

# ศูนย์แพทย์ชุมชน: การให้บริการสาธารณสุขแบบเวชปฏิบัติครอบครัว

## AYUTTHAYA URBAN HEALTH CENTER: "FAMILY PRACTICE" HEALTH DELIVERY

- นพ.ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ  
ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
Dr. Thawekiat Boonyapaisarncharoen  
Expert in Preventive Medicine  
Ayutthaya Provincial Health Office
- นพ.ยงยุทธ พงษ์สุภาพ  
นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ  
นักวิจัยโครงการวิจัยอยุธยา  
Dr. Yongyut Pongsuparp  
Dr. Suwat Viriyapongsukit  
Researchers of Ayutthaya Research Project
- นพ.รวินันท์ สิริกันกวิไล  
ผู้ประสานงานของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข  
Dr. Ravinun Sirikanokvilai  
Coordinator of Health Systems Research Institute

บทความนี้เป็นตัวอย่างหนึ่งของการให้บริการสาธารณสุขที่เน้นความสัมพันธ์กับชุมชน การบริการอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนถึงการบริหารจัดการด้านระบบข้อมูล การเงิน และระบบการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งรูปแบบการให้บริการลักษณะนี้อาจจะใช้เป็นแนวทางหนึ่งของกระบวนการในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไทยให้มีคุณภาพต่อไปได้

### 1. บทนำ

**แม้** ว่าความเจริญทางการแพทย์จะมีความเจริญก้าวหน้าในเชิงเทคโนโลยีไปอย่างมาก แต่ไม่ได้หมายความว่าปัญหาสาธารณสุขจะได้รับการแก้ไขโดยสิ้นเชิง เพราะมีปัญหามากมายที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ จำเป็นต้องอาศัยความสัมพันธ์ที่ดีของแพทย์และความเข้าใจในครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไข การให้บริการสาธารณสุขโดยรวมศูนย์อยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จึงไม่สามารถตอบสนองต่อแนวคิดนี้ได้ จำเป็นต้องมีการขยายบริการสาธารณสุขไปยังชุมชน โดยเฉพาะในเขตเทศบาลที่ไม่มีสถานบริการขนาดเล็ก ที่จะให้บริการทางการแพทย์ควบคู่ไปกับการบริการทางสังคมได้ โดยเน้นความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวชุมชน การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนจึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร่วมกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา จึงได้ทดลองดำเนินการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนขึ้นและให้บริการแบบเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งดำเนินการมา 3 ปีเศษแล้ว บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอบทเรียนและประสบการณ์ที่ได้จากการดำเนินงาน

## 2. คำจำกัดความของเวชปฏิบัติครอบครัว

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และสมาคมเวชศาสตร์ครอบครัวอเมริกัน ได้ให้คำจำกัดความของเวชปฏิบัติครอบครัวไว้ว่า<sup>(1,2)</sup> เป็นการทำให้เวชปฏิบัติปฐมภูมิ (Primary medical care) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะคือ

- 2.1 ดูแลแต่เริ่มแรกทุกเรื่อง (First contact primary medical care)
- 2.2 ดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity)
- 2.3 ดูแลอย่างเบ็ดเสร็จและผสมผสาน (Comprehensive and integrated care)
- 2.4 ให้บริการในสถานที่ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้สะดวก (Accessibility)
- 2.5 มีระบบปรึกษาประสานงานและส่งต่อ (Consult and referral system)

ซึ่งลักษณะความหมายจะสอดคล้องกับความหมายของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่กำหนดโดย World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians<sup>(3)</sup> ที่ให้ไว้ว่า แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหมายถึงแพทย์ที่ให้บริการด้านแรก มีความสามารถทางการแพทย์ในทุกด้าน (Generalist) ที่มุ่งเน้นให้เกิดการบริการที่มีความผสมผสานต่อเนื่องและบูรณาการ ให้การดูแลผู้รับบริการรายบุคคลรวมถึงครอบครัวและชุมชน คำนี้ถึงปัจจัยทั้งทางด้านสังคม-จิตวิทยา พฤติกรรมร่วมกับปัจจัยทางการแพทย์ โดยแพทย์นั้นอาจให้บริการโดยตรง หรือให้บริการโดยผ่านบุคลากรอื่นภายใต้ความรับผิดชอบของแพทย์ผู้นั้น เพื่อให้เกิดบริการที่เหมาะสม

แต่ในประเทศไทย เมื่อพูดถึงแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปแล้วจะสื่อความหมายไปเป็นแพทย์จบใหม่ หรือแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านเวชปฏิบัติทั่วไปที่มีความสามารถในการรักษาผู้ป่วยระดับ Secondary care สาขาหลัก 4 สาขา คือ สูติรีเวช ศัลยกรรม

อายุรกรรม และกุมารเวชกรรม ในบทความนี้จึงไม่ใช่คำว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป แต่จะใช้คำว่าแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (Family physician) ซึ่งมีความหมายดังที่กล่าวมาแล้ว

## 3. คำจำกัดความของศูนย์แพทย์ (สถานีอนามัยเขตเมือง)

คำว่าศูนย์แพทย์ชุมชนคือสถานีอนามัยในเขตเมือง (Urban health center) แต่ที่ใช้ชื่อเป็นศูนย์แพทย์ก็เพื่อให้เกิดภาพที่ประชาชนยอมรับมากขึ้น และเนื่องจากความหมายนั้นเหมือนกัน ซึ่งในที่นี้ได้ให้ความหมายของสถานีอนามัยตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกไว้ดังนี้<sup>(4)</sup>

(1) เป็นจุดเริ่มต้นในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับชุมชนได้

(2) เป็นจุดบริการที่เน้นคุณภาพการให้บริการ โดยคำนึงถึงทุกมิติของความเป็นมนุษย์ กล่าวคือ การบริการจะมีความต่อเนื่อง องค์กรวม และผสมผสานระหว่างสาขาและคำนึงว่าผู้รับบริการคือ มนุษย์ที่อยู่ในชุมชนและสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง

(3) เป็นจุดบริการที่เน้นความสมดุลของการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม กล่าวคือ ไม่ใช่เทคโนโลยีที่สูงเกินไปจนเกิดความเหมาะสมและทำให้เกิดความพึงพิงและเป็นเครื่องกีดขวางความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ

## 4. บทบาทของศูนย์แพทย์ (สถานีอนามัย)

ตามคำจำกัดความในข้อ 3 สถานีอนามัยจึงควรมีบทบาท ดังต่อไปนี้<sup>(5)</sup>

4.1 Early detection สามารถค้นหาปัญหาของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ทันการ

4.2 Health promotion and disease prevention สามารถส่งเสริมให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสม ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้

4.3 Family consultation เป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ในเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยและสามารถให้การรักษาหรือส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

4.4 Encourage community involvement เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

บทบาททั้งหมดนี้อาจกล่าวได้ว่า สถานีอนามัยหรือศูนย์แพทย์ก็คือที่ปรึกษาของครอบครัวในเรื่องสุขภาพ ซึ่งหมายรวมถึงทั้งสุขภาพทางกาย ใจ และสังคม ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก ศูนย์แพทย์ชุมชนจึงมีบทบาทใกล้เคียงลักษณะของเวชปฏิบัติครอบครัวมากที่สุด

## 5. ทำอย่างไรศูนย์แพทย์จึงจะมีบทบาทได้ตามที่ตั้งไว้

ดังได้กล่าวแล้วว่าโรงพยาบาลคงไม่สามารถที่จะมีบทบาทให้บริการวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้ เพราะขนาดใหญ่และมีความซับซ้อนเกินกว่าที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ส่วนคลินิกเอกชนนั้นแม้มีขนาดเล็กและมีความสัมพันธ์ที่ดี แต่ก็มีปัญหาในเรื่องจุดหมายที่แตกต่างกัน คือ เน้นเชิงธุรกิจ และละเลยงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพราะทำกำไรน้อย จึงจำเป็นต้องมีศูนย์แพทย์ เพื่อจะสนองวัตถุประสงค์ดังกล่าวได้จึงต้องวางแผนการจัดบริการให้มีลักษณะดังนี้

5.1 โครงสร้างตั้งอยู่ในชุมชน มีจำนวนประชากรรับผิดชอบแน่นอน สำหรับอยุธยาได้เลือกชุมชนวัดอินทารามและใกล้เคียงเป็นสถานที่ตั้ง มีจำนวนประชากรรับผิดชอบประมาณ 5,000 คน ลักษณะโครงสร้างเช่นนี้ทำให้ศูนย์แพทย์มีความใกล้ชิดและมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับชุมชน ตัวอาคารศูนย์แพทย์ใช้งบประมาณก่อสร้าง 400,000 บาท โดยเทศบาลเป็นผู้

สนับสนุนงบประมาณ ขนาดของศูนย์แพทย์ไม่ควรจะมีขนาดใหญ่หรือเล็กเกินไป เพราะถ้าใหญ่เกินไปก็จะทำให้เกิดเครื่องกีดขวางความสัมพันธ์ที่กระหว่างประชาชนกับศูนย์แพทย์ แต่ถ้าเล็กเกินไปก็ไม่เกิดความเชื่อมั่น และไม่สามารถพัฒนาองค์กรได้

5.2 ทีมงานสาธารณสุขมีความสามารถหลายด้าน (Polyvalent team) และมีลักษณะเอนกประสงค์ และอีกประการหนึ่งคือ จะต้องอยู่ประจำไม่ใช่หมุนเวียน เพราะถ้ามีการหมุนเวียนโอกาสที่จะสร้างความสัมพันธ์กับประชาชนก็จะทำได้ยาก ศูนย์แพทย์ชุมชนจึงมีแพทย์ประจำ 1 คน และพยาบาล 3 คน ประจำแน่นอน (Permanent staff) แต่นอกเวลาราชการอาจมีความจำเป็นต้องให้แพทย์จากที่อื่น และพยาบาลจากสำนักงานสาธารณสุขมาช่วยเป็นเจ้าหน้าที่บางเวลา (Temporary staff)

5.3 บริการ ที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกับเวลาสะดวกของประชาชน โดยจัดบริการทั้งในศูนย์แพทย์และดูแลอย่างต่อเนื่องถึงชุมชนและบ้านของผู้รับบริการ โดยพยายามทำบ้านของผู้ป่วยให้เป็นเสมือนหอผู้ป่วย และจัดเวลาที่ให้บริการตรงกับเวลาที่ประชาชนต้องการ ซึ่งของศูนย์แพทย์ได้จัดบริการในสถานบริการเป็น 2 ช่วงเวลา คือ 8.30 - 12.00 และ 16.30 - 20.30 น. ประชาชนสามารถโทรศัพท์จองเวลาได้ เมื่อมาพบแพทย์จะสามารถเข้าตรวจตามเวลาที่นัดไว้ ส่วนการให้บริการนอกสถานที่ก็นั้นเรื่องการเยี่ยมบ้าน จัดความสำคัญของการเยี่ยมบ้านไว้ตามกิจกรรมดังนี้

5.3.1 การติดตามผู้ป่วยโรคเฉียบพลันที่จำเป็นต้องติดตามผลการรักษาอย่างใกล้ชิด โดยให้ผู้ป่วยนอกรักษาตัวที่บ้านและเจ้าหน้าที่ไปดูแลต่อเนื่องใกล้ชิด

5.3.2 การติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงที่ผิวดัน เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การฝากครรภ์ การเยี่ยมหลังคลอด ฯลฯ

หลักการในการจัดการให้บริการนั้นได้เน้น

กิจกรรมขั้นต่ำสุดที่จะสามารถให้บริการแบบองค์รวม (Comprehensive care) ได้ ที่เรียกว่า ชุดบริการจิ๋วแต่แจ๋ว (minimum package) ดังนั้นจึงไม่เน้นกิจกรรมเรื่องสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เพราะเทศบาลรับผิดชอบงานนั้นแล้ว

5.4 เน้นระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการมากกว่าการบริหาร ดังนั้นจึงจัดให้มีข้อมูลข่าวสารในลักษณะรายละเอียดของครอบครัวที่หยิบใช้ได้ขณะให้บริการ เพื่อให้แพทย์และเจ้าหน้าที่ได้ทราบถึงความเป็นอยู่ในครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ที่มีระบบข้อมูลที่เก็บประวัติต่อเนื่องตลอดชีวิต และมีความคล่องตัวในการใช้งาน ซึ่งประกอบด้วย Family file, Personal ticket (แทน OPD card), Operational card (บัตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง), Personal book (บัตรประจำตัวผู้ป่วย), Synthetic card (บัตรสรุปปัญหาสำคัญของผู้ป่วย)<sup>(6)</sup>

5.5 ระบบการเงิน ยึดหลักการของการประกันสุขภาพ ในที่นี้ใช้ลักษณะของจ่ายค่าบริการราคาเดียว (Flat rate) โดยผู้ป่วยเสียเงินในราคาเดียวกันหมดทุกโรค แต่จะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยหายหรือได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาโดยไม่ต้องเสียค่าบริการเพิ่ม ซึ่งทางศูนย์แพทย์ได้ใช้อัตรา 80 บาทต่อโรค และมีการปรับราคาเป็น 90 บาท และ 100 บาท ในปี 2537, 2538 ตามลำดับ เพราะจากการประเมินผลพบว่า ขาดทุน ส่วนผู้ที่มีหลักประกันแล้ว เช่น ข้าราชการ คนจนที่ไม่มีเงินแต่มีบัตรสงเคราะห์ผู้ป่วยรายได้น้อย ใช้ตามระบบปกติ ด้วยวิธีนี้คิดว่าจะเป็นหลักประกันให้กับประชาชนทุกคนจะสามารถเข้าถึงบริการได้

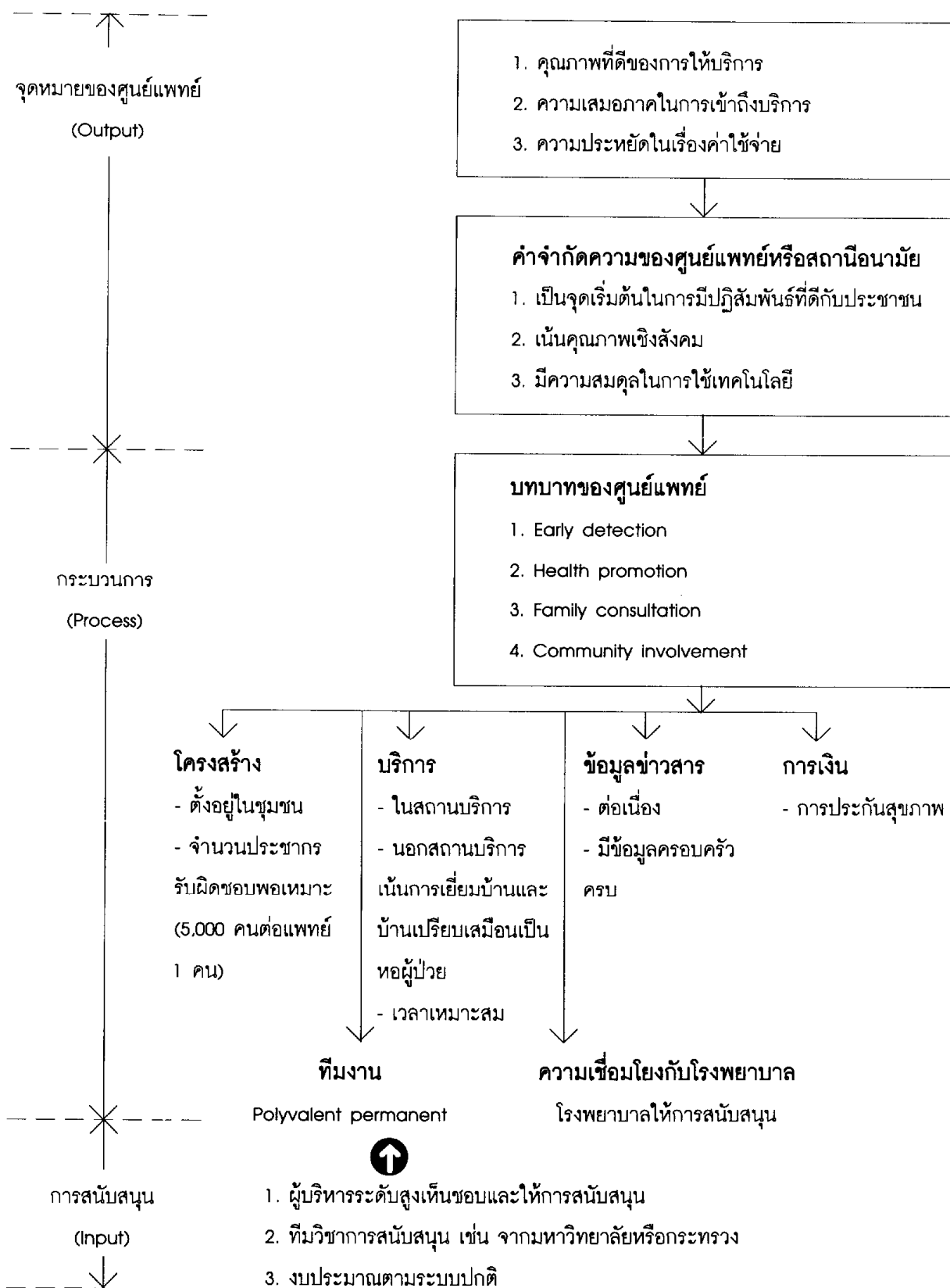
5.6 ความเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล โดยปกติศูนย์แพทย์จะอยู่แบบโดดเดี่ยวไม่ได้ เพราะเป็นการให้บริการปฐมภูมิ (Primary care) จำเป็นต้องมีสถานบริการระดับทุติยภูมิ (Secondary care) รองรับ เพื่อประชาชนเกิดความเชื่อมั่นว่า ถ้าตนเองเจ็บป่วยหนักก็สามารถไปใช้

บริการที่โรงพยาบาลได้อย่างสะดวก ซึ่งในที่นี้ก็คือโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจะทำหน้าที่เป็นศูนย์รับผู้ป่วยต่อเนื่อง (Referral center) ให้กับศูนย์แพทย์ ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบที่ผ่านการตรวจจากศูนย์แพทย์ก่อนแล้วถูกส่งต่อ (Refer) มายังโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทางโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากศูนย์แพทย์เอง และแพทย์ก็จะต้องตามไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เป็นการสร้างความเชื่อมโยงที่ดีระหว่างศูนย์แพทย์กับโรงพยาบาล และระหว่างประชาชนกับศูนย์แพทย์

5.7 การมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนมีหลายวิธี วิธีที่ศูนย์แพทย์ใช้เป็นหลักคือ การสร้างบริการที่ดีให้เกิดความเชื่อมั่นของชุมชนแล้วจัดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเยี่ยมบ้านถือเป็นเครื่องมือสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม อีกวิธีหนึ่งก็คือ การจัดประชุมกลุ่มผู้แทนชุมชนเป็นประจำเพื่อแลกเปลี่ยนความเห็นในการจัดบริการของศูนย์แพทย์ฯ ก็เป็นวิธีการที่สำคัญ

การดำเนินการของศูนย์แพทย์อาจสรุปได้ตามภาพที่ 1

ภาพที่ 1 สรุปการดำเนินการจัดตั้งศูนย์แพทย์



## 6. ความแตกต่างระหว่างการให้บริการที่ OPD ของโรงพยาบาลกับศูนย์แพทย์

คงมีคำถามว่าการให้บริการของ OPD ที่โรง

พยาบาลกับการให้บริการศูนย์แพทย์ที่มีลักษณะแพทย์ เวชปฏิบัติครอบครัวแตกต่างกันอย่างไรซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

OPD ของโรงพยาบาล	ศูนย์แพทย์
1. แพทย์กับผู้ป่วยรู้จักกันเฉพาะในห้องตรวจโรค	1. แพทย์กับผู้ป่วยรู้จักกันทั้งในห้องตรวจโรคและในชุมชน
2. รักษาโรคเป็นหลัก	2. รักษาคนเป็นหลัก
3. การให้บริการเป็นไปในลักษณะการต่อรองระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย	3. การบริการเป็นไปตามความจำเป็นของโรค โดยไม่คำนึงถึงค่ารักษาพยาบาล
4. ไม่มีขอบเขตจำนวนประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน	4. มีจำนวนและขอบเขตประชากรที่รับผิดชอบชัดเจน
5. หอผู้ป่วย คือ ward ในโรงพยาบาล	5. หอผู้ป่วย คือ บ้านในชุมชน

## 7. ผลการดำเนินงาน

หลังจากที่ได้เปิดดำเนินการมาประมาณ 3 ปีเศษ (เริ่มเปิดให้บริการตั้งแต่ 2 มกราคม 2535) ได้มีการสรุปผลการดำเนินงานว่าสามารถบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ซึ่งการประเมินผลนี้ ส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บโดยการสังเกตหรือการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นกรณีตัวอย่าง และอีกส่วนหนึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ

### 7.1 คุณภาพการให้บริการ

7.1.1 ความสัมพันธ์ที่ติระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ

ตลอดระยะเวลา 1 ปีเศษที่ผ่านมา ไม่มีความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเลย มีความเข้าใจดีด้วยกันตลอด อาจกล่าวได้ว่าถ้าเป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบเดินขึ้นมาบนศูนย์แพทย์แล้ว พยาบาลสามารถจำชื่อและทักทายกับผู้ป่วยเสมือนหนึ่งเป็นญาติมิตร ความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ให้บริการและผู้รับบริการจึงสามารถให้อภัยซึ่งกันและกันได้เสมอ

### 7.1.2 ความนิยมการใช้บริการของประชาชน

ในที่นี้จะวัดความนิยมโดยการดูอัตราการมาใช้บริการของประชาชนต่อปี โดยเปรียบเทียบ 3 ปีย้อนหลัง และดูจำนวนผู้มารับบริการต่อวัน ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

### ตารางที่ 1 อัตราการใช้บริการของประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ (2535-2537)

พ.ศ.	ผู้รับบริการ ในเขต (ครั้ง)	ประชากร ในเขต รับผิดชอบ	อัตราการใช้ บริการในเขต ครั้ง/คน/ปี
2535	10,145	4,415	2.3
2536	11,444	5,959	1.9
2537	12,352	6,331	2.0

### ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันของศูนย์แพทย์ (2535-2537)

พ.ศ.	ผู้รับบริการ (ครั้ง)		รวม	เฉลี่ยผู้ป่วย ต่อวัน
	ในเขต	นอกเขต		
2535	10,145	9,822	19,967	75.06
2536	11,444	16,630	28,074	105.54
2537	12,352	16,102	28,454	106.97

### 7.1.3 ความต่อเนื่องการใช้บริการ

(1) ความต่อเนื่องในที่นี้พิจารณาจากจำนวนครั้งที่มาใช้บริการต่อโรค (Contact per episode) โดยคิดว่าให้มีจำนวนครั้งต่อโรคมามาก นั้นหมายความว่าความต่อเนื่องน่าจะดีโดยเปรียบเทียบเฉพาะในเขตรับ

ตารางที่ 3 จำนวนการติดตามการรักษาเฉลี่ยครั้งต่อโรค เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยในเขตและผู้ป่วยนอกเขต

พ.ศ.	ผู้ป่วยในเขต			ผู้ป่วยนอกเขต		
	episode	contact	contact/episode	episode	contact	contact/episode
2535	4,058	10,145	2.5	5,703	9,822	1.7
2536	5,220	11,444	2.2	10,290	16,630	1.6
2537	5,179	12,352	2.4	9,264	16,102	1.7

ตารางที่ 4 ความต่อเนื่องของผู้ป่วยโรค TB, DM, HT

โรคเรื้อรัง		ปี 35	ปี 36	ปี 37
TB	ขาดนัดไม่เกิน 3 เดือน ใน 1 ปี	90%	90%	100%
DM	ขาดนัดไม่เกิน 3 เดือน ใน 1 ปี	88.89%	87.23%	92.5%
HT	ขาดนัดไม่เกิน 3 เดือน ใน 1 ปี	77.47%	80.01%	91%

ผิดชอบกับนอกเขตรับผิดชอบ 3 ปีย้อนหลัง ดังแสดงในตารางที่ 3

จากตารางจะเห็นได้ว่าจำนวนครั้งของการมาใช้บริการของผู้ป่วยต่อโรคในเขตจะมีมากกว่านอกเขต ซึ่งน่าจะหมายความว่าคนในเขตมาใช้บริการต่อเนื่องมากกว่าผู้ป่วยนอกเขต

#### (2) ความต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ยังไม่มีค่าจำกัดความที่เป็นมาตรฐานเพื่อใช้วัดความต่อเนื่องของโรคเรื้อรัง ในที่นี้จึงใช้วัดโดยเกณฑ์ขาดนัดไม่เกิน 3 เดือน ใน 1 ปี เป็นเกณฑ์เปรียบเทียบดังแสดงในตารางที่ 4

ประชาชนมาใช้บริการต่อเนื่องในแต่ละครั้งของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งความสำคัญของเรื่องความต่อเนื่องไม่ได้อยู่ที่อัตราความต่อเนื่องของผู้รับบริการ แต่ความสำคัญอยู่ที่ว่าสามารถอธิบายถึงสาเหตุการไม่มารับการรักษาต่อ และการติดตามผู้ป่วย ซึ่งในกรณีนี้ศูนย์แพทย์สามารถเข้าใจเหตุผลของการขาดการรักษาได้ครบทุกคน

#### (3) ความต่อเนื่องในการให้บริการอนามัยและเด็ก แม้ว่าศูนย์แพทย์จะให้ความสำคัญต่องานอนามัย

แม่และเด็ก แต่ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ตั้งครรภ์ยังมีความนิยมไปฝากครรภ์กับสูตินรีแพทย์ที่คลินิกเอกชนมากกว่า เพราะจะได้ให้สูตินรีแพทย์ทำคลอดด้วย โดยเหตุนี้จำนวนหญิงมีครรภ์ที่มาใช้บริการที่ศูนย์แพทย์จึงมีเพียงร้อยละ 50 อย่างไรก็ตามจากการสำรวจชุมชนโดยการสุ่มตัวอย่าง พบว่าหญิงมีครรภ์ในเขตรับผิดชอบร้อยละ 91.9 ที่ฝากครรภ์ครบ 4 ครั้ง แสดงว่ามีความครอบคลุมดี แต่ถ้าเปรียบเทียบการฝากครรภ์ครั้งที่ 4 กับครั้งที่ 1 จะมี Drop-out rate ประมาณ 31.75% ในกรณีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ก็เช่นเดียวกัน ประมาณร้อยละ 50 มารับบริการเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่ศูนย์แพทย์ แต่ความครอบคลุมจากการสำรวจ พบว่ามีความครอบคลุมของวัคซีนประมาณร้อยละ 88.1 - 93.2 ส่วน Drop-out rate จะมีประมาณ 29.41%<sup>(5)</sup> ซึ่งตัวเลขที่ได้ก็ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่พอใจ

และเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้นขณะนี้ศูนย์แพทย์ได้ประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อขอทราบรายชื่อหญิงมีครรภ์และเด็กเกิดใหม่มาขึ้นทะเบียนเพื่อใช้ในการติดตามเชิงรุก ซึ่งคงจะทำให้งานอนามัยแม่และเด็กมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น

#### 7.1.4 การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

เนื่องจากการประเมินผลเรื่องนี้จำเป็นต้องใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งไม่สามารถแสดงเป็นตัวเลขได้ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาเกิดเหตุการณ์หลายๆ อย่างที่แสดงให้เห็นถึงการบริการแบบองค์รวมของศูนย์แพทย์ เช่น

กรณีที่ 1 มีผู้ป่วยที่คิดจะฆ่าตัวตายด้วยปัญหาครอบครัว แพทย์ศูนย์แพทย์ก็สามารถอธิบายและชักนำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างราบรื่น

กรณีที่ 2 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องข้อไม่สามารถเดินได้ เพราะป่วยเป็นโรคเกาต์ และเกิดอาการข้อเข่าแข็งทั้งสองด้าน (Frozen joint) ผู้ป่วยเข้าใจว่าตนเองเป็นอัมพาตจึงไม่พยายามที่จะรักษา เมื่อแพทย์ไปพบ จึงได้ให้คำแนะนำอธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจพร้อมทั้งนำผู้ป่วยไปทำกายภาพบำบัด และสอนญาติผู้ป่วยให้ดูแลผู้ป่วยเป็น ภายใน 2 เดือน ผู้ป่วยก็สามารถเดินได้

กรณีที่ 3 ข้าราชการบำนาญอายุ 65 ปี ป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง ระยะสุดท้ายรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล แพทย์เห็นว่าหมดทางรักษา ญาติจึงพากลับบ้าน และได้ตามแพทย์ศูนย์แพทย์ไปดูอาการโดยใช้บ้านเป็นหอผู้ป่วย ให้การรักษาพร้อมให้กำลังใจจากเพื่อนบ้านในชุมชน ปรากฏว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตต่อไปอีก 6 เดือน และในงานฌาปนกิจ ญาติก็ได้เชิญแพทย์เป็นประธานในพิธี

#### 7.1.5 การมีส่วนร่วมของประชาชน

7.1.5.1 ใช้รูปแบบของการประชุมประจำเดือนแลกเปลี่ยนความเห็น ที่ผ่านมามีการแลกเปลี่ยนความเห็นในเรื่องต่อไปนี้

- สถานะทางการเงินของศูนย์แพทย์
- การปรับปรุงระบบการนัดหรือจองเวลา
- การคัดเลือกตัวแทนของชุมชนและบทบาท

ของตัวแทนชุมชน

- ปัญหาภาระงานของบุคลากรศูนย์แพทย์ จากคนนอกเขต

- ความคิดเห็นและความคาดหวังต่อการ

#### ปฏิบัติงานของศูนย์แพทย์

- การประชุมกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง
  - การจำกัดจำนวนผู้รับบริการจากนอกเขต
- รับผิดชอบ

การประชุมที่ผ่านมาประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเป็นอย่างดี โดยครั้งหนึ่งจะมีผู้เข้าร่วมประชุมประมาณ 20-30 คน การประชุมจะจัดขึ้นที่ศาลาวัด เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างศูนย์แพทย์กับประชาชน และเป็นการตรวจสอบการทำงานของศูนย์แพทย์ โดยประชาชน

#### 7.1.5.2 การร่วมบริจาคเงินให้ศูนย์แพทย์

การสนับสนุนทรัพยากร เป็นเครื่องชี้วัดอันหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งพอสรุปได้ดังตารางที่ 5

#### 7.2 ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ (Accessibility)

จุดมุ่งหมายของศูนย์แพทย์ข้อหนึ่งก็คือ ต้องการให้ทุกคนมีความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการไม่ว่าคนจนคนรวย ถ้าอยู่ในเขตรับผิดชอบควรจะมาใช้บริการตามความจำเป็น ซึ่งก็พบว่ามีประชากรทุกฐานะมาใช้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 6

#### 7.3 ความประหยัดในด้านค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

ลักษณะการให้บริการแบบศูนย์แพทย์ได้เน้นเรื่องคุณภาพเชิงสังคมเป็นหลัก ทำให้สามารถอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและเข้าใจความจำเป็นของการใช้เทคโนโลยี (ยา การตรวจพิเศษ) ทำให้ประหยัดรายจ่ายส่วนนี้ไปได้มาก เพราะโดยทั่วไปโรคจำนวนมากสามารถรักษาได้ด้วยทางใจ การพูดคุยกัน

จากการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนสำหรับค่ายา ดังตารางที่ 7 จะมีความประหยัดกว่าค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งจะเสียค่าใช้จ่ายในราคาทุนประมาณ 76.92 บาทต่อครั้ง



