



สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
รับที่ 1728 กษ
วันที่ ๒๖ ก.ค. ๒๕๔๙ เวลา 11.๐๓ น.

ที่ สธ ๐๕๐๓ / ๑๑๑๘

กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ นนทบุรี ๑๑๐๐๐

มีนาคม ๒๕๔๙

เรื่อง ขออนุมัติแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย
เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ ปี

เรียน เลขาธิการคณะรัฐมนตรี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ของประเทศไทยเพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ
ครบ ๖๐ ปี จำนวน ๘๐ ชุด

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิต ในเกือบทุกประเทศ
ทั่วโลก ข้อมูลจากการทบทวนสถานการณ์พบผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเข้ารับการรักษาพยาบาลใน
โรงพยาบาลทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๔ จำนวน ๑๒ ล้านครั้ง ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วย
วิกฤติ (Crisis) ร้อยละ ๓ ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ ๒๘ ผู้ป่วยจะมีอาการหนัก
มากน้อยแตกต่างกันไป มีผู้เสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน จำนวน ๖๐,๐๐๐ คน จากอุบัติเหตุ
จราจร ๑๗,๐๐๐ คน จากอุบัติเหตุอื่นๆ และพิษวิทยา ๑๓,๐๐๐ คน และเสียชีวิตจากโรค
ฉุกเฉินอื่น ๓๐,๐๐๐ คน ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นโดยพบว่า
ความสูญเสียทางเศรษฐกิจร้อยละ ๒.๒ ของรายได้ประชาชาติเกิดจากอุบัติเหตุจราจร
รายละเอียดตามแผนยุทธศาสตร์ ฯ ที่แนบมาพร้อมนี้

นอกจากนี้ ปัจจุบันประชาชนไทยยังไม่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้
มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ การเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินทำให้ผู้เจ็บป่วย
ฉุกเฉินร้อยละ ๑๐ เสียชีวิตโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้พบว่าระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินขาด
การบูรณาการเครือข่ายทั้งในระนาบเดียวกันและเครือข่ายส่งต่อผู้ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑/ทั้งภาครัฐ...

ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นวิชาชีพ แม้แต่บริการการแพทย์ ณ ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลก็ยังมีจุดอ่อนที่ต้องเร่งปรับปรุงหลายประการ ทั้งทางด้านบุคลากร โครงสร้างทางกายภาพ ระบบการบริหารจัดการ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล นอกจากนี้ ระบบการจัดการและกลไกการเงินที่ผ่านมายังไม่สามารถส่งเสริมให้มีบริการ การแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โครงสร้าง กลไกการจัดการระดับชาติยังขาด เจ้าภาพที่ชัดเจน แม้มีหน่วยงานดำเนินการหลายหน่วยงานแต่ไม่เป็นเอกภาพและไม่มีการ กำหนดทิศทางร่วมกัน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่พร้อมรับ ภัยพิบัติ ขาดความรู้และข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนในอนาคต

เพื่อให้สามารถลดอัตราการตายและลดความรุนแรงจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินของ ประชาชน กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันจัดทำร่างแผน ยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น และเสนอให้มีหน่วยงานกลางที่เป็น อิสระเพื่อพัฒนาระบบให้มีประสิทธิภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึง ทำหน้าที่ในการบริหาร และประสานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับประเทศ ทั้งนี้อยู่ระหว่างเสนอ ร่างแผนดังกล่าวเพื่ออนุมัติเป็นแผนเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ ปี

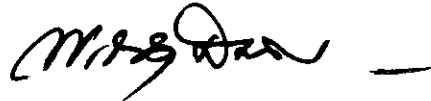
ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขขอเสนอแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครอง สิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๐ หรือประมาณ ๙,๐๐๐ - ๑๒,๐๐๐ คนต่อปี ภายในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ รายละเอียด ตามแผนยุทธศาสตร์ ฯ ที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเสนอคณะรัฐมนตรี เพื่อ

๑. อนุมัติแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของ ประเทศไทย เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ ปี ตามแผนยุทธศาสตร์ฯที่ส่งมาด้วย

๒. อนุมัติให้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์เรนทร)
เป็นองค์การมหาชนในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยออกพระราชกฤษฎีกา ตาม
พระราชบัญญัติองค์การมหาชน ปี พ.ศ. ๒๕๕๒

ขอแสดงความนับถือ



(นายพินิจ จารุสมบัติ)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

โทร ๐-๒๕๕๐-๒๘๐๔

โทรสาร ๐-๒๕๕๐-๒๘๐๒/๐-๒๕๕๐-๒๘๐๔

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
(Emergency Medical Service) ของประเทศไทย (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓)
เพื่อเฉลิมพระเกียรติในโอกาสทรงครองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี

๑. สถานการณ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทย

๑.๑. อัตราตายจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินลดลงได้ ถ้ามีการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้
ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดได้จากโรคภัยไข้เจ็บทุกชนิด ตั้งแต่การป่วยฉุกเฉินด้วยโรคต่างๆ (เช่น โรคหัวใจ) รวมทั้งการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย ภัยพิบัติ และการได้รับพิษ ข้อมูลการใช้บริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศพบผู้ป่วยฉุกเฉินจำนวนประมาณ ๑๒ ล้านครั้ง¹ ต่อปี มีผู้เจ็บป่วยวิกฤตและเร่งด่วนประมาณร้อยละ ๓๐ คาดประมาณว่ามีผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตประมาณปีละ ๔ ล้านครั้ง ในจำนวนนี้มีผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลประมาณ ๖๐,๐๐๐ คน หากมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยรักษาชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินดังกล่าวได้ถึงประมาณร้อยละ ๑๕-๒๐ หรือประมาณปีละ ๙,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน.

สาเหตุที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในประเทศไทย ยังไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันกาล เพราะมี “ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” ที่ด้อยประสิทธิภาพและประสิทธิผล ไม่ครอบคลุมผู้เจ็บป่วยทุกชนชั้นและทุกพื้นที่ (เช่น ประชาชนและอาสาสมัครทำการปฐมพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ถูกวิธี ขาดความรู้ในการปฏิบัติการกู้ชีพ, ขาดแผนการช่วยเหลือตนเองในชุมชน ไม่สามารถติดต่อขอรับคำปรึกษาฉุกเฉินจากหน่วยงานบริการ, อาสาสมัครระดับภัยยังขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดการควบคุมคุณภาพ ระบบการดูแลรักษานอกโรงพยาบาลและระบบการขนส่งผู้เจ็บป่วยจากจุดเกิดเหตุยังด้อยคุณภาพและไม่ครอบคลุมประชาชนทั่วประเทศ ประชาชนที่เจ็บป่วยหนักยังคงต้องหาวิธีเดินทางไปโรงพยาบาลเอง หน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้เจ็บป่วยด้วยสาเหตุต่างๆ แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงาน โดยไม่มีกลุ่มแพทย์รับผิดชอบโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่เกิดการพัฒนาศักยภาพความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และขาดการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ) ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่จึงประสบความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความตายที่ไม่จำเป็น

๑.๒. ปัจจุบันระบบการช่วยเหลือกู้ชีพ การนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลและการ
บริการที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ก็ยังไม่ได้ทั่วถึง

๑.๒.๑. ปัจจุบันประชาชนไทยยังไม่ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่าง
ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มโครงการศูนย์อุบัติเหตุ ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๖ และได้จัดตั้งสถาบันการแพทย์ด้านอุบัติเหตุและสาธารณสุข สังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งได้เริ่มดำเนินการ “หน่วยกู้ชีพเรนทร” ที่โรงพยาบาลราชวิถี เมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๘ พัฒนาระบบบริการการแพทย์

¹ ที่มา: Injury surveillance ของโรงพยาบาลใน sentinel site ของกองระบาดวิทยา ปี ๒๕๔๔

ฉุกเฉินมีการขยายตัวอย่างช้า ๆ เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ เมื่อมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “๓๐ บาท รักษาทุกโรค” ในปี ๒๕๔๙ บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกรวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรทอง และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) ขึ้น

