

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3

พ.ศ. 2560-2564

ศิริอร สีนุ

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

วัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยให้ครอบคลุม ทุกมิติทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

มีเป้าหมายที่สำคัญของแผนหลักฯ ฉบับที่ 3 คือ ลดการเสียชีวิต และความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลักคือ

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคูณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

การแพทย์ฉุกเฉินไทยใน 5 ปี ข้างหน้า
ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัยบัติ

1. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล
2. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาล
3. ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร
4. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง
5. ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (5.1)

จังหวัดสามารถจัดบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ (1.3)

ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นและสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (5.2)

จังหวัดมีระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ที่มีมาตรฐาน (1.2)

มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้
มาตรฐานและมีคุณภาพ (1.4)

มีระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการ
แพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและ
ต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย (4.3)

มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน
ท้องถิ่น (4.2)

มีระบบประสานงานเพื่อ
สนับสนุนการพัฒนาระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินกับ
หน่วยงานภาครัฐ องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น
องค์กรภาคเอกชนไม่
แสวงหากำไรและหน่วยงาน
ภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ (4.1)

มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน (1.1)

มีแหล่งงบประมาณสนับสนุน
การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่
เหมาะสมและยั่งยืน (3.1)

มีระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมาย
ต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบ
การแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วนและมี
แนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่
เหมาะสม (3.2)

มีการใช้สารสนเทศเพื่อเพิ่ม
ประสิทธิภาพประสิทธิผลของการ
แพทย์ฉุกเฉินในด้านการบริหาร บริการ
และการติดตามประเมินผล (3.3)

มีการผลิตและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม
นำไปสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน (3.4)

มีองค์กรการศึกษาหรือ
ฝึกอบรม และมีการผลิตบุคลากร
ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ตามแผนการผลิตและพัฒนา
บุคลากร (2.1)

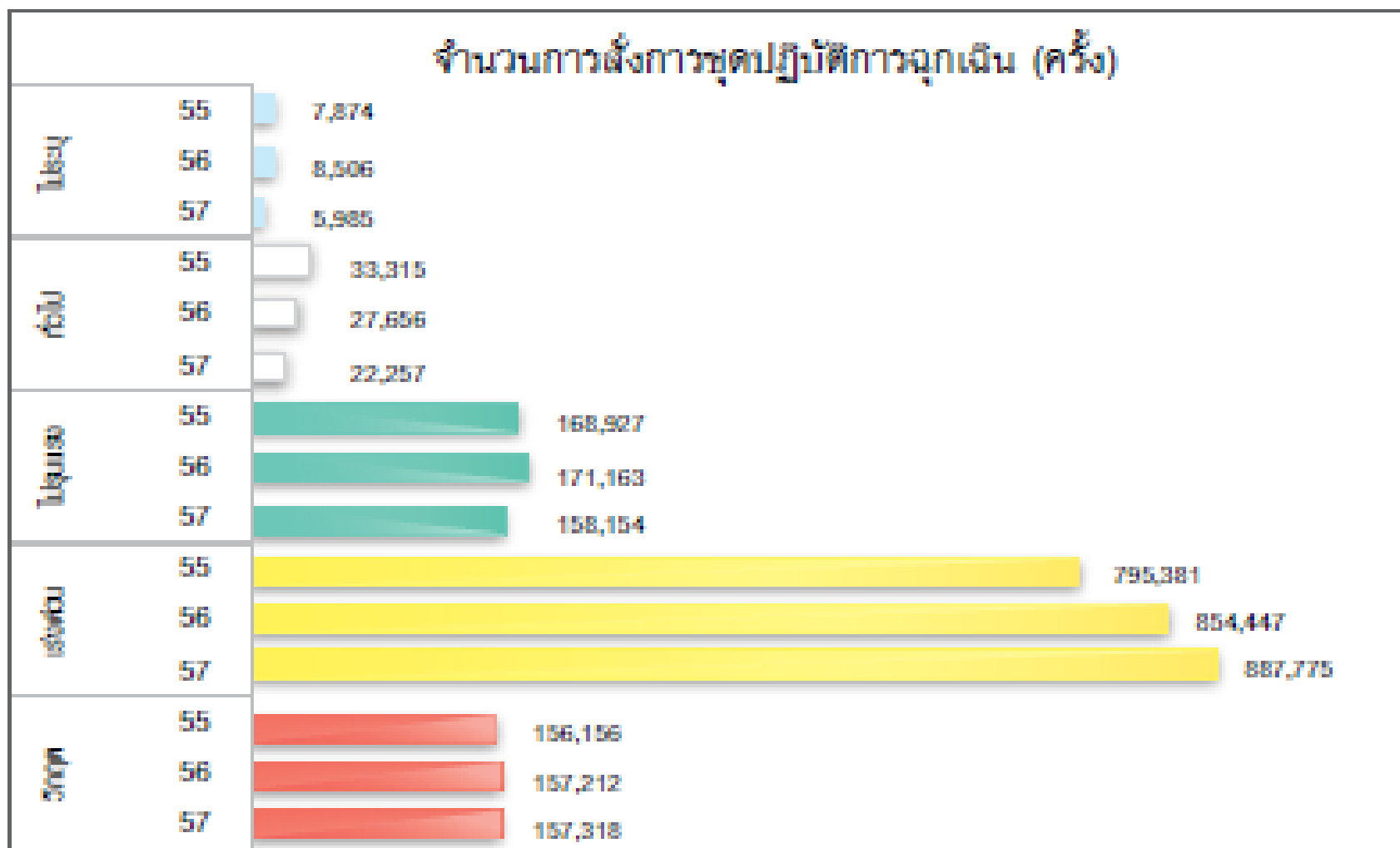
มีระบบการอำนวยการรักษาบุคลากร
ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตาม
แผนที่กำหนด (2.2)

มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้
และทักษะบุคลากรในระบบการ
แพทย์ฉุกเฉินตามแผนที่กำหนด (2.3)

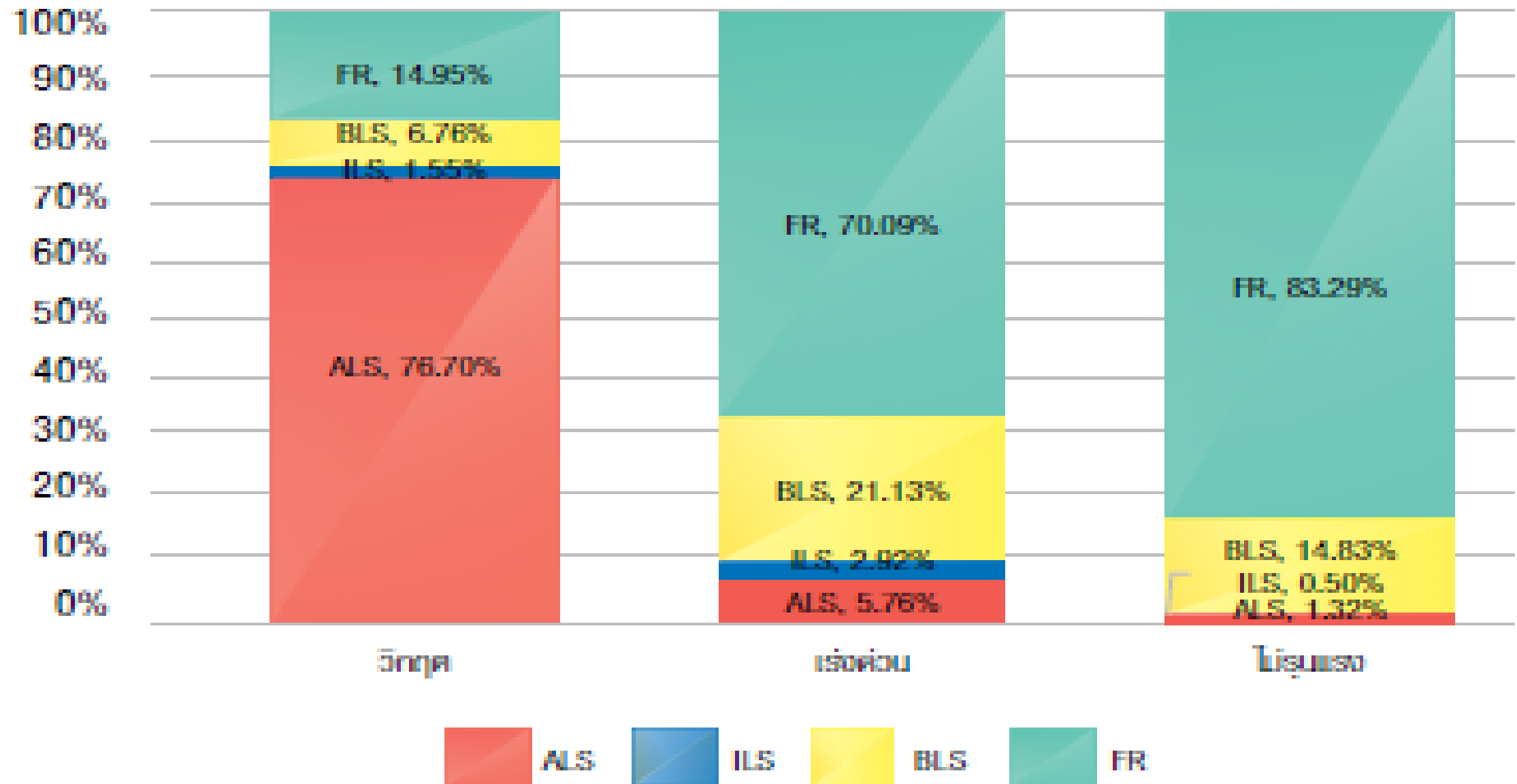
มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศใน
ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
กับประชาคมอาเซียน
และนานาชาติที่มี
ประสิทธิภาพ (4.5)

ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันการพัฒนากระบวนการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (4.4)

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ท้าทาย เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการห้องฉุกเฉินยังน้อย อยู่ระหว่าง ร้อยละ 10 - 20



คุณภาพของการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยวัดจากการสั่งการที่เหมาะสม พิจารณาจากความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2558 พบว่า ระดับความฉุกเฉินวิกฤตสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ร้อยละ 77.82



สถิติจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี จึงมีการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มขึ้น โดยบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนที่มากขึ้นเป็นลำดับ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน	จำนวนปฏิบัติการฉุกเฉิน	จำนวนผู้ปฏิบัติการ
2555	1,175,700 ราย	1,164,090 ครั้ง	120,579 คน
2556	1,241,168 ราย	1,230,465 ครั้ง	135,767 คน
2557	1,248,918 ราย	1,279,913 ครั้ง	150,233 คน
2558	1,374,683 ราย	1,366,019 ครั้ง	156,655 คน

ภาพอนาคตของการบริหารจัดการทางการแพทย์พยาบาล
• ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

MACRO-SYSTEM

เรียนรู้จากระบบการแพทย์ฉุกเฉินนานาชาติ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิสัยทัศน์กับบุคคลสำคัญ

สู่

การจัดการการพยาบาลในระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยในอนาคต

วิเคราะห์สถานการณ์...**๓**
การจัดการการพยาบาลฉุกเฉิน

ด้านนโยบาย กฎหมาย และผู้รับผิดชอบจ่ายค่าตอบแทนบริการ

- **a)** รัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดบริการให้แก่ประชาชนและครอบคลุมค่าบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินโดยที่ประชาชนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย
- **b)** รัฐจัดบริการให้แก่ประชาชนแต่ไม่ครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินโดยประชาชนเป็นผู้เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- **c)** รัฐสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดบริการโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในค่าใช้จ่าย (**Co-payment**)
- **d)** รัฐจัดบริการให้แก่ประชาชน แต่ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพจะมาจากการประกันสุขภาพ ประเทศไทยมีกฎหมายกำหนดว่างานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลแบ่งเป็น 2 แนวคิด การดูแล ณ จุดเกิดเหตุเป็นหลัก **“stay and stabilize”** อีกรูปแบบหนึ่งคือ การรับผู้ป่วยส่งแผนกฉุกเฉินเร็วที่สุด **“scoop and run”** ทั้งสองแนวคิดนี้มีเป้าหมายเดียวกัน คือ ครอบคลุม ทันเวลาและมีคุณภาพ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ประกอบด้วย

ระบบปฏิบัติการย่อย 4 ระบบ ...นักปฏิบัติการ??

- ระบบปฏิบัติการรับแจ้งเหตุและสั่งการ (dispatch system) ...นักปฏิบัติการ??
- ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (ambulance system) ...นักปฏิบัติการ??
- ระบบปฏิบัติการฉุกเฉินในโรงพยาบาล (emergency department system) ...นักปฏิบัติการ?
- ระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตระหว่างโรงพยาบาล (inter-facility patient transfer system) ...นักปฏิบัติการ??

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย

- 1) ประชาชนยังไม่เข้าใจและไม่มั่นใจระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไปหน่วยฉุกเฉินเอง
- 2) สถานการณ์ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่าโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของบุคลากรไม่ชัดเจน ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์อำนวยความสะดวก ผู้ทำงานปฏิบัติการฉุกเฉินบางส่วนไม่ผ่านการอบรมด้านการสื่อสารสั่งการ
- 3) ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน
 - 4 ใน 5 เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (FR) ออกเหตุช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งกลุ่มฉุกเฉินวิกฤต กลุ่มเร่งด่วนและกลุ่มไม่เร่งด่วน
 - พยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าชุดปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงและส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมเพิ่ม ต้องปฏิบัติงานหลายหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เช่น การส่งต่อ ออกเหตุ ทำงานในแผนกฉุกเฉิน
 - ตำแหน่งจุดจอดรถฉุกเฉินและชุดปฏิบัติการไม่ครอบคลุมเข้าถึงจุดเกิดเหตุช้ากว่า 8 นาที

สถานการณ์ปัจจุบันของระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย

4) หน่วยฉุกเฉิน

- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินส่วนใหญ่มักปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตติยภูมิจำนวนใหญ่ มีจำนวนน้อย ภาระงานหนัก ลาออกมาก
- มีปัญหาความแออัดและปัญหา **Access block** ผู้ป่วยต้องค้างที่หน่วยฉุกเฉินนาน
- โรงพยาบาลระดับเล็ก ไม่มีแพทย์ประจำหน่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
- พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยฉุกเฉินไม่ผ่านการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เช่น ACLS การคัดแยกผู้ป่วย) บางส่วนรับภาระการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

5) การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาพยาบาลเฉพาะ

- เวลาในการประสานงานนาน โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ของศูนย์ส่งต่อยังไม่ชัดเจน
- ส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์อำนวยการประจำศูนย์ส่งต่อ
- เต็มรองรับผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยเฉพาะ โรคของโรงพยาบาลปลายทางไม่เพียงพอ
- ขาดระบบการประเมินเพื่อส่งผู้ป่วยที่พื้นภาวะวิกฤติกลับไปรักษาในโรงพยาบาลต้นทาง
- **การจัดทีมบุคลากรในการส่งต่อส่วนใหญ่ยังไม่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย** และ
- การกำหนดระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจน

สถานการณ์การรับแจ้งเหตุและสั่งการ

- รพช.
- รพ.
- PLS/FR

EMD ต้องระบุและติดต่อ รพ.ปลายทาง (Definitive) ที่เหมาะสม รักษาได้ ให้กับชุดปฏิบัติการ



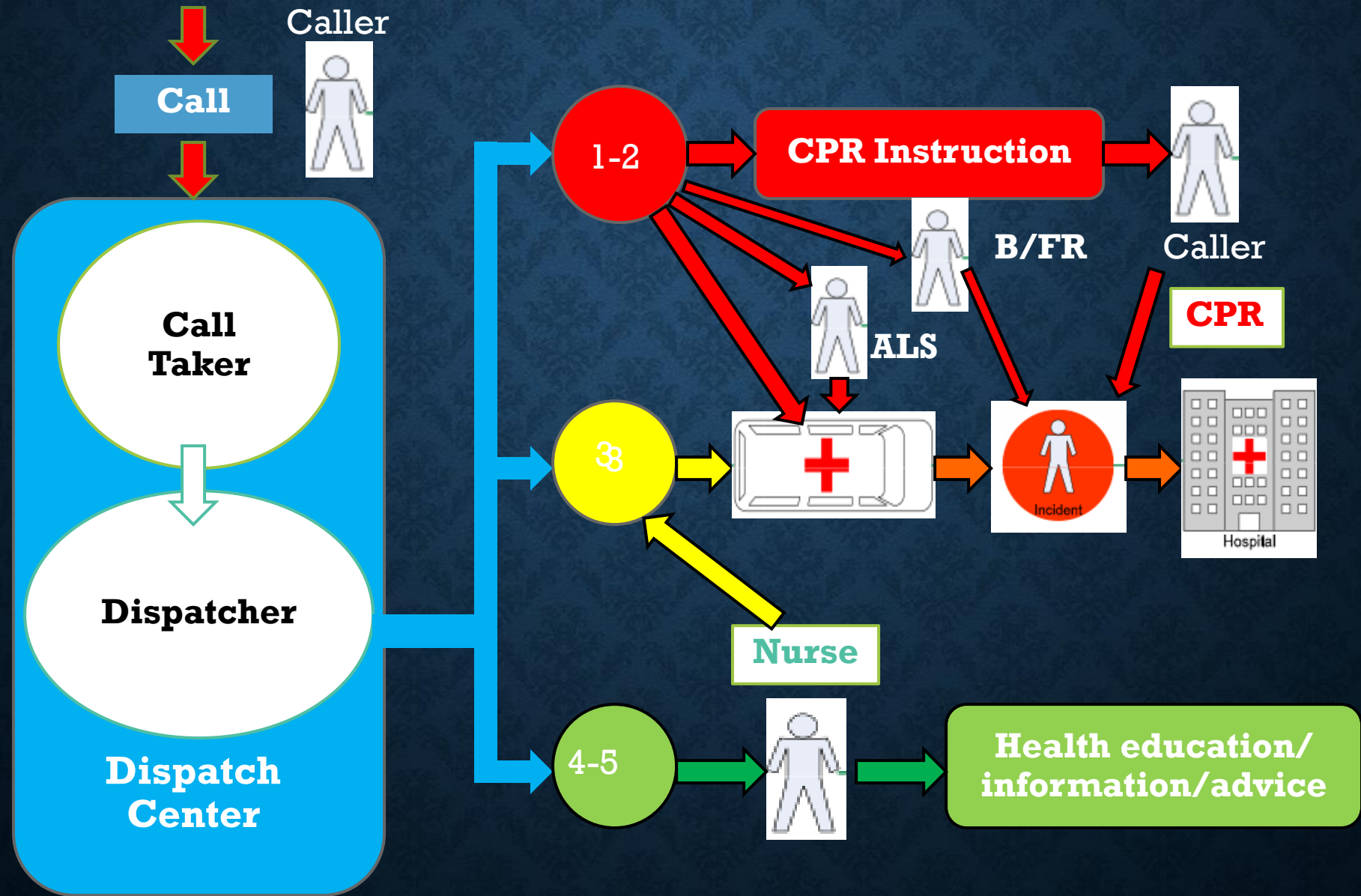
กรณีระยะทางห่างไกลจากจุด ALS เกิน 10 Kms สามารถสั่งการให้ชุดปฏิบัติการออก 2 ชุด (FR/BLS และ ALS) เพื่อให้มีการเปลี่ยนถ่ายระหว่างทาง

