครงการนำร่องสำหรับนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ ณ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) การเก็บรวบรวม ข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลจากงานเอกสาร และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.2.3.1 ข้อมูลจากงานเอกสาร

ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาค้นคว้าและทบทวน งานเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน การให้บริการอากาศยานพยาบาล สังคมวิทยาการแพทย์ การสร้างเครือข่ายและรูปแบบความร่วมมือ โดยจัดแบ่งประเภทของเอกสารดังรายละเอียดดังนี้

1. เอกสารที่เป็นกฎหมาย ประกาศ คำสั่ง ระเบียบ วาระ

1) หมวดพระราชบัญญัติ ได้แก่ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

2) หมวดระเบียบและคำสั่งอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ก. คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ 99/2552 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานพยาบาล (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

ข. คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ 19/2553 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

3) หมวดหนังสือ สัญญาการเจรจาทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ก. บันทึกข้อตกลงเรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของกระทรวงกลาโหม ระหว่างกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

ข. บันทึกข้อตกลงเรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ระหว่างกระทรวง เกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

ค. สัญญาการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ทุรกันดาร และพื้นที่พิเศษ ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด (มหาชน) (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

ง. ข้อตกลงการจัดอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น ระหว่าง สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (รายละเอียดเพิ่มเติมในภาคผนวก)

2. เอกสารวิชาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น งานวิจัยจากต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและการให้บริการอากาศยานพยาบาลจำนวน 117 เรื่อง

3. แหล่งข้อมูลอื่น ๆ

1) แหล่งข้อมูลที่มาจาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของหน่วยวิจัย ซึ่งเป็นแหล่งที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทุติยภูมิ เช่น เอกสารเผยแพร่ เอกสารภายใน เอกสารระหว่างองค์กร สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ในนามสถาบัน บทการให้สัมภาษณ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และ เว็บไซต์สถาบัน (www.emit.go.th)

2) แหล่งข้อมูลที่เป็นตัวบุคคล ได้แก่ ผู้มีอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการให้ บริการอากาศยานพยาบาล และรูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาลซึ่งจะกล่าวถึงอย่างละเอียดในหัวข้อการคัดเลือกบุคคล และกลุ่มตัวอย่างเพื่อการสัมภาษณ์

3) แหล่งข้อมูลจากเอกสาร เป็นการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่มีอยู่แล้วในเอกสาร หนังสือ ตำราวิชาการ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายสาธารณะ และการให้บริการอากาศยานพยาบาล

4.2.3.2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเลือกใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structure interview) โดยกำหนดหัวข้อของคำถามที่ต้องการหาคำตอบไว้คร่าว ๆ และยืดหยุ่นให้ข้อคำถามที่สามารถแปรเปลี่ยนไปตามสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลตอบตามสถานการณ์จริง หากเป็นประเด็นที่สนใจต้องการข้อมูลในระดับลึกจึง จึงนำ การสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก (in-depth interview) เสริมเพื่อสามารถรวบรวมข้อมูล เกี่ยวกับรูปแบบกระบวนการกำหนดนโยบาย การให้บริการอากาศยานพยาบาลของไทย กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจากตัวแทนหน่วยงานของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนไทย จำนวน 21 ราย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ภาครัฐ จำนวน 11 ราย ประกอบด้วย (1) เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2) ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ (3) ผู้อำนวยการสายปฏิบัติการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ (4) ผู้อำนวยการศูนย์กู้ชีพบนเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี (5) นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี (6) รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และจัดระบบบริการ สพล. (7) ผู้จัดการงานจัดระบบปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน สพล. (8) ผู้แทนแพทย์สภา (9) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การบินจากภาครัฐ (10) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศจากหน่วยงานภาครัฐ (11) นักบินผู้มีประสบการณ์ด้านการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจากภาครัฐ

ภาคเอกชน จำนวน 9 ราย ประกอบด้วย (1) ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ (2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ (3) Medical Director: International SOS Services (Thailand) Limited (4) ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการบินบริษัททางออกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชสจำกัด (5) หัวหน้าแผนกปฏิบัติการบินศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ (6) แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การบินจากภาคเอกชน (7) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์การบิน รายที่ 1 (8) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์การบินรายที่ 2 (9) นักบินผู้มีประสบการณ์ด้านการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจากภาคเอกชน และภาคส่วนอื่นได้แก่ (10) หัวหน้ามูลนิธิกุศลศรัทธา สุราษฎร์ธานี

การดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้าโดยขอพบ หรือ โทรศัพท์ เพื่อนัดผู้ให้ข้อมูลเอง หรือกับเลขานุการของผู้ให้ข้อมูลแล้วแต่กรณี สถานที่สัมภาษณ์มีความหลากหลายตั้งแต่ที่ห้องทำงานของผู้ให้ข้อมูล จนถึงสถานที่อื่น ๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก เช่น ห้องทำงาน ร้านกาแฟ ร้านอาหาร หน้าห้องสัมมนา สนามบิน ในพาหนะขณะร่วมเดินทาง หรือแม้แต่ลานจอดรถ การสัมภาษณ์ใช้เวลาตั้งแต่ 20 นาทีจนถึง 2 ชั่วโมง เฉลี่ยแล้วอยู่ที่ประมาณรายละ 50 นาที การสัมภาษณ์ดำเนินการในลักษณะสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) โดยรวบรวมประมวลความคิดเห็นของผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับกระบวนการกำหนดนโยบาย และ การจัดบริการอากาศยานพยาบาลในบริบทของประเทศไทย จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงข้างต้น การสัมภาษณ์เชิงลึกได้มีการกำหนดแนวโครงสร้างคำถามให้สอดคล้องกับกรอบการศึกษาที่ผู้วิจัยกำหนดเท่านั้น หากผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ให้ประเด็นเพิ่มเติมหรือเสนอแนวทางใหม่ ๆ ที่ผู้วิจัยมิได้กำหนดไว้ตามกรอบแนวคิด แต่ประเด็นดังกล่าวได้ถูกหยิบยก หรือเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะนำประเด็นนั้น มาทบทวนเป็นข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ขณะการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยใช้วิธีบันทึกเทปเสียง โดยก่อนการสัมภาษณ์ได้ขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูล หากไม่ยินยอมหรือแสดงท่าทีอึดอัด จะเคารพซึ่งสิทธิ เว้นไม่กระทำการ แต่จะใช้วิธีจดบันทึกประเด็นสำคัญ ๆ ไว้เพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนแทน

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ ข้อมูลจากการลงภาคสนามในพื้นที่ต่าง ๆ ด้วยการสังเกตและสัมภาษณ์เพื่อนำข้อมูลมาประมวลกับข้อมูลภาคเอกสาร โดยมีรายละเอียดขั้นตอนและเทคนิคดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมต่าง ๆ จากฐานข้อมูล Pub Med., ProQuest Dissertations and Thesis, IR-Web, Science Direct, Springer Link, Air medical Journal และ HEMS- Net ที่เกี่ยวข้องกับ มิติด้าน การกำหนดนโยบาย นโยบายสาธารณะ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประสานความร่วมมือ การลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ และ เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น บันทึกเอกสารทางราชการ (official document) เอกสารองค์กรซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคคลที่ศึกษา บันทึกที่ใช้

ระหว่างหน่วยงาน (external communication) ข่าวสาร สถิติ ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นตัวเลข วิดีทัศน์ รูปภาพ เพื่อนำมาอ้างอิง ให้เห็นภาพรวมเบื้องต้น จากนั้นจึงนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อสกัดคัดเนื้อหาที่สอดคล้องและเหมาะสม เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการภาคสนามด้วย โครงการนำร่อง (pilot study) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากปรากฏการณ์จริงโดยการสังเกต ฝังดู ศึกษาเหตุการณ์อย่างละเอียดในลักษณะการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participation observation) ลงสนามวิจัยครั้งแรก โดยสมัครเข้าร่วมประชุมเวชศาสตร์การบินและอวกาศนานาชาติครั้งที่ 56 ในบทบาท ผู้สังเกตการณ์อย่างเต็มตัว (complete observation) ทำให้เห็นภาพรวมของการใช้อากาศยานประเภทต่างๆในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ การสังเกตประเภทแรกนี้ผู้วิจัยฝังดูพฤติกรรมและบันทึกเหตุการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงสถานที่ซึ่งผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัวว่าตนเองกำลังถูกสังเกต ต่อมาได้ใช้เทคนิคการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม (participant-as-observer) ซึ่งผู้วิจัยได้เข้าร่วมเวทีประชุมวิชาการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในสถานการณ์ฉุกเฉิน (aero medical evacuation in emergency situation) ระหว่างวันที่ 15-16 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 ณ หอประชุมกองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร และเวทีการประชุมปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ในเขตกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 25-26 มกราคม พ.ศ. 2554 ณ ห้องสัมมนา 5 และ 6 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 พรรษา ซึ่งครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติ เป็นผู้สังเกตในขณะที่ร่วมกิจกรรม (observer-as-participant) ในวันที่ 26 ภาคบ่าย ทำให้ทราบ ข้อมูล รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์ในการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) สำหรับ รายละเอียดในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติอย่างไม่เป็นทางการจากอาจารย์ที่ปรึกษาให้ทำการวิจัยในหัวข้อนี้ ตั้งแต่เมื่อภาคการศึกษาแรกของปี พ.ศ. 2551 และดำเนินการเก็บข้อมูลเรื่อยมาจนเสร็จสิ้นเมื่อ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ในการรวบรวมข้อมูลมี 3 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นตอนแรก เป็นขั้นตอนการเตรียมการ เริ่มตั้งแต่ การรวบรวมเอกสารตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา เพื่อแยกแยะข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ กำหนดขอบเขตการวิจัย และประเด็นคำถาม สร้างแบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วางแผนสำรวจ คัดเลือก กลุ่มบุคคลที่เหมาะสมซึ่งควรได้รับการสัมภาษณ์โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้มีอำนาจและกลุ่มผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายและกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงบุคคลที่เป็นที่ปรึกษา และนักวิชาการ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาประวัติการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ เพื่อเป็นพื้นฐานข้อมูลในการสัมภาษณ์ และประกอบเป็นแนวทางในการตั้งคำถาม ผลการวิจัย เมื่อได้รายชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์แล้วจึงทำการนัดหมาย เพื่อกำหนดเวลาและสถานที่สำหรับการเข้าสัมภาษณ์

2) ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นตอนการแนะนำตัว เมื่อไปถึงสถานที่นัดหมาย ผู้วิจัยได้ทำการแนะนำตัวเอง ยื่นเอกสารจากมหาวิทยาลัย ซึ่งแจ้งจุดมุ่งหมายของการศึกษา ยื่นแบบฟอร์มแสดงการขอให้เป็นผู้ร่วมวิจัยในฐานะของผู้ให้ข้อมูลกรอก เมื่อผู้ให้ข้อมูลเต็มใจร่วมทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงขออนุญาตบันทึกเทป และ จดบันทึก เมื่อได้สิทธิอนุญาต จึงทำการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ หลังจากผู้ให้ข้อมูลอนุญาต ผู้วิจัยจึงเริ่มการสัมภาษณ์ซึ่งแนวทางดังกล่าวมีส่วนช่วยให้ผู้วิจัย สามารถรวบรวมข้อมูล และประเด็นสำคัญ ได้อย่างเต็มที่

3) ขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์ แต่ละครั้ง เริ่มจากการอารัมภบท แนะนำให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจถึงวัตถุประสงค์ในการทำการวิจัย วิธีการและระยะเวลาสัมภาษณ์ตามกรอบแนวทางที่ผู้วิจัยวางไว้ ตามด้วยการสัมภาษณ์สอดคล้องกับกรอบแนวทางการวิจัย พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้เพิ่มเติมประเด็นต่าง ๆ อย่างอิสระ ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควรหรือให้ความสำคัญโดยผู้วิจัยตั้งใจจับประเด็นคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงเนื้อหา ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละครั้ง จะใช้เวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 20 ถึง 120 นาที ยกเว้นการติดตามผู้ให้ข้อมูลลงพื้นที่ประสบภัยพิบัติเต็ม 48 ชั่วโมง ณ โอกาส ดังกล่าวผู้วิจัยใช้เวลาเก็บข้อมูลต่าง ๆ พร้อมกับการสอบถามประเด็นที่สงสัยเพิ่มเติม และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงกล่าวขอบคุณและขอขึ้นเสนอการเข้าสัมภาษณ์ครั้งต่อไป หากพบว่ามีข้อสงสัยเพิ่มเติม ก่อนอำลาจาก

สำหรับรายละเอียดอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ตารางแสดงวันเวลา กิจกรรม และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้บันทึกไว้ในปฏิทินเวลา และสมุดบันทึกการทำงานของผู้วิจัย เพื่อประโยชน์ในการอ้างอิง ซึ่งกิจกรรมการลงภาคสนามเพื่อขอสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งแสดงรายละเอียดโดยสังเขปดังตารางที่ 4.3 ดังนี้

ตารางที่ 4.3 รายละเอียด กิจกรรมและสถานที่ การเก็บรวบรวมข้อมูล

วัน/เวลา	กิจกรรม	สถานที่
15 กรกฎาคม 2553 12.30 – 13.00 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 1)	หอประชุมกองทัพอากาศ
15 กรกฎาคม 2553 15.50 – 16.10 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 2)	หอประชุมกองทัพอากาศ
16 กรกฎาคม 2553 11.10 – 11.30 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 3)	ลานจอดอากาศยานกองบิน 6 ฝูงบิน 601 กองทัพอากาศ
16 กรกฎาคม 2553 11.45 – 12.10 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 4)	ลานจอดอากาศยานกองบิน 6 ฝูงบิน 601 กองทัพอากาศ
16 กรกฎาคม 2553 12.30 – 13.00 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 5)	ลานจอดอากาศยานกองบิน 6 ฝูงบิน 601 กองทัพอากาศ
16 กรกฎาคม 2553 16.10 – 17.45 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 6 ครั้งที่ 1)	หอประชุมกองทัพอากาศ
16 กรกฎาคม 2553 18.00 – 18.40 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล. (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 7)	ร้านอาหารสิทธิลักษณ์ เขตดอนเมือง
28 กรกฎาคม 2553 10.00-10.40 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 8)	โซฟาหน้าห้องรับรอง 5 สำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุข
28 กรกฎาคม 2553 15.30-16.40 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร โรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 9)	ห้องรับรองชั้น 7 ตึกผู้อำนวยการ

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

วัน/เวลา	กิจกรรม	สถานที่
25 มกราคม 2554 13.15-13.50 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารแผนกเวชศาสตร์การบิน ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ (ผู้ถูกสัมภาษณ์รายที่ 10)	โถงหน้าห้องสัมมนา 5 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ชั้น 3 ซอยศูนย์วิจัย
25 มกราคม 2554 14.20-14.45 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล. ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 ครั้งที่ 2)	ลานกาแฟ หน้าห้องสัมมนา 5 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ชั้น 3 ซอยศูนย์วิจัย
25 มกราคม 2554 15.20-16.20 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร ศูนย์เวชศาสตร์การบินพลเรือน (ผู้ถูกสัมภาษณ์รายที่ 11)	หน้าห้องสัมมนา 6 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ชั้น 3 ซอยศูนย์วิจัย
25 มกราคม 2554 16.40-17.20 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ครั้งที่ 2)	ชั้น 1 ลานจอดรถ อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ซอยศูนย์วิจัย
26 มกราคม 2554 11.00-11.30 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาล จากภาคเอกชน. (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 12)	ในรถตู้ระหว่างการเดินทางไปกอง การบิน กรมทหารราบที่ 11 รักษา พระองค์
26 มกราคม 2554 11.40-12.00 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาล จากภาคเอกชน. (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 13)	ในรถตู้ระหว่างการเดินทางไป กอง การบิน กรมทหารราบที่ 11 รักษา พระองค์
26 มกราคม 2554 12.40-13.00 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ครั้งที่ 2)	ลานจอดเฮลิคอปเตอร์ กองการบิน กรมทหารราบที่ 11 รักษาพระองค์
26 มกราคม 2554 14.00-14.30 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาล จากภาคเอกชน. (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 14)	โรงจอดเฮลิคอปเตอร์ กองการบิน กรมทหารราบที่ 11 รักษาพระองค์

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

วัน/เวลา	กิจกรรม	สถานที่
26 มกราคม 2554 15.00-16.00 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล. (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 7 ครั้งที่ 3)	ห้องรับรอง กองการบิน กรมทหารราบที่ 11 รักษาพระองค์
28 มกราคม 2554 08.40-09.50 น.	สัมภาษณ์ผู้บริหารแผนปฏิบัติการด้านการบิน ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ (ผู้ถูกสัมภาษณ์รายชื่อ 13 ครั้งที่ 2)	ร้านกาแฟสตาร์บัค ชั้น 1 โรงพยาบาลกรุงเทพซอยศูนย์วิจัย
28 มกราคม 2554 10.00-11.00 น.	สัมภาษณ์ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาล จากภาคเอกชน (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 15)	หน้าห้องฉุกเฉิน ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
28 มกราคม 2554 13.00-14.20 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 16)	ห้องรับรองหน้าห้องวิทย์ ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี
31 มกราคม 2554 09.00-10.40 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหารแผนปฏิบัติการด้านการบิน ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ (ผู้ถูกสัมภาษณ์รายชื่อ 13 ครั้งที่ 3)	โซฟาหน้าห้องผ่าตัด ชั้น 3 ตึก D ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาล กรุงเทพ
31 มกราคม 2554 14.00-15.30 น.	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาล จากภาคเอกชน (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 15 ครั้งที่ 2)	ห้องรับรองแพทย์ ตึกอุบัติเหตุ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
1 กุมภาพันธ์ 2554 07.00-08.50 น.	สัมภาษณ์ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจาก ภาคเอกชน (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 17)	ที่ทำงาน ชั้น 7 ตึกลานจอดเฮลิคอปเตอร์ โรงพยาบาลกรุงเทพ
6 มีนาคม 2554 20.00-20.20 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 8 ครั้งที่ 3)	โซฟาทางขึ้นบันได ชั้น 3 โรงแรมริชมอนด์ ถนนพหลโยธิน

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

วัน/เวลา	กิจกรรม	สถานที่
7 มีนาคม 2554 13.00-13.20 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ครั้งที่ 3)	หน้าลานแสดงที่ตั้งโปสเตอร์ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี
26 มีนาคม 2554 13.50-14.20 น.	สัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบาย จากภาครัฐ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 18)	ท่าอากาศยานแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
4 เมษายน 2554 08.30-08.50 น.	สัมภาษณ์ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ครั้งที่ 4)	ทางโทรศัพท์ (สพฉ. เชิญผู้วิจัยร่วมเดินทางไป กับคณะ กรรมการใช้อากาศยาน พยาบาลในสถานการณ์อุทกภัยที่ จ.สุราษฎร์ธานี)
5 เมษายน 2554 07.30-08.10 น.	สัมภาษณ์ ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ครั้งที่ 5)	บนเครื่องแอร์บัสการบินไทย เที่ยวบินที่ TG 241 กรุงเทพฯ -กระบี่ เนื่องจากทำอากาศยาน จ. สุราษฎร์ ท้องฟ้าปิดไม่สามารถนำเครื่องลง ได้
5 เมษายน 2554 08.30-10.30 น.	สัมภาษณ์ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 6 ครั้งที่ 6)	ในรถตรวจการ FORD ESCAPE จาก ท่าอากาศยาน จ. กระบี่ เดินทางสู่จ. สุราษฎร์ธานี
5 เมษายน 2554 18.30-19.30 น.	สัมภาษณ์ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ (ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 19)	ครัวผัดนึ่งลอยฟ้า สุราษฎร์ธานี

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

วัน/เวลา	กิจกรรม	สถานที่
5 เมษายน 2554	สัมภาษณ์ผู้บริหาร	ห้องพัก 806
21.00-22.00 น.	สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 6 ครั้งที่ 7)	โรงแรมไคมอนด์พลาซ่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี
6 เมษายน 2554	สัมภาษณ์ผู้บริหารมูลนิธิศุภผลศรีทาสสุราษฎร์ธานี (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 20)	หน้าห้องวิทยุ มูลนิธิศุภผลศรีทาส สุราษฎร์ธานี
6 เมษายน 2554	สัมภาษณ์ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 21)	ห้องทำงาน ชั้น 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุราษฎร์ธานี
6 เมษายน 2554	สัมภาษณ์ผู้บริหาร สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อ 6 ครั้งที่ 8)	ท่าอากาศยานจังหวัดสุราษฎร์ธานี
18.00-18.20 น.		

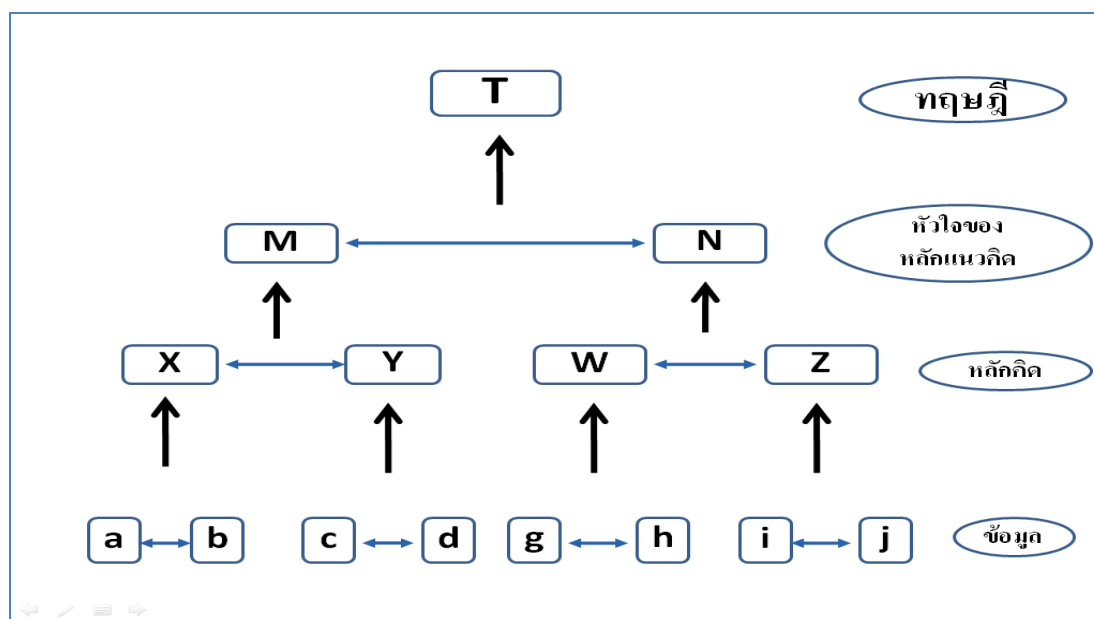
จากตารางที่ 4.3 การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์นั้นสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรกเป็นการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาแนวคิดหลัก (core category) โดยผู้วิจัยได้ค้นพบแนวคิดหลัก การประกอบร่าง (assembled parts) หลังการสัมภาษณ์ ไปแล้ว 10 ครั้ง และได้แนวคิดรองอื่น ๆ อีก 5 แนวคิด จึงได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลเพื่อเติมเต็มรายละเอียดของแนวคิดหลัก และแนวคิดรอง เมื่อเติมเต็มประเด็นได้ครบถ้วนหรือกล่าวได้ว่า แนวคิดอิ่มตัวแล้ว (conceptual saturation) ผู้วิจัยจึงดำเนินการเชื่อมโยงแนวคิดหลักกับแนวคิดรอง และต่อเนื่องด้วยการเก็บข้อมูลในระยะที่ 3 เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของความเชื่อมโยงระหว่างแนวคิดหลักและแนวคิดรอง โดยการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ได้ดำเนินการเป็นคู่ขนานไป พร้อม ๆ กันตั้งแต่ต้น กระบวนการจนจบ

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต

นอกเหนือจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (participant observation) และการสัมภาษณ์ภายใต้การใช้เครื่องมือสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยยังได้ใช้เทคนิคอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษาประวัติศาสตร์ความเป็นมาของอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย (history of Thailand aero medical service) ซึ่งครอบคลุมถึงประวัติ วิวัฒนาการ ตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน และการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ผู้วิจัยเลือกใช้เครือข่าย (network) จากเพื่อนร่วมงาน ญาติ ผู้บังคับบัญชา ที่ปรึกษา นักวิชาการอิสระ รวมถึงได้จากการแนะนำบอกต่อ จากผู้ให้ข้อมูล (snow ball) เพื่อให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนอื่นที่เกี่ยวข้องกระทำได้สะดวก

4.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มต้นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล รายแรกทันที โดยถอดเนื้อหาการสัมภาษณ์คำต่อคำจากเครื่องบันทึกเสียง ผนวกข้อมูลการสังเกตที่ได้จดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกภาคสนาม รวมถึงข้อมูลจากที่เป็นข่าวสารและสื่อต่าง ๆ จะถูกนำมาเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ยกหลักการสำคัญของการวิเคราะห์ข้อมูล ของ เกร์เซอร์ และสเตร้าส (Glaser & Strauss, 1967a, 1967b) คือ วิธีการเปรียบเทียบข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (constant comparative analysis) ดังภาพที่ 4.1 ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อม ๆ กับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นกระบวนการเปรียบเทียบข้อมูลอย่างต่อเนื่องระหว่าง คำต่อคำ ประโยคต่อประโยค ย่อหน้าต่อย่อหน้า รหัสข้อมูลต่อรหัสข้อมูล และหมวดหมู่ข้อมูลต่อหมวดหมู่ข้อมูล ซึ่งดำเนินการไปพร้อม ๆ กัน เพื่อการค้นหาแนวคิด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่างของข้อมูล สำหรับการจัดกลุ่มแนวคิดให้เป็นหมวดหมู่ ดังนั้น การสัมภาษณ์และการสังเกตแต่ละครั้งจะถูกนำมาเปรียบเทียบด้วยวิธีการที่กล่าวมาแล้วตลอดกระบวนการวิจัย (Giske & Artinian, 2007, pp. 67-80)



ภาพที่ 4.1 รูปแบบการวิเคราะห์ แบบเปรียบเทียบอย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาเป็นทฤษฎีพื้นฐาน

จากภาพที่ 4.1 เริ่มต้นด้วยการมองจากล่างขึ้นบน ข้อมูลพื้นฐาน (a/b/c/d/f/g/h/i/j) ที่ได้นำมาเปรียบเทียบ หาหลักคิด และหัวใจของหลักคิด เพื่อค้นหาทฤษฎีที่สอดคล้องเหมาะสม โดยใช้หลักเหตุผลในเชิงตรรกวิทยา (logical reasoning) ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบ และระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน เพื่อให้เกิดความถูกต้องและเชื่อถือได้ (Berg, 2001, pp. 240-243)

ผู้วิจัยได้กำหนดบทบาทของตนเองในฐานะเป็นผู้เรียนรู้ โดยการแสวงหาความรู้ ความจริงที่ได้มาจาก การศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์บริบท (contextual analysis) ที่รวบรวมเป็นส่วน ๆ ตามลักษณะและประเภทของข้อมูล ทั้งที่ได้จากเอกสารและวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นหลักคิด (conceptual problems) จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ประกอบกับ ทักษะกระบวนการเปิดประเด็น (open coding) การเติมเต็มประเด็น (selective coding) และการเชื่อมโยงประเด็น (theoretical coding) ตามลำดับ พิจารณาค้นหาความหมายของข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยการใช้เทคนิคการวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่อง (constant comparative analysis technique) ผสมกับองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี และบริบท การพิจารณา ประเมินความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยโดยค้นหาแก่นสิ่งที่น่าเชื่อถือจริง แล้ววิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลใหม่กับข้อมูลเดิมกลับไปกลับมาตลอดเวลา ดังนี้ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลเพิ่ม วิเคราะห์ข้อมูล วนไปมาจนกระทั่งแนวคิดเกิดการอิ่มตัวในทฤษฎีที่ค้นพบ (theoretical saturation) แล้วจึงนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัย เรียบเรียงเป็นเนื้อความ (text) สร้างเป็นเนื้อหาที่ชัดเจน

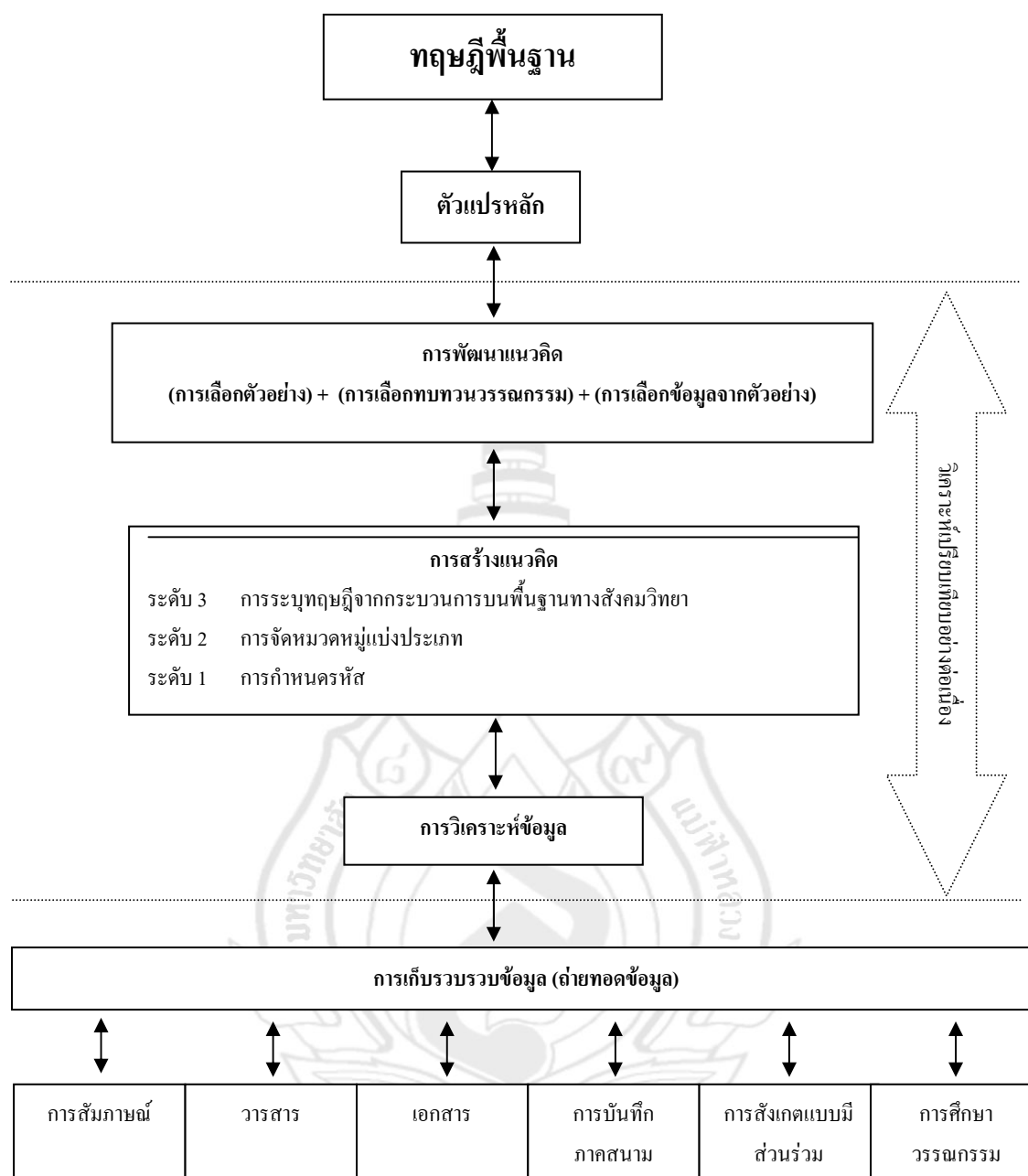
สำหรับรายละเอียดลำดับขั้นตอนการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลสามารถแบ่งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนที่แรก เป็นขั้นตอนของการลดทอน หรือแบ่งข้อมูลออกเป็นส่วนย่อย โดยวิธีการให้รหัสแบบเปิด (open coding) ผู้วิจัยวิเคราะห์ชุดข้อมูลดิบของแต่ละกรณีอย่างละเอียด จนกระทั่งเข้าใจและจับประเด็นหลักๆ ได้แล้ว จึงเปลี่ยนประเด็นหลักเหล่านั้นให้เป็นรหัส คือ ตั้งชื่อให้เหมือนการสรุปเป็นข้อหัวข้อของสาระประเด็นหลักนั้น ๆ เพื่อจะได้แยกแยะ จัดกลุ่ม ความหมาย และ เปรียบเทียบดูความเหมือนกับความต่างของชุดข้อมูล

2. ขั้นตอนที่สอง เป็นขั้นตอนของการเชื่อมโยงข้อมูลหรือกลุ่มข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่เพื่อหาแบบแผนความสัมพันธ์ (selective coding) รวมทั้งการหาคำอธิบายของแบบแผน ความสัมพันธ์ นั้น ๆ หากบริบทข้อมูลยังไม่เพียงพอ จึงทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับรหัสตามแนวเรื่อง of ข้อมูลที่สัมพันธ์กัน

3. ขั้นตอนที่สาม เป็นขั้นตอนของการหาแก่นหัวใจ ของงานวิจัยโดยเชื่อมโยงรหัสทั้งหมดเข้าด้วยกัน (theoretical coding) เพื่อประกอบเป็นภาพรวม และสร้างทฤษฎีที่เกิดโดยตรงจากข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตามผู้วิจัย ยังคงเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อการทดสอบทฤษฎีผ่านการเชื่อมโยง จนสามารถสังเคราะห์ให้ได้สาระรวบยอดหรือทฤษฎี

เนื่องจากข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพส่วนมาก การวิเคราะห์มักไม่เกี่ยวข้องกับตัวเลขหรือจำนวน จะมีบ้างเพื่อเสริมความหนักแน่นและเป็นหลักฐานประกอบข้อสรุป ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุด การวิเคราะห์ข้อมูลก็จะสิ้นสุดด้วย ดังภาพที่ 4.2 ข้างต้นสำหรับการวิเคราะห์เนื้อหา เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งเพื่อการลงความเห็นหรือข้อสรุป อย่างเป็นระบบตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยนำ ข้อความ ภาพถ่าย วิดีโอเทป เทปบันทึกเสียง การจดบันทึก หรือรายการใด ๆ ที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลอย่างต่อเนื่องเข้าไปมาเพื่อพัฒนารูปแบบ เป็นทฤษฎีพื้นฐานจากข้อมูล จึงสามารถสรุปกระบวนการสร้างทฤษฎีพื้นฐานสำหรับข้อมูลโดยการนำภาพกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แสดงไว้ในภาพที่ 4.2 รวมกับรูปแบบการวิเคราะห์เปรียบเทียบอย่างต่อเนื่องในภาพที่ 4.1 เป็นภาพรวมของกระบวนการวิจัย โดยการสร้างทฤษฎีจากข้อมูลได้ดังภาพที่ 4.3



ภาพที่ 4.3 การวิจัยสร้างทฤษฎีพื้นฐานจากข้อมูล

จากภาพที่ 4.3 จะเห็นว่ากระบวนการสร้างทฤษฎีพื้นฐานจากข้อมูลในลำดับขั้นตอนต่าง ๆ สามารถทบทวนย้อนกลับไปได้เพื่อให้ได้หลักแนวคิดที่สัมพันธ์สอดคล้องอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ การวิเคราะห์ยังสามารถแบ่งตามเอกสารได้เป็น เอกสารชั้นปฐมภูมิ จากเอกสารชั้นทุติยภูมิ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

วิเคราะห์เอกสารชั้นปฐมภูมิ (primary source) เป็นเอกสารข้อมูลหรือหลักฐานโดยตรง เช่น บันทึก รายงานการประชุม หนังสือราชการ กฎหมายต่าง ๆ และเอกสารราชการที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

วิเคราะห์เอกสารชั้นทุติยภูมิ (secondary source) เป็นข้อมูลหลักฐานที่ไม่ได้มาโดยตรงจากเหตุการณ์หรือสถานการณ์หนึ่ง แต่ได้มาจากแหล่งอื่น เช่น เอกสารที่มีผู้รวบรวมไว้แล้วนำมาวิเคราะห์ เสนอหรืออ้างอิง รายงานการวิจัย บทความ ข่าว สื่อ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ และสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ทุกชนิด ตลอดจนเอกสารที่แสดงให้เห็นถึงทรรศนะ หรือแนวคิดของบุคคลที่มีบทบาทในเรื่อง การกำหนด นโยบาย การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน อากาศยานพยาบาล

สำหรับสถานที่การทำวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการกับ 8 หน่วยงานที่ได้คัดเลือกจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งเป็นสถานที่ตั้งของหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอากาศยานพยาบาลกับประชาชนดังนี้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข รพ.สมิติเวชศรีนครินทร์ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ หอประชุมกองทัพอากาศ อาคารเฉลิมพระบรมราชชนนี กรมทหารราบที่ 11 รักษาพระองค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี



4.2.5 เกณฑ์การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือวิจัยที่นิยมใช้มากในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลจากบุคคลโดยเฉพาะความรู้ลึกหรือความคิดเห็น การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถามสัมภาษณ์ (Blaxter, Hughes & Tight, 1996, p. 159) โดยทั่วไปดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหาครบถ้วนตามวัตถุประสงค์ ปัญหาของการวิจัย แนวคิดและทฤษฎี (สมคิด พรหมจ้อย, 2538, หน้า 34) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือ ให้ครอบคลุมและชัดเจน โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย (พิตร ทองชั้น, 2544, หน้า 222; ปัญญา ชีระวิทย์เลิศ, 2548, หน้า 42-44) ช่วยตรวจสอบ ประเมิน ความตรง (fit) ความสามารถแก้ปัญหา (work) ความสอดคล้องกับทฤษฎี (relevance) และความสามารถในการปรับเปลี่ยน (modifiability) แล้วทดลองนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไปใช้จริง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.2.5.1 ลักษณะของความเที่ยงตรงในการวิเคราะห์และตีความ (Analytical and interpretative preciseness)

ความเที่ยงตรง (fit) เป็นกระบวนการวิเคราะห์ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องเป็นลำดับสามารถอธิบาย การแปรเปลี่ยนความหมายของข้อมูลที่ก่อตัวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมตามลำดับขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สามารถ สื่อย้อนถึงที่มา ให้ความหมาย และฉายภาพให้เห็น ปรากฏการณ์ในสังคมที่สามารถอธิบายถึงข้อมูลที่ต้องการทราบได้

4.2.5.2 ลักษณะความชัดเจน (Descriptive vividness)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ความสำคัญและ การตีความหมาย ต้องสามารถสื่อความหมายถึงรายละเอียดที่สมบูรณ์เพื่อให้ผู้อ่าน ได้ทราบถึงข้อค้นพบที่สำคัญจากประสบการณ์ส่วนบุคคลในเหตุการณ์ การตรวจสอบคำถามจากแบบสัมภาษณ์เพื่อให้เกิดความสอดคล้องครบถ้วนตามวัตถุประสงค์หรือปัญหา กรอบแนวคิดและทฤษฎีการวิจัย

4.2.5.3 ลักษณะความเหมาะสมน่าเชื่อถือของการวิจัย (Methodological congruence)

ประเมินจากความรู้และวิธีวิจัยที่นักวิจัยเลือกใช้ ต้องสอดคล้องกับหลักวิชาการและศาสตร์ของสาขาวิชาส่วนใหญ่พิจารณาใน 4 มิติ คือ มิติด้านผู้ให้ข้อมูล หลักการเลือกผู้ให้ข้อมูล การเลือกสนามวิจัย เอกสารข้อมูลต่าง ๆ มิติด้านขั้นตอนและกระบวนการวิธีดำเนินการวิจัย มิติด้านมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย และ มิติด้านการตรวจสอบ มีการตรวจ ทบทวนขั้นตอนที่กล่าวมาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องโดยวิธี แบบสามเส้า (triangulation) หาความสอดคล้องภายใน เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือดังนี้

1. ด้านข้อมูล (Data triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ กับข้อมูลเดิม เช่นทดสอบด้วยวิธีสัมภาษณ์ซ้ำ การใช้ข้อคำถามประเด็นเดียวกันกับผู้ให้ข้อมูล (informants) ทุกราย การเปรียบเทียบข้อมูล ระหว่างผู้ให้ข้อมูลกับแหล่งที่มาของการสำรวจเอกสาร ระหว่างข้อมูลจาก

การสังเกตกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ในประเด็นเดียวกัน การผสมผสานข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลภายนอก (etic) กับบุคคลภายในองค์กร (emic)

2. ด้านวิธีวิจัย (Method triangulation) ผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยายประกอบเป็นเรื่องราว (story line) บนพื้นฐานแห่งความจริง ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้หลักเหตุและผล เช่น สถานะเวลา ตัวบุคคล และสถานที่ เพื่อให้เกิดความเป็นรูปธรรม (ทวิศักดิ์ นพเกสร, 2548) และ

3. ด้านผู้ตรวจสอบ (Investigator triangulation) ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นบุคคลภายนอก และนิติบุคคล ช่วยประเมิน และแสดงความคิดเห็น ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของ เครื่องมือช่วยการวิจัย เพื่อให้เกิดความเป็นกลางมากที่สุด

4.2.5.4 การเชื่อมโยงตามหลักของทฤษฎี (Philosophical or theoretical connectedness) ต้องสามารถอธิบายทฤษฎี แนวคิด และข้อค้นพบได้อย่างชัดเจน อย่างเป็นเหตุเป็นผลตามสาขาวิชาที่ศึกษา การตั้งข้อสมมุติฐาน กระบวนการวิจัย การวิเคราะห์ การตีความ สอดคล้องตามหลักทฤษฎีที่ศึกษา

4.2.5.5 ประเด็นสอดคล้องสัมพันธ์กับปัญหา (Heuristic relevance)

การวิจัยสามารถเป็นกระจุกสะท้อนให้ผู้อ่านทราบถึงปรากฏการณ์ทางสังคมโดยพิจารณาจาก มติการรับรู้จาก สัตยชาติญาณ ผู้อ่านมักใช้ประสบการณ์ที่ได้รับรู้สั่งสมมา ในการเปรียบข้อค้นพบจากงานวิจัย มติจากความสัมพันธ์ขององค์ความรู้ เป็นการเปรียบเทียบฐานองค์ความรู้ล่าสุด กับข้อค้นพบจากการวิจัย และมติการประยุกต์ใช้งานวิจัยในการแก้ปัญหาสังคม ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย (Lomborg & Kirkevold, 2003, pp. 189-200)

4.2.6 การสรุปและสังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน

เมื่อได้ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารและภาคสนามแล้ว ผู้วิจัยได้พัฒนานโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาล โดยอาศัย หลักการสร้างทฤษฎี จากข้อมูลพื้นฐานที่ค้นพบ ในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาล และการกำหนดนโยบายเป็นกรอบแนวทางสนับสนุนการดำเนินงาน แล้วนำร่างนโยบายและรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่พัฒนาเสนอที่ปรึกษา ผู้ทรงคุณและผู้ให้ข้อมูล พิจารณาถึงความเป็นได้ เพื่อปรับปรุงให้เกิดความสมบูรณ์และความเหมาะสมกับบริบทของไทย ซึ่งแสดงรายละเอียดไว้ตาม ตารางที่ 4.4 ตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6 ดังนี้

4.2.6.1 กระบวนการกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาล มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ การริเริ่มและเตรียมการจัดทำนโยบายขั้นต้น การจัดทำร่างนโยบาย และการพิจารณาตัดสินใจกำหนดให้เป็นนโยบาย

4.2.6.2 กระบวนการกำหนดรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล มี 3 ขั้นตอน ดังนี้
การบริหารจัดการสร้างภาคีความร่วมมือ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และ การขนส่งทางอากาศ

4.2.6.3 การพัฒนารูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาล พิจารณาจาก 5 แนวคิด ดังนี้
แนวคิดคำนิยมร่วม แนวคิดการค้นหาศักยภาพหน่วยงานเพื่อจัดระบบทรัพยากร แนวคิดการประสาน
ภาคีความร่วมมือ แนวคิดการมีผลประโยชน์ร่วมกัน และแนวคิดการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ ดัง
ภาพที่ 4.4



ภาพที่ 4.4 การพัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย

ตารางที่ 4.4 ตัวอย่างการสังเคราะห์ถึงการได้มาของประเภทแนวคิด

ข้อมูล (data)	การกำหนดเปิดรหัส (open coding)	แนวคิดรวบยอด (concepts)	ประเภทแนวคิด (category)
1. จะเป็นวิไอพี หรือไม่วิไอพี ชาวบ้าน ชาวเขา อีโก้ กะเหรี่ยง ฝรั่งประชาชนหน้าไหน ขอให้อยู่ในอาณา เขตประเทศไทยเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยร้องขอความ ช่วยเหลือมาและเมื่อประเมินแล้วจะต้องช่วยด่วน เรา ช่วยหมด ไม่ปล่อยให้ตาย เนื่องจากเราคำนึงว่าทุก ชีวิตสำคัญเท่ากัน (ผู้ให้ข้อมูล 8)	ทุกชีวิตสำคัญเท่ากัน	ความเท่าเทียม	คำนิยมร่วม
2. คุณว่าประชาชนที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือ เป็นความมั่นคงของประเทศไหมละ และหากสังคม มีคนเจ็บ คนป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต หากไม่มี ระบบทางสาธารณสุขรองรับ (ผู้ให้ข้อมูล 7)	สุขภาพดี คุณภาพชีวิตที่ดี ถือ เป็นความมั่นคงของประเทศ	ความมั่นคง	คำนิยมร่วม
3. การให้บริการอากาศยานพยาบาลทางสฟล.เหมาะสม ชั่วโมงละ 40,000 บาทหากปล่อยให้เขาเกิดทุพพลภาพ หรือพิการตลอดชีวิตขึ้นมา ถามสิว่าใครจะต้องมี หน้าที่ ดูแลรับผิดชอบ กลุ่มคนพิการเหล่านี้ ไปจน ตาย (ผู้ให้ข้อมูล 6)	ถ้าไม่ช่วยประชาชนจัดเป็น ภาระในอนาคต	มูลค่าที่เป็นประโยชน์	คำนิยมร่วม
4. การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินทางอากาศจากภาครัฐ ต้องมีหน่วยงานที่ตั้ง ขึ้นมาเป็น ศูนย์ประสานงาน สร้างระบบปฏิบัติการ อบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติการทางอากาศได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญ ต้องหาอากาศยาน เพื่อ มาร่วมปฏิบัติการให้ได้และ ควรตั้งงบประมาณการ ดำเนินการให้ชัดเจน เพื่อ พัฒนาคุณภาพและความคง อยู่ในระยะยาว (ผู้ให้ข้อมูล 12)	พัฒนาคุณภาพ	คุณภาพ	คำนิยมร่วม
5. คิดเรื่องจุดคุ้มทุน ปกติของเอกชนถ้าผมบินได้ อาทิตย์ละ 3-5 flights ก็คุ้มแล้ว นอกนั้นก็เป็นผล กำไร แล้วทำไม จะแบ่งส่วนกำไรบริการ คืนให้กับ สังคมร่วมกับโครงการSky Doctor ของสฟล. ไม่ได้ หละ (ผู้ให้ข้อมูล 9)	แบ่งผลกำไรคืนให้สังคม ร่วมกับสฟล.	ความรับผิดชอบต่อ	คำนิยมร่วม

ตารางที่ 4.5 ขั้นตอนการพัฒนานโยบาย

ขั้นตอนที่	กิจกรรมสำคัญ	ผลที่ได้
1. การริเริ่มและเตรียม การจัดทำนโยบาย	1) ผู้วิจัย รวบรวมประเด็นปัญหาและกลั่นกรอง ประเด็นปัญหาเพื่อค้นหาปัญหาเชิงนโยบายขั้นต้น 2) ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาประเด็นปัญหาเชิงนโยบาย ขั้นต้นและให้ข้อเสนอแนะ 3) ผู้วิจัยพัฒนาปัญหาเชิงนโยบายขั้นต้นตาม ข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล	ปัญหาเชิง นโยบาย
2. การจัดทำร่างนโยบาย	1) ผู้วิจัย ดำเนินการยกร่างนโยบาย 2) ผู้ให้ข้อมูล พิจารณาร่างนโยบายและ ให้ข้อเสนอแนะ 3) ผู้วิจัย พัฒนาร่างนโยบายตามข้อเสนอแนะของ ผู้ให้ข้อมูล	ร่างนโยบาย
3. การพิจารณาตัดสินใจ กำหนดให้เป็นนโยบาย	1) ผู้ให้ข้อมูล พิจารณาร่างนโยบายและ ให้ข้อเสนอแนะ 2) ผู้วิจัย พัฒนาร่างนโยบายตามข้อเสนอแนะ ของผู้ให้ข้อมูล 3) ผู้วิจัย นำนโยบายเสนอ ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา	นโยบาย

ตารางที่ 4.6 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย

ขั้นตอนที่	กิจกรรมสำคัญ	ผลที่ได้
1. การเตรียมการเพื่อกำหนดรูปแบบการให้บริการขั้นต้น	1) ผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลรูปแบบการให้บริการในปัจจุบันที่เกิดจากนโยบาย และพัฒนารูปแบบใหม่ที่เหมาะสมของการให้บริการอากาศยานพยาบาล	รูปแบบปัจจุบันของการให้บริการอากาศยานพยาบาล
	2) ผู้ให้ข้อมูล พิจารณารูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบันเพื่อค้นหาช่องว่างปัญหาและข้อเสนอแนะ	
2. การพิจารณา ตัดสินใจ กำหนดให้เป็นรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล	1) ผู้ให้ข้อมูล พิจารณารูปแบบปัจจุบันของการให้บริการอากาศยานพยาบาล และข้อเสนอแนะ	รูปแบบ (ใหม่) ของการให้บริการอากาศยานพยาบาล
	2) ผู้วิจัย พัฒนารูปแบบของการให้บริการอากาศยานพยาบาล ตามข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล	
	3) ผู้วิจัย นำรูปแบบของการให้บริการอากาศยานพยาบาล เสนอที่ปรึกษาเพื่อพิจารณา	

จากทฤษฎีการประกอบร่างผู้วิจัยได้พิจารณาคุณภาพของทฤษฎีโดยใช้เกณฑ์ ทั้ง 4 ข้อของทฤษฎีพื้นฐานซึ่งได้แก่ ความตรง ความสามารถแก้ปัญหา ความสอดคล้องกับทฤษฎี และความสามารถในการปรับเปลี่ยน โดยความตรงประเมินจาก แนวคิดที่ได้สามารถอธิบายข้อมูลต่าง ๆ ที่อยู่ภายใต้แนวคิดนั้น ๆ ได้อย่างชัดเจนดังตัวอย่างที่แสดงไว้ข้างต้นซึ่งรายละเอียดจะนำเสนอไว้ในบทที่ 5 ซึ่งแนวคิดหลักและ

แนวคิดรอง ในลักษณะข้อมูลที่เป็นคำพูดของกลุ่มตัวอย่างที่ยืนยันความตรงกันของแนวคิดและข้อมูล ส่วนนี้นำไปใช้แก้ปัญหาในการปฏิบัติงาน โดยทฤษฎีการประกอบร่างสามารถ อภิปรายการแก้ปัญหา การขาดแคลนทรัพยากรในการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลไทยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเมื่อนำไปใช้ สามารถแก้ปัญหาได้ ด้านความสอดคล้องของทฤษฎี พบว่า ทฤษฎีการประกอบร่าง สามารถอธิบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ประเด็นของการปรับเปลี่ยนด้านทฤษฎี จากข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมในอนาคต ซึ่งเป็นข้อมูลที่แตกต่างจากเดิม อาจต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ได้ เพื่อให้สามารถอธิบายภาพปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ได้ตรงและสอดคล้องกับสิ่งที่เป็นอย่างยิ่งขึ้น



บทที่ 5

ผลการวิจัย

ทฤษฎีการประกอบร่างเพื่อจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย

5.1 บทนำ

จากการเก็บข้อมูลภาคสนามตามระเบียบวิธีที่กล่าวมาในบทที่ 4 สารที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลและจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ให้ข้อมูล และอ้างอิงการตีความ ข้อคำพูดที่ได้จากการสัมภาษณ์ประกอบ ทำให้สะท้อนภาพ ประสพการณ์ของผู้ให้ข้อมูล ตามปรากฏการณ์ความเป็นจริงในสังคม ภายใต้แนวคิดการสร้างทฤษฎีจากข้อมูล (grounded theory) คือ เน้นคุณลักษณะเฉพาะที่ถูกสร้างขึ้นมาจากข้อมูลที่เป็นไปตามปรากฏการณ์จริงมากที่สุด พัฒนาเป็นทฤษฎีเพื่อใช้อธิบาย รูปแบบของการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ต่อการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย การนำเสนอผลการวิจัย ในบทที่นี้ ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอผลการวิจัย แยกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่หนึ่ง นำเสนอบริบทสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทย ส่วนที่สอง ประเด็นปัญหาที่ขับเคลื่อนในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน ส่วนที่สาม นำเสนอทฤษฎีประกอบร่างซึ่งเป็น ทฤษฎีที่อธิบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน โดยทฤษฎีนี้มีแนวคิดหลัก 5 ประการ ได้แก่ ค่านิยมร่วม ศักยภาพในการรวบรวมและจัดการทรัพยากร การประสานภาคีความร่วมมือ การมีผลประโยชน์ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ และส่วนที่สี่ ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์รูปแบบ การจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ที่แสดงให้เห็นถึง โครงสร้าง ลักษณะ กฎเกณฑ์ กระบวนการ ของการจัดบริการในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งส่วนที่ หนึ่ง สอง สามและสี่ เป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่หนึ่งคือ ค้นหารูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

5.2 บริบทของการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทยจากการศึกษาและทบทวนเอกสาร

จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า ประเทศไทยมีปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลมาเป็นระยะเวลายาวนาน และได้มีการพัฒนาการของพาหนะที่ใช้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของประเทศ ปัจจุบันหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้รถยนต์เป็นพาหนะหลัก แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่สถานการณ์ภัยพิบัติ และพื้นที่ลักษณะพิเศษที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะปกติ หรือผู้ป่วยวิกฤติที่ต้องเดินทางไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยความรวดเร็ว แรงด่วน การสนองตอบความต้องการของประชาชนได้ทันเวลา ต้องใช้หลักการประกอบร่าง การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (air medicine assembly parts)

การศึกษาการกำหนดนโยบายสาธารณะ ที่มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศพบว่าสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบาย มีด้วยกัน 2 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยภายนอกประเทศ ได้แก่ การบริหารภาครัฐแนวใหม่ เครื่องมือทางการบริหารที่เหมาะสม และปัจจัยภายในประเทศ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และพ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี 2553-2555 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย และนโยบายของรัฐ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1 สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อการกำหนดนโยบายการใช้อากาศยานพยาบาล

การวิจัยเรื่องรูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย เป็นการศึกษาบทบาทของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยใช้อากาศยานพยาบาลจากภาครัฐเพื่อให้บริการประชาชนในประเทศไทย ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของการกิจที่ สผจ. ดำเนินบทบาทการเป็นศูนย์กลางการประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในมิติพลเรือน ผลการศึกษาพบว่า การกำหนดนโยบายดังกล่าวส่วนหนึ่งได้รับผลกระทบจากอิทธิพลและแรงผลักดันจากสภาพแวดล้อมทั้งที่เป็นปัจจัยจากภายนอกประเทศและปัจจัยจากภายในประเทศ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.2.1.1 ปัจจัยภายนอกประเทศ

นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 กระแสโลกาภิวัตน์เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้รัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (Kettl, 2000, pp. 488-497) ประเทศไทยได้รับอิทธิพลผลจากกระแสดังกล่าวนี้ด้วย ระบบราชการไทย ได้พบกับปัญหาที่เกิดจากแรงกดดันในรูปแบบต่าง ๆ ทำให้ต้องปรับปรุงกระบวนการและวิธีบริหารต่าง ๆ (Naisbitt, 1984, pp. 12-13) เช่นการปรับโครงสร้างขององค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ของราชการ เช่นปรับจากการรวมศูนย์อำนาจเป็นการกระจายอำนาจ ไปสู่ระดับท้องถิ่นมากขึ้น (centralization to decentralization) ทำให้การบังคับบัญชาและการติดต่อสื่อสารในองค์กรเปลี่ยนจากบนลงล่าง มาเป็นล่างขึ้นบน การเปลี่ยนแปลงจากประชาธิปไตยแบบตัวแทนไปสู่ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม อีกทั้งองค์กรของรัฐต้องเปิดโอกาสให้มีการประชาพิจารณ์ (public hearing) กระแสโลกาภิวัตน์ จึงเป็นแรงผลักดันให้ประเทศไทยต้องปรับปรุงการให้บริการสาธารณะจากภาครัฐแนวใหม่โดยให้องค์กรภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมมือบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความรวดเร็วและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผลจากการบริหารภาครัฐแนวใหม่ ต้องมีการพัฒนาองค์กร สร้างแนวคิด นำเครื่องมือการบริหารใหม่ ๆ เพื่อสร้างและประสานกิจกรรมการทำงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

เครื่องมือทางการบริหารจัดการที่ สพฉ.นำมาใช้ในการบริหารภาครัฐแนวใหม่ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการได้แก่ แนวคิด การใช้บริการจากภายนอกองค์กร (outsourcing) การสร้างเครือข่าย (networking) และ การทำบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding: MOU) เป็นต้น ดังที่ชาดิชาย กล่าวว่า

“สพฉ.ใช้ MOU บันทึกข้อตกลง เป็นเครื่องมือเจรจา เชื่อมประสานให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีทรัพยากรอากาศยาน ทั้ง Rotary Wing และ Fixed Wing แสดงเจตจำนงร่วมมือเป็นภาคีกับสพฉ.ในปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ”

ในบรรดาเครื่องมือช่วยบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ มีบางเครื่องมือ ที่สพฉ. ต้องนำไปปฏิบัติอย่างเป็นทางการเพราะเป็นมติของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ทำให้รูปแบบการปฏิบัติงานได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่หลายหน่วยงานของภาครัฐเคยปฏิบัติ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้พ้นภาวะวิกฤต ทั้งในภาวะปกติ เหตุการณ์ฉุกเฉิน และภาวะภัยพิบัติ ต้องใช้ความรวดเร็ว มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และที่สำคัญต้องจัดให้มีระบบการบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่น เพื่อเชื่อมโยงการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือ ลำเลียงขนย้ายและนำส่งผู้ป่วย ต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีด

ความสามารถและเหมาะสม เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยได้พ้นจากภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างปลอดภัย และสามารถลดอัตราการตายและความพิการได้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงเป็นการให้บริการเชิงรุกที่เน้นการช่วยชีวิตที่ต้องใช้การบริหารทรัพยากรทุกอย่างอย่างมีประสิทธิภาพ

5.2.1.2 ปัจจัยภายในประเทศ

การเปลี่ยนแปลงภายในประเทศ จากการปฏิรูปราชการไทยเพื่อสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งปัจจัยภายในประเทศที่กล่าวถึงได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และพ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี พ.ศ. 2553-2555 ที่มีผลในภาพรวมต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยอย่างมาก นอกจากนี้ยังมี ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ได้แก่ ลักษณะการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินปัญหาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และ นโยบายของรัฐ เป็นสาเหตุที่ทำให้ต้องปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมวิธีปฏิบัติงาน ของภาคราชการ และอาศัยเครื่องมือทางการบริหารจัดการต่าง ๆ โดยลดขั้นตอน ในการปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพ ดังรายละเอียด

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540

กระแสของการปฏิรูปการเมือง ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดของประเทศ และเป็นเหตุผลสำคัญของการปฏิรูประบบราชการ เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศให้มีประสิทธิภาพ โดยการปรับปรุงโครงสร้าง บทบาท กระบวนการบริหารพัฒนาคุณภาพ จัดสรรงบประมาณ หลักการดังกล่าวข้างต้นได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (2540, หน้า 16) มาตรา 70 ซึ่งระบุว่า “... รัฐต้องจัดให้มีแผนพัฒนาการเมือง จัดทำมาตรฐานทางคุณธรรมและจริยธรรมของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ข้าราชการ และพนักงาน หรือลูกจ้างอื่นของรัฐ เพื่อป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ และเสริมสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่...”

บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญเป็นผลให้ประชาชนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการปกครอง สามารถตรวจสอบการปฏิบัติราชการของภาครัฐมากขึ้น โดยเฉพาะการกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วมการบริหารจัดการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชน โดยเฉพาะการปฏิรูประบบราชการให้มีความสุจริต โปร่งใส ขอบธรรมสนองความต้องการของประชาชนทุกระดับอย่างเท่าเทียม โดยได้ระบุไว้ชัดเจนใน มาตรา 75 แห่ง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (2540, หน้า 15) ว่า “...รัฐต้องดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมาย

คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคล จัดระบบงานของกระบวนการยุติธรรมให้มีประสิทธิภาพและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนอย่างรวดเร็วและเท่าเทียมกันรวมทั้งจัดระบบงาน ราชการและงานของรัฐอย่างอื่นให้มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ ของประชาชน...”

การปฏิรูประบบราชการในมาตรา 70 และมาตรา 75 ระบุ บุคคลที่เป็นราชการ องค์การของรัฐ มีหน้าที่ดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมาย เพื่อรักษาประโยชน์ส่วนรวม อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนโดย รัฐต้องจัดระบบงานราชการให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียม

2. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีจุดเน้นที่การปฏิรูประบบราชการ เหมือนกับรัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2540 แต่มีการเน้นย้ำในเรื่องของคุณภาพชัดเจนมากขึ้น กล่าวคือ การบริหารจัดการภาครัฐถูกกำหนดไว้ในส่วนที่ 3 แนวนโยบายด้านการบริหารราชการแผ่นดิน โดยระบุไว้ในมาตรา 77 คือ รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายในด้านการบริหารราชการแผ่นดิน ซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องตามมาตรา (4) และ (5) (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, 2545, หน้า 5) ดังนี้ (4) พัฒนาระบบงานภาครัฐ โดยมุ่งเน้นการพัฒนา คุณธรรม และจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการ ทำงาน เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และ ส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐใช้หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการ (5) การจัดระบบงานราชการและงานของรัฐอย่างอื่น ต้องเป็นไปเพื่อ ให้การจัดทำและการให้บริการสาธารณะเป็นไปอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ โปร่งใสตรวจสอบได้ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชน การกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในรัฐธรรมนูญเช่นนี้มีผลดีต่อ การพัฒนาการกำหนดนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพ การบริหารจัดการจากภาครัฐมากเพราะเป็นตัวเร่งที่ทำให้การปฏิรูประบบราชการมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมรวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งการให้บริการใด ๆ จากระบบราชการไทยจะปรับเข้าสู่รูปแบบองค์กรสมัยใหม่ที่สามารถตอบสนองความต้องการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพทัดเทียมนานาประเทศ ได้

3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และ 2550

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ พ.ศ. 2550 โดยหน่วยที่รับผิดชอบ คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2546ข, หน้า 1) ประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 มีเจตนารมณ์ในการตราพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2545 ซึ่งถือเป็นการนำแนวความคิดเกี่ยวกับ การปฏิรูประบบราชการมาแปลงให้เป็นรูปแบบกฎหมายเพื่อให้เกิดผลใช้บังคับ เป็นการถาวรนั้น ได้แสดงผล

ของการตราพระราชบัญญัตินี้ให้เห็นเจตนารมณ์ของก้าวแรกในการปฏิรูประบบราชการไว้อย่างชัดเจนดังนี้

“โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงระบบบริหารราชการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตอบสนองต่อการพัฒนาประเทศโดยให้ บริการแก่ประชาชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การกำหนดให้การบริหารราชการแนวทางใหม่ต้องมีการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และแผนการปฏิบัติงานเพื่อให้สามารถประเมินผลการปฏิบัติงานในแต่ละระดับได้อย่างชัดเจน มีกรอบการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติราชการ” เหตุผลข้างต้นสอดคล้องกับ เหตุผลในการตราพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม พ.ศ. 2545 ที่ตราขึ้นพร้อมกันว่า

“การจัดกลไกของระบบราชการจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ปรับตัวให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นไปของสังคม เพื่อให้ส่วนราชการสามารถกำหนด เป้าหมายและทิศทางการปฏิบัติงานของส่วนราชการที่มีความเกี่ยวข้องกันให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีเอกภาพและเกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในส่วนงานที่ซ้ำซ้อนกัน เมื่อจัดส่วนราชการใหม่ให้สามารถปฏิบัติได้แล้ว จะมีผลทำให้แนวทางความรับผิดชอบของส่วนราชการต่างๆ มีเป้าหมายที่ชัดเจน” เป้าหมายหลัก ๆ ในภาพรวมปฏิรูประบบราชการที่ผ่านมาที่อยู่ด้วยกัน 3 ประการดังนี้

ประการแรก คือ การจัดส่วนราชการใหม่ โดยคำนึงถึงยุทธศาสตร์ ของชาติในแต่ละด้าน มีการบูรณาการภารกิจที่เคยกระจัดกระจายหรือซ้ำซ้อนกันเข้าไว้อยู่ในส่วนราชการเดียวกัน เพื่อให้สามารถกำหนดแผนการบริหาร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกำหนดอำนาจหน้าที่ของผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ให้ชัดเจนทั้งใน ด้านนโยบาย ด้านการกำหนดแผนและกำกับราชการ และด้านการปฏิบัติงาน

ประการที่สอง คือ การพัฒนาองค์กร การปฏิบัติราชการและการพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพและรองรับการปฏิรูประบบราชการในระยะต่อไป และ

ประการที่สาม คือ การกำหนดแบบแผนปฏิบัติราชการที่จะทำให้เกิดการบริหารราชการที่ดี โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะกำหนดแนวทางการปฏิบัติราชการให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อประโยชน์สุขแก่ประชาชนและเกิดผลสัมฤทธิ์ของงานที่วัดผลได้

จากเป้าหมายหลักข้างต้นทำให้การปฏิรูประบบราชการสามารถกำหนดประเด็นย่อย ๆ ได้ 4 ประการ ดังนี้ จัดโครงสร้างหน่วยงานภาคราชการให้มีขนาดกะทัดรัด คล่องตัว มีผู้รับผิดชอบการบริหารงานและผลงานตามบทบาทภารกิจที่ได้รับมอบหมายอย่างชัดเจน จัดงบประมาณและวิธีการงบประมาณให้เป็นงบประมาณ เชิงยุทธศาสตร์ สร้างระบบการทำงานที่สั้นรวดเร็ว และมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน วัดผลงานได้โดยให้เงินเดือนค่าตอบแทนตามผลงาน

(performance based incentive) สร้างระบบ สรรหาแต่งตั้งข้าราชการให้เป็นระบบเปิด โปร่งใส และเป็นธรรม และ ปรับปรุงกลไกการทำงานของหน่วยงานราชการให้มีประสิทธิภาพและสามารถแข่งขันได้กับหน่วยงานประเภทเดียวกัน และข้าราชการจะต้องปรับทัศนคติและกรอบความคิดใหม่ ให้เป็นผู้ทำงานที่มีมาตรฐานในวิชาชีพ มีคุณธรรม และจริยธรรม

ความมุ่งหมายให้การบริหารราชการแผ่นดินโดยใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (good governance) เพื่อเป็นหลักให้ยึดถือในการปฏิบัติราชการและกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการปฏิบัติราชการและการสั่งการให้ส่วนราชการและข้าราชการปฏิบัติ เป็นการกำหนดกรอบและทิศทางที่ส่วนราชการและข้าราชการพึงจะต้องปฏิบัติเพื่อให้ส่วนราชการต่าง ๆ มีแนวทางในการปฏิบัติราชการ ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของการบริหารราชการที่ดีตามเจตนารมณ์ของการปฏิบัตินระบบราชการ คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบตามข้อเสนอของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (2546ก, หน้า 2-5) และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบราชการซึ่งได้กำหนดควมวิสัยทัศน์ไว้ว่า “พัฒนาระบบราชการไทยให้มีความเป็นเลิศ สามารถรองรับการพัฒนาประเทศในยุคโลกาภิวัตน์ โดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี และประโยชน์สุขของประชาชน”

4. พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551

เป็นกฎหมายที่ได้รวบรวมแนวทางแก้ไขปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยโดยให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นศูนย์กลางประสาน บริหาร จัดการ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย หมวด 2 ว่าด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มาตรา 14 ให้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน หรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น เรียกโดยย่อว่า “สพฉ.” ในราชกิจจานุเบกษา, มีนาคม 2551 เล่ม 125 ตอนที่ 44ก หน้า 7 (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552) ให้สถาบันมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับดูแลของรัฐมนตรี กิจการของสถาบันไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม และกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทน แต่พนักงานและลูกจ้างของสถาบัน ต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว และ มาตรา 15 ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้ จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพฉ. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพฉ. กำหนด จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมทั้งการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ศึกษา ค้นคว้า วิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่

ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ประสาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน รับผิดชอบงานธุรกิจการของ กพฉ. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพฉ. มอบหมาย

และมาตรา 11 ให้ กพฉ. มีหน้าที่เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติดังกล่าวที่ต้องการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยทุกคนได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานและทันทั่วถึง และผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2555 ไปสู่การปฏิบัติ กพฉ. ได้มีมติในการประชุม ครั้งที่ 9/2552 เมื่อวันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2552 มอบหมายให้ สพฉ. ดำเนินการจัดทำแผนหลักการแพทย์แห่งชาติฉุกเฉินพ.ศ. 2553-2555 สพฉ. จึงได้ดำเนินการประชุมระดมสมองในรูปแบบของคณะกรรมการและคณะทำงานร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ ตัวแทนองค์กรภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายครั้ง รวมทั้งได้รับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงาน องค์กรภาคีเครือข่ายและบุคคลภายนอกอย่างรอบด้านจนเป็นที่ยอมรับ และ กพฉ. ได้มีมติในการประชุมครั้งที่ 3/2553 เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม พ.ศ. 2552 เห็นชอบแผนดังกล่าว และให้ สพฉ. เสนอแผนดังกล่าวต่อคณะรัฐมนตรี (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2552)

ผลจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ทำให้มีการพัฒนา กำหนดนโยบาย ปรับระบบการปฏิบัติการฉุกเฉินของประเทศไทย โดยส่งเสริมการค้นคว้า พัฒนา อบรม และเผยแพร่ ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน และให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มีหน้าที่ รับบทบาทในการดูแล ควบคุม กิจกรรมต่างๆทุกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะ การคาดโทษกับหน่วยปฏิบัติการ สาธารณสุขของรัฐใด ๆ ที่ปฏิเสธ การช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มาขอรับ บริการ เช่น ใช้ข้ออ้างสิทธิบริการสาธารณสุขต่าง ๆ สกัดการเข้ารับบริการ หรือแม้แต่ ไม่จัดให้บริการ ผู้ป่วยอย่างเต็มขีดความสามารถ ทำให้เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วย ถึงแก่ชีวิต หรือสูญเสียอวัยวะ หรือ ทุพพลภาพ การปรับเปลี่ยนครั้งยิ่งใหญ่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเข้า สู่ ท้องถิ่นต่าง ๆ โดยให้แต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อให้ แต่ละท้องถิ่นมีส่วนร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นแก่สมาชิกตนเอง โดยสร้างศูนย์รับแจ้ง เหตุและสั่งการทางการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างระบบปฏิบัติการในระดับต่าง ๆ อบรมผู้ปฏิบัติการ

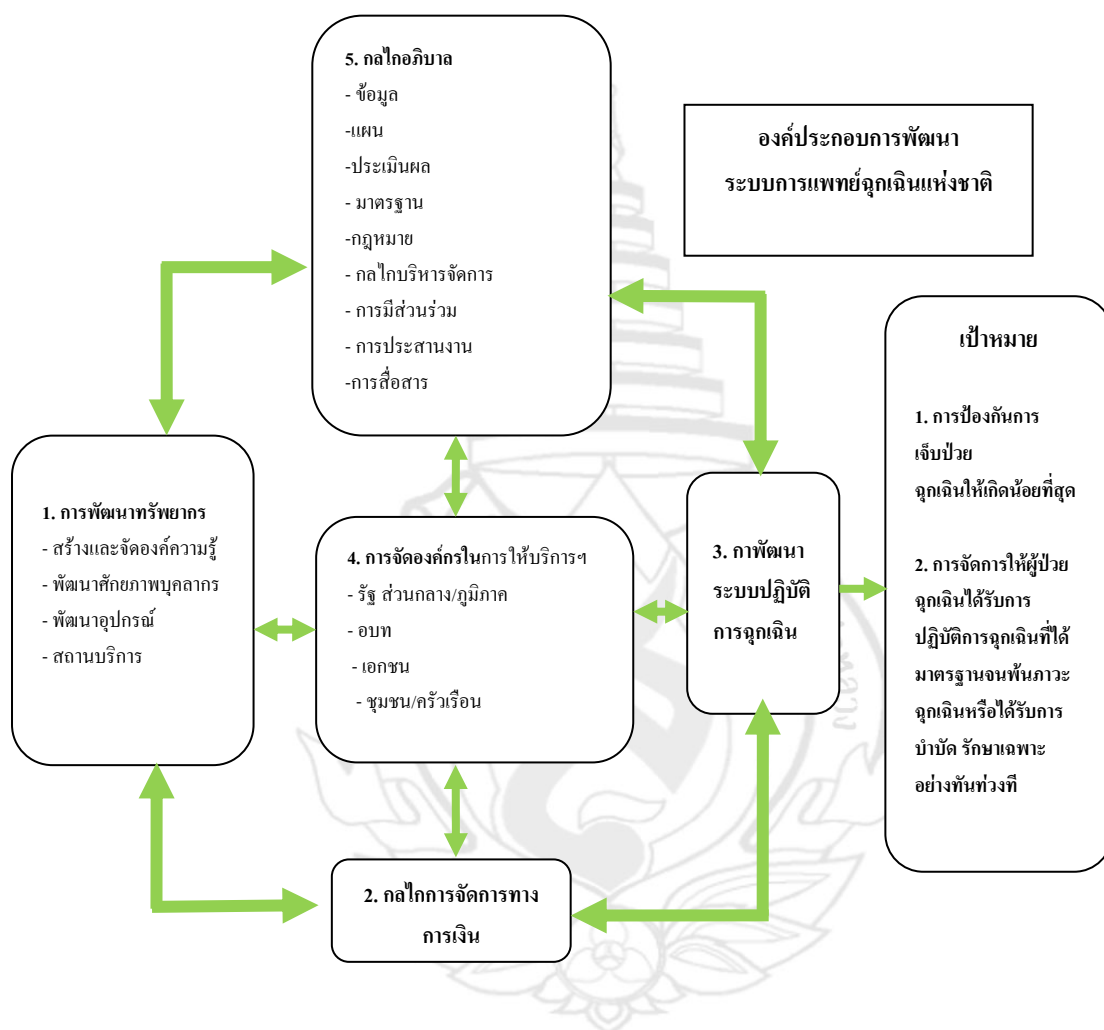
ทางการแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ผลการปฏิบัติการฉุกเฉินที่เกิดขึ้นในประเทศไทยหลังเกิดพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 พบว่า มีการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินถึง 580,811 ครั้ง โดย ร้อยละ 90.3 มีการเรียกใช้ผ่านหมายเลข 1669 ซึ่งการเข้าช่วยเหลือภายใน 10 นาทีหลังจากรับแจ้งเหตุมีถึงร้อยละ 75.4 เป็นอุบัติเหตุทางจราจร ร้อยละ 27.4 จากผู้ป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ 60.4 อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยที่นำส่งผ่านระบบฉุกเฉินของรัฐเพียงร้อยละ 9.6

5. แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553-2555

เจตนารมณ์ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งของระบบความมั่นคงของประเทศ รัฐและทุกภาคส่วนในสังคมพึงให้ความสำคัญอย่างสูงแก่การพัฒนาระบบสุขภาพ โดยสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน โดยต้องจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองสิทธิให้ครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย ดังนั้นระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย จึงมีการจัดการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่คุ้มครองประชากรในแต่ละกองทุน เช่น พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตั้งแต่เริ่มต้นกองทุน และพระราชบัญญัติประกันสังคมได้จัดการแพทย์ฉุกเฉินไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้วย สำหรับประชากรที่ยังไม่ได้รับการคุ้มครอง เช่น ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจซึ่งอยู่ระหว่างแก้กฎหมายให้ครอบคลุมบริการดังกล่าว และกลุ่มอื่น ๆ จำเป็นต้องหาทางออกด้านการเงินการคลังให้รองรับบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐาน

หลังประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มี กพฉ. และจัดตั้ง สพฉ. ขึ้น เพื่อรับผิดชอบการบริหารจัดการ ประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภาคส่วนต่าง ๆ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานและบริหารจัดการ รวมทั้งมีบทบาทในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กพฉ.จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำ “แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2554” เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลและในโรงพยาบาลทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติเพื่อให้มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม บรรลุเป้าประสงค์หลักที่สำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันให้การเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นน้อยที่สุด และการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

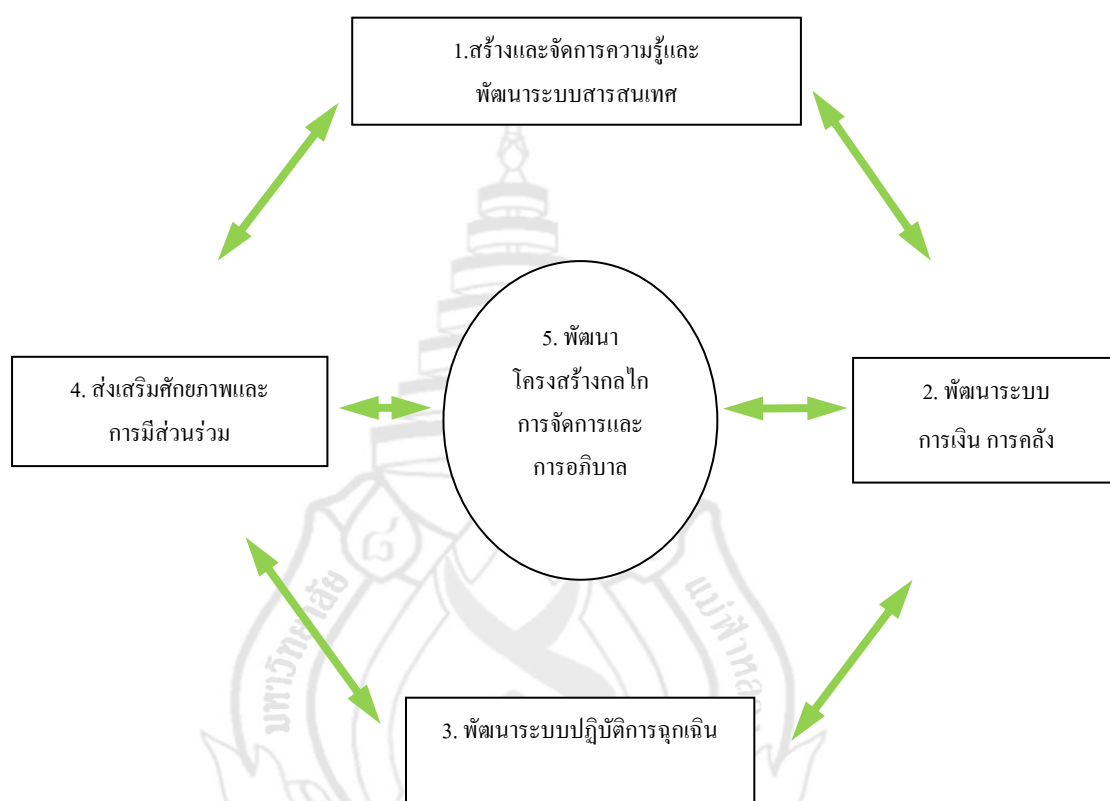
จนพื้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันที่ทั่วถึงและเท่าเทียม องค์ประกอบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีอยู่ด้วยกัน 5 มิติคือ การพัฒนาทรัพยากร กลไก การจัดการทางการเงิน การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน การจัดองค์กรในการให้บริการ และกลไก การจัดการและอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินดังภาพที่ 5.1



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ก). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 -2555. นนทบุรี: สถาบันฯ., 9.

ภาพที่ 5.1 องค์ประกอบหลักในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

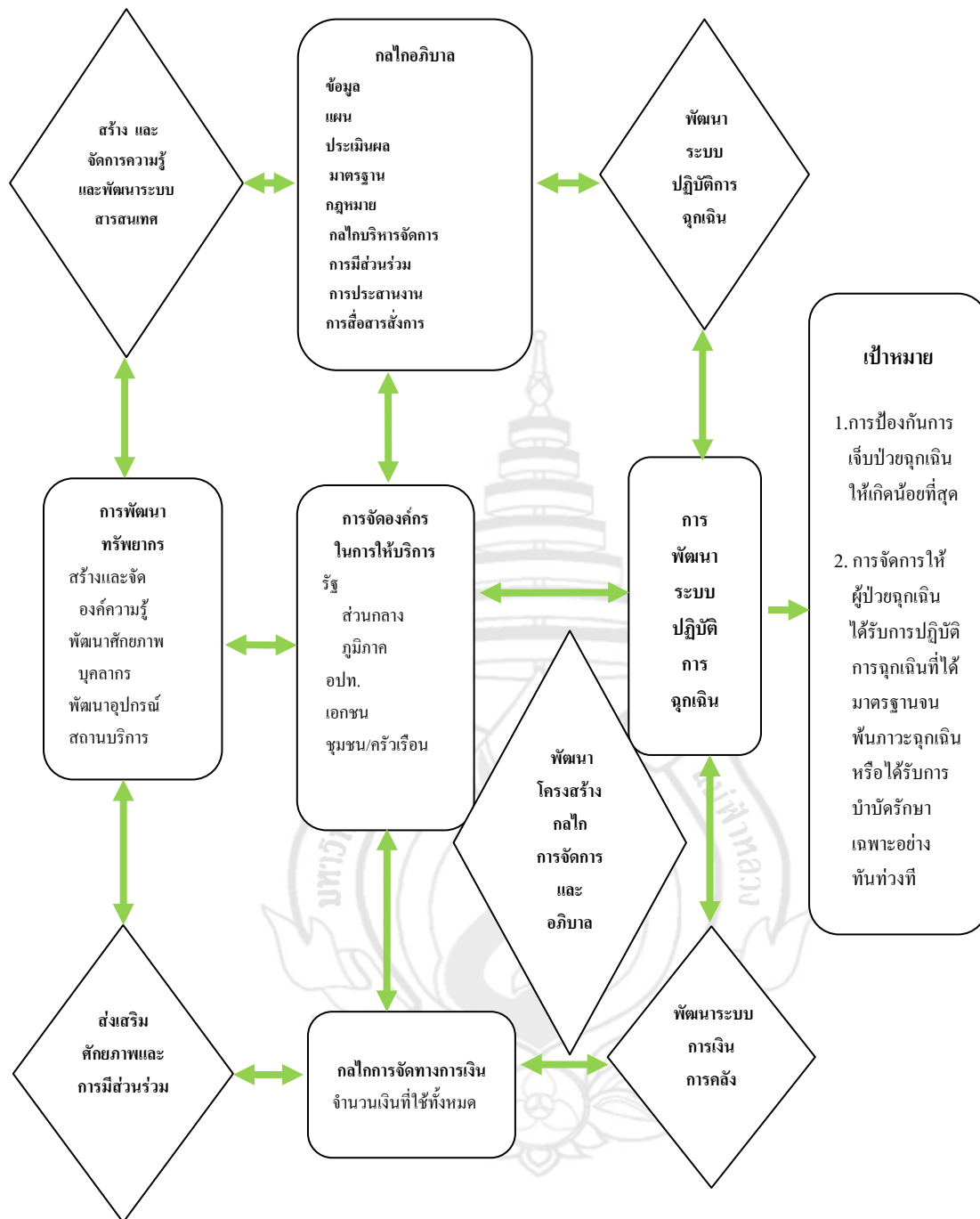
การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ประการ คือ การสร้างและจัดการความรู้และการพัฒนาระบบสารสนเทศ การพัฒนาระบบการเงินการคลัง การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมและการพัฒนาโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภินาโดยแต่ละยุทธศาสตร์มีความเชื่อมโยงกัน ดังภาพที่ 5.2



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ก). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 -2555. นนทบุรี: สถาบันฯ., 10.

ภาพที่ 5.2 ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

โดยยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ได้เชื่อมโยงและตอบสนองกับองค์ประกอบการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังภาพที่ 5.3



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ก). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2553 - 2555. นนทบุรี: สถาบันฯ, 11.

