คู่มือ การใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

คู่มือ การใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คู่มือ การใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

ที่ปรึกษา	ร.อ.นพ.อัจฉริยะ	แพงมา	
	ดร.นพ.ไพโรจน์	บุญศิริคำชัย	
	นพ.สัญชัย	ชาสมบัติ	
กองบรรณาธิการ	ดร.พิเชษฐ์	หนองช้าง	
	นางธัณณ์จิรา	ธนาศิริธัชนันท์	
	นางสาวเทียมจันทร์	ฉัตรชัยกนันท์	
	นางสาวอำพัน	รุจนสุธี	
คณะผู้จัดทำ	ดร.ภาณุ	อดกลั้น	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรธานี
	นพ.เกรียงศักดิ์	ปินตาธรรม	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
	นพ.พัฒธพงษ์	ประชาสันติกุล	โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช
	นพ.ศุภฤกษ์	สัทธาพงศ์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
	ดร.เกศราภรณ์	พลสีลา	โรงพยาบาลบ้านตาก
	นางสุนันท์	เกียรติชัยพิพัฒน์	โรงพยาบาลราชบุรี
	นางอนงค์	มณีศรี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
	นางนวลจันทร์	บุญธรรม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
	นางทิพย์วิภา	สังข์อินทร์	โรงพยาบาลนครพนม
	นางลัดดา	ทองตัน	โรงพยาบาลภูเก็ต
	นางสาววรรณดี	ศุภวงศานนท์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
	นายพีธากร	ศรีบุตรวงษ์	วิทยากรจัดการความรู้
	นางสาวมะลิ	สิงห์เสนา	วิทยากรจัดการความรู้

จัดพิมพ์โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุข ซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๗๒-๑๖๖๙ www.niems.go.th

คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด จัดทำขึ้น
ภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๔
ปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ปรับปรุงแก้ไขและประกาศใช้
แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓.๑ พ.ศ.๒๕๖๒ – ๒๕๖๔
ดังนั้น ผู้ใช้งานควรทบทวนเนื้อหา และพิจารณาปรับใช้ตามความเหมาะสม

คำนำ

การประสานงาน ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน เป็นอำนาจหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรา ๑๕ (๖) ทั้งนี้ การติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน ต้องสอดคล้องกับแผนหลักและยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน และต้องติดตาม ประเมินผลดำเนินงานในทุกระดับ

เพื่อเป็นแนวทางในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงจัดทำคู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยแต่งตั้งคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมออกแบบเครื่องมือการติดตามประเมินผล และจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องครอบคลุมทั้ง ๔ ภูมิภาค แล้วจึงสังเคราะห์ความคิดเห็นทั้งหมดพัฒนาเป็นเครื่องมือและคู่มือฉบับนี้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมุ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรุงเทพมหานคร ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและศูนย์เอราวัณ ในการวางแผน นิเทศติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อร่วมกันพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล อันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและประเทศชาติต่อไป

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ..... ๑

การกำหนดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ ๒๐

รายละเอียดตัวชี้วัด ๒๔

๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non trauma) ๒๕

๒. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง ๒๖

๓. อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย ๒๗

๔. ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึง ได้ภายใน ๘ นาที ๒๘

๕. ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุและการช่วยเหลือเบื้องต้น ๒๙

ปฏิทินการดำเนินงานการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงาน ๓๐

แบบรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ๓๒

บทสรุปผู้บริหาร

คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๖๒ จัดทำขึ้นภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๑๕ (๖) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานติดตามประเมินผลการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สอดคล้องกับแผนหลัก และยุทธศาสตร์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คู่มือฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรุงเทพมหานครใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินตนเอง และกำกับติดตามการดำเนินงานองค์ประกอบต่างๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ตัวชี้วัดในคู่มือฯ แบ่งเป็น ๒ ส่วน คือ ตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

<u>ตัวชี้วัดหลัก</u>

๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non trauma)

<u>ตัวชี้วัดองค์ประกอบ</u>

๒. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง
๓. อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูงไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
๔. ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึง ได้ภายใน ๘ นาที
๕. ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น

ทั้งนี้ ในคู่มือฯ ได้กำหนดปฏิทินการดำเนินงานนิเทศและประเมินผล พร้อมทั้งจัดทำแบบรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด มาพร้อมนี้

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สพฉ.
NATIONAL INSTITUTE FOR EMERGENCY MEDICINE

คู่มือ

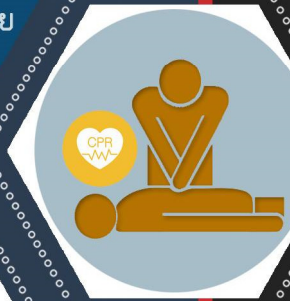
การใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

เราประเมินเพื่อ

- เพื่อประเมินศักยภาพจังหวัด
- เพื่อใช้วางแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
- เพื่อเป็นแนวทางนิเทศ กำกับติดตาม องค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

เราประเมินอะไรกันบ้าง

- ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non trauma)
- ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น
- ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง
- ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุม พื้นที่ให้เข้าถึง ได้ภายใน ๘ นาที



อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

แผนภาพที่ ๑ กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไทยใน ๕ ปี

Q	: Quality	: คุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
P	: Person	: พัฒนากำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
S	: Support	: สนับสนุนด้านงบประมาณ สารสนเทศ กฎหมาย และการวิจัย
C	: Coalition	: ความร่วมมือร่วมใจ
PE & PR	: Public Education and Public Relationship	

หลักการและเหตุผล

ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ซึ่งยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลกและประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ตั้งแต่การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การก่อการร้าย การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง การเปิดประตูเศรษฐกิจสู่ประชาคมอาเซียนอย่างเต็มรูปแบบทำให้มีการหลั่งไหลเข้าออกประเทศของผู้คนจำนวนมาก คุณภาพการศึกษา และความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งด้านระบบบริหารราชการแผ่นดิน การเมืองและการปฏิรูปประเทศที่เน้นการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถในการแข่งขันและการนำผลความเจริญก้าวหน้ามาสู่ประเทศชาติ

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ ได้สะท้อนว่า กลไกการขับเคลื่อนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพิ่มมากขึ้นดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี๒๕๕๖ จำนวน ๑,๒๒๗,๓๓๖ ราย ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑,๒๗๙,๙๑๓ ราย และปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑,๓๖๖,๐๑๙ ราย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างปี ๒๕๕๖ กับปี ๒๕๕๘ พบว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ๑๓๘,๖๘๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๐ นอกจากนี้ยังพบว่าความครอบคลุมของบริการและการแจ้งเหตุเพื่อการขอรับความช่วยเหลือและคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน ๑๖๖๙ เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ จึงมีทิศทางมุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศเพื่อให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน มีระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบมีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ บริการและการติดตามประเมินผล มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารและสร้างองค์ความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันและมีการประสานความร่วมมือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงกลไกการเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศกับระบบการพัฒนาประเทศในมิติด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปในทิศทางเดียวกันเนื่องจากมีกลไก องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงอื่นๆ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญของแผนหลักฯ ฉบับที่ ๓ คือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน ความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการ การประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน ดังนั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงอาศัยอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๑๕ (๑) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ให้ความเห็นชอบแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ดังนี้

วิสัยทัศน์

ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน

พันธกิจ

ด้วยความร่วมมือของหน่วยงานส่วนกลาง ทำการพัฒนาห่วงโซ่คุณภาพตามมาตรฐานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการให้กับห่วงโซ่การจัดการในระดับจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินและปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

เป้าหมายทั่วไป

ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย

เป้าหมายเฉพาะ

๑. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาล

๓. ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร

๔. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

๕. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ยุทธศาสตร์

๑. ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๓. ยุทธศาสตร์พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๔. ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

๕. ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

แผนภูมิเชื่อมโยง ๕ ยุทธศาสตร์หลักสู่เป้าหมาย

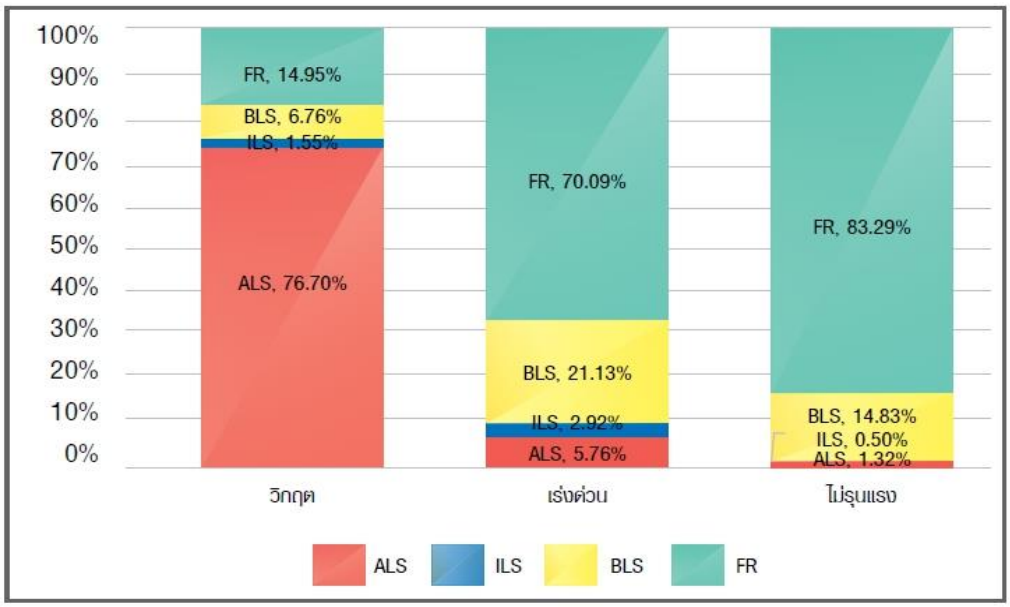
ยุทธศาสตร์ที่ ๑
พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาล โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปฏิบัติงาน ๒๔ ชั่วโมง ครบทุกจังหวัด แม้ว่าในด้านมาตรฐานและคุณภาพของการปฏิบัติการของศูนย์ฯ อยู่ระหว่างการพัฒนามีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและหน่วยปฏิบัติการเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ยังไม่ได้พิจารณาในแง่ของการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการยังมีพื้นที่ประมาณ ร้อยละ ๒๐ ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการ และพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ท้าทาย เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการห้องฉุกเฉินยังน้อย อยู่ระหว่าง ร้อยละ ๑๐-๒๐

คุณภาพของการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยวัดจากการสั่งการที่เหมาะสม พิจารณาจากความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๘ พบว่า ระดับความฉุกเฉินวิกฤตสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ร้อยละ ๗๗.๘๒



การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนั้น ยังมีปัญหาในเรื่องเกณฑ์ของการคัดแยกที่ยังไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ การประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินจากการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ๔ ด้าน (การดูแลทางเดินหายใจ, การให้สารน้ำ, การห้ามเลือด, การดาม) พบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินโดยพยาบาล/แพทย์ของโรงพยาบาลที่นำส่ง ทั้ง ๔ ด้าน ระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ แนวโน้มคุณภาพบริการดีขึ้น พบว่า การให้สารน้ำทำได้และเหมาะสมมากกว่าร้อยละ ๙๕ รองลงมาเป็น การดูแลทางเดินหายใจ ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ ๘๕ - ๙๕ การห้ามเลือด ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ ๗๖ - ๙๓ และการดามกระดูก ทำได้และเหมาะสม ๖๘ – ๙๗ โดยเมื่อพิจารณาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไม่ได้ทำหรือดูแลไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ร้อยละ๗๐ จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นช่องว่างของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไป ทั้งในประเด็นของ

๑) การกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในหลายจังหวัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริง ร้อยละ ๕๙

๒) ประชาชนยังรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทันท่วงทีมีสัดส่วนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เพียงร้อยละ ๑๐ - ๒๐

๓) ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล (การเสียชีวิตก่อนไปถึง, รักษาและเสียชีวิตจุดเกิดเหตุ, รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง) ปี ๒๕๕๕ – ๒๕๕๘ แม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ ๐.๖๗ - ๐.๖๘ ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดแต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนแล้ว พบว่า ตัวเลขผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวนไม่น้อยทีเดียวโดยระหว่างปี ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ เสียชีวิตเท่ากับ ๗,๖๙๙ - ๘,๕๙๔ คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ มากกว่าร้อยละ ๘๐ (กลุ่มอาการ ๑๙ หมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่ววูบและกลุ่มอาการ ๒๕ อุบัติเหตุยานยนต์)

๔) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๑.๓๘ ในปี ๒๕๕๕ เป็นร้อยละ ๑.๔๙ ในปี ๒๕๕๗ ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ ๙๖ ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อน ให้เห็นช่องว่าง และโอกาสในการนำมาปรับปรุงและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในหลายประเด็น

การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีความสำคัญ และจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการเพราะเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียม ตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและการสั่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน (definitive care) นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องให้คำนึงถึงคุณภาพการปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) การบาดเจ็บ (Trauma) โรคติดเชื้อ (Sepsis) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในเชิงระบบด้วย เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อกำหนดมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกด้าน

๒. เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดตลอดห่วงโซ่คุณภาพ

เป้าหมาย

๑. มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน

๒. จังหวัดมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน

๓. จังหวัดสามารถจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ

๔. มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้มาตรฐานและคุณภาพ

ตัวชี้วัด

๑. ระดับความสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด

๒. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

๓. ร้อยละของจังหวัดที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ

๔. จำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒
พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา ๒๘ และ ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ นั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๑๑ (๖) ในการออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา ๑๕ (๕) ในการจัดให้มีการศึกษาฝึกอบรมการปฏิบัติการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ผ่านมาทั้ง ๒ ฉบับ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการ (capacity building) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ส่วนแผนหลักการแพทย์

ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙) ได้กำหนดเป้าหมายให้มีองค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอ

บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีพัฒนาการมาเป็นลำดับพร้อมๆ กับการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ บุคลากรที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพ ส่วนบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติการจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการและการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการวิชาชีพและมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยอนุโลม

กพฉ. ได้ประกาศเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ซึ่งกำหนดประเภทและระดับของประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการให้มี ๒ ประเภท และ ๙ ระดับ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการต้องได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรที่ อศป. รับรอง และสอบผ่านการประเมินและสอบที่ อศป.กำหนด จึงจะมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการ

การปฏิบัติการฉุกเฉินในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จากการประเมินผลแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยหมายเลข ๑๖๖๙ และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินรวดเร็ว (fast track) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องเน้นการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากร และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณ

การดำเนินการพัฒนาบุคลากรในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ สพฉ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนแม่บทกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๗๗) ที่ กพฉ. เห็นชอบ และแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๕ ปี (๒๕๕๘ - ๒๕๖๒) ที่ อศป. เห็นชอบ

องค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจาก อศป. หรือสภาวิชาชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงมีศักยภาพในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสูงขึ้น

