

บทความพิเศษ

Review article

# ทิศทางแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวกับระบบสุขภาพของประเทศไทย

ภูมิพงศ์ ศรีภา พ.บ.

หน่วยเวชศาสตร์ครอบครัว ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันรับ:	16 ส.ค. 2561
วันแก้ไข:	22 ต.ค. 2561
วันตอบรับ:	29 ต.ค. 2561

**บทคัดย่อ** แพทยเวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีความชำนาญในด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ เปรียบเสมือนแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย ภายใต้นโยบายการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2559 และรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ต่อประชากร 10,000 คน จากการปฏิรูปดังกล่าวส่งผลให้สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมีความสำคัญมากขึ้นในสังคมไทย จากการศึกษาพบว่าการบริการสุขภาพปฐมภูมิและแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง โดยการที่จะปฏิรูประบบบริการปฐมภูมินั้นจำเป็นต้องมีจำนวนแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบสุขภาพที่เพียงพอ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกเรียนต่อเฉพาะทางของแพทย์และการคงอยู่ในพื้นที่ชนบทนั้น ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์และการเรียนรู้ในโรงเรียนแพทย์ ค่าตอบแทน บทบาทของสาขาเฉพาะทาง โครงสร้างของสถานที่ทำงาน และความเหมาะสมของทรัพยากรการดำรงชีวิตในพื้นที่

**คำสำคัญ:** เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทยเวชศาสตร์ครอบครัว, ระบบบริการปฐมภูมิ

## บทนำ

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine หรือ general practice) เป็นสาขาหนึ่งของการแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยลักษณะเฉพาะที่สำคัญของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้านแรก (first-contacted care) โดยครอบคลุมผู้ป่วยทุกช่วงอายุ เพศ และวัย การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประสานงานกับทีมแพทย์และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ (coordinated care) การดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred care) การดูแลผู้ป่วยในมิติโรค ความเจ็บป่วย ความนึกคิด และความรู้สึก (comprehensive care) การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

(community care) และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and prevention) โดยสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนั้นประกอบด้วยองค์ความรู้ การวิจัย และเวชปฏิบัติทางคลินิกโดยอิงหลักฐาน (evidence based medicine) ที่จำเพาะต่อการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ<sup>(1-4)</sup>

แพทยเวชศาสตร์ครอบครัว (family physician) หรือ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (general practitioner) ในสหราชอาณาจักรและราชอาณาจักรในเครือจักรภพ หมายถึงแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีความชำนาญในด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ เปรียบเสมือนแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วย<sup>(5)</sup>

ในสหราชอาณาจักรนั้นได้มีบันทึกเกี่ยวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2352 แต่ไม่ปรากฏความหมายและหน้าที่ที่แน่ชัด<sup>(6)</sup> โดยต่อมามีการกล่าวถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้นในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 จนกระทั่งแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นได้ถือกำเนิดอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2495 ภายใต้การกำกับของ The College of General Practitioners<sup>(7)</sup> สำหรับในประเทศไทยนั้น เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการแพทย์เฉพาะทางสาขาใหม่ซึ่งก่อตั้งในปี พ.ศ. 2541 โดยราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยปัจจุบันได้มีสถานที่ฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางทั้งหมด 25 สถาบัน

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและประโยชน์ต่อระบบสุขภาพของประเทศ จึงมีนโยบายปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (primary care cluster) และบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชน

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นำเสนอสถานการณ์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบัน ทิศทางการพัฒนา และผลของการพัฒนาระบบแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการบริการระดับสุขภาพปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพประเทศไทย

### หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวโดยสังเขป

เวชศาสตร์ครอบครัว นั้นเป็นสาขาเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว โดยให้การดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยทุกเพศ ทุกวัย ทุกโรคและทุกความเจ็บป่วย นอกจากนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านครอบครัว สิ่งแวดล้อมและสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี แพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัวมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการประสานงานด้านการดูแลผู้ป่วยกับสาขาอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยสูงสุด ความเฉพาะทางของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นสามารถอธิบายได้เป็นหลักดังนี้<sup>(2,4,8,9)</sup>

