

## ปัญหาทางกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551<sup>1</sup>

รณัชญา โชติพันธ์<sup>2</sup>

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงประวัติความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีของการจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาได้เข้าใจและเห็นความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และได้รับทราบแนวคิดและประวัติของการจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินของโลกว่า มีรูปแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ใช้ทั่วโลก 2 รูปแบบ คือ Anglo-American Model และ Franco – German Model รูปแบบการปฏิบัติการฉุกเฉินจะสอดคล้องกับแนวคิดที่ใช้ในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยประเทศที่ใช้แนวคิดแบบ Anglo - American ส่วนใหญ่ จะใช้ Paramedic หรือ EMT เป็นผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยจะทำการรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุและรีบนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ในขณะที่ประเทศที่ใช้แนวคิดแบบ Franco – German Model ผู้ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับ Advance Life Support จะเป็นแพทย์ออกปฏิบัติงานร่วมกับ EMT ซึ่งสามารถทำการรักษาผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้ตามสมรรถนะของวิชาชีพ ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศแรกที่น่ามาตรการทางกฎหมายมาเริ่มใช้ในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากสภาการศึกษาวิทยาศาสตร์แห่งชาติ ได้รายงานต่อรัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกา เรื่อง “การเสียชีวิตและความพิการจากการบาดเจ็บ : โรคที่ถูกละเลยในสังคมสมัยใหม่” โดยร้อยละ 11 ของผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ ถูกทำให้มีอาการแย่ลงจากการช่วยเหลือก่อนถึงโรงพยาบาลและการดูแลการบาดเจ็บกระดูกคออย่างไม่ระมัดระวังตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ รัฐสภาแห่งสหรัฐอเมริกาได้ผ่านสภารัฐบัญญัติระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2516(Emergency Medical Service System Act 1973) โดยเน้นการจัดลำดับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน และป้องกันการผลักดันหรือปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉินอันเป็นผลทำให้ไม่ได้รับการบำบัดบ่งชี้เฉพาะเพื่อรักษาชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญต่อการมีชีวิตอย่างทันท่วงทีเป็น สำหรับประเทศไทยใช้รูปแบบ Anglo - American มีการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และรีบนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.)กำหนดมาตรฐานเป็น 4 ระดับ คือ ชุดปฏิบัติการ

---

<sup>1</sup>บทความนี้เรียบเรียงจากการค้นคว้าอิสระ เรื่อง ปัญหาทางกฎหมายตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษา คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ณัฐ สันตาสว่าง และคณะกรรมการสอบ คือ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ นิสารัตน์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ปภาศรี บัวสุวรรณ

<sup>2</sup>นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรนิติศาสตรมหาบัณฑิต (ส่วนภูมิภาค) คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

ฉุกเฉินเบื้องต้น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับกลาง และชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง

จากการศึกษาทำให้ทราบว่า ประเทศไทยในปัจจุบันแม้จะพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายเฉพาะมีบทบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินไว้แล้ว แต่ก็ยังมีปัญหาในมิติของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ อันควรแก้ไขเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ ดังต่อไปนี้

ประเด็นปัญหาประการแรก ปัญหาการพิจารณาระดับของผู้ป่วยฉุกเฉินโดยผู้ปฏิบัติการ เนื่องจากสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินในการเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง รวดเร็ว มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดให้เพื่อคุ้มครองสิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ ซึ่งได้บัญญัติในเรื่องการให้ความช่วยเหลือและคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินไว้ในมาตรา 28 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กำหนดให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยการตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งนี้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลนั้นก่อนส่งต่อ เว้นแต่จะมีแพทย์ให้การรับรองว่าการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินจะเป็นประโยชน์ต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินนั้น ดังนั้นเมื่อจะต้องออกปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์จะต้องสามารถตรวจคัดแยกระดับความฉุกเฉินและจัดให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินตามลำดับความเร่งด่วนทางการแพทย์ฉุกเฉินได้ ซึ่งหมายความว่า ต้องจัดลำดับให้การช่วยเหลือก่อนหรือหลังนั่นเอง เมื่อศึกษาในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นกฎหมายหลัก ไม่ได้บัญญัติเรื่องหลักเกณฑ์การคัดแยกและแบ่งระดับไว้ การประเมินและพิจารณาคัดแยกระดับความฉุกเฉินจึงต้องพิจารณาตามมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินจาก “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2554 ” ข้อ 4 ซึ่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดให้แบ่งระดับของความฉุกเฉินออกเป็น 5 ระดับ ตามหลักเกณฑ์ คือ (1) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้บาดเจ็บ หรือ อาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างฉับไว ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (2) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วย ซึ่งมีภาวะเจ็บปวดมาก หรือเจ็บป่วยรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการแพทย์อย่างรีบด่วน มิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของ

ผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น ซึ่งส่งผลให้เสียชีวิต หรือพิการในระยะต่อมาได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน เร่งด่วน (3) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการป่วย ซึ่งมี ภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หรือเดินทางไปรับ บริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอัน สมควร แล้วจะทำให้การบาดเจ็บ หรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (4) ผู้ป่วยทั่วไป ได้แก่ บุคคลซึ่งเจ็บป่วย แต่มิใช่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งอาจรอรับ หรือ เลือกระบบการรับบริการสาธารณสุข ในเวลาทำการตามปกติได้ โดยไม่ก่อให้เกิดอาการรุนแรงขึ้น หรือภาวะแทรกซ้อนตามมา ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีขาว” สำหรับผู้ป่วยทั่วไป (5) ผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น ได้แก่ บุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุข หรือบริการเพื่อผู้อื่น โดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีดำ” สำหรับผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น จึงเป็นปัญหาในการตีความคำว่าผู้ป่วยฉุกเฉินตาม พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 และตามคำประกาศฯ เนื่องจากหากตีความตาม มาตรา 3 แห่ง พรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ 2551 ตีความได้ว่า ผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ บุคคลซึ่งมีลักษณะทั้ง 2 ประการ ประการแรกคือ ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นภัยอันตรายต่อการดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ (vital organs) ได้แก่ ระบบหายใจ, ระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาท และประการที่สองคือจำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรือการรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น แต่หากตีความตามคำประกาศฯ ผู้ป่วยฉุกเฉิน มี 5 ระดับตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด และเนื่องจากประเทศไทย ซึ่งใช้รูปแบบ Anglo - American มีการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ และรับนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ออกร่วมปฏิบัติการ ซึ่งเมื่อแพทย์ไม่ได้ออกร่วมปฏิบัติการ ดังนั้น จึงเป็นปัญหาในการตีความและการพิจารณาระดับผู้ป่วยฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ ซึ่งหากพิจารณาระดับความฉุกเฉินและจัดลำดับความเร่งด่วนไม่ถูกต้อง ทำให้โอกาสในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินพลาดไป ส่งผลกระทบต่อชีวิต หรือความพิการได้

ประเด็นปัญหาประการที่สอง ปัญหาความรับผิดชอบของพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล เนื่องจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency medical service) พัฒนาขึ้นเพื่อดูแลประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพอย่างเร่งด่วน (Emergency patient) เป็นการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อช่วยให้ผู้ที่มีภาวะการเจ็บป่วยเฉียบพลันพ้นภาวะวิกฤติ ป้องกันไม่ให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตตลอดจนการจัดการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะ (definitive care) ทันเวลาและเหมาะสม ในการกำหนดระยะเวลาในการตอบสนองต่อการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนดวิธีการคัดแยกและ

จัดลำดับการจ่ายงานบริการผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ สพฉ.กำหนด พ.ศ.2556 โดยเมื่อมีการรับแจ้งเหตุ และขอความช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินมา ศูนย์สั่งการจะจัดส่งชุดปฏิบัติการออกไปปฏิบัติการให้การช่วยเหลือ โดยรูปแบบการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน ได้กำหนดมาตรฐานในการขับขีรถพยาบาล เพื่อการออกปฏิบัติการเป็นรหัส(สี) ไว้ คือ (1) สีแดง ผู้ป่วย “ฉุกเฉินวิกฤต” คือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการปฏิบัติการแพทย์ทันทีเพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้ว ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อกำหนดให้ปฏิบัติการฉุกเฉินมีระยะเวลาในการตอบสนองปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นภายในเวลา 4 นาทีการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงภายใน 8 นาที ในการออกไปให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดความเร็วในการควบคุมรถ ไม่เกิน 115 กม. ต่อชั่วโมง และเร็วกว่าขีดจำกัดความเร็วของรถได้ (2) สีเหลือง ผู้ป่วย “ฉุกเฉินเร่งด่วน” คือบุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันหรือเจ็บปวดรุนแรงอันจำเป็นต้องได้รับการแพทย์อย่างรีบด่วนมิฉะนั้นจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นซึ่งส่งผลให้เสียชีวิตหรือพิการในระยะต่อมาได้ ซึ่งมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อกำหนดให้ปฏิบัติการฉุกเฉินมีระยะเวลาในการตอบสนอง:ปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นภายในเวลา 8 นาที การแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงภายใน 15 นาที ในการออกไปให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน กำหนดความเร็วในการควบคุมรถไม่เกิน 105 กม. ต่อชั่วโมง และเร็วกว่าขีดจำกัดความเร็วของถนนไม่เกิน 15 กม.ต่อชั่วโมง (3) สีเขียว ผู้ป่วย “ฉุกเฉินไม่รุนแรง” คือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลัน ไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ซึ่งต้องตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นเพียงอย่างเดียว ซึ่งมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อกำหนดให้ปฏิบัติการฉุกเฉินมีความเร็วในการควบคุมรถไม่เกิน 90 กม.ต่อชั่วโมง (4) สีขาว ผู้ป่วยทั่วไป คือบุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยซึ่งมีภาวะเฉียบพลันไม่รุนแรง อาจรอรับปฏิบัติการแพทย์ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขด้วยตนเองได้ แต่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร และหากปล่อยไว้เกินเวลาอันสมควรแล้วจะทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ซึ่งต้องตอบสนองด้วยปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้นเพียงอย่างเดียว ซึ่งมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีข้อกำหนดให้ปฏิบัติการฉุกเฉินมีความเร็วในการควบคุมรถไม่เกิน 90 กม.ต่อชั่วโมง (5) สีดำ ผู้ป่วยอื่นๆ คือบุคคลซึ่งมารับบริการสาธารณสุขหรือบริการเพื่อผู้อื่นโดยไม่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากร จากมาตรฐานที่กำหนดไว้นั้น ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องปฏิบัติตามมาตรฐานในการออกปฏิบัติการด้วยความรวดเร็ว เมื่อศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องคือ พระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 ลักษณะที่ 1 หมวด 2 ได้บัญญัติ

อนุญาตให้รถฉุกเฉิน รถในราชการทหารหรือตำรวจหรือรถอื่นใช้ไฟสัญญาณวับวาวหรือใช้เสียงสัญญาณไซเรนหรือเสียงสัญญาณอย่างอื่นได้ และ มาตรา 75 ให้ผู้ขับขี่รถฉุกเฉินมีสิทธิ ใช้ไฟสัญญาณแสงวับวาวใช้เสียงสัญญาณไซเรน หรือเสียงสัญญาณอย่างอื่นตามที่อธิบดีกำหนดไว้ การหยุดรถหรือจอดรถ ณ ที่ห้ามจอด ขับรถเกินอัตราความเร็วที่กำหนดไว้ ขับรถผ่านสัญญาณจราจรหรือเครื่องหมายจราจรใดๆ ที่ให้รถหยุดได้ แต่ต้องลดความเร็วของรถให้ช้าลงตามสมควร ซึ่งผู้ขับขี่ต้องใช้ความระมัดระวังตามควรแก่กรณี ไม่ต้องปฏิบัติตามบทแห่งพระราชบัญญัตินี้ หรือข้อบังคับการจราจรเกี่ยวกับช่องเดินรถ ทิศทางของการขับรถหรือการเลี้ยวรถที่กำหนดไว้ได้ แต่ต้องใช้ความระมัดระวังตามควรแก่กรณี จึงเป็นเจตนารมณ์ของกฎหมายที่ดีในการเอื้อกับแนวทางปฏิบัติในการออกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่ สพจ. กำหนด แต่จากการบัญญัติกฎหมายดังกล่าวก็มีความเสี่ยงและก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนและการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล ทำให้เกิดการสูญเสียผู้ป่วยรวมถึงผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ในระหว่างปฏิบัติหน้าที่ต้องดูแลและนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการการป้องกันและแก้ไขปัญหการเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล ลงวันที่ 16 มีนาคม พ.ศ.2559 โดยกำหนดให้จำกัดความเร็วของรถพยาบาลในการเดินทางไปรับผู้ป่วยต้องใช้ความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด หลังการรับผู้ป่วยแล้วควรจำกัดความเร็วไม่เกิน 80 กม./ชม. ในถนนทางหลวงทั่วไป หรือไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดในบางเขตพื้นที่ โดยให้ปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด จึงเป็นปัญหาทางกฎหมายที่ว่าการบัญญัติกฎหมายตามพระราชบัญญัติจราจรทางบก พ.ศ. 2522 และการออกคำสั่งของทางกระทรวงสาธารณสุขไม่สอดคล้องและไม่ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเมื่อศึกษาพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักในการปฏิบัติงานทางการแพทย์ฉุกเฉินก็พบว่าไม่ได้บัญญัติในเรื่องการขับขีรถ ความรับผิดชอบของผู้ขับขี่รถฉุกเฉินไว้

ประเด็นปัญหาประการที่สาม ปัญหาความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ส่วนแต่เป็นการกระทำต่อร่างกาย จิตใจ ของมนุษย์ ดังนั้นปฏิบัติการดังกล่าวจึงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความเสียหายทั้งต่อตนเองและต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าในภาวะการณ์อันปกติอยู่แล้ว ดังนั้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนอาจจะเกินความสามารถหรือวิสัยที่ผู้ปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินจะรักษาเยียวยาได้มาก่อนอยู่แล้ว เมื่อได้ส่งต่อมาถึงผู้ปฏิบัติการแล้วเกิดความเสียหายขึ้นทั้งที่มีมาก่อนจะกล่าวโทษว่าเป็นผลมาจากการปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินย่อมไม่เป็นธรรม ประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดความรับผิดชอบและให้ความสำคัญในการคุ้มครองการปฏิบัติหน้าที่แก่ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินหรือกู้ภัยในลักษณะต่างๆ ที่เห็นชัดเจน สาธารณรัฐฝรั่งเศส ไม่ได้มุ่งที่จะคุ้มครองความรับผิดชอบผู้ให้ความช่วยเหลือ แต่มีเพื่อไว้เป็นบทลงโทษกับผู้ที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือ สำหรับประเทศไทย กฎหมายมีเจตนารมณ์ให้พระราชบัญญัติดังกล่าวมีความเป็นกฎหมายมหาชนโดยแท้มากกว่าที่จะเป็นกฎหมายเอกชนและการปฏิบัติการไม่ว่าทั้งผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และ สถานพยาบาลที่ทำการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องเป็นภาครัฐ ดังนั้นความรับผิดชอบของกฎหมายมหาชนจึงอยู่ในลักษณะความผิดทางปกครองเป็น

หลัก ซึ่งได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 ของพระราชบัญญัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 แต่ใน พรบ.นี้ ไม่ได้บัญญัติครอบคลุมถึงโทษและเหตุยกเว้นโทษเพื่อการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการไว้

ประเด็นปัญหาประการที่สี่ ปัญหาการคุ้มครองการเก็บรักษาร่องรอยหรือพยานหลักฐานในคดีอาญา เนื่องจากการรักษาสถานที่เกิดเหตุให้คงไว้ในสภาพเดิมมากที่สุดเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการสืบสวนสอบสวนและคลี่คลายคดีอาญา ผู้ที่มีส่วนสำคัญและเป็นผู้คนกลุ่มแรกที่เข้าไปถึงสถานที่เกิดเหตุ นอกจากเจ้าหน้าที่สอบสวนแล้ว คือ อาสากู้ภัย มูลนิธิ หรือผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์อื่นซึ่งเข้าถึงสถานที่เกิดเหตุได้เร็วที่สุดเมื่อมีเหตุเพื่อช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุ ตามหลักการคุ้มครองร่องรอยและพยานหลักฐาน นอกจากการให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินแล้ว ผู้ปฏิบัติการจะต้องดูแลความสมบูรณ์ของที่เกิดเหตุเท่าที่จะทำได้ รวมถึงให้คำแนะนำไม่ให้ไทยมุง/พลเมืองดีหยจับทำลายวัตถุพยานเหล่านั้นด้วย ก่อนส่งมอบให้เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจเมื่อเจ้าหน้าที่ตำรวจมาถึงที่เกิดเหตุ นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานบางครั้งผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องกระจัดกระจายและอยู่คนละตำแหน่งได้ ดังนั้นอาจเกิดปัญหาการเหยียบย่ำ ทำลายร่องรอย หรือพยานหลักฐานก็ได้ นอกจากนี้การปฏิบัติหน้าที่อาจมีส่วนก่อให้เกิดการทำลาย เคลื่อนย้าย พยานหลักฐาน หรืออาจมีส่วนเพิ่มการปนเปื้อนของพยานหลักฐาน และสร้างพยานหลักฐานใหม่ในที่เกิดเหตุ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความ อยุติธรรมและอาจส่งผลให้ไม่สามารถระบุตัวผู้ก่อเหตุได้ ซึ่งไม่พบกฎหมายในลักษณะบทบัญญัติใน พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 อนุบัญญัติระเบียบ มาตรฐาน วิธีปฏิบัติการในการปฏิบัติ หรือการบรรจุหลักสูตรการอบรมเพื่อคุ้มครองผู้ปฏิบัติการในการกระทำการเพื่อปกป้องคุ้มครองพยานหลักฐานทางอาญาไว้แต่อย่างใด

จากการศึกษาค้นคว้าปัญหาทางกฎหมาย ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะ คือ

1. ปัญหาการพิจารณาระดับของผู้ป่วยฉุกเฉินโดยผู้ปฏิบัติการ ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะ คือ แก้ไขเพิ่มเติม ในประกาศ กพฉ. เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ.2554 ข้อ 4 (อ้างอิงจากระบบการแพทย์ฉุกเฉินของฝรั่งเศส) จัดให้มีการตรวจคัดแยกระดับความ ฉุกเฉินของผู้รับบริการสาธารณสุขเป็นระดับต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (1) ผู้บาดเจ็บเร่งด่วน(Immediate) จะเป็นผู้บาดเจ็บที่มีอันตรายที่อาจถึงแก่ชีวิต และต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน อันตรายที่ถึงแก่ชีวิตนั้นอาจแก้ไขได้ทันทีในที่เกิดเหตุ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีแดง” (2) ผู้บาดเจ็บในกลุ่มรอได้ (Delayed) เป็นผู้บาดเจ็บที่ต้องการการรักษาพยาบาล เพื่อรักษาชีวิตหรือป้องกันความพิการ แต่สามารถรอได้ 6-8 ชม. โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเหลือง” (3) กลุ่มเล็กน้อย (Minimal) เป็นผู้บาดเจ็บที่มีอาการไม่รุนแรงและถึงแม้จะไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลก็จะไม่มีอันตรายถึงชีวิตหรือความพิการ ให้ใช้สัญลักษณ์ “สีเขียว” (4) กลุ่มหมดหวัง (Expectant) ได้แก่ผู้บาดเจ็บรุนแรงจนถึงแม้จะได้รับการช่วยเหลือหรือรักษาอย่างเต็มที่ก็ยังมีโอกาสรอดชีวิต หรือหากฟื้นตัวก็สามารถทำงานได้น้อย ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้จะถูกจัดขึ้นต่อเมื่อทรัพยากรและขีดความสามารถที่