ตารางที่ 5 รายการครุภัณฑ์และเงินที่ได้รับบริจาคระหว่าง มกราคม-ธันวาคม 2537

รายการ	หน่วย	2535	2536	2537	รวม
เงินบริจาค	บาท	14,965	15,568	18,009	48,542
วัสดุครุภัณฑ์	รายการ	17	3	-	14
กองทุน	บาท	183,074.25			

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนผู้รับบริการของศูนย์แพทย์ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสิทธิในการรักษาพยาบาล

กลุ่มที่	สิทธิ	จำนวนประชากร			ผู้มาใช้บริการ			%		
		ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37	ปี 35	ปี 36	ปี 37
0	ไม่มีสิทธิพิเศษ	2,103	2,228	2,310	789	726	754	37.52	32.58	32.64
1	มีบัตรสงเคราะห์	354	359	359	214	194	225			
2	ฟรี-ไม่มีบัตร	452	452	464	194	268	291	42.92	56.30	62.71
3	ฟรี-อายุมากกว่า 60 ปี	306	305	310	142	186	196	46.40	60.98	63.22
4	ฟรี-อายุน้อยกว่า 1 ปี	75	96	98	52	115	90	69.33	119.79	91.84
5	อส. ผสส.	6	6	6	2	2	3	33.33	22.22	50.00
6	ทหารผ่านศึก	9	9	9	10	3	6	111.11	33.33	66.67
7	ภิกษุหรือสามเณร	98	101	96	37	25	40	37.75	24.75	41.67
8	บัตรประกันสังคม	63	64	87	19	38	58	30.16	59.37	66.67
9	ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	949	1,120	1,112	551	667	712	58.06	59.55	64.03
รวม		4,415	4,764	4,851	2,000	2,224	2,375	45.30	46.68	48.96

ตารางที่ 7 แสดงค่าใช้จ่ายที่เป็นต้นทุนค่ายาของผู้ป่วยทั้งในและนอกเขต

ปี	ค่ายาต่อโรค	ค่ายาต่อครั้ง
2535	67	33
2536	52	29
2537	50	25

และแนวโน้มการใช้จ่ายเป็นค่ายาจะน้อยลงในแต่ละปี เป็นเพราะความพยายามของแพทย์ที่จะต้องการลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นให้มากที่สุด

## 8. อภิปรายและข้อเสนอแนะ

8.1 การดำเนินงานของศูนย์แพทย์ฯ ที่ผ่านมาเป็น การนำเสนอกะบวนการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ เสมอภาคและประหยัด โดยใช้รูปแบบของแพทย์ประจำครอบครัว แต่ ยังไม่ได้พิสูจน์ถึงความเป็นไปได้หรือแสดงถึงกระบวนการที่จะนำไปสู่การขยายรูปแบบนี้ออกไปในพื้นที่อื่น ๆ ได้ ขั้นตอนในจุดนี้คิดว่าจำเป็นต้องอาศัยนโยบายของผู้บริหารระดับสูงมาช่วย หากเห็นว่ารูปแบบนี้มีประโยชน์จริง และพิจารณาเงื่อนไขความพร้อม ปัญหาของพื้นที่อื่นประกอบ

8.2 เงื่อนไขที่จะส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเกิดขึ้นได้ มีองค์ประกอบดังนี้

(1) ด้านกระทรวงสาธารณสุข จะต้องมีการจัดระบบบริการสาธารณสุขที่ส่งเสริมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวให้มีศักดิ์ศรี ซึ่งหมายถึงความถึงความสำคัญองงานและตำแหน่ง ด้านค่าตอบแทน รายได้ที่ไม่ควรแตกต่างจากแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนถ้าเป็นไปในลักษณะ Capitation fee จะเหมาะสมมาก

ด้านระบบบริการควรจะใช้มาตรการทางกฎหมาย มาสนับสนุนให้เกิดการรักษาตามขั้นตอน ตั้งแต่ระดับต้น (Gate keeper) กล่าวคือ ก่อนที่ผู้ป่วยจะพบแพทย์เฉพาะทางต้องพบกับแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวก่อน อีกเรื่องของมาตรการทางกฎหมายคือ ระบบประกันสุขภาพควรเป็นแบบบังคับ (Compulsory) มากกว่าการสมัครใจ (Voluntary) เพราะจากประสบการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วการจะเกิดความครอบคลุมทั้งหมด (Universal coverage) ของการประกันสุขภาพจำเป็นต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย

(2) ด้านมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหรือคณะ

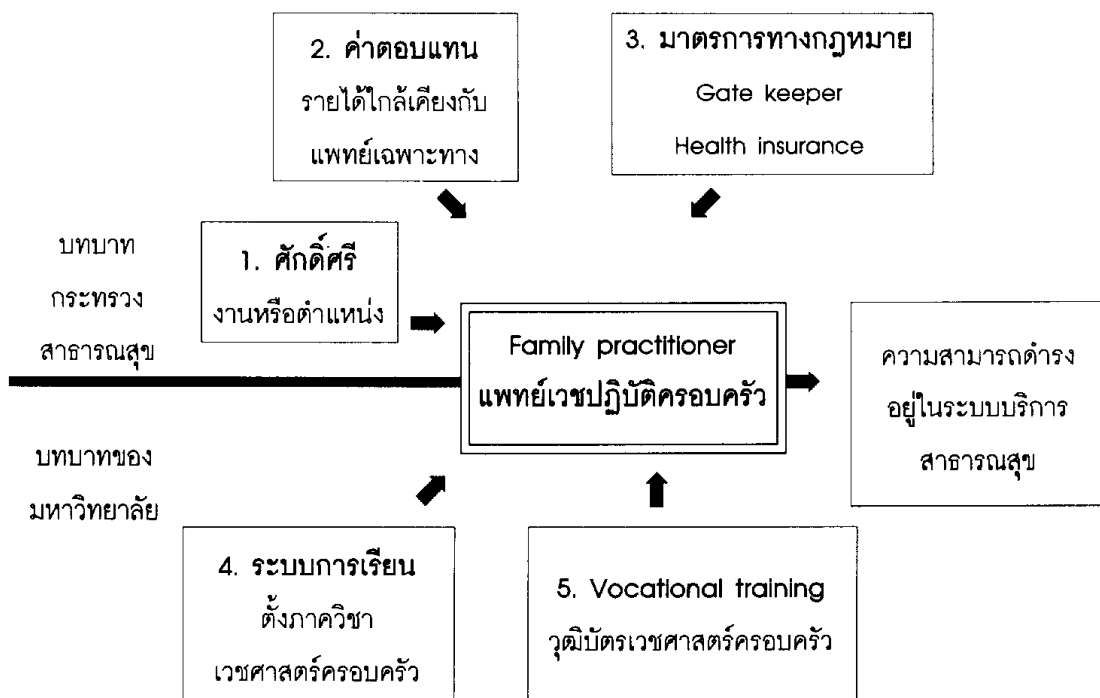
แพทยศาสตร์จะต้องสร้างภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อให้นักศึกษาแพทย์ได้เรียนรู้และรับรู้รูปแบบของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว จะต้องส่งเสริมให้เกิดการฝึกอบรมต่อยอด Vocational training เพื่อให้ได้รับวุฒิบัตร

8.3 ในสภาพความขาดแคลนแพทย์ในปัจจุบัน อาจจะมีความจำเป็นต้องใช้รูปแบบของพยาบาลเวชปฏิบัติที่ผ่านการอบรม มาทำหน้าที่แทนแพทย์ไปก่อน ซึ่งขณะนี้กำลังดำเนินการทดลองอยู่ในศูนย์แพทย์ฯ แห่งที่ 2 และ 3 ในเขตเทศบาลเมืองนครศรีอยุธยา

### 9. สรุป

รูปแบบการให้บริการสาธารณสุขแบบศูนย์แพทย์ โดยเน้นการให้บริการในลักษณะแบบเวชปฏิบัติครอบครัว อาจจะเป็นทางออกที่สำคัญในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไทยให้เกิดคุณภาพ เสมอภาค และมีความประหยัดรูปแบบหนึ่ง อย่างไรก็ตามยังจำเป็นต้องมีการทดลองรูปแบบเช่นนี้ในอื่นๆ อีก เพื่อพิสูจน์ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบนี้มาใช้ในระบบสาธารณสุขไทย

ภาพที่ 2 เงื่อนไขในการสนับสนุนให้แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวอยู่ในสังคมได้



### เอกสารอ้างอิง

1. Rakel RE. Textbook of family practice, 3rd edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1992.
2. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์. Holistic approach in family medicine. เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. (เอกสารอัดสำเนา).
3. WONCA. The Role of the General/Family Physician in Health Care Systems, a Statement from WONCA-1991. WONCA News, 1991.
4. Mercenier P. Role of health center. เอกสาร

อัดสำเนาของ International Course of Health Development, Institute of Tropical Medicine, Antwerp Belgium, 1990.

5. โครงการอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอยุธยา. องค์รวมแห่งสาธารณสุข: ภูมิปัญญาจากการวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพิมพ์สวย, 2537.
6. รวิพันธ์ ศิริกันทวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. ระบบสารสนเทศเพื่อการบริการแบบองค์รวม. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2538;3:11.



### รักษาโรค

ชายผู้หนึ่งที่มีนิสัยชอบแกดถึงมดขี้มู จึงมีแต่สมมุติซึ่งเห็นผลต่าง  
 วิชาหนึ่งเขาแกดถึงไปตาตามล นอกให้ตามลช่วยรักษาโรคของกิตต์มดขี้  
 ของเขาให้ตามล หากรักษาไม่ได้ก็ระปลดมีน "ตามลวิเศษรักษาโรคกิตต์มดขี้สาว"  
 ลอกเสีย

ตามลได้ฟังดังนั้นก็เข้าไปดูตมของ พยัคฆาเม็ดตมซึ่งคล้ายลูกชุกทอล (wal-  
 nut) ลอกมาส่งให้แล้วบอกว่า "ถ้ามีกิตต์แล้ว รับรองว่าโรคของท่ามตามลแน่ๆ"  
 ชายผู้มดขี้คิดไม่ไว้ว่า "กิตต์เป็นกิตต์ ถึงยังไงเราก็ยังมดได้ว่า  
 โรคของกิตต์ของดี ๆ ยังไม่ตาม" แล้วก็แกดโรคกิตต์มดขี้เม็ดตมไป  
 ตามลเห็นดังนั้นก็จึงบอกเขาว่า

"โรคประจำตัวที่ท่ามตมต้องการรักษาตามแล้ว เพราะของที่ท่ามหนึ่งกิตต์มดไป  
 ลอกไว้ที่เขาให้แกดตม"

จากตมขี้ล "ขี้มดขี้กร" โดยทาวร สิทธิโกศล