1. การเป็นแพทย์ประจำตัว โดยสามารถให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมทุกมิติ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยไม่จำกัดเพศ อายุ และรูปแบบความเจ็บป่วย และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
2. การคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย โดยให้การดูแลสุขภาพบนพื้นฐานของครอบครัว ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม ร่วมกับการกำหนดแผนการรักษา โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก
3. การมีบทบาทในชุมชนและการมีหน้าที่ในการดูแลชุมชน
4. การสนับสนุนภาวะสุขภาพดี การป้องกันโรค การส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย
5. การเรียนรู้ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงาน และการดูแลความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย

กล่าวคือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นจะมุ่งเน้นการรักษาโดยมองผู้ป่วยเป็น คนทั้งคน แพทย์ต้องใช้หลักการดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centred care) เพื่อทำความเข้าใจความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน นอกจากนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังคำนึงถึงความเป็นคนของผู้ป่วย โดยการทำความเข้าใจสภาพชีวิต ความเป็นอยู่ ประสพการณ์ชีวิตของครอบครัว ศาสนา ความเชื่อ วัฒนธรรม สังคม และสิ่งแวดล้อมในชุมชนของผู้ป่วย จากนั้นจึงร่วมตกลงแนวทางการรักษา สร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยทุกกระบวนการนั้นอยู่บนพื้นฐานของความเป็นไปได้จริง<sup>(2)</sup>

## ความแตกต่างระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

ในบริบทของสังคมไทยที่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์เองยังขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ส่งผลให้แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนั้นยังไม่เป็นที่ยอมรับและยังขาดการสนับสนุน<sup>(10)</sup> จากการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิระดับอำเภอพบว่า<sup>(11)</sup> ผู้บริหารงานบริการปฐมภูมียังคงขาดความเข้าใจในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและความแตกต่างระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป

จากการทบทวนบทบาทและลักษณะเฉพาะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่าแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งเป็นแพทย์ที่จบการศึกษาหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตนั้น มีบทบาท หน้าที่ และความชำนาญที่แตกต่างจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดังนี้<sup>(2,4,8,12)</sup>

1. ระดับการบริการสุขภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยในระดับระบบบริการปฐมภูมิ ต่างจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เน้นดูแลผู้ป่วยในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ นอกจากนี้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วย

2. ขอบเขตการดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลผู้ป่วยทุกอายุ ทุกเพศ ทุกวัย และทุกความเจ็บป่วย โดยไม่จำเป็นต้องมีโรค ต่างจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปที่เน้นดูแลโรคของผู้ป่วยเป็นหลัก

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการดูแลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง คำนึงถึงปัจจัยทางด้านครอบครัว สังคม และชุมชน ไม่มุ่งเน้นที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเน้นการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึงแม้ผู้ป่วยจะไม่มีโรค

4. การส่งเสริมสุขภาพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5. ผู้ป่วยที่รับผิดชอบโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นรับผิดชอบประชากรทั้งชุมชนที่ตนรับผิดชอบ ต่างจากแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปซึ่งดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล

## แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีความจำเป็นต่อ ระบบบริการสุขภาพหรือไม่

ปัจจุบันสังคมไทยรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในความจำเป็นที่จะต้องมีความจำเป็นต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาทัศนคติของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิระดับอำเภอต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปี พ.ศ. 2553<sup>(11)</sup> พบว่า มีผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิระดับอำเภอเพียงร้อยละ 11.0 ที่ตระหนักว่าหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องมีความจำเป็นต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2561<sup>(13)</sup> พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่รับรู้และเข้าใจนโยบายคลินิกหมอครอบครัว แต่ยังคงมีความเข้าใจในรายละเอียดที่ไม่ตรงกัน

