

## บทความพิเศษ

คุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการบริหารจัดการระบบ  
ประเมินคุณภาพ ในประเทศไทย

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, พบ. MPH. (Health Development), วว (เวชศาสตร์ป้องกัน; ระบาดวิทยา)  
อว.เวชศาสตร์ครอบครัว

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน กรุงเทพมหานคร

## ผู้รับผิดชอบบทความ:

สุพัตรา ศรีวณิชชากร พบ.,  
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์  
ครอบครัวแห่งประเทศไทย,  
มูลนิธิสถาบันวิจัยและ  
พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน  
กรุงเทพมหานคร 10310,  
ประเทศไทย  
Email: spsriwanich@gmail.  
com

Received: December 21, 2022;

Revised: January 11, 2023;

Accepted: April 21, 2023

## บทคัดย่อ

คุณลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพดี ประกอบด้วย การเป็นบริการด่านแรก เข้าถึงบริการสะดวก มีการดูแลแบบผสมผสาน ให้การดูแลต่อเนื่อง มีการประสานเชื่อมโยงระบบบริการที่ดี เป็นการดูแลที่ใช้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน และเป็นการดูแลที่มีสมรรถนะเชิงวัฒนธรรม การประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยในอดีตมุ่งเน้นการประเมินคุณภาพบริการในมิติโครงสร้าง บทความนี้นำเสนอความหมาย แก่นคุณค่าคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิและวิธีประเมินคุณภาพที่ส่งผลกระทบต่อระบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในบริบทประเทศไทย และเสนอแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

**คำสำคัญ:** คุณภาพของระบบบริการ ระบบบริการปฐมภูมิ การบริหารจัดการระบบประเมินคุณภาพ ประเทศไทย

## SPECIAL ARTICLE

# Quality of Primary Care and Management of Quality Assessment System in Thailand

**Supattra Srivanichakorn, MD., MPH. (Health Development), Dip. Thai Board of Preventive Medicine (Epidemiology), FRCFPT**

*Royal College of Family Medicine, Thailand, Foundation of Community Health Research and Development, Bangkok, Thailand*

**Corresponding author :**

Supattra Srivanichakorn MD.,  
Royal College of Family  
Medicine, Thailand, Foundation  
of community Health Research  
and Development, Bangkok  
10310, Thailand  
Email: spsrivanich@gmail.  
com

**Received:** December 21, 2022;

**Revised:** January 11, 2023;

**Accepted:** April 21, 2023

**ABSTRACT**

The characteristics of high-quality primary care system include first contact care, having good access to services, comprehensiveness, continuity of care, coordination of care, family-centered care, community-oriented care and culturally competent care. In the past, Thailand focused on primary care service quality assessment in a structural dimension. This article discussed on real meaning and core value of primary care as well as to proposed the management for assessment and improving quality of primary care in Thai context. The article also suggested management framework on the quality of primary care in both strategic and operational lever.

**Keywords:** quality of care, primary care, quality assessment system, Thailand

## บทนำ

บทความนี้เรียบเรียงจากมุมมอง ความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้เขียนที่คลุกคลีอยู่ในแวดวงการพัฒนา งานด้านบริการปฐมภูมิของประเทศไทย ร่วมกับการทบทวน องค์ความรู้วิชาการทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำเสนอ มุมมองต่อแก่นคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและวิธี ประเมินคุณภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อระบบการบริหารจัดการ พัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย และเสนอแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพของระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทย ทั้งในระดับปฏิบัติ การ และระดับมหภาค เชื่อมโยงกับระบบอื่น ในขอบเขต พื้นที่ระดับจังหวัด และระดับประเทศ

## มุมมองต่อคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ และระบบ วัดประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิ

ความหมายของคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนหนึ่งสามารถพิจารณาได้จากคุณลักษณะของระบบ บริการปฐมภูมิที่ดี องค์การอนามัยโลกได้กำหนดคุณลักษณะ สำคัญของบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย Access to services, continuity of care, comprehensiveness, coordination of care, Family-centered care, Community-oriented care และ Culturally competent care<sup>1,2</sup> ส่วนในประเทศไทยให้นิยามคุณลักษณะสำคัญของระบบ บริการปฐมภูมิที่ดี คือ การเป็นบริการด่านแรก เข้าถึง บริการสะดวก มีการดูแลแบบผสมผสาน ให้การดูแลต่อ เนื่อง และมีการประสานเชื่อมโยงระบบบริการที่ดี<sup>3</sup> จะ เห็นได้ว่า 4 คุณลักษณะแรกของระบบบริการปฐมภูมิ จะ มีความสอดคล้องกัน ในขณะที่ประเด็นที่แตกต่างกันใน แต่ละประเทศ คือ community oriented care และ culturally competent care ในประเทศไทยได้กำหนด ให้ขอบเขตคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิ รวมประเด็น community oriented care ด้วย ตามที่ระบุในเอกสาร ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และประกาศ ของคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ<sup>4</sup>

## คำถามถัดไปคือจะวัดประเมินคุณภาพได้ตรงหรือ ใกล้เคียงกับคุณลักษณะสำคัญของบริการปฐมภูมิ ได้อย่างไร?

บาร์บารา สตาร์ฟิลด์ ได้พัฒนาเครื่องมือ primary care assessment tool (PCAT) ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมิน การดูแลปฐมภูมิในหลายมุมมอง<sup>2</sup> ทั้งระดับผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และมุมมองระบบสาธารณสุข ประเทศไทย ได้นำมาทดลองประเมินคุณภาพนี้ในปี พ.ศ. 2558 ใน ระดับหน่วยบริการในพื้นที่ตัวอย่าง โดยประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบเป็นผู้ประเมิน ผลการศึกษาแสดงถึงลักษณะ เด่นในด้านการเข้าถึงบริการ การดูแลแบบผสมผสาน บูรณาการ และการประสานเชื่อมโยงบริการ ในขณะที่มี จุดอ่อนในด้านการดูแลต่อเนื่อง และสัมพันธภาพของผู้ให้ บริการกับผู้รับบริการ<sup>5,6</sup> อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้อยู่ดังก้าว ยังไม่ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

