

ยก “บริการปฐมภูมิ” ออกนอกโรงพยาบาล
จุดคานงัดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

จัดทำโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
(Thai-European Health Care Reform Project)

ยก “บริการปฐมภูมิ” ออกจากโรงพยาบาล :

จุดคนจัดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทย

ISBN

ที่ปรึกษา	: นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ นพ.วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ นพ.ถาวร สกฤตพาณิชย์ Monica M. Burns
ผู้เขียน	: นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ
บรรณาธิการเล่ม	: สุมาลี ประทุมพันธ์
ออกแบบปก-รูปเล่ม	: อาภาพรรณ สายยศ
พิมพ์ครั้งแรก	: ธันวาคม 2550
จำนวนพิมพ์	: 500 เล่ม
ผลิตโดย	: โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ชั้น 27 อาคารจัดมินิอินเตอร์เนชั่นแนล ถนนแจ้งวัฒนะ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 โทร. 0-2831-4028 ต่อ 7454, 7455 โทรสาร 0-2831-4028 www.hcrp.or.th

คำนำ

ผลสำเร็จประการหนึ่งของความพยายามพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทยตลอดหลายช่วงทศวรรษที่ผ่านมาคือ การมีโครงสร้างพื้นฐานที่ดี กล่าวคือ มีสถานบริการที่เหมาะสมที่จะให้บริการปฐมภูมิกระจายอยู่เกือบทุกตำบล อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาสำคัญ อาทิ การเตรียมบุคลากรที่จะทำหน้าที่เป็นที่ผู้ให้บริการปฐมภูมิ การออกแบบระบบสนับสนุน และระบบบริหารจัดการด้านต่าง ๆ ที่ทำให้แม้ว่าขณะนี้ ได้มีการประกาศนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ “ใกล้บ้านใกล้ใจ” ก็ตาม บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงไม่อาจเกิดขึ้นได้ในเวลาอันสั้น

หนังสือเล่มนี้จัดทำขึ้นเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์สำคัญ โครงการหนึ่งที่สำคัญคือ **โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”** ซึ่งเป็นอีกหนึ่งความพยายามที่จะทำให้มีบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นของประชาชน โดยคาดหวังว่าผลพวง ที่ตามมาอีกด้านหนึ่งคือ จะลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลงได้

อย่างไรก็ตาม การจะดำเนินโครงการนี้ให้ประสบความสำเร็จได้นั้น ต้องอาศัยความมุ่งมั่นของทีมผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรทุกระดับเป็นอย่างมากในการ **“ปรับตัว”** และ **“ลงทุนลงแรง”** เพื่อสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะบริการปฐมภูมิในชุมชน

คณะผู้จัดทำหนังสือเล่มนี้ หวังว่าเนื้อหาภายในเล่มจะช่วยอธิบายถึงหลักการแนวคิดของโครงการดังกล่าว เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่งที่เข้าร่วมโครงการ สามารถเข้าใจถึงปรัชญาการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น รวมทั้งอาจใช้หนังสือเล่มนี้ในการอภิปรายขยายความคิด เพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางดำเนินการที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
(Health Care Reform Project)
ธันวาคม 2550

สารบัญ

ความเป็นมาและความหมายของบริการปฐมภูมิ

7

บริการปฐมภูมิในประเทศไทย :
แรงขับเคลื่อนจากอดีตและทิศทางในอนาคต

19

บริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลที่เข้มแข็ง :
ประสบการณ์จากการทำวิจัยปฏิบัติการในพื้นที่

35



“ถ้าโรงพยาบาลต้องการรักษาครีธาของประชาชนไว้ให้ได้
โรงพยาบาลต้องปรับตัว หากปล่อยให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมาก
ขึ้นเรื่อย ๆ ที่ OPD ของโรงพยาบาล
ในที่สุดจะเกิดวิกฤตครีธาที่ระบบทั้งหมดโดยรวม”

1.

ความเป็นมาและความหมาย ของบริการปฐมภูมิ

การแบ่งบริการออกเป็น
ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
เกิดขึ้นครั้งแรกบนพื้นฐานของกระบวนทัศน์ทาง
ด้านชีววิทยาการแพทย์ (Bio-medicine)
และด้วยเหตุผลด้านระบบบริหารจัดการที่ว่า
ต้องมีการส่งต่อตามขั้นตอนจากง่ายไปยาก
โดยบริการปฐมภูมิซึ่งมีต้นกำเนิดอยู่ที่
สถานบริการที่อยู่ในชุมชนถูกมองว่า
เป็นบริการที่ง่ายที่สุดที่อยู่ในระบบบริการ

พัฒนาการในอดีตจาก “บริการหลัก” กลายเป็น “บริการที่ง่ายที่สุด”

ในทุกสังคมบริการสุขภาพ มีต้นกำเนิดมาจากการให้บริการที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการที่บ้านของหมอหรือที่บ้านของผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ “บริการที่บ้าน” หรือ “บริการตามบ้าน” จึงเป็นที่รู้จักได้รับความเชื่อมั่นและความนิยมมาก่อน ส่วนการตั้งโรงพยาบาลและการให้บริการที่โรงพยาบาลนั้น มีต้นกำเนิดมาจากการให้บริการเพื่อการกุศล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการให้บริการคนจนคนด้อยโอกาสและผู้อพยพ (ซึ่งไม่สามารถจะเข้าถึงบริการตามบ้านได้) แต่หลังจากมีการปฏิวัติทางการแพทย์ โรงพยาบาลจึงเริ่มนำอยู่และกลายเป็นสถานบริการสำหรับทุกคน และได้รับการยอมรับมากขึ้นๆ จนกระทั่งกลายเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพมาจนกระทั่งปัจจุบันในลักษณะของการเป็นสถานบริการที่รับการส่งต่อ เนื่องมาจากการเติบโตเป็นสาขาต่างๆ ทางการแพทย์ที่เรียกกันโดยทั่วไปว่าการแพทย์เฉพาะทาง

การแบ่งบริการออกเป็นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ เกิดขึ้นครั้งแรกบนพื้นฐานของกระบวนการทางชีววิทยาการแพทย์ (Bio-medicine) ด้วยเหตุผลที่ว่าต้องการส่งต่อตามขั้นตอนจากง่ายไปยาก โดยบริการปฐมภูมิซึ่งมีต้นกำเนิดอยู่ที่สถานบริการในชุมชนถูกมองว่า เป็นบริการที่ง่ายที่สุดที่อยู่ในระบบบริการ โดยถือเป็นบริการ

พื้นฐานที่ประชาชนจะได้รับบริการเป็นครั้งแรกหรือเป็นที่แรกก่อน จนกระทั่งเกินศักยภาพจึงส่งต่อ ส่วนบริการทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งมีต้นกำเนิดมาจากบริการในโรงพยาบาลถูกมองว่า เป็นบริการที่ยากมากขึ้นตามลำดับ และมีธรรมชาติเป็นที่รับการส่งต่อจากบริการปฐมภูมิ การแบ่งครั้งแรกนี้เกิดขึ้นที่ประเทศอังกฤษในปี ค.ศ.1920 (ในขณะนั้นเรียกบริการปฐมภูมิว่า Primary Health Service)¹ ซึ่งการแบ่งในลักษณะนี้อาจกล่าวตามความเข้าใจในความหมายของบริการปฐมภูมิในปัจจุบันนี้ได้ว่า เป็นความหมายที่ใกล้เคียงกับคำว่า “Primary Medical Care”

บริการปฐมภูมิกับการพิสูจน์ความจำเป็นขององค์ความรู้

บริการปฐมภูมิเริ่มได้รับการยอมรับว่ามีความจำเป็นที่แตกต่างไปจากบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ หลังจากกลุ่มหมอที่เปิดคลินิกอยู่ในชุมชน ซึ่งที่ประเทศอังกฤษเรียกหมอในลักษณะนี้ว่าเป็น “แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป” (General Practitioner) (ต่อมามีการใช้คำว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครว) ได้รวมตัวกันทำวิจัยในลักษณะของการเอากรณีที่น่าสนใจมาอภิปรายและแลกเปลี่ยน ซึ่งเป็นลักษณะของการหาองค์ความรู้ใหม่เพื่อความเหมาะสมใน

¹ Dawson, T. L. Dowson report: Consultative Council on Medical and Allied Services., London, Ministry of Health 1920.

