แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3
พ.ศ. 2560 - 2564

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3
พ.ศ. 2560 - 2564

ISBN 978-616-7951-26-3

ที่ปรึกษา
นายจรัล ตฤณวุฒิพงศ์
นายวิทยา ชาติบัญชาชัย
นายมานิตย์ ประพันธ์ศิลป์
นายอนุชา เศรษฐเสถียร
นายภูมินทร์ ศิลาพันธ์
นายไพโรจน์ บุญศิริคำชัย
นางวนิชยา ทองแนบ
นางวิภาดา วิจักขณาลัญฉ์
นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล้า
นายสุรชัย ศิลาวรรณ
นายสุชาติ ได้รูป
นายสาฬิวุฒิ เหราบัตย์
นายอรรถพล ถาน้อย
นางสาวสุดารัตน์ นิราพาธ
นางสาวศิริมา สังข์ทอง

กองบรรณาธิการ :
นางธัณณ์จิรา ธนาศิริธัชนันท์
นางนฤมล พาพพิล่า
นางสินีนุช ชัยสิทธิ์
นางชุติมณฑน์ ยาใจ
นางสาวสุพัตรา กาญจนลออ
นายศิวพล อนันตสิทธิ์

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2559 จำนวน 2,500 เล่ม
จัดพิมพ์โดย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)
โทรศัพท์ 02-872-1669 โทรสาร 02-872-1601-04
www.niems.go.th

ออกแบบและพิมพ์ที่ : บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด
E-mail : union.creation@gmail.com
โทรศัพท์ : 02-866-3002-3

คำนิยม

“การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินต้องได้รับความร่วมมือกันจากหลายภาคส่วน เพื่อทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและครอบคลุมทั่วไทย” ดังที่คณะกรรมการและคณะทำงานต่างๆ ซึ่งได้ร่วมกันจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยดำเนินการผ่านหลายกระบวนการตลอดระยะเวลา 9 เดือน ได้รับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและการขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินในอีก 5 ปีข้างหน้า จากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักปฏิบัติการ ตลอดจนประชาชนผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผู้แทนจากหน่วยงานตั้งแต่ระดับกระทรวงไปจนถึงหน่วยงานระดับภูมิภาค ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร ระดับท้องถิ่น ชุมชนและภาคเอกชน ซึ่งความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยภายใต้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือร่วมใจกันดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสริมพลังซึ่งกันและกัน นำไปสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยที่ยั่งยืนต่อไป

ในโอกาสที่ทุกท่านร่วมกันจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 สำหรับเป็นแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินใน 5 ปีข้างหน้า ผมขอเป็นกำลังใจและขออวยพรให้การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยสำเร็จลุล่วงตามแผนที่วางไว้ทุกประการ

ศ.คลินิก เกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน

คำนิยม

Dr. Etienne Krug ผู้อำนวยการ Violence and Injury Prevention ขององค์การอนามัยโลก ได้กล่าวไว้ว่า หัวใจสำคัญของการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ “Selected by standers, community volunteers and other citizens with minimal training working in concert with providers and formal medical care structures can provide effective and sustainable PHC. regardless of a national level of resources” การที่จะทำให้เกิดระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานตามหลักการครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วทั้งประเทศ จึงจำเป็นจะต้องมียุทธศาสตร์ระดับชาติที่ทุกภาคส่วนจะต้องยึดเป็นแนวทางในการดำเนินการและการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบ ภายหลังการประกาศพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อ 6 มีนาคม 2551 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและประกาศใช้มาแล้ว 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 2553-2556, ฉบับที่ 2 2556-2559 ปี 2559 แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งใช้มาตั้งแต่ปี 2556 จะหมดอายุลงคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้มอบหมายให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยมีกระบวนการดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบดังนี้ คือ

- สิงหาคม-กันยายน 2558 วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของการดำเนินงานของสถาบันฯ วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอทิศทางอนาคต
- ตุลาคม 2558 ร่างกรอบประเด็นยุทธศาสตร์แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยใช้ฐานข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
- ตุลาคม-ธันวาคม 2558 จัดทำรายละเอียดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้น
- ธันวาคม 2558 เสนอรายละเอียดแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ให้ กพฉ. ร่วมพิจารณา
- มกราคม 2559 พัฒนาร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ร่วมกับ กพฉ.
- กุมภาพันธ์-มีนาคม 2559 จัดเวที 4 ภาค ให้ภาคีเครือข่ายร่วมประชาพิจารณ์ร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3
- มีนาคม 2559 กพฉ. พิจารณาร่าง แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3
- เมษายน 2559 ปรับปรุงร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 และเสนอ กพฉ.
- พฤษภาคม 2559 กพฉ. เห็นชอบ
- มิถุนายน 2559 ประกาศใช้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3

นับได้ว่า แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับนี้ ได้มีการวางแผน และผ่านกระบวนการดำเนินการเป็นขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคีทุกภาคส่วนอย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ซึ่งเชื่อว่าแผนหลักฯฉบับนี้ น่าจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทยให้ดำเนินการไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่วางไว้

นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย
ประธานคณะกรรมการ
จัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

คำนิยม

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่สาม ที่ได้จัดทำขึ้นและเข้าสู่การนำไปปฏิบัติในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถือเป็นเรื่องท้าทายเป็นอย่างยิ่งของกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และภาคีเครือข่ายทั้งส่วนกลาง ภูมิภาค ท้องถิ่น และในพื้นที่ ด้วยการตั้งเป้าหรือส่วนยอดสุดของแผนมุ่งที่จะลดการตายและความพิการจากการคุกคามของโรคและภัย โดยอาศัยหลักว่าเจดีย์ต้องสร้างจากฐาน นั่นคือ เขียนยุทธศาสตร์ให้ฐานเจดีย์ คือ การขับเคลื่อนให้ภาคีภาคประชาชนเข้ามาเรียนรู้และร่วมมือกันสร้างระบบป้องกันและพร้อมช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในขณะที่ตัวเจดีย์มุ่งพัฒนากำลังพลผู้ปฏิบัติและผู้เคลื่อนงาน โดยปรับปรุงเครื่องมือสนับสนุนทั้งกลไกด้านงบประมาณ ด้านกฎกติกา ด้านความรู้งานวิจัย และสารสนเทศ พร้อมไปกับการประสานความร่วมมือการพัฒนากับประชาคมอาเซียนและนานาประเทศ โดยยึดกุศโลบายเร่งงานการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทยให้เป็นแบบอย่างให้กับเพื่อนบ้าน แล้วให้ทั้งฐานเจดีย์และตัวเจดีย์มุ่งเป้าไปที่การพัฒนาจังหวัดแต่ละจังหวัดให้แข่งขันกันจัดระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมคุ้มครองผู้คนในทุกจังหวัด ในยามเจ็บป่วยฉุกเฉินพร้อมไปกับความร่วมมือร่วมใจของประชาชนในจังหวัดตนเอง จนส่งผลลัพธ์สู่ยอดรวม ของเจดีย์ดั่งวิสัยทัศน์ที่ว่า “ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน” ทั้งหมดนี้มีเครื่องมือประเมินติดตามในแต่ปีของแผนเพื่อให้ฟันฝ่าอุปสรรคการสร้างเจดีย์ที่ได้ทั้งบุญและกุศลนี้ให้เป็นไปตามกาลเวลาอันควร สู่ความสำเร็จที่รออยู่อีกห้าปีข้างหน้าต่อไป

นายแพทย์อนุชา เศรษฐเสถียร
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คำนำ

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 เล่มนี้จัดทำขึ้นภายใต้อำนาจหน้าที่ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (1) ให้สถาบันมีอำนาจหน้าที่จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.)และสอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ข้อ 5.2.3 การพัฒนาด้านสุขภาพที่มุ่งส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ยกระดับบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว ตลอดจน (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในด้านการสร้างความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม ด้วยเหตุนี้ กระบวนการจัดทำแผนหลักฉบับนี้ที่มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งระดับภาคและการระดมความเห็นเฉพาะกลุ่ม (Focus group) ของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มาร่วมให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์นำไปสู่การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 5 ปีข้างหน้านับตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 มีความชัดเจนและเป็นที่ยอมรับ โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน คือการทำให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสามารถสร้างคุณค่าให้เกิดแก่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งประชาชนผู้รับประโยชน์ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ที่กำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 5 ปีข้างหน้าของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 นี้ มุ่งเน้นความสำคัญของการขยายความครอบคลุมระบบปฏิบัติฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและคุณภาพทั้งในพื้นที่ปกติ พื้นที่พิเศษรวมไปถึงกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคมทั้งผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือแม้แต่ชาวต่างชาติ ควบคู่ไปกับการพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและประชาชนทั่วไปให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ ตลอดจนการจัดให้มีกลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพด้วยการร่วมกันเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัดท้องถิ่นและชุมชนเพื่อให้สามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ รวมถึงการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญคือลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย

การประเมินความสำเร็จของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับนี้ ได้กำหนดตัวชี้วัดหลักที่สำคัญจำแนกรายยุทธศาสตร์เพื่อเป็นเครื่องมือบ่งบอกถึงความสำเร็จและผลกระทบของการดำเนินงานที่มีปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเข้ามาเกี่ยวข้องหลายประการ

ด้วยเหตุนี้ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในฐานะผู้จัดทำมีความหวังอย่างยิ่งว่า การนำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ไปใช้จะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาประเทศทางด้านสุขภาพด้วยการยกระดับการบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว

กองบรรณาธิการ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร 10

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 12

- หลักการและเหตุผล
- วิสัยทัศน์
- พันธกิจ
- วัตถุประสงค์ทั่วไป
- เป้าหมายทั่วไป
- เป้าหมายเฉพาะ
- แผนภูมิเชื่อมโยงเป้าหมาย

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 15
  - หลักการและเหตุผล
  - วัตถุประสงค์
  - เป้าหมาย
  - ตัวชี้วัด
  - กรอบกลวิธีหรือวิธีการ
  - งบประมาณ
  - หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน
  - รายละเอียดตัวชี้วัด

- ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบ 23
  - การแพทย์ฉุกเฉิน
  - หลักการและเหตุผล
  - วัตถุประสงค์
  - เป้าหมาย
  - ตัวชี้วัด
  - กรอบกลวิธีหรือวิธีการ
  - งบประมาณ
  - หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน
  - รายละเอียดตัวชี้วัด

- ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 31
  - หลักการและเหตุผล
  - วัตถุประสงค์
  - เป้าหมาย
  - ตัวชี้วัด
  - กรอบกลวิธีหรือวิธีการ
  - งบประมาณ
  - หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน
  - รายละเอียดตัวชี้วัด

- ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ 37
  - หลักการและเหตุผล
  - วัตถุประสงค์
  - เป้าหมาย
  - ตัวชี้วัด
  - กรอบกลวิธีหรือวิธีการ
  - งบประมาณ
  - หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน
  - รายละเอียดตัวชี้วัด

- ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน 45
  - หลักการและเหตุผล
  - วัตถุประสงค์
  - เป้าหมาย
  - ตัวชี้วัด
  - กรอบกลวิธีหรือวิธีการ
  - งบประมาณ
  - หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน
  - รายละเอียดตัวชี้วัด

บทบาทและกลไกของภาคีที่เกี่ยวข้อง 49
การแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ 51
การติดตามและประเมินผล 52
การจัดทำระบบฐานข้อมูล 53

- ผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 และข้อเสนอแนะ
- กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564
- บริบทการเปลี่ยนแปลงและภาพอนาคตของประเทศ
- สถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน
- ความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่สำคัญ และทิศทางการพัฒนาประเทศ
- ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564
- ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Stakeholder)
- ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บริบทการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของประเทศมุ่งเป้าหมายให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินการตามบทบาทภารกิจหลักให้เกิดผลผลิต ผลลัพธ์ ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคลและอยู่ในกำกับของรัฐมนตรี จัดตั้งขึ้นภายใต้พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีหน้าที่สำคัญประการหนึ่งตามมาตรา 15 (1) จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.)

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 จัดทำขึ้นภายใต้อำนาจหน้าที่ที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มาตรา 15 (1) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยให้ครอบคลุมทุกมิติทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีเป้าหมายที่สำคัญของแผนหลักฯ ฉบับที่ 3 คือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลักคือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

กระบวนการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ดำเนินการผ่านกลไกการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน 3 คณะคือ คณะกรรมการจัดทำแผนหลักฯ คณะทำงานดำเนินการจัดการแผนหลักฯ และคณะทำงานจัดทำรายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) โดยมีขั้นตอนที่สำคัญเริ่มตั้งแต่การทบทวนวรรณกรรม การรวบรวมและสังเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยภายนอกเชื่อมโยงกับร่าง รัฐธรรมนูญ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีและข้อเสนอปฏิรูปประเทศไทยด้านสาธารณสุข สังคม สิ่งแวดล้อม ร่างทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 นโยบายรัฐบาลที่สำคัญ ผลการดำเนินงานของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 การประชุมระดมความเห็นต่อร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ครอบคลุม 4 ภาค และระดมความคิดเห็นเฉพาะกลุ่ม รวมทั้งสิ้นจำนวนไม่น้อยกว่ายี่สิบครั้งโดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน(กพฉ.)และภาคีทุกภาคส่วน และ กพฉ.มีมติเห็นชอบในคราวการประชุมครั้งที่ 7/2559 เมื่อวันที่ 22 เมษายน 2559 ต่อแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 โดยมีกรอบแนวทางพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไทยใน 5 ปีข้างหน้า ดังนี้

การแพทย์ฉุกเฉินไทยใน 5 ปี ข้างหน้า

แผนภาพที่ 1 กรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินไทยใน 5 ปี

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

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564

1. หลักการและเหตุผล

ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 ซึ่งยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของโลกและประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเผชิญกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ตั้งแต่การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำทางสังคมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การก่อการร้าย การเกิดภัยธรรมชาติที่รุนแรง การเปิดประตูเศรษฐกิจสู่ประชาคมอาเซียนอย่างเต็มรูปแบบทำให้มีการหลั่งไหลเข้าออกประเทศของผู้คนจำนวนมาก คุณภาพการศึกษา และความท้าทายของเทคโนโลยีใหม่ๆ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งด้านระบบบริหารราชการแผ่นดิน การเมืองและการปฏิรูปประเทศที่เน้นการพัฒนาเพื่อมุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถในการแข่งขันและการนำผลความเจริญก้าวหน้ามาสู่ประเทศชาติ

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556 - 2559 ได้สะท้อนว่า กลไกการขับเคลื่อนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้เพิ่มมากขึ้นดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปีโดยปี 2556 จำนวน 1,227,336 ราย ปี 2557 จำนวน 1,279,913 ราย และปี 2558 จำนวน 1,366,019 ราย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างปี 2556 กับปี 2558 พบว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 138,683 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.30 นอกจากนี้ยังพบว่าความครอบคลุมของบริการและการแจ้งเหตุเพื่อการขอรับความช่วยเหลือและคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 เพิ่มขึ้นเช่นกัน

ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 จึงมีทิศทางมุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศเพื่อให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน มีระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบมีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ บริการและการติดตามประเมินผล มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารและสร้างองค์ความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันและมีการประสานความร่วมมือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงกลไกการเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศกับระบบการพัฒนาประเทศในมิติด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปในทิศทางเดียวกันเนื่องจากมีกลไก องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สำนักงบประมาณ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกระทรวงอื่นๆ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญของแผนหลักฯ ฉบับที่ 3 คือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย

ทั้งนี้เพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิ์ในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพมาตรฐาน

โดยได้รับการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น เพื่อลดและป้องกันความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน และมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ตลอดจนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการบริหารจัดการ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันอย่างยั่งยืน

ดังนั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงอาศัยอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 (1) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ให้ความเห็นชอบแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564 ดังนี้

2. วิสัยทัศน์

ประเทศไทยมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานซึ่งทุกคนเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยด้วยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน

3. พันธกิจ

ด้วยความร่วมมือของหน่วยงานส่วนกลาง ทำการพัฒนาห่วงโซ่คุณภาพตามมาตรฐานบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินและการเสริมสร้างขีดความสามารถในการจัดการให้กับห่วงโซ่การจัดการในระดับจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชนจนสามารถป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉินและปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

4. วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน

5. เป้าหมายทั่วไป

ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย

6. เป้าหมายเฉพาะ

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

7. ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ยุทธศาสตร์พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ยุทธศาสตร์พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
4. ยุทธศาสตร์พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
5. ยุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

8. แผนภูมิเชื่อมโยง 5 ยุทธศาสตร์หลักสู่เป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ 1
พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ ที่ 1
พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

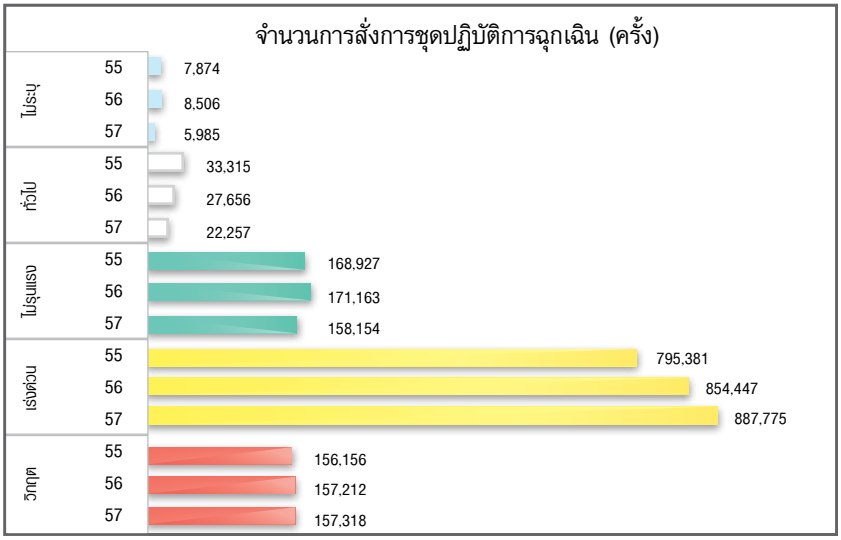
หลักการและเหตุผล

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆ ของประเทศไทย และเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตแต่ละบุคคล หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสม ทันท่วงที อาจจะทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต อวัยวะหรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะสำคัญ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควร หรือการตายก่อนถึงวัยอันสมควร หลังการมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ สามารถให้บริการ 24 ชั่วโมง ครบทุกจังหวัด และการบริการผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มที่ดีขึ้นก็ตาม แต่ยังพบว่า มีบางกลุ่มโรคอัตราตายต่อแสนประชากรสูง เช่น

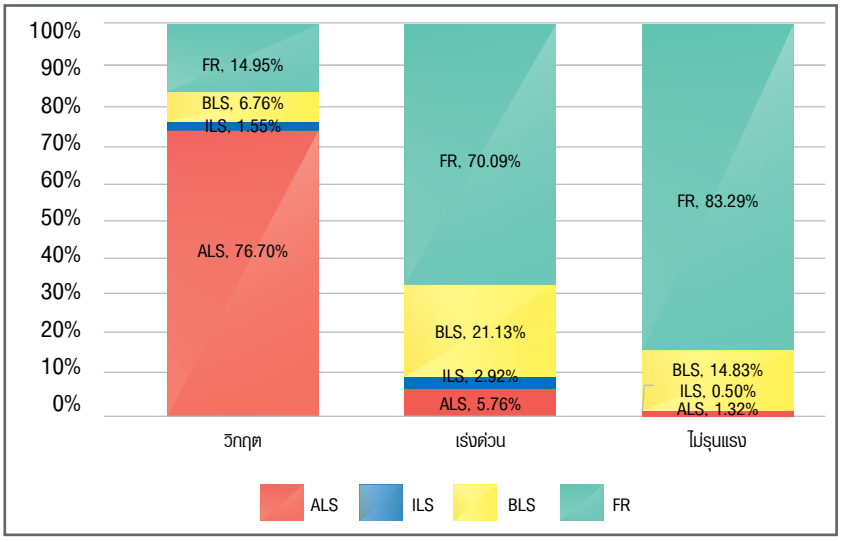
- **อุบัติเหตุยานยนต์ (V01 - V99) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น** เพิ่มจากอัตรา 21.6 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553 เป็นอัตรา 23.2 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557
- **โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (I 20 - I 25)** เพิ่มขึ้น จากอัตรา 20.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2553 เป็นอัตรา 27.8 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557
- **โรคหลอดเลือดสมอง (I 60 – I 69)** เพิ่มขึ้น จากอัตรา 27.5 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2557 เป็นอัตรา 38.7 ต่อประชากรแสนคนในปี 2557

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีความก้าวหน้าในหลายส่วน อันเกิดจากการส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงสถานพยาบาล โดยมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง ครบทุกจังหวัด แม้ว่าในด้านมาตรฐานและคุณภาพของการปฏิบัติการของศูนย์ฯ อยู่ระหว่างการพัฒนามีผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและหน่วยปฏิบัติการเพิ่มขึ้นก็ตาม แต่ยังไม่ได้พิจารณาในแง่ของการกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการยังมีพื้นที่ประมาณ ร้อยละ 20 ที่ยังไม่มีหน่วยปฏิบัติการ และพื้นที่อีกส่วนหนึ่งที่จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแล้วแต่ไม่ได้ดำเนินการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ท้าทาย เนื่องจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการห้องฉุกเฉินยังน้อย อยู่ระหว่าง ร้อยละ 10 - 20



คุณภาพของการปฏิบัติงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ โดยวัดจากการสั่งการที่เหมาะสม พิจารณาจากความสอดคล้องของการสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินกับระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2558 พบว่า ระดับความฉุกเฉินวิกฤตสั่งการชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง ร้อยละ 77.82



การเข้าถึงบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินนั้น ยังมีปัญหาในเรื่องเกณฑ์ของการคัดแยกที่ยังไม่ได้ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ

การประเมินคุณภาพบริการ โดยประเมินจากการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน 4 ด้าน (การดูแลทางเดินหายใจ, การให้สารน้ำ, การห้ามเลือด, การดาม) พบว่า คุณภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่ประเมินโดยพยาบาล/แพทย์ของโรงพยาบาลที่นำส่ง ทั้ง 4 ด้าน ระหว่างปี 2555 - 2558 แนวโน้มคุณภาพบริการดีขึ้น พบว่า การให้สารน้ำ

ทำได้และเหมาะสมมากกว่าร้อยละ 95 รองลงมาเป็น การดูแลทางเดินหายใจ ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 85 - 95 การห้ามเลือด ทำได้และเหมาะสม ร้อยละ 76 - 93 และการดามกระดูก ทำได้และเหมาะสม 68 - 97 โดยเมื่อพิจารณาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ไม่ได้ทำหรือดูแลไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่เป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ร้อยละ 70 จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นช่องว่างของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไป ทั้งในประเด็นของ

1) การกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนในหลายจังหวัดยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมทั้งหน่วยปฏิบัติการที่ขึ้นทะเบียนแล้วแต่ปฏิบัติงานจริง ร้อยละ 59

2) ประชาชนยังรับรู้และตระหนักถึงภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการเข้าถึงบริการเหมาะสมอย่างทันท่วงทีมีสัดส่วนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 10 - 20

3) ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล (การเสียชีวิตก่อนไปถึง, รักษาและเสียชีวิตจุดเกิดเหตุ, รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง) ปี 2555 – 2558 แม้ว่าจะมีเพียงร้อยละ 0.67 - 0.68 ของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมด แต่เมื่อพิจารณาเป็นจำนวนแล้ว พบว่า ตัวเลขผู้ป่วยฉุกเฉินที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล จำนวนไม่น้อยทีเดียว โดยระหว่างปี 2555 - 2558 เสียชีวิตเท่ากับ 7,699 - 8,594 คน ในจำนวนดังกล่าวเป็นผู้ที่เสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการฉุกเฉินไปถึงจุดเกิดเหตุ มากกว่าร้อยละ 80 (กลุ่มอาการ 19 หมดสติ/ไม่ตอบสนอง/หมดสติชั่ววูบ และกลุ่มอาการ 25 อุบัติเหตุยานยนต์)

4) ผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้วเสียชีวิตในโรงพยาบาลและกลับไปเสียชีวิตที่บ้านแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 1.38 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 1.49 ในปี 2557 ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 96 ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนให้เห็นช่องว่างและโอกาสในการนำมาปรับปรุงและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในหลายประเด็น

การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ เพราะเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิผล มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียม ตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและการสั่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน (definitive care) นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องให้คำนึงถึงคุณภาพการปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) การบาดเจ็บ (Trauma) โรคติดเชื้อ (Sepsis) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในเชิงระบบด้วย เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกำหนดมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพในระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกด้าน
2. เพื่อให้การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดตลอดห่วงโซ่คุณภาพ

เป้าหมาย

1. มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน
2. จังหวัดมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน
3. จังหวัดสามารถจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพ
4. มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้มาตรฐานและคุณภาพ

ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด
2. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน
3. ร้อยละของจังหวัดที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ
4. จำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

กรอบกลวิธี หรือวิธีการ

1. การวิเคราะห์ส่วนขาดของมาตรฐานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ยังไม่ได้พัฒนาและจัดลำดับความสำคัญ
2. พัฒนามาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเอาข้อมูล เพื่อค้นหาจุดอ่อน นำไปสู่การพัฒนา
3. กำหนดเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กพฉ.กำหนด
4. สนับสนุน เผยแพร่มาตรฐาน หลักเกณฑ์ เกณฑ์ และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ
5. จัดตั้งและพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
6. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินของหน่วยงานภาคีเครือข่ายเพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงทีและได้มาตรฐาน
7. พัฒนาระบบสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติการฉุกเฉิน
8. พัฒนาระบบควบคุมคุณภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยอาศัยองค์กรที่เกี่ยวข้อง
9. ประเมินรับรองคุณภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
10. ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย

งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2560	จำนวน	131,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2561	จำนวน	291,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2562	จำนวน	161,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2563	จำนวน	162,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2564	จำนวน	161,000,000	บาท

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

1. หน่วยงานหลัก
   - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
   - กระทรวงสาธารณสุข
   - โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน
   - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
   - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
   - องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
2. หน่วยงานสนับสนุน
   - กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย
   - กระทรวงกลาโหม
   - กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
   - คณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ
   - สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
   - สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด
   - หน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

รายละเอียดตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

1.1 ระดับความสำเร็จในการจัดทำมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด

- ร้อยละของมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ กพฉ.เห็นชอบและประกาศใช้/จำนวนมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่กำหนดในแผน
- ร้อยละของเกณฑ์และวิธีการปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กำหนด/จำนวนที่กำหนดในแผน

1.2 ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน

- จำนวนจังหวัดที่ได้คะแนนในระดับต่างๆ / จำนวนจังหวัดทั้งหมด x 100 เป็นการประเมินมาตรฐานเชิงโครงสร้างของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด ใน 7 ด้าน คือ โรงพยาบาล, ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด, ชุดปฏิบัติการ, ความครอบคลุมของการปฏิบัติการ, ระบบการส่งต่อผู้ป่วย, การเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติและด้านประชาชน และนำผลการประเมินทั้ง 7 ด้าน มาประมวลเป็นคะแนนของจังหวัด แล้วแบ่งจังหวัดเป็น 5 ระดับ คือระดับ 1 ดาว ถึง 5 ดาว ตามผลคะแนนที่ได้จากการประเมิน (scoring system)

ด้าน	KPI จังหวัดที่มีระบบที่ได้มาตรฐาน (7 ตัว)
1. โรงพยาบาล	1. ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานห้องฉุกเฉินตามบริบทของพื้นที่/โรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด
2. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	2. ระดับมาตรฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในจังหวัด
3. ชุดปฏิบัติการ	3. ร้อยละชุดปฏิบัติการที่ผ่านมาตรฐาน/ชุดปฏิบัติการทั้งหมดในจังหวัด
4. ความครอบคลุมของการปฏิบัติการ	4. ระดับความครอบคลุมพื้นที่ของชุดปฏิบัติการและการสื่อสารระหว่างศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการกับประชาชนและชุดปฏิบัติการ
5. การเตรียมความพร้อมรับ สาธารณภัย	5. ระดับมาตรฐานการเตรียมความพร้อมของจังหวัด
6. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล	6. ระดับมาตรฐานระบบการส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัด
7. ประชาชน	7. สัดส่วนอาสาฉุกเฉินชุมชน/ประชากร ในจังหวัด

1.3 ร้อยละของจังหวัดที่ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพ (จะมีการวัด 7 ด้าน ทั้งนี้คะแนนจะนำไปรวมกันระหว่าง 1.2 และ 1.3 เพื่อจัดลำดับชั้น)

- จำนวนจังหวัดที่ได้คะแนนในระดับต่างๆ/จำนวนจังหวัดทั้งหมด x 100 เป็นการประเมินผลคุณภาพการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของภาคส่วนต่างๆของจังหวัด ใน 7 ด้านคือ โรงพยาบาล, ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในจังหวัด, ชุดปฏิบัติการ, ความครอบคลุมของการปฏิบัติการ, การบริการในภาวะสาธารณภัย, การส่งต่อผู้ป่วย, และด้านประชาชน และนำผลการประเมินทั้ง 7 ด้านมาประมวลเป็นคะแนนของจังหวัด แล้วแบ่งจังหวัดเป็น 5 ระดับ คือระดับ 1 ดาว ถึง 5 ดาว ตามผลคะแนนที่ได้จากการประเมิน (scoring system)

ด้าน	KPI จังหวัดที่ให้บริการที่มีคุณภาพ (7 ตัว)
1. โรงพยาบาล	1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ของโรงพยาบาลแต่ละขนาด)
2. ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ	2. ระดับคุณภาพการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
3. ชุดปฏิบัติการ	3. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละระดับของชุดปฏิบัติการ
4. ความครอบคลุมของการปฏิบัติการ	4. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับบริการในเวลาที่เหมาะสม (พื้นที่ปกติ / พื้นที่พิเศษ)
5. การบริการในภาวะสาธารณภัย	5. ระดับความสำเร็จในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ (ประเมินเฉพาะจังหวัดที่ประสบภัย)
6. การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล	6. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานที่กำหนด
7. ประชาชน	7. จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นในจุดเกิดเหตุและการแจ้งเหตุจากภาคประชาชนได้อย่างเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.4 จำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับเขตและจังหวัดที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพ

- เป็นการประเมินคุณภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในภาพรวมของประเทศโดยนับจำนวนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับเขตและจังหวัดที่ได้มาตรฐานและมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

ยุทธศาสตร์
พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากร ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2

ยุทธศาสตร์ ที่ 2
พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

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

การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 และ 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 นั้น คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 11 (6) ในการออกข้อบังคับเกี่ยวกับการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) มีอำนาจหน้าที่ตามมาตรา 15 (5) ในการจัดให้มีการศึกษาฝึกอบรมการปฏิบัติการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน

แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่ผ่านมาทั้ง 2 ฉบับ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบุคลากร โดยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553 - 2555) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมศักยภาพของผู้ปฏิบัติการ (capacity building) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ส่วนแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2556 - 2559) ได้กำหนดเป้าหมายให้มีองค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่มีขีดความสามารถผลิตและพัฒนาคุณภาพผู้ปฏิบัติการอย่างเพียงพอ

บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีพัฒนาการมาเป็นลำดับพร้อมๆ กับการพัฒนาหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และระบบส่งต่อ บุคลากรที่เป็นแพทย์และพยาบาลจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสภาวิชาชีพ ส่วนบุคลากรที่เป็นผู้ปฏิบัติการจะอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการรับรององค์กรและหลักสูตรการศึกษาหรือฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการ และการให้ประกาศนียบัตรหรือเครื่องหมายวิทยฐานะแก่ผู้ผ่านการศึกษาหรือฝึกอบรม (อศป.) ซึ่งปฏิบัติหน้าที่คณะกรรมการวิชาชีพและมีอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542 โดยอนุโลม

กพฉ. ได้ประกาศเรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 ซึ่งกำหนดประเภทและระดับของประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการให้มี 2 ประเภท และ 9 ระดับ ทั้งนี้ผู้ปฏิบัติการต้องได้รับปริญญา ประกาศนียบัตร หรือผ่านการฝึกอบรมจากองค์กรที่ อศป. รับรอง และสอบผ่านการประเมินและสอบที่ อศป.กำหนด จึงจะมีสิทธิได้รับประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการ

การปฏิบัติการฉุกเฉินในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ซึ่งมีเป้าหมายให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพนั้น จากการประเมินผลแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่า การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้น แต่การแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยหมายเลข 1669 และการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินรวดเร็ว (fast track) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย สะท้อนให้เห็นว่ายังต้องเน้นการปรับปรุง

คุณภาพและมาตรฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมถึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากร และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณ

จากการสอบถามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำเร็จของการพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคิดเห็นว่าการพัฒนาบุคลากรมีความสำเร็จในระดับปานกลางได้แก่ ด้านหลักสูตรฝึกอบรมบุคลากรที่มีรูปแบบเอื้ออำนวยต่อการเข้าอบรม ($\bar{x}$ = 3.17) การมีแผนและการดำเนินการผลิตพัฒนาและธำรงรักษาบุคลากรทุกตำแหน่งในระดับจังหวัดและเขต ($\bar{x}$ = 2.93) และการมีเส้นทางอาชีพบุคลากรครอบคลุมตำแหน่งบทบาทความรับผิดชอบและสมรรถนะที่ต้องการ ($\bar{x}$ = 2.85)

การดำเนินการพัฒนาบุคลากรในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 สพฉ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาบุคลากรให้มีขีดความสามารถทั้งในด้านความรู้ ทักษะและเจตคติให้สามารถช่วยเหลือและคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนแม่บทกำลังคนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 20 ปี (พ.ศ. 2558 - 2577) ที่ กพฉ. เห็นชอบ และแผนผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ปี (2558 - 2562) ที่ อศป. เห็นชอบ

องค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ได้รับการรับรองจาก อศป. หรือสภาวิชาชีพมีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงมีศักยภาพในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสูงขึ้น

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

บุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่สิ้นแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 1 เป็นต้นมา จนถึงปัจจุบัน มีการขยายประเภทและจำนวนบุคลากร เพื่อให้สามารถรองรับการป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล และการดูแลระหว่างสถานพยาบาลในระบบส่งต่อ

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

อย่างไรก็ตาม ยังมีความจำเป็นต้องพัฒนาบุคลากร และสถาบันการศึกษาหรือฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพิ่มมากขึ้นเพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการทั้งคุณภาพและปริมาณอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างเพียงพอ
2. เพื่อให้มีการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. เพื่อให้มีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีองค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรม และมีการผลิตบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนการผลิตและพัฒนาบุคลากร
2. มีระบบการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนที่กำหนด
3. มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามแผนที่กำหนด

ตัวชี้วัด

1. ระดับความสำเร็จในการผลิตและพัฒนาบุคลากร
2. ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
3. ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กรอบกลวิธี หรือวิธีการ

1. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดของผู้ปฏิบัติการ และบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดวิธีการและเกณฑ์เกี่ยวกับการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร และการให้ประกาศนียบัตรผู้ปฏิบัติการ

3. สนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาองค์กรการศึกษาและฝึกอบรมบุคลากร

4. สนับสนุนส่งเสริมและร่วมดำเนินการธำรงรักษาบุคลากร

5. สนับสนุนส่งเสริมการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากร ร่วมกับสภา/สมาคมวิชาชีพหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2560	จำนวน	240,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2561	จำนวน	240,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2562	จำนวน	290,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2563	จำนวน	240,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2564	จำนวน	240,000,000	บาท

หน่วยงานหลัก / หน่วยงานสนับสนุน

1. หน่วยงานหลัก
   - สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
   - กระทรวงสาธารณสุข
   - กระทรวงมหาดไทย
   - กระทรวงศึกษาธิการ
   - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
   - องค์กรการศึกษาและฝึกอบรม
   - วิทยาลัยแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยและราชวิทยาลัยแพทย์เฉพาะทางในสังกัดแพทยสภา สภาการพยาบาล

2. หน่วยงานสนับสนุน
   - กระทรวงกลาโหม
   - สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (กพ.)
   - สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา, สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา
   - องค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
   - หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สภากาชาดไทย องค์กรการศึกษาและฝึกอบรมในต่างประเทศ
   - องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่ดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
     - สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย
     - สมาคมพยาบาลฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

รายละเอียดตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2.1 ระดับความสำเร็จในการผลิตและพัฒนาบุคลากร

เป็นการประเมินผลการดำเนินการผลิตและพัฒนาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินเทียบกับเป้าหมาย 5 ปี ทั้งผู้ปฏิบัติการตามประกาศ กพฉ. เรื่องการให้ประกาศนียบัตรและการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. 2554 และบุคลากรวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายการดำเนินงานภายในปี 2564 มีดังนี้

1. มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรม อฉพ. ไม่น้อยกว่า 15,000 คน
2. มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรม พฉพ. ไม่น้อยกว่า 6,000 คน
3. มีจำนวนผู้เข้าศึกษา จฉพ. ไม่น้อยกว่า 630 คน
4. มีจำนวนผู้เข้าศึกษา นฉพ. ไม่น้อยกว่า 510 คน
5. มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรมผู้ช่วยอำนวยการ ไม่น้อยกว่า 4,200 คน
6. มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรม พอป. ไม่น้อยกว่า 500 คน
7. มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรม EP, ENP, TENC ที่ได้รับการรับรองจากสภาวิชาชีพ ไม่น้อยกว่า 1,400 คน
8. สัดส่วนของผู้ปฏิบัติการที่ได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุตามแผน

   สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนผู้ปฏิบัติการที่ได้รับประกาศนียบัตรและต่ออายุ X 100}}{\text{จำนวนผู้ปฏิบัติการที่ยังคงปฏิบัติงานอยู่}}$$

หมายเหตุ อ้างอิงจากแผนพัฒนากำลังคนและมติคณะทำงานพัฒนากำลังคน

2.2 ระดับความสำเร็จในการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป็นการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายของแผนการส่งเสริมสนับสนุนการธำรงรักษาบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งด้านปฏิบัติการและบริหารจัดการ 5 ปี

เป้าหมายการดำเนินงานภายในปี 2564 ครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้

1. มีมาตรฐานกำหนดตำแหน่งผู้ปฏิบัติการ
2. มีโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังของบุคลากรที่ทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. มีระบบและกลไกเกี่ยวกับค่าตอบแทนบุคลากร
4. มีระบบและกลไกการสนับสนุนความก้าวหน้าในวิชาชีพ
5. มีระบบและกลไกการคุ้มครองผู้ปฏิบัติการ

2.3 ระดับความสำเร็จในการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป็นการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย 5 ปีของแผนการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับองค์กรวิชาชีพ

เป้าหมายการดำเนินงานภายในปี 2564 ครอบคลุมกิจกรรม ดังนี้

1. การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับแพทย์ตามแผน เช่น การประชุมวิชาการของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หลักสูตร PHTLS, หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยทางน้ำ หลักสูตรการลำเลียงทางอากาศยาน

2. การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับพยาบาลตามแผน เช่น การประชุมวิชาการประจำปีด้านการแพทย์ฉุกเฉินของพยาบาล หลักสูตร PHTLS, หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยทางน้ำ หลักสูตรการลำเลียงทางอากาศยาน หลักสูตร Triage

3. การฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้กับผู้ปฏิบัติการตามแผน เช่น การประชุมวิชาการประจำปีของผู้ปฏิบัติการทั้ง ๙ ระดับ หลักสูตร PHTLS, หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยทางน้ำ หลักสูตรการลำเลียงทางอากาศยาน หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีปัญหาสุขภาพจิต

4. การฝึกอบรมหลักสูตรสำหรับพื้นที่หรือสถานการณ์พิเศษและสาธารณภัยตามแผน (1,000 คน) อาทิ หลักสูตร ICS, หลักสูตรการช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานการณ์ 3 จังหวัดชายแดนใต้, ภัยสารเคมี, การก่อการร้าย, หลักสูตรการจัดการทางการแพทย์ในสถานการณ์สาธารณภัย, หลักสูตร ADLS

5. การฝึกอบรมหลักสูตรสำหรับผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

คำอธิบาย :

อฉพ. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
พฉพ. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
จฉพ. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
นฉพ. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
พรจ. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับพนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน
ผปป. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน
ผจป. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับผู้จ่ายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน
ผกป. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน
พอป. หมายถึง ผู้ได้รับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน
EP (Emergency Physician) หมายถึง แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
ENP (Emergency Nurse Practitioner) หมายถึง พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน
TENC (Trauma Emergency Nurse Coordinator) หมายถึง พยาบาลผู้จัดการระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ

ยุทธศาสตร์ 3
พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ ที่ 3
พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

หลักการและเหตุผล

พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และให้มี สพฉ. ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินงานเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม และต้องดำเนินการอย่างเป็น “ระบบ” ซึ่งหมายถึง การจัดการหรือการดำเนินงานที่เกิดขึ้นมาจากหน่วยงานย่อย องค์ประกอบย่อย หรือกลไกย่อยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อกันและทำหน้าที่ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

ตามความหมายของ “การแพทย์ฉุกเฉิน” ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 กับคำว่า “ระบบ” ดังที่กล่าวข้างต้น จึงอาจมีความหมายว่า การจัดการและดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน อันได้แก่ การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวินิจฉัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน โดยมี สพฉ. เป็นหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการประสานความร่วมมือกับกลไกหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉิน เข้าด้วยกันเพื่อสร้างเสริมพลังร่วมกันในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของหน่วยงานภายในสถาบันและภาคีเครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ เพื่อไปสู่เป้าหมายสำคัญ นั้นก็คือ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่อยู่ในประเทศไทยได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ร่วมกันต่อไปที่ผ่านมา สพฉ. ได้พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งภายในสถาบัน และภาคี เครือข่ายทั้งองค์กรภายในประเทศ และระหว่างประเทศ มีการดำเนินงานดังการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 แต่ยังพบความท้าทายที่จะต้องพัฒนาให้มากขึ้น ดังนี้