ภายหลังการประกาศใช้บังคับพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเฉพาะและต่อเนื่อง แต่ตราบจนถึงสิ้นเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๔๙ หน่วยปฏิบัติการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้บริการรักษาพยาบาลและนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งก่อนถึงโรงพยาบาลได้เพียง ๒๘๙,๔๐๗ ครั้ง หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ ๘.๐๓ ของจำนวนประมาณการผู้เจ็บป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เท่านั้น

๑.๒.๒. ปัจจุบัน การเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไม่ได้มาตรฐาน ทำให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๐ เสียชีวิตโดยไม่จำเป็น

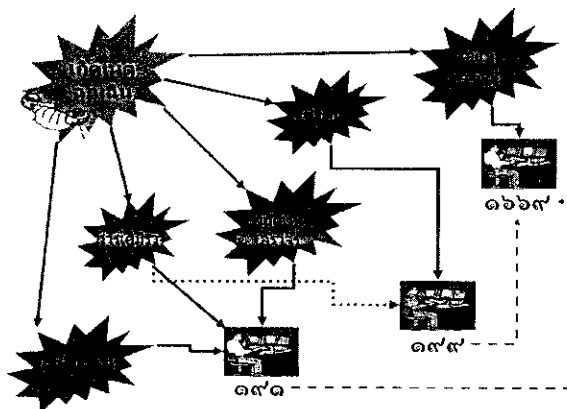
ที่ผ่านมา การช่วยเหลือและนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล ส่วนมากเป็นภาระของญาติพี่น้อง ผู้อยู่ข้างเตียง และอาสาสมัครที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างเหมาะสม การเคลื่อนย้ายและนำผู้เจ็บป่วยส่งเพื่อรับการรักษาพยาบาล มักอาศัยยานพาหนะส่วนบุคคลหรือยานพาหนะรับจ้างทั่วไป อีกทั้งบุคคลที่ทำการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยยังขาดความรู้ ทักษะ และเจตคติในการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างถูกวิธี มักใช้วิธีอุ้มหรือหามขึ้นรถเพื่อนำส่งโรงพยาบาล แม้กรณีการบาดเจ็บอุบัติเหตุจราจร ซึ่งอาจมีอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยและมูลนิธิต่าง ๆ ที่มีความรู้เพิ่มขึ้นบ้าง แต่ก็ยังไม่มากนัก ทำให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลล่าช้าเกินไปและก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้บาดเจ็บโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ทั้งจากการช่วยเหลือเบื้องต้น การเคลื่อนย้าย และการนำส่งผู้เจ็บป่วยที่ไม่ถูกวิธี

ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่าง ๆ ยังไม่ได้รับการช่วยเหลือและนำส่งอย่างเหมาะสมทันเวลา ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นฉับพลันนอกโรงพยาบาลแทบไม่มีโอกาสรอดชีวิต ทั้งที่มีข้อมูลจากอารยประเทศแสดงให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ป่วยดังกล่าวมีโอกาสรอดชีวิตโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนถึงกว่าร้อยละ ๑๕ หากได้รับการช่วยเหลือกู้ชีพโดยผู้พบเห็นเหตุการณ์และได้รับการรักษาพยาบาลทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยจากการได้รับพิษต่าง ๆ มีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้นถึง ๑๐ เท่าโดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลหากได้รับการดูแลอย่างถูกต้องโดยอาศัยคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางโทรศัพท์ทันเวลา

ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่บางแห่ง มีโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนหลายแห่งที่ได้จัดตั้งหน่วยรพพยาบาลอันเป็นผลจากการสนับสนุนของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข และการสนับสนุนทางการเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ยังคงขาดกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนยังมีส่วนร่วมในการดำเนินการน้อยมาก โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังไม่เน้นบริการด้านนี้ ในขณะที่การบริการโดยสถานพยาบาลเอกชนนั้น แม้จะมีบริการสะดวกแต่ผู้เจ็บป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง จึงเข้าถึงได้เฉพาะผู้มีฐานะดี โดยสรุปแล้วอาจกล่าวได้ว่า ระบบการเคลื่อนย้ายผู้เจ็บป่วยที่มีคุณภาพยังไม่เพียงพอในการให้บริการครอบคลุมประชากร ขณะที่โรงพยาบาลก็ไม่มีแรงจูงใจในการฝึกอบรมและสร้างเครือข่ายรพพยาบาลที่เป็นหน่วยฉุกเฉินชุมชนเกิดขึ้น

๑.๒.๓. ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินขาดการบูรณาการเครือข่ายในระนาบเดียวกัน และเครือข่ายการส่งต่อ

ระบบรับแจ้งเหตุฉุกเฉินปัจจุบันมีหลายระบบ สำหรับแจ้งเหตุในสถานการณ์ต่างๆ กัน (เช่น ๑๙๑ เมื่อเกิดเหตุด่วนเหตุร้าย รวมทั้งอุบัติเหตุจราจร, ๑๙๙ กรณีไฟไหม้, ๑๗๔๔ กรณีสาธารณภัย และ ๑๖๖๙ เมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉิน) สถานการณ์เหล่านี้อาจมีผู้บาดเจ็บที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน ทว่าระบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉินแต่ละระบบยังขาดการประสานกันให้เป็นเอกภาพ บางครั้งมีความขัดแย้ง แก่งแย่ง เกี่ยงกัน หรืออื่นๆ จนไม่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพเท่าที่ควร อีกทั้งยังทำให้ผู้เจ็บป่วยและประชาชนสับสน ไม่เข้าใจ และไม่สามารถเข้าถึงบริการได้



๑.๒.๔. บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นวิชาชีพ

ปัจจุบันมีหน่วยงานที่ทำการช่วยเหลือ ดูแล และนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและอาสาสมัครมูลนิธิต่างๆ ซึ่งมีรูปแบบการปฏิบัติงานหลากหลาย มีวิสัยทัศน์และบุคลากรที่แตกต่างทั้งในเชิงความรู้ ทักษะ เจตคติ คุณภาพ และมาตรฐาน มีข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์บ่อยครั้งเกี่ยวกับการแย่งกันให้การช่วยเหลือผู้ประสบภัย เนื่องจากการทำงานดังกล่าวมีผลประโยชน์ตอบแทน ซึ่งอาจมีผลทำให้พฤติกรรมของการช่วยเหลือผู้ประสบภัยเบี่ยงเบนไป จนอาจส่งผลให้ผู้ประสบภัยเกิดอันตรายเพิ่มขึ้นได้ และเนื่องจากบุคลากรเกือบทั้งหมดทำงานในลักษณะชั่วคราว ขาดความรู้ความเชี่ยวชาญจึงเป็นอุปสรรคใหญ่ของการพัฒนาความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างต่อเนื่อง

๑.๒.๕. บริการการแพทย์ ณ ห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลยังมีจุดอ่อนที่ต้องเร่งปรับปรุงหลายประการ^{2 3}

ด้านบุคลากร ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแทบทุกแห่ง ทั้งรัฐและเอกชน ให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์จำกัด แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่หมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงาน บางครั้งเป็นเพียงแพทย์ฝึกหัดหรือนักศึกษาแพทย์

² Huddy J. Emergency Department Design: A Practical Guide to Planning for the Future. American College of Emergency Physicians 2002

³ Salluzzo RF, Kidd PS, Mayer TA, Strauss RW. Emergency Department Management: Principles and Applications. Elsevier 1997

โดยไม่มีกลุ่มแพทย์รับผิดชอบโดยเฉพาะ ซึ่งไม่สอดคล้องกับความจำเป็นต่อสถานการณ์ที่ต้องมีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญ ทักษะ และเจตคติในการรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินไว้ได้ นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานสนับสนุนการรักษาพยาบาลในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็ยังมีจำนวนไม่พอเพียงเมื่อเทียบกับลักษณะและปริมาณงาน และมีมาตรฐานที่แตกต่างกันมากในโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และเจตคติของผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนอุปกรณ์ที่มีในห้องฉุกเฉิน จากปัจจัยดังกล่าวเป็นสาเหตุให้ไม่เกิดการพัฒนางานองค์ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ และขาดการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