การให้บริการปฐมภูมิ (ในขณะนั้นซึ่งอยู่ในช่วงปี ค.ศ. 1950 เรียกกิจกรรมนี้ว่า Researchseminar)² โดยเริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยที่มีอาการทางกายพร้อมกับศึกษาความสัมพันธ์กับต้นเหตุที่มีผลกระทบมาจากสาเหตุทางด้านจิตใจ รวมไปถึงที่เกี่ยวข้องกับมิติทางสังคมหรือครอบครัว

โดยได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของบริการปฐมภูมิที่ต้องอาศัยความเข้าใจปัญหาสุขภาพในภาพรวม และได้สะท้อนให้เห็นว่า การเป็นหมอชุมชนซึ่งเป็นผู้ให้บริการปฐมภูมินั้น นอกจากการเป็นหมอที่จะต้องดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแล้ว ยังต้องมีศักยภาพหรือจำเป็นที่จะต้องเป็นนักปรัชญาที่จะเข้าใจชีวิตคน (Doctor as well as Philosopher) ซึ่งเป็นฐานสำคัญที่ทำให้เกิดพัฒนาการของบริการปฐมภูมิที่ต้องใช้ และผลิตองค์ความรู้ใหม่ในลักษณะขององค์ความรู้เชิงกว้าง^{3,4} กล่าวคือ เป็นองค์ความรู้ที่ให้ความสำคัญกับการมีปฏิสัมพันธ์กันของร่างกาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนองค์ประกอบทางความเชื่อศรัทธาหรือปัญญาที่มีผลต่อการรับรู้หรือความเข้าใจที่มีผลทำให้ชีวิตของแต่ละบุคคลยังคงดำรงอยู่ ซึ่งมีคุณลักษณะที่แตกต่างจากองค์ความรู้ที่เจาะลึกที่เน้นความจำเป็นไปที่องค์ความรู้ทางชีววิทยาการแพทย์ของบริการทุติยภูมิ และตติยภูมิ

² Baiint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical; 1964

³ Mead N, Bower P. *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. *Soc.Sci.Med.* 2000;51(7):1087-110.

⁴ Mead N, Bower P. *Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature*. *Patient.Educ.Couns.* 2002;48(1):51-61



บริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง กลับมาเป็นอุดมการณ์ใหม่ของโลก

บริการปฐมภูมิได้รับความสนใจและมีการให้ความสำคัญไปทั่วโลก หลังจากมีประกาศขององค์การอนามัยโลก ในปี ค.ศ.1978 ที่คาดหวังให้เกิด “Health for All by the year 2000” หรือสุขภาพดีถ้วนหน้าปี พ.ศ.2543 โดยให้ความสำคัญอย่างมากกับประเทศที่กำลังพัฒนา และถือเป็นอุดมการณ์ใหม่ของโลกในขณะนั้นหลังยุคปลดปล่อยอาณานิคมที่ต้องการส่งเสริมความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการ การดูแลตนเอง การพึ่งตนเอง การมีส่วนร่วม และที่สำคัญคือ การทำให้มีความเป็นตัวของตัวเอง ทั้งในระดับประเทศ ชุมชน ครอบครัว และรายบุคคล ซึ่งในทางปฏิบัตินั้นให้



ความสำคัญกับการมีบริการปฐมภูมิที่เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน อันมีส่วนสำคัญที่ทำให้ในหลายประเทศมีอาสาสมัครสาธารณสุข โดยที่บริการปฐมภูมิลักษณะนี้ เน้นให้มีบริการปฐมภูมิอยู่ที่สถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน ในลักษณะของสถานเฝ้าระวัง (Health centre) เนื่องจากเป็นสถานบริการที่กล่าวได้ว่า เป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการกับชุมชน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการสาธารณสุขในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้อุดมการณ์ดังกล่าวข้างต้นเป็นจริง บริการปฐมภูมิลักษณะนี้ มักรู้จักกันในชื่อของ “Primary Health Care” (ในประเทศไทยใช้คำว่า การสาธารณสุขมูลฐาน)



การดกผลึกหลักการของบริการปฐมภูมิ

ในปัจจุบันบริการปฐมภูมิ ทั้ง Primary Medical Care และ Primary Health Care ซึ่งอาจมีหลักการรองรับที่แตกต่างกันอยู่บ้างในช่วงเริ่มต้น แต่มีพัฒนาการที่โน้มเข้ามาหากันในปัจจุบันในแง่ของหลักการ กล่าวได้ว่าสามารถเชื่อมจนกลายเป็นเรื่องเดียวกันและมักเรียกบริการปฐมภูมินี้ว่า “Primary Care” ซึ่งในแง่ของการให้บริการเป็นบริการที่มีทั้ง “ในสถานบริการ” และ “ในชุมชน” โดยอาจสรุปเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของการเป็นบริการปฐมภูมิได้ 3 ประการคือ



ประการที่ 1. เป็นบริการครั้งแรกและเป็นครั้งแรกที่ผู้รับบริการเลือกที่จะรับเมื่อต้องการความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพหรือเมื่อเกินศักยภาพที่ตนเองจะดูแลตนเอง⁵ ได้อย่างไรก็ตาม หากมารับบริการครั้งที่หนึ่งแล้วปัญหายังไม่สิ้นสุด ถือว่าการให้บริการครั้งต่อ ๆ มา (ไม่ว่าจะกี่ครั้งก็ตาม) จนกระทั่งปัญหาสุขภาพสิ้นสุดลงหรือจนกระทั่งมีการส่งต่อนั้น เป็นบริการปฐมภูมิเช่นกัน

ประการที่ 2. เป็นบริการที่ผู้ให้บริการเห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องให้ และประชาชนได้รับบริการนั้นถึงแม้ในบางครั้งประชาชนอาจไม่ได้แสดงออกอย่างชัดเจนถึงความต้องการที่จะรับบริการนั้นๆ ก็ตาม เช่น ประชาชนอาจไม่รู้ว่ามีความจำเป็น และไม่ได้แสดงความประสงค์ที่จะรับวัคซีน ผู้ให้บริการปฐมภูมิมิมีบทบาทหน้าที่ที่จะต้องชี้แนะและเสนอบริการนั้นๆ ให้ประชาชนได้รับอย่างครบถ้วนตามความจำเป็น (ไม่ใช่บริการเท่าที่ประชาชนร้องขอรับบริการเท่านั้น)

⁵ การดูแลตนเอง (Self care) ในที่นี้หมายถึงการดูแลสุขภาพตนเองด้วยตัวเองของประชาชนหรือโดยสมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน สมาชิกในชุมชน (รวม อสม.) การซื้อยากินเอง และรวมถึงการรับบริการจากผู้ให้บริการที่บ้าน

ประการที่ 3. เป็นบริการเพื่อเข้าสู่ระบบบริการตามลำดับ จากบริการปฐมภูมิ สู่ทุติยภูมิ⁶ จนถึงตติยภูมิ⁷ ตามความจำเป็นพร้อมกับเป็นบริการรับกลับจากระบบบริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิสู่ครอบครัวและชุมชนหรือกล่าวง่าย ๆ ว่า ต้องให้บริการส่งต่อประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สถานบริการที่ส่งต่อไป และรับส่งต่อกลับมาดูแลด้วย

การอธิบายถึงคุณลักษณะ (ตามหลักการ) ของบริการปฐมภูมิ อาจจะทำให้มีความเข้าใจที่ง่ายขึ้น โดยการอธิบายด้วยหลัก 5C กล่าวคือ

1. (first) Contact Point เป็นที่แรกที่ใช้บริการหรือเป็นประตูระบบบริการ (การที่อยู่ใกล้บ้าน หรืออยู่ในชุมชน เข้าถึงง่ายไปมาสะดวกจึงเอื้อให้เกิดลักษณะข้อนี้)

2. Continuous เป็นบริการที่มีการดูแลต่อเนื่อง ไม่ใช่บริการเป็นครั้ง ๆ ไปเท่านั้น

⁶ บริการทุติยภูมิ (Secondary care) เป็นบริการที่รับส่งต่อจากบริการปฐมภูมิเท่านั้น (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการที่บริการทุติยภูมิในกรณีที่ไม่มีอาการส่งกลับอย่างเป็นทางการ บริการครั้งใหม่ถึงแม้จะมารับที่สถานบริการเดิมถือเป็นบริการปฐมภูมิ ในกรณีที่มีการส่งกลับเป็นไปใน 2 ลักษณะคือ 1) เมื่อปัญหาสุขภาพสิ้นสุดลงมีการส่งข้อมูลกลับไปยังบริการปฐมภูมิ และ 2) เมื่อปัญหาสุขภาพยังไม่สิ้นสุดแต่ในขณะนั้น บริการปฐมภูมิมิมีศักยภาพในการให้บริการมากกว่าหรือเหมาะสมกว่า จึงมีการส่งกลับไปยังบริการปฐมภูมิ

⁷ บริการตติยภูมิ (Tertiary care) เป็นบริการที่รับส่งต่อมาจากบริการปฐมภูมิหรือทุติยภูมิเท่านั้น (ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน) เมื่อเสร็จสิ้นการให้บริการที่บริการตติยภูมิในกรณีที่ไม่มีอาการส่งกลับอย่างเป็นทางการ บริการครั้งใหม่ถึงแม้จะมารับที่สถานบริการเดิมถือเป็นบริการปฐมภูมิ ในกรณีที่มีการส่งกลับเป็นไปใน 2 ลักษณะคือ 1) เมื่อปัญหาสุขภาพสิ้นสุดลง มีการส่งข้อมูลกลับไปยังบริการปฐมภูมิ และ 2) เมื่อปัญหาสุขภาพยังไม่สิ้นสุดแต่ในขณะนั้นบริการปฐมภูมิหรือทุติยภูมิมิมีศักยภาพในการให้บริการมากกว่าหรือเหมาะสมกว่ามีการส่งกลับไปยังบริการปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ



3. Comprehensive เป็นบริการที่เข้าใจ และเอาใจใส่ในเหตุปัจจัยทางด้านสังคม จิตวิทยา (อาจกล่าวถึงคุณลักษณะข้อนี้ได้หลายแบบ เช่น “บริการที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง” “บริการที่ใส่ใจในความเป็นมนุษย์” “บริการแบบองค์รวมไม่แยกส่วน” “เป็นที่พึ่งอย่างรอบด้าน” “บริการที่ใกล้ชิด” ฯลฯ ซึ่งมีนัยใกล้เคียงกัน)

4. Coordination and advocate เป็นบริการที่ช่วยเชื่อมประสานกับบริการทุติยภูมิ ตติยภูมิ ซึ่งไม่เพียงแต่ออกใบส่งตัวเท่านั้น ในเชิงอุดมคติยังหมายถึงบทบาทที่ผู้ให้บริการปฐมภูมิจะต้องช่วยชี้แนะเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการ

ได้รับบริการตามสิทธิได้รับบริการที่ครบถ้วนตามความจำเป็น และได้รับบริการที่ถูกต้องเหมาะสม ราวกับเป็น “ผู้พิทักษ์สิทธิ”

5. Community participation การมีส่วนร่วม การมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชนเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน ไปจนถึงประชาชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในลักษณะที่ไม่ใช่เพียงมีส่วนร่วมบริจาคทรัพย์เพื่อจัดซื้อเครื่องมือเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการจัดการบริการ และการบริหารจัดการต่าง ๆ ด้วย จะเห็นว่าหากจะให้บริการมีคุณลักษณะเข้าเกณฑ์ทั้ง 3 ประการหรือ 5C นั้น สถานบริการปฐมภูมิควรจะต้องตั้งอยู่ในชุมชน และมีความเป็นหนึ่งเดียวกับชุมชน อย่างไรก็ตามในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน การให้บริการที่เข้าข่ายคุณลักษณะเพียงประการใดประการหนึ่งในสามประการ เช่น บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD) ของโรงพยาบาล หรือที่คลินิกส่วนตัวของแพทย์ (ทั้งแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง) โดยเป็นครั้งแรกที่ผู้ป่วยเลือกเข้ารับบริการ (ไม่ได้ถูกส่งตัวมาจากที่อื่น) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณลักษณะประการที่ 1 ก็ถือได้ว่าเป็น “ส่วนหนึ่ง” ของการให้บริการปฐมภูมิ หรืออาจจะกล่าวว่า เป็นบริการปฐมภูมิที่ไม่เต็มรูปแบบก็ได้ ▲



2.

บริการปฐมภูมิในประเทศไทย : แรงขับเคลื่อนจากอดีต และทิศทางในอนาคต

การเสริมกันขององค์ประกอบ 3 ประการ คือ

- 1) ความชัดเจนในองค์ความรู้
- 2) การรับรู้ถึงคุณค่า และ
- 3) การพัฒนาเงื่อนไขหรือบริบทให้เหมาะกับการ

ให้บริการ มีส่วนสำคัญทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นศูนย์กลาง
ของระบบบริการสุขภาพไทยมาเป็นเวลานานหลายทศวรรษ

ดังนั้น トラบไคที่บริการปฐมภูมิยังคงมีอยู่ทั้งในและ
นอกโรงพยาบาล ความได้เปรียบทั้งหลายทั้งปวงในความ
เป็นโรงพยาบาลย่อมส่งแรงดึงดูดให้ประชาชนเลือกที่จะมา
รับบริการที่โรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา และคงไม่มีโอกาสที่
บริการปฐมภูมิกนอกรโรงพยาบาล จะสามารถได้แสดงศักยภาพ
เอกลักษณ์ คุณค่า ได้มากไปกว่าที่เป็นอยู่ **การที่จะพัฒนา
บริการปฐมภูมิ ทั้งด้วยการพัฒนาบริการปฐมภูมิกนอกร
โรงพยาบาล และด้วยการขยายขยายเอาบริการ
ปฐมภูมิออกไปจากโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นการ
เข้าไปปรับเปลี่ยนแก้ไข ตรงจุดที่เป็น “จุดคานงัด” ของ
ระบบ**

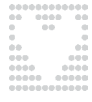
คลินิกตรวจโรคทั่วไปที่ OPD ของ โรงพยาบาล : บริการปฐมภูมิถึงรูปแบบ

กว่าศตวรรษที่กรอบการพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุขไทย กำหนดให้มีการจัดบริการปฐมภูมิอยู่ในโรงพยาบาล ดังจะเห็นว่า มีบริการตรวจโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกแห่ง ทุกระดับ ทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และประชาชนสามารถเลือกเข้ารับบริการได้ตามความต้องการ ความเชื่อ ความนิยมและความสะดวกในลักษณะที่ไม่ต้องมีการส่งต่อไปจากสถานบริการปฐมภูมิออกโรงพยาบาล (การที่เมื่อผู้ป่วยไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกแล้วแพทย์เห็นว่าต้องนอนโรงพยาบาล ก็จะถูกรับตัวเข้านอนโรงพยาบาลได้เลย เป็นจุดได้เปรียบที่ทำให้ผู้ใช้บริการนิยมไปโรงพยาบาลเป็นที่แรกมากยิ่งขึ้น)



ประกอบกับการได้รับอิทธิพลของกลไกการตลาด การบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอก คือแหล่งรายได้สำคัญของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นแรงจูงใจให้โรงพยาบาลจัดบริการดังกล่าว เพื่อตอบสนองการใช้บริการของผู้ใช้บริการ โดยไม่ได้เคร่งครัดกับหลักการที่ว่าโรงพยาบาลควรจะเป็นสถานที่รับส่งต่อและให้บริการเฉพาะทางมากกว่า

การที่ระบบเปิดกว้างในลักษณะนั้น มีผลทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมของการแสวงหาบริการปฐมภูมิไปเรื่อยๆ (ประชาชนไม่นิยมระบบส่งต่อ) และในปัจจุบันพบว่ากรอบ และกลไกดังกล่าวนอกจากจะทำให้โรงพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลายเป็นศูนย์กลางด้วยภาพพจน์ว่า สามารถทำได้ทุกอย่าง ได้รับความเชื่อถือจากประชาชนอย่างล้นหลามแล้ว ยังมีผลกระทบต่อการให้บริการปฐมภูมิของสถานบริการที่อยู่ในชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สถานีอนามัย” ที่ไม่ได้รับความนิยมใช้บริการจากประชาชนมากนัก และยังทำให้ภาพของ “บริการปฐมภูมิเต็มรูปแบบ” นั้น แทบจะไม่อยู่ในการรับรู้หรืออยู่ในจินตนาการของคนทั่วไป เนื่องจากแทบจะไม่เคยมีประสบการณ์ตรงในการได้รับบริการดังกล่าว โดยเฉพาะคนที่มีความต้องการและเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล (Hospital care) นั้น มีธรรมชาติของการเป็นบริการต่อปัญหา หรือความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นครั้งๆ ไปที่ไม่ได้พึ่งความสนใจไปที่ปัจจัยอื่นๆ หรือความจำเป็นอื่นๆ ดังที่บริการปฐมภูมิในชุมชนจะพึงมีให้กับประชาชน



สถานีนามัยกับการให้บริการปฐมภูมิ โครงสร้าง “ใช่” แต่เนื้อในยังไม่พร้อม

ทั้ง ๆ ที่สถานบริการขนาดเล็กที่อยู่ในชุมชนอย่าง
สถานีนามัยนั้น ได้รับการพิสูจน์จนเป็นที่ประจักษ์ว่า เป็น
โครงสร้างที่มีความเหมาะสมในการรองรับการให้บริการ
ปฐมภูมิมากกว่า ในฐานะที่เป็นจุดที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง
ระบบบริการกับชุมชนอย่างใกล้ชิด และมีศักยภาพในการที่
จะพัฒนาการบริการให้เป็นบริการปฐมภูมิเต็มรูปแบบตาม
คุณลักษณะพื้นฐานของการให้บริการปฐมภูมิตั้งที่กล่าวแล้ว
ข้างต้น

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงสร้างของสถานบริการ
แบบสถานีนามัยมีต้นกำเนิดมาจากความคาดหวังของ
ผู้วางนโยบาย(ในช่วงประมาณปี พ.ศ.2478) ให้เป็น
โครงสร้างที่รองรับการให้บริการด้านการควบคุมและป้องกัน
โรค ดังนั้นในปัจจุบัน ทั้งในแง่ของสมรรถนะของบุคลากรและ
การสนับสนุนจากระบบบริการ จึงมีความพร้อมต่อการให้
บริการทางด้านนี้เป็นหลัก เช่น งานสุขาภิบาล การให้วัคซีน
การวางแผนครอบครัว การให้สุขศึกษา เป็นต้น ส่วนการให้
บริการด้านการรักษาโรคการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการ
ฟื้นฟูสภาพ นั้นบุคลากรของสถานีนามัยให้บริการด้านนี้
แก่ประชาชนบนพื้นฐานของ “ความเอื้ออาทร” ที่ต้องตอบ
สนองเมื่อประชาชนที่ต้องการความช่วยเหลือ มากกว่าที่จะ
อยู่บนพื้นฐานการให้บริการอย่างมี “ความมั่นใจ” ในความรู้

และสมรรถนะของตัวเอง ทั้งนี้เพราะบุคลากรเหล่านี้ถูก
เตรียมการ หรือถูกออกแบบสมรรถนะมาในอีกด้านหนึ่ง รวม
ทั้งระบบสนับสนุนภายในสถานีนามัย และภาพรวมด้าน
การบริหารจัดการที่เป็นการสนับสนุนจากระบบบริการ
สาธารณสุขระดับอำเภอที่ผ่านมา ก็ยังไม่ได้วางรากฐานเพื่อ
สร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้บริการในการดูแลปัญหาเหล่านี้
ทำให้สถานีนามัยกลายเป็นสถานบริการที่มีโครงสร้างดี แต่
ก็มีความพร้อมในการให้บริการปฐมภูมิเพียงบางส่วนเท่านั้น



ให้บริการปฐมภูมิอยู่นอกโรงพยาบาล ทิศทางชัด รอบปฏิบัติการ

ในช่วงกว่าทศวรรษที่ผ่านมาในระดับนโยบาย ได้มีความพยายามผลักดันให้บริการปฐมภูมิไปอยู่สถานบริการที่อยู่นอกโรงพยาบาลมากขึ้น โดยที่ไม่ได้เน้นว่าจะต้องเป็นสถานบริการของรัฐเท่านั้น เช่น นโยบายทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ตั้งแต่ก่อนมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ซึ่งนโยบายขณะนั้นเน้นหนักไปที่การสร้างสถานีอนามัย การปรับปรุงทัศน การเพิ่มเครื่องมือต่าง ๆ มาจนถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี พ.ศ.2545 เป็นต้นมา) ที่ผลักดันให้เกิดศูนย์สุขภาพชุมชน (Primary Care Unit: PCU) เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับขึ้นทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีความพยายามที่จะผลักดันให้ผู้มีสิทธิฯ ต้องใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นครั้งแรกก่อนทุกครั้งที่ต้องการเข้าสู่ระบบบริการ (แต่นโยบายยังมีการประนีประนอม เนื่องจากตระหนักว่าหน่วยบริการปฐมภูมิโดยทั่วไปยังไม่เข้มแข็ง และจะกระทบต่อภาพรวมของคุณภาพบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ) นอกจากนี้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังกำหนดให้มีกลไกทางการเงินแบบใหม่ที่มีชื่อเรียกว่า “หน่วยคู่สัญญาเพื่อการจัดบริการปฐมภูมิ” (Contracting Unit for Primary care: CUP) ซึ่งกำหนดให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (ศูนย์สุขภาพชุมชน) และ



ทุติยภูมิ (โรงพยาบาล) ต้องจับคู่เป็นเครือข่ายบริการร่วมกัน โดยคาดหวังให้โรงพยาบาลและสถานบริการปฐมภูมิกนอกรักษาพยาบาลที่อยู่ภายใน CUP เดียวกันพัฒนาความร่วมมือและมีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และหวังว่าจะเกิดการจัดระเบียบ “ระบบบริการเพื่อให้ประชาชนไม่แสวงหาบริการปฐมภูมิไปเรื่อย ๆ” เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปที่หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลได้ก็ควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่สถานบริการใกล้บ้าน จะเข้าสู่บริการทุติยภูมิหรือตติยภูมิก็ด้วยผ่านระบบส่งต่อหากมีความจำเป็นเท่านั้น

การกำหนดกลไกโครงสร้าง PCU และ CUP ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ถือได้ว่าเป็นก้าวที่สำคัญของการพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทย เพราะถือเป็นการทำให้เกิดความชัดเจน

และมั่นคงในทางนโยบาย (มีกฎหมายรองรับ) แม้ว่า
ในเชิงคุณภาพแล้ว บริการปฐมภูมิภายใต้โครงสร้าง
ดังกล่าวในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังมีลักษณะที่เป็น “ส่วน
ขยายของแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล” เท่านั้น
ก็ตาม



วาระแห่งการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ในปี พ.ศ.2549 เกือบ 4 ปี หลังจากมีหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า คือช่วงเวลาที่สามารถเรียกได้เป็น “วาระแห่ง
การพัฒนาบริการปฐมภูมิ” อีกคำรบหนึ่งในประวัติศาสตร์
ระบบบริการสุขภาพไทยเมื่อคณะกรรมการหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ ได้อนุมัติงบประมาณกว่าพันล้านบาทให้
ดำเนินการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ โดยองค์กร
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เข้ามาร่วมกันจัดทำ “ยุทธศาสตร์
การพัฒนาบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554” และกำลัง
ร่วมกันขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาซึ่งประกอบไปด้วย 5
ยุทธศาสตร์ คือ 1) การเพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐม
ภูมิให้เข้าถึงชุมชน 2) การปรับปรุงการบริหารจัดการเพื่อ
สนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ 3) การ
ปรับปรุงระบบการผลิตพัฒนาและระบบบริหารจัดการ
บุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ 4) การสร้างการ
ยอมรับต่อคุณค่าศักดิ์ศรีและเอกลักษณ์ระบบบริการปฐมภูมิ
และ 5) การวิจัยและพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ

ภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าว มีรูปธรรมของแผนงาน
โครงการที่เป็นที่รู้จักกันดี เช่น โครงการ “ศูนย์แพทย์ชุมชน”
(การจัดให้มีแพทย์ร่วมในทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิแบบ
เต็มเวลา) โครงการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรต่าง ๆ และ
โครงการที่อยากจะกล่าวเป็นประเด็นสำคัญในหนังสือ
ฉบับนี้คือ โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด
พัฒนาเครือข่าย” ซึ่งหากมองดูผิวเผินจะดูเหมือนว่า
เป็นโครงการที่ตั้งเป้าที่จะลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วย
นอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นหลัก แต่แท้จริง
แล้วโครงการนี้มีเป้าหมายที่จะพัฒนาบริการปฐมภูมิ
นอกโรงพยาบาลให้เข้มแข็ง โดยใช้วิธีการจัดการแบบ
“ทำพร้อมกันทั้งสองทาง” กล่าวคือด้านหนึ่ง ทำการ
“ลด” จนกระทั่งสามารถ “งด” หรือ “ปิด” การให้บริการ
ตรวจโรคทั่วไปที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล และ
อีกด้านหนึ่งก็ทำการขยายและพัฒนาหน่วยบริการ



ปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล เพื่อดูแลผู้ใช้บริการเหล่านั้น
แทน โดยต้องจัดให้มีการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทั้งในการส่งต่อไปและกลับ



บริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล กับสถานการณ์ปัจจุบัน

จากความศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาล ทำให้สถิติจำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้เพิ่มจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นั้น เป็นที่ประจักษ์ว่า เป็นสภาพที่เป็นทุกข์ทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ และยังเป็นจุดที่เป็นวิกฤติของระบบโดยรวมด้วย **ดั่งที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์แห่งหนึ่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีแผนกผู้ป่วยนอกที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย ได้กล่าวในที่ประชุมของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลว่า “ถ้าโรงพยาบาลต้องการรักษาศรัทธาของประชาชนไว้ให้ได้ต้องปรับตัว ถ้าปล่อยให้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ที่ OPD ของโรงพยาบาลในที่สุดจะเกิดวิกฤตศรัทธากับระบบทั้งหมดโดยรวม”**

จากการศึกษาเปรียบเทียบกับกรับบริการที่สถานบริการต่างๆ โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างการรับ

บริการที่โรงพยาบาลกับสถานบริการที่อยู่นอกโรงพยาบาลด้วย พบว่าการมีจำนวนผู้รับบริการมาก ๆ ในโรงพยาบาล นอกจากต้องรอเป็นเวลานาน และมีโอกาสได้คุยกับแพทย์ในห้องตรวจในระยะเวลาที่สั้นมากแล้ว (บางครั้งผู้ป่วย และแพทย์แทบจะไม่ได้พูดอะไรกันเลย) ยังพบว่า ในปัญหาสุขภาพเดียวกันนั้นบางครั้ง เป็นปัญหาที่ต้องการการสะท้อนเพื่อลดความกังวลใจ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วย (Reassurance) เท่านั้น มิได้ต้องการการรักษาด้วยยา

การไปรับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยามากชนิด และได้รับคำแนะนำที่ได้รับตรวจพิเศษมากกว่า^{8,9} และจากการสำรวจความพึงพอใจพบว่า การไปรับบริการกับสถานบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากกว่า^{10,11} ถึงแม้ที่สถานบริการนอกโรงพยาบาลแห่งนั้นจะมีพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นผู้ให้บริการในห้องตรวจก็ตาม¹²

⁸ Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Is motivation enough? Responsiveness, patient-centredness, medicalization and cost in family practice and conventional care settings in Thailand, *Hum.Resour.Health.* 2006;4:19.:19.

⁹ Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient-centredness and prescribing patients in outpatient consultations in Bangkok, *Trop.Med.Int.Health.* 2006;11(1);81-9

¹⁰ Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand, *Asia Pacific Family Medicine Journal* 2006;5(1).

¹¹ Pongsupap Y, Boonyapaisarncharoen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and “prime mover family practices”: an exit survey. *Journal of Health Science* 2006;14(3);475-83

¹² ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ เขียวรัตน์ ศุภกรรม การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว ในศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารกรมการแพทย์ ปีที่ 29 (9) 2547; 550-562



ยกบริการปฐมภูมิออกนอกโรงพยาบาล จุดคานงัดการพัฒนาบริการปฐมภูมิ

ถ้าย้อนกลับไปดูประวัติศาสตร์ การที่ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นศูนย์กลางของระบบบริการนั้น นอกจากองค์ความรู้ทางการแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วในโรงพยาบาลแล้ว เงื่อนไขอีก 2 ประการคือ 1) การสร้างคุณค่า และ 2) การสร้างบริบทเพื่อให้ความเหมาะสมกับการให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ทั้งนี้อาจสังเกตได้จากการเข้ามาของมูลนิธิร็อกเกอ์ (Rockefeller Foundation) เมื่อปี พ.ศ. 2463 โดยมีเงื่อนไข 3 ประการให้รัฐบาลไทยปฏิบัติตามคือ

- 1) เพิ่มเงินเดือนให้แพทย์ (จาก 120 บาท เพิ่มเป็น 240 บาท)¹³ ;
- 2) สร้างโรงพยาบาลให้เป็นบริบทพื้นฐานของการทำงานของแพทย์เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้ภาพพจน์ของแพทย์คือหมอโรงพยาบาล (ถึงแม้จะเปิดคลินิกก็ยังมีภาพของหมอโรงพยาบาล); และ 3) แพทย์ต้องมีมาตรฐานเดียว¹⁴ และด้วยเงื่อนไขดังกล่าว เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้การเข้าเรียน

¹³ ต่อมาเงินเดือนของแพทย์ถูกปรับให้รับเท่ากับข้าราชการพลเรือนทั่วไปที่เริ่มต้นจากการจบปริญญาโทและคาดหวังว่าแพทย์จะได้รายได้เพิ่มจากการเปิดคลินิกส่วนตัวและต่อมาจึงมีการเพิ่มรายได้ในลักษณะของเงินพิเศษต่าง ๆ รวมถึงเงินพิเศษของการไม่เปิดคลินิกส่วนตัว อย่างไรก็ตามปัญหาเรื่องสมองไหลไปยังภาพเอกชนยังไม่สามารถแก้ไขได้จนถึงปัจจุบัน

¹⁴ Pearce, R.M. The Director of Medical Education of The Rockefeller Foundation, Letter from The Director of Medical Education of The Rockefeller Foundation to The Minister of Education of Siam. 1-23-1922. Archive of Thai National Library.

เป็นนักศึกษาแพทย์ต้องสอบแข่งขัน เนื่องจากผู้สมัครมีมากกว่าจำนวนที่รับได้ ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่ต้องสอบแข่งขันเนื่องจากยังไม่เคยมีจำนวนที่ผู้สมัครมากกว่าจำนวนที่สามารถรับได้¹⁵

การเสริมกันขององค์ประกอบ 3 ประการคือ 1) ความชัดเจนในองค์ความรู้ 2) การรับรู้ถึงคุณค่า และ 3) การพัฒนาเงื่อนไขหรือบริบทให้เหมาะกับการให้บริการ มีส่วนสำคัญที่ทำให้โรงพยาบาลกลายเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพไทย **ดังนั้นทราบได้ที่บริการปฐมภูมียังคงมีอยู่ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ความได้เปรียบทั้งหลายที่ปวงในความเป็นโรงพยาบาล ย่อมยังคงสงแรงดึงดูดให้ประชาชนเลือกที่จะมารับบริการที่โรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา และคงไม่มีโอกาสที่บริการปฐมภูมิกนอกรโรงพยาบาลจะสามารถได้แสดงศักยภาพ เอกลักษณะคุณค่าได้มากไปกว่าที่เป็นอยู่**