ด้านการเงินการคลัง

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในแผนหลักฯ 1 และ 2 สพฉ.ได้ดำเนินการในการจัดหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมในการสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสามารถเพิ่มงบประมาณเข้าสู่ระบบได้ เพียงร้อยละ 0.12 % เมื่อเทียบกับงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงบประมาณ ในขณะที่งบประมาณที่ต้องใช้เพื่อการพัฒนาระบบและจ่ายค่าชดเชยการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยมีการปฏิบัติการเพิ่มขึ้นทุกปีไม่น้อยกว่าปีละ 15-20 % (ปี 57 = 1.27 ล้านครั้ง ปี 58 = 1.36 ล้านครั้ง) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดหาแหล่งงบประมาณที่เหมาะสมและยั่งยืนจากภาคส่วนต่างๆ เช่น อปท.,กองทุนต่างๆ, ภาคประชาชน, เอกชน ที่ต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ด้านกฎหมาย

ที่ผ่านมา ได้มีการจัดทำระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ตาม พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้มากพอสมควร แต่ยังขาดระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมาย สำคัญบางอย่าง อาทิเช่น ระเบียบ, ข้อบังคับและ

กฎหมายที่ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเข้าร่วมจัดระบบและให้การสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกฎระเบียบของ อปท.ยังมีความไม่ชัดเจนที่จะเอื้อให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่ได้ เป็นต้น นอกจากนั้น ระเบียบ, ข้อบังคับและกฎหมายบางอย่างที่ออกมาแล้ว ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเป็นรูปธรรม เนื่องจากไม่มีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจำเป็นต้องจัดทำร่วมกับหน่วยงานผู้รับผิดชอบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี พ.ร.บ.สถานพยาบาล, แพทยสภา ซึ่งมีพรบ.ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีกฎหมายต่างๆ ในการควบคุมการจราจร เป็นต้น

ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่นั้น จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อให้มีข้อมูลในการวิเคราะห์วางแผนและประเมินผลการพัฒนาในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ที่ผ่านมา สพฉ. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากระบบศูนย์นเรนทรเดิม ตั้งแต่ปี 2549 – 2553 และเก็บข้อมูลจากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS ตั้งแต่ปี 2554 จนถึงปัจจุบัน โดยสพฉ.ได้ทำการสรุปและนำเสนอข้อมูลรอบรายเดือน สำหรับให้ทุกจังหวัดสามารถนำไปใช้งานได้ แต่พบว่าในบางครั้งข้อมูลที่นำเสนอนั้นอาจไม่สามารถตอบสนองกับความต้องการในบริบทของจังหวัดในทุกด้านได้ จึงควรพัฒนาให้ทุกจังหวัดสามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเอง ด้วยการสร้างสารสนเทศสำเร็จรูป เพื่อให้จังหวัดสามารถนำไปปรับใช้งานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างง่าย สะดวกและรวดเร็ว โดยเน้นให้จังหวัดมีส่วนร่วมในการสร้างรายงาน และพัฒนาระบบรายงานเพื่อการใช้งานได้ด้วยตนเองต่อไป

ด้านงานวิจัยและจัดการความรู้

การพัฒนางานวิจัยและวิชาการเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินในทุกๆ ด้าน ซึ่งที่ผ่านมามีการดำเนินงานในวงจำกัด มีการพัฒนางานวิชาการและมีผลงานวิจัยพอสมควร แต่ส่วนใหญ่เป็นประเด็นการวิจัยในระดับพื้นที่ ขาดการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบอันจะนำไปสู่การพัฒนางานวิชาการและการกำหนดโจทย์วิจัยเชิงระบบเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กำหนดในแผนหลักฯ อีกทั้งขาดเครือข่ายนักวิจัยทางการแพทย์ฉุกเฉินและการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จึงสมควรให้มีการพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมประเด็นสำคัญอันสอดคล้องกับสภาพปัญหา, สถานการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ และเชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายระดับชาติ โดยมีการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังให้มีงบประมาณเพียงพอต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

2. เพื่อพัฒนา ระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ให้สนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม

3. เพื่อส่งเสริมและพัฒนาการใช้สารสนเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4. เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมและยั่งยืน

2. มีระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วนและมีแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่เหมาะสม

3. มีการใช้สารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ของการแพทย์ฉุกเฉินในด้านการบริหาร บริการและการติดตามประเมินผล

4. มีการผลิตและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม นำไปสู่การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด

3. จำนวนจังหวัดที่สามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

4. จำนวนผลงานวิจัย, วิชาการหรือนวัตกรรมที่จัดทำเพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

กรอบกลวิธี หรือวิธีการ

1. ด้านการเงินการคลัง

1.1 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาปรับปรุงแก้ไขกฎ ระเบียบต่างๆ เพื่อให้สามารถสนับสนุนงบประมาณในการให้บริการและการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างต่อเนื่อง

1.2 สร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานของรัฐ เอกชน อปท.ตลอดจนภาคประชาชนเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมให้การสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. ด้านกฎหมาย

2.1 วิเคราะห์และจัดทำแผนในการพัฒนา ปรับปรุง ระเบียบ,ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ ให้สามารถสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเพียงพอและมีการบังคับใช้ได้อย่างเหมาะสม

2.3 ประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อดำเนินการตามแผนที่กำหนด

3. ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

3.1 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลตนเองและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชนได้อย่างเหมาะสม

3.2 พัฒนาระบบสารสนเทศให้มีความถูกต้องเพียงพอและมีความปลอดภัยตามมาตรฐานสากล

3.3 สนับสนุนให้จังหวัดสามารถพัฒนาสารสนเทศที่เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านงานวิจัยและจัดการความรู้

4.1 วิเคราะห์ช่องว่างระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ต้องการสนับสนุนข้อมูลจากงานวิจัย/การจัดการความรู้และกำหนดกรอบ ทิศทางงานวิจัยโดยเชื่อมโยงกับนโยบายประเทศ

4.2 ดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ครอบคลุมประเด็นนโยบายเร่งด่วนของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติที่เชื่อมโยงกับทิศทางนโยบายระดับชาติ โดยมีการบริหารจัดการงานวิจัยที่มีประสิทธิภาพ

4.3 จัดการและรวบรวมองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในสถาบัน และองค์ความรู้จากภายนอก พร้อมทั้งผลักดันให้มีการใช้องค์ความรู้เหล่านั้น โดยทำการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการและนวัตกรรม

งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2560	จำนวน	40,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2561	จำนวน	40,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2462	จำนวน	40,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2563	จำนวน	40,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2564	จำนวน	40,000,000 บาท

หน่วยงานหลัก/หน่วยงานสนับสนุน

1. หน่วยงานหลัก

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน ทุกระดับ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

2. หน่วยงานสนับสนุน

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
กระทรวงมหาดไทย /กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น
กระทรวงการคลัง/กรมบัญชีกลาง
สำนักงบประมาณ
กระทรวงยุติธรรม/สำนักงานอัยการสูงสุด
สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน
กระทรวงกลาโหม
กระทรวงศึกษาธิการ
กองทุนและระบบประกันสุขภาพต่างๆ

รายละเอียดตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3.1 จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจากแหล่งงบประมาณที่สำคัญ เช่น
  1. งบประมาณที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้รับจัดสรรประจำปีงบประมาณ
  2. งบประมาณด้านการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามแผนดำเนินงานของ อปท.)
  3. งบประมาณจากองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่ร่วมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน
  4. งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข
  5. งบประมาณจากกองทุนต่างๆ

3.2 ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ปรับปรุง ระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายต่างๆ รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ที่จำเป็นในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทียบกับแผนที่กำหนด

- จำนวนระเบียบ,ข้อบังคับ,กฎหมาย และแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ ที่กำหนดในแผนและมีการประกาศใช้/จำนวนระเบียบ,ข้อบังคับ,กฎหมายและแนวทางปฏิบัติในการบังคับใช้ ที่กำหนดในแผนทั้งหมด x 100

3.3 จำนวนจังหวัดที่สามารถสร้างสารสนเทศเพื่อการใช้งานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

- จำนวนจังหวัดที่สามารถนำข้อมูลในระบบสารสนเทศไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

3.4 จำนวนผลงานวิจัย, วิชาการหรือนวัตกรรมที่จัดทำเพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

งานวิจัย หมายถึง การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบตามระเบียบวิธีวิจัย เพื่อได้ความรู้ วิธี กระบวนการ นวัตกรรม เผยแพร่สู่การพัฒนาหรือกำหนดนโยบายระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

งานวิชาการ หมายถึง เอกสารทางวิชาการ บทความ ตำรา หนังสือ/คู่มือ และรายงานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

นวัตกรรม หมายถึง การคิด พัฒนาและใช้แนวคิด กระบวนการหรือสิ่งประดิษฐ์ขึ้นมาใหม่ หรือพัฒนาดัดแปลงจากของเดิมเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน นำมาพัฒนาการจัดระบบบริหารและบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อได้ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ช่วยประหยัดเวลา แรงงานหรืองบประมาณได้

การเผยแพร่และนำไปใช้ตามเกณฑ์ หมายถึง การเผยแพร่ข้อมูลผลงานวิจัย/วิชาการ นวัตกรรมเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่านการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ และถ่ายทอดสู่ผู้บริหาร และ/หรือ สังคมในรูปแบบหรือช่องทางต่างๆ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวาง ตามที่ระบุในผลงานเหล่านั้น

ยุทธศาสตร์ 4
พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ ที่ 4
พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

หลักการและเหตุผล

เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 ที่มีเป้าหมายการลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ในด้านการบริการสังคมมีคุณภาพและการกระจายอย่างทั่วถึงและการพัฒนาด้านสุขภาพ รวมทั้งให้สอดรับกับแผนป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน กลยุทธที่ 2 การพัฒนาระบบ/เครื่องมือสนับสนุนการเผชิญเหตุการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย กลยุทธที่ 3 เสริมสร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านสาธารณภัยของประเทศ และกลยุทธที่ 4 ส่งเสริมบทบาทความเป็นประเทศแกนนำด้านการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาประเทศตามแผนดังกล่าว

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหลังจากมีพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งจากในประเทศและต่างประเทศแต่อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน หรือการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล (Pre – hospital care) ยังคงต้องมีการพัฒนาทั้งในด้านมาตรฐานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ที่ในปัจจุบันพบว่าในแต่ละจังหวัดมีการบริหารจัดการค่อนข้างแตกต่างกัน ประกอบกับแนวโน้มของปริมาณงานจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจากผลกระทบที่ประชาชนมีการรับรู้และแจ้งขอความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น และการพัฒนาชุดปฏิบัติการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั้งพื้นที่ปกติทั่วไป และพื้นที่พิเศษ ที่เข้าถึงยากหรือพื้นที่เฉพาะ ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มมากขึ้นตามเจตนารมย์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พศ. 2551 ในมาตรา 33 วรรค 2 การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล (In hospital care) ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 1 - 2 มีการดำเนินงานในส่วนนี้น้อยมาก ซึ่งโรงพยาบาลทั้งภาครัฐ และเอกชน จะต้องมาร่วมมือกันพัฒนาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ยังไม่พ้นภาวะวิกฤติระหว่างโรงพยาบาล (Inter –hospital care) การดำเนินงานที่ผ่านมามีการกำหนดมาตรฐานของรถปฏิบัติการ และมาตรฐานผู้ปฏิบัติการประจำรถ การฝึกอบรมพนักงานขับรถให้มีการขับขี่อย่างปลอดภัย แต่ยังมีประเด็นงานที่สำคัญอีกมากที่จะต้องดำเนินการให้ต่อเนื่องในแผนหลัก 3 และการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์เกิดภัยพิบัติ ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้รับความร่วมมือจากองค์กร หน่วยงานทุกภาคส่วน ทั้งในและต่างประเทศ แต่ยังคงไม่เพียงพอเนื่องจาก ในกลุ่มประเทศอาเซียน มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีระดับคุณภาพและมาตรฐานที่แตกต่างกัน จำเป็นจะต้องมีการส่งเสริม พัฒนาและมีการประสานความร่วมมือให้ทุกประเทศในอาเซียนมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนทั้งคนไทยและต่างชาติได้รับการดูแลด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่ดีในทุกพื้นที่และทุกประเทศกลุ่มอาเซียน ซึ่งการดำเนินดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งจากในประเทศและต่างประเทศอีกมาก

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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชน ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่
3. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในการสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย
4. เพื่อให้ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนผลักดันการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. เพื่อให้เกิดความร่วมมือกับต่างประเทศในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. มีระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพ
2. มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่น
3. มีระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย
4. ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. มีการประสานความร่วมมือระดับประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

1. จำนวนจังหวัดที่มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

4. ระดับความสำเร็จของภาคีภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน
5. ระดับความสำเร็จในการประสานความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

กรอบกลวิธี หรือวิธีการ

1. พัฒนาให้มีโครงสร้างและระบบการจัดการในชุมชน ในการตระหนักรู้ การป้องกันภาวะฉุกเฉิน
2. กำหนดมาตรการสนับสนุนทางการเงิน มาตรการทางกฎหมายและสนับสนุนระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนในด้านการป้องกันภาวะฉุกเฉินและการแจ้งเหตุฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงประเภทของกลุ่มผู้ป่วย ประเภทของกลุ่มอาการฉุกเฉิน รวมถึงผู้ป่วยฉุกเฉินในเขตพื้นที่หรือภูมิประเทศที่ไม่มีผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลเพียงพอ
3. ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นและพื้นที่ โดยให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด/กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด โดยให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
4. มีมาตรการทางกฎหมาย มาตรการสนับสนุนทางการเงินและสนับสนุนระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เป็นภารกิจบริการสาธารณะที่ต้องให้บริการแก่ประชาชน
5. ผลักดันให้องค์กรภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศ ในด้านการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ
6. ส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานพยาบาล หน่วยปฏิบัติการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างทั่วถึงและได้มาตรฐาน
7. จัดให้มีศูนย์ประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ เพื่อดำเนินงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยให้มีศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับเขตและระดับประเทศ
8. ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับอาเซียนและนานาชาติ โดยการมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการประสานความร่วมมือกับองค์กร/หน่วยงานระหว่างประเทศ
9. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาระบบการประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศในกรณีภัยพิบัติหรือสาธารณภัย

งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2560	จำนวน	60,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2561	จำนวน	60,000,000 บาท

ปีงบประมาณ 2562	จำนวน	60,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2563	จำนวน	60,000,000 บาท
ปีงบประมาณ 2564	จำนวน	60,000,000 บาท

หน่วยงานหลัก

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, กระทรวงมหาดไทย, กระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานสนับสนุน

กระทรวงศึกษาธิการ	กระทรวงกลาโหม	กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
กระทรวงแรงงาน	กระทรวงการต่างประเทศ	กระทรวงการคลัง
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	กรุงเทพมหานคร	เมืองพัทยา
ทบวงมหาวิทยาลัย	องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร	
บริษัทกลาง	บริษัทเอกชน	

ฯลฯ

รายละเอียดตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ

4.1 จำนวนจังหวัดที่มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

- นับจำนวนจังหวัดที่มีระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

นิยาม : ระบบประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องมีองค์ประกอบดังนี้

1. มีหน่วยจัดการที่มีขีดความสามารถและมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
2. มีการประชุมร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องในจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ
3. มีแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด
4. มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด
5. การประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน

นิยาม : หน่วยงานภาครัฐและเอกชน หมายรวมถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรและหน่วยงานภาคเอกชน

: หน่วยจัดการ คือ ศูนย์ องค์กร คณะกรรมการ หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่น ที่สามารถดำเนินการผลักดันให้เครือข่ายในจังหวัดมาร่วมดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามนิยาม 4 ข้อ ที่ประกอบขึ้นด้วยหลายภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมกันในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

4.2 จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในท้องถิ่นตามเกณฑ์ที่กำหนด

นิยาม

- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ) กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น

นิยาม

1. การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดย เทศบาลนคร /เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล/ อบต. ได้แก่

1.1 ต้องจัดให้มีการปฏิบัติฉุกเฉินครอบคลุมในพื้นที่ของตนโดยอาจมีการดำเนินการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อให้บริการประชาชนด้านการแพทยฉุกเฉินในพื้นที่ หรือมีการจัดทำข้อตกลงกับองค์กรหน่วยงานอื่นให้มาจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ก็ได้

1.2 ควรมีการจัดหา สนับสนุน ยานพาหนะ หรืออุปกรณ์เพื่อการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่องค์กร หน่วยงานต่างๆในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาล มูลนิธิเอกชน อปท.อื่นๆ เป็นต้น

1.3 ควรมีการสนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรอื่นๆ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

2. การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดย องค์การบริหารส่วนจังหวัด ได้แก่

2.1 ต้องจัดหรือสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการฉุกเฉินครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด โดยอาจทำข้อหนึ่งข้อใดดังต่อไปนี้

1) มีการดำเนินการจัดชุดปฏิบัติการฉุกเฉินและให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนในพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2) มีการจัดซื้อหรือเช่ารถ สนับสนุนให้แก่องค์กร หน่วยงานอื่นๆเพื่อการปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด

2.2 ต้องมีการสนับสนุนงบประมาณ หรือทรัพยากรอื่นๆ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ที่ครอบคลุมทั้งจังหวัดรวมทั้งสนับสนุนความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

2.3 ควรมีการจัดตั้งและดำเนินการหน่วยปฏิบัติการด้านอำนวยการ เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

3. การดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินโดยกรุงเทพมหานคร หมายถึง มีการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.3 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย

สูตรคำนวณ: $\frac{\text{ผลรวมระดับคะแนนจากทุกระบบที่ต้องพัฒนา X 100}}{\text{(จำนวนระบบที่ต้องพัฒนา x 5)}}$

นิยาม: ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน คือระบบการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งรัฐและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อจัดหาทรัพยากรหรือให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ แก่หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่หน่วยงานนั้นร้องขอการสนับสนุน

- ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนทีมปฏิบัติการประเภทต่างๆ
- ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการทางอากาศและทางน้ำ
- ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร
- ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก
- ระบบประสานงานเพื่อสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการปฏิบัติการ เช่น ยา,เวชภัณฑ์,เครื่องมือแพทย์ ตลอดจนวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ

ในแต่ละระบบมีระดับคะแนนตามขั้นตอนดำเนินการดังนี้

- ระดับ 1 ผ่านขั้นตอนที่ 1 การออกแบบระบบและกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ระดับ 2 ผ่านขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็น
- ระดับ 3 ผ่านขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติหรือฝึกซ้อมปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดในขั้นตอนที่1
- ระดับ 4 ผ่านขั้นตอนที่ 4 การทบทวนและวิเคราะห์ผลการปฏิบัติหรือการฝึกซ้อม
- ระดับ 5 ผ่านขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาปรับปรุงระบบตามผลการทบทวนและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง

4.4 ระดับความสำเร็จในการประสานความร่วมมือระดับประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ

- เป็นการประเมินผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมาย 5 ปี ในด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านความร่วมมือกับประชาคมอาเซียน

- มีเครือข่ายผู้รับผิดชอบระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศต่างๆในอาเซียน โดยมีการประชุมร่วมกันอย่างน้อยปีละ1ครั้ง
- มีมาตรฐานทีมปฏิบัติการในภาวะภัยพิบัติของอาเซียน
- มีแนวทางประสานงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติของอาเซียน
- มีการจัดฝึกอบรมความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประเทศในกลุ่มอาเซียนที่ต้องการ

ด้านวิชาการ

- มีการแลกเปลี่ยนความรู้วิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประเทศ

ด้านภัยพิบัติ

- มีแนวทางปฏิบัติในการให้ความช่วยเหลือส่งทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไปต่างประเทศ
- มีแนวทางปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือรับทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจากต่างประเทศ

4.5 ระดับความสำเร็จของภาคีภาคประชาชนในการมีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับที่ 1 มีการจัดตั้งคณะทำงานเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระดับที่ 2 ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมนำเสนอระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อกำหนดนโยบาย มาตรฐาน หลักเกณฑ์ วิธีปฏิบัติ

ระดับที่ 3 ภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉิน

นิยาม

การแพทย์ฉุกเฉิน คือ การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

ภาคีภาคประชาชน เช่น มูลนิธิและองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร จิตอาสา ชุมชน กลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัคร หมู่บ้าน วัด โรงเรียน โรงงาน โรงแรม เครือข่ายครอบครัว เด็กและเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ สื่อมวลชน กลุ่มประชาชนที่ขับเคลื่อนเฉพาะประเด็น

ยุทธศาสตร์
การสื่อสารสาธารณะ
ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

5

ยุทธศาสตร์ ที่ 5
การสื่อสารสาธารณะในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยได้พัฒนาไปอย่างก้าวหน้าในด้านการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในด้านสาธารณสุข โดยประชาชนต้องได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงการให้บริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนการที่ประชาชนจะสามารถมีส่วนร่วม ในการผลักดัน เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพของบริการ และการสร้างความเท่าเทียมและเป็นธรรมในการได้รับบริการสุขภาพของผู้ที่มีสิทธิอยู่ในหลักประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน

จากเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำเป็นที่จะต้องได้รับประเมินและการรักษา จากการปฏิบัติการฉุกเฉินอย่างทันท่วงที รวมไปถึงการที่กำหนดให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมีหน้าที่ในการเผยแพร่ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

