

(ร่างV.1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ

ข้อมูลสถานการณ์แนวโน้มของเวชปฏิบัติครอบครัวและข้อเสนอต่อแนวทางเพื่อการพัฒนา

1. การดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ทิศทางพัฒนางานสาธารณสุข ในปี 2554 ในเวทีประชุมสมัชชาอนามัยโลก สมัยที่ 63 ที่สวิสเซอร์แลนด์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ถึงความสำเร็จของงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทยขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ 1) การมีระบบประกันสุขภาพที่เข้มแข็งที่ 2) การมีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่มีความเข้มแข็งในทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย 3) การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีศักยภาพทั้งบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และอาสาสมัครสาธารณสุข¹

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขไทยให้ตอบสนองต่อเป้าหมาย 4 ประการของการให้บริการสาธารณสุข คือ ความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ และความสามารถในการตรวจสอบจากสังคม ซึ่งการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกลวิธีการหนึ่งที่น่าไปสู่เป้าหมายดังกล่าว พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ. 2545 จึงนำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และนโยบายที่เน้นการพัฒนาบริการระดับปฐมภูมิในรูปแบบเวชปฏิบัติครอบครัว^{2,3}

ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิกระทรวงสาธารณสุขมีโครงการเพื่อยกระดับสถานีอนามัย ให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลครบทั้ง 10,000 แห่ง ภายใน 2 ปี โดยวางแผนพัฒนาให้ได้ 2,000 แห่งภายในปี พ.ศ. 2553 และพัฒนาอีก ๘,๐๐๐ แห่งภายในปี 2554 รวมทั้งมีการลงนามในบันทึกความเข้าใจร่วมกันระหว่างสำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ กับองค์การอนามัยโลกว่าด้วยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ แสดงถึงทิศทางของการพัฒนาจะเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ¹

ในการส่งเสริมสุขภาพของสังคมไทย แพทย์เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ เพราะได้รับการยอมรับจากสังคม ว่าเป็นผู้มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และได้รับการคาดหวังให้มีบทบาทในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งทางตรงและโดยอ้อม โดยการเป็นต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพ และจากบริบทการทำงานซึ่งแพทย์จะต้องให้คำแนะนำทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่ในความเป็นจริงแพทย์จำนวนมากยังขาดทักษะและประสบการณ์ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและตนเอง เนื่องจากหลักสูตรการฝึกอบรมของแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันมุ่งเน้นเรื่องรักษาโรค เป็นหลัก

จากรายงานสถานการณ์คนไทย ตามทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555 - 2559 ระบุโครงสร้างประชากรไทยมีสัดส่วนประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยเด็กและ

วัยแรงงานลดลง กลุ่มวัยสูงอายุแม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น กลุ่มวัยสูงอายุแม้จะมีอายุยืนยาวขึ้นแต่ประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น โดยป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7 รองลงมา เบาหวาน ร้อยละ 13.3 และโรคหัวใจ ร้อยละ 7.0 ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของภาครัฐในอนาคต โดยโรคดังกล่าวมักจะมีโรคแทรกซ้อนเป็นโรคหลอดเลือดสมอง⁵

แม้ปัจจุบันจะมีวิธีการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แต่พบว่าผู้ป่วยโรคเหล่านี้จำนวนมากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมทั้งนี้เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามโครงสร้างของอายุประชากรที่เพิ่มขึ้นจนเกินศักยภาพของระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ระบบสุขภาพนำวิทยาการที่พิสูจน์แล้วว่ามาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างจำกัด และระบบสุขภาพปัจจุบันที่ออกแบบเพื่อรักษาโรคเฉียบพลันไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการดูแลรักษาโรคเรื้อรังได้ ระบบที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีองค์ประกอบ 6 ประการ คือ 1.การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย 2.การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ 3.การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก 4.การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริการ 5.ระบบและองค์การสุขภาพที่เกื้อหนุนการดูแลโรคเรื้อรัง และ 6.การสนับสนุนทางนโยบายและทรัพยากรจากชุมชน⁶

ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่ถูกต้อง

ผลการประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าส่วนใหญ่ดำเนินการในลักษณะตั้งรับ มีบทบาทในด้านการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ระบบติดตามภาวะแทรกซ้อนยังจัดการไม่ต่อเนื่อง และมีการจัดการกับพฤติกรรมเสี่ยงไม่มาก เต็มที่ การดูแลเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพเช่นพฤติกรรมการบริโภคยังมีไม่มาก หน่วยบริการปฐมภูมิยังได้รับการพัฒนาในด้านความรู้ความสามารถไม่เต็มที่ ควรได้รับการวางแผนในการแก้ไขปัญหาโดยศาสตร์การดูแลแบบองค์รวม และองค์ความรู้ทางเวชศาสตร์ครอบครัวอาจช่วยเติมเต็มในส่วนนี้ได้ เพื่อให้มีการจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดี ลดภาวะแทรกซ้อนเช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง^{7,8} ที่สำคัญคือผู้ป่วยที่รอดชีวิตมักมีความพิการ และจากการสำรวจความชุกคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2544 พบคนพิการจากหลอดเลือดสมองถึง 161,494 ราย (ร้อยละ 14.6) เป็นภาระอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วย⁵

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยเพิ่มคุณภาพการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่นการเกิดแผลกดทับ ทำให้สามารถควบคุมโรคร่วมและปัจจัยเสี่ยงเดิม มีการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงใหม่ สามารถสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทำ

ให้เกิดศักยภาพด้านการดูแลตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิตให้กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถทำงานเชิงป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในประชากรกลุ่มเสี่ยงของชุมชน เกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวม สร้างเสริมพลังของญาติในการดูแลผู้ป่วยเพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหา เสริมกับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านจะทำให้เกิดผลการรักษาที่ดี^{9,10}

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป้าหมายข้อ 44 ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิได้รับการยอมรับ มีศักดิ์ศรี ได้รับความไว้วางใจและเป็นที่ยึดหลักจากประชาชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งเป็นระบบบริการที่มุ่งสนับสนุนให้ชุมชนและท้องถิ่น ให้มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและพึ่งตนเองด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น และมาตรการข้อ 46 รัฐส่งเสริมการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่จัดโดยแพทย์หรือนุเคราะห์ด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อให้บริการครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบท โดยสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่นชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ¹¹

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นแพทย์ที่มีความรู้ความสามารถ แบบสหสาขาวิชา เป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาหนึ่งซึ่งดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ต่อเนื่องผสมผสาน เป็นแพทย์คนแรกที่อยู่มาพบเป็นแพทย์ประจำตัวผู้ป่วยและครอบครัว¹² จึงเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในปัจจุบันเช่นเดียวกับหลายๆประเทศที่ทำงานสาธารณสุขเชิงรุก. ชมรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวถือกำเนิดขึ้นมาจากการรวมตัวของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่ส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงเรียนแพทย์หรือสถาบันการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเดิมใช้ชื่อว่า ชมรมอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต่อมามีความต้องการให้เกิดเครือข่ายของแพทย์ผู้ทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวให้กว้างขึ้นรวมถึงได้มีสมาชิกแพทย์ซึ่งทำงานเวชปฏิบัติครอบครัวเข้าร่วมมากขึ้นจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็น ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว กำหนดวิสัยทัศน์ของชมรม เป็นศูนย์กลางในการสนับสนุนแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวทำงานอย่างมีความสุขเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน¹³ (ควรคงไว้และเพิ่มเติมอ้างอิงบทบาทราชวิทยาลัยในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัว)

2. การบริหารกำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิ

ในปี พ.ศ.2552 ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (ข้อมูล ณ 10 ก.ค.2552) รายงานว่ามีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติจำนวน 6,468 คน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ แต่ยังคงเข้ามาสอบหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าแพทย์เหล่านี้เห็นความสำคัญของงานเวชปฏิบัติครอบครัว ทั้งนี้การ

สำรวจข้อมูลบุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดย สป.รพ.สต. ณ วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2554 มีข้อมูลจาก 75 จังหวัด จำนวน รพสต. 9,750 แห่ง พบมีแพทย์ปฏิบัติงานประจำบริการปฐมภูมิเต็มเวลา 5 วัน จำนวนเพียง 82 คน แต่ไม่ได้ระบุว่าแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือทำงานในลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัวหรือไม่

จากการศึกษาของ สดงศ์ สุภผล และคณะ(2553) ได้ทำการสำรวจข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นที่ 1-8 ที่ได้รับวุฒิบัตรทั้งหมด 274 คน ติดต่อบรรยากาศแบบสอบถามได้ 197 ชุด และได้รับการตอบแบบสอบถามกลับจำนวน 95 ชุด คิดเป็นร้อยละ 48.2 หน้าที่ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาลของรัฐคิดเป็นร้อยละ 57 รองลงมาเป็นอาจารย์ที่โรงเรียนแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 20.4 นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 37 มีการเรียนต่อเพิ่มเติมในสาขาอื่น สัดส่วนภาระงานส่วนใหญ่ ให้บริการด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 60.7 ภาระงานด้านการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ ร้อยละ 27.4 และงานด้านวิชาการและการเรียนการสอนร้อยละ 28.6 สำหรับความคิดเห็นต่อระบบสุขภาพมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 26.9 ที่ค่อนข้างเห็นด้วยว่าระบบบริการสุขภาพเอื้อต่อการพัฒนาบทบาท และร้อยละ 39.8 ค่อนข้างเห็นด้วยว่า มีอุปสรรคที่ค่อนข้างมากในการดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ในด้านสถานการณ์ชีวิตความเป็นอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับภาระงานที่ได้รับมอบหมายคิดเป็นร้อยละ 55.3 พึงพอใจในรายได้ค่าตอบแทนคิดเป็นร้อยละ 40.4 มีความพอใจในความก้าวหน้าคิดเป็นร้อยละ 50 และมีชีวิตส่วนตัวที่มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 50 ในขณะที่เดียวกัน มักจะเบื่อบ่อยๆในการทำงาน คิดเป็น ร้อยละ 40.4 ข้อมูลในส่วนประเด็น ความภาคภูมิใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า คือการได้ดูแลผู้ป่วยในทุกๆ มิติของสุขภาพและของตัวผู้ป่วย

สำหรับอุปสรรคที่สำคัญของการทำงานในฐานะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว คือ ปริมาณคนไข้ และปริมาณงานที่มากเกินไป มีเวลาไม่เพียงพอ และการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ และ ทีมในการทำงาน ไม่ว่าจะเป็นผู้บังคับบัญชา ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่อื่นๆ ผู้ร่วมงาน แพทย์อื่นๆ ไม่เข้าใจในแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นอุปสรรคในการทำงาน ประสานงาน และการดูแลผู้ป่วย โดยสรุประบบบริการสุขภาพยังไม่เอื้อต่อการพัฒนางานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีระบบการบริหารจัดการที่ทำให้ผู้ป่วยมีปริมาณพอเหมาะที่จะให้บริการแบบเวชศาสตร์ครอบครัวได้ และสร้างความเข้าใจแก่แพทย์เฉพาะทางอื่นๆ และสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และแนวคิดของเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁴

การพัฒนาแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวยังขาดความชัดเจนในบทบาทเมื่อเข้าสู่ระบบบริการ ทำให้แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวต้องไปทำบทบาทผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น หรือประจำผู้ป่วยนอก และทิศทางอาชีพความก้าวหน้าที่ไม่ชัดเจน ทำให้ขาดแคลนแพทย์ที่จะมาเรียนต่อ และแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวที่จบมาคิดว่างานปฐมภูมิไม่ใช่บทบาทเวชศาสตร์ครอบครัว แต่เป็นหน้าที่ รพสต. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ (ผู้ผลิต ผู้ใช้ และภาคประชาชน) ยังขาดความเข้าใจแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้การขับเคลื่อนงานเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นไปได้ยากลำบาก การผลิตไม่ตรงกับแนวคิดความต้องการประชาชน การให้บริการใช้บุคลากรไม่ตรงกับสมรรถนะ ประชาชนขาดการรับรู้การมีตัวตนของงานเวชปฏิบัติครอบครัว¹⁵ นอกจากนี้แล้วการแพทย์สมัยใหม่เจริญขึ้นอย่างรวดเร็ว กระแสนิยม การแพทย์เชิงพาณิชย์ รวมทั้งนโยบายการผลักดันให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ทำให้แพทย์หันไปสนใจในเทคโนโลยีใหม่ ๆ และเลือกเรียนหรือสนใจเฉพาะ โรคมากขึ้น ทำให้แพทย์ที่เคยทำเวชปฏิบัติแบบแพทยครอบครัวลดน้อยถอยลง¹⁶

แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2550-2554 ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ ปรับปรุงระบบการผลิต พัฒนา และระบบบริหารจัดการบุคลากรที่หลากหลายสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและบริบทของพื้นที่ ยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าวมุ่งเน้นที่การกระจายแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวให้มีในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่ยังมีได้กล่าวถึงการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งการเตรียมความพร้อมของหน่วยบริการเพื่อรองรับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว¹⁷

แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550-2559 กำหนดวิสัยทัศน์ว่าประเทศไทยมีกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ มีคุณธรรม/จริยธรรม มีการกระจายอย่างเป็นธรรม และการทำงานอย่างมีความสุข เพื่อให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพระดับพื้นที่และประเทศ แผนยุทธศาสตร์นี้ได้กล่าวถึงความไม่เพียงพอของบุคลากรที่ให้บริการปฐมภูมิเมื่อเปรียบเทียบกับบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ สัดส่วนที่ไม่เหมาะสมระหว่างแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทาง การกระจายที่ยังไม่เหมาะสมระหว่างเขตเมืองและชนบท จัดเป็นแผนแม่บทที่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนกำลังคนงานเวชปฏิบัติครอบครัวและบริการปฐมภูมิควรได้นำมาดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการต่อไป

เนื่องจากพบว่ายังมีความขาดแคลนและปัญหากำลังคนสาขาแพทยเวชปฏิบัติครอบครัวดังที่ได้กล่าวมา ในปีพ.ศ. 2552 ได้มีการทำบันทึกความร่วมมือการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมিরะหว่าง กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยที่ทั้งสามฝ่าย จะร่วมมือกันพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ โดยจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ การจัดหลักสูตรการศึกษาและการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนาสถาบันฝึกอบรมและอาจารย์ การเพิ่มกำลังการผลิตแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว การสร้างคุณค่าการยอมรับ ตลอดจนการจัดการจัดการความรู้ การจัดเวทีวิชาการระดับชาติ และการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการ

ดูแลผู้ป่วยในระบบบริการปฐมภูมิ ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศไทย¹⁷

ทั้งนี้ในการผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว ในปัจจุบันมีการผลิต 2 วิธีคือ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน(Fomal training) และการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานเพื่อสอบเป็นผู้เชี่ยวชาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (In-service training)¹⁵ ในการผลักดันความชัดเจนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้มีการดำเนินการโดยการกำหนดโครงสร้างหน่วยงานบริหารราชการในส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถมีความก้าวหน้าในสายงานได้ทัดเทียมกับแพทย์ในสาขาอื่นๆ¹⁸

จากการสำรวจความคิดเห็นแพทย์ประจำบ้าน มีข้อคิดเห็นดังนี้ 1. ควรปลูกฝังและสร้างทัศนคติให้นักศึกษาแพทย์หลักสูตรการเรียนการสอนแพทยศาสตรบัณฑิต (6 ปี) 2. ควรมีการสอนในเรื่องเวชศาสตร์ครอบครัวให้ชัดเจนในเรื่องหน้าที่ บทบาทและการทำงานเพื่อให้มีความเข้าใจ ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาแพทย์สนใจมาเรียนเวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากการเรียนการสอนโดยส่วนใหญ่ยังเรียนวิชาเฉพาะทางอื่น ๆ

รายงานการทบทวนเวชศาสตร์ครอบครัว พบข้อจำกัดเรื่องจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีข้อเสนอที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบและการทำงาน คือการทำงานแบบ “สหสาขา” เนื่องจากกำลังคนด้านปฐมภูมิที่เป็นกำลังหลัก คือ “เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” และ “พยาบาล” รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสาขาอื่นๆ ซึ่งปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และมีความเชี่ยวชาญชำนาญ แตกต่างกันไป ดังนั้นรูปแบบวิธีทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำเป็นต้องเน้น “การทำงานเป็นทีม”¹⁵

3. สถานการณ์การดำเนินงานการจัดการศึกษา

เนื่องจากการปรับเกณฑ์มาตรฐานประกอบวิชาชีพของแพทยสภา ปี พ.ศ. 2545 ดังต่อไปนี้

1. ปรับปรุงหัวข้อและการจัดหมวดหมู่เนื้อหาของเกณฑ์มาตรฐานฯ ให้ชัดเจนขึ้น โดยการแบ่งกลุ่มความรู้ความสามารถทางวิชาชีพ ความรู้ความสามารถทางด้านอื่นๆ และคุณสมบัติอันพึงประสงค์สำหรับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

2. เน้นความสำคัญของการปฏิบัติต่อผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องเหมาะสมบน พื้นฐานของคำประกาศสิทธิผู้ป่วย ทักษะและเจตคติในการติดต่อสื่อสาร การให้คำปรึกษา และการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วย ญาติและผู้ร่วมงาน รวมทั้งการปฏิบัติที่ถูกต้องตามจรรยาบรรณและกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

3. เน้นความสำคัญของการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยใช้กลยุทธ์เชิงรุก

4. ปรับปรุงแก้ไขเกณฑ์ความรู้ความสามารถทางวิชาชีพตามที่ระบุในภาคผนวก 3 ของเกณฑ์

มาตรฐานฯ พ.ศ.2536 ให้เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต รวมทั้งจัดหมวดหมู่เนื้อหาใหม่ และระดับความรู้ความสามารถให้ชัดเจนขึ้น

ซึ่งทำให้มีการปรับหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานการประกอบวิชาชีพของแพทยสภาที่เกี่ยวข้องกับวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน โดยมีการเน้นตามหัวข้อการปรับปรุงที่ 2-3 ซึ่งจะต้องมีการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับการสื่อสารทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective communication skills) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ญาติ และผู้ร่วมงาน (Patient-doctor-team relationship) และ การให้ความสำคัญการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Medicine) ทั้งระดับบุคคล (Patient-centered) ครอบครัว (Family Oriented) และชุมชน (Community oriented) โดยใช้กลยุทธ์เชิงรุก ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นการเรียนการสอนที่มีอยู่ในหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน

สถาบันที่เปิดสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตจึงมีการปรับโครงสร้างหลักสูตรเพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพของแพทยสภา เช่น คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีการปรับหลักสูตรประจำปีการศึกษา 2548 โดยเพิ่มหน่วยกิตวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในชั้นปีที่ 4 เป็น Family and Community Medicine I จำนวน 5 หน่วยกิต ชั้นปีที่ 5 จากเดิมเป็นวิชา General Practices 3 หน่วยกิต ปรับเป็น Family and Community Medicine II มี 4 หน่วยกิต และ ชั้นปีที่ 6 จากวิชา Community Medicine Clerkship 4 หน่วยกิต ปรับเป็น Family and Community Medicine III มี 4 หน่วยกิต

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มีวิชาบังคับตั้งแต่ชั้นปีที่ 2 ชื่อว่า “การดูแลสุขภาพองค์รวม” ซึ่งจะเรียนต่อเนื่องไปจนถึงปีที่ 6 ตัวอย่างคำอธิบายรายวิชา ดังนี้

“การดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic health care) 1 (4 หน่วยกิต) คือ

ศึกษาความหมายของสุขภาพแบบองค์รวม โดยครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งสุขภาพจิต วิญญาณ ระบบสุขภาพ ดัชนีสุขภาพและสังคม ศึกษาโครงสร้างครอบครัวและชุมชน ประสพการณ์ครอบครัวและชุมชนแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมปัจจัยด้านสังคมประชากร วัฒนธรรม ความเชื่อ เศรษฐกิจ การเมือง การปกครองอนามัยสิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศ อาชีวอนามัย โภชนาการ การสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการสุขภาพ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีต่อสุขภาพบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน โดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ วิทยาการระบาดเชิงพรรณนาและชีวิตติดเบื้องต้น วิชาที่มีการศึกษาดูงาน และฝึกปฏิบัติงานนอกสถานที่”

ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี เปิดสอนรายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 โดยมีแนวคิด ดังนี้

“หลักการและวิธีการทางเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ชุมชน หลักการดูแลแบบองค์รวม รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ระบาดวิทยาเชิงวิเคราะห์ หลักการวิจัย เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการทำเวชปฏิบัติ จริยธรรมทางการแพทย์ ระบบสุขภาพและ ระบบบริการสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพภาวะฉุกเฉิน การบริหารจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ฝึกทักษะทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องใน เวชปฏิบัติปฐมภูมิ ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การศึกษาบริการเวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ และกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน”

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีการจัดการเรียนการสอนวิชา “เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม – เวชศาสตร์ครอบครัว” ตั้งแต่ชั้นปีที่ 3 – 6 โดยมีคำอธิบายรายวิชา ดังนี้

สรุป. 405 เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม – เวชศาสตร์ครอบครัว 4 หน่วยกิต

“ศึกษาและฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วย ประยุกต์หลักการและวิธีการทางด้านเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม และ เวชศาสตร์ครอบครัว ในการดูแลและรักษาผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งด้านกายจิตและสังคม และฝึกทักษะการให้คำแนะนำแบบองค์รวม”

จากตัวอย่างรายวิชาของคณะแพทยศาสตร์หลายสถาบัน จะพบว่า ให้ความสำคัญกับวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นกว่าหลักสูตรเดิมที่มักจะเน้นไปในทางเวชศาสตร์ป้องกันและชุมชน และมีการปรับชื่อรายวิชา จำนวนหน่วยกิต ให้มีวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวบรรจุในหลักสูตรแพทยศาสตร์ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางที่แพทยสภากำหนดให้บัณฑิตแพทย์มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบเป็นองค์รวมดูแลครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการบริการเชิงรุกมากขึ้น

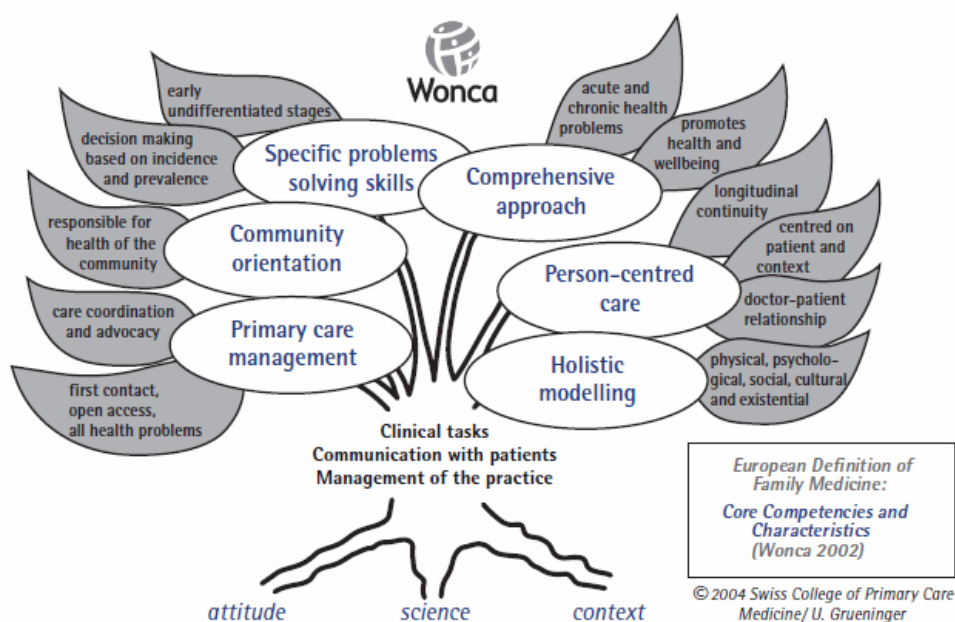
ในส่วนหลักสูตรหลังปริญญา มีการเปิดสอนหลักสูตรแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้งแบบ formal training และ หลักสูตร in-service training ซึ่งใช้หลักสูตรเดียวกัน แต่มีความแตกต่างกันตรงสถานที่ปฏิบัติงาน และเงื่อนไขการรับสมัครเข้าเรียนบางประการ และการสอบอนุมัติบัตรเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 5 ปี

หลักสูตรแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัวทั้งสองหลักสูตร ได้รับการรับรองจากแพทยสภา โดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ ประเมินสถาบันหลักและสถาบันสมทบในหลักสูตร In-service training และ จัดการสอบเพื่อประเมินความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแก่แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ in-service และ แพทย์ทั่วไปที่สอบอนุมัติบัตร

4. สถานการณ์การพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวด้านการวิจัย

□ เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นองค์ความรู้ที่พัฒนาขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงความเจ็บป่วยของมนุษย์ เนื่องจากการแพทย์ที่พัฒนาขึ้นและความต้องการของสังคม²¹ การวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการที่จะทำให้เกิดความรู้ใหม่ๆ ในเวชปฏิบัติครอบครัว เกิดความรู้ที่กว้างขวางและลึกซึ้ง จากกระบวนการศึกษาซึ่งมีการวางแผนอย่างเป็นระบบ และได้รับการพิสูจน์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์

ทั้งนี้เวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ คือ 1. การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management) 2. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) 3. ความสามารถเฉพาะในการดูแลปัญหาซึ่งมีความหลากหลาย (Specific problem solving skills) 4. การดูแลแบบบูรณาการ (Comprehensive approach) 5. การให้ความสำคัญการดูแลชุมชน (Community Oriented) 6. การดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic Medicine)²²



จากการรวบรวมผลงานวิจัยที่เป็นงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยการส่งแบบสำรวจข้อมูลไปยังเครือข่ายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อสำรวจงานวิจัยซึ่งเป็นผลงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการสำรวจข้อมูลโดย นพ.สดวงค์ สุภผลและคณะ(2553) รวบรวมหัวข้อการวิจัยซึ่งเป็นการศึกษาที่ดำเนินการไปแล้ว จำนวนทั้งสิ้น 102 เรื่อง(ตารางรวบรวมงานวิจัยแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว) พบว่าประเด็นที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวให้ความสนใจในการทำการศึกษาวิจัยได้แก่ ในด้านแพทยศาสตรศึกษา

9 เรื่อง คุณลักษณะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 10 เรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วยและการบริหารจัดการระบบบริการ 12 เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 6 เรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน 11 เรื่อง โรคติดต่อและการควบคุมโรค 5 เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ 10 เรื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 เรื่อง และหัวข้ออื่นๆ ที่มีการศึกษาอยู่บ้าง ได้แก่สุขภาพสตรี โภชนาการ เป็นต้น

ทั้งนี้เมื่อเทียบกับขอบเขตของเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะสำคัญ 6 ประการ ดังได้กล่าวข้างต้น จะพบว่าการศึกษาวิจัยเวชปฏิบัติครอบครัวที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการดูแลปัญหาสุขภาพ (specific problem solving skills) ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่เป็นเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรัง การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย คิดเป็นจำนวนทั้งสิ้น 31 การศึกษา จากจำนวนการศึกษาที่รวบรวมทั้งสิ้น 102 การศึกษา และพบว่าการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวที่ผ่านมายังมีการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพองค์รวม (Holistic Medicine) และการดูแลสุขภาพชุมชน (Community oriented) อยู่ไม่มากนัก

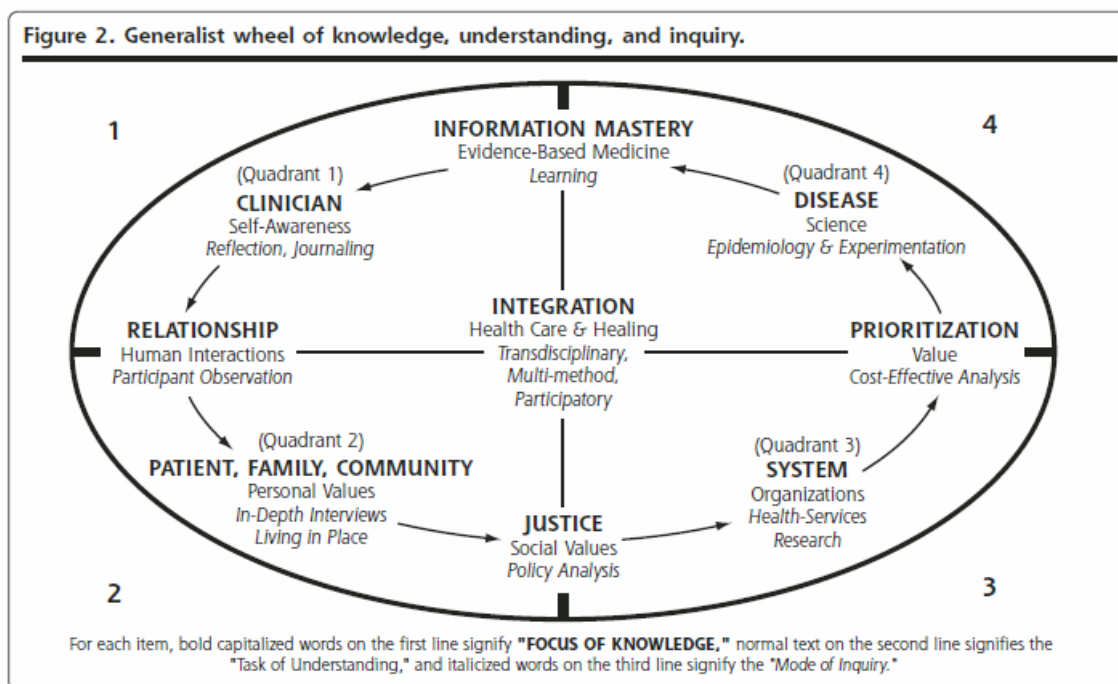
การสืบค้นฐานข้อมูล Medline (Pubmed) โดยการสืบค้นงานที่เกี่ยวกับเวชปฏิบัติครอบครัวในประเทศไทยงานที่เกี่ยวข้องกับเวชปฏิบัติครอบครัว 66 รายงาน (ตารางที่ 1 การตีพิมพ์ผลงานวิจัยเวชปฏิบัติครอบครัว) งานที่ตีพิมพ์โดยส่วนใหญ่อยู่ในหัวข้อการดูแลปัญหาสุขภาพ (specific problem solving skills) แต่ในจำนวนงานที่พิมพ์นี้พบว่ามีส่วนของการศึกษาวิจัยในหัวข้ออื่นๆ เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องการดูแลสุขภาพชุมชน (10 เรื่อง) การดูแลแบบองค์รวม (10 เรื่อง) และการดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (10 เรื่อง)

การสืบค้นฐานข้อมูล Thai Index Medicus ซึ่งเป็นฐานข้อมูลของวารสารที่ตีพิมพ์ในประเทศไทยพบว่าผลงานที่เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับเวชปฏิบัติครอบครัวจำนวน 18 งาน เมื่อรวมรวมกับงานวิจัยที่สืบค้นจากฐานข้อมูล Pubmed และแบ่งหมวดหมู่ของการศึกษาพบว่างานที่ตีพิมพ์โดยส่วนใหญ่อยู่ในหมวดดูแลปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง (specific problem skills) จำนวน 19 การศึกษาจากงานทั้งหมด 85 การศึกษา

งานวิจัยเป็นส่วนสำคัญในการผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งขององค์ความรู้ในเวชปฏิบัติครอบครัวและการบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านมานงานวิจัยส่วนใหญ่จะเน้นในเรื่องการตอบปัญหา ความสนใจเกี่ยวกับโรคที่พบในเวชปฏิบัติ การการแก้ปัญหาสุขภาพที่พบไม่ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ยังมีการศึกษาจำนวนไม่มากนักที่เป็นการศึกษาเพื่อตอบคำถามเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวและ ระบบปฐมภูมิในภาพรวม รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับเรื่อง ความเจ็บป่วย การรับรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยและชุมชน ปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย ชุมชน และระบบบริการ

จำนวนไม่มาก องค์ความรู้เหล่านี้จะต้องอาศัยการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งในบางประเทศได้ให้ความสำคัญในการฝึกอบรมให้แพทย์เวชปฏิบัติมีศักยภาพในการทำการศึกษาระดับคุณภาพ โดยใช้การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้น รวมทั้งการพัฒนาส่งเสริมการฝึกอบรมระหว่างการเป็นแพทย์ประจำบ้าน²³

แผนผังการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้ในเวชปฏิบัติ²⁴



ANNALS OF FAMILY MEDICINE • WWW.ANNFAMMED.ORG • VOL. 2, SUPPLEMENT 2 • MAY/JUNE 2004

S27

ทั้งนี้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปประสบการณ์การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ณ โรงแรมโกลเด้น คลิป เฮาส์ พัทยาใต้²⁵ ได้มีการรวบรวมข้อมูลในด้านปัจจัยสนับสนุนในการผลิตงานวิจัยเวชศาสตร์ครอบครัว พบว่า ปัจจัยที่สำคัญคือ การที่แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการทำการศึกษารวมทั้งการที่มีประสบการณ์ที่ดีจากการทำงานวิจัยชิ้นแรก การได้เข้าร่วมทำงานกับทีมที่มีประสบการณ์มาก่อน สำหรับปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ เวลาและภาระงานประจำซึ่งมากอยู่แล้ว ไม่เอื้อต่อการทำวิจัย อุปสรรค รองลงมาคือการขาดความรู้ การขาดทีมผู้ให้ความช่วยเหลือและให้การปรึกษา และสิ่งที่ทีมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวต้องการการสนับสนุนเพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาการวิจัยได้แก่ ทีมผู้ให้คำปรึกษา โดยเฉพาะการให้คำแนะนำทางด้านระเบียบวิจัย การเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ และการทำการศึกษาระดับคุณภาพ

การที่จะดำเนินการสร้างความเข้มแข็งในพัฒนาการศึกษาวิจัยในเวชปฏิบัติครอบครัวต้องอาศัยการวางกรอบแนวทางให้ชัดเจนสำหรับการพัฒนาการศึกษาวิจัยในเวชปฏิบัติครอบครัว การสร้างทีมสร้างเครือข่ายในการทำงานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนให้ความช่วยเหลือ ให้คำปรึกษารวมทั้งได้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างสถาบันต่างๆ ทั้งสถาบันที่เป็นสถาบันทางด้านวิชาการ คณะแพทยมหาวิทยาลัยต่าง ศูนย์เรียนรู้เวชปฏิบัติครอบครัวบริการปฐมภูมิ และ หน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพและนำไปสู่วางแผนเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวและระบบบริการปฐมภูมิ²⁶

จากข้อมูลดังกล่าวคณะทำงานได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจและได้วิเคราะห์ปัจจัยทั้งภายนอกและภายในที่ส่งผลกระทบต่อทั้งเชิงบวกและลบต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวเพื่อวางกลยุทธ์การพัฒนาได้ตามสถานการณ์ที่วิเคราะห์เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ที่วางไว้พอสรุปได้ดังนี้

วิสัยทัศน์

□ ประชาชนมีบุคลากรที่ชำนาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงภายในปี 2559

พันธกิจ (ปรับเปลี่ยนใหม่)

ภาคีเครือข่ายร่วมบริหารจัดการระบบงานเวชปฏิบัติครอบครัว และพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างเพียงพอ มีมาตรฐาน และให้เป็นที่ยอมรับของสังคม เพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ

เป้าหมายความสำเร็จระยะ 5 ปี

1. มีศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวระดับเขต ทุกเขต และพัฒนาเป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทั้ง Post & Under graduation ให้กับแพทย์และทีม สหสาขาวิชาชีพ ของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเหมาะสม
2. มีหลักสูตรการเรียนการสอนเป็นมาตรฐานเดียวกัน
3. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวไม่น้อยกว่า 1,000 คน ร่วมดูแลสุขภาพประชาชนปฏิบัติงานที่หน่วยบริการปฐมภูมิ
4. ทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่า 20,000 คน ได้รับการพัฒนาแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว
5. มีชุมชนต้นแบบที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ที่เน้นการพึ่งตนเองภายใต้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวทุกอำเภอ
6. ประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ใช้บริการอย่างเหมาะสมมากกว่า 80 % (จะดำเนินการในระยะต่อไป)

วิเคราะห์ปัจจัยภายนอกและภายในของงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัว

ปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็งของเวชปฏิบัติครอบครัว

- สถาบันผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีจำนวนเพียงพอในระดับ รพ. โรงเรียนแพทย์
- มีองค์กร 3 ฝ่าย ร่วมพัฒนา งานด้านเวชปฏิบัติครอบครัวประเทศไทย ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยฯ และ สปสช.
- มีภาคีเครือข่ายที่สำคัญร่วมพัฒนางานด้านปฏิบัติครอบครัว เช่น ชมรมแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว/ชมรมแพทย์ชนบท/ชมรมพยาบาลชุมชน/สมาคมพยาบาลเวชปฏิบัติ / สมาคมหมออนามัย
- กลุ่มภาคีเครือข่ายโรคเรื้อรังต่างๆ

ปัจจัยภายในที่เป็นจุดอ่อนของเวชปฏิบัติครอบครัว

- ขาด **Action plan** ด้านการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิระดับชาติ (งานสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. มีการวางแผนกำลังพลปฐมภูมิเรื่องแพทย์ มีการพูดว่าควรเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ไม่มีการทำยุทธศาสตร์ แห่งชาติอย่างจริงจัง)
- บุคลากรปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิไม่เพียงพอ (การสรรหา)
- แรงจูงใจในระบบราชการไม่ส่งผลให้คนสนใจเรียนต่อ ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว(การใช้)
- ระบบความก้าวหน้าและแรงจูงใจ(การชำระรักษา)ของบุคลากรด้านเวชปฏิบัติครอบครัวทุกวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นธรรม (ค่าตอบแทนไม่เท่าเทียมกับแพทย์สาขาอื่นๆ)
- การสื่อสารเพื่อการรับรู้ คุณค่าของเวชศาสตร์ครอบครัว ประเทศไทยยังมีน้อย (สร้างGood Model)
- ระบบฐานข้อมูลกำลังคนด้านเวชศาสตร์ครอบครัวไม่ครอบคลุม ขาดความเชื่อมโยงและเป็นปัจจุบัน (บุคลากรมีหลายประเภท แต่ที่มีในอัตรา และที่ปฏิบัติงานอยู่จริงๆ ไม่ตรงกัน ทำให้การกระจายกำลัง การทดแทนไม่สอดคล้องกับความจริง)
- บทบาทแพทย์เวชศาสตร์และงานเวชปฏิบัติครอบครัวยังไม่ชัดเจนในระบบบริการทุกระดับ (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบ ผู้ผลิต <แหล่งฝึกบางแห่งยังไม่ใส่ใจแนวคิดด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เน้นแต่ความรู้ทางbiomedเท่านั้น> ผู้ใช้ <เช่นผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม ผู้บริหารกระทรวงยังไม่เปิดโอกาสให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแสดงศักยภาพอย่างเต็มที่> และ ภาคประชาชน ไม่เข้าใจการเป็น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอีกสาขาหนึ่งในระบบบริการสุขภาพ ของ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว <ประชาชนพึงพอใจ การบริการที่ได้จากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวว่ามีคุณภาพ แต่ไม่ทราบว่าการแบบนี้เป็นงานเฉพาะของแพทย์ที่ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างเป็นระบบ>)

ปัจจัยที่เป็นโอกาสของเวชปฏิบัติครอบครัว

- นโยบายรัฐบาลยกระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครอบคลุมทั่วประเทศส่งผลต่อคุณภาพบริการ ที่ต้องใช้กลไกงานเวชปฏิบัติครอบครัวมาสนับสนุน
- พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีเป้าหมาย และความเห็นที่สอดคล้องกัน ในประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมโดย เน้นการบริการสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ
- นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและบริบทของงานเวชปฏิบัติครอบครัว
- นโยบายแพทยศาสตร์ศึกษาเน้นให้ความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวกับนักศึกษาแพทย์ ส่งผลให้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว ได้รับการปลูกฝังในนักศึกษาแพทย์
- แนวโน้มการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทย และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คุณลักษณะสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว(ชุมชนและองค์รวม) มีความจำเป็นต่อกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่ม

ปัจจัยที่เป็นภัยคุกคามของเวชปฏิบัติครอบครัว

- นโยบาย ยกระดับสถานีนอามัยเป็น รพ.สต. ของรัฐบาล ศูนย์แพทย์ชุมชนในเขตเมือง/กทม. ไม่ถูกบรรจุในนโยบายดังกล่าว
- ค่านิยมสุขภาพของประชาชน เน้นการรักษามากกว่าการดูแลตนเอง (ผลกระทบจากนโยบายรักษาฟรีส่งผลให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น)
- กระแสนิยม medical industry ทำให้แพทย์นิยมไปเรียนเฉพาะทางสาขาอื่นๆที่มีรายได้สูง
- Medical hub ที่มีมาตรฐานในระดับสากลดึงบุคลากรออกนอกระบบ

ยุทธศาสตร์การพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติ

ยุทธศาสตร์เชิงรุก (SO)

: เพิ่มการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีคุณภาพในทุกกระดับ

ยุทธศาสตร์การพัฒนา (WO)

: พัฒนา ระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว

: พัฒนาการศึกษาวิชาญและการจัดการความรู้ที่สนับสนุนงานเวชปฏิบัติครอบครัว

: พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์พลิกแพลง/ขยายงาน(ST)

: ผลักดันให้องค์กรเครือข่าย (โรงพยาบาลขนาดใหญ่และหน่วยบริการภาคเอกชน) เข้าร่วมพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ปรับปรุง (WT)

: สร้างการสื่อสารสาธารณะ เพิ่มคุณค่า สักดิ์ศรีของงานเวชปฏิบัติครอบครัว

: สร้างศักยภาพการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน

: ผลักดันให้มีนโยบายการพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขในเขตเมืองและกทม. ในแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ของกรุงเทพฯและกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดเป็นกลยุทธ์หลัก 5 กลยุทธ์ดังนี้

กลยุทธ์ที่ 1

เพิ่มปัจจัยการผลิตและ พัฒนาบุคลากรต่อยอดด้านเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีคุณภาพ
ทั้งก่อนเข้าระบบและอยู่ในระบบ กระจายตามสาขาวิชาชีพ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

เพิ่มกำลังคนที่มีคุณลักษณะที่เหมาะสมและมีคุณภาพในระบบบริการปฐมภูมิทุกสาขาวิชาชีพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. หลักสูตรที่ได้มาตรฐาน โดยใช้ชุมชนและหน่วยบริการเป็นฐานการผลิต ใช้ได้จริงในพื้นที่
2. จำนวนแพทย์ผู้สำเร็จการศึกษาด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ปีละ 200 คน / จำนวนบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นผ่านการอบรมปีละอย่างน้อย 4000 คน
3. มีกลไกสนับสนุนการเข้าศึกษาต่อหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
4. มีศูนย์การเรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวระดับเขต ทุกเขต รวม 18 แห่ง

มาตรการ

1. ประเมินสถานการณ์ความต้องการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวในสาขาวิชาชีพต่างๆ
2. ปรับปรุงหลักสูตร ก่อนและหลังปริญญา/การศึกษาต่อเนื่องที่ตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่และสอดคล้องกับบริบท
3. พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
4. จัดตั้งศูนย์ข้อมูลและการสื่อสารส่วนกลางในการศึกษาและพัฒนาต่อเนื่อง
5. สร้างระบบสนับสนุนในการเข้าศึกษาต่อและการเรียนการสอน
6. พัฒนาศักยภาพของศูนย์การเรียนรู้/แหล่งเรียนรู้ รวมทั้งสถาบันอื่นๆ ร่วมในการผลิตบุคลากรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

กลยุทธ์ที่ 2

ผลักดันแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัว อย่างเข้มแข็ง (active involvement) และต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำการพัฒนาครบทุกอำเภอ ภายใน 5 ปี (ความเป็นไปได้ในช่วงเวลาของแผนฯ) (เขตชนบท) เขตเมือง (PCU รพศ./รพท./คลินิกอบอุ่น/ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล)
2. มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 :1250- 2000 ประชากร (โดยมีการขึ้นทะเบียนประชากรกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) (ตัวชี้วัดของแผนฯ)
3. จำนวนชุมชนต้นแบบที่มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชนด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อยจังหวัดละ 4 แห่งต่อปี

มาตรการ (โครงสร้าง/ กลไกที่เอื้อให้หุ้นส่วนในพื้นที่/นอกพื้นที่ทำงานร่วม)

1. วิเคราะห์/ค้นหาภาคีเครือข่ายและความต้องการในพื้นที่จัดทำโครงสร้างการประสานงานของภาคีเครือข่ายในทุกกระดับ(ส่วนกลาง ภาค จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน /ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชน)สร้างเสริมภาคีเครือข่าย(ภาคีที่ก่อให้เกิดนโยบาย / ภาคีทำงาน)ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนพัฒนาบริการสุขภาพ (service plan) โดยเฉพาะแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่สอดคล้องกับบริบท (เขตเมือง - กทม. / เขตชนบท / พื้นที่พิเศษ) ที่เชื่อมโยงกับเวชปฏิบัติครอบครัว เช่น กลไกการเงินการคลัง บทบัญญัติท้องถิ่น เป็นต้น
2. พัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ องค์กรความรู้ แนวคิด ที่สอดคล้องแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัวและการทำงานแบบภาคีเครือข่าย
3. กระตุ้นการใช้แผนพัฒนาสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเองของประชาชนด้วยแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว

กลยุทธ์ที่ 3

พัฒนาการศึกษาวิจัยและการจัดการความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากงานประจำ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

งานศึกษาวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัวได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแผนการวิจัยด้านเวชปฏิบัติครอบครัวระดับชาติครอบคลุมภายในระยะเวลา 3 ปี
2. มีผลงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ปีละอย่างน้อย 20 เรื่อง
3. มีบุคลากรที่มีความรู้ด้านวิจัยโดยเน้นงานเวชปฏิบัติครอบครัว อย่างน้อยปีละ 100 คน
4. มีหน่วยงานที่ใช้กลไกพัฒนาการจัดการความรู้อย่างน้อย 18 แห่ง

5. มีฐานข้อมูลงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ที่เป็นปัจจุบัน สามารถเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์ได้ ภายใน 5 ปี

มาตรการ

1. สร้างกลไกให้เกิดการขยายงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
2. ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากร(ผู้ปฏิบัติ/นักวิชาการ)ด้านการวิจัยและการจัดการความรู้
3. สร้างเครือข่ายฐานข้อมูลงานวิจัยด้านเวชศาสตร์ครอบครัว

กลยุทธ์ที่ 4

สร้างระบบสนับสนุนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัว(แยกกลุ่มเป้าหมาย นศ. จบใหม่และผู้ที่ทำงานมาแล้วระยะหนึ่ง/แยกตามสาขาวิชาชีพ)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

ระบบสนับสนุนงานเวชปฏิบัติครอบครัวประเทศไทยมีประสิทธิภาพ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวมีความก้าวหน้าในวิชาชีพและมีความสุขในการทำงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนโยบายพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีระเบียบปฏิบัติหรือคำสั่งว่าด้วยการจ่ายค่าตอบแทน/สวัสดิการ/สวัสดิภาพ ส่งเสริมความมั่นคงของชีวิต สำหรับผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวทุกสาขาวิชาชีพ
3. มีระเบียบการจัดสรรงบประมาณที่สะท้อนภาระงาน และผลลัพธ์ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ให้กับหน่วยบริการสุขภาพ
4. โครงสร้างและกรอบอัตรากำลัง ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพ ถูกนำไปใช้ในหน่วยบริการทุกระดับ
5. มีกลไกที่จะประสานการพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค การพัฒนาคุณภาพ/การบริการ/การบริหาร
6. อัตรากำลังอยู่ในระบบและระยะเวลาเฉลี่ยของบุคลากรงานเวชปฏิบัติครอบครัว

มาตรการ

1. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนโยบายพัฒนางานเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ
2. พัฒนาระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่สะท้อนต่อภาระงานและผลลัพธ์ งานเวชปฏิบัติครอบครัว
3. สร้างกลไกในการประสานการบริหารงานเวชปฏิบัติครอบครัวในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
4. สร้างระบบสวัสดิการและสวัสดิภาพที่เกื้อหนุนในการศึกษาและทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว (เช่น ที่พัก สิ่งแวดล้อมการทำงาน ความก้าวหน้าในอาชีพ เป็นต้น)

5. สนับสนุนให้งานเวชปฏิบัติครอบครัวให้เป็นส่วนหนึ่งของการนิเทศงานระดับเขตที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
6. สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย/ชุมชนปฏิบัติการผู้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวในสาขาและระหว่างสาขาวิชาชีพ (ระดับต่างๆ รพศ/รพท/รพช/รพ.สต. สสจ.สสอ.)

กลยุทธ์ที่ 5

สร้างเสริมคุณค่าและอัตลักษณ์เพื่อสร้างการรับรู้ และเข้าใจของสังคม (ต่อเนื่อง...การสื่อสารสาธารณะ..role model)

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์

เกิดรับรู้บทบาทและคุณค่างานเวชปฏิบัติครอบครัวในการดูแลสุขภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีคณะทำงานภาคีเครือข่ายการสื่อสารด้านเวชปฏิบัติครอบครัว
2. มีแนวทาง/แผนการสื่อสารสร้างภาพลักษณ์ (คุณค่าและอัตลักษณ์) งานเวชปฏิบัติครอบครัวที่ชัดเจนในระดับต่างๆ
3. สังคมรับรู้คุณค่าและอัตลักษณ์ (บทบาทหน้าที่บริการที่ให้) งานเวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้น

มาตรการ

1. พัฒนาเนื้อหา และระบบ (กลไก/ช่องทาง) การสื่อสารและสร้างความเข้าใจต่องานเวชปฏิบัติครอบครัว ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง(ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ผู้กำหนดนโยบาย และสาธารณชน)
2. พัฒนาทักษะการสื่อสารสาธารณะของบุคลากรในระดับต่างๆ
3. สนับสนุนให้ภาคประชาชนสื่อสารเพื่อสร้างเข้าใจต่องานเวชปฏิบัติครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข ข่าวเพื่อมวลชน. [สืบค้นเมื่อ 25 ก.พ. 2554]. แหล่งข้อมูล:
http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=31995
2. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ปฏิรูประบบบริการสุขภาพไทย. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน, 2541.
3. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ และขงยุทธ พงษ์สุภาพ. การพัฒนาเวชปฏิบัติครอบครัวในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2548; 14(2): 256-267.
4. กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์ และคณะ. บทบาทของแพทย์ในการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล. วารสารวิชาการสาธารณสุข ๒๕๔๘ ; ๑๔ (๓): ๕๕๓-๕๖๐
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. เอกสารประกอบการประชุมประจำปี 2553 วันศุกร์ที่ 6 สิงหาคม 2553 ; ณ ห้องแกรนด์ไดมอนด์ บอลรูม ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี . นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ; 2553
6. วิโรจน์ เขียมจรัสรังสี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑; ๒ (๑): ๘๒- ๙๐.
7. วิมุทธพรรณ ไชยชนะ และ หทัยรัตน์ นิยามาศ. ผลศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนบ้าน แม่พุง อำเภอป่าแดด จังหวัดเชียงราย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐; ๑ (๒): ๙๒- ๙๘.
8. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. การประเมินระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวานของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (CUP) ภายใต้ระบบประกัน สุขภาพถ้วนหน้า. วารสารระบบสาธารณสุข ๒๕๕๐; ๑ (๑): ๑๗- ๓๔.
9. เอกรัฐ จันทร์วันเพ็ญ. บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการป้องกันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดแผลกดทับ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑ ; ๒ (๑): ๙๐๗- ๙๑๓.
10. สราวุธ แสงทอง และคณะ .การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเถิน จังหวัด ลำปาง .วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๑; ๒ (๑): ๗๗๗- ๗๘๗.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระบบบริการปฐมภูมิในฝัน บนเส้นทางสู่สุขภาพดีถ้วนหน้า. หมออนามัย 2552; 18(5): 44-48.
12. WONCA. The Role of the general/family physician in health care systems, a statement from WONCA. 1991 WONCA News 1991; 17: 4-8.

13. สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 12 ปีกับการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย วันที่ 22-24 ต.ค.2553; โรสการ์เด็นท์ ริเวอร์ไซด์ สวนสามพราน จ.นครปฐม.
14. สดงศ์ ศุภผล และคณะ. สํารวจข้อมูลสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรุ่นที่ 1-8 เสนอต่อสำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. ขอนแก่น; โรงพยาบาลขอนแก่น, 2553
15. เกษม เวชสุทธานนท์ และคณะ. รายงานการทบทวนงานเวชศาสตร์ครอบครัวเสนอต่อกองทุนพัฒนาบริการปฐมภูมิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร; สำนักงานประสานการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2553.
16. กองบรรณาธิการ. บนถนน Medical Hub เราจะก้าวไปอย่างไรกัน. *ผีเสื้อขยับปีก*. 2553; 3(4). 12-20.
17. บันทึกความร่วมมือการพัฒนางานเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย (บันทึกความร่วมมือ ที่ 18.6/0002/2552)
18. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการกำหนดโครงสร้างหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(ที่ สช. 0201.032/ ว 367) ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2553
19. สุมาลี ประทุมรัตน์, อภิญญา ตันทวิวงษ์ และ ชีรณรงค์ กุลสตรี.บนเส้นทางสายอุดมการณ์ หมอครอบครัว. Thai European Health Care Reform project. สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2552.
20. อรสม สุทธิสาคร. Thai family Doctor ความดีและความงามในระบบสุขภาพไทย.สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 2553.
21. พณพัฒน์ โตเจริญวานิช.หลักการเวชศาสตร์ครอบครัว ใน: เวชศาสตร์ครอบครัวแนวคิดและประสบการณ์ในบริบทไทย. กรุงเทพฯ. บริษัทสหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; 2553: 5-25.
22. Hummers-Pradier E, et al., Research Agenda for General Practice / Family Medicine and Primary Health Care in Europe, European General Practice Research Network EGPRN, Maastricht 2009
23. Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Fam Pract.* 2002 Oct; 19(5):557-62.
- 24 Green LA. The research domain of family medicine.*Ann Fam Med* 2004;2(Suppl 2): S23-S29
- 25 สำนักงานวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน. การศึกษาวิจัย Appropriate Research type in family medicine ใน: สรุปประสบการณ์การทำงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัว Knowledge management in Family Medicine from Experience to Expertise. 2553: 27-32.
- 26 Thomas P, Graffy J, Wallace P, Kirby M. How primary care networks can help integrate academic and service initiatives in primary care. *Ann Fam Med.* 2006 May-Jun;4(3):235-9

