

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ
(Quality Standards: QS) สำหรับบริการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 1



รายงาน

โครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS)

สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 1

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กันยายน 2560



รายงานโครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS)

สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ระยะที่ 1

คณะผู้ดำเนินโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ดร.รุ่งนภา	คำผาง
ภ.ญ.สุธาสิณี	คำหลวง
นางสาวศรวณีย์	ทนุชิต
นายสรายุทธ	ชั้นธ
ดร.พญ.ธัญญรัตน์	อโนทัยสินทวี
ภญ.พรธิดา	หัตถ์โนนตุ่น
ดร.นพ.ยศ	ตีระวัฒนานนท์
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส

ทีมที่ปรึกษา

Dr. Kalipso Chalkidou (Global Health and Development Group, Imperial College London)

Dr. Francoise Cluzeau (Global Health and Development Group, Imperial College London)

Dr. Antony Morgan (Acting Dean and Professor in Public Health, Glasgow Caledonian University London; former Associate Director, Centre for Public Health, The National Institute for Health and Care Excellence)

Dr. Ryan Li (Global Health and Development Group, Imperial College London)

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือการพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับปัจเจกเพื่อทำให้บุคคลมีขีดความสามารถและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ และการเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิกซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญและได้รับการคัดเลือกเพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและได้รับบริการในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ตามเป้าประสงค์อย่างแท้จริง สำหรับโครงการในระยะที่ 1 นี้จะนำเสนอกระบวนการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส มีส่วนร่วม และอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ซึ่งจะช่วยให้แนวทางมาตรฐานเกิดการยอมรับและสามารถผลักดันให้เกิดการใช้งานได้ง่ายขึ้น รวมทั้งนำเสนอคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งรูปแบบ (template) และเครื่องมือ (tool) ที่เกี่ยวข้องสำหรับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานสุขภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ ต่อไป

คณะผู้ดำเนินโครงการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าโครงการนี้จะมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย

คณะผู้ดำเนินโครงการ

กันยายน 2560

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ดำเนินโครงการขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (quality standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 1 รวมทั้งขอขอบคุณทีมที่ปรึกษาจาก Imperial College London และ Glasgow Caledonian University London ที่ได้ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะต่างๆ ในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพแก่ผู้ดำเนินโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. เพื่อพัฒนาศักยภาพการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานเป็นความรับผิดชอบของคณะผู้ดำเนินโครงการ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนอาจไม่เห็นด้วยกับเนื้อหาบางส่วนหรือทั้งหมดที่ปรากฏในรายงานนี้

การดำเนินโครงการนี้จะสำเร็จมิได้หากขาดความร่วมมือจากผู้บริหารและบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนจากกรมอนามัย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่มีได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ที่ร่วมการประชุมและให้ข้อคิดเห็น ตลอดจนให้เอกสารที่เป็นประโยชน์ ทำให้การดำเนินโครงการฯ ระยะที่ 1 สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้ดำเนินโครงการ

กันยายน 2560

บทสรุปผู้บริหาร

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นกระบวนการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของประชาชนด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อม เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการให้บริการเหล่านี้ให้มีคุณภาพควรดำเนินการตามมาตรฐานหรือแนวทางการให้บริการที่กำหนดขึ้นโดยอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือ อย่างไรก็ตามยังพบว่าวิธีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการใหม่ๆ ที่ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน

ประเทศอังกฤษได้ดำเนินการมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS) ซึ่งเป็นข้อความที่สั้น กระชับ เสนอแนะกลวิธีในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน โดยระบุหลักการและเหตุผลของข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัดและวิธีประเมินผลตามตัวชี้วัด รวมทั้งอธิบายความหมายของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม

สำหรับประเทศไทย แนวทางมาตรฐานคุณภาพอาจมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ สปสช. สามารถใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพประเมินคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ รวมทั้งออกแบบกลไกการจัดสรรงบประมาณตามคุณภาพบริการที่กำหนด สธ. สามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการของหน่วยงานภายใต้สังกัด รวมทั้งสะท้อนข้อมูลในระดับประเทศ และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องได้ โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามผลงานขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบการดำเนินงานของตนเอง รวมทั้งใช้อ้างอิงกลวิธีในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังสามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพบริการและร้องขอการบริการที่มีคุณภาพจากผู้ให้บริการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่อ่านเข้าใจง่ายจะช่วยให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

โครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ โดยในระยะที่ 1 ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2560 ถึงกันยายน 2560 มีวัตถุประสงค์ดังนี้ ก) เพื่อพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งรูปแบบ (template) และเครื่องมือ (tool) ที่เกี่ยวข้อง ข) เพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ค) เพื่อพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับคัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ และ ง)

เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สปสช. สธ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการในประเทศไทย โดยการจัดอบรมเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ผลที่ได้จากการดำเนินงานในระยะที่ 1 ประกอบด้วย ก) คู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งพัฒนาจากแนวทางมาตรฐานคุณภาพของหน่วยงาน National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ประเทศอังกฤษ และภายใต้คำแนะนำของที่ปรึกษาจาก Imperial College London ซึ่งมีประสบการณ์ในการพัฒนาและนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้ รวมทั้งประสบการณ์การใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพจากประเทศเวียดนามและอินเดีย ข) ประเด็นบริการสุขภาพที่ได้รับคัดเลือกโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในระยะต่อไป คือ บริการฝากครรภ์ (antenatal care: ANC) ซึ่งประกอบด้วยบริการย่อย 9 บริการ เนื่องจากการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในโครงการนี้เป็นการดำเนินการครั้งแรก จึงควรคัดเลือกบริการฯ ที่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ชัดเจนในเวลาไม่นาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับขยายการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปยังบริการอื่นในอนาคต อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาข้อจำกัดทางด้านทรัพยากรและเวลา ทีมผู้พัฒนาสามารถดำเนินการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพได้เพียง 3 เรื่อง จึงเริ่มด้วยทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริการฝากครรภ์ พบว่าการให้บริการฝากครรภ์ที่ยังมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในการให้บริการ และควรนำไปจัดทำเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพมีอยู่ 6 บริการดังนี้ 1) การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 2) การตรวจครรภ์ ซึ่งรวมการตรวจดูความสูงยอดมดลูกและการตรวจส่วนนำของทารกในครรภ์ 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น 4) การให้การดูแลรักษาป้องกันเรื่องการให้กรดโฟลิก (folic acid) ธาตุเหล็ก และการให้โอดีนเสริม 5) การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 6) การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น โรงเรียนพ่อแม่ ในระยะต่อไปทีมผู้พัฒนาจะทบทวนสถานการณ์ของทั้ง 6 บริการและจัดประชุมเพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือก 3 บริการ ค) ทีมผู้พัฒนาได้ร่างตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพด้านบริการฝากครรภ์ ได้แก่ 1) การประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ 2) การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSo4) แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงเพื่อป้องกันภาวะชักก่อนการส่งต่อและขอความเห็นจากที่ประชุม โดยพบว่าผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพและองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อความคุณภาพ (quality statement) และนิยามศัพท์ที่สำคัญ (definition of term used) และมีข้อเสนอแนะต่อตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ง) การจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยการนำเสนอการดำเนินงานมาตรฐานการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุข ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิโดยโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพประเทศอังกฤษ และบทบาทของแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการสนับสนุนมาตรการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข

Executive summary

Health promotion is a process to control risk factors that determine health status, through behavioral changes and environmental management. The provision of health promotion and disease prevention services aims to reduce the incidence of diseases, morbidities and to improve quality of life. In order to provide good quality services, health care providers should follow standards or guidelines that are developed based on robust evidence. Although there are indicators for health promotion and disease prevention services, health care providers still have unclear standard guidance especially for services that was recently included in the benefit package. Consequently, this can lead to misunderstanding among health care providers and relevant stakeholders regarding how health promotion and disease prevention services should be delivered in an appropriate manner to ensure the best quality of services.

One initiative developed for improving quality of care across primary and hospital care settings is the implementation of Quality Standards (QSs). QSs are a concise set of evidence-informed statements, designed to drive and measure priority quality improvements, within a particular area of care. QSs provide guidance and advices for health professionals, as well as a range of information services for patients and public. QSs consist of information on rationale of the statement, quality measures, as well as the meaning of the statement for health professionals, patients and public.

QS is a new concept for Thai health care system and Thailand has never implemented this initiative before. However, Thai policy makers anticipated that this initiative could be helpful for improving quality of care. The National Health Security Office (NHSO) could use QSs to inform the quality of care that Thai people receive, and to design proper payment mechanism and incentives. The Ministry of Public Health (MoPH) could use QSs as benchmarks for assessing actual care performance of health care providers. The performance could be reported nationally, compared and fed-back to the service providers so that they can continuously make plan for improving their practices. Providers could use QSs to monitor service improvements, to demonstrate that high-quality care or services are being provided and highlight areas for improvements. Health professionals could use QSs to demonstrate quality of care that they provided and how to improve quality of care in order to achieve the set targets. In addition, patients and public can use QSs as a source of information about

desired care activities so that they can request these activities from providers and know how to take care of themselves.

The development of Quality standards for health promotion and disease prevention services in Thailand was divided into two phases; phase 1 was conducted between May 2017 and September 2017 with the following objectives;

1. To develop guideline for QS development including tools and templates, with technical support from IC team
2. To prioritize and select three health promotion and disease prevention services for QS development
3. To develop examples of Qs for the prioritized services to demonstrate the development of Qs using systematic, transparent and evidence-based approaches, and with collaboration of key stakeholders
4. To strengthen capacity of the NHSO staff, officials of the MOPH, staff from related organizations, and other Thai scholars regarding how Qs should be developed using systematic, transparent and evidence-based approaches

The outcomes of the 1st phase of the project include; a) a proposed guideline for developing Quality Standards in Thailand which was adapted from Quality Standard Process guide developed by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and Principle for developing clinical Quality Standards in low and middle-income countries developed by NICE international. In addition, this guideline was consulted with an advisor from Imperial College London who has experience developing Qs in UK, Vietnam and India, b) The ANC package which consists of 9 services as the priority areas for the development of Qs in the next phase of the project. ANC was prioritised because ANC is an area that still needs improvement and ANC related health outcomes could be followed up and evaluated in a short term. The evaluation of the impact of QS implementation on health outcomes will inform the future development of QS in other areas. Due to time and resource constraints, the team could develop QS for three services. Therefore, problems regarding ANC service provision and utilization were discussed. Six services need improvements in the following areas; 1) receiving ANC before 12 weeks of pregnancy: pregnant women were not concerned about receiving ANC services and a lack of proper information of ANC was observed. 2) Fundal height measurement: health practitioners performed different practices. 3) Laboratory examination: inadequate examination; insufficient follow-up system, and pregnant women were not informed about laboratory examination services. 4) Triferdine supplementation: not all

pregnant women receive triferdine throughout their gestation periods. 5) Pregnancy-induced hypertension, preterm labor, and gestational diabetes screenings: unstandardized screening programs were delivered across country and there was insufficient emergency transferring services. 6) Parenting classes: limitations included time constraint of service providers, lack of well-trained staff to provide services, and lack of standard guidelines for service arrangements. These six priority services will be prioritized in the next phase. c) two examples of QSs including referring pregnant women who experience severe preeclampsia to referral hospitals and prescribing MgSo4 for pregnant women who experience severe preeclampsia before referring them to other hospitals. These two examples were used as an exercise to demonstrate process of QS development and the component of QS. d) a capacity strengthening workshop on measures to improve quality of care. Different measures were presented to stakeholders including the development of Quality and Outcome Framework, the improvement of quality of care through hospital accreditation, NICE quality standards in the United Kingdom, and the roles of QS for improving quality of health promotion and disease prevention services.

