



บริการปฐมภูมิกับระบบสุขภาพ

Benefits of Primary Care



นพ.กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

นักศึกษาปริญญาเอก ภาควิชาสุขภาพระหว่างประเทศ
มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

อาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พญ.บาร์บารา สตาร์ฟิลด์

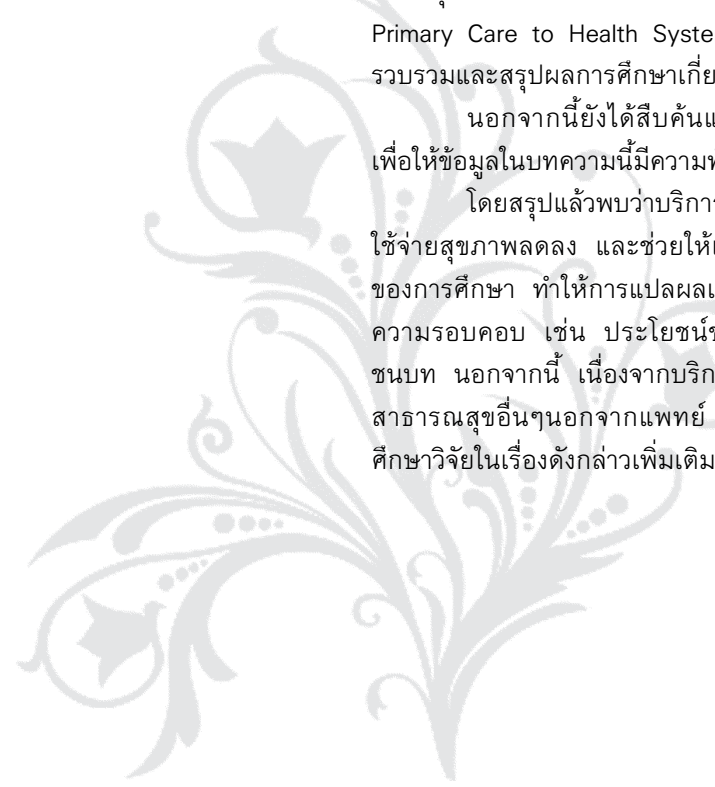
ศาสตราจารย์ ภาควิชานโยบายและการจัดการสุขภาพ
มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ ประเทศสหรัฐอเมริกา

บทคัดย่อ

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

นอกจากนี้ยังได้สืบค้นและทบทวนเอกสารทางวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เพื่อให้ข้อมูลในบทความนี้มีความทันสมัยมากขึ้น

โดยสรุปแล้วพบว่าบริการปฐมภูมิมีประโยชน์ ทำให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น มีค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง และช่วยให้เกิดความเสมอภาคในสังคม แต่ด้วยข้อจำกัดบางประการของการศึกษา ทำให้การแปลผลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในบริบทของประเทศไทย ควรทำด้วยความรอบคอบ เช่น ประโยชน์ของบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท นอกจากนี้ เนื่องจากบริการปฐมภูมิของประเทศไทย อาจให้ความสำคัญกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นนอกจากแพทย์ 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 Millbank 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

เนื่องจากบริการปฐมภูมิกว่ครอบคลุมประเด็นมากมาย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประโยชน์ของบริการปฐมภูมิ จึงต้องมีจุดเน้นที่ชัดเจน ทั้งนี้ ในบทความของ Barbara Starfield และคณะ ได้เลือกเฉพาะการศึกษาวิจัยใน 3 จุดเน้น คือ 1.ปริมาณแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physician) เพื่อสะท้อนว่าระบบสุขภาพให้ความสำคัญกับอุปทาน (Supply) ของบริการปฐมภูมิกว่น้อยเพียงใด 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 อาจสรุปอย่างง่ายได้ว่า แพทย์ปฐมภูมิ คือแพทย์ที่ไม่ได้เน้นเฉพาะการรักษาโรคเฉพาะทางนั่นเอง

บริการปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น (Health Outcome)

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

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 ข้อมูลจากประเทศอื่นๆก็เป็นไปในทางเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ในประเทศสเปนพบว่า อัตราตายที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็งปอดลดลง หลังการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศเพื่อเน้นบริการปฐมภูมิกว่นขึ้น⁶ ส่วนในประเทศแคนาดาพบว่า ผลการผ่าตัดต่อมทอนซิลโดยศัลยแพทย์ จะได้ผลเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและส่งต่อโดยแพทย์ปฐมภูมิ ดีกว่าเมื่อผู้ป่วยไปพบศัลยแพทย์โดยตรง⁷