การที่จะพัฒนาบริการปฐมภูมิด้วยการขยายย้ายเอาบริการปฐมภูมิกนอกรโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นการเข้าไปปรับเปลี่ยนแก้ไขตรงจุดที่เป็น **“จุดคานงัด”** ของระบบ ซึ่งในเชิงรูปธรรมแล้ว ผลลัพธ์ที่คาดว่า จะตามมาจากรูปธรรมนี้ก็คือ ความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะลดลง ในอนาคตแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจะรับตรวจเฉพาะผู้ป่วยส่งต่อ และผู้ป่วยนัดเท่านั้น และเมื่อโรงพยาบาลลดบทบาทในงานบริการ

¹⁵ Donaldson P.J. Foreign intervention in medical education: a case study of the Rockefeller Foundation's involvement in a Thai medical school. *Int.J.Health Serv.* 1976;6(2):251-70

ปฐมภูมิแล้วก็จะขยายบทบาทพัฒนาความเชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ได้มากขึ้น ขณะเดียวกันบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลก็จะขยายตัวและพัฒนาศักยภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้น ประชาชนได้รับบริการที่ดีว่าการไปรอคิวตรวจนานๆ และแออัดยัดเยียดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม **การลดความแออัดจะเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีการพัฒนาเครือข่ายบริการร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการตั้งขึ้นใหม่หรือการพัฒนาขึ้นมาจากหน่วยบริการเดิม** ถึงแม้ว่าในระยะแรกนี้บริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลอาจจะมีคุณลักษณะไม่ครบสมบูรณ์ตามองค์ประกอบของบริการปฐมภูมิเต็มรูปแบบที่กล่าวข้างต้น แต่ก็คิดว่าน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะพัฒนาต่อไปได้ เพราะหน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในชุมชนย่อมเหมาะต่อการที่จะพัฒนาคุณภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวดังกล่าวมาแล้ว

แนวคิดนี้จึงไม่ใช่เพียงการลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แต่คือการสร้างความสมดุลให้กับระบบบริการ โดยในระยะยาวจะต้องพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 3 ประการของสถานบริการที่อยู่นอกโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่อยู่ในชุมชน ให้มีความทัดเทียมหรือไม่ด้อยกว่าโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับระบบบริการโดยรวมและประชาชนทุกคน ซึ่งในการดำเนินการพัฒนาบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลนี้ ในช่วงเปลี่ยนผ่านจำเป็น

ต้องอาศัยความร่วมมือเป็นอย่างสูงจากโรงพยาบาล ซึ่งจะต้องมีความเข้าใจถึงแนวคิดและเห็นความสำคัญของการสร้างสมดุลให้กับระบบบริการ

ทั้งนี้ถ้ามีโรงพยาบาลใหญ่แห่งใดแห่งหนึ่ง สามารถเป็นผู้นำในการทำให้โรงพยาบาลแห่งนั้นไม่มีบริการปฐมภูมิที่เป็นลักษณะ OPD ทั่วไปอยู่ในโรงพยาบาล โดยที่มีสถานบริการที่อยู่ภายนอกสามารถให้บริการปฐมภูมิได้ดีและครบถ้วนสมบูรณ์มากกว่า ก็ย่อมจะเป็นการก้าวกระโดดของระบบบริการสุขภาพไทย ในการทำให้บริการปฐมภูมิเข้มแข็ง ▲



3.

บริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาล ที่เข้มแข็ง : ประสบการณ์จาก การทำวิจัยปฏิบัติการในพื้นที่

“กระแสความต้องการ” ของประชาชนนั้น มิได้มีเพียงเทคโนโลยีอย่างเดียว แต่มีความต้องการผู้ให้บริการที่เข้าใจ สนับสนุน รับรู้สภาพของตนเองก่อนให้การรักษาพยาบาล และดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หากทำในข้อนี้ได้สำเร็จ ประชาชนอาจจะไม่ออกไปแออัดที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ และได้เวลาพบแพทย์เพียงนัดเดียวก็ได้ และเมื่อมีศูนย์แพทย์ชุมชนมากขึ้น ประชาชนก็มีโอกาสได้พบแพทย์ที่ตนใกล้ชิดมากขึ้น โรงพยาบาลใหญ่ๆ ก็ไม่ต้องแออัด มีเวลาดูแลผู้ป่วยหนักๆ ที่ถูกส่งต่อมามากขึ้น และมีเวลาให้กับคนไข้มากขึ้นคุณภาพการดูแลก็ดีขึ้น แพทย์โรงพยาบาลใหญ่ๆ เองก็จะเหนื่อยน้อยลง ดูแลเฉพาะผู้ป่วยหนักๆ ที่นอกเหนือความสามารถของศูนย์แพทย์ชุมชน เรียกว่าดีขึ้นด้วยกันทุกๆ ฝ่าย

จากประสบการณ์ดังกล่าวได้เพิ่มความมั่นใจว่า บริการปฐมภูมิที่ดีควรอยู่ที่สถานบริการนอกโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่ตั้งอยู่ในชุมชน และโรงพยาบาลไม่สามารถทดแทนสถานบริการลักษณะนี้ได้

บทพิสูจน์จากการเรียนรู้พื้นที่

จากการทำวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ที่โครงการอยุธยาในช่วงปี พ.ศ.2532-2538 ซึ่งเป็นการทดลองจัดทีมผู้ให้บริการปฐมภูมิทั้งที่มีแพทย์และไม่มีแพทย์ โดยพยายามที่จะประยุกต์ทั้งแนวคิดที่เป็นบริการปฐมภูมิในลักษณะของ “Primary Medical Care” ซึ่งมีการพัฒนาผ่านองค์ความรู้ที่เรียกว่า เวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัว และแนวคิดเรื่อง “Primary Health Care” ที่พัฒนาผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทีมผู้ให้บริการที่มีขนาดเล็กแต่ทำงานได้หลายด้านเข้าด้วยกัน ก่อนที่จะมีโครงการอยุธยาความเข้าใจในขณะนั้นของทีมวิชาการของอยุธยาต่อระบบแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family practitioner เดิมเรียกแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือ General practitioner) มีความสับสนเหมือนกับคนทั่วไปไปในสังคมไทย โดยเข้าใจว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะต้องเป็นแพทย์ผู้รู้ตรวจรักษาได้กว้างขวาง ครอบคลุมโรคทุกแขนง ทั้งสูติ นรีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรมกุมารเวชกรรม และยังมีความรู้พอที่จะตรวจรักษาโรคหู ตา คอ จมูก จิตเวช ฯลฯ ได้อีกด้วย เรียกว่าเป็นแพทย์ที่รู้รอบด้าน เพราะระบบการเรียนการสอนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเน้นให้แพทย์ผู้เรียนในสาขานี้มีความรู้ความชำนาญเช่นนั้น แต่ผลที่ปรากฏพบว่าการเน้นที่ความชำนาญทางเทคนิค (Technical Skill) ดังกล่าวแต่เพียงด้านเดียว ทำให้ได้แพทย์ที่มีความรอบรู้อย่าง



ศูนย์แพทย์บ่อเมฆา

รอบด้าน แต่ไม่เก่งจริง ๆ สักด้านหนึ่ง เมื่อไปทำงานก็ถูกจัดให้เป็นผู้คัดกรองคนไข้ (Screen) ให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) สาขาอื่นๆ ไม่ได้มีความภาคภูมิใจว่าตนเองเชี่ยวชาญอะไรจริงๆ จังๆ สักอย่างหนึ่ง จนแพทย์ที่เรียนสาขานี้ส่วนใหญ่ไปทำงานประจำในแผนกใดแผนกหนึ่งในโรงพยาบาล และเปลี่ยนฐานะกลายเป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ศัลยกรรม แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรกรรม ฯลฯ มิได้เป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปอย่างแท้จริง การขาดความภาคภูมิใจดังกล่าวทำให้สาขาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปมีคนสนใจที่จะศึกษาต่อน้อยลงเรื่อยๆ ทั้งๆ ที่เป็นสาขาที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นแพทย์สภาหรือกระทรวงสาธารณสุขล้วนแต่พยายามส่งเสริมให้เกิดขึ้น

