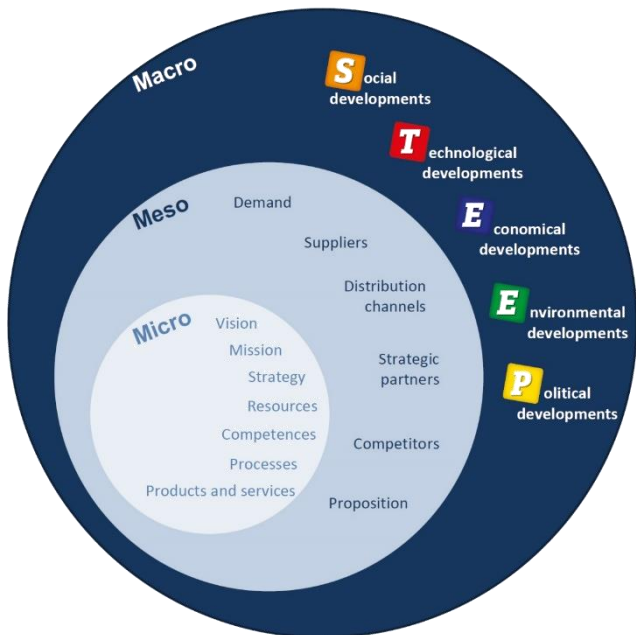




แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ 2562-2564

(ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564)

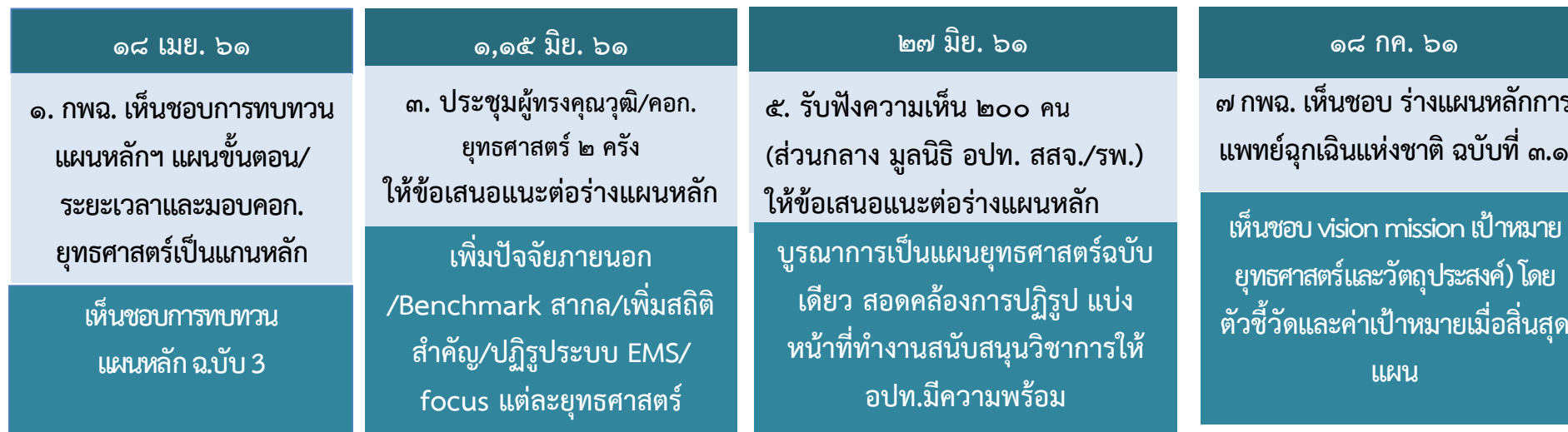
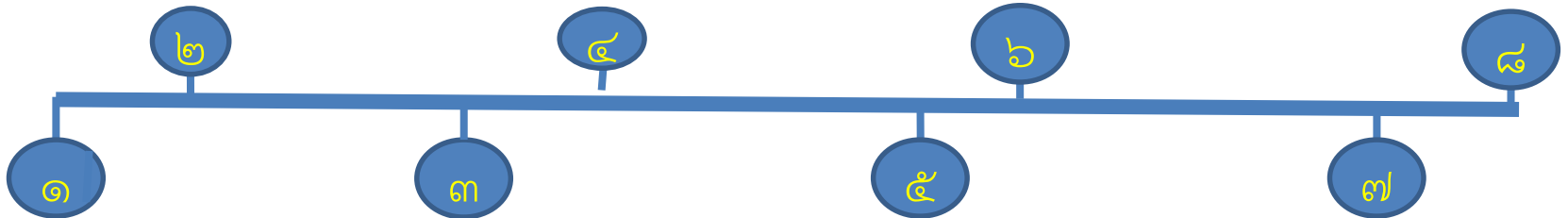
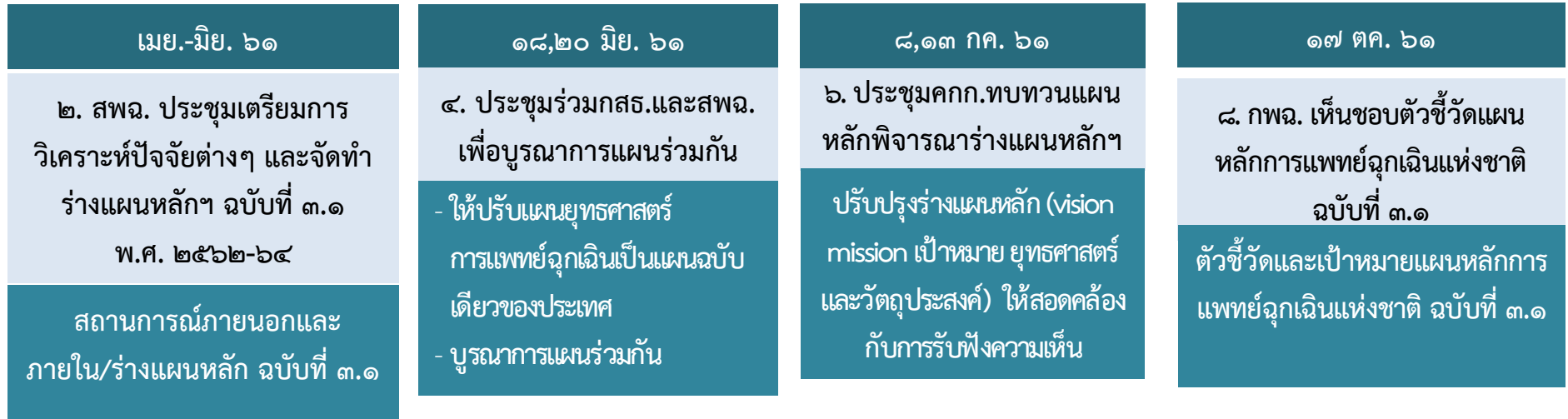


