

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564

ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564



สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

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

พิมพ์ครั้งที่ 1 : ตุลาคม 2561 จำนวน 530 เล่ม

จัดพิมพ์โดย : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
88/40 หมู่ที่ 4 อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 84 พรรษา
สาธารณสุขซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

ISBN : 978-616-7951-41-6

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุรเชษฐ์ สกิตติรามัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สีนุ
นายแพทย์ไพโรจน์ บุญศิริคำชัย
นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า

พันเอก นายแพทย์สุรจิต สุนทรธรรม
เรืออากาศเอก นายแพทย์อัจฉริยะ แพงมา
นายแพทย์สัญญาชัย ช่างสมบัติ

บรรณาธิการ

นางสาวอุรา สุวรรณรักษ์

กองบรรณาธิการ

นายศิริชัย นิ่มมา
นางสุนิสา สุวรรณรักษ์
นายพิเชษฐ์ หนองช้าง
นางสาวสุพัตรา กาญจนลออ

นางสาวเพ็ญรุ่ง บุญรักษ์
นางสาวชนิษฐา ภูสีมุงคุณ
นางสาวณญาตา เพือกขำ

ออกแบบและพิมพ์ที่ :

บริษัท อัสทีเมท พรินติ้ง จำกัด
Email: umnart_p@hotmail.com

คำนำ

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินจัดทำขึ้นภายใต้อำนาจหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (1) ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) โดยให้แผนหลักสอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน หลังมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 และสพฉ.เป็นแกนหลักในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินมาแล้ว 3 ฉบับคือ แผนหลัก ฉบับที่ 1 (2553-2555), แผนหลัก ฉบับที่ 2 (2556-2559) และแผนหลัก ฉบับที่ 3 (2560-2564)

จากสถานการณ์และปัจจัยทั้งภายนอกและภายในประเทศที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แผนการปฏิรูปประเทศ ซึ่งมีการปฏิรูปด้านสาธารณสุข ประเด็นระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนดไว้ในแผน ผลการพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาพบว่าการอภิบาลระบบยังไม่สอดคล้องกับองค์การรัฐทั้งระบบอย่างเพียงพอ เพื่อพัฒนาอย่างเสริมพลัง ให้มีอัตราความก้าวหน้าของระบบบริการให้ทันต่อปัญหาและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้เปราะบาง พื้นที่เฉพาะ และพัฒนาได้ช้ากว่าความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต การขับเคลื่อนการพัฒนาบนฐานความรู้เชิงประจักษ์ยังไม่เพียงพอ ระบบการเงินการคลังยังไม่สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้พื้นที่ห่างไกลและเข้าไม่ถึงระบบได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น กพฉ.จึงเห็นชอบให้มีการทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 เป็นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 เพื่อทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ 5 ข้อ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทิศทางการพัฒนาของประเทศในอนาคต

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 จึงได้ดำเนินการทบทวนและปรับปรุงให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศ และแก้ช่องว่างในประเด็นต่างๆ โดยจัดกระบวนการให้มีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน จนให้เป็นที่ยอมรับ โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเกิดผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน โดยมีเป้าหมาย ดังนี้ 1) ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และ 2) ลดความพิการจากภาวะฉุกเฉิน มียุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน 5 ยุทธศาสตร์ คือ 1) พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน 2) พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 3) พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4) พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ และ 5) การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิผล อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ตุลาคม 2561

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562–2564

ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3
พ.ศ. 2560-2564

สารบัญ

	หน้า 30 ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน
	หน้า 40 ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการ ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
	หน้า 48 ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาโลกการอภิบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
	หน้า 57 ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
	หน้า 63 ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบ การแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ 2562-2564

ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564



✔️ SDG : หลักประกันการเข้าถึง
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

✔️ รัฐธรรมนูญ 2560

✔️ นโยบายรัฐบาล

✔️ Thailand 4.0

✔️ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี / แผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12

✔️ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข 20 ปี

✔️ ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข /
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

✔️ การแพทย์ฉุกเฉินในอุดมคติ /
ข้อเสนอของภาคีเครือข่าย

✔️ ผลการดำเนินงานตามแผนหลัก /
สถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ผ่านกพด. เมื่อวันที่ 17 ตุลาคม 2561

ขั้นตอนในการทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564

- 1 18 เม.ย. 61
กพฉ. เห็นชอบแผนขั้นตอน/ระยะเวลา
การทบทวนแผนหลักฯ และ
มอบคณะกรรมการยุทธศาสตร์
การแพทย์ฉุกเฉินเป็นแกนหลัก
- 2 เม.ย. - มิ.ย. 61
สพฉ. ประชุมเตรียมการวิเคราะห์
ปัจจัยและสถานการณ์ที่สำคัญ
เพื่อจัดทำร่างแผนหลักฯ ฉบับที่ 3.1
พ.ศ. 2562-2564
- 3 1, 15 มิ.ย. 61
ประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ/คณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินให้ข้อเสนอแนะ
ต่อร่างแผนหลักฯ Focus ในแต่ละยุทธศาสตร์
- 4 18, 20 มิ.ย. 61
ประชุมร่วมกสร. และ สพฉ. เพื่อบูรณาการ
แผนร่วมกัน โดยให้สอดคล้องกับการปฏิรูป
ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 5 23 มิ.ย. 61
ประชุมคกก. ทบทวนแผนหลักฯ
(ภายใต้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน)
โดยนำข้อเสนอแนะจากข้อ 4 มาปรับปรุง
ร่างแผนหลักฯ ฉบับที่ 3.1
- 6 27 มิ.ย. 61
รับฟังความคิดเห็นของผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้ปฏิบัติ ทั้งส่วนกลางและพื้นที่ > 200 คน
เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแผนหลักฯ
ฉบับที่ 3.1
- 7 8, 13 กค. 61
ประชุมคกก. ทบทวนแผนหลักฯ
เพื่อนำข้อเสนอแนะจากการรับฟังความเห็น
มาปรับปรุงร่างแผนหลักฯ ให้มีความสมบูรณ์
ครบถ้วน
- 8 17 ก.ค., 17 ต.ค. 61
กพฉ. พิจารณาและเห็นชอบ
แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564

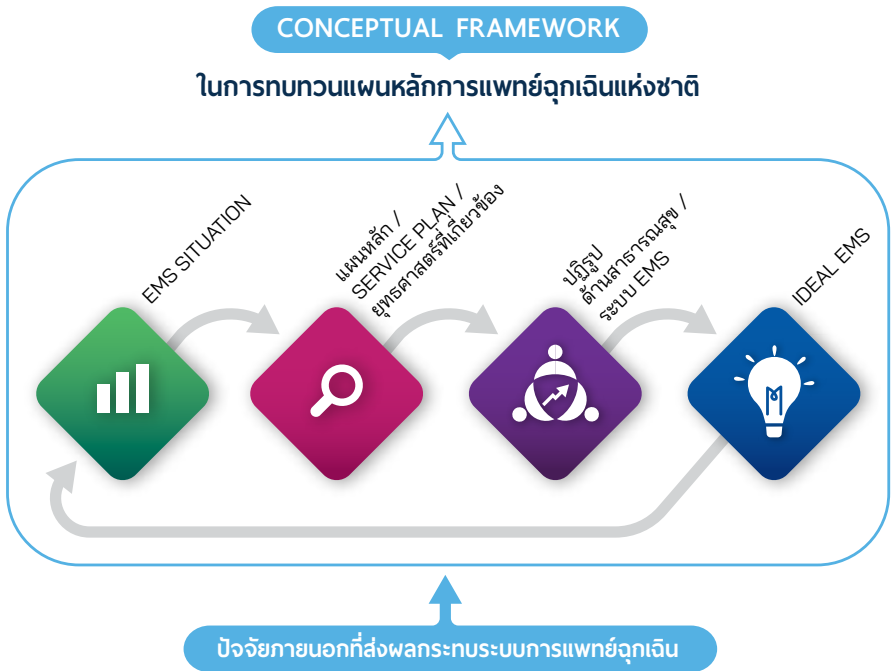


แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562–2564

หลักการและเหตุผล

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 ได้ทบทวนปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 โดยมีการวิเคราะห์ที่เชื่อมโยงจากสถานการณ์ภายใต้กระแสโลกในปัจจุบันจนถึงแนวโน้มความท้าทายในอนาคต สถานการณ์และบริบทของสังคมไทยที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแผนหลักมีความสอดคล้องและเชื่อมโยงสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมทั้งเป็นไปตามแนวทางของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี นโยบายรัฐบาล นโยบายประเทศไทย 4.0 แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข การปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน และแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งแผนหลักฉบับนี้เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระยะปานกลาง ที่มุ่งเน้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดที่ต้องการ “ลดการเสียชีวิตและความพิการจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน”

โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 4 ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลย่อมได้รับความคุ้มครอง มาตรา 47 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ และมาตรา 56 รัฐต้องจัดหรือดำเนินการให้มีสาธารณสุขปโภคขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงตามหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน ซึ่งการแพทย์ฉุกเฉินเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่รัฐต้องจัดบริการให้กับประชาชน



เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ที่เป็นปัจจัยหลักภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีปัจจัยสำคัญ ดังนี้ ด้านสังคมประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จากสถิติประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) เนื่องจากสัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 16.5% ในปี 2559 เป็น 20% ในปี 2564 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น

เป็น 32.2% ในปี 2575 มีผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น จึงมีความเสี่ยงเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้น ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ คาดว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งความถี่และขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้น ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มีความก้าวหน้าอย่างก้าวกระโดด ความเปลี่ยนแปลงจากโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่ได้รับการพัฒนาอย่างก้าวกระโดดจะก่อให้เกิดนวัตกรรมอย่างพลิกผัน ทำให้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีโอกาสนำมาใช้ให้มีประสิทธิผลมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันประชาชนสามารถติดต่อสื่อสาร และเข้าถึงข้อมูลต่างๆ เพิ่มขึ้น และมีความคาดหวังต่อระบบบริการที่เปลี่ยนไป ความก้าวหน้าของเทคโนโลยี จึงอาจเป็นได้ทั้งเชิงบวกและเชิงลบ

ปัจจัยภายนอกในอนาคต : Future Situation



ที่มา : แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สศช.

การปฏิรูปประเทศ มีข้อเสนอในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อเสนอในการปฏิรูปประเทศของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล” ที่เสนอการปฏิรูป 2 เรื่อง คือ

- 1) ระบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน
- 2) การปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

จนท้ายที่สุดได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปด้านสาธารณสุขและได้เสนอแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข ซึ่งมีการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 1 ใน 10 เรื่อง และแผนดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีและประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้แล้ว โดยมีเป้าหมายให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทย เข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียม ทัวถึง ทั้นเวลา และมีมาตรฐาน” มีกิจกรรมในการปฏิรูป 3 เรื่อง คือ

- 1) โครงสร้างบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- 2) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

นอกจากยังมีข้อเสนอของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและคณะกรรมการเกี่ยวกับ “ข้อเสนอในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการปฏิรูป” 6 เรื่อง รวมทั้งมียุทธศาสตร์และแผนพัฒนาที่เกี่ยวข้องหลายแผน เช่น แผนยุทธศาสตร์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560-2580 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2565 และยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข แบบบูรณาการ ปี 2560-2564 จากวิเคราะห์ประเด็นต่าง ๆ แล้ว พบว่า วิสัยทัศน์ของแผน/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความสอดคล้องกัน ที่ต้องการให้ “ทุกคนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม” โดยมีเป้าประสงค์ “ต้องการลดเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน” ส่วนยุทธศาสตร์/กลวิธี/มาตรการ อาจจะมีจุดเน้นในการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันบ้าง

ปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข/ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



เป้าหมาย

ทุกคนบนแผ่นดินไทยเข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียมทั่วถึง ทันเวลา และมีมาตรฐาน



โครงสร้างบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

มีเป้าหมาย

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

ด้านสาธารณสุข

- 1) ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพ
- 2) ระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ



ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมาย

- มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี) ที่มีมาตรฐาน โดยดำเนินงานภายใต้องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่น และแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้กระทรวงสาธารณสุข
- สนับสนุนการพัฒนาบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
- มีโครงสร้างและกลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขระดับประเทศ/เขต/จังหวัด
- มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน



กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีเป้าหมาย

- กระทรวงสาธารณสุขและสถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขทั้งหมดมีแผนลงทุนเชิงบูรณาการผลิตและธำรงรักษาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอแก่ความต้องการในระยะ 10 ปี

ด้านสาธารณสุข

- 3) กำลังคนสุขภาพ

สถานการณ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย จากสถิติผู้ป่วยที่ใช้บริการห้องฉุกเฉินปี 2544 ประมาณ 12 ล้านครั้ง โดยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินประมาณร้อยละ 30 หรือ 4 ล้านครั้ง¹ คาดประมาณว่าผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลปีละประมาณ 60,000 คน หากประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ 15–20 หรือประมาณปีละ 9,000–12,000 คน² สำหรับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเฉพาะที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2555-2560 จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ซึ่งเป็นข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนหนึ่งเท่านั้น) พบว่า มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จากจำนวน 7,776 คน (ปี 2555) หรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 12.06 ต่อประชากรแสนคน³ เพิ่มขึ้นจำนวน 13,580 คน (ปี 2560) หรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 20.52 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุ มีอัตรา 9.86-14.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ มีอัตรา 1.41-4.78 ต่อประชากรแสนคน เมื่อวิเคราะห์การเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล แบ่งตามกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินกับกลุ่มบาดเจ็บ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตของกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non Trauma) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากอัตรา 6.56 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2555) เป็นอัตรา 13.55 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2560) ส่วนใหญ่การเสียชีวิตเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่า 8 นาที

1 รายงานการสำรวจของศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น ปี 2544

2 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2551

3 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นข้อมูลเฉพาะในฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินที่สพฉ.บริหารจัดการ ซึ่งเป็นข้อมูลการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น พบว่า ผู้ใช้บริการที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 100,000 คน เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล 12.06 คน ในปี 2555 และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 20.52 คน ในปี 2560 โดยผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังมีสัดส่วนต่ำเพียงร้อยละ 19

สำหรับรายงานการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลในกลุ่มโรคฉุกเฉินต่าง ๆ อันได้แก่ รายงานสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรระหว่างปี 2548-2553 (Severe Injuries due to Transport Accident, 2005-2010)⁴ พบอัตราป่วยตายร้อยละ 6.25 โดยเป็นการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 21 และเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 9 นอกจากนี้มีการศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 30-40⁵ สอดคล้องกับการศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจนอกโรงพยาบาลของประเทศสวีเดน ระหว่างปี 2534-2549 ร้อยละ 28-30⁶ ในขณะที่รายงานการศึกษาผู้เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายในสหรัฐอเมริกา ของ Fauci, A.S พบว่า ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 50⁷ ส่วนรายงานข้อมูลการเสียชีวิตก่อนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนมาถึงโรงพยาบาล ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน แต่มีการคาดว่ามีการเสียชีวิตในโรคดังกล่าวก่อนถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 15-20⁸

อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) ในกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉินซึ่งเป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เช่น หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อประชากรแสนคน โดยเปรียบเทียบ ปี 2552 กับ ปี 2559 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนี้ โรคหลอดเลือดสมอง จากอัตรา 21.0 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มเป็นอัตรา 48.7 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จากอัตรา 20.7 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มเป็นอัตรา 32.3 ต่อประชากรแสนคน อุบัติเหตุจราจร จากอัตรา 15.0 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มเป็นอัตรา 23.8 ต่อประชากรแสนคน⁹ ในขณะที่ยังคงการอนามัยโลก

4 Thailand's Report Situation of Severe Injuries Year 2005-2010 Data from Injury Surveillance (IS), Thailand Supported by World Health Organization

5 Mortality Trends of Cardiovascular Disease in Korea; Big Challenges in Ischemic Heart Disease, Hyun Kuk Kim, MD and Youngkeun Ahn, MD, Chonnam National University Hospital, Gwangju, Korea, Korean Circulation Journal 2015

6 Trends in Out-of-Hospital Deaths Due to Coronary Heart Disease in Sweden (1991 to 2006) Kerstin Dudas, PhD; Georg Lappas, BSc; Simon Stewart, PhD; Annika Rosengren, MD, PhD

7 รายงานการศึกษาของ Fauci, A.S, etal (2008) Harrison's international medicine 17th ed.

8 อภิชาติ สุนทรสรรพ. แนวทางการรักษา Acute ST-Elevation Myocardial Infarction. ใน : อภิชาติ สุนทรสรรพ บรรณาธิการ. Practice Guidelines in Cardiology. เชียงใหม่: ทริค ริงค์, 2552.

9 เป็นข้อมูลการเสียชีวิตจากการป่วยตายในกลุ่มโรคฉุกเฉินในโรงพยาบาล จากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข (สถิติสาธารณสุข, 2559)

ได้รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตจากหลายแหล่งข้อมูลสำคัญ เช่น จากตำราตรวจราชการ
หน่วยงานสาธารณสุข โดยอ้างอิงมาตรฐานสากล พบว่า อัตราการเสียชีวิตจาก
อุบัติเหตุจราจรของประเทศไทยปี 2559 มีอัตรา 36.2 รายต่อประชากรแสนคน
ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของโลก

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการลดอัตราเสียชีวิตในกลุ่มโรค
ฉุกเฉิน จึงได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
โดยปีงบประมาณ 2560 มีเป้าหมายลดอัตราเสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง
(I60-I69) ในโรงพยาบาล (เป้าหมาย < ร้อยละ 7) จากรายงานการตรวจราชการ
พบว่า มีเพียง 3 เขตที่ดำเนินการได้ตามเป้าหมาย คือ เขต 8 อัตราเสียชีวิต
ในโรงพยาบาลร้อยละ 3.96, เขต 7 ร้อยละ 4.73 และเขต 10 ร้อยละ 5.60
ส่วนเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตของโรคหลอดเลือดหัวใจภาพรวมของประเทศ
ไม่เกินอัตรา 28 ต่อแสนประชากร และลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลภาพรวม
ไม่เกินร้อยละ 10 รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560
พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจภาพรวมของประเทศ ดำเนินการได้
ในอัตรา 26.55 ต่อแสนประชากร แต่ยังมีบางเขตสุขภาพที่มีอัตราเสียชีวิต
สูงกว่าเป้าหมาย ส่วนการเสียชีวิตในโรงพยาบาลภาพรวมประเทศสูงกว่าเป้าหมาย
(ร้อยละ 10.12)¹⁰ สำหรับอัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ (Trauma)
กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย ปี 2560 อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีค่า Ps Score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75
แล้วเสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 1.0

สำหรับสถิติผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนและยังมีชีวิต จากฐานข้อมูลทะเบียนกลาง
คนพิการ ปี 2561 จำนวนสะสม 1.92 ล้านคน โดยสาเหตุความพิการเกิดจาก

- 1) ภาวะความเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ ในภายหลัง
- 2) จากโรคความดันโลหิตสูง/หลอดเลือดหัวใจตีบ/ข้อสันหลังอักเสบ/
โรคติดเชื้อ/เบาหวาน/ลมชัก ร้อยละ 31.82
- 3) อุบัติเหตุ ร้อยละ 13.95
ทั้งนี้ยังมีข้อมูลที่แพทย์ไม่ระบุสาเหตุความพิการสูงถึงร้อยละ 33.95¹¹

10 สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

11 รายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย 2561 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนา
สังคมและความมั่นคงของมนุษย์

EMS Situation: พลั้วร์

ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิต
นอกsw. ประมาณ

60,000 คน/ปี

แนวโน้มอัตราการเสียชีวิต นอกsw.

การศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของ
ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดของเกาหลีใต้
มีผู้เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล...

30-40%

Korean Circulation Journal 2015

การศึกษาแนวโน้มการเสียชีวิตของผู้ป่วย
โรคหลอดเลือดหัวใจนอกโรงพยาบาล
ของประเทศสวีเดน ปี 2534-2549...

28-30%

Kerstin Dudas

รายงานศึกษาในสหรัฐอเมริกา
ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
เสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล...

50%

Fauci, A.S, 2008

ประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจน
แต่คาดการณ์ว่า เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ
ก่อนถึงโรงพยาบาล

15-20%

อภิชาติ สุคนธสรณ์, 2552

ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรในไทย
ระหว่างปี 2548-2553 พบอัตราป่วยตายร้อยละ 6.25
ในส่วนนี้เป็นการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล...

21%

ฐานข้อมูล IS, สนับสนุนโดย WHO

ข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
มีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงsw.
ต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น

เพิ่มจาก (ปี 2555) 12.06 เป็น (ปี 2560) 20.52



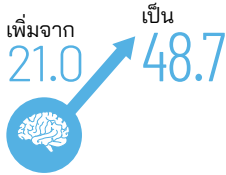
70%

- ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย non trauma
และเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุก่อนชุดไปถึง

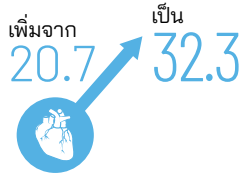
EMS Situation: พลั้วร์

แนวโน้มอัตราเสียชีวิต *ใน SW*. ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น ปี 52-59 (สถิติสร.59)

โรคหลอดเลือดสมอง



โรคหัวใจขาดเลือด



อุบัติเหตุจราจร



*แต่ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุจราจร 3 ฐาน ปี 59 เป็นอัตรา 36.2 ต่อประชากรแสนคน

ความพิการ



สาเหตุความพิการที่มาจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ 45.7%

*หมายเหตุ ผู้พิการสะสม 1.9 ล้านคน (ปี 2561)

ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ 60

พิการจาก
การเจ็บป่วย
31.8%



พิการจาก
อุบัติเหตุ
13.9%



ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปี 2554-2560 พบว่า

“ ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากกว่า 85% ”



สถานการณ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีการรับแจ้งเหตุและสั่งการ ปี 2558 จำนวน 1,362,030 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 2,094.55 ต่อประชากรแสนคน ปี 2559 จำนวน 1,488,815 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 2,290.01 ต่อประชากรแสนคน ปี 2560 จำนวน 1,568,952 ราย หรือคิดเป็นอัตรา 2,406.19 ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตามยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ โดยค่าเฉลี่ยอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ปี 2560 เท่ากับ 2,324.57, SD= 1,047 ซึ่งข้อมูลมีการกระจายสูงมาก แสดงให้เห็นว่ามีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสูงมาก โดยจังหวัดที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการสูงสุด คือ จังหวัดขอนแก่น เท่ากับอัตรา 5,724.59 ต่อประชากรแสนคน ส่วนจังหวัดที่ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการต่ำสุด คือ กรุงเทพมหานคร เท่ากับ 726.54 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ เมื่อวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในกลุ่มที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างเขตอำเภอเมืองกับนอกเขตอำเภอเมือง ปี 2561 (9 เดือน) พบว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 40 แต่เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการห้องฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตยังมีสัดส่วนที่ต่ำมาก โดยผลการศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน **พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาจากด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉินมีร้อยละ 19**¹² สอดคล้องกับข้อมูลผลการดำเนินงานที่จังหวัดรายงานระหว่างปี 2557-2560 อยู่ระหว่าง ร้อยละ 14-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลสูง แม้ว่าการใช้บริการยังมีสัดส่วนต่ำ แต่ในกลุ่มที่ใช้บริการมีความพึงพอใจต่อบริการในอัตราที่สูง โดยผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระหว่างปี 2554-2560 พบว่า ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 85

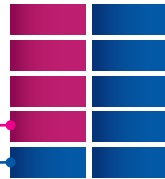
12 กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิลล, ธีระ ศิริสมุด และณัฐภูมิ คำนวนฤกษ์. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. 2558

EMS Situation: การเข้าถึงบริการและการบริหารกองทุน

- การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน ปี 2560
ค่าเฉลี่ย 2,324.57 SD = 1,047
จังหวัดเข้าถึงบริการ สูงสุด คือ ขอนแก่น 5,724.59
จังหวัดเข้าถึงบริการ ต่ำสุด คือ กทม. 726.54
- แนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ลำเลียงผ่านระบบ EMS ต่อประชากรแสนคน
ปี 58-60 เพิ่มขึ้น จาก 230.20 ราย เป็น 358.36 ราย
- แนวโน้มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบ EMS ต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ ER
ปี 57-60 เพิ่มขึ้น 14-19% และปี 61 = 26% (9 เดือน)
หมายเหตุ รายงานไม่ครบถ้วนทุกจังหวัด

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเปรียบเทียบระหว่าง เขตในอำเภอเมืองกับอำเภออื่นๆ ปี 2561 (9 เดือน) พบว่า

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน **ในเขตอำเภอเมือง ร้อยละ 40** ส่วนที่เหลือเป็นการเข้าถึงบริการนอกเขตอำเภอเมือง



การบริหารกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน วิเคราะห์การจ่ายเงิน ชดเชยปฏิบัติการ ตามระดับความฉุกเฉิน (ER Triage)

แนวโน้มการจ่ายเงินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

เพิ่มขึ้นต่อเนื่องจาก
(ปี 2555)

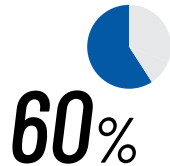
11%



เป็น (ปี 2560)

16.5%

ของการจ่ายชดเชยปฏิบัติการส่วนใหญ่
เป็นการจ่ายสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน



EMS Situation: คุณภาพปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการ

1. การรับแจ้งเหตุ 5.1-5.9 ล้านครั้ง/ปี เป็นการรับแจ้งเหตุ การแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 24 ของการรับแจ้งทั้งหมด โดยแนวโน้มอัตราการแจ้งเหตุการแพทย์ฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้น จาก 2,094.5 (ปี 58) เป็น 2,406.2 (ปี 60)

2. การคัดแยกกระดับฉุกเฉินวิกฤตต่ำกว่าความเป็นจริง เปรียบเทียบห้องฉุกเฉิน กับศูนย์สั่งการ (Under Triage) ปี 58-61 อยู่ระหว่าง 40%-42% (เกณฑ์มาตรฐานไม่เกิน 5%)

3. ความสอดคล้องการสั่งการระดับความฉุกเฉินวิกฤตกับชุด ALS ปี 58-61 ร้อยละ 70 โดยกลุ่ม Non Trauma สั่งการสอดคล้องสูงกว่า กลุ่ม Trauma

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

คุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เฉพาะที่ใช้บริการ EMS ปี 2559

2.1 การดูแลทางเดินหายใจที่เหมาะสม ร้อยละ 94.88
2.2 การห้ามเลือดที่เหมาะสม ร้อยละ 94.71
2.3 การตามกระดุกที่เหมาะสม ร้อยละ 91.39
2.4 การให้สารน้ำที่เหมาะสม ร้อยละ 96.25



ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ให้สอดคล้องปัจจัยและสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบ เพื่อให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในระยะยาว คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจึงอาศัยอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 (1) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้ทบทวนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เพื่อแก้ช่องว่างในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การขับเคลื่อนบนฐานความรู้เชิงประจักษ์ (evidence based) ยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
- 2) กลไกด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นหัวใจหลัก ตามมาตรา 28, 29, 30, 31 และ 32 ยังไม่สามารถ engage เข้าไปในวงโซ่ทุกขั้นตอนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงพอ จนสามารถลดอัตราเสียชีวิตได้ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3) ระบบการเงินการคลังยังไม่สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้พื้นที่ห่างไกลและเข้าไม่ถึงระบบได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งพัฒนาได้ช้ากว่าความต้องการในการดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตในพื้นที่ด้อยโอกาส
- 4) การอภิบาลระบบยังไม่สอดคล้องกับองค์การรัฐทั้งระบบอย่างเพียงพอ เพื่อการพัฒนาอย่างเสริมพลัง (synergist) ให้มีอัตราความก้าวหน้าของระบบบริการให้ทันต่อปัญหาและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้เปราะบาง พื้นที่เฉพาะ

ดังนั้น เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึง การแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีประสิทธิผล อย่างทั่วถึง เท่าเทียม อย่างทันทั่วถึง ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินบนฐานความรู้ บูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม จึงนำมาสู่การปรับปรุงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน แห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 เป็นแผนยุทธศาสตร์ฉบับเดียวของประเทศ ที่กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยปรับปรุงวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564
พจนกพว. วันที่ 17 ตุลาคม 61

ปรับปรุงจากแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ 2560-2564



VISION

ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน
ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิผล
อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม



MISSION

ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน
ตั้งแต่รับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึง
เริ่มได้รับการบำบัดเจาะจงหรือพ้น
ภาวะฉุกเฉิน โดยพัฒนาห่วงโซ่ปฏิบัติการ
ทั้งในและนอกสถานพยาบาลให้ได้
มาตรฐานและมีประสิทธิผลอย่างทั่วถึง
และเท่าเทียมโดยทุกภาคส่วนมีบทบาท



แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1
พ.ศ. 2562-2564

ULTIMATE GOALS

1. ลดการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. ลดความพิการจากภาวะฉุกเฉิน

SPECIFIC GOALS

1. ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคน
 - 1.1 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนรับไว้ในรพ.
 - 1.2 ลดอัตราเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินต่อประชากรแสนคนของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในรพ.
2. ลดอัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) ในกลุ่มโรคที่มีภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การบาดเจ็บ โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการเป็นพิษ

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนามาตรฐาน¹³ การแพทย์ฉุกเฉิน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการ¹⁴ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
5. การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

13 มาตรฐาน คือ สิ่งที่ต้องเอาเป็นเกณฑ์ที่รับรองกันทั่วไป เช่น มาตรฐานกรีนนิช, สิ่งที่ต้องเอาเป็นเกณฑ์สำหรับเทียบกำหนด ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ เช่น มาตรฐานอุตสาหกรรม แม้ค่าของ “มาตรฐาน” คือ มาตรฐาน 1 มาตรฐาน- 1 อ้างอิงจากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 ดังนั้น ความหมายของมาตรฐานได้รวมถึงเรื่องคุณภาพไว้แล้วดังกล่าวกว่าข้างต้น มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง มาตรฐานที่ครอบคลุมตั้งแต่การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

14 ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง ผู้ปฏิบัติกรตามที่กฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ทั้งที่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุขและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

วัตถุประสงค์รายยุทธศาสตร์



ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

1. เพื่อพัฒนามาตรฐานตามห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนได้รับบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน
2. เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มาตรฐาน ที่กำหนดตลอดห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่¹⁵
3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศดิจิทัลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1. เพื่อผลิต อนุรักษ์และพัฒนาขีดความสามารถผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขให้เพียงพอทั้งที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพและไม่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
2. เพื่อกระจายผู้ปฏิบัติการทั้งในหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล ให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่



ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1. เพื่อทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็นระบบการแพทย์ฉุกเฉิน¹⁶
2. เพื่อพัฒนาระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่าง ๆ ให้สนับสนุนการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
4. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการความรู้และงานวิจัยที่นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

15 พื้นที่ หมายถึง พื้นที่ปกติ และพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการหรือสถานพยาบาลให้เพียงพอ (ตามมาตรา 33 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551) หรือพื้นที่ทางไกล รุกันดาร หรือพื้นที่พิเศษ เช่น ชายแดน ทะเล อูททยาน เขตสุขภาพพิเศษ

16 แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ เล่ม 135 ตอนที่ 24 ก ราชกิจจานุเบกษา 6 เมษายน 2561



ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับและภาคประชาสังคม¹⁷ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการร่วมเครือข่ายอื่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่ปกติและพื้นที่พิเศษ
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในการสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย



ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง¹⁸ ต่อกาการเจ็บป่วยฉุกเฉินและครอบครัว มีความตระหนักรู้ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. เพื่อจัดระบบสนับสนุน¹⁹ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าถึงบริการเหมาะสมและรวดเร็ว
3. เพื่อให้มีการจัดการระดับชุมชน²⁰ เข้มแข็งและปลอดภัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

17 ภาคประชาสังคม หมายถึง ชุมชน องค์กรวิชาการ องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานธุรกิจที่แสวงหากำไรและไม่มีแสวงหากำไร มูลนิธิ

18 ประชาชนกลุ่มเสี่ยง หมายถึง กลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน หัวใจ) มีความตระหนักรู้ และครอบครัวช่วยเหลือเบื้องต้นและร้องขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน กลุ่มเปราะบาง กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

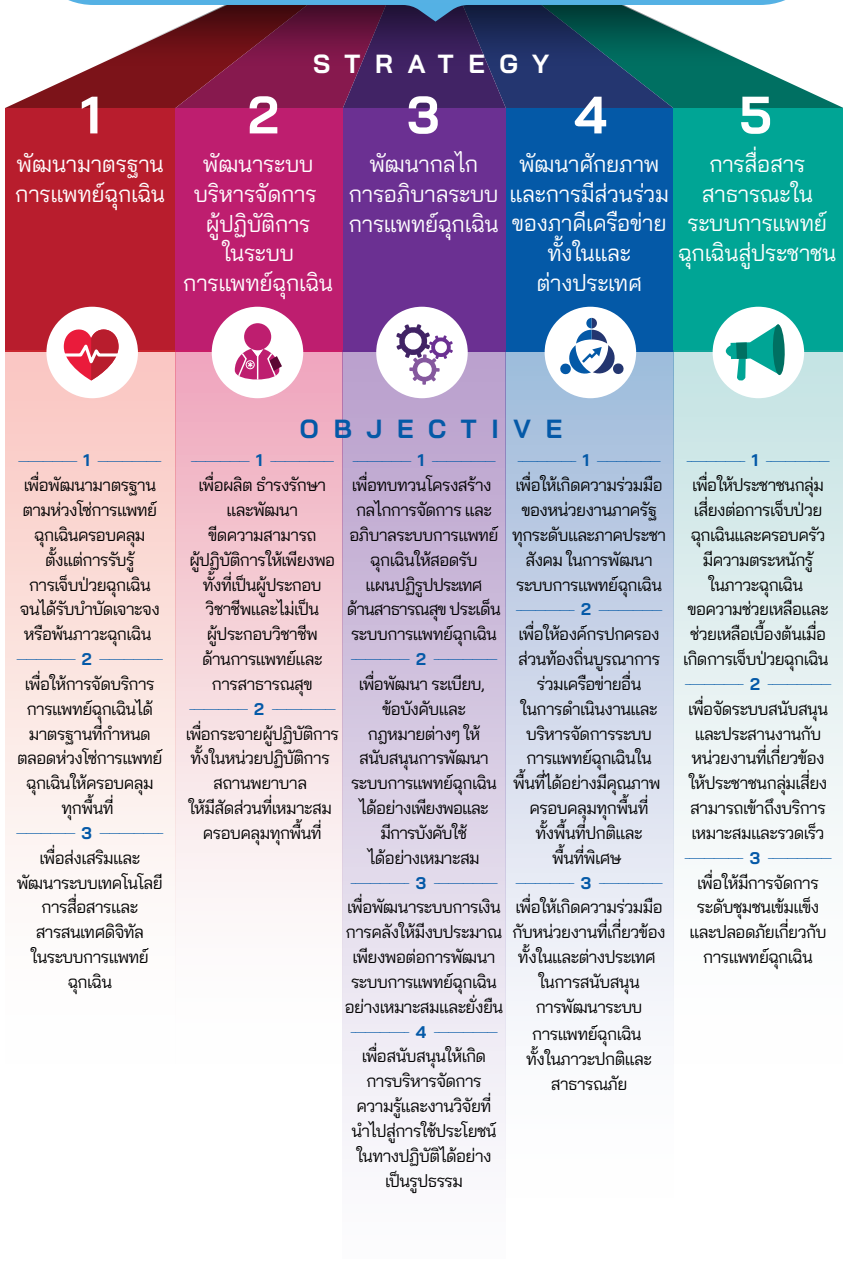
19 ระบบสนับสนุน หมายถึง หลักสูตรที่เหมาะสม การสื่อสารสาธารณะ เครื่องมือในการช่วยเหลือเบื้องต้น เช่น เครื่อง AED

20 ชุมชน คือ หมู่ชน, กลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันเป็นสังคมขนาดเล็ก อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน, ที่มีคนอาศัยอยู่มาก ต่างจังหวัดประเมินการจัดการชุมชนที่เข้มแข็งและปลอดภัยด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบล ส่วนกรุงเทพมหานคร หรือชุมชนเมืองจะต้องพิจารณาการวัดที่เหมาะสม

แผนภูมิที่ 1 ความเชื่อมโยงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564



แบบภูมิที่ 2 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564



ยุทธศาสตร์ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562-2564 ปรับและขยายทิศทางเพื่อการพัฒนาในระยะยาว

แก้ช่องว่างในประเด็นต่างๆ



การขับเคลื่อนบนฐานความรู้ evidence based ยังไม่เพียงพอต่อ สพจ. และภาคีเครือข่าย ยังไม่สามารถเป็นองค์กรพัฒนาบนฐานความรู้ (learning organization) เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

กลไกด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นหัวใจหลัก ตามมาตรา 28, 29, 30, 31 และ 32 ยังไม่สามารถ engage เข้าไปในห่วงโซ่ทุกขั้นตอนของระบบ การแพทย์ฉุกเฉินได้เพียงพอ จนสามารถลด อัตราเสียชีวิตได้ตามเจตนารมณ์ของพรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน



ระบบการเงินการคลังยังไม่สามารถสนับสนุน ส่งเสริมให้พื้นที่ห่างไกลและเข้าไม่ถึงระบบ ได้อย่างเพียงพอ รวมทั้งพัฒนาได้ช้ากว่า ความต้องการการดูแลเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ในพื้นที่ด้อยโอกาส

การอภิบาลระบบยังไม่สอดคล้องกับองค์กรรัฐ ทั้งระบบอย่างเพียงพอ เพื่อการพัฒนาอย่างเสริมพลัง (synergist) ให้มีอัตราความก้าวหน้าของ ระบบบริการให้ทันต่อปัญหาและความต้องการ บริการที่เพิ่มขึ้นจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ ผู้เปราะบาง พื้นที่เฉพาะ



สรุปสาระสำคัญจากการรับฟังความคิดเห็น ต่อร่างแผนหลักฯ ทุกช่องทาง

(จัดประชุมรับฟังความเห็น 3 ครั้ง, ประชุมหารือ, ผ่านwebsite และgoogle doc)

1

ต้องการให้ **จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับเดียวของประเทศ** เพื่อกำหนดทิศทาง การพัฒนา โดยทุกภาคส่วนแบ่งหน้าที่ในการร่วมกันขับเคลื่อนให้บรรลุเป้าหมาย และสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศ

2

ทิศทาง การดำเนินงานในอนาคต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะร่วมกับ เครือข่ายในพื้นที่ และมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ **จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อม ในการรับถ่ายโอนภารกิจ** ในการเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ได้ ตามมาตรฐาน ทั้งการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี)/ การอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ และการเพิ่มหน่วยปฏิบัติการให้ ครอบคลุมพื้นที่โดยการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งส่วนกลาง/พื้นที่

3

การประสานความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข ทั้งในพัฒนา หน่วยปฏิบัติการ/สถานพยาบาล การผลิต/พัฒนาผู้ปฏิบัติการ การสื่อสารสาธารณะ รวมทั้งทบทวนบทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการอภิบาลระบบ เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการปฏิบัติ การฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม



ยุทธศาสตร์ที่ 1

พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

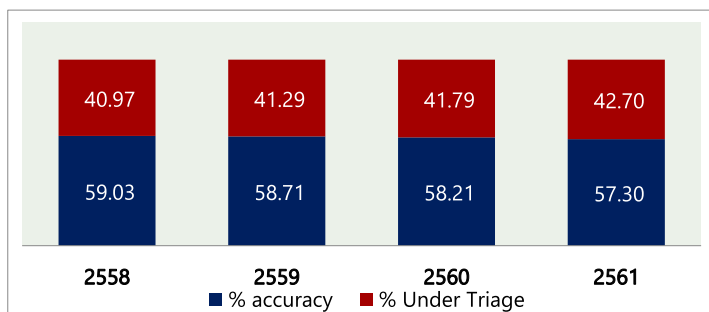
หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้น ๆ ของประเทศไทย ซึ่งภาวะฉุกเฉินวิกฤตของแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมทันที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร หรือการตายก่อนถึงวัยอันสมควร หลังการมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเกิดจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาลและผู้ปฏิบัติการให้ได้มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้การปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานและสนับสนุนการเข้าถึงบริการเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉิน เริ่มนับตั้งแต่มีการแจ้งเหตุผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยรายงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี 2558 ผู้ใช้บริการจำนวน 1,362,030 ราย หรือเป็น 2,094.55 รายต่อประชากรแสนคน ปี 2559 ผู้ใช้บริการจำนวน 1,488,815 ราย หรือเป็น 2,290.01 รายต่อประชากรแสนคน และปี 2560 ผู้ใช้บริการจำนวน 1,568,952 ราย หรือเป็น 2,406.19 รายต่อประชากร

แสนคน โดยแนวโน้มสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่อประชากรแสนคนเพิ่มขึ้น จาก 230.2 ในปี 2558 เป็น 358.4 ในปี 2560 อย่างไรก็ตามคุณภาพการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ยังมีการตัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Under Triage) เป็นการเปรียบเทียบการตัดแยกระดับความฉุกเฉินระหว่างห้องฉุกเฉินกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยพิจารณาจากผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการตัดแยกเป็นระดับฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน แล้วย้อนกลับมาดูการตัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไม่เป็นฉุกเฉินวิกฤต พบว่าการตัดแยกระดับความฉุกเฉิน มี Under Triage ปี 2558-2561 อยู่ระหว่างร้อยละ 40-42 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานของต่างประเทศที่กำหนดให้ไม่เกินร้อยละ 5²¹ ซึ่งอาจทำให้สั่งการชุดปฏิบัติการไม่สอดคล้องกับระดับความฉุกเฉิน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือไม่เหมาะสม และมีโอกาสเสียชีวิตและพิการ ดังแผนภูมิที่ 3

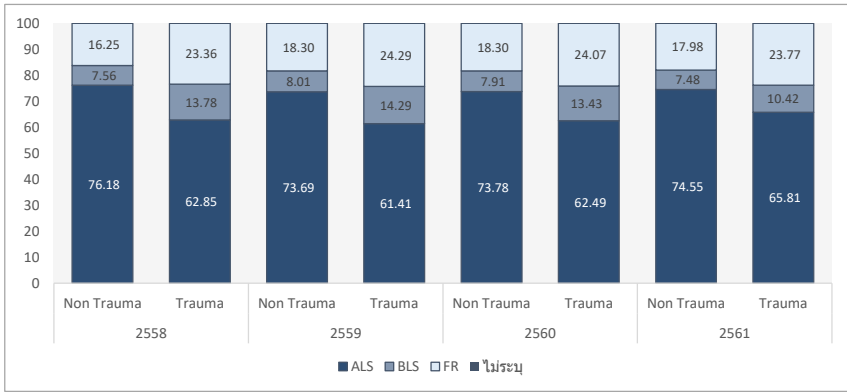
แผนภูมิที่ 3 ร้อยละการตัดแยก under triage ระหว่างห้องฉุกเฉินกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 2558-2561



นอกจากนี้ ยังพิจารณาคุณภาพการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จากความสอดคล้องในการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยความสอดคล้องในการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงกับระดับความฉุกเฉินวิกฤตในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma) มีการสั่งการสอดคล้องสูงกว่ากลุ่มบาดเจ็บ (Trauma) ดังแผนภูมิที่ 4

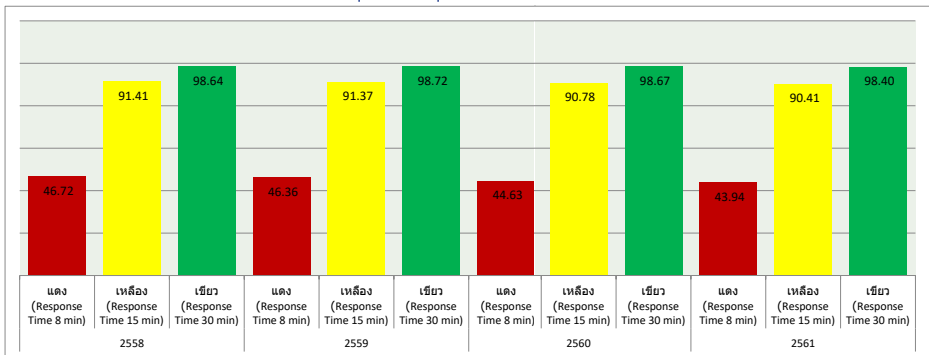
21 Building the evidence base in pre hospital urgent and emergency care A review of research evidence and priorities for future research by the University of Sheffield Medical Care Research Unit, A review of research evidence and priorities for future research by the University of Sheffield Medical Care Research Unit

แผนภูมิที่ 4 ร้อยละความสอดคล้องในการสั่งการระดับความฉุกเฉินวิกฤต
กับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง



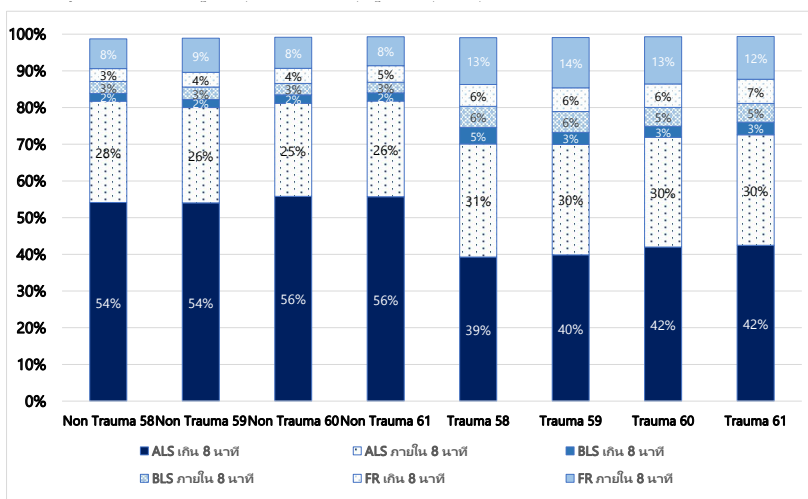
คุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการ โดยพิจารณาจากข้อมูล
ฐานระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่
รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ (Response times) จำแนกตามระดับ
ความฉุกเฉิน ปี 2558-2561 พบว่า ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้ง
จนชุดปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ ในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ดำเนินการได้ตามเกณฑ์
ภายใน 8 นาที อยู่ระหว่าง 43-46% ดังแผนภูมิที่ 5

แผนภูมิที่ 5 ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการ
ถึงจุดเกิดเหตุตามเกณฑ์ที่กำหนด



เมื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องในการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงกับระดับความฉุกเฉินวิกฤต จำแนกตามประเภทผู้ป่วยและระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ พบว่า กลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non Trauma) สั่งการได้สอดคล้องสูงกว่ากลุ่มบาดเจ็บ (Trauma) แต่กลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉินใช้ระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ เกิน 8 นาที มากกว่ากลุ่มบาดเจ็บ (Trauma) ดังแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 ความสอดคล้องการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงกับระดับความฉุกเฉินวิกฤต จำแนกตามประเภทผู้ป่วยและระยะเวลาในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่รับแจ้งจนชุดปฏิบัติการถึงจุดเกิดเหตุ



เมื่อวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 19²² จะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีสัดส่วนที่ต่ำ ในขณะที่สถิติผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2559 ประมาณ 35 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินร้อยละ 60 และมาโรงพยาบาลเอง ทำให้ห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดไม่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพได้ ซึ่งเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ต้องมีการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน

22 การศึกษาด้านการดำเนินงานและปัจจัยที่ส่งผลต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย ปี 2559

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ใน ยุทธศาสตร์ที่ 1 มีบางเรื่องที่เป็นเป้าหมายในแผนปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้ ถูกกำหนดไว้ในแผนหลักฉบับเดิม ได้แก่ มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี) ที่มี มาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแยก ศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้ การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเร่งรัดและผลักดันให้มี จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินเลขหมายเดียว การสนับสนุนการพัฒนาบริการ นอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้ใช้บริการ เพื่อลดความแออัดในท้องฉุกเฉิน การมีระบบสารสนเทศสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่บูรณาการข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในท้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยและการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องนำมาพิจารณาเพื่อบูรณาการการทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ให้เป็นไป ในทิศทางที่สอดคล้องกัน

จากข้อมูลข้างต้น สะท้อนให้เห็นโอกาสการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องเร่งรัดดำเนินการให้สามารถดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ทัวถึง เท่าเทียม ทันเวลา ตั้งแต่การรับรู้ภาวะฉุกเฉิน รับแจ้งเหตุและการสั่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน (definitive care) การจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานการณ์สาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องให้คำนึงถึงคุณภาพ การปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) การบาดเจ็บ (Trauma) รวมทั้งการพัฒนามาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายหรือผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ของแผนปฏิรูปสาธารณสุข อันได้แก่

- 1) มีศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี) ที่มีมาตรฐาน โดยดำเนินงานภายใต้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และมีศูนย์สั่งการและอำนวยการ ด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้การดำเนินงาน ของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นภารกิจของแผนหลักการแพทย์ ฉุกเฉินฉบับนี้ จึงต้องพัฒนาให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจในการเป็นผู้ดำเนินงานและ บริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ได้ตาม มาตรฐาน
- 2) เพื่อคุ้มครองให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างได้มาตรฐาน และมีประสิทธิผลที่ห้องฉุกเฉิน โดยหน่วยงานต้นสังกัดต้องสนับสนุน การพัฒนาบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเพื่อลดความแออัด ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐบาล รวมทั้งจัดให้มีมาตรการอื่น ๆ
- 3) มีโครงสร้างและกลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในภาวะโรค/ภัยสุขภาพระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด และมีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน โดยเฉพาะมีชุดปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นวิกฤต²³ ณ จุดเกิดเหตุ โดยให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีโครงสร้างและกลไก ดังกล่าวในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ร่วมกับภาคประชาสังคมให้ได้ตามมาตรฐาน
- 4) มีระบบสารสนเทศสำหรับสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ ฉุกเฉินที่บูรณาการข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยและการจัดการสาธารณสุข ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (National Emergency Care Information System) รวมทั้งเพื่อคุ้มครอง

23 ชุดปฏิบัติการที่มีขีดความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นวิกฤต (เทียบเท่าระดับ 2 ของ US ขึ้นไป)



พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนามาตรฐานตามห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนได้รับบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน
2. เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มาตรฐานที่กำหนดตลอดห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาระบบเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศดิจิทัลในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดห่วงโซ่การแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมตั้งแต่การรับรู้การเจ็บป่วยฉุกเฉินจนได้รับบำบัดเจาะจงหรือฟื้นภาวะฉุกเฉิน
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มีศูนย์รับแจ้งและทำงานในภาวะฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานโดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลักในการพัฒนาระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งให้คำสั่งการแพทย์
3. มีหน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลที่ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง
4. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินไม่เป็นการรบกวนของงานการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้มีบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
5. มีมาตรการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ปฏิบัติการ
6. มีระบบสารสนเทศการรับบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแห่งชาติ รวมทั้งการสื่อสารสำหรับการประสานงานการปฏิบัติงาน และพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. จำนวนจังหวัดที่มีระบบอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ฉุกเฉิน
2. จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดย ออบจ. และกรุงเทพมหานคร ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. จำนวนจังหวัดที่มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่ต่ำกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Under Triage) ไม่เกินร้อยละ 15 และการคัดแยกระดับความฉุกเฉินที่สูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริงของผู้ป่วย (Over Triage) ไม่เกินร้อยละ 30
4. จำนวนจังหวัดที่มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับการนำส่งโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง (ALS) เกินกว่า 200 ต่อประชากรแสนคน
5. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เริ่มได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที
6. อัตราการตอบสนองต่อข้อร้องเรียนสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินตามนโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตมีสิทธิทุกที่
7. จำนวนจังหวัดที่มีการใช้ TEMSA ในการประเมินมาตรฐานและคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินด้วยตนเอง เพื่อหาโอกาสพัฒนาตนเอง
8. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI & Stroke ที่ได้รับแจ้งผ่าน 1669 และได้รับยาละลายลิ่มเลือด หรือได้รับ PCI
9. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน Level 1, Level 2 และ Level 3 ได้รับการดูแลตามเวลาที่กำหนด
10. จำนวนจังหวัดที่มีระบบการบันทึกข้อมูลแบบ Real time ภายใน 15 นาที ในการปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่การรับแจ้ง ถึง ส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลปลายทาง และการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติการ (ITEMS) แล้วเสร็จภายใน 8 ชั่วโมง

กรอบทวิวิ หรือวิธีการ

- 1) จัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดห่วงโซ่บริการครอบคลุมทุกมิติ
 1. การวิเคราะห์ส่วนขาดของมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดห่วงโซ่บริการทุกมิติที่ยังไม่ได้พัฒนาและจัดลำดับความสำคัญ
 2. จัดทำมาตรฐาน หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติตลอดห่วงโซ่บริการทุกมิติให้ครบถ้วน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นมาตรฐานเดียวของประเทศ
 3. เผยแพร่และสนับสนุนการนำไปใช้ รวมทั้งการกำกับ ติดตาม เพื่อปรับปรุงมาตรฐาน หลักเกณฑ์ให้เหมาะสม
- 2) ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินที่มีมาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อยู่ใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข²⁴
 1. ศึกษาหาข้อสรุป แนวทางในการแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
 2. การรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานภายใน/นอก กระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และเอกชน มูลนิธิ
 3. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ประชาชน หน่วยงานทั้งภายใน/ภายนอก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 4. พัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
 5. ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด และติดตาม กำกับความก้าวหน้า
 6. ร่วมขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการหมายเลขฉุกเฉินเบอร์เดียวของประเทศ และสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุหมายเลขฉุกเฉินเบอร์เดียวในระดับจังหวัด
 7. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุ และศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์

24 การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้คำนึงถึงความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากมีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งการบริหารจัดการระบบและจัดบริการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัด ควรมีแผน ขั้นตอน ระยะเวลา การสนับสนุนจากทุกฝ่าย ทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ตามมาตรฐาน

8. สนับสนุนการปฏิบัติงานที่มีมาตรฐาน ทั้งความพร้อมของสถานที่ อุปกรณ์ เทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศในการปฏิบัติงาน
 9. การพัฒนาระบบการสั่งการและอำนวยความสะดวกในการให้คำปรึกษาทางการแพทย์ และให้นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษา เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการไม่ทันเวลาที่ (delay treatment)
- 3) สนับสนุนการพัฒนาบริการนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล
1. ศึกษา การบริการ และแนวทางการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการห้องฉุกเฉิน
 2. สนับสนุนการพัฒนาบริการนอกเวลา
 3. มีแผนลงทุนด้านเครื่องมืออาคารสถานที่เพื่อพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ
 4. ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด และติดตาม กำกับความก้าวหน้าการดำเนินงาน
- 4) มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข สถานพยาบาล และการปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน
1. สนับสนุน เผยแพร่มาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
 2. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยงานภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันเวลาที่และได้มาตรฐาน
 3. สนับสนุนให้หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาลมีการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดในทุกห่วงโซ่คุณภาพ และวางแผนยกระดับคุณภาพหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล
 4. สนับสนุนให้ห้องปฏิบัติการส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพิ่มหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง และกำหนดจุดจุดจุดปฏิบัติการระดับสูง (ALS) ที่สามารถเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ณ จุดเกิดเหตุได้ภายใน 8 นาที
 5. สนับสนุนให้มีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินสมรรถนะสูง (Super Advance Life Support) โดยมีสมรรถนะในการช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนอกโรงพยาบาล (ผู้ปฏิบัติการ รถพร้อมยา เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่เหมาะสม)

- 5) มีการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้ได้รับการรักษาที่ได้มาตรฐานอย่างเท่าเทียม
 1. ประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามตามนโยบายรัฐบาล “ฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่”
 2. สนับสนุนให้โรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐดำเนินการโครงการ
 3. กำกับและติดตามประเมินผล ทั้งในการปฏิบัติ และเชิงระบบ
- 6) มีระบบสารสนเทศสำหรับการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่บูรณาการข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยและการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์
 1. จัดตั้งกลไกการพัฒนาาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกลไกการพัฒนาระบบสารสนเทศแห่งชาติ
 2. ศึกษาและทบทวนข้อมูลและสารสนเทศในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 3. จัดทำแผนการลงทุนพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน
 4. ดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน และติดตามผลการดำเนินงาน

5. หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - กรมส่งเสริมปกครองท้องถิ่น - โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงกลาโหม - กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร - คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ - สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด - หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง



ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้มากขึ้น รวมทั้งคุณภาพการดูแลรักษาเบื้องต้น ในผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแล โดยผู้ปฏิบัติการ ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ได้มาตรฐานกับระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ฉุกเฉินและทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินมีอัตราการรอดชีวิตที่สูงขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการผลิตและพัฒนา ผู้ปฏิบัติการที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติการมีขีดความสามารถในการปฏิบัติการ ฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามมาตรา 28 และ 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 นั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 11 (6) ในการออก ข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตร การศึกษาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม และสถาบันการแพทย์ ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 (5) ในการจัดให้มีการศึกษาฝึกอบรมการปฏิบัติการปฏิบัติ หน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติทั้งสองฉบับที่ผ่านมา ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาผู้ปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2555) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในการพัฒนา ส่วนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556-2559) ได้กำหนดเป้าหมายให้มือฉัตรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ปฏิบัติการมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมาเป็นลำดับ พร้อมทั้งการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบส่งต่อควบคู่กันไป ผู้ปฏิบัติการที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพ ส่วนผู้ปฏิบัติการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะกรรมการรับรององค์การและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการวิชาชีพและมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยอนุโลม ทั้งนี้ กพฉ. ได้ประกาศเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดประเภทและระดับของประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการให้มี 2 ประเภทและ 9 ระดับ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการต้องได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรที่ อศป. รับรอง และสอบผ่านการประเมินและสอบที่ อศป. กำหนด จึงจะมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการ

การปฏิบัติการฉุกเฉินในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จากการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดแผน พบว่าการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินผ่านหมายเลข 1669 และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาแบบทางด่วน (Fast track) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องเน้นการปรับปรุง จึงจำเป็นต้องพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการ และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้น เพื่อการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอสอดคล้องกับนโยบายความต้องการและบริบทของพื้นที่

การดำเนินการพัฒนาผู้ปฏิบัติการในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 สพฉ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาผู้ปฏิบัติการให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนแม่บทกำลังคนในระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน 20 ปี (พ.ศ.2558-2577) ที่ กพฉ. เห็นชอบ และแผนผลิต และพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ปี (2558-2562) ที่ อศป. เห็นชอบ สำหรับทิศทางในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาผู้ปฏิบัติการให้มีความสอดคล้องกับ แผนแม่บทดังกล่าว ได้มีการรับรององค์การการศึกษาและฝึกอบรม เพื่อให้มีองค์กร ที่มีคุณภาพ และสามารถผลิตผู้ปฏิบัติการที่มีคุณภาพ ในปริมาณที่เพียงพอกับ ความต้องการของระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป และสามารถคงอยู่ในระบบได้อย่าง มีความสุข รวมทั้งมีความก้าวหน้าในอาชีพ สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ

การรับรององค์การการศึกษาและฝึกอบรม และผู้ปฏิบัติการที่ได้รับการรับรอง จาก อศป. มีดังนี้

1. จำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรผู้ปฏิบัติการแพทย์

- 1.1) หลักสูตรปริญญาตรี สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
จำนวน 4 แห่ง
- 1.2) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
จำนวน 6 แห่ง
- 1.3) หลักสูตรปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐานและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง
จำนวน 280 แห่ง
- 1.4) หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน
จำนวน 48 แห่ง

สำหรับจำนวนองค์กรที่ดำเนินการหลักสูตรช่วยอำนวยการ มีจำนวน 8 แห่ง นอกจากนี้ยังมีองค์กรที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพที่สามารถผลิตผู้ปฏิบัติการ โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติการที่สามารถทำการปฏิบัติการแพทย์ระดับสูงเพื่อให้การช่วยเหลือ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบัน มีสถาบันที่สามารถผลิตแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 25 แห่ง และสถาบันที่สามารถ ผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาลมีจำนวน 5 แห่ง

ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่สิ้นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน มีแผนการผลิตผู้ปฏิบัติการ เพื่อให้สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงระยะเวลาของการเปลี่ยนผ่านของการพัฒนา โดยเป้าหมายให้มีผู้ปฏิบัติการที่มีคุณภาพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตามมาตรฐาน และมีอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามที่ กพฉ. กำหนด โดยต้องได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยมีข้อมูลจำนวนผู้ปฏิบัติการ ดังนี้

2. จำนวนผู้ปฏิบัติการ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ปฏิบัติการในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ที่มีประกาศนียบัตรและผู้ประกอบการวิชาชีพ

ประเภทปฏิบัติการแพทย์		ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ		ผู้ประกอบการวิชาชีพ	
ระดับ	จำนวน (คน)	ระดับ	จำนวน (คน)	ระดับ	จำนวน (คน)
นฉพ.	163	พอป.	134	แพทย์	1,779
จฉพ.	1,907	ผกป.	17	พยาบาล	20,274
พฉพ.	3,851	ผจป.	57	ENP	
อฉพ.	35,723	ผปป.			
		พรจ.			

แหล่งข้อมูล : ระบบสารสนเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEM) ณ วันที่ 30 เมษายน 2561)

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ที่ได้รับอนุมัติประกาศนียบัตรจาก อคป.

ปีงบประมาณ	ประเภทปฏิบัติการแพทย์				ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ				
	นฉพ.	จฉพ.	พฉพ.	อฉพ.	พอป. (ที่ยื่นขอประกาศ)	ผกป.	ผจป.	ผปป.	พรจ.
2558	27	1,759	2,696	28,151	94	-	-	-	-
2559	84	121	921	13,698	9	-	-	-	-
2560	145	757	2,268	5,779	2	19	105	29	3

แหล่งข้อมูล : ระบบสารสนเทศกำลังคน สพฉ.

เข้มมุ่งเพื่อบรรลุผลอันพึงประสงค์และผลสัมฤทธิ์ ในการผลิตและพัฒนา
ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

1. ประสานงานเพื่อให้เกิดสถาบันผลิต และมีแผนการลงทุนผลิตผู้ปฏิบัติการ
ฉุกเฉินประเภทวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข
ให้มีจำนวนเพียงพอ และพัฒนาขีดความสามารถผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่
ได้มาตรฐาน
2. สนับสนุนให้มีการกระจายผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีจำนวนเพียงพอ เหมาะสม
ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งมีการทำแผนที่ภูมิศาสตร์ (GIS) ของผู้ปฏิบัติการ
ฉุกเฉินทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการกระจายกำลังคนที่เพียงพอ
3. วางแผนความก้าวหน้าในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและมีการจัดระบบ
ความปลอดภัยในการปฏิบัติการ รวมทั้งการจัดสวัสดิการในการปฏิบัติ
งานที่มีความเสี่ยงสูง



ยุทธศาสตร์ที่ 2

พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิต อํารงรักษาและพัฒนาขีดความสามารถ ผู้ปฏิบัติการให้เพียงพอ ทั้งที่เป็นผู้ประกอบการวิชาชีพและไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข
2. เพื่อกระจายผู้ปฏิบัติการทั้งในหน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาล ให้มีสัดส่วนที่เหมาะสม ครอบคลุม ทุกพื้นที่

ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จในการผลิตบุคลากรที่เพียงพอ โดยเฉพาะสำหรับผู้ช่วยฉุกเฉินวิกฤต
2. ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุน การอํารงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในเชิงวิชาชีพเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพพิเศษ

เป้าหมาย

1. มีองค์การการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานและเพียงพอ ด้วยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข สถาบันผลิตผู้ปฏิบัติการ ทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข และไม่ใช่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
2. มีแผนลงทุนเชิงบูรณาการในการผลิตและพัฒนาผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอที่สอดคล้องกับนโยบายความต้องการและบริบทของพื้นที่ (โดยเฉพาะผู้ช่วยฉุกเฉินวิกฤต)
3. มีการส่งเสริมสนับสนุน อํารงรักษาผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความก้าวหน้าในสายงาน/คุณภาพชีวิตที่ดี
4. มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในเชิงวิชาชีพเฉพาะหรือพื้นที่เฉพาะ เช่น ชายแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษ เขตสุขภาพพิเศษ

กรอบทวิวิ หรือวิธีการ

- 1) แผนผลิตและธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอแก่ความต้องการในระยะ 10 ปี
 1. ศึกษา ทบทวนความต้องการผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะ 10 ปี
 2. จัดทำแผนผลิตและธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะ 10 ปี โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างเป็นเอกภาพ
- 2) ผลิตผู้ปฏิบัติการให้มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอในการคุ้มครองผู้ป่วยฉุกเฉิน
 1. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบและข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 2. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดวิธีการและเกณฑ์เกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร และการให้ประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการ
 3. สนับสนุนส่งเสริมการพัฒนารองคํการการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร
 4. กำกับ ติดตาม ประเมินผลหลักสูตรต่าง ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตร และระยะเวลาในการฝึกอบรมให้เหมาะสม
- 3) สนับสนุนส่งเสริมและร่วมดำเนินการธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการ เพื่อคุณภาพการปฏิบัติงานและธำรงรักษาผู้ปฏิบัติการให้คงอยู่ในระบบ
 1. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการกำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน
 2. ผลักดันให้มีการกำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของศูนย์สั่งการและอำนวยการทางการแพทย์

- 4) สนับสนุนส่งเสริมการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะผู้ประกอบการร่วมกับสภา/สมาคมวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. ศึกษาและออกแบบหลักสูตรที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการและคุณภาพของการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ดีขึ้น
 2. สนับสนุนการพัฒนาในหลักสูตรตามบริบทของพื้นที่
 3. กำกับ ติดตามประเมินผลหลักสูตร ต่าง ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงหลักสูตร และระยะเวลาในการฝึกอบรมให้เหมาะสม

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - องค์การการศึกษาและฝึกอบรม - วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย - สภากาชาดไทย - สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย - สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงมหาดไทย - กระทรวงกลาโหม - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.) - สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, - สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภากาชาดไทย องค์การการศึกษาและฝึกอบรมในต่างประเทศ - องค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่ดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน - องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง



ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาการอภิบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Services) เป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและเร่งด่วนได้อย่างทันถ่วงทีและปลอดภัย ถือเป็นสิทธิและบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน และตามเจตนารมณ์ พรบ. การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ได้มีการกำหนดโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม คือ มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติ มีคณะอนุกรรมการด้านต่างๆ ทำหน้าที่พิจารณาถ้อยแถลงเสนอความเห็นต่อ กพฉ. และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการและบริหารจัดการ เพื่อทำหน้าที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้การปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพได้มาตรฐานโดยครอบคลุมทุกพื้นที่อย่างทั่วถึง

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยยังคงมีลักษณะการบริหารจัดการแบบรวมศูนย์และมีการกระจายอำนาจบางส่วนของการจัดการไปยังหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์การบริหารส่วนจังหวัด มีโครงสร้างการอภิบาลระบบ เป็น 3 ระดับ คือ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับท้องถิ่น อย่างไรก็ตามการอภิบาลในระบบ

การแพทย์ฉุกเฉินยังเกิดช่องว่างในด้านความเป็นเอกภาพเชิงนโยบาย ขาดการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ขาดความร่วมมือและประสานงานเท่าที่ควร ขาดการเสริมสร้างระบบการจัดการด้านการเงินการคลังตลอดจนกลไกต่าง ๆ ที่ตั้งขึ้นตามกฎหมายยังไม่ตอบสนองและมีประสิทธิภาพ

ประเทศไทยอยู่ระหว่างช่วงของการปฏิรูปประเทศให้มีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน มีการจัดทำแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ซึ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นหนึ่งในประเด็นปฏิรูป ดังนั้น หากระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้เกิดความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน จึงเห็นสมควรให้ความสำคัญกับการสร้างระบบและกลไกการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เกิดความเป็นเอกภาพและมีประสิทธิภาพ รวมถึงการแสวงหาความร่วมมือและการร่วมทุนจากภาคส่วนต่าง ๆ เช่น มีระบบการจัดการการเงินการคลังด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างกลไกการบูรณาการแผนงาน โครงการ กิจกรรม และการใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ในระดับท้องถิ่น การสนับสนุนการวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศให้สามารถนำผลการวิจัยและนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และการทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน หรือจัดทำกฎหมายฉบับใหม่รองรับเชิงนโยบายบริหารจัดการ และการปฏิบัติการ

ด้านโครงสร้าง กลไกการจัดการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

โครงสร้างการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ ประเทศไทยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล การบริการในห้องฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วย และการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์ หลายหน่วยงานในระดับส่วนกลาง ได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค

และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบ โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้กำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา อย่างไรก็ตามแต่ละหน่วยงานก็จะมีแผนและยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามบทบาทภารกิจ ซึ่งมีหลายส่วนที่ซ้ำซ้อน ขาดการบูรณาการทำให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่เป็นเอกภาพ ส่งกระทบต่อผลลัพธ์ของแผนยุทธศาสตร์ และความเป็นเอกภาพในการประสาน

ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ นอกกรอบสุขภาพ รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อหน่วยงานในระดับภูมิภาค/พื้นที่ที่มีความสับสนในทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดทำโครงสร้าง กลไกการจัดการให้การทำงานมีทิศทางการพัฒนาที่สอดคล้องและเชื่อมโยงกัน เพื่อการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นเอกภาพ

ด้านกฎหมาย

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทั้งจากปัจจัยภายนอก ปัจจัยภายใน การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงแต่จัดบริการ ส่งเสริม สนับสนุนพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐานเท่านั้น ยังต้องหันกลับมาทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ผ่านมาได้มีการจัดทำระเบียบ ข้อบังคับ และกฎหมายต่างๆ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีความก้าวหน้าพอสมควร อย่างไรก็ตามยังมีข้อบังคับและกฎหมายสำคัญอีกหลายฉบับที่จำเป็นในการปฏิบัติการและการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอันที่จะทำให้บรรลุผลตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติ อาทิเช่น ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ที่ส่งเสริมให้มีการกำหนดมาตรฐาน

หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ว่าด้วยการบริหารจัดการชายวิทย์ไทรคมนาคมในการปฏิบัติการฉุกเฉิน พ.ศ. 2558 ที่จัดให้มีระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อประโยชน์ในการประสานงานและการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นต้น

นอกจากนี้ก็มีกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 16 กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข โดยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็น 1 ใน 10 เรื่องที่จะต้องปฏิรูป รวมทั้งยังมีพระราชบัญญัติและกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์พิจารณาผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งในส่วนของ การสนับสนุนการพัฒนาและการตั้งชื่อปฏิบัติหลังกฎหมายมีผลบังคับใช้แล้ว

ด้านการเงินการคลัง

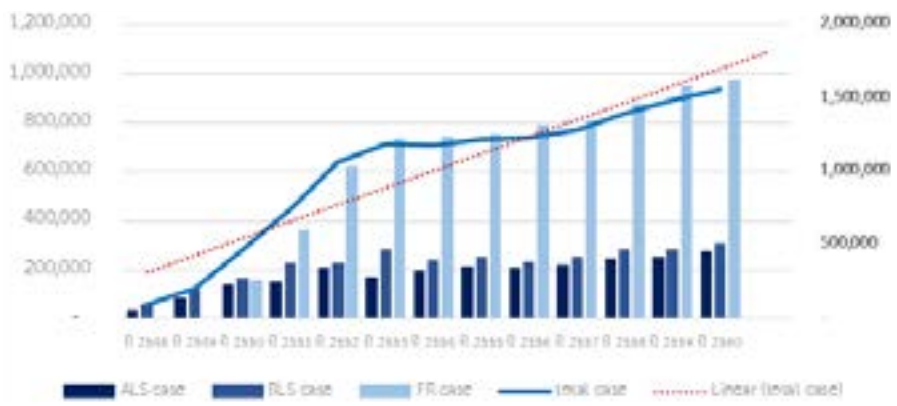
กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินได้รับงบประมาณจากรัฐบาลเป็นหลัก เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งอุดหนุนหรือเป็นค่าชดเชยปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในส่วนของค่าชดเชยปฏิบัติการถูกจัดสรรภายใต้วิธีการของราคาและปริมาณ (Price and Quantity approach: PQ approach) ซึ่งมีได้มีการใช้ข้อมูลที่ทันสมัย กล่าวคือ ใช้อัตราราคาคงที่

มาตั้งแต่ปี 2553-2562 ส่งผลให้อัตรา ค่าชดเชยที่ได้รับจากรัฐบาล และอัตรา จ่ายค่าชดเชยให้แก่หน่วยปฏิบัติการ ไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริง ขณะเดียวกัน จำนวนชุดปฏิบัติการระดับต่างๆ และ จำนวนการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อสภาพ คล่องของงบประมาณกองทุนการแพทย์ ฉุกเฉิน และอาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่น ของหน่วยปฏิบัติการเรื่องเงินชดเชย ที่จะได้รับ

นอกจากนั้น เงินกองทุนการแพทย์ ฉุกเฉิน มิได้ถูกนำไปใช้เฉพาะค่าชดเชย ปฏิบัติการ Pre-hospital care เท่านั้น

ยังถูกนำไปใช้เพื่อเป็นค่าชดเชย ในส่วนของ Inter-hospital กรณีที่ ผู้ป่วยยังไม่พ้นภาวะวิกฤต และกรณีใช้ ยานพาหนะพิเศษทางน้ำ ทางอากาศยาน เนื่องจาก 3 กองทุนสุขภาพมีการจัด ชุดสิทธิประโยชน์เรื่องการนำส่ง/ส่งต่อ ที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของการพาหนะ การนำส่ง รวมถึงวิธีการและอัตรา การจ่ายเงิน กรณีที่แต่ละระบบหลักประกัน ไม่คุ้มครอง หากผู้มีสิทธิหรือผู้ประกันตน จำเป็นต้องใช้ ซึ่งสถานพยาบาลต้อง ร้องขอผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (หมายเลข 1669) ซึ่ง สพฉ. จะเป็นผู้จ่าย ชดเชยค่าบริการนี้แทน เพื่อเป็นการคุ้มครอง สิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน

แผนภูมิที่ 7 แนวโน้มการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก จำแนกตามชุดปฏิบัติการระดับต่าง ๆ



จากสถานการณ์แนวโน้มการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อพิจารณา ดูแนวโน้มแล้ว การใช้บริการชุดปฏิบัติการเบื้องต้น (First Responder) สูงขึ้นเรื่อยๆ ขณะที่ชุดปฏิบัติการระดับสูง (Advance Life Support) ชุดปฏิบัติการพื้นฐาน (Basic Life Support) มีบริการค่อนข้างคงที่ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับงบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งคาดว่าในอนาคตกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินอาจจะประสบปัญหาเกี่ยวกับความยั่งยืนทางการเงินการคลังที่จะสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นควรมีระบบการจัดการทางการเงินการคลังในการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและยั่งยืน

ด้านวิจัยและพัฒนาวิชาการ

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา พบปัญหาหลายด้านทั้งเกี่ยวข้องกับนโยบายระดับชาติ การประสาน รวมทั้งพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ในโรงพยาบาล และระหว่างโรงพยาบาลนอกจากนั้นยังพบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงบริการหรือไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีประชาชนจำนวนมากไม่รู้จัก 1669 และสับสนกับเลขหมายฉุกเฉินที่มีมากในประเทศไทย ซึ่งปัญหาอุปสรรคต่างๆ เหล่านี้ เป็นไปตามข้อเสนอของปฏิรูปและขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล

ของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ (สปท.) เมื่อวิเคราะห์ผลงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน มีความท้าทาย ทั้งที่เกิดจากระดับนโยบาย ระดับหน่วยงาน จนถึงระดับประชาชน ซึ่งมีหลายประเด็นที่ต้องอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้ทั้งที่เกิดจากการวิจัยและนวัตกรรม รวมทั้งการบริหารจัดการความรู้ นำมาพัฒนาระบบทั้งเชิงนโยบายและการปฏิบัติงานในพื้นที่ นอกจากนั้น จากการบริหารจัดการองค์ความรู้ การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา พบว่า ผลงานวิจัยยังไม่ครอบคลุมและไม่เพียงพอต่อการนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากมีข้อจำกัดทั้งนักวิจัยและการสร้างเครือข่าย ปัญหาการสะสมและสร้างฐานองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และปัญหาการสนับสนุนงบประมาณวิจัย รวมทั้งการสร้างองค์ความรู้ที่ยังมีน้อยมากเมื่อเทียบกับงบประมาณดำเนินการด้านอื่นๆ

การที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐานได้นั้น ส่วนสำคัญประการหนึ่งคือ การใช้้องค์ความรู้ ทั้งที่เกิดจากการวิจัย การบริหารจัดการความรู้ การพัฒนานวัตกรรมต่างๆ เพื่อหนุนเสริมหรือสนับสนุนในการอภิบาลระบบตามเจตนาารมณของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ต่อไป



ยุทธศาสตร์ที่ 3

พัฒนาการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้สอดคล้องแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขประเด็นระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อพัฒนา ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ที่สนับสนุนการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน
4. เพื่อสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการความรู้และงานวิจัยที่นำไปสู่การใช้ประโยชน์ในทางปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

เป้าหมาย

1. มีกรทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. มีระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วนและมีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสม
3. กองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน และสามกองทุนสุขภาพหลัก กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และวิธีการชดเชยบริการตามชุดสิทธิประโยชน์นั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึงและยั่งยืน
4. มีผลงานวิจัยและนวัตกรรม องค์ความรู้ การจัดการความรู้และบริหารฐานความรู้ รวมทั้งคลังความรู้ เพื่อพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. มีกรทบทวนโครงสร้าง กลไกการจัดการ และอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การบริหารพัฒนาทุนหมุนเวียนให้มีประสิทธิภาพ
 - 2.1 การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน
 - 2.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนามาตรฐานระบบคุณภาพการบริหารงานคุณภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ISO 9001 : 2015
 - 2.3 การตรวจสอบภายใน
 - 2.4 การบริหารจัดการสารสนเทศดิจิทัล
 - 2.5 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)
 - 2.6 การบริหารทรัพยากรบุคคล
 - 2.7 การเบิกจ่ายเงินตามแผนการเบิกจ่ายที่ได้รับอนุมัติ
 - 2.8 การรายงานทางการเงิน
 - 2.9 การดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบการจ่ายเงิน และการรับเงินของทุนหมุนเวียนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
 - 2.10 การจัดทำรายงานวิเคราะห์ผู้ใช้บริการหลักและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมของทุนหมุนเวียน
3. จำนวนการนำประกาศมาตรา 29 วรรคหนึ่งมาใช้บังคับ และมีการดำเนินการตามมาตรา 29 วรรคสอง สาม สี่ และมาตรา 30 31 32 37 38 39 อย่างน้อยเรื่องละ 1 ครั้ง จนสำเร็จลงโทษเสร็จสิ้น
4. ประสิทธิภาพการบริหารค่าชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต
5. ระดับความสำเร็จของการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น/มีการจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมให้มี matching grant มากขึ้นในพื้นที่ที่ห่างไกลและพื้นที่ที่เข้าไม่ถึงบริการ
6. จำนวนองค์ความรู้หรือนวัตกรรมที่ได้จากงานวิจัยและกระบวนการทางวิชาการเพื่อสนับสนุนเสริมภารกิจตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และภารกิจสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
7. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาผลงานวิจัย เพื่อให้ได้องค์ความรู้เรื่องการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับประเทศไทย ภายใน 2564 รวมทั้งการจัดการความรู้ บริหารฐานความรู้ และจัดให้มีคลังความรู้ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดนโยบาย/บริหาร และปรับปรุงบริการ

