

บทความปริทัศน์

ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตอนที่ 1 : เข้าใจที่มา ผ่านประวัติศาสตร์

สายรัตน์ นกน้อย, พบ. ว.เวชศาสตร์ครอบครัว

MSc. Public Health: Health Services Research, LHSTM

รองประธาน ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ผู้รับผิดชอบบทความ:

สายรัตน์ นกน้อย พบ.,
ว.เวชศาสตร์ครอบครัว
รองประธานราชวิทยาลัยแพทย์
เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย
Email: sairatnoknoy@gmail.
com

Received: June 9, 2022;

Revised: July 1, 2022;

Accepted: July 21, 2022

บทคัดย่อ

เวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะพัฒนาไปในทิศทางใด ต้องเข้าใจ ที่มา ความจำเป็น ของสองส่วนนี้อย่างลึกซึ้ง การศึกษาประวัติศาสตร์เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ ที่สำคัญ บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม เพื่อศึกษาที่มาของพัฒนาการเวชศาสตร์ ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเกิดขึ้นควบคู่กันก่อนคำประกาศอัลมา อตา ปี พ.ศ. 2521 ที่เรียกร้องให้พัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ให้ความสำคัญกับการดูแลที่ครอบคลุม ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำ ติดตามการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น 40 ปีต่อมา ทบทวนวิเคราะห์จุด อ่อนจุดแข็งของการพัฒนา ที่ต่างกันไปในแต่ละบริบท และการออกคำประกาศแอสทานา ในปี พ.ศ. 2561

การพัฒนาการแพทย์บนฐานวิทยาศาสตร์ ทำให้การแพทย์มีความก้าวหน้าลงลึกพัฒนาเป็น สาขาเฉพาะทาง วิชาเวชศาสตร์ครอบครัวเกิดขึ้นจากข้อค้นพบของการทำงานในบริบทปฐม- ภูมิที่มีการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่ครอบคลุม บูรณาการ เป็นองค์รวม ที่ต้องอาศัยเนื้อหาความรู้และทักษะต่างไปจากบริบทของโรงพยาบาล หลังคำ ประกาศอัลมา อตา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาการสาธารณสุขและระบบสุขภาพชุมชนมา อย่างเข้มแข็ง ทั้งนี้การพัฒนาต่อไปในอนาคตจำเป็นต้อง สนับสนุนการศึกษาวิจัยและการ เรียนรู้ร่วมกันของทีมสุขภาพในการพัฒนาการจัดการบริการปฐมภูมิและสร้างการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างคุณค่าของระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์ครอบครัว การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ บริการปฐมภูมิ

REVIEW ARTICLE

Direction for Family Medicine and Primary Health Care Part 1: Understanding the Origination through the History

Sairat Noknoy, MD, FRCFPT, MSc. Public Health: Health Services Research, LHSTM

Vice President, Chief of Academic Section, Royal College of Family Physicians of Thailand

Corresponding author:

Sairat Noknoy, MD, FRCFPT
MSc. Public Health: Health
Services Research, LHSTM
Vice President;
Chief of Academic Section
Royal College of Family
Physicians of Thailand
Email: sairatnoknoy@gmail.
com

Received: June 9, 2022;

Revised: July 1, 2022;

Accepted: July 21, 2022

ABSTRACT

To plan the direction for the progress in Family Medicine and primary health care, it is essential to understand their origination and necessity. The study of history is a meaningful learning process. This article is a review of articles related to the development of Family Medicine and primary health care before the Alma Ata Declaration in 1978, which underscored the need for comprehensive care, and helped close the gap of inequity. This article also described significant developments after the Alma Ata Declaration, as well as the coming of the Astana Declaration, 40 years later, with a call for comprehensive primary health care development.

Medical progress based on a scientific basis has divided medical knowledge into various specialties. The discipline of Family Medicine evolved through the knowledge exchange between various professionals involved in primary care practice, providing holistic, comprehensive, and continual care, different from those acquired in hospitals. After Alma Ata, Thailand has implemented primary health care by strengthening public health programs and community health system to provide essential health care to the population. To strengthen the system and increase the value of primary health care, a system that enable capacity building through research, continuous learning and knowledge exchange among multidisciplinary teams working in primary care contexts is essential for the future development. Moreover, multisectoral collaboration is needed for sustainable primary health system.

Keywords: family medicine, primary health care, primary care

บทนำ

การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิไปในทิศทางใดนั้นควรจะต้องมีความเข้าใจให้ถ่องแท้ถึงหัวใจสำคัญและที่มาของเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งนี้นโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มักจะถูกผลักดันผ่านประสบการณ์การพัฒนาระบบสาธารณสุขหลังคำประกาศอัลมา อตา บทความนี้นำเสนอข้อมูลประวัติศาสตร์การเริ่มต้นของการพัฒนาบริการปฐมภูมิและการฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว กระแสความเคลื่อนไหว Primary health care ในประเทศตะวันตก ก่อนการออกคำประกาศอัลมา อตา ในปี พ.ศ. 2521 การพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศไทยที่เกิดขึ้นหลังจากคำประกาศอัลมา อตา ทบทวนการพัฒนาที่ผ่านมาและความสำคัญของคำประกาศแอสทานา ในปี พ.ศ. 2561 รวมทั้งนำเสนอการวิเคราะห์การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

เริ่มต้นที่ปฏิรูปการแพทย์ ทวีปอเมริกา

แต่เดิมการฝึกอบรมแพทย์เป็นการสอนที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อเรียนรู้จากบริบทของการทำงาน จนปี พ.ศ. 2453 อับราฮัม เฟลทซ์เนอร์ สะท้อนปัญหามาตรฐานการผลิตแพทย์ในทวีปอเมริกาที่ไม่เท่าเทียมกับระบบการเรียนการสอนในทวีปยุโรป¹ และเสนอให้การฝึกอบรมแพทย์เชื่อมกับมหาวิทยาลัย ที่มีการพัฒนาองค์ความรู้ การศึกษาวิจัยด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ โดยใช้ต้นแบบจาก John Hopkins University ทำให้เกิดการปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาในทวีปอเมริกาที่ส่งผลให้การแพทย์ก้าวหน้าเป็นอย่างมาก ความรู้ทางการแพทย์พัฒนาลงรายละเอียดลึก เกิดแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ และต่อมาในช่วง ปี พ.ศ. 2503 ระบบการดูแลรักษาถูกแบ่งเป็นสามระดับคือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ²

การแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยและรักษาโรค ส่งผลให้เกิดการดูแลแบบแยกส่วน ลดคุณค่าความสำคัญของความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ลดคุณค่างานปฐมภูมิและการดูแลรักษา

ที่มีความเฉพาะสำหรับแต่ละบุคคล ส่งผลให้มีแพทย์ทั่วไปที่ทำงานปฐมภูมิลดลง บริการทางการแพทย์เริ่มไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน และการฟ้องร้องเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ²⁻⁴ ปัญหาที่เกิดขึ้นทำให้มีการเรียกร้องให้ทบทวนการฝึกอบรมแพทย์ เสนอให้พัฒนาการฝึกอบรมแพทย์ที่ให้ความสำคัญกับการดูแลคนโดยไม่แยกส่วน บูรณาการและจำเพาะสำหรับแต่ละบุคคล (personalized) โดยต้องเป็นการฝึกอบรมหลังปริญญาสาขาเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เพื่อให้คุณค่ากับงานปฐมภูมิที่มีความเฉพาะกับบริบทรอบคลุมการจัดการปัญหาในทุกมิติ ดังที่ปรากฏในรายงาน โดย John S Millis ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมของ American Medical Association ในปี พ.ศ. 2509^{4,5}

ในปีเดียวกัน W.A. Willard ตีพิมพ์รายงาน วางรากฐานการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เน้นความสำคัญของเนื้อหา ด้านพฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาและมนุษยวิทยา ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้มีศักยภาพในการดูแลรักษาที่เข้าใจเชื่อมโยงปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและชีวเคมีในร่างกาย เกิดการดูแลเป็นองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะแต่ละบุคคล⁵ ปี พ.ศ. 2510 Marion Folsom เรียกร้องให้แก้ไขปัญหาระบบการดูแลรักษาที่แยกส่วน พัฒนาการระบบสุขภาพจากรากฐานที่ชุมชนให้ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัวเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและบูรณาการ^{6,7}

รายงานของ Miller, Willard และ Folsom นำไปสู่การฝึกอบรมแพทย์หลังปริญญาเป็นสาขาเฉพาะทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2512 โดยกำหนดให้ต้องมีกรทบทวนใบอนุญาต (recertification) ทุก 7 ปี เพื่อให้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง⁴ นับได้ว่าการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในทวีปอเมริกาเกิดขึ้นตามหลังการพัฒนาทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และปัญหาการดูแลที่แยกส่วน ต่างจากสหราชอาณาจักรที่การพัฒนาความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการพัฒนาวางรากฐานระบบสุขภาพที่การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ

รากฐานระบบสุขภาพสหราชอาณาจักร พัฒนาปฐมภูมิ ความสำเร็จหน้าวิทยาศาสตร์การแพทย์

สหราชอาณาจักรวางรากฐานของระบบสุขภาพจากพระราชบัญญัติการจัดบริการสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2489 (National Health Service: NHS Act 1946) กำหนดให้มีการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care) ที่ประชาชนทุกคนมีแพทย์ประจำตัว โดยแรกเริ่มมีแผนให้การจัดบริการปฐมภูมิเป็นการดำเนินการโดยภาครัฐ แต่แผนนี้ไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากแพทย์ต้องการมีอิสระในการทำงาน อยากรับบริการในรูปแบบของคลินิกเอกชนมากกว่าเป็นพนักงานของรัฐ โดยยินดีเป็นคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (primary care)⁸ การจัดบริการปฐมภูมิจึงเป็นการดำเนินงานโดยภาคเอกชนเป็นหลัก

การทำงานของแพทย์ทั่วไปในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้มีการรวมกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้ผ่านกิจกรรมวิชาการที่เรียนรู้จากกรณีศึกษา ซึ่งจัดโดย Dr. Keith Hodgkin ที่เป็นแพทย์ทั่วไป (general practice) และ Michael Balint นักจิตวิเคราะห์ (psychoanalyst)⁹ ที่ Tavistock clinic เกิดความรู้ใหม่ ๆ ทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่สะท้อนให้เห็นว่าการทำงานในบริบทปฐมภูมิใช้ความรู้และทักษะที่ต่างไปจากความรู้และทักษะที่เกิดจากการทำงานและการฝึกอบรมในโรงพยาบาล เกิดการรวมตัวเป็น The College of General Practitioners ปี พ.ศ. 2495 เพื่อพัฒนาวิชาการ การฝึกอบรม และการศึกษาวิจัยที่ต้องมีกระบวนการต่างจากการฝึกอบรมแบบเดิมที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยเป็นการก่อตั้งแบบลับเนื่องจากยังไม่ได้รับการยอมรับจาก The Royal College of Physicians⁸

การพัฒนาสุขภาพให้มีบริการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสำหรับประชาชนทุกคน เกิดขึ้นควบคู่กันไปกับพัฒนาการความก้าวหน้าวิทยาศาสตร์การแพทย์และการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาล ถึงแม้การจัดบริการปฐมภูมิประสบปัญหาต่าง ๆ ทั้งระบบการทำงาน การกระจายตัว และคุณภาพของบริการ ได้มีความพยายามในการแก้ปัญหาเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การออกกฎบัตรแพทย์ทั่วไป พ.ศ. 2508 (The GPs charter, 1965) เพื่อให้คุณค่าและสนับสนุนการทำงานปฐมภูมิ พัฒนาระบบการจ่ายค่า

ตอบแทนให้สะท้อนการทำงาน ทักษะ และประสบการณ์ พัฒนาเครือข่ายคลินิกปฐมภูมิเพื่อร่วมกันทำงานและปันทรัพยากร เชื่อมโยงคลินิกให้สามารถใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพสำหรับการจัดบริการปฐมภูมิ พัฒนาการฝึกอบรมหลังปริญญาสำหรับแพทย์ให้เข้มแข็งทัดเทียมกับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ

ปี พ.ศ. 2515 The College of General Practitioners ได้รับการยอมรับและปรับฐานะเป็น The Royal College of General Practitioners โดยทำหน้าที่ฝึกอบรมหลังปริญญาเพื่อการปฏิบัติงานปฐมภูมิ มีเนื้อหาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาการของมนุษย์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมวิทยา และการบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิ^{8,10-12} จะเห็นได้ว่าการพัฒนาระดับการฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวในสหราชอาณาจักรและสหรัฐอเมริกาเกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันและมีการเคลื่อนไหวระดับนานาชาติในระยะต่อมา

เวชศาสตร์ครอบครัว หัวใจของปฐมภูมิ ลดความเหลื่อมล้ำ และคำประกาศอัลมา อตา

การผลักดันให้คุณค่ากับงานของแพทย์ทั่วไป/แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมินี้เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ใกล้เคียงกันในประเทศตะวันตกหลาย ๆ ประเทศ ทั้งสหราชอาณาจักร แคนาดา เนเธอร์แลนด์ และสหรัฐอเมริกา นำไปสู่การรวมตัวของสถาบันวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับนานาชาติ เป็น World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine (WONCA) ใน ปี พ.ศ. 2515² เพื่อผลักดันให้เกิดการดูแลองค์รวม ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเสมอภาค คำนี้ถึงบริบทเฉพาะทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม สนับสนุนการฝึกอบรมและการศึกษาวิจัยสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว¹³

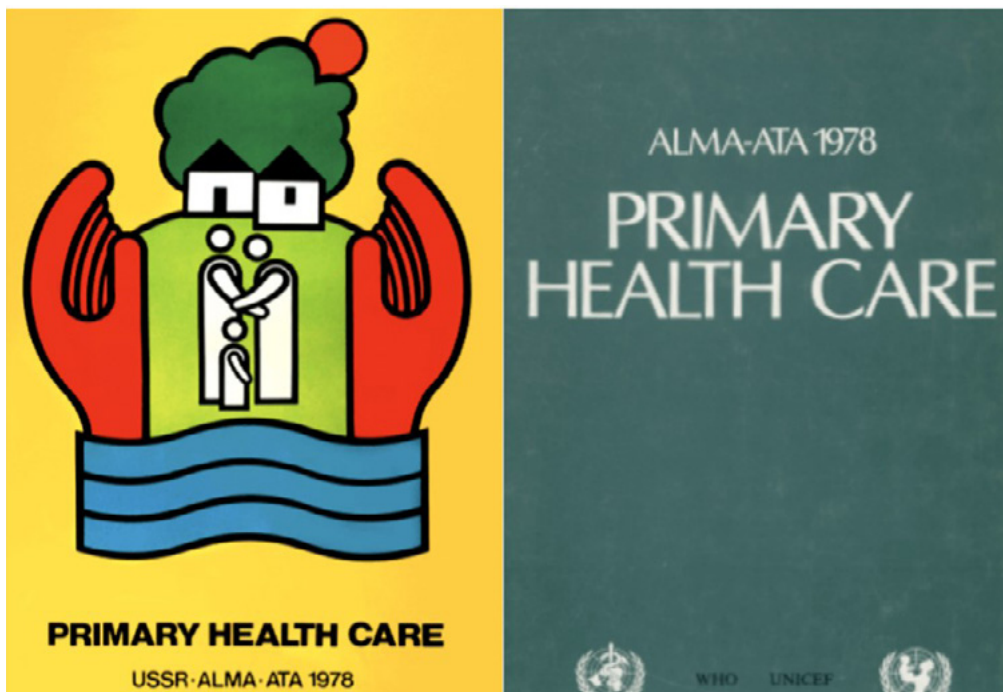
ในปี พ.ศ. 2521 องค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟจัดประชุม Primary Health Care (1978) ที่ นครอัลมาอตา สหภาพโซเวียต ที่ให้นิยามของ “สุขภาพ” ว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย

จิตใจ และสังคม ไม่เฉพาะการไม่มีโรคหรือความพิการเท่านั้น และถือเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน”^{14,15} เน้นให้เห็นสุขภาพที่มีมิติกว้างกว่าการรักษาโรค เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่าง ร่างกาย จิตใจ ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และถือเป็นความรับผิดชอบร่วมของทุกภาคส่วน การประชุมนี้เป็นการขับเคลื่อนสวนกระแสทุนนิยมที่เน้นการแพทย์ที่การรักษาโรคในโรงพยาบาลมีค่าใช้จ่ายสูง เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงเรียกร้องให้รัฐบาลของประเทศดำเนินการ Primary Health Care ที่เป็นรากฐานของระบบสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าผ่านหลักการ Primary Health Care โดยให้คำจำกัดความดังนี้

