

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

เป้าหมายของการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินคือการลดอัตราการสูญเสียชีวิตและความพิการ ปี พ.ศ 2551 ประเทศไทยเริ่มมีคณะกรรมการและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นหน่วยงานเฉพาะในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากระบบยังไม่เสถียร การวิจัยเพื่อศึกษาภาพอนาคตของระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทยจึงมีความสำคัญยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย 1) การทบทวนวรรณกรรมจากเอกสาร ตำรา งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ถึงปัจจุบัน 2) ศึกษาสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทยในปัจจุบัน และ 3) ศึกษาภาพอนาคตระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป แพทย์อำนวยการและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 33 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดประเด็นหลักและองค์ประกอบย่อยเพื่อประมวลและสังเคราะห์ให้เป็นร่างระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต ในรูปแบบของแบบสอบถามและนำไปตรวจสอบฉันทามติจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน 2 รอบ รอบแรกได้รับการตอบกลับ ร้อยละ 87.88 และรอบที่ 2 ได้รับการตอบกลับ ร้อยละ 84.00 ของจำนวนที่ตอบกลับรอบแรก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) ค่าสัมบูรณ์ของผลต่างระหว่างค่ามัธยฐานและฐานนิยม และค่าสัมประสิทธิ์การกระจายส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Coefficient of variance : CV)

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ผลการทบทวนวรรณกรรม พบบางงานวิจัยและเอกสารเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 42 เรื่องใน 948 เรื่อง ซึ่งประมวลความรู้ดังนี้ 1) ด้านนโยบาย กฎหมาย และผู้รับผิดชอบจ่ายค่าตอบแทนบริการ จำแนกเป็น a) รัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดบริการให้แก่ประชาชนและครอบคลุมการบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย b) รัฐจัดบริการให้แก่ประชาชนแต่ไม่ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยประชาชนเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด c) รัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย (Co-payment) รวมทั้ง d) รัฐจัดบริการให้แก่ประชาชน แต่ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพจะมาจากประกันสุขภาพ ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดว่างานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 แนวคิด การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ เป็นหลัก “stay and stabilize” อีกรูปแบบหนึ่งคือ การรับนำผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉินเร็วที่สุด “scoop and run” ทั้งสองแนวคิดนี้มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ครอบคลุม ทันท่วงเวลาและมีคุณภาพ ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วยระบบปฏิบัติการย่อย 4 ระบบ คือ ระบบปฏิบัติการรับแจ้งเหตุและสั่งการ (dispatch system) ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ambulance system) ระบบปฏิบัติการ ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (emergency department system) และระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตระหว่างโรงพยาบาล (interfacility patient transfer system)

2. สถานการณ์ปัจจุบันของระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย จากผลการประมวล ข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน สรุปประเด็นหลักได้ดังนี้ 1) ประชาชนยังไม่เข้าใจและไม่มั่นใจระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไปหน่วยฉุกเฉินเอง 2) สถานการณ์ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่าโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์อำนวยการ ผู้รายงาน ปฏิบัติการฉุกเฉินบางส่วนไม่ผ่านการอบรมด้านการสื่อสารสั่งการ 3) จุดปฏิบัติการฉุกเฉินพบว่า 4 ใน 5 เป็นจุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (FR) ออกเหตุช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต กลุ่มเร่งด่วนและ กลุ่มไม่เร่งด่วน มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรม เพิ่ม รวมทั้งต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เช่น การส่งต่อ ออกเหตุ ทำงานในแผนกฉุกเฉิน ตำแหน่งจุดจอตฉุกเฉินและชุดปฏิบัติการไม่ครอบคลุมเข้าถึงจุดเกิดเหตุช้ากว่า 8 นาที 4) หน่วย ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มักปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ มีจำนวนน้อย ภาระงานหนัก ลาออกมาก รวมทั้งมีปัญหาความแออัดและปัญหา Access block ผู้ป่วยต้องค้างที่หน่วย ฉุกเฉินนาน ส่วนโรงพยาบาลระดับเล็ก ไม่มีแพทย์ประจำหน่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพ ประจำหน่วยฉุกเฉินไม่ผ่านการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เช่น ACLS การคัด แยกผู้ป่วย) บางส่วนรับภาระการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ 6) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่าง โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษายาบาลเฉพาะ ต้องใช้เวลาในการประสานงานนาน โครงสร้างและบทบาท หน้าที่ของศูนย์ส่งต่อยังไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์อำนวยการประจำศูนย์ส่งต่อ เต็มใจไว้รองรับ ผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยเฉพาะโรคของโรงพยาบาลปลายทางไม่เพียงพอ และขาดระบบการประเมินเพื่อส่ง ผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตกลับไปรักษาในโรงพยาบาลต้นทาง ยังไม่มีการจัดทีมบุคลากรในการส่งต่อที่ เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย และการกำหนดระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติงานยังไม่ ชัดเจน เช่น การเตรียมกำลังคนที่สอดคล้องกับระยะทางของการส่งต่อ มาตรฐานการขับรถ เป็นต้น

3. ภาพอนาคตระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย การประมวลข้อมูลจาก ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในภาพรวมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน อนาคตต้องเป็นระบบที่มีความครอบคลุม ทันท่วงเวลา และมีคุณภาพ โดยมีประเด็นหลักของระบบใหม่ ดังนี้ 1) ปฏิบัติการและความสำเร็จเริ่มที่ประชาชน: คนไทยฉลาดใช้บริการ ฉลาดช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) โยก องค์กร ขยายภาคี ขยายฐานบริการ ก้าวข้ามปัญหาทางงบประมาณ 3) สร้างคนใช้ทรัพยากร เวลาและภาคี:

วงล้อแห่งความสำเร็จ 4) เข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้ในटनाที่ รักษาได้ในหนึ่งชั่วโมง ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาสรุปเป็นรูปแบบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระยะ 10 ปี และ 20 ปี มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ประชาชนเป็นผู้ขับเคลื่อนและเป็นผู้ประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องพัฒนาให้มีความฉลาดรู้ทั้งการใช้และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยภาคีสถาบันการศึกษาทุกระดับ จัดการให้ความรู้แก่นักเรียน นักศึกษาและประชาชน องค์กรหลักและภาคี ได้แก่ สพฉ. เป็นองค์กรหลักในการกำหนดมาตรฐานประสานกับทุกฝ่าย สรรหาองค์กรเพื่อกำกับตรวจสอบทั้งภายในและภายนอกจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหลักในการจัดการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดบริการการรักษาเฉพาะที่มีคุณภาพ ภาคี ได้แก่ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ งบประมาณและการเงิน ค่าใช้จ่ายการปฏิบัติการฉุกเฉินในและนอกโรงพยาบาลควรรับผิดชอบโดยสามกองทุน รวมทั้งจัดงบประมาณแบบจ่ายล่วงหน้ารายหัวประชากร ความคาดหวังจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคต ได้แก่ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น การคัดแยกทางโทรศัพท์ ความรุนแรงต่ำกว่าความเป็นจริง (under triage) ไม่เกินร้อยละห้า มีการจำหน่ายผู้ป่วยสีเขียวและสีขาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 30 เป็นอย่างน้อย มีการให้คำแนะนำทางโทรศัพท์เพื่อการช่วยฟื้นคืนชีพในผู้ป่วยหมดสติและหยุดหายใจ (DA-CPR) แก่ผู้แจ้งเหตุ ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ DA-CPR รอดชีวิตร้อยละ 20 เป็นอย่างน้อย ผู้ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงถึงจุดเกิดเหตุภายใน 8 นาที หลังการแจ้งเหตุ ในผู้ป่วย ESI 1-2 และมีการปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐานทั้งหมด ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาโรงพยาบาลโดยระบบ EMS มากกว่าร้อยละ 90 ผู้ป่วยที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วย ESI 1-3 ผู้ป่วย ESI 1-2 เข้ารับการรักษาเฉพาะได้ภายใน 10 นาที ผู้ป่วย ESI 3-5 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลภายในหนึ่งเดือน ไม่เกินร้อยละ 20 และไม่มีผู้ป่วยมาใช้บริการภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยโรคเดิม และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงการรักษาเฉพาะภายใน 60 นาที

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้น (by stander) จำนวน 22 ล้านคน 1 คนต่อครัวเรือน เป้าหมายระยะ 1-2 ปี สพฉ. ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการและสถานประกอบการเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS) และการช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวน 1 วันให้กับครู อีกทั้งบรรจุความรู้ดังกล่าวไว้ในหลักสูตรเพื่อการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน b) พัฒนาทักษะการใช้เครื่อง AED รวมทั้งมีการติดตั้งเครื่อง AED ในพื้นที่สาธารณะเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

