



วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

The Thai Journal of Primary Care and Family Medicine

เป็นวารสารราย 4 เดือน จัดทำโดยสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและภาคีร่วมพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการและงานวิจัยด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะผู้จัดทำ

คณะที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจันทพงษ์ วะสี	
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ	
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สีลม แจ่มอุลิตร์ตัน	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	
ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย	
ประธานสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย	นายกสภาการพยาบาล
นายกทันตแพทย์สภา	นายกสภาเภสัชกรรม
นายกสภาเทคนิคการแพทย์	นายกสภากายภาพบำบัด
ประธานชมรมแพทย์ชนบท	ประธานชมรมทันตสาธารณสุข
ประธานชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย	ประธานชมรมเภสัชกรรมชนบท
ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย	ประธานชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

บรรณาธิการ

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร

รองบรรณาธิการ

แพทย์หญิงอรรณณ ตะเวทิพงศ์

กองบรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสายพิน หัตถ์รัตน์	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พีระศักดิ์ เลิศตระการนนท์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์	นายแพทย์ไกรสร วรดิถี
นายแพทย์วิโรจน์ วรรณภิระ	นายแพทย์นิพัทธ์ กิตติมานนท์
นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ	นายแพทย์พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
นายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช	นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ
นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ	นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ
แพทย์หญิงดาริน จตุภักทรพร	นายแพทย์สตาจ์ ศุภผล
นายแพทย์จตุภูมิ นิละศรี	นายแพทย์ธีรภาพ ลีวลักษณ์
นายแพทย์ก้องภพ สีสะพัฒน์	นายแพทย์โรจน์ศักดิ์ ทองคำเจริญ
ผู้แทนสภาการพยาบาล	ผู้แทนสภาเทคนิคการแพทย์
ผู้แทนชมรมเภสัชกรรมชุมชน	ผู้แทนชมรมแพทย์ชนบท
นางจรรยาวัฒน์ ทับจันทร์	นางสุนณา ตันทศเศรษฐี
นางสาวสุมาลี ประทุมรัตน์	

ฝ่ายจัดการ

นางสาวสายใจ วอนขอพร	นางทัศนีย์ ญาณะ
นางสาวผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญ	นางนงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์
ทพญ.สุวรรณา เอื้ออรรถการุณ	นายสุรศักดิ์ อธิคมานนท์
นางสาวสุภาภรณ์ นิทานนท์	

สนับสนุนการผลิตโดย

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Thai-European Health Care Reform Project)

สถานที่ติดต่อ

สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5901851-2 โทรสาร 02-5901839

ดาวน์โหลดเนื้อหาของวารสารได้ที่

www.thaiichr.org
www.hcpr.or.th

สารบัญ

จากใจภาคี	4
เปิดเล่ม	11
สารานุกรมสุขภาพ ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง	
บทความพิเศษ	16
ระบบสุขภาพในอุดมคติ	
สัมภาษณ์พิเศษ	17
เปิดใจ นพ.อมร นนทสุต การพัฒนาบริการปฐมภูมิ “ท้องถิ่นคือกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่”	
นิพนธ์ต้นฉบับ	21
บริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ	
บทความพิเศษ	29
Primary health care in a changing world	
บทความ	
พยาบาลเวชปฏิบัติกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ	
บทความ	43
นักรายภาพบำบัดกับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	
Case Report	47
“มีนศิริชะ” เรื่องง่ายๆ แต่ไม่ธรรมดา	
คลินิกวิจัย	51
การดูแลสุขภาพองค์รวมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ	
บ้านเราบ้านเรา	56
เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1)	
เรื่องเล่าจากเครือข่าย	67
กว่าจะเป็นเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	67
Assessment drives learning	69
การศึกษาดูงานด้านเวชปฏิบัติทั่วไป	
ณ Townhill Medical Practice ประเทศอังกฤษ	71
มองด้วยใจ	75
Sicko ระบบการแพทย์แบบไหน ใครจะเป็นคน(ได้)เลือก	
แนะให้อ่าน	78
ปฏิทินกิจกรรม	80



ศ.นพ.วิชิต ชูปัญญา

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย

ในฐานะของแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นเรื่องที่ดีมากที่จะมีวารสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ เรื่องของเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการ สุขภาพระดับปฐมภูมิ เพราะจะเป็นสื่อที่จะสร้าง ความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชนในด้านของระบบ บริการสาธารณสุข เนื่องจากประเด็นเรื่องเวช ศาสตร์ครอบครัวยังไม่เป็นที่รู้จักมากนักในประเทศ ไทย ต่างจากประเทศที่มีระบบสาธารณสุขที่แข็งแรง แล้ว เรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวจะเป็นหัวใจหลัก เพราะเป็นบริการสุขภาพขั้นต้นที่จะเป็นประโยชน์ มหาศาลต่อประชาชน ซึ่งการดำเนินการเรื่องนี้ต้อง ใช้เวลา การที่มีวารสารเช่นนี้ก็มีส่วนสำคัญที่จะ ช่วยสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เข้ม แข็งขึ้นมาในประเทศไทยได้



ศ.เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ

นายกสภาการพยาบาล

เป็นเรื่องที่น่ายินดีเป็นอย่างยิ่งที่มีการจัดทำ วารสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวและ ระบบบริการปฐมภูมิขึ้นมาโดยเฉพาะ ซึ่งวิชาชีพ พยาบาลนั้นมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ ปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ พวกเราเป็นพยาบาลชุมชน ซึ่งจะเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญยิ่งในการผลักดันและขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการปฏิรูประบบสาธารณสุข ของประเทศไทย การมีวารสารที่เสมือนหนึ่งเวทีการ สื่อสารความรู้เรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และ ยังสามารถเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีที่ สามารถเป็นต้นแบบให้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ ซึ่งเป็นเรื่อง สำคัญมากที่จะช่วยกันในการพัฒนาให้ระบบ สาธารณสุขของไทยเดินหน้าเพื่อสังคม ขณะเดียวกัน ยังเป็นช่องทางในการสื่อสารเรื่องราวของผู้ให้บริการ ทั้งแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมอ อณามัย ฯลฯ สู่สาธารณะ เพื่อเป็นกำลังใจแก่คน ทำงานในพื้นที่อีกด้วย

ทพญ.บานเย็น ศิริกุลเวโรจน์

ประธานชมรมทันตสาธารณสุข

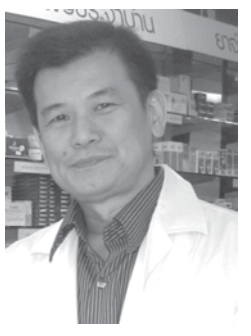
“การที่มีวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวนั้น นับว่าเป็นเรื่องที่ดีในลักษณะของการให้ความรู้ในเชิงวิชาการ และตัวอย่างที่ดีของการทำงานระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตรงนี้จะเป็นโอกาสและเวทีที่ให้แต่ละสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ได้มีเวทีในการนำเสนอการทำงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการศึกษาและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การพัฒนาการทำงานที่สามารถนำมาใช้ได้จริง ขณะเดียวกันการมีวารสารที่มีเนื้อหาเฉพาะเรื่องระบบบริการปฐมภูมิก็เป็นอีกช่องทางหนึ่งที่เข้าถึงคนทำงานในพื้นที่ได้มากขึ้น”



ภก.ธีรวุฒิ พงศ์เศรษฐไพศาล

นายกสมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)

“เห็นด้วยอย่างยิ่งที่จะมีวารสารที่สื่อสารเกี่ยวกับเรื่องบริการปฐมภูมิ นับว่าเป็นสิ่งที่ดี ทำให้ทราบถึงความคืบหน้าของแต่ละสาขาวิชาชีพว่ามีการพัฒนาอย่างไรบ้าง ซึ่งจะเป็นประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน เนื่องจากจะได้นำความรู้ ตัวอย่างที่ดีของการทำงานมาปรับใช้กับชุมชน ในส่วนของวิชาเภสัชกรรมนั้น มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอยู่แล้ว ปัจจุบันทางสมาคมเภสัชกรรมก็มุ่งเน้นในเรื่องของการเป็นเภสัชชุมชนที่ประชาชนได้ประโยชน์จริงๆ เรามีโครงการร้านยาคุณภาพที่ไม่ใช่แค่การขายยา แต่ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพขั้นต้น เป็นการช่วยคัดกรองบางส่วนก่อนถึงแพทย์ เป็นอีกช่องทางหนึ่งในการลดความแออัดในโรงพยาบาล และประชาชนเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพ”



จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์

ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย

“รู้สึกยินดีที่จะมีวารสารที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโดยตรง ซึ่งวิชาชีพพยาบาลก็มีบทบาทตรงนี้อยู่แล้ว เมื่อมีวารสารจะทำให้เกิดการศึกษาเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำงานของแต่ละสาขาวิชาชีพที่ทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดการบูรณาการทำงาน ซึ่งผลที่ได้คือระบบบริการสุขภาพที่ผู้ให้และผู้รับบริการมีความสุขเข้าใจกัน”



สุนา ตันทเศรษฐี

นายกสภากายภาพบำบัด

“วารสารที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ทำให้ประชาชนได้ทราบถึงการทำงานของแต่ละสาขาวิชาชีพ ในส่วนของวิชาชีพกายภาพบำบัดนั้น ประชาชนมีความเข้าใจบทบาทการทำงานน้อย ซึ่งวิชาชีพของเราไม่ได้มีเพียงแค่การรอให้ผู้ป่วยเข้ามาบำบัดฟื้นฟูเท่านั้น แต่นักกายภาพบำบัดยังลงสู่ชุมชนด้วย มีการทำงานในเชิงรุกร่วมกับวิชาชีพอื่นๆ ที่เข้าพื้นที่ ดังนั้นวารสารนี้จะเป็นการเปิดมุมมองใหม่ของประชาชน และรวมถึงของแต่ละสาขาวิชาชีพได้เข้าใจการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ด้วย จนนำไปสู่การพัฒนาที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม”

ประจักษ์ ทองงาม

ประธานชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย

“เห็นด้วยที่จะมีวารสารซึ่งมีการนำเสนอเนื้อหาการทำงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งวารสารที่จะออกมานั้น นอกจากมีเนื้อหาวิชาการแล้ว ควรจะมีเนื้อหาด้านการวิเคราะห์การทำงานในพื้นที่ และประสบการณ์ทำงานในพื้นที่ด้วย หากมีเนื้อหาหลักๆ 3 ส่วนเช่นนี้ วารสารนี้ก็จะ เป็นเวทีให้แต่ละพื้นที่ได้นำเสนอประสบการณ์ทำงานที่ดี เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไปด้วย”



**Professor Chris van Wheel FRCGP
President WONCA (World Organization of Family Doctors)**



Wonca, the World Organization of Family Doctors, is very excited regarding the founding of the “Thai Journal of Primary Care and Family Medicine” and sees it as an important landmark in the development of health care for all in Thailand. Wonca, which was founded in 1972 as the world academic body of family medicine, enjoys for many years its working relations with Thailand, through its member organisation, the General Practitioners/Family Physicians Association.

The mission of Wonca is to improve health and health care of people around the world, through primary care of the highest quality. The key in pursuing this mission is the principle of ‘thinking globally, acting locally’. Improving health around the world implies effective, safe and efficient health care facilities in each and every community, but also with an academic presence of family medicine.

We need to ensure that doctors and nurses and other health professionals in primary care are trained to the highest standard possible because this contributes more than anything else to safe and effective health care. This requires the development of clinical, educational and research expertise for primary care and to ensure that this expertise and material is made easily available for all health professionals working in primary care. Journals and other platforms for communication are critical in this, and that makes the launch of the Thai Journal of Primary Care and Family Medicine so important. But I am especially pleased to hear of the Thai initiative to develop this Journal for all primary care health professionals in Thailand and to hear that it will encompass research, clinical articles and continuing professional development (CPD) material relevant to all. This is a big undertaking and I congratulate the development team and the editors on this initiative. We in Wonca want to see a strong system of primary care and family medicine in Thailand and on behalf of Wonca I wish the new Journal every success.

Professor Chris van Weel FRCGP
President Wonca
<http://www.globalfamilydoctor.com>



Monica M Burns
European Team Leader
Thai-European Health Care Reform Project

The Health Care Reform Project is happy to support the establishment of the Thai Journal of Primary Care and Family Medicine which reflects the multidisciplinary nature of these important health services. All of the professional groups involved in the provision of primary care have specific skills which are interdependent. One professional cannot be substituted for another, but by working together, the full range of professionals can provide the best primary care to the communities they serve. This journal reflects the acceptance that the multidisciplinary approach is the best way of providing high quality primary care close to the patients in their communities.

รองศาสตราจารย์สมชาย วิริยะยุทธกร

นายกสภาเทคนิคการแพทย์

ผมในนามผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ขอแสดงความยินดีและเห็นด้วยอย่างยิ่งในการที่สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน โดยแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร บรรณาธิการ คณะกองบรรณาธิการ และฝ่ายสนับสนุนการจัดทำวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ มีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสาธารณสุขของประเทศ เป็นด้านแรกในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเสริมสร้างการป้องกันโรคในชุมชน มีการประสานงานร่วมกับบุคลากรทางสาธารณสุขทุกระดับ จึงเป็นวิชาที่มีความหลากหลายทั้งในแง่วิชาการและปฏิบัติงาน

ในปัจจุบันวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ได้มีส่วนร่วมและมีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข ตลอดจนได้มีการขยายงานไปสู่ระบบบริการปฐมภูมิ โดยอาศัยเทคโนโลยีทางด้านห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข มาช่วยกันวินิจฉัยโรค ติดตามการรักษา การเสริมสร้าง และการป้องกันโรค

การจัดทำวารสารนี้ จึงเป็นเวทีที่สำคัญหนึ่งที่บุคลากรวิชาชีพทางการแพทย์ ซึ่งรวมถึง นักเทคนิคการแพทย์ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ จะได้ใช้ประโยชน์ในการเผยแพร่ความรู้ทางด้านเทคโนโลยีใหม่ๆ งานวิจัยใหม่ๆ ที่เหมาะสมให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับได้ทราบพร้อมทั้งจะได้ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาาระบบบริการปฐมภูมิ มาพัฒนางานเทคนิคการแพทย์ เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในด้านความรู้เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และการเสริมสร้าง การมีสุขภาพอนามัยที่ดีแก่ประชาชนทั่วไป



เครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

เครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวก่อตั้งขึ้นโดยสมาชิกที่ต้องการพัฒนางานการศึกษาทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนหนึ่งเมื่อประมาณปี พ.ศ.2549 โดยเริ่มจากการพูดคุยกันในวงสนทนาเล็กๆ และเริ่มต้นวางแผนงานเพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรม ทั้งในเรื่องการจัดอบรมพัฒนาอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การจัดทำเอกสารทางวิชาการ และการติดต่อสื่อสารระหว่างอาจารย์ที่สอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวทั่วประเทศไทย เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงานการเรียนการสอนซึ่งกันและกัน

วิธีการสื่อสารที่ทรงประสิทธิภาพวิธีหนึ่งก็คือ การสื่อสารผ่านทางสิ่งพิมพ์ทางวิชาการ เพื่อให้เกิดการกระบวนกรเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากงานของเพื่อนร่วมวิชาชีพ ทั้งยังเป็นแหล่งที่จะใช้เผยแพร่ผลงานทางวิชาการให้เป็นที่รับรู้ในวงกว้าง จัดเป็นการกระตุ้นให้เกิดการทำงานวิจัยในระดับปฐมภูมิมากขึ้น

ทุกวันนี้มีผู้ทำงานวิจัยทางวิชาการด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนหนึ่งที่ไม่รู้ว่าจะส่งผลงานตัวเองไปตีพิมพ์ที่ไหน เนื่องจากวารสารวิชาการทางด้านนี้โดยตรงยังไม่มีในประเทศไทย ผลงานทั้งหลายจึงกระจัดกระจายไปตามวารสารต่างๆ หากเราสามารถรวบรวมผลงานเหล่านี้มาตีพิมพ์ไว้ในที่เดียวกันได้อย่างเป็นรูปธรรม ก็จะกลายเป็นแหล่งค้นคว้าทางวิชาการด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวที่สำคัญ และสามารถนำไปใช้อ้างอิงอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการได้

ในเบื้องต้นทางเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงร่วมกับ สพข.ในการผลิตสื่อที่จะใช้แสดงผลงานทั้งวิชาการทางด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้น ซึ่งก็คือ จุลสารเวชศาสตร์ครอบครัว มีการจัดพิมพ์ไปแล้วสามฉบับ แต่ก็ยังไม่ได้ตอบโจทย์งานวิชาการทางด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเต็มที่ ดังนั้นเมื่อได้รับโอกาสให้เป็นหนึ่งในทีมงานที่จะยกระดับจากจุลสารให้เป็นวารสารทางวิชาการเต็มรูปแบบ จึงนับว่าเป็นนิมิตหมายอันดีที่จะก้าวหน้าไปสู่การพัฒนาทางวิชาการของระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวในอีกขั้นหนึ่ง

ในวาระที่มีการจัดทำวารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวขึ้นเป็นฉบับปฐมฤกษ์นี้ ทางเครือข่ายอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีความยินดีเป็นอย่างยิ่งที่จะได้เห็นวารสารทางวิชาการด้านบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นฉบับแรกในประเทศไทย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้มีโอกาสช่วยพัฒนาให้วารสารฉบับนี้มีความสมบูรณ์แบบทางวิชาการยิ่งๆขึ้นไป

สุดท้ายนี้ ขอแสดงความยินดีกับทีมงานและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ช่วยกันทำให้วารสารเล่มนี้เปิดตัวขึ้นอย่างงดงามสมกับความตั้งใจที่จะพัฒนางานวิชาการระดับปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวให้ก้าวหน้าสืบไป

การพัฒนาวิชาการ และองค์ความรู้ในสาขาต่างๆ อย่างเป็นระบบและเผยแพร่ออกมาเป็น “วารสาร” นับเป็นสัญลักษณ์หนึ่งที่แสดงถึงความเข้มแข็งทางด้านวิชาการของสาขานั้นๆ ระบบบริการปฐมภูมิมีพัฒนาการในประเทศไทยมายาวนาน มีประสบการณ์ที่ดำเนินการได้สำเร็จมากมาย ทำให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานกระจายแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม ทว่าถึง รวมทั้งมีวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่เคยมีการนำเสนอในรูปแบบของวารสารวิชาการ ครั้งนี้จึงนับเป็นครั้งแรกที่มีการนำเสนอในลักษณะนี้ รวมทั้งศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาวิชาใหม่ที่มีการพัฒนาในประเทศไทยมาระยะหนึ่ง ที่ควรได้มีการนำเสนอและเผยแพร่

วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว กำเนิดขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนและเผยแพร่ความรู้ ประสบการณ์ ในการทำงานบริการปฐมภูมิในทุกลักษณะ จากทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเสนอทริเจน ความรู้ ในการพัฒนาที่ประยุกต์ใช้อย่างพอดีในบริบทของประเทศไทย

วารสารฯ นี้เน้นการนำเสนอส่วนที่เป็นผลงานวิจัย และบทความทางวิชาการหรือกึ่งวิชาการ ซึ่งคำว่า “วิชาการ” ในที่นี้ มิใช่หมายถึงแต่การแปลความจากหลักการ ทฤษฎีที่มีอยู่เดิม แต่รวมถึงการพัฒนาความรู้จากประสบการณ์จริงในการทำงาน และการพัฒนางานจากอุดมการณ์ร่วมของบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว แต่ก็มีเนื้อหาบางส่วนที่เป็นข่าวคราวความคืบหน้าของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการนำเสนอเนื้อหาสาระมีทั้งลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ บทความวิชาการ กึ่งวิชาการ กรณีศึกษา กรณีศึกษา การศึกษา และข่าวคราวต่างๆ

ด้วยต้องการให้วารสารนี้เป็นเวทีวิชาการร่วมกันของสหวิชาชีพที่มีบทบาทในการจัดระบบบริการปฐมภูมินั้นกองบรรณาธิการที่ร่วมกันจัดทำวารสารฉบับนี้ จึงมีทั้งกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์ชนบท พยาบาล ทันตแพทย์ เกษตรกร นักกายภาพบำบัด และนักเทคนิคการแพทย์ โดยมีสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (สพข.) ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เป็นที่กองกลางในด้านการบริหารจัดการ และประสานงาน องค์กรวิชาชีพต่างๆ เป็นเจ้าภาพร่วม และเป็นที่พักพิงภายใต้การสนับสนุนงบประมาณการจัดทำเริ่มต้นจากโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และงบประมาณการจัดส่งแก่สมาชิกจากแต่ละกลุ่มองค์กร

วารสารฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ที่มีเนื้อหาสาระเริ่มต้นด้วยคุณลักษณะสำคัญของระบบบริการปฐมภูมิ และความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัว หลักฐานที่แสดงว่าระบบบริการปฐมภูมิในนานาประเทศทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความยุติธรรม เท่าเทียม ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ และบทเรียนประเทศไทยที่ประชาชนเข้าถึงหน่วยบริการปฐมภูมิได้ง่าย ทว่าถึง รวมทั้งเนื้อหาว่าด้วยบทบาทของวิชาชีพต่างๆ ต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ทีมบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัวนี้ จะเป็นจุดเริ่มต้นหนึ่งของการเปิดโอกาสให้ทีมผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว ได้ออกมาเผยแพร่แลกเปลี่ยนผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพ และร่วมกันพัฒนาวิชาการทางด้านนี้ให้ก้าวหน้าสถานการณ์ การเปลี่ยนแปลงของสังคมและเทคโนโลยีที่กำลังปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว ช่วยกันสร้างสรรค์ผลงานที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทำให้ประชาชนและสังคมพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวิณิชชากร

สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง

สุพัตรา ศรีวณิชชากร

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

คำสามคำ อันได้แก่ คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) “ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) และ “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) ที่หลายส่วนกล่าวถึงกันอย่างมากมายและความเข้าใจที่ต่างกัน บทความนี้มีเจตนาที่จะทบทวนความหมายคำทั้งสามนี้ว่า เหมือนหรือต่างกันอย่างไร และมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร โดยพิจารณาจากที่มาและการให้ความหมายจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้เพื่อเป็นพื้นฐานต่อการทำความเข้าใจร่วมกันในการพัฒนางานระบบบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพ เท่าเทียม และมีประสิทธิภาพ

“สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” มีที่มาจากคำประกาศอัลมา อัลตา โดยองค์การอนามัยโลกเมื่อปี ค.ศ.1978 (พ.ศ.2519) ซึ่งมีเจตนาให้มีการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ให้สามารถปกป้อง คัดกรอง และส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกทุกคนได้อย่างเท่าเทียม บนฐานการพัฒนาที่เชื่อมโยงกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ และความหมายของคำว่าสุขภาพมิใช่เพียงการไม่มีโรค แต่หมายถึงสภาวะความ สุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และการได้รับการดูแลให้มีสุขภาพดีถือว่าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์

ในการประชุมนี้ได้ให้ความหมายและการปฏิบัติการภายใต้คำนี้ว่า “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part of both the country's health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process.”¹ (World Health Organization, 1978)”

ในคำประกาศดังกล่าว ได้ให้ความหมายสาธารณสุขมูลฐานทั้งในลักษณะที่เป็นปรัชญา แนวคิดสำคัญดังกล่าวข้างต้น ที่หมายถึงบริการสำคัญที่ต้องมีเหตุผล ประยุกต์ใช้ได้ เป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นบริการที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ และมีค่าใช้จ่ายในระดับที่เหมาะสม ชุมชนและประเทศสามารถรับภาระได้ รวมทั้งเน้นความสำคัญของหน่วยบริการที่เป็นด่านแรกที่เชื่อมต่อการระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการทางการแพทย์ และได้กล่าวถึงประเด็นการดำเนินงานสุขภาพที่ควรมีการดำเนินการเป็นอย่างน้อยเกี่ยวกับ 1) การให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันควบคุมปัญหาสุขภาพสำคัญ 2) ปัญหาโภชนาการ 3) น้ำสะอาดและสุขาภิบาล 4) อนามัยแม่และเด็กรวมทั้งการวางแผนครอบครัว 5) การให้วัคซีนป้องกันโรค 6) การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น 7) การดูแลรักษาโรคพื้นฐาน และ 8) การมียาที่จำเป็นใช้อย่างพอเพียง (WHO 1978)

นอกจากนี้ ในคำประกาศยังได้เสนอกลวิธีสำคัญเพื่อตอบสนองต่อแนวคิดดังกล่าว คือ 1) การส่งเสริมการพึ่งตนเองของประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในด้านการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล 2) การประสานบูรณาการงานสุขภาพกับภาคส่วนอื่นๆ 3) มีฐานหน่วยบริการสุขภาพพื้นฐาน และหน่วยส่งต่อที่มีบุคลากรทำงานเป็นทีม ทั้งที่เป็นบุคลากรวิชาชีพ ผู้ช่วย และประชาชน ที่ถูกฝึกให้ประยุกต์ใช้ความรู้ และเทคโนโลยีได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองต่อปัญหาพื้นที่ได้ดี 4) ระบบต้องมีการ

บูรณาการ สนับสนุน และส่งต่อระหว่างหน่วยบริการระดับต่างๆ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง (WHO 1978)

การดำเนินการตามคำประกาศนี้ในประเทศต่างๆ มีวิธีการที่แตกต่างกัน และให้ความหมายต่อคำนี้ต่างกันตามบริบทของระบบบริการในแต่ละประเทศ ประเทศที่พัฒนาแล้ว เมื่อพูดถึง Primary Health Care จะให้ความหมายในลักษณะที่ทำให้บริการสุขภาพตอบสนองต่อชุมชนและความต้องการของประชาชนมากขึ้น โดยใช้หน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็นบริการด้านแรกมีอยู่แล้วในพื้นที่ อันหมายถึง primary care อันได้แก่ general practice surgery หรือ family practitioners เป็นผู้ให้บริการ ส่วนประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีทรัพยากรน้อย หน่วยบริการสุขภาพยังไม่เพียงพอ ได้แก่ ประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมทั้งประเทศไทย จะให้ความหมายของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เน้นการเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

จากคำประกาศข้างต้น จะพบว่า องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของ Primary Health Care ที่ครอบคลุมไปถึงการจัดบริการที่เป็นบริการด้านแรกด้วย ซึ่งหมายถึงว่า องค์การอนามัยโลกและประเทศอื่นที่พัฒนาแล้ว² ให้ความหมายของคำว่า Primary Health Care เหมือนกับ Primary Care คือบริการด้านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ ฉะนั้นการกล่าวถึง Primary Care และ Primary Health Care ในประเทศทางยุโรปจึงหมายถึงบริการที่เหมือนกัน และใช้ 2 คำนี้แทนกัน

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวแบบประเทศทางตะวันตกมามากกว่า 40 ปี ในระยะแรกแรกก่อนประกาศอัลมา อัลตา เน้นการพัฒนาหน่วยบริการพื้นฐานอันได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แต่ก็พบว่าประชาชนยังไปใช้บริการได้น้อย³ ระยะต่อมาซึ่งเป็นระยะสิบปีแรกหลังประกาศอัลมา อัลตา ประเทศไทยได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชน มีการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชนเพื่อขยายบริการให้เข้าถึงมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมมากขึ้น^{4,5} ระยะสิบปีที่สอง

หลังประกาศฯ เป็นระยะที่เร่งการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัดให้มีความครอบคลุมทั่วประเทศ ทำให้บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเพิ่มขึ้นมาก อัตราตายแม่และเด็กลดลงอย่างมาก^{6,7} ระยะสิบปีที่สามจนถึงปัจจุบันเป็นระยะของการปฏิรูปการเงินการคลัง และการบริหารจัดการลักษณะต่างๆ เพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนำเอาแนวคิด Primary Health Care มาดำเนินการในประเทศไทย มีลักษณะที่มีพัฒนาการที่แตกต่างกันตามระยะเวลา ระยะแรกมีการพัฒนาทั้งในด้านแนวคิด และกลยุทธ์การดำเนินการลักษณะต่างๆ แต่ระยะต่อมาเน้นไปที่กิจกรรมการมีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชุดกิจกรรมบริการ 10 ประการ และการมีกองทุนชุมชนประเภทต่างๆ ซึ่งเมื่อมีการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติจริงที่หน่วยงานส่วนปลายที่ใกล้ชิดกับประชาชน แนวคิดได้ถูกเน้นไปแต่ที่กิจกรรมดำเนินการมากกว่าเป้าหมายสำคัญที่ต้องการให้บรรลุ (พิจารณาจากเนื้อหาของกรณีศึกษาตรวจสอบ กำกับงาน) จึงทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยทั่วไปให้ความหมายของ “สาธารณสุขมูลฐาน” คือ การมี ผสส. อสม. การมีกองทุนชุมชน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มิได้เข้าใจถึงแนวคิดที่คำนึงถึงผลลัพธ์ต่อประชาชนมากกว่ากิจกรรม และให้ความหมายต่องานสาธารณสุขมูลฐานที่เปลี่ยนไป แปลความว่า เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดยประชาชน และชุมชนเองเป็นหลัก ส่วนการจัดบริการของหน่วยงานรัฐที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นบริการด้านแรก เรียกชื่อว่าเป็น Primary Medical Care อันได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้กล่าวชัดเจนว่าหน่วยบริการที่เป็น primary medical care นี้ จะดำเนินการโดยใช้แนวคิดสาธารณสุขมูลฐานในลักษณะที่เป็นกลยุทธ์ หรือปรัชญาหรือไม่ แต่กำหนดว่าต้องดำเนินการชุดกิจกรรมที่กำหนดในงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งส่วนนี้เป็นประเด็นที่แตกต่างในการแปลแนวคิดไปสู่การปฏิบัติงานจริงระหว่างประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในยุโรป และประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องด้วยสภาพการณ์ที่ประเทศไทยมีบุคลากรด้านสาธารณสุขน้อยกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว

แต่อย่างไรก็ตามแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ยังคงมีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องในประเทศไทย แต่ภายใต้โครงการหรือกิจกรรมในชื่ออื่นที่มีใช้สาธารณสุขมูลฐาน เช่น การดำเนินการแบบประชาคมสุขภาพ การร่วมมือกันเพื่อพัฒนาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญแก่การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงได้ในรูปของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสุขภาพที่เน้นการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ และการให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วม

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการของความหมายของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และความเชื่อมโยงสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการปฐมภูมิ



ระบบบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” เป็นส่วนของชุดคำที่อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งนี้เพื่อการวางแผนหน่วยบริการ การใช้ทรัพยากร เทคโนโลยี และการจัดบุคลากรให้บริการที่เหมาะสมตามลักษณะบริการ โดยที่บริการปฐมภูมิ หมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน

แนวคิดด้านนี้ ในระยะแรกเป็นส่วนที่ได้รับอิทธิพลจากองค์กรอนามัยโลก แต่ในระยะ 10-15 ปีหลังเริ่มรับความคิดจากประเทศทางด้านตะวันตก ยุโรป ที่จัดแบ่งบริการเป็นเพียงบริการปฐมภูมิ (primary care) และบริการโดยโรงพยาบาล (hospital care) โดยไม่ได้แบ่งแยกเป็นระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ

นอกจากนี้ยังมีการให้ความหมายของบริการปฐมภูมิ ในเชิงคุณค่าอื่นเพิ่มมากขึ้นได้แก่

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ.1978 กำหนดว่า หมายถึงบริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการดูแลที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน⁸

แนวคิดต่อระบบบริการปฐมภูมิที่ดี หมายถึง บริการที่ตั้งอยู่ในท้องถิ่น เข้าถึงได้ เป็นการดูแลที่เอาผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากกว่าโรค เป็นบริการที่ผสมผสานบริการประเภทต่างๆ ที่จำเป็น ให้บริการที่ต่อเนื่อง เป็นลักษณะของการบริบาลดูแล (Care) มากกว่า การรักษาโรคให้หาย (cure)⁹

Starfield (1993)¹⁰ ให้ความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ ในลักษณะของบทบาทที่เป็นกระบวนการให้บริการที่เป็นบริการด่านแรกที่เข้าถึงได้ง่าย (Front-line care) ให้บริการที่ต่อเนื่อง (Ongoing care) บริการที่ผสมผสาน เข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ (Comprehensive care) และเป็นหน่วยที่ประสานการบริการกับบริการเฉพาะทางอื่น หรือบริการทางสังคมอื่นที่เกี่ยวข้อง (Coordinated care)

Tudor-Hart (1989) ได้กล่าวถึงบทบาทของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ควรมีเพิ่มเติมจากลักษณะบริการรักษาพยาบาลแบบเดิมคือ มีบทบาทในเชิงรุก เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของกลุ่มประชากร มีการให้บริการโดยที่พิจารณาปัญหาอย่างเป็นองค์รวม

Fry and Horder ให้ความเห็นว่า ระบบบริการปฐมภูมิมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และยุติธรรม



จากทั้งหมดข้างต้นที่ให้ความหมายต่อระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ทั้งที่พิจารณาจากส่วนที่เป็นผลลัพธ์ของบริการ และบทบาทของบริการ พบว่า เป็นการให้ความหมายที่ให้ “คุณค่า” ของ “ระบบบริการที่ดี” รวมไปด้วย มิใช่หมายถึงบริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเหมือนแต่เดิม

ในส่วนประเทศไทย บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึงสถานอนามัย โรงพยาบาลชุมชนตามที่กล่าวแล้วข้างต้น ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้มีบทบาททั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพเช่นกัน รวมทั้งมีบทบาทสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่น้ำหนักของบทบาทจะเน้นไปที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน มิได้กล่าวถึงคุณลักษณะในลักษณะของการดูแลที่ผสมผสานอย่างเข้าใจความต้องการของผู้ใช้บริการ มิได้เน้นบริการที่ดูแลประชาชนต่อเนื่อง แต่มีแผนงานที่กำหนดให้หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงาน 5 กระทรวงหลักเพื่อการพัฒนาชุมชน และคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน ลักษณะของแนวคิดดังกล่าวข้างต้นนี้ในประเทศไทย เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้คุณค่า หรือศักดิ์ศรีของบริการระดับปฐมภูมิไม่เด่นชัด และด้อยกว่าบริการที่มีเทคโนโลยีทางการแพทย์สูง

ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยเน้นแนวคิดใหม่ ที่ทำให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีคุณค่าและเอกลักษณ์ของตนเองที่ชัดเจน ปรับค่านิยมใหม่เป็น

คำจำกัดความ ระบบบริการปฐมภูมิ ในเชิงแนวคิดและหลักการ (พ.ศ.2542)¹¹

หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care services) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community) โดยมีระบบการ



ส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุลง

ความหมายในมิติของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP)¹² หมายถึง หน่วยงานที่สามารถเป็นหน่วยคู่สัญญาให้บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) ที่ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป ทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้าน และบริการในชุมชน ไม่รวมบริการที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ตั้งอยู่ในที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้สะดวกภายใน 30 นาที มีบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และการจัดการตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน 10,000 คนต่อหน่วย

หน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

เวชศาสตร์ครอบครัว

ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวมักเน้นไปที่สาขาวิชาเฉพาะทางของแพทย์ที่ควบคู่กับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ เช่นอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ฯลฯ แต่ขณะเดียวกันก็ใช้เรียกงานบริการทางการแพทย์ที่ใช้ศาสตร์วิชาประเภทต่างๆ ในลักษณะเดียวกัน

แนวคิดในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) ประเทศไทยรับคำนี้หรือศาสตร์นี้มาจากประเทศตะวันตก ที่เป็นส่วนหนึ่งของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาเฉพาะทางด้านต่างๆ เป็นศาสตร์วิชาที่เกิดขึ้นหลังจากที่บริการทางการแพทย์มีการพัฒนาเป็นสาขาเฉพาะทางมากมาย จนทำให้บริการพื้นฐาน

เวชปฏิบัติทั่วไปถูกลดคุณค่า ถูกมองข้าม และไม่ได้รับความนิยม แพทย์ด้านเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศตะวันตกจึงได้พยายามรวมกลุ่มและศึกษาพัฒนา จัดระบบความรู้ เทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการบริการสุขภาพพื้นฐานให้เป็นศาสตร์วิชาที่มีศักดิ์ศรีและคุณค่าอีกสาขาหนึ่งที่ไม่ด้อยกว่าบริการทางการแพทย์สาขาอื่นๆ¹³ ศาสตร์นี้เน้นความเป็นบูรณาการของความรู้ทางด้านการแพทย์สาขาต่างๆ ที่บูรณาการกับความรู้ทางด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยา มีได้เน้นไปทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ลงลึกไปที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่เป็นศาสตร์ที่ให้บริการแก่ประชากรทุกกลุ่ม ทุกโรค¹⁴ เน้นการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹⁵ มีความพยายามที่จะเข้าใจความต้องการ ความจำเป็นของประชาชนในด้านสุขภาพ ศาสตร์นี้ในบางประเทศยังใช้คำว่า เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practice) บางประเทศก็เปลี่ยนเป็น เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เพื่อเป็นการเปลี่ยนภาพลักษณ์ใหม่ของบริการเวชปฏิบัติทั่วไป

องค์การโลกทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว (WONCA: World Organization of National Colleges and Academic Association of General Practitioners/Family Physicians)¹⁵ ได้มีข้อตกลงต่อคำจำกัดความที่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว ดังนี้

“แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว

....เป็นแพทย์ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสาน (comprehensive health care) แก่บุคคลทุกคนที่มาใช้บริการ เมื่อมีความจำเป็น

....ทำหน้าที่เป็นแพทย์ทั่วไป (Generalists) ที่ยอมรับการให้บริการแก่บุคคลทุกเพศ และทุกกลุ่มอายุ