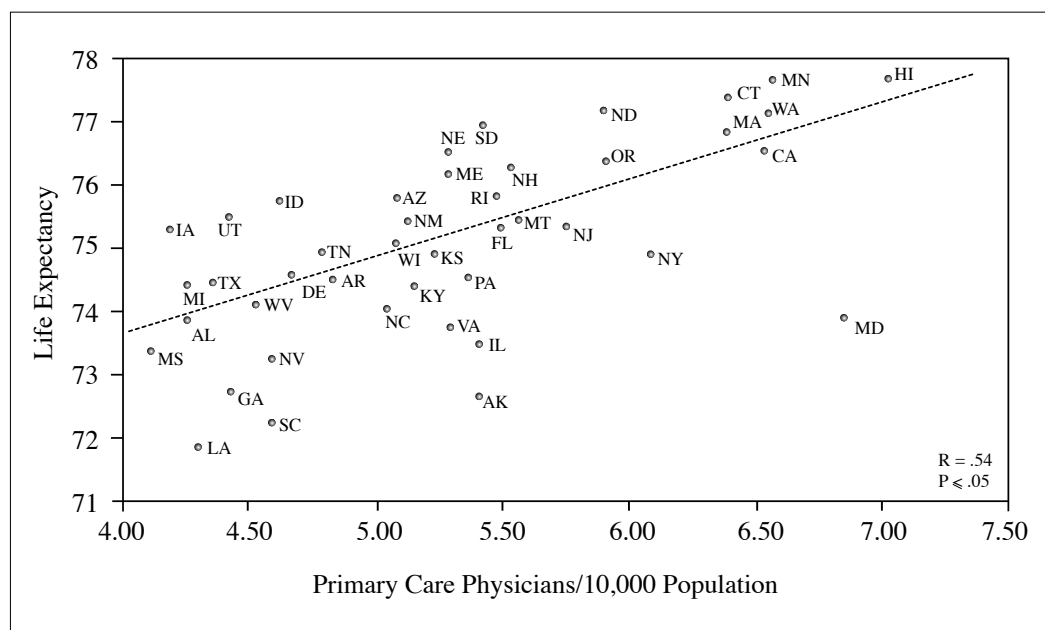
ผลที่ได้จากการศึกษาข้อมูลในระดับรัฐนั้นมีความสอดคล้องกับที่กล่าวแล้วข้างต้น Leiyu Shi และคณะ ได้ศึกษาข้อมูลของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า รัฐที่มีสัดส่วนปริมาณแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรมาก จะมีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่ารัฐที่มีสัดส่วนปริมาณแพทย์ปฐมภูมิต่อประชากรน้อยกว่า โดยดูจากอัตราตายรวม (Total Mortality), อัตราตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด 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 ประโยชน์ของบริการปฐมภูมิต่อผลลัพธ์สุขภาพและผลการประเมินสุขภาพตนเองยังคงอยู่^{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 ปริมาณแพทย์ปฐมภูมิมิมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ (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

บริการปฐมภูมิจึงมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ลดลง (Health Care Cost)

ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สอดคล้องตรงกันว่า บริการปฐมภูมิที่ดีทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพลดลง⁴ จากการเปรียบเทียบข้อมูลของประเทศต่างๆ พบว่า ประเทศที่มีบริการปฐมภูมิที่ดีจะมีค่าใช้จ่ายสุขภาพที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ (ภาพที่ 2)

พื้นที่ที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิต่อจำนวนประชากรมาก มีค่าใช้จ่ายสุขภาพต่ำกว่าพื้นที่อื่นๆ ส่วนหนึ่งเนื่องจากมีบริการป้องกันโรคที่ดีกว่าและมีอัตราการนอนโรงพยาบาลที่ต่ำกว่า^{20,24,25}

อีกการศึกษาหนึ่งที่น่าสนใจพบว่า การมีแพทย์ปฐมภูมิมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายที่ลดลง และคุณภาพการดูแลรักษาที่ดีขึ้น แต่การมีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น แต่กลับมีคุณภาพที่แย่ง²⁶ 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