แม้การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นทุกปีโดยปี 2556 จำนวน 1,227,336 ราย ปี 2557 จำนวน 1,279,913 ราย และปี 2558 จำนวน 1,366,019 ราย เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบการปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยระหว่างปี 2559 กับปี 2558 พบว่า การปฏิบัติการฉุกเฉินช่วยเหลือผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 138,683 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.30 สำหรับ การแจ้งเหตุเพื่อการขอรับความช่วยเหลือและคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669 ในปี 2557 - 2558 แม้พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2557 ร้อยละ 75.82 และปี 2558 ร้อยละ 77.87 แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ปี 2557 ร้อยละ 14.85 และปี 2558 ร้อยละ 13.25 (เป้าหมายร้อยละ 19) และยังมีความแตกต่างกันมากของแต่ละจังหวัดด้วย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน และดำเนินการตามกลยุทธ์ ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลขฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น ตลอดจนตระหนักถึงสิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา และผลักดันให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิและหน้าที่ในด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย
2. เพื่อให้ประชาชนตระหนักรู้ภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือและการอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย

1. ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม
2. ประชาชนมีความรู้เบื้องต้นและสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถขอความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด

1. ระดับการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน
2. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือการอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

กรอบกลวิธี หรือวิธีทำงาน

1. มีการจัดทำแผนการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย
2. ผลิตเนื้อหาความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการเพื่อเผยแพร่ผ่านสื่อสาธารณะช่องทางต่างๆ
3. สร้างเครือข่ายสื่อมวลชนเพื่อกระจายความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
4. จัดทำฐานข้อมูลประชาชนกลุ่มเป้าหมายและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
5. ส่งเสริมและสนับสนุนด้วยการประชาสัมพันธ์ หรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งให้ประชาชนและครัวเรือนเข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ ในการป้องกัน ตระหนักรู้ เตรียมพร้อม สามารถให้การปฐมพยาบาลช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) เบื้องต้นและแจ้งเหตุฉุกเฉินได้
6. พัฒนาหลักสูตรความรู้พื้นฐานการบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชน
7. จัดอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับกลุ่มเป้าหมาย
8. กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

งบประมาณ

ปีงบประมาณ 2560	จำนวน	40,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2561	จำนวน	40,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2462	จำนวน	40,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2563	จำนวน	40,000,000	บาท
ปีงบประมาณ 2564	จำนวน	40,000,000	บาท

หน่วยงานหลัก /หน่วยงานสนับสนุน

หน่วยงานหลัก

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

หน่วยงานสนับสนุน

กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงศึกษาธิการ

กระทรวงมหาดไทย

กรมประชาสัมพันธ์

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รายละเอียดตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างเสริมการป้องกัน ดูแลและใช้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

5.1 ระดับการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

1. จำนวนครั้งของการโทรแจ้งเหตุหรือขอรับคำปรึกษาของประชาชนผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669
2. จำนวนครั้งของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินที่จุดเกิดเหตุของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านระบบศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
3. สัดส่วนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน / ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาห้องฉุกเฉินทั้งหมด
4. สัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน / ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาห้องฉุกเฉินทั้งหมด

5.2 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สูตรคำนวน : จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น การขอความช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน / จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมาย x 100

: ใช้ข้อมูลจากผลการสำรวจ ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย

นิยาม

(ก) ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

- กลุ่มเป้าหมายทั่วไป ประกอบด้วย ประชาชนทั่วไป
- กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประกอบด้วย บุคคลผู้ดูแลผู้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ และกลุ่มผู้ให้บริการในสถานที่สาธารณะ

(ข) ความรู้เบื้องต้นในการดูแลตนเองและผู้อื่น หมายถึง ความรู้เบื้องต้นที่ผ่านความเห็นชอบโดยนักวิชาการหรือคณะกรรมการ/คณะทำงานที่มีประสบการณ์ทางด้านการแพทย์ฉุกเฉินและทางด้านการศึกษาทั้งในด้านการป้องกันและการปฐมพยาบาลเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

(ค) การขอความช่วยเหลือ หมายถึง การขอความช่วยเหลือเมื่อเผชิญภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินหรือเมื่อต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยแจ้งผ่านหมายเลขฉุกเฉิน 1669

(ง) การอำนวยความสะดวกต่อการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตัวอย่างเช่น การหลบรถเพื่อหลีกทางให้รถพยาบาลฉุกเฉิน,การอำนวยความสะดวกให้แก่ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินในระหว่างให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

บทบาทและกลไกการทำงานของภาคีที่เกี่ยวข้อง

บริบทของประเทศไทย ช่วง 5 ปีของการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากประเทศที่กำลังพัฒนาก้าวกระโดดขึ้นไปสู่การเป็นประเทศที่พัฒนา ทำให้ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักฉบับนี้ มุ่งให้ความสำคัญต่อบทบาทของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นในทุกพื้นที่ให้สามารถตัดสินใจและจัดการดูแลตนเองและคนในพื้นที่ของตนได้ โดยมีหน่วยงานของภาครัฐทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ชี้แนะและกำกับในภาพรวม ดังนั้น บทบาทและกลไกการทำงานของภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนแผนหลักให้บรรลุ จึงมีดังนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง มีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นแกนนำในการทำให้เกิดหน่วยจัดการในส่วนของจังหวัดและส่วนของชุมชน โดยมีการบูรณาการงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเข้ากับงานอื่นที่มีความเกี่ยวเนื่องกัน เช่น งานควบคุมป้องกันและบรรเทาทั้งโรคและภัยอันตราย และควรมีการเสริมสร้างให้หน่วยจัดการในพื้นที่ มีขีดความสามารถในทุกด้านที่จำเป็นสำหรับการจัดการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผลอย่างยั่งยืน โดย

1) ประสานความเข้าใจและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ในการผลักดันจังหวัดและท้องถิ่นให้สามารถรับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

2) กำหนดนโยบาย ระเบียบที่เอื้อต่อการปฏิบัติของหน่วยงานในจังหวัดและท้องถิ่น เช่นการใช้งบประมาณของท้องถิ่นในงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นโยบายด้านภาษี เงินบริจาคในงานการแพทย์ฉุกเฉิน การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งข้าราชการ ลูกจ้างและอาสาสมัคร

3) พัฒนาองค์ความรู้ มาตรฐานกลาง และคู่มือ ที่สามารถนำไปประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของพื้นที่ต่างๆได้

4) จัดสร้างเครือข่ายที่ทำหน้าที่เสริมสร้างความรู้และทักษะโดยวิธีการที่หลากหลาย ที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยจัดการส่วนจังหวัดและส่วนชุมชน ทั้งในด้านเทคนิคบริการ ด้านการระดมทุนและทรัพยากร และด้านการจัดการระบบ

5) มีการสื่อสารสาธารณะในส่วนกลางเพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน สนับสนุนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

6) สนับสนุนการนำเทคโนโลยีด้านต่างๆเข้าสู่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเสริมการปฏิบัติงานด้านต่างๆ

7) สนับสนุนรูปแบบการจัดการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ที่มุ่งไปสู่ภาพอนาคตของการจัดการที่ยั่งยืน เป็นธรรมและมุ่งผลลัพธ์ปลายทาง

2. หน่วยจัดการในระดับจังหวัด มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือโรงพยาบาลเป็นตัวแทนของรัฐในด้านการป้องกัน รักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนในจังหวัด และมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเป็นตัวแทนของรัฐในด้านการป้องกันบรรเทาสาธารณภัย ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นตัวแทนและเป็นตัวเชื่อมประสานองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นในทุกพื้นที่ของจังหวัดเพื่อการดูแลทุกข์สุขของประชาชน

ดังนั้น ทั้งสามหน่วยงานจึงเหมาะสมที่จะเป็นแกนนำด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด โดยเป็นคณะทำงานและเลขานุการร่วมของฝ่ายอำนวยการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด เพื่อเชื่อมประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

นอกจากนี้ ทั้งสามหน่วยงานควรทำหน้าที่เป็นฝ่ายบริหารที่รับผิดชอบในแต่ละส่วนของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่หน่วยงานทั้งสามเกี่ยวข้อง เพื่อจัดการให้เกิดปฏิบัติการตามมาตรฐานได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ของจังหวัดโดยทำหน้าที่

1) ประสานเชื่อมโยงหน่วยจัดการของท้องถิ่นชุมชนต่างๆ และการเชื่อมโยงกับจังหวัดใกล้เคียงในการใช้ทรัพยากรและการปฏิบัติการ ให้สามารถช่วยเหลือประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

2) เสริมสร้างขีดความสามารถด้านการเงินและทรัพยากร ด้านเทคนิคบริการ ด้านการบริหารระบบให้แก่ อบต. เทศบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด

3) ทำการสื่อสารสาธารณะในพื้นที่ เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน สนับสนุนงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

3. หน่วยจัดการในระดับชุมชน อบต. หรือ เทศบาล ควรบริหารจัดการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งการป้องกัน การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่และการนำส่งโรงพยาบาล ตามที่ได้รับการเสริมสร้างขีดความสามารถจากส่วนจังหวัดและส่วนกลาง เพื่อให้เกิดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พึงประสงค์ของชุมชน โดยมุ่งผลปลายทางอย่างยั่งยืน

4. หน่วยจัดการในระดับองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้มีระบบประสานงานและเกิดความร่วมมือกันของหน่วยงานและองค์กรระหว่างประเทศในด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยโดยมุ่งสู่ผลลัพธ์ร่วมกัน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักและมีหน่วยงานจากภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้องร่วมสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

1) จัดประชุมร่วมกับเครือข่ายองค์กรระหว่างประเทศที่รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศต่าง ๆ ในอาเซียน

2) จัดทำมาตรฐานทีมปฏิบัติการในภาวะภัยพิบัติของอาเซียน

3) จัดทำแนวทางประสานงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติของอาเซียน

4) จัดฝึกอบรมความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประเทศในกลุ่มอาเซียนที่ต้องการ

5) ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้วิชาการด้านการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประเทศ

การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อให้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 -2564 บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และมูลนิธิต่าง ๆ ร่วมดำเนินการ กลไกการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือในการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การจัดทำแผนงานโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

1. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในสาระสำคัญของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ผ่านการจัดเวทีสื่อสารทำความเข้าใจลำดับความสำคัญประเด็นและมาตรการที่หน่วยงานมีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อนำไปดำเนินการตามบริบทของพื้นที่ พร้อมกำหนดแนวทางในการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องให้มีความพร้อมและมีส่วนร่วมในการแปลงยุทธศาสตร์เพื่อให้มีทิศทางจุดมุ่งหมายที่สอดคล้องและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2. ประสานกับองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารทำความเข้าใจและร่วมพิจารณาบทบาทอำนาจหน้าที่ ภารกิจและความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานและองค์กรในประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์และกรอบกลวิธีหรือวิธีการในแผนหลักเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในทางปฏิบัติ

3. สร้างความเชื่อมโยงประเด็นยุทธศาสตร์ในแผนหลักและกรอบกลวิธีหรือวิธีการที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์แผนปฏิบัติการของหน่วยงานและองค์กรเพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนปฏิบัติงาน แผนคำของบประมาณและแผนระดับอื่น เช่น แผนการลงทุน แผนการผลิตบุคลากร แผนการฝึกอบรม เป็นต้น โดยกำหนดเจ้าภาพที่จะรับผิดชอบตามประเด็นยุทธศาสตร์หรือกรอบกลวิธีหรือวิธีการเพื่อถ่ายทอดหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินงาน

4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลโดยทุกหน่วยงานและองค์กรสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลซึ่งกันและกัน

5. แต่ละหน่วยงานและองค์กรมีการมอบหมายให้มีหน่วยงานทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการกำกับติดตามการดำเนินงานภายใต้แผนหลักเพื่อให้การขับเคลื่อนงานมีความสอดคล้องกันและบรรลุผลตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่กำหนด

6. จัดให้มีกลไกการติดตามประเมินผลโดยการตั้งคณะกรรมการกำกับทิศทางการขับเคลื่อนภายใต้แผนหลักเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานและการอภิบาลระบบเพื่อความก้าวหน้าและนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปพัฒนาสู่ความยั่งยืนต่อไป

การติดตามประเมินผล

เพื่อให้มีข้อมูลสำหรับติดตามกำกับผลการดำเนินงานของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ในช่วง 5 ปีว่าบรรลุผลตามเป้าประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่แสดงความสำเร็จหรือล้มเหลวในแต่ละช่วงเวลาของแผน อันจะเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น จึงได้กำหนดขอบเขตและแนวทางการดำเนินงานติดตามประเมินผล ดังนี้

1. การติดตามระดับผลกระทบและผลลัพธ์ปลายทาง เช่น อัตราตายและอัตราพิการจากภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรคและภัย แม้ว่าในแผนหลักไม่ได้กำหนดเป้าหมายไว้ก็ตาม แต่การติดตามผลปลายทางเหล่านี้จะช่วยให้ทราบสถานการณ์และสามารถวิเคราะห์หาสาเหตุว่า ทำไมอัตราตายและอัตราพิการจากภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรคและภัยถึงไม่ลดลง เป็นเพราะทำตามแผนหลักไม่ได้ตามเป้าหมายหรือทำตามแผนหลักได้ตามเป้าหมายทุกอย่างแต่ไม่ส่งผลถึงปลายทาง ซึ่งเรียกสถานการณ์นี้ว่า การดำเนินงานบรรลุยุทธศาสตร์แต่ไร้ผล

2. การติดตามประเมินระดับตัวชี้วัดในแผนหลัก จะมีการดำเนินการต่อเนื่องจากที่เขียนไว้ในแผนหลักดังนี้

2.1 การจัดทำคำอธิบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับตัวชี้วัดให้ชัดเจน เพื่อให้การจัดทำแผนงานโครงการสอดคล้องกับตัวชี้วัดเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ได้จริง

2.2 การจัดทำคู่มือ เครื่องมือสำหรับผู้ที่จะต้องทำการเก็บข้อมูล ผู้ประเมิน

2.3 การเตรียมความรู้ความเข้าใจของผู้เก็บข้อมูล ผู้ประเมิน และรวมถึงผู้ตรวจสอบกำกับระบบการประเมินเพื่อให้เกิดคุณภาพมุ่งสู่ผลลัพธ์ได้อย่างแท้จริง

3. สร้างความเชื่อมโยงระดับชั้นของตัวชี้วัดว่า อะไรมาก่อนมาหลัง หรืออะไรเป็นเหตุของอะไร กล่าวคือ การสร้างหรือเตรียมปัจจัยนำเข้าเช่น การสร้างองค์ความรู้ การพัฒนากำลังคน ต้องมาก่อนการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และผลที่เกิดจากความช่วยเหลือตามมาเป็นอันดับถัดไป การจัดทำระดับชั้นของตัวชี้วัดไว้แต่ต้นจะเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ว่าความสำเร็จหรือล้มเหลวเกิดจากชั้นใด

4. จัดทำแผนการดำเนินการติดตามประเมินผล

5. ตรวจสอบระบบการติดตามประเมิน โดยแต่งตั้งผู้ที่มีความน่าเชื่อถือและเป็นกลางเป็นผู้ตรวจสอบระบบ ทั้งนี้เพื่อผลักดันให้มีการดำเนินการได้ตามแผนติดตามประเมินผล

6. จัดให้มีตัวชี้วัดระดับแผนปฏิบัติการย่อยในส่วนต่างๆ โดยสำนัก/หน่วยย่อยของ สพฉ.หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นเองเพื่ออธิบายถึงความสำเร็จตามตัวชี้วัดในส่วนของแผนย่อยแต่ละตัวไปช่วยเสริมสร้างความสำเร็จให้ตัวชี้วัดในแผนหลักตัวใดตัวหนึ่งได้ โดยมีความเชื่อมโยงระดับชั้นของตัวชี้วัดย่อยและจัดลำดับความสำคัญด้วย

7. จัดให้มีการประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ทั้งในระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดแผน

การจัดทำระบบฐานข้อมูล

เพื่อให้มีฐานข้อมูลสำหรับใช้ในการติดตามประเมินผลและความก้าวหน้าของการดำเนินงานรวมถึงใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนาและการตัดสินใจเชิงนโยบาย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จำเป็นต้องจัดให้มีระบบฐานข้อมูลที่ดีคุณภาพสูง มีความน่าเชื่อถือ สามารถวัดผลได้ทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและใช้ประเมินประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ได้เป็นอย่างดี ผู้ใช้สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลได้ง่ายและสะดวก โดยการสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานส่วนกลางที่รับผิดชอบกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถนำข้อมูลที่ได้จากผลการดำเนินงานตามแผนหลักไปใช้ประโยชน์ในทำงานได้อย่างแท้จริง

ภาคผนวก

ผลการดำเนินงานตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 และข้อเสนอแนะ

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เป้าหมายสำคัญในกลยุทธ์นี้คือการพัฒนาระบบปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ จากผลการดำเนินงานโดยพิจารณาจากตัวชี้วัด พบว่าการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินที่ทันเวลาและเข้าถึงอย่างครอบคลุมมีแนวโน้มดีขึ้น (อ้างอิงจากรายงานสถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉินไทย ปี 2557 : กราฟความครอบคลุม สัดส่วนของชุดปฏิบัติการ การปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที ฯลฯ) โดยพิจารณาจากสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินใน 8 นาที และสัดส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) และผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง) ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที มีจำนวนที่เพิ่มขึ้น แต่การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีแนวทางการปฏิบัติการฉุกเฉินรวดเร็ว (fast track) ยังไม่บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการแจ้งเหตุฉุกเฉินด้วยหมายเลข 1669 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินทั้งหมดที่มารับบริการก็ยังไม่บรรลุเป้าหมาย อย่างไรก็ดีการประเมินเชิงคุณภาพ พบว่า กิจกรรมและบริการในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้รับการยอมรับและเป็นที่รู้จักมากขึ้น เป็นภาพพจน์เชิงบวกในสังคม ซึ่งพบว่าผู้เกี่ยวข้องมีเจตคติเชิงบวกต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

ข้อเสนอ เป็นประเด็นที่สะท้อนให้เห็นว่า ทิศทางการพัฒนาระบบบริการยังต้องเน้นการปรับปรุงคุณภาพและมาตรฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ได้มาตรฐานและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุดปฏิบัติการระดับสูงซึ่งสามารถเข้าถึงจุดเกิดเหตุเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 8 นาที รวมถึงมีความจำเป็นต้องพัฒนากำลังคน และสถาบันการศึกษาและฝึกอบรมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้เพียงพอโดยเฉพาะบุคลากรที่ประกอบเป็นชุดปฏิบัติการระดับสูง เพื่อการพัฒนาชุดปฏิบัติการให้ได้ทั้งคุณภาพและปริมาณ ดังนั้นมีความจำเป็นที่จะยังคงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ด้านระบบบริการในแผนต่อไป เพียงแต่ปรับให้เห็นทิศทางที่ชัดเจนของการพัฒนาให้ชัดเจนขึ้น

- ครอบคลุมปฏิบัติการฉุกเฉิน 5 ด้าน (ตามเดิมที่วิเคราะห์ส่งมา)
- ตัวชี้วัดไม่สอดรับกับเป้าหมาย

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาหลักเกณฑ์ กลไก และการบริหารกิจการการแพทย์ฉุกเฉินที่ดี ในภาพรวมกลยุทธ์นี้เป็นการจัดโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่น พบว่ามีการดำเนินการได้ตามเป้าหมายเกือบทั้งหมด แต่พบว่าเป็นการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายเชิงปริมาณเท่านั้น ยังไม่มีข้อบ่งชี้ที่เห็นได้ชัดเจนว่าการสร้างการมีส่วนร่วมกับ อปท. หรือหน่วยงานในพื้นที่จะสานต่อให้เกิดการพัฒนาระบบที่ยั่งยืนได้ แต่อย่างไรก็ดีการดำเนินงานในระยะแรกที่สามารถจัดกิจกรรมเชิงปริมาณได้ครบเป็นการเริ่มต้นที่ดี และมี อปท. เข้าร่วมกิจกรรมมากขึ้นเรื่อยๆ จากการที่พบว่าจำนวนจังหวัดที่มี อปท. กว่าร้อยละ ๗๕ ได้จัดระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้แล้ว ประมาณ 25 จังหวัด แสดงว่าการเคลื่อนกิจกรรมบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปสู่การดำเนินการในพื้นที่มีทิศทางที่ดี แต่อย่างไรก็ตามมีอีกกว่า 50 จังหวัด มีความจำเป็นต้องขับเคลื่อนไปพร้อมกันอย่างต่อเนื่อง

- กลไกการจัดการยังไม่มีความชัดเจน จำเป็นรีวิวกลไกการบริหารจัดการ กลไกการอภิบาลระบบ
- การมีส่วนร่วมได้สร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ยังเข้าไม่ถึง อบต. หน่วยเล็กลงมาจาก อบจ. เน้นแต่ อบจ. 25 แห่งเท่านั้น
- การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนไม่ได้ดำเนินการอย่างชัดเจน

- เป้าหมายการมีกลไกบริหารจัดการระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่น ยังไม่มีการศึกษาโครงสร้างกลไกที่ผ่าน ครม. มีจุดอ่อนแข็งอย่างไร ควรมีการปรับปรุงอย่างไร

ข้อเสนอ ให้เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่เป็นเป้าหมายสำคัญ โดยปรับบทบาทหน่วยงานกลางให้ทำหน้าที่สนับสนุนและกำกับมาตรฐาน ส่วนการปฏิบัติการการดำเนินงานให้เป็นบทบาทของพื้นที่หรือท้องถิ่นตามบริบทของตนเอง ดังนั้นมีความจำเป็นที่จะยังคงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการไว้ เพียงแต่อาจจะปรับให้เห็นทิศทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้มากขึ้น

กลยุทธ์ที่ 3 การพัฒนาการเตรียมความพร้อมด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมรับสาธารณภัย เป้าหมายสำคัญในกลยุทธ์นี้คือการจัดให้มีแผนการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะสาธารณะภัยที่เป็นเอกภาพและมีความพร้อมในทุกระดับ จากผลการดำเนินงานเมื่อประเมินตามตัวชี้วัด พบว่ามีการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายทั้งสองปี และกว่า ๗๐ จังหวัดได้ดำเนินงานตามกิจกรรมในกลยุทธ์นี้ ประเด็นที่น่าสนใจคือการสร้างเอกภาพในการดำเนินงานทั้งในจังหวัดเอง และข้ามพื้นที่จังหวัดเป็นประเด็นที่ควรตระหนัก เนื่องจากสาธารณภัยเป็นภัยที่เกิดขึ้นและส่งกระทบในหลายพื้นที่จังหวัด ควรมีการดำเนินงานในลักษณะภาพรวมพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน รวมถึงรูปแบบการสร้างเครือข่ายและระบบการสื่อสารเพื่อการเตรียมความพร้อมที่ดี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไรและจะบรรลุผลสำเร็จได้อย่างไร เป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับระยะเวลาที่เหลืออยู่หรือการดำเนินการในแผนต่อไป

- ยังไม่มีแผนชาติเรื่องสาธารณภัย และโครงสร้างการบริหารจัดการด้านสาธารณภัย
- ไม่สามารถประสานทุกภาคส่วนมาร่วมพัฒนาแผนชาติได้ ที่เกี่ยวข้องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
- Gap คือ การประสานงานระหว่างองค์กร

ข้อเสนอ สร้างระบบและกลไกการทำงานในระดับพื้นที่เพื่อรองรับสาธารณะภัยที่เกิดขึ้นในพื้นที่และข้ามพื้นที่ ดังนั้น มีความจำเป็นที่จะยังคงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับสาธารณภัยไว้แต่ควรพัฒนาให้เห็นการทำงานร่วมกันในระดับพื้นที่หรือข้ามพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 4 การพัฒนาระบบการเงินและงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ เป้าหมายที่สำคัญในกลยุทธ์นี้คือการบูรณาการงบประมาณของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการสร้างความยั่งยืนและเพียงพอ ผลการดำเนินงานพบว่า แม้ว่าการจัดการงบประมาณจะเป็นไปตามเกณฑ์การบริหารจัดการ แต่ความเพียงพอและความยั่งยืนของงบประมาณยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากจำนวนจังหวัดที่มีกองทุนสนับสนุนและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ได้ตามเป้าหมาย รวมถึงการมีเงินสำรองไว้ในสถานการณ์สาธารณะภัยก็ไม่ได้ตามเป้าหมาย ดังนั้น การบูรณาการงบประมาณ การสร้างความมั่นคงทางการเงินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เป็นประเด็นสำคัญในการกำกับติดตามและการพัฒนาแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหา

- กลไกการจ่ายงบประมาณในอนาคต
- พิจารณาถึงแนวโน้มทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ

ข้อเสนอ ควรพัฒนาระบบการจัดการกองทุนที่มีความมั่นคงทางการเงิน โดยเน้นความเพียงพอ โดยกำหนดเป้าหมายงบประมาณตามความจำเป็นเหมาะสม ประหยัดและมีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงินการคลัง และการจัดการกองทุนที่มีธรรมาภิบาล ดังนั้น มีความจำเป็นที่จะยังคงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ด้านการเงินการคลังไว้

กลยุทธ์ที่ 5 การประสานความร่วมมือกับประชาคมอาเซียนและนานาชาติ เป้าหมายสำคัญคือการสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงสู่ประชาคมอาเซียน ทั้งในแง่ความร่วมมือระดับประเทศและการให้บริการชาวต่างชาติ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดบรรลุเป้าหมาย ทั้งการเข้าร่วมประชุม การจัดประชุมและการประสานความร่วมมือ แต่การดำเนินการตามกิจกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะอยู่ในขั้นตอนการวางแผนร่วมกัน ยังไม่ใช่การปฏิบัติการร่วมกันหรือการทำงานร่วมกันในการปฏิบัติการจริง รวมถึงการบรรลุสู่ผลลัพธ์ร่วมกัน

- การเปิดประชาคมอาเซียน
- กรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ
- การดูแลชาวต่างประเทศที่มาในประเทศ และชาวไทยที่ไปต่างประเทศ การรับส่งต่อระหว่างประเทศ เกี่ยวกับระบบบริการ
- การแลกเปลี่ยนวิชาการระหว่างประเทศ
- Disaster การส่งความช่วยเหลือระหว่างประเทศ
- กรอบข้อตกลงระหว่างประเทศ

ข้อเสนอ การดำเนินงานร่วมมือกับนานาชาติเป็นความจำเป็นตามกระแสการเปลี่ยนแปลงในภูมิภาค ดังนั้นมีความจำเป็นที่จะยังคงกลยุทธ์หรือยุทธศาสตร์ด้านนี้ไว้ ขั้นตอนต่อไปควรเป็นการกำหนดในประเด็นการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกันและการสร้างความสัมพันธ์เชิงร่วมมือที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยอาจจะเริ่มในพื้นที่จังหวัดที่เป็นรอยต่อพรมแดนระหว่างประเทศหรือการท่องเที่ยว เป็นต้น

กลยุทธ์ที่ 6 การพัฒนาระบบจัดการสารสนเทศ เป้าหมายในการพัฒนาระบบสารสนเทศคือการได้มาซึ่งสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการเชื่อมโยงสารสนเทศกับหน่วยงานอื่นได้เป็นอย่างดี ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพบว่ามีสารสนเทศที่มีการรายงานและการสรุปวิเคราะห์ ได้ตามเป้าหมาย แต่การศึกษาในเชิงลึกพบว่า การเชื่อมระบบสารสนเทศกับหน่วยงานอื่นเพื่อการใช้สารสนเทศร่วมกันยังไม่บรรลุเป้าหมาย

- การมีส่วนร่วม ไม่มีการวางแผนระยะยาว ในการสร้างการมีส่วนร่วม ภาคีเครือข่าย อื่นๆ ที่ไม่ใช่ท้องถิ่น รวมทั้งภาคประชาชน เครือข่ายภาคประชาชน
- อฉช. ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร
- การอบรม อฉช. ไม่มีการวางแผนการดำเนินงาน ที่เป็นระบบ ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเป็นระบบ
- การจัดการความรู้
- งานวิจัย งานวิชาการเป็นไปด้วยดี เป็นระบบในการพัฒนาวิชาการ
- การพัฒนาวิชาการที่มีความหลากหลาย
- การประชุมวิชาการมีมากเกินไป
- EMS core content วางไม่ชัดเรื่องผู้รับผิดชอบ เปนเรื่องที่หน่วยปฏิบัติต้องนำไปใช้
- KM ในองค์กร ไม่ได้ดำเนินงานตามแผน แต่มีความสำคัญแต่ไม่ผลักดันต่อ
- อฉช. เป็นการให้ความรู้ประชาชน

ข้อเสนอ การพัฒนาต่อไปคือ การพัฒนาศักยภาพของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ เพื่อคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินการพัฒนาระบบและกลไกการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศกับหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 7 การสร้างเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมและการจัดการความรู้ เป้าหมายในกลยุทธ์นี้ คือ การสร้างและประมวลองค์ความรู้เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนางาน และการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน ผลการดำเนินงานด้านการสร้างและประมวลความรู้พบว่า บรรลุเป้าหมาย และในการสร้างการมีส่วนร่วมก็เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด ทั้งในแง่จำนวนหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมและจำนวนอาสาฉุกเฉินชุมชน ดังนั้นการจัดการความรู้ การประมวลความรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมายเพื่อการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อย่างไรก็ดีแม้ว่าจำนวนงานวิจัยจะได้ตามเป้าหมาย แต่องค์ความรู้ที่เกิดขึ้นและสามารถจะนำไปพัฒนาระบบได้อย่างแท้จริงยังมีน้อย และจำกัด ซึ่งเป็นทั้งข้อจำกัดของสาระการวิจัยและจำนวนนักวิจัยที่มีความรู้ความเข้าใจระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสังเคราะห์และประมวลผลเพื่อการจัดการความรู้ให้เป็นองค์ความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่สำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

ข้อเสนอ การพัฒนายุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ด้านสารสนเทศและการจัดการความรู้อาจจะเป็นเรื่องที่ใกล้เคียงกันและสามารถพัฒนาไปร่วมกันได้

กลยุทธ์ที่ 8 การคุ้มครองผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการอภิบาลระบบ เป้าหมายในกลยุทธ์นี้คือการสร้างความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตให้กับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน เป็นสำคัญ เป็นกลยุทธ์ที่เพิ่มเติมขึ้นเนื่องจากลักษณะงานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นงานที่ผู้ให้บริการต้องเสี่ยงภัยและอาจจะเกิดภยันตรายกับผู้ปฏิบัติงานได้ง่าย ด้วยเหตุผลที่ต้องเสี่ยงภัยกับสถานการณ์ฉุกเฉินคับขันและมีเวลาที่จำกัด จึงเกิดอันตรายกับผู้ให้บริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามปริมาณการให้บริการที่เพิ่มขึ้น การที่เป้าหมายเพื่อคุ้มครองผู้ให้บริการเป็นแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม การดำเนินงานตามเป้าหมายของกลยุทธ์นี้ในช่วงที่ผ่านมาถือว่าได้ตามเป้าหมาย แต่อย่างไรก็ดี ด้วยลักษณะงานที่มีโอกาสเผชิญความเสี่ยงอย่างมาก มีความจำเป็นที่ต้องมีระบบและกลไกที่ดีในการส่งเสริมความปลอดภัยและการคุ้มครองผู้ปฏิบัติให้เพียงพอ ทั้งเชิงกายภาพและอุปกรณ์ รวมทั้งระบบกลไกคุ้มครองทั้งระบบ

- เน้นแต่ ambulance safety อบรม พขร. อย่างเดียว
- เน้นเรื่องอุบัติเหตุ
- ไม่ครอบคลุม ปฏิบัติการฉุกเฉิน pre hos - in hos ...

ข้อเสนอ มีความจำเป็นต้องวางระบบช่วยเหลือและสนับสนุนทั้งก่อนและหลังการให้บริการให้รัดกุมเพียงพอ รวมถึงจะต้องมีการสร้างระบบคุ้มครองผู้ปฏิบัติอย่างครบวงจรทั้งก่อนและหลังการเกิดปัญหาด้วย

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 - 2564

4.1 ภาพอนาคตระบบการแพทย์ฉุกเฉินประเทศไทย

4.1.1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการประชุมของคณะทำงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เสนอความคิดเห็นต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาร่วมประชุมการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับชาติ ครั้งที่ 2 “พลังท้องถิ่นไทยสู่เส้นทางปฏิรูปการแพทย์ฉุกเฉินอย่างยั่งยืน” เมื่อวันที่ 24 - 26 สิงหาคม 2558 โรงแรมลี การ์เด้น พล่าซา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัด

สงขลา ได้เสนอทิศทางและกำหนดประเด็นการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อเสนอในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ดังนี้

1) การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินในการป้องกัน ตระหนัก เข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ เข้าถึงการแจ้งเหตุและรับการช่วยเหลือฉุกเฉิน โดยประสานบทบาทระหว่างอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) องค์กรเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) บูรณาการร่วมกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัด โดยทำความตกลง องค์การบริหารส่วนจังหวัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จัดหารถพยาบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาล จัดหาบุคลากร

3) การทำงานร่วมกันของหน่วยงานหลักในระดับจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล(Pre-hospital) โรงพยาบาลดูแลด้านการแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำกับมาตรฐาน ตรวจสอบ และรับเรื่องร้องเรียน

4) การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติก่อนโรงพยาบาลด้วยระบบการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รูปแบบ Stay and Play เชื่อมต่อกับระบบทางด่วนฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Fast Track)

5) การรับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว(ดับเพลิงกู้ภัย การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ)ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

6) ระบบการจัดการฉุกเฉินในสถานการณ์ภัยพิบัติโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ที่เหมาะสม

4.1.2 องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร มีข้อเสนอทิศทางในการจัดทำแผนหลักฯ ฉ.3 ดังนี้

1) ชูจิตอาสาไทยสู่ระดับโลก คนไทยมีจิตอาสาเป็นที่เห็นประจักษ์สำหรับชาวโลกและประชาชนคนไทยด้วยกัน ปรากฏในหลายเหตุการณ์ที่เป็นภาวะฉุกเฉินรวมถึงเหตุการณ์ภัยพิบัติหลายครั้งที่ผ่านมา สำหรับภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นรายวันนั้นบรรดาอาสาสมัครจำนวนมากได้ปฏิบัติการกู้ชีพหรือกู้ภัยรวมถึงการช่วยเหลือเจ้าพนักงานในการเก็บศพเก็บหลักฐานด้วยจิตอาสาในประเทศไทยกระจายอยู่ในองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรต่างๆ ทั่วประเทศเป็นจำนวนมาก แม้ต่างองค์กรแต่ได้มีการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ได้มีส่วนผลักดันให้มีการประชุมหารือร่วมกัน เรียนรู้และปฏิบัติการร่วมกัน ทำความตกลงกัน ตลอดจนการกำหนดแนวทางและจัดระเบียบต่างๆ ร่วมกัน เป็นการชูระดับจิตอาสาของบุคลากรขององค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรของประเทศไทยเพื่อก้าวสู่ระดับโลกเพื่อที่นานาประเทศได้ทราบถึงความโดดเด่นของความเป็นจิตอาสาของผู้ปฏิบัติการกู้ชีพกู้ภัยของประเทศไทย

ภาพสู่การปฏิบัติคือการเผยแพร่บทบาทและความสำคัญของอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยให้เป็นที่ประจักษ์แก่สายตาชาวต่างชาติการสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะวิชาการและทักษะการปฏิบัติการร่วมกับบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินจากต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการรับรองและรองรับการเดินทางเข้าไปเพื่อช่วยเหลือภัยพิบัติในต่างประเทศ เป็นไปอย่างมีรูปแบบมาตรฐานทั้งการเดินทาง การรับรองในประเทศนั้นๆ รวมไปถึงความเป็นอยู่ระหว่างการให้ความช่วยเหลือในต่างประเทศต่อเหตุภัยพิบัติต่างๆ ที่เกิดขึ้น โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนตลอดทั้งก่อนเดินทาง ระหว่างปฏิบัติงานในต่างแดน และเดินทางกลับ

2) สร้างความเข้มแข็งและเป็นเอกภาพ องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่มีอยู่จำนวนมากในประเทศไทย ไม่ว่าจะขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ ไม่ว่าจะมีลักษณะนามเรียกขานองค์กรที่แตกต่างกันอย่างไร ไม่ว่าจะมีเครือข่ายที่กระจายอยู่ตามภูมิภาคมากน้อยเพียงใดหรือมีเพียงองค์กรเดียวก็ตาม การร่วมมือเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน การปลูกจิตสำนึกของอาสาสมัครเป็นสิ่งที่ทุกฝ่ายจะต้องให้ความสำคัญ การร่วมมือขององค์กรต่างๆ โดยการลงนามความร่วมมือ (MOU) นั้น เป็นการรวมพลังปฏิบัติการหน้าที่ ปฏิบัติงานกันอย่างเข้มแข็งเหนียวแน่น รักกันฉันท์พี่น้อง ลดข้อบาดหมางในการทำงานร่วมกัน หรือในพื้นที่ใกล้เคียง

บุคลากรในองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นกำลังคนที่สำคัญในกิจการบริการของภาครัฐที่เข้มแข็งจากการรวมพลังเครือข่ายอย่างมีเอกภาพ การรวมพลังที่เกิดขึ้นทำให้การขับเคลื่อนภารกิจการแพทย์ฉุกเฉินประสพความสำเร็จจากทุนเดิมคือจิตอาสาเป็นหัวใจหลัก การรวมพลังทำให้สานความร่วมมือได้อย่างไร้รอยต่อและโดยเฉพาะในเหตุการณ์ใหญ่ๆ เช่น ภัยพิบัติสามารถปฏิบัติการร่วมกันทั้งทางบก ทางน้ำ ทางอากาศ สานการทำงานทั้งงานกู้ชีพและงานกู้ภัยบรรลุผล การรวมพลังยังรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ด้วยขีดความสามารถเฉพาะด้านที่มีความโดดเด่นของแต่ละองค์กรที่มีความแตกต่างกันได้

ดังนั้น การทำงานที่มีความเข้มแข็งและมีพลังและเป็นเอกภาพจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติการร่วมกันได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน ทั่วถึงและทันเวลา เป็นไปในทิศทางเดียวกัน การดูแลหรือการให้การช่วยเหลือ ประสานงาน หรือสนับสนุนในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น ระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นไปได้ด้วยดีก่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานเพื่อสังคม

3) เพิ่มพูนขีดความสามารถ การเพิ่มพูนขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครในองค์กรภาคเอกชน เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมากไม่ว่าจะเป็นงานกู้ภัยที่ได้รับการฝึกอบรมจากกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยหรือองค์กรอื่นๆที่มีขีดความสามารถในการเป็นครูหรือสถานฝึกอบรมกู้ภัยได้ งานกู้ชีพที่ได้รับการฝึกอบรมจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวมถึงหน่วยงานที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรับรองให้เป็นสถานฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้ และได้รับการรับรองเป็นผู้ปฏิบัติการกู้ชีพหรือกู้ภัยตามหลักสูตรต่างๆ จากภาครัฐ รวมถึงการฝึกอบรมหลักสูตพิเศษต่างๆ เช่นการดำน้ำช่วยเหยื่อผู้เคราะห์ร้ายหรือหาศพ การอบรมการเคลื่อนย้ายผู้ประสพภัยด้วยอากาศยาน หรือหลักสูตรการโรยตัวจากที่สูงเพื่อช่วยเคลื่อนย้ายผู้ประสพภัยหรือศพบนเขาหรือในหุบเหว เป็นต้น บุคลากรระดับต่างๆในภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรนั้นมีทั้งเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครที่มีจิตอาสา มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ รับรู้ข้อมูลข่าวสาร วิธีการปฏิบัติต่างๆ ที่จะนำมาซึ่งการช่วยเหลือสังคมในทุกๆ ด้าน

ดังนั้น หากภาครัฐในส่วนที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมให้การดูแลสนับสนุนรับรองการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการกับเหล่าบรรดาอาสาสมัคร เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง เช่น การฝึกอบรมหลักสูตร FR , การฝึกอบรมหลักสูตร EMT-B ฯลฯ ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของสถานที่ฝึกอบรม การรับรองหลักสูตร การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติงาน หรือแม้แต่กระทั่งการสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรม ถือว่าเป็นสิ่งที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สมควรที่จะพิจารณา และช่วยในเรื่องของการสนับสนุนเพื่อเพิ่มพูนขีดความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมโดยตรง

สำหรับในส่วนของการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย ซึ่งถึงพร้อมไปด้วยเครื่องมือ เครื่องจักรอุปกรณ์ เครื่องมือหนักที่จะช่วยในเรื่องการบรรเทาสาธารณภัยได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นศูนย์จัดฝึกอบรมบุคลากร เตรียมความพร้อมด้านการปฏิบัติงาน ซึ่งปัจจุบันผู้เข้ารับการอบรมมักเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือนโดยส่วนมาก หากเพิ่มสัดส่วนของเจ้าหน้าที่อาสาสมัครองค์กรภาคเอกชนได้เข้าไปร่วมฝึกฝน และผนวกกับการให้การสนับสนุนเครื่องมือ เครื่องจักรที่ทันสมัยจะทำให้บุคลากรและเครื่องมือดังกล่าวสามารถใช้ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงาน

4) ยกระดับบทบาทผู้นำปฏิบัติการ บุคลากรในสังกัดองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร เป็นเครือข่ายกำลังคนผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ใหญ่ที่สุดกระจายอยู่ทั่วประเทศ เป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเต็มกำลังด้วยความรู้ความสามารถและจิตอาสา สามารถถือเป็นแบบอย่างของสังคมโดยรวมได้อย่างเต็มภาคภูมิ

มูลนิธิควรมีความชัดเจน มีการปลูกจิตสำนึกของอาสาสมัคร เช่น บัตรไม่ได้มีไว้เบ่ง รถไม่ได้มีไว้เพื่อขับเร็ว ฯลฯ โดยเราต้องมีมาตรฐานในการยกระดับการปฏิบัติงาน ทุกอย่างทุกเรื่องต้องกำหนดบทบาทและกฎเกณฑ์ให้ชัดเจน เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ทั้งพัฒนาและแก้ปัญหาร่วมกันเพื่ออนาคตข้างหน้าของสมาคมมูลนิธิองค์กรภาคเอกชนที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง

บุคลากรในองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรมีความสามารถในการปฏิบัติการและสามารถถ่ายทอดต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนในชุมชน นักเรียนในโรงเรียน หรือพนักงานโรงแรมหรือโรงงานได้มีความรู้ที่จะป้องกัน ตระหนักรู้ เตรียมความพร้อม สามารถปฐมพยาบาลและกู้ชีพเบื้องต้นได้ รวมถึงรู้วิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉินต่างๆตามกันมา อาสาสมัครขององค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่มีทั้งความรู้ประสพการณ์และจิตอาสาจึงเป็นผู้นำปฏิบัติการและโดยมีผู้เดินตามมาโดยลำดับ

5) บูรณาการภาคีเครือข่ายไร้รอยต่อ ภาพการปฏิบัติการร่วมกันของหน่วยงานต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกันอย่างไร้รอยต่อ เพื่อประโยชน์ต่อการช่วยเหลือฉุกเฉิน

การปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นการบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาฯ กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ยังต้องประสานการปฏิบัติการกับระบบฉุกเฉินอื่น เช่น กู้ภัย ดับเพลิง ตำรวจ เป็นต้น รวมถึงหากเป็นกรณีสาธารณภัย จะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกเป็นจำนวนมาก ระบบการทำงานร่วมกันจึงมีความสำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นการรับแจ้งเหตุหรือประสานการปฏิบัติการ สามารถบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพไร้รอยต่อ

ปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น ทั้งระหว่างองค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ไม่ว่าจะเป็น สสจ. สพฉ. หรือ ปภ. กับองค์กรภาคเอกชนต้องทำความเข้าใจ เพราะเราจะต้องปฏิบัติงานร่วมกัน ควรบูรณาการร่วมกันในกรณีเกิดปัญหา เช่น ปัญหาการเกิดของมูลนิธิ ปัญหาพื้นที่ทับซ้อน ควรหาวิธีพูดคุย แก้ปัญหาร่วมกัน การร่วมมือในระดับอนุกรรมการจังหวัด ตัวแทนภาคมูลนิธิควรมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมเพื่อแก้ปัญหา หรือร่วมเสนอแนวทาง

4.1.3 เครือข่ายประชาชน :

1) ประชาชนสามารถป้องกัน ตระหนักรู้ เตรียมพร้อม มีองค์ความรู้สาธารณะ สามารถปฐมพยาบาลเบื้องต้น สามารถเข้าถึงการแจ้งเหตุเพื่อรับการช่วยเหลือฉุกเฉินได้

2) ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มีจริยธรรมและไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อลดการเสียชีวิตหรือทุพลภาพ จนพ้นภาวะฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา

3) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้รับการช่วยเหลือจนพ้นภาวะวิกฤติ ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูงด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพและทันเวลา

4.2 ข้อเสนอการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3

4.2.1 อปท.