“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound, and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community by means acceptable to them and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in a spirit of self-reliance and self-

determination. It forms an integral part of both the country’s health system of which it is the central function and the main focus of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and the community with the national health system, bringing health care as close as possible to where people live and work and constitutes the first element of a continuing health care process.”¹⁴⁻¹⁶

เนื่องจาก Primary Health Care เป็นความหมายเชิงหลักการ หลังจากมีคำประกาศอัลมา อตา ประเทศต่าง ๆ ได้ดำเนินการไปตามบริบทที่แตกต่างกัน ประเทศที่พัฒนาแล้วเน้นการจัดบริการปฐมภูมิ เพื่อให้เป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ อยู่ใกล้ที่อาศัยหรือที่ทำงาน ให้การดูแลที่ต่อเนื่อง คำนึงถึงบุคคล ครอบครัว และชุมชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และการดูแลประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิต เชื่อมต่อกับบริการอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ ดังตัวอย่างการทำงานของ Barbara Starfield ที่ผลักดันพัฒนาการจั้ดบริการปฐมภูมิในประเทศสหรัฐอเมริกาหลังคำประกาศ อัลมา อตา ให้มีความสำคัญ



ภาพที่ 1. โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์การประชุมที่สหภาพโซเวียต และประกาศคำประกาศอัลมา อตา ในปี พ.ศ. 2521¹⁶

กับการจัดบริการด้านหน้าที่ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติเพื่อให้การดูแลที่เป็นองค์รวม การพัฒนาที่ครอบคลุมผสมผสานนี้ถูกเรียกว่า Comprehensive Primary Health Care ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนาเลือกดำเนินการเฉพาะบางส่วนที่ถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่มีค่าใช้จ่ายไม่สูงแต่มีประสิทธิผลคุ้มค่าที่เรียกว่า Selective Primary Health Care เช่น งานวัคซีน งานอนามัยแม่และเด็ก งานสุขภาพ^{17,18} ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในหลาย ๆ ประเทศที่ได้นำหลักการนี้มาใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพ

ประเทศไทยและความมุ่งมั่นในการพัฒนา ตามคำประกาศ อัลมา อตา

ประเทศไทยมุ่งมั่นดำเนินการ Primary Health Care โดยใช้คำภาษาไทยว่า การสาธารณสุขมูลฐาน^{19,20} เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ที่มีการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 และหลังการประชุมอัลมา อตา โครงการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติถูกบรรจุในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524) โดยดำเนินงานสาธารณสุข 8 ด้าน ได้แก่ สุขศึกษา โภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว สุขภิบาล และการจัดหาน้ำสะอาด วัคซีน การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อประจำถิ่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหาหายาที่จำเป็น^{21,22} และการขยายสถานอนามัยทุกตำบล ส่งผล ลดอัตราการเกิด การเสียชีวิตของทารก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ ภาวะขาดสารอาหาร การเกิดโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน²⁰⁻²³

ความก้าวหน้าทางการสาธารณสุข การแพทย์ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้ระบาดวิทยาและปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไป โดยมีอัตราตายที่เกิดจากวิถีชีวิตในสังคมทุนนิยมเพิ่มขึ้น ได้แก่ อุบัติเหตุ โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่า มลพิษในอากาศ แหล่งน้ำและดิน สภาพครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ชุมชนเมืองขยายขึ้น ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และสังคมที่ความรุนแรง ในขณะที่การรักษาพยาบาลมี

ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ สะท้อนปัญหาประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ทำให้เกิดความเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลง^{24,25} ในปี พ.ศ. 2533 มีโครงการประกันสังคมพัฒนาระบบที่สร้างความยั่งยืนทางการเงิน โดยจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลแบบเหมาจ่ายรายหัว²⁵ และมีพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ พ.ศ. 2535 เพื่อทำหน้าที่ในการศึกษา ค้นคว้า วิจัยองค์ความรู้สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพ ให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ²⁴

นอกจากนี้แล้วยังมีการดำเนินงานโครงการอยุธยาปี พ.ศ. 2532-2538 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมเพิ่มการเข้าถึงบริการที่ใกล้ชิดชุมชน เกิดการเรียนรู้ความหมายของการทำงาน เวชปฏิบัติปฐมภูมิที่ลึกซึ้งกว่า การทำเวชปฏิบัติปฐมภูมิไม่ใช่เพียงการมีความรู้กว้างสามารถรักษาโรคทั่วไปได้หลากหลาย หากยังเป็นความรู้เชิงลึกในเรื่องความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแพทย์และคนในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจในมิติของครอบครัวและบริบทพื้นที่ซึ่งมีผลต่อสุขภาพ เป็นแพทย์ของคนไข้ แพทย์ของครอบครัว และแพทย์ของชุมชน เกิดความเข้าใจในความหมายของคำว่า เวชศาสตร์ครอบครัวดังที่ใช้ในต่างประเทศ^{27,28}

โครงการอยุธยานำไปสู่โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพประเทศไทย ที่เริ่มดำเนินการ ปี พ.ศ. 2540 เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เท่าเทียม มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อสังคม โดยจัดบริการปฐมภูมิที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง²⁵⁻²⁸ หลักสูตรฝึกอบรมหลังปริญญาสาขาเวชศาสตร์ทั่วไปได้ปรับเป็นสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปี พ.ศ. 2541 เพิ่มเนื้อหาความรู้และทักษะการดูแลเฉพาะบุคคลที่ต้องอาศัยการบูรณาการเป็นองค์รวม สอดคล้องกับหลักการปฐมภูมิ และเป็นการให้คุณค่ากับวิชาชีพ และมีการก่อตั้งวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2542 ซึ่งพัฒนาเป็นราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2548^{26,30,31} งานวิจัยภายใต้แผนงานสถาบันวิจัยระบบสุขภาพปี พ.ศ. 2542-2544 ถูกกำหนดให้เป็นการวิจัยเพื่อผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพโดยมีปรัชญา “สร้างสุขภาพที่เป็นองค์รวมเชิงรุก

เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมสร้างสุขภาพดีถ้วนหน้า”²³ ในช่วงเวลานี้ได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองท้องถิ่น พ.ศ. 2542^{32,33} และพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545^{26,34}

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้ประชาชนขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงบริการสุขภาพ และกำหนดกลไกการเงินให้มีหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit of Primary Care) ร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อสร้างความร่วมมือและใช้ทรัพยากรร่วมกัน^{27,34-37} ในต่างจังหวัดหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนใหญ่เป็นสถานีนามัยซึ่งมีศักยภาพในด้านการสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่อยู่แล้ว แต่จะต้องเพิ่มศักยภาพในด้านการรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุม จึงเพิ่มพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อเสริมศักยภาพการดูแลรักษา ทำงานเชื่อมต่อกับโรงพยาบาลซึ่งมีบทบาทเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาเพื่อการจัดบริการปฐมภูมิ

ทั้งนี้กรุงเทพมหานครมีการบริหารจัดการที่ต่างออกไป กล่าวคือหน่วยบริการปฐมภูมิและคู่สัญญามาจากทั้งภาครัฐและเอกชน ภาครัฐ มีศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ในขณะที่ภาคเอกชนมีการพัฒนาคลินิกเอกชนให้เป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นมากกว่า 200 แห่ง เพื่อการจัดบริการปฐมภูมิที่ครอบคลุมสำหรับประชากรในพื้นที่ โดยที่คลินิกชุมชนอบอุ่นถูกกำหนดให้มีแพทย์ปฏิบัติประจำที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา 1 คนต่อประชากรที่รับผิดชอบ 10,000 คน และสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาที่สามารถบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวได้ อย่างไรก็ตามข้อกำหนดให้มีแพทย์ประจำเต็มเวลาทำการเพื่อการปฏิบัติงานจริงที่ปฐมภูมินั้นไม่ได้ถูกบังคับใช้สำหรับการจัดบริการปฐมภูมิในภาครัฐ³⁸⁻⁴⁰

การพัฒนากระบวนการสุขภาพทำให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างสถานีนามัยและโรงพยาบาลของอำเภอต่าง ๆ พัฒนาเป็นเครือข่ายและมีการพัฒนาศักยภาพผ่านโครงการต่าง ๆ ในช่วง ปี พ.ศ. 2557 เช่น โครงการเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) และการพัฒนาศักยภาพแพทย์ที่ยังไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว

ให้มีทักษะเวชศาสตร์ครอบครัว โดยฝึกอบรมไปพร้อม ๆ กับการทำงานปฐมภูมิเรียนรู้จากปัญหาในบริบทที่ทำงาน (Family Practice Based Learning) ดำเนินการผ่านศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวภูมิภาคต่าง ๆ⁴¹ โครงการเหล่านี้นำไปสู่การปรับการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จากเดิมที่มีการฝึกอบรมเฉพาะในสถาบันฝึกอบรมที่เป็นมหาวิทยาลัยหรือโรงพยาบาลศูนย์ ให้มีการฝึกอบรมในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่เชื่อมกับสถาบันฝึกอบรม (In-service training/Community Based Training)⁴²

ทั้งนี้ระบบสุขภาพปฐมภูมิพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะในต่างจังหวัด สถานีนามัยเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2551 ได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านโครงสร้างสถานที่และเครื่องมือสำหรับการตรวจรักษา และมีการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการ⁴³ การจัดระบบเพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาต่อเป็นคลินิกหมอครอบครัว⁴⁴ การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์และสหวิชาชีพและภาคส่วนอื่น ๆ ในชุมชน เป็นเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมีคุณภาพชีวิตที่ดีสุดท้ายมีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561^{45,46} และมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562⁴⁷ ที่กำหนดให้มีการจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

จากประสบการณ์ตลอดยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวส่วนใหญ่ทำงานประจำโรงพยาบาล ให้บริการสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้นำในทีมพัฒนาศักยภาพของทีมผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการทำงาน ดำเนินงานศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิระดับเขต⁴⁸⁻⁵² การพัฒนาศักยภาพพยาบาลเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวเกิดขึ้นตั้งแต่การดำเนินงานโครงการอยุธยาที่มีการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไม่มีแพทย์แต่ให้บริการโดยพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพและมีแพทย์เป็นที่เลี้ยงซึ่งพบว่าได้ผลลัพธ์ดี²⁷ เนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัว

ยังถูกขยายผลไปสู่ทันตแพทย์และเภสัชกร⁵¹⁻⁵⁵ นอกจากนี้ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นสถาบันผลิตแพทย์ ได้มีส่วนผลักดันให้มีเนื้อหาเวชศาสตร์ครอบครัวในหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต⁴⁸

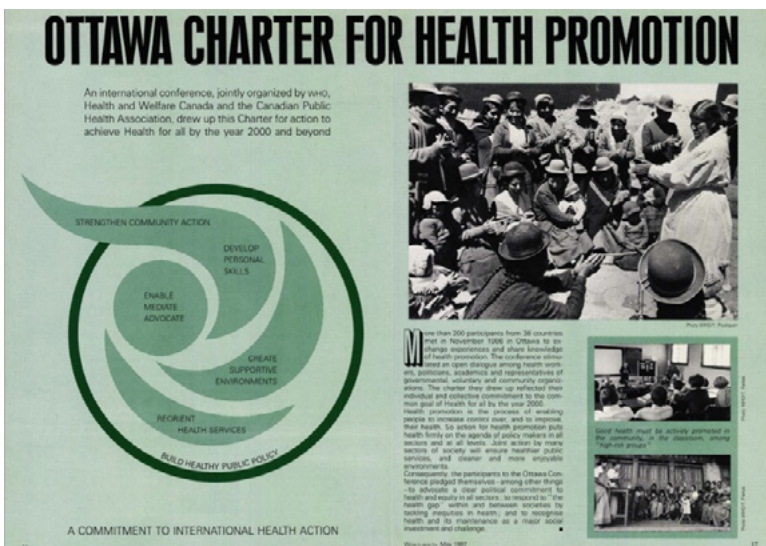
นอกจากนี้แล้วการฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวยังทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเกิดความสนใจในการเรียนรู้ด้านจิตบำบัดแนวซาเทียร์ จิตปัญญาศึกษา และนพลักษณ์ เพื่อนำมาใช้ทำความเข้าใจผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อนมนุษย์ สามารถทำงานกับผู้อื่นอย่างมีความสุข⁵⁶ รวมทั้งมีการพัฒนาวิชาการและการศึกษาวิจัยจากการทำงานในพื้นที่เพื่อให้การดูแลจากปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องผสมผสานความรู้และทักษะการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคที่ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลต่อเนื่อง รวมไปถึงการดูแลผู้พิการที่บ้านที่ต้องมีการดูแลระยะยาว ต้องการความช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพและการสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ และการดูแลระดับประคองที่ต้องร่วมกับทีมในการจัดบริการสุขภาพให้เหมาะกับบริบท วัฒนธรรม ทรัพยากร และพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่จำเป็นต้องเชื่อมต่อภาคส่วนต่าง ๆ นอกจากนี้ด้านสาธารณสุข^{48,49} การพัฒนาเหล่านี้ก่อให้เกิดก้าวหน้าทางวิชาการ สังคมประสพการณ์ที่มีความเชี่ยวชาญในบริบทต่าง ๆ มีการฝึกอบรมหลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวการดูแลประคับประคอง⁵⁷ และหลักสูตรประกาศนียบัตรในวิชาชีพด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ⁵⁸

ทั้งนี้ถึงแม้จะมีการพัฒนาด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องในช่วงยี่สิบกว่าปีนับแต่มีการปฏิรูประบบสุขภาพ การเติบโตของงานปฐมภูมิยังเป็นไปอย่างมีข้อจำกัด เช่นเดียวกับหลาย ๆ ประเทศทั่วโลก ดังนั้นการทบทวนการพัฒนา Primary Health Care และการออกคำประกาศแอสทานา ปี พ.ศ. 2561 ที่สะท้อนถึงเจตนารมณ์ของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวมจะช่วยให้เราได้ทบทวนถึงระบบสุขภาพไทยอย่างลึกซึ้งและเห็นประเด็นที่จำเป็นต้องพัฒนาต่อไปได้ชัดเจนขึ้น

ทบทวนการพัฒนา Primary Health Care และ คำประกาศแอสทานา ปี พ.ศ. 2561

คำประกาศ อัลมา อตา ที่เรียกร้องให้พัฒนาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการออกกฎบัตรรอดตาวาที่ตอกย้ำถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ทุกภาคส่วนจะต้องมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า (ภาพที่ 2)⁵⁹ ส่งผลให้การพัฒนาด้านการสาธารณสุข (Public Health) และการพัฒนาสุขภาพชุมชน (Community Health) มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมากทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา^{7,16-17}

ประเทศที่มีรายได้ต่อประชากรสูงพัฒนาให้มีการดูแลสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม (Comprehensive Primary Health Care) ให้ความสำคัญกับการจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ควบคู่ไปกับพัฒนาการสาธารณสุข



ภาพที่ 2. กฎบัตรรอดตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2529⁵⁹

(Public Health) มีการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลต่อปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ (Social Determinant of health; SDH) ส่งผลในวงกว้าง สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามพบว่าการพัฒนาในหลาย ๆ ประเทศที่พัฒนาในแนวทางนี้ยังขาดการเชื่อมประสานงานระหว่างการจัดบริการปฐมภูมิและการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดการบูรณาการต่อไปในอนาคต

ในขณะที่ประเทศที่มีรายได้ต่อประชากรต่ำถึงปานกลางเลือกที่จะพัฒนาการสาธารณสุขเพื่อจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชน (Selective Primary Health Care) ซึ่งมีส่วนช่วยประชากรสุขภาพดีขึ้นในหลาย ๆ ด้าน อย่างไรก็ตามการพัฒนาในลักษณะของแผนงานสาธารณสุขในแนวคิดนี้ ไม่ทำให้เกิดการดูแลอย่างครอบคลุมและบูรณาการ จึงไม่เพียงพอสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุม นอกจากนี้แล้วพบว่าความก้าวหน้าทางการสาธารณสุขที่ถูกพัฒนาในเชิงลึก ทำให้แผนงานสาธารณสุขแยกย่อยรายโรคเกิดการดำเนินงานแบบแยกส่วน ซึ่งต้องพัฒนาให้บูรณาการ^{16-17,60-62}

ปัญหาสำคัญเหล่านี้นำไปสู่ การประชุมที่ Astana ประเทศ Kazakhstan พ.ศ. 2561 และคำประกาศอาศทานา ที่เรียกร้องให้ทุกประเทศให้ความสำคัญกับ Comprehensive Primary Health Care เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างระบบที่มีประสิทธิภาพสูง ยุติธรรม เท่าเทียม นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยการจัดบริการปฐมภูมิ เพื่อให้มีการดูแลที่ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ประคับประคอง และการดำเนินงานสาธารณสุขสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน โดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติ เพื่อบูรณาการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม

ทั้งนี้กลไกในการพัฒนาที่ประกอบด้วย การสร้างความรู้บนฐานวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ที่ทำให้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม พัฒนาศักยภาพทรัพยากรบุคคล และมีนโยบายที่เอื้อให้บุคลากร

ปฐมภูมิมีความสุข คงอยู่ในระบบบริการ มีทีมสหสาขาวิชาชีพและความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีความรู้ทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน นำเทคโนโลยีมาใช้เพิ่มการเข้าถึงบริการ ใช้ระบบข้อมูลเพื่อพัฒนาต่อยอดเพิ่มคุณภาพการดูแลและการเชื่อมต่อบริการ และต้องมีระบบการเงินการคลังที่เอื้อต่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีระบบสนับสนุนการหาความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ทุกภาคส่วนทั้งรัฐ เอกชน และประชาสังคมรับผิดชอบร่วมกันในการพัฒนาเป็นเจ้าของระบบสุขภาพ เพื่อสร้างสังคมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี⁶³⁻⁶⁵

พัฒนาการของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ยาวนานได้ทำให้ความหมายของคำว่า Primary Health Care ชัดเจนขึ้น โดยองค์การอนามัยโลกได้สรุปความหมายของ Primary Health Care ดังภาพที่ 3^{65,66}

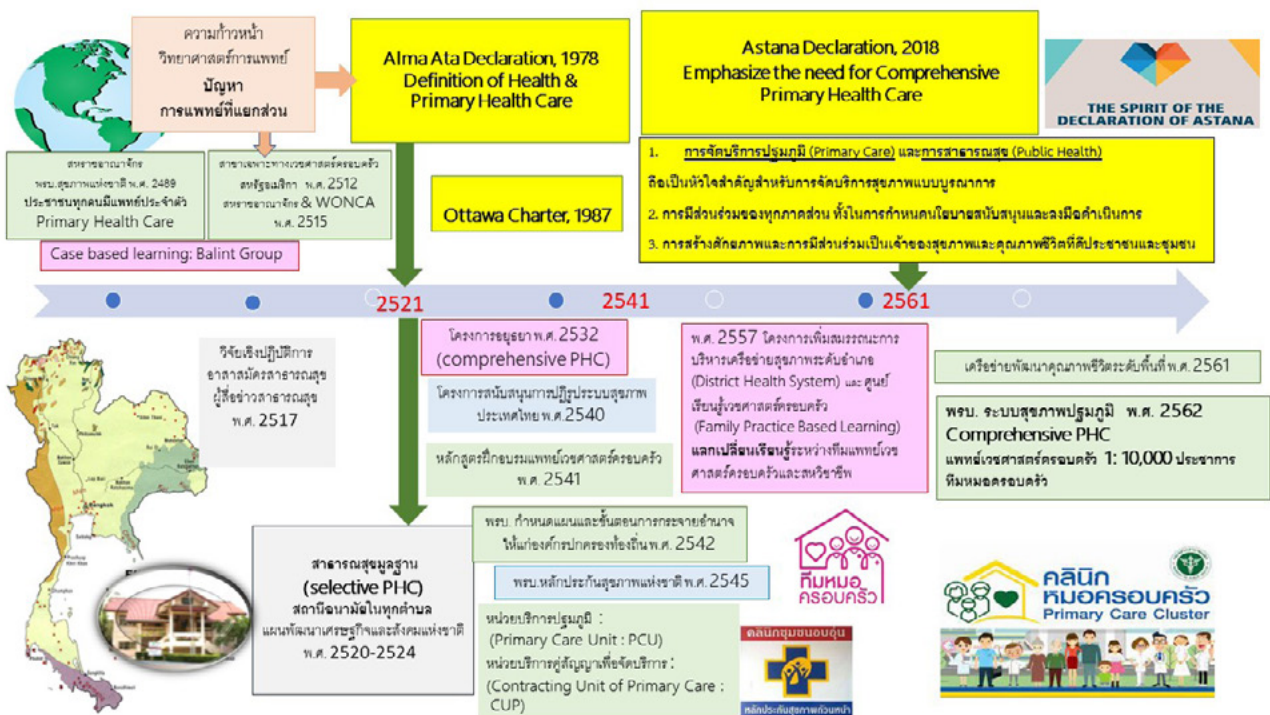
Primary Health Care คือ การที่ทุกส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเท่าเทียม (a whole society approach) ผ่านองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ

1. การจัดบริการปฐมภูมิ และการสาธารณสุขที่จำเป็นและถือเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการบูรณาการบริการสุขภาพ
2. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในการกำหนดนโยบายสนับสนุนและลงมือดำเนินการ
3. การให้อำนาจหรือการเสริมพลังประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี^{65,66}

นอกจากคำว่า Primary Health Care แล้ว มีคำหลาย ๆ คำที่ใช้บ่อยในเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องการคำอธิบายขยายความ ทำให้มีการตีความต่าง ๆ กันไปตามความเข้าใจส่วนตัว ผู้เขียนจึงได้รวบรวมนิยามของคำที่เกี่ยวข้องไว้ในตารางที่ 1 เพื่อประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจทางวิชาการและนำไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศต่อไป



ภาพที่ 3. องค์ประกอบ 3 ส่วนในความหมายของ Primary Health Care



ภาพที่ 4. พัฒนาการเวชศาสตร์ครอบครัวและการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจากอดีตสู่ปัจจุบัน

บทวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

การพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิเกิดขึ้นมาควบคู่กันทั้งในระดับนานาชาติและในประเทศไทย (ภาพที่ 4) ทั้งนี้มีหลาย ๆ ประเด็นที่ประเทศไทยสามารถพัฒนาได้อย่างเข้มแข็ง ในขณะที่ยัง

คงมีช่องว่างที่ยังเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาต่อในอนาคต จุดแข็งคือหลังคำประกาศอัลมา อตา ประเทศไทยเริ่มต้นการพัฒนาผ่านการสาธารณสุขมูลฐานที่ได้สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนของประเทศไทย เมื่อระบอดวิทายของปัญหาสุขภาพเปลี่ยนไป ประเทศไทยก้าวสู่การพัฒนาการจัดการจัดบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการ

ตารางที่ 1. คำนิยามคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

คำศัพท์	นิยาม
เวชศาสตร์ครอบครัว (Family medicine)	ศาสตร์ของการดูแลองค์รวม มีต้นกำเนิดจากการทำงานของแพทย์ในการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ที่ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง โดยบูรณาการเชื่อมความสัมพันธ์ของเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีภายในร่างกายในระดับโมเลกุลกับจิตใจ บริบทของครอบครัว ชุมชน สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การดูแลที่มีความเฉพาะกับบุคคลและบริบท นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงเป็นศาสตร์ที่ผสมบูรณาการความรู้ทางการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาามนุษยวิทยา และการจัดบริการสุขภาพ ^{7,8,67,68}
การดูแลองค์รวม (Holistic Care)	การดูแลที่คำนึงถึงบุคคลที่มีมิติทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีเกี่ยวเนื่องกัน มากกว่าการดูแลเพียงเฉพาะโรคหรืออาการจากโรค ⁶⁶
การดูแลที่ครอบคลุม (Comprehensive Care)	ขอบเขตของการบริการที่ครอบคลุมในมิติที่จำเป็นสำหรับการดูแลที่ผสมผสานการดูแลทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลประคับประคอง ซึ่งการดูแลในหลาย ๆ ครั้งยังครอบคลุมไปถึงการดูแลทางด้านสังคม โดยเฉพาะการดูแลสำหรับกรณีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะยาวที่บ้าน ⁶⁶
การดูแลปฐมภูมิ การจัดบริการปฐมภูมิ การแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care)	การจัดบริการเป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการในระบบสุขภาพ (first-contact, accessible) ให้การดูแลที่คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient focused care) ในการให้การดูแลที่ต่อเนื่อง (continuity of care) ครอบคลุมการดูแล (comprehensive care) ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และการดูแลประคับประคองระยะสุดท้ายของชีวิต และประสาน (coordinated care) เชื่อมต่อกับบริการอื่น ๆ ในระบบสุขภาพ ⁶⁶
การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care)	“การที่ทุกส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างเท่าเทียม ผ่านองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ 1. การจัดบริการปฐมภูมิ (primary care) และการสาธารณสุข (Public Health) ที่จำเป็น และถือเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการบูรณาการบริการสุขภาพ 2. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในการกำหนดนโยบายสนับสนุนและลงมือดำเนินการ 3. การให้อำนาจหรือการเสริมศักยภาพกับประชาชนและชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี” ⁶
บริการสุขภาพปฐมภูมิ (พระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562)	“บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมาย ดูแลสุขภาพของบุคคลในเขตพื้นที่รับผิดชอบในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งเชื่อมโยงกับครอบครัว ชุมชน และบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ” ⁴⁷
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562)	“กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ” ⁴⁷
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว Family Physician	“แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว” ⁴⁷
แพทย์ที่ให้บริการปฐมภูมิ Primary Care Physician	แพทย์ที่ทำงานบริการปฐมภูมิซึ่งเป็นด่านแรกของการเข้าถึงระบบสุขภาพ ที่ผู้รับบริการมาด้วยปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย อาการอาจจะไม่ชัดเจน เพราะเป็นอาการระยะแรกของโรค จึงต้องอาศัยการติดตามต่อเนื่อง
ผู้ปฏิบัติเวชปฏิบัติครอบครัว Family Practitioner	ผู้ปฏิบัติเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งให้การดูแลที่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นระยะแรกของโรค ต้องอาศัยการสังเกตติดตามอาการ โดยให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ต่อเนื่อง คำนึงถึงบุคคล บริบทของครอบครัวและชุมชน โดยให้บริการสำหรับทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งผู้ทำเวชปฏิบัติครอบครัว อาจจะเป็นแพทย์ทั่วไปที่จบแพทยศาสตรบัณฑิต หรือแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสุขภาพวิชาชีพอื่น ๆ ซึ่งทำงานในการให้การดูแลเวชปฏิบัติครอบครัว ⁶⁷

