



คู่มือปฏิบัติงาน ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสุโขทัย



โดย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ปี 2564

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย มีภารกิจหลักในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดสุโขทัย ตามภารกิจของงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีกระบวนการที่ต้องดำเนินงานหลายขั้นตอน ทั้งในด้านการตรวจรับรองและขึ้นทะเบียน การบันทึกข้อมูลและตั้งเบิก การบริหารงบประมาณและโครงการ การสนับสนุนการฝึกอบรม ฯลฯ ซึ่งต้องประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก อาทิ มูลนิธิหรือสมาคมกู้ภัย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล กองบังคับการตำรวจภูธร สำนักงานขนส่งจังหวัด ฯลฯ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จึงได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินขึ้น โดยนำข้อมูลจากระเบียบวิธีปฏิบัติที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดไว้เป็นแนวทางในการจัดทำกระบวนการขั้นตอนดังกล่าว เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินได้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานและเป็นแหล่งสืบค้นไปยังเอกสารหรือคู่มืออื่นที่เกี่ยวข้องโดยเชื่อมโยงข้อมูลด้วย QR Code ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
มีนาคม ๒๕๖๔

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
ส่วนที่ ๑ การตรวจรับรองและขึ้นทะเบียน	๑
• หน่วยปฏิบัติการ	๒
• ผู้ปฏิบัติการ	๖
• รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑๑
ส่วนที่ ๒ การจ่ายเงินกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อสนับสนุน อุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน	๑๓
• แนวทางการจ่ายเงินเพื่ออุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก	๑๔
• แนวทางการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบการตัดยอด/ตั้งเบิก	๒๑
• การพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดสรรเงินปฏิบัติการด้วยระบบการจ่ายตรง	๒๒
ส่วนที่ ๓ ภาคผนวก	๒๓
- สรุปรายงานการประชุม (แบ่งพื้นที่/ลำดับการออกเหตุ)	๒๔
• อำเภอบ้านด่านลานหอย	๒๕
• อำเภอสี่ริมาศ	๓๔
• อำเภอกงไกรลาศ	๔๕
• อำเภอศรีสำโรง	๕๐
• อำเภอสวรรคโลก	๖๑
• อำเภอทุ่งเสลี่ยม	๗๔
• อำเภอศรีสัชนาลัย	๘๖
• อำเภอศรีนคร	๙๘
• อำเภอเมืองสุโขทัย	๑๐๘
- แบบฟอร์มที่เกี่ยวข้อง	๑๒๒
• หนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) ระหว่างหน่วยงานเอกชน กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๑๒๓
• เอกสารการขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ	๑๒๔
• เอกสารการยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร	๑๒๖
• เอกสารการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุ รถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑๓๖
• หนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU) ระบบจ่ายตรง	๑๔๓

ส่วนที่



การตรวจรับรอง และขึ้นทะเบียน

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ ระบุว่า “หน่วยปฏิบัติการ” หมายความว่า หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้ระบุนายละเอียดเพิ่มเติม โดยกำหนดหน่วยงานและองค์กรเป็นหน่วยปฏิบัติการ ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมควบคุมโรคกรมอุตุฯ กรมวิทย์ฯ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพยาบาล ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร พยาบาล องค์กรเอกชน มูลนิธิ รวมถึงคณะบุคคลหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ องค์กรการมหาชน และหน่วยงานอื่นๆ ที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ในการขึ้นทะเบียน คือ หน่วยงานหรือองค์กรที่ปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับพื้นที่ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ.๒๕๕๑ อาทิ สถานพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม ฯลฯ ทั้งนี้หน่วยงานหรือ องค์กรดังกล่าวต้องมีฐานะเป็นนิติบุคคล

ชุดปฏิบัติการ คือ ชุดที่จัดตั้งขึ้นและลงทะเบียนไว้กับหน่วยปฏิบัติการ โดยแต่ละชุดปฏิบัติการต้องมีผู้ปฏิบัติการ พาหนะปฏิบัติการ เวชภัณฑ์ และเครื่องมือ ตามประเภทของหน่วยปฏิบัติการที่ขอขึ้นทะเบียนไว้ซึ่ง ประเภทชุดปฏิบัติการ ประกอบด้วย

ชุดปฏิบัติการทางบก ประกอบด้วย

- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นสูง (Advance Life Support Unit: ALS)
- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นกลาง (Intermediate Life Support Unit: ILS)
- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน (Basic Life Support Unit: BLS)
- ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First Response Unit: FR)

บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ และชุดปฏิบัติการ มีดังนี้

- ๑) รับแจ้งความจำนงค์ โดยให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ
- ๒) ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ตามที่ สพฉ. กำหนด
- ๓) กรณีผ่านคุณสมบัติ ให้บันทึกข้อมูลลงระบบ ITEMS, กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร หรือปรับปรุงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตามคำแนะนำ
- ๔) ทำหนังสือตอบรับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย(ถ้ามี)

Note

คุณสมบัติที่สำคัญของการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ คือ ต้องเป็น **องค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล** กรณีที่จังหวัดใดบริหารจัดการโดย **ระบบจ่ายตรง** จะต้องดำเนินการจัดทำเอกสารบันทึกข้อตกลง (MOU) ประกอบการขึ้นทะเบียนหน่วยกรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นตั้งอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วย **ควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU)** ที่ระบุการแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

หัวหน้าชุดปฏิบัติการ ต้องมีประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับชุดปฏิบัติการนั้น

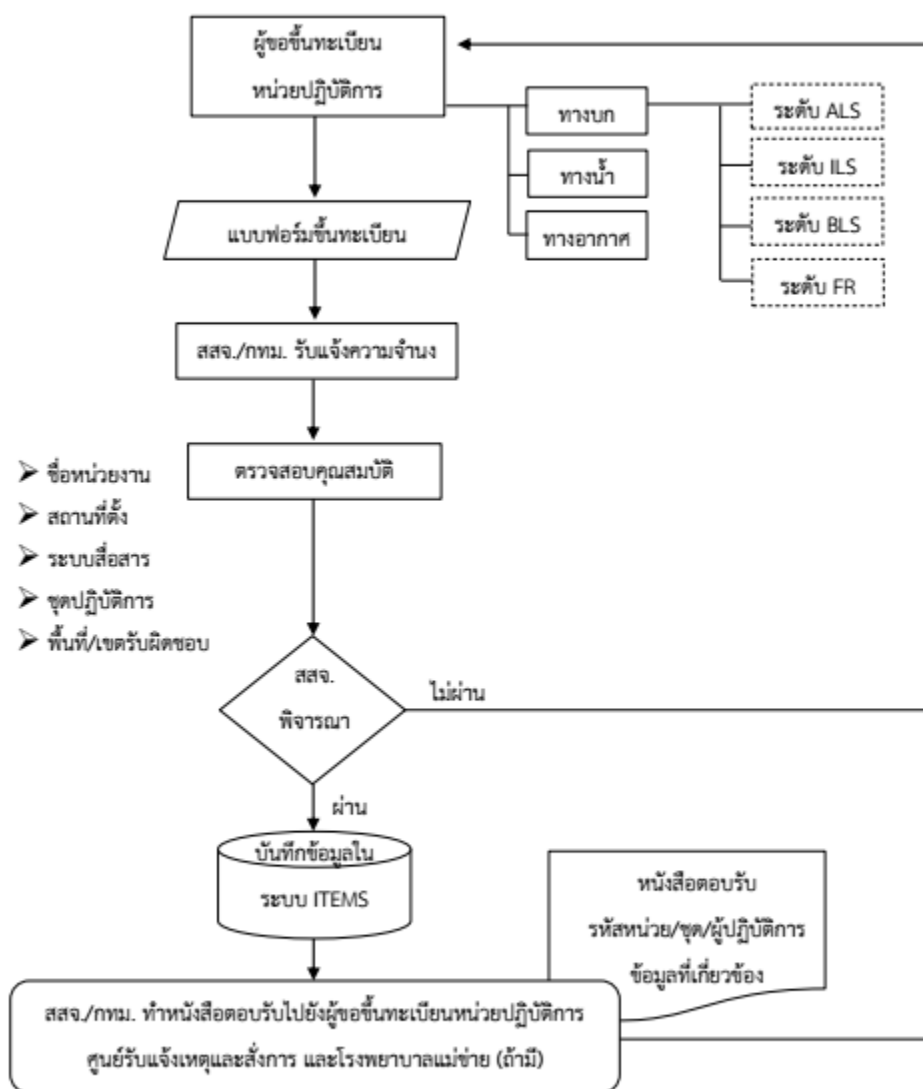
แบบฟอร์ม **หนังสือบันทึกข้อตกลง (MOU)**
สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/cizBS



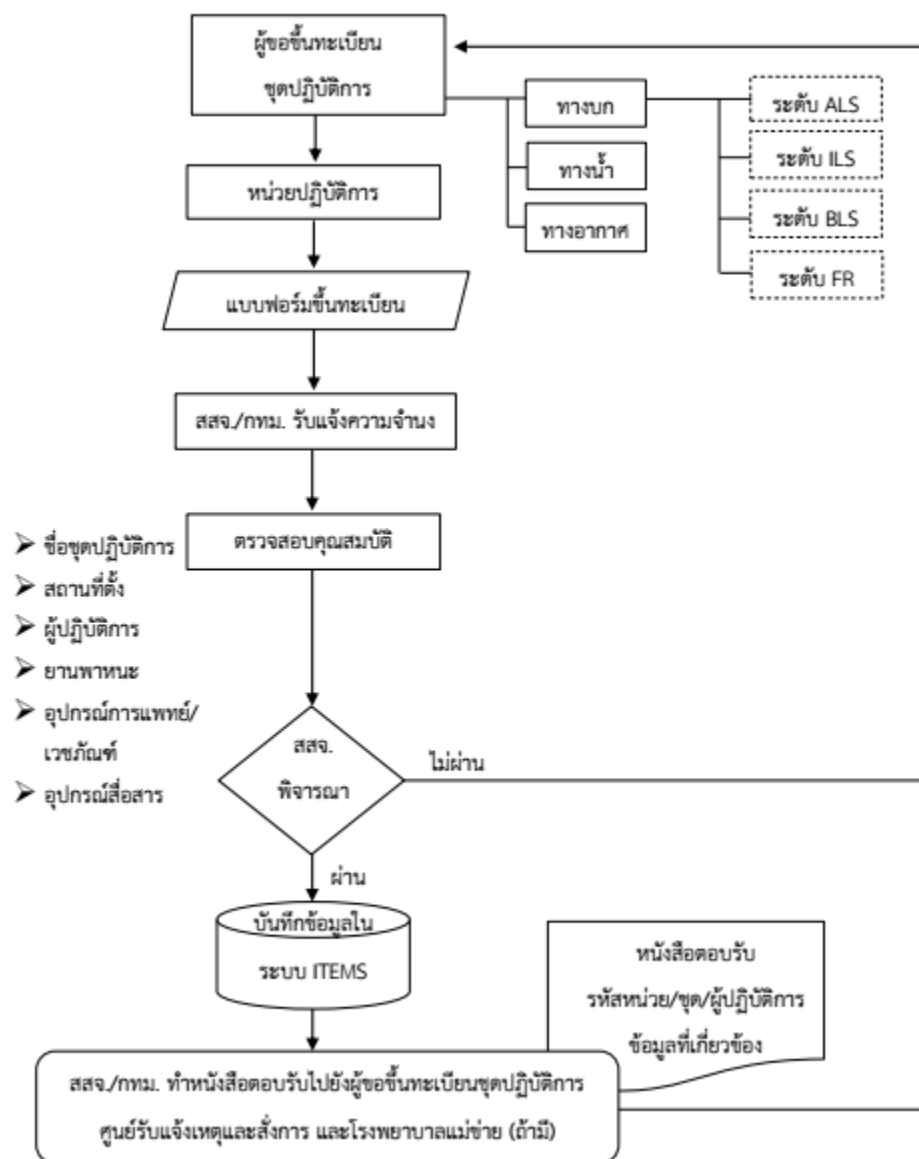
แบบฟอร์ม **การขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ**
สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/fisQ1



แผนผังการขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ



แผนผังการขอขึ้นทะเบียนชุดปฏิบัติการ



ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยแบ่งประเภทและระดับประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการ มีดังนี้

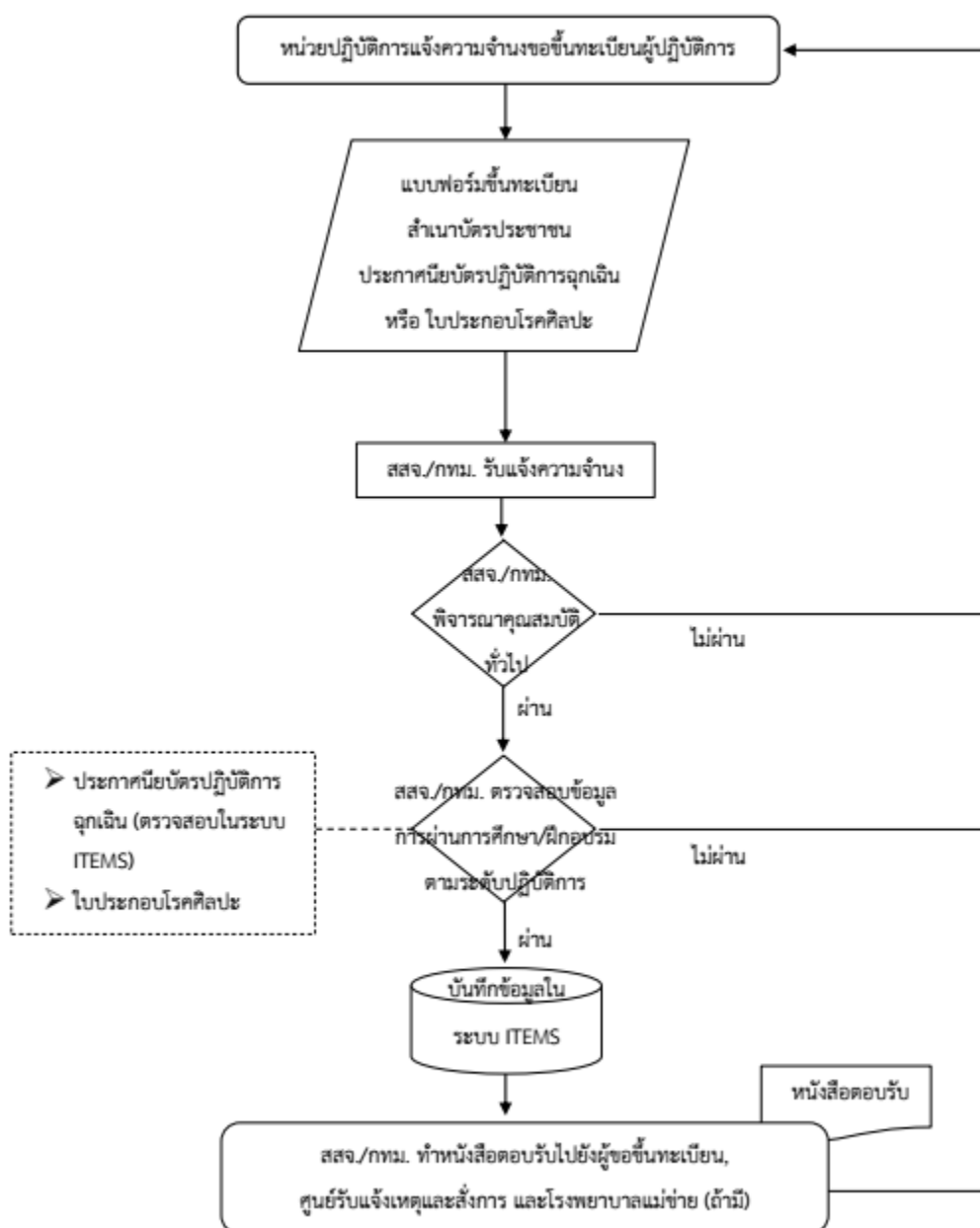
- ๑) รับแจ้งความจำนง โดยให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ
- ๒) ตรวจสอบคุณสมบัติทั่วไปตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ๓) ตรวจสอบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ขอขึ้นทะเบียน หรือ ตรวจสอบใบประกอบโรคศิลปะ
 - ๔) กรณีผ่านคุณสมบัติ ให้บันทึกข้อมูลลงในระบบ ITEMS, กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อดำเนินการให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์
 - ๕) ทำหนังสือตอบรับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย

Note

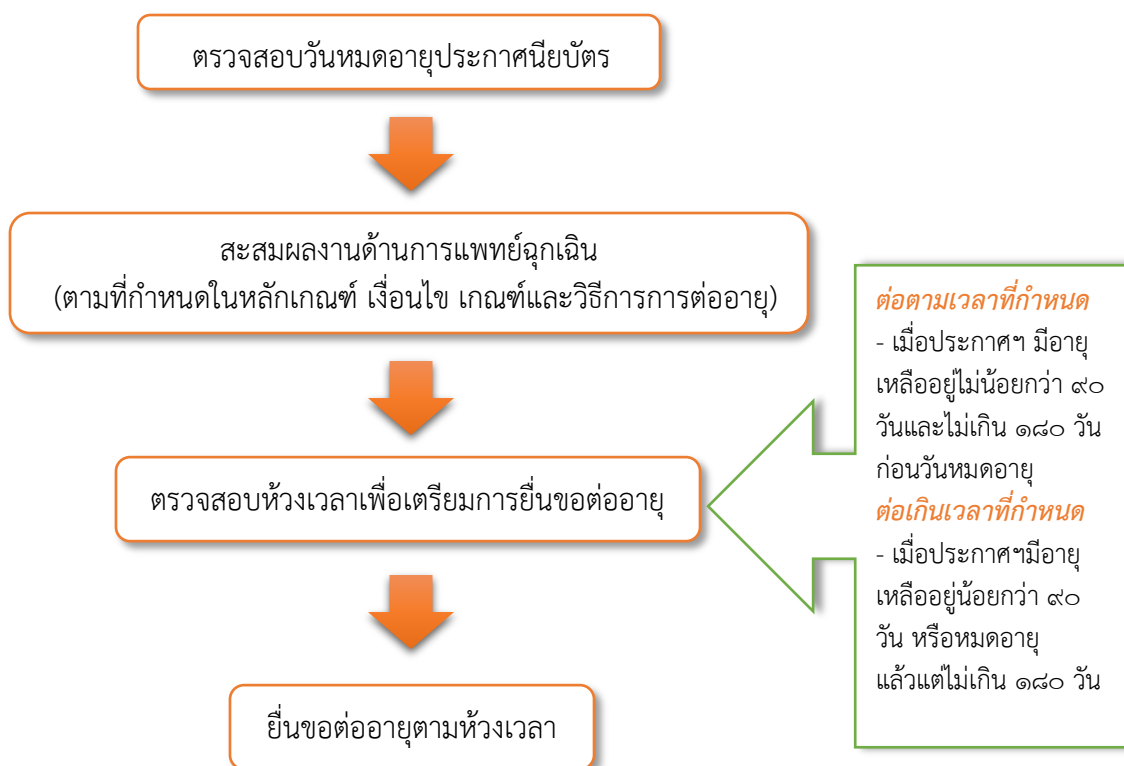
ผู้ขอขึ้นทะเบียนต้องมี **ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.** แล้วเท่านั้น สามารถตรวจสอบข้อมูลได้ในระบบ ITEMS กรณีเป็นบุคคลอื่น ต้องมีใบประกอบโรคศิลปะ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกรุงเทพมหานครต้องตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วนก่อนการขึ้นทะเบียน

กรณีผู้ปฏิบัติการ **ย้ายหน่วยปฏิบัติการ** จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือกรุงเทพมหานครทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

แผนผังการขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการ



ขั้นตอนการยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร



เอกสารประกอบการต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑. แบบยื่นคำขอต่ออายุฯ (Cert.niem ๐๒)
๒. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๓.๑)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนา
๓. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล(ถ้ามี) พร้อมรับรองสำเนา
๔. สำเนาประกาศนียบัตรหรือบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้รับครั้งล่าสุด พร้อมรับรองสำเนา
๕. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังฟ้า/น้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไว้ไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๖. ผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข เกณฑ์และวิธีการการต่ออายุ หน้า ๙)

หลักเกณฑ์ เงื่อนไข เกณฑ์และวิธีการการต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทปฏิบัติการแพทย์
๑. อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

- ๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วันและไม่เกิน ๑๘๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
- มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
- ๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน
- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และ
 - ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
- ๑.๓ เมื่อประกาศฯ หมดอายุเกิน ๑๘๐ วัน
หมดสิทธิในการยื่นขอต่ออายุ หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรต้องอบรม EMR (๔๐ ชม.) ใหม่

๒. พนักงานฉุกเฉินการแพทย์

- ๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วันและไม่เกิน ๑๘๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ
- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน **และ**
 - ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน
- ๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน
- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน **และ**
 - ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน
- ๒.๓ เมื่อประกาศฯ หมดอายุเกิน ๑๘๐ วัน
หมดสิทธิในการยื่นขอต่ออายุ หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรต้องอบรม EMT-B (๑๑๐ ชม.) ใหม่

๓. เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์

- ๓.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วันและไม่เกิน ๑๘๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ
- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หรือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง **และ**
 - ๓) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๔๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๔๐ หน่วยคะแนน

๓.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศมีอายุเหลืออยู่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน

- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน หรือ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง **และ**
- ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน ทั้ง ๒ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๔๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๔๐ หน่วยคะแนน

๓.๓ เมื่อประกาศฯ หมดอายุเกิน ๑๘๐ วัน

หมดสิทธิในการยื่นขอต่ออายุ หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการประเมินและสอบใหม่

๔. นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์

๔.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วันและไม่เกิน ๑๘๐ วัน ก่อนวันหมดอายุ

- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง* **และ**
- ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน อย่างน้อย ๑ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๕๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๕๐ หน่วยคะแนน

๔.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศฯ มีอายุเหลืออยู่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน

- ๑) ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง* **และ**
- ๒) มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา **ที่ครบถ้วน ทั้ง ๒ ข้อ** ได้แก่
 - มีผลการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๕๐ ครั้ง
 - CEPA ไม่น้อยกว่า ๕๐ หน่วยคะแนน

๔.๓ เมื่อประกาศฯ หมดอายุเกิน ๑๘๐ วัน

หมดสิทธิในการยื่นขอต่ออายุ หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการประเมินและสอบใหม่

* หลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นสูง ให้ความหมายถึง หลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง และหลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บ

แบบฟอร์ม **การยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร**
สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/bBDL4



การตรวจรับรองและขึ้นทะเบียนรณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รณบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการลำเลียงหรือขนส่งของชุดปฏิบัติการแต่ละชุด โดยหน่วยปฏิบัติการมีหน้าที่ขึ้นทะเบียนรณบริการการแพทย์ฉุกเฉินกับ สพฉ. และตรวจดูแลรักษาสภาพรถ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ประจำรถให้มีคุณภาพ มาตรฐาน และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานอยู่เสมอ นอกจากนี้ ยังต้องผ่านการจดทะเบียน ตรวจสภาพ ข้าราชการประจำปีของกรมการขนส่งทางบก

รณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑. ประเภทรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ระดับ ได้แก่

๑.๑ รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง

๑.๒ รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน

๒. ประเภทรถฉุกเฉินไม่ลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๒.๑ รถสื่อสารเคลื่อนที่

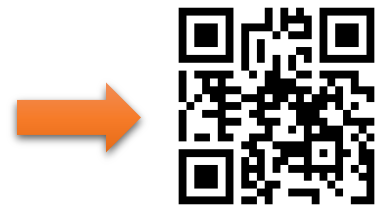
๒.๒ รถลำเลียงผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินและเวชภัณฑ์

ในกรณีพื้นที่มีรณบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการ อาจใช้รถของบุคคลธรรมดา ร่วมปฏิบัติการฉุกเฉินได้ โดยต้องผ่านการตรวจรับรอง และหน่วยปฏิบัติการต้องมีหนังสือรับรองพาหนะของบุคคลธรรมดา ร่วมปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

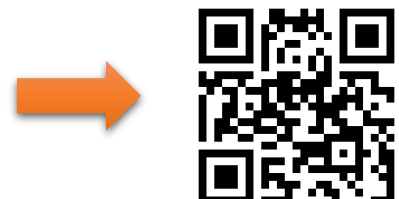
Note

รณบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องเข้ารับการตรวจรับรองกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือ กรุงเทพมหานครเป็นประจำโดยมีอายุใบรับรอง ๓ ปี

แบบฟอร์ม การขึ้นทะเบียน/ต่ออายุ รณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/gOO37



ประกาศ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเรื่อง เกณฑ์ วิธีการ
และแนวทางการรับรองมาตรฐานรณบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๖๔
สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/yHPV8



เอกสารประกอบการขอรับการตรวจรับรอง

- | | |
|---|--------|
| ๑. แบบคำร้องขอรับการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบรับรองพาหนะ | ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการฯ | ๑ ฉบับ |
| ๔. รายการจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน หน้า หลัง ซ้าย ขวา ใน (พร้อมเซ็นรับรอง) | ๑ ฉบับ |

บทบาทหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรุงเทพมหานคร ในการตรวจรับรองและขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) ตรวจสอบเอกสารและตรวจมาตรฐานของรถตามประเภทที่ขอขึ้นทะเบียน โดยใช้ Checklist ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ให้บันทึกข้อมูลลงระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติเพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ, กรณีไม่ผ่านมาตรฐานให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อดำเนินการให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรุงเทพมหานคร หรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ กรณี กรุงเทพมหานครให้ยื่นหนังสือร้องขอต่อผู้บังคับการกองบังคับการตำรวจจราจร ในจังหวัดอื่น ให้ยื่นหนังสือร้องขอต่อผู้บังคับการตำรวจจราจรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ กรุงเทพมหานคร บันทึกเอกสารใบขออนุญาต และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณ

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ ไปยังผู้ยื่นคำร้อง

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

ส่วนที่

๒

**การจ่ายเงินกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน
เพื่อสนับสนุน จุดศูนย์เรื้อรชดเชย
การปฏิบัติงาน**

ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ภายใต้กรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (กพฉ.) ซึ่งตามมติคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ วันที่ ๑๗ ตุลาคม ๒๕๕๕ และครั้งที่ ๔/๒๕๕๖ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๕๖ มีมติให้มีการแก้ไขปรับปรุงอัตราการจ่ายเงินอุดหนุน/ชดเชยให้แก่ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งได้มีการประกาศและเริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๖ เป็นต้นไปรายละเอียด ดังนี้

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปฏิบัติการ ประชาชนทุกคนที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ซึ่งหากมิได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงทีแล้วอาจเกิดอันตรายต่อชีวิตหรือการทำงานของระบบอวัยวะสำคัญที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตโดยผู้รับบริการขอรับบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ด้วยการใช้โทรศัพท์หมายเลข ๑๖๖๙ หรือหมายเลขอื่นๆในแต่ละท้องที่ที่กำหนด (เบอร์ตรง) ไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดจังหวัด หรืออาจเป็นผู้พบเหตุโทรแจ้งหรือการประสานงานผ่านระบบวิทยุสื่อสารอื่นๆ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

๑. ชุดปฏิบัติการต้องอยู่ในการกำกับดูแลของหน่วยปฏิบัติการ และขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดมีหน้าที่เตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์รองรับการปฏิบัติการฉุกเฉิน

๒. หน่วยปฏิบัติการ หรือ ชุดปฏิบัติการ ได้รับการสั่งการจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดหรือศูนย์เอราวัณ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร จะต้องจัดชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการทันที และต้องบันทึกรายละเอียดในแบบบันทึกการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามระดับของชุดปฏิบัติการ (รายละเอียดตามภาคผนวก ๓) ทั้งนี้กรณีที่หน่วยปฏิบัติการหรือชุดปฏิบัติการได้รับการแจ้งโดยตรงจากผู้แจ้งเหตุ หรือผู้ประสบเหตุ ให้แจ้งประสานไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด หรือศูนย์เอราวัณ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานครเพื่อขออนุมัติออกปฏิบัติงานก่อนจึงจะออกให้บริการได้ มิฉะนั้นจะไม่สามารถเบิกเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินได้

๓. กรณีชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการฉุกเฉินภายใต้การสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดหรือศูนย์เอราวัณ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร แล้วไม่พบเหตุ หรือยกเลิก หรือเสียชีวิตก่อนไปถึง หรือให้การรักษาแต่ไม่นำส่ง ต้องรายงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์เอราวัณ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด จะต้องบันทึกข้อมูลนี้ผ่านโปรแกรมเพื่อการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉิน ซึ่งจะได้รับการชดเชยตามอัตราที่กำหนด

๔. หน่วยปฏิบัติการบันทึกปฏิบัติการในระบบ ITEMS (กรณีบันทึกปฏิบัติการเอง) จากนั้น รวบรวมแบบบันทึกการปฏิบัติการของชุดปฏิบัติการ เพื่อส่งเอกสารขอรับเงินอุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉิน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือศูนย์เอราวัณ สำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) กำหนด

๕. กรณีชุดปฏิบัติการรักษาและนำส่งผู้ป่วย ต้องบันทึกรายละเอียดครบถ้วน จะได้รับการชดเชยเต็มจำนวนดังต่อไปนี้

- ๑) ผลการคัดแยกระดับความรุนแรง ณ ห้องฉุกเฉิน
- ๒) ชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยฉุกเฉิน (หากไม่ทราบให้ระบุ ว่า หญิง/ชาย ไม่ทราบชื่อ)
- ๓) ชื่อสถานพยาบาลที่นำส่ง และหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (HN)

๔) เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID)/Passport (ต่างชาติ) หรือผลการรักษาพยาบาล (อย่างใดอย่างหนึ่ง ยกเว้น FR)

๖. รักษาและเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ต้องมีชื่อสถานพยาบาล ชื่อผู้ป่วย (หากไม่ทราบให้ระบุว่า หญิง/ชาย ไม่ทราบชื่อ) พร้อมทั้งระบุรายการการรักษาในระบบรายงาน (อย่างน้อย ๑ รายการ)

Treatment	ทางเดินหายใจ/การหายใจ	☐ No	☐ Clear airway	☐ Oral airway	☐ O ₂ canula/mask	☐ Ambu bag	☐ ET	
		☐ Pocket Mask	☐ Suction					
	บาดแผล/ห้ามเลือด	☐ No	☐ Pressure Dressing	☐ Dressing				
	การให้สารน้ำ	☐ No	☐ 5%D/W	☐ NSS	☐ Acetar	☐ 5%DN/2	☐ RLS	☐ Others...
	การตามกระดูก	☐ No	☐ เนื้อกลม/ไม้ตาม	☐ Collar With Long Spinal Board	☐ KED			
การทำ CPR	☐ No	☐ Yes	☐ AED / DF					
ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....								

