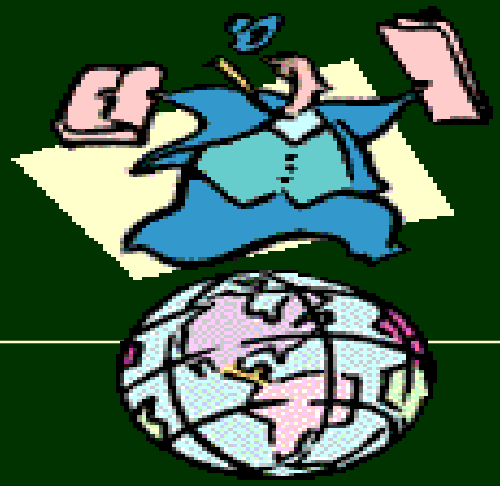
PRIORITY SETTING

IN

HEALTH CONTEX



1. **ทำไม**ต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เพราะ ทรัพยากรมีจำกัด แต่ปัญหาและความต้องการไม่จำกัด

ดังนั้นการใช้ทรัพยากรต้องคำนึงถึงหลักการ 2 ข้อ

- ความเป็นธรรม (**EQUITY**)
- ประสิทธิภาพสูงสุด (**EFFICIENCY**)

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ควรใช้**เกณฑ์**อะไรบ้าง

ขึ้นกับบริบท (CONTEX)

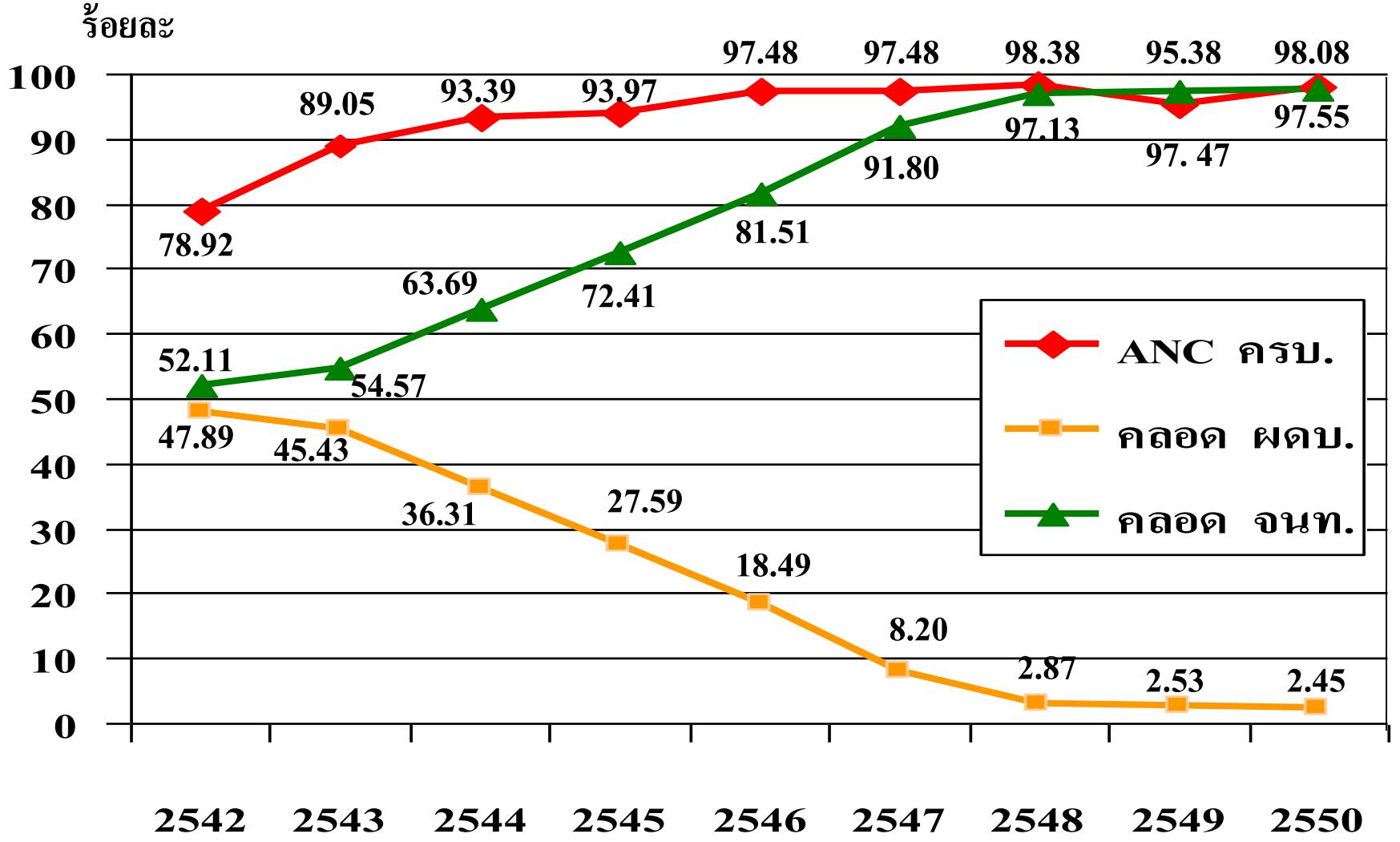
การวิจัย
- ความจำเป็นและประโยชน์ต่อสาธารณะ
- ตัวอย่างเกณฑ์ย่อย เช่น คำถามวิจัย (FINER)