สารบัญ

คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทสรุปผู้บริหาร	ค
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	5
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ใกล้เคียงแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน	8
2.2 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ใกล้เคียงแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อการดูแลภาวะกลั่นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะสมองเสื่อมและการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.....	8
2.3 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ใกล้เคียง quality standards ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย ..	9
บทที่ 3 วิธีการศึกษา.....	11
3.1 วิธีดำเนินงาน.....	11
3.2 วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล.....	11
3.3 ระยะเวลาดำเนินโครงการ	15
3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย	15
บทที่ 4 ผลการศึกษา	16
4.1 การพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ.....	16
4.2 การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนา แนวทางมาตรฐานคุณภาพ	16
4.2.1 การทบทวนเอกสารและสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลในประเทศไทย เพื่อทราบสถานการณ์ของบริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	16
4.2.2 การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค.....	18
4.2.3 การทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริการฝากครรภ์ และพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำหรับการ พัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการ.....	21
4.3 การพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับ คัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ.....	30
4.4 การจัดบรรยายแนวทางมาตรฐานคุณภาพ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดหลักการเกี่ยวกับ แนวทางมาตรฐานคุณภาพ	31
บทที่ 5 สรุปผล	34
5.1 สรุปผลการดำเนินโครงการ	34
5.2 แผนการดำเนินงานระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2561	36
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	42

ตัวย่อ

ANC	Antenatal Care
HA	Hospital Accreditation
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
PCU	Primary Care Unit
PP	Health Promotion and Disease Prevention
QOF	โครงการรบบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework)
UC	ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage scheme)
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
สธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สนย.	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สรพ.	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
อปสช.	คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพเขต
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของตนเองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2529 ได้มีการนิยาม “การสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นการสร้างสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม [1, 2] กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือ การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระดับปัจเจกเพื่อทำให้บุคคลมีขีดความสามารถและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ และการเพิ่มพูนศักยภาพในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น [3]

ส่วนการป้องกันโรคเป็นกระบวนการป้องกันการเกิดโรคโดยจัดการกับเชื้อโรคและสภาวะแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคก่อนการเกิดโรค (primary prevention) คือ การป้องกันก่อนที่โรคจะเกิดขึ้น เช่น การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ การให้สุขศึกษาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ช่องทางการติดต่อ พาหะของโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2) การป้องกันในระยที่มีโรคเกิด (secondary prevention) คือ การชะลอกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค และการวินิจฉัยและรักษาให้ทันท่วงที เป็นต้น 3) การป้องกันการเกิดภาวะพิการและการไร้สมรรถภาพจากการเกิดโรค (tertiary prevention) คือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค และการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย [4]

ปัจจุบันประเทศไทยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากความร่วมมือของหน่วยงานด้านสุขภาพและภาคีเครือข่ายในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ โครงการ และกิจกรรมต่างๆ หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย [5] ประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันวิชาการด้านสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ เครือข่ายประชาสังคมที่ทำงานเกี่ยวกับสุขภาพ และภาคเอกชน เป็นต้น ซึ่งที่ผ่านมามีความพยายามในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานหลักๆ เข้าด้วยกัน เช่น สธ. ได้ลงนามเห็นชอบในข้อสรุป

การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคร่วมกับ สปสช. ในปี พ.ศ. 2554 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ กำหนดกรอบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ซึ่งจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันของประชาชน นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2559 สปสช. ได้ออกประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) เพื่อเพิ่มความชัดเจนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ให้บริการ ขณะเดียวกันประชาชนสามารถทราบถึงรายการบริการต่างๆ ที่ตนเองควรได้รับจากสถานพยาบาล เช่น การคัดกรองความเสี่ยงต่างๆ เป็นต้น

การให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพควรคำนึงถึงคุณภาพและมาตรฐานของการให้บริการนั้นๆ คุณภาพของบริการในที่นี้หมายถึง บริการที่เป็นไปตามมาตรฐาน มีประโยชน์ มีประสิทธิภาพ และสามารถเข้าถึงได้เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health need) ของผู้รับบริการ คุณภาพจึงเป็นเครื่องยืนยันว่าประชาชนหรือผู้ใช้บริการจะได้ประโยชน์จากการรับบริการนั้นๆ ซึ่งในปัจจุบันยังพบว่าวิธีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยมีความหลากหลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งมาตรการใหม่ๆ ที่ยังไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติอย่างชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน

ประเทศอังกฤษได้ดำเนินมาตรการเพื่อยกระดับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ โดยใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS) ซึ่งเป็นข้อความที่สั้น กระชับ เสนอแนะกลวิธีในการให้บริการสุขภาพที่เป็นมาตรฐาน แนวทางมาตรฐานคุณภาพเป็นเครื่องมือที่กำหนด benchmark ของคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ สามารถนำมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและจัดสรรงบประมาณตามสมรรถนะของการปฏิบัติงาน และใช้เสริมมาตรการพัฒนาคุณภาพบริการอื่น ๆ เช่น clinical audit และ Quality and Outcome Framework (QOF) เป็นต้น [6] ตัวอย่างข้อความคุณภาพจากแนวทางมาตรฐานคุณภาพในกรณีโภชนาการแม่และเด็ก แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพในประเด็นโภชนาการแม่และเด็กของประเทศไทย

ข้อความคุณภาพ: ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารกได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเริ่มให้อาหารและอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกเพื่อเสริมการให้นมแม่หรือนมผง

ความสำคัญ: ทารกที่มีอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ควรเริ่มรับประทานอาหารที่มีสารอาหารที่หลากหลายและเหมาะสมตามวัยควบคู่ไปกับการดื่มนม ดังนั้นผู้ให้บริการควรพูดคุยและให้คำแนะนำต่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารก ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6-8 หลังจากทารกคลอด เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถให้อาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนตามความต้องการของทารกได้ รวมทั้งช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการให้อาหารทารกเร็วหรือช้าเกินไป

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ให้บริการ: หน่วยบริการควรมีระบบให้คำแนะนำสำหรับผู้ปกครองหรือผู้ดูแลทารก โดยเริ่มให้คำแนะนำตั้งแต่ทารกมีอายุ 6-8 สัปดาห์ คำแนะนำที่ควรให้ ได้แก่ เหตุผลว่าทำไมทารกควรเริ่มรับประทานอาหารตั้งแต่อายุ 6 เดือน ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหากทารกเริ่มรับประทานอาหารเร็วหรือช้าเกินไป เหตุผลที่ทำไมการรับประทานอาหารในช่วง 6 เดือนจึงจัดเป็นอาหารเสริมเท่านั้น มารดายังคงต้องให้นมทารกอย่างต่อเนื่อง มารดาควรให้นมอย่างเดียวนในขณะที่ยังทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม คำแนะนำเหล่านี้เหมาะสำหรับเด็กทารกที่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ หากทารกมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ควรได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมจากแพทย์

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้รับบริการ: ผู้ปกครองและผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการเริ่มให้อาหารเมื่อทารกมีอายุได้ 6 เดือน และอาหารที่เหมาะสมตามวัยของทารกมีอะไรบ้าง ซึ่งการให้อาหารนี้ควรให้เสริมควบคู่กับการให้นมอย่างต่อเนื่อง การได้รับสารอาหารที่ร่างกายทารกต้องการอย่างครบถ้วนจะช่วยให้ทารกมีพัฒนาการด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ทารกมีน้ำหนักตัวที่เหมาะสมตามวัย

แนวทางมาตรฐานคุณภาพได้ระบุหลักการและเหตุผลของข้อความคุณภาพ ตัวชี้วัดและวิธีประเมินผลตามตัวชี้วัด รวมทั้งอธิบายผลกระทบของข้อความคุณภาพต่อผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ละกลุ่ม ซึ่งจะแตกต่างจากแนวทางเวชปฏิบัติ คือ แนวทางมาตรฐานคุณภาพรวบรวมคำแนะนำจากแนวทางเวชปฏิบัติตามลำดับความสำคัญ จากนั้นนำคำแนะนำเหล่านี้มาร่างข้อความขึ้นใหม่ให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น และสื่อสารไปยังผู้ให้บริการและผู้รับบริการ [7] ประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศเวียดนาม ได้พัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อแก้ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดีอียาในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคปอดบวม [8] ในประเทศอินเดีย แคว้น Kerala ได้พัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการแม่และเด็ก [9] ซึ่งพบว่ามีส่วนช่วยลดปัญหาสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้ [10]

สำหรับประเทศไทย แนวทางมาตรฐานคุณภาพจะมีประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กล่าวคือ สปสช. สามารถใช้ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพประเมินคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับ รวมทั้งออกแบบกลไกการจัดสรรงบประมาณตามคุณภาพบริการที่กำหนด สปสช. สามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามและประเมินผลคุณภาพบริการของหน่วยงานภายใต้สังกัด รวมทั้งสะท้อนข้อมูลใน

ระดับประเทศ และสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาวางแผนเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องได้ โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อติดตามผลงานขององค์กร และผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบการดำเนินงานของตนเอง รวมทั้งใช้อ้างอิงกลวิธีในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังสามารถใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพเป็นแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพบริการและร้องขอการบริการที่มีคุณภาพจากผู้ให้บริการได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ ซึ่งแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่อ่านเข้าใจง่ายจะช่วยให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น

แนวทางมาตรฐานคุณภาพสอดคล้องและสนับสนุนการดำเนินโครงการรณรงค์ตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework, QOF) เนื่องจากตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นจากแนวทางมาตรฐานคุณภาพ สามารถนำไปใช้กำกับติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการได้ โครงการ QOF ในประเทศไทยใช้ผลการประเมินในการจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นแรงจูงใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ และเพิ่มผลงานบริการตามตัวชี้วัด หากมีการดำเนินมาตรการทั้งสองร่วมกัน จะช่วยสนับสนุนให้การพัฒนาคุณภาพบริการบรรลุเป้าประสงค์ได้ง่ายขึ้น อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนไทยโดยรวม นอกจากนี้การพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพยังจะช่วยสนับสนุนนโยบายของ สธ. ที่มุ่งเน้นให้พัฒนาคุณภาพบริการในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังจะเห็นได้จากคำสั่งของคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์และขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพคนไทยตลอดช่วงชีวิต ให้จัดตั้งคณะทำงานพัฒนารายการบริการ และแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561 [11] เพื่อทบทวนและพัฒนารายการบริการและแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี พ.ศ. 2560 พัฒนารายการข้อมูลการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเชื่อมโยงกับระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของ สธ. รวมทั้งกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

แม้ สปสข. ได้มีประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 โดยได้กำหนดรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรไทยแต่ละกลุ่มวัยเพื่อเพิ่มความชัดเจนในการปฏิบัติงานแก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ทราบถึงรายการบริการต่างๆ ที่ตนเองควรได้รับจากสถานพยาบาล แต่ยังคงพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ให้บริการขาดแนวทางสำหรับการให้บริการที่เป็นมาตรฐาน ทำให้เกิดความไม่ชัดเจนว่าจะต้องให้บริการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ตัวอย่างเช่น การศึกษาการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ตัวอย่าง 2 จังหวัด พบว่า การคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ยังมีข้อจำกัดด้านทักษะการให้คำปรึกษาของผู้ให้บริการ รวมทั้งการให้ข้อมูลและ/หรือการดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังจากทราบผลว่าทารกในครรภ์เป็นโรคธาลัสซีเมีย [12] ในลักษณะเดียวกันการประเมินโครงการนร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการตาบอดในหญิงตั้งครรภ์ใน 5 จังหวัดนร่อง พบว่า ผู้ให้บริการขาดแนวทางปฏิบัติในการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้บริการปฏิบัติงานด้วยวิธีที่แตกต่างกันตามประสบการณ์หรือความรู้ที่เคยเรียนมา ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์

ไม่ได้รับข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วน ซึ่งมีส่วนทำให้หญิงตั้งครรภ์ปฏิเสธการตรวจคัดกรองหรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับกลุ่มอาการดาวน์ [13]

นอกจากนี้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่า หากการกำหนดตัวชี้วัดขาดหลักฐานทางวิชาการ สนับสนุน ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักแล้ว เมื่อนำสู่การปฏิบัติมีโอกาสประสบผลสำเร็จได้ยาก [14] การพัฒนาแนวทางมาตรฐานซึ่งมีตัวชี้วัดคุณภาพเป็นองค์ประกอบจึงน่าจะมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดอุปสรรคและความสำเร็จคล้ายกันกับกระบวนการกำหนดตัวชี้วัด QOF ดังนั้น จึงควรมีกลไกพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส อ้างอิงหลักฐานวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ซึ่งจะทำให้แนวทางมาตรฐานเกิดการยอมรับและสามารถผลักดันให้เกิดการใช้งานได้ง่ายขึ้น สปสช. จึงมอบหมายให้มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program Foundation, HITAP Foundation) ดำเนินการพัฒนากระบวนการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงมาตรการในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง เกิดประโยชน์ตามเป้าประสงค์อย่างแท้จริง รวมทั้งสามารถบริหารจัดการและวางแผนติดตามและประเมินผลของมาตรการ/นโยบายทั้งในระดับประเทศและระดับสถานพยาบาล

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

สำหรับโครงการนี้ ทั้งในระยะที่ 1 และ 2 มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนากระบวนการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส อ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ และมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก
2. เพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนแนวทางมาตรฐานคุณภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) เรื่องประโยชน์ของแนวทางมาตรฐานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

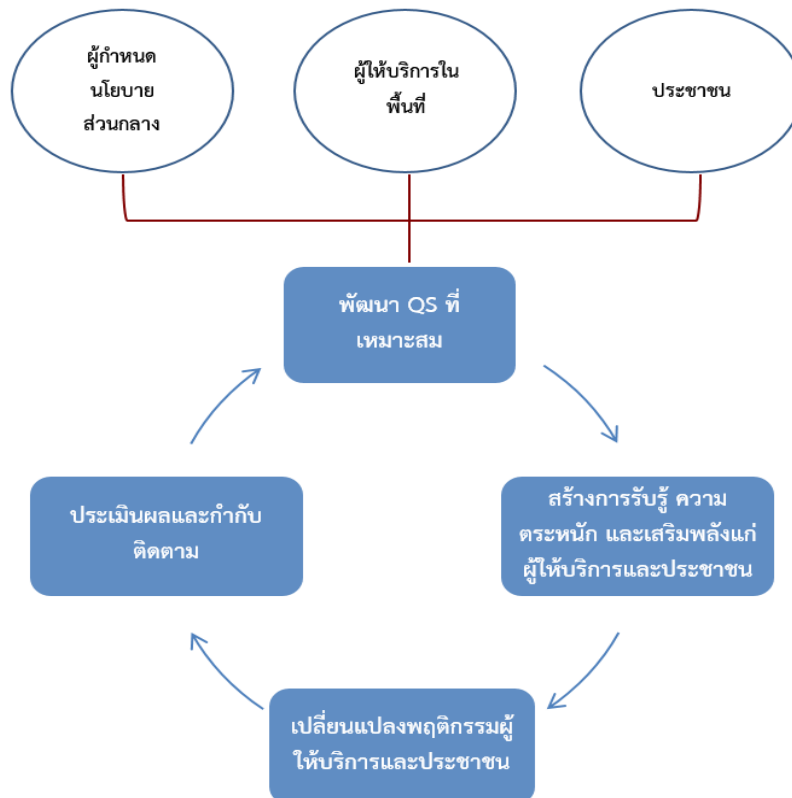
วัตถุประสงค์เฉพาะ

สำหรับโครงการระยะที่ 1 นี้ มีวัตถุประสงค์ 4 ประการ คือ

1. เพื่อพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งรูปแบบ (template) และเครื่องมือ (tool) ที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ
3. เพื่อพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับคัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ

4. เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สปสช. สธ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการในประเทศไทย โดยการจัดอบรมเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

เมื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพเรียบร้อยแล้ว หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการสื่อสารเพื่อสร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของแนวทางมาตรฐานคุณภาพ โดยชี้ให้เห็นว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างไร ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสังคมโดยรวมจะได้รับประโยชน์อย่างไรจากมาตรการนี้ ข้อมูลที่เผยแพร่ออกไปยังกลุ่มเป้าหมายจะช่วยให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีความตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพบริการ และร้องขอการบริการที่มีคุณภาพจากผู้ให้บริการ รวมทั้งมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีขึ้น จากนั้นควรมีการกำกับ ติดตามและประเมินการใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพ ตั้งแต่การประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน ซึ่งจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นวงจร และทุกขั้นตอนที่กล่าวมาต้องอาศัยการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และอาศัยระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จนเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนอย่างชัดเจน กลไกการทำงานของแนวทางมาตรฐานคุณภาพ แสดงในรูปที่ 1 สำหรับโครงการนี้จะเน้นขั้นตอนที่ 1 คือ การพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพอย่างเหมาะสม และขั้นตอนที่ 2 คือ การพัฒนาข้อเสนอแนะสำหรับการรับรู้และเสริมพลังแก่ผู้ให้บริการและประชาชน



รูปที่ 1 กลไกการทำงานของแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

โครงการฯ นี้ คาดว่าจะมีประโยชน์ ดังนี้

- ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่เป็นระบบ โปร่งใส มีส่วนร่วม และอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ
- คู่มือการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งสามารถใช้อ้างอิงสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อเนื่องในอนาคตให้ครบทุกรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งขยายขอบเขตไปสู่บริการสุขภาพอื่นๆ ที่พบว่ามีปัญหาด้านคุณภาพ
- แนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเป็นตัวอย่างและทดลองใช้จริงในระบบสุขภาพ
- ข้อเสนอเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนแนวทางมาตรฐานคุณภาพในระยะยาว รวมทั้งการเสริมพลัง (empowerment) เรื่องประโยชน์ของแนวทางมาตรฐานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานเหล่านี้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงประโยชน์ของการมีแนวทางมาตรฐานสำหรับบริการสุขภาพ และเกิดการผลักดันเพื่อนำไปใช้ต่อไปในอนาคต

สำหรับสิ่งที่จะดำเนินการและส่งมอบในระยะที่ 1 นี้ ได้แก่ คู่มือการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งสามารถใช้อ้างอิงสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อเนื่องในอนาคตให้ครบทุกรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งขยายขอบเขตไปสู่บริการสุขภาพอื่นๆ ที่พบว่ามีปัญหาด้านคุณภาพ และประเด็นปัญหาด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพในการศึกษาระยะที่ 2

บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาประสิทธิผลของแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพโดยตรง พบเพียงการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการที่ใกล้เคียงกับการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ (quality of care) โดยได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมแยกตามโรค ดังนี้

2.1 ประสิทธิผลของมาตรการที่ใกล้เคียงแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน

จนถึงปัจจุบัน มีการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการที่ใกล้เคียงแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 2 การศึกษา ได้แก่ การศึกษาของ Tricco และคณะ [15] เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการที่เพิ่มคุณภาพของการดูแลรักษา (quality improvement interventions) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาล การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงเล็ก (microvascular complications) และการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยเบาหวาน โดยมาตรการเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ (quality improvement) ที่ใกล้เคียงกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพในการศึกษานี้คือ clinical education ซึ่งเป็นมาตรการที่กระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักถึงคำแนะนำหรือแนวทางเวชปฏิบัติ (recommendations or clinical practice guidelines) ของโรคเบาหวาน การศึกษานี้พบว่า มาตรการ clinical education สามารถลดระดับ HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญเทียบกับการดูแลแบบปกติ นอกจากนี้ ยังช่วยลดระดับความดันโลหิตเมื่อหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure) ได้อย่างมีนัยสำคัญในผู้ป่วยเบาหวาน แต่มาตรการดังกล่าวไม่มีผลในการลดระดับคอเรสเตอรอลชนิดไม่ดี (LDL-cholesterol) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Noto และคณะ [16] พบว่าการแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (standard diabetes manual) ที่มีเนื้อหาอ้างอิงจาก evidence-based clinical guideline ของ Japan Diabetes Society ให้กับแพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิในประเทศญี่ปุ่น ช่วยเพิ่มอัตราการส่งตรวจอัลบูมินในปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับคู่มือ แต่พบว่าระดับ HbA1c ที่ 1 ปีไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับคู่มือและไม่ได้รับคู่มือ

2.2 ประสิทธิผลของมาตรการที่ใกล้เคียงแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อการดูแลภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ

การศึกษา ACOVE-2 (Assessing the Care of Vulnerable Elders Study 2) [17] เป็นการศึกษาประสิทธิผลของมาตรการในการเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ สมองเสื่อมและการพลัดตกหกล้ม โดยมาตรการดังกล่าวประกอบด้วย physician education และ structured visit notes ที่

เป็นคำแนะนำ (recommendations) เกี่ยวกับการชักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาภาวะกลืนไม่ลง ภาวะสมองเสื่อม และการพลัดตกหกล้ม โดยศึกษาผลงานตามตัวชี้วัดคุณภาพของภาวะต่าง ๆ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามคำแนะนำ (recommended care) มากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีจำนวนตัวชี้วัดคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (1,226 vs 886 quality indicators)

2.3 ประสิทธิภาพของมาตรการที่ใกล้เคียง quality standards ต่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย

การศึกษาของ Candy และคณะ [18] ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลของข้อความคุณภาพ (quality statement) จากแนวทางมาตรฐานคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (NICE Dementia Quality Standard Statements) ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะสุดท้าย โดยข้อความที่ต้องการศึกษา คือ

- Statement 5 (S5): People with dementia, while they have capacity, have the opportunity to discuss and makes decision, together with their carer, about the use of advance statements, advance decisions to refuse treatment, Lasting Power of Attorney and Preferred Priorities of Care
- Statement 9 (S9): People in the later stages of dementia are assessed by primary care teams to identify and plan their palliative care needs

การศึกษานี้พบว่าข้อความ S5 คุณภาพชีวิตและอาการในช่วงสัปดาห์สุดท้ายของผู้ป่วยที่ได้เขียนข้อความเกี่ยวกับการตัดสินใจด้านการรักษาในระยะสุดท้ายของตนเอง (statement about future care; SOF) ไม่มีความแตกต่างกันกับผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ SOF อย่างไรก็ตามจากการทำ subgroup analysis พบว่าผู้ป่วยที่ได้ทำ SOF จะมีคุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ (emotional distress) ดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำ นอกจากนี้ การศึกษาผลของข้อความ S9 ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมระยะสุดท้ายพบว่า การประเมินโดยทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ (primary care team) ไม่ได้ช่วยให้อาการหรือคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ให้ความเห็นว่าผลของแต่ละการศึกษาที่นำมารวบรวมมีความหลากหลาย ทำให้ไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการประเมินโดยทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิไม่ได้ช่วยให้อาการหรือคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นจริง เนื่องจากการศึกษาแต่ละการศึกษามีความแตกต่างกันในแง่ของมาตรการในการวัดผลลัพธ์และลักษณะของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้น การศึกษาในอนาคตถึงผลของการประเมินโดยทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิอาการหรือคุณภาพชีวิตในช่วงสุดท้ายของชีวิตจึงมีความสำคัญและจะสามารถช่วยในการตัดสินใจหรือข้อความนี้ในแนวทางมาตรฐานคุณภาพดังกล่าว

สำหรับประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพเช่นกัน อย่างไรก็ตามในปี.ศ. 2559 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนามาตรฐานคุณภาพเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพ [19] ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมาตรฐานคุณภาพนี้ครอบคลุมบริการสำหรับประชากรใน 5 กลุ่มวัยคือ 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 2) กลุ่มเด็ก

เล็กอายุ 0-5 ปี 3) กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่นอายุ 6-24 ปี 4) กลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานอายุ 25-59 ปี 5) กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพร่วมกับสปสช. กรมอนามัย สธ. และ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้ร่วมกันพัฒนามาตรฐานคุณภาพเกี่ยวกับการให้ ยาเสริมธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่นหญิง และยังครอบคลุมการคัดกรองโลหิตจางในเด็กรวมถึง การดูแลรักษาเด็กที่ตรวจพบภาวะโลหิตจาง อย่างไรก็ดี มาตรฐานคุณภาพที่พัฒนานี้ไม่ได้ถูกนำไปใช้จริง ในทางปฏิบัติ [20]

บทที่ 3 วิธีการศึกษา

3.1 วิธีดำเนินงาน

การดำเนินโครงการฯ ในระยะที่ 1 นี้ มีวิธีดำเนินงาน ดังนี้

- ทีมสนับสนุนด้านวิชาการ ซึ่งประกอบด้วยนักวิจัยของมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญจาก The Global Health Development Group, Institute for Global Health Innovation, Imperial College สหราชอาณาจักร จัดทำข้อมูลด้านวิชาการโดยการศึกษาปัญหาสุขภาพของประชากรไทยภายใต้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559
- จัดทำคู่มือสำหรับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ โดยทีมสนับสนุนด้านวิชาการ
- จัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพจากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพในหัวข้อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับเลือกจากการประชุมจัดลำดับความสำคัญ โดยขั้นตอนการดำเนินงานเริ่มจากการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guideline: CPG) หรือเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และจากนั้นคัดเลือกคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติ แล้วจัดลำดับความสำคัญคำแนะนำ
- นำเสนอตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพและแก้ไขแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ตามคำแนะนำของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน
- การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด กระบวนการ และวิธีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วนของประเทศไทย พร้อมทั้งพิจารณาผู้ที่จะาคาดว่าจะเป็นคนทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในระยะที่ 2

3.2 วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีวิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.2.1 การพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ในการพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ผู้ดำเนินโครงการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับจัดทำคู่มือฯ โดยใช้แนวทางการดำเนินงานแนวทางมาตรฐานคุณภาพของหน่วยงาน

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ประเทศอังกฤษ และภายใต้ คำแนะนำของทีมที่ปรึกษาจาก Imperial College London ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาและนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้ รวมทั้งประสบการณ์การใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพจากประเทศเวียดนามและอินเดีย นอกจากนี้ ผู้ดำเนินโครงการเก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลของการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้และแนวทางการบริหารจัดการโครงการแนวทางมาตรฐานคุณภาพในประเทศอื่นๆ รวมทั้งประเทศไทย โดยการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลหัตถศึกษา ได้แก่ pubmed รายงานวิจัย และฐานข้อมูลในประเทศไทย

3.2.2 จัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ในการคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้

3.2.2.1 ทบทวนแนวทางการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพจากต่างประเทศ

ทบทวนแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการในการกำหนดนโยบายระดับชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรมจากฐานข้อมูลต่างๆ เช่น PUBMED, grey literature และรายงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ คำที่สืบค้น ได้แก่ primary prevention, health promotion, quality improvement, service improvement และ priority setting จากนั้น ทำการคัดเลือกเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญเพื่อนำไปใช้ในการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ

3.2.2.2 ศึกษาประเด็นปัญหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ในการศึกษาประเด็นปัญหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ผู้ดำเนินโครงการศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (current situation) ของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอ้างอิงจากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 ตามลำดับขั้นดังนี้

- 1) เปรียบเทียบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพของ NICE สหราชอาณาจักร
- 2) พิจารณาการมีอยู่ของข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากฐานข้อมูลระดับประเทศของ สปสช.
- 3) จัดกลุ่มบริการฯ เป็น 4 กลุ่ม (ตารางที่ 2) คือ

- กลุ่ม 1 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มี QS ของสหราชอาณาจักร และมีข้อมูลการให้บริการจากฐานข้อมูล
- กลุ่ม 2 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่มี QS ของสหราชอาณาจักร แต่ไม่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์
- กลุ่ม 3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ไม่มี QS ของสหราชอาณาจักร แต่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์
- กลุ่ม 4 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ไม่มี QS ของสหราชอาณาจักร และไม่มีข้อมูลการให้บริการในฐานข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์