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยให้ความสำคัญด้านการพัฒนาแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยขาดความเป็นองค์รวม โดยการดูแลผู้ป่วยโดยการแบ่งส่วนตามความเฉพาะทางของแพทย์ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีต้นทุนสูงขึ้น ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน<sup>(10)</sup> จากการศึกษาพบว่าการพัฒนาการแพทย์เฉพาะทางส่งผลให้การพัฒนาทางด้านการแพทย์และการกระจายแพทย์เป็นการพัฒนาเข้าสู่ศูนย์กลาง<sup>(14)</sup> โดยขาดการส่งเสริมสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพ และการป้องกันโรค ส่งผลกระทบทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลมากขึ้นทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เกิดการให้บริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า เกิดค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติที่ต้องขาดงานและเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นเพื่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไกลขึ้น

การปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้ามาทำงานในชุมชนนั้นเป็น

สิ่งจำเป็นเนื่องจากจากการมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ปฐมภูมิเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ป่วยให้การดูแลอย่างครอบคลุมทุกมิติ สามารถดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สามารถให้การรักษาอย่างต่อเนื่องได้<sup>(15)</sup> จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงบริบททางครอบครัวและสังคมในระดับปฐมภูมิ อาศัยหลักการดูแลผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางนั้นส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพมาก ทำให้ระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคงและมีคุณค่ามากขึ้น<sup>(16,17)</sup>

จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2551<sup>(18)</sup> พบว่า การปรับเปลี่ยนให้มีผู้ป่วยเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นอันดับแรกนั้นสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์ มีการบริการด้านการป้องกันโรคมากขึ้น โดยมีผลการรักษาไม่แตกต่างจากการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น

### สถานการณ์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในปัจจุบัน

จากนโยบายการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี พ.ศ. 2559<sup>(19)</sup> กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้มีทีมหมอครอบครัว ซึ่งมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ต่อประชากร 10,000 คน และให้ทีมหมอครอบครัว 3 กลุ่มรวมตัวกันเกิดเป็นกลุ่มเครือข่ายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ซึ่งนโยบายดังกล่าวสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2560<sup>(20)</sup> โดยรัฐธรรมนูญบัญญัติให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม โดยจากนโยบายพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ปีงบประมาณ 2569 จะต้องมีทีมหมอครอบครัว 6,500 ทีม ซึ่งครอบคลุมทั่วประเทศ<sup>(19)</sup>

แนวความคิดเรื่องอัตราส่วนที่เหมาะสมของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อประชากรที่ได้รับการดูแลนั้นถูก

เสนอขึ้นในปี พ.ศ. 2543 โดยมีแนวความคิดว่าในสหรัฐอเมริกาว่าแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนนั้นสามารถให้การดูแลอย่างเหมาะสมแก่ประชากรที่ได้รับมอบหมายได้ 2500 คน<sup>(21)</sup> โดยมีการศึกษาว่าหากมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีประชากรที่ต้องดูแลมากขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กับการเยี่ยมบ้านที่ลดลง เวลาการตรวจผู้ป่วยต่อรายลดลง อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่แสดงความสัมพันธ์ของการเพิ่มขนาดของประชากรกับการบริการ โดยพบว่าการเพิ่มขนาดของประชากรต่อแพทย์นั้นเกี่ยวข้องกับทำให้ค่าปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ชีวิต การฉีดวัคซีน และการคัดกรองมะเร็งที่ลดลง แต่ไม่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง<sup>(22,23)</sup> จากการศึกษาในปี พ.ศ. 2557 พบว่าสหราชอาณาจักรมีอัตราแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนดูแลประชากรโดยเฉลี่ย 1,577 คน<sup>(24)</sup> โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในสหราชอาณาจักรนั้นสามารถรวมกลุ่มกันเพื่อใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ร่วมกันและขยายศักยภาพการบริการให้มากขึ้น