โครงสร้างกายภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่ได้มาตรฐาน มีข้อจำกัดในการรองรับผู้เจ็บป่วยที่มีอาการหนักและมีจำนวนมาก

ระบบการบริหารจัดการของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันมาก หน่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาลหลายแห่งยังคงปฏิเสธการรักษาผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้วยสาเหตุต่างๆ แม้สาขาวิชาชีบบางสาขา เช่น สภาการพยาบาล จะมีการกำหนดรูปแบบ แต่โดยรวมแล้วยังไม่มีกรอบแบบระบบที่เป็นมาตรฐาน ตลอดจนขาดระบบในการตรวจสอบและการรับรองคุณภาพการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉิน

การส่งต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลในปัจจุบันมีปัญหาหลายประการ เช่น การดูแลผู้เจ็บป่วยระหว่างการส่งต่อไม่ได้มาตรฐาน ขาดการประสานงานให้โรงพยาบาลผู้รับทราบก่อน โรงพยาบาลปฏิเสธไม่ยอมรับผู้เจ็บป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น การส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ทำให้การรักษาพยาบาลในขั้นตอนต่อไปสะดุดและอาจต้องเริ่มต้นตรวจผู้เจ็บป่วยใหม่ ทำให้ผู้เจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่จำเป็นเพื่อให้พ้นภาวะฉุกเฉินล่าช้าไม่ทันต่อการป้องกันการเสียชีวิตหรือภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อผู้เจ็บป่วยโดยไม่มีข้อบ่งชี้และการส่งต่อผู้เจ็บป่วยข้ามเขต ส่งผลให้โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไม่สามารถเรียกเก็บค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลผู้ส่งหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้

๑.๓. ระบบการจัดการและกลไกการเงินที่ผ่านมา ยังไม่สามารถส่งเสริมให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

มาตรา ๕๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้ประชาชนไทยมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะกระทำได้ และมาตรา ๘๒ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้บัญญัติให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๕๗ คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินและอนุมัติให้ทุกจังหวัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งกำหนดให้เป็นบริการขั้นพื้นฐานภายใต้การจัดสรรงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๓๐ บาทรักษาทุกโรค) เพื่อเป็นหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงโดยไม่คิดมูลค่า ทั้งนี้การคำนวณจากความจำเป็นที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการ

บริการก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างทั่วถึงแล้ว ต้องใช้งบประมาณอุดหนุนค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลอย่างน้อย ๑,๕๐๐ ล้านบาทต่อปี

อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณที่ผ่านมา คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อนุมัติงบประมาณอุดหนุนค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจำนวน ๕๖๐ ล้านบาท (คิดเป็น ๑๐ บาทต่อหัวผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) แต่ท้ายที่สุดแม้มีการจัดสรรจริงเพียง ๒๗๖ ล้านบาท (หรือเพียง ๖ บาทต่อหัว) แต่ก็ยังไม่สามารถใช้จ่ายงบประมาณดังกล่าวได้หมด เนื่องจากยังไม่มีโครงสร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้ครอบคลุมทั่วถึง โดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกล รวมทั้งระบบการเงินยังไม่ได้มีการพัฒนาให้รองรับการบริการได้อย่างเท่าเทียม โครงสร้างพื้นฐานของการบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เพียงพอและไม่ได้มาตรฐาน

แม้ปัจจุบัน ทั่วประเทศจะมีหน่วยปฏิบัติการเพื่อดูแลและรับส่งผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนแล้วรวมทั้งสิ้น ๑,๕๙๖ หน่วย โดยเป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นจำนวน ๘๑๗ หน่วย และมีบุคลากรที่ขึ้นทะเบียนแล้วทุกระดับรวม ๑๗,๕๐๗ คน ครอบคลุมพื้นที่ให้บริการ ๗๑๐ พื้นที่ อย่างไรก็ตามเนื่องจากหน่วยปฏิบัติการดังกล่าวส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองเฉพาะบางจังหวัด และบุคลากรที่ขึ้นทะเบียนแล้วดังกล่าวเกือบทั้งหมดเป็นผู้หมั่นเวียนมาปฏิบัติงานช่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงบางส่วนเวลา แทบไม่มีบุคลากรวิชาชีพทุกระดับบริหารและระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา ทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่น และระดับหน่วยปฏิบัติการ จึงนับเป็นความขาดแคลนอย่างยิ่งที่จะทำให้ประชาชน โดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกล ได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงครอบคลุมทั่วประเทศ

เมื่อนับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๖ เป็นต้นมา แพทยสภาได้เล็งเห็นความจำเป็นและความสำคัญของการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว จึงได้อนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน และให้เป็นสาขาประเภทที่ ๑ อันหมายถึงสาขาขาดแคลนและแพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม ผู้สมัครสามารถเข้ารับการฝึกอบรมได้โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน ซึ่งปัจจุบันมีขีดความสามารถให้การฝึกอบรมได้ปีละ ๖๕ ตำแหน่งในสถาบันต่าง ๆ ๑๔ แห่งทั่วประเทศ แต่กลับมีแพทย์สนใจเรียนไม่มากนัก เนื่องจากเป็นสาขาที่มีความเสี่ยงสูงในการปฏิบัติงานและขาดแรงจูงใจที่มากเพียงพอ ดังนั้นทราบจนปัจจุบัน ประเทศไทยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินทั่วประเทศเพียง ๒๗ คน และมีผู้เข้ารับการฝึกอบรมในสาขานี้เพียงปีละไม่ถึง ๕๐ คนเท่านั้น

๑.๔. โครงสร้าง กลไก ระบบการจัดการระดับชาติยังขาดเจ้าภาพที่ชัดเจน แม้มีหน่วยงานดำเนินการหลายหน่วยงานแต่ไม่เป็นเอกภาพ และไม่มีการกำหนดทิศทางร่วมกัน

รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้การพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นนโยบายหลักที่สำคัญและกำหนดให้ทุกจังหวัดมีหน่วยงานรับผิดชอบให้บริการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ซึ่งเป็นบริการขั้นพื้นฐานภายใต้การจัดสรรงบประมาณตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๓๐ บาทรักษาทุกคน) โดยไม่คิดมูลค่า และมีหน่วยงานรับผิดชอบในระดับจังหวัด ทำหน้าที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-hospital Service) ตามมาตรฐานบริการที่กำหนด

แม้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีกลไกระดับชาติ และคณะกรรมการระดับกระทรวงทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการอำนวยการ และมีสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นสำนักงานเลขานุการกิจ ทำหน้าที่จัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานให้ครอบคลุมพื้นที่อย่างทั่วถึง

ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมือง ชนบท และท้องถิ่นห่างไกล รวมทั้งมีศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโดยใช้หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ และให้แต่ละจังหวัดมีสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด

อยู่ภายใต้คณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน แต่คณะกรรมการดังกล่าวส่วนใหญ่ แม้ในระดับกระทรวงสาธารณสุข ก็ยังมีบทบาทน้อยมาก

นอกจากนี้ โครงสร้างดังกล่าว แม้ในระดับชาติ ก็ยังเป็นลักษณะโครงสร้างชั่วคราว ทำให้สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มีเพียงบุคลากรที่ขอตัวมาช่วยราชการและลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานอยู่เท่านั้น รวมทั้งยังอยู่ในลักษณะโครงการระบบราชการ ทำให้มีปัญหาความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการจัดการด้วย ปัญหานี้ทำให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่สามารถขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถใช้งบประมาณที่ได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตามที่วางแผนไว้

๑.๕. องค์การขาดความรู้และข้อมูลที่เป็นในการวางแผนและการพัฒนา

ปัจจุบัน ยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลการเจ็บป่วยฉุกเฉินอย่างเป็นระบบในระดับชาติ มีเพียงข้อมูลการบาดเจ็บซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้รับผิดชอบอยู่ทั้งในด้านการออกแบบระบบข้อมูล การวิเคราะห์การรายงานและการเผยแพร่ แต่ก็ยังไม่เข้มแข็งและครอบคลุมเพียงโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งเท่านั้น ทำให้ข้อมูลที่มีอยู่ขาดความถูกต้อง และไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถรายงานสถานการณ์ในภาพรวมทั้งในช่วงเทศกาลและในภาพรวมรายปีได้อย่างถูกต้อง