EMD ไม่ได้ระบุและติดต่อ รพ.ปลายทาง (Definitive) ที่เหมาะสม รักษาได้ ทำให้ต้อง refer ผู้ป่วยต่อทำให้ล่าช้า



truama/
Emergency illness

PRE-HOSPITAL SERVICE SYSTEM



ประมวลความเห็นภาพอนาคต 33 คน

- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยกระทรวงสาธารณสุข ที่เคยดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
- อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุข
- ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
- ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
- แพทย์อำนวยการและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

ภาพอนาคตระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย

- 1) ปฏิบัติการและความสำเร็จเริ่มที่ประชาชน: คนไทยฉลาดใช้บริการ ฉลาดช่วยผู้ป่วยฉุกเฉิน
- 2) โยกองค์กร ขยายภาคี ขยับฐานบริการ ก้าวข้ามปัญหาทางงบประมาณ
- 3) สร้างคนใช้ทรัพยากร เวลาและภาคี: วงล้อแห่งความสำเร็จ
- 4) เข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้ในटनाที่
- 5) เข้าถึงการรักษาได้ในหนึ่งชั่วโมง

ข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ นำมาสรุปเป็นรูปแบบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ในระยะ 10 ปี และ 20 ปี มีองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

- ประชาชนเป็นผู้ขับเคลื่อนและเป็นผู้ประเมินระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องพัฒนาให้มีความฉลาดรู้ทั้งการใช้และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยภาคีสถาบันการศึกษาทุกระดับ จัดการให้ความรู้นักเรียน นักศึกษา และประชาชน 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 เข้ารับการรักษ เฉพาะได้ภายใน 0-10 นาที
- ผู้ป่วย ESI 3-5 ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลซ้ำภายในหนึ่งเดือน ไม่เกินร้อยละ 20 และ
- ไม่มีผู้ป่วยมาใช้บริการซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยโรคเดิม
- การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนเข้าถึงการรักษ เฉพาะ ภายใน 60 นาที

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

1. ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้น (by stander) จำนวน 22 ล้านคน 1 คนต่อครัวเรือน เป้าหมายระยะ 1-2 ปี สพฉ.

a) ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการและสถานประกอบการเพื่อพัฒนาทักษะการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS) และการช่วยเหลือเบื้องต้นจำนวน 1 วันให้กับครู อีกทั้งบรรจุความรู้ดังกล่าวไว้ในหลักสูตรเพื่อการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

b) พัฒนาทักษะการใช้เครื่อง AED รวมทั้งมีการติดตั้งเครื่อง AED ในพื้นที่สาธารณะเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

2. สนับสนุนให้ท้องถิ่นดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล โดยอาศัยกฎหมายการกระจายอำนาจ

เป้าหมายในระยะ 5 ปี คือจัดทำแนวปฏิบัติใช้กระบวนการทางกฎหมาย การออกข้อบัญญัติในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินโดยท้องถิ่น การจัดทำแนวปฏิบัติในการบริหารจัดการชุดปฏิบัติการในการออกเหตุอย่างชัดเจน

เป้าหมายในระยะ 10 ปี ให้ท้องถิ่นดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้อย่างน้อย 70% และ

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ท้องถิ่นจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุม ทั้ในเวลา และมีคุณภาพได้ครบทุกท้องถิ่น

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

3. การจัดมาตรฐานศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

เป้าหมายในระยะ 5 ปี จัดให้มีศูนย์ฯ ที่มีมาตรฐานอย่างน้อย 20% ของศูนย์ทั้งหมด มีบุคลากรมาตรฐานทั้งจำนวนและขีดความสามารถ ได้แก่ แพทย์อำนวยการ ผู้กำกับการ ผู้รับแจ้งเหตุ มีการพัฒนาบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ มีระบบสื่อสารที่มีคุณภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ชุดปฏิบัติการเข้าถึงจุดเกิดเหตุใน 8 นาที และเข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงได้ภายใน 1 ชั่วโมง

เป้าหมายในระยะ 10 ปี พัฒนาระบบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการที่มีประสิทธิภาพระดับเขตอำนวยการ อำนวยการเหตุฉุกเฉินได้ในภาวะปกติและภาวะสาธารณภัย

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

4. ขยายความร่วมมือไปยังภาคีเครือข่ายเพื่อการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม ภาคี ได้แก่