ภาพที่ 5.3 ยุทธศาสตร์และองค์ประกอบในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เมื่อนำ 5 ยุทธศาสตร์ รวมกับองค์ประกอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมี คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นแกนกลางในการ ขับเคลื่อน นำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติปี พ.ศ. 2553-2555 ไปสู่การปฏิบัติ โดยการ ประสานงาน บูรณาการ หน่วยงาน องค์กร ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อประยุกต์แผนหลัก ไปสู่การ ปฏิบัติ และจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องกับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

6. ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยแม้จะล่าช้าเมื่อเทียบกับประเทศ ที่พัฒนา แต่ก็มีพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ช่วงเวลารัชกาลที่ 5 จนถึง พ.ศ. 2551 โดยเริ่มต้นจาก กิจกรรมการกุศลโดยไม่คิดผลตอบแทนในการช่วยเหลือในลักษณะการกุ๊ยกัยและการช่วยเหลือคนพ ผู้เสียชีวิต โดยมูลนิธิต่าง ๆ ของชาวจีนในประเทศไทยที่สำคัญ ได้แก่ มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง ซึ่งก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2480 และมูลนิธิร่วมกตัญญูตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขั้นต้นและลำเลียง นำส่งโรงพยาบาล เมื่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนมูลนิธิรับภาระไม่ไหว และจากการที่บุคลากรขาดประสบการณ์ไม่มีความรู้ความสามารถและไม่มีอุปกรณ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการ และไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาอุบัติเหตุที่ขยายตัว อย่างรวดเร็ว จึงได้ทดลองจัดตั้งหน่วยบริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉินในองค์กร ของ ภาครัฐในลักษณะต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

กรมตำรวจ จัดตั้งหน่วยบริการเพื่อการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บโดยการแบบอย่างมา จากการดำเนินการที่ตำรวจตระเวนชายแดนได้เรียนรู้ระหว่างดำเนินการกิจตามเสด็จสมเด็จพระศรี นครินทร์ทราบรมราชชนนี คือ

พ.ศ. 2512 ได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี (พอสว.) เพื่อออกไปให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยในเขตทุรกันดาร

พ.ศ. 2515 สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ ดำเนินงาน “หน่วยแพทย์ทางวิทยุ” ครั้งแรกในประเทศไทย พระราชทานนามว่า “แพทย์อาสาทาง อากาศ” ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น “งานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ” ถือเป็นจุดกำเนิดและเป็นต้นแบบแห่ง การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในระดับพลเรือนของไทย

พ.ศ. 2523 กรมตำรวจได้จัดตั้งศูนย์รพพยาบาลขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่ร้องขอ มาทางโทรศัพท์และวิทยุ

พ.ศ. 2529 กระทรวงกลาโหม โดยพลเอกอาทิตย์ กำลังเอก ได้พัฒนากองกำลังรักษาพระนครและจัดให้มีโทรศัพท์สายด่วน 123 บริการเหตุด่วนแก่ประชาชน มีหน่วยรถพยาบาลฉุกเฉิน ประมาณ 40 คัน ให้บริการในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่ได้ให้บริการไม่นานก็ยุติเนื่องจากเหตุผลทางการเมือง

พ.ศ. 2535 โรงพยาบาลขอนแก่น เริ่มจัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุและหน่วยกู้ชีพขึ้นที่โรงพยาบาลขอนแก่นซึ่งถือเป็นต้นแบบในการดำเนินการก่อตั้งและพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลในต่างจังหวัดอย่างต่อเนื่อง นับเป็นหน่วยกู้ชีพแห่งแรก ในภูมิภาคที่ตั้งขึ้นและดำเนินการภายใต้การดูแลกำกับจากโรงพยาบาล ภายหลังจากการทดลองนำร่องการบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และส่วนภูมิภาคพบว่า ยังเกิดปัญหาอื่น ๆ เช่น โครงสร้างหลักแต่ละระดับศูนย์สั่งการ แหล่งงบประมาณ พื้นที่ดำเนินการ หลักสูตรต่าง ๆ ของบุคลากรระดับปฏิบัติงาน การเชื่อมโยงระบบจากโรงพยาบาลสู่ระบบท้องถิ่น ทำให้ภาพรวมของหน่วยกู้ชีพระดับประเทศยังไม่เด่นชัดและหลายหน่วยขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

พ.ศ. 2536 พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินการโครงการพระราชดำริ “ตำรวจช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน” โดยพระราชทานทรัพย์ส่วนพระองค์ 18 ล้านบาท ให้กองบัญชาการตำรวจนครบาลจัดตำรวจจราจรเป็นหน่วยเคลื่อนที่เร็วช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทุกกรณีต่อมากระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ได้งบประมาณจำนวน 150 ล้านบาท สนับสนุนให้จัดทำระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นที่โรงพยาบาลราชวิถี และได้ก่อสร้างอาคาร EMS พร้อมเปิดดำเนินการบางส่วนในปี พ.ศ. 2536

พ.ศ. 2538 กรมการแพทย์ได้จัดตั้ง “ศูนย์กู้ชีพนเรนทร” โรงพยาบาลราชวิถีขึ้นอย่างเป็นทางการ ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินและขนย้ายทั้งผู้บาดเจ็บและผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ระยะเวลา ไม่เกิน 15 นาที โดยมีหมายเลข 1669 เป็นหมายเลขแจ้งเหตุในส่วน of กรมการแพทย์ และ 1554 ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร แต่การให้บริการยังไม่ทั่วถึง ขาดงบประมาณที่เหมาะสมในการดำเนินการ จนต้องขอความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม “ศูนย์กู้ชีพนเรนทร” ถือเป็นต้นแบบหนึ่งของหน่วยกู้ชีพที่ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลจากโรงพยาบาลในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการบรรจุแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยเน้นให้มีการขยายตัวการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุสู่จังหวัดภูมิภาคและช่วยผลักดันจังหวัดที่มีความพร้อมให้นำร่องคู่ขนานกับการจัดตั้งศูนย์กู้ชีพที่โรงพยาบาลราชวิถี

พ.ศ. 2539 วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และสถาบันพระบรมราชชนก ร่วมจัดทำหลักสูตรประกาศนียบัตรสาธารณสุข (กู้ชีพ) ขึ้นเป็นแห่งแรก เป็นหลักสูตรเพื่อผลิตบุคลากรด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางหลักสูตรแรกของประเทศไทย

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มีการบรรจุแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเข้าในส่วนของแผนงานอุบัติเหตุและสาธารณสุข โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกจังหวัด แต่เน้นถึงความสามารถในการจัดหน่วยบริการมากกว่าการจัดระบบบริการ ส่งผลให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 90 แห่งมีหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเน้นการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นหลัก แต่พบว่ายังมีข้อจำกัดในการให้บริการ เนื่องจากขาดกฎหมายระบบการเงินการคลังรองรับ อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานขาดความรู้ ทักษะและเจตคติในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

ในการช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่ระดับชุมชน โดยเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายของท้องถิ่นให้มีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และจัดให้มีระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมรองรับ

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุขได้ ประกาศให้การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบาย 1 ใน 4 ประการของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์นเรนทร กระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อรับผิดชอบจัดเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาหน่วยบริการให้ครอบคลุมและมีคุณภาพ ได้มีการจัดสรรงบประมาณพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 10 บาทต่อหัวประชากรที่จดทะเบียน โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแหล่งงบประมาณ (ศูนย์กู้ชีพนเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี, 2551)

ในปีงบประมาณ 2546 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลให้โดยเฉพาะ (จ่ายตามรายหัวประชากร สิทธิบัตรประกันสุขภาพในพื้นที่จังหวัดนั้น) ถือเป็นแหล่งงบประมาณหลักของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่นั้นมา และกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการให้ทุกจังหวัดให้ระบบหลักประกันสุขภาพดำเนินการในจังหวัดนาร่องและขยายผลอย่างต่อเนื่อง โดยนาร่องเริ่มให้บริการ

ระยะที่ 1 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 ในพื้นที่ 7 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปาง และสงขลา และได้ขยายการให้บริการ

ระยะที่ 2 เมื่อวันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2547 เพิ่ม 8 จังหวัด รวมเป็น 15 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ นนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สมุทรปราการ สุราษฎร์ธานี อุบลราชธานี และใน

เดือน เมษายน พ.ศ. 2547 เพิ่มอีก 7 จังหวัด รวมเป็น 22 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ปราจีนบุรี เชียงราย พะเยา พิษณุโลก ภูเก็ต และกระบี่ จนกระทั่งเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2548 ได้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมครบ 76 จังหวัด

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) เนื่องจากการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว จึงเสนอยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย 5 ประการ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ก) ดังนี้ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบการเงินการคลัง การพัฒนาบุคลากร การสร้างและการจัดการความรู้และการพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทภาคี โดยมีเป้าหมายของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปี พ.ศ. 2553 คือผู้ป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนอย่างน้อยร้อยละ 50 ได้รับการช่วยเหลือหรือส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี พ.ศ. 2549 อย่างน้อย ร้อยละ 15 มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้รับการครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และมีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น และมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างเหมาะสม และมีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอได้แก่ มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย จังหวัดละ 2 คน และมีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอตามมาตรฐาน มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและที่ไม่ใช่การเงิน ปัจจุบันระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีองค์ประกอบ ลักษณะ และมาตรฐานดังต่อไปนี้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2553ข)

1) ลักษณะการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แบ่ง ลักษณะการทำงานของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็น 6 ขั้นตอน ดังนี้

ก. การเจ็บป่วยและการพบเหตุ (detection) การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุให้เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า การจัดวางระบบของการสำรวจ ค้นหาคนที่ประสบเหตุ จึงต้องออกแบบให้สามารถกระทำได้เร็วที่สุด ครอบคลุมทุกพื้นที่

ข. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (reporting) โดยระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและมีเลขหมายที่จำได้ง่าย มีศูนย์รับแจ้งเหตุตลอด 24 ชั่วโมง

ค. การออกปฏิบัติการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (response) โดยทั่วไปแบ่งเป็น 2 ระดับคือ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ต้องมีความพร้อมเสมอในการออกปฏิบัติงานและมีมาตรฐานระยะเวลาตามที่กำหนด

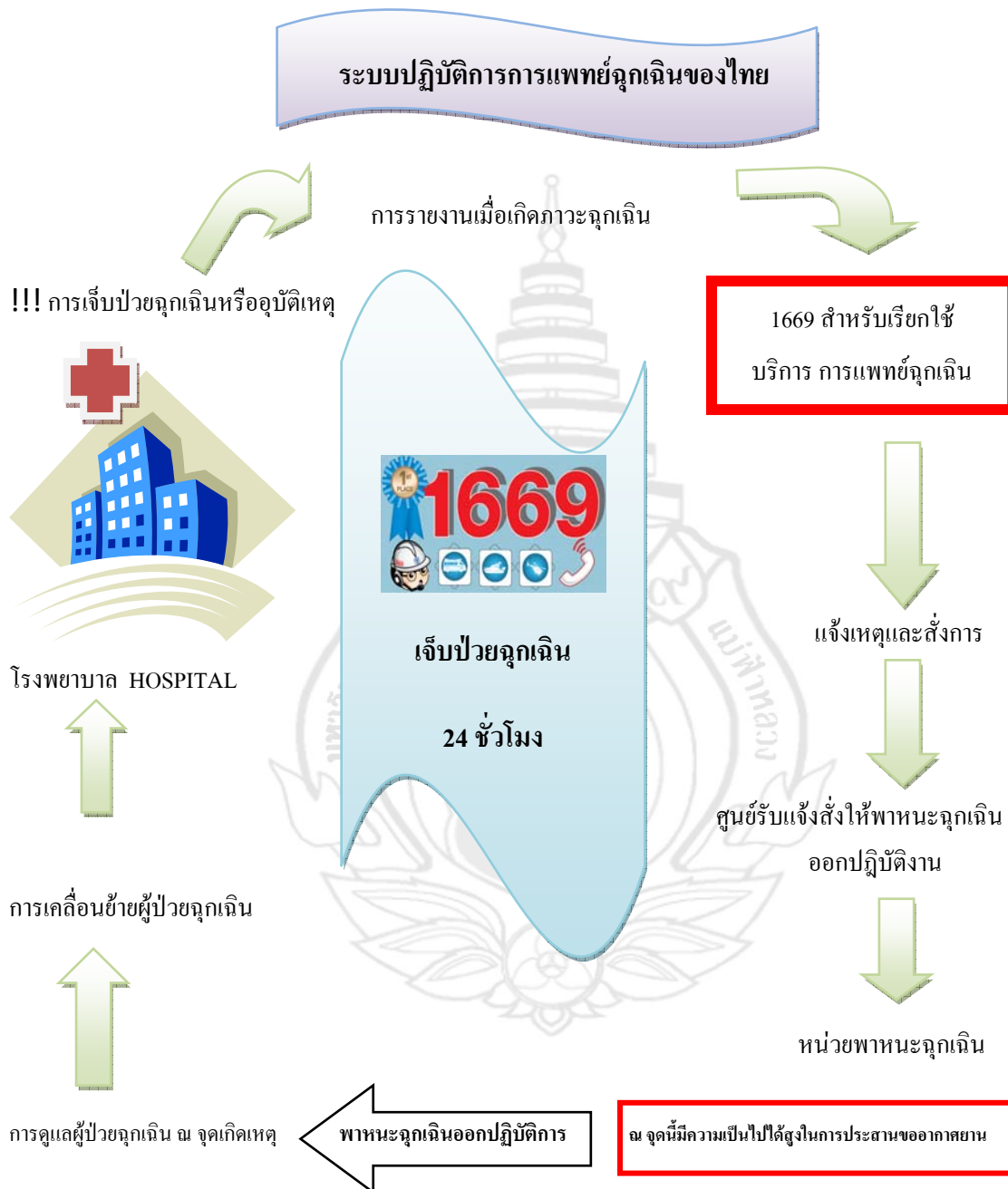
ง. การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (on scene care) การประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยของตนเองและคณะ และประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสม ทีมบุคลากรต้องมีความรู้ มีประสบการณ์และเจตคติที่ดีในการช่วยเหลือผู้ป่วย

จ. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (care in transit) ยึดหลักการไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บซ้ำเติมต่อผู้ป่วย

ฉ. การนำส่งสถานพยาบาล (transfer to definitive care) สามารถนำไปรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลที่เหมาะสม โดยประเมินสภาพผู้ป่วยและความพร้อมศักยภาพของโรงพยาบาลที่ส่งไปรักษาควบคู่กัน

2) องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน องค์ประกอบของระบบที่วิทยาลัยฉุกเฉินแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Emergency Physicians) แนะนำไว้มีด้วยกัน 14 ด้าน คือ การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical direction) หน่วยงานที่ขนส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital transport agencies) หน่วยงานที่ขนส่งผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล (inter-facility transport agencies) การจัดส่งความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical dispatch) การติดต่อสื่อสาร (communications) เกณฑ์วิธีปฏิบัติ (protocols) ในการคัดแยกผู้ป่วย (triage) การบำบัดรักษา (treatment) การขนส่ง (transport) และการส่งต่อ (transfer) หน่วยรักษาเฉพาะทาง (specialty care units) โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (receiving facilities) การฝึกศึกษา (training) การเงิน (financing) การตรวจสอบและการรับรองคุณภาพ (audit and quality assurance) การให้ความรู้สารสนเทศแก่ประชาชน (public information and education) การช่วยเหลือระหว่างกัน (mutual aid) การมีส่วนร่วมในการระงับภัยพิบัติ (disaster) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551) องค์ประกอบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้ง 14 ด้าน จำเป็นต้องมีการจัดองค์กร การรวมตัว และการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด กพล. และแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกต้องมั่นใจว่าองค์ประกอบที่จำเป็นแต่ละส่วนมีอยู่ในระบบและปฏิบัติงานได้ตามแผน ภาระหน้าที่ทางการแพทย์ภายในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นกระบวนการที่เป็นพลวัต บุคคลากรที่เกี่ยวข้องในการสั่งการทางเวชกรรมทางไกล ควรมีความรู้อย่างลึกซึ้งเกี่ยวกับโครงสร้างของระบบการจัดองค์กรซึ่งเป็นความรับผิดชอบของแพทย์ผู้อำนวยความสะดวกในการวางแผนดำเนินงานเพื่อลดความบกพร่องที่อาจเกิดในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ผู้วิจัยจึงสรุปนำเสนอให้เห็นภาพรวมของระบบการให้บริการเพื่อแสดงให้เห็น

จุดที่สามารถประยุกต์นำอากาศยานพยาบาลเข้าสนับสนุนระบบปฏิบัติการภาคพื้นดังกล่าว 5.4 แสดงระบบปฏิบัติการฉุกเฉินไทย



ภาพที่ 5.4 ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินในประเทศไทย

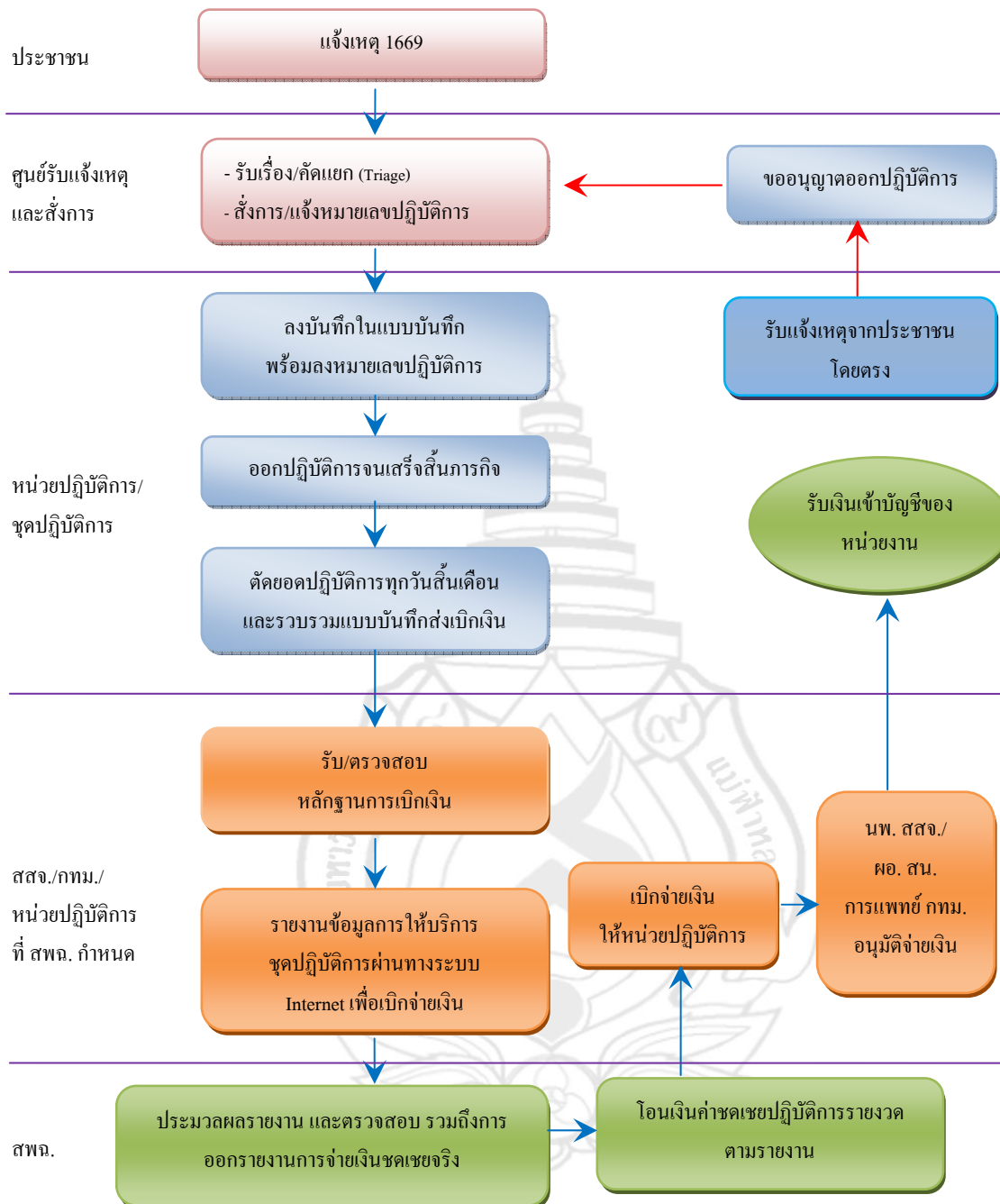
จากภาพที่ 5.4 จะเห็นได้ว่า ณ จุดพาหนะฉุกเฉิน อากาศยานพยาบาล สามารถเข้ามาเสริมเป็นทางเลือกได้ แต่ต้องมีการประสานงานที่ชัดเจนว่าจะใช้อากาศยานจากที่ไหน อย่างไร หน่วย

ต้นทางใดมีหน้าที่นำผู้ป่วยส่งและจะส่งปลายทางที่โรงพยาบาลไหนอย่างไร เพราะการออกปฏิบัติการบนเน้นที่ประสิทธิภาพและความรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอด

3) มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมายังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากร อุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานที่รับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิตอวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้อาการบาดเจ็บรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าว จึงมีประกาศใช้ พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 โดยกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้มี กพฉ. ขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความทันสมัย สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพสังคมเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และคำนึงของประชาชนผู้รับบริการและกำหนดให้มี สพฉ.เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการในการกำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์ เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามมติเห็นชอบของ กพฉ. เป็นแนวทางส่งเสริมสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ ต่อผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อเป็นหลักประกันให้แก่ประชาชนไทยทุกหมู่เหล่า ตลอดจนชาวต่างชาติ ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยจะได้รับบริการมีคุณภาพได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการระดมทรัพยากรในพื้นที่หนึ่ง ๆ ให้สามารถช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ให้มีโอกาสรับความช่วยเหลือ ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ โดยมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้จัดตั้ง “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยคำนึงถึงการปฏิบัติการในเขตพื้นที่หรือภูมิประเทศที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพียงพอ รวมถึงส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสม และความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น เพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน การจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชย การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางบก ดังภาพที่ 5.5



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ข). **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**. นนทบุรี: สถาบันฯ, 54.

ภาพที่ 5.5 ขั้นตอนการปฏิบัติและการเบิกจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก

อัตราอุดหนุนหรือชดเชย ปรับอัตราการจ่ายตามผลการปฏิบัติงานจริง ดังรายการ คือ

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder unit: FR) ได้รับเงินเพื่อชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นเงินไม่เกิน 350 บาท ต่อ 1 เทียวกของการให้บริการ

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support unit: BLS) ได้รับเงินเพื่อชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นเงินไม่เกิน 500 บาทต่อเทียว

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support Unit: ILS) ได้รับเงินเพื่อชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นเงินไม่เกิน 750 บาทต่อเทียว

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advanced Life Support Unit: ALS) ได้รับเงินเพื่อชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นเงินไม่เกิน 1,000 บาทต่อเทียว

โดยมีขั้นตอนแสดงการปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบกไว้ดังภาพที่ 5.5 เริ่มจากการที่ประชาชนขอใช้บริการ จนกระทั่ง สพล. ได้อนุมัติการจ่ายเงินส่วนอัตราอุดหนุน หรือชดเชย การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ จ่ายจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระเบียบ กพฉ. ว่าด้วยการรับเงินการจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2552 โดย สพล. พิจารณากรณีให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งผู้ป่วยจนพ้นภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยไม่คำนึงถึงสิทธิการประกัน ยกเว้นที่ผู้ป่วยฉุกเฉินมีกองทุนที่มีวัตถุประสงค์เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์ โดยกำหนดการขนส่ง หรือส่งต่อด้วยอากาศยานไว้แล้ว เช่น การขนส่งผู้ป่วยสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าระหว่างโรงพยาบาลให้เบิกค่าใช้จ่ายตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยจริงไม่เกิน อัตรา 40,000 บาทต่อชั่วโมงบิน และเศษของชั่วโมงไม่เกิน 30 นาที คิดเป็นอัตราไม่เกิน 20,000 บาท และเศษของชั่วโมงระหว่าง 31 นาที-60 นาที คิดเป็นอัตราไม่เกิน 40,000 บาท หากค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเกินกว่าอัตราที่กำหนดข้างต้น แต่จำเป็นต้องปฏิบัติการ ให้นำเสนอเพื่อขออนุมัติจาก กพฉ. เป็นกรณี

4) ปัญหาในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

จากการศึกษาเอกสารพบว่า การดูแลก่อนนำส่งสถานพยาบาลยังมีประสิทธิภาพน้อยและไม่ครอบคลุมให้บริการแก่ผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ว่า ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของประเทศไทยยังอยู่ในสภาพที่ขาดแคลน การปฐมพยาบาลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยของญาติที่ใกล้ชิด อาสาสมัครกู้ชีพ หรือแม้กระทั่งบุคลากรด้านสุขภาพยังขาดทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน การประสานงานในการแจ้งเหตุรับส่งผู้ที่บาดเจ็บฉุกเฉิน ระบบการบริหารจัดการการเงินการคลัง โครงสร้างและกลไกการ

จัดการระดับชาติ โครงสร้างพื้นฐานทางด้านกายภาพของสถานที่ การส่งต่อผู้ป่วย องค์ความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการรับภัยพิบัติ และองค์ความรู้การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบในระดับชาติ ไม่มีคุณภาพและไม่มีประสิทธิภาพ และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีปัญหา ดังนี้

ก. ปัญหาเกี่ยวกับหน่วยให้บริการ ไม่มีสถานที่และต้องปฏิบัติงานแยกเป็นอิสระ เนื่องจาก การบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นงานใหญ่ สำหรับโรงพยาบาล การขอกำลังคนและแบ่งพื้นที่มาจัดตั้งหน่วยทำได้ค่อนข้างยาก โดยเฉพาะขาดทั้งกำลังคนและงบประมาณสนับสนุน หน่วยให้บริการของชมรม หรือมูลนิธิไม่มีเอกภาพ ในการทำงานร่วมกับหน่วยให้บริการที่ไม่สังกัดรัฐเดิม กลัวถูกลดบทบาท และแข่งขันการปฏิบัติ และหน่วยที่สมัครขึ้นทะเบียน มีคุณสมบัติไม่ครบเกณฑ์ตามที่กำหนด อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่รวมกลุ่มสมัครขึ้นทะเบียนไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน พาหนะรถยนต์ที่ใช้เป็นรถกระบะไม่มีหลังคา ไม่มีเตียงสำหรับผู้ป่วย ไม่มีไฟฉุกเฉิน และไม่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากติดภารกิจงานประจำ

ข. ปัญหาเกี่ยวกับศูนย์รับแจ้งเหตุ ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุประจำอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากใช้เจ้าหน้าที่ร่วมกับงานอื่น มีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ การสื่อสารระหว่างหน่วยให้บริการและศูนย์รับแจ้งเหตุระหว่างปฏิบัติงานไม่สามารถใช้ได้ในพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ปฏิบัติงานกว้าง และศูนย์รับแจ้งเหตุมอบภารกิจให้หน่วยให้บริการเข้าพื้นที่ล่าช้า

ค. ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติงานและระบบการประสานงาน ทีมบุคลากรของหน่วยให้บริการที่โรงพยาบาลจัดขึ้น ขาดความมั่นใจในการออกให้บริการนอกโรงพยาบาล ทีมบุคลากรของหน่วยงานให้บริการที่โรงพยาบาลจัดตั้งขึ้นไม่พร้อมให้บริการตลอดเวลา มีการแข่งขันออกไปให้บริการที่จุดเกิดเหตุแห่งเดียวกัน อาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานเกินหน้าที่ไม่ตรงหน้าที่ ไม่มีแนวทางหรือมาตรฐานการปฏิบัติหน้าที่ชัดเจนระหว่างบริการขั้นสูงและพื้นฐาน และโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

ง. ปัญหาเกี่ยวกับการเงิน ภาระค่าตอบแทนให้บุคลากรขึ้นเวรปฏิบัติงานและความไม่ชัดเจนในเรื่องของงบประมาณดำเนินโครงการเนื่องจากการให้งบประมาณขาดความชัดเจน

จ. ปัญหาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ประชาชน ในเรื่องการประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหมายเลขโทรศัพท์ 1669

จากปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในส่วนของผู้ออกปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครผู้ชีพระดับตำบล มีการประเมินสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก หรือ

การแจ้งขอความช่วยเหลือของประชาชน ไม่ครอบคลุมทำให้ใช้เวลานาน การรับรู้ของภาคประชาชนยังเข้าไปไม่ถึง ไม่ทราบเบอร์โทรศัพท์ 1669 และการจัดตั้งหน่วยให้บริการองค์การบริการส่วนตำบล ผู้บริการยังไม่เห็นถึงความสำคัญ จากปัญหาดังกล่าว ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบช่วยเหลือต่าง ๆ ยังคงมีความล่าช้า และไม่ทั่วถึง ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยสาธารณสุขของรัฐได้ การช่วยเหลือเบื้องต้นจาก ตัวบุคคลและหน่วยบริการในแต่ละท้องถิ่น ส่วนใหญ่ไม่มีคุณภาพ และไม่ได้มาตรฐาน ขาดทักษะ การพัฒนาศักยภาพ เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการแก่ประชาชน และผู้ป่วยที่สำคัญ คือ ขาดระบบการประสานการช่วยเหลือเมื่อเกิดมีภัยพิบัติใหญ่ ๆ ดังนั้น การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจะสามารถดำเนินงานให้สำเร็จได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำการพัฒนาคุณภาพอย่างบูรณาการครั้งยิ่งใหญ่ทั่วประเทศและอย่างจริงจัง โดยทุกหน่วยที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อยกระดับ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไทยในระดับชุมชนและระดับต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐานสากล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 4 รายว่า

“การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศจากภาครัฐ เป็นเรื่องใหม่ในของวงการสาธารณสุขไทย ต้องมีหน่วยงานที่ดั่งขึ้นมาเป็นศูนย์ประสานงาน สร้างระบบปฏิบัติการ อบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติการทางอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สำคัญ ต้องหาอากาศยานเพื่อทำเป็นอากาศยานพยาบาลมาร่วมปฏิบัติการให้ได้ และควรตั้งงบประมาณในการดำเนินการให้ชัดเจนเพื่อพัฒนาคุณภาพและความคงอยู่ในระยะยาว”

บุญสม

“การช่วยเหลือผู้ป่วยในหลายจุดโดยเฉพาะอำเภอที่ห่างไกลยังมีความลำบากอยู่ มาก เพราะการช่วยเหลือที่เป็นอยู่ ไม่ทันทั่วถึงกับการเจ็บป่วยของประชาชน การคิดนำหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเข้ามาช่วยเหลือจะทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง ทำให้ไปถึงโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้ทั้งแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ปัจจุบัน ยังมีปัญหาไม่เพียงพอ ต้องผลิตให้เพิ่มมากขึ้น”

นงคราญ

“ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบและไม่เข้าใจในระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล จึงคิดว่าคงไม่สามารถให้บริการคนจนได้ และคิดว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายแพง ส่วนมากเวลาเจ็บป่วยเบื้องต้น ญาติผู้ป่วยจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเอง โดยใช้รถจักรยานยนต์ รถยนต์ เพราะความสะดวกมากกว่าและที่สำคัญไม่เสียค่าใช้จ่าย”

บุญถม

“พัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย จะต้องมิกฎหมาย มินโยบาย และในภาคปฏิบัติต้องมี ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะให้การฝึกอบรมในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย โดยการฝึกอบรมจะเน้นให้ผู้ช่วยเหลือสามารถให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และมีงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบันนี้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทยมีเฉพาะใน 5 เขตภูมิภาคเท่านั้น ยังไม่มีการขยายการดำเนินการทั่วประเทศ”

อึ้งการ

7. นโยบายของรัฐ

นโยบายของรัฐบาลเป็นอีกหนึ่งปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมภายในประเทศที่มีส่วนผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพราะรัฐบาลเป็นผู้ขับเคลื่อนนโยบายการปฏิรูประบบราชการให้เป็นรูปธรรม ทุกรัฐบาลพยายามที่จะให้ภาคราชการได้ทำงานอย่างมีมาตรฐานและมีคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาจากคำแถลงนโยบายของรัฐบาล 5 ชุด มีสาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

รัฐบาลชุด นายชวน หลีกภัย ได้แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540 ในหัวข้อการปฏิรูประบบบริหารราชการ ข้อ 1.2.2 ดังนี้ (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, สำนักโฆษก, 2540, หน้า 4)

“...ปรับปรุงงานภาคราชการและรัฐวิสาหกิจให้เป็นระบบเปิด โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นปราศจากการเลือกปฏิบัติ และเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ เป็นธรรม โดยการจัดทำแผนพัฒนา ระบบราชการและมาตรฐานคุณภาพงานราชการให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ...”

รัฐบาลชุด พันตำรวจโททักษิณ ชินวัตร ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ในนโยบายการพัฒนากฎหมายและส่งเสริมการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีกว่า (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, สำนักโฆษก, 2544, หน้า 41-42) ดังนี้

“รัฐบาลจะพัฒนาระบบราชการอย่างต่อเนื่องต่อไปด้วยการปรับปรุงโครงสร้างราชการและนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการวางแผนและตัดสินใจให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บทบาทและภารกิจมีความกระชับ มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งการดูแลพื้นที่ การปฏิบัติราชการตามอำนาจหน้าที่ปกติและการปฏิบัติราชการตามระเบียบวาระงานพิเศษพร้อมรับ การเปลี่ยนแปลง และตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางรัฐบาล จะเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบบริหารงานแบบบูรณาการอย่างต่อเนื่องไม่ว่าในระดับจังหวัดหรืออื่นๆ รัฐบาลจะเน้นระบบ การบริหารงานบุคคลภาครัฐให้ มีคุณธรรมและมีประสิทธิภาพ ปรับปรุงระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล จัดระบบค่าตอบแทนให้เป็นธรรม”

ในสมัยที่ 2 รัฐบาลชุด พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2548 ในนโยบายการบริหารราชการ ข้อ 15.2 ด้านการบริหารราชการ (4) ว่า (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, สำนักโฆษก, 2548, หน้า 11) ดังนี้

“เร่งพัฒนาคุณภาพของข้าราชการ ให้มีทัศนคติ เอื้อต่องานบริการประชาชน รวมทั้งทบทวนกฎหมาย ระเบียบขั้นตอนและวิธีปฏิบัติงาน เพื่อให้การบริหารราชการมีความยืดหยุ่น มีประสิทธิผล โปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีการประเมินผล ที่เป็นระบบและเป็นธรรม”

รัฐบาลชุดพลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ ที่ได้แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ. 2549 ในนโยบายการปฏิรูปการเมือง การปกครอง และการบริหารใน ข้อ 1.7 ว่า (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, สำนักโฆษก, 2549, หน้า 13)

“...มุ่งเน้นการบริหารทรัพยากรบุคคลและการจัดองค์การภาครัฐให้สอดคล้องกับทิศทางการนำพาประเทศไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สังคมมีความเข้มแข็ง และประชาชนมีความสุขด้วยการดำรงชีพตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้การรับราชการมีความเป็นมืออาชีพ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐ สามารถ

ดำรงชีพอย่างพอเพียง มีนโนสุจริต ตลอดจนมีสมรรถนะขีดความสามารถ ในการให้บริการประชาชน ตามแนวทางพระราชดำริ เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา...”

รัฐบาลชุดนางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร ได้แถลงต่อรัฐสภา เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม พ.ศ. 2554 ในนโยบายการพัฒนาคุณภาพของประชาชน การสร้างความมั่นคงของชีวิตและสังคม การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ใน ข้อ 4.3 และ 8.1 ว่า (สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี, สำนักโฆษก, 2554, หน้า 29)

“... ส่งเสริม สนับสนุน พัฒนาคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งระบบอย่างมีบูรณาการเชื่อมโยงในทุกระดับ เร่งผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้เพียงพอ กับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นตามข้อเท็จจริงในปัจจุบัน เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ ให้มีความเป็นเลิศ กระจายอยู่ในส่วนภูมิภาค และเพิ่มศักยภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ทุกประเภท ทุกรูปแบบไปสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ โดยขยายรัศมีการให้บริการครอบคลุมไปถึงผู้ด้อยโอกาส ในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วราชอาณาจักร เพื่อลดการสูญเสีย และทุพพลภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้โรงพยาบาลต่าง ๆ จัดหา เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น และปรับปรุงห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ทันสมัย จัดให้มีระบบสารสนเทศทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุขผ่านสื่อแขนงต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อ ยกกระดับให้ประเทศไทยเป็นเลิศในการบริการสุขภาพและการรักษาพยาบาลแห่งภูมิภาคเอเชีย โดยประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง แก้ไขปรับปรุงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อเสริมสร้างให้มีการใช้บุคลากรและทรัพยากร ทางทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานโดยยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ยึดผลประโยชน์ สาธารณชน เป็นแนวทางปฏิบัติราชการ เพื่อให้เกิดการบริการสาธารณสุขที่รวดเร็ว มีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ สู้ประชาชนทุกระดับอย่างเสมอภาค...”

จะเห็นว่าทุกรัฐบาลต่างมีเป้าหมายของนโยบายที่เหมือนกันคือต้องการยกระดับการบริหารจัดการภาครัฐให้มีความเป็นสากล เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการพัฒนาประเทศ และสร้างประโยชน์สุขเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นหลัก ดังนั้นจากถ้อยแถลงของแต่ละรัฐบาล

จะพบว่า การปฏิรูประบบราชการของไทยมีความต่อเนื่องและยาวนานผ่านระบบการใช้นโยบายเป็นเครื่องมือในการบริหารประเทศมาตลอด จากการศึกษา นโยบายสาธารณะของรัฐบาล มีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศด้วย และสภาพแวดล้อมทั้งภายนอกประเทศและภายในประเทศส่งผลให้ต้องมีการปรับการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยอาศัยการกำหนดนโยบาย สาธารณะให้สอดคล้องและสามารถตอบสนองต่อสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากการจัดบริการอากาศยานพยาบาลซึ่งจะได้อธิบายต่อไปในหัวข้อที่ 5.3

5.3 ประเด็นปัญหาสำคัญ ที่ขับเคลื่อนการให้บริการอากาศยานพยาบาล

นอกจากสภาพแวดล้อมจากภายนอกประเทศ และนโยบายของรัฐที่ทำให้ต้องมีการปรับการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินแล้ว งานวิจัยนี้ยังพบว่า มีปัญหาต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนการให้บริการอากาศยานพยาบาล อยู่ 3 ด้าน ได้แก่ แรงกดดันจากความจำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลในการแพทย์ฉุกเฉิน ความท้าทายขององค์กรที่รับหน้าที่ในการขับเคลื่อนต้องรับบทบาทการลงทุนพัฒนา นวัตกรรมใหม่ทั้งที่มีงบประมาณอย่างจำกัด และ การบริหารจัดการศักยภาพของทรัพยากรที่กระจายอยู่ต่างที่ต่างหน่วยงาน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.3.1 แรงกดดันจากความจำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลในการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจุบันหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ใช้รถยนต์เป็นพาหนะในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่สถานการณ์ภัยพิบัติ และพื้นที่ลักษณะพิเศษที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยพาหนะปกติ หรือผู้ป่วยวิกฤติจำเป็นต้องรีบนำส่งไปรักษายังโรงพยาบาลที่เหมาะสมและมีศักยภาพสูงกว่าด้วยความรวดเร็ว สนองตอบความต้องการของประชาชนได้ทันเวลา ต้องมีการนำอากาศยานพยาบาล มาสนับสนุน การดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังคำกล่าวของนางคราญว่า

“การใช้อากาศยานพยาบาล มีประโยชน์ในแง่ ที่สร้างโอกาส ทางรอดของชีวิต แก่ผู้ป่วยวิกฤต เพราะทุกๆวินาทีของผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็น นาทีทอง เกี่ยวกับ ความเป็น ความตาย ที่เดียว” และนางคราญยังกล่าวเสริมเพิ่มอีกว่า

“การช่วยเหลือผู้ป่วยในหลายจุดโดยเฉพาะอำเภอที่ห่างไกลยังมีความลำบากอยู่ มาก เพราะการช่วยเหลือที่เป็นอยู่ ไม่ทันทั่วถึงกับการเจ็บป่วยของประชาชน การคิมนำหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเข้ามาช่วยเหลือจะทำให้ ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง ที่ทำให้ไปถึง โรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้คือแพทย์เวชศาสตร์การbinsปัจจุบันยังมี
ปัญหาไม่เพียงพอ ต้องผลิตให้เพิ่มมากขึ้น”

ส่วนชาติชายให้ความเห็นว่า

“ในอนาคตบ้านเรา เฮลิคอปเตอร์พยาบาลจะใช้ในกรณีที่เกิดเหตุอยู่ในพื้นที่
ห่างไกล และจำเป็นต้องนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็วที่สุด และใช้ในกรณี
ที่มีความสำคัญเร่งด่วนตามการวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิต
รอด อาจเป็นการนำส่งระหว่างโรงพยาบาลเพราะโรงพยาบาลท้องถิ่นไม่มี
ศักยภาพในการรักษาได้เช่น ขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย”

แรงกดดันดังกล่าวสามารถจำแนกสาเหตุออกเป็น ความจำเป็นที่ต้องใช้อากาศยานพยาบาล
และการตีความพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 เพื่อสนับสนุนใช้ปฏิบัติการ
ฉุกเฉิน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.3.1.1 ความจำเป็นที่ต้องใช้อากาศยานพยาบาล และการตีความพระราชบัญญัติ
การแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย ยังมีอัตราการ
เจ็บป่วยฉุกเฉินสูงเนื่องจากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันเวลา ทั้งนี้เพราะ “ระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน” ยังไม่สามารถเข้าถึงครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทุกพื้นที่ คุณภาพของปฏิบัติการ
ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลยังไม่ได้มาตรฐาน รวมทั้งการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลโดยเฉพาะห้อง
ฉุกเฉินแพทย์ส่วนใหญ่ยังเป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่าง ๆ ที่มาปฏิบัติงานเนื่องจากแพทย์เวช
ศาสตร์ฉุกเฉินยังมีจำนวนน้อยมากจึงไม่สามารถจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉิน
จนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะอย่างทันทั่วถึง ถึงแม้ว่าจะได้พยายามในการแก้ไข
ปัญหาข้างต้นมากกว่า 20 ปีแล้วก็ตามดังนั้น การเลือกนำอากาศยานพยาบาลเพื่อสนับสนุนระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินไทยจะทำให้ประชาชนที่ป่วยและได้รับบาดเจ็บหรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือ
ภาวะภัยพิบัติได้มีโอกาสการเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้มากขึ้น

5.3.1.2 ภัยคุกคามจากสาธารณภัยที่เกิดขึ้นเป็นประจำและมีผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่
ในวงกว้าง (Threats from Frequent Occurring of Disasters) ภัยที่เกิดจากธรรมชาติ และมีมนุษย
ภัยพิบัติทางธรรมชาติได้กลายเป็นภัยคุกคามร้ายแรงที่นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิต และทรัพย์สิน
แก่มวลมนุษยชาติอย่างมหาศาล ภัยธรรมชาติเหล่านี้สร้างความหวาดกลัวและความไม่แน่นอน ใน
เรื่องความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตแก่ประชาชน ความตระหนักถึงภัยพิบัติทางธรรมชาติที่
เกิดขึ้นในหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นน้ำท่วม น้ำหลาก ภัยแล้ง สึนามิ แผ่นดินไหว ซึ่งเป็นเรื่องที่
เกิดขึ้นให้เห็นทุก ๆ ปี ทุกฤดูกาล บางเหตุการณ์อาจจะเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้น แต่สิ่งที่เปลี่ยนไปก็

คือ ความรุนแรงของภัยพิบัติในแต่ละครั้ง จนเราไม่อาจรับมือภัยพิบัติที่มีความร้ายแรง และกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งต้องหาแนวทางการแก้ปัญหาหลังจากการเกิด ภัยพิบัติ ที่สำคัญคือการที่ จะสร้างความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมพร้อม รับมือและการปรับตัว เพื่อลดความรุนแรงและ การสูญเสียที่ตามมาโดยการเตรียมพร้อมระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สามารถตอบสนองทันต่อสภาวะวิกฤตที่ไม่สามารถพยากรณ์ไว้ล่วงหน้าได้ เช่นกรณี มหาอุทกภัยในกรุงเทพและปริมณฑลภาคกลาง อากาศยานพยาบาลสามารถให้บริการสนับสนุน การลำเลียงทางอากาศให้แก่ผู้ป่วยที่ประสบภัยตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม ถึง 8 พฤศจิกายน 2554 เพียงหนึ่งเดือนได้ถึง 411 ราย (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554ณ, หน้า 42)

5.3.1.3 อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Others) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอากาศยานพยาบาล ทราบถึงความต้องการของประชาชนที่มีความจำเป็นต้องการใช้อากาศยานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน แต่สามารถให้บริการเฉพาะกับประชาชนที่มีกำลังซื้อได้เท่านั้น เนื่องจากมีต้นทุนค่าบริการค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นช่องว่างที่ถูกละเลยโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสต่างๆที่บริการดังกล่าวสามารถสร้างโอกาสการรอดชีวิตได้ ณ จุดนี้จึงเป็นสิ่งที่หน่วยงานผู้ที่ได้รับอำนาจ และบทบาท เมื่อได้รับการทวงถามถึงความเป็นไปได้ในการนำอากาศยานพยาบาลที่บริหารจัดการจากภาครัฐ สนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้บริการสู่ประชาชนทั่วไปจึงได้หาแนวทางแก้ไข ดังคำกล่าวของชาติชาย ว่า

“แพทย์ตามเสด็จมีอาการหัวใจกำเริบเฉียบพลัน สมเด็จพระเทพฯ ทรงอนุญาตให้ใช้เฮลิคอปเตอร์ในขบวนตามเสด็จ นำส่งฉุกเฉินทางอากาศไปโรงพยาบาล และสามารถช่วยชีวิตได้ทัน คำถาม มีอยู่ว่าถ้าหากเป็น“บุคคลธรรมดาสามัญ”จะมีโอกาสรอดอย่างนี้ไหม ขอฝากไว้เป็นการบ้านว่าการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตั้งขึ้น มานี้ สามารถทำเรื่องการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ สู่ระดับประชาชนคนทั่วไปได้อย่างไร”

ทาง สพฉ. จึงอาศัยอำนาจจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช 2551 ในฐานะเป็นศูนย์กลางดำเนินการขับเคลื่อนแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆเพื่อนำปัญหาและความต้องการใช้อากาศยานสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศนำเสนอ กพฉ. ดังคำกล่าวของอังคารว่า

“การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศจะต้องมีกฎหมาย มีนโยบาย และในภาคปฏิบัติต้องมี ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะให้การฝึกอบรมในการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย โดยการฝึกอบรมจะเน้นให้ผู้ช่วยเหลือสามารถให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง และควรมีงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงาน ซึ่งในปัจจุบันนี้ระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทางอากาศมีเฉพาะใน 5 เขตภูมิภาคเท่านั้นยังไม่มีการขยายการดำเนินการทั่วประเทศ”

5.3.2 ความท้าทาย การลงทุนพัฒนา นวัตกรรมใหม่ องค์การที่รับหน้าที่ในการขับเคลื่อนต้องรับบทบาทการลงทุนพัฒนานวัตกรรมใหม่ทั้งที่มีงบประมาณอย่างจำกัด สพล. เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน ไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ แต่มีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ในกำกับของรัฐมนตรีมีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการสร้างนวัตกรรมใหม่ของการใช้อากาศยานพยาบาลในภาคพลเรือน การจัดสรรหาทางออกด้านค่าใช้จ่าย โดยการใช้สติความอำนาจจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช 2551 ดังรายละเอียด

5.3.2.1 นวัตกรรมใหม่ ของการใช้อากาศยานพยาบาลในภาคพลเรือน

การใช้อากาศยานพยาบาลในประเทศไทยได้มีการดำเนินงานมากกว่า 60 ปีแต่กระทำในเฉพาะวงการทหารซึ่งเป็นบริการเคลื่อนย้ายกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ กระทั่งเมื่อ พ.ศ. 2541 ภาคเอกชน ได้ก่อตั้งโครงการรณาทแพทย์ โดยใช้อากาศยานพยาบาลของภาคเอกชนและอากาศยานพยาบาลของทหาร ร่วมมือให้บริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ แก่ประชาชน โดยคิดค่าใช้จ่ายแต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้านอากาศยานและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ในเวลาต่อมา พ.ศ. 2551 ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพได้พัฒนานำอากาศยานปีกหมุนที่มีสมรรถสูง ขนาดเล็ก 2 เปล ดัดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ มาดำเนินงานให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศระหว่างโรงพยาบาลในเครือ การบริการดังกล่าวได้รับการตอบรับที่ดีจากสังคมของผู้มีรายได้สูง โดยเฉพาะนักธุรกิจ ผู้ประกอบการบรรษัทข้ามชาติ และนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติ

การให้บริการอากาศยานพยาบาลที่เป็นอยู่ของประเทศไทยอาจกล่าวได้ว่ามีการให้บริการต่างหน่วยต่างดำเนินการ สพล. ในฐานะที่เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้เล็งเห็นศักยภาพของหน่วยงานที่จัดให้บริการอากาศยานพยาบาล แต่ขาดทิศทางการดำเนินการ เพื่อประโยชน์ของสังคม จึง แสดงบทบาทเป็นตัวกลางขับเคลื่อน โครงการลำเลียง

ผู้ป่วยทางอากาศแก่ประชาชน ซึ่งเป็นการให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐเพื่อประชาชนอย่างเต็มรูปแบบ เป็นการปฏิวัติสร้างนวัตกรรมการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย ดังคำกล่าวของบุญสม และชาติชาย ว่า

“ การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศจากภาครัฐเป็นเรื่องใหม่ในของวงการสาธารณสุขไทย ต้องมีหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาเป็นศูนย์ประสานงาน สร้างระบบปฏิบัติการ อบรมบุคลากรให้สามารถปฏิบัติการทางอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญ ต้องหาอากาศยานเพื่อทำเป็นอากาศยานพยาบาลร่วมปฏิบัติการให้ได้และควรตั้งงบประมาณในการดำเนินการให้ชัดเจนเพื่อพัฒนาคุณภาพและความคงอยู่ในระยะยาว”

และ

“ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยภายใต้การบริหารงานของ สพล. ต้องสามารถให้บริการประชาชนให้มีโอกาสเข้าถึงระบบการสาธารณสุขโดยจัดขบวนพาหนะการลำเลียงให้เกิดทุกรูปแบบ ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ และได้ดินสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติให้ความสำคัญกับระบบการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล และได้จัดโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศขึ้น โดย สพล. ได้ประสานระดมทรัพยากร เฮลิคอปเตอร์ และเครื่องบินปีกตรึง กว่า 100 ลำ ที่อยู่กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อรองรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินในเขตพื้นที่ทุรกันดารห่างไกลที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติเป็นการเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตแก่ ผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉิน”

5.3.2.2 ค่าใช้จ่ายของการให้บริการอากาศยานพยาบาล การให้บริการอากาศยานพยาบาลในระดับประชาชนเป็นสิ่งที่ถกเถียงกันมากในวงการสาธารณสุขถึงความเป็นไปได้เนื่องจากต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานค่อนข้างสูงดังเช่นความเห็นของ บุญมา ว่า

“ผมว่าการนำอากาศยานจากกองทัพมาให้บริการประชาชนทั่วไปมันเป็นไปได้ยาก เนื่องจากมีต้นทุนค่าใช้จ่าย สูง ไหนต้องจ่ายค่าน้ำมัน ไหนต้องทำเรื่องขออนำเครื่องบินออกจากฐานปฏิบัติการ และที่ยุงยากคือต้องหาบุคลากรในทางแพทย์ ยิ่งแพทย์พยาบาลในแต่ละโรงพยาบาล งานรัดตัว ใครจะเสี่ยงออกมาบินแล้วอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยชีวิตในเครื่องบินที่ประเทศอเมริกาใช้นั้น ราคาเป็นหลัก

ล้าน ใครจะมาลงทุนเพื่อช่วยคนที่ไม่รู้ห้วนอนปลายเท้า หากเป็นคนที่มิประโยชน์ต่อประเทศชาติ ก็ว่าไปอีกอย่าง ผมว่านโยบายนี้เสนอขึ้นมาก็โดนลั่นอยู่ดี แต่ที่เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ เป็นนโยบายระดับชาติซึ่งกองทัพต้องให้การสนับสนุนอยู่แล้ว ผมว่าอยู่ดี ๆ จะให้นำเครื่องบินไปช่วยชาวบ้านทั่วไป ขอโทษนะมันเป็นไปได้”

ในทางตรงกันข้าม กล้าณรงค์กลับให้ความเห็นว่า การดำเนินงานให้บริการอากาศยานพยาบาลสู่ระดับประชาชนสามารถดำเนินการได้ภายใต้เงื่อนไขที่เหมาะสม ดังกล่าว

“การที่สพท.กล้าเสนอนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐสู่ระดับประชาชนนั้น หากเป็นที่ยอมรับและผ่านการอนุมัติได้จะเป็นการข้ามรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงระบบการนำส่งผู้ป่วยในประเทศไทยอย่างชนิดที่พูดได้ว่า หลังมือเป็นหน้ามือ หากถามว่ากระทำได้หรือไม่ ผมว่าต้องลองดู อย่าเพิ่งแค่คิดประมวลจากหน่วยงานต่างๆแล้วสรุปเอาเองไม่ได้ ผมว่าพรบ. การแพทย์ฉุกเฉินที่คลอดออกมาได้ น่าจะนำมาตีความให้กระจ่างอย่างน้อยก็มีหลักยึด แต่ที่ได้ยินมาของเอกชนโรงพยาบาลกรุงเทพเปิดให้บริการแล้วซึ่งเขามีจุดแข็ง คือความพร้อมและผู้ใหญ่มากำทำ ผมในฐานะแพทย์ก็ให้การสนับสนุนแนวคิดของ สพท. แต่ว่าต้องหาเจ้ามือที่กระเป๋านักกล้าจ่ายให้ได้ ซึ่งเมืองไทยคิดว่า หากจ่ายได้...ทุกอย่างก็เป็นได้”

สอดคล้องกันนี้ บุญสมได้ให้ความเห็นว่าหาก พิจารณาระเบียบข้อบังคับ และตีความอย่างกระจ่าง และการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศต้องมีความเป็นธรรมไม่เลือกปฏิบัติ และ สพท. สามารถดำเนินการได้ ว่า

“เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการปฏิบัติ การฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน จนพ้นภาวะฉุกเฉิน หรือได้รับการรักษาเฉพาะอย่าง ทันทีที่ทั่วถึง และเท่าเทียม ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ นี่คือ หัวใจของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน คำที่ว่า ทั่วถึง เท่าเทียม สองคำ นี้แหละ เมื่อมาตีความแล้ว จึงเกิด นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ”

และในประเด็นของค่าใช้จ่ายการดำเนินงาน สพท. ได้ดำเนินการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายทั้งหมดดังที่ชาติชายเน้นย้ำไว้ว่า

“ในอนาคที่บ้านเรา เฮลิคอปเตอร์พยาบาลจะใช้ในกรณีที่เกิดเหตุอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และจำเป็นต้องนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็วที่สุด และใช้ในกรณีที่มีความสำคัญเร่งด่วนตามการวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอด อาจเป็นการนำส่งระหว่างโรงพยาบาลเพราะโรงพยาบาลท้องถิ่นไม่มีศักยภาพในการรักษาได้เช่น ขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย ซึ่งในปัจจุบันสพล.ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ชั่วโมงละ 4-5 หมื่นบาทก่อนในระยะเริ่มแรกซึ่งยังเป็นอัตราที่ลอยตัวเนื่องจากทางโรงพยาบาลกรุงเทพแจ้งว่าค่าน้ำมันเชื้อเพลิงเฮลิคอปเตอร์ได้ปรับพุ่งสูงขึ้น ทางสพล.อาจปรับราคาค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต”

และให้การอธิบายเพิ่มเติมถึงที่มาของแหล่งเงินที่สนับสนุนการดำเนินงานไว้ว่า

“สพล. เป็นตัวประสานให้เกิดระบบการให้บริการ คือทำตัวคล้าย ช่างเชื่อม คือเรา (สพล.) เป็นเจ้าภาพ ให้เขา (สปสช./สธ.) เป็นเจ้ามือ ประชาชนทั้งหลาย ต่างก็ได้ประโยชน์ ในนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลนี้”

จากข้อมูลภาคสนามพบว่า สพล.ได้ดำเนินโครงการนำร่องให้บริการเคลื่อนย้ายทางอากาศกับประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา และที่เห็นชัดเจนที่สุดคือในช่วงเหตุการณ์ภัยพิบัติอุทกภัยภาคใต้ในช่วงปลายเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 และมหาอุทกภัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลภาคกลาง ในช่วงเดือนตุลาคมและเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2554 ได้มีการระดมสรรพกำลังทางอากาศ เพื่อให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ประสบภัย โดยไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายใด ๆ อย่งไรก็ตามการเบิกจ่ายค่าชดเชยในแต่ละกรณีให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย ดังที่ได้กล่าวไว้ในเรื่องมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

5.3.2.3 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 จากคำกล่าวของ ชาติชายที่ว่า “เงินก็ไม่มีซักบาท ฮ.ก็ไม่มีสักล้า มีแต่ พ.ร.บ” สพล.ได้ดำเนินจัดตั้งโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ แก่ประชาชน ด้วยการใช้นวัตกรรมและอำนาจจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 มาตรา 15 ข้อ (3) คือ จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยการตีความเป้าหมายของพระราชบัญญัติคือ

การให้ประชาชนได้มีสิทธิรับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ดังคำกล่าว ของ บุญสม ที่ว่า

“เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้รับการปฏิบัติ การฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน จนพ้นภาวะ ฉุกเฉิน หรือได้รับการรักษาเฉพาะอย่าง ทันทีทั่วถึง และเท่าเทียม ทั้งใน ภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ นี่คือ หัวใจของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน คำที่ว่า ทั่วถึง เท่าเทียม สองคำ นี้แหละ เมื่อมาตีความแล้ว จึงเกิด นโยบายการ ลำเลียงทางอากาศ”

และสพฉ.ได้ใช้แนวคิดการประกอบร่าง (assembled parts) เพื่อให้สามารถจัดบริการ อากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนได้ดังคำกล่าวของชาติชาย ความว่า

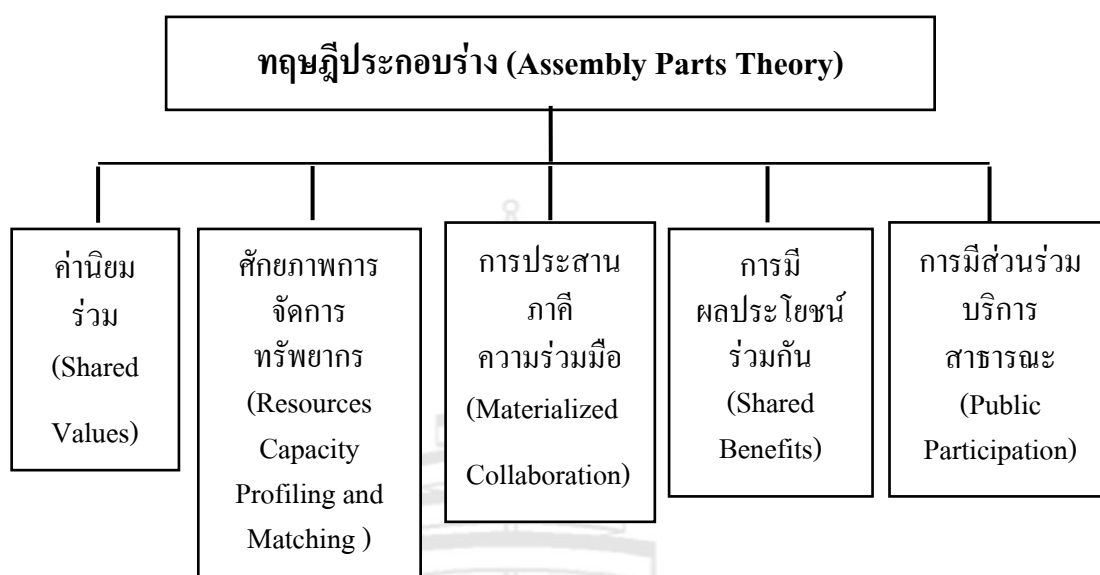
“อากาศยานพยาบาลของสพฉ.ในบ้านเราต้องใช้วิธีการ ประกอบร่าง เหมือน หุ่นยนต์ เพราะเราไม่ได้รวย เหมือนประเทศญี่ปุ่นที่ Outsource เช่าเฮลิคอปเตอร์ ไว้รองรับปฏิบัติการโดยตรง ที่บ้านเรา คือ เรา (สพฉ.) ขอ ส.มา แล้ว เอาหมอเอา พยาบาล เอาเครื่องมือที่ทำได้จาก ER มาประกอบร่าง นี่แหละเป็น รูปแบบที่มี ที่เดียวในโลก”

ด้วยแนวคิดดังกล่าวประกอบกับอำนาจจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้ สพฉ.สามารถจัดดำเนินการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนได้

5.4 ทฤษฎีการประกอบร่างฐานคิดที่ค้นพบจากหลักทฤษฎีพื้นฐาน

การค้นพบทฤษฎีพื้นฐานจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีฐานคิดโดยการนำศักยภาพของอากาศยาน ที่มีความรวดเร็วในการขนส่งทางอากาศ ประกอบร่างกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่อาศัยการสนธิ กำลังทีมแพทย์ พยาบาล และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ประยุกต์จากภาคพื้นได้อย่างเหมาะสม เป็น อากาศยานพยาบาล เพื่อใช้สำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นเร่งด่วนในการรักษา ทางการแพทย์ จากการศึกษาวิเคราะห์ด้านเนื้อหาและข้อมูลภาคสนาม ที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการ อากาศยานพยาบาลในประเทศไทย พบว่าการจัดดำเนินการให้บริการอากาศยานพยาบาลมี องค์ประกอบหลักสำคัญอยู่ 5 ส่วน คือ องค์ประกอบด้าน การสร้างค่านิยมร่วม (shared value formation) ศักยภาพในการรวบรวมและจัดการทรัพยากร (resources capacity profiling and

matching) การประสานภาคีความร่วมมือ (materialize collaboration) การมีผลประโยชน์ร่วมกัน (shared benefits) และการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ (public service participation) ดังภาพที่ 5.6



ภาพที่ 5.6 การประกอบร่างที่เกิดจากแนวคิดทฤษฎีพื้นฐาน

“อากาศยานพยาบาลโดย สพล.ในบ้านเราเกิดขึ้นได้ ต้องใช้วิธีการประกอบร่างเหมือนหุ่นยนต์ เพราะเราไม่ได้รวบเหมือนประเทศญี่ปุ่นที่ Outsource เข้า เสิลคอปเตอร์ ใ้รกรอบปฏิบัติการโดยตรง คือ ที่บ้านเราเมื่อต้องใช้งาน เราต้องประสาน ขอ เสิลคอปเตอร์มา แล้วเอาหมอและพยาบาล เอาเครื่องมือแพทย์ที่หายืมได้จาก ER มาประกอบร่าง นี่แหละเป็นรูปแบบ ที่มีที่เดียวในโลก...”

ชาติชาย

5.4.1 หลักที่มาของทฤษฎีการประกอบร่าง

ประเด็นปัญหาความท้าทายต่างๆทำให้ สพล. จำเป็นต้องจัดบริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนในลักษณะที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ทางออกของสพล. ที่จะให้มีบริการเกิดขึ้นได้คือการประกอบร่าง หรือ การรวบรวมศักยภาพทรัพยากรจากหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีการประกอบร่าง (assembly parts theory) ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ และสังเคราะห์ขึ้นจากข้อมูล จากการศึกษาภาคสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม ประกอบกับการศึกษาเอกสาร วารสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

เชื่อมโยงข้อมูลอย่างต่อเนื่อง สร้างและพัฒนาแนวคิด เพื่อสรุปเป็นทฤษฎีพื้นฐานพบว่ามียกระดับของแนวคิดหลักอยู่ 5 แนวคิด (ตัวแปร) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามลำดับของกระบวนการ เริ่มจากกระบวนการ กำหนดรหัส จัดประเภท และพัฒนาความคิดรวบยอด เป็นตัวแปรหลักแล้วผสานเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของแต่ละตัวแปรเพื่อพัฒนาสรุปเป็นทฤษฎีพื้นฐานตามตารางที่ 5.1 แสดงที่มาของทฤษฎีการประกอบร่าง ดังนี้

ตารางที่ 5.1 ประมวลตัวอย่างที่มาของทฤษฎีการประกอบร่าง

ข้อมูล (Data)	การกำหนดเปิดรหัส (Open Coding)	การเลือกแบ่งประเภทรหัส (Selective Coding)	การเชื่อมโยงทฤษฎี (Theoretical Coding)
1. จะเป็นวีไอพี หรือไม่วีไอพี ชาวบ้าน ชาวเขา อีโก้ กะเหรี่ยง ฝรั่งเศส ประชาชนหน้าไหน ขอให้อยู่ในอาณา เขตประเทศไทยเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยร้องขอความ ช่วยเหลือมา และเมื่อประเมินแล้วจะต้องช่วยด่วน เรา ช่วยหมด ไม่ดูหน้า ไม่ปล่อยให้ตาย เนื่องจากเราคำนึง ว่าทุกชีวิตสำคัญเท่ากัน (ผู้ให้ข้อมูล 8)	ทุกชีวิตสำคัญเท่ากัน	ความเสมอภาค	ค่านิยมร่วม
2. สฟท.ใช้บันทึกล็อกเป็นเครื่องมือเจรจาเชื่อม ประสานให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ที่ เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีทรัพยากร อากาศยาน ทั้ง Rotor Wing และFixed Wing แสดง เจตจำนงร่วมมือเป็นภาคีกับ สฟท. ในปฏิบัติการลำเลียง ผู้ป่วยทางอากาศ (ผู้ให้ข้อมูล 7)	ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ และภาคเอกชน	เครือข่าย	การประสานภาคี ความร่วมมือ
3. อากาศยานพยาบาลของ สฟท.ในบ้านเราต้องใช้วิธีการ ประกอบร่าง เหมือนหุ่นยนต์ เพราะเราไม่ได้รวยเหมือน ประเทศญี่ปุ่นที่ Outsource เจ้าเฮลิคอปเตอร์ไว้รอ ปฏิบัติการโดยตรง ที่บ้านเรา คือ เราขอเฮลิคอปเตอร์ มาแล้วเอาหมอ เอาพยาบาล เอาเครื่องมือที่ได้จาก ER มาประกอบร่าง นี่แหละเป็นรูปแบบที่มีที่เดียวในโลก (ผู้ให้ข้อมูล 6)	รวบรวมทรัพยากร	อากาศยานประกอบร่าง	การประกอบร่าง
4. จุดคุ้มทุน ของภาคเอกชน อยู่ที่บินอาทิตย์ละ 3-5 flights นอกนั้นเป็น ผลกำไร แล้วทำไมจะแบ่งส่วน กำไร บริการ คืนให้กับสังคมร่วมกับโครงการ Sky Doctor ของ สฟท. ไม่ได้หละ (ผู้ให้ข้อมูล 12)	คืนทุนให้สังคม	จิตสาธารณะ	การมีส่วนร่วมบริการ สาธารณะ
5. “ เริ่มต้น...ส.ก็ไม่มีซักคำ...เงินก็ไม่มีซักบาท...มีให้แต่... พ.ร.บ.” (ผู้ให้ข้อมูล 9)	ทรัพยากรจำกัด	นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน ทางอากาศ	ศักยภาพ การจัดระบบ ทรัพยากร
6. เราเป็นตัวประสานให้เกิด โดย ทำตัวคล้ายช่างเชื่อม คือ เราเป็นเจ้าภาพ ให้เขา (สปสช./สธ.) เป็นเจ้ามือ ประชาชนทั้งหลาย ต่างก็ได้ประโยชน์ในนโยบาย การให้บริการอากาศยานพยาบาลนี้ (ผู้ให้ข้อมูล 19)	ศูนย์กลางประสานงาน	ประโยชน์สาธารณะ	ผลประโยชน์ ร่วม

จากตารางที่ 5.1 ตัวแปรหลักหรือแนวคิดหลัก ที่ได้ถูกพัฒนาขึ้นเป็นทฤษฎีประกอบร่างในการวิจัยนี้ได้แก่ ค่านิยมร่วม ศักยภาพในการค้นหาจัดระบบทรัพยากร การประสานภาคีความร่วมมือ การมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ และการมีผลประโยชน์ร่วมกัน โดยมีรายละเอียดในแต่ละแนวคิดดังต่อไปนี้

5.4.2 ค่านิยมร่วม (Shared Value)

คือความเชื่อที่ถูกต้องร่วมกันของสมาชิก เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจในการประพฤติปฏิบัติของบุคลากรทั้งหมดให้ดำเนินไปในทิศทางที่องค์กรพึงประสงค์ สามารถบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ได้ โดยลดการอาศัยข้อบังคับที่เป็น กฎ ระเบียบ แต่ทดแทนด้วยการสร้างความสมัครใจที่สมาชิกต่างให้คำมั่นสัญญาที่พร้อมร่วมมือสร้างสรรค์ดำเนินงานไปสู่เป้าหมาย ค่านิยมร่วมเป็นสื่อยอดของศาสตร์ของการบริหารการพัฒนาองค์กร ซึ่งจากข้อค้นพบในการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงของมนุษย์ ความเสมอภาคและความเท่าเทียม คุณภาพ มูลค่าที่ได้รับประโยชน์ และความรับผิดชอบต่อสังคม โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.4.2.1 ความมั่นคงของมนุษย์ (Human security)

การให้บริการอากาศยานพยาบาลที่ สพล. ได้จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนบริการสาธารณสุขมีจุดประสงค์หลัก คือช่วยให้ประชาชนมีชีวิตรอดตายเจ็บป่วยและเป็นการเปิดขยายโอกาสในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม รวดเร็ว สร้างสวัสดิการแก่ประชาชนในเรื่องการนำส่งผู้ป่วย ผู้ได้รับบาดเจ็บ ให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ประชาชนได้รับสิทธิการคุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพที่พอเพียง และปลอดภัย สนองตอบต่อความจำเป็นอย่างเป็นธรรม สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเสมอภาค ตลอดจนได้รับโอกาสอย่างเท่าเทียมในการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามพระปณิธานของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในการดูแลประชาชนด้วยการจัดบริการสาธารณสุข และทำให้ประเทศมีเสถียรภาพมั่นคงดังคำกล่าวของชาติชายที่กล่าวว่า

“คุณว่าประชาชนที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นความมั่นคงของประเทศไหมละ และหากสังคมมีคนเจ็บ คนป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตหากไม่มีระบบทางสาธารณสุขรองรับแล้ว ทำให้เขาเกิดทุพพลภาพ หรือพิการตลอดชีวิตขึ้นมา ถามสิว่าใครจะต้องมีหน้าที่ ดูแลรับผิดชอบกลุ่มคนพิการเหล่านี้ ไป

จนตาย..

และกล่าวเสริมว่า

“โครงการ Sky Doctor เป็นโครงการหนึ่งที่ สพล.ให้ความสำคัญจึงได้ประสาน ระดมทรัพยากรที่อยู่กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน อาทิ เฮลิคอปเตอร์ และ เครื่องบิน เพื่อรองรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินในเขตพื้นที่ ทุรกันดารห่างไกล หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติได้เป็น การเพิ่มทางเลือก สำหรับการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉินต่อไปด้วย”

5.4.2.2 ความเสมอภาคและความเท่าเทียม (Equity and equality)

การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลของรัฐแก่ประชาชนภายใต้การดำเนินงานของสพล. ได้ยึดหลักของความเสมอภาค (equality) โดยประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรไทยสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง เสมอภาค และเท่าเทียมกัน สถานพยาบาลของรัฐห้ามมิให้นำสิทธิด้าน ประกันใด ๆ มาอ้าง มิให้ได้รับบริการ ส่วนในด้านความเท่าเทียมกัน (equity) โดยคำนึงถึง ความสัมพันธ์กับความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชน ซึ่งถูกกำหนดตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ของการขอใช้อากาศยานโดยไม่ยึดถือรายได้ หรืออำนาจเชื้อของประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งชาติชาย ให้ความมั่นใจว่า

“จะเป็นวิไอพีหรือไม่วิไอพี ชาวบ้าน ชาวเขา อีโก้ กะเหรี่ยง ฝรั่ง ประชาชนหน้า ไหนขอให้อยู่ในอาณาเขตประเทศไทย เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยขอความช่วยเหลือมา เมื่อประเมินแล้วว่า ต้องช่วยด่วน เราช่วยหมดไม่ดูหน้าปล่อยให้ตายเพราะทุก ชีวิตสำคัญเท่ากัน”

และคำกล่าวของบุญสมในเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินที่ว่า

“เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติ การฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานจนพ้นภาวะ ฉุกเฉิน หรือได้รับการรักษาเฉพาะอย่างทันที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ทั้งใน ภาวะปกติและภาวะภัยพิบัตินี้คือ หัวใจของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน คำที่ว่าทั่วถึง เท่าเทียม สองคำ ๆ นี้แหละ เมื่อมาตีความแล้วจึงเกิด นโยบายการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ”

5.4.2.3 มูลค่าที่เป็นประโยชน์ (Cost benefit)

การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลสู่ประชาชน เป็นการลงทุนสูงที่แตกต่างกับการได้มาซึ่งชีวิตคนคงไม่สามารถตีมูลค่าออกมาเป็นตัวเลขที่แน่ชัดได้ว่า ผลประโยชน์ที่ได้รับกลับคืนจากการที่ต้องลงทุน ในเรื่องการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ อย่างไรก็ตามข้อพิจารณาการลงทุนโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เดิมของสังคมให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการศึกษาพบว่า สพท.ได้เลือกใช้ หลักการบริหารสาธารณสุขแนวใหม่ โดยใช้ต้นทุนทรัพยากรเดิมที่อยู่ในแต่ละแห่งที่สามารถหามาได้ด้วยวิธีการขอยืมเพื่อใช้ประโยชน์แก่สาธารณะในลักษณะการจ่ายค่าทดแทนโดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินงาน เป็นการสร้างมูลค่าให้เกิดประโยชน์สูงสุดในทรัพยากรทั้งต่อองค์กรที่ให้ยืมและต่อผู้ป่วยที่ได้ใช้บริการ แทนที่ต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการลงทุนซื้อทรัพยากรใหม่ ซึ่งมีต้นทุนสูงมาก เช่น การซื้ออากาศยาน การซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่มีราคาสูง อย่างไรก็ตามหากการดำเนินงานในลักษณะเดิมดังกล่าวมีข้อบกพร่องที่ควรแก้ไข เช่น อากาศยานที่จำเป็นต้องใช้งานแต่ต้นสังกัดไม่สามารถให้ยืมใช้ได้เนื่องจากติดภารกิจ ประเด็นที่ต้องหาอากาศยานไว้ครอบครองเพื่อเตรียมใช้งานอาจเป็นสิ่งที่สังคมต้องการได้ในอนาคต เนื่องจากว่าเป็นการลงทุนสูงที่แตกต่างผลประโยชน์ที่สูงค่า (hi cost-hi benefit) ในการใช้งานเรื่องการช่วยชีวิตของมนุษย์แม้ว่าอาจเป็นการใช้งานเพียงครั้งเดียว (hi cost –single use volume) ของผู้ป่วยแต่ละรายก็ตาม ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่ว่า

“หากมีสตางค์ มีทุนสูง แนวคิด การว่าจ้าง เครื่องบิน นักบิน อุปกรณ์ต่าง ๆ
ผมว่าดีกว่าเยอะไม่ต้องเสียเวลามา Maintenance เหมือนกับบทเรียนเรื่อง
รถ Ambulance ที่ได้ซื้อเองไว้ใช้ ก่อนหน้านี้โรงพยาบาลต้องเสียเวลาดูแล”

บุญสม

“ลูกค้าของรพ.กรุงเทพ ส่วนใหญ่เป็นต่างชาติ การใช้บริการอากาศยานพยาบาล
ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ป่วยเหล่านี้สู้ราคาไหว และเป็นลูกค้ามีประกัน ลูกค้าคนไทย
เริ่มมีบ้างในช่วง 2-3 ปี แต่เป็นกลุ่มที่ Self Paid ในความคิดของผมนะหากเป็น
ช่วงเวลาที่วิกฤตจริง ๆ ไม่ว่าใครหากต้องการช่วยชีวิตคนที่เรารัก เช่นเป็นญาติ
ตัวเอง ผมว่าทุกคนทุ่มสุดตัวไม่สนใจราคาค่าใช้จ่ายว่าแพงหรือไม่ ดีกว่าปล่อย
ให้ตายหรือเป็นอันตรายหรือเกิดทุพพลภาพซึ่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่ต่อเนื่อง
อื่นอีกมากมายในอนาคต ค่าบริการเฉลี่ยชั่วโมงละประมาณ 170,000 บาท”

สมภาพ

“การที่โรงพยาบาลกรุงเทพ ลงทุนกว่า 250 ล้านบาทซื้อเฮลิคอปเตอร์มาบริการโครงการ SKY ICU เพื่อใช้ในการบริการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ ระหว่างโรงพยาบาลในเครือซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 10 โรงทั่วประเทศ แทนการลงทุนซื้อเครื่องมือแพทย์ ที่มีราคาแพง ๆ ไว้ในแต่ละแห่ง ซึ่งต้องลงทุนจ้างแพทย์ จ้างผู้เชี่ยวชาญทางออกที่ Save Cost ได้สุด ๆ คือตั้งศูนย์แพทย์เฉพาะทางไว้แห่งเดียวให้แพทย์เตรียมพร้อมบริการอยู่กับที่ แล้วใช้วิธี เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าหา ”

สมหมาย

5.4.2.4 คุณภาพ (Quality)

แนวความคิดด้านคุณภาพการบริการอากาศยานพยาบาลจากการศึกษาภาคสนามพบว่า ผู้ปฏิบัติการต้องการให้มีการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีคุณภาพ ควบคู่กับการหาอากาศยาน ฝึกทักษะของทีมบุคลากรที่ให้บริการ และเน้นมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแกนหลักของการสร้างคุณภาพของระบบการบริการ อย่างไรก็ตาม การไม่สามารถเข้าถึงบริการ ความไม่ยุติธรรม การไม่เคารพสิทธิของผู้ป่วย จริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย เป็นผลชี้วัดคุณภาพ การรับรู้ว่ามีคุณภาพหรือไม่ ก็ต่อเมื่อได้สัมผัส ได้พบเห็น ได้รับรู้ด้วยตนเองเท่านั้น คุณภาพจึงเป็นสิ่งที่แทนด้วยตัวเลขไม่ได้ทั้งหมด เพราะเป็นความรู้สึกที่สัมผัสได้จากใจของผู้ที่ได้รับบริการ การพิจารณาถึงคุณภาพต้องพิจารณาหรือคำนึงถึง สิ่งที่สัมพันธ์กับบริบทได้แก่ ทักษะ ความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ สถานที่ คุณภาพในด้านการบริหารจัดการ ซึ่งผู้ป่วยประเมินจากการได้รับบริการ (service) ที่สัมผัสถึง เท่านั้น เช่น ประเมินคุณภาพจาก ความสุภาพ กริยาท่าทางของแพทย์ หรือพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล ที่สำคัญการบริการต้องไม่เกิดอันตราย ทุพพลภาพหรือตายโดยเกิดจากความไม่รอบคอบ ผลการศึกษาคุณภาพจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นดังนี้ คือ เน้นความปลอดภัย ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการให้บริการ ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยคำนึงถึงการตอบสนองต่อความต้องการ ให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย ขจัดหรือลดเวลาการรอคอย ขจัดเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายในทุก ๆ ด้านต่อผู้ป่วย และเน้นความเสมอภาคให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินทุกราย ด้วยคุณภาพที่เท่าเทียมกัน โดยไม่คำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ ภูมิฐานะ หรือ เศรษฐฐานะ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่ว่า

“การใช้อากาศยานพยาบาล มีประโยชน์ในแง่ ที่สร้างโอกาส ทางรอดของชีวิตแก่ ผู้ป่วยวิกฤต เพราะทุก ๆ วินาทีของผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็น นาทีทอง เกี่ยวกับ ความเป็น ความตาย ที่เดียว”

นงคราญ

“การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศจากภาครัฐ เป็นเรื่องใหม่ของวงการสาธารณสุขไทย ต้องมีหน่วยงานที่ตั้งขึ้นมาเป็น ศูนย์ประสานงาน เพื่อสร้างระบบปฏิบัติการ อบรมบุคลากรให้สามารถ ปฏิบัติการทางอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ ที่สำคัญ ต้องหาอากาศยาน เพื่อ มาร่วมปฏิบัติการให้ได้และ ควรมีการตั้งงบประมาณการดำเนินการให้ชัดเจน เพื่อ พัฒนาคุณภาพและความคงอยู่ได้ในระยะยาว ”

บุญสม

“มิติของการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ผมมาบริหาร ผมใฝ่ฝันว่า ต้องสามารถให้บริการประชาชนให้มีโอกาสเข้าถึง ระบบการสาธารณสุขโดย จัดขบวนพาหนะ การลำเลียงให้เกิด ทุกรูปแบบ ทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ และได้ดิน”

ชาติชาย

5.4.2.5 ความรับผิดชอบต่อสังคม (Social responsibility)

พื้นฐานการสร้างค่านิยม (value) และวัฒนธรรม ด้านความรับผิดชอบต่อตนเองของ บุคคลกรในองค์กรที่นำไปสู่การหล่อหลอมพฤติกรรมสร้างค่านิยมร่วม ด้านความรับผิดชอบต่อ สังคมขึ้นทั้งในและนอกองค์กรอย่างเป็นธรรมชาติ ภาาที่ได้เข้าร่วมปฏิบัติการช่วยเหลือลำเลียง ผู้ป่วยทางอากาศกับ สพฉ. สะท้อนภาพลักษณ์การบริหารงานอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสังคม โดยอาศัยความร่วมมือจากองค์กรทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนที่สามารถพึ่งพาอาศัย และร่วมมือช่วยเหลือสังคม และสำนึกคำนึงถึงมิติความ รับผิดชอบต่อและร่วมพัฒนาแก้ปัญหา สร้างประโยชน์ คืนกำไรให้กับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยไม่ หวังสิ่งตอบแทน เช่น กรณีที่มีเหตุการณ์ภัยพิบัติ ภาาที่ทั้งจากภาครัฐและเอกชนจะส่งทีมอากาศยาน เข้ามาให้ความร่วมมือกับ สพฉ. เพื่อให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ผู้ป่วย ผู้ประสบภัยอย่างสมัคร ใจโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 3 ราย ที่ว่า

“คิดเรื่องจุดคุ้มทุน ปกติของเอกชนถ้าผมบินได้อาทิตย์ละ 3-5 flights ก็คุ้มแล้ว นอกนั้นก็เป้นผลกำไรแล้วทำไมจะแบ่งส่วนกำไรบริการคืนให้กับสังคมร่วมกับ โครงการ Sky Doctor ของ สพฉ. ไม่ได้หะ”

สมหมาย

“จากเหตุการณ์อุทกภัย โดยเฉพาะในสุราษฎร์ธานี ถนนหลายสายถูกตัดขาด ทำให้การลำเลียงผู้ป่วยเป็นไปด้วยความลำบากจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ โดยใช้เฮลิคอปเตอร์ จากกองบินตำรวจ กระทรวงทรัพยากร กองทัพอากาศ และโรงพยาบาลกรุงเทพ นี่เป็นผลดีจากที่ สพฉ. ได้ทำ MOU ไว้”

อังคาร

“เมื่อมีเหตุภัยพิบัติกระทบกับตัวสถานพยาบาล ซึ่งเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลผู้ประสบภัย สถานพยาบาล กว่า 22 แห่งได้รับผลกระทบหนักจากสถานการณ์น้ำท่วม รพ.ท่าโรงช้าง และรพ.พุนพิน น้ำท่วมสูงกว่า 2 เมตร เครื่องมือแพทย์เสียหายทั้งหมด การสัญจรภาคพื้นดินถูกตัดขาด ถนนและสะพานพังชำรุด 11 แห่ง ต้องขออพยพคนหนีตายทางอากาศกว่า 80 เที่ยวบินกับกองทัพ ผู้ป่วยหนัก 30 ราย ต้องขอการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศ ต้องขอขอบคุณทาง สพฉ. ที่ระดมกำลังอากาศยาน ทั้งกองทัพ บก เรือ อากาศ กรมทรัพยากร และรพ.กรุงเทพมาช่วยกันขนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาล จัดได้ว่าเป็นการขนย้ายที่มากที่สุดครั้งหนึ่งในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยในรอบหนึ่ง สัปดาห์”

ทรงวุฒิ

5.4.3 การรวบรวมศักยภาพและจัดระบบทรัพยากร (Resources Capacity Profiling and Matching)

จากผลการศึกษาศักยภาพพบว่าศักยภาพในการให้บริการอากาศยานภายใต้การดำเนินงานของสพฉ. กระจายอยู่ตามที่ต่างหน่วยงาน ต้องหาวิธีการดึงศักยภาพเหล่านั้น เข้ามารวมศูนย์เพื่อปฏิบัติงาน หากพิจารณาองค์ประกอบต่างๆของศักยภาพที่จำเป็นสามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ส่วนคือ ส่วนการอบรม (training parts) และส่วนการจัดบริการ (services parts) สำหรับส่วนการจัดบริการ พบว่ามี 7 ส่วนประกอบย่อย ได้แก่

อากาศยาน (aircrafts) อุปกรณ์ช่วยชีวิตทางการแพทย์ (medical equipments) บุคลากร (personnel) กฎและระเบียบปฏิบัติ (law and regulation) กำลังซื้อบริการ (service purchasing) และนโยบายที่สนับสนุน (policy supported) ดังตารางที่ 5.2

ตารางที่ 5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานและศักยภาพด้านทรัพยากร

องค์กร และ หน่วย งาน ที่ เกี่ยวข้อง Organization	ศักยภาพของทรัพยากรที่จำเป็น (Essential Resources Capacities)								C F P	C C P	
	ส่วน เทคนิค (Technical Part)	องค์ประกอบของการจัดบริการ (Services Parts)									
		การ ฝึกอบรม Training	อากาศ ยาน Air Crafts	อุปกรณ์ แพทย์ Medical Equipments	บุคลากร Personnel	กฎระเบียบ Law & Regulation	อำนาจซื้อ Purchasing	งบประมาณ Financing			นโยบาย Policy Support
		สพฉ.	√	✖	√ ✖	√	√	√			√
สวบ.	√	✖	√	√	√	✖	✖	√	3	5	
สธ.	✖	✖	√	√	√	✖	√	√	3	5	
สปสช.	✖	✖	✖	✖	√	√	√	√	4	4	
กท.	✖	√	√	√	√	✖	√	√	2	6	
สศช.	✖	√	√	√	√	✖	√	√	2	6	
กท.	✖	√	✖	√	√	✖	√	✖	4	4	
เกษตร	✖	√	✖	√	√	✖	√	✖	4	4	
รพ. กรุงเทพ	√	√	√	√	√	✖	√	√	1	7	
SOS	✖	√	√	√	√	✖	√	√	2	6	
ประกันภัย	✖	✖	✖	✖	√	√	√ ✖	√	5	4	
ประชาชน	✖	✖	✖	✖	✖	√ ✖	✖	√ ✖	8	2	
CFP	9	6	6	3	1	9	3	3			
CCP	3	6	7	9	11	4	10	10			

หมายเหตุ.

สพฉ. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สธ. สาธารณสุข

กท. กระทรวงกลาโหม

กท. กรมทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม

SOS. บริษัทเอสไอเอสประเทศไทยจำกัด

CFP ความถี่ของปัญหา (Capacity Frequency Problems)

สวบ. สถาบันเวชศาสตร์การบีน

สปสช. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สศช. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร

รพ.กรุงเทพ. ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

CCP แนวทางแก้ปัญหา (Capacity Collecting Problems)

ผลการศึกษาที่ได้รวบรวมไว้ในตารางที่ 5.2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และ ศักยภาพในการให้บริการอากาศยานพยาบาล สามารถใช้อธิบายปัญหา และแนวทางแก้ไข การ จัดบริการอากาศยานพยาบาลของ สพฉ. เทียบกับ ภาควิชาจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและ ภาคเอกชนรวม 8 หน่วยงาน โดยผู้วิจัย เลือกใช้วิธีการนำเสนอ แยกเป็นรายละเอียดส่วนประกอบ ด้านศักยภาพทรัพยากร ของแต่ละหน่วยงานตามสถานการณ์จริง และ นำปัญหาที่ค้นพบ อธิบายให้ ทราบถึงช่องว่าง อุปสรรคของระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย ที่เกิดขึ้นในช่วงแรกของการ ดำเนินโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศของ สพฉ. ข้อมูลจากตารางเกิดจากการรวบรวม การศึกษาภาคสนามตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2552 - ธันวาคม พ.ศ. 2554 ซึ่งให้เห็นปัญหาหลักซึ่ง แทนด้วยเครื่องหมายกากบาท (x) ส่วน เครื่องหมายถูก (✓) แสดงถึงมีศักยภาพความพร้อมที่จะ ดำเนินงานซึ่งเป็นตัวแบบแนวทางแก้ไขที่ผู้วิจัย ได้เสนอแนะรูปแบบและนโยบายเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานของ สพฉ. ในแต่ละองค์ประกอบ เช่น กระทรวงกลาโหมมีข้อด้อยในเรื่องการอบรม และอำนาจซื้อบริการ แต่ 2 ประเด็นนี้ สพฉ. กลับมีข้อได้เปรียบ ผู้วิจัยจึงนำจุดเด่นดังกล่าว เสนอแนะการดำเนินการแก้ปัญหาในสิ่งที่ กระทรวงกลาโหมไม่มี คือ จัดการอบรมและจัดหา งบประมาณสนับสนุน เมื่อต้องมีการเรียกใช้อากาศยานในสังกัดของกระทรวงกลาโหม สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ จะมีลักษณะคล้ายกัน นอกจากนี้เครื่องหมายกากบาทยังแสดงถึงจุดอ่อน ของแต่ละ หน่วยงานโดยจุดอ่อนทั้งหมดหรือข้อปัญหาทั้งหมดจะถูกรวบรวมเพื่อกำหนดเป็นนโยบายเสนอแก่ สพฉ. ขณะเดียวกัน จากตารางบ่งชี้ถึงจุดอ่อนในเรื่องอากาศยาน ส่วนเครื่องมือแพทย์ในช่วงแรก สพฉ. ยังมิได้จัดซื้อ ต่อมาปลายปี 2554 จึงมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อซื้อไว้ประจำแต่ละฐานในภูมิภาค ดังนั้นการขาดศักยภาพในเรื่องอากาศยานและเครื่องมือทางการแพทย์ทำให้ สพฉ. มีความ จำเป็นต้อง กำหนดนโยบายจัดหาอากาศยานและเครื่องมือแพทย์เพื่อแก้ปัญหา

จากตารางพบว่าโรงพยาบาลกรุงเทพเป็น องค์กรเดียวที่มีศักยภาพมากที่สุดใน การ จัดบริการอากาศยานพยาบาลภาคพลเรือน มีข้อด้อยเพียงเรื่องกำลังซื้อ เพราะเป็นองค์กรที่ให้บริการ อากาศยานพยาบาลเชิงพาณิชย์อยู่แล้ว หากมองปัญหาในภาพรวม หน่วยงานส่วนใหญ่มักประสบ ปัญหาในด้านการฝึกอบรมและกำลังซื้อ ซึ่งค่าความถี่ของการมีปัญหาลงถึงระดับ 9 (จากการนับ ค่าความถี่เครื่องหมายกากบาท) และพบว่ามีเพียง 2 องค์กรที่มีศักยภาพสูงสามารถช่วยแก้ปัญหา ของการจัดบริการอากาศยานพยาบาลได้ดีคือ สพฉ.และรพ.กรุงเทพ เมื่อพิจารณาประเด็นปัญหา หลัก พบว่าใน 10 หน่วยงาน มีเพียง 5 หน่วยงานที่มีปัญหาน้อย กล่าวคือ ค่าศักยภาพความถี่ปัญหา ในระดับต่ำเพียง 1 หรือ 2 (ค่า CFP1-2) ด้วยศักยภาพสูงของการให้บริการอากาศยานพยาบาลใน 5 หน่วยงานสามารถนำมาแก้ไขปัญหของหน่วยงานที่เหลือโดยการใช้วิธีการกำหนดนโยบาย ซึ่ง

สามารถจัดกลุ่มหน่วยงานออกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามระดับค่าศักยภาพความถี่ปัญหา (capacity frequency problems) ได้แก่ กลุ่มที่มีปัญหามากสุด (CFP 9) คือ กลุ่มปัจจัยด้านการฝึกอบรม และกำลังซื้อบริการ รองลงมา (CFP 6) เป็นกลุ่มปัจจัยด้านอากาศยานและเครื่องมือแพทย์ และกลุ่มสุดท้าย (CFP 3) เป็นกลุ่มปัจจัยด้านบุคลากร งบประมาณ และนโยบาย เมื่อการอบรมและกำลังซื้อเป็นปัญหาใหญ่สุด สพล. ซึ่งมีศักยภาพได้เปรียบในสองด้านนี้จึงควรเข้ามาสนับสนุน ยังไงก็ตาม สพล. เองต้องพยายามแก้ปัญหาข้อด้อยในเรื่องของอากาศยานและเครื่องมือแพทย์ ในการแก้ปัญหาในการฝึกอบรมโดยใช้ตัวแบบของหน่วยงานที่ไม่ได้มีปัญหาเป็นแบบอย่าง เช่น ปัญหาด้านการฝึกอบรม พิจารณาเลือกใช้ตัวแบบของหน่วยงานจากสถาบันเวชศาสตร์การบิน และ รพ. กรุงเทพ เป็นแนวทางขณะเดียวกันปัญหาทางด้านกำลังซื้อบริการใช้ตัวแบบของ สพล. สปสช.และระบบประกันภัยเข้ามาแก้ปัญหา

ในระดับต่อมา คือ ปัญหาด้านอากาศยานและเครื่องมือทางการแพทย์ซึ่ง สพล. ประสบอยู่ ต้องอาศัยแบบการบริหารงานจาก กระทรวงกลาโหม รพ.กรุงเทพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติและบริษัทเอสโอเอสประเทศไทยจำกัด มาช่วยประยุกต์เพื่อดำเนินงานจัดบริการอากาศยานพยาบาล โดยภาครัฐ ดังนั้นการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมจึงสามารถแก้ปัญหาการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้ ส่วนเครื่องมือถูกและกากบาทที่ปรากฏอยู่ในการจัดบริการในด้านอำนาจซื้อชี้ให้ทราบถึงระดับชนชั้นของประชาชนที่ส่วนหนึ่งหากเป็นผู้มีฐานะระดับบน คือมีศักยภาพสูงในการซื้อบริการได้เอง ในขณะที่อีกชนชั้นที่ด้อยโอกาสไม่สามารถซื้อบริการได้ แม้แต่ระบบประกันสุขภาพต้องมีการจ่ายเบี้ยเพื่อซื้อบริการเพิ่ม แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการได้รับการบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน จุดนี้เอง หากสามารถลดช่องว่างความแตกต่างระดับชนชั้นกับการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้ ประชาชนจะได้ประโยชน์สูงสุด เพื่อให้เกิดความกระจ่างในรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบผู้วิจัยจึงได้ แยกตารางเสนอความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และศักยภาพในการให้บริการอากาศยานพยาบาลออกเป็น 8 ส่วน คือ ส่วนการอบรม อากาศยาน อุปกรณ์ช่วยชีวิตทางการแพทย์ บุคลากร กฎและระเบียบปฏิบัติ กำลังซื้อบริการ และนโยบายที่สนับสนุน ตามลำดับในตารางที่ 5.3 ถึงตารางที่ 5.11 ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.4.3.1 รายละเอียดด้านเทคนิคการจัดการอบรม

สำหรับรายละเอียดด้านเทคนิคการจัดการอบรมซึ่ง เป็นปัญหาหลักของหน่วยงานที่ให้บริการอากาศยานพยาบาลเนื่องจาก ต้องมีความพร้อมและการสนับสนุนจากองค์กร ดังตารางที่

ตารางที่ 5.3 ความสัมพันธ์ของศักยภาพของหน่วยงานกับเทคนิคการจัดการอบรม

หน่วยงาน	ศักยภาพ ด้านเทคนิคการจัดการอบรม	
	การจัดการอบรม (TRAINING)	คำอธิบาย
สพฉ.	✓	ด้วยบทบาทและหน้าที่ สพฉ.สามารถจัดให้มีการอบรมพัฒนาความรู้จัดประชุมสัมมนา ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
สวบ.	✓	ด้วยความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การบิน สวบ.ได้เปิดหลักสูตรอบรมให้กับบุคลากรในสังกัด สธ./สพฉ. และองค์กรอื่นๆ
สธ.	×	เป็นหน่วยงานที่มีบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลแต่ไม่มีองค์ความรู้ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ
สปสช.	×	มีความเชี่ยวชาญด้านหลักประกันสุขภาพแต่ขาดองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
กท.	×	มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการอากาศยานเฉพาะภารกิจทางทหารเป็นการภายในเท่านั้น ไม่สามารถจัดการฝึกอบรมให้บุคคลภายนอกได้เนื่องจากระเบียบของราชการ
สธช.	×	มีหน่วยงานที่สามารถให้บริการอากาศยานเฉพาะภารกิจทางตำรวจและคณะบุคคลสำคัญเป็นการภายในเท่านั้น ไม่สามารถจัดการฝึกอบรมให้บุคคลภายนอกได้เนื่องจากระเบียบของราชการ
กทส.	×	มีอากาศยานในสังกัดเพื่อภารกิจภายใน ไม่มีองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
เกษตร	×	มีอากาศยานในสังกัดเพื่อภารกิจการทำฝนหลวงขาดองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	ด้วยความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์การบินพลเรือน รพ.กรุงเทพได้เปิดโอกาส บุคลากร สังกัดสธ./สพฉ.ศึกษาดูงานปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ที่ได้มาตรฐานระดับภาคพื้นยุโรป
SOS	×	เป็นบริษัทข้ามชาติที่เปิดให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเชิงพาณิชย์ 24 ชั่วโมงทั่วโลก
ประกันภัย	×	เป็นหน่วยงานกลางที่ใช้ระบบเบี้ยประกันเชิงพาณิชย์เพื่อกระจายความเสี่ยงด้านการรักษา และลำเลียงทางอากาศ ขาดองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
ประชาชน	×	เป็นผู้ที่ขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลไม่มีองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

จากตารางที่ 5.3 ข้างต้นสังเกตได้จาก 3 หน่วยงานคือ สพฉ. สถาบันเวชศาสตร์การบิน และศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพ เท่านั้นที่มีศักยภาพสูงในด้านนี้ ในขณะที่อีก 7 หน่วยงานที่เหลือไม่มีศักยภาพเพียงพอในการจัดการจัดการอบรมการให้องค์ความรู้ศาสตร์การให้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งในการลงภาคสนามพบว่ามาจากสาเหตุของแนวทางขององค์กรที่สังกัดอยู่ ไม่ได้คำนึงถึงความสำคัญของการใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ดังนั้น การจัดอบรมเสริมองค์ความรู้จึงเน้นไปเฉพาะวัตถุประสงค์ขององค์กรที่สังกัด เช่น สำนักงาน

สาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการจัดอบรมเสริมองค์ความรู้ทาง ด้านสาธารณสุขและสิทธิด้านการประกันสุขภาพตามหน้าที่หลัก และไม่มีการจัดและเสริมองค์ความรู้ ศาสตร์ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศแต่อย่างใด กระทั่ง สพฉ.ได้ คัดเลือกบุคลากรในสังกัด เพื่อ ส่งไปอบรมความรู้และฝึกทักษะปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ กับ สถาบันเวชศาสตร์การ บิน และศูนย์การแพทย์ รพ.กรุงเทพ ในนามภาคีของ สพฉ. ส่วนเหล่าทัพทั้งสามและสำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ ไม่ได้มีการเปิดจัดอบรมองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์การบินกระจายสู่ระดับภาค พลเรือนมีแต่เฉพาะภารกิจภายในซึ่งมักเป็นความลับของระบบราชการทหารและตำรวจ ทำนอง เดียวกัน บริษัทเอสไอเอส ประเทศไทยที่เป็นสาขาของต่างชาติที่ขายบริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วย อากาศยานพยาบาลก็ไม่ประสงค์จัดการเรียนรู้ ด้านเวชศาสตร์การบินแก่สาธารณะ เนื่องจาก เป็นการเปิดเผยข้อมูลทางธุรกิจ ขณะที่ มีบริษัทประกันภัยบางส่วนพยายามใช้การเคลื่อนย้ายทาง อากาศสร้างเป็นจุดขายผลิตภัณฑ์เพื่อช่วงชิงตลาดลูกค้า

การที่ สพฉ.ได้มีการจัดให้บริการอากาศยานแก่ประชาชน ซึ่งในความเป็นจริงพบว่า สพฉ.ไม่มีอากาศยาน ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ และ ไม่มีแม้กระทั่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนั้น จึงต้องประสานขอใช้ทรัพยากรต่าง ๆ จากภาคส่วนที่เข้าร่วมเป็นภาคี ที่สำคัญทรัพยากรบุคคล ที่ ต้องค้นหาและสร้างให้มีทักษะด้านเวชศาสตร์การบิน จึงมีการจัดฝึกอบรมหลักสูตร การลำเลียง ผู้ป่วยทางอากาศ เบื้องต้นกับ โดยความร่วมมือระหว่าง สพฉ. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวช ศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ และศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพ เพื่อผลิตบุคลากรโดยให้แพทย์และ พยาบาลที่สนใจ ส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน เข้ารับการ ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติกับสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ เพื่อให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานด้าน การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ที่ผ่านมาตั้งแต่ พ.ศ. 2552 เป็นต้นมาได้จัดให้มีการอบรมไปแล้ว 15 รุ่นๆละ 36 คน ปัจจุบันมีบุคลากรที่พร้อมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศจำนวน 540 คน ดัง คำกล่าวของนงคราญ ว่า

“การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะอำเภอที่ห่างไกลยังมีความลำบากอยู่มาก เพราะ การช่วยเหลือที่เป็นอยู่ ในปัจจุบันไม่ทันทั่วถึงกับการเจ็บป่วยของประชาชน การคิ่รนำหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเข้ามาช่วยเหลือ ทำให้ ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึง และไปถึงโรงพยาบาล ได้เร็วขึ้น แต่บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ ยังมีไม่เพียงพอ ต้องผลิตให้เพิ่มมากขึ้น”