1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยให้มีอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ทุกครัวเรือน สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกัน ตระหนัก เข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ เข้าถึงการแจ้งเหตุและรับความช่วยเหลือฉุกเฉิน

2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) โดยจัดให้มีชุดปฏิบัติการครอบคลุมพื้นที่ ให้เป็นรูปแบบการบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และกำหนดหลักเกณฑ์ โดยที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการและประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการบริหารจัดการ มีชุดปฏิบัติการของตนเองโดยเน้นชุดปฏิบัติการระดับ ALS และระบบช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ณ จุดเกิดเหตุ (Stay and Play) และดำเนินการให้มีชุดปฏิบัติการในองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลหรือหน่วยงานอื่น

3) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดตามมาตรฐานบุคคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ กพฉ.กำหนด รวมทั้งให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

4) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ : Paramedic, เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์: EMT-I, พนักงานฉุกเฉินการแพทย์: EMT-B, อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์: FR) ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดหรือปรับปรุงข้อบังคับหรือระเบียบการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจน

6) ให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลและทำให้มีระบบทางด่วนฉุกเฉิน (FAST TRACK) เชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7) ให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการการกำกับมาตรฐานตรวจสอบและรับเรื่องร้องเรียนในระดับจังหวัด ตามมาตรฐานที่กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

8) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงโดยการต่อยอดและการสร้างความรู้ใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดทำรูปแบบการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานี และขยายผลการดำเนินการในจังหวัดต่างๆ

9) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว (ดับเพลิงกู้ภัย การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ) ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

10) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในการจัดการภัยพิบัติ

4.2.2 องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

1) ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ข้างหน้า ปี 2560-2564 ขอให้ สพฉ.สนับสนุนในทิศทางที่องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรคิดร่วมกันว่าควรจะพัฒนาไปด้านใด โดยได้กำหนดภาพอนาคตร่วมกัน 5 ข้อ ในการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงสาธารณภัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2) ขอให้มีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ๓๔ องค์กร ตามที่ได้มีผลสรุปจากการประชุมร่วมกัน ณ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการปรับเปลี่ยนจากการจับมือ 11 องค์กรและ 22 องค์กรเดิม เป็นการปรับเพื่อสอดคล้องกับการเป็นตัวแทนให้ครอบคลุมองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั่วประเทศ

3) ความตกลงของภาคีเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั้งหมดต้องการให้ สพฉ. เป็นผู้นำในเรื่องของการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่ใช่แค่ผู้นำทางวิชาการ เพราะตาม พรบ.การแพทย์ฉุกเฉินกำหนดบทบาทหน้าที่ของสพฉ.ให้เป็นศูนย์กลางผู้ประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งในและนอกประเทศ บทบาทในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ บทบาทในการกำกับมาตรฐาน สอบสวน รวมถึงการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการ

4) ขอให้มีการประชุมเชิงวิชาการองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั่วประเทศระดับชาติปีละหนึ่งครั้ง

5) เสนอให้ สพฉ. ดำเนินการให้ได้ใช้คลื่นความถี่วิทยุที่ได้รับการจัดสรรจาก กสทช. ขอให้ใช้ได้เลยนับแต่บัดนี้เป็นต้นไป

6) ขอให้ สพฉ.สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการมาร่วมประชุมขององค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รองรับในส่วนของการเบิกจ่ายค่าเดินทางมาร่วมงาน และหาวิธีการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์ เนื่องจากองค์กรภาคเอกชนเป็นองค์กรปฏิบัติงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร

7) เนื่องจากองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร ลักษณะผู้ปฏิบัติการทำงานด้วยจิตอาสา เสียสละทำงานส่วนรวมในการมาช่วยเหลือประสบเหตุประสบภัยไม่สมควรที่จะมาเสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม นำเสนอให้ภาครัฐหาวิธีการสนับสนุน การฝึกอบรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

8) เสนอการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของรถปฏิบัติการและอุปกรณ์โดยองค์ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นผู้กำหนดเอง แต่คุณภาพของรถปฏิบัติการรวมถึงเครื่องอุปกรณ์ต่างๆ ในระดับที่สูงขึ้น ให้ขึ้นอยู่กับความต้องการและศักยภาพของแต่ละองค์กรที่จะเพิ่มขึ้นเป็นเชิงคุณภาพ

4.2.3 เครือข่ายประชาชน :

1) สิทธิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐาน จริยธรรม ทั่วถึง รวดเร็วทันเวลา

2) สิทธิการเข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3) สิทธิในการเข้าถึงความสามารถของชุมชนในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน ตระหนักรู้ถึงภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน สามารถช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น สามารถเข้าถึงการแจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อรับการช่วยเหลือฉุกเฉินได้ด้วยระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

4) สิทธิในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน

5) สิทธิได้รับการฟื้นฟูในสถานพยาบาลและสิทธิในการเข้าถึงความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังพ้นภาวะฉุกเฉิน

6) สิทธิได้รับการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับภาวะฉุกเฉินเฉพาะที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที เช่น ภาวะฉุกเฉินทางหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ตกเลือดทางสูติกรรม ภาวะฉุกเฉินวิกฤติทารกแรกเกิด ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงหรือฉุกเฉินทางอายุรกรรมเช่นเบาหวานรุนแรง

7) สิทธิได้รับการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่นคนพิการ คนสูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรัง ประชาชนในพื้นที่พิเศษที่เข้าถึงได้ยากเช่น เกาะ ภูเขา อุทยาน หรือพื้นที่อันตรายเช่นสารเคมี พื้นที่ไม่สงบหรือก่อการร้าย

กระบวนการและขั้นตอนในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

ด้วยแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในช่วง 4 ปี ที่ผ่านมา ซึ่งสิ้นสุดลงในเดือนกันยายน 2559 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ในฐานะหน่วยงานที่มีหน้าที่ตามมาตรา 15 (1) แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ที่ระบุให้จัดทำแผนหลักเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินเสนอต่อคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) จึงได้เสนอกระบวนการและขั้นตอนการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 และคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน มีมติเห็นเห็นชอบเมื่อวันที่ 31 สิงหาคม 2558 ในคราวการประชุมครั้งที่ 11/2558 โดยเน้นการเปิดโอกาสให้หน่วยงานและองค์กรจากทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมให้ความเห็นและข้อเสนอครอบคลุมทั้งระดับภาค 4 ภาค และระดมความเห็นเฉพาะกลุ่ม (Focus group) เช่น ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนขึ้น เพื่อให้ได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์นำไปสู่การกำหนดทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในช่วง 5 ปีข้างหน้าที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับ โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังมีกระบวนการและขั้นตอนที่สำคัญดังแผนภาพ

กระบวนการประชาพิจารย์ ร่าง แผนหลักฯ ประกอบด้วย 3 กระบวนการ โดยเริ่มต้นจาก

1) เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ให้ข้อมูลพัฒนาการของระบบการแพทย์

ฉุกเฉินของประเทศไทยที่ผ่านมา การดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน ตลอดจนช่องว่างของการดำเนินงานในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556-2559 และประเด็นช่องว่างซึ่งเป็นที่มาของร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 หลังจากนั้น

2) รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นำเสนอ ร่างประเด็นยุทธศาสตร์

วัตถุประสงค์ เป้าหมาย และ ตัวชี้วัดของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 แล้วนำเข้าสู่กระบวนการประชุมกลุ่มระดมสมองและความคิดเห็น โดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมออกเป็น 5-6 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 10-18 คน และมีวิทยากรกลางทำหน้าที่กำหนดประเด็น กำกับ สนับสนุนให้การประชุมกลุ่มบรรลุวัตถุประสงค์ภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีวิทยากรประจำกลุ่มทำหน้าที่กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความคิดเห็นต่อร่างยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 ภายหลังเสร็จสิ้นการระดมความคิดเห็นของกลุ่มต่อตัวชี้วัด เกณฑ์ และมาตารฐาน ประเด็นยุทธศาสตร์

3) ผู้แทนของแต่ละกลุ่มจะนำเสนอประเด็นความคิดเห็นของกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ

กลุ่มอื่นๆ หลังการนำเสนอครบถ้วนทุกประเด็น ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็น สะท้อนประเด็น อภิปรายและสรุปประเด็นสำคัญเฉพาะประเด็นและในภาพรวมต่อความคิดเห็นต่างๆของผู้เข้าร่วมประชุมทุกกลุ่ม

กระบวนการจัดทำแผนหลัก ฉบับที่ ๓

๑ รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล

SWOT สพฉ | Stakeholder | รวมงานวิชาการ/นโยบาย/พรบ. | ผลงานที่ผ่านมา — ส.ค. ก.ย.

๒ คทง.

๓ Gap ของระบบ EMS

๔ ปิด Gap อย่างไร

ภาคีต่างๆ | สพฉ.

๕ เสนอร่างกรอบประเด็นยุทธศาสตร์และคณะทำงาน — ๒๑ ต.ค.

๖ จัดทำรายละเอียดตามประเด็นยุทธศาสตร์

๗ เสนอรายละเอียดแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ — ต.ค.-ธ.ค.

๘ Restreat แผนหลัก ฉบับ ๓ ร่วมกับ กพฉ. — ม.ค. ๕๙

๙ ประชาพิจารณ์ ร่าง แผนหลัก ฉบับ ๓ — ก.พ. ๕๙

๑๐ ปรับปรุง ร่าง แผนหลัก ฉบับ ๓ และ เสนอ กพฉ. — มี.ค. ๕๙

๑๑ กพฉ. เห็นชอบ — เม.ย. ๕๙

๑๒ ประกาศใช้ — พ.ค. ๕๙

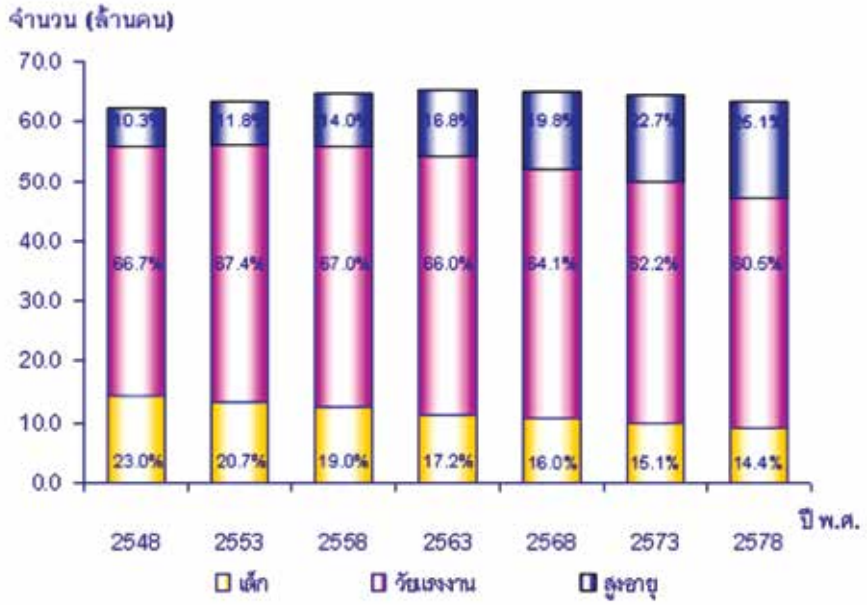
๑๓ เสนอ ครม. — มิ.ย. ๕๙

ปรับตามมติ กพฉ ๑๘ พ.ย. ๕๘

บริบทการเปลี่ยนแปลงและภาพอนาคตของประเทศ

1. โครงสร้างประชากร

โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์หรือมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี หรือร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี 2568 โดยจะมีสัดส่วนผู้สูงอายุเป็นอันดับสองในอาเซียนรองจากประเทศสิงคโปร์[1] โดยคาดประมาณว่า กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) กลุ่มนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ในปี พ.ศ. 2548 มีประชากรสูงอายุอยู่ 6 ล้านคนเศษ (ร้อยละ 10) เมื่อถึงปี พ.ศ. 2578 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็น 16 ล้านคน (ร้อยละ 25) เท่ากับเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่าตัวในเวลาราวๆ 30 ปี (ดังปรากฏในภาพ) ดังนั้น ผลกระทบที่ตามมาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเสื่อม พิการ ซึมเศร้าส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รุนแรงเพิ่มขึ้น และอาจทำให้มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากส่วนนี้ อีกทั้งประชากรในทุกช่วงวัยก็ยังมีปัญหาทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ



ด้านการก้าวสู่ความเป็นเมืองที่เกิดจากการปลี่ยนแปลงพื้นที่ชนบทไปสู่ความเป็นเมืองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการย้ายของประชากรเข้าสู่เขตเมืองรวมถึงการย้ายถิ่นของแรงงานข้ามชาติจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ทำให้ชุมชนเกิดการพัฒนาเป็นเมืองอย่างรวดเร็วเกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรม ทำให้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการลงทุนเชิงโครงสร้างพื้นฐานการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อรองรับการเติบโตของเมือง ควบคู่กับการลดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะส่งผลให้ทั้งทางบวกและลบต่อการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินได้ง่ายขึ้น เพิ่มปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและมลภาวะ การปรับตัวเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและระบบสวัสดิการทางสังคมด้านสุขภาพ

[1] วารสารเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานเศรษฐกิจ

ด้านเศรษฐกิจและการคมนาคมของประเทศไทย ภาพรวมในอีก 10 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มที่จะขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 3.3-4.3 โดยมีค่ากลางของการประมาณการร้อยละ 3.8 ชลอลงจากเฉลี่ยร้อยละ 5.7 ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ซึ่งเป็นอัตราการขยายตัวที่ต่ำกว่าศักยภาพของระบบเศรษฐกิจและต่ำกว่าระดับการขยายตัวที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนให้เศรษฐกิจไทยสามารถหลุดพ้นจากการเป็นประเทศรายได้ปานกลางในระยะเวลาอันควร[2] แนวทางการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่เน้นการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมขนส่งเชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจในและต่างประเทศเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม ประชาชนเข้าถึงระบบการคุ้มครองทางสังคมที่มีคุณภาพอย่างครอบคลุมและทั่วถึง นโยบายด้านการลดอุบัติเหตุทางถนนจะส่งผลให้ระบบการคมนาคมของประเทศไทยดีขึ้นและจะช่วยลดอุบัติเหตุทางถนนที่เป็นต้นเหตุของการบาดเจ็บและเสียชีวิตที่สูงกว่าภัยธรรมชาติและภัยพิบัติอื่นรวมกัน ถนนที่ได้รับการปรับปรุงและการคมนาคมที่สะดวกปลอดภัย จะเป็นประโยชน์ในการรับและส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้ระหว่างกลุ่มคนที่คงเป็นปัญหาสำคัญของสังคมไทย ดังนั้น ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องกำหนดแนวทางการเชื่อมโยงในทุกมิติทั้งภาครัฐส่วนกลางและท้องถิ่นตลอดจนการยกระดับศักยภาพโครงสร้างพื้นฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยเพื่อลดปัญหาความเหลื่อมล้ำและรองรับประชาคมอาเซียนโดยมีงบประมาณสนับสนุนอย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาของไทย แม้ดูเหมือนจะถอยหลังเมื่อเทียบกับประเทศอื่น แต่โดยภาพรวมประชาชนในประเทศจะมีระดับการศึกษาสูงขึ้นกว่าในปัจจุบันเป็นลำดับ ประชาชนมีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อหาความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลดีต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในทางปฏิบัติตามกฎความปลอดภัยและการรักษาสุขภาพเพื่อการป้องกันภาวะฉุกเฉิน อย่างไรตาม มีโอกาสเป็นไปได้ที่ผู้มีการศึกษาดีขึ้นก็จะเรียกร้องและคาดหวังที่สูงขึ้น

ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้ในการพัฒนาจำนวนมาก ก่อให้เกิดความเสื่อมโทรมอย่างต่อเนื่องและเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นตามการขยายตัวของเศรษฐกิจและชุมชนเมืองภัยพิบัติทางธรรมชาติโดยเฉพาะอย่างยิ่งอุทกภัย ภัยแล้ง การเกิดโรคระบาดหรือโรคอุบัติใหม่เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมีความรุนแรงมากขึ้น ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องจัดให้มีการบูรณาการลดความเสี่ยงด้านภัยพิบัติ เสริมขีดความสามารถในการเตรียมพร้อมและรับมือภัยพิบัติพ พัฒนาระบบการจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉินให้มีความแม่นยำ น่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมกลไกการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านเทคโนโลยีสมัยใหม่ พัฒนากลไกบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อเพิ่มศักยภาพการจัดการภัยพิบัติในภาวะฉุกเฉิน

ด้านเทคโนโลยี การปรับเปลี่ยนที่รวดเร็วด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและความปลอดภัยและสามารถนำมาเสริมงานการแพทย์ฉุกเฉินให้ดีขึ้น ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ระบบข้อมูลสารสนเทศได้รับการพัฒนาในด้านการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุขเพื่อลดความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุน ระบบการแพทย์ทางไกล ระบบ

[2] ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2558 ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หน้า 16

การเยี่ยมผู้ป่วย ระบบการระบุเอกลักษณ์ด้วยคลื่นวิทยุ อุปกรณ์ที่ใช้เทคโนโลยีเซ็นเซอร์เพื่อการตรวจสอบต่อเนื่อง ระบบที่บันทึกและสื่อสารข้อมูลระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพผ่านเครือข่ายและเทคโนโลยีอื่นๆ อีกจำนวนมากจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินได้ เมื่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินสามารถนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาประยุกต์ใช้

การบริหารจัดการที่มีธรรมาภิบาล การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้เติบโตก้าวหน้าอย่างสมดุลและยั่งยืน โดยทุกคนเกิดความเชื่อมั่นและเชื่อถือต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย จะสะท้อนให้เห็นถึงการมีระบบการบริหารจัดการและการใช้อำนาจหน้าที่ด้วยความโปร่งใส ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน เป็นการดำเนินงานที่มุ่งประสิทธิผล รับผิดชอบในผลงานและตรวจสอบได้ และประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของงานและร่วมตรวจสอบมากขึ้น