ตารางที่ 2 การจัดกลุ่มบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	กลุ่ม 4
มี QS ของ NICE สหราชอาณาจักร	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
การมีอยู่ของข้อมูลการให้บริการฯ ในฐานข้อมูลของสปสช.	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี

จากนั้นทำการทบทวนประเด็นปัญหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในบริบทของประเทศไทยของกลุ่มบริการที่ 1 โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลภาระโรค ข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ รายงานวิจัย รายงานการสำรวจสุขภาพ รายงานผลการปฏิบัติงาน รายงานผลการนิเทศงาน เอกสารประกอบการประชุม เว็บไซต์ที่จัดทำโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. กรมต่างๆ ใน สธ. และหน่วยงานในสังกัดหรือสถาบันวิจัยต่างๆ เป็นต้น รวมทั้งฐานข้อมูล HDC ของ สธ. ข้อมูลความครอบคลุมของการให้บริการ และฐานข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของสปสช. (43 แฟ้ม) โดยการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพสำหรับใช้เป็นกรอบการคัดเลือกประเด็นปัญหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้เกณฑ์ที่สรุปได้จากข้อ 3.2.2.1 จากนั้นนำผลที่ได้จากการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพในกลุ่มที่ 1 และผลการคัดเลือกและจัดลำดับความสำคัญประเด็นปัญหาสุขภาพนำเสนอให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอภิปราย และคัดเลือกหัวข้อบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีความสำคัญเพื่อนำไปพัฒนาเป็น QS ในระยะต่อไป

3.2.2.3 การประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนเพื่อคัดเลือกเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ การนำเสนอเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ ข้อมูลคะแนนการจัดลำดับความสำคัญซึ่งได้จากการสืบค้นข้อมูลต่างๆ ตามเกณฑ์ที่คัดเลือก และผลการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยจัดการ

ประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน เพื่อนำเสนอเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งใช้วิธีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำหรือปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน
- ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร รวมถึงนักวิชาการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ

3.2.2.4 การประชุมระดมสมองเพื่อค้นหาประเด็นปัญหา

จัดการประชุมระดมสมองเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาภายใต้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับการคัดเลือกจากข้อ 3.2.2.3 ซึ่งดำเนินโครงการทำการทบทวนเอกสารต่างๆ เพื่อสืบค้นประเด็นปัญหาสำหรับใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น (Input) ประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าวและเตรียมกำหนดประเด็นการสนทนาไว้ล่วงหน้า สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม นั้น ผู้ดำเนินโครงการทำการคัดเลือกผู้เข้าร่วมประชุมแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

- ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลระดับต่างๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำหรือปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน
- ผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร รวมถึงนักวิชาการสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ
- ผู้แทนเครือข่ายภาคประชาชน

การประชุมระดมสมองดังกล่าวแบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร นักวิชาการ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ส่วนกลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติจากหน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น รพ.สต. อสม. รวมถึงตัวแทนภาคประชาชน

3.2.3 การพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับคัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ

ผู้ดำเนินโครงการทบทวนเอกสารต่างๆ เพื่อสืบค้นประเด็นปัญหาสำหรับนำมาพัฒนาเป็นตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพ จากนั้นคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice

guideline: CPG) หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และจัดลำดับความสำคัญคำแนะนำ จากนั้นพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับคัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อเจ้าหน้าที่ สปสช. สธ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการในประเทศไทย เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อร่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพ และแก้ไขแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

3.2.4 การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ สปสช. สธ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการในประเทศไทย โดยการจัดอบรมเกี่ยวกับกระบวนการและวิธีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ดำเนินโครงการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด กระบวนการและวิธีการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพและสร้างศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ สปสช. สธ. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิชาการในประเทศไทย โดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อนำเสนอแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ความสำคัญ กระบวนการพัฒนา และประสบการณ์การพัฒนาและใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพในสหราชอาณาจักร เวียดนาม และอินเดีย โดยผู้เชี่ยวชาญจาก Imperial College สหราชอาณาจักร ซึ่งกระบวนการนี้ ผู้ดำเนินโครงการจะดำเนินการไปพร้อมกับการพิจารณาสรรหาผู้ที่คาดว่าจะเป็นคนทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในระยะที่ 2

3.3 ระยะเวลาดำเนินโครงการ

ระยะการดำเนินโครงการ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยการดำเนินการศึกษานี้ เป็นการดำเนินโครงการในระยะที่ 1 ในปีงบประมาณ 2560 ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 เดือน เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน 2560 – 30 กันยายน 2560

3.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ สคม. 518/2560

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 การพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ดำเนินโครงการพัฒนาคู่มือสำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพโดยอ้างอิงคู่มือการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพของ NICE ประเทศอังกฤษ รวมทั้ง ได้ประยุกต์กระบวนการในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพจากประเทศเวียดนามและอินเดียด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า กระบวนการในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพนั้นไม่สามารถนำไปใช้ด้วยแนวทางเดียวกันในทุกๆ ประเทศ แต่แนวทางมาตรฐานคุณภาพควรได้รับการพัฒนาและนำไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพ ทรัพยากร และนโยบายด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพจะขึ้นอยู่กับประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญ หลักฐานด้านความคุ้มค่าของบริการและแนวทางเวชปฏิบัติตามบริบทของประเทศนั้นๆ นอกจากนี้ กระบวนการสำคัญในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพซึ่งควรประกอบด้วยผู้มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นมานั้น สามารถนำไปใช้ได้จริงและได้รับการยอมรับจากทุกภาคส่วน

4.2 การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

4.2.1 การทบทวนเอกสารและสืบค้นข้อมูลจากฐานข้อมูลในประเทศไทย เพื่อทราบสถานการณ์ของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผู้ดำเนินโครงการศึกษาสถานการณ์ของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอ้างอิงจากประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 จากการทบทวนเอกสารดังกล่าว พบว่า บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วยรายการหรือกิจกรรมบริการจัดแบ่งตามกลุ่มวัย จำนวน 5 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 83 บริการหลัก เมื่อเปรียบเทียบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (QS) ของ NICE สหราชอาณาจักร และพิจารณาการมีอยู่ของข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากฐานข้อมูลระดับประเทศของ สปสช. และจัดกลุ่มบริการฯ เป็น 4 กลุ่มตามตารางที่ 1 ซึ่งบริการกลุ่ม 1 แสดงให้เห็นว่าเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยที่มีการทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ของ NICE สหราชอาณาจักร และมีข้อมูลการให้บริการฯ ในฐานข้อมูลของ สปสช. จะเห็นได้ว่ากลุ่มที่ 1 นี้เป็นบริการฯ ที่มีความพร้อมของข้อมูลเบื้องต้นมากที่สุด จึงควรนำมาเป็นบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยกลุ่มแรกในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพของประเทศไทย โดยรายละเอียดของบริการฯ ในกลุ่มที่ 1 แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มี QS ของ NICE สหราชอาณาจักรและมีข้อมูลการให้บริการในฐานะข้อมูลระดับประเทศของ สปสช. (กลุ่ม 1)

หญิงตั้งครรภ์	0 - 5 ปี	6 - 24 ปี	25 - 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
บริการฝากครรภ์คุณภาพ	บริการตรวจสุขภาพช่องปากและการทาฟลูออไรด์วาร์นิช	บริการเคลือบฟลูออไรด์	บริการเคลือบฟลูออไรด์	บริการเคลือบฟลูออไรด์
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	บริการวัคซีนป้องกันหัดหัดเยอรมัน และคางทูม	บริการคัดกรองสุขภาพช่องปาก	บริการคัดกรองเบาหวาน	บริการตรวจช่องปาก
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์	บริการวัคซีนป้องกันวัณโรค (BCG) วัณโรคตับอักเสบบี คอตีบ บาดทะยัก ไอกรนชนิดทั้งเซลล์ ใช้สมองอักเสบเจอี โปลิโอชนิดกิน/ฉีด (OPV/IPV)	บริการวัดความดันโลหิต	บริการวัดความดันโลหิต	บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
บริการตรวจหลังคลอด		การประเมินการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ	บริการคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	บริการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ
		บริการอนามัยเจริญพันธุ์และบริการวางแผนครอบครัว	บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันและควบคุมการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์	

4.2.2 การจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากการทบทวนแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นทางสุขภาพที่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพบริการในการกำหนดนโยบายระดับชาติในต่างประเทศ โดยเฉพาะด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากฐานข้อมูลและรายงานวิจัยจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อจัดทำเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการฯ โดยพบว่างานวิจัยเหล่านั้นมีวัตถุประสงค์ในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ นำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำไปประเมินและบรรจุเข้าในระบบหลักประกันสุขภาพ [21, 22] นำไปใช้เป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางด้านสาธารณสุข (public health guidance) [23] รวมทั้งใช้ในการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพเพื่อนำมาจัดทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพของ NICE [24, 25] จากการทบทวนแนวทางการจัดลำดับความสำคัญ พบว่า เกณฑ์ที่ใช้มีความหลากหลายขึ้นกับทั้งบริบทของประเทศที่ทำการศึกษาและหัวข้อที่จะทำการจัดลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตาม เกณฑ์ที่การศึกษานิยมใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพมากที่สุดหรือแนะนำเหมือนกันในแต่ละการศึกษา ได้แก่ ขนาดของความสูญเสียทางสุขภาพซึ่งประกอบด้วย magnitude of health problems และ size of problem คุณภาพการให้บริการ และความแตกต่างในทางปฏิบัติของผู้ให้บริการ ผู้ดำเนินโครงการจึงเสนอเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญโดยใช้เกณฑ์ดังกล่าว ทั้งนี้ ผู้ดำเนินโครงการได้เพิ่มเกณฑ์อีก 2 ข้อ ได้แก่ ความครอบคลุมของบริการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค [24, 25] และประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ [22] ดังนั้นเกณฑ์การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกบริการฯ จึงประกอบด้วย เกณฑ์จำนวน 5 ข้อดังนี้

1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (size of population affected by disease or health problem) [22, 23]
2. ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (coverage of health promotion and disease prevention services) [24, 25]
3. คุณภาพการให้บริการ (service quality) [23-25]
4. ความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค (variations in health care delivery or access to services) [21-26]
5. ประสิทธิผลของมาตรการด้านสุขภาพ (effectiveness of health intervention) แบ่งเป็น กรณีการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค และกรณีของการป้องกันโรค [22]

สำหรับวิธีในการจัดลำดับความสำคัญนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมอาจแบ่งได้เป็น 2 วิธีหลัก ได้แก่

1) การคิดคะแนนทางคณิตศาสตร์ ซึ่งวิธีที่นิยมใช้สำหรับจัดลำดับความสำคัญ มีดังนี้

1.1) การใช้ matrix tool

การจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยจัดทำเป็นตาราง matrix ซึ่งกำหนดให้ประเด็นปัญหาสุขภาพอยู่ในแนวนอน (row) และเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาอยู่ในแนวตั้ง (column) [27] จากนั้น

จัดลำดับความสำคัญจากคะแนนที่ได้จากทุกเกณฑ์ และจัดทำรายงานสรุปคะแนน ข้อดี คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าใจแนวคิดได้ง่ายและใช้เวลาน้อยในการดำเนินงาน ส่วนความท้าทาย คือ มีผู้มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน แต่ละคนอาจมีความเข้าใจหลักเกณฑ์ไม่ตรงกัน และมีโอกาสที่คะแนนที่ได้เกิดจากความสับสนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระหว่างการเรียงลำดับได้เช่นกัน

1.2) การใช้ Multi-Criteria Decision Analysis (MCDA)

เป็นวิธีวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้เกณฑ์ที่หลากหลายในการประเมินตัวเลือกต่างๆ แล้วสรุปเป็นข้อมูลหรือคะแนนของแต่ละตัวเลือก [28] ข้อดี คือ เป็นกระบวนการตัดสินใจที่เป็นระบบ โปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ สร้างการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน และผู้ตัดสินใจได้พิจารณาข้อมูลอย่างรอบด้าน [29] เนื่องจากเกณฑ์ครอบคลุมหลายมิติ อย่างไรก็ตาม ในบางกรณีอาจใช้เวลาในการรวบรวมและประมวลผล หรืออาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล หรือไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นนั้นๆ [30]

2) ใช้ฉันทามติของที่ประชุมเลือกประเด็นที่สำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญด้วยวิธีนี้ทำได้โดยการนำเสนอข้อมูลและอภิปรายโดยไม่จำเป็นต้องให้คะแนนเพื่อจัดลำดับ แต่ใช้ฉันทามติของที่ประชุมเลือกประเด็นที่สำคัญ ข้อดี คือ หากผู้มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนมีความคุ้นเคยกับวิธีการดังกล่าวทำให้สามารถดำเนินการได้รวดเร็ว แต่หากมีผู้มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนมีอำนาจหน้าที่และประสบการณ์แตกต่างกัน อาจทำให้เกิดการอภิปรายอย่างกว้างขวางและหาข้อสรุปได้ยาก

สำหรับโครงการนี้ พิจารณาประยุกต์ใช้ทั้ง 2 วิธีการในการดำเนินงาน ได้แก่ กำหนดให้เกณฑ์ที่คัดเลือกทั้ง 5 ข้อ ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 5 คะแนน (ภาคผนวก 1) หลังจากผู้ดำเนินโครงการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับบริการฯ ตามเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่ม 1 รวม 21 บริการ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ (ภาคผนวก 2) และหาคะแนนรวมจากเกณฑ์แต่ละข้อในแต่ละบริการฯ ที่มีคะแนนสูงที่สุด 3 อันดับแรก ซึ่งหมายถึง บริการฯ นั้นควรได้รับคัดเลือกเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อไป อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ดำเนินโครงการนำเสนอประเด็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการจัดลำดับพร้อมข้อมูลตามเกณฑ์การจัดลำดับแก่ผู้เข้าร่วมการประชุม ที่ประชุมได้อภิปรายอย่างกว้างขวางถึงเกณฑ์ที่นำมาใช้ รวมทั้งคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูลตามรายละเอียดดังนี้

(1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาประเด็น ดังนี้

- ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยในหลักการของเกณฑ์ที่พิจารณาจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ แต่มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับเกณฑ์การให้คะแนนว่าควรพิจารณาจำนวนประชากรที่เป็นเป้าหมายของแต่ละบริการฯ ซึ่งผู้ดำเนินโครงการชี้แจงว่า หากเกณฑ์ข้อนี้ใช้จำนวนประชากรที่ควรได้รับบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค จะมีจำนวนมากกว่า 500,000 รายในทุกบริการฯ ดังนั้น ทุกบริการจะได้คะแนนเท่ากันคือ 5 คะแนน

- ผู้เข้าร่วมประชุมบางท่านเห็นว่าควรพิจารณาจำนวนประชากรที่เป็นโรค (ความชุก) เนื่องจากความชุกของโรคจะมีความแตกต่างระหว่างโรค
- นอกจากนี้ควรพิจารณาความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ (burden of diseases) ร่วมด้วย แทนที่จะให้ความสำคัญกับความชุกแต่เพียงอย่างเดียว

(2) ความครอบคลุมของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาประเด็น ดังนี้

- ความครอบคลุมของบริการฯ เป็นปัจจัยที่สำคัญ แต่การจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวอาจไม่สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการให้บริการไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมดในพื้นที่
- ความครอบคลุมของบริการฯ สามารถสะท้อนถึงปัญหาสุขภาพ เช่น ความครอบคลุมของบริการฯ ต่ำ แสดงว่าบริการฯ นั้นๆ ยังมีช่องว่างของการให้บริการ และอาจมีความสำคัญที่ต้องมีมาตรการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
- ความครอบคลุมของบริการฯ อาจสะท้อนการเข้าถึงบริการของประชากรบางกลุ่ม ได้แก่ ประชากรกลุ่มชายขอบ ชนกลุ่มน้อย หรือประชากรกลุ่มเปราะบาง เนื่องจากที่อยู่อาศัยอยู่ไกลจากสถานพยาบาล หรืออยู่ไกลจนเจ้าหน้าที่ไม่สามารถเดินทางเข้าถึงประชากรกลุ่มดังกล่าวได้
- เกณฑ์ความครอบคลุมไม่น่าจะเป็นเกณฑ์ที่นำมาพิจารณา เนื่องจากปัญหาความครอบคลุมต่ำไม่ได้เกิดจากบริการไม่มีคุณภาพแต่ควรแก้ปัญหาความครอบคลุมด้วยวิธีการอื่น แม้บริการจะมีความครอบคลุมต่ำแต่มาตรฐานการให้บริการควรเป็นมาตรฐานเดียวกัน

(3) คุณภาพการให้บริการ ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาประเด็น ดังนี้

- มีข้อจำกัดของหลักฐานที่นำมาประกอบการพิจารณาสำหรับบริการฯ เนื่องจากการศึกษาที่ประเมินคุณภาพของบริการเหล่านี้ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพของการรักษาผู้ป่วยโดยตรง เพราะฉะนั้น จึงเป็นความท้าทายของผู้ดำเนินโครงการในการค้นหาข้อมูลสำหรับเกณฑ์นี้

(4) ความแตกต่างในการให้บริการหรือการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาประเด็น ดังนี้

- บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 เป็นสิทธิประโยชน์เดียวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดให้กับประชาชนไทยทุกสิทธิ จึงไม่มีความจำเป็นที่จะพิจารณาความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาล แต่ควรพิจารณาความแตกต่างในการเข้าถึงระหว่างกลุ่มประชากร ได้แก่ ประชากรกลุ่มชายขอบ ชนกลุ่มน้อย หรือประชากรกลุ่มเปราะบาง น่าจะมีความเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากประชาชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลยังคงต้องได้รับบริการฯ ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับ

- แม้ว่าสถานพยาบาลจะมีความพร้อมด้านเทคโนโลยีและบุคลากร แต่ปัญหาอาจเกิดขึ้นจากการให้บริการ โดยแต่ละสถานพยาบาลอาจจะปฏิบัติไม่เหมือนกันหรือไม่ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ

(5) ประสิทธิภาพของมาตรการด้านสุขภาพ ที่ประชุมเสนอให้พิจารณาประเด็น ดังนี้

- ประสิทธิภาพของมาตรการด้านสุขภาพในแต่ละบริการฯ มีความแตกต่างกันขึ้นกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ นำมาเปรียบเทียบกันไม่ได้ จึงเสนอแนะให้แปลงประสิทธิภาพให้เป็นหน่วยเดียวกัน คือ หน่วยเงิน (monetary unit) เช่น จำนวนเงินที่สามารถประหยัดได้หากสามารถป้องกันโรคหรือป้องกันการเสียชีวิตได้ เป็นต้น
- บริการฯ ได้ผ่านกระบวนการพิจารณาประสิทธิภาพในขั้นตอนการคัดเลือกบริการฯ เพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ จึงสามารถอนุมานได้ว่า บริการฯ ที่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์มีประสิทธิภาพ เพราะฉะนั้น การใช้เกณฑ์นี้สำหรับพิจารณาจัดลำดับความสำคัญอาจจะซ้ำซ้อนและไม่มีความจำเป็น

เนื่องจากเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญฯ ที่ผู้ดำเนินโครงการนำเสนอจะต้องได้รับการปรับปรุง จึงไม่สามารถนำมาใช้ในการคัดเลือกบริการฯ ในครั้งนี้ได้ แต่เนื่องจากมีความจำเป็นต้องดำเนินโครงการนี้ต่อไป ผู้ดำเนินโครงการจึงเสนอให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณาการคัดเลือกบริการฯ โดยอิงตามกลุ่มการให้บริการ ได้แก่ การซักประวัติและการคัดกรอง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้บริการวัคซีน และอื่นๆ จากนั้นคัดเลือกเพียง 1 บริการภายใต้กลุ่มบริการฯ ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนเห็นว่าการคัดเลือกบริการย่อยเพียงบริการใดบริการหนึ่งอาจไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้นได้ จึงเสนอให้พิจารณาทั้งกลุ่มบริการฯ เช่น บริการฝากครรภ์คุณภาพ บริการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด บริการคัดกรองเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ การพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในโครงการนี้เป็นการดำเนินการครั้งแรก จึงควรคัดเลือกบริการฯ ที่สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพได้ชัดเจนในเวลาไม่นาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับขยายการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปยังบริการอื่น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ที่ประชุมจึงมีมติเลือกบริการฝากครรภ์ (antenatal care: ANC) ซึ่งครอบคลุมบริการย่อย 9 รายการ ได้แก่ (1) การทดสอบการตั้งครรภ์ (2) การสอบถามข้อมูล (3) การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์ (4) การประเมินสุขภาพจิต (5) การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น (6) การให้การดูแล รักษา ป้องกัน (7) การประเมินเพื่อการส่งต่อ (8) การให้คำแนะนำ ตอบคำถามและการนัดครั้งต่อไป และ (9) การบันทึกข้อมูล สำหรับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในการดำเนินโครงการระยะถัดไป

4.2.3 การทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริการฝากครรภ์ และพิจารณาคัดเลือกประเด็นปัญหาสำหรับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการ

ผู้ดำเนินโครงการสืบค้นประเด็นปัญหาบริการฝากครรภ์ในแต่ละบริการย่อย 9 รายการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น (Input) ประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ รายละเอียดดังภาคผนวก 3 ส่วนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นจากบริการฝากครรภ์ (ANC) นั้น ผู้ดำเนินโครงการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วม

ประชุมเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการจาก สธ. และผู้ให้บริการ (สูติแพทย์และพยาบาล) และ 2) กลุ่ม อสม. และผู้รับบริการ

ผลจากการประชุมระดมสมอง พบว่าผู้เข้าร่วมประชุมทั้ง 2 กลุ่มมีความเห็นตรงกันในหลายประเด็น ตัวอย่างเช่น บริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพบริการดีและบรรลุตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ ไม่พบปัญหาใดๆ จากการให้บริการหรือรับบริการด้านการทดสอบการตั้งครรภ์ รวมไปถึงประเด็นของการมาฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามีสูญเสียรายได้จากการทำงาน จึงทำให้ไม่สามารถมาฝากครรภ์ได้ตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ได้ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม กลับพบว่ามีความเห็นแตกต่างกันระหว่างผู้เข้าร่วมประชุมทั้ง 2 กลุ่มในบริการฝากครรภ์ย่อยอื่น ๆ ตัวอย่างเช่น การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ถึงแม้จะเป็นตัวชี้วัดการให้บริการในระดับประเทศกลับพบปัญหาว่า ผู้ให้บริการเห็นว่าตนเองให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเต็มความสามารถ ทั้งการให้บริการเชิงรุกและบริการเชิงรับ แต่ปัญหาเกิดจากการที่ผู้รับบริการไม่มีความตระหนักในเรื่องดังกล่าว จึงมองว่าเป็นสิ่งที่ไม่เห็นการควบคุมของหน่วยงานตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการเห็นว่าการที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่มาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ รวมทั้งไม่มารับบริการครบ 5 ครั้งตามที่กำหนดนั้น มีสาเหตุจากการที่ผู้ให้บริการให้ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนของบริการฝากครรภ์ เป็นต้น รายละเอียดผลการระดมสมองต่อประเด็นปัญหาบริการด้านการฝากครรภ์ แสดงดังตารางที่ 4

ภายหลังการประชุมระดมสมองได้ข้อสรุปว่าการให้บริการฝากครรภ์ที่ยังมีปัญหากับคุณภาพในการให้บริการ และควรนำไปจัดทำเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพมีอยู่ 6 บริการดังนี้

1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
2. การตรวจครรภ์ ซึ่งรวมการตรวจดูความสูงยอดมดลูกและการตรวจส่วนนำของทารกในครรภ์
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
4. การให้การดูแลรักษาป้องกันเรื่องการให้กรดโฟลิก (folic acid) ธาตุเหล็ก และการให้อาหารเสริม
5. การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
6. การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น โรงเรียนพ่อแม่

ตารางที่ 4 ประเด็นปัญหาในแต่ละชนิดบริการฝากครรภ์

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
บริการฝากครรภ์คุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ○ หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ล่าช้าหลัง 12 สัปดาห์ <ul style="list-style-type: none"> ● ถึงแม้จะให้บริการอย่างมีคุณภาพและมีมาตรฐานอย่างเต็มความสามารถ แต่ผู้รับบริการไม่มีความตระหนักถึงความสำคัญของการมาฝากครรภ์เร็ว เนื่องจากการขาดความรู้เรื่องประโยชน์ของการฝากครรภ์เร็วและการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ● หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักเกี่ยวกับประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ทุกครั้งตามที่แพทย์นัดหมาย ○ การมาฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งสามีสูญเสียรายได้จากการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่มีเวลามาฝากครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> ● เนื่องจากภาระการทำงานทำให้ไม่มีเวลามาฝากครรภ์ ไม่สามารถลางานได้ และหากลางานมาฝากครรภ์จะทำให้ขาดรายได้ รวมถึงไม่มีเงินในการฝากครรภ์ ● ไม่สามารถจัดสรรเวลามาฝากครรภ์ได้ เนื่องจากเวลาสำหรับการฝากครรภ์ตรงกับเวลาที่ต้องทำงาน ○ หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ เนื่องจากการผิดพลาดในการคุมกำเนิด ○ ตั้งครรภ์ปิดบังซ่อนเร้น ○ การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยหรือที่ทำงาน ○ การฝากครรภ์อย่างน้อย 5 ครั้ง <ul style="list-style-type: none"> ● การชี้แจงขั้นตอนฝากครรภ์ไม่ชัดเจนทำให้หญิงตั้งครรภ์รายใหม่เกิดความสับสนเกี่ยวกับขั้นตอนบริการ และขั้นตอนบริการที่ใช้เวลานาน ● การเดินทางมาโรงพยาบาลไม่สะดวก ● สามีขาดรายได้เมื่อหยุดงานเพื่อพาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์หรือมาตรวจคัดกรองและยืนยันโรคได้