- ✓ SDG : หลักประกันการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ✓ รัฐธรรมนูญ 2560
- ✓ นโยบายรัฐบาล
- ✓ Thailand 4.0
- ✓ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี/แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12
- ✓ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข 20 ปี
- ✓ ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข/ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- ✓ การแพทย์ฉุกเฉินในอุดมคติ/ข้อเสนอของภาคีเครือข่าย
- ✓ ผลการดำเนินงานตามแผนหลัก/สถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ความเป็นมา

- 1) สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบสูง เช่น ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ประเด็นปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน และผลการพัฒนาที่ผ่านมาต้องการให้มีความก้าวหน้าของระบบบริการให้ทันต่อปัญหาและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ กพฉ.มีมติเมื่อ 18 เมษายน 2561 เห็นชอบการทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และมอบคณะกรรมการยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน เป็นแกนหลักในการทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564
- 2) กพฉ.มีมติ เมื่อ 17 พฤษภาคม 2561 รับทราบกรอบแนวคิด ขั้นตอน/วิธีการทำงาน/ระยะเวลาในการทบทวนแผน
 - 1) ประชุมเตรียมการภายในสพฉ. วิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศและผลงานวิชาการ เพื่อสังเคราะห์ประเด็น critical situation และทบทวนและจัดทำร่างแผนหลักฯฉบับปรับปรุง
 - 2) ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ/คณะกรรมการยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน /ภาคีเครือข่าย 3 ครั้ง เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแผนหลักฯ
 - 3) รับฟังความเห็นจากทุกภาคส่วนทั่วประเทศ(ส่วนกลาง มูลนิธิ อปท. สสจ./รพ.) ให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแผนหลักฯ เพื่อนำเสนอคณะกรรมการยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน และกพฉ.
- 3) กพฉ. มีมติ เมื่อ 17 ตุลาคม 2561 เห็นชอบ (ร่าง) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 และมีการปรับปรุงแก้ไขในการรับรองรายงานการประชุมในการประชุมกพฉ. เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2561