ปีงบประมาณ	จำนวนองค์กรที่ อศป. หรือสภาวิชาชีพรับรอง								
	จำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรผู้ปฏิบัติการแพทย์				จำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรผู้ปฏิบัติการอำนวยการ		EP	ENP	TEN C
	อฉพ.	พฉพ.	จฉพ.	นฉพ.	พรจ. ผปป. ผจป. ผกป.	พอป.			
2555	77	44	12	-	-	-	16	-	-
2556	77	44	12	-	-	-	18	1	-
2557	77	44	12	-	-	-	20	1	-
2558	116	34	-	2	7	4	22	2	1

บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่สิ้นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ ๑ เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน มีการขยายประเภทและจำนวนบุคลากร เพื่อให้สามารถรองรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการดูแลระหว่างสถานพยาบาลในระบบส่งต่อ

ปีงบประมาณ	ผู้ปฏิบัติการแพทย์ (ราย)				ผู้ปฏิบัติการอำนวยการ (ราย)		พยาบาล (ราย)	แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน : EP (ราย)
	นฉพ.	EMT-I	EMT-B	FR	พรจ. ผปป. ผจป. ผกป.	พอป.	พยาบาลฉุกเฉิน	
2555 (ITEMS)	-	1,909	5,058	97,110	-	-	16,262	240
2556 (ITEMS)	-	2,109	5,484	110,485	-	-	17,638	51
2557 (ITEMS)	-	2,342	5,675	123,562	-	-	18,595	59
2558 (ITEMS)	-	2,438	5,832	129,331	-	-	18,999	55
2558 (ปฏิบัติงานจริง)	147	2,373	4,479	66,208	-	126	ENP/ EN198/46	536

อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากร และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการทั้งคุณภาพและปริมาณอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างเพียงพอ

๒. เพื่อให้มีการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๓. เพื่อให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

๑. มีองค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรม และมีการผลิตบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากร

๒. มีระบบการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนที่กำหนด

๓. มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนที่กำหนด

ตัวชี้วัด

๑. ระดับความสำเร็จในการผลิตและพัฒนาบุคลากร

๒. ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๓. ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓
พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และให้มี สพฉ. ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินงานเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม และต้องดำเนินการอย่างเป็น “ระบบ” ซึ่งหมายถึง การจัดการหรือการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมาจากหน่วยงานย่อย องค์ประกอบย่อย หรือกลไกย่อยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและทำหน้าที่ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ตามความหมายของ “การแพทย์ฉุกเฉิน” ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ กับคำว่า “ระบบ” ดังที่กล่าวข้างต้น จึงอาจมีความหมายว่า การจัดการและดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน อันได้แก่ การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวินิจฉัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน โดยมี สพฉ. เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการประสานความร่วมมือกับกลไกลหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน เข้าด้วยกัน เพื่อสร้างเสริมพลังร่วมกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสถาบันและ

ภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ เพื่อไปสู่เป้าหมายสำคัญ นั้นก็คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในประเทศไทยได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ร่วมกันต่อไปที่ผ่านมา สพฉ. ได้พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในสถาบันและภาคี เครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ มีการดำเนินงานดั่งการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ แต่ยังพบความท้าทายที่จะต้องพัฒนาให้มากขึ้น ดังนี้

ด้านการเงินการคลัง

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในแผนหลักฯ ๑ และ ๒ สพฉ.ได้ดำเนินการในการจัดหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเพิ่มงบประมาณเข้าสู่ระบบได้ เพียงร้อยละ ๐.๑๒ % เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงบประมาณ ในขณะที่งบประมาณที่ต้องใช้เพื่อการพัฒนาระบบและจ่ายค่าชดเชยการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีการปฏิบัติการเพิ่มขึ้นทุกปีไม่น้อยกว่าปีละ ๑๕-๒๐ % (ปี ๕๗ = ๑.๒๗ ล้านครั้ง ปี ๕๘ = ๑.๓๖ ล้านครั้ง) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดหาแหล่งงบประมาณที่เหมาะสมและยั่งยืนจากภาคส่วนต่างๆ เช่น อปท., กองทุนต่างๆ, ภาคประชาชน, เอกชนที่ต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านกฎหมาย

ที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำระเบียบ, ข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ได้มากพอสมควร แต่ยังขาดระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมาย สำคัญบางอย่าง อาทิเช่น ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้าร่วมจัดระบบและให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกฎระเบียบของ อปท.ยังมีความไม่ชัดเจนที่จะเอื้อให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ได้ เป็นต้น นอกจากนั้นระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมายบางอย่างที่ออกมาแล้ว ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสมเหมาะสมและมีประสิทธิภาพซึ่งจำเป็นต้องจัดทำร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี พ.ร.บ.สถานพยาบาล, แพทยสภา ซึ่งมี พรบ. ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีกฎหมายต่างๆ ในการควบคุมการจราจร เป็นต้น

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่นั้น จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้มีข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนและประเมินผลการพัฒนาในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมา สพฉ. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบศูนย์นเรนทรเดิม ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ – ๒๕๕๓ และเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ จนถึงปัจจุบัน โดย สพฉ. ได้ทำ

การสรุปและนำเสนอข้อมูลรอบรายเดือน สำหรับให้ทุกจังหวัดสามารถนำไปใช้งานได้ แต่พบว่าในบางครั้งข้อมูลที่นำเสนอนั้นอาจไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการในบริบทของจังหวัดในทุกด้านได้ จึงควรพัฒนาให้ทุกจังหวัดสามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเอง ด้วยการสร้างสารสนเทศสำเร็จรูป เพื่อให้จังหวัดสามารถนำไปปรับใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างง่าย สะดวกและรวดเร็ว โดยเน้นให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการสร้างรายงาน และพัฒนาระบบรายงานเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเองต่อไป

ด้านงานวิจัยและจัดการความรู้

การพัฒนางานวิจัยและวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในทุกๆ ด้าน ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานในวงจำกัด มีการพัฒนางานวิชาการและมีผลงานวิจัยพอสมควร แต่ส่วนใหญ่เป็นประเด็นการวิจัยในระดับพื้นที่ ขาดการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบอันจะนำไปสู่การพัฒนางานวิชาการและการกำหนดโจทย์วิจัย/เชิงระบบเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดในแผนหลักฯ อีกทั้งขาดเครือข่ายนักวิจัยทางการแพทย์ฉุกเฉินและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงสมควรให้มีการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมประเด็นสำคัญอันสอดคล้องกับสภาพปัญหา, สถานการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ และเชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายระดับชาติ โดยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

๒. เพื่อพัฒนา ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ให้สนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม

๓. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการใช้สารสนเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๔. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

๑. มีงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและยั่งยืน

๒. มีระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วนและมีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสม

๓. มีการใช้สารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของการแพทย์ฉุกเฉินในด้านการบริหารบริการและการติดตามประเมินผล

๔. มีการผลิตและเผยแพร่องค์ความรู้กฎการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด

๓. จำนวนจังหวัดที่สามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๔. จำนวนผลงานวิจัย, วิชาการหรือนวัตกรรมที่จัดทำเพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ที่มีเป้าหมายลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ในด้านการบริการสังคมมีคุณภาพและการกระจายอย่างทั่วถึงและการพัฒนาด้านสุขภาพ รวมทั้งให้สอดรับกับแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน กลยุทธ์ที่ ๒ การพัฒนาระบบ/เครื่องมือสนับสนุนการเผชิญเหตุการณ์สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย กลยุทธ์ที่ ๓ เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสาธารณภัยของประเทศ และกลยุทธ์ที่ ๔ ส่งเสริมบทบาทความเป็นประเทศแกนนำด้านการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศตามแผนดังกล่าว

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศแต่อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน หรือการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Pre – hospital care) ยังคงต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านมาตรฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ที่ในปัจจุบันพบว่าในแต่ละจังหวัดมีการบริหารจัดการค่อนข้างแตกต่างกัน ประกอบกับแนวโน้มของปริมาณงานจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากผลกระทบที่ประชาชนมีการรับรู้และแจ้งขอความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติทั่วไป และพื้นที่พิเศษ ที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ในมาตรา ๓๓ วรรค ๒ การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital care) ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๑ - ๒ มี

การดำเนินงานในส่วนนี้น้อยมาก ซึ่งโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน จะต้องมาร่วมมือกันพัฒนาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่พ้นภาวะวิกฤติระหว่างโรงพยาบาล (Inter–hospital care) การดำเนินงานที่ผ่านมามีการกำหนดมาตรฐานของรถปฏิบัติการ และ มาตรฐานผู้ปฏิบัติการประจำรถ การฝึกอบรมพนักงานขับรถให้มีการขับขี่อย่างปลอดภัย แต่ยังมีประเด็นงานที่สำคัญอีกมากที่จะต้องดำเนินการให้ต่อเนื่องในแผนหลัก ๓ และการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์เกิดภัยพิบัติ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้รับความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจาก ในกลุ่มประเทศอาเซียน มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีระดับคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นจะต้องมีการส่งเสริม พัฒนาและมีการประสานความร่วมมือให้ทุกประเทศในอาเซียนมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั้งคนไทยและต่างชาติได้รับการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในทุกพื้นที่และทุกประเทศกลุ่มอาเซียน ซึ่งการดำเนินดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งจากในประเทศและต่างประเทศอีกมาก

ดังนั้น ในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนของภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization) และแนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติหรือแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Social Welfare) รวมถึงการวางระบบการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีกับหน่วยงานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชน ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

๓. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในการสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

๔. เพื่อให้ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผลักดันการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับต่างประเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

๑. มีระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ

๒. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น

๓. มีระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

๔. ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕. มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

๑. จำนวนจังหวัดที่มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

๔. ระดับความสำเร็จของภาคีภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

๕. ระดับความสำเร็จในการประสานความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ ๕
การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในด้านสาธารณสุข โดยประชาชนต้องได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงการให้บริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนการที่ประชาชนจะสามารถมีส่วนร่วม ในการผลักดัน เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพของผู้ที่มีสิทธิอยู่ในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำเป็นที่จะต้องได้รับประเมินและการรักษา จากการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที รวมไปถึงการที่กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

แม้การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี ๒๕๕๖ จำนวน ๑,๒๒๗,๓๓๖ ราย ปี ๒๕๕๗ จำนวน ๑,๒๗๙,๙๑๓ รายและปี ๒๕๕๘ จำนวน ๑,๓๖๖,๐๑๙ ราย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างปี ๒๕๕๙ กับปี ๒๕๕๘ พบว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ๑๓๘,๖๘๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๓๐ สำหรับการแจ้งเหตุเพื่อการขอรับความช่วยเหลือและคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ในปี ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘ แม้พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๗๕.๘๒ และปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๗๗.๘๗ แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ปี ๒๕๕๗ ร้อยละ ๑๔.๘๕ และปี ๒๕๕๘ ร้อยละ ๑๓.๒๕ (เป้าหมายร้อยละ ๑๙) และยังมีความแตกต่างกันมากของแต่ละจังหวัดด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน และดำเนินการตามกลยุทธ์ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะเพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลขฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น ตลอดจนตระหนักถึงสิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา และผลักดันให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมาย ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

๒. เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือและการอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

๑. ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

๒. ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นและสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

๑. ระดับการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือการอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การกำหนดตัวชี้วัด
ตามแผนยุทธศาสตร์

กำหนดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์

บัญชีตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

KPI หลัก						
KPI	**น้ำหนัก**	**ค่าเป้าหมาย**	**ระยะเวลาวัด**	**แหล่งข้อมูล**	**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลและจัดทำข้อมูล**	**ผู้กำกับตัวชี้วัด**
๑.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non trauma)	๕	≥๙๐%	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. ส.ค.)	แยกเป็นระดับ ALS/BLS/FR ๑. ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบ EMS ๒. ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI L๑, L๒) ที่มารับการรักษาทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน ๓. ข้อมูลได้จาก IS, ITEMS และ HDC	โรงพยาบาลแม่ข่าย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สพฉ.

KPI องค์ประกอบ						
KPI	**น้ำหนัก**	**ค่าเป้าหมาย**	**ระยะเวลาวัด**	**แหล่งข้อมูล**	**ผู้รับผิดชอบการรายงานผลและจัดทำข้อมูล**	**ผู้กำกับตัวชี้วัด**
๒.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง	๓	≥๙๐%	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. ส.ค.)	๑) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ที่มาด้วยระบบEMS ๒) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ที่มารับการรักษาทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน ๓) ข้อมูลได้จาก IS และ ITEMS	โรงพยาบาลแม่ข่าย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สพฉ.
๓.อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๓	๖๐%	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. ส.ค.)	๑) ข้อมูลได้จาก IS, ITEMS,HDC (Health Data Center) และระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล	โรงพยาบาลแม่ข่าย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สพฉ.
๔.ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึง ได้ภายใน ๘ นาที	๓	≥๙๐%	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. ส.ค.)		โรงพยาบาลแม่ข่าย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สพฉ.
๕.ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น	๓	≥๕๐%	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. ส.ค.)	แบบทดสอบความรู้ โดยสถาบันการศึกษา	โรงพยาบาลแม่ข่าย, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	สพฉ.

แนวทางในการการประเมิน

เกณฑ์การประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

จะพิจารณาข้อมูลจากการประเมินตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงไปสู่คุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องในระดับจังหวัด ดังนี้

๑. การประเมินตัวชี้วัดหลัก

ตัวบ่งชี้แต่ละตัวจะมีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งได้จากคะแนนต่ำสุดคือ ๐ และสูงสุดคือ ๕ ในแต่ละตัวบ่งชี้คูณด้วยค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้

๒. การประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบ

องค์ประกอบแต่ละตัวจะมีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ถ่วงน้ำหนัก **ใช้ทศนิยม ๒ ตำแหน่ง** (ทศนิยมตำแหน่งที่ ๓ ตั้งแต่ ๐.๐๐๕ ขึ้นไปปัดขึ้น)

๓. ความหมายของระดับคุณภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ในภาพรวม สามารถแปลความหมายของระดับคุณภาพ ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับคุณภาพ

ระดับ ๕ ดาว ค่าคะแนน ๔.๕๑ – ๕.๐๐ อยู่ในระดับดีมาก

ระดับ ๔ ดาว ค่าคะแนน ๓.๕๑ – ๔.๕๐ อยู่ในระดับดี

ระดับ ๓ ดาว ค่าคะแนน ๒.๕๑ – ๓.๕๐ อยู่ในระดับพอใช้

ระดับ ๒ ดาว ค่าคะแนน ๑.๕๑ – ๒.๕๐ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ระดับ ๑ ดาว ค่าคะแนน ๐.๐๐ – ๑.๕๐ อยู่ในระดับต้องปรับปรุงเร่งด่วน

รายละเอียดตัวชี้วัด

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่</td><td>๑. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non trauma)</td></tr>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่</td><td>๑. พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดองค์ประกอบ</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่ต้องได้รับการตรวจรักษาทันที หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน เสี่ยงหากให้รอ ต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน ๑๐ นาที ตามหลัก Emergency Severity Index (ESI V๔ L๑,L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ไม่รวมผู้ป่วย Refer)</td></tr>
<tr><td>ผลงานย้อนหลัง</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๙๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชาชน
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่ต้องได้รับการตรวจรักษาทันที หรือผู้ป่วยฉุกเฉินตามหลัก Emergency Severity Index (ESI V๔ L๑,L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (ไม่รวมผู้ป่วย Refer)</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>ระบบข้อมูล IS, ITEMS,HDC</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑,L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑,L๒)</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$\frac{}{B}$ x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑, L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
(Trauma + Non trauma)
<table>
<tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr>
<tr><td>๕๐.๐๑ – ๖๐.๐๐</td><td>๖๐.๐๑ –๗๐.๐๐</td><td>๗๐.๐๑ –๘๐.๐๐</td><td>๘๐.๐๑ –๙๐.๐๐</td><td>$\geq$ ๙๐.๐๑</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ระบบข้อมูล IS, ITEMS</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน/ความถี่
(เอกสารอ้างอิง)</td><td>ระยะเวลาในการวัด ปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. , ส.ค.)
๑) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑,L๒) ที่มาด้วยระบบ EMS
๒) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑,L๒) ที่มารับการรักษาทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน
๓) ข้อมูลได้จาก IS, ITEMS และ HDC</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลและ
จัดทำข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่</td><td>๒. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง</td></tr>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่</td><td>๑. พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดหลัก</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๓</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ หมายความว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ โดยรวมTrauma และNon Trauma ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (ไม่รวมผู้ป่วย Refer)
ต้องได้รับการตรวจรักษาทันที หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน เสี่ยงหากให้รอ ต้องได้รับการตรวจรักษาภายใน ๘ นาที ตามเกณฑ์ MOPH ED TRIAGE ระดับ ๑, ๒</td></tr>
<tr><td>ผลงานย้อนหลัง</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๙๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ทั้งหมดที่เข้ารับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงภายในจังหวัด</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>การบันทึกข้อมูลในระบบ IS และ ITEMS</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$\frac{A}{B}$ x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้น
<table>
<tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr>
<tr><td>๕๐.๐๑ – ๖๐.๐๐</td><td>๖๐.๐๑ –๗๐.๐๐</td><td>๗๐.๐๑ –๘๐.๐๐</td><td>๘๐.๐๑ –๙๐.๐๐</td><td>$\geq$ ๙๐.๐๑</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ระบบข้อมูล IS, ITEMS</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน/ความถี่
(เอกสารอ้างอิง)</td><td>ระยะเวลาในการวัด ปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. , ส.ค.)
๑) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ที่มาด้วยระบบ EMS
๒) ข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ๑, ๒) ที่มารับการรักษาทั้งหมดในห้องฉุกเฉิน
๓) ข้อมูลได้จาก IS และ ITEMS</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลและ
จัดทำข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่</td><td>๓. อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ EMSขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย</td></tr>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่</td><td>๑. พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดองค์ประกอบ</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๓</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่รอดชีวิตใน ๒๔ ชั่วโมง หมายความว่า การรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง โดยนับทุกรายเริ่มตั้งแต่ศูนย์สั่งการได้รับการแจ้งเหตุจนถึงโรงพยาบาล และอีก ๒๔ ชั่วโมง หลังผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล ทั้งนี้ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย</td></tr>
<tr><td>ผลงานย้อนหลัง</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๗๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</td><td>การรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>-ระบบข้อมูล IS, ITEMS,HDC
-ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่รอดชีวิตใน ๒๔ ชั่วโมงที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูงทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$\frac{A}{B}$x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบ EMS
ขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย
<table>
<tr><td>๑ คะแนน</td><td>๒ คะแนน</td><td>๓ คะแนน</td><td>๔ คะแนน</td><td>๕ คะแนน</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๔๐</td><td>ร้อยละ ๔๕</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๕๕</td><td>ร้อยละ ๖๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ระบบข้อมูล IS, ITEMS</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน/ความถี่ (เอกสารอ้างอิง)</td><td>ระยะเวลาในการวัด ปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. , ส.ค.)
๑) ข้อมูลได้จาก IS, ITEMS,HDC (Health Data Center) และระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลและจัดทำข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่</td><td>๔. ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน ๘ นาที</td></tr>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่</td><td>๓. พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดองค์ประกอบ</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๓</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>(วิเคราะห์ตามพื้นที่อยู่อาศัย /ความหนาแน่นของประชากร)</td></tr>
<tr><td>ผลงานย้อนหลัง</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๗๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๙๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชาชน
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่
ให้เข้าถึงได้ภายใน ๘ นาที</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>-ระบบข้อมูล IS, ITEMS,HDC
-ระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = จำนวนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงฉุกเฉินขั้นสูงกระจายจุดจอดรถ
ที่เข้าถึงได้ใน ๘ นาที</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = จำนวนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถ
ที่เข้าถึงได้ใน ๘ นาทีทั้งจังหวัด</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$\frac{A}{B}$x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน ๘ นาที
<table>
<tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr>
<tr><td>๕๐.๐๑ – ๖๐.๐๐</td><td>๖๐.๐๑ –๗๐.๐๐</td><td>๗๐.๐๑ –๘๐.๐๐</td><td>๘๐.๐๑ –๙๐.๐๐</td><td>$\geq$ ๙๐.๐๑</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ระบบข้อมูล IS, ITEMS</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน/ความถี่
(เอกสารอ้างอิง)</td><td>ระยะเวลาในการวัด ปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. , ส.ค.)
๑) ข้อมูลได้จาก IS ITEMS HDC (Health Data Center) และระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลและจัดทำ
ข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดที่</td><td>๕. ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น</td></tr>
<tr><td>ยุทธศาสตร์ที่</td><td>๕. การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างเสริมการป้องกัน ดูแล และใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน</td></tr>
<tr><td>ประเภทตัวชี้วัด</td><td>ตัวชี้วัดองค์ประกอบ</td></tr>
<tr><td>ลักษณะตัวชี้วัด</td><td>เชิงปริมาณ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๓</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น
หมายถึง ประชาชนที่ผ่านการทดสอบความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>ผลงานย้อนหลัง</td><td>NA</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>
<table>
<tr><td>ปีงบประมาณ ๖๒</td><td>ปีงบประมาณ ๖๓</td><td>ปีงบประมาณ ๖๔</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</td><td>ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>แบบทดสอบความรู้ โดยสถาบันการศึกษา</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๑</td><td>A = จำนวนประชาชนในพื้นที่ที่สอบผ่านเกณฑ์</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล ๒</td><td>B = จำนวนประชาชนในพื้นที่กำหนด</td></tr>
<tr><td>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</td><td>$\frac{}{B}$ x ๑๐๐</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น
<table>
<tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr>
<tr><td>≥ ๑๐</td><td>≥ ๒๐</td><td>≥ ๓๐</td><td>≥ ๔๐</td><td>≥ ๕๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล</td><td>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>วิธีการรายงาน/ความถี่ (เอกสารอ้างอิง)</td><td>ระยะเวลาในการวัด ปีละ ๒ ครั้ง (ก.พ. , ส.ค.)
เนื้อหาความรู้ ได้แก่ อาการของโรค STROKE/STEMI อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องโทรแจ้ง ๑๖๖๙ และการปฐมพยาบาล</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลและจัดทำข้อมูล</td><td>โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด</td><td>สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โทรศัพท์ ๐ ๒๘๗๒ ๑๖๐๐</td></tr>
</table>

ปฏิทินการดำเนินงาน
การนิเทศ และประเมินผล

ปฏิทินการดำเนินงาน การนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. .....
ของ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม
ตุลาคม	● สพฉ.กำหนดรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ..... ● สพฉ.และ สสจ./กทม. ร่วมพิจารณารายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. .....
กุมภาพันธ์	● หน่วยงาน (สสจ.) จัดส่งรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและรายละเอียด (KPI Template) รอบ ๔ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน ตามแบบฟอร์มรายงานที่กำหนดให้ในคู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ● ทีมผู้ประเมินติดตาม นิเทศ ความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานรอบ ๔ เดือน ของหน่วยงาน (สสจ./กทม.) ตามแผนงาน
สิงหาคม	● หน่วยงาน (สสจ.) จัดส่งรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและรายละเอียด (KPI Template) รอบ ๑๐ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน ตามแบบฟอร์มรายงานที่กำหนดให้ในคู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ● ทีมผู้ประเมินติดตาม นิเทศ ความก้าวหน้าผลการปฏิบัติงานรอบ ๑๐ เดือน ของหน่วยงาน (สสจ./กทม.) ตามแผนงาน ● ทีมผู้ประเมินส่งผลการตรวจติดตามผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรวบรวมสรุปเป็นคะแนนในภาพรวมการปฏิบัติงานฯ ของหน่วยงาน (สสจ./กทม.) ● สรุปผลการประเมินผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี ของหน่วยงาน (สสจ./กทม.) เสนอให้ผู้บริหารพิจารณา ● แจ้งผลการประเมินให้หน่วยงานทราบ พร้อมข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในปีต่อไป

แบบรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

แบบรายงานการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

โรงพยาบาลแม่ข่าย/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/กรุงเทพมหานคร..... ปีงบประมาณ ..... รอบที่ ..... วันที่ประเมิน.....

KPI		น้ำหนัก A	เป้าหมาย ปี.....	ระดับการให้คะแนน ๑	๒	๓	๔	๕	ข้อมูลดิบ เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน B	AxB/๕
ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์													
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน													
๑	ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ESI V๔ L๑ L๒) ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินชั้นสูง (Trauma + Non Trauma)	๕	≥๙๐%	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐					
๒	ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง	๓	≥๙๐%	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐					
๓	อัตราการรอดชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง ของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ EMS ขั้นสูง ไม่นับผู้ป่วยระยะสุดท้าย	๓	๖๐%	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐					
๔	ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน ๘ นาที	๓	≥๙๐%	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐					
ยุทธศาสตร์ที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างเสริมการป้องกัน ดูแลและใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน													
๕	ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น	๓	≥๕๐%	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐					

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา
สาธารณสุข ซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
รหัสไปรษณีย์ ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๗๒-๑๖๖๙ www.niems.go.th