

รายงานผลการปฏิบัติงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ “ปฏิบัติงานวิชาการ การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนา คุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ”

โดย พญ.ลลิตยา กองคำ

กรกฎาคม 2552

สนับสนุนโดย

แผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

สรุปผลงาน

ผู้เขียน พญ. ลลิตยา กองคำ

วัน/เดือน/ปี 3 ก.ค. 2552

หัวข้อ โครงการ การทบทวน วิเคราะห์ และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความนำ

หน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน เพื่อให้เข้าใจจุดแข็ง จุดอ่อนที่เกิดขึ้นของกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการกำกับ และพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน จึงต้องมีการทบทวน รวบรวมข้อมูลมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและวิเคราะห์ ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ของการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของประชาชน

ตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวนมากในปัจจุบัน ได้รับการพัฒนาจาก 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ประกอบด้วย เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เกณฑ์คุณภาพบริการ ชุดตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และตัวชี้วัดE-Inspection มีกลไกในการติดตามกำกับอยู่ภายใต้นโยบายของ 2 หน่วยงานหลัก โดยกระทรวงสาธารณสุขติดตามกำกับผ่านระบบการนิเทศงาน และตรวจราชการปกติ สปสช.ติดตามกำกับผ่านการบริหารงบกองทุนUC ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.ได้กำหนดกลไกระดับเขตและจังหวัด ระบบการติดตามกำกับ ระบบรายงาน ซึ่งพบว่าขาดเอกภาพของนโยบายและขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน อีกทั้งพบว่า ปัจจัยด้านการสนับสนุนจากCUP และบริบทที่แตกต่างของหน่วยบริการปฐมภูมิส่งผลต่อสมรรถนะและผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวชี้วัดส่วนใหญ่กำหนดจากส่วนกลาง ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติ ไม่สอดคล้องกับบริบทที่แท้จริงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่เป็นธรรมแก่หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก และผลการประเมินไม่ได้นำกลับมาใช้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เอื้อต่อระบบบริการปฐมภูมิ กำหนดกรอบการกำหนดชุดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมโครงสร้าง การบริหารจัดการและกลไกการดำเนินงาน กระบวนการให้บริการตามหลักการบริการปฐมภูมิ และผลลัพธ์บริการที่เกิดขึ้น ตัวชี้วัดต้องมีจำนวนไม่มาก สอดคล้องกับทิศทางนโยบายประเทศ ได้รับการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติ และมีคุณสมบัติที่เหมาะสม สามารถอธิบายภาพรวมของระบบบริการปฐมภูมิ พัฒนามาจากฐานข้อมูลและระบบข้อมูลที่มีอยู่ ไว้ต่อการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง

รายงานผลการศึกษา

โครงการ “ปฏิบัติงานวิชาการ การทบทวน วิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ”

เนื้อหาของรายงาน

	หน้า
1. บทนำ และวัตถุประสงค์	1
2. ขั้นตอนการดำเนินงาน	2
3. กรอบแนวคิดการศึกษการทบทวนตัวชี้วัด	3
4. การทบทวนตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ	4
5. การวิเคราะห์สถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน ที่เกิดขึ้นจากการติดตามกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ	15
6. ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และ เอื้อต่อการจัดบริการแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ	23
7. ร่างชุดตัวชี้วัดเบื้องต้นในการกำกับ ติดตามประเมินผล	28

1. บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

หน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชน ระบบบริการปฐมภูมิที่ดีนั้นจะต้องเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่น ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของประชาชนได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ดังนั้นการพัฒนาหน่วยบริการ ให้มีคุณภาพนั้น จำเป็นต้องมุ่งเน้นเป้าหมายที่ความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน โดยต้องมีการจัดระบบ ที่เอื้ออำนวย ตลอดจนมีแผนการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ ความสามารถอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องพร้อม กับพัฒนาให้มีการทำแผนพื้นที่ซึ่งตอบสนองต่อการแก้ปัญหาในแต่ละพื้นที่

ที่ผ่านมา หลายหน่วยงานได้มีการปฏิรูประบบแนวคิด และระบบบริหารจัดการเพื่อให้เกิดยุทธศาสตร์ และกลไกในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ แต่การพัฒนากลไกที่เอื้ออำนวยต่อการจัด บริการต่อประชาชน ทุก กลุ่มอย่างมีคุณภาพอย่างเท่าเทียมกัน เชื่อมโยงกันทั้งระบบ ไม่แยกส่วนโดยเน้นความต้องการของหน่วยงาน เป็นหลัก ยังคงต้องพัฒนาร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆในภาพรวม โดย เฉพาะอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาบริการ ปฐมภูมิเชิงรุก การสร้างเสริมสุขภาพ และความเข้มแข็งของชุมชน

เพื่อให้เข้าใจในจุดแข็ง จุดอ่อนที่เกิดขึ้นของกลไกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการกำกับ และพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน จึงเห็นควรต้องมีการทบทวน รวบรวมข้อมูลมาตรฐานตัวชี้วัดคุณภาพของ หน่วยบริการปฐมภูมิและวิเคราะห์ ตลอดจนพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ของการจัดระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการ ของประชาชน

ขอบเขตของการศึกษาของโครงการ

1. การรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิของหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน
2. การวิเคราะห์สถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน ที่เกิดขึ้นจากการกำกับ และติดตามคุณภาพมาตรฐาน บริการปฐมภูมิ
3. ข้อเสนอแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเอื้อต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิ แบบองค์รวมที่มีคุณภาพ ให้มีความครอบคลุมทั้งด้าน โครงสร้าง กลไกการดำเนินงาน การบริหารจัดการ และผลลัพธ์บริการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

วัตถุประสงค์

1. รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน
2. วิเคราะห์สถานการณ์การติดตามกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ
3. พัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเอื้อต่อการจัดบริการแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ

2. ขั้นตอนการดำเนินงาน

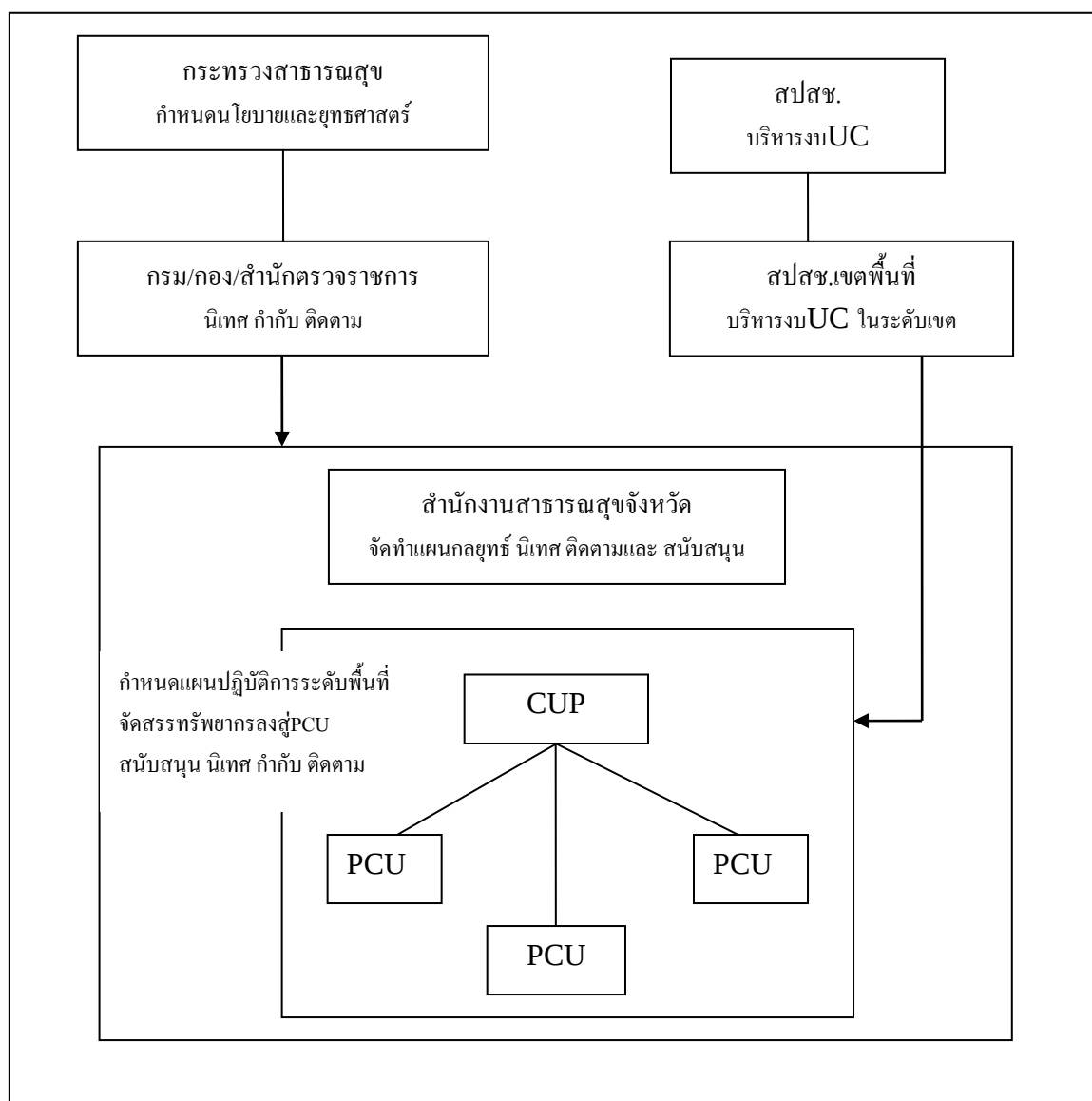
วิธีทำงาน

1. ทบทวนกรอบแนวคิดบริการปฐมภูมิและคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ
2. รวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของหน่วยงานต่างๆที่มีอยู่ในปัจจุบัน
3. จัดประชุมผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อประเมินสถานการณ์ กลไกการกำกับ ติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ
4. นำเสนอผลการรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัด การวิเคราะห์สถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน ที่เกิดขึ้นจากการกำกับ และติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ตลอดจนแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม
5. พัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเอื้อต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิแบบองค์รวมที่มีคุณภาพให้มีความครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กลไกการดำเนินงาน การบริหารจัดการ และผลลัพธ์บริการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
6. จัดประชุมระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้บริหารองค์กร และผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อนำเสนอชุดตัวชี้วัดและ การปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ระยะเวลาดำเนินงาน

15 มีนาคม 2552 - 15 พฤษภาคม 2552

3. กรอบแนวคิดการศึกษาทบทวนตัวชี้วัด



จากกรอบแนวคิดข้างต้นหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 อยู่ภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานส่วนกลาง ที่มีบทบาทในการกำหนดทิศทาง นโยบายสุขภาพและ ยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ในส่วนภูมิภาคมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่นิเทศ กำกับและ ติดตามนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงในระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่นํานโยบาย และยุทธศาสตร์กระทรวง ไปจัดทำแผนกลยุทธ์ สนับสนุน นิเทศ กำกับและติดตามหน่วยงานสาธารณสุขใน ระดับอำเภอและตำบล ในขณะที่ สปสข. ทำหน้าที่บริหารงบกองทุน UC และมีหน่วยงานในระดับภูมิภาค สปสข. เขตพื้นที่บริหารงบ UC ในระดับเขต ตลอดจนการบริหารข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการทุกระดับ สปสข.จึงมีกลไกในการกำกับและติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านการบริหารกองทุนต่างๆ

ดังนั้นในการรวบรวมตัวชี้วัดบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ จึงดำเนินการรวบรวมภายใต้ตัวชี้วัดที่เกิดขึ้นจาก การนิเทศ กำกับและติดตามของทั้ง 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและสปสข.

4. การรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดมาตรฐานหน่วยปฐมภูมิ

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้กำหนดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีมาตรฐานเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการจัดบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หน่วยบริการปฐมภูมิต้องขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้มีมาตรฐานตามที่ สปสช.กำหนด เมื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว หน่วยบริการปฐมภูมิจะได้รับงบประมาณนอก(OP) งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ตลอดจนงบกองทุนอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดย สปสช. จัดสรรงบดังกล่าว ไปยังหน่วยคู่สัญญาคือหน่วยบริการประจำ (CUP) ที่มีหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นเครือข่าย จากนั้น CUP จึงจัดสรรงบประมาณของกรรมการบริหารเครือข่ายบริการ(CUP Board) ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิตามลำดับ การนิเทศ กำกับและติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิอยู่ภายใต้ สปสช.ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบข้อมูลบริการและบริหารงบ UC ขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ มีโครงสร้างอยู่ภายใต้สายบังคับบัญชากระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีนโยบายและยุทธศาสตร์ ตลอดจนระบบการนิเทศ กำกับและติดตามตามกลไกที่กระทรวงกำหนดไว้ ซึ่งพบว่า นโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.ยังไม่เป็นเอกภาพไปในทิศทางเดียวกัน ทำให้ทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ต่างก็มีการพัฒนาตัวชี้วัดและใช้ข้อมูลเพื่อการประเมินและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังนี้

1. ตัวชี้วัดที่ สปสช. กำหนด
 - 1.1 มาตรฐานการขึ้นทะเบียน
 - 1.2 เกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
 - 1.3 ตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
2. ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
 - 2.1 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน
 - 2.2 ตัวชี้วัดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

1. ตัวชี้วัดที่สปสช.กำหนด

1.1 มาตรฐานการขึ้นทะเบียน[1]

พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ตามมาตรา 6, 7 และ 44 ได้กำหนดข้อบังคับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่าด้วย หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการและเครือข่ายบริการ สปสช. จึงกำหนด เกณฑ์การตรวจประเมิน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ

มาตรฐานการขึ้นทะเบียนครอบคลุม มาตรฐานการขึ้นทะเบียนของหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการประจำ หน่วยบริการรับส่งต่อ และหน่วยร่วมบริการ โดยมีสาระสำคัญ เน้นการประเมินมาตรฐานของปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก ได้แก่ ศักยภาพการจัดบริการ (ทรัพยากรบุคคล อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือ) และการบริหารจัดการ ของหน่วยบริการทุกระดับ เกณฑ์ที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายสูงสุดของหน่วยบริการแต่ละระดับ เพื่อให้เกิดการพัฒนาขีดความสามารถและคุณภาพบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ การสร้างและ

พัฒนาเครือข่ายของระบบบริการที่มีการส่งต่อและการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับการบริหารงบประมาณกองทุนในการจ่ายค่าบริการด้านสาธารณสุขแก่หน่วยบริการแต่ละประเภท ทั้งนี้ เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในที่สุด

เกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วยมาตรฐาน 5 หมวด (26-29 ตัวชี้วัด) ดังนี้
หมวดที่ 1 ศักยภาพในการจัดระบบบริการ ให้ประชาชนเข้าถึง

ม1.1 ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการ โดยผู้รับบริการสามารถเดินทางโดยรถยนต์ ใช้เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 30 นาที

ม1.2 สามารถให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบ ได้ไม่เกิน 10,000 คนต่อหนึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิ

ม1.3 สามารถเปิดให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบทุกวัน และรวมเวลาให้บริการแล้วไม่น้อยกว่า 56 ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยเน้นเปิดให้บริการในเวลาที่ผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบนั้นสามารถเข้า ถึงได้สะดวก

ม1.4 ติดประกาศเวลาให้บริการ ตามที่ตกลงกับสำนักงานสาขา ไว้ในที่เปิดเผยให้เห็นได้อย่างชัดเจน

หมวดที่ 2 จัดบริการระดับปฐมภูมิได้ครบถ้วน ครอบคลุมประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข

ม2.1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย พร้อมทั้งมีระบบติดตามความต่อเนื่องของการบริการ

ม2.2 บริการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาล ได้อย่างเป็นองค์รวม โดยผสมผสานร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น โดยอาจจัดให้มีการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และจัดให้มีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบวงจร ตลอดจนสามารถจัดบริการในกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินได้ทั้งในและนอกเวลาทำการ

ม2.3 บริการทันตกรรม ทั้งการสร้างเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอาจจัดให้มีบริการภายในหน่วยบริการและ/หรือภายในพื้นที่ หรือมีระบบเครือข่ายส่งต่อเพื่อส่งต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่ความรับผิดชอบไปรับบริการยังหน่วยบริการหรือสถานบริการอื่น

ม2.4 จัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน และบริการเชิงรุกในชุมชนไม่น้อยกว่า 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

ม2.5 บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน และ/หรือมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นได้อย่างมีคุณภาพและรวดเร็ว

ม2.6 บริการเภสัชกรรม ได้แก่ มีระบบการจัดหา การจัดเก็บ และการจ่าย รวมทั้งการกำกับคุณภาพและมาตรฐานยาและเวชภัณฑ์ ที่ได้มาตรฐาน และ/หรือมีระบบเครือข่ายการให้บริการ

หมวด 3 บุคลากร ต้องมีหรือจัดให้มีบุคลากร เพื่อทำหน้าที่ให้บริการปฐมภูมิโดยเฉพาะ

ม3.1 จัดให้มีแพทย์/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย 1 คนต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คน ทำหน้าที่รับ ผิดชอบดูแลสุขภาพผู้มีสิทธิร่วมกับบุคลากรอื่นๆในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยเป็นผู้ให้บริการ กำกับดูแลคุณภาพ และให้คำปรึกษา

ม3.2 มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ ปฏิบัติงานประจำ อย่างน้อย 2 คนต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คน

ม3.3 บุคลากรอื่น ที่มีคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรีสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือเทียบเท่าปฏิบัติงานประจำ จำนวน 3 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน 10,000 คน

ม3.4 บุคลากรอื่น ที่มีคุณวุฒิไม่ต่ำกว่าระดับประกาศนียบัตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพหรือสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือเทียบเท่าหรือผู้ประ กอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะปฏิบัติงานประจำ จำนวน 3 คน ต่อผู้มีสิทธิที่ลงทะเบียนไม่เกิน 10,000 คน

ม3.5 ทันตแพทย์อย่างน้อย 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน หรือ ในพื้นที่ที่ขาดแคลนทันตแพทย์ ให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานภายใต้การกำกับของทันตแพทย์ โดยทันตภิบาล 2 คน ต่อ ทันตแพทย์ 1 คน หรือทันตภิบาล 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ต่อผู้มีสิทธิไม่เกิน 1,000 คน

ม3.6 เกสเซอร์อย่างน้อย 1 คนปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 4 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิในพื้นที่รับผิดชอบไม่เกิน 1,000 คน หรือ ในพื้นที่ที่ขาดแคลนเกสเซอร์ พิจารณาให้เจ้าพนักงานเกสเซอร์รปฏิบัติ งานภายใต้การกำกับของเกสเซอร์ได้ โดยเจ้าพนักงานเกสเซอร์ 2 คนต่อ เกสเซอร์ 1 คน หรือเจ้าพนักงานเกสเซอร์ 1 คน ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 8 ชั่วโมง/สัปดาห์ ต่อผู้มีสิทธิไม่เกิน 1,000 คน

หมวด 4 การบริหารจัดการ

ม4.1 มีผู้จัดการ หรือคณะทำงาน ร่วมกันบริหารจัดการและพัฒนาบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ม4.2 มีแผนงาน ที่สอดคล้องกับแผนงานของหน่วยบริการประจำ สำนักงาน และสอดคล้องกับสถานะสุขภาพของผู้มีสิทธิ ที่ระบุเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

ม4.3 มีระบบการติดต่อสื่อสาร ที่สามารถรับคำปรึกษาจากหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการรับส่งต่อได้อย่างรวดเร็ว

ม4.4 มีระบบข้อมูลและสารสนเทศ เพื่อใช้ในการจัดบริการและบริหารจัดการที่สามารถเชื่อมโยงภายในเครือข่ายหน่วยบริการ และเครือข่ายสารสนเทศของสำนักงานได้ พร้อมทั้งสามารถส่งข้อมูลหรือรายงานให้หน่วยบริการประจำ หรือ ให้สำนักงานตามที่สำนักงานกำหนด

ม4.5 มีการกำกับดูแลและพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามมาตรฐานที่กำหนด ดังต่อไปนี้

ม4.5.1 มีการบริหารจัดการคุณภาพ

ม4.5.2 มีการจัดการด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

ม4.5.3 มีการบันทึกข้อมูลการบริการที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อการกำกับดูแลและพัฒนา
คุณภาพหน่วยบริการ

ม4.5.4 มีแนวทางการจัดบริการที่ต่อเนื่องของการให้บริการ

หมวด 5 สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ต้องมีสถานที่ อุปกรณ์ และเครื่องมือ

ม 5.1 มีการจัดสถานที่เป็นสัดส่วน สะอาด ปลอดภัย และมีพื้นที่ให้บริการอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับ
การจัดบริการแต่ละด้าน

ม5.2 จัดให้มีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น พร้อมใช้งานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน
การเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล ตามรายการที่สำนักงานกำหนด

ม5.3 กรณีจัดให้บริการทางทันตกรรมภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา
และเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่
สำนักงานกำหนด

ม5.4 กรณีจัดให้บริการทางด้านเภสัชกรรม ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ต้องมีอุปกรณ์
เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
หรือตามที่สำนักงานกำหนด

ม5.5 กรณีจัดให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิเอง ต้องมีอุปกรณ์
เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล
หรือตามที่สำนักงานกำหนด

ม5.6 กรณีจัดให้บริการกายภาพบำบัด ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เอง ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ
ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่
สำนักงานกำหนด

ม5.7 กรณีจัดให้บริการแพทย์แผนไทย ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เอง ต้องมีอุปกรณ์ เครื่องมือ ยา
และเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือตามที่
สำนักงานกำหนด