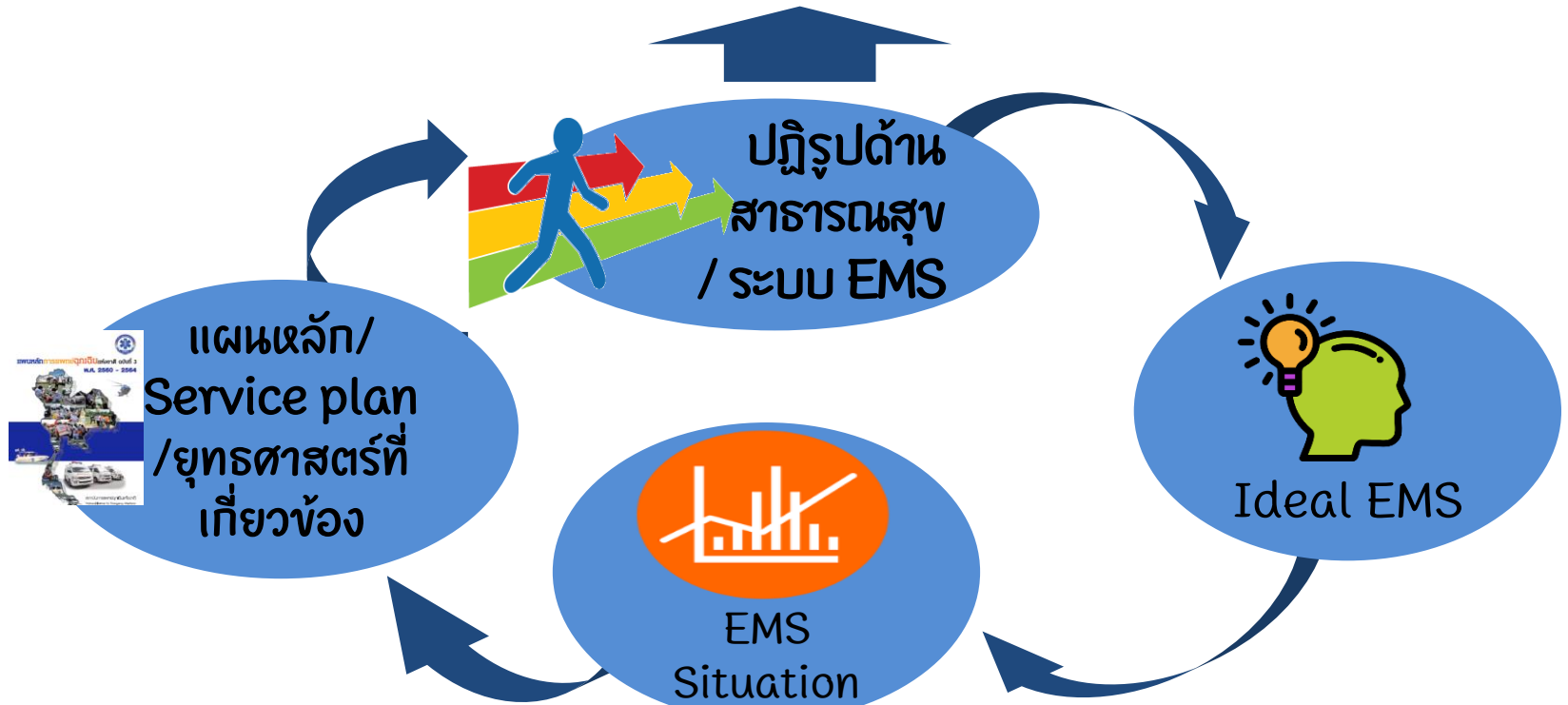
ขั้นตอนในการทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓.๑ พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔



Conceptual Framework

ทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-2564)

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 3.1 (พ.ศ. 2562-2564)



สถานการณ์ตั้งแต่การรับรู้เหตุ, สั่งการ/อำนาจการแพทย์, ปฏิบัติการ, นำส่ง, ER

ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ปัจจัยภายนอกในอนาคต : Future Situation



สังคมผู้สูงอายุ

• สังคมผู้สูงอายุ
จาก **16.5 %**
(59) เป็น **32 %**
(75)

- ความเป็นสังคมเมือง
- ความเหลื่อมล้ำ

สัดส่วนความรอบรู้และเข้าถึง EMS ต่ำ



- ขยายตัวศก.ต่ำ
- ประเทศที่ติดกับดักรายได้ปานกลาง
- โลกเชื่อมต่อการค้าการลงทุน
- รายได้ประเทศคงที่

งบประมาณที่ได้รับจำกัด



- เสถียรภาพทางการเมือง
- ปัญหาเขตแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน
- ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มประชากร

สถานการณ์การเมือง +, -



- การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศมีความรุนแรงมากขึ้น

ไทยมีความเสี่ยงปานกลาง



- ความก้าวหน้าวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอย่างก้าวกระโดด (+, -)
- การแข่งขันรุนแรงขึ้น

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีก้าวหน้า (+, -)

ปัจจัยภายใน EMS Situation ระดับผลลัพธ์ (1)

แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตนอก รพ.

1. ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตภายใน รพ. ประมาณ 60,000 คน/ปี

- การศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของเกาหลีใต้ มีผู้เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล **ร้อยละ 30-40** (Korean Circulation Journal 2015)
- สอดคล้องกับการศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนอกโรงพยาบาลของประเทศสวีเดน ปี 2534-2549 **ร้อยละ 28-30** (Kerstin Dudas)
- รายงานศึกษาในสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล **ร้อยละ 50** (Fauci, A.S, 2008)
- การเสียชีวิตก่อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนมาถึง รพ. ในไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน แต่มีการคาดว่าการเสียชีวิต **ร้อยละ 15 - 20** (อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2552)
- **ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในไทย ระหว่างปี 2548-2553 พบอัตราป่วยตาย ร้อยละ 6.25** โดยเป็นการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล **ร้อยละ 21** (ฐานข้อมูล IS, สนับสนุนโดย WHO)

2. เฉพาะข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึง รพ. ต่อประชากรแสนคน เพิ่มจาก 12.06 (ปี 55) เป็น 20.52 (ปี 60)

- ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย non trauma **ร้อยละ 70**
- เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุก่อนชุดไปถึง **ร้อยละ 70**

ผลลัพธ์
ระบบการ
แพทย์
ฉุกเฉิน

ปัจจัยภายใน EMS Situation ระดับผลลัพธ์ (2)

อัตราเสียชีวิตในรพ.ต่อชก.แสนคนเพิ่มขึ้น ปี 52-59

(สถิติสร.59)

1. โรคหลอดเลือดสมอง จาก 21.0 เพิ่มเป็น 48.7
2. โรคหัวใจขาดเลือด จาก 20.7 เพิ่มเป็น 32.3
3. อุบัติเหตุจราจร จาก 15.0 เพิ่มเป็น 23.8 แต่ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุจราจร 3 สำน ปี 59 เป็นอัตรา 36.2 ต่อชก.แสนคน

ผลลัพธ์
ระบบการ
แพทย์
ฉุกเฉิน

ผลการลดอัตราเสียชีวิตในกลุ่มโรคฉุกเฉินของกระทรวง
สาธารณสุข ปี 2560

- ลดอัตราเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมองในรพ. (< ร้อยละ 7) ส่วนใหญ่ยังดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย มี 3 เขตสุขภาพที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ เขต 7, 8 และ 10
 - ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 26.55 ต่อชก.แสนคน (เป้า < 28 ต่อชก.แสนคน) แต่อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลร้อยละ 10.12(เป้า <10%)
- ข้อมูลที่ใช้เป็นผลจากการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 เนื่องจากไม่มีฐานข้อมูลภาคส่วนอื่น

ปัจจัยภายใน EMS Situation ระดับผลลัพธ์ (3)

ความพิการ (ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 60)

สาเหตุความพิการที่มาจาก การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ 45.7%

- พิการจากการเจ็บป่วย 31.8%

- พิการจากอุบัติเหตุ 13.9 %

หมายเหตุ ผู้พิการสะสม 1.9 ล้านคน (ปี 2561)

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปี 2554-2560 พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากกว่า 85%

ผลลัพธ์
ระบบการ
แพทย์
ฉุกเฉิน

ปัจจัยภายใน: การเข้าถึงบริการและการบริหารกองทุน (4)

เข้าถึงบริการ

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ปี 2560 **ค่าเฉลี่ย 2,324.57 SD= 1,047** จังหวัดเข้าถึงบริการสูงสุด คือ ขอนแก่น 5,724.59 จังหวัดเข้าถึงบริการต่ำสุด คือ กทม. 726.54
2. แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ลำเลียงผ่านระบบ EMS ต่อชก.แสนคน ปี **58-60 เพิ่มขึ้น จาก 230.20 ราย เป็น 358.36 ราย**
3. แนวโน้มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบ EMS ต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ ER ปี **57-60 เพิ่มขึ้น 14-19% และปี 61 = 26% (9 เดือน)** หมายเหตุ รายงานไม่ครบถ้วนทุกจว.