....เป็นผู้ที่ปรึกษาดูแลสุขภาพแก่รายบุคคลในบริบทของครอบครัวและดูแลครอบครัวภายใต้บริบทของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นชนชาติ ศาสนา ชนชั้นทางสังคม และวัฒนธรรมแบบใด และมีความสามารถในการให้บริการทางด้านคลินิก โดยส่วนใหญ่ หลังจากที่มีการพิจารณาและคำนึงถึงพื้นฐานทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และด้านจิตวิทยาของผู้รับบริการร่วมด้วย รวมทั้งมีความรับผิดชอบในการให้บริการที่ผสมผสานอย่างต่อเนื่อง

....เป็นผู้ที่แสดงบทบาททางด้านวิชาชีพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการให้บริการเองโดยตรง หรือการให้บริการโดยผ่านบุคลากรอื่น ทั้งนี้ขึ้นกับความจำเป็นทางด้านสุขภาพ และทรัพยากรที่มีในชุมชน โดยที่มีการให้บริการในลักษณะตามที่กล่าวข้างต้น”

ส่วนในประเทศไทย ในระยะที่ผ่านมาความหมายของเวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นไปที่บทบาทของการคัดกรองโรค/ปัญหาสุขภาพพื้นฐานที่ไม่ซับซ้อน มีความสามารถในการดูแลรักษาปัญหาพื้นฐานในทุกเรื่อง แต่ไม่มีความสามารถลึกในการรักษาปัญหาที่ซับซ้อน มีได้กล่าวถึงหรือให้น้ำหนักของการดูแลที่ผสมผสานทางด้านสังคม จิตวิทยา ที่จะ เป็นเอกลักษณ์ของบริการที่

ระดับนี้รวมไปด้วย อันเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คุณค่าของงาน เวชปฏิบัติทั่วไปด้อยกว่างานทางการแพทย์สาขาอื่นๆ เช่นเดียวกับคุณค่าของบริการระดับปฐมภูมิที่ด้อยกว่าบริการที่โรงพยาบาลเฉพาะทางต่างๆ จึงได้มีการศึกษาและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และเห็นว่าควรพัฒนาให้บริการเวชปฏิบัติทั่วไป มีลักษณะเด่นที่สำคัญเพิ่มขึ้นในการผสมผสานศาสตร์ทางด้านสังคม จิตวิทยาเข้ากับศาสตร์ทางการแพทย์ เป็นส่วนที่ควรดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ได้มีการประชุมของคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องหลายครั้ง และได้นำเสนอในการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษา ครั้งที่ 6 (พฤศจิกายน 2536) ¹⁶ เกี่ยวกับคำนิยามงาน เวชปฏิบัติทั่วไป และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งมีข้อสรุปของความหมายดังนี้

“งานเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัว” หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ (Primary Care) โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม (Holistic) ให้แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Individual, family and community)”

ชื่อของ “งาน/แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” ได้มีการเสนอให้ปรับเปลี่ยนเป็น “เวชปฏิบัติครอบครัว (Family Practice)” ทั้งนี้เพื่อพยายามที่จะสื่อแนวความคิดของการดำเนินงานที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่เน้นการดูแลและให้บริการแบบต่อเนื่อง ผสมผสาน และเป็นองค์รวมมากขึ้น

นอกจากนี้ ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มิได้จำกัดขอบเขตที่ใช้เฉพาะแพทย์ แต่ขยายแนวคิดและศาสตร์นี้ให้ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอ และเห็นว่าความรู้และศาสตร์วิชานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด้านแรก

ข้อมูลข้างต้นนี้แสดงให้เห็นว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” เป็น “แนวคิดและศาสตร์วิชา” ที่มีความจำเป็นต้องใช้ในการ

ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิ และขณะเดียวกันก็สื่อความหมายในลักษณะที่บอกถึง “ระดับคุณภาพที่ดีของบริการระดับปฐมภูมิ” ด้วย

ความเชื่อมโยงของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว

บริการที่ระดับปฐมภูมิ เป็นส่วนของระบบบริการที่ควรจะดำเนินงานด้วยเนื้อบริการที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป/เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้มีการใช้คำโคลงกันระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ที่มาของคำมีความต่างกัน ซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า บริการระดับปฐมภูมิ เป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมด ที่บริการระดับนี้ต้องรับผิดชอบดูแลสภาวะสุขภาพของประชาชนที่หลากหลายตั้งแต่ก่อนป่วย จนถึงป่วยมากขึ้น เป็นหน่วยบริการที่เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถาบันบริการสุขภาพให้แบบสนิท ส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมที่เป็นเนื้อหา ของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์ และจิตวิทยาในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่น ซึ่งทั้ง 2 คำนี้มีส่วนที่ซ้อนและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กัน และทั้งหมดนี้ต่างก็ได้รับแนวคิดหรือหลักการสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน หรือกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเดียวกันกับสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศออลมาออลตา โดยองค์การอนามัยโลก

ทั้งหมดที่เสนอนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อความหมาย ที่มา ของคำทั้งหมด และใช้อย่างเข้าใจ แต่มิได้เจตนาที่จะให้ติดที่คำนิยาม หรือ ความหมายอย่างละเอียด แต่ควรเน้นที่การนำแนวคิด และความหมายไปแปลเป็นรูปธรรมปฏิบัติการณ์ที่มีคุณภาพ มีคุณค่า ตามแนวคิด หลักการ เป็นสำคัญ ■

เอกสารอ้างอิง

- 1 WHO, Geneva, Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- 2 Rifat A., Henrietta Lang What is good primary care?-a collection of seminal papers, Developing Primary Care Resource Pack, Jan 1996, M2-4-5
- 3 สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 25 ปี/ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
- 4 กระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 (พ.ศ.2535-2539) ตามกรอบการประเมินผลขององค์การอนามัยโลกครั้งที่ 3
- 5 ประสิทธิ์ สิริพันธ์ เพ็ญประภา ศิวโรจน์ ลักขณา เตมศิริกุลชัย การประเมินสองทศวรรษ ของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย
- 6 วิชัยรัตน์ พัฒนเจริญ การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนานโยบายและแผนสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. สิงหาคม 2538
- 7 คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543
- 8 Rifat A., Henrietta Lang What is good primary care ?-What is

- the evidence that it is “good”?, Developing Primary Care Resource Pack, Jan 1996, M2-4
- 9 Rifat A.,Henrietta Lang. What is good primary care? Executive Summary, Developing Primary Care Resource Pack 1996; M2-3
- 10 Starfield Barbara. Primary Care, Balancing Health Needs, Services, and Technology. Oxford University Press 1998
- 11 สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ สรุปเนื้อหาสำคัญ โครงการวิจัยและพัฒนาแบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป รายงานผลการศึกษา เล่มที่ 1, พ.ศ.2541
- 12 สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มาตรฐานและแนวทางการจัดบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2545
- 13 Geymans J. The history of General Practice. The Modern family doctor and changing medical practice. Meredith Corporation, New York 1971.
- 14 Mc Whinney I.R. General Practice as an academic discipline. The Lancet. 1966; 419-42
- 15 WONCA. The role of the General Practitioners/Family Physician in Health Care System a statement from WONCA-1991. WINCA News, 1991.
- 16 รายงานสรุปผลการประชุมแพทยศาสตร์ศึกษาครั้งที่ 6



ระบบสุขภาพในอุดมคติ

ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย

1. สุขภาพ มีความหมายถึง 4 มิติ ครอบคลุมสุขภาวะของมนุษย์ โดยมี “มนุษย์” เป็นศูนย์กลางของสุขภาพ ได้แก่
 - (1) สุขภาวะทางกาย
 - (2) สุขภาวะทางจิต
 - (3) สุขภาวะทางสังคม
 - (4) สุขภาวะทางศีลธรรมและปัญญา
2. ปรัชญาแห่งเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวได้พระราชทานแก่สภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เมื่อ พ.ศ.2542 นั้น ได้เน้นการสร้าง “ระบบภูมิคุ้มกัน” ที่ครอบคลุมมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม 4 มิติ เช่นกัน
 - (1) ระบบภูมิคุ้มกันด้านวัตถุ (หรือเศรษฐกิจ)
 - (2) ระบบภูมิคุ้มกันด้านสังคม (รวมคุณธรรม)
 - (3) ระบบภูมิคุ้มกันด้านสิ่งแวดล้อม
 - (4) ระบบภูมิคุ้มกันด้านวัฒนธรรม
3. หากเชื่อมโยง “หลักคิดด้านสุขภาพ” เข้ากับ “ระบบภูมิคุ้มกัน 4 มิติ” ดังกล่าวข้างต้น จะทำให้ระบบสุขภาพเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจ เชื่อมโยงกับระบบสังคมและคุณธรรม เชื่อมโยงกับระบบสิ่งแวดล้อม และเชื่อมโยงกับระบบวัฒนธรรมเป็นระบบสุขภาพที่สมบูรณ์แบบหรือองค์รวม
4. หลักการใหญ่ของปรัชญาแห่งเศรษฐกิจพอเพียง คือ “ทางสายกลาง” หรือ “ความพอเพียง” ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ประการ
 - (1) ความพอประมาณ (พอเหมาะพอดี ไม่สุดโต่ง)
 - (2) ความมีเหตุผล (อธิบายได้ในหลักกฎหมาย หลักศีลธรรม และภายใต้กฎเกณฑ์ของชุมชน-สังคม)
 - (3) มีระบบภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง 4 ประการ
5. หากการบริหารจัดการสุขภาพ ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ยึดหลักการใหญ่ของปรัชญาแห่งเศรษฐกิจพอเพียง โดยเฉพาะองค์ประกอบทั้ง 3 ประการนั้น ก็ย่อมจะเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลเต็มที่ เกิดระบบสุขภาพที่พอเพียง
6. สุดท้ายเราจะได้ทั้งระบบสุขภาพองค์รวมและระบบสุขภาพพอเพียง เรียกได้ว่าเป็น “ระบบสุขภาพในอุดมคติ” ■

เปิดใจ นพ.อมร นนทสุต การพัฒนาบริการปฐมภูมิ

“ท้องถิ่นคือกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่”

สุภาภรณ์ นิภานันท์



ทุกครั้งที่มีโอกาสได้เข้าร่วมเวทีวิชาการด้านสุขภาพระหว่างประเทศ สิ่งที่ได้ยินเสมอๆ คือ การที่ประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากนานาประเทศถึงความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งได้กลายเป็นแบบอย่างที่ทำให้ทั่วโลกให้ความสนใจ และนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตน

งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยมีความก้าวหน้ามาตลอด 30 ปีที่ผ่านมา นับตั้งแต่เมื่อครั้งที นพ.อมร นนทสุต ปลัดกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้นเป็นผู้ให้กำเนิดระบบอาสาสมัครทางด้าน สุขภาพ ที่เรารู้จักกันดีในชื่อ อสม. ที่ย่อมาจาก **อาสาสมัครสาธารณสุข** และ **ผสส.** หรือ **ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข** ที่ถูกจัดตั้งในทุกชุมชนในปัจจุบัน เรียกได้ว่าไทยเคยเป็นประเทศแนวหน้าด้านการ พัฒนาสาธารณสุขมูลฐานมาก่อน

ระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยผ่านมา 30 ปี แล้ว ท่ามกลางกระแสของการปฏิรูประบบ สุขภาพ การให้ความสนใจเรื่องระบบสุขภาพระดับท้องถิ่น บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และอีกหลาก หลายแนวคิด คำถามคือ ณ เวลานี้ สถานการณ์ของระบบสาธารณสุขมูลฐานของไทยอยู่ตรงไหน และควรจะมีทิศทางอย่างไร

ต่อไปนี้เป็นแนวคิดที่น่าสนใจของ นพ.อมร นนทสุต อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบัน ท่านยังคงทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องระบบบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น โดยดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการสนับสนุนและพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

เมื่อพูดถึงระบบสาธารณสุขมูลฐาน นพ.อมร มองว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจ สำคัญที่สุด แต่คำถามที่สำคัญคือ ประชาชนมีส่วนร่วมในระดับไหนจึงจะเป็นระบบสาธารณสุข มูลฐานในลักษณะที่ประชาชนสามารถลุกขึ้นยืนเพื่อดูแลสุขภาพของตัวเองได้ ทั้งในด้านการรักษา บำบัด และส่งเสริม

ทั้งนี้ นพ.อมร แบ่งระดับของการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

0 ไม่มีส่วนร่วมเลย

1 เริ่มจะมีจะมีส่วนร่วม เช่น เวลาที่แพทย์ออกหน่วยบริการในหมู่บ้าน ชาวบ้านช่วยยกโต๊ะ จัดสถานที่ จัดซื้อเด็ก เป็นลักษณะของการร่วมแรง

2 ประชาชนมีส่วนบริการให้ข้อมูล เช่น ให้ข้อมูลกับแพทย์ว่า หมู่บ้านของเราเป็นอย่างไร มี เด็กกี่คน เด็กป่วยเท่าไร

3 ประชาชนร่วมตัดสินใจ เช่น ถ้าแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อยากจะทำโครงการ ก็เข้าไปปรึกษา ชาวบ้านในแง่ของการตัดสินใจ เรียกว่าเป็นการให้ความร่วมมือที่สูงขึ้นมา แต่การตัดสินใจสุดท้ายยัง อยู่ที่แพทย์หรือเจ้าหน้าที่

4 ประชาชนร่วมตัดสินใจและร่วมปฏิบัติด้วย เรียกว่า ร่วมกันทำกับเจ้าหน้าที่

5 ประชาชนจัดการระบบสุขภาพด้วยตนเอง โดยรัฐเป็นผู้สนับสนุน

ระดับการมีส่วนร่วม 5 ขั้นบันไดดังกล่าวข้างต้นนั้น นพ.อมร ระบุว่า ระบบสาธารณสุข มูลฐานของไทยในปัจจุบันนี้อยู่ในระดับขั้นบันไดที่ 4

“แนวทางของระบบสาธารณสุขมูลฐานของประเทศไทยอยู่ที่ระดับ 4 เมื่อมาถึงวันนี้คิดว่าควร จะก้าวข้ามขั้นนี้ได้แล้ว เราควรจะให้ชาวบ้านได้ตัดสินใจเอง จัดการเอง แก้ปัญหาเอง



โดยมีเราทำหน้าที่ให้ข้อมูล ความรู้วิชาการ ซึ่งบทบาทตรงนี้จะกลับกันเลย เท่ากับว่าอำนาจกลับไปอยู่ในมือของประชาชน ซึ่งเราพยายามจะทำกันอยู่ ให้ประชาชนตัดสินใจเรื่องสุขภาพและสุขภาวะด้วยตัวเอง แล้วอยากให้เราสนับสนุนอะไร ด้านไหน กับออกมา”

(คำว่า “เรา” ในที่นี้นั้น นพ.อมร อธิบายว่า ก็คือภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นในรูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล สถานีนอนามัย หรือ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ทั้งหลายนั่นเอง)

เพราะฉะนั้น นพ.อมร จึงสรุปว่า วิสัยทัศน์ของเรื่องนี้ก็คือ ให้ประชาชนลุกขึ้นมาดูแลสุขภาพของตัวเองอย่างยั่งยืน โดยมีจิตสำนึกและศรัทธาอย่างแรงกล้าของตัวเองที่จะทำโดยไม่มีใครมาบังคับ

เมื่อต้องการก้าวข้ามพ้นจากบันไดขั้นที่ 4 เพื่อไปสู่ขั้นที่ 5 นั้น คำถามเบื้องต้นคือ จะดำเนินการอย่างไร

นพ.อมร อธิบายว่า การที่จะให้ประชาชนลุกขึ้นมาตัดสินใจเองนั้น ต้องมีความเข้มแข็งทั้งชุมชน ไม่ใช่ปัจเจก ซึ่งทฤษฎีระบบสาธารณสุขมูลฐานระบุว่า การที่ชุมชนจะเข้มแข็งนั้น ต้องมี 3 ก.

ก.ที่ 1 คือ กำลังคนรู้เรื่อง นั่นคือ ชาวบ้าน

ก.ที่ 2 คือ กรรมการ ก็คือ ชุมชน+องค์กร+ตำบล ต้องมีการพัฒนาตัวเองมาเป็นองค์กรที่เข้มแข็ง ซึ่งมาถึงวันนี้ สิ่งนี้ได้เกิดขึ้นแล้วนั่นคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. และเทศบาล ซึ่งมีทั้งกฎหมายและงบประมาณรองรับ

ก.สุดท้าย คือ กองทุน ต้องมีงบกองกลางในการดำเนินการ

“เมื่อมาถึงวันนี้ สปสช.ได้ริเริ่มกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือที่เราเรียกกันสั้นๆ ว่า กองทุนตำบล เพื่อการจัดการระบบสุขภาพโดยท้องถิ่นเอง ซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว 2 ปี สภาพเช่นนี้ เป็นโอกาสที่ 3 ก. พร้อมแล้ว ดังนั้นถึงเวลาแล้วที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง ชาวบ้านคิดเองทำเอง ชาวบ้านเขาอยู่ในพื้นที่ ทุกสภาพปัญหาเขารู้หมด ภาครัฐทำหน้าที่เพียงการสนับสนุนด้านเทคนิคก็พอ นี่คือการสานต่อของประเทศไทยในขณะนี้”

การที่จะพัฒนาเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพชาวบ้านเองนั้น นพ.อมร ระบุว่า ต้องมีมาตรการอย่างน้อย 2 ประการ คือ มาตรการทางวิชาการ และมาตรการทางสังคม

“มาตรการทางวิชาการ ชาวบ้านต้องมีความรู้ทางวิชาการของเรา แต่ในระดับของเขา หมายความว่า มีความรู้เรื่องสุขภาพ เหมือนกับที่ดำเนินการกับ อสม. คือ ดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ ตรงนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ ทำมาแล้ว 30 ปี แต่ประเด็นคือ ไม่ยั่งยืน การที่เอาความรู้และเทคนิคสาธารณสุขไปให้ชาวบ้านนั้น เขาก็ดูแลตัวเองอย่างง่ายๆได้ แต่ไม่ยั่งยืน คือ แก่โรคที่เป็นอยู่ได้ แต่พอหายแล้วก็เป็นอย่างอื่น เพราะขาดด้านการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมจะใช้วิธีการอย่างเดียวไม่ได้ ต้องใช้การเปลี่ยนพฤติกรรมคน ที่เราแก่นั้น เราแก้แต่เรื่องโรค เราไม่ได้เปลี่ยนพฤติกรรม เท่ากับว่า แก้ที่ท้ายปัญหา ไม่ได้แก้ที่สาเหตุของปัญหา นั่นคือการให้สุศึกษา การส่งเสริมป้องกันโรค ออกกำลังกาย กำจัดลูกน้ำยุงลาย เลิกเหล้า เลิกบุหรี่ ไม่กินหวาน ซึ่งก็คือ มาตรการทางสังคมนั่นเอง”

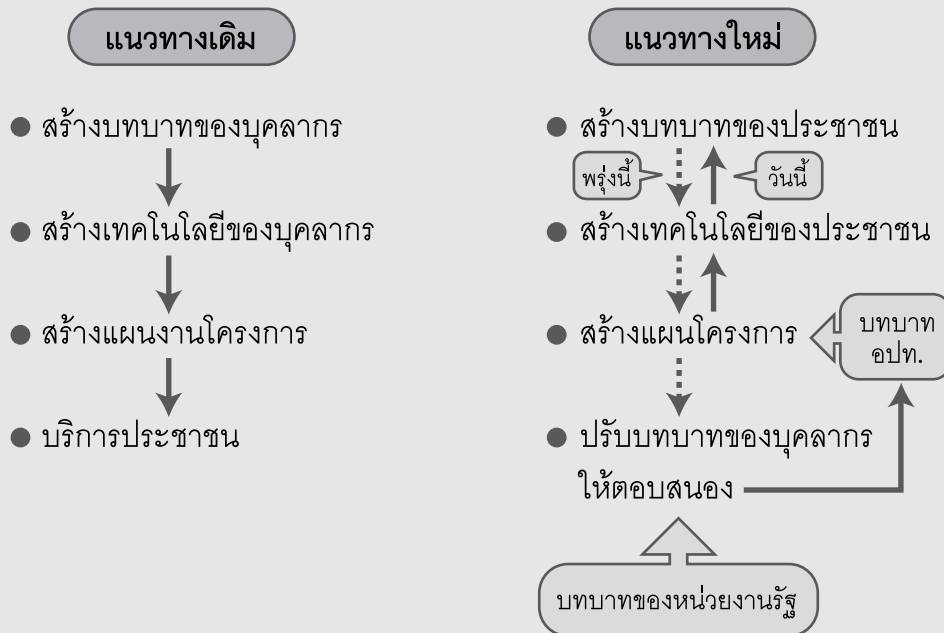
นพ.อมร อธิบายว่า หากระบบสาธารณสุขเน้นแต่เรื่องการรักษา จะประสบความสำเร็จได้ยาก ต้องนำมาตรการทางวิชาการมาใช้ร่วมกับมาตรการทางสังคม

“เดิมเราไม่เคยใช้มาตรการทางสังคม เจ้าหน้าที่ก็ไม่รู้ รักษาแค่ครั้งเดียวจบ แก้ที่ปัจเจก แก้ปัญหาเฉพาะหน้า ซึ่งเดี๋ยวก็กลับมาเป็นอีก เพราะไม่ได้แก้ที่พฤติกรรมนั่นเอง เพราะฉะนั้น primary health care จึงต้องมีทั้งมาตรการวิชาการและสังคมคู่กันจึงจะสำเร็จได้”

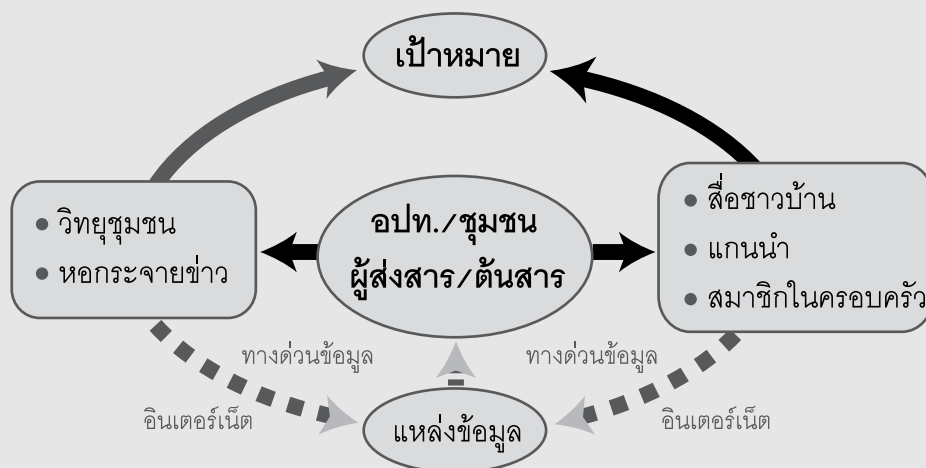
เมื่อได้มาตรการแล้ว ก็มาถึงขั้นตอนที่ว่า ใครจะเป็นคนทำ

“ทางออกที่ยั่งยืนคือ ภาค 3 ฝ่าย ชาวบ้าน-อปท.-เจ้าหน้าที่ ซึ่งเมื่อมองข้ามข้อตตรงนี้ อนาคตเมื่อชาวบ้านเข้มแข็งขึ้นแล้ว ก็ควรจะเป็นของชาวบ้านทั้งหมด อปท.และเจ้าหน้าที่ถอยออกมา แต่ ณ เวลาคนี้ อปท.ยังจำเป้นที่จะเป้นบทบาทหลักตตรงนี้ คือการใช้มาตรการทางสังคมเข้ามา อปท.มีเครื่องมือครบ ออกระเบียบอะไรก็ได้ในหมู่บ้าน พัฒนามาเป็นแผนหมู่บ้านก็ได้ แต่ปัญหาคือ เวลาคนี้การทำแผนชุมชนยังไม่เป้นของชาวบ้านอย่างแท้จริง ส่วนใหญ่คือ ชาวบ้านคิดเจ้าหน้าที่เขียน เมื่อเจ้าหน้าที่เขียนแผนเขาก็เขียนตามกรอบคิดที่เรียนมา”

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพ



ภาพที่ 2 ยุทธศาสตร์การเข้าถึงเป้าหมาย





เพื่อที่จะแก้ปัญหาให้ภาคี 3 ฝ่ายคิดเป็นระบบในการทำแผนชุมชนนั้น นพ.อมรรระบุว่า เราต้องหาเครื่องมือที่จะมาทำให้ยุทธศาสตร์ทั้งหลายที่มีอยู่แล้วในระดับตำบลเป็นจริงขึ้นมา ซึ่งต้องใช้ 2 อย่างคือ 1.เทคนิคการบริหาร และ 2.นวัตกรรม

“เครื่องมือทางการบริหารนั้น เรานำแผนที่ยุทธศาสตร์มาใช้ เพราะเป็นการใช้เครื่องมือบริหารยุทธศาสตร์ที่มีให้เป็นผลสำเร็จได้ จะทำให้มีการแบ่งงาน แบ่งบทบาทที่ชัดเจน จัดลำดับความสำคัญต่างๆ นำไปสู่แผนที่ยุทธศาสตร์ระดับปฏิบัติการ หรือ SLM (Strategy Linked Model) ซึ่งในระดับจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์กันอยู่แล้ว แต่มีแล้วก็จบ ไม่ได้นำมาใช้ ไม่รู้จะทำไม เพราะใช้ไม่เป็น เราจึงเข้ามาบอกว่า เมื่อทำแล้วก็นำมาถอดออกมาเป็น SLM ให้ได้ โดยสร้างเป็นระดับอำเภอ และระดับตำบล”

นพ.อมร อธิบายเพิ่มเติมว่า ระยะแรกอาจจะขอให้กรมอนามัย และกรมควบคุมโรคสร้าง SLM ในประเด็นใหญ่ๆ ไว้ เพื่อให้ชุมชนถอดเอาไปใช้ก่อน โดยไม่ใช้การลอกมาทั้งหมด แต่เอามาปรับให้เข้ากับบริบทและจุดหมายปลายทางที่ตำบล

ต้องการ ซึ่งขณะนี้กำลังดำเนินการอยู่ มีพื้นที่นำร่อง เช่น ตำบลเหมืองใหม่ อ.อัมพวา จ.สมุทรสาคร ที่ชาวบ้านใช้เครื่องมือนี้แล้วผลลัพธ์ออกมาเข้มแข็งมาก ชาวบ้านใช้ได้จริง

สำหรับเรื่องนวัตกรรมนั้น นพ.อมรรระบุว่า ต้องมีการจัดการนวัตกรรม ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ นวัตกรรมที่มีอยู่แล้ว และนวัตกรรมที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นวัตกรรมที่มีอยู่แล้วให้มีการรวบรวมและทำเป็นบัญชีนวัตกรรมไว้ ซึ่งจะให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันว่าทำไมชาวบ้านจึงทำได้และขยายไปสู่พื้นที่อื่นๆ สำหรับนวัตกรรมที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์นั้น ให้นำมาจัดการโดยการต่อยอดให้เกิดเป็นรูปธรรมขึ้นมา สำหรับเทคนิคการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นั้น จำเป็นต้องใช้หลายวิธี ซึ่ง นพ.อมร แนะนำ อาจจะทำเป็นตลาดนัดนวัตกรรม จัดในระดับภาคก่อนก็ได้ เมื่อเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็จะเกิดความคิดใหม่ๆ ต่อเนื่อง หรืออาจจะใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ช่วย เช่น เว็บไซต์ ใครมีนวัตกรรมที่น่าสนใจก็นำมาไว้ในเว็บไซต์ สร้างเป็นพื้นที่ชุมชนออนไลน์สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ขณะนี้ก็เริ่มดำเนินการแล้ว ในชื่อ www.e-san.org

“สังคมไทยมีนวัตกรรมเยอะมาก ทั้งนวัตกรรมด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม เพียงแต่ไม่เคยสนใจมาก่อน เช่น เดินบนกะลาบำบัดผู้ป่วยอัมพฤกษ์ ไม่ได้สำหรับออกกำลังกาย เป็นต้น ตัวนวัตกรรมจะตอบโจทย์เรื่องของมาตรการทางสังคมได้ ซึ่งเดิมรัฐให้มาตรการทางวิชาการไปแล้ว โดยผ่าน อสม. แต่ยังขาดมาตรการทางสังคมเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งนวัตกรรมจะเป็นเครื่องมือตรงจุดนี้”

นวัตกรรมดังกล่าวนั้น นพ.อมรอธิบายว่า นั่นคือ service model innovation ซึ่งเป็นสิ่งที่เราต้องการ คือการทำเรื่องหลักประกันสุขภาพโดยชาวบ้านเอง เช่น ปาบุญมีนำมาไม้ผามช่วยบำบัดผู้ป่วยกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น

“แต่สิ่งที่เรากำลังมุ่งให้เป็น คือ process innovation เป็นการป้องกันโรคโดยวิธีชาวบ้าน เช่น เกษตรปลอดสารความรู้จากปราชญ์ชาวบ้านต่างๆ ซึ่งมีอยู่แล้ว แต่ไม่มีทางด้านสุขภาพ เพราะเราไม่ส่งเสริม ต่อไปเราจะส่งเสริม เพราะเรื่องสุขภาพคือ สุขภาวะ เชื่อมโยงกัน ถ้าเรามีสิ่งแวดล้อมดี สุขภาพดี ชีวิตก็ดี นวัตกรรมตรงนี้เราได้คิดเอง ประชาชน 60 กว่าล้านคนคิด ที่ผ่านมาระไปคิดแทนเขา คิดว่าเราเป็นนักวิชาการ เป็นหมอ เป็นพยาบาล เป็นสาธารณสุข เราไปคิดว่าชาวบ้านไม่รู้ เมื่อเรารู้คนเดียว เราจึงเหนื่อยอย่างทุกวันนี้ เมื่อไม่เชื่อว่าชาวบ้านทำได้ ไม่ยอมรับเขา เราก็ต้องมาจัดบริการเอง แล้วก็ทำกันไม่ไหว ดังนั้น จุดสำคัญตรงนี้ คือภาครัฐต้องเปลี่ยนวิธีคิด ต้องคิดกลับด้าน กลับบทบาทระหว่างรัฐกับประชาชนเสียใหม่”

นพ.อมร ให้คำจำกัดความว่า แนวทางข้างต้นเหมือนกับการเปิด pandora box ออกมา เกิดสิ่งใหม่สิ่งดีๆ ขึ้นมา

“ผมเชื่อในความสามารถของประชาชนว่าเขามีศักยภาพ เขามีแนวๆ เมื่อชาวบ้านทำได้จริง เจ้าหน้าที่ก็จะเปลี่ยนเอง โดยเฉพาะ อบต.-เทศบาลที่เข้มแข็ง เดินหน้าได้จริงในการผลักดันแนวคิดชาวบ้านดูแลสุขภาพตัวเอง ซึ่งท้องถิ่นเป็นกุญแจสำคัญในการปฏิวัติระบบสุขภาพยุคใหม่ แต่ปัจจุบันก็ยังชักเย่อกันอยู่ ส่วนกลางยังไม่ยอมปล่อย แต่ผมคิดว่าเวลานี้ไม่ใช่เวลาที่จะมาแย่งกัน จุดสำคัญคือการร่วมสร้างความสามารถของท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อเขาเข้มแข็งแล้ว ส่วนกลางจะมอบหรือไม่มอบก็มีค่าเท่ากัน เพราะงานไปอยู่ตรงพื้นที่หมดแล้ว” ■



บริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ Benefits of Primary Care



นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

นักศึกษาปริญญาเอก ภาควิชาสุขภาพระหว่างประเทศ
มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา
อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พญ.บาร์บารา สตาร์ฟิลด์

ศาสตราจารย์ ภาควิชานโยบายและการจัดการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

บทคัดย่อ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ ซึ่งได้รับการคาดหวังว่าจะทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง และเกิดความเสมอภาคในสังคม บทความนี้เป็นการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพ โดยเนื้อหาหลักมาจากการแปลและเรียบเรียงบทความเรื่อง Contribution of Primary Care to Health Systems and Health ของ Barbara starfield และคณะ ซึ่งได้รวบรวมและสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพ

นอกจากนี้ยังได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อให้ข้อมูลในบทความนี้มีความทันสมัยมากขึ้น

โดยสรุปแล้วพบว่าบริการปฐมภูมิมีประโยชน์ ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น มีค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง และช่วยให้เกิดความเสมอภาคในสังคม แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการของการศึกษา ทำให้การแปลผลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย ควรทำด้วยความรอบคอบ เช่น ประโยชน์ของบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท นอกจากนี้ เนื่องจากบริการปฐมภูมิของประเทศไทย อาจให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ นอกจากแพทย์ เพื่อทำหน้าที่หลักในการให้บริการปฐมภูมิ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อตอบประเด็นคำถามที่เหลืออยู่

Krit Pongpirul, MD, MPH.

Ph.D. Student, Department of International Health, Johns Hopkins University, USA Lecturer,
Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Barbara Starfield, MD, MPH.

Professor, Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University, USA

Abstract

Primary Care has been the key agenda for the recent Thai Health Care Reform. It was expected to improve health of the population as well as to reduce health care cost. This paper summarizes main findings and discussions from the article "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health" by Barbara Starfield and her colleagues, published in The Milbank Quarterly, Volume 83, No.3, in 2005. Description of framework for studying primary care and discussion on implication of the findings into the Thai context were also included.

