

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่รูปแบบเพื่อการสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 10 จังหวัดภาคเหนือตอนล่าง (Quality of Health Care in Four Primary Care Unit's Model to Support the Universal Coverage Project in Ten Provinces, the lower-northern Part of Thailand) ได้มีการศึกษาทั้งจากเอกสาร วรรณกรรม งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันสุขภาพ มาตรฐาน คุณภาพและตัวชี้วัดของบริการสุขภาพ ดังนี้

2.1 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- 2.1.1 เป้าหมายของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2.1.2 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 ระบบบริการปฐมภูมิ

- 2.2.1 คำจำกัดความและความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ
- 2.2.2 เป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิ

2.3 หน่วยบริการปฐมภูมิ

- 2.3.1 โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย
- 2.3.2 มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3.3 โครงสร้างตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3.4 บริการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3.5 บริการเสริมในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3.6 บริการการส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- 2.3.7 เครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.4 คุณภาพบริการของบริการปฐมภูมิ

- 2.4.1 คำจำกัดความทั่วไปของคุณภาพ (Quality) และคุณภาพบริการ (Quality of Service) และคุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality of Service in Health Care)
- 2.4.2 องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

2.5 เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของบริการปฐมภูมิ

- 2.5.1 ประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพ
- 2.5.2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการในประเทศไทย
- 2.5.3 มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

2.6 กรอบแนวความคิดในการศึกษา

- 2.6.1 การสร้างกรอบการประเมินคุณภาพบริการ
- 2.6.2 ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า
- 2.6.3 ตัวชี้วัดกระบวนการ
- 2.6.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

2.1 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2544) ได้กล่าวว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง การที่ประชาชนคนไทยทุกคนได้รับบริการสุขภาพตามสิทธิที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกันโดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธิ

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ. ศ. 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอภาคกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและผู้ยากไร้สิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย” แต่จากสภาพข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่าย จนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยจะเห็นว่ามิมีประชาชนจำนวนถึง 20 ล้านคนไม่อยู่ในการดูแลของระบบประกันสุขภาพใดเลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคนได้รับการดูแลด้วยระบบสงเคราะห์ซึ่งเป็นระบบที่ไม่สามารถประกันมาตรฐานคุณภาพบริการได้ นอกจากนั้นยังมีความไม่เสมอภาคระหว่างระบบประกันสุขภาพชนิดต่างๆ ทั้งในด้านการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์และคณะ, 2543)

ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่จะได้รับสิทธินั้น จึงได้เกิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้นในสมัยรัฐบาลของ ฯพณฯ พันตำรวจโท ดร. ทักษิณ ชินวัตร ซึ่งเป็นที่ทราบโดยทั่วกันว่า “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ในปี พ.ศ. 2544 และมีการกำหนดเป้าหมายของระบบประกันสุขภาพไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางของการประกันสุขภาพ

2.1.1 เป้าหมายของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายของการสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชนมิใช่เป็นเรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชนซึ่งในการออกแบบระบบที่จะรองรับนโยบายดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมปฏิบัติทั้งทางด้านการบริหารจัดการเรื่องสิทธิประโยชน์หลัก รูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินและระบบ

การเงินการคลัง สิ่งสำคัญสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนคือการให้ความสำคัญกับการมีและ การใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งเป็นเสมือนจุดบริการด่านแรก โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีที่เกิดความสามารถของหน่วยบริการปฐมภูมิจะรับผิดชอบในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลในระดับสูง สิ่งที่สำคัญในการที่จะทำให้ระบบบริการนี้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพคือการสร้างรูปแบบการให้บริการที่เข้าถึงความต้องการของประชาชนมีการพัฒนางานรักษาพยาบาลให้มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งมีการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศในการช่วยการตัดสินใจให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.1.2 หลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) ได้กำหนดหลักการสำคัญในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้คือ

1. กระบวนการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกระดับและเป็นเจ้าของร่วมกันมีความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างภาครัฐกับประชาชนโดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง
2. ประชาชนจะต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับบริการที่มีคุณภาพและในระยะถัดไปเมื่อระบบการจัดการลงตัวแล้ว ประชาชนควรมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือเครือข่ายหน่วยบริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจและใกล้บ้าน/ที่ทำงานเพื่อเป็นสถานพยาบาลประจำบุคคลหรือประจำครอบครัว
3. สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่จะให้บริการจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่มีมาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation) โดยถือว่าการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นเพื่อสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ
4. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรก ซึ่งทำหน้าที่ให้บริการแบบผสมผสาน(ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ) กรณีที่เกิดความสามารถหน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น
5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยกันเองและหน่วยบริการระดับต้นกับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network) โดยอาจจะเป็นเครือข่ายของภาครัฐด้วยกันเองหรือระหว่างภาครัฐกับเอกชน
6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพ

ที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance related payment)

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกันไม่ว่าจะบริการโดยกองทุนประกันสุขภาพที่กองทุนก็ตาม

8. ระบบประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรจะประกอบด้วย กองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว แต่ในระยะผ่านอาจจะมี 2 กองทุนที่มีเอกภาพในการบริหารงานมีชุดสิทธิประโยชน์หลักเหมือนกัน (อาจจะมีกองทุนย่อยเพื่อบริหารจัดการการรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเพื่อให้สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและทราบข้อมูลการใช้บริการ)

จากการที่เป้าหมายของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มุ่งเน้นให้มีระบบบริการปฐมภูมิเกิดขึ้นเพื่อให้เข้าถึงประชาชนทั่วทุกพื้นที่ ดังนั้นระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) จึงเป็นหัวใจต่อความสำเร็จของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.2 ระบบบริการปฐมภูมิ

ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) หรือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ให้ความสำคัญกับการมีและใช้ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งเป็นระบบการบริการแบบผสมผสานทำหน้าที่มุ่งเน้นทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เกิดจนตายให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วยความคิดแบบองค์รวม คือ ดูแลทั้งกาย จิต วิญญาณและสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องเข้าใจความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ โครงสร้างของระบบตลอดจนเป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิเพื่อที่จะให้การดำเนินการนโยบายหลักประกันสุขภาพบรรลุเป้าหมาย

2.2.1 คำจำกัดความและความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ

“ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) ตามคำประกาศอัลมา อาดำ ปี พ.ศ. 2521 โดยองค์การอนามัยโลกให้ความหมายว่า คือ บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน

VUOPI, H. ได้กล่าวในการประชุมของสมาคมวิทยาลัยทางด้านเวชศาสตร์ทั่วไปและเวชปฏิบัติครอบครัวทั่วโลก (WONCA) ในปี พ.ศ. 2529 ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care)

ตามความหมายหลักขององค์การอนามัยโลก แต่ขยายเพิ่มเติมในลักษณะที่แสดงถึงภาพของสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น โดยเสนอมุมมองในอีก 4 ด้าน คือ

1. ในฐานะเป็นชุดกิจกรรม 10 ประการ ได้แก่ การสำรวจชุมชนและครอบครัว การลงทะเบียน / คัดกรอง บริการหลัก การให้คำปรึกษา บริการก่อนกลับบ้าน การส่งต่อ / เชื่อมบ้าน การประชุมวางแผนและกิจกรรมต่อเนื่อง กิจกรรมในชุมชน การบริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ การนิเทศงานและประเมินผล

2. ในฐานะเป็นระดับของการบริการที่เป็นบริการด่านแรก (ในส่วนนี้ต้องพิจารณาควบคู่กับบริการด่านแรกอื่นๆ ที่ประชาชนใช้ มิใช่บริการของสถานพยาบาล)

3. ในฐานะเป็นกลวิธีของการดำเนินงานที่ทำให้เกิดบริการที่เข้าถึงได้สอดคล้องและตอบสนองต่อความจำเป็นของประชาชนโดยดำเนินการในลักษณะที่บูรณาการกับงานอื่นๆ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตั้งอยู่บนฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน มีการดำเนินการที่คุ้มค่า (cost-effective) ในส่วนนี้อาจรวมถึงการปรับการจัดสรรบุคลากรและทรัพยากรอื่นจากระดับตติยภูมิไปยังระดับปฐมภูมิ

4. ในฐานะปรัชญาที่ควรแทรกซึมเข้าไปสู่แนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพทั้งหมด เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีความเท่าเทียม ยุติธรรม แต่ละคนในสังคมมีความรับผิดชอบช่วยกันสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีและยอมรับความหมายของสุขภาพที่กว้างกว่าเรื่องโรค

Starfield (2536) ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front – line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสานเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก และแพทย์หญิงรุจิรา มังคะศิริ (2545) ได้ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) หมายถึง การบริการระดับแรกที่อยู่การใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนอย่างใกล้ชิดโดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งต่อไป

2.2.2 เป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิ

สำหรับเป้าหมายของระบบบริการปฐมภูมิของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทางสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้มีการกำหนดเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพ โดยต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดีที่ครอบคลุมทั้งด้าน

กาย จิตใจและวิญญาณ มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ดีที่เอื้อต่อสุขภาพเป็นไปตามแนวคิดสุขภาพพอเพียงที่หมายถึง ความพอดี พอเพียงและพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพและมีระบบบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและยุติธรรมต่อประชาชนทุกกลุ่มทำหน้าที่ช่วยเหลือให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในกรณีที่ประชาชนพึ่งตนเองไม่ได้และสนับสนุนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนโดยมีเป้าหมายที่ต้องการบรรลุในภาพรวมดังนี้

1. มีบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย
2. ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการและมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่างของข้อมูลและการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลักภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน
3. มีบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานโดยทั่วหน้าและเป็นบริการที่ดูแลประชาชนได้อย่างต่อเนื่อง
4. เกิดระบบบริการที่ผสมผสาน ดูแลสุขภาพด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน

5. เกิดความรับผิดชอบของเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว

6. ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพร่วมกันอย่างเป็นระบบ

จะเห็นว่าเป้าหมายระบบบริการสุขภาพที่ต้องการบรรลุ คือ ระบบบริการสุขภาพที่ดีและมี “คุณค่า” โดยอาศัยระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งเป็นการบริการด่านแรกที่ทำหน้าที่แบบผสมผสาน คือ ทั้งรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต จิตวิญญาณและสังคม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีสถานบริการหรือหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยสามารถดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) PCU หรือศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลด่านแรกขึ้นอย่างกว้างขวางในประเทศไทย ซึ่งในงานวิจัยฉบับนี้จะศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นสถานบริการของระบบบริการปฐมภูมิหรือสถานบริการด่านแรกเป็นหลัก

2.3 หน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) ได้นิยาม “หน่วยบริการปฐมภูมิ” ว่าเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดบริการ

ตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในการพึ่งตนเองเพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคมโดยประชาชนในทุกภาคส่วนของสังคมมีส่วนร่วม

นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก และแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2545) ได้ให้ความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) หมายถึง การจัดพื้นที่ในอาคาร (หรือจัดตั้งอาคารแยกต่างหากก็ได้) และมีองค์ประกอบบุคคล วัสดุ สิ่งของและระบบการทำงานเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (primary care)

โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2545) ได้กล่าวถึงลักษณะที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการประชุม “คุณภาพโรงพยาบาลทำเรื่องยากให้เป็นเรื่องง่าย” เมื่อวันที่ 22 - 24 มกราคม 2545 ว่า หน่วยบริการปฐมภูมิควรมีลักษณะสำคัญในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

1. เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพที่ผสมผสานทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพโดยพิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งหมายถึง การให้บริการที่คำนึงถึงมิติความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการซึ่งมีทั้งด้านร่างกาย จิต จิตวิญญาณและสังคม
2. เป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่ายทั้งในด้านภูมิศาสตร์ จิตวิทยา และด้านเศรษฐกิจ
3. เน้นบทบาทการให้บริการสุขภาพในเชิงรุกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการเพิ่มศักยภาพการพึ่งตนเองของประชาชน
4. ให้บริการประชาชนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนป่วยขณะป่วยและช่วงฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการจัดทำระบบข้อมูลของประชาชนตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิต
5. ทำหน้าที่ประสานกับหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดบริการ อาทิเช่น สถานพยาบาลเฉพาะด้านต่างๆ หน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

คุณสมบัติของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบการให้บริการ สถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ใกล้หรืออยู่ในชุมชนถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการที่มีส่วนช่วยให้คุณลักษณะของระบบ มีคุณสมบัติต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. สามารถให้บริการที่มีคุณภาพดี (Good quality of care) คือการให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Care) การให้บริการแบบผสมผสาน (Integrated Care) การให้บริการแบบองค์รวม (Holistic Care)

2. มีการยอมรับจากผู้รับบริการและชุมชน (Acceptability) เนื่องจากอยู่ในชุมชนทำให้มีโอกาสและสามารถทำความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้บริการ(ในฐานะตัวแทนของระบบบริการ) กับรับบริการตลอดจนกระทั่งทั้งชุมชนอยู่ตลอดเวลา

3. สมาชิกในชุมชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ (Accessibility) สถานบริการด้านแรกที่ตั้งอยู่ในชุมชนสามารถลดปัจจัยที่จะเป็นตัวขวางกั้นการเข้าถึงบริการ เช่น ความใกล้ชิดช่วยลดปัญหาการเข้าถึงบริการเชิงภูมิศาสตร์ (Geographical Acceptability) ความรู้จักมักคุ้นและสนิทสนมอย่างน้อยทำให้ลดความกลัวเพราะไม่รู้จักระหว่างลดปัญหาการเข้าถึงบริการเชิงจิตวิทยา (Psychological Accessibility) การรู้จักและเข้าใจสถานะเศรษฐกิจขอสมาชิกแต่ละคน แต่ละครอบครัวในชุมชนช่วยลดปัญหาการเข้าถึงบริการอันเนื่องมาจากปัญหาทางการเงิน(Financial Accessibility) เป็นต้น

4. ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วม (Community Participation) รับผิดชอบการคัดลอกปัญหาต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อพัฒนาทั้งสถานบริการและชุมชนตลอดจนระบบการให้บริการ โดยที่ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการรับรู้ ควบคุมและควบคุม (Empowerment) ระบบการให้บริการ ซึ่งมีการรับรู้ ควบคุมและควบคุมนี้อยู่บนพื้นฐานที่จะทำให้ชุมชนได้เห็นความตั้งใจของระบบบริการรวมไปถึงผู้ให้บริการที่จะต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิกในชุมชนอย่างโปร่งใส (Social Accountability) โดยอาศัยเงื่อนไขที่สถานบริการด้านแรกสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน (Interaction with Community) ได้อย่างต่อเนื่อง

5. ทำให้เกิดความรู้สึกที่ชุมชนสามารถช่วยกันเองได้และพัฒนาไปสู่ความรักสามัคคี (Solidarity) ภายในชุมชนด้วยกันเอง โดยอาจจะอาศัยข้อดีของแนวคิดเข้าใจเรื่องระบบประกันสุขภาพนำมาเป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยนความเห็นและทำความเข้าใจร่วมกัน (เมื่อตัดสินใจที่จะใช้ระบบประกันสุขภาพนำมาเป็นประเด็นในการแลกเปลี่ยนความเห็นและทำความเข้าใจร่วมกัน เมื่อตัดสินใจที่จะใช้ระบบประกันสุขภาพกับชุมชน) เช่น สมาชิกในชุมชนควรเสียเงินเพื่อสุขภาพมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถที่จะจ่ายได้หรือรายได้ของแต่ละคน พัฒนาไปสู่ความเข้าใจร่วมกันว่าคนที่มียาได้มากกว่ามีส่วนในการช่วยเหลือคนที่มียาได้น้อยกว่าในเรื่องสุขภาพและผู้ที่ยังไม่มีปัญหาสุขภาพหรือมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าในขณะนั้น มีส่วนช่วยผู้ที่กำลังมีปัญหาสุขภาพหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพมากกว่า เป็นต้น

6. ความยั่งยืน (Sustainability) ของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งควรจะคงอยู่รอดได้ตลอดไป เนื่องจากการพัฒนาคุณสมบัติของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งก็คือสถานบริการด้านแรกมีผลกระทบเป็นอย่างสูงต่อการพัฒนาระบบการให้บริการโดยรวมเพื่อนำไปสู่ระบบการให้บริการพึงประสงค์ สำหรับปัจจัยที่มีผลจับต้องได้ง่ายและปัจจัยที่วัดต่อความรู้สึก คือ ความอยู่รอดทางการเงิน โดยทั่วไปโครงสร้างของสถานบริการเวชปฏิบัติครอบครัวที่ตั้งอยู่ในชุมชนจะมีขนาดเล็ก การที่จะสร้างระบบควบคุมกำกับเพื่อให้ทราบสถานการณ์ในทุกๆ ด้าน รวมทั้งสถานการณ์

ทางการเงินของสถานบริการเพื่อให้เกิดความโปร่งใสทั้งรายรับและรายจ่ายตลอดจนแหล่งที่มาของเงิน (เช่น จากงบประมาณของรัฐ จากเงินในระบบประกันสุขภาพหรือจากเงินที่ผู้รับบริการจ่ายให้สถานบริการโดยตรงเมื่อรับบริการ) สามารถทำให้เกิดระบบนี้ขึ้นได้เพื่อให้ทราบและดำเนินการปรับตัวตามสถานการณ์ซึ่งจะมีผลเป็นอย่างสูงต่อความอยู่รอดทางการเงินของสถานบริการ

จากทั้งหมดข้างต้น จะเห็นว่าความหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary care) นั้นให้ความสำคัญกับความหมายของ“คุณค่า” ของ “การบริการที่ดี” มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม และจากการมุ่งเน้นการใช้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นสถานพยาบาลด่านแรกจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับประเทศไทย

2.3.1 โครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

หน่วยบริการปฐมภูมิจะมีความสำคัญในระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมากขึ้น การศึกษาโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิจึงจำเป็นในงานวิจัยครั้งนี้ โดยการศึกษาโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิจะศึกษาในเรื่อง รูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

1) รูปแบบของหน่วยบริการปฐมภูมิ

นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทกและแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2545) กล่าวถึง ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันได้แบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

แบบที่ 1 : ระบบบริการด้านสุขภาพเฉพาะทาง Supra Tertiary Care (4 ° Care) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่มุ่งกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหรือรองรับการจัดการกับปัญหาเฉพาะหรือที่ต้องใช้องค์ความรู้เทคโนโลยี ทรัพยากรและความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา เช่น ระบบบริการการแพทย์ด้านจิตและประสาท ระบบบริการสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะระบบบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์มะเร็ง ศูนย์อุบัติเหตุ เป็นต้น

แบบที่ 2 : ระบบบริการระดับสูง (ตติยภูมิ) Tertiary Care (3 ° Care) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากเป็นพิเศษ ในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีต้องอาศัยองค์ความรู้เทคโนโลยีและบุคลากรเป็นพิเศษที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับกลางเฉพาะทางและระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน ซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) และในโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.)

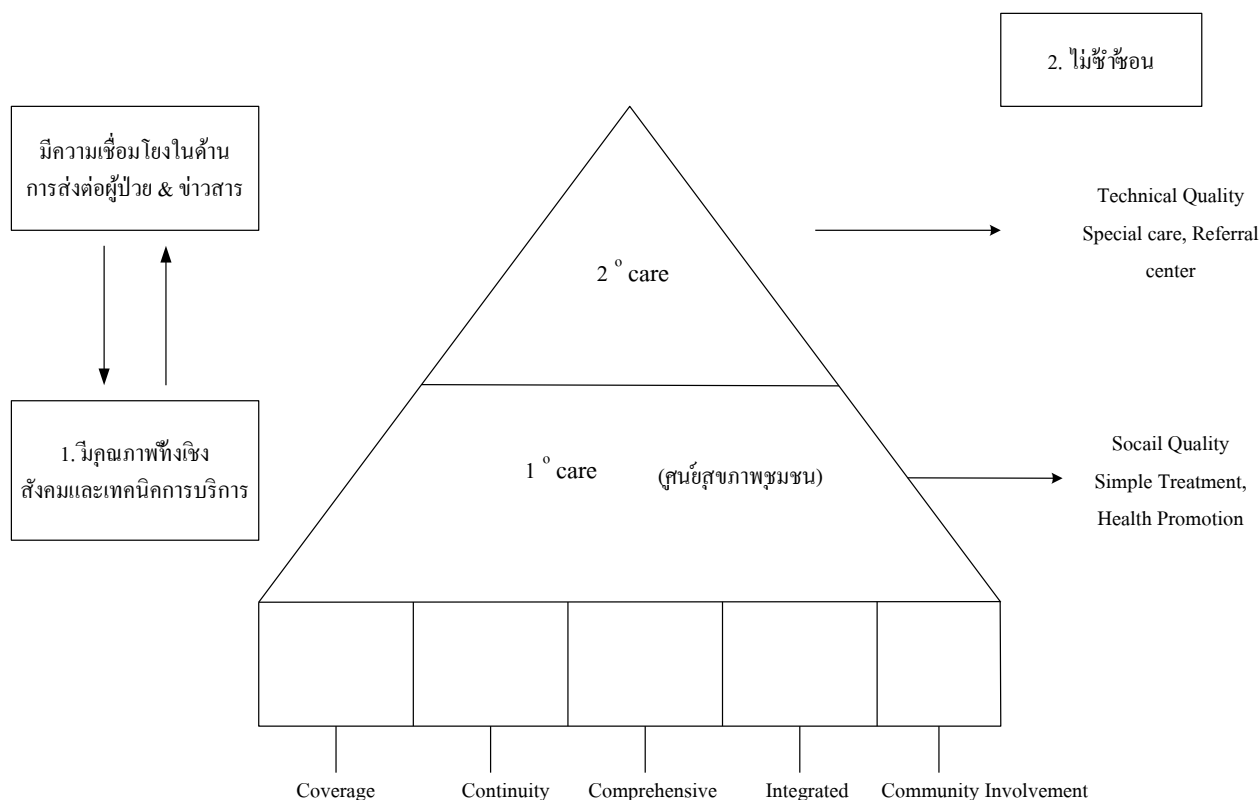
แบบที่ 3: ระบบบริการระดับกลาง (ทุติยภูมิ) Secondary Care (2 ๐ Care) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพที่จัดบริการทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนทั้งในวิทยาการและเทคโนโลยีมากกว่าบริการระดับต้น ต้องอาศัยความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรเฉพาะด้านมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับต้น ระดับสูงและระบบบริการอื่นๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน ซึ่งเป็นบริการของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

แบบที่ 4: ระบบบริการระดับต้น (ปฐมภูมิ) Primary Care (1 ๐ Care) เป็นระบบบริการด้านสุขภาพ ที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนในเชิงวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มาก แต่ยุ่งยากซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการสถานบริการชุมชน และครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับกลางระบบบริการอื่นๆ และ กับชุมชน เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกัน ซึ่งเป็นบริการของสถานีนอมาัย

ทั้งนี้ นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก และ แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2545) ยังได้กล่าวถึงโครงสร้างใหม่ของระบบสุขภาพ จะแบ่งระบบบริการสุขภาพเป็น 2 รูปแบบ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2.1 ดังนี้

แบบที่ 1: Primary Care (1 ๐ Care) หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วยไปจนกระทั่งการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งต่อไป การบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) จะมีเฉพาะการบริการผู้ป่วยนอก(OPD) และลงปฏิบัติงานในชุมชน ถ้าจำเป็นจะต้องมีการส่งต่อจะมีระบบการส่งต่อไปที่ในระดับ Hospital Care เพื่อเป็นผู้ป่วยใน IPD หรือ OPD เฉพาะทางต่อไป

แบบที่ 2: Hospital Care เป็นระดับบริการดูแลผู้ป่วยใน โดยส่งต่อมาจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) การบริการระดับ Hospital Care ต้องไม่มีผู้ป่วยนอกที่เดินมาเอง (Walk In) จะมีเฉพาะการส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเฉพาะ OPD ที่รักษาต่อเนื่องในระดับ Hospital Care บริการรับผู้ป่วยในจะแบ่งเป็น ระดับ 2 ๐ Care (โรงพยาบาลชุมชน) 3 ๐ Care และ 4 ๐ Care ที่มีแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพ.ศ.) และโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 2.1 แสดงระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ

ที่มาแหล่งข้อมูล: นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก และแพทย์หญิงรุจิรา มั่งคละศิริ (2544:)