จากการสำรวจในประเทศไทยโดยแพทยสภาในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 628 คน<sup>(25)</sup> และในช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2550-2560) มีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้น 426 คน<sup>(26)</sup> ดังนั้นการสนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากเพื่อให้มีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เพียงพอต่อการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินนโยบายผลิตแพทย์มากขึ้นเพื่อให้เพียงพอต่อการให้การดูแลสุขภาพของประชาชน จากการสำรวจโดยแพทยสภา พบว่าปัจจุบันมีแพทย์ที่จบการศึกษาในประเทศไทยได้รับใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเฉลี่ยปีละ 2663 คน<sup>(27)</sup> และมีแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวใหม่เฉลี่ยปีละ 86 คน (พ.ศ. 2558-2560)<sup>(25)</sup> โดยไม่นับแพทย์ในโครงการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวขณะปฏิบัติงาน (in-training



service) ซึ่งหากพิจารณาสัดส่วนของแพทย์ที่เลือกเรียนต่อแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนั้น จากสถิติการสมัครแพทย์สมัครเข้ารับการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวปีการฝึกอบรม 2559 รอบที่ 1 ซึ่งเปิดรับแพทย์ประจำบ้าน 119 ตำแหน่ง มีผู้ผ่านการคัดเลือก 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.6<sup>(28)</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลือกเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางนั้น พบว่า นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความสนใจเฉพาะตัว ประสบการณ์ที่ได้รับระหว่างการเรียนแพทย์ ความชอบส่วนบุคคล การเลือกเรียนต่อแพทย์เฉพาะทางยังขึ้นกับปัจจัยเสริม<sup>(29)</sup> เช่น ลักษณะของโรงเรียนแพทย์ที่ตนได้เรียน ลักษณะของงานเวชศาสตร์ครอบครัวและรายได้ ตัวอย่างแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ดี ความมีตัวตนของแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ มุมมองของสังคมต่อแพทย์เฉพาะทาง และระบบการเรียนต่อเฉพาะแต่ละสาขา เป็นต้น<sup>(29,30)</sup>

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยเกี่ยวกับความสนใจของผู้สมัครพบว่า แพทย์และนักศึกษาแพทย์ที่สนใจสมัครเรียนต่อเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวยังมีจำนวนน้อย โดยจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2554 พบว่า จำนวนนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 6 มีความต้องการสมัครเรียนต่อสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวน้อยกว่าร้อยละ 3.0<sup>(31)</sup> ซึ่งเมื่อเทียบกับในต่างประเทศ เช่น แคนาดา พบว่าในปี 2550 นั้นมีนักศึกษาแพทย์ที่มีความสนใจที่จะเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร้อยละ 30.0 โดยประมาณ<sup>(32)</sup>

สำหรับปัจจัยด้านการจัดการเรียนการสอนและหลักสูตร หลักสูตรวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทยในการศึกษาระดับปริญญาณั้ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน กล่าวคือยังคงขาดทรัพยากรทางด้านบุคคล และหลักสูตรกลาง ซึ่งอาจส่งผลให้นักศึกษาแพทย์ขาดความตระหนักถึงบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และขาดความสนใจในการเรียนต่อเฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งแตกต่างจากการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวในต่างประเทศ โดยการจัดการเรียนการสอนวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวมีแนวทางที่ชัดเจนทั้งในระดับ

ปริญญาตรี<sup>(33,34)</sup> ส่งผลให้นักศึกษามีความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว มองเห็นภาพที่ชัดเจนของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และเกิดแรงบันดาลใจในการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในอนาคต

## การคงอยู่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในชนบท

การศึกษาพบว่า การคงอยู่แพทย์ในชนบทนั้นมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่แพทย์รุ่นที่เข้ารับราชการปี พ.ศ. 2545 และพบว่า การเพิ่มค่าตอบแทนนั้นไม่ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในชนบท<sup>(35)</sup> ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยอื่น ๆ จะพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการคงอยู่ในชนบทของบุคลากรทางแพทย์นั้น ได้แก่ ภูมิหลังของบุคลากร การได้สัมผัสบรรยากาศชนบทตั้งแต่สมัยเรียน หลักสูตรการเรียนการสอนแพทย์ ค่าตอบแทนที่เหมาะสมซึ่งครอบคลุมค่าเสียโอกาสในการทำงานในเมืองใหญ่ มีสิ่งแวดล้อมการทำงาน และการใช้ชีวิตที่ดี เป็นต้น<sup>(36,37)</sup> งานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของประเทศออสเตรเลียในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการคงอยู่ของบุคลากรการแพทย์ในชนบทนั้น ได้แก่ ความเจริญก้าวหน้าของตำแหน่งงาน โครงสร้างพื้นฐานขององค์กร และทรัพยากรในพื้นที่<sup>(38)</sup> เมื่อพิจารณาปัจจัยดังกล่าวในสถานการณ์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวพบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถทำงานได้ดี มีความสุขในชุมชน<sup>(5)</sup> หากแต่การสนับสนุนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนั้นอาจยังไม่เพียงพอในบางที่ ซึ่งอาจส่งผลให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวยังไม่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่<sup>(39)</sup>

## ทิศทางการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวกับ การปฏิรูปการบริการสุขภาพ

ภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับปี พ.ศ. 2560 และนโยบายปฏิรูประบบบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้มีจำนวนแพทย์

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นไปตามเป้าหมาย ดังนั้นการมีแนวทางที่ชัดเจนในการพัฒนาเวชศาสตร์ครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาพบว่าองค์ประกอบหลักในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว<sup>(40)</sup> ได้แก่ การเป็นพันธมิตรกันขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ และหน่วยงานเวชศาสตร์ครอบครัวระหว่างประเทศ การมีต้นแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว การเมืองและการกำหนดนโยบายในระดับประเทศ และความสามารถในการปรับเปลี่ยนรูปแบบของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวให้ เป็นไปตามบริบทของประเทศไทย

โดยในสหภาพยุโรปมีการเสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว<sup>(41)</sup> โดยต้องพัฒนาให้สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวมีรากฐานทางวิชาการที่เข้มแข็ง ทั้งด้านการวิจัยและการจัดการสอน และพัฒนาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความชัดเจนในการเป็นแพทย์เฉพาะทาง กล่าวคือ ควรกำหนดจุดประสงค์และสมรรถนะสำคัญของผู้เรียนให้ชัดเจนทั้งระดับปริญญาและหลังปริญญา นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและที่ทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

### บทสรุป

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิภายใต้รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2560 ส่งผลให้สังคมไทยควรตระหนักและเข้าใจถึงแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือ หมอครอบครัว คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยในระดับการบริการปฐมภูมิ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ให้การดูแลผู้ป่วยได้ทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาการ และยังให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง หลักฐานเชิงประจักษ์มากมาย ยังแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการให้จัดบริการระบบสุขภาพปฐมภูมิโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวทั้งด้านคุณภาพการรักษา การเข้าถึงการรักษา และค่าใช้จ่ายใน

การรักษาและการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ การที่จะผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและเหมาะสมควรเริ่มจากการส่งเสริมการเรียนการสอนสาขาเวชศาสตร์ทั้งในระดับปริญญาและหลังปริญญา การเพิ่มค่าตอบแทนและพัฒนาสิ่งแวดล้อมในที่ทำงานและชุมชนให้เหมาะสม รวมทั้งการสร้างควมตระหนักแก่ประชาชนให้เข้าใจถึงระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและความเฉพาะทางของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อระบบสาธารณสุขไทยมีจำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่เพียงพอในทุกพื้นที่ ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดีขึ้น กล่าวคือประชาชนจะสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้นผ่านหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ มีแพทย์ประจำตัว สามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้นผ่านกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้การปฏิรูประบบบริการปฐมภูมียังนำไปสู่การลดการใช้ทรัพยากรในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ส่งผลให้ระบบสุขภาพสามารถดำเนินต่อไปได้อย่างยั่งยืน