“ประสบการณ์ของผู้รับบริการ คุณภาพที่มากกว่า การประเมินความพึงพอใจ”

“ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ถูกใช้ของคุณลักษณะสำคัญของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย “ใกล้บ้าน” มีความหมายตรงไปตรงมา คือ ตั้งอยู่ใกล้ที่พัก เดินทาง สะดวก ส่วน “ใกล้ใจ” เป็นคำที่เป็นนามธรรม แม้เป็นสิ่งที่ รู้สึกสัมผัสได้ แต่ละปัจเจกบุคคลจะให้ความหมายที่ แตกต่างกัน และเป็นความท้าทายที่บุคลากรปฐมภูมิจะ สามารถ “ใกล้ใจ” ประชาชนในความรับผิดชอบ

“ใกล้ใจ” อาจแปลความได้ว่า ความพอใจ ความเข้าใจ ตรงใจ ตรงความต้องการ ความรู้สึกดีของผู้มารับบริการ ซึ่งอาจใช้การประเมินด้วยประสบการณ์ของผู้รับบริการ (patient experiences หรือ customer experiences) แม้ในปัจจุบันจะมีการสอบถามความพึงพอใจของผู้รับ บริการเป็นส่วนหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพของ หน่วยบริการเพื่อนำมาใช้ประกอบในการประเมินคุณภาพของ ระบบบริการปฐมภูมิ ผู้เขียนเห็นว่า การประเมินไม่ควร จะเป็นการถามเพียงความพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่ ควรมีแง่มุมของการประเมินเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนว่า บริการที่ได้รับตรงใจ ตรงความต้องการอย่างไร เช่น การ สอบถามหรือสัมภาษณ์ผู้มารับบริการหลังจากใช้บริการ

เสร็จสิ้น (exit interview) ต่อบริการที่ได้รับเป็นอย่างไร ตรงกับความคาดหวังก่อนมารับบริการหรือไม่ หรือการรับรู้ความเข้าใจโรคที่ตัวเองเป็นอย่างไร

หากเปรียบเทียบคุณภาพของหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิกับการประเมินคุณภาพร้านอาหาร ส่วนหนึ่งของคุณภาพคือ มีวัตถุดิบดี สารอาหารเหมาะสมครบตามมาตรฐานทางโภชนาการ อีกส่วนหนึ่งคือรสนิยมนความชอบของผู้บริโภคต่อรสชาติอาหาร แม้วัตถุดิบดีแต่ถ้าการปรุงไม่ถูกวิธี อาหารก็จะไม่อร่อยหรือไม่ถูกปาก ทำให้ระดับความพอใจก็จะต่างกัน ร้านอาหารจะสามารถทำอาหารให้ถูกปาก ถูกราคา และถูกใจผู้บริโภคเพียงใด นั้นหมายถึง คุณภาพของบริการไม่อาจเป็นการวัดแบบสุทธิที่ตายตัวแน่นอน แต่เป็นการวัดเชิงสัมพัทธ์ (absolute measure)

ฉะนั้น ประเด็นการวัดคุณภาพที่วัดผลเชิงสัมพัทธ์ ที่เชื่อมโยงกับความพึงพอใจ ถูกใจ ตรงใจ หรือความพอใจของผู้ใช้บริการ จึงเป็นอีกมิติหนึ่งของคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิที่ปัจจุบันก็ได้มีการประเมินหรือวัดในส่วนนี้บ้าง ได้แก่ การสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วย/ผู้บริโภค (patient experience, consumer experience) รวมถึงความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งสามารถนำมาใช้ประกอบในการกำกับติดตามคุณภาพของบริการนั้น ๆ ร่วมด้วย แต่การประเมินส่วนนี้ต้องมีการใช้อย่างเข้าใจประโยชน์และอคติของการประเมินทั้งด้านการใช้คำถามการประเมินที่เข้าใจ แปลความได้เหมาะสม ถูกต้องด้วย

“ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในฐานะข้อต่อสำคัญของ Integrated people centered care”

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญที่ทำให้เกิดระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ไร้รอยต่อ และมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Integrated people centered care) กล่าวคือ ทีมสุขภาพปฐมภูมิอยู่ใกล้ชิดประชาชนทำให้เข้าใจบริบท (ปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม) และ ตอบสนองต่อชีวิตของประชาชน ที่เป็นลักษณะบริการแบบองค์รวม (holistic) การจัดดูแลสุขภาพประชาชนในระดับบุคคลที่เชื่อมกับ ครอบครัว และชุมชน เป็นบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงทั้งด้านการบริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพให้เป็นบริการสุขภาพแบบผสมผสาน และ หน่วยบริการปฐมภูมิ

ทำหน้าที่ เชื่อมต่อบริการอย่างมีประสิทธิภาพระหว่าง บริการสุขภาพพื้นฐานกับบริการสุขภาพเฉพาะทางหลายด้านที่ให้บริการโดยโรงพยาบาล และหน่วยบริการเฉพาะด้านอื่น ๆ<sup>7</sup>

ที่กล่าวข้างต้นนี้ ถือว่าคุณลักษณะสำคัญที่เป็นคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในเชิงระบบที่ทำนายต่อการประเมินให้ได้ ซึ่งอาจใช้ทั้งการประเมินด้วยวิธีการสังเกต หรือการสอบถาม ประสบการณ์ของผู้รับบริการ (patient experiences) และจำเป็นต้องมีการค้นหาข้อมูลการประสานงาน ปกป้องส่งต่อกับหน่วยบริการอื่น ๆ นอกเหนือจากบริการปฐมภูมิ ร่วมด้วย ได้แก่ข้อมูลการบริการเฉพาะโดยหน่วยเฉพาะทางในโรงพยาบาลที่เชื่อมกับบริการปฐมภูมิ

ประเด็นเชิงคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ข้างต้นนี้ ในประเทศไทย ยังดำเนินการเพื่อติดตาม ประเมินเพียงด้านใดด้านหนึ่ง การประเมินในลักษณะที่หลากหลายวิธียังทำน้อย เมื่อเทียบกับนานาชาติ ทั้งประเทศทางตะวันตก และประเทศในเอเชียบางประเทศ ประเทศไทยเน้นการประเมินส่วนที่เป็นผลลัพธ์เชิงคลินิกรายบุคคล และส่วนที่เป็นการประเมินเชิงโครงสร้าง กระบวนการจัดการบริการแบบประเด็นใหญ่ ซึ่งควรที่จะมีการพัฒนาระบบการติดตาม ประเมินผล คุณภาพของปฐมภูมิ ในมิติต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มมากขึ้น ดังจะกล่าวในย่อหน้าต่อไป

## การจัดการระบบคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ: จะทบทวน สรุป ประเมิน เพื่อพัฒนาอย่างไร?

การประเมินคุณภาพของบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีความท้าทาย และมีความยากในการประเมินได้ตรงตามแนวคิดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น การประเมินคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยควรปรับทัศนคติและวิธีการประเมิน โดยปรับการประเมินมิให้เป็นเพียงการประเมินเชิงโครงสร้างที่แข็งทื่อ แต่ควรปรับให้ยืดหยุ่นตามบริบทของพื้นที่ และไม่ยุ่งยากซับซ้อนจนกระทั่งผู้เกี่ยวข้องไม่เข้าใจ ทำไปตามรูปแบบ โดยไม่เข้าใจเป้าหมาย ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่าควรทำให้การดำเนินงานเรื่องนี้ง่าย และเป็นลักษณะที่ผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ สามารถนำผลมาปรับใช้พัฒนาได้ทันที เป็นระบบที่ทำแล้วนำมาเชื่อมกับการพัฒนา

คุณภาพได้จริง ไม่ใช่เพียงการประเมินให้ผ่านเกณฑ์ แต่ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการปฐมภูมิในการปฏิบัติจริง และมีการจัดการใช้ประโยชน์ของการประเมินคุณภาพของแต่ละด้านอย่างสอดคล้อง ผู้เขียนขอแนะนำการพัฒนาการประเมินคุณภาพบริการพื้นฐานที่ใช้กันทั่วไป คือ กรอบคิดของ Donabedian<sup>8,9</sup> ที่ใช้ประเมินภาพรวม ที่วัดประเมิน 3 ด้านได้แก่ การประเมินโครงสร้าง (structure), กระบวนการ (process), และผลลัพธ์ (outcome)

**1. การประเมินโครงสร้าง (structure)** ปัจจุบันประเทศไทยใช้การประเมินด้านนี้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ กรอบจำนวนกำลังคน คุณสมบัติของบุคคลที่ให้บริการ ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือที่ให้บริการ ที่ประเมินได้ไม่ยาก ดังเช่น กรอบการประเมินโครงสร้างของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ<sup>10</sup> สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) หรือ เกณฑ์ขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ตาม พรบ.สุขภาพปฐมภูมิ<sup>11</sup> ซึ่งเกณฑ์โครงสร้างเหล่านี้ก็ช่วยสะท้อนคุณภาพได้ แต่เพียงเป็นปัจจัยประกอบที่กระตุ้น ให้พัฒนาคุณภาพได้ส่วนหนึ่ง ประโยชน์ของการประเมินเชิงโครงสร้างใช้เพื่อการวางแผนของผู้บริหารหน่วยบริการ

**2. การประเมินกระบวนการ (process)** ในระบบบริการปฐมภูมิต้องมีทั้งด้านที่เป็น scientific ทางด้านการแพทย์ และด้านที่เป็นกระบวนการของการเข้าใจคน การฟัง การสื่อสาร เชื่อมความต้องการ และออกแบบการบริการ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งเป็น skill ที่เชื่อมความรู้ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ กับความเข้าใจทางสังคม จิตวิทยา อันเป็นกระบวนการสำคัญของบริการปฐมภูมิ รวมทั้งควรมีการพิจารณาถึงกระบวนการดูแลที่หน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่เชื่อมต่อบริการเฉพาะด้านอื่น ๆ ให้เป็นบริการแบบบูรณาการแบบไร้รอยต่อ ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งการประเมินด้านกระบวนการมีความยาก และข้อจำกัดในการหาตัวชี้วัดที่ประเมินได้ตรงครอบคลุม รวมทั้งมีข้อจำกัดในการประเมินย้อนหลังโดยบุคคลภายนอก การประเมินกระบวนการควรเน้นให้ผู้ปฏิบัติหน้างานสามารถใช้เพื่อประเมินทบทวนกระบวนการ

ด้วยตนเองเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และใช้การประเมินผลลัพธ์สำคัญของกระบวนการประกอบ