ความเข้าใจต่อสาระหลักของ เวชปฏิบัติครอบครัว

การร่วมทำโครงการอยุธยา รวมทั้งการได้แลกเปลี่ยนศึกษาระบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศต่าง ๆ เช่น อังกฤษ แคนาดา ทำให้ทีมเข้าใจมากขึ้นว่า สาระหลักของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่ได้อยู่ที่การสามารถตรวจโรคได้ครอบคลุมกว้างขวาง แต่อยู่โดยสามารถเป็นที่พึ่งได้อย่างรอบด้าน การสามารถเป็นที่พึ่งได้อย่างรอบด้านนี้ จะต้องรวมไปถึงการรู้ประวัติความเป็นมาโดยละเอียดของสภาพแวดล้อมทางชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ ไม่ว่าจะด้านเศรษฐกิจ สังคม และโรคประจำตัว



แพทย์กำลังตรวจคนไข้ที่สถานีอนามัยวัดพระญาติการาม

ความสามารถดูแลสุขภาพของชุมชนและครอบครัวนั้น ทั้งในยามเจ็บไข้ได้ป่วยและยามที่ยังไม่เจ็บไข้ได้ป่วย สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในยามครอบครัวหรือชุมชนที่ตนดูแลไม่เจ็บป่วยเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นในภายหลัง เช่น การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในครอบครัวก่อนคลอดอย่างเหมาะสม ดูแลทารกที่คลอดให้ได้รับวัคซีนครบถ้วน สามารถให้การรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วย สามารถประสานและส่งให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Specialist) เพื่อให้การดูแลต่อเมื่อเห็นว่าปัญหาของผู้ป่วยอยู่นเหนือความสามารถของตนเอง สามารถให้การดูแลต่อหลังจากที่ผู้ป่วยได้ถูกส่งกลับจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สามารถเป็นที่พึ่ง และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยไม่ให้ป่วยซ้ำอีก รู้จักดูแลรักษาตนเองให้ปลอดภัยได้มากที่สุด แม้จะเป็นโรคเรื้อรัง ฯลฯ พุด่างๆ ก็คือ เป็นที่พึ่งทางด้านสุขภาพของชุมชนและครอบครัวที่ดูแลชุมชนและครอบครัวตลอดเวลา เป็น **“แพทย์ของครอบครัว”** หรือ **“แพทย์ของชุมชน”** มีเพียงยามที่ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากเหนือขีดความสามารถตนเองเท่านั้นที่จะส่งไปให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแลเป็นการชั่วคราว การเป็นแพทย์ผู้มีความชำนาญสามารถตรวจโรคได้อย่างรอบด้าน จึงเป็นเพียงส่วนเดียว แต่เป็นส่วนที่สำคัญเพราะหากมีความรู้ความสามารถจริงก็จะได้รับความเชื่อถือได้รับความไว้วางใจจากครอบครัว และชุมชนให้ดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นสาระหลักจึงเป็นเรื่องของการดูแลสุขภาพของครอบครัวอย่างรอบด้าน การละเลยซึ่งสาระหลักนี้ทำให้

ความภาคภูมิใจที่เป็นที่พึงของครอบครัวหายไป เพราะการเป็นที่พึงของครอบครัวนั้น หมายถึงการเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจให้ดูแลสุขภาพของครอบครัวอย่างแท้จริง ไม่ได้เพียงผู้ช่วยคัดกรองผู้ป่วยให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น ๆ เท่านั้น

การขาดซึ่งความภาคภูมิใจนี้ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งภายหลังเปลี่ยนแปลงเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทย ไม่เป็นสาขาที่เจริญรุ่งเรืองเช่นในประเทศอังกฤษ แคนาดา ฯลฯ



ประสบการณ์ศูนย์แพทย์ชุมชน ยุคบุกเบิก

เมื่อเริ่มโครงการฯ ไปได้ระยะหนึ่ง ภายหลังจากได้มีการสำรวจวิจัยชุมชนอยุธยาจนรู้ลักษณะปัญหาต่าง ๆ แล้ว ทีมวิชาการที่อยุธยาที่มีความตั้งใจที่จะสร้างศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้นมา แต่ในช่วงแรกก็ต้องตระหนักว่า ประชาชนในปัจจุบันได้ถูกดึงดูดด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์จนเกิดความตื่นตาตื่นใจ ทุกๆ คนเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยก็อยากจะไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพราะคิดว่ามีความชำนาญการและเทคโนโลยีดีกว่า การตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนจึงเป็นการ “สวนกระแส” ความต้องการของประชาชน ประชาชนมักจะไม่นำมาหาหรือให้ความเชื่อใจน้อย และเลยเข้าไปรับบริการยังโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลใหญ่ๆ ที่มี

■ 40

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอยู่ดี แม้ประเทศอื่นๆ จะมีประสบการณ์ที่แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า หากสามารถดำเนินการระบบแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอย่างจริงจัง ผู้ป่วยจะได้รับคุณภาพบริการที่ดีขึ้น และค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับภาระก็ลดลงด้วย แต่สำหรับเมืองไทยนั้นประชาชนเคยชินและพอใจกับการไปรับบริการยังโรงพยาบาลใหญ่ ดังนั้นการที่จะ “สวนกระแส” ความต้องการของประชาชนเป็นสิ่งที่ไม่ง่ายเลย

จากการทดลองนั้น ทำให้เกิดความรู้ว่า “กระแส” ความต้องการของประชาชนนั้น มิได้มีเพียงเทคโนโลยีอย่างเดียว แต่มีความต้องการแพทย์ผู้เข้าใจ สนิทสนม รับผิดชอบต่อตนเองก่อนให้การรักษาพยาบาลและดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หากทำในข้อนี้ได้สำเร็จ ประชาชนอาจจะไม่ยอม



ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดตึก

ไปแออัดยังโรงพยาบาลใหญ่ๆ และได้เวลาพบแพทย์เพียง
 นิดเดียวก็ได้ และเมื่อมีศูนย์แพทย์ชุมชนมากขึ้น ประชาชนก็
 มีโอกาสได้พบแพทย์ที่ตนใกล้ชิดมากขึ้น โรงพยาบาลใหญ่ๆ
 ก็ไม่ต้องแออัด มีเวลาดูแลผู้ป่วยหนักๆ ที่ถูกส่งต่อมามากขึ้น
 และมีเวลาให้กับคนไข้มากขึ้น คุณภาพการดูแลก็ดีขึ้น แพทย์
 โรงพยาบาลใหญ่ๆ เองก็จะเหนื่อยน้อยลง ดูแลเฉพาะ
 ผู้ป่วยหนักๆ ที่นอกเหนือความสามารถของแพทย์ศูนย์
 แพทย์ชุมชน เรียกว่าดีขึ้นด้วยกันทุกๆ ฝ่าย

โรงพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว :

“ทางเลือก” ที่ทัดเทียม “ทางหลัก”

หลังจากประสบความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์
 แพทย์ชุมชนแห่งที่หนึ่ง ก็มีแผนที่จะดำเนินการเปิดศูนย์
 แพทย์ชุมชนแห่งที่สอง แห่งที่สาม แห่งที่สี่ และก็แห่งที่ห้า
 โดยเป้าหมายอยากเห็นโรงพยาบาลใหญ่มีคนไข้เข้าไปแออัด
 น้อยลงเรื่อยๆ เพื่อจะได้ดูแลคนไข้ที่มีปัญหาซับซ้อน ได้รับ
 การส่งต่อจากศูนย์แพทย์ชุมชนรวมทั้งสถานีนานามัยได้มากขึ้น

ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ จะไปหาแพทย์เพิ่มให้เพียง
 พอได้อย่างไร เพราะประเทศไทยขาดแคลนแพทย์อย่างหนัก
 โดยเฉพาะในชนบท

แม้จะยังมีความสับสน แต่ทีมงานทุกคนก็ยังอยาก
 จะทดลองดู ในที่สุดจึงมีการตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้น เมื่อ
 ศูนย์แพทย์ชุมชนเริ่มดำเนินการผ่านไปได้ 2-3 ปี ก็พบว่า มี



ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว

อะไรบางอย่างที่ทำให้ “ศูนย์แพทย์ชุมชน” ดึงดูดผู้ป่วยได้
 ทีมผู้ให้บริการได้รับความเชื่อมั่นและศรัทธาจากชาวบ้าน
 อย่างเห็นได้ชัด เพราะแพทย์ผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นนาย
 แพทย์ยังยุทธ พงษ์สุภาพ ผู้บุกเบิกศูนย์แพทย์ชุมชนคนแรก
 และนายแพทย์สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกคน
 ต่อมา ล้วนแล้วแต่เป็นที่รัก ได้รับความเชื่อถือ ประชาชน
 มารับบริการอย่างสม่ำเสมอ และแสดงให้เห็นว่าพึงพอใจใน
 บริการอย่างมาก นั่นเป็นเพราะชาวบ้านได้เจอแพทย์ที่เป็นที่
 พึ่งของครอบครัวอย่างจริงจัง อีกทั้งผู้ป่วยไม่ต้องกังวลเรื่อง
 ฐานะของตัวเอง ความรู้จักคุ้นเคยใกล้ชิด ไม่ว่าผู้มารับ
 บริการมีโรคประจำตัวหรือไม่ ทีมผู้รักษาก็รู้ข้อมูลหมด
 เวลาให้ยามาทานแล้วไม่รับยาต่อ ทีมก็ทราบ และให้คน

มาตามพร้อมทั้งแนะนำการดูแลต่อให้ ไม่เหมือนไปโรงพยาบาลใหญ่ๆ เมื่อแพทย์ให้ยาเสร็จ แนะนำอีกนิดหน่อย จากนั้นก็แล้วกันไป หากบังเอิญเป็นโรคเรื้อรังไม่ได้ไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย ก็ไม่มีใครมาแนะนำว่าไม่ได้ไปรับยาต่อจะเกิดอันตรายอย่างไร และถึงจะไปรับยาต่อ แต่ก็บ่อยครั้งที่ไม่ได้พบแพทย์คนเดิม ทำให้ไม่รู้ลึกคุ้นเคย เมื่อดูจากสถิติก็พบว่า คนไข้หันมาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมาก และไปใช้บริการยังโรงพยาบาลใหญ่ๆ น้อยลงจริง การทำศูนย์แพทย์ชุมชนทำให้เข้าใจแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยอาจแบ่งเบาภาระให้กับโรงพยาบาลใหญ่ๆ ได้บ้างแต่การแบ่งเบาในส่วนนี้ส่วนใหญ่เกิดในเขตเมืองหากเรียกร้องให้แพทย์มาอยู่ที่ศูนย์แพทย์ชุมชนมากขึ้น ชนบทก็จะขาดแคลนแพทย์มากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นจะต้องหาความพอดีในการแก้ปัญหา

จากการเรียนรู้ พบว่าเมื่อหาแพทย์ไม่ได้ ทางออกที่ดีกว่าน่าจะเป็นพยาบาล จึงไม่ควรเน้นแต่คำว่า “แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว” คือจะเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวก็ได้ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวก็ได้ ครอบคลุมทั้งที่ดำเนินการตาม



ส่วนจ่ายยาของศูนย์แพทย์วัดอินทาราม

หลักการที่ถูกต้องคือ สามารถเป็นที่พึ่งของครอบครัวหรือชุมชนทางด้านบริการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างรอบด้าน แต่ไม่แน่ใจว่าในสภาพของเมืองที่ประชาชนมีความต้องการคุณภาพทางด้านบริการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น การยอมรับพยาบาลเวชปฏิบัติจะเป็นไปได้หรือไม่ ดังนั้นเมื่อจะเริ่มดำเนินการทดลอง จึงให้พยาบาลมาเข้าสู่ระบบการพัฒนา “ผู้ให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว” เพื่อเป็นการแก้ไขจุดอ่อนของพยาบาลในเรื่องความเชี่ยวชาญทางด้านเทคนิค (Technical skill) โดยเฉพาะในเรื่องการรักษา (Curative care) เพราะเชื่อว่า ความรู้ความสามารถที่จะรักษาโรคนั้นยังเป็นความต้องการอย่างมากของประชาชนที่มาศูนย์แพทย์ชุมชน เพราะคำบอกเล่าต่อ ๆ กันว่า “รักษาหายได้ที่ใกล้บ้าน” ย่อมเป็นที่มาของความน่าเชื่อถือ (Credit) ที่จะทำให้นักการสามารถดำเนินการอย่างอื่นต่อไปได้ ดังนั้น จึงได้เริ่มทดลองให้ “พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว” ทำหน้าที่



สถานีอนามัยวัดพระญาติการาม

สถานีอนามัยวัดพระญาติการาม

ดังกล่าวพร้อมกับมีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นแพทย์
พี่เลี้ยง

การทดลองครั้งนี้ เริ่มจากสถานื่อนามัยวัดพระ
ญาติการาม โดยมีนายแพทย์พิเชษฐ จันทโริสระ เป็น
แพทย์พี่เลี้ยง และต่อมาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนแห่งที่สองและ
สาม มีนายแพทย์เสกสรรค์ ชวนดีเลิศ ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้บุก
เบิกผู้ให้บริการศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นแพทย์พี่เลี้ยง หลังจาก
ดำเนินการไปได้ระยะหนึ่ง ปรากฏว่าทั้งพยาบาลซึ่งดูแล
สถานื่อนามัยพระญาติและพยาบาลซึ่งดูแลศูนย์แพทย์
ชุมชนได้รับการต้อนรับจากชุมชนเป็นอย่างดี ทำให้สามารถ
ขยายศูนย์แพทย์ชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้นตามเป้าหมาย
จริงจิ่ง การทดลองรูปแบบพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
ประสบความสำเร็จไม่น้อยกว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวโดย
ดูจากผลการวิจัยศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเปรียบ
เทียบระหว่างบริการปฐมภูมิโดยแพทย์กับโดยพยาบาลเวช
ปฏิบัติครอบครัว พบว่าประชาชนมีความพอใจไม่แตกต่างกัน
(เงื่อนไขที่สำคัญ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวได้รับการ
ยกระดับฝีมือเพิ่มความรู้และทักษะด้านการรักษา และมี
ระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน)

ผลการดำเนินงานดังกล่าวชี้ว่า บริการปฐมภูมิที่ดี
ควรอยู่ที่สถานบริการนอกโรงพยาบาล หรือสถานบริการที่
ตั้งอยู่ในชุมชน และโรงพยาบาลไม่สามารถทดแทนสถาน
บริการลักษณะนี้ได้ สำหรับสถานื่อนามัยซึ่งเป็นโครงสร้าง
สำคัญของการให้บริการปฐมภูมิมาอย่างช้านาน ซึ่งปัจจุบัน



โครงสร้างลักษณะนี้มีชื่อเรียกที่หลากหลาย เช่น ศูนย์แพทย์
ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว คลินิก
ชุมชนอบอุ่น คลินิกรัฐบาล สถานบริการเหล่านี้คือเป้าหมาย
สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนที่อยู่
บนผืนแผ่นดินไทยทุกคนสามารถมี “แพทย์พยาบาล หรือ
หมออนามัยประจำตัว หรือประจำครอบครัว” มี “สถาน
พยาบาลประจำครอบครัวหรือชุมชน” ที่จะเป็นที่พึ่งพาใน
การดูแลสุขภาพอย่างรอบด้าน และส่งเสริมให้เกิดการพึ่ง
ตนเองและการดูแลตนเองของประชาชนได้โดยรวม

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานโครงการอยุธยาซึ่งเป็นโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการและพัฒนาต้นแบบ (Model development) จึงให้ทั้งแนวคิดและองค์ความรู้ที่ชัดเจนขึ้น รวมทั้งเกิดกลุ่มบุคคลจำนวนหนึ่ง

ที่ยังคงขับเคลื่อนการพัฒนาบริการปฐมภูมิมาจนกระทั่ง
ปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่ท้าทายว่า จะนำประสบการณ์
จากโครงการอยุธยาไปเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา
บริการปฐมภูมิที่หลากหลายสอดคล้องกับบริบทของ
แต่ละพื้นที่ได้อย่างไร ภายใต้ทรัพยากรและการบริหาร
จัดการ ในระบบปกติ และในโอกาสที่หน้าต่างแห่ง
โอกาสเปิดกว้างขึ้นมาอีกครั้งในขณะนี้... ในวาระแห่ง
การพัฒนาบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ▲