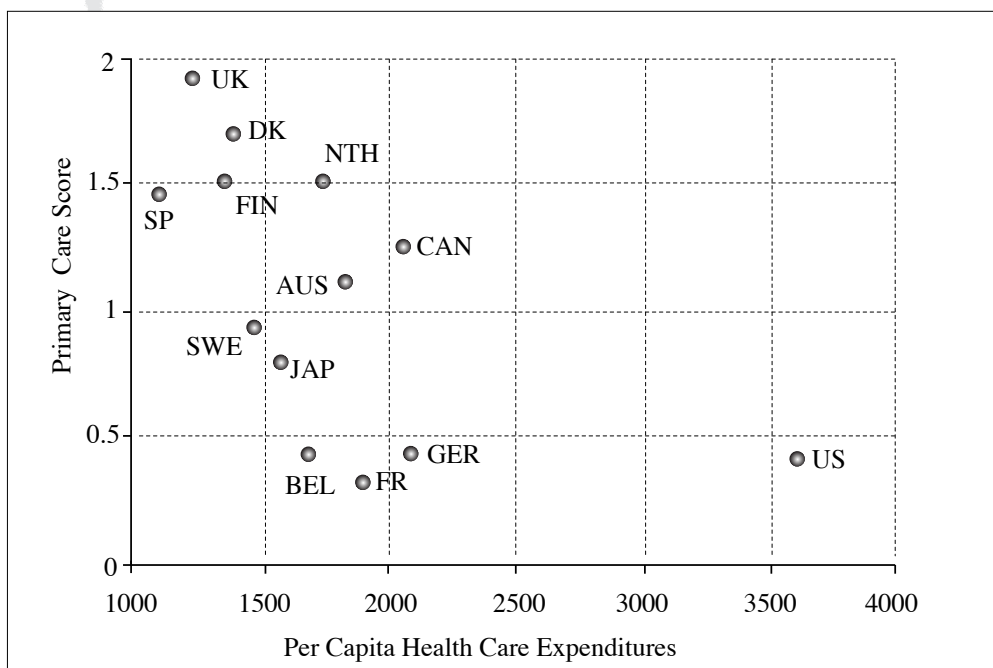
เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับรัฐในช่วงเวลา 11 ปี พบว่า จำนวนแพทย์ปฐมภูมิ อาจมีส่วนช่วยลดอัตราการตายจากทุกสาเหตุ โดยผลที่เกิดกับกลุ่มคนผิวดำ (ซึ่งเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคม) จะมากกว่ากลุ่มคนผิวขาวถึง 4 เท่า 30 แต่เมื่อวิเคราะห์เฉพาะในพื้นที่เขตเมือง กลับพบว่า การกระจายรายได้ที่ไม่เสมอภาคกลับมีผลต่ออัตราการตายมากกว่าจำนวนแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งอาจเนื่องมาจากแม้ผู้ด้อยโอกาสจะได้อยู่ในเมืองที่มีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิมากพอ แต่ก็ไม่มีโอกาสได้รับบริการเหล่านั้น³¹ จากข้อมูลข้างต้นทำให้เราอาจกล่าวได้ว่าการมีจำนวนแพทย์ปฐมภูมิที่เพียงพอ มีส่วนช่วยลดความไม่เสมอภาคทั้งด้านเชื้อชาติและฐานะทางสังคม

การศึกษาในประเทศอังกฤษซึ่งให้ความสำคัญกับบริการปฐมภูมิเป็นอย่างมากพบว่า คนผิวดำและคนผิวขาวมีอัตราการถูกตัดขาเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานไม่แตกต่างกัน³² ในขณะที่คนผิวดำในประเทศสหรัฐอเมริกา กลับมีอัตราการถูกตัดขาสูงกว่าคนผิวขาวถึง 2-3 เท่า ซึ่งเป็นอีกหลักฐานหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าบริการปฐมภูมิจึงมีส่วนช่วยลดความไม่เสมอภาคในสังคม

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 เนื่องจากบริการปฐมภูมิมีได้เน้นเพียงการป้องกันเฉพาะโรค 4. บริการปฐมภูมิทำให้เกิดการจัดการปัญหาสุขภาพตั้งแต่เนิ่นๆ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคลง 5. บริการปฐมภูมิเน้นที่การดูแล “คน” มากกว่าการรักษา “โรค” ซึ่งจะเห็นได้จากลักษณะเฉพาะของบริการปฐมภูมิที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงและให้บริการเบื้องต้น (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

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
2. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *JAMA* 1991;266(16):2268-71.
3. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344(8930):1129-33.
4. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 2002;60(3):201-18.
5. 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.
6. 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.
7. Roos NP. Who should do the surgery? Tonsillectomy-adenoidectomy in one Canadian province. *Inquiry* 1979; 16(1):73-83.
8. Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved* 1992; 3(2):321-35.
9. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 1994;24(3):431-58.
10. Vogel RL, Ackermann RJ. Is primary care physician supply correlated with health outcomes? *Int J Health Serv* 1998;28(1):183-96.
11. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999; 48(4):275-84.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. Mark DH, Gottlieb MS, Zellner BB, Chetty VK, Middling JE. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *J Fam Pract* 1996;43(1):33-9.
25. 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.
26. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004; Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
27. Rosser WW. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42(2):139-44.
28. 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.
29. Shi L. Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Med Care* 1999;37(10):1068-77.
30. 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.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. Hanucharunkul S. Nurses in primary care and the nurse practitioner role in Thailand. *Contemp Nurse* 2007;26(1):83-93.