ระบบบริการสุขภาพใหม่นั้นเน้นการมีและการใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ จึงทำให้เกิดหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็น Supreme Care (4 ° Care) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.) ซึ่งเป็น Tertiary Care (3 ° Care) โรงพยาบาลชุมชน(รพช.) ซึ่งเป็น Secondary Care (2 ° Care) และสถานีอนามัย ซึ่งเป็น Primary Care (1 ° Care) แต่เนื่องจากสภาพความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร สถานที่สิ่งแวดล้อม งบประมาณ การบริหารจัดการของหน่วยบริการสุขภาพแต่ละรูปแบบมีไม่เท่ากัน จึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างกันของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละรูปแบบ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาหน่วยบริการปฐมภูมิในหน่วยบริการสุขภาพ 4 รูปแบบ คือ หน่วยบริการปฐมภูมิในมหาวิทยาลัย หน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่มีแพทย์

2) เป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิ

เป้าหมายของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีได้ หมายถึง หน่วยบริการที่ทำหน้าที่แต่ด้านการรักษาพยาบาลหรือเป็นหน่วยคัดกรองโรค แต่มุ่งหวังให้มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการให้บริการอื่นๆ ที่มีคุณภาพมากขึ้น ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายอย่างมี

ประสิทธิภาพ ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งจัดบริการที่ผสมผสาน เป็นบริการที่คำนึงถึงความต้องการทางด้านจิตใจ มีการพิจารณาปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจของประชาชนในความรับผิดชอบในการให้บริการ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข(2545) ได้กำหนดเป้าหมายด้านผลลัพธ์ของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ต้องการให้บรรลุในระยะสั้น ทั้งในด้าน ความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการด้านคุณภาพบริการ และด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ที่อยู่ในความรับผิดชอบไว้ดังนี้

ด้านความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการ

- ประชาชนที่ลงทะเบียนและมีอาการเจ็บป่วยมาใช้บริการหรือได้รับบริการ ในชุมชนจากหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีแรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 90 ในปีที่ 5
- กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับการบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ภายในปีที่ 1 ร้อยละ 90 ในปีที่ 2 และเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ภายในปีที่ 5
- ในกรณีที่ประชาชนในความรับผิดชอบป่วยด้วยโรคติดต่อต้องมีการรายงาน อย่างครบถ้วนทันเวลาให้แก่หน่วยงานรัฐที่รับผิดชอบ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ตั้งแต่ปีที่ 1

ด้านคุณภาพบริการ

- บริการที่ต้องมีความต่อเนื่อง ได้แก่บริการดูแลก่อนคลอด บริการให้วัคซีนและ ติดตามพัฒนาการเด็ก บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะต้องมีการบริการที่ทำให้ กลุ่มเป้าหมายได้รับการอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ในปีที่ 1 ร้อยละ 80 ในปีที่ 2 และร้อยละ 90 ในปีที่ 5
- การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ในสถานบริการในปีแรก สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่และเริ่มมีการค้นหาผู้ป่วยในชุมชน ภายในปีที่ 5
- ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
- กลุ่มเป้าหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพได้รับการครบถ้วนตามเวลาที่ เหมาะสมตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
- สนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ ประชาชน มีความรู้และทักษะในการดูแลปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยในชุมชนนั้นได้ อย่างเหมาะสม มีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองและครอบครัวไม่ให้

ติดเชื่อจากสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน มีความ
เข้าใจต่อแนวทางการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้แข็งแรง

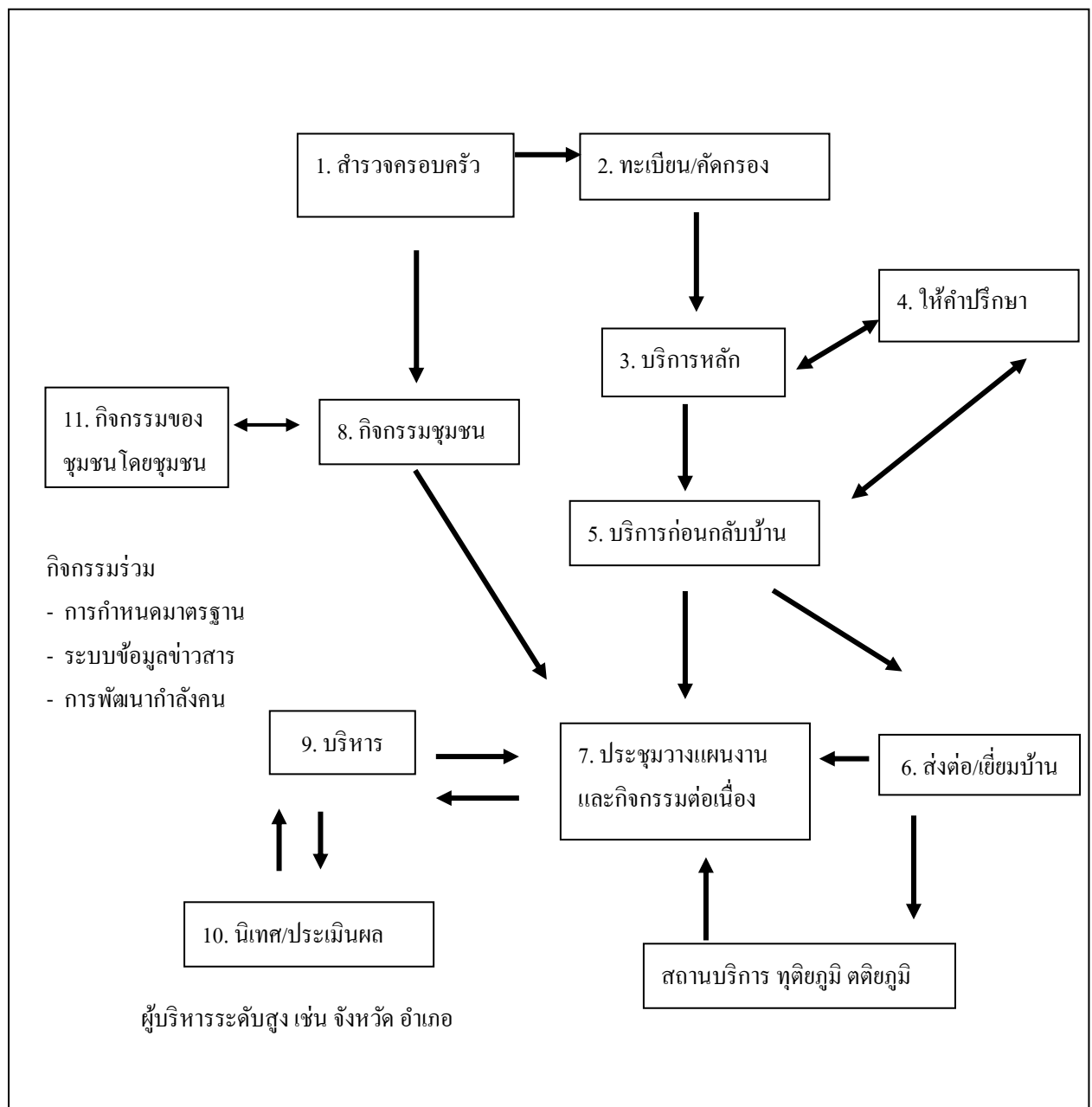
ด้านผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ (ในระยะ 5 ปี)

- ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ควรป้องกันได้
- ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย
- ประชาชนที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคพื้นฐานที่ประชาชนดูแลด้วยตนเองได้
ควรได้รับการดูแลที่บ้านโดยไม่ต้องหยุดพักงานโดยไม่จำเป็น
- ผู้ป่วยได้รับบริการในหน่วยบริการที่เหมาะสมตามระดับความรุนแรงและ
ความสามารถของหน่วยบริการ

3) การจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขเพื่อรองรับนโยบายโครงการ
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือที่รู้จักกันในชื่อ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ดังกล่าว โดยรูปแบบ
การให้บริการต้องมีการผสมผสานทั้งทางด้านรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ โดยเน้นที่การ
สร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งทางด้านร่างกาย
จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

นายแพทย์สำเริง แหยงกระโทก และแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2545) ได้กล่าวถึง ระบบ
บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เอื้อต่อการมีบริการที่เป็นองค์รวม ผสมผสาน บูรณาการอย่าง
ต่อเนื่องโดยผสมผสานเชื่อมโยงบริการในชุมชนเข้าด้วยกันกับกิจกรรมภายในหน่วยบริการปฐมภูมิ
ซึ่งได้จัดกระบวนการหลักในการให้บริการของหน่วยบริการปฐมภูมิออกเป็น 11 กิจกรรม หรือ
ขั้นตอน เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องกันได้ดังที่แสดงในแผนภูมิที่ 2.2



แผนภูมิที่ 2.2 กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน) 11 กิจกรรม/ขั้นตอน
ที่มาแหล่งข้อมูล: นายแพทย์ สำเริง แหะงกระโทก และ แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2544: 49)

ทั้งนี้รูปแบบการจัดบริการ 11 กิจกรรมนี้ ได้มาจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ(Work Shop) 2 ครั้ง ที่จังหวัดนครราชสีมา โดยรวบรวมผู้ที่มีองค์ความรู้และประสบการณ์การดำเนินงานบริการปฐมภูมิจากทั่วทุกภาคของประเทศไทย รวมทั้งกรมสุขภาพจิต สำนักงานพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสาธารณสุข (สคส.) โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข

มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก มาร่วมวิเคราะห์ระดมความคิดเห็นเพื่อหาแนวทางการทำงาน
หน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่พึงประสงค์

จากกระบวนการหลักทั้ง 11 ขั้นตอน นำมาจัดระบบในการบริการและวิธีปฏิบัติงานเพื่อให้เกิด
การบริการที่มีคุณภาพ(Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) เสมอภาค (Equity) และชุมชนมีส่วนร่วม
(Social Accountability) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ดังมีรายละเอียดแต่ละกิจกรรมประกอบด้วย

1. การสำรวจครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบของกิจกรรม เช่น สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการครอบครัว
ชุมชน รู้จักและเข้าใจสภาพวิถีชีวิต และประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในบริการ
โดยจำแนกประชาชน ครอบครัวเป็นกลุ่มเพื่อการจัดบริการตามสภาพปัญหา

2. การลงทะเบียน / การคัดกรอง

การลงทะเบียน เป็นการจัดเตรียมเอกสารและข้อมูลเพื่อช่วยให้เกิดการดูแลอย่าง
ผสมผสานเป็นองค์รวมต่อเนื่อง ซึ่งเอกสารจะประกอบด้วย Family Folder, OPD Card,
Chronic Card, Well Baby Card, ผล Lab หรือ Refer, ผลเยี่ยมบ้านและการจัดระบบนัดหมาย

การคัดกรอง เป็นการกำหนดกิจกรรมเพื่อค้นหาความคาดหวังของผู้มารับบริการ
การประเมินปัญหาด้าน Bio-Psycho-Social การคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงและการให้คำแนะนำ
เบื้องต้น

3. บริการหลัก ประกอบด้วย

- ก. การตรวจรักษาพยาบาล และการตรวจรักษาโรคในรายฉุกเฉิน
- ข. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การให้บริการดูแลสตรีมีครรภ์
เด็กและผู้สูงอายุ
- ค. ทันตกรรม เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้
ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
- ง. การชันสูตรโรค

4. การให้คำปรึกษา

หลังจากที่มีการให้บริการหลักและพบว่าผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีปัญหาด้านสุขภาพ
ก็ให้ คำปรึกษาโดยให้ผู้รับบริการได้เปิดเผยความรู้สึก ค้นหาและเข้าใจปัญหาของตนเองและ
ให้ผู้รับบริการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อแก้ปัญหาและปรับตัวให้เหมาะสม นอกจากนั้นยังให้
คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหายาเสพติดติดตาม MATRIX PROGRAM ซึ่งเป็นกระบวนการ
บำบัดรักษาผู้ยาเสพติดที่เน้นการให้องค์ความรู้ต่างๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
โดยสอดแทรกเข้าไปในระยะต่างๆ ของการบำบัดรักษาผ่านกิจกรรม “กลุ่มบำบัด” ซึ่งถือเป็น
วิธีการหลักที่ใช้ตลอดโปรแกรมการบำบัดรักษานาน 1 ปี

5. บริการก่อนกลับบ้าน

การบริการก่อนกลับบ้านเป็นขั้นตอนของการตรวจสอบความเข้าใจในการมารับบริการและการตอบสนองต่อความคาดหวัง รวมถึงการจ่ายยา เก็บเงิน นัดหมายเพื่อรับบริการต่อเนื่อง (เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ นัดมารับบริการต่อเนื่อง)

6. การส่งต่อ / การเยี่ยมบ้าน

การส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการประสานงานเครือข่ายสถานบริการระดับสูง มีจุดเชื่อมต่อชัดเจน มีระบบส่งต่อและตอบกลับ ถ้าผู้ป่วย Admit ต้องมีการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยไม่ไปตามการส่งต่อต้องไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อหาสาเหตุ

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเดินทางไปพบผู้รับบริการถึงบ้านเพื่อรู้จักและเข้าใจผู้รับบริการและครอบครัวเพื่อค้นหาศักยภาพของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมเพื่อนำมาเสริมสร้างการดูแลสุขภาพตัวเองและเพื่อให้บริการต่อเนื่อง ในกรณีผู้ป่วยกลับมาจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยขาดนัดและผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น

7. ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง

มีการประชุมเพื่อให้เกิดงานด้านคุณภาพ โดยมีการนำข้อมูลมาใช้ในการประชุม ได้แก่

- ก. ทบทวนพันธกิจ วิสัยทัศน์
- ข. ผลการให้บริการ (ขาดนัด Refer เยี่ยมบ้าน)
- ค. การเฝ้าระวังโรค
- ง. ปัญหาสุขภาพที่พบจากการบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและปัญหาสุขภาพที่พบจากการดำเนินงานในชุมชน
- จ. พฤติกรรมเสี่ยง และ ปัจจัยเสี่ยง
- ฉ. Feed Back จากผู้รับบริการหรือผลการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับเป็นระยะ
- ช. ความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน
- ซ. ปัญหา อุปสรรค / ผลการแก้ปัญหาที่ผ่านมา โดยใช้วิธีการคุณภาพเพื่อดำเนินการตามแผน Plan-Do-Check-Action ตามกระบวนการ Total Quality Management (TQM) โดย
 - Plan คือ การทำให้ประจักษ์แจ้งว่า อะไรคือปัญหา อะไรคือสาเหตุแห่งปัญหา จะต้องให้ใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อใด
 - Do คือ การดำเนินการให้มีคุณภาพ (Quality Factor) ให้ครบ
 - Check คือ การทำการตรวจสอบในขั้น Do ถ้าไม่ครบถ้วนให้ทำ Correction, Corrective Action, Preventive Action

- Correction คือ เมื่อพบข้อบกพร่องของชิ้นงาน นำชิ้นงานนั้นมาทำการแก้ไข
 - Corrective Action คือ เมื่อพบข้อบกพร่องของชิ้นงาน ค้นหาสาเหตุและจัดสาเหตุ ข้อบกพร่องของชิ้นงานนั้นๆ
 - Preventive Action คือ เมื่อพบแนวโน้มว่าจะเป็นสาเหตุของปัญหาในชิ้นงานนั้น ต้องทำการจัดการมิให้เกิดสาเหตุของปัญหานั้นๆ หรือเป็นการป้องกันไว้ก่อน
- Act คือกิจที่ต้องกระทำหลัง Check ถ้าครบถ้วน ให้ทำ Standardization หากยังไม่พบปัญหาให้กลับไปขั้นตอน Check เพื่อทำ Correction, Corrective Action, Preventive Action ต่อไป

8. กิจกรรมชุมชน

ภายในหน่วยบริการจะต้องมีการค้นหาศักยภาพ สภาพปัญหาและความต้องการของชุมชนเพื่อนำมาเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของประชาชน นอกจากนั้นยังมีการจัดกิจกรรมบริการชุมชนขึ้น ได้แก่ การคัดกรองโรคและพฤติกรรมเสี่ยง การสอบสวนโรค การป้องกันควบคุมโรค การสุขาภิบาล การณรงค์ต่างๆ รวมทั้งแสวงหาการมีส่วนร่วมจากชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว(กศค.) และประชาคมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนบทบาทของชุมชนในการร่วมคิดร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมเรียนรู้และจัดกระบวนการประชาคม เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment)ประชาชน

9. การบริหาร

การบริหารประกอบด้วย คน เงิน สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร แผนงาน ควบคุม กำกับ ประเมินผล การนำองค์กร การจัดองค์กร การสร้างทีมงาน การมอบหมายงาน เพื่อตอบสนองพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของหน่วยบริการและแก้ปัญหาความต้องการของชุมชน

10. การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล

การนิเทศ ติดตามและประเมินผล เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของทีมงานและหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อให้มีการจัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน

11. กิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน

เป็นกิจกรรมของชุมชนที่สำรวจในครอบครัว ชุมชน โดยใช้แบบสำรวจครอบครัว สุขภาพดี(แบบฟอร์ม จปฐ.) มี 32 ตัวชี้วัด และแบบประเมินระดับหมู่บ้านชุมชนสุขภาพดี

(บ้าน วัด โรงเรียน) 13 ตัวชี้วัด รวมเป็นข้อมูลแบบสรุปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้ายิ่งขึ้น (สคธ.ย.) 45 ตัวชี้วัด ชุมชนจะรู้ปัญหาด้วยตนเองและวางแผน แก้ไขด้วยชุมชนเอง บุคลากรในหน่วยบริการจะไปร่วม Empowerment ชุมชนให้เข้มแข็งมากที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ กิจกรรมในชุมชน และกิจกรรมต่อเนื่องดังนี้

กิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม

- การลงทะเบียน
- การคัดกรอง
- บริการหลัก
- บริการก่อนกลับบ้าน
- ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง
- การให้คำปรึกษา

กิจกรรมในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม

- การสำรวจครอบครัวและชุมชน
- กิจกรรมชุมชน

กิจกรรมต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรม

- การส่งต่อ
- การเยี่ยมบ้าน

โดยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ 4 รูปแบบ ดังนั้น การเกิดคุณภาพบริการที่ดีนั้น หน่วยบริการปฐมภูมิควรเป็นหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานด้วยเช่นกัน

2.3.2 มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

ในการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิ ที่สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวรจัดขึ้น (2546) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญ ในการกำหนดมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมี 3 องค์ประกอบหลัก มาตรฐานด้านโครงสร้าง มาตรฐานกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ดังนี้

1. มาตรฐานด้านโครงสร้าง ได้แก่ การจัดหน่วยบริการ บุคลากร อุปกรณ์ อาคาร สถานที่
2. มาตรฐานกระบวนการ ได้แก่ ด้านการบริการ (ขีดความสามารถ) การจัดการ การเชื่อมต่อ และการส่งต่อ

3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

และจากเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุในระยะสั้นของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น ทางคณะผู้วิจัยโครงการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิ ได้นำมาใช้เป็นตัวกำหนดมาตรฐานของผลลัพธ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

นอกจากนั้นคณะผู้วิจัยโครงการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิได้นำมาตรฐานดังกล่าวข้างต้นมาประยุกต์กับแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการซึ่งมีมาตรฐานทั่วไป 9 มาตรฐาน และได้กำหนดมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ 9 มาตรฐานเช่นกัน ซึ่งเป็นมาตรฐานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน แบบเป็นองค์รวม สามารถเข้าถึงได้สะดวกอย่างต่อเนื่องเป็นระบบบริการผสมผสานทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีระบบปรึกษาและส่งต่ออย่างเหมาะสม ทั้งมีการประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อร่วมกันแก้ปัญหาและพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

มาตรฐานที่ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

มีการกำหนด พันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการหรือของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษร

มาตรฐานที่ 2 การจัดการองค์กร และการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการปฐมภูมิ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 3 การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการปฐมภูมิได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมพร้อมการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ

มาตรฐานที่ 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้สึกละหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับพันธกิจ ในการให้บริการปฐมภูมิและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

มาตรฐานที่ 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งทีแวดล้อมอาคารสถานที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการอย่างสะดวก ปลอดภัย

มาตรฐานที่ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐาน เพื่อให้บริการผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

มาตรฐานที่ 8 ระบบงาน กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน กระบวนการให้บริการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

มาตรฐานที่ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการปฐมภูมิโดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ(2544) ได้กำหนดมาตรฐานตามโครงสร้างบริการ บริการส่งเสริมสุขภาพ เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิดังนี้

2.3.3 โครงสร้างตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) ได้กำหนดมาตรฐานและการจัดการเพื่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิในระยะ 5 ปี โดยกำหนดให้สถานพยาบาลที่จะเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้บริการภายใต้สถานพยาบาลหน่วยเดียวกันหรือจัดเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณสมบัติ ได้แก่ จัดความสามารถ การจัดหน่วยบริการ(ที่ตั้งและประชากรรับผิดชอบ) ด้านบุคลากร ด้านการจัดการต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ ระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาล ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1) จัดความสามารถ

- 1.1 มีการให้บริการที่ผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ
- 1.2 มีบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายาและการให้ความรู้ด้านยา
- 1.3 มีการตรวจชันสูตรพื้นฐาน ที่ควรทำเองได้และมีระบบส่งระบบส่งต่อไปยังหน่วยอื่นที่ให้บริการได้อย่างรวดเร็วคล่องตัว(ตามเกณฑ์มาตรฐาน) คือ มีรถพยาบาลพร้อมที่จะรับ - ส่ง ผู้ป่วยหนัก พร้อมคนขับมีอุปกรณ์ครบถ้วน และพร้อมที่จะปฏิบัติงานที่จำเป็น เช่น Suction, Ambu bag, Oxygen เป็นต้น มีเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพที่พร้อมจะปฏิบัติงานประจำรถตลอดเวลา
- 1.4 มีระยะเวลาในการให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (เช่น 10 ชั่วโมงต่อวันในวันธรรมดา 3 ชั่วโมงต่อวันในวันหยุด)

2) การจัดหน่วยบริการ (ที่ตั้งและประชากรรับผิดชอบ)

หน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องไม่เกิน 10,000 คน ต่อหน่วยบริการ (หนึ่งหน่วยคู่สัญญาอาจจัดให้มีหลายหน่วยบริการปฐมภูมิได้) และสถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิหลักหรือหน่วยบริการปฐมภูมิรองต้องตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ประชาชนเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกสบายภายใน 30 นาที (โดยรถยนต์) ในระยะเริ่มต้นของการจัดบริการอาจไม่ได้ตามมาตรฐานนี้ทั้งหมดแต่ขอให้มีการพัฒนาที่ชัดเจน

ในกรณีที่หน่วยคู่สัญญาเป็นโรงพยาบาล ในระยะปีแรกให้สามารถจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาลได้ 1 จุด ที่รับดูแลประชากรที่ขึ้นทะเบียนไม่เกิน 30,000 คน และให้มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 จุด ที่ดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วยบริการ

3) ด้านบุคลากร

ต้องมีบุคลากรทั้งส่วนที่เป็นแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (ในกรณีที่จัดเป็นเครือข่ายบริการ หากจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรองหน่วยบริการคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีบุคลากรไปเสริมการให้บริการให้ครบตามมาตรฐาน)

- 3.1 มีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาตรฐานเป็นทีมให้บริการที่ต่อเนื่องในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:1,250 คน โดยที่มีพยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1:5,000 คน (อัตราส่วนนี้เป็นเฉพาะระยะแรก ในอนาคตควรมีการพัฒนาให้มีบุคลากรในอัตราส่วน 1 : ประชากร 900 คน)
- 3.2 ในระยะแรกให้มีแพทย์ในเครือข่ายร่วมให้บริการต่อเนื่องเต็มเวลาในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:10,000 คน (ในอนาคตควรมีพัฒนาให้มีแพทย์มากขึ้นในอัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร 1 : 3,000 คน)
- 3.3 ในพื้นที่ที่มีแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีความรู้ความสามารถ เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติมจาก (ข้อ 3.1) รวมเป็นอัตราส่วนอย่างน้อย 1:1,000 คน ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์รวมทั้งหมด ไม่เกิน 1:20,000 คน
- 3.4 มีทันตแพทย์ ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1:20,000 คน ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพออาจจัดให้มี ทันตภิบาล ในอัตราส่วนอย่างน้อย 1:20,000 คน ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมด ไม่เกิน 1:40,000 คน
- 3.5 ให้มีเภสัชกร ทำหน้าที่ดูแลระบบการจัดหา จัดเก็บและบริหารเวชภัณฑ์และระบบยา เพื่อให้การบริการในหน่วยปฐมภูมิ ในอัตราส่วน 1:15,000 ในพื้นที่

ที่มีเภสัชกรไม่เพียงพอให้มีเจ้าหน้าที่เภสัชกรรม หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับการอบรมด้านเภสัชกรรม แทนด้วยอัตราส่วนเจ้าพนักงานหรือเจ้าหน้าที่ 2 คนต่อเภสัชกร 1 คน แต่ทั้งนี้ต้องมีเภสัชกรร่วมกำกับดูแลไม่น้อยกว่า 1:30,000 คน

4) ด้านการจัดการต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสมเพื่อ

- 4.1 ให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ (เช่น ระบบนัดหมาย การติดตามจัดระบบข้อมูล)
- 4.2 ให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว (เช่นประชาชนได้รับบริการภายใน 1 ชั่วโมงหลังจากมาถึงสถานพยาบาล)
- 4.3 ให้มีข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพและสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการได้อย่างสม่ำเสมอ
- 4.4 มีการจัดการด้านยา ตามเกณฑ์มาตรฐานโดย
 - มีรายการยาที่จำเป็นพอเพียงแก่การให้บริการ ซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพ โดยผลิตจากโรงงานที่ได้มาตรฐาน GMP
 - มียาฉุกเฉิน และ ANTIDOTE พอเพียงในคลังยา
 - ในการจ่ายยาแก่ผู้ป่วยจะต้องมีการเขียนฉลากยาที่สมบูรณ์ (ชื่อยา ชื่อผู้ป่วย วิธีการและขนาดการใช้ยา วันที่) โดยมีระบบการตรวจสอบยาก่อนจ่ายยาและมีการให้คำแนะนำวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง

5) ด้านอุปกรณ์ อาคารและสถานที่

- 5.1 มีอุปกรณ์เครื่องมือเพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการติดเชื้อ (Sterile system)
- 5.2 มีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง กรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว
- 5.3 มีอาคารให้บริการที่สะอาด สะอาด ปลอดภัยและมีพื้นที่ให้บริการที่พอเพียงตามเกณฑ์

6) มีระบบการเชื่อมต่อและส่งต่อกับโรงพยาบาล ที่ทำหน้าที่สนับสนุนการบริการ และด้านวิชาการได้ อย่างต่อเนื่อง

2.3.4 บริการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2544) ได้กำหนด บริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน การควบคุมป้องกันโรค และสนับสนุนการพึ่งตนเองไว้โดยประเภทของบริการที่ต้อมนั้นจะต้องเป็นลักษณะ

บริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายาและการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสมซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่

- ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย
- ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
- ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรังหรือโรคที่รุนแรง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
- การดูแลที่บ้าน (Home care)
- การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรง ก่อนการส่งต่อ
- การผ่าตัดเล็ก
- บริการตรวจชั้นสูตรพื้นฐาน (ทำเอง หรือส่งต่อ)
- บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณี ปกติ

2. การส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย ได้แก่

- บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึง หลังคลอดบริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่)
- บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน
- บริการเด็กวัยเรียน
- บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยง อื่นๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง
- บริการดูแลผู้สูงอายุ
- การบริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย
- บริการส่งเสริมและป้องกัน ทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้ คำแนะนำการดูแลสุขภาพ ช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน
- บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว
- บริการให้คำปรึกษา

- การค้นหาโรคที่ร้ายแรงหรือโรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า (Screening)

3. การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งการ Maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

- เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชนแล้วให้การดูแลขั้นต้นก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูสภาพ
- สามารถส่งต่อเพื่อการรักษา หรือฟื้นฟู
- ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว

4. การควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวังและการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อตามพระราชบัญญัติ สาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

5. สนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ

- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย
- ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงในการดำรงชีวิต (กิน พักผ่อน ออกกำลังกาย)
- ประเมินสภาพบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยความร่วมมือเป็นเครือข่ายเพื่อทราบว่าพื้นที่มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไร มีปัจจัยเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพต่างๆ อย่างไร
- ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผนและดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชน

6. บริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา การจ่ายยาและการให้ความรู้ด้านยา

1) บริการเสริมในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ทั้งนี้บริการที่ควรมี แต่อาจเป็นส่วนเสริมและมีเงินสมทบเพิ่ม (ทั้งนี้ดูจากความเป็นไปได้ในการดำเนินการ) มีดังนี้

1. การควบคุมและป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและจากการประกอบอาชีพ
2. มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน
 - ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรคได้

- ดำเนินการควบคุมป้องกันโรค
- 3. การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมทั้งเรื่องยา อาหารและการบริการทางการแพทย์ที่ปลอดภัยมีคุณภาพและได้มาตรฐาน
 - รู้มาตรฐานและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย
 - แนะนำ เผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

2) บริการการส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (กรกฎาคม 2544) ยังได้อธิบายการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพบางรายการ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัว ดังนี้

1. การเยี่ยมบ้าน ได้แก่ การดำเนินการในลักษณะต่อไปนี้

1.1 การลงไปเยี่ยมครอบครัวทุกครอบครัวเพื่อทำความรู้จักระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการและเป็นประเมินสภาพพื้นฐานด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานควรทำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

1.2 การติดตามดูแลประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมีปัญหาไม่สามารถช่วยตัวเองได้ ผู้ป่วยพิการประเภทต่างๆ และกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม พร้อมกับการสนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

1.3 การติดตามดูแลผู้ที่มารับบริการไม่ต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมการบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.4 การติดตามดูแลให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถมารับการรักษาที่สถานพยาบาลได้

2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนระดับบุคคลและครอบครัว การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ประชาชน ทั้งระดับบุคคลและครอบครัวด้วยการสื่อสารรูปแบบต่างๆ ทั้งในสถานพยาบาลหรือในชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานและสามารถดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเช่น

- เป็นไข้ ตัวร้อน
- ปวดท้อง

- ท้องเสีย
- เป็นหวัด
- อาการชัก
- ปวดศีรษะ
- ปวดหลัง
- ปวดเข่า

มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคที่พบบ่อย

- โรคไข้เลือดออก
- โรคเอดส์
- โรคที่พบบ่อยในห้องถิ่น

มีความรู้และทักษะพื้นฐานในการปฐมพยาบาลเบื้องต้นได้แก่

- บาดเจ็บที่ตา
- ไฟฟ้าช็อต
- เลือดกำเดาออก
- กระดูกหัก
- สัตว์กัด
- ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
- เลือดออก
- สิ่งแปลกปลอมเข้าหู เข้าจมูก
- บาดเจ็บทั่วไป ตะคริว
- เป็นลม

มีความรู้ในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ

- ด้านอาหาร
- สุขาภิบาลอาหาร
- สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- การดูแลฟัน
- การออกกำลังกาย
- การใช้สารเคมี
- การใช้ยาขึ้นพื้นฐาน

2.3.5 เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (กรกฎาคม 2544) ได้ระบุ เครื่องมือ เครื่องใช้และอุปกรณ์จำเป็นตามมาตรฐานขั้นต่ำของหน่วยบริการปฐมภูมิไว้ดังนี้

1. บริเวณที่ทำบัตร – จ่ายยา

- 1.1 ผู้สำหรับเก็บประวัติผู้รับบริการที่สามารถค้นหาง่ายและเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า 5 ปี
- 1.2 ผู้สำหรับเก็บเวชภัณฑ์พร้อมอุปกรณ์การจ่ายยาแก่ผู้รับบริการอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 1.3 มีเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ไม่หมดอายุ

2. ห้องตรวจโรคและปฐมพยาบาล

- 2.1 โต๊ะ เก้าอี้ เติงสำหรับตรวจโรคพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกครบ
- 2.2 อ่างล้างมือและสบู่
- 2.3 ชุดสำหรับตรวจ (หูฟัง , เครื่องตรวจตา หู คอ จมูก, ปรีทวัดอุณหภูมิ)
- 2.4 เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง วัดสายตา
- 2.5 ตู้เย็นหรือเก็บเวชภัณฑ์หรืออุปกรณ์ที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิต่ำ
- 2.6 ชุดช่วยชีวิตฉุกเฉิน (รายละเอียดแนบท้าย)
- 2.7 ชุดผ่าตัดเล็กและอุปกรณ์ทำแผลเบื้องต้น
- 2.8 ชุดตรวจภายใน ตรวจจมดลูกและ pap smear
- 2.9 โคมไฟตรวจภายใน
- 2.10 Resuscitation set
- 2.11 Nebulizer
- 2.12 ชุดตรวจคัดกรองเบื้องต้นสุขภาพจิต
- 2.13 อุปกรณ์สำหรับฆ่าเชื้อ เช่น ตู้อบ เครื่องนึ่งหรือหม้อต้มอย่างใดอย่างหนึ่ง
- 2.14 ถังขยะแยกประเภท

3. ห้องบริการทันตสุขภาพ

- 3.1 ยูนิตทำฟัน ประกอบด้วย ระบบส่องสว่าง ระบบเครื่องกรอฟัน ระบบดูดน้ำลาย ระบบน้ำบ้วนปาก เก้าอี้คนไข้ เก้าอี้ทันตแพทย์ และเก้าอี้ผู้ช่วยทันตแพทย์
- 3.2 ชุดตรวจฟัน อุดฟัน ถอนฟัน เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้าและชุดเกลารากฟัน วัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็น

- 3.3 เครื่องมือหรืออุปกรณ์สำหรับการฆ่าเชื้อ เช่น ตู้อบ เครื่องนึ่งหรือน้ำยาฆ่าเชื้อ
- 3.4 อ่างล้างมือ และอ่างแปรงฟันพร้อมกระจกเพื่อฝึกแปรงฟัน
- 3.5 ตู้เย็นสำหรับเก็บวัสดุทางทันตกรรมและเวชภัณฑ์
4. ห้องปฏิบัติการ
 - 4.1 โต๊ะ เก้าอี้ และเตียง สำหรับให้ผู้มารับบริการนั่งหรือนอนขณะเก็บส่งตรวจ
 - 4.2 อ่างล้างมือ พร้อมสบู่
 - 4.3 อุปกรณ์เครื่องแก้ว และเข็มฉีดยา Disposable Syringe พร้อมเข็มขนาดต่างๆ
 - 4.4 Water bath / Dry bath
 - 4.5 ตู้เย็น
 - 4.6 Testing sticks
 - 4.7 น้ำยาต่างๆ ที่จะตรวจหาการตั้งครรภ์ CBC urine VDRL Stool exam มาลาเรียและอื่นๆ
 - 4.8 Microscope
 - 4.9 Rotation
 - 4.10 Hematocrit Centrifuge
 - 4.11 Spectrophotometer / Photometer / Blood Chemistry Analyzer
 - 4.12 Centrifuge
 - 4.13 Vortex mixer
 - 4.14 ระบบวิธีการกำจัดขยะติดเชื้อที่เหมาะสม
5. ห้องรังสีวิทยา
 - 5.1 ห้องเอกซเรย์
 - 5.2 เครื่องเอกซเรย์
 - 5.3 เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทางเทคนิคต้องมีความรู้ และประสบการณ์ในการใช้เครื่องเอกซเรย์การป้องกันอันตรายจากรังสี
 - 5.4 ห้องล้างฟิล์มมีขนาดที่เหมาะสมและมีการระบายอากาศได้ดี
6. ห้องทำคลอด

- 6.1 ห้องคลอด ห้องเตรียมคลอด และห้องคลอด จัดแบ่งเป็นสัดส่วนอย่างเหมาะสมและคล่องตัวในการปฏิบัติงาน
- 6.2 เครื่องตรวจครรภ์ (พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม)
- 6.3 เตียงคลอด (พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม)
- 6.4 เตียงเด็ก (พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม)
- 6.5 เครื่องวัดความดัน พร้อมหูฟัง
- 6.6 สายวัดความยาว
- 6.7 เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก
- 6.8 เครื่องช่วยหายใจชนิดบีบสำหรับมารดาและทารก
- 6.9 ถังสแตนเลสชนิดล้อเลื่อน
- 6.10 โคมไฟชนิดขาตั้ง
- 6.11 เครื่องมือสำหรับทำคลอดมีดังนี้

[1] กรรไกรตัดฝีเย็บ	[2] กรรไกรตัดสายสะดือ
[3] Round and cutting Needles	[4] Tooth Forceps
[5] ถ้วยใส่น้ำยา ขามรูปไต	[6] ถังมือ
[7] เวชภัณฑ์พร้อมอุปกรณ์	[8] ค่ายผูกสายสะดือ
[9] Artery clamp	[10] Needle Holder
[11] Silk and Catgut	[12] ลูกสูบยาง พร้อมสายยาง
[13] ขามใส่รก	[14] เครื่องสวนอุจจาระ ปัสสาวะ
[15] ยาหยอดตาฆ่าเชื้อสำหรับ หยอดตามเด็กเกิดใหม่	[16] ผ้าคลุมตัว ถังเท้ายาว ผ้ารอง คลอด ผ้ายาง ผ้ารองห่อเด็ก

รายละเอียดชุดช่วยชีวิต ประกอบด้วย

1. เครื่องมือ
 - [1] Oral airway (NO.2, NO.3, NO.4)
2. ยา
 - [1] Adrenaline injection 1: 1000
 - [2] Calcium chloride / gluconate 0.5 %
 - [3] Dextrose 20 % หรือ 50 %
 - [4] Furosemide
 - [5] Hydrocortisone / Dexamethasone
3. IV Fluids และอื่นๆ

- [1] Dextrose Water 5 %
- [2] Normal Saline
- [3] Infusion Set
- [4] Stand (เสาแขวนขวดน้ำเกลือ)

หน่วยบริการปฐมภูมิจำเป็นต้องมีมาตรฐานทั้งมาตรฐานตามโครงสร้าง บริการหลัก บริการเสริม เครื่องมือเครื่องใช้และอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ จึงจำเป็นต้องเข้าใจว่าคุณภาพบริการคืออะไร และการที่จะทำให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพนั้นต้องประกอบด้วยอะไรบ้าง เพื่อนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทำการวิจัยคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อไป

2.4 คุณภาพบริการของบริการปฐมภูมิ

คุณภาพบริการถือว่าเป็นหัวใจที่สำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ และถือเป็นเป้าหมายของโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพต้องปฏิบัติ เพื่อให้สามารถเป็นสถานบริการ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” อย่างแท้จริง

2.4.1 คำจำกัดความทั่วไปของคุณภาพ (Quality) และคุณภาพบริการ (Quality of Service) และคุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality of Service in Health Care)

ทั้งนี้ในการศึกษาเรื่องคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิจะศึกษาเรื่องคุณภาพ คุณภาพบริการ คุณภาพของบริการสุขภาพ

1) คุณภาพ (Quality)

Feigenbaum (2494) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพคือความสามารถที่จะผลิตให้ผลผลิตนั้นตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งเอาไว้ด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด”

The American Heritage Dictionary (2519) นิยามว่า “คุณภาพ คือ ลักษณะเฉพาะอย่างใดที่แสดงถึงคุณค่า ลำดับขั้น หรือระดับของความเป็นเลิศหรือความคาดหวัง” (The American Dictionary Second College Edition, 2519)

Crosby (2522) กล่าวว่า “คุณภาพ” คือความสอดคล้องกับความต้องการ (Conformance to Requirement)” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจะบรรลุถึงคุณภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อทำให้ผลผลิตสอดคล้องกับข้อกำหนดที่ได้ตั้งไว้ การกำหนดความหมายของคุณภาพเช่นนี้เป็นมุมมองหนึ่งที่ทำให้เราสามารถวัดหรือประเมินคุณภาพได้นั้นคือประเมินว่ามีความสอดคล้องกับข้อกำหนดมากน้อยเพียงใด

Parasuraman และคณะ (2528) เสนอว่าคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้ของผู้บริโภค (Consumer Perception) นั่นคือคุณภาพของบริการในสายตาของผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังใน

บริการและสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้

W. Edwards Deming (2529) ถือว่าคุณภาพเป็นผลจากการกระทำและการตัดสินใจของผู้บริหาร ระดับสูงขององค์กร ไม่ใช่ผลของการกระทำโดยผู้ปฏิบัติงาน ระบบงานเป็นตัวกำหนดวิธีการทำงาน และผู้บริหารเท่านั้นที่จะสร้างระบบนี้ขึ้น ผู้บริหารเท่านั้นที่จะจัดสรรทรัพยากรให้การฝึกอบรมแก่ผู้ปฏิบัติงานเลือกเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ ให้สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นเพื่อให้ได้งานที่มีคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงเท่านั้นที่จะกำหนดว่าตลาดขององค์กรอยู่ที่ไหน แนวความคิดเรื่องคุณภาพของ Deming มีดังนี้

1. สร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิต/บริการ
2. รับปรัชญาใหม่ในการทำงาน
3. ลดการตรวจสอบ
4. หยุดการพิจารณาตัดสิน โดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว
5. ปรับปรุงระบบการผลิต / บริหารอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป
6. การฝึกอบรม
7. สร้างภาวะผู้นำ
8. จัดความหวาดกลัว
9. จัดกำแพงระหว่างหน่วยงาน
10. จัดคำขวัญ/คำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
11. จัดเป้าตัวเลขสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร
12. จัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความภาคภูมิใจในผลงานของผู้ปฏิบัติงาน
13. กระตุ้นให้ทุกคนศึกษาและปรับปรุงตนเอง
14. นำทุกคนมาร่วมกันลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2) คุณภาพบริการ (Quality of Service)

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA, 2534) ให้ความหมายของคุณภาพ ไว้ว่า “ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการโดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ”

Juran (2535) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพ” คือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Fitness for use) Juran ได้ประยุกต์แนวคิดเรื่องการจัดการคุณภาพโดยเรียกว่า Juran Trilogy ดังนี้

1. การวางแผนคุณภาพ เป็นกระบวนการระบุลูกค้า ความต้องการของลูกค้าลักษณะของผลผลิต / บริการซึ่งลูกค้าคาดหวัง กระบวนการที่จะทำให้เกิดผลผลิต / บริการดังกล่าวและส่งผ่านความรู้นี้ไปยังหน่วยผลิตขององค์กร

2. การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลผลิต / บริการเปรียบเทียบกับความต้องการที่ลูกค้าระบุไว้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ

3. การปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆ ที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร การมอบหมายบุคคลให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การฝึกอบรมผู้ที่ได้รับมอบหมาย การมีโครงสร้างที่ถาวรเพื่อธำรงรักษาคุณภาพ

Jaeger และคณะ (2536) ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าเมื่อพิจารณา “คุณภาพ” ให้เชื่อมโยงกับความคาดหวังของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการ อาจนิยาม “คุณภาพ” ได้เป็น 3 ระดับ คือ

1. คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้ หมายถึง การผลิตสินค้าหรือบริการให้ได้ผลผลิตตามที่กำหนดรายละเอียด (Specifications) หรือมาตรฐาน (Standard) ไว้ล่วงหน้าหรือเรียกว่าเป็น Conformance quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น การให้การรักษาสผู้ป่วยโรคปอดบวมหายโดยใช้ยาและวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการที่ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ(Satisfaction) หรือเรียกว่าเป็น Requirements Quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดหวังว่าแพทย์จะมีเวลาพูดคุยให้ข้อมูลกับผู้ป่วยด้วย นอกจากการให้การรักษาแต่อย่างเดียวและแพทย์ก็ให้ความสนใจและให้เวลากับผู้ป่วยได้ปรึกษา เป็นการรักษาสผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้ความมั่นใจและมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายมากขึ้น เป็นต้น

3. คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้ หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการนั้นยอดเยี่ยมมากถึงขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจ (Delighted) นั่นคือ สิ่งที่ได้ นั้น มีคุณค่า (Value) มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวังเอาไว้มาก หรือเรียกว่า Quality of Kind ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น แพทย์ให้ความสนใจติดตามอาการเจ็บป่วยของสผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์ไปถามและช่วยอธิบายในสิ่งที่สผู้ป่วยรวมทั้งญาติไม่เข้าใจในการเจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดเป็นเวลานาน โดยสผู้ป่วยและญาติไม่เคยคาดหวังมาก่อนว่าจะพบกับแพทย์เช่นนี้ เป็นต้น

3) คุณภาพของบริการสุขภาพ (Quality of Service in Health Care)

Lohr (2533) Institute of Medicine กล่าวว่า “คุณภาพควรประกอบความพึงพอใจด้านสุขภาพของประชาชนหรือแต่ละบุคคลต่อระดับการให้บริการสุขภาพที่จัดให้สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน”

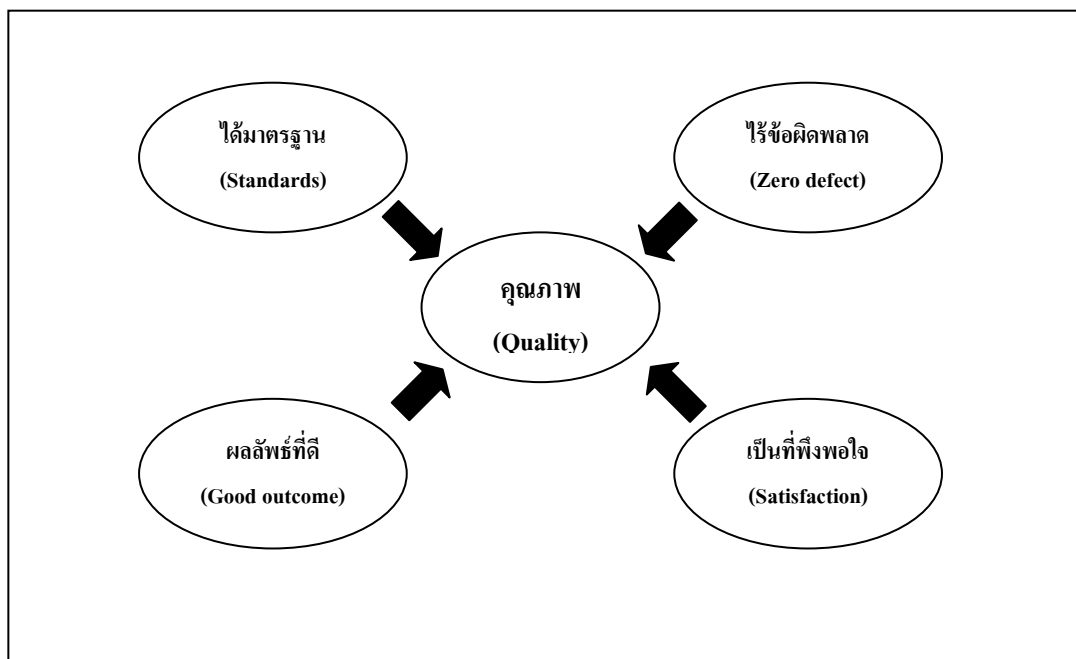
Donabedian (2523) ได้ให้ความหมายของคุณภาพที่ค่อนข้างครอบคลุม ประกอบด้วย ความหมายใน 3 ด้านของคุณภาพบริการสุขภาพ คือ

1. ความหมายที่มีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาโดยเปรียบเทียบ “ผลที่ได้” และ “ผลที่เสียหาย” หรือความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยผู้ให้การดูแลรักษาต้องให้คุณค่าของสิ่งนี้โดยไม่ต้องห่วงถึงเรื่องต้นทุนของการรักษา
2. ความหมายที่มาจากแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นเกี่ยวกับ “ความคาดหวัง” ถึงผลที่ได้และผลเสียหาย รวมถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจติดตามมา
3. ความหมายที่มาจากทางด้านของสังคมซึ่งจะรวมถึง “ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล” ผลได้และผลเสียอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงว่าการดูแลรักษานั้นได้มี “การกระจายทั่วไปในหมู่ประชาชน”

อนุวัฒน์ สุภษุติกุลและคณะ (2542) ให้นิยามคุณภาพบริการ หมายถึง “การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกคำโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ” ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทกและแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2543) ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่ามีความหมายครอบคลุมถึงคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานทางวิชาการ (Technical Standard) และคุณภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรม (Socio-cultural Aspect) คุณภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรมบางครั้งนิยมใช้ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Client Satisfaction) เป็นดัชนีวัดแทนคุณภาพบริการที่ดีต้องเกิดจากการพิจารณาผู้รับบริการในทุกๆ มิติอย่างมีองค์รวม (Holistic Approach) และจัดการบริการให้เหมาะสม จะเห็นว่าคุณภาพบริการเป็นหัวใจสำคัญและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการบริการเพื่อให้ได้บริการที่เป็นที่ต้องการของประชาชน และเป็นสถานพยาบาลใกล้บ้าน ใกล้ใจอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตามคุณภาพสำหรับบริการการดูแลทางการแพทย์อาจนิยามได้ว่า คุณภาพ หมายถึง “คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตและตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ” (อนุวัฒน์ สุภษุติกุลและจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543) ดังแสดงไว้ตามแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 กรอบคำจำกัดความของคุณภาพในบริการทางการแพทย์

แหล่งที่มา: นายแพทย์ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ คณะ (2543)

คุณภาพของบริการแตกต่างกันตามมุมมองและทัศนคติซึ่งอยู่ที่แต่ละบุคคลหรือกลุ่มของบุคคลที่คาดหวัง จึงควรที่จะเข้าใจถึงองค์ประกอบและมิติของคุณภาพตามมุมมองของแต่ละกลุ่มบุคคล

2.4.2 องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุลและนายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ได้แยกคุณภาพออกเป็นองค์ประกอบและมิติต่างๆ โดยมีรายละเอียดแบ่งเป็นมุมมองหรือมิติ จากผู้ประกอบวิชาชีพ จากความคาดหวังของผู้รับบริการหรือลูกค้า จากองค์ประกอบของคุณภาพจากทฤษฎีระบบและจากมิติของคุณภาพตามผลการปฏิบัติงานดังนี้

1) มุมมองจากผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพมักมององค์ประกอบของคุณภาพในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจากวิธีการปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้น

1.1) คุณภาพด้านเทคนิค (technical quality) Mulley (2538) ได้กล่าวถึงคุณภาพทางเทคนิคไว้ 2 มิติ

- ความถูกต้องของบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ให้ “Doing the right thing”
- ความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม “Doing the thing right”

1.2) คุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Interpersonal หรือ Function Quality) Palmar (2534) ได้ให้ความคิดเห็นเรื่องคุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะและไวต่อการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

2) มุมมองและความคาดหวังของผู้รับบริการ หรือ “ลูกค้า”

นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบและมิติของคุณภาพในมุมมองและความคาดหวังของผู้รับบริการหรือ “ลูกค้า” ว่าถึงแม้ว่ามุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นส่วนสำคัญในด้านคุณภาพ มุมมองจากด้านอื่นๆ ก็ได้รับความสนใจมากเช่นเดียวกัน ในช่วงที่ผ่านมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ คุณภาพเป็นการตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน (Mulley, 2538) ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพดังที่ Institute of Medicine ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพ” นั้นควรจะตรงกับ “ความคาดหวัง” ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (Laffel and Blumenthal, 2532)

Aday และ Andersen (2518) ได้ชี้พื้นฐาน 6 ประเภทที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาลและความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่า ได้มีการเข้าถึงประชาชนความพึงพอใจ 6 ประเภทนั้นคือ

2.1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ(Convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

- ก. การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (Office waiting time)
- ข. การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (Availability of care when needed)
- ค. ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานพยาบาล (Base of getting to care)

2.2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ(Co-ordination)ซึ่งแยกออกเป็น

- ก. การได้รับบริการทุกประเภทในสถานที่หนึ่ง คือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย (Getting all need met at one place)
- ข. ผู้ให้บริการให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย อันได้แก่ ด้านร่างกายและจิตใจ (Concern of for overall health)
- ค. ได้มีการติดต่อผลการรักษา (Follow-up care)

2.3) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากบริการ (Medical Information) แยกออกเป็น ข้อมูล 2 ประเภท คือ

- ก. การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (Information about what was wrong)
- ข. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (Information about treatment) เช่น การปฏิบัติของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

2.4) ความพึงพอใจต่ออหยาตย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy) ได้แก่ อาการแสดงอหยาตยท่าทางที่ดี เป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้รับบริการ

2.5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (Quality of Services) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วย ได้รับทศณะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการ

2.6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (Out-of-pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Parasuraman Zeithaml และ Berry (2526 – 2533 อ้างถึงใน วรรณฤดี ภูทอง, 2543) เป็นผู้ที่สนใจทำการศึกษาคูณภาพบริการและการจัดการคูณภาพบริการมาตั้งแต่ปี 2526 ในปี 2533

Parasuraman และคณะ ได้เริ่มต้นทำการวิจัยเชิงสำรวจ(Exploratory Research) เกี่ยวกับคูณภาพบริการ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยทางการตลาด MSI (Marketing Science Institute) โดยใช้เวลาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ถึง 7 ปี (2526 – 2533) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาวิจัยเชิงคูณภาพ ในกลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการของบริษัทชั้นนำหลายแห่งและนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารูปแบบของคูณภาพบริการในระยะต่อมา

ระยะที่ 2 ศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์ โดยมุ่งศึกษาที่ผู้รับบริการโดยเฉพาะใช้รูปแบบคูณภาพ บริการที่ได้จากระยะที่ 1 มาทำการปรับปรุงด้วยวิธีการวิจัย ได้เครื่องมือที่ใช้วัดคูณภาพบริการที่เรียกว่า SERVQUAL และปรับปรุงเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินคูณภาพบริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการ

ระยะที่ 3 ศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์เหมือนในระยะที่ 2 แต่ครั้งนี้มุ่งศึกษาที่ผู้ให้บริการซึ่งมีการดำเนินงานหลายขั้นตอน เริ่มต้นด้วยการทำวิจัยในสำนักงาน 89 แห่งของ 5 บริษัทชั้นนำในการบริการแล้วนำงานวิจัยทั้ง 3 ระยะมาศึกษาาร่วมกัน โดยการทำสนทนากลุ่มผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารและสุดท้ายทำการวิจัยสำรวจในทุก ๆ กลุ่มอีกครั้งใน 6 งานบริการ ได้แก่ งานบริการซ่อมบำรุง งานบริการบัตรเครดิต งานบริการประกัน งานบริการโทรศัพท์ทางไกล งานบริการธนาคารสาขาย่อย และงานบริการนายหน้าซื้อขาย

ระยะที่ 4 มุ่งศึกษาที่ความคาดหวังและการรับรู้ของผู้รับบริการ Parusuraman และคณะ (2541) ได้นำการศึกษาวิจัยทั้ง 4 ระยะมาสร้างเป็นแบบสอบถามขึ้นมาชุดหนึ่ง เรียกว่า SERVQUAL ซึ่งประกอบด้วยมิติของคุณภาพที่ประเมินโดยผู้รับบริการ 5 ด้าน คือ สิ่งที่เป็นรูปธรรม(Tangibles) ความน่าเชื่อถือ(Reliability) การตอบสนองความต้องการ (Responsiveness) ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่น (Assurance) และการเอาใจใส่ดูแล (Empathy) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการทดสอบในบริการทางสุขภาพหลายครั้ง พบว่าได้มิติของคุณภาพในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (Babakus and Mangold, 2535; Jun, et al, 2541)

ชูชาติ วิระเศรณี (2546) ได้กล่าวถึงคุณภาพบริการว่าอยู่ที่ลูกค้าหรือผู้รับผลงานเป็นผู้ชี้ขาดว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพมากแค่ไหน และพบที่จุดสัมผัสบริการหรือจุดให้บริการ จะปรากฏสมบรูณ์เมื่อส่งมอบแก่ลูกค้าหรือผู้รับบริการ โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดคุณภาพบริการมีดังนี้

- ลักษณะของสถานที่
- เครื่องจักร เครื่องอุปกรณ์
- สิ่งของ วัสดุ ที่ต้องจัดเตรียมไว้
- คุณลักษณะและบุคลิกของผู้ปฏิบัติงาน
- วิธีการที่ถูกต้องของการปฏิบัติงาน
- อากัปกิริยาที่น่าประทับใจของผู้ปฏิบัติงาน

3) องค์ประกอบของคุณภาพจากทฤษฎีระบบ (System Theory)

แนวคิดที่ช่วยให้สามารถพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพได้อีกแนวทางหนึ่ง อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบ ซึ่งอาจจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบหลักคือ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) (Donabedian, 2523)

- โครงสร้าง (Structure) หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล เช่น ความพอเพียงของทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพ สถานะของโรงพยาบาลรวมถึงรูปแบบการจัดการและด้านงบประมาณ โครงสร้าง ซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ
- กระบวนการ (Process) ได้แก่ ส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้า ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย Donabedian (2529) แบ่งกระบวนการนี้เป็น 2 ด้าน คือ ด้านเทคนิค (Technical) และด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal)

- ข้อมูลทางผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง สภาวะของสุขภาพของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วยรวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำของภาวะสุขภาพตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน(Donabedian, 2529)

4) มิติของคุณภาพตามผลการปฏิบัติงาน (Performance)

การพิจารณาเรื่องคุณภาพอาจพิจารณาได้จากมิติตามผลการปฏิบัติงานด้านต่างๆ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 2532) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการ คือ

- Accessibility หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็นได้
- Timeliness หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ
- Effectiveness หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทั้งทางด้านกิริยามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย
- Efficacy หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ
- Appropriateness หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
- Efficiency หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อยหรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
- Continuity หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร
- Privacy of Care หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากแฟ้มข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ
- Confidentiality หมายถึง การดูแลรักษาความลับ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นๆ โดยปราศจากการยินยอม
- Participation of Patient and Patient Family in Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
- Safety of Care Environment หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อมและพร้อมที่จะให้บริการ การดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

ส่วน Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA, 2539) แบ่งมิติของ
คุณภาพเป็น 8 ด้าน ได้แก่

- Safety หลีกเลี่ยงและลดความเสี่ยงของกิจกรรมต่างๆ และสภาพแวดล้อม
- Competence มีความรู้ และทักษะเหมาะสมแก่การดูแลรักษา/บริการ
- Acceptability การดูแลรักษาและบริการ ตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า
สังคม
- Effectiveness ได้ผลตามที่ต้องการ โดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- Accessibility ความสามารถที่ผู้ป่วยหรือลูกค้าจะได้รับการรักษาและบริการที่ถูก
เวลา ถูกสถานที่ตามความจำเป็นพื้นฐาน
- Continuity ความต่อเนื่องของการรักษาและบริการของกิจกรรมของบุคลากร
องค์กร และทุกระดับตลอดเวลา

Parasuraman และ Berry (2533) ได้กำหนดเกณฑ์คุณภาพบริการ (Dimensions of service
quality) ตามที่ผู้รับบริการประเมิน ประกอบด้วยเกณฑ์ต่าง ๆ 10 ด้าน ได้แก่

- ความเป็นรูปธรรมของบริการ(Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทาง
กายภาพ อุปกรณ์ บุคลากรและวัสดุการติดต่อสื่อสาร
- ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการ
ตามสัญญาที่ให้ไว้และมีความน่าเชื่อถือ
- การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะ
ช่วยเหลือผู้รับบริการและพร้อมที่จะให้บริการได้ทันที
- สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ความสามารถ
และทักษะในการปฏิบัติงาน
- ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ
มีน้ำใจและเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
- ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์
ความจริงใจของผู้ให้บริการ
- ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัย
ในชีวิต ทรัพย์สิน ชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตรายและข้อสงสัย
ต่างๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ
- การเข้าถึงบริการ(Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใช้บริการ
ได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการติดต่อ

- การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านต่างๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจและรับฟังเรื่องราวที่ผู้รับบริการ ร้องทุกข์
- การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การทำ ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการรวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตน

การศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) ได้เสนอให้มีการจัดกลุ่มมิติของคุณภาพ สำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยไว้ดังนี้

- ความสามารถ (Competence) ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ
- ประสิทธิภาพ (Effectiveness) การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็น ที่ต้องการ (Goal Achievement) ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)
- ความเหมาะสม (Appropriateness) ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็น ของผู้ป่วยและหลักวิชาการ
- ความปลอดภัย (Safety) ระดับของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาด และผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
- ความต่อเนื่อง (Continuity) ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงาน ที่ดี
- ประสิทธิภาพ (Efficiency) โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทันต่อเวลา
- การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตาม ข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
- ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountability) การบริการเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการสามารถ ตรวจสอบและอธิบายได้
- ความมุ่งมั่น (Commitment) โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

นายแพทย์สำเริง แหงกระโทก และแพทย์หญิง รุจิรา มังคะศิริ (2545) ได้กล่าวถึง การพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิให้ไปถึงมาตรฐานผลลัพธ์จนเกิดคุณภาพของบริการนั้น ต้องอาศัยตัวชี้วัดต่างๆ ดังนี้

1. มี (Availability)

- 1.1 มีสถานบริการอยู่ใกล้บ้านหรือใกล้ชุมชน ประชาชนสามารถเดินทางไปได้ถึงไม่ยากลำบาก สถานบริการโดยปกติควรมีแพทย์ หากยังไม่มีประจำ ให้โรงพยาบาลเครือข่ายประสานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดส่งแพทย์มาหมุนเวียน หรืออย่างน้อยควรมีพยาบาลประจำ
- 1.2 มีอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ที่เพียงพอและพร้อมใช้
- 1.3 มีบุคลากรที่ให้บริการตามมาตรฐาน มีทีมงานเป็นทีมเดียวทั้งเชิงรุกเชิงรับ มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูครบวงจร มีการพัฒนาองค์ความรู้บุคลากรอย่างต่อเนื่อง

2. ดี (Good)

- 2.1 มาตรฐานระบบบริการ / การดูแล เป็นมาตรฐาน ให้บริการมีคุณภาพ พร้อมทั้งจะให้สังคมสามารถตรวจสอบได้ถึงคุณภาพ รวมทั้งมีระบบรับรองคุณภาพ
- 2.2 มาตรฐานของเครื่องมือ อุปกรณ์และรถส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
- 2.3 ทักษะ บุคลากรที่ให้บริการต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการโดยมุ่งเน้นการให้บริการที่ยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและให้บริการที่ผู้ป่วยพึงพอใจ

3. เข้าถึง (Accessibility of Care) ประชาชนได้รับบริการที่เท่าเทียมกัน

- 3.1 สภาพทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ ระยะทาง สถานบริการควรใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 30 นาที
- 3.2 หลักประกันสุขภาพ ราคา ค่าใช้จ่ายไม่เก็บค่ารักษาที่แพง ผู้มารับบริการต้องไม่ถูกกีดกัน ในการรักษาพยาบาล โดยมีเงินเป็นตัวกำหนด คนที่มีเงินอาจจะช่วยจ่ายเพิ่มเติม
- 3.3 มีบริการที่ตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้ให้บริการต้องมีพฤติกรรมบริการที่ดี มีคุณภาพ

4. พึงใจ (Acceptability)

- 4.1 ผู้มารับบริการต้องมีความพึงพอใจ รู้สึกว่าบริการปฐมภูมิเป็นที่พึงทั้งทางกายและทางจิตได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน

- 4.2 ผู้มารับบริการได้รับการบริการที่ประทับใจโดยได้รับบริการที่เป็น
 กันเอง เจ้าหน้าที่เข้าใจถึงความเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตรวมทั้งการ
 ให้คำปรึกษา
- 4.3 ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะแก่
 สถานบริการเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข
5. จ่ายคุ้ม (Efficiency)
 - 5.1 บริการที่ใช้ต้นทุนต่ำและผลลัพธ์สูง
 - 5.2 คุ้มค่าง่าย การใช้ทรัพยากรรวมถึงแรงงาน เวลา ทรัพย์สิน
 เครื่องมือที่ได้ประโยชน์สูงสุด
 - 5.3 ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร ที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่าง
 ผลผลิตและความต้องการ
6. ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement)
 - 6.1 ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ตลอดจน
 สุขลักษณะสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ฯ คอยเฝ้าอำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ต่างๆ
 - 6.2 ประชาชนมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการสุขภาพในรูปแบบต่างๆ การบริจาค
 ของชาวบ้านเมื่อจำเป็นต้องใช้เงิน เพื่อประโยชน์ของชุมชนโดยรวม
 - 6.3 ประชาชนมีส่วนร่วมในข้อเสนอด้านการบริหารและจัดการด้าน
 สุขภาพของชุมชน ซึ่งสามารถทำได้โดยการจัดตั้งกลุ่มที่เป็นตัวแทน
 ด้านสุขภาพหรือสม.
7. เป็นองค์รวม (Holistic Care)
 - 7.1 ให้การดูแลที่ครบถ้วนทั้งกาย สังคม จิตวิญญาณ โดยสัมพันธ์ภาพ
 ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นแบบ Emphatic relationship
 ทราบปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการประวัติ
 ครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยในอดีต
 - 7.2 มีระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม ฐานบุคคลครอบครัว
 ชุมชนและจิตวิญญาณ
 - 7.3 มีการเชื่อมโยงบูรณาการของระบบบริการ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา
 ฟื้นฟูและให้บริการต่อเนื่องทั้งขณะป่วยและไม่ป่วย มีระบบการส่งต่อ
 เชื่อมโยงของหน่วยบริการปฐมภูมิระดับต้น โรงพยาบาลชุมชน
 โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ที่ถูกต้องสนับสนุนกันได้

8. ต่อเนื่อง (Continuity of care)

- 8.1 มีการดูแลต่อเนื่องตลอดเหตุการณ์ ตั้งแต่เจ็บป่วยที่บ้านจนกระทั่งเจ็บป่วยที่สถานบริการอื่น
- 8.2 การดูแลต่อเนื่อง เมื่อส่งไปรักษาต่อในแต่ละระดับ
- 8.3 การจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีการต่อเนื่องเชื่อมโยงกันหลายหลาก เช่น การรักษาแผนปัจจุบัน การดูแลตนเอง การใช้สมุนไพร

9. พร้อมทั้งเรื่องอื่นๆ

การพัฒนาให้บริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน ตามสภาพพื้นที่และเงื่อนไขเวลาต่างๆ บริการปฐมภูมิจึงพร้อมที่จะพัฒนาเรื่องอื่นๆ ตามสถานการณ์และสถานที่พร้อมกันตลอดเวลา รวมทั้งการสอบถามชาวบ้านผู้รับบริการว่ามีความต้องการบริการปฐมภูมิที่มีลักษณะอย่างไร เจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ทุกเรื่องอยู่ในทีมเดียวกันจำนวนประชากรไม่มากไม่น้อยเกินไป ฯลฯ

โดยที่การศึกษาครั้งนี้จะมุ่งเน้นที่คุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งคุณภาพบริการสามารถประเมินได้จากเครื่องชี้วัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่มีในประเทศไทยและต่างประเทศ

2.5 เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของบริการปฐมภูมิ

เครื่องชี้วัดเป็นเครื่องมือในการวัดหรือประเมินคุณภาพวิธีหนึ่งสามารถเป็นเครื่องประเมินได้ทั้งผลลัพธ์ กระบวนการที่ทำให้การดูแลและกระบวนการย่อยๆ หรือผลลัพธ์ย่อยๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการหลัก อาจกล่าวได้ว่าเป็นวิธีการในการประเมินคุณภาพที่จุดใดจุดหนึ่งของการเชื่อมโยงกระบวนการของการให้บริการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Process - Outcome Continuum) มีเป้าหมายที่จะสะท้อนกระบวนการให้บริการในส่วนที่มีความสัมพันธ์เป็นสาเหตุของผลลัพธ์ที่ต้องการ (Hofer, et al., 2540)

นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (2543) ได้กล่าวถึง เครื่องชี้วัดคุณภาพว่าเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวัด คัดกรอง หรือส่งสัญญาณในการเฝ้าติดตาม ประเมินและปรับปรุงคุณภาพในการบริการ และเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ต่อการประเมินและปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการรักษาพยาบาลและการให้บริการของโรงพยาบาล

อภิชัย พันธเสนและคณะ (2545) เสนอในเอกสารวิจัยเรื่องการจัดทำเครื่องวัดผลงานและการคำนวณงบประมาณเพื่อการจัดสรรให้กับโรงพยาบาลของรัฐในรูปองค์การมหาชนได้กล่าวถึงการจัดทำเครื่องชี้วัดผลงานโรงพยาบาล มีวัตถุประสงค์เป็นเครื่องมือช่วยให้หน่วยงาน/องค์การนั้นๆ เข้าใจงาน บริหารงานและพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน/องค์การนั้นๆ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เป้าหมายของหน่วยงาน /องค์การนั้นๆ ดัชนีวัดผลงานมุ่งเน้นที่ผลงาน (Outcome)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2545) ได้กล่าวถึงเครื่องชี้วัดทางสุขภาพ ในเอกสารเครื่องชี้วัด การประเมินผลการพัฒนาสุขภาพในส่วนกระทรวงสาธารณสุขว่าอาจมุ่งเน้นที่ (1) อัตราการเกิดของเหตุการณ์ทางสุขภาพต่างๆ เช่น การเกิดมีชีพ (Live birth) การตายของมารดา (Maternal death) และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตั้งครรภ์ (Complication of pregnancy) (2) ความชุกของลักษณะพฤติกรรมส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความชุกของการใช้การคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Use of a contraceptive method by a woman) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight in a baby) (3) ความชุกของลักษณะพฤติกรรมขององค์กรสุขภาพ เช่น จำนวนสถานอนามัยที่ให้บริการฝากครรภ์อย่างเหมาะสม (Health centers that provide antenatal care) จำนวนโรงพยาบาลที่เปิดบริการผ่าคลอดทางหน้าท้อง (Hospitals that carry out caesarean section)

และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2545) ได้กล่าวถึงเครื่องชี้วัดในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายที่สำคัญที่ต้องการในบรรลุคือ ความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและการตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมาย โดยประเด็นที่จะทำเครื่องชี้วัดเพื่อทำการประเมินประกอบด้วยระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ระบบทะเบียน
2. ระบบการเงินการคลัง
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร
4. ระบบบริการสุขภาพ
 - บริการปฐมภูมิ
 - บริการในสถานพยาบาล
5. ระบบบริหารจัดการ
6. ระบบ ควบคุม กำกับ และ ติดตาม

อภิชัย พันธเสนและคณะ (2545) ได้กล่าวว่า เรื่องเครื่องชี้วัดหรือดัชนีชี้วัดเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีมาตรฐานสากล ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีการปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมกับช่วงเวลาและสภาพข้อเท็จจริงของปัญหาการจัดทำระบบข้อมูลที่เหมาะสมเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการใช้ประโยชน์จากการวัดผลงาน

เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการสามารถแยกตามประเภทต่างๆ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเรื่องที่จะใช้ตัวชี้วัดนั้นไปดำเนินการวัด ซึ่งก็แล้วแต่ผู้ใช้เครื่องมือเป็นหลัก

2.5.1 ประเภทของเครื่องชี้วัดคุณภาพ

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2545) ได้กล่าวถึงการจำแนกประเภทตัวชี้วัดไม่มีกฎเกณฑ์ที่ตายตัวชัดเจนขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และเรื่องที่จะใช้ตัวชี้วัดนั้น ไปดำเนินการวัดโดย

ประเภทตัวชี้วัด สามารถจำแนกเป็น 4 ประเภท ตามด้านกว้างๆ ที่ต้องการจะวัดตามลำดับหรือขั้นตอนการดำเนินโครงการ ตามประเด็นสำคัญที่ต้องการวัดและตามคุณลักษณะจำเพาะของตัวชี้วัดเอง ดังนี้

- 1) การจำแนกตามด้านกว้างๆที่ต้องการจะวัด เช่น เศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรม ฯลฯ โดยการวัดทางด้านสุขภาพก็จะมี Health indicators หากพิจารณาย่อยลงไปอีก ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านนโยบายสุขภาพ (Health policy indicators) ตัวชี้วัดด้านบริการสุขภาพ (Indicators for provision of health care) ตัวชี้วัดด้านสถานะสุขภาพ (Health status indicators) เป็นต้น
- 2) จำแนกตามลำดับหรือขั้นตอนการดำเนินโครงการได้แก่
 - 1) ตัวชี้วัดปัจจัยนำเข้า (input indicators)
 - 2) ตัวชี้วัดกระบวนการ (process indicators)
 - 3) ตัวชี้วัดผลผลิตหรือผลการดำเนินการ (output indicators)
 - 4) ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (outcome indicators)
 - 5) ตัวชี้วัดผลกระทบ (impact indicators)

การจำแนกแบบนี้มีผู้จำแนกในลักษณะคล้ายกันโดยจัดเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (Operations indicators) และกลุ่มตัวชี้วัดทางด้านสาธารณสุข (Health indicators) โดย

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน (Operations indicators) ใช้ในการจัดสรรทรัพยากร ประเมินผลงาน ประเมินผลการปฏิบัติงานและปรับปรุงผลงาน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข

- ก. ตัวชี้วัดเกี่ยวกับปัจจัยที่ใช้ในการดำเนินงาน (Input indicators) เป็นตัวชี้วัดที่อธิบายถึงชนิดและปริมาณของทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานตามโครงการบริการ
- ข. ตัวชี้วัดเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน (Process indicators) เป็นตัวชี้วัดที่อธิบายถึงกิจกรรมและงานที่ได้ทำเพื่อที่จะให้ได้ผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการบริการ
- ค. ตัวชี้วัดแสดงผลการดำเนินการ (Output indicators) เป็นตัวชี้วัดที่อธิบายถึงผลการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการบริการ
- ง. ตัวชี้วัดแสดงผลลัพธ์ (outcome indicators) เป็นตัวชี้วัดที่แสดงผลกระทบจากการดำเนินงานที่มีต่อสถานะสุขภาพหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพประชาชนที่เกิดจากผลของโครงการ

กลุ่มที่ 2 ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพ (Health indicators) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย สำหรับ Outcome indicators และ Impact indicators นั้นการวัดมักจะเป็นการวัดผลที่เกิดแก่ประชาชนซึ่งก็คือ สถานะสุขภาพด้านต่างๆ ของประชาชนนั่นเอง ตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพมีดังนี้

ก. ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ (Health status indicators) จะเป็นเครื่องมือที่อธิบายถึงสถานะสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน

ข. ตัวชี้วัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย (Health determinant indicators) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของประชาชนประกอบด้วย 3 กลุ่มใหญ่ดังนี้ คือ

- ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะส่วนบุคคลในการรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต และชีววิทยา
- ปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ เคมีและชีวภาพ เช่น อากาศ น้ำ อาหารและดินที่เป็นผลจากมลภาวะและของเสีย
- ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การบริการสาธารณสุข นโยบายสาธารณะ ข้อมูลข่าวสาร และการวิจัย

3) จำแนกตามประเด็นสำคัญที่ต้องการวัด เช่น

3.1 ตัวชี้วัดความเป็นธรรม (Equity indicators) ในด้านสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่

- 1) ความเป็นธรรมด้านการจ่ายเงิน เช่น ดัชนีความเสมอภาคของการจ่ายเงิน (Fairness of financial contribution)
- 2) ความเป็นธรรมของการบริการ ได้แก่ ดัชนีการกระจายของการเจ็บป่วย ดัชนีการกระจาย ของการใช้บริการ

3.2 ตัวชี้วัดคุณภาพ (Quality indicators) ตัวชี้วัดนี้จะใช้ในการวัดการบริการสุขภาพของสถานบริการต่างๆ เป็นหลัก Bernsein และ Hilborne (2536) ได้พิจารณามิติของคุณภาพของ Donabedian อันประกอบด้วย โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ และเสนอให้เครื่องชี้วัดคุณภาพประกอบด้วย 3 ประเภทที่สำคัญ คือ

- 1) เครื่องชี้วัดคุณภาพโครงสร้าง (Structural indicators): ประเมินด้านโครงสร้างของการจัดบริการของระบบ เช่น จำนวนเตียงของสถานพยาบาล
- 2) เครื่องชี้วัดกระบวนการ (Process indicators) : ประเมินกระบวนการ กิจกรรมหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เช่น เครื่องชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการให้ยาผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ

- 3) เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators): ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น หรือไม่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันเป็นผลลัพธ์จากระบวนการให้บริการการดูแล ซึ่งอาจแบ่งได้อีกเป็นผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ (Proximate outcome) ซึ่งจะเป็นปัจจัยนำเข้าแก่ขั้นตอนต่อไปในการบริการ เช่น การได้รับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ถูกต้องและผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย (Ultimate outcome) ซึ่งได้แก่สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมถึงความพิการ การเสียชีวิตหรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

3.3 ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (Efficiency indicators) ใช้เพื่อวัดผลการดำเนินการที่เกิดขึ้นเปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป เช่น จำนวนเงิน บุคลากร เวลา ฯลฯ ที่ใช้ไปเปรียบเทียบระหว่างโครงการหรือกิจกรรมว่าโครงการหรือกิจกรรมใดให้ผลมากกว่ากัน หรืออาจเปรียบเทียบว่าผลเท่ากันของโครงการใดใช้ทรัพยากรน้อยกว่ากัน เป็นต้น ตัวชี้วัดในด้านนี้ เช่น ต้นทุนการรักษาพยาบาลต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ภาระงานต่อบุคลากรหนึ่งคน

3.4 ตัวชี้วัดประสิทธิผล (Effectiveness indicators) การวัดประสิทธิผลของโครงการใดจะวัดโดยเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) จำแนกตามคุณลักษณะจำเพาะของตัวชี้วัดเอง

4.1 ตัวชี้วัดจำเพาะหรือตัวชี้วัดเดี่ยว (Specific indicators) ตัวชี้วัดชนิดนี้จะมีตัวชี้วัดตัวเดียวที่สามารถบ่งบอกสภาพของสิ่งที่ต้องการจะวัด เช่น อัตราการเกิด อัตราการตาย เป็นต้น

4.2 ตัวชี้วัดแบบองค์ประกอบ (Composite indicators) ตัวชี้วัดชนิดนี้จะประกอบด้วยตัวชี้วัดหลายๆ ตัวมาประกอบการวิเคราะห์หรือพิจารณาร่วมกัน เช่น Human development index-HDI ประกอบด้วยตัวชี้วัด 3 ตัว คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ระดับการศึกษา (Education level) และระดับรายได้ (Income level) การพัฒนาตัวชี้วัดที่เป็นแบบองค์ประกอบนั้นมีความยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งต้องมีความระมัดระวังและรอบคอบในการนำมาใช้และแปลผล

กล่าวโดยสรุปแล้ว การจำแนกตัวชี้วัดก็เพื่อตอบสนองต่อการนำไปใช้งานตามวัตถุประสงค์ของผู้ใช้จะเห็นได้ว่าไม่ว่าจำแนกแบบใดก็มักมีหัวข้อหรือประเด็นที่ซ้ำกันหรือเชื่อมโยงถึงกันแล้วแต่ผู้จำแนกจะให้ความสำคัญหรือมองเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นหลัก

สำหรับตัวชี้วัดคุณภาพบริการในประเทศไทยมีผู้จัดทำหลายองค์กร ไม่ว่าจะเป็นองค์กรของรัฐหรือองค์กรของเอกชน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะองค์กรของรัฐเท่านั้น

2.5.2 ตัวชี้วัดคุณภาพบริการในประเทศไทย

ในประเทศไทยทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภคได้เริ่มให้ความสนใจในคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการเพิ่มมากขึ้น โดยภาคเอกชนได้เริ่มมีการใช้ ISO ที่เป็นระบบมาตรฐานสากลเพื่อให้เกิดศักยภาพของการแข่งขันในตลาดในยุคโลกาภิวัตน์ และเมื่อวันที่ 14 กันยายน พ.ศ. 2541 ๑พณฯนายกรัฐมนตรีชวน หลีกภัย ได้มีกล่าววาทะประเทศไทยควรมีมาตรฐานพัฒนาภาคราชการ ซึ่งแตกต่างไปจาก ISO ที่เป็นมาตรฐานสากลซึ่งออกแบบสำหรับภาคเอกชนและได้ขอมติที่ประชุมเห็นชอบให้สำนักงาน ก.พ. ดำเนินการจัดทำมาตรฐานและพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcomes) มากำหนดเป็นนโยบายให้ภาคราชการดำเนินการ ทั้งนี้ให้นำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อกำหนดเป็นนโยบายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป

ดังนั้นสำนักงานมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย สำนักงาน ก.พ. (2541) จึงได้จัดทำมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (THAILAND INTERNATIONAL P.S.O.) ขึ้นโดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์รวมของภาคราชการทั้งระบบและเน้นให้ทุกหน่วยงานราชการของภาครัฐ พัฒนามาตรฐานทางผลลัพธ์โดยมีเป้าหมายเป็นผลลัพธ์เชิงสัมฤทธิ์ที่บั่นปลาย โดยเฉพาะในเรื่องของความเสมอภาค ความเป็นธรรมของสาธารณะ ความผาสุก คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมในฐานะเป็นผลรวมของการพัฒนาประเทศ โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัดผลของการปฏิบัติงานด้วย

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภาคราชการ ซึ่งเน้นผลลัพธ์ที่บั่นปลาย (Ultimate Outcomes) จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงาน (Standard Achievement Outcomes) ซึ่งประกอบไปด้วย (1) ผลงาน/ผลผลิต (Performance/Outputs) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน (2) ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน (3) ผลลัพธ์ที่บั่นปลาย (Ultimate Outcomes) และ (4) ระบบป้องกันผลลัพธ์ที่บั่นปลายที่ไม่พึงปรารถนา (Prevention System of Unintended Consequences)

การจัดทำมาตรฐานสากลของประเทศไทยในภาคราชการ จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานให้กับระบบบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐรวม 10 ระบบประกอบด้วย

ระบบมาตรฐาน 1101: ระบบข้อมูล

ระบบมาตรฐาน 1102: ระบบการสื่อสาร

ระบบมาตรฐาน 1103: ระบบการตัดสินใจ

ระบบมาตรฐาน 1104: ระบบการพัฒนาบุคลากร

ระบบมาตรฐาน 1105: ระบบการตรวจสอบถ่วงดุล

ระบบมาตรฐาน 1106: ระบบการมีส่วนร่วม

ระบบมาตรฐาน 1107: ระบบการบริการภาคเอกชน ประชาชน

ระบบมาตรฐาน 1108: ระบบการประเมินผล

ระบบมาตรฐาน 1109: ระบบการคาดคะเนและแก้ไขวิกฤต

ระบบมาตรฐาน 1110: ระบบวัฒนธรรมและจรรยาวิชาชีพ

โดยที่ระบบมาตรฐาน 1107 ซึ่งเกี่ยวกับระบบการบริการภาคเอกชน ประชาชนประกอบด้วย เกณฑ์มาตรฐานรวม 10 ด้าน ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพ (2) คุณภาพ (3) ความทั่วถึง (4) ความเสมอภาค (5) ความเป็นธรรม (6) สนองตอบความต้องการ (7) สนองตอบความพึงพอใจ (8) ความต่อเนื่อง (9) ความสะดวกสบาย และ (10) ความพร้อมให้บริการ

เกณฑ์มาตรฐานแต่ละด้าน มีตัวชี้วัด ดังตัวอย่างตาราง ดังนี้

เกณฑ์มาตรฐาน	ตัวอย่าง ตัวชี้วัด
ประสิทธิภาพ	1) ความรวดเร็ว 2) ค่าบริการถูก
คุณภาพ	1) ผลผลิต 2) ผลลัพธ์
ความทั่วถึง	1) พื้นที่เป้าหมาย 2) กลุ่มเป้าหมาย 3) หน่วยงานบริการ
ความเสมอภาค	1) การไม่เลือกปฏิบัติ 2) การขยายโอกาส
ความเป็นธรรม	1) ความเป็นธรรมระหว่างพื้นที่ 2) ความเป็นธรรมระหว่างกลุ่มอาชีพ 3) ความเป็นธรรมระหว่างเพศ 4) ความเป็นธรรมระหว่างชนรุ่น
สนองตอบความต้องการ	1) ปัญหาความต้องการ 2) การจัดลำดับความสำคัญ
สนองตอบความพึงพอใจ	1) ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายหรือลูกค้า
สนองตอบความพึงพอใจ	2) การยอมรับ 3) ข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์ 4) การประกันความเสี่ยง

เกณฑ์มาตรฐาน	ตัวอย่าง ตัวชี้วัด
ความต่อเนื่อง	1) ช่วงระยะเวลาการให้บริการ 2) การบริการหลังการขยาย
ความสะดวกสบาย	1) การบริการเสร็จสิ้น ณ จุดเดียว
ความพร้อมให้บริการ	1) การบริการ 24 ชั่วโมง 2) ความพร้อมของหน่วยงาน 3) ความพร้อมของเจ้าหน้าที่

แหล่งที่มา: สำนักงานมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย สำนักงาน ก.พ; 2541

สำหรับการพัฒนาระบบมาตรฐาน P.S.O 1107 และ P.S.O. 1101 ได้นำมาใช้กับหน่วยงาน สาธารณสุขรวมทั้งโรงพยาบาล โดยเน้นที่ภารกิจหลัก เช่น งานตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยนอก และภารกิจรอง เช่นงานตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยในเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการภาคเอกชน ประชาชน P.S.O 1107 มีตัวชี้วัดดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ (สำนักงานมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย สำนักงาน ก.พ; 2541)

เกณฑ์มาตรฐาน : 1 ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด

- 1.1 ค่าใช้จ่ายต่อหน่วยในการให้บริการ (Unit Cost) ลดลง
- 1.2 เจ้าหน้าที่ 1 คน สามารถให้บริการผู้รับบริการได้ในจำนวนที่เหมาะสมต่อ 1 จุดบริการ
- 1.3 ระยะเวลาที่ผู้รับบริการ 1 คน ได้รับบริการจนเสร็จสิ้นภายในเวลาที่เหมาะสม
- 1.4 ความสิ้นเปลืองอันเกิดจากความผิดพลาดในการปฏิบัติการกิจ / บริการ
- 1.5 ความสามารถในการบรรลุเป้าหมายการดำเนินการตามโครงการ.....
ภายในระยะเวลาที่กำหนด (.....เดือน)

เกณฑ์มาตรฐาน: 2 คุณภาพ

ตัวชี้วัด

- 2.1 จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตรงตามมาตรฐาน (ตามขั้นตอนการรักษาพยาบาลเบื้องต้น จนถึงวิธีการปฏิบัติและคำแนะนำหลังจากให้การรักษาพยาบาล)
- 2.2 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล (อัตราการตาย)
- 2.3 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล (อัตราการพิการ)

- 2.4 ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล (อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน)
- 2.5 ความถี่ของจำนวนครั้งที่เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาล
- 2.6 ความครบถ้วนของการบริการรักษาพยาบาลตามโรคที่ถูกกำหนดไว้ในหลักเกณฑ์
พบส.

เกณฑ์มาตรฐาน: 3 ความทั่วถึง

ตัวชี้วัด

- 3.1 ร้อยละของความทั่วถึงในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนในพื้นที่ที่
รับผิดชอบ
- 3.2 ร้อยละของความทั่วถึงในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้กับ
ประชาชน / หมู่บ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- 3.3 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มาขอรับบริการที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการ

เกณฑ์มาตรฐาน: 4 ความเสมอภาค

ตัวชี้วัด

- 4.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลด้วยลำดับขั้นตอน
และวิธีการรักษาเดียวกันโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านฐานะ เพศ
อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ฯลฯ
- 4.2 ร้อยละของการบริการรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือเวชภัณฑ์รวมถึงทรัพยากรอื่น ๆ
ที่มีมาตรฐานเดียวกันกับผู้รับบริการทุกราย ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 4.3 ร้อยละของประชาชน/หมู่บ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้รับการรักษาพยาบาล
หรือดำเนินกิจกรรมของหน่วยบริการเคลื่อนที่อย่างเท่าเทียมกัน
- 4.4 ร้อยละของหมู่บ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้รับการจัดสรรงบประมาณหรือการดำเนิน
กิจกรรมสาธารณสุขผสมผสานต่างๆ จากโรงพยาบาลเป็นไปโดยเท่าเทียมกัน

เกณฑ์มาตรฐาน: 5 ความเป็นธรรม

ตัวชี้วัด

- 5.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้รับการรักษา
ตามความจำเป็นเร่งด่วนของสภาพปัญหาที่ผู้ป่วยแต่ละรายสมควรได้รับ
- 5.2 ร้อยละของจำนวนประชาชน/หมู่บ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้รับการดำเนินกิจกรรม
(ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพ) ตามลำดับความจำเป็นเร่งด่วนของสภาพ
ปัญหาในพื้นที่เป็นหลัก

เกณฑ์มาตรฐาน: 6 การตอบสนองความต้องการ

ตัวชี้วัด

- 6.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลได้รับการรักษาตรงกับโรค หรือปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ
- 6.2 ร้อยละของจำนวนประชาชน/หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการดำเนินกิจกรรม (ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพ) ตรงกับโรคหรือปัญหาที่ประสบ

เกณฑ์มาตรฐาน: 7 การตอบสนองความพึงพอใจ

ตัวชี้วัด

- 7.1 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากแพทย์และเจ้าหน้าที่
- 7.2 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการบริการที่โรงพยาบาลได้จัดเตรียมไว้ให้
- 7.3 ร้อยละของจำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับความไม่พึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการที่ได้รับ

เกณฑ์มาตรฐาน: 8 ความต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

- 8.1 ความถี่ของการเกิดเหตุหยุดชะงัก ทำให้ไม่สามารถให้การรักษาพยาบาล ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง
- 8.2 ระยะเวลาที่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างให้การรักษาพยาบาลจนเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล
- 8.3 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจากได้ออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว
- 8.4 ร้อยละของจำนวนประชาชน/หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแลติดตามผลการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหลังจากได้ดำเนินการในครั้งที่ผ่านมาแล้ว
- 8.5 ร้อยละของการสำรองวัสดุทางการแพทย์และสาธารณสุขปโภคเพื่อให้การรักษาพยาบาลไม่หยุดชะงักขาดตอน

เกณฑ์มาตรฐาน: 9 ความสะดวกสบาย

ตัวชี้วัด

- 9.1 จำนวนช่องทางที่ผู้รับบริการสามารถรับทราบข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล
- 9.2 จำนวนช่องทางที่ให้บริการปรึกษาและแนะนำปัญหาสุขภาพ

เกณฑ์มาตรฐาน: 10 ความพร้อมในการให้บริการ

ตัวชี้วัด

- 10.1 ร้อยละของจำนวนแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่พร้อมให้บริการรักษาพยาบาลตลอดช่วงเวลาทำการ
- 10.2 ร้อยละของจำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา
- 10.3 ร้อยละของเวลาที่สามารถให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- 10.4 ความสามารถ / ศักยภาพของโรงพยาบาลที่จะรองรับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น
- 10.5 สัดส่วนของบุคลากรทางสาธารณสุขในเครือข่าย 1 คน ที่ดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนพื้นที่ที่รับผิดชอบ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) ได้เสนอชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ไว้เป็น 2 ชุด ดังนี้คือ

1. ชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ (Recommended Quality Indicator Set, R-QIS)

เป็นชุดเครื่องชี้วัดที่สะท้อนเกณฑ์การเลือกเครื่องชี้วัดในข้อที่สำคัญๆ และสามารถนำไปดำเนินการได้โดยไม่มีปัญหาหรืออุปสรรคมากนักและไม่ต้องลงทุนในด้านระบบข้อมูลสารสนเทศเป็นจำนวนมาก

ชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มแนะนำ (Recommended Quality Indicator Set, R-QIS) ประกอบด้วยเครื่องชี้วัด 21 ตัว ได้แก่

1. อัตราการตายรวมของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Overall in-hospital mortality)
2. อัตราตายของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด (Peri - Operative mortality)
3. อัตราตายของเด็กแรกเกิด (Neonatal mortality)
4. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Overall hospital - Acquired infection)
5. อัตราการติดเชื้อหลังผ่าตัด (Post operative infection)
6. อัตราการเกิดการแพ้ยา (Drug allergy)
7. อัตราการเกิดปฏิกิริยาจากการให้เลือด (Blood transfusion reaction)
8. อัตราการรับกลับเข้าโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (Unplanned readmission within 28 days)
9. อัตราการผ่าตัดซ้ำในการอยู่โรงพยาบาลครั้งเดียวกัน (Re - Operation during the same hospital stay)

10. อัตราเด็กเกิดน้ำหนักน้อยในหญิงฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล (Low birth weight babies of mothers attending the ANC clinic at the hospital) ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน (medical record completeness)
11. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก (Out-patient satisfaction)
12. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยใน (In - Patient satisfaction)
13. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยห้องฉุกเฉิน (average emergency-patient waiting time)
14. ระยะเวลาวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่พบบ่อยที่สุด 10 กลุ่มแรก (Average length of stay of top 10 DRGs)
15. น้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG relative weight, In - Patients)
16. อัตราการผ่าตัดคลอด (Cesarean section)
17. อัตราความผิดปกติของการตรวจ CT scan ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ (Abnormal CT-scan finding in patients with head injury)
18. อัตราการเข้าประชุมของผู้บริหารในการประชุมคณะกรรมการอำนวยการด้านคุณภาพสูงสุดขององค์กร (Attendance of the hospital director in the quality steering committee)
19. อัตราการคงอยู่ของบุคลากรทางการแพทย์ (Medical personnel retention)
20. อัตราการครองเตียง (Bed occupancy)
21. อัตราส่วนสินทรัพย์สภาพคล่อง (Quick ratio)

2. ชุดเครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มตัวเลือก (Optional Quality Indicator Set, O-QIS)

เป็นชุดเครื่องชี้วัดที่มีประโยชน์ในการประเมินคุณภาพและใช้ในการกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลเนื่องจากสะท้อนให้เห็นภาพได้ตามเกณฑ์การเลือกเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล แต่อาจยุ่งยากในการดำเนินการในโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลที่ยังไม่มีความพร้อมในด้านระบบข้อมูลมากนัก เครื่องชี้วัดคุณภาพกลุ่มตัวเลือกที่โรงพยาบาลอาจนำไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วยตัวชี้วัดทั้ง 3 หมวด รวม 46 ตัว ได้แก่

2.1 เครื่องชี้วัดคุณภาพการดูแลทางคลินิก (Clinical quality indicators) ประกอบด้วย 25 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. อัตราการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของผู้ป่วยภายใน 2 วัน หลังหัตถการที่มีการให้บริการทางวิสัญญี
 2. อัตราการเกิดหัวใจวายของผู้ป่วย ภายใน 2 วันหลังหัตถการที่มีการให้บริการทางวิสัญญี
 3. อัตราผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการกู้ชีพ(CPR) ในระหว่างการผ่าตัด
 4. อัตราตายหลังผ่าตัด
 5. อัตราการผ่าตัดที่ไม่พบพยาธิสภาพ
 6. อัตราการยกเลิกหรือเลื่อนการผ่าตัด
 7. ประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 8. อัตราการติดเชื้อในกระแสโลหิต ภายหลังการใส่สายสวนหลอดเลือด
 9. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
 10. อัตราการเกิดปอดบวมในผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ
 11. อัตราการเกิดแผลกดทับ(Pressure sore) ในโรงพยาบาล (Pressure sore rate)
 12. อัตราความผิดพลาดของการให้ยา (1.ทั้งหมด 2.กรณีผู้ป่วยนอก 3. กรณีผู้ป่วยใน)
 13. อัตราการสั่งใช้ยาผิดพลาด
 14. อัตราการส่งตรวจทางรังสีซ้ำ
 15. อัตราการส่งตรวจชิ้นสูตรซ้ำ
 16. ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงหน่วยฉุกเฉินจนถึงได้รับหัตถการ(เฉพาะหัตถการที่เลือกสรร)
 17. อัตราการตายที่ต้องกลับมา รพ.ซ้ำภายใน 14 วัน หลังคลอด
 18. อัตราการตายที่ Admit รพ.มากกว่า 5 วันหลังการคลอดปกติ
 19. อัตราการตายที่ Admit รพ.มากกว่า 7 วัน หลังผ่าตัดคลอด
 20. อัตราการกลับมารักษาที่หน่วยฉุกเฉิน หลังการ Discharge 72 ชั่วโมง
 21. อัตราผู้ป่วยในที่อยู่โรงพยาบาลนานกว่า 45 วัน
 22. อัตราผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นกว่า 48 ชั่วโมง
 23. จำนวนชั่วโมงการพยาบาลต่อรายผู้ป่วย
 24. ความเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน
- 2.2 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการบริการ (Service quality indicators) ประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัด

ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพของผู้ป่วย
2. ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้ป่วยนอก

3. ระยะเวลาเฉลี่ยในการนัดผ่าตัดเฉพาะโรคที่กำหนด
4. ระยะเวลาเฉลี่ยในการนัดตรวจพิเศษ
5. อัตราผู้ป่วยนอกที่กลับโดยไม่ได้รับการตรวจจากแพทย์
6. อัตราผู้ป่วยนอกที่ใช้เวลารับบริการรวม นานเกิน 4 ชม.
7. จำนวนครั้งของการรายงานเหตุการณ์
8. จำนวนการหกล้มของผู้มารับบริการ
9. อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ
10. อัตราการไม่สมัครใจของผู้ป่วยใน

2.3 เครื่องชี้วัดคุณภาพของการจัดการ (Management quality indicators) ประกอบด้วย 11 ตัวชี้วัด ดังนี้

1. อัตราส่วนประสิทธิภาพการรายงานเหตุการณ์
2. อัตราการสื่อสารผิดพลาด
3. อัตราการปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่
4. อัตราการพัฒนาบุคลากร
5. อัตรามูลค่ายาคงคลัง
6. อัตรามูลค่าวัสดุคงคลัง(รวมวัสดุการแพทย์)
7. อัตราการหาเวชระเบียนไม่พบ
8. อัตราการหา film x-ray ไม่พบ
9. ความยอมรับการประเมินในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
10. การมีส่วนร่วมของบุคลากรในกิจกรรมคุณภาพ
11. ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรบุคคลทางการแพทย์ในบริการผู้ป่วยใน

2.5.3 มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

1) มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(2545) ได้ร่างมาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิโดยอาศัยแนวทางการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่คณะทำงานเพื่อเตรียมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้จัดทำขึ้น มาตรฐานของสถานีนามัยและมาตรฐานบริการปฐมภูมิที่สำนัก

พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพโดยเน้นในส่วนที่เป็นผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดและมีความเป็นไปได้
ในระยะเวลาอีกไม่นานนัก

มาตรฐานและเกณฑ์การประเมินคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิมีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1

หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นและดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับในลักษณะการดูแลผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง

เกณฑ์ที่ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการประเมินความต้องการและความจำเป็นของผู้มารับบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมได้(สัมภาษณ์)

มีบันทึกความต้องการของผู้มารับบริการ(คูบันทึก)

ผู้รับบริการได้มีโอกาสสะท้อนความต้องการในรับบริการ(สัมภาษณ์ผู้รับบริการ)

เกณฑ์ที่ 2 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมิน พิจารณาส่งต่อ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วนได้ อย่างเหมาะสม

หลักฐาน เจ้าหน้าที่ได้รับการฝึกอบรมหรือมีประสบการณ์ด้านการดูแลเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วนและได้รับการฟื้นฟูความรู้ตามความจำเป็น (สัมภาษณ์คูบันทึก)

เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วนที่พบบ่อยในพื้นที่(สัมภาษณ์)

มีเครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์สำหรับการดูแลที่มีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนเพียงพอ(สังเกต)

มีคู่มือปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน (คู่มือ)

มีการทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน(คูบันทึก)

เกณฑ์ที่ 3 หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายได้ว่าใช้แนวทางหรือมาตรฐานใดช่วยในการตัดสินใจ(สัมภาษณ์)

มีหลักฐานในการบันทึกเวชระเบียนที่แสดงให้เห็นว่าบริการที่ให้แกผู้ป่วยนั้น

ขัดแย้งกับแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ(ทบทวนเวชระเบียน)

มีการทบทวนประสิทธิภาพการบริการที่ได้ให้ไปแล้วกับผู้ประกอบวิชาชีพในระดับ
สูงกว่าหรือระดับเดียวกัน(คู่มือทัก)

มีการติดตามความต่อเนื่องของผู้มารับบริการ (คู่มือทัก)

มีการทบทวนสภาพของผู้รับบริการและแผนการดูแล (คู่มือทัก สัมภาษณ์)

เกณฑ์ที่ 4 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการตรวจชั้นสูตรที่จำเป็นได้

หลักฐาน มีเครื่องมืออุปกรณ์น้ำยา สำหรับการตรวจชั้นสูตรที่จำเป็น เช่น ตรวจน้ำตาลและ
ไข่ขาวในปัสสาวะ ตรวจ hematocrit หรือ hemoglobin ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจ
ซีฟิลิส ตรวจหาเชื้อมาลาเรีย ไข่พยาธิด้วยกล้องจุลทรรศน์ (สังเกต)

เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมวิธีการตรวจชั้นสูตร (คู่มือทัก)

มีการเก็บวัสดุส่งตรวจอย่างถูกต้องในกรณีที่ไม่สามารถตรวจชั้นสูตรได้เอง
(สัมภาษณ์ สังเกต)

มีการติดตามผล และนำผลไปใส่ในแฟ้มข้อมูลของผู้รับบริการ (คู่มือทัก)

เกณฑ์ที่ 5 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อที่มี
ประสิทธิภาพ

หลักฐาน มีเครื่องมือ น้ำยาฆ่าเชื้อโรคเพื่อเตรียมอุปกรณ์ /เครื่องมือ ให้ปราศจากเชื้อ
อย่างเหมาะสม (สังเกต)จำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ น้ำยา ขึ้นพื้นฐานในหน่วยบริการ
มีการให้คำปรึกษา/ตรวจสอบระบบปราศจากเชื้อ/ป้องกันการติดเชื้อโดยพยาบาล
วิชาชีพ(คู่มือทัก)ผู้รับบริการไม่ติดเชื้อจากการทำหัตถการ (คู่มือทักและสังเกต)

เกณฑ์ที่ 6 หน่วยบริการปฐมภูมิให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยา/การปฏิบัติตัวแก่
ผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรม สุขภาพที่เหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยาและ
การปฏิบัติตัวสำหรับโรคที่พบบ่อย (สัมภาษณ์)

ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับความรู้และคำแนะนำในการใช้ยา/การปฏิบัติ
ตัว (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มีสื่อที่ให้ความรู้หรือข้อมูลการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ง่ายต่อ
การทำความเข้าใจและสะดวกเข้าถึงสำหรับผู้มารับบริการในสถานพยาบาล
(สังเกต)

มีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาในสถานพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมายโดยประยุกต์ให้เหมาะ
กับสภาพชีวิตจริงของประชาชน (สัมภาษณ์)

เกณฑ์ที่ 7 หน่วยบริการปฐมภูมิ มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling) ที่จำเป็นหรือส่งต่อไปรับ
คำปรึกษา

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อบ่งชี้ที่ต้องการให้คำปรึกษาหรือส่งต่อไปรับคำปรึกษา (สัมภาษณ์)

มีบันทึกข้อมูลและผลการให้คำปรึกษาที่แสดงว่าผู้รับบริการมีโอกาสเปิดเผยความรู้สึกและค้นหาปัญหาของตนเอง (ดูบันทึก)

เกณฑ์ที่ 8 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการในระดับที่สูงขึ้น เมื่อเกินขีดความสามารถ

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อบ่งชี้ที่ต้องมีการส่งต่อ(สัมภาษณ์)

มีบันทึกข้อมูลแสดงการดูแลก่อนส่งต่อที่เหมาะสม (ดูบันทึก)

มีการติดตามผลของการส่งต่อ (ดูบันทึก ใบส่งตัว/ใบตอบกลับ)

เกณฑ์ที่ 9 หน่วยบริการปฐมภูมิมีการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในช่องปาก เช่น โรคฟันผุและโรคปริทันต์โดยการให้บริการทันตกรรมด้านการอุดฟัน ขูดหินปูน และถอนฟันในกรณีปกติที่ได้ มาตรฐาน

หลักฐาน เจ้าหน้าที่ได้รับการศึกษาและฝึกอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขยอมรับ มีเครื่องมือ

และอุปกรณ์ตามมาตรฐานการให้บริการทันตกรรม มีการฝึกแปรงฟันอย่างถูกวิธี แก่ผู้รับบริการทันตกรรมพร้อมแบบบันทึกประสิทธิภาพการแปรงฟัน

มาตรฐานที่ 2

หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

เกณฑ์ที่ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการด้านการป้องกันโรคและสร้างสุขภาพของผู้มารับบริการ

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการประเมินความต้องการและความจำเป็นของผู้มารับบริการได้ (สัมภาษณ์)

มีบันทึกความต้องการของผู้มารับบริการ (ดูบันทึก)

ผู้รับบริการได้มีโอกาสสะท้อนความต้องการในการรับบริการ(สัมภาษณ์ผู้รับบริการ)

เกณฑ์ที่ 2 มีการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยด้วยตนเอง

หลักฐาน มีสื่อเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบบ่อย ซึ่งง่ายต่อการทำความเข้าใจ และสะดวกในการเข้าถึง (สังเกต)

เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายวิธีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกันและ
การเจ็บป่วยที่จำเป็น (สัมภาษณ์)

ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและป้องกัน
การเจ็บป่วย(สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มีบันทึกข้อมูลการจัดกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะโรค(คู่มือบันทึก)

เกณฑ์ที่ 3 มีการให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกเช่นความดันโลหิตสูง
เบาหวาน อ้วน มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม วัณโรค โรคหัวใจ โรคจากการบริโภคยาสูบ
และแอลกอฮอล์ แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการและครอบครัว

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยใน
ระยะเริ่มแรกควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ (สัมภาษณ์)
มีระบบบันทึกและเตือนความจำ (Remember system) เพื่อให้บริการป้องกันโรค
และค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกอย่างเป็นระบบ (คู่มือบันทึก)
ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับบริการป้องกันโรคและ
ค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มาตรฐานที่ 3

หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรค และสร้างสุขภาพครอบคลุมตลอดช่วงอายุของ
ประชาชน

เกณฑ์ที่ 1 มีการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างครบถ้วนเพื่อเป้าหมาย “ลูกเกิดรอดแม่
ปลอดภัย”

หลักฐาน หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน(คู่มือบันทึก)
มีระบบค้นหาความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ
(คู่มือบันทึก และข้อมูลจากโรงพยาบาล)
มีการทำคลอดปลอดภัย(สังเกต) หรือระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (คู่มือ /
ใบส่งตัวกลับ)
ผู้รับบริการระบุว่าได้รับการดูแลให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอด(สัมภาษณ์
ครัวเรือน)
เจ้าหน้าที่ระบุผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์และการคลอด(คู่มือติดตามการเสียชีวิตและ
ภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกในเขตพื้นที่รับผิดชอบ)

เกณฑ์ที่ 2 มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

หลักฐาน เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนครบถ้วนตามเกณฑ์ได้รับการฉีดวัคซีน (ดูบันทึกและสถิติความครอบคลุม)

เด็ก 0-5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุตามน้ำหนัก (ดูบันทึกและสถิติความครอบคลุม)

เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการทุกด้านเหมาะสมตามวัย (ดูบันทึก)

มารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการทำความสะอาดปาก ฟัน และการเลือกอาหารที่เหมาะสม(สัมภาษณ์ครัวเรือน)

เกณฑ์ที่ 3 มีการค้นหาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

หลักฐาน มีความร่วมมือกับทางโรงเรียนเพื่อค้นหาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา(ดูบันทึก)

เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาไปรับการรักษาอย่างเหมาะสม(สัมภาษณ์)

มีการส่งต่อและบำบัดรักษาเด็ก / เยาวชนที่มีปัญหาอย่างเหมาะสม(ดูบันทึก)

เกณฑ์ที่ 4 มีบริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายกลุ่มอายุ 15 - 44 ปี

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุความครอบคลุมและความต่อเนื่องในการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสในพื้นที่รับผิดชอบ(สัมภาษณ์ ดูบันทึกความต่อเนื่อง และสถิติความครอบคลุม)

เจ้าหน้าที่สามารถระบุอัตราการใช้การคุมกำเนิดแบบถาวรในครอบครัวที่มีบุตร 2 คน (สัมภาษณ์ คู่สถิติ)

เกณฑ์ที่ 5 มีบริการทันตกรรมป้องกัน แก่กลุ่มอายุต่างๆ อย่างเหมาะสม

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวทาง แผนงานและผลการจัดบริการทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ(สัมภาษณ์ คู่สถิติ)

เกณฑ์ที่ 6 มีการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ เพื่อตรวจรักษาอย่างเหมาะสม

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่และแนวทางในการคัดกรองได้(สัมภาษณ์)

มีการเฝ้าระวังและติดตามปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพสำหรับพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง (ดูบันทึก)

มีการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มีการคัดกรองและตรวจรักษาหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม (ดูบันทึก ใบส่งต่อ/ใบตอบกลับ)

เกณฑ์ที่ 7 มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทอง วัยเจริญพันธุ์

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวทางการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทองได้(สัมภาษณ์)
มีการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจของกลุ่มวัยทอง
(สัมภาษณ์)

เกณฑ์ที่ 8 มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพในวัยสูงอายุ

หลักฐาน มีการเฝ้าระวังและติดตามปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับโรคในผู้สูงอายุ (ฉบับที่ก)
เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคได้
อย่างเหมาะสม(สัมภาษณ์)
มีการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันโรคผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มาตรฐานที่ 4

ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม

เกณฑ์ที่ 1 มีการค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการให้พื้นที่ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือ
ตนเอง ได้รับการดูแลจากครอบครัว / ชุมชน ตามความเหมาะสม

หลักฐาน มีรายชื่อผู้พิการในชุมชนและการประเมินสภาพความพิการ (ฉบับที่ก)
เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายแนวทางการส่งปรึกษาเพื่อการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม
(สัมภาษณ์)
มีการส่งปรึกษาแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความเหมาะสม (ฉบับที่ก)
มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือ(ฉบับที่ก)
มีการดูแลต่อเนื่องเพื่อช่วยแก้ปัญหาและส่งเสริมความสามารถให้ครอบครัว /
ชุมชน มีบทบาทในการดูแล (สัมภาษณ์ครัวเรือน)
ผู้พิการสามารถช่วยเหลือตนเองและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตาม
อัธภาพ (สังเกตในครัวเรือน)

มาตรฐานที่ 5

ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อ
การดูแลตนเอง

เกณฑ์ที่ 1 มีระบบการดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

หลักฐาน มีระบบนัดหมาย การตรวจสอบ และติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด (ฉบับที่ก)
มีบันทึกข้อมูลการให้บริการ เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ฉบับที่ก)

มีการจัดการที่จะให้ผู้รับบริการได้พบผู้บริการคนเดิมอย่างต่อเนื่อง (คู่มือการปฏิบัติงานและนัดหมาย)

เจ้าหน้าที่สามารถระบุได้ว่าผลการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อหรือต้องนอนโรงพยาบาลเป็นอย่างไรและต้องดูแลต่อเนื่องหรือไม่ (สัมภาษณ์ คู่มือส่งต่อ / ใบตอบกลับ)

มีระบบการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน (สัมภาษณ์ บ้านทัก)

เกณฑ์ที่ 2 มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรวมทั้งครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อตนเอง

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายกลุ่มเป้าหมายของการเยี่ยมบ้าน วัตถุประสงค์การเยี่ยม ความถี่ของการเยี่ยม ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ / ปรีกษา ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น(สัมภาษณ์) ลักษณะการเยี่ยมบ้านเป็นกลุ่มเป้าหมายและครอบครัวเป็นหลัก ไม่แยกส่วนตามแผนงานบริการ (คู่มือบ้านทัก)

กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านครอบคลุม (คู่มือบ้านทัก)

กลุ่มเป้าหมายและครอบครัวมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง (สัมภาษณ์ครัวเรือน)

มาตรฐานที่ 6

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนและมีความร่วมมือในการแก้ไข
ปัญหา

เกณฑ์ที่ 1 มีการค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยวิธีการที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม

หลักฐาน เจ้าหน้าที่สามารถระบุปัญหาการเจ็บป่วยสำคัญที่ผู้ป่วยมาใช้บริการได้ (สัมภาษณ์
คู่มือ)

เจ้าหน้าที่สามารถระบุข้อมูลพื้นฐานของชุมชน วิถีชีวิตและศักยภาพของชุมชน
ปัญหาสุขภาพของชุมชน (สัมภาษณ์)

มีการวินิจฉัยปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของประชาชน (ดูทะเบียน
รายชื่อ)

มีการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสม (คู่มือบ้านทัก)

เกณฑ์ที่ 2 มีการเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน และระดมศักยภาพของ
ชุมชนมาแก้ปัญหา

หลักฐาน มีการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ชุมชนระหว่างการทำกิจกรรมในชุมชน และการทำความเข้าใจกับบุคคลที่เป็นตัวกลางสื่อสารข้อมูล (สัมภาษณ์) สมาชิกในชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ ความมั่นใจ ในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและปฏิบัติตัวเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง (สัมภาษณ์) ผู้นำ / แกนนำชุมชนสามารถระบุปัญหาสุขภาพของชุมชนและแนวทางที่ชุมชนจะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา (สัมภาษณ์) มีการจัดระบบที่ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและพัฒนาชุมชน (ดูบันทึก)

มาตรฐานที่ 7

หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์ที่ 1 มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมและปรับปรุงบริการ

หลักฐาน มีข้อมูลฐานประชากรที่ขึ้นทะเบียน
มีข้อมูลและเวชระเบียนเพื่อใช้ในการบริการผู้ป่วยต่อเนื่องและเป็นองค์รวม
มีระบบข้อมูลเพื่อติดตามผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงบันทึกการดูแลในสถานพยาบาลกับข้อมูลครอบครัวของผู้รับบริการและกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน
มีระบบข้อมูลเพื่อกำกับผลงาน ความครอบคลุม คุณภาพงาน
เจ้าหน้าที่สามารถระบุระดับการยอมรับของชุมชน และโอกาสพัฒนาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่ (สัมภาษณ์ ดูสถิติ)

เกณฑ์ที่ 2 บุคลากรมีจำนวนเหมาะสม มีขวัญกำลังใจ ความรู้ ทักษะเพียงพอที่จะดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

หลักฐาน มีจำนวนบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนด
เจ้าหน้าที่สามารถระบุเป้าหมาย ทิศทางการทำงาน กระบวนการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งบทบาทที่แต่ละคนจะมีต่อเป้าหมายนั้น (สัมภาษณ์)
เจ้าหน้าที่สามารถระบุแนวคิดและแนวทางในการทำงานที่จำเป็นเพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จ (สัมภาษณ์)
มีการประเมินความรู้และทักษะที่จำเป็นในการให้บริการพื้นฐานแก่ผู้รับบริการ

เกณฑ์ที่ 3 มีระบบบริหารเวชภัณฑ์ที่รัดกุมและมีประสิทธิภาพ

หลักฐาน มียาที่จำเป็นเพียงพอรวมทั้งยาฉุกเฉินและ Antidote (ดูบัญชีรายการยา)
มีการเก็บรักษายาที่เป็นสัดส่วน ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม (สังเกต)

มีเอกสารมาให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับระบบบริหารเวชภัณฑ์อย่างสม่ำเสมอ
(ฉบับที่ ก)

ผู้รับบริการสามารถระบุวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องได้ (สัมภาษณ์ผู้รับบริการหรือ
ครัวเรือน)

เกณฑ์ที่ 4 มีระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลและรับฟังความคิดเห็น
ประชาชน

หลักฐาน ผู้รับบริการสะท้อนหรือระบุว่าได้รับข้อมูลที่จำเป็นและมีประโยชน์ (สัมภาษณ์)
มีกล่องรับฟังความคิดเห็นของประชาชน
มีหน่วยประชาสัมพันธ์

เกณฑ์ที่ 5 มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

หลักฐาน มีระบบติดต่อสื่อสารกับหน่วยรับส่งต่อในกรณีส่งต่อฉุกเฉิน
มีวิธีการบริหารจัดการในเรื่องยานพาหนะที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (สัมภาษณ์
เจ้าหน้าที่)
มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ

2) มาตรฐานเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCU ๓ HCA ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา

มาตรฐานที่ 1

หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น และดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน
ได้อย่างมีประสิทธิภาพให้บริการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่พบบ่อยได้ตามแนวทางหรือมาตรฐาน
ซึ่งเป็นที่ยอมรับในลักษณะการดูแลผสมผสานเป็นองค์รวมและต่อเนื่องมี 8 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

- 1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการของผู้มารับบริการ
- 1.2 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมิน พิจารณาส่งต่อ ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน /
เร่งด่วนได้อย่างเหมาะสม
- 1.3 หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการตามแนวทางหรือมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับทั้งโรค
เฉียบพลันและโรคเรื้อรัง
- 1.4 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถให้บริการตรวจชันสูตรที่จำเป็นได้
- 1.5 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบการทำให้ปราศจากเชื้อและป้องกันการติดเชื้อที่มี
ประสิทธิภาพ

1.6 หน่วยบริการปฐมภูมิให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้ยา/การปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสามารถดูแลตนเองได้

1.7 หน่วยบริการปฐมภูมิมีบริการให้คำปรึกษา(counseling) ที่จำเป็นหรือส่งต่อไปรับคำปรึกษา

1.8 หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบส่งต่อเพื่อรับบริการในระดับที่สูงขึ้นเมื่อเกินขีดความสามารถ

มาตรฐานที่ 2

หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมี 3 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

2.1 หน่วยบริการปฐมภูมิสามารถประเมินความจำเป็นและความต้องการด้านการป้องกันโรค และสร้างสุขภาพของผู้มารับบริการ

2.2 มีการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ด้วยตนเอง

2.3 มีการให้บริการป้องกันโรคและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการและครอบครัว

มาตรฐานที่ 3

หน่วยบริการปฐมภูมิให้บริการป้องกันโรคและสร้างสุขภาพครอบคลุมตลอดทุกช่วงอายุของประชาชนมี 8 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

3.1 มีการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างครบถ้วนเพื่อเป้าหมาย “ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย”

3.2 มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของทารกและเด็กวัยก่อนเรียน

3.3 มีการค้นหาเด็กและเยาวชนที่มีปัญหา เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม กลุ่มอายุ 6 - 19 ปี

3.4 มีบริการวางแผนครอบครัวที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มอายุ 15 - 44 ปี

3.5 มีการบริการทันตกรรมป้องกัน แก่กลุ่มอายุต่างๆ อย่างเหมาะสม

3.6 มีการป้องกันและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคจากสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ เพื่อตรวจรักษาอย่างเหมาะสม

3.7 มีการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยทอง วัยเจริญพันธุ์

3.8 มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 4

ผู้พิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมมี 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

- 4.1 มีการค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้พิการในพื้นที่เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ตามความเหมาะสม

มาตรฐานที่ 5

ผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการเสริมสร้างศักยภาพเพื่อการดูแลตนเองมี 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

- 5.1 มีระบบการดูแลต่อเนื่องในสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
5.2 มีการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ รวมทั้งครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ต่อเนื่องและได้รับการเสริมสร้าง ดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 6

ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักในปัญหาสุขภาพของชุมชนและมีความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา มี 2 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

- 6.1 มีการค้นหาและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยวิธีการที่เหมาะสม ครอบคลุมมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
6.2 มีการเสริมสร้างความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชนและระดมศักยภาพของชุมชนมาแก้ปัญหา

มาตรฐานที่ 7

หน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพมี 1 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด

- 7.1 มีระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นองค์รวมและปรับปรุงบริการ

3) ตัวชี้วัดงานบริการปฐมภูมิจากโครงการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิ สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โครงการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิ สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้มีการประชุมระดมสมองจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในการบริหารและดำเนินงานบริการปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดและหาแนวทางการพัฒนาตัวชี้วัดงานบริการปฐมภูมิ การสร้างตัวชี้วัดครั้งนี้มาจากกระบวนการหลักของงานปฐมภูมิทั้ง 8 กิจกรรมหลัก โดยแบ่งออกเป็น 3 หมวดใหญ่ ดังนี้

1. การสร้างตัวชี้วัดในกระบวนการหลักของบริการชุมชน คือ กิจกรรมสำรวจครอบครัวและ กิจกรรมชุมชนมีตัวชี้วัด 10 ตัวชี้วัด
2. การสร้างตัวชี้วัดในกระบวนการหลักในหน่วยงานปฐมภูมิ คือ กิจกรรมลงทะเบียนคัดกรอง บริการหลัก ปรีกษา บริการก่อนกลับบ้าน เชื่อมบ้าน/ส่งต่อ มีตัวชี้วัด 11 ตัวชี้วัด
3. การสร้างตัวชี้วัดในงานบริหารจัดการหน่วยงานปฐมภูมิ คือ กิจกรรมชุมชน วางแผนและ กิจกรรมต่อเนื่อง บริหาร นิเทศ/ ประเมินผล มีตัวชี้วัด 19 ตัวชี้วัด โดยมีรายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 ดัชนีชี้วัดในกระบวนการหลักบริการสุขภาพ (10 ตัวชี้วัด)

กระบวนการที่ 1 การสำรวจครอบครัวและชุมชน

1. การสำรวจครอบครัว จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนครอบครัวที่ได้รับการสำรวจ}}{\text{จำนวนครอบครัวทั้งหมดในชุมชน}}$$

2. ปัญหาด้านสุขภาพ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนประชากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

กระบวนการที่ 8 กิจกรรมชุมชน

3. ร้อยละของความพึงพอใจของประชากรต่อบริการ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ความพึงพอใจของประชากรที่มีต่อการบริการ}}{\text{ความพึงพอใจของประชากรต่อบริการทั้งหมด}}$$

4. สัดส่วนการแก้ปัญหาโดยชุมชน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนของปัญหาของชุมชนที่ได้รับการแก้ไข}}{\text{จำนวนปัญหาของชุมชนทั้งหมด}}$$

5. ความชุกของปัญหาสุขภาพใจชุมชน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนปัญหาของสุขภาพชุมชนที่ได้รับการแก้ไข}}{\text{จำนวนปัญหาของสุขภาพของประชาชนทั้งหมด}}$$

6. ร้อยละของเด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดน้ำหนักไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม}}{\text{จำนวนเด็กแรกเกิดมีปัญหาทั้งหมด(ที่ได้รับ)}}$$

7. ร้อยละของเด็ก 0 – 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนเด็ก 0 – 5 ปีมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนเด็ก 0 – 5 ปีที่ได้มีการชั่งน้ำหนัก}}$$

8. ร้อยละของเด็ก 6 – 19 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนเด็ก 6 – 19 ปีมีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนเด็ก 6 – 19 ปีทั้งหมดที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก}}$$

9. ร้อยละของประชากรอายุ 15 – 59 ปี มวลกายปกติ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ประชากรอายุ 15 – 59 ปีดัชนีมวลกายปกติ}}{\text{จำนวนประชากรอายุ 15 – 59 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก / ส่วนสูง ทั้งหมด}}$$

10. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพ}}{\text{จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด}}$$

หมวดที่ 2 ดัชนีชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิ/ในบริการต่อเนื่อง (11 ตัวชี้วัด)

กระบวนการที่ 2 ทะเบียน / คัดกรอง

1. ร้อยละของ Family Folder ที่สมบูรณ์ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{FF ที่สมบูรณ์}}{\text{จำนวนครอบครัวในพื้นที่รับผิดชอบ}}$$

2. ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับการค้นหาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม(กาย, จิต, สังคม) จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ผู้รับบริการที่ได้รับการค้นหาปัญหา}}{\text{ผู้มารับบริการที่ PCU ทุกคน}}$$

กระบวนการที่ 3 กระบวนการหลัก

3. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อัตราส่วนของผู้รับบริการที่รับการส่งเสริมสุขภาพ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ผู้รับบริการที่ได้ส่งเสริมสุขภาพ}}{\text{ผู้รับบริการที่ได้ส่งเสริมสุขภาพ}}$$

4. ร้อยละของผู้รับบริการได้ Detect complication จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ผู้รับบริการที่ได้ Detect complication}}{\text{ผู้รับบริการทั้งหมด}}$$

5. Lab อัตราส่วนของ Lab ที่ให้บริการได้ใน PCU ตามมาตรฐาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวน Lab ที่ให้บริการได้}}{\text{จำนวน Lab ตามมาตรฐาน}}$$

6. ER ร้อยละของเครื่องอุปกรณ์ครบ ใช้งานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{มีเครื่องที่ใช้ได้}}{\text{เครื่องมือตามเกณฑ์}}$$

7. Counseling ร้อยละของผู้รับบริการที่ได้รับคำปรึกษา จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้รับบริการที่ได้รับคำปรึกษา}}{\text{จำนวนผู้มารับบริการทั้งหมด (OPD Case ใน PCU)}}$$

8. การรักษา ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตรับผิดชอบที่สามารถควบคุมความผิดปกติได้ จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมความผิดปกติได้}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ}}$$

กระบวนการที่ 5 Exit nurse / Exit Care

9. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับบริการตามความคาดหวัง จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมความผิดปกติได้}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ}}$$

กระบวนการที่ 6 ระบบส่งต่อ / เยี่ยมบ้าน

10. Refer ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการติดตาม จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการติดตาม}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ}}$$

11. เยี่ยมบ้าน ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน}}{\text{กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด}}$$

หมวดที่ 3 ดัชนีชี้วัดการบริหารจัดการ วางแผนและประเมินกิจกรรมต่อเนื่อง (19 ตัวชี้วัด)

1. อัตราแพทย์ที่ปฏิบัติงานในระบบ PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนวันที่มาปฏิบัติงานจริง}}{\text{จำนวนวันที่กำหนด}}$$

2. อัตราพยาบาลที่ผ่านการอบรมที่ปฏิบัติงานใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนพยาบาลที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานใน PCU}}{\text{จำนวนพยาบาลที่ปฏิบัติงานทั้งหมด}}$$

3. อัตราเจ้าหน้าที่ทันตกรรมที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ทางทันตกรรมที่ผ่านการอบรม}}{\text{จำนวนเจ้าหน้าที่ทางทันตกรรมที่ปฏิบัติงานทั้งหมด}}$$

4. อัตราเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมที่ผ่านการอบรมปฏิบัติงานใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนชั่วโมงที่ปฏิบัติงาน}}{\text{จำนวนชั่วโมงที่กำหนด}}$$

5. อัตราความครอบคลุมของเจ้าหน้าที่ใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติงานใน PCU}}{\text{จำนวนบุคลากรใน PCU}}$$

วัสดุ ครุภัณฑ์

6. อัตราการมีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีและใช้งานได้}}{\text{จำนวนครุภัณฑ์ที่มีมาตรฐานใน PCU}}$$

7. อัตราการมีเวชภัณฑ์ใน PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการให้บริการใน PCU}}{\text{จำนวนเวชภัณฑ์ที่กำหนดมาตรฐาน}}$$

8. อัตรามูลค่ายาของคลัง (Drug inventory turnover rate) จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ยอดรวมมูลค่ายาหมุนเวียนในรอบเดือน}}{\text{มูลค่ายาของคลังในรอบเดือน}}$$

9. อัตรามูลค่าวัสดุคลัง (Supply turnover rate) จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ยอดรวมมูลค่าของวัสดุหมุนเวียนในรอบเดือน}}{\text{มูลค่าของวัสดุคลังในรอบเดือน}}$$

การ Referral System

10. อัตราการส่งต่อผู้ป่วยตามเกณฑ์มาตรฐาน พบส. จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนการส่งต่อที่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน พบส.}}{\text{จำนวนการส่งต่อทั้งหมด}}$$

ค่าใช้จ่าย

11. ต้นทุนต่อหน่วยบริการที่ PCU จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{ต้นทุนของการบริการผู้ป่วยที่ PCU}}{\text{จำนวนครั้ง (Visit) ของการให้บริการผู้ป่วยที่ PCU}}$$

ต้นทุนรวม = ต้นทุนรวมของแผนกผู้ป่วยนอก + ต้นทุนที่ได้รับจัดสรรของแผนต่างๆ ที่สนับสนุนผู้ป่วยนอก

12. อัตราส่วนค่าใช้จ่ายในการบริหาร จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนค่าใช้จ่ายในการบริหารทั้งหมด}}{\text{จำนวนค่าใช้จ่ายที่ได้รับทั้งหมด}}$$

13. อัตราการสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของประชาชน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนกิจกรรมที่สนับสนุนชุมชนแก้ปัญหา}}{\text{จำนวนกิจกรรมชุมชนที่วางแผน / ปี}}$$

14. อัตราการปฏิบัติงานบริการสาธารณสุขใน PCU ครบมิติ (สำหรับป้องกัน รักษาฟื้นฟู) จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนกิจกรรม มิติที่ปฏิบัติจริง}}{\text{จำนวนกิจกรรม 4 มิติที่วางแผนตามกำหนด}}$$

ระบบบริหารจัดการ

15. อัตราการใช้ข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการงาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนกิจกรรมสาธารณสุขที่ใช้ข้อมูล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย}}{\text{จำนวนกิจกรรมสาธารณสุขทั้งหมด}}$$

16. อัตราการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลสาธารณสุขแก่ประชาชน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนครั้งของการประชาสัมพันธ์ข้อมูลสาธารณสุขแก่ประชาชน}}{\text{จำนวนข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุขที่กำหนด}}$$

การนิเทศงาน

17. อัตราการใช้ข้อมูลข่าวสารในการบริหารจัดการงาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนครั้งที่ศูนย์สุขภาพได้รับการนิเทศงาน}}{\text{จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด}}$$

18. จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการประเมินผล}}{\text{จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด}}$$

และ

$$\frac{\text{จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับคำแนะนำด้านพัฒนาสุขภาพ}}{\text{จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งหมด}}$$

19. ความครอบคลุมในการนิเทศงาน จะพิจารณาจาก

$$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการนิเทศงาน / ประเมินผล}}{\text{จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด}}$$

4) ตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพบริการของกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2545)

กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2545) ได้ศึกษาตัวชี้วัดมาตรฐานคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ

1. เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาล จำนวน 50 ตัวอย่าง
2. ประชาชนที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 150 ตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการทำการอภิปรายกลุ่ม (Focus group) และการทำเวทีประชาคมทั้งในส่วนของประชาชนและเจ้าหน้าที่ จากข้อมูลตัวชี้วัดที่ได้มาจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2545) ได้นำมาสร้างเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของเจ้าหน้าที่

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของประชาชน

ชุดที่ 1 แบบประเมินคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของเจ้าหน้าที่

หมวด 1 บริการที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย

หัวข้อหลัก 1 บริการ

1. บริการ 24 ชม.และบริการฉุกเฉิน
 - 1.1 มีคำสั่งอยู่เวรนอกเวลา
 - 1.2 มีการปฏิบัติจริงทุกวัน
 - 1.3 ประเด็นร้องเรียนเรื่องการอยู่เวรนอกเวลาและข้อเสนอแนะ
 - 1.4 มีวิธีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบการบริการและวิธีติดต่อกับเจ้าหน้าที่ในการอยู่เวรนอกเวลา
2. มีการวางระบบการไหลเวียนผู้รับบริการ
 - 2.1 มีการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจการบริการและจุดบริการ
 - 2.2 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระบบที่กำหนด
 - 2.3 วางระบบได้เหมาะสม
3. บริการสอดคล้องกับชุมชน
 - 3.1 ศึกษาวิถีชีวิตชุมชนโดยการจัดทำปฏิทินชุมชน
 - 3.2 มีกิจกรรมบริการที่สอดคล้องกับข้อมูล ข้อ (3.1) มีแผนงานและผลการปฏิบัติงานในกิจกรรมนั้น ๆ
4. การเยี่ยมบ้าน
 - 4.1 มีเป้าหมายการเยี่ยมบ้านตามประเภทของกลุ่มเป้าหมาย
 - 4.2 มีการจัดลำดับความสำคัญและบอกเหตุผลในการเยี่ยมบ้าน
 - 4.3 มีการบันทึกการเยี่ยมบ้าน-เยี่ยมใคร-ทำอะไรบ้าง
 - 4.4 มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามแผน
 - 4.5 มีความครอบคลุม 100 %
5. บริการทันตกรรม

- 5.1 มีบริการทันตกรรมเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าให้กับประชาชน
- 5.2 มีแผนงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
- 5.3 มีการปฏิบัติตามแผนและมีระบบการบันทึกข้อมูล

หัวข้อหลัก 2 การรักษา

- 1. ชักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้น ที่สัมพันธ์กับอาการสำคัญของผู้รับบริการ
 - 1.1 มีการลงข้อมูลผู้รับบริการ เช่น OPD Card หรือ รบ 1ต03 กับผู้รับบริการทุกราย
- 2. วินิจฉัยที่มีประสิทธิภาพ
 - 2.1 จัดทำมาตรฐานการรักษาโรค (CPG) ที่พบบ่อยในพื้นที่ ร้อยละ 60 ของประเด็นที่วิเคราะห์ได้ในพื้นที่
 - 2.2 มีระบบข้อมูลลงวินิจฉัยโรค เช่น OPD Card หรือ รบ 1ต03 กับผู้รับบริการทุกราย
- 3. บริการตรวจเบาหวาน/ความดัน
 - 3.1 มีการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน ในเขตรับผิดชอบ 100 % ตามเกณฑ์มาตรฐาน PCU

หัวข้อหลัก 3 ระบบสนับสนุน

- 1. การสนับสนุนค่าตอบแทนนอกเวลา บ้านพัก
 - 1.1 มีการจัดสถานที่สำหรับอยู่เวรนอกเวลา
 - 1.2 มีการจัดสรรค่าตอบแทนสำหรับการอยู่เวรนอกเวลา
- 2. ระบบเก็บข้อมูลประวัติผู้ป่วยและครอบครัว
 - 2.1 มีแฟ้มอนามัยประจำครอบครัวครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบ 100 %
 - 2.2 มีแบบบันทึกประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงและบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (รบ 1ต03 หรืออื่น ๆ)
 - 2.3 มีโปรแกรม HCIS หรือ THO เพื่อการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล
 - 2.4 ใช้บัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย
 - 2.5 มีการใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูลข่าวสารหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ เพื่อการวิเคราะห์และพัฒนา
- 3. การบริหารจัดการภายใน
 - 3.1 ประชุมทีมงานเดือนละ 1 ครั้ง
 - 3.2 มีแผนการใช้งินงบประมาณประจำปี (เงิน UC บำรุง/เงินนอกงบประมาณ)
 - 3.3 มีแผนการปฏิบัติงานประจำเดือน

หัวข้อหลัก 4 ทีมงาน

- 1. เจ้าหน้าที่มีศักยภาพ/พัฒนาตลอด/มีความรู้ทุกด้าน

- 1.1 เจ้าหน้าที่ทุกท่านผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ เช่น จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่งต่อ หรือจาก CPG
- 1.2 เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 ท่าน ผ่านการอบรมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน
- 1.3 มีการประเมินเจ้าหน้าที่เพื่อการพัฒนาศักยภาพ
- 1.4 เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 ท่าน ผ่านการอบรมความรู้เรื่องแพทย์แผนไทย
2. ทำงานช่วยเหลือกันแบบพี่น้อง ทำงานแทนกันได้ (สามัคคี ไม่ทะเลาะกัน ไม่เอาเปรียบกัน)
 - 2.1 กิจกรรมงานประจำ (งานเอกสาร, บริการพื้นฐาน) เจ้าหน้าที่ทุกท่านสามารถทำงานได้ ทุกงานและทดแทนกันได้
 - 2.2 สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน
3. เจ้าหน้าที่พอเพียง
 - 3.1 มีพยาบาลเวชปฏิบัติครบถ้วน 1 ท่าน
 - 3.2 มีกรอบอัตรากำลังตามสัดส่วนประชากร
 - 3.3 ผลการคำนวณ Work load มากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของศูนย์สุขภาพชุมชน ในภาพรวมของจังหวัด
4. มี PCU Manager สนับสนุน ดูแล PCU ประจำ ให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลาและ ลงสนับสนุนอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

หัวข้อหลัก 5 เครื่องมืออุปกรณ์

1. สะอาดพร้อมใช้/เจ้าหน้าที่ใช้เป็น
 - 1.1 มี Sterile tape ระบุวันหมดอายุ ดัดที่เครื่องมือ sterile ทุกชิ้น
 - 1.2 มี Set minor surgery พร้อม sterile
 - 1.3 เจ้าหน้าที่มีเทคนิค Sterile ในการให้บริการ
2. เครื่องมือฉุกเฉินและเวชภัณฑ์ (การดูแลขั้นต้นก่อนส่งต่อ)
 - 2.1 มีเครื่องมือฉุกเฉินและเวชภัณฑ์ตามคู่มือมาตรฐาน PCU และ sterile พร้อมใช้งาน
 - 2.2 เจ้าหน้าที่ทุกท่านสามารถใช้เครื่องมือฉุกเฉินได้
3. มีเพียงพอ
 - 3.1 มีจำนวนเครื่องมือเพียงพอ หรือถ้ามีเครื่องมือน้อยต้องมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือได้

หัวข้อหลัก 6 เวชภัณฑ์ (ยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา)

1. การบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพ
 - 1.1 จัด stock เวชภัณฑ์ตามกรอบเวชภัณฑ์ของ CUP และไม่มียานอกกรอบ
 - 1.2 เวชภัณฑ์เพียงพอ
 - 1.3 ไม่มีเวชภัณฑ์ Over Stock ในช่วง 3 เดือนและไม่มียาหมดอายุ

- 1.4 การจัดเก็บ Stock เวชภัณฑ์ ให้สามารถคงคุณภาพได้
- 1.5 มีการวางระบบตรวจสอบการจ่ายยา เพื่อป้องกันการจ่ายยาผิดพลาด
2. ราคาเท่าเทียม/ราคาเดียวกัน
 - 2.1 กำหนดมาตรฐานราคาขายเดียวกันในระดับ CUP
 - 2.2 มีอัตราค่ายาและค่าบริการที่ประชาชนสามารถตรวจสอบได้

หัวข้อหลัก 7 สถานที่

1. สะอาด/อากาศถ่ายเท/ไม่มีกลิ่น จัดทำ 5 ส.
 - 1.1 ไม่มีกลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือกลิ่นขยะ
 - 1.2 สถานที่สะอาด จัดเป็นระเบียบ
 - 1.3 แยกขยะติดเชื้อ/ไม่ติดเชื้อ และมีวิธีกำจัดขยะที่ถูกต้องตามหลัก IC
2. มีน้ำสะอาดให้บริการ
3. มีเตียงสังเกตอาการ
4. มีห้องน้ำ

หัวข้อหลัก 8 ส่งต่อ

1. มีรถส่งต่อพร้อมอุปกรณ์ เป็นของศูนย์สุขภาพชุมชนเองหรือมีระบบการเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล
2. การส่งข้อมูลระหว่าง ศูนย์สุขภาพชุมชน-โรงพยาบาล (รวมถึงการประสานงานล่วงหน้า)
 - 2.1 มีระบบการประสานงานระหว่าง ศูนย์สุขภาพชุมชน-โรงพยาบาล
 - 2.2 มีระบบข้อมูลข่าวสารส่งต่อระหว่างศูนย์สุขภาพชุมชน – โรงพยาบาลและโรงพยาบาล - ศูนย์สุขภาพชุมชน (ใบส่งต่อ)

หมวด 2 ปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ประกอบด้วย 3 หัวข้อหลัก

หัวข้อหลัก 1 เจ้าหน้าที่

1. รู้จักชาวบ้าน รู้จักชุมชน
 - 1.1 จัดทำแฟ้มประวัติผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงทางพันธุกรรม 100 %
 - 1.2 มีการศึกษาโครงร่างองค์กรชุมชน
2. ใฝ่รู้ มองการณ์ไกล
 - 2.1 มีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ของศูนย์สุขภาพชุมชน
3. เป็นผู้นำการสร้างสุขภาพ
 - 3.1 เป็นผู้นำในการออกกำลังการสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า
 - 3.2 มีผลการตรวจสุขภาพประจำปี “ปกติ”

หัวข้อหลัก 2 ภารกิจ

1. ทำกิจกรรมสาธารณะและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง
 - 1.1 ทำกิจกรรมสาธารณะร่วมกับชุมชน เช่น กิจกรรมพัฒนาอาชีพ กลุ่มออมทรัพย์
 - 1.2 มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เช่น ออกกำลังกาย เอดส์ กีฬา
2. เจ้าหน้าที่เข้าร่วมประชาคมแลกเปลี่ยนด้านสุขภาพกับชุมชน เดือนละ 1 ครั้ง
3. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น
 - 3.1 มีการประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรอื่นๆ ในพื้นที่ทำกิจกรรมหรือประสานข้อมูล
 - 3.2 ประชุมร่วมกับ อบต. เดือนละ 1 ครั้ง

หัวข้อหลัก 3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

1. ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของสถานบริการ
 - 1.1 มีคณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์สุขภาพชุมชนและมีกิจกรรมพัฒนาร่วมกัน
 - 1.2 ชุมชนมีส่วนร่วมพัฒนา PCU
2. มีช่องทางให้ประชาชนได้เสนอความต้องการ แนวทางปรับปรุงพัฒนา PCU

หมวด 3 นำความรู้สู่ชุมชน ประกอบด้วย 2 หัวข้อหลัก

หัวข้อหลัก 1 คำแนะนำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

1. ให้รู้ศึกษาด้านสุขภาพ
 - 1.1 เขียนจดหมายให้ลูกครบถ้วนกับผู้รับบริการทุกรายและให้คำแนะนำการไช้ยา
 - 1.2 มีประกาศหรืออะไรก็ได้ที่สื่อให้ประชาชนรู้ขั้นตอนการให้บริการบนสถานบริการ
 - 1.3 มีวิธีให้รู้ศึกษาการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่
2. การให้คำแนะนำและคำปรึกษา
 - 2.1 มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
 - 2.2 มีการจดบันทึกลงใน รบ 1ต 03 หรือ แฟ้มอนามัยประจำครอบครัว
3. แนะนำบริการระดับสูงขึ้น
 - 3.1 รู้ข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลภายในเครือข่ายและรพศ.
 - 3.2 ผลการให้บริการจากการลงข้อมูลในแฟ้มอนามัยหรือ รบ 1ต03

หัวข้อหลัก 2 คำแนะนำเรื่องอื่นๆ

1. มีองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิต่างๆ
2. รู้ข้อมูลที่พึงด้านสุขภาพอื่นๆ ในชุมชน ได้แก่ สมุนไพร แพทย์ทางเลือก
3. รู้ข้อมูลแหล่งทุนในการประกอบอาชีพและสวัสดิการต่าง ๆ ในชุมชน
4. ระบบประชาสัมพันธ์ เครื่องมือสื่อสาร

- 4.1 มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทางสื่อในท้องถิ่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชนอื่น ๆ
5. สามารถให้ข้อมูล คำแนะนำ การขออนุญาต ผลัดกันและและบริการสุขภาพ

ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ในส่วนของประชาชน

1. มีความรวดเร็วในการให้บริการฉุกเฉินช่วงนอกเวลา (มาเรียกหมอแล้วกระตือรือร้นมาให้บริการ)
2. หมอเคยมาเยี่ยมบ้านเรา
3. เคยเห็นหมอมาเยี่ยมบ้านคนอื่น
4. เปิดบริการที่สอดคล้องกับเวลาทำมาหากินของชาวบ้าน
5. เมื่อมาหาหมอ ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หมอจะให้บริการตามลำดับก่อน-หลัง
6. ในเวลาปกติบริการรวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน กรณีที่ผู้มารับบริการไม่มาก แต่หมายถึงความกระตือรือร้นของหมอขณะให้บริการ
7. หมอทุกคนอยู่กันแบบพี่น้องช่วยเหลือกัน ไม่เถียงกันทำงาน สามัคคีกัน ไม่นินทา ใส่ร้ายกัน
8. เมื่อมารับบริการหมอเปิดโอกาสให้ซักถามอาการของโรคที่เป็น และหมออธิบายให้เข้าใจ
9. เมื่อมารับบริการมีความรู้สึกที่หมอให้ความสำคัญกับเรา สนใจที่จะรับฟังเรื่องราวต่างๆ ที่เราเล่าให้ฟัง
10. ท่านทราบถึงบริการขั้นพื้นฐานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและได้รับบริการพื้นฐานนั้นๆ
11. ท่านทราบว่าราคายาที่สถานบริการเรียกเก็บมีราคาขายที่เท่ากันไม่ว่าคนนั้นจะใช้สิทธิใดๆ
12. สถานที่ของอนามัยสะอาด เป็นระเบียบ ไม่มีกลิ่นน้ำยา
13. เจ้าหน้าที่รู้จักท่านและคนในครอบครัวของท่าน
14. เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส
15. เจ้าหน้าที่มาทำงานและกลับบ้านตรงเวลา
16. เจ้าหน้าที่เป็นที่ปรึกษาได้ทุกเรื่อง หรือเวลาเมื่ออะไรสามารถพูดคุยซักถามได้
17. เจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมสาธารณะร่วมกับชุมชนเป็นประจำ
18. ท่านมีช่องทางที่จะเสนอความต้องการและข้อเสนอ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน
19. เจ้าหน้าที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชนเป็นประจำ
20. หมอมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารของสถานบริการโดยใช้ หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน
21. หมอมีการประสานงานหรือทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน

22. เจ้าหน้าที่เขียนคำอธิบายการใช้ยาที่ฉลากยาทุกครั้ง
23. เจ้าหน้าที่ทราบข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลชุมชน
24. เจ้าหน้าที่สามารถอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิต่างๆ
25. เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อมูลที่พึงด้านสุขภาพ แหล่งทุนในการประกอบอาชีพ

สรุปเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันได้มีผู้พัฒนาขึ้น ได้แก่ สำนักงานมาตรฐานสากลภาครัฐแห่งประเทศไทย สำนักงาน ก.พ. (PSO) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จะเห็นได้ว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพบริการดังกล่าวเป็นการวัดคุณภาพตามมาตรฐานโดยจะวัดคุณภาพด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ตามความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งคิดว่าหากทำงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้แล้วจะช่วยให้งานมีคุณภาพขึ้นมาได้ แต่ในสภาพความเป็นจริงคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคุณภาพเท่านั้น ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยหรือผู้ที่มารับการรักษาพยาบาลบางคนไม่สนใจว่าสถานพยาบาลใดมีมาตรฐานอะไรบ้าง พวกเขาสนใจแต่เพียงว่าเมื่อเข้ามาใช้บริการแล้ว การรักษาพยาบาลที่ได้รับนั้นถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัยหรือไม่ เจ้าหน้าที่ที่ให้การต้อนรับ เอาใจใส่ดูแลเพียงใดและการให้บริการให้ตรงตามความต้องการและความคาดหวังหรือไม่ อย่างไรก็ตาม หากการรักษาดูแลการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย เป็นที่พอใจของทั้งสองฝ่าย การบริการที่ให้ไปนั้นจึงเป็นการบริการที่มีคุณภาพตามความรู้สึกของผู้รับบริการ(วรรณฤดี ภูทอง, 2543) ดังนั้นคุณภาพบริการที่แท้จริง จะต้องประกอบด้วยคุณภาพตามหลักมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานตามความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคโลกาภิวัตน์ ผู้ประกอบการต้องให้ความสำคัญกับสินค้าหรือบริการที่ผลิต ให้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภคหรือผู้มารับบริการมากที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการจะสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพตามความคาดหวังของผู้รับบริการและตามหลักมาตรฐานวิชาชีพของผู้ประกอบการ โดยจากการศึกษาแนวทางการวัดคุณภาพบริการที่ผ่านมา ผู้วิจัยมองเห็นว่ามีเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการที่สามารถวัดทั้งระดับความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ ซึ่งสามารถเปรียบเทียบความคาดหวังซึ่งเป็นความปรารถนา ความต้องการของผู้มารับบริการกับความรู้สึกเมื่อมาใช้บริการจริง ตลอดจนความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ เครื่องมือดังกล่าวมีชื่อเรียกว่า SERVQUAL สร้างโดย Parasuraman, Zeithaml และ Berry (2526-2533) เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้ยอมรับว่าเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน มีความเที่ยงตรงสูง ซึ่งนอกจากการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพบริการตามความคาดหวังของผู้รับบริการและตามหลักมาตรฐานวิชาชีพของผู้ประกอบการแล้วยังสามารถสร้างรูปแบบคุณภาพบริการ บริการที่ใช้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้

ให้บริการไม่ได้คุณภาพอีกด้วย นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคุณภาพของบริการปฐมภูมิ 4 รูปแบบและนำมาพยากรณ์คุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิได้อีกด้วย

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

การสร้างกรอบแนวคิดทฤษฎี นำมาจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพบริการและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ก. การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสาร บทความ หนังสือและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในเรื่องคุณภาพ คุณภาพบริการและคุณภาพของบริการสุขภาพ

ข. การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพบริการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เช่น

- มาตรฐานบริการของ PSO
- ตัวชี้วัดคุณภาพบริการของสถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- เครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- มาตรฐานบริการสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
- ตัวชี้วัดคุณภาพบริการของกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ค. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้บริหารสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์และผู้มีประสบการณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 6 คน ได้แก่

- นายแพทย์ไพจิตร ปะบุตร
- นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
- นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ
- แพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ
- นายแพทย์สำเริง แหยมกระโทก
- แพทย์หญิงสุพัตรา วณิชชาการ

2.6.1 การสร้างกรอบการประเมินคุณภาพบริการ

- Donabedian (2523) กล่าวว่า “คุณภาพเป็นผลของการประเมินทั้งระบบของโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ นอกจากนี้เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของความหมายของคุณภาพ การประเมินจะต้องคำนึงถึงความต้องการและความคิดเห็นของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม”

- Bemstein และ Hibome (2536) พิจารณามิติคุณภาพของ Donabedian เสนอให้เครื่องชี้วัดคุณภาพประกอบด้วย 3 ประเภทที่สำคัญ

1. เครื่องชี้วัดคุณภาพโครงสร้าง ประเมินด้านโครงสร้างของการจัดบริการของระบบ
2. เครื่องชี้วัดกระบวนการ ประเมินกระบวนการ กิจกรรมหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น
3. เครื่องชี้วัดผลลัพธ์ ประเมินผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย ซึ่งได้แก่สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หรือความพึงพอใจของผู้ป่วย

นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2545) พบว่าเครื่องชี้วัดคุณภาพเป็นการประเมินคุณภาพรูปแบบหนึ่งซึ่งอาจนำมาใช้เพื่อสะท้อนถึงโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาพยาบาลได้

- สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร (2546) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญในการกำหนดมาตรฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิควรมี 3 องค์ประกอบหลัก มาตรฐานด้านโครงสร้าง มาตรฐานกระบวนการและมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ดังนี้

1. มาตรฐานด้านโครงสร้าง ได้แก่ การจัดหน่วยบริการ บุคลากร อุปกรณ์ อาคารสถานที่
2. มาตรฐานกระบวนการ ได้แก่ ด้านการบริการ(ขีดความสามารถ) การจัดการ การเชื่อมต่อและการส่งต่อ
3. มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิจาก

1. ตัวชี้วัดโครงสร้าง ประเมินองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ และด้านรูปแบบการจัดการ
2. ตัวชี้วัดกระบวนการ ประเมินกระบวนการ กิจกรรมหรือขั้นตอนในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เกิดขึ้น
3. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ ประเมินผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย คือความพึงพอใจของผู้ป่วย

2.6.2 ตัวชี้วัดปัจจัยการนำเข้า

ตัวชี้วัดโครงสร้าง นำมาจากแนวความคิดของ Donabedian (2523) และรายละเอียดของโครงสร้างนำมาจากมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (2545)

โดยตัวชี้วัดโครงสร้างประกอบด้วย โครงสร้างทางด้านทรัพยากรบุคคล ด้านเครื่องมือทางกายภาพ และด้านรูปแบบการจัดการ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

1) โครงสร้างทางด้านทรัพยากรบุคคลและด้านเครื่องมือทางกายภาพ หมายถึง มาตรฐานเพื่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิของสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (กรกฎาคม 2544) ได้แก่ การจัดหน่วยบริการ (ที่ตั้งและประชากรรับผิดชอบ) ด้านบุคลากรและด้านอุปกรณ์ อาคารและสถานที่ มีรายละเอียดดังนี้

โครงสร้างด้านที่ตั้งและประชากร

- การมีประชากรรับผิดชอบไม่เกิน 10,000 คนต่อ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิ
- สถานที่ตั้งของหน่วยบริการปฐมภูมิ จะต้องอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของประชากร ถ้าอยู่นอกพื้นที่รับผิดชอบประชากรจะต้องไม่ไกลเกินกว่าการเดินทาง 30 นาที โดยรถยนต์

โครงสร้างด้านบุคลากร

- สัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อประชากรที่รับผิดชอบ เท่ากับ 1 ต่อ 1,250 คน
- การมีแพทย์ประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1 คน
- การมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ หรือพยาบาลอย่างน้อย 4 คน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- การมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลหมุนเวียน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- การมีเภสัชกรหรือเจ้าหน้าที่เภสัชกรรมหมุนเวียน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

โครงสร้างด้านสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือ

- อาคารสถานที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีจุดบริการที่ชัดเจน
- หน่วยบริการปฐมภูมิต้องมีความสะอาด สามารถอำนวยความสะดวกและส่งเสริมความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วยได้
- มีอุปกรณ์สื่อสารเพื่อใช้ติดต่อกับ CUP และใช้ประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติงานในชุมชน
- มีพื้นที่ใช้สอยในการบริการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
- มีครุภัณฑ์สำนักงานครบ และจัดให้เหมาะสมแก่การปฏิบัติงาน
- มีเครื่องมือทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็นครบถ้วน
- มีเครื่องมือฉุกเฉินและเวชภัณฑ์ครบถ้วนตามมาตรฐาน

2) การบริหารจัดการ หมายถึง การทำให้งานต่างๆ ลุล่วงไปโดยอาศัยผู้อื่นเป็นคนทำ
คุณภาพบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการรักษา

- มีรายงานที่แสดงถึงคุณภาพบริการ
- มีการกำหนดแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาที่เป็นมาตรฐาน
- หน่วยบริการปฐมภูมิต้องเปิดบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

- มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
- มีการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการบริการ

ระบบข้อมูลข่าวสาร

- มีการวางแผนและออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้
- มีการเก็บข้อมูลผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ ครบถ้วนและต่อเนื่อง
- มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเป็นความลับ ตามกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- มีการเชื่อมโยงข้อมูลและสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหาร การดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพ

ระบบยา

- มีระบบการเก็บรักษายาในคลังยาที่เหมาะสม
- มีรายการยาที่เป็นพอเพียงแก่การให้บริการตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

การบริหารทรัพยากรบุคคล

- มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ
- มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่องและทักษะเพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่อย่างมีคุณภาพ
- มีระบบที่ทำให้เจ้าหน้าที่มีความก้าวหน้าในการทำงาน เช่น การปรับวุฒิ การขึ้นเงินเดือน
- มีสวัสดิการที่ทำให้เจ้าหน้าที่มีขวัญและกำลังใจในการทำงาน
- ความถี่ในการนิเทศงานและประเมินผลเหมาะสม
- เจ้าหน้าที่ที่มีความชัดเจนในบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ทุกๆ คนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการ

2.6.3 ตัวชี้วัดกระบวนการ

กระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ นำมาจากแนวปฏิบัติของจังหวัดนครราชสีมา ที่รับผิดชอบโดย นายแพทย์สำเริง แห้งกระโทกและแพทย์หญิงรุจิรา มังคละศิริ (2545) โดยได้แบ่งกระบวนการหลักของหน่วยบริการปฐมภูมิ ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ กิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ กิจกรรมในชุมชนและกิจกรรมต่อเนื่องดังนี้

กิจกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม

- การลงทะเบียน
- การคัดกรอง

- บริการหลัก
- บริการก่อนกลับบ้าน
- ประชุมวางแผนงานและกิจกรรมต่อเนื่อง
- การให้คำปรึกษา

กิจกรรมในชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม

- การสำรวจครอบครัวและชุมชน
- กิจกรรมชุมชน

กิจกรรมต่อเนื่องประกอบด้วยกิจกรรม

- การส่งต่อ
- การเยี่ยมบ้าน

2.6.4 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

จากโครงสร้างเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman และ Berry (1990) ที่ประเมินคุณภาพบริการจากเกณฑ์วัดคุณภาพบริการ (Dimensions of service quality) 10 ด้านจากผู้รับบริการ ได้แก่

- ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง ลักษณะสิ่งอำนวยความสะดวกทางกายภาพ อุปกรณ์ บุคลากร และวัสดุการติดต่อสื่อสาร
- ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตามสัญญาที่ให้ไว้ และมีความน่าเชื่อถือ
- การตอบสนองต่อผู้รับบริการ (Responsiveness) หมายถึง ความยินดีที่จะช่วยเหลือผู้รับบริการ และพร้อมที่จะให้บริการได้ทันที
- สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Competence) หมายถึง การมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติงาน
- ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) หมายถึง ความสุภาพอ่อนโยน ให้เกียรติ มีน้ำใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
- ความน่าเชื่อถือ (Credibility) หมายถึง ความน่าเชื่อถือ ซึ่งเกิดจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจของผู้ให้บริการ
- ความมั่นคงปลอดภัย (Security) หมายถึง ความรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน ชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตรายและข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้งการรักษาความลับของผู้รับบริการ

- การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใช้บริการได้ง่าย ได้รับความสะดวกในการติดต่อ
- การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง การให้ข้อมูลด้านต่าง ๆ แก่ผู้รับบริการ ใช้การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจและรับฟังเรื่องราวที่ผู้รับบริการร้องทุกข์
- การเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding the customer) หมายถึง การทำความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ รวมทั้งความต้องการของผู้รับบริการของตน

และความหมายของคำว่า คุณภาพบริการ จากการศึกษาวิจัยของ Parasuraman และคณะผู้วิจัย พบว่าคุณภาพบริการจะสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับว่าผู้รับบริการรับรู้ต่อบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร ตรงกับที่ คาดหวังไว้หรือไม่ ดังนั้นคำว่า “คุณภาพบริการ” จึงหมายถึง คุณภาพบริการตามการรับรู้และความคาดหวังของผู้รับบริการว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการให้เป็นไปตามความคาดหวังได้มากน้อยเพียงใด ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ได้แก่ การพูดปากต่อปาก (Word of mouth communication) ความต้องการส่วนบุคคล (Personal need) ประสบการณ์ในอดีต (Past experience) และการโฆษณาประชาสัมพันธ์จากผู้ให้บริการ (External communication)

Parasuraman และคณะ ได้นำมาสร้างรูปแบบคุณภาพบริการ (Service quality model) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 4 ซึ่งเป็นการศึกษาเรื่องช่องว่างคุณภาพ Gap Analysis ของบริการที่ทำให้บริการไม่เป็นไปตามความคาดหวังโดยที่

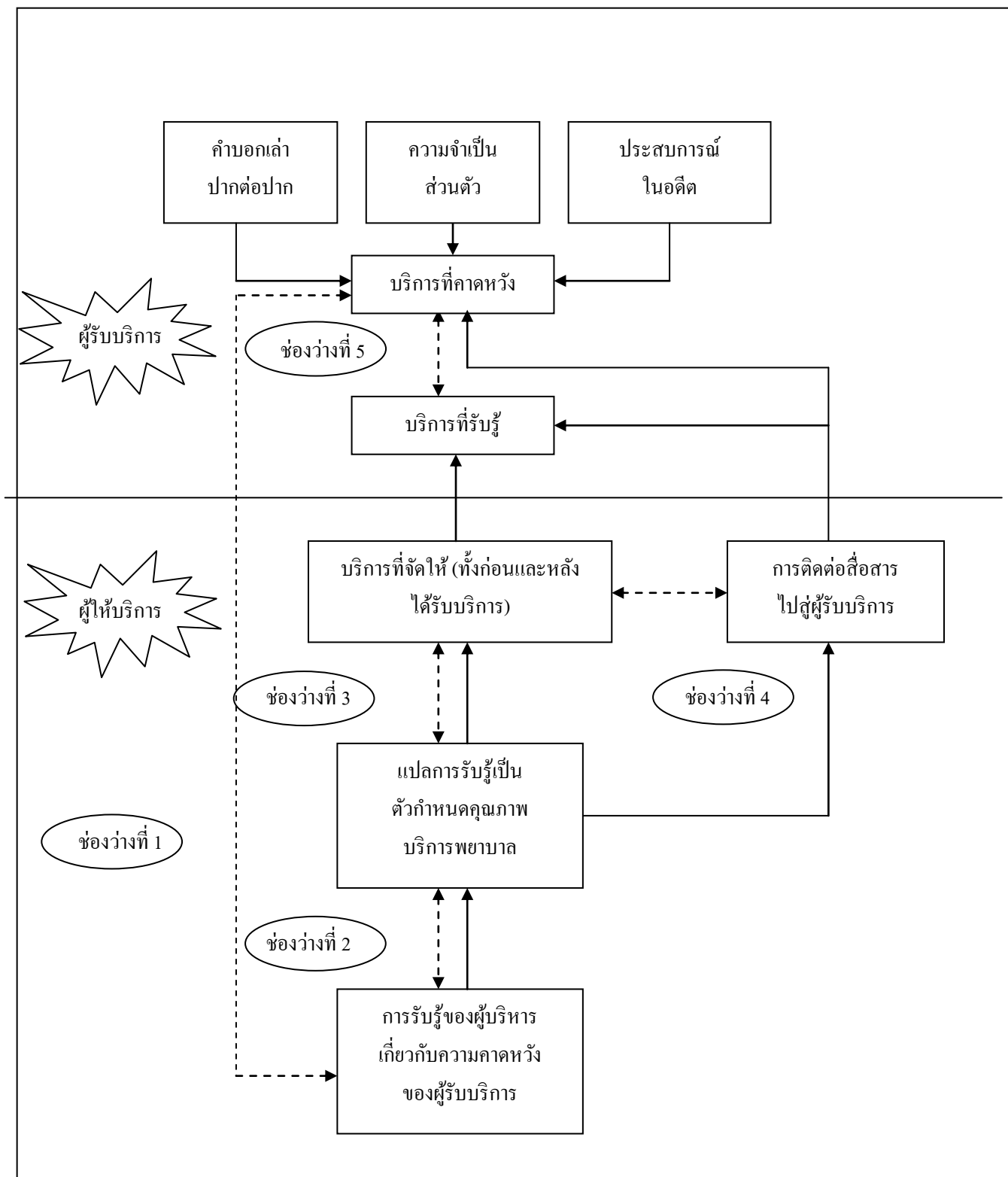
ช่องว่างที่ 1 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการ (Customers' expectation) กับการรับรู้ของผู้บริหาร (ผู้ประกอบการ) ต่อความความคาดหวังของผู้รับบริการ (Management's perception)

ช่องว่างที่ 2 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างความคาดหวังของผู้บริหาร (Management's perception of customer's expectations) กับมาตรฐานบริการที่กำหนดขึ้นตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 3 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างมาตรฐานบริการที่กำหนดกับบริการที่ให้จริง ช่องว่างนี้มีชื่อเรียกว่า ช่องว่างของการปฏิบัติการบริการ (Service-performance gap)

ช่องว่างที่ 4 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ให้จริงกับการสื่อสารที่มีไปสู่ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อการรับรู้บริการของผู้รับบริการ

ช่องว่างที่ 5 หมายถึง ช่องว่างบริการที่เกิดจากความไม่ตรงกันระหว่างบริการที่ผู้รับบริการคาดหวังกับบริการที่ผู้รับบริการรับรู้ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้รับบริการมีเกณฑ์ในการวัดคุณภาพบริการต่างจากผู้ให้บริการ

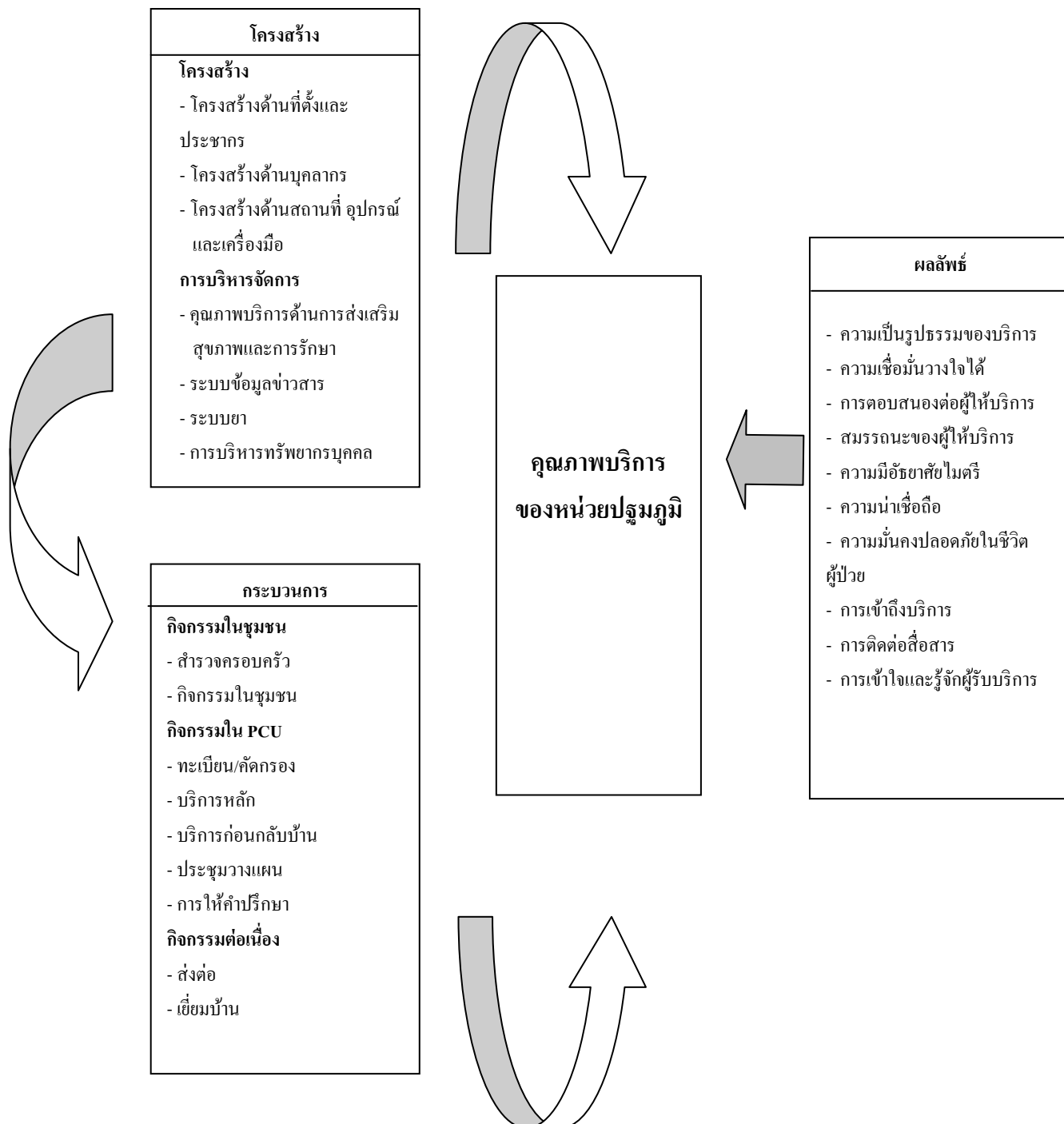


แผนภูมิที่ 2.4 แสดงรูปแบบคุณภาพบริการ (Service quality model)

แหล่งที่มา Parasuraman, Zeithaml & Barry. 1988. Communication and control processes in the delivery of service quality. Journal of Marketing 52 (April): 36

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงนำกรอบแนวความคิดของ Parasuraman และคณะมาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมา เครื่องชี้วัดคุณภาพบริการที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นการวัดคุณภาพตามมาตรฐานโดยจะวัดคุณภาพด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ตามความเห็นชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ ดังนั้นมุมมองอีกมุมมองหนึ่งจากผู้รับบริการจะเป็นตัวช่วยเสริมคุณภาพบริการของบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพบริการตามความต้องการและความคาดหวังของทั้งผู้รับบริการ

รวมทั้งการวิจัยครั้งนี้ได้นำดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการซึ่งใช้เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ (Dimensions of service quality) ของ Parasuraman และคณะมาประยุกต์ร่วมกับ มาตรฐานบริการของ PSO และตัวชี้วัดจากโครงการประชุมเตรียมความพร้อมข้อมูลทำวิจัยและพัฒนาตัวชี้วัดในงานบริการปฐมภูมิ สถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร แล้วนำมาสอบถามความคิดเห็นของผู้บริหารต่อดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการที่ได้ประยุกต์นี้ ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จะประกอบด้วย แบบศึกษาทัศนคติของผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่อาสาสมัครหมู่บ้าน/ผู้นำชุมชนและประชาชนผู้มีสิทธิรับบริการต่อความสัมฤทธิ์ผลของบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชน(หน่วยบริการปฐมภูมิ) / สถานีอนามัยในเขต 10 จังหวัดภาคเหนือตอนล่างโดยใช้เกณฑ์วัดคุณภาพบริการ (Dimensions of service quality) ของ Parasuraman และคณะ และดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ กรอบแนวความคิดในการวิจัยครั้งนี้แสดงในแผนภูมิที่ 2.5



แผนภูมิที่ 2.5 แสดงกรอบแนวความคิดในการวิจัย (พัฒนาจาก Parasuraman และคณะ, 1990)