

ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

Indicators and criteria for evaluating provincial emergency medical systems

เทียมจันทร์ ฉัตรชัยกันันท์*, ภาณุ อดกลิ่น**

Tiamchan Chartchaiganan*, Panu Odklun**

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ*, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี**

Tiamchan.C@niems.go.th

บทคัดย่อ

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีเป้าหมายเพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีหลักการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดที่มุ่งการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มากกว่าปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ คำนึงถึงนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ และบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัด ใช้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 และพัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด ประกอบด้วย 6 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. อัตราการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง
2. ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงที่กระจายจุดจอดรถครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน 8 นาที
3. จำนวนนวัตกรรมที่เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่นำมาให้บริการในจังหวัด และ/หรือเผยแพร่ในวารสาร/การประชุมวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง
4. ระดับคุณภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด
5. ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น
6. ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง

คำสำคัญ: ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด, จังหวัดดีเด่นด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstract

Emergency medical practices under the Emergency Medicine Act 2008 have the aim to prevent disability and death from emergencies. And allow emergency patients to receive standardized emergency operations. There are principles of developing indicators and criteria for evaluating emergency medical systems at the provincial level that focus on evaluating output, results, and impacts, rather than importing factors and the country's health policy process. And the context of each province use indicators that are in line with the goals of the National Emergency Medicine Plan No. 3.1 B.E. 2019 - 2021 and develop indicators using the participation principles of the network of practitioners at the provincial level, consisting of 6 indicators as follows

1. Survival rate within 24 hours of critical emergency patients with advanced emergency medicine
2. Percentage of advanced emergency operations that spread parking spots, covered within 8 minutes

3. Number of innovations relating to emergency medical services introduced in the province and / or published in one of the journals / academic conferences
4. Quality level, provincial notification and command center
- 5 . Percentage of people who have knowledge about emergency medicine, emergency notification, and basic assistance
6. Percentage of emergency patients with advanced emergency medical systems

Keywords: Indicators and criteria for evaluating provincial emergency medical systems, Outstanding of provincial emergency medical systems

สารบัญ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ถึงแม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีบริการด้านการแพทย์อยู่ในอันดับต้นๆของเอเชีย แต่การเจ็บป่วยฉุกเฉินยังเป็นสาเหตุการตายในลำดับต้นๆของประเทศไทย รวมทั้งการบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงยังพบได้เป็นจำนวนมาก การปฏิรูปประเทศมีข้อเสนอในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ข้อเสนอในการปฏิรูปประเทศของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง “ระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล” ในเรื่องระบบการรับแจ้งเหตุฉุกเฉิน และการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล มีการแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูปด้านสาธารณสุขและได้เสนอแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุขซึ่งมีการปฏิรูประบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีและประกาศในราชกิจจานุเบกษามีผลบังคับใช้แล้วโดยมีเป้าหมายให้ “ทุกคนบนแผ่นดินไทย เข้าถึงและได้รับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเท่าเทียมทั่วถึง ทันเวลา และ มีมาตรฐาน” มีกิจกรรมในการปฏิรูป 3 เรื่อง คือ 1) โครงสร้างบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 2) ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) กำลังคนด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอของคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินและคณะอนุกรรมการเกี่ยวกับ “ข้อเสนอในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินกับการปฏิรูป” 6 เรื่อง รวมทั้งมียุทธศาสตร์และแผนพัฒนาที่เกี่ยวข้องหลายแผน เช่น แผนยุทธศาสตร์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560-2580 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561-2565 และยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการสร้างระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข แบบบูรณาการ ปี พ.ศ. 2560-2564 เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนให้ “ทุกคนเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม” โดยมีเป้าประสงค์ “ต้องการลดเสียชีวิตและพิการของผู้ป่วยฉุกเฉิน” ส่วนยุทธศาสตร์/กลวิธี/มาตรการ อาจจะมีจุดเน้นในการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันบ้าง สำหรับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน ก่อนถึงโรงพยาบาล เฉพาะที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี พ.ศ. 2555-2560 จากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน พบว่า มีแนวโน้มผู้เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล ที่ใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จาก 7,776 คน ในปี พ.ศ. 2555 หรือ คิดเป็นอัตราเสียชีวิต 12.06 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นเป็น 13,580 คน ในปี พ.ศ. 2560 หรือคิดเป็นอัตราเสียชีวิต 20.52 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุ มีอัตรา 9.86-14.93 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาเป็นรักษาแล้ว เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ มีอัตรา 1.41-4.78 ต่อประชากร แสนคน เมื่อวิเคราะห์การเสียชีวิตนอกโรงพยาบาล แบ่งตามกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน กับกลุ่มบาดเจ็บ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตของกลุ่มเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non-Trauma) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากอัตรา 6.56 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2555 เป็นอัตรา 13.55 ต่อประชากรแสนคน คน ในปี พ.ศ. 2560 ส่วนใหญ่การเสียชีวิต เป็นการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ใช้ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนชุดปฏิบัติการไปถึงจุดเกิดเหตุมากกว่า 8 นาที (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2561)

สำหรับรายงานการเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลในกลุ่มโรคฉุกเฉินต่าง ๆ จากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2552 กับ ปี พ.ศ. 2559 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองจากอัตรา 21.0 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นอัตรา 48.7 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือด จากอัตรา 20.7 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นอัตรา 32.3 ต่อประชากรแสนคน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์จากอัตรา 15.0 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นอัตรา 23.8 ต่อประชากรแสนคน สำหรับอัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ 19 สาเหตุ (Trauma) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมาย ปี พ.ศ. 2560 อัตราเสียชีวิตจากการบาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีค่า Ps Score มากกว่าหรือเท่ากับ 0.75 แล้วเสียชีวิต น้อยกว่าร้อยละ 1.0 อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของประเทศไทยปี 2559 มีอัตรา 36.2 รายต่อประชากรแสนคน ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของโลก นายแพทย์ณรงค์ อภิกุลวณิช รองอธิบดีกรมการแพทย์และโฆษกกรมการแพทย์ กล่าวว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรงมักพบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว 15 ล้านคนทั่วโลก โดยเฉลี่ยทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.2563 คาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2560)

ตาราง 1 จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559-2560

เขตบริการ สาธารณสุข	ปี 2559			ปี 2560		
	จำนวน	อัตรา	ประชากรกลางปี	จำนวน	อัตรา	ประชากรกลางปี
ทั้งประเทศ	31,685	48.13	65,830,324	31,172	47.81	65,204,797

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561)

สำหรับโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวในการประชุมวิชาการและสรุปผลการดำเนินงานโครงการ “วิกฤตโรคหัวใจ ปลอดภัยทั่วไทย (Save Thais from Heart Diseases)” ว่าภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในประเทศไทยพบประมาณปีละ 37,000 ราย ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 คนไทยป่วยเป็นโรคหัวใจ ต้องนอนโรงพยาบาลวันละ 1,185 ราย โดยเป็นโรคหัวใจขาดเลือดประมาณ 450 ราย ต่อวัน เสียชีวิตชั่วโมงละ 2 คน แพทย์หญิงวิพรรณ สังคหะพงศ์ ผู้อำนวยการสถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ กล่าวว่าผลการดำเนินงานตั้งแต่เดือนตุลาคม 2560 ถึง 31 กรกฎาคม 2561 จากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 602 แห่ง มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวน 17,160 ราย พบอัตราตายด้วย STEMI ร้อยละ 9.85 และอัตราตายด้วย NSTEMI ร้อยละ 6.06 มีการบริหารจัดการข้อมูลโรคหัวใจในภาพรวมของประเทศด้วยโปรแกรม Thai ACS Registry แลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับฟังปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพด้านโรคหัวใจที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ประชาชนได้รับการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและมาตรฐานวิชาชีพอย่างเสมอภาค(สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561)

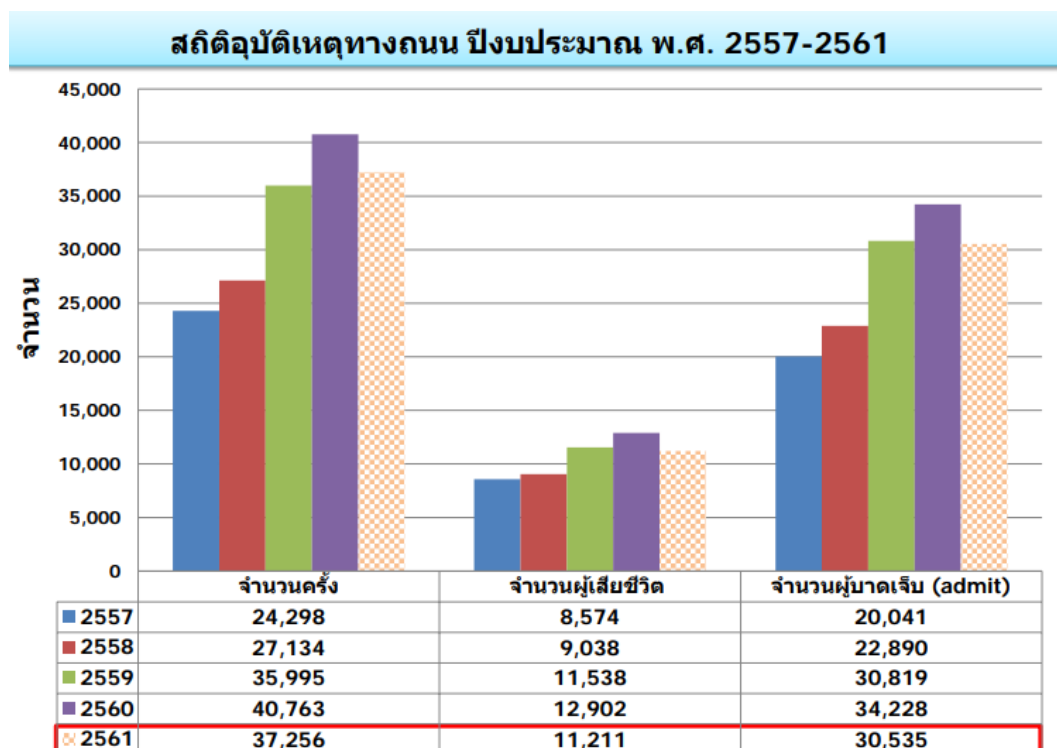
ตาราง 2 จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดต่อประชากรแสนคน 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559-2560