2. สนับสนุนให้ท้องถิ่นดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยอาศัยกฎหมายการกระจายอำนาจ ซึ่งเป้าหมายในระยะ 5 ปี คือจัดทำแนวปฏิบัติใช้กระบวนการทางกฎหมาย การออกข้อบัญญัติในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินโดยท้องถิ่น การจัดทำแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการชุดปฏิบัติการในการออกเหตุอย่างชัดเจน เป้าหมายในระยะ 10 ปี ให้ท้องถิ่นดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้อย่างน้อย 70% และเป้าหมายในระยะ 20 ปี ท้องถิ่นจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุม ทั่วนเวลา และมีคุณภาพได้ครบทุกท้องถิ่น

3. การจัดมาตรฐานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เป้าหมายในระยะ 5 ปี จัดให้มีศูนย์ฯ ที่มีมาตรฐานอย่างน้อย 20% ของศูนย์ทั้งหมด มีบุคลากรมาตรฐานทั้งจำนวนและขีดความสามารถ ได้แก่ แพทย์อำนวยการ ผู้กำกับการ ผู้รับแจ้งเหตุ มีการพัฒนาบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ มีระบบสื่อสารที่มีคุณภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ชุดปฏิบัติการเข้าถึงจุดเกิดเหตุใน 8 นาที และเข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงได้ภายใน 1 ชั่วโมง ส่วนเป้าหมายในระยะ 10 ปี พัฒนาระบบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการที่มีประสิทธิภาพระดับเขตอำนวยการ อำนวยการเหตุฉุกเฉินได้ทั้งในภาวะปกติและภาวะสาธารณภัย

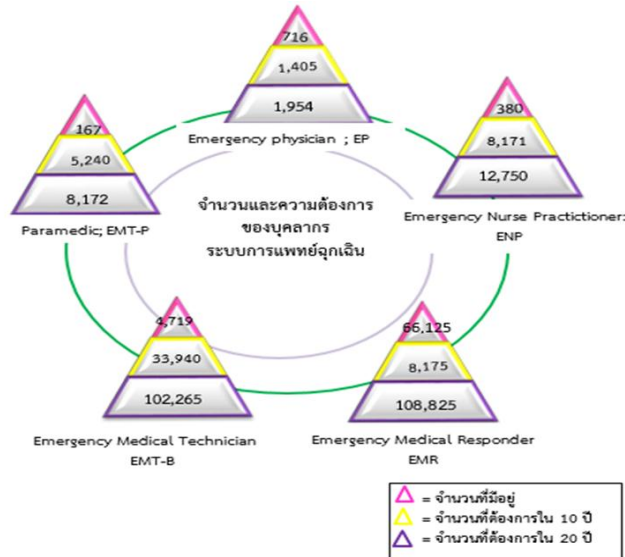
4. ขยายความร่วมมือไปยังภาคีเครือข่ายเพื่อการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นทางการ มีแนวปฏิบัติการออกเหตุที่ปลอดภัยและทันเวลา โดยมีสำนักงานตำรวจแห่งชาติ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงคมนาคม กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นภาคีสำคัญ พัฒนาความฉลาดด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน รวมทั้งจำนวนและคุณภาพของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีกระทรวงศึกษาธิการ องค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาเป็นภาคีสำคัญ เป็นต้น

5. เป้าหมายระยะ 5 ปี มีแผนพัฒนาให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงการรักษาเฉพาะภายในเวลา 1 ชั่วโมง โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลัก โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นภาคีสำคัญ กำหนดแผนที่และแนวปฏิบัติการเข้าถึงการรักษาโรคเฉพาะที่เป็นปัญหาของประเทศได้ครอบคลุม ทั่วนเวลา และมีคุณภาพ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ถึงโรงพยาบาล จนถึงการรักษาเฉพาะ

6. เป้าหมายระยะ 5 ปี ลด Over-crowded ในหน่วยฉุกเฉิน โดยพัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วน เพื่อลดการ revisit และ re-attendance จัดภาระงานของแพทย์ให้มุ่งใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต รวมทั้งการลด Access block ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงเพื่อเตรียมส่งผู้ป่วยที่อาการทุเลาไปโรงพยาบาลต้นทางเพื่อให้เตียงว่าง มีการเตรียม nurse case manager หรือ nurse coordinator เพื่อประเมินและเตรียมข้อมูลเบื้องต้นประสานกับแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตกลับโรงพยาบาลต้นทาง รวมทั้งจัดระบบสำรองเตียงทั้งสถานพยาบาลภาครัฐหรือภาคเอกชนที่มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ

7. เป้าหมายระยะ 10 ปี เร่งพัฒนาพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กำหนดให้ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และระยะ 20 ปี พัฒนาพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้เป็น critical care transport nurse

8. วางแผนการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะ 20 ปี ที่ชัดเจน กำลังคนเป็นเงื่อนไขสำคัญของมาตรฐานการบริการ กำหนดให้ทำงานไม่เกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ สร้างระบบการจ้างงานอย่างเป็นธรรม รวมทั้งมีแรงจูงใจที่เหมาะสม เช่น ประกันชีวิต เป็นต้น



จำนวนและความต้องการของบุคลากรในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จำแนกตามระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2560-2570) และ 20 ปี (พ.ศ. 2571-2580)

9. เป้าหมายของการพัฒนางบประมาณในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าควรมีระบบบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนโดยเฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินระยะนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้การบริหารจัดการงบประมาณต้องสามารถสร้างความเป็นธรรมกับทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ a) งบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ใช้ระบบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินที่มาจากความร่วมมือของ 3 กองทุน (กรมบัญชีกลาง กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพ) โดยคิดตามสัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิ์ เป็นระบบจ่ายล่วงหน้ารายหัวและเป็นระบบ Pre-payment เพื่อให้อปท.สามารถบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการได้ สพฉ. เป็นผู้รับผิดชอบ การจัดสรรงบประมาณควรใช้ฐานจากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยการจัดบริการตามจริงซึ่งคิดตาม cost structure ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล แล่งรายได้สำหรับงบประมาณในการดำเนินการมาจากกองทุนทั้ง 3 กองทุน ส่วนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการควรมาจาก อปท. ร่วมกับการสนับสนุนโดย สพฉ. และต้องมีการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่เป็นภูเขา เกาะและพื้นที่เสี่ยงสูง หรือพื้นที่ห่างไกลซึ่งมีจำนวนประชากรน้อย มีรายได้น้อย ต้องมีการจัดสรรงบประมาณให้เป็นพิเศษ เพียงพอที่ประชาชนจะเข้าถึงระบบบริการได้ b) งบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ใช้เป็น

ลักษณะของ 3 กองทุนเดิม และเพิ่มความร่วมมือการจัดการบริการกับภาคเอกชน จึงต้องมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนการบริการที่เป็นธรรมสำหรับทุกฝ่าย อาจใช้วิธีการคิดราคาค่าบริการที่เป็นราคากลาง 2 แนวคิด ได้แก่ ระบบ DRG Plus ซึ่งมีความยุ่งยากในการคิด อาจมีความแตกต่างกันไปในโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง และระบบ Fee schedule ใน 72 ชั่วโมงแรก เป็นการคิดราคากลางจากจำนวนทรัพยากรที่ใช้ในการรักษาตามจริง แต่จำเป็นต้องมีเกณฑ์ตัดสินตามความรุนแรงของผู้ป่วย หลังจาก 72 ชั่วโมง ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาเดิม

10. กระบวนการสู่ความสำเร็จของอนาคตระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้กลยุทธ์การขยายเครือข่าย กระจายข้อมูล (Information) ผ่านเครือข่าย (Network) และ Change agent ครู ก เป็นพลังตั้งต้นอยู่ทุกส่วนของระบบ (Node) มุ่งมั่นปรารถนา ผูกพันกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกภาคส่วนเป็นสถาบันแห่งการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งประชาชน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน นักวิชาการผู้บริหารงบประมาณ และผู้จัดการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้คุณค่ากับเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความจริงที่สามารถแสดงออกอย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง ที่มีความเป็นธรรม (Equity and equality) เพื่อการเรียนรู้และร่วมสร้างวิธีใหม่ (Education) นักวิชาการเชื่อมต่อข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีในการจัดทำข้อมูลแผนที่ประชากรกลุ่มเสี่ยง และแผนที่ทรัพยากรการช่วยเหลือ เปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อสร้างนวัตกรรมที่มีความยืดหยุ่น ตามความต้องการของสังคม (Elasticity) เพื่อการเข้าถึง อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ทันท่วงที มีคุณภาพ และที่สำคัญที่สุดคือประชาชนมีความรู้ สามารถรับข้อมูล เข้าใจกระบวนการ ตัดสินใจ ใช้และช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ (People with EMS literacy)

ปัญหาและภาคีขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

