

ประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพตามเจตนารมณ์สาธารณสุขมูลฐาน: บทสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทย

วรารัตน์ ใจชื่น*†

บทคัดย่อ

การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพให้สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชากรส่วนใหญ่ได้เป็นเป้าหมายที่ทั่วโลกคาดหวังให้บรรลุผลตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกเห็นชอบให้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นทิศทางหลักในการพัฒนา อย่างไรก็ตาม ข้อมูลปัจจุบันในส่วนของสุขภาพช่องปากของประชากรไทยกลับพบว่าเป้าหมายดังกล่าวยังไม่สามารถบรรลุผลได้ แม้จะล่วงเลยระยะเวลาที่คาดหวังให้บรรลุเป้าหมายนั้นมา 20 ปี บทความนี้เป็นการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อทำความเข้าใจเจตนารมณ์ตั้งต้นของหลักการนี้ ร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพช่องปากของประชากรไทย แล้วจึงสังเคราะห์เป็นประเด็นท้าทายในภาพรวมการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทย และเสนอแนะแนวทางพัฒนาเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากของประชากรไทย โดยพบความท้าทาย 3 ประเด็น ประกอบด้วย 1) ความชัดเจนของเป้าหมายในการพัฒนาที่เห็นชอบร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยเฉพาะประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพช่องปากตัวจริง 2) การทบทวนและปรับปรุงองค์ประกอบทั้ง 6 ส่วนของระบบสุขภาพ (six building blocks of health system) เพื่อขับเคลื่อนไปสู่การจัดบริการที่ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของประชากรส่วนใหญ่ และ 3) การจัดการปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก นอกเหนือไปจากการเข้ารับบริการทันตกรรม ในส่วนท้ายของบทความได้เสนอแนะ 3 ประเด็นเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามเจตนารมณ์สาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย 1) การทบทวนการกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพระยะยาวควบคู่ไปกับเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการ ผ่านการกำกับติดตามต่อเนื่อง 2) การขับเคลื่อนสู่เป้าหมายระยะยาวโดยอาศัยกลยุทธ์การบูรณาการไปกับนโยบายในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และ 3) การบริหารจัดการให้มีทันตบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสมสำหรับระบบสุขภาพช่องปากในอนาคต ประกอบด้วย สมรรถนะในการวางแผนการจัดบริการ การให้บริการ และการประสานงาน

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพช่องปาก, ระบบสุขภาพช่องปาก, การบริการปฐมภูมิ, การสาธารณสุขมูลฐาน

* กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

† สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

Received 20 March 2020; Revised 29 May 2020; Accepted 17 August 2020

Suggested citation: Jaichuen W. Health systems challenges by the intent of primary health care: synthesis of the recommendations for oral health care system development for Thai population. *Journal of Health Systems Research* 2020;14(3):227-42.

วรารัตน์ ใจชื่น. ประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพตามเจตนารมณ์สาธารณสุขมูลฐาน: บทสังเคราะห์ข้อเสนอการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2563;14(3):227-42.



Health Systems Challenges by the Intent of Primary Health Care: Synthesis of the Recommendations for Oral Health Care System Development for Thai Population

Wararat Jaichuen^{*†}, pook_ky2526@hotmail.com

^{*} Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

[†] Human Resource for Health Research and Development Office, International Health Policy Program

Abstract

Health care system development had been the global basic health need goals of world population by the year 2000. Signatory countries to the World Health Organization agreed that the primary health care principles were the key for the development. However, current oral health data of Thai population show gaps to the expected goal even by 2020. This article is a review of documents related to the primary health care, aiming to understand the original intentions of this principle together with analyzing oral health situation of Thai population, then synthesizing challenges in the overall development of oral health care and proposing recommendations for improving the oral health service system to ensure oral health fairness. Three challenges are presented; 1) The oral health goals should be clarified with agreement among stakeholders including individuals who own their oral health, 2) Revising the six building block components of the health system and managing these driving components towards the goals, and 3) Managing other oral health determinant factors not limited to the utilization of oral health service delivery. In the end, three recommendations are proposed; 1) The long-term oral health goals review and revision together with service delivery system goals through periodic monitoring, 2) Integrating these long-term goals with the current policy practice of the Ministry of Public Health (the service plan, the regional health, and the district health system driving forces), and 3) Providing oral health personnel with appropriate competencies for the future oral health system, including planning skill, dental practitioner skill, and the coordination skill.

Keywords: oral health care, oral health system, oral health service delivery, primary health care

บทนำ

เมื่อกล่าวถึงคำว่าสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care: PHC) แทบทุกคนในแวดวงสุขภาพจะนึกย้อนไปถึงประกาศเจตนารมณ์อัลมา อตา หรือ “Declaration of Alma-Ata” เมื่อปี ค.ศ. 1978 (พ.ศ. 2521) นับเป็นเอกสารทางการฉบับแรกที่ได้ชูคำนี้ให้ปรากฏชัดพร้อมกันทั่วโลก แต่การอ้างอิงเนื้อหาสาระโดยขาดความเข้าใจถึงเจตนารมณ์ที่แท้จริงของต้นฉบับ ไม่ว่าจะประเด็นใดก็ตาม ล้วนทำให้สาระสำคัญถูกแปลความคลาดเคลื่อนไปทีละน้อยๆ ตามลำดับขั้นของการส่งสาร บทความฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อทำความเข้าใจคำว่าสาธารณสุขมูลฐานจากต้นขั้วในอดีต แล้วจึงเปรียบเทียบกับสถานการณ์

PHC ที่เกิดขึ้นจริงในทางปฏิบัติของนานาประเทศทั่วโลก เนื้อหาส่วนใหญ่อาศัยการถอดความจากเอกสารวิชาการก่อนหน้าที่ได้มีการรวบรวมเผยแพร่ไว้แล้ว ต่อจากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ร่วมกับสถานการณ์สุขภาพช่องปากของประชากรไทย เพื่อสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะการจัดการระบบสุขภาพช่องปากของประเทศไทยที่สอดคล้องตามเจตนารมณ์ PHC

เนื้อหาในบทความนี้แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

1. ความเป็นมาก่อนจะมาเป็น primary health care
2. Primary health care ในฉบับแรกเริ่ม: คุณค่าและความหมายจาก Declaration of Alma-Ata
3. Primary health care ในทางปฏิบัติ

4. Primary Health Care: Now More Than Ever แล้วจึงนำสู่บทสรุปประเด็นท้าทายและข้อเสนอแนะในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทยตามหลักการ PHC

เนื้อหา

1. ความเป็นมาก่อนจะมาเป็น primary health care

การยกระดับสุขภาพของประชากรด้วยหลักการ PHC เป็นหนึ่งในนโยบายที่ได้รับการรับรองและประกาศเป็นนโยบายด้านสุขภาพระดับโลกที่ทุกประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกจะต้องทุ่มเทสรรพกำลังในการดำเนินการร่วมกัน โดยกระบวนการพิจารณานโยบายด้านสุขภาพระดับโลกนี้อาศัยการดำเนินการผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly; WHA) ซึ่งเป็นเวทีที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) จัดให้มีขึ้นทุกปีเพื่อให้ประเทศสมาชิกร่วมพิจารณาประเด็นสุขภาพต่างๆ ร่วมกัน⁽¹⁾ โดยในส่วนของ PHC นั้น ประเด็นที่เกี่ยวข้องเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายด้านสุขภาพของประชากร “Health for All by the Year 2000” ซึ่งเป็น การสื่อความหมายว่าประชากรทุกคนบนโลกนี้มีสิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดีอย่างเท่าเทียมกัน กำหนดเงื่อนไขไว้ที่ภายในปี ค.ศ. 2000 ประเด็นนี้ได้เริ่มมีการนำเข้าพิจารณาครั้งแรกในที่ประชุม WHA ครั้งที่ 28 เมื่อปี 1975 เรื่อยมาจนกระทั่งได้รับการรับรองให้เป็นนโยบายด้านสุขภาพระดับโลกในการประชุม WHA ครั้งที่ 32 เมื่อปี 1979 ระบุถึงหลักการดำเนินการในรูปแบบ PHC เพื่อไปถึงเป้าหมายนั้น โดยอ้างอิงจาก Declaration of Alma-Ata^(2,3)

Declaration of Alma-Ata เป็นเจตนารมณ์ที่ได้รับการรับรองมาก่อนหน้านั้น จากงาน “International Conference on Primary Health Care” ซึ่งจัดขึ้นที่เมือง Alma-Ata ประเทศคาซัคสถาน เมื่อวันที่ 6-12 กันยายน 1978⁽⁴⁾ การประชุมนี้เป็นการประชุมระดับนานาชาติครั้งแรกที่ผู้เข้าร่วมประชุมจากประเทศต่างๆ และจาก

องค์กรระหว่างประเทศหรือร่วมกันในเรื่องสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นผู้แทนจากกระทรวงสุขภาพ ส่วนผู้แทนองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์การสหประชาชาติ (United Nations; UN) องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization; ILO) องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations; FAO) หน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศสหรัฐ (United States Agency for International Development; USAID) รวมไปถึงองค์กรไม่แสวงหากำไรต่างๆ (Nongovernmental organizations; NGOs) เช่น องค์กรการพัฒนาด้านต่างๆ องค์กรด้านศาสนา สภากาชาด องค์กรทางการเมืองต่างๆ⁽³⁾ สำหรับรายละเอียดของ Declaration of Alma-Ata นั้น จะกล่าวถึงในส่วนถัดไป โดยในส่วนนี้จะทบทวนย้อนกลับไปไปที่เอกสารวิชาการที่เป็นหัวใจสำคัญและเป็นจุดเริ่มต้นของแนวคิด PHC ที่ใช้อ้างอิงในการประชุมที่ Alma-Ata ในครั้งนั้น ได้แก่ รายงานการศึกษาที่ชื่อว่า “Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries”⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นการจัดทำร่วมกันระหว่างองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children’s Fund; UNICEF) และองค์การอนามัยโลก รายงานฉบับนั้นได้เน้นถึงประเด็น “ความจำเป็นขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ (basic health needs)” ซึ่งสรุปใจความสำคัญได้ดังต่อไปนี้

ที่ผ่านมา แม้ว่ารัฐบาลของแต่ละประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ จะมีความพยายามอย่างยิ่งในการยกระดับสุขภาพของประชากรโลก แต่ความเป็นจริงกลับพบว่าประชากรส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 80) ยังคงไม่ได้รับการตอบสนองด้านสุขภาพแม้แต่ความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชีวิต ประชากรเหล่านี้เป็นกลุ่มคนที่อยู่ในชนบทและมีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมระดับล่าง (rural population and underprivileged groups) ซึ่งทำให้มีบริบทชีวิตที่ด้อยกว่า แม้ว่าองค์กรระหว่างประเทศจะพยายามยื่นมือเข้าช่วยเหลือ แต่การสนับสนุนเงินทุนให้ประเทศเหล่านั้นมักจะ



เป็นไปในลักษณะการดำเนินงานในรูปแบบโครงการแนวตั้ง (vertical program) ที่เน้นการจัดการปัญหาความเจ็บป่วยเป็นการเฉพาะโรคที่มีการระบาดหรือเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อชีวิตประชากรอย่างกว้างขวาง ตัวอย่างที่พบเห็นได้อย่างคุ้นตาคือการขยายความครอบคลุมของการให้วัคซีนเพื่อป้องกันโรคแก่ประชากร ซึ่งรูปแบบดังกล่าวนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นภายใต้มุมมองของความเป็นโรค (disease oriented) อันแตกต่างจากมุมมองของสุขภาพแบบองค์รวม ขาดการจัดการที่ต้นตอของสาเหตุที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinant of health) อันเป็นสภาวะแวดล้อมที่คนคนหนึ่งประสบเจอในแต่ละช่วงเวลาตลอดช่วงชีวิต

เมื่อนำไปผนวกกับแนวคิดการพัฒนาาระบบบริการในหลายประเทศที่มีกาศัยการลอกเลียนแบบจากประเทศที่พัฒนาแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งขยายการจัดการบริการสุขภาพระดับสูง โดยเน้นการรักษาโรคเป็นหลัก ทำให้เกิดต้นทุนการจัดการบริการที่สูง ส่งผลให้มีเพียงกลุ่มคนจำนวนน้อยซึ่งอยู่ในระดับเศรษฐกิจฐานะที่สูงกว่าสามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ ในขณะที่ประชากรของประเทศปลายทางที่รับเอาแนวคิดเหล่านั้นมาส่วนใหญ่คือคนที่อยู่ในชนบท ซึ่งอยู่อาศัยในชุมชนที่มีลักษณะกระจัดกระจาย เป็นชุมชนขนาดเล็ก (isolated and dispersed) ส่งผลให้การพัฒนาระบบบริการที่ลอกเลียนแบบมา โดยไม่ได้คำนึงถึงความเหมาะสมกับบริบททางสังคมของประเทศตนเอง จึงเป็นไปได้ยากและต้องการการลงทุนที่มากกว่าจะทำได้ครอบคลุมชนบททุกพื้นที่ และเป็นอุปสรรคในการสรรหาคุคลากรสุขภาพไปประจำในพื้นที่ แม้ว่าระบบบริการสุขภาพทั่วโลกจะพัฒนาขึ้นทุกวัน แต่ประชากรส่วนใหญ่ยังคงไม่ได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเช่นเดิม

จากเหตุผลข้างต้น จึงนำไปสู่ข้อเสนอ “ทางเลือกใหม่ (alternative approaches)” ในการยกระดับสุขภาพของประชากรในประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งมีต้นทุนน้อยกว่าและมีความแตกต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วในบริบททุกด้าน

ทางเลือกใหม่นี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการออกแบบระบบดูแลสุขภาพ (health care) ที่คำนึงถึงบริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ ไม่ใช่พิจารณาเฉพาะที่รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (health service delivery) เท่านั้น แต่เชื่อมโยงตั้งแต่ทิศทางเมืองและนโยบายด้านสุขภาพระดับเศรษฐกิจและงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ ลักษณะของสังคมและประชากร รวมไปถึงข้อมูลระบาดวิทยาของโรคและเป้าหมายสุขภาพที่กำหนดไว้ จึงจะนำไปสู่การออกแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชากรในแต่ละประเทศได้อย่างแท้จริง ซึ่งต่อมาทางเลือกใหม่ในการพัฒนาระบบสุขภาพนี้ก็เป็นที่รู้จักกันในนาม “Primary Health Care” โดยการพัฒนาที่มุ่งหวังให้เกิดการดูแลสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชากรส่วนใหญ่เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีได้อย่างถ้วนหน้า

ในรายงานฉบับนั้น ยังได้ชี้ให้เห็นอุปสรรคที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไขและพัฒนาเพื่อให้การดำเนินการตามทางเลือกใหม่ในการพัฒนาการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานสามารถทำได้สำเร็จ ดังนี้

1) อุปสรรคที่พบในระดับนโยบาย อันเกิดจากความไม่ชัดเจนของนโยบายระดับชาติและความไม่สอดคล้องกันระหว่างการพัฒนาสุขภาพกับการพัฒนาในด้านอื่นๆ ของชาติ ขาดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมไปถึงแนวคิดที่ไม่ตรงกันภายในระบบสุขภาพด้วยตนเอง การมีแรงต้านจากองค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพต่อการปรับทิศทางของนโยบายสุขภาพ ส่งผลต่อระบบการผลิตบุคลากรสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพในมุมมองใหม่ ทำให้ขาดการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ตนเอง

2) อุปสรรคที่พบในการจัดบริการสุขภาพ อันเกิดจากลอกเลียนทิศทางพัฒนาโดยเน้นการขยายการจัดการบริการสุขภาพแบบประเทศที่พัฒนาแล้ว ในขณะที่ประเทศตนเองขาดแคลนทรัพยากร ทั้งเงิน คน ของ ทำให้ไม่สามารถจัดบริการสุขภาพได้เพียงพอและกระจายเหมาะสม

กับความจำเป็นของประชาชน การออกแบบระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการอย่างดีพอนี้ ไม่ว่าจะเป็นบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม หรือบริบททางกายภาพ ยังทำให้เกิดเป็นปรากฏการณ์ที่ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่เข้ารับบริการทั้งที่มีการจัดบริการรองรับ เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้ที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพเข้าไม่ถึงบริการเช่นกัน นอกจากนี้ ผลพวงจากความไม่ชัดเจนทางด้านนโยบายของระบบสุขภาพ ยังทำให้กำลังคนในระดับปฐมภูมิ (primary health workers) ไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมายของ PHC การฝึกอบรมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนที่ดีพอทำให้ทักษะในการทำงานขาดมาตรฐาน การขาดการสนับสนุนจากระบบสุขภาพในภาพรวมยังทำให้การจัดบริการในระดับปฐมภูมิไม่มีประสิทธิภาพ ในทางกลับกัน ค่าบริการสุขภาพในระดับสูงก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ พร้อมๆ กับการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน เหล่านี้ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานของคนจน

3) อุปสรรคในด้านโครงสร้างของระบบสุขภาพในภาพรวม อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากความไม่ชัดเจนของนโยบายสุขภาพของชาติ ขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมจากรัฐ ที่น่าสังเกตคือแผนพัฒนาระบบสุขภาพแทบทั้งหมดจะเน้นที่การพัฒนาการจัดบริการ (health service delivery) แต่ขาดการคำนึงถึงการพัฒนาที่ตอบสนองความจำเป็นทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานของประชากร (basic health need) ทั้งยังขาดข้อมูล ขาดเครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ ขาดนักวางแผนมืออาชีพ เหล่านี้ล้วนทำให้แผนที่ได้ไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเพราะไม่สอดคล้องกับบริบทของสังคