



เสวนาพิเศษ : วันที่ 29 พฤษภาคม 2562 เวลา 9.00-10.30 น. ห้องวายุภักษ์ 2-3-5

เสวนาพิเศษ : ทิศทางของระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย

ทิศทางการปฏิรูปประเทศและการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย - นพ. พลเดช ปิ่นประทีป

ทิศทางระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศและต่างประเทศ - ร.อ. นพ. อัจฉริยะ แพงมา

ทิศทางระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองท้องถิ่น- อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ทิศทางของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น - นายวิวัฒน์ บุญชูวนานันท์

รายชื่อ Rapporteur Team

1. อาจารย์พิชญา ทองโพธิ์ หัวหน้าทีม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐฐา เจียรนิกุลชัย

รายงานสรุปสาระสำคัญ:

ทิศทางการปฏิรูปประเทศและการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย

วิทยากร นพ.พลเดช ปิ่นประทีป

1. สาระสำคัญ (Key message) จากการนำเสนอของผู้บรรยาย /ผู้ร่วมอภิปราย

ทิศทางการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย มาจากมุมมอง 3 เรื่องที่เกี่ยวข้องกัน คือ 1) การสาธารณสุขที่เป็นการดูแลสุขภาพของส่วนรวม ชุมชน ท้องถิ่น ประเทศ 2) การแพทย์เป็นส่วนหนึ่งในการสาธารณสุขและเป็นการดูแลสุขภาพปัจเจกบุคคล และ 3) ระบบสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงกับคุณภาพชีวิต สังคมสุขภาวะ สิ่งแวดล้อม จึงเป็นเรื่องที่กว้างเกินขอบเขตของกระทรวงสาธารณสุขดูแลควบคุม จึงต้องทำงานเชื่อมโยงกับกระทรวงและหน่วยงานอื่น การปฏิรูปประเทศจากช่วงแรกในยุครัชสมัยรัชกาลที่ 5 เปลี่ยนเป็นระบบการแพทย์ตะวันตก ช่วงที่ 2 เกิดกรมสาธารณสุขในกระทรวงมหาดไทย ช่วงที่ 3 มีการขยายสุขภาพไปสู่คุณภาพชีวิต การสร้างเสริมสุขภาพ และมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านสังคมสุขภาวะ เกิดกลไกส่งเสริมการทำงาน ร่วมกับ องค์กรตระกูล ส. (สวรส สสส สปสข สพฉ สรพ) ในวันนี้อยู่ในยุคที่ 4 ของการปฏิรูป เป็นยุคการบูรณาการการเชื่อมโยง การปฏิรูปประเทศในสภาวะโรคระบาด เกิดโรคระบาดใหม่ๆขึ้น เป็นเรื่องของการสาธารณสุขฉุกเฉิน ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับการแพทย์ฉุกเฉิน จึงไม่สามารถพูดเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินแยกจากการสาธารณสุขฉุกเฉินได้ ปัญหาความรุนแรงที่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องรับมือกับปัญหาการตายหลักจาก 3 กลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง 48 ต่อแสนประชากร โรคหลอดเลือดหัวใจ 32 ต่อแสนประชากร และอุบัติเหตุจากรถ 36 ต่อแสนประชากร และปัญหาการสาธารณสุขฉุกเฉิน เรื่องโรคระบาด สาธารณภัยขนาดใหญ่ ความขัดแย้งความรุนแรงทางสังคม นอกจากนี้ยังเป็นยุคของ digital disruptive เกิดความผันผวนทางเศรษฐกิจ ในประเทศเรายังมีความวุ่นวายทางสังคม เช่น ความไม่สงบทางภาคใต้ เป็นสถานการณ์ที่เรากำลังปฏิรูปในยุคที่ 4



จากคำว่า EMS (Emergency Medical Service) มาสู่ EPH (Emergency Public Health) มาเป็น ECS (Emergency Care Service) จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของการบูรณาการ

2. ประเด็นปัญหาที่นำเสนอในที่ประชุม / การเสนอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม

Major problems & issues raised / discussed

- *ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย มี 14 ประเด็น เปรียบเสมือนจิ๊กซอว์ (jigsaw) ที่จะต้องพัฒนาให้มีความชัดเจน เกิดขึ้นจริง เกิดผลของการเปลี่ยนแปลง ดังนี้*
 - 1) การจัดตั้งศูนย์แจ้งเหตุฉุกเฉินแห่งชาติ มติ ครม. ให้ใช้หมายเลขเดียว 191 โดยมีสำนักงานตำรวจแห่งชาติเป็นผู้ดำเนินการ
 - 2) ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินทุกกรณี ควรดำเนินการโดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกระจายอำนาจ
 - 3) ระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึง รพ. ทุกระดับ ทั้งการขนส่งทางบก ทางเรือ ทางอากาศ ต้องมีการพัฒนาต่อ
 - 4) ระบบส่งต่อเพื่อให้เข้าถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ
 - 5) การมีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ที่ไม่ต้องมีมากแต่ต้องตอบสนองเร็ว และทีมมีประสิทธิภาพสูง ต้องพัฒนาอย่างจริงจัง ไม่ต้องมีหน่วยมากแต่หน่วยต้องมีประสิทธิภาพ พร้อมออกปฏิบัติการ
 - 6) ศูนย์สั่งการ ศูนย์อำนวยการฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข ระบบการบริหารจัดการ ต้องออกแบบเป็นคนละระบบ แยกบทบาทให้ชัด
 - 7) การแยกห้องฉุกเฉิน ออกจากห้องตรวจผู้ป่วยนอกเวลาตรวจผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน ให้แต่ละรพ. ทำการจัดระบบแยกให้ชัดเจน
 - 8) UCEP เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิ์ทุกที่ แต่ยังคงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
 - 9) การมี ECS Board ที่ดูแลทั้งระบบ ควรมี 2 ระดับ คือระดับชาติและระดับเขต แต่ในแนวทางปฏิบัติต้องดูอีกทีว่าอะไรเหมาะสม
 - 10) ระบบสารสนเทศ การเชื่อมโยง การเฝ้าระวังภัย กล้องวงจรปิดตามจุดต่างๆ จะต้องเชื่อมโยงอย่างไร ระหว่างตำรวจและ รพ.
 - 11) กองทุน ECS ควรจะมีกองทุนในระดับเขตด้วย ต้องมีการปรับปรุง แก้ไข เพิ่มเติมอย่างไรบ้างในประเด็นของกฎหมาย ต้องช่วยกันคิดต่อ
 - 12) สิทธิประโยชน์และการชดเชยของ 3 กองทุนฯ มีมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่จะใช้ร่วมกันได้อย่างไรจะทำให้ลดความเหลื่อมล้ำ
 - 13) แผนกำลังคนด้านการแพทย์ พยาบาล paramedic รวมทั้งการพัฒนาและการดำรงรักษาไว้



- 14) มีข้อเสนอจากการประชุม WHO ควรกำหนดองค์กรนำ (Lead agency) ในการรับผิดชอบปัญหานี้ ทำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน อาจต้องพิจารณา ว่าใครควรเป็น ต้องอาศัยพลังภาคี ขับเคลื่อนเปิดประเด็น

3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย

Suggested solutions which should reflect from both pro and con

ข้อเสนอทั้ง 14 ประเด็นนี้ต้องอาศัยพลังภาคีเครือข่ายและทุกคน จะต้องช่วยกันจัดวางจิ๊กซอร์เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และเกิดผลลัพธ์ที่ดี

4. คำ /วลีเด็ด ในแต่ละเซสชัน จากผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย / ผู้เข้าร่วมประชุม (Quotations)

การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินไทย ไปสู่ ECS (Emergency Care Service) ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการบูรณาการระหว่างบริการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) กับการสาธารณสุขฉุกเฉิน EPH (Emergency Public Health) ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

ทิศทางระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศและต่างประเทศ

วิทยากร: ร.อ. นพ.อัครวิริยะ แพงมา

1. สารสำคัญ (Key message) จากการนำเสนอของผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย

การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยจากยุคที่ทำโดยกลุ่มจิตอาสา (Volunteer based) ในช่วงแรกอาจขาดความรู้ ทักษะในการช่วยเหลือ ต่อมาเข้าสู่ยุค Hospital based อาจมีปัญหาไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ต่อมาในยุคที่ 3 เป็น community based ท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินการ ช่วยเรื่องงบประมาณและกำลังคน ต้องใช้ความรู้จากโรงพยาบาล เพื่อให้อาสาสมัครปฏิบัติภารกิจฉุกเฉินเป็นมืออาชีพ จึงต้องร่วมมือขับเคลื่อนไปด้วยกันระหว่าง โรงพยาบาล กับ ท้องถิ่น