บทนำ

บริการปฐมภูมิ (Primary Care) มีความสำคัญ และได้รับความสนใจจากหลายฝ่าย เนื่องจากเชื่อว่าจะทำให้สุขภาพของประชาชนของประเทศดีขึ้น ลดการรักษายาบาลที่ไม่จำเป็นลง ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้ยังช่วยให้เกิดความเสมอภาค (Equity) ในระบบสุขภาพ จากการกระจายทรัพยากรสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และผู้ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้มากขึ้น แต่เนื่องจาก "ความเชื่อ" ดังกล่าว ควรได้รับการพิสูจน์ด้วยหลักฐานทางวิชาการ (Evidence-based) บทความนี้จึงเป็นการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพ เนื้อหาหลักมาจากการแปลและเรียบเรียงบทความเรื่อง Contribution of Primary Care to Health Systems and Health ของ Barbara starfield และคณะ¹ ซึ่งได้รวบรวมและสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับผลของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพ

นอกจากนี้ยังได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อให้ข้อมูลในบทความนี้มีความทันสมัยมากขึ้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิของประเทศสามารถทำได้ทั้งในเชิงนโยบาย (Policy) และเชิงการปฏิบัติ (Practice) โดยคุณลักษณะเชิงนโยบาย หมายถึง 1.การจัดสรรทรัพยากรของประเทศอย่างเสมอภาค (Equitable resource distribution) 2.การประกันว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น (Universal coverage) 3.การไม่ต้องมีส่วนร่วมจ่าย (Low or no copayments) 4.สัดส่วนของปริมาณแพทย์ปฐมภูมิต่อแพทย์เฉพาะทาง (Percentage of primary care physicians) 5.รายได้ของแพทย์ปฐมภูมิเมื่อเทียบกับแพทย์เฉพาะทาง ส่วนคุณลักษณะเชิงการปฏิบัติ หมายถึง 1.การเข้าถึงและใช้บริการเบื้องต้น (First Contact) 2.ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Longitudinality) 3.ความครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness) 4.การประสานบริการ (Coordination) 5.การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centeredness) และ 6.การให้ความสำคัญและการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Orientation)

ซึ่งวิธีการสรุปดังกล่าว ช่วยให้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับบริการปฐมภูมิ รวมทั้งการประเมินระบบบริการปฐมภูมิของประเทศ สามารถทำได้ง่ายขึ้น ซึ่งงานวิจัยแรกได้เกิดขึ้นในปีพ.ศ.2534 เพื่อเปรียบเทียบ

ข้อมูลของประเทศที่พัฒนาแล้ว 11 ประเทศ ซึ่งให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิแตกต่างกันว่ามีผลลัพธ์สุขภาพต่างกันเพียงใด^{2,3} ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า คุณลักษณะเชิงนโยบายและเชิงการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน กล่าวคือ นโยบายของประเทศมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อบริการปฐมภูมิที่จัดให้ประชาชน

เนื่องจากบริการปฐมภูมิครอบคลุมประเด็นมากมาย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีจุดเน้นที่ชัดเจน ทั้งนี้ ในบทความของ Barbara Starfield และคณะ ได้เลือกเฉพาะการศึกษาวิจัยใน 3 จุดเน้น คือ 1.ปริมาณแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physician) เพื่อสะท้อนว่าระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับอุปทาน (Supply) ของบริการปฐมภูมิมากน้อยเพียงใด 2.การมีแพทย์ปฐมภูมิประจำตัว (Primary Care Physician as regular source of care) เพื่อสะท้อนว่าผู้รับบริการได้รับบริการปฐมภูมิดีหรือไม่ และ 3.คุณภาพของบริการปฐมภูมิในภาพรวม จากการประเมินตามคุณลักษณะที่กล่าวแล้วข้างต้น¹

อนึ่ง คำว่าแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians) มีความหมายที่แตกต่างกันไปตามระบบสุขภาพของประเทศต่างๆ ในบทความของ Barbara Starfield ได้หมายรวมถึง แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner), แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Physician), แพทย์อายุรกรรมทั่วไป (General Internist), และกุมารแพทย์ทั่วไป (General Pediatrician) แต่ในที่นี้ อาจสรุปอย่างง่าย ๆ ได้ว่า แพทย์ปฐมภูมิ คือแพทย์ที่ไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาโรคเฉพาะทางนั่นเอง

บริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น (Health Outcome)

จนถึงปัจจุบันมีการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ดังกล่าวทั้งในระดับประเทศ (Country) ระดับรัฐ (State) และระดับเขตปกครอง (County) ซึ่งได้ผลสอดคล้องตรงกันว่า บริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น

ข้อมูลจากการเปรียบเทียบประเทศที่พัฒนาแล้ว 11 ประเทศ ในปี พ.ศ.2534 พบว่า ในประเทศที่มีบริการปฐมภูมิที่ดี (เช่น แคนาดา สวีเดน และเนเธอร์แลนด์) ประชาชนมีสุขภาพที่ดีกว่าประเทศที่ไม่ได้ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิ (เช่น สหรัฐอเมริกา)^{2,3} และในอีก 10 ปีต่อมา ได้มีการศึกษาซ้ำใน 13 ประเทศ โดย Barbara Starfield และคณะ ซึ่งใช้ข้อมูลมากขึ้น⁴ ตามด้วยการศึกษาใน 18 ประเทศในปีถัดมา ซึ่งใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่ละเอียดและซับซ้อนมากขึ้น⁵ โดยทั้งหมดให้ผลการศึกษาที่ยืนยันผลการศึกษาที่ได้ก่อนหน้านี้ นอกจากนี้ยังพบว่า จากคะแนนการประเมินบริการปฐมภูมิของประเทศ 20 คะแนน ทุก 5 คะแนนที่เพิ่มขึ้น (ซึ่งหมายถึงบริการปฐมภูมิที่ดีขึ้น) จะมีส่วนช่วยลดการตายก่อนเวลาอันควรจากโรคหอบหืดและโรคหัวใจได้ร้อยละ 6.5 และ ร้อยละ 15 ตามลำดับ⁵ ข้อมูลจากประเทศอื่นๆ ก็เป็นไปในทางเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ในประเทศสเปนพบว่า อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งปอดลดลง หลังการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเพื่อเน้นบริการปฐมภูมิมากขึ้น⁶ ส่วนในประเทศแคนาดาพบว่า ผลการผ่าตัดต่อมทอนซิลโดยศัลยแพทย์ จะได้ผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและส่งต่อโดยแพทย์ปฐมภูมิ ดีกว่าเมื่อผู้ป่วยไปพบศัลยแพทย์โดยตรง⁷

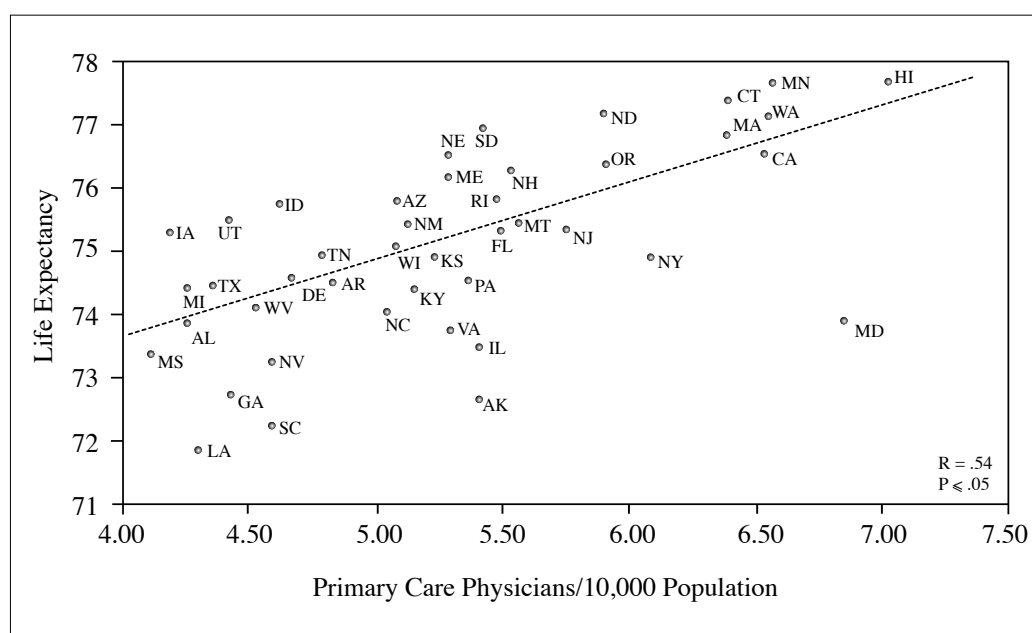
ผลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลในระดับรัฐนั้นมีความสอดคล้องกับที่กล่าวแล้วข้างต้น Leiyu Shi และคณะ ได้ศึกษาข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐที่มีสัดส่วนปริมาณแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรมาก จะมีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่ารัฐที่มีสัดส่วนปริมาณแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรน้อยกว่า โดยดูจากอัตราตายรวม (Total Mortality), อัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคหลอดเลือดสมอง (Mortality from heart disease, cancer, stroke), อัตราตายทารกแรกเกิด (Infant Mortality), อัตราทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อย (Low Birth Weight), และผลการประเมินสุขภาพตนเอง (Self-reported Health)^{8,9} ต่อมาในปี 2541 Vogel และ Ackerman ก็พบว่า การมีแพทย์ปฐมภูมิ มีความสัมพันธ์กับอายุขัยที่เพิ่มขึ้นและอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยที่ลดลง¹⁰ ในปีถัดมา Leiyu Shi และคณะ รายงานว่า บริการปฐมภูมิและรายได้ประชากรที่ไม่เท่าเทียมกัน (Income Inequality) เป็นสองปัจจัยหลักที่มีผลต่ออายุขัยของประชากร

(Life Expectancy) และอัตราการตายรวม (Total Mortality) แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะตัดผลของรายได้ประชากรออกไปก็พบว่า ประโยชน์ของการบริการปฐมภูมิต่อผลลัพธ์สุขภาพและผลการประเมินสุขภาพตนเอง ยังคงอยู่^{11,12} Leiyu Shi และคณะ ยังได้วิเคราะห์ฐานข้อมูลการตายของประเทศสหรัฐอเมริกาในช่วง 15 ปี พบว่า รัฐที่มีแพทย์ปฐมภูมิจำนวนมาก เมื่อเทียบกับปริมาณแพทย์เฉพาะทาง จะมีอัตราการตายจากสาเหตุต่างๆ (All-cause Mortality) น้อยกว่า และเมื่อวิเคราะห์ถึงประเภทย่อยของแพทย์ปฐมภูมิพบว่า มีเพียงปริมาณแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายที่ลดลง¹³ นอกจากนี้ยังมีอีกการศึกษาที่วิเคราะห์เจาะจงถึงอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁴ และอัตราการตายทารกแรกเกิด¹⁵ ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกัน

การศึกษาในระดับเขตปกครอง (County) ก็ได้ผลเช่นเดียวกันว่า ในเขตที่มีแพทย์ปฐมภูมิมากกว่า จะมีอัตราการตายจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งต่ำกว่า และเมื่อวิเคราะห์แยกระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทพบว่าเขตชนบทที่มีแพทย์ปฐมภูมิมากกว่า จะมีอัตราการตายจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งต่ำกว่าเขตชนบทที่มีแพทย์ปฐมภูมิน้อยกว่าอยู่ประมาณร้อยละ 4 และ 3 ตามลำดับ ซึ่งชัดเจนแตกต่างจากผลที่พบในเขตเมืองที่มีความซับซ้อนมากกว่า¹⁶

มีการศึกษาที่น่าสนใจที่วิเคราะห์อัตราการตายจากโรคมะเร็งปอดลูกในรัฐฟลอริดา (Florida) ซึ่งพบว่า ปริมาณแพทย์ปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ (Incidence) และอัตราการตาย (Mortality) ของโรคมะเร็งปอดลูก นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราตายจะลดลง 0.65 ต่อประชากรแสนคน หากมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 คนต่อประชากรหมื่นคน¹⁷ การศึกษาในลักษณะเดียวกันในประเทศอังกฤษ ก็พบว่าอัตราการตายจะลดลงร้อยละ 6 ต่อประชากรแสนคน หากมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพิ่มขึ้น 1 คนต่อประชากรหมื่นคน¹⁸ และต่อมาได้พบอีกว่า จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อจำนวนประชากร มีความสัมพันธ์กับอัตราการตายจากทุกสาเหตุ อัตราตายจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarction Mortality) อัตราตายที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Mortality) การรับเข้ารักษาเฉียบพลันในโรงพยาบาล (Acute Hospital Admission) และการตั้งครรภ์ในเด็กวัยรุ่น (Teenage Pregnancy) แต่ได้เสนอว่า รูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิ (Structural Characteristics of Primary Care Practice) อาจมีผลต่อสุขภาพมากกว่าจำนวนแพทย์บริการปฐมภูมิ¹⁹

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนแพทย์ปฐมภูมิและอายุขัยเฉลี่ยของประชากรในรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา



ที่มา : Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. J Fam Pract 1999;48(4):275-84.

จากข้อมูลผลสำรวจของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ที่มีแพทย์บริการปฐมภูมิประจำตัวมีอัตราการตายในระยะ 5 ปี (Five-year Mortality Rate) น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มีแพทย์บริการปฐมภูมิประจำตัวอย่างมีนัยสำคัญ²⁰ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่า ประชาชนที่ได้รับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิมีสภาพดีกว่า และได้รับบริการป้องกันโรครมากกว่าประชาชนที่ได้รับบริการจากสถานบริการประเภทอื่นๆ^{21,22} ข้อมูลล่าสุดมีการรวบรวมข้อมูลผลการศึกษา 10 ชิ้นมาวิเคราะห์ใหม่เป็นภาพรวมจนสามารถสรุปได้ว่าการมีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 1 คนต่อประชากร 10,000 คน อาจช่วยลดอัตราการตายเฉลี่ยร้อยละ 5.3 ต่อปี หรือคิดเป็น 49 คนต่อประชากร 100,00 คนต่อปี²³

บริการปฐมภูมิมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ลดลง (Health Care Cost)

ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สอดคล้องตรงกันว่า บริการปฐมภูมิที่ดีทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง⁴ จากการเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ พบว่า ประเทศที่มีบริการปฐมภูมิที่ดีจะมีค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ (ภาพที่ 2)

พื้นที่ที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิต่อจำนวนประชากรมาก มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่ำกว่าพื้นที่อื่นๆ ส่วนหนึ่งเนื่องจากมีบริการป้องกันโรคที่ดีกว่าและมีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า^{20,24,25}

อีกการศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจพบว่า การมีแพทย์ปฐมภูมิมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ลดลง และคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น แต่การมีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น แต่กลับมีคุณภาพที่แย่ลง²⁶ การดูแลรักษาโรคที่พบบ่อยบางโรค เช่น โรคปอดบวม โดยแพทย์เฉพาะทาง จะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่า แต่ผลลัพธ์ของการรักษาไม่แตกต่างกับการดูแลรักษาโดยแพทย์บริการปฐมภูมิ^{27,28}

บริการปฐมภูมิช่วยทำให้เกิดความเสมอภาคในระบบสุขภาพ (Equity in Health)

หากเปรียบเทียบพื้นที่ที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาค (High Level of Income Inequality) เท่าๆ กัน จะพบว่าพื้นที่ที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรมาก มีอัตราการตายหลังคลอด (Postneonatal Mortality) และอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 17 และร้อยละ 2 ตามลำดับ ส่วนพื้นที่ที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรน้อย มีอัตราการตายหลังคลอดและอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าค่าเฉลี่ยร้อยละ 7 และร้อยละ 1 ตามลำดับ²⁹ อีกการศึกษาหนึ่งพบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคและมีบริการปฐมภูมิที่ไม่ดีร้อยละ 33 ประเมินสุขภาพตนเองว่าแย่กว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีบริการปฐมภูมิดีกว่า¹²

การศึกษาในระดับรัฐพบว่า การเพิ่มจำนวนแพทย์ปฐมภูมิสามารถช่วยลดผลของการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคต่ออัตราการตายจากทุกสาเหตุ อัตราตายจากโรคหัวใจและโรคมะเร็งได้¹⁶ อีกทั้งยังช่วยลดอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยและอัตราตายทารกในพื้นที่ที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคสูงมากกว่าในพื้นที่ที่มีการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคต่ำ¹⁵

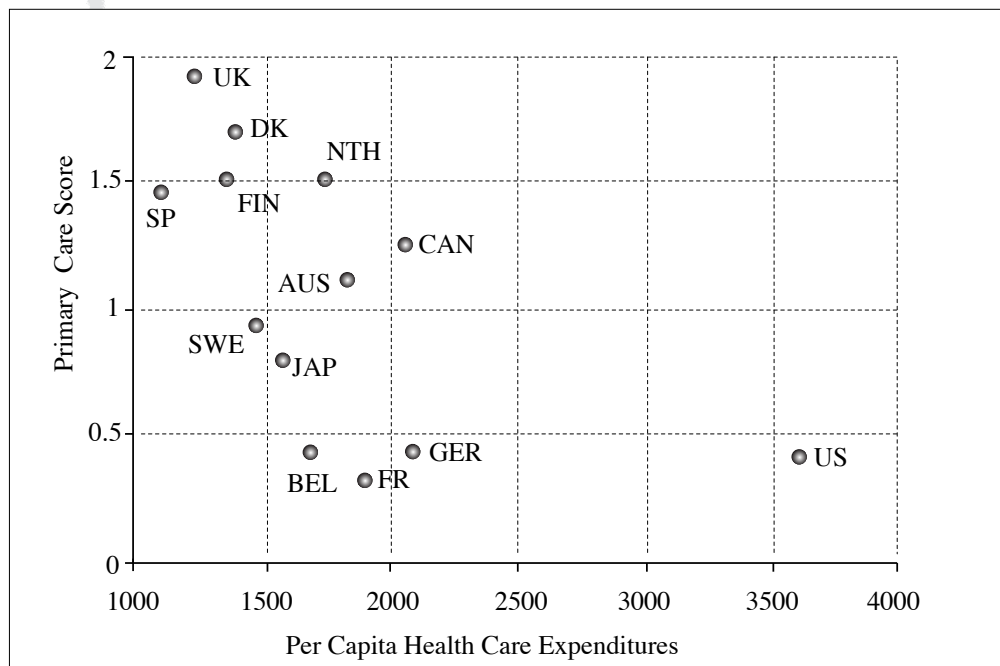
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับรัฐในช่วงเวลา 11 ปี พบว่า จำนวนแพทย์ปฐมภูมิ อาจมีส่วนช่วยลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุ โดยผลที่เกิดกับกลุ่มคนผิวดำ (ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม) จะมากกว่ากลุ่มคนผิวขาวถึง 4 เท่า 30 แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในพื้นที่เขตเมือง กลับพบว่าการกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคกลับมีผลต่ออัตราการตายมากกว่าจำนวนแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งอาจเนื่องมาจากแม้ผู้ด้อยโอกาสจะได้อยู่ในเมืองที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิมากพอ แต่ก็ไม่มีโอกาสได้รับบริการเหล่านั้น³¹ จากข้อมูลข้างต้นทำให้อาจกล่าวได้ว่าการมีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิที่เพียงพอ มีส่วนช่วยลดความไม่เสมอภาคทั้งด้านเชื้อชาติและฐานะทางสังคม

การศึกษาในประเทศอังกฤษซึ่งให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิเป็นอย่างมากพบว่า คนผิวดำและคนผิวขาวมีอัตราการถูกตัดขาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน³² ในขณะที่คนผิวดำในประเทศสหรัฐอเมริกา กลับมีอัตราการถูกตัดขาสูงกว่าคนผิวขาวถึง 2-3 เท่า ซึ่งเป็นอีกหลักฐานหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าบริการปฐมภูมิมีส่วนช่วยลดความไม่เสมอภาคในสังคม

บริการปฐมภูมิทำให้สุขภาพดีขึ้นได้อย่างไร?

จากหลักฐานที่กล่าวมาแล้วข้างต้น Barbara Starfield ได้อธิบายว่า มีอย่างน้อย 6 กลไกที่สามารถใช้อธิบายประโยชน์ของบริการปฐมภูมิได้ คือ 1. ผู้ด้อยโอกาสได้เข้าถึงบริการมากขึ้นโดยมีบริการปฐมภูมิเป็นด่านแรกที่สามารถเข้ารับบริการสุขภาพอื่นๆ ที่จำเป็นต่อไป 2. คุณภาพของการดูแลรักษาโดยรวมที่ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยจะได้รับบริการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพโดยแพทย์ปฐมภูมิ และผู้ป่วยส่วนหนึ่งซึ่งมีความจำเป็นจริงๆ เท่านั้น ที่ได้รับการส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งจะได้รับการดูแลตามหลักวิชาการเฉพาะทางได้อย่างเต็มที่และมีคุณภาพ 3. การปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น เช่น การเลี้ยงลูกด้วยนม การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ฯลฯ เนื่องจากบริการปฐมภูมิได้เน้นเพียงการป้องกันเฉพาะโรค 4. บริการปฐมภูมิทำให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพตั้งแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคลง 5. บริการปฐมภูมิเน้นที่การดูแล “คน” มากกว่าการรักษา “โรค” ซึ่งจะเห็นได้จากลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงและใช้บริการเบื้องต้น (First Contact) ความต่อเนื่องของการดูแลรักษา (Longitudinality) ครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness) และการประสานบริการ (Coordination)

ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างบริการปฐมภูมิและค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ลดลง



ที่มา : Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health : an international perspective. Health Policy 2002;60(30):201-18.

ข้อจำกัดของหลักฐานทางวิชาการ

จากที่ได้นำเสนอข้างต้น จะสังเกตได้ว่า หลักฐานทางวิชาการต่างๆ ที่รวบรวมได้ มีข้อจำกัดที่สำคัญบางประการ

1. ผลการศึกษาที่ได้ ไม่สามารถนำมาสรุปในเชิงสาเหตุ-ผลลัพธ์ได้เต็มที่ (Causality) เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลประชากรระดับต่างๆ จึงมีโอกาสเกิดความผิดพลาดเชิงนิเวศน์ (Ecological Fallacy) แต่อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่สามารถทำการศึกษาในระดับบุคคล เพื่อป้องกันความผิดพลาดดังกล่าวได้ง่ายนัก ข้อมูลจากการศึกษาในระดับต่างๆ ที่ได้สอดคล้องกัน ก็มีส่วนทำให้ข้อสรุปที่ได้มีความถูกต้องน่าเชื่อถือในระดับหนึ่ง

2. คำว่าบริการปฐมภูมิ มีความหมายที่ค่อนข้างกว้าง การศึกษาวิจัยจึงต้องกำหนดตัวแทนที่สามารถวัดได้ เช่น จำนวนแพทย์ปฐมภูมิ แต่ก็ต้องระมัดระวังในการแปลผล นอกจากนี้ คุณลักษณะเชิงการปฏิบัติบางประการของบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความครอบคลุมของบริการ (Comprehensiveness) และการประสานบริการ (Coordination) ยังขาดการศึกษาวิจัยที่ดีเพียงพอ เนื่องจากไม่สามารถหาเครื่องมือวัดที่ดีเพียงพอได้ เช่นเดียวกับ คุณภาพของบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นอีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญแต่มีการศึกษาวิจัยไม่มากนัก ส่วนใหญ่จะเน้นที่โรคหรือภาวะที่พบบ่อย เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งก็ยังพบปัญหาในเรื่องคุณภาพบริการปฐมภูมิอยู่³³

3. ผลลัพธ์สุขภาพส่วนใหญ่ที่ใช้ในการศึกษา คือ อัตราตาย ซึ่งมีข้อดีคือมีความน่าเชื่อถือและสามารถวัดได้ง่าย แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคือบริการปฐมภูมิเป็นประเด็นเกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชน ซึ่งอาจต้องใช้เวลานานมากกว่าจะเห็นผลต่ออัตราตายที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ในระหว่างดำเนินการ อาจมีปัจจัยอื่นที่มีผลกระทบ (Confounding Factors) มาเกี่ยวข้อง ซึ่งการศึกษาส่วนหนึ่งได้ใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อควบคุมผลจากปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เท่าที่จะทำได้ระดับหนึ่งแล้ว

ข้อสรุปและข้อเสนอ

บทความนี้ได้นำเสนอหลักฐานทางวิชาการต่างๆ โดยสรุปแล้วพบว่า บริการปฐมภูมิมีประโยชน์ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น มีค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง และช่วยให้เกิดความเสมอภาคในสังคม แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการของการศึกษา ทำให้การแปลผลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย ควรทำด้วยความรอบคอบ เช่น ประโยชน์ของบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท นอกจากนี้ เนื่องจากบริการปฐมภูมิของประเทศไทย อาจให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ นอกจากแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาล³⁴ เพื่อทำหน้าที่หลักในการให้บริการปฐมภูมิ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม เพื่อตอบประเด็นคำถามที่เหลืออยู่ ■



เอกสารอ้างอิง

- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
- Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991;266(16):2268-71.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33.
- Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2002;60(3):201-18.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-65.
- Villalbi JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, et al. [An evaluation of the impact of primary care reform on health]. *Aten Primaria* 1999;24(8):468-74.
- Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry* 1979; 16(1):73-83.
- Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved* 1992; 3(2):321-35.
- Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24(3):431-58.
- Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* 1998;28(1):183-96.
- Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48(4):275-84.
- Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv* 2000;30(3):541-55.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 2003; 16(5):412-22.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Politzer R. Primary care, income inequality, and stroke mortality in the United States: a longitudinal analysis, 1985-1995. *Stroke* 2003; 34(8):1958-64.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Xu J, Regan J, Politzer R, et al. Primary care, infant mortality, and low birth weight in the states of the USA. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(5):374-80.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities and all-cause, heart disease and cancer mortality in US counties: a comparison between urban and non-urban areas. *Public Health* 2005;119(8):699-710.
- Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, Roetzheim RG. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003;35(1):60-4.
- Gulliford MC. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *J Public Health Med* 2002;24(4):252-4.
- Gulliford MC, Jack RH, Adams G, Ukoumunne OC. Availability and structure of primary medical care services and population health and health care indicators in England. *BMC Health Serv Res* 2004;4(1):12.
- Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;47(2):105-9.
- O'Malley AS, Forrest CB, Politzer RM, Wulu JT, Shi L. Health center trends, 1994-2001: what do they portend for the federal growth initiative? *Health Aff (Millwood)* 2005; 24(2):465-72.
- Regan J, Schempf AH, Yoon J, Politzer RM. The role of federally funded health centers in serving the rural population. *J Rural Health* 2003;19(2): 117-24; discussion 115-6.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv* 2007; 37(1):111-26.
- Mark DH, Gottlieb MS, Zellner BB, Chetty VK, Midtling JE. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *J Fam Pract* 1996;43(1):33-9.
- Welch WP, Miller ME, Welch HG, Fisher ES, Wennberg JE. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *N Engl J Med* 1993;328(9):621-7.
- Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
- Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42(2):139-44.
- Whittle J, Lin CJ, Lave JR, Fine MJ, Delaney KM, Joyce DZ, et al. Relationship of provider characteristics to outcomes, process, and costs of care for community-acquired pneumonia. *Med Care* 1998;36(7):977-87.
- Shi L. Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Med Care* 1999;37(10):1068-77.
- Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med* 2005; 61(1):65-75.
- Shi L, Starfield B. The effect of primary care physician supply and income inequality on mortality among blacks and whites in US metropolitan areas. *Am J Public Health* 2001; 91(8):1246-50.
- Leggetter S, Chaturvedi N, Fuller JH, Edmonds ME. Ethnicity and risk of diabetes-related lower extremity amputation: a population-based, case-control study of African Caribbeans and Europeans in the United Kingdom. *Arch Intern Med* 2002; 162(1):73-8.
- Nitiyanant W, Chetthakul T, Sang-A-kad P, Therakiatkumjorn C, Kunsuikmengrai K, Yeo JP. A survey study on diabetes management and complication status in primary care setting in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet thangphaet* 2007;90(1): 65-71.
- Hanucharunkul S. Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemp Nurse* 2007;26(1):83-93.



Primary health care in a changing world

Jan De Maesenee

Department of Family Medicine and Primary Health Care, Ghent University, Belgium

Shabir Moosa

Department of Family Medicine, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

Yongyuth Pongsupap

Primary care Component Manager of Health Care Reform Project,
and Expert of Health Policy and Planning Bureau, National Health Security Office, Nonthaburi, Thailand.

Arthur Kaufman

Department of Family and Community Medicine, University of New Mexico, Albuquerque, USA

On the occasion of the 30th anniversary of the Alma Ata-declaration, it is a challenge to assess if the declaration is still relevant to primary health care¹ today. We describe how primary health care can contribute to the challenges of the changing world i.e. how primary health care may be shaped in the new health economy in a globalising world. We first look at the different challenges and see how primary health care tries to respond in different parts of the world. We look for commonalities in the different approaches and how they fit with the principles of primary health care. Finally, we offer reflections on the way forward.

Challenges for primary health care in a changing world

Today we face unprecedented **demographic and epidemiologic transitions**. The world population is aging with the proportion of over-75's becoming more important whilst the percentage of young people in the overall population gradually declining. In 2005, 19% of all deaths were among children and 53% were among people aged 60 and older. By 2030 the respective proportions will have changed to 9% and 62%. Non-communicable disease mortality will increase from 61% to 68%² and this trend will hold for Africa despite the HIV-AIDS pandemic and poor socio-economic circumstances. As the population is aging, the number of patients with 2 or more chronic conditions increases. There are considerable differences in healthy life expectancy all over the world: for the African region the healthy life expectancy is 40 years for males and 42 years for females, for the European region 62 and 68 years.³ Positive news is that the number of deaths by HIV/AIDS decreased from 3,9 million in 2001 to 2,1 million in 2007.⁴

Scientific and technological innovations bring the prospect of new prevention and care possibilities. The understanding of the role that genes play in health and disease, will have an enormous influence on health care, especially in terms of diagnosis and prognosis. Information and communication technology creates opportunities for improved documentation of decisions at the point of care. New drugs are available and change the approach to diseases (from surgery to drug treatment). The development of Evidence Based Medicine provides an important tool to optimise frontline access to innovations. There are concerns about how the needs of developing

countries will be taken into account in the agenda-setting and how much all these developments will be driven by their developmental needs rather than by the market? How much will patient-centredness be maintained with threats to patient autonomy and the risk of decreased distributive justice?

One of the most important **cultural developments** is that “patients” are acting more and more as “consumers”. This has consequences for the expectations and demands at the point of service delivery. Both in Western and developing countries there is an increasing “medicalisation” of daily life (e.g. through “the making of new diseases”⁵). Looking at **socio-economic developments**, there is an increasing gulf between poor and rich, and a growing concentration of wealth (and consequent power over health policy decisions) at the top of the income distribution. We are living in a “risk society” with ecological (food safety, climate change, water and air pollution), socio-economical and individualisation risks.⁶

Finally, an important challenge comes from **globalisation and “glocalisation”**. Changes in economic policy and capital account liberalisation have led to increasing participation of low-and middle income countries in the global economy. However, when comparing the period of 1960-80 with the rapidly globalising period of 1980-2000, slower growth of the per capita GDP is noted, as well as lesser progress in health outcomes, and a lesser progress in educational outcomes.⁷ Also, conflicts and war in several parts of the world induce an increasing mobility and migration. On the other hand, there is a growing urbanization of the world’s population. By 2030, 70% of the world population will live in cities. This means that (primary) health care systems will be faced with new challenges as the global problems become apparent at a more concentrated, local level (“glocalisation”) and focused on the prevention and/or the rapid and appropriate response to disease outbreaks and disasters.

How does primary health care respond to the challenges of the changing world?

Twelve characteristics⁸ define primary health care: it is general, accessible, integrated (including health promotion, disease prevention, cure and care, rehabilitation and palliation), continuous, it is a team-work, holistic, personal (focusing rather on the person than on the disease), family and community oriented, coordinated, confidential (respecting the patient’s privacy), and plays an advocacy role.⁹ The relevance of some of those principles is challenged by our “changing world”: a “general” approach at a time when “sub-specialisation” is booming; “accessible” at a time when increasing dualisation and decreasing “solidarity” lead to more “out-of-the-pocket payment” at the point of service; “accessible” at a time when cultural diversity is seen as a “threat” rather than as an opportunity; “integrated” in a framework where there is increasing fragmentation with market-driven “for profit” stand-alone facilities; “continuous” at a time when people are constantly on the move and “care from the cradle to the grave” sounds very outdated; “family oriented” at a time when the “traditional family” is no longer the prevailing living unit; and “coordinated” at a time when quality of care for the patient with multi-morbidity is judged by guidelines created for single “disease management”.

We explore how, in different continents, primary health care stakeholders have responded to these challenges, focusing on relevance, equity (including accessibility), quality and cost-effectiveness as a framework for analysis.

In Thailand, in the 1990’s, change of health care delivery was introduced through small scale experimental new style health centres which was eventually developed into a national policy. the government has been convinced that change in the health care system was needed and pPrimary health care was in the forefront of that change. The aims were threefold: to increase equity, to improve quality and to give a human dimension to health care (see Appendix 1).

Physicians moved outside the hospital setting and there was a shift from specialist-in-hospital-care to practitioner-in-community-family-care. Capacity problems are addressed with an intensive training programme and support of staff. In South-Africa the political change at the end of apartheid has put equity on the health policy agenda (Appendix 2). Primary health care developed as a result from a combined effort at different levels: the district health system that created the structural context, departments of family medicine and primary health care at universities and training institutions for primary care nurses and mid-level care workers that established appropriate training programs to build the appropriate human resources and the government that embraced primary health care in its strategy. In the USA, primary care has traditionally been very weak. The disappointing results of the actual technology-driven and market oriented health care system, called for the adoption of the concept of the primary care “medical home” system to coordinate care. This concept is applied in different states e.g. in New Mexico, where it is an integer part of a strategy to address the challenges by cultural diversity and geographic and financial barriers to adequate health care. The University of New Mexico developed a web-based primary care referral programme in order to connect the uninsured to a medical home. The “health commons” are a new concept in community-based care, which attempts to address the social determinants of disease, utilising an intersectoral approach (Appendix 3). In Belgium, due to the lack of a structural framework for primary care (no patient list, no gate keeping, fee-for-service with a focus on curative services), an incremental approach to strengthen primary care has been developed, mainly focusing on improvement of access and quality assurance. Implementation however is difficult as policy-development is based on continuous compromise between insurance and health profession organisations. Apart from the traditional fee for service, innovative primary health care centerscentres have developed, working in a capitation system, without financial barriers, and developing an integrated approach, with special attention for vulnerable groups. In order to address the upstream causes of disease, the centerscentres develop a “Community Oriented Primary Care”-strategy, focusing on empowerment and social cohesion (Appendix 4).

Primary Health Care in the new health economy: a SWOT-analysis.

Although there are huge differences in the context in which primary health care has developed in the past decades, the examples from 4 continents illustrate that a primary health care-based approach tackles the challenges of the changing world. It will be important to monitor in the future to what extent it contributes in terms of equity (access, reducing social inequalities in health), quality (both process and outcome) and influence morbidity and mortality. Looking at the described examples, there is an interesting convergence: on the one hand countries with limited nurse-based and hospital related health care (example, Thailand) or with a system based on district health hospitals with related nurse-based clinics (SA), discovered the importance of a comprehensive, holistic primary health care clinician, a “family physician”, to improve performance of the primary health care team. On the other hand, countries with a strong person oriented family medicine tradition (Belgium, United States) demonstrate the need for an interdisciplinary community oriented primary health care team, practising Community Oriented Primary Care, involving the local population, and working towards intersectoral action for health.

Appendix 5 summarises the key elements of a SWOT-analysis of primary health care. Primary health care has a lot of **strengths** : it responds to the “human needs” for a comprehensive patient- centeredcantered approach when suffering from health problems and it has (at least in Western Europe) a strong historical development building on a variety of traditions. Since the 1990's it has developed a switch from “experienced based medicine” toward “evidence based medicine”, underpinning guidelines and protocols. A challenge I how to reconcile an EBM-approach with the important role traditional healers play in developing countries, where they are the first contact of the population with the health care system. More and more the involvement of the patient (for example, through self-help groups), has become a cornerstone of the primary health care-approach. An increasing community orientation has contributed to close the gap between

primary health care and public health (see figure 1). Nowadays the evidence points in the direction that countries with a strong primary health care system, achieve better outcomes with a more cost-effective use of resources and more equity. But there are also **weaknesses** : solidarity and equity, underpinning the values of primary health care, are increasingly under pressure since 1989, and certainly after the 9/11 events in 2001. There are important gaps remaining between primary health care and public health; between health and welfare; between cure, care and promotion, prevention. A minority of health systems in the world are primary health care-oriented; most are hospitalo-centred. The **opportunities** for primary health care are globalisation with increased possibility to network and exchange experiences, the increasing international political attention for the need of universal coverage in order to make health care accessible and the role primary health care can play in this process, the development of interdisciplinary team work and subsidiarity in patient management, the growing evidence of cost-effectiveness of strategies based in primary health care, the positive experiments with intersectoral action for health, involving sectors like urbanisation, economy, housing, education at different levels of society and the growing evidence of the contribution of a strong primary health care system to empowerment of individuals and "social cohesion". However, important threats may challenge the future of primary health care: globalisation is both an opportunity and a threat (e.g. through the international brain drain). Increasingly, all over the world market mechanisms are being introduced in primary health care. The challenges will be how these mechanisms may be able to contribute to relevance, equity, quality and cost effectiveness of the primary health care system and whether they will be a threat to a comprehensive and holistic approach. New initiatives like "walk-in clinics" although responding to the "consumerism"-trend lead to fragmentation and are not cost-effective. In developing countries, there is an increasing tension between vertical disease-oriented programs (focusing on Aids, Malaria, and Tuberculosis) and the development of primary health care. In order to avoid "internal brain drain" (from local primary care to vertical programs) investment of donors in strengthen primary health care is needed. World wide there is a continuous threat of underfunding primary health care both at the level of infrastructure and human resources.

In Western Europe, there is increasing attention to "disease management," establishing path ways through primary and secondary (and sometimes tertiary) care, for certain patient groups (for example, e.g. diabetes, cancer, COPD,...). The aim is to improve quality of care through integrated multi-disciplinary protocols, based on sound evidence. In countries where increasingly market-mechanisms are introduced, parts of this program are outsourced to specific care providing companies. However, there is growing concern about the comprehensiveness of care when patients are treated by different service entities. Especially with the increasing problem of "co-morbidity," there is a need for holistic integration, that may lead to "adaptation" of the targets in the different disease-oriented guidelines, and shift the focus from "problem-oriented" to "goal-oriented" care, putting the patients' functional aspirations at the center of the care.^{12, 13}

The way forward.

The SWOT-analysis makes clear that only a strong commitment of governments towards strengthening primary health care may be able to achieve the objective of care that is relevant, equitable, high-quality and cost-effective. The World Health Report 2008 may be a starting point for clear engagements to give a new impetus for primary health care in order to achieve the Millennium Development Goals. A worldwide global primary health care plan is needed, and WHO should set the agenda for this development, creating a specific primary health care department, that cuts across the vertical disease oriented programs in the organisation. There is a need for analysis of policy development and dissemination of best practices, using an open method of coordination. In Latin America, the Pan American Health Organisation report "Renewing primary health care in the Americas" has described how this could work for the Americas¹⁴. An important effort is needed at the level of recruitment, education and retention of primary health care

workers: primary care nurses, family physicians, midlevel care workers. There is a responsibility for professional organisations (for example, World Organization of Family Doctors-Wonca) and universities and institutions for higher education to train appropriate providers and for governments to set up mechanisms that make it possible for providers to continue to work in remote and rural areas, townships,...

A clear research agenda has to be set at different levels: at the **macro**-level there is a need to understand better how sustainable primary health care-oriented health systems may be developed and how primary health care, through intersectoral action for health may contribute to address the social determinants of health. Research is needed to understand better how measures taken in different domains (finance, economy, urbanisation,...) may affect health systems ("health system impact assessment"). Research in primary health care should address the assessment of improvements that the Quality Chasm report is calling for in 6 dimensions of health care performance: safety, effectiveness, patient-centredness, timeliness, efficiency and equity¹⁵. At the **meso**-level, we need research about models that bridge the gap between primary health care and public health, that investigate how professionals, civil society organisations and population can interact to strengthen primary care, and what are the best ways of organising the "micro- systems" that deliver care. To look at the primary health care as a "complex adaptive system"¹⁶, could be a worthwhile approach.

At the micro-level a better understanding of how the concept of "patient-orientation" can be put in practice in different cultures should be better understood and more insight is needed in experiences of patients in the health care system. The focus on evidence based medicine and implementational guidelines, may not divert primary health care workers from the broader perspective: therefore "medical" evidence should be complemented with "contextual evidence" and "policy evidence"¹⁷. Certainly for patients with multi-morbidity, there is a need to deviate from the disease-oriented guidelines, integrating context as an important frame of reference.

In the meantime primary health care workers will have to try to navigate adequately between "**computer**" and "**compassion**", between "**convergence**" (following guidelines) and "**context**" (looking at variability), between "control" (to reach the targets e.g. in pay-for-performance) and "**complexity**", between health as an individual "**commodity**" (in a market-context) and more social cohesion and equity in the "**community**". ■

Appendix 1

Thailand

In Thailand, until the 1990s, primary health care consisted of health centres that started out as "antennas of hospitals." The focus of the care was on technical adequacy and clinical decisions, not on patient centeredness and quality of human relations. Family medicine appeared as a new specialty in Thailand in 1998. The first health centre to feature the family practice model was established in 1991. It was intended as a step in changing the health care system.¹⁸ Today, family medicine, embedded in primary health care, belongs to the Thai health vocabulary and committed family practices give substance to the concept and function as demonstration and training centres. Health policy explicitly links universal coverage, first-line health service strengthening and family medicine development. Family medicine has seen an academic break-through in the last 5 years and is now recognised as a speciality in its own right. The Ministry of Public Health sees in family practice the potential to change health care delivery in Thailand to. They hope that family practice can bring a new style of relating to patients, with a new understanding of the process of health and illness, and a new emphasis on illness prevention and coordination of care. They hope family practice will lead to improved access to care, increased emphasis on prevention at the community level and reduced cost of care.

In contrast to the Western model of family practice (which remains largely focused on point-of-contact care) in most areas of Thailand, health needs and limited resources amplify the importance of action at the community level. Physicians must be able to move outside the hospital setting, conceptually and literally, in order to have an impact on the health problems of the communities they serve¹⁹.