มีอยู่ไม่พอเพียงจะช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บได้ทุกราย และต้องพิจารณาสถานการณ์ในขณะนั้นร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้บาดเจ็บในกลุ่มนี้ไม่ควรถูกทอดทิ้งและควรได้รับการดูแลตามสมควรเพื่อให้รู้สึกสบายหรือเจ็บปวดทรมานน้อยที่สุด

2. ปัญหาความรับผิดชอบของพนักงานขับรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มบทบัญญัติในเรื่องความปลอดภัยในการขนส่งผู้ป่วย และการขับขีรถพยาบาลฉุกเฉิน ในหมวด 3 มาตรา 28 พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ไว้ในข้อ (4) การขับขีรถฉุกเฉิน ผู้ขับขีรถฉุกเฉิน ต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรถพยาบาลฉุกเฉิน และปฏิบัติตามกฎหมายจราจรอย่างเคร่งครัด

3. ปัญหาความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะ คือ ควรเพิ่มเติมหมวด 5 โทษทางปกครอง มาตรา 41 ผู้ใดกระทำการให้ผู้อื่นเสียหาย ทั้งทางกาย จิตใจ ทรัพย์สิน หรือประโยชน์อื่นใด อันเป็นการฝ่าฝืนต่อบทบัญญัติของกฎหมาย หรือเป็นการกระทำการประมาทอย่างร้ายแรง ผู้นั้น ต้องรับผิดชอบตามกฎหมาย และมาตรา 42 บทยกเว้นโทษการกระทำการเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อันเป็นไปตามมาตรฐานของการปฏิบัติงาน และไม่เป็นการกระทำการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ

4. ปัญหาการคุ้มครองการเก็บรักษาร่องรอยหรือพยานหลักฐานในคดีอาญา ผู้ศึกษาพบว่า มีข้อเสนอแนะคือ ควรเพิ่มบทบัญญัติในการคุ้มครองการเก็บรักษาร่องรอยหรือพยานหลักฐานในคดีอาญา และการป้องกันการทำลายพยานหลักฐานทางนิติวิทยาศาสตร์ โดยเพิ่มใน มาตรา 28 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้หน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล และผู้ปฏิบัติการ ดำเนินการปฏิบัติการฉุกเฉินตามหลักการดังต่อไปนี้ (5) การปฏิบัติการฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินต้องเป็นไปตามความด้วยความระมัดระวัง และให้ดำเนินการตามระเบียบการและข้อกำหนดในการคุ้มครองร่องรอย และการเก็บรักษาพยานหลักฐานในที่เกิดเหตุเป็นสำคัญ

## เอกสารอ้างอิง

กลุ่มกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน, รวมกฎหมาย ข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่งและหนังสือเวียนเกี่ยวข้อง

กับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551. สมุทรปราการ: ศรีสมบุญการพิมพ์, 2561

จิรศักดิ์ เจียมเจตจรูญ, พันตำรวจโท, สถานที่เกิดเหตุและวัตถุพยานทางชีววิทยา. เอกสารทางวิชาการสำหรับ

ใช้ประกอบการ ปฏิบัติงานเสนอที่กองพิสูจน์หลักฐานสำนักงานนิติวิทยาศาสตร์ตำรวจ,

กรุงเทพมหานคร: กรมตำรวจ, 2550.

วิทยา ชาติบัญชาชัย, สุรัชย์ ศิลาวรรณ, บรรณาธิการ, “แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของรถพยาบาล

ฉุกเฉิน Prevention”, นนทบุรี: บริษัท พรินติ้ง จำกัด, 2557.