นงคราญ

5.4.3.2 ศักยภาพของการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล เป็นองค์ประกอบที่ผู้วิจัยค้นพบจากการศึกษาภาคสนาม และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีส่วนทำให้การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศมีความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ มีองค์ประกอบด้วยกัน 7 ส่วน ได้แก่ องค์ประกอบ ด้านอากาศยาน เครื่องมือทางการแพทย์ ทรัพยากรบุคคล กฎและระเบียบ กำลังซื้อบริการ งบประมาณ และนโยบายที่สนับสนุน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบด้านอากาศยาน (Air crafts) ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วย ทางอากาศพบว่าสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ขาดไม่ได้คือ อากาศยาน ไม่ว่าจะเป็นอากาศยานพยาบาลที่สมบูรณ์แบบพร้อมใช้งาน หรือ เป็นอากาศยานประเภทประกอบร่าง อากาศยานพยาบาลที่ใช้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศที่เป็นมาตรฐานสากล มีอยู่ 2 รูปแบบ คือ อากาศยานประเภทปีกหมุน ส่วนใหญ่เป็นเฮลิคอปเตอร์ และอากาศยานปีกตรึง ซึ่งเป็นเครื่องบินขนาดเล็กจนถึงเครื่องบินโดยสารขนาดใหญ่ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) อากาศยานพยาบาลปีกหมุน ได้แก่ อากาศยานที่ปีกอยู่บนห้องโดยสารสามารถใช้กำลังเครื่องยนต์หมุนเพื่อให้เกิดแรงยกตัว และมีปีกอีกชุดบริเวณท้ายลำตัวเพื่อการควบคุมจึงขึ้นลงแนวดิ่งได้ ส่วนใหญ่มักเรียกว่าเฮลิคอปเตอร์ นามาคัดแปลงติดตั้งเครื่องมือแพทย์มีจุดประสงค์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เหมาะสมกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาล ที่มีระยะทางประมาณ 30-70 ไมล์ (48-113 กิโลเมตร) ขึ้นอยู่กับสมรรถนะของอากาศยานแต่ละรุ่น ซึ่งสามารถติดตั้งแปลได้ตั้งแต่ 1-6 เปล ส่วนใหญ่ที่ใช้กับภาคพลเรือนนิยมติดตั้งแปล 1-2 เปลเท่านั้น อากาศยานเฮลิคอปเตอร์มีจุดเด่นที่สามารถขึ้นลงในทุกพื้นที่ ที่มีแนวร่อน เช่น บนอาคาร สนามฟุตบอล สนามบิน ทางด่วน ทางรถไฟ ถนนต่าง ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่ไม่จำเป็นต้องใช้สนามบินเพราะสามารถขึ้นลงแนวดิ่งได้ จึงเป็นที่นิยมใช้ในการให้บริการ เพราะสามารถตอบสนองและเข้าถึงจุดเป้าหมายด้วยความรวดเร็วและใช้เวลาน้อยสุดในการเคลื่อนย้าย เมื่อเทียบกับอากาศยานปีกตรึง แต่มีข้อเสียตรงที่เสียงรบกวนจากเครื่องยนต์ การสั่นของห้องโดยสาร ด้านพื้นที่การใช้สอยน้อยกว่าอากาศยานแบบปีกตรึง อย่างไรก็ตามเฮลิคอปเตอร์เอนกประสงค์ขนาดใหญ่ที่มีจุดเด่นด้านการลำเลียง เช่น ชินุก (Chinook: Boeing CH-47) ก็ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการเข้าถึงจุดเกิดเหตุเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยได้คราวละมากถึง 35 คน หรือดัดแปลงวางแปลหามได้ถึง 24 เปล สำหรับที่ใช้ในภาคเอกชน เป็นประเภท ยูโคปเตอร์ EC145 ที่มีเทคโนโลยีทันสมัย คือ มีเรดาร์อากาศ มี 2 เครื่องยนต์ ที่ทำงานนิ่งเงียบ สามารถบินได้ทุกสภาวะอากาศ ในประเทศไทยขณะนี้มิให้บริการเฉพาะของศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ดังแสดงในภาพ 5.7



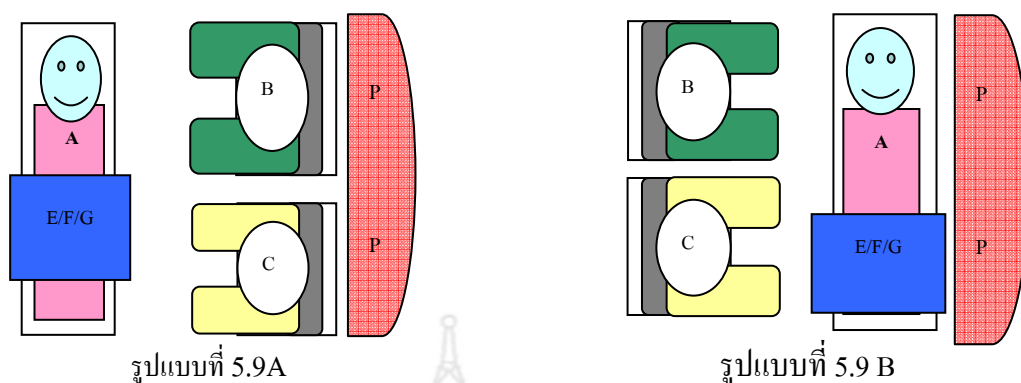
ภาพที่ 5.7 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดยอากาศยานพยาบาลปีกหมุนในประเทศไทย

2) อากาศยานพยาบาลปีกตรึง ได้แก่อากาศยานที่มีปีกยึดแน่นกับลำตัวเครื่องบิน ซึ่งได้แก่กลุ่มที่เป็นเครื่องบินขนาดเล็ก ที่ดัดแปลงเป็นพาหนะที่สามารถลำเลียงผู้ป่วยได้ เช่น เครื่องบินโบพัดเดียว โบพัดคู่ เครื่องบินเจ็ท เป็นต้น ที่สามารถประยุกต์ใช้เพื่อการลำเลียงผู้ป่วยส่วนมาก เป็นเครื่องเช่าเหมาลำ (charter flight) ที่สามารถเดินทางในระยะทางไกลโดยลำพังพร้อมกับทีมแพทย์และพยาบาล พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ต่าง ๆ ที่จำเป็น และอีกกลุ่มได้แก่การแบ่งเช่าพื้นที่ของที่นั่งผู้โดยสารส่วนท้าย ๆ จากสายการบินเพื่อดัดแปลงเป็นเปลพยาบาลชั่วคราว ทั้งนี้บางสายการบินได้จัดส่วนพื้นที่พิเศษโดยกันมิให้ผู้โดยสารอื่น ๆ เข้ามายุ่งหรือไม่ก็ใช้มาตรฐานขนาดเล็กเกินไปให้ผู้โดยสารอื่นเห็นผู้ป่วยที่นอนในเปล เป็นต้น อากาศยานประเภทนี้ มีเสถียรภาพด้านความนิ่งของพาหนะ ไม่มีปัญหาด้านเสียง การสั่นสะเทือน ไฟส่องสว่าง และที่สำคัญมีพื้นที่ให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานได้พอสมควรเหมือนในรถพยาบาล แต่มีข้อจำกัดคือต้องใช้สนามบินเป็นสถานที่ขึ้นลงและจัดได้ว่ามีความปลอดภัยค่อนข้างสูง และเป็นที่ยอมรับ หากต้องมีการเคลื่อนย้ายระยะทางไกลเป็นเวลานาน เช่น ข้ามประเทศ อย่างไรก็ตามอากาศยานปีกตรึงที่ใช้ในการลำเลียงผู้ป่วยจำนวนมาก เช่น เครื่อง C-130 สามารถใช้ลำเลียงผู้ป่วยผู้ประสบภัยคราวละมาก ๆ ตั้งแต่ 20-50 คนได้ในคราวเดียวกัน หรือแม้แต่ดัดแปลงผู้ป่วยสามารถทำได้มากถึง 74 เปล แต่ที่เหมาะสมนิยมติดตั้ง คือจำนวน 32 เปลเพื่อความสะดวกในการรักษาพยาบาล ดังแสดงในภาพ 5.8

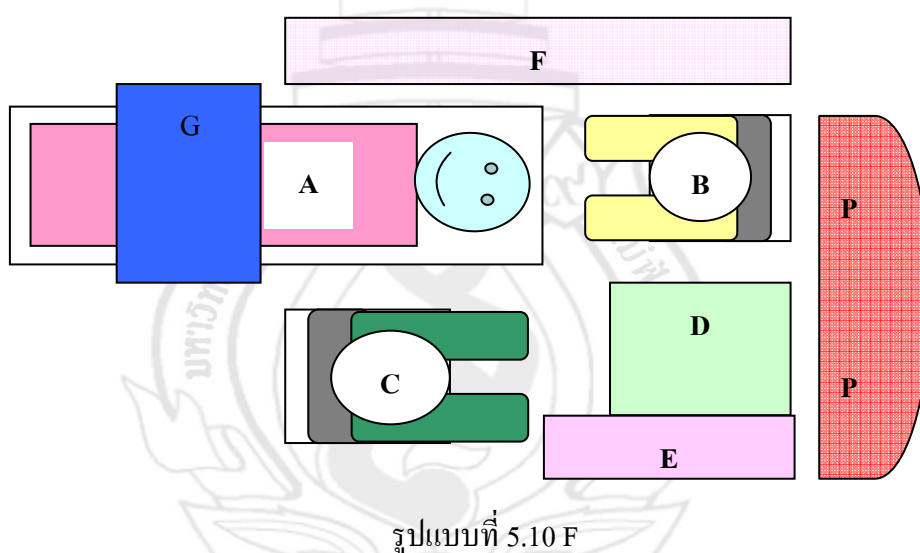


ภาพที่ 5.8 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดยอากาศยานพยาบาลปีกตรึงในประเทศไทย

ด้านลักษณะของอากาศยานที่นำมาให้บริการประชาชน จากข้อเท็จจริงพบว่า หลายหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือจะมีเครื่องบินเปล่า ๆ พร้อมนักบินให้ โดย สพล. ต้องประสานหาทีมแพทย์และพยาบาลกับเครื่องมือทางการแพทย์เฉพาะ ที่สามารถนำไปใช้ได้บนอากาศยานเอง ดังภาพ 5.9 อากาศยานประกอบร่างที่ สพล. ใช้ได้แก่ อากาศยานประเภทฮิวอี้ (Huey) เบลีย์ (Bell) และอีโคลอย (Ecoureuil) ดังแสดง ในรูป 5.9A และรูป 5.9B ยกเว้นอากาศยานพยาบาลประเภทยูโรคอปเตอร์ (Eurocopter) รุ่น EC-145 รูป 5.10F ของศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพ ซึ่งแสดงในภาพ 5.10 อากาศยานเต็มรูปที่มาร่วมปฏิบัติการก็ มีความพร้อมทั้งทีมบุคลากรแพทย์ พยาบาลและอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยติดตั้งถาวรไว้ตลอดพร้อมใช้งาน เนื่องจากใช้ในวัตถุประสงค์ของการให้บริการอากาศยานพยาบาลของโรงพยาบาลในเครืออยู่แล้ว ส่วนในกรณีฉุกเฉินไม่ปกติ เช่น สถานการณ์ภัยพิบัติ สพล. จะประสานงานไปยังเหล่าทัพต่าง ๆ โดยเฉพาะสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ เพื่อขออนุมัติใช้ทรัพยากรเครื่องบินลำเลียงขนาดใหญ่ เช่น C-130 และ CASA รูปที่ 5.11C พร้อมทีมบุคลากรและเครื่องมือเพื่อการลำเลียงเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยหรือผู้ป่วยในคราวละมาก ๆ ดังรูป 5.11 รายละเอียด ซึ่งรูปแบบต่าง ๆ ของอากาศยานพยาบาลที่ให้บริการในประเทศไทย โดยภาครัฐ แสดงไว้ดังภาพที่ 5.9 -5.11



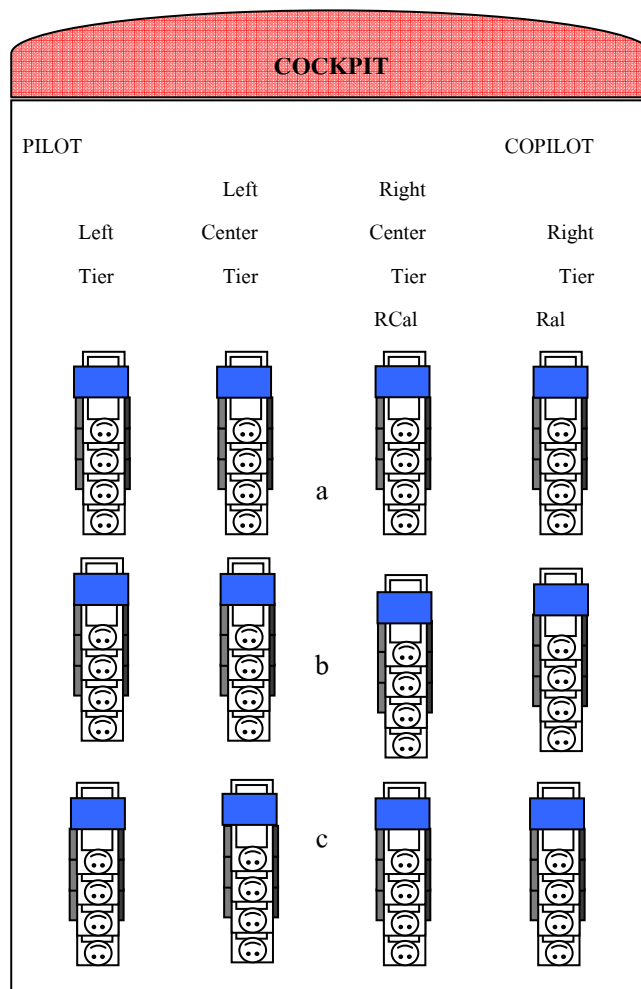
ภาพที่ 5.9 ลักษณะภายในของอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง (Assembly Aircraft) รุ่น Huey, Bell and Ecureuil



หมายเหตุ. อธิบาย สัญลักษณ์ :

- A แทนผู้ป่วยบนเปล
- B แทนแพทย์ผู้ดูแลด้านสัญญาณชีพ
- C แทนพยาบาลให้การช่วยเหลือ B
- D แทนตู้เก็บอุปกรณ์
- E/F/G แทนเครื่องมือและอุปกรณ์ยังชีพ
- P แทนผู้ควบคุมอากาศยานพยาบาล

ภาพที่ 5.10 ลักษณะภายใน EC-145 อากาศยานพยาบาลเต็มรูปแบบ



รูปแบบที่ 5.11 C

หมายเหตุ. อธิบาย สัญลักษณ์: a/b/c แทน อักษรกำกับแถวผู้โดยสาร

ภาพที่ 5.11 ลักษณะภายใน C-130 อากาศยานพยาบาลปีกตรึง

ไม่ว่าจะเป็นประเภท อากาศยานปีกหมุน หรืออากาศยานปีกตรึง รวมกับศักยภาพของการใช้เครื่องมือแพทย์ และทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญด้านเวชศาสตร์การบิน มาประกอบกันเป็น อากาศยานพยาบาล ซึ่งศักยภาพด้านอากาศยานและหน่วยงานมีความสัมพันธ์กันดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5.4

ตารางที่ 5.4 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านอากาศยาน

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านอากาศยาน	
	อากาศยาน	คำอธิบาย
สพฉ.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีอากาศยาน แต่มีแนวคิดต้องการจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในระดับพลเรือน
สวบ.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีอากาศยาน แต่มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้และทักษะการลำเลียงทางอากาศ
สธ.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีอากาศยานแต่มีบุคลากร มีเครื่องมือแพทย์ที่มีความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินทางบก
สสส.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีอากาศยานแต่มีเงินทุนให้การสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
กท.	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยานทั้งปีกหมุน/ปีกตรึง อากาศยานพยาบาลเต็มรูป/ประกอบร่างแต่ใช้ในการฝึกภายใน
สศช.	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยานทั้งปีกหมุน/ปีกตรึง อากาศยานพยาบาลเต็มรูป/ประกอบร่างแต่ใช้ในการฝึกภายใน
กทส.	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยานทั้งปีกหมุน/ปีกตรึง ใช้ในการฝึกภายในเช่นการตรวจพื้นที่ และรับบุคคลสำคัญ
เกษตร	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยานทั้ง ปีกตรึง /ปีกหมุนใช้ในการฝึกการทำฝนเทียม และรับบุคคลสำคัญ
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยาน ปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่สมบูรณ์ ทันสมัยใช้ในเชิงพาณิชย์
SOS	✓	เป็นองค์กรที่มีอากาศยานพยาบาลทั้ง ปีกตรึง /ปีกหมุนใช้ในวัตถุประสงค์ เชิงพาณิชย์
ประกันภัย	×	ไม่มีอากาศยาน แต่มีแนวคิดให้บริการลำเลียงทางอากาศเป็นจุดขายแก่ลูกค้าในระบบเบี้ยประกันสุขภาพ
ประชาชน	×	เป็นผู้เรียกร้องขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล (ซื้อบริการเอง/ผู้มีรายได้) (ขอรับบริการจาก สพฉ./ผู้द्यโอกาส)

สำหรับรายละเอียดด้านพาหนะอากาศยาน เป็นปัญหาหลักของ 4 หน่วยงานที่ไม่มีอากาศยานเพื่อให้บริการอากาศยานพยาบาล ได้แก่ สพฉ. สถาบันเวชศาสตร์การบิน สำนักงานสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะ สพฉ. มีความต้องการใช้อากาศยานเพื่อสนับสนุนโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ จึงต้องคิดหาวิธีการขอยืมใช้อากาศยานจากอีก 5 หน่วยงานที่ครอบครองและมีการใช้อากาศยาน ได้แก่ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จากการศึกษาพบว่าอากาศยานของสำนักงานพลวงกระทรวงเกษตรฯ ใช้เพื่อวัตถุประสงค์การทำฝนหลวงในช่วงหน้าแล้งและกรณีที่ต้องการขอทำฝนเทียม เช่นกรณีมีฝุ่นควันในชั้นบรรยากาศมาจากการเผาเศษ

วิชาชีพทางการเกษตร คล้ายกับ อากาศยานของกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ใช้เพื่อภาระกิจการตรวจทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ขณะที่อากาศยานของสามเหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติใช้ในการกิจด้านความมั่นคงของชาติ และใช้ลำเลียงกำลังพลที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ ส่วนอากาศยานพยาบาลของเอกชนมีใช้เพื่อการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินสู่รพ. ในลักษณะเชิงพาณิชย์

2. องค์ประกอบด้านเครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิต (Medical Equipments) ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพบว่าสิ่งสำคัญรองลงมาที่ขาดไม่ได้ คือ เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตซึ่งแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพแตกต่างกันแสดงในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านเครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการให้บริการ

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ใช้นอากาศยานพยาบาล	
	เครื่องมือแพทย์	คำอธิบาย
สพฉ.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีเครื่องมือแพทย์แต่มีแนวคิดต้องการจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในระดับพลเรือน
สวบ.	✓	เป็นองค์กรที่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้และทักษะการลำเลียงทางอากาศ
สธ.	✓	เป็นองค์กรที่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินทางบก
สปลศ.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มี เครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ แต่มีเงินทุนให้การสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
กท.	✓	มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ มีทีมแพทย์/พยาบาลที่มีความรู้และทักษะการแพทย์ฉุกเฉินแต่ใช้ภารกิจภายใน
สตร.	✓	มีอุปกรณ์ยังชีพ ทีมบุคลากรแพทย์/พยาบาลที่มีความรู้และทักษะการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแต่ใช้ภารกิจภายใน
กทส.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ แต่มีอากาศยานทั้งปีกหมุน/ปีกตรึงไว้ใช้งานในภารกิจเฉพาะภายใน
เกษตร	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ แต่มีอากาศยานทั้งปีกหมุน/ปีกตรึงใช้งานในภารกิจการทำฝนหลวง
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพที่ทันสมัย ทีมบุคลากรแพทย์ที่มีความรู้และทักษะประสบการณ์การลำเลียงทางอากาศ
SOS	✓	มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพที่ทันสมัย ทีมบุคลากรแพทย์ที่มีความรู้และทักษะประสบการณ์เน้นการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเชิงพาณิชย์
ประกันภัย	×	ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ แต่มีแนวคิดนำบริการลำเลียงทางอากาศเป็นจุดขายแก่ลูกค้า
ประชาชน	×	ไม่มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ยังชีพ เป็นผู้ขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล

สำหรับรายละเอียดด้านเครื่องมือทางการแพทย์ เป็นปัญหาหลักของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ สพล. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ โดยเฉพาะ สพล. มีความต้องการใช้เครื่องมือทางการแพทย์และ อุปกรณ์ช่วยชีวิต ที่ทันสมัยมีขนาดกะทัดรัดพกพาได้สะดวก สามารถนำไปใช้งานบนอากาศยานได้ เพื่อสนับสนุนโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ จึงต้องคิดหาวิธีการขอยืมใช้เครื่องมือจากอีก 6 หน่วยงานที่มี ได้แก่ สถาบันเวชศาสตร์การบิน สำนักงานสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพ และบริษัท เอสโอเอส ประเทศไทย จาก การศึกษาพบว่า การขอยืมใช้เครื่องมือแพทย์จากหน่วยงานภาคเอกชนไม่สะดวก เนื่องจากทาง หน่วยงานต้นสังกัดซึ่งครอบครองอยู่ต้องใช้ในภารกิจประจำ สพล. หาทางออกโดยการขอเช่า บริการในรูปทั้งอากาศยานและเครื่องมือแพทย์ตลอดจนทีมบุคลากรเป็นลักษณะอากาศยาน พยาบาลเต็มรูป (fully equipped aircraft) ซึ่งมีเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยติดตั้งภายในตัวอากาศยาน และพร้อมใช้งาน พิจารณาจากอาการของผู้ป่วยสาหัสรุนแรง ส่วนในอากาศยานพยาบาลประกอบ ร้าง (assembly aircraft) จำเป็นต้องประยุกต์เครื่องมือและอุปกรณ์ของใช้ จากภาคพื้นดินติดตัวไป พร้อมกับแปลผู้ป่วย (ในระยะแรกของโครงการ)

รายละเอียดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ประยุกต์ใช้จึงมีพื้นฐานจากอุปกรณ์ การแพทย์ฉุกเฉินทางบกซึ่งในยามจำเป็นสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกันได้ เช่น อุปกรณ์การแพทย์ พื้นฐาน ที่เกี่ยวกับการขนย้ายลำเลียง การปฐมพยาบาลและทำแผล และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เฉพาะด้าน ได้แก่ อุปกรณ์สำหรับทำคลอด อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือเกี่ยวกับระบบทางเดิน หายใจ อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือที่เกี่ยวกับกระดูก และกลุ่มยาหรือเวชภัณฑ์ โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1) อุปกรณ์ขนย้ายลำเลียง ได้แก่ เตียงผู้ป่วยชนิดมีล้อสามารถปรับศีรษะได้มี สายยึดตรึงผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ตำแหน่ง เป็ดตัก (scoop) แผ่นรองหลังแบบยาว เพื่อกกชนิดแข็ง เพื่อกตามแขนขา สายรัดตรึงศีรษะ ที่ยึดตรึงศีรษะ

2) อุปกรณ์เพื่อช่วยวินิจัย ได้แก่ ปรอทวัดใช้ เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง

3) อุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล ได้แก่ ถุงมือปราศจากเชื้อที่ใช้แล้วทิ้ง ลำลี ไม้พันลำลี ผ้าก๊อช พลาสเตอร์พันแผล กรรไกร แอลกอฮอล์ สายรัด

4) อุปกรณ์ช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะชนิดมือ

5) อุปกรณ์ทางการแพทย์เฉพาะด้านเป็นอุปกรณ์ที่เตรียมไว้สำหรับการ ปฏิบัติการฉุกเฉิน เพิ่มจากอุปกรณ์พื้นฐาน เพื่อดูแลรักษาตามเหตุฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ อุปกรณ์ทำคลอด และอุปกรณ์สำหรับช่วยชีวิตขั้นสูงซึ่งประกอบด้วย เครื่องช่วยหายใจด้วย

กระแสไฟฟ้า เครื่องดูดเสมหะระบบไฟฟ้าและสายขนาดต่าง ๆ อุปกรณ์เปิดช่องทางเดินหายใจ ขนาดต่าง ๆ Gluco-meter ชุดผ่าตัดเล็ก เครื่องวัดค่าออกซิเจน อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจได้แก่ อุปกรณ์การให้ออกซิเจน เช่น ถังออกซิเจน ซึ่งสามารถใช้ได้ ระยะทางไม่น้อยกว่า 2-3 ชั่วโมงและสายต่อภายนอก อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อช่วยหายใจขนาดต่าง ๆ เครื่องช่วยหายใจและผายปอด (ambu bag) Magill Forceps อุปกรณ์สำหรับการช่วยเหลือที่เกี่ยวกับกระดูก เช่น KED และยาเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นตามโรค ผู้วิจัยจึงแบ่งรายละเอียดไว้ในตาราง 5.2

ตารางที่ 5.6 ตัวอย่างอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในอากาศยานพยาบาล (ชื่อศัพท์เทคนิคทางการแพทย์)

กลุ่ม	ชนิดอุปกรณ์
A	ET Tube, Tracheostomy, Adjunct Airway, Surgical Airway, Portable Suction, Ambubag, Oral Airway, Nasal Airway, McGill Forcep
B	O2 Equipment, ICD, One Way Valve, Atrium Respirator
C	IV fluid, Blood Component, Catheter, BIG, Central line, Umbilical Cath, Cut Down Set, Infusion and Syringe Pump, IABP
D	Monitor (EKG, NIBP, Pulse, O2 Sat, Et-CO2) and Defibrillator
Others	Cervical Collar, Spinal Board, Mattress, Restraints, Stryker Frame, Traction, Splint, Earmuff, Goggle, Helmet Dressing Set, Gauze, EB, Conform, Glove, Mask, NG Tube Flashlight, Stethoscope, Gluco meter, POCT I Stat,
Ped/ Neonatal	Transport Incubator, Temperature Monitor, Neonatal Ventilator, Umbilical Artery Cxygen Monitor

จาก อัญฤทธิ์ แสงจรัสวิชัย. (2554). การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขต กรุงเทพมหานคร. 25-26 มกราคม 2554 ณ ห้องสัมมนา 5 อาคารเฉลิมพระบารมี 50. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ., 46.

3. องค์ประกอบด้านทรัพยากรบุคคล (Personnel) ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพบว่า สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ขาดไม่ได้ คือ ทีมบุคลากร ซึ่งได้แก่ทีมแพทย์และพยาบาล และนักบินที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะให้มีทักษะ โดยแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพของบุคลากรแตกต่างกันดังรายละเอียดตารางที่ 5.7

ตารางที่ 5.7 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านบุคลากร

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านทรัพยากรบุคคล*	
	บุคลากร	คำอธิบาย
สพฉ.	✓	เป็นองค์กรที่สนับสนุน/สร้างทีมแพทย์และพยาบาล ให้มีความรู้และทักษะการลำเลียงทางอากาศ
สวบ.	✓	เป็นองค์กรที่มีทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้และทักษะการลำเลียงทางอากาศพร้อมให้บริการ
สธ.	✓	ร่วมมือกับสพฉ. จัดหาทีมแพทย์และพยาบาลที่มีทักษะด้านการแพทย์ฉุกเฉินออกปฏิบัติการ
สปสช.	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีทรัพยากรบุคคลแต่มีเงินทุนให้การสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
กท.	✓	เป็นองค์กรที่ร่วมมือกับสพฉ. โดยจัดหา นักบิน/ช่างเครื่อง เพื่อสนับสนุนปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
สคช.	✓	เป็นองค์กรที่ร่วมมือกับสพฉ. โดยจัดหา นักบิน/ช่างเครื่อง เพื่อสนับสนุนปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
กทศ.	✓	เป็นองค์กรที่ร่วมมือกับสพฉ. โดยจัดหา นักบิน/ช่างเครื่อง เพื่อสนับสนุนปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
เกษตร	✓	เป็นองค์กรที่ร่วมมือกับสพฉ. โดยจัดหา นักบิน/ช่างเครื่อง เพื่อสนับสนุนปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	เป็นองค์กรที่มีทีมแพทย์/พยาบาล /นักบิน/ช่างเครื่องที่มีประสบการณ์พร้อมปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
SOS	✓	เป็นองค์กรที่มีบุคลากรที่มีประสบการณ์พร้อมปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเชิงพาณิชย์
ประกันภัย	×	เป็นองค์กรที่ไม่มีทรัพยากรบุคคลแต่มีการขายเบี้ยประกันเป็นบริการเสริม ด้านการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ
ประชาชน	×	เป็นผู้เรียกร้องขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล

หมายเหตุ. * ในกรณีของนักบิน อาจมีข้อจำกัดความชำนาญในบางพื้นที่ซึ่งทำให้ไม่สามารถนำเครื่องออกให้บริการได้

สำหรับรายละเอียดด้านทรัพยากรบุคคล เป็นปัญหาหลักของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงหน่วยงานเดียว เนื่องจากเป็นองค์กรที่ไม่มีทรัพยากรบุคคลในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แต่เน้นการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข โดยจัดสรรกองทุนเพื่อใช้เป็นหลักประกันสุขภาพสนับสนุนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้แก่ประชาชน จากการศึกษาการจัดระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทยโดย สพฉ.พบว่าแต่ละหน่วยงานที่เป็นภาคี ส่วนใหญ่มีศักยภาพด้านบุคลากร พร้อมดำเนินงานและยังได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้สามารถดำเนินการผลิตบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้อย่างต่อเนื่อง สำหรับการให้บริการอากาศยานเกิดขึ้นในลักษณะการประกอบร่าง อธิบายได้ดังนี้ หลังจากได้อนุมัติให้ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (sky doctor unit) ได้แก่ บุคลากรทางแพทย์และพยาบาลทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะเฉพาะในด้านเวชศาสตร์การบินจากสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศซึ่ง สพฉ. ได้ส่งไปอบรมหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น เข้ารับช่วงทำการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินต่อจากทีมแพทย์ภาคพื้น โดยทำการประสานงานกับบุคลากรทางอากาศคือทีมนักบินอย่างใกล้ชิดเพื่อนำผู้ป่วยและอุปกรณ์การแพทย์ขึ้นอากาศยาน ณ จุดขึ้น-ลงอากาศยาน กระบวนการนี้ต้องประสานทีมบุคลากร รถพยาบาลภาคพื้นทั้งต้นทางและปลายทาง เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในกรณีเป็นประเภทอากาศยานประกอบร่าง ที่เป็นปัญหาคือสถานที่ขึ้นลงของอากาศยาน รพ.ทั่วไปในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีสถานที่ขึ้นลง (ตึกที่สร้างไว้ไม่ได้ออกแบบรองรับสำหรับขึ้น-ลงอากาศยาน) จึงต้องอาศัยพื้นที่รอบนอกรพ.ที่มีแนวลอน ของอากาศยาน เช่น สนามฟุตบอลโรงเรียน หรือลานที่ว่าการอำเภอเป็นพื้นที่ขึ้นลงแทน

จากการศึกษาพบว่าการฝึกอบรมสามารถขยายโอกาสให้บุคลากรแพทย์และพยาบาล นักศึกษาแพทย์และพยาบาลใน โรงเรียนแพทย์ในมหาวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาล หรือบุคคลทั่วไปที่สนใจประสงค์อยากมีทักษะด้านการเคลื่อนย้ายทางอากาศ เพื่อเตรียมความพร้อมกับการขยายฐานการให้บริการในอนาคตดังกล่าวของนงคราญว่า

“การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยเฉพาะอำเภอที่ห่างไกลยังมีความลำบากอยู่มากเพราะการช่วยเหลือที่เป็นอยู่ ไม่ทันทั่วถึงกับการเจ็บป่วยของประชาชนการนำบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเข้ามา จะทำให้ประชาชนได้รับการช่วยเหลืออย่างทันทั่วถึงที่ และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้ปัจจุบันยังมีปัญหาไม่เพียงพอต้องผลิตเพิ่มมากขึ้น”

4. องค์ประกอบด้านกฎระเบียบ (Law and regulations)

ในการจัดระบบการให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ พบว่า กฎระเบียบ ข้อบังคับต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เอื้อให้กระบวนการดำเนินการได้อย่างราบรื่น โดยแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพในการออกกฎระเบียบที่ยืดหยุ่นได้ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 5.8

ตารางที่ 5.8 ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพของหน่วยงานและกฎระเบียบข้อบังคับการให้บริการ

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ	
	กฎระเบียบ และ ข้อบังคับ	คำอธิบาย
สพฉ.	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับสนับสนุน/พัฒนา/ควบคุม/จัดบริการระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ
สวบ.	✓	เป็นองค์กรที่มีกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุน/พัฒนา/อบรม/ระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศร่วมกับ สพฉ.
สธ.	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศร่วมกับ สพฉ.
สปสช.	✓	เป็นองค์กรที่มีระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนงบประมาณพัฒนา ระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศแก่ สพฉ.
กห.	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ และให้ความร่วมมือกับ สพฉ.
สศช.	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ และให้ความร่วมมือกับ สพฉ.
กทส.	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนระบบการลำเลียงทางอากาศ และให้ความร่วมมือกับ สพฉ.
เกษตร	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ เพื่อการทำแผนและสนับสนุนระบบการลำเลียงทางอากาศ ให้ความร่วมมือกับ สพฉ.
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเชิงพาณิชย์/การกุศล และให้ความร่วมมือกับ สพฉ.
SOS	✓	เป็นองค์กรที่ออกกฎ/ระเบียบ/ข้อบังคับ สนับสนุนระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเพื่อการพาณิชย์เท่านั้น
ประกันภัย	✓	เป็นองค์กรที่มีกฎข้อบังคับ เพื่อเสนอขายบริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ในลักษณะเบี้ยประกันเพิ่มเติมเป็นทางเลือกเชิงพาณิชย์ ให้ลูกค้าพิจารณาเลือกซื้อ
ประชาชน	×	เป็นผู้มีความต้องการขอให้มีการออกกฎ/ระเบียบสนับสนุนการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล แก่สาธารณะ

จากตารางที่ 5.8 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่า สำหรับรายละเอียดด้าน กฎและระเบียบ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล จากการศึกษาพบว่าทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกฎระเบียบตราไว้สนับสนุน การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล หากวิเคราะห์จากหน่วยงานสามารถจัดแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นภาครัฐ และกลุ่มที่เป็นภาคเอกชน ในกลุ่มที่เป็นภาครัฐ หากพิจารณาจากการให้บริการลำเลียงสายแพทย์สามารถแบ่งได้อีก 3 กลุ่มย่อย คือ

กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่เดิมไม่มีการลำเลียงผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ กระทรวงเกษตร และกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม ซึ่งข้อบังคับการครอบครองอากาศยานไม่ได้มีไว้เพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย แต่ด้วยการขอสนับสนุนอากาศยานจาก สพล. จึงเป็นกรณียืดหยุ่น ที่ต้องปรับแก้ระเบียบให้เอื้อต่อการนำอากาศยานไปใช้ประโยชน์เชิงมนุษยธรรม

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ไม่มีอากาศยานในองค์กร ได้แก่ สพล. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันเวชศาสตร์การบิน มีกฎระเบียบข้อบังคับที่ตราไว้เพื่อสนับสนุน พัฒนา จัดระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน โดยมี สพล. เป็นศูนย์กลางประสานงาน เพื่อขอยืมใช้อากาศยานจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เห็นชอบ

กลุ่มที่สาม คือ กลุ่มที่ครอบครองอากาศยานและใช้ในการกิจการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ได้แก่ สามเหล่าทัพและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยจัดบริการลำเลียงทางอากาศ คือ บุคลากร ทหารและตำรวจที่ได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ และ

ในกลุ่มที่เป็นภาคเอกชน กฎระเบียบที่ตราไว้เพื่อจุดประสงค์การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศไปรักษายังโรงพยาบาลเป็นลักษณะการซื้อขายบริการเชิงพาณิชย์

กฎระเบียบด้านการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลของ สพล. พิจารณาจากภาวะฉุกเฉินของผู้ป่วย สถานที่เกิดเหตุของผู้ป่วย รวมถึงการวินิจฉัยจากแพทย์เจ้าของไข้ว่ามีความจำเป็นต้องทำการเคลื่อนย้ายทางอากาศเพื่อนำผู้ป่วยส่งไปรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด ดังนั้น สพล. จึงได้วางระเบียบการอนุมัติขอใช้อากาศยานเป็น 4 กรณี ได้แก่ กรณีภัยพิบัติและจำเป็น กรณีภัยพิบัติและจำเป็นในต่างจังหวัด กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต่างจังหวัด และกรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในเขตกรุงเทพและปทุมฯ แต่ละกรณีมีระเบียบการขออนุมัติแตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กรณีภัยพิบัติและจำเป็น ให้มีการขออนุมัติใช้อากาศยานพยาบาลจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจ โดยให้มีคนขึ้นไปจาก เลขานุการสพล. หรือ รองเลขานุการ สพล. หรือ กพล. หรือ ผู้แทนสาธารณสุข

กรณีภัยพิบัติและจำเป็นในต่างจังหวัด ให้มีการขออนุมัติใช้อากาศยานพยาบาลจาก ผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจ โดยใช้มติสองคนขึ้นไปจาก ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธร นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับ เลขานุการสพฉ. หรือ รองเลขานุการสพฉ.

กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต่างจังหวัด ให้มีการขออนุมัติใช้อากาศยานพยาบาลจาก ผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจ โดยใช้มติสองคนขึ้นไปจาก ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธร นายแพทย์ สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เลขานุการ สพฉ. และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาตามเกณฑ์ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

กรณีเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในเขตกรุงเทพมหานครและปัทยา ให้มีการขออนุมัติใช้อากาศยานพยาบาลจากผู้บังคับบัญชาที่มีอำนาจโดยใช้มติสองคนขึ้นไปจาก ผู้ว่าราชการจังหวัด นายกเมืองพัทยา ผู้บังคับการตำรวจนครบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินกรุงเทพมหานคร (ศูนย์เอราวัณ) เลขานุการ สพฉ. และแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

5. องค์ประกอบด้านกำลังซื้อบริการ (Service purchasing)

ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศพบว่าตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาหลักสำคัญอีกประการหนึ่งคือ กำลังซื้อบริการ ที่มีอิทธิพลต่อการจัดระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพด้านกำลังซื้อแตกต่างกัน มีรายละเอียดดังตารางที่ 5.9 จากการศึกษาพบว่ามี 8 หน่วยงาน (ค่า CFP9) ที่เกี่ยวข้อง ไม่มีกำลังซื้อบริการอากาศยานพยาบาลซึ่งมาจากสาเหตุด้านการจัดสรรงบประมาณ หรือหน่วยงานเองไม่จำเป็นต้องมีการซื้อหาบริการเนื่องจากมีอากาศยานครอบครองอยู่แล้ว เช่น สามเหล่าทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีหน่วยย่อยภายในองค์กรที่แยกตัว เพื่อดำเนินการภารกิจเคลื่อนย้ายทางอากาศ ส่วนกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมและกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีอากาศยานแต่ไม่มี องค์ความรู้และทีมบุคลากรด้านเวชศาสตร์การบิน ในขณะที่ภาคเอกชนอย่าง ศูนย์การแพทย์ รพ. กรุงเทพ และบริษัทเอสไอเอส สาขาประเทศไทยเป็นธุรกิจเชิงพาณิชย์ ที่เน้นการขายบริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ทำให้ผู้ใช้บริการอย่างประชาชนในระดับผู้มีรายได้น้อยสามารถเลือกซื้อบริการทั้งทางตรง คือ ซื้อเฉาะ ยามจำเป็น หรือซื้อทางอ้อมโดยใช้วิธีการซื้อผ่านระบบประกันสุขภาพ ทำให้เห็นความแตกต่างของผู้ด้อยโอกาสซึ่งไม่มีอำนาจซื้อบริการ การศึกษายังพบว่าเมื่อ สพฉ.เข้ามามีบทบาทด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ สพฉ.ได้เข้าไปเจรจากับหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีอากาศยาน และใช้อำนาจซื้อเสนอเป็นข้อแลกเปลี่ยนให้แก่หน่วยงานที่ยินดีให้ความร่วมมือ นำอากาศยานออกปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วย ทำให้สามารถสร้างโอกาสการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ผู้ด้อยโอกาสได้

ตารางที่ 5.9 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านอำนาจซื้อบริการ

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านอำนาจซื้อบริการ	
	อำนาจซื้อ	คำอธิบาย
สพฉ.	√	เป็นองค์กรที่มีกำลังซื้อบริการการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ (จ่ายค่าเช่าโดยซื้อชั่วโมงบินอากาศยาน ชั่วโมงบินเริ่มต้นในอัตรา 40,000 บาท)
สวบ.	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่สนับสนุนจัดอบรมองค์ความรู้เวชศาสตร์การบินและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
สธ.	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่ให้การสนับสนุนทรัพยากรบุคคล/เครื่องมือ/ยานพาหนะทางบก และทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
สปสช.	√	เป็นองค์กรที่ให้เงินทุนสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ สพฉ. (ใช้อำนาจซื้อผ่าน สพฉ.)
กท.	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่มีอากาศยานในครอบครองเพื่อภารกิจด้านความมั่นคงและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
สตร.	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่มีอากาศยานในครอบครองเพื่อภารกิจด้านความมั่นคงและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
กทส.	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่มีอากาศยานในครอบครองเพื่อภารกิจด้านสิ่งแวดล้อมและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
เกษตร	×	ไม่มีอำนาจซื้อแต่มีอากาศยานในครอบครองเพื่อภารกิจทำฝนเทียม และทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
โรงพยาบาล กรุงเทพ	×	เป็นองค์กรที่ขายบริการระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ เพื่อการพาณิชย์ และทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
SOS	×	เป็นองค์กรที่ขายบริการระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศทุกประเภท เพื่อการพาณิชย์
ประกันภัย	√	เป็นองค์กรที่เสนอขายผลิตภัณฑ์บริการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในลักษณะเบี้ยประกันที่ลูกค้าต้องซื้อเพิ่มเติม
ประชาชน	√ ×	เป็นผู้เรียกร้องขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล (ซื้อบริการเอง/ผู้มีรายได้) (ขอรับบริการจาก สพฉ./ผู้ถือใบอนุญาต)

จากตารางที่ 5.9 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่า ประชาชนที่ใช้บริการอากาศยานพยาบาลก่อนหน้าที่มี สพฉ. สามารถแบ่งได้อยู่สองระดับ คือ ระดับที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้สูง และระดับข้าราชการที่สังกัดหน่วยงานที่มีอากาศยานให้บริการ เช่น กระทรวงกลาโหมและกระทรวงมหาดไทย ประชาชนทั่วไปไม่สามารถมีโอกาสเข้าถึงบริการดังกล่าวได้ จนกระทั่ง มีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ซึ่งส่งผลให้มีการก่อตั้ง สพฉ. ขึ้น จึงได้มีโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเพื่อให้บริการประชาชนตามมา สพฉ. ได้ขอรับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ กพฉ. เพื่อดำเนินการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศโดยอาศัยบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ขอใช้

อากาศยานและบุคลากรทางการแพทย์จากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยจัดสรรงบจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อจ่ายอุดหนุน ชดเชยค่าบริการตามจริง ในเบื้องต้นกำหนดไว้เป็นราคาเหมาจ่ายไม่เกิน 40,000 บาท ต่อชั่วโมงบิน สำหรับเศษของชั่วโมงบินถ้าไม่เกินสามสิบนาทีให้คิดเป็นอัตราจ่ายไม่เกิน 20,000 บาท ส่วนเศษของชั่วโมงที่อยู่ระหว่าง 31-60 นาทีให้คิดอัตราจ่ายไม่เกิน 40,000 บาท อย่างไรก็ตาม หากมีค่าใช้จ่ายรวมที่เกิดขึ้นที่เกินรายละเอียดข้างต้น สพฉ. จะดำเนินการขออนุมัติจาก กพฉ. เพิ่มเติมเป็นกรณีพิเศษ ดังรายละเอียดของบุญถม กล่าวไว้ว่า

“สพฉ.ได้จัดระบบบริการอากาศยานพยาบาล ให้ประชาชนฟรีแต่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบและไม่เข้าใจ จึงคิดว่าไม่สามารถให้บริการคนจนได้ เพราะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองแพงมาก ส่วนมากเวลาเจ็บป่วยเบื้องต้นญาติผู้ป่วยจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเอง โดยใช้รถส่วนบุคคล เพราะความสะดวกมากกว่าและไม่เสียค่าใช้จ่าย”

6. องค์ประกอบด้านงบประมาณ การเงินการคลัง (Financing)

ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ พบว่า งบประมาณ เป็นองค์ประกอบที่เอื้อให้กระบวนการดำเนินการได้อย่างราบรื่น โดยแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพการจัดงบประมาณการคลังสนับสนุนดังรายละเอียดตารางที่ 5.10 แสดงรายละเอียดด้านงบประมาณซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดระบบ การให้บริการอากาศยานพยาบาล จากการศึกษาพบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับ การเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศซึ่งเป็นไปในลักษณะการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในองค์กร จึงได้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน นอกจากนี้ สพฉ. ยังได้ขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่มีศักยภาพเพื่อจัดบริการอากาศยานพยาบาลให้แก่ประชาชน พบว่าสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุขได้รับเป็นเจ้าภาพจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือการดำเนินงาน การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้กับ สพฉ. เนื่องจากการดำเนินงานมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีโอกาสเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลประโยชน์ในด้านการช่วยลดค่าใช้จ่ายโดยรวมของการรักษาพยาบาล เช่น ลดการติดเชื้ ลดการใช้จ่ายปฎิชีวนะ ลดระยะเวลาการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดอัตราการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ ตลอดจนลดโอกาสการทุพพลภาพ หรือแม้แต่โอกาสการสูญเสียชีวิต จากตารางยังพบว่าระบบประกันน่าจะเป็ช่องทางหนึ่งที่สามารถกระจายการจัดงบค่าใช้จ่ายในเชิงมหภาคที่สามารถเป็นไปได้หากรัฐต้องการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสในระยะยาว อย่างไรก็ตามมีเพียงสถาบันเวชศาสตร์การบินที่ไม่ได้มีการจัดสรรงบประมาณช่วยเหลือบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ได้มีส่วนสนับสนุนทางอ้อมกับ สพฉ. คือ รับ

เป็นองค์กรที่ผลิตและให้ความรู้เวชศาสตร์การบินแก่บุคลากรในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สพล.ส่งเข้ามาฝึกอบรม

ตารางที่ 5.10 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านงบประมาณ

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านงบประมาณ	
	งบประมาณ	คำอธิบาย
สพล.	✓	ได้รับงบประมาณกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินตามพรบ.งบประมาณรายจ่ายประจำปี (เหมาจ่าย 7.5 บาท/ประชากรไทยหนึ่งราย)
สวบ.	×	ไม่มีงบแต่เป็นองค์กรที่สนับสนุนการจัดอบรมองค์ความรู้เวชศาสตร์การบินและทำข้อตกลง และเป็นภาคีกับ สพล.
สธ.	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
สปลส.	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
กท.	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
สตร.	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
กทส.	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
เกษตร	✓	เป็นองค์กรที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐและให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ ฉุกเฉินร่วมกับสพล.
โรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร	✓	เป็นองค์กรที่มีการลงทุนเชิงพาณิชย์และให้การสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับสพล.
SOS	✓	เป็นองค์กรที่มีการลงทุนเชิงพาณิชย์ในด้านบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ
ประกันภัย	✓ ×	เป็นองค์กรที่มีการลงทุนเชิงพาณิชย์ขายผลิตภัณฑ์บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศใน ลักษณะเพิ่มเบี้ยประกัน
ประชาชน	×	เป็นผู้ขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล (ลงทุนซื้อบริการเอง/ผู้มีรายได้) (ขอรับบริการจาก สพล./ผู้ด้อยโอกาส)

จากตารางที่ 5.10 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าการที่ สพล. ได้จัดบริหารกองทุนการแพทย์ ฉุกเฉินสำหรับจ่ายเงินอุดหนุนชดเชยการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดย ไม่คำนึงถึงสิทธิการประกัน แต่ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นมีกองทุนพิเศษที่มีวัตถุประสงค์ที่ เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์ ดังนั้นการขนส่งผู้ป่วยสิทธิบัตรประกัน

สุขภาพระหว่างโรงพยาบาลจึงให้มีการเบิกจ่ายตามเกณฑ์ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ส่วนอัตราการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชย สพล. มีแนวทางขอเงินงบประมาณเพิ่มเติมจากกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและเงินบริจาคต่าง ๆ จากมูลนิธิและการกุศลเพื่อให้สามารถดำเนินโครงการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง ดังรายละเอียดของชาติชายกล่าวว่า

“ในอนาคที่บ้านเรา เฮลิคอปเตอร์พยาบาลจะใช้ในกรณีที่จุดเกิดเหตุอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และจำเป็นต้องนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็วที่สุด และใช้ในกรณีที่มีความสำคัญเร่งด่วน ตามการวินิจฉัยจากแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอด อาจเป็นการนำส่งระหว่างโรงพยาบาล เพราะโรงพยาบาลท้องถิ่นไม่มีศักยภาพในการรักษาได้ เช่น ขาดแพทย์เฉพาะทาง ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย ซึ่งในปัจจุบัน สพล. ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ชั่วโมงละ 4-5 หมื่นบาทก่อนในระยะเริ่มแรก แต่คงไว้ให้เป็นอัตราที่ลอยตัว เนื่องจากทางโรงพยาบาลกรุงเทพ แจ้งว่าค่าเชื้อเพลิงอากาศยานได้ปรับพุ่งสูงขึ้น ทาง สพล. จึงได้คิดทบทวนปรับราคาค่าบริการให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต ”

7. องค์ประกอบด้านการกำหนดนโยบายสนับสนุนการให้บริการอากาศยานพยาบาล (Policy support) ในการจัดระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ พบว่า การกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุนการให้บริการอากาศยานพยาบาล เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เอื้อให้กระบวนการดำเนินงานคงอยู่และเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยแต่ละหน่วยงานมีศักยภาพการกำหนดนโยบายเพื่อสนับสนุน การดำเนินงานอากาศยานพยาบาลในระดับพลเรือน ดังรายละเอียดตารางที่ 5.11 แสดงปัจจัยการกำหนดนโยบายที่มีอิทธิพลต่อการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ พบว่าหน่วยงานส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการกำหนดนโยบายการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ เป็นไปในลักษณะการจัดสวัสดิการให้แก่สมาชิกในองค์กรจึงกำหนดนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานในขอบเขตเฉพาะสมาชิกขององค์กร ส่วนเอกชนมีนโยบายจัดบริการอากาศยานพยาบาลในกรอบบริการระดับพลเรือนทั่วไปแต่มุ่งเป้าในเชิงพาณิชย์เพื่อการแสวงหาผลกำไร สำหรับผู้มีรายได้สูงเท่านั้นสามารถเข้าถึงการบริการนี้ได้ ขณะที่ผู้ด้อยโอกาสไม่มีโอกาส สพล. ได้เล็งเห็นช่องว่างความแตกต่างดังกล่าวจึงใช้วิธีการทางนโยบายโดยหาพันธมิตรที่มีอากาศยานครอบครอง และมีนโยบายที่ต้องการมีส่วนร่วมบริการสังคม ให้เข้ามาเป็นภาคีร่วมมือจัดบริการอากาศยานพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับองค์กรที่มีเฉพาะอากาศยานแต่ไม่มีองค์ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือหน่วยงาน

ที่ไม่มี บุคลากรแพทย์/อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ แต่มีนโยบายการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ สพฉ. จะใช้วิธีการประกอบร่าง ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น

ตารางที่ 5.11 ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานกับศักยภาพด้านนโยบายที่สนับสนุนการให้บริการ

หน่วยงาน	ศักยภาพด้านนโยบายที่สนับสนุนการให้บริการอากาศยานพยาบาล	
	นโยบายที่สนับสนุน	คำอธิบาย
สพฉ.	✓	มีนโยบายให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐแก่ประชาชนฟรีโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย
สวบ.	✓	มีนโยบายผลิตบุคลากร/อบรม/บริการอากาศยานพยาบาลเป็นสวัสดิการแก่กำลังพลและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
สธ.	✓	มีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่าย/บุคลากร/อุปกรณ์แพทย์/พาหนะทางบก เพื่อจัดบริการอากาศยานพยาบาลร่วมกับ สพฉ.
สปสช.	✓	มีนโยบายการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศร่วมกับ สพฉ.
กท.	✓	มีนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลเป็นสวัสดิการแก่กำลังพลและทำข้อตกลงร่วมเป็นภาคีกับ สพฉ.
สตร.	✓	มีนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลเป็นสวัสดิการแก่กำลังพลและทำข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
กทส.	×	ไม่มีนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลแต่ให้การสนับสนุนร่วมมือทำบันทึกข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
เกษตร	×	ไม่มีนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลแต่ให้การสนับสนุนร่วมมือทำบันทึกข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพฉ.
โรงพยาบาล กรุงเทพ	✓	มีนโยบายเชิงพาณิชย์โดยจัดให้มีบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศแก่บุคคลทั่วไปที่สามารถจ่ายค่าบริการได้ แต่เป็นภาคีกับ สพฉ.
SOS	✓	มีนโยบายเชิงพาณิชย์โดยจัดให้มีบริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศแก่บุคคลทั่วไปที่สามารถจ่ายค่าบริการได้
ประกันภัย	✓	มีนโยบายเชิงพาณิชย์เพื่อขายผลิตภัณฑ์บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศในลักษณะเบี้ยประกันที่ต้องซื้อเพิ่มเติม
ประชาชน	✓ ×	เป็นผู้ขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล (นโยบายซื้อบริการเอง/ผู้มีรายได้) และ/หรือ (ขอรับบริการจาก สพฉ./ผู้ด้อยโอกาส)

จากตารางที่ 5.11 ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่า สพฉ. ได้เริ่มใช้นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศขึ้นครั้งแรกภายใต้โครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศในปลายปี พ.ศ. 2552 โดยใช้หลักการบริหารการขอใช้ทรัพยากรร่วมผ่านการทำบันทึกข้อตกลงการขอใช้ทรัพยากรจากหน่วยงานที่ร่วมเป็นภาคีทั้งภาครัฐและภาคเอกชน แม้ว่า สพฉ. ไม่ได้แถลงนโยบายไว้เป็นลาย

ลักษณะอีกอย่างที่ดำเนินการอยู่เป็นนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพียงแต่กล่าวเป็นนัยทางอ้อมโดยการตีความจาก (1) พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 (2) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2553-2555 และ (3) มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีความชัดเจนทั้งขั้นตอนการปฏิบัติงาน หลักเกณฑ์เงื่อนไข การจ่ายเงินอุดหนุนชดเชย ค่าบริการ ดังคำกล่าวของอึ้งการ์ ความว่า

“การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศต้องมีกฎหมาย มีนโยบาย มีข้อบังคับ และมีงบประมาณที่เพียงพอและในภาคปฏิบัติต้องมี ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ควรมีการประชาสัมพันธ์ที่ดีให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง การดำเนินงานในปัจจุบันระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศมีเฉพาะ 5 เขตภูมิภาค ”

และ วัลณีกล่าวเสริมว่า

“เมื่อมีนโยบายที่ชัดเจนเราในฐานะผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการอากาศยานพยาบาล ต้องถือนโยบายกรอบภารกิจที่ทางหน่วยงานรับมา ซึ่งการทำนอกเหนือคำสั่ง อาจทำให้ถูกไล่ออกหรือหลุดจากหน้าที่ได้ ที่ผ่านมานในอดีตทางกองทัพ ได้รับการประสานขอความช่วยเหลือจากภาครัฐที่เป็นโรงพยาบาลอยู่บ้าง ยิ่งถ้ามีสพล.เป็นศูนย์ประสานงานและเสนอให้สามารถทำเรื่องเบิกจ่ายชัดเจน คาดว่าจะมีการเรียกใช้บริการได้บ่อยครั้งมากขึ้น”

5.4.4 การประสานภาคีความร่วมมือ (Collaboration Materialized)

ในปี พ.ศ. 2552 สพล.ได้เริ่มดำเนินการประสานขอความร่วมมือกับองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เช่น กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ รพ.กรุงเทพ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำเสนอโครงการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศให้กับ ผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจนครบาล ผู้บังคับการตำรวจภูธร ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครและคณะนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการ รพ.ศูนย์ ผู้อำนวยการ รพ.ทั่วไป ผู้อำนวยการรพ.ชุมชนทุกแห่ง เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2552 เพื่อวัตถุประสงค์ในการสร้างภาคีความร่วมมือ โดยจัดทำบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานต่าง ๆ ระหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

กรุงเทพมหานคร กระทรวงกลาโหม และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และหน่วยงานภาคเอกชนต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการบริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย

แนวทางการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือโครงการสกายด็อกเตอร์ (Sky Doctor Project) ระยะที่หนึ่งได้แบ่งพื้นที่ให้บริการไว้ 5 พื้นที่ (zone) จากภาพที่ 5.20 แสดงฐานบิน สัญลักษณ์พื้นที่สีเหลืองไม่มีฐานบิน สัญลักษณ์พื้นที่สีชมพูมีฐานปฏิบัติการทางทหาร พบว่าภาคใต้จัดไว้ให้มี 2 ฐานบินคือ ฐานบินสุราษฎร์ และฐานบินภูเก็ต เนื่องจากตัวจังหวัดภูเก็ต เป็นหมู่เกาะจัดอยู่ในพื้นที่พิเศษ การคมนาคมไม่สะดวกจึงได้เพิ่มให้เป็นฐานบินที่รับผิดชอบในพื้นที่ทั่วเกาะ โดยผู้รับผิดชอบในพื้นที่ฐานบินส่วนใหญ่ มอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตดูแลประสานกับสถานพยาบาลต่าง ๆ และหน่วยบินที่เป็นภาคีกับ สพล. โดยจังหวัดรับผิดชอบจัดการเตรียมความพร้อม เช่น ฝึกซ้อมและทำความเข้าใจระหว่างข้อมูล ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การจัดเตรียมพื้นที่ขึ้นลงอากาศยานเพื่อสนับสนุนภารกิจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ สาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ได้ร่วมมือจัดเตรียมสำรวจไว้ล่วงหน้า ตัวอย่างเช่น สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี หลังจากได้ส่งบุคลากรไปอบรมหลักสูตรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้นกับ สพล. เมื่อกลับมาพื้นที่ต้นสังกัดจึงระดมกำลังสำรวจพื้นที่สำหรับขึ้นลง อากาศยานเฮลิคอปเตอร์ล่วงหน้า โดยกำหนดไว้เป็นพิภคต่าง ๆ จำนวนมากกว่า 300 จุด เมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินด่วนต้องมีการเรียกใช้อากาศยานพยาบาล ทางผู้ปฏิบัติการบินสามารถเข้าช่วยเหลือได้ทันที ซึ่งชาติชายให้ความคิดเห็นว่า

“โครงการนี้เป็นโครงการหนึ่งที่ สพล.ให้ความสำคัญโดยได้ประสานระดมทรัพยากรที่อยู่กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน หาเฮลิคอปเตอร์ร่วมรื้อยลำเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรองรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉินในเขตพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติได้ เป็นการเพิ่มทางเลือก สำหรับการรอดชีวิตแก่ผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉินต่อไปด้วย”

จากการศึกษาพบว่า สพล.ได้ขอทำบันทึกข้อตกลง MOU กับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอใช้ใช้อากาศยานพยาบาล ขอให้มีการจัดอบรม และขอสนับสนุนบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งเครื่องมือหลักของการสร้างความร่วมมือมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

MOU 1 วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2552 การลงนามสัญญาการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลคมนาคม พื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่พิเศษ ระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)

MOU 2 วันที่ 18 กันยายน พ.ศ. 2552 การลงนามบันทึกความตกลงเรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของกระทรวงกลาโหม ระหว่างกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

MOU 3 วันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 การลงนามข้อตกลงการจัดอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น (basic aero medical evacuation course) ระหว่างสถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทยทหารอากาศ กองทัพอากาศ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

MOU 4 วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2553 การลงนามบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

MOU 5 วันที่ 7 เมษายน พ.ศ. 2554 ได้ลงนามสัญญาการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลคมนาคม พื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่พิเศษระหว่าง สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

MOU 6 วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2554 การลงนามบันทึกความร่วมมือ ระหว่าง กรุงเทพมหานคร กับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบและสนับสนุนการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

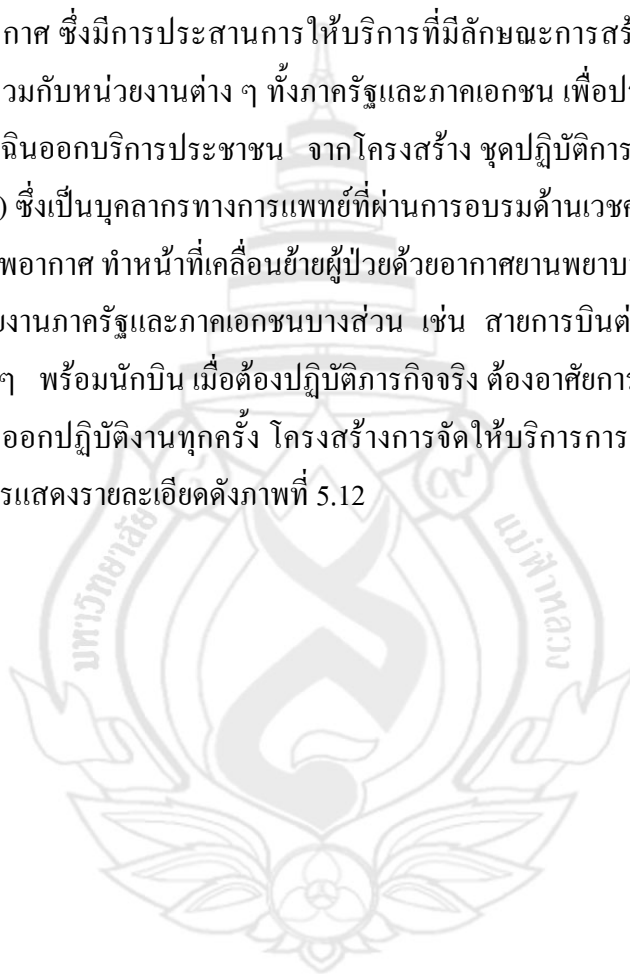
MOU 7 วันที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2554 การลงนามบันทึกความร่วมมือ ระหว่างบริษัท กาน់ดิณี เอวิเอชั่น จำกัด สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และชาติชายยังกล่าวเสริมไว้ว่า

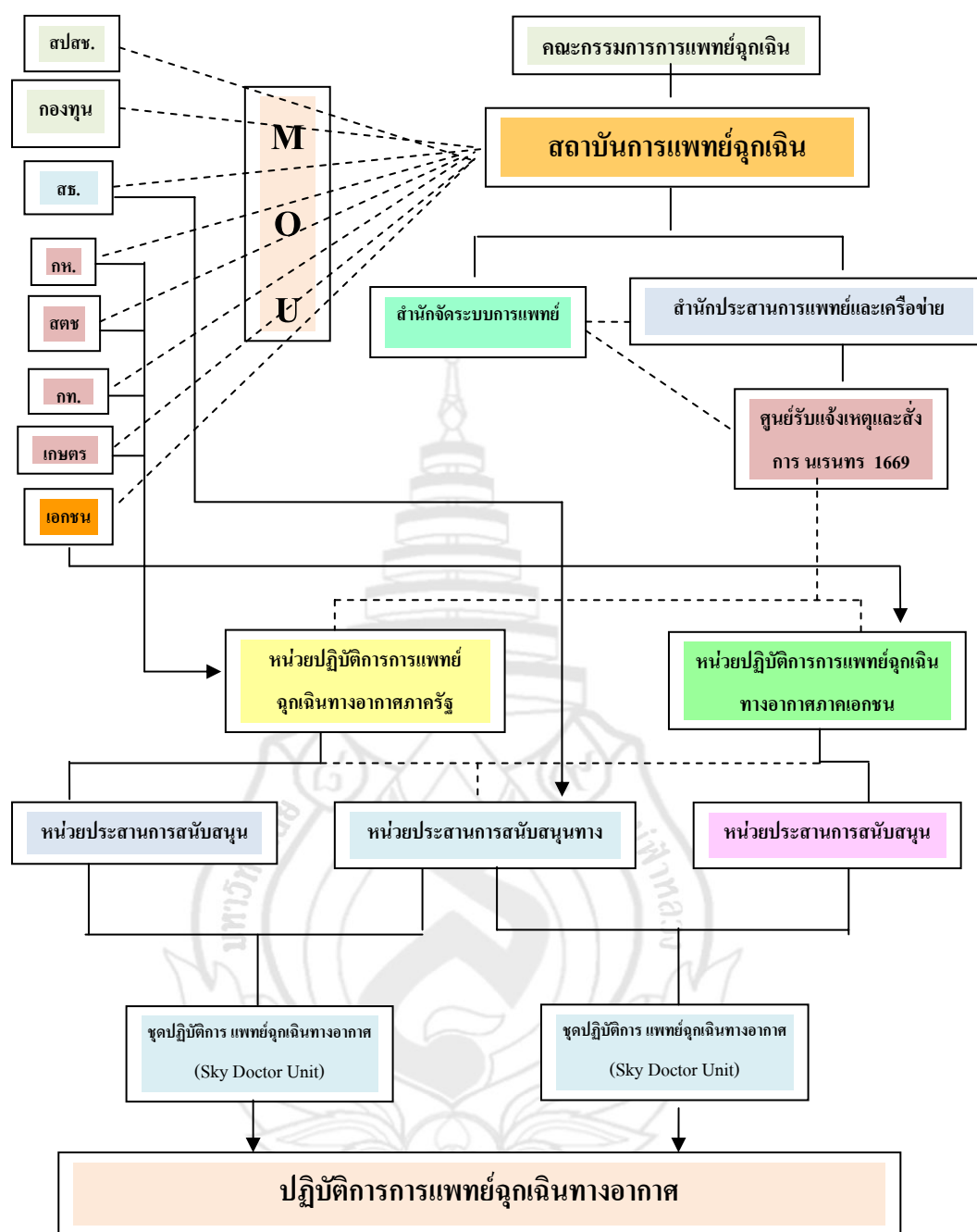
“สพฉ. เป็นตัวประสานให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ คือ ทำตัวคล้ายช่างเชื่อม คือ สพฉ.เป็นเจ้าภาพ ให้ สปสช./ สธ เป็นเจ้ามือประชาชนทั้งหลายต่างก็ได้ประโยชน์กับบริการอากาศยานพยาบาลนี้”
และ กล่าวเพิ่มเติมว่า

“สพฉ. เป็นองค์กรขนาดเล็กมีคนไม่ถึงร้อย แต่ต้องทำงานใหญ่ระดับชาติ ดังนั้นจึงต้องอาศัยภาคีเครือข่าย องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิในการปฏิบัติงาน โดย สพฉ. เป็นศูนย์กลางในการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2551 มาตรา 15 (7)”

5.4.4.1 โครงสร้างองค์การประสานภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยาน พยาบาล (Sky Doctor System: Organizational Line of Aero Medical Service Collaborators)

สพฉ. เป็นศูนย์กลางขับเคลื่อนจัดการบริหาร และให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชนภายใต้การควบคุมของ กพฉ. โดยมีสายการควบคุมการจัดการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และส่วนปฏิบัติการระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ในการให้บริการอากาศยานพยาบาล ดำเนินการผ่านศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ซึ่งมีการประสานการให้บริการที่มีลักษณะการสร้างเครือข่ายความร่วมมือขอใช้ทรัพยากรร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อประกอบกันเป็นชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินออกบริการประชาชน จากโครงสร้าง ชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ (sky doctor unit) ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์การบินจากสถาบันเวชศาสตร์กองทัพอากาศ ทำหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอากาศยานพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่มาจากภาคส่วนที่เป็นหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนบางส่วน เช่น สายการบินต่าง ๆ เนื่องจากมีเฉพาะอากาศยานเปล่า ๆ พร้อมนักบิน เมื่อต้องปฏิบัติการกิจจริง ต้องอาศัยการประกอบร่างเป็นอากาศยานพยาบาลก่อนออกปฏิบัติงานทุกครั้ง โครงสร้างการจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ สพฉ. ดำเนินการแสดงรายละเอียดดังภาพที่ 5.12





หมายเหตุ. ----- สายประสานงาน ————— สายบังคับบัญชา

จาก อัจฉริยะ แพงมา, สุทัตพันธุ์ ขจรบุญ, ชาติชาย สุภาพ และ อัญฤทธิ์ แสงจรัสวิชัย. (2555).

แนวทางการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน. กรุงเทพฯ: ศ.พิจิตรการพิมพ์.

ภาพที่ 5.12 ผังโครงสร้างองค์กรการประสานภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาล

5.4.4.2 บทบาทและหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Functions of Partners)

จากภาพที่ 5.12 พบว่าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการอากาศยานพยาบาลได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ สายการบินบางกอกแอร์เวย์ สายการบินกานต์แอร์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กระทรวงสาธารณสุขได้มีกองทุนที่ให้การสนับสนุนโดยให้บุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลในสังกัดเข้าร่วมช่วยเหลือให้บริการอากาศยานพยาบาล ตลอดจนให้ใช้เครื่องมือทางการแพทย์ทั้งที่เป็นรพพยาบาลและอุปกรณ์ที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีหน้าที่จัดสรรเงินงบประมาณในการดำเนินงานให้ สพล. บริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

กระทรวงกลาโหม ประกอบไปด้วยสามเหล่าทัพ ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ มีบทบาทหลักในการเอื้อเฟื้อพาหนะพร้อมนักบินที่ใช้ในการลำเลียงทางอากาศ เช่น เครื่องบินปีกหมุน เฮลิคอปเตอร์และเครื่องบินปีกตรึง C-130 ทั้งนี้เมื่อมีการขอใช้อากาศยานผ่านระบบศูนย์การประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศโดยสพล. แต่ละเหล่าทัพจะดำเนินการจัดสรรอากาศยานพร้อมนักบินเข้าร่วมการปฏิบัติงานทั้งนี้การอนุญาตให้ยืมใช้อากาศยานต้องไม่ขัดกับภาระหน้าที่หลักของต้นสังกัด และการดำเนินงานของพนักงานให้ถือว่าเป็นการดำเนินการตามหน้าที่งานปกติเหมือนต้นสังกัด สำหรับสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศมีบทบาทในด้านการฝึกอบรม พัฒนาศักยภาพให้มีทักษะและประสบการณ์ทางด้านเวชศาสตร์การบินโดยจัดเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญจัดอบรมหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศเบื้องต้นแก่บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ สพล. ส่งเข้าไปเรียนรู้

กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ได้จัดอากาศยานพร้อมนักบินเพื่อให้บริการการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศร่วมกับ สพล. ผ่านการทำบันทึกข้อตกลงโดยเมื่อมีการร้องขอเพื่อยืมใช้อากาศยานจากศูนย์ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ดำเนินการจัดหน่วยบินที่อยู่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยร้องขอ หรือใกล้เคียงโดยจัดอากาศยานปีกหมุน เฮลิคอปเตอร์ หรืออากาศยานปีกตรึงพร้อมนักบินออกดำเนินการสนธิกำลังร่วมกับทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการประสานเรื่องจาก สพล.

กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ เป็นหน่วยงานที่เข้าร่วมทำบันทึกข้อตกลงให้ สพล. ยืมใช้อากาศยานในสังกัด เมื่อได้รับการร้องขอความช่วยเหลือผ่านศูนย์ประสานงานของ สพล. จึงจัดอากาศยานพร้อมนักบินเพื่อเข้าสู่ระบบการประกอบร่างเป็น

อากาศยานพยาบาล โดยร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

สำหรับภาคเอกชนจากการศึกษาพบว่า หน่วยงานที่เข้าร่วมเป็นภาคีกับ สพล. ได้แก่ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งถือว่าเป็นอากาศยานพยาบาลที่สมบูรณ์แบบที่สุดในภูมิภาคเอเชียและผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพจากองค์กรการบินแห่งประเศยุโรป (EURAMI) สพล. ได้ทำบันทึกข้อตกลงเพื่อขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล แต่มีข้อแม้ว่าการปฏิบัติงานต้องใช้บุคลากรในสังกัดของ รพ.กรุงเทพเท่านั้น ดังนั้นสพล.จึงพิจารณาเลือกใช้ในกรณีพิเศษ คือ พบว่าผู้ป่วยมีอาการสาหัสขั้นวิกฤตเพราะอากาศยาน EC-145 หรือที่โรงพยาบาลกรุงเทพ เรียกว่า สกายไอชียู (Sky ICU) มีความสมบูรณ์พร้อมซึ่งเมื่อมีการขอประสานเรียกใช้ผ่านศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ทางศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพจะส่งอากาศยานพยาบาลที่มีเครื่องมือช่วยชีวิตที่ทันสมัยติดตั้งไว้พร้อมในอากาศยานมาให้การช่วยเหลือพร้อมกับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญประจำอากาศยานพยาบาล อย่างไรก็ตามกรณีที่ต้องมีการเคลื่อนย้ายโดยใช้สายการบิน เช่น บางกอกแอร์ หรือ กานต์แอร์ ลักษณะการให้บริการยังต้องมีการนำส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาล เพื่อลำเลียงขึ้นอากาศยานในพื้นที่สนามบินทั้งต้นทางและปลายทางทั้งนี้ สพล. ต้องมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือทางการแพทย์จากภาคพื้นและเลือกทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความเหมาะสมดังคำกล่าวของชาติชายที่ว่า

“สพล.ใช้ MOU บันทึกข้อตกลง เป็นเครื่องมือเจรจาเชื่อมประสานให้ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีทรัพยากรอากาศยานทั้ง Rotor Wing และ Fixed Wing ที่แสดงเจตจำนงร่วมมือเป็นภาคีกับ สพล. ร่วมปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ”

5.4.4.3 ขั้นตอนการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย (Procedures for Aero Medical Service Provision in Thailand)

จากการศึกษาขั้นตอนการให้บริการอากาศยานพยาบาลของ สพล. พบว่าภายใต้คณะกรรมการของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ซึ่งได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อได้รับคำร้องขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล จะทำหน้าที่ประสานไปยังผู้สนับสนุน ได้แก่ ศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินกลาโหม ที่ควบคุมสำนักงานแพทย์สองแห่ง คือ สำนักงานแพทย์กองทัพอากาศ และสำนักงานแพทย์กลาโหม ซึ่งศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินกลาโหม มีหน้าที่สั่งการให้สามเหล่าทัพ ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ โดยแต่ละเหล่าทัพจะส่งเรื่องที่ได้รับไปยังศูนย์ประสานการแพทย์ของแต่ละเหล่าทัพ เพื่อแจ้งคำร้องให้สำนักงานแพทย์แต่ละเหล่าทราบ ยกเว้นในสายของกองทัพอากาศที่ศูนย์ประสานการแพทย์ของ

กองทัพอากาศ ต้องส่งเรื่องไปยังศูนย์ลำเลียงสายแพทย์ ซึ่งส่งเรื่องตรงไปยังสถาบันเวชศาสตร์การบิน เมื่อขั้นตอนการรับเรื่องมาถึงส่วนสำนักงานแพทย์แต่ละเหล่าทัพ และสถาบันเวชศาสตร์การบินเป็นที่เรียบร้อย ทั้งสามหน่วยที่ได้รับเรื่องจะประสานไปยังหน่วยบินทันที เพื่อหาทีมอากาศยานออกปฏิบัติการ ทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นกระบวนการดำเนินเรื่องของศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉิน กลาโหม หากเป็นพลเรือนลักษณะคล้ายกัน คือ ศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉินพลเรือน ต้องส่งเรื่องไปยัง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อประสานส่งเรื่องต่อไปยัง สำนักงานฝนหลวง สำนักงานการบินกรมทรัพย์ และกองบินตำรวจ ตามลำดับ เพื่อประสานหาหน่วยบินออกปฏิบัติการช่วยเหลือ และในภาคพลเรือนที่เป็นเอกชน เช่น รพ.กรุงเทพต้องดำเนินเรื่องเฉพาะหน่วยงาน โดยศูนย์ประสานการแพทย์ฉุกเฉิน สพล. ที่ได้รับแจ้งผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ประจำจังหวัดที่ร้องขออากาศยานพยาบาล จากการประเมินสถานะฉุกเฉินของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลเต็มรูปแบบที่พร้อมทั้งแพทย์และอุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิต ให้ดำเนินการอนุมัติตามระบบ ที่กล่าวมาเป็นส่วนทั้งหมดของภาคการสนับสนุน ส่วนภาคที่รับเรื่องตรงจากผู้ขอใช้ คือ ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน สพล. ให้การดำเนินการผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 ทำหน้าที่ประสานชุดปฏิบัติการทางอากาศ พร้อม ๆ กับประสานไปยังหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพิจารณาคัดความเหมาะสม เพื่อส่งเรื่องไปยังภาคส่วนสนับสนุนของพลเรือน หรือภาคส่วนสนับสนุนของทหารในท้ายสุด หลังจากการคัดเลือกที่เหมาะสมจึงได้ชุดที่พร้อมปฏิบัติการทางอากาศ ผู้วิจัยจึงแบ่งนำเสนอออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และขั้นตอนการประสานหน่วยบินแต่ละหน่วยงาน ดังภาพที่ 5.13 และภาพที่ 5.14 โดยมีการแสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้

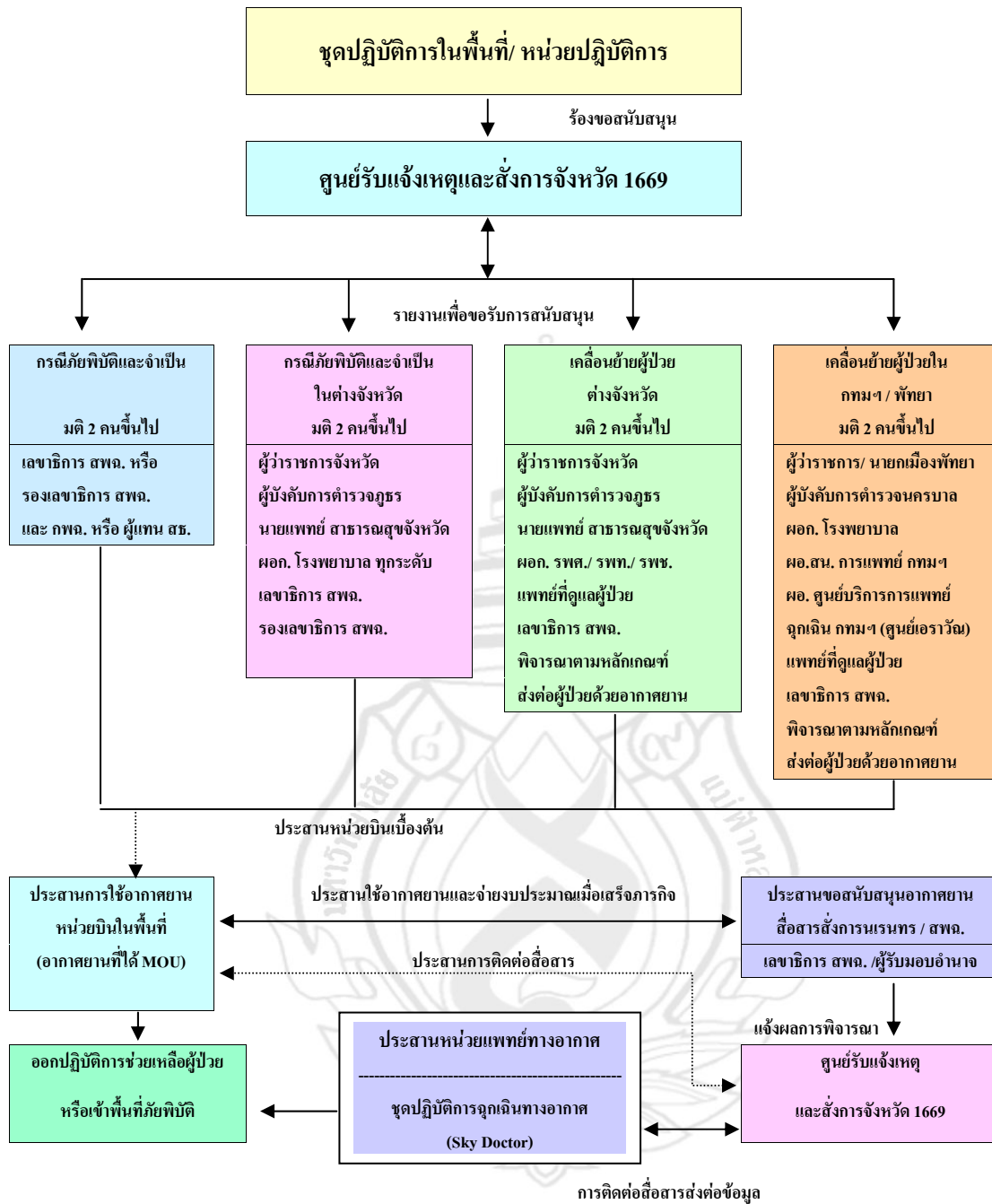
1. ขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน จากผลการศึกษาการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยานจาก สพล. รายละเอียดเริ่มต้นจากชุดปฏิบัติการในพื้นที่ หรือหน่วยปฏิบัติการที่ได้รับแจ้งเหตุทำการร้องขอรับการสนับสนุนไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัด 1669 เพื่อการพิจารณา เช่น ในกรณีภัยพิบัติและจำเป็น ผู้มีอำนาจอนุมัติ คือ มติ 2 ใน 6 จากผู้ว่าราชการจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกระดับ เลขานุการ สพล. รองเลขานุการ สพล. จากนั้นศูนย์รับแจ้งเหตุในพื้นที่นั้น ๆ ดำเนินการแจ้งประสานเบื้องต้นกับหน่วยบินที่อยู่ในพื้นที่ และประสานคำร้องขอรับการสนับสนุนไปยัง สพล. เพื่อให้เลขานุการ สพล. หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายพิจารณาสนับสนุน กรณีที่ สพล. เห็นชอบผ่านตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทาง สพล. จะประสานขอใช้อากาศยานพยาบาลไปยังหน่วยงานที่ได้ทำ MOU เมื่อ สพล. ได้รับการยืนยัน สนับสนุนอากาศยานแล้ว สพล. จึงแจ้งผลการพิจารณาไป

ยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด เพื่อให้ทางศูนย์ประสานงานให้ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยาน (Sky Doctor) ที่จะร่วมในการเดินทาง ออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจ หน่วยปฏิบัติการต้นทางรวบรวมสรุปรายละเอียดเป็นเอกสาร ในแบบฟอร์ม HEMS 2 ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ส่วนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลรายละเอียดทั้งหมดของผู้ป่วยที่ลำเลียงทางอากาศเป็นรายงานผลปฏิบัติการในแบบฟอร์ม HEMS1 เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบ เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบความถูกต้องด้านเอกสารทั้ง 2 ฟอร์มแล้วจึงรวบรวมนำส่งให้ สพล. เพื่อให้ดำเนินการเบิกจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศยานให้แก่หน่วยปฏิบัติการบิน หรือส่งผ่านไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อมอบให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป รายละเอียดแสดงในแผนภาพที่ 5.13 ฟังก์ชันตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน พยาบาล

2. ขั้นตอนการประสานหน่วยบินแต่ละหน่วยงาน จากผลการศึกษาพบว่า ศูนย์ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของ สพล.ภายใต้การสนับสนุนจาก กพท. ได้แต่งตั้งคณะทำงานซึ่งทำหน้าที่ประสานการขอใช้บริการกับผู้สนับสนุนที่มีทรัพยากรอากาศยาน ในส่วนผู้สนับสนุนประกอบไปด้วยสองส่วนคือ

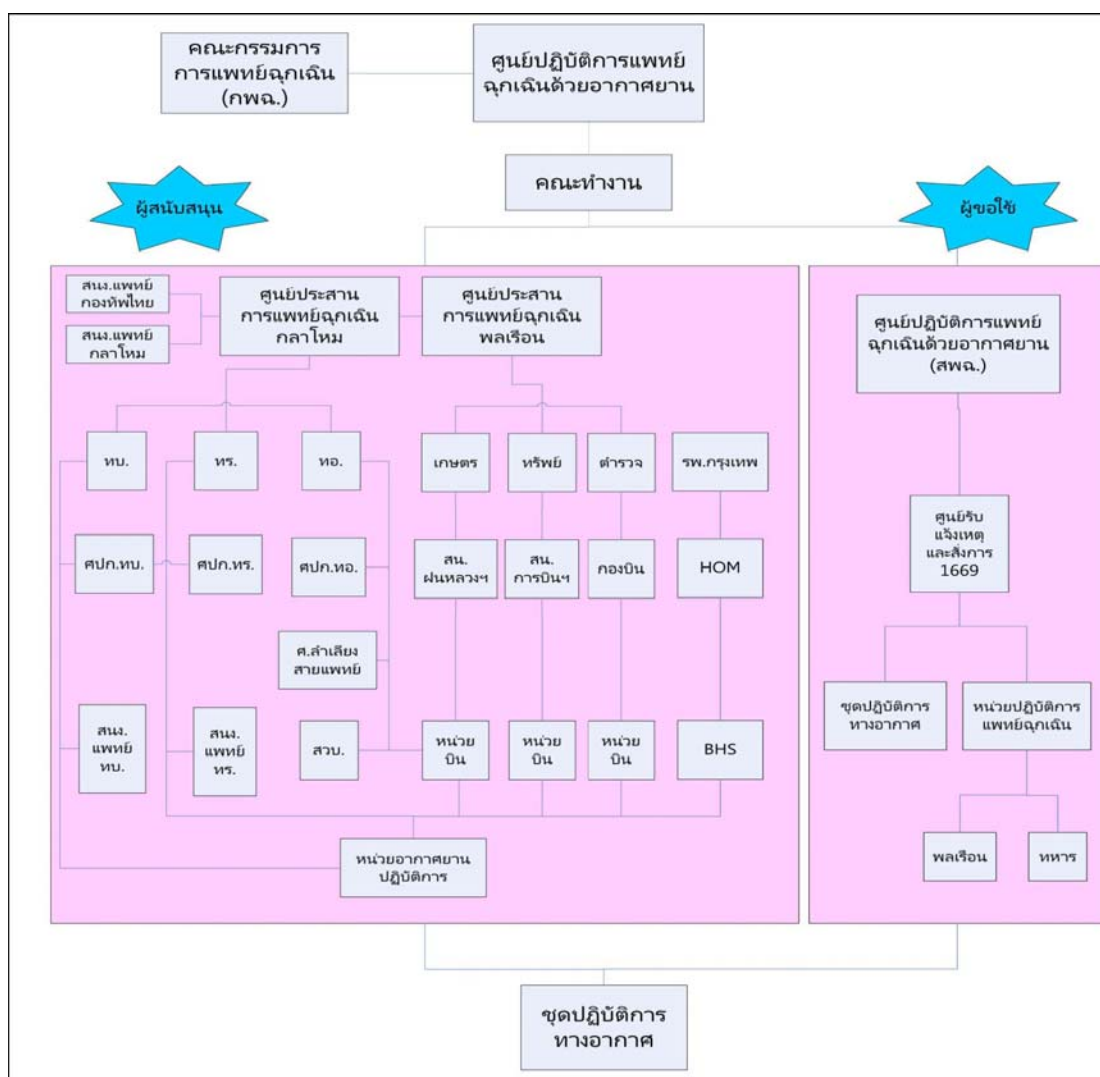
1) ส่วนประสานการแพทย์ที่เป็นกลาโหมและพลเรือน ประกอบด้วยหน่วยงานจากสามเหล่าทัพได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ ในสามเหล่าทัพมีเพียงกองทัพอากาศที่มีการจัดองค์กรซึ่งดูแลควบคุมการให้บริการอากาศยานพยาบาลแยกออกเป็นสัดส่วน คือ สถาบันเวชศาสตร์การบิน ขณะที่สองเหล่าทัพที่เหลือมีสำนักงานแพทย์ดูแล

2) ส่วนประสานการแพทย์ที่เป็นพลเรือน พบว่ามี 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นเอกชนซึ่งได้แก่ ศูนย์การแพทย์รพ.กรุงเทพ ซึ่งมีหน่วยให้บริการเฉพาะที่พร้อมให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อมีการประสานเรียกใช้ ขณะที่ส่วนที่เป็นภาครัฐจะมีหน่วยบินสำนักฝนหลวงซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ หน่วยบินกรมทรัพย์ซึ่งอยู่ภายใต้กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และหน่วยบินตำรวจจากกองบินตำรวจซึ่งอยู่ภายใต้สำนักงานตำรวจแห่งชาติ เมื่อได้รับการร้องขอสนับสนุนอากาศยาน ผู้สนับสนุนภายใต้ศูนย์ประสานงานจะประสานให้ชุดปฏิบัติการทางอากาศออกปฏิบัติการ ทั้งนี้ต้องอาศัยการประกอบร่างร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล และอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้สามารถเป็นอากาศยานพยาบาลก่อนออกปฏิบัติการกิจ ดังภาพที่ 5.14 ส่วนในด้านผู้ขอใช้บริการจะมีขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยานที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1 ข้างต้น



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ข). มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันฯ, 59.