By the increased focus on family medicine development under the new Thai Universal Coverage policy, primary care units were strengthened, shifting the centre from specialist-in-hospital to family practitioner-in-community. The emphasis on primary care in the Universal Coverage scheme represents a bold departure from the traditional, hospital-dominated Thai health care system. Initial problems with this new scheme included a shortage of doctors to staff primary care units, necessitating use of hospital doctors who rotated out to the clinics. They were far too few and they lacked skills and an orientation toward integration of prevention and health promotion. Thus, nurses and health workers serve as the backbone of service delivery at primary care level and will remain so until - and unless - the allocation of sufficient family doctors and primary care-oriented nurses. So far, high level policy makers have not been prepared to put in place the staff management mechanisms needed to support such redeployment²⁰, and institutional capacity for this change is not yet adequate. Moreover, stewardship and regulatory functions are among the weakest functions of the state still weak without. Clear definitions are needed about the benefits package for primary care, its goals and operational targets, how to monitor indicators, and what rewards and sanctions there will be if quality is not maintained. These unfinished agenda items need very careful monitoring and evaluation for further improvement of the overall system to promote family practice, until it becomes the standard of service of the Thai health care system.

Appendix 2

South-Africa

The Primary Health Care approach has old roots in South Africa with the development of Community-Oriented Primary Health Care in the 1930s but was smothered under apartheid in the 1950s and Family Medicine was merely limited to private practice.²¹ The National Health System has attempted to transform apartheid legacy of hospital-centric care since the late 1990s towards the priority of primary health care. With the shortage of doctors this has been principally with nurse-based clinics (supported by doctor visits) in a strong public health approach of Health Districts. There is a strong community and programmatic orientation based on District Health Services (DHS) however this has become increasingly limited by few doctors visiting clinics, patient complaints about the quality, verticalisation of disease-oriented priority programmes and patients bypassing clinics to get to doctor-based hospitals.

Family Medicine, now a specialist discipline and more progressive in embracing the challenges of a new South Africa, is in a growing partnership between universities and provincial Departments of Health since the 2000s and progressively placing Family Physicians (FPs), based in district hospitals, community health centres, clinics and community to improve quality of clinical care. Family Physicians offer nurses supervision, manage medical referral to hospitals and link the community to district hospitals. The principles of the DHS and Family Medicine are growing in alignment. Family Physicians are however grappling with the difficulties of new role definitions and clinical teamwork. Appropriately trained Family Nurse Practitioners are producing access, higher quality health care and outcomes but there are cautions regarding the equivalence of care and productivity savings versus salary differentials.^{22,23} The Mid-level worker is also a new part of the mix to develop more roles in the light of doctor shortages and is being supported by Family Physicians in South Africa as procedural assistant in District Hospitals.²⁴ The private health sector (consuming more than 60% of health-expenditures which serve less than 10% of the population mostly with specialist hospital care) is also attempting to manage health care costs with primary health care, more for protecting markets than for expanding access²⁵.



Appendix 3

United States and New Mexico

The United States is grappling with the most expensive system of care in the world. Consuming 16% of the gross domestic product, it performs poorly compared to other industrialized countries. The U.S. has no universal system of healthcare, no guaranteed access to basic services, and 47 million of its people have no health insurance. Policies established long ago favour overuse of expensive technologies in the face of underfunding of prevention and primary care. High medical student indebtedness upon graduation and high income disparities between procedural specialties and primary care (being almost 4:1) attract medical to the more lucrative subspecialties. Whereas the primary care physician workforce comprises about 40-50% in Canada and the United Kingdom, it is at about 25% and falling in the U.S. With a dearth of primary care doctors, there is a growing use of expensive emergency rooms for primary care needs.

On the national level, the three primary care specialties of Family Medicine, Internal Medicine and PediatricsPaediatrics as well as the nation's professional academic organization, the American Association of Medical Colleges have called for the adoption of the concept of a primary care "Medical Home" system to coordinate care²⁶. The concept is gaining favour as the rising investment in medical care in the country has little to show for it in terms of health outcomes. The concept promotes increasing incentives for provision of primary care, for use of preventive measures and coordination of care management, and for inter-professional team approaches to care for those with co-morbidities and disease management of complex, chronic diseases.

New Mexico represents the extreme of healthcare challenges in the U.S. It is a large, but sparsely populated, poor, rural south-western state in which the majority of the population is ethnic minority (42% Hispanic, 10% Native American and 2% African American), presenting a rich cultural diversity with linguistic, geographic and financial barriers to adequate healthcare. There is a substantial portion of the state's population who are illegal immigrants from Mexico and Latin America. While they form a vital part of the rural and urban economy, they are often ineligible for publically funded health services and so their use of primary and preventive services is very low. These special challenges have stimulated important innovations in primary care.

To connect the uninsured to a medical home, the University of New Mexico developed a web-based primary care referral program, called the "Primary Care Dispatch."²⁷ It allows clerks discharging patients from the emergency room or hospital to assign them to a primary care medical home in their neighbourhood or community. This innovation has led to a 31% reduction in these indigent patients' subsequent use of the emergency room.

The underlying social causes of ill health—such as poverty, racism, high income disparities and high dropout rates from school, are not addressed in the current healthcare system. However, they should be a central concern of primary care providers, for they are on the frontlines seeing the impact on health of social forces in the community. Thus, the "Health Commons" was created in New Mexico²⁸. It is a newer concept in community-based care which attempts to address the social determinants of disease by creating a seamless system of social, behavioralbehavioural and medical services for the indigent, uninsured and undocumented (illegal) populations built around a primary care home. Community health priorities drive the clinic agenda and the community and clinic are linked by community health workers. Economic and community development are a feature of some of the sites, and employment and housing services and legal assistance are a component of others. There are now five Commons sites that have sprung up in the state with more planned.

Appendix 4

Belgium

In Belgium, the last 30 years have seen a very laborious development of primary health care; the hospital-centric systems with direct access to any provider of facility for the patient, operating in a fee-for-service system with a 30% cost-share by the patient, has not been a favourable environment for the development of primary health care. This system has been maintained through continuous registration where insurers and professional organisations compromise about the development of the fee-for-service system. In Belgium, initiatives by motivated health professionals and by civil society started the development of interdisciplinary “community health centerscentres”, with a focus on equity and community participation. The health centerscentres negotiated the creation of a capitation system, without financial barrier, for enrolled patients. This optimised access to care, especially for the socially vulnerable groups. With an increasing attention to equity in health care mechanisms were established by the government to enhance insurance (with almost 100% coverage) and to stimulate access and quality. Accessible care was developed for “illegal people”, offering them access for “urgent medical care: but in practice, this concept was interpreted as “all the care needed”. Apart from personal care, orientated towards individuals and groups, community oriented primary care actions were developed.²⁹ This approach starts from information collected at the primary health care level, sometimes supplemented with surveys and focus groups. The information is then shared with the local community and a “Community Diagnosis” is established. The local community participates in priority setting, and development of an action plan. Outcomes are monitored to inform local health policy. Examples are actions to address poor physical health of youth through the creations of play grounds and organisation of activities and actions to improve access to dental care³⁰. Nowadays, the focus is on strengthening home care, development of disease management and implementation of guidelines with a focus on quality improvement. A fundamental bottleneck is the distribution of the political decisions over different levels: the federal government is responsible for the payment-mechanisms of health care providers and hospitals, whereas the regional government holds responsibility for prevention, organisation of home care and nursing homes and ambulatory mental health care. The same institution may be dependent on different authorities which hinders the development of a comprehensive care model. A global health plan, defining the objectives and targets for the future is missing.





Appendix 5 : SWOT-analysis of Primary Health Care

Strengths

- The “human need” for a comprehensive patient-centered approach of health problems
- The historical development
- EBM, Underpinning guidelines
- Involvement of the patient
- Community Orientation

Weaknesses

- Solidarity and equity under pressure
- Gaps between: PHC and public health; health and welfare; cure care and promotion, prevention
- Lack of PHC-oriented health systems (hospitalocentrism)

Opportunities

- Globalisation
- Universal Coverage
- Interdisciplinary Team-work and subsidiarity in patient management
- Cost-effectiveness
- Intersectoral action for health
- Contribution of PHC to empowerment and “social cohesion”.

Threats

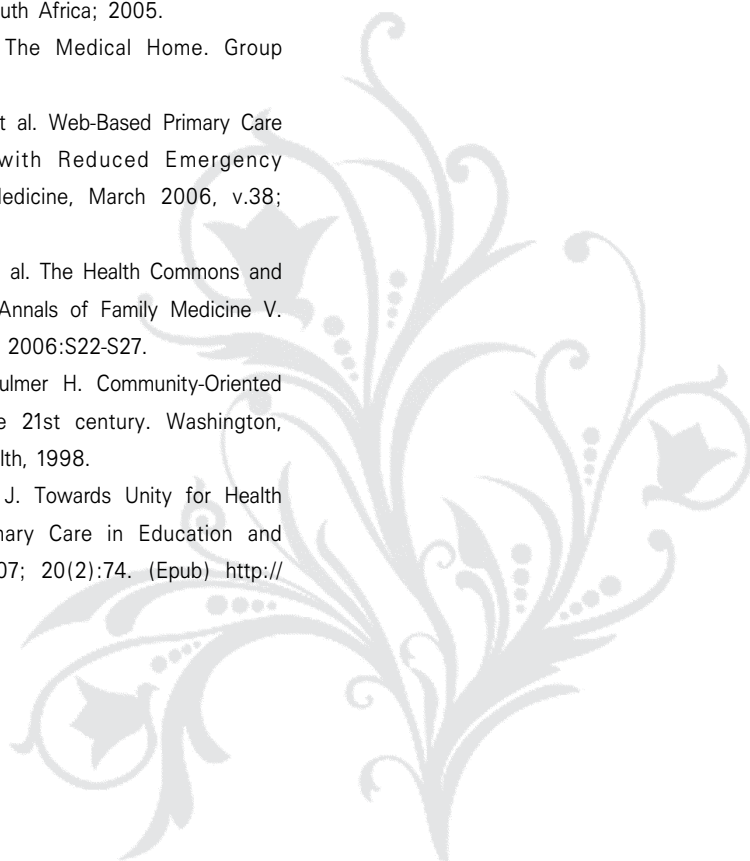
- Globalisation (e.g. brain drain)
- Privatisation and market mechanisms
- Vertical donor-funded disease oriented programs
- (Reductionist) disease-management and fragmentation
- Underfunding
- Consumerism

References

- ¹ Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant for primary health care? *BMJ* 2008 doi:10.1136/bmj.39469.432118.AD
- ² Social and Cultural Planning office. Social and cultural report 2000. The Hague, Social and Cultural Planning Office, 2000.
- ³ World Health Organization. World Health Statistics 2006. Geneva, WHO, 2006.
- ⁴ UNAIDS, Progress Report, 2008.
- ⁵ Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction: *BMJ* 2003;326:45-7.
- ⁶ Beck U. Risk society: towards a new modernity. London, Sage Publications, 1992.
- ⁷ Weisbrot M, Baker D, Kraev E, Chen J. The scorecard on globalization 1980-2000: its consequences for economic and social Well-being. In Navarro V, Muntaner C. Political and economic determinants of population Health and Well-being: controversies on developments. New York, Baywood Publishing Company, 2004, pp. 91-114.
- ⁸ Starfield B. Primary Care: balancing Health Needs, Services and Technology. New York, Oxford University Press, 1998, p.25.
- ⁹ Wonca Europe. The European definition of general practice/family medicine. London, Wonca Europe, 2002. Available on: http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_def.pdf
- ¹⁰ Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3): 457-500.
- ¹¹ De Maeseneer J, van Weel C, Egilman D, Mfenyana K, Kaufman A, Sewankambo N, Flinkenfögel M. Funding for primary health care in developing countries: Money from disease specific projects could be used to strengthen primary care. *BMJ* 2008;336:518-519.
- ¹² Mold J, Blake G, Becker L. Goal-oriented medical care. *Fam Med* 1991;23:46-51.
- ¹³ Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. Does Pay-for-performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145:265-272.
- ¹⁴ Pan American Health Organisation. Renewing Primary Health Care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization. Washington D.C., PAHO, 2007 (ISBN 9275 12698 4).
- ¹⁵ Institute of Medicine. Crossing the quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century. Washington, National Academy Press,
- ¹⁶ Anderson A, Mc Daniel R. Managing Health Care Organisations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Review* 2000;25(1):83-92.



- ¹⁷ De Maeseneer J, van Driel ML, Green LA, van Weel C. The need for research in primary care. *Lancet* 2003;362:1314-9.
- ¹⁸ Pongsupap Y. Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice. russels, VUBPRESS (Ph.D.-thesis), 2007.
- ¹⁹ Williams RL, Henley E, Prueksaritanond S, Aramrattana A. Family practice in Thailand: will it work? *J. Am Board Fam Pract* 2002;15(1):73-6.
- ²⁰ Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. (2004): Learning form Thailand's health reforms. *BMJ* 2004;328(7431):103-5.
- ²¹ Moosa SAH. Community-Oriented Primary Care (COPC) in District Health Services of Gauteng, South Africa. *South African Family Practice Journal* 2006;48(4).
- ²² Horrocks S. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ* 2002;324:819-823.
- ²³ Mash R, Downing R, Moosa S, De Maeseneer J. Exploring the key principles of Family Medicine in sub-Saharan Africa: international Delphi consensus process *SA Fam Pract* 2008;50(3): p.62-67.
- ²⁴ Hugo J. Early experiences with mid-level workers. The South African Health Review Durban: Health Systems Trust. 2005.
- ²⁵ Lewis D. Case: In the large merger between Medicross Healthcare Group (Pty)Ltd and Prime Cure Holdings (Pty) Ltd. Competition Tribunal, Republic of South Africa; 2005.
- ²⁶ Swieskowski, D. Mercy Clinics: The Medical Home. *Group Practice Journal*, April 2008:13-17.
- ²⁷ Murnik M, Randal F, Guevara M, et al. Web-Based Primary Care Referral Program Associated with Reduced Emergency Department Utilization. *Family Medicine*, March 2006, v.38; no.3:185-189.
- ²⁸ Kaufman A, Derksen D, Alfero C, et al. The Health Commons and Care of New Mexico's Uninsured. *Annals of Family Medicine* V. 4 Supplement 1, September/October 2006:S22-S27.
- ²⁹ Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H. Community-Oriented Primary Care: health care for the 21st century. Washington, American Association for Public Health, 1998.
- ³⁰ Art B, De Roo L, De Maeseneer J. Towards Unity for Health Utilising Community-Oriented Primary Care in Education and Practice. *Education for Health* 2007; 20(2):74. (Epub) <http://www.educationforhealth.net>



พยาบาลเวชปฏิบัติ กับการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

สมจิต หนูเจริญกุล
อุปนายกสภาการพยาบาล คนที่ 1 สภาการพยาบาล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ

การสร้างเสริมความเข้มแข็งของการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นหัวใจสำคัญที่จะช่วยให้ประชาชนได้รับการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง มีคุณภาพ คุ่มค่าใช้จ่าย และผู้ให้บริการมีความสุขจากการทำงาน ระบบบริการปฐมภูมิ จึงต้องเป็นบริการที่เรียกว่า “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เป็นที่ยอมรับของประชาชนและสังคม โดยมีพันธกิจหลักคือ ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพและเสริมสร้างขีดความสามารถของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน อย่างครอบคลุม มีคุณภาพมาตรฐานที่สอดคล้องกับสภาพพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยที่บุคลากรในระบบบริการปฐมภูมิต้องดูแลสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวม สามารถบูรณาการการดูแลทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่ การจัดการการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ หรือผู้ที่ต้องพึ่งพิงในชุมชน ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตให้ตายอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยการบริการนั้นต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด้านหน้าของระบบบริการสุขภาพ ผู้นำทางด้านสุขภาพหลายท่านในประเทศไทยมีความเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่เหมาะสมในการรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในระดับปฐมภูมิ เนื่องจาก 1) ค่าใช้จ่ายในการผลิตพยาบาลต่ำกว่าการผลิตแพทย์มาก 2) พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ถ้าได้รับการศึกษาเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะกระทำได้ดี 3) พยาบาลส่วนใหญ่มีทักษะในการติดต่อสื่อสารที่ดี และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการและกับผู้ร่วมงาน 4) จำนวนของพยาบาลในระบบสุขภาพมีมากกว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ 5) การดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิเน้นการทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนมากกว่าการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง นอกจากนั้นพยาบาลมีความรู้ในเรื่องระบาดวิทยา สังคม และพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งสุขภาพของชุมชน (Schoenhofer, 1995) อีกทั้งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ (Innes, 1987) ซึ่งความรู้ที่กว้างขวางเหล่านี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลสุขภาพในระดับ



ปฐมภูมิ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะสามารถบูรณาการความรู้ทางด้านการแพทย์ กับความรู้ดังกล่าวร่วมกับการมีข้อผูกพันในการดูแลแบบองค์รวม จะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการ ปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน

งานวิจัยต่างๆ ทั้งในประเทศไทยและประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติเป็น บุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการให้บริการระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านหน้าของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในท้องถิ่นที่ไม่มีแพทย์ ก่อให้เกิดผลดีทั้งทางด้านผลลัพธ์ทางคลินิกและลดค่าใช้จ่าย ใน หลายประเทศทั้งสหรัฐอเมริกา (Ingersoll & Mahn-Dinicola, 2005), อังกฤษ (Kinnersley et al., 2000) และแม้ในประเทศไทยที่ใช้พยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับการศึกษาเพิ่มเติม 4 เดือนให้บริการใน ระดับปฐมภูมิพบว่า ประชาชนยอมรับและให้ความเชื่อมั่นในการรักษาภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน การ ดูแลทางด้านจิตสังคม และการสร้างสุขภาพ (โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2551) นอกจากนี้พบว่า พยาบาลส่วนหนึ่งได้เปิดคลินิกส่วนตัวเพื่อให้บริการรักษาโรคเบื้องต้นแก่ ประชาชนนอกเวลาราชการในชนบท และคลินิกเหล่านี้ได้รับการยอมรับจากประชาชน และช่วย บรรเทาทุกข์ยามเจ็บป่วยและฉุกเฉินให้แก่ประชาชนได้ส่วนหนึ่ง (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2542) แต่พยาบาลเวชปฏิบัติจะต้องทำงานเป็นเครือข่ายกับแพทย์ที่สามารถปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยที่ เกินขอบเขตความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อเพิ่มขีดความสามารถและคุณภาพของการบริการใน ระดับปฐมภูมิในประเทศไทยดังกล่าว ได้มีความพยายามที่จะผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบคลุมเพื่อ ปฏิบัติงานในระดับนี้ อย่างไรก็ตาม ภาวะการขาดแคลนแพทย์ ความเจริญทางด้านการแพทย์และ เทคโนโลยี ร่วมกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนต้องการผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญมากขึ้น ผลจากการขยายตัวของโรงพยาบาลและศูนย์ของความเป็นเลิศในการบริการสุขภาพในสาขาเชี่ยวชาญ ทั้งของรัฐและเอกชน ทำให้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ทวีความรุนแรงขึ้น ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะมี แพทย์ประจำอยู่ในระดับปฐมภูมิในขณะนี้

สภาการพยาบาลได้มีบทบาทอย่างมากในการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อตอบสนองนโยบายของระบบสุขภาพของประเทศในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับปฐมภูมิ ได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันการศึกษาพยาบาลในการวางมาตรฐานหลักสูตรและการจัดการเรียนการ สอนพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (รักษาโรคเบื้องต้น) ซึ่งเป็นหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน โดยมีเป้าหมาย เพื่อผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปให้ได้จำนวน 10,000 คน ใน 10 ปี (2545-2555) รวมทั้งอบรม พยาบาลที่จบพยาบาลเวชปฏิบัติก่อนปี พ.ศ.2545 โดยทำการอบรม 5 วัน นอกจากนั้น ในปี พ.ศ.2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพได้ให้ทุนแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อศึกษา ต่อในสถาบันการศึกษาต่างๆ ในหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป หลักสูตร 4 เดือน ปีละ 1,000 คน และ สถาบันการศึกษาพยาบาลยังได้ผลิตพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งเป็นการศึกษาในระดับปริญญาโทอีก ประมาณปีละ 500 คน ปัจจุบันสภาการพยาบาลได้ออกหนังสือรับรองให้แก่พยาบาลเหล่านี้เพื่อให้ สามารถตรวจและรักษาโรคเบื้องต้นตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาลมีจำนวน 7,000 คน

รวมทั้งได้มีการจัดทำแนวปฏิบัติในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งจัดทำข้อกำหนดในการใช้ยา ของพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย แนวปฏิบัตินี้ได้ผ่านการรับรองจากแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และทันต แพทยสภา อีกทั้งได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาในหน้า 10 เล่ม 119 ตอนพิเศษ 114 ง ราชกิจจานุเบกษา 22 พฤศจิกายน 2545 (สภาการพยาบาล, 2545) ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติและวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์เป็นอย่างมาก ในการปรับแนวความคิด และการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่เคยเป็นอยู่คือ ปฏิบัติงานแทนแพทย์หรือช่วยเหลือแพทย์ มาเป็นการปฏิบัติงานในขอบเขตของกฎหมายวิชาชีพที่ขยายออกไปเพื่อตอบสนองความต้องการด้าน สุขภาพ เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของพยาบาลเวชปฏิบัติที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา คุณภาพและสุขภาพของประชาชน



การที่จะให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในชุมชนชนบทได้ยั่งยืน ไม่ใช่เรื่องง่าย เนื่องจากมีความแตกต่างระหว่างชุมชนเมืองกับชุมชนชนบทในทุกด้าน ทั้งเศรษฐกิจ การเมือง ความสะดวกสบาย และความปลอดภัย ซึ่งในชุมชนเมืองดีกว่าในทุกด้าน รศ.ดร.ชนิษฐา นนทบุรี และคณะภายใต้การผลักดันและสนับสนุนจาก ศ.นพ.ประเวศ วะสี และ ศ.ดร.วิจิตร ศรีสอ้าน จึงได้สร้างนวัตกรรมการผลิตพยาบาลชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ตั้งแต่สาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชาวบ้าน ในการคัดเลือกนักศึกษาซึ่งเป็นคนในท้องถิ่นเพื่อมาศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ นักศึกษาพยาบาลเหล่านี้ นอกจากจะต้องมีความรู้ความสามารถตามมาตรฐานของหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรองแล้ว ยังต้องมีการประสบการณ์เป็นพิเศษในการดูแลสุขภาพของชุมชนที่พวกเขาจะกลับไปทำงานหลังจบการศึกษาแล้ว ซึ่งนักศึกษาเหล่านี้ส่วนหนึ่งได้รับทุนการศึกษาจากท้องถิ่น ดังนั้นพวกเขาจะต้องทำงานในท้องถิ่นที่ได้รับทุนเป็นเวลาอย่างน้อย 2 เท่าของระยะเวลาที่ได้รับทุน และอาจจะต้องทำงานและรับเงินเดือนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งวิธีนี้เคยใช้ได้ผลมาแล้วในอดีตที่ประเทศไทยมีปัญหาการตายของมารดาทารกจากการคลอดและมีการให้ทุนนักศึกษาในท้องถิ่นเพื่อศึกษาด้านผดุงครรภ์และกลับไปทำงานในท้องถิ่นที่สุขศาลา ต่างกันตรงที่ผดุงครรภ์เหล่านั้นได้บรรจุในตำแหน่งข้าราชการ แต่ปัจจุบันเนื่องจากนโยบายกระจายอำนาจและเงินสู่ท้องถิ่นและการปรับลดกำลังคนในภาคราชการ จึงไม่สามารถบรรจุพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิหรือสถานอนามัยให้เป็นข้าราชการได้ ซึ่งค่านิยมของคนไทยและบิดามารดาที่อยากให้บุตรรับราชการยังสูงมาก จึงต้องคอยติดตามกระตุ้นและสร้างอุดมการณ์ให้พยาบาลเหล่านี้รักบ้านเกิด และมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาชุมชนของตนเอง สร้างความมีคุณค่าจากการทำงานที่ช่วยเหลือญาติมิตรในถิ่นฐานบ้านเกิด เพื่อป้องกันพยาบาลไหลไปสู่ภาคเอกชนที่ใช้เงินเป็นตัวตั้ง

เพื่อติดตามการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ได้รับหนังสืออนุบัตรหรือหนังสือรับรองผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) จากสภาการพยาบาล สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2550) ได้สำรวจสถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลเวชปฏิบัติ จำนวน 1,928 คน พบว่า พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทในการตรวจรักษาเบื้องต้นสูงสุด โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยเฉลี่ย 26 คนต่อวัน รองลงมาคือการสร้างเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาทางด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต การป้องกันและเฝ้าระวังโรคและความเจ็บป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติเหล่านี้มีความภาคภูมิใจ และมีความเชื่อมั่นในการรักษาโรคเบื้องต้นมากขึ้น และเห็นว่าช่วยแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ได้ระดับหนึ่ง แต่ต้องการการฝึกอบรมเพิ่มเติม และต้องการมีแพทย์เป็นที่ปรึกษาเมื่อไม่แน่ใจในปัญหาสุขภาพบางอย่างของผู้ป่วย ส่วนปัญหาของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนคือ ความไม่ชัดเจนในบทบาท ภาระงาน การบริหารจัดการขององค์กร ซึ่งเชื่อมโยงกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และความเสี่ยงจากที่ต้อง ช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนแพทย์ โดยการ

“ทำแทนแพทย์” ซึ่งบางครั้งต้องกระทำการรักษาโรคเกินกว่าที่สภาการพยาบาลกำหนด ขณะเดียวกันจะต้องทำงานในหลายส่วนของพยาบาลวิชาชีพโดยทั่วไป รวมทั้งงานด้านธุรการอื่น ที่สำคัญคือ ขาดการเป็นเจ้าของงานของตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติงานในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติได้เต็มกำลังและความสามารถ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติที่ปฏิบัติที่สถานีนอามัย มีลักษณะของ “การทำงานตามลำพัง” มีภาระงานมากแต่บุคลากรน้อย ขาดการช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้บริหารสถานีนอามัย และผู้บริหารสถานีนอามัยบางคนไม่เข้าใจบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ อาจเนื่องจากผู้กำหนดนโยบายของการบริการสุขภาพชุมชนคาดหวังให้บุคลากรที่ทำงานในระดับปฐมภูมิทำงานได้เหมือนๆ กัน และแทนกันได้ไม่ว่าจะเป็นพยาบาลหรือพนักงานชุมชน ซึ่งบุคลากรเหล่านี้ได้รับการเตรียมที่แตกต่างกัน ถ้าทำงานร่วมกันจะช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพของชุมชนได้อย่างองค์รวม ซึ่งการคาดหวังให้บุคลากรทั้งหมดที่ทำงานในชุมชนทำงานเหมือนกัน ทำให้เกิดความสับสนและเกิดความขัดแย้งในบทบาท วิธีการที่จะแก้ปัญหาคือ ควรกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่แต่ละประเภทให้ชัดเจน มีงานประเภทใดบ้างที่จะต้องทำร่วมกันเป็นทีม และประเภทใดบ้างที่เป็นงานอิสระของแต่ละวิชาชีพที่ต้องกระทำ นอกจากนั้นผู้บริหารสถานีนอามัยจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพของชุมชนเป็นอย่างดี รู้จักบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อผลสัมฤทธิ์ของงาน

โดยสรุปจะเห็นว่า วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้มีส่วนในการพัฒนากำลังคนคือ พยาบาลชุมชนและพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมาเป็นเวลายาวนาน แต่ขาดนโยบายสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากระดับประเทศและระดับองค์กร ความไม่ชัดเจนในการกำหนดบทบาทและขอบเขตความรับผิดชอบตลอดจนตำแหน่งทำให้พัฒนาการของพยาบาลเวชปฏิบัติกระทำไม่ได้เต็มที่ ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันจึงต้องการแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจน และต้องติดตามประเมินผลการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละท้องถิ่น และสอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง ■

เอกสารอ้างอิง

Hanucharunkul, S. Leucha, Y. Cha Intraprasert, S.et al. (2002). Effectiveness of primary care provided at private nursing clinic in Thailand. Contemporary Nurse 13: 259-270

Ingersoll, G.L. & Mahn-DiNicola, V.A. (2005). Outcome evaluation and performance improvement In A.B. Hamric, J.A. Spross & C.M.Hanson (Eds.) Advanced nursing practice: An integrative approach (p.875-947)Philadelphia: W.B. Saunders.

Innes, J. (1987) PHC: primary health care in perspective. Can Nurse. 83(8):17-8. Kinnersley, P., Anderson, E., Parry, K., & et al. (2000). Randomized controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requiring 'same day' consultations in primary care, British Medical Journal, 320, 1043-8.

Schoenhofer, S.O. (1995). Rethinking primary care: Connection to nursing. Advances in Nursing Science. 17(4), p.12-21.

สมจิต หนูเจริญกุล นพวรรณ เปียชื่อ ปนัดดา ปรียทฤณ และคณะ (2550) สถานการณ์การดำเนินการของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย สภาการพยาบาล

สภาการพยาบาล. (2545). ข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรคสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2551) การยอมรับและเชื่อมั่นของผู้ใช้บริการต่อพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวในศูนย์สุขภาพชุมชน {online www.hcrp.or.th} May 2551

นักรกายภาพบำบัด กับงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ Physical Therapists and Primary Health Care Services



รศ.น้อมจิตต์ นวลเนตร์
สาขาวิชากายภาพบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น 40002
Assoc.Prof. Nomjit Nualnetr
Department of Physical Therapy,
Faculty of Associated Medical Sciences,
Khon Kaen University, Khon Kaen 40002

บทนำ

จากประสบการณ์การทำงานในวงการวิชาชีพกายภาพบำบัดมานานกว่า 20 ปี ทำให้ผู้เขียนมีมุมมองต่อวิชาชีพของตนเองเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมที่เคยเข้าใจว่า นักกายภาพบำบัดคือบุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่งที่มีบทบาทในการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือคลินิกต่างๆ เปลี่ยนมาเป็นการรับรู้ในแง่มุมมองใหม่ที่ว่า นักกายภาพบำบัดทำอะไรได้มากกว่านั้น นั่นคือ การทำงานเชิงรุกสู่ชุมชน

บทความนี้ถูกเรียบเรียงขึ้นบนพื้นฐานของประสบการณ์ในการทำงานบริการสุขภาพปฐมภูมิร่วมกับชุมชนของผู้เขียน เพื่อเผยแพร่ให้สาธารณชนได้รับทราบถึงบทบาทของนักกายภาพบำบัดในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยคาดหวังให้ข้อมูลนี้ก่อประโยชน์ให้แก่บุคลากรในแวดวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์แก่พลเมืองไทยต่อไป

นักรกายภาพบำบัดคือใคร และมีบทบาทหน้าที่อะไร

ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547 วิชาชีพกายภาพ บำบัด หมายถึง “วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจประเมิน การวินิจฉัย และการบำบัดความบกพร่องของร่างกายซึ่งเกิดเนื่องจากภาวะของโรคหรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติ การป้องกัน การแก้ไขและการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการของร่างกาย รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ”

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่านักกายภาพบำบัดมีบทบาททั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่นเดียวกับบุคลากรทางการแพทย์สาขาวิชาชีพอื่น โดยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ นักกายภาพบำบัดมีบทบาทในการให้ข้อมูลและความรู้แก่สังคมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีสุขภาพดี ตัวอย่างกิจกรรมของนักกายภาพบำบัดในบทบาทนี้ เช่น การสำรวจหาแนวโน้มปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน การประเมินความเสี่ยงของการเกิดปัญหาที่มีสาเหตุ



จากการบาดเจ็บหรือโรคที่เกิดจากการเคลื่อนไหวที่ไม่เหมาะสม การเผยแพร่ความรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านการอบรมแก่บุคลากรอื่นๆ หรือถ่ายทอดผ่านทางสื่อสารมวลชนต่างๆ เป็นต้น

ในด้านการป้องกันโรค นักกายภาพบำบัดสามารถช่วยลดผลสืบเนื่องของโรค หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการให้การวินิจฉัย การรักษา และการแนะนำความรู้แก่ผู้ที่มีความเจ็บป่วยตั้งแต่ตอนต้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วยแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันอาการปวด การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ การแก้ไขเบื้องต้นต่ออาการปวดที่เกิดขึ้นแก่ผู้ที่ต้องทำงานในท่าทางหนึ่งๆ เป็นระยะเวลาดิตต่อกัน การให้ความรู้ในการป้องกันการบาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

ส่วนในด้านการบำบัดรักษา ซึ่งถือเป็นบทบาทหลักของนักกายภาพบำบัด จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีปัญหาของระบบต่างๆ ในร่างกาย เช่น ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบหายใจ เป็นต้น โดยจะใช้วิธีการทางกายภาพบำบัดต่างๆ ทั้งวิธีการอย่างง่ายๆ และเทคนิคเฉพาะที่ต้องอาศัยการฝึกฝน และอาจใช้เครื่องมือราคาถูกไปจนถึงเครื่องมือที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง

สำหรับในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งของร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วย มักจะเป็นการปฏิบัติงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยตนเอง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด เป็นภาระหรือพึ่งพิงผู้อื่นน้อยที่สุด

นอกจากนี้ บทบาทของนักกายภาพบำบัดมิได้จำกัดด้วยอายุหรือเพศของผู้รับบริการ แต่สามารถให้บริการสุขภาพแก่บุคคลทุกเพศทุกวัย ตั้งแต่เด็กที่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งถึงวัยชรา โดยจะมีการปรับเปลี่ยนการให้บริการให้เหมาะสมสอดคล้องกับผู้รับบริการมากที่สุด

นักกายภาพบำบัดทำงานที่ไหนบ้าง

แม้ว่านักกายภาพบำบัดจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์สาขาหนึ่ง แต่มิได้ปฏิบัติงานเพียงแต่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกเท่านั้น ในความเป็นจริงนักกายภาพบำบัดสามารถปฏิบัติงานได้ในหลากหลายแหล่งงานตามลักษณะของบทบาทหน้าที่ กล่าวคือ

- บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ประชาชน มักพบในนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานอยู่ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ศูนย์บริการผู้สูงอายุและศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ตั้งอยู่ในชุมชนทั้งในเขตเมืองและชนบท โรงงานอุตสาหกรรม รวมทั้งในนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานเชิงรุกร่วมกับสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิในชุมชนต่างๆ เช่น ศูนย์แพทย์ชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ สถานิออนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

- บทบาทด้านการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย มักพบในนักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานอยู่ที่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิหรือระดับทุติยภูมิ (เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงขึ้นไป เป็นต้น) คลินิกเอกชน สถานบริการเฉพาะทาง (เช่น ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ บ้านพักคนชรา เป็นต้น) รวมทั้งการดูแลที่บ้านแก่ผู้ป่วยรายคนในชุมชน (home visits/home health care)

อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติงานจริงนักกายภาพบำบัดมักจะไม่จำกัดตนเองอยู่เพียงบทบาทใดบทบาทหนึ่ง แต่มักจะต้องทำพร้อมกันไปทั้ง 4 บทบาท เพียงแต่มักน้อยต่างกันออกไปตามเงื่อนไขการทำงานของแต่ละคน

ทำไมนักกายภาพบำบัดจึงสำคัญต่องานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ อาจเห็นได้ว่ากายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพที่มีคุณประโยชน์ และสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างกว้างขวาง ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ที่มีภาวะโรคต่างๆ และสามารถให้บริการทั้งในเชิงรุกและเชิงรับ แต่ในอดีตที่ผ่านมา บทบาทของนักกายภาพบำบัดมักเป็นที่รับรู้แก่สาธารณชนในลักษณะการเป็นผู้ให้บริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลหรือคลินิกต่างๆ ส่วนบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในลักษณะงานเชิงรุกสู่ชุมชนไม่เป็นที่ปรากฏเด่นชัดมากนัก ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องที่สำคัญสำหรับประชาชน สาเหตุอาจเนื่องมาจากนโยบายการสาธารณสุขของประเทศในอดีตเป็นเช่นนั้น รวมทั้งจำนวนนักกายภาพบำบัดยังมีไม่มากพอที่จะสามารถให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึงและครบถ้วนทุกมิติได้

ปัจจุบันนโยบายการสาธารณสุขของประเทศได้เปลี่ยนแปลงไป เป็นการให้ความสำคัญกับการมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา เน้นให้ประชาชนรู้จักดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และดูแลกันเอง เน้น “การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ” เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสร้าง “ชุมชนสุขภาพ” ในชุมชนของตน และเน้นการบริการในระดับปฐมภูมิในลักษณะการบริการที่ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” และมีผู้รับบริการและชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ

นอกจากนี้ เป็นที่ทราบกันดีว่าในปัจจุบันโครงสร้างประชากรของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากถึงราวร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ อีกทั้งยังมีจำนวนคนพิการ อัมพาต และผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และผู้ที่มีอาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้โดยส่วนใหญ่จะพักอาศัยอยู่ที่บ้านในชุมชนของตน และนักกายภาพบำบัดสามารถมีบทบาททั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้คุณภาพชีวิตของบุคคลเหล่านี้ดีขึ้นได้

การเปลี่ยนแปลงของนโยบายการสาธารณสุขของประเทศและการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้รับบริการที่ควรได้รับการบริการทางกายภาพบำบัดดังกล่าวนี้ เป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับปฐมภูมิมีความสำคัญและเด่นชัดมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการดูแลคนพิการและผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่มีความไม่สะดวกเป็นอย่างมากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล และไม่ค่อยได้รับความสำคัญอีกด้วย ดังที่นายแพทย์เกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูกระดัง จังหวัดเลย ได้แสดงความเห็นไว้ว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับกลุ่มคนพิการและผู้สูงอายุไม่มากนัก เนื่องจากโรงพยาบาลมักจะไม่ถูกวิพากษ์วิจารณ์หากไม่ได้ไปดูแลคนพิการและผู้สูงอายุในพื้นที่ แต่จะถูกตำหนิหากไม่ให้บริการอย่างดีแก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล งบประมาณและกำลังคนส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลจึงมักจะถูกจัดสรรไปในการให้บริการเชิงรับที่โรงพยาบาลมากกว่าการบริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม อาจจะมีบางคนมีความเห็นว่า แม้ไม่มีนักกายภาพบำบัดลงไปให้บริการในพื้นที่ บุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นที่มีอยู่ก็ให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการกลุ่มนี้อยู่แล้ว แต่จากการศึกษาวิจัยของผู้เขียนพบว่า มีบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่บางรายที่ต้องการให้มีนักกายภาพบำบัดในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องการการจัดการด้วยวิธีการเฉพาะ ซึ่งเกินความสามารถของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานีนอมนัย

ภารกิจของนักกายภาพบำบัดในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ในความเห็นของผู้เขียน จากความรู้ตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด นักกายภาพบำบัดสามารถมีบทบาทในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิได้หลายประการดังต่อไปนี้

1. การให้บริการแก่ผู้สูงอายุ โดยการตรวจประเมินความเสื่อมสภาพของร่างกาย แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงเฉพาะส่วนให้เกิดความสมดุลโดยรวมในการทรงท่า การสร้างสมรรถนะของหัวใจและปอด การปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับอายุ และสภาพแวดล้อม การป้องกันสิ่งที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น การหกล้ม การป่วยเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น





2. การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนพิการในชุมชน นับตั้งแต่การสำรวจ ค้นหา ชี้้นทะเบียน และให้การรักษาร่างกายแก่คนพิการ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ครอบครัวคนพิการ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ทั้งในด้านกาย ใจ สังคม อาชีพ และการศึกษา อีกทั้งยังสามารถมีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดการรวมกลุ่มของคนพิการ และการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนอีกด้วย

3. การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตแก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการปวดตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความรุนแรงของโรค

4. การให้บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยการแนะนำมารดาที่กำลังตั้งครรภ์ในการฝึกหายใจและออกกำลังกายเพื่อให้การคลอดด้วยวิธีธรรมชาติทำได้ง่ายขึ้น และให้คำแนะนำการออกกำลังกายแก่มารดาหลังคลอดเพื่อให้สภาพร่างกายกลับสู่ภาวะปกติได้โดยเร็ว รวมทั้งการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กเป็นระยะๆ และแนะนำการฝึกกระตุ้นพัฒนาการเด็กแก่มารดาและผู้ดูแลเด็ก

5. การปฏิบัติงานร่วมกับโรงเรียนในชุมชน และโรงเรียนการศึกษาพิเศษ ในการแนะนำการออกกำลังกายแก่เด็กนักเรียน ป้องกัน แก้ไขความบกพร่องของสภาพร่างกาย เสริมสร้างพัฒนาการเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันภาวะอ้วน และควบคุมรูปร่างท่าทางของร่างกายให้เหมาะสม ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในอนาคต

6. การพัฒนาศักยภาพ อสม. และบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ โดยการอบรมความรู้และวิธีการปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นทางกายภาพบำบัด

7. การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนในชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดการรวมกลุ่มในการดูแลสุขภาพโดยชุมชนกันเอง สร้าง “ชุมชนสุขภาพ” ให้เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ของตน

8. การผสมผสานหลักวิชาการทางกายภาพบำบัดกับศาสตร์ความรู้พื้นบ้านเพื่อพัฒนาให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นของไทยมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และมีความน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

สรุป

นักกายภาพบำบัดมีบทบาทหลายประการในงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยในการทำงานเพื่อให้เกิดผลดีแก่ประชาชน นักกายภาพบำบัดควรจะมีมือกับทุกภาคส่วนที่มีบทบาทในงานบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังทั้งทางด้านนโยบายและงบประมาณจากรัฐบาลอีกด้วย ■

เอกสารอ้างอิง

- กองบรรณาธิการจุลสารผีเสื้อขยับปีก. นักกายภาพบำบัด วิชาชีพชายขอบของระบบสุขภาพไทย. ผีเสื้อขยับปีก 2551; 1(5): 11-19.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร, ยุทธศิลป์ บำรุงภูมิ, ปณิตดา ปูนอน, จันทรรม ภาโนมัย, อนุชา นิลประพันธ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน: กรณีศึกษาที่อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2546; 15(1): 44-51.
- น้อมจิตต์ นวลเนตร, อนุชา นิลประพันธ์, ลักษณา มาทอ. รายงานการวิจัยเรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชนในชนบทจังหวัดขอนแก่น: กรณีศึกษาตำบลน้ำพอง อำเภอโนนสูง. ขอนแก่น: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2549.
- ปิยะนุช สอนสิน. ลักษณะการบริการทางกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์ของชุมชน: กรณีศึกษาตำบลเตาเต่า อำเภอบางช้าง จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชากายภาพบำบัด. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547. [serial online] ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2551, จาก <http://www.pt.or.th/poror.html>
- เพ็ญพิมล ธัมมรัคคิต. บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2537; 6(1): 14-25.
- สมใจ ลีอวิเศษไพบูลย์. กายภาพบำบัดชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2548; 27(3): 1-2.
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. Thailand health profile 2005-2007. Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand, 2007.

“มีนศีรษะ” เรื่องง่ายๆ แต่ไม่ธรรมดา

พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์
 พบ.,ว.เวชปฏิบัติครอบครัว
 ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเบิก
 อำเภอรอนด จังหวัตสงขลา

บทนำ

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ใกล้ชิดผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้เข้าใจและทราบบริบท ข้อจำกัด สภาพแวดล้อมที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นเส้นให้และข้อได้เปรียบในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เมื่อเทียบกับการทำงานในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ ดังนั้นเราไม่ควรมองข้ามของดีที่มีอยู่ในมือ นั่นคือความเข้าใจ ความใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะที่มีในการให้บริการระดับปฐมภูมิเท่านั้น

นอกจากนี้การทำงานด้านสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ท้าทาย และน่าภูมิใจถ้าเราสามารถให้การดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขได้ เนื่องจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิมักจะมีอาการที่หลากหลาย บางครั้งเป็นอาการเริ่มแรก ไม่ชัดเจน ยากแก่การวินิจฉัยและรักษา อาการมีนศีรษะ (Dizziness) เป็นอาการสำคัญหนึ่งที่พบได้บ่อยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ที่ยากแก่การวินิจฉัย เพราะอาการมีนศีรษะสามารถเป็นอาการนำของความเจ็บป่วยทางกายได้หลายๆ โรค เช่น ภาวะซีด หรือภาวะความดันต่ำ หรือข้อได้ นอกจากนี้อาจจะเป็นอาการนำของความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจก็ได้

ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเบิกเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลระโนด ที่เน้นการให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการติดตามต่อเนื่อง กรณีศึกษาผู้ป่วยที่มาด้วยอาการมีนศีรษะรายนี้ เป็นหนึ่งตัวอย่างของความภาคภูมิใจของทีมงานสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดเบิกที่สามารถช่วยแก้ปัญหา และสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 66 ปี มีอาชีพรับจ้างและเลี้ยงหลาน รายได้ประมาณวันละ 16 บาท และลูกสาวให้ค่าใช้จ่ายประมาณ 2,000 บาท/เดือน มีอาการมีนศีรษะเป็นๆ หายๆ มา 6 เดือน ไปรักษาที่สถานเอนามัยอาการไม่ดีขึ้น

ประวัติการรักษาจากสถานีนอนามัย

ผู้ป่วยไปรักษาที่สถานีนอนามัยประมาณ 2 ครั้ง/เดือน ด้วยอาการเป็นหวัด ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว มีเลือดกำเดาไหล บางครั้งก็ไปตรวจด้วยอาการท้องผูก (ดูเหมือนเป็นอาการเล็กน้อยๆ สำหรับผู้ให้บริการ) ที่สถานีนอนามัยให้การรักษาตามอาการ อาการดีขึ้นเป็นครั้งคราว แต่ก็ยังไปใช้บริการด้วยอาการเหล่านี้อยู่เรื่อยๆ เมื่อศูนย์แพทย์ชุมชนเปิดให้บริการผู้ป่วย จึงมีโอกาสมารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชน

ประวัติปัจจุบัน

6 เดือนมีอาการมันศีรษะ ตาลายเป็นๆ หายๆ ไปรักษาที่สถานีนอนามัยได้ยา Dramamine 1x3 ก็ยังมีอาการอยู่เรื่อยๆ อาการเป็นมาเวลาลูกนั่ง ปั่นเฟลียและเหนื่อย กลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ แต่ยังสามารทำงานและกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอนราบได้ ไม่มีตื่นขึ้นมาเหนื่อยหอบ กลางคืน ไม่มีอาการชาบวม

ประวัติอดีต

ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว

สภาพแวดล้อม

บ้านอยู่ท่ามกลางบ้านญาติพี่น้องที่คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ดังแผนภูมิที่ 1)

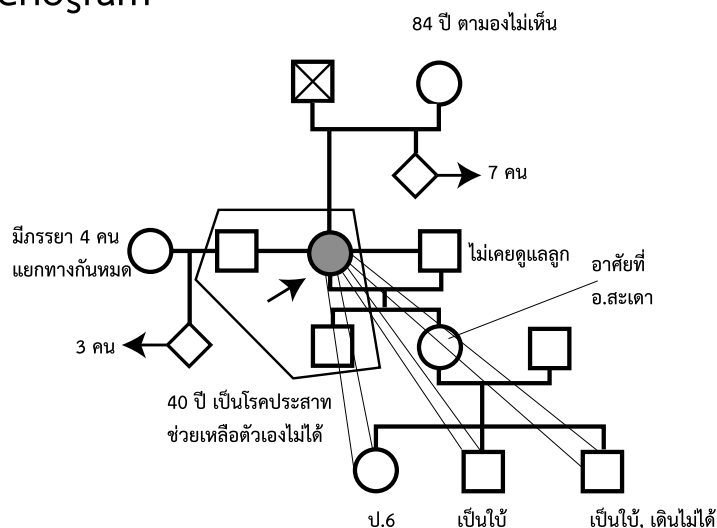
ประวัติครอบครัว

เดิมมีหลานอาศัยอยู่ด้วย 3 คน แต่ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการไม่สบาย 6 เดือน ลูกสาวทราบจึงเอาหลาน 3 คนที่ผู้ป่วยเคยเลี้ยงไปเลี้ยงเอง เพราะกลัวว่าผู้ป่วยจะเลี้ยงไม่ไหว ทำให้นอนไม่หลับ ร้องไห้คิดถึงหลานทุกคืน (แสดงให้เห็นถึงภาวะการเจ็บป่วยที่มีผลต่อการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก)

ผู้ป่วยคิดโทษตัวเองว่า “ไม่รู้มีเวรกรรมเก่าอะไร ทั้งลูกทั้งหลานต่างพิการกันหมด ตอนนี้กำลังชดใช้เวรกรรม” (เนื่องจากมีลูกเป็นโรคประสาท มีหลานเป็นใบ้)

แผนภูมิที่ 1

Genogram





ตรวจร่างกาย

1. ตรวจพบเยื่อぶตาขาวซีด ระบบอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ช่องปากใส่ฟันปลอม

สรุปการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม

1. Overutilization health care service
2. Hypomicrocytic anemia presumed iron deficiency anemia
3. R/O Depression
4. Family of disabled son

แนวทางการรักษา

1. รักษาอาการซีดที่คาดว่าจะเกิดจากการขาดธาตุเหล็ก เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องฟันไม่ค่อยดี จึงไม่ค่อยได้รับประทานเนื้อสัตว์ และยังมีประวัติชื่อยารับประทานเองบ่อย อาจจะทำให้มีเลือด/แผลในกระเพาะอาหารได้ ให้ยาบำรุงเหล็กรับประทาน ได้แก่ FBC 1x3, MTV 1x3, Folic acid 1x1 และติดตามต่อเนื่อง

2. เนื่องจากผู้ป่วยต้องคอยดูแลบุตรชายคนโต ซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องคอยตักน้ำให้อาบ หาข้าวให้กิน จึงประสานงานส่งต่อให้บุตรชายคนโตให้จิตแพทย์ดำเนินการรักษาและวินิจฉัยต่อไป รวมถึงออกบัตรคนพิการเพื่อจะได้ช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่ายบางส่วน (กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการ)

3. Psychotherapy ให้กำลังใจ, เสริมสร้างจุดแข็ง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น

● CBC

Hb 7.7 g/dl	Hct 24.5 %
MCV 64 um ³	MCH 20.3 pg
RDW 21.3 %	Plt 400000 %
WBC 4.5 x 10000/mm ³	
Normal differential wbc	
Hypochromia 2+	
Anisocytosis few	
Microcyte 1+	

ผลการรักษาและติดตามต่อเนื่อง

1. อาการมีน้ีรหะของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่ต้องมาใช้บริการ 2 ครั้ง/เดือนอีกแล้ว
2. ผลการตรวจเลือดหลังจากได้รับยาบำรุงเลือดมากินประมาณ 2 เดือน ความเข้มข้นเลือด Het = 39.6%, Hb 12.5 g/dl, MCV = 75, WBC 4,000 cell/mm³, Plt 268,000 cell/mm³
3. สภาพจิตใจดีขึ้น เนื่องจากสภาพร่างกายที่แข็งแรงขึ้น ทำให้มีกำลังใจ และมีความหวังว่า จะสามารถกลับมาทำทุกสิ่งทุกอย่างได้ตามปกติและสามารถนำหลานกลับมาดูแลได้เหมือนเดิม

ข้อคิดที่ได้จากการดูแลผู้ป่วยรายนี้

1. ควรมีการทบทวนประวัติ การรักษา และเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีประวัติมาใช้บริการบ่อยๆ ด้วยอาการเล็กๆ น้อยๆ เพื่อจะได้ทบทวนและค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แก้ไข บางครั้งต้นตอของปัญหาจริงๆ อาจจะอยู่ที่บ้าน หรืออาจจะเกิดจากผู้ที่ไม่ได้มารับบริการ
2. ควรคำนึงและมองหาภาวะซีดและความเครียด รวมถึงประเมินครอบครัว, ชีวิตความเป็นอยู่ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการมีน้ีรหะ
3. สะท้อนให้เห็นถึงภาวะเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน และการดำเนินชีวิตประจำวันเปลี่ยนแปลงไป อาจส่งผลต่อทำให้ภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แย่ลง กลายเป็นวัฏจักรที่วนเวียนกระหน่ำซ้ำเติมทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง
4. สาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและผลกระทบจากปัญหาสุขภาพบางอย่างไม่สามารถตรวจพบและเข้าใจได้ที่โรงพยาบาล

บทสรุปทิ้งท้าย

ทีมงานสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิควรให้ความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยอาการมีน้ีรหะบ่อยๆ อย่างละเอียด เพื่อจะได้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของอาการมีน้ีรหะ ■

การดูแลสุขภาพองค์รวมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Holistic Health Care and Qualitative Research)

ทวีศักดิ์ นพเกษร

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยนเรศวร พิษณุโลก

การดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมซึ่งสอดคล้องกับกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ เป็นกระแสในการสาธารณสุขไทย ตั้งแต่ระดับผู้ปฏิบัติในระบบบริการปฐมภูมิขึ้นไปจนถึงระดับนโยบายและองค์กรประกันคุณภาพต่างๆ แต่ยังคงเป็นกระแสที่อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าที่ถูกหล่อหลอมมาตลอดชีวิตมากกว่าหนึ่งชั่วคน (generation) โดยมีระบบการศึกษาและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เป็นผู้ผลิตซ้ำ

หากขาดกระบวนทัศน์ที่เหมาะสมในการเลื่อนกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ ที่มีความสอดคล้องลงตัวกับแนวคิดความเป็นองค์รวม ย่อมเปรียบเสมือนการเดินทางอยู่ในเขาวงกต

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นระเบียบวิธีวิจัยที่เคยถูกปฏิเสธในวิชาชีพสุขภาพทุกสาขา เนื่องจากการยึดหลักการดูแลสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base health care) ซึ่งอยู่ภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่า กำลังเป็นที่กล่าวถึงด้วยความสนใจของวงการสาธารณสุขไทย เช่นเดียวกับที่เกิดขึ้นในวงการแพทย์และสหสาขาวิชาชีพในสังคมตะวันตก เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการตอบคำถาม “ทำไม” และ “อย่างไร” ที่ระเบียบวิธีเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบที่ดี มองไม่เห็นความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะเพื่อการประยุกต์หลักฐานเชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติต่างๆ มาใช้กับผู้ป่วยและชุมชน/สังคมที่มีความเฉพาะเจาะจงได้

การพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพแก่บุคลากรสาธารณสุขไทย น่าจะมีอิทธิพลอย่างสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมให้เป็นจริงได้ ภายใต้การเลื่อนกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่

ศ.นพ.ประเวศ วะสี ให้ความหมายของสุขภาพภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่ว่า¹

...สุขภาพ คือ ความเป็นปกติของความเป็นทั้งหมด (ของชีวิต) มีทั้งมิติกาย จิตวิญญาณ สังคม สติปัญญา ระบบสาธารณสุขจึงเป็นเสี้ยวเดียวของระบบสุขภาพ...

วิทยาศาสตร์ใหม่ (new science) ซึ่งพัฒนามาเกือบ 100 ปี ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีสัมพัทธภาพ ควอนตัมฟิสิกส์ อนุชีววิทยา (molecular biology) ชีววิทยาองค์การ (organismic biology) จิตวิทยาอินทรีย์รูป (Gestalt Psychology) คณิตศาสตร์ใหม่ที่ไม่ใช่เส้นตรง (non linear) ประสาทวิทยา สังคมศาสตร์ และไซเบอร์เนติกส์ (cybernetics) ล้วนนำไปสู่ทฤษฎีวิทยาศาสตร์ใหม่อันสอดคล้องลงตัวเพื่อตอบคำถามสำคัญทางวิทยาศาสตร์ที่ว่า

...โครงสร้างอันซับซ้อนวิวัฒนาการขึ้นมาจากการรวมตัวอย่างไร้กฎเกณฑ์ของอนุต่างๆ ได้อย่างไร ความสัมพันธ์ของจิตกับสมองเป็นอย่างไร วิญญาณคืออะไร

ทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์อันสอดคล้องลงตัวนี้สามารถให้ภาพรวมเป็นหนึ่งเดียวของจิต วัตถุ และชีวิตได้เป็นครั้งแรก ดังความเห็นของฟริตจอฟ คาปรา (Fritjof Capra) นักฟิสิกส์และนักทฤษฎีระบบคนสำคัญของโลกคนปัจจุบัน กล่าวไว้ว่า²

...จิตกับวัตถุจะไม่ใช่เรื่องที่อยู่ในการจัดแยกประเภทออกเป็นสองอีกต่อไป แต่สามารถแลเห็นได้ว่าทั้งสองต่างเป็นบัญญัติที่ใช้แทนแง่มุมสองด้านของปรากฏการณ์ชีวิตที่เป็นส่วนประกอบ เชื่อมโยงกัน ซึ่งก็คือแง่มุมของกระบวนการ และแง่มุมของโครงสร้าง จิตกับวัตถุก็ กระบวนการกับโครงสร้างก็ดี ล้วนเชื่อมต่อกันอย่างแยกกันไม่ออกในทุกะดับของชีวิต นับแต่ระดับของเซลล์ที่สามัญที่สุด จิตนั้นปรากฏให้เห็นในวัตถุที่มีชีวิต ในฐานะที่เป็นกระบวนการจัดองค์กรตนเอง นับเป็นครั้งแรกที่เรามีทฤษฎีวิทยาศาสตร์ ที่เชื่อมโยงจิต วัตถุ และชีวิตเข้าเป็นหนึ่งเดียว...

Fritjof Capra

กล่าวปาฐกถาใน “ปาฐกถา Schrodinger”

Trinity College, Ireland 1997

วีระ สมบูรณ์ แปล

สมเกียรติ ตั้งวนิชย์³ เปรียบเทียบกระบวนการทัศน์ วิธีคิด และระบบคุณค่าระหว่างวิทยาศาสตร์เก่ากับวิทยาศาสตร์ใหม่ จากแนวคิดของ Capra ดังตารางต่อไปนี้

เปรียบเทียบกระบวนการทัศน์และวิธีคิดเก่าและใหม่

กระบวนการทัศน์และวิธีคิดเก่า	กระบวนการทัศน์และวิธีคิดใหม่
การคิดแบบเหตุผล (rational)	การหยั่งรู้ (intuition)
การวิเคราะห์ (analysis)	การสังเคราะห์ (synthesis)
การมองแบบแยกส่วน (reductionism)	การมององค์รวม (holism)
การคิดแบบเชิงเส้น (linear)	การคิดแบบไม่เป็นเชิงเส้น (nonlinear)
ระบบคุณค่าแบบเดิม	ระบบคุณค่าแบบใหม่
การแผ่ขยายแบบรุก (expansion)	การอนุรักษ์ (conservation)
การแข่งขัน (competition)	การร่วมมือ (cooperation)
การเน้นปริมาณ (quantity)	การเน้นคุณภาพ (quality)
การควบคุมครอบงำ (domination)	การสร้างส่วนร่วม (partnership)

สังคมอุตสาหกรรมและการแพทย์/สาธารณสุขถูกครอบงำวิธีคิด โดยการแบ่งแยกจิตออกจากวัตถุ ตามแนวทางของเดการ์ต ด้วยกระบวนการทัศน์แบบกลไกมากกว่า 300 ปี ว่า “องค์รวมไม่ใช่อะไรอื่นนอกจากผลรวมขององค์ประกอบของมัน” ขณะที่กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่มองว่า “องค์รวมเป็นยิ่งกว่าผลรวมขององค์ประกอบ ด้วยคุณสมบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและไม่มีอยู่ในอยู่แต่ละองค์ประกอบ หากแยกย่อยแบ่งซอยแต่ละองค์ประกอบออกไปเป็นส่วนโดดๆ คุณสมบัติใหม่ขององค์รวมย่อมถูกทำลายลง”

กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์เก่า ซึ่งมีมุมมองแบบวิเคราะห์แยกส่วนตายตัว เป็นรากฐานของการดูแลสุขภาพเชิงประจักษ์ (evidence-based health care) การแพทย์เชิงประจักษ์ (evidence-based medicine) และการพยาบาลเชิงประจักษ์ (evidence-based nursing) ขณะที่กระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์ใหม่มองว่าสิ่งมีชีวิตเป็นระบบเปิดซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งที่มีอยู่นอกกระบวนของตนเองทั้ง

โดยตรงและโดยอ้อมตลอดเวลา โดยดำรงตนอยู่ได้เนื่องจากมีสภาวะสมดุลทั้งขององค์ประกอบย่อยที่อยู่ในระบบของตนเอง และมีสภาวะสมดุลระหว่างระบบของตนกับระบบที่อยู่ภายนอก ซึ่งห่างไกลจากดุลยภาพที่คงที่ (static equilibrium) หากแต่เป็นดุลยภาพที่เลื่อนไหลเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (dynamic equilibrium)

ดังนั้น การประกอบวิชาชีพสาขาต่างๆ ของวิทยาศาสตร์สุขภาพ จึงต้องมีมุมมองเรื่องสุขภาพเป็นองค์รวม และนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดมาบูรณาการร่วมกับระบบคุณค่า/วิถีชีวิตกับสภาวะครอบครัวและสังคม รวมทั้งพฤติกรรมสุขภาพ/จิตวิญญาณของผู้รับบริการสุขภาพ เพื่อทำให้เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างแท้จริง จึงจะถือว่าการประกอบวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพด้วยความเชี่ยวชาญ

การประกอบวิชาชีพแพทย์และสหวิชาชีพสุขภาพต่างๆ ล้วนเป็นการประยุกต์ใช้กฎเกณฑ์ทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งมีพื้นฐานดั้งเดิมมาจากกระบวนการทศนวิทยาศาสตร์เก่าที่เน้นการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ซึ่งหมายถึงการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับการใช้หัตถการ/การรักษาที่จะให้กับผู้ป่วย/ผู้รับบริการ บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดในขณะนั้น ซึ่งตามปกติจะมาจากงานวิจัยที่มีการออกแบบการวิจัยอย่างดีและมีความน่าเชื่อถือ รวมทั้งแหล่งข้อมูลอื่นๆ ที่เชื่อถือได้ร่วมกับความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ใช้ และค่านิยม/ความเชื่อของผู้รับบริการ⁴ อนึ่งการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในวงการแพทย์ใช้คำว่า การปฏิบัติการแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Medicine) ในวงการพยาบาลใช้คำว่า การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Nursing) และยังมีการใช้คำรวมเพื่อครอบคลุมการบริการสุขภาพทุกสาขาว่า การปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Health Care)⁴

อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติวิชาชีพเวชกรรมและสุขภาพยังขึ้นกับประสบการณ์ส่วนบุคคล การสังเกต/สะท้อน/ตัดสินใจของผู้ปฏิบัติรวมทั้งการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้สอดคล้องกับสถานะเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย/ชุมชนสังคมแต่ละแห่งซึ่งมีความแตกต่างกันทั้งด้านระบบคุณค่า วิถีชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อและการรับรู้ การให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพและบริบทอื่นทั้งด้านกายภาพและสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นการวิจัยที่ใช้สร้างความรู้เพื่อการพรรณา/อธิบาย การให้ความหมายของปัจเจกบุคคลกับวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมกายภาพกับบริบทที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญแก่การทำความเข้าใจ “ความจริง” ของกลุ่มเป้าหมายที่นักวิจัยต้องการศึกษา ด้วยมุมมองว่าความจริงของมนุษย์ต่อสิ่งหนึ่งมิได้หลายชุด และ “ความจริงของนักวิจัย” (outsider’ perspective/etic) ยังแตกต่างอย่างสิ้นเชิงกับ “ความจริงของกลุ่มเป้าหมายการวิจัย” (Insider’s perspective/emetic) สอดคล้องกับความเห็นของ Albert Einstein ที่กล่าวว่า “Reality is an illusion-ความจริงคือมายา”⁵ การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญร่วมไปกับการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นการสร้างองค์ความรู้จากวิธีอุปมาน (induction) โดยการสร้างคำอธิบายขึ้นภายหลังการเริ่มเก็บข้อมูล ข้อค้นพบมีลักษณะเป็นองค์รวมเชิงลึกที่มีความเจาะจงกับบริบทหนึ่ง

หลักการของการวิจัยเชิงคุณภาพจึงมีภาวะตรงข้าม (antitheses) กับหลักการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งใช้เครื่องวัดเป็นเครื่องมือสำคัญ ร่วมไปกับการเลือกตัวอย่างแบบสุ่ม (random sampling) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการสร้างองค์ความรู้จากวิธีการอนุมาน (deduction) ด้วยการสร้างคำอธิบายขึ้นมาก่อนการเก็บข้อมูลเพื่อพิสูจน์คำอธิบายเหล่านั้นข้อค้นพบมีลักษณะเป็นคุณสมบัติทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ซึ่งเป็นตัวแทนของประชากรทั่วไป (generalization)

แนวความคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) ให้ความสำคัญมากที่สุดกับองค์ความรู้ที่มาจากการวิจัยเชิงทดลองซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างมากที่สุด ให้ความสำคัญในระดับรองลงมาได้แก่ การวิจัยเชิงทดลองที่วางแผนดีแต่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง งานวิจัยแบบศึกษาตัวแปรย้อนหลังเพื่อการทำนาย (case control)/ งานวิจัยที่เป็นการศึกษาติดตามตัวแปรไปข้างหน้า (cohort study) ตามลำดับ แต่ไม่นับการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพว่าเป็นหลักฐานที่น่าเชื่อถือ

แม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพในวิทยาศาสตร์สุขภาพจะมีมานานแล้ว แต่นักวิทยาศาสตร์สุขภาพจำนวนมากกลับมองว่าไม่เป็นวิทยาศาสตร์ (unscientific) และไม่แม่นยำ/ไม่เป็นความจริง (unecdotal)⁶ อย่างไรก็ตามในช่วง 20 ปีที่ผ่านมาการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพมากขึ้นเรื่อยๆ อย่างกว้างขวาง ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และมีรายงานการวิจัยเชิงคุณภาพได้รับการตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์และสุขภาพเพิ่มขึ้น⁷

เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพสามารถให้คำอธิบายถึงทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม (preference) ของทั้งผู้ประกอบการวิชาชีพสุขภาพ ผู้ป่วยและประชาชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะการให้คำตอบเกี่ยวกับการนำหลักฐานเชิงปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติ – How evidence is turned into practice คุณค่าของการวิจัยเชิงคุณภาพ ในวิทยาศาสตร์สุขภาพจึงเกิดจากการให้คำตอบสำหรับคำถามวิจัยที่การวิจัยเชิงทดลองไม่สามารถให้คำตอบได้โดยง่าย เช่น การอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในบริบทต่างๆ การดูแลรักษาตามแบบฉบับ (treatment regimen) เดียวกันในบริบทต่างๆ การให้ความหมายของผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ให้บริการผู้ป่วยต่อพฤติกรรมสุขภาพ อาการเจ็บป่วยและการให้การรักษ ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และมุมมองที่แตกต่างกันต่อความจริงของวิทยาศาสตร์ การแพทย์เดียวกัน⁶

การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถให้คำอธิบายในประเด็นต่างๆ ดังกล่าวได้เป็นอย่างดีเนื่องจากการให้ความสำคัญกับการหาคำตอบสำหรับคำถามที่ว่า “X คืออะไร และ X มีความแปรผันไปอย่างไรในสถานะที่ต่างกันและทำไม –What is X and how does X vary in difference circumstances, and why?” มากกว่าการตอบว่า “X มีอยู่มากเท่าใด How many Xs are there?”⁷ Catherine Pope⁷ ยังได้กล่าวไว้ในว่า การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถใช้เป็นส่วนเพิ่มเติมร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้คำอธิบายถึงพฤติกรรมสุขภาพและการให้ความหมายของผู้ป่วย/กลุ่มเป้าหมายของนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประสพการณ์/ทัศนคติ/และพฤติกรรมของคนเหล่านั้น Melnyk และ Fine out-Overholt (2005) ได้ยอมรับว่า การวิจัยเชิงคุณภาพสามารถนำมาเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการปฏิบัติการพยาบาล (evidence-based nursing) และการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (evidence-based health care) ได้ โดยจัดลำดับความมั่นใจในหลักฐานเพื่อนำมาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยอยู่ในลำดับรองจาก หลักฐานที่มาจากงานวิจัยแบบศึกษาย้อนหลังในตัวแปร (case control) หรือการวิจัยที่ติดตามไปข้างหน้าเพื่อศึกษาตัวแปร ชุดหนึ่ง

แม้ว่าการวิจัยเชิงคุณภาพเริ่มได้รับการยอมรับว่า สามารถเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ได้และถูกจัดความมั่นใจไว้ในสำคัญเกือบสุดท้ายด้วย แต่ Judith Green⁶ กลับแสดงความเห็นว่าข้อค้นพบของงานวิจัยเชิงคุณภาพมีอิทธิพลสูงใจให้แพทย์เปลี่ยนแปลงการปฏิบัติวิชาชีพได้มากกว่าการรายงานทางวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ได้รับการตีพิมพ์

เราสามารถใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเสริมการวิจัยเชิงปริมาณในวิทยาศาสตร์สุขภาพได้ดังนี้

1. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพก่อนการออกแบบการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจสภาพการณ์หรือพฤติกรรมสุขภาพแล้วจึงนำมาออกแบบ/สร้างตัวแปรสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณในขั้นต่อไป
2. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อการสอบทานหรือเป็นส่วนหนึ่งของ validation ผลจากการวิจัยเชิงปริมาณ
3. ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อสำรวจค้นหา (explore) ปรากฏการณ์ที่การวิจัยเชิงปริมาณไม่สามารถให้คำตอบได้ เช่น คำอธิบายถึงสถิติของพฤติกรรม/ตัวแปรด้านสุขภาพเพื่อตอบคำถาม “ทำไม” และ “อย่างไร” ของตัวแปรเหล่านั้น

ในประเทศไทย แม้ว่าบุคลากรในวงการสาธารณสุขจะกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมในวิชาชีพต่างๆ จนเกิดกระแสของคำว่า “บูรณาการ” “องค์รวม” “การดูแลรักษาด้วยหัวใจมนุษย์” แต่เป็นการคิดและพูดภายใต้กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์เก่าที่ฝังแน่น หากประเมินที่พฤติกรรมบริการ การบริหารการประเมินคุณภาพ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ผลการประเมินยังคงสะท้อนให้เห็นวิธีคิดแบบเหตุผลที่เป็นกลไก/แยกส่วน ยึดมั่นว่าความจริงของตนสมบูรณ์/เป็นเจ้าของชีวิตผู้อื่นมองไม่เห็นองค์รวมและช่วยเหลือแห่งชีวิต/สุขภาพะ และยังคงให้คุณค่ากับปริมาณ/การขึ้นนำครอบงำ มาก

กว่าการให้คุณค่าของคุณภาพและการกระบวนการในบริบทเฉพาะ การมีส่วนร่วมที่แท้จริง การเรียนรู้ร่วมกันและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ภายใต้กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ จึงยังคงเป็นการทำงานที่ขาดการเรียนรู้ที่ลึกซึ้งด้วยพลังชีวิต ย่อมมองไม่เห็นความหวังของการก้าวข้ามทุกขภาวะไปสู่สุขภาวะอย่างแท้จริง

หนทางในการก้าวข้ามทุกขภาวะไปสู่สุขภาวะในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ คือการเปลี่ยนกระบวนการทัศน์เก่าด้วย การเรียนรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งร่วมกันด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (action learning) ในการเข้าถึงบริบทของความเป็นองค์รวมด้วยการคิดเชิงสืบค้น ถามและฟังด้วยความใส่ใจอย่างลึกซึ้งโดยละวางอัตตาไว้เสีย และมุ่งกระบวนการ (process oriented) มากกว่ามุ่งผลลัพธ์ (outcome oriented) ซึ่งจะทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและอาจเกินความคาดหวัง ดังการสรุปบทเรียนของชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทยที่ดำเนินโครงการพัฒนาต้นแบบการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในบริบทพยาบาลภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.) ตั้งแต่ระยะที่ 1 (พ.ศ.2546-2549) ด้วยงบประมาณ 20 ล้านบาท และได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องในระยะที่ 2 (พ.ศ.2550-2552) ด้วยงบประมาณ 38 ล้านบาท ปัจจุบันมีพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพในงานประจำรวมทั้งสิ้นประมาณ 560 คน^{8,9} กระบวนการเข้าถึงความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะ รวมทั้งการคิดเชิงสืบค้นกับการถามและฟังอย่างลึกซึ้ง เป็นทักษะที่ต้องฝึกฝนในการเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพ ดังประสบการณ์ของพยาบาลชุมชน จึงเริ่มเกิดกระแสของการยอมรับและสนใจการวิจัยเชิงคุณภาพในวงการสาธารณสุขไทย

กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ มีความสอดคล้องลงตัวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม แต่เป็นกระบวนการทัศน์ที่มีภาวะตรงข้าม (antitheses) กับกระบวนการทัศน์วิทยาศาสตร์เก่า ซึ่งหล่อหลอมบุคลากรในระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน เช่นเดียวกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่มีภาวะตรงข้ามกับระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นหลักฐานที่เชื่อถือนำไปสู่การปฏิบัติได้ (evidence-based practice) และปฏิเสธความน่าเชื่อถือของการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความสอดคล้องกับกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ การเดินทางไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมของระบบสาธารณสุข จึงต้องให้ความสำคัญกับการเลื่อนกระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์เก่าไปสู่กระบวนการทัศนวิทยาศาสตร์ใหม่ ด้วยการฝึกฝนทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพที่เน้นการพัฒนาตัวผู้วิจัยให้เป็นเครื่องมือการวิจัยที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับการคิดเชิงสืบค้น การถามและการฟังด้วยความลึกซึ้ง ด้วยการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (action learning) เพื่อเข้าถึงและเข้าใจความเป็นองค์รวมและบริบทเฉพาะของปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา ■

เอกสารอ้างอิง

- 1 ประเวศ วะสี, วิวัฒน์ คติธรรมนิธย์ บรรณาธิการ. ธรรมชาติของสรรพสิ่ง: การเข้าถึงความจริงทั้งหมด. กรุงเทพมหานคร:มูลนิธิสตรีย-สฤณวงศ์, 2547.
- 2 ฟรีดจอฟ คาปรา กล่าว. วีระ สมบูรณ์ แปล. "ปาฐกถา Schrodinger" 1997 เรื่องโยโยแห่งชีวิต Trinity College, Ireland เอกสารโรเนียว.
- 3 สมเกียรติ ตั้งวนิชย์. ธรรมชาติของสรรพสิ่ง: เอกสารโรเนียว.
- 4 ฟองคำ ดิลกสกุลชัย. การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน: กรุงเทพมหานคร, 2551.
- 5 Editorials, Why do qualitative research in the parts other methods can not reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. BMJ, 1995. p.311; p.42-45.
- 6 Green, Britten, N. Qualitative research and evidence-based medicine. BMJ. 1998; P. 316:1230-1232.
- 7 Mays, N. & Pope, C. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. BMJ 2000;320: p.50-52.
- 8 จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, รุจิวรรณ สอนสมภาร บรรณาธิการ. บทเรียนที่เรียนรู้. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, 2549.
- 9 จรรยาวัฒน์ ทับจันทร์, รุจิวรรณ สอนสมภาร บรรณาธิการ. บทเรียนที่เรียนรู้ 2. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย, 2551.

เรียนรู้ดูงานระบบบริการสุขภาพประเทศอังกฤษ สู่... การพัฒนาในประเทศไทย (ตอนที่ 1)

นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

Primary Care Component Manager, Thai-European Health Care Reform Project

ผู้เชี่ยวชาญ สำนักนโยบายและแผน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศอังกฤษ ได้รับการออกแบบให้มีการแข่งขันสูงสุด และมีการแบ่งเป็น “ผู้ซื้อ” และ “ผู้ให้” ในระบบบริการสุขภาพอย่างชัดเจน

พัฒนาการและโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการ

ต้นแบบการใช้จ่ายเงินภาษีเพื่อมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

National Health Service (NHS) หรือระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ ที่ทำให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศอังกฤษเกิดขึ้นในปี ค.ศ.1948 ในขณะที่โครงสร้างที่เป็นกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่า Department of Health (DH) มีพัฒนาการมาก่อนหน้านั้น

ในปี ค.ศ.1805 เริ่มมีหน่วยงานในระดับชาติที่ดูแลเรื่องสุขภาพ เรียกว่า Board of Health ต่อมาในปี ค.ศ. 1854 เรียก General Board of Health และกระทรวงสุขภาพหรือกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health) เกิดขึ้น (เริ่มเรียกชื่อนี้) ในปี ค.ศ.1919 โดยที่มีกระทรวงประกันสังคม (Ministry of Social Security) เกิดมาก่อนตั้งแต่ปี ค.ศ.1911

ในปี ค.ศ.1968 กระทรวงสุขภาพและกระทรวงประกันสังคมถูกยุบรวมกัน ตั้งเป็นองค์กรใหม่เรียกว่า Department of Health and Social Security (DHSS) และอีก 20 ปีต่อมา (ปี ค.ศ.1988) แยกเป็น Department of Health (DH) และ Department of Social Security (DSS) อีกครั้งจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

สถานการณ์ก่อนมี NHS

ก่อนมี NHS การให้บริการปฐมภูมิเป็นไปอย่างกระจัดกระจาย ขาดการจัดระบบเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม บุคลากรที่ให้บริการในชุมชนประกอบด้วย

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป เป็นแพทย์เอกชนเปิดคลินิกส่วนตัว (Medical centre) ในชุมชน มี Practice nurse ช่วยให้บริการด้านการพยาบาลภายในคลินิก (บางคลินิกไม่จ้างพยาบาล) ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นชนชั้นกลางถึงชนชั้นสูง เนื่องจากต้องจ่ายค่านั่งรอรับบริการ โดยที่มีทั้งการไปรับบริการที่คลินิก และตามแพทย์ให้ไปให้บริการที่บ้าน

พยาบาลชุมชน¹ ประกอบด้วย District nurse (พยาบาลเยี่ยมบ้านที่ให้การให้บริการด้านการพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน) Midwife (ผดุงครรภ์ดูแลหญิงตั้งครรภ์และทำคลอด การทำคลอดมีทั้งทำที่บ้านและที่โรงพยาบาล) Health visitor (พยาบาลเยี่ยมบ้านเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ) ทั้งหมดทำงานอยู่ในภาครัฐ (อยู่ภายใต้ Local authority ซึ่งไม่อยู่ในสายบังคับบัญชาของกระทรวงสาธารณสุข อาจอยู่ในสายบังคับบัญชาของกระทรวงมหาดไทยหรือรัฐบาลท้องถิ่น) มีสำนักงานที่ใช้ในการทำงานเรียกว่า Health centre การให้บริการมีทั้งในลักษณะของการให้บริการฟรี และมีบางกรณีที่ต้องจ่ายเงิน นอกจากนี้ยังมีนักสังคมสงเคราะห์ (Social worker) ซึ่งมีทั้งที่เป็นข้าราชการและอาสาสมัคร ร่วมทำงานอยู่ด้วยในบาง Health centres

หมายเหตุ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์คลินิกเอกชนกับทีมพยาบาลชุมชนของหน่วยงานในภาครัฐค่อนข้างเปราะบาง (Bad relations) ต่างฝ่ายต่างทำงานยังไม่มีมีการประสานงานเพื่อการทำงานร่วมกันเป็นทีม (มีพัฒนาการของความสัมพันธ์ที่ไม่ค่อยดีมาค่อนข้างยาวนาน)

1 พยาบาลชุมชนของประเทศสหราชอาณาจักรคือ พยาบาลวิชาชีพที่ต้องเรียนเพิ่มอีกประมาณ 1 ถึง 1½ ปี

ทันตแพทย์ มีสถานะคล้ายกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มักจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์ (Dental surgery assistant) ให้เป็นผู้ช่วยทำงานในขณะให้บริการในคลินิก และมีผู้ดูแลสุขภาพฟัน (Dental hygienist) ทำงานในชุมชนและมีสำนักงานซึ่งเป็นสถานที่ทำงานอยู่ที่ Health centre

เภสัชกร เปิดร้านขายยาในชุมชน ไม่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะร่วมมือหรือแข่งขันกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างไร

โรงพยาบาล มี 3 ลักษณะคือ 1) โรงพยาบาลที่สร้างเพื่อการกุศล มีวัตถุประสงค์หลักคือให้บริการผู้ด้อยโอกาส (คนจน คนไม่มีบ้าน และผู้ป่วย) 2) โรงพยาบาลที่สร้างโดยรัฐบาล มีวัตถุประสงค์ของการให้บริการแก่ประชาชนทุกคน (ไม่มีช่วงไหนของพัฒนาการที่ระบุว่า OPD ของโรงพยาบาลแน่น) มีทั้งลักษณะของการให้บริการฟรี และที่ต้องจ่ายค่าบริการ และ 3) โรงพยาบาลเอกชน มีวัตถุประสงค์ชัดเจนในการจัดบริการที่เน้นไปยังกลุ่มคนรวย

ในช่วงปี ค.ศ.1910-1960 องค์ความรู้และวิทยาการด้านการแพทย์ในโรงพยาบาลเติบโตเร็วมาก (Full-time specialism) โดยที่ในปี 1920 เริ่มมีการแบ่งระดับบริการออกเป็น การให้บริการปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ²

สำหรับการให้บริการในระดับปฐมภูมิ มีการกล่าวถึงการทำงานร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้บริการทั้งหมดในชุมชนไม่ว่าจะอยู่ในภาครัฐหรือเอกชน ถึงแม้จะเป็นจริงได้ยากมากในสถานการณ์ในขณะนั้นก็ตาม

แรงต้านก่อนเกิดและการเกิด NHS

ประกันสุขภาพสุขภาพในภาครัฐเริ่มต้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1911 โดยรัฐบาลได้ออกกฎหมายประกันสุขภาพ (National Insurance Act) มีจุดมุ่งหมายที่จะใช้คุ้มครองกลุ่มผู้ใช้แรงงานเมื่อเจ็บป่วยหรือตกงานเท่านั้น โดยลูกจ้างเป็นผู้จ่ายเบี้ยประกันรวมทั้งมีการจ่ายสมทบโดยนายจ้างและรัฐ³

ต่อมาในปี ค.ศ.1942 Sir William Beveridge ซึ่งมีส่วนร่วมในการผลักดันกฎหมายประกันสุขภาพมาก่อนหน้านี้ ได้ตีพิมพ์รายงาน “Beveridge report” เพื่อนำเสนอรัฐบาล เนื้อหาที่สำคัญของรายงานคือ ประชาชนในวัยทำงานที่มีรายได้ ควรมีส่วนร่วมในการช่วย ผู้ป่วย ผู้ตกงาน เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เกษียณอายุ รวมทั้งผู้ที่เป็นหม้าย⁴ โดยมีปรัชญาที่สำคัญคือ “below which no one should be allowed to fall (ประชาชนโดยเฉพาะผู้ด้อยโอกาสไม่ควรถูกปล่อยให้พลอยเจียนจนชีวิตตกต่ำ)”⁵

กลุ่มที่ต่อต้านการนำแนวคิดนี้ไปออกเป็นกฎหมายมากที่สุดคือ “กลุ่มแพทย์”⁶ ด้วยความกังวลที่สำคัญ 2 ประการคือ 1) อาจมีผลกระทบต่อรายได้ และ 2) กลัวมีผลกระทบต่อความอิสระในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่ในที่สุดรัฐบาลสามารถเจรจาต่อรองกับกลุ่มแพทย์เป็นผลสำเร็จ และผ่านออกมาเป็นกฎหมายในปี ค.ศ.1946 ซึ่งมีผลบังคับใช้จนทำให้เกิด National Health Service (NHS) หรือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างเป็นทางการ ในปี ค.ศ.1948 ทั้งนี้กฎหมายฉบับนี้ประกาศใช้สำหรับประชาชนทุกคน ซึ่งครอบคลุมไปถึงประชาชน (คนงาน) ที่อยู่ภายใต้ National Insurance Act ด้วย มีผลทำให้ประเทศอังกฤษมีกองทุนเพื่อสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคนเพียงกองทุนเดียว (Single fund) ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา

กลไกสำคัญที่ทำให้รัฐสามารถเข้าไปดูแลและบริหารจัดการ เพื่อให้มีบริการสุขภาพสำหรับประชาชนทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสคือ การนำงบประมาณที่เก็บมาจากภาษีทั่วไป (General tax)⁷ มาใช้ในการบริหารจัดการโดยไม่จำกัดว่าจะต้องจัดสรรไปยังภาครัฐเท่านั้น แต่สามารถจัดสรรไปยัง สถานบริการ และผู้ให้บริการ ในภาคเอกชนและองค์กรการกุศล ตลอดจนซื้อกิจการจากภาคเอกชนตามความจำเป็น

2 the germ of the primary/secondary/tertiary care distinction (The Dawson Report; London: HMSO, 1920)

3 กฎหมายฉบับนี้ส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจาก “Bismarck model” (ประกันสุขภาพเชิงบังคับที่อยู่ในภาครัฐและเก็บเบี้ยประกันสุขภาพจากประชาชน: Insurance based) ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการครั้งแรกที่ประเทศเยอรมัน ตั้งแต่ปี ค.ศ.1853 ในสมัยที่นายกรัฐมนตรีชื่อ Bismarck และค่อยๆ ถูกนำไปใช้ตามประเทศต่างๆ ในแถบทวีปยุโรป

4 ในสมัยนั้นมีผู้เสียชีวิตจำนวนมากจากสงคราม ผู้ที่เป็นหม้ายในที่นี้จึงหมายถึง หญิงหม้าย เป็นหลัก

5 แรงผลักดันสำคัญมาจากความรู้สึกที่ว่า ชาวอังกฤษมีความแค้นแค้นเดียว และร่วมกันเสียสละ จนกระทั่งชนะสงครามโลกครั้งที่ 2 รัฐจึงพยายามออกกฎหมายที่จะทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน โดยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อผู้ด้อยโอกาส

6 จากการขอความเห็น (plebiscite) จากกลุ่มแพทย์ของ British Medical Association (BMA) ในเดือนมกราคม 2548 พบว่า 84% ของแพทย์ ลงคะแนน (vote) ว่าไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านการเกิดขึ้นของ National Health Service (NHS) แต่ด้วยทักษะทางการเมืองของ Aneurin Bevan ทำให้กฎหมาย NHS ประกาศใช้ในเดือนกรกฎาคม ค.ศ.1948

ผลกระทบหลังมี NHS

โรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนเชิงโครงสร้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาครัฐอยู่แล้ว ส่วนโรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีอยู่ไม่มากนักนั้น ส่วนหนึ่งถูก NHS เข้าไปซื้อกิจการ โรงพยาบาลเอกชนที่ยังคงอยู่ได้ส่วนใหญ่อยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ โดยมีกลุ่มเป้าหมายอยู่ที่คนรวยและผู้ที่มีข้อบกพร่องสุขภาพจากภาคเอกชน (มีจำนวนน้อย)

แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ทำงานในโรงพยาบาล สถานะในฐานะข้าราชการไม่ได้เปลี่ยนไปจากเดิมมากนัก เพียงแต่อยู่ในระบบราชการที่ใหญ่ (เยอะ) มากขึ้นเท่านั้น อันทำให้เกิดปัญหาเรื่องการรอคิวนาน (Long waiting list) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเข้าคิวเพื่อรอการผ่าตัดที่รอได้ (Elective surgery) ซึ่งกลายเป็นประเด็นทางการเมืองในระยะต่อมา

ในปี ค.ศ.1962 NHS มีการวางแผนเรื่องโรงพยาบาล ทำให้มี District General Hospitals เป็นโรงพยาบาลขนาดประมาณ 600-800 เตียง ดูแลประชากรประมาณ 150,000 ถึง 200,000 คน ด้วยแผนดังกล่าว มีผลให้โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งต้องปิดกิจการลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กที่อยู่ในเขตเมือง อย่างไรก็ตามในพื้นที่ห่างไกลได้มีการสร้างโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ถูกจัดให้เป็นส่วนหนึ่งของสถานบริการปฐมภูมิ และให้บริการโดยทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิ

การให้บริการในชุมชน “จุดเปลี่ยนสำคัญ”

การเปลี่ยนแปลงที่ชัดและมีผลกระทบต่อระบบบริการมากที่สุด คือการกำหนดให้ประชาชนทุกคนต้อง “เลือก (Choice)” เพื่อ “ขึ้นทะเบียน (Registration)” กับ “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” ซึ่งทั้งหมดอยู่ในภาคเอกชน (เปิดคลินิกเต็มเวลาดังที่กล่าวแล้วข้างต้น) โดยรัฐในนาม NHS เป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์แทนประชาชน (รายละเอียดว่าจ่ายอย่างไรจะกล่าวถึงต่อไปในหัวข้อ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางการเงินกับ NHS อย่างไร) โดยที่ประชาชนได้สิทธินี้ก็ต้องไปใช้บริการกับแพทย์คนใดคนหนึ่งเลือกขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน สิทธินี้จะครอบคลุมการรับบริการกรณีฉุกเฉินที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วย

ด้วยระบบนี้ เด็กเกิดใหม่ ผู้ย้ายเข้า และได้สิทธิเป็นประชาชนของประเทศสหราชอาณาจักร จะต้องมี (เลือก) แพทย์ประจำตัว (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) ทุกคนตามข้อบังคับของกฎหมาย

เมื่อไรก็ตามที่ประชาชนเลือกแพทย์คนใหม่ จะมีระบบที่ทำให้ “เวชระเบียน (Medical record)” ถูกส่งจากแพทย์คนเดิม ไปยังแพทย์คนใหม่ด้วยระบบภายในของ NHS (ไม่ใช่ให้คนไข้ถือไป) ทำให้ถึงแม้คนไข้จะเลือกเพื่อพบแพทย์คนใหม่ แต่ข้อมูลของคนไข้ยังคงมีความต่อเนื่อง

หลังจากมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การขึ้นทะเบียนกับสถานบริการในชุมชนจึงมี 2 ลักษณะคือ 1) การขึ้นทะเบียนในลักษณะแบ่งพื้นที่โดยรัฐ ซึ่งมีอยู่แล้วก่อนหน้านี้ โดยมีทีมงานใน Health centre รับผิดชอบประชาชนทุกคนในเขตพื้นที่ตามที่รัฐกำหนด และ 2) การขึ้นทะเบียนกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งเกิดขึ้นใหม่ตามที่ประชาชนเลือกตามความสมัครใจ ด้วยระบบการขึ้นทะเบียนที่เกิดคู่ขนานเป็น 2 ลักษณะดังกล่าว ในระยะแรกของ NHS ยังไม่สามารถทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับทีมพยาบาลชุมชน ในลักษณะของการทำงานร่วมกันในชุมชนได้

การทำงานร่วมกันเป็นทีมในชุมชนเริ่มเป็นระบบและมีความชัดเจนมากขึ้นในปี ค.ศ.1965 และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมสรุปได้ดังนี้ 1) รัฐมีนโยบายให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถใช้งานบางส่วนในอาคารที่เป็น Health centre เป็นสถานที่เพื่อให้บริการประชาชน ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปกับพยาบาลชุมชน เริ่มมีสำนักงานที่ใช้ในการทำงานเพื่อให้บริการอยู่ในตัวอาคารเดียวกัน (ตัวอาคารของรัฐ) 2) การสร้างระบบให้พยาบาลชุมชนรับผิดชอบประชาชนตามบัญชีรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนไว้กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแต่ละคน (รับผิดชอบประชาชนตามระบบการขึ้นทะเบียนกับแพทย์) มากกว่าแบ่งเป็นกลุ่มประชากรตามเขตพื้นที่รับผิดชอบ 3) มีการโอนบุคลากรที่อยู่ใน Health centre ซึ่งเดิมอยู่ภายใต้ Local authority เพื่อให้มาอยู่ภายใน NHS และ 4) ถึงจุด “สูงอม” ที่มีความจำเป็นที่จะต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม

ในส่วนของการร่วมมือกับเภสัชกร แพทย์จะเป็นผู้สั่งยาในใบสั่งยา คนไข้ไปรับยาร้านขายยา (ที่ประเทศอังกฤษมักเรียกว่า Chemist หรือ Pharmacist) จากเภสัชกรซึ่งเป็นเอกชน โดยเภสัชกรจะเบิกเงินค่ายา (แบบ Cost plus: ราคาทุนที่บวกผลกำไรเท่าที่จำเป็น) จาก NHS รวมทั้งได้รับค่าตอบแทนการจ่ายยา (Dispensing fee) โดยที่ค่าตอบแทนการจ่ายยานี้จะได้รับเป็นเงินก้อนในลักษณะเหมาจ่ายเป็นรายปีผ่านสมาคมเภสัชกร

7 ในที่สุดจึงเรียกรูปแบบการนำภาษีมาใช้ในลักษณะนี้ว่า “Beveridge model” แต่ผู้ที่มีบทบาทในการออกแบบที่สำคัญคือ Aneurin Bevan ซึ่งเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น

เมื่อคนไข้ไปส่งยาเพื่อไปรับยาที่ร้านขายยา จะมีคนไข้บางกลุ่มที่จะต้องจ่ายเงินบางส่วนที่ร้านขายยา โดยจ่ายให้ NHS ผ่านร้านขายยา

ทันตแพทย์ (General dental practitioner) ต้องจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์ (Dental surgery assistant) ทำงานในคลินิก ได้รับการส่งเสริมให้เข้าไปใช้ตัวอาคารของ Health centre เป็นสถานที่ทำงานเช่นเดียวกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีผู้ดูแลสุขภาพฟัน (Dental hygienist) ทำหน้าที่ให้บริการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพฟัน ซึ่งมีสถานที่ทำงานอยู่ที่ Health centre อยู่แล้ว

NHS ยังพัฒนาให้มีศูนย์ Lab และ X-Ray (เช่น ในช่วงปี ค.ศ.1990 โดยเฉลี่ยจะมี X-ray 1 เครื่องต่อประชากรประมาณ 30,000 คน) ซึ่งมักจะอยู่ที่ Health centre ขนาดใหญ่ และบางพื้นที่ใช้ร่วมกับโรงพยาบาล รวมทั้ง NHS ได้สร้างระบบการบรรจุ Specimens ที่ได้มาตรฐาน (Standard specimen containers) แบบฟอร์มสำหรับการส่ง Lab รวมทั้งการรายงานผล ซึ่งตอบสนองในกรณีที่ต้องการผลอย่างเร่งด่วนด้วย สำหรับ Potable EKG สามารถทำได้โดยทั้ง general practitioners และ district nurses สำหรับรายละเอียดขององค์ประกอบและการให้บริการต่างๆ จะกล่าวถึงต่อไป

NHS: พัฒนาการที่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในระดับ “นโยบาย”

จากที่เริ่มก่อตั้ง NHS ในปี ค.ศ.1948 จนถึงปี ค.ศ.1974 มีการเปลี่ยนแปลง (เชิงการเมือง) เพื่อการบริหารจัดการภายใน NHS น้อยมาก หลักจากนั้นมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

ในปี ค.ศ.1974 รัฐบาลออกกฎหมายโอนสถานบริการสาธารณสุข ทั้งโรงพยาบาลและสถานบริการในชุมชนที่อยู่ภายใต้ Local authorities (สังกัดกระทรวงมหาดไทย หรือรัฐบาลท้องถิ่น) มาอยู่ภายใน NHS

ในปี ค.ศ.1986 ลดค่าตอบแทนในส่วนที่เป็นเงินเดือน (Basic allowance) และเพิ่มการจ่ายค่าตอบแทนเมื่อทำได้ครบตามเป้าหมาย (Target payments) ของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป โดยมีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมกิจกรรมการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (เนื่องจากก่อนหน้านี้แพทย์ให้ความสำคัญเฉพาะการรักษาโรค)

ในปี ค.ศ.1988 มีการบอกให้สาธารณชนรับรู้อย่างชัดเจนว่า รัฐบาลจะนำกลไกการตลาด (Internal market) มาใช้ใน NHS โดยเชื่อว่าในขณะนั้น NHS มีปัญหาขาดประสิทธิภาพ (ขาด efficiency) เพราะมีขนาดใหญ่เทอะทะไม่คล่องตัวเป็นต้นเหตุแห่งปัญหา และที่นำมาเป็นประเด็นการเมือง เช่น การรอคิวเพื่อการผ่าตัดนาน (Long waiting list), ใช้งบประมาณสูงขึ้นโดยที่รัฐให้เท่าไรก็ไม่พอ (Cost escalation), มีความเฉื่อยชาเนื่องจากมีขนาดใหญ่ เป็นต้น

กลไกสำคัญที่นำมาใช้ในการสร้างกลไกการตลาดคือ การแบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือแบ่งเป็นส่วนที่เป็นผู้ให้บริการ (Provider) และส่วนที่เป็นผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “Purchaser-Provider Split” โดยที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีแนวโน้มที่จะต้องเป็นทั้ง ผู้ให้ (บริการ primary care) และผู้ซื้อ (บริการ secondary and tertiary care)

จากการนำเสนอแนวคิดนี้ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจำนวนมากไม่เห็นด้วย ด้วยความกลัวที่ว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอาจจะถูกมองว่าไม่ได้เป็นเฉพาะ “หมอเท่านั้น” แต่เป็นทั้ง “หมอและนักธุรกิจ” ในเวลาเดียวกัน (Doctor as well as Businessman) ซึ่งอาจบั่นทอนความเชื่อมั่นหรือความศรัทธาที่คนไข้มีต่อหมอ อย่างไรก็ตาม ในที่สุด แนวคิดเรื่อง internal market ถูกพัฒนาจนกระทั่งกลายเป็นกฎหมาย

ในปี ค.ศ.1990 ประกาศใช้กฎหมายที่ทำให้เกิด Purchaser-Provider Split (กฎหมายฉบับนี้มีชื่อว่า National Health Service and Community Care Act) ทำให้แบ่ง NHS ออกเป็น 2 ส่วน คือ ผู้ให้บริการ และผู้ซื้อบริการ

ผู้ให้บริการประกอบไปด้วย 1) บุคลากรที่มีฐานเดิมของการเป็นข้าราชการ ซึ่งประกอบไปด้วย บุคลากรของโรงพยาบาลและสถานบริการที่อยู่ในชุมชนในส่วนที่โอนจาก Local authority มาอยู่ใน NHS จะอยู่ภายใต้โครงสร้างการบริหารจัดการเดียวกัน โดยออกแบบโครงสร้างของการบริหารจัดการแบบใหม่เป็นลักษณะของ “Trust” โดยมีชื่อเรียกว่า NHS Trust และ 2) ผู้ให้บริการที่เดิมอยู่ภาคเอกชน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทันตแพทย์ เภสัชกร และทีมงาน

ผู้ซื้อบริการประกอบไปด้วย 1) สำนักงานสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่ (District Health Authority or Health Board) และ 2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการทำหน้าที่เป็นผู้ซื้อบริการ มีชื่อเรียกว่า GP Fundholder

ด้วยระบบนี้ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ “ไม่เป็น” GP Fundholder เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล Health Board จะเป็นผู้จ่ายเงินให้โรงพยาบาล และ 2) กลุ่มที่ “เป็น” GP

Fundholder จะรับเป็น “เงินก้อน” ในส่วนที่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อบริการมาถือไว้ (โดยมีฐานการคำนวณจากการใช้ตัวเลขในปีก่อน) และเป็นผู้จ่ายเงินเอง เมื่อส่งคนไข้ไปยังโรงพยาบาล โดยที่รัฐบาลในขณะนั้นนโยบายชัดเจน ที่จะส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทุกคนรวมกลุ่มกัน เพื่อเป็น GP Fundholder โดยเชื่อว่า GP Fundholder จะเป็นกลไกสำคัญในการทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมใน NHS ไม่พุ่งสูงขึ้น (Cost containment)

สำหรับเงื่อนไขของการเป็น GP Fundholder คือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องรวมกลุ่มกันเอง “แบบสมัครใจ” จนกระทั่งทำให้มีประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบรวมกันไม่น้อยกว่า 11,000 คน ในปี ค.ศ.1992 เพื่อส่งเสริมให้เกิดการรวมตัวกันง่ายขึ้น ในปี ค.ศ.1993 ได้ลดจำนวนประชากรลงเหลือ 7,000 คน และลดลงเหลือ 5,000 คน ในปี ค.ศ.1996

ส่วนแรงจูงใจหลักที่จะทำให้เกิด Cost containment คือ กรณีที่ GP Fundholder สามารถบริหารจัดการจนทำให้เงินที่ได้รับจัดสรรในส่วนนี้เหลือ (Refer คนไข้ไปโรงพยาบาลน้อย) เงินส่วนที่เหลือนี้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นเงินส่วนตัวของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปได้ (ไม่สามารถนำเงินที่เหลือนี้เอาไปเข้ากระเป๋าตัวเอง) แต่สามารถนำไปใช้เพื่อการพัฒนาการให้บริการโดยรวมได้ เช่น การใช้ในการพัฒนาสถานที่ การเข้าร่วมฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้ทางวิชาการ การซื้อเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่ม เป็นต้น

ในปี ค.ศ.1993-1994 มีการสำรวจพบว่า GP Fundholder สามารถบริหารจัดการเพื่อให้เงินเหลือและนำเงินไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นได้ถึง 64 ล้านปอนด์

จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เข้าร่วมการเป็น GP Fundholder มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งในปี ค.ศ.1999 ก่อนที่จะมีการประกาศยกเลิก GP Fundholder (ประกาศยกเลิกโดยรัฐบาลชุดใหม่) ยังคงมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ไม่เข้าร่วมเป็น GP Fundholder อยู่ประมาณ 5%

เหตุผลสำคัญที่ทำให้ยกเลิก GP Fundholder ที่มีการกล่าวถึงคือปัญหาเรื่อง ความเป็นธรรม (Equity) เนื่องจากเงินที่กระจายไป และที่เหลืออยู่กับ GP Fundholder ซึ่งดูแลประชากรจำนวนน้อย ถูกมองว่าเป็นการนำเงินงบประมาณไปใช้ในลักษณะเบียดหัวแตก (Fragmented) เป็นการใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับประชาชนส่วนใหญ่ได้น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำไปใช้ประโยชน์กับผู้ป่วยโอกาส ซึ่งน่าจะมีความจำเป็นในการใช้งบประมาณส่วนนี้มากกว่า

จากปี ค.ศ.1999 เป็นต้นมา โครงสร้างใหม่ที่มาแทน GP Fundholder ถูกออกแบบให้มีโครงสร้างเป็นลักษณะ Trust โดยมีชื่อเรียกว่า Primary Care Trust ซึ่งเป็นการจัดให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปทุกคนที่อยู่ในพื้นที่เดียวกัน (ตาม Geographical area: Locality) อยู่ภายใต้โครงสร้าง Trust เดียวกัน โดยที่แต่ละ Primary Care Trust ดูแลประชากรประมาณ 150,000 ถึง 300,000 คน ทำให้กลไกการตลาด (Internal market) ภายใน NHS หมดไปโดยปริยาย อย่างไรก็ตาม Primary Care Trust ยังคงเป็นผู้จ่ายเงินไปยังโรงพยาบาล (มีชื่อโครงสร้างที่บริหารจัดการโรงพยาบาลว่า Acute Trust ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ NHS Trust และมี Trusts อื่นที่แยกย่อยออกไป เช่น Mental Health Trust, Ambulance Trust เป็นต้น) แต่ไม่ใช้กลไกการตลาด (มีการแข่งขันเชิงการตลาดน้อยลง) เพียงแต่เป็นลักษณะจ่ายเงินตามคนไข้ (Money follows patient) และเป็นองค์กรที่คอยดูแลว่า ในพื้นที่ที่อยู่ในความรับผิดชอบมีปัญหาเรื่องการขาดหรือการกระจายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือไม่

เนื่องจากงบประมาณส่วนใหญ่ (ประมาณ 75%) ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS ถูกส่งมายัง Primary Care Trusts ทำให้ Primary Care Trust เป็นองค์กรสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการของประเทศสหราชอาณาจักรในปัจจุบัน โดยมีตัวแทนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเข้ามาเป็นคณะกรรมการ เพื่อดูแลและบริหารจัดการงบประมาณในส่วนนี้ และมักมีการสร้างความร่วมมือกับ Local Authorities เพื่อการวางแผนและทำงานร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการบริการเชิงสังคม (Social service)

เมื่อไรก็ตามที่มีการตกลงความร่วมมือ (Agreement) ระหว่างหน่วยงานในสังกัดของ NHS กับ Local Authorities มีกฎหมายรองรับที่จะทำให้เกิดโครงสร้างใหม่โดยมีความคาดหวังที่จะให้เกิดการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายใน NHS กับองค์กรในพื้นที่มากยิ่งขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังคงมีจำนวนน้อย และถูกคาดหวังว่าจะมีจำนวนมากขึ้นในอนาคต

ในปี ค.ศ.2002 มีการสร้างโครงสร้างใหม่ชื่อว่า Strategic Health Authority (STA) ดูแลประชากรประมาณ 1.5 ล้านคน และต่อมามีการรวม STAs เข้าด้วยกันทำให้ STA ดูแลประชากรเฉลี่ยประมาณ 5 ล้านคน เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามีการเชื่อมโยงและผสมผสานระหว่าง สิ่งที่รัฐบาลกลางให้ความสำคัญ (National priority) กับการวางแผนงานโดย PCT ซึ่งดำเนินการในระดับพื้นที่ (Local health plans)

ในปี ค.ศ.2004 ได้มีการพัฒนาให้เกิดโครงสร้างใหม่ (ภายใน NHS) เพื่อรองรับโครงสร้างที่จะเป็นอิสระเต็มที่ (Full autonomy) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง NHS trust ซึ่งโครงสร้างที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโรงพยาบาล โดยใช้ชื่อว่า Foundation Trust

พัฒนาการของหมอชุมชน

“หมอชุมชน” เริ่มต้นเชิงวิชาการอย่างเป็นทางการ หลังจากที่ “หมอโรงพยาบาล” เข้มแข็ง

หลังจากที่ “วิทยาศาสตร์” เข้ามามีบทบาทสำคัญทางการแพทย์มีส่วนช่วยให้ “หมอตามบ้าน” สามารถค้นพบวิทยาการสมัยใหม่อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับมีการ “ปฏิวัติการพยาบาล” ทำให้ “โรงพยาบาล” ซึ่งเดิมมีไว้สำหรับคนจน คนไม่มีบ้าน และผู้ป่วย กลายเป็นสถานบริการสำหรับประชาชนทุกคน และเป็นศูนย์กลางของระบบบริการ มีผลให้แพทย์ถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (จบแพทย์แต่ไม่เรียนต่อ เปิดคลินิกส่วนตัว ทำงานในชุมชน ลักษณะของการทำงานมีฐานที่มีพัฒนาการมาจากหมอตามบ้าน) และแพทย์เฉพาะทาง (จบแพทย์แล้วเรียนต่อเป็นแพทย์เฉพาะทาง และให้บริการอยู่ในโรงพยาบาล) ถึงแม้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานในชุมชน มีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการน้อยกว่า แต่ด้วยฐานของความสัมพันธ์ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องในลักษณะ “หมอกับคนไข้” ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (หมอชุมชน) ยังคงเป็นที่ศรัทธาและเป็นที่พึ่งหลักของประชาชน ทำให้ประเทศสหราชอาณาจักร (รวมทั้งประเทศในแถบตะวันตกโดยรวม) ไม่มีประสบการณ์ที่มีคนไข้นั้น OPD ของโรงพยาบาล

ปี ค.ศ.1910–1960 การแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลเติบโตอย่างก้าวกระโดด

ในปี ค.ศ.1946 มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปชื่อ Micheal Balint⁸ ได้เริ่มทำการวิจัย โดยเรียกวิธีการวิจัยนี้ว่า “Research seminar” โดยรวมกลุ่มแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานอยู่ในชุมชน นำ “กรณีที่น่าสนใจ” มานำเสนอในที่ประชุม เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์สัปดาห์ละครั้ง (ช่วงบ่ายของวันทีว้าง) ต่อเนื่องกันเป็นเวลาประมาณ 3 ปี ผลของการวิจัยได้มีการนำเสนอเป็นกรณีศึกษา ที่ทำให้เห็นความจำเพาะเชิงวิชาการของการให้บริการในชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างไปจากการให้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นทางด้าน จิตใจ-สังคม (Psycho-social) วิธีการนำเสนอผลการวิจัยทำได้อย่างน่าสนใจโดยแบ่งเป็น การวินิจฉัย เช่น ปัญหาทั่วไป (General problems), คนไข้เสนอ หมอสนอง (The patient's Offers and the Doctor's Responses), ระดับของการวินิจฉัย (Level of diagnosis), การสมรู้ร่วมคิดที่จะปิดบัง (The collusion of Anonymity) และการรักษา เช่น ตัวหมอนั้นแหละแทนยา (Drug Doctor), การรักษาทางใจโดยไม่ต้องใช้ยา (Psychotherapy), เริ่มต้นอย่างไร เมื่อไหร่ถึงจะหยุด (How to start, when to stop) เป็นต้น ผลงานชิ้นนี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ.1954 เป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่ทำให้การทำงานในชุมชนมีความท้าทายเชิงวิชาการ และมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งในที่สุดมีศักดิ์ศรีเชิงวิชาการที่ไม่ด้อยไปกว่าการให้บริการในโรงพยาบาล

การเพิ่มศักดิ์ศรีและศักยภาพเชิงวิชาการของหมอชุมชน

การก่อตั้งราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Royal College of General Practitioner: RCGP)

องค์กรแรกที่มีการก่อตั้งเพื่อเพิ่มศักดิ์ศรีเชิงวิชาการให้กับหมอชุมชน (แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป) คือ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Royal College of General Practitioner ในช่วงแรกของการก่อตั้งมีลักษณะเป็นวิทยาลัยก่อน) ซึ่งก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ.1952 โดยมีวัตถุประสงค์ของการก่อตั้ง “... เพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพ ศิลปะ ทักษะการให้บริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ด้วยการตั้งมาตรฐานไว้ในระดับสูง พร้อมสนับสนุนและช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปพัฒนาไปให้ถึง และคงมาตรฐานระดับสูงนั้นไว้... (...to improve the quality, the art, the skill of general practitioners by setting a high standard and by encouraging and helping general practitioners to reach and maintain it...)”