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเปรียบเทียบระหว่างเขตในอำเภอเมืองกับอำเภออื่น ๆ ปี 2561 (9 เดือน) พบว่า

- การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน **ในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 40** ส่วนที่เหลือเป็นการเข้าถึงบริการนอกเขตอำเภอเมือง

1. การบริหารกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์การจ่ายเงินชดเชยปฏิบัติการตามระดับความฉุกเฉิน (ER Triage) แนวโน้มการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก ร้อยละ 11.0(ปี 55) เป็นร้อยละ 16.5 (ปี 60) การจ่ายชดเชยปฏิบัติการส่วนใหญ่ เป็นการจ่ายสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนร้อยละ 60

การ
จัดการ
กองทุน

ปัจจัยภายใน : คุณภาพปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการ (5)

คุณภาพ
การ
ปฏิบัติ
งานของ
ศูนย์ฯ

1. การรับแจ้งเหตุ 5.1-5.9 ล้านครั้ง/ปี เป็นการรับแจ้งเหตุการณ์แพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 24 ของการรับแจ้งทั้งหมด โดยแนวโน้มอัตราการแจ้งเหตุการณ์แพทย์ฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจาก 2,094.5 (ปี 58) เป็น 2,406.2 (ปี 60)
2. การคัดแยกระดับฉุกเฉินวิกฤตต่ำกว่าความเป็นจริง เปรียบเทียบห้องฉุกเฉินกับศูนย์สั่งการ (Under Triage) ปี 58-61 อยู่ระหว่าง 40%-42% (เกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 5%)
3. ความสอดคล้องการสั่งการระดับความฉุกเฉินวิกฤตกับชุด ALS ปี 58-61 ร้อยละ 70 โดยกลุ่ม Non Traumaสั่งการสอดคล้องสูงกว่ากลุ่ม Trauma

1. Response Time ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุในผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (เกณฑ์ 8 นาที) อยู่ระหว่าง 43-46%

2. คุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เฉพาะที่ใช้บริการ EMS ปี 2559

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| 2.1 การดูแลทางเดินหายใจที่เหมาะสม | ร้อยละ 94.88 |
| 2.2 การห้ามเลือดที่เหมาะสม | ร้อยละ 94.71 |
| 2.3 การตามกระดูกที่เหมาะสม | ร้อยละ 91.39 |
| 2.4 การให้สารน้ำที่เหมาะสม | ร้อยละ 96.25 |

คุณภาพ
การปฏิบัติ
การฉุกเฉิน
ของหน่วย

ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข/ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



เป้าหมาย ทุกคนบนแผ่นดินไทยเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง ทั่นเวลา และมีมาตรฐาน



1 โครงสร้างบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมาย

- ทบทวนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- มีคณะกรรมการนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ/IVCI
- มีระบบสารสนเทศ (NECIS)
- สามกองทุนสุขภาพหลักกำหนดชุดสิทธิประโยชน์และวิธีการชดเชยบริการ
- มีกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต

ด้านสธ.:

- 1) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- 2) ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ

2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมาย

- มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน(ทุกกรณี)ที่มีมาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้อปท.และแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อยู่ใต้กสร.
- สนับสนุนการพัฒนาบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
- มีโครงสร้างและกลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับประเทศ/เขต/จว.
- มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน



3 กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมาย กสร.และสถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทั้งหมดมีแผนลงทุนเชิงบูรณาการผลิตและอำรงรักษาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอแก่ความต้องการในระยะ ๑๐ ปี

ด้านสธ. :

- 3) กำลังคนสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 ปรับและขยายทิศทางเพื่อการพัฒนาในระยะยาว

แก้ช่องว่างในประเด็นต่าง ๆ

1. การขับเคลื่อนบนฐานความรู้ evidence based ยังไม่เพียงพอต่อ สพฉ. และภาคีเครือข่ายยังไม่สามารถเป็นองค์กรพัฒนาบนฐานความรู้ (learning organization) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. กลไกด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นหัวใจหลัก ตามมาตรา 28, 29, 30, 31 และ 32 ยังไม่สามารถ engage เข้าไป ในห่วงโซ่ทุกขั้นตอนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงพอ จนสามารถลดอัตราเสียชีวิตได้ตามเจตนารมณ์ของพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระบบการเงินการคลังยังไม่สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้พื้นที่ห่างไกลและเข้าไม่ถึงระบบได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งพัฒนาได้ช้ากว่าความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตในพื้นที่ด้อยโอกาส
4. การอภิบาลระบบยังไม่สอดคล้องกับองค์กรรัฐทั้งระบบอย่างเพียงพอ เพื่อการพัฒนาอย่างเสริมพลัง (synergist) ให้มีอัตราความก้าวหน้าของระบบบริการให้ทันต่อปัญหาและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้เปราะบาง พื้นที่เฉพาะ

สรุปสาระสำคัญจากการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างแผนหลักฯ ทุกช่องทาง (จัดประชุมรับฟังความคิดเห็น 3 ครั้ง, ประชุมหารือ, ผ่านwebsite และgoogle doc)

1

ต้องการให้จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินฉบับเดียว
ของประเทศ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนา โดยทุกภาคส่วนแบ่งหน้าที่ในการร่วมกัน
ขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ

2

ทิศทางการดำเนินงานในอนาคต อปท.จะร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่และมีบทบาทเป็นผู้
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ **จึง**
จำเป็นต้องพัฒนาให้อปท.มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจ ในการ
เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ได้ตาม
มาตรฐาน ทั้งการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี)/การอำนวยความสะดวก และการเพิ่มหน่วย
ปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งส่วนกลาง/พื้นที่

3

การประสานความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและ
สาธารณสุข ทั้งในพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล การผลิต/พัฒนาผู้ปฏิบัติการ
การสื่อสารสาธารณะ รวมทั้งทบทวนบทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการอภิบาล
ระบบ เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน อย่าง
ทั่วถึง และเท่าเทียม



VISION

“ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม”



แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 3.1 (พ.ศ.2562-2564)



ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงเริ่มได้รับการบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน โดยพัฒนาห่วงโซ่ปฏิบัติการทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมโดยทุกภาคส่วนมีบทบาท

Ultimate Goals
Specific Goals



1. ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 2. ลดความพิการจากภาวะฉุกเฉิน

1. ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน

1.1 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนรับไว้ในรพ.

1.2 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในรพ.

2. ลดอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) ในกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน (การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการเป็นพิษ)

Strategy



1. พัฒนา
มาตรฐาน
การแพทย์
ฉุกเฉิน

2. พัฒนาระบบ
บริหารจัดการ
ผู้ปฏิบัติการในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน

3. พัฒนากลไก
การอภิบาลระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน

4. พัฒนาศักยภาพ
และการมีส่วนร่วม
ของภาคเครือข่ายทั้ง
ในและต่างประเทศ

5. การสื่อสาร
สาธารณะใน
ระบบการแพทย์
ฉุกเฉินสู่
ประชาชน



ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับบริการถึงผู้ป่วยฉุกเฉินถึงไม่ได้รับการบำบัดจะจูงใจให้ภาวะฉุกเฉินโดยพัฒนา หัวใจปฏิบัติการทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิผลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมโดยทุกภาคส่วนมีบทบาท



- Ultimate Goal** 1.ลดการเสียชีวิตจากเจ็บป่วยฉุกเฉิน 2.ลดความพิการจากภาวะฉุกเฉิน
- Specific Goal** 1. ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน
- 1.1 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนรับไว้ในรพ. 1.2 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในรพ.
2. ลดอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) ในกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน (การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการเป็นพิษ)

strategy



1.พัฒนา มาตรฐาน การแพทย์ ฉุกเฉิน

2.พัฒนาระบบ บริหารจัดการผู้ ปฏิบัติการในระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน

3.พัฒนากลไก การอภิบาล ระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน

4.พัฒนาศักยภาพ และการมีส่วนร่วม ของภาคเครือข่ายทั้ง ในและต่างประเทศ

5. การสื่อสาร สาธารณะในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินสู่ ประชาชน

Objective



1. เพื่อพัฒนามาตรฐาน ตามห่วงโซ่การแพทย์ ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่ การรับรู้การเจ็บป่วย ฉุกเฉินจนได้รับบำบัด เจาะจงหรือฟื้นภาวะ ฉุกเฉิน

2. เพื่อให้การจัดบริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้ มาตรฐาน ที่กำหนดตลอด ห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉิน ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีการ สื่อสารและสารสนเทศ ดิจิทัลในระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน

1. เพื่อผลิต ธารง รักษาและพัฒนา ขีดความสามารถผู้ ปฏิบัติการให้ เพียงพอทั้งที่เป็นผู้ ประกอบวิชาชีพ และไม่เป็นผู้ ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และ การสาธารณสุข