สำนักงาน**ตำรวจ**แห่งชาติ

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

กระทรวงคมนาคม

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และ

กระทรวงศึกษาธิการ

องค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาเป็นภาคีสำคัญ

พัฒนาความฉลาดด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน

จำนวนและคุณภาพของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

5. เป้าหมายระยะ 5 ปี มีแผนพัฒนาให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน**เข้าถึงการรักษาเฉพาะเจาะจงภายในเวลา 1 ชั่วโมง** โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลัก โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขเป็นภาคีสำคัญ กำหนดแผนที่และแนวปฏิบัติการเข้าถึงการรักษาโรคเฉพาะที่เป็นปัญหาของประเทศได้ครอบคลุม ทั่วประเทศ และมีคุณภาพ ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ ถึงโรงพยาบาล จนถึงการรักษาเฉพาะ

6. เป้าหมายระยะ 5 ปี

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

ลด Over-crowded ในหน่วยฉุกเฉิน โดย

พัฒนาศักยภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มไม่เร่งด่วน เพื่อลดการ *revisit* และ *re-attendance*

จัดการงานของแพทย์ให้มุ่งใช้เวลากับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต

การลด *Access block* ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง โดย

เตรียมส่งผู้ป่วยที่อาการทุเลาไปโรงพยาบาลต้นทางเพื่อให้เตียงว่าง

เตรียม nurse case manager หรือ nurse coordinator เพื่อประเมินและเตรียมข้อมูลเบื้องต้น

ประสานกับแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตกลับโรงพยาบาลต้นทาง รวมทั้งจัดระบบสำรองเตียงทั้ง

สถานพยาบาลภาครัฐหรือภาคเอกชนที่มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉพาะ

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

7. เป้าหมาย

- ระยะ 10 ปี เร่งพัฒนาพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต กำหนดให้ผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และ
- ระยะ 20 ปี พัฒนาพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตให้เป็น critical care transport nurse

เป้าหมายในระยะ 20 ปี ข้างหน้า

8. วางแผนการผลิตกำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉินระยะ 20 ปี

กำลังคนเป็นเงื่อนไขสำคัญของมาตรฐานการบริการ

กำหนดให้ทำงานไม่เกิน 60 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพ

สร้างระบบการจ้างงานอย่างเป็นธรรม รวมทั้งมีแรงจูงใจที่เหมาะสม เช่น ประกันชีวิต

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



เป้าหมายของการพัฒนางบประมาณในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ควรมีระบบบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจน โดยเฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินระยะนอกโรงพยาบาล การจัดการงบประมาณต้องสามารถสร้างความเป็นธรรมกับทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ

• a) งบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล

- ใช้ระบบกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินที่มาจาก **การร่วมจ่ายของ 3 กองทุน (กรมบัญชีกลาง กองทุนประกันสังคม และกองทุนหลักประกันสุขภาพ) คิดตามสัดส่วนจำนวนผู้ใช้สิทธิ**
- เป็นระบบจ่ายล่วงหน้ารายหัวและเป็นระบบ **Pre-payment** เพื่อให้อปท.สามารถบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการได้ สพฉ. เป็นผู้รับผิดชอบ
- การจัดสรรงบประมาณควรใช้ฐานจากการวิเคราะห์ต้นทุนต่อ **หน่วยการจัดบริการตามจริงซึ่งคิดตาม cost structure ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล** แห่ลงรายได้สำหรับงบประมาณในการดำเนินการมาจากกองทุนทั้ง 3 กองทุน ส่วนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการควรมาจาก อปท. ร่วมกับการสนับสนุนโดย สพฉ. และ
- ต้องมีการจัดงบประมาณให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ที่เป็นภูเขา เกาะและพื้นที่เสี่ยงสูง หรือพื้นที่ห่างไกลซึ่งมีจำนวนประชากรน้อย มีรายได้น้อย ต้องมีการจัดสรรงบประมาณให้เป็นพิเศษ เพียงพอที่ประชาชนจะเข้าถึงระบบบริการได้

เป้าหมายของการพัฒนางบประมาณในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

