

พัฒนาการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่าง ๆ

DEVELOPMENT OF GENERAL PRACTITIONERS AND GENERAL PRACTICE SYSTEM IN SOME DEVELOPED AND DEVELOPING COUNTRIES

• พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
Dr.Supatra Srivanichakorn
Ayutthaya Provincial Health Office

การพัฒนาด้านระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป
และการจัดบริการขั้นต้นในประเทศต่าง ๆ
มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับพื้นฐานด้านต่าง ๆ
ของแต่ละประเทศ
บทความนี้ผู้เขียนได้เปรียบเทียบให้เห็นภาพ
ระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว
และประเทศกำลังพัฒนา
ในด้านของการจัดโครงสร้างของการให้บริการ
ด้านสุขภาพขั้นต้น และผลลัพธ์
คุณภาพบริการด้านต่าง ๆ

แพทย์ เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศที่พัฒนาแล้วทางตะวันตก มีพัฒนาการเป็นแพทย์ผู้ให้บริการด้านแรกด้วยประวัติที่ยาวนานตั้งแต่ ค.ศ. 1858 ซึ่งประสบกับปัญหาต่างๆ มากมายกว่าจะพัฒนามาเป็นระบบบริการเวชปฏิบัติที่มีเอกลักษณ์ของตนเองที่ชัดเจน และเป็นที่ยอมรับทางด้านวิชาการในปี ค.ศ. 1966 แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในบางประเทศมีชื่อเรียกที่ต่างไป เช่น ในประเทศแคนาดา และสหรัฐอเมริกา เรียกว่า แพทย์ประจำครอบครัว (Family physicians) ในเนเธอร์แลนด์ เรียกว่า แพทย์ประจำบ้าน (Home doctor) ซึ่งคุณลักษณะและบทบาทของแพทย์กลุ่มนี้ในประเทศต่างๆ จะต่างกันบ้างในรายละเอียดแต่ลักษณะหลักจะคล้ายกัน

ในต่างประเทศระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปหมายถึงระบบบริการขั้นต้น หรือ ระบบบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งส่วนใหญ่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเป็นผู้ให้บริการ แต่ในบางประเทศก็มีแพทย์สาขาอื่นหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ให้บริการ

บริการขั้นต้น หรือบริการระดับปฐมภูมินั้นเป็นบริการระดับแรกๆ ที่ให้บริการแก่ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในสถานทางการแพทย์และสาธารณสุข ลักษณะการกระจาย และคุณภาพของระบบบริการขั้นต้นนี้ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลถึงการเข้าถึงบริการของประชาชน

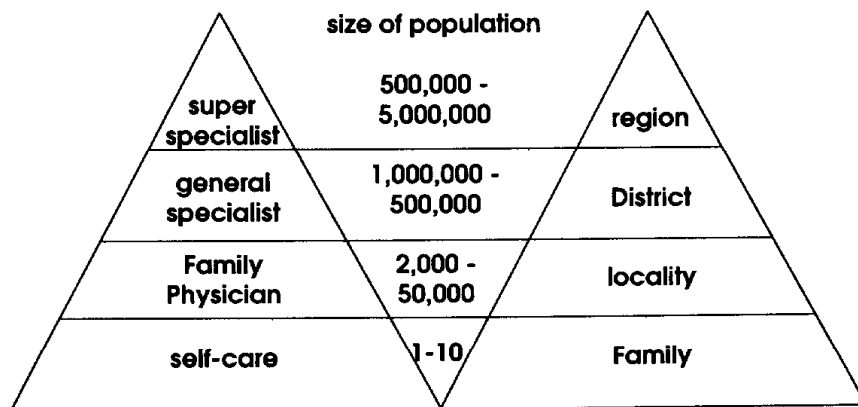
ความต่อเนื่องของการบริการสุขภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

การจัดระบบบริการขั้นต้นนี้ในแต่ละประเทศมีความสัมพันธ์กับการจัดบริการระดับอื่นๆ และขึ้นกับแนวคิด ปรัชญา และหลักการพื้นฐานในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ตลอดจนขึ้นกับพัฒนาการของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ รวมทั้งขึ้นกับการให้ความสำคัญและคุณค่าแก่การบริการสาธารณสุขพื้นฐาน หรือบริการเวชปฏิบัติทั่วไปมาน้อยเพียงใด เมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่โรงพยาบาลและบริการเฉพาะทาง

ในระบบบริการสาธารณสุขของประเทศต่างๆ นั้นสามารถแบ่งระดับของการดูแลสุขภาพออกได้เป็น 4 ระดับที่สัมพันธ์กับระดับประชากรที่ดูแล และการบริหารจัดการได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 1)