2. เพื่อกระจายผู้ ปฏิบัติการทั้งใน หน่วยงานปฏิบัติการ สถานพยาบาล ให้ มีสัดส่วนที่ เหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่

1. เพื่อทบทวนโครงสร้าง กลไกการ จัดการ และอภิบาลระบบ EMS ให้ สอดรับแผนปฏิรูปประเทศด้าน สาธารณสุขระดับระบบ EMS

2. เพื่อพัฒนา ระเบียบ, ข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ให้สนับสนุน การพัฒนาระบบ EMS ได้อย่าง เพียงพอและมีกรอบบังคับใช้ได้ อย่างเหมาะสม

3. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลัง ให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการ พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างเหมาะสมและยั่งยืน

4. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบริหาร จัดการความรู้และงานวิจัยที่ นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในทาง ปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของ หน่วยงานภาครัฐทุกระดับและ ภาคประชาสังคม ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นบูรณาการร่วมเครือข่าย อื่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่ ได้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่ปกติ และพื้นที่พิเศษ

3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและ ต่างประเทศ ในการสนับสนุน การพัฒนาระบบ EMS ทั้งใน ภาวะปกติและสาธารณภัย

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินและ ครอบครัวมีความตระหนักรู้ ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือ เบื้องต้นเมื่อเกิดการ เจ็บป่วยฉุกเฉิน

2. เพื่อจัดระบบสนับสนุน และประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถ เข้าถึงบริการเหมาะสมและ รวดเร็ว

3. เพื่อให้มีการจัดการระดับ ชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัย เกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนามาตรฐานEMS



1

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนามาตรฐานตามห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนได้รับบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน
2. เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มาตรฐาน ที่กำหนดตลอดห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศดิจิทัลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดห่วงโซ่ EMS ครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนได้รับบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน
2. อปท.ขนาดใหญ่มีศูนย์รับแจ้งและจ่ายงานในภาวะฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการพัฒนาระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งให้คำสั่งการแพทย์
3. มีหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลที่ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง
4. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินไม่เป็นภาระรับผิดชอบของงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้มีบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
5. มีมาตรการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ
6. มีระบบสารสนเทศการบริหารลผู้ป่วยฉุกเฉินแห่งชาติ รวมทั้งการสื่อสารสำหรับการประสานงาน การปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพระบบ EMS

ตัวชี้วัด

1. จำนวนจังหวัดที่มีระบบอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉิน
2. จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยอบจ.และกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. จำนวนจังหวัดที่มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Under Triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และ การคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Over Triage) ไม่เกินร้อยละ 30
4. จำนวนจังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) เกินกว่า 200 ต่อประชากรแสนคน
5. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เริ่มได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที
6. อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิ
7. จำนวนจังหวัดที่มีการใช้ TEMSA ในการประเมินมาตรฐานและคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาตนเอง
8. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI & Stroke ที่ได้รับแจ้งผ่าน 1669 และได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือ ได้รับ PCI
9. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน Level 1 , Level 2 และ Level 3 ได้รับการดูแลตามเวลาที่กำหนด
10. จำนวนจังหวัดมีระบบการบันทึกข้อมูลแบบ Real time ภายใน 15 นาที ในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่การรับแจ้ง ถึง ส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการ (ITEMS) แล้วเสร็จภายใน 8 ชั่วโมง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการ



2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิต อํารงรักษาและพัฒนาขีดความสามารถผู้ปฏิบัติการให้เพียงพอทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
2. เพื่อกระจายผู้ปฏิบัติการทั้งในหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล ให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่

เป้าหมาย

1. มีองค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานและเพียงพอ ด้วยความร่วมมือของกสร. สถาบันผลิตผู้ปฏิบัติการทั้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
2. มีแผนลงทุนเชิงบูรณาการในการผลิตและพัฒนาผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอที่สอดคล้องกับนโยบายความต้องการและบริบทของพื้นที่
3. มีการส่งเสริมสนับสนุน อํารงรักษาผู้ปฏิบัติการในระบบ EMS มีความก้าวหน้าในสายงาน/คุณภาพชีวิตที่ดี
4. มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบ EMS ทั้งในวิชาชีพเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จในการผลิตบุคลากรที่เพียงพอ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
2. ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการอํารงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในวิชาชีพเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพพิเศษ



วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบ EMS ให้สอดคล้องแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขประเด็นระบบ EMS
2. เพื่อพัฒนา ระเบียบ, ข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ให้สนับสนุนการพัฒนา ระบบ EMS ได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
4. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการความรู้และงานวิจัยที่นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

เป้าหมาย

1. มีการทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. มีระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบ EMS ครบถ้วนและมีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสม
3. กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และสามกองทุนสุขภาพหลักกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และวิธีการชดเชย บริการตามชุดสิทธิประโยชน์นั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ ทัวถึงและยั่งยืน A(4)/ มีกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต A(5)
4. มีผลงานวิจัยและนวัตกรรม องค์ความรู้ การจัดการความรู้และบริหารฐานความรู้ รวมทั้งคลังความรู้ เพื่อพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. มีการทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียนให้มีประสิทธิภาพ
 - 2.1 การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน
 - 2.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนามาตรฐานระบบคุณภาพการบริหารงานคุณภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ISO ๙๐๐๐
 - 2.3 การตรวจสอบภายใน
 - 2.4 การบริหารจัดการสารสนเทศดิจิทัล

ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



3

ตัวชี้วัด (ต่อ)

2.5 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS

2.6 การบริหารทรัพยากรบุคคล

2.7 การเบิกจ่ายเงินตามแผนการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติ

2.8 การรายงานทางการเงิน

2.9 การดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบการจ่ายเงิน และการรับเงินของทุนหมุนเวียนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์

2.10 การจัดทำรายงานวิเคราะห์ผู้ใช้บริการหลักและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมของทุนหมุนเวียน

30 31 32 37 38 39 อย่างน้อยเรื่องละ 1 ครั้ง จนสำเร็จลงโทษเสร็จสิ้น

4. ประสิทธิภาพการบริหารค่าชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและเร่งด่วน (จำนวนจังหวัดที่มีการจ่ายเงินจากกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ยต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการนำส่งโรงพยาบาลด้วยชุดปฏิบัติการขั้นสูง)

5. ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น/มีการจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมให้มี matching grant มากขึ้นในพื้นที่ที่ห่างไกลและพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงบริการ

6. จำนวนองค์ความรู้หรือนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยและกระบวนการทางวิชาการเพื่อหนุนเสริมภารกิจตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และภารกิจสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

7. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิจัย เพื่อให้ได้องค์ความรู้เรื่องการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับประเทศไทย ภายใน 2564 รวมทั้งการจัดการความรู้ บริหารฐานความรู้ และจัดให้มีคลังความรู้ เพื่อนามาใช้ในการกำหนดนโยบาย/บริหาร และปรับปรุงบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ



4

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับและภาคประชาสังคม ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการร่วมเครือข่ายอื่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ได้อย่างมีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่ปกติและพื้นที่พิเศษ
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบ EMS ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

เป้าหมาย

1. ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี) ที่มีมาตรฐาน โดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข
2. มีระบบการจัดการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ (หน่วยบริหารจัดการ)
3. มีการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติและพื้นที่พิเศษ (หน่วยปฏิบัติการอำนวยการ/หน่วยปฏิบัติการแพทย์/หน่วยปฏิบัติการในพื้นที่พิเศษ)
4. มีระบบประสานงานและประสานความร่วมมือ เพื่อสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งภาวะปกติและสาธารณภัยที่มีประสิทธิผล

ตัวชี้วัด

1. จำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและจ่ายงานการแพทย์ฉุกเฉินและการอำนวยการทางการแพทย์ระดับจังหวัดภายใต้การดำเนินงานและบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด/กรุงเทพมหานคร
2. จำนวนจังหวัดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มีศูนย์รับแจ้งและจ่ายงานตามเกณฑ์วิธี (Protocol) ที่แพทย์อำนวยการกำหนด
3. ระดับความสำเร็จในการเป็นผู้นำความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน



5

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินและครอบครัวมีความตระหนักรู้ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. เพื่อจัดระบบสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการเหมาะสมและรวดเร็ว
3. เพื่อให้มีการจัดการระดับชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉินและครอบครัวมีความตระหนักรู้ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. มีระบบสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการเหมาะสมและรวดเร็ว
3. มีการจัดการระดับชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้เบื้องต้นและสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ดัชนีการรับรู้และเชื่อมั่นของประชาชน/ นักท่องเที่ยว/ นักลงทุนที่มีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ
4. ร้อยละตำบลทั่วประเทศที่มีการจัดการชุมชนและปลอดภัยเข้มแข็งได้มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินเชิงพื้นที่