เขตบริการ สาธารณสุข	อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ.2559			อัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ.2560		
	จำนวน	อัตรา	ประชากรกลางปี	จำนวน	อัตรา	ประชากรกลางปี
ทั้งประเทศ	21,008	31.91	65,830,324	20,746	31.82	65,204,797

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2561)

สำหรับอุบัติเหตุยานยนต์ จากฐานข้อมูลจากมรณบัตรในปี 2559 พบว่าจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนของประเทศไทย มีจำนวน 21,745 คน คิดเป็น 31.58 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ.2557-2561 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อมูลสะท้อนให้เห็นความสำคัญและจำเป็นที่ต้องปรับปรุงและพัฒนากระบวนการแพทย์ฉุกเฉิน

เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึง และเท่าเทียม



ที่มา: กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กระทรวงมหาดไทย, (2562)

ภาพประกอบ 1 สถิติอุบัติเหตุทางถนน ปี พ.ศ.2557-2561

จากสภาพปัญหาดังกล่าว พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายรัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ฉุกเฉินในการลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย ได้แก่ ด้านที่ 3 ว่าด้วยการลดความเหลื่อมล้ำของสังคม และการสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ และด้านที่ 5 การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพประชาชน รวมทั้งมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 22 ธ.ค. 2558 เห็นชอบทิศทางและกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพมีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 มีเป้าหมายที่สำคัญคือ ลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย มุ่งให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศเพื่อให้มีมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบถ้วน มีบุคลากรในระบบที่ได้มาตรฐานและคุณภาพเพียงพอ มีแหล่งงบประมาณสนับสนุนการจัดระบบที่เหมาะสมและยั่งยืน มีระเบียบ ข้อบังคับและกฎหมายที่จำเป็นในการพัฒนาระบบมีการนำสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการ บริการและการติดตามประเมินผล มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศที่มีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารและสร้างองค์ความรู้เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัยได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม โดยภาคีภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการผลักดันและมีการประสานความร่วมมือเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมโดยคำนึงถึงกลไกการเชื่อมโยงระบบสุขภาพของประเทศกับระบบการพัฒนาประเทศในมิติด้านอื่น ๆ ควบคู่กันไปในทิศทางเดียวกันเนื่องจากมีกลไก องค์กร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นจำนวนมาก ดังนั้นสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติจึงได้มีการปรับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564



ที่มา: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2561)

ภาพประกอบ 2 โมโนทัศน์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564

การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

การที่จะบรรลุเป้าหมายในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 นั้น ในแต่ละจังหวัดจะต้องมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและทันต่อเหตุการณ์มากขึ้น ทั้งการลดความสูญเสียจากภาวะฉุกเฉินจากโรคหรือภัยต่างๆที่อาจทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องสูญเสียชีวิต หรือพิการ รวมทั้งทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยรุนแรงขึ้นโดยไม่สมควรทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย ยุทธศาสตร์ที่มีการปรับปรุงใหม่ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน การพัฒนามาตรฐานและคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญและจำเป็นที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ เพราะเกี่ยวข้องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินให้มีความปลอดภัย ทันเวลา มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ ความเท่าเทียม ตั้งแต่การรับรู้ รับแจ้งเหตุและการส่งการ การปฏิบัติฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการดูแลจนพ้นภาวะฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต้องให้คำนึงถึงคุณภาพการปฏิบัติการรายโรคที่มีอุบัติการณ์สูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) การบาดเจ็บ (Trauma) โรคติดเชื้อ (Sepsis) รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน จำเป็นต้องได้รับการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพในเชิงระบบด้วยเพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการผู้ปฏิบัติการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินของประเทศไทยมีจำนวนสูงขึ้นทุกปี จึงมีการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุเพิ่มขึ้น โดยบุคลากรในระบบการแพทย์