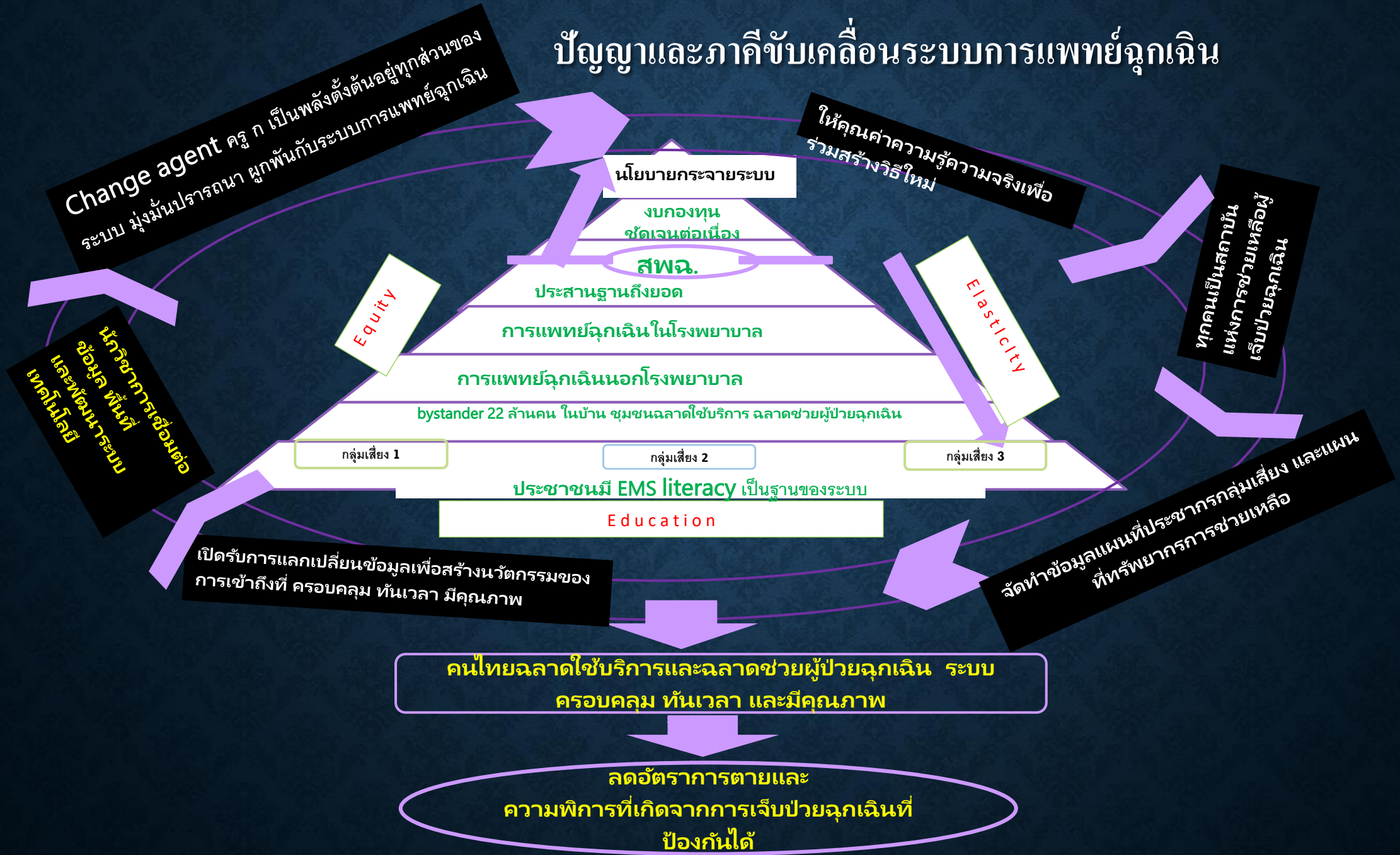
b) งบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ใช้เป็นลักษณะของ 3 กองทุนเดิม และเพิ่มความร่วมมือการจัดบริการกับภาคเอกชน **UCEP** จึงต้องมีระบบการจ่ายค่าตอบแทนการบริการที่เป็นธรรมสำหรับทุกฝ่าย ใช้ 2 แนวคิด ได้แก่

- ระบบ **DRG Plus** ซึ่งมีความยุ่งยากในการคิด อาจมีความแตกต่างกันไปในโรงพยาบาลเอกชนแต่ละแห่ง และ
- ระบบ **Fee schedule** ใน 72 ชั่วโมงแรก เป็นการคิดราคากลางจากจนวนตรวจรักษาที่ใช้ในการรักษาตามจริง แต่จำเป็นต้องมีเกณฑ์ตัดสินตามความรุนแรงของผู้ป่วย หลังจาก 72 ชั่วโมง ให้ดำเนินการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาเดิม

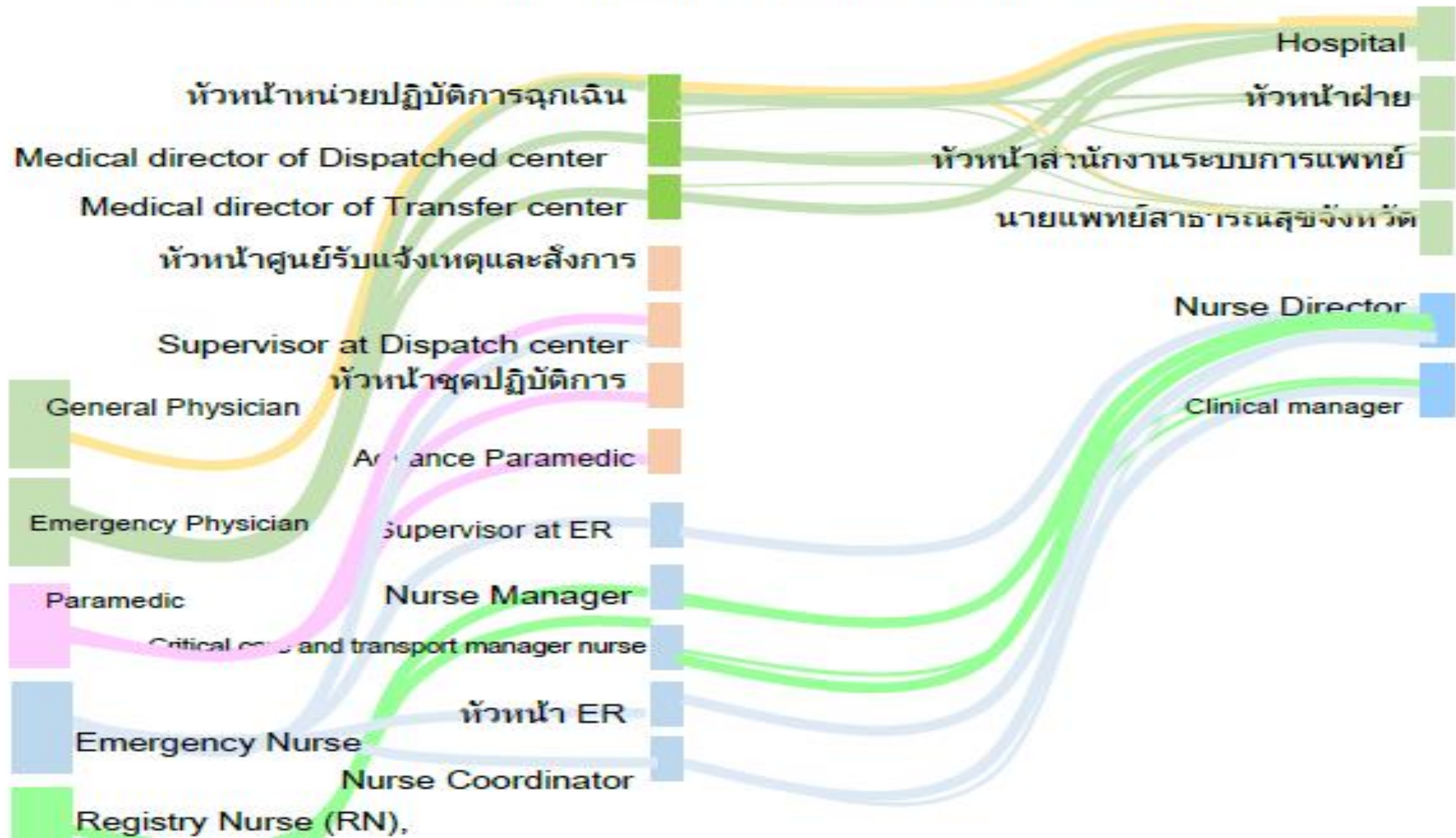
กระบวนการสู่ความสำเร็จของอนาคตระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- ใช้กลยุทธ์การขยายเครือข่าย กระจายข้อมูล (Information) ผ่านเครือข่าย (Network) และ Change agent
- ครู ก เป็นพลังตั้งต้นอยู่ทุกส่วนของระบบ (Node) มีความมุ่งมั่นปรารถนา ผูกพันกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทุกภาคส่วนเป็นสถาบันแห่งการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งประชาชน นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน นักวิชาการ ผู้บริหารงบประมาณ และผู้จัดการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ให้คุณค่ากับเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความจริงที่สามารถแสดงออกอย่างเท่าเทียมและต่อเนื่อง ที่มีความเป็นธรรม (Equity and equality) เพื่อการเรียนรู้และร่วมสร้างวิธีใหม่ (Education)
- นักวิชาการเชื่อมต่อข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีในการจัดหาข้อมูลแผนที่ประชากรกลุ่มเสี่ยง และแผนที่ทรัพยากรการช่วยเหลือ
- เปิดรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อสร้างนวัตกรรมที่มีความยืดหยุ่น ตามความต้องการของสังคม (Elasticity) เพื่อการเข้าถึงอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ ทุ้นเวลา มีคุณภาพ และ
- ที่สำคัญที่สุดคือประชาชนมีความรู้ สามารถรับข้อมูล เข้าใจกระบวนการ ตัดสินใจ ใช้และช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ (People with EMS literacy)

ปัญหาและภาคีขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



Career paths for staff in Emergency medical service in Thailand



ระบบการพยาบาล

ในหน่วยงานนำดีสีขาวและดีคราม

- **Change** ต้องพลิกโฉม
- **Innovation**
- **Idealism**
- **Freedom of accomplishment**

URANUS ความทะเยอทะถึง



- Pre-hospital
- Interfacility
- ER คุณภาพ
- ศูนย์รับแจ้งเหตุ
- Fast tract

ทำทุกอย่าง => ไม่ดีสัก
อย่าง