1. Self-care การดูแลตนเองภายในครอบครัว
 2. Primary (professional) care (GP) เป็นการดูแลระดับแรกโดยแพทย์ที่รับผิดชอบประชากรในท้องถิ่นประมาณ 2,000 คนต่อแพทย์หนึ่งคน ซึ่งอาจบริการโดยแพทย์รายบุคคล หรือเป็นกลุ่ม
 3. Secondary - general specialist care เป็นการบริการในโรงพยาบาลระดับอำเภอ ที่ดูแลประชากรประมาณ 200,000-500,000 คน
 4. Tertiary - subspecialist units เป็นการบริการ ในระดับเขต ประชากร 1- 5 ล้านคน หรือในระดับประเทศ
- แต่ละระดับมีลักษณะงาน และบทบาทหน้าที่ที่ต่างกัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงระดับของการดูแลสุขภาพ



Source: Fry J, Sandler G. Common disease (5th Edition). London: Kluwer Academic, 1993.

จากการศึกษาเรื่อง Primary Health Care In an International Context ของ John Fry และ John Horder ได้สรุปว่าประชาชนมีความต้องการบริการจากระบบบริการระดับต้นในลักษณะคล้ายกัน คือต้องการบริการที่เน้นในด้านต่อไปนี้ :

- บริการด้านแรก (First contact care)
- บริการที่ต่อเนื่องระยะยาว (Longitudinal care)
- บริการที่กว้างขวางผสมผสาน (A broad and comprehensive range of response)
- บริการที่ประสานบูรณาการ (Co-ordination of services)

ฉะนั้นการพิจารณาคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิ จึงควรพิจารณาคุณภาพของบริการด้านต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น และได้เสนอแนวทางการประเมินโครงสร้างและกระบวนการให้บริการของบริการปฐมภูมิในลักษณะดังข้างล่างต่อไปนี้ที่เป็นตัวชี้ทางอ้อมถึงคุณภาพบริการปฐมภูมิ

- ความรับผิดชอบต่อชุมชนที่ชัดเจน
- ความรับผิดชอบในระยะยาว (long term responsibility)
- ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการเฉพาะทางได้โดยตรงหรือไม่
- แพทย์ที่ให้บริการระดับต้นทำหน้าที่ในลักษณะ gate keeper หรือไม่
- มีความรับผิดชอบต่อบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ในระดับบุคคลด้วยหรือไม่
- สามารถเข้าถึงการชันสูตรโรค และเอกซเรย์หรือไม่
- จำนวนชั่วโมงการให้บริการต่อสัปดาห์
- ค่าเฉลี่ยเวลาการให้บริการดูแลผู้ป่วย (consultation)
- ระบบการศึกษาต่อเนื่อง และการศึกษาหลังปริญญา

ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปและการจัดบริการขั้นต้น ในประเทศที่พัฒนาแล้ว (Developed Countries)

ประเทศเหล่านี้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขขั้นต้นมายาวนานกว่า 30 ปี แม้ว่าจะมีการพัฒนาทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางมากมายแต่บริการเวชปฏิบัติทั่วไปก็ได้รับการพัฒนาในฐานะสาขาเฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าสาขาเฉพาะทางมาก เน้นการให้บริการที่เป็นการดูแลทั้งครอบครัวที่มีความต่อเนื่องครอบคลุมการบริการพื้นฐานที่สำคัญทุกด้านทำหน้าที่เป็น gate keeper ที่ดูแลขั้นต้น ก่อนจะส่งต่อไปรับบริการกับบุคลากรสาขาเฉพาะทางอื่นๆ ในโรงพยาบาล มีการพัฒนาบุคลากร และองค์ความรู้ในการดูแลบริการขั้นต้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ แต่รูปแบบและระดับการพัฒนานั้นมีความแตกต่างกันระหว่างประเทศขึ้นกับการวางสมดุลและน้ำหนักระหว่าง "เสรีในการเลือกของประชาชน (freedom of choice)" กับ "ความรับผิดชอบของประชาชน" และ "การเน้นความต่อเนื่องในการรับบริการ" ตัวอย่างเช่น อังกฤษ เนเธอร์แลนด์ ที่ประชาชนต้องขึ้นทะเบียนรับบริการกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปเพียงคนเดียวในระยะเวลาหนึ่งๆ จะไปใช้บริการขั้นต้นกับแพทย์คนอื่นไม่ได้ แต่หากไม่พอใจแพทย์ประจำคนนั้นสามารถเปลี่ยนได้ในช่วงต่อมา ในสวีเดน แพทย์ดูแลประชาชนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ตามเขตภูมิศาสตร์ หรือเขตการปกครอง ประชาชนควรไปใช้บริการตามขั้นต้น แต่ในประเทศแคนาดา สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ประชาชนจะไปหาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปคนไหนก็ได้ และในอเมริกา ประชาชนจะไปใช้บริการกับแพทย์เฉพาะทางโดยตรงเลยก็ได้ เป็นการให้เสรีภาพแก่ประชาชนเต็มที่ ประชาชนไม่ต้องจ่ายค่าบริการส่วนใหญ่ให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง แต่จ่ายผ่านรัฐหรือบริษัทประกัน