ในขณะเดียวกัน ข้อมูลที่เป็นในการพัฒนาระบบยังมีจำกัดและกระจุกกระจาย แม้ที่ผ่านมาพอจะมีองค์ความรู้อยู่บ้าง แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อการกำหนดนโยบายอย่างหนักแน่นตามหลักวิชาการ ตลอดจนไม่เพียงพอต่อการวางแผนพัฒนาบริการทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ และประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง การกำหนดนโยบายและการวางแผนจึงอาศัยตัวเลขคาดประมาณจำนวนประชากรเป้าหมายที่ยังมีความไม่แน่นอนสูง ไม่มีข้อมูล ขาดความรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมสำหรับการวิเคราะห์ทางเลือก (decision analysis) เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจลงทุนที่คุ้มค่า ขาดข้อมูลและความรู้ สำหรับพิจารณาความต้องการกำลังคน ตลอดจนการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความครอบคลุมของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากร.

นอกจากนี้ สถาบันวิชาการและนักวิจัยที่มีผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและการวางแผน รวมทั้งการยกระดับมาตรฐานบริการ ยังมีจำกัด ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการความรู้ในทุกระดับทุกพื้นที่การค้นคว้าและวิจัย ขาดการวางแผน และการกำหนดทิศทางอย่างเป็นระบบ ขาดการสนับสนุน ทำให้ผลการศึกษาค้นคว้าวิจัยของหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการอย่างไร้ทิศทาง ขาดเอกภาพ ขาดพลังในการสร้างองค์ความรู้สู่สังคม ขาดพลังในการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการและนโยบายและเพื่อความปลอดภัยในสังคม อย่างไรก็ตาม ยังมีโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่

๑.๕.๑. การจัดตั้งกลไกที่จะรับผิดชอบและมีความสามารถในการจัดการให้เกิดการสร้างความรู้ และนำความรู้ไปสู่การกำหนดนโยบายและการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

๑.๕.๒. การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนากำลังคนเพื่อรองรับการสร้างและจัดการความรู้อย่างต่อเนื่อง เพียงพอ

๑.๕.๓. ทูสนับสนุนที่เพียงพอและต่อเนื่องในระยะยาวแก่กลไกการจัดการความรู้ สถาบันวิจัย และนักวิจัย

๑.๕.๔. ระบบสารสนเทศที่มีคุณภาพตรงความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและนักวิจัยในเวลาที่เหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึง

๑.๖. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่พร้อมรับภัยพิบัติ

ที่ผ่านมาประเทศไทยประสบสาธารณภัยและภัยพิบัติหลายครั้ง บทเรียนกรณีการเกิดคลื่นสึนามิในจังหวัดชายฝั่งอันดามันเมื่อเดือนธันวาคม ๒๕๔๗ ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนที่สำคัญของการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในยามเกิดภัยพิบัติของประเทศ ได้แก่ (๑) ขาดระบบประสานงานและสั่งการในทุกระดับ ทั้งระดับชาติ ระดับภาค ระดับเขต และระดับพื้นที่ (๒) บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดองค์ความรู้และขาดการซ้อมรับมือกับขั้นตอนต่างๆ ในสถานการณ์ภัยพิบัติ ได้แก่ การคัดแยกผู้ป่วย, การนำส่ง การรักษาพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉิน-ห้องผ่าตัด-หออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต-การฟื้นฟูสภาพสุขภาพจิต การชันสูตรผู้ที่เสียชีวิต (๓) ขาดการเตรียมความพร้อมด้านการสื่อสารในสถานการณ์ภัยพิบัติ และ (๔) ขาดการออกแบบและจัดเตรียมระบบข้อมูลสถานการณ์ภัยพิบัติ เป็นต้น ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติ

๑.๗ ทรงมีพระมหากรุณาธิคุณโปรดเกล้าฯ ให้ริเริ่มพัฒนาและจัดให้มีระบบการช่วยเหลือรักษาพยาบาลและนำผู้ป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาลมาเร็วกว่า ๓๐ ปี

เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๕ สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ดำเนินงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุครั้งแรกในประเทศไทย พระราชทานนามว่า “แพทย์อาสาทางอากาศ” ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็น “งานหน่วยแพทย์ทางวิทยุ” ด้วยทรงเห็นว่าเป็นงานที่อำนวยความสะดวกให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นทุรกันดารไกลคมนาคม ให้ได้รับการรักษาพยาบาลทันต่อเหตุการณ์และต่อเนื่อง การดำเนินงานหน่วยแพทย์ทางวิทยุประกอบด้วย ๓ ฝ่าย คือฝ่ายที่ ๑ ทำการรักษาพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยเป็นผู้ตรวจรายงานอาการผิดปกติทางวิทยุรับส่งให้แพทย์ประจำโรงพยาบาลและรับคำสั่งการรักษา ฝ่ายที่ ๒ ดูแลเทคนิคทางช่วยการสื่อสารและจัดหาอุปกรณ์เครื่องวิทยุรับส่ง ที่มีประสิทธิภาพใช้งานได้ทั่วประเทศ และฝ่ายที่ ๓ ประสานงานยานพาหนะสนับสนุน เช่น เฮลิคอปเตอร์ ในการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยหนัก จากสถานีอนามัยของหมู่บ้านในถิ่นทุรกันดาร ไม่มีถนนเข้าถึง หรือเรือเร็วลำเลียงผู้ป่วยจากสถานีอนามัยบนเกาะต่างๆ สู่โรงพยาบาล

ใน พ.ศ. ๒๕๓๕ พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนมูลนิธิ “อานันทมหิดล” ให้แพทย์ไปศึกษาวิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รวมทั้งเมื่อ พ.ศ. ๒๕๓๙ ยังได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ พระราชทานทุนวิจัยทางการแพทย์ มูลนิธิ “อานันทมหิดล” เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้พสกนิกรไทยได้รับการบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง

เพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงครองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ เพื่อเป็นใช้กรอบแนวทางในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศในระยะ ๕ ปีข้างหน้า (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๔) เพื่อสืบสานพระบรมราชปณิธานอันก่อให้เกิดประโยชน์สุขแห่งมหาชนยิ่งขึ้นสืบไป

๒. กรอบแนวคิดของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒.๑ นิยามและขอบเขตบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

“บริการการแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อการประเมิน การจัดการ การรักษาพยาบาล และการป้องกันที่ให้แก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การดูแลรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้ายและนำส่งมอบต่อสถานพยาบาลอย่างปลอดภัย รวมทั้งการบริการที่สถานพยาบาล ตลอดจนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสม จนกระทั่งผู้เจ็บป่วยนั้นพ้นภาวะฉุกเฉิน

“การแพทย์ฉุกเฉิน” หมายความว่า การดำเนินกิจกรรมอันประกอบด้วยบริการ การศึกษา การค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษา และการป้องกันการบาดเจ็บหรือการป่วยที่เกิดขึ้นเฉียบพลันและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางการแพทย์เพื่อรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ เป็นการบูรณาการองค์ความรู้วิทยาการสุขภาพสาขาต่างๆ ประกอบกับวิทยาการจัดการเป็นองค์ความรู้ที่เป็นเอกลักษณ์ เป็นเครือข่ายนิรภัยทางสุขภาพที่สำคัญยิ่งของสังคม

“ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน” หมายความว่า บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยเฉียบพลันโดยมิได้คาดหมาย ซึ่งหากไม่ได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงทีแล้วอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต สูญเสียอวัยวะ หรือบกพร่องในการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินขึ้น อาจส่งผลให้เกิดความพิการทั้งชั่วคราวและถาวร หรือเสียชีวิต ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สมบูรณ์แบบจึงต้องครอบคลุมถึงการป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินโดยเชื่อมโยงกับสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงไม่เจ็บป่วย รวมทั้งการมีระบบป้องกันอุบัติเหตุที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนต้องเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพเฉพาะทางต่างๆ ด้วย

