



สถานการณ์ระบบข้อมูลเพื่อการติดตาม กำกับหน่วย บริการปฐมภูมิ

สุพิตรา ศรีวงษ์เชาภกร*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในระดับมหภาค ในพ.ศ. 2548 ผลการศึกษา แสดงถึงกรอบแนวคิดในการพัฒนาตัวชี้วัดในการกำกับ ติดตามหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานการณ์ของระบบข้อมูลของเครือข่ายหน่วยบริการตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และระบบงานแม่และเด็กเป็นตัวแทนคุณลักษณะงานหลักของหน่วยบริการที่เป็นการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง เสริมศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน พบว่าระบบข้อมูลในด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่มาก และต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลที่แสดงถึงคุณภาพของระบบบริการเพิ่มเติม ส่วนงานด้านแม่และเด็กพบว่าโรงพยาบาลมีบทบาทในการให้บริการด้านนี้เพิ่มขึ้น หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายมีฐานข้อมูลไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จัดเก็บในรูปแบบที่ต่างกัน และมีแนวโน้มที่ฐานข้อมูลบางส่วน ความถูกต้องของข้อมูลถูกจัดเก็บแยกเป็นส่วนๆ ตามส่วนงานย่อยที่ดูแลงานนั้น ทำให้การประมวลผลข้อมูลที่ต้องเนื่องตั้งแต่กระบวนการจนถึงผลลัพธ์เป็นรายคนทำได้ยากมากขึ้น ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผลงานแม่และเด็กไม่ไวพอในการแยกความแตกต่างคุณภาพระหว่างหน่วยบริการต่างๆ จำเป็นที่ต้องประเมินคุณภาพจากกระบวนการบริการร่วมด้วย ซึ่งข้อมูลบางส่วนควรจัดเก็บที่โรงพยาบาลแทน และควรให้หน่วยบริหารระดับจังหวัดเป็นส่วนที่ตรวจสอบข้อมูล ติดตามประมวลวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันทั้งหมด น่าจะเป็นวิธีการที่ทำให้ข้อมูลที่เที่ยงตรง และน่าเชื่อถือมากกว่าการดำเนินงานรวมโดยหน่วยงานส่วนกลาง

คำสำคัญ:

สถานการณ์,
ระบบข้อมูล,
หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study is one part of the development of primary care monitoring system at a macro level in 2005. This part shows the conceptual framework to develop the indicators and the existing database system of primary care units based on such development. The diabetic care and mother and child health care were used to represent the unique characteristic of primary care, advocating holistic approach, continuity of care, and supporting self-reliance. The study found that data for quality indicators of diabetic care lacking, varied among units, and needed to be newly developed. The data for indicators of MCH care have not been so different among units, but the collection form was varied and segmented by different units. The incompleteness and inconsistency of data of the same case was high. The outcome indicators were too insensitive to allow differentiation of the quality of individual primary care networks. It needs the process indicators that can be collected through hospital database. Moreover the database will be more reliable and accurate if the provincial monitoring committee, instead of the central unit check and analyze the data as a package.

Key words:

situation,
data system,
PCU

*สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน



บทนำ

ระบบบริการปฐมภูมิเป็นระบบบริการส่วนหนึ่งที่เป็นรากฐานสำคัญของระบบบริการสุขภาพ และเป็นฐานสำคัญที่ประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ในระยะสี่ปีที่ผ่านมาที่มีการจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิไปอย่างหลากหลาย แต่ระบบการติดตามประเมินผลยังไม่ชัดเจน และเป็นการติดตามเพียงเชิงประมาทของหน่วยบริการที่มีการพัฒนาขึ้น แต่ยังไม่สามารถสะท้อนถึงระดับคุณภาพ หรือระดับการพัฒนาของบริการได้ จึงควรที่จะมีการพัฒนาตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินสถานการณ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความจำเพาะ สอดคล้องกับสภาพบริบทประเทศไทย

การศึกษานี้เป็นส่วนแรกของการศึกษา เพื่อพัฒนาแนวทางการกำกับ ติดตามประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ⁽¹⁾ โดยสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน ที่มุ่งหวังพัฒนาตัวชี้วัดและกระบวนการในการกำกับติดตามประเมินผลหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของบริการ และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

การศึกษาส่วนนี้เป็นการพัฒนากรอบแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ และประเมินสถานการณ์ของระบบข้อมูล และระบบการติดตามประเมินผลในปัจจุบัน เพื่อเตรียมทดลองการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในการศึกษาส่วนที่สองต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยการทบทวนเอกสารในประเทศ และต่างประเทศ ทั้งส่วนแนวคิด แนวทางการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ตัวชี้วัดการประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศต่างๆ และระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการติดตามประเมินผลในประเทศไทย แล้วนำเสนอเป็นกรอบตัวชี้วัด และแนวทางการประเมินผลชุดใหม่ ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญ และผู้เกี่ยวข้องให้ความเห็น พร้อมกับเก็บข้อมูลสถานการณ์ของข้อมูลตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นใหม่ด้วยแบบสอบถามหน่วยบริการ และการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง สังเกตสถานการณ์จริงในหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 44 หน่วยใน 18 เครือข่าย (CUP) 4 ภาคทั่วประเทศ การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง เลือกจังหวัดที่มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ในแต่ละจังหวัดเลือกอำเภอเมืองและอำเภอในชนบท จังหวัดละ 2 อำเภอ และอำเภอหนึ่งคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิ 2-3 แห่ง คือที่ดำเนินการโดยโรงพยาบาล (หากมี) สถานีอนามัยที่มีผลงานดี และมีผลงานปานกลาง โดยให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้คัดเลือกให้ดำเนินการใน พ.ศ. 2548