๗. กรณีผู้ป่วยรักษาแต่เสียชีวิตในที่เกิดเหตุ หรือรักษาเสียชีวิตขณะนำส่งต้องบันทึกรายละเอียดการรักษา หากนำส่งให้บันทึกชื่อสถานพยาบาลที่นำส่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ให้บันทึกในแบบบันทึกปฏิบัติการ ALS ดังรูป

HN.....	การวินิจฉัยโรค.....
ระดับการคัดแยก (ER Triage)	
☐ แดง (วิกฤต)	☐ เหลือง (เร่งด่วน)
☐ เขียว (ไม่รุนแรง)	☐ ขาว (ทั่วไป)
☐ ดำ (รับบริการสาธารณสุขอื่น)	

๘. รักษาและไม่นำส่ง กรณี ALS ต้องมีชื่อผู้ป่วย (หากไม่ทราบให้ระบุว่า หญิง/ชาย ไม่ทราบชื่อ) และบันทึกรายการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง

Treatment	ทางเดินหายใจ/การหายใจ	☐ No	☐ Clear airway	☐ Oral airway	☐ O ₂ canula/mask	☐ Ambu bag	☐ ET	
		☐ Pocket Mask	☐ Suction					
	บาดแผล/ห้ามเลือด	☐ No	☐ Pressure Dressing	☐ Dressing				
	การให้สารน้ำ	☐ No	☐ 5%D/W	☐ NSS	☐ Acetar	☐ 5%DN/2	☐ RLS	☐ Others...
	การตามกระดูก	☐ No	☐ เนื้อกลม/ไม้ตาม	☐ Collar With Long Spinal Board	☐ KED			
การทำ CPR	☐ No	☐ Yes	☐ AED / DF					
ยา (วิธีใช้ และขนาด ให้ระบุ).....								

อัตราการอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก

บัญชีอัตราสนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินแบบทำระยะเบียบคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินว่าด้วย การรับเงิน การจ่ายเงินและเก็บรักษาเงินกองทุน (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๕๖ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๖ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการ ตาม บัญชี ก.๑ การปฏิบัติการฉุกเฉินทางบกเหมาะสม รวมทั้งค่าพาหนะ การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการ ยาเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติการฉุกเฉินตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังต่อไปนี้

ตารางที่ ๑ หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก

ประเภท	การปฏิบัติการ	ชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินระดับ สูง (ALS)	ชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินระดับ กลาง (ILS)	ชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินระดับ ต้น (BLS)	ชุดปฏิบัติการ ฉุกเฉินเบื้องต้น (FR)
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)	- รักษาและนำส่ง - รักษาและเสียชีวิตขณะนำส่ง (เฉพาะ ALS)	1,000	750	500	350
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (สีเหลือง)	- รักษาและเสียชีวิตในที่เกิดเหตุ (เฉพาะ ALS)	750	500	500	350
ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว)	- รักษาและไม่นำส่ง (เฉพาะ ALS)	350	350	350	350
ยกเลิก ไม่พบเหตุ เสียชีวิตก่อนไปถึง *		200	150	100	100

หมายเหตุ

(ก) กรณียกเลิก ไม่พบเหตุ เสียชีวิตก่อนไปถึง ให้หมายรวมถึง กรณีการคัดแยกผู้ป่วยโดยศูนย์ฯ สักการเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน แต่ชุดปฏิบัติการนำส่งโดยไม่มีปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูงและประเมิน ณ สถานพยาบาล พบว่าเป็นผู้ป่วยทั่วไป

(ข) กรณีตำบลที่เกิดเหตุอยู่ห่างจากรพ.ที่รับผู้ป่วยมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร ให้จ่ายเพิ่มโดยคำนวณ ระยะทางเฉลี่ยจากทุกหมู่บ้านในตำบลนั้นไปยังโรงพยาบาลตามการอำนวยความสะดวกหรือคำสั่งของศูนย์ฯ สักการ ส่วน ที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่มกิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท และเพื่อให้การ ดำเนินการเบิกจ่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสะดวกกับผู้ปฏิบัติงานในแต่ละจังหวัด ควรจัดทำข้อมูล อัตราการจ่ายเพิ่มของทุกตำบลที่มีระยะทางเฉลี่ยเกิน ๑๐ กิโลเมตร โดยให้คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดเห็นชอบ

(ค) กรณีมีความจำเป็นต้องระดมชุดปฏิบัติการนอกพื้นที่เข้าช่วยเหลือหรือร่วมซ่อมแซมเสมือนจริง ตามคำสั่งของเลขาธิการ สพฉ. ให้จ่ายเงินเพิ่มเติมจากอัตราบัญชี ก ๑ แก่หน่วยปฏิบัติการ สถานพยาบาลหรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังต่อไปนี้

กรณี	อัตรา
1. ระยะทางในการเดินทางไปและกลับจากนอกพื้นที่ เข้าร่วมซ่อมแซมเสมือนจริง	จ่ายตามระยะทางในอัตรา 4 บาทต่อกิโลเมตร
2. การดำเนินการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินยากลำบากหรือ ในพื้นที่พิเศษ จำเป็นต้องใช้รถขับเคลื่อน 4 ล้อ	จ่ายเงินเพิ่มอีก 100 บาทต่อครั้ง
3. การดำเนินการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินยากลำบากหรือ ในพื้นที่พิเศษ จำเป็นต้องใช้รถ 6 ล้อขึ้นไป	จ่ายเงินเพิ่มอีก 400 บาทต่อครั้ง

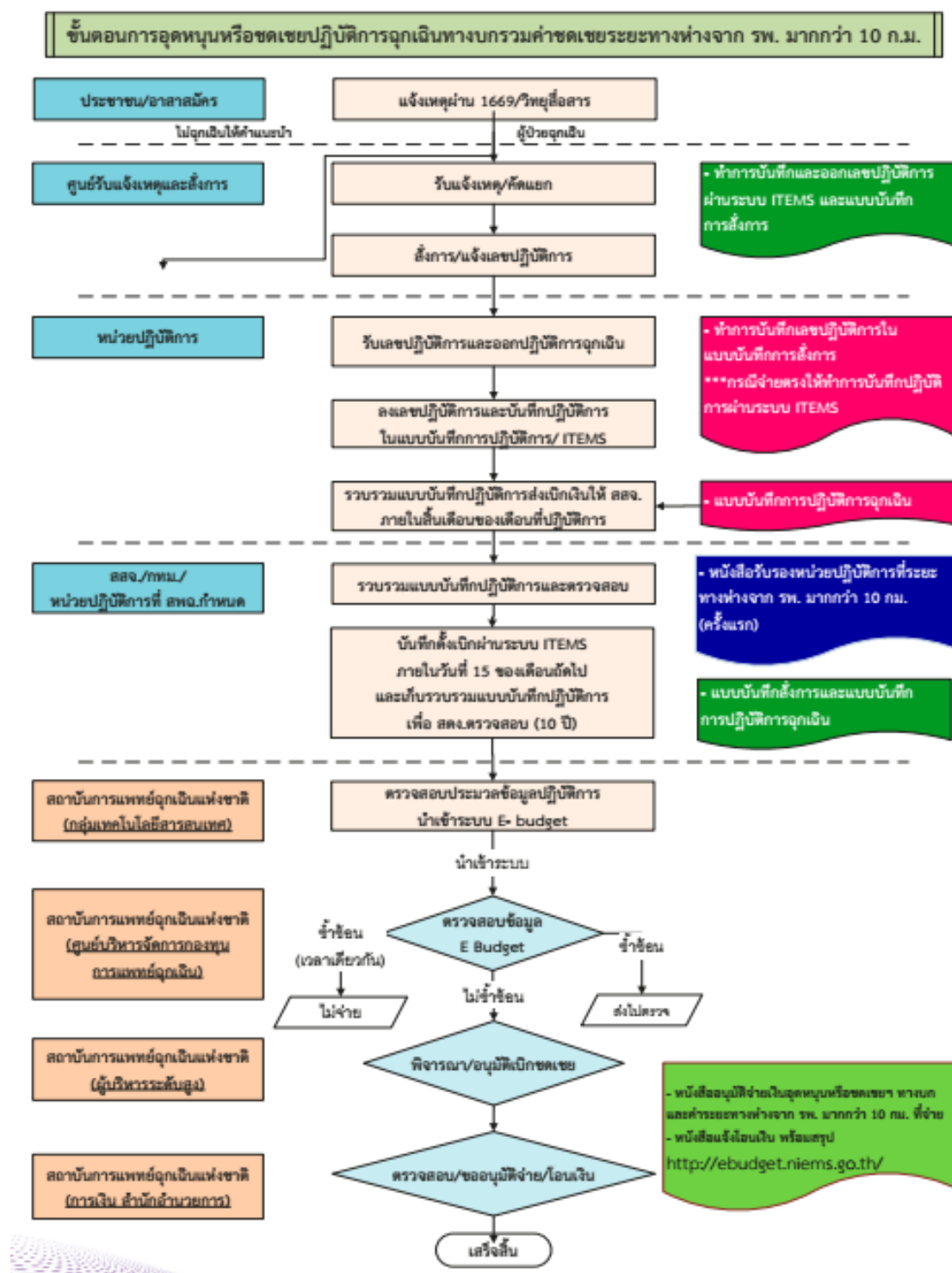
คำอธิบาย

๑. กรณีรักษาเสียชีวิตขณะนำส่ง/รักษาเสียชีวิตในที่เกิดเหตุให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)
๒. ยกเลิก หมายถึง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด สั่งยกเลิกการออกปฏิบัติงาน ขณะชุดปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการออกจากฐานที่ตั้งไปแล้ว
๓. ไม่พบเหตุ หมายถึง เมื่อชุดปฏิบัติการออกปฏิบัติการแล้วไม่พบเหตุ เนื่องจากมีการช่วยเหลือไปก่อนหรือเป็นการแจ้งเหตุเท็จ
๔. ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนไปถึง หมายถึง เมื่อชุดปฏิบัติการไปถึงที่เกิดเหตุพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วและไม่ได้ทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
๕. *หมายถึง ขณะสั่งการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยวิกฤต (สีแดง) ผู้ป่วยเรื้อรัง (สีเหลือง) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (สีเขียว) มีการนำส่ง เมื่อมีการประเมิน ณ สถานพยาบาล พบว่าเป็นผู้ป่วยทั่วไป จ่ายตามอัตราหลักเกณฑ์ข้างต้น และให้หมายรวมถึงผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา/ไม่ประสงค์จะไปสถานพยาบาลด้วย
๖. กรณีชุดปฏิบัติการฉุกเฉินทุกระดับ ปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุ แล้วขอสนับสนุนชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน เพิ่มเติมตามความเหมาะสม จะจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติให้ชุดปฏิบัติการทั้งหมด ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน
๗. กรณีมีผู้บาดเจ็บฉุกเฉินหลายราย หรือกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ จะจ่ายจริงตามจำนวนเที่ยวการนำส่งผู้บาดเจ็บ โดยอยู่ในดุลพินิจของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ที่เป็นผู้พิจารณาในการนำส่งผู้บาดเจ็บ

วิธีการส่งข้อมูล

๑. หน่วยปฏิบัติการควรส่งรายงานแบบบันทึกการปฏิบัติการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด โดยเร็วและควรดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในสิ้นเดือนนั้น
๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ลงแบบบันทึกการปฏิบัติการ ผ่านโปรแกรม (http://ws.niem.go.th/items_front/index.aspx) ของชุดปฏิบัติการทันทีเมื่อได้รับเอกสาร พร้อมทั้งตรวจสอบและบันทึกตั้งเบิกภายในวันที่ ๑๐ และ ๒๕ ของเดือนถัดไป
๓. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยกลุ่มเทคโนโลยีสารสนเทศ จะทำการประมวลผลอัตราจ่ายตรวจสอบข้อมูลซ้ำซ้อน (ตรวจพบ ข้อมูลที่มีเลขปฏิบัติการต่างกัน หน่วยปฏิบัติการเดียวกัน ส่งผู้ป่วยชื่อเดียวกัน ไปสถานพยาบาลเดียวกัน ในวันที่เดียวกัน) โปรแกรมระบุ “ซ้ำ” พร้อมทั้งส่งข้อมูลที่ตั้งเบิกทั้งหมดมายังระบบสารสนเทศบริหารจัดการกองทุน (E-budget) เวลา ๒๔.๐๐ น.ของวันที่ ๑๐ และ ๒๕ ของเดือน

ผังขั้นตอนการปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินทางบก
รวมค่าชดเชยระยะทางห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร



แนวทางการจ่ายสนับสนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการทางบก

พื้นที่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร

การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกคนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่งเป้าหมายหลักคือการขยายการให้บริการครอบคลุมพื้นที่นั้น บางพื้นที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการหากประชาชนมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าที่จะมีชุดปฏิบัติการนอกพื้นที่เข้ามาช่วยเหลือ ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า อาจเป็นอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นหากมีการตั้งหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ดังกล่าวและอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร ย่อมมีต้นทุนที่สูงขึ้น หากได้รับการชดเชยการปฏิบัติการในอัตราเท่ากันย่อมไม่จูงใจให้มีการตั้งหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ดังกล่าว ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงได้มีการจ่ายเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการฉุกเฉินระยะทางห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการจัดบริการแก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยฉุกเฉินสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ครอบคลุมมากขึ้น โดยกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการปฏิบัติการเพื่อการเบิกจ่ายดังนี้

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

เป็นหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีระยะทางจากหน่วยปฏิบัติการไปยังโรงพยาบาล มากกว่า ๑๐ กิโลเมตร

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำรวจหน่วยปฏิบัติการที่มีระยะทางจากหน่วยปฏิบัติการไปยังโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร เพื่อรับรองหน่วยปฏิบัติการฯ โดยคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดเห็นชอบ หากไม่สามารถจัดประชุมได้ ให้ทำหนังสือรับรองลงนามโดยประธานคณะอนุกรรมการฯ หรือเลขานุการคณะอนุกรรมการฯ

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งหนังสือรับรองหน่วยปฏิบัติการฯ ประกอบด้วย รหัสหน่วยปฏิบัติการ ชื่อหน่วยปฏิบัติการ ระยะทางจากหน่วยปฏิบัติการไปยังโรงพยาบาลที่นำส่ง (กิโลเมตร) กรณีที่หน่วยปฏิบัติการที่นำส่งโรงพยาบาลที่มีระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร เกินกว่า ๑ แห่ง ซึ่งมีระยะทางไม่เท่ากันให้คิดระยะทางเฉลี่ย

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปรับปรุงข้อมูลพื้นฐานในระบบ ITEMS ให้ตรงตามข้อมูลที่ส่งหนังสือรับรองหน่วยปฏิบัติการฯ

อัตราการอุดหนุนหรือชดเชยเพิ่มเติม การปฏิบัติการฉุกเฉินทางบกที่มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร

ตารางที่ ๒ แสดงอัตราการอุดหนุน/ชดเชยเพิ่มเติม

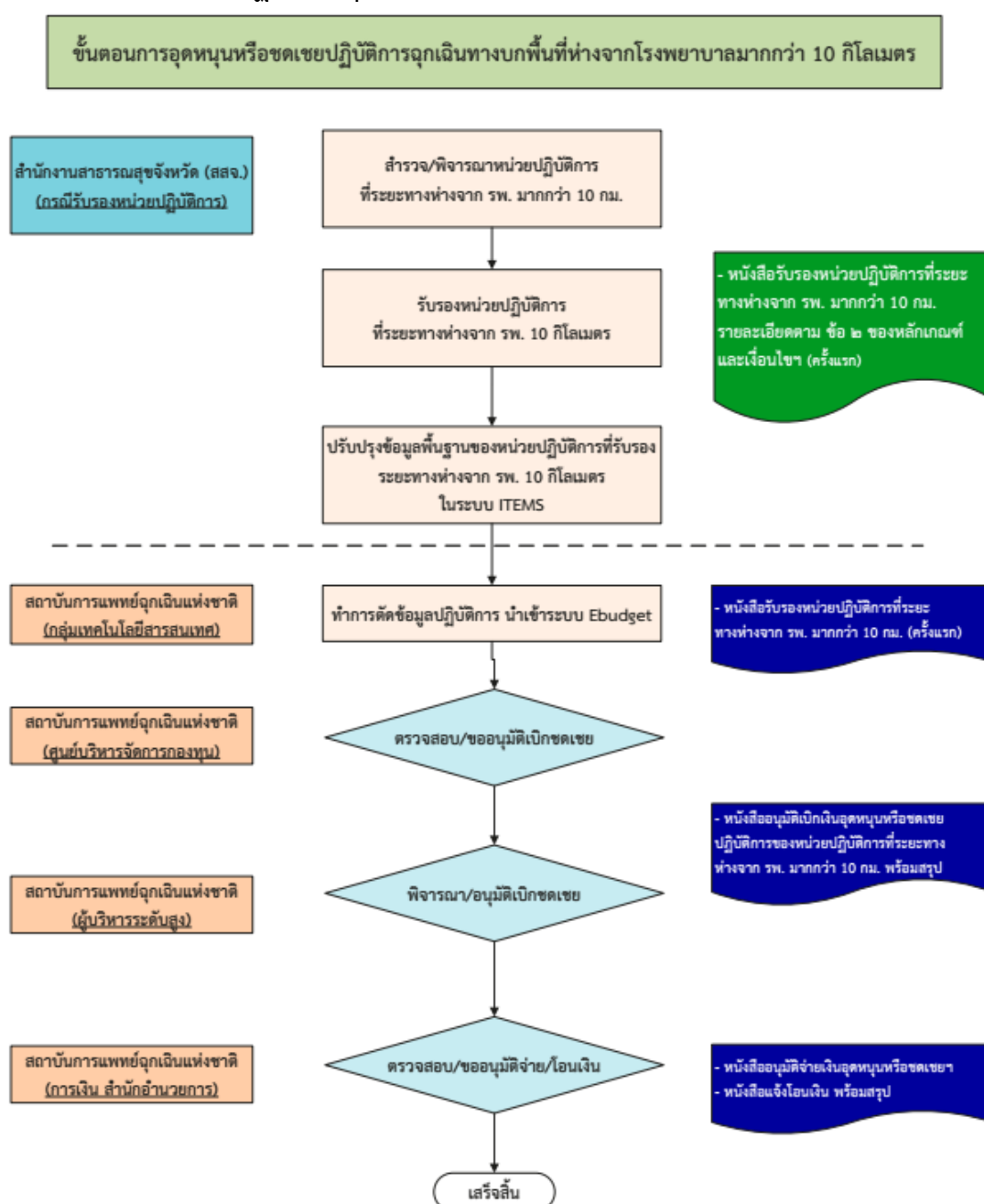
รายการ	ระยะทางจากที่ตั้งของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาล (กม.)									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20 ขึ้นไป
จำนวนเงินชดเชย (บาท)	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

ขั้นตอนการส่งข้อมูล

๑. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะทำการตัดยอดการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม ITEMS ตามรอบที่กำหนด เข้าระบบการจ่ายเงินของศูนย์บริการจัดการกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน E-budget และตรวจสอบประมวลผลรายงานและออกรายงานการจ่ายเงินชดเชยการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือศูนย์เอราวัณ สำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร หรือหน่วยปฏิบัติการที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กำหนด

๒. กรณีข้อมูลปฏิบัติการของแต่ละเดือนที่บันทึกตั้งเบิกในโปรแกรม ITMES ล่าช้ากว่ากำหนด สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะรวบรวมและจะทำการตรวจสอบประมวลผลรายงานและออกรายงานการจ่ายเงินในรอบที่บันทึกตั้งเบิกต่อไป

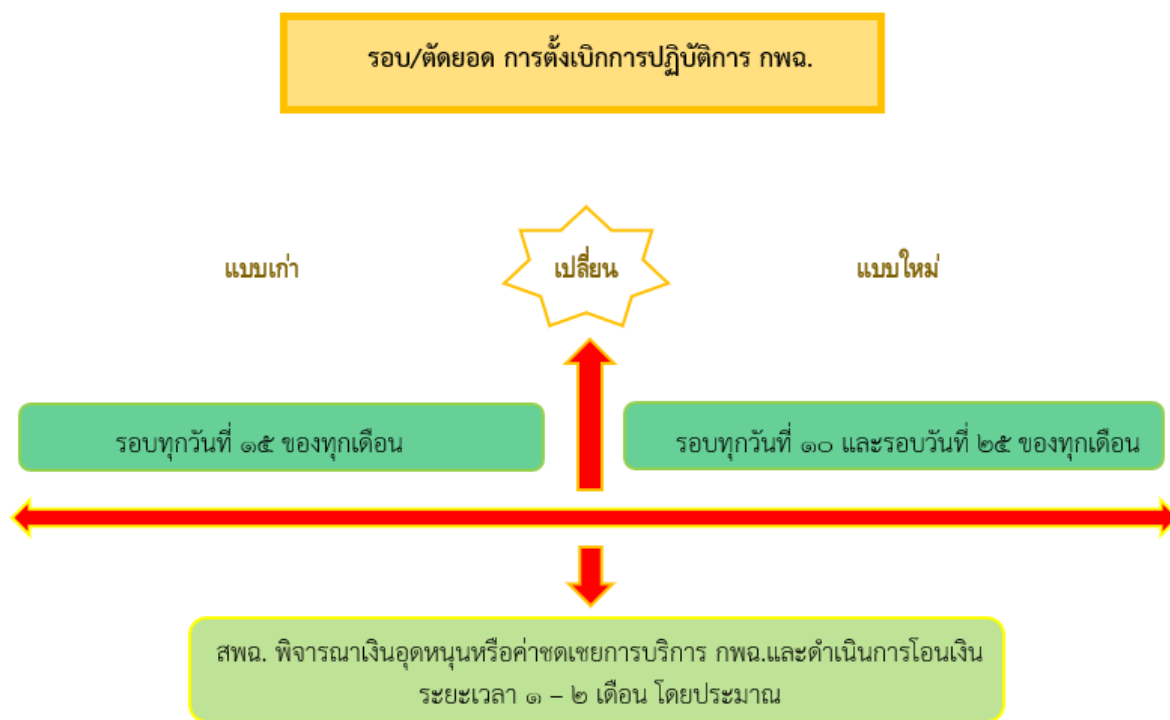
ผังขั้นตอนการชดเชยปฏิบัติการฉุกเฉินทางบกพื้นที่ห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร



การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยปฏิบัติการมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย เพื่อดำเนินการตั้งเบิก

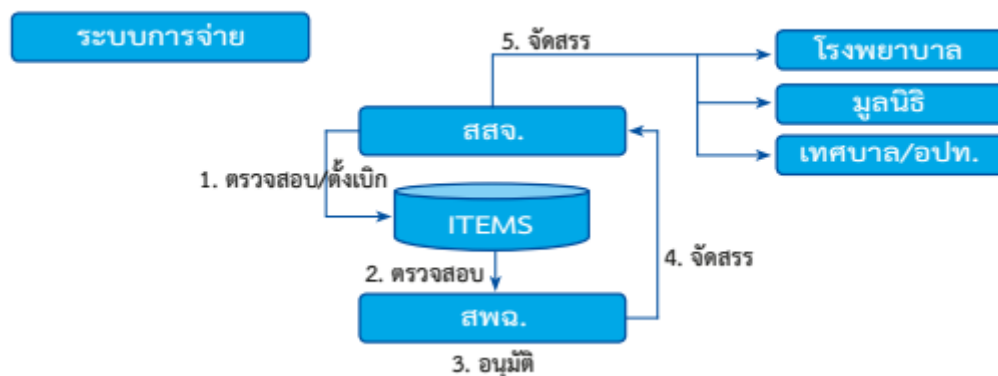
- รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)
- รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

ตัวอย่าง แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑-๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้



ระบบการจัดสรรเงินอุดหนุนหรือชดเชยการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้เกี่ยวข้องประกอบด้วย ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลการปฏิบัติการผ่านระบบโปรแกรม ITEMS โดยในอดีตระบบการจัดสรรเงินจะมีรูปแบบการจัดสรรล่วงหน้า ซึ่งจังหวัดจะมีเงินเพียงพอในการใช้จ่ายในแต่ละเดือน เนื่องจากถูกข้ออ้างติดจากกลุ่มตรวจสอบภายใน ระบุว่า การจัดสรรเงินปฏิบัติการฉุกเฉินจะสามารถจัดสรรได้เมื่อมีการปฏิบัติการฉุกเฉินแล้วเท่านั้น แต่ไม่สามารถจ่ายล่วงหน้าได้ ประกอบกับหน่วยปฏิบัติการให้ความสำคัญกับการรายงานข้อมูลตั้งเบิกน้อย ลำช้า ไม่ถูกต้อง ซึ่งกรณีที่มีการจ่ายล่วงหน้าไปแล้ว พบว่า ผลงานได้น้อยกว่าที่จัดสรรทำให้เกิดปัญหาการเรียกเงินคืน และเกิดผลกระทบต่อการเบิกจ่ายในอนาคต ดังนั้น จึงได้มีมติคณะกรรมการบริหารกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ ๑/๒๕๕๖ ให้ปรับปรุงแบบการจ่ายค่าชดเชยปฏิบัติการล่วงหน้าเป็นการจัดสรรรายเดือน โดยจังหวัดจะจ่ายเมื่อตั้งเบิกภายในวันที่ ๑๐ และ ๒๕ ของเดือนถัดไป และระยะเวลาที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดำเนินการตรวจสอบและเบิกจ่ายใช้เวลาประมาณ ๓ สัปดาห์ ดังนั้น จังหวัดจะได้รับภายหลังปฏิบัติงาน ๒ เดือน ซึ่งเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการเบิกจ่ายรายละเอียดตามรูปที่ ๑ ซึ่งขั้นตอนที่ซับซ้อน ทำให้ต้องใช้เวลานาน ส่งผลให้จังหวัดได้รับเงินล่าช้า รวมถึงขั้นตอนการเบิกจ่ายที่มีหลายขั้นตอนย่อมมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้มากขึ้น ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรเงิน จึงเสนอแนวการจ่ายตรงจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ไปยังหน่วยปฏิบัติการโดยตรง ช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการเบิกจ่าย ลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ ลดความผิดพลาดของการเบิกจ่ายให้น้อยลง

รูปที่ 1 ระบบการจ่ายชดเชยปฏิบัติการระบบเดิม

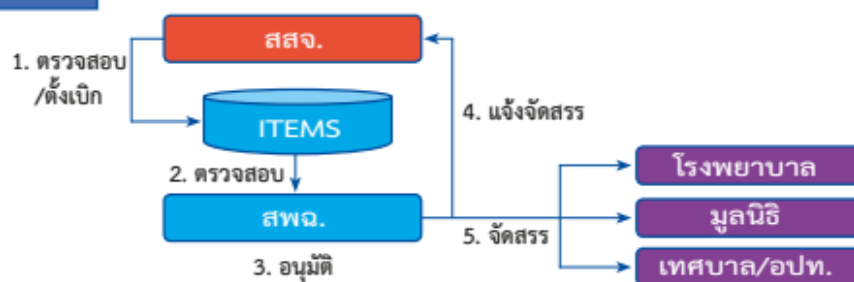


วัตถุประสงค์

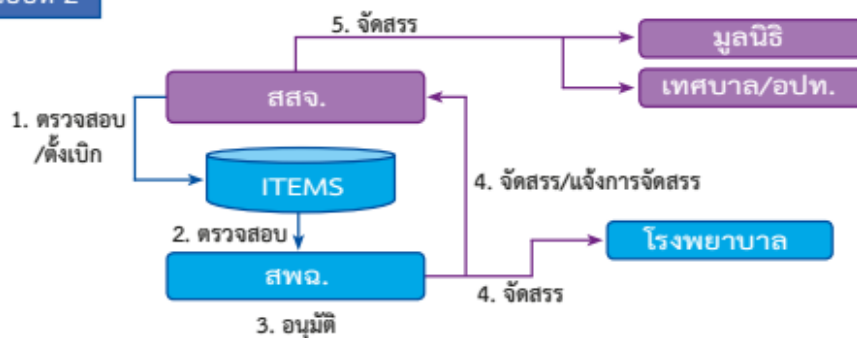
๑. เพื่อลดภาระงานของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้มีเวลาในการตรวจสอบส่วนปรับปรุงข้อมูล และตั้งเบิกรวมถึงมีเวลาในการพัฒนาคุณภาพของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดมากขึ้น
๒. เพื่อลดกระบวนการและขั้นตอนในการเบิกจ่าย ทำให้หน่วยปฏิบัติการได้รับเงินชดเชยรวดเร็วขึ้น
๓. เพื่อลดโอกาสในการโอนเงินชดเชยผิดพลาดจากการโอนเงิน

ตัวอย่างรูปแบบการจ่ายตรง

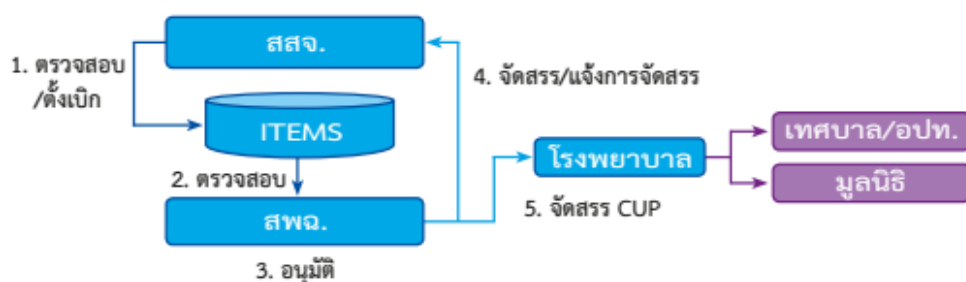
ระบบการจ่ายตรง แบบที่ 1



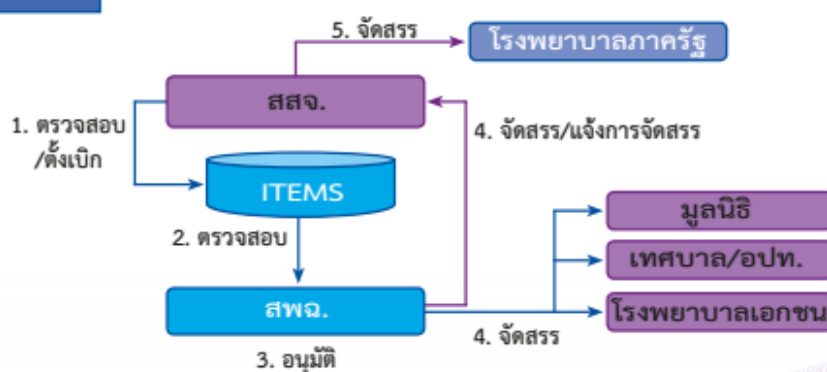
ระบบการจ่ายตรง แบบที่ 2



ระบบการจ่ายตรง แบบที่ 3



ระบบการจ่ายตรง แบบที่ 4



ขั้นตอนการดำเนินงานของจังหวัด

๑. จัดประชุมชี้แจงขั้นตอนกระบวนการในการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๒. จัดอบรมการบันทึกข้อมูลในระบบกรณีที่หน่วยปฏิบัติการยังไม่เคยเข้าบันทึกข้อมูลในระบบ
๓. ดำเนินการจัดทำบันทึกความร่วมมือกับหน่วยปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ที่ลงนามในบันทึกความร่วมมือ

ประกอบด้วย

เลขาธิการ/รองเลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชน

ประธานมูลนิธิ/สมาคมกู้ชีพกู้ภัย

นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด (กรณีถ่ายทอดให้ อบจ.)

ตัวอย่าง MOU สามารถดูได้ที่ภาคผนวก

๔. การปรับปรุงระบบดำเนินการจ่ายตรง

๔.๑ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด ให้ดำเนินการบันทึกการส่งการทันทีหรือหากมีภาระงานมากให้บันทึกภายในเวรและส่งแบบบันทึกสั่งการให้ สสจ. ทุกสัปดาห์หรือทุก ๑๕ วัน ไม่เกินวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป

๔.๒ หน่วยปฏิบัติการดำเนินการบันทึกการปฏิบัติการโดยเร็วหรือภายใน ๒๔ ชั่วโมง และส่งแบบบันทึกการปฏิบัติการให้ สสจ. ตามรอบที่กำหนด

๔.๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตั้งเบิกในระบบ ITEMS ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๐ และ ๒๕ ของเดือนถัดไป

แบบฟอร์ม **MOU ระบบจ่ายตรง**

สามารถดาวน์โหลดที่ shorturl.at/fgDJS



ส่วนที่

๓

ภาคผนวก

สรุปรายงานการประชุม

โครงการนิเทศติดตามการพัฒนา

ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ น. – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นายอำนาจ สิริรัก	โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางจินตนา ไทยกกล้า	โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายณัฐพงศ์ ดิถีพรม	สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายนนท์ จันท	สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายทศพล ดวงแก้ว	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายศิชล อินทภาพ	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นายธีระพล คงแป้น	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายประถมพร เขียวสีทอง	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายเสกสรร มีสังข์	เทศบาลตำบลลิ้นจี่	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นางสาวจิตติชญา จุสว	เทศบาลตำบลลานหอย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นายนรินทร์ กิตถ์ถอง	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าปล้อง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นางสาวมลฤดี อินเหลา	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นางบุญธิตา มัชฌิมา	องค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำขาว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นางอรรณพ อัมพพานิ	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวสุทิสรา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นายรณชัย คล้าคง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
 แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน : ขี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดย มีชื่อหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และพื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดยคุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS **กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ** ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับชุดปฏิบัติการ เช่น

- หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

- หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT-B)

หมายเหตุ :

- การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน ยึดหยุ่นให้ออกหน่วยปฏิบัติการรวม ๒ คนได้
- กรณีที่หน่วยเป็นระบบจ่ายตรง หน่วยปฏิบัติการต้องจัดทำเอกสารบันทึกข้อตกลง MOU ประกอบการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ
- กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้วหน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

๑.๒ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (แพทย์/พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๓ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑) สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด

๒) รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

๓) แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๓.๑

๔) หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)

๕) เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

๖) สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อย ๑ ข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วันหากประสงค์

ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม

๑.๔ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกลงระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๕ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

- ๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS
- ๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- | | |
|---|--------|
| ๑) แบบคำร้อง | ๑ ฉบับ |
| ๒) แบบรับรองพาหนะ | ๑ ฉบับ |
| ๓) ใบรายงานผลการตรวจสอบสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ๑ ฉบับ |
| ๔) รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๕) รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๖) รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ
(พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๒.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ / ๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ ,
๐๕๕-๖๑๐๘๒๕, ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

๒.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอบ้านด่านลานหอย

- ๑) BLS/FR ประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้อง นำส่งผู้ป่วยสีแดง โดยไม่แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการหรือส่ง
ถ่ายกับโรงพยาบาล
- ๒) การแบ่งเขตพื้นที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน
- ๓) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน
- ๔) ระยะเวลาการส่งแบบบันทึกการปฏิบัติการหลังรับเหตุ

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

อำเภอบ้านด่านลานหอย มีทั้งหมด ๗ ตำบล ได้แก่ ตำบลบ้านด่านลานหอย ตำบลลานหอย ตำบลบ้านด่าน ตำบลวังตะคร้อ ตำบลวังน้ำขาว ตำบลตลิ่งชัน ตำบลหนองหญ้าปล้อง และตำบลวังลึก

๓.๑ ตรวจสอบหน่วยออกรับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

ALS โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

BLS สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย

BLS บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย

FR องค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำขาว (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR เทศบาลตำบลตลิ่งชัน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลลานหอย (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าปล้อง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน (หยุดปฏิบัติงาน)

๓.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- พื้นที่ตำบลบ้านด่าน มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด่าน หยุดปฏิบัติงาน เนื่องจากด้านยานพาหนะและบุคลากรไม่พร้อมใช้งาน หากมีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับเหตุพื้นที่ตำบลบ้านด่าน ทั้งนี้

- พื้นที่ตำบลลานหอย มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

เขตเทศบาลตำบลลานหอย

อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลลานหอย

อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

เขตองค์การบริหารส่วนตำบลลานหอย มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

- พื้นที่ตำบลวังตะคร้อ มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

- **พื้นที่ตำบลหนองหญ้าปล้อง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าปล้อง
 - อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย
- **พื้นที่ตำบลวังลึก** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย
 - อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย
- **พื้นที่ตำบลวังน้ำขาว** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำขาว
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย
- **พื้นที่ตำบลตลิ่งชัน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลตลิ่งชัน
 - อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.บ้านด่านลานหอย
 - อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย
 - อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dal case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์จะสั่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อน และศูนย์จะสั่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการมีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่นั้นทันที

๓.๓ ช่องทางติดต่อ เบอร์โทรศัพท์

- ๑) โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย
 - ๐๕๕-๖๘๙๑๙๕, ๐๙๗-๙๒๓๕๗๐๐
- ๒) สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย
 - ๐๙๙-๓๗๘๓๗๗๘, ๐๖๓-๙๐๙๖๓๘๙
- ๓) บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร์ อ.บ้านด่านลานหอย
 - ๐๘๙-๙๕๙๓๗๘๙, ๐๖๒-๒๖๐๘๘๕๖
- ๔) เทศบาลตำบลลานหอย
 - ๐๙๔-๘๒๓๖๗๔๕, ๐๙๒-๔๑๕๘๑๑๔, ๐๕๕-๖๘๙๑๙๕
- ๕) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองหญ้าปล้อง
 - ๐๘๗-๘๔๙๒๙๓๖, ๐๕๕-๖๑๕๖๓๗
- ๖) องค์การบริหารส่วนตำบลวังน้ำขาว
 - ๐๘๔-๗๗๗๒๓๔๗, ๐๘๐-๖๒๗๒๗๘๓
- ๗) เทศบาลตำบลลิ้นจี่
 - ๐๙๕-๔๔๗๗๘๕๓, ๐๘๙-๙๐๖๙๖๓๕

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๔.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๔.๒ กำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔ สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ คือ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ และรอบที่ ๒ คือ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยย้อนหลังได้

๔.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

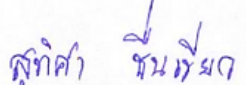
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เที่ยงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอคีรีมาศ จังหวัดสุโขทัย

วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๔๐ – ๑๖.๐๐ น.

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลคีรีมาศ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เที่ยงกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางศยามล ทรัพย์ปั้น	โรงพยาบาลคีรีมาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นายมงคล แดงพัก	มูลนิธิธรรมรัศมีมณีรัตน์ (กุ๊ยกัยม้งกร)	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายเกรียงศักดิ์ สุรเดช	มูลนิธิธรรมรัศมีมณีรัตน์ (กุ๊ยกัยม้งกร)	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายบุญเรือง แจ็กแจว	เทศบาลตำบลบ้านโตนด	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายอภิชาติ ขำแย้ม	เทศบาลตำบลบ้านโตนด	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นางสาวสุพรรณิ พุ่มแพง	เทศบาลตำบลบ้านโตนด	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นายสุรชาติ ทองครัม	เทศบาลตำบลทุ่งหลวง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายบริรักษ์ กำมอญ	เทศบาลตำบลทุ่งหลวง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายจิระวัฒน์ แยมสุวรรณ	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายปรีชา บุญสุวรรณ	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นายอัศพร แก้วทุ่ง	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นางสาวจุฑาพร กล้ามอญ	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นางสาวปภาวรินทร์ พุ่มพ่วง	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นายอนุพงษ์ ชำนาญเสื่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวเสาวลักษณ์ โมเรือง	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านป้อม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นางสาวกาญจนา จิวนารายณ์	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านป้อม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นางสาวธัญญานุช กันยะมูล	องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นางสาวสายสุนีย์ จ่องบุญ	องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. นางพลลภัตม์ สัยยาตม	องค์การบริหารส่วนตำบลศรีคีรีมาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายชัยวัฒน์ สุขบุญ	องค์การบริหารส่วนตำบลศรีคีรีมาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นางสาวพรทิวา ยาบุญทา	องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางเมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๓. นางสาวนันท์นัช มหายศ	องค์การบริหารส่วนตำบลนาเชิงคีรี	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๔. นางสาวปิยพรรณ คงพัก	องค์การบริหารส่วนตำบลโตนด	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๕. นายกำพล เอมทิม	องค์การบริหารส่วนตำบลโตนด	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๖. นางสาวทิวากร บุญโตนด	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดิ่ง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๗. นายอนุศิษฐ์ เจริญปิยรัตน์	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดิ่ง	ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๘.นางอรรณณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๙.นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๐.นายรณชัย คล้าคง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๑.นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๒.นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๓.นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๔๐ น.

นายณัฐพงษ์ เอียงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และแนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ โรงพยาบาลคีรีมาศแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

โรงพยาบาลคีรีมาศเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด ๕๐ เตียง ประชากรทั้งหมด ๕๒,๔๓๑ คน แบ่งเป็น ๑๑ ตำบล ประกอบด้วย ๒ เทศบาล และ ๙ อบต. มีหน่วยปฏิบัติการขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกตำบล โรงพยาบาลคีรีมาศ เป็นแม่ข่ายระดับอำเภอ มีมูลนิธิที่ร่วมปฏิบัติงานในเครือข่าย รอขึ้นทะเบียน ๓ แห่ง

๑. มูลนิธิธรรมรัตน์มีณรัตน์ กุ๊ยกัยม้งกรสุโขทัย เขตคีรีมาศ
๒. สมาคมกุ๊ยกัยวัดใหม่เจริญผล
๓. กุ๊ยกัยบ้านน้ำพุ

๑.๑ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอคีรีมาศ

- ๑) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านป้อม (ไม่มีรถบริการการแพทย์ ไม่มีบุคลากรขึ้นทะเบียน)
- ๒) องค์การบริหารส่วนตำบลนาเชิงคีรี (นำรถบริการการแพทย์ไปใช้ในการกิจอื่น)
- ๓) เทศบาลตำบลทุ่งหลวง (ไม่มีบุคลากร EMR)
- ๔) เทศบาลตำบลบ้านโดนด (ไม่มีรถบริการการแพทย์ ไม่มีบุคลากรขึ้นทะเบียน)
- ๕) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก (ไม่มีบุคลากร EMR)
- ๖) องค์การบริหารส่วนตำบลโดนด
- ๗) องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง
- ๘) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดิ่ง
- ๙) องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางเมือง
- ๑๐) องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพุ
- ๑๑) องค์การบริหารส่วนตำบลคีรีมาศ

๑.๒ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอคีรีมาศ

บุคลากร

- ผู้ปฏิบัติการภายหลังการอบรมลาออกจาก อบต.
- ผู้ปฏิบัติการไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง
- การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บไม่ครอบคลุม เร่งรีบการนำส่ง

- ออกปฏิบัติการรับเหตุ แต่ไม่เขียนแบบบันทึกการปฏิบัติงานฯ
- ผู้ปฏิบัติการ โทร ๑๖๖๙ ไปติดที่จังหวัดอื่น จังหวัดกำแพงเพชร

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์

- ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการ
- การนำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ใช้ในการกิจอื่น
- ขาดการตรวจเช็คความพร้อมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เช่น O₂ หมด , spinal board ไม่ครบชุด

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน : ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติในการขึ้นทะเบียน หน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และพื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดยคุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS **กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ** ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับชุดปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน ยึดหยุ่นให้ออกหน่วยปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๒.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วย ควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง

๒.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๒.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด ประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด

๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๓.๑

๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)

๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุเกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ก่อนวันหมดอายุ ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

- ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง
- ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม

๒.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสอบสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๒.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

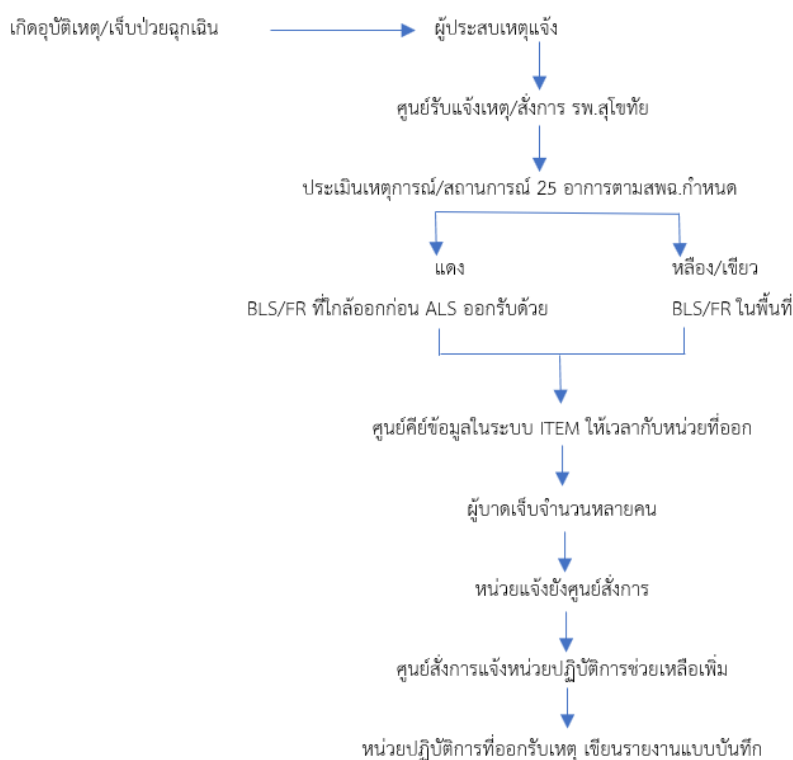
วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ / ๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถมาแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



๓.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอคีรีมาศ

- ๑) หน่วยปฏิบัติการมีน้อยไม่ครอบคลุมการรับเหตุ
- ๒) หน่วยปฏิบัติการออกรับเหตุโดยไม่ได้แจ้งศูนย์สั่งการ ทำให้มีการสั่งการซ้ำซ้อน
- ๓) หน่วยปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้อง นำส่งผู้ป่วย สีแดง
- ๔) ชื่อผู้ปฏิบัติการที่ออกเหตุแต่ละหน่วยปฏิบัติการยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอคีรีมาศมีทั้งหมด ๑๑ ตำบล ประกอบด้วย ๙ อบต. และ ๒ เทศบาล ได้แก่ ตำบลน้ำพุ ตำบลบ้านป้อม ตำบลนาเชิงคีรี ตำบลโดนด ตำบลสามพวง ตำบลหนองกระดิ่ง ตำบลทุ่งยางเมือง ตำบลหนองจิก ตำบลศรีคีรีมาศ เทศบาลตำบลทุ่งหลวง และเทศบาลโดนด

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยออกรับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

ALS โรงพยาบาลคีรีมาศ

BLS มูลนิธิธรรมรัตน์ (กุ้ยม้งกร)

BLS สมาคมกุ้ยวัดใหม่เจริญผล (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลทุ่งหลวง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลบ้านโดนด (เฉพาะเขตเทศบาล หมู่ ๑ ๒ ๑๗ และ ๑๖ ครั้งหนึ่งกับ อบต.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางเมือง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำพุ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลศรีศรีมาศ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง (ออกรับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดัง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก (ออกรับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลไตนวด เฉพาะเขต อบต. หมู่ ๓ ๔ ๖ ๙ ๑๒ ๑๓ ๑๔ ๑๕ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลทุ่งยางเมือง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางเมือง (รับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร)

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลบ้านน้ำพุ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ (รับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบ้านน้ำพุ

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมกู้ภัยวัดใหม่เจริญผล

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีมาศ

หมายเหตุ: สมาคมกู้ภัยวัดใหม่เจริญผล อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลบ้านป้อม** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร)

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลศรีศรีมาศ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลศรีศรีมาศ (รับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร)

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมกู้ภัยวัดใหม่เจริญผล

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร) และสมาคมกู้ภัยวัดใหม่เจริญผลอยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลสามพวง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง (รับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐) น.

อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร)

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรัตน์มีมิตร (กู้ภัยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลหนองกระดัง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดัง (รับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร)
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศิริมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลหนองจิก** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก (รับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมกุ๊กยวัดใหม่เจริญผล
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศิริมาศ

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก ต้องเพิ่ม EMR ในทีม และสมาคมกุ๊กยวัดใหม่เจริญผล อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลโดนด** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วยที่ดูแล คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลโดนด (รับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร)
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศิริมาศ

หมายเหตุ: เทศบาลตำบลบ้านโดนด ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลทุ่งหลวง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วยที่ดูแล คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลทุ่งหลวง (รับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร)
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศิริมาศ

หมายเหตุ: เทศบาลตำบลทุ่งหลวง ต้องเพิ่มผู้ปฏิบัติการ อพ./EMR ในทีม และมูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

- **พื้นที่ตำบลนาเชิงคีรี** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วยที่ดูแล คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร)
 - อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศิริมาศ

หมายเหตุ: มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กยมังกร) อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์ฯ จะส่ง ALS: โรงพยาบาลออก รับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๔.๓ ช่องทางติดต่อ เบอร์โทรศัพท์

โรงพยาบาลศิริราช	๐๙๐-๖๘๓๖๐๑๔ , ๐๕๕-๖๔๓๐๙๖
มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กกึ่งม้งกร)	๐๘๑-๘๘๘๒๐๓๖ , ๐๘๗-๗๓๔๔๘๖๖
สมาคมกุ๊กกึ่งวัดใหม่เจริญผล	๐๖๒-๓๓๐๙๘๑๒ , ๐๘๒-๓๔๒๑๘๐๕
กุ๊กกึ่งบ้านน้ำพุ	๐๙๓-๑๓๕๖๒๘๒
เทศบาลตำบลทุ่งหลวง	๐๕๕-๙๔๓๑๘๙ , ๐๕๕-๙๔๓๓๔๔ ต่อ ๒๓
องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางเมือง	(๐๕๕-๐๑๘๖๖๗ ต่อ ๑) , ๐๘๔-๒๕๘๓๘๑๘
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ	๐๙๓-๒๓๐๗๑๕๔ , ๐๘๒-๓๓๕๔๘๙๗
องค์การบริหารส่วนตำบลศรีศิริราช	(๐๕๕-๙๔๗๖๖๗ ต่อ ๒๐) , ๐๘๗-๑๐๔๕๖๕๔
องค์การบริหารส่วนตำบลสามพวง	๐๘๗-๕๒๐๗๑๕๓ , ๐๙๔-๖๔๐๑๕๕๑
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกระดิง	๐๕๕-๖๔๓๐๗๗
องค์การบริหารส่วนตำบลหนองจิก	๐๙๗-๙๔๗๒๙๐๙
องค์การบริหารส่วนตำบลโตนด	๐๕๕-๖๑๕๖๓๘ , ๐๘๒-๐๐๗๒๑๘๙ , ๐๙๙-๒๙๓๖๙๓๗

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งยางหลวงและองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านน้ำพุ โทรสายด่วน ๑๖๖๙ ติดที่จังหวัดกำแพงเพชร แก้อัปเดตโดยโทรติดต่อเบอร์มือถือ

- หน่วยระดับปฏิบัติการ BLS มี ๒ หน่วย คือ มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กกึ่งม้งกร) /สมาคมกุ๊กกึ่งวัดใหม่เจริญผล ๒ หน่วย อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน

ปัญหาอุปสรรค

- มูลนิธิธรรมรักษ์มีณิรัตน์ (กุ๊กกึ่งม้งกร) รถบริการการแพทย์ ๒ คัน **รอเล่มทะเบียนรถ ผู้ปฏิบัติการ ๒๐ คน (อบรม EMR ๘-๑๐ คน/EMT-B ๑ คน)
- สมาคมกุ๊กกึ่งวัดใหม่เจริญผล รถบริการการแพทย์ ๑ คัน ผู้ปฏิบัติการ EMT-B ๓ คน/EMR ๓ คน *ไม่ปฏิบัติงานแล้ว **รอเรื่องจัดตั้งเป็นสมาคม ยื่นเรื่องใหม่
- สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อำเภอศรีราช (ทีมยังไม่พร้อม / EMR ๑ คน*)

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๕.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๕.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๔.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

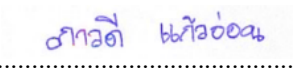
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

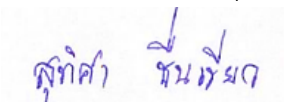
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๒๐ น. – ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกงไกรลาศ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางโสภิตา ศรีสืบ	โรงพยาบาลกงไกรลาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. พ.ต.ท.ธนพงศ์ พึ่งศักดิ์	สถานีตำรวจภูธรกงไกรลาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายอนุรักษ วงษ์กรด	องค์การบริหารส่วนตำบลดงเดือย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นางสาวจตุพร ไกรกิจราษฎร์	องค์การบริหารส่วนตำบลไกรนอก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายสมพงศ์ การะเกตุ	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉนวน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายณัฐภัทร จันทร์หอม	องค์การบริหารส่วนตำบลไกรใน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นางสาววิภาวิรัตน์ สำรี	องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายชิตชนก เคียงช้าง	องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นางสาวนฐา เครือมาศ	เทศบาลตำบลกงไกรลาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นางสาวฉวีวรรณ พงศ์ทัต	องค์การบริหารส่วนตำบลกกแรต	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นางเยาวเรศ โตแทนสมบัติ	องค์การบริหารส่วนตำบลกง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นายคำรณ พรหมอ่วม	หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิต อ.กงไกรลาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นายประณมพร เขียวสีทอง	หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิต อ.กงไกรลาศ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นางสาวชนิกานต์ ลีลา	องค์การบริหารส่วนตำบลไกรกลาง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวพรทิวา ยาบุญทา	องค์การบริหารส่วนตำบลไกรกลาง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. ว่าที่ร้อยเอกชาญพิชัย คล้ายคลึง	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตูม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นายพระรจน์ ดำดำ	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตูม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นายมนัส เนตรมงคล	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. นายไกรสร อินนาค	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายพัฒน์พงศ์ ดิษสร	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สุขเกษม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นางสาวอรรณพ อัมพพานิก	ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๓. นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๔. นายรณชัย คล้ายคง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๕. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๖. นายฤทธิชัย หวาดบก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๗. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๒๐ น.

นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ โรงพยาบาลกงไกรลาศแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

โรงพยาบาลกงไกรลาศ มีประชากรประมาณ ๕๐,๐๐๐ คน มีองค์การบริหารส่วนตำบล ๑๑ แห่ง เข้าร่วมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อปี ๒๕๕๙ โดยเฉพาะชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ ALS ต่อมาปี ๒๕๕๗ ชุดปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ FR ได้เข้าร่วมระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

ผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินของอำเภอกงไกรลาศ

ALS เมื่อปี ๒๕๕๙ รับเหตุ ๑๕๑ ครั้ง รับเหตุน้อยลงเรื่อยๆเนื่องจากมี BLS/FR เข้ามาช่วย
BLS เมื่อปี ๒๕๕๙ รับเหตุ ๑๐๓ ครั้ง ส่วนปี ๒๕๖๓ รับเหตุ ๓๔๖ ครั้ง และคาดว่ารับเหตุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
FR เมื่อปี ๒๕๕๙ รับเหตุ ๑๖๗ ครั้ง ส่วนปี ๒๕๖๓ รับเหตุ ๔๗๕ ครั้ง และคาดว่ารับเหตุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ
สัดส่วน ALS : BLS/FR ๒๐ : ๘๐

ซึ่งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน (ข้อมูล ๕ ปี ย้อนหลัง) จำนวนการปฏิบัติการฉุกเฉินมากที่สุด

๑. หน่วยอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยเทศบาลนคร อ.กงไกรลาศ

๒. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ออกปฏิบัติการมากที่สุด คือ

- องค์การบริหารส่วนตำบลไกรนอก
- องค์การบริหารส่วนตำบลดงเดือย
- องค์การบริหารส่วนตำบลกกแรต

แยกระดับตามความรุนแรง

Emergency จำนวนเพิ่มขึ้น

Urgency จำนวนเพิ่มขึ้น

Non urgency จำนวนเพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อำเภอกงไกรลาศ**ด้านบุคลากร**

- ผู้ปฏิบัติการภายหลังการอบรมลาออกจากองค์การบริหารส่วนตำบล
- ผู้ปฏิบัติการไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปี ๒๕๖๓ ติดสถานการณ์โควิด ๒๐๑๙ จึงไม่ได้จัดอบรม CPR แต่มีแผนจัดอบรม ปี ๒๕๖๔ เดือน มีนาคม
- ผู้ปฏิบัติการไม่ผ่านการอบรม

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์

- ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้บริการ

ระบบการปฏิบัติการ

- การแบ่งเขตพื้นที่ยังไม่ชัดเจน
- ระบบสื่อสารไม่ชัดเจน การสับถ่ายไม่ให้สัญญาณ เกิดการออกปฏิบัติการซ้ำซ้อน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน : ขี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติในการขึ้นทะเบียน หน่วยปฏิบัติการ/

ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และพื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS **กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย จะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับชุดปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อณพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พณพ./EMT)

๒.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระการดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น.....

หน่วยที่ ๑..กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน.....**หน่วยที่ ๒.....** โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๒.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

- ๑) ผู้ขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ
- ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) หลังจากได้ใบประกาศนียบัตร ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินต้องเก็บเอกสารตามเกณฑ์ที่กำหนด ระยะเวลาภายใน ๓ เดือน และใบประกอบโรคศิลปะ(ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบเพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๒.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๓.๑
๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)
๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ



๒.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียนทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาวและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจจราจรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาวและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาวและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาวและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๒.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

- ๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS
- ๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- | | |
|--|--------|
| ๑. แบบคำร้อง | ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบรับรองพาหนะ | ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ๑ ฉบับ |
| ๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร๑๖๖๙”
๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย

๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๒.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน
- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้
 - ๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติให้ถูกต้อง

๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการ สถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับผู้ปฏิบัติการซึ่ง เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖

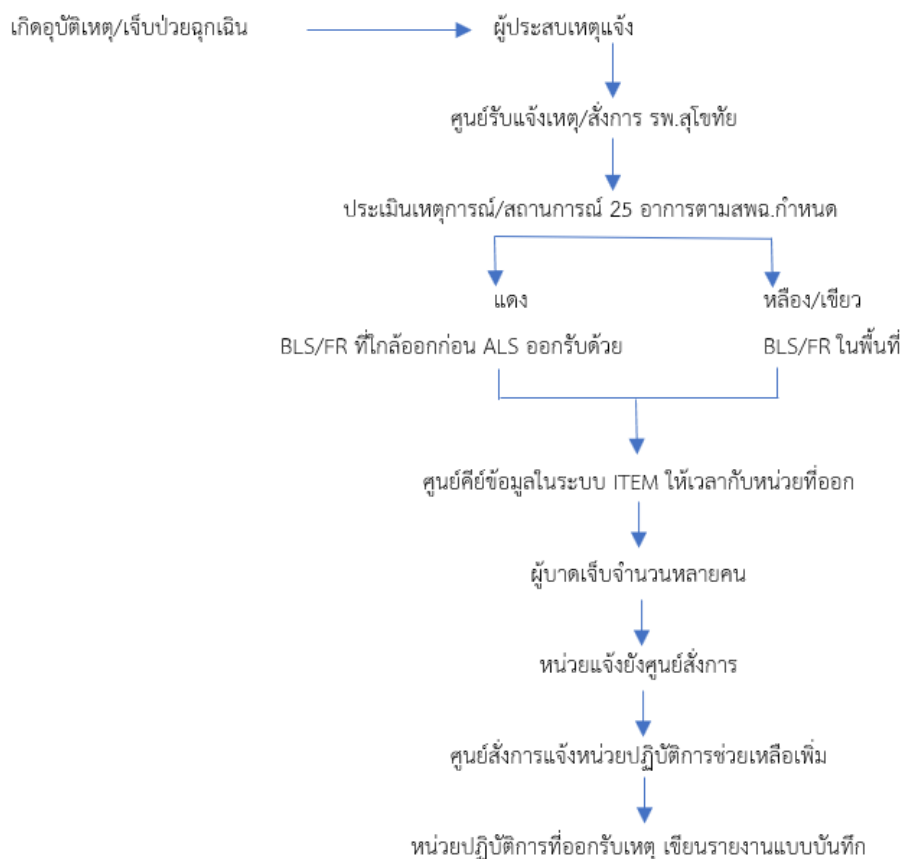
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗

- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP

- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนहुหนวก)

- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



๓.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอองไกรลาศ

- ๑) ศูนย์ฯรับแจ้ง ผู้ป่วยสีแดง สั่งการให้ ALS ออก/รพ.สั่งการต่อ
- ๒) รพ. ออกรับเหตุโดยไม่ได้แจ้งศูนย์ฯ
- ๓) BLS/FR นำส่งผู้ป่วยสีแดง โดยไม่แจ้งศูนย์ฯ หรือสับถ่ายกับ รพ.
- ๔) กู้ภัยในพื้นที่ที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน มีการรับผู้ป่วยโดยไม่แจ้งศูนย์ฯ

ทำให้มีการสั่งการซ้ำซ้อน

- ๕) การส่งแบบบันทึกการปฏิบัติการและการเขียนรายงาน
- ๖) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติดีประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอคลองไทรลาศมีทั้งหมด ๑๑ ตำบล ได้แก่ ตำบลกกแรต ตำบลดงเดือย ตำบลไทรโน ตำบลไทรกลาง ตำบลไทรนอก ตำบลป่าแฝก ตำบลท่าฉนวน ตำบลกง ตำบลบ้านใหม่สุขเกษม ตำบลหนองตูม และตำบลบ้านกว้าง ประกอบด้วย ๑๐ อบต. และ ๑ เทศบาล

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ อำเภอคลองไทรลาศ

ALS	โรงพยาบาลคลองไทรลาศ
BLS	หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไทรลาศ
BLS	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ (ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)
FR	เทศบาลตำบลกงไทรลาศ (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลกกแรต (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลดงเดือย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลไทรโน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลไทรกลาง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลไทรนอก (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก (รอบุคลากรอบรม EMR)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉนวน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลกง (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สุขเกษม (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตูม (หยุดปฏิบัติการ)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบและลำดับการออกเหตุ

- **พื้นที่ตำบลไทรโน** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลไทรโน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไทรลาศ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลคลองไทรลาศ
- **พื้นที่ตำบลไทรกลาง** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลไทรกลาง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไทรลาศ (รอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลคลองไทรลาศ
- **พื้นที่ตำบลกกแรต** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลกกแรต (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไทรลาศ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลคลองไทรลาศ

- **พื้นที่ตำบลบ้านใหม่สุขเกษม** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ (รอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ: กรณี องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สุขเกษม มีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับมือเหตุในพื้นที่ตำบลบ้านใหม่สุขเกษม ทันที

- **พื้นที่ตำบลไกรนอก** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลไกรนอก (ออกรับมือ ๒๔ ชม.)
 อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไกรลาศ
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

- **พื้นที่ตำบลป่าแฝก** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไกรลาศ
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก ขาดความพร้อมด้านผู้ปฏิบัติการ ต้องรออบรม EMR หากมีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับมือเหตุในพื้นที่ตำบลป่าแฝก ทันที

- **พื้นที่ตำบลบ้านกร่าง** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ (รอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ: เทศบาลตำบลกงไกรลาศ หยุดปฏิบัติการ หากมีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับมือเหตุในพื้นที่ตำบลบ้านกร่าง ทันที

- **พื้นที่ตำบลดงเตื่อย** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลดงเตื่อย (ออกรับมือ ๒๔ ชม.)
 อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ (รอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

- **พื้นที่ตำบลกง** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วยที่ดูแล คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ (รอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ)
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลกง หยุดปฏิบัติการ หากมีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับมือเหตุในพื้นที่ตำบลกง ทันที

- **พื้นที่ตำบลหนองตม** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิต อ.กงไกรลาศ

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตม หยุดปฏิบัติการ หากมีความพร้อมในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับเหตุในพื้นที่ตำบลหนองตม ทั้งนี้

- **พื้นที่ตำบลท่าฉนวน** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉนวน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิต อ.กงไกรลาศ

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลกงไกรลาศ

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS: โรงพยาบาลออก รับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้น จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๓. มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในเขตอำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย โดยมีมติที่ประชุมเห็นว่า มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ในบทบาทของจิตอาสาได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ ณ ปัจจุบันให้หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิต อ.กงไกรลาศ เคลื่อนย้ายหรือนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ในพื้นที่ตำบลไกรกลาง ตำบลบ้านใหม่สุขเกษม ตำบลบ้านกร่าง ตำบลดงเดือย และตำบลกง ไปพลางก่อน จนกว่ามูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ จะขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการเรียบร้อยแล้ว

****กรณีมูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดเรียบร้อยแล้ว มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.กงไกรลาศ สามารถออกรับเหตุตามลำดับการออกเหตุในพื้นที่ที่กล่าวข้างต้นนั้น โดยสมบูรณ์ ซึ่งสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุเคลื่อนย้ายหรือนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ ตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสุโขทัย**

๔.๓ ช่องทางติดต่อ เบอร์โทรศัพท์

๑) โรงพยาบาลกองไกรลาค	๐๕๕-๖๙๑-๑๕๒, ๐๕๕-๖๒๕-๒๔๘, ๐๕๕-๖๒๕-๒๔๙
๒) หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.กงไกรลาค	๐๘๓-๑๖๓๘๗๗๕
๓) มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์	๐๙๐-๙๒๕๒๘๙๘ , ๐๘๕-๖๑๕๑๘๐๔
๔) องค์การบริหารส่วนตำบลกกแรต	๐๕๕-๖๑๑-๔๐๔
๕) องค์การบริหารส่วนตำบลดงเดือย	๐๕๕-๙๔๑-๐๗๕
๖) องค์การบริหารส่วนตำบลไกรโน	๐๕๕-๙๔๐-๖๒๐ , ๐๕๕-๙๔๐-๖๑๙
๗) องค์การบริหารส่วนตำบลไกรกลาง	๐๙๘-๖๔๙๔๒๘๙
๘) องค์การบริหารส่วนตำบลไกรนอก	๐๕๕-๖๕๗-๔๓๕
๙) องค์การบริหารส่วนตำบลท่าฉนวน	๐๕๕-๖๕๕-๐๓๐

๔.๔ ปัญหาอุปสรรค

- ๑) องค์การบริหารส่วนตำบลหนองตูม มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ผู้ปฏิบัติการไม่พร้อม
- ๒) องค์การบริหารส่วนตำบลป่าแฝก มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการลาออก ผู้ปฏิบัติการขาด

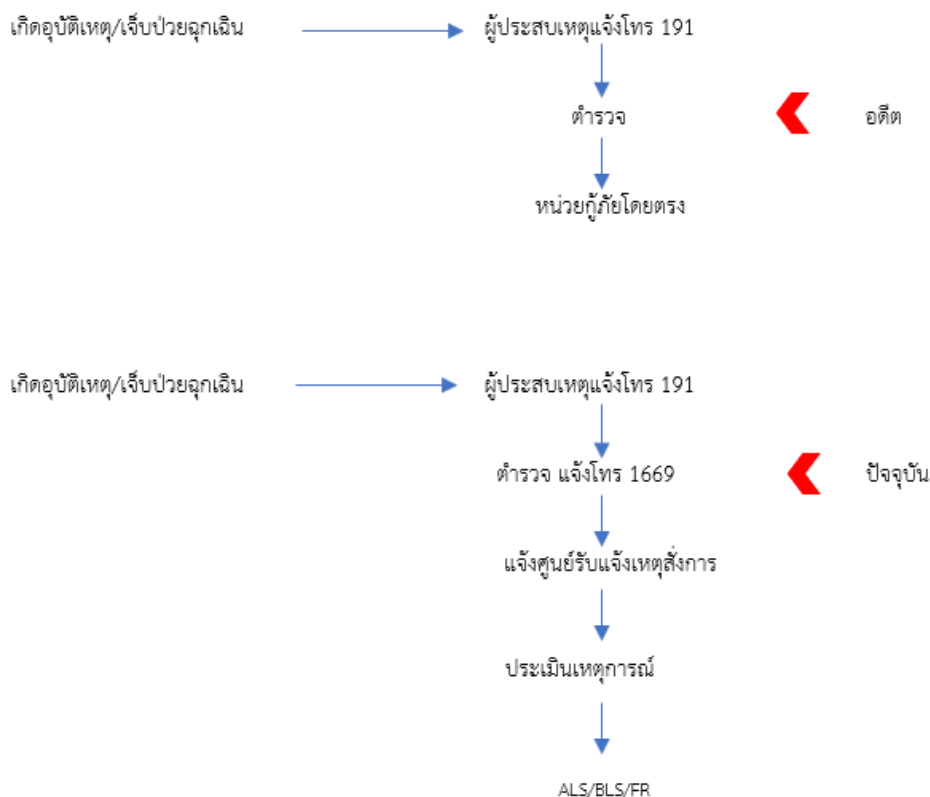
อบรม EMR

- ๓) องค์การบริหารส่วนตำบลกก ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ๔) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่สุขเกษม ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีผู้ปฏิบัติการ
- ๕) เทศบาลตำบลกองไกรลาค (หยุดปฏิบัติการ)

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ สถานีดำรวจภูธรกองไกรลาค แจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ที่ผ่านมา ทางตำรวจได้รับแจ้งเหตุทางเบอร์โทรศัพท์ ๑๙๑ ตำรวจจะแจ้งไปยังหน่วยกู้ภัยโดยตรง โดยไม่ผ่านศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ซึ่งทำให้ไม่เป็นไปตามระบบ เกิดการออกเหตุซ้ำซ้อน จึงมีข้อตกลงร่วมกัน ดังภาพ



(เงื่อนไขตามระบบรับแจ้ง/สังการของจังหวัดสุโขทัยที่กล่าวมาข้างต้น)

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๖ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและการจ่ายค่าชดเชย

๖.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๖.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑-๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการ ตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๖.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

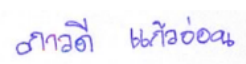
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาล ที่รับผู้ป่วยมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

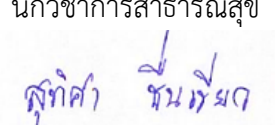
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๓๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

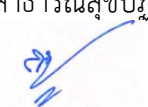
(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอศรีสำโรง จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางจรีพร เพ็ญศรี	โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นายมนตรี ศรีเตวีต	โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายฤทธกมล กิตติพงษ์วิวัฒน์	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชรสาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายณัฐพล ศิลปพูน	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นางลลิกษา ดำนวิไล	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายสุวิชา โพธารมภ์	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นางสาวเสาวลักษณ์ เถาว์วัลย์	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นางสาวทองอ่อน ปานบุตร	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นางสาวสมบุรณ์ ปานบุตร	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายวิชัย ปีประพันธ์	สมาคมหน่วยกู้ภัยชาวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นายชยันต์ อริยะะ	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นายอภิสิทธิ์ คงนวน	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโร	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นายบวร นิยมกุล	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นางสุนทรี ชำนาญเสื่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลวังใหญ่	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นายณรงค์ ประชาชน	องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นายธราพงศ์ พลทรัพย์	องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นายดาบตำรวจวิมล นิลจันทร์	สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นายสุทธิ เลิศไกร	สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. นายบุญสม เต่าเล็ก	สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายชัยรัตน์ บัวนาค	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านชาน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นางสาวรุ่งนภา แยมกลีบ	องค์การบริหารส่วนตำบลราชนันท์	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๓. นายมนตรี ท่าจันทร์	องค์การบริหารส่วนตำบลทับผึ้ง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๔. นายอมรเทพ เทศพุ่ม	องค์การบริหารส่วนตำบลทับผึ้ง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๕. นายชาญชัย มีกิจ	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่	ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๖. นายอิศวรา นิลกำแหง	องค์การบริหารส่วนตำบลวังลึก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๗. นายคนอง นุชปาน	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๘. นางสุภัทสรณ์ กระจ่างศิริ	เทศบาลตำบลศรีสำโรง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๙. นางอรรณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๐. นางสาวสุทิสรา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๑. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๒. นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๓. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เที่ยงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วย
ปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และ
พื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดย
คุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS
กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุด
ปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อณพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พณพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน ยึดหยุ่นให้ออกหน่วย
ปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อสป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnien ๐๓.๑
๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)
๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)
 - ๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)
๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)
 - ๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน** หรือ **หมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมี ผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม **มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ**



๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
 ๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
 ๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
 ๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย
- ๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน

- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใด ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้
 - ๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง
 - ๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่
 - ๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ
 - ๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๒.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

FR สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง (อนาคตจะเลื่อนระดับชุดปฏิบัติการเป็น BLS)

FR เทศบาลตำบลศรีสำโรง (รับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลทับผึ้ง (รับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง (รับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลราวต้นจันทร์ (มีรถปฏิบัติการ แต่อุปกรณ์และบุคลากรไม่พร้อม)**

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านนา, องค์การบริหารส่วนตำบลวังใหญ่, องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่, องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านชาน, องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะตาเลี้ยง, องค์การบริหารส่วนตำบลสามเรือน, องค์การบริหารส่วนตำบลนาขุนไกร (ไม่มีหน่วย FR ในพื้นที่)

*** องค์การบริหารส่วนตำบลวัดเกาะ (ไม่ได้เข้าร่วมประชุม)

๓.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลคลองตาล** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลศรีสำโรง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลวังลึก** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลศรีสำโรง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลทับผึ้ง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลทับผึ้ง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลบ้านนา** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง

อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลวังทอง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลวังใหญ่** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลวัดเกาะ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลบ้านไร่** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลบ้านชาน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลเกาะตาเลี้ยง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลสามเรือน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๒ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- **พื้นที่ตำบลราวต้นจันทร์** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลนาขุนไกร** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย
 - อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

หมายเหตุ:

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไปมีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๓.๓ ช่องทางติดต่อ/เบอร์โทรศัพท์

๑) บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสำโรง	๐๙๙-๒๙๔๔๖๔๕, ๐๙๔-๘๑๙๑๖๖๙
๒) สมาคมหน่วยกู้ภัยข่าวภาพกำแพงเพชร สาขาสุโขทัย	๐๘๕-๘๖๔๕๕๓๙, ๐๘๕-๕๕๕๕๖๔๘
๓) เทศบาลตำบลศรีสำโรง	๐๘๒-๐๘๕๒๓๐๘, ๐๘๗-๓๐๙๒๘๖๖, ๐๕๕-๖๘๑๖๕๗ ต่อ ๑๒๕
๔) สมาคมกู้ภัยศรีสำโรง	๐๘๐-๔๑๘๙๑๘๙
๕) องค์การบริหารส่วนตำบลทับผึ้ง	๐๕๕-๙๑๒๐๙๙, ๐๘๖-๔๑๔๒๗๙๕
๖) องค์การบริหารส่วนตำบลวังทอง	๐๘๗-๑๙๕๖๐๒๒, ๐๕๕-๙๔๑๖๐๗ ต่อ ๑๕

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๔.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๔.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๔.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

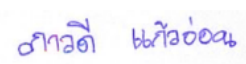
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

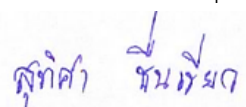
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม.....

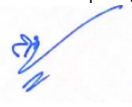
(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม.....

(นางสาวสุทิสรา ชื่นเขียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม.....

(นายณัฐพงษ์ เอียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสวรรคโลก

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางสาวสุนทรี โพธิ์พุ่ม	โรงพยาบาลสวรรคโลก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางสาวนางลักษณ์ สงวนทรัพย์	โรงพยาบาลสวรรคโลก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายพิษณุ จิตรสมักร	มูลนิธิร่วมกตัญญู จดสวรรคโลก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นางสาวอภิญญา จิตรกรเวทย์	มูลนิธิร่วมกตัญญู จดสวรรคโลก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นางสาวลักษณ์ศิกา ใจดี	พิทักษ์ประชาภัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายรุ่งโรจน์ หนูปั้น	พิทักษ์ประชาภัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นายสาคร จิตรมัน	เทศบาลตำบลคลองยาง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายสมพร บุญรอด	เทศบาลตำบลคลองยาง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายชาญชัย สุขอิม	เทศบาลตำบลปากมูเกาะ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายเรณูรินทร์ นิยมพลี	เทศบาลตำบลปากมูเกาะ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นางสาวสุนิสา ชื่นชอบ	เทศบาลเมืองบางช้าง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. จ.อ. ศุภชัย เรือนศิลา	เทศบาลตำบลในเมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นายเด่น นวลไธสง	องค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นางสาวสุพัตรา แบบประดับ	องค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวเพ็ญนภา โมรรักษ์	องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นางสาวสุวิมล เอี่ยมกาย	องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นางปวีณา เผยวัจน์	องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองบางยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นายทะนงศักดิ์ รักแย้ม	องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองบางยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. ส.อ. ชีระพันธ์ ศรีนุช	องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายธวัชชัย อินทร์ประสาท	องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นายจิรวุฒิ จูพันธ์	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๓. นายธีระศักดิ์ มีศิริ	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๔. นายเทพ บุญเหลือ	องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๕. นายณัฐพงษ์ พิจนิจสัย	องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ	ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๖. นายประพร ม้วนอ่ำ	องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๗. นายพิเชฐ นงค์พาน	องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระจง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๘. นายอภิเดช โตจรี	องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระจง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๙. นางสาวเจนจิรา ปันทะมา	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลับ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๐. นางอรรณณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๑. นางสาวสุทิศา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๒. นายณภชณัฐ จันทรนิ่ม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๓. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๔. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วย
ปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และ
พื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดย
คุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS
กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุด
ปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน อนุโลมให้ออกหน่วย
ปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อสป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnien ๐๓.๑
๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)
๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)
 - ๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)
๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)
 - ๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ ผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน** หรือ **หมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมี ผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม **มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ**



๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกลงระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
 ๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
 ๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
 ๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย
- ๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน

- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง

๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ โรงพยาบาลสวรรคโลกแจ้งให้ทราบ

อำเภอสวรรคโลกมี ๑๔ ตำบล ๑๓ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

หน่วยปฏิบัติการในระบบ ๑๒ หน่วย

โรงพยาบาลสวรรคโลก , พัทธักษ์ประชาภัย , มูลนิธิร่วมกตัญญู จดสวรรคโลก , องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระเจง , องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง , องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง , องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ , องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว , เทศบาลตำบลคลองยาง , เทศบาลตำบลปากกุ่มเกาะ , เทศบาลตำบลเมืองบางขลัง , เทศบาลตำบลในเมือง

หน่วยที่หยุดปฏิบัติงาน

องค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน , องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลับ , เทศบาลเมืองสวรรคโลก องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองบางยม

สถิติระบบการแพทย์ฉุกเฉินแต่ละพื้นที่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

โรงพยาบาลสวรรคโลก	๑๕๙	case
พัทฑักษ์ประชาภัย	๔๑๙	case
มูลนิธิร่วมกตัญญู จดสวรรคโลก	๔๐๕	case
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระเจง	๓๕	case
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง	๑๒	case
องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง	๖๒	case

องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ	๑๑๒	case
องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว	๑๐๒	case
เทศบาลตำบลคลองยาง	๖๒	case
เทศบาลตำบลปากมูเกาะ	๖๘	case
เทศบาลตำบลเมืองบางขลัง	๔๗	case
เทศบาลตำบลในเมือง	๑	case

* หน่วยองค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว ได้รับรางวัลชมเชยระดับประเทศ เรื่อง ช่องทางการแจ้งโดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม แจ้งอุบัติเหตุทาง LINE

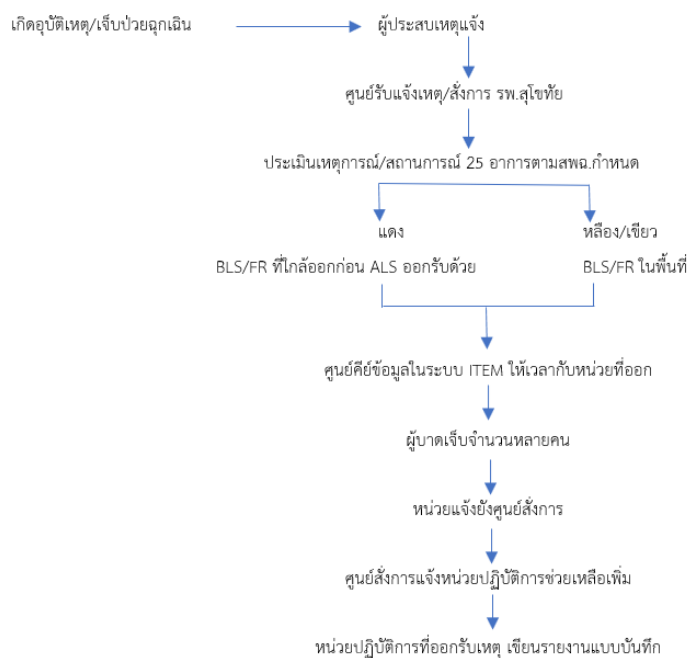
วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



๓.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอสวรรคโลก

- ๑) ชุดปฏิบัติการ BLS/FR การประเมินผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และนำส่งผู้ป่วยสีแดง ไม่มีการสับถ่าย
- ๒) ศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยสีแดง ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลออกรับ แต่โรงพยาบาลสั่งการต่อ
- ๓) การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน
- ๔) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอสวรรคโลกมีทั้งหมด ๑๔ ตำบล ๑๓ อปท. ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระเจง องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว องค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลับ องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองบางยม เทศบาลตำบลคลองยาง เทศบาลตำบลป่ากุมเกาะ เทศบาลตำบลเมืองบางขลัง เทศบาลตำบลในเมือง และเทศบาลเมืองสวรรคโลก

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยออกรับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

ALS โรงพยาบาลสวรรคโลก

BLS พัทธกิจประชาภัย

BLS มูลนิธิร่วมกตัญญู จุดสวรรคโลก

FR องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระเจง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง (ออกรับเหตุในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐) น.

FR องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลคลองยาง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลป่ากุมเกาะ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลเมืองบางขลัง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR เทศบาลตำบลในเมือง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลวังไม้ขอน (หยุดปฏิบัติการ)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกลับ (หยุดปฏิบัติการ)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองบางยม (หยุดปฏิบัติการ)

FR เทศบาลเมืองสวรรคโลก (หยุดปฏิบัติการ)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลคลองยาง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลคลองยาง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลปากมูมเกาะ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลปากมูมเกาะ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลวังพิณพาทย์** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลในเมือง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลในเมือง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลเมืองสวรรค์โลก** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลวังไม้ขอน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุดสวรรค์โลก
 - อันดับที่ ๒ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลนาทุ่ง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุดสวรรค์โลก
 - อันดับที่ ๓ BLS: พัทธกิจประชาภูมิ
 - อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก
- **พื้นที่ตำบลย่านยาว** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุดสวรรค์โลก
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสวรรค์โลก

- **พื้นที่ตำบลคลองกระเจง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระเจง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี
- **พื้นที่ตำบลหนองกลับ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี
- **พื้นที่ตำบลบางช้าง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลเมืองบางช้าง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี
- **พื้นที่ตำบลท่าทอง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)
 อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี
- **พื้นที่ตำบลเมืองบางยม** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี
- **พื้นที่ตำบลปากน้ำ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 อันดับที่ ๒ BLS: มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬารัตนโลก
 อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลสุพรรณบุรี

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะส่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่ายและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๔.๓ ช่องทางติดต่อ/เบอร์โทรศัพท์

พิทักษ์ประชาภูภัย	๐๘๖-๓๕๒๙๔๗๒
มูลนิธิร่วมกตัญญู จุฬาลงกรณ์	๐๘๘-๗๗๐๐๕๕๒
เทศบาลตำบลคลองยาง	๐๖๑-๓๗๕๖๕๖๙
เทศบาลตำบลป่ากุมเกาะ	๐๕๕-๙๕๐๑๐๑
เทศบาลตำบลในเมือง	๐๕๕-๖๔๑๑๑๐ ต่อ ๒๔/
	๐๘๙-๔๗๖๙๕๓๕
เทศบาลตำบลเมืองบางขลัง	๐๙๘-๕๖๔๖๓๕๓
องค์การบริหารส่วนตำบลนาทุ่ง	๐๘๒-๖๑๒๑๔๖๒
องค์การบริหารส่วนตำบลย่านยาว	๐๖๒-๒๗๖๘๑๖๕
องค์การบริหารส่วนตำบลคลองกระจง	๐๕๕-๙๑๑๐๔๐
องค์การบริหารส่วนตำบลท่าทอง	๐๕๕-๖๔๗๑๐๐
องค์การบริหารส่วนตำบลปากน้ำ	๐๘๙-๘๕๖๑๒๔๔

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๕.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๕.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถานการณ์การแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๕.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

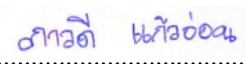
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

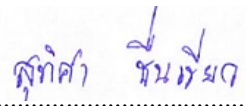
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. ดร.ภก.วีรพงษ์ ภูมิประพัทธ์	โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางจินดา ย้อยสร้อยสุด	โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายเกตุกมล ทิพย์ทิมพ่วงค์	โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายอนุชา หนองบัว	โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นางแจ่มจันทร์ ศิริพงศ์สุวรรณ	โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายชินดนัย แยกเสนา	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นายผดุงเกียรติ ฮ่ออึงวงศ์	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายอนุสรณ์ วีระ	เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายสรารุจ สำราญจิต	เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นางธนีสรา ปัญญาเครือ	เทศบาลตำบลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นายจิรวัดน์ ทาริยะชัย	เทศบาลตำบลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นายพิเชฐ สุวรรณรินทร์	เทศบาลตำบลกลางดง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นายอัศวิน ลาวจันทร์	องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นายประดิษฐ์ แข็งขยัน	องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. พ.จ.ท.ฤกษ์ดี สวัสดิ์ศรี	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคล	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นายภิญโญ งามงอน	องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเสลี่ยม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นางอรรณณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นางสาวสุทิสรา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เชียงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วย
ปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และ
พื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดย
คุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS
กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุด
ปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พลพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน อนุมัติให้ออกหน่วย
ปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรง
ตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสอง
หน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

- ๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ
- ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อสป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnien ๐๓.๑
๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)
๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)
 - ๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน
 - ๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)
๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)
 - ๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน** หรือ **หมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม **มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ**



๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณรบกวนและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย ๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน

- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง

๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ โรงพยาบาลทุ่งสเลียมแจ้งให้ทราบ

โรงพยาบาลทุ่งสเลียม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง มีประชากรทั้งหมด ๔๙,๔๔๙ คน แบ่งเป็น ๕ ตำบล ประกอบด้วย ๒ เทศบาล และ ๔ อบต. มีเครือข่ายขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบทุกตำบล

๒.๑ การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอทุ่งสเลียม

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยมงคล

****** ไม่ได้ซื้อรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีบุคลากรขึ้นทะเบียน

องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก

****** มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีผู้ปฏิบัติการ แต่ไม่รายงาน

เทศบาลตำบลทุ่งสเลียม

****** ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แต่ไม่รายงาน

หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งสเลียม

****** มีบุคลากรขึ้นทะเบียน

องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งสเลียม

****** มีบุคลากรขึ้นทะเบียน ไม่เขียนแบบบันทึกปฏิบัติการ

เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์

****** มีบุคลากรขึ้นทะเบียน

เทศบาลตำบลกลางดง

****มีบุคลากรขึ้นทะเบียน**

๒.๒ ร้อยละการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอทุ่งเสลี่ยม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ร้อยละ ๓๓.๓๓

๒.๓ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอทุ่งเสลี่ยม

- | | |
|-------------------------|--|
| บุคลากร | - ผู้ปฏิบัติการ ER ขาดการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง |
| | - ผู้ปฏิบัติการไม่ได้รับการฟื้นฟูความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง |
| | - การให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บไม่ครอบคลุม เร่งรีบในการนำส่ง |
| การปฏิบัติการ | - การออกปฏิบัติการ แต่ไม่เขียนขอเลขปฏิบัติการ |
| | - นำส่งผู้ป่วย โดยไม่ได้แจ้ง ๑๖๖๙ ศูนย์สั่งการ ฯ |
| | - ประชาชนในพื้นที่ไม่แจ้งขอรับบริการ |
| รถยนต์และอุปกรณ์ | - นำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปใช้ในการกิจอื่น |
| | - ขาดการตรวจเช็คและเตรียมพร้อมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล |

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

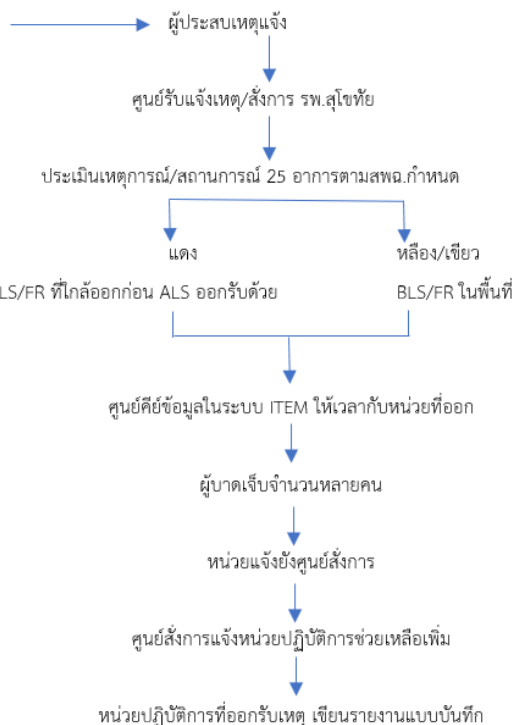
สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย

เกิดอุบัติเหตุ/เจ็บป่วยฉุกเฉิน



๓.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอทุ่งเสลี่ยม

- ๑) ชุดปฏิบัติการ BLS/FR เครือข่ายน้อย
- ๒) ศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยสีแดง ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลออกรับ แต่โรงพยาบาลสั่งการต่อ
- ๓) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอทุ่งเสลี่ยมมีทั้งหมด ๕ ตำบล ๖ อปท. ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเสลี่ยม เทศบาลตำบลทุ่งเสลี่ยม องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคผล เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ และเทศบาลตำบลกลางดง

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยออกรับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

- ALS โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
- BLS หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
- FR เทศบาลตำบลทุ่งเสลี่ยม (หยุดปฏิบัติการ)
- FR เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
- FR เทศบาลตำบลกลางดง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเสลี่ยม (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม. เฉพาะเขต อบต.)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคล (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลทุ่งเสลี่ยม** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเสลี่ยม (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม. เฉพาะเขตใน อบต.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
- **พื้นที่ตำบลไทยชนะศึก** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
- **พื้นที่ตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
- **พื้นที่ตำบลกลางดง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: เทศบาลตำบลกลางดง (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
- **พื้นที่ตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคล** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมงคล (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม
 - อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อปต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๔.๓ ช่องทางติดต่อ/เบอร์โทรศัพท์

๑) หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ทุ่งเสลี่ยม	๐๙๑-๘๗๓๘๐๖๖
๒) เทศบาลตำบลเขาแก้วศรีสมบูรณ์	๐๕๕-๙๕๓๓๑๘
๓) เทศบาลตำบลกลางดง	๐๕๕-๖๕๙๓๕๗
๔) องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งเสลี่ยม	๐๕๕-๐๑๐๓๙๙ , ๐๕๕-๖๑๕๖๖๐
๕) องค์การบริหารส่วนตำบลไทยชนะศึก	๐๕๕-๖๕๙๒๔๑ ต่อ ๐๙
๖) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านใหม่ไชยเมฆ	๐๕๕-๖๑๕๖๑๙ , ๐๘๘-๒๙๕๐๒๗๐

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๕.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๕.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๕.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

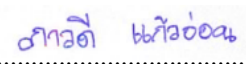
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

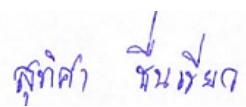
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เอียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๒๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางสุกัญญา คำแปง	โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางสาวอรุณกมล กมลงาม	โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายจิรศักดิ์ ศรีทาทพิทักษ์	โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายสมโภช ประกิจ	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายนุตติ แก้ววงษา	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายวิโรจน์ กาฟัก	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. จ.อ.สุธน ปักซี่	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสัชนาลัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายณรงค์ศักดิ์ ดวงคำมิ่ง	องค์การบริหารส่วนตำบลดงคู่	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายพงศ์ศิริ แผลมหลีก	องค์การบริหารส่วนตำบลดงคู่	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายโย แยมสรवल	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านตึก	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นางอรรณณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นางสาวสุทิสรา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๒๐ น.

นายณัฐพงษ์ เฮียงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
 แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
 ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และพื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดยคุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS **กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ** ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุดปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อนพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน อนุมัติให้ออกหน่วยปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

- ๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ
- ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) ต่ออายุทุก ๔ ปี
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) ต่ออายุทุก ๒ ปี
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) ต่ออายุทุก ๒ ปี

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด
๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป
๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnien ๐๓.๑
๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)
๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร
๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)
 - ๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่
 - ๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง
 - ๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม **มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ**





๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกลงระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง

๑ ฉบับ

๒. แบบรับรองพาหนะ

๑ ฉบับ

๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑ ฉบับ

- | | |
|--|--------|
| ๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติกเกอร์สีขาว
 ๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
 ๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
 ๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย
- ๒ ข้าง ติดแถบสติกเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเบ็ดเตล็ดความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน
- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง

๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัยแจ้งให้ทราบ

อำเภอศรีสัชชนาลัย มี ๑๑ ตำบล ประกอบด้วย ๒ เทศบาล และ ๙ อบต. มีหน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้

- ALS - โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย
- BLS - เทศบาลเมืองศรีสัชชนาลัย
 - บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีสัชชนาลัย (ตำบลหาดเสี้ยว, ตำบลสารจิตร)
- FR - องค์การบริหารส่วนตำบลป่าจั่ว/แม่สำ/แม่สิน/บ้านตึก/หนองอ้อ/ดงคู/บ้านแก่ง/สารจิตร
 - เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว

๒.๑ การแบ่งเขตพื้นที่ตามโซน

พื้นที่ระยะทางไม่เกิน ๑๐ กิโลเมตร

- ตำบลหาดเสี้ยว
- ตำบลป่าจั่ว
- ตำบลหนองอ้อ

พื้นที่ระยะทางไม่เกิน ๒๐ กิโลเมตร

- ตำบลดงคู
- ตำบลศรีสัชชนาลัย
- ตำบลแม่สำ
- ตำบลบ้านตึก
- ตำบลท่าชัย
- ตำบลสารจิตร

พื้นที่ระยะทางมากกว่า ๒๐ กิโลเมตร

- ตำบลแม่สำ พื้นที่หมู่ ๖ (บ้านแม่सान) หมู่ ๘ (บ้านสันหีบ) หมู่ ๑๐ (บ้านสะพานยาว) และหมู่ ๑๓ (บ้านตอสัก)
- ตำบลบ้านตึก พื้นที่หมู่ ๖ (บ้านดงยาปา) หมู่ ๘ (บ้านแม่คุ) และหมู่ ๑๒ (บ้านปากทรง)
- ตำบลท่าชัย พื้นที่หมู่ ๖ (บ้านหนองบัว) และหมู่ ๑๐ (บ้านดงพริกแจว)
- ตำบลแม่สิน พื้นที่หมู่ ๑-๒๕
- ตำบลบ้านแก่ง พื้นที่หมู่ ๓ (บ้านป่าเคยาง) หมู่ ๕ (บ้านห้วยหยวก) หมู่ ๖ (บ้านป่าคา) หมู่ ๗ (บ้านลำโชค) หมู่ ๘ (บ้านโป) หมู่ ๑๐ (บ้านแก่งไต้) และหมู่ ๑๓ (บ้านห้วยสูง)

๒.๒ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอศรีสัชชนาลัย

- ผู้แจ้งเหตุ แจ้งอาการของผู้ป่วยเกินจริง
- การติดต่อประสานงานที่ไม่เข้าใจกัน

- รับแจ้งข้อมูลที่ผิดพลาด
- ศักยภาพผู้ปฏิบัติการ
- การบันทึกรายงานปฏิบัติการ

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

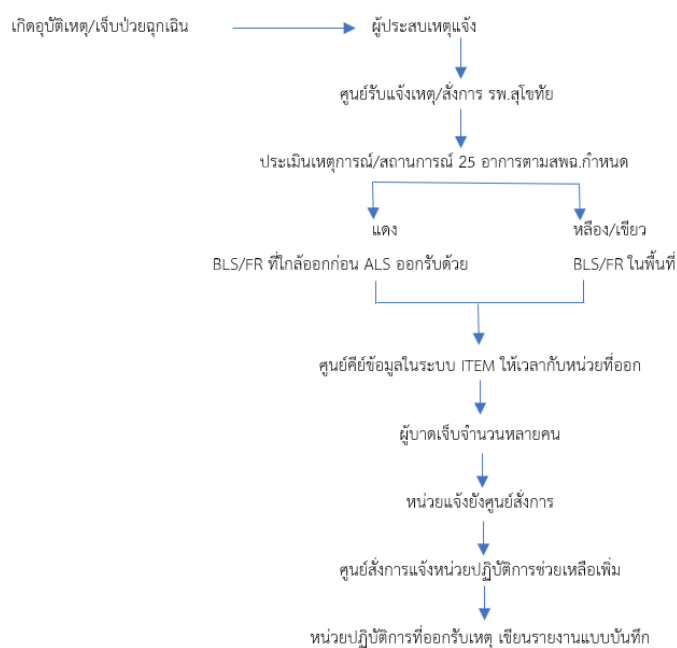
วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุส่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีษะนาถ

- ๑) โรงพยาบาลออกมารับเหตุ โดยไม่แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
 - ๒) ศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยสีแดง ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลออกมารับ แต่โรงพยาบาลสั่งการต่อ
 - ๓) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน
 - ๔) การส่งเคสและการเขียนรายงานแบบบันทึกปฏิบัติการ
- มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอศรีษะนาถมีทั้งหมด ๑๑ ตำบล ๑๐ อปท. ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลดงคู องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านตึก องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก่ง องค์การบริหารส่วนตำบลป่าจั่ว องค์การบริหารส่วนตำบลสารจิตร องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้อ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สำ องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สิน เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว และเทศบาลเมืองศรีษะนาถ

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยออกมารับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

- ALS โรงพยาบาลศรีษะนาถ
- BLS หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุดสารจิตร
- BLS หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุดหาดเสี้ยว
- BLS เทศบาลเมืองศรีษะนาถ
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลดงคู
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านตึก
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก่ง (หยุดปฏิบัติการ)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลป่าจั่ว (หยุดปฏิบัติการ)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลสารจิตร (หยุดปฏิบัติการ)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลหนองอ้อ (หยุดปฏิบัติการ)
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สำ
- FR องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สิน
- FR เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว (หยุดปฏิบัติการ)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลแม่สิน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สิน (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุดหาดเสี้ยว

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีษะนาถ

- **พื้นที่ตำบลแม่สำ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๓ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลแม่สำ (ออกรับเหตุเวลาราชการ ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.)

อันดับที่ ๒ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุดหาดเสี้ยว

อันดับที่ ๓ ALS: โรงพยาบาลศรีษะนาถ

- [illegible]

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะสั่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่ายและศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๔.๓ ช่องทางติดต่อ เบอร์โทรศัพท์

๑) หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุฑาหัดเสี้ยว	๐๘๒๑๗๒๐๒๙๑
๒) หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร จุฑาสารจิตร	๐๘๒๘๗๗๙๑๘๑
๓) เทศบาลเมืองศรีสขาลัย	๐๕๕๖๗๙๑๙๕
๔) องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านตึก	๐๕๕๖๗๗๐๖๙
๕) องค์การบริหารส่วนตำบลคงคู่	๐๙๓๒๙๗๑๖๖๙

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๕.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๕.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๕.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

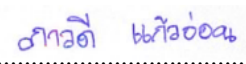
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

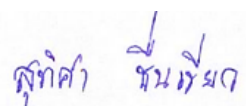
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เอียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๕.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลศรีนคร

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นางจินตนา ธีระภูสงวน	โรงพยาบาลศรีนคร	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางสาวกรรณิรมย์ สุวรรณสาร	โรงพยาบาลศรีนคร	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายบุญช่วย ดอนไพรฮวบ	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายณรงค์ยศ ปิ่นนาค	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายดำรงส หงอนไก่อ	องค์การบริหารส่วนตำบลนครเดิฐ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายไพฑูรย์ ชอบชม	องค์การบริหารส่วนตำบลนครเดิฐ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นางอรรณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
 แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ชี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
 ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วย
 ปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และ
 พื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดย
 คุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS

กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุดปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน อนุมัติให้ออกหน่วยปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

- ๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) **ต่ออายุทุก ๔ ปี**
- ๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) **ต่ออายุทุก ๔ ปี**
- ๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) **ต่ออายุทุก ๒ ปี**
- ๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) **ต่ออายุทุก ๒ ปี**

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด

๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnitem ๐๓.๑

๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)

๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วันก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ **น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ **หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ



๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกในระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย
- ๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
 - มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน
 - มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
 - มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
 - มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้
 - ๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง
 - ๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่
 - ๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ
 - ๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข
- มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ**

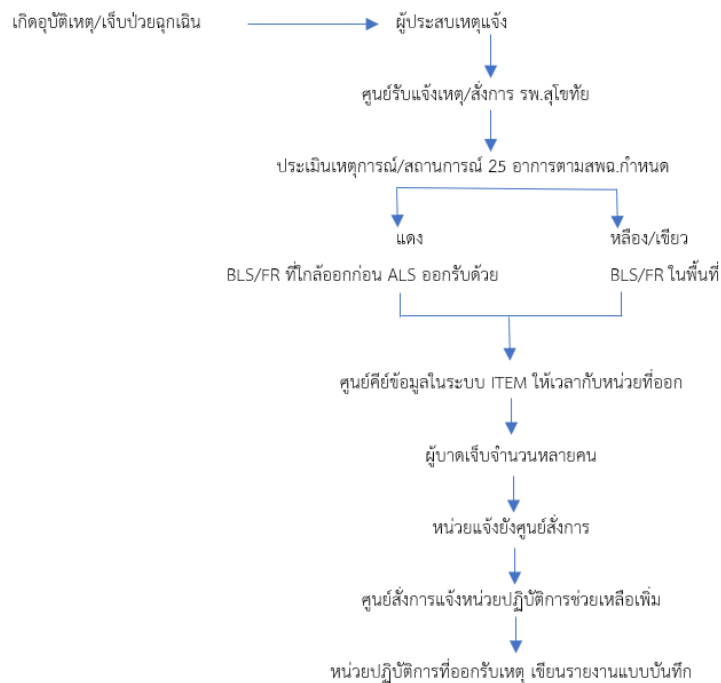
วาระที่ ๒ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๒.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนหูหนวก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



๒.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีนคร

- ๑) ศูนย์รับแจ้ง ผู้ป่วยสีแดง สั่งการให้ ALS ออก/รพ.ไม่ออก เคสยากเล็กน้อยจำนวนมาก
- ๒) หน่วยปฏิบัติการในพื้นที่น้อย
- ๓) หน่วยปฏิบัติการ BLS ออกรับเหตุ แต่ไม่เขียนแบบบันทึกปฏิบัติการฯ
- ๔) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๓ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอศรีนครมีทั้งหมด ๕ ตำบล ได้แก่ ตำบลนครเดิฐ ตำบลน้ำชุม ตำบลคลองมะพลับ ตำบลหนองบัว และเทศบาลตำบลศรีนคร

๓.๑ ตรวจสอบหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ อำเภอศรีนคร

ALS	โรงพยาบาลศรีนคร
BLS	หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
FR	เทศบาลตำบลศรีนคร (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลนครเดิฐ (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำชุม (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลคลองมะพลับ (หยุดปฏิบัติการ)
FR	องค์การบริหารส่วนตำบลหนองบัว (หยุดปฏิบัติการ)

๓.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบและลำดับการออกเหตุ

- **พื้นที่ตำบลนครเดิฐ** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีนคร

หมายเหตุ: องค์การบริหารส่วนตำบลนครเดิฐ รถปฏิบัติการยังไม่ผ่านการตรวจสอบ การขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน หยุดปฏิบัติการ หากมีความพร้อมในการ ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในการออกรับเหตุในพื้นที่ตำบล นครเดิฐ ทั้งนี้

- **พื้นที่ตำบลน้ำชุม** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีนคร

- **พื้นที่ตำบลคลองมะพลับ** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีนคร

- **พื้นที่ตำบลหนองบัว** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีนคร

- **พื้นที่ตำบลศรีนคร** มีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๒ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร

อันดับที่ ๒ ALS: โรงพยาบาลศรีนคร

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS: โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๓.๓ ช่องทางติดต่อ/เบอร์โทรศัพท์

หน่วยบรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.ศรีนคร ๐๘๙-๕๒๒๕๙๖๙

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและการจ่ายค่าชดเชย

๔.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๔.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๔.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

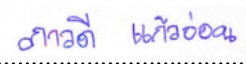
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

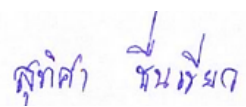
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๕.๓๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สรุปรายงานการประชุม
นิเทศติดตามการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย
วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๖.๐๐ น.
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสุโขทัย

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. นายณัฐพงษ์ เสงี่ยมกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ประธานการประชุม
๒. นพ.สุพัฒน์ ปัญญาบุญกุล	โรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓. นางอรรณณ อัมพพานิก	ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔. นายวีรพล อ้นคง	ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๕. นายกิตติศักดิ์ กิตติวงศ์	ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๖. นายกิตติพันธ์ คมขำ	สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๗. นายมานิตย์ มีจันทร์	สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๘. นางสาวพร พุ่มรูป	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๙. นายสุทนต์ แสงสว่าง	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๐. นายศราวุธ อรุณวิง	บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๑. นายจรงค์ฤทธิ์ คำคง	กู้ภัยบางแก้ว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๒. นายสินธุ์ชัย เอี่ยมสว่าง	กู้ภัยบางแก้ว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๓. นายวิวัฒน์ สุขเมือง	กู้ภัยบางแก้ว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๔. นางสาวนภัส สุขเมือง	กู้ภัยบางแก้ว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๕. นางสาวนาภรณ์ ม้วนอำ	กู้ภัยวัดหนองทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๖. นางสาวอังศุมา ศรีสาต	กู้ภัยวัดหนองทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๗. นายทศพล โห้พันธ์	กู้ภัยวัดหนองทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๘. นายวิวัฒน์ พุ่มม่วง	กู้ภัยวัดหนองทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๑๙. นายจุมพล โคตรศรี	กู้ภัยวัดหนองทอง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๐. นายพนณรงค์ แยมกลิ่น	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๑. นายจเร ชูสุวรรณ	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๒. นายเกรียงศักดิ์ เปรมแก้ว	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๓. นายศักดิ์สิทธิ์ เทียนบุตร	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๔. นายณัฐพนธ์ ดาเวียรส	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๕. นางสาวเดือนเพ็ญ คล้ายสิงห์	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม

๒๖. นายสมพร ประเสริฐศรี	มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์สุโขทัย อ.เมือง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๗. นางสาวจณิสตา บุญเป้า	องค์การบริหารส่วนตำบลวังทองแดง	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๘. พ.จ.อ.แสงชัย เสริมแสง	องค์การบริหารส่วนตำบลปากแคว	ผู้เข้าร่วมประชุม
๒๙. จ.ส.อ.พนม แก้วเนย	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหลุม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๐. นายกิตติพจน์ ชัยวิโรจน์	องค์การบริหารส่วนตำบลปากพระ	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๑. นางสาวปางชล ธรรมโชติ	องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๒. จ.อ.สมศักดิ์ ศรีวิเศษ	เทศบาลตำบลบ้านสวน	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๓. นางสาวประภาสิริ วรรณุช	องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหลุม	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๔. นายปฐมพงษ์ โชติอรุณทัย	องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๕. ส.อ.ขวัญชัย แหยมพลับ	องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๖. นางนิตยา ขำเขียว	องค์การบริหารส่วนตำบลตาลเตี้ย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๗. นางสาวลภัสรินทร์ มนัสจินดา	องค์การบริหารส่วนตำบลตาลเตี้ย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๘. นางมุกดา ทองสุก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๓๙. นางสาวสุทิดา ชื่นเขียว	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔๐. นายฤทธิชัย หวาดบก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔๑. นายขวัญโพธิ์ทัย พงษ์พันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม
๔๒. นางสาวภาวดี แก้วอ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้เข้าร่วมประชุม

เริ่มประชุมเวลา ๑๓.๓๐ น.

นายณัฐพงษ์ เที่ยงกุล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปฏิบัติหน้าที่เป็นประธานการประชุม และ
แนะนำคณะทำงานผู้รับผิดชอบงานแต่ละคน

วาระที่ ๑ ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

ประธาน: ขี้แจงมาตรฐานการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระเบียบปฏิบัติ
ในการขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ ผู้ปฏิบัติการ และรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑.๑ การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ

๑) ผู้ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ โดยมีชื่อหน่วย
ปฏิบัติการ/ชุดปฏิบัติการ สถานที่ตั้งของหน่วย ผู้ปฏิบัติการ ยานพาหนะ อุปกรณ์การแพทย์ อุปกรณ์สื่อสาร และ
พื้นที่รับผิดชอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบคุณสมบัติของหน่วยปฏิบัติการ โดย
คุณสมบัติที่สำคัญ ต้องเป็นองค์กรที่มีฐานะเป็นนิติบุคคล **กรณีผ่านคุณสมบัติ** ข้อมูลจะถูกบันทึกที่ระบบ ITEMS
กรณีไม่ผ่านคุณสมบัติ ให้แจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขเอกสาร และส่งกลับมาที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสุโขทัย

๓) หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินในระดับเดียวกับ ชุดปฏิบัติการ เช่น

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ต้องมีใบประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อนพ./EMR)

หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ต้องมีใบประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

หมายเหตุ: การออกหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน ต้องมีผู้ปฏิบัติการรวม ๓ คน อนุมัติให้ออกหน่วยปฏิบัติการรวม ๒ คนได้

๑.๒ การทำหนังสือ MOU ระหว่างหน่วยปฏิบัติการ

(ขณะนี้ระงับการดำเนินการ เนื่องจาก ท่านผู้บริหาร (เลขาธิการสพฉ.) หมดวาระ การดำรงตำแหน่งในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔)

กรณีขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีหน่วยปฏิบัติการอื่นอยู่แล้ว หน่วยปฏิบัติการทั้งสองหน่วยควรมีหนังสือบันทึกข้อตกลง MOU ที่ระบุการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ก่อนขึ้นทะเบียน

ตัวอย่าง แบบบันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่น...หน่วยที่...๑...กับมูลนิธิ/องค์กรเอกชน...หน่วยที่ ๒... โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้าหน่วยปฏิบัติการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ลงนามในบันทึกข้อตกลง



๑.๓ การขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน

๑) ผู้ขอขึ้นทะเบียนผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินในระบบ ITEMS ต้องยื่นแบบฟอร์ม และเอกสารประกอบ

๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยคุณสมบัติที่สำคัญต้องมีใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน (ที่ผ่านการอนุมัติจาก อศป.) และใบประกอบโรคศิลปะ (ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม เช่น แพทย์ พยาบาล)

หมายเหตุ: กรณีผู้ปฏิบัติการย้ายหน่วยปฏิบัติการ จะต้องแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยทราบ เพื่อแก้ไขข้อมูลในระบบ ITEMS ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๔ การต่ออายุประกาศนียบัตรฉุกเฉินการแพทย์/ผู้ปฏิบัติการ

ผู้ปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉินตามที่คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด โดยประกาศนียบัตรประเภทปฏิบัติการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับ ได้แก่

๑) ประกาศนียบัตรนักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (นฉพ./Paramedic) ต่ออายุทุก ๔ ปี

๒) ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (จฉพ./AEMT) **ต่ออายุทุก ๔ ปี**

๓) ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT) **ต่ออายุทุก ๒ ปี**

๔) ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR) **ต่ออายุทุก ๒ ปี**

เอกสารที่ใช้สำหรับการขอต่อประกาศนียบัตร

๑. สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.ที่ได้รับครั้งล่าสุด

๒. รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาดำ ฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด ๑.๕ นิ้ว ถ่ายไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

๓. แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Certnien ๐๓.๑

๔. หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (เก็บเคส ๑๐ เคส สำหรับ อฉพ.)

๕. เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน ๒ ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

๖. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ - สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หลักเกณฑ์และเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

๑. ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

๑.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่**ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วัน**ก่อนวันหมดอายุ มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์มีอายุเหลืออยู่**น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้วแต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน** ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๑๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๕ หน่วยคะแนน

๑.๓ ประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์**หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน** หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMR (๔๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลแม่ข่าย เป็นระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน)

๒. ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

๒.๑ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่**ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน และไม่เกิน ๑๘๐ วัน**ก่อนวันหมดอายุ ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๒๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๑๐ หน่วยคะแนน

๒.๒ ต่ออายุเมื่อประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ มีอายุเหลืออยู่ไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน หรือหมดอายุแล้ว แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการช่วยชีวิตพื้นฐานและมีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ในระยะเวลาสองปีที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ ได้แก่

๑) มีผลงานการปฏิบัติการฉุกเฉินไม่น้อยกว่า ๓๐ ครั้ง

๒) CEPA ไม่น้อยกว่า ๒๐ หน่วยคะแนน

๒.๓ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ หมดอายุ เกิน ๑๘๐ วัน หากประสงค์ขอรับประกาศนียบัตรให้เข้ารับการอบรม EMT-B (๑๑๐ ชั่วโมง) และฝึกประสบการณ์ ณ โรงพยาบาลที่จัดการอบรม มาตรฐานการแสดงเครื่องหมายและตราสัญลักษณ์ของผู้ปฏิบัติการ



๑.๕ การขึ้นทะเบียนรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย ตรวจสอบเอกสารและมาตรฐานรถ (ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถต้องได้รับการตรวจจากโรงพยาบาลแม่ข่าย)

๒) กรณีผ่านมาตรฐาน ข้อมูลจะถูกบันทึกลงระบบ ITEMS และทำหนังสือไปยัง สพฉ. เพื่อขอรับใบรับรองมาตรฐานรถ กรณีไม่ผ่านมาตรฐานจะแจ้งกลับไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน เพื่อแก้ไขให้ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓) เมื่อได้รับเอกสารรับรองมาตรฐานจาก สพฉ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยหรือผู้ขอขึ้นทะเบียน ทำหนังสือขออนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ โดยยื่นหนังสือต่อผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด

๔) เมื่อได้รับใบอนุญาตให้ใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย บันทึกเอกสารใบขออนุญาตและใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณลงในระบบ ITEMS

๕) ทำหนังสือตอบรับ พร้อมใบรับรองมาตรฐาน และใบอนุญาตใช้ไฟสัญญาณวับวาบและเสียงสัญญาณไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียน

๖) ทำหนังสือแจ้งไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และโรงพยาบาลแม่ข่าย (ถ้ามี)

๑.๖ การต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย แบ่งเป็น ๒ ประเภท ได้แก่

๑) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ALS

๒) รถปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง BLS/FR

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. แบบคำร้อง	๑ ฉบับ
๒. แบบรับรองพาหนะ	๑ ฉบับ
๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๑ ฉบับ
๔. รายงานจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ
๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน ด้านหน้า หลัง ซ้าย ขวา และภายในรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา)	๑ ฉบับ

มาตรฐานการแสดงเครื่องหมาย ตราสัญลักษณ์ (ยานพาหนะการแพทย์ฉุกเฉิน)

๑. กระดาษหน้าด้านบน ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการตัวอักษรสีน้ำเงินบนพื้นสติ๊กเกอร์สีขาว
 ๒. กระดาษหลังติดข้อความ “เจ็บป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ โทร ๑๖๖๙”
 ๓. กระดาษด้านท้าย ติดชื่อหน่วยปฏิบัติการพร้อมชื่อจังหวัด ตัวอักษรสีน้ำเงินขอบขาว
 ๔. ด้านข้างช่วงหลังทั้งสองข้าง แสดงตราสัญลักษณ์ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ด้านท้าย
- ๒ ข้าง ติดแถบสติ๊กเกอร์ระบุการตรวจสอบมาตรฐาน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติโดยจังหวัด ชื่อหน่วยปฏิบัติการ หมายเลขโทรศัพท์ ๑๖๖๙ หรือหน่วยปฏิบัติการนั้น ส่วนล่าง ติดแถบสีสะท้อนแสง ด้านข้างรถตลอดแนว

๑.๗ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง/พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๕๑

พรบ.การแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๕๑ มีมาตรา/สาระสำคัญที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- มาตรา ๒๘ ผู้ป่วยฉุกเฉินต้องได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินจนเต็มขีดความสามารถของหน่วยปฏิบัติการ
- มาตรา ๒๙ กรณีไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ฯ กพฉ.อาจสั่งไม่รับรองมาตรฐาน/จำกัดสิทธิหรือขอเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการฉุกเฉิน/สั่งงดการสนับสนุนด้านการเงิน
- มาตรา ๓๐ การกำกับดูแลผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ และสถานพยาบาล ให้ปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานที่กำหนด
- มาตรา ๓๑ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลใดไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้ กพฉ. ดำเนินการสอบสวน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการตามมาตรา ๓๒
- มาตรา ๓๒ กรณีการกระทำดังกล่าวเป็นความผิดตามกฎหมาย กฎ ข้อบังคับ หรือระเบียบที่เกี่ยวข้องให้ กพฉ. ดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

๑) ตักเตือนเป็นหนังสือให้ผู้ปฏิบัติการ หน่วยปฏิบัติการ หรือสถานพยาบาลนั้นปฏิบัติ ให้ถูกต้อง

๒) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่มีอำนาจควบคุมการดำเนินการของหน่วยปฏิบัติการ เพื่อพิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการทางวินัยแก่ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลของรัฐหรือหน่วยงานของรัฐ

๔) แจ้งเรื่องไปยังผู้มีอำนาจตามกฎหมายเพื่อพิจารณาดำเนินการด้านจริยธรรมกับ ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๒ โรงพยาบาลสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่พร้อมปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง รับผิดชอบผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บ ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งประกอบด้วย ๑๐ ตำบล

๑. ตำบลธานี
๒. ตำบลบ้านกล้วย
๓. ตำบลเมืองเก่า
๔. ตำบลวังทองแดง
๕. ตำบลปากแคว
๖. ตำบลยางซ้าย
๗. ตำบลบ้านหลุม

๘. ตำบลปากพระ

๙. ตำบลบ้านสวน

๑๐. ตำบลตาลเดี่ยว

๒.๑ ข้อมูลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในเขตอำเภอเมือง

จำนวนครั้งการออกปฏิบัติการ EMS ในแต่ละหน่วย ปี ๒๕๖๓

หน่วยปฏิบัติการระดับ ALS ๘๐๑ ครั้ง

หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ๑๖๕๒ ครั้ง

หน่วยปฏิบัติการระดับ FR ๔๑ ครั้ง

๒.๒ ข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาโดย EMS ระดับ ALS โรงพยาบาลสุโขทัย

ปี ๒๕๖๑ เป้าหมาย ๒๔% โรงพยาบาลทำได้ ๑๕.๔๕%

ปี ๒๕๖๒ เป้าหมาย ๒๔% โรงพยาบาลทำได้ ๑๖.๑๗%

ปี ๒๕๖๓ เป้าหมาย ๒๖% โรงพยาบาลทำได้ ๒๘.๓๐%

๒.๓ ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน เครือข่ายอำเภอเมืองสุโขทัย

- การแบ่งพื้นที่รับผิดชอบไม่ชัดเจน
- หน่วยปฏิบัติการระดับ BLS ทำงานกลางวันมากกว่ากลางคืน
- รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

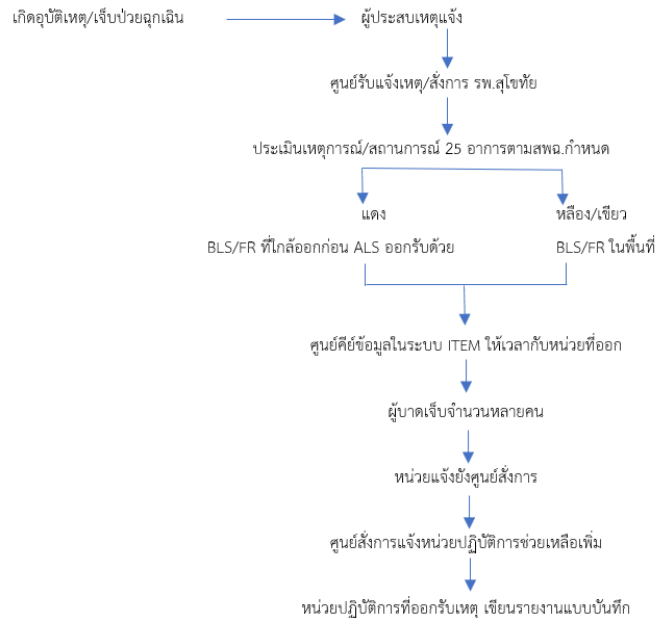
วาระที่ ๓ ศูนย์รับแจ้งเหตุ/สั่งการจังหวัดสุโขทัยแจ้งให้ทราบ

สถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ ห้องงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสุโขทัย ปฏิบัติงาน ๒๔ ชม.

๓.๑ ช่องทางการรับแจ้งเหตุ

- การรับทางโทรศัพท์ ที่เบอร์สายด่วนฉุกเฉิน ๑๖๖๙ /๓ คู่สาย ๐๕๕-๖๑๐๒๘๐ , ๐๕๕-๖๑๐๘๒๕ , ๐๕๕-๖๑๔๓๓๖
- เบอร์โทรศัพท์มือถือ ๐๙๗-๙๒๓๘๐๓๗
- การรับเหตุทางโทรศัพท์ Voice Over IP
- การรับเหตุทาง Video Phone (กรณี คนทูลหนัก)
- ญาติหรือผู้ป่วยสามารถแจ้งเองที่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดสุโขทัย

ระบบรับแจ้งเหตุ/สั่งการของจังหวัดสุโขทัย



๓.๒ ปัญหาที่พบของศูนย์รับแจ้งเหตุสั่งการต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอศรีสัชนาลัย

- ๑) โรงพยาบาลออกรับเหตุ โดยไม่แจ้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
- ๒) ศูนย์รับแจ้งเหตุผู้ป่วยสีแดง ศูนย์สั่งการโรงพยาบาลออกรับ แต่โรงพยาบาลสั่งการต่อ
- ๓) รายชื่อผู้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นปัจจุบัน
- ๔) การส่งเคสและการเขียนรายงานแบบบันทึกปฏิบัติการ

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๔ เรื่องเพื่อพิจารณา

ภายในอำเภอเมืองมีทั้งหมด ๑๐ ตำบล ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบลธานี องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านกล้วย องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า องค์การบริหารส่วนตำบลปากแคว องค์การบริหารส่วนตำบลวังทองแดง องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านหลุม องค์การบริหารส่วนตำบลปากพระ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านสวน และองค์การบริหารส่วนตำบลตาลเตี้ย โดยประชุมการแบ่งพื้นที่ในการรับผิดชอบครั้งล่าสุดเมื่อวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ โดยยังพบปัญหาในด้านการแบ่งพื้นที่ ออกรับเหตุทับเส้นทางกัน หรือปฏิเสธรับเหตุ และร่วมกันตรวจสอบหน่วยที่ออกรับเหตุหรือหยุดออกรับเหตุ ระยะเวลาในการออกรับเหตุของแต่ละหน่วย

๔.๑ ตรวจสอบหน่วยออกรับเหตุ/ปฏิเสธรับเหตุ

ALS โรงพยาบาลสุโขทัย

BLS กู้ภัยบางแก้ว

BLS ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย

BLS สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง

BLS บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง

(ออกรับเหตุเฉพาะวันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ และวันอาทิตย์)

BLS มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง (ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

BLS กู้ภัยวัดหนองทอง (ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

FR เทศบาลตำบลบ้านสวน (หยุดปฏิบัติการ)

FR เทศบาลตำบลเมืองเก่า (หยุดปฏิบัติการ)

FR เทศบาลเมืองสุโขทัย

FR องค์การบริหารส่วนตำบลปากพระ

FR องค์การบริหารส่วนตำบลเมืองเก่า (บุคลากรไม่พร้อม)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลตาลเตี้ย (ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลปากแคว (ไม่มีรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่มีผู้ปฏิบัติการ)

FR องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย

FR องค์การบริหารส่วนตำบลวังทองแดง (หยุดปฏิบัติการ)

๔.๒ ข้อตกลงการแบ่งพื้นที่เขตความรับผิดชอบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- **พื้นที่ตำบลตาลเตี้ย** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๓ BLS: กู้ภัยวัดหนองทอง

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลปากแคว** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง

อันดับที่ ๓ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

หมายเหตุ: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง (ออกรับเหตุเฉพาะวันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ และวันอาทิตย์)

- **พื้นที่ตำบลวังทองแดง** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง
 - อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๓ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง
 - อันดับที่ ๔ BLS มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง
 - อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

หมายเหตุ: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง (ออกรับเหตุเฉพาะวันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ และวันอาทิตย์)

- **พื้นที่ตำบลบ้านสวน** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง
 - อันดับที่ ๔ BLS กู้ภัยวัดหนองทอง
 - อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลเมืองเก่า** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง
 - อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๓ BLS: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง
 - อันดับที่ ๔ BLS มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง
 - อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

หมายเหตุ: บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง (ออกรับเหตุเฉพาะวันอังคาร วันพฤหัสบดี วันเสาร์ และวันอาทิตย์)

- **พื้นที่ตำบลบ้านกล้วย** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง
 - อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๓ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลบ้านหลุม** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ
 - อันดับที่ ๑ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๒ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)
 - อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง
 - อันดับที่ ๔ BLS กู้ภัยวัดหนองทอง
 - อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลธานี** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๔ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๓ BLS: สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง

อันดับที่ ๔ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลยางซ้าย** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๓ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๔ BLS สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง

อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

- **พื้นที่ตำบลปากพระ** มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ๕ หน่วย คือ

อันดับที่ ๑ FR: องค์การบริหารส่วนตำบลปากพระ (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๒ BLS: ชมรมวิริยะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๓ BLS: กู้ภัยบางแก้ว (ออกรับเหตุ ๒๔ ชม.)

อันดับที่ ๔ BLS สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง

อันดับที่ ๕ ALS: โรงพยาบาลสุโขทัย

หมายเหตุ

๑. ศูนย์รับสั่งการ (Dual case กรณี ๑๐ กิโลเมตรขึ้นไป) ผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ศูนย์ฯ จะส่งหน่วย BLS/FR ที่ใกล้กับจุดเกิดเหตุ ออกรับเหตุก่อนและศูนย์จะสั่ง ALS โรงพยาบาลออกรับเหตุด้วย

๒. กรณี หน่วยปฏิบัติการระดับ FR (อบต./เทศบาล) ที่ขาดความพร้อม/หยุดปฏิบัติการไป มีความพร้อมในการออกเหตุ ให้ดำเนินการทำหนังสือแจ้งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการครบทุกขั้นตอนเรียบร้อยแล้ว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะทำหนังสือแจ้งความพร้อมในการออกปฏิบัติการไปยังหน่วยปฏิบัติการ โรงพยาบาลแม่ข่าย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และหน่วยปฏิบัติการนั้นจะขึ้นเป็นอันดับ ๑ ในพื้นที่ทันที

๓. มูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง และกู้ภัยวัดหนองทอง อยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย โดยมติที่ประชุมเห็นว่า ทั้ง ๒ หน่วยสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ในบทบาทของจิตอาสาได้ แต่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายหรือนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล จนกว่ามูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง และกู้ภัยวัดหนองทอง จะขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการเรียบร้อยแล้ว

****กรณีมูลนิธิมิราเคิล ออฟไลฟ์ อ.เมือง และกู้ภัยวัดหนองทอง ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดเรียบร้อยแล้ว จะมีการประชุมเพื่อจัดลำดับการออกเหตุอีกครั้ง เพื่อความชัดเจนในลำดับการออกเหตุ และที่ประชุมรับทราบ**

๔.๓ ช่องทางติดต่อ เบอร์โทรศัพท์

๑) กู้ภัยบางแก้ว	๐๘๗-๓๑๖๕๐๕๗
๒) ชมรมวีรียะเมตตา กู้ภัยสุโขทัย	๐๙๖-๐๙๖๑๖๖๙
๓) สมาคมอาสาสมัครบรรเทาสาธารณภัยสุโขทัย อ.เมือง	๐๘๗-๓๑๒๗๖๖๙
๔) บรรเทาสาธารณภัยเทพนิมิตร อ.เมือง	๐๘๐-๑๑๕๕๑๘๑
๕) องค์การบริหารส่วนตำบลยางซ้าย	๐๘๑-๙๗๒๔๙๙๓
๖) องค์การบริหารส่วนตำบลปากพระ	๐๙๕-๗๔๐๗๔๗๕

มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

วาระที่ ๕ การชี้แจงรอบการตั้งเบิกและค่าชดเชย

๕.๑ รอบการตั้งเบิก ๒ รอบ คือ

รอบที่ ๑ การตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของเดือน

รอบที่ ๒ การตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของเดือน

๕.๒ การกำหนดวันในการส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

รอบที่ ๑ ส่งภายในวันที่ ๖ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๑๐ ของทุกเดือน)

รอบที่ ๒ ส่งภายในวันที่ ๒๐ ของทุกเดือน (รอบการตั้งเบิกวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน)

เช่น แบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของเดือน มกราคม ๒๕๖๔ (วันที่ ๑ - ๓๑ มกราคม ๒๕๖๔) สามารถส่งแบบบันทึกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน รอบที่ ๑ ภายในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ และรอบที่ ๒ ภายในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งหลังจากวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน จะตัดระบบการตั้งเบิกอัตโนมัติ ทำให้ไม่สามารถตั้งเบิกค่าชดเชยการปฏิบัติการย้อนหลังได้

๕.๓ การจ่ายค่าชดเชย โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

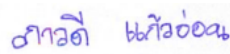
ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๑๐ หลังวันที่ ๑๐ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

ถ้าตั้งเบิกรอบวันที่ ๒๕ หลังวันที่ ๒๕ อีก ๑-๒ เดือนจะได้รับค่าชดเชย

หมายเหตุ: กรณีพื้นที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยระยะทางมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร จะได้ค่าชดเชยเพิ่ม โดยคำนวณระยะทางเฉลี่ยในพื้นที่นั้นๆ ไปยังโรงพยาบาลระยะทางที่เกิน ๑๐ กิโลเมตร ให้คิดเพิ่ม กิโลเมตรละไม่เกิน ๑๐ บาท แต่รวมแล้วไม่เกิน ๑๐๐ บาท

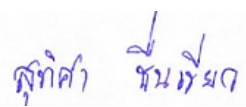
มติที่ประชุม ที่ประชุมรับทราบ

ปิดการประชุม เวลา ๑๖.๐๐ น.

ผู้จัดบันทึกรายงานการประชุม..... 

(นางสาวภาวดี แก้วอ่อน)

นักวิชาการสาธารณสุข

ผู้ตรวจรายงานการประชุม..... 

(นางสาวสุทิดา ชื่นเชียว)

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้รับรองรายงานการประชุม..... 

(นายณัฐพงษ์ เอียงกุล)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แบบฟอร์ม ที่เกี่ยวข้อง



Logo อบต./เทศบาล Logo มูลนิธิ/สมาคม

บันทึกความร่วมมือพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ระหว่างองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล..... กับมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กับประชาชนในพื้นที่
ณ.....อำเภอ.....จังหวัดสุโขทัย เมื่อวันที่.....โดยมี.....นายกองค์การบริหารส่วน
ตำบล/เทศบาล..... ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “หน่วยงานของรัฐ” ซึ่งเป็นผู้มีอำนาจลงนามซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า ฝ่ายหนึ่ง กับ “มูลนิธิ/สมาคม/
ชมรม”โดยมี.....ตำแหน่ง หัวหน้า/ประธานมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม..... อีกฝ่าย
หนึ่ง โดย

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....

(๑) ควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม ในพื้นที่ ให้เป็นไปตาม
มาตรฐาน/หลักเกณฑ์ที่กฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

(๒) เป็นที่ปรึกษา/สนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของ มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม ในพื้นที่

ข้อ ๒ หน้าที่ของมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม

(๑) ในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน จะต้องมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตร (EMR) หรือ (EMT-B) ตามที่ขึ้น
ทะเบียนไว้กับสำนักกระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสุโขทัย ประจำจุด ณ ที่ตั้ง อย่างน้อย ๓ คน เพื่อเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงาน

(๒) พื้นที่ในการปฏิบัติงาน/ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ระบุ) ได้แก่.....

(๓) บันทึกข้อมูลการออกเหตุ/ปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

(๔) กรณีชำระระบบจ่ายตรงแล้ว ออกใบเสร็จรับเงินให้กับ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินงาน

การดำเนินงานมีกำหนดระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี โดยเริ่มตั้งแต่.....และสิ้นสุด
.....เมื่อกำหนดระยะเวลาตามวรรคหนึ่งสิ้นสุดลง ๑ (หนึ่ง) ปี หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมิได้บอกเลิก ให้ถือว่าบันทึกความ
ร่วมมือนี้มีผลบังคับต่อไปอีกทุกๆ ๑ ปี

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น โดยต้นฉบับและคู่ฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน และทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความ
โดยละเอียดแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ.....

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....

องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....

มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

โรงพยาบาล.....

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

แบบ check list การขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ

ลำดับ	รายการ	การตรวจสอบ	
		มี	ไม่มี
๑	แบบฟอร์มขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ		
๒	หนังสือขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการจากโรงพยาบาล โดยต้องผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติ ดังนี้ ๑. ชื่อหน่วยงาน ๒. สถานที่ตั้ง ๓. ระบบสื่อสาร ๔. ชุดปฏิบัติการ ๕. พื้นที่/เขตรับผิดชอบ		
๓	รายชื่อสมาชิกในหน่วยปฏิบัติการ พร้อมแนบ ๑. บัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ๒. ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน		
๔	หนังสือรับรองพาหนะของบุคคลธรรมดา		
๕	แบบคำร้องขอรับการตรวจรับรองรถบริการ		
๖	ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการ		
๗	รูปรถพยาบาล ๕ ด้าน (หน้า/หลัง/ข้าง/ใน)		
๘	เอกสาร MOU ระบบจ่ายตรง		

หมายเหตุ หน่วย BLS หัวหน้าชุดปฏิบัติการเป็นเวชกรฉุกเฉินระดับต้น (Emergency medical technician-Basic: EMT-B) ต้องเป็นบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B ๑๑๐ ชม.) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

แบบขอขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสุโขทัย

๑. ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อหน่วย (ภาษาไทย).....
- ๑.๒ ชื่อหน่วย (ภาษาอังกฤษ).....
- ๑.๓ ชื่อหัวหน้าหน่วย.....
- ๑.๔ ระยะทางจากที่ตั้งหน่วย ถึง โรงพยาบาล.....จำนวน.....กิโลเมตร

๒. ข้อมูลเลขที่บัญชี รับค่าชดเชยบริการ

- ๒.๑ ชื่อธนาคาร..... ๒.๒ สาขา.....
- ๒.๓ เลขบัญชี..... ๒.๔ ประเภทบัญชี.....
- ๒.๕ ชื่อบัญชี.....

๓. ข้อมูลการติดต่อสื่อสาร

- ๓.๑ โทรศัพท์หมายเลข.....๓.๒ โทรศัพท์มือถือหมายเลข.....
- ๓.๓ โทรสารหมายเลข.....๓.๔ อีเมลล์.....
- ๓.๕ วิทยุสื่อสาร
- ๓.๕.๑ ความถี่หลัก.....๓.๕.๒ ความถี่รอง.....
- ๓.๕.๓ นามเรียกขานหน่วยปฏิบัติการ.....

๔. ข้อมูลที่อยู่

- เลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....
- ถนน.....ตำบล.....
- อำเภอ.....จังหวัด สุโขทัย รหัสไปรษณีย์.....

หน่วยงานข้าพเจ้ายินดีปฏิบัติตามกฎและระเบียบด้านการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน
จังหวัดสุโขทัยและสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ทุกประการ

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

.....

ว/ด/ป.....

หมายเหตุ อปท.ให้นายกฯลงนาม/มูลนิธิ,สมาคม ให้ผู้มีอำนาจลงนาม/ ชมรมกู้ภัย อสม. ให้ประธานลงนาม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย	ผู้มีอำนาจลงนาม
.....	อนุมติไม่อนุมติ
.....	ให้ปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด
.....	สุโขทัย
ลงชื่อ.....	



ติดรูปถ่าย

1.5 นิ้ว

แบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินประเภทปฏิบัติการแพทย์

โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ระดับประกาศนียบัตรที่ตรงกับคุณสมบัติของท่าน (เพียงหนึ่งระดับ)

- ☐ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
☐ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
☐ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์
☐ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ต่ออายุครั้งที่ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

เลขที่ประกาศนียบัตร - (เช่น นฉพ - 000001)

ออกให้ ณ วันที่..... หหมดอายุวันที่.....

ข้อมูลทั่วไป

1. ข้าพเจ้า คำนำนานาม ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ (ยศหรือคำนำหน้าอื่นๆระบุ)

ชื่อ (ไทย) สกุล

2. เลขบัตรประจำตัวประชาชน - - - -

3. วัน เดือน ปีเกิด วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ปัจจุบันอายุ ปี

4. เชื้อชาติ..... สัญชาติ ศาสนา.....

5. เพศ ☐ หญิง ☐ ชาย

6. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร..... โทรศัพท์มือถือ..... E-mail

7. หน่วยงานต้นสังกัด.....

ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

8. ประเภทของหน่วยงานต้นสังกัด

☐ หน่วยราชการ สังกัดกระทรวง..... ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ มูลนิธิ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

9. ที่อยู่ที่ต้องการให้ สพฉ.ติดต่อ สำหรับจัดส่งเอกสาร

☐ ที่อยู่เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

10. ลักษณะการปฏิบัติงาน

☐ ผู้บริหาร

☐ ผู้ปฏิบัติการ

☐ ประจํารถกู้ชีพ

☐ ประจําห้องฉุกเฉิน

☐ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

☐ ฝ่ายงานอื่น (ระบุ).....

☐ อาจารย์ในสถานศึกษา

☐ อื่นๆ (ระบุ).....

11. ผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อประกอบการขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามเงื่อนไขการต่ออายุประกาศนียบัตร

อย่างน้อยอย่างใด ดังต่อไปนี้

11.1 ☐ ผลการศึกษาต่อเนื่องด้านการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน.....หน่วยคะแนน (กรุณาระบุหลักฐานการได้รับหน่วยคะแนน)

11.2 ☐ ผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน.....ครั้ง (กรุณาระบุหลักฐานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์ม

Cert.niem 06.1 หรือ 06.2)

เอกสารประกอบการยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน

ลำดับ	ระดับ	เอกสารประกอบการยื่นคำขอต่ออายุ ประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน
1	นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์	เอกสาร ก , ข , ค , ง , ช และ ฉ (ถ้ามี)
2	เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์	เอกสาร ก , ข , ค , ง , ฉ หรือ ช และ ฉ (ถ้ามี)
3	พนักงานฉุกเฉินการแพทย์	เอกสาร ก , ค , ง , จ , ฉ และ ฉ (ถ้ามี)
4	อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์	เอกสาร ก , ค , ง , จ หรือ ฉ และ ฉ (ถ้ามี)

☐ เอกสาร ก หมายถึง สำเนาใบประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือสำเนาบัตรปฏิบัติการฉุกเฉินที่มีเลขที่ประกาศนียบัตรที่ออกโดย อศป.
ที่ได้รับครั้งล่าสุด

☐ เอกสาร ข หมายถึง ใบรับรองแพทย์ ตามแบบฟอร์ม Cert.niem 03.2 (กรณียื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรในระดับ จฉพ., นฉพ.)

☐ เอกสาร ค หมายถึง รูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตา ค่าฉากหลังสีฟ้าหรือน้ำเงิน ขนาด 1.5 นิ้ว ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน จำนวน 1 รูป

☐ เอกสาร ง หมายถึง แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติผู้ยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตร ตามแบบฟอร์ม Cert.niem 03.1 (กรณียื่นขอต่ออายุ
ประกาศนียบัตรในระดับ พฉพ., อฉพ. และประเภทปฏิบัติการอำนวยการ)

☐ เอกสาร จ หมายถึง หลักฐานแสดงว่าเป็นผู้มีผลงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ครบถ้วนอย่างน้อยหนึ่งข้อ ตามที่กำหนดในข้อ 11

☐ เอกสาร ฉ หมายถึง เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อายุไม่เกิน 2 ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

☐ เอกสาร ช หมายถึง เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง อายุไม่เกิน 2 ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร

☐ เอกสาร ซ หมายถึง เอกสารแสดงการผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล อายุไม่เกิน 2 ปี ก่อนวันที่ยื่นขอต่ออายุ
ประกาศนียบัตร

☐ เอกสาร ฉ หมายถึง สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล พร้อมรับรองสำเนา (ถ้ามี)

หมายเหตุ : กรณียื่นขอต่ออายุเกินเวลาที่กำหนดให้แนบเอกสารเพิ่มเติมตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์เงื่อนไขฯ การต่ออายุในแต่ละระดับ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

**แบบฟอร์มการรับรองคุณสมบัติเพื่อยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร**

ประเภทปฏิบัติการแพทย์ ☐ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ☐ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์
ประเภทปฏิบัติการอำนวยการ ☐ ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ☐ ผู้รายงานปฏิบัติการฉุกเฉิน
☐ ผู้ประสานปฏิบัติการฉุกเฉิน ☐ พนักงานรับแจ้งการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ส่วนที่ ๑ (สำหรับผู้ยื่นคำขอต่ออายุ)

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้ปฏิบัติการ).....สังกัดหน่วยงาน.....
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์ติดต่อ.....

ขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตร และการ
ปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ดังนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ หน้าข้อความที่รับรอง)

- ☐ อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
☐ ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสียหาย
☐ ไม่เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุด
☐ ไม่เป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
☐ ไม่เป็นคนวิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
☐ ไม่เป็นโรคที่ อศป. ประกาศกำหนดว่าไม่สมควรให้ผู้ปฏิบัติการ ดังนี้
(๑) ☐ โรคติดต่อในระยะติดต่ออันตราย อันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๒) ☐ โรคไม่ติดต่อหรือภาวะอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๓) ☐ ความพิการทางกายอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติงาน
(๔) ☐ โรคหรือความพิการอื่นๆ (โปรดระบุ).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

()

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ (สำหรับการรับรองของผู้บังคับบัญชา)

ข้าพเจ้า(ชื่อผู้บังคับบัญชา).....ตำแหน่ง.....
สังกัดหน่วยงาน.....ขอรับรองว่า (ชื่อผู้ปฏิบัติการ)
เป็นผู้ปฏิบัติการภายใต้การบังคับบัญชาของข้าพเจ้าจริง และขอรับรองว่าเป็นผู้มีคุณสมบัติครบถ้วน ตามประกาศคณะกรรมการ
การแพทย์ฉุกเฉินเรื่องการให้ประกาศนียบัตร และการปฏิบัติการฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการ พ.ศ. ๒๕๕๔ ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

ประทับตราหน่วยงาน

กรณีไม่มีต้นสังกัด ให้แนบใบรับรองแพทย์ อายุไม่เกิน ๑ เดือน ก่อนการยื่นขอต่ออายุ

แบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล
เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ./EMR)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร อฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ	กิจกรรมการช่วยเหลือ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

กิจกรรมการช่วยเหลือ ให้ระบุหมายเลขกิจกรรมการช่วยเหลือตามขอบเขต อำนาจหน้าที่ฯ ของแต่ละระดับ ดังนี้

- (1) ประเมินผู้ป่วย (2) วัดสัญญาณชีพ (3) ห้ามเลือด (4) ตามกระตุกรยางค์ (5) การใช้ long Spinal Board
 (6) ดูดเสมหะโดยลูกสูบบางมือบีบ (7) ใส่ collar (8) เปิดทางเดินหายใจ (9) ให้ออกซิเจน (10) CPR
 (11) การใช้ AED (12) การคัดแยกผู้ป่วยในสาธารณภัย (13) อื่นๆ(ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติการ
 (.....)

ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง
 (.....)

ตำแหน่ง.....

ว/ด/ป.....

โปรดศึกษาข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน **นอกโรงพยาบาล** ท้ายแบบฟอร์มนี้

ข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเพื่อการต่ออายุ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

.....

การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล หมายถึง เป็นการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ซึ่งต้องเป็นภายใต้การควบคุมของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ข้อ ๑ ลักษณะของการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

๑.๑ การออกปฏิบัติการฉุกเฉินครั้งนั้น ต้องพบเหตุและมีผู้ป่วยฉุกเฉิน มีผลการรักษา “รักษา นำส่ง” โดยมีการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ไม่รวมกรณี ไม่พบเหตุ หรือ ยกเลิก

๑.๒ ต้องมีเลขปฏิบัติการที่ออกโดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด

๑.๓ มีการบันทึกรายงานในแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติการฉุกเฉินตามแบบฟอร์ม ทุกครั้งที่ออกเหตุ และมีผู้ประเมินผลการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกเมื่อออกปฏิบัติการฉุกเฉิน)

ข้อ ๒ การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๖.๑)

๒.๑ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พพ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๑ พพ.)

๒.๒ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อพ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๑ อพ.)

โดยให้นำข้อมูลจากแบบฟอร์ม ตามข้อ ๑.๓ มากรอกใส่ในแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๖.๑ ใน ๑ หน้า บันทึกการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้จำนวน ๑๐ ครั้ง เมื่อมีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการฉุกเฉินครบตามข้อกำหนดในการขอต่ออายุ (ตามระดับประกาศนียบัตรที่ขอต่อ) ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน และให้แนบพร้อมแบบคำขอต่ออายุ เมื่อถึงกำหนดเวลาในการยื่นขอต่ออายุ

ข้อ ๓ จำนวนครั้งในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๐

ข้อ ๔ ผู้รับรอง หมายถึงผู้ที่อำนาจรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้หมายถึง

๔.๑ พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่ หรือ

๔.๒ แพทย์อำนวยความสะดวกปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรือหน่วยปฏิบัติการอำนวยความสะดวกประจำจังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่ หรือ

๔.๓ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดนั้นตั้งอยู่

ข้อ ๕ ขั้นตอนการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุ

- ๕.๑ ให้ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ
- ๕.๒ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบตั้งแต่ ณ จุดเหตุเกิด จน นำส่งผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน หรือ ส่งมอบให้ชุดปฏิบัติการระดับสูง
- ๕.๓ บันทึกรายงานในรูปแบบฟอร์มการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ในแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกสำหรับการปฏิบัติงานปกติ และให้มีการประเมินการดูแล จากแพทย์หรือพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉิน
- ๕.๔ แจ้งผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน แก่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และขอเลขปฏิบัติการ
- ๕.๕ สรุปผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ลงในรูปแบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๖.๑)
- ๕.๖ เมื่อได้จำนวนครั้งของการปฏิบัติการฉุกเฉินครบตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผู้ลงนามรับรอง ดูตามข้อ ๔)
- ๕.๗ เมื่อดำเนินการตามข้อ ๕.๑ - ๕.๖ เป็นที่เรียบร้อยแล้วให้แนบมาพร้อมแบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการแพทย์ (Cert.niem ๐๖) และเอกสารอื่นๆ ตามที่กำหนดในหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ

แบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล
เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด..... เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ	กิจกรรมการช่วยเหลือ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

แบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล (หน้าที่ 2)
เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉพ./EMT)

ชื่อผู้ปฏิบัติการ.....สังกัด.....เลขที่ประกาศนียบัตร พฉพ.....

ครั้งที่	วันที่	เลขปฏิบัติการ	HN	อาการนำสำคัญ	กิจกรรมการช่วยเหลือ	รพ.ที่รับผู้ป่วย
16						
17						
18						
19						
20						

หมายเหตุ กรณียื่นขอต่ออายุล่าช้าซึ่งต้องมีผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน จำนวน 30 ครั้ง ให้ Copy หน้าที่ 1 เพิ่มเติม

กิจกรรมการช่วยเหลือ ให้ระบุหมายเลขกิจกรรมการช่วยเหลือตามขอบเขต อำนาจหน้าที่ฯ ของแต่ละระดับ ดังนี้

- (1) ประเมินผู้ป่วย (2) วัดสัญญาณชีพ (3) ห้ามเลือด (4) ตามกระดูกระยางค์ (5) การใช้ long Spinal Board (6) ดูดเสมหะ (7) ใส่ collar (8) เปิดทางเดินหายใจ (9) ให้ออกซิเจน (10) การช่วยฟื้นคืนชีพ CPR (11) การใช้ AED (12) เจาะ DTX (13) การคัดแยกผู้ป่วยในสาธารณภัย (14) วัด O2 sat (15) การประเมินระดับความรู้สึกตัว (GCS) (16) อื่นๆ(ระบุ)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติการ

(.....)

ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง

ว/ด/ป.....

โปรดศึกษาข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล ท้ายแบบฟอร์มนี้

ข้อกำหนดและแนวทางในการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเพื่อการต่ออายุ ประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์

.....

การปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล หมายถึง เป็นการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบ และข้อจำกัดในการปฏิบัติการแพทย์ของผู้ช่วยเวชกรรมตามคำสั่งการแพทย์หรือการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ ซึ่งต้องเป็นภายใต้การควบคุมของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ข้อ ๑ ลักษณะของการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล

๑.๑ การออกปฏิบัติการฉุกเฉินครั้งนั้น ต้องพบเหตุและมีผู้ป่วยฉุกเฉิน มีผลการรักษา “รักษา นำส่ง” โดยมีการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ไม่รวมกรณี ไม่พบเหตุ หรือ ยกเลิก

๑.๒ ต้องมีเลขปฏิบัติการที่ออกโดยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการระดับจังหวัด

๑.๓ มีการบันทึกรายงานในแบบบันทึกรายงานการปฏิบัติการฉุกเฉินตามแบบฟอร์ม ทุกครั้งที่ออกเหตุ และมีผู้ประเมินผลการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน จากโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วย (แบบฟอร์มที่ใช้บันทึกเมื่อออกปฏิบัติการฉุกเฉิน)

ข้อ ๒ การบันทึกข้อมูลในแบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉิน นอกโรงพยาบาล เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๖.๑)

๒.๑ พนักงานฉุกเฉินการแพทย์ (พฉ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๑ พฉ.)

๒.๒ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉ.) ใช้แบบฟอร์ม (Cert.niem ๐๖.๑ อฉ.)

โดยให้นำข้อมูลจากแบบฟอร์ม ตามข้อ ๑.๓ มากรอกใส่ในแบบฟอร์ม Cert.niem ๐๖.๑ ใน ๑ หน้า บันทึกการปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้จำนวน ๑๐ ครั้ง เมื่อมีจำนวนครั้งของการปฏิบัติการฉุกเฉินครบตามข้อกำหนดในการขอต่ออายุ (ตามระดับประกาศนียบัตรที่ขอต่อ) ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน และให้แนบพร้อมแบบคำขอต่ออายุ เมื่อถึงกำหนดเวลาในการยื่นขอต่ออายุ

ข้อ ๓ จำนวนครั้งในการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการต่ออายุประกาศนียบัตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ และประกาศนียบัตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ พ.ศ.๒๕๖๐

ข้อ ๔ ผู้รับรอง หมายถึงผู้ที่อำนาจรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน ให้หมายถึง

๔.๑ พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่ หรือ

๔.๒ แพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน หรือ ผู้กำกับการปฏิบัติการฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หรือ หน่วยปฏิบัติการอำนวยการประจำจังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติการนั้นตั้งอยู่ หรือ

๔.๓ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลของรัฐที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดที่หน่วยงานต้นสังกัดนั้นตั้งอยู่

ข้อ ๕ ขั้นตอนการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาลเพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุ

๕.๑ ให้ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

๕.๒ ปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตามอำนาจหน้าที่ ขอบเขต ความรับผิดชอบตั้งแต่ ณ จุดเหตุเกิด จน นำส่งผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน หรือ ส่งมอบให้ชุดปฏิบัติการระดับสูง

๕.๓ บันทึกรายงานในรูปแบบฟอร์มการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ในแบบฟอร์มที่ใช้ในการบันทึกสำหรับการปฏิบัติงานปกติ และให้มีการประเมินการดูแล จากแพทย์หรือพยาบาล ณ ห้องฉุกเฉิน

๕.๔ แจ้งผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน แก่ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และขอเลขปฏิบัติการ

๕.๕ สรุปผลการออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ลงในแบบฟอร์มแสดงการปฏิบัติการฉุกเฉินนอกโรงพยาบาล เพื่อประกอบการยื่นขอต่ออายุประกาศนียบัตร (Cert.niem ๐๖.๑)

๕.๖ เมื่อได้จำนวนครั้งของการปฏิบัติการฉุกเฉินครบตามหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ ให้ผู้มีอำนาจลงนามรับรองผลการปฏิบัติการฉุกเฉิน (ผู้ลงนามรับรอง ดูตามข้อ ๔)

๕.๗ เมื่อดำเนินการตามข้อ ๕.๑ - ๕.๖ เป็นที่เรียบร้อยแล้วให้แนบมาพร้อมแบบยื่นคำขอต่ออายุประกาศนียบัตรปฏิบัติการฉุกเฉิน ประเภทปฏิบัติการแพทย์ (Cert.niem ๐๖) และเอกสารอื่นๆ ตามที่กำหนดในหลักเกณฑ์เงื่อนไข และเกณฑ์การต่ออายุ

เอกสารที่ใช้ในการขึ้นทะเบียน/ต่ออายุรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- | | |
|---|--------|
| ๑. แบบคำร้อง | ๑ ฉบับ |
| ๒. แบบรับรองพาหนะ | ๑ ฉบับ |
| ๓. ใบรายงานผลการตรวจสภาพรถบริการฯ | ๑ ฉบับ |
| ๔. รายการจดทะเบียนรถ (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๕. รายการเสียภาษี (พร้อมเซ็นรับรองสำเนา) | ๑ ฉบับ |
| ๖. รูปถ่ายรถ ๕ ด้าน หน้า หลัง ซ้าย ขวา ใน (พร้อมเซ็นรับรอง) | ๑ ฉบับ |



เอกสารประกอบการยื่นขอรับตรวจประเมิน

แบบคำร้องขอรับการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ที่ทำการ

วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าชื่อ.....

ที่อยู่

หน่วยงาน ที่ตั้ง

ขอรับการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ชื่อผู้ครอบครองรถที่อยู่.....

- ประเภทรถ ☐ฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย ☐ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ☐ปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน
- ☐ฉุกเฉินไม่ลำเลียงผู้ป่วย ☐รถสื่อสาร ☐รถลำเลียงผู้ป่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและเวชภัณฑ์
- ลักษณะ ☐รย.๑ ☐รย.๒ ☐รย.๓ ☐รย.๔ ☐อื่นๆ ระบุ.....

หมายเลขทะเบียน จังหวัด ยี่ห้อรถ สีของรถ

.....ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

ขั้นตอนการตรวจรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ☐ได้รับเอกสารและตรวจสอบแล้วครบถ้วน (สสจ./สำนักงานการแพทย์ กทม.)
- ☐ตรวจสอบสภาพรถและอุปกรณ์ (ผู้ได้รับมอบหมาย)
- ☐สพฉ. ออกหนังสือรับรองรถบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (นายทะเบียน สพฉ.)
- ☐ขอใบอนุญาตใช้สัญญาณไฟวับวาบฯ(ก.จว. / บก.จร.)
- ☐ส่งคืนผู้ยื่นคำขอรับการตรวจรับรองฯ (สสจ./สำนักงานการแพทย์ กทม.) วันที่.....

หนังสือรับรองพาหนะของบุคคลธรรมดา
ร่วมปฏิบัติการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ที่ทำการ

วันที่

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด/ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร

ข้าพเจ้าชื่อ.....ตำแหน่ง (ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน).....

หน่วยงานที่ตั้ง

ขอรับรองว่า (นาย,นาง,นางสาว).....เจ้าของรถหมายเลขทะเบียน

จังหวัด..... ยี่ห้อรถ..... สี..... ได้ปฏิบัติการในสังกัด

หน่วยงาน..... จริงและขอใช้รถคันดังกล่าวเพื่อปฏิบัติการฉุกเฉิน

ในประเภทรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วย ☐ ปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ☐ ปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....ผู้รับรอง

()

ประทับตราหน่วยงาน

หรือ

.....

()

นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้ปฏิบัติราชการแทน

หมายเหตุ หนังสือรับรองนี้ ใช้เฉพาะการขอรับการตรวจรับรองรถปฏิบัติการเท่านั้น และมีผล ๖๐ วัน นับจากวันที่ออก
หนังสือนี้

ใบรายงานผล

การตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วยขั้นพื้นฐาน

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง(ผู้อำนวยการ/ผู้แทน).....
 ได้ทำการตรวจสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินยี่ห้อ.....
 รุ่น.....ลักษณะรถ(ตามเล่มทะเบียนรถ).....หมายเลขทะเบียน.....
 ซึ่งใช้บริการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงานชื่อ.....
 ประเภทหน่วยงาน ☐ สถานพยาบาลรัฐ ☐ สถานพยาบาลเอกชน ☐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
☐ มูลนิธิหรือองค์กรการกุศลอื่นๆ ☐ อื่นๆ.....
 พบว่ามีลักษณะรถ และอุปกรณ์รักษาพยาบาลประจำรถ ดังนี้

ที่	รายการ	มีพร้อมใช้	มีไม่พร้อมใช้	ไม่มี
๑.	เป็นรถยนต์ตู้/รถกระบะบรรทุก มีทะเบียนยานพาหนะถาวร/ได้รับการต่อทะเบียนแล้ว ขนาดมาตรฐานมีหลังคาคลุมสูงเพียงพอที่จะทำการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ได้สะดวก ห้องคนขับมีผนังกันแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ-ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้, ประตูด้านท้ายสามารถปิดล็อกสนิท, มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอที่จะทำหัตถการ, มีที่นั่งสำหรับผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน, <u>มีที่ว่างสำหรับวางเตียงพร้อมผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะนอนราบ</u> มีระบบระบายอากาศในห้องพยาบาล			
๒.	เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) มีที่แขวนภาชนะใส่สารน้ำ			
๓.	ติดตั้งวิทยุคมนาคมระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์			
๔.	มีออกซิเจน พร้อมอุปกรณ์ที่ใช้งานได้ดี/ปลอดภัย			
๕.	ติดตั้งเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์			
๖.	มี Long spinal board พร้อมสายรัดตรึง , ที่ยึดตรึงศีรษะ (Head Immobilizer)			
๗.	มีเฝือกคอชนิดแข็ง (Hard Collar) ไม่น้อยกว่า ๓ ขนาด/ปรับเปลี่ยนขนาดได้			
๘.	มีเฝือกตามแขน ขา			
๙.	มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : พรอทวัดไข้ , เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ			
๑๐.	มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล พื้นฐาน (ถุงมือปราศจากเชื้อ, สำลี ไม้พันสำลี, ผ้าก๊อช ชนิดบางและหนา, Elastic Bondage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว, พลาสเตอร์เหนียว, กรรไกร, แอลกอฮอล์ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, อุปกรณ์ล้างตา)			
๑๑.	มี Pocket mask			
๑๒.	มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือบีบ/ลูกยางแดง			
๑๓.	มี Ambu BAG			

ที่	รายการ	มี พร้อมใช้	มี ไม่พร้อมใช้	ไม่มี
๑๔.	มี Oro pharyngeal airway			
๑๕.	อุปกรณ์สำหรับทำคลอด (Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape+ กรรไกรตัดสายสะดือ+ลูกยางดูดเสมหะ+ผ้าก๊อช ขนาด ๔x๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัว ผ้าห่อตัว เด็ก			
๑๖.	มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ			
๑๗.	มี Gluco-meter			
๑๘.	มียาหรือเวชภัณฑ์ สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ตามรายละเอียดที่กำหนด และมีคุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วยตามคำสั่ง จำนวน/ปริมาณตามความจำเป็นหรือเท่ากับ NSS , ASA gr V Nitroglycerine อมใต้ลิ้น, Nitroderm แผ่นติดหน้าอก, Salbutamol พ่น			
๑๙.	มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ , Mask , ถุงขยะติดเชื้อ , ผ้ากันเปื้อน , รองเท้าบูต			
๒๐.	มีอุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์ : กรวยจราจร , ไฟฉายหรือไฟควบคุมจราจร , เลือ สะท้อนแสง , เทปกั้นการจราจร , นกหวีด			
๒๑.	มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัว พร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว , กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่ , อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC			
๒๒.	อุปกรณ์ความปลอดภัย : ติดตั้งไฟกระพริบ ๖ จุด (ด้านละ ๓ จุด) , เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง ติดตั้งโคมไฟสปอร์ตไลท์ที่สามารถปรับมุมสูง-ต่ำ-ซ้าย-ขวา จำนวน ๔ จุด			

ผลการตรวจสอบสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรถคันดังกล่าว

- ☐ มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ดี เห็นควรรับรอง
- ☐ มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ เห็นควรรับรองอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจาก.....
- ☐ ไม่มีความพร้อม ไม่ควรรับรอง

.....ผู้ตรวจสอบสภาพ
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ

FR จำเป็นต้องมีข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 19, 22

BLS จำเป็นต้องมีข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 19, 22

ใบรายงานผล

การตรวจสภาพรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถฉุกเฉินลำเลียงผู้ป่วยขั้นสูง

ด้วยข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง (ผู้อำนวยการ/ผู้แทน).....
 ได้ทำการตรวจ สภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินยี่ห้อ.....
 รุ่น.....ลักษณะรถ (ตามเล่มทะเบียนรถ).....หมายเลขทะเบียน.....
 ซึ่งใช้บริการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉินของหน่วยงานชื่อ.....
 ประเภทหน่วยงาน ☐สถานพยาบาลรัฐ ☐สถานพยาบาลเอกชน ☐องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
☐มูลนิธิหรือองค์กรการกุศลอื่นๆ ☐อื่นๆ.....
 พบว่ามีลักษณะรถ และอุปกรณ์รักษาพยาบาลประจำรถ ดังนี้

ที่	รายการ	มี พร้อมใช้	มี ไม่พร้อมใช้	ไม่มี
๑.	เป็นรถยนต์ตู้ / รถที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ขนาดมาตรฐาน สีขาวตลอด มีทะเบียนยานพาหนะ ถาวร / ได้รับการต่อทะเบียนแล้ว ห้องคนขับมีผนังกันแยกออกจากห้องพยาบาล, ห้องคนขับ – ห้องพยาบาลสามารถสื่อสารกันได้, ประตูด้านท้ายสามารถล็อก ปิดสนิท, มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วย เพียงพอที่จะทำหัตถการ, เตียงนอนสำหรับผู้ป่วยมีล้อพับได้พร้อมรางเลื่อน และระบบล็อกเตียง, ด้านล่างของฐานมีพื้นที่วางพอสสำหรับเก็บ Spinal Board, มีพัดลมไฟฟ้า / เครื่องระบายอากาศ ในห้องพยาบาล, เพดานรถมีที่แขวนตัวให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติการ ช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) – มี ที่แขวนภาชนะใส่น้ำเกลือ / เลือด			
๒.	ติดตั้งวิทยุคมนาคม ระบบ VHF/FM พร้อมอุปกรณ์			
๓.	มีออกซิเจนท่อขนาดใหญ่ (Size G) พร้อม Pipe Line มี Flow meter และ Bubble – jet Nebulizer ติดตั้งชุดปรับความดันออกซิเจนสำหรับผู้ป่วย (Regulator) ซึ่งอุปกรณ์ทุกชิ้น สามารถใช้งานได้ดี			
๔.	ติดตั้งเครื่องดับเพลิงน้ำยาเหลวระเหยชนิดไม่มีสาร CFC ขนาดไม่น้อยกว่า ๕ ปอนด์			
๕.	มี Long spinal board พร้อมสายรัดตรึง – ที่ยึดตรึงศีรษะ (Head Immobilizer)			
๖.	มีเฝือกคอชนิดแข็ง (Hard collar) ไม่น้อยกว่า ๓ ขนาด / ชนิดปรับขนาดได้			
๗.	มีเฝือกตาม แขน ขา / มี Vacuum Splint			
๘.	มีอุปกรณ์เพื่อการตรวจวินิจฉัย : ปรอทวัดไข้, เครื่องวัดความดันโลหิต, หูฟัง			
๙.	มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและทำแผล พื้นฐาน (ถุงมือปราศจากเชื้อ, สำลี ไม้พันสำลี, ผ้าก๊อซ ชนิด บางและหนา, ผ้าก๊อซชุบวาสลีน, Elastic bandage ขนาด ๔ และ ๖ นิ้ว, พลาสเตอร์เหนียว, กรรไกร, แอลกอฮอล์, น้ำเกลือสำหรับล้างแผล, สายรัด (Tourniquet), ครีมทาแผลไฟไหม้ น้ำ ร้อนลวกอุปกรณ์ล้างตา)			
๑๐.	มี Pocket mask			
๑๑.	มีเครื่องดูดเสมหะชนิดมือบีบ			
๑๒.	อุปกรณ์สำหรับทำคลอด : - Umbilical cord clamp และ Umbilical cord tape + กรรไกรตัด สายสะดือ + ลูกยางดูดเสมหะ + ผ้าก๊อซ ขนาด ๔ x ๔ นิ้ว + ผ้าเช็ดตัวผ้าห่อตัวเด็ก			
๑๓.	มีเครื่อง Suction และสายขนาดต่างๆ			
๑๔.	มี Air way สำหรับเด็กและผู้ใหญ่ขนาดต่าง ๆ			
๑๕.	มี Gluco-meter			

ที่	รายการ	มี พร้อมใช้	มี ไม่พร้อมใช้	ไม่มี
๑๖.	มี Pulse Oximeter			
๑๗.	มี Laryngoscope			
๑๘.	มี Endotracheal tube			
๑๙.	มี Portable respirator			
๒๐.	มี Ambu bag			
๒๑.	มี Magill Forceps			
๒๒.	มี KED			
๒๓.	มีเครื่องช็อคหัวใจด้วยกระแสไฟฟ้า (AED / Defibrillator) ประจำ / สามารถเคลื่อนย้ายไปใช้ นอกยานพาหนะได้			
๒๔.	มียาหรือเวชภัณฑ์ <u>สำหรับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับสูง</u> ตามรายละเอียดที่กำหนด และมี คุณภาพสำหรับใช้กับผู้ป่วย จำนวน / ปริมาณตามความจำเป็นหรือเท่ากับ Adrenaline ๑๐ amp, Atropine ๕ amp, Calcium chloride ๒ amp, Dextrose ๕๐% ๒ amp, Diazepam (๑๐ mg) ๒ amp, Furosemide ๒ amp, Sodium Bicarbonate ๒ amp, Nitroglycerine (อมใต้ลิ้น) ๕ tab, Nitroderm (แปะหน้าอก) ๒ แผ่น, Lactated Ringer Solution (๕๐๐ ml) ๒ ขวด, Normal Saline Solution (๕๐๐ ml.) ๒ ขวด, ๕ % D / N / ๒ ๕๐๐ ml. ๒ ขวด, Xylocard ๑๐๐ mg. ๑ amp หรือ Caudarone ๑๕๐ mg. ๔ amp, ASA grV สำหรับเคียว ๕ tab, Morphine ๒ amp, Pethidine ๒ amp, Salbutamol ๓ nebulas, Naloxone ๒ amp			
๒๕.	มีอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ : ถุงมือ, Mask, ถุงขยะติดเชื้อ, ผ้ากันเปื้อน, รองเท้าบูต			
๒๖.	มีอุปกรณ์ควบคุมสถานการณ์ : กรวยจราจร, ไฟฉายหรือไฟควบคุมจราจร, เสื้อสะท้อนแสง, เทป กั้นการจราจร, นกหวีด			
๒๗.	มีอุปกรณ์กู้ภัยเบื้องต้น : ขวานขนาดใหญ่, เชือกคล้องตัวพร้อมอุปกรณ์ยึดเหนี่ยว, ท่อ PVC สำหรับสอดเชือกคล้องตัว, กรรไกรตัดเหล็กขนาดใหญ่, อุปกรณ์ดับเพลิงชนิด ABC			
๒๘.	อุปกรณ์ความปลอดภัย : ติดตั้งไฟกระพริบ ๖ จุด (ด้านละ ๓ จุด), เข็มขัดนิรภัยทุกที่นั่ง, ติดตั้ง โคมไฟสปอร์ตไลท์สามารถปรับมุมสูง-ต่ำ-ซ้าย-ขวา จำนวน ๔ จุด			

ผลการตรวจสภาพของรถและอุปกรณ์ประจำรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินของรถคันดังกล่าว

☐ มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ดี เห็นควรรับรอง

☐ มีความพร้อมและอยู่ในสภาพการใช้การได้ เห็นควรรับรองอย่างมีเงื่อนไข เนื่องจาก

.....

☐ ไม่มีความพร้อม ไม่ควรรับรอง

.....ผู้ตรวจสภาพ

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../ เดือน...../ พ.ศ.....

หนังสือแจ้งความจำนงค์เข้าร่วมโครงการพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดสรรเงินค่าปฏิบัติการ ด้วยระบบจ่ายตรงให้กับหน่วยปฏิบัติการ

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....ซึ่งเป็นผู้บริหารของ
(ชื่อหน่วยงาน).....สังกัด.....

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดสรรเงินค่าปฏิบัติการด้วยระบบจ่ายตรง กับ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พร้อมทั้งได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| ๑. แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์
(Corporate Online/ Corporate Banking) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๒. บันทึกความตกลง (MOU) ฉบับจริง | จำนวน ๒ ฉบับ |
| ๓. สำเนาสมุดบัญชีธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ที่ลงนามรับรอง | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๔. สำเนาเอกสารจดทะเบียนนิติบุคคล (กรณีมูลนิธิ/สมาคม/โรงพยาบาลเอกชน) | จำนวน ๑ ฉบับ |
| ๕. สำเนาหนังสือยกเว้นภาษี (กรณีมูลนิธิ/สมาคม ที่ได้รับการยกเว้น) | จำนวน ๑ ฉบับ |

ลงชื่อ

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

แบบบันทึกข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการโครงการพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดสรรเงินค่าปฏิบัติการ
ด้วยระบบจ่ายตรงให้กับหน่วยปฏิบัติการ จังหวัดสุโขทัย

๑. ข้อมูลหน่วยงาน

ชื่อหน่วยปฏิบัติการ.....สังกัด.....

ประเภทหน่วย () ALS () BLS () FR

ที่อยู่ของหน่วยงาน (เพื่อส่งไปรษณีย์) เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๒. ข้อมูลการประสานงาน

๒.๑ ผู้บริหารที่มีอำนาจลงนาม ชื่อ นามสกุล

ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....เบอร์มือถือ.....

๒.๒ ผู้ประสานงาน ชื่อ นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทร.....เบอร์มือถือ.....

E-mail.....

๓. บัญชีการโอนงบประมาณ (แนบสำเนาบัญชี พร้อมลงนามรับรองสำเนา)

ชื่อบัญชี.....สาขา.....หมายเลขบัญชี.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี (เฉพาะโรงพยาบาลเอกชน/มูลนิธิ/ชมรม)

๔. กรณีที่ตั้งหน่วยห่างจากโรงพยาบาลมากกว่า ๑๐ กิโลเมตร

ระยะระยะทาง.....กิโลเมตร



แบบแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Corporate Online/ Corporate Banking)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้าพเจ้า.....(หัวหน้าหน่วยงาน).....ตำแหน่ง.....

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี.....ชื่อหน่วยงาน.....

ประเภท ☐ มูลนิธิ/สมาคม ☐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ☐ กระทรวงสาธารณสุข

☐ กระทรวงศึกษาธิการ ☐ กระทรวงมหาดไทย ☐ กระทรวงกลาโหม ☐ โรงพยาบาลเอกชน

ที่อยู่หน่วยงาน (เพื่อส่งไปรษณีย์)..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

ขอรับเงินผ่านระบบระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Corporate Online/ Corporate Banking) ผ่าน

☐ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) (ไม่มีค่าธรรมเนียม)

ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี.....

☐ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) (ผู้รับโอน รับการค่าธรรมเนียม 5 บาท/รายการ)

ชื่อบัญชี.....เลขบัญชี.....

มีความประสงค์ขอแก้ไขข้อมูล ดังต่อไปนี้

รายการ	ข้อมูลเดิม	ข้อมูลใหม่ที่ต้องการ
คำนำหน้าชื่อ (หัวหน้าหน่วยงาน)		
ชื่อ-สกุล (หัวหน้าหน่วยงาน)		
ตำแหน่ง		
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี		
ชื่อหน่วยงาน		
ที่อยู่หน่วยงาน (เพื่อส่งไปรษณีย์)		
ตำบล		
อำเภอ		
จังหวัด		
รหัสไปรษณีย์		
ธนาคาร (ธกส. / ธ.กรุงไทย)		
ชื่อบัญชี		
เลขที่บัญชี		

และเมื่อ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โอนเงินผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Corporate Online/ Corporate Banking)

แล้ว ให้แจ้งผลการทำรายการโอนเงินผ่าน หนังสือแจ้งการโอนเงิน และ/หรือ

☐ e-mail: (เป็นระบบแจ้งผลของธนาคาร โปรดระบุ)

ชื่อ-สกุลผู้ประสาน..... ลงชื่อ.....ผู้มีสิทธิรับเงิน

เบอร์โทรผู้ประสาน..... (.....)



Logoท้องถิ่น

**บันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพ
ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับองค์กรบริหารส่วนตำบล.....**

.....

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบการจ่ายปฏิบัติการให้เป็นการจัดสรรไปยังหน่วยปฏิบัติโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรเงิน โดยการลดขั้นตอน ลดระยะเวลาและลดความผิดพลาดของการเบิกจ่าย ซึ่งเดิมจะมี ขั้นตอนการจัดสรรเงินค่าชดเชยปฏิบัติการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากนั้นจึงจัดสรรต่อไปยังหน่วยปฏิบัติการ ทำให้ ได้รับเงินล่าช้า ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงลดขั้นตอนดังกล่าวโดยทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มี ประสิทธิภาพโดยการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการให้กับหน่วยปฏิบัติการโดยตรง ซึ่งบันทึกความร่วมมือนี้ได้จัดทำขึ้น ณ สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุข ขอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เมื่อวันที่ ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย เรืออากาศเอก อัจฉริยะ แพงมา เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “สถาบัน” ฝ่ายหนึ่ง กับ..... โดย เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน้าที่ของสถาบัน

- (๑) ตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน
- (๒) แจ้งจำนวนเงินการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ
- (๓) โอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการพร้อมแจ้งการโอนเงินให้ทราบ

ข้อ ๒ หน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- (๑) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการในระบบ ITEMS
- (๒) ออกใบเสร็จรับเงินให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินงาน

การดำเนินงานมีกำหนดระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี โดยเริ่มตั้งแต่..... และสิ้นสุด เมื่อกำหนดระยะเวลาตามวรรคหนึ่งสิ้นสุดลง หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมิได้บอกเลิก ให้ถือว่าบันทึกความ ร่วมมือนี้มีผลบังคับต่อไปอีกทุกๆ ๑ (หนึ่ง) ปี

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น โดยต้นฉบับและคู่ฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน และทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ ข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ เรืออากาศเอก

(.....)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ

(.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

องค์การบริหารส่วนตำบล.....

ลงชื่อพยาน

(นางสาวกรรณกาญจน์ พุ่มวิเศษ)

ผู้จัดการงานบริหารงบกองทุน

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ..... พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....



Logoท้องถิ่น ตัวอย่าง

บันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพ
ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับ องค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล.....

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบการจ่ายปฏิบัติการให้เป็นการจัดสรรไปยังหน่วยปฏิบัติการโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรเงิน โดยการลดขั้นตอนระยะเวลาและลดความผิดพลาดของการเบิกจ่าย ซึ่งเดิมจะมีขั้นตอนการจัดสรรเงินค่าชดเชยปฏิบัติการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากนั้นจึงจัดสรรต่อไปยังหน่วยปฏิบัติการ ทำให้ได้รับเงินล่าช้า ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงลดขั้นตอนดังกล่าวโดยทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพโดยการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการให้กับหน่วยปฏิบัติการโดยตรง ซึ่งบันทึกความร่วมมือนี้ได้จัดทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุข ขอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เมื่อวันที่ ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย เรืออากาศเอก อัจฉริยะ แพงมา เลขธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “สถาบัน” ฝ่ายหนึ่ง กับ (องค์การบริหารส่วนตำบล.....) โดย (ชื่อผู้บริหารที่มีอำนาจลงนาม) เป็นผู้มีอำนาจลงนามซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน้าที่ของสถาบัน

- (๑) ตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน
- (๒) แจ้งจำนวนเงินการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ
- (๓) โอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการพร้อมแจ้งการโอนเงินให้ทราบ

ข้อ ๒ หน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- (๑) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการในระบบ ITEMS
- (๒) ออกใบเสร็จรับเงินให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินงาน

การดำเนินงานมีกำหนดระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี โดยเริ่มตั้งแต่..... และสิ้นสุด..... เมื่อกำหนดระยะเวลาตามวรรคหนึ่งสิ้นสุดลง หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมิได้บอกเลิก ให้ถือว่าบันทึกความร่วมมือนี้มีผลบังคับต่อไปอีกทุกๆ ๑ (หนึ่ง) ปี

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น โดยต้นฉบับและคู่ฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน และทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ เรืออากาศเอก

(.....)

เลขธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ

(.พิมพ์ชื่อ นามสกุล ผู้ลงนาม..)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ระบุ.....

องค์การบริหารส่วนตำบลระบุ.....

ลงชื่อพยาน

(นางรองกาญจน์ พุ่มวิเศษ)

ผู้จัดการงานบริหารงบประมาณ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ..... พยาน

(.พิมพ์ชื่อ นามสกุล ผู้รับผิดชอบ EMS..)

ตำแหน่ง ตำแหน่ง ผู้รับผิดชอบ EMS.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...ระบุ.....



Logoมูลนิธิ/สมาคม

**บันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพ
ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....**

.....

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบการจ่ายปฏิบัติการให้เป็นการจัดสรรไปยังหน่วยปฏิบัติโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรเงิน โดยการลดขั้นตอน ลดระยะเวลาและลดความผิดพลาดของการเบิกจ่าย ซึ่งเดิมจะมี ขั้นตอนการจัดสรรเงินค่าชดเชยปฏิบัติการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากนั้นจึงจัดสรรต่อไปยังหน่วยปฏิบัติการ ทำให้ ได้รับเงินล่าช้า ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงลดขั้นตอนดังกล่าวโดยทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มี ประสิทธิภาพโดยการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการให้กับหน่วยปฏิบัติการโดยตรง ซึ่งบันทึกความร่วมมือนี้ได้จัดทำขึ้น ณ สถาบัน การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุข ขอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เมื่อวันที่ ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดย เรืออากาศเอก อัจฉริยะ แพงมา เลขานุการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “สถาบัน” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....โดยเป็นผู้มีอำนาจลงนาม ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน้าที่ของสถาบัน

- (๑) ตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน
- (๒) แจ้งจำนวนเงินการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ
- (๓) โอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการพร้อมแจ้งการโอนเงินให้ทราบ

ข้อ ๒ หน้าที่ของมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม

- (๑) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการในระบบ ITEMS
- (๒) ออกใบเสร็จรับเงินให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินงาน

การดำเนินงานมีกำหนดระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี โดยเริ่มตั้งแต่..... และสิ้นสุด เมื่อกำหนดระยะเวลาตามวรรคหนึ่งสิ้นสุดลง หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมิได้บอกเลิก ให้ถือว่าบันทึกความร่วมมือนี้มีผลบังคับต่อไปอีกทุกๆ ๑ (หนึ่ง) ปี

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น โดยต้นฉบับและคู่ฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน และทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจ ข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ เรืออากาศเอก
(.....)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ
(.....)

ประธานมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....
มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม.....

ลงชื่อพยาน
(นางสาวกรรณกาญจน์ พุ่มวิเศษ)

ผู้จัดการงานบริหารงบประมาณ
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ตำแหน่ง.....
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....



Logoมูลนิธิ/สมาคม

บันทึกความร่วมมือโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพ
ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กับมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม ระบุ.....

.....

บันทึกความร่วมมือนี้ จัดทำขึ้นเป็นการปรับปรุงแบบการจ่ายปฏิบัติการให้เป็นการจัดสรรไปยังหน่วยปฏิบัติการโดยตรง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรเงิน โดยการลดขั้นตอน ลดระยะเวลาและลดความผิดพลาดของการเบิกจ่าย ซึ่งเดิมจะมีขั้นตอนการจัดสรรเงินค่าชดเชยปฏิบัติการไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จากนั้นจึงจัดสรรต่อไปยังหน่วยปฏิบัติการ ทำให้ได้รับเงินล่าช้า ดังนั้น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ จึงลดขั้นตอนดังกล่าวโดยทำโครงการพัฒนาระบบการจ่ายที่มีประสิทธิภาพโดยการจ่ายค่าชดเชยการปฏิบัติการให้กับหน่วยปฏิบัติการโดยตรง ซึ่งบันทึกความร่วมมือนี้ได้จัดทำขึ้น ณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เลขที่ ๘๘/๔๐ หมู่ที่ ๔ อาคารเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ๘๔ พรรษา สาธารณสุข ซอย ๖ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐ เมื่อวันที่**วันไว้**..... ระหว่าง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยเรืออากาศเอก อัจฉริยะ แพงมา เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “สถาบัน” ฝ่ายหนึ่ง กับ.....**ชื่อมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม**. โดย.....**ชื่อประธานมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม**.....เป็นผู้มีอำนาจลงนาม ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “มูลนิธิ/สมาคม/ชมรม” อีกฝ่ายหนึ่ง

ทั้งสองฝ่ายได้ตกลงกันดังมีข้อความต่อไปนี้

ข้อ ๑ หน้าที่ของสถาบัน

- (๑) ตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้องเพื่อขออนุมัติจ่ายเงิน
- (๒) แจ้งจำนวนเงินการจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ
- (๓) โอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการพร้อมแจ้งการโอนเงินให้ทราบ

ข้อ ๒ หน้าที่ของมูลนิธิ/สมาคม/ชมรม

- (๑) บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการในระบบ ITEMS
- (๒) ออกใบเสร็จรับเงินให้สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ข้อ ๓ ระยะเวลาดำเนินงาน

การดำเนินงานมีกำหนดระยะเวลา ๑ (หนึ่ง) ปี โดยเริ่มตั้งแต่.....**วันไว้**..... และสิ้นสุด.....**วันไว้**..... เมื่อกำหนดระยะเวลาตามวรรคหนึ่งสิ้นสุดลง หากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีได้บอกเลิก ให้ถือว่าบันทึกความร่วมมือนี้มีผลบังคับต่อไปอีกทุกๆ ๑ (หนึ่ง) ปี

บันทึกความร่วมมือนี้จัดทำขึ้น โดยต้นฉบับและคู่ฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน และทุกฝ่ายได้อ่านและเข้าใจข้อความโดยละเอียดแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และต่างยึดถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ เรืออากาศเอก

(.....)

เลขาธิการสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ

(..พิมพ์ชื่อนามสกุล.....)

ประธานมูลนิธิ/สมาคม/ชมรมระบุ.....

มูลนิธิ/สมาคม/ชมรมระบุ.....

ลงชื่อพยาน

(นางสาวรองกาญจน์ พุ่มวิเศษ)

ผู้จัดการงานบริหารงบประมาณ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

ลงชื่อ..... พยาน

(..พิมพ์ชื่อนามสกุล.....)

ตำแหน่ง พิมพ์ตำแหน่ง.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด..ระบุ.....



กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

เลขที่ ๓๓๑ ม. 14 ต.บ้านกล้วย อ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ๖๔๐๐๐

โทร.055-612258 ต่อ 311