**3. การประเมินผลลัพธ์ (outcome)** เป็นการประเมินที่ผลลัพธ์ของการบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วยผลลัพธ์ในด้าน 1) ผลการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหาทางคลินิก ที่ช่วยให้โรคหายหรือทุเลา มีการวินิจฉัยโรคหรือปัญหาได้รวดเร็ว และ 2) การตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน หรือ การดูแลโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people responsiveness, people centeredness) ให้ความสำคัญด้านจิตใจ ด้านความเข้าใจ ที่ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจ ปัญหาตนเอง และร่วมดูแลสุขภาพไปพร้อมกันได้ อย่างไม่กังวลมากเกินไป มีกำลังใจ ในการดูแลตนเอง ได้อย่างเหมาะสม ญาติ ครอบครัว คนรอบข้างมีส่วนร่วมดูแลได้ (family oriented, community based care) ที่สะท้อนคุณภาพความเป็นองค์กรผสมผสานของกระบวนการบริการ ที่เป็นคุณภาพสำคัญของบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว และ 3) การประเมินเชิงผลกระทบของการบริการสุขภาพ ได้แก่ การลดอัตราป่วย อัตราตาย ภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลลัพธ์จากปัจจัยหลายด้าน และเป็นผลกระทบในระยะยาว ในมิติด้านที่สองที่เป็นการตอบสนองต่อประชาชน ที่มีใช้ด้านคลินิกนั้น ในประเทศไทยยังมีการติดตามประเมินผลน้อย และไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร อาจจะเนื่องจากความไม่ถนัดในการเก็บข้อมูลด้านนี้ ผู้เขียนเห็นว่าทีมงานเวชศาสตร์ครอบครัวควรมีการพัฒนาการประเมินด้านที่เป็น people centeredness และอาจต้องใช้วิธีการประเมินในหลากหลายลักษณะ (ตัวอย่างเช่น วิธีการประเมินด้วยแบบประเมิน PCAT)

ส่วนการประเมินส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก ก็ควรเลือกตัววัดบางตัวที่จำเพาะ และไวต่อการประเมินคุณภาพส่วนบริการปฐมภูมิ มีตัววัดผล ได้หลายตัว ที่สะท้อนการวัดคุณภาพการวินิจฉัยได้เร็ว และเข้าถึงบริการได้ดี กลุ่มปัญหาสุขภาพที่สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินคุณภาพของผลงานด้านนี้ น่าจะเป็นกลุ่มที่เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ได้แก่ เอดส์ หรือโรคไม่ติดต่อ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่พิจารณาทั้งในด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ภาวะแทรกซ้อน มิติความต่อเนื่องของการรับบริการ

การวัดผลลัพธ์ของกระบวนการสำคัญของบริการปฐมภูมิ อาจวัดที่ผลของ consultation ที่เป็นผลลัพธ์เบื้องต้นสำคัญ อันได้แก่ การ recognition ปัญหา คือ ค้นหาประเด็นปัญหาสำคัญของผู้รับบริการได้ตรง ครอบคลุมการยอมรับ ความพึงพอใจต่อการบริการของผู้รับบริการ ตามกรอบแนวทางที่บาร์บารา สตาร์ฟิลด์ ได้เสนอไว้<sup>12</sup>

การประเมินในแต่ละส่วนนี้ น่าจะเป็นระบบที่ออกแบบให้ผู้ให้ข้อมูล หรือคนจัดการ ในระดับที่ต่างกัน อันได้แก่ ผู้ปฏิบัติที่เป็นคนให้บริการเอง ควรที่จะมีวิธีการติดตามระบบที่เห็นคุณภาพบริการได้ด้วยตนเอง ได้อย่างง่าย ซึ่งควรมีการผนวกเข้าไปในระบบการฝึกอบรมเรียนรู้ในหลักสูตรอบรมความเป็นผู้ชำนาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวด้วย และดึงมาเป็นประเด็นตัวชี้วัดหลัก ในบริการหลักที่สำคัญเพียงบางประเด็น แต่หน่วยที่ทำหน้าที่บริหาร ติดตามกำกับภาพรวมของหน่วยบริการ อาจต้องติดตามประเมินทั้งในส่วน structure และส่วนผลลัพธ์หลักบางประเด็น

### คุณภาพของการบริหารจัดการเชิงระบบและระบบสนับสนุนระดับมหภาค (macro level) ทั้งในระดับพื้นที่ และระดับประเทศต้องมีการประเมินควบคู่

การพัฒนาให้เกิดคุณภาพระบบบริการปฐมภูมินั้น นอกจากการจัดการภายในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับปฏิบัติการ ให้มีการพัฒนาคุณภาพ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังมีปัจจัยสำคัญอีกด้านที่เป็นระบบจัดการสุขภาพภายนอกที่เป็นระบบใหญ่ที่เชื่อมโยงกับระบบภายในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย ทั้งที่เป็นการจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับจังหวัด และการจัดการระดับประเทศที่เป็นระดับมหภาค ที่มีส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบสนับสนุน ทั้งที่เป็นเชิงบริหารองค์กร การจัดการการเงิน การคลัง