ในช่วงแรกของการก่อตั้ง ผู้ที่เป็นสมาชิก (Membership: มีตัวย่อต่อท้ายชื่อว่า MRCGP) จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ของการเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชนมาเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี ต่อมาในปี ค.ศ.1965 การเป็นสมาชิกต้องผ่านการสอบ ในปี ค.ศ.1967 เริ่มมีระบบของการเป็นสมาชิกที่มีผลงานดีเด่น (Fellowship: มีตัวย่อต่อท้ายชื่อว่า FRCGP) โดยการประเมินจากการเสนอขึ้นมา (Recommendations) ของสมาชิกทั่วไป จนกระทั่งตั้งแต่ ค.ศ.1989 เป็นต้นมา มีกลุ่มที่ทำการประเมิน (Assessment groups) เพื่อที่จะให้ FRCGP แก่สมาชิก

ปัจจุบันราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีศักดิ์ศรีไม่แตกต่างไปจากราชวิทยาลัยที่สำคัญอื่นๆ เช่น ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ และอื่นๆ

8 Micheal Balint เป็นจิตแพทย์ชาวฮังการี แต่ย้ายถิ่นมาเปิดคลินิกส่วนตัว ทำหน้าที่เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอยู่ในกรุง London ประเทศอังกฤษ



การเกิดขึ้นของภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงเรียนแพทย์

การเรียนการสอนเวชปฏิบัติทั่วไป โดยเชิญแพทย์ที่อยู่ในชุมชนมาเป็นผู้สอน (Guest lecturer) ที่โรงเรียนแพทย์ และส่งนักศึกษาแพทย์ไปเรียน (ดูงาน) กับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในชุมชน อยู่คู่กับการเรียนการสอนนักศึกษาแพทย์ในประเทศสหราชอาณาจักรมานานกว่า 200 ปี

จนกระทั่งในปี ค.ศ.1956 จึงมีภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างเป็นทางการแห่งแรกที่ Edinburgh University โดยภาควิชานี้ใช้สถานที่ที่เป็นคลินิกของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมาก่อน เป็นสถานที่ตั้งของภาควิชา จนกระทั่งในปี ค.ศ.1986 จึงมีภาควิชาเวชปฏิบัติทั่วไปเกิดขึ้นในทุกโรงเรียนแพทย์ของประเทศสหราชอาณาจักร โดยที่จะมีสถานบริการที่ให้บริการปฐมภูมิที่ให้บริการโดยทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและทีมงาน โดยผู้ให้บริการทั้งหมดเป็นบุคลากรของโรงเรียนแพทย์

อย่างไรก็ตาม นอกจากสถานบริการปฐมภูมิที่เป็นของโรงเรียนแพทย์เป็นสถานที่สำหรับฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์แล้ว คลินิกหรือสถานบริการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ทำงานอยู่ในชุมชนจำนวนมาก ยังคงเป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ด้วยเช่นกัน

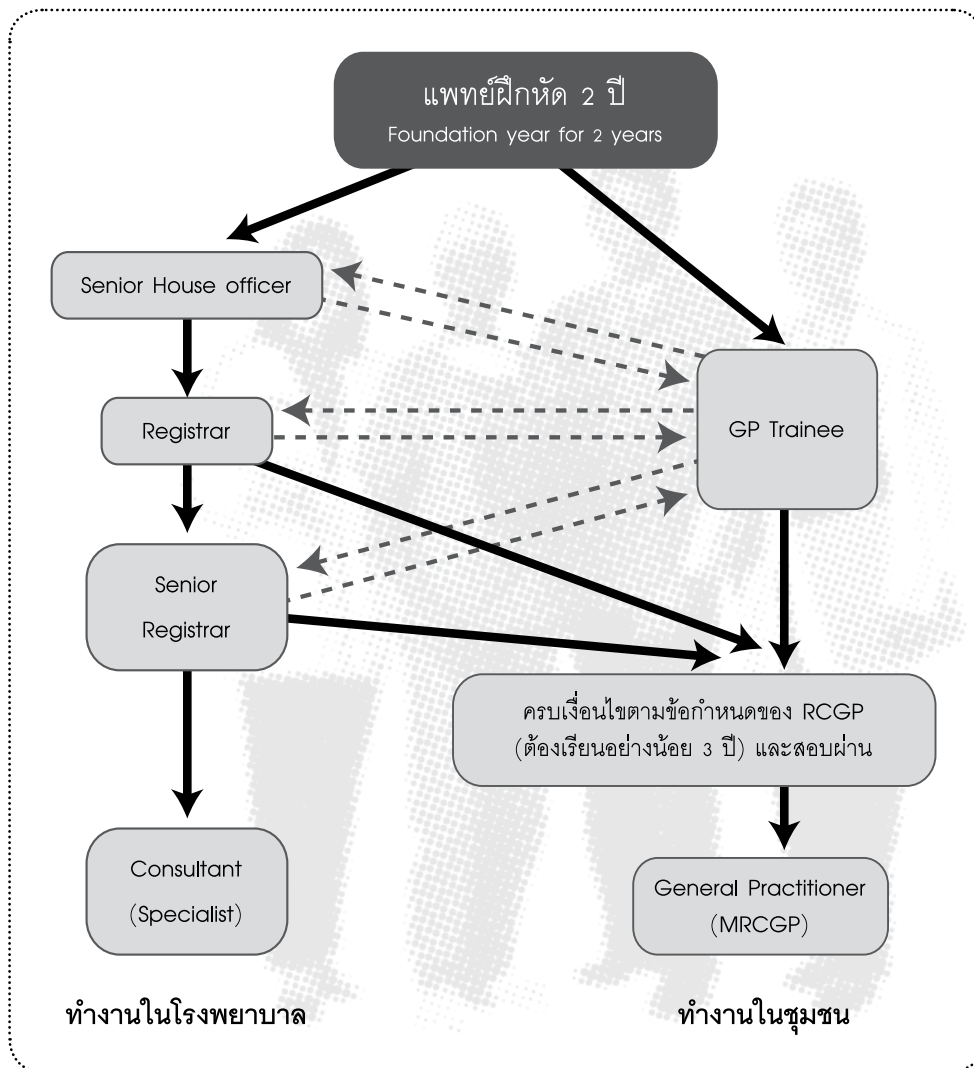
การเรียนการสอนหลังปริญญาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

การขับเคลื่อนเพื่อให้มีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในระดับหลังปริญญา เกิดจากการผลักดันของราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ในการโน้มน้าวให้โรงเรียนแพทย์ ต่างๆ ยอมรับ โดยประสบความสำเร็จและทำให้มีการสอบเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเวชปฏิบัติทั่วไปเพื่อเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยครั้งแรก ในปี ค.ศ.1965 ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น และมีการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนมาอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบันการที่จะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและสมาชิกของราชวิทยาลัยได้ จะต้องใช้เวลาเรียนในระดับหลังปริญญาเป็นอย่างน้อย 3 ปี ซึ่งประกอบไปด้วย อย่างน้อย 12 เดือนในภาควิชาและสถานบริการเวชปฏิบัติทั่วไป และมีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือน ในแต่ละสาขาอย่างน้อย 2 สาขาของสาขาต่อไปนี้: general medicine, geriatric medicine, paediatrics, psychiatry, accident and emergency medicine or general surgery, obstetrics or gynecology or obstetrics and gynecology ส่วนที่เวลาเหลือเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้เลือก ทั้งนี้ระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกอบรมทั้งหมดจะต้องไม่เกิน 7 ปี (ในบางช่วงผู้เข้ารับการฝึกอบรม สามารถเข้ารับการฝึกอบรมในลักษณะบางเวลา (part-time) ก็ได้)

ดังนั้นเส้นทางการเข้ารับการฝึกอบรมในระดับหลังปริญญา เพื่อในที่สุดสอบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัยจึงมีได้หลายเส้นทาง ลักษณะการเรียนการสอนจะเป็นลักษณะสะสมเครดิตว่าได้ครบตามกำหนดของราชวิทยาลัยหรือยัง โดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับว่าต้องผ่านภาควิชาหรือสาขาใดก่อนหลัง และสามารถเปลี่ยนใจได้ว่าจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เฉพาะทางในระหว่างการฝึกอบรม จึงมีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหลายคนที่เป็นสมาชิกมากกว่าหนึ่งราชวิทยาลัย ที่พบบ่อยคือเป็นสมาชิกทั้งราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ (MRCGP & MRCP)

บางครั้งแพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมมีความตั้งใจที่จะเป็นแพทย์เฉพาะทางตั้งแต่ต้น จนกระทั่งจบการฝึกอบรมและครบเงื่อนไขของการเป็นแพทย์เฉพาะทาง แต่ต้องรอให้ตำแหน่งในฐานะ Consultant (เป็น Specialist เต็มตัวทั้งความรู้และตำแหน่ง) ในโรงพยาบาลที่ต้องการทำงานว่างลง ซึ่งอาจจะต้องรอนานหลายปี แพทย์เฉพาะทางเหล่านี้บางคนอาจเปลี่ยนใจไม่รอ และหันมารับการฝึกอบรมและสอบเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ดังแสดงในแผนภาพ



ในระยะเริ่มต้นของการทำงาน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยทั่วไปมีรายได้สูงกว่าแพทย์เฉพาะทางที่ทำหน้าที่เป็น Consultant ในโรงพยาบาล แต่โดยรวมตลอดชีวิตการทำงาน แพทย์เฉพาะทางและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีรายได้ใกล้เคียงกัน เนื่องจากรายได้แพทย์เฉพาะทางจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปรายได้ค่อนข้างคงที่ จะได้เพิ่มก็ต่อเมื่อการทำงานมากกว่า 7 ปี จากนั้น 14 ปี และ 21 ปี

พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioner) เพิ่มศักยภาพให้กับบริการปฐมภูมิ

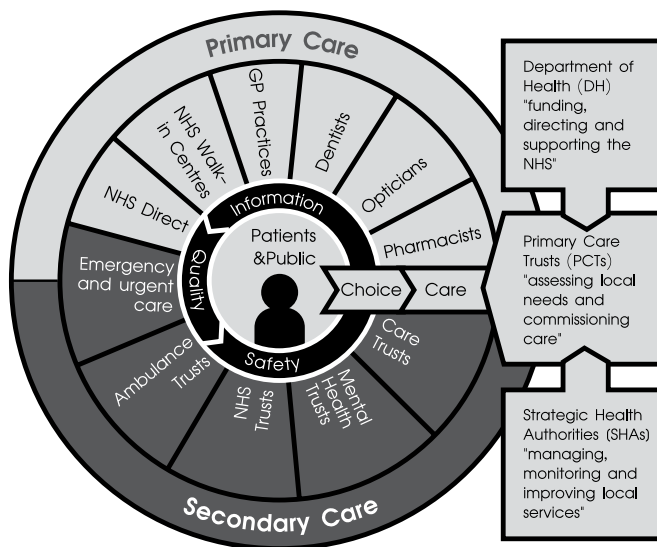
ราชวิทยาลัยการพยาบาล (Royal College of Nursing) ของประเทศสหราชอาณาจักรได้ให้ความหมายของพยาบาลเวชปฏิบัติไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 ว่า “an advanced level clinical nurse who through extra education and training is able to practice autonomously, making clinical decisions, and is fully accountable for her own practice”

ในประเทศสหราชอาณาจักรเริ่มต้นฝึกอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติในปี ค.ศ.1992 หลักสูตรโดยรวมใช้เวลาอีกประมาณ 2 ปี หลังจากจบเป็นพยาบาลวิชาชีพแล้ว¹⁰ โดยการเรียนรู้ส่วนใหญ่จะเป็นการเรียนรู้จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับมอบหมายให้เป็นทั้งผู้สอนและผู้นิเทศ ซึ่งมีการเรียนการสอน ทั้งในลักษณะฝึกปฏิบัติร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (เรียนรู้ขณะแพทย์ดูคนไข้) ได้รับการนิเทศจากแพทย์ในขณะฝึกปฏิบัติด้วยการดูคนไข้ด้วยตัวเอง ตลอดจนการเรียนรู้ในห้องเรียน สำหรับการเรียนรู้ในห้องเรียนแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ที่จะต้องมีตลอดหลักสูตร 2 ปี คือ 1) การเรียนที่ Health centre เป็นการเรียนรู้จากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ซึ่งจะต้องมีอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ชั่วโมง เรียกว่า “an in-practice one hour tutorial each week”; และ 2) เรียนที่ Royal College of Nursing สัปดาห์ละ 1 วัน

สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติที่จบออกมาแล้ว จะทำงานที่ Health centre ร่วมทีมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ทำให้คนไข้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น (ใช้เวลาในการรอน้อยลง) การทำงานร่วมกันเป็นทีมของพยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner: NP) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioner: GP) จนกระทั่งส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง (Specialist) ในกรณีที่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อ

โครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการในปัจจุบัน

โครงสร้างในระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศอังกฤษได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ว่า มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเกินไป เหตุผลสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง ทำให้ผู้ให้บริการต้องปรับตัวบ่อย โครงการบริหารใช้หลักการของการถือประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังภาพ



ภาพแสดงโครงสร้างเพื่อการบริหารจัดการในปัจจุบัน

ทั้งนี้องค์ประกอบสำคัญที่ทำหน้าที่บริหารจัดการคือ หน่วยงานที่อยู่ทางด้านขวามือของภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย Department of Health, Strategic Health Authority, และ Primary Care Trust ส่วนองค์ประกอบที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการแบ่งอย่างง่ายออกเป็น Primary care และ Secondary care

Department of Health (DH)

Department of Health มีนักการเมืองที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุข เรียกว่า Secretary of State for Health (เทียบเท่ารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) และมีข้าราชการประจำที่อยู่ในตำแหน่งสูงสุดมี 2 ตำแหน่งประกอบด้วย

- 1) Permanent Secretary of DH (อาจเทียบได้กับปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ดูแลการบริหารจัดการภายใน DH รับผิดชอบการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์
- 2) Chief Executive of NHS (อาจเทียบได้กับเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) รับผิดชอบการจัดหา การจัดการ และควบคุมกำกับผลลัพธ์ของบริการ

หมายเหตุ ในช่วงปี ค.ศ.2000–2006 Permanent secretary of DH และ Chief Executive of NHS คือ บุคคลคนเดียวกัน ทั้งสองตำแหน่งขึ้นตรงต่อ Secretary of State for Health

ตำแหน่งทางวิชาการจะมี Chief professional officers เป็นตำแหน่งสูงสุด ซึ่งประกอบไปด้วย Chief Medical Officer, Chief Nursing Officer, Chief Dental Officer, Chief health professions officer, Chief pharmaceutical officer และ Chief Scientific Officer ซึ่งมีหน้าที่ผลิตองค์ความรู้ และให้ “Expert input” เพื่อการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์

คณะกรรมการ (Board) ของ DH ประกอบไปด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ 14 คน

รัฐมนตรี (Secretary of state) ไม่มีตำแหน่งใน Board อย่างไรก็ตามบทบาทหลักของ Board คือ การกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายที่นโยบายของรัฐมนตรี

10 พยาบาลวิชาชีพที่ประเทศสหราชอาณาจักรมีหลักสูตรการเรียนการสอน 3 ปี สำหรับผู้ที่มาเรียนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ มักมีประสบการณ์การทำงานเป็น Practice nurse มาก่อน

สำหรับบาทที่เป็นหน้าที่หลักของ DH ประกอบด้วย

- 1) กำหนดทิศทางในภาพรวมของ NHS (Setting overall direction)
- 2) กำหนดมาตรฐานบริการ (Ensuring national standards are set)
- 3) ทำให้เกิดความมั่นใจว่ามีทรัพยากรที่จะนำมาใช้ใน NHS เพียงพอ (Securing resources)
- 4) ทำการตัดสินใจในกรณีที่มีการลงทุนที่ต้องใช้เงินจำนวนมาก (Making major investment decisions)
- 5) เพิ่มทางเลือกให้กับคนไข้และผู้ให้บริการ (Improving choice for patients and users)

ภายใต้ DH มีหน่วยงานที่ดูแลเฉพาะเรื่องเรียกว่า Arm's Length Bodies (ALBs) แบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

- 1) Executive agencies เช่น Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) ดูแลเรื่องยาและเครื่องมือทางการแพทย์ให้ปลอดภัยต่อประชาชน
- 2) Special Health Authorities กลุ่มนี้ถึงแม้จะอยู่ภายใต้ (ได้รับงบประมาณผ่าน) DH แต่มีความเป็นอิสระเนื่องจากมี Board เป็นของตนเอง เช่น Health Protection Agency, Information Center for Health and Social Care, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Postgraduate Medical Education and Training Board
- 3) Non-departmental public bodies ถูกตั้งขึ้นเมื่อรัฐมนตรีต้องการคำแนะนำ เช่น Commission for Patient and Public Involvement in Health

Strategic Health Authorities (SHAs)

ก่อนหน้าปี ค.ศ.2002 หน่วยงานที่เป็นโครงสร้างของ Strategic health authorities นี้มีชื่อว่า Regional health authorities ในประเทศอังกฤษเดิมมี Strategic health authorities ทั้งหมด 28 แห่ง ปัจจุบันลดลงเหลือเพียง 10 แห่ง (ค่อยๆ ลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ.2006) ดูแลประชากรแต่ละประมาณ 2.5–7.5 ล้านคน (เทียบเท่าหน่วยงานในระดับเขตของไทย) มีหน้าที่ในการวางยุทธศาสตร์ที่สำคัญดังนี้

- 1) วางแผน พัฒนาและเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดีขึ้น
- 2) ทำให้เกิดความมั่นใจในคุณภาพของการให้บริการและองค์กรต่างๆ ภายในระบบบริการรวมทั้งมองไปข้างหน้าเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 3) เป็นตัวกลางในการช่วยเริ่มต้นงานนโยบาย และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรตามเป้าหมายของนโยบาย
- 4) ช่วยพัฒนา Trusts ต่างๆ ให้มีศักยภาพที่จะเป็น Foundation trust
- 5) เป็นตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข ติดตามกำกับการบริหารในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความมั่นใจว่านโยบายที่สำคัญในระดับชาติสามารถผสมผสานกับแผนงานในพื้นที่ โดยเป็นผู้รับรองแผนที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งนำเสนอโดย PCT

Primary Care Trusts (PCTs)

Primary Care Trust (PCT) เป็นโครงสร้างใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาจาก Primary Care Group (เป็นโครงสร้างที่ทำหน้าที่ซื้อบริการที่พัฒนาต่อมาจาก GP fundholder) เชื่อมโยงกับโครงสร้างด้านการบริหารจัดการเดิมที่เรียกว่า District Health Authority

PCTs เดิมมีทั้งหมด 303 แห่ง ปัจจุบันมีลดลงเหลือ 152 แห่ง (ค่อยๆ ลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ.2006) มีเจ้าหน้าที่ รวมผู้ให้บริการที่อยู่ในชุมชนที่เดิมเป็นข้าราชการ ทั้งหมดประมาณ 1,000 คน (ที่อยู่ในสำนักงานของ PCT มีประมาณ 200 คน) บริหารงบประมาณ ประมาณ 450 ล้านปอนด์ต่อปี ครอบคลุมประชากรแต่ละประมาณ 3 แสนคน เป็นหน่วยงานสำคัญที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน NHS เนื่องจากจากจะต้องดูแลงบประมาณประมาณ 85% ของงบประมาณทั้งหมดของ NHS PCT มีคณะกรรมการ 2 ชุด คือ PCT Board และ Executive committee

Primary Care Trust Board (PCT board) พิจารณานโยบายและกำหนดทิศทางการดำเนินการของ PCT คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

1. ประธาน
2. รองประธาน และ ผอ.ด้าน strategic commissioning
3. Non-executive director
4. Non-executive director
5. Chief executive
6. ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร
7. ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข

8. รองประธาน และ ผู้อำนวยการด้าน provider services

9. Chair of executive committee

10. Nurse member of executive committee

11. GP member of executive committee

โดยลำดับที่ 1 ถึง 4 เป็นตัวแทนประชาชน (เป็นนักการเมืองท้องถิ่นหรือผู้ทรงคุณวุฒิ) ลำดับที่ 5-8 เป็นเจ้าหน้าที่ PCT และลำดับที่ 9-11 เป็นตัวแทนวิชาชีพผู้ให้บริการ

Executive committee เป็นการทำงานร่วมกันระหว่าง PCT senior managers กับตัวแทนของผู้ให้บริการในพื้นที่ คณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

1. Chief executive

2. ผู้อำนวยการด้านการเงินและข้อมูลข่าวสาร

3. ผู้อำนวยการด้านสาธารณสุข

4. Chair of executive committee

5. Nurse member of executive committee

6. GP member of executive committee

7. Primary Care Medical Director

8. Director of Performance & Planning

9. Head of Strategy, Performance and Commissioning, London Borough of Newham

10. Head of Adults Services

11. Head of Children's & Young People's Services

12. Assistant Director, Communications & Corporate Affairs

13. Trust Secretary

โดยลำดับที่ 1-3 และ 10-13 เป็น PCT senior managers และ ลำดับที่ 4-9 เป็นตัวแทนของผู้ให้บริการที่อยู่ในพื้นที่

หน้าที่รับผิดชอบหลักของ PCT ประกอบด้วย

1) วางแผนและทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า ประชาชนที่อยู่ในความรับผิดชอบจะได้รับบริการตามความจำเป็นที่ต้องได้รับ (Planning and securing services) โดยได้รับมอบจากประชาชนผ่านรัฐ ในการทำหน้าที่เป็น “นายหน้า” โดยเป็นผู้ถือเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชน (Commissioner or purchaser) เพื่อจ่ายเงินให้กับผู้ให้บริการหรือสถานบริการตามข้อตกลง (Agreements) ที่ทำกับผู้ให้บริการหรือสถานบริการนั้นๆ ทั้งที่อยู่ในและนอก NHS (ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการที่อยู่ภายใน NHS) รวมทั้งมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ให้บริการมีจำนวนเพียงพอ

2) ประสานเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับ Local authorities โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อการพัฒนาบริการเชิงสังคม (Social care)

3) สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ รวมถึงการลงทุน เครื่องมือ ระบบข่าวสารและเทคโนโลยี เพื่อที่จะให้มั่นใจได้ว่าบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ได้รับการพัฒนา ทันสมัย และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นตั้งเป็นกองทุนร่วม (Care Trusts) เพื่อจัดบริการเชิงสังคม (Social care)

Care Trusts คือโครงสร้างที่จัดให้มีขึ้นเพื่อรองรับการร่วมมือระหว่างองค์กรหรือหน่วยที่อยู่ภายใน NHS (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PCT) กับ Local authorities บนพื้นฐานของการมีข้อตกลง (Agreement) ร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการให้บริการเชิงสังคม (Social services) ปัจจุบันจำนวน Care Trusts ยังคงมีจำนวนน้อย แต่ในระดับนโยบายมีความคาดหวังว่า จำนวน Care Trusts จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต

ฉบับหน้าพบกับเรื่อง การจัดการบริการ คุณภาพบริการ และกลไกการเงิน



กว่าจะเป็นเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ทัศนีย์ ญาณะ

สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เกิดจากข้อสรุปที่มาจากการทำงานอย่างไม่เป็นทางการของกลุ่มคนทำงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์ที่จบวุฒิบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว และคนทำงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งในส่วนที่เป็นสถาบันทางวิชาการ มหาวิทยาลัย และหน่วยงานสนับสนุนต่างๆ ที่มาปรับทุกข์ต่อความไม่ชัดเจนในอนาคตของการทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นเวทีของการให้กำลังใจ สนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกัน รวมทั้งเป็นกลไกในการพัฒนาบทบาทและศักยภาพของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และขับเคลื่อนการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวควบคู่กันไปกับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยมีชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (Society of Teachers of Family Medicine Thailand, STFMT) ให้คำปรึกษา และสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) เปรียบเสมือนพี่เลี้ยงคอยให้การสนับสนุน

เรื่องแรกที่เครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ความสนใจคือ สถานการณ์ความก้าวหน้าของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ไปทำงานในระบบสุขภาพแบบต่างๆ ที่หลากหลาย การทำงานวิชาการเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่เชื่อมโยงกับเวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้การสื่อสารภายในเครือข่ายผ่านสื่อและมาพบปะกันในการประชุมเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จัดให้มีประมาณ 3 เดือนต่อครั้งที่กรุงเทพฯ ในระยะแรก

การเติบโตของเครือข่ายฯ ในช่วงแรกๆ พบว่า บทบาทของสมาชิกมีมากขึ้น และมีความหลากหลายในเชิงเนื้อหา ในขณะเดียวกันมีสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นด้วย เมื่อเข้าสู่ระยะที่สอง เป็นช่วงที่มีการขยายเครือข่ายฯ การมาร่วมประชุมที่กรุงเทพฯ จึงค่อนข้างลำบาก และส่วนหนึ่งมาจากการส่งเสริม



และสนับสนุนของ สพช. ทำให้เกิดเครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับภูมิภาค ขึ้น ประกอบด้วยภาคเหนือตอนบน ภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ ภาคใต้ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งทางวิชาการ งานวิจัย และองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมป้องกันและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ที่ผ่านมา การพัฒนาเครือข่ายวิจัยและพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว พบว่า มีการดำเนินการหลากหลายรูปแบบตามบริบทของภูมิภาค ตั้งแต่เปิดเวทีพบปะทำความรู้จักคุ้นเคยประสานพี่น้องชาว Fam Med ถกหาประเด็นร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งที่เป็นทางการและไม่ทางการ ด้วยความเพียรพยายามและความตั้งใจจริงของเครือข่ายฯ ทำให้ได้ประเด็นเนื้อหาที่จะนำไปพัฒนางานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่สอดคล้องกับบริการปฐมภูมิ

จนมาถึง ณ ปัจจุบัน เครือข่ายทุกภาคกำลังมุ่งมั่นศึกษางานวิจัยอย่างจริงจัง เร็วๆ นี้ เราคงจะได้เห็นผลงานวิจัยของชาวเพื่อนพ้องน้องพี่ชาว Fam Med

เข้าสู่ระยะปีที่ 3 อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นก้าวอย่างของการพัฒนาเครือข่าย 4 ภาค ให้เป็นหน่วยงานฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และเป็นศูนย์ประสานและสนับสนุนแพทย์และทีมงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของทีมงานที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ขณะนี้อยู่ในขั้นดำเนินการ

ด้วยพลังขับเคลื่อนของเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนี้เอง จึงทำให้เกิดกลไกการสื่อสารระหว่างเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และบุคลากรด้านสาธารณสุข ผ่าน Email group, เว็บไซต์ เช่น เว็บไซต์ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, เว็บไซต์ของเครือข่าย (ภาคใต้ ภาคเหนือตอนบน), เว็บไซต์ สพช. และมีจุลสารเวชศาสตร์ครอบครัวเกิดขึ้น เพื่อเป็นสื่อกลางเผยแพร่ความรู้ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว งานวิจัย บทความ และนวัตกรรมบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านมาจัดพิมพ์ไป 3 ฉบับแล้ว และล่าสุด วารสารที่ท่านกำลังจับอ่านอยู่นี้เป็นอีกผลงานหนึ่งที่ผลิตขึ้นเพื่อที่จะให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการมากขึ้น โดยปรับรูปโฉมจากฉบับจุลสาร มีเนื้อหาที่ครอบคลุมการทำงานในเรื่องของปฐมภูมิ นำเสนอในรูปของวารสารวิชาการ

แน่นอนว่า เรายังต้องเดินต่อไป เราเชื่อว่า เพื่อนพ้องน้องพี่ชาว Fam Med จักสามารถก้าวข้ามขวากหนามอุปสรรคทั้งหลายทั้งปวงได้ โดยไม่หยุด ไม่ทอดทิ้งการทำความดีเพื่อมวลมนุษยชาติ ด้วยหัวใจที่สร้างสรรค์ เป็นการหว่านเมล็ดกล้าแห่งความดีที่เมื่อทำไปแล้วคนทำก็สุข คนรอบข้างก็สุข ■





Assessment drives learning.

Professor Val Wass

Community Based Medical Education,
University of Manchester ; RCGP International Committee

It is increasingly recognised that doctors require formal vocational training to work effectively in Family Medicine. A broad range of knowledge and skills is essential to deal with the wide variety of problems met in practice. In the past doctors moved straight from leaving medical school to work as general practitioners. Internationally it is now accepted that a period of at least three years training post qualification is essential, as with every other clinical specialty. However, in many countries formal training for Family Medicine has been slow to develop. The task of deciding what a family medicine doctor needs to know and do is complicated. This is inevitable given the large number of skills required – clinical and interpersonal.

The Royal College of Family Physicians of Thailand (RCFPT) has set out a curriculum for training for Family Medicine in collaboration with the Universities. High standards of training are the aim. The problem is that training standards across the country are not consistently high. Yet for entry to the College there must be a robust assessment process which assures the public that the doctor has reached the appropriate level of skill to work in Family Medicine. The College's Diploma of Family Medicine must therefore be carefully planned to ensure that doctors who are successful in the assessment process have acquired the necessary broad range of knowledge and skills needed.

The Health Care Reform Project is working with the College to support the development of an assessment process which achieves this. Internationally, examinations have been changing. Essays are rarely used in medicine nowadays. It is recognised that a large number of questions is necessary to cover all the areas of knowledge in the curriculum. New techniques are being used to develop questions which don't just assess isolated facts but require the doctor to apply his knowledge to patient scenarios. These can be difficult to construct and a large number must be written to test across a family medicine curriculum. Similarly, tests of clinical skills are changing from the older format of assessing a doctor on a single case to asking them to take a series of standardised tasks each of around ten minutes. These cover a range of skills from taking a relevant history (clinical and psycho-social), examining the patient, making a working diagnosis and agreeing a management plan with the patient, and offering appropriate health

education advice and support. These are called Objective Structured Clinical Examinations (OSCEs). Real and “simulated patients”, i.e. actors who are given a script to learn, can be used.

Clearly, it is a challenge to set up these new forms of assessment. The Thai-European Health Care Reform Project is working with the RCFPT to support change in their examinations. Why? Well, we know that if the examinations are set carefully this will ensure that the doctors who pass are the ones with the skills needed for Family Medicine. However, there is an additional rationale. The reality is that assessment drives learning. Students will study what is in the test and, because of time constraints; they will pay less attention to areas of the curriculum which fail to appear in the examination. It is said that assessment is the “tail that wags the dog”. By producing high quality assessments we aim to promote better standards of training in preparation for taking the college's examinations. This is proving successful in a Family Medicine assessment process across five South Asian countries where formal vocational training is often lacking. MRCGP [INT] South Asia has been developed by the countries themselves and is supported and accredited by the UK Royal College of General Practitioners: this is providing the stimulus for training courses to be established as doctors strive to prepare for the examination, which takes the form of an Acquired Knowledge Test (AKT) test and an OSCE.

Through the Thai-European Health Care Reform Project, two RCFPT Examination Board members have visited Sri Lanka to observe the South Asia MRCGP [INT] OSCEs in progress. One College member, during a secondment to the UK, visited the Clinical Skills Assessment Centre to observe the UK examination in progress. Training standards need to be improved but RCFPT is to be congratulated on the hard work being undertaken to accomplish the changes and to further professionalise Family Medicine in Thailand. We are delighted to be collaborating with the College in this challenge. ■

การศึกษาทางด้านเวชปฏิบัติทั่วไป ณ Townhill Medical Practice ประเทศอังกฤษ



กฤษณะ สุวรรณภูมิ

อาจารย์แพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วรวรรณ ตูลยสุข

พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

ที่มาและวัตถุประสงค์การไปศึกษาดูงาน

พวกเราได้รับการสนับสนุนทุนในการศึกษาดูงานจากสหภาพยุโรป โดยผ่านโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข โดยก่อนหน้าที่จะได้รับคัดเลือกก็ต้องผ่านการสัมภาษณ์เป็นภาษาอังกฤษทางโทรศัพท์ โดยชาวต่างชาติสองท่านคือคุณหมอ Garth Manning จาก Royal College of General Practitioners สหราชอาณาจักร และคุณ Monica Burns จากโครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข จากนั้นก็มีกรรมการชาวไทยคือคุณหมอสุพัตรา ศรีวณิชชากรร่วมพิจารณาอีกท่าน ถือเป็นโอกาสอันดีที่ได้ไปดูต้นแบบของบริการปฐมภูมิ จุดเด่นของระบบบริการปฐมภูมิของอังกฤษเท่าที่ทราบมาคือ ระบบการส่งต่อ ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปของตนเองก่อน เมื่อมีข้อสงสัยแพทย์ก็จะส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาล ซึ่งทำให้โรงพยาบาลไม่แออัดยัดเยียด เหมือนในประเทศไทยเรา ซึ่งยอมให้ผู้ป่วยสามารถมารับบริการได้เลย ไม่ว่าจะมียหรืไม่มีหนังสือส่งตัว ในประเทศไทยกรณีที่ไม่มีหนังสือส่งตัว ผู้ป่วยก็ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง แต่พบว่าผู้ป่วยก็เลือกที่จะใช้บริการของโรงพยาบาล เพราะมีความเชื่อมั่นว่าจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่า ด้วยเหตุดังกล่าวได้มีความพยายามจากหลายหน่วยงานที่ต้องการทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจที่จะรับการรักษาบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน พวกเราหวังว่าจากการไปศึกษาดูงานอาจจะได้คำตอบกับคำถามที่ว่า ที่ประเทศอังกฤษเขาทำอย่างไรจึงได้มีบริการปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยไว้วางใจในการไปใช้บริการ นอกจากนี้ยังมีวัตถุประสงค์แฝงอีก 2 ข้อคือไปดูรูปแบบการเรียนการสอนในชุมชน (community-based teaching) ทั้งนี้เนื่องจากการฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) ในสหราชอาณาจักร เป็นการฝึกอบรมในสถานที่ปฏิบัติงานจริง (vocational training) ซึ่งอาจนำมาปรับใช้ได้กับการฝึกอบรมแบบ in-service training ในประเทศไทยในอนาคต อีกวัตถุประสงค์คือเพื่อศึกษาบทบาท และความรับผิดชอบของพยาบาลในบริการระดับปฐมภูมิของประเทศอังกฤษ เพื่อที่จะนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและระบบการบริการพยาบาลต่อไป

Townhill Medical Practice

Townhill Medical Practice เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิในย่านชานเมืองลอนดอน ใช้เวลาโดยรถไฟประมาณ 20 นาที และต่อรถโดยสารอีกประมาณ 10 นาที พื้นที่รับผิดชอบครอบคลุม 3 ชุมชน มีประชากรขึ้นทะเบียนทั้งหมดประมาณ 15,000 คน ประชากรจะมาขึ้นทะเบียนกับแพทย์โดยตรง โดย Townhill Medical Practice มีแพทย์ประจำซึ่งถือเป็นหุ้นส่วนทั้งหมด 6 คน (มีแพทย์ที่ทำงานบางเวลาอีก 3 คนและแพทย์ผู้ฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP Registrar) ปีละประมาณ 3 คน) เมื่อมีคนย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชน ก็ต้องมาติดต่อเพื่อขึ้นทะเบียนที่หน่วยบริการก่อน หน่วยบริการก็จะพิจารณาว่าสามารถรับลงทะเบียนเพิ่มได้หรือไม่ เมื่อรับแล้วก็ต้องระบุแพทย์ประจำตัวของผู้ที่ลงทะเบียนแต่ละราย ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ประจำตัวของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยนัดของแพทย์ประจำเต็ม ไม่สามารถนัดเพิ่มได้ หรือบางครั้งก็อาจตรวจกับแพทย์ผู้ฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP Registrar) ซึ่งปฏิบัติงานภายใต้การดูแลของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นผู้สอน (trainer) Townhill Medical Practice ถือเป็น teaching practice เนื่องจากแพทย์ประจำ 4 คนจากจำนวนทั้งหมด 6 คน ได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ฝึกสอน โดยแพทย์ท่านอื่น บุคลากรทุกคน รวมทั้งผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนได้รับการแจ้งให้ทราบว่า Townhill Medical Practice เป็นสถานที่ฝึกอบรมในระดับก่อนและหลังปริญญา นอกจากนี้แล้วยังเป็นสถานที่ฝึกอบรมสำหรับ nurse practitioners และ paramedic practitioners อีกด้วย โดยกิจกรรมการเรียนการสอนต่างๆ มักเรียนร่วมกันเป็นแบบ interprofessional education

ก่อนหน้านี้ในประเทศอังกฤษแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะทำงานแบบ single-handed practice ซึ่งมีข้อจำกัดหลายอย่าง ต่อมาทางราชการได้สนับสนุนให้มีการรวมเป็น group practice เพื่อสะดวกในการบริหารจัดการและการให้การสนับสนุนด้านต่างๆ สำหรับ Townhill Medical Practice ตัวอาคารถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ตรงกับวัตถุประสงค์ของ group practice โดยเฉพาะ

ระบบนัดหมาย

การพบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปนั้น คนไข้ต้องนัดล่วงหน้าก่อนภายใน 2 สัปดาห์ สาเหตุที่ต้องเป็น 2 สัปดาห์ก็เพราะก่อนหน้านี้เคยให้นัดล่วงหน้าได้นานตามต้องการ ปรากฏว่าไม่มีที่ว่างเหลือให้คนไข้ใหม่เลย ดังนั้นจึงเป็นความรับผิดชอบของคนไข้ที่จะมาติดต่อหรือโทรศัพท์มานัดหมายเพื่อพบแพทย์ แม้แต่การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจหรือฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัด คนไข้ก็ต้องมานัดหมายล่วงหน้า ซึ่งทำให้คนไข้ต้องสนใจและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

การเรียนการสอนหลังปริญญาของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

หลังจากจบการศึกษาจากโรงเรียนแพทย์แล้ว แพทย์ทุกคนในประเทศอังกฤษต้องปฏิบัติงานเป็นแพทย์ฝึกหัดในโรงพยาบาลก่อน 2 ปี เรียกว่า foundation years หลังจากนั้นจึงจะสามารถฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ รวมทั้งสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป โดยช่วงเวลาการฝึกอบรมเพื่อเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปใช้อย่างน้อย 3 ปี ซึ่งประกอบไปด้วย อย่างน้อย 12 เดือนในเวชปฏิบัติทั่วไป และอีก 2 ปีเป็น hospital rotation ซึ่งกำหนดว่าต้องมีประสบการณ์อย่างน้อย 6 เดือนในแต่ละสาขาน้อยๆ 2 สาขา ดังต่อไปนี้: general medicine, geriatric medicine, pediatrics, psychiatry, accident and emergency medicine or general surgery, obstetrics or gynecology or obstetrics and gynecology ส่วนที่เวลาเหลือเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นผู้เลือก ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นที่สอน จะจัดกิจกรรมการเรียนการสอน ตัวอย่างเช่น 1) teaching one-on-one คือผู้สอนจะ direct observe ผู้เรียนขณะตรวจคนไข้ในห้องตรวจ หลังจากนั้นก็จะตรวจผู้ป่วยรายถัดไปให้ผู้เรียน direct observe จากนั้นก็จะมีการอภิปรายกันถึงวิธีการ approach ผู้ป่วย 2) case-based discussion ผู้สอนจะนำอภิปรายเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ผู้เรียนตรวจในวันนั้น จากนั้นก็จะมีการประเมินในแบบประเมินอิเล็กทรอนิกส์ซึ่งสามารถส่งเข้าเก็บใน electronic portfolio ของผู้เรียนได้เลยในทันที 3) vocational training scheme ทุกสัปดาห์ จะมีเวลาครึ่งวันให้ผู้เรียนในพื้นที่เดียวกันได้มาพบปะ และทำกิจกรรมวิชาการร่วมกัน โดยหัวข้อมีทั้งด้าน medical knowledge และ practice management รูปแบบจะเป็นการอภิปรายมากกว่าการบรรยาย

หลังการฝึกอบรม เพื่อที่จะให้มีคุณสมบัติเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ผู้เรียนต้องเข้าสอบประเมินความรู้ ซึ่งประกอบไปด้วย 1) Applied Knowledge Test (NKT) ซึ่งเป็นการสอบวัดความรู้โดยใช้ MCQs และ extended matching items 2) Clinical Skills Assessment (CSA) เป็นการทดสอบโดยจำลองสถานการณ์จริงในเวชปฏิบัติ เป็นรูปแบบ OSCE แต่มีข้อแตกต่างเล็กน้อยคือผู้ประเมินและผู้ป่วยจำลอง จะหมุนไปทั้ง 13 สถานีสอบ ผู้เข้าสอบจะนั่งรอผู้ป่วยอยู่ในห้องสอบ 3) Workplace Based Assessment (WPBA) เป็นรายงานจาก trainer ร่วมกับข้อมูลที่จัดเก็บใน electronic portfolio

การบริการพยาบาล

การบริการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ในที่นี้หมายถึง การบริการพยาบาลที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) ซึ่งเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศอังกฤษ ภาระงานของพยาบาลแบ่งเป็น 2 ส่วนที่สำคัญดังนี้

1. การบริการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย Nurse Practitioner (NP), Practice Nurse (PN), และ Midwife

1.1 Nurse Practitioner (NP) หลังจากจบพยาบาลวิชาชีพแล้ว ต้องศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปประมาณ 2 ปี ให้บริการการตรวจรักษา ร่วมกับทีมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) ในกรณีนี้ ผู้รับบริการสามารถเลือกรับการตรวจรักษา หรือขอรับการปรึกษาจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (GP) หรือพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) หรือทั้ง 2 ฝ่าย และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนการตัดสินใจในการรับการส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง

1.2 Practice Nurses (PN) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว โดยการรักษาจะเป็นไปตามแนวทางการรักษาที่แน่นอน ไม่มีการซักประวัติ ตรวจร่างกายหรือสั่งยาเหมือนกับพยาบาลเวชปฏิบัติ practice nurse อาจศึกษาต่อเพิ่มเติม เช่น Diploma in Asthma Care เป็นต้น ให้บริการพยาบาลในคลินิกต่างๆ ดังนี้

- *Flexible Clinic* ให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น Asthma และ COPD โดยการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ อาการของผู้ป่วย สมรรถภาพของปอด ความสามารถในการใช้ยาพื้น เป็นต้น พยาบาลจะวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จาก ประวัติและการทดสอบต่างๆ สรุปเป็นผลภาวะปัญหาสุขภาพปัจจุบันให้ผู้ป่วย จากนั้นร่วมกันวางแผนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และตั้งเป้าหมายของการรักษา

- *INR Clinic* ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับยา Oral Anticoagulant Therapy โดยการติดตาม เฝ้าระวัง และประเมินระดับของ coagulant ในเลือด เรียกว่า INR test ผู้ป่วยจะมีสมุดบันทึกระดับ INR ประจำตัวเพื่อเป็นข้อมูลที่สำคัญร่วมกับชุดเอกสารที่มีข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา กรณีที่ระดับของ coagulant ไม่สูงหรือต่ำกว่าค่าเป้าหมาย พยาบาลจะเป็นผู้ปรับขนาดยาให้ผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ โดยจะปรึกษาแพทย์หากผู้ป่วยมีความผิดปกติ

- *Travel Clinic* ให้คำแนะนำและวัคซีนที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการที่มีความประสงค์จะเดินทางไปต่างประเทศ ผู้รับบริการจะต้องกรอกแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเดินทางและประวัติการเจ็บป่วยและการรับวัคซีน ก่อนหน้านี้ พยาบาลจะมีแนวทางในการเลือกวัคซีนที่จำเป็นให้แก่ผู้รับบริการ คือการค้นหาค้นหาผ่าน website ผู้รับบริการจะเป็นผู้ตัดสินใจในการรับวัคซีนแต่ละชนิด และอาจต้องจ่ายในวัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า, วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารและน้ำดื่ม การป้องกันยุงและแมลง และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

- *Wound management* พยาบาลเป็นผู้ประเมินบาดแผล พิจารณาอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำแผลที่เหมาะสมกับชนิดและความรุนแรงของแผล สำหรับ Solution ที่ใช้คือ NSS for dressing wound เพียงอย่างเดียว แต่จะมีอุปกรณ์ปิดแผลที่มีคุณภาพในการส่งเสริมการหายของแผลหลายชนิด และมีราคาค่อนข้างสูง

- *Child Immunizations and Flu vaccination* บริการวัคซีนสำหรับเด็ก และวัคซีนไข้หวัดใหญ่สำหรับผู้รับบริการที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และ/หรือ มีโรคเรื้อรัง

- *Smear Clinic* บริการให้คำปรึกษา และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Liquid based cytology

- *AMB ECG's BP's* บริการติดเครื่อง Ambulatory BP recording 24 hr หรือ Ambulatory ECG recording 7 days ให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการทำงานของเครื่อง การปฏิบัติตัว วิธีดูแลเครื่อง การบันทึกอาการเวลาที่ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และอาการผิดปกติ หลังจากกลับมาตามนัด พยาบาลจะถอด recorder ออก และติดเข้ากับเครื่องอ่านผลที่จะแสดงออกมาทางคอมพิวเตอร์ และนำผลพร้อมกับบันทึกของผู้ป่วยไปรายงานแพทย์

ภาระงานอื่นๆของ Practice Nurse นอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้วในช่วงต้น คือ การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินมีส่วนร่วมในการพัฒนาความรู้ในองค์กร การทำ clinical audit เป็นผู้นำในการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับรองรักษาและคงไว้ซึ่งระดับมาตรฐานและคุณภาพของงาน

1.3 Midwife เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลหญิงมีครรภ์ในช่วงระยะก่อนคลอด และติดตามเยี่ยมจนถึง 10 วันหลังคลอดที่บ้าน

ลักษณะภาระหน้าที่ของงานพยาบาล ถึงแม้จะมีความหลากหลาย แต่ก็มีที่ชัดเจน และไม่มีปัญหาในเรื่องความทับซ้อนของงาน การให้บริการจะเป็นลักษณะเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยจะต้องขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญกว่า การรับผู้ป่วยต่อวันไม่มากเกินไป ทำให้มีเวลาในการพูดคุย ประเมิน สอน และให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างเพียงพอในแต่ละราย รวมทั้งมีเอกสาร เช่น แผ่นพับ ชุดความรู้ ประกอบคำแนะนำอย่างละเอียดทุกเรื่อง (ได้รับการสนับสนุนจาก NHS) มีการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเป็นเครื่องมือที่สำคัญได้แก่ การสืบค้น และเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย, การวินิจฉัย และการรักษา, การจัดระบบนัดหมาย, การส่งต่อ, การเยี่ยมบ้าน, การรับผู้ป่วยใหม่ ซึ่งสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ให้และผู้รับบริการ ช่วยลดระยะเวลาการรอคอย มีระบบในการรักษาความปลอดภัย และการเข้าถึงของข้อมูล อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการให้บริการทางคลินิก และเป็นแหล่งข้อมูลหลักที่พยาบาลสามารถค้นคว้า และใช้ประกอบการให้คำแนะนำผู้ป่วยได้

ข้อพบเห็นในด้านการสอน และให้คำแนะนำผู้ป่วยมีเพียงรูปแบบเดียว คือรายบุคคล ไม่มีการพัฒนาความรู้ เจตคติ และทักษะในรูปแบบรายกลุ่ม หรือรูปแบบอื่นๆ เนื่องจากผู้รับบริการมีขอบเขตของเวลาในการรับบริการที่จำกัด

2. การบริการพยาบาลนอกหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือบริการพยาบาลในชุมชน ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านและดูแลสุขภาพในชุมชนประกอบด้วยบุคลากรต่างๆ ดังนี้ District nurses, Community staff nurses, Health visitors, School health nurses, และ Specialist nurses

2.1 District nurses และ Community staff nurses เป็นทีมที่ให้การดูแลด้านการพยาบาล (Nursing care) ตามบ้าน District nurses เป็นหัวหน้าทีม ในทีมประกอบด้วย Community staff nurses เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วย มีการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในชุมชน การรับข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมบ้านมี 3 ช่องทางได้แก่ การรับผู้ป่วยโดยตรงจากแพทย์เวชปฏิบัติ การรับการส่งต่อจากโรงพยาบาล และการรับข้อมูลจากการร้องขอจากผู้ป่วยหรือญาติทางโทรศัพท์

2.2 Health visitors เป็นทีมพยาบาลที่ให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นการบริการทางด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยดูแลแม่และเด็กตั้งแต่ 10 วันหลังคลอดไปจนถึงอายุ 19 ปี ตัวอย่างบริการเช่น คลินิกพัฒนาการ

เด็กทั้งในและนอกโรงพยาบาล การสอนนวดทารกเป็นรายกลุ่ม การดูแลมารดาและเด็กหลังคลอดที่บ้าน กรณีที่มารดาหรือทารกมีปัญหาสุขภาพหลังคลอดเช่น ภาวะวิตกกังวลต่อการรับมือกับปัญหาในการเลี้ยงทารก และปัญหาในครอบครัว Midwife จะส่งต่อข้อมูลดังกล่าวให้กับ health visitor เพื่อดำเนินการต่อไป

2.3 School health nurses เป็น Health visitors ที่มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน มีพยาบาล 1 คน ที่ให้บริการการตรวจรักษาในโรงเรียนบางวัน และมีทีมพยาบาลในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นลักษณะโครงการที่ทำร่วมกับโรงเรียน

2.4 Specialist nurses คือพยาบาลเฉพาะทางที่ให้บริการในชุมชน เช่นการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)

การจัดบริการพยาบาลในชุมชนได้มีการจัดหาช่องทางสำหรับผู้รับบริการให้เข้าถึงง่าย โดยเพิ่มผู้ป่วยจะอยู่ที่บ้าน มีข้อมูลของผู้ให้บริการ เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ และสายด่วนที่จำเป็นตามสภาพของผู้ป่วย สามารถโทรศัพท์หรือฝากข้อความในการขอให้ไปเยี่ยมบ้าน หรือเพื่อรับคำปรึกษา ทีม Health visitors มีรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพจิตใจและสภาวะทางสังคมของมารดาหลังคลอด สำหรับทีม District nurses และ Community staff nurses มีการร่วมประชุมกันในทีมพยาบาลเพื่อวางแผนการเยี่ยม ตลอดจนทบทวน วิเคราะห์ และค้นหาแนวทางที่ดีในการเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน จากการศึกษาดูงานพบว่ายังมีปัญหาในเรื่องของข้อมูลการส่งต่อไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วยในบางราย พยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยโดยลำพังในทุกราย ไม่มีรูปแบบการเยี่ยมแบบสหสาขาวิชาชีพ แต่มีรูปแบบการขอคำปรึกษาจาก GP ข้อเสนอแนะที่ผลักดันให้การบริการทางการพยาบาลมีคุณภาพและความคล่องตัว คือระบบในการปฏิบัติงานที่ไม่ซับซ้อนและขอบเขตของงานที่ค่อนข้างชัดเจน พยาบาลมีความเป็นอิสระทางวิชาชีพ และการใช้ศักยภาพในตัวบุคคลอย่างคุ้มค่า อย่างไรก็ตาม ลักษณะการเยี่ยมบ้านยังดูเหมือนว่าเป็นการแยกส่วน โดยเยี่ยมเฉพาะตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ต่างจากการเยี่ยมบ้านตามรูปแบบของไทย ที่พัฒนาการเยี่ยมบ้านแบบเป็นองค์กรรวม ผสมผสาน มีการเยี่ยมแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในครอบครัว ไปสู่การดูแลที่เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยรูปแบบการเยี่ยมบ้านดังกล่าวไม่ได้ด้อยไปกว่าระบบของประเทศอังกฤษนัก แต่ในหลายหน่วยงานอาจประสบปัญหาความคล่องตัวในการปฏิบัติงานด้วยหลายสาเหตุ ซึ่งสามารถนำจุดเด่นของระบบการจัดการและการบริหารงานในระดับปฐมภูมิของประเทศอังกฤษดังที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้น มาปรับใช้ให้มีความเหมาะสมกับลักษณะงานที่มีอยู่เดิม เช่น การพัฒนาแนวทางการกำหนดขอบเขตของงานที่รับผิดชอบเฉพาะ การพัฒนาการกำหนดแนวทางการประสานงานในทุกระดับ การพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และการเพิ่มสมรรถนะในการให้บริการทางการพยาบาล เป็นต้น

ผู้จัดการ (practice manager)

ข้อแตกต่างในด้านการบริหารจัดการของหน่วยบริการปฐมภูมิ ระหว่างของอังกฤษและไทยคือ แพทย์ไม่ต้องจัดการงานเอกสารต่างๆ มากเหมือนในเมืองไทย เนื่องจากมีผู้จัดการ (practice manager) ซึ่งทำงานเต็มเวลา คอยจัดการให้ทั้งหมด ตัวอย่างงานที่ผู้จัดการทำได้แก่ งานด้านทรัพยากรบุคคล การจัดซื้อจัดจ้าง การเงินทั้งรายรับรายจ่าย คอมพิวเตอร์และฐานข้อมูล นอกจากนี้งานที่สำคัญอีกอย่างก็คืองานคุณภาพ สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิของสหราชอาณาจักรจะใช้ Quality and Outcome Framework (QOF) ซึ่งมี 4 ด้านคือ ด้านคลินิก ด้านองค์กร ด้านประสบการณ์การรับบริการของผู้ป่วย และด้านบริการเสริม ผู้จัดการและทีมงานจะรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อส่งให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีการสะท้อนกลับข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆ ให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการเป็นระยะ

บทสรุป

บริการปฐมภูมิของสหราชอาณาจักรมีการพัฒนาก้าวหน้าไปมาก ทุกแห่งมีการใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาจัดการข้อมูล มีการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสเดียวกัน (ใช้รหัสที่เรียกว่า READ Code) โดยแม้จะใช้โปรแกรมต่างกัน แต่ก็สามารถเปรียบเทียบข้อมูลและตัวชี้วัดต่างๆ ได้ เนื่องจากใช้รหัสเหมือนกัน นอกจากนี้แล้วคอมพิวเตอร์ในห้องตรวจจะต้องกับอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ทำให้แพทย์และพยาบาลสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลทางการแพทย์ได้โดยสะดวก และสามารถให้บริการแบบอิงหลักฐานทางการแพทย์ (Evidence-based Medicine) มากไปกว่านั้น หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการสนับสนุนทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ และองค์ความรู้ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจากกองทุนปฐมภูมิ (Primary Care Trust) ในแต่ละพื้นที่ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ก็ให้การสนับสนุนด้านวิชาการให้กับแพทย์ที่เป็นสมาชิกอย่างสม่ำเสมอ จะเห็นได้ว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ สามารถทำงานอยู่ในชุมชนได้อย่างดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ ทั้งเครื่องมือและองค์ความรู้ ตลอดจนการลดภาระงานด้านเอกสารโดยการให้มีบุคลากรสนับสนุนมาช่วย ทำให้ทุกคนสามารถทำงานได้ตรงและเต็มศักยภาพที่มีในแต่ละวิชาชีพ และทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ■



Sicko ระบบการแพทย์แบบไหน ใครจะเป็นคน(ได้)เลือก

พ.ญ.ดาริน จตุรภัทรพร

ไม่มีระบบการแพทย์ใดในโลกที่สมบูรณ์แบบและสามารถตอบสนองความต้องการของคนไข้และญาติได้ทุกคน แต่ระบบการแพทย์ที่ใกล้เคียงภาพฝันที่สุดก็คือ เข้าถึงง่ายและมีประสิทธิภาพสำหรับคนหมู่มาก ในราคาที่ไมแพงเกินไป โดยที่ทุกคนมีทางเลือกในการหาหมอที่ตนถูกใจ

Sicko เป็นภาพยนตร์ที่สะท้อนวงการสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยผู้กำกับ Michael Moore ที่เคยทำให้ทั้งโลกต้องตะลึงมาแล้วจากหนังวิพากษ์ประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกาเรื่อง Fahrenheit 9/11 เขาเลือกที่จะเริ่มต้นเรื่องด้วยตัวอย่างผลกระทบของคนอเมริกันที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือมีประกันที่ครอบคลุมแค่บางส่วนแต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะจ่ายทั้งหมด

มีตัวอย่างที่ชัดเจนสองสามกรณี เรื่องแรกคือสามีภรรยาชาวอเมริกันวัยเกษียณคู่หนึ่งที่มีโรคเจ็บป่วยจนต้องขายบ้าน ขายรถ แล้วอพยพไปอยู่กับลูกๆ อย่างไม่มีกำหนดสำหรับชาวอเมริกันแล้วการอยู่ได้ด้วยตัวของตัวเอง โดยไม่ต้องพึ่งพาลูกหลานเป็นสิ่งสำคัญ สามีภรรยาคู่นี้คงไม่อยากทำแบบนี้แน่ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ ต่อจากนั้นหนังตัดมาที่คุณลุงอายุร่วม 80 ที่ยังคงต้องทำงานต่อไปเพียงเพื่อให้มีประกันสุขภาพ เพราะถ้าออกจากงานเมื่อใดนั้นหมายความว่า คุณลุงจะต้องจ่ายค่าประกันอันแพงลิบลิ่วเอง จากนั้นผู้กำกับก็ตอกย้ำความอ่อนด้อยของระบบบริการแบบดูแลโรคมากกว่าความเจ็บป่วย ด้วยกรณีคุณลุงอีกคนหนึ่งที่นิ้วถูกตัดขาดจากเครื่องตัดหญ้าแล้วถูกประเมินว่าต้องจ่าย 60,000 เหรียญสำหรับนิ้วกลาง และ 12,000 เหรียญสำหรับนิ้วนาง ท้ายที่สุดคุณลุงเลือกได้เพียงที่จะเก็บนิ้วนางไว้เนื่องจากไม่มีเงินพอที่จะจ่ายค่าผ่าตัดสำหรับนิ้วกลาง ที่เลวร้ายที่สุดก็คือคุณแม่ท่านหนึ่งซึ่งมีประกันสุขภาพของโรงพยาบาลในเครือ Kaiser¹ สำหรับลูก แต่รถ Ambulance ดันพาไปส่งอีกโรงพยาบาล ซึ่งไม่ยอมรักษาให้ยืนยันให้ไปที่ Kaiser ในที่สุดเด็กน้อยผู้นำสงสารก็เสียชีวิตจากอาการไข้ ชัก และ Cardiac arrest ระหว่างการเดินทาง

แม้ว่ากรณีคนไข้เหล่านี้จะเป็นตัวอย่างสุดโหดในบรรดาคนอเมริกัน 50 ล้านที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ แต่ก็เป็นที่ทราบกันว่า มีคนมากมายในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ได้รับการดูแลอย่างดีที่สุดถึงที่สุด ทั้งที่มีคนอีกมากมายที่ไม่สามารถมีหลักประกันสุขภาพอันมั่นคงในชีวิตได้เลย หากคนที่ไม่ได้มีประกันสุขภาพเหล่านี้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บขึ้นมาจริงๆ เรื่องเศร้าเหมือนตัวอย่างข้างต้นก็จะต้องเกิดขึ้นอีกซ้ำแล้วซ้ำเล่า

อเมริกาเป็นประเทศที่ใช้เงินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงที่สุดในโลกหรือ 16% ของ GDP เทียบกับประเทศอื่นๆ เช่น แคนาดา และอังกฤษซึ่งใช้เพียงแค่ 8-9% แต่ประชากรในอังกฤษและแคนาดามีอายุเฉลี่ยยาวกว่าคนอเมริกันมากกว่า 3 ปีในขณะที่คุณภาพชีวิตโดยทั่วไปก็ดีกว่า มีความเครียดน้อยกว่า ผู้กำกับได้สร้างประเด็นคำถามให้เกิดขึ้นในใจอเมริกันชนว่า ถึงเวลาหรือยังที่ผู้นำชาวอเมริกันต้องถามตัวเองหนักๆ อีกครั้งว่าที่ทำอยู่นี้ดีจริงแล้วหรือ ในอดีตที่ผ่านมา แม้จะมีความพยายามในการเปลี่ยนแปลงระบบการแพทย์ในอเมริกาให้เป็น Universal coverage หลายต่อหลายครั้ง แต่ความตั้งใจก็พ่ายแพ้ต่อผลประโยชน์มหาศาลทุกครั้งไป



คุณหมอท่านหนึ่งซึ่งเคยทำงานที่ Humana บริษัทประกันยักษ์ใหญ่ออกมาสารภาพว่า รู้สึกผิดเป็นอย่างมากที่ครั้งหนึ่งเคยทำเงินอย่างมากมายให้กับตัวเองและบริษัทประกัน โดยการปฏิเสธการรักษาของคนไข้ทั้งที่จริงๆ แล้วมันจำเป็นกับคนไข้ และสามารถเซ็นให้คนไข้ได้รับการรักษาได้ แต่คุณหมอบอกว่ายิ่งถ้าทำยอดปฏิเสธได้มาก ยอดโบนัสจะเพิ่มเป็นเงาตามตัว วันนี้คุณหมอท่านนี้ได้สำนึกผิดลาออกจากบริษัท แล้วหันมาณรงค์ให้เกิดหลักประกันสุขภาพขึ้นในอเมริกา ในหนังแสดงให้เห็นถึงอาชีพหนึ่งที่ไม่เคยได้ยินมาก่อนในชีวิต คือ อาชีพตรวจสอบประวัติทางการแพทย์ย้อนหลัง เพื่อหาข้อมูลอะไรก็ตามที่ทำให้บริษัทประกันไม่ต้องจ่ายเงินให้กับคนไข้ตอนที่คนไข้มาเคลมประกัน ทุกวันนี้บริษัทประกันทุกบริษัทในอเมริการวยเอา รายเอาในขณะที่สุขภาพของคนอเมริกันแย่งลงทุกวัน

คุณ Michael Moore ผู้กำกับสารคดีเรื่องนี้ ดูแก้ทำหน้าไม่เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้นในประเทศของตัวเอง ตลอดทั้งเรื่อง แคมดุงมากขึ้นเมื่อเข้ามาฝั่งแคนาดาแล้วมาสัมภาษณ์ความรู้สึกคนไข้ชาวแคนาดา ที่แคนาดาระบบการแพทย์เป็นแบบรักษาทันที โดยที่คนไข้ทุกคนต้องไปลงทะเบียนหาหมอเวชศาสตร์ครอบครัว ประจำตัว

จากประสบการณ์ส่วนตัวที่ได้มาศึกษาต่อที่แคนาดา ต้องยอมรับว่าการหาหมอ fammed มาเป็นแพทย์ประจำตัวสักคนนี่ไม่ใช่เรื่องง่ายๆ แต่ก็ไม่ยากเกินความพยายาม คนแคนาดาส่วนใหญ่จะดูปลงๆกับระบบว่า ยังไงก็ต้องรอนานเพราะคนเยอะ และการรักษาเป็นแบบเท่าเทียมกันทุกคน ไม่มีลัดคิว แม้แต่ไปห้องฉุกเฉินก็ต้องรอนาน แต่ถ้าเป็นอันตรายถึงชีวิตจริงๆ ก็มีระบบคัดกรองที่ทำให้ได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน คนแคนาดาส่วนใหญ่รู้สึกพอใจกับระบบการแพทย์ที่พร้อมจะช่วยคนทุกคน แม้ว่าจะต้องจ่ายภาษีอย่างหนักหน่วงถึง 40-50%

หนังเรื่องนี้สามารถตีแผ่มุมมืดของวงการสาธารณสุขอเมริกันได้อย่างดีเยี่ยม แคมยังเล่าเสียดสีได้อย่างได้อารมณ์มากเมื่อคุณลุงคุณป้าคนหนึ่งต้องเดินทางข้ามไปทำธุระที่อเมริกา 4-5 ชั่วโมง ปรากฏว่าแอบบอกว่าขอไปซื้อประกันสุขภาพก่อน ไม่งั้นไม่ยอมข้ามไปฝั่งอเมริกา เพราะกลัวเกิดอะไรขึ้นแล้วจะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล!

ยาเคมีบำบัดหลายตัวใหม่ๆ ที่ยังไม่มีข้อมูลวิจัยมากนักที่รัฐบาลแคนาดาไม่นำเข้า เพราะไม่สามารถรับประกันว่าจะสามารถจ่ายให้ทุกคนได้ เพราะฉะนั้นยาที่นำมาใช้ในแคนาดาจึงเป็นยาที่มีผลสรุปว่าดีพอและสามารถจ่ายให้ทุกคนใช้ได้เท่าเทียมกัน คนไข้หลายๆ คนก็จะขับรถข้ามไปซื้อยาเคมีบำบัดตัวใหม่ๆ ที่ฝั่งอเมริกา โดยยอมจ่ายเงินเอง

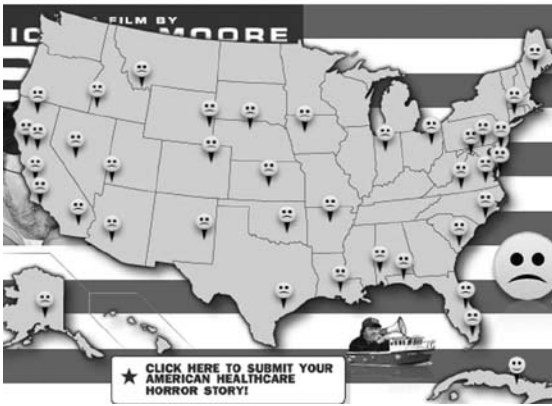
คนไข้รายหนึ่งที่ฉันรู้จักโกรธระบบการแพทย์ของแคนาดามาก เพราะคุณลุงเป็นมะเร็งตับอ่อนแล้วคิวผ่าตัดที่จะได้ที่แคนาดาคือ อีก 16 วันข้างหน้า ในความคิดของคนไข้ก็คือช่างนานเหลือเกิน คุณลุงจึง

ตัดสินใจข้ามไปผ่าตัดที่อเมริกา แล้วยอมจ่ายเงินเอง 200,000 กว่าเหรียญ มีผลให้ได้ผ่าตัดเร็วขึ้นไปประมาณ 10 วัน ในที่สุดคุณลุงก็เสียชีวิตไปอีก 6 เดือนถัดมา ไม่มีใครรู้ว่าผลจะต่างกันหรือไม่หากผ่าตัดช้าไป 10 กว่า วัน แน่แน่นอนว่าคนไข้หมอ และรัฐบาลย่อมมีมุมมองที่ต่างกัน

แต่ที่เล่ามาทั้งหมดก็เพียงอยากจะยืนยันว่า ไม่มีระบบการแพทย์ใดที่ตอบสนองความพอใจให้คนไข้ได้ทุกคนถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามสิ่งที่แต่ละประเทศควรประเมินระบบการแพทย์ ก็คือ เราตอบโจทย์ในแต่ละข้อต่อไปนี้ได้ดีพอหรือยัง

1. Efficiency: ประสิทธิภาพในการดูแลคนไข้ดีแค่ไหน เราใช้เงินคุ้มกับผลที่ได้รับหรือไม่
2. Cost containment: รัฐบาลใช้วิธีใดในการควบคุมรายจ่ายด้านสุขภาพ
3. Equity: ใครได้รับการดูแลและใครไม่ได้รับการดูแล
4. Choice: คนไข้มีทางเลือกในการเข้ารับบริการทางการแพทย์มากน้อยแค่ไหน





พอลกลับมามีวิเคราะห์สำหรับระบบการแพทย์ของไทย จะเห็นว่าจริงๆ แล้วคนไทยนี่ละมีทางเลือกเยอะไม่แพ้ใครเลย คือเรามีทั้งหลักประกันสุขภาพที่กำลังพัฒนา (แม้จะยังไม่ดีเท่าอังกฤษหรือแคนาดา) แต่คนไข้ก็ยังเลือกที่มีประกันส่วนตัวได้ด้วย (ที่แคนาดาไม่อนุญาตให้คนไข้มีประกันสำหรับการรักษาที่จำเป็น เพื่อไม่ให้ระบบมี 2 มาตรฐาน) ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยเราช่วยปรับเรื่อง Equity ได้ดีขึ้น ทำให้คนเข้าถึงบริการทางการแพทย์แบบเท่าเทียมมากขึ้น เอาเข้าจริงแล้วเรากำลังพัฒนาไปในทิศทางที่ดี เพียงแต่ต้องปรับเรื่อง Efficiency ของระบบประกันสุขภาพหลักให้ดีขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก็จะไปกระทบเรื่อง Cost containment อย่างช่วยไม่ได้ แอปโฆษณานิฉันว่า Family Medicine นี่ละที่มีข้อมูลวิจัยว่าช่วยเพิ่ม Efficiency และ ลด cost containment ได้จริง เป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก

เวลานี้เราคงต้องเลือกว่าเราอยากได้ระบบสุขภาพแบบ “ดีพอ” สำหรับทุกคน หรือ “ดีเลิศ” สำหรับบางคนที่น่าจะมั่นใจว่าจะมาพร้อมกับการรักษาแบบที่ “ແ่แบบรับไม่ได้” กับอีกหลายๆ คน

คุณ Michael Moore เปรียบเทียบระบบการแพทย์กับ อังกฤษ ฝรั่งเศส และ คิวบา ในส่วนที่เหลือของหนังแล้วสรุปว่า เวลาอาหารของชาติอื่นอร่อย เรายังพร้อมจะกินของเขา เวลาไวน์เค้าดีก็พร้อมที่จะดื่มของเค้า แล้วถ้าระบบการแพทย์ของเค้าดีละ เราไม่คิดจะเปลี่ยนของเราตามเค้าบ้างหรืออย่างไร

ท้ายสุดแม้จะดูมีผลประโยชน์เคลือบแฝงแต่คุณ Michael Moore ก็ยังเล่าว่า คนที่ทำเว็บไซต์ต่อต้านไอเดียของแก (anti-Michael Moore website) บอกว่าจะต้องปิดเว็บไซต์ลงเพราะต้องเอาเงินไปรักษาภรรยา Michael ก็เลยส่งเงินไปให้ 12,000 เหรียญ โดยลงชื่อว่า anonymous (ต้องบอกว่าเป็น anonymous แบบปลอมๆ เพราะมาบอกในหนังซะนี่) เพื่อให้เว็บไซต์ยังดำเนินต่อไปได้ แล้วสรุปแบบคมกริบว่า “ท่ามกลางความขัดแย้งระหว่างกัน เรายังคงช่วยเหลือกันได้”

เมื่อตามดูจนจบ ฉันพบว่าภาพยนตร์กึ่งสารคดีเรื่องนี้สามารถตีแผ่บทเรียนทางด้านสาธารณสุขให้คนดูได้เห็นว่าการทำอะไรที่ “เลือกปฏิบัติ” นั้น ย่อมมีผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อ “ประชาชนส่วนใหญ่” อย่างแน่นอน อีกทั้งสิ่งที่คนทำอยากให้คนดูเป็นผู้ขบคิด ไม่ว่าจะเป็นด้านมิติที่ผู้กำกับพยายามชักชวนให้เราคิดตามแบบเสียดสี ค่อนข้างไปทางตลก (ร้าย) แต่ทำได้อย่างถึงใจ ทั้งยังการกำกับที่เหมือนไม่ได้กำกับอะไรเลยก็ตาม อย่างน้อยภาพยนตร์เรื่องนี้ก็คงทำให้เราต้องย้อนกลับมาทบทวนคิดว่าหากประชาชนคนธรรมดาที่ไม่ได้เกิดมาร่ำรวยจนสามารถ “ซื้อ” บริการทางการแพทย์ได้แล้ว เขาจะเลือกอะไร ระหว่างการแพทย์แบบ “ดีที่สุด” สำหรับคนบางกลุ่ม หรือ การแพทย์แบบ “ดีพอ” สำหรับทุกคน ■

หมายเหตุ

¹Kaiser คือมูลนิธิที่ขายประกันสุขภาพแบบ pre-paid สำหรับพนักงานบริษัทและคนทั่วไป ในราคาที่เทียบแล้วถูกกว่าประกันสุขภาพเอกชนชนิดอื่นๆ แต่มีข้อแม้ว่าต้องรักษากับโรงพยาบาลในเครือ Kaiser ซึ่งมีอยู่ใน 9 รัฐในอเมริกา



ความสุขในชีวิตของ Dentist ภูธร

เจ้าของ : ชมรมทันตสาธารณสุขภูธร

ราคาเล่มละ 100 บาท

ติดต่อได้ที่

ทพ.วัฒนา โรงพยาบาลด่านซ้าย Email: wat019@hotmail.com

ทพญ.สุริรัตน์ โรงพยาบาลน่าน Email: nui_95@yahoo.com

ทพญ. วิโรชา โรงพยาบาลป่าบอน Email: p-racha_dt@hotmail.

ทพญ.มยุรฉัตร โรงพยาบาลภาชี Email: prinezze@hotmail.com

ทพญ.นิริมา Email : ruralmax2007@gmail.com



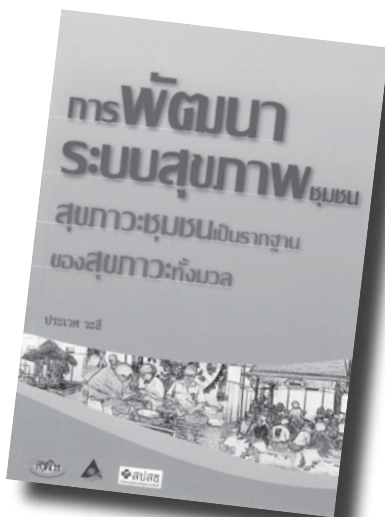
ยก “บริการปฐมภูมิ” ออกนอกโรงพยาบาล จุดคานงัดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

เจ้าของ : Thai-European Health Care Reform Project

ผู้เขียน : นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

ดาวน์โหลดเนื้อหาได้ที่

www.hcrp.or.th/informationcenter



การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เจ้าของ : สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ผู้เขียน : ศ.นพ.ประเวศ วะสี

ดาวน์โหลดเนื้อหาได้ที่

www.prawase.com



ประมวลปาฐกถา “แนวทางการพัฒนาบริการ สุขภาพปฐมภูมิ”

เจ้าของ : สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

ดาวน์โหลดเนื้อหาได้ที่

www.thaiichr.org



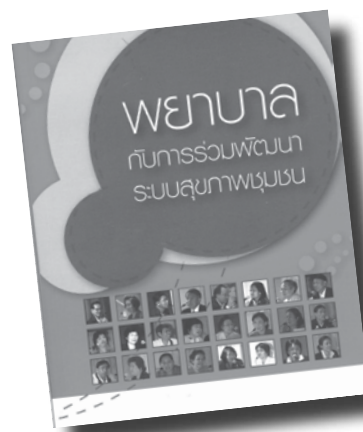
สุขภาพชุมชน : จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ

เจ้าของ : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ผู้เขียน : รศ.ดร.ชนิษฐา นันทบุตร

ดาวน์โหลดเนื้อหาได้ที่

www.thaiichr.org



พยาบาลกับการร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

เจ้าของ : สภาการพยาบาล มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ผู้เขียน : รศ.ดร.ชนิษฐา นันทบุตร

ติดต่อได้ที่ สภาการพยาบาล

แผนงานสร้างพยาบาลของชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน สสส.



DVD การประชุมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ของแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์แพทย์ชุมชน

จำนวน : 3 ชุด (6 แผ่น)

เจ้าของ : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ติดต่อได้ที่ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

Email: ichr2005@yahoo.com



DVD การอบรมหลักสูตรระยะสั้น 5 Weekend Workshop for Faculty Development in Family Medicine

เจ้าของ : สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

ติดต่อได้ที่ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

Email: ichr2005@yahoo.com

1-2 มิถุนายน 2552

เวลา 8.30-16.30 น.

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จัดสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวประจำปี 2552

- **สถานที่จำหน่าย** สำนักงานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย วันที่ 1-31 มกราคม 2552
- **การสมัครสอบ** วันที่ 1 มกราคม – 28 กุมภาพันธ์ 2552
- **สถานที่สอบ** อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 02-716-6651-2

22-23 มกราคม 2552

ประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ Aging: Building Partnership

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน และสำนักบริหารการพัฒนาบริการปฐมภูมิ จัดประชุมวิชาการ “ภาคีร่วมพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ Aging: Building Partnership” สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและท้องถิ่น ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ ถนนวิภาวดีรังสิต

การนำเสนอในเวทีประกอบด้วย

- สถานการณ์
- บทเรียนในพื้นที่
- วิจัยแบบบูรณาการ
- ข้อเสนอต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุ

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน <http://www.thaiichr.org>

17 กุมภาพันธ์ 2552

อบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยอย่างมีคุณภาพ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการพัฒนางานประจำสู่การวิจัยอย่างมีคุณภาพ - Development of Routine Works to High Quality Researches เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำหลักการ และกระบวนการวิจัย เข้ามาผสม

ผสานกับการทำงานที่ทำอยู่เป็นประจำอย่างมีความสุข ช่วยให้การดำเนินงานสามารถพัฒนาไปได้อย่างต่อเนื่อง มั่นคง และยั่งยืน

สถานที่ฝึกอบรม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โทรศัพท์ 02-716-6651-2 โทรสาร 02-716-6653

18-22 กุมภาพันธ์ 2552

มหกรรมสุขภาพชุมชน 2552- Community Health & Primary Care Expo 2009

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และภาคีร่วมพัฒนาบริการปฐมภูมิ จัดงานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552 ณ อิมแพค เมืองทองธานี ภายในงานประกอบด้วย ผลงานและประเด็นทางวิชาการ

- ประวัติศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขในชนบท
- ประเด็นความท้าทายใหม่ๆ ในงานสุขภาพชุมชนและทางออก
- ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติกับการสร้างความเข้มแข็งบริการปฐมภูมิ
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและบริการปฐมภูมิ : กรณีกองทุนสุขภาพชุมชน และการถ่ายโอนสถานอนามัยให้ อบต.
- ข้อเสนอเชิงระบบและรูปแบบการจัดการบริการสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่างๆ
- เครื่องมือและนวัตกรรมใหม่ๆ ในการทำงานสร้างสุขภาพชุมชน
- การจัดการความรู้ (KM) และ R2R เพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ
- จิตอาสากับการพัฒนากำลังคนเพื่อสุขภาพของชุมชน
- สถาปัตยกรรมกับงานสุขภาพชุมชน

การอภิปรายหมู่ “ข้อเสนอเชิงนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิ”

มหกรรมการจัดแสดงและนิทรรศการ “สร้างคุณค่าความเป็นคน สร้างสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง”

สอบถามเพิ่มเติมได้ที่

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ

www.shi.or.th

www.primarycareexpo.com