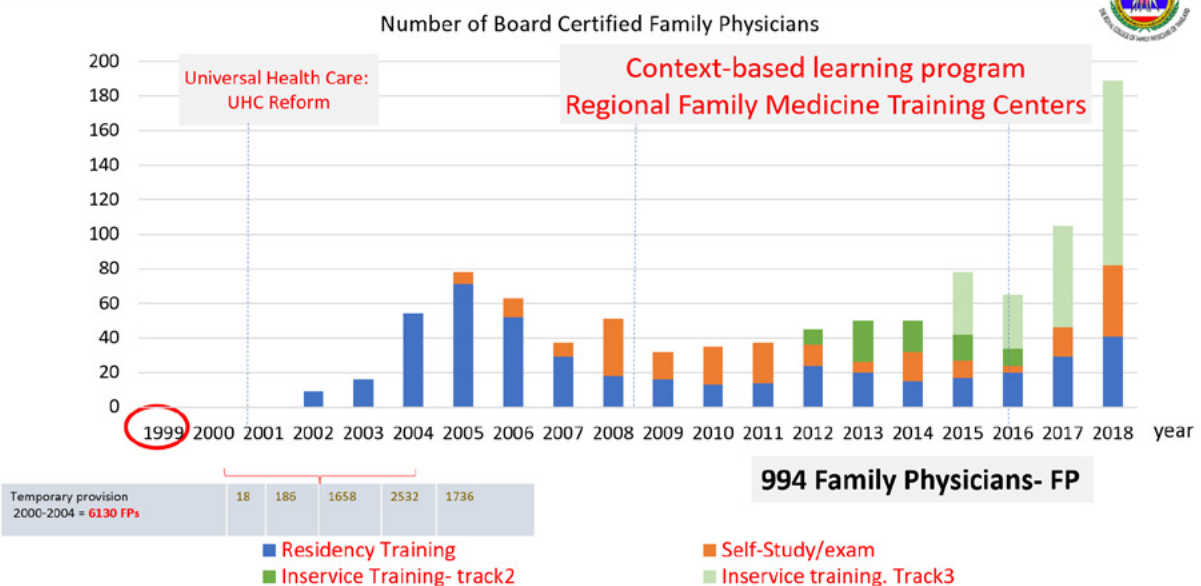
ที่ครอบคลุมเป็นรากฐานสำหรับหลักประกันสุขภาพตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งการพัฒนาหลักประกันสุขภาพมีสำนักงานและโครงสร้างการทำงานที่สนับสนุนการพัฒนา มีความก้าวหน้าได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ^{69,70}

อย่างไรก็ตามการพัฒนาการจัดการจัดบริการปฐมภูมิที่มีจุดเริ่มต้นพร้อมกับการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติการสนับสนุน เมื่อเทียบกับการเติบโตของด้านการเงินและความก้าวหน้าเรื่องการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ รวมทั้งการขยายเพิ่มจำนวนและขนาดของโรงพยาบาลในช่วงยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมา และถึงแม้จะมีการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 นโยบายการการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระยะเริ่มต้นเน้นการเพิ่มจำนวนในระยะสั้นเพื่อเป็นผลงานของผู้บริหารนโยบายสาธารณสุขโดยขาดการ

คำนึงถึงคุณภาพ ส่งผลลดทอนคุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัวและลดความสนใจในการฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว^{48,71} (ภาพที่ 5)

จุดอ่อนประการต่อมาคือ การพัฒนาบริการปฐมภูมิเน้นการจัดการบริการภาครัฐ ในขณะที่รัฐประสบปัญหาอัตรากำลังของบุคลากรทางสุขภาพมาอย่างต่อเนื่องถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนาระบบปฐมภูมิจะทำให้เกิดเครือข่ายสุขภาพและรูปแบบการทำงานระหว่างสหวิชาชีพและภาคส่วนต่าง ๆ เกิดการดูแลองค์รวมและการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม การจัดการบริการปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่ยังเป็นรูปแบบการตรวจผู้ป่วยนอกที่จำนวนคนไข้ที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ไม่สามารถให้การดูแลที่เป็นองค์รวม โดยเฉพาะในสวนที่เป็นหน่วยปฐมภูมิของโรงพยาบาล นอกจากนี้ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นในหน่วยบริการปฐมภูมิในขณะที่อัตราบุคลากรไม่ได้เพิ่มตามกันไป ส่งผลในการลดคุณภาพ

Thailand : Family Medicine-- Board Certification



ภาพที่ 5. จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวผ่านการฝึกอบรมและสอบวุฒิบัตร/อนุมัติบัตร

(คำอธิบายภาพ: จำนวนแพทย์ที่สนใจฝึกอบรมหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านที่ต้องลาเรียนเพื่อฝึกอบรมเต็มเวลา (สี่ห้า) ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นในยุคสมัยของการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่จำนวนแพทย์ที่สนใจฝึกอบรมลดลงเมื่อมีนโยบายที่พยายามเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมากโดยไม่คำนึงถึงคุณภาพ (Temporary provision) สะท้อนจากจำนวนผู้ที่จบหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 (ค.ศ.2006) หลังจากมีการรับรองผู้จบอนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมากระหว่าง ปี พ.ศ. 2543- 2547 (ค.ศ. 2000-2004) 6130 คน และจำนวนผู้สนใจหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวลดลงอีกครั้งในช่วงปี พ.ศ. 2559 (ค.ศ. 2013) หลังจากมีการเร่งรับแพทย์ที่เพิ่งจบแพทย์ศาสตร์บัณฑิตและอยู่ระหว่างการใช้ทุนปีแรกได้เข้าสู่กระบวนการฝึกอบรมทันที (Inservice training track 2) นำเสนอในเวที 2nd ASEAN Conference for Family Medicine Educators, Building Bridge Across Borders in Family Medicine Education, 2018 The Philippines และ WONCA ASIA Pacific Region, Kyoto, Japan 2019)

ของงานส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคที่สถานีอนามัยเคยทำได้^{49,72} รวมทั้งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังขาดการสนับสนุนอย่างเพียงพอเพื่อให้ได้ทำงานที่จะเห็นถึงคุณค่าและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ มีผลต่อการคงอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิในภาครัฐ⁷³

ทั้งนี้ในระบบสุขภาพ การให้บริการในระดับปฐมภูมิโดยส่วนใหญ่เกิดที่คลินิกเอกชนและหน่วยบริการในชุมชน ซึ่งโดยส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกบูรณาการให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และถึงแม้จะมีการพัฒนาการดำเนินงานภาคเอกชนจากตัวอย่างการดำเนินการคลินิกชุมชนอบอุ่นในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ โดยสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินงานในส่วนนี้ยังขาดการพัฒนาศักยภาพและการสนับสนุนกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มคุณภาพและมาตรฐานการบริการ รวมทั้งยังขาดระบบการพัฒนาให้เกิดความก้าวหน้าทางวิชาการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากบริบทปฐมภูมิอย่างแท้จริง^{38,48,74}