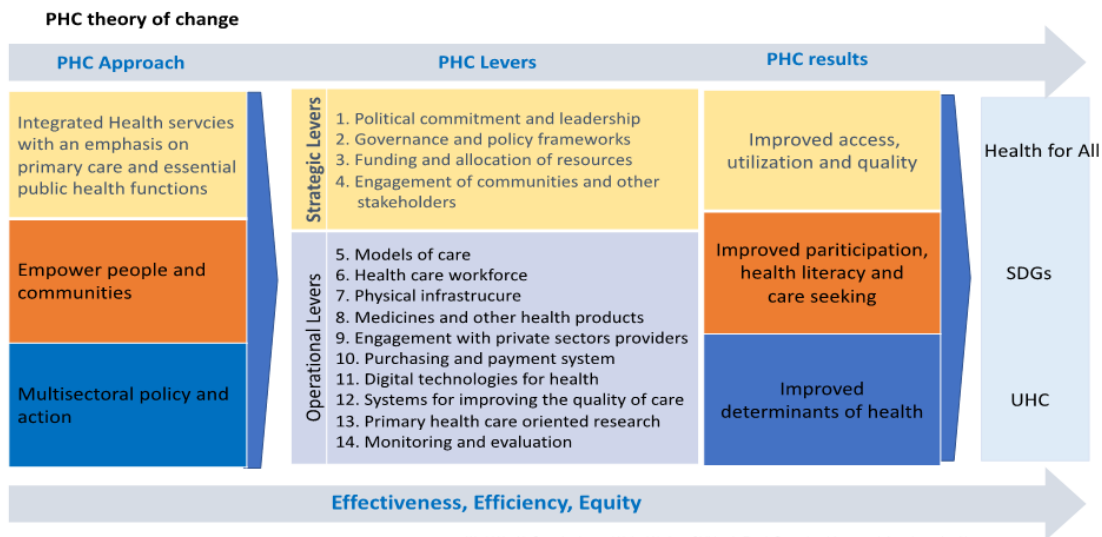
ระบบสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ วิธีจัดการเงิน การคลัง และการอภิบาลระบบ (governance) มีส่วนสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิเป็นอย่างมาก ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการติดตามกำกับคุณภาพของระบบบริหารจัดการสนับสนุน ที่มีส่วนกระทบ ต่อคุณภาพปฐมภูมิ ด้วย การวัดระบบสนับสนุนมักไม่ได้วัดหรือประเมินที่หน่วยปฐมภูมิแต่เพียงส่วน

เดียว แต่ควรมีการประเมินที่หน่วยบริหารจัดการที่มีผลกระทบต่อบริการปฐมภูมิได้แก่ การจัดการของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติต่อปฐมภูมิ หน่วยบริหารสุขภาพระดับอำเภอ ระบบบริหารของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข) รวมถึงองค์กรจัดการระบบการเงินการคลังสุขภาพของประเทศ ได้แก่ สปสช. สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง

องค์การอนามัยโลก<sup>13</sup> เสนอกรอบการติดตามและประเมินระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้ “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่เชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขมูลฐาน /ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (PHC Theory of change)” ดังรูปที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care, PHC) ซึ่งมีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงกับองค์ประกอบหลัก ใน 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การบูรณาการเครือข่ายบริการสุขภาพที่เน้นบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการจัดการเชิงสาธารณสุขที่จำเป็น (integrated Health services with emphasis on primary care and essential public health functions) 2) การเสริมพลังประชาชนและชุมชน (Empower people and communities) และ 3) นโยบายสาธารณะและปฏิบัติการร่วมกันของภาคีหลายภาคส่วน โดยผ่านจุดคานงัด 2 จุด ที่สำคัญ คือ ระดับกลยุทธ์ (strategic levers) และระดับปฏิบัติการ (Operational levers) เพื่อมุ่งหวังผล 3 ประการ คือ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้งด้านการใช้บริการ และคุณภาพบริการ (improve access, utilization and quality) 2) เพิ่มคุณภาพการมีส่วนร่วมของประชาชน ภาคส่วนต่าง ๆ และเพิ่มความรอบรู้ของประชาชนด้านสุขภาพ และการเลือกใช้บริการสุขภาพ (improved participation, health literacy and care seeking) 3) พัฒนาปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพ (Improved determinants of health)

ผู้เขียน เห็นว่าควรนำเอากรอบประเด็นตามที่เสนอ โดยองค์การอนามัยโลกนี้ มาประกอบการออกแบบการบริหารจัดการระบบสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ ร่วมไปด้วยกับการพัฒนาคุณภาพในระดับปฏิบัติการ ซึ่งควรมีระบบการพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทไทย เพื่อใช้ในการวัด ประเมินผล และติดตามต่อเนื่อง

ปัจจัยกระทบต่อคุณภาพส่วนที่เป็นจุดคานงัดเชิงกลยุทธ์ (strategic levers) อันได้แก่ เจตนาธรรมณ์ ความสนใจของ



Source: Adapted from WHO and UNICEF (6)

World Health Organization and United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/item/9789240017832>, accessed 17 August 2021).

รูปที่ 1. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens<sup>13</sup>

กลุ่มนโยบาย การเมือง (political commitment) Governance and Policy ระบบ funding และการกระจายทรัพยากร การเปิดโอกาสให้ชุมชนและภาคส่วนอื่นมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การดำเนินการส่วนกลยุทธ์ในแต่ละประเทศที่แตกต่างกันทำให้ระบบบริการปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง มีคุณภาพที่แตกต่างกัน ดังตัวอย่างในประเทศต่าง ๆ ที่มีการดำเนินการ ได้แก่ ประเทศอังกฤษ ประเทศทางยุโรป ทางเอเชีย เช่น สิงคโปร์ มาเลเซีย ในประเทศไทยยังไม่ได้มีการจัดการระบบข้อมูล เพื่อการติดตามกำกับในส่วนที่เป็นจุดคานงัดเชิงกลยุทธ์ที่ชัดเจน ที่ควรจะมีการแปลความ และพัฒนาให้เป็นการประเมินติดตามและดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนต่อไป ซึ่งบางส่วนอาจต้องมีการเก็บข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ตัวอย่างเช่น นโยบายการดำเนินงาน ของรัฐบาลที่ชี้แจงการให้ความสำคัญต่อระบบบริการปฐมภูมิ หรือระเบียบ กฎหมายที่กำหนดบทบาทหน้าที่ขององค์กร กำหนดการจัดสรรทรัพยากรของรัฐ หรือสัดส่วนค่าใช้จ่ายของรัฐบาลที่สนับสนุน

สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิเทียบกับบริการเฉพาะทางอื่นหรือดังตัวอย่าง ที่เสนอในภาพข้างล่างนี้ ที่เป็นตัวอย่างของการแปลความกลยุทธ์เป็นตัววัดในระดับปฏิบัติการ ซึ่งจะยังไม่ได้เสนอรายละเอียด ในส่วนนี้ ที่ควรต้องพัฒนาต่อไป

ส่วนปัจจัย และองค์ประกอบในระดับปฏิบัติการ (operational levers) ได้แก่ รายละเอียดของการออกแบบหน่วยบริการ และวิธีการจัดการภายในหน่วยบริการ การจัดการด้านกำลังคน การจัดการด้านโครงสร้างกายภาพ การจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ การจัดการจ่ายค่าตอบแทน การผสมผสานการใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ การพัฒนาเพิ่มคุณภาพบริการ การติดตามประเมินผล และการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบริการปฐมภูมิ ประเด็นในระดับปฏิบัติการนี้ ประเทศไทยได้มีการดำเนินการและพัฒนาในส่วนนี้อยู่มาก แม้จะยังไม่ครบถ้วน และยังไม่รอบด้านมากนักดังที่กล่าวมาก่อนแล้ว ในส่วนบริหารจัดการระบบคุณภาพ

**Table 2. Governance: considerations for action and corresponding indicators**

| Questions to consider on country context and needs                                      | Indicators to select from menu                                                                                                                             | Preferred data source                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Political commitment and leadership</b>                                              |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| Is there commitment to strengthening PHC to contribute to UHC and the broader SDGs?     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Health in All Policies with multisectoral coordination</li> <li>Existence of right to health legislation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Qualitative assessment</li> <li>Qualitative assessment</li> </ul> |
| <b>Governance and policy frameworks</b>                                                 |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| Are policies and strategies in place that are oriented to PHC as main vehicle for UHC?  | Existence of national health policy oriented to PHC and UHC                                                                                                | Qualitative assessment                                                                                   |
| Are essential public health functions prioritized?                                      | Existence of policy, strategy or plan for improvement of quality and safety                                                                                | Qualitative assessment                                                                                   |
| Do policies promote multisectoral action to address the broader determinants of health? | Existence of health emergency and disaster risk management strategies                                                                                      | Qualitative assessment                                                                                   |
|                                                                                         | Institutional capacity to meet essential public health functions and operations                                                                            | Qualitative assessment                                                                                   |
| <b>Engagement with communities and other multisectoral stakeholders</b>                 |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| Are mechanisms in place that promote multisectoral engagement and action?               | Coordination mechanisms with multistakeholder participation and community engagement                                                                       | Qualitative assessment                                                                                   |
| Are communities enabled to participate in decision-making?                              | Existence of national, subnational and local strategies for community participation                                                                        | Qualitative assessment                                                                                   |
| <b>Questions to consider on country context and needs</b>                               |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| <b>Indicators to select from menu</b>                                                   |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| <b>Preferred data source</b>                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| <b>Funding and allocation of resources</b>                                              |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| How are public funds distributed across service delivery platforms?                     | Current expenditure on health (total and PHC specific) as a percentage of gross domestic product (GDP)                                                     | National health accounts                                                                                 |
| Has government spending on PHC increased?                                               | Per capita total health expenditure (and PHC specific)                                                                                                     | National health accounts                                                                                 |
|                                                                                         | Government PHC spending as percentage of government health expenditure                                                                                     | National health accounts                                                                                 |
| What are the main sources of funding for PHC?                                           | Sources of expenditure on health (and PHC specific)                                                                                                        | National health accounts                                                                                 |
|                                                                                         | Contingency funds available for emergencies                                                                                                                | Qualitative assessment                                                                                   |
| <b>Purchasing and payment systems</b>                                                   |                                                                                                                                                            |                                                                                                          |
| Are provider payment systems that promote PHC-oriented models of care in place?         | Services included in health benefits package (including primary care)                                                                                      | Qualitative assessment                                                                                   |
|                                                                                         | Purchasing and provider payment methods are in place (including primary care)                                                                              | Qualitative assessment                                                                                   |
| Is health financing inclusive to reach the most vulnerable?                             | Health financing follows established guidelines                                                                                                            | Qualitative assessment                                                                                   |

## ผู้เขียนมีข้อเสนอต่อการพัฒนาระบบคุณภาพ บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่เครือข่ายเวชศาสตร์ ครอบครัว/บริการปฐมภูมิ ควรเข้ามามีบทบาท ดังนี้

### 1. เครือข่ายบุคลากรเวชศาสตร์ครอบครัว/บริการปฐมภูมิ ควรมีส่วนร่วมในการพัฒนากระบวนการสำคัญของคุณภาพ

จากการสังเกตกระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทยที่ผ่านมาในอดีต เป็น “การจัดการเพียงรูปแบบ” แต่ไปไม่ถึงแก่นคุณภาพที่ต้องการ มีได้ดำเนินการเรื่องนี้เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่แท้จริง จึงทำให้การดำเนินการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร อีกประเด็นหนึ่ง ฐานประสบการณ์ของการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศไทย จะอยู่บนฐานของการพัฒนาที่เป็น hospital based care มากกว่า primary care

และ community based care ตัวชี้วัดคุณภาพจึงโน้มเอียงไปที่การจัดการเชิงคลินิกที่เป็นการวัดด้านโรคมากกว่าการดูแลแบบองค์รวม