นอกจากนี้ในกรณีภัยพิบัติ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องมีการดำเนินการประสานเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับระบบการจัดการภัยพิบัติดังกล่าวด้วย

๒.๒ กรอบแผนยุทธศาสตร์

จากนิยามและขอบเขตข้างต้นจะเห็นได้ว่า บริการการแพทย์ฉุกเฉินมีบริบทที่กว้างขวางครอบคลุมบทบาทการดำเนินงานของทั้งองค์กร/บุคลากรในและนอกภาคสาธารณสุข ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์และประสานการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างเชื่อมโยง อย่างไรก็ตามเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนไทยได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ กรอบแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้จะครอบคลุมเฉพาะองค์ประกอบที่สำคัญ ๓ ด้าน ได้แก่

๒.๑.๑. บริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ครอบคลุมระบบปฐมพยาบาล ระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน ระบบการให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน ระบบรักษาพยาบาลนอก

๒.๑.๒. โรงพยาบาล รวมทั้งระบบการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล และระบบการลำเลียงขนย้าย จนถึงระบบการนำผู้ป่วยส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย

๒.๑.๓. ระบบบริการฉุกเฉินที่โรงพยาบาลและระบบการส่งต่อ (emergency department and referral system)

๒.๑.๔. ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกรณีภัยพิบัติ

๓. วัตถุประสงค์

๓.๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ ให้สามารถบริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ จนสามารถลดการเสียชีวิต ความพิการ และภาวะแทรกซ้อนของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินลงได้

๓.๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ

๓.๒.๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ให้มีประสิทธิภาพและอย่างทั่วถึงให้ผู้เจ็บป่วยได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพอย่างทันทีทันใด ซึ่งรวมถึงการปฐมพยาบาล การแจ้งเหตุฉุกเฉิน การให้คำแนะนำปรึกษาฉุกเฉิน การรักษาพยาบาลนอกโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดหน่วยเคลื่อนที่เร็วไปช่วยเหลือและดูแล การลำเลียงขนย้าย จนถึงการนำผู้ป่วยส่งมอบต่อสถานพยาบาลที่มีขีดความสามารถเหมาะสมอย่างปลอดภัย

๓.๒.๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ และประสิทธิภาพ โดยมีบุคลากรที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ตลอดจนมีความชำนาญ และประสบการณ์อยู่ให้บริการประจำตลอดเวลา

๓.๒.๓. เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม

๓.๒.๔. เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนทรัพยากร โดยเฉพาะด้านบุคลากร และจัดระบบการเงิน การคลังที่สามารถสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

๓.๒.๕. เพื่อพัฒนากลไกการบริหารจัดการให้มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพในทุกระดับอย่างทั่วถึง

๔. เป้าหมาย

๔.๑. ในปี ๒๕๕๓ ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินระดับวิกฤตและเร่งด่วนอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ได้รับการช่วยเหลือหรือนำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน

๔.๒. ในปี ๒๕๕๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินลดลงจากปี ๒๕๔๙ อย่างน้อยร้อยละ ๑๕

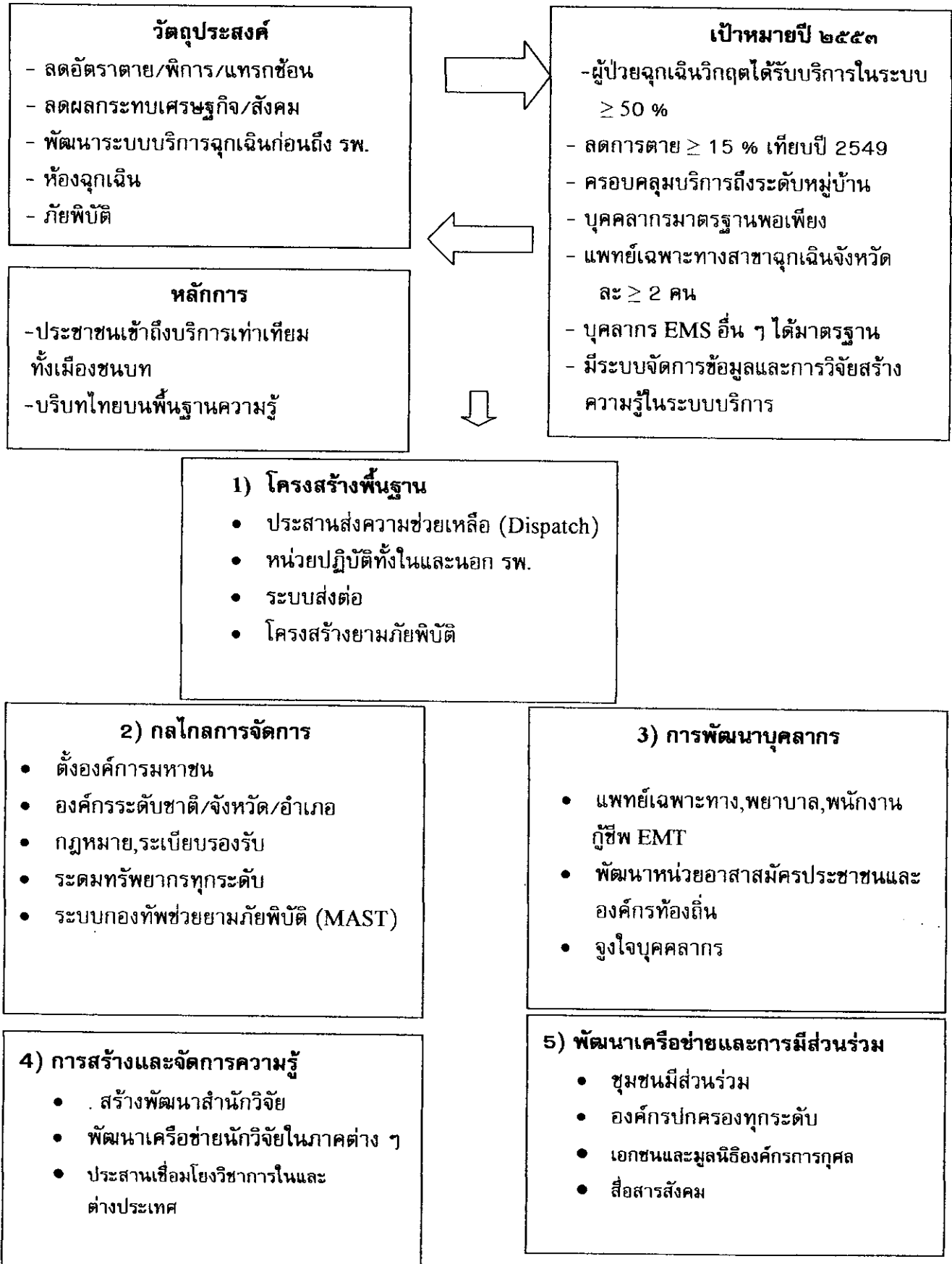
- ๔.๓. ในปี ๒๕๕๓ มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานโดย
- ๔.๓.๑. มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่ให้บริการได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
 - ๔.๓.๒. มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
 - ๔.๓.๓. มีระบบและกลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น
 - ๔.๓.๔. มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม
- ๔.๔. ในปี ๒๕๕๓ มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอได้แก่
- ๔.๔.๑. มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อย่างน้อย ๒ คนต่อหนึ่งจังหวัด
 - ๔.๔.๒. มีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอตามมาตรฐาน
 - ๔.๔.๓. มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการทำงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและที่มีใช้การเงิน
- ๔.๕. ในปี ๒๕๕๓ มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ รวมทั้งระบบการจัดการ การสร้าง และการกระจายความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดการและการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

๕. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วยยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่สำคัญ ๕ ประการ ได้แก่