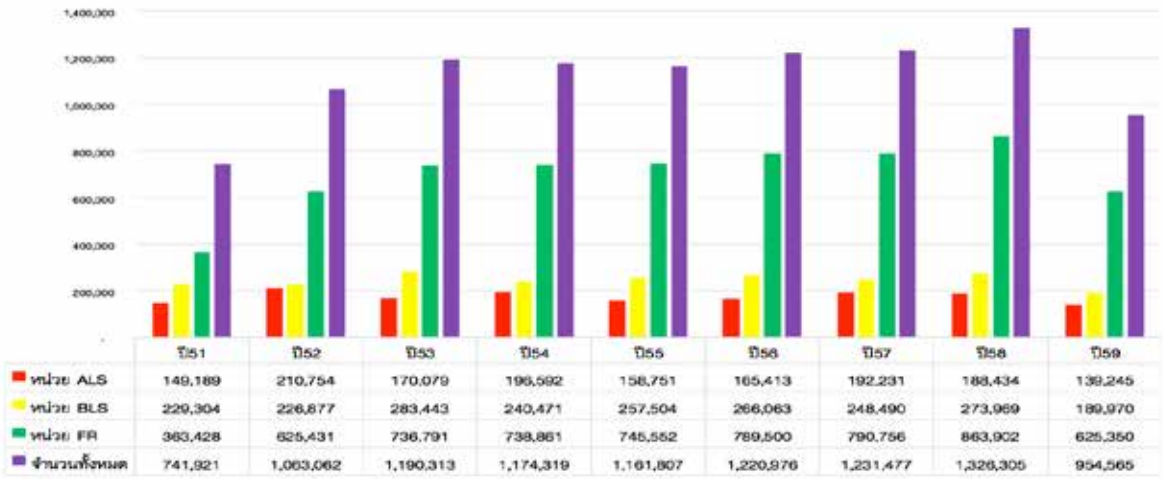
การเมืองและการปฏิรูปประเทศ เป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินน้อยมาก เนื่องจากในพรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ได้กำหนดความชัดเจนในการดำเนินงานแล้วก็ตามยังมีประเด็นที่ยังต้องได้รับผลกระทบต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ การถ่วงดุลย์อำนาจฝ่ายต่างๆ โดยจะต้องกำหนดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างรัดกุมและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งระบบราชการต้องปลอดจากการเมือง ให้ข้าราชการมีสิทธิ์ในการบริหารจัดการกิจการภายในองค์กร พร้อมการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นก็จะเป็นกลไกหนึ่งที่จะทำให้การบริหารและบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากขึ้น โดยใช้มาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินเดียวกัน

สถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบัน

ภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้คุกคามต่อชีวิตของประชาชนมีทั้งที่เกิดจากอุบัติเหตุและโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ทั้งโรคทางอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม และสาขาอื่น ๆ จำนวนผู้ป่วยที่ไปรับบริการที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลของรัฐในปี 2555 มีถึง 12 ล้านครั้ง และเพิ่มเป็น 24 ล้านครั้ง ในปี 2555 เพิ่มขึ้นถึงสองเท่าตัวภายในระยะเวลา 10 ปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดปัญหาแออัดในห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดปัญหาของคุณภาพ และประสิทธิภาพในการให้บริการฉุกเฉิน ตามมาด้วย

จากสถิติของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติพบว่าการออกปฏิบัติการฉุกเฉินในการช่วยเหลือผู้ป่วยเจ็บในระยะ 9 ปีย้อนหลัง นับตั้งแต่ปี 2551-2556 มีแนวโน้มการปฏิบัติการฉุกเฉินเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 20-30 ต่อปี โดยปี 2558 มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 1,325,7484 ครั้ง สำหรับผลงานปีงบประมาณ 2559 ในช่วง 8 เดือนสถาบันมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานระบบปฏิบัติการ มีการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 954,565 ครั้ง ดังนั้น จะเห็นว่าแนวโน้มความต้องการบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีสูงขึ้นซึ่งทั้งนี้เป็นไปตามบริบทการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันที่มีอัตราการเกิดโรคและอุบัติเหตุที่มากขึ้น

แผนภูมิที่ 3 ผลการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ปี 2551 – 2558 และแนวโน้มปี 2559



	ปี51	ปี52	ปี53	ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59
หน่วย ALS	149,189	210,754	170,079	196,592	158,751	165,413	192,231	188,434	139,245
หน่วย BLS	229,304	226,877	283,443	240,471	257,504	266,063	248,490	273,969	189,970
หน่วย FR	363,428	625,431	736,791	738,861	745,552	789,500	790,756	863,902	625,350
จำนวนทั้งหมด	741,921	1,063,062	1,190,313	1,174,319	1,161,807	1,220,976	1,231,477	1,326,305	954,565

แหล่งที่มา : สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2559

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการออกปฏิบัติการข้างต้น พบว่า โดยเฉลี่ยจะเป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นเรื่องของอุบัติเหตุทุกชนิดรวมกันประมาณ 35 เปอร์เซ็นต์ (ในจำนวนนี้เป็นอุบัติเหตุจากการจราจรถึงประมาณ 70 เปอร์เซ็นต์) ที่เหลืออีก ประมาณ 65 เปอร์เซ็นต์เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินที่เป็นเรื่องของโรคภัยไข้เจ็บ ประเทศไทยประสบปัญหาด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมากดูได้จากการที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับสองของโลก และเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาค เฉลี่ยมีอัตราการเสียชีวิต 60 คนต่อวัน และบาดเจ็บหนักที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาลถึง 300 คนต่อวัน และในจำนวนนี้ต้องกลายเป็นผู้พิการทุภพลภาพ 15 คนต่อวัน นำความสูญเสียเป็นมูลค่าในมิติทางเศรษฐกิจ 5 แสนล้านบาทต่อปี (ปี 2557)

ยังมีผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณปีละ 60,000 คน (เป็นตัวเลขรวมผู้เสียชีวิตอยู่ที่บ้านและเสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล จากใบมรณบัตร) ในจำนวนนี้ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 คน ในขณะที่มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉลี่ยปีละประมาณ 20,000 คนเช่นเดียวกัน ซึ่งในจำนวนเหล่านี้ถ้ามีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล จะสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ อีกประมาณ 15- 20 เปอร์เซ็นต์ คิดเป็นจำนวนปีละประมาณ 10,000 คน ในประเทศญี่ปุ่นที่มีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึง 50 เปอร์เซ็นต์ หลังจากมีการตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น ในปี 2551 ได้มีการพัฒนาต่างๆทางด้าน การแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากจำนวนการออกปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก ทางน้ำ และทางอากาศยาน จำนวนผู้ปฏิบัติการในระบบ จำนวนหน่วยปฏิบัติการ และจำนวนชุดปฏิบัติการ จำนวนองค์กรการศึกษาหรือฝึกอบรมที่ผ่านการรับรองฯ แต่ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆได้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วได้ รวมถึงการก้าวสู่ประชาคมอาเซียนระบบการแพทย์ฉุกเฉินไทยจำเป็นต้องยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉินสู่มาตรฐานสากล สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาหลายอย่าง นำไปสู่ช่องว่างของการแพทย์ฉุกเฉินไทยดังนี้

1. การกระจายตัวของหน่วยปฏิบัติการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การสื่อสารสาธารณะแก่ประชาชนยังไม่ทั่วถึง
3. มาตรฐานและคุณภาพของระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ยังมีความแตกต่างกัน
4. การประสานความร่วมมือจากเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังมีข้อจำกัด
5. ขาดศูนย์ประสานด้านการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างประเทศอย่างเป็นทางการ
6. ขาดการเชื่อมโยงสารสนเทศระหว่างหน่วยงาน
7. ต้องการการสร้างและการจัดการความรู้เพื่อการพัฒนา

ดังนั้น ความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งอยู่ที่การช่วยชีวิตและการรักษาชีวิตให้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพสามารถลดความสูญเสียและความพิการลงได้และสามารถลดอุบัติการณ์ด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ลงให้เหลือน้อยที่สุดด้วยระบบที่ออกแบบให้มีความพร้อมในทุก ๆ ด้านทั้งด้านระบบปฏิบัติการที่ได้มาตรฐาน ด้านงบประมาณ กฎระเบียบที่เอื้อต่อการทำงาน องค์ความรู้ บุคลากร และเครื่องมือ โดยมีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมด้วยเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างคุ้มค่าและมีประสิทธิภาพ

ความสอดคล้องกับนโยบายรัฐบาลที่สำคัญ และทิศทางการพัฒนาประเทศ

สาระสำคัญของเนื้อหาในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2560-2564 ได้ดำเนินการเพื่อให้สอดรับกับนโยบายรัฐบาลและทิศทางการพัฒนาประทศในช่วง 5 ปีข้างหน้า ดังนี้

1. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี แถลงต่อ สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ศุกร์ที่ 12 กันยายน 2557 ข้อ 5.1 วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้าของคุณภาพบริการในแต่ละระบบและบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

2. ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ข้อ 5.2.3 การพัฒนาด้านสุขภาพ โดยส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์ เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ยกระดับบริหารจัดการระบบสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้าและสร้างความยั่งยืนในระยะยาว โดยพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข บูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากร และส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในลักษณะเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

3. (ร่าง) กรอบยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2558 – 2577) ยุทธศาสตร์ด้านการสร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันในสังคม ข้อ 3.4.2 การพัฒนาระบบบริการและระบบบริหารจัดการสุขภาพโดยบูรณาการระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐสามกองทุน เพื่อให้เกิดความเป็นเอกภาพในการบริหารจัดการมีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และลดความเหลื่อมลาในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ พัฒนาการบริหารจัดการระบบสุขภาพด้วยการมีและใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อบริหารทรัพยากรด้านสาธารณสุข ส่งเสริมการอภิบาลระบบสุขภาพในลักษณะเครือข่ายที่มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน การสนับสนุนความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีการลงทุนและใช้ทรัพยากรร่วมกัน การส่งเสริมการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุ การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่อุบัติซา และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

4. ตัวชี้วัดเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ข้อ 3.8 ความสาเร็จ ในการพัฒนาเพื่อให้เกิดความครอบคลุมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การป้องกันความเสี่ยงด้านการเงิน การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้รับยา วัคซีนที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

ทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

การเปลี่ยนแปลงระบบโลกในปัจจุบันส่งผลกระทบทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมืองประเทศต่าง ๆ มีการปรับระบบให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป สำหรับประเทศไทยในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมายทั้งด้านระบบบริหารราชการแผ่นดิน การเมืองและการปฏิรูปประเทศ การมุ่งเน้นการพัฒนาที่มุ่งสู่ความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความสามารถในการแข่งขันและการนำผลความเจริญก้าวหน้ามาสู่ประเทศชาติ ทำให้หน่วยงานทุกส่วนจำเป็นต้องมีการปรับปรุงโครงสร้าง บทบาทหน้าที่เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) การก้าวสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community) และทิศทางการปฏิรูประบบของประเทศ สำหรับทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564 มุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานโดยการประสานความร่วมมือและสร้างการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงกลไกการเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศกับระบบการพัฒนาประเทศในมิติด้านอื่นๆ ควบคู่กันไปให้ในทิศทางเดียวกันเนื่องจากมีกลไก องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Stakeholder)

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้จัดทำแบบสอบถาม เพื่อนำมาใช้พัฒนาแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยสอบถามความคิดของผู้มีส่วนได้เสียกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Stakeholder) จำนวน 450 คน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และมูลนิธิ เพื่อให้ทราบถึงความคิดเห็นจาก Stakeholder ต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และนำมาเป็นฐานข้อมูลในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พบว่า ความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในอีก 5 ปีจากนี้ไป ในกลุ่มของผู้ให้บริการ จะเห็นความสำคัญระดับมากในประเด็น 1) มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในทุกจังหวัด 2) ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน 3) ทุกจังหวัดมีแผนและขั้นตอนการให้บริการฉุกเฉินครอบคลุมการเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) การบาดเจ็บ (Trauma) ภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิด (Newborn) และการตั้งครรภ์ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high risk pregnancy) 4) ทุกจังหวัด มีการดำเนินงานตามแผนและขั้นตอนการให้บริการฉุกเฉินครอบคลุมการเจ็บป่วยสำคัญ ได้แก่ ภาวะสมองขาดเลือด (Stroke) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) การบาดเจ็บ (Trauma) ภาวะฉุกเฉินในทารกแรกเกิด (Newborn) และการตั้งครรภ์ที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ (high risk pregnancy) 5) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลมีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน

ความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น

ในระยะเวลา 5 ปีจากนี้ไป ให้ความสำคัญระดับมากที่สุดคือ 1) ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน 2) มีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในทุกจังหวัด

เมื่อประมวลสรุปผลความเห็นต่อทิศทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในด้านความสำคัญ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความเป็นไปได้ที่จะสำเร็จในระยะเวลา 5 ปี จากนี้ไปนั้น จะเห็นได้ว่า การมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในทุกจังหวัด และห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลสามารถให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน จะเป็นเรื่องที่ Stakeholder ให้ความสำคัญในการที่จะต้องมีการดำเนินการพัฒนาในช่วงแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ 3

นอกจากนี้ ในส่วนความคิดเห็นของกพฉ.และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ได้ให้ความสำคัญใน 3 ประเด็น ดังนี้

1. Pre – Hospital ที่ผ่านมาในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้ง 2 ฉบับมีการดำเนินการในด้านนี้ค่อนข้างมาก และเห็นผลของการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านความครอบคลุม เข้าถึง หรือรวดเร็วภายในเวลาที่กำหนดก็ตาม ในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 นี้ ควรมุ่งเน้นในเรื่องของพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และโครงสร้างที่ชัดเจนขึ้น (ไม่ควรเป็นงานฝาก)

2. In – Hospital ที่ผ่านมาในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้ง 2 ฉบับ จะมีการกล่าวถึงน้อยมาก โดยเฉพาะในห้องฉุกเฉิน ที่ทีมชุดปฏิบัติจะต้องนำส่งผู้ป่วยมาให้การดูแลรักษาพยาบาลต่อ หากในห้องฉุกเฉินไม่ได้รับการพัฒนาให้ได้มาตรฐานและคุณภาพแล้วก็จะเป็นการส่งผู้ป่วยฉุกเฉินมาเปลี่ยนที่ตาย ที่ผ่านมาทางกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาในส่วนนี้อยู่แล้ว จึงเห็นว่าในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 นี้ ควรจะต้องเร่งและผลักดันให้ห้องฉุกเฉินทุกแห่งได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินที่เข้ามารับบริการได้มาตรฐานและคุณภาพยิ่งขึ้น

3. Interfacility – Patient Transfer ที่ผ่านมาในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทั้ง 2 ฉบับ จะมีการกล่าวถึงน้อยมาก และยังไม่มีความชัดเจนในเชิงนโยบาย โดยเฉพาะประเด็นหลักๆ คือ ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน การบริหารเตียงในการรองรับผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งโครงสร้างของศูนย์ บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนในการทำงานที่เชื่อมโยงเครือข่ายอย่างไร จึงเห็นว่าในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 นี้ ควรจะต้องเร่งและผลักดันในเรื่องดังกล่าวให้ชัดเจน และเร่งดำเนินงาน เพื่อรองรับนโยบายการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะของคณะกรรมการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560-2564

1 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลการเจ็บป่วยฉุกเฉินในระดับครัวเรือนและชุมชน โดยให้มีอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ทุกครัวเรือน สอดคล้องกับหลักการสาธารณสุขมูลฐานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกัน ตระหนัก เข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะ เข้าถึงการแจ้งเหตุและรับความช่วยเหลือฉุกเฉิน

2) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital) โดยจัดให้มีชุดปฏิบัติการครอบคลุมพื้นที่ ให้เป็นรูปแบบการบริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล และกำหนดหลักเกณฑ์ โดยที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการบริหารจัดการและประสานหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีการบริหารจัดการ มีชุดปฏิบัติการของตนเองโดยเน้นชุดปฏิบัติการระดับ ALS และระบบช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ณ จุดเกิดเหตุ (Stay and Play) และดำเนินการให้มีชุดปฏิบัติการใน องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลหรือหน่วยงานอื่น

3) ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นผู้ดำเนินการและบริหารจัดการศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดตามมาตรฐานบุคคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ กพฉ.กำหนด รวมทั้งให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

4) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ : Paramedic , เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์:EMT-I, พนักงานฉุกเฉินการแพทย์:EMT-B, อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์:FR)ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

5) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดหรือปรับปรุงข้อบังคับหรือระเบียบการเบิกจ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจน

6) ให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล และทำให้มีระบบทางด่วนฉุกเฉิน (FAST TRACK) เชื่อมต่อกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ที่บริหารจัดการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

7) ให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการการกำกับมาตรฐาน ตรวจสอบและรับเรื่องร้องเรียนในระดับจังหวัด ตามมาตรฐานที่กรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

8) ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ส่งเสริมการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงโดยการต่อยอดและการสร้างความรู้ใหม่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดทำรูปแบบการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่นเดียวกับจังหวัดอุบลราชธานี และขยายผลการดำเนินการในจังหวัดต่างๆ

9) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉินรวมเลขหมายเดียว (ดับเพลิงกู้ภัย การแพทย์ฉุกเฉิน ตำรวจ) ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

10) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายในการจัดการภัยพิบัติ

2. องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร

1) ในช่วงระยะเวลา 4 ปี ข้างหน้า ปี 2560-2564 ขอให้ สพฉ.สนับสนุนในทิศทางที่องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรคิดร่วมกันว่าควรจะพัฒนาไปด้านใด โดยได้กำหนดภาพอนาคตร่วมกัน 5 ข้อ ในการปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินรวมถึงสาธารณภัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2) ขอให้มีการจัดตั้งคณะทำงานร่วมกันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ๓๔ องค์กร ตามที่ได้มีผลสรุปจากการประชุมร่วมกัน ณ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการปรับเปลี่ยนจากการจับมือ 11 องค์กรและ 22 องค์กรเดิม เป็นการปรับเพื่อสอดคล้องกับการเป็นตัวแทนให้ครอบคลุมองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั่วประเทศ

3) ความตกลงของภาคีเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั้งหมดต้องการให้ สพฉ. เป็นผู้นำในเรื่องของการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ไม่ใช่แค่ผู้นำทางวิชาการ เพราะตาม พรบ.การแพทย์ฉุกเฉินกำหนดบทบาทหน้าที่ของสพฉ.ให้เป็นศูนย์กลางผู้ประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในการปฏิบัติการฉุกเฉินทั้งในและนอกประเทศ บทบาทในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ บทบาทในการกำกับมาตรฐาน สอบสวน รวมถึงการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการ

4) ขอให้มีการประชุมเชิงวิชาการองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรทั่วประเทศระดับชาติปีละหนึ่งครั้ง

5) เสนอให้ สพฉ. ดำเนินการให้ได้ใช้คลื่นความถี่วิทยุที่ได้รับการจัดสรรจาก กสทช. ขอให้ใช้ได้เลยนับแต่บัดนี้เป็นต้นไป

6) ขอให้ สพฉ.สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการมาร่วมประชุมขององค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร รองรับในส่วนของการเบิกจ่ายค่าเดินทางมาร่วมงาน และหาวิธีการจัดการงบประมาณเพื่อสนับสนุนองค์ เนื่องจากองค์กรภาคเอกชนเป็นองค์กรปฏิบัติงานที่ไม่แสวงหาผลกำไร

7) เนื่องจากองค์กรภาคเอกชนไม่แสวงหาผลกำไร ลักษณะผู้ปฏิบัติการทำงานด้วยจิตอาสา เสียสละทำงานส่วนรวมในการมาช่วยเหลือประสบเหตุประสบภัยไม่สมควรที่จะมาเสียค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม นำเสนอให้ภาครัฐหาวิธีการสนับสนุน การฝึกอบรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

8) เสนอการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของรถปฏิบัติการและอุปกรณ์โดยองค์ภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเป็นผู้กำหนดเอง แต่คุณภาพของรถปฏิบัติการรวมถึงเครื่องอุปกรณ์ต่างๆ ในระดับที่สูงขึ้น ให้ขึ้นอยู่กับความต้องการและศักยภาพของแต่ละองค์กรที่จะเพิ่มขึ้นเป็นเชิงคุณภาพ

3. เครือข่ายประชาชน :

1) สิทธิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ มาตรฐาน จริยธรรม ทั่วถึง รวดเร็วทันเวลา

2) สิทธิการเข้าถึงองค์ความรู้สาธารณะของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3) สิทธิในการเข้าถึงความสามารถของชุมชนในการป้องกันภาวะฉุกเฉิน ตระหนักรู้ถึงภาวะฉุกเฉิน เตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน สามารถช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น สามารถเข้าถึงการแจ้งเหตุฉุกเฉินเพื่อรับการช่วยเหลือฉุกเฉินได้ด้วยระบบการแจ้งเหตุฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

4) สิทธิในการรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายจนกว่าจะพ้นภาวะฉุกเฉิน

5) สิทธิได้รับการฟื้นฟูในสถานพยาบาลและสิทธิในการเข้าถึงความสามารถในการฟื้นฟูผู้ป่วยหลังพ้นภาวะฉุกเฉิน

6) สิทธิได้รับการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับภาวะฉุกเฉินเฉพาะที่มีประสิทธิภาพและทันท่วงที เช่น ภาวะฉุกเฉินทางหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ตกเลือดทางสูติกรรม ภาวะฉุกเฉินวิกฤติทารกแรกเกิด ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรงหรือฉุกเฉินทางอายุรกรรมเช่นเบาหวานรุนแรง

7) สิทธิได้รับการบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบาง เช่นคนพิการ คนสูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรัง ประชาชนในพื้นที่พิเศษที่เข้าถึงได้ยากเช่น เกาะ ภูเขา อุทยาน หรือพื้นที่ อันตรายเช่นสารเคมี พื้นที่ไม่สงบหรือก่อการร้าย

คำสั่งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
ที่ ๓ / ๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ตราไว้ในพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ และได้มีการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ ๑ ปี ๒๕๕๒-๒๕๕๕ และฉบับที่ ๒ ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๙ ครั้งนี้เป็นการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ เพื่อใช้กำหนดทิศทางการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยเน้นด้านความเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม ประชาชนเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกที่ มีการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติและเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และพัฒนาระบบให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และภารกิจหลักของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้เป็นกลไกในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ขับเคลื่อน ดำเนินงาน กำกับ ติดตามและประเมินผล คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ดังนี้

๑. ที่ปรึกษาคณะกรรมการ

๑.๑	นายวีระพันธ์	สุพรรณไชยมาตย์	ประธานที่ปรึกษา
๑.๒	นายจรัล	ตฤณวุฒิพงษ์	ที่ปรึกษา
๑.๓	นายมานิตย์	ประพันธ์ศิลป์	ที่ปรึกษา

๒. คณะกรรมการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

๒.๑	นายวิทยา	ชาติบัญชาชัย	ประธานคณะกรรมการ
๒.๒	รองศาสตราจารย์ศิริอร	สินธุ	รองประธานคณะกรรมการ
๒.๓	นายอำนวย	กาจีนะ	กรรมการ
๒.๔	นายธาตรี	เจริญชีวะกุน	กรรมการ
๒.๕	นายพรชัย	โควสุรัตน์	กรรมการ
๒.๖	นางสาวสกาวรัตน์	สมสกุลรุ่งเรือง	กรรมการ
๒.๗	นาวาอากาศเอก เฉลิมพร	บุญสิริ	กรรมการ
๒.๘	พันเอก สุรจิต	สุนทรธรรม	กรรมการ
๒.๙	ผู้แทนกรมบัญชีกลาง		กรรมการ
๒.๑๐	ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม		กรรมการ
๒.๑๑	ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		กรรมการ

๒.๑๒ ผู้แทน...

๒.๑๒	ผู้แทนสำนักงบประมาณ		กรรมการ
๒.๑๓	นายนพพร	นิวัฒนนันท์	กรรมการและเลขานุการ
๒.๑๔	นายภูมินทร์	ศิลาพันธ์	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๒.๑๕	นางวนิชยา	ทองแนบ	ผู้ช่วยเลขานุการ

อำนาจหน้าที่

๑. กลั่นกรองและกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ / แนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
๒. พิจารณาแต่งตั้งคณะทำงานย่อยเพื่อจัดทำรายละเอียดตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่กำหนด
๓. พิจารณาความเชื่อมโยงและสอดคล้องของเนื้อหาในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ตามที่คณะทำงานเสนอ
๔. พิจารณาและให้ความเห็นต่อ (ร่าง) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓) หลังปรับปรุงจากการรับฟังความเห็น
๕. เสนอ (ร่าง) แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ต่อ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน
๖. พิจารณาทำแผนยุทธศาสตร์ พัฒนาสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
๗. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๙ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายสมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์)
รัฐมนตรีช่วยว่าการฯ ปฏิบัติราชการแทน
รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข
ประธานกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน

คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ที่ ๔๘ /๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานดำเนินการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓
พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๓

.....

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้ตราไว้ในพระราบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ และได้มีการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉิน ฉบับที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๕ และฉบับที่ ๒ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙ ครั้งนี้เป็นการจัดทำแผนหลักฉบับที่ ๓ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ เพื่อใช้กำหนดทิศทางการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยเน้นด้านความเท่าเทียม ลดความเหลื่อมล้ำของสังคม ประชาชนเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉินได้ทุกที่ มีการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกมิติและเกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน การพัฒนาระบบให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และภารกิจหลักของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแหงชาติฉบับที่ ๓ เพื่อใช้เป็นกลไกในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๙ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้ออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานดำเนินการเกี่ยวกับการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ จำนวน ๓ คณะ ดังนี้

๑.๑ คณะทำงานยกร่างแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๓ ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายวิทยา	ชาติบัญชาชัย	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายนพพร	นิวัฒนนันท์	คณะทำงาน
(๓) รองศาสตราจารย์ ศิริอร	สินธุ	คณะทำงาน
(๔) ผู้แทนสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข		คณะทำงาน
(๕) นาวาอากาศเอกเฉลิมพร	บุญสิริ	คณะทำงาน
(๖) นายมานิตย์	ประพันธ์ศิลป์	คณะทำงาน
(๗) ดร.วิภาดา	วิจักขณาลัญจ์	คณะทำงาน
(๘) นางสาวกมลทิพย์	แซ่เล้า	คณะทำงาน

(๙) นาย..

(๙) นายสุรชัย	ศิลาวรรณ	คณะทำงาน
(๑๐) นายสาหวุฒิ	เหราบัตย์	คณะทำงาน
(๑๑) นายภูมินทร์	ศิลาพันธ์	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๒) นางวนิชยา	ทองแนบ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานตาม ข้อ ๑.๑ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) พิจารณากำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๓

(๒) สรรหาคณะทำงานกลุ่มย่อย ตามประเด็นยุทธศาสตร์

(๓) จัดประชุมระดมความคิดในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์

(๔) รวบรวม วิเคราะห์ ผลจากการประชุมระดมความคิดแต่ละยุทธศาสตร์ สรุปจัดทำร่างยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐ – ๒๕๖๓

(๕) นำร่างเข้าที่ประชุมประชาพิจารณ์ สรุปประเด็นสำคัญ ปรับปรุงให้สอดคล้อง กับประเด็นยุทธศาสตร์

(๖) นำเสนอร่างแผนหลักแห่งชาติฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๓ ต่อคณะกรรมการจัดทำแผนหลักแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

(๗) นำข้อเสนอแนะคณะกรรมการจัดทำแผนหลักแห่งชาติฉบับที่ ๓ มาปรับปรุง เพื่อเสนอคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้ความเห็นใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินต่อไป

๑.๒ คณะทำงานด้านวิชาการ ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นางสาวกมลทิพย์	แซ่เล้า	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายสาหวุฒิ	เหราบัตย์	คณะทำงาน
(๓) นายสุชาติ	ได้รูป	คณะทำงาน
(๔) นายอรรถพล	ถาน้อย	คณะทำงาน
(๕) นางสาวจินดา	ยุติบรรณ	คณะทำงาน
(๖) ดร.ปวีน	นราเมธากุล	คณะทำงาน
(๗) นางธัณณ์จิรา	ธนาศิริธัชนันท์	คณะทำงาน
(๘) นางสาวพรพิมล	ธนบัตรชัย	คณะทำงาน
(๙) นางนฤมล	พาพพิล่า	คณะทำงาน
(๑๐) นางสาวอุรา	สุวรรณรักษ์	คณะทำงาน
(๑๑) นางสาวณญาดา	เผือกขำ	คณะทำงาน
(๑๒) นางกรองกาญจน์	บุญใจใหญ่	คณะทำงาน
(๑๓) นางสาวคงขวัญ	จันทร์แก้ว	คณะทำงาน

(๑๑) นาย..

(๑๔) นายโสรัจจะ	ชูแสง	คณะทำงาน
(๑๕) นายสุวภัทร	อภิญญานนท์	คณะทำงาน
(๑๖) นางสาวขนิษฐา	ภูสีมุงคุณ	คณะทำงาน
(๑๗) นางสาวพรธิดา	แย้มพยนต์	คณะทำงาน
(๑๘) นายธีระ	ศิริสมุด	คณะทำงาน
(๑๙) นางสาวสุพัตรา	กาญจนลออ	คณะทำงานและเลขานุการ
(๒๐) นายศิวพล	อนันตสิทธิ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานตามข้อ ๑.๒ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) สรุปประเด็น การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมา

(๒) ค้นคว้าเอกสารทางวิชาการ ผลงานวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้อ้างอิง

(๓) จัดเตรียมข้อมูล เอกสาร เพื่อใช้ในการรับฟังความคิดเห็นจากภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(๔) รวบรวม วิเคราะห์ ผลจากการประชุมระดมความคิดแต่ละยุทธศาสตร์ สรุปจัดทำร่างเสนอคณะทำงานยกร่างแผนหลักหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓

๑.๓ คณะทำงานด้านประสานงานและจัดระดมความคิดเห็น ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายสุรชัย	ศิลาวรรณ	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายพิเชษฐ์	หนองช้าง	คณะทำงาน
(๓) นางพัชรี	รณที	คณะทำงาน
(๔) นางสาวสุพิชญา	ศีลสารรุ่งเรือง	คณะทำงาน
(๕) นางสาวเทียมจันทร์	ฉัตรชัยกนันท์	คณะทำงาน
(๖) นางนวนันทน์	อินทรักษ์	คณะทำงาน
(๗) นายศิริชัย	นิ่มมา	คณะทำงาน
(๘) นางสินีนุช	ชัยสิทธิ์	คณะทำงานและเลขานุการ
(๙) นางชุติมณฑน์	ยาใจ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๐) นางสาวพรรณทิพา	จิตอุ่น	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะทำงานตามข้อ ๑.๓ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) การสรรหาบุคคล เพื่อรับฟังความคิดเห็น ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จากทุกภาคส่วนตามกรอบประเด็นยุทธศาสตร์

(๒) ติดต่อประสานงานภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อประชุมระดมความคิดเห็นในการจัดทำร่างยุทธศาสตร์

(๓) ติดต่อประสานงานงานภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อจัดเตรียมการประชุมประชาพิจารณ์ ทั่วประเทศ

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานแต่ละคณะดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายอนุชา เศรษฐเสถียร)
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ที่ ๑๔๕/๒๕๕๘
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรายละเอียดประเด็นยุทธศาสตร์
ในการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔

.....

มติคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ในคราวการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๕๙ วันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๕๘ เห็นชอบวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกรอบประเด็นยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔ และให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำรายละเอียดตามประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนั้น เพื่อให้การจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๙ มาตรา ๒๔ และมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้ออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ จำนวน ๕ คณะ ดังนี้

๑. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างกระแสการสนับสนุนและให้ความรู้ประชาชน ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายมานะ	ตรีรยาภิวัฒน์	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายมานิตย์	ประพันธ์ศิลป์	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นางวิภาดา	วิจักขณาลัญฉ์	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายกิตติศักดิ์	คณาสวัสดิ์	คณะทำงาน
(๕) นายธีระพงษ์	โสดาศรี	คณะทำงาน
(๖) นายเกียรติศักดิ์	จิรโสตติกุล	คณะทำงาน
(๗) นางปณิตา	พุทธนวรัตน์	คณะทำงาน
(๘) นายนพพร	นิวัฒนนันท์	คณะทำงาน
(๙) นายประสงค์	เลิศรัตนวิสุทธิ์	คณะทำงาน
(๑๐) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไชยพร ยุกเซ็น		คณะทำงาน
(๑๑) นางปรียนันท์	ล้อเสริมวัฒนา	คณะทำงาน
(๑๒) นายวัชระ	เพ็ชรรัชตานนท์	คณะทำงาน
(๑๓) นางนวลจันทร์	บุญธรรม	คณะทำงาน
(๑๔) นางสาวฐิตินบ	โกมลนิมิ	คณะทำงาน
(๑๕) นางสาวศิริมา		

(๑๕) นางสาวศิริมา	สังข์ทอง	คณะทำงาน
(๑๖) นางสาวณญาดา	เผือกขำ	คณะทำงาน
(๑๗) นางสาวสุดารัตน์	นิราพาธ	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๘) นางธัณณ์จิรา	ธนาศิริธัชนันท์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๙) นางพรทิพย์	วชิรดิลก	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๐) นายการันต์	ศรีวัฒนบูรพา	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๒. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนากลไกการอภิบาลระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายอนุชา	เศรษฐเสถียร	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายประสาน	หวังรัตนปราณี	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นายไพโรจน์	บุญศิริคำชัย	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายสัมฤทธิ์	ศรีธำรงสวัสดิ์	คณะทำงาน
(๕) นายเข็มชัย	ชุติวงศ์	คณะทำงาน
(๖) ผู้แทนสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน		คณะทำงาน
(๗) ผู้แทนสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน		คณะทำงาน
(๘) ผู้แทนสำนักงบประมาณ		คณะทำงาน
(๙) นายอรรถพล	ถาน้อย	คณะทำงาน
(๑๐) นางสาวจินดา	ยุติบรรณ	คณะทำงาน
(๑๑) นายวรสิทธิ์	ศรศรีวิชัย	คณะทำงาน
(๑๒) นายสุชาติ	ได้รูป	คณะทำงาน
(๑๓) นายปวีณ	นราเมธกุล	คณะทำงาน
(๑๔) นางวนิชยา	ทองแนบ	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๕) นางนฤมล	พาพพิล่า	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๖) นายธีระ	ศิริสมุด	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นายโสรัจจะ	ชูแสง	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๗) นางชุติมณฑน์	ยาใจ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๓. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาระบบบริหารจัดการบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายวิทยา	ชาติบัญชาชัย	ประธานคณะทำงาน
(๒) รองศาสตราจารย์ศิริอร	สินธุ	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นาวาอากาศเอกเฉลิมพร	บุญศิริ	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายปวีณ	นราเมธกุล	คณะทำงาน
(๕) นางสาวอุบล	ยี่เฮ็ง	คณะทำงาน

(๖) นายอนุรักษ์

(๖) นายอนุรักษ์	อมรเพชรสถาพร	คณะทำงาน
(๗) นางวิภาดา	วิจักขณาลัญฉ์	คณะทำงาน
(๘) นายประกิจ	สาระเทพ	คณะทำงาน
(๙) นายศิริวัฒน์	บุปผาเจริญ	คณะทำงาน
(๑๐) นายวีระศักดิ์	พงษ์พุทธา	คณะทำงาน
(๑๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไชยพร	ยุกเซ็น	คณะทำงาน
(๑๒) นางสุชาดา	มีไชโย	คณะทำงาน
(๑๓) นายกิตติเดช	ศรีสุวรรณ	คณะทำงาน
(๑๔) นายสมยศ	อินทรสุวรรณ	คณะทำงาน
(๑๕) นางสาวนภัสธมน	ไวกิพา	คณะทำงาน
(๑๖) นางสาวเพ็ญรุ่ง	บุญรักษ์	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๗) นางสุนิสา	สุวรรณรักษ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๘) นายบรรณรักษ์	สนองคุณ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๙) นางสินีนุช	ชัยสิทธิ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๔. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นเรนทร์	โชติรสนิรมิต	ประธานคณะทำงาน
(๒) รองศาสตราจารย์ศิริอร	สินธุ	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นายภูมินทร์	ศิลาพันธ์	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายสาพวุฒิ	เหราบัตย์	คณะทำงาน
(๕) ผู้แทนสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งชาติ		คณะทำงาน
(๖) ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล		คณะทำงาน
(๗) ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน		คณะทำงาน
(๘) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข		คณะทำงาน
(๙) นางนฤมล	สวรรค์ปัญญาเลิศ	คณะทำงาน
(๑๐) เรืออากาศเอกอัจฉริยะ	แพงมา	คณะทำงาน
(๑๑) นาวาเอกธนษวัฒน์	ชัยกุล	คณะทำงาน
(๑๒) นายธานินทร์	โลเกศกระวี	คณะทำงาน
(๑๓) นางสมจินตนา	เอียมสรรพางศ์	คณะทำงาน

(๑๔) นายฐปนวงศ์

(๖) นายอนุรักษ์	อมรเพชรสถาพร	คณะทำงาน
(๗) นางวิภาดา	วิจักขณาลัญฉ์	คณะทำงาน
(๘) นายประกิจ	สาระเทพ	คณะทำงาน
(๙) นายศิริวัฒน์	บุปผาเจริญ	คณะทำงาน
(๑๐) นายวีระศักดิ์	พงษ์พุทธา	คณะทำงาน
(๑๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ไชยพร	ยุกเซ็น	คณะทำงาน
(๑๒) นางสุชาดา	มีไชโย	คณะทำงาน
(๑๓) นายกิตติเดช	ศรีสุวรรณ	คณะทำงาน
(๑๔) นายสมยศ	อินทรสุวรรณ	คณะทำงาน
(๑๕) นางสาวนภัสธมน	ไวกิพา	คณะทำงาน
(๑๖) นางสาวเพ็ญรุ่ง	บุญรักษ์	คณะทำงานและเลขานุการ
(๑๗) นางสุนิสา	สุวรรณรักษ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๘) นายบรรณรักษ์	สนองคุณ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๑๙) นางสินีนุช	ชัยสิทธิ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๔. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) ผู้ช่วยศาสตราจารย์นเรนทร์	โชติรสนิรมิต	ประธานคณะทำงาน
(๒) รองศาสตราจารย์ศิริอร	สินธุ	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นายภูมินทร์	ศิลาพันธ์	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายสาพวุฒิ	เหราบัตย์	คณะทำงาน
(๕) ผู้แทนสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งชาติ		คณะทำงาน
(๖) ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล		คณะทำงาน
(๗) ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน		คณะทำงาน
(๘) ผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข		คณะทำงาน
(๙) นางนฤมล	สวรรค์ปัญญาเลิศ	คณะทำงาน
(๑๐) เรืออากาศเอกอัจฉริยะ	แพงมา	คณะทำงาน
(๑๑) นาวาเอกธนษวัฒน์	ชัยกุล	คณะทำงาน
(๑๒) นายธานินทร์	โลเกศกระวี	คณะทำงาน
(๑๓) นางสมจินตนา	เอียมสรรพางศ์	คณะทำงาน

(๑๔) นายฐปนวงศ์

(๑๔) นายฐปนวงศ์	มิตรสูงเนิน	คณะทำงาน
(๑๕) นายพงศ์ธร	เกียรติดำรงวงศ์	คณะทำงาน
(๑๖) นายประกิจ	สาระเทพ	คณะทำงาน
(๑๗) นางสาววิมลวรรณ	กมลบุรี	คณะทำงาน
(๑๘) นางสาวประภาพร	สุวรัตน์ชัย	คณะทำงาน
(๑๙) นางสาวปฏิพร	บุณยพัฒน์กุล	คณะทำงาน
(๒๐) นางสาวนันท์นลิน	นาคะกุล	คณะทำงาน
(๒๑) นางสาวกมลทิพย์	แช่เล้า	คณะทำงานและเลขานุการ
(๒๒) นางสาวอุรา	สุวรรณรักษ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๓) นายสุวภัทร	อภิญญานนท์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๔) นางสาวขนิษฐา	ภูสีมุงคุณ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๕) นางสาวพรธิดา	แย้มพยนต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๖) นางสาวสุพัตรา	กาญจนลออ	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

๕. คณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ที่ ๕ พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ ดังรายนามต่อไปนี้

(๑) นายพิจิตต	รัตตกุล	ประธานคณะทำงาน
(๒) นายภูมินทร์	ศิลาพันธ์	รองประธานคณะทำงาน
(๓) นายไพโรจน์	บุญศิริคำชัย	รองประธานคณะทำงาน
(๔) นายนิพนธ์	บุญญามณี	คณะทำงาน
(๕) นายยิ่งยศ	อุดรพิมพ์	คณะทำงาน
(๖) นายชาตรี	อยู่ประเสริฐ	คณะทำงาน
(๗) นายพิษณุ	มณีโชติ	คณะทำงาน
(๘) นายธาตรี	เจริญชีวะกุน	คณะทำงาน
(๙) นายประทีป	ธนกิจเจริญ	คณะทำงาน
(๑๐) นายอนุรักษ์	อมรเพชรสถาพร	คณะทำงาน
(๑๑) นางสาวสกาวรัตน์	สมสกุลรุ่งเรือง	คณะทำงาน
(๑๒) ผู้แทนมูลนิธิสว่างธรรมสถาน		คณะทำงาน
(๑๓) ผู้แทนกรมแพทย์ทหารบก		คณะทำงาน
(๑๔) ผู้แทนโรงพยาบาลเอกชน		คณะทำงาน
(๑๕) ผู้แทนมูลนิธิปอเต็กตึ๊ง		คณะทำงาน
(๑๖) ผู้แทนกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย		คณะทำงาน

(๑๗) นายสุรศักดิ์	แป้นงาม	คณะทำงาน
(๑๘) ตัวแทนกระทรวงศึกษาธิการ		คณะทำงาน
(๑๙) นายสุรชัย	ศิลาวรรณ	คณะทำงานและเลขานุการ
(๒๐) นายพิเชษฐ์	หนองช้าง	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๑) นายพงษ์พิษณุ	ศรีธรรมานุสาร	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
(๒๒) นายศิวพล	อนันตสิทธิ์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะทำงานตามข้อ ๑ ทั้ง ๕ คณะ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำรายละเอียดเนื้อหาตามประเด็นยุทธศาสตร์ครอบคลุม ๗ หัวข้อย่อยประกอบด้วย หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด กลวิธีหรือวิธีการ งบประมาณ หน่วยงานหลัก หน่วยงานสนับสนุนโดยดำเนินการให้เสร็จสิ้น ภายในวันที่ ๑๐ ธันวาคม ๒๕๕๘

(๒) นำเสนอรายละเอียดตาม (๑) ต่อคณะกรรมการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

(๓) ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๔ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘

(นายอนุชา เศรษฐเสถียร)
เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

THAILAND

ต่อการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

เบื้องหลังการจัดทำแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3