กรอบทวิวิ หรือวิธีการ

ต้นโครงสร้างการบริหารจัดการและอภิบาลระบบ

- 1) ทบทวนบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
 1. ศึกษาหาข้อสรุปและทบทวนบทบาทหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 2. การรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานภายใน/นอก กระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และเอกชน มูลนิธิ
 3. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ประชาชน หน่วยงานทั้งภายใน/ภายนอก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 2) มีคณะกรรมการนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติและระดับเขต (National and Regional ECS Board)
 1. ศึกษาและออกแบบการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติและระดับเขต (National and Regional ECS Board) เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต
 2. จัดตั้งคณะกรรมการนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับชาติและระดับเขต
- 3) มีโครงสร้างและกลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในภาวะโรค/ภัยสุขภาพพระระดับประเทศ ระดับเขตและระดับจังหวัด
 1. ศึกษาและทบทวนกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข
 2. พัฒนากลไกการประสานงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข
 3. พัฒนาศักยภาพหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านแพทย์และสาธารณสุข ให้มีมาตรฐาน
 4. ลงทุนสนับสนุนโลจิสติกส์ให้หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินด้านแพทย์และสาธารณสุข
 5. ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนด และ ติดตาม กำกับความก้าวหน้า การดำเนินงาน

ต้นกฎหมาย

1. วิเคราะห์และจัดทำแผนในการพัฒนา ปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่าง ๆ ให้สามารถสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม

2. ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อดำเนินการตามแผนที่กำหนด
3. มีมาตรการในการคุ้มครองผู้ปฏิบัติการในขณะปฏิบัติงาน เหมือนปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ด้านการเงินการคลัง

- 1) กองทุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต
 1. ศึกษาแนวทางการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต หากไม่สามารถจัดตั้งได้อาจจะพิจารณาแนวทางในการแก้ไข พรบ. การแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต
 2. การรับฟังความคิดเห็นหน่วยงานภายใน/นอก กระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐ และเอกชน มูลนิธิ
 3. การสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ประชาชน หน่วยงานทั้งภายใน/ภายนอก กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 4. ดำเนินการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับเขต
- 2) กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินและสามกองทุนสุขภาพหลักกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และวิธีการชดเชยบริการตามชุดสิทธิประโยชน์
 1. ศึกษาข้อมูลและทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของกองทุนต่างๆ
 2. พัฒนากลไกการจ่ายเงินตามคุณภาพการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Value-Based Payment)
- 3) ระบบการจัดการการคลังและการเงินในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน
 1. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกฎ ระเบียบต่างๆ เพื่อให้สามารถสนับสนุนงบในการให้บริการและการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง
 2. ผลักดันให้ได้รับเงินชดเชยค่าปฏิบัติการจากรัฐบาลสะท้อนต้นทุนที่แท้จริงครอบคลุมรายการที่จำเป็น เพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการก่อนถึงโรงพยาบาล
 3. ประสานหารือแต่ละกองทุนเรื่องวิธีการจ่าย ขอบเขตการจ่ายเงินชดเชยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และประหยัดงบประมาณภาครัฐ

4. จัดทำแนวทางการรับภาระค่าใช้จ่ายร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน อปท. ที่คำนึงถึงความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการการแพทย์

ด้านวิจัยและพัฒนาวิชาการ

1. วิเคราะห์ช่องว่างระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องการสนับสนุนข้อมูลจากงานวิจัย/บริหารจัดการความรู้ เพื่อกำหนดกรอบทิศทางให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับนโยบายประเทศ
2. ดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมประเด็นนโยบายเร่งด่วนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่เชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายระดับชาติ โดยมีการบริหารจัดการงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ
3. บริหารจัดการความรู้ตามขั้นตอนเพื่อให้เกิด Right Knowledge, Right People, Right Time
4. การผลักดันให้มีการเผยแพร่เพื่อใช้องค์ความรู้ ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ และนวัตกรรม ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านช่องทางต่าง ๆ

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ - สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - กรมการแพทย์ - โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ทุกระดับ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร - สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร - กระทรวงมหาดไทย / กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - กระทรวงการคลัง / กรมบัญชีกลาง - สำนักงบประมาณ - กระทรวงยุติธรรม / สำนักงานอัยการสูงสุด - สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน - กระทรวงกลาโหม - กระทรวงศึกษาธิการ



ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

หลักการและเหตุผล

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลังจากมีพระราชบัญญัติ การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศ โดยการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้น ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2 โดยการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ ในปี 2560 คิดเป็นร้อยละ 73 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด แต่ปฏิบัติงานจริงเพียงร้อยละ 89 ของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียน ส่วนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่พิเศษที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะ มีการจัดหน่วยปฏิบัติการทางอากาศยานและทางน้ำในหลายพื้นที่ และมีหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่อุทยานแห่งชาติที่พยายามจะจัดตั้งให้ครอบคลุมในทุกเขตพื้นที่ทั่วประเทศ อย่างไรก็ตาม ยังมีพื้นที่พิเศษอื่น ๆ อีกหลายส่วนที่จำเป็นต้องมีหน่วยปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น พื้นที่อุตสาหกรรม พื้นที่ท่องเที่ยว พื้นที่ชายแดน พื้นที่เขตสุขภาพพิเศษ พื้นที่เขตเศรษฐกิจ

การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In-hospital care) ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1-2 มีการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานไม่มากนักทั้งโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน สำหรับในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และนโยบายรัฐบาลในเรื่อง “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่” ทำให้มีการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลเอกชนและรัฐในการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 72 ชั่วโมงแรก เป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉิน

การพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ยังไม่พ้นภาวะวิกฤติระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital care) การดำเนินงานที่ผ่านมามีการกำหนดแนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล ตั้งแต่มาตรฐานรถปฏิบัติการพร้อมอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ บุคลากรที่เหมาะสมกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วย

การดำเนินงานที่ผ่านมาในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์เกิดภัยพิบัติได้รับความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจากประเทศในกลุ่มอาเซียน มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีระดับคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นจะต้องมีการส่งเสริมพัฒนาและมีการประสานความร่วมมือให้ทุกประเทศในอาเซียนมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั้งคนไทยและต่างชาติได้รับการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในทุกพื้นที่และทุกประเทศกลุ่มอาเซียน ซึ่งการดำเนินดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งจากในประเทศและต่างประเทศอีกมาก

เพื่อให้สอดคล้องการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งกำหนดมีการจัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี) ที่มีมาตรฐานโดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแยกศูนย์สั่งการและอำนวยการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐาน อยู่ใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ในปัจจุบันมีองค์การบริหารส่วนจังหวัดและกรุงเทพมหานคร จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและจ่ายงาน และ/หรือระบบอำนวยการทางการแพทย์ดำเนินการแล้ว จำนวน 7 แห่ง นอกจากนี้ข้อเสนอของสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการเพิ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยเป็นโอกาสที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินงาน

พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้โดยไม่ต้องกังวลในเรื่องบทบาทหน้าที่และภารกิจ เนื่องจากคณะกรรมการกระจายอำนาจได้วินิจฉัยว่า “งานการแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีความก้าวหน้าในการการพัฒนา เครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น มีคณะทำงานร่วมกันระดับนโยบาย ของหน่วยงานต่าง ๆ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น สำนักงานกระจายอำนาจ อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ) มีการจัดประชุมวิชาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับชาติทุกปี โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นเจ้าภาพหลัก เพื่อขับเคลื่อนงาน การแพทย์ฉุกเฉินในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในส่วนเครือข่ายอื่น ๆ เช่น เครือข่ายองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร 400 กว่าแห่ง มีขับเคลื่อนงานมีการประชุมอย่างเนื่องเพื่อพัฒนางานในส่วนที่เกี่ยวข้อง เครือข่าย ภาคประชาชน จำนวน 87 องค์กร ร่วมกันขับเคลื่อนการรับรู้ตระหนักและการป้องกัน ของประชาชน

ดังนั้นในการพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมด้านการแพทย์ฉุกเฉินของ ภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัด รักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนของภาครัฐและเอกชนทั้งในและ ต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้แนวคิด การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) หรือการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) แนวคิดการกระจายอำนาจ (Decentralization) และแนวคิดการประกันสุขภาพแห่งชาติหรือแนวคิดรัฐสวัสดิการ (Social Welfare) รวมถึงการวางระบบการประสานความร่วมมือในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ดีกับหน่วยงานองค์กรทั้งในและต่างประเทศ



ยุทธศาสตร์ที่ 4

พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับและภาคประชาสังคม ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบูรณาการร่วมเครือข่ายอื่นในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งพื้นที่ปกติและพื้นที่พิเศษ
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในการสนับสนุนการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

ตัวชี้วัด

1. จำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและจ่ายงานการแพทย์ฉุกเฉินและการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ระดับจังหวัดภายใต้การดำเนินงานและบริหารจัดการขององค์การบริหารส่วนจังหวัด/กรุงเทพมหานคร
2. จำนวนจังหวัดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่มีศูนย์รับแจ้งและจ่ายงานตามเกณฑ์วิธี (Protocol) ที่แพทย์อำนวยความสะดวก
3. ระดับความสำเร็จในการเป็นผู้นำความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

เป้าหมาย

1. ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกระณี) ที่มีมาตรฐาน โดยดำเนินงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีศูนย์สั่งการ และอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอยู่ใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข
2. มีระบบการจัดการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ
3. มีการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติและพื้นที่พิเศษ
4. มีระบบประสานงานและประสานความร่วมมือ เพื่อสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งภาวะปกติและสาธารณภัยที่มีประสิทธิผล

กรอบกลวิธี หรือวิธีการ

1. กำหนดมาตรการสนับสนุนทางการเงิน มาตรการทางกฎหมายและสนับสนุนสนับสนุนระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในด้านการป้องกันภาวะฉุกเฉิน การแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการเข้าถึงบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงประเภทของกลุ่มผู้ป่วย ประเภทของกลุ่มอาการฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิภาคที่ไม่ใช่ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลเพียงพอ
2. ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด โดยให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การปฏิบัติการฉุกเฉินเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
3. มีมาตรการทางกฎหมาย มาตรการสนับสนุนทางการเงิน และสนับสนุนระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เป็นภารกิจบริการสาธารณะที่ต้องให้บริการแก่ประชาชน
4. ผลักดันให้องค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ในด้านการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมินการจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ
5. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างทั่วถึงและได้มาตรฐาน
6. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับอาเซียนและนานาชาติ โดยการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประสานความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานระหว่างประเทศ
7. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาระบบการประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในกรณีภัยพิบัติหรือสาธารณภัย

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none">- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ- กระทรวงสาธารณสุข- กระทรวงมหาดไทย- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	<ul style="list-style-type: none">- กระทรวงศึกษาธิการ- กระทรวงกลาโหม- กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม- กระทรวงแรงงาน- กระทรวงการต่างประเทศ- กระทรวงการคลัง- ทบวงมหาวิทยาลัย- องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร- บริษัทต่างๆ- บริษัทเอกชน



ยุทธศาสตร์ที่ 5

การสื่อสารสาธารณะ

ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

หลักการและเหตุผล

การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันทั่วถึง การกิจหนึ่งที่สำคัญนอกเหนือจากการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพแล้ว การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ปฏิบัติการให้มีความรอบรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ภาวะฉุกเฉินโรค ถึงการดูแลปฐมพยาบาลตนเองและผู้อื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมอย่างครอบคลุม ทั่วถึงและทันทั่วถึง เพื่อป้องกัน บรรเทาความรุนแรงและความเสียหายแก่ชีวิตและเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยฉุกเฉินและครอบครัว

สถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 19 จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังมีสัดส่วนที่ต่ำ โดยมีการศึกษาสนับสนุน คือ

- 1) ผลสำรวจการรักษาพยาบาลของประชาชนผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วประเทศ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 75.7 มารับบริการด้วยตนเองโดยไม่ผ่านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เอแบค-เคเอสซีอินเตอร์เน็ตโพล, 2553)
- 2) การศึกษาการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนเชียงใหม่ พบว่าประชาชนไม่เลือกใช้บริการเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุถึงร้อยละ 62.74 (ณัชชา หาญสุทธิเวชกุลและคณะ, 2555)
- 3) การศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินในประเทศไทย มีผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ส่วนใหญ่ยังมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยตนเองหรือวิธีอื่น ร้อยละ 80.9 (กิตติพงศ์ พลเสนและคณะ, 2559)

สอดคล้องกับสถิติผู้รับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ปี 2559 ประมาณ 35 ล้านครั้ง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินร้อยละ 60 ทำให้ห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดไม่สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีคุณภาพได้

เหตุผลที่ประชาชนยังไม่เข้าถึงบริการ

เนื่องจากเห็นว่ามาด้วยรถส่วนตัวสะดวกกว่า (ร้อยละ 76.0)

ไม่อยากเสียเวลารอรถพยาบาลฉุกเฉิน อาจมาช้า (ร้อยละ 31.0)

เป็นช่วงภาวะคับขัน ตกใจ ไม่ได้นึกถึงรถพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 28.9)

รู้สึกว่าการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 19.9)

เป็นเพราะไม่รู้จักรถพยาบาลฉุกเฉินผ่าน 1669 (ร้อยละ 19.2)

แสดงให้เห็นว่าประชาชนยังไม่เข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน นอกจากนี้ขาดความรู้ ทักษะในการปฐมพยาบาล และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน โดยผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลส่วนใหญ่มักจะเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล ดังนั้น การปฏิรูประบบความรู้และความสามารถเรื่องการปฐมพยาบาลและการฟื้นคืนชีพเบื้องต้นของประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าใจภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้ มีทักษะในการปฐมพยาบาล และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีผลต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก เพราะจะสามารถช่วยชีวิตได้และสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินได้ทันเวลาและถูกช่องทางซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยการเพิ่มพูนความรู้ของประชาชนในการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ (First Aid & Resuscitation)

ผลการสำรวจการรับรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับการใช้บริการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2560 มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย พบว่า ประชาชนทราบเบอร์ 1669 ใช้เมื่อเกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉินถึงร้อยละ 84.3 ประชาชนส่วนใหญ่ รู้ถึงประเด็น “อุบัติเหตุฉุกเฉิน” มากกว่า “เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤติ” “เจ็บป่วยฉุกเฉิน” จึงเป็นแนวทางที่สำคัญในการจัดทำเนื้อหา (message) เพื่อการสื่อสารสร้างการรับรู้และนำมาสร้างสรรค์เป็น key message หลักในแผนการสื่อสาร ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว

นอกจากนี้ การสื่อสารจำเป็นดำเนินการให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดภาวะฉุกเฉินสูงกว่ากลุ่มอื่น โดยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ปี 2560 มีถึงร้อยละ 17 และคาดการณ์ปี 2564 เพิ่มเป็นร้อยละ 20 ผู้ป่วยเบาหวานทั้งรายใหม่และรายเก่า 5,017 คนต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 10,692 คนต่อประชากรแสนคน โดยผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองถึงร้อยละ 82 นอกจากนี้กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร คือ กลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ผู้ใช้รถใช้ถนน รวมทั้งกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินสูงเช่นกัน

จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะ โดยพัฒนาเนื้อหาการประชาสัมพันธ์ ในรูปแบบเข้าใจง่าย สั้น กระชับ ทันสมัย ที่สามารถเผยแพร่ทางช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เพื่อความประหยัด และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด สามารถทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ เพิ่มความรู้ความเข้าใจภาวะฉุกเฉินของโรคในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การดูแลปฐมพยาบาลตนเองและผู้อื่น รวมถึงการร้องขอความช่วยเหลือ การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น การปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นได้เหมาะสม นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องสื่อสารให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ ภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ฉุกเฉิน เพื่อลดการใช้ห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสมและไม่ทำให้ห้องฉุกเฉินแออัด สามารถรองรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพ



ยุทธศาสตร์ที่ 5

การสื่อสารสาธารณะ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และครอบครัว มีความตระหนักรู้ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. เพื่อจัดระบบสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง สามารถเข้าถึงบริการเหมาะสมและรวดเร็ว
3. เพื่อให้มีการจัดการระดับชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัยเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยฉุกเฉิน และครอบครัวมีความตระหนักรู้ในภาวะฉุกเฉิน ขอความช่วยเหลือและช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
2. มีระบบสนับสนุนและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถ เข้าถึงบริการเหมาะสมและรวดเร็ว
3. มีการจัดการระดับชุมชนเข้มแข็งและปลอดภัย เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ เบื้องต้นและสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือ ผู้อื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่าง ถูกต้อง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการ การแพทย์ฉุกเฉิน
3. ดัชนีการรับรู้และเชื่อมั่นของประชาชน / นักท่องเที่ยว / นักลงทุนที่มีต่อระบบ การแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ
4. ร้อยละตำบลทั่วประเทศที่มีการจัดการ ชุมชนและปลอดภัยเข้มแข็งได้มาตรฐาน การแพทย์ฉุกเฉินเชิงพื้นที่

กรอบกลวิธี หรือวิธีการทำงาน

1. มีการจัดทำแผนการสร้างความรอบรู้/ตระหนักรู้ เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
2. จัดทำฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (ระบบ digital platform)
3. ผลิตเนื้อหาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการเพื่อเผยแพร่ผ่านสื่อสาธารณะช่องทางต่าง ๆ และพัฒนาหลักสูตรความรู้พื้นฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ
 - 3.1 หลักสูตรสำหรับเด็กนักเรียนทุกระดับ ปฐมวัยและสร้างคนรุ่นใหม่ จากเด็ก ๆ ให้มีความรู้และความรับผิดชอบด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 3.2 หลักสูตรสำหรับกลุ่มประชาชน ผู้ใหญ่ เสนอให้อปท. เตรียมความพร้อมคนในพื้นที่ทั้งในระดับครอบครัว/ชุมชน ควรมีหลักสูตรภาคบังคับให้คนในครอบครัว/ชุมชนทราบอาการที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองแตก หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือเบื้องต้น/ร้องขอความช่วยเหลือและเข้าถึงบริการภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทัน่วงที
 - 3.3 หลักสูตรสำหรับบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะรพสต. ต้องมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่มี CVD Risk และแผนที่ตั้งบ้านกลุ่มเสี่ยง โดยต้องให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ให้รู้จักภาวะฉุกเฉิน เพื่อวางแผนช่วยเหลือตนเอง/ครอบครัวได้เหมาะสม เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
 - 3.4 หลักสูตรที่ต้องสื่อสารให้ประชาชนมีความรอบรู้ ตระหนักรู้และรับรู้ ทั้งสิทธิและหน้าที่ เพื่อปฏิบัติตนได้เหมาะสมทั้งใน “ภาวะฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน”
 - 3.5 มีเนื้อหาที่สอดคล้องกลุ่มเป้าหมายเสี่ยง เช่น หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง กลุ่มพื้นที่เฉพาะ
4. ให้มีศูนย์หรือหน่วยที่รับผิดชอบอย่างเป็นทางการ (official) เพื่อจัดทำและเผยแพร่ความรู้ในแต่ละประเด็นที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าใจง่าย ในลักษณะ one page /week และมีการกำกับและติดตามอย่างต่อเนื่อง
5. ส่งเสริมและสนับสนุนด้วยการประชาสัมพันธ์ หรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและครัวเรือนเข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ

- ในการป้องกัน ตระหนักรู้ เตรียมพร้อม สามารถให้การปฐมพยาบาล ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) เบื้องต้นและแจ้งเหตุฉุกเฉินได้เหมาะสม
- 5.1 สร้างเครือข่ายสื่อมวลชนเพื่อกระจายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
 - 5.2 จัดอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้ AED) โดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยง
 - 5.3 สนับสนุนให้อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ (อสม. อสค. อปพร. ประชารัฐ) เป็นเครือข่ายในการสื่อสารให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้ และรับรู้ภาวะฉุกเฉิน / ช่วยเหลือตนเองและร้องขอความช่วยเหลือ ได้เหมาะสมอย่างทันที่
 - 5.4 ผลักดันให้หลักสูตรสำหรับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ บรรจุในการศึกษา/ ฝึกอบรม/เรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ (official) และเชื่อมโยง องค์ความรู้ไปยังฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถ วางแผนจัดการดูแลตนเองได้เหมาะสม
6. สื่อสารทำความเข้าใจเพื่อให้หน่วยบริการกับประชาชนเข้าใจและไว้วางใจ ต่อกัน สร้างความมั่นใจ จะลดการร้องทุกข์ร้องเรียน สาระสำคัญที่ ควรสื่อสาร คือ
- 1) การประเมินคัดแยกกระตือรือร้นความฉุกเฉินและการจัดลำดับความเร่งด่วน ในการรักษา
 - 2) ภาวะไม่ฉุกเฉิน ที่ไม่ควรมาใช้บริการ เพื่อลดความแออัดและให้ห้องฉุกเฉิน มีคุณภาพรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน
7. จัดการสื่อสารความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินในหมู่บ้าน/ตำบลทั่วประเทศ ให้มีการจัดการชุมชนและปลอดภัยเข้มแข็งได้มาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เชิงพื้นที่
- 7.1 สนับสนุนให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยนำองค์ความรู้ ด้านการแพทย์ฉุกเฉินมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
 - 7.2 เชื่อมโยงเครือข่ายชุมชนจัดการตนเองเข้มแข็ง เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยน เรียนรู้/พัฒนาต่อยอดและขยายไปยังพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ
 - 7.3 ประสาน/สนับสนุนให้มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเครือข่ายโทรคมนาคม ให้สามารถใช้งานได้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยเฉพาะจุดอับสัญญาณ โทรศัพท์ ให้สามารถแจ้งเหตุในทันที่

- 7.4 กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม โดยมีการจัดตั้งสถาบันหรือมีหน่วยงานในการกำหนดมาตรฐานชุมชนเข้มแข็งปลอดภัย และมีการกำกับดูแลประเมินผลชุมชนจัดการตนเองเข้มแข็งและปลอดภัย
8. มีระบบการจัดการศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้มาตรฐาน โดยใช้ระบบการจัดการความรู้ (Knowledge Management)
9. กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก	หน่วยงานสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none"> - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ - กระทรวงสาธารณสุข - กระทรวงศึกษาธิการ - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น - สถาบันนิติบัญญัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย - กรมประชาสัมพันธ์ - ราชวิทยาลัย - สมาคมวิชาชีพ - กรมประชาสัมพันธ์ - สื่อมวลชน

บรรณานุกรม

กิตติพงศ์ พลเสน, พรทิพย์ วชิรดิסק, ธีระ ศิริสมุด และณัฐภูมิ คำนวณฤกษ์. สถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ารับบริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. 2558

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข Health at a Glance Thailand 2017 website: <http://bps.moph.go.th>

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559 ISSN 0857-3093

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจำแนกตามภูมิภาค และเพศ ตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2537 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2561

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ หน้า 1 เล่ม 135 ตอนที่ 24 ก ราชกิจจานุเบกษา 6 เมษายน 2561

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หน้า 1 เล่ม 134 ตอนที่ 40 ก ราชกิจจานุเบกษา 6 เมษายน 2560

รายงานของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ” สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ

รายงานสภาปฏิรูปแห่งชาติ วาระปฏิรูปที่ 22 : การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เลขประจำหนังสือ ISBN : 978-616-399-039-6 ปีที่พิมพ์ สิงหาคม 2558 จำนวนหน้า 326 หน้า จำนวนพิมพ์ 2,000 เล่ม จัดทำโดย สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาปฏิรูปแห่งชาติ ถนนอุทองใน เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300 พิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

รายงานการศึกษาของ Fauci, A.S, etal (2008) Harrison's international medicine 17th ed.

รายงานสถานการณ์คนพิการในประเทศไทย 2561 กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2555-2560

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่าง ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี พ.ศ. 2560-2579 ฉบับวันที่ 24 สิงหาคม 2561 ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ :www.nesdb.go.th

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ร่างยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561 – 2580 เอกสาร
ประกอบการประชุมประจำปี 2561 ของ สศช. ฉบับเดือนกันยายน 2561 ดาวน์โหลดเอกสารได้ที่
:www.nesdb.go.th

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขสรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 นนทบุรี

อภิชาติ สุคนธสรณ์. แนวทางการรักษา Acute ST-Elevation Myocardial Infarction. ใน : อภิชาติ
สุคนธสรณ์ บรรณาธิการ. Practice Guidelines in Cardiology. เชียงใหม่: ทรिศ จึงค์, 2552.

Global Status Report On Road Safety 2018 World Health Organization www.who.int

Mortality Trends of Cardiovascular Disease in Korea; Big Challenges in Ischemic Heart Disease,
Hyun Kuk Kim, MD and Youngkeun Ahn, MD, Chonnam National University Hospital,
Gwangju, Korea , Korean Circulation Journal 2015

Siriwan Santijarakul Thailand's Report on Situation of Severe Injuries 2005-2010 Data from
Injury Surveillance (IS), Thailand

Trends in Out-of-Hospital Deaths Due to Coronary Heart Disease in Sweden (1991 to 2006)
Kerstin Dudas, PhD; Georg Lappas, BSc; Simon Stewart, PhD; Annika Rosengren, MD, PhD