ม5.8 กรณีจัดให้บริการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ เอง ต้องมีอุปกรณ์
เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์ ตามรายการที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามกฎหมายว่าด้วย สถาน พยาบาล หรือ
ตามที่สำนักงานกำหนด

หน่วยบริการที่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ต้องได้รับการตรวจประเมิน ตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียน ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิต้องเป็นเครือข่าย
หน่วยบริการประจำ(CUP) ยกเว้นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ จนมีขีดความสามารถ
เทียบเท่าหน่วยบริการประจำ เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน (CMU) สามารถที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ
ประจำ(CUP) เพื่อทำสัญญารับงบ OP&PP โดยตรงจาก สปสช. ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านการขึ้น
ทะเบียนแล้วจะได้รับการตรวจประเมินการขึ้นซ้ำปีละ 1 ครั้ง เพื่อกำกับให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องตาม
เกณฑ์ที่กำหนด การตรวจประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการโดยคณะกรรมการตรวจประเมิน

เนื่องจากเกณฑ์การขึ้นทะเบียนดังกล่าวเป็นเกณฑ์ขั้นสูงสุดที่ สปสช.กำหนด จึงพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ ซึ่งพัฒนามาจากสถานีอนามัย ยังขาดการสนับสนุนจาก CUP ในด้านการพัฒนาสถานประกอบการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ตามมาตรฐานกำหนด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านบุคลากร ซึ่งโดยภาพรวมมีความขาดแคลนทุกระดับ แต่อย่างไรก็ตามสถานีอนามัยดังกล่าวก็ได้รับการอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2 เกณฑ์คุณภาพบริการ[2]

ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการรับส่งต่อ จัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนดอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลไกการจ่ายเงินตามผลงาน ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพโดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดตั้งกองทุนคุณภาพ และจัดสรรงบประมาณบริการ 20 บาทต่อประชากร ลงในทุกพื้นที่ตามจำนวนประชากรสิทธิ UC ซึ่งแบ่งวงเงินงบประมาณ ตามประเภทหน่วยบริการเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 วงเงินสำหรับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ 10 บาทต่อจำนวนประชากรสิทธิ UC

ส่วนที่ 2 วงเงิน สำหรับหน่วยบริการรับส่งต่อ 10 บาทต่อจำนวนประชากรสิทธิ UC

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพ แยกตามประเภทหน่วยบริการ มีหลักการเลือกเกณฑ์คุณภาพบริการ คือ ใช้เป็นเครื่องกำหนดทิศทาง/ประเด็นเป้าหมายที่ชัดเจนว่าต้องการเน้นคุณภาพในเรื่องใด เพื่อชี้้นำให้เกิดการพัฒนาในระยะยาว โดยเลือกเกณฑ์ผลลัพธ์คุณภาพของการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดโรคที่เป็นตัวแทนสะท้อนคุณภาพของระบบบริการคือ DM, HT, Asthma และเลือกเกณฑ์คุณภาพที่สะท้อนมิติด้านคุณภาพบริการและความปลอดภัย ทั้งนี้ทุกเกณฑ์ต้องมีระบบข้อมูลและการจัดเก็บที่เป็นไปได้ น่าเชื่อถือ และเป็นธรรมแก่ทุกหน่วยบริการ กระบวนการคัดเลือกโดยมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องและนักวิชาการ เพื่อให้เกิดการยอมรับ ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการประจำ ประกอบด้วยตัวชี้วัด 7 ข้อ เป็นเกณฑ์ภาพรวมของประเทศ กำหนดโดย สปสช. และเกณฑ์ระดับพื้นที่ โดย สปสช. เขต พื้นที่ กำหนดตัวชี้วัดอีก 1-3 ข้อ รวมไม่เกิน 10 ข้อ แต่ละตัวชี้วัดจะมีการถ่วงน้ำหนักที่แตกต่างกัน

สปสช.เขตพื้นที่เป็นผู้บริหารจัดการในระดับพื้นที่ โดย สปสช.ได้กำหนดกลไกการบริหารกองทุน การจ่ายครั้งแรกในวงเงิน 1 บาท ต่อ ประชากร UC เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด ส่วนครั้งที่ 2 จ่ายตาม performance ภายหลังการประเมินผลงานตามเกณฑ์ที่กำหนด การจัดสรรจะแตกต่างกันตามผลคะแนนที่ประเมินได้ สปสช.เขตพื้นที่ แจกผลการประเมินคุณภาพบริการตามเกณฑ์ประเมินต่างๆ แก่หน่วยบริการเพื่อการพัฒนาคุณภาพต่อไป

เกณฑ์/เครื่องชี้วัดของหน่วยประจำและหน่วยปฐมภูมิในเครือข่าย
1. อัตราการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเกณฑ์
2. อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ
3. อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคหืดในผู้ใหญ่
5. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากภาวะแทรกซ้อนระยะสั้นของโรคเบาหวาน
6. อัตราการรับเข้าโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากโรคความดันโลหิตสูง หรือภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง
7. อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติ ในบริการปฐมภูมิ
8. หมู่บ้านจัดการด้านสุขภาพ(เกณฑ์พื้นที่สปส.เขต9)
9. งานวิจัยที่ผ่านการรับรอง/นวัตกรรมสำหรับปฐมภูมิ(เกณฑ์พื้นที่สปส.เขต9)
10. ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ PCU(เกณฑ์พื้นที่สปส.เขต9)

ตารางที่ 1 เกณฑ์คุณภาพบริการ ใช้สำหรับหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ

1.3 ตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Composite Indicators)

ในปี2551 สปสช.ได้มีการจัดสรรงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health Promotion and Disease Prevention) เป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ(P&P National Priority Program and Central Procurement) หรือเดิมเป็นงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค Vertical program ซึ่งกำหนดแผนงานโครงการจากปัญหาสุขภาพระดับประเทศ
2. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน(P&P Community-based Service) ดำเนินการในรูปแบบกองทุนสุขภาพตำบลในพื้นที่ที่องค์กรปกครองท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ ในพื้นที่อื่นงบ P&P Com จัดสรรสู่PCU ตามเดิม
3. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการเด่นชัด(P&P Expressed Demand Services)ในชุมชน ซึ่งครอบคลุมบริการพื้นฐานสำหรับคนไทยทุกเพศ กลุ่มและวัยทั้งในและนอกสถานบริการ
4. งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่(P&P Area-based Service) เน้นการแก้ปัญหาสุขภาพ และการริเริ่มพัฒนารูปแบบงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่

จากปัญหาการขาดเอกภาพในการกำหนดนโยบายและการบริหารงานสาธารณสุขระหว่าง 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. จึงมีแนวทางบริหารงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับทิศทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. โดยกำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ สปสช.เขตพื้นที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและ

บูรณาการให้เกิดการสร้างสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ ภายใต้การบริหารจัดการและการกำกับดูแล
งบประมาณของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่(อปสข.) โดย สปสช. ได้พัฒนาชุด
ตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Composite Indicators) จำนวน 12 ข้อ จำนวน 10 ข้อ เป็นตัวชี้วัด
กลาง อีก 2 ข้อเป็นตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาในพื้นที่ของสปสช.และ ตัวชี้วัดการดำเนินงานของคณะกรรมการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการ ระบบการกำกับ
ติดตามประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และใช้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังภาวะ
สุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งได้บูรณาการชุดตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบE-Inspection
และมีกลไกการกำกับติดตามผ่านระบบตรวจราชการปกติของกระทรวงสาธารณสุข

1. อัตราความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. ร้อยละประชากรPre-DM ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ผลอยู่ใน เกณฑ์ปกติ
3. ร้อยละประชากรPre-HT ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ผลอยู่ใน เกณฑ์ปกติ
4. อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 1, 3, 5 ปี
5. ร้อยละสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
6. ร้อยละสตรีที่มีผลPAP ผิดปกติได้รับการรักษาตามแนวทางการส่งต่อ
7. ร้อยละการได้รับวัคซีนไข้วัดใหญ่ตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย
8. ร้อยละเด็กนร.ป.1 ที่มีปัญหาท้องพินลึกได้รับการเคลื่อนหูลมร่อนพิน
9. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์(1stvisit<12 wk, เจาะHIV & Thalassemia)
10. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
11. ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาในพื้นที่ของสปสช.
12. ตัวชี้วัดการดำเนินงานของคณะกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับจังหวัด

ตารางที่ 3 ชุดตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Composite Indicators)

2.1 มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน [4]

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อร่างเกณฑ์มาตรฐาน
คุณภาพบริการ(HCA: Health Care Accreditation) และได้นำเกณฑ์HCA ผ่านมติที่ประชุมของกระทรวง
สาธารณสุข เพื่อประกาศใช้ทั่วประเทศ โดยให้ผู้ตรวจราชการสาธารณสุขทุกเขต นำเกณฑ์ไปตรวจรับรอง
ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตตน และกระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดตัวชี้วัดระดับจังหวัดให้ศูนย์สุขภาพ
ชุมชนที่ได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 40 เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งในระบบ E-Inspection

มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน(HCA) เป็นมาตรฐานที่เน้นการประเมินกระบวนการเป็นหลัก ซึ่งพัฒนา มา
จากกระบวนการหลักในหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีการกิจในการให้บริการอย่างเป็นองค์รวม ทั้งบริการในชุมชน

และบริการในสถานบริการ การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนบริการ การประสานงานกับชุมชนและหน่วยบริการอื่นๆ และการพัฒนาบุคลากร ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐาน 5 ด้าน (26 มาตรฐาน 42 ตัวชี้วัด) ดังนี้

มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

1. สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการวางแผน/ทำกิจกรรมในชุมชน
2. สนับสนุนการจัดกิจกรรมที่ริเริ่มจากชุมชน ใช้ทรัพยากรชุมชนเป็นหลักมีและทำชมรมสร้างสุขภาพ
3. บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว และ ปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพความสามารถในการอธิบายการดูแลสุขภาพคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ได้อย่างถูกต้องของ อาสาสมัครสาธารณสุข การดำเนินการโครงการอาหารปลอดภัย

4. มีและใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ

5. มีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder)

มาตรฐานด้านกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน

6. มีรูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการสร้างสุขภาพแบบ องค์กรร่วม (กายจิตสังคม)
7. มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตาม และการส่งต่อได้สะดวก
8. ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ไปสู่การป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กายจิตสังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่าง ถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ
9. มีการบริการรักษาพยาบาลทุกกลุ่มอาการที่ผสมผสานกับ การส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ บริการสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟูสภาพ การดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินและการประเมินการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ความพึงพอใจของ ประชาชนในเขตรับผิดชอบต่อการเข้าถึงบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน ระบบตรวจสอบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อ

10. มีการจัดบริการด้านทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันโรคทางด้านทันตกรรม

11. มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

12. มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ มาตรฐานยา: ความสามารถในการบริหารเวชภัณฑ์ ร้อยละของผู้รับบริการได้รับมอทยาที่ถูกต้อง และสามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

13. มีบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

14. มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในหญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุ 0-5 ปี: ความครอบคลุมของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ตามมาตรฐาน ร้อยละของเด็ก 0 - 5 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี ตาม EPI program

มาตรฐานด้านบริการต่อเนื่อง

15. มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record)

16. มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling)

17. มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว: ความสามารถในการจัดระบบส่งต่อทั้งไปและกลับ ความสามารถของทีมสุขภาพในการอธิบายการดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน แรงจูงใจทั้งทางร่างกาย และจิตใจที่พบบ่่อยได้

18. มีการบริการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยม เพื่อทำความรู้จักสร้างความเข้าใจในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัวและการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น: ความสามารถในการให้บริการเยี่ยมบ้าน ร้อยละของผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานด้านบริหารจัดการ

19. มีทีมสุขภาพให้การบริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ: รูปแบบบริการที่ต่อเนื่องเป็นทีมประจำของทีมสุขภาพ ความสามารถในการจัดบุคลากรต่อประชากรตามหลักเกณฑ์

20. มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง

21. บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์: ความสามารถของทีมสุขภาพในการอธิบายแนวทางดำเนินงาน PCU ความสามารถในการบริหารจัดการให้ทีมสุขภาพรับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ

22. ร้อยละของแผน / กิจกรรมสร้างสุขภาพแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์

23. มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ: ระบบการจ่ายค่าตอบแทน ระบบบริหารงานโดยคำนึงถึงความคุ้มค่า ระบบบริหารงานที่แสดงต้นทุนบริการที่แท้จริง

มาตรฐานด้านวิชาการ

24. ความครอบคลุมการมีมาตรฐานการกำกับให้การให้บริการด้านต่างๆ ใน PCU

25. ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับบริการก่อนวัดกรรม

26. ผล / แผนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่

แม้ว่ามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนจะพัฒนามาจากกระบวนการหลักของ ศสช. และเน้นการประเมินกระบวนการเป็นหลัก แต่ตัวชี้วัดที่กำหนดส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะกิจกรรมที่เกิดขึ้น อาจไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด ตัวชี้วัดบางตัวซ้ำซ้อนกับมาตรฐานอื่น ตัวชี้วัดบางตัวเป็นกิจกรรมที่กำหนดมาจากส่วนกลางตามนโยบาย แผนงานของกรมกองต่างๆ ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนภาพที่แท้จริงของหน่วยบริการปฐมภูมิ มาตรฐานของผู้ตรวจประเมินซึ่งยังมีความแตกต่างทั้งมุมมองต่อระบบบริการปฐมภูมิและทักษะในการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล อีกทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งจะได้รับการประเมินติดตามด้วยเครื่องมือและมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่มีการแยกระดับหรือความจำเพาะในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละพื้นที่

2.2 ตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขในพื้นที่ (E-Inspection และตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์จังหวัด)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการ ตามปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ และมีการบูรณาการแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (P&P National Priority Program and Central Procurement) ร่วมกับ สปสช. โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้

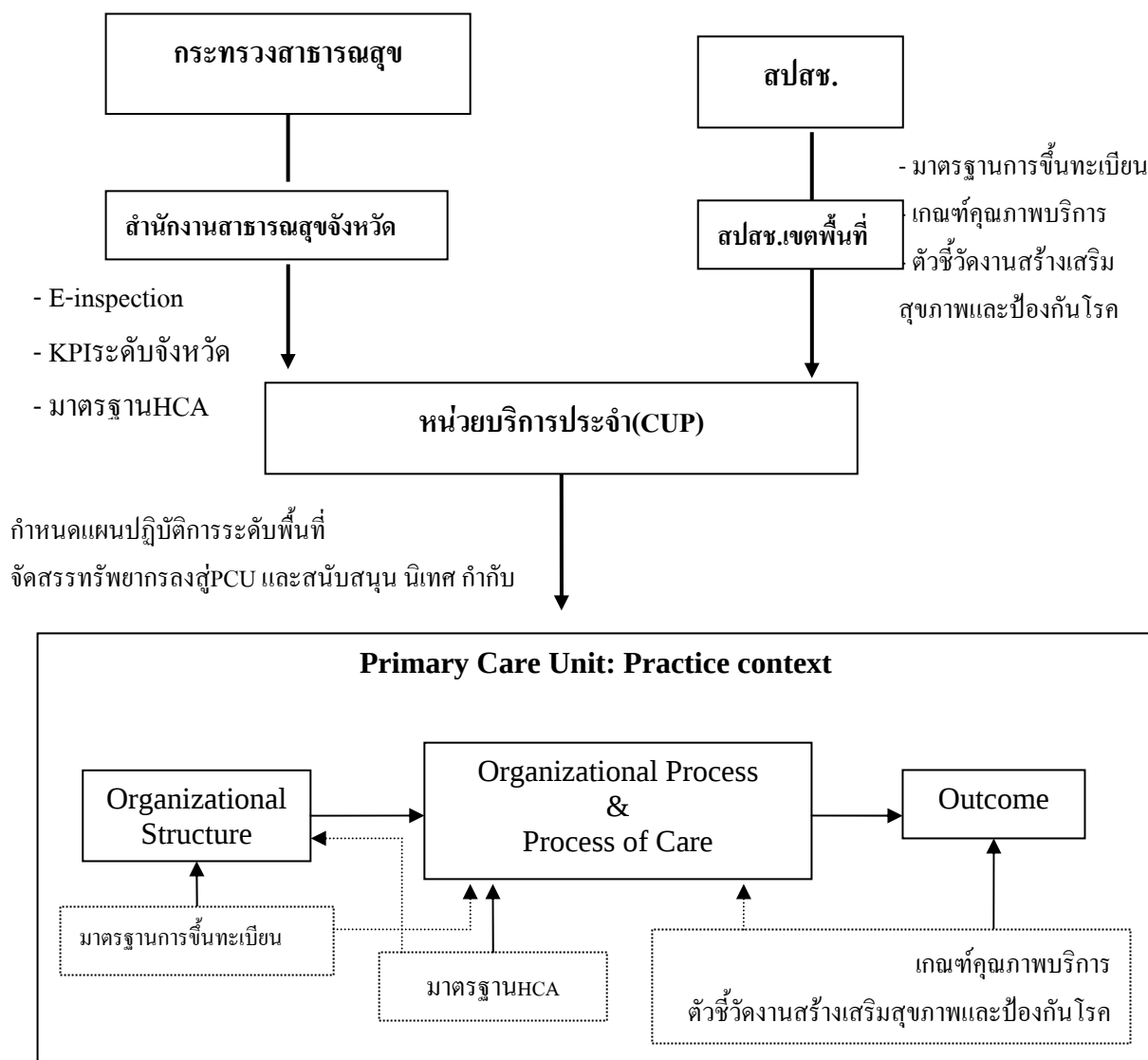
นำนโยบาย แผนงาน/โครงการกระทรวงสาธารณสุข และแผนงาน/โครงการจากกรม/กองต่างๆในกระทรวงสาธารณสุข มาจัดทำยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด ด้านการนิเทศ ติดตามกำกับจากระบบการตรวจราชการและนิเทศงานสาธารณสุข ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายแก่ผู้ตรวจราชการกระทรวงประจำเขตต่างๆ ซึ่งสำนักงานนโยบายแผนและยุทธศาสตร์(สนย.) ได้พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ(E-Inspection) เพื่อการสนับสนุนการตรวจราชการและนิเทศงานสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ รายงานผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องตาม E-Inspection ซึ่งตัวชี้วัดE-Inspection ส่วนใหญ่เป็นตัวชี้วัดผลผลิตและในแต่ละแผนงาน/โครงการจะมีตัวชี้วัดจำนวนมาก จึงเป็นระบบรายงานมากกว่าการกำกับติดตามคุณภาพการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งอยู่ภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข แต่อย่างไรก็ตามด้วยกลไกเชิงโครงสร้าง ตัวชี้วัดดังกล่าวจึงมีอิทธิพลต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ แม้ว่าจะไม่สะท้อนถึงคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างแท้จริง

ตัวชี้วัด/แหล่งที่มา	มิติการวัด	วัตถุประสงค์	กระบวนการประเมิน	กลไกสำคัญ
มาตรฐานการขึ้นทะเบียน/ สปสช.	เน้นปัจจัยนำเข้า	ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า	การตรวจประเมิน	การขึ้นทะเบียนเพื่อหน่วยบริการใน ระบบUC
มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน/ กระทรวงสาธารณสุข	เน้นกระบวนการ	ประเมินมาตรฐานคุณภาพบริการ	การตรวจประเมิน	กำกับติดตามภายใต้โครงสร้างกระทรวง สาธารณสุขและมาตรฐานผู้ประเมิน
เกณฑ์คุณภาพบริการ/สปสช.	เน้นผลลัพธ์	ประเมินคุณภาพการจัดบริการ	รวบรวมจากฐานข้อมูล	การจ่ายเงินตามผลงาน
Composite Indicators/สปสช.	เน้นผลลัพธ์	กำกับติดตามการดำเนินงานP&P ระดับพื้นที่และสะท้อนภาพ บริการP&Pภายใต้ชุดสิทธิ ประโยชน์	รวบรวมจากฐานข้อมูล/ระบบ รายงาน	บูรณาการในระบบE-Inspection และมีระบบFeedback เพื่อวางแผนและ พัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
E-Inspection/ กระทรวงสาธารณสุข	เน้นผลผลิต	กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ตามนโยบาย	รวบรวมจากระบบรายงาน	กำกับติดตามภายใต้โครงสร้างกระทรวง สาธารณสุข

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกตามแหล่งที่มา มิติการวัด วัตถุประสงค์ กระบวนการประเมินและกลไกที่สำคัญ

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ จุดแข็ง จุดอ่อน ที่เกิดขึ้นจากการติดตามกำกับคุณภาพมาตรฐาน บริการปฐมภูมิ

การติดตามกำกับคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน พบว่าอยู่ภายใต้การกำกับติดตามจาก 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. โดยกระทรวงสาธารณสุขติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบการติดตามนิเทศปกติจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ สปสช.กำกับติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิในการดำเนินงานด้านบริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ดังแผนภาพที่ 1



กลไกระดับนโยบาย

กลไกที่สำคัญระดับนโยบายในการกำกับติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ จึงเกิดจาก 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขที่มีอิทธิพลในเชิงโครงสร้างสายการบังคับบัญชา และ สปสช. แม้ไม่มีอิทธิพลในเชิงโครงสร้างสายบังคับบัญชา แต่มีกลไกในการบริหารกองทุนต่างๆที่เป็นทรัพยากรหลักในการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าทิศทางนโยบายของ 2 หน่วยงาน ยังขาดการบูรณาการและการกำหนดบทบาทของ 2 หน่วยงานที่ชัดเจน ในการสนับสนุนกำกับติดตาม ส่งผลให้หน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นหน่วยบริการย่อยที่สุดในระบบบริการสาธารณสุข เป็นที่รองรับนโยบายต่างๆจากทั้ง 2 หน่วยงานที่ต่างก็มีกลไกในการติดตามกำกับ แผนงาน/โครงการตามนโยบายของหน่วยงานตน ตลอดจนการกำหนดตัวชี้วัดในการกำกับติดตามที่ขาดการมีส่วนร่วมระหว่าง 2 หน่วยงาน ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ในการกำหนดชุดตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศจำนวน 12 ตัวชี้วัด ที่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของตัวชี้วัด E-Inspection ซึ่งครอบคลุมตัวชี้วัดของแผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ที่หน่วยบริการปฐมภูมิต้องรายงานในระบบ E-Inspection และได้รับการนิเทศ กำกับติดตามจากระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข

กลไกระดับภูมิภาคและจังหวัด

ในระดับภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งเขตพื้นที่ และกำหนดบทบาทผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำเขตพื้นที่และสาธารณสุขนิเทศในการนิเทศ ติดตามกำกับ แผนงาน/โครงการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ สปสช. มีการกำหนดโครงสร้างในระดับภูมิภาคได้แก่ สปสช.เขตพื้นที่ ให้มีบทบาทในการบริหารงบกองทุน UC ในพื้นที่ ตลอดจนการติดตามกำกับตามตัวชี้วัดที่ สปสช. ส่วนกลางกำหนด อย่างไรก็ตามยังมีกลไกการบริหารงบกองทุน UC ในระดับเขตผ่านคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสช.) ซึ่งผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และผู้อำนวยการ สปสช.เขตพื้นที่เป็นเลขานุการ เป็นอีกกลไกหนึ่งซึ่งมีผลในการสนับสนุนติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ หาก อปสช. มีความเข้มแข็งและสามารถบูรณาการยุทธศาสตร์แผนงาน/โครงการของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ได้ ก็จะเป็นกลไกที่สำคัญระดับเขต ที่ช่วยสนับสนุน กำกับติดตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ

กลไกระดับอำเภอและ CUP

หน่วยบริการประจำ (CUP) เป็นหน่วยคู่สัญญา กับ สปสช. และรับงบประมาณรายหัวจากกองทุนผู้ป่วยนอก สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (OP) ในเขตชนบทจะมีโรงพยาบาลชุมชนเป็น CUP ในเขตเมืองจะมีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปทำหน้าที่เป็น CUP ยกเว้นในบางพื้นที่ศูนย์แพทย์ชุมชนที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ขึ้นทะเบียนของ สปสช. เป็นหน่วยบริการประจำ จะทำหน้าที่ CUP เพิ่มอีกหน้าที่หนึ่ง การสนับสนุนจาก CUP จึงเป็นอีกกลไกหนึ่งที่มีผลต่อระบบบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการ

สนับสนุนบุคลากร งบประมาณและทรัพยากรอื่นๆในการเสริมสร้างศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญและถูกกำหนดตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ

ระบบการกำกับและติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ

จากชุดตัวชี้วัด 5 กลุ่มข้างต้น(ตารางที่1) มีวัตถุประสงค์และมิติในการวัดที่แตกต่างกันจึงมีระบบและกลไกที่ถูกออกแบบในการกำกับติดตามตามวัตถุประสงค์ของชุดตัวชี้วัดเป็นหลัก ได้แก่

เกณฑ์การขึ้นทะเบียนและเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดให้มีการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน ซึ่งจะมีทีมระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมเป็นผู้ประเมิน หน่วยบริการปฐมภูมิต้องขึ้นทะเบียนครั้งแรก เพื่อเป็นหน่วยบริการในระบบ UC หลังจากนั้นกำหนดให้ประเมินซ้ำปีละ 1 ครั้ง ในขณะที่มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน กำหนดให้ประเมินปีละ 1 ครั้งและสุ่มประเมินซ้ำอีกปีละ 1 ครั้ง การประเมินจึงขึ้นกับมาตรฐานของผู้ประเมินเป็นหลัก ทั้งแนวทางการประเมิน กระบวนการประเมิน ความเข้าใจตัวชี้วัดต่างๆ และทักษะของผู้ประเมิน ในกรณีที่ประเมินไม่ผ่านตามเกณฑ์ CUP ต้องจัดทำแผนพัฒนาในเรื่องนั้นๆ จึงจะมีการอนุโลมให้ขึ้นทะเบียนได้อย่างมีเงื่อนไข แต่ยังไม่มีการกระบวนการติดตามการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์คุณภาพบริการ มีวัตถุประสงค์หลักในการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนงบประมาณตามผลงานที่เกิดขึ้น โดยประเมินภาพรวมในระดับ CUP ปีละ 1 ครั้ง ตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพบริการส่วนใหญ่ถูกรวบรวมผ่านระบบฐานข้อมูลต่างๆที่มีอยู่ แต่พบว่าระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานของระดับปฐมภูมิมีจำนวนมาก เป็นภาระแก่บุคลากรในการป้อนข้อมูลลงในฐานข้อมูลต่างๆ

ชุดตัวชี้วัดการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Composite Indicators) มีวัตถุประสงค์ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน P&P ในระดับพื้นที่ และบูรณาการอยู่ในตัวชี้วัด E-Inspection ที่กำกับติดตามผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้นิเทศแต่ละกรม/กอง เน้นการประเมินตามตัวชี้วัดเฉพาะเรื่องที่แต่ละกรม/กองรับผิดชอบ มากกว่าการมองภาพรวมของสมรรถนะหน่วยบริการปฐมภูมิ

นอกจากระบบในการกำกับและติดตามคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิตามชุดตัวชี้วัดต่างๆ ปัจจัยที่มีผลต่อระบบการกำกับและติดตามได้แก่ มาตรฐานของผู้ประเมินว่า มีความเข้าใจตัวชี้วัดและมีทักษะในการประเมินอย่างไร เป็นการประเมินในพื้นที่ สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง สุ่มตรวจแบบบันทึกต่างๆ ฯลฯ อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อกลไกในการกำกับติดตามเช่นกัน คือ ระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานต่างๆ เนื่องจากเมื่อทั้งกระทรวงสาธารณสุขและ สป.สช.กำหนดนโยบาย แผนงาน/โครงการ ก็จะมีการกำหนดตัวชี้วัดจากส่วนกลาง ตลอดจนการพัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงานขึ้นมาเพื่อรองรับเฉพาะแผนงาน/โครงการตามนโยบายของแต่ละหน่วยงาน เพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับหน่วยงานที่กำกับ ติดตามและประเมินผล แต่เป็นภาระกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เนื่องจากไม่สามารถใช้ระบบฐานข้อมูล HCIS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีอยู่ออกรายงานตามตัวชี้วัดที่ทั้ง

2. หน่วยงานกำหนด ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ภายใต้นโยบายของ 2. หน่วยงานหลัก มีระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานที่หลากหลาย ดังนี้

1. ข้อมูล 18 แฟ้ม(HCIS)
2. E-Inspection/KPI จังหวัด
3. รง.504
4. 0110รง.5
5. รง.506
6. รายงานการเงินและเกณฑ์คงค้าง
7. E-claim
8. ตรวจสอบสิทธิว่างบัตรประกันสุขภาพ
9. รายงานประกันสังคม
10. Sealant program
11. โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง(PPIS)
12. รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระบบข้อมูลดังกล่าวเป็นอีกกลไกหนึ่งที่สำคัญ ในการสนับสนุนให้เกิดการคัดเลือกว่าชีวิตที่มีฐานการเก็บข้อมูลจากระบบข้อมูลปกติของหน่วยบริการปฐมภูมิ และไม่เป็นภาระเพิ่มแก่หน่วยบริการ ตลอดจนสามารถกำกับติดตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลดังกล่าว

บริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันมีความหลากหลาย แม้ว่าส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุข บริบทที่หลากหลายของหน่วยบริการปฐมภูมินี้ ส่งผลต่อศักยภาพของการให้บริการและสมรรถนะของหน่วยบริการ[5, 6] ซึ่งปัจจัยดังกล่าวได้แก่

1. จำนวนประชากรและลักษณะของประชากร
2. สัดส่วนบุคลากรวิชาชีพต่างๆต่อจำนวนประชากร
3. ที่ตั้งของหน่วยบริการ(เขตเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท ชนบท และพื้นที่ทุรกันดาร)
4. ทีมผู้ให้บริการ/ความหลากหลายของวิชาชีพบุคลากร
5. หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(CMU/PCUของรพศ. CMU/PCUที่พัฒนามาจากสถานีนอามัย) หน่วยบริการรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข และคลินิกเอกชน
6. การนำองค์กรและศักยภาพของทีม
7. ความเข้มแข็งของชุมชน

นอกจากบริบทด้านโครงสร้างทางกายภาพ และบุคลากรของแต่ละหน่วยบริการ วัฒนธรรมองค์กร กระบวนการทำงานและการทำงานเป็นทีม ยังส่งต่อคุณภาพการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการปฐมภูมิที่พัฒนามาจากสถานีนอามัย ซึ่งเดิมมีบุคลากรวิชาชีพเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

2-3 คน แต่เมื่อได้รับการพัฒนาเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวนบุคลากรและสาขาวิชาชีพที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้บุคลากรที่ทำงานร่วมกันต้องปรับตัวและทำงานเป็นทีม ความแตกต่างทางวัฒนธรรมองค์กร ของบุคลากรสาธารณสุขที่มีพื้นฐานเดิมจากสถานีนามัย และแพทย์/พยาบาลที่มีพื้นฐานจากวัฒนธรรมของโรงพยาบาล ส่งผลต่อสมรรถนะของหน่วยบริการปฐมภูมิในการส่งมอบบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน หน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีความชำนาญในการให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มากกว่าหน่วยบริการปฐมภูมินอกสังกัด ที่อยู่ภายใต้ต้องการปกครองท้องถิ่นและคลินิกเอกชน

ดังนั้นด้วยความแตกต่างของบริบทหน่วยบริการปฐมภูมิ การใช้ตัวชี้วัดชุดเดียวกันประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพต่างกัน อาจทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมแก่หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็กหรือที่มีศักยภาพต่ำ ตลอดจนผลการประเมินที่ไม่ได้ก่อให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบแก่หน่วยบริการที่ไม่ผ่านการประเมิน จึงไม่น่าเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวม

การคัดเลือกชุดตัวชี้วัดและกระบวนการประเมิน

ตัวชี้วัดเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดเพื่ออธิบายระบบอย่างรวบรัด/สรุป ตัวชี้วัดที่ดีต้องสามารถอธิบายระบบได้อย่างย่อ นำมาใช้เปรียบเทียบและพัฒนาระบบได้ และสามารถสะท้อนภาพความเป็นจริงของระบบมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ดังนั้นการเลือกชุดตัวชี้วัดจำนวนหนึ่ง หากไม่เหมาะสม ก็อาจทำให้ไม่สะท้อนภาพที่แท้จริงของระบบและนำไปสู่การพัฒนาระบบที่ไม่ตรงกับทิศทางที่น่าจะเป็น[7] ตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ ได้ถูกกำหนดจากหน่วยงานระดับนโยบายทั้ง กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ขาดการบูรณาการเพื่อให้มีเอกภาพและเป้าหมายที่ตรงกันในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ตลอดจนการขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ในการกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการคัดเลือกตัวชี้วัดจึงเป็นอีกกลไกหนึ่งส่งผลต่อคุณภาพการกำกับติดตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน(HCA) เน้นการประเมินกระบวนการซึ่งมีมิติในการประเมินตามกระบวนการหลักในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ และประเมินปัจจัยนำเข้าที่เอื้อต่อกระบวนการให้บริการ ซึ่งครอบคลุมขอบเขตบริการปฐมภูมิทั้งการให้บริการในชุมชน การให้บริการในสำนักงานซึ่งครอบคลุม การดูแลอย่างป็นองค์รวม ผสมผสานทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการบริหารจัดการและมาตรฐานเชิงวิชาการในการสนับสนุนให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ แต่การคัดเลือกตัวชี้วัดในบางมาตรฐาน ไม่ได้สะท้อนกิจกรรมที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่สะท้อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในบางแผนงาน/โครงการ เกณฑ์ของตัวชี้วัดบางตัวกำหนดเพียงมีหรือไม่มี การกำหนดวิธีการวัดบางตัวชี้วัดวัดได้ยาก อีกทั้งเป็นการประเมินที่เน้นผู้ประเมินและกระบวนการประเมินเป็นหลัก ส่วนตัวชี้วัดE-Inspection เป็นการกำหนด

ตัวชี้วัดผลผลิตในทุกแผนงาน/โครงการ ซึ่งเป็นการรายงานผลการดำเนินงานมากกว่าการกำกับเชิงยุทธศาสตร์เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ

ด้านการกำหนดตัวชี้วัดของ สปสช. สำหรับเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการที่เน้นการประเมินปัจจัยเข้า แต่เป็นเกณฑ์ขั้นสูงสุด ที่หลายหน่วยบริการไม่สามารถผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ส่วนเกณฑ์คุณภาพบริการและชุดตัวชี้วัดสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้กำหนดตามเป้าหมายด้านคุณภาพบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกำหนดกรอบการคัดเลือกชุดตัวชี้วัด[8] ซึ่งพัฒนาจากฐานการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นหลัก ในการวัดเป้าหมายคุณภาพบริการที่ชัดเจน 6 มิติ ได้แก่

1. การเข้าถึง/ได้รับบริการสาธารณสุขที่จำเป็น(Access to needed careหรือ effective care delivery)
2. ความปลอดภัยในการรับบริการ(Safety)
3. มาตรฐานและธรรมาภิบาลของหน่วยบริการ(Standard and good governance)
4. การยอมรับจากผู้ให้บริการ(Acceptability)
5. สิทธิ การได้รับการเลือกและการมีส่วนร่วม(Patient rights, choice and involvement)
6. ความต่อเนื่องของการได้รับการดูแลสุขภาพ(Continuity)

กรอบการคัดเลือกตัวชี้วัดได้กำหนดตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ(Core indicators) และตัวชี้วัดตามสภาพปัญหาของระดับพื้นที่ แต่อาจยังไม่สะท้อนภาพที่แท้จริงของระบบบริการปฐมภูมิ แม้จะมีกรอบในการคัดเลือก เนื่องจากตัวชี้วัดบางตัวยังไม่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดกำลังคนด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศและการสนับสนุนจากCUPที่ส่งผลต่อสมรรถนะของหน่วยบริการปฐมภูมิ ตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่กำหนดบางตัว เป็นเกณฑ์ที่น่าจะใช้กับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์ประจำ ได้แก่ ศูนย์แพทย์ชุมชน(CMU)หรือคลินิกอบอุ่น เนื่องจากเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพใกล้เคียงกับเกณฑ์ขั้นสูงสุดของเกณฑ์ขึ้นทะเบียนที่ สปสช.กำหนด การวัดด้วยตัวชี้วัดชุดเดียวกัน เกณฑ์เดียวกันภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากรในการดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่ง ทำให้ผลการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด อาจนำไปสู่การเข้าใจระบบบริการปฐมภูมิไม่ถูกต้อง ขาดความเที่ยงตรงเป็นธรรมแก่หน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก และนำไปสู่การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ผิดพลาดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยรวม ตัวชี้วัดบางตัวที่วัดคุณภาพบริการในกลุ่มโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหอบหืด เมื่อนำไปประเมินในหน่วยบริการปฐมภูมิขนาดเล็ก ที่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคดังกล่าวส่วนใหญ่ ยังรับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นCUP จึงยากที่จะสะท้อนภาพความเป็นจริงของระบบบริการปฐมภูมิและไม่เป็นธรรมแก่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการประเมิน นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวชี้วัดบางตัวมีความซ้ำซ้อน หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการประเมินด้วยตัวชี้วัดเดิมหลายครั้งและมักเป็นตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์

เช่น จำนวนบุคลากรต่อประชากร ซึ่งกำหนดอยู่ในเกณฑ์การขึ้นทะเบียน มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (HCA) และเกณฑ์คุณภาพบริการ

สรุปกลไกการติดตามกำกับมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. กลไกระดับนโยบายจาก 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. ซึ่งไม่ได้บูรณาการนโยบายด้านสาธารณสุข และการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน ในทางตรงข้ามแต่ละหน่วยงานต่างอาศัยกลไกของตนเองในการกำกับมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
2. กลไกระดับเขตและจังหวัด ที่มีความพยายามในการบูรณาการระดับพื้นที่ผ่านคณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต(อปสข.) ซึ่งจะเป็นจุดแข็งหากสามารถบูรณาการนโยบายจาก 2 หน่วยงาน และทำให้เอื้อต่อการสนับสนุน ติดตามกำกับในพื้นที่ แต่ในสภาพความเป็นจริงการติดตามกำกับภายใต้ระบบการนิเทศของกระทรวงสาธารณสุข ยังคงรูปแบบเดิมที่ผู้ประเมินจากกรม/กองต่างมุ่งเน้นการกำกับเฉพาะเรื่อง มากกว่าการประเมินในภาพรวม อีกทั้งยังขาดความเข้าใจในบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิ
3. กลไกระดับอำเภอและ CUP ที่มีบทบาทโดยตรงในการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เป็นปัจจัยสำคัญเนื่องจาก หากโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในฐานะ CUP ให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง จะนับว่าเป็นจุดแข็งในการพัฒนามาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในทางตรงกันข้ามหาก รพช./รพท./รพศ. ให้ความสำคัญในการพัฒนาบริการภายในโรงพยาบาลโดยจัดสรรงบประมาณส่วนใหญ่แก่รพ. มากกว่าการจัดสรรให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายอย่างเป็นธรรม ก็จะเกิดกลไกเชิงลบต่อการพัฒนามาตรฐานของบริการปฐมภูมิ
4. บริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังมีความหลากหลายและแตกต่างด้านศักยภาพอย่างมาก ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดตัวชี้วัด กระบวนการประเมิน ระบบในการสนับสนุน ติดตามกำกับ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่แท้จริงของระบบและเป็นธรรมแก่หน่วยบริการที่มีขนาดเล็ก เพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้มีความเข้มแข็งในลำดับต่อไป
5. การกำหนดตัวชี้วัดและกระบวนการประเมิน สืบเนื่องจากกลไกระดับนโยบายถูกกำหนดจาก 2 หน่วยงานหลัก การกำหนดตัวชี้วัดและกระบวนการประเมินจึงเป็นผลจากนโยบายที่ขาดเอกภาพต่างกำหนดตามทิศทางนโยบายของแต่ละหน่วยงาน แต่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงานปฐมภูมิที่เป็นหน่วยย่อยในระบบบริการสาธารณสุข แม้มีการพัฒนารอบตัวชี้วัดระดับประเทศ แต่ต้องการพัฒนาจากแนวคิดการให้บริการในโรงพยาบาลซึ่งมีความแตกต่างจากแนวคิดการให้บริการปฐมภูมิ จึงยังคงไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่แท้จริงของระบบบริการปฐมภูมิ
6. ระบบในการติดตามกำกับ ความแตกต่างระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่ติดตามกำกับผ่านโครงสร้างและระบบปกติของกระทรวง ในขณะที่ สปสช. ติดตามกำกับผ่านการบริหารงบ UC ด้วย

รูปแบบต่างๆในการจ่ายงบประมาณและการจ่ายตามผลงาน ซึ่งมีทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนในการกำกับติดตาม หากมีการใช้กลไกอย่างเหมาะสม และเอื้อกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยรวม

7. ระบบการสนับสนุนการคัดเลือกตัวชี้วัดและการติดตามกำกับที่สำคัญ คือระบบฐานข้อมูล ปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิต้องป้อนข้อมูลการให้บริการและรายงานต่างๆผ่านระบบข้อมูลหลายระบบ ซึ่งต่างก็พัฒนามาจากส่วนกลางเพื่อความสะดวกในการติดตามกำกับ แต่กลับเป็นภาระแก่หน่วยบริการ จึงนับว่าเป็นจุดอ่อนของกลไกในการติดตามกำกับ ที่ส่งผลกระทบต่อเวลาในการให้บริการ

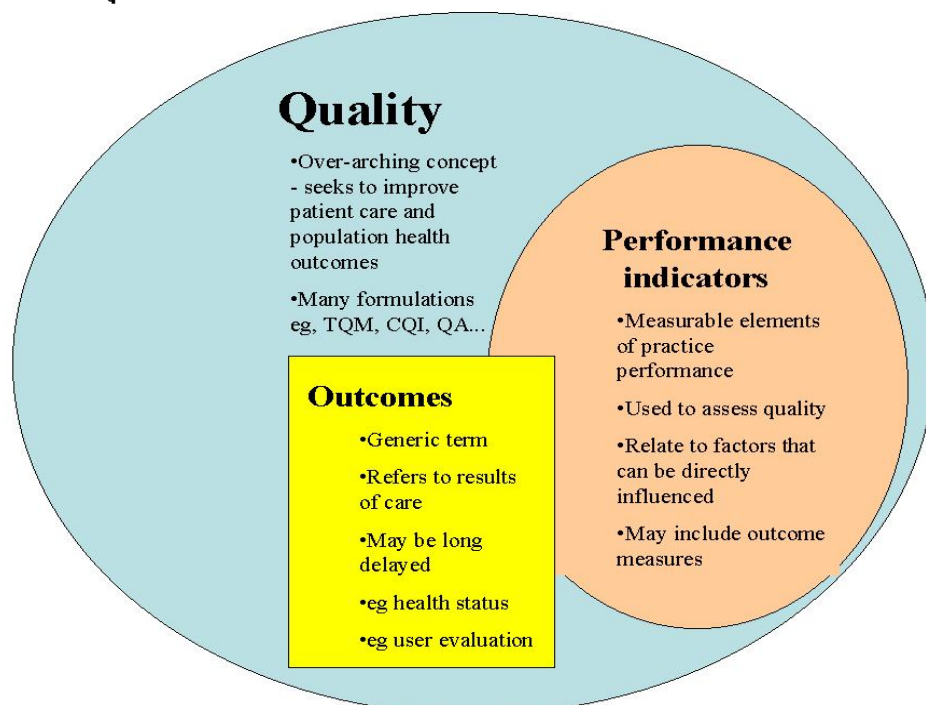
6. ข้อเสนอแนะทางการพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสม และเอื้อต่อการจัดการบริการแบบองค์รวมที่มีคุณภาพ

จากสถานการณ์ปัจจุบัน 2 หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุขและสปสช. ต่างกำหนดตัวชี้วัดและกลไกในการติดตามกำกับหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยขาดเอกภาพร่วมกันในระดับนโยบาย ส่งผลต่อการพัฒนาและการสร้างความเข้มแข็งแก่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำให้ตัวชี้วัดต่างๆที่มีอยู่ไม่สามารถตอบคำถามดังต่อไปนี้

1. สอดคล้องกับสถานการณ์จริง/สะท้อนภาพที่แท้จริงของระบบบริการปฐมภูมิ ?
2. วัดสิ่งที่ต้องการวัด ?
3. เป็นธรรมกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความหลากหลายและแตกต่าง ?
4. ผลการประเมินได้นำไปใช้เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิ ?

ดังนั้นเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในการจัดการบริการองค์รวมที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงต้องมีการพิจารณาพัฒนาและคัดเลือกชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสม ซึ่งสามารถใช้ติดตามกำกับคุณภาพบริการตามแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ องค์ประกอบในการกำหนดและคัดเลือกชุดตัวชี้วัดมีดังนี้

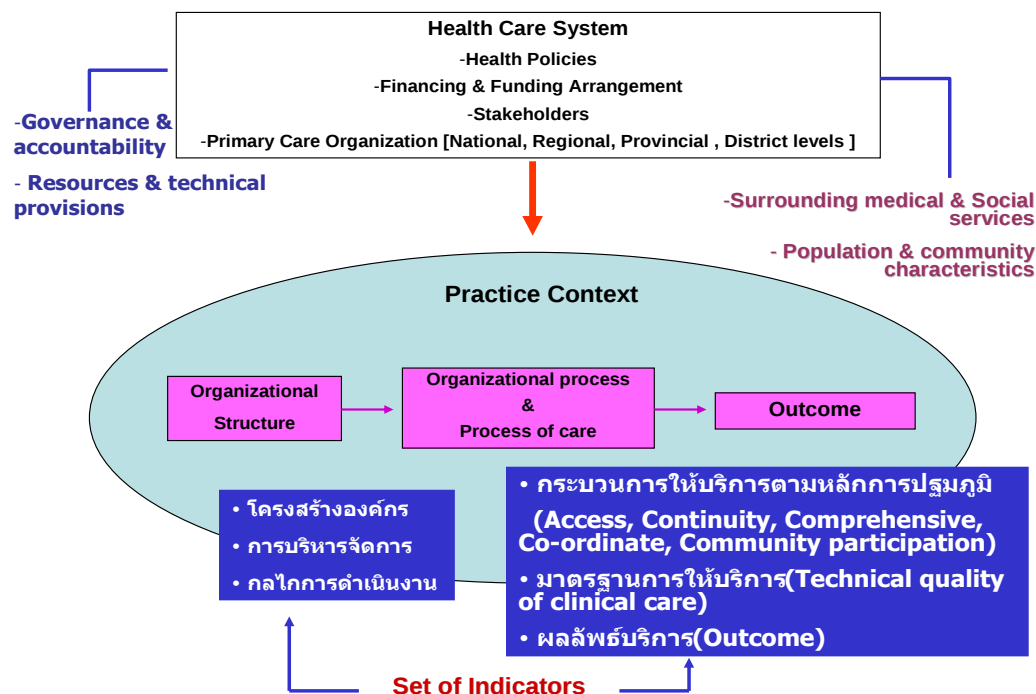
6.1 กรอบแนวคิดด้านคุณภาพ



ที่มา Peter Crampton, et al(2004). What makes a good performance indicator?: Devising primary care performance indicators for New Zealand.

ในการกำหนดตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกรอบแนวคิดด้านคุณภาพ ที่มีกระบวนการจัดการคุณภาพบริการพัฒนาอย่างต่อเนื่องหลายกระบวนการ ได้แก่ PCA, PMQA, CQL... ฯลฯ ซึ่งนำมาสู่ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่ต้องการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการให้บริการอาจไม่สามารถวัดได้ในระยะเวลาอันสั้น แต่อาจวัดผลการดำเนินงานหรือผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ระยะกลาง (Intermediate outcomes) ได้ การคัดเลือกตัวชี้วัดจึงต้องเข้าใจว่า มีความสัมพันธ์กับระบบคุณภาพโดยรวมอย่างไร ตัวชี้วัดไม่สามารถกำหนดให้ครอบคลุมระบบที่ต้องการประเมินทั้งหมด จึงต้องมีการกำหนดกรอบการคัดเลือกตัวชี้วัดเพื่อให้ได้ตัวชี้วัดที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม สามารถเป็นตัวแทนระบบได้ในระดับหนึ่ง

6.2 กรอบแนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ



ที่มา Adapt from: William Hogg et al(2008) Framework for primary care organization: the importance of structure domain. International journal for quality in health care 20(5): 308-313.

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าระบบบริการปฐมภูมิซึ่งนับเป็นหน่วยย่อยของระบบบริการสาธารณสุข ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆซึ่งส่งผลต่อการให้บริการหรือผลลัพธ์บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปัจจัยต่างๆได้แก่

1. ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ นโยบายสุขภาพและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
2. ระบบการเงินและการสนับสนุนด้านการเงินสู่บริการปฐมภูมิ

3. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เช่น องค์กรวิชาชีพ มหาวิทยาลัยในฐานะผู้ผลิต องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรอิสระอื่นๆที่ทำหน้าที่สนับสนุน กำกับมาตรฐาน ฯลฯ
4. องค์กรที่รับผิดชอบโดยตรงต่อระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับประเทศ เขต จังหวัดและพื้นที่
5. ระบบการสนับสนุนทรัพยากรอื่นๆ เช่น ระบบข้อมูลสารสนเทศ ระบบการผลิตบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ ระบบการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ
6. บริบทของชุมชนและสภาพแวดล้อมที่แต่ละหน่วยบริการรับผิดชอบ

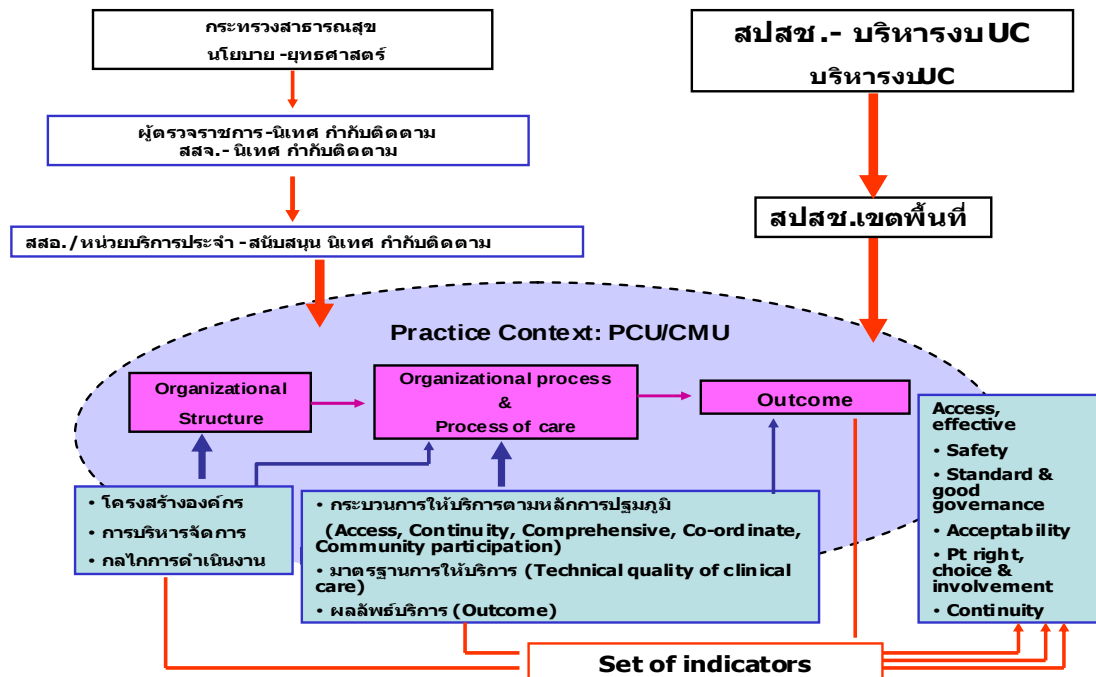
ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นจึงมีความสำคัญในการกำหนดและเลือกตัวชี้วัดให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่จริงของบริการปฐมภูมิ วัดในสิ่งที่ควรจะมีวัด เป็นธรรมชาติแก่หน่วยบริการปฐมภูมิทุกระดับ และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ระบบปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง นอกจากนี้เพื่อให้กลไกในการกำกับติดตาม ส่งเสริมให้ระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง จึงควรมีการคัดเลือกชุดตัวชี้วัดด้านกลไกการกำกับติดตาม ระดับต่างๆทั้งระดับประเทศ เขตและCUP แยกจากชุดตัวชี้วัดที่ประเมินโดยตรงยังหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเอื้อให้เกิดความเข้าใจกลไกที่มีอยู่ทั้งหมดและสามารถเชื่อมโยง วิเคราะห์ สังเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของกลไก เพื่อนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยรวม

6.3 ลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ

1. เป็นบริการด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงบริการ โดยสะดวก(Access) ดูแลสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มอายุ และทุกกลุ่มโรคตามมาตรฐาน เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนก่อนที่จะไปรับบริการเฉพาะทางด้านอื่นๆ
2. เป็นบริการที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง(Ongoing/ longitudinal care) ตั้งแต่ก่อนป่วยจนถึงขณะป่วย และการฟื้นฟูสภาพตั้งแต่เกิดจนตาย รวมทั้งหมายถึงการมีความเข้าใจกัน รู้จักกันระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ/ ประชาชนอย่างต่อเนื่อง
3. เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างผสมผสาน คำนี้ถึงปัจจัยด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง(Comprehensive care) ให้บริการที่ผสมผสานทุกด้านตามความจำเป็นของผู้รับบริการทั้งทางการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
4. เป็นหน่วยที่ทำหน้าที่รับส่งต่อ และประสานเชื่อมการบริการอื่นๆ ทั้งด้านการแพทย์ ด้านสังคมเมื่อจำเป็น รวมทั้งการเชื่อมต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน(Co-ordinate care)
5. สร้างการมีส่วนร่วมจากชุมชน(Community participation) เพื่อเสริมสร้างให้ประชาชนมีการดูแลตนเอง พึ่งตนเองได้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพในชุมชน และมีการนำความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน มากำหนดการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม ความเชื่อ และความต้องการของประชาชนในชุมชน

กรอบแนวคิดตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ

ดังนั้นแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิมีเป้าหมาย เพื่อให้ได้ ชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสม เอื้อต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ตอบสนองปัญหาและความต้องการของประชาชน



ชุดตัวชี้วัดที่กำหนดควรจะครอบคลุมโครงสร้างหน่วยบริการ การบริหารจัดการ และกลไกในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการให้บริการตามแนวคิดบริการปฐมภูมิ 1A4C ที่มีมาตรฐานวิชาชีพ และผลลัพธ์บริการที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ ควรเป็นชุดตัวชี้วัดจำนวนไม่มาก แต่ครอบคลุมมิติที่สำคัญของบริการปฐมภูมิ มีความหมาย จัดเก็บได้จากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่ และสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวชี้วัด [8, 9] ดังนี้

1. มีความสำคัญและสอดคล้องกับระบบบริการปฐมภูมิ(Important and relevance)
2. สมเหตุสมผลที่จะอธิบายได้(Validity)
3. มีความเป็นไปได้ในการวัด(Availability)
4. มีความหมาย(Meaningful)
5. การนำไปใช้(implication)

จากข้อเสนอแนะทางการพัฒนาชุดตัวชี้วัดแก่นักหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ได้ชุดตัวชี้วัดที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม จึงเสนอแนะทางการพัฒนาเป็นระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาชุดตัวชี้วัดที่เหมาะสม ดังกรอบแนวคิดข้างต้น

วิธีการทำงาน

1. รวบรวมตัวชี้วัดที่มีอยู่
2. ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
3. คัดเลือกชุดตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิดการพัฒนาชุดตัวชี้วัด(ตัวชี้วัดเดิมร่วมกับตัวชี้วัดที่พัฒนาใหม่)
4. เสนอร่างตัวชี้วัดและแนวทางการประเมิน

ระยะที่ 2 การทดลองใช้ชุดตัวชี้วัดในพื้นที่นำร่อง

วิธีการทำงาน

1. คัดเลือกพื้นที่นำร่อง ในการทดลองใช้ชุดตัวชี้วัด
2. ประชุมชี้แจงหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้าร่วม
3. ทดลองใช้ชุดตัวชี้วัด

ระยะที่ 3 ประเมินผลชุดตัวชี้วัดและปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทของหน่วยทุกระดับ

1. รวบรวมรายงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด
2. วิเคราะห์และประเมินผลการใช้ตัวชี้วัด
3. นำเสนอผลการวิเคราะห์และประเมินผลการใช้ตัวชี้วัด ตลอดจนกลไกในการกำกับติดตาม
4. ปรับตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิทุกระดับ
5. นำเสนอชุดตัวชี้วัดใหม่ และกลไกในการติดตามกำกับ

7. ร่างชุดตัวชี้วัดเบื้องต้นในการกำกับ ติดตามประเมินผล

กรอบร่างชุดตัวชี้วัด

พัฒนาจากกรอบแนวคิดบริการปฐมภูมิและเป้าหมายผลลัพธ์คุณภาพบริการสาธารณสุขภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครอบคลุมโครงสร้าง การบริหารจัดการ กลไกการดำเนินงาน กระบวนการหลักตามแนวคิดปฐมภูมิ และผลลัพธ์บริการ โดยพิจารณาถึงคุณสมบัติตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ฐานชุดตัวชี้วัดเดิมที่จัดเก็บในระบบปกติหรือสามารถเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ในระบบและพัฒนาเพิ่มเติมในส่วนที่มีความสำคัญและสอดคล้องกับบริบทของบริการปฐมภูมิ เมื่อได้ทดลองใช้ถึงความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล การแปรผลการใช้ตัวชี้วัด จะได้มีการทบทวน ปรับปรุง และกำหนดกลไกในการกำกับติดตามที่ไม่เป็นภาระเพิ่มแก่ระบบโดยรวมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอีกครั้งหนึ่ง

หมวดเครื่องชี้วัด	มิติการวัด	จำนวนตัวชี้วัด
การเข้าถึง/ได้รับบริการ สาธารณสุขที่จำเป็น(Access to needed careหรือ effective care delivery)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Access - Comprehensive care ผลลัพธ์บริการ(Outcome)	8 2 3
ความปลอดภัยในการรับบริการ (Safety)	-	-
มาตรฐานและธรรมาภิบาลของ หน่วยบริการ(Standard and good governance)	โครงสร้าง การบริหารจัดการ และกลไก การดำเนินงาน	3
ความต่อเนื่องของการได้รับการ ดูแลสุขภาพ(Continuity)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Continuity - Care co-ordinate	3
สิทธิ การได้รับการเลือกและการ มีส่วนร่วม(Patient rights, choice and involvement)	การให้บริการตามหลักการปฐมภูมิ - Community Participation	1
การยอมรับจากผู้ใช้บริการ (Acceptability)	ผลลัพธ์บริการ	1
รวมทั้งสิ้น		21

ตารางที่ 4 กรอบร่างชุดตัวชี้วัด จำแนกตามหมวดเครื่องชี้วัดและมิติการวัด

ร่างชุดตัวชี้วัดหน่วยบริการปฐมภูมิ

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
1. โครงสร้าง	มาตรฐานและธรรมาภิบาลของ	1. อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร	อัตราส่วนบุคลากรตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้น	ข้อมูลสสจ.
	หน่วยบริการ(Standard and Good	ได้ตามมาตรฐาน	ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ	
	Governance)			
2. การบริหารจัดการ		2. องค์ประกอบกรรมการCUP Board	สัดส่วนตัวแทนจากร.พ.: ตัวแทนจากPCU:	หน่วยบริการ
และกลไกการ			ตัวแทนจากชุมชนหรืออปท.	
ดำเนินงาน				
		3. ร้อยละการใช้งบประมาณ	งบลงทุนx100	หน่วยบริการ
			งบประมาณทั้งหมด	
			งบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคx100	
			งบประมาณทั้งหมด	
			งบพัฒนาx100	
			งบประมาณทั้งหมด	

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
3. กระบวนการให้บริการ				HCIS
ตามแนวคิดปฐมภูมิ				
3.1 Access	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง	4. อัตราการใช้บริการที่ PCU	จำนวน ปชก.ทั้งหมด-จำนวนผู้ป่วยในพื้นที่ที่มารับบริการ	
	การได้รับบริการสาธารณสุขที่		จำนวนประชากรทั้งหมด	
	เกิดขึ้น(Accessibility and Effective	5. อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน	ระบบรายงานปกติ	HCIS
	delivery of needed care)	ในกลุ่มอายุ 1, 3, 5 ปี		
		6. ความครอบคลุม Selant ในเด็ก		โปรแกรม
		นักเรียน ป.1		Selant
		7. ความครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง		PPIS
		ในกลุ่มเด็กอายุ 15 ปีขึ้นไป		
		8. ความครอบคลุมการคัดกรองธาลัสซีเมีย		HCIS
		ในหญิงตั้งครรภ์		
		9. ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		PAP Registing
		10. ความครอบคลุมการคัดกรองโรคหลอดเลือด		PPIS
		สมอง/หลอดเลือดหัวใจ		
		11. อัตราการใช้บริการของกลุ่มผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด-จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการ(คน)	HCIS
			จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด	

มิติการวัด	หมวดเครื่องชี้วัด	ตัวชี้วัด	คำจำกัดความ	แหล่งข้อมูล
3.4 Comprehensive Care	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง	15. ร้อยละของผู้ป่วย UC ที่มาใช้บริการที่ PCU	จำนวนครั้งที่มาใช้บริการของผู้ป่วย UC ที่ PCU x 100	สปสช.
	การได้รับบริการสาธารณสุขที่		จำนวนครั้งของผู้ป่วย UC ทั้งหมด(PCU+ รพ.)	
	เกิดขึ้น(Accessibility and Effective			
	delivery of needed care)	16. อันดับโรค/กลุ่มโรคที่ส่งต่อ	อันดับแรกของโรค/กลุ่มโรค ที่มารับบริการที่	ข้อมูลเรียกเก็บ
			หน่วยบริการส่งต่อ	
3.5 Community participation	สิทธิ การได้รับการเลือกและ	17. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล	ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมรับรู้	อปก.CUP Board
	การมีส่วนร่วม(Patient right, choice	สุขภาพชุมชน	ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมวางแผน/สนับสนุนงบประมาณ	
	and involvement) ?		ระดับที่3 การมีส่วนร่วมประเมินผล	แผนประชาคม
				ของหน่วยบริการ
4. Outcome	เครื่องชี้วัดที่สะท้อนการเข้าถึง	18. อัตราการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตามแนวทาง	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.
	การได้รับบริการสาธารณสุขที่	เวชปฏิบัติ		
	เกิดขึ้น(Accessibility and Effective			
	delivery of needed care)	19. ความสุขของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ x 100	สำรวจ
			จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ทั้งหมด	
		20. อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.
	การยอมรับจากผู้ใช้บริการ	21. ความพึงพอใจในการมารับบริการที่PCU	ตามเกณฑ์คุณภาพ สปสช.	สปสช.
	(Acceptability)			

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือแนวทางตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ หน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยร่วมให้บริการ 2552, เอกสารโรเนียว
2. เกณฑ์คุณภาพบริการ 2552, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ จังหวัด นครราชสีมา เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม
3. ชุดตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2552, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม
4. คู่มือการประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน: Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality Assurance ไม่ทราบปีผลิต, สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารโรเนียวเย็บเล่ม
5. William Hogg et al(2008) Framework for primary care organization: the importance of structure domain. International journal for quality in health care 20(5): 308-313.
6. Beverly Sithorpe(2004) A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice.
http://www.anu.edu.au/aphcri/conceptual_framework.pdf (20 April 2009 last accessed.)
7. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สุริรัตน์ งานเกียรติไพศาล, สรรพวัช อัสวเรืองชัย, ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์ (2549)ในรายงานวิจัยโครงการวิจัยและพัฒนาแผนแม่บทและเครื่องชี้วัดคุณภาพของ บริการสาธารณสุขภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
8. The good indicators guide: Understand how to use and choose indicators[2008], NHS Institute for innovation and improvement. At www.institute.nhs.uk(16 April 2009 last accessed)
9. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Service, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.