สุขภาพ
- Size Severity Feasibility Stakeholder concern Impact (SSFSI)

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณ

ปีงบประมาณ 2542 - 2550



INDIICATOR

- Incident rate
- Prevalence rate

Sample 1. อัตราหญิงมีครรภ์ที่ฝากครรภ์ได้มาตรฐาน (ANC ≥ 4 ครั้ง)

ในปีงบประมาณ 2542 เท่ากับ 78.9 %

2. อัตราหญิงมีครรภ์ที่คลอดกับ จนท. สาธารณสุข

ในปีงบประมาณ 2542 เท่ากับ 52.1 %

* กรมอนามัย กสธ. กำหนดเป้าหมาย ข้อ 1 และ 2 มากกว่า 90.0 %

INDICATOR

- Death rate Disability rate
- Case fatality rate

Sample

- Maternal death rate
- Perinatal death rate
- Neonatal death rate

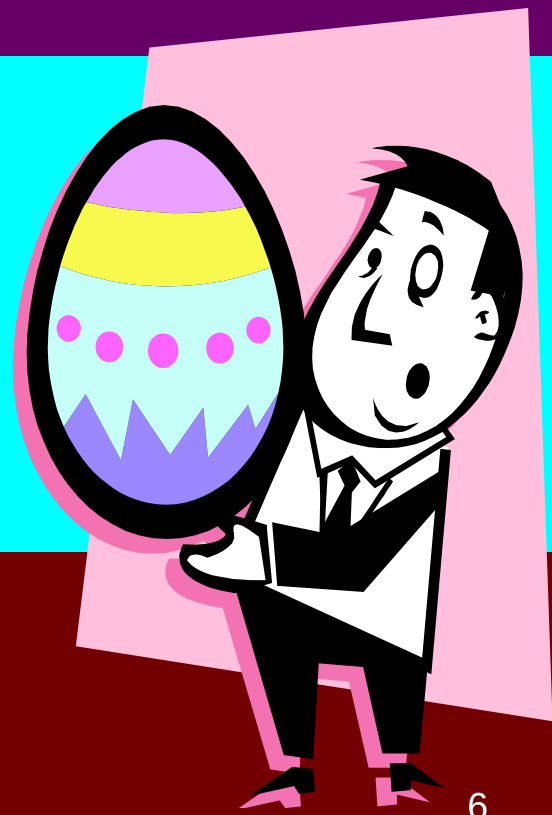
ข้อสังเกต ข้อมูลการคลอดจากรพ. กะพ้อ

รายงานมารดาตาย 1 ราย (ปี 2547) และทารกตาย 2 ราย (ปี 2544)

1. Technical Feasibility
   - Preventability
   - Treatability

2. Financial Feasibility
   - Financial status
   - Financial support

3. Manageable Feasibility



- ระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ผู้รับผลโดยตรง/อ้อม)
- ศึกษาความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Health need)

กำหนดเป้าหมาย / วัตถุประสงค์ที่ตอบสนองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กำหนดแผนยุทธศาสตร์

แผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
(เราทำ เขาทำ ช่วยกันทำ)

ดำเนินการ

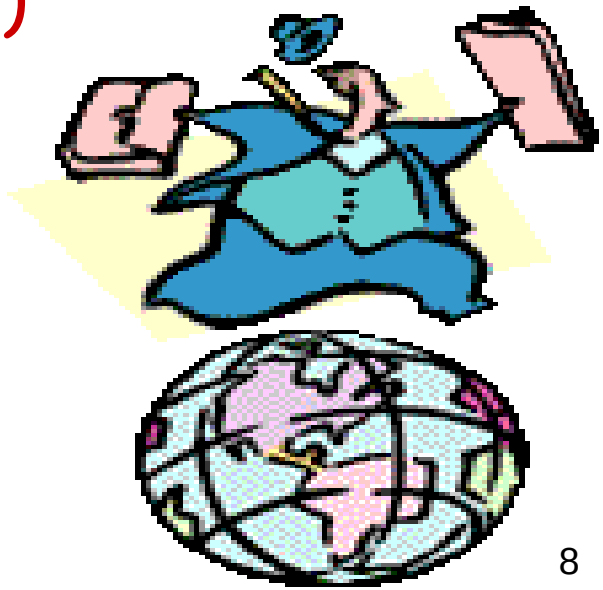
กำกับและประเมินผล

1.Economic Loss

- ค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการเจ็บป่วย (cost)
- การสูญเสียอันเกิดจากการตาย (YLL)
- การสูญเสียอันเกิดจากการพิการ (DALY)