ฉุกเฉินจำนวนมากขึ้นเป็นลำดับ การพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีขีดความสามารถในการปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรา 28 และ 29 แห่งพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกการอภิบาล ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.2551 ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และให้มี สพฉ. ทำหน้าที่บริหารจัดการพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินรวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการและดำเนินงานเพื่อผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายได้รับการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินอย่างทั่วถึงเท่าเทียมมีคุณภาพมาตรฐาน ทั้งในภาวะปกติและสาธารณภัย โดยมีการจัดการอย่างมีส่วนร่วม และต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้าและการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการการบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การค้นคว้า และการวิจัย เกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉินให้ประสบความสำเร็จ ต้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ยั่งยืนของภาครัฐและเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และเพื่อเพิ่มขีดความสามารถและการมีส่วนร่วมของหน่วยจัดการในจังหวัด ท้องถิ่นและชุมชน จนสามารถจัดการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสื่อสารสาธารณะ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉินสู่ประชาชน เมื่อพิจารณาในประเด็นการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินพบว่ายังก่ำก่าเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินงานยุทธศาสตร์ในด้านการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ไปยังประชาชน และดำเนินการตามกลยุทธ์ ผ่านกระบวนการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสถานะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือผ่านหมายเลขฉุกเฉินที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด การป้องกันดูแลตนเองและผู้อื่น ตลอดจนตระหนักถึงสิทธิในการมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาและผลักดันให้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เป็นไปอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจึงควรใช้กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในการป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัยและผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวคิดในการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ให้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนับแต่การรับรู้ถึงสถานะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัด รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุม ดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่ง การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งนอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล เพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน โดยมีเป้าหมายทั่วไปในการลดการเสียชีวิตและความพิการจากภาวะฉุกเฉินที่เกิดจากโรคและภัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล การลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินที่รับไว้ในโรงพยาบาล การลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร การลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และการลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ดังนั้นแนวคิดในการประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องในระดับจังหวัด

1) การประเมินที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมีตัวชี้วัด(Indicators) ที่เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบ (Accountability) ของจังหวัดที่มีต่อผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 60

2) การประเมินกระบวนการ เพื่อให้ความสำคัญกับกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 20

3) การประเมินปัจจัยนำเข้าเพื่อให้ความสำคัญกับปัจจัยสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 20

- 4) การประเมินตนเองเพื่อการยืนยันผลการดำเนินงานในจังหวัดที่ถูกต้องเชื่อถือได้
- 5) ใช้ตัวชี้วัดจำนวนน้อยและครอบคลุมยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

2. หลักการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

- 1) กำหนดตัวชี้วัดที่มุ่งการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มากกว่าปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ
- 2) คำนึงถึงนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ และบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัด
- 3) ใช้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564
- 4) พัฒนาตัวชี้วัดโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด

3. หลักเกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

- 1) ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ทุกด้านในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564
- 2) ตัวชี้วัดของมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)
- 3) การระดมสมองของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหาความเห็นร่วม โดยการจัดเวทีประชุมหารือทั่วประเทศ จำนวน 5 ครั้ง ในช่วง มีนาคม – กันยายน 2559

4. ขั้นตอนการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

การพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด มี 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) จุดประกาย/ทำความเข้าใจ (Trigger) โดยในวันที่ 8 มี.ค. 2559 ณ โรงแรมแกรนด์ราชาเพล็กซ์ นนทบุรี ได้จัดกิจกรรมจุดประกาย/ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด เพื่อการพัฒนาต่อเนื่องในระดับจังหวัด โดยใช้แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนา

- 2) สังเคราะห์ประเด็นและจัดทำเกณฑ์ (Synthesizing and the preparation of draft) โดยในวันที่ 12 พ.ค. 2559 ณ โรงแรมศุภาลัย รีสอร์ท สระบุรี ได้ระดมสมองคณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สพฉ. ร่างกรอบเกณฑ์/ประเด็น ได้ 5 องค์ประกอบ 46 ตัวชี้วัด

3) ทดลองเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ (try out) โดยในวันที่ 13-31 พ.ค. 2559 ได้ทดลองเก็บข้อมูลตามเกณฑ์และประเด็นที่ผ่านการสังเคราะห์ พบว่าสามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ตรงประเด็น และไม่เป็นภาระแก่ผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัดได้ 5 องค์ประกอบ 22 ตัวชี้วัด

4) สรุปประมวลเกณฑ์และประเด็นที่ผ่านการทดลองใช้ (Summary of the trial) โดยในวันที่ 8-11 มิ.ย. 2559 โรงแรมเซนทารา อุดรธานี ได้ระดมสมองคณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สพฉ. ในประเด็นคำนิยาม การเก็บข้อมูลในระบบสารสนเทศ พบว่าสามารถเก็บข้อมูลได้ 5 องค์ประกอบ และเก็บจาก 18 ตัวชี้วัดที่ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ได้