การสร้างควมมีส่วนร่วมของประชาชนต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพ และการใช้บริการที่เหมาะสมจะต่างกัน

ในแต่ละประเทศ ได้แก่ อังกฤษ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ประชาชนต้องร่วมจ่ายค่ายาขึ้นต่ำนจำนวนหนึ่งแต่หากเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังรัฐจะช่วยจ่ายเพื่อมิให้เป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล ในสวีเดน ประชาชนที่มาใช้บริการทุกครั้ง จะต้องร่วมจ่ายเงินเป็นค่าคงที่จำนวนหนึ่ง ในแคนาดา ประชาชนต้องจ่ายค่ายาเอง

ค่าใช้จ่ายในการบริการขั้นต้นของประเทศสวีเดน เท่ากับร้อยละ 16 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศ

จำนวนบุคลากรและการจัดโครงสร้างการให้บริการสุขภาพขั้นต้น

จำนวนแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและสัดส่วนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อแพทย์ทั้งหมดในประเทศ แคนาดา มากกว่าอังกฤษ สวีเดน เนเธอร์แลนด์ และอเมริกา ดังตารางที่ 1 รวมทั้งอัตราส่วนของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปต่อประชากรนั้น แพทย์แคนาดาก็รับภาระการให้บริการแก่ประชากรจำนวนน้อยที่สุด

ลักษณะการจัดบริการขั้นต้น: ทั้งในอังกฤษ เนเธอร์แลนด์ แคนาดา อเมริกา และออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ หน่วยบริการขั้นต้นเป็นหน่วยบริการเอกชนที่มีการบริหารงานเป็นเอกเทศจากรัฐ แต่ทำสัญญาตกลงกับรัฐ หรือบริษัทประกันสุขภาพในการรับให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนกลุ่มหนึ่งตามเงื่อนไขคุณภาพที่มีการกำหนดล่วงหน้า โดยมีหน่วยงานรัฐในระดับประเทศหรือระดับพื้นที่เป็นหน่วยที่ดูแล กำกับ จำนวน คุณภาพ และการกระจายโดยรวมทั้งหมด แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปรับค่าตอบแทนเป็นค่าบริการต่อหัวประชากร และตามจำนวนงานบริการ แต่ในสวีเดนหน่วยให้บริการขั้นต้นนี้ส่วนใหญ่เป็นสถานีนอนาัมยของรัฐ บุคลากรได้รับเงินเดือนค่าจ้างจากรัฐบาลท้องถิ่นโดยตรง

ขอบเขตการให้บริการที่สถานบริการระดับต้นนี้แตกต่างกันกล่าวคือเนเธอร์แลนด์จะให้บริการที่ครอบคลุม

ทั้งด้านการแพทย์ การรักษาโรค การตรวจขั้นสูง การคลอด (คลอดโดยพยาบาลที่บ้าน) และการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการบริการด้านสังคมอื่น ๆ ผู้ให้บริการจะเป็นทีม ประกอบด้วยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลประจำอำเภอ (district nurse) พยาบาลเยี่ยมบ้าน (health visitor) นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ธุรการ ที่ทำงานร่วมกันในตึกเดียวกัน ในสวีเดน มีบริการเพิ่มเติมคือ การบริการด้านกายภาพบำบัด และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ในอังกฤษจะไม่มีบริการตรวจขั้นสูง การผ่าตัด และการคลอด จะต้องส่งต่อไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ส่วนการบริการโดยพยาบาลประจำอำเภอ พยาบาลเยี่ยมบ้าน และสังคมสงเคราะห์ จะบริหารจัดการโดยหน่วยงานรัฐในท้องถิ่น ไม่ขึ้นกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปโดยตรงแต่ใช้การประสานงานกัน ในแคนาดา แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะเน้นการบริการด้านการรักษาพยาบาลทางการแพทย์เป็นหลัก แต่รัฐบาลท้องถิ่นมีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้ศึกษาโดยตรง เอกเทศ แยกจากบริการด้านรักษาพยาบาล

ความเชื่อมโยงผสมผสานงานของหน่วยบริการขั้นต้นกับโรงพยาบาลในประเทศส่วนใหญ่ หน่วยบริการขั้นต้นเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเฉพาะเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเป็นหลัก มีการประสานวิชาการกันบ้าง ยกเว้นในแคนาดาที่แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปจะไปทำงานที่โรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการ หรือดูแลผู้ป่วยเป็นบางเวลาด้วย

ผลลัพธ์คุณภาพการบริการด้านต่าง ๆ

จากลักษณะการจัดบริการข้างต้น ย่อมมีผลต่อคุณภาพการบริการที่ต่างกัน ซึ่งอาจประเมินคุณภาพด้านต่าง ๆ ได้ดังตารางที่ 2 โดยพิจารณาในด้านการเข้าถึงบริการ (accessibility) การบูรณาการงานบูรณาการ (Integration) ความต่อเนื่องของบริการ และการดูแลโดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมและชุมชน (Holistic care)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะการจัดองค์กร และการจัดบริการของหน่วยบริการขั้นต้น ในประเทศพัฒนาแล้ว

ลักษณะ	อังกฤษ	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน	แคนาดา	อเมริกา
จำนวน GPs	34,495 (1989)	6,500 (1990)	4,667 (1989)	26,079 (1988)	70,480 (1990)
1° physicians					183,2940
GPsต่อประชาชน	1:1800	1:2400	1:3000	1:1000	1:3,547
1° physicians					1:1,364
GPsต่อแพทย์ทั้งหมด	46 %	18 %	23 %	53 %	13 %
เป็นGate keeper	ใช่และต้องขึ้นทะเบียน	ใช่และต้องขึ้นทะเบียน	ใช่และดูแลตามปกครอง	ใช่แต่หา GPs ที่ไหนก็ได้	ไม่ใช่หาแพทย์เฉพาะทางได้โดยตรง
รัฐหรือเอกชน	เอกชน อิสระ	เอกชน	รัฐ	เอกชน	เอกชน
การทำงานของ GP	เดี่ยวหรือกลุ่ม	เดี่ยวหรือกลุ่ม	สถานีอนามัย	เดี่ยวหรือกลุ่ม	เดี่ยวหรือกลุ่ม
ขอบเขตบริการ					
- รักษาโรค	++++	++++	++++	++++	++++
- ตรวจขั้นสูง	ผ่าน รพ.	+, ผ่านlab, รพ. ที่บ้าน โดยพยาบาล	++	+ -	++
- คลอด	-		+	-	-
- ผ่าตัดเล็ก	+	++	++	++	+
- ภาวะสุขภาพ พิ้นฟู	+ -	-	++	+ -	+ -
- ส่งเสริมฯ	++	+++	+ -	+ -	NA
- สังคมสงเคราะห์	ทีมท้องถิ่น	ทีมร่วมกับ GP	ทีมร่วมกับ GP	ทีมท้องถิ่น	NA
การร่วมจ่ายของผู้ใช้บริการ	จ่ายค่ายา	ไม่มี	จ่ายค่าใช้บริการทุกครั้ง	จ่ายค่ายา	จ่ายค่าค่าบริการขึ้นกับบริษัทประกัน
การควบคุมระบบและบทบาทของรัฐ	"National health service" control by national government	มีทั้งที่เป็นระบบ compulsory health insurance for workersและprivate health insurance	Controlled regionally by 26 countries. some national coordination.	Controlled regionally by provincial gov. with national criterias	Pleuralistics. No overall governance
สัดส่วนค่าใช้จ่ายของบริการขั้นต้นต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด	25 %	NA	16 %	NA	18 %

หมายเหตุ : NA = ไม่มีข้อมูล (data not available)

แหล่งข้อมูล : 1. Primary care delivery. The Millbank Quarterly, vol 65 No.3, 1987.

2. Primary Health Care in an International Context. John Fry and John Holder, The Nuffield Provincial Hospital Trust 1994.

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ของบริการขั้นต้นในประเทศต่างๆ ที่พัฒนาแล้ว