2.Social impact

- **Quality of Life (QALY)**



วิธีการจัดลำดับความสำคัญ

1. Rating scale (คะแนน 5, 4, 3, 2, 1)

2. Paired comparison (คะแนน 1 กับ 0)

   เปรียบเทียบปัญหาทีละคู่

   เหมาะสำหรับกรณีที่มีจำนวนปัญหาไม่มาก

3. Overall priority setting (สูง ปานกลาง ต่ำ)

   เนื่องจากข้อมูลหรือสถิติสาธารณสุขมีความไม่สมบูรณ์

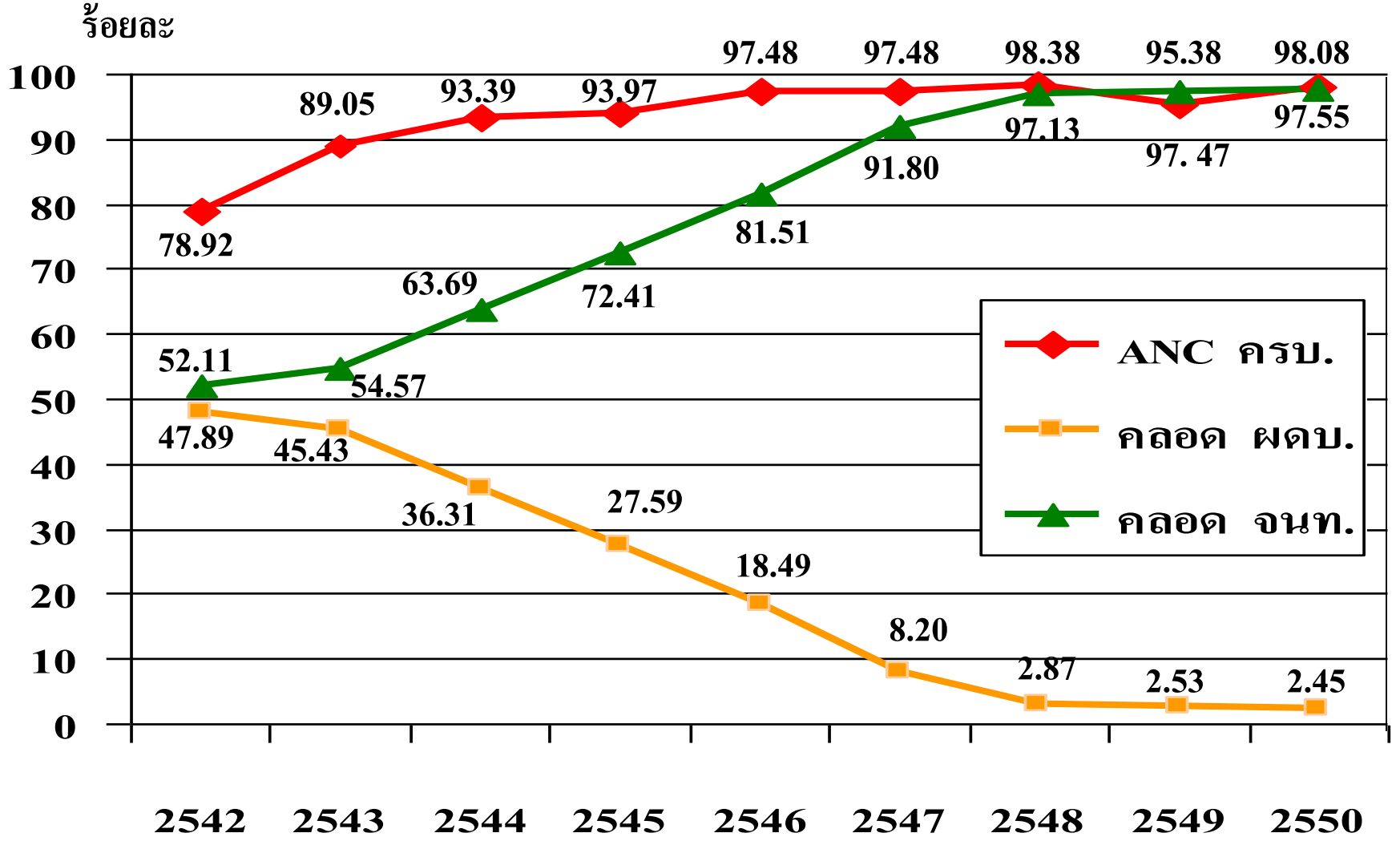
   จึงใช้วิธีการประเมินโดยภาพรวมในแต่ละเกณฑ์