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การทดสอบ การตั้งครรภ์	ไม่พบปัญหา เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รพ.สต. และ อสม. สามารถตรวจปัสสาวะทดสอบการตั้งครรภ์ในหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ได้อย่างน้อย 1 ครั้งตามเกณฑ์ที่กำหนดงาน และมีชุดทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยปัสสาวะเพียงพอต่อการใช้งาน ยกเว้นเพียงกรณีหญิงที่สงสัยหรือมีอาการคล้ายตั้งครรภ์ทดสอบการตั้งครรภ์ด้วยตนเองหรือได้รับการตรวจโดยคลินิกมาแล้วและมั่นใจว่าตั้งครรภ์จริง เท่านั้นที่สถานพยาบาลไม่ได้ตรวจยืนยันการตั้งครรภ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจการตั้งครรภ์จากผู้ให้บริการ ดังนั้น จึงไม่พบปัญหาของบริการฯ นี้ในกลุ่มผู้รับบริการ
การสอบถาม ข้อมูล	มีข้อจำกัดทางด้านเวลาสำหรับการสอบถามข้อมูล เนื่องจากการสอบถามข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ 1 ราย ให้ครบถ้วนควรใช้เวลาประมาณ 40 – 45 นาที	<p>ปัญหาด้านการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การสื่อสารที่ไม่ชัดเจนระหว่างผู้ให้บริการและหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์สับสนหรือไม่เข้าใจในคำถาม ● ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เช่น ผู้ให้บริการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์หรือภาษาที่เข้าใจยาก รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่เข้าใจภาษาไทย เช่น หญิงตั้งครรภ์ภาคใต้พูดภาษามลายูหรือภาษาถิ่นอื่นๆ ● ผู้ให้บริการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (วาจาหรือท่าทาง) ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ยอมมาฝากครรภ์

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การตรวจร่างกายและตรวจครรภ์	<ul style="list-style-type: none"> ○ สำหรับการตรวจภายในเพื่อตรวจหาความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอดนั้น ผู้ให้บริการบางส่วนไม่มีความมั่นใจในการให้บริการตรวจภายในและการตรวจภายในไม่ได้รับการยอมรับในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเชื่อทางศาสนา ○ สถานพยาบาลบางแห่งไม่มีการตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ○ ทักษะในการตรวจความสูงยอดมดลูกของผู้ให้บริการแตกต่างกัน ○ ไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอายุครรภ์ที่ควรให้บริการตรวจอัลตราซาวด์ เนื่องจากประกาศฯ ฉบับที่ 10 ระบุเพียงว่าควรได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ช่วงฝากครรภ์ครั้งที่ 1 หรือ 2 อย่างน้อย 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> ○ จำนวนหญิงตั้งครรภ์มากทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้ครบตามบริการที่ควรจะได้รับ เช่น การตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นต้น ○ การตรวจภายในไม่ได้รับการยอมรับในบางพื้นที่ เช่น พื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความเชื่อทางศาสนา
การประเมินทางสุขภาพจิต	<ul style="list-style-type: none"> ○ สถานที่ให้บริการประเมินสุขภาพจิตไม่ส่วนตัว ทำให้ผู้รับบริการเกรงว่าผู้อื่นจะรู้ความลับ จึงไม่ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง ผลการประเมินเกิดความคลาดเคลื่อน ผู้ให้บริการไม่ทราบว่าหญิงตั้งครรภ์รายนั้นๆ มีปัญหา ○ ข้อจำกัดด้านเวลาและบุคลากรที่ให้บริการไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ให้บริการเปลี่ยนคำถามในแบบประเมินจากคำถามปลายเปิดเป็นคำถามปลายปิดซึ่งอาจทำให้เกิดความลำเอียงในการประเมินขึ้นได้ 	แบบประเมินความเครียด และแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ที่ใช้ประเมินไม่มีคุณภาพ ไม่สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซึมเศร้าบางรายได้

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น	<ul style="list-style-type: none"> ○ ด้านการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (CBC) นั้น ผู้ให้บริการสามารถให้บริการได้เฉพาะบริการตรวจปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hct) เท่านั้น ไม่สามารถให้บริการ CBC แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ○ สามีของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิส (VDRL) และการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เพียงร้อยละ 35 เนื่องจากทำงานอยู่ต่างประเทศหรือไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ ○ ประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองภาวะดาวน์และโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (MCV/OF+DCIP) ไม่เพียงพอ ผู้ให้บริการให้บริการตรวจล่าช้าหลังจากอายุครรภ์เกิน 24 สัปดาห์ทำให้ไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้หากตรวจพบความผิดปกติ ○ หญิงตั้งครรภ์บางรายที่ตรวจพบความผิดปกติไม่ได้รับการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ○ สำหรับระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนนั้น สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้รับค่าตอบแทนในการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เนื่องจาก มีข้อกำหนดว่าสถานพยาบาลต้องเป็นผู้กรอกข้อมูลลง 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สามีของหญิงตั้งครรภ์บางรายไม่สามารถทำงานเพื่อมาตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียได้ (ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เป็นพาหะโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) ○ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับบริการตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ ○ หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบเหตุผลว่าหากทารกในครรภ์มีความผิดปกติและอายุครรภ์เกิน (มากกว่า 28 สัปดาห์) เหตุใดสูติแพทย์จึงไม่ยุติการตั้งครรภ์ ○ หญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่าต้องได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการอะไรบ้าง รวมทั้งไม่มีคำอธิบายในสมุดบันทึกแม่และเด็ก

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
	<p>ฐานข้อมูลด้วยตนเองในการเบิกจ่ายค่าตอบแทน แม้จะส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ไปรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการยังสถานบริการอื่น</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดระบบการตรวจติดตาม (monitoring system) การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ○ ขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล (database) ภายในประเทศ ○ บางสถานพยาบาลไม่มีการตรวจหมู่เลือด (ABO และ Rh) ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ 	
<p>การให้การดูแล รักษา ป้องกัน</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ ไม่พบปัญหาของบริการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก (dT) ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และการดูแลรักษาหากตรวจพบภาวะทุพโภชนาการ ○ สถานพยาบาลไม่สามารถให้บริการยาเสริมธาตุเหล็ก กรดโฟลิก และไอโอดีนแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายตลอดอายุการตั้งครรภ์ เนื่องจากปัญหาการขาดแคลนยา triferdine ซึ่งเป็นยาสูตรผสม การแก้ปัญหาเบื้องต้นทำให้เพียงทดแทนด้วยการให้ยาโฟลิกและธาตุเหล็กสูตรเดี่ยว แต่ยังพบปัญหาว่าหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับไอโอดีน ซึ่งการขาดสารไอโอดีนเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อระดับการพัฒนาสติปัญญา (IQ) และเป็นสาเหตุให้มีพัฒนาการที่ผิดปกติของสมองในทารกแรกเกิดและเด็กเล็ก 	<ul style="list-style-type: none"> ○ จำนวนหญิงตั้งครรภ์มากทำให้ผู้ให้บริการไม่สามารถให้บริการได้ครบตามบริการที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับ เช่น ขัดและทำความสะอาดฟัน ○ หญิงตั้งครรภ์บางรายไม่ได้รับยาที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เช่น กรดโฟลิก ไอโอดีน ○ หญิงตั้งครรภ์ไม่ตระหนักถึงการกินยาที่จำเป็นสำหรับหญิงตั้งครรภ์ ○ บางรายไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การประเมิน การส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> ○ มาตรฐานของแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันในแต่ละสถานพยาบาล เนื่องจากปัจจุบันสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กอ้างอิงแบบประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์จากองค์การอนามัยโลก (WHO) ที่มีเพียง 18 ข้อ และยังไม่ครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นในบางพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Pregnancy-induced Hypertension: PIH) ภาวะเจ็บคลอดก่อนกำหนด (Preterm labour) และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (gestational diabetes: GDM) เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ○ การประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัย ไม่สามารถทำได้ทุกราย เนื่องจากระบบการส่งต่อ หรือผู้รับบริการไม่ยินยอมไปรับการตรวจที่สถานพยาบาลแห่งอื่น
การให้ คำแนะนำ ตอบคำถาม และนัดหมาย ครั้งต่อไป	<ul style="list-style-type: none"> ○ การให้บริการโรงเรียนพ่อแม่ที่ให้คำแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลครรภ์ การคลอด การเลี้ยงดูบุตรและการวางแผนครอบครัวยังมีข้อจำกัดทางด้านเวลา บุคลากร และมาตรฐานการให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ ผู้ให้บริการไม่อธิบายเกี่ยวกับการมาฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์พร้อมสามี เช่น ไม่ได้แนะนำให้สามีมาตรวจคัดกรองโรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย ○ หญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์ตามนัดทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำที่จำเป็นสำหรับการดูแลครรภ์และการคลอด การเลี้ยงลูก และการวางแผนครอบครัว เช่น โรงเรียนพ่อแม่

บริการ	ประเด็นที่อภิปรายในกลุ่มที่ 1 ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และผู้ให้บริการ	ประเด็นปัญหาที่อภิปรายในกลุ่มที่ 2 อสม. และผู้รับบริการ
การบันทึก ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> ○ ปัญหาเกี่ยวกับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> ● มีการปรับปรุงบ่อยครั้งเกินไป ● การจัดเรียงเนื้อหาไม่มีความสอดคล้องกับระยะอายุครรภ์และไม่เป็นหมวดหมู่ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความลำบากในการบันทึกข้อมูลและยากต่อการใช้งานของเนื้อหา ● ขนาดของตัวอักษรเล็กเกินไป ● พื้นที่ในการกรอกข้อมูลไม่เพียงพอ ○ ขาดการพัฒนากระบวนการจัดเก็บข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้จำนวนหญิงคลอดเป็นตัวหารแทนจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ○ สถานพยาบาลบางแห่งไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ○ หากหญิงตั้งครรภ์เลือกเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัยจะไม่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ○ สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับการบริการที่หญิงตั้งครรภ์ควรจะได้รับ และไม่มีคำอธิบายเกี่ยวกับการแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกจากนี้ รายละเอียดในส่วนของการฝากครรภ์มีน้อย

4.3 การพัฒนาตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้รับคัดเลือกจากกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ

ผู้ดำเนินโครงการจัดทำตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพด้านบริการฝากครรภ์ ได้แก่ 1) การประเมินการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยเน้นการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และ 2) การให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSo4) แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงเพื่อป้องกันภาวะชักก่อนการส่งต่อ เนื่องจากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับปัญหาการฝากครรภ์ในประเทศไทย พบว่า มีปัญหาการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินในระดับการบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านการประเมินอาการและขั้นตอนการรักษาก่อนการส่งต่อที่ไม่ได้มาตรฐาน [31] อีกทั้งภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ และมีข้อผิดพลาดเกี่ยวกับการประเมินและการรักษาภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรงในระดับปฐมภูมิค่อนข้างมากในประเทศไทย จากนั้น ผู้ดำเนินโครงการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำเสนอตัวอย่างแนวทางมาตรฐานให้ผู้เข้าร่วมประชุมพิจารณา ให้คำแนะนำต่อตัวอย่างแนวทางมาตรฐานที่ผู้ดำเนินโครงการได้พัฒนาขึ้นเป็นตัวอย่างในวันที่ 20 กันยายน 2560 ภายหลังจากการนำเสนอตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพทั้ง 2 เรื่อง ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพและองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ข้อความคุณภาพ (quality statement) และนิยามศัพท์ที่สำคัญ (definition of term used) มากขึ้น ทั้งนี้ ได้มีข้อเสนอแนะต่อตัวอย่างแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ดังนี้

- ประเด็นข้อความคุณภาพ (quality statement)

ข้อความคุณภาพควรใช้คำจำกัดความที่เป็นปัจจุบันและถูกต้อง ถึงแม้ว่า CPG ยังไม่ได้มีการเปลี่ยนคำจำกัดความของโรคหรือภาวะสุขภาพ แต่ผู้ดำเนินโครงการควรพิจารณาสืบค้นและเลือกใช้คำจำกัดความที่เป็นปัจจุบัน ตัวอย่างเช่น ปัจจุบัน มีการเปลี่ยนชื่อของ “ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับรุนแรง” เป็น “preeclampsia with severe features” และได้มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ในการวินิจฉัยภาวะนี้ โดยได้ตัดเกณฑ์เรื่องภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะออก

- ประเด็นนิยามศัพท์ที่สำคัญ (definition of term used)

ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอแนะให้ผู้ดำเนินโครงการตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลที่ผู้ดำเนินโครงการนำมาใช้เป็นคำนิยามศัพท์ที่สำคัญ โดยให้อ้างอิงข้อมูลให้ครบตามที่แนวทางเวชปฏิบัติได้ระบุไว้ ตัวอย่างเช่น คำนิยามเกี่ยวกับการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSo4) โดยให้ผู้ดำเนินโครงการเพิ่มข้อมูลช่องทาง (route) ในการให้ยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSo4) ทางหลอดเลือดดำให้ครบถ้วน เนื่องจากการระบุคำนิยามศัพท์ไม่ครบถ้วนอาจส่งผลกระทบต่อปฏิบัติของผู้ให้บริการและขัดแย้งต่อแนวทางเวชปฏิบัติได้

4.4 การจัดบรรยายแนวทางมาตรฐานคุณภาพ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดหลักการเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ผู้ดำเนินโครงการจัดการบรรยายแนวทางมาตรฐานคุณภาพโดยวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แนวคิดหลักการเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งนำเสนอความสัมพันธ์ของแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อ Quality and Outcome Framework (QOF) และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (hospital accreditation; HA) จากวิทยากรผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านดังกล่าว การบรรยายจัดในวันพฤหัสบดีที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2560 มีหัวข้อบรรยาย ดังนี้