ภาพที่ 5.13 ผังขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

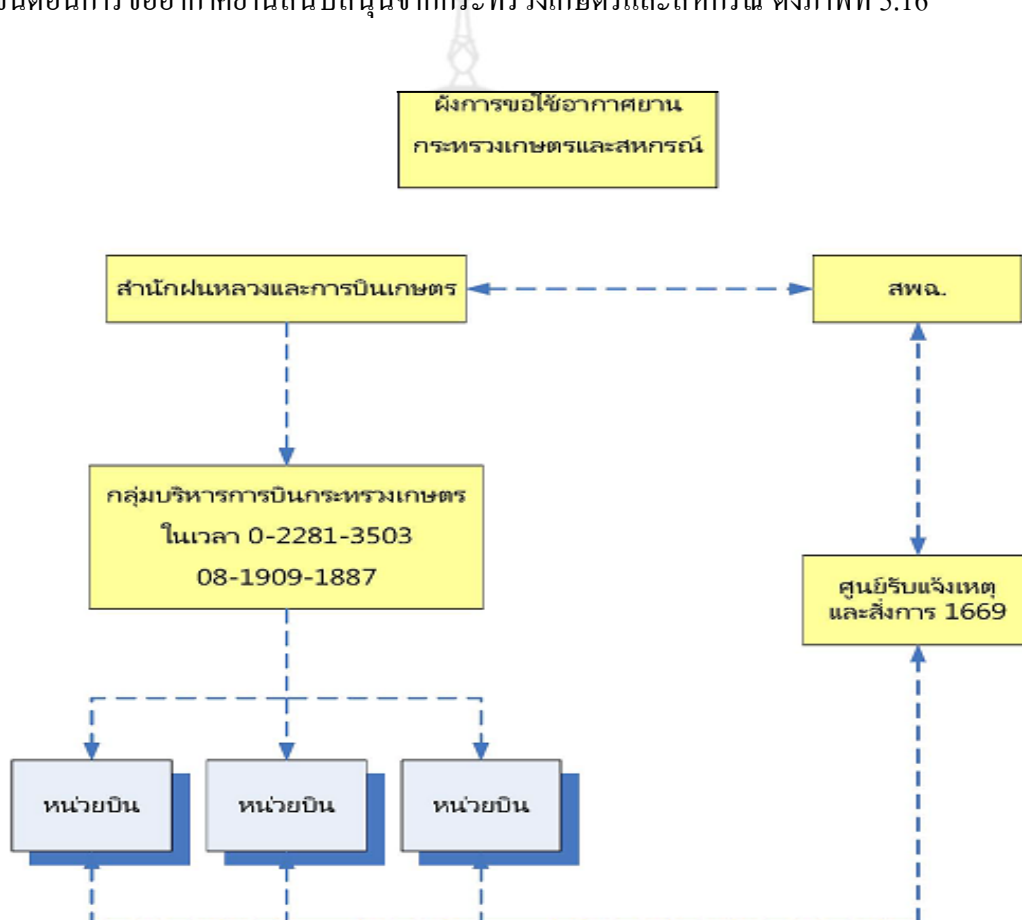


จาก อัจฉริยะ แพงมา. (2554). แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขตกรุงเทพ. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ภาพที่ 5.14 รายละเอียดผู้สนับสนุนและการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลไทย

2) ส่วนของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ฝ่ายสนับสนุนที่เป็นกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ลักษณะการดำเนินงานประสานงานระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 กับ สพฉ. ซึ่งเป็นภาคการรับแจ้งขอใช้บริการจากประชาชน ดำเนินคำร้องตรงไปยังสำนักฝนหลวงและการบินเกษตร พิจารณาส่งตรงเรื่องให้กลุ่มผู้บริหารการบินกระทรวงเกษตรซึ่งกระทำการเฉพาะในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. เท่านั้น เมื่อฝ่ายรับทราบจึงจัดหน่วยบินที่ไม่ได้ติดภารกิจ ออกปฏิบัติการแล้วการประสานผลให้ สพฉ.ทราบ ดั้งขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ดังภาพที่ 5.16

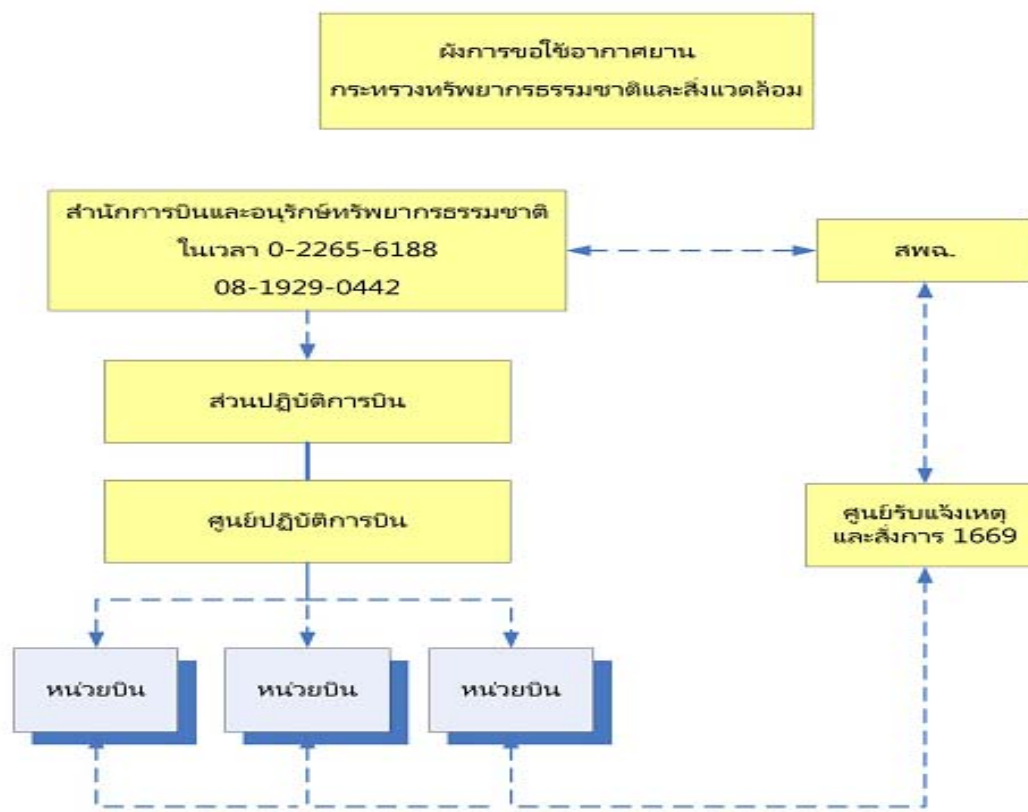


จาก อัจฉริยะ แพ่งมา. (2554). แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ภาพที่ 5.16 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

3) ส่วนของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ฝ่ายสนับสนุนที่เป็นกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ลักษณะการดำเนินงานประสานงาน ระหว่าง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 กับ สพฉ. ซึ่งเป็นภาคการรับแจ้งขอใช้บริการจากประชาชนดำเนินคำร้องตรงไปยังสำนักงานการบินและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งกระทำการเฉพาะในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. เท่านั้น โดยสำนักงานการบินฯ พิจารณาส่งตรงเรื่องให้ศูนย์ปฏิบัติการบินโดยผ่านการประสานจากส่วนปฏิบัติการบินเพื่อจัดหน่วยบินที่ไม่ได้ติดภารกิจออกปฏิบัติการพร้อมกับประสานผลให้ สพฉ.ทราบ ดังภาพที่ 5.17

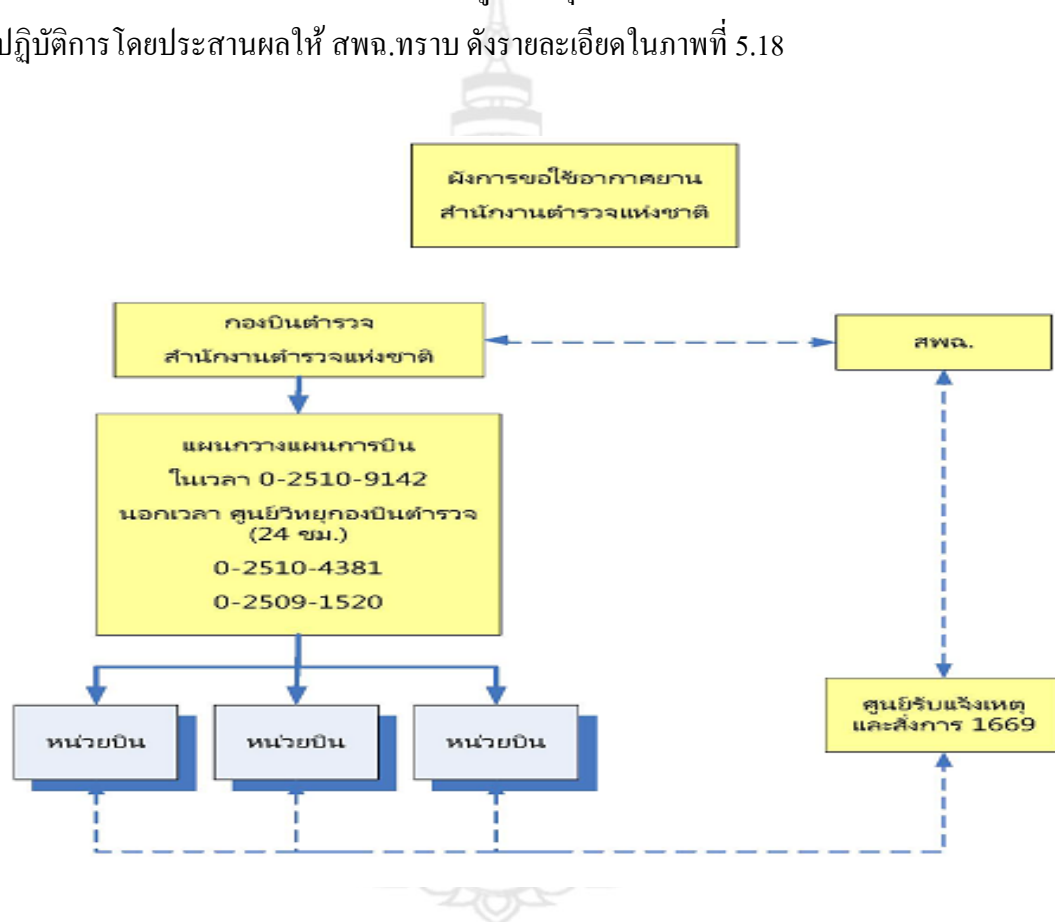


จาก อัจฉริยะ แพ่งมา. (2554). แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ภาพที่ 5.17 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

4) ส่วนของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ฝ่ายสนับสนุนที่เป็นสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ลักษณะการดำเนินงานประสานงานระหว่าง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 กับ สพฉ. ซึ่งเป็นภาคการรับแจ้งขอใช้บริการจากประชาชนดำเนินคำร้องตรงไปยังกองบินตำรวจสำนักงานตำรวจแห่งชาติซึ่งพิจารณาส่งตรงเรื่องไปแผนกวางแผนการบินในเวลาราชการ 08.00-16.00 น. ให้ประสานติดต่อที่เบอร์ 02-510-9142 และนอกเวลาที่ศูนย์วิทยุกองบินตำรวจซึ่งปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ 02-510-4381 และ 02-509-1520 เมื่อแผนกวางแผนหรือศูนย์วิทยุรับทราบจึงจัดหน่วยบินที่ไม่ได้ติดภารกิจออกปฏิบัติการโดยประสานผลให้ สพฉ.ทราบ ดังรายละเอียดในภาพที่ 5.18



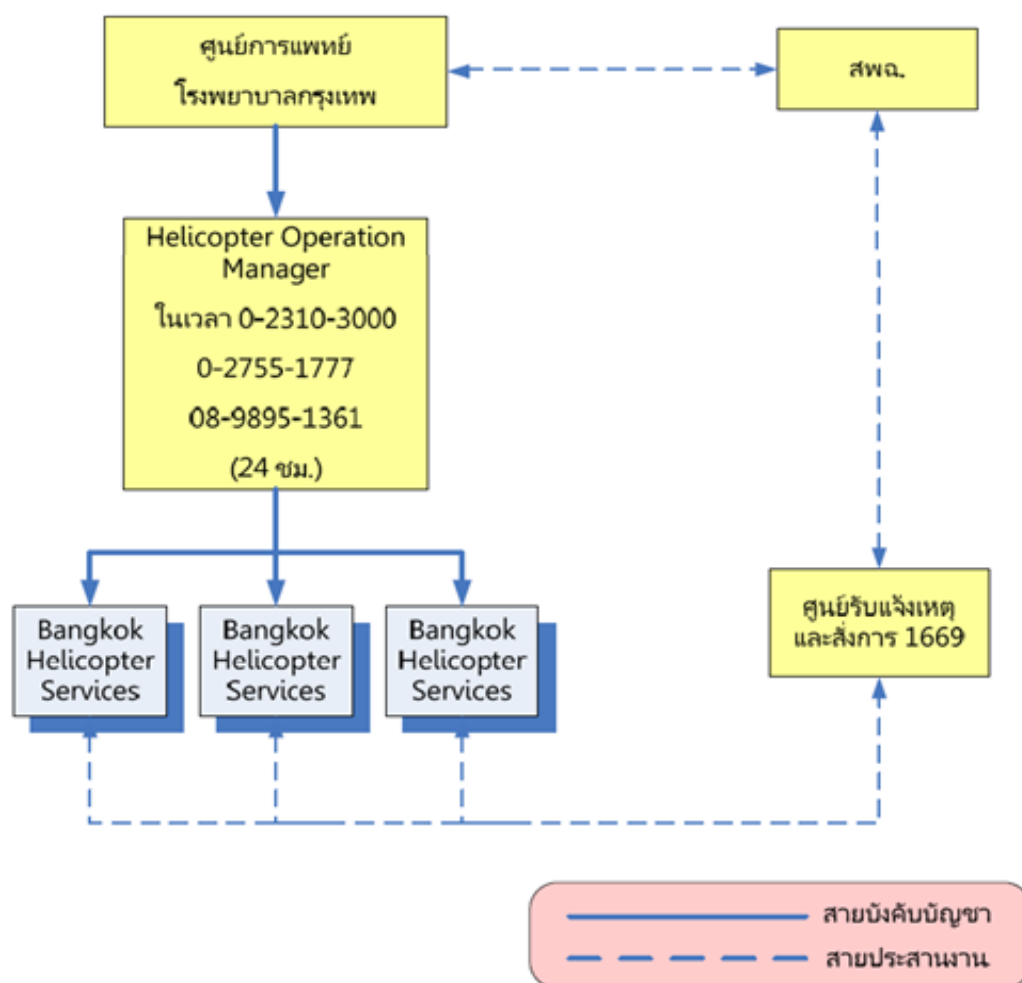
จาก อัจฉริยะ แพ่งมา. (2554). แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ภาพที่ 5.18 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

5) ส่วนของศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

การดำเนินงานที่ สพจ.ทำร่วมกับศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ใช้ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุของหน่วยราชการมีไม่เพียงพอ เช่น ดิจิทัลกิจ หรือ สพจ. ประเมินจากสภาพของผู้ป่วยแล้วว่าการความพร้อมด้านอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยังชีพผู้ป่วยขณะนั้น แต่ลักษณะการดำเนินการเมื่อมีการขอความร่วมมือจาก สพจ. แล้ว ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ มีข้อยกเว้นที่ไม่ต้องนำส่งผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลในเครือ (หากมีการเรียกใช้โดยทั่วไปที่ไม่ผ่าน สพจ. โรงพยาบาลกรุงเทพมีนโยบายต้องนำส่งผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลในเครือทั้ง 11 แห่งเท่านั้น) ลักษณะการดำเนินงานขอใช้อาคารสถานพยาบาล มีลักษณะเหมือนกับที่ใช้ในการขออนุญาตตามระเบียบของศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพทั้งสิ้น ต่างกันตรงที่ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมดโดยตรงจาก สพจ. เป็นเงินเหมาจ่าย อัตรา 40,000 บาทต่อชั่วโมง ซึ่งเป็นอัตราค่าใช้จ่ายกรณีพิเศษในการนำกิจการของภาคเอกชนตอบแทนสังคมด้วยการช่วยเหลือเพื่อการกุศล

ฝ่ายสนับสนุนที่เป็นเอกชนหนึ่งเดียวที่ร่วมทำบันทึกข้อตกลงเป็นภาคีกับ สพจ.ในระยะแรก และเป็นภาคเอกชนรายแรก คือ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ลักษณะการดำเนินการประสานงานระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 กับ สพจ. ซึ่งเป็นภาคการรับแจ้งขอใช้บริการจากประชาชนดำเนินคำร้องตรงไปยัง ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ให้ประสานในเวลาราชการ 08.00-17.00 น. ติดต่อที่เบอร์โทร 02-310-3000 และนอกเวลาราชการ ซึ่งปฏิบัติการ 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทร 02-755-1777 และ 089-895-1361 โดยคำร้องจะถูกส่งตรงไปยังผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการบิน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผนการช่วยเหลือและขออนุมัติผู้บริหารระดับสูง โดยการส่งสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบไวไฟด้วยโทรศัพท์มือถือเพื่อขออนุมัติให้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลออกปฏิบัติการ พร้อมกันกับการประสานผลให้ สพจ.ทราบ ดังรายละเอียดในภาพที่ 5.19 แสดงขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ



จาก อัจฉริยะ แพงมา. (2554). แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ภาพที่ 5.19 ขั้นตอนการขออากาศยานสนับสนุนจากศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ

5.4.4.4 ความแตกต่างด้านขอบเขตและภารกิจ

สพฉ. ได้พิจารณาความจำเป็นที่ต้องใช้อากาศยานเพื่อการลำเลียงทางการแพทย์จึงได้จัดให้มีโครงการบริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนโดยใช้อากาศยานในสังกัดของภาคีที่มีอากาศยานครอบครองและใช้ในการภารกิจลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศขององค์กร ส่วนใหญ่ได้รับความร่วมมือจาก สามเหล่าทัพ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ที่จัดอากาศยานพร้อมนักบินมาช่วยดำเนินการ อย่างไรก็ตาม สพฉ. ต้องทำการดัดแปลง อากาศยานที่ยืมมาให้พร้อมและเหมาะสมสำหรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ขอบเขตและภารกิจที่ให้บริการมีความแตกต่างใน 2 ลักษณะ คือ ลักษณะของภารกิจ และลักษณะของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของภารกิจ

การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลเป็นการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องกระทำแข่งขันกับเวลา การเลือกพิจารณาพาหนะที่ช่วยนำส่งผู้ป่วยถึงมือแพทย์เป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถในการตัดสินใจของทีมที่เข้าช่วยเหลือ การใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยังเป็นสิ่งใหม่ในภาคพลเรือนไทย เนื่องจากไม่ได้พบเห็นเป็นประจำเหมือนกับการใช้พาหนะทางบก เช่น รถพยาบาล ซึ่งเป็นที่คุ้นเคย ภารกิจการนำอากาศยานพยาบาลของรัฐออกให้บริการประชาชนภายใต้การบริหารจัดการของ สพฉ. เกิดขึ้นจากแนวคิดนาทิงแห่งความเป็นความตาย (the golden hour theory) ที่กล่าวว่า การนำส่งผู้ป่วยหรือผู้ได้รับบาดเจ็บสู่มือแพทย์เพื่อการรักษาต่อ ยิ่งเร็วที่สุดจะยิ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยโดยเฉพาะภายใน 1 ชั่วโมงแรก ที่สภาพอาการส่วนใหญ่สามารถชี้นำชีตตายชีวิตของผู้ป่วยได้ (Cowley, 1977) จึงเป็นเหตุผลหลักที่ สพฉ. ต้องเลือกใช้อากาศยานพยาบาลเข้ามาช่วยสนับสนุนการลำเลียงเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพราะอากาศยานเป็นพาหนะเดียวในปัจจุบันที่มีสมรรถนะ ในการเคลื่อนย้ายด้วยความเร็วสูงเมื่อเทียบกับพาหนะอื่น ๆ

ในประเทศไทยอากาศยานที่ใช้งานด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศต้องประยุกต์หลักของการประกอบร่าง กล่าวคือ หาทีมใช้อากาศยานจากหน่วยงานที่มี มาประกอบกับทีมแพทย์และพยาบาลและอุปกรณ์ภาคพื้นเพื่อปฏิบัติการ ลักษณะของภารกิจในช่วงแรกของการให้บริการจัดให้เป็นลักษณะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเข้าหาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาสูงกว่าโดยพิจารณาตามอาการซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อที่ 2 ลักษณะกฎเกณฑ์ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความจำเป็นต้องใช้บริการเคลื่อนย้ายทางอากาศ ในอนาคตเมื่อมีความพร้อมทั้งบุคลากร เครื่องมือแพทย์ และอากาศยาน สพฉ. คาดว่าอากาศยานพยาบาลสามารถดำเนินการเข้าตรงถึงจุด

เกิดเหตุ เพื่อนำผู้ป่วยส่งไปยังโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมโดยตรง และสามารถขยายการให้บริการเป็น 24 ชั่วโมงได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล 2 ท่าน ดังนี้

“การใช้อากาศยานพยาบาล มีประโยชน์ในแง่ ที่สร้างโอกาส ทางรอดของชีวิต แก่ผู้ป่วยวิกฤต เพราะทุกๆวินาทีของผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นนาทีทองเกี่ยวกับความเป็น ความตาย ที่เดียว”

นงคราญ

“ในอนาคdB้านเรา เฮลิคอปเตอร์พยาบาลจะใช้ในกรณีขนย้ายผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และพาหนะทางบกเข้าถึงยาก และพิจารณาสภาพอาการผู้ป่วย/เจ็บ ว่าจำเป็นต้องรีบนำส่งผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาโดยเร็วที่สุด และใช้ในกรณีที่มีความสำคัญเร่งด่วนตามการวินิจฉัยจากแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตรอด อาจเป็นการนำส่งระหว่างโรงพยาบาลเนื่องจากโรงพยาบาลท้องถิ่นไม่มีศักยภาพในการรักษาได้เช่น ขาดแพทย์ เฉพาะทาง ขาดเครื่องมือที่ทันสมัย ซึ่งในปัจจุบัน สพล.ต้องสำรองค่าใช้จ่าย ชั่วโมงละ 40,000 บาทก่อน ในระยะเริ่มแรกซึ่งยังเป็นอัตราที่ลอยตัว สพล.อาจปรับราคาค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ให้เหมาะสมต่อไปในอนาคต ”

ชาติชาย

สพล.ได้วางแผนการจัดพื้นที่รับผิดชอบเป็นลักษณะฐานปฏิบัติการบินเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยช่วงเริ่มต้นปี พ.ศ. 2553 -2554 ได้จัดให้มีพื้นที่ฐานบินของสกายด็อกเตอร์ให้บริการไว้ 5 ฐานบิน ได้แก่ ฐานบินแต่ละภูมิภาค ภาคกลาง ศูนย์ปฏิบัติการบินคือ กรุงเทพฯ ภาคเหนือ ศูนย์ปฏิบัติการบินคือ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศูนย์ปฏิบัติการบินคือ จังหวัดขอนแก่น ภาคใต้ตอนบน ศูนย์ปฏิบัติการบินคือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และ ภาคใต้ตอนล่าง ศูนย์ปฏิบัติการบินคือ จังหวัดภูเก็ต โดยให้จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางฐานบิน เป็นผู้รับผิดชอบกระบวนการ หาสถานที่ ขึ้น-ลงอากาศยาน และการส่งปล่อยอากาศยานพยาบาลบินไปรับหรือส่งผู้ป่วยตามที่ต่าง ๆ การกำหนดครั้งมีการให้บริการในช่วงเริ่มต้นปี พ.ศ. 2553 คือ ใช้รัศมีบริการรอบฐานบิน 200 กิโลเมตร (ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม ประเทศเยอรมนีและญี่ปุ่นใช้ รัศมีทำการเพียง 50 กิโลเมตร) รอบพื้นที่จังหวัด กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินและ

ผู้ป่วยวิกฤติ ในการนำส่งไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมอย่างทันทั่วทั้ง ฐานปฏิบัติการบินทั้ง 5 แห่ง ในช่วงแรก เมื่อค้นหาจากแผนที่แสดงเป็นสัญลักษณ์รูปดาว ดังภาพที่ 5.20



จาก ชาตรี เจริญชีวะกุล. (2554). นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน: ความสำเร็จที่จับต้องได้ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่องบนเส้นทางมาตรฐานสู่ความทั่วถึงและยั่งยืน. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข

ภาพที่ 5.20 ฐานปฏิบัติการบิน Sky Doctor ทั้ง 5 ภูมิภาคในประเทศไทย

แนวทางการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือโครงการสกายด็อกเตอร์ (sky doctor) ระยะที่หนึ่งได้ แบ่งพื้นที่ให้บริการ 5 โซน จากภาพพื้นที่สีเหลือง แสดงไม่มีฐานบิน พื้นที่สีชมพู มีฐานปฏิบัติการบินทางทหาร จากภาพพบว่า ภาคใต้ มี 2 ฐานบิน คือ ฐานบินสุราษฎร์ และฐานบินภูเก็ต เนื่องจากตัวจังหวัดภูเก็ตเป็นหมู่เกาะ จัดอยู่ในพื้นที่พิเศษการคมนาคมไม่สะดวก จึงได้เพิ่มให้เป็นฐานบินที่รับผิดชอบในพื้นที่ทั่วเกาะ โดยผู้รับผิดชอบในพื้นที่ฐานบินส่วนใหญ่ มอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดูแลประสานกับสถานพยาบาลต่าง ๆ และหน่วยบินที่เป็นภาคีกับ สพฉ. โดยจังหวัดรับผิดชอบจัดการเตรียมความพร้อม เช่น ฝึกซ้อมและทำความเข้าใจด้านข้อมูล ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้การจัดเตรียมพื้นที่ขึ้นลงเพื่อสนับสนุนภารกิจเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นที่ สาธารณสุข จังหวัดต่าง ๆ ต้องให้การเอาใจใส่จัดเตรียมสำรวจไว้ล่วงหน้า

2. ลักษณะกฎเกณฑ์ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่เคลื่อนย้ายทางอากาศ

เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สพฉ. ได้จัดโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ในภาพพลเรือนโดยพิจารณาช่วยเหลือประชาชนหรือผู้ป่วย ผู้ประสพภัยที่มีอาการแสดงของโรคที่อยู่ในขั้นวิกฤติและฉุกเฉิน และอยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เกาะ พื้นที่ประสพภัย พื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ ให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสเหล่านี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย กพฉ. มีมติเห็นชอบ วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2552 ให้ดำเนินโครงการในกลุ่มเป้าหมายคือทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยซึ่งพิจารณาจากอาการ สถานที่ ระยะทาง ระยะเวลา และกระบวนการจ่ายค่าชดเชย ดังรายละเอียด

1) อาการแสดงของผู้ป่วยในขณะนั้นต้องมีลักษณะที่กระทบถึง

- ก. ด้านหัวใจและระบบหายใจ
- ข. การบาดเจ็บหลายระบบอย่างรุนแรง
- ค. โรคหลอดเลือดสมอง
- ง. ภาวะช็อคอย่างรุนแรง
- จ. ความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน
- ฉ. การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง
- ช. ภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
- ซ. ตามคำวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้

2) สถานที่ของผู้ป่วยขณะแสดงอาการเป็น

ก. พื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล พื้นที่เกาะ พื้นที่ประสบภัย

ข. พื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ (ครอบคลุมถึงพื้นที่การจราจรหนาแน่นในเมืองหลวง)

3) ระยะทางและระยะเวลาเมื่อประเมินสภาพอาการผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วนทันทั่วทั้งที่ ทั้งนี้ระยะทางและระยะเวลาที่ใช้ในการนำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาต้องไม่ส่งผลต่อการมีชีวิตหรือความพิการของผู้ป่วย

4) การจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยค่าบริการ ให้พิจารณาตามระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่าด้วย การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินกองทุน พ.ศ. 2552 โดย สพล. พิจารณากรณีให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อส่งผู้ป่วยจนพ้นวิกฤติและฉุกเฉิน ในอัตรา 40,000 บาทต่อชั่วโมงบิน เศษของชั่วโมงไม่เกิน 30 นาที คิดเป็นอัตราไม่เกิน 20,000 บาท กรณีเพิ่มอัตรา 31 นาที- 60 นาที ให้คิดเป็นอัตราไม่เกิน 40,000 บาท หากเกินกว่าอัตราข้างต้นให้นำเสนอเพื่อขออนุมัติจาก กพล. เป็นกรณีไป จากเกณฑ์ที่ต้องมีการคัดผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล เนื่องจากว่าการปฏิบัติการแต่ละครั้งต้องระดมสรรพกำลังพาหนะคืออากาศยาน บุคลากรที่ต้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานซึ่งได้แก่นักบิน 2 นาย ทีมสกายด็อกเตอร์ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์การบิน 1 ราย พยาบาลเวชศาสตร์การบิน 1 ราย ทีมภาคพื้น ได้แก่ รถพยาบาลที่นำส่งต้นทาง อย่างน้อยต้องใช้นักบิน 2 ราย พลขับและพยาบาล รวม 2 ราย ปลายทางอย่างน้อย 2 ราย โดยรวมต้องใช้นักบินทั้งสิ้น 8-10 ราย ต่อผู้ป่วย 1 คน ทั้งนี้มีค่าใช้จ่ายรวมไม่ต่ำกว่า 40,000 บาทต่อครั้งต่อผู้ป่วย ซึ่งรัฐโดยสพล. ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกันช่วยเหลือจ่ายค่าบริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินโดยคำนึงถึงการช่วยเหลือชีวิตเป็นหลักสำคัญมากกว่ามิติ ด้านเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันต่าง ๆ เช่น ประกันสุขภาพ ซึ่งจะมีส่วนแบ่งเบาระค่าใช้จ่ายของทางรัฐได้ดังกล่าวของผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย ให้รายละเอียดว่า

“...รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลจากสพล.เป็นการทำสัญญากับที่กซื้อตกลง ยืมทรัพยากรจากส่วนงานต่าง ๆ มาบริหารจัดการ เรื่องที่น่าจะเป็นอุปสรรคมากที่สุด คงหนีไม่พ้นเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องมีการปรับให้เหมาะสมและมีเหตุผลสมควร คือ ภาครัฐที่เข้าร่วมต้องไม่หวังผลกำไรจากนโยบายนี้ และสพล. ก็ไม่ควรให้หน่วยงาน ที่พร้อมเต็มใจให้ความช่วยเหลือถือเป็นพันธมิตที่ดี ต้องรับภาระขาดทุน...”

นงคราญ

“...เมื่อโทรติด 1669 แล้ว สิ่งที่จะได้รับ คือ รถกู้ชีพของโรงพยาบาล มาถึงประมาณ 10-20 นาที ส่วนคอปเตอร์ตามหลักการเป็นการขอใช้จากหน่วยงานต่าง ๆ ที่สพฉ. ทำ MOU ไว้ ถ้าไม่ติดภารกิจหลักจะบินมารับทีมแพทย์ (Sky Doctor) ของโรงพยาบาลพร้อมอุปกรณ์(ถ้าติดภารกิจก็จะไปขอลำอื่นที่อยู่ใกล้ ๆ กันแบบนี้ไปเรื่อย ๆ) เพื่อไปช่วยที่เกิดเหตุ ส่วนใหญ่จะเป็นการเคลื่อนย้ายระหว่างโรงพยาบาล ขึ้นตอนประสานงานเมื่อทำใหม่ ๆ ก็ประมาณครึ่งวัน ต่อมาเริ่มคล่อง ประมาณ 30 นาที ปัจจุบันจึงยังไม่มีการบินไปรับคนเจ็บกลางถนนแบบเมืองนอกเท่าไร หลักเกณฑ์การขอ ฮ. ออกบินต้องได้รับการเห็นชอบจาก 2 ใน 5 คน ได้แก่ เลขาธิการ สพฉ., ผู้ว่าราชการ, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, ผู้กำกับการตำรวจ แพทย์เจ้าของไข้ ผู้อำนวยการ รพศ....”

ชาติชาย

5.4.5 การมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Shared Benefits)

การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทยใช้ประโยชน์จากอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการทำข้อตกลงร่วมระหว่าง สพฉ. กับหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐและเอกชนที่มีอากาศยานบริการในลักษณะการขอยืมใช้ทรัพยากร เพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศโดย สพฉ. ให้ค่าต่างตอบแทนที่เหมาะสม สำหรับการผลิตบุคลากรเพื่อปฏิบัติการกิจการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศ ในปี พ.ศ. 2552 - 2553 ที่ผ่านมา สพฉ. ได้ส่งบุคลากรภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อรับการอบรมหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้นกับสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ ให้กับแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ เวชกิจฉุกเฉิน จำนวนประมาณ 432 คน จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งทำให้ ผู้ผ่านการฝึกอบรม มีทักษะ มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเตรียมความพร้อมไว้เมื่อจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ จากการดำเนินการของ สพฉ. พบว่า มีประชาชนขอเรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาล สถิติในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 10 ราย (เริ่มบริการครั้งแรก พฤศจิกายน พ.ศ.2552) ในปี พ.ศ. 2553 จำนวน 19 ราย และ ในปี พ.ศ. 2554 (ข้อมูลครึ่งปี) จำนวน 34 ราย ทั้งนี้โดยรวมสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศรวมแล้ว 30 เดือนที่ สพฉ. ได้ตั้งโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยทางอากาศได้เป็นจำนวนถึง 63 ราย โดยจังหวัดที่มีปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางอากาศยานมากที่สุด คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ในช่วงอุทกภัยภาคใต้) รองลงมาคือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดนราธิวาส จังหวัดอุดรธานี ตามลำดับ ผู้วิจัยได้

แบ่งผู้ที่ได้รับประโยชน์จากการให้บริการอากาศยานพยาบาลเป็น 4 ส่วน คือ ประชาชนซึ่งเป็นผู้ป่วย สพล. สมาชิกภาคี และประเทศไทยโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.4.5.1 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (Emergency Medical Institute of Thailand)

การจัดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในระดับพลเรือนโดยเฉพาะให้เกิดการบริการที่เสมอภาค ถ้วนหน้าอย่างเท่าเทียมแก่ประชาชน ภายใต้การกำกับดูแลของ สพล. ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นใหม่ของรัฐที่กฎหมายให้อิสระในการทำหน้าที่หลักประสานงานกับภาคส่วนต่างๆ ภายใต้การควบคุมของ สพล. เพื่อจัดสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างบูรณาการใหม่ให้ประเทศประโยชน์ที่ สพล. ได้จากการให้บริการอากาศยานพยาบาล คือ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้บริการ ภายใต้นโยบายที่ชัดเจนในการกำหนดทิศทางการดำเนินงาน และได้การยอมรับจากสังคมและ กพล. ได้ทดลองใช้เครื่องมือการบริหารงานสาธารณสุขแนวใหม่ ทำให้ได้ภาคีสมาชิกต่างหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และหน่วยงานอื่น ๆ และได้การสนับสนุนจัดสรรเงินงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงาน ดังที่ผู้บริหารสูงสุดของ สพล. กล่าวว่า

“เริ่มต้น...ฮ.ก็ไม่มีซักคำ...เงินก็ไม่มี...มีให้แค่...พ.ร.บ” และกล่าวเพิ่มเติมว่า
“มิติของการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ผมมาบริหาร ผมใฝ่ฝันว่า
ต้องสามารถ บริการประชาชนทุกระดับให้มีโอกาสเข้าถึงระบบสาธารณสุขโดย
จัดขบวนพาหนะในการลำเลียงให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทุกรูปแบบ ทั้งทางบก
ทางน้ำ ทางอากาศ และได้ดิน”

5.4.5.2 ภาคีสมาชิกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการอากาศยานพยาบาล (Aero Medical Service Collaborators)

ภาคีที่ สพล. ได้ขอความร่วมมือเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการอากาศยานพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มูลนิธิต่าง ๆ ได้ประโยชน์ในการเข้าร่วมกับ สพล. คือ ได้มีโอกาสร่วมมือกับหน่วยงานอื่นทำประโยชน์ให้แก่สังคมเป็นการฝึกปฏิบัติงานที่ต้องอาศัยความรู้เฉพาะ ทำให้เกิดประสบการณ์ที่สามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ สามารถนำมาใช้กับชีวิตประจำวันได้ มีค่าตอบแทนเป็นอัตราชัดเจน และที่สำคัญเป็นการประชาสัมพันธ์ชื่อเสียงและภาพลักษณ์ขององค์กรของตนที่ได้ทำประโยชน์คืนแก่สาธารณะทำให้เป็นที่ยอมรับของสังคมดังที่ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชนที่มาร่วมเป็นภาคีกล่าวว่า

“เพื่อประโยชน์ของประชาชนชาวไทยโดยรวม เราควรพิจารณาการให้บริการรับใช้ประชาชนให้เป็นหนึ่งเดียว ไม่มีภาครัฐ ไม่มีภาคเอกชน ต้องขอบคุณ สพฉ. ที่ทำฝันให้เป็นจริง”

นอกจากนี้สมาชิกภาคีผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 6 ราย กล่าวเสริมดังนี้

“การปฏิบัติงานทุกอย่างต้องผ่านระบบที่สามารถตรวจสอบเป็นข้อมูลทางกฎหมายได้ ดังนั้นการทำงานต้องพร้อม ชัดเจน และถูกต้องได้มาตรฐาน อย่าง รพ.กรุงเทพนี้ ผ่านมาตรฐานระดับยุโรป EURAMI เป็นแห่งแรกในเอเชียทุกคนภูมิใจและสามารถแข่งขันได้ในระดับโลก ฝรั่งเศสชาติยอมรับ และยินดีซื้อบริการ การเป็นเจ้าแรกที่เปิดให้บริการถือว่า ทำท่ายุจากที่ดั่งแล้ว ไทยเป็นศูนย์กลางยุทธศาสตร์ในภูมิภาคนี้อยู่แล้ว จึงไม่แปลกที่บริการเคลื่อนย้ายทางอากาศยังสามารถขยายตลาดออกไปได้อีก ”

สมบูรณ์

“คิดเรื่อง จุดคุ้มทุน ปกติของเอกชน ถ้าผมบินได้อาทิตย์ละ 3-5 flights ก็คุ้มแล้ว นอกนั้นก็ เป็น ผลกำไรแล้วทำไม จะแบ่งส่วนกำไรบริการ คืนให้กับสังคม ร่วมกับโครงการ Sky Doctor ของสพฉ. ไม่ได้หะ”

สมหมาย

“การทำงานร่วมกับ สพฉ. คือได้ช่วยคน เมื่อคนไข้หายซึ่งเป็นผลจากการช่วยเหลือของเรา รู้สึกดีและภูมิใจ ทุกครั้งจึงทำหน้าที่ให้ดีที่สุด เพราะเข้าใจ ถึงความรู้สึกว่าไม่มีใครอยากสูญเสีย ชีวิตคนไม่มีอะไรมาทดแทนได้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาระหว่างช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพทำให้คนเจ็บรอดตายได้”

จามเทวี

“ต้องการทุกอย่าง..แต่ทุกอย่างขาดแคลน ไม่เพียงเรื่องความไม่สะดวกในเรื่องการลำเลียงผู้ป่วยเท่านั้นที่เป็นอุปสรรค บางครั้ง แม้แต่เลือดเพื่อใช้ในการให้การรักษา ยังขาดแคลน บางครั้ง เราขอทั้งเฮลิคอปเตอร์... ขอทั้งเลือดจากทหารอย่างน้อยให้รู้ว่ามีเฮลิคอปเตอร์ มีทหารช่วย สนับสนุนเรา”

เมตตา

“เด็กคลอดที่แม่ฮ่องสอนและเป็นโรคหัวใจ จำเป็นต้องส่งไปรพ.ศูนย์ที่สามารถดูแลได้ ถ้าส่งต่อไปที่เชียงใหม่ โดยรพพยาบาลต้องไม่ต่ำกว่า 5 ชั่วโมงด้วย สภาพทางเป็นหุบเขา เด็กอาจไม่ไหว เพราะสภาพอากาศและระยะเวลาที่จำกัด ต้องผ่าตัดด่วน วิกฤตชีวิตที่รอไม่ได้แม้แต่เสี้ยววินาที หนทางเดียวที่จะยื้อชีวิตเด็กได้ คือ นำเด็กส่งโดยเฮลิคอปเตอร์ให้เร็วที่สุด จนกระทั่งเฮลิคอปเตอร์มารับเด็กส่งไปผ่าตัดที่รพ.บำรุงราษฎร์ พอรู้ว่าเด็กรอด ก็รู้สึกดี รู้สึกภูมิใจ วันนั้นถ้าทุกคนอดใจยอมแพ้เด็กก็ไม่รอด”

กรุณา

“แบล็กฮอกก์ 148 ภารกิจ ส่งผู้ป่วยทางอากาศ เส้นทางบินจังหวัดแม่ฮ่องสอน ปลายทางจังหวัดเชียงใหม่ เคสนี้ ผู้บาดเจ็บจะขึ้นเวลา 12 นาฬิกา นก.ร.7 ม่อนตะแลง ไปลงที่โรงพยาบาลมหาราช เราทำงานนาที่ต่อนาที่ เป็นนาที่ชีวิต จริง ๆ เด็กทนมาก อยู่เป็นวัน ๆ ถึงพิษณุโลก แล้วยังส่งต่อไป กทม.อีก แต่พอเด็กรอด พวกเราดีใจมาก ผมยังบอกพ่อแม่เด็กเลยว่า น่าจะตั้งชื่อว่า คอปเตอร์ เมื่อก่อนไม่มีใครรับรองในการขึ้นบิน ทุกคนกลัวกันหมด กลัวมีความผิด โดยเฉพาะนักบินต้องรับผิดชอบในการนำเครื่องขึ้น ตรงกันข้ามกับปัจจุบันการที่มีข้อตกลง (MOU) ระหว่างสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กับกระทรวงกลาโหม เรื่องการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ผมจึงบินให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่”

ใจกล้า

5.4.5.3 ผู้ป่วย (Patients)

ประชาชนซึ่งเป็นผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากสิทธิความคุ้มครองด้านสุขภาพโดยขยายช่องทางเพื่อขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมได้มากขึ้น ทั้งในภาวะฉุกเฉินปกติและภาวะภัยพิบัติ ทำให้มีความมั่นใจในการให้บริการของรัฐ โดยเฉพาะการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปเมื่อยามเจ็บป่วยแทบไม่มีโอกาสเข้าถึงเนื่องจากในอดีต ก่อนมี สพท. จะมีให้บริการเคลื่อนย้ายทางอากาศเฉพาะผู้มีรายได้สามารถซื้อบริการจากองค์กรเอกชนที่ให้บริการซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง และเป็นไปได้เฉพาะบุคคลสำคัญที่ภาครัฐจัดให้เฉพาะเท่านั้น ดังที่ผู้บริหารระดับสูงกล่าวว่า

“เราเป็นตัวประสานให้เกิด คือทำตัวคล้าย ช่างเชื่อม คือ เราเป็นเจ้าภาพให้เขา (สปสช/ สธ) เป็นเจ้ามือ ประชาชนทั้งหลาย ต่างก็ได้ประโยชน์นโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลนี้”

ดังคำกล่าวของผู้ที่เคยได้รับการช่วยเหลือเคลื่อนย้ายทางอากาศจำนวน 5 รายดังนี้

“...ไม่มี 1669 ขอ ฮ. มาช่วย...อาตมา ไม่รอด...หมอบอกว่า เอกซเรย์ พบกระดูกซี่โครง ด้านซ้ายหักและปอดฉีกมีเลือดออกในช่องอก ถ้าไม่มีเฮลิคอปเตอร์จาก 1669 มาช่วยเป็น หรือตาย 50:50 เพราะ ตกเหวตั้งแต่คืนวันที่ 19 เกือบ 1 วันเต็ม ๆ ตอนนี้หายแล้ว ฝีมือนมอ โรงพยาบาลอุดรธานี ดีมาก ยาดี รักษาดี ดูแลดี ทีมกู้ภัยทุกคนมีส่วนทำให้อาตมารอด ”

พระภิกษุตกเขาภูลังกา จังหวัด หนองคาย

“ระหว่างนอนรอ ยอมรับว่า ขาดความมั่นใจในระบบการรักษา เพราะเป็นรพ. ชุมชนขนาดเล็ก เครื่องมือ ความเชี่ยวชาญของแพทย์อาจไม่พอ ได้ยินเขาติดต่อประสานงานหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อขอเฮลิคอปเตอร์มารับ ยังดีที่มีเครื่องช่วยหายใจพุงไว้ หมอคุยกันบอกว่า ยังไงต้องส่งตัวผมมารักษาที่กรุงเทพ เพราะที่นี้แพทย์ไม่พร้อม เครื่องมือก็ไม่พร้อม ผมได้ยินทุกอย่าง การติดต่อประสานงานของ 1669 ดีมาก อยากให้ประชาชนทั่วประเทศได้รับการที่ดีอย่างนี้ เป็นการสะท้อนถึงระบบการบริการสุขภาพอย่างเสมอที่ดีมาก”

วิศวกรโยธา ประสพการณ์ที่แทบจะเอาชีวิตไม่รอดจากโรคหัวใจ

“ความเป็นคนไทยใหญ่ ซึ่งตามระเบียบของกระทรวงมหาดไทย ต้องรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่เมื่อเดินทางออกจากภูมิลำเนา ทำให้ลำบากใจและเป็นกังวลอย่างมาก ที่สำคัญเงินซึ่งเป็นปัจจัยหลักสำคัญอย่างยิ่งต่อการรักษา ทั้งครอบครัวมีแค่ 600 บาท ผมขอขอบคุณทุกฝ่ายตั้งแต่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โรงพยาบาลศรีสัງวาล โรงพยาบาลพิษณุโลก โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ มูลนิธิหัวใจ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หมอ พยาบาล ทหารที่ขับเครื่องบินและทุก ๆ คนที่มีส่วนในการช่วยชีวิตลูกของเราครั้งนี้”

บิดาเด็กชายคอปเตอร์ คนชนเผ่า อาชีพรับจ้างทั่วไปในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

5.4.5.4 ประเทศชาติ (Nation)

จากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศส่งผลประโยชน์ให้แก่ส่วนซึ่งเป็นองค์ประกอบของสังคม ทำให้ประชาชนในประเทศมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระสังคมจากผู้ทุพพลภาพพิการ จากผลของการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างให้เกิดความเชื่อมั่นจากภาพรวมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ทำให้ผู้ประกอบการ นักลงทุนจากบริษัทข้ามชาติ ที่ตระหนักถึงเรื่องการรักษาพยาบาล กล้าเข้ามาลงทุน ส่งเสริมให้ประเทศ มีความมั่นคง มีเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ ที่สามารถพัฒนาและแข่งขัน หรือให้ความช่วยเหลืออาณาประเทศ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาประเด็นการเปลี่ยนแปลงสถานะ โลกที่เป็นสาเหตุต่อการเกิดภาวะภัยพิบัติต่าง ๆ ที่กระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินเป็นวงกว้าง รัฐสามารถนำประโยชน์จากการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในการเป็นเครื่องมือสนับสนุนช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัยในพื้นที่ต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะที่เส้นทางคมนาคมทางอื่นถูกตัดขาด เช่นสถานการณ์มหาอุทกภัยภาคกลาง ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2554 อุทกภัยภาคใต้ มีนาคม พ.ศ. 2554 ดังรายละเอียด ที่ผู้บริหารระดับสูงของ สพล. กล่าวไว้ว่า

“คุณว่าประชาชนที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือเป็นความมั่นคงของประเทศไหมละ และหากสังคมมีคนเจ็บ คนป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต หากไม่มีระบบทางสาธารณสุขรองรับแล้ว ทำให้เขาเกิดทุพพลภาพ หรือพิการตลอดชีวิตขึ้นมา ถามว่าใครต้องมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบ กลุ่มคนพิการเหล่านี้ ไปจนตาย”

และเสริมว่า

“โครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ เป็นโครงการหนึ่งที่ สพล. ให้ความสำคัญเพื่อรองรับการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินในเขตพื้นที่ทุรกันดารห่างไกล หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติได้ และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นแก่นักท่องเที่ยว นักลงทุน ทั้งชาวไทยและต่างประเทศ กล้าเข้ามาลงทุน มาท่องเที่ยว ส่งเสริมสอดคล้องกับนโยบาย สาธารณสุขเพื่อการท่องเที่ยว รวมทั้งเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับการมีชีวิตรอดแก่ ผู้ป่วยวิกฤติ และฉุกเฉินต่อไปด้วย”

5.4.6 การมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ (Public Participation)

สพล. ได้มีการจัดองค์กรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยเน้นส่งเสริมศักยภาพการมีส่วนร่วม ให้หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามาร่วมมีบทบาทบริหารจัดการเพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน

และกระจายแนวทางดังกล่าวไปทั่วประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการให้บริการได้อย่างถ้วนหน้า ซึ่งสามารถช่วยคัดกรองถึงความจำเป็นที่ต้องใช้การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยจึงแบ่งการมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณะเป็น การปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนรับรู้ในบริการ และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมการให้บริการโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.4.6.1 การปลูกจิตสำนึกให้ประชาชนรับรู้ในบริการอากาศยานพยาบาล (Public awareness in aero medical service)

โครงการให้บริการอากาศยานพยาบาลโดย สพล. ยังเป็นสิ่งใหม่สำหรับประชาชนทั่วไปเนื่องจากเป็นโครงการนำร่องมีการทดลองให้บริการครั้งแรกในช่วงปลายปี พ.ศ. 2552 ข้าราชการให้บริการมีเฉพาะกลุ่ม ผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทราบเป็นส่วนใหญ่ การที่สพล. อยู่ในระยะกำลังเริ่มสร้างสมาชิกภาคีที่มาร่วมให้บริการจึงมิได้คำนึงถึง บทบาทการประชาสัมพันธ์ การให้บริการ กระทั่งเมื่อเริ่มดำเนินการให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่ใหม่สำหรับภาคพลเรือนในประเทศไทย แม้ว่าประเทศไทยจะมีการให้บริการลักษณะดังกล่าวในหน่วยทหารและตำรวจหรือแม้แต่โครงการแพทย์อาสาทางอากาศ ก็ตามในอดีตซึ่งไม่มีผลต่อสาธารณะ กระทั่งสพล. พิจารณาลักษณะการดำเนินการมุ่งเป้าหมายเปิดกว้างสู่ประชาชนทุกระดับ ทำให้เป็นที่ต้องการทราบข่าวของสื่อต่าง ๆ ในการนำเสนอ ครั้นเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติขนาดรุนแรงกระทบเป็นวงกว้างต่อชีวิต และมีความจำเป็นเร่งด่วนต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศทำให้ข่าวสารต่าง ๆ ได้ถูกเผยแพร่ลงสู่ระดับประชาชนมากขึ้น การรับรู้การบริการอากาศยานสู่สาธารณะจึงมีเพิ่มมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ติดตามข่าวสารเป็นประจำ ซึ่งอังคาร ได้ให้รายละเอียดว่า

“จากเหตุการณ์อุทกภัย โดยเฉพาะในสุราษฎร์ธานี ถนนหลายสายถูกตัดขาด ทำให้การลำเลียงผู้ป่วยเป็นไปด้วยความลำบาก จึงจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยานเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีอาการหนักโดยใช้เฮลิคอปเตอร์จากกองบินตำรวจ กองทัพอากาศ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และศูนย์การแพทย์ โรงพยาบาลกรุงเทพ นี่เป็นผลดีจากที่ทางสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ทำบันทึกความร่วมมือไว้ และเป็นครั้งแรกที่มีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ภายใต้การร้องขอบริการจากสพล. มาก ถึงสามสิบรายในหนึ่งอาทิตย์”

และยกตัวอย่างเสริมว่า

“Doctor Heli เป็นอากาศยานพยาบาลประเภท เฮลิคอปเตอร์ของญี่ปุ่นมีการ ออกอากาศเป็นซีรีส์ทีวีเรื่อง Code Blue ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน รับทราบ เราจึงไปศึกษากระบวนการต้นแบบ เพราะ Culture และการดำรงชีวิตเชิงวิถีพุทธ เหมือนบ้านเรา ส่วนการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย ที่สพฉ.ทำอยู่ ผม เรียกว่า Thai Sky Doctor ต่อไปในอนาคต เราจะโปรโมตให้สื่อรับทราบในการ ให้บริการเป็นระยะ ๆ ทำให้แม้แต่เด็ก ๆ จะคุ้นเคยรู้จัก และพูดติดปากว่า SKY DOCTOR”

5.4.6.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการให้บริการอากาศยานพยาบาล (Participation in aero medical service)

การให้บริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจาก ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศเนื่องจาก สพฉ. เป็นเพียงองค์กร ขับเคลื่อนภายใต้กพท.ที่ได้รับหน้าที่ในการประสานสร้างความร่วมมือการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวคือ สพฉ. ไม่มีศักยภาพด้าน การมีอากาศยาน เครื่องมือทางการแพทย์ บุคลากรที่ปฏิบัติการ ฉุกเฉินทางอากาศยาน ระยะแรก สพฉ. ใช้บทบาทการเป็นตัวกลางขับเคลื่อนประสานแนวคิด การ ประกอบร่าง ด้วยวิธี นำอากาศยาน นำทีมแพทย์และพยาบาล นำอุปกรณ์การแพทย์ และทีม การแพทย์ฉุกเฉินทางบก เพื่อดำเนินการโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชน นอกจากนี้ สพฉ. ยังได้ส่งเสริมศักยภาพของภาคีที่ร่วมปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ กระจายออกไปทั่วประเทศอย่างทั่วถึง พร้อมกับส่งเสริมบทบาทการดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น ในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยการสร้าง เครือข่ายระบบปฏิบัติการฉุกเฉินของภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนให้มีประสิทธิภาพ ที่ สำคัญอย่างยิ่งคือ การสำรวจและเตรียมความพร้อมจัดหาสถานที่ขึ้น-ลงอากาศยานในชุมชนของ ตนเอง รองรับเมื่อต้องมีการร้องขอบริการอากาศยานพยาบาล การจัดหากองทุนที่สนับสนุน การ ให้บริการดังกล่าวกระทำเพื่อเป็นหลักประกันคุ้มครองสวัสดิภาพของสมาชิกในชุมชน ดังที่ผู้ให้ ข้อมูล 3 รายให้รายละเอียดว่า

“เพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินและสาธารณภัยที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะ 24–48 ชั่วโมง แรกหลังเกิดเหตุ เป็นช่วงเวลาทองของโอกาสแห่งการช่วยให้ชีวิตอยู่ได้มากที่สุด จังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความร่วมมือส่งบุคลากรร่วมอบรมพื้นฐานความรู้ วิศวศาสตร์การบิน นำความรู้กลับไปประสานชุมชน ร่วมสำรวจพื้นที่จุดลงจอด อากาศยานและซ่อมแผนดำเนินงาน แต่ไม่ได้คิดว่า ต้องใช้ปฏิบัติการสกาย ด็อกเตอร์ ในเหตุการณ์น้ำท่วมครั้งนี้”

อังคาร

“การส่งต่อผู้ป่วยหนักทางอากาศของสุราษฎร์เด่นชัดขึ้นมาก ในกรณีอุทกภัย ดินถล่มช่วงปลายมีนาคม 54 ครั้งนี้ทาง สสจ. แจ้งเหตุขอกำลังสนับสนุนทาง อากาศ สพล. ได้เฮลิคอปเตอร์ของรพ.กรุงเทพ ซึ่งมีทีมแพทย์เวชกรฉุกเฉิน พร้อมด้วยเครื่องมือแพทย์ ร่วมปฏิบัติการกับอากาศยานพยาบาลจากหน่วยบิน ของ กองทัพและตำรวจ เพื่อลำเลียงผู้ป่วยหนักกว่า 20 เตียงบิน ช่วยเหลือผู้ป่วย ให้มีชีวิตรอดได้ 30 ราย ภายในหนึ่งสัปดาห์ เป็นประวัติศาสตร์ครั้งแรกของการ ใช้อากาศยานพยาบาล ในภาคพลเรือนในการจัดการภัยพิบัติ”

สมศรี

“หลังเกิดฝนตกหนักต่อเนื่องติดต่อกัน 3 วัน ทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลันในพื้นที่ หลายอำเภอ ประกอบกับมีน้ำป่าไหลหลากจาก จังหวัด นครศรีธรรมราช ลงมา สมทบ ทำให้ สุราษฎร์กลายเป็นเมืองบาดาล ที่หนัก คือ ผมได้รับการ ประสานงานขอให้ช่วยคนป่วยออกจากโรงพยาบาลที่น้ำท่วม จึงต้องระดม หา เรือติดเครื่องยนต์เข้าไปขนย้าย คือ ลำพังหน่วยพยาบาลไม่กล้าเข้าไปลุย ต้องให้ กู้ชีพ กล้าตาย อย่างพวกผมลุยเข้าไปเป็นแนวหน้า ขนคนป่วยด้วยทางเรือแล้ว มาต่อรถ เพื่อพาไปบริเวณจุดนัดจอดเครื่องบิน คือ การทำงานทั้งหมดต้อง ประสานต่อมือกัน และงานประเภทนี้ต้องอาศัยแรงใจและแรงกายที่เกิดมาจก ความร่วมมือกันเท่านั้นจึงสำเร็จได้”

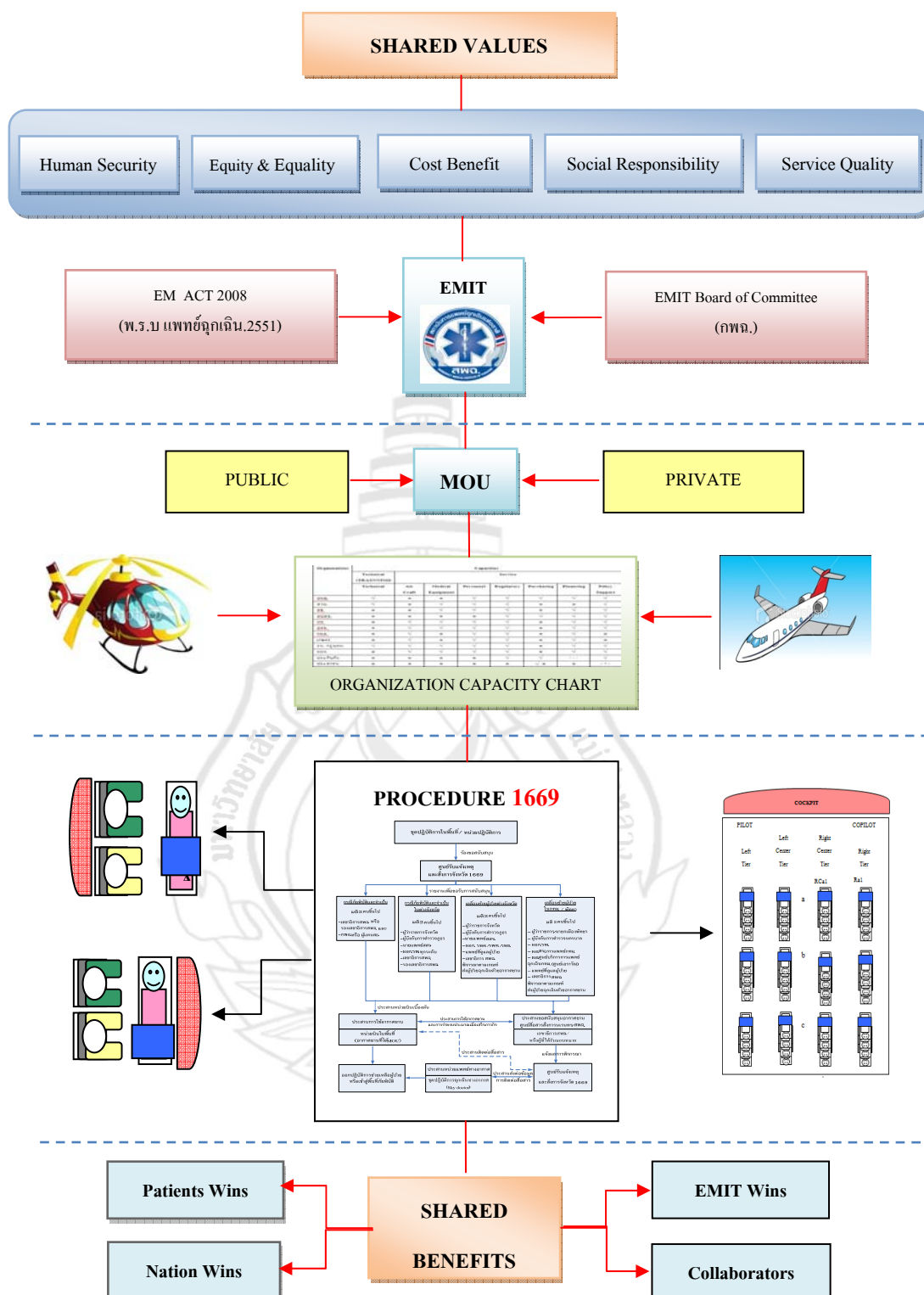
พิชิต

5.5 รูปแบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศไทยในปัจจุบัน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ประชาชนโดย สพฉ. กระทำโดยวิธีการประกอบร่างให้เป็นอากาศยานพยาบาลที่พร้อมสามารถปฏิบัติการได้ เนื่องจากต้องอาศัยศักยภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีทรัพยากรซึ่งอยู่ต่างที่ต่างหน่วยงานเพื่อให้สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดโดยอาศัยการประสานความร่วมมือจากสมาชิกเครือข่ายในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทันท่วงที ทั้งถึง เสมอภาค ทั้งภาวะปกติและภาวะมีภัยพิบัติ

5.5.1 รูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย (Assembled Parts Model of Thailand Aero Medical Service)

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยแก่ประชาชนคือรูปแบบของ อากาศยานพยาบาลที่ใช้หลักของทฤษฎีการประกอบร่าง ซึ่งมาจากแนวคิดที่นำ 5 องค์ประกอบที่จำเป็นได้แก่ ข้อคำนึงด้าน ค่านิยมร่วม ศักยภาพในการค้นหาจัดระบบทรัพยากร การประสานภาคีความร่วมมือ การมีผลประโยชน์ร่วม และการมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณะ มาผสมทำให้เกิด ผลประโยชน์สูงสุดในด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ รูปแบบในภาพที่ 5.21 คือ การสังเคราะห์ผลจากการค้นพบที่ผู้วิจัยได้จำลองไว้อย่างละเอียดเพื่อให้สามารถมองเห็นภาพรวมของการให้บริการอากาศยานพยาบาลโดยภาครัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 5.21 รูปแบบอากาศยานพยาบาลประกอบร่างในการจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย

จากรูปที่ 5.21 ซึ่งแสดงรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์จากข้อมูลภาคสนามผ่านฐานทฤษฎีประกอบร่างที่ได้ค้นพบจากการใช้วิธีการวิจัยทฤษฎีพื้นฐาน ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลเกิดจากแรงกดดันจากความจำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลในการแพทย์ฉุกเฉินซึ่ง สพล. (EMIT) รับบทบาทเป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อต้องการให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหลักประกัน ค้ำครองความปลอดภัยในด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นสวัสดิการที่ภาครัฐต้องจัดบริการให้แก่ประชาชน โดย สพล. ตีความจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 (EMACT 2008) เมื่อวิเคราะห์ถึงความสำเร็จของการประกอบร่างต้องอาศัย การสร้างค่านิยมร่วม (shared values formation) ซึ่งมีองค์ประกอบอยู่ 5 ด้าน ได้แก่ (1) ความมั่นคงของมนุษย์ (human security) (2) ความเสมอภาคและความเท่าเทียม (equity and equality) (3) ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเมื่อเทียบกับต้นทุน (cost benefit) (4) คุณภาพการให้บริการ (service quality) และ (5) ความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) ทั้งนี้ สพล. ได้ใช้หลักของการบริการสาธารณสุขแนวใหม่ คือ การอาศัยความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพจากทุกภาคส่วนในการให้บริการอากาศยานพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด สพล. จึงเลือกใช้เครื่องมือบริหารแนวใหม่ คือ การขอยืมใช้ทรัพยากรร่วม (shared resources) ให้เกิดประโยชน์สูงสุด (maximise benefit) ผ่านการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อการร่วมมือให้บริการอากาศยานพยาบาล จากการวิเคราะห์ศักยภาพการจัดระบบการขอใช้ทรัพยากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนทั้ง 10 องค์กร ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์การเกษตร ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ บริษัทเอสไอเอสประเทศไทยจำกัด ภายใต้การจัดสรร องค์ประกอบของศักยภาพ ทั้ง 8 ด้าน ได้แก่ การอบรมอากาศยาน อุปกรณ์ช่วยชีวิตทางการแพทย์ บุคลากร กฎและระเบียบการปฏิบัติ กำลังซื้อบริการการเงินการคลัง และนโยบายที่สนับสนุน พบว่าองค์ประกอบศักยภาพซึ่งเป็นที่ต้องการ กระจายอยู่ต่างที่ ต่างหน่วยงาน สพล. จึงต้องหาแนวทางการขอร่วมใช้ทรัพยากรเหล่านี้ผ่านกระบวนการทำบันทึกข้อตกลง ยืมใช้ทรัพยากร ซึ่งที่สำคัญที่สุดคือ อากาศยาน บุคลากร เครื่องมือทางการแพทย์และงบประมาณ

ส่วนการปฏิบัติการให้บริการจะมีการจัดผังโครงสร้างการบริหารงาน รายละเอียดได้แสดงรายละเอียดไว้แล้วในภาพที่ 5.12 เกี่ยวกับโครงสร้างองค์กรการประสานภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาล โดยผู้ป่วย หรือผู้ขอใช้บริการต้องดำเนินการร้องขอผ่านหมายเลข 1669 เข้าสู่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในพื้นที่ ซึ่งมีกระบวนการ การดำเนินงานอนุมัติใช้อากาศยาน

พยาบาล ตามเงื่อนไขต่าง ๆ ดังรายละเอียดในภาพที่ 5.13 แสดงผังขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และสำนักประสานการแพทย์และเครือข่ายสัมพันธ์ประสานไปยังผู้สนับสนุนที่เป็นภาคีให้ดำเนินกระบวนการ ประกอบร่างทรัพยากรจากสมาชิกภาคี เป็นอากาศยานพยาบาล ที่พร้อมให้บริการกับประชาชน ดังที่ ชาดิชาย กล่าวว่

“ อากาศยานพยาบาลของสพท.ในบ้านเราต้องใช้วิธีการ ประกอบร่าง เหมือนหุ่นยนต์ เพราะเราไม่ได้รวย เหมือนประเทศญี่ปุ่น ที่ Outsource เข้าเฮลิคอปเตอร์ไว้รอปฏิบัติการโดยตรง ที่บ้านเรา คือ เรา ขอ ส.มา แล้วเอาหมอเอาพยาบาล เอา เครื่องมือที่หาได้จาก ห้องฉุกเฉิน มาประกอบร่าง นี่แหละเป็นรูปแบบ ที่มีที่เดียวในโลก ”

และนงคราญให้รายละเอียดว่า

“ รูปแบบอากาศยานที่ทางสพท.ใช้งาน คือ การขอเจรจาทำสัญญากับนักข้อตกลง เป็นวิธีคิด ขอยืมทรัพยากร จากส่วนงานต่าง ๆ มาบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์ แก่สาธารณะจากผลการปฏิบัติงานที่ออกมา ซึ่งสังคมส่วนใหญ่รับทราบศักยภาพ ผ่านสื่อต่าง ๆ โดยเฉพาะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้จริงอย่างถ้วนหน้า และเท่าเทียม”

และชาดิชายยังกล่าวเสริมว่า

“ สพท.ใช้ MOU เป็นเครื่องมือเจรจา เชื่อมประสาน ให้ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และมีทรัพยากรอากาศยาน ทั้ง Rotor Wing และ Fixed Wing แสดงเจตจำนงร่วมมือเป็นภาคีกับ สพท. ในปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ”

เมื่อผ่านการอนุมัติ อากาศยานพยาบาลที่มาช่วยในการเคลื่อนย้ายจะถูกพิจารณาโดย สพท. ซึ่งมีทั้งรูปแบบอากาศยานปีกหมุน หรืออากาศยานปีกตรึงขึ้นอยู่กับช่วงจังหวะเวลาของอากาศยานชนิดนั้น ๆ ที่ว่างและพร้อมออกปฏิบัติการ หรืออาจพิจารณาจากภาวะอาการของผู้ป่วยรายนั้นเป็นกรณี การใช้อากาศยานพยาบาลได้สร้างประโยชน์ (shared benefits) ครอบคลุม 4 กลุ่ม (4 wins) ได้แก่ สพท. (EMIT) ภาคีที่ร่วมปฏิบัติการกิจ (collaborators) ผู้ป่วย (patients) และ ประเทศชาติ (nation)

5.5.2 การใช้รูปแบบอากาศยานประกอบร่างที่สังเคราะห์ขึ้นในสถานการณ์จริง

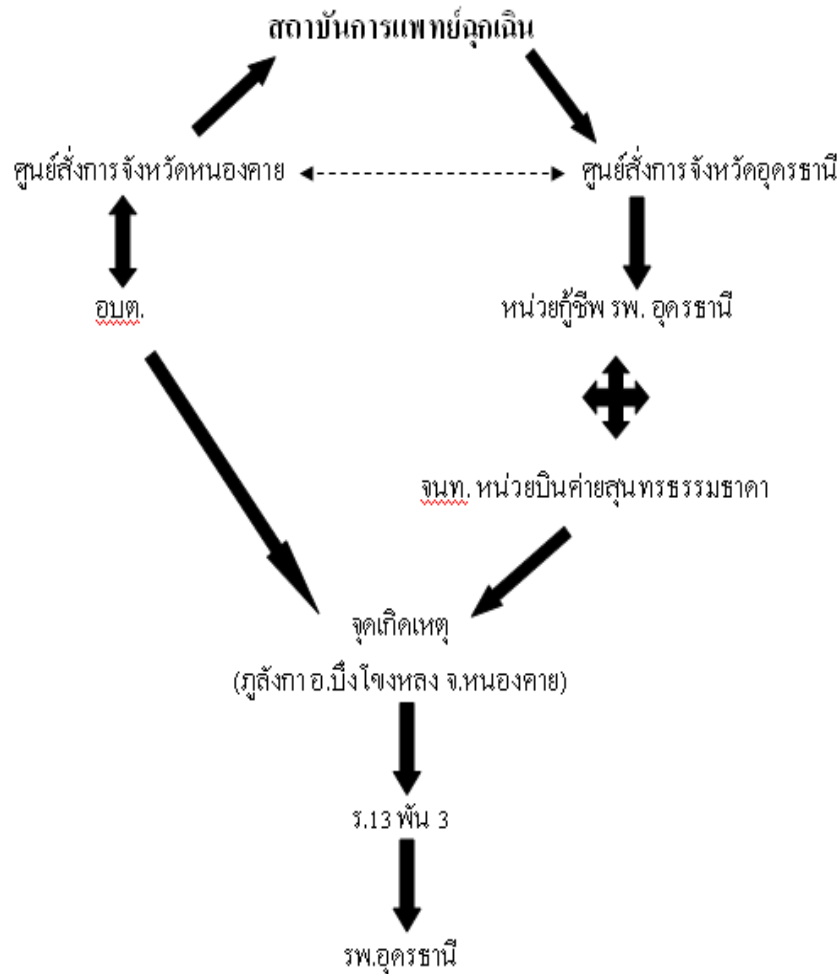
การใช้อากาศยานพยาบาลของหน่วยงานภาครัฐ ในอดีตอยู่ในลักษณะการบริการเฉพาะทหาร ดำรงไว้ที่ปฏิบัติหน้าที่แล้วได้รับบาดเจ็บ จึงมีการนำส่งทางอากาศเพื่อความรวดเร็วในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามการนำอากาศยานเพื่อให้บริการสาธารณสุขกับชุมชน เกิดขึ้นเมื่อพ.ศ. 2507 โดยมูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนีที่นำทีมแพทย์ทางอากาศเข้าให้บริการในชุมชนท้องถิ่นทุรกันดารต่าง ๆ ที่ระบบสาธารณสุข ยังเข้าไม่ถึง สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นผู้บุกเบิกการให้บริการอากาศยานเฮลิคอปเตอร์พยาบาลซึ่งเป็นต้นแบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของประเทศไทย ในภาวะไม่ปกติ เช่น เกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติในท้องถิ่นต่าง ๆ อากาศยานทางทหารจะถูกระดมเรียกใช้เพื่อสนับสนุนภารกิจให้การช่วยเหลือบรรเทาสาธารณภัย เช่น นำส่งเวชภัณฑ์ ยารักษาโรค อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มแก่ผู้ประสบภัย รวมถึงให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย ออกจากพื้นที่อันตราย และนำส่งผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยฉุกเฉินสู่โรงพยาบาล ความเป็นไปได้ของการใช้อากาศยานพยาบาลของภาครัฐเพื่อให้บริการแก่ประชาชน เริ่มเป็นรูปธรรมหลังจาก สพล. มีนโยบายที่ต้องการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยให้มีการบริการครบทุกรูปแบบทั้ง ทางบก ทางอากาศ ทางน้ำ และพื้นที่พิเศษเฉพาะจึงได้จัดทีมเฉพาะกิจทำแผนปฏิบัติการเพื่อขอมติอนุมัติให้เป็นโครงการเคลื่อนย้ายและลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ทั้งนี้ได้อาศัยพื้นฐานการวางระบบของการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นมาก่อนเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่พิเศษทุรกันดาร ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์เนื้อหากระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบพื้นฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยก่อนที่สพล. จะเข้ามามีบทบาทสำคัญนำอากาศยานพยาบาลเข้ามาสนับสนุนการปฏิบัติการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่เดิมในลักษณะต่อ ยอดเสริมการให้บริการในระดับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินขั้นสูงดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนอรายละเอียด ของสภาพการแพทย์ฉุกเฉินของไทย ที่ได้มีการให้บริการก่อนและหลัง ผลของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เห็นภาพรวม และอุปสรรคของการจัดบริการที่จำเป็นต้องนำอากาศยานพยาบาลมาสนับสนุนโดยผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างสถานการณ์การใช้อากาศยานจากภาครัฐในการช่วยเหลือพระภิกษุตกเขา (ภารกิจครั้งแรก) และสถานการณ์การช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุอุทกภัยซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.5.2.1 สถานการณ์การช่วยเหลือพระภิกษุตกเขา

เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดหนองคายได้รับแจ้งเหตุ เวลา 08.58 น. จากหน่วยกู้ภัยโขงพิตภัยธรรม จุฑะเชกกาและองค์การบริหารส่วนตำบลคำบลโพธิ์หมากแข้งเบื้องต้น รับแจ้งเหตุว่าผู้บาดเจ็บมีอาการปวดที่บริเวณสันหลังมากขยับตัว

ไม่ได้ ปวดบวมที่ข้อมือขวาผิดปกติ ศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุ 1669 จึงให้ องค์การบริหารส่วนตำบลโพธิ์หมากแข้ง ออกตรวจสอบ เวลา 09.00 น. ขอสนับสนุนความช่วยเหลือจากกู้ภัยโขงพิทักษ์ธรรม จุดเซการให้ร่วมออกปฏิบัติการด้วย เนื่องจากว่าการไป ณ จุดเกิดเหตุต้องเดินเท้าป็นขึ้นเขาหน่วยกู้ชีพขึ้นต้นถึงจุดเกิดเหตุเวลา 11.55 น. เจ้าหน้าที่กู้ภัยได้รายงานอาการผู้บาดเจ็บพบผู้บาดเจ็บในที่เกิดเหตุ 1 ราย ทราบชื่อต่อมา คือ พระภิกษุ บุญมี จิตตะธัมโมอายุ 46 ปี สภาพอาการเบื้องต้นรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง บ่นปวดที่บริเวณหลังมาก เดินและขยับตัวไม่ได้ ปวดข้อมือขวา แน่นหน้าอก หน่วยกู้ภัยแจ้งประสานงานไปยังศูนย์สั่งการจังหวัดหนองคาย ว่าไม่สามารถนำผู้ป่วยลงมาจากหุบเขาได้ เนื่องจากระยะทางจากพื้นที่ราบถึงจุดเกิดเหตุเป็นระยะทางถึง 5 กิโลเมตร และเส้นทางในการเดินทางลำบาก ลักษณะภูมิประเทศเป็นหน้าผาสูงชัน เกรงจะเกิดอันตรายระหว่าง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ศูนย์สั่งการจังหวัดหนองคายจึงโทรประสานงานขอรับความช่วยเหลือกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ต่อมา สพล. ได้ประสานกลับมายังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัดอุดรธานี และค่ายพระยาสุนทรธรรมธาดา ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เวลา 12.30 น. เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 ให้ใช้เฮลิคอปเตอร์ไปรับผู้บาดเจ็บที่เขาภูลังกา อำเภอ บึงโขงหลง จังหวัดหนองคาย ซึ่งยานพาหนะอื่นไม่สามารถเข้าไปรับผู้ป่วยได้นอกจาก เฮลิคอปเตอร์เท่านั้น

เนื่องจากจุดเกิดเหตุเป็นยอดเขาพื้นที่สูงชันไม่เท่ากัน เฮลิคอปเตอร์ไม่สามารถจอดนิ่งได้ จึงให้กู้ภัยเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บโดยใช้ เพลตบอร์ดป้องกันกระดูกสันหลัง (on long spinal board) ช่วยเคลื่อนย้ายมายังเฮลิคอปเตอร์ที่บินลอยตัวอยู่ต่ำใกล้พื้น(หิน) แต่ไม่ลงจอด ผู้บาดเจ็บขณะเคลื่อนย้ายประเมินความรู้สึกได้ว่า มีสติ รู้ตัวดี พุดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการสับสน วิธีการสื่อสารระหว่างออกปฏิบัติการได้ใช้วิทยุสื่อสารติดต่อประสานระหว่าง ทีมเฮลิคอปเตอร์และอาสากู้ภัย โดยทีมเฮลิคอปเตอร์ติดต่อประสานงานกับอาสากู้ภัยที่อยู่ในสถานที่เกิดเหตุ ซึ่งอยู่บนยอดเขาที่มีป่าไม้ทึบหาจุดรับผู้บาดเจ็บลำบาก เมื่อมองจากที่สูง ทีมกู้ชีพจึงก่อกองไฟเพื่อใช้ควันไฟเป็นสัญลักษณ์ส่งสัญญาณให้ทางนักบินทราบจุดที่เฮลิคอปเตอร์ต้องลงมารับผู้บาดเจ็บ ขั้นตอนการติดต่อขอใช้บริการอากาศยานพยาบาลโดย สพล. ครั้งนี้สามารถสรุปเป็นแผนดำเนินการช่วยเหลือพระภิกษุตกเขาซึ่งทางทีมเฮลิคอปเตอร์เรียกว่า “ปฏิบัติการ จีวรบิน 20/11” ดังแสดงในภาพที่ 5.22



จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ง). 1669 กู้ชีพต่อชีวิต. กรุงเทพฯ: สถาบันฯ., 115.

ภาพที่ 5.22 การให้บริการอากาศยานพยาบาล พระภิกษุตกเขาภูลังกา

เมื่อเฮลิคอปเตอร์พยาบาลลงรับผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุ (เป็นครั้งแรกของภาคี สพจ.ที่ได้รับจากจุดเกิดเหตุ) เพื่อลำเลียงทางอากาศส่งไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลจังหวัดอุดรธานี โดยประสานทางวิทยุกับค่าย ร. 13 พัน 3 แห่งกองกำลังรักษาความสงบเรียบร้อย จังหวัดอุดรธานี เพื่อขออนุญาตลงจอดเฮลิคอปเตอร์ที่สนามฟุตบอลในค่าย ซึ่งห่างจากตัวโรงพยาบาลเพียง 2 กิโลเมตร โดยให้รถพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีวิ่งเข้าไปรอรับช่วงทางภาคพื้นดินต่อ หลังจากเข้ารับการรักษาส่งผลจากการวินิจฉัยของแพทย์ คือ มีเลือดออกในช่องอก เนื่องจากกระดูกซี่โครงซี่ข้อที่ 9 หักทิ่มแทงอวัยวะภายใน (Blunt Chest injury: Fracture ribs s-9 Lt. and Haemothorax) ซึ่งอยู่ในเงื่อนไขการขอใช้อากาศยาน และผู้ป่วย

ได้ใช้บริการอากาศยานพยาบาลนำส่งไปรักษาอย่างปลอดภัย แพทย์อนุญาตให้กลับได้เมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน 2552

สถานการณ์นี้เป็นหนึ่งเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินปกติที่หลังจากมีนโยบายการนำอากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชน โดยภาครัฐซึ่ง สพท.ได้นำร่องโครงการแล้ว สามารถนำไปสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรมได้ โดยใช้การประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้สามารถช่วยชีวิตผู้ที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

5.5.2.2 สถานการณ์การช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุอุทกภัย

1. อุทกภัยภาคใต้: กรณีการช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุอุทกภัย ช่วงปลายเดือน มีนาคม พ.ศ. 2554

ชาติชาย กล่าวถึง การออกปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์อุทกภัยในพื้นที่ภาคใต้ 8 จังหวัด ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม- 3 เมษายน 2554 ว่า

“สพท. ได้รับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 กว่า ร้อยละ 96 มีการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทางบก รวม 1,805 ครั้ง สามารถช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทั้งสิ้น 1,814 ราย ส่วนการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศยาน รวมทั้งสิ้น 20 เที่ยวบิน สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินรวม 30 ราย”

การให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศแก่ผู้ประสบภัย มีผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย สะท้อนว่า เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันซึ่งทุกคนไม่ได้เตรียมพร้อมรองรับสถานการณ์ หนทางแรก คือ ต้องรวบรวมสติพาตนเองและครอบครัวให้หนีออกจากพื้นที่ประสบภัยให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้แต่เรื่องน้ำที่มาท่วมท้นพร้อมกันทำให้ตัดขาดเส้นทางหนีโดยรอบ ทางเดียวที่ทำได้คือหนีขึ้นที่สูงให้พ้นจากระดับอันตรายให้มากที่สุดแล้วรอความช่วยเหลือจากทางอากาศ ในจุดที่มีปัญหาเส้นทางคมนาคมทางบกถูกตัดขาดอย่างกะทันหัน ทางเลือกใหม่ที่ดีที่สุด คือ ทางน้ำ และทางอากาศ ตามลำดับ ซึ่งกรณีที่สุราษฎร์ โรงพยาบาลในท้องถิ่นเสียหายหนักจากน้ำท่วมต้องให้ความช่วยเหลืออพยพผู้ป่วยหนัก หนีออกจากพื้นที่เป็นอันดับแรก โชคดีที่ทาง สพท.ได้ตั้งฐานปฏิบัติการบิน Sky Doctor ไว้ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี และเคยมีการซักซ้อมการปฏิบัติการไว้ก่อนหน้านี้ ครั้นเมื่อมีเหตุการณ์จริง จึงได้เรียกใช้บริการอากาศยานพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ดังคำกล่าว

“จากเหตุการณ์อุทกภัย โดยเฉพาะในสุราษฎร์ธานี ที่ถนนหลายสายถูกตัดขาด ทำให้การลำเลียงผู้ป่วยเป็นไปด้วยความลำบาก จึงจำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยาน เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รายที่มีอาการหนักต้องใส่เฮลิคอปเตอร์จากกองบินตำรวจ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กองทัพอากาศ และศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ระดมมาช่วยกันลำเลียง นี่เป็นผลดีจากทาง สพล. ได้ทำบันทึกความร่วมมือไว้”

อังคาร

“เมื่อภัยพิบัติกระทบกับตัวสถานพยาบาลซึ่งเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลกว่า 22 แห่ง ถูกน้ำท่วม เครื่องมือแพทย์เสียหายทั้งหมด การสัญจร ภาคนพื้นดินถูกตัดขาด ถนนและสะพานพังชำรุด 11 แห่ง ต้องขออพยพคนหนีตายทางอากาศ กว่า 80 เที่ยวบิน จากกองทัพ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องขอการเคลื่อนย้ายทางอากาศฉุกเฉิน 30 ราย จึงได้ประสานกับ สพล. ซึ่งก่อนหน้านี้ผมได้ส่งบุคลากรไปอบรม SKY DOCTOR แล้วกลับมาหาพิภักสถานที่เหมาะสมให้เครื่องบินขึ้นลงกว่า 300 จุด เตรียมพร้อมทำให้สะดวกต่อนักบินในการเข้าช่วยเหลือ ต้องขอบคุณทาง สพล. ที่ระดมกำลังอากาศยานจากภาคี มาช่วยคิดว่าเป็นการขนย้ายผู้ป่วยทางอากาศด้วย เฮลิคอปเตอร์พยาบาลที่มากสุดในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทย”

ทรงวุฒิ

“ในช่วงสุราษฎร์ประสบอุทกภัยอย่างหนัก ศูนย์สั่งการ 1669 ได้รับแจ้งจากโรงพยาบาลตาขุนว่า มีลูกคนงานสัญชาติพม่าป่วย ติดเชื้อในเยื่อหุ้มสมองขอรับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน พี่จึงประสาน สพล. ขอจัดเฮลิคอปเตอร์ไปรับเพื่อส่งตัวมาที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ ทำให้เด็กรอดตาย หากปล่อยไว้ตามเวรตามกรรมในพื้นที่อันตรายดังกล่าว เพราะมัวคิดว่าเป็นแค่เด็กพม่า พี่ว่าเด็กตายแน่

สมศรี

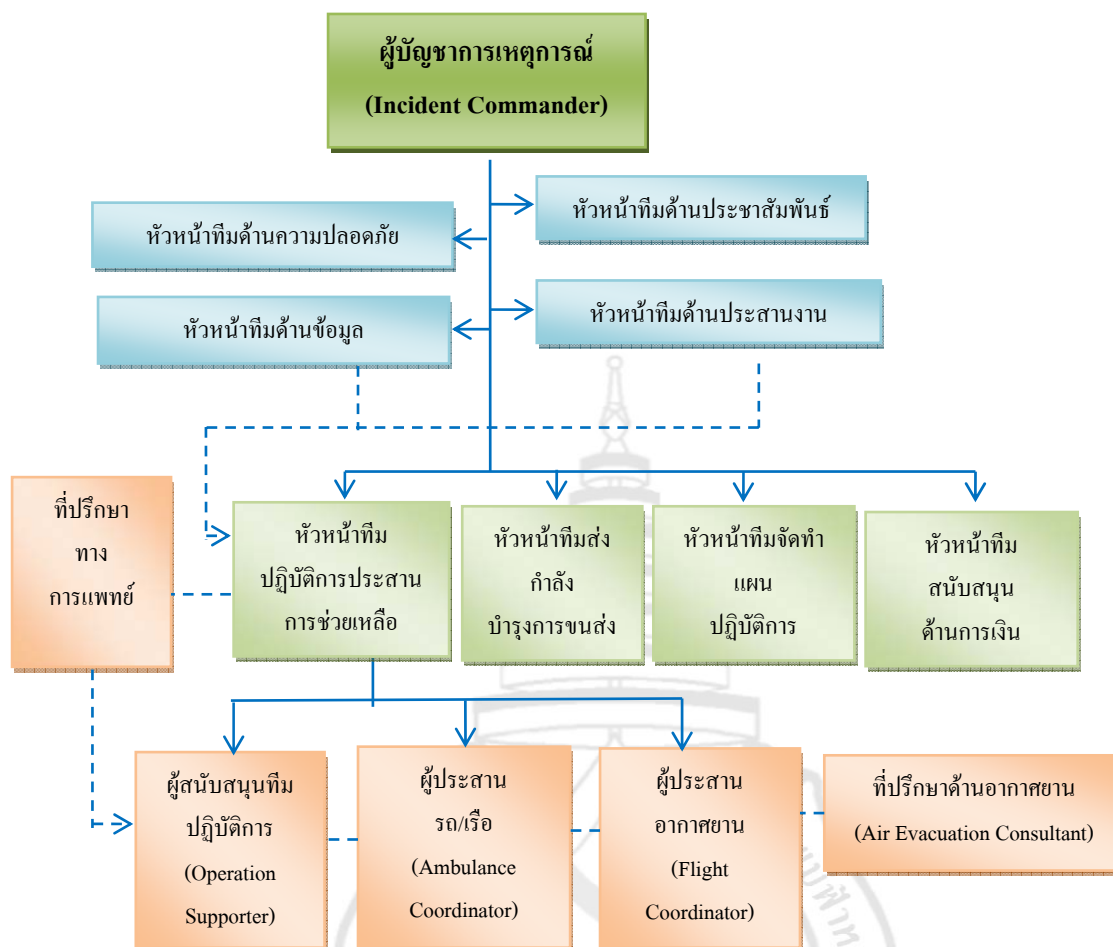
2. มหาอุทกภัยภาคกลาง 2554

เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2554 มรสุมตะวันตกเฉียงใต้ และร่องความกดอากาศต่ำแล้วเดือนกันยายน 2554 อิทธิพลจากพายุหมุนเขตร้อน “ไห่ถาง (Haitang)” อ่อนกำลังเป็นหย่อมความกดอากาศต่ำกำลังแรงเคลื่อนเข้าปกคลุมภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย

พายุไต้ฝุ่น “เนสาด (Nasat)” เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2554 ผลกระทบจากพายุทั้ง 2 ลูกทำให้หลายจังหวัดทางภาคเหนือ และภาคกลางตอนบนและตอนล่าง รวมไปถึงภาคอีสานตอนบน ประสบอุทกภัยครั้งใหญ่ ขยายเป็นวงกว้าง ซึ่งบางพื้นที่ไม่เคยเกิดเหตุการณ์เช่นนี้มาก่อน และด้วยปริมาณน้ำที่มากเกินไป ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนเศรษฐกิจ และการดำรงชีวิตของประชาชน โดยรวมของประเทศอย่างมาก ต่อมาเดือนตุลาคม 2554 พายุโนลแก (Nargae) ได้ส่งผลให้มีฝนตกหนักหนาแน่นจนเกิดอุทกภัยอย่างหนัก

มหาอุทกภัยปี 2554 ได้ส่งผลกระทบรุนแรงต่อผลผลิตการเกษตรในภาคกลางตอนบน และอุตสาหกรรมในภาคกลางตอนล่าง ทำให้เกิดความเสียหายต่อทั้งทรัพย์สินและผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศ ในพื้นที่เกษตรกรรมและอุตสาหกรรมในหลายจังหวัด ตั้งแต่จังหวัดเชียงใหม่ สุโขทัย ตาก พิษณุโลก กำแพงเพชร อุตรดิตถ์ ไปจนถึง พิจิตร อ่างทอง สุพรรณบุรี ปทุมธานี นครนายก นนทบุรี พระนครศรีอยุธยา นครปฐม สมุทรสาคร ฉะเชิงเทรา สมุทรปราการ ปราจีนบุรี กรุงเทพมหานคร และบริเวณที่ราบลุ่มภาคกลาง ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด สุรินทร์ ศรีสะเกษ อุบลราชธานี กาฬสินธุ์ นครราชสีมา ในบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำโขงโดยระหว่างทางไหลของน้ำลงสู่ภาคกลางตอนล่าง น้ำได้ไหลผ่านและสร้างความเสียหายหนักต่อนิคมอุตสาหกรรมที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและปทุมธานี จนถึงปัจจุบันมีพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย 64 จังหวัด และยังมีพื้นที่ที่ประสบอุทกภัยอยู่ 24 จังหวัด 177 อำเภอ 1,048 ตำบล 7,420 หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือนร้อน 1,059,957 ครัวเรือน จำนวน 2,868,061 คน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2554ฉ)

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) รายละเอียด ดังภาพที่ 5.23 ที่ถูกนำมาใช้ในการจัดระบบบัญชาเหตุการณ์ของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84 เป็นระบบที่ใช้เพื่อการสั่งการ ควบคุม และประสานงานความร่วมมือของแต่ละหน่วยงานในการบริหารสถานการณ์ฉุกเฉิน ระบบดังกล่าวเป็นระบบปฏิบัติการเพื่อการระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ เพื่อบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินให้สามารถปกป้องชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อมให้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพโดยประโยชน์ของระบบ ICS คือ การตอบสนองความต้องการในการจัดเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ทุกรูปแบบ เจ้าหน้าที่จากภาคส่วนและหน่วยงานต่างๆสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบและรวดเร็ว ภายใต้โครงสร้างการจัดการเหตุการณ์แบบเดียวกันก่อให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และประหยัด เนื่องจากไม่มีการทำงานที่ซ้ำซ้อน



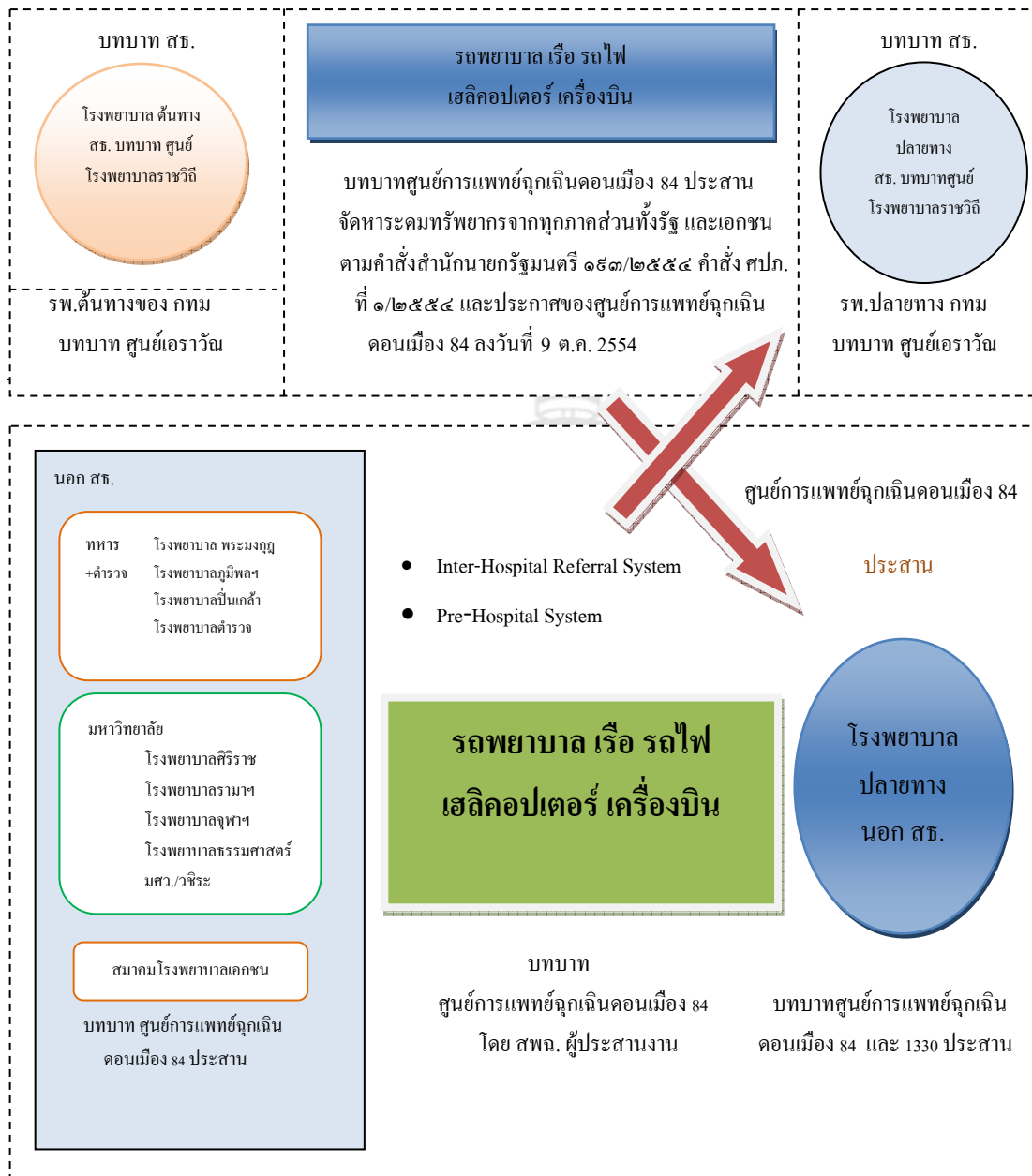
จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ก). ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา
ตอบ ได้อุทกภัย 54 (เล่ม1). กรุงเทพฯ: สถาบันฯ, 34.

ภาพที่ 5.23 ระบบบัญชาการเหตุการณ์ของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84

ภายใต้ภาวะวิกฤตอุทกภัยที่เกิดขึ้น ได้ส่งผลกระทบรุนแรงในพื้นที่หลายจังหวัด เช่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา นครสวรรค์ สพ.ต้องเตรียมจัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉินและการตอบโต้ภัยพิบัติทั้งในพื้นที่ที่เกิดภัยพิบัติ และในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากอุทกภัย การเตรียมความพร้อมของระบบปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อพร้อมรับและตอบโต้ภัยพิบัติ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมของระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน ระบบสื่อสารสั่งการ โดยดำเนินการควบคู่ไปกับการเตรียมความพร้อมของศูนย์รับแจ้งเหตุ และสั่งการประจำจังหวัดเพื่อการรับแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน และการประสานสั่งการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน การอพยพลำเลียงผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจาก

โรงพยาบาลในพื้นที่ประสบอุทกภัยไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ปลอดภัย (โรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง)

การปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะปกติ เป็นภารกิจด้านการปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (prehospital care) แต่ในภาวะภัยพิบัติ การปฏิบัติการฉุกเฉินได้มีภารกิจด้านการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (interhospital transfer) เพื่อป้องกันภาวะการฉีกเจ็บป่วยฉุกเฉินที่อาจเลวร้ายลง ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงได้เตรียมความพร้อมสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ “มหาอุทกภัย” ประกอบด้วย การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การเตรียมความพร้อมของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ ทั้งชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (Advance Life Support: ALS) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง (Intermediate Life Support: ILS) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support: BLS) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Responder : FR) และการเตรียมความพร้อมของยานพาหนะในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ จากภาคีเครือข่ายทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินจากจุดเกิดเหตุ หรือจากสถานที่ประสบอุทกภัยนอกสถานพยาบาลมายังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย ยานพาหนะที่ใช้ในการลำเลียงหรือขนส่ง ประกอบด้วยยานพาหนะหลายประเภท ขึ้นอยู่กับอาการเจ็บป่วยและสภาพพื้นที่นั้น ๆ ดังภาพที่ 5.24 แม้รถกระบะบรรทุกทั่วไปสามารถนำมาดัดแปลงสำหรับการลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน และภารกิจอื่น ๆ รถกระบะยกสูง (off-road) สำหรับลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่น้ำท่วมสูงสามารถปฏิบัติการในการลำเลียงผู้ป่วย และภารกิจลำเลียงถุงยังชีพ เวชภัณฑ์ยา รถพยาบาลที่สามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน (ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงและระดับกลาง) มีพื้นที่เพียงพอสำหรับปฏิบัติการ มีและใช้เครื่องช่วยหายใจ พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญสามารถนำออกไปดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างสะดวกพร้อมเครื่องมือสื่อสาร รถพยาบาลลำเลียงของกองทัพ (GMC) สำหรับลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วยฉุกเฉินและภารกิจอื่น ๆ โดยสามารถลำเลียงได้จำนวนมาก เรือประเภทต่าง ๆ เช่น สปีดโบ๊ท เรือหางยาวสำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินทางน้ำโดยการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เฮลิคอปเตอร์และเครื่องบินสำหรับการลำเลียงผู้ป่วยหนักพร้อมทีมแพทย์พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมด้านการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งช่วยให้การลำเลียงผู้ป่วยเป็นไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งใช้ในภารกิจอื่น ๆ เช่น การบินสำรวจพื้นที่เพื่อประเมินสถานการณ์ การลำเลียงยา เวชภัณฑ์ และสิ่งของที่จำเป็น

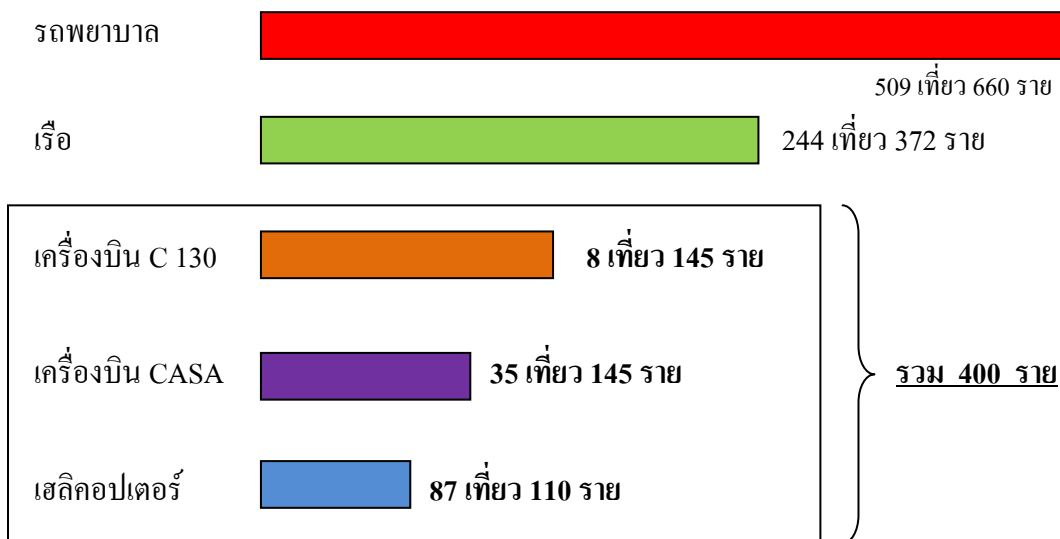


จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ฉ). ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ 84
พรรษา ตอบโต้ฉุกเฉิน 54 (เล่ม1). กรุงเทพฯ: สถาบันฯ., 40.