ผลลัพธ์บริการ	อังกฤษ	เนเธอร์แลนด์	สวีเดน	แคนาดา	อเมริกา EFS*	อเมริกา HMO*
การเข้าถึงบริการ						
- Availability of service	+	+	+	+	+ -	+
- ความง่ายในการเข้ามาใช้บริการ	+	+	+	+	+ -	+
- Financial access	+	+	+	+	-	+
ความบูรณาการของงาน						
- มีบริการขั้นต้นหลายด้านที่ครบถ้วน	+ -	+	+	+	+ -	+
- การเน้นการป้องกัน						
ในเด็ก	+	+	+	+	+ -	+ -
ในผู้ใหญ่	-	-	-	+ -	+ -	+ -
- การเชื่อมต่อกับ รพ.	-	?	-	+	+ -	+
- การเชื่อมต่อกับ long term care	+ -	+	+	?+ -	-	+ -
ความต่อเนื่องของบริการ	+	+	+ -	+ -	+ -	+ -
เวลาที่ให้ consultation ต่อคน (นาที)	8.4	8	10-20	??	??	??
การผสมผสานปัจจัยทางสังคม						
- Family centeredness	+	+	+ -	+ -	+ -	+ -
- Community orientation	+ -	+ -	+	+ -	-	+ -

หมายเหตุ *Fee for service (ระบบบริการแบบเดิม) **เป็น group model ในลักษณะ Health maintenance organization

เครื่องหมาย + = มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป - = ไม่มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป

+ - = เป็นสถานการณ์ผสม ขึ้นกับพื้นที่ และผู้ให้บริการ

แหล่งข้อมูล 1. Primary care delivery The Millbank Quarterly, vol 65 No.3, 1987

ซึ่งเป็นการประเมินเปรียบเทียบที่ยึดแนวทฤษฎี ประเมินจากเอกสาร และความคิดเห็นของผู้วิจัย ผู้ให้บริการและนักวางแผน

ลักษณะของการเข้าถึงบริการคือ มีการจัดวางแผนการให้บริการแก่ประชาชนทุกคนในลักษณะปกติเหมือนกันไม่มีการจ่ายเงินค่าบริการจากผู้ให้บริการโดยตรงหรือมีในจำนวนจำกัด

ความบูรณาการของงานนั้นพิจารณาจาก สถานพยาบาลขั้นต้นสามารถช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ได้ โดยไม่ต้องส่งต่อไปรับบริการที่ระดับอื่น มีการให้บริการหลายด้านโดยบุคลากร สาขาต่างๆ ทั้งแพทย์

พยาบาล นักฟื้นฟูสุขภาพ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งการให้บริการในด้านการป้องกันโรค สถานพยาบาลขั้นต้นในอังกฤษนั้นมีเพียงบางแห่งที่มีบริการหลายด้าน ซึ่งมักพบในกลุ่มเป็น group practice ส่วนบริการของสถานพยาบาลในลักษณะ HMO ในอเมริกา ก็มีบริการหลายด้านภายในเครือข่ายเดียวกัน

ในด้านการป้องกันโรคพบว่าการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในกลุ่มเด็ก ในประเทศทางด้านยุโรป มีการจัดบริการที่ครอบคลุมต่อเนื่อง แต่ในกลุ่มผู้ใหญ่ปรากฏว่าอเมริกาและแคนาดา มีการจัดบริการและดำเนินการไปได้กว้างไกลกว่าประเทศทางยุโรป ทั้งนี้

พิจารณาจากการมีโครงการที่ดำเนินการเชิงรุก และการมีมาตรการให้เข้าถึงบริการในปัจจุบัน

การเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลนั้น พิจารณาจากการมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างการให้บริการของโรงพยาบาล และสถานพยาบาลขั้นต้น การจัดองค์กรบริหารของสองส่วนนี้ในอังกฤษ สวีเดน นั้นแยกจากกัน จึงทำให้แม้จะสร้างระบบการสื่อสารถึงกันและกัน แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้มากเท่าที่ควร แพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลไม่ค่อยสนใจในการพัฒนาสถานพยาบาลขั้นต้น นอกจากนี้สถานพยาบาลขั้นต้นและบริการเวชศาสตร์ครอบครัว ยังไม่ได้รับการบูรณาการเข้ากับโรงพยาบาล แต่ในอเมริกาในเครือข่าย HMO โรงพยาบาลกับสถานพยาบาลอยู่ภายใต้เครือข่ายเดียวกัน

แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศรัสเซีย

ประเทศรัสเซียในระดับการดูแลระดับแรกจะเป็น Specialoids เนื่องจากการ direct training ต่อมาคือ Polyclinic ซึ่งเป็น Out-patient ดูแลด้วย Specialist แล้วจึงเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