### เอกสารอ้างอิง

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Maas-tricht PR. The European Definition of General Practice / Family Medicine [Internet]. WONCA EUROPE; 2011 [cited 2018 Jul 20]. Available from: <http://www.wonca-europe.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>
2. สุพัตรา ศรีวิชัยชกร. ความสำคัญของเวชศาสตร์ครอบครัว. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2553;1:4-6.
3. ไชยนันท์ ทยาวิวัฒน์. เวชศาสตร์ครอบครัวกับบทบาทในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) และ ระบบบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: [http://www.rh2.go.th/uploads/documents/wg1/20170411\\_154010\\_1\\_16520.pdf](http://www.rh2.go.th/uploads/documents/wg1/20170411_154010_1_16520.pdf)
4. Rakel R, Rakel D. Textbook of family medicine. 9th edition. Philadelphia, PA: Elsevier Inc.; 2015.
5. พันธุ์กร มีสิทธิ์, ทศทิพย์ ธรรมวิริยะกุล. บทบาทของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและความสุขในการทำงานบริการปฐม

- ภูมิในพื้นที่ภาคใต้. *บูรพาเวชสาร* 2560;4:42.
6. Loudon I. *Medical care and the general practitioner 1750–1850*. Oxford: Clarendon Press; 1986.
  7. 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 2018 Jul 12]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-quality-care-general-practice>
  8. สายพิณ หัตถิรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2549.
  9. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อการสอบวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2555.
  10. Williams RL, Henley E, Prueksaritanond S, Aramrattana A. Family practice in Thailand: will it work? *J Am Board Fam Pract* 2002;15:73–6.
  11. อนุวัตร แก้วเชียงใหม่, เสาวนันทน์ บำเรอราช, กฤติณ ศิลา นันท์. ความเข้าใจในบทบาทแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ของผู้บริหารงานบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอ จังหวัดมุกดาหาร. *วารสารการพัฒนาศุภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2556;3:73–80.
  12. Brown DC. Family practice — what's the difference? *Can Fam Physician* 1979;25:1484–521.
  13. Khonthaphakdi D, Permthonchoochai N, Jariyatheerawong Y, Keatkor T, Pimpisan N, Wichito S, et al. Perception of Hospital Administrators and Primary Care Practitioners on Primary Care Cluster Policy: Understandings, Feelings, Expectations, Obstacles and Suggestions. *J Health Syst Res* 2018;12:13.
  14. Stange KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Ann Fam Med* 2009;7:100–3.
  15. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
  16. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012. Gac Sanit* 2012;26 Suppl 1:20–6.
  17. Bayliss EA, Bonds DE, Boyd CM, Davis MM, Finke B, Fox MH, et al. Understanding the context of health for persons with multiple chronic conditions: moving from what is the matter to what matters. *Ann Fam Med* 2014;12:260–9.
  18. World Health Organization. *The World Health Report 2008 : primary health care now more than ever* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2018 Jul 15]. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
  19. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว สำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2559.
  20. สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา; 2560.
  21. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag* 2000;7:45–50.
  22. Dahrouge S, Hogg W, Younger J, Muggah E, Russell G, Glazier RH. Primary care physician panel size and quality of care: a population-based study in Ontario, Canada. *Ann Fam Med* 2016;14:26–33.
  23. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Ann Fam Med* 2012;10:396–400.
  24. Baird B, Charles A, Honeyman M, Maguire D, Das P. Understanding pressures in general practice [Internet]. London: The King's Fund; 2016 May [cited 2018 Jul 10] p. 100. Available from: [https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field\\_publication\\_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf](https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Understanding-GP-pressures-Kings-Fund-May-2016.pdf)
  25. แพทยสภา. แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติวุฒิบัตรจากแพทยสภา 2507–2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15

- ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tmc.or.th/statistics.php>
26. แพทยสภา. ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา (รายสาขา) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tmc.or.th/statistics.php>
27. แพทยสภา. แพทย์ได้รับใบอนุญาต แยกสถาบัน ปี 2539-2560 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.tmc.or.th/statistics.php>
28. แพทยสภา. จำนวนตำแหน่งแพทย์ประจำบ้านของสาขาต่างๆ ที่สถาบันฝึกอบรมจะรับสมัครในปีการศึกษา 2550 รอบที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://tmc.or.th/pdf/residen1-2-2559.pdf>
29. Querido SJ, Vergouw D, Wigersma L, Batenburg RS, De Rond MEJ, Ten Cate OTJ. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. *Med Teach* 2016;38:18-29.
30. Ie K, Tahara M, Murata A, Komiyama M, Onishi H. Factors associated to the career choice of family medicine among Japanese physicians: the dawn of a new era. *Asia Pac Fam Med* 2014;13:11.
31. ตินพัฒน แก้วยอด, บุรณี กาญจนถวัลย์. ความสนใจเลือกเรียนต่อสาขาเฉพาะทางในวิชาชีพแพทย์ บุคลิกภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของนิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 6 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร* 2554;55:381-97.
32. Vanasse A, Orzanco MG, Courteau J, Scott S. Attractiveness of family medicine for medical students. *Can Fam Physician* 2011;57:e216-27.
33. Tandeter H, Carelli F, Timonen M, Javashvili G, Basak O, Wilm S, et al. A “minimal core curriculum” for family medicine in undergraduate medical education: a European Delphi survey among EURACT representatives. *Eur J Gen Pract* 2011;17:217-20.
34. Brekke M, Carelli F, Zarbailov N, Javashvili G, Wilm S, Timonen M, et al. Undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe – a descriptive study. *BMC Med Educ* 2013 Dec 1;13:157.
35. Pagaiya N, Sriratana S, Wongwinyou K, Lapkom C, Worarat W. Impacts of financial measures on retention of doctors in rural and public health facilities. *J Health Syst Res* 2012;6:228-35.
36. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 2016; 16:126.
37. World Health Organization. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010.
38. Buykx P, Humphreys J, Wakerman J, Pashen D. Systematic review of effective retention incentives for health workers in rural and remote areas: Towards evidence-based policy. *Aust J Rural Health* 2010;18:102-9.
39. สดางค์ ศุภผล, จิรฐา บุตรแก้ว, วราวุธ กุลเวชกิจ. การสำรวจสถานการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการสุขภาพไทย. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* 2554;3:12-8.
40. Rouleau K, Bourget M, Chege P, Couturier F, Godoy-Ruiz P, Grand'Maison PH, et al. Strengthening primary care through family medicine around the world: Collaborating Toward Promising Practices. *Fam Med* 2018;50:426-36.
41. Zarbailov N, Wilm S, Tandeter H, Carelli F, Brekke M. Strengthening general practice/family medicine in Europe—advice from professionals from 30 European countries. *BMC Fam Pract* 2017;18:80.



**Abstract: Direction of Family Physicians towards Thai Health Care System**

**Poompong Sripa, M.D.**

*Family Medicine Unit, Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Thailand*

*Journal of Health Science 2019;18:176-84.*

A family doctor is a medical doctor who specialised in family medicine. A family doctor, believed to be a personal doctor for a patient, is specifically trained to provide primary health care. Based on primary care cluster roadmap by Ministry of Public Health of Thailand in 2016 and the Constitution of the Kingdom of Thailand 2017, Ministry of Public Health sets a target of providing one family doctor per 10,000 populations. As a consequence of this policy, family doctor is an increasingly important specialty in Thai society. It is evident that primary health care services and family physicians are associated with better health outcomes, more access to primary care services and lower health expenditures. In order to reform the primary health care model, it is required to have sufficient numbers of family physicians. It has been demonstrated that factors associated with specialty career decision making and doctor retention in remote areas are specialty and rural exposures during medical schools, salaries, characteristics of each specialty, infrastructures of workplace and appropriate living environments.

**Key words:** family medicine, family physician, primary health care