ภาพที่ 5.24 การประสานการตอบโต้ฉุกเฉิน 54

จากการติดตามประเมินสถานการณ์อย่างต่อเนื่องแบบวันต่อวัน ได้มีการปรับแผนการดำเนินงานของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84 ให้เหมาะสมทันเหตุการณ์ โดยเฉพาะแผนการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินออกจากพื้นที่ประสบอุทกภัย การลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติทางอากาศยาน ได้เตรียมแผนการลำเลียงผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ไม่ได้อยู่ในพื้นที่เสี่ยงและมีความพร้อมทั้งแพทย์ พยาบาล เครื่องมือต่าง ๆ อาทิ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี อุดรธานี เชียงใหม่ เชียงราย พิชญ์โลก สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต อำเภอลำปางใหญ่ สงขลา สานามบินอุตะเถา โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์

สำหรับการปฏิบัติการช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา ตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม – 8 พฤศจิกายน 2554 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2554) มีการลำเลียงผู้ป่วยแล้วทั้งสิ้น 1,432 ราย ครั้งนี้บทบาทของอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง มีส่วนสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลจากข่าวสารการปฏิบัติงานของ สพล.มาแจกแจงรายละเอียดดังแสดงในภาพที่ 5.25 ซึ่งแสดงรายละเอียดการให้บริการอากาศยานพยาบาลในภาวะฉุกเฉินดังนี้ การลำเลียงทางอากาศยานทางเฮลิคอปเตอร์ 87 เที่ยวบินจำนวน 110 ราย ทางเครื่องบินฝนหลวง (CASA) ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ 35 เที่ยวบินจำนวน 145 ราย ทางเครื่องบินซี 130 จำนวน 8 เที่ยวบินจำนวน 145 ราย รวมเฉพาะการเคลื่อนย้ายทางอากาศทั้งสิ้น 400 ราย นอกจากนี้ สพล. ได้ประสานการลำเลียงยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์การแพทย์ และทีมแพทย์เข้าไปในพื้นที่ที่เข้าถึงยากลำบาก รวมถึงได้บินสำรวจโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เสี่ยง เพื่อประเมินสถานการณ์ เตรียมแผนรับมือและประสานให้มูลนิธิไปประจำใกล้พื้นที่เสี่ยงเพื่อเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ด้วย



หมายเหตุ. รวบรวมตั้งแต่วันที่ 9 ตุลาคม–8 พฤศจิกายน 2554

จาก สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ก). ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา
ตอบโต้ฉุกเฉิน 54 (เล่ม1). กรุงเทพฯ: สถาบันฯ., 42.

ภาพที่ 5.25 สรุปผลการปฏิบัติงานของศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินดอนเมือง 84

5.6 สรุป

ในบทนี้ผู้วิจัยได้สรุปปรับปรุงแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลโดยสพท.ภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรทั้งนี้ สพท.แก้ปัญหาด้วยวิธีการเลือกใช้ รูปแบบการประกอบร่าง (Assembled Parts) นำศักยภาพทรัพยากรที่มีอยู่ต่างที่ต่างหน่วยงาน เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งรูปแบบดังกล่าวมีแนวคิดที่สำคัญอยู่ 5 ประการได้แก่ คำนึงร่วม การรวบรวมศักยภาพด้านทรัพยากร การประสานภาคีความร่วมมือ การมีผลประโยชน์ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ อย่างไรก็ตามในรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทยในปัจจุบัน ยังมีจุดแข็งและจุดอ่อนซึ่งเป็นช่องว่างอยู่ที่สามารถปรับปรุงผู้วิจัยจึงได้เสนอรูปแบบที่ควรจะเป็นในอนาคตไว้ในบทที่ 6

บทที่ 6

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

6.1 บทนำ

ในบทที่ 6 ผู้วิจัยได้วางแนวทางนำเสนอเริ่มต้นจากการชี้ให้เห็นช่องว่างที่เป็นปัญหาและอุปสรรคของการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบันซึ่งเป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อที่ 2 จากนั้นจึงสรุปภาพรวมของการดำเนินการวิจัยทั้งหมด ประกอบกับการอภิปราย รูปแบบที่เป็นไปได้ และเหมาะสมในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในอนาคต ซึ่งอยู่ภายใต้บริบทของกรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมของรูปแบบอากาศยานประกอบร่างที่ได้นำเสนอไว้จากบทที่ 5 พร้อมกับแจกแจงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาครัฐในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในอนาคตซึ่ง เป็นการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อ 3 และ ข้อ 4 คือ การเสนอแนะ รูปแบบใหม่ของการจัดบริการ อากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนที่เหมาะสมและเป็นไปได้ในอนาคต และที่สำคัญคือ การเสนอแนะนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อสนับสนุนให้การบริการดังกล่าวมีประสิทธิภาพ และเกิดความยั่งยืน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.2 ปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน

จากการนำเสนอรูปแบบการประกอบร่างที่ได้สังเคราะห์ไว้ จัดเป็นความสำเร็จของ สพล. ที่ได้ นำโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ บริการตรงสู่ภาคประชาชน ด้วยความสามารถและความประยุต์ใช้ พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ไปสู่การจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ภายในระยะเวลาที่จำกัด อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตาม เมื่อนำรูปแบบดังกล่าว สู่การปฏิบัติใน สถานการณ์ต่าง ๆ พบว่า ยังมีปัญหาและอุปสรรคที่ควรต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติม ซึ่งผู้วิจัยได้วิเคราะห์ รวบรวมข้อปัญหาและอุปสรรค สรุปเสนอไว้ใน ตารางที่ 6.1 โดยแบ่งรายละเอียดตามข้อค้นพบ ตาม การให้บริการที่ใช้รูปแบบเฉพาะ คือ การประกอบร่างเป็นอากาศยานพยาบาล ซึ่งองค์ประกอบ ของการ ประกอบศักยภาพทรัพยากรทั้ง 5 ส่วนแสดงไว้ดังตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 ความสัมพันธ์ของช่องว่างปัญหากับองค์ประกอบของรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง

ช่องว่างปัญหากับองค์ประกอบของรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง	
องค์ประกอบ	ช่องว่างของปัญหา
ค่านิยมร่วม	1. ไม่พบการใช้กระบวนการสื่อสารเพื่อสร้างค่านิยมร่วมระหว่างภาคีสมาชิก เหตุผลสำคัญที่แสดงถึงท่าไมสมาคม ต้องเข้ามาเป็นภาคี ร่วมมือกับสพล. อย่างต่อเนื่องถาวรตลอดไปหรือเข้ามาช่วยเหลือเพียงชั่วคราว หรือมีผลประโยชน์อื่นแอบแฝง 2. ไม่พบการสื่อสารถึง ด้านประโยชน์ที่ได้รับ เปรียบเทียบให้เห็นกับต้นทุนที่ใช้ไป (cost benefit) บุคคลทั่วไปส่วนใหญ่ หรือผู้ที่จัดสรรงบประมาณ เข้าใจกรอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ว่าเป็น ค่าใช้จ่ายที่เห็นต่อหน่วย (unit cost) จึงมักวิจารณ์ว่าโครงการนี้ “แพง” ต้องใช้เงินจำนวนมาก และสพล. ยังไม่มีการสื่อสารอธิบายรายละเอียดถึงความคุ้มค่า ที่เป็นผลประโยชน์โดยรวม ไม่มีการชี้แจงประโยชน์ของอากาศยานพยาบาล เช่นความรวดเร็วในการนำส่งถึงการรักษาพยาบาล หรือการขอใช้บริการนี้กับผู้ป่วยวิกฤตมีการขอใช้บริการเกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวในชีวิตเท่านั้น (hi cost low volume but single use service) เทียบกับการใช้บริการสาธารณสุขที่ต่อเนื่องอื่น ๆ เช่น การฟอกไต 3. ไม่พบความชัดเจนการสื่อสารถึงด้านคุณภาพและความปลอดภัย ตัวชี้วัดคุณภาพ ที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของผู้ป่วย (patients outcome) อะไรคือ หลักประกันความปลอดภัยแก่ภาคีสมาชิกขณะปฏิบัติงาน ไม่มีการกำหนดคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ ผู้ให้บริการ จาการพ. กรุงเทพ มีมาตรฐานแห่งคุณภาพและความปลอดภัยสูง ขณะที่ หน่วยงานอื่นไม่ปรากฏความเด่นชัด
การรวบรวม ศักยภาพและ จัดระบบทรัพยากร	1. ทรัพยากรที่มีจำกัดทั้งปริมาณและคุณภาพการเข้าถึงบริการ ไม่สามารถรับประกันได้ตลอดเวลา เนื่องจากหน่วยงานที่สนับสนุนอากาศยานอาจติดภารกิจหลัก อาจปฏิเสธการเข้าช่วยเหลือได้ 2. อากาศยานส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการบินไม่สามารถตอบสนองการให้บริการได้ในทันที ต้องรอการประกอบร่าง (เวลาที่ใช้ในการประกอบร่างที่เหมาะสมควรเป็นเท่าไร) ส่วนหนึ่งอากาศยานไม่สามารถให้บริการในช่วงเวลาฉุกเฉินได้ (แต่ความเป็นความตายไม่มีเวลากลางคืนหรือกลางวัน) 3. ขาดข้อมูลสถานที่ขึ้นลงอากาศยานในระดับชุมชนหรือเทศบาลทั่วประเทศ 4. ขาดอุปกรณ์การแพทย์เฉพาะที่คือนำไปใช้บนอากาศยานประกอบร่าง 5. ขาดหลักสูตรเวชศาสตร์การบิน ในโรงเรียนผลิตบุคลากรทางสาธารณสุข (รร. แพทย์/พยาบาล) 6. กฎระเบียบ ข้อบังคับ ของแต่ละภาคีไม่มีความชัดเจนที่เอื้อต่อการเข้ามามีส่วนร่วมให้บริการ 7. กลไกที่สนับสนุนการระดมทุนสำรอง ด้านค่าใช้จ่ายของผู้ขอใช้บริการยังไม่มีหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมสนับสนุน เช่นประชาชนอาจมีความจำเป็นต้องซื้อประกันที่เกี่ยวข้องล่วงหน้า การกระจายภาระค่าใช้จ่ายให้องค์กรอื่น ๆ ที่มีศักยภาพหรือมีทุนสำรองสูงเพื่อเข้ามาร่วมจ่าย เช่น อบจ. / อบต. / เทศบาล กองทุนข้าราชการ กองทุนสวัสดิภาพพนักงาน มูลนิธิการกุศล การขายสลากการกุศล และอื่น ๆ ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องค่าใช้จ่าย การซื้อประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการนี้ในกลุ่มผู้มีรายได้ การเก็บเงินประกันค่าท่องเที่ยวและบริการจากนักท่องเที่ยว สะสมไว้เป็นทุนสำรอง 8. ยังไม่พบการประกาศนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ชัดเจน คงต้องตีความแนวทางการดำเนินงานจาก พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือมาตรฐานหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ โครงการไทยสกายดอคเตอร์

ตารางที่ 6.1 (ต่อ)

ช่องว่างปัญหากับองค์ประกอบของรูปแบบอากาศยานประกอบร่าง	
องค์ประกอบ	ช่องว่างของปัญหา
การประสานภาคี ความร่วมมือ	กรอบการเลือกสมาชิกเพื่อเข้าร่วมเป็นภาคี เลือกจากหน่วยงานที่มีอากาศยานใช้งานเป็นหลัก และจากวงการสาธารณสุขเท่านั้นไม่พบการขยายเครือข่ายให้วงการอื่น ๆ ภายนอกเข้าร่วมเป็นภาคี เช่น วงการสื่อ ทวี สิ่งพิมพ์ การตลาด การกีฬา อุตสาหกรรม เครื่องดื่ม ยานยนต์ ฯลฯ ซึ่งวงการดังกล่าวอาจเป็นภาคีสนับสนุนให้ระบบทุนสำรองของสพล. สามารถขับเคลื่อนได้อย่างราบรื่น และอาจช่วยสร้างฐานอำนาจการรับรู้ในบริการอากาศยานพยาบาล ประโยชน์และ ความจำเป็น ผู้ประชาชนได้อย่างรวดเร็ว
การมีผล ประโยชน์ ร่วมกัน	1. ด้านค่าตอบแทนที่แต่ละสมาชิกภาคีหรือหน่วยงานได้รับ ยังไม่มีความเหมาะสม 2. ความไม่ชัดเจนของบทบาทและหน้าที่ของภาคีเมื่อเข้าร่วมดำเนินงาน 3. ขาดการสื่อสารผลประโยชน์ที่เห็นชัดเจนที่แต่ละสมาชิกเข้าร่วมเป็นภาคี ประชาชน สังคม รัฐบาล ประเทศได้อะไรจากการจัดบริการอากาศยานพยาบาล 4. ยังไม่พบว่าองค์กรท้องถิ่น มีบทบาท ส่วนร่วมในการให้บริการอากาศยานพยาบาล 5. รพ. หลายแห่งไม่มีความพร้อมในการอำนวยความสะดวก การสร้างสถานที่ขึ้นลงอากาศยานทั้งสถานที่และกำลังคนมีไม่เพียงพอ บางแห่งไม่ทราบว่า ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการให้บริการแล้ว 6. ภาคประชาชนยังไม่รับทราบว่า รัฐได้มีนโยบายจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล จึงยังไม่เห็นบทบาทการเรียกร้องสิทธิขอให้มีการขยายฐานบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ 7. บทบาทของ สพล. ในการประสานการให้บริการอากาศยานพยาบาลในประชาคมอาเซียน (AEC) ในกรณีเปิดเสรีให้มีการเดินทางไปศึกษา ท่องเที่ยว หรือ ลงทุน ต่างแดน แล้วมีกรณี ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องขอความช่วยเหลือเคลื่อนย้ายข้ามประเทศเกิดขึ้น
การมีส่วนร่วม บริการสาธารณะ	1. ฐานปฏิบัติการบินที่ให้บริการตลอดจนสถานที่ขึ้นลงอากาศยานที่ประกาศใช้ในปัจจุบันที่เหมาะสม ยังมีจำกัด ไม่เพียงพอ รองรับต่อการขยายตัวการขอใช้บริการในอนาคตที่ต้องมีมากขึ้นจากโรคระบาด อุบัติเหตุ สงครามกลางเมือง การจลาจล หรือเหตุการณ์ภัยพิบัติต่าง ๆ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ 2. ภาคีที่ร่วมดำเนินงาน ประชาชน ส่วนใหญ่ขาดการสร้างความตระหนักในด้านจิตสาธารณะ ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบว่า มีการให้บริการในลักษณะดังกล่าว (ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ทราบและคิดว่ายังไม่มีการให้บริการแก่สาธารณะ)

จากตารางแสดงปัญหาซึ่งเป็นช่องว่างของการใช้อากาศยานพยาบาลภายใต้การบริหารของสพล. เพื่อบริการประชาชน พบว่าองค์ประกอบของค่านิยม ซึ่งมี 5 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงของมนุษย์ ความเสมอภาคและความเท่าเทียม มูลค่าประโยชน์ที่ได้รับเมื่อเทียบกับต้นทุน คุณภาพ และความรับผิดชอบต่อสังคม พบว่ามีปัญหาในด้านการสื่อสารกระบวนการสร้างค่านิยม สพล. ไม่มีการสร้างค่านิยมร่วมระหว่างภาคีที่มาร่วมมือให้บริการ โดยเฉพาะในด้านคุณภาพและมูลค่าที่ได้รับประโยชน์ กล่าวคือ การให้บริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่นำระบบควบคุมคุณภาพมาใช้อย่างจริงจัง ไม่มีการใช้

ตัวชี้วัดคุณภาพ เช่น มาตรฐานอากาศยาน มาตรฐานอุปกรณ์การแพทย์ มาตรฐานเวลา มาตรฐานสถานที่ขึ้นลงอากาศยาน และทักษะของบุคลากรผู้ปฏิบัติการทั้ง บุคลากรทางการแพทย์ นักบิน บุคลากรสนับสนุนภาคพื้น ส่วนมูลค่าที่ได้รับ พบว่าไม่มีการสื่อสารให้ชัดเจนด้านคุณประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับการช่วยให้มีชีวิตรอด ส่วนใหญ่ชี้ถึงประเด็นด้านค่าใช้จ่ายต่อหน่วย ซึ่งประเด็นนี้ไม่ถือว่าเป็น “ราคาชีวิต” จึงทำให้มีข้อกังขาถึงประเด็นการลงทุนที่มากเกินไปต่อผู้ป่วยเพียงหนึ่งคน ทำอย่างไรที่ประชาชนสามารถได้รับการบริการ ที่เท่าเทียม เสมอภาค อย่างถ้วนหน้า ทั้งนี้โดยไม่ถูกถามสิทธิ ไม่ถูกบ้ายเบี่ยง หรือปฏิเสธการช่วยเหลือในทุกกรณี

ส่วนองค์ประกอบด้านศักยภาพในการจัดระบบทรัพยากรซึ่งวิเคราะห์จาก 8 มิติ ได้แก่ การจัดอบรม พาหนะอากาศยาน อุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากร กฎและระเบียบ กำลังซื้อ การเงินการคลัง และนโยบายที่สนับสนุน พบว่า ปัญหาหลักด้านการดำเนินงาน คือ การจัดฝึกอบรมสมาชิกในภาคีให้มีทักษะและความรู้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ส่วนใหญ่มักเน้นไปที่บุคลากรทางการแพทย์แต่ในภาคปฏิบัติการสื่อทักษะความรู้ด้านนี้ หลายหน่วยงานยังไม่มี ปัญหาด้านอำนาจซื้อบริการ ซึ่งหลายหน่วยงานในภาคีไม่มี ต้องหาวิธีการกระจายอำนาจในการซื้อบริการ ประเด็นอากาศยานถือเป็นเรื่องสำคัญที่เมื่อต้องการขอใช้ ยังต้องเสียเวลาที่ใช้เวลาในการประสานงาน แม้ว่าส่วนประกอบอื่นที่เป็นบุคลากรและเครื่องมือทางการแพทย์จะพร้อมก็ตาม ปัญหาที่ไม่ควรมองข้ามคือ อากาศยานไม่สามารถให้บริการในช่วงเวลากลางคืน หรือบางสภาพอากาศทำให้เป็นข้อจำกัด

องค์ประกอบด้านการประสานภาคีความร่วมมือ การที่สมาชิกภาคีเข้าร่วมให้บริการอาจเป็นเพราะการขอทำสัญญา การที่มีอำนาจใช้ระบบการสั่งการ ซึ่งในความเป็นจริงองค์กรอาจไม่สมัครใจต้องการร่วมเป็นภาคีก็ได้ ปัญหาดังกล่าว จึงต้องมีการสื่อสารความชัดเจนถึงบทบาทและหน้าที่ของแต่ละภาคีเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความเต็มใจ อาสาเสียสละร่วมมือร่วมใจดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม ประเด็นค่าตอบแทนของแต่ละหน่วยงานพึงได้ที่เหมาะสม คงยังเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันอยู่ ในการหาสมาชิกเพื่อเข้ามามีส่วนร่วมการให้บริการอากาศยานพยาบาล มักคิดเฉพาะหน่วยงานที่มีศักยภาพด้านอากาศยานเป็นหลัก และเน้นอากาศยานประเภทปีกหมุน เพราะสามารถเข้าถึงพื้นที่ได้รวดเร็ว ทั้งนี้อากาศยานปีกตรึง เช่น สายการบินในประเทศ หลายบริษัทอาจเป็นส่วนสนับสนุนการให้บริการทางอ้อมได้ ปัญหา คือ จะมีวิธีการเชื่อมโยงให้เข้ามาเป็นภาคีได้อย่างไร เช่นกัน หน่วยงานองค์กรอื่นที่ไม่มีอากาศยาน แต่มีศักยภาพในด้านการสนับสนุนงบประมาณ การประชาสัมพันธ์ การตลาด ยังเป็นอีกช่องว่าง ที่สามารถเปิดโอกาสให้องค์กรใหม่อื่น ๆ นอกวงการสาธารณสุขสามารถเข้ามาร่วมมือสนับสนุน

องค์ประกอบด้านการมีผลประโยชน์ร่วมกัน ประเด็นนี้ต้องชี้ให้ชัดเจนว่า อะไรคือผลประโยชน์ของแต่ละหน่วยงานที่ได้เข้ามาร่วมดำเนินงาน ทั้งนี้ยังไม่มีการแจ่มแจ้งความชัดเจนที่เป็นรูปธรรมซึ่งประโยชน์สูงสุดที่ได้ คือการได้ช่วยชีวิตคนให้รอด จุดนี้ส่วนใหญ่พิจารณาประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นหลัก ส่วนองค์กรอื่น ๆ ได้แก่ สพล. สมาชิกภาคี สังคม รัฐบาลประเทศชาติ ได้ประโยชน์อย่างไรกับการมีบริการนี้ ยังไม่มีการสื่อ ประชาสัมพันธ์ถึงรายละเอียด องค์ประกอบด้านการปลูกจิตสำนึกการมีส่วนร่วมบริการสาธารณะ ในชุมชนจังหวัดที่ไม่มีฐานบิน ผู้นำชุมชน องค์กรท้องถิ่น ไม่มีการประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกชุมชนทราบ จึงไม่แปลกที่มีประชาชนจำนวนมากไม่ทราบว่ามีการให้บริการดังกล่าว และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้อย่างไร ด้วยเหตุดังกล่าวจึงไม่มีการปลูกจิตสำนึกที่จะร่วมกันสนับสนุน การคงอยู่ของบริการอากาศยานพยาบาลแต่อย่างใด ชุมชน องค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีงบประมาณ จึงไม่ทราบ บทบาทของตนต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ทั้ง ๆ ที่เป็นสิ่งจำเป็น ดังนั้นการสนับสนุน ด้านค่าใช้จ่าย งบประมาณ หรือแม้แต่ การสำรวจสถานที่ขึ้นลงอากาศยานในชุมชนของตน ในหลายพื้นที่จึงยังไม่มี การดำเนินงาน

6.3 สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย พบว่าการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนโดยภาครัฐเกิดขึ้นได้ในลักษณะที่ต้องอาศัยการประกอบร่าง นำทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินจากต่างที่ต่างหน่วยงาน มารวมกันจึงสามารถเกิดการให้บริการขึ้นได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นรูปแบบเฉพาะยังไม่เคยมีปรากฏในประเทศไทยหรือประเทศอื่นใดมาก่อน ภายใต้นโยบายที่เอื้อ ต่อการดำเนินงานซึ่งแตกต่างจากสากลปฏิบัติ แต่สามารถทำได้จริงในประเทศไทย และที่สำคัญสามารถตอบสนองความจำเป็นของประชาชนทุกระดับอย่างเป็นธรรม การจัดรูปแบบและนโยบายในการให้บริการมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.3.1 รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในปัจจุบัน

ตามที่กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เห็นชอบลงนามร่วมกันในการทำบันทึกข้อตกลงเรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของกระทรวงกลาโหม เพื่อให้การช่วยเหลือปฐมพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และฉุกเฉินด้วยอากาศยานในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเป็นไปด้วยความรวดเร็วทันเวลา สามารถช่วยเหลือชีวิต และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติร่วมกันของหน่วยงาน อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 19 มาตรา 24(1) และมาตรา 25 แห่งพระราชบัญญัติ

การแพทย์ฉุกเฉินพุทธศักราช 2551 ประกอบกับมติ กพฉ. ครั้งที่ 2/2552 เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 เลขานุการ สพฉ. นายแพทย์ ชชาติ เจริญชีวกุล จึงออกคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ซึ่งมาจากหน่วยงานของกลาโหม และหน่วยงานพลเรือนจำนวน 23 ราย ดำเนินการวางแผน ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีระบบและจัดทำแนวทางปฏิบัติ การสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

คณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ได้คิดค้นวิธีการดำเนินงานเพื่อนำร่องการให้บริการ ผลการวิจัยจากภาคสนาม สรุปได้ว่ารูปแบบการให้บริการ คือ รูปแบบตามภาพที่ 5.21 แสดงการจัดรูปแบบอากาศยานพยาบาลประกอบร่างที่ใช้ในการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย รูปแบบนี้อาศัยพื้นฐานมาจากทฤษฎีประกอบร่างที่ค้นพบจากการวิจัยนี้ กล่าวว่าการดำเนินกิจกรรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ เพื่อบริการแก่ประชาชนในประเทศไทย จำเป็นต้องอาศัยการประกอบร่าง จึงสามารถสร้างให้เกิดผลสัมฤทธิ์ในภาคปฏิบัติได้ หมายความว่า ต้องมีหน่วยงานกลางทำหน้าที่อำนวยความสะดวกประกอบทรัพยากรที่สำคัญ แต่ละส่วนที่นำมาจากแต่ละแห่ง โดยต้องผสมผสานทรัพยากรที่ได้มา (หรือยืมมา) ให้เป็นรูปร่างที่สมบูรณ์ก่อนออกปฏิบัติการ อธิบายได้ว่า สพฉ. คือศูนย์กลางกลไกในการขับเคลื่อนการให้บริการ โดยใช้เครื่องมือการบริหารคือ MOU (Memorandum of Understanding) ในการทำบันทึกข้อตกลงการขอใช้ทรัพยากรเช่น อากาศยาน รถพยาบาล ทีมสนับสนุนการแพทย์และอุปกรณ์ จากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีศักยภาพและให้ความร่วมมือ ประกอบร่างเป็นอากาศยานพยาบาล ออกปฏิบัติการให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ แก่ประชาชนที่ร้องขอผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด หมายเลข 1669 ตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์การขอใช้อากาศยาน ซึ่งอธิบายรายละเอียดในภาพที่ 5.13 ฟังขั้นตอนการขอใช้ปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

6.3.1.1 ลักษณะความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาล

ลักษณะของความร่วมมือในการให้บริการ แบ่งโดย การที่ภาคีที่ให้การสนับสนุนทรัพยากร คือ อากาศยาน บุคลากรทางการแพทย์ เงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน การช่วยทำกิจกรรม การเข้าร่วมในการวางแผน การประชุมแสดงความคิดเห็น การดำเนินการ การติดตามและการประเมินผล ส่วนอำนาจหน้าที่ของผู้เข้าร่วม คือ เป็นสมาชิก ของภาคีเมื่อต้องการขอใช้ทรัพยากรจึงมีการประสานแจ้งให้ทราบเป็นครั้งๆ ขึ้นอยู่กับการร้องขอและสถานที่เกิดเหตุ จากลักษณะของ การดำเนินงาน สามารถอธิบายได้ว่า สมาชิกที่เข้าร่วมมือปฏิบัติงานประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่ สมาชิกฝ่ายปฏิบัติงาน คือ ชุดปฏิบัติการทางอากาศ และสมาชิกฝ่ายสนับสนุน คือ กลุ่มกองทุน ต่าง ๆ ลักษณะความร่วมมือ ที่เกิดขึ้นในการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย เป็น แบบการประสานงาน

(coordination) และแบบความร่วมมือ (collaboration) กล่าวคือ สพล.ใช้ MOU เป็นเครื่องมือในการประสานงานขอความร่วมมือระดับองค์กรในการปฏิบัติการกิจ องค์กรที่เข้าร่วมดำเนินการ จัดส่งทรัพยากรที่เรียกขอเพื่อร่วมมือในการปฏิบัติงาน ทั้งนี้ สพล. ได้ตั้งกฎ ระเบียบ ข้อปฏิบัติ แสดงบทบาทเป็นตัวกลางรับผิดชอบและสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกิดจากการปฏิบัติการ โดย สพล. เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมด

6.3.1.2 การประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน

สพล. เป็นองค์กรหลัก มีบทบาทเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานความร่วมมือ ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วม ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน วิธีที่ สพล. ใช้ในการประสานความร่วมมือ คือ การขอทำบันทึกข้อตกลง กับหน่วยงานที่ให้ความร่วมมือในการขอใช้ทรัพยากร เพื่อไปใช้ในการให้บริการอากาศยานพยาบาล โดย สพล. ได้จัดโครงสร้างองค์กรการประสานความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาล โดยจัดแบ่งเป็นหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้ สำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักประสานการแพทย์และเครือข่ายสัมพันธ์ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาครัฐ หน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศภาคเอกชน หน่วยประสานการสนับสนุนทางการแพทย์ หน่วยประสานการสนับสนุนอากาศยาน และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศ (sky doctor unit)

6.3.1.3 ปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความร่วมมือ

แนวคิดของการสร้างค่านิยมร่วมในการส่งเสริมให้สมาชิกภาคีตระหนักถึงการเข้าร่วมมือเพื่อให้บริการช่วยชีวิตประชาชนโดยใช้อากาศยานพยาบาล และการส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการให้บริการอากาศยานพยาบาล ส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกันในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยมีการนำข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อการประสานให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนการดำเนินงาน การให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทรัพยากรโดยเอื้อเพื่อความสะดวกของการใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด จัดให้มีคณะทำงานเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน และให้ความสำคัญกับการใช้สื่อต่าง ๆ ในการประสานงาน เช่น การจัดสร้างเครือข่ายการปฏิบัติงาน

จากผลการศึกษาพบว่า สพล. ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรตั้งขึ้นจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 มีแผนร่วมกันพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ในอากาศยานของหน่วยงานภาครัฐ (สพล.ไม่มีอากาศยาน) แต่มีแนวคิดต้องการขอใช้ทรัพยากรจากหน่วยงานของรัฐมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด แทนการลงทุนซื้อ ซึ่งเป็นไปตามหลักการบริการสาธารณสุขแนวใหม่ สพล. จึงได้ดำเนินการทำสัญญาลงนามบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานต่าง ๆ เรื่อง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานเพื่อประชาชน โดยภาครัฐ

จากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่มีศักยภาพ ในระยะแรกได้สมาชิกที่แสดงเจตจำนงรวม 11 ภาครี ซึ่งได้แก่ สามเหล่าทัพ กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ และสถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ รับหน้าที่ช่วยจัดการอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้แก่เจ้าหน้าที่ ด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ประกอบด้วยทีมแพทย์ โรงพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ทำให้ปฏิบัติการโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศมีความเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินบนอากาศยานได้

6.3.2 นโยบายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย

การให้บริการสาธารณสุข แก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาสในท้องถิ่นทุรกันดาร โดยใช้เฮลิคอปเตอร์ของหน่วย พอ.สว. ที่สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้ทรงริเริ่มใช้ศักยภาพของอากาศยานให้เป็นประโยชน์ในการสนับสนุนการสาธารณสุข สพล. ได้เล็งเห็นถึงคุณค่าจึงได้ดำเนินการตามแนวพระราชดำริ โดยเริ่มโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอากาศยานพยาบาลหรือสกายด็อกเตอร์ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน เพื่อลดการสูญเสียและทพสภาพจากภาวะฉุกเฉินหรือภาวะภัยพิบัติ โดยให้บริการในเขตพื้นที่ หรือภูมิภาคที่ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะให้บริการแก่ผู้ป่วย หรือพื้นที่ พิเศษ ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะทางบก หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วนจากแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงจำเป็นต้องดำเนินการสนธิกำลัง ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐที่มีอากาศยานพยาบาล หรือขอรับการสนับสนุนจากภาคเอกชนเพื่อให้การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์

เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในทุกพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรไทย และสามารถนำส่งไปรักษาพยาบาลได้ทันเวลา ผู้วิจัยจึงได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้อากาศยานพยาบาลซึ่งประกอบด้วย การยกระดับความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิตและสังคม การพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการพัฒนาการบริหารภาครัฐ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.3.2.1 ยกระดับความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิตและสังคม ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ในทุกพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรไทย เพื่อลดการสูญเสียและลดการทพสภาพจากผลกระทบของภาวะฉุกเฉินและภาวะภัยพิบัติ

6.3.2.2 พัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดย

1. ส่งเสริมและพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
2. ส่งเสริมและพัฒนารพ. ให้มีศักยภาพสามารถรองรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
3. ส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
4. ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
5. ส่งเสริมและพัฒนาอุปกรณ์สำหรับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ให้กับหน่วยงานที่มีอากาศยานพยาบาล

6.3.2.3 ส่งเสริมและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสาธารณสุข ให้มีคุณภาพเทียบเท่ามาตรฐานสากล โดย

1. บูรณาการและประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
2. ส่งเสริมและพัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น
3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบงบประมาณและการเงิน ให้สามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานได้อย่างพอเพียงและมีประสิทธิภาพ
4. ส่งเสริมและพัฒนาระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพ ให้สามารถตอบสนองต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
5. ส่งเสริมและพัฒนาระบบประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในด้านการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ
6. ส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้สามารถตอบสนองต่อการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. สื่อสาร ปลุกฝัง ค่านิยมร่วมที่เป็นองค์ประกอบของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ แก่ภาคีสมาชิก

6.4 อภิปรายผลการวิจัย

เป็นการนำเสนอ ความเห็น แนวคิด เปรียบเทียบกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล และประเด็นนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ดังนี้

6.4.1 ประเด็นรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล

ผลการวิจัย พบว่า การให้บริการอากาศยานพยาบาลโดย สพล. เกิดขึ้นครั้งแรกปลายปี พ.ศ. 2552 หลังจากที่ได้มีมติของ กพท. ให้ สพล. นำโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศออกให้บริการ รูปแบบที่ทาง สพล. คิดค้นขึ้นมาเป็นลักษณะเฉพาะในบริบทของประเทศไทยเท่านั้น ลักษณะเฉพาะที่ว่าคือ รูปแบบของอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง กล่าวได้ว่า แม้นไม่มีความเป็นสากล ตรงกันข้าม กลับเป็นการประยุกต์รูปแบบของสากลปฏิบัติมาใช้งาน ซึ่งมีความเป็นไปได้มากที่สุดช่องทางเดียวของประเทศไทยได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสม กล่าวคือ องค์การที่ตั้งขึ้นโดยมีกฎหมายรับรองให้มีหน้าที่ ควบคุม ดูแล กิจกรรมต่าง ๆ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่าง สพล. มีเฉพาะอำนาจการบริหารและเป็น ศูนย์กลางถ่ายทอดแนวคิด นโยบาย คำสั่ง บทลงโทษ การอบรม การพัฒนา วิจัย นำลงสู่กระบวนการ ปฏิบัติงานจริงแก่ประชาชน ที่สำคัญ สพล. ไม่มีทรัพยากรอากาศยาน ไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่มี ฐานแนวคิด และนโยบาย ตลอดจนหน่วยงานทางสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุน เช่น กระทรวง สาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม ที่สำคัญรัฐบาลให้การ สนับสนุนผ่านกฎหมายพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน กล่าวได้ว่า สพล. มีพลังทางด้านแหล่งทุน ใน ความเป็นจริง การตัดสินใจที่ต้องการครอบครองอากาศยานเองมีข้อดีอยู่ที่สามารถบริหารจัดการด้าน เวลาใน การเข้าช่วยเหลือผู้ขอความช่วยเหลือได้เต็มที่และทันเวลา อย่างเช่น ในประเทศญี่ปุ่น ประเทศ เยอรมัน ซึ่ง สพล. ได้เคยส่งบุคลากรไปศึกษาดูงาน และพบว่าโครงการคอคเตอร์เฮลิคอปเตอร์ในประเทศญี่ปุ่น สามารถตอบสนองการช่วยเหลือประเภทเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้ภายในเวลาเพียง 15 นาที ในประเทศ เยอรมัน 10 นาที สำหรับประเทศไทย สพล. คิดว่าบทเรียนของการครอบครองรถพยาบาลในอดีตนั้น สร้างต้นทุนค่าใช้จ่ายมหาศาลในการดูแล

หลักการที่สามารถเป็นไปได้ คือ แนวคิดการว่าจ้างซึ่งเป็นแนวคิดที่ทางญี่ปุ่นใช้ในโครงการ คอคเตอร์เฮลิคอปเตอร์ โดยผ่านระบบสัมปทาน แต่สำหรับประเทศไทย กับก้าวแรกที่ผ่านอุปสรรคของการเริ่ม เปลี่ยนแปลงปรับปรุงระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย หากพลิกผันแบบก้าวกระโดดทันที โดยใช้ระบบ สัมปทานอากาศยานซึ่งมีต้นทุนต่อลำกว่า 250 ล้านบาท รวมค่าดูแลรักษาปีละประมาณ 2 ล้านบาท เป็น การลงทุนอย่างมหาศาลซึ่งสิ่งที่จะเกิดตามมา คือ การ โจมตีและต่อต้านจากหน่วยงานอื่น ๆ ได้ ดังนั้น การกระทำที่เป็นทางออกที่ดีของการเริ่มต้นการพัฒนา คือ การขอยืมใช้งานอากาศยาน แล้วจ่ายเงิน ชดเชยอุดหนุนเป็นค่าบริการ น่าจะลดแรงต่อต้านได้ อย่างไรก็ดีตามในระยะเริ่มต้น สพล. ต้องดำเนินการ ขยายแนวคิดให้กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอากาศยานในประเทศไทย ซึ่ง องค์ประกอบของการจัดให้มีบริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนได้ต้องดำเนินการดังนี้คือ

1. หออากาศยาน สพฉ. ได้ทำการรวบรวมอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ที่ให้บริการบินในประเทศไทย พบว่าหน่วยงานทางกลาโหม 3 เหล่าทัพมีการใช้งานและมีความพร้อม ทั้งนี้ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักฝนหลวงกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม หรือแม้แต่ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพที่เพิ่งซื้อเฮลิคอปเตอร์เพื่อให้บริการสกายไอชียู มีความพร้อมและยินดีให้ความร่วมมือ

2. ทีมแพทย์และพยาบาลที่พร้อมสามารถสวมบทบาทให้บริการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทางอากาศ ทั้งนี้ทาง สพฉ. ได้รับความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุขให้ขออาสาสมัครแพทย์ และพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศมาดำเนินงาน

3. เครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้บนอากาศยาน ระยะแรก สพฉ. ไม่ได้จัดงบประมาณซื้อ แต่เป็นการยืมใช้จากระบบรถพยาบาลภาคพื้น และห้องฉุกเฉินนำมาดัดแปลงให้เหมาะสมเพื่อสามารถใช้ได้บนอากาศยาน

4. ศาสตร์ความรู้ด้านเวชศาสตร์การบิน สพฉ. ได้ขอความร่วมมือกับหน่วยงานที่อบรมบุคลากรด้านเวชศาสตร์การบินของไทย คือ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ซึ่งตอบรับร่วมมือเปิดหลักสูตรอบรมปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศให้สมาชิกที่ สพฉ. ส่งเข้าไป

5. ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทุกขั้นตอนกระบวนการที่เกิดขึ้น สพฉ. รับภาระเป็นศูนย์กลางเบิกจ่ายเพื่อเป็นการลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการของอวัยวะ รวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยที่รุนแรงซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ และยังสามารถช่วยลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมในระดับครอบครัวของผู้บาดเจ็บหรือผู้เจ็บป่วยในภาพรวมของประเทศ เป้าหมายของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศยานของภาครัฐแก่ประชาชน คือ สามารถให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศไทย ทำให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ แต่ต้องอยู่ในเงื่อนไขที่ทาง สพฉ. ได้กำหนดไว้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพราะเป็นการจัดสรรงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน จากผลการศึกษาการจัดระบบปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน จากภาครัฐโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า มีการจัดเตรียมอากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชนใน 2 ลักษณะ ดังนี้

รูปแบบแรก คือ อากาศยานปีกหมุน เฮลิคอปเตอร์ (Rotary Wing: RW) และรูปแบบที่สอง คือ อากาศยานปีกตรึง (Fixed Wing: FW) ส่วนภาคีจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่นำอากาศยานมาร่วมปฏิบัติการ ภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำนวน 35 ลำ (FW= 27, RW= 8) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ จำนวน 15 ลำ กระทรวงกลาโหม (สามเหล่าทัพ) และกระทรวงมหาดไทย (สำนักงานตำรวจแห่งชาติ) เป็นอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ จำนวน 50 ลำ และภาคเอกชน ได้แก่ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพเป็น

อากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ จำนวน 1 ลำ สายการบินบินกานต์แอร์ 1 ลำ ดังนั้นโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ จึงมีอากาศยานพยาบาลที่สามารถใช้งานได้จำนวนทั้งสิ้น 102 ลำ (อัครวิชะ แพ่งมา และคณะ, 2555, หน้า 110-119)

6.4.1.1 รูปแบบประเภทอากาศยานพยาบาลปีกหมุน เฮลิคอปเตอร์

1. อากาศยานแบบประกอบร่าง (Assembly Aircraft) ได้แก่อากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกภาคี ผู้ให้บริการอากาศยานในประเทศไทย ได้แก่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสามเหล่าทัพ ที่เรียกชื่อว่า เป็นอากาศยานประกอบร่าง มาจากการให้สัมภาษณ์ของเลขาธิการ สพล. (นายแพทย์ ชชาติ เจริญชีวกุล) ที่ชื่อนานนามลักษณะทางกายภาพของอากาศยานที่ปฏิบัติการกิจจริงซึ่งทางสมาชิกภาคีภายใต้การกำกับที่กข้อตกลงของ สพล. ได้ส่งอากาศยานเฮลิคอปเตอร์มาให้พร้อมกับนักบิน ทั้งนี้ในการปรับปรุงจากอากาศยานปกติเป็นอากาศยานพยาบาลกระทำโดยปรับโครงสร้างในพื้นที่ห้องโดยสารด้วยวิธีการถอดเบาะนั่ง ผู้โดยสารออกให้เป็นพื้นที่ห้องโล่งให้เหลือเฉพาะเบาะนั่งของทีมสกายด็อกเตอร์ ทั้งนี้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้น และลงอากาศยานจะใช้เปลที่ดัดแปลงพิเศษ คือเป็นเปลสนามทั่วไปมีลักษณะเป็นท่อนทรงกระบอกที่ทำจากไฟเบอร์เหนียว หรือวัสดุอะลูมิเนียมยาว 2 เมตรตรงปลายมือจับหุ้มด้วยฉนวนเป็นโครง 2 ท่อนยาวท่อนละ 2 เมตร รัดด้วยผ้าใบประเภทไนลอนเหนียว หนาพิเศษที่เคลือบด้วยวัสดุไวนิล ซึ่งมีคุณสมบัติทนทานน้ำหนักเบาเพียง 5.5 กิโลกรัม แต่สามารถรับน้ำหนักบรรทุกทุกได้มากถึง 170 กิโลกรัม โดยได้เปลดัดแปลงเป็นพื้นที่เก็บอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น ถังออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ เครื่องวัดแรงดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า เครื่องช่วยหายใจควบคุมด้วยปริมาตรและแรงดัน และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การดัดแปลงทำขึ้นพิเศษจากการใช้โครงเหล็กเชื่อมต่อเหมือนโต๊ะที่มีขนาด กว้าง 48 เซนติเมตร (เท่าความกว้างตัวแปล) ยาว 100 เซนติเมตร (รองรับความยาวถังออกซิเจนขนาดกลาง 1,200 ลิตร ซึ่งยาว 74 เซนติเมตร น้ำหนัก 8 กิโลกรัม ใช้ได้นาน 6 ชั่วโมง 55 นาที และอุปกรณ์มาตรฐานที่จำเป็น) วางหางขาทั้งสี่ขึ้น (สูง 40 เซนติเมตร) ฐานขาทั้งสี่ ดัดแปลงเป็นจุดยึดกับแปลซึ่งมีหนึ่งขาที่สามารถนำเหล็กแท่งเล็กเส้นผ่าศูนย์กลางเท่าดินสอเสียบเป็นเสาสำหรับเป็นจุดยึดถุงสารอาหารเหลว (น้ำเกลือ) ทั้งหมดรวมเป็นชุดอุปกรณ์เคลื่อนย้าย ดังนั้นการประกอบร่าง จึงประกอบ จากสามส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ทีมอากาศยาน ส่วนที่สอง ชุดผู้ป่วยพร้อมชุดเปล และส่วนที่สาม คือ ทีมสกายด็อกเตอร์ รวมเป็นอากาศยานพยาบาล

2. อากาศแบบ เต็มรูป (Fully Equipped Aircraft) เป็นอากาศยานพยาบาลของศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งเป็นภาคีจากเอกชนหน่วยงานแรก ที่ทำบันทึกข้อตกลงกับ สพล. ในการอนุญาตให้นำเฮลิคอปเตอร์พยาบาล รุ่นยูโรคอปเตอร์ อีชี145 สมรรถนะสูงแบบ 2 เครื่องยนต์ 4 ใบพัด ติดตั้งอุปกรณ์อำนวยความสะดวกการบินและนิรภัยการบินสมบูรณ์แบบ มีระบบนำร่องการบินด้วย

คอมพิวเตอร์ (Computerized Global Positioning System: CGPS) มีเรดาห์ตรวจสภาพอากาศ อุปกรณ์ตัดสายไฟป้องกันการเกี่ยวชน (wire cutter) ปฏิบัติการบินโดยนักบินคู่ (dual-pilot mode) ที่ชำนาญการ และได้รับอนุญาตการบินทั้งแบบใช้สายตา (Visual Flight Rule: VFR) และแบบใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกการบิน (Instrumental Flight Rule: IFR) สามารถปฏิบัติการบินได้ทั้งกลางวันและกลางคืน รวมถึงสภาพอากาศปิดในบางประเภท ส่วนในห้องโดยสารได้ดัดแปลงเป็นห้องไอซียูเคลื่อนที่ ติดตั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิตเทคโนโลยีสูง พร้อมทีมแพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์การบินที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ผ่านมาตรฐานการตรวจคุณภาพจากสถาบัน ยูรามิ (EURAMI) จากองค์การการบินแห่งภาคพื้นยุโรป มาช่วยภารกิจของ สพล. ทั้งนี้ เชฟเฟิร์ด, เทร์ดทิว, เคนเนดี้ และเดวิส (Shepherd, Trethewy, Kennedy & Davis, 2008, pp. 494-499) ทำการศึกษาการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุในชนบท พบว่า หากต้องมีการเคลื่อนย้ายในระยะทางมากกว่า 100 กิโลเมตร การเคลื่อนย้ายทางอากาศจะมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เห็นได้อย่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับการใช้รถพยาบาล ซึ่งสอดคล้อง กับหลักการเลือกใช้ศักยภาพของอากาศยานพยาบาลที่ปฏิบัติในวงการทหาร (Bridges & Ever, 2009, pp. 370-375)

6.4.1.2 รูปแบบประเภทอากาศยานปีกตรึง

อากาศยานปีกตรึง คือ อากาศยานที่มีปีกยึดติดข้างลำตัวเครื่องบิน มีข้อดีตรงที่มีเสถียรภาพสูงในการบิน มีพื้นที่ปฏิบัติการทางการแพทย์มากกว่าอากาศยานปีกหมุนสามารถบินได้ในระยะทางไกลถึงจุดหมายได้โดยไม่ต้องแวะเติมเชื้อเพลิงทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประเภทของอากาศยาน แต่ต้องอาศัยสนามบินในการขึ้นลง ต่างจากเฮลิคอปเตอร์ที่สามารถขึ้นลงได้เกือบทุกพื้นที่ อากาศยานที่อยู่ในภาคีของ สพล. ส่วนใหญ่มาจากกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ และสามเหล่าทัพ ซึ่ง สพล.วางแผนจะเลือกใช้งานในการอพยพและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยคราวละมาก ๆ ในกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉินเช่นภัยพิบัติต่าง ๆ ในระยะแรกของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2553- 2555 จะเรียกใช้งานเฉพาะอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ อย่างไรก็ตามหลักการปฏิบัติคล้ายรูปแบบการประกอบร่างจาก 3 ส่วนโดยประสาน ทีมอากาศยาน ทีมสกายด็อกเตอร์ และตัวผู้ป่วยพร้อมชุดแปลเคลื่อนย้ายเหมือนกับอากาศยานปีกหมุน

จากผลการศึกษารูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนโดยภาครัฐ ภายใต้นโยบายการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ พบว่า สพล. ได้คิดค้นรูปแบบเฉพาะในบริบทของประเทศไทย กล่าวคือ ได้ขอยืมใช้ทรัพยากรจากหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้การเกิดลักษณะการให้บริการได้เป็นผลจากการขอความร่วมมือจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนโดยทำสัญญาบันทึกข้อตกลงกับแต่ละหน่วยงานที่แสดงเจตจำนงยินดีให้ความร่วมมือ ดังนั้นรูปแบบในการปฏิบัติงานจริงจึงเกิดเป็น 2 แนวทาง คือ รูปแบบอากาศยานประกอบร่าง และ อากาศยานเต็มรูป โดยใน

ระยะแรกของแผนการดำเนินการเน้นในการบริการประเภทอากาศยาน ปีกหมุน เนื่องจากสามารถเข้าถึงต่อการขอใช้บริการได้ในเกือบทุกสถานที่ และมีประสิทธิภาพต่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว

ผลการวิจัยวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ของอากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ใช้เฮลิคอปเตอร์เป็นพาหนะลำเลียงส่งโรงพยาบาล โดยใช้การวิเคราะห์เมต้าของ เบลสันโซ, เวสลีย์, เอ็คสไตน์, ดูนน์ และโอคีฟ (Bledsoe, Wesley, Eckstein, Dunn & O'Keefe, 2006, pp. 1257-1265) เปรียบเทียบกับงานวิจัยอีก 22 ชิ้น พบว่าผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาลมีโอกาสรอดชีวิตมากกว่า ถึงร้อยละ 90 และ ผู้ป่วยร้อยละ 25.8 ที่เคลื่อนย้ายทางอากาศสามารถกลับบ้านได้ภายในเวลา 24 ชั่วโมง

6.4.1.3 ประเด็นปัญหาของการจัดบริการอากาศยานในประเทศไทย

จากการทดลองให้บริการอากาศยานพยาบาลในระยะเวลา 2 ปี (พ.ศ. 2553-2554) ได้พบปัญหาต่าง ๆ ซึ่งแบ่งได้เป็นปัญหายานนอกและปัญหายานใน ดังต่อไปนี้

1. ปัญหายานนอก พบว่ามี 3 หน่วยงาน คือ หน่วยงานร้องขออากาศยาน หน่วยงานรับผิดชอบอากาศยาน และหน่วยงานปลายทาง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) หน่วยงานร้องขออากาศยาน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปัญหาคือ ไม่ทราบขั้นตอนการประสานงาน บางครั้งทำการประสานอากาศยานลำเลียงเอง ไม่ส่งรายงานขอใช้อากาศยาน (HEMSI) และใบคำขอทำการเคลื่อนย้าย (refer) ทันที ต้องร้องขอทำให้ไม่ทราบรายละเอียดของผู้ป่วยไม่เคยสำรวจจุดจอดอากาศยาน (ไม่ทราบพิกัดบิน จุดขึ้นลงอากาศยาน) ทีมลำเลียงไม่พร้อม ไม่มีทีมที่เตรียมพร้อมรอไว้ เนื่องจากมีการขอใช้บริการดังกล่าวมานาน ๆ ครั้ง ไม่มีการประสานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโรงพยาบาลปลายทางทำให้ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โรงพยาบาลปลายทางไม่ทราบว่าการลำเลียงเกิดขึ้น

2) หน่วยงานรับผิดชอบด้านอากาศยาน มี 2 ส่วน ดังนี้

ก. ศูนย์ประสานการแพทย์ บางหน่วยงานไม่ทราบข้อตกลงร่วม ไม่พร้อมให้บริการทันที ต้องการให้ประสานงานล่วงหน้า 1 วัน (เหตุจำเป็นเร่งด่วนทำไม่ได้) และบางครั้งต้องรอผู้อนุมัติการใช้อากาศยานจากผู้มีอำนาจสิทธิคนเดียว ไม่มีผู้อนุมัติแทน กรณีผู้มีหน้าที่อนุมัติติดภารกิจราชการหรือไม่อยู่

ข. หน่วยงานในพื้นที่ ต้องรอคำสั่งผู้บังคับบัญชาจากส่วนกลาง ต้องการทราบข้อมูลสำคัญ ๆ เพื่อการตัดสินใจออกบิน (พิกัดจุดรับผู้ป่วย) อากาศยานในพื้นที่ไม่พร้อม (ไม่มีเชื้อเพลิงเพียงพอ เครื่องยนต์ขัดข้อง หรือติดภารกิจงานประจำ)

3) หน่วยงานปลายทาง มี 2 ส่วน ดังนี้

ก. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ไม่มีการประสานกันระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยงานร้องขอและหน่วยงานปลายทาง จึงไม่มีการประสานต่อเนื่องเกี่ยวกับ เรื่องจุดขึ้นลงอากาศยานและเวลาปฏิบัติการ ตลอดจนถึงเรื่องบุคลากร ทำให้ขาดทีมลำเลียง

ข. โรงพยาบาลปลายทาง ไม่มีการประชาสัมพันธ์แจ้งให้ทราบถึงการบริการรับผู้ป่วยทางอากาศ ไม่มีการกำหนดทีมรับผู้ป่วย สอบถามไปหลายโรงพยาบาลไม่ทราบเรื่อง ไม่ทราบว่าหน่วยงานใดรับผิดชอบ หรือมีหน้าที่เรื่องการรับผู้ป่วย บางครั้งทีมงานรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลปลายทางไม่พร้อม (ไม่มีทีมบุคลากรนำทีมมารอรับจากจุดลงจอดอากาศยานปลายทาง เพื่อเคลื่อนย้ายทางบกต่อไปยังโรงพยาบาลปลายทาง) ไม่ทราบพิกัดจุดจอดอากาศยานและไม่มีการสำรวจพื้นที่ใกล้เคียงเพื่ออำนวยความสะดวกต่อการรับผู้ป่วยต่อจากอากาศยาน หรืออาจกล่าวได้ว่า โรงพยาบาลปลายทางยังไม่มีนโยบายรับผู้ป่วยที่เคลื่อนย้ายทางอากาศ จึงไม่ดำเนินการเตรียมความพร้อมไม่ว่า ด้านบุคลากร พาหนะที่เอื้อประโยชน์ หรือแม้แต่กำหนดสถานที่ที่เหมาะสมในการใช้งานเป็นจุดจอดอากาศยาน

2. ปัญหาภายใน มี 2 ส่วน ดังนี้

1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ การประสานงาน แบบบันทึกรายงานเอกสารหนังสือ ระบบโทรศัพท์สัญญาณไม่ชัดเจน เบา โทรติดต่อยาก (โทรออกติดช้า) แจ้งหมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อในคู่มือการขอประสานหน่วยต่าง ๆ ไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้อง บางหมายเลขไม่เกี่ยวข้องแบบรายงานไม่มีรายละเอียดที่พอเพียง แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยาน (HEMS1) ไม่มีรายละเอียดที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น การวินิจฉัยโรค การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ชัดเจน เช่น ต้องการขอข้อมูลกับหน่วยงานอื่นไม่สามารถทำได้เนื่องจาก ไม่มีการขอข้อมูลอย่างเป็นทางการเช่น ต้องการข้อมูลจากกรมแผนที่ทางอากาศ (เพื่อสอบถามละติจูดและลองจิจูดของจุดจอดอากาศยาน)

2) อื่น ๆ

ก. ในระยะแรกระบบการคัดกรองผู้ป่วยไม่มีหลักเกณฑ์ที่ระบุไว้ชัดเจน แพทย์ยังขาดความชำนาญด้านการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อตัดสินใจขอเคลื่อนย้ายทางอากาศ

ข. เจ้าหน้าที่ประสานงานที่เกี่ยวข้องขาดทักษะการปฏิบัติงาน ทำให้ดำเนินการประสานงานล่าช้า เห็นได้จากการขอใช้อากาศยานยังต้องรอนานไม่ต่ำกว่า 30 นาที ส่วนใหญ่ใช้เวลาในหน่วยชั่วโมง เช่น กรณีโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ประสานขอใช้เวลา 07.10 น ได้อากาศยานลำเลียงจริงที่เวลา 12.45 น.)

6.4.1.4 การสร้างความร่วมมือเพื่อจัดบริการอากาศยานพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทไทย

ความร่วมมือเป็น แนวคิดที่มีความละเอียดซับซ้อนมีคุณลักษณะหลายประการมีการจำกัดความตามคุณลักษณะที่สำคัญ เช่น การวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมแก้ปัญหา ร่วมรับผิดชอบ ร่วมกันทำงาน ร่วมสื่อสารประสานงานกัน และการทำงานเป็นทีม สอดคล้องกับงานของ แบกส์ และคณะ (Baggs et al., 1999, pp. 1991-1998) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความร่วมมือ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของการทำงานเป็นทีม เมื่อกำหนดนโยบายระดับกระทรวง แล้วควรมีแนวทางประสานความร่วมมือระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติให้เกิดศักยภาพในการแสวงหาความร่วมมือ ต้องใช้การประสานงานระดับหน่วยปฏิบัติให้ดำเนินการตามนโยบายที่ต้องการ ผลการวิจัยพบว่า การบริหารงานขององค์กรต้องมีการเชื่อมโยงประสาน บูรณาการกันระหว่างองค์กรต่อองค์กรหรือหลายองค์กร ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นตัวอย่างที่ประกอบด้วยองค์กรจากหลายภาคส่วนที่มาร่วมมือปฏิบัติงาน ได้แก่ บริการรถพยาบาล อากาศยานพยาบาล เรือพยาบาล หน่วยดับเพลิง หน่วยกู้ภัย มูลนิธิการกุศลต่าง ๆ โรงพยาบาล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งร่วมมือปฏิบัติงานและสามารถสร้างให้เกิดบริการที่ดี มีคุณภาพ แม้ว่าบางครั้งอาจต้องนำองค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมก็ตาม

เฮนนิแมน, ลีและโคเฮน (Henneman, Lee & Cohen, 1995, pp. 103-109) อธิบายเพิ่มว่า ความร่วมมือยังต้องการพื้นฐานการสนับสนุน รองรับความสัมพันธ์แบบการประสานความร่วมมือ (collaborative relationship) เช่น การมีความพร้อมในการปฏิบัติงานร่วมกัน การมีความเข้าใจและยอมรับในความเชี่ยวชาญเฉพาะและบทบาทของแต่ละวิชาชีพ การมีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้อื่น การยอมรับในขอบเขตของแต่ละวิชาชีพ การเป็นกลุ่มปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ มีทักษะการสื่อสารที่ดีเยี่ยม มีความนับถือและไว้วางใจต่อกัน ซึ่งการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นสิ่งสำคัญยิ่งของความร่วมมือ ที่ต้องรับฟังกันความคิดเห็นของผู้อื่น สำหรับการนับถือและไว้วางใจเป็นสิ่งที่มาจากการยอมรับในองค์ความรู้ความสามารถพิเศษ ทักษะและความพิเศษของวิชาชีพ มีบรรยากาศการทำงานเป็นทีม และการมีค่านิยมร่วมขององค์กรที่ดี การมีส่วนร่วมและพึ่งพาอาศัยกันและกัน ผู้นำองค์กรสนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีอิสระของแต่ละวิชาชีพ ดังนั้นการสร้างความร่วมมือนอกจากต้องเข้าใจถึงองค์ประกอบความร่วมมือแล้วยังต้องมีความเข้าใจองค์ประกอบพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความร่วมมือด้วย

จากรูปแบบของความร่วมมือที่หลากหลายดังกล่าว ผู้วิจัยมีความเห็นว่า รูปแบบของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการให้บริการอากาศยานพยาบาลมาจาก องค์ประกอบทางการบริหารที่สำคัญ คือ องค์ประกอบภายนอก ได้แก่ การส่งเสริมสนับสนุนและการยอมรับเข้าร่วมมือ ส่วนองค์ประกอบภายใน ได้แก่ การจัดโครงสร้างองค์กรภายใต้ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ทั้งพลเรือน ทหาร องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรประชาชน ให้มีการประสานงานและการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในเรื่อง การตัดสินใจ การวางแผนปฏิบัติ การระดมทรัพยากร และการติดตามประเมินผล ผลประโยชน์

ที่แต่ละภาคได้รับ เช่น ได้รับการยอมรับจากสังคม ได้ภาพลักษณ์ที่ดีในสังคม การร่วมมือกันทำงานในลักษณะทั้งหมดที่กล่าวมาจะลดภาวะ “เขา” และ “เรา” ทำให้เกิดภาวะ “พวกเรา” เข้ามาแทนที่ เกิดมีการร่วมมือร่วมใจกันทำงานช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นผลดีให้ทั้งสองฝ่าย ดังนั้นการร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อให้เกิดการบริการงาน ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะของการมีส่วนร่วม จะสร้างให้เกิดประสิทธิผลที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่ใช้หลักบริหารแบบบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ และภาคเอกชนน่าจะเป็นประโยชน์ให้ประเทศไทย อาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในความร่วมมือนั้นมาจากปัจจัยที่สำคัญ คือ การยอมรับและการสนับสนุนให้ความร่วมมือ การมีทัศนคติที่ดีต่อกัน การจัดโครงสร้างองค์กรภายใต้ความร่วมมือ การร่วมระดมทรัพยากร การใช้วิธีการขอความร่วมมือ การจัดกลไกการประสานงาน การแลกเปลี่ยน ข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ การสื่อสารที่ดี การตัดสินใจร่วมกัน การวางแผนปฏิบัติ การสนับสนุนทรัพยากร การร่วมติดตามประเมินผล และการสร้างค่านิยมร่วม

6.4.2 ประเด็นนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย

การเจ็บป่วยฉุกเฉิน จัดเป็นวิกฤตชีวิต นาที่เป็นนาที่ตาย หรือพิการ หากไม่มีการดูแลที่เหมาะสม ทำให้แต่ละปีต้องมีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ มากกว่าจำนวน 12 ล้านครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการหนักอยู่ในขั้นวิกฤต 3.6 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่ป่วยจากอุบัติเหตุจราจร ที่เหลือเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และเสียชีวิตก่อนนำส่งโรงพยาบาล ปีละประมาณ 60,000 คน นับเป็นปัญหาที่ค่อนข้างรุนแรง จึงจำเป็นต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยรอดชีวิตมากขึ้น และไม่พิการตามมาจากการช่วยเหลือไม่ถูกวิธี (กระทรวงสาธารณสุข, 2549) เพื่อคุ้มครองบุคคลที่อยู่ในภาวะอันตรายต่อชีวิต และสถานการณ์วิกฤตแห่งเวลา ที่มีความสำคัญต่อโอกาสการรอดชีวิต หรือการรักษาการทำงานของอวัยวะสำคัญ ต่อการมีชีวิต จากการไม่ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในสถานะที่ด้อยโอกาสให้ได้รับการดูแล อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่โอกาสการลด ภาวะแทรกซ้อน และการรอดชีวิตที่สูงขึ้น การกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ แก่ประชาชนโดยภาครัฐ ทำให้มีการใช้อากาศยานพยาบาล เพื่อสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแนวทางให้เกิดประโยชน์จากอากาศยานพยาบาล เพื่อใช้ในการช่วยชีวิต หรือ สนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ทำให้ประชาชนทั่วไปได้มีโอกาสเข้าถึงระบบสาธารณสุขไทยอย่างทั่วถึงและเสมอภาค และที่สำคัญสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่อยู่ในสถานการณ์วิกฤตที่ต้องแข่งขันกับเวลาให้มีโอกาสรอดได้มากขึ้น

การใช้อากาศยานพยาบาลเพื่อช่วยชีวิต ริงเบิร์ก, รอนดี และคณะ (Ringburg, Ronde, et al., 2009, pp. 28-36) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เห็นภาพของประโยชน์จากการใช้อากาศยานพยาบาล ผ่านฐานข้อมูล เมดไลน์ของห้องสมุดการแพทย์แห่งชาติโดยรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ปี ค.ศ.1985 จนถึง ค.ศ. 2007 พบว่า มีงานวิจัยที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่เพียง 16 ชิ้น โดยทั้งหมดบ่งชี้ว่า การให้การช่วยเหลือด้วย เฮลิคอปเตอร์พยาบาล มีส่วนเพิ่มอัตราการรอดชีวิต ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ป่วย จำนวน 1-12 รายในทุกสถิติ 100 เที่ยวบิน งานวิจัย 4 ชิ้นที่น่าเชื่อถือได้แสดงให้เห็นว่า อัตราการตายลงเหลือ 27 ราย ทุก ๆ 100 ปฏิบัติการ วรรณกรรมส่วนใหญ่แสดงให้เห็นประสิทธิภาพการใช้อากาศยานพยาบาลอย่างชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างไรก็ตามหลักฐานข้อมูลเพียง 16 ชิ้นอาจไม่เพียงพอที่จะสรุปได้ถึง ประโยชน์การเลือกใช้อากาศยานพยาบาล ในภาคพลเรือนสอดคล้องกับ สุทนต์ ทั้งศิริ, ชูติมา นาค และวาสนา เชิดชู (2550) ที่ให้การยืนยันว่าการให้บริการระบบบริการการแพทย์เป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นในการลดความสูญเสียของการเกิดอุบัติเหตุและการเจ็บป่วยฉุกเฉินในทางสาธารณสุข แต่ระบบดังกล่าวของไทยยังไม่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ห่างไกลหรือทุรกันดารได้ การใช้รูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยอาศัยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะเครือข่ายกู้ชีพประจำตำบลทำให้เกิดประสิทธิภาพในระดับหนึ่งได้ โดยสามารถสร้างความมั่นใจ โดยการบริการให้ประชาชนได้อย่างครอบคลุม และยังสร้างองค์ความรู้แก่ภาคประชาชน ทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองให้เห็นความสำคัญของการบริการ การแพทย์ฉุกเฉินและสามารถขยายผลรับกับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศได้

6.4.2.1 พัฒนาการของนโยบายบริหารจัดการภาครัฐ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา การปฏิรูประบบราชการถือเป็นนโยบายที่สำคัญของทุกรัฐบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน เมื่อสภาพแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกประเทศเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การปฏิรูประบบราชการ จึงต้องเพิ่มระดับความเข้มข้นและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพราะไม่เพียงแต่เกิดประโยชน์สุขของประชาชนเท่านั้น ยังเป็นการปฏิรูปเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานของระบบราชการและเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาระบบราชการให้ยั่งยืนต่อไปด้วย แต่ด้วยข้อจำกัดในการพัฒนาประเทศมีผลมาจากความล่าช้า ขาดความจริงจังและขาดความเด็ดขาดในการปรับปรุงและปฏิรูประบบราชการ จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจังและเร่งด่วน ภาครัฐจึงให้ความสำคัญโดยกำหนดเป็นนโยบายของรัฐบาล โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมบ้างในบางโอกาส เพื่อปฏิรูประบบงานภาคราชการและรัฐวิสาหกิจให้เป็นระบบเปิด ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ปราศจากการเลือกปฏิบัติ และที่สำคัญต้องมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ซึ่ง สพฉ. ต้องรับหน้าที่ประสานความร่วมมือจากหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จึงต้องมีความพยายามกำหนดนโยบายที่ยืดหยุ่นให้องค์กรสามารถเข้าร่วมดำเนินงานและ

สามารถปฏิบัติได้ ทั้งนี้งานวิจัยของ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พชรินทร์ ชมเดช และสมชาย กาญจนสุด (2550) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีชีวิตรอดของประชาชนที่ประสบภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉิน คือ การได้รับการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องวิธี ในระยะเวลาที่รวดเร็ว เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ระบบสนับสนุน เช่น ระบบข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารระหว่างหน่วย การพัฒนาคุณภาพจากที่ได้รับนโยบาย ต้องดำเนินการปรับปรุง สร้างระบบ มาตรฐานและโครงสร้างของแผนฉุกเฉินทั้งหมดที่สำคัญ ต้องเน้นระบบ การปรึกษาและส่งต่อทุกรูปแบบ ควรมีนโยบายตั้งศูนย์การส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ริชาร์ดสัน (Richardson, 2002, 492-495) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการนำนโยบาย แห่งชาติสู่การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการวิจัยพบว่าระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นที่ต้องการของประชาชนมาก แต่ระบบที่เป็นนโยบายระดับชาติ ซึ่งต้องหาวิธีศึกษาขั้นตอนของ กระบวนการตัดสินใจเพื่อหารูปแบบของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่หลายฝ่ายยอมรับ และให้การ สนับสนุนกรอบแนวทางปฏิบัติที่ตอบสนองต่อความต้องการของระบบ การแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจึงควรต้องเน้นเรื่องของงบประมาณ และการออกกฎหมายสำคัญรองรับอย่าง ชัดเจนให้ประชาชนได้รับบริการที่ทั่วถึงพร้อมกับจัดระบบด้านงบประมาณ ซึ่งเป็นตัวขับเคลื่อนที่มี อิทธิพลต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างชัดเจนรองรับ

เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกรูปแบบให้สามารถแก้ประเด็นปัญหา พื้นฐาน การเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประเทศมีความสำคัญ สามารถดำเนินการผ่านกระบวนการเชิง นโยบายและการใช้อำนาจของหน่วยงานจัดเป็นแนวทางในการประสานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย ให้มีความพร้อม เป็นอีกมิติหนึ่งของการให้บริการภายใต้แนวคิดนาที่แห่งชีวิต ที่ต้องใช้ความรวดเร็ว ของการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพได้ ต้องมีนโยบายรองรับ

6.4.2.2 ความสำเร็จของการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

จากผลการวิจัยพบว่า หน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทในการจัดโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ฉุกเฉินทางอากาศในประเทศไทยคือ สพล. โดยกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์จากสถาบัน ที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ซึ่งใช้กฎหมาย จากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ให้ อำนาจ สพล. เป็นตัวกลางประสาน บริหาร จัดการ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยตามหมวด 2 ว่าด้วยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ มาตรา 15 ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการ แพทย์ฉุกเฉิน จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์ รวมถึงการกำหนดนโยบาย เกี่ยวกับระบบการแพทย์ ฉุกเฉินเสนอต่อ กพท. นโยบายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน กำหนดจากคณะกรรมการเฉพาะที่ได้รับ การแต่งตั้งจากเลขาธิการ สพล. ให้ดำเนินการรวบรวมปัญหาและความจำเป็นต่าง ๆ ที่ต้องการใช้อำนาจ ขานพยาบาลจากภาครัฐในการให้บริการประชาชน รวบรวมเป็นวาระเสนอต่อที่ประชุม กพท. ในการ ขอมติอนุมัติเพื่อประกาศเป็นแผน โครงการ ก่อนนำสู่การปฏิบัติงานจริง แนวทางการขอร่วมใช้

ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพจากต่างหน่วยงานเพื่อ ดำเนินการประกอบร่าง ให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชนที่ สพฉ. เสนอ ทำให้ความเป็นไปได้ของการนำอากาศยานจากภาครัฐมาใช้ประโยชน์ในการช่วยชีวิตแก่ประชาชน เป็นรูปธรรมมากขึ้น รัฐบาลจึงมีมติเห็นชอบ และสนับสนุนงบประมาณผ่านกระทรวงสาธารณสุข ให้ สพฉ.เป็นศูนย์กลางรับผิดชอบขับเคลื่อนโครงการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศ

6.4.2.3 อภิปรายนโยบายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยใช้อากาศยานพยาบาล

เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมในทุกพื้นที่ทั่วราชอาณาจักร และสามารถนำไปรักษาได้ทันเวลา ผู้วิจัยจึงนำเรื่องการยกระดับการสร้างความมั่นคงของชีวิต การยกระดับคุณภาพชีวิต การพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และการพัฒนาการบริหารภาครัฐเป็น 3 ประเด็นในการอภิปราย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การยกระดับความมั่นคงของชีวิตของประชาชนในสังคม เป็นประเด็นแรก ของนโยบายที่ผู้วิจัยได้เสนอแนะ เป้าหมายคือต้องการให้ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม ในทุกพื้นที่ทั่วราชอาณาจักรไทย เพื่อลดการสูญเสียและลดการทุพพลภาพจากผลกระทบของภาวะฉุกเฉินและภาวะภัยพิบัติ

เมื่อพิจารณาจากการที่ประชาชนส่วนใหญ่ ที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่ห่างไกล จากสถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและไม่สามารถเข้ามารักษาพยาบาลได้ทัน จึงนำไปสู่สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร หรือทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญจากภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ด้วยระยะทาง ด้วยระยะเวลาและ ด้วยสภาวะอาการ ที่จำเป็นเร่งด่วน แต่ขาดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จัดไว้รองรับประเด็นนี้ชี้ให้เห็นสถานะของ การให้บริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ ยังไม่ทั่วถึง จึงจำเป็นต้องสร้างให้มีระบบการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล ในรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสม หรือแม้แต่ การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงวิธีการขอใช้บริการ ดังที่ เกศินี สราญฤทธิ์ และคณะ (2546) ศึกษาการรับรู้ของชุมชนต่อการบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าประชาชนไม่รู้ ไม่ทราบเกี่ยวกับนโยบายระบบบริการการแพทย์สูงถึงร้อยละ 85 ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้จักหน่วยกู้ชีพ และเรียกใช้บริการไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับ บุญบา ชัยศรีสวัสดิ์ (2549) ที่ศึกษาการรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่เคยใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ขณะที่ สายสมร ภัทรจิตรนนท์ (2551) ศึกษา อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า มาตรฐานโครงสร้างที่เหมาะสมในเรื่องความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือ รถพยาบาลที่ให้บริการไม่ได้มาตรฐาน และมีจำนวนไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ในอดีตแสดงให้เห็นว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจในระบบหรือไม่มั่นใจจึงไม่นิยมใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่เมื่อ สพฉ. ก่อตั้งขึ้นและได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแก่สาธารณะ ทำให้มีการเรียกใช้บริการเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พชรินทร์ ชมเดช, และสมชาย กาญจนสูตร (2550, หน้า 2049-2100) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลในประเทศไทย พบว่า ควรจัดให้มีแนวทางโครงสร้างของ การแผนฉุกเฉินโดยยึดตาม ภาระงาน และอัตรากำลัง ควรกำหนดบทบาทเจ้าหน้าที่ให้ชัดเจน และควรมีการตั้งศูนย์การส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการให้บริการอากาศยานพยาบาลเป็นบริการสาธารณะที่ใหม่สำหรับประชาชนทั่วไป งานวิจัยในประเทศที่มีข้อมูลสนับสนุนด้านการให้บริการอากาศยานพยาบาลมีเพียงงานวิจัยของ กีก้อง กุสมิธ (2541) เพียงชิ้นเดียว ที่กล่าวถึงภาคเอกชนได้จัดทำโครงการนภาแพทย์ โดยการสร้างความร่วมมือในการให้บริการแบบคิดค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยใช้อากาศยานพยาบาลของภาคเอกชนและอากาศยานพยาบาลของทหาร แต่ไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีข้อจำกัด ด้านอากาศยานและค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ทำให้โครงการดังกล่าวยุติลงในปี พ.ศ. 2543

การศึกษาด้านการให้บริการอากาศยานในต่างประเทศ เช่น รัฐบาลญี่ปุ่นได้ตั้งเป้าหมายต้องการลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตและอุบัติเหตุให้ลดลงจากเดิมร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 2010 กระทรวงสาธารณสุข จึงต้องพิจารณาพัฒนาระบบการส่งต่อโดยการนำอากาศยานพยาบาลเข้ามาลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉิน เนื่องจากต้องอาศัยความรวดเร็วในการนำแพทย์เข้าสู่ตัวผู้ป่วย เพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรักษาในขั้นตอนที่สูงขึ้น จึงเป็นที่มาของการก่อตั้งโครงการด็อกเตอร์เฮลิ (doctor heli) ในปี ค.ศ. 1999 ซึ่งรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นแต่ละฐานปฏิบัติการได้แบ่งงบประมาณในการบริหารจัดการโครงการโดยต้องจัดสรรค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานจำนวนกว่า 200 ล้านบาท ต่อปี ต่อเฮลิคอปเตอร์หนึ่งลำ เพื่อทำการจ่ายค่าเช่าบริการให้บริษัทอาซาฮีแอร์ในด้านทรัพยากรเฮลิคอปเตอร์ พร้อมอุปกรณ์การแพทย์ติดตั้งพร้อมใช้งานและนักบิน (Mashiko, 2010, 2011a)

ฮิโรชิ คูนี มาชิโก (Hiroshi Kuni Mashiko) ยังได้ทำการเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุทางถนนของประเทศญี่ปุ่น พบว่าในปี ค.ศ. 2010 มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ลดลงจากปีที่ผ่านมาประมาณร้อยละ 10 เนื่องจากทางรัฐบาลได้มีการรณรงค์การเมาไม่ขับและการนำบทบาทของเฮลิคอปเตอร์พยาบาลมาใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุทางถนน แม้ว่าวิธีการดังกล่าวจะก้าวตามหลังระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลของกลุ่มประเทศยุโรปและอเมริกาก็ตาม แต่ก็เป็นการพัฒนาทั่วโลกให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศญี่ปุ่น สิ่งนี้เป็นตัวอย่างประเทศต้นแบบ ที่ใช้ประโยชน์ของทรัพยากรอากาศยาน เพื่อการลำเลียงผู้ป่วยของภูมิภาคเอเชียและมาชิโกยังกล่าวอีกว่าปัจจุบันปฏิบัติการด็อกเตอร์เฮลิได้เป็นต้นแบบตัวอย่างการเข้ามาศึกษาดูงาน หากความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ของ

เอเชีย อาทิ ประเทศจีน อินเดีย เกาหลีใต้ หรือแม้แต่ประเทศเล็ก ๆ อย่างประเทศไทย ก็มี แพทย์เวชศาสตร์เข้าไปศึกษางาน เห็นได้ว่าการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ที่ดีสามารถช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุขพื้นฐานของประเทศ จึงมีความจำเป็นต้องใช้อากาศยานพยาบาลเป็นแนวทางในการประสานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้มีความพร้อม เป็นอีกมิติหนึ่งของการบริการภายใต้ความรวดเร็วของการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาลซึ่งมีความจำเป็น ต่อการสร้างโอกาสของการมีชีวิตรอด (Mashiko, 2011b)

2. พัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยการส่งเสริมและพัฒนาการจัดบริการ อากาศยานพยาบาล ส่งเสริมและพัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพที่สามารถรองรับการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือทางการแพทย์ที่ใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ส่งเสริมและพัฒนาอุปกรณ์การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศให้กับหน่วยงานที่มีอากาศยานพยาบาล ประเด็นที่กล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงให้ทัศนะในภาพรวม กระบวนการจัดให้บริการอากาศยานพยาบาล ซึ่งต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทรัพยากรบุคคล อากาศยานพยาบาล เครื่องมือแพทย์ และงบประมาณต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต้องใช้วิธีขอความร่วมมือยืมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ต่างที่ต่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยอาศัยการทำข้อตกลง ขอยืมใช้ทรัพยากร ผู้วิจัยจึงได้ตั้งชื่อกระบวนการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย ว่าเป็น “อากาศยานประกอบร่าง” เป็นอากาศยานพยาบาลเฉพาะแบบที่ดำเนินการในประเทศไทยโดยภาครัฐ เนื่องจากการออกปฏิบัติการได้ในแต่ละครั้งต้องอาศัยการประกอบร่างนำทรัพยากรจากที่ต่าง ๆ มารวมกัน และกระบวนการดังกล่าว มีเฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น ดังนั้น การพัฒนาสนับสนุนการประกอบร่างได้ดีต้องอาศัยการประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ ซึ่งเมื่อพิจารณาองค์ประกอบของอากาศยานประกอบร่าง ที่สำคัญที่สุดต้องมีอากาศยาน ประเด็นนี้หน่วยงานที่มีอากาศยานโดยเฉพาะ กลาโหม มหาดไทย กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พร้อมให้การสนับสนุน อาจเจรจา กรมการบินพาณิชย์กระทรวงคมนาคม สายการบินพาณิชย์ต่าง ๆ เพิ่มเติม ในอนาคต การสัมปทานอากาศยานในลักษณะการเช่า หรือเหมาจ่าย เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่เป็นไปได้เพราะสามารถออกปฏิบัติการได้ตลอดเวลา ไม่ต้องรอการประกอบร่าง องค์ประกอบด้านบุคลากร ส่วนใหญ่ กระทรวงสาธารณสุขให้การสนับสนุน ทั้งบุคลากร อุปกรณ์เครื่องมือภาคพื้น อย่างไรก็ตามผู้วิจัยเห็นว่าการผลิตบุคลากรให้พร้อมต่อการปฏิบัติงานได้อาจต้องพิจารณา เริ่มจากโรงเรียนแพทย์ และวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ การปรับให้มีหลักสูตรการสอนด้านเวชศาสตร์การบิน และภาคอบรมปฏิบัติ ควบคู่กันให้นักศึกษาแพทย์และพยาบาล เนื่องจากสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นต้องใช้งานอยู่แล้ว เพื่อที่จะได้ลดภาระงานของสถาบันเวชศาสตร์การบิน ส่วนเครื่องมือที่ต้องใช้ในอากาศยาน อาจต้องขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐโดยจัดสรรงบประมาณไว้ในแต่ละฐานบิน หรือ

อาจขอรับการสนับสนุนจากการบริจาค จากองค์กรภาคเอกชน มูลนิธิการกุศล หรือการจัดสลาบบำรุง การกุศลลงวดพิเศษ สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ความพร้อมอีกด้าน คือ การเตรียมหาสถานที่ขึ้นลง อากาศยาน ควรต้องให้มีการสำรวจปรับเตรียมพื้นที่ ที่มีความเหมาะสม และกำหนดฝึกการขึ้นลง อากาศยานให้ชัดเจน

การศึกษาเพื่อหาแนวทางข้อพิจารณาในการประเมินตัดสินใจ เลือกใช้การเคลื่อนย้าย ทางอากาศในผู้ป่วยวิกฤติโดย ตุกัน, ซิเนอร์, ทักกู และพอร์ดินี (Turkan, Sener, Tugcu & Pauldine, 2006, pp. 586-588) พบว่าต้องประเมินความพร้อมจากทรัพยากร อากาศยาน อุปกรณ์ ทีมแพทย์และ พยาบาล ค่าบริการ และความพร้อม สถานที่ขึ้น-ลง ในประเด็นของต้นทุนประสิทธิผล การศึกษาของ ปาง (Pang, 2001, pp. 27-33) พบว่าต้นทุนประสิทธิผลของการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลให้ผลอยู่ใน ระดับดี ซึ่งมีหลักฐานเพิ่มเติมว่า แพทย์เวชศาสตร์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะมีส่วนช่วยให้สภาพผู้ป่วย ฉุกเฉินที่มีอาการหนัก สามารถมีสภาพอาการดีขึ้น นอกจากนี้เขายังพบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยที่ทำ การเคลื่อนย้ายทางอากาศ มีความสัมพันธ์กับเวลานำส่งโดยอ้างอิงข้อมูลที่ทบทวนจากในสมรภูมิ 3 แห่ง การปรับระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วยให้ลดลงในระดับ 1 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่าอัตราการตาย ต่ำกว่า ร้อยละหนึ่ง หมายความว่า การนำส่งผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาโดยใช้เวลาน้อยที่สุด ยิ่งทำให้โอกาส อัตราการเสียชีวิตลดลงไปด้วย นอกจากนี้เขายังได้ศึกษาเปรียบเทียบการนำส่งผู้ป่วยทางอากาศกับการ นำส่งผู้ป่วยโดยรถพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลเมื่อใช้การ เคลื่อนย้ายทางอากาศน้อยกว่าการเคลื่อนย้ายทางบก

ในการประยุกต์ใช้ระบบข้อมูลทางภูมิศาสตร์เพื่อหาตำแหน่งสถานที่ขึ้นลงเพื่อปรับ ระยะเวลาการเข้าช่วยเหลือ เพื่อลดอัตราเสี่ยงของปฏิบัติการอากาศยานพยาบาล ฟู, อัคคาร์และแม็คโดนัล (Foo, Ahghari & MacDonald, 2010, pp. 461-468) ได้ข้อมูลจากหน่วยแพทย์ฉุกเฉินของแคนาดาว่า อาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุนำไปสู่การเสียชีวิต และทุพพลภาพ ซึ่งหากสามารถลดระยะเวลาการนำส่งสู่ โรงพยาบาล สามารถลดอัตราการตายและพิการได้ ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (Geographic Information System: GIS) นี้สามารถจัดการสร้างสถานที่ขึ้นลงอากาศยานพยาบาล จากข้อมูลการขอ เรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉินในอดีตเพื่อหาแนวทางประเมินเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ อากาศยานพยาบาล โดยเฉพาะการให้บริการในภารกิจช่วงกลางคืน อย่างไรก็ตามการขอเรียกใช้บริการ ช่วงเวลากลางคืนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่หากเกิดสถานะที่อากาศไม่เหมาะสมส่วนใหญ่จะยกเลิก ภารกิจ

ประเด็นของการใช้แพทยเวชศาสตร์ร่วมในทีมการเคลื่อนย้ายก่อนถึงโรงพยาบาล ว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสทางรอดเพิ่มขึ้นหรือไม่ โบกเกอร์, บาคเกอร์ และคริสเตนเซน (Botker, Bakke & Christensen, 2009, p. 12) พบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับการดูแลในทีมที่มีแพทย์ฉุกเฉิน มีโอกาสรอดชีวิตสูงกว่าเมื่อเทียบกับการไม่มีแพทย์ร่วมทีม โดยเฉพาะหากผู้ป่วยฉุกเฉินมีโรคประจำตัว เช่น กล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน โรคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตามในภาพรวม ควรต้องวิเคราะห์โรคอื่น ๆ เปรียบเทียบ ในทำนองคล้ายกัน ริงเบอร์จ, โพลินเดอร์ และคณะ (Ringburg, Polinder, et al., 2009, pp. 1365-1370) ทำการศึกษาวិเคราะห์คุณภาพชีวิต และต้นทุนประสิทธิผลของอากาศยานพยาบาล เทียบกับรถพยาบาล พบว่าอากาศยานพยาบาลมีส่วนช่วยชีวิต ส่วนด้านคุณภาพชีวิต ยังไม่มีค่าสถิติที่แตกต่าง สัดส่วนของต้นทุนประสิทธิภาพ อยู่ระหว่าง 16,000 และ 62,000 ยูโร ซึ่งต่ำกว่าค่าฐานบริการที่เนเธอร์แลนด์ได้ประเมินไว้ จึงสรุปได้ว่าการเลือกใช้อากาศยานพยาบาลเป็นวิธีการที่เหมาะสมวิธีหนึ่ง

3. ส่งเสริมและพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนด้านสาธารณสุข ให้มีคุณภาพเทียบเท่ามาตรฐานสากล ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ เป็นประเด็นสุดท้ายที่ผู้วิจัยคิดว่าเป็นหัวใจของการดำเนินงานให้สามารถคล่องไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ต้องใช้เครื่องมือการบริหารที่เรียกว่า การใช้ทรัพยากรร่วมจากภายนอกหน่วยงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด สพฉ. ได้เลือกใช้การขอยืมทรัพยากรจากต่างหน่วยงานผ่านการทำบันทึกข้อตกลง MOU และการบูรณาการ ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การสร้างค่านิยมร่วม การประสานความร่วมมือ การสร้างจิตสำนึก ในการมีส่วนร่วมในการให้บริการสาธารณะ เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ที่ผู้บริหารควรดำเนินงานเพราะเป็นพลังสำคัญที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ให้แต่ละภาคีเกิดความร่วมมือร่วมใจอย่างยั่งยืน และมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ที่สำคัญ การประชาสัมพันธ์ ถึงประโยชน์ที่แต่ละหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาระบบงบประมาณและการเงิน ระบบประกันสุขภาพ ระบบประกันสังคม ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้สามารถตอบสนองต่อการปฏิบัติงานได้อย่างพอเพียงและมีประสิทธิภาพ ที่ขาดไม่ได้คือ การส่งเสริมและพัฒนาการประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนในด้านการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศด้วย

ในกรณีผู้ประสบภัยพิบัติ สนามบินในพื้นที่ มีบทบาทสูงต่อระบบการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพราะมีการจัดการการฝึกซ้อมป้องกันภัย พร้อมทั้งได้มีการจัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่จำเป็นให้สามารถใช้งานได้อยู่เสมอ จึงมีความพร้อมต่อการเคลื่อนย้ายทางอากาศ แก่ผู้ประสบภัยเป็นจำนวนมากได้ เช่น ในกรณีวาทภัย จากพายุเฮอริเคน เคตารินาในสหรัฐอเมริกา แซนฟอร์ด, จูอี้, มิลเลอร์ และจ็อบ (Sanford, Jui, Miller & Jobe, 2007, pp. 230-235) กล่าวว่า ทำอากาศ

ยานนาซาหิหลยส์อาร์มสตรอง มลรัฐนิวออร์ลีอันส์ได้ถูกจัดให้เป็นศูนย์กลางประสานการเคลื่อนย้ายผู้ประสบภัย มีการระดมทีมแพทย์ช่วยเหลือผู้ประสบภัย (Disaster Medical Assistance Teams: DMAT) จากทุกมลรัฐมาร่วมกันให้บริการที่สนามบิน อย่างไรก็ตามระบบการบริการเหตุฉุกเฉินขนาดใหญ่ที่ไม่มีแผนการรองรับที่ดีเพียงพอ จะทำให้ปฏิบัติการทางการแพทย์ ลดประสิทธิภาพลง

การเตรียมพร้อมการอพยพทางอากาศ ในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เมนทิส และอकिनชี (Mentes & Akinchi, 2006, pp. 1-8) กล่าวว่าควรต้องมีการทบทวนทุกปี เพราะการวางแผน การฝึก การเรียนรู้สภาพการณ์ล่วงหน้าจะมีส่วนช่วยให้การลำเลียงผู้ป่วยในเหตุการณ์จริงเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย ในการดูแลผู้ประสบภัยสันามิ เพื่อเคลื่อนย้ายในระยะทางไกล เมลเกล และคณะ (Maegle, et al., 2005, pp. 1136-1140) ทำการศึกษาผู้ป่วยที่เป็นผู้ประสบภัยคลื่นยักษ์ สันามิเมื่อธันวาคม ค.ศ. 2004 เพื่อรายงานสภาพผู้ป่วยที่ต้องทำการอพยพทางอากาศอย่างเร่งด่วนกลับภูมิภาคยุโรป พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ประสบภัยที่ได้รับบาดเจ็บ บริเวณ ศีรษะ หน้าอก แขน ขา และส่วนใหญมีการติดเชื้อแบคทีเรีย เมื่อวิเคราะห์เมตาดัชนีเกี่ยวข้องกับประโยชน์ของอากาศยานพยาบาลในผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่ได้ใช้เฮลิคอปเตอร์เป็นพาหนะลำเลียงส่งโรงพยาบาลของ เบลันโซ, เวสลีย์, เอ็กสไตน์, ดูนน์ และ โอคีฟ (Bledsoe, Wesley, Eckstein, Dunn & O'Keefe, 2006, pp. 1257-1265) ซึ่งได้เปรียบเทียบกับงานวิจัยอีก 22 ชิ้น พบว่าผู้ได้รับบาดเจ็บไม่รุนแรงถึงชีวิตที่เคลื่อนย้ายด้วยเฮลิคอปเตอร์พยาบาล ถูกกล่าวหาว่าเลือกใช้อากาศยานพยาบาลเกินกว่าสภาพความจำเป็น อย่างไรก็ตาม มิเชล, ทัลลอน และเซลลี่ (Mitchell, Tallon & Sealy, 2007, pp. 129-133) กล่าวว่าหากใช้คะแนนการประเมินระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ (Trauma and Injury Severity Score: TRISS) มาพิจารณา พบว่าการใช้เฮลิคอปเตอร์พยาบาลเป็นการสร้างโอกาสทางรอดชีวิตถึงร้อยละ 90 และผู้ป่วยที่รับบริการกว่าร้อยละ 25.8 สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในเวลาไม่ถึง 24 ชั่วโมงในงานองเดียวกันงานวิจัยเชิงคุณภาพของ การ์น, เพอร์คินส์, บอร์แลนด์ และลิลลี่ (Garne, Perkins, Boreland & Lyle, 2009, pp. 602-604) ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการ รอยัลฟลายอิงออสเตอร์เลียในเขตมลรัฐนิวเซาท์เวลส์ พบว่าสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร พื้นที่พิเศษห่างไกลการสาธารณสุขโดยอาศัยการเคลื่อนย้ายฉุกเฉินทางอากาศ

จากผลการวิจัยโดยใช้การเปรียบเทียบข้อมูลด้านเอกสารจากต่างประเทศและในประเทศ สามารถสรุปได้ว่า การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประเทศไทย หากภาครัฐให้ความสนใจ และตระหนักถึงการสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็น ทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ ซึ่งอากาศยานพยาบาลมีบทบาทสำคัญมากต่อการสนับสนุน ปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤต ที่ต้องช่วยชีวิตให้รอดจากความตาย เพราะศักยภาพของอากาศยานพยาบาลสามารถช่วยสร้างโอกาสให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดในช่วงเวลาที่วิกฤตได้ จึงไม่แปลกที่ประเทศที่มีระบบ

สาธารณสุขที่เจริญแล้วจะพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างต่อเนื่อง ยิ่งด้วยภาวะของภัยพิบัติต่าง ๆ ที่มีความรุนแรง อากาศยานพยาบาลเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของระบบการช่วยเหลือทางอากาศที่สามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมาก

6.5 ข้อเสนอแนะ

จากข้อจำกัดด้านทรัพยากร และงบประมาณของประเทศไทยเกี่ยวกับการจัดบริการอากาศยานพยาบาลของภาครัฐ การประกอบร่าง ถือเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน ซึ่งรูปแบบในอนาคต ผู้วิจัยเสนอแนะว่า คือการเพิ่มขีดความสามารถและสมรรถภาพการให้บริการของรูปแบบเดิมให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและที่สำคัญต้องสามารถดำเนินการอยู่ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการใช้นโยบายสาธารณะรองรับเพื่อแก้ไข ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดทั้งด้านรูปแบบและนโยบายดังนี้

6.5.1 ข้อเสนอแนะรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทยในอนาคต

6.5.1.1 ข้อเสนอแนะด้านการสร้างค่านิยมร่วม

ความเชื่อที่ถูกต้องหรือข้อกำหนดร่วมกันของบุคคลในองค์กร และพฤติกรรมที่สร้างสรรค์ร่วมกัน หรือ ค่านิยมร่วม (shared values) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการสร้างความร่วมมือร่วมใจเกิดเป็นพลังขององค์กรในการประพฤติปฏิบัติของบุคลากรทั้งหมดไปในทิศทางที่องค์กรพึงประสงค์ โดยสามารถบรรลุวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ได้ โดยอาศัยกฎระเบียบน้อยลง ซึ่งอาจเรียกได้ว่า ค่านิยมร่วม เป็นสุดยอดของศาสตร์การบริหารพัฒนาองค์กรรูปแบบหนึ่ง ซึ่งแทบทุกหน่วยงานให้ความสนใจและดำเนินการจัดทำกันอยู่ในปัจจุบันนี้ สพฉ. ควรเน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ปลุกจิตสำนึก โดยเริ่มจากผู้นำระดับสูง ผู้บริหารและสมาชิก จัดประชุมผู้บริหารทุกระดับ เพื่อจัดทำค่านิยมร่วม อาจเชิญวิทยากรมาบรรยายเพื่อสร้างความเข้าใจกับสมาชิกถึงประโยชน์ เพื่อการเสริมสร้างค่านิยมร่วมให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรซึ่งทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ผูกพันกับองค์กร จากงานวิจัยพบว่า การจัดให้บริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่างของ สพฉ. ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 5 ด้านที่ต้อง สร้าง และปลุกจิตสำนึกให้แก่สมาชิกภาคีมีจิตในการให้บริการสาธารณะได้แก่ ความมั่นคงของมนุษย์ ความเสมอภาค และความเท่าเทียม คุณภาพ มูลค่าที่ได้รับประโยชน์ และความรับผิดชอบต่อสังคม

6.5.1.2 ข้อเสนอแนะด้านระบบการบริหารจัดการอากาศยานพยาบาล

1. บทบาทผู้บริหารของหน่วยงานภาครัฐ

จากการวิจัยพบว่า แม้ว่าจะมีความพยายามในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐอย่างจริงจังก็ตาม แต่ปัญหาสำคัญที่เป็นอุปสรรคก็คือ โครงสร้างของระบบราชการที่แข็งตัวไม่ยืดหยุ่น และวัฒนธรรมการทำงานของข้าราชการที่ยังมีลักษณะตั้งรับมากกว่าเชิงรุก ซึ่งเป็นปัญหาในเชิงนโยบายมหภาคที่เกินความสามารถของส่วนราชการหนึ่ง ๆ จะดำเนินการได้เอง เพราะหลายเรื่องเกี่ยวข้องกับกฎหมาย หรือระเบียบที่ต้องแก้ไขกันแบบบูรณาการเป็นองค์รวม โดยเน้นในด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะความจำเป็นขั้นพื้นฐาน ควรมีการส่งเสริมให้มีการตัดสินใจร่วมกัน ทั้งในการกำหนดนโยบายและกำหนดแผนต่าง ๆ ผู้บริหารควรมีการประสานเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานะสุขภาพ และความต้องการที่แท้จริง โดยอาศัยข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง และมาจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความโปร่งใส เป็นธรรมให้เกิดการยอมรับ และยินยอมเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานโดยการเข้าร่วมเกิดขึ้นด้วยความเต็มใจ อย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมและร่วมปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับสมาชิก เพราะโครงสร้างและวัฒนธรรมของระบบราชการไทยเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน แฝงด้วยความรู้สึกภายในลึกซึ้ง ต้องอาศัยวิสัยทัศน์และภาวะผู้นำของผู้บริหารจุดความรู้สึกลึกซึ้งไว้ นำออกมาสร้างเป็นพลัง

การนำเครื่องมือทางการบริหารจัดการไปใช้ในแต่ละพื้นที่ ควรมีการนำร่องปฏิบัติในหน่วยงานที่พร้อมก่อน แล้วเก็บเกี่ยวประสบการณ์ทั้งเป็นเงื่อนไขแห่งความสำเร็จและล้มเหลว หลังจากนั้น ควรมีการนำเสนอหน่วยงานตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จและนำวิธีดำเนินการของหน่วยงานนั้นมาเป็นต้นแบบ เพื่อหน่วยงานอื่น ๆ สามารถดำเนินการประยุกต์ให้เหมาะสมกับท้องถิ่นของตน อาจใช้วิธีการนำเสนอแบบวิธีการของการบริหารจัดการความรู้ (knowledge management) หรือองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) พัฒนาการให้บริการอากาศยานพยาบาลทั้งจากภาครัฐ และภาคเอกชนที่ผ่านมาเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ดังนั้นจึงควรใช้นโยบายหรือ เครื่องมือทางการบริหารจัดการแนวใหม่กับหน่วยงานที่มีความพร้อมที่สุดก่อนเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาเรียนรู้เป็นตัวอย่าง ในกรณีที่หน่วยงานนั้นประสบความสำเร็จ จึงถอดแบบเผยแพร่ให้หน่วยงานราชการอื่น ๆ นำไปปฏิบัติ อาจจัดกลุ่มของหน่วยงานที่มีลักษณะงานคล้ายคลึงกัน การพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานต่าง ๆ ต้องให้มีคุณภาพให้มีความรู้จริง และรู้ลึกในเทคนิคการช่วยเหลือ สามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย ควรส่งเสริมเทคโนโลยีด้านการค้นหาตำแหน่งของอากาศยานที่ปฏิบัติตามเวลาจริง (real time) เพื่อสะดวกต่อการเรียกใช้ เช่นกรณีที่ อากาศยานพยาบาล บินเปล่ากลับฐานหลังปฏิบัติงาน และมีการขอความช่วยเหลือในพิสัยการบิน ศูนย์ดำเนินงาน อาจทำการขอให้

ช่วยปฏิบัติการรอบสองได้ตามแต่โอกาสที่พึงมี ส่วนการสร้างสถานที่ซึ่งสามารถแปลงเป็นที่ขึ้นลงอากาศยานในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์อุบัติเหตุ ที่ถูกจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลปลายทาง ต้องหาสถานที่หรือมีการปรับสภาพพื้นที่ สำหรับการขึ้นลงอากาศยานพยาบาลปีกหมุนให้เหมาะสม หรือแม้แต่การสร้างอาคารผู้ป่วยในอนาคตที่ต้องคำนึงถึง การมีลานขึ้นลงอากาศยานปีกหมุนที่ชัดเจนและใช้การได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการจัดสรรเพิ่มงบประมาณการ 30 บาทรักษาทุกโรค สพฉ. กับบทบาทในเรื่องการเป็นศูนย์กลางบริหารจัดการงบประมาณในการนำส่งผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายต่อครั้งสูง แต่ว่าเป็นการจ่ายค่าราคาชีวิตเพียงครั้งเดียวในชีวิตเพื่อแลก กับโอกาสการเพิ่มทางรอดให้กับบุคคล ภาครัฐควรมีการจัดสรรงบการเงินการคลังโดยตรงให้ สพฉ. ดำเนินการ หรืออาจจัดสรรเป็น 30 บาท 5-10 บาท เป็นสัดส่วนเงินเพิ่ม เพื่อนำส่วนเกินที่ได้มา สร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระบบไม่ว่าทาง อากาศ น้ำ บก เนื่องจากในบางโอกาสอาจเป็นการช่วยเหลือที่ต้องประสานการนำส่งต่อเนื่อง เช่น ทางรถต่ออากาศยาน อากาศยานต่อรถ ทางเรือต่ออากาศยาน เป็นต้น เพื่อให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความมั่นคงในชีวิตของประชาชนไทยอย่างยั่งยืน

ผู้บริหารควรให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่มีผลต่อความสำเร็จของความร่วมมือเพื่อนำนโยบาย การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไปสู่การปฏิบัติ ประเมินจากการให้ความสนใจตอบรับการทำสัญญาบันทึกข้อตกลง ด้านเวลาของทางราชการ ควรปรับปรุงและยืดหยุ่นต่อการให้บริการ การลดกฎระเบียบ ขั้นตอนที่มากเกินไป การบริหารปัญหาความหวาดระแวงระหว่างสมาชิก การประสานข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงร่วมกัน การประชาสัมพันธ์องค์กร การสร้างความต่อเนื่องของข้อตกลงในระดับนโยบายในเรื่องความร่วมมือ และที่สำคัญการปลูกจิตสำนึกให้มีการสร้างค่านิยมร่วม ในด้าน ความมั่นคงของมนุษย์ ความเสมอภาคและความเท่าเทียม มูลค่าที่ได้รับประโยชน์ การสร้างคุณภาพ และความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างสม่ำเสมอ

2. บทบาทผู้บริหารของหน่วยงานภาคเอกชน

การบริหารงานเอกชนส่วนใหญ่เน้นด้านผลกำไรสูงสุดขององค์กรเป็นพื้นฐาน แต่ในปัจจุบันองค์กรเอกชนหลายแห่งมีจิตสำนึก คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของสังคมโดยการคืนกำไรสู่สังคมเป็นวัฒนธรรมขององค์กร เนื่องจากสามารถสร้างความน่าเชื่อถือ ทางด้านจิตใจแก่สังคมซึ่งในภาพรวมมีส่วนสนับสนุนให้องค์กรอยู่รอด การให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ โดยการให้บริการช่วยชีวิตประชาชน ผู้บริหารจากภาคเอกชน ควรมีการปรับกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการสนับสนุนบริการอากาศยานพยาบาล กับ สพฉ. เพื่อสะท้อนภาพการมีภาวะผู้นำที่ใช้หลักบริหารงานอย่างมีความรับผิดชอบต่อสังคม (social responsibility) เป็นการดำเนินกิจกรรมทางสังคม

โดยอาศัยความร่วมมือจากองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่สามารถพึ่งพาอาศัย และร่วมมือช่วยเหลือสังคม และสำนึกคำนึงถึงมิติความรับผิดชอบต่อสังคมและร่วมพัฒนา แก้ปัญหา สร้างประโยชน์ คืนกำไรให้กับสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน

6.5.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย ในอนาคต

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศที่ สพจ. ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีอุปสรรคและปัญหาอยู่บ้างผู้วิจัยจึงได้แจกแจงรายละเอียดเป็นข้อเสนอแนะในตารางที่ 6.2 เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายที่สนับสนุนให้การจัดบริการอากาศยานพยาบาลที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีความต่อเนื่องและประสิทธิภาพมากขึ้นดังนี้

ตารางที่ 6.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง

รูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง	
องค์ประกอบ	ข้อเสนอแนะ
การสร้างค่านิยมร่วม (shared value formation)	1. ควรสื่อสาร สร้าง และปลูกจิตสำนึกค่านิยมร่วมทั้ง 5 ด้านกับสมาชิกภาคีให้รับทราบและยึดเป็นแนวทางการให้บริการ เพื่อยกระดับความมั่นคงของคุณภาพชีวิตและสังคมโดยจัดให้ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศอย่างรวดเร็ว ถ้วนหน้า ทัวถึง และเท่าเทียม 2. ยกระดับมาตรฐานการให้บริการ โดยเน้นคุณภาพ และประสิทธิภาพ กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพ คำนึงผลประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก 3. ชี้แจง ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดเป็นมูลค่าผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นเทียบกับต้นทุนการช่วยชีวิตประชาชนที่เขามีโอกาสใช้เพียงครั้งเดียวในชีวิต 4. มอบรางวัล ยกย่อง ประชาสัมพันธ์หรือดำเนินการสร้างภาพลักษณ์ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ ในรูปแบบต่าง ๆ เกี่ยวกับภาคี ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการอากาศยานพยาบาลให้สังคมได้รับทราบ
ศักยภาพในการค้นหาและ จัดระบบทรัพยากร (resources capacity profiling and matching)	1. คัดสรร อบรม ปรับระบบเรื่องการประกันคุณภาพอาจต้องมีการตั้งเกณฑ์มาตรฐาน สร้างตัวชี้วัด ประยุกต์ ปรับเครื่องมือและอุปกรณ์การใช้งานให้เอื้อต่อการให้บริการ เตรียมผลิตบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งระบบให้พร้อมกับการให้บริการ ปรับกฎระเบียบข้อบังคับให้ยืดหยุ่น เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อสนับสนุนภารกิจบริการ

ตารางที่ 6.2 (ต่อ)

รูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง	
องค์ประกอบ	ข้อเสนอแนะ
การประสานภาคีความร่วมมือ (collaboration materialized)	1. บริการ คัดสรร เลือก และบูรณาการระบบการการเงินการคลัง การจ่ายเงินเพื่อซื้อการให้บริการที่เหมาะสม เช่น ระบบประกันสุขภาพ การเก็บค่าประกันนักท่องเที่ยว เพื่อสมทบการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะ การเพิ่มงบ นโยบาย สามสิบบาทเป็น สามสิบ บวก (5-10บาท) ตามความเหมาะสม 2. หาแนวร่วมองค์กรเพิ่ม ที่สามารถสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการใช้อากาศยานพยาบาล เช่น วงการสื่อสาร อุตสาหกรรม เวชภัณฑ์ยา เครื่องมือแพทย์ กีฬา สุรา ยาสูบ และเครื่องดื่ม ยานยนต์ มูลนิธิการกุศล สำนักงานสลาก กินแบ่งรัฐบาล เป็นต้น 3. ด้านการทำบันทึกข้อตกลง ควรขยายเวลาการร่วมเป็นสมาชิกภาคีประเภทถาวร และสรรหาภาคีในวงการต่าง ๆ เพิ่ม 4. พัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ชี้แจงให้ภาคีสมาชิกทราบ ถึงการเข้าร่วมมือ เป็นการสร้างผลประโยชน์ร่วม ช่วยลดภาระงาน ภาระค่าใช้จ่ายของประเทศ
การมีผลประโยชน์ร่วมกัน (shared benefits)	1. แจกแจงให้รายละเอียดเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่แต่ละสมาชิกควรได้รับให้ชัดเจน 2. สำรวจหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อขยายขอบเขตความร่วมมือโดยการสรรหาภาคีเพิ่ม ซึ่งอาจมีส่วนสนับสนุนการให้บริการทางอ้อมคือ กลไกการตลาด การสร้างภาพลักษณ์ ตราสินค้าและบริการ (branding marketing) โดยสร้าง ค่านิยมร่วมเป็นกลยุทธ์การตลาด สนับสนุนให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม 3. สร้างศักยภาพของสมาชิกภาคีให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการสนับสนุนการให้บริการ 4. โฆษณาให้สังคมทราบถึงภาคีที่ให้ความร่วมมือเพื่อเป็นรางวัลด้านชื่อเสียงภาพลักษณ์ที่ดี กับสังคม สพล. ต้องกำหนดนโยบายให้รองรับและชี้แจงนโยบายที่ชัดเจนเพื่อเป็นทิศทางปฏิบัติงานแก่สมาชิกภาคี

ตารางที่ 6.2 (ต่อ)

รูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลประกอบร่าง	
องค์ประกอบ	ข้อเสนอแนะ
การปลูกจิตสำนึกและ การมีส่วนร่วมบริการ สาธารณะ (public awareness formation and participation)	1. สพล. ควรวางบทบาทความร่วมมือให้บริการทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น จัดหา และสร้างสถานที่ขึ้นลงอากาศยาน จัดสรรแบ่งงบประมาณการดำเนินงานร่วมกับ องค์กรปกครองท้องถิ่นต่างๆ 2. ประชาสัมพันธ์หลักประกันความมั่นคงการรักษาพยาบาลประโยชน์ของ บริการอากาศยานพยาบาลให้ประชาชน ทราบ 3. สื่อสารให้ภาคีที่เข้าร่วมทราบถึง การมีความรู้ด้านการช่วยเหลือ การลำเลียง ทางอากาศ จากประสบการณ์ใหม่ ๆ และตอบแทนคำอุททูลของประชาชน ที่ชัดเจน ของการมีส่วนร่วมในการให้บริการจาก สพล. 4. สร้าง ส่งเสริม ปลูกจิตสำนึก ให้องค์กรปกครองท้องถิ่น ชุมชนได้มีโอกาสเข้ามาร่วมมือให้บริการ 5. ขยายพื้นที่ฐานบินที่ให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศ ตลอดจนเตรียมสำรวจ เพื่อสร้างสถานที่ขึ้นลงอากาศยานพยาบาล ชั่วคราว หรือถาวร หรือ ประเภทที่สามารถเคลื่อนย้ายได้ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของ ผู้ดูแลรับผิดชอบโดยให้ ชุมชน เช่น อบต. /อบจ. มีส่วนร่วมมากขึ้น

6.5.3 ข้อเสนอแนะต่องานวิจัยที่เกี่ยวข้องและการวิจัยในอนาคต

หลังจากผู้วิจัยได้สรุปอภิปรายผลการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะบางประการตามที่นำเสนอข้างต้นแล้ว พบว่ายังมีประเด็นหรือสาระสำคัญที่สามารถต่อยอดองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นประเด็น สำหรับการวิจัยต่อเนื่องในอนาคตได้ ดังต่อไปนี้

6.5.3.1 การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดในเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบายโดยศึกษา กระบวนการด้านการก่อตัวของปัญหา การเสนอแนะของปัญหา และการกำหนดนโยบาย ซึ่งยังไม่ได้ ทดสอบและประเมินผลนโยบายในด้านการใช้งาน นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หรือการสร้าง มาตรฐานความปลอดภัย ตลอดจน การสร้างคุณภาพของการให้บริการ จึงควรมีการวิจัยในเชิงลึก เกี่ยวกับความพึงพอใจของประชาชนต่อ การนำนโยบายอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐแก่ประชาชน เจือจางแห่งความสำเร็จ หรือบทบาทของ สพล. อะไรที่เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการสัมฤทธิ์ผลของ นโยบาย การหาและสร้างเครือข่าย ของหน่วยงานต่าง ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้อย่างไรเพื่อให้ นโยบายนำไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังจนสัมฤทธิ์ผลอย่างยั่งยืน

6.5.3.2 จากการศึกษาพบว่า เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในอากาศยานประกอบร่างยังมีไม่เพียงพอ อาจหาทุนเพื่อสนับสนุนให้มีอากาศยานพยาบาลที่มีเครื่องมือติดตั้งไว้ถาวรพร้อมใช้งานมาประจำไว้ในพื้นที่คิดว่าเหมาะสมและจำเป็น การวิจัยเรื่องกองทุนที่สนับสนุน กองทุนที่มาจากภาคส่วนชุมชนที่เกี่ยวข้อง หรือวิธีการหาแหล่งทุนอื่น ๆ เช่น การออกสลากการกุศลจากภาครัฐที่เห็นคุณประโยชน์ของอากาศยานพยาบาล นอกจากนี้ พื้นที่ฐานปฏิบัติการบิน ที่ให้บริการ ยังมีน้อย คงมีแต่เฉพาะ ฐานปฏิบัติการในเมืองใหญ่ในแต่ละภูมิภาคซึ่งสอดคล้องกับการขาดแคลน บุคลากรอุปกรณ์ เครื่องมือแพทย์ ที่ใช้งานบนอากาศยานพยาบาล

6.5.3.3 เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการตอบสนองการขอให้บริการ ควรมีการวิจัยมาตรฐานด้านตัวชี้วัด ด้านเวลา เข้ามาเป็นตัวกระตุ้น ควบคุมให้การบริการที่เป็นอยู่ในปัจจุบันต้องปรับปรุง ควรมีการวิจัยที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้านเวลาในการให้บริการอากาศยานพยาบาลในแต่ละเที่ยว การวิจัยทางคลินิกที่เปรียบเทียบ การนำส่งระหว่างทางบก กับทางอากาศ

6.5.3.4 องค์การส่วนท้องถิ่นควรมีบทบาทร่วมมือในการสนับสนุนระบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล เช่น การจัดสรรงบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับชุมชน ที่สำคัญ การจัดหาเตรียมสถานที่ขึ้นลงอากาศยาน ปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์โดยสามารถประสานงานมายัง สพล. ด้านมาตรฐานและวิธีการจึงควรมีการวิจัยในเชิงลึกเกี่ยวกับการบทบาทและหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในการมีส่วนร่วมกับการสำรวจหา สร้าง บำรุง สถานที่ขึ้นลงเฮลิคอปเตอร์พยาบาล อย่างชัดเจน เพราะจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในชุมชน ในกรณีจำเป็นต้องการเคลื่อนย้ายทางอากาศ

6.5.3.5 การคิดแปรต้นทุนในการให้บริการอากาศยานพยาบาลในแต่ละครั้ง รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในปริมาณค่อนข้างสูง ดังนั้นควรมีการวิจัยในเชิงลึกเกี่ยวกับการรวบรวม ข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่ใช้บริการเปรียบเทียบ แสดงให้เห็น ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ทาง สพล. ต้องใช้จ่ายจริงออกไปต่อเที่ยว และระยะเวลาในการเข้าถึงผู้ขอใช้บริการ และระบบการกระจายความเสี่ยงของบุคลากรที่ทำงาน แนวคิดของระบบประกัน อาจเป็นอีกทางเลือกที่ควรพิจารณา

6.5.3.6 ก้าวต่อไปของการบริการอากาศยานพยาบาลภายใต้นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศไทย คือการสร้างฐานเครือข่ายพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศให้ครอบคลุมในภูมิภาคต่าง ๆ โดยเฉพาะมิตรประเทศอย่างประชาคมอาเซียน พร้อม ๆ กันกับผลิต บุคลากรด้านเวชศาสตร์การบินของไทยให้มีศักยภาพ มีความรู้ ความสามารถ มีทักษะและความเชี่ยวชาญในการจัดและให้บริการอากาศยานพยาบาล ให้มีความพร้อมต่อภาวะภัยพิบัติต่าง ๆ จึงควรมีการวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างเครือข่ายของการจัดการอากาศยานพยาบาลในอนาคต

6.6 สรุป

บทที่ 6 นี้ เป็นการสรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งเป็นบทสุดท้าย ของการวิจัยเรื่อง “รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย” โดยในเบื้องต้นได้สรุปถึง ผลการวิจัยในภาพรวม จากนั้นได้นำผลการวิจัยมาอภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นประโยชน์ ต่อการวิจัยครั้งต่อไปในอนาคต งานวิจัยเรื่องนี้ ค้นพบว่าเนื่องจากบริบทของประเทศไทย มีข้อจำกัด ด้านทรัพยากร และงบประมาณ การประกอบร่าง ถือเป็นรูปแบบที่เหมาะสมที่สุดในการจัดบริการ อากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน ซึ่งรูปแบบในอนาคต คือการเพิ่มขีดความสามารถของรูปแบบเดิม ให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและสามารถดำเนินการอยู่ได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีการใช้กระบวนการ กำหนดนโยบายสาธารณะรองรับ นอกจากจะเป็นประโยชน์ที่ทำให้ทราบถึงรูปแบบที่เหมาะสมในการ จัดบริการอากาศยานพยาบาล แล้วผู้วิจัยยังได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สนับสนุนการให้บริการ อากาศยานพยาบาล เพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสม ตลอดจนอธิบายทราบถึงการ เปลี่ยนแปลงในเนื้อหาสาระพัฒนาการของอากาศยานพยาบาลไทย ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย บทบาท ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ก่อนและหลังหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช 2551 ความร่วมมือจากภาครัฐและภาคเอกชนในการร่วมปฏิบัติการ โครงการสกายด็อกเตอร์ และ วัฒนาการของการใช้อากาศยานพยาบาลจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกซึ่งยังไม่มีงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ ใดได้รวบรวมให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัยเรื่องนี้ยังประโยชน์ต่อการแสดงให้เห็นถึง แนวโน้มของนโยบายการให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ของภาครัฐ ที่ควรจะมีหรือควรจะเป็น ในด้านต่าง ๆ ในอนาคต อาทิ แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการและการทำงานเพื่อ ตอบสนองความต้องการของประชาชน การปรับปรุงรูปแบบในการทำงานแบบบูรณาการ โดยการ แสวงหาความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การยกระดับขีดศักยภาพของระบบสาธารณสุขไทยในการเข้าถึง ประชาชนอย่างเท่าเทียม เสมอภาค ถ้วนหน้า การปรับเปลี่ยนค่านิยมและวัฒนธรรมทั้งแนวความคิดและ วิธีการทำงาน ตลอดจนการเสริมสร้างคุณธรรม จริยธรรมและธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการตาม แนวทางการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นต้น ซึ่งแนวทางต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อการพัฒนาและ ปฏิรูป ระบบสาธารณสุขแนวใหม่ของไทยต่อไปในอนาคต



รายการอ้างอิง

รายการอ้างอิง

- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2534). ประสบการณ์ประยุกต์ที่ใช้ทฤษฎีพื้นฐานเชิงอุปมานในการ
ดำเนินการวิจัย. วารสารวิจัยทางการแพทย์, 4(1), 107-118.
- กนกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2540). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.
วารสารวิจัยทางการแพทย์, 1(2), 297- 311.
- กมลทิพย์ แจ่มกระจ่าง. (2545). พัฒนาการของสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2545- 2546. นนทบุรี: กระทรวงฯ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2549). แนวทางการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: แอล. ที.
- กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (2554, 3 เมษายน). ชี้นุคอพยพชาวบ้านนับพันกว่า1พันคน.
กรุงเทพธุรกิจ. สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2554, จาก [http://www.bangkokbiznews.com/
home/detail/politics/life/20110403/385129.html](http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/politics/life/20110403/385129.html)
- กษิณ ฅณาธิกร, พระ. (2544). ปรัชญา. กรุงเทพฯ: ดวงแก้ว.
- กาญจนา แก้วเทพ. (2540). ภาพรวมของการพัฒนาองค์กรชุมชน ใน องค์กรชุมชน กลไก
เพื่อแก้ไขและพัฒนาสังคม. สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยขอนแก่น, กรุงเทพฯ:
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- กิติ บุนนาค. (2536). การนำนโยบายภาษีมูลค่าเพิ่มไปปฏิบัติ: การศึกษาวิเคราะห์เชิงปรากฏการณ์
ในธุรกิจโรงแรม. คุยฎิณิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรคุยฎิบัณฑิต สาขาวิชาบริหารศาสตร์
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. (2540). **นโยบายสังคมและสวัสดิการสังคม**. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

กิริติ บุญเจือ. (2522). **ปรัชญาลัทธิอัตถิภาวะนิยม**. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

กิริติ บุญเจือ. (2538). **ปรัชญาสำหรับผู้เริ่มเรียน** (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.

กีก้อง กุสมิธ. (2541). **ประสิทธิผลของความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการให้บริการ
สังคม: ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการนภแพทย์**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชารัฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

กุลชน ชนาพงศธร. (2519). **หลักการกำหนดนโยบายของรัฐ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์.

กุลชน ชนาพงศธร. (บรรณาธิการ). (2522). **นโยบายของรัฐ: อะไร ทำไม และอย่างไร**.
กรุงเทพฯ: คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กุลชน ชนาพงศธร. (2535). **แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมราช.

กุลชน ชนาพงศธร. (2537). **นโยบายสาธารณะและการวางแผน** (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). **การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการ
ปฏิรูปการศึกษา**. กรุงเทพฯ: บริษัทซัคเซสมีเดีย จำกัด.

เกศินี สราญฤทธิ์, ดวงชีวัน บุรณะกิจ, ศิริกุล กุลเลียบ, สมใจ เจียรพะงษ์, เสาวลักษณ์ เข้มตรี,
วิไลวรรณ วัฒนานนท์ และนิรมล แสนคำ. (2546). **การรับรู้ชุมชนต่อการบริการผู้ป่วย
ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ**. ขอนแก่น: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

เกษมสานต์ ชัยศิลป์. (2548). **การพัฒนาเครือข่ายการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
ของเยาวชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

แก้วคำ ไกรสรพงษ์. (2548). **หลักนโยบายสาธารณะยุคใหม่**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขวัญจิต พุกกะวัน. (2545). **การปฏิบัติเพื่อความร่วมมือระหว่างแพทย์กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดพิจิตร. การค้นคว้าอิสระ** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ขัตติยา กรรณสูต. (2536). **แนวความคิดพื้นฐานของนโยบายสังคม**. กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). **สุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

จิตศักดิ์ ธาดาเดช. (2554). **การกำหนดนโยบายการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย. ใน** โครงการสัมมนาเครือข่ายวิชาการ-วิจัยสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่องมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ไทย: ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา ก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน (หน้า 133). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จิตศักดิ์ ธาดาเดช, ยุทธนา ตระหง่าน และพิพัฒน์ ไทยอารี. (2554). **ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย. ใน การประชุมวิชาการ บัณฑิตศึกษาประจำปี 2554 ครั้งที่ 4** (หน้า 364-377). 7-8 กรกฎาคม 2554. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. (2549). **สังคมสงเคราะห์กลุ่มชน**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จุมพล ไกรสรพงษ์. (2547). **การวิเคราะห์นโยบาย**. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช.

จุมพล หนิมพานิช. (2529). **ชนชั้นนำทางการเมืองกับการกำหนดนโยบาย: ศึกษาเฉพาะกรณีการผลิตและจำหน่าย น้ำตาลทราย พ.ศ. 2522-2525**. คุยฎีนิพนธ์รัฐศาสตรคุยฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

ชัยชาญ วงศ์สามัญ. (2546). **การวิเคราะห์และวางแผนพัฒนาหมู่บ้าน โดยกระบวนการ A-I-C**. สืบค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2554, จาก <http://agserver.kku.ac.th/chaichrn/Page-Thai/Teaching-t/Graduate/116733/AIC-SUM.htm>

- ชาตรี เจริญชีวะกุล. (2554). นโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน: ความสำเร็จที่จับต้องได้ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่องบนเส้นทางมาตรฐานสู่ความทั่วถึงและยั่งยืน. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข.
- ชาติชาย สุภาพ. (2554). การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์การบินบริษัททางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเซส จำกัด.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2547). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2540). แนวคิด พัฒนาการและข้อพิจารณาเกี่ยวกับประชาสังคมไทย ใน หนังสือชุด ประชาสังคมลำดับที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2540). ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่/ขบวนการประชาสังคมในต่างประเทศ: บทสำรวจพัฒนา สถานภาพและนัยยะเชิงความคิด/ทฤษฎีต่อการพัฒนาประชาธิปไตย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดอกเตอร์เฮลิช่วยผู้ประสบภัย สีนามิ 150 คน. (2553). สืบค้น เมื่อ 7 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.hemnet.jp/databank/file/20110324a.pdf>
- ดิศนัดดา ดิศกุล, ม.ร.ว. (2553, 15 ตุลาคม). พระสมัญญาแม่ฟ้าหลวง. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2554, จาก http://www.siammedia.org/news/losangeles/20101015_02.php
- ถวัลย์รัฐ วรเทพพิพัฒน์. (2541). การกำหนดและการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.
- ถวิล ธาราโกชน. (2532). จิตวิทยาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส. พรินต์ติ้งเฮาส์.
- ทวีศักดิ์ นพเกษตร. (2548). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (เล่ม 1). นครราชสีมา: โชคเจริญ มาร์เก็ตติ้ง.

ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2540). **วิกฤตสังคมไทย 2540 กับบทบาทวิทยาการกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อจัดเวทีประชาคม**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจ, สำนักพัฒนาการฝึกหัดครู.

ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2539). **ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทอ. ส่งเสด็จอุปถัมภ์ช่วยผู้ประสบภัยลพบุรี. (2553, 21 ตุลาคม). สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.thaipr.net/nc/readnews.aspx?newsid>

ทองใบ สุดซารี. (2536). **การนำนโยบายของวิทยาลัยครูไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาสภวิทยาลัยอีสานใต้**. ดุษฎีนิพนธ์พัฒนบริหารศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนาระดับสูง. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.

ทินพันธ์ นาคะตะ. (2525). **รัฐศาสตร์: ทฤษฎี แนวคิด ปัญหาสำคัญ และแนวทางการศึกษาวิเคราะห์การเมือง**. กรุงเทพฯ: บรรณกิจเทรดดิ้ง.

ทิสนา เขมมณี. (2548). **ศาสตร์การสอน (พิมพ์ครั้งที่ 4)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทพินทร์ พิชานรักษ์. (2548). **สังคมวิทยาการแพทย์**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

ไทยโฮลดิ้งฟาร์. (2554). **SKY ICU ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยประสบอุทกภัยภาคใต้**. สืบค้นเมื่อ 17 เมษายน 2554, จาก <http://www.ryt9.com/s/prg/1123008>

ธันยวัฒน์ รัตนศักดิ์. (2546). **นโยบายสาธารณะ**. เชียงใหม่: คะนิงนิจ.

ธรา บัวคำศรี. (2540). **การเคลื่อนย้ายทางพื้นที่และความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภูมิศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

ธีรทร วัฒนกุล. (2549). **การกำหนดนโยบายในการจัดตั้งสถาบันประกันเงินฝาก**. ดุษฎีนิพนธ์รัฐศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

ธีระพงษ์ แก้วหาญ. (2540). การพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในการนำนโยบายสาธารณสุขมูลฐานไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ธีระพงษ์ แก้วหาญ. (2543). กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ธุรกิจประกันภัย. (2552). ประกันภัยไทยวิวัฒน์: ไอซียูลอยฟ้าหวั่นหอกูดูกค้าใหม่สามพันราย. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2553, จาก http://www.srikrungbroker.co.th/news_detail.php?id=363

นกร ทิพย์สุนทรศักดิ์, วิทยา ขาดิบุญชาชัย, สุดาวดี หอมจู และหทัยรัตน์ เทเวลา. (2546). การประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลขอนแก่น ประจำปี 2544. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.

นรินทร์ชัย พัฒนพงศา. (2547). การมีส่วนร่วม หลักการพื้นฐาน เทคนิค และกรณีตัวอย่าง (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: โรงพิมพ์นรินทร์ชัยพัฒนพงศ์.

นฤมล นิราธร. (2543). การสร้างเครือข่ายการทำงาน: ข้อควรพิจารณาบางประการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นฤมล สวรรค์ปัญญาเลิศ, พชรินทร์ ชมเดช และสมชาย กาญจนสุด. (2550). การพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ในประเทศไทย พ.ศ. 2550. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17(7), 2049-2100.

นัยนา เตโชพาร. (2542). การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

นิตา ชูโต. (2548). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินติ้ง.

- บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน). (2552). รายงานประจำปี 2552 บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) 37 ปี ยืนหยัดคู่คนไทย (หน้า 4-25). กรุงเทพฯ: ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2553, จาก http://bgh.listedcompany.com/misc/ar/ar 2009_th.pdf
- บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชส จำกัด. (2550). บริการเฮลิคอปเตอร์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน SKY ICU. [วิดีโอ]. กรุงเทพฯ: ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2554 จาก <http://www.youtube.com/watch?v=fWjxartxIEE&NR=1>
- บริษัท ประกันภัยไทยวิวัฒน์. (2552). ธุรกิจประกันภัย: พันธมิตรธุรกิจบริหารเฮลิคอปเตอร์ทางการแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 29 ตุลาคม 2553, จาก http://www.thaivivat.co.th/products_partner.php
- บุปผา ศิริวิศรี. (2533). จริยธรรมกับการวิจัย. ใน เบญจา ขอดดำเนิน-แอ็ดดิกัน, บุปผา ศิริวิศรี และ วาทีนี บุญชะลิกย์ (บรรณาธิการ), การวิจัยเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม (หน้า 417-430). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุษบา ชัยศรีสวัสดิ์สุข. (2549). การรับรู้ของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัยกลุ่มงานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่.
- บุษบา ประสารอริคม. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ สภาพแวดล้อมการทำงาน ความเชื่อมั่นในตนเอง กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- เบญจา ขอดดำเนิน, บุปผา ศิริวิศรี และวาทีนี บุญชะลิกย์ (บรรณาธิการ). (2536). การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม. นครปฐม: โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประชาสรรค์ แสนภักดี. (2549). การจัดการความรู้ของเครือข่ายทางสังคมเพื่อการคุ้มครอง
ผู้บริโภคด้านสุขภาพ. คุุณิพนธ์ศิลปศาสตรคุุณิบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ประทุม รอดประเสริฐ. (2539). การบริหารโครงการ. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.

ประทุม รอดประเสริฐ. (2543). นโยบายและการวางแผน หลักการและทฤษฎี (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.

ประณีต ส่วงวัฒนา, วิภาวี คงอินทร์ และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2543). ความเหมือนและ
ความแตกต่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ การพยาบาล ปรัชญาการณิวิทยา ทฤษฎีพื้นฐาน และ
ชาติพันธุ์. วารสารสภาการพยาบาล, 15(2), 12-24.

ประเมิน จันทวิมล. (ม.ป.ป.). ประวัติการควบคุมไข้ ทรพิษ อหิวาห์และไข้รากสาดใหญ่ในประเทศ
ไทย (หน้า 134-146). สืบค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2554, จาก [http://thaigcd.ddc.moph.go.th/
uploads/pdf/pat/vc_Hx_all_Pramern.pdf](http://thaigcd.ddc.moph.go.th/uploads/pdf/pat/vc_Hx_all_Pramern.pdf)

ประเวศ วะสี. (2549). กระบวนการนโยบายสาธารณะ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 3 มิถุนายน 2554, จาก [http://info.thaihealth.or.th/
library/hot/12374](http://info.thaihealth.or.th/library/hot/12374)

ประหยัด หงส์ทองคำ. (2526). การปกครองท้องถิ่นไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

ปัญญา ธีระวิทย์เลิศ. (2548). การวิเคราะห์แบบสอบถามรายข้อ. วารสารสมาคมนักวิจัย, 10(2),
42-44.

ปานฤทัย คงยิมละมัย. (2554, 4 เมษายน). สพน. ร่วมกับเครือรพ. กรุงเทพจัดเฮลิคอปเตอร์
การแพทย์ฉุกเฉิน (SKY ICU) ให้บริการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ประสบอุทกภัยในภาคใต้.
สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.ryt9.com/s/prg/1122759>

ปาริชาติ วลัยเสถียร, พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ (อบอู่), สหทัยา วิเศษ, จันทนา เบญจทรัพย์ และ
ชลกาญจน์ ฮาชันนารี. (2546). **กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา**
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์. (2549). **การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและการพัฒนาชุมชน: จากแนวคิดสู่**
ปฏิบัติการวิจัยในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.

ปาริชาติ สถาปิตานนท์ และชัยวัฒน์ ถิระพันธ์. (2546). **สื่อสารกับสังคมเครือข่าย**. เอกสาร
ประกอบการฝึกอบรมหลักสูตรการสร้างเครือข่ายที่มีพลัง สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา,
กรุงเทพฯ.

ปิยะพงษ์ บุญบงก์. (2552). **การกำหนดนโยบายสาธารณะ: กระบวนทัศน์ แนวทาง ตัวแบบ กรอบ**
และแนวคิด. กรุงเทพฯ: เสมาธรรม.

ประชัย เปี่ยมสมบูรณ์. (2529). **การวิจัยประเมินผล: หลักการและกระบวนการ**. กรุงเทพฯ:
การพิมพ์พระนคร.

ปฐคดี มอนซอน. (2546). **กรอบแนวคิดในการประเมินศักยภาพเครือข่ายสังคม**. เอกสาร
ประกอบการประชุมเพื่อพัฒนาการเรียนรู้ในการขับเคลื่อนโครงการวิจัยชีวิตสาธารณะ
ท้องถิ่นน่าอยู่. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, กรุงเทพฯ.

ปฐคดี มอนซอน, สกรรจ์ พรหมศิริ, ญาณิกรณ์ ธรรมโชติ และดลทิพย์ พืชผลเจริญ. (2547).
กรอบแนวคิดในการประเมินศักยภาพเครือข่ายสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ.

ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์. (2552). **รูปแบบการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในการบริการ**
การแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ในประเทศไทยและสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว.
คุณฉินพันธ์ปรัชญาคุณฉินบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนากุมิภาค.
มหาวิทยาลัยราชภัฏ, เลย.

พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา. (2542). **พฤติกรรมกลุ่ม GROUP BEHAVIOR**. กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา.

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. (2542). สืบค้นเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2554, จาก
<http://rirs3.royin.go.th/new-search/word-search-all-x.asp>.

พยุหศักดิ์ สุ่มสวัสดิ์. (2543). การพัฒนารูปแบบความร่วมมือระหว่างโรงเรียนมัธยมศึกษา กับ
 สถาบันอุดมศึกษาเพื่อพัฒนาวิชาชีพครู. คุษณินพนธ์ครุศาสตรคุษณินบัณฑิต
 สาขาวิชาอุดมศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

พรรณี สุ่มสวัสดิ์. (2543). พระมารดาแห่งทันตแพทย์ไทย. ใน เพื่อรอยยิ้มใสายสูงอายุ โดย
 องค์การบริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2554,
 จาก <http://dental.anamai.moph.go.th/oralhealth/PR/KingMom/mother.html>

พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2542). บรรณนิทัศน์งานนิพนธ์พระธรรมปิฎก. กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน). (2547). เครือข่าย: ธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ.
 กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. (2551, 23 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา,
 เล่ม 125, ตอนที่ 44ก, หน้า 1-17.

พระราชวรมนี (ประยูร ปยุตโต). (2527). พระพุทธศาสนากับสังคมไทยปัจจุบัน. กรุงเทพฯ:
 สยามสมาคม.

พลเดช ปิ่นประทีป. (2543). กระบวนการประชาสังคมไทยกับการแก้ปัญหาเสพติด.
 กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา.

พิชัย เพชรรัตน์. (2547). ชีตความสามารถในการแข่งขันของภาคประชาชนเพื่อการพัฒนา.
 ลพบุรี: สถาบันราชภัฏเทพสตรี, ลพบุรี.

พิตร ทองชั้น. (2544). การวางแผนการวิจัยและการรวบรวมข้อมูล. นนทบุรี:
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

พิทยา บวรวัฒนา. (2548). การปฏิบัติองค์การสาธารณะ. กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภการพิมพ์.

พิศิษฐ์ ตัณฑวณิช. (2530). ประเด็นความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัย
เชิงคุณภาพ. *ข่าวสารการศึกษา*, 10(2), 3-9.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2552). *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและ
สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

ไพศาล สุริยะมงคล. (2535). *นโยบายสาธารณะของไทย*. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ภาณุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. (2549). *หน่วยกู้ชีพ*. สืบค้นเมื่อ 15 มีนาคม 2553, จาก
http://www.cu.qu.chula.ac.th/Learn_Share/Other/_service_improvement.ppt

มนตรี ศรีเตวีต, อุบลรัตน์ เพชรเอม และชฎาวรรณ แท่นทองเจริญสุข. (2552). *ปัญหาและ
อุปสรรคของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล ในเครือข่ายของโรงพยาบาลศรี
สังวรสุโขทัย*. งานผู้ช่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน, สุโขทัย: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย.

มยุรี พलगูร. (2530). การวิจัยเชิงคุณภาพ. *วิทยาสารเสนารักษ์*, 40(2), 95-102.

มยุรี อนุมานราชชน. (2547). *นโยบายสาธารณะ แนวความคิด กระบวนการและการวิเคราะห์*.
เชียงใหม่: คะนิงนิจ.

มยุรี อนุมานราชชน. (2551). *นโยบายสาธารณะ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชรรคมลการพิมพ์.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2544). *ประมวลสาระชุดวิชานโยบายและการวางแผน
การศึกษา หน่วยที่ 1-5*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2546). *การศึกษาแนวทางการประสานความร่วมมือระหว่าง
สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชนและผลการศึกษาการ
พัฒนาตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ*. รายงานการวิจัยเสนอ สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ, นนทบุรี.

มานพ จันทน์เทศ. (2544). การนำเสนอรูปแบบการพัฒนานโยบายของสถาบันราชภัฏ.

ดุสิตนิพนธ์ครุศาสตร์ดุสิตบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ. สืบค้น เมื่อ 3 มิถุนายน 2554 จาก http://cdn.learners.in.th/assets/media/files/000/186/710/original_polycy.pdf?1285370024

มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย. (2552). สพล. เติ่งใช้เฮลิคอปเตอร์รับ-ส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินป้องกัน

ความพิการ. สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2554, จาก <http://www.tddf.or.th/tddf/newsroom/detail.php?id=0005307>.

มูลนิธิแพथ้อาสาสมัครใจพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี (พอ.สว.). (2512). ประวัติความเป็นมา

หน่วยแพथ้อาสาสมัครใจพระศรีนครินทร์ราชบรมราชชนนี. สืบค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://www.pmmv.or.th/LinkContext/Annal.html>

เยาวดี รวงชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2544). การประเมินโครงการ: แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รวีวรรณ ชินะตระกูล. (2544). การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม

สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าฯ ลาดกระบัง.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540. (2540). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 114,

ตอนที่ 55ก, หน้า 1-30.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124,

ตอนที่ 47ก, หน้า 5-45.

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550. (2550). ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 124,

ตอนที่ 47ข, หน้า 1-127. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2553, จาก http://www.parliament.go.th/parcy/sapa_db/sapa_13-upload/13-200708271631141.pdf

เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฐ์. (2554). พลังความร่วมมือในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างยั่งยืน. **Quality management**, 17(160), 102-107.

เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ. (2550). นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.

วรรณเจจันทรศร. (2527ก). การนํานโยบายไปปฏิบัติ: ตัวแบบและคุณค่า. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์, 24(4), 537-539.

วรรณเจจันทรศร. (2527ข). 4 ทศวรรษรัฐประศาสนศาสตร์: รวบรวมบทความวิชาการ 2498-2538. กรุงเทพฯ: โครงการเอกสารและตำรา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

วรรณเจจันทรศร. (2540). การบริหารโครงการพัฒนาของรัฐ. กรุงเทพฯ: กราฟิคฟอร์แมท.

วรรณเจจันทรศร. (2547). รัฐประศาสนศาสตร์: จากอดีตสู่อนาคตของการวิจัยในการพัฒนาการบริหารราชการแผ่นดิน. พิษณุโลก: สหાયบลิอก.

วรรณเจจันทรศร. (2548). ทฤษฎีการนํานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สหાયบลิอก.

วรรณภา ศรีชัยรัตน์. (2543). การวิจัยเชิงคุณภาพ: คำถามการวิจัย. วารสารทางการพยาบาล, 4(3), 331-339.

วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2543). คุณภาพคือการเรียนรู้. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพลส.

วิทยา ชาติบัญชาชัย, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และไพศาล โชติกล่อม. (2547). การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล จังหวัดขอนแก่น. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และ ศิริกุล กุลเลียบ. (2550). **Measuring and Improving EMS Performance.** การสัมมนาระดับชาติเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: สำนักงานบริหารโครงการวิจัยและตำรา จังหวัดขอนแก่น.

วิทยา ชาติบัญชาชัย, อนุรักษ อมรเพชรสถาพร, นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์ และกิตติพงษ์ โคตรพรหมศรี (2546). ปัญหา อุปสรรค การจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. ขอนแก่น: โครงการวิจัยและตำราโรงพยาบาลขอนแก่น.

วิภาดา วัฒนนามกุล. (2550). มาตรฐานการปฏิบัติงานของหน่วยกู้ชีพ. ใน วิทยา ชาติบัญชาชัย, ไพศาล โชติกล่อม, สุนันทา ศรีวิวัฒน์ และศิริกุล กุลเลียบ (บรรณาธิการ), การสัมมนา ระดับชาติ เรื่อง ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1: **Measuring and Improving EMS Performance** (หน้า 66-67). ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

วิรัช วิรัชนิภาวรรณ. (2532). คำนิยมของข้าราชการไทยที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาชนบท: สาเหตุและแนวทางแก้ไข. กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้งเฮาส์.

วิลเลียม วอร์เรน. (2518). ผู้รักษาการป่วยไข้ของประชาชนที่มาจากฟากฟ้า. สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2554, จาก <http://aseanvision.com/news-top detail.jsp?id=20091208121121011698&mm=12&yy=2009>

วิลาวรรณ แก้วลาน. (2551). คุณภาพระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด. การศึกษาโดยอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

ศิริพงษ์ บุญถูก. (2544). การศึกษาเครือข่ายทางสังคมในกิจกรรมการทอดผ้าป่าของสังคมอีสาน. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาไทยศึกษา. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.

ศิริพร จิรวัดนกุล. (2546). การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ ออฟเซ็ท.

ศุภชัย ยาวประภาส. (2533). นโยบายสาธารณะ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุภชัย ยาวประภาส และปิยากร หวังมหาร. (2552). นโยบายสาธารณะ: กำเนิด พัฒนาการและสถานภาพของศาสตร์. กรุงเทพฯ: จุฑทอง.

ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. (2554). SKY ICU ช่วยเหลือผู้ประสบภัยน้ำท่วมโดยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหนักทางอากาศ [วีดิทัศน์]. กรุงเทพฯ: ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

ศูนย์กู้ชีพเรนทรโรงพยาบาลราชวิถี. (2551). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 15 เมษายน 2555, จาก <http://www.narenthorn.or.th/node/40>

สภานิติบัญญัติ. (2554). การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ: เรียนฟรี 15 ปีอย่างมีคุณภาพ.

กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ประทีป ธนกิจเจริญ, สมสินุ์ ฉายวิจิตร และสุรจิต สุนทรธรรม. (2551).

คู่มือระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2551). ผลการดำเนินงานการจัดทำคู่มือการจัดการและ

ปฏิบัติงานในระบบรับแจ้งเหตุผู้ป่วยฉุกเฉินในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2552). พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ก). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

พ.ศ. 2553-2555. นนทบุรี: สถาบันฯ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ข). มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์

ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันฯ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2553ค). แนวทางการจ่ายเงินเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้าน

การแพทย์ฉุกเฉินปีงบประมาณ 2553 -2555. นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ก). การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ข). ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่อง

หลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ค). หลักวิธีการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการ

งบประมาณการแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ง). 1669 คู่มือชีวิตร. กรุงเทพฯ: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554จ). **ถอดบทเรียนประสบการณ์การใช้อากาศยาน
พยาบาลลำเลียงผู้ป่วยในสถานการณ์อุทกภัย จังหวัดสุราษฎร์ธานี** [แบบบันทึกเสียง].
นนทบุรี: สถาบันฯ.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554ฉ). **ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉินเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา
ตอบโต้อุทกภัย 54 (เล่ม1)**. กรุงเทพฯ: สถาบันฯ.

สถาบันเวชศาสตร์การบิน. (ม.ป.ป.). **การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ**. ปทุมธานี: สถาบันฯ.

สถาบันเวชศาสตร์การบิน. (2553). **บทบาทสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในการลำเลียงผู้ป่วย
ทางอากาศ** [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน **การประชุมวิชาการ การลำเลียงผู้ป่วยทาง
อากาศในสถานการณ์ฉุกเฉิน**. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์การบิน กองทัพอากาศ ร่วมกับ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สถิต วงศ์สุวรรณ. (2540). **ปรัชญาเบื้องต้น**. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น.

สนธยา พลศรี. (2545). **ทฤษฎีและหลักการพัฒนาชุมชน** (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โอเดียน
สโตร์.

สภาการวิจัยแห่งชาติ. (2541). **จรรยาบรรณของนักวิจัย**. กรุงเทพฯ: บุญศิริ.

สภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2546). **การศึกษาแนวทางการประสานความร่วมมือ
ระหว่างสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติกับเครือข่ายภาคประชาชนและผล
การศึกษาการพัฒนาตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ**. กรุงเทพฯ:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

สมคิด พรหมจ้อย. (2538). **การเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย: ชุมชนทางการศึกษานอกโรงเรียน
เล่มที่ 10**. กรุงเทพฯ: กรมการศึกษานอกโรงเรียน.

สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ:
โครงการตำรา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สมใจ โลหะพุนตระกูล. (2539). **จส. 100** สำนักทางสังคมของคนชั้นกลางในเมือง. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- สมชาย กาญจนสุต. (2542). **คู่มือปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน: ศูนย์กู้ชีพบนรถพยาบาลราช
วิถี**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สมชาย กาญจนสุต. (2550, 23 เมษายน). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ
2 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.oknation.net/blog/print.php?id=25790>
- สมชาย กาญจนสุต. (2551, 23 มีนาคม). ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ
2 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.oknation.net/blog/mtp-001/2008/03/23/entry-6>
- สมบัติ ชำรงชัยวงศ์. (2540). **นโยบายสาธารณะ: แนวคิด การวิเคราะห์และกระบวนการ**.
กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สมพร เฟื่องจันทร์. (2539). **นโยบายสาธารณะ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สมพันธ์ เตชะอธิก. (2540). **NGOs อีสานทางเลือกแห่งพลังการเปลี่ยนแปลง**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- สมพันธ์ เตชะอธิก, มานะ นาคำ, วิเชียร แสงโชติ, พงษ์สวัสดิ์ ตันติเจริญกิจ และสำเริง เสกขุนทด.
(2543). **อบต.ในอุดมคติ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คลังนานาวิทยา.
- สมยศ นาวิการ. (2545). **การบริหาร**. กรุงเทพฯ: ประชาอุทิศการพิมพ์.
- สมาคมวิชาชีพสาธารณสุข. (2550). **แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554)**.
สืบค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2554, จาก [http://www.hpathailand.org/main/home/law-act-that/
50-10.html](http://www.hpathailand.org/main/home/law-act-that/50-10.html)
- สร้อยตระกูล อรรถมานะ. (2533). **สาธาณบริหารศาสตร์**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สหสยา วิเศษ. (2546). **องค์กรเครือข่ายในจังหวัดในจังหวัดพะเยา**. กรุงเทพฯ: เครือข่ายภาค
ประชาชนกับสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สัญญา สัญญาวิวัฒน์. (2550). **ทฤษฎีสังคมวิทยา เนื้อหาและแนวการใช้ประโยชน์เบื้องต้น**
(พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สันต์ หันธิรัตน์. (2544). ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพมูลกเงิน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

สายสมร ภัทรจิตรานนท์. (2551). อุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้บาดเจ็บ โรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย. การศึกษาโดยอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สำนักข่าวเจ้าพระยา (2554, 20 เมษายน). สฟจ. ห่วงน้ำท่วมได้ เพิ่มชุดปฏิบัติการรับมือ. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2554, จาก <http://www.chaoprayanews.com/2011/04/20/>

สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม. (2545). เรียนรู้เพื่อแผ่นดิน. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน ธนาคารออมสิน.

สำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติ. (2546). สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารีกับกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. (2553). การสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วม กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. (2533). รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพ โรงเรียนประถมศึกษา. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2546ก). เงื่อนไขการปฏิบัติตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สิริบุตรการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2546ข). พระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ: สิริบุตรการพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักนายกรัฐมนตรี. (2544). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2545 –2549. กรุงเทพฯ: เม็ดทรายพรินต์.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติสำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2549).

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 –2554. กรุงเทพฯ:
เม็ตทราพรินต์ติ้ง.

สำนักงานประชาสัมพันธ์เขต 5 สุราษฎร์ธานี. (2554, 11 กรกฎาคม). **บิณฑูชีพ สิทธิยามฉุกเฉิน.**

สืบค้น เมื่อ 6 สิงหาคม 2553, จาก http://ewt.prd.go.th/ewt/region5/ewt_news.php?nid=1755&filename=index

สำนักงานประชาสัมพันธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2552). **สพจ. บูรณาการร่วมกับ**

หลายหน่วยงาน ปลดปล่อยเฮลิคอปเตอร์ เพื่อสนับสนุนการช่วยเหลือด้าน การแพทย์ฉุกเฉิน
และผู้ประสบอุบัติเหตุช่วงเทศกาลปีใหม่ 2553. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553, จาก
http://www.emit.go.th/include/admin_hotnew/shownew.php?idHot_new=3518.

สำนักงานประชาสัมพันธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). **สพจ. จับมือ**

กรุงเทพมหานคร ลงนามข้อตกลงการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์
ฉุกเฉิน. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.emit.go.th/main/Business/NewsDetail.aspx?cat=5&v>

สำนักงานประชาสัมพันธ์สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554). **สธ. จัดงบ 100 ล้านบาท**

ช่วยชีวิตผู้ประสบภัยพิบัติ ลำเลียงผู้ป่วยหนักและฉุกเฉิน ในภาคใต้ 24 ชั่วโมง. สืบค้นเมื่อ
17 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.emit.go.th/main/Business/NewsDetail.aspx?cat=2&v=20110617110114>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2549). **สธ. ทุ่ม 1400 ล้าน ยกเครื่องบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้ง**

เป้าลดการเสียชีวิตให้ได้ปีละ 12,000 คน. สืบค้น เมื่อ 15 มิถุนายน 2554, จาก
http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2535). **ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2535.**

กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2540). **ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2540.**

กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). **ประมวลข้อมูลสถิติที่สำคัญของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2546.**

กรุงเทพฯ: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.

สำนักพัฒนาข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2553). **โรคติดต่ออุบัติใหม่.** สืบค้นเมื่อ 23 กรกฎาคม 2554,

จาก http://www.hiso.or.th/hiso/health_event/ghealth_event21.php

สำนักพัฒนาเครือข่ายสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2554, 2 เมษายน). **เอ็มโอยู อีเอ็มเอส**

โคราช. สืบค้นเมื่อ 6 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.emit.go.th/main/Business/newsdetail.aspx?cat=5&v=20110405045136>

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2540). **คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรีของ นายชวน หลีกภัย**

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2544). **คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรีของ พลตำรวจโท ทักษิณ**

ชินวัตร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2544). **นโยบายและภารกิจของรัฐบาล.** กรุงเทพฯ:

สหมิตร พรินต์ติ้ง.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2545). **การดำเนินงานของกระทรวงในรอบ 1 ปี ของรัฐบาล**

พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2548). **คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรีของพลตำรวจโท ทักษิณ**

ชินวัตร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2549). **คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรีของ พลเอก สุรยุทธ์**

จุลานนท์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี. (2554). **คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรีของ นางสาวยิ่งลักษณ์**

ชินวัตร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.

สำนักวิจัยและความร่วมมือระหว่างประเทศ. (2551). โครงการศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยกระทรวงมหาดไทย.

สำนักวิจัยเอแบค. (2543). สภาพการให้บริการรักษาพยาบาลประชาชนผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน: กรณีศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ใช้บริการและผู้ปฏิบัติงานแผนกเจ็บป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ต โพลล์.

สำนักวิชาการสาธารณสุข. (2551, 7 สิงหาคม). สรุปผลการสัมมนาโต๊ะกลมการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อการมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2546). จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์. กรุงเทพฯ: เม็ดทรายพรินติ้ง.

สิน สือสวน. (2546). กระบวนการสนับสนุนการสร้างและพัฒนาเครือข่ายองค์กรชุมชน. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.

สุขุม นวลสกุล. (2523). กลุ่มผลประโยชน์ในคณะกรรมการเมืองการปกครอง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2547). วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตไกล. กรุงเทพฯ: เพ็ญฟ้า.

สุทธารัตน์ ตั้งสุทธิโชค. (2545). การปฏิบัติเพื่อความร่วมมือระหว่างแพทย์กับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ตามการรับรู้ของแพทย์และพยาบาล โรงพยาบาลพิจิตร. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

สุทนธ์ พังศิริ, ชุติมา นาค และวาสนา เชิดชู. (2550). การพัฒนารูปแบบระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอศรีสันดาลย์จังหวัดสุโขทัยโดยโรงพยาบาลศรีสันดาลย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2551(17), 491-499.

สุทนต์พันธุ์ ขจรบุญ. (2553). การบริการทางการแพทย์ด้วยอากาศยานและประสบการณ์การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศภาคเอกชน [สไลด์ประกอบการบรรยาย]. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์การบินบริษัททางกอกเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิสเชสจำกัด.

สุเทพ สุนทรเกสัช. (2540). ทฤษฎีสังคมวิทยาร่วมสมัย. เชียงใหม่: โกลบอลวิชั่น.

สุธรรม นันทางคชัย. (2543). เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพในงานวิจัยด้านสังคมศาสตร์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 30(3), 231-234.

สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2549). แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย (พ.ศ. 2549-2553) เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง อุบัติเหตุจราจรครั้งที่ 7 วันที่ 20-22 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ณ อิมแพคเมืองทองธานี, กรุงเทพฯ.

สุพรรณิ ไชยอำพร. (2532). การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพ. วารสารศูนย์อีสาน, 11(6), 17-32.

สุรางค์ จันทวานิช. (2539). วิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรสิทธิ์ วชิรขจร. (2549). นโยบายสาธารณะเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: ธเนศวร (1999) พรินติ้ง.

สุระพี อาคมคง. (2550). รูปแบบความร่วมมือขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานในเขตภาคเหนือตอนล่าง. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุรางค์ วีรกิจพาณิชย์. (2533). การวิจัยเชิงคุณภาพ: กรอบและแนวความคิด. ข่าวสารวิจัยการศึกษา, 14(1), 3-7.

สุรางคณา มั่นยานนท์. (2537). การวิเคราะห์กระบวนการนโยบายมัธยมศึกษาด้านการศึกษาเพื่อส่งเสริมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในแผนพัฒนาการศึกษาแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (2535-2539). คุยฉินิพนธ์ครุศาสตรคุยฉินิพนธ์ิต สาขาวิชาบริหารการศึกษา. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.

สุวิทย์ ยิ่งวรพันธ์. (2542). ยุทธศาสตร์การบริหารงานของสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). (2545). การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข: โรงพิมพ์องค์กรปลั่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- สุวิมล ตีรกันันท์. (2547). การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. (2548). เจาะลึกระบบประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสภณา เหลืองวิลาวณีย์. (2534). การวิจัยเชิงคุณภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. ข่าวสารวิจัยการ ศึกษา, 14(2), 3-8.
- หนุ่มเมืองคอน. (2547). ความร่วมมือ ร่วมใจแต่ต้องเคารพกติกาสังคมส่วนรวมด้วย. สืบค้นเมื่อ 2 มีนาคม 2555, จาก <http://www.nakhonsi.com/prnews/read.php?id=372>
- อकिन รพีพัฒน์. (2527). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาชนบทในสภาพสังคมและ วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพฯ: ศักดิ์โสภารการพิมพ์.
- อนันต์ เกตุวงศ์. (2535). แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับการวางแผน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช.
- อนุชา เศรษฐเสถียร. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลประจำจังหวัด กรณีศึกษา: การจัดตั้งหน่วยกู้ชีพโรงพยาบาลประจำจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนบน 7 จังหวัด. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อนุชาติ พ่วงสำลี และวีรบูรณ์ วิสาทรสกุล. (2541). ประชาคม: คำ ความคิดความหมาย. กรุงเทพฯ: สถาบันชุมชนพัฒนา.
- อนุวัฒน์ ศุภชุตikul. (2544). Roadmap to HA (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล.
- อมร รักษาสัตย์. (2520). การพัฒนานโยบาย. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

อรรถพ พงษ์วาท. (2539). **เครือข่ายความร่วมมือเพื่อการพัฒนาบุคลากรกิจของคนในชาติ.**
กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

อรุณ จิรวัดน์กุล, วีระชัย ไควสุวรรณ, พระพงศ์ บุญสวัสดิ์กุล, บัญศรี ปราณุนศักดิ์ และ
กัลยา พัฒนศรี. (2541). **การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุด
เกิดเหตุ จังหวัดขอนแก่น.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อังคณาพร สอนวิโย. (2550). **พัฒนาการของแนวคิดนโยบายยุทธศาสตร์และการปฏิบัติการสร้าง
พรบ. สุขภาพ.** กรุงเทพฯ: ออนพรีนติ้ง.

อังกริยะ แพงมา. (2554). **แนวทางและหลักปฏิบัติในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศ**
[สไลด์ประกอบการบรรยาย]. ใน **การประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยาน
เฮลิคอปเตอร์ ในเขต กรุงเทพมหานคร.** กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

อังกริยะ แพงมา และชาติชาย สุภาพ. (2554). **การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น. ใน การ
ประชุมปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขต กรุงเทพมหานคร**
(หน้า 37-63). 25-26 มกราคม 2554 ณ ห้องสัมมนา 5 อาคารเฉลิมพระบารมี 50.
กรุงเทพฯ: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับ ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

อังกริยะ แพงมา, ฌญาดา ลิ้มพุทธอักษร, สุทัตพันธ์ ขจรบุญ, ปิยะ อาจมุงคุณ, เอกกิตติ์ สุรกันต์,
ชาติชาย สุภาพ, อังกริยะ แสงสิงดี และอุดร วงษ์ใหญ่. (2555). **แนวทางการปฏิบัติการส่ง
ต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน.** กรุงเทพฯ: ศ.พิจิตรการพิมพ์.

อังกริยะ แพงมา, สุทัตพันธ์ ขจรบุญ, ชาติชาย สุภาพ และ อัญฤทธิ์ แสงจรัสวิชัย. (2555).
แนวทางการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน. กรุงเทพฯ: ศ.พิจิตรการพิมพ์.

อัญฤทธิ์ แสงจรัสวิชัย. (2554). **การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น. ใน การประชุม
ปฏิบัติการ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ในเขต กรุงเทพมหานคร**
(หน้า 46). 25-26 มกราคม 2554 ณ ห้องสัมมนา 5 อาคารเฉลิมพระบารมี 50. กรุงเทพฯ:
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ.

- อัมมาร สยามวาลา. (2544). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป้าหมายเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 10(2), 205-214.
- อาทิตย์ อุไรรัตน์. (2526). บทบาทของข้าราชการในการกำหนดนโยบาย. *วารสารข้าราชการ*, 18(11), 4-14.
- อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2553). การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพ ถาน้อย. (2548). การรับรู้และบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่. การศึกษาโดยอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อุดมศักดิ์ จรกิจ. (2538). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือขององค์การ: กรณีหน่วยราชการระดับอำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐศาสตร์. มหาวิทยาลัยรามคำแหง, กรุงเทพฯ.
- อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทยาพงศ์. (2540). ระบบการศึกษากับชุมชน: กรอบความคิดและข้อเสนอเพื่อการศึกษาวิจัย. กรุงเทพฯ: ฟันนี้พับลิชชิง.
- อุทัย บุญประเสริฐ. (2527). เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุ้นตา นพคุณ. (2546). กรอบแนวความคิดการพัฒนาโปรแกรมอย่างมีส่วนร่วมทางการศึกษานอกระบบโรงเรียน. กรุงเทพฯ: ชวนพิมพ์.
- เอเอสทีวี ผู้จัดการออนไลน์. (2554, 20 เมษายน). สพล. จ่อเพิ่มชุดปฏิบัติการเคลื่อนที่เร็ว รับมือ-ช่วยผู้ประสบอุทกภัย. สืบค้น เมื่อ 4 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9540000048508>
- เอเอสทีวี ผู้จัดการออนไลน์. (2554, 3 เมษายน). สสจ. สุราษฎร์ธานีห่วงถนนถูกตัดส่งต่อผู้ป่วยลำบาก. สืบค้น เมื่อ 4 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9540000041973>

เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2538). **ทฤษฎีการพยาบาลนวัตกรรมและการปฏิบัติ**. ขอนแก่น:
คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ส. ชินุก อพยพผู้ประสพภัยน้ำท่วมได้กว่า 1000 คน. (2554, 5 เมษายน). **คมชัดลึก**, หน้า 13.

Abdul, W. A. (2004). **Complexity approach to national IT policy making:**

The case of malaysia's multimedia super corridor. Doctoral Dissertation. School of
Information Technology and Electrical Engineering, The University of Queensland,
Queensland.

ADAC. (2011). **German helicopter emergency medical system stations.** Retrieved February
6, 2011, from http://www.adac.de/_mm/pdf/Standortkarte_Jul2011_43482.pdf

Adams, J. S. (1965). Inequity in social exchange. **Advances in Experimental Social
Psychology**, 62, 335-343.

Adcock, R. & Collier, D. (2001). Measurement validity: A shared standard for qualitative
and quantitative research. **American Political Science Review**, 95(3), 529-546.

Air and Surface Transport Nurses Association. (2003). **Air and surface patient transport
principles and practices** (3rd ed.). In Renee Semonin Holleran (Ed.). St. Louis,
Missouri: Mosby.

Air Medical Physician Association. (2003). Medical condition list and appropriate use of air
medical transport. **Air Med J**, 22(3), 14-19.

Alejandro, P. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology.
Annual Review of Sociology, 24(1998), 1-24.

Alexander, R. (1982). Implementation: Does a literature add up to a theory? **Journal of the
American Planning Association**, 48(1), 132-155.

Alford, R. R. (1977). Health care politics: Ideological and interest group barriers to reform.
Journal of Community Health, 2(3), 1-300.

- Alter, C. & Hage, J. (1993). **Organizations working together**. Newbury Park, California: SAGE.
- American College of Emergency Physician. (2000). **Equipment for ambulance**. Retrieved March 20, 2011, from <http://www.acep.org/library/pdf/ambulance equip.pdf>
- American Heritage Dictionary. (1995). **The american heritage book of English usage**. Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.
- American Nurses' Association. (1980). **Nursing: A social policy statement**. Kansas City, Missouri: American Nurses' Association.
- Anderson, J. E. (1975). **Public policy making**. New York: Holt, Winstone and Rinehart.
- Anderson, J. E. (1976). **Cases in public policy making**. New York: Holt, Winstone and Rinehart.
- Anderson, J. E. (1984). **Public policy making**. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Anderson, J. E. (Ed.). (1984). **Public policy and politics in America**. Monterey, California: Brooks Cole.
- Andrew, P. & Moore, S. M. (2010). Flight nursing expertise: Towards a middle-range theory. **J Adv Nurs**, 55(5), 1183-1192. Retrieved October 20, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20337803>
- Annandale, E. (1998). **The sociology of health and medicine**. Oxford: Polity Press.
- Armstrong, D. (1994). **Outline of sociology as applied to medicine**. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Atlas & Database of Air Medical Services. (2011a). **Air medical service in U.S**. Retrieved March, 3, 2012 from http://www.adamsairmed.org/pubs/AMTC11_poster.pdf

- Atlas & Database of Air Medical Services. (2011b). **Helicopter emergency medical service in U.S.** Retrieved March, 3, 2011 from http://www.adamsairmed.org/pubs/air_medical_ac_staffing_2008-2011.pdf
- Atlas & Database of Air Medical Services. (2011c). **National & State Overview of Air Medical Coverage in 2011.** Retrieved March, 3, 2012 from http://www.adamsairmed.org/pubs/ADAMS_Intro.pdf
- Attewell, P. & Gerstein, D. R. (1979, April). Government policy and local practice. **American Sociological Review**, **44**(2), 311-327.
- Baggs, J. G. (1994). Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decisions. **Journal of Advanced Nursing**, **20**(1), 176-182.
- Baggs, J. G. (2005). Overview and summary: Partnerships and collaboration, What skills are needed? **Journal of Issues in Nursing**, **10**(1), 56-59.
- Baggs, J. G. & Ryan, S. A. (1990). Intensive care unit nurse-physician collaboration and nurse satisfaction. **Nursing Economics**, **8**(6), 386-392.
- Baggs, J. G., Ryan, S. A., Phelps, C. E., Richeson, J. F. & Johnson, J. E. (1992, January). The association between interdisciplinary collaboration and patient outcomes in a medical intensive care unit. **Heart Lung**, **21**(1), 18-24.
- Baggs, J. G., Schmitt, M. H., Mushlin, A. I., Mitchell, P. H., Eldredge, D. H., Oakes, D. & Hutson, A. D. (1999, September). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. **Crit Care Med**, **27**(9), 1991-1998.
- Baker, R. J. S. (1972). **Administrative theory and public administration.** London: Hutchinson.
- Barnett, G. A. (2011). **Encyclopedia of Social Networks.** California: SAGE.

- Barnum, N. (2003, August). **C-9 Nightingale completes last U.S. mission: Aero medical service began in 1968.** Retrieved December 5, 2011, from http://airforcemedicine.afms.mil/sg_newswire/aug_03/C-9FinalMissionLEADSTORY.htm
- Baxt, W. G. & Moody, P. (1983). The impact of a rotorcraft aero medical emergency care service on trauma mortality. **JAMA**, **249**(22), 3047.
- Becker, H. S. (1963). **Outsiders: Studies in the sociology of deviance.** New York: Free Press.
- Beninati, W., Meyer, M. T. & Carter, T. E. (2008, July). The critical care air transport program. **Crit Care Med**, **36**(7), 370-376.
- Bennis, W. G. (1959, December). Leadership theory and administrative behavior: The problem of authority. **Administrative Science Quarterly**, **13**(5), 262.
- Bently, A. F. (1949). **The process of government: A student of social pressures.** Blooming, Indiana: The Principia Press.
- Berg, B. L. (2001). **Qualitative research methods for the social sciences** (4th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Berger, C. (Ed.). (1977). **The united states air force in Southeast Asia, 1961-1973.** Washington: Office of Air force History.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). **The social construction of reality: A treatise its the sociology of knowledge.** Garden City, New York: Anchor Books.
- Berk, B. B. (2006, March). Macro-micro relationships in Durkheim's analysis of egoistic suicide, **Sociological Theory**, **24**(1), 60.
- Bird, M. & Stover, W. T. (2004, December). Air transport: Preparing a patient for transport. **American Journal of Nursing**, **104**(12), 49-53.

- Bisciglia, J. M., Binder, C., Tortella, B. J. & Lavery, R. F. (1998, October). Think before you act: A national survey of interhospital transfer policies and practices. **Air Med Journal**, **17**(4), 157- 159.
- Blake, R. & Mouton, J. (1964). **The managerial grid: The key to leadership excellence**. Houston, Texas: Gulf.
- Blau, P. M. (1964). **Exchange and power in social life**. New York: Wiley.
- Blaxter, L., Hughes, C. & Tight, M. (1996). **How to research**. Buckingham: Open University Press.
- Bledsoe, B. E., Wesley, A. K., Eckstein, M., Dunn T. M. & O'Keefe, M. F. (2006). Helicopter scene transport of trauma patients with non life threatening injuries: A meta-analysis. **J Trauma**, **60**(6), 1257-1265. Retrieved October 19, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16766969>
- Bluff, R. (2005). Grounded theory: The methodology. In I. Holloway (Ed.), **Qualitative research in health care**. Berkshire, England: Open University Press.
- Blumer, H. (1969). **Symbolic interactionism: Perspective and method**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1992). **Qualitative research for education: An introduction to theory and methods** (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Boissevain, J. (1974). **Friends of friends: Network, manipulators and coalitions**. Oxford: Basil Blackwell.
- Borgatta, E. F. & Borgatta, M. (1992). **Encyclopedia of Sociology**. New York: Macmillan.
- Bøtger, M. T., Bakke, S. A. & Christensen, E. F. (2009, March 5). Review a systematic review of controlled studies: Do physicians increase survival with prehospital treatment? **Scand J Trauma Resusc Emerg Med**, **17**(1), 12.

- Bottner, J. & Schiera, T. (1994). Aircraft capabilities for air medical transport. In I. J. Blument & H. Rodenberg (Eds.), **Air Medical Physician's Handbook**. Salt Lake City, Utah: Air Medical Physician Association.
- Boyer, W. W. (1971). **Policy making by government agencies: The national administrative system**. New York: John Wiley & Sons.
- Brandt, E. N., Jr., Mayer, W. N., Mason, J. O., Brown, D. E., Jr. & Mahoney, L. E. (1985). Designing a national disaster medical system. **Public Health Rep**, **100**(5), 455-461.
- Brannon E. W. (1967). **7 th Air Forces medical service end of tour report July 1966-June 1967**. Office of the surgeon, Headquarters, The 7 th Pacific Air Forces, San Francisco: Air Forces Post Office.
- Brathwaite, C. E., Rosko, M., McDowell, R., Gallagher, J., Proenca, J. & Spott, M. A. (1998, July). A critical analysis of on-scene helicopter transport on survival in a statewide trauma system. **J Trauma**, **45**(1), 140-144.
- Brennan, J. A. & Krohmer, J. R. (Eds.). (2005). **Principles of EMS systems** (3rd ed.). Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Brewer, G. & Deleon, P. (1983). **The foundation of policy analysis**. Homewood: The Dorset Press.
- Bridges, E. & Ever, K. (2009, April). Wartime critical care air transport. **Mil Med**, **174**(4), 370-375.
- Bridgman, P. & Davis, G. (2000). **Australian policy handbook** (2nd ed.). Sydney: Allen and Unwin.
- Bridgman, P. & Glyn, D. (2000). **The australian policy handbook** (2nd ed.). Victoria: Mcpherson.

- Browner, B. D., Jacobs, L. M. & Pollak, A. N. (1999). **Emergency care and transportation of the sick and injured** (7th ed.). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Bruce, S. & Yearley, S. (2006). **The sage dictionary of sociology**. London: SAGE.
- Bullock., C. S., Anderson, J. E. & Brandy, D. W. (1983). **Public policy in the eighties**. Monterey, California: Brooks Cole.
- Burns. N. (1989). Standard for qualitative research. **Nursing Science Quarterly**, 2(1), 444-452.
- Caldwell, L. K. (1970). **Environment: A challenge in modern society**. New York: Double Day and Co.
- Cataldi, B. J. (2004). **Foucault's discourse theory and methodology: An application to art education policy discourse, 1970-2000** [Abstract]. Doctoral Dissertation, The Ohio State University. Retrieved February 15, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=91&did=813760071&SrchMode=1>
- Carper, B. (1978). **Qualitative research for nurse**. London: Blackwell Science.
- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. **Advances in Nursing Science**, 1(1), 12-23.
- Carry, S. C., Maclachlan, M., & Campbell, D. (1997). Development through educational collaboration: Facilitation social equity. **Higher Education Policy**, 10(1), 81-89.
- Carver, J. & Oliver, C. (2002). **Corporate boards that create value: Governing company performance from the board room**. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Castells, M. (1996). **The rise of the network society**. Oxford: Blackwells.
- Castells, M. (2000). **The rise of the network society: The information age, economy, society and culture**. Oxford: John Wiley & Sons.

Cattell, R. B. (1948, January). Concepts and methods in the measurement of group syntality. **Psychological Review**, 55(1), 48-63.

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters. (2010). **Top 10 natural disasters in thailand sorted by number of killed**. The OFDA/CRED International Disaster Database, period 1900 to 2010. Retrieved October 28, 2010, from <http://www.emdat.be/result-country-profile>.

Chaboyer, W. & Patterson, E. (2001). Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration. **Nursing and Health Sciences**, 3(2), 73-79.

Charmaz, K. (1995). **Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis**. London: Sage.

Cheek, J., Shoebridge, J., Willis, E. & Zadoroznyj, M. (1996). **Society and Health: Social Theory for Health Workers**. Melbourne: Longman.

Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (Eds.). (1988). **From practice to grounded theory: Qualitative research in nursing**. Melon Park, California: Addison Wesley.

Childers, M. (2005). **The ruiz v. estelle class action suit: A retrospective policy analysis of efforts to improve health care in Texas prisons** [Abstract]. Doctoral Dissertation, The University of Texas. Retrieved November 9, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=81&did=921017791>

Chordas, L. (2006, December). First Aid in Flight. **Best's Review**, 107(8), 104.

Christina, E. (2001). **Gender equity and neoliberal social policy: Health sector reform in Peru** [Abstract]. Doctoral Dissertation, The University of North Carolina. Retrieved November 9, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=150&did=726078421>

Clark, R. (2010). **An excerpt from surviving the emergency room: The golden hour**. Retrieved June 8, 2011, from <http://www.kevinmd.com/blog/2011/02/golden-hour-difference-life-death.html>.

- Cobb, R., Ross, J. K. & Ross, M. H. (1976). Agenda building as a comparative political process. **American Political Science Review**, 70(1), 126-138.
- Cobb, W. & Elder, C. D. (1983). **Participation in american politics: The dynamics of agenda building**. Baltimore: John Hopkins University.
- Cochran, C. E. (Ed.). (1982). **American public policy: An introduction**. New York: St. Martin's Press.
- Cochran, C. E., Mayer, L. C., Carr, T. R. & Cayer, N. J. (1986). **American public policy: An introduction** (2nd ed.). New York: St. Martin's Press.
- Cochran, C. L. & Malone, E. F. (2005). **Public policy: Perspectives and choices** (3rd ed.). London: Lynne Rienner.
- Cohen, E. A. (Ed.). (1993). **Gulf war air power survey**. Washington, D. C.: Government Printing Office.
- Cohen, M. Z. (1987). A historical overview of the phenomenological movement. Image: **Journal of Nursing Scholarship**, 19(1), 31-34.
- Cohen, S. G. & Bailey, D. E. (1997). What makes teams work: Group effectiveness research from the shop floor to the executive suite. **Journal of Management**, 23(3), 239-290.
- Colebatch, H. K. (2002). **Policy**. Buckingham: Open University Press.
- Connell, R. W. (1987). **Gender and Power**. Stanford, California: Stanford University Press.
- Cook, J. L. (1988). **Dust Off**. Rufus: New York.
- Cook, S. M. (2005). **Analysis of characteristics of effective school and business partnerships: A case study of medium size Florida district**. Doctoral Dissertation, the Florida State University. Retrieved June 10, 2011, from <http://diginole.lib.fsu.edu/etd/3421>

- Cooley, C. (1922). Symbolic Interaction. **JSTOR**, **28**(2), 147-166.
- Copnell, B., Johnston, L., Harrison, D., Wilson, A., Robson, A., Mulcahy, C., Ramudu, L., McDonnell, G. & Best, C. (2004, January). Doctors' and nurses' perceptions of interdisciplinary collaboration in the NICU, and the impact of a neonatal nurse practitioner model of practice. **Journal of Clinical Nursing**, **13**(1), 105–113.
- Corfield , A. R., Adams, J., Nicholls, R. & Hearn, S. (2011). On-scene times and critical care interventions for an aeromedical retrieval service. **Emerg Med J**, **28**(7), 623-625.
Retrieved April 29, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724465>
- Cornelius, B. G. & Cornelius, A. P. (2010). Air medical transport of a patient with placenta accrete. **Air Med J**, **29**(3), 124-126. Retrieved October 20, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20439030>
- Cowley, R. A. (1977). Trauma center: A new concept for the delivery of critical care. **J Med Soc**, **74**(11), 979-987.
- Cosidine, M. (1994). **Public policy: A critical approach**. South Melbourne: Macmillan Education.
- Creswell, J. W. (1998). **Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions**. Thousand Oaks, California: Sage.
- Crozier, M. (1964). **The bureaucratic phenomenon**. Chicago: The University of Chicago Press.
- Dahl, R. (1961). **Who governs**. New Haven, Connecticut: Yale University Press.
- Davis, D. P., Peay, J., Serrano, J. A., Buono, C., Vilke, G. M., Sise, M. J., Kennedy, F., Eastman, A. B., Velky, T. & Hoyt, D. B. (2005, August). The impact of aeromedical response to patients with moderate to severe traumatic brain injury. **Ann Emerg Med**, **46**(2), 115-122.

- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (Eds.). (1994). **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, California: Sage.
- Derthick, M. (1972). **The influence of federal grants: Public assistant in Massachusetts**. Cambridge Mass: Harvard University Press.
- Deschamp, C. (1998, July). Hospital-based air medical programs: Surviving managed care. **Air Med**, 4(3), 2-40.
- Deschamp, C. (2006). **Introduction to air medicine**. Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Deuis, B. & Hubert, S. (2001, September). Collaborative learning in an educational robotics environment. **Computers in Human Behavior**, 17(5), 465-480.
- Diller, E., Vernon, D., Dean, J. M. & Suruda, A. (1999). The epidemiology of pediatric air medical transports in Utah. **Prehosp Emerg Care**, 3(3), 217-224. Retrieved October 19, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10424859>
- Di Serio, F., Petronelli, M. A. & Sammartino, E. (2010, July). Laboratory testing during critical care transport: Point-of-care testing in air ambulances. **Clin Chem Lab Med**, 48(7), 955-961.
- Dissmann, P. D. & Le Clerc, S. (2007, January). The experience of Teesside helicopter emergency services: Doctors do not prolong prehospital on-scene times. **Emerg Med J**, 24(1), 59-62.
- Division of medical sciences. (1966). **Accidental death and disability: The neglected disease of modern society**. Washington D.C.: National Research Council.
- Domhoff, G. W. (1971). **The higher circles**. New York: Vintage Books.
- Dougherty, M. A. & Larson, E. (2005). A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. **Journal of Advanced Nursing**, 35(5), 244-253.

- Downs, A. (1972). Up and down with ecology: The issue attention cycles. **The public interest**, 28(Summer), 38-50.
- Doyal, L. & Epstein, S. S. (1983). **Cancer in Britain: The politics of prevention**. London: Pluto Press.
- Drodge, W. J. (Wes). (2010). **Review of air ambulance statistics and list of recommendations regarding**. Retrieved June 2, 2011, from <http://www.health.gov.nl.ca/health/findhealthservices/airambulance.pdf>
- Dror, Y. (1968). **Public policy-making re-examined**. San Francisco, California: Chandles.
- Dubos, R. (1965). **Man adapting**. Retrieved January 16, 2012, from <http://www.epidemiolog.net/evolving/PhenomenonofDisease.pdf>
- Duchateau, F. X., Verner, L., Cha, O. & Corder, B. (2009). Decision criteria of immediate aeromedical evacuation. **J Travel Med**, 16(6), 391-394.
- Dunn, W. N. (1981). **Public policy analysis: An introduction**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Dye, T. R. (1984). **Understanding public policy** (5th ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Dye, T. R. (1987). **Understanding public policy**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Dye, T. R. (1992). **Understanding public policy** (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Dye, T. R. (2002). **Understanding public policy** (10th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Dye, T. R. & Zeigler, H. (1981). **The irony of democracy**. Monterey, California: Brooks Code.
- Easton, D. (1953). **The Political System: An inquiry into the state of political science**. New York: Alfred A. Knopf.

- Easton, D. (1957). An approach to the analysis of political systems. **World Politics**, 9(3), 383-400.
- Easton, D. (1965). **A Systems Analysis of Political Life**. New York: John Wiley.
- Easton, D. (1969, December). The new revolution in political science. **The American Political Science Review**, 63(4), 1051-1061.
- Easton, D. (1979). **A framework for political analysis**. Chicago: The University of Chicago Press.
- Eckstein, M., Jantos, T., Kelly, N. & Cardillo, A. (2002, August). Helicopter transport of pediatric trauma patients in an urban emergency medical service system: A critical analysis. **J Trauma**, 53(2), 340-344.
- Edwards, G. C., III. (1984). **Implementing public policy**. Washington D.C.: Congressional Quarterly Press.
- Elizabeth, P. L. (2009). **Curriculum reform during Ontario's common sense revolution: A critical-democratic examination of policy formation** [Abstract].
 Doctoral Dissertation, University of Toronto, Retrieved November 9, 2010, from <http://gradworks.umi.com/NR/52/NR52622.html>
- Elmore, R. F. (1980). Backward mapping: Implementation research and political decisions. **Political Science Quarterly**, 94 (4), 601-616.
- Elwick, J. (2003). Herbert Spencer and the disunity of the social organism. **History of Science** 41(1), 35–72.
- Emerson, R. M. (1976). Social exchange theory. **Annual Review of Sociology**, Retrieved December 22, 2010, from <http://www.jstor.org/stable/2946096>
- Engels, F. (2003, August). The condition of the working class in England. **American Journal of Public Health**, 93(8), 1246.

- Ethier, J. (2006). **Current research in social network theory**. Retrieved January 8, 2012, from <http://www.ccs.neu.edu/home/perrolle/archive/Ethier-SocialNetworks.html>
- Etzioni, A. (1976). **Social problems**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Eulau, H. & Prewitt, K. (1977). **Technology and civility, the skill revolution in Politics**. Stanford Junior University: Hoover Institution.
- European Aero Medical Institute. (2008). **List of accredited providers from European air medical institute**. Retrieved October 28, 2010, from <http://www.swissaeromed.com/euramiweb/content/accrddited-providers>.
- Falcone, R. E. (1994). Indications for Air Medical Transport: Practical Application. In I. J. Blumen & H. Rodenberg (Eds.), **Air medical physician's handbook**, Salt Lake City: Air Medical Physician Association.
- Farmer, J. C. (1996). Respiratory issues in aeromedical patient transport. **Respir Care Clinical**, 2(3), 391-400. Retrieved October 19, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9390888>
- Faulks, K. (2000). **Citizenship**. London: Routledge.
- Field, P. A. & Morse, J. M. (1994). **Nursing research: The application of qualitative approach**. Newbury Park, California: Sage.
- Fielding, F. J. (1961). **The united states air force in Korea 1950-1953**. New York: Duell, Sloan & Pearce.
- Foo, C. P. Z., Ahghari, M. & MacDonald, R. D. (2010, August). Use of geographic information systems to determine new helipad locations and improve timely response while mitigating risk of helicopter emergency medical services operations. **Prehosp Emerg Care**, 14(4), 461-468.
- Friedrich, C. J. (1963). **Man and his government**. New York: McGraw-Hill.

- Frohock, F. M. (1979). **Public policy: Scope and logic**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Fulcher, J. & Scott, J. (1999). **Sociology**. Oxford: University Press.
- Fullan, M. G. & Hargreaves, A. (1991). **What's worth fighting for? Working together for your school**. Toronto: McGraw-Hill.
- Garcia, L. & Claudia, M. (2009). **From medical geography to germ theory in Colombia, 1860-1900** [Abstract]. Doctoral Dissertation, The University of Edinburgh. Retrieved May 10, 2012, from <http://hdl.handle.net/1842/4303>
- Gardner, D. (2005, January 31). Ten lessons in collaboration. **The online journal of issues in nursing**, 10(1), Manuscript 1.
- Garne, D. L., Perkins, D. A., Boreland, F. T. & Lyle, D. M. (2009). Frequent users of the Royal Flying Doctor Service primary clinic and aeromedical services in remote New South Wales: a quality study. **Med J**, 191(11-12), 602-604.
- General Hospital Unit History, 33D. (1943). **Medical air evacuation transport by C-47**. Retrieved February 23, from http://med-dept.com/unit_histories/33_gen_hosp.php
- Germov, J. (2002). **Second opinion: An introduction to health sociology**. Victoria: Oxford University Press.
- Germov, J. (Ed). (2005). **Second opinion: An introduction to health sociology** (3 rd ed.). Victoria: Oxford University Press.
- Gerston, L. N. (1997). **Public policy making**. New York: M.E. Sharpe.
- Giddens, A. (Ed.). (1998). **The scope of sociology in sociology introductory readings**. Oxford: Polity Press.
- Gilad, S. (2003). **Policy undercurrent: An analysis of policymaking in Israel's water sector, 1990-2000 and beyond** [Abstract]. Doctoral Dissertation, Brandeis University. Retrieved October 8, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=115&did=765117441>

- Giske, T. & Artinian, B. (2007). A personal experience of working with classical grounded theory: From beginner to experienced grounded theorist. **International Journal of Qualitative Methods**, 6(4), 67-80.
- Glaser, B. (1978). **Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory**. Mill Valley, California: sociology Press.
- Glaser, B. (1992). **Basics of grounded theory analysis: Emergence versus forcing**. Mill Valley, California: Sociology Press.
- Glaser, B. (1998). **Doing grounded theory: Issues and discussion**. California: Mill Valley, Sociology Press.
- Glaser, B. (1999). The future of grounded theory. **Qualitative Health Research**, 9(6), 836-845.
- Glaser, B. (2001a). Constructivists grounded theory? **Qualitative Social Research**, 3(3). Retrieved March 20, 2012, from <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/3-02/3-02glaser-e.htm>
- Glaser, B. (2001b). **The Grounded theory perspective: Conceptualization contrasting with description**. Mill Valley, California: Sociology Press.
- Glaser, B. (2005). **The grounded theory perspective III: Theoretical coding**. Mill Valley, California: Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967a). **The discovery of grounded theory**. Chicago: Aldine.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967b). **The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research**. Chicago: Aldine.
- Goffman, E. (1958). **The presentation of self in everyday life**. Social Sciences Research Centre, Edinburgh: University of Edinburgh.
- Gonsalves, D. (1988). History background of emergency medical services in the United states. **Emergency Care Quarterly**, 4(3), 77.

Gordon, M. (1996). **Our whole life is like a play: Collaboration and the problem of editing.**

Retrieved January 20, from <http://www.shakespeareanauthorshiptrust.org.uk/pdf/collab2.pdf>

Gow, D. (1991). **GT231 Australian public policy: Introduction to the study of public policy.** Brisbane, QLD: The University of Queensland.

Greenwood, W. T. (1965). **Management and organizational behavior theories: An interdisciplinary approach.** Ohio: South Western.

Gross, N. (Ed.). (1971). **Implementing organizational innovations.** New York: Basic Book.

Hacker, A. J. (2006). **Unintended consequences in public policy formulation and implementation of Michigan's Safe Delivery of Newborns law** [Abstract].

Doctoral Dissertation, Western Michigan University. Retrieved November 9, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1232424411&sid=1&Fmt=2&clientId=61843&RQT=309&VName=PQD>

Hakim Mohammed. (1975). **Hippocratic medicine and the hippocratic corpus: Traditional greco-arabic and modern western medicine: Conflict or symbiosis?** Pakistan: Hamdard Academy.

Hambleton, R. (1983, October). Planning system and policy implementation. **Journal of Public Policy**, 3(4), 379-418.

Harbison, I. (Ed.). (2000). **Air ambulance handbook.** Burnham, UK: Shepherd Press.

Hata, N., Kobayashi, N., Imaizumi, T., Yokoyama, S., Shinada, T., & Tanabe, J. (2006). Use of an air ambulance system improves time to treatment of patients with acute myocardial infarction. **Intern Med Journal**, 45(2), 45-50. Retrieved October 21, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16484738>.

Harding, R. M. & Mills, F. J. (1993). **Medical emergencies in the air.** In Richard M. Harding and John F. Mills, *Aviation Medicine* (3rd ed.). BMJ: London.