- ๕.๑. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน รวมทั้งระบบข้อมูลสารสนเทศและการเฝ้าระวังทาง การแพทย์ฉุกเฉิน
- ๕.๒. การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ รวมทั้งระบบการเงินการคลัง
- ๕.๓. การพัฒนาบุคลากร
- ๕.๔. การสร้างและจัดการความรู้
- ๕.๕. การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี

ความเชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย
เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองสิริราชสมบัติ ครบ ๖๐ ปี



๑. ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

๑.๑. หลักการและเหตุผล

การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย (๑) การอำนวยความสะดวกทางการแพทย์, (๒) การปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงบริการ การจัดส่งความช่วยเหลือ การสื่อสารประสานงาน การขนส่ง และเกณฑ์วิธีปฏิบัติ (๓) แผนฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (๔) การผลิตและฝึกอบรมบุคลากร (๕) หน่วยเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (๖) การให้ความรู้และสารสนเทศแก่ประชาชนและนักวิชาชีพต่าง ๆ (๗) การป้องกันการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (๘) การรวบรวมข้อมูลและการประเมินผล (๙) หน่วยความปลอดภัยสาธารณะ และ (๑๐) การวิจัยและพัฒนา⁴

องค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ต้องการโครงสร้างพื้นฐานสำหรับรองรับการดำเนินงาน แต่ยังไม่ได้รับการพัฒนาและจัดให้เป็นระบบที่ประสานสอดคล้องกันเท่าที่ควร ทำให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีอยู่ในปัจจุบันอยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำไม่มีมาตรฐานรองรับ กระจุกตัวอยู่เฉพาะในเขตเมืองที่มีผู้ใส่ใจเป็นแห่งๆ และไม่สามารถช่วยรักษาชีวิต อวัยวะ หรือการทำงานของระบบอวัยวะที่สำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โครงสร้างพื้นฐานดังกล่าวนี้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๑.๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

๑.๓. เป้าหมาย

- ๑.๓.๑. มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินประจำตำบลและสามารถให้บริการได้ทั่วถึงทุกหมู่บ้าน
- ๑.๓.๒. มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งมีระบบการส่งต่อที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งภาครัฐและเอกชน
- ๑.๓.๓. มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวม

๑.๔. แนวทาง/มาตรการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน ประกอบด้วย การดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

⁴ Brennan JA, Krohmer JR. Principles of EMS Systems, 3rd Ed. Jones & Bartlett and American College of Emergency Physicians 2005

- ๑.๔.๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งดำเนินการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล เช่น รับแจ้งเหตุ ช่วยเหลือ ดูแล และนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล โดยมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ให้การฝึกอบรม และอุดหนุนค่าใช้จ่ายบางส่วน
- ๑.๔.๒. พัฒนาระบบประสานการจัดส่งความช่วยเหลือและให้คำปรึกษา โดย
 - ก. พัฒนาความพร้อมของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ สำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบสื่อสารระหว่างประชาชน ศูนย์ประสานงานฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการ โดยระบบดังกล่าวอาจเป็นกึ่งอัตโนมัติในระยะแรกแล้วค่อยๆ พัฒนาเป็นระบบเกือบอัตโนมัติในระยะต่อไป ได้แก่
 - (๑) จัดระบบปฏิบัติการสื่อสารและประสานการจัดส่งความช่วยเหลือ ควบคู่กับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นอย่างต่อเนื่องให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ทั่วประเทศที่ปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพในภาวะปกติ และพร้อมจะปรับเป็นศูนย์ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติ
 - (๒) จัดให้มีระบบบริการแจ้งเหตุที่ง่าย รวดเร็ว ถ่ายทอดข้อมูลสะดวก
 - ข. พัฒนาระบบและมาตรฐานการให้คำแนะนำการปฏิบัติ รวมทั้งจัดทำมีแผนทวิวิธี (protocol) และพนักงานที่มีความรู้ ทักษะ และเจตคติ ในการให้คำแนะนำแก่ทั้งหน่วยปฏิบัติการ และประชาชน เกี่ยวกับการช่วยเหลือ ดูแล และรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ประจําการตลอด ๒๔ ชั่วโมง
 - ค. พัฒนาระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ สำหรับผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือ ดูแล และรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งประชาชน โดยเฉพาะในเขตชนบทห่างไกล เช่น พืชวิทยา หัวใจและหลอดเลือด
- ๑.๔.๓. พัฒนาหน่วยปฏิบัติการทุกระดับทั้งในและนอกโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน โดย
 - ก. จัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน รวมถึงทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งบุคลากร ทรัพยากร อุปกรณ์ และเกณฑ์วิธีปฏิบัติ (practice protocol)
 - ข. สร้างแรงจูงใจให้หน่วยปฏิบัติมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงาน หรือ ใช้กลไกการเงินการคลัง
- ๑.๔.๔. พัฒนาระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการที่มีขีดความสามารถเหมาะสม ให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาพยาบาลจนกระทั่งพ้นภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น โดย
 - ก. จัดทำแนวทางปฏิบัติและเกณฑ์วิธีคัดแยกและส่งต่อผู้เจ็บป่วย ตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
 - ข. จัดระดับขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินด้านต่างๆ ของสถานพยาบาล
 - ค. สร้างเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยให้ชัดเจน
- ๑.๔.๕. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติได้อย่างประสานสอดคล้องกับการจัดการภัยพิบัติโดยรวมโดย

- ก. ส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกแห่งมีการประสานกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ เพื่อทำแผนจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะภัยพิบัติให้สอดคล้องกับแผนการจัดการภัยพิบัติโดยรวมของท้องถิ่นทุกแห่ง
- ข. ส่งเสริมให้หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกแห่งมีการฝึกซ้อมแผนรับผู้ป่วยจำนวนมากฉับพลัน ทั้งด้วยตนเองและร่วมกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นประจำ
- ค. พัฒนาระบบประสานงานและการสื่อสารกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภัยพิบัติ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์นเรนทร) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการรวมทั้งระบบการเงินการคลัง

๒.๑. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโครงสร้างการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศยังมีลักษณะเป็นโครงสร้างชั่วคราว โดยสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มีเพียงบุคลากรที่ขอตัวมาช่วยราชการและลูกจ้างชั่วคราวปฏิบัติงานอยู่เท่านั้น นอกจากนี้ยังอยู่ในระบบราชการทำให้มีปัญหาความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการจัดการด้วย

นอกจากนี้ แหล่งเงินเพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศนั้น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินับเป็นแหล่งงบประมาณหลักสำหรับการอุดหนุนการบริการ ในขณะที่จากสถิติการให้บริการที่ผ่านมา ผู้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ได้มีเพียงเฉพาะผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น (บัตรทอง ๓๐ บาทช่วยคนไทยห่างไกลโรค) แต่ยังมีมาจากผู้มีสิทธิกลุ่มอื่น เช่น สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ประกันสังคม ประกันผู้ประสบภัยจากรถ ประกันภัยเอกชน รวมทั้งชาวต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพและท่องเที่ยว การใช้งบประมาณที่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพียงแหล่งเดียวเพื่อย่อยค่าบริการดังกล่าวเมื่อผู้มีสิทธิอื่นดังกล่าวมาใช้บริการ จึงเป็นการเบียดเบียนผู้มีสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เนื่องจากการบริหารจัดการ รวมทั้งโครงสร้างพื้นฐานและผู้ให้บริการยังมีจำนวนไม่เพียงพอ จึงสามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ได้เพียงส่วนน้อยของประเทศไทย ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่สามารถใช้งบประมาณที่ได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอุดหนุนค่าบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ตามที่วางแผนไว้ อย่างไรก็ตามหากมีการสร้างและพัฒนาผู้ให้บริการให้ครอบคลุมทั่วถึงและมีจำนวนเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับบริการประชาชนในเขตชนบทห่างไกล ตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้แล้ว ก็ทำให้มีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการเงินที่เหมาะสมและเป็นธรรมเพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขจากแหล่งต่างๆ เช่น ประกันผู้ประสบภัยจากรถ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม เพื่อสนับสนุนให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินเกิดขึ้นอย่างเพียงพอต่อการให้บริการที่จำเป็น รวมทั้งระบบเงินสมทบเพื่อพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการจัด ผลิต และพัฒนาศักยภาพ ระบบโครงสร้างพื้นฐาน และหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ

๒.๒. วัตถุประสงค์

๒.๒.๑. เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลไกในการจัดการบริการการแพทย์

ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๒.๒. เพื่อพัฒนากลไกทางการเงินสำหรับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐาน

อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๓. เป้าหมาย

๒.๓.๑. มีระบบและกลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

๒.๓.๒. มีกลไกทางการเงินสำหรับกระจายบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงเป็นธรรมและคุ้มค่า ทั้งในระดับชาติและระดับท้องถิ่น

๒.๔. แนวทาง/มาตรการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการรวมทั้งระบบการเงินการคลัง ประกอบด้วย กลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

๒.๔.๑. จัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเรนทรเป็นองค์การมหาชนโดยตราพระราชกฤษฎีกาตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. ๒๕๔๒ มีหน้าที่บริหารจัดการและดำเนินการเกี่ยวกับการบริการ รวมทั้งการพัฒนา การศึกษา และการวิจัยด้านการแพทย์ฉุกเฉินให้ประชาชนไทยได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ โดยจะต้องส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะกระทำได้ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางความร่วมมือด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชาติและระดับนานาชาติ

๒.๔.๒. กำหนดให้มีคณะกรรมการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและในระดับต่าง ๆ เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายในการพัฒนาและควบคุมกำกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ โดยมีสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเรนทรเป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ ระดับชาติ

๒.๔.๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นของตนที่สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมของท้องถิ่น

๒.๔.๔. ระดมงบประมาณสมทบสำหรับค่าตอบแทนการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งการลงทุนเพื่อสร้างโครงสร้างพื้นฐานและการดำเนินการ จากแหล่งต่าง ๆ เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม กองทุนประกันผู้ประสบภัยจากรถ ประกันภัยเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ องค์กรการกุศล รวมทั้งชาวต่างชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพและนักท่องเที่ยว โดยสัดส่วนการจ่ายเงินสมทบของแต่ละกองทุนที่เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข

๒.๔.๕. อุดหนุนทรัพยากร โดยเฉพาะด้านการเงินแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยปฏิบัติตามสภาพภูมิศาสตร์และความห่างไกลด้อยโอกาสของแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้สามารถจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

๒.๔.๖. พัฒนาระบบกองทัพอภัยระบบความปลอดภัยและการขนส่ง [Military Assist Safety and Transportation (MAST) program] ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์นเรนทร) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. ยุทธศาสตร์การพัฒนาบุคลากร

๓.๑. หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน บุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งนอกและในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหารระบบทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลต่างๆ พนักงานปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ยังไม่ได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติอย่างเพียงพอในการช่วยเหลือดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างเพียงพอ และเกือบทั้งหมดเป็นลักษณะหมุนเวียนจากสาขาต่างๆ มาปฏิบัติงานช่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงบางเวลา แทบไม่มีผู้ปฏิบัติงานและรับผิดชอบเต็มเวลารวมทั้งไม่มีกลุ่มวิชาชีพรับผิดชอบโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงไม่เกิดการพัฒนาการพัฒนาการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งขาดการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ประสบความทุกข์ทรมาน ความพิการ และความตายที่ไม่จำเป็น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาให้บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ รวมทั้งกำหนดให้กลุ่มพนักงานปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Technicians: EMT) ให้เป็นวิชาชีพเฉพาะทางเช่นเดียวกับนานาอารยประเทศ ตลอดจนให้ความสำคัญและสนับสนุนให้แพทย์และพยาบาลเข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินและการพยาบาลฉุกเฉินเป็นกรณีพิเศษ และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เพียงพอพร้อมกับสนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในวิชาชีพทัดเทียมกับนักวิชาชีพสาขาอื่น

๓.๒. วัตถุประสงค์

- ๓.๒.๑. เพื่อให้มีบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางบริการการแพทย์ฉุกเฉินกระจายอย่างทั่วถึงและเพียงพอ
- ๓.๒.๒. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรปฏิบัติงานช่วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั่วประเทศให้มีความรู้ ทักษะ เจตคติ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน

๓.๓. เป้าหมาย

- ในปี ๒๕๕๓ มีบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ ได้แก่
- ๓.๓.๑. มีแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างน้อย ๒ คนต่อหนึ่งจังหวัด และพยาบาลเฉพาะทางสาขากายาบาลฉุกเฉินอย่างน้อย ๑ คนต่อหนึ่งอำเภอ

๓.๓.๒. มีนักวิชาชีพบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอตามมาตรฐาน

ประเภทของบุคลากร	จำนวน
แพทย์เฉพาะทาง (วุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติฯ) สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๑๕๐ คน
พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฉุกเฉิน	๘๐๐ คน
นักปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินวิชาชีพ (paramedic) ๔ ปี	๑,๘๖๐ คน

๓.๓.๓. มีบุคลากรปฏิบัติงานช่วยการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความรู้ และทักษะ ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามสภาพความรู้ ทักษะ และเจตคติ ภายใต้ขอบเขตของกฎหมายที่กำหนด

ประเภทของบุคลากร	จำนวน
แพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมการกู้ชีพขั้นสูง	๑,๒๖๐ คน
พยาบาลกู้ชีพ (๔๐ ชั่วโมง)	๙๘๖ คน
พนักงานปฏิบัติการช่วยการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลาง (๒ ปี)	๑,๓๖๖ คน
พนักงานปฏิบัติการช่วยการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน (๑๑๐ ชั่วโมง)	๖,๐๐๐ คน
พนักงานรับแจ้งและบันทึกเหตุการณ์ฉุกเฉิน	๕๐๐ คน
พนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (๑๖ ชั่วโมง)	๔๐,๘๐๐ คน

๓.๓.๔ มีระบบการสร้างแรงจูงใจในการกระจายบุคลากรและการทำงานของบุคลากรเพื่อให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านการเงินและที่ไม่ใช่การเงิน

๓.๔. แนวทาง/มาตรการดำเนินงาน

๓.๔.๑. ส่งเสริมการผลิตบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

- ก. อนุมัติให้แพทย์สังกัดส่วนราชการและหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทุกสังกัด เข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินได้โดยไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน รวมทั้งจัดให้มีทุนการศึกษาต่างประเทศสำหรับแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉินเพื่อศึกษาต่ออนุสาขาฯ ที่จำเป็น ตลอดจนสนับสนุนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพให้พัฒนาเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผลิตแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉินให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
- ข. ผลิตพนักงานปฏิบัติการช่วยการแพทย์ฉุกเฉินระดับกลางและระดับพื้นฐานให้เพียงพอต่อความต้องการ (ตามเป้าหมายที่กำหนดข้างต้น)

๓.๔.๒. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานช่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย

- ก. ฝึกอบรมระยะสั้น สำหรับแพทย์และพยาบาลทั่วไปให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติในการกู้ชีพขั้นสูง
- ข. ฝึกอบรมพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นที่มีคุณสมบัติเหมาะสมให้เป็นพนักงานปฏิบัติการช่วยการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นฐาน

ค. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนให้เป็นพนักงาน
ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

๓.๔.๓. ส่งเสริมสถาบันการแพทย์และการสาธารณสุขที่มีศักยภาพให้พัฒนาเป็นสถาบันผลิต
บุคลากรวิชาชีพและบุคลากรปฏิบัติงานช่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่าง ๆ รวมทั้ง
สนับสนุนให้โรงพยาบาลทำการฝึกอบรมพนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น

๓.๔.๔. สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรและการผลิตพนักงานปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน
วิชาชีพ และพนักงานรับแจ้งและบันทึกเหตุการณ์ฉุกเฉิน

๓.๔.๕. จัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่องสำหรับบุคลากรวิชาชีพและบุคลากรปฏิบัติงานช่วย
บริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ

๓.๔.๖. ให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินนเรนทร รับผิดชอบในการบริหารจัดการให้เกิดเครือข่าย
สถาบัน/บุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ก. ประเมินความต้องการการพัฒนาศักยภาพทั้งระดับบริหาร ระดับปฏิบัติและบุคลากร
ด้านการวิจัยและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ข. ออกแบบ วางแผน ปรับปรุง ระบบกลไก รูปแบบ กระบวนการพัฒนาศักยภาพ

ค. ดำเนินการจัดการศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการพัฒนา
บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

ง. พัฒนากลไกตรวจสอบคุณภาพและขึ้นทะเบียนบุคลากรในระบบบริการการแพทย์
ฉุกเฉินทุกระดับ

๓.๔.๗. จัดระบบการทำงาน บันไดวิชาชีพ และแรงจูงใจที่เหมาะสมอื่น ๆ เพื่อการกระจายและ
อํารงรักษาศักยภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้สามารถทำงานในระบบได้อย่างมี
ประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น มีกฎหมายรับรองวิชาชีพตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรค
ศิลปะโดยออกเป็นพระราชกฤษฎีกา มีความก้าวหน้าวิชาชีพ (career path) ทัดเทียมกับ
วิชาชีพสาขาอื่นๆ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์นเรนทร)

๔. ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการความรู้

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ปัจจุบัน องค์ความรู้ (รวมทั้งความรู้สำหรับจัดการระบบ) และข้อสนเทศที่จำเป็นในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ยังมีจำกัด แม้ที่ผ่านมาพอจะมีองค์ความรู้อยู่บ้าง แต่ก็กระจุกกระจายและไม่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย จึงไม่เพียงพอต่อการกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบบริการทั้งในเชิงปริมาณ คุณภาพ และประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล และทุรกันดารยังไม่ได้รับบริการ นอกจากนี้ ยังมีสถาบันและนักวิจัยที่มีความรู้ความสามารถในการวิจัยและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำนวนจำกัด ทำให้ไม่มีผลงานอันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนนโยบายและแผน และการยกระดับมาตรฐานบริการอย่างเพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการความรู้ในทุกระดับทุกพื้นที่ การค้นคว้าและวิจัยในปัจจุบันยังขาดการวางแผนและการกำหนดทิศทางอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่มีข้อมูล ความรู้ที่ชัดเจนและครอบคลุมสำหรับการวิเคราะห์และสังเคราะห์ทางเลือกเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจลงทุนที่คุ้มค่า

๔.๒ วัตถุประสงค์

๔.๒.๑ เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยสำหรับการตัดสินใจระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับปฏิบัติในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence) และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบ (state-of-the-arts) อันถูกต้องทันสมัยสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของประเทศและท้องถิ่น

๔.๒.๒ เพื่อให้เกิดการพัฒนาเครือข่ายสถาบันวิจัย นักวิจัย และนักจัดการความรู้ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจนถึงระดับที่สามารถสืบสานภารกิจสร้างและจัดการความรู้ด้านระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างยั่งยืน

๔.๓ เป้าหมาย

๔.๓.๑ มีการจัดสรรงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ ๕ ของงบประมาณลงทุนและจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งหมด เพื่อสนับสนุนการวิจัย จัดการองค์ความรู้ และการสร้างนักวิจัย

๔.๓.๒ มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ที่ผ่านการรวบรวมอย่างเป็นระบบเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทุกระดับ ตั้งแต่กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติจนถึงเกณฑ์วิธีปฏิบัติระดับปฏิบัติการ

๔.๓.๓ มีระบบฐานข้อมูลเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระดับ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับการตัดสินใจของระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ

๔.๔ แนวทาง/มาตรการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การสร้างและจัดการระบบข้อมูลและความรู้ ประกอบด้วยการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

๔.๔.๑ มีการจัดตั้งสำนักวิจัยและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินเรนทร เพื่อ

ก. สนับสนุนส่งเสริมให้บุคคล สถาบัน และองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ทำงานเป็นเครือข่ายในการ

(๑) สร้างความรู้และจัดกระบวนการนำความรู้ไปกำหนดนโยบายและวางแผนเพื่อยกระดับคุณภาพ/ประสิทธิภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

(๒) พัฒนาระบบสารสนเทศตอบสนองการพัฒนานโยบายและแผน การบริหาร และการบริการอย่างต่อเนื่องทั่วถึง โดยเชื่อมโยงกับการป้องกันโรคและการบาดเจ็บอันเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข. จัดหาและจัดสรรทุนวิจัยและพัฒนาสำหรับกิจกรรมของเครือข่ายดังกล่าว

๔.๔.๒ จัดสรรงบประมาณอย่างน้อยร้อยละ ๕ ของงบประมาณทั้งหมดสำหรับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละปีเพื่ออุดหนุนการวิจัยพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๔.๔.๓ พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพโดยสนับสนุนการทำวิจัยและพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินและสถาบันต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

๔.๔.๔ สนับสนุนการจัดประชุมวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และนำเสนอผลงานทางวิชาการระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์เรนทร)

๕. ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี

๕.๑ หลักการและเหตุผล

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นระบบที่จัดให้มีขึ้นเพื่อประชาชนที่มีโอกาสเจ็บป่วยฉุกเฉินทุกคนในประเทศไทยได้รับการช่วยเหลือ ดูแล และรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมเชิงรุกของชุมชนและองค์กรทุกภาคี เพื่อระดมและจัดสรรทรัพยากรในการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ การเป็นหุ้นส่วนของทุกภาคีที่เกี่ยวข้องเป็นกระบวนการที่สำคัญประการหนึ่งในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน โดยให้ภาคีต่างๆ มีบทบาทในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดนโยบาย ดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผล อันส่งผลให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่สามารถตอบสนองความจำเป็นและเป็นเครือข่ายนิรภัยด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชนนั้นอย่างแท้จริง

๕.๒ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมการเป็นหุ้นส่วนของทุกภาคีที่เกี่ยวข้องในการออกแบบ พัฒนา และประเมินผลการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ทั้งในภาวะปกติและภัยพิบัติ

๕.๓ เป้าหมาย

๕.๓.๑ ทุกภาคีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ทั้งด้านนโยบาย บริการ และวิชาการ มีบทบาทร่วมในการกำหนดนโยบาย ร่วมทุน จัดบริการและ/หรือประเมินผล ในทุกระดับ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี

๕.๓.๒ ภายใน พ.ศ. ๒๕๕๓ อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน และสถานพยาบาลต่างๆ มีการประสานกันร่วมเป็นเครือข่ายเพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕.๔ แนวทาง/มาตรการดำเนินงาน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคี ประกอบด้วยกลวิธีการดำเนินงานที่สำคัญดังนี้

๕.๔.๑ ส่งเสริมชุมชนให้มีส่วนร่วมในการร่วมจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การออกแบบระบบ กำหนดทิศทางในการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในชุมชน โดยอาศัยข้อมูลฐานชุมชนเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (community-based data about etiology) รวมทั้งมีการจัดกลุ่มอาสาสมัครเพื่อเตรียมความพร้อมและร่วมซ้อมแผนปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชุมชนชุมชน

๕.๔.๒ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายและระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน มูลนิธิ อาสาสมัคร) ให้ร่วมจัดและสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๕.๔.๓ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างเครือข่ายต่าง ๆ ทั้งเครือข่ายระหว่างรัฐกับเอกชน/ชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับชุมชน ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น การแลกเปลี่ยนความรู้ การเป็นหุ้นส่วนการดำเนินงานทั้งวางแผนและใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้เกิดเอกภาพในการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศ และเป็นการประหยัดทรัพยากร

๕.๔.๔ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจกับประชาชนในเรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน รวมทั้งให้การฝึกอบรมแก่ประชาชน ให้เข้าใจและสามารถใช้บริการจากระบบได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้มีความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลและการแจ้งเหตุ

หน่วยงานรับผิดชอบ

สำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ศูนย์เรนทร)