5) ยกร่างตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Drafting features criteria) โดยในวันที่ 2-3 ก.ค. 2559 ได้ระดมสมองคณะทำงาน ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สพฉ. ยกร่างการให้คะแนนในตัวชี้วัดแต่ละข้อ แต่ละองค์ประกอบ และเตรียมบุคลากรในการทำความเข้าใจกับบุคลากรที่รับผิดชอบด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดทั่วประเทศเพื่อการถ่ายทอด (Trainer for training) และในวันที่ 8-9 ส.ค. 2559 ที่เชียงใหม่ สพฉ. ได้นำเกณฑ์ที่ได้ไปให้ผู้รับผิดชอบด้านการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดร่วมออกความเห็น ร่วมกับการพิจารณาของคณะทำงานสรุปได้ว่าสามารถนำไปใช้ได้ 11 ตัวชี้วัดจาก 18 ตัวชี้วัด

6) ชี้แจงตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Clarify the features)

- วันที่ 10-11 ก.ย. 2559 ที่โรงแรมสองพันบุรี สุพรรณบุรี ได้ชี้แจงเกณฑ์คุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ทั้ง 11 ตัวชี้วัดในผู้ปฏิบัติระดับจังหวัดแก่บุคลากรจาก สสจ. ศูนย์สั่งการ รพ.เจ้าพระยาอภัยมัย อบจ. และหน่วยปฏิบัติ และให้ รพ.เจ้าพระยาอภัยมัย ทดลองประเมินตนเอง พบว่าตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดที่พัฒนาขึ้นสามารถเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานการประเมินตนเองได้

-วันที่ 15 ก.ย. 2559 ที่โรงแรมสยามธารา มหาสารคาม คณะทำงานได้จัดทำคู่มือการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด เพื่อการเผยแพร่สู่ระดับจังหวัดเพื่อนำไปใช้

7) นำตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดไปใช้ระดับจังหวัด (Bringing the feature to use)

-เดือน ต.ค. 2559 คณะทำงานนำคู่มือการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดไปทดลองใช้ที่จังหวัดนครพนม

- เดือนกันยายน 2561 ที่โรงแรมอมารี บุรีรัมย์ ยูไนเต็ต คณะทำงานได้ประชุมทบทวนเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ซึ่งมีการปรับแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2560 – 2564 เป็น ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 ในปี พ.ศ. 2560 เพื่อนำเสนอคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินพิจารณาความเหมาะสม

- เดือนพฤษภาคม 2562 ที่โรงพยาบาลขอนแก่น คณะทำงานได้ประชุมชี้แจงเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ตามแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 ปรับลดจาก 11 ตัวชี้วัด ใช้เพียง 6 ตัวชี้วัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการประเมินจังหวัดดีเด่นด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และเผยแพร่เกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดในเว็บไซต์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

- เดือนตุลาคม 2562 นำตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดไปใช้โดยให้จังหวัดที่สนใจได้ดำเนินการรวบรวมผลงานตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยรวบรวมสรุปผลการดำเนินงาน ประจำปี 2562 (วันที่ 1 ตุลาคม 2561 - วันที่ 30 กันยายน 2562) โดยช่องทาง การส่งรายงาน รายงาน ผลผ่านระบบ Electronic Report ที่ http://report.niems.go.th/Niem_Award เริ่มส่งรายงานตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ตุลาคม 2562

5. ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

ตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ที่พัฒนาขึ้นมีรายละเอียด ดังตาราง 3

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย และเกณฑ์	ระยะเวลาใน การวัด	วิธีคิด	แหล่งข้อมูล
1. อัตราการรอดชีวิต ภายใน 24 ชั่วโมงของ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินขั้น สูงไม่นับผู้ป่วยระยะ สุดท้าย น้ำหนัก 2 (Outcome)	≥60% <u>เกณฑ์(ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)</u> 1 คะแนน ช่วงร้อยละ 40 ถึง 44.99 2 คะแนน ช่วงร้อยละ 45 ถึง 49.99 3 คะแนน ช่วงร้อยละ 50 ถึง 54.99 4 คะแนน ช่วงร้อยละ 55 ถึง 59.99 5 คะแนน ช่วงร้อยละ 60 ขึ้นไป <u>กรณีน้อยกว่าร้อยละ 40 ไม่ให้คะแนน</u>	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 61-กย.62) ส่งรายงาน (ต.ค 62)	สูตร A*100/B A=ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินขั้น สูงที่รอดชีวิต 24 ชั่วโมง B=ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินขั้น สูงทั้งหมดภายใน ปีงบประมาณ	1) ข้อมูลได้จาก IS, ITEMS,HDC (Health Data Center) และระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
2. ร้อยละของจำนวน ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มาโดยชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินขั้นสูงที่กระจาย จุดจอตลอดครอบคลุม พื้นที่ให้เข้าถึงได้ ภายใน 8 นาที น้ำหนัก 2 (Input)	≥50% <u>เกณฑ์(ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)</u> 1 คะแนน ช่วงร้อยละ 30 ถึง 34.99 2 คะแนน ช่วงร้อยละ 35 ถึง 39.99 3 คะแนน ช่วงร้อยละ 40 ถึง 44.99 4 คะแนน ช่วงร้อยละ 45 ถึง 49.99 5 คะแนน ช่วงร้อยละ 50 ขึ้นไป <u>กรณีน้อยกว่าร้อยละ 30 ไม่ให้คะแนน</u>	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 61-กย 62) ส่งรายงาน (ต.ค 62)	สูตร A*100/B A=จำนวนผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤติที่มาโดย ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ขั้นสูงที่กระจายจุด จอตลอดครอบคลุม พื้นที่ให้เข้าถึงได้ ภายใน 8 นาที B=จำนวนผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤติที่มาโดย ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน ขั้นสูงทั้งหมด	1) ข้อมูลได้จาก รายงานของจังหวัด พร้อมสำเนาหลักฐานชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงที่ลงทะเบียนในจังหวัด
3. จำนวนนวัตกรรมที่ เกี่ยวกับบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่ นำมาให้บริการใน จังหวัด และ/หรือ เผยแพร่ในวารสาร/ การประชุมวิชาการ	≥ 5 ชิ้น <u>เกณฑ์</u> 1 คะแนน มีนวัตกรรม 6 ชิ้น 2 คะแนน มีนวัตกรรม 7 ชิ้น 3 คะแนน มีนวัตกรรม 8 ชิ้น 4 คะแนน มีนวัตกรรม 9 ชิ้น 5 คะแนน มีนวัตกรรม 10 ชิ้น	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 59-กย 62) ส่งรายงาน (ต.ค 62) ย้อนหลัง	นับจำนวนนวัตกรรมที่ เกี่ยวกับบริการ การแพทย์ฉุกเฉินที่ นำมาให้บริการใน จังหวัด และ/หรือ เผยแพร่ในวารสาร/ การประชุมวิชาการ	1) ข้อมูลได้จาก รายงานของจังหวัด พร้อมสำเนาหลักฐานนวัตกรรมที่เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่นำมาให้บริการใน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย และเกณฑ์	ระยะเวลาใน การวัด	วิธีคิด	แหล่งข้อมูล
อย่างใดอย่างหนึ่ง น้ำหนัก 2 (Outcome)	<u>กรณีในรอบ 3 ปีปฏิทินมี นวัตกรรมน้อยกว่า 6 ชิ้น ไม่ให้ คะแนน</u>	3 ปี งบประมาณ	อย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใน 3 ปี งบประมาณ (ไม่นับคะแนนกรณี เป็นส่วนหนึ่งใน การศึกษาระดับ ปริญญาโท หรือ ปริญญาเอก)	จังหวัด และ/หรือ เผยแพร่ใน วารสาร/การ ประชุมวิชาการ ภายในปีนั้น
4. ระดับคุณภาพศูนย์ รับแจ้งเหตุและสั่งการ ระดับจังหวัด น้ำหนัก 2 (Process)	ระดับ 5 <u>เกณฑ์</u> 1 คะแนน ระดับ 1 ดาว 2 คะแนน ระดับ 2 ดาว 3 คะแนน ระดับ 3 ดาว 4 คะแนน ระดับ 4 ดาว 5 คะแนน ระดับ 5 ดาว	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 61-กย 62) ส่งรายงาน (ต.ค 62)	ระดับคุณภาพศูนย์รับ แจ้งเหตุและสั่งการ ระดับจังหวัดจากการ ประเมินของ สพด. ใน ปีงบประมาณ	1) ผลการประเมิน ระดับคุณภาพศูนย์ รับแจ้งเหตุและสั่ง การระดับจังหวัด จากการประเมิน ของ สพด. ใน ปีงบประมาณ
5.ร้อยละของ ประชาชนมีความรู้ เกี่ยวกับการแพทย์ ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือ เบื้องต้น น้ำหนัก 1 (Outcome)	≥60% <u>เกณฑ์การให้คะแนน(ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)</u> 1 คะแนน ช่วงร้อยละ 40 ถึง 44.99 2 คะแนน ช่วงร้อยละ 45 ถึง 49.99 3 คะแนน ช่วงร้อยละ 50 ถึง 54.99 4 คะแนน ช่วงร้อยละ 55 ถึง 59.99 5 คะแนน ช่วงร้อยละ 60 ขึ้นไป <u>กรณีน้อยกว่าร้อยละ 40 ไม่ให้ คะแนน</u>	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 61-กย 62) ส่งรายงาน (ต.ค 62)	สูตร A*100/B A=ประชาชนที่ ทดสอบความรู้ผ่าน เกณฑ์ร้อยละ 60 B=ประชาชนที่ ทดสอบความรู้ทั้งหมด	แบบทดสอบความรู้ 3 ประเด็น คือ 1.ความรู้เกี่ยวกับ การแพทย์ฉุกเฉิน 1 ข้อ 2.การแจ้งเหตุ 1 ข้อ 3.การช่วยเหลือ เบื้องต้น 18 ข้อ รวม 20 ข้อ
6.ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตที่มามีด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินขั้น สูงไม่นับผู้ป่วยระยะ สุดท้าย น้ำหนัก 1	≥90% <u>เกณฑ์(ทศนิยม 2 ตำแหน่ง)</u> 1 คะแนน ช่วงร้อยละ 70 ถึง 74.99 2 คะแนน ช่วงร้อยละ 75 ถึง 79.99	ประเมิน ปีละ 1 ครั้ง (ใช้ข้อมูล ตค. 61-กย 62) ส่งรายงาน (ต.ค 62)	สูตร A*100/B A=ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ที่มามีด้วยระบบ การแพทย์ฉุกเฉินขั้น สูง B=ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ	1. ข้อมูลผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ 1,2) ที่มามีด้วย ระบบ EMS

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย และเกณฑ์	ระยะเวลาใน การวัด	วิธีคิด	แหล่งข้อมูล
(Outcome)	3 คะแนน ช่วงร้อยละ 80 ถึง 84.99 4 คะแนน ช่วงร้อยละ 85 ถึง 89.99 5 คะแนน ช่วงร้อยละ 90 ขึ้นไป <u>กรณีน้อยกว่าร้อยละ 70 ไม่ให้คะแนน</u>		ทั้งหมดที่มา โรงพยาบาลภายใน ปีงบประมาณ	2.ข้อมูลผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤติ (MOPH ED TRIAGE ระดับ 1,2) ที่มารับการ รักษาทั้งหมดใน ห้องฉุกเฉิน 3. ข้อมูลได้จาก IS และ ITEMS

สรุปการวิเคราะห์ตัวชี้วัดการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดตามปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์

ตัวชี้วัด(คะแนนเต็ม 50 คะแนน)	I (10)	P (10)	O (30)
1. อัตราการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (O) 10 คะแนน	-	-	ค่าน้ำหนัก 2
2. ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงที่กระจายจุดจอตลอดครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน 8 นาที (I) 10 คะแนน	ค่าน้ำหนัก 2	-	-
3. จำนวนนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่นำมาให้บริการในจังหวัดและ/หรือเผยแพร่ในวารสาร/การประชุมวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง (O) 10 คะแนน	-	-	ค่าน้ำหนัก 2
4. ระดับคุณภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด (P) 10 คะแนน	-	ค่าน้ำหนัก 2	-
5. ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น (O) 5 คะแนน	-	-	ค่าน้ำหนัก 1
6. ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง (O) 5 คะแนน	-	-	ค่าน้ำหนัก 1
รวม	ค่าน้ำหนัก 2	ค่าน้ำหนัก 2	ค่าน้ำหนัก 6

เกณฑ์การประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉิน

จะพิจารณาข้อมูลจากการประเมินตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงไปสู่คุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อการพัฒนาต่อเนื่องในระดับจังหวัด ดังนี้

1. การประเมินตัวชี้วัดหลัก

ตัวบ่งชี้แต่ละตัวจะมีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ถ่วงน้ำหนัก ซึ่งได้จากคะแนนต่ำสุดคือ 0 และสูงสุด คือ 5 ในแต่ละตัวบ่งชี้คูณด้วยค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้

2. การประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบ

องค์ประกอบแต่ละตัวจะมีค่าน้ำหนักตัวบ่งชี้ถ่วงน้ำหนัก ใช้ทศนิยม 2 ตำแหน่ง (ทศนิยมตำแหน่งที่ 3 ตั้งแต่ 0.005 ขึ้นไปปัดขึ้น)

3. ความหมายของระดับคุณภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวบ่งชี้ในภาพรวม สามารถแปลความหมายของระดับคุณภาพ ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับคุณภาพ

ระดับ 5 ดาว ค่าคะแนน 46 ถึง 50 อยู่ในระดับดีมาก

ระดับ 4 ดาว ค่าคะแนน 41 ถึง 45 อยู่ในระดับดี

ระดับ 3 ดาว ค่าคะแนน 36 ถึง 40 อยู่ในระดับพอใช้

ระดับ 2 ดาว ค่าคะแนน 31 ถึง 35 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ระดับ 1 ดาว ค่าคะแนนน้อยกว่า 31 อยู่ในระดับต้องปรับปรุงเร่งด่วน

บทสรุป

การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 มีเป้าหมายเพื่อป้องกันความพิการและการเสียชีวิตจากภาวะฉุกเฉิน และให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน มีหลักการพัฒนาดัชนีชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดที่มุ่งการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มากกว่าปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ คำนึงถึงนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ และบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัด ใช้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564

1. แนวคิดในการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) การประเมินที่มุ่งเน้นผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) โดยมีตัวชี้วัด(Indicators) ที่เป็นรูปธรรม เพื่อสร้างความตระหนักถึงความรับผิดชอบ (Accountability) ของจังหวัดที่มีต่อผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 60 2) การประเมินกระบวนการ เพื่อให้มีความสำคัญกับกระบวนการให้บริการแก่ผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 20 3) การประเมินปัจจัยนำเข้าเพื่อให้มีความสำคัญกับปัจจัยสนับสนุนการให้บริการผู้ป่วย โดยให้น้ำหนักร้อยละ 20 4) การประเมินตนเองเพื่อการยืนยันผลการดำเนินงานในจังหวัดที่ถูกต้องเชื่อถือได้ 5) ใช้ตัวชี้วัดจำนวนน้อยและครอบคลุมทุกยุทธศาสตร์ของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด

2. หลักการพัฒนาดัชนีชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) กำหนดตัวชี้วัดที่มุ่งการประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ มากกว่าปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ 2) คำนึงถึงนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ และบริบทของพื้นที่แต่ละจังหวัด 3) ใช้ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับเป้าหมายของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 4) พัฒนาดัชนีชี้วัดโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด

3. หลักเกณฑ์การกำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) ตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ทุกด้านในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1 พ.ศ. 2562 – 2564 2) ตัวชี้วัดของมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) 3) การระดมสมองของของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อหาความเห็นร่วม โดยการจัดเวทีประชุมหารือทั่วประเทศ จำนวน 5 ครั้ง ในช่วง มีนาคม – กันยายน 2559

4. ขั้นตอนการพัฒนาดัชนีชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) จุดประกาย/ทำความเข้าใจ (Trigger) 2) สังเคราะห์ประเด็นและจัดทำเกณฑ์ (Synthesizing and the preparation of draft) 3) ทดลองเก็บข้อมูลตามเกณฑ์ (try out) 4) สรุปประมวลเกณฑ์และประเด็นที่ผ่านการทดลองใช้ (Summary of the trial) 5) ยกร่างตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Drafting features criteria) 6) ชี้แจงตัวชี้วัดและเกณฑ์

การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Clarify the features) 7) นำตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดไปใช้ระดับจังหวัด (Bringing the feature to use)

5. ตัวชี้วัดโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้ปฏิบัติในระดับจังหวัด ประกอบด้วย 1) อัตราการรอดชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง 2) ร้อยละของชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูงที่กระจายจุดจอตลอดครอบคลุมพื้นที่ให้เข้าถึงได้ภายใน 8 นาที 3) จำนวนนวัตกรรมที่เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่นำมาให้บริการในจังหวัด และ/หรือเผยแพร่ในวารสาร/การประชุมวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง 4) ระดับคุณภาพศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด 5) ร้อยละของประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ และการช่วยเหลือเบื้องต้น 6) ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติที่มารับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินขั้นสูง

6. ประเมินคุณลักษณะด้านการแพทย์ฉุกเฉินกำหนดช่วงคะแนน และระดับคุณภาพ ดังนี้

ระดับ 5 ดาว ค่าคะแนน 46 ถึง 50 อยู่ในระดับดีมาก

ระดับ 4 ดาว ค่าคะแนน 41 ถึง 45 อยู่ในระดับดี

ระดับ 3 ดาว ค่าคะแนน 36 ถึง 40 อยู่ในระดับพอใช้

ระดับ 2 ดาว ค่าคะแนน 31 ถึง 35 อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ระดับ 1 ดาว ค่าคะแนนน้อยกว่า 31 อยู่ในระดับต้องปรับปรุงเร่งด่วน

เอกสารอ้างอิง

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, กระทรวงมหาดไทย, (2562). การประชุมเชิงปฏิบัติการ การรายงานผลป้องกันและ

ลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาล ปิงปองประมาณ พ.ศ. 2562. สืบค้นจาก https://dpmcr.files.wordpress.com/2018/11/ppt-e0b982e0b884e0b8a3e0b887e0b881e0b8b2e0b8a3-e-report-e0b89be0b8b52562_northern.pdf

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). คู่มือการใช้เครื่องมือประเมินศักยภาพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด.

สืบค้นจาก www.niems.go.th

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2561). เครื่องมือประเมินศักยภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด.

สืบค้นจาก www.niems.go.th

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2562). เครื่องมือการประเมินระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ประจำปี 2562.

สืบค้นจาก <https://www.niems.go.th/1/News/Detail/7580?group=2>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (ตุลาคม 2561). แผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ฉบับที่ 3.1.

สืบค้นจาก <https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/7998?group=79>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (4 ตุลาคม 2560). โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที.

สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/39010-โรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต 1 คน/ 6 วินาที.html>

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (9 เมษายน 2562). จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559 – 2560. สืบค้นจาก

<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13486&tid=32&gid=1-020>

สำนักสสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (23 สิงหาคม 2561). สธ.เผยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

เฉียบพลันหรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อัตราการเสียชีวิตลดลง เหลือน้อยกว่าร้อยละ 10. สืบค้นจาก

<https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/all/02/115138/>