จุดอ่อนเหล่านี้คือโอกาสการพัฒนาให้ดีขึ้น กล่าวคือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งรัฐ เอกชน และประชาชน^{63,66} การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญที่จะทำให้เกิดการพัฒนาให้สอดคล้องกับทรัพยากร และพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันอย่างเป็นรูปธรรม⁷⁵ ทั้งนี้จำเป็นต้องมีการลงทุนด้านงบประมาณและโครงสร้างเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ จำเป็นต้องมีพัฒนาให้เกิดรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทำงานเต็มเวลาในบริบทปฐมภูมิ เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการเรียนรู้ของนักเรียนแพทย์ และต้องมีระบบที่สร้างความเข้มแข็งทางวิชาการผ่านการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ และภาคส่วนต่าง ๆ ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน^{76,77} ควบคู่กับการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบบริการผลลัพธ์และองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่เกิดขึ้นจะเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณค่าปฐมภูมิอย่างแท้จริง^{78,79}

กล่าวโดยสรุป ประวัติศาสตร์และพัฒนาการของระบบสุขภาพสะท้อนให้เห็นถึงความพยายามพัฒนาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความสมดุล จากการพัฒนาที่เน้นความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์การรักษาเฉพาะทางไปสู่การดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวม ผ่านการฝึกอบรมสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว และการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ดังปรากฏในคำประกาศอัลมา อตา และคำประกาศแอสทานา การทบทวนทำความเข้าใจวิวัฒนาการเหล่านี้จะช่วยให้เห็นประเด็นสำคัญที่รอการปฏิรูปต่อไปเพื่อให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิเป็นที่พึงของประชาชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Bulletin Number four [Internet]. 1910. [cited 2022 May 22]. Available from: http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf.
2. McWhinney I, Freeman T. Textbook of family medicine. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
3. Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. Yale J Biol Med. 2011;84:269-76.
4. Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery. [Internet]; University of California San Diego, Department of Family and Preventive Medicine. [cited 2022 May 22]. Available from: <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfham/FMImpactGutierrezScheid.pdf>.
5. Millis JS. The graduate education of physicians. The Report of the citizen commission on graduate medical education [Internet]; Chicago: Council on Medical Education American Association; 1966. [cited 2022 May 22]. Available from: <https://www.aafpfoundation.org/content/dam/foundation/documents/who-we-are/cfham/classicsfamilymedicine/GraduateEducationofPhysicians.pdf>.
6. Cogswell B, Sussman B. Family Medicine, a new approach to health care (Marriage & family review, ISSN 0149-4929; v.4, no.1/2). New York: Routledge [Internet]; 2013. [cited 2022 May 22]. Available from: <https://books.google.co.th/books?id=6R0iAwAAQBAJ&pg=PA114&lpg=PA114&dq=millis+report+1966+and+willard+report+1966&source=bl&o>

- ts=Ye0dvLsQ-X&sig=ACfU3U14mq0LHEXkETMid-itxZZQHeuc_Qw&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwjsqNKcyIH4AhV9SGwGHegoAZgQ6AF6BAgZEAM#v=onepage&q=millis%20report%201966%20and%20wilder%20report%201966&f=false.
7. Folsom Group. Communities of solution: the Folsom Report revisited [published correction appears in *Ann Fam Med*. 2012 Jul-Aug;10(4):365]. *Ann Fam Med*. 2012;10:250-60. doi:10.1370/afm.1350
 8. Geoffrey Rivett. The history of NHS. [Internet]. Nuffield Trust. [cited 2022 May 29]. Available from: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/health-and-social-care-explained/the-history-of-the-nhs>.
 9. Scheingold L. A Balint Seminar in Family Practice Residency Setting. *Journal of Family Practice* 1980; 10:267-70.
 10. Goodwin N, Dixon A, Poole T, Raleigh V. Improving the quality of care in general practice: Report of an independent inquiry commissioned by The King's Fund [Internet]. London: The King's Fund; 2011 [cited 2022 May 28]. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/improving-quality-of-care-general-practice-independent-inquiry-report-kings-fund-march-2011_0.pdf.
 11. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner—learning and teaching. *J R Coll Gen Pract*. 1972;22(122):581-2. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2156233/pdf/jroyalcgprac00249-0013.pdf>.
 12. Neasham J. General practice observed. *Br Med J*. 1972;4(5834):237-8.
 13. WONCA council. The World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians Bylaws. 2021. [cited 2022 May 28]. Available from: [https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/aboutWonca/Bylaws%20November%202021%20\[FINAL\].pdf](https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/aboutWonca/Bylaws%20November%202021%20[FINAL].pdf).
 14. World Health Organization. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR [Internet]. Geneva: World Health Organization and United Nation Childrens Fund; 1978. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf>.
 15. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมาย และความเชื่อมโยง.วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2552;1:11-5.
 16. Meir BM, Suenik M, Dhat R, Gostin LO. Alma-Ata at 40: A milestone in the evolution of the right to health and enduring legacy for human rights in global health. *Health and Human Rights journal* [Internet]. 2008. [cited 2022 June 11]. Available from: [Availhttps://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-a-milestone-in-the-evolution-of-the-right-to-health-and-an-enduring-legacy-for-human-rights-in-global-health/](https://www.hhrjournal.org/2018/09/alma-ata-at-40-a-milestone-in-the-evolution-of-the-right-to-health-and-an-enduring-legacy-for-human-rights-in-global-health/).
 17. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 2008;336(7643):536-8. doi:10.1136/bmj.39469.432118.AD.
 18. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 3): e001188. doi:10.1136/bmjgh-2018-001188.
 19. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์,พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. ทิศทางสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักพิมพ์วันดีคืนดี; 2552. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2320/hs1546.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
 20. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. วิวัฒนาการ การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - พ.ศ. 2557). [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักองค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2557. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-thai.pdf.
 21. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. สาธารณสุขมูลฐาน บริการปฐมภูมิ กับสุขภาพชุมชน บทเรียน ความท้าทายและบริบทใหม่ของงานสุขภาพภาคประชาชน. [อินเทอร์เน็ต]. งานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2837/policy%20paper_Komatra.pdf?sequence=2&isAllowed=y.
 22. Alliance of Health Policy and System Research SCI. World Health Organization. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Thailand. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Internet]. [cited 2022 May 22]. Available from: <https://apo.who.int/publications/item/primasys-abridged-case-study-from-thailand-World>.
 23. World Health Organization. Country case studies on primary health care: Thailand: the development of primary health care. [Internet]. 2018 [cited 2022 May 28]. Available from: World Health Organization. 2018). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326246>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 24. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2542-2544. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1

- มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2662/hsri-annual-2542-2544.pdf?sequence=2>.
25. Kachondham Y, Chunharas S. At the crossroads: challenges for Thailand's health development. *Health Policy and Planning* 1993;8:208-216. <https://doi.org/10.1093/heapol/8.3.208>.
 26. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/page/history>.
 27. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. ยกปฐมภูมิก่อนนอกโรงพยาบาลจุดตามจัดการพัฒนาบริการปฐมภูมิในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. โครงการสนับสนุนการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. 2550. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://somed1.tripod.com/1177.pdf>.
 28. Pongsupap Y. People Centred Primary Care. The Case of a demonstration health center in Thailand. [Internet]. 2001; European Union Fund. [Internet]. [cited 2022 May 4]. Available from: <https://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/HealthCareReform/HCRP%20Demonstraion%20HC%20Ayut-thaya%20Project.pdf>.
 29. Health Care Reform Office, Ministry of Public Health. Thailand's Health Care Reform Project, 1996-2001, final report. [Internet]. 2001. European Union Fund. [cited 2022 May 4]. Available from: <https://eng.nhso.go.th/assets/portals/1/files/HealthCareReform/HCRP%20%20Phase1%20Final%20Report.pdf>.
 30. สุพัตรา ศิริวิชชากร, สมจิต พงกษริตานนท์. 20 ปี เวชศาสตร์ครอบครัวไทย. [อินเทอร์เน็ต]. จดหมายข่าว. สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaigpfm.org/%E0%B8%88%E0%B8%94%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%82%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%A7/20-%E0%B8%9B%E0%B8%B5-%E0%B9%81%E0%B8%9E%E0%B8%97%E0%B8%A2%E0%B9%8C%E0%B9%80%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%A8%E0%B8%B2%E0%B8%AA%E0%B8%95%E0%B8%A3%E0%B9%8C%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%84/>
 31. Williams RL, Henley E, Prueksaritanond S, Aramratana A. Family practice in Thailand: will it work? *J Am Board Fam Pract*. 2002;15:73-6.
 32. การปฏิรูประบบสุขภาพและการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ. ใน: สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, การสาธารณสุขไทย 2544-2547. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-12-13--479.pdf.
 33. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2542/A/114/48.PDF>.
 34. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://nih.dmsc.moph.go.th/law/pdf/031.pdf>.
 35. สำเร็จ แหียงกระโทก. การดำเนินงานตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit = PCU) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://med-info2.psu.ac.th/commed/activity/year2/a10pcu.pdf>.
 36. สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. การบริหารจัดการเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: นโม่ พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2550. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/2537/hs1569.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
 37. สำนักสนับสนุนคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ. สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ 2559. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://kpo.moph.go.th/webkpo/Manual-kpsj/Self-assessment.pdf>.
 38. สุรินทร์ กุ้เจริญประสิทธิ์, พรเทพ ศิริวรารังสรรค์. การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 2561;8:182-90.
 39. สุพัตรา ศิริวิชชากร, ทศนี ญาณะ, บำรุง ชะลอเดช, พงกษา บุกบุญ. สถานการณ์การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ พ.ศ. 2547-2558. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://thaiichr.org/wp-content/uploads/2019/01/20190107_090737.pdf.
 40. สุพัตรา ศิริวิชชากร, ทศนี ญาณะ. การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิกรุงเทพมหานครเพื่อรองรับวิกฤต (เอกสารสมัชชาสุขภาพกรุงเทพมหานคร) [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: เอกสารหลัก-BHA64 - มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน (thaiichr.com).
 41. ยงยุทธ พงษ์สุภาพ. การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML): สมุทรสาคร. APPA Printing Group; 2557.
 42. ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. มาตรฐานคุณวุฒิความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (มคอ. 1) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: รัชการพิมพ์ (ประเทศไทย) จำกัด; 2562. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1XbH5AlumAeID->

- OPIq5dVnNopxx-hzEUe/view.
43. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/nhso_star63.pdf.
 44. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
 45. นิทรา กิจธีระวุฒิมังษ์, ศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์, อาทิตยา วัจวนสินธุ์, บัวพลอย พรหมแจ้ง. การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอของไทย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562;12:1-5.
 46. ราชกิจจานุเบกษา. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>.
 47. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://doh.hpc.go.th/data/HL/PCC_Act62.pdf.
 48. Noknoy S. Capture data of model of success: Thailand. Plenary Session: Research, Scaling-up Regional Comparative Studies on Countries' Health System & Primary Care Status. WONCA Asia Pacific Regional Conference, Kyoto Japan, May 17, 2019. [Internet]. 2018 [cited 2022 May 28]. Available from: Capture data of model of success: Thailand (thaifammed.org).
 49. Kassai R, van Weel C, Flegg K, Tong SF, Han TM, Noknoy S, Dashtseren M, Le An P, Ng CJ, Khoo EM, Noh KM, Lee MC, Howe A, Goodyear-Smith F. Priorities for primary health care policy implementation: recommendations from the combined experience of six countries in the Asia-Pacific. Aust J Prim Health. 2020;26:351-7. doi: 10.1071/PY19194. PMID: 32746962.
 50. สิรินาฏ ศิริสุนทร, สิริชัย นามทรงสนีย์. สมการ “ทุกข์-สุข” ยามชรา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.); 2554. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scribd.com/document/335102687/%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%97%E0%B8%B8%E0%B8%81%E0%B8%82-%E0%B8%AA%E0%B8%B8%E0%B8%82%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%8A%E0%B8%A3%E0%B8%B2>.
 51. วรเชษฐ เขียวจันทร์, มุhammad อาลี กระโดด. คนปฐมภูมิหัวใจเพชร = Primary we care. กรุงเทพฯ : ปิ่นโต พับลิชชิง, 2560.
 52. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สังคมผู้สูงอายุ และ การทำงานร่วมเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ. วารสารเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ 2018;1:4-6.
 53. ปิยะดา ประเสริฐสม. สารจากเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพทีมทันตกรรมครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561;1:9.
 54. สายชล ชำปฏี และ นันทวรรณ กิติกรรณภรณ์. เรื่องเล่าการเยี่ยมบ้านของเภสัชกร: เรียนรู้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559 .<http://www.thaihealthconsumer.org/wp-content/uploads/2017/07/Storytelling-FCPL1.pdf>.
 55. ธีรภัทร์ ฉันทพันธ์. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 25 วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2561;1:10.
 56. สุภักดิ์ วงศ์ดี, มณฑล สรไกรกิติกุล. การใช้หลักเกณฑ์ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. Journal of HR intelligence. 2561;13:99-117.
 57. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมประกาศนียบัตรประกอบวิชาชีพเวชศาสตร์ครอบครัวการบริบาลแบบประคับประคอง พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaifammed.org/wp-content/uploads/2021/12/%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%95%E0%B8%A3-FMPC-1.pdf>.
 58. ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อประกาศวิชาชีพเวชกรรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวผู้สูงอายุ พ.ศ. 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://drive.google.com/file/d/1triNLMeUZ-8ufQUxM-45vDZHq5tK3V1J4/view>.
 59. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. 1987. [Internet]. 2008. [cited 2022 June 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>.
 60. Exworthy, M. The enduring legacy of Alma Ata: 30 years on London J Prim Care. (Abingdon 2008;1:81-4.
 61. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health Aff (Millwood). 2004;23:167-76. doi: 10.1377/hlthaff.23.3.167.
 62. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1461-72. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
 63. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana,

- Kazakhstan October 25-26 2018. [Internet]. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
64. World Health Organization. Invitation for public comment: Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being. [Internet]. 2019 [cited 2022 May 28]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/global-action-plan/accelerator-paper-2-primary-health-care--phc-17062019-rev.pdf?sfvrsn=4b9499d1_2.
 65. World Health Organization. Primary Care. [Internet]. 2019. [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>.
 66. World Health Organization & United Nations Children's Fund. (UNICEF). Operational Framework for Primary Health Care. [Internet]. 2020 [cited 2022 May 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>.
 67. Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine. 8th ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.
 68. สายพิน หัตถ์รัตน์. เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2553.
 69. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *Lancet*. 2018;391(10126):1205-23. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30198-3.
 70. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *BMJ*. 2004;328(7431):103-5. doi:10.1136/bmj.328.7431.103.
 71. Noknoy, S, Thongwilai P. Current=Priorities in Family Medicine ASEAN Perspective: Thailand.in 2nd ASEAN Conference for Family Medicine Educators, Building Bridge Across Borders in Family Medicine Education. April, 11, 2018, Illiolo, Philippines. [Internet]. 2019 [cited 2022 May 28]. Available from: <https://thaifammed.org/wp-content/uploads/2022/03/Current-Priorities-in-Family-Medicine.Thailand.May22.2018-Autosaved.pdf>.
 72. Kitreerawutiwong N, Jordan S, Hughes D. Facility type and primary care performance in sub-district health promotion hospitals in Northern Thailand. *PLoS One*. 2017;12:e0174055. doi: 10.1371/journal.pone.0174055.
 73. ภูมิพงศ์ ศรีภา. ทิศทางแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบสุขภาพของประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2562; 28:175-84.
 74. Noknoy S, Kassai R, Sharma N, Nicodemus L, Canhota C, Goodyear-Smith F. Integrating public health and primary care: the response of six Asia-Pacific countries to the COVID-19 pandemic. *Br J Gen Pract*. 2021;71(708):326-9. doi: 10.3399/bjgp21X716417. PMID: 34319893.
 75. กานต์ชัยพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนุตรดิตถ์*. 2564;13:275-86.
 76. สกล สิงหะ. การทำงานเรียนรู้ร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ. *วารสารเวชศาสตร์ครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ*. 2018;1:12-5.
 77. สุรเกียรติ อชานานุภาพ. การสร้างสุขในการใช้ชีวิตและการทำงาน. *หมอชาวบ้าน*. 2565;43(513):8-9. เผยแพร่ผ่านกรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 มิถุนายน 2565]. <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2466>.
 78. NAPCRG. The Declaration of Astana and what it means for the global role of NAPCRG and WONCA. *The Annals of Family Medicine* March. 2020;18:189-90; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.2524>.
 79. Jungo KT, Anker D, Wildisen L. Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health*. 2020;65:511-2. [Internet]. [cited 2022 June 4]. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5>.