   แล้วพิจารณาตัดสินใจขั้นสุดท้าย (Value judgement)

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์

ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผดุงครรภ์โบราณ

ปีงบประมาณ 2542 - 2550

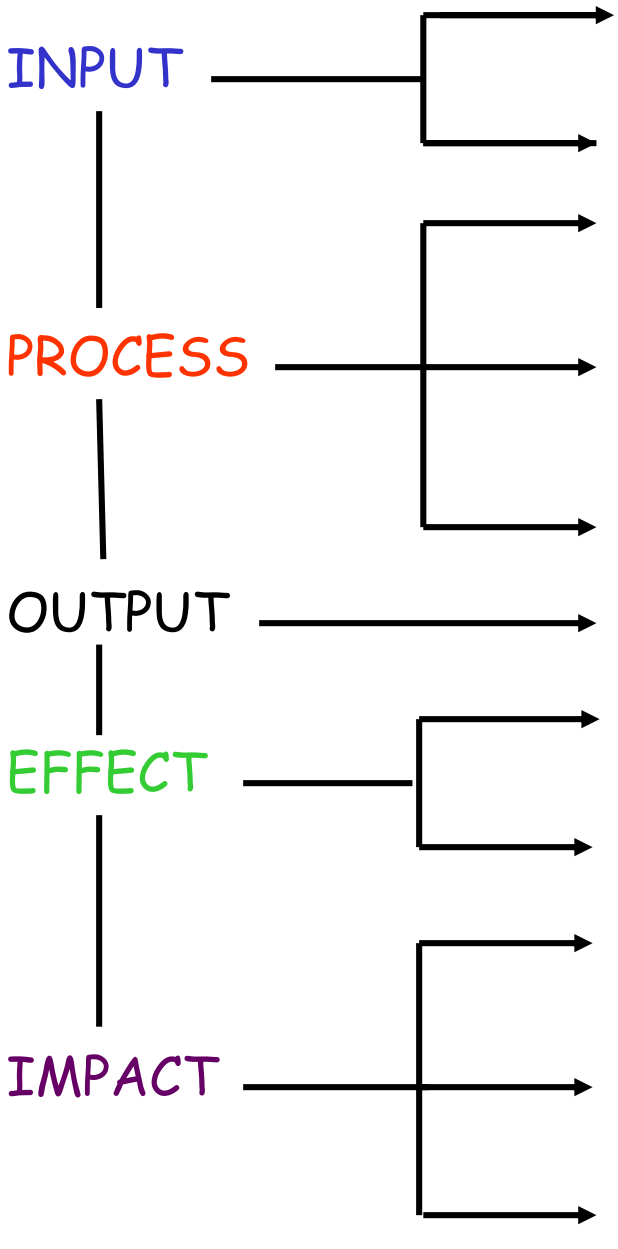


ความพึงพอใจจากหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลต่อกิจกรรมที่ทำ

กิจกรรม	ความพึงพอใจจากหญิงมีครรภ์ (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
เยี่ยมบ้านขณะมีครรภ์	33.09	38.73	28.18
เยี่ยมห้องคลอด	26.76	59.15	14.09
จัดมุมอาซาน	48.59	33.80	17.61
ประกาศนียบัตรพร้อมรูปถ่าย	66.19	17.62	16.19
ทำบัตรทองพร้อมแจ้งเกิด	84.51	15.49	0
ฝากครรภ์ในคลินิก	61.26	26.07	12.67

หมายเหตุ สำรวจจากหญิงมีครรภ์ที่มาคลอดที่โรงพยาบาล จำนวน 142 คน

SYSTEM ANALYSIS



ผู้บริหารให้ความสำคัญ

รพ. มีแผนพัฒนา MCH อย่างต่อเนื่อง (ปี 2542 - 2550)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินการแก้ปัญหา (PDCA)

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

(ร่วมคิดวิเคราะห์สาเหตุ และหาแนวทางแก้ปัญหา - คลอดที่บ้าน)

กระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการคลอดและANC

Coverang การฝากครรภ์ และการคลอดกับจนท.สธ.

KAP กลุ่มเป้าหมาย (หญิงตั้งครรภ์, สามี, ญาติ)

Patient satisfaction

Mathernal death rate (ปี 2547 พบแม่ตาย 1 ราย)

Perinatal death rate Neonatal death rate

(ปี 2544 พบทารกตาย 2 ราย)

Quality of life