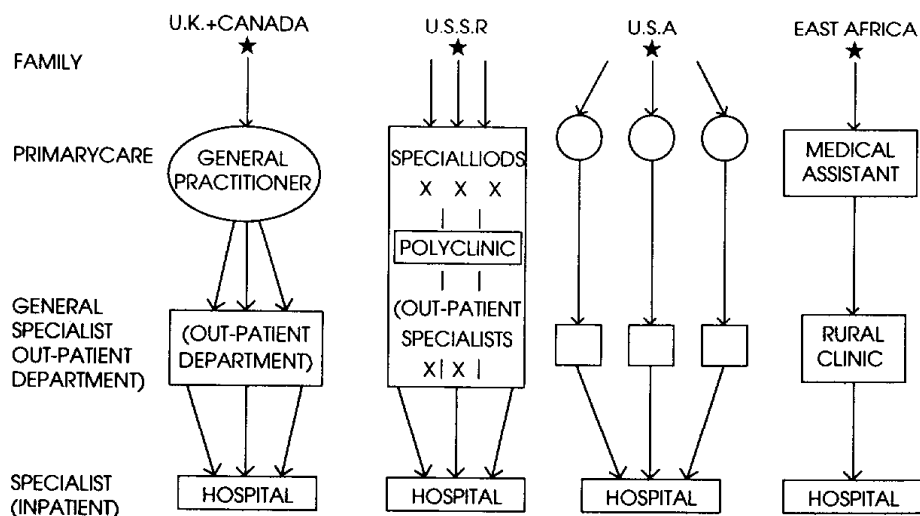
แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในอาฟริกาตะวันออก

ประเทศอาฟริกาตะวันออก ซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาในระดับแรก (first contact health care provider) จะเป็น Medical assistant คือเทียบระดับสถานีนอนามัยของไทย ต่อมาคือ rural clinic เทียบกับโรงพยาบาลชุมชน และ hospital ซึ่งเทียบกับโรงพยาบาลจังหวัด

ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปและการจัดบริการขั้นต้นในประเทศที่กำลังพัฒนา (Under-developed countries)

ในประเทศกำลังพัฒนาในเอเชีย ส่วนใหญ่มีการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านของแต่ละประเทศเป็นพื้นฐานเดิม มีหมอพื้นบ้านที่อยู่ในชุมชนใกล้ชิดประชาชนเป็นผู้ดูแลก่อนจะมีบริการทางการแพทย์แบบตะวันตก เมื่อต่อมามีการพัฒนา ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบตะวันตก แบบแผนการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยจึงมีการปรับเปลี่ยนไปตามอิทธิพลของประเทศทางตะวันตกที่ใกล้ชิด หรือประเทศที่มีบทบาทช่วยเหลือสนับสนุน เช่น ระบบบริการขั้นต้น

แผนภูมิที่ 2 สรุปรูปแบบแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในต่างประเทศ



ของมาเลเซีย และสิงคโปร์ จะมีหลักการพื้นฐานคล้ายกับอังกฤษ ส่วนเกาหลีใต้ ไต้หวันและไทยจะได้รับอิทธิพลแนวความคิดจากอเมริกา

ระบบบริการขั้นต้นในประเทศกำลังพัฒนาได้รับการพัฒนาอย่างจริงจังในช่วงเวลาที่สั้นกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมาก เช่นสิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน เริ่มให้ความสำคัญกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และบริการขั้นต้นมากขึ้นในช่วงระยะ 5 ปีหลัง ในขณะที่เดิมพัฒนาไปในแนวทางการแยกสาขาเฉพาะทางอย่างมาก ในประเทศเหล่านี้รวมทั้งไทยจะพิจารณาแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เป็นพื้นฐานของการบริการสาธารณสุขขั้นต้นเป็นเพียงแพทย์ทั่วไปที่ยังไม่ผ่านระบบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทาง มีศักดิ์ศรี และคุณค่าน้อย ระบบการพัฒนาการศึกษาและวิชาการที่เกี่ยวข้องยังไม่เข้มแข็งมากจึงทำให้ระบบบริการขั้นต้นถูกมองละเลยไปทั้งในสายตาของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชน ที่มีแต่คนที่ไม่มีความผูกพันปฏิบัติงานในส่วนนี้ และประชาชนจะข้ามไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเป็นหลัก อีกทั้งสถานการณ์ที่แพทย์ขาดแคลนในไทย และมาเลเซีย แพทย์จึงมักจะถูกวางให้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลมากกว่าหน่วยบริการขั้นต้นเช่นที่สถานีอนามัยเขตชนบท ยกเว้นคลินิกเอกชนในเขตเมือง ส่วนบริการขั้นต้นจะให้บริการโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทน แพทย์ส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ให้บริการขั้นต้นเฉพาะในเขตเมือง แต่ก็ไม่มีลักษณะการดูแลเป็นครอบครัวหรือชุมชน และมีแต่การรักษาพยาบาลไม่มีการผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

ทั้งนี้ระดับการพัฒนาของหน่วยบริการขั้นต้นจะขึ้นกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศนั้น ๆ รวมทั้งจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีด้วย

ในประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์ สถานพยาบาลขั้นต้นทำหน้าที่เป็นเสมือน gatekeeper ระดับหนึ่งกล่าวคือประชาชนควรไปใช้บริการที่หน่วยบริการขั้นต้นก่อน แต่ยังไม่ถึงขั้นที่บังคับมิให้ไปใช้บริการที่ระดับเหนือขึ้นไป

หรือบริการเฉพาะทางโดยตรง แต่ประชาชนที่ใช้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วยตนเอง และโรงพยาบาลมีระบบการจำกัดจำนวนการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการที่ไม่ผ่านระบบการส่งต่อ

ในไทย สถานพยาบาลขั้นต้น อันได้แก่ สถานีอนามัยในเขตชนบทถูกกำหนดให้ต้องแสดงบทบาทเป็น gate keeper แต่ไม่มีเงื่อนไข หรือระบบรองรับสนับสนุนให้เป็นจริง ประชาชนไปใช้บริการที่ใดก็ได้ ประชาชนเป็นผู้จ่ายเงินเองโดยตรง รวมทั้งโรงพยาบาลก็แสดงบทบาททั้งให้บริการระดับต้น และระดับทุติยภูมิ ส่วนในเขตเมืองหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นต้นมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะครอบคลุมประชากรทั้งหมด มีการให้บริการรักษาพยาบาลขั้นต้นโดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่แทน

การจัดโครงสร้างการให้บริการสุขภาพขั้นต้นในประเทศกำลังพัฒนา

ลักษณะของหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นต้นในชนบทและในเมืองมีลักษณะที่แตกต่างกัน หน่วยบริการในชนบทส่วนใหญ่เป็นบริการแบบสถานีอนามัยที่ดำเนินการโดยรัฐบาล ส่วนในเขตเมืองเป็นหน่วยบริการของเทศบาลท้องถิ่น และส่วนใหญ่เป็นบริการคลินิกเอกชนที่ไม่มีบริการส่งเสริมสุขภาพรวมอยู่ด้วย

ขอบเขตการให้บริการที่สถานีอนามัยในมาเลเซียคือการบริการรักษาพยาบาลโรคทั่วไป และโรคเรื้อรังโดยแพทย์ และผู้ช่วยแพทย์ มีการตรวจชันสูตรโรคพื้นฐาน การบริการอนามัยแม่และเด็ก งานสุขาภิบาลและการป้องกันโรค ไม่มีบริการทางด้านการฟื้นฟูสุขภาพที่ชัดเจน และไม่มีบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์

สถานีอนามัยในชนบทของไทยจะให้บริการเช่นเดียวกับของมาเลเซีย แต่ไม่มีแพทย์ให้บริการ และมีจำนวนบุคลากรน้อยกว่า ในเขตสุขาภิบาลและเทศบาลหน่วยบริการขั้นต้นเป็นโรงพยาบาลที่มีแพทย์ให้บริการและโดยเฉพาะในเขตเทศบาลส่วนใหญ่มีแพทย์เฉพาะทาง

ให้บริการด้วย ซึ่งมักมีประชาชนในเขตชนบทด้านนอกมา
ใช้บริการจำนวนมากด้วย

ในสิงคโปร์ สภาพทั่วไปเป็นเมืองทั้งหมด สถาน
พยาบาลขั้นต้นเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการโดยแพทย์และ
มีบริการส่งเสริมสุขภาพควบคู่ไปด้วย

ในไต้หวัน หน่วยบริการขั้นต้นส่วนใหญ่เป็นคลินิก
เอกชน (96 %) มีบริการที่เป็นสถานอนามัยของรัฐบ้าง
และมี group practice centres ที่ให้บริการในพื้นที่

ชนบท มีแพทย์เป็นผู้ให้บริการ และส่วนใหญ่คลินิกมี
เตียงจำนวนหนึ่งด้วย รวมทั้งมีบริการด้านส่งเสริม
สุขภาพด้วย

ผลลัพธ์คุณภาพบริการด้านต่าง ๆ ใน ประเทศที่กำลังพัฒนา

ผลลัพธ์การบริการแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์ของการบริการขั้นต้น ในประเทศที่กำลังพัฒนา

ผลลัพธ์บริการ	ไทย	มาเลเซีย	สิงคโปร์	เกาหลีใต้	ไต้หวัน
การเข้าถึงบริการ					
- Availability of service	-	+	+	+	+
- ความง่ายในการเข้ามาใช้บริการ	+ -	+	+	+	+ -
- Financial access	+ -	+	+	+	+ -
ความบูรณาการของงาน					
- มีบริการขั้นต้นหลายด้านที่ครบถ้วน	+ -	+	+	+	+ -
- การเน้นการป้องกัน					
ในเด็ก	+	+	+	+	NA
ในผู้ใหญ่	-	-	NA	NA	NA
- การเชื่อมต่อกับ รพ.	-	+ -	+ -	+ -	-
- การเชื่อมต่อกับ long term care	-	-	NA	NA	NA
- ความต่อเนื่องของบริการ	-	+ -	+ -	+ -	-
- เวลาที่ใช้ consultation ต่อคน (นาที)	NA	NA	NA	NA	NA
การผสมผสานปัจจัยทางสังคม					
- Family centeredness	-	-	+	+	+ -
- Community orientation	+ -	+ -			

หมายเหตุ NA = ไม่มีข้อมูล (data not available)

เครื่องหมาย + = มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป

- = ไม่มีผลลัพธ์บริการด้านนั้นต่อผู้รับบริการโดยทั่วไป

+ - = เป็นสถานการณ์ผสม ขึ้นกับพื้นที่ และผู้ให้บริการ

**สัดส่วนของแพทยเวชปฏิบัติทั่วไป
ต่อจำนวนแพทย์ทั้งหมดในประเทศต่าง ๆ**

จำนวนแพทยเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่าง ๆ มี

จำนวนแตกต่างกันมากตามสภาพโครงสร้างระบบบริการ
ของประเทศนั้น ๆ สัดส่วนของแพทยเวชปฏิบัติทั่วไปต่อ
จำนวนแพทย์ทั้งหมดแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงอัตราส่วนของแพทย์ทั้งหมดและแพทยเวชปฏิบัติทั่วไปต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2534

ประเทศ	ประชากร (ล้าน คน)	แพทย์ทั้งหมด ต่อ แสนประชากร	GP (% ต่อ แพทย์ทั้งหมด)
ฝรั่งเศส	51.0	272	147 (54)
เยอรมัน (DDR)	16.5	252	127 (50)
เบลเยียม	9.8	357	163 (46)
ไอร์แลนด์	3.5	149	63 (42)
อังกฤษ	56.9	130	54 (42)
ยูโกสลาเวีย	23.1	166	70 (42)
เยอรมัน (FRG)	61.1	290	99 (34)
สวีตเซอร์แลนด์	6.6	171	58 (34)
นอร์เวย์	4.2	230	66 (29)
อิตาลี	57.0	388	102 (26)
เดนมาร์ก	5.1	268	67 (25)
ฮังการี	10.6	331	78 (27)
โปรตุเกส	10.3	274	61 (23)
เนเธอร์แลนด์	14.7	235	43 (18)
สเปน	39.0	336	50 (15)
ไทย	56.0 (2)	11.21 (2)	0.28 (2.49) (3)

- แหล่งข้อมูล :
1. BMJ , 5 March 94:646
 2. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ : การศึกษาสภาพปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาความขาดแคลนแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2534:6
 3. บรรเท็ง รัชตะปิติ. บทบาทของแพทย์สภาต่อการส่งเสริมการศึกษาหลังปริญญา. บทบาทแพทย์สภาในรอบ 25 ปี และทิศทางในอนาคต 2536:4-20

ข้อมูลการจัดระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ต่างก็มีทั้งจุดดีและจุดอ่อน ซึ่งมีพัฒนาการมาจากพื้นฐานสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมือง และโครงสร้างการบริการ

ทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ อันเป็นบทเรียนที่สำคัญส่วนหนึ่งในการพัฒนาการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคตให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Christina Nerbrand. Demography and organization of health system. UK Nordic Workshop 30/5/90-3/6/90, (printed matter), 39-64.
2. Gray DP. History of the royal college of general practitioners-the first 40 years. British Journal of General Practice 1992;42:29-35.
3. Griffin. Health care in asia: a comparative study of cost and financing. The World bank 1992, 2, 51.
4. John Fry and John Holder. Primary health care in an international context. The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1994.
5. Weiner JP. Primary care delivery in the United States and four northwest european countries: comparing the "corporatized" with the "socialized". The Millbank 1987;65:421-459.
6. Wilkin D, Whitehouse C. General practice in five european countries: Finland, Ireland, United Kingdom, WHO Regional Office for Europe 1991 (printed matter), 1-20
7. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาดูงาน การปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศสหราชอาณาจักร สวีเดน เนเธอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24 ม.ค. - 1 ก.พ. 2537. (เอกสารอัดสำเนา).
8. พิสิษฐ์ พันธุ์จินดา และคณะ. ระบบประกันสุขภาพประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ บทเรียนสำหรับประเทศไทย. 2536 (เอกสารอัดสำเนา).