ผลการศึกษา

กรอบแนวคิดเรื่องการติดตาม ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ

จากการทบทวนตัวชี้วัด และการติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศ พบว่า ในประเทศต่าง ๆ ทางตะวันตกส่วนใหญ่เน้นการประเมินระบบบริการสุขภาพ ในภาพรวมทั้งระบบที่รวมบริการทุกระดับในด้านต่างๆ เช่น accessible, fairness, effective, safe, acceptability, appropriate to need,

continuity⁽²⁾ ส่วนตัวชีวิตที่ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิจะเน้นที่การประเมินผลบริการทางคลินิก เน้นด้านการรักษาพยาบาลเป็นหลัก เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน หอบหืด ไม่เน้นผลลัพธ์บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค⁽³⁻⁵⁾ เนื่องจากบริบทของหน่วยบริการปฐมภูมิในต่างประเทศให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาล และการบริการส่งเสริมสุขภาพ แบบบริการตั้งรับเป็นหลัก และมีบางประเทศ เช่น สหราชอาณาจักรที่มีการประเมินในด้านคุณภาพของกระบวนการของหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น ระยะเวลาตรวจเฉลี่ยของแพทย์ GP กระบวนการที่ดูแลแบบผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ^(6,7) แต่ไม่ได้ประเมินที่ผลลัพธ์บริการด้านการส่งเสริมป้องกันเป็นเพียงการประเมินเชิงผลผลิต

การจัดบริการปฐมภูมิในประเทศไทย^(8,9) มีจุดที่ต่างจากบทบาทหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศทางตะวันตก คือ หน่วยบริการในไทยต้องให้บริการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ทั้งการบริการตั้งรับในสถานบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชน มีการดำเนินงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อมร่วมด้วย ฉะนั้นในการติดตาม ประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย จึงต้องครอบคลุมทั้งการจัดบริการผสมผสานในสถานพยาบาล และการดูแลสุขภาพที่บ้าน การดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันโรคในชุมชนร่วมด้วย ตลอดจนต้องเสริมสร้างให้มีการพึ่งตนเองอย่างสมดุลด้วย

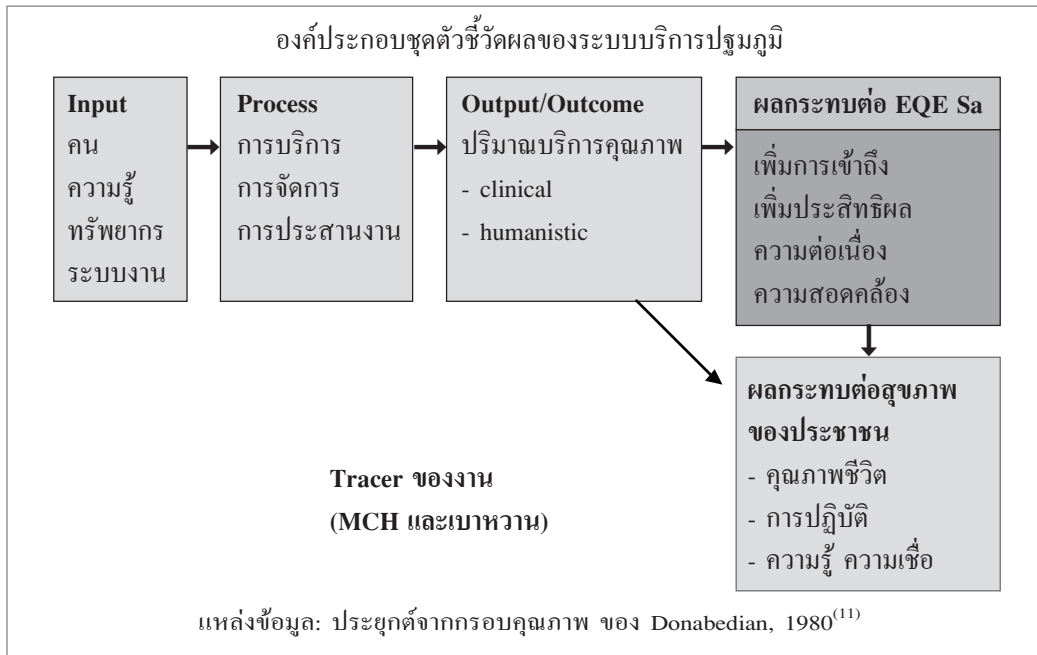
และจากแนวคิดปรัชญาที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชน⁽¹⁰⁾ ฉะนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับ คุณภาพการดูแลของหน่วยบริการทางการแพทย์ จึงไม่ควรประเมินเฉพาะคุณภาพทางด้านคลินิกทางการแพทย์ แต่ควรครอบคลุมไปถึงคุณภาพด้านการบริการที่คำนึงถึงมิติทางด้านสังคม จิตใจของผู้รับบริการ และเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนในความรับผิดชอบที่เป็นลักษณะเด่นของหน่วยบริการนี้ร่วมด้วย

เมื่อวิเคราะห์จากแนวคิดการพัฒนาและบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิ คณะผู้ศึกษาได้เสนอกรอบแนวทางการประเมินผล โดยพิจารณาส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ซึ่งแบ่งผลลัพธ์เป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะขอบเขตงาน ดังนี้

1. กลุ่มที่เป็น**ผลลัพธ์ของบริการผสมผสานรายบุคคลและครอบครัว** ที่ควรเป็นบริการที่ผสมผสานองค์รวม ต่อเนื่อง ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการได้ตรง และมีประสิทธิภาพ
2. กลุ่มที่เป็น**ผลลัพธ์งานที่ทำให้ประชาชนดูแลตนเอง และพึ่งตนเอง**ได้อย่างเหมาะสมและสมดุล ซึ่งหมายถึงประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ต่อปัญหาและการดูแลสุขภาพ ได้รับการฝึกทักษะ และสร้างความเข้าใจให้สามารถปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
3. กลุ่ม**ผลลัพธ์บริการที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นรายกลุ่มประชากร** มีการประสานเพื่อให้มีมาตรการด้านต่างๆ เพื่อป้องกันโรค เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ กระตุ้น และส่งเสริม สนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

แต่การดำเนินงานปัจจุบันหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังเป็นการเน้นการบริการผสมผสานรายบุคคล และครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ในส่วนผลลัพธ์ที่มุ่งหวังให้ประชาชนดูแลตนเองได้ และการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลุ่มประชากรยังทำได้ค่อนข้างจำกัด ฉะนั้นการติดตาม ประเมินงานนี้ในระยะแรก จึงควรเน้นที่การจัดบริการแบบผสมผสานเป็นหลัก

และเนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพทั้งหมด ฉะนั้นการ



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดทางการประเมินผล

ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในระดับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย และเน้นการประเมินส่วนที่ควรเป็นผลลัพธ์บริการโดยตรงของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังรูปที่ 1 **กล่าวคือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรจะมีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพโดยรวมในส่วนที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการได้ง่ายขึ้น ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสภาพความต้องการ และสังคม เศรษฐกิจของผู้รับบริการมากขึ้น ด้านผลลัพธ์บริการ** ควรมีทั้งด้านที่เป็นปริมาณความครอบคลุมบริการ และด้านคุณภาพ ที่คำนึงถึงประสิทธิผลของบริการ และความยอมรับของประชาชนต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งในอีกด้านหนึ่งสามารถปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน คือ **ผลลัพธ์งานที่เป็นด้านคลินิก** (ซึ่งเน้นที่ประสิทธิผล) และผลลัพธ์ด้านการยอมรับ ให้คุณค่าต่อความรู้สึก ความเข้าใจต่อการดูแลตนเอง ซึ่งสรุปเป็น**ผลลัพธ์ด้าน humanistic outcome ส่วนที่เป็นผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน** ในระยะเริ่มต้นที่จะเป็นไปได้ในการประเมิน ณ ขณะนี้ คือ การปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และความรู้ความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้อง

การประเมินโดยใช้บริการหลักเป็น **tracer** ของการประเมินคุณภาพหน่วยบริการ

เนื่องจากบริการปฐมภูมิประกอบด้วยบริการจำนวนมากและเป็นไปได้ยากที่จะประเมินบริการทุกประเภทมาเปรียบเทียบกันและเพื่อให้สามารถประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงกันได้ชัดเจน จึงเลือกระบบบริการเพียงบางส่วนของบริการทั้งหมดเข้ามาเป็น **tracer** ของระบบบริการรวมทั้งหมด ซึ่งเลือกระบบ 2 ระบบ คือ

1. ระบบบริการด้านแม่และเด็ก

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ประชากรที่ไม่ป่วยเป็นบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่รายบุคคลและ

ครอบครัว สามารถสะท้อนถึงการดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นองค์รวมได้

เป็นบริการที่มีการดำเนินการมาต่อเนื่องเป็นเวลานาน มีการดำเนินการทุกพื้นที่ เป็นบริการที่เบ็ดเสร็จในระดับอำเภอ รวมทั้งเป็นประเด็นที่ผู้บริหารให้ความสนใจ

2. ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

เพื่อสะท้อนการบริการแก่ผู้เจ็บป่วย และเป็นบริการที่ต้องการความต่อเนื่อง และการดูแลแบบเป็นองค์รวม เป็นการดูแลเพื่อคงสภาพความเจ็บป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

เป็นปัญหาสำคัญในทุกพื้นที่ เป็นภาระมาก และเป็นประเด็นที่สามารถวัดในด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านความเสมอภาค คุณภาพ และการตอบสนองที่ตรงกับความต้องการของประชาชนได้ดี

เป็นประเด็นที่ผู้บริหารระดับนโยบายให้ความสำคัญ

แต่ขอบเขตการประเมิน การรวบรวมข้อมูลต้องรวมทั้งอำเภอเนื่องจากกระบวนการดูแลด้านนี้ต้องสัมพันธ์กับการให้บริการโดยโรงพยาบาล และการบริหารจัดการระดับอำเภอร่วมด้วย

ร่างชุดตัวชี้วัดส่วนที่เป็น output/outcome ในการประเมินระบบงานแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

จากการทบทวนเอกสารวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ได้สรุปข้อเสนอตัวชี้วัดในการติดตามประเมินงานระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและงานแม่และเด็ก (ตารางที่ 2)

สถานการณ์ระบบข้อมูลปัจจุบัน เน้นการติดตามที่ผลกระทบ และผลผลิตกิจกรรม

จากการศึกษาสถานการณ์ของข้อมูลตามตัวชี้วัดใน 2 ระบบย่อยนี้ พบว่าในส่วนของระบบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวานนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามตัวชี้วัด ส่วนระบบงานแม่และเด็ก พบว่าผลของข้อมูลที่มีการเก็บปัจจุบัน มีลักษณะที่ไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้ และไม่ไวต่อการประเมินคุณภาพระบบงาน มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูลด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ด้านทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหน่วยบริการส่วนใหญ่มีแต่ข้อมูลของผู้มารับบริการที่หน่วยบริการนั้น ๆ และส่วนใหญ่ยังไม่มีการรวบรวมเป็นฐานข้อมูล หรือเป็นทะเบียนที่ใช้ในการติดตาม ข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่ไม่ว่าจะรักษาที่ใดมีเฉพาะในส่วนของสถานีอนามัย หรือ PCU ที่มีประชากรไม่มาก หรือที่เป็นพื้นที่ชนบท หากเป็นพื้นที่เขตเมืองที่มีประชากรหนาแน่นจะไม่มีฐานข้อมูลของประชากรทั้งหมดที่เป็นเบาหวาน เนื่องจากเข้าถึงข้อมูลได้ยาก และประชากรมีการเคลื่อนย้ายบ่อย

ฉะนั้น เมื่อฐานข้อมูลผู้ป่วยไม่ชัดเจน จึงวิเคราะห์การเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของบริการกับกลุ่มเป้าหมายได้จำกัด

ข้อมูลที่บ่งถึงคุณภาพบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับยาสม่ำเสมอ หากเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็กและสถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนจะมีระบบเช็คว่ามีอาการตามนัดมากน้อยเพียงใด แต่โรงพยาบาลใหญ่มักจะไม่มีอาการตรวจสอบเนื่องจากมีผู้ป่วยปริมาณมาก

แต่หากพิจารณาจากคุณภาพบริการโดยพิจารณาในด้านระดับน้ำตาลที่คุมได้ดี พบว่าส่วนใหญ่จะไม่มี



ตารางที่ 2 ร่างตัวชี้วัดผลลัพธ์ของระบบดูแลด้านแม่และเด็ก และระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ประเด็น	อนามัยแม่และเด็ก	เบาหวาน
ความเสมอภาค (Equity)	<ul style="list-style-type: none"> - % ANC, % early ANC - % คลอดสถานบริการ - % ครอบคลุมของ ANC, EPI, FP 	<ul style="list-style-type: none"> - % ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ (ความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในทะเบียนเปรียบเทียบกับความชุกของผู้ป่วยเบาหวานที่ควรจะมีในพื้นที่นั้น) - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาตามมาตรฐาน - % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนภาวะแทรกซ้อนตามระยะเวลาที่เหมาะสม
คุณภาพ (Quality)	<ul style="list-style-type: none"> - % โรคโลหิตจาง ที่รักษานจนปกติในระยะตั้งครรถ์ - % การได้ยาด้านไวรัสในมารดาที่ anti HIV + VE/Incidence การเกิด vertical transmission - อัตราป่วยของมารดา (%PPH, % Puerperal Infection) ให้ระวัง ข้อมูลต่ำกว่าจริงในพื้นที่เขตเมือง - อัตราตายของมารดา - อัตราป่วยของทารกหลังคลอด (% birth asphyxia) ให้ดูคู่กับ % การคลอดที่สถานบริการเครือข่ายด้วย % detection แม่ที่ไม่พร้อม - อัตราตายของทารกหลังคลอด - ความสามารถ ดูแลตัวเอง - ความพึงพอใจ - คุณภาพชีวิตของแม่ ความสามารถของแม่ในการดูแลตนเองและลูกหรือความพร้อมของแม่ 	<ul style="list-style-type: none"> - % ประชาชนเป้าหมายที่มีความรู้การป้องกันเบาหวาน - % ผู้ป่วยที่กินยาสม่ำเสมอ (compliance) - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c) - % ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวน เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน - % ผู้ป่วยที่มี BMI > 27 Kg/m² (อ้วน) < 17 Kg/m² (ภาวะทุพโภชนาการ) - % ผู้ป่วยที่มี hyperlipidemia - % ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง - % ผู้ป่วยเบาหวานที่ admit เกี่ยวกับเบาหวาน ในรอบ 1 ปี - % ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง - คุณภาพชีวิต - ความสามารถดูแลตัวเอง - การบริหารจัดการด้วยตัวเอง
ประสิทธิภาพ (Efficiency)	<ul style="list-style-type: none"> - % EPI เด็ก 0-5 ปี/Incidence ของโรคที่สามารถ ป้องกันได้ด้วย EPI Program - % FP/% การตั้งครรถ์ที่ไม่พึงประสงค์ % ANC สอ. เทียบกับทั้งหมด หญิงตั้งครรถ์ที่อายุน้อยกว่า 17 ปี และได้รับการดูแลแนะนำ 	<ul style="list-style-type: none"> - % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่รับรู้ความเสี่ยง และระวังดูแลตนเอง - % ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองและได้รับการดูแลต่อเนื่อง - % ผู้ป่วยที่คุมได้จากการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย (non-medical treatment)
ความเชื่อมั่นของสังคม (Social Accountability)	<ul style="list-style-type: none"> - การยอมรับ - ตรงความต้องการ - cost effectiveness - อัตราตายของมารดา - อัตราตายของทารกหลังคลอด 	<ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิตที่ดี - สุขภาพกายที่ดี - ความรู้เรื่องเบาหวาน - ความสามารถดูแลตัวเองทุกสถานการณ์ - ความพึงพอใจของผู้ป่วย - % ประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

การทบทวนนี้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะเป็นการทบทวนจากระดับ plasma glucose เป็นหลัก มีเพียงโรงพยาบาลใหญ่ 1-2 แห่งในตัวอย่างศึกษา (จากโรงพยาบาลทั้งหมด 18 รพ.) ที่มีระบบการเช็คด้วย HbA1c

การบันทึกเรื่องปัจจัยเสี่ยง มีเฉพาะเรื่องดัชนีมวลกาย แต่มักบันทึกไว้เฉย ๆ ไม่ได้นำมาใช้ประมวลหรือวิเคราะห์หรือใช้ในการวางแผนการดูแลที่ชัดเจน

ปัจจัยเสี่ยง เรื่องสูบบุหรี่ ดื่มสุรา นั้นมีการบันทึกหรือตรวจสอบเรื่องนี้น้อยมาก

ส่วนการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย มีบางแห่งที่มีแผนการให้ความรู้ที่ชัดเจน แต่มักจะเป็นชุดความรู้ที่ให้เหมือนกันกับทุกคน มิได้แยกแยะตามลักษณะปัญหา และระยะการป่วย ระบบตรวจร่างกายเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน พบว่าหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่ และโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งจะมีการตรวจเช็คเป็นระยะ แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีระบบทบทวนว่าได้รับการตรวจเช็คตามที่กำหนดหรือไม่

รายการตรวจขั้นสูงจะมีความแตกต่างกันคือ รายการที่ตรวจเป็นส่วนใหญ่ คือ BUN, Creatinine ส่วนการตรวจไขมันในเลือดมีความแตกต่างกันในรายละเอียดการตรวจ และต่างกันในเรื่องความถี่การตรวจ ส่วนการตรวจเส้นเลือดในตานั้น ส่วนใหญ่ตรวจได้น้อยเนื่องจากข้อจำกัดที่มีจักษุแพทย์ร่วมตรวจด้วยน้อย การตรวจ microalbumin มีน้อยมาก มีเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลใหญ่ที่เลือกตรวจบางกรณี เนื่องจากค่าใช้จ่ายสูง และมีข้อจำกัดในด้านห้องปฏิบัติการ

ข้อมูล que แสดงถึงผลลัพธ์ของผู้ป่วย ในด้านความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตนั้น หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่มียระบบจัดเก็บข้อมูลด้านนี้ ยกเว้นเป็นการศึกษาในโครงการเฉพาะ

ข้อมูลด้านแม่และเด็ก

พบว่าระบบบริการเพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก คือ เป็นระบบที่ให้บริการที่โรงพยาบาลมากขึ้นกว่าเดิม สถานื่อนามัยมีบทบาทน้อยลง ตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรกที่ต้องไปตรวจเลือด และตรวจโดยแพทย์ที่โรงพยาบาล จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการที่สถานอนามัยน้อยลง

ระบบงานและแบบระเบียบการบันทึกในด้านการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนไปจากเดิมมาก บางแห่งมีการตัดข้อมูลบางส่วนให้สั้นลง ข้อมูลหลายส่วนถูกตัดออก บางส่วนมีการปรับเปลี่ยนเป็นการบันทึกในคอมพิวเตอร์ และสมุดคู่มือของแม่ ไม่บันทึกเป็นเอกสารของหน่วยบริการ ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ แต่บางแห่งก็ยังบันทึกเป็นทะเบียนผู้ป่วยเล่มใหญ่เหมือนเดิม คือ จังหวัดยะลา ข้อมูลผลลัพธ์การคลอด และสุขภาพของแม่และเด็ก ถูกจัดเก็บแยกจากบันทึกบริการหญิงตั้งครรภ์ ฉะนั้นหากต้องการเก็บข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างกระบวนการบริการกับผลลัพธ์สุขภาพของแม่และเด็ก จะต้องมีการจัดเก็บข้อมูลจากหลายแหล่ง และหลายรายงาน ซึ่งต้องมีการจัดการเพิ่มขึ้น

ข้อมูลที่สะท้อนความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด และหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ จากการศึกษาพบว่าหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาล และหน่วยบริการในเขตอำเภอเมืองจะไม่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในพื้นที่ มีแต่ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ หน่วยบริการที่มีฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยบริการในชนบท ที่สามารถเชื่อมต่อกับอาสาสมัครสาธารณสุขให้แจ้งข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ทันสมัยตลอดเวลาได้ ฉะนั้นการประเมินว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการครอบคลุมหรือไม่ จึงต้องใช้จากการประมาณว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดควรมีเท่าไรจากการ



คำนวณเป็นหลักเทียบกับหญิงที่มารับบริการ

ข้อมูลที่บอกถึงคุณภาพบริการ

ส่วนที่เป็นข้อเท็จจริงชัดเจน คือ จำนวนการป่วย และตายของแม่และทารกแรกคลอด สัดส่วนของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เป็นส่วนที่สามารถหาข้อมูลดิบได้ชัดเจนจากโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมักเก็บรวบรวมได้อย่างชัดเจน และรายงานให้แก่กระทรวงสาธารณสุข แต่การนำข้อมูลไปใช้เพื่อติดตามประเมินผลระยะยาวได้หรือไม่ นั้นยังไม่ชัดเจน แต่เป็นข้อมูลทั่วไปเนื่องจากมีความซุกของอุบัติการณ์ต่ำ

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่ตอบได้ชัด คือ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (teenage pregnancy) และอายุครรภ์เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงแนวโน้มปัญหา ไม่ได้แสดงปัญหาโดยตรง หน่วยบริการส่วนใหญ่ยังไม่ได้รวบรวมข้อมูลนี้ชัดเจน ยกเว้นข้อมูลการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มกำหนดให้รายงานในปีที่ผ่านมา

คุณภาพของการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์ มีระบบการบันทึกชัดเจน คือ การตั้งครรภ์ 4 ครั้งคุณภาพ แต่ก็พบว่าความเข้าใจต่อคำนิยาม วัตถุประสงค์ของ 4 ครั้งคุณภาพ และวิธีนับรวบรวมจะมีความแตกต่างกัน ส่วนคุณภาพของการค้นหากลุ่มเสี่ยงและการดูแลกลุ่มเสี่ยงได้เหมาะสมส่วนใหญ่หน่วยบริการไม่มีการตรวจสอบทบทวนเรื่องนี้ จะเป็นการรายงานตัวเลขตามจำนวนเท่าที่เจ้าหน้าที่ค้นพบได้ แต่จะครอบคลุม ดูแลเหมาะสมตามเกณฑ์หรือไม่ นั้น ไม่สามารถตอบได้

สรุป

การประเมินคุณภาพบริการด้านแม่และเด็ก จำเป็นต้องมีบุคคลภายนอกไปตรวจสอบ และรวบรวมข้อมูลดิบที่มีอยู่แล้วในสถานบริการ ตามตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และเพิ่มการจัดเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาล เพื่อแสดงข้อมูลที่เชื่อมกับหน่วยบริการปฐมภูมิแต่ละแห่ง ข้อมูลจากระบบรายงานจะใช้เพื่อเฝ้าระวังได้บางส่วนได้แก่ ข้อมูลเรื่องการเริ่มต้นฝากครรภ์ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ในการประเมินผลรวมทั้งยังมีการจัดเก็บข้อมูลไม่เท่ากัน ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ได้ ฉะนั้นหากจะประเมินระบบงานด้านนี้ ต้องมีการจัดการระบบงาน และเพิ่มกระบวนการตรวจ การเก็บข้อมูลให้เหมือนกันในทุกพื้นที่ จึงจะสามารถนำมาใช้เปรียบเทียบได้ ดังข้อเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อเสนอ; ตัวชี้วัดและแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลที่มีความเป็นไปได้ในการจัดเก็บ ด้านระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานและระบบดูแลคุณแม่และเด็ก

ตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ	ข้อมูล ตามตัวชี้วัด	ข้อเสนอ
ระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน		
1. ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึงบริการ	1. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดที่มาใช้บริการที่สถานพยาบาล (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน)	1. จัดทำโปรแกรมที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์ ให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล ซึ่งมีข้อมูลตัววัดสถานะสุขภาพของผู้ป่วยในแต่ละด้าน และมีการกำหนดความหมายของการวัดแต่ละด้านที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับยาตามมาตรฐาน	2. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับประทานยาสม่ำเสมอ	
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA1c<7%)	3. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ค่า HbA1c < 7%	2. ให้มีการกำหนดให้ตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อการติดตามที่สม่ำเสมอ และจัดให้มีระบบสนับสนุนด้านห้องปฏิบัติการ และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
4. ผู้ป่วยที่มี BMI > 27 Kg/m ² (ภาวะอ้วน)	4. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มี BMI > 27 Kg/m ² และ BMI < 17 Kg/m ²	3. กำหนดนิยามและระบบการเฝ้าระวังที่ชัดเจนแล้วจัดเก็บรวมกับข้อ 1
5. ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง	5. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงร่วมด้วย	
6. ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ	6. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สูบบุหรี่	4. จัดระบบการตรวจเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และจัดระบบสนับสนุนเพิ่มขึ้นส่วนการบันทึกข้อมูลรวมอยู่ในฐานเดียวกับข้อ 1
7. ผู้ป่วยที่ได้รับการทบทวนเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน	7. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนด้านต่างๆ	
8. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง	8. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนและมาใช้บริการ	5. ให้มีการกำหนดภาวะแทรกซ้อน ที่ต้องเฝ้าระวัง และมีการจัดการดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลอื่นที่มีในรพ. แล้วนำมารวบรวมกับฐานข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลในข้อ 1
9. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี	9. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบของ สอ./หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพ.	6. ให้มีการประสานกับข้อมูลชุมชน และจัดระบบเป็นฐานข้อมูลทะเบียน ไม่ว่าจะรักษาที่ใดและมีการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการด้วย
	10. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มาใช้บริการทั้งหมดในอำเภอ (ทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ)	
10. ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เหมาะสม	11. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน	7. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินเฉพาะในเรื่องคุณภาพชีวิต ความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อใช้ประเมินภายในหน่วยบริการเอง และสามารถใช้ในการประเมินจากองค์กรภายนอกเพื่อเทียบระหว่างหน่วยบริการได้
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน	12. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน	
11. ความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน	13. ความพึงพอใจ (patient satisfaction)	8. ให้มีการพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจเฉพาะโดยเน้นที่คุณภาพของกระบวนการให้บริการเพิ่มขึ้นจากแบบประเมินความพอใจทั่วไป
12. ประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองและให้ความรู้	14. ประชากรเป้าหมายที่ถูกคัดกรองการเป็นเบาหวาน	
		9. หน่วยบริการมีการจัดเก็บอยู่แล้ว แต่ควรมีการรวบรวมข้อมูลผู้ถูกคัดกรองให้เป็นฐานข้อมูลที่ติดตามต่อเนื่องในแต่ละปีด้วย



ตัวชี้วัดคิดเป็นร้อยละ	ข้อมูล	ข้อเสนอ
ระบบดูแลด้านแม่และเด็ก 1. การฝากครรภ์ ANC ที่ สอ./PCU	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU	ให้มีการจัดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมต่อกันได้ หรือให้ จัดเก็บข้อมูลนี้ในภาพรวมที่สถานพยาบาลที่ทำคลอด อีก 1 จุด จะทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และน่าเชื่อถือ มากขึ้น
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ในเขต สอ./PCU	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมา แทนได้
2. การฝากครรภ์ ANC ทั้งอำเภอ	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์	หากจะใช้ข้อมูลส่วนนี้ต้องมีระบบการเก็บข้อมูล เป็นฐานรายบุคคล บันทึกในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ และสามารถต่อเชื่อมข้อมูลระหว่างหน่วยบริการได้
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด	ใช้การประมาณตัวเลขจากอัตราเกิดในปีที่ผ่านมาแทนได้
3. ANC ที่ สอ./PCU และ ได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU และได้รับการดูแล ตามมาตรฐาน ตัวหาร: จำนวนหญิงฝากครรภ์ที่ สอ./PCU ทั้งหมด	ตัวชี้วัดนี้ยังเป็นตัววัดที่ใช้ได้ และเป็นไปได้ในการเก็บ ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ แต่ต้องจัดเพิ่มระบบเก็บข้อมูลที่ สถานพยาบาลที่ทำคลอด และตรวจสอบในภาพรวม ตามเขตรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ จะได้ข้อมูล ที่ครบถ้วนและน่าเชื่อถือมากขึ้น
4. การฝากครรภ์ระยะแรก ไตรมาสที่ 1 (1st trimester)	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน 3 เดือน	ต้องมีการทบทวนและประมวลผลผู้รับบริการ อย่างเป็นระบบเพิ่มเติมจากเดิม
5. การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น (อายุ 13-19 ปี)	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ ช่วง 13-19 ปี	
6. การตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่ได้รับการรักษา ตามมาตรฐาน	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูงได้รับการรักษาตาม มาตรฐาน	ต้องมีการจัดการฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงผลลัพธ์ บริการจากจุดให้บริการต่างๆ ได้ต่อเนื่องจากกลุ่มผู้ ที่วินิจฉัยว่ามีภาวะเสี่ยง และต้องจัดให้ทบทวนแบบ บันทึกผู้รับบริการเป็นระยะๆ
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ เสี่ยงสูงทั้งหมด	
7. เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนัก < 2500 กรัม	ตัวตั้ง: จำนวนเด็กเกิดมีน้ำหนัก < 2,500 กรัม	ควรมีกรรมการระดับจังหวัด หรือระดับหน่วยบริการ ที่นำข้อมูลตัววัด แต่ละตัวมาประมวลวิเคราะห์ และแปลผลข้อมูลที่เป็นเชิงผลกระทบ ได้แก่ อัตรา การตายของแม่ อัตราการตายทารก สัดส่วนของ LBW
	ตัวหาร: จำนวนเด็กเกิดมีชีพทั้งหมด	
8. การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์	ควรมีการบันทึก และรวบรวมต่อเนื่อง และจัดทำ เป็นฐานข้อมูลประชากรในความรับผิดชอบด้วย มิใช่ทำเป็นครั้งๆ
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด	
9. การตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านม	ตัวตั้ง: จำนวนหญิงที่ได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมตามเกณฑ์	
	ตัวหาร: จำนวนหญิงตามเกณฑ์ทั้งหมด	
10. การได้รับวัคซีนตามเกณฑ์	ตัวตั้ง: จำนวนเด็ก 0-5 ปี ที่ได้รับ วัคซีนตามเกณฑ์	ควรเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มด้อยโอกาส เช่น ประชากรเคลื่อนย้าย กลุ่มยากจน
	ตัวหาร: จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด	

วิจารณ์

การศึกษาส่วนนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาทั้งหมด ที่แสดงถึงกรอบแนวทางการประเมินผลหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นส่วนที่เป็นผลลัพธ์บริการ มากกว่ากระบวนการ เนื่องจากคณะผู้ศึกษาเห็นว่าบริบทของการทำงานในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันมาก ไม่จำเป็นต้องมีกระบวนการทำงานในลักษณะเดียวกัน ตัวอย่างเช่นการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ชาวเขา ย่อมไม่เหมือนกับการจัดบริการให้แก่ประชากรในเขตเมืองที่ประชากรหนาแน่น แต่การประเมินผลลัพธ์ก็มีจุดอ่อน เพราะการพัฒนาในระยะเริ่มต้นอาจจะยังไม่เห็นผล ความแตกต่างที่ระดับผลลัพธ์ และหน่วยบริการในปัจจุบันยังไม่ได้จัดระบบข้อมูลเพื่อการประเมินผลลัพธ์บริการในบางเรื่อง ตัวอย่างเช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ศึกษาในครั้งนี้นั้นนั้นจึงควรมีการค้นหาตัวชี้วัดส่วนที่แสดงคุณภาพของกระบวนการหลักที่สามารถสะท้อนคุณภาพผลลัพธ์งานแทนได้ควบคู่ไปด้วย

กรอบแนวทางการประเมินผลลัพธ์หน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้จากการศึกษาส่วนนี้ยังเป็นส่วนที่ได้จากการทบทวนเอกสารและความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งควรมีการทดลองเก็บข้อมูลจริงตามกรอบนี้เพื่อประเมินว่าสามารถสะท้อนความแตกต่างของคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเที่ยงตรงแม่นยำ และเป็นประโยชน์ที่นำไปสู่การพัฒนาในระดับพื้นที่ และระดับนโยบายมหภาคได้

สรุป

ในการติดตาม ประเมินคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจนนั้น หน่วยบริหารและหน่วยบริการจะต้องมีการเตรียมการพัฒนาระบบข้อมูล และกระบวนการจัดเก็บ การวิเคราะห์ผลอย่างเป็นระบบนอกจากนี้ ควรมีการสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นให้แก่หน่วยบริการทราบ พร้อมกับนำไปใช้เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจึงจะทำให้ระบบฐานข้อมูลนั้นถูกต้อง และเกิดประโยชน์เต็มที่

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษาใคร่ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และงานแม่และเด็กในพื้นที่ศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างดี และขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. รายงานผลการศึกษาโครงการเพื่อพัฒนาและติดตาม ประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย, 2549 (รอดิพิมพ์).
2. อนุวัฒน์ ศุภชอุฏ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลย์. คุณภาพ คือ อะไร ในคุณภาพของระบบสุขภาพ ชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ. 2543. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3; 15-17 สิงหาคม 2543; ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: ดิไอซ์; 2543.
3. Marshall M. Measuring general practice, a demonstration project to develop and test a set of primary care indicators. London: Nuffield Trust; 2003.
4. Shaw J. Monitoring and evaluation of quality of care. Proceeding of Nuffield Institute for Health; 2001 May 16-17; U.K.: Nuffield Institute For Health; 2001.



5. Internet and the use of data for international affair. International indicators by International Organizations Health (WHO) Program 1: Primary Health Care. 2003-2004 [cited 2005 Jan 12]; Available from: [URL:http://hosting.diplomacy.edu./baldi/malta2001/statint/Statistics_Int_affair-69](http://hosting.diplomacy.edu./baldi/malta2001/statint/Statistics_Int_affair-69)
6. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a patient enablement instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract* 1998; 15 (2):165-71.
7. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring the quality of life: using of life measures in the clinical setting. *BMJ* 2001; 322:1297-300.
8. คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า. บทบาทหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เอกสารข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่องการจัดเครือข่ายบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2545.
9. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บรรณาธิการ. บริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2548.
10. สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชลเดช, ธีรพร สุขพอดิ. บริการสุขภาพใกล้ใจและใกล้บ้าน เอกสารวิชาการลำดับที่ 1 ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2545.
11. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approach to its assessment. Vol 1. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.