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์การทำงานแบบปฐมภูมิ ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และบริการปฐมภูมิ หากมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งต่อแก่นการประเมินคุณภาพบริการปฐมภูมิ เสริมให้มีความมั่นใจต่อคุณค่าของบริการสุขภาพปฐมภูมิ ก็จะเป็นกลไกสำคัญของระบบคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ทีมบริการปฐมภูมิหรือทีมเวชศาสตร์ครอบครัวควรเข้าไปมีส่วนร่วมคิด ร่วมการพัฒนาให้มากขึ้น ไม่ได้อธิบายให้ทีมโรงพยาบาลเป็นส่วนที่พัฒนาให้แทน และพัฒนาเป็นการประเมินติดตามคุณภาพในระดับปฏิบัติการที่ควรเน้นหนักไปที่คุณภาพบริการที่เป็น people centeredness

หรือส่วนที่เป็นคุณลักษณะบริการสำคัญตามที่กล่าวไว้ใน ส่วนที่หนึ่งของบทความนี้

การฝึกอบรมแพทย์ผู้ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ ครอบครั้ว ควบคุมคุณภาพบริการปฐมภูมิเข้าไปใน ระบบการเรียนการสอน การฝึกอบรมฯ ควรสนับสนุน ทำให้แพทย์มีทักษะสำคัญหลายด้านที่ส่งผลต่อคุณภาพ บริการปฐมภูมิ

การพัฒนาให้แพทย์มีมุมมองเชิงระบบที่เข้าใจปัจจัย กระทบ ต่อคุณภาพของการจัดระบบบริการ เข้าใจการ ออกแบบการจัดบริการ ที่เหมาะสมกับบริการปฐมภูมิ ซึ่ง มีเอกลักษณ์สำคัญต่างจากบริการในโรงพยาบาล ทำให้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีทักษะ มีวิจารณญาณ ความ สามารถในการวิเคราะห์ สถานการณ์ระบบบริการใน ลักษณะที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ ด้วย

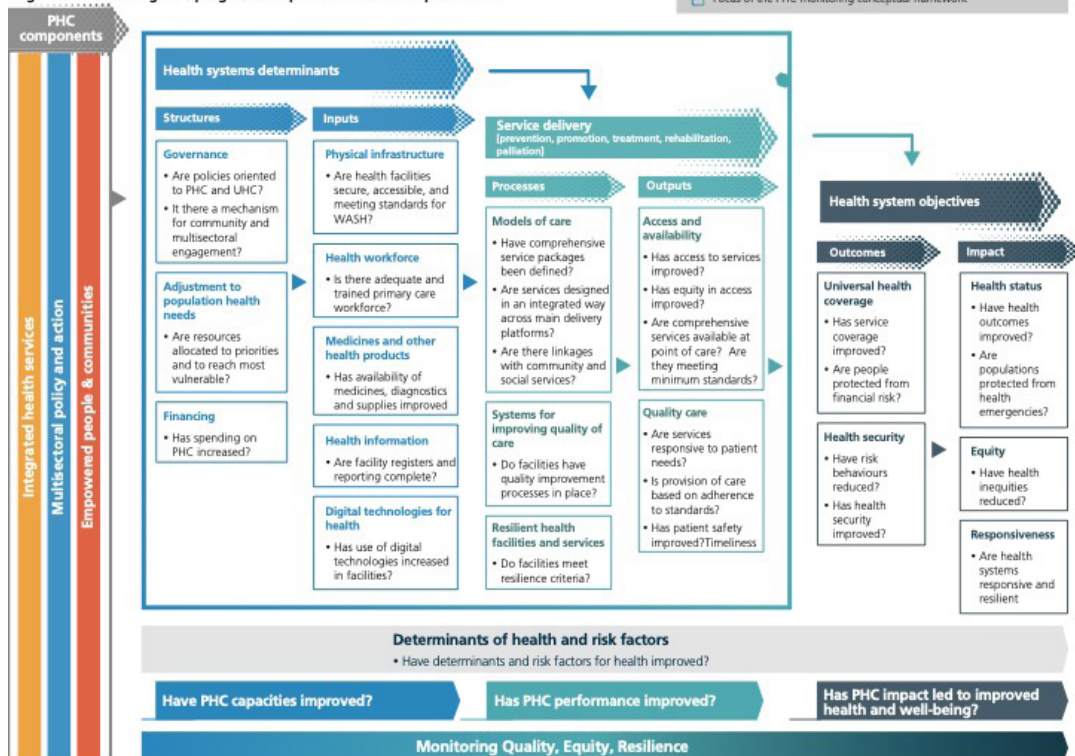
องค์กรวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ครอบครัว (ราชวิทยาลัย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/ เวชศาสตร์ครอบครัว สถาบันการผลิตและพัฒนาแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว) ควรส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา คุณภาพบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการพัฒนา ชุดเครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพ เชิงกระบวนการของ

บริการเวชศาสตร์ครอบครัว พัฒนาชุดข้อมูล หรือคำถาม ที่จำเพาะที่ให้หน่วยบริการปฐมภูมิ ได้ใช้ประเมินตนเอง ต่อผลคุณภาพของการจัดบริการสำหรับประชาชนใน ความรับผิดชอบ