- Harris, K. N. (2001). **Congressional policy formulation and implementation: A case study of the Government Performance and Results Act** [Abstract]. Doctoral Dissertation, Howard University, Retrieved October 21, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=144&did=726316751>
- Harvey, T. L. (2003). **Lesbian, Gay, Bisexual and transgender students and school policy: A policy formulation study** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Minnesota, Retrieved October 11, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=110&did=766054921>
- Heclo, H. (1972). Policy analysis. **British Journal of Political Science**, 2(1), 85-107.
- Heidemann, V. M. (2010). **Evaluation of academic policy formulation and implementation transmountain early college high school, El Paso, Texas** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Texas. Retrieved November 9, 2010, from <http://digitalcommons.utep.edu/dissertations/AAI3409156/>
- Helivac. (2011). **There is a golden hour between life and death**. Retrieved June 7, 2011, from <http://helivac.wordpress.com/2011/06/06/there-is-a-golden-hour-between-life-and-death/>
- Hemming, R. (2006). **Public-private partnerships government guarantees and fiscal risk**. Washington D.C.: International Monetary Fund.
- HEM-Net. (2010, 28 September). **The effect of advanced life-saving emergency medical activities using helicopters to society received special prize**. HEM-Net databank. Retrieved June 7, 2011, from <http://www.hemnet.jp/databank/detail/hem-net-5.html>
- Henneman, E. A., Lee, J. L. & Cohen, J. L. (1995). Collaboration: A concept analysis. **Journal of Advancing Nursing**, 21(1), 103-109.
- Herik, C. V. D. (1998). **Group support for policy making**. Doctoral Dissertation. Delft University of Technology, Netherlands.

- Higgins, L. W. (1999, June). Nurses' perceptions of collaborative nurse-physician transfer decision making as a predictor of patient outcomes in a medical intensive care unit. **J Adv Nurs**, **29**(6), 1434-1443.
- Hilbert, P., Kalina, L., Struck, M. & Stuttmann, R. (2009). Long-distance repatriation by an EMS Helicopter. **Air Med J**, **28** (6), 294-297.
- Hill, P. S. (2004). **International health policy: A study of words and power**. National Institute of Statistics, Brussels. Retrieved November 9, 2011, from <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:171826>
- Hjern, B. & Porter, D. O. (1981). Implementation structures: A new unit of administrative analysis. **Organization Studies**, **2**(3), 211-227.
- Hogwood, B. W. & Gunn, L. A. (1984). **Policy analysis for the real world**. New York: Oxford University.
- Holloway, I. (Ed.). (2005). **Qualitative research in health care**. Berkshire, England: Open University.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (1969). **Qualitative research for nurses**. London: Blackwell Science.
- Homans, G. C. (1980, March). Contemporary issues in theory and research: A metasociological perspective. **Philosophy of Science**, **47**(1), 153-154.
- Hooker, E. A., Drigalla, D., O'Brien, D. J. & Hignite, J. (2008, March). A prospective study of the impact of multiple patient transports on care provided during aero medical transport. **Acad Emerg Med**, **15**(3), 294-297.
- Hooker, R. D. (1983). **MASH**. Mattituck, New York: Amereon.

Hopkins, C. L., Youngquist, S. T., McIntosh, S. E. & Swanson, E. R. (2011, April-June).

Helicopter emergency medical services utilization for winter resort injuries. **Prehosp Emerg Care**, **15**(2), 261-270.

Howard, W. G. (2003). **History of aeromedical evacuation in the Korean war and Vietnam war**. Master's Thesis of military art and science. The U.S. Army Command and General Staff College, Fort Leavenworth, Kansas. Retrieved June 11, 2011, from <http://www.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a416927.pdf>

Howell, F. J. & Brannon, R. H. (2000). Aeromedical evacuation: remembering the past, bridging to the future. **Mil Med**, **165**(6), 429-433.

Howlett, M. & Ramesh, M. (1995). **Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems**. Toronto: Oxford University Press.

Hunt, R. (1994). Research in air medical transport. In I. J. Blumen & H. Rodenberg, (Eds.). **Air Medical Physician Handbook**. Salt Lake City: Air Medical Physician Association.

Hunter, F. (1953). **Community power structure**. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Hurd, W. W., Montminy, R. J., De Lorenzo, R. A., Burd, L. T., Goldman, B. S. & Loftus, T. J. (2006, June). Physician roles in aeromedical evacuation: Current practices in USAF operations. **Aviat Space Environ Med**, **77**(6), 631-638.

Iacono, M. (2003). Conflict, communication, and collaboration: Improving interactions between nurses and physicians. **J Perianesth Nurs**, **18**(1), 42-46.

International SOS. (2004). **Evacuates victims of tidal waves disaster from Phuket to Singapore**. Retrieved November 11, 2010, from http://www.internationalsos.com/en/pressreleases_evacuatevictims.htm.

International SOS. (2005). **Launches North Sumatra relief fund**. Retrieved November 11, 2010, from http://www.internationalsos.com/en/pressreleases_sumatrarelieffund.htm

- Itkonen, T. (2004). **Stories of hope and decline: Interest group effectiveness in national special education policy** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of California. Retrieved October 11, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=97&did=795926241&SrchMode=1>
- Jacop, C. (1966). **Policy and bureaucracy**. Princeton, New York: N. T. D. Van Nostrand.
- Jakubek, E. C., Grady, J., Homan, D. D., Stein, S. & Tyrrell, S. O. (2004). **Changes in nurse satisfaction after conducting educational interventions to improve MD-RN collaboration**. Working Papers Series: 01-04, Department of Health Systems Management, Rush University. Illinois. Retrieved August 28, 2011, from <http://www.rushu.rush.edu/hsm>.
- Jean, E. & Evans, R. (1995). **Internships mentors for first-year principals: Implications for administrative certification and graduate program design**. Helene: Montana State, Board of Education.
- Jeffries N. J. & Bristow A. (1991, November). Long distance inter-hospital transfers. **International Journal of Intensive Care**, 1(November-December), 197-204.
- Jones, C. E. & Mathes, D. (1983). **Policy formulation**. In Stuart S. Nagel. (Ed.), *Encyclopedia of Policy Studies*. New York: Marcel Dekker.
- Jones, C. O. (1978). **An introduction to the study of public policy** (2nd ed.). Boston: Duxbury.
- Jones, C. O. (1986). **An introduction to the study of public policy** (3rd ed.). Monterey, California: Brooks & Cole.
- Jones, R. A. (1994, April). Nurse-physician collaboration: A descriptive study. **Holist Nurs Pract**, 8(3), 38-53.
- Johnson, M. & Long, T. (2006). Research ethics. In K. Gerrish & A. Lacey (Eds.), **The Research Process in Nursing** (pp. 31-42). Oxford, UK: Blackwell.

Kearney, M. H. (2001, April). Levels and applications of qualitative research evidence.

Research in Nursing & Health, 24(2), 145-153.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). **The action research planner** (3rd ed.). Victoria: Deakin University.

Kenkel, K. M. (2005). **Whispering to the prince: Academic experts and national security policy formulation in Brazil, South Africa and Canada** [Abstract].

Doctoral Dissertation, Universite de Geneve (Switzerland). Retrieved January 4 , 2012, from http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,40,3,20050802112132-HX/1_theseKenkelKM.pdf

Kerr, W. A., Kerns, T. J. & Bissell, R. A. (1999). Differences in mortality rates among trauma patients transported by helicopter and ambulance in Maryland. **Prehospital and Disaster Medicine**, 14(3), 159-161.

Kettl, D. F. (2000). The transformation of governance: Globalization, devolution, and the role of government. **Public Administration Review**, 60(6), 488-497.

Kiel, G. C. & Nicholson, G. J. (2003). **Boards that work: A new guide for directors**. Australia: McGrawHill.

Kilduff, M. & Tsai, W. (2003). **Social networks and organizations**. London: Sage.

Kilmann, R. H. & Thomas, K. W. (1975). Interpersonal conflict-handling behavior as reflections of Jungian personality dimensions. **Psychological Reports**, 37(3), 971-980.

Kingdon, J. W. (1984). **Agendas, alternative and public policies**. Boston: Little Brown and Company.

Kinney, N. T. (2001). **When religion speaks for the poor: Religious groups and the formulation of public welfare policy** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Colorado. Retrieved July 4 , 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=156&did=725911481>

- Kirk, G. S. & Raven, R. (1983). **The Presocratic Philosophers**. (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Koenig, L. W. (1986). **An introduction to public policy**. New Jersey: Prentice-Hall.
- Koury, S. I., Moorer, L., Stone, C. K., Stapczynski, J. S. & Thomas, S. H. (1998). Air vs ground transport and outcomes in trauma patients requiring urgent operative interventions. **Prehospital Emergency Care**, 2 (Oct-Dec), 289-292.
- Kraft, M. E. & Furlong, S. R. (2004). **Public policy: Politics analysis and alternatives**. Washington D.C.: CQ Press.
- Krairiksh, M. & Anthony, M. (2001). Benefits and outcomes of staff nurses' participation in decision making. **Journal of Nursing Administration**, 31(1), 16-23.
- Kuzel, A. J. (1992). Sampling in qualitative inquiry. In B. F. Crabtree, & W. L. Miller. (Eds.). **Doing qualitative research**. Newbury Park, California: Sage.
- Lam, D. (1990). Wings of life and hope: A history of aeromedical evacuation. **Prob Crit Care**, 4(4), 477-494.
- Lamb, D. (2003, April). The introduction of new critical care equipment into the aeromedical evacuation service of Royal Air Force. **Intensive Critical Care Nurs**, 19(2), 92-102.
- Lane, P. L. (1997). Interhospital transport of the trauma patient. In D.V. Skinner, A. Swain, C. Robertson, R. Peyton. & J. W. Rodney. (Eds.). **Cambridge textbook of accident and emergency medicine**. Cambridge: Cambridge University Press.
- La Puma, J. & Balskus, M. (1998, March). When an indigent patient needs a helicopter: A case report and an accepted institutional policy. **Journal of Emergency Med**, 6(2), 147-149.
- Larson, M. S. (1977). **The rise of professionalism: A sociological analysis**. Berkeley, California: University of California Press.

- Lasswell, H. D. (1963). **The Future of political science**. New York: Atherton.
- Lasswel, H. D. & Kaplan, A. (1970). **Power and society**. New Haven: Yale University Press.
- Leininger, M. (Ed.). (1985). **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune & Stratton.
- Lenning, O. T. & Ebbers, L. H. (1999). The power potential of learning community: Improving education for the future. **ASHE-ERIC Higher Education Report**, 26(6), 1-117.
- Lester, J. P. & Stewart, J. (2000). **Public policy: An evolutionary approach**. Belmont, California: Wadsworth.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). **Beginning qualitative research: A philosophic and practical guide**. London: Falmer.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, California: Sage.
- Lindblom, C. E. (1968). **The policy making process**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Lindgren, C. L. & Oermann, M. H. (1995). Effects of an educational intervention on students' attitudes toward the disabled. **Journal of Nursing Education**, 32(3), 121-126.
- Lineberry, R. L. (1983). **Government in America: People, politics, and policy** (2nd ed.). Michigan: Little Brown.
- Lipsky, M. (1980). **Street level bureaucracy**. New York: Russell Sage Foundation.
- Littlewood , N., Parker, A., Hearn, S. & Corfield, A. (2010, January). The UK helicopter ambulance tasking study. **Injury**, 41(1), 27-29.

- Liu, Y., Zhang, X. S., Zhang, C., Xiao, B., Jiang, J., Tian, W. Y. & Liu, J. (2008, June). When and how to perform aeromedical transport of critically burned patients in Northwest China. **Burns**, **34**(4), 543-545.
- Lomborg, K. & Kirkevold, M. (2003, October). Truth and validity in grounded theory, a reconsidered realist interpretation of criteria: Fit, work, relevance, and modifiability. **Nursing Philosophy**, **4**(3), 189-200.
- Lopez, K. & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology. Their contributions to nursing knowledge. **Qualitative Health Research**, **14**(5), 726 -735.
- Lowi, T. J. (1964, July). American Business Public Policy Case Studies and Political Theory. **World Politics**, **16**(4), 667-715.
- Lubin, J. S., Delbridge, T. R., Cole, J. S., Nicholas, D. H., Fore, C. A. & Wadas, R. J. (2005). EMS and emergency department physician triage: injury severity in trauma patients transported by helicopter. **Prehosp Emerg Care**, **9**(2), 198-202.
- Lucas, H. C., Jr. (1974). **Systems quality, user reactions, and the use of information systems**. In Research Paper Number 193, Graduate School of Business. Stanford University, California.
- Lupton, D. (1994). **Medicine as culture**. London: Sage.
- Maarten, A. H. & Wagenarr, H. (eds.). (2003). **Deliberative policy analysis: Understanding governance in the network society**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond: What are the issues? **Social Science and Medicine**, **44**(6), 723-745.

- Maegele, M., Gregor, S., Steinhausen, E., Bouillon, B., Heiss, M. M., Perbix, W., Wappler, F., Rixen, D., Geisen, J., Berger-Schreck, B. & Schwartz, R. (2005, May). The long-distance tertiary air transfer and care of tsunami victims: Injury pattern and microbiological and psychological aspects. **Crit Care Med** **33**(5), 1136-1140.
- Maloney, G. E., Jr. & Pakiela, J. A. (2008, January-February). Characteristics of patients transported by an aeromedical service for acute toxicologic emergencies: A 5-year experience. **Air Med J**, **27**(1), 48-50.
- Mann, C., Parkinson, N. & Bleetman, A. (2007). Endotracheal tube and laryngeal mask airway cuff volume changes with altitude: A rule of thumb for aero medical transport. **Emerg Med J**, **24**(3), 165-167. Retrieved October 21, 2010, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1684738>.
- March, J. G. & Olsen, J. P. (1984). The new institutionalism: Organizational factors in political life. **The American Political Science Review**, **78**(3), 734-749.
- Margolis, S. A. & Ypinazar, V. A. (2009, May). Aeromedical retrieval for critical clinical conditions: 12 years of experience with the Royal Flying Doctor Service, Queensland, Australia. **J Emerg Med**, **36**(4), 363-368.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (1999). **Social determinants of health**. Oxford: Oxford University Press.
- Marsden, P. V. (1992). **Social network theory**. In E. F. Borgotta & M. L. Borgotta (Eds.), *Encyclopedia of sociology* (Vol. 4, pp. 1887-1894). New York: Macmillan.
- Marsh, D. & Stoker, G. (1995). **Theory and methods in political science**. New York: Martin's Press.
- Marshall, C. & Rossman, G. B. (1995). **Designing qualitative research** (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

- Martin T. E. (1993). Transportation of patients by air. In R. M. Harding & F. J. Mills, **Aviation Medicine** (3rd ed.). BMJ: London.
- Martin, T. E. (2006). **Aero medical transportation: A clinical guide** (2 nd ed.). Ashgate.
- Mashiko, H. K. (2010). **Formed doctor Heli council promotes accelerating Japan new public health**. Retrieved June 7, 2011, from <http://www.hemnet.jp/databank/detail/2176.html>
- Mashiko, H. K. (2011a). Advance field triage, rapid treatment and transportation for the critical injured patient: Japanese dr. Heli system. In **emergency medicine in global crisis : Lean, safe & seamless, International Conference for Emergency Medicine** [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency Medicine.
- Mashiko, H. K. (2011b). **Effort helicopter expansion in Asia reducing traffic accidents**. Retrieved June 7, 2011, from <http://www.hemnet.jp/databank/detail/2177.html>
- Mashiko, H. K., Matsumoto, H., Hara, Y., Sakamoto, Y., Kasukata, N. & Takei, K. (2006). Effectiveness of a Doctor-Helicopter System in Japan. **IMAJ**, 8(1), 8-11.
- Matarese, S., Prewitt , K. & Verba, S. (1983). **An introduction to American government** (4th ed.). New York: Addison-Wesley.
- Mathers, C. D. & Schofield, D. J. (1998). The health consequences of unemployment: The evidence. **Medical Journal of Australia**, 168(4), 178-182.
- McCallin, A. M. (2003). Designing a grounded theory study: Some practicalities. **Nursing in Critical Care**, 8(5), 203-208.
- McCord, R. S. (2002). Breaking the school district boundaries: Collaboration and cooperation for success. **Journal Article Excerpt**, 123(2), 386-390.
- McNamara, K. R. (1998). **The currency of ideas**. Ithaca, New York: Cornell Univ. Press.
- McNeil, E. L. (1983). **Airborne care of the ill and injured**. New York: Springer Verlag.

- Mead, G. H. (1934). **Mind, self, and society from the perspective of a social behaviorist**. In Charles W. Morris (Ed.). Chicago: University of Chicago.
- Meier, D. R. & Samper, E. R. (1989). Evolution of civil aero medical helicopter aviation. **South Med J**, **82**(7), 885-891.
- Mentes, M. O. & Akinci, H. (2006, January). Aero medical evacuation of critically ill and injured patients. **Ulus Trauma Acid Cerrahi Derg**, **12**(1), 1-8.
- Mentnech, R., Ross, W., Park, Y. & Brenner, S. (1995, December 22). An analysis of utilization and access from the NHIS: 1984-92. **Healthcare Financing Review**, **17**(2), 51-59.
Retrieved October 31, 2010, from <http://www.allbusiness.com/finance/548990-1.html>
- Merriam-Webster. (1966). **Merriam Webster's Collegiate Dictionary**10. Boston, Massachusetts: Merriam-Webster.
- Merrian, S. B. (1998). **Qualitative research and case study applications in education**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mitchell, A. D., Tallon, J. M. & Sealy, B. (2007, April). Air versus ground transport of major trauma patients to a tertiary trauma center: a province-wide comparison using TRISS analysis. **Can J Surg**, **50**(2), 129-133.
- Moran, D. (2000). **Introduction to phenomenology**. New York: Routledge.
- Morgan, M., Calnan, M. & Manning, N. (1985). **Sociological approaches to health and medicine**. London: Routledge.
- Morse, J. M. (1991). **Qualitative nursing research: A contemporary dialogue**. Newbury Park, California: Sage.

- Morse, J. M. & Field, P. A. (1995). **Qualitative research methods for health professionals** (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.
- Morse, J. M. (2000). Determining sample size. **Qualitative Health Research**, 10(1), 3-5.
- Morse, J. M. (2001). Situating grounded theory within qualitative inquiry. In R. S. Schreibar & P. N. Sten. (Eds.), **Qualitative health research** (pp. 1-13). New York: Springer.
- Morse, J. M. (2010). Simultaneous and sequential qualitative mixed-method designs. **Qualitative Inquiry**, 16(6), 483-491.
- Moser, R. Jr. (1975, December). Southeast Asia operational aero medical support: Lesson learned. **Aeromedical Review**, 8-75.
- Moustakas, C. (1994). **Phenomenological research methods**. Thousand Oaks: Sage.
- Munford, B. J. (2003). What is the right helicopter for air medical scene response? **J. Care Injured**, 34(10), 800-803.
- Munhall, P. L. & Oiler, C. J. (1986). **Nursing research: A qualitative perspective**. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Nachmias, D. (1979). **Public policy evaluation**. New York: St. Martin's Press.
- Nagel, S. S. (Ed.). (1983). **Encyclopedia of policy studies**. New York: Marcel Dekker.
- Nagel, S. S. (2002). **Handbook of public policy evaluation** (2nd ed.). London: Sage.
- Naisbitt, J. (1984). **Megatrends**. New York: Warner Books.
- Nakamura, R. T. & Smallwood, F. (1980). **The politics of policy implementation**. New York: St. Martin's Press.
- Nanney, J. S. (1991). **U. S. Air Force oral history interview of R. E. Ferguson**. Historical Research Center, Maxwell Air Force Base. Air University, Alabama.

Navarro, V. (1977). **Social security and medicine in the USSR: A Marxist critique.**

California : Lexington books.

Neel, S. (1955). Helicopter evacuation in Korea. **US. Air Force Medical Journal**, 6(5),

681-702.

Neel, S. (1968, April). Army aeromedical evacuation procedures in Vietnam: Implication in

rural America. **The Journal of the American Medical Association**, 204(4), 309-313.

Nelkin, D. (1973). **Methadone maintenance: A technological fix.** New York: George

Braziller.

Nembhard, I. M., Tucker, A. L., Horbar, J. D. & Carpenter, J. H. (2007). **Improving patient**

outcomes: The effects of staff participation and collaboration in healthcare delivery.

Harvard Business School Working Paper. Retrieved February 19, 2011, from

<http://www.hbswk.hbs.edu/item/5738.html>

Nevin, T. (2002, December). Flying intensive care unit. **African Business**, 208(12), 20-21.

Ng Man Ho. (2011). Air medical service: The appropriate model for Asian countries. In

emergency medicine in global crisis: Lean, safe & seamless, International conference

for emergency medicine [Presentation Slide]. Bangkok: Asian Conference on Emergency

Medicine.

Nishikawa, W. (2007, February 15). Comparing Japanese and Western. **Aviation Now online.**

Retrieved August 8, 2011, from <http://www2g.biglobe.ne.jp/aviation/kuraberu.html>

Nishikawa, W. (2008a). **Helicopter ambulance proliferation of sites in Italy.** In HEM-Net

online. Retrieved February, 6, 2011 from <http://www.118italia.net/elisoccorso/basi.html>

Nishikawa, W. (2008b, March 13). **Italian emergency helicopter rescue models.** In HEM-Net

online. Retrieved February, 6, 2011 from <http://business3.plala.or.jp/hem->

[net/oubei03.html](http://business3.plala.or.jp/hem-net/oubei03.html)

- Nishikawa, W. & Yamano, Y. (2011). 27 Doctor-Heli bases currently in service: Who pays the cost. In **HEM-Net Air Rescue Magazine** (3rd.). Retrieved March 7, 2012, from <http://members2.jcom.home.ne.jp/nishikawaw/kugler2011.html>
- Nixon, J., Martin, J., McKeown, P. & Ranson, S. (1996). Towards a learning profession: Changing codes of occupational practice within the new management of education. **British Journal of Sociology of Education**, 18(1), 5-28.
- Nursing Research. (2012, January). **Evaluating and critiquing nursing research**. Open access nursing research and review articles. Retrieved March, 20, 2012, from http://nursingplanet.com/Nursing_Research/critiquing_nursing_research.html
- O'Cathain, A. (2009, January). Mixed methods research in the health sciences: A quiet revolution. **Journal of Mixed Methods Research**, 3(1), 3-6.
- Ogden, L. L. (2010). **The impact of federalism on U. S. health policy formulation, Implementation and evaluation** [Abstract]. Doctoral Dissertation, Emory University. Retrieved November 19, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=10&did=2166859571>
- Olsen, M. E. & Marger, M. N. (Ed.). (1993). **Power in modern societies**. Oxford: Westview.
- Olson, M. D. & Rabinstein, A. A. (2012, March). Does helicopter emergency medical service transfer offer benefit to patients with stroke? **STROKE**, 43(3), 878-880.
- Pang, K. M. (2001). Air medical service: A review on its cost-effectiveness, The role of inflight physician and safety. **Hong Kong Journal of Emergency Medicine**, 8(1), 27-33.
- Patcharaporn Bunyawanichakul. (2008, July 28). History of Medevac Heli. **The Aerospace Magazine**, 47(7), 47-51.
- Patrick, D. L. & Scambler, G. (1986). **Sociology as applied to medicine**. London: Bailliere Tindall.

Patton, M. Q. (1990). **Qualitative evaluation and research methods** (2nd ed.). Newbury Park, California: Sage.

Patton, M. Q. (2002). **Qualitative research and evaluation methods** (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Parsons, T. (1991). **The social system**. London: Routledge.

Pease, G. & Mcmillian, K. (1993). **The independent nonexecutive director**. Melbourne: Longman Professional.

Peep, T., Pedro, G. R. T., Galinos, B., Joseph, D., Kenji, I., Lydia, L. & Demetrios, D. (2009, August). Helicopter Evacuation of Trauma in Los Angeles: Does it improve survival? **World J Surg**, **10**(1007), 1-8. Retrieved July 25, 2011, from <http://www.azdhs.gov/bems/pdf/resources/Helicopter>

Peters, B. G. (1983). **Public policy in America: Process and performance**. New York: Franklin Watts.

Perters, B. G. (1986). **American public policy: Promise and performance** (2nd ed.). New Jersey: Chatham House.

Pilling, S & Kenna, S. (Eds.). (2002). **Co-operation in action: Collaborative initiatives in the world of information**. London: Facet.

Pressman, J. W. & Wildavski, A. (1984). **Implementation**. Berkeley, California: University of California Press.

Randolph, J. J. (2009). A guide to writing the dissertation literature review practical assessment. **Research & Evaluation** **14**(13), 1-13. Retrieved June 3, 2011, from <http://pareonline.net/pdf/v14n13.pdf>

- Raphaele, W. K. (2005). **The cultural formulation of national security policy in the United States and Japan** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Minnesota. Retrieved November 18, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=79&did=913520621>
- Reiter , B. L. (1993). **The history of aero medical evacuation and the emerging system of tomorrow**. Research Project National Defense University, Washington D. C. Retrieved March 11, 2012, from <http://www.notam.ru/pdfs/aeromedhist.pdf>
- RFDS Australian Council. (2011). **Annual report 2010-2011, The furthest corner the finest care. Sydney: RFDS National Office**. Retrieved March, 3, 2012 from <http://www.flyingdoctor .org.au/ IgnitionSuite/ uploads/ docs/Annual%20 Report% 202010-2011.pdf>, 6.
- Rhee, K. J. & O'Mally, R. J. (1944). Indications for air medical transport: General concepts. In I. J. Blumen & H. Rondenber (Eds.), **Air Medical Physician's Handbook**. Salt Lake City, Utah: Air Medical Physician Association.
- Rhoden, T. J. (2000). Public private partnership and education in America. **Spectrum**, **73**(1), 25-26.
- Richardson, D. B. (2002, November). The access-block effect: Relationship between delay to reaching an inpatient bed and inpatient length of stay. **Med J Aust**, **177**(9), 492-495.
- Richardson, J. (Ed.). (2006). **European union: Power and policy making** (3rd ed.). New York: Routledge.
- Ringburg, A. N., Frissen, I. N., Spanjersberg, W. R., Jel, G., Frankema, S. P. & Schipper, I. B. (2005). Physician staffed HEMS dispatch in the Netherlands: Adequate deployment or minimal utilization? **Air Med J**, **24**(6), 248-251.

- Ringburg, A. N., Polinder, S., Meulman, T. J., Steyerberg, E. W., Lieshout, E. M. M. V., Patka, P., Beeck, E. F. V. & Schipper, I. B. (2009, November). Cost effectiveness and quality of life analysis of physician staffed helicopter emergency medical services. **British Journal of Surgery**, **96**(11), 1365–1370.
- Ringburg, A. N., Ronde, G. D., Thomas, S. H., Lieshout, E. M. M. V., Patka, P. & Schipper, I. B. (2009, January-March). Validity of helicopter emergency medical services dispatch criteria for traumatic injuries: A systematic review. **Prehosp Emerg Care**, **13**(1), 28-36.
- Ringburg, A. N., Spanjersberg, W. R., Frankema, S. P. G., Steyerberg, E. W., Patka, P. & Schipper, I. B. (2007). Helicopter Emergency Medical Services (HEMS): Impact on-scene times. **J Trauma**, **63**(2), 258 –262.
- Ripley, R. B. & Franklin, G. A. (1984). **Congress, the bureaucracy and public policy**. Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Ritzer, G. (2003). **Contemporary sociological theory and its classical roots : The basics**. New York: McGraw-Hill.
- Robinson, D. H. (1973). **The dangerous sky: A history of aviation medicine**. Seattle: University of Washington Press.
- Rose, P. (2003). Community participation in school policy and practice. **A Journal of Comparative Education**, **33**(1), 47-64.
- Rowe, W. D. (1977). **An anatomy of risk**. New York: Wiley.
- Royal Flying Doctor Service of Australia. (1990). The Royal Flying Doctor Story. **In annual report 2008** (pp. 1-10). Jandakot, Perth, Australia: RFDS. Retrieved November 20, 2011, from [http://www.flyingdoctor.org.au/IgnitionSuite/uploads/docs/ Annual%20Report%20200708.pdf](http://www.flyingdoctor.org.au/IgnitionSuite/uploads/docs/Annual%20Report%20200708.pdf)

- Royal Flying Doctor Service Australian Council. (2011). **Annual report 2010-2011, The furthest corner the finest care** (p. 6). Sydney: RFDS National Office. Retrieved March, 3, 2012 from <http://www.flyingdoctor.org.au/IgnitionSuite/uploads/docs/Annual%20Report%202010-2011.pdf>
- Rumjuan Benjasiri. (2000). **The implementation of Thailand international public sectors standard management system and outcomes : Case study of the community development**. Dissertation for the Doctor of Philosophy (Development Administration). National Institute of Development Administration, Bangkok.
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, 6(1), 21-48.
- Sabatier, P. A. & Mazmanian, D. A. (1989). The implementation of public policy: A framework of analysis. **Policy Studies Journal**, 8(4), 538-560.
- Salimi, J., Khaji, A., Khashayar, P. & Bande, M. K. (2009, May). Helicopter emergency medical system in a region lacking trauma coordination (experience from Tehran). **Emerg Med J**, 26(5), 361-364.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. **Research in Nursing & Health**, 18(2), 179-183.
- Sandelowski, M. & Barroso, J. (2003, September). Classifying the findings in qualitative studies. **Qualitative Health Research**, 13(7), 905-923.
- Sanford, C., Jui, J., Miller, H. C. & Jobe, K. A. (2007, July). Medical treatment at Louis Armstrong New Orleans International Airport after hurricane Katrina: The experience of disaster medical assistance teams WA-1 and OR-2. **Travel Medicine and Infectious Disease**, 5(4), 230-235. Retrieved March, 16, 2011, from <http://axiomamuse.files.wordpress.com/2009/09/joint-review-of-national-disaster-medical-system-ndmsconsolidated-report-of-recommendationsmitre-ndms.pdf>

- Santhat Serm Sri. (1999). **Socio cultural perspectives in health**. Bangkok: Samchareon Panich printing.
- Schellenberg, C. M. (2001). **Running to stand still: Nurses' roles with children and families in the community in Scotland, relationships between policy and practice** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Northern British Columbia (Canada). Retrieved October 15, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=153&did=727354291>
- Schilling, M. A. (2000). Decades ahead of her time, advancing stakeholder theory through the ideas of Mary Parker Follett. **Journal of management history**, 6(5), 224-242.
- Schlager, E. (1997). A comparison of frameworks, theories, and models of policy processes. In Paul A. Sabatier (Ed.), **Theories of the policy process** (p. 323). Colorado: West view Press.
- Schlager, E. (1997, June). A response to Kim Quaile Hill's in search of policy theory. **Policy Currents**, 7(2), 14-15.
- Schmitz, C. D., Baber, S. J., Delores, M. J. & Brown, K. S. (2000). Creating the 21st-Century school of education: Collaboration, community, and partnership in St. Louis. **Peabody Journal of Education**, 75(3), 64-84.
- Schmidt, U., Geerling, J., Fühler, M., Hubrich, V., Richter, M. & Krettek, C. (2002, November). Pediatric prehospital trauma care. A retrospective comparison of air and ground transportation. **Der Unfallchirurg**, 105(11), 1000–1006.
- Schuler, D. (1996). **New community networks: Wired for change**. Harlow: Addison Wesley.
- Schuurman, N., Bell, N. J., L'Heureux, R. & Hameed, S. M. (2009). Modelling optimal location for pre-hospital helicopter emergency medical services. **BMC Emerg Med**, 9(6), 1-9.

- Schwartz, D., Resheff, A., Gefitler, A., Weiss, A., Birenbaum, E. & Lavon, O. (2009, May). Aeromedical evacuation from the second Israel-Lebanon war: A descriptive study. **Mil Med**, **174**(5), 551-556.
- Seidman, I. E. (1991). **Interviewing as qualitative research**. New York: Teachers college Press.
- Sharkanski, I. (1970). **Policy analysis in political science**. Chicago: Markham.
- Shehaden, N. (2010). The ever evolving concept of a new public health: Book review. **Californian Journal of Health Promotion**, **8**(1), 82-87.
- Shepherd, M. V., Trethewy, C. E., Kennedy, J. & Davis, L. (2008, December). Helicopter use in rural trauma. **Emerg Med Australasia**, **20**(6), 494-499.
- Simpson, N., Bartley, B., Corfield, A. R. & Hearn, S. (2011, February). Performance measurement in British helicopter emergency medical services and Australian air medical services. **Emerg Med J**, **29**(3), 243-246.
- Singh J. M., MacDonald, R. D., Bronskill, S. E. & Schull, M. J. (2009, October 27). Incidence and predictors of critical events during urgent air-medical transport. **CMAJ**, **181**(9), 579-584.
- Skinner, B. F. (1987). A thinking aid. **Journal of Applied Behavior Analysis**, **20** (4), 379-380.
- Skinner, R. E. (1983). The making of the air surgeon: The early life and career of David N. W. Grant. **Aviation Space Environ Med**, **54**(1), 75-82.
- Slevin, O. (2004, November). **A dynamic model for public private partnership (PPP) working in healthcare**. Retrieved on December 10, 2010 from <http://www.hrdguu.com/reports/tanzania%20report.pdf>.
- Smith J. S. & Smith B. J. (1993). When is air medical service faster than ground transport? **J Air Med Transport**, **12**(8), 258-261.

- Sounder, W. E. (1993). The effectiveness of traditional versus satellite delivery in three management of technology Master's degree programs. **The American Journal of Distance Education**, 7(1), 37-53.
- Spiegelberg, H. (1975). **Doing phenomenology: Essays on and in phenomenology**. The Hague, Netherlands: Martinus Nijhoff.
- Stathers, C. L. (2010). The History of Critical Care Transport. In Andrew N. Pollak (Ed.), **Critical Care Transport** (pp. 4-8). Boston: Jones and Bartlett.
- Stauffer, R. C. (Ed.). (1987). **Charles Darwin's natural selection: Being the second part of his big species book written from 1856 to 1858**. New York: Cambridge University Press.
- Steiner, P. O. (1970). The public sector and the public interest. In R. H. Haveman & J. Margolis (Ed.), **Public expenditures and policy analysis**. Chicago: Marhham.
- Steiss, A. W. (2003). **Strategic management for public and nonprofit organization**. New York: Marcel Decker.
- Stewart, K. E. (2010). **Emergency medical transport of trauma patients: A comparison of helicopter and ground ambulances**. Doctoral Dissertation, University of Oklahoma. Retrieved June 4, 2011, from UMI ProQuest Digital Dissertations on-line database. (Publication UMI Number: 3470205). <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=2111189071&SrchMode=2&sid=1&Fmt=14&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1307123470&clientId=61843>
- Stogdill, R. M. (1959). **Individual behavior and group achievement: A theory, the experimental evidence**. Oxford, England: Oxford University Press.
- Strauss, A. (1995). Identity, biography, history, and symbolic representations. **Social Psychology Quarterly**, 58(1), 4-12.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**. Thousand Oaks: Sage.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). **Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory** (2nd ed.). Thousand Oaks: Sage.

Svenson, J. E., O'Connor, J. E. & Lindsay, M. B. (2006). Is air transport faster? A comparison of air versus ground transport times for interfacility transfers in a regional referral system. **Air Med J**, 25(4), 170-172.

Sullivan, E. J. & Decker, P. J. (2005). Leading and managing. In M. Connor (Ed.), **Effective leadership and management in nursing** (6th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Talving, P., Teixeira, P. G., Barmparas, G., DuBose, J., Inaba, K., Lam, L. & Demetriades, D. (2009, November). Helicopter evacuation of trauma victims in Los Angeles: Does it improve survival? **World J Surg**, 33(11), 2469-2476.

Tase, C., Ohno, Y., Hasegawa, A., Tsukada, Y., Shimada, J. & Ikegami, Y. (2010, June). Helicopter emergency medical services (doctor-helicopter) in Fukushima Prefecture: Present state and problems. **Fukushima journal of medical science**, 56(1), 71-79. Retrieved Mar 7, 2012, from http://www.researchgate.net/publication/51044357_Helicopter_emergency_medical_services_

Tase, C., Ohno, Y., Hasegawa, A., Tsukada, Y., Shimada, J., Ikegami, Y., Sakamoto, N. & Takeishi, Y. (2010, December). Survival of a refractory ventricular fibrillation by cooperative treatments. **Fukushima J Med Sci**, 56(2), 139-143.

Taylor, C. B., Stevenson, M., Jan, S., Middleton, P. M., Fitzharris, M. & Myburgh, J. A. (2010, January). A systematic review of the costs and benefits of helicopter emergency medical services. **Injury**, 41(1), 10-20.

- Theodore, J. L. (1964, July). American business public policy case studies and political theory. **World Politics**, **16**(4), 667-715.
- Thomas, S. H. (2004). Helicopter EMS transport outcomes literature: Annotated review of articles published 2000-2003. **Prehospital Emerg Care**, **8**(3), 322-333.
- Thomas, S. H., Harrison, T. H., Buras, W. R., Ahmed, W., Cheema, F. & Wedel, S. K. (2002, January). Helicopter transport and blunt trauma mortality: A multicenter trial. **J Trauma**, **52**(1), 136-145.
- Thomas, S. H., Harrison, T. H., Wedel, S. K & Thomas, D. P. (2009). Helicopter emergency medical services roles in disaster operations. **Prehosp Emerg Care**, **4**(4), 338-344.
- Thomas, K. & Kilmann, R. (1978). Comparison of four instruments measuring conflict behavior. **Psychological reports**, **42**, 1139-1145.
- Tortella, B. J., Sambol, J., Lavery, R. F., Cudily, K. & Nadzam, G. (1996). A comparison of pediatric and adult trauma patients transported by helicopter and ground EMS: Managed care considerations. **Air Med J**, **15**(1), 24-28.
- Townsend, C. (2008). **Mental health policy reform: Developing a conceptual overview of content and process**. Doctoral Dissertation, The University of Queensland. Retrieved November 1, 2011, from <http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:179090>
- Trost, J. E. (1986). Statistically non representative stratified sampling: A sampling technique for qualitative studies. **Qualitative Sociology**, **9**(1), 54-57.
- Truman, D. B. (1971a). **The governmental process: Political interests and public opinion** (2nd ed.). New York: Alfred A. Knopf.
- Truman, D. B. (1971b). Trauma. **Scientific American**, **249**(1), 28-35.
- Tsai, S. H., Chen, W. L., Yang, C. M., Lu, L. H., Chiang, M. F., Chi, L. J. & Chiu, W. T. (2006). Emergency air medical services for patients with head injury. **PubMed**, **66**(2), 32-36.

- Tschannen, D. (2004, october). The effect of individual characteristics on perceptions of collaboration in the work environment. **Med Surg Nursing**, **13**(5), 312-318.
- Tulchinsky, T. H. & Varavikova, E. A. (2009). **The new public health** (2nd ed.). London: Elsevier Academic Press.
- Tulchinsky, T. H. & Varavikova, E. A. (2010). What is the new public health? **Public Health Reviews**, **32**(1), 25-53.
- Turkan, H., Sener, S., Tugcu, H. & Pauldine, R. (2006). Considerations in the aeromedical evacuation of a critically ill blast victim: lessons learned. **Mil Med**, **171**(7), 586-588.
- Turner, B. S. (1987). **Medical power and social knowledge**. London: Sage.
- Turner, B. S. (2005). Citizenship, rights and health care. In J. Germov (Ed.), **Second opinion: An introduction to health sociology** (3rd ed.). Melbourne: Oxford University Press.
- Turner, S., Ruth, M. & Tipping, R. (2009, June). Critical care air support teams and deployed intensive care. **J R Army Med Corps**, **155**(2), 171-174.
- Urdaneta, L. F., Miller, B. K., Ringenberg, B. J., Cram, A. E. & Scott, D. H. (1987, September). Role of an emergency helicopter transport service in rural trauma. **Archives of Surgery**, **122**(9), 992-996.
- Van Meter, D. S. & Van Horn, C. E. (1975, February). The policy implementation process: A conceptual framework. **Administration and Society**, **6**(4), 445-448.
- Vlaicu, S. O. (2003). **Patient rights versus managed care: A policy formulation model** [Abstract]. Doctoral Dissertation, George Mason University. Retrieved April 16, 2011, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=111&did=764738481>
- Vos, F., Rodriguez, J., Below, R. & Guha-Sapir, D. (2010). **Annual Disaster Statistical Review 2009: The numbers and trends**. Retrieved Feb 19 2011, from http://www.cred.be/sites/default/files/ADSR_2009

Waitzkin, H. (1989, June). A critical theory of medical discourse: Ideology social control.

Journal of Health and Social Behavior, 30(2), 220-239.

Wakefield, M. K. & O'Grady, E. T. (2000). **Putting patients first: Improving patient safety through collaborative education**. Center for Health Policy Research & Ethics.

Retrieved October 2, 2011, from <http://www.hrsa.gov/bhpr/nursing/patientsafety>.

Walker, C. H. (2003). **Policy formulation, conflict and change: The university of the North in transition** [Abstract]. Doctoral Dissertation, University of Pittsburgh. Retrieved November 9, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=113&did=764740921&SrchMode=1&sid=1>

Waller, J. (2002). **The discovery of the germ: Twenty five years that transformed the way we think about disease**. New York: Columbia University Press.

Walter, G. G. (1999). **A study of core functions in emergency management as reflected in training requirement for professional certification**. Doctoral Dissertation, The Graduated School of America. Retrieved June 2, 2011, from Dissertation.com (Publication ISBN: 1-58112-087-7). <http://www.bookpump.com/dps/pdf-b/1120877b.pdf>

Wamley, G. L. & Zald, M. N. (1973). **The political economy of public organizations**. Blooming: Indiana University Press.

Warner, D. & Palfreyman, D. (1996). **Higher education management: The key elements**. Bristol, Pennsylvania: Open University Press. Retrieved October 2, 2011, from <http://www.hrsa.gov/bhpr/nursing/patientsafety>.

Warren, W. (1975, February). Thailand's healers from the sky. **Reader's Digest**. Retrieved January 18, 2011, from <http://www.moomkafae.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=156222&Ntype=1>

- Way, D., Jones, L. & Baskerville, N. B. (2001). **Improving the effectiveness of primary health care delivery through nurse practitioner, family physician structured collaborative practice**. Retrieved December 12, 2012, from http://www.medicine.uottawa.ca/family/eng/nurse_physician.html
- Weber, M. (1947). **The theory of social and economic organization** (Translated by A. M. Henderson & Talcott Parsons). New York: The Free Press and The Falcon's Bring Press. Retrieved Jan 20, 2012, from http://www.hrmguide.co.uk/history/classical_organization_theory.htm
- Weber, R. P. (1990). **Basic content analysis**. Newbury Park: Sage.
- Weiss, S. J. & Davis, H. P. (1985). Validity and reliability of the collaborative practice scales. **Nursing Research**, 34(5), 299–305.
- Weitz, R. (2001). **The sociology of health illness and health care**. Belmont, California: Wadsworth Thomson Learning.
- Wells, M. K. (1995). **Courage and air warfare: The allied aircrew experience in the Second World War**. London: Frank Cass.
- Wells, N., Johnson, R. & Salyer, S. (1998, July). Interdisciplinary collaboration [Abstract]. **Clinical Nurse Spec**, 12(4), 160-168. Retrieved March 6, 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9987223>
- Wheeler, D., & Sillanpaa, M. (1997). **The stakeholder corporation: A blueprint for maximizing stakeholder value**. London: Pitman.
- Wilkinson, R. G. (1996). **Unhealthy societies: The afflictions of inequality**. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. & Marmot, M. (Eds.). (2003). **Social determinants of health: The solid facts** (2nd ed.). Copenhagen: World Health Organization.

- Williams, W. (1982). **The study of implementation: An overview Studying Implementation.** Chatham, New Jersey: Chatham House.
- Willis, E. (1966). **The Sociological quest: An introduction to the study of social life.** (3rd ed.). New Jersey: Rutgers University Press.
- Wilmer, W. H. (1935). The early development of aviation medicine in United States. **Mil Surg**, 77(1), 115-134.
- Wilson, J. L. (2000). **The state of emergency management 2000: The process of emergency management professionalization in the United States and Florida.** Doctoral Dissertation, Florida International University. Retrieved June 2, 2011, from Dissertation.com (Publication ISBN: 1-58112-123-7). <http://www.bookpump.com/dps/pdf-b/1121237b.pdf>
- Wilson, S. H. & Walker, G. M. (1993). Unemployment and health: A review. **Public Health** 107(3), 153-162.
- Wipada Kunaviktikul, Raymual Nuntasupawat, Wichit Srisuphan & Booth, R. Z. (2000, March). Relationships among conflict, conflict management, job satisfaction, intent to stay and turnover of professional nurses in Thailand. **Nursing and Health Sciences**, 2(1), 9-16.
- Wolinsky, F. D. (1980). **The sociology of health.** Boston: Little Brown and Company.
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. **Theory & Society**, 27(2), 151-208.
- Wuerz, R. (1994). Integration of ground and air EMS. In I. J. Blumen & H. Rodengerg (Eds.). **Air Medical Physician Handbook.** Salt Lake City, Utah: Air Medical Physician Association.

- Yamada, S. (2003). **Global discourse and local response in educational policy process: the case of Achimota school in colonial Ghana (Gold Coast)** [Abstract]. Doctoral Dissertation, Indiana University. Retrieved November 26, 2010, from <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=108&did=765986851&SrchMode=1&sid=1>
- Yamano, Y. & Nishikawa, W. (2005). **Origin of the German emergency helicopter.** Aviation Now online (March 7). Retrieved June 7, 2011, from <http://www2g.biglobe.ne.jp/aviation/wurzel.html>
- Yanow, D. (2003). **How does a policy mean? Interpreting policy and organizational actions.** Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Yoon, Y. H., Moon, S. W., Lee, S. W., Choi, S. H., Cho, H. J. & Kim, J. Y. (2011). Helicopter emergency medical services: A report on the current status in a metropolitan area of South Korea. **Eur J Emerg Med**, 18(3), 176-178.
- Zaleznik, A., Christensen, C. R. & Roethlisberger, F. J. (1965). **The motivation, productivity, and satisfaction of workers: A prediction study with the assistance and collaboration of George C. Homans.** Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University.



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ (ตรวจสอบเครื่องมือวิจัย)

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยได้แก่

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริเดช สุชีวะ ประธานสาขาวิชาการวัดและประเมินผล
การศึกษาภาควิชาชีพและจิตวิทยาการศึกษา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ ดร.กิติพัฒน์ นนทบุรีมะกุล ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์คณะสังคม
สงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. รองศาสตราจารย์ ดร.ชาญนรงค์ อินทรประเสริฐ สำนักวิชาภาษาต่างประเทศ
ภาควิชาภาษาอังกฤษ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. รองศาสตราจารย์ ดร.สายพิน เกษมกิจวัฒนา รองคณบดี สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
5. ดร. ไพโรจน์ บุญประเสริฐ ผู้เชี่ยวชาญกฎหมาย สภานายความ
จังหวัดเชียงราย
6. พันเอก นพ. สุรจิต สุนทรธรรม กรรมการนโยบายโครงการพัฒนาแนว
ทางการบริการสาธารณสุขสถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
7. เรืออากาศเอก นพ. อัจฉริยะ แพงมา ผู้อำนวยการ สำนักจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ภาคผนวก ข

รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ ข1 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล

ลำดับ	วันที่สัมภาษณ์	ผู้ให้ข้อมูล
1	15 กรกฎาคม 2553	ผอ.สถาบันเวชศาสตร์การbinกองทัพอากาศ
2	15 กรกฎาคม 2553	ผอ.สายปฏิบัติการแพทย์ สถาบันเวชศาสตร์การbin กรมแพทย์ทหารอากาศ
3	16 กรกฎาคม 2553	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ.
4	16 กรกฎาคม 2553	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ.
5	16 กรกฎาคม 2553	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน
6	16 กรกฎาคม 2553	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
7	16 กรกฎาคม 2553	ผู้จัดการงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล.
8	28 กรกฎาคม 2553	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
9	28 กรกฎาคม 2553	ผอ.รพ.สมิติเวชสาขาศรีนครินทร์
10	25 มกราคม 2554	หัวหน้าแผนกเวชศาสตร์การbinศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ
11	25 มกราคม 2554	ผู้จัดการงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล.
12	25 มกราคม 2554	ผู้อำนวยการศูนย์เวชศาสตร์การbinพลเรือน
13	25 มกราคม 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
14	26 มกราคม 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน.
15	26 มกราคม 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน.
16	26 มกราคม 2554	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
17	26 มกราคม 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน.
18	26 มกราคม 2554	ผู้จัดการงานจัดระบบปฏิบัติการ สพล.
19	28 มกราคม 2554	ผู้จัดการปฏิบัติการด้านการbinศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ
20	28 มกราคม 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน
21	28 มกราคม 2554	ผอ.ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี
22	31 มกราคม 2554	ผู้จัดการปฏิบัติการด้านการbinศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ
23	31 มกราคม 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน
24	01 กุมภาพันธ์ 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาคเอกชน
25	06 มีนาคม 2554	เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตารางที่ ข1 (ต่อ)

ลำดับ	วันที่สัมภาษณ์	ผู้ให้ข้อมูล
26	07 มีนาคม 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
27	26 มีนาคม 2554	สัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายจากภาครัฐ
28	04 เมษายน 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
29	05 เมษายน 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
30	05 เมษายน 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
31	05 เมษายน 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ
32	05 เมษายน 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ
33	06 เมษายน 2554	หัวหน้ามูลนิธิกุศลศรัทธาสุราษฎร์ธานี
34	06 เมษายน 2554	ผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐ
35	06 เมษายน 2554	รองผอ.สำนักพัฒนาทรัพยากรบุคคล และจัดระบบบริการสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ

ภาคผนวก ก

หนังสือแบบฟอร์มการขออนุมัติสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลงานวิจัย



โครงการปรัชญาคุณฐิบัณฑิตทางสังคมศาสตร์
สำนักศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ตำบลท่าสูด อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย 57100
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขออนุมัติขออนุญาตสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลงานวิจัย

เรียน.....(ชื่อผู้ให้ข้อมูล).....

สิ่งที่แนบมาด้วย (2) : หนังสือแสดงความยินยอมการให้สัมภาษณ์ และ แบบสัมภาษณ์งานวิจัย

เนื่องด้วยกระผม นายจิตติศักดิ์ ธาดาเดช นักศึกษาปริญญาเอกหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขา
สังคมศาสตร์ สำนักวิชาศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง กำลังดำเนินงานวิจัย เพื่อเสนอคุณฐิบัณฑิตเรื่อง
“รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพญาบาลไทย” โดยมี รศ.น.อ.ยุทธนา ตระหง่าน
และ ดร.ถาวรถวิล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา ในการนี้กระผม ขอเรียนว่าท่านเป็นผู้หนึ่งที่สามารถช่วยให้การวิจัยนี้
สำเร็จลงได้ด้วยดี กระผมจึงใคร่ขอความกรุณาท่านได้โปรดสละเวลาอันมีค่าอนุเคราะห์การเข้าสัมภาษณ์และ
ตอบแบบสอบถามนี้ตามความเป็นจริงที่สุดซึ่งคำตอบของท่านมีคุณค่าและมีความสำคัญอย่างยิ่งอีกทั้งจะช่วยให้
ผลการวิจัยนี้น่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

กระผมขอรับรองว่าคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ถือเป็นความลับจะใช้ประโยชน์
เฉพาะเพื่อการวิจัยเท่านั้นและไม่มีผลที่ก่อความเสียหายใดๆแก่ท่านหรือองค์กรของท่าน แต่ประการใดรวมทั้ง
การวิเคราะห์และการเสนอผลการวิจัยกระทำในลักษณะเป็นภาพรวมไม่มีการอ้างอิงถึงตัวบุคคลไม่ว่ากรณีใดๆ

กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้



ขอแสดงความนับถือ

(นายจิตติศักดิ์ ธาดาเดช)

ผู้วิจัย/นักศึกษา

โทร 081-883-8126 dr.kiwong@hotmail.com

ภาคผนวก ง

หนังสือแบบฟอร์มการยินยอมให้สัมภาษณ์



แสดงความยินยอมการให้สัมภาษณ์งานวิจัย (Informed Consent Form)

ชื่อเรื่องวิจัย.....“รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย”.....
 ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
 บัตรประชาชน/ข้าราชการ/ เลขที่.....
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้าพเจ้าได้รับฟังคำอธิบายจากผู้ทำวิจัยว่าได้ทำการศึกษาเรื่อง “รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย” ซึ่งมีวัตถุประสงค์จะนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์นี้ไปใช้ในการวิจัยเพื่อเสนอคุณูปการสาขาสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โดยเป็นการใช้ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และการให้สัมภาษณ์นี้ข้าพเจ้าให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจโดยไม่มีค่าตอบแทนใดๆตลอดจนทราบดีว่าจะสามารถถอนตัวจากการมีส่วนร่วมในการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้

การให้สัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ข้าพเจ้าทราบเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียดแล้ว ไม่มีสิ่งใดปิดกั้นผู้วิจัยยินดีตอบคำถามทุกคำถามของข้าพเจ้า และผู้วิจัยได้ให้คำรับรองกับข้าพเจ้าว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่า สามารถติดต่อกับผู้ประสานงานการวิจัย กับ นาย จิตศักดิ์ ธาตเดชได้ตามที่อยู่คือ เลขที่ 77 หมู่ 2 ตำบลเวียง ถนน สายกลาง อำเภอ เชียงของ จังหวัด เชียงราย หมายเลขโทรศัพท์มือถือ..081-883-8126..ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลายมือชื่อผู้ให้สัมภาษณ์

.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ประสานงานการวิจัย

.....

(...นาย จิตศักดิ์ ธาตเดช....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก จ

แบบสัมภาษณ์

ข้อชี้แจง:

แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการรวบรวมข้อมูลซึ่งใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก(Interview Guidelines) กับผู้ให้ข้อมูล ที่ยินยอมให้ความร่วมมือดำเนินการวิจัยเรื่อง รูปแบบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามข้อมูล กระบวนการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย โดยแบ่งเนื้อหาการสัมภาษณ์ เป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล กระบวนการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย และ ส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ให้ข้อมูล

- 1.ชื่อของหน่วยงาน.....
- 2.สถานะของหน่วยงาน [] ภาครัฐ [] ภาคเอกชน [] อื่นๆ.....
3. สถานที่ตั้งของหน่วยงาน
.....
.....
4. ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....เพศ...[] ชาย [] หญิง...อายุ.....ปี
ศาสนา [] พุทธ [] คริสต์ [] อิสลาม [] อื่นๆ.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....แผนก.....กอง.....กรม.....
ท่านดำรงตำแหน่งดังกล่าวมา.....ปี เบอร์โทรศัพท์ต่อ.....E-Mail:.....
- 5.วุฒิการศึกษา
[] มัธยมหรือเทียบเท่า.....สถาบัน.....
[] ป.ตรีหรือเทียบเท่า สถาบัน.....
[] ป.โทหรือเทียบเท่า สถาบัน.....
[] ป.เอก.หรือเทียบเท่า.....สถาบัน.....
[] อื่นๆ สถาบัน.....

6.ประวัติการทำงาน

.....

.....

.....

7.หน้าที่และความรับผิดชอบ.....

[] เกี่ยวกับนโยบาย.....

[] เกี่ยวกับรูปแบบความร่วมมือ.....

[] เกี่ยวกับการให้บริการอากาศยานพยาบาล.....

[] อื่นๆ.....

ส่วนที่ 2 โครงคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ กระบวนการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นที่ประเทศไทยต้องมีนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

.....

2. ปัจจุบันประเทศไทยกับการมีนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศหรือไม่ อย่างไร

.....

(...กรณีที่มี นโยบาย...)

3. ช่วยอธิบายความเป็นมาของการกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค

.....

4. ช่วยอธิบายถึงปัจจัยสำคัญในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

.....

5. คิดว่าหน่วยงานใดควรมีบทบาทและหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

.....

6. กรุณาแสดงความคิดเห็นว่า ประชาชนได้อะไรจากนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ

.....

(...กรณีที่ไม่มี นโยบาย...)

7. ขอทราบความคิดเห็น การกำหนดนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติ ประโยชน์ ปัญหา

8. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (เพิ่มเติม) ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาล

ส่วนที่ 3 โครงคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ รูปแบบความร่วมมือและการจัดบริการอากาศยานพยาบาล

1. ความเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นต้องมีอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย

2. วิจัยความเป็นไปได้ที่ภาครัฐจะนำ อากาศยานพยาบาลเพื่อให้บริการแก่ประชาชน

3. ช่วยอธิบายลักษณะ ประเภท จุดเด่นและข้อจำกัดของอากาศยานพยาบาลไทยในปัจจุบัน

4. ภาคเอกชนและภาครัฐมีรูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาล อย่างไรเหมือน หรือแตกต่าง
อย่างไร

5. ช่วยวิจัย ความเป็นไปได้ที่ภาคเอกชนจะร่วมมือกับภาครัฐในการให้บริการอากาศยาน
พยาบาล

6. ช่วยอธิบาย ปัจจัยสำคัญในการกำหนดรูปแบบการจัดบริการอากาศยานพยาบาลไทย

7. ช่วยเสนอแนะหน่วยงานใดที่เหมาะสม มีบทบาทและหน้าที่ในการจัดบริการอากาศยานพยาบาล

8. ความเห็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน ในการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน

ส่วนที่ 4 โครงคำถามปลายเปิด ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและเหมาะสม

1. แสดงข้อคิดเห็น นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศในต่างประเทศ

2. ช่วยอธิบาย รูปแบบการให้บริการอากาศยานพยาบาลในต่างประเทศ

3. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ให้บริการครอบคลุมถึงประชาชนในถิ่นทุรกันดาร ชนกลุ่มน้อยบริเวณชายแดนและชาวต่างชาติ อย่างไร

4. นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ว่าด้วย การช่วยเหลือผู้ประสบเหตุภัยพิบัติอย่างไร

5. ความเห็น การรับรู้ ข้อมูล ข่าวสาร จากการประชาสัมพันธ์ นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย จากภาครัฐเป็นอย่างไร

6. ในการปฏิบัติตามนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ หน่วยงานต่างๆ ควรดำเนินการอย่างไร

7. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่ท่านเห็นว่ามีความจำเป็นต่อการกำหนดนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและการให้บริการอากาศยานพยาบาล

8. ข้อเสนอแนะอื่น ๆ เพิ่มเติมที่เกี่ยวกับการกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย

ส่วนที่ 5 โครงคำถามสรุปประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย (ข้อคิดเห็น)

1. ท่านคิดว่า การกำหนด นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศควรดำเนินการอย่างไร

2. ท่านคิดว่าการจัดบริการอากาศยานพยาบาลในประเทศไทย มีรูปแบบและ ควรดำเนินการอย่างไร

3.ควรดำเนินการอย่างไรเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการอากาศยานพยาบาลจากรัฐอย่างทั่วถึง

จบการสัมภาษณ์ขอกราบขอบพระคุณที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

ภาคผนวก จ

สรุปสาระสำคัญการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล (ตัวอย่าง)

1. ผู้ให้ข้อมูล A(KKKKKK ตำแหน่ง KKKKKKสถาบันเวชศาสตร์การบิน กรมแพทย์ทหารอากาศ สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เวลา 12.30 น. ณ หอประชุม KKKKKK)

ผู้ให้ข้อมูลเคยรับราชการเป็นแพทย์เวชศาสตร์การบิน ของกองทัพอากาศ เป็นคณะทำงานสมาคมแพทย์ทหารแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เคยศึกษาการบริหารจากวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร เมื่อพ.ศ. 2551 ต่อข้อคำถามที่เกี่ยวกับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ และรูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน ท่านมีความเห็นว่าการที่ทุกภาคส่วนเล็งเห็นความสำคัญและประโยชน์ของอากาศยานที่ใช้ลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ แต่ปัญหาใหญ่คือเรื่องของทรัพยากร และงบประมาณในประเทศที่มีอยู่อย่างจำกัด บทบาทของสพฉ.ที่ต้องทำหน้าที่เป็นส่วนประสานงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนโดยรวมทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ ด้วยวิธี การเซ็น บัณฑิตข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงกลาโหม กองทัพบก ทพเรือ ทพอากาศ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรฯ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีแต่ละองค์กรมีอากาศยานเพื่อการใช้งานอยู่แล้ว ผมว่าทางกองทัพเองมีหน้าที่ ที่ต้องสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศของไทย ให้ สามารถเกิด เป็นรูปธรรมขึ้น เพื่อ การยกระดับคุณภาพชีวิต ของประชาชนในประเทศ สิ่งเหล่านี้ควรต้องเกิดควบคู่กันไปกับ สาธารณสุขไทย

กรณีที่นำอากาศยานเข้าให้การช่วยเหลือผู้ป่วยพลเรือน ผมคิดว่าอาจมีการแบ่งโซน ให้บริการตามภูมิภาค เพื่อให้เหมาะสมกับการจัดสรรทรัพยากรผมคิดว่าทางเลขาธิการสพฉ.อาจ ต้องมีการวางแผนและหลักการ การให้บริการ ไม่ใช่อยู่ๆอยากจะใช้ก็ใช้ได้ทั้งนี้ ต้องมี กรรมการช่วยประเมิน คัดสิน แต่ต้องมีความรวดเร็วเพราะคนไข้ฉุกเฉินรอช่วยชีวิตอยู่ อย่างไรก็ตาม การต้องขอยืมอากาศยานจาก ภาครัฐก็ต้องเลือกใช้อากาศยานที่ไม่ติดภารกิจขององค์กรในโซน นั้นด้วย และการเลือกโรงพยาบาลนำส่งก็เป็นสิ่งที่ควรต้องคำนึงถึงเพราะการลำเลียงผู้ป่วยไปยัง

โรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมแม้จะนำส่งด้วยระยะเวลาที่รวดเร็วก็ไม่มีประโยชน์ ศาสตร์ด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มีอีกมากพูดวันเดียวไม่หมด ในความเห็นส่วนตัว ผมว่า การยืมใช้อากาศยานแล้วให้ค่าตอบแทนก็เป็นวิธีการที่เหมาะสมดีสำหรับบ้านเรา เหมาะกว่าที่ สพจ. เกิดต้องจัดหาเฮลิคอปเตอร์หรือเป็นเครื่องบินปีกตรึงเอง เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายด้านการดูแลตามมา เป็นการสร้างภาระงานเพิ่มขึ้นเช่น ต้องหาคน หานักบิน หาช่างเครื่องบิน หาที่จอด การบำรุงรักษาทั้งหมดนี้ มีมูลค่ามหาศาล ซึ่งอาจไม่คุ้มหรืออาจจะคุ้มในระยะยาวถ้าประชาชนได้ใช้ประโยชน์ตลอดไปในระยะเริ่มต้นที่รัฐพยายาม นำเสนอบริการอากาศยานพยาบาลสู่ประชาชน เป็นสิ่งที่ดีแต่ควรหาวิธีการจะดำเนินการทำอย่างไรให้บริการนี้มีความสะดวก มีความเป็นไปได้และอยู่ยั่งยืน

ในเรื่องนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศผมคิดว่าคงมีการประกาศใช้แล้ว เพราะเห็นมีการขอใช้บริการอากาศยานพยาบาล จากหลายหน่วยงานที่ผ่านมาทาง สพจ. ได้ประสานขอใช้อากาศยานของทหารบก และ สนง.ตำรวจ ส่วนใหญ่เป็นอากาศยานปีกหมุนเฮลิคอปเตอร์ แล้วมีจัดงบขอยืมใช้ ที่ทราบมาคิดว่า ชั่วโมงละ 40,000 บาท ถามว่า คุ้มทุนการบริหารหรือไม่ ผมคิดว่า ยังขาดทุนอยู่ แต่มองด้านมิติสังคมเป็นประโยชน์ต่อการช่วยชีวิต การนำอากาศยานทหารเพื่อช่วยเหลือประชาชน ถือว่าเป็นหน้าที่ รองของทหาร เป็นการพัฒนาประเทศ ทางอ้อมโดย การทำให้ประชาชน ในประเทศ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ยามเจ็บป่วยรัฐก็ดูแลทุกข์สุขให้ ฉะนั้น ผมมั่นใจว่าทางกองทัพอากาศ ยินดีให้ความร่วมมือกับ สพจ. เพราะเรามีความรู้เรื่องการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ถึงแม้ว่าเราไม่ได้มีประสบการณ์ลำเลียงพลเรือเหมือน ทางภาคเอกชน ก็ตาม ทางเรายินดีที่จะแลกเปลี่ยน สนับสนุน ความรู้ และประสบการณ์ อย่างน้อยให้คำแนะนำ สร้างระบบ สร้างเครือข่ายรองรับ อนาคต เพื่อประโยชน์วันข้างหน้าเมื่อระบบต่าง ๆ ที่เรากล่าวมาแล้ว มันมีความพร้อมมีความสมบูรณ์มากขึ้น แม้วันนี้อาจใช้เวลาประสานงานนานกว่ามาตรฐาน อย่างน้อยผมว่าเป็นเสมือนการซ้อมเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนอนาคต ซึ่งอาจมีเหตุการณ์ภัยพิบัติต่างๆที่มีความจำเป็นต้องใช้การเคลื่อนย้ายทางอากาศก็ได้

การให้บริการอากาศยานพยาบาลในภาคเอกชนกระทำในลักษณะเป็น By case ต่างจากของทางทหารที่มักลำเลียงเป็นจำนวนมาก แต่ก็สามารถทำในลักษณะส่วนบุคคลได้ เช่นลำเลียงข้าราชการทหาร หรือบุคคลสำคัญระดับชาติ หรือกรณีเกิดภัยพิบัติ แต่ ข้อจำกัดของเอกชนคือ มีภาระ ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานสูง กรอบกฎหมายความมั่นคงที่กรมการบินพาณิชย์เกรงว่าอาจนำมาถ่วงถ่วง ขนยาเสพติด อาวุธ บังหน้าธุรกิจ ซึ่งมีโอกาสเป็นไปได้เช่นกันและก็มีตัวอย่างเช่นในประเทศโคลัมเบียตรงนี้ไม่ใช่โทษว่าฝ่ายใดถูกฝ่ายใดผิด มันเป็นไปได้ทั้งสองฝ่าย ผมคิดว่ากฎระเบียบบางอย่างจะปรับให้ดีขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของโลกาภิวัตน์ ซึ่งเราเห็นตัวอย่างชัดเจนในอเมริกา เฮลิคอปเตอร์จะมีบทบาทมากทางด้านคมนาคมทางอากาศดังนั้น สพจ.ซึ่งถือเป็นส่วน

ของภาครัฐอาจยื่นข้อเสนอ การสร้างภาคีกับภาคเอกชนให้สามารถผ่านกฎเกณฑ์ เงื่อนไขบางประการเพราะเป็นการดำเนินการช่วยเหลือชีวิตมนุษย์ในลักษณะของการรับผิดชอบ ต่อสังคม ร่วมกัน

ดังนั้นความเป็นไปได้ในการนำอากาศยานพยาบาลจากภาครัฐมาให้บริการสู่ประชาชน ก่อนมีสพ. ผมคิดว่า เป็นไปได้เฉพาะภาคเอกชน คือผู้ให้บริการประชาชนต้องมีเงินจ่ายค่าบริการ ทางกองทัพไม่สามารถนำอากาศยานออกมาให้บริการแก่ประชาชนได้เนื่องจากติดเงื่อนไข คำสั่ง ยกเว้นแต่กรณีเกิดภัยพิบัติ ที่ต้องอาศัยกำลังจากอากาศยานทหารเพื่อการลำเลียงเคลื่อนย้าย ช่วยเหลือสนับสนุนทางอากาศแก่ผู้ประสบภัย แต่หลังจากการก่อตั้ง สพ. แนวทาง การขอความร่วมมือสนับสนุน เพื่อสร้างความมั่นคงทางสาธารณสุข เป็นจุดเปลี่ยน ที่ทางเหล่าทัพเปิดช่องให้ สามารถดำเนินการ นำอากาศยานทางทหารเข้าร่วมในการกิจช่วยเหลือชีวิตประชาชน ที่เป็นพลเรือนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ตรงนี้มีความเป็นไปได้สูง และยอมรับได้ แม้แต่ สปสช./ สธ. เห็นด้วยที่แบ่งสรรงบประมาณ ให้โครงการดังกล่าว

บรรยากาศการสัมภาษณ์

- 1) สถานที่สัมภาษณ์ อยู่หน้าหอประชุมขนาดใหญ่ มีผู้ร่วมประชุมเดินไปมา มีเลขานุการที่ติดตามแยกออกยืนอยู่ห่าง ๆ ประมาณ 2 เมตร แต่ผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัยมีช่วงห่างสนทนาประมาณ 1 ฟุต
- 2) ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นกันเองและเต็มใจให้ข้อมูล แม้จะมีภารกิจต้องทำ แต่ได้กรุณาแบ่งเวลา ให้ในช่วงจังหวะพัก รายละเอียดข้อซักถาม ส่วนใหญ่ตอบตามประสบการณ์
- 3) การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล อนุญาตให้ใช้เทปบันทึกเสียง เนื่องจากการยื่นสัมภาษณ์ ไม่สะดวกในการจดบันทึก และไม่อาการเกร็งแต่อย่างใด

**2. ผู้ให้ข้อมูล B(KKKKKK ตำแหน่ง KKKKKK ศูนย์ลำเลียงทางอากาศสายแพทย์กรม
แพทย์ทหารอากาศ สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เวลา 15.50 น. ณ หอประชุม
KKKKKK)**

ผู้ให้ข้อมูล สำเร็จการศึกษาวิชาชีพแพทย์จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า เป็น
จิตแพทย์เคย รับราชการเป็นอาจารย์สอนแพทย์เวชศาสตร์การบิน ของกองทัพอากาศต่อข้อคำถามที่
เกี่ยวกับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและรูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยาน
พยาบาลแก่ประชาชน ท่านมีความเห็นว่า นโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ ของรัฐเท่าที่รู้มา ยัง
ไม่มี แต่ผมว่าหากมีได้ก็ดีเพราะจะได้มีแนวทางปฏิบัติ ตอนนี้ต่างฝ่ายต่างหน่วยที่มีอากาศยาน เช่น
กองทัพบก ทหารเรือ ตำรวจก็ใช้อากาศยานในภารกิจของหน่วยงานประจำ หรือแม้แต่เอกชน ก็มี
ให้บริการ และการที่จะให้มีนโยบายขึ้นต้องมีเจ้าภาพ แต่ความคิดเรื่องที่จะนำ อากาศยานจาก
กองทัพบกมาให้บริการประชาชนทั่วไปผมว่าเป็นไปได้ยาก เนื่องจากมีต้นทุนค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะ
ค่าเชื้อเพลิงอากาศยานระเบียบการทำเรื่องขออนุญาตอากาศยานออกจากฐานปฏิบัติการ และที่ยุ่งยากคือ
ต้องหาบุคลากรทีมแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถด้านเวชศาสตร์ การบิน ซึ่งปัจจุบัน
บุคลากรมีไม่พอ แต่ละโรงพยาบาลแพทย์ต้องปฏิบัติหน้าที่ทั้งวัน คงไม่มีใครจะเสี่ยงออกมาบิน
อีกอย่างอุปกรณ์ที่ใช้ช่วยชีวิตในอากาศยานผมไม่เห็นมีใครหน่วยไหนลงทุนติดตั้งให้พร้อมใช้งาน
แล้วการต้องลงทุนซื้ออุปกรณ์ดังกล่าวราคาคงไม่ต่ำกว่า 2 ล้านแล้วให้มาใช้กับประชาชน ผมว่า
นโยบายนี้หากเสนอขึ้นมาก็โดนล้มอยู่ดี แต่ที่เป็นการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติมองต่างกัน เพราะ
สิ่งนี้ เป็นนโยบายระดับชาติซึ่งกองทัพบกมีแผนปฏิบัติการสนับสนุนอยู่แล้ว ผมว่าอยู่ดีๆจะให้นำ
เครื่องบินราคาเป็นล้านไปช่วยชาวบ้านทั่วไป เป็นไปไม่ได้ยกเว้นจะเป็นการช่วยเหลือบุคคลสำคัญ
ของประเทศ

บทบาทของทาง สพล.ที่พยายามขอทำบันทึกข้อตกลง MOU.คงต้องพิจารณาใน
รายละเอียดต่อไปว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไรและการจะหาพันธมิตรอย่างภาคเอกชนเข้ามาร่วม
ดำเนินการต้องมีผลตอบแทนที่ชัดเจนหรือไม่ก็ประชาสัมพันธ์ชื่อเสียงของเอกชนรายนั้นๆให้เป็น
ที่รับรู้ตรงนี้อาจเป็นไปได้ อีกอย่างในวัฒนธรรมของบ้านเรา แพทย์ที่ออกไปทำงานภาคเอกชนใน
ด้านการเคลื่อนย้ายทางอากาศ ส่วนใหญ่จบการอบรมจาก สวบ.ทั้งสิ้น บางครั้งหากต้องการขอ
ความช่วยเหลือกันจริงเมื่อติดต่อเข้ามาทางกองทัพบกก็ให้ความช่วยเหลือ หากประเมินแล้วไม่เกิน
กำลัง สำหรับภาครัฐ สพล.เริ่มเจรจากับกระทรวงกลาโหม ส่วนอื่นๆผู้ให้ข้อมูล ไม่มีข้อมูลส่วน
การกำหนดเป็นนโยบายแห่งชาติต้องดูความเห็นของหลายฝ่ายว่าเห็นด้วยหรือไม่ประเด็นนี้ไม่
ขอให้ความเห็น

บรรยากาศการสัมภาษณ์

- 1) สถานที่สัมภาษณ์ เป็นโหลรับรองวิทยากร ในหอประชุมขนาดใหญ่ มีเจ้าหน้าที่เตรียมการเก็บอุปกรณ์ ขนย้ายเก้าอี้ โดยรอบ ห่างออกไปประมาณ 1 เมตร มีเสียงรบกวน จากการเคลื่อนย้ายเก้าอี้เป็นระยะ ๆ
- 2) ผู้ให้สัมภาษณ์ รู้สึกไม่แน่ใจในข้อมูลการถามสดโดยเฉพาะประเด็นข้อคำถามด้านนโยบาย และมีการติดต่อกับผู้ทำ แต่ได้กรุณาแบ่งเวลา ให้ 20 นาทีรายละเอียดข้อซักถาม ส่วนใหญ่ตอบตามประสบการณ์
- 3) การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล อนุญาตให้ใช้เทปบันทึกเสียง และมีอาการเกร็งบ้างสังเกตจากเสียงไม่มั่นใจ เออ..อา..บ่อยครั้ง



3. ผู้ให้ข้อมูล C(KKKKKK ตำแหน่ง KKKKKK ศูนย์ส่งกลับโรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลตำรวจ สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เวลา 11.10 น. ณ ลานจอดรถอากาศยานกองบิน KKKKKK)

ผู้ให้ข้อมูล สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นบุคลากรผลงานดีเด่นได้รางวัลเข็มเชิดชูเกียรติ ในการปฏิบัติการสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อข้อคำถามที่เกี่ยวกับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและรูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน ท่านมีความเห็นว่าประโยชน์ของเฮลิคอปเตอร์ในการใช้เป็นอากาศยานพยาบาลมีมาก พิสูจน์ได้จากการที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนมากสามารถรอดชีวิตได้จากการเคลื่อนย้ายทางอากาศและเฮลิคอปเตอร์มีข้อดีที่สามารถขึ้นลงได้ในสถานที่ต่างๆเช่นลานสนามฟุตบอลในแต่ละท้องที่เป็นต้น โดยปกติอากาศยานของตำรวจส่วนใหญ่ใช้เป็นพาหนะรับส่งบุคคลสำคัญ และสนับสนุนเป็นราชพาหนะ เมื่อต้องใช้ในการกิจการขนย้ายผู้ป่วย จึงต้องมีการดัดแปลงถอดเบาะนั่งผู้โดยสารออกให้เป็นสภาพห้องโล่งเพื่อให้เป็นพื้นที่พยาบาลผู้ป่วยและทีมแพทย์อย่างเช่นรุ่น เบล 412 สามารถบรรทุกผู้ป่วยนั่งได้ถึง 5 ราย ถ้าเป็นผู้ป่วยเปลนอนมักไม่เกิน 2 ราย ทั้งนี้และอุปกรณ์ ช่วยชีวิตเช่นถังออกซิเจน เครื่องวัดทางารแพทย์ต่าง ๆ โรงพยาบาลต้นทางต้องเตรียมพร้อมติดมากับส่วนผู้ป่วย ข้อจำกัดคืออากาศยานเป็นพาหนะที่ประยุกต์ช่วยชั่วคราวเพื่อเคลื่อนย้ายเท่านั้น การที่ สพล.ได้เจรจาขอทำบันทึกข้อตกลงกับทาง สนง. ตำรวจ เรามีความยินดีและเห็นด้วยในโครงการนี้ เพราะก่อนหน้านี้ อากาศยานของตำรวจ เคยถูกขอความช่วยเหลือในการขนย้าย ผู้ป่วยประสบเหตุจากก่อการร้ายทางภาคใต้อยู่บ้าง แต่มีข้อเสนอว่า ค่าใช้จ่ายแบบเหมาจ่ายชั่วโมงละ 40,000 บาทคิดว่าไม่เหมาะสมเนื่องจากค่าน้ำมันเชื้อเพลิงปรับราคาสูงขึ้นมาก และหากทาง สพล.สามารถอุดหนุนค่าตอบแทนให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ รายที่เกี่ยวข้องจะสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานอย่างมาก

การที่ สพล.มีนโยบายที่ต้องการกระจายระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทางหนึ่งที่ดีดำเนินการเจรจาประสานขอความร่วมมือจากกลาโหม ตำรวจและรพ.กรุงเทพทำให้สามารถนำบริการอากาศยานพยาบาลสู่ประชาชนเป็นการสร้างจุดเปลี่ยนที่ทำนายของวงการบินและการสาธารณสุขในบ้านเราอาจมีอุปสรรคในระยะแรก แต่การทำเช่นนี้เป็นประโยชน์อย่างมหาศาลให้แก่ประชาชนชาวไทย ที่อยากเสนอแนะในฐานะผู้ปฏิบัติงาน คือ ข้อจำกัดด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ สพล.ควรหาแนวทางจัดหา ไว้ให้กับแต่ละหน่วยเพราะสิ่งเหล่านี้เป็นอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นมากระหว่างการเดินทาง

บรรยายกาศการสัมภาษณ์

- 1) สถานที่สัมภาษณ์ บริเวณข้างอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ที่จอดแสดงในโรงจอด มีผู้ร่วมสัมภาษณ์เดินไปมา แต่ผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัยมียืนสัมภาษณ์ช่วงห่างสนทนาประมาณ 1 ฟุต
- 2) ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นกันเองและเต็มใจให้ข้อมูล ได้กรุณาให้ที่อยู่ เบอร์โทร 080-5981054 ไว้หากมีข้อสงสัย รายละเอียดข้อซักถาม ส่วนใหญ่ตอบตามประสบการณ์ด้านการปฏิบัติการและสถิติให้ผู้วิจัยเห็นวิธีการติดตั้งอุปกรณ์แปลผู้ป่วย
- 3) การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล อนุญาตให้ใช้เทปบันทึกเสียง เนื่องจากการยืนยันสัมภาษณ์ ไม่สะดวกในการจดบันทึก และไม่อาการเกร็งแต่อย่างใด



**4.ผู้ให้ข้อมูล D(KKKKKK ตำแหน่ง KKKKKK หน่วยบินเฉพาะกิจ กองยุทธการฝ่าย
อากาศ กรมยุทธการทหารบก สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 เวลา 11.45 น. ณ ลาน
จอดอากาศยานกองบิน KKKKKK)**

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ให้บริการอากาศยานพยาบาลจากกองบินปีกหมุน ต่อข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศและรูปแบบความร่วมมือในการให้บริการอากาศยานพยาบาลแก่ประชาชน ท่านมีความเห็นว่าในภาวะปกติหน่วยบินที่สังกัดอยู่จะได้รับคำร้องขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลศรีสังวาลย์จังหวัดแม่ฮ่องสอน ประมาณ 2-3 เดือนต่อครั้งในการขอช่วยนำส่งผู้ป่วยทางอากาศไปส่งที่โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ซึ่งมีขีดความสามารถสูงกว่าเพื่อช่วยชีวิตเหตุที่ต้องมีความจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายทางอากาศเพราะ สภาพภูมิประเทศ เป็นป่า เขาซึ่งมี ถนนที่ไต่ขึ้นไปจำนวนมากทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถใช้ความเร็วในกรณีที่เร่งด่วนได้ เท่าที่ทราบต้องใช้เวลาประมาณ 5 ชั่วโมง เพราะ แต่หลังจากที่สพจ.พยายามประสานผ่านกระทรวงกลาโหม ผมคิดว่าคงเป็นการพูดคุยในเชิงนโยบายที่จะขอใช้อากาศยานของหน่วยสังกัดกองทัพบกเพื่อรองรับความจำเป็นของการเคลื่อนย้ายทางอากาศในผู้ป่วยฉุกเฉิน ผมเห็นว่านโยบายนี้เป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ป่วยที่แม่ฮ่องสอน เฮลิคอปเตอร์เป็นพาหนะเดียวที่ดีและสะดวกที่สุดในสภาพพื้นที่นี้ผมว่าที่นี่ มีความจำเป็นต้องใช้เฮลิคอปเตอร์เป็นอากาศยานพยาบาล ดังนั้นเมื่อจบภารกิจประจำวันของหน่วย เรา ต้องเตรียมอากาศยานให้พร้อมรอคำสั่งจาก จก.เพื่อปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยทางอากาศ ทั้งนี้กำลังพลจะพลัดเวรกันเพื่อให้บริการตลอด

ส่วนรูปแบบความร่วมมือที่ สพจ.ทำ MOU ระหว่าง สธ. และ กระทรวงกลาโหมทำให้พวกผมมีความสบายใจมากขึ้นบินเพราะไม่ต้องกลัวความผิด ก่อนหน้านั้น หากมีอะไรผิดพลาดผู้รับผิดชอบก็อับอาย หลังจากที่มีการประสานความร่วมมือพวกเราพร้อมสามารถขึ้นบินซ้ำสุดไม่เกิน 30 นาทีหลังคำสั่งอนุมัติจากหน่วยเฉพาะกิจกรมทหารราบที่ 7 พร้อมกับรอทีมผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ในทัศนะผม เฮลิคอปเตอร์ควรมีการปรับบทบาทในภารกิจช่วยเหลือพลเรือน ในการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ใน 7 อำเภอ ของแม่ฮ่องสอนที่อยู่ในภูมิประเทศเป็นป่าเขา ด้วยข้อตกลงดังกล่าวนักบินจะไม่มีความผิดใด ๆ ทั้งสิ้นและหน่วย จก.ร.7 มีความภาคภูมิใจที่สามารถเป็นส่วนหนึ่งของทีมช่วยชีวิตเพื่อนมนุษย์ เพื่อยกระดับในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประเทศ ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงาน ผมว่าการให้บริการจะมีประสิทธิภาพมากขึ้นถ้าสามารถให้ท้องที่แต่ละอำเภอ หรือ อบต.จัดหาสถานที่ขึ้นลงเฮลิคอปเตอร์ถาวรขึ้น โดยการใช้พิกัด จีพีเอส บอกตำแหน่งการนัดไปรับจะได้ปลอดภัยแต่ข้อจำกัดของอากาศยานที่มีอยู่ไม่พร้อมให้บริการในช่วงกลางคืน

บรรยากาศการสัมภาษณ์

- 1) สถานที่สัมภาษณ์ บริเวณข้างอากาศยานเฮลิคอปเตอร์ ที่จอดแสดงในโรงจอด มีผู้ร่วมสัมภาษณ์เดินไปมา แต่ผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัยมียืนสัมภาษณ์ช่วงห่างสนทนาประมาณ 1 ฟุต
- 2) ผู้ให้สัมภาษณ์ เป็นกันเองและเต็มใจให้ข้อมูล ได้กรุณาให้ที่อยู่ เบอร์โทร 02-2802499 ไว้หากมีข้อสงสัย รายละเอียดข้อซักถาม ส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากประสบการณ์การปฏิบัติงาน
- 3) การสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูล อนุญาตให้ใช้เทปบันทึกเสียง เนื่องจากการยืนยันสัมภาษณ์ ไม่สะดวกในการจดบันทึก และไม่อาการเกร็งแต่อย่างใด



ภาคผนวก ข

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช ๒๕๕๑

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พุทธศักราช ๒๕๕๑

ภูมิพลอดุลยเดชป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๑

เป็นปีที่ ๖๓ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า โดยที่เป็นการสมควรให้มีกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินพระราชบัญญัตินี้มีบทบัญญัติบางประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลซึ่งมาตรา ๒๕ ประกอบกับมาตรา ๔๑ และมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยบัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินและการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

“ผู้ป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญจำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น

“สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลสภาวิชาชีพ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลและสถานพยาบาลอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

“สถานพยาบาลของรัฐ” ให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลในกำกับของรัฐด้วย

“ปฏิบัติการฉุกเฉิน” หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล

“หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

“ผู้ปฏิบัติการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

“สถาบัน” หมายความว่า สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“กองทุน” หมายความว่า กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

“กรรมการ” หมายความว่า กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

“เลขาธิการ” หมายความว่า เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“พนักงาน” หมายความว่า พนักงานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“ลูกจ้าง” หมายความว่า ลูกจ้างของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจออกประกาศ เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

ประกาศนั้นเมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา ๕ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน” เรียกโดยย่อว่า “กพฉ.” ประกอบด้วย

- (๑) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ
 - (๒) กรรมการโดยตำแหน่งจำนวนสี่คน ได้แก่ ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเลขาธิการสำนักงานประกันสังคมและเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - (๓) กรรมการผู้แทนแพทยสภาจำนวนสองคน โดยอย่างน้อยต้องเป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินจำนวนหนึ่งคน
 - (๔) กรรมการผู้แทนสภาการพยาบาลจำนวนหนึ่งคน
 - (๕) กรรมการผู้แทนสถานพยาบาลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคนโดยเป็นผู้แทนจากสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนประเภทละหนึ่งคน
 - (๖) กรรมการผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน
 - (๗) กรรมการผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและมีบทบาทด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาลที่เป็นนิติบุคคลซึ่งเลือกกันเองจำนวนสองคน
 - (๘) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ในด้านการเงินและบัญชี ด้านกฎหมายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และด้านอื่นที่เป็นประโยชน์จำนวนไม่เกินสี่คน
- ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการและให้เลขาธิการแต่งตั้งพนักงานไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖ การเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

มาตรา ๗ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินเจ็ดสิบปีบริบูรณ์
- (๓) ไม่เคยถูกลงโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุกเว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา ๘ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี และอาจได้รับเลือกหรือแต่งตั้งใหม่อีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินกว่าสองวาระติดต่อกันไม่ได้

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งหากยังมิได้มีการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) ขึ้นใหม่ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับเลือกหรือได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่เมื่อกรรมการจะพ้นตำแหน่งตามวาระให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนก่อนวันครบวาระไม่น้อยกว่าเก้าสิบวันในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่งพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระให้ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการว่างลงและให้ผู้ได้รับเลือกหรือแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทนในกรณีที่วาระของกรรมการที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่ดำเนินการเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ในกรณีเช่นนี้ให้ กพล. ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

มาตรา ๙ นอกจากการพ้นตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามมาตรา ๕ (๕) (๖) (๗) และ (๘) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ(๑)ตาย(๒)ลาออก(๓)ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๙(๔)เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ(๕) กพล. ไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่ให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๑๐ การประชุม กพล.ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุมในการประชุม กพล.ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุมในการปฏิบัติหน้าที่ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้ใดมีส่วนได้เสียโดยตรงหรือโดยอ้อมในเรื่องที่ กพล.พิจารณา ให้ประธานกรรมการหรือกรรมการผู้นั้นแจ้งให้ที่ประชุมทราบและให้ที่ประชุมพิจารณาว่ากรรมการผู้นั้นสมควรจะอยู่ในที่ประชุมหรือมีมติในการประชุมเรื่องนั้นได้หรือไม่ทั้งนี้ตามระเบียบที่ กพล. กำหนดการวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมากกรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๑ กพท. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(๒) เสนอแนะหรือให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๓) เสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคอันเกิดจากการดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา

(๔) กำหนดนโยบายการบริหารงานให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงานและอนุมัติแผนการเงินของสถาบัน

(๕) ควบคุมดูแลการดำเนินงานและการบริหารงานทั่วไป การจัดตั้งและยกเลิกสำนักงานสาขาตลอดจนออกข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไปการบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สินการติดตามประเมินผลและการดำเนินการอื่นของสถาบัน

(๖) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรมเว้นแต่การดังกล่าวจะมีกฎหมายเกี่ยวกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นการเฉพาะก็ให้เป็นไปตามกฎหมายนั้น

(๗) ออกข้อบังคับเกี่ยวกับการให้เข็มเชิดชูเกียรติเพื่อมอบให้แก่บุคคลผู้สนับสนุนกิจการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๘) ดำเนินการให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

(๙) ดำเนินการให้มีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(๑๐) ออกระเบียบเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการรักษาเงินกองทุนรวมทั้งการจัดหาผลประโยชน์ตามมาตรา ๓๖

(๑๑) ให้ความเห็นชอบการกำหนดค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินการของสถาบัน

(๑๒) สรรหา แต่งตั้งประเมินผลการปฏิบัติงานและถอดถอนเลขาธิการ

(๑๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นหรือตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๒ กพท. มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการหรือที่ปรึกษาเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้หรือตามที่ กพท. มอบหมายให้นำความในมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับกับการประชุมคณะกรรมการโดยอนุโลม

มาตรา ๑๓ ให้ประธานกรรมการ กรรมการ ประธานอนุกรรมการหรืออนุกรรมการได้รับประโยชน์ตอบแทนตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

หมวด ๒

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

มาตรา ๑๔ ให้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดินหรือไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่นเรียกโดยย่อว่า “สพท.” ให้สถาบันมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของรัฐมนตรีว่าการของสถาบันไม่อยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานกฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ กฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมและกฎหมายว่าด้วยเงินทดแทนแต่พนักงานและลูกจ้างของสถาบันต้องได้รับประโยชน์ตอบแทนไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายดังกล่าว

มาตรา ๑๕ ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

- (๑) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพท.
- (๒) จัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อ กพท. รวมทั้งกำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ กพท. กำหนด
- (๓) จัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน รวมถึงการบริหารจัดการและการพัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (๔) ศึกษา ค้นคว้าวิจัยและพัฒนา รวมทั้งเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๕) จัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๖) ประสานงาน ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน
- (๗) เป็นศูนย์กลางประสานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน
- (๘) เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน
- (๙) รับผิดชอบงานธุรการของ กพท. หรือปฏิบัติการอื่นตามที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่น หรือที่ กพท. มอบหมาย

มาตรา ๑๖ รายได้ของสถาบัน ประกอบด้วย

- (๑) เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสม
- (๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- (๓) เงินหรือทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของสถาบัน
- (๔) รายได้จากค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินและการดำเนินกิจการของสถาบัน
- (๕) ดอกผลของเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) และ (๔)

เงินและทรัพย์สินของสถาบันไม่ต้องนำส่งกระทรวงการคลังเป็นรายได้ของแผ่นดินตามกฎหมายว่าด้วยเงินคงคลังและกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ

มาตรา ๑๗ ทรัพย์สินของสถาบันไม่อยู่ในความรับผิดชอบแห่งการบังคับคดีบุคคลใดจะยกอายุความขึ้นเป็นข้อต่อสู้กับสถาบันในเรื่องทรัพย์สินของสถาบันมิได้บรรดาทรัพย์สินที่สถาบันได้มาโดยมีผู้บริจาคให้หรือได้มาโดยการซื้อหรือแลกเปลี่ยนจากรายได้ของสถาบัน ให้เป็นกรรมสิทธิ์ของสถาบันเว้นแต่บรรดาสิ่งหา rim ทรัพย์สินที่สถาบันได้มาโดยใช้เงินรายได้ตามมาตรา ๑๖ (๑) ให้ตกเป็นราชพัสดุ แต่สถาบันมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษาและใช้ประโยชน์ให้สถาบันมีอำนาจในการปกครอง ดูแล บำรุงรักษา ใช้และจัดหาประโยชน์จากทรัพย์สินของสถาบัน

มาตรา ๑๘ การเก็บรักษาและการใช้จ่ายเงินของสถาบันให้เป็นไปตามระเบียบที่กพท. กำหนด และต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงินการบัญชีและการพัสดุของสถาบันตลอดจนรายงานผลการตรวจสอบให้ กพท. ทราบอย่างน้อยปีละครั้งให้สถาบันจัดทำงบการเงินซึ่งอย่างน้อยต้องประกอบด้วยงบดุลและบัญชีทำการส่งผู้สอบบัญชีภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปีในทุกรอบปีให้สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินหรือบุคคลภายนอกตามที่กพท. แต่งตั้งด้วยความเห็นชอบของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของสถาบันโดยให้แสดงความคิดเห็นเป็นข้อวิเคราะห์ว่าการใช้จ่ายดังกล่าว เป็นไปตามวัตถุประสงค์ประหยัด และได้ผลตามเป้าหมายเพียงใด แล้วทำรายงานผลการสอบบัญชีเสนอต่อ กพท. ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันสิ้นปีบัญชีของทุกปีให้สถาบันทำรายงานประจำปีเสนอต่อ กพท. และรัฐมนตรีเพื่อทราบโดยแสดงงบการเงินและบัญชีทำการที่ผู้สอบบัญชีรับรองว่าถูกต้องแล้วพร้อมทั้งรายงานของผู้สอบบัญชีรวมทั้งแสดงผลงานของสถาบันในปีที่ผ่านมาด้วย

มาตรา ๑๕ ให้สถาบันมีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสถาบันขึ้นตรงต่อ กพท. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสถาบันและเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างให้ กพท.เป็นผู้คัดเลือกเพื่อแต่งตั้งและถอดถอนเลขาธิการหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่ กพท. ประกาศกำหนด

มาตรา ๒๐ เลขาธิการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

- (๑) มีสัญชาติไทย
- (๒) อายุไม่ต่ำกว่าสามสิบห้าปีบริบูรณ์และไม่เกินหกสิบปีบริบูรณ์
- (๓) สามารถทำงานให้แก่สถาบันได้เต็มเวลา
- (๔) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน
- (๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลายหรือเคยล้มละลายโดยทุจริต
- (๖) ไม่เคยต้องคำพิพากษาหรือคำสั่งของศาลให้ทรัพย์สินตกเป็นของแผ่นดินเพราะร่ำรวยผิดปกติหรือมีทรัพย์สินเพิ่มขึ้นผิดปกติ
- (๗) ไม่เป็นผู้ต้องคำพิพากษาให้จำคุกและถูกคุมขังอยู่โดยหมายของศาลหรือเคยต้องคำพิพากษาให้จำคุกเว้นแต่ในความผิดอันได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๘) ไม่เป็นผู้บริหารหรือพนักงานของรัฐวิสาหกิจ
- (๙) ไม่เป็นข้าราชการพนักงาน หรือลูกจ้าง ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำของราชการส่วนกลางราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (๑๐) ไม่เป็นข้าราชการการเมือง สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร สมาชิกวุฒิสภาสมาชิกสภาท้องถิ่นหรือผู้บริหารท้องถิ่น
- (๑๑) ไม่เคยถูกไล่ออกปลดออก หรือให้ออกจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือบริษัทมหาชนจำกัดเพราะทุจริตต่อหน้าที่

(๑๒) มีคุณสมบัติหรือไม่มีลักษณะต้องห้ามอย่างอื่นตามที่ กพท. กำหนด

มาตรา ๒๑ ให้เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปีและอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีกรรมการแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ให้ กพท. แต่งตั้งกรรมการหรือพนักงานของสถาบันคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทนในกรณีที่เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้รองเลขาธิการที่ กพท. กำหนดเป็นผู้รักษาการแทนแต่ถ้าไม่มีรองเลขาธิการหรือมีแต่ไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ กพท. แต่งตั้งพนักงานของสถาบันคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา ๒๒ เลขธิการพ้นจากตำแหน่งเมื่อ(๑)ตาย(๒)ลาออก(๓)ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๐(๔) กพล.ถอดถอนจากตำแหน่ง เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ที่มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถของ กพล.ให้เลขธิการพ้นจากตำแหน่งตาม(๔)ต้องประกอบด้วยคะแนนเสียงไม่น้อยกว่าสองในสามของจำนวนกรรมการที่มีอยู่โดยไม่นับรวมเลขธิการ

มาตรา ๒๓ เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนของเลขธิการให้เป็นไปตามที่ กพล.กำหนด ตามหลักเกณฑ์ที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

มาตรา ๒๔ เลขธิการมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) บริหารกิจการของสถาบันให้เป็นไปตามกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ มติหรือนโยบายของ กพล.

(๒) จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนการเงินของสถาบันเสนอ กพล.เพื่ออนุมัติ

(๓) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงินการงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสถาบัน ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศที่ กพล.กำหนด

(๔) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสถาบันเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย ข้อบังคับระเบียบ ประกาศ มติ หรือนโยบายของ กพล.

(๕) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ กพล. มอบหมาย

มาตรา ๒๕ ให้เลขธิการเป็นผู้แทนของสถาบันในกิจการของสถาบันที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอกแต่เลขธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่ กพล.กำหนดก็ได้นิติกรรมที่กระทำโดยฝ่าฝืนมติหรือระเบียบที่ กพล.กำหนดย่อมไม่ผูกพันสถาบัน เว้นแต่ กพล. จะให้สัตยาบัน

มาตรา ๒๖ เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานของสถาบันรัฐมนตรีอาจขอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งได้แก่ ข้าราชการ เจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานอื่นในกระทรวง ทบวง กรม ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจหรือหน่วยงานอื่นของรัฐมาปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างในสถาบันเป็นการชั่วคราวได้ทั้งนี้ เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้บังคับบัญชาหรือนายจ้างของผู้ นั้นแล้วแต่กรณีเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้ใดได้รับอนุมัติให้มาปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบันตามวรรคหนึ่งให้ถือว่าเป็นการได้รับอนุญาตให้ออกจากราชการหรือออกจากงานไปปฏิบัติงานใด ๆ และให้นับเวลาระหว่างที่มาปฏิบัติงานในสถาบันสำหรับคำนวณบำเหน็จบำนาญหรือประโยชน์ตอบแทนอื่นทำนองเดียวกันเสมือนอยู่ปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานเต็มเวลาดังกล่าวแล้วแต่กรณี

มาตรา ๒๗ ในกรณีที่เจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา ๒๖ ขอลับเข้ารับราชการหรือปฏิบัติงานในสังกัดเดิม ภายในกำหนดเวลาที่อนุมัติให้ผู้นั้นมีสิทธิได้รับบรรจุและแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งและรับเงินเดือนตามข้อตกลงที่ทำไว้ในการอนุมัติตามมาตรา ๒๖

หมวด ๓

การปฏิบัติการฉุกเฉิน

มาตรา ๒๘ เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้น่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการดังต่อไปนี้

(๑) ตรวจสอบคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน

(๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนการส่งต่อเว้นแต่มีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น

(๓) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีให้นำสิทธิการประกันการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลหรือความสามารถในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเงื่อนไขใด ๆ มาเป็นเหตุปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินให้ไม่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันที่ที่หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลผู้ปฏิบัติการให้ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักการตามวรรคหนึ่ง

มาตรา ๒๙ เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินให้เป็นไปตามหลักการตามมาตรา ๒๘ กพท. มีอำนาจประกาศกำหนดในเรื่อง ดังต่อไปนี้

(๑) ประเภท ระดับอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ หรือข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล

(๒) หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาล

(๓) มาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน

(๔) หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับการประสานงานและการรายงานของหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลในการปฏิบัติการฉุกเฉินรวมทั้งความพร้อมเกี่ยวกับบุคลากร พาหนะ สถานที่และอุปกรณ์ในการปฏิบัติการฉุกเฉินและการรับผู้ป่วยฉุกเฉินหน่วยปฏิบัติการซึ่งปฏิบัติการ

ถูกเงินตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพท. กำหนดตามวรรคหนึ่งอาจได้รับการรับรอง มาตรฐานการปฏิบัติการถูกเงินหรือมีสิทธิได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจากกองทุนในกรณีที่ หน่วยปฏิบัติการใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และมาตรฐานที่ กพท. กำหนดตามวรรคหนึ่ง กพท. อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐานการปฏิบัติการถูกเงินหรือสั่งจำกัดสิทธิหรือขอบเขตความ รับผิดชอบในการปฏิบัติการถูกเงินตาม (๑) หรือจะสั่งการสนับสนุนด้านการเงินด้วยก็ได้ใน กรณีที่สถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขหรือมาตรฐานที่ กพท. กำหนดตามวรรค หนึ่ง ให้ กพท. แจ้งให้หน่วยงานที่ควบคุมหรือกำกับสถานพยาบาลนั้นดำเนินการให้สถานพยาบาล ดังกล่าวปฏิบัติให้ถูกต้องโดยถือเป็นเงื่อนไขในการประกอบกิจการสถานพยาบาล

มาตรา ๓๐ ให้ กพท. กำกับดูแลให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการและ สถานพยาบาลปฏิบัติการถูกเงินให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและมาตรฐานที่กำหนดการ กำกับดูแลการปฏิบัติการของผู้ปฏิบัติการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กพท. ประกาศกำหนดเว้นแต่ การปฏิบัติการถูกเงินของผู้ปฏิบัติการที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลใด ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการถูกเงินให้ กพท. ดำเนินการ สอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒ ในการสอบสวนตามวรรคหนึ่ง ให้ กพท. มี อำนาจเรียกบุคคลใด ๆ มาให้ถ้อยคำหรือแจ้งให้บุคคลใด ๆ ส่งเอกสารหรือวัตถุที่จำเป็นแก่การ ดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่

มาตรา ๓๒ ในกรณีที่ผลการสอบสวนตามมาตรา ๓๑ ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการหน่วย ปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและมาตรฐานที่กำหนดและการ กระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับหรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้ กพท. ดำเนินการ อย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้

(๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้น ปฏิบัติให้ถูกต้อง

(๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของ หน่วยปฏิบัติการเพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

(๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

(๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรม กับผู้ปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

หมวด ๔ กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา ๓๓ ให้จัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่งในสถาบัน เรียกว่า “กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน” มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยให้กับผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการปฏิบัติการฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลเพียงพอประกอบด้วยเพื่อส่งเสริมการมีบทบาทตามความพร้อม ความเหมาะสมและความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้ กพฉ.สนับสนุนและประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่โดยอาจได้รับการอุดหนุนจากกองทุน

มาตรา ๓๔ กองทุนประกอบด้วย

- (๑) เงินอุดหนุนที่รัฐบาลจัดสรรให้จากงบประมาณรายจ่ายประจำปี
- (๒) เงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้บริจาคให้
- (๓) เงินหรือทรัพย์สินที่ได้มาในกิจการของสถาบัน
- (๔) เงินค่าปรับทางปกครองตามพระราชบัญญัตินี้
- (๕) เงินที่ได้จากหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์
- (๖) เงินสมทบอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ
- (๗) ดอกผลหรือผลประโยชน์ที่เกิดจากเงินหรือทรัพย์สินตาม (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) และ (๖)

มาตรา ๓๕ เพื่อประโยชน์ในการจัดหาเงินกองทุนตามมาตรา ๓๔ (๕) กพฉ.อาจทำความตกลงกับหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นที่มีวัตถุประสงค์หรือเกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านสาธารณสุขหรือการแพทย์เพื่อสนับสนุนทางการเงินให้แก่กองทุนโดยพิจารณาตามอัตราส่วนของการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของสถาบันกับการลดภาระการดำเนินการของหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนนั้น ทั้งนี้ในกรณีที่มีปัญหาในการดำเนินการ กพฉ.อาจเสนอเรื่องให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาวินิจฉัยได้การจ่ายเงินของหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นให้กับกองทุนตามวรรคหนึ่งให้ถือเป็นการจ่ายเงินที่กระทำได้ตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานของรัฐหรือกองทุนอื่นตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น

มาตรา ๓๖ เงินและทรัพย์สินตามมาตรา ๓๔ ให้เป็นของสถาบันเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของกองทุนการรับเงิน การจ่ายเงินและการเก็บรักษาเงินกองทุน รวมทั้งการนำเงินกองทุนไปจัดหาผลประโยชน์ให้เป็นไปตามระเบียบที่ กพท. กำหนดให้นำความในมาตรา ๑๘ มาใช้บังคับโดยอนุโลมกับการจัดการทางการเงินการสอบบัญชีและประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของกองทุน

หมวด ๕

โทษทางปกครอง

มาตรา ๓๗ ผู้ใดฝ่าฝืนประกาศที่ กพท. กำหนดตามมาตรา ๒๕ (๑) ต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินหนึ่งแสนบาท

มาตรา ๓๘ ผู้ใดใช้ระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่จัดไว้สำหรับการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยประการที่จะทำให้เกิดความเสียหายแก่การปฏิบัติการฉุกเฉินต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าพันบาท

มาตรา ๓๙ การกำหนดโทษปรับทางปกครองตามมาตรา ๓๗ และมาตรา ๓๘ ให้ กพท. คำนึงถึงความร้ายแรงของพฤติกรรมแห่งการกระทำความเสียหายที่เกิดจากการกระทำนั้น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราที่ กพท. กำหนด

มาตรา ๔๐ ผู้ใดใช้เข็มเชิดชูเกียรติโดยไม่มีสิทธิหรือแสดงด้วยประการใด ๆ ว่าตนมีประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะโดยที่ตนไม่มีสิทธิต้องระวางโทษปรับทางปกครองไม่เกินห้าหมื่นบาท

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๑ ให้โอนบรรดาอำนาจหน้าที่ กิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้ และเงินงบประมาณของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเฉพาะในส่วนของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับไปเป็นของสถาบัน

มาตรา ๔๒ ในวาระเริ่มแรกให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเพื่อให้มี กพท. ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับในระหว่างที่ยังไม่มี กพท. ตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ กพท. ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขปลัดกระทรวงการคลัง

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขานุการสำนักงานประกันสังคม เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและผู้ปฏิบัติหน้าที่เลขานุการสถาบันตามมาตรา ๔๓

มาตรา ๔๓ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับปฏิบัติหน้าที่เลขานุการสถาบันจนกว่าจะแต่งตั้งเลขานุการตามพระราชบัญญัตินี้แต่ทั้งนี้ต้องไม่เกินหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๔๔ ข้าราชการหรือลูกจ้างของส่วนราชการใดประสงค์จะไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบันให้แสดงความจำนงเป็นหนังสือต่อเลขานุการและต้องผ่านการคัดเลือกและประเมินผลตามหลักเกณฑ์ที่ กพท. กำหนดภายในสองปีนับแต่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

มาตรา ๔๕ ข้าราชการที่ไปปฏิบัติงานเป็นพนักงานของสถาบันตามมาตรา ๔๔ ให้ถือว่าเป็นการออกจากราชการเพราะทางราชการเลิกหรือยุบตำแหน่งและให้ได้รับบำเหน็จบำนาญตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการแล้วแต่กรณี ลูกจ้างซึ่งไปปฏิบัติงานเป็นลูกจ้างของสถาบันตามมาตรา ๔๔ ให้ถือว่าเป็นการออกจากราชการเพราะทางราชการยุบเลิกตำแหน่งหรือเลิกจ้างโดยไม่มีความผิดและให้ได้รับบำเหน็จตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยบำเหน็จลูกจ้าง

เพื่อประโยชน์ในการนับเวลาทำงานสำหรับคำนวณสิทธิประโยชน์ตามข้อบังคับของสถาบันข้าราชการหรือลูกจ้างส่วนราชการผู้ใดที่เปลี่ยนสถานะไปตามมาตรา ๔๔ ประสงค์จะให้นับเวลาราชการหรือเวลาทำงานในขณะที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างต่อเนื่องกับเวลาทำงานของพนักงานหรือลูกจ้างของสถาบันแล้วแต่กรณีก็ให้มีสิทธิกระทำได้โดยแสดงความจำนงว่าไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญ

การไม่ขอรับบำเหน็จหรือบำนาญตามวรรคสามจะต้องกระทำภายในหกสิบวันนับแต่วันที่เปลี่ยนสถานะสำหรับกรณีของข้าราชการให้ดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการหรือกฎหมายว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการแล้วแต่กรณีสำหรับกรณีของลูกจ้างให้กระทำเป็นหนังสือลงลายมือชื่อเป็นหลักฐานยื่นต่อเลขานุการเพื่อส่งต่อไปให้กระทรวงการคลังทราบ

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์

นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ :-เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันยังขาดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรอุปกรณ์ และเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งยังขาดหน่วยงานรับผิดชอบประสานการปฏิบัติการ ทำให้มีผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญรวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรเพื่อลดและป้องกันความสูญเสียดังกล่าวสมควรกำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น เพื่อกำหนดมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตลอดจนกำหนดให้มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอันจะทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานโดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้นจึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้



ภาคผนวก ข

ระเบียบและคำสั่งต่าง ๆ เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมทางการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8 กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-2801 โทรสาร 0-2590-2802 เว็บไซต์: www.niems.go.

ที่ สพท 05 / 187

18 มีนาคม 2553

เรื่อง ลงนามคำสั่งแต่งตั้ง

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้ประสานงานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ นั้น

ในการนี้ เพื่อให้มีระบบการสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ พิจารณาแล้วเห็นสมควรขออนุมัติแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน รายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง ที่แนบมาพร้อมนี้ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ร.อ.

(อัครวิริยะ พงษ์มา)

1) เรียนท่านเลขาธิการ

รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ

เรียนท่านเลขาธิการ

2) ลงนามแล้ว

เรียนท่านเลขาธิการ

พ.ร.อ. อัครวิริยะ พงษ์มา

ผู้รับผิดชอบ นางณฤดา ลิ้มพุกอักษร e-mail

นางณฤดา ลิ้มพุกอักษร

(นายประจักษ์วิทย์ เลื่อนนาค)

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
19 มี.ค. 2553

(นายชาติวี เจริญวิเศษกุล)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
19 มี.ค. 2553



คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ที่ ๑๙ / ๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

ตามที่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมการบินพลเรือน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เห็นชอบลงนามร่วมกันในบันทึกความตกลงเรื่อง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมการบินพลเรือน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมเป็นไปด้วยความรวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยเหลือชีวิตหรือระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเห็นชอบกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติร่วมกัน นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ มาตรา ๒๔ (๑) และมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับมติคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๒/๒๕๕๒ เมื่อวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ เลขที่การสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงออกคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ประกอบด้วย

(๑)	นายประจักษ์วิฑูรย์ ธีรนาถ	ประธานคณะทำงาน
(๒)	นายไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	รองประธานคณะทำงาน
(๓)	ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	คณะทำงาน
(๔)	ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	คณะทำงาน
(๕)	ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน
(๖)	ผู้แทนกรมการบินพลเรือน	คณะทำงาน

(๗)	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	คณะทำงาน
(๘)	ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
(๙)	รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และจัดระบบบริการ	เลขานุการ
(๑๐)	ผู้จัดการงานโรคเฉพาะ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๑)	ผู้จัดการงานจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ	ผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานตามข้อ ๑ มีหน้าที่ ดังนี้

- ๒.๑ วางแผน ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีระบบการสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน
- ๒.๒ จัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน
- ๒.๓ ประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓



(นายชาติรี เจริญชีวะกุล)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ที่ ๑๙ / ๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

ตามที่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวง
ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมการบินพลเรือน กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้เห็นชอบลงนามร่วมกันในบันทึกความตกลง
เรื่อง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและ
สหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมการบินพลเรือน กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย
วิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสมเป็นไปด้วย
ความรวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยเหลือชีวิตหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และเห็นชอบกำหนด
แนวทางเพื่อถือปฏิบัติร่วมกัน นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ มาตรา ๒๔ (๑) และมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติ
การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ประกอบกับมติคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๒/๒๕๕๒ เมื่อวันที่
๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ เสนอการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงออกคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน
ประกอบด้วย

(๑) นายประจักษ์วิฐ เลื่อนาค	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายไพโรจน์ บุญศิริคำชัย	รองประธานคณะทำงาน
(๓) ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ	คณะทำงาน
(๔) ผู้แทนสำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	คณะทำงาน
(๕) ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน
(๖) ผู้แทนกรมการบินพลเรือน	คณะทำงาน

สำเนาฉบับ



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8 กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0-2590-2801 โทรสาร 0-2590-2802 เว็บไซต์: www.niems.go.th

ที่ สพท 05 / 1853

18 มีนาคม 2553

เรื่อง ลงนามคำสั่งแต่งตั้ง

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ให้ความเห็นชอบในการดำเนินงานโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นผู้ประสานงานกับสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน และเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ นั้น

ในการนี้ เพื่อให้มีระบบการสนับสนุนการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานที่มีประสิทธิภาพ และเพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ พิจารณาแล้วเห็นสมควรขออนุมัติแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน รายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรดลงนามในคำสั่งแต่งตั้ง ที่แนบมาพร้อมนี้ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ร.อ.

(อจจริยะ เพงมา)

รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ

ผู้รับผิดชอบ นางณฤตา ลิ้มพุทธอักษร e-mail

18 มีนาคม 2553
ร.อ. /ตรา



สภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

ชั้น 2 อาคารกองวิศวกรรมทางการแพทย์ สาธารณสุขซอย 8 กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-2801 โทรสาร 0-2590-2802 เว็บไซต์: www.niems.go.th

ที่ สพท. 05 / ๒๕๕๓

๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

เรื่อง ขออนุมัติโครงการอบรมบุคลากรหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น
(Basic Aeromedical Evacuation Course)

เรียน เลขาธิการสภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ตามที่สภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ลงนามในบันทึกความตกลงเรื่องการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของกระทรวงกลาโหม ระหว่างกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และได้ลงนามในสัญญาการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ห่างไกลคมนาคม พื้นที่ทุรกันดารและพื้นที่พิเศษระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) นั้น

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินงานโครงการดังกล่าวสำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการพิจารณาแล้ว เห็นสมควรจัดอบรมบุคลากรฉุกเฉินร่วมปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน โดยได้รับความร่วมมือจากสถาบันเวชศาสตร์การบินเป็นผู้ฝึกอบรม รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบขอได้โปรด

1. อนุมัติให้สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ ดำเนินการโครงการอบรมบุคลากรหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น (Basic Aeromedical Evacuation Course) โดยใช้งบประมาณจากสภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โครงการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน รหัสกิจกรรม.....

2. ลงนามในหนังสือแจ้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นางจันทร์เพ็ญ เล็กเลิศ)

รองอธิการบดี
องค์การอนามัยโลก

รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ

(นายประจักษ์วิช เลื่อนาค)

ผู้รับผิดชอบ นางณฤดา ลิ้มพุทธอักษร e-mail : nayada.l@niems.go.th รองเลขาธิการสภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
รักษาการแทน เลขาธิการสภานักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๒๕ ตุลาคม ๒๕๕๒

ภาคผนวก ฅ

หนังสือสัญญาบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน



สัญญาการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน
ในพื้นที่ท่าอากาศยานนานาชาติ พื้นที่กรุงเทพมหานคร และ พื้นที่พิเศษ
ระหว่าง
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
และ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด(มหาชน)

สัญญาเลขที่.....๕๙/๒๕๕๒

สัญญานี้ทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อาคารกองวิศวกรรม ถนน
ติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ๘ เดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ระหว่าง สถาบันการแพทย์
ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยนายชาติเร จริยชีวะกุล เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนายวีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ เรียกว่า “ผู้ขอรับการสนับสนุน” ฝ่ายหนึ่ง กับ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ
จำกัด(มหาชน) ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
กระทรวงพาณิชย์ มีสำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ ๒ ซอยสุขุมวิท ๘ ถนน เพชรบุรีตัดใหม่ แขวง บางกะปิ
เขต ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดย นายชาติเร ดวงเนตร และนายจุลเดช ศุภสุนทรกุล ผู้มีอำนาจลงนาม
ผูกพันนิติบุคคลปรากฏตามหนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท เลขที่ สจ. ๓๐๐๐๔๘๘ ลง
วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๕๒ แบบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้การสนับสนุน” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้ง ๒ ฝ่าย ได้ตกลงกันมีข้อความดังนี้

ข้อ ๑ ข้อตกลงดำเนินการ

ผู้ขอรับการสนับสนุน ตกลงให้รับ และผู้ให้การสนับสนุน ตกลงรับเป็นผู้ช่วยเหลือ
ผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์) ทะเบียนสัญชาติไทย หมายเลข HS-BHS ดำเนินการโดย
บริษัท กรุงเทพเฮลิคอปเตอร์เซอร์วิส จำกัด หรือ อากาศยานที่บริษัท กรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ได้
ว่าจ้างอากาศยาน ให้เป็นผู้ดำเนินการบริการอากาศยานสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อ
ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ท่าอากาศยานนานาชาติพื้นที่กรุงเทพมหานคร และ พื้นที่พิเศษ ซึ่งการดำเนินการจะอยู่
ภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

ข้อ ๒ การขอรับบริการช่วยเหลือผู้ป่วย

ผู้ให้การสนับสนุน จะให้บริการรับผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานปีกหมุน(เฮลิคอปเตอร์) โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดงของโรค ประกอบกับสถานที่ของผู้ป่วย และ ระยะทาง / ระยะเวลา โดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้

- ๒.๑ ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินทางด้านหัวใจและระบบหายใจ
- ๒.๒ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบอย่างรุนแรง
- ๒.๓ ผู้ป่วยมีภาวะหมดสติจากเส้นเลือดในสมอง
- ๒.๔ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกอย่างรุนแรง
- ๒.๕ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน
- ๒.๖ ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง
- ๒.๗ ผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม
- ๒.๘ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าต้องเดินทางไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาล

ที่มีศักยภาพสูงกว่า ด้วยความรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อ ๓ สถานที่ของผู้ป่วย

ในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงออกถึงการเจ็บป่วยฉุกเฉิน สถานที่ของผู้ป่วย ต้องเป็น

- ๓.๑ พื้นที่ทุรกันดาร / พื้นที่ห่างไกล / พื้นที่เกาะ / พื้นที่ประสบภัย
- ๓.๒ พื้นที่ที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ (พื้นที่พิเศษ)

ข้อ ๔ ระยะทางและระยะเวลา

ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างทันที โดยระยะทางและระยะเวลา ที่ใช้ในการนำส่งผู้ป่วย เข้ารับการรักษาต้องมีผลต่อการมีชีวิตรอดหรือความพิการของผู้ป่วย

ข้อ ๕ ผู้แจ้งขอรับบริการช่วยเหลือ

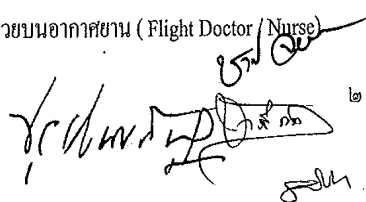
๕.๑ เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์สื่อสารและสั่งการ ประจำจังหวัด ที่ผ่านความเห็นชอบจาก ผู้ว่าราชการจังหวัด / ผู้บังคับการตำรวจภูธรหรือนครบาล/นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด /ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล /ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร/ แพทย์เจ้าของไข้ ที่ได้รับความยินยอมจาก เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย หรือ

๕.๒ ผู้ว่าราชการจังหวัด / นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้บังคับการตำรวจภูธร หรือ นครบาล/ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล / ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร/ แพทย์เจ้าของไข้ ที่ได้รับความยินยอมจากเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย หรือ

๕.๓ เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ ผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย

ข้อ ๖ บุคลากรที่ต้องร่วมไปกับผู้ป่วยในอากาศยานปีกหมุน (เฮลิคอปเตอร์)

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเฮลิคอปเตอร์ จะต้องมีแพทย์ และพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย ซึ่งแพทย์และพยาบาลควรผ่านการอบรมหลักสูตร “การดูแลผู้ป่วยบนอากาศยาน (Flight Doctor / Nurse)

 ๒

ข้อ ๘ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย

๘.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมาจาก งบประมาณของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๘.๒ ให้หน่วยบินที่ให้การสนับสนุน รายงานค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อต้นสังกัดภายหลังสิ้นสุดการบิน โดยให้ต้นสังกัดจัดทำเรื่องขอรับค่าใช้จ่ายจากผู้ขอรับการสนับสนุน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ผ่านทางผู้แจ้งขอรับการช่วยเหลือเพื่อรับรองเอกสารและแจ้งให้ผู้ขอรับการสนับสนุนพิจารณา เมื่อผู้ขอรับการสนับสนุนได้รับหนังสือแจ้งอย่างเป็นทางการแล้ว จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้กับผู้ให้การสนับสนุนตามที่ต้นสังกัดร้องขอ

ผู้ขอรับการสนับสนุนตามวรรคแรก จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ได้รับการแจ้งไม่เกินครั้งละ ๔๐,๐๐๐.๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ต่อ ๑ (หนึ่ง)ภารกิจ ในรัศมีไม่เกิน ๑๕๐ (หนึ่งร้อยห้าสิบ) กิโลเมตร หรือ ๑ (หนึ่ง) ชั่วโมงบิน หากอย่างใดอย่างหนึ่งเกินกว่าที่กำหนดจะพิจารณาเป็นกรณี ๆ ไป ทั้งนี้ ให้มีกำหนดระยะเวลาการจ่ายเงินเดือนละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๙ ระยะเวลาดำเนินการ

ผู้ให้การสนับสนุนจะเริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ลงนามในสัญญานี้เป็นระยะเวลา

๑ (ตาม)ปี

ข้อ ๑๐ การบอกเลิกสัญญา

ในกรณีที่ผู้ให้การสนับสนุนดำเนินงานผิดข้อสัญญาหรือเลขหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้า หรือความเสียหาย ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ขอรับการสนับสนุนมีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ทันที และผู้ให้การสนับสนุนจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหายที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้ ผู้ให้การสนับสนุนยินยอมให้ผู้ขอรับการสนับสนุน หักออกจากจำนวนค่าใช้จ่ายที่ค้างจ่าย และระงับการจ่ายค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่ผู้ขอรับการสนับสนุนเห็นสมควร โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และมีสิทธิเรียกค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนดังกล่าวคืนได้ตามที่เห็นสมควรด้วย

ข้อ ๑๑ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

ผลงานหรือกิจกรรมการดำเนินงานในสิ่งพิมพ์หรือสื่อใดก็ตามในแต่ละครั้ง ผู้ให้การสนับสนุน ต้องประกาศหรือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่า “ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข” เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษ แล้วแต่กรณี หรือแจ้งข้อความดังกล่าวด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของหน่วยงาน ในบริเวณที่จัดกิจกรรม หรือในวัสดุ หรือเอกสารเผยแพร่ของแผนงานทุกชิ้น ทั้งนี้เงื่อนไขการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ตามเอกสารประกอบข้อตกลง

ผลงานและผลผลิตที่เกิดจากการดำเนินงาน เป็นลิขสิทธิ์ของผู้รับการสนับสนุน หากมีการเผยแพร่ใดจะต้องได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากผู้รับการสนับสนุนก่อน

ข้อ ๑๑ การชดเชยระยะเวลา

ในกรณีที่สัญญาฉบับดังกล่าวได้ใช้แล้ว แต่ผู้ให้การสนับสนุนไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือได้ เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย หรือเหตุการณ์อื่นอันใดเกิดขึ้น ผู้ให้การสนับสนุนจะต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้รับการสนับสนุนทราบ ทั้งนี้ ผู้ให้การสนับสนุนจะต้องชดเชยระยะเวลาเท่ากับจำนวนระยะเวลาที่ไม่สามารถให้บริการได้ เมื่อสัญญานั้นสิ้นสุดระยะเวลาลง

สัญญานี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน ทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....
(นายชาติ เจริญวิระกุล)
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ.....
(นายวิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ)
รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ลงชื่อ.....
(นายชาติ ควนเนตร)
กรรมการบริหารกรุงเทพมหานครเขตการ จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ.....
(นายจุลเดช ยศสุนทรกุล)
กรรมการบริหารกรุงเทพมหานครเขตการ จำกัด (มหาชน)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นายประจักษ์วิช เล็บนาค)
รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นายไพศาล ก้อนจำปา)
ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการบินเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉิน
บริษัทกรุงเทพมหานครเขตการ จำกัด (มหาชน)

บันทึกแนบท้ายแก้ไขสัญญาเลขที่ ๕๘ / ๒๕๕๒
 การดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน
 ในพื้นที่ห่างไกลคมนาคม พื้นที่ทุรกันดาร และ พื้นที่พิเศษ
 ระหว่าง
 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
 และ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน)

โดยที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มีมติในเรื่องการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานให้เป็น ๔๐,๐๐๐.บาท ต่อ ๑ (หนึ่ง) ชั่วโมงบิน ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน คู่สัญญาทั้งสองฝ่ายจึงได้จัดทำบันทึกแนบท้ายการแก้ไขสัญญาเลขที่ ๕๘/ ๒๕๕๒ ซึ่งบันทึกแนบท้ายฉบับนี้ได้ทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อาคารกองวิศวกรรม ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนธ์ เมื่อวันที่ ๑๗ เดือนกันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยนายชาติรี เจริญชีวะกุล เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนายวิระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้ เรียกว่า “ผู้ขอรับการสนับสนุน” ฝ่ายหนึ่ง กับ บริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการ จำกัด (มหาชน) ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มีสำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ ๒ ซอยสุขุมวิทจิบ ๗ ถนน เพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร โดย นายชาติรี ดวงเนตร และ นายจุลเดช ยศสุนทรากุล ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคล ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้ให้การสนับสนุน” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้ง ๒ ฝ่าย ได้ตกลงกันแก้ไขสัญญาในข้อ ๖ วรรคสอง ให้เป็น “ผู้ขอรับการสนับสนุนตามวรรคแรก จะสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่ได้รับการแจ้งครั้งละ ๔๐,๐๐๐.บาท ต่อ ๑ (หนึ่ง) ชั่วโมงบิน ทั้งนี้ให้มีกำหนดระยะเวลาการจ่ายเงินเดือนละหนึ่งครั้ง”

สำหรับความในข้ออื่น ๆ ให้เป็นไปตามสัญญาเดิมทุกประการ



บันทึกแนบท้ายแก้ไขสัญญาที่ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน ทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ
ข้อความนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้
ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....
(นายชาติรี เจริญชีวะกุล)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



ลงชื่อ.....
(นายชาติรี ควงเนตร)

กรรมการบริหารกรุงเทพมหานครเขตสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

ลงชื่อ.....
(นายวีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ)

รองเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....
(นายจุลเดช ยศสุนทรากุล)

กรรมการบริหารกรุงเทพมหานครเขตสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นายประจักษ์วิช เลื่อนนาค)

รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

(ลงชื่อ)..... พยาน
(นายไพศาล ก้อนจำปา)

ผู้จัดการฝ่ายปฏิบัติการบินเฮลิคอปเตอร์การแพทย์ฉุกเฉิน
บริษัทกรุงเทพมหานครเขตสุขภาพ จำกัด (มหาชน)



บันทึกความตกลง
เรื่องการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานของกระทรวงกลาโหม
ระหว่าง
กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอากาศยานในการส่งต่อไปยังหน่วยงานการแพทย์ระดับโรงพยาบาล เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยเหลือชีวิตหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้เห็นชอบร่วมกันกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นภายในประเทศอย่างเร่งด่วนและจำเป็นในพื้นที่ห่างไกลการคมนาคม พื้นที่ทุรกันดาร หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ
๒. ดำเนินการโดยใช้อากาศยาน (เครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์) ของกองทัพ ได้แก่ กองทัพบก กองทัพเรือ และกองทัพอากาศ เพื่อเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานการแพทย์ระดับโรงพยาบาลที่มีชำนาญทั่วประเทศ

๓. การใช้อากาศยานต้องได้รับการพิจารณาความเหมาะสม และเห็นชอบจากเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีแพทย์และพยาบาลร่วมเดินทางในอากาศยานด้วย ทั้งนี้การปฏิบัติห้วงเวลาดังกล่าว จะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของกองทัพ และค่าของจะต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการใช้อากาศยานนั้น

๔. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้อากาศยาน นั้น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นหน่วยรับผิดชอบอัตราค่าใช้จ่าย คิดตามระยะเวลาการใช้อากาศยานเป็นรายชั่วโมง และให้เป็นไปตามระเบียบและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

๕. ให้มีการกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติเพิ่มเติมในการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การเกิดเหตุและการขนย้าย การติดต่อประสานงาน การวางแผน การติดต่อสื่อสารทั้งระบบ การขนย้ายภาคพื้นดิน/ภาคอากาศ และพื้นที่ขึ้น - ลงของอากาศยาน การเบิกค่าใช้จ่าย และการซักซ้อมการปฏิบัติ

๖. การปฏิบัติหน้าที่/ภารกิจ ตามบันทึกความตกลงฉบับนี้ เจ้าหน้าที่กระทรวงกลาโหม ไม่ต้องรับผิดชอบในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการเดินทางโดยอากาศยาน หรืออันเนื่องมาจากการเดินทางโดยอากาศยาน รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายแก่ชีวิต และทรัพย์สิน ของเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ระหว่างเดินทางโดยอากาศยาน

- ๒ -

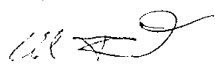
๗. บันทึกความตกลงนี้ อาจได้รับการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยได้รับความเห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษร จากกระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๘. บันทึกความตกลงนี้ทำขึ้นสี่ฉบับ โดยมีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสี่ฝ่ายได้อ่านและเข้าใจโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานและแต่ละฝ่ายเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

๙. บันทึกความตกลงนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๑๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็นต้นไป

กระทรวงกลาโหม

พลเอก



(อภิชาติ เพ็ญภักดี)

ปลัดกระทรวงกลาโหม

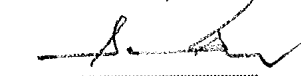
กระทรวงสาธารณสุข



(นายปราชญ์ บุณยวงศ์วิโรจน์)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

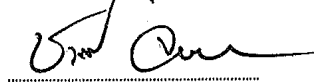
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นายวินัย สวัสดิ์วร)

เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



(นายชาติเรี เจริญชีวะกุล)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



ข้อตกลงการจัดอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น
(Basic Aeromedical Evacuation Course)

ข้อตกลงเลขที่ ๑ /๒๕๕๒

ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อาคารกองวิศวกรรมทางการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ๙ เดือนตุลาคม พ.ศ.๒๕๕๒ ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย นายชาติรี เจริญชีวะกุล เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ” ฝ่ายหนึ่ง กับ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ โดย พลอากาศตรี วีระภาพ เสนะวงษ์ ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า “สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันมีข้อความดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ข้อตกลงดำเนินการ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติตกลงให้ และสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ตกลงรับจัดอบรมหลักสูตรการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น (Basic Aeromedical Evacuation Course) ให้กับบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลค่าย/โรงพยาบาลตำรวจ/ หรือ หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ประกอบด้วย

- (๑) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ผู้ปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- (๒) พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประสบการณ์ทำงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน
- (๓) เวชกรฉุกเฉินระดับกลางที่มีประสบการณ์ทำงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

มากกว่า ๑ ปี

มากกว่า ๒ ปี

ข้อ ๒ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศจะต้องดำเนินการกิจกรรม ดังนี้

- (๑) จัดอบรมบุคลากรตามข้อ ๑ จำนวน ๑๒ รุ่น รุ่นละ ๓๖ คน
- (๒) อบรมด้านทฤษฎี รุ่นละ ๑๘ ชั่วโมง
- (๓) อบรมภาคปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วย รุ่นละ ๔ ชั่วโมง
- (๔) Hypobaric chamber รุ่นละ ๓ ที่เที่ยว
- (๕) จัดทำเอกสาร...

- ๒ -

(๕) จัดทำเอกสารการสอนให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนทูลง

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินการ

สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ ต้องเริ่มจัดอบรมตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ และสิ้นสุดการอบรมในเดือนตุลาคม ๒๕๕๓

ข้อ ๔ การจ่ายเงิน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตกลงจ่ายเงินเป็นค่าจัดอบรมหลักสูตร การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้นให้สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ จำนวน ๙๕๔,๐๐๐ บาท (เก้าแสนห้าหมื่นสี่พันบาทถ้วน) โดยแบ่งเป็น ๒ งวด ดังนี้

งวดที่ ๑ ร้อยละ ๕๐ หลังจากลงนามในข้อตกลงแล้ว

งวดที่ ๒ ร้อยละ ๕๐ เมื่อส่งรายงานการจัดอบรมหลักสูตรและตำรา รายชื่อและประวัติวิทยากรผู้สอนตลอดหลักสูตร ทะเบียนผู้รับการอบรม ระยะเวลาและรุ่นการอบรม การประเมินผลวิทยากร ผู้รับการอบรม หลักสูตรการอบรม และข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงหลักสูตรต่อเนื่อง

ข้อ ๕ เงื่อนไขอื่น ๆ

๕.๑ สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศจะต้องทำการประชาสัมพันธ์ โครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องโดยติดป้ายเครื่องหมายของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ไว้ที่ทำการ อบรม

๕.๒ ลิขสิทธิ์ใดที่เกิดขึ้นจากการอบรมนี้ให้เป็นลิขสิทธิ์ร่วมกันทุกฝ่าย

ข้อตกลงนี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ โดยตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และทั้งสองฝ่ายต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ

(ลงชื่อ) นาย.....

(ลงชื่อ) พลอากาศตรี.....

(ชาติรี เจริญชีวะกุล)

(ธีระภาพ เสนะวงษ์)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ

(ลงชื่อ) นาย.....พยาน

(ลงชื่อ) นาวาอากาศเอก.....พยาน

(ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย)

(บริบูรณ์ ไทยานันท์)

ผู้ช่วยเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

รองผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์การบินกองทัพอากาศ



บันทึกความตกลง
เรื่อง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน
ระหว่าง

กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ในการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสม เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยชีวิตหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้เห็นชอบร่วมกันกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นภายในประเทศอย่างเร่งด่วนและจำเป็นในพื้นที่ห่างไกลการคมนาคม พื้นที่ทุรกันดาร หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ

๒. ดำเนินการโดยใช้อากาศยาน (เครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์) ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานการแพทย์ระดับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพทั่วประเทศ

๓. การขอใช้อากาศยานต้องได้รับการพิจารณาความเหมาะสมและเห็นชอบจากเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีแพทย์และพยาบาลร่วมเดินทางในอากาศยานด้วย ทั้งนี้การปฏิบัติการกิจตามบันทึกความตกลงฉบับนี้ห้วงเวลาดังกล่าว จะต้อง ไม่ส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน และคำขอจะต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการใช้อากาศยานนั้น

๔. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้อากาศยานตามข้อ ๓ นั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ อัตราค่าใช้จ่ายคิดตามระยะเวลาการใช้อากาศยานเป็นรายชั่วโมงและให้ เป็นไปตามระเบียบและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง มติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและมติคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

-๒-

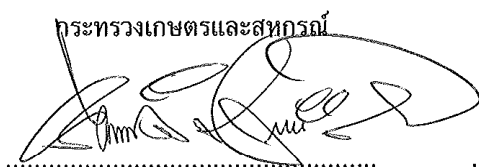
๕. ให้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการขั้นตอนและแนวทางเพื่อถือปฏิบัติ ในการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การเกิดเหตุและการขนย้าย การติดต่อประสานงาน การวางแผน การติดต่อสื่อสารทั้งระบบ การขนย้ายภาคพื้นดิน/ภาคอากาศ และพื้นที่ขึ้น-ลง ของอากาศยาน การเบิกค่าใช้จ่าย และการซักซ้อมปฏิบัติ

๖. การปฏิบัติหน้าที่/ภารกิจ ตามบันทึกความตกลงฉบับนี้ เจ้าหน้าที่ของ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ไม่ต้องรับผิดชอบ ในกรณีผู้โดยสารเสียชีวิตระหว่างการเดินทางหรืออันเนื่องมาจากการเดินทางโดยอากาศยาน รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สิน ของเจ้าหน้าที่กระทรวง สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และเจ้าหน้าที่สถาบันการแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในระหว่างเดินทางโดยอากาศยาน

๗. บันทึกความตกลงนี้ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยได้รับความ เห็นชอบจากทุกฝ่ายเป็นลายลักษณ์อักษร ประกอบด้วยกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ และสถาบันการแพทย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๘. บันทึกความตกลงนี้ทำขึ้นห้าฉบับ โดยมีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งห้าฝ่ายได้อ่านและเข้าใจโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้ากรรมการบินพลเรือน ในฐานะพยานเป็นสำคัญ และแต่ละฝ่ายเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

๙. บันทึกความตกลงนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ เป็นต้นไป



(นายสิงห์ทอง ชินวรรังสี)
รองปลัดกระทรวงฯ

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ
สิ่งแวดล้อม



(นางนิตากร โมษิตรัตน์)
รองปลัดกระทรวงฯ

กระทรวงสาธารณสุข



(นายไพจิตร วราชิต)

ปลัดกระทรวงฯ

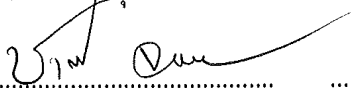
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นายพิรพล สุทธิวิเศษศักดิ์)

รองเลขาธิการฯ

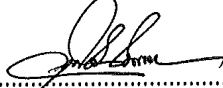
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



(นายชาติรี เจริญชีวะกุล)

เลขาธิการฯ

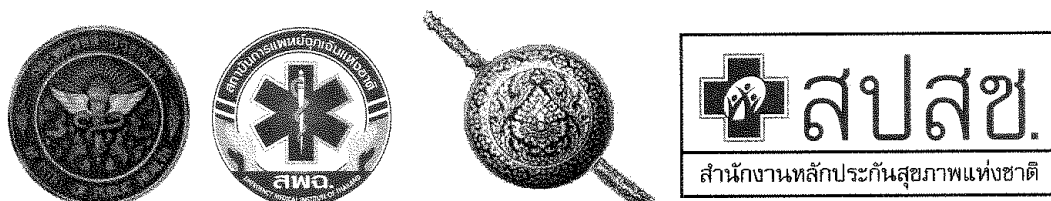
กรมการขนส่งทางบก



(นายวุฒิชัย สิงห์มณี)

อธิบดี

พยาน



บันทึกความร่วมมือ

เรื่อง การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน

ระหว่าง

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ในการส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสม เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ทันเวลา สามารถช่วยชีวิตหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้เห็นชอบร่วมกันกำหนดแนวทางเพื่อถือปฏิบัติ ดังนี้

๑. ดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นภายในประเทศอย่างเร่งด่วนและจำเป็นในพื้นที่ห่างไกลการคมนาคม พื้นที่ทุรกันดาร หรือไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยยานพาหนะปกติ

๒. ดำเนินการโดยใช้อากาศยาน (เครื่องบินและเฮลิคอปเตอร์) ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ เพื่อเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่เหมาะสม

๓. การขอใช้อากาศยานได้รับการพิจารณาความเหมาะสมและเห็นชอบจากเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีแพทย์และพยาบาลร่วมเดินทางในอากาศยานด้วย ทั้งนี้การปฏิบัติห้วงเวลาดังกล่าว จะต้องไม่ส่งผลกระทบต่อภารกิจหลักของหน่วยงาน และคำขอจะต้องได้รับอนุมัติจากผู้มีอำนาจในการใช้อากาศยานนั้น

๔. ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้อากาศยาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ อัตราค่าใช้จ่ายคิดตามระยะเวลาการใช้อากาศยานเป็นรายชั่วโมงและให้เป็นไปตามประกาศระเบียบของหน่วยงานและมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้อง

../๒ ๕. ให้มีการ

๕. ให้มีการกำหนด แนวทางเพื่อถือปฏิบัติเพิ่มเติม ในการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การเกิดเหตุและการขนย้าย การติดต่อประสานงาน การวางแผน การติดต่อสื่อสารทั้งระบบ การขนย้ายภาคพื้นดิน/ภาคอากาศ และพื้นที่ขึ้น-ลงของอากาศยาน การเบิกค่าใช้จ่าย และการซักซ้อมปฏิบัติ

๖. การปฏิบัติหน้าที่/ภารกิจ ตามบันทึกความร่วมมือฉบับนี้ เจ้าหน้าที่ของ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ไม่ต้องรับผิดชอบในกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการเดินทางโดยอากาศยาน หรือ อันเนื่องมาจากการเดินทางโดยอากาศยาน รวมทั้งไม่ต้องรับผิดชอบต่อความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สิน ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและผู้ต้องร่วมไปกับการเคลื่อนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยนั้นระหว่างเดินทางโดยอากาศยาน

๗. บันทึกความร่วมมือนี้ อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม โดยได้รับความเห็นชอบเป็นลายลักษณ์อักษร จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๘. บันทึกความร่วมมือนี้ทำขึ้นสืบฉบับ โดยมีข้อความถูกต้องตรงกัน ทั้งสี่ฝ่ายได้อ่านและเข้าใจโดยตลอด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานสำคัญ และแต่ละฝ่ายเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

๙. บันทึกความร่วมมือนี้ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๕๔ เป็นต้นไป

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

กระทรวงสาธารณสุข



(พลตำรวจเอกวิเชียร พจน์โพธิ์ศรี)

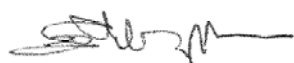
ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ



(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)

รองปลัดกระทรวงฯ

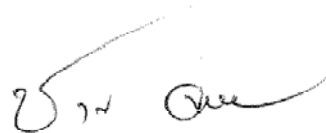
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



(นายวีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ)

รองเลขาธิการฯ

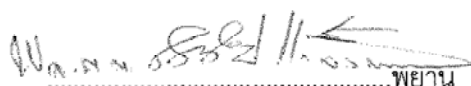
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



(นายชาติรี เจริญชีวะกุล)

เลขาธิการฯ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ



(พลตำรวจตรีมานไชย แก้วเขตต์การ)

ผู้บังคับการกองบินตำรวจ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ



(เรืออากาศเอกอัจริยะ แพงมา)

รองผู้อำนวยการสำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
และจัดระบบบริการ



สัญญาการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานระหว่างบริษัทกานตันนิ เอวิเอชั่น จำกัด สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สัญญาเลขที่ ๑๖/๒๕๕๔

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อาคารกองวิศวกรรม ถนน
ติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี เมื่อวันที่ ๒๘ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ระหว่าง สถาบัน
การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยนายประจักษ์วิช เลื่อนาค รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยนายปัญญา กิตติหัตถยากร ที่ปรึกษาอาวุโส ผู้แทนเลขาธิการ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้ เรียกว่า “ผู้ขอรับการสนับสนุน” ฝ่ายหนึ่ง กับ
บริษัท กานตันนิ เอวิเอชั่น จำกัด ซึ่งจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ณ สำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท กรมพัฒนา
ธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ มีสำนักงานใหญ่ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๐๐/๕๑๔ หมู่ ๒ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่ง
สองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดย นางสาวชล สิบมอง ผู้มีอำนาจลงนามผูกพันนิติบุคคลปรากฏตาม
หนังสือรับรองของสำนักงานทะเบียนหุ้นส่วนบริษัท เลขที่ ๐๑๐๕๕๕๑๐๒๘๕๒๕ ลงวันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๕๑
แนบท้ายสัญญานี้ ซึ่งต่อไปในสัญญานี้เรียกว่า “ผู้ให้การสนับสนุน” อีกฝ่ายหนึ่ง

คู่สัญญาทั้ง ๒ ฝ่าย ได้ตกลงกันมีข้อความดังนี้

ข้อ ๑ ข้อตกลงดำเนินการ

ผู้ขอรับการสนับสนุน ตกลงให้รับ และผู้ให้การสนับสนุนตกลงรับเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย
ฉุกเฉินด้วยอากาศยาน ทะเบียนสัญชาติไทย หมายเลข HS-KAB ดำเนินการโดยบริษัท กานตันนิ เอวิเอชั่น
จำกัด ได้ว่าจ้างอากาศยาน ให้เป็นผู้ดำเนินการบริการอากาศยานสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการแพทย์ฉุกเฉิน
เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้เป็นไปตามแนวทางการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานและมติคณะกรรมการ
แพทย์ฉุกเฉิน

ข้อ ๒ การขอรับบริการช่วยเหลือผู้ป่วย

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยผู้ที่เลขาธิการมอบหมาย จะแจ้งไปยังผู้ให้การ
สนับสนุน เพื่อให้บริการรับผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน โดยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการแสดง
ของโรคและหรือข้อบ่งชี้ตามที่กำหนดในแนวทางการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินด้วยอากาศยานตาม
เอกสารแนบท้ายสัญญา

ข้อ ๓ บุคลากรที่ต้องร่วมไปกับผู้ป่วยในอากาศยาน

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย จะต้อง มีแพทย์ และพยาบาลร่วมเดินทางไปด้วย ซึ่งแพทย์และพยาบาลควรผ่านการอบรมหลักสูตร “การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น (Basic Aeromedical Evacuation)”

ข้อ ๔ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย

๔.๑ ค่าใช้จ่ายในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมาจาก งบประมาณของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

๔.๒ ผู้ให้การสนับสนุน ขอรับค่าใช้จ่ายจากผู้ขอรับการสนับสนุน (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ หรือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เป็นเอกสารไปยัง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ผู้ขอรับการสนับสนุนจะสนับสนุนค่าใช้จ่าย จำนวน ๔๐,๐๐๐ บาท (สี่หมื่นบาทถ้วน) ต่อ ๑ (หนึ่ง) ชั่วโมงบิน ทั้งนี้ให้กำหนดระยะเวลาการจ่ายเงินเดือนละหนึ่งครั้ง หากเอกสารครบถ้วนถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด

ข้อ ๕ ระยะเวลาดำเนินการ

ผู้ให้การสนับสนุนจะเริ่มดำเนินงานตั้งแต่วันที่ลงนามในสัญญานี้เป็นระยะเวลา ๓ (สาม) ปี

ข้อ ๖ การบอกเลิกสัญญา

ในกรณีที่ผู้ให้การสนับสนุนดำเนินงานผิดข้อสัญญาหรือละเลยหรือละเว้นไม่ปฏิบัติตามสัญญาข้อหนึ่งข้อใด เป็นเหตุให้เกิดความล่าช้า หรือความเสียหาย ไม่ว่ากรณีใด ๆ ผู้ขอรับการสนับสนุนมีสิทธิบอกเลิกสัญญาได้ทันที และผู้ให้การสนับสนุนจะต้องรับผิดชอบในบรรดาความเสียหาย ที่เกิดขึ้นอันเนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญา

ค่าเสียหายที่เกิดขึ้นจากการไม่ปฏิบัติตามสัญญานี้ ผู้ให้การสนับสนุนยินยอมให้ผู้ขอรับการสนับสนุน หักออกจากจำนวนค่าใช้จ่ายที่ค้างจ่าย และระงับการจ่ายค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่ผู้ขอรับการสนับสนุนเห็นสมควร โดยไม่ต้องบอกกล่าวล่วงหน้า และมีสิทธิเรียกค่าใช้จ่ายที่สนับสนุนดังกล่าวคืนได้ตามที่เห็นสมควรด้วย

ข้อ ๗ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร

ผลงานหรือกิจกรรมการดำเนินงานในสิ่งพิมพ์หรือสื่อใดก็ตามในแต่ละครั้ง ผู้ให้การสนับสนุนต้องประกาศหรือระบุเป็นลายลักษณ์อักษรว่า “ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข” เป็นภาษาไทย หรือภาษาอังกฤษแล้วแต่กรณี หรือแจ้งข้อความดังกล่าวด้วยทุกครั้ง พร้อมทั้งแสดงตราสัญลักษณ์ของหน่วยงาน ในบริเวณที่จัดกิจกรรม หรือในวัสดุ หรือเอกสารเผยแพร่ของแผนงานทุกชิ้น ทั้งนี้เงื่อนไขการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ตามเอกสารแนบท้ายสัญญา

ผลงาน สื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ และกิจกรรมที่เกิดจากการดำเนินงานเป็นลิขสิทธิ์ของผู้ขอรับการสนับสนุน หากมีการเผยแพร่ใดจะต้องได้รับความเห็นชอบหรือได้รับอนุญาตจากผู้ขอรับการสนับสนุนก่อน

ข้อ ๘ การชดเชยระยะเวลา

ในกรณีที่สัญญามีผลบังคับใช้แล้ว แต่ผู้ให้การสนับสนุนไม่สามารถให้บริการช่วยเหลือได้เนื่องจากมีเหตุสุดวิสัย หรือเหตุการณ์อันหนึ่งอันใดเกิดขึ้น ผู้ให้การสนับสนุนจะต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ขอรับการสนับสนุนทราบ ทั้งนี้ ผู้ให้การสนับสนุนจะต้องชดเชยระยะเวลาเท่ากับจำนวนระยะเวลาที่ไม่สามารถให้บริการได้เมื่อสัญญานั้นสิ้นสุดระยะเวลาลง

สัญญาฉบับนี้ทำขึ้นเป็นสามฉบับมีข้อความตรงกัน ทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญาฉบับนี้ตลอดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อพร้อมทั้งประทับตรา (ถ้ามี) ไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและต่างเก็บไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....

(นายประจักษ์วิช เลื่อนาค)

รองเลขาธิการ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ.....

(นายปัญญา กิริติหัตถยากร)

ที่ปรึกษาอาวุโส

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลงชื่อ.....

(นางสายชล สิบมอง)

กรรมการผู้อำนวยการ

บริษัทกานต์นิธิ เอวิเอชั่น จำกัด



(ลงชื่อ).....

(เรืออากาศเอกอภัยวิชญะ แพงมา)

รองผู้อำนวยการ

สำนักพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และจัดระบบบริการ

(ลงชื่อ).....

(ร้อยโทสมพงษ์ สุขสงวน)

ประธานสายการบินกานต์แอร์

บริษัทกานต์นิธิ เอวิเอชั่น จำกัด

ภาคผนวก ญ

หนังสือแบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย

 แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย (Aeromedical Initial Flight Request Form)	
ชื่อผู้ป่วย เลขประจำตัวประชาชนผู้ป่วย HN AN อายุ ปี.....วัน.....เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย ประวัติแพ้ยา แพทย์ผู้ดูแล	เลขที่ปฏิบัติการ วันที่ เวลา น. รับแจ้งเหตุจาก ☐ 1669 ☐ อื่นๆ ระบุ..... ผู้ร้องขอ ตำแหน่ง เบอร์ติดต่อ E-mail E-mail
Patient Information	
สิทธิการรักษา ☐ ข้าราชการ ☐ หลักประกันสุขภาพ ☐ ประกันสังคม ☐ ผู้ประสบภัยจากรถ ☐ ไม่มีหลักประกัน (สิทธิว่าง) ☐ ต่างชาติ/แรงงานต่างด้าว ☐ มีประกันชีวิต ☐ ไม่มีประกันชีวิต	
Brief Clinical Information	
Compliant / Dx ☐ See Summary Report	
Type of Service ☐ เครื่องบินเช่าเหมาลำ ☐ เครื่องบินพาณิชย์ ☐ เฮลิคอปเตอร์ ฐานอากาศยาน หน่วยงาน นักบินที่ 1(2)..... โทร ผู้ประสานงาน 1)(2)..... โทร แพทย์ 1)(2)..... โทร พยาบาล 1)(2)..... โทร ญาติ 1)(2)..... โทร	
Request Reason สาเหตุการร้องขอตามหลักเกณฑ์ ☐ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต หรือฉุกเฉินเร่งด่วน ☐ พื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร / พื้นที่เกาะ ☐ พื้นที่ห่างไกล ใช้เวลานาน ☐ เสี่ยงล้มป่วย เวชภัณฑ์ ป้องกันความพิการ ☐ พื้นที่ประสบภัย หรืออาคารทรุดลง ผลการร้องขอ ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ สาเหตุ..... ☐ ยกเลิก สาเหตุ..... ผู้อนุมัติ ผู้อนุมัติ ลงนาม ลงนาม ตำแหน่ง ตำแหน่ง	
Flight Plan รพ. ต้นทาง 1 / ที่เกิดเหตุ ออกวันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. โดย Ambulance ผู้ประสานงาน โทร โทรสาร สนามบินต้นทาง Ambulance ถึง วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ออก วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ผู้ประสานงาน โทร โทรสาร สนามบินระหว่างทาง (จุดแวะ) ถึง วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ออก วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ผู้ประสานงาน โทร โทรสาร สนามบินปลายทาง ถึง วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. Ambulance รับ วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ผู้ประสานงาน โทร โทรสาร รพ. ปลายทาง ถึง วันที่ _ / _ / _ เวลา _ : _ น. ผู้ประสานงาน โทร โทรสาร ผู้ประสานงาน ลงนาม (.....) ตำแหน่ง	

ภาพที่ ญ1 แบบฟอร์มการขอใช้อากาศยานส่งต่อผู้ป่วย

ภาพที่ ๓ แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อด้วยอากาศยาน

ภาพที่ ๓ แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะโดยสารอากาศยาน

ภาคผนวก ก

หนังสือแสดงความยินยอมรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

 หนังสือแสดงความยินยอมรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Consent Form Aeromedical Transport)	
ชื่อผู้ป่วย.....	ID..... ลิขสิทธิ์การรักษา.....
HN..... AN.....	
อายุ.....ปี.....วัน	เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย
ประวัติแพ้ยา.....	
แพทย์ผู้ดูแล.....	
วันที่.....	
ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมโดยสมัครใจให้คณะแพทย์-พยาบาล / พนักงานของโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายมีส่วนร่วมในการดูแลข้าพเจ้า ข้าพเจ้าเข้าใจ และยินยอมให้เตรียมการ รวมทั้งดำเนินการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ตามที่ได้มีการวางแผนไว้สำหรับข้าพเจ้าคือ : ☐ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยรถพยาบาล ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือพยาบาล จาก.....ไปส่งที่..... ☐ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยอากาศยาน ภายใต้การดูแลของแพทย์หรือพยาบาล จาก.....ไปส่งที่..... ☐ การดูแลรักษาระหว่างการเคลื่อนย้ายตามที่ผู้ป่วย/ครอบครัวได้แจ้งความประสงค์ไว้ ดังคำอธิบายต่อไปนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการเคลื่อนย้าย และการปฏิบัติตัว ทั้งนี้รวมถึงข้อบ่งชี้, ประโยชน์, ความเสี่ยง, ผลข้างเคียง และ/หรือผล อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง อีกทั้งได้รับทราบทางเลือกอื่นๆ ที่เป็นไปได้สำหรับกรณีของข้าพเจ้านี้เป็นอย่างดี ตลอดจนได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยใดใด ที่ข้าพเจ้าพึงมีโดยข้าพเจ้ามีความเข้าใจ และยินยอมให้ความร่วมมือตามคำแนะนำ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายข้อมูลการเดินทาง และเข้าใจในประเด็นต่อไปนี้ ซึ่งจะไม่นำมาเป็นเหตุแห่งการฟ้องร้องต่อหน่วยงานและผู้ปฏิบัติการ 1. การเดินทางในพาหนะมีพื้นที่จำกัด, มีเสียงดังรบกวน, มีการสั่นสะเทือน ทั้งอาจมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ และความดันบรรยากาศ 2. มีความเสี่ยงที่พาหนะจะเดินทางล่าช้า หรือเกิดการชำรุดจากเหตุสุดวิสัย 3. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุรุนแรงจนอาจถึงแก่ชีวิตระหว่างการเดินทาง ความเสี่ยงนั้นต่างกับตามวิธีเดินทาง และสภาพเส้นทาง ข้าพเจ้าขอแสดงความยินยอมให้คณะแพทย์-พยาบาลผู้ที่ได้รับมอบหมายฯ สามารถกระทำการรักษา/หัตถการ เพิ่มเติมด้วยเหตุผลซึ่งแสดงถึงความจำเป็นในการ วินิจฉัย/การรักษาดังกล่าว อาทิ เช่น การใช้ระงับความรู้สึก การให้โลหิต และ/หรือผลิตภัณฑ์ของโลหิต การกระทำดังกล่าวรวมทั้งการปรับเปลี่ยนแผนการเดินทาง ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้า หากกระทำไปโดยคำนึงถึงความปลอดภัย และผลประโยชน์ของตัวข้าพเจ้าเอง ณ ที่นี้ข้าพเจ้า ขอแสดงความยินยอมเพื่อการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ลายเซ็นผู้ป่วย.....ชื่อผู้ป่วย.....วันที่..... ลายเซ็นพยาน.....ชื่อพยาน.....วันที่..... ลายเซ็นพยาน.....ชื่อพยาน.....วันที่..... (เฉพาะกรณีที่มีผู้ป่วยไม่มีผู้ป่วย) ลายเซ็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย.....ชื่อแพทย์/พยาบาลผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย.....วันที่..... ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ตามปกติ, ข้อความดังกล่าวข้างต้นได้ถูกอธิบายให้ผู้ที่มีอำนาจตามกฎหมายในการตัดสินใจแทนผู้ป่วย (นามดังกล่าวข้างล่าง) ได้รับทราบ และแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาดังกล่าวแล้ว ชื่อผู้แทนผู้ป่วย.....ลายเซ็นผู้แทนผู้ป่วย.....วันที่..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....หมายเลขบัตรประจำตัว..... สถานที่ออกบัตรฯ.....วันออกบัตรฯ.....วันที่บัตรหมดอายุ..... ที่อยู่ปัจจุบันของผู้ที่แทนผู้ป่วย..... • โปรดระบุเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเซ็นยินยอมเพื่อรับการรักษาดังต่อไปนี้ ☐ ยังไม่บรรลุนิติภาวะ - ผู้ป่วยอายุไม่ครบ 20 ปี บริบูรณ์ ☐ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต..... ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	

ภาพที่ ๑ หนังสือแสดงความยินยอมรับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ภาคผนวก ก

หนังสือแบบฟอร์มหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย การส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน



(สำหรับหน่วยงานขอรับการสนับสนุนอากาศยาน)

ฟอร์มหนังสือ ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

ที่.....

หน่วยงาน.....

วัน เดือน ปี

เรื่อง ส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สิ่งที่ส่งมาด้วย (แบบฟอร์ม HEMS 1/1 , HEMS 1/2 , HEMS 2/1 และ Consent Form)

ตามที่ (หน่วยงาน) ได้ขอรับการสนับสนุนอากาศยานเพื่อปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
จำนวน.....ราย ดังรายละเอียด นี้

1. วันที่.....ได้รับแจ้งว่า มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยวิกฤต ชื่อ.....อายุ.....ปี(วัน)
การวินิจฉัย.....ไปรักษาต่อที่.....จังหวัด.....
โดยใช้อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) จากหน่วย.....
2. วันที่.....ได้รับแจ้งว่า มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยวิกฤต ชื่อ.....อายุ.....ปี(วัน)
การวินิจฉัย.....ไปรักษาต่อที่.....จังหวัด.....
โดยใช้อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) จากหน่วย.....
3. วันที่.....ได้รับแจ้งว่า มีความจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยวิกฤต ชื่อ.....อายุ.....ปี(วัน)
การวินิจฉัย.....ไปรักษาต่อที่.....จังหวัด.....
โดยใช้อากาศยาน (เฮลิคอปเตอร์) จากหน่วย.....

ดังนั้น (หน่วยงาน) จึงขอส่งแบบฟอร์มดังสิ่งที่ส่งมาด้วย เพื่อประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อ
ผู้ป่วยด้วยอากาศยาน ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

ผู้รับผิดชอบ.....

ภาพที่ ๑1 หนังสือแบบฟอร์มหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

หนังสือแบบฟอร์มการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

(สำหรับหน่วยงานสนับสนุนอากาศยาน)

ฟอร์มหนังสือ เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

ที่.....

หน่วยงาน.....

วัน เดือน ปี

เรื่อง เรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

อ้างถึง (หนังสือสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ขอใช้อากาศยาน)

สิ่งที่ส่งมาด้วย (แบบฟอร์มค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และจำนวนเวลาปฏิบัติการบิน)

ตามหนังสือที่อ้างถึง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ขอรับการสนับสนุนอากาศยาน

ของ..... จำนวน เครื่อง เพื่อรับส่งผู้ป่วย ชื่อ.....

จาก.....(สถานที่ / โรงพยาบาลที่ไปรับผู้ป่วย).....จังหวัด.....

ไปยัง.....(สถานที่ / โรงพยาบาลที่ไปส่งผู้ป่วย).....จังหวัด.....

ในวันที่.....นั้น

ในการนี้ (หน่วยงาน.....) ได้จัดอากาศยานแบบ/รุ่น.....หมายเลข.....

ประจำหน่วยบิน.....จำนวน.....เครื่อง สนับสนุนภารกิจดังกล่าวแล้ว

ใช้เวลาบิน.....ชั่วโมง.....นาที คิดค่าใช้จ่าย รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท

(.....บาทถ้วน) จึงขอให้ท่านโอนเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าว ให้(หน่วยงาน) โดยส่งจ่าย

ในนาม.....ธนาคาร.....สาขา.....บัญชีออมทรัพย์/กระแสรายวัน

เลขที่..... เมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น กรุณาแจ้งให้ (หน่วยงาน) ทราบตามที่อยู่.....

ด้วย จะเป็นพระคุณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

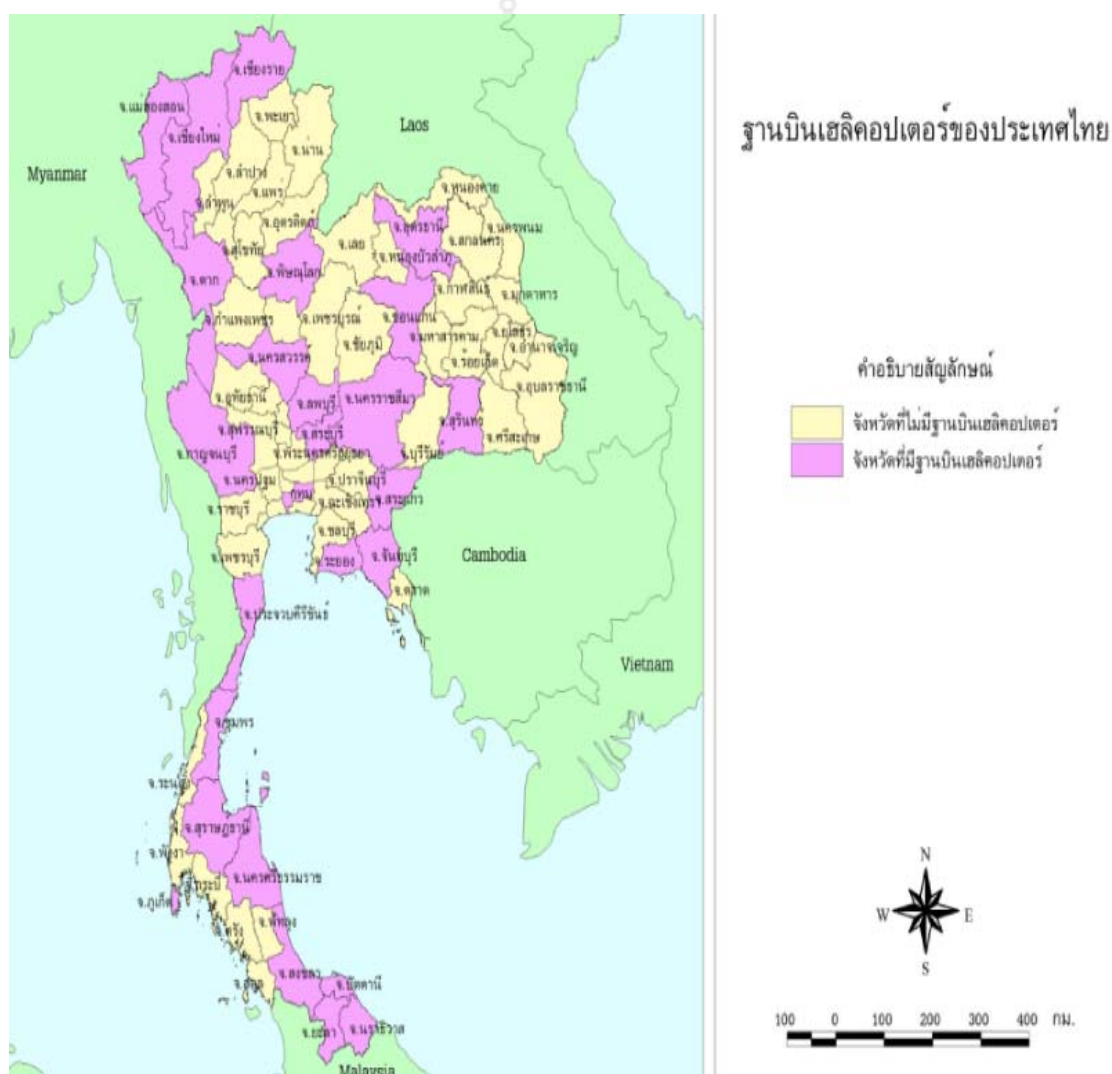
ขอแสดงความนับถือ

ผู้รับผิดชอบ.....

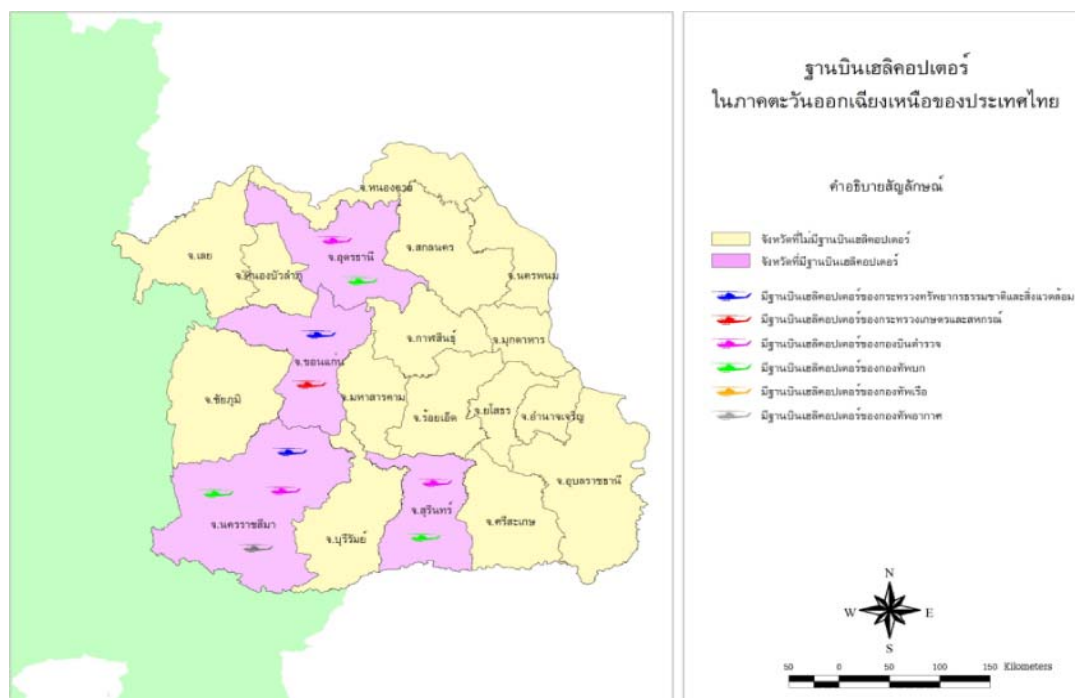
ภาพที่ ๑๒ หนังสือแบบฟอร์มการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการส่งต่อผู้ป่วยด้วยอากาศยาน

ภาคผนวก จ

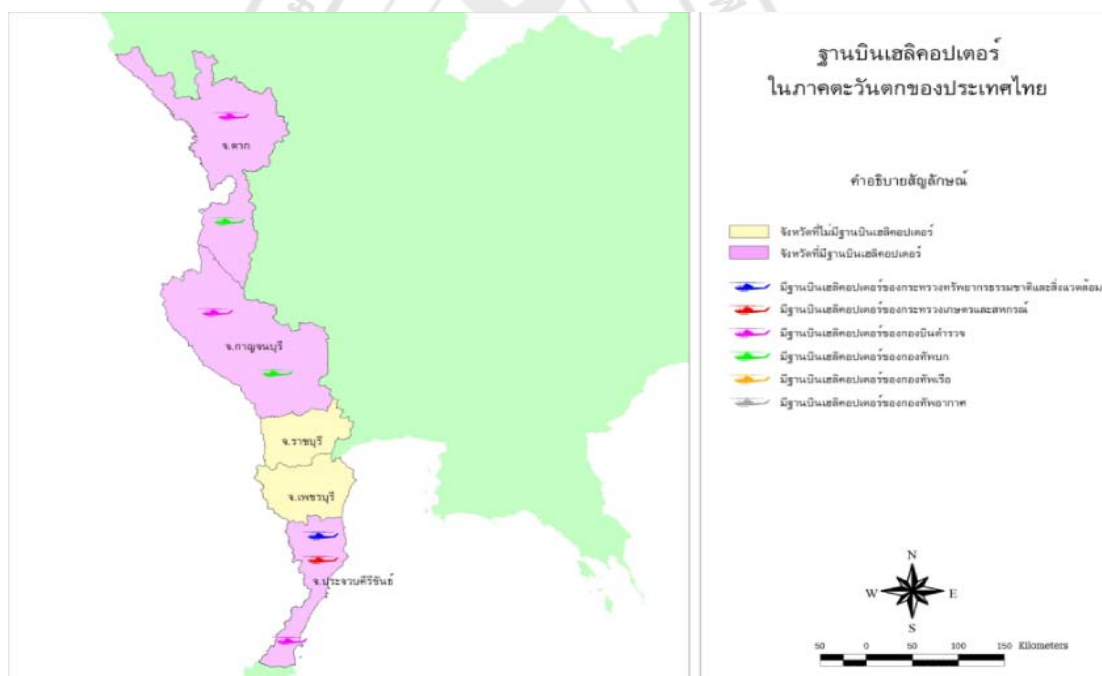
รายละเอียดที่ตั้งฐานบินอากาศยานพยาบาลในภาคี สพท.



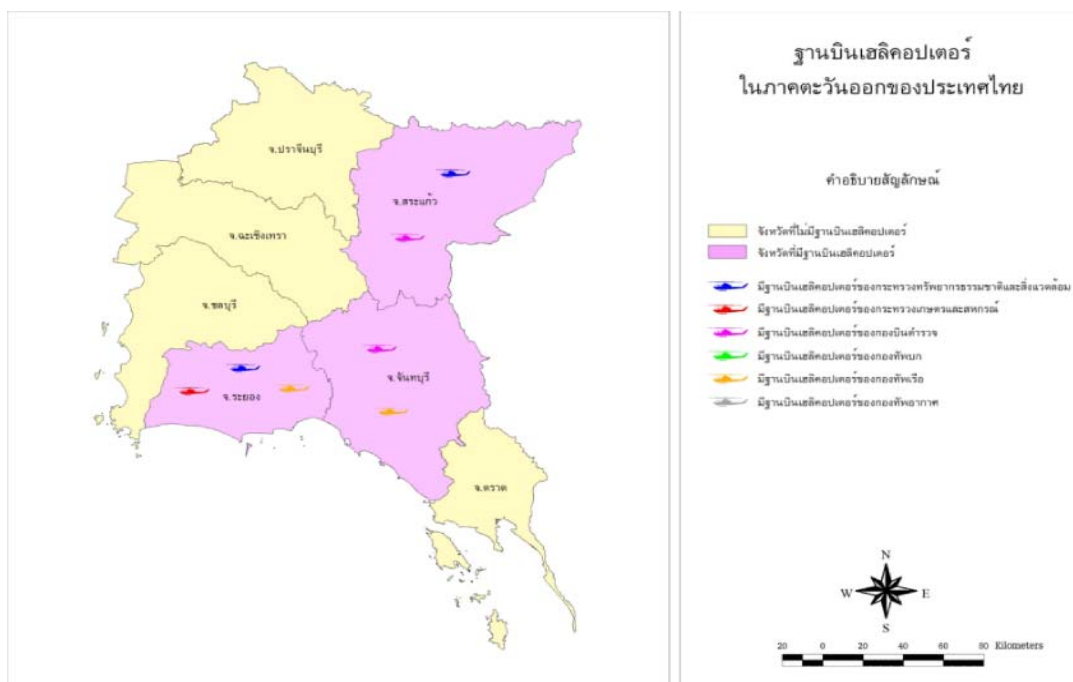
ภาพที่ ๑ ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ของประเทศไทย



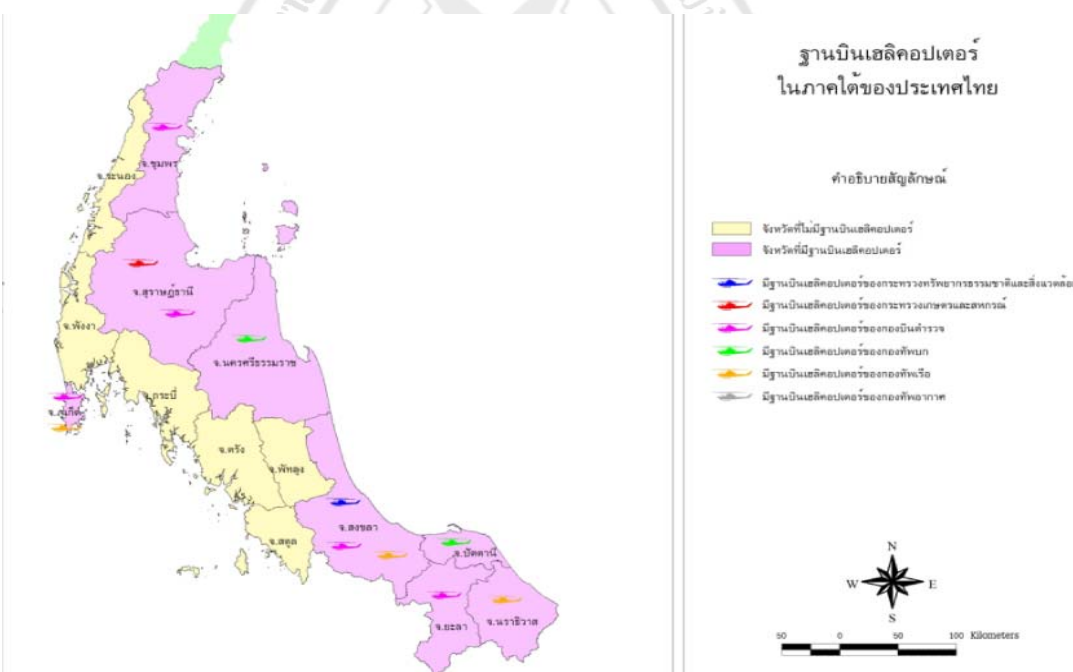
ภาพที่ ๔ ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย



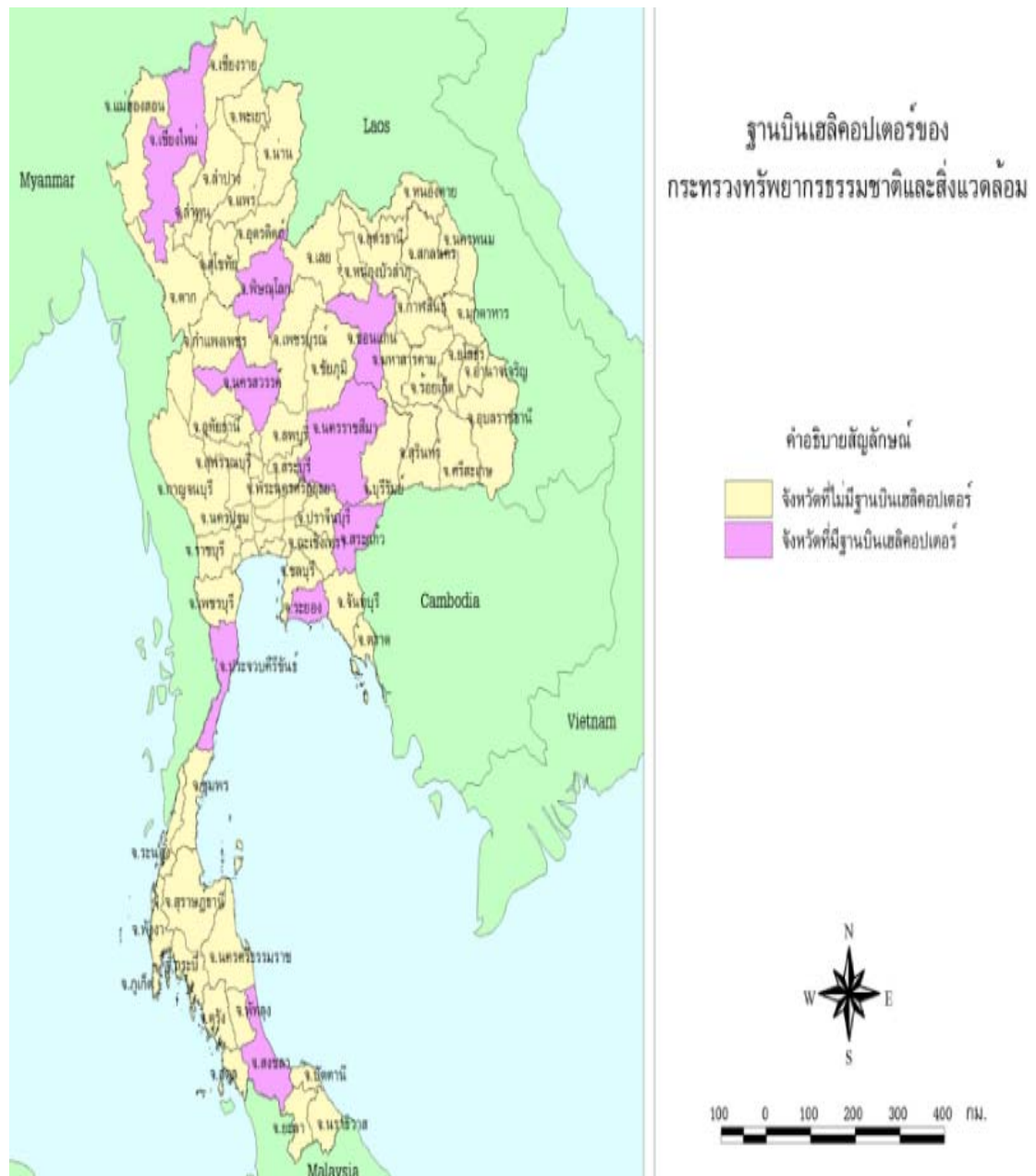
ภาพที่ ๕ ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ในภาคตะวันตกของประเทศไทย



ภาพที่ ๖ ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย



ภาพที่ ๗ ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ในภาคใต้ของประเทศไทย



ภาพที่ ๘ **ฐานบินเฮลิคอปเตอร์ของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม**

ภาคผนวก ๓

ภาพกิจกรรมภาคสนาม



ภาพที่ ๓1 ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูลภาคสนาม



ภาพที่ ๓๒ ภาพกิจกรรมการเก็บข้อมูลภาคสนาม



ภาพที่ ๓๓ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานของประเทศไทย ในสภาวะปกติ



ภาพที่ ๓๔ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยานของประเทศไทย ในสภาวะภัยพิบัติ

ภาคผนวก ข

รายชื่อผู้ได้รับการช่วยเหลือจากโครงการสกายด็อกเตอร์
(ตัวอย่าง บางส่วน)

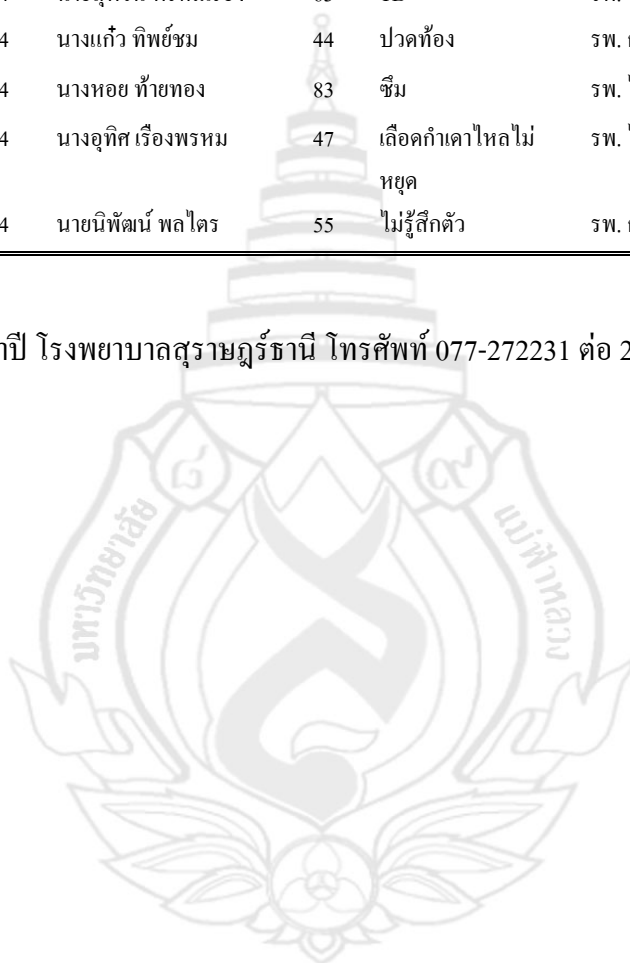
ตารางที่ ข1 ตัวอย่างรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือจากโครงการ Sky Doctor (บางส่วน)

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	อาการ	รพ.ต้นทาง	รพ.ปลายทาง
1	30 มีค. 54	Mrs.Myap Nonpemoe	24	Abortion	รพ. เกาะพะงัน	รพ. เกาะสมุย
2	30 มีค. 54	นายสุภาพ สุริยผล	40	CHF, cardiomegaly	รพ. เกาะพะงัน	รพ. เกาะสมุย
3	30 มีค. 54	นายสุรสิทธิ์ ศรีทองกุล	21	Compression Fx L3	รพ. เกาะพะงัน	รพ. เกาะสมุย
4	31 มีค. 54	นายดา โพธิ์ชัยพร	78	HT ใจสั้น	รพ. พนม	รพ. สุราษฎร์
5	31 มีค. 54	นางอารี ทองสองสี	47	Alteration of Consciousness	รพ. พนม	รพ. สุราษฎร์
6	1 เมย. 54	คณ.บุศรนาธรา แดง	1 วัน	Dyspnea	รพ. พระแสง	รพ. สุราษฎร์
7	1 เมย. 54	นางลำไย วงศ์กัญญา	46	Preterm labour	รพ. กองบิน	รพ. สุราษฎร์
8	1 เมย. 54	นายฉ่วยบัว (พม่า)	27	PU Perforation	รพ. เกาะพะงัน	รพ. สุราษฎร์
9	1 เมย. 54	นายนาม ชุนาวา	83	UGIB	รพ. พระแสง	รพ. สุราษฎร์
10	1 เมย. 54	นางอาริษา ศรีรัตน์	15	Post-term pregnancy	รพ. คลองสระ	รพ. ทักษิณ
11	2 เมย. 54	นายบุญศรี กุ่มเอียด	70	Stroke	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
12	2 เมย. 54	นายพิชัย ช่วยสวัสดิ์	62	MI	รพ. ไชยา	รพ. สุราษฎร์
13	2 เมย. 54	นายพิบูลย์ มีบุญเกิด	70	DM/ET tube	รพ. ไชยา	รพ. สุราษฎร์
14	2 เมย. 54	คช. สุชาติ (พม่า)	8	ไข้ เกร็ง	รพ. บ้านตาขุน	รพ. สุราษฎร์
15	2 เมย. 54	นายทศ (พม่า)	28	Perforated hernia	รพ. ท่าฉาง	รพ. สุราษฎร์
16	3 เมย. 54	นายวิเชิด สิทธิพงษ์	57	Tear tendon big toe	รพ. ท่าฉาง	รพ. สุราษฎร์
17	3 เมย. 54	นายพิพนธ์ เจริญยิ่ง	U	Multiple Pelvic Fracture (Sky News)	รพ. ท่าฉาง	รพ. สุราษฎร์
18	3 เมย. 54	นายวิรัชศักดิ์ สุขทอง	50	IHD	รพ. ท่าฉาง	รพ. สุราษฎร์
19	3 เมย. 54	นายโกมล หวดทอง	43	Stroke	รพ. ท่าฉาง	รพ. สุราษฎร์
20	3 เมย. 54	นางบุญห่อ สุขแดง	89	ESRD	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
21	3 เมย. 54	นายสมชาติ ใจบุญ	75	IHD/MI DM	รพ. ศิริรัฐนิคม	รพ. สุราษฎร์
22	3 เมย. 54	พภ. เพร้ม ทองสัมฤทธิ์	78	ขาซ้ายติดเชื้อ	รพ. ศิริรัฐนิคม	รพ. สุราษฎร์

ตารางที่ ๑๑ (ต่อ)

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	อาการ	รพ.ต้นทาง	รพ.ปลายทาง
23	3 เมย. 54	นายและ ร่ำหมาน	85	CHF/AF/ET tube	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
24	4 เมย. 54	นายประเสริฐ คุ้มหมู่	59	Stroke	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
25	4 เมย. 54	นายจวน คงระเรื้อย	84	Nearly Shock	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
26	4 เมย. 54	นายสุพจน์ พรหมเรือง	63	TB	รพ. ท่าชนะ	รพ. สุราษฎร์
27	5 เมย. 54	นางแก้ว ทิพย์ชม	44	ปวดท้อง	รพ. กองบิน 7	รพ. สุราษฎร์
28	5 เมย. 54	นางหอย ท้ายทอง	83	ซึม	รพ. ไชยา	รพ. สุราษฎร์
29	5 เมย. 54	นางอุทิศ เรืองพรหม	47	เลือดกำเดาไหลไม่หยุด	รพ. ไชยา	รพ. สุราษฎร์
30	5 เมย. 54	นายนิวัฒน์ พลไทร	55	ไม่รู้สึกตัว	รพ. กองบิน 7	รพ. สุราษฎร์

จาก ศูนย์กู้ชีพตาปี โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ 077-272231 ต่อ 2161 โทรสาร 077-285446





ประวัติผู้เขียน

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายจิตติศักดิ์ ธาดาเดช
วัน เดือน ปีเกิด	20 มีนาคม 2513
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 77 ถนนสายกลาง หมู่ 2 ตำบลเวียง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
ประวัติการศึกษา	
2548	ปริญญาโท บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
2536	Air Traffic Control Dip, Civil Aviation Training Center
2534	ปริญญาตรี ครุศาสตรบัณฑิต วิทยาศาสตร์-ภาษาอังกฤษ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ประวัติการทำงาน	
2552-ปัจจุบัน	กรรมการบริหาร บริษัท ช้างทอง 69 จำกัด อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย
ผลงานวิชาการ	
Thadadech, J. & Tra-Ngarn, Y. (2011). Policy formulation and collaboration pattern in Thailand aero medical service [Abstract]. In emergency medicine in global crises, lean, safe and seamless: Proceedings of the asian conference for emergency medicine 2011 (pp.37-38). Bangkok: Asian Society for Emergency Medicine and Thai Association for Emergency Medicine.	

ประวัติผู้เขียน (ต่อ)

- จิตศักดิ์ ธาดาเดช. (2554). การกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย [สาระสังเขป]. ใน โครงการสัมมนาเครือข่ายวิชาการ-วิจัยสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่อง มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ไทย: ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา ก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน (หน้า 133). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และเครือข่ายวิชาการ-วิจัยสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.
- จิตศักดิ์ ธาดาเดช, ยุทธนา ตระหง่าน, พิพัฒน์ ไทยอารี และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2554). รูปแบบภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย [สาระสังเขป]. ใน การประชุมวิชาการ นเรศวรวิจัยประจำปี 2554 ครั้งที่ 7 (หน้า 302). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิตศักดิ์ ธาดาเดช, ยุทธนา ตระหง่าน และพิพัฒน์ ไทยอารี. (2554). ความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนในการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย. ใน การประชุมวิชาการ บัณฑิตศึกษาประจำปี 2554 ครั้งที่ 4 (หน้า 364-377). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จิตศักดิ์ ธาดาเดช, ไกรสุข สิ้นสุข, ยุทธนา ตระหง่าน, พิพัฒน์ ไทยอารี และ สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2554). การกำหนดนโยบายและรูปแบบภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย [โปสเตอร์นำเสนอ]. ใน การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่องการแพทย์ฉุกเฉินไทย: บนเส้นทางมาตรฐานสู่ความทั่วถึงและยั่งยืน 7-9 มีนาคม 2554 ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี, สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข.
- จิตศักดิ์ ธาดาเดช, ยุทธนา ตระหง่าน, พิพัฒน์ ไทยอารี และสายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2554, พฤษภาคม-สิงหาคม). รูปแบบภาคีความร่วมมือการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย. วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, 19(2), 80-89.

ประวัติผู้เขียน (ต่อ)

จิตติศักดิ์ ธาดาเดช. (2554). การกำหนดนโยบายการให้บริการอากาศยานพยาบาลไทย. ใน การสัมมนาเครือข่ายวิชาการ-วิจัยสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ประจำปี 2554 ครั้งที่ 5 เรื่องมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ไทย: ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนา ก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน (หน้า 207-304). พิษณุโลก: คณะมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และเครือข่ายวิชาการ-วิจัยสายมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์.