สัญลักษณ์ของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ Star of life ที่มีจุดพินคอปเพลิง หมายถึง การดำเนินการต้องมีการแพทย์ร่วมด้วย ในวันนี้ประเทศอเมริกามองการแพทย์ฉุกเฉิน ไปสู่ EMS agenda ในปี 2050 แต่ในประเทศไทยจะกำหนดอย่างไร ซึ่งประเด็น 14 เรื่องที่เสนอมานี้ อาจจะเสร็จช้าเร็วต่างกัน แต่ที่สำคัญมีทิศทางเดียวกัน หลักการ principle cooperation ของอเมริกา ใช้ 4C 4T แต่ทางยุโรป ใช้ CSCATTT เพิ่มเรื่องความปลอดภัยเข้ามา ระบบการให้บริการ มี 2 ลักษณะ คือ Anglo-American System สไตลอเมริกา แพทย์ไม่ออกปฏิบัติการ มีแต่ EMP หรือ paramedic ออกปฏิบัติการทำหน้าที่แทนแพทย์ และสไตลยุโรป Franco-German System แพทย์ที่ออกปฏิบัติการเป็นแพทย์วิสัญญี (99% เป็นแพทย์ ICU) ในประเทศไทย อาจต้องใช้ผสม 2 ลักษณะ ขึ้นกับมีแพทย์ หรือ ไม่มี แต่มีแนวโน้มจะเป็นแบบอเมริกา

- USA ใช้เบอร์เดียวทุกเรื่อง คือ 911 มีศูนย์ dispatch เพียง 18 แห่ง ครอบคลุมทุกรัฐ มีโปรโตคอลแยกกัน แต่ประเทศไทยเราใช้ EMD protocol



- การศึกษาด้าน EMS ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการอบรมแพทย์ฉุกเฉิน และมีกลุ่มเฉพาะทาง EMS Medical director ดูแลโดย ACEP ในประเทศไทยมีความคล้ายคลึงกับอเมริกา มี วมท กำลังพัฒนาขับเคลื่อนให้เป็นแพทย์เฉพาะทาง รวมถึง disaster medicine ด้วย ส่วนพยาบาล ในอเมริกา มีการพัฒนาพยาบาลฉุกเฉิน และดูแลโดยสมาคมพยาบาลอเมริกา ส่วน EMT ของอเมริกา เรียน 250 ชั่วโมง แต่ประเทศไทย เรียน 110 ชั่วโมง EMR เรียน 40 ชั่วโมง
- อังกฤษและ ออสเตรเลีย มี paramedic เป็นหลักในการช่วยเหลือผู้ป่วย อังกฤษมีศูนย์รับแจ้ง 1 ศูนย์ และเริ่มมี 111 สำหรับหมายเลขไม่ฉุกเฉิน
- ญี่ปุ่น ไต้หวัน เกาหลี เน้นเรื่องท้องถิ่นในการทำการแพทย์ฉุกเฉิน และมี Doctor heli และมีแพทย์ไปกับ doctor car และไปประกอบร่างกับรถฉุกเฉินของท้องถิ่นที่ไม่มีแพทย์ Ambulance กับรถดับเพลิง
- ยุโรป EU ใช้ 112 ทั้งยุโรป พัฒนาจากประเทศสวีเดน
- มีระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วย มี real time coverage พื้นที่ที่มีความแตกต่างในการเข้าถึงความช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วซึ่งประสิทธิภาพในการให้บริการ, Historic position ในกลุ่มฉุกเฉินสีแดง เป็นเข้าถึงกลุ่มผู้บริการได้อย่างตรงจุด
- Belt and Road initiative: China มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในประเทศแถบเอเชีย PAROS มีความเชื่อว่าเอเชียต้องมีวิธีการของตัวเอง
- ลดอัตราการเจ็บป่วย ทุพพลภาพและการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน

2. ประเด็นปัญหาที่นำเสนอในที่ประชุม / การเสนอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม

Major problems & issues raised / discussed

- จากแนวคิดของ USA ศูนย์ dispatch center จากเดิม มี 77 ศูนย์ตามจังหวัด อาจพัฒนาเป็น ศูนย์ตามเขตบริการสุขภาพ และใช้โปรโตคอลในการ dispatch ที่แยกกัน Fire protocol / Police Protocol / EMD protocol
- จำนวนชั่วโมงการอบรม EMT น้อยกว่า EMT ของอเมริกา

3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย

Suggested solutions which should reflect from both pro and con

- แพทย์ไปกับ doctor car และไปประกอบร่างกับรถฉุกเฉินของท้องถิ่นที่ไม่มีแพทย์
- การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั่วถึงประชาชน ควรสนับสนุนให้ท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการ



4. คำ /วลีเด็ด ในแต่ละเซสชัน จากผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย / ผู้เข้าร่วมประชุม (Quotations)

การพัฒนาาระบบการแพทย์การแพทย์ฉุกเฉิน ทางโรงพยาบาลต้องเป็นผู้นำโดยมีท้องถิ่น และอาสาสมัคร มาบูรณาการร่วมมือกัน

ทิศทางของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น

วิทยากร: นายนิพนธ์ บุญญามณี

1. สารสำคัญ (Key message) จากการนำเสนอของผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย

ทิศทางของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความครอบคลุมทั่วถึงทุกพื้นที่ จะต้องทำให้คนในพื้นที่หรือประชาชนให้ความสำคัญ มองว่าการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเรื่องสำคัญ จึงจะทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชน และทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทุกคนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน โดย สพด.ต้องทำงานในเชิงรุกและต้องเข้าพื้นที่เพื่อให้เห็นความสำคัญ สธ.ต้องมีส่วนร่วมด้วย และลงไปให้ความรู้ในชุมชน และมีการนิเทศ และติดตามผลการปฏิบัติงาน ไม่มีพื้นที่ไหนที่ไม่มีองค์กรปกครองท้องถิ่น ไม่ต้องรองบประมาณจากส่วนกลาง เอางบประมาณท้องถิ่นมาทำ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นและการสร้างเครือข่ายจะทำให้เกิดความทั่วถึง 1 ตำบล 1 หน่วยกู้ชีพ ทำให้สามารถเข้าถึงได้ใน 8 นาที ทำอย่างไรให้ใช้งบประมาณแผ่นดินให้คุ้มค่า และทำตามระเบียบ ซึ่งท้องถิ่นสามารถทำการแพทย์ฉุกเฉินได้ โดยมีการบันทึก MOU ร่วมกันกับท้องถิ่น อบจ.เป็นเพียงผู้ประสาน ผู้อำนวยการความสะดวก

2. ประเด็นปัญหาที่นำเสนอในที่ประชุม / การเสนอความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม

Major problems & issues raised / discussed

- ระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องมีการบูรณาการทุกเครือข่าย เพื่อให้เกิดมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ และทั่วถึงทั้งประเทศ
- สพด.ต้องเข้าหาพื้นที่ และองค์กรต่างๆ ในพื้นที่ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยทำหน้าที่เป็นผู้กำกับ ติดตาม และนิเทศ ขยายความคิดการจัดระบบ จุดประกายให้คนในพื้นที่เห็นความสำคัญ เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของในการแพทย์ฉุกเฉิน การใช้งบประมาณของท้องถิ่นจะถูกมองว่าเป็นการลงทุนที่ได้ประโยชน์กับคนในชุมชน
- การตั้งด่านไม่ได้ช่วยอะไร ต้องทำตำบลปลอดภัย จะช่วยลดอุบัติเหตุบนท้องถนน ลดภาระของ สพด. ลดภาระของโรงพยาบาล และลดค่ารักษาพยาบาล ลดการครองเตียงของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา ข้อดี ข้อเสีย

Suggested solutions which should reflect from both pro and con

- สร้างภาคีเครือข่าย ผลงานเป็นของทุกฝ่าย ต้องมีการบูรณาการทุกเครือข่าย



การประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ ประจำปี 2562 “Next Generation EMS : ก้าวต่อไปการแพทย์ฉุกเฉินไทย”
วันที่ 29-31 พฤษภาคม 2562 ณ ห้องประชุมวายุภักษ์ โรงแรมเซ็นทารา ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

- การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องเริ่มจากการทำให้สร้างความเข้าใจ ให้ความรู้ แล้วจึงนำเทคโนโลยีลงสู่การปฏิบัติ ทุกคนจะต้องเข้าใจตรงกันก่อน

4. คำ /วลีเด็ด ในแต่ละเซสชัน จากผู้บรรยาย / ผู้ร่วมอภิปราย / ผู้เข้าร่วมประชุม (Quotations)

- การสร้างเครือข่ายและการสร้างความรู้สึกร่วมกันจะทำให้ทุกภาคีเครือข่าย เห็นความสำคัญร่วมกัน ทุกคนเป็นเจ้าของผลงานร่วมกัน อบจ. เป็นเพียงผู้ประสานงาน ผู้อำนวยการความสะดวก

ช่วงถาม-ตอบ / คำถามจากผู้เข้าร่วมประชุม Question: - ไม่มี -