- 1) การพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขโดยใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพประเทศอังกฤษ โดย Dr. Ryan Li ผู้เชี่ยวชาญในด้านการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพจากประเทศอังกฤษ
- 2) การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิโดยโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcome Framework: QOF) โดยคุณศศิธร ไชยสังข์
- 3) มาตรการเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) โดย นพ.ทรง พิลาสัย
- 4) บทบาทของแนวทางมาตรฐานคุณภาพบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการสนับสนุนมาตรการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข โดยผู้ดำเนินโครงการ

ภายหลังการบรรยาย ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ สปสช. ผู้แทนกรมอนามัย สติแพทย์ พยาบาล อสม. และนักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุข ได้มีการอภิปรายอย่างกว้างขวาง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ประเด็นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

- ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องคุณภาพงานบริการแม่และเด็กของหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมอนามัย และสปสช. ซึ่งการพัฒนาเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ โดยที่ยังไม่ได้มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานมากนัก ดังนั้น การจัดทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพเรื่องบริการฝากครรภ์น่าจะเป็นโอกาสที่ดีที่จะพัฒนาตัวชี้วัดร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในอนาคต รวมถึงการลดภาระงานและการทำงานที่ซ้ำซ้อนระหว่างหน่วยงานได้
- ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานหลัก (Key Performance Indicator: KPI) ที่ได้กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สปสช. กรม/กอง เป็นต้น มีการเปลี่ยนแปลงอยู่บ่อยครั้ง ทำให้เกิดความหลากหลาย จึงมีความสำคัญที่หน่วยงานดังกล่าวกำหนด KPI ร่วมกัน และมีความเชื่อมโยงกับแผน 20 ปีระดับชาติ
- วิทยากรจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ชี้แจงถึงบทบาทหน้าที่ในการประเมินคุณภาพของสถานพยาบาลว่าเป็นการประเมินการดำเนินงานในภาพรวมและเป็นการสนับสนุนสถานพยาบาลในการพัฒนาและให้คำแนะนำต่อประเด็นสุขภาพที่ยังเป็นปัญหา เช่น มาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินจาก สรพ. จะมุ่งเน้นเฉพาะกระบวนการที่มีความสำคัญ

ไม่ได้เป็นการประเมินทุกๆ ขั้นตอนที่สถานพยาบาลดำเนินการ และจากการประเมินสถานพยาบาลยังคงพบปัญหาด้านการจัดเก็บข้อมูล เช่น ความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูลของสถานพยาบาล รูปแบบการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความคลาดเคลื่อนและไม่สมบูรณ์ เพราะฉะนั้น จึงเห็นด้วยกับการทำงานร่วมกับกรมอนามัย ซึ่งจะสามารถแก้ไขปัญหาด้านมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการดังกล่าวได้

2) ประเด็นการดำเนินงาน QOF

- การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิโดยโครงการ QOF นั้น ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่เก็บและบันทึกข้อมูลเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์ QOF โดยไม่ได้คำนึงถึงคุณภาพบริการ ประกอบกับตัวชี้วัดมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา ทำให้การติดตามผลเป็นไปได้ยากและการประเมินผลการดำเนินงานไม่สามารถเปรียบเทียบได้ในแต่ละปี
- การวัดประสิทธิผลของ QOF ซึ่งวิทยากรได้ชี้แจงว่าไม่ทราบว่าในระดับประเทศได้ประเมินถึงข้อดีข้อเสียของการนำ QOF มาใช้ รวมถึงศึกษาว่า QOF มีผลกระทบอย่างไรหรือแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ แต่ในระดับพื้นที่มีการพิจารณาทุกปี เช่น ผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง โดยพื้นที่นั้นๆ สามารถกำหนดตัวชี้วัดของพื้นที่ได้เองเพื่อแก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ เป็นต้น
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดตัวชี้วัด เช่น สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สรพ. ควรร่วมกันหาข้อสรุปและจัดทำตัวชี้วัดคุณภาพ หรือ quality indicator (QI) เพื่อเป็นตัวชี้วัดระดับประเทศ
- การดำเนินงาน HA ของ สรพ. ส่วนใหญ่เน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ เกณฑ์การผ่าน HA จึงเน้นเฉพาะเรื่องของการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย แต่การสร้างเสริมสุขภาพเป็นเพียงข้อแนะนำเท่านั้น ซึ่งการนำเอากระบวนการของ HA มาขับเคลื่อนให้มีการนำเอาแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยที่มีสปสช. เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอีกทางหนึ่ง หากสถานพยาบาลสามารถทำได้ ผลลัพธ์ของแนวทางมาตรฐานคุณภาพก็จะจ่ายด้วย QOF ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเหล่านี้ควรขับเคลื่อนไปพร้อมๆ กัน

3) ประเด็นการพัฒนา QS ในประเทศไทย

- สปสช. ได้มีการจัดการโรค (disease management) โดยกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานและตัวชี้วัดตามแนวเวชปฏิบัติที่มีอยู่ สำหรับการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล และเชื่อมกับการจ่ายเงินแบบ QOF เมื่อสถานพยาบาลสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางดังกล่าว เช่น การจ่ายชดเชยกรณีการรักษาโรคมะเร็ง การทำหัตถการรักษาโรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention; PCI) เป็นต้น ถึงแม้จะไม่ได้มีกระบวนการพัฒนาที่ชัดเจนเหมือนแนวทางมาตรฐานคุณภาพ แต่อาจนับได้ว่าเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพอย่างหนึ่ง
- สำหรับการจัดการด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังถือว่าขาดคุณภาพ เนื่องจากการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว รวมถึงมาตรฐานการดำเนินงานที่หลากหลายและไม่ชัดเจน จึงมีความ

จำเป็นที่จะต้องจัดทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการผ่านกระบวนการที่โปร่งใสและมีความแน่นอน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ยกตัวอย่างเช่น ในสหราชอาณาจักรได้ใช้ตัวชี้วัดจาก QOF เป็นตัวชี้วัดในแนวทางมาตรฐานคุณภาพด้วย ซึ่งจะทำให้มีตัวชี้วัดที่เหมือนกันและสามารถดำเนินการในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพ

- การใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพในประเทศอินเดีย [9] มีประสบการณ์การถอดบทเรียน (lesson learned) 2 ประเด็น ได้แก่
 - ถึงแม้ประเทศดังกล่าวมีความกระตือรือร้นในการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปปฏิบัติ ซึ่งรวมถึงการอบรม (training) ผู้ให้บริการทุกคน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาคุณภาพ แต่ประเทศอินเดียไม่ได้มีการวัดและประเมินค่าอ้างอิงพื้นฐาน (initial baseline measurement) จึงทำให้ยากที่จะประเมินผลกระทบจากการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปปฏิบัติ
 - การสร้างระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ผล กระจายข้อมูลแก่ผู้ใช้ และสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน กระบวนการทั้งหลายเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลาเพื่อที่จะเห็นผลกระทบที่เกิดขึ้น ประการสำคัญ การดำเนินงานควรเป็นระบบ โปร่งใส และชัดเจน นอกจากนี้ ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่าถือเป็นโอกาสอันดีในการเชื่อมโยงแนวทางมาตรฐานคุณภาพและ QOF เข้าด้วยกัน ซึ่งจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และทำให้เชื่อมั่นได้ว่าการให้บริการอย่างมีคุณภาพ
- ผู้ให้บริการบางส่วนไม่เข้าใจแนวทางเวชปฏิบัติแต่หากแนวทางมาตรฐานคุณภาพสามารถทำให้ผู้ให้บริการเห็นได้ว่าเรื่องใดสำคัญ มีกระบวนการเป็นลำดับขั้นชัดเจน บ่งบอกตัวชี้วัดที่ชัดเจน และผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการ โดยใช้ภาษาที่ง่าย จะส่งผลให้ผู้ให้บริการทำงานได้ง่ายขึ้น
- การจัดลำดับความสำคัญของบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559 อาจไม่มีความจำเป็นต้องทำ เนื่องจากบริการฯ ได้มีการจัดลำดับความสำคัญเบื้องต้นแล้วจึงได้รับการบรรจุไว้ในประกาศดังกล่าว เพราะฉะนั้น จึงควรเน้นที่บริการที่ยังขาดมาตรฐานหรือกิจกรรมบริการที่ไม่มีแนวทางเวชปฏิบัติ แต่กลับมีหลายมาตรฐานก็ควรมีการจัดทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการนั้นๆ ก่อน

ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นพ้องต้องกันว่า การพัฒนาคุณภาพบริการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพนั้นควรมีการพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน เพื่อให้เกิดการทำงานที่สอดคล้องกัน รวมทั้งต้องส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ และตระหนักถึงประโยชน์ของการมีและใช้แนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสุขภาพด้วยเช่นกัน

บทที่ 5 สรุปผล

5.1 สรุปผลการดำเนินโครงการ

จากการทบทวนประเด็นปัญหาด้านสุขภาพและการดำเนินการจัดลำดับความสำคัญ รวมถึงการประชุมระดมสมองเพื่อค้นหาประเด็นปัญหาสุขภาพ ได้ข้อสรุปผลการคัดเลือกหัวข้อบริการฯ เพื่อนำไปพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพ คือ การบริการด้านการฝากครรภ์ (antenatal care: ANC) โดยบริการย่อยภายใต้การฝากครรภ์ที่ได้รับการเสนอให้ทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพ มีจำนวน 6 บริการย่อย ได้แก่

1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
2. การตรวจครรภ์ซึ่งรวมการตรวจดูความสูงยอดมดลูกและการตรวจส่วนหน้าของทารกในครรภ์
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น
4. การให้กรดโฟลิก ธาตุเหล็กและไอโอดีนเสริม
5. การตรวจคัดกรองเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ภาวะครรภ์เป็นพิษ และการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
6. การให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ เช่น โรงเรียนพ่อแม่

ข้อเสนอแนะต่อโครงการระยะที่ 1

สำหรับข้อเสนอแนะต่อโครงการระยะที่ 1 นั้นได้มาจากผู้เข้าร่วมประชุม โดยผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอให้พัฒนาตัวชี้วัดในแนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อนำไปใช้เป็นตัวชี้วัดของ QOF รวมทั้งยังสามารถใช้เป็นตัวชี้วัดในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation: HA) นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูล ทั้งก่อนและหลังการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพไปใช้เพื่อนำไปใช้วัดประสิทธิผลของการนำแนวทางมาตรฐานคุณภาพมาใช้ว่าช่วยให้ประชาชนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ ควรพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เช่น สธ. สปสช. กรมอนามัย กรมการแพทย์ และภาคประชาชน เป็นต้น เพื่อให้เกิดความร่วมมือและทัศนคติต่อการพัฒนาที่ดี ไม่เป็นภาระต่อผู้ปฏิบัติ รวมทั้งควรดำเนินการสร้างความตระหนักด้านสุขภาพแก่ประชาชนไปพร้อมๆ กัน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการในระยะที่ 1 นี้มีข้อจำกัด คือ หัวข้อบริการเกี่ยวกับการฝากครรภ์ที่ได้รับคัดเลือกเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพได้มาจากการพิจารณาใช้ฉันทามติของผู้เข้าร่วมประชุมเลือกประเด็นที่สำคัญ โดยไม่ได้มาจากการพิจารณาจากคะแนนตามเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะไม่ได้มีระบบการให้คะแนนตามเกณฑ์ต่างๆ ที่ชัดเจน แต่การคัดเลือกหัวข้อต่างๆ นั้นผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาอ้างอิงจากประเด็นเกี่ยวกับภาระโรค (burden of disease) ที่จะเกิดขึ้นถ้าบริการการฝากครรภ์หัวข้ออื่นๆ ไม่ได้คุณภาพ มาตรฐานการบริการที่ยังไม่ได้คุณภาพ รวมถึงความแตกต่างของมาตรฐานคุณภาพการบริการฝากครรภ์ระหว่างพื้นที่ต่างๆ และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริงหากนำเอาแนวทางมาตรฐานคุณภาพของบริการฝากครรภ์หัวข้อต่างๆ มาใช้ในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ ที่ประชุมยังมีการพิจารณาถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม เช่น การทำแท้ง ในกรณีที่มีการตรวจพบว่าทารกในครรภ์มีภาวะ กลุ่ม

ดาวน์ซินโดรม (down syndrome) จะเห็นได้ว่าประเด็นต่างๆ ที่นำมาพิจารณาเพื่อคัดเลือกหัวข้อ เข้าได้กับเกณฑ์ที่นำมาใช้จัดลำดับความสำคัญในการคัดเลือกหัวข้อบริการที่อ้างอิงในคู่มือการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง [25] อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาระยะที่ 2 ผู้ดำเนินโครงการมีการวางแผนที่จะพัฒนาเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของการคัดเลือกหัวข้อที่จะนำมาพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพเพื่อนำมาใช้จัดลำดับความสำคัญของการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพต่อไป

นอกจากนี้ ในการพัฒนาข้อความมาตรฐานคุณภาพ (quality statement) ในแต่ละหัวข้อของการบริการฝากครรภ์จะต้องมีการอ้างอิงจากคำแนะนำ (treatment recommendation) หรือแนวทางการดูแล (treatment guideline) หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศหลายฉบับ เช่น มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กของกรมอนามัย [32] คำแนะนำของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ [33] หรือแนวทางการดูแลรักษาขององค์การอนามัยโลก (world health organization: WHO) [34] โดยเนื้อหาในแต่ละ guideline อาจมีความซ้ำซ้อนกัน ซึ่งควรมีการเปรียบเทียบคำแนะนำในแต่ละหัวข้อย่อยๆ ของ guideline ต่างๆ เช่น คำแนะนำในช่วง 1st trimester, 2nd trimester, 3rd trimester หรือคำแนะนำในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร ถ้าคำแนะนำในแต่ละ guideline มีความสอดคล้องกันจะไม่เกิดปัญหา เนื่องจากสามารถเลือกคำแนะนำจาก guideline ฉบับไหนก็ได้ แต่ถ้าคำแนะนำในแต่ละ guideline มีความขัดแย้งกัน การที่จะอ้างอิง guideline ฉบับไหนนั้นควรพิจารณาจากความทันสมัยของหลักฐานทางวิชาการที่อ้างอิงใน guideline และความสอดคล้องของคำแนะนำกับสถานการณ์ของบริการฝากครรภ์ในประเทศไทยเป็นหลัก

นอกจาก guideline แล้ว ตัวชี้วัดเกี่ยวกับคุณภาพบริการการฝากครรภ์ในประเทศไทยยังมีความหลากหลาย เนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดเรื่องคุณภาพการฝากครรภ์เป็นของตัวเอง ซึ่งการนำเอาตัวชี้วัดของหน่วยงานต่างๆ มาใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicator) ของแนวทางมาตรฐานคุณภาพควรพิจารณาด้วยความระมัดระวัง เนื่องจากจุดประสงค์ของการทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพคือเพื่อให้ได้คุณภาพการบริการที่ดีที่สุด และเป็นการวัดคุณภาพของบริการทางคลินิกที่มีความเฉพาะเจาะจง (specific clinical intervention) ดังนั้นจึงไม่ควรนำตัวชี้วัดคุณภาพบริการต่างๆ ไปมาใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพในการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพและการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพนี้ควรมีตัวชี้วัดคุณภาพทั้งในระดับโครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) [25] เนื่องจากการทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับประเทศ ดังนั้นตัวชี้วัดคุณภาพยังสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบคุณภาพบริการระดับประเทศ และใช้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกันของทุกสถานพยาบาล

นอกจากนี้โครงการศึกษานี้ยังพบปัญหาจากการประชุมระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ คือ ผู้เข้าร่วมประชุมส่วนมากยังไม่มีความเข้าใจว่าแนวทางมาตรฐานคุณภาพคืออะไรและมีประโยชน์อย่างไร ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าผู้ดำเนินโครงการไม่ได้ส่งเอกสารให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้พิจารณาหรือศึกษาก่อนเข้าร่วมประชุม ดังนั้นในการจัดประชุมของโครงการฯ ระยะที่ 2 ทีมผู้ดำเนินโครงการจะจัดส่งเอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพและประโยชน์ของการทำแนวทางมาตรฐานคุณภาพ

ให้กับผู้เข้าร่วมประชุม ก่อนการประชุมอย่างน้อย 1 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางมาตรฐานคุณภาพมาก่อนเข้าร่วมประชุม ซึ่งจะส่งผลให้การจัดประชุมเกิดประโยชน์สูงสุด

5.2 แผนการดำเนินงานระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2561

ผู้ดำเนินโครงการวางแผนการดำเนินงานในระยะที่ 2 ได้แก่ การพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการฝากครรภ์ (antenatal care: ANC) โดยการประยุกต์จากขั้นตอนต่างๆ ที่ระบุไว้ในคู่มือการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพของ NICE ประเทศอังกฤษ [6, 24, 25] นอกจากนี้ ผู้ดำเนินโครงการจะนำเสนอเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาสุขภาพซึ่งมีการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เข้าร่วมประชุมในวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2560 รวมทั้งพัฒนาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลไกในการขับเคลื่อนแนวทางมาตรฐานคุณภาพให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ และประโยชน์ของแนวทางมาตรฐานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้หน่วยงานเหล่านี้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงประโยชน์ของการมีแนวทางมาตรฐานสำหรับบริการสุขภาพ และเกิดการผลักดันเพื่อนำไปใช้ต่อไปในอนาคต รายละเอียดการดำเนินงาน มีดังนี้

1. ปรึกษารื้อกับสปสช. ในฐานะที่เป็นหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายและสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับการดำเนินงาน QOF ในการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการให้คำแนะนำในการคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพด้านการฝากครรภ์และบริการสุขภาพที่มีปัญหาด้านคุณภาพที่สำคัญของประเทศไทยเพื่อนำไปพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพเป็นลำดับถัดไป รวมทั้งพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้น โดยมีทีมสนับสนุนด้านวิชาการจัดทำข้อมูลวิชาการ และจัดทำกระบวนการเพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาด้านการฝากครรภ์ สำหรับพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ
2. ผู้ดำเนินโครงการเสนอรายชื่อผู้ที่คาดว่าจะจะเป็นคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. กรมต่างๆ ใน สธ. สำนักบริหารการสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ราชวิทยาลัย โรงเรียนแพทย์และมหาวิทยาลัยต่างๆ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ เป็นต้น แก่คณะกรรมการกำกับทิศการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและสปสช. เพื่อทำการแต่งตั้งคณะทำงานฯ โดยมีนักวิจัยมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเป็นฝ่ายเลขานุการ
3. นำประเด็นปัญหาด้านการฝากครรภ์ที่มีการจัดลำดับความสำคัญหรือให้ความเห็นโดยผู้มีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ไปพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพโดยดำเนินการตามขั้นตอนที่ระบุไว้ในคู่มือพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ซึ่งขั้นตอนการดำเนินงานเริ่มจากการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline) หรือเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและประเมินคุณภาพของแนวทางเวชปฏิบัตินั้นๆ จากนั้นทำการคัดเลือกคำแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติ โดยพิจารณาข้อมูลในด้านต่างๆ เช่น ภาระงบประมาณ เป็นต้น แล้วจัดลำดับความสำคัญคำแนะนำ ซึ่งคำแนะนำที่อยู่ในอันดับต้นๆ มีหลักฐานทางวิชาการแสดงให้เห็นว่ามี

ประสิทธิผล มีความคุ้มค่า และสามารถดำเนินการได้ จะถูกนำมาพัฒนาเป็นแนวทางมาตรฐานคุณภาพ รวมทั้งการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อใช้กำกับติดตามและประเมินผลในโอกาสต่อไป

4. นำเสนอแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อผู้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของประเทศไทย เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อผลการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ จากนั้นผู้ดำเนินโครงการร่วมกับคณะทำงานดำเนินการแก้ไขแนวทางมาตรฐานคุณภาพ ตามคำแนะนำของผู้มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

5. นำเสนอผลการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อคณะกรรมการกำกับทิศการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อแนวทางมาตรฐานคุณภาพที่พัฒนาขึ้น จากนั้นผู้ดำเนินโครงการร่วมกับคณะทำงานดำเนินการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์

6. นำเสนอแนวทางมาตรฐานคุณภาพต่อสปสช. เพื่อพิจารณาอนุมัติ และประกาศใช้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The Ottawa Charter for health promotion. 2014 [cited 2017 Jan 26]. Available from: www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.
2. สิ้นศึกดีชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานการประชุมระดับโลก เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก; 2552.
3. The International Union for Health Promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Vanves: IUHPE; 2000.
4. World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity, 2017 [cited 2017 01/02]. Available from: <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>.
5. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี พ.ศ.2554-2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
6. National Institute for Health and Care Excellence. Quality Standards Process Guide. London, UK; 2016.
7. National Institute for Health and Care Excellence. Maternal and Child Nutrition 2017 [Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs98/chapter/quality-statement-2-structured-weightloss-programme#quality-statement-2-structured-weightloss-programme>].
8. Li R, van Doorn HR, Wertheim HF, Khue LN, Ha NT, Dat VQ, et al. Combating antimicrobial resistance: quality standards for prescribing for respiratory infections in Vietnam. The Lancet Global health. 2016;4(11):e789.
9. Vlad I, Paily VP, Sadanandan R, Cluzeau F, Beena M, Nair R, et al. Improving quality for maternal care - a case study from Kerala, India. F1000Research. 2016;5:166.
10. Q Maya. Fresh initiative to bring down MMR. The HINDU. 2016.
11. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์และขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพคนไทยตลอดช่วงชีวิต เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารายการบริการ และแนวทางปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2561,. นนทบุรี2559.
12. ศิตาพร ยังกง, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, วิทวัช พันธุ์มงคล, เพียร เพลินบรรณกิจ, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. การประเมินการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า,. 2559.

13. พิศพรรณ วีระยิ่งยง, จอมขวัญ โยธาสมุทร, ศรวณีย์ ทนุชิต, ศุภวรรธน์ เพิ่มผลสุข, สุธีนุช ตั้งสฤติย์กุลชัย, ญัฐธิดา มาลาทอง, et al. การประเมินโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์. 2559.
14. รุ่งนภา คำผาง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, สโรชา ชูติพงษ์ชัยวัฒน์, จันทนา พัฒนเกสัช, รักมณี บุตรชน, ญัฐธิดา มาลาทอง, et al. รายงานโครงการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพบริการปฐมภูมิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะที่ 1. นนทบุรี; 2558.
15. Tricco AC, Ivers NM, Grimshaw JM, Moher D, Turner L, Galipeau J, et al. Effectiveness of quality improvement strategies on the management of diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* (London, England). 2012;379(9833):2252-61.
16. Noto H, Tanizawa Y, Aizawa T, Sone H, Yoshioka N, Terauchi Y, et al. Cluster-randomized trial to improve the quality of diabetes management: The study for the efficacy assessment of the standard diabetes manual (SEAS-DM). *Journal of diabetes investigation*. 2016;7(4):539-43.
17. Wenger NS, Roth CP, Shekelle PG, Young RT, Solomon DH, Kamberg CJ, et al. A practice-based intervention to improve primary care for falls, urinary incontinence, and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2009;57(3):547-55.
18. Candy B, Elliott M, Moore K, Vickerstaff V, Sampson E, Jones L. UK quality statements on end of life care in dementia: a systematic review of research evidence. *BMC palliative care*. 2015;14:51.
19. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการทำงาน (quality standard: QS) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข;; 2558 [Available from: http://dental.anamai.moph.go.th/elderly/download_doc/upload7.pdf].
20. จอมขวัญ โยธาสมุทร, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ดนัย ชินคำ, นิธิเจน กิตติรัชกุล, วิไลลักษณ์ แสงศรี, ยศศิริวัฒนานนท์. รายงานการประเมินผลโครงการสนับสนุนการเข้าถึงบริการอนามัยโรงเรียนโดยความร่วมมือของท้องถิ่น. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.
21. Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, Tantivess S, Praditsitthikorn N, Youngkong S, et al. A determination of topics for health technology assessment in Thailand: making decision makers involved. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangkaet*. 2008;91 Suppl 2:S100-9.
22. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria Decision Analysis for Including Health Interventions in the Universal Health Coverage Benefit Package in Thailand. *Value in Health*. 2012;15(6):961-70.

23. Reddy BP, Kelly MP, Thokala P, Walters SJ, Duenas A. Prioritising public health guidance topics in the National Institute for Health and Care Excellence using the Analytic Hierarchy Process. *Public health*. 2014;128(10):896-903.
24. NICE International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 1. London: NICE International; 2014.
25. NICE International. Principles for developing clinical Quality Standards in low and middle income countries: A Guide, Version 2. London: NICE International; 2015.
26. Whitlock EP, Lopez SA, Chang S, Helfand M, Eder M, Floyd N. AHRQ series paper 3: identifying, selecting, and refining topics for comparative effectiveness systematic reviews: AHRQ and the effective health-care program. *Journal of clinical epidemiology*. 2010;63(5):491-501.
27. Keegan Gay ES, Sebastian Galindo-Gonzalez,. Matrix Ranking: A Tool for Decision-Making and Prioritization. Department of Agricultural Education and Communication, UF/IFAS Extension; 2016.
28. Marsh K, M IJ, Thokala P, Baltussen R, Boysen M, Kalo Z, et al. Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making-Emerging Good Practices: Report 2 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2016;19(2):125-37.
29. Baltussen R, Youngkong S, Paolucci F, Niessen L. Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2010;96(3):262-4.
30. Youngkong S, Teerawattananon Y, Tantivess S, Baltussen R. Multi-criteria decision analysis for setting priorities on HIV/AIDS interventions in Thailand. *Health research policy and systems / BioMed Central*. 2012;10:6.
31. Liabsuetrakul T, Peeyananjarassri K, Tasse S, Sanguanchua S, Chaipinitpan S. Emergency obstetric care in the southernmost provinces of Thailand *. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(4):250-6.
32. กลุ่มงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก นนทบุรี [Available from: http://www.hpc.go.th/director/data/standardUpload/LR_profile_090217_105208.pdf.
33. คณะกรรมการพัฒนาการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับหญิงมีครรภ์. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;

2559. Available from:

<http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/publish/publish28092016110951.pdf>.

34. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Luxembourg: Green Ink; 2016. Available from:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>.

ภาคผนวก