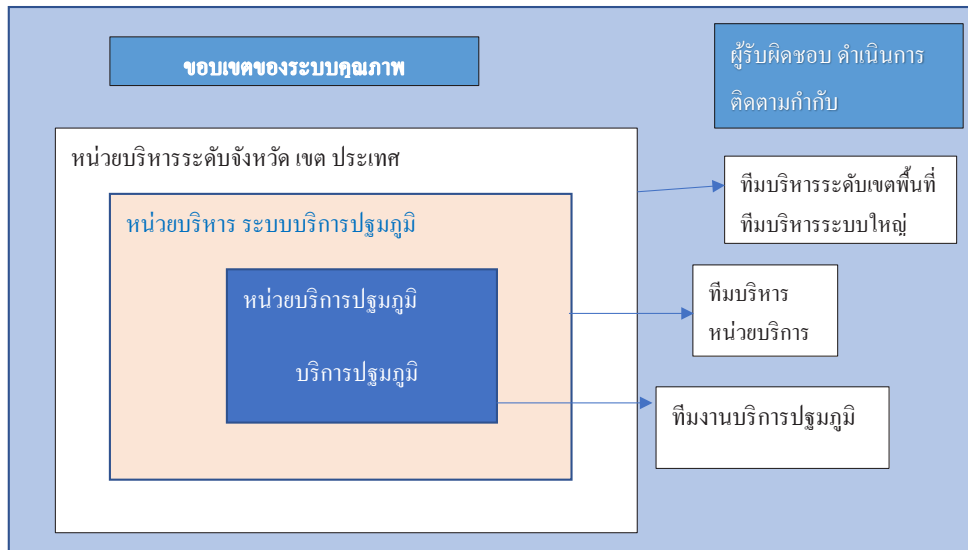
## 2. เครือข่ายเวชศาสตร์ครอบครัว ควรเข้าไปกระตุ้น ผลักดัน ร่วมขับเคลื่อนกับกระทรวงสาธารณสุขที่เป็น หน่วยบริหารระบบสุขภาพของประเทศ ให้มีทิศทางที่ เหมาะสม เอื้อต่อแก่นคุณภาพบริการปฐมภูมิที่แท้จริง

ควรกระตุ้น ให้มีการจัดการโดยผู้เกี่ยวข้องทั้งส่วนรัฐบาล โดยกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับ การจัดการด้านการเงินการคลัง สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการ ปฐมภูมิ ที่เป็นกลไก strategic lever ที่เป็นการดำเนิน การในระดับ macro level ที่สามารถแปลเป็นรูปธรรม ปฏิบัติการได้จริง ไม่ได้เป็นเพียงวาทกรรม สามารถ สนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมไปกับการพัฒนาใน ระดับปฏิบัติการที่เป็นระดับ Micro level ของหน่วย บริการปฐมภูมิด้วย ตามกรอบแนวทางที่เสนอโดยองค์การ อนามัยโลก

Figure 5. Monitoring PHC progress and performance for improvement



รูปที่ 2. กรอบคุณภาพรวม<sup>13</sup> เป็นส่วนที่ทั้งทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ ผู้บริหาร ผู้ประเมินระบบ ควรจะต้องมีความเข้าใจตรงกัน



รูปที่ 3. ขอบเขตบริการปฐมภูมิ และผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ

3. ควรประสานให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้วางกรอบการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ (รูปที่ 1, 2) ที่เป็นกรอบใหญ่ที่ทำให้เข้าใจภาพใหญ่ร่วมกัน ทั้งระดับ micro level และ macro level มีการบริหารจัดการ และพัฒนาตัวชี้วัด เพื่อการติดตามประเมินผลตามขอบเขตของความรับผิดชอบของแต่ละระบบ แต่ละระดับ ดังภาพ 3 ไม่ควรดำเนินการแบบขย่ำรวมกัน ที่ทำให้มีความสับสน และผลกระทบการพัฒนาไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพียงส่วนเดียว

การใช้เครื่องมือ ประเมินคุณภาพปฐมภูมิ แต่ละลักษณะก็ต้องใช้ให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด เอาข้อมูลไปใช้อย่างสับสน และนำไปสู่การพัฒนาไม่ได้ กลายเป็นแรงกดดันด้านลบ ไม่ทำให้เกิดการพัฒนาด้านบวก เพื่อการพัฒนายอย่างสร้างสรรค์

ทั้งหมดนี้ เป็นข้อเสนอบางส่วนต่อเครือข่ายบุคลากรเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ให้ได้สอดคล้องกับบริบท และคุณสมบัติสำคัญของบริการปฐมภูมิ ในประเทศไทย

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO Regional Office for Europe. Primary Care Evaluation Tool (PCET [Internet]. [cited 2022 December 17]; Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/107851/Primary-CareEvalTool.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/Primary-CareEvalTool.pdf)
2. The Johns Hopkins Primary Care Policy center. Primary Care Assessment Tools [Internet]. [cited 2515 March 17]. Available from: [https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca\\_tools.html](https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html)
3. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง, วารสารระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว. 2552;1:11-5.
4. กระทรวงสาธารณสุข, ประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องบริการสุขภาพปฐมภูมิที่บุคคลมีสิทธิได้รับ พ.ศ. 2563, ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 13 ตอนพิเศษ 275 หน้า 35-37, 24 พฤศจิกายน; 2563.
5. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, หทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. รายงานการศึกษาสถานการณ์คุณภาพระบบบริการปฐมภูมิจากมุมมองผู้รับบริการวัยผู้ใหญ่. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน; 2558.
6. ฤกษ์ พงศ์พิรุฬห์, สุพัตรา ศรีวณิชชากร, Starfield B. การประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศไทยจากมุมมองผู้ให้บริการ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2550;2:401-8.
7. WHO. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [Internet]. [cited 2515 March 17]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002>
8. NHS England and NHS Improvement. Online library of Quality, Service Improvement and Redesign tools: A model for measuring quality care [Internet]. [cited 2023 April 8]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/qsir-measuring-quality-care.pdf>
9. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly. 2005;83:691-729.

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการร่วมให้บริการ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
11. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรสังเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2566.
12. Starfield B. A basis for evaluating primary care. Primary care: concept, evaluation and policy. London: Oxford University Press; 1992. p. 9-21.
13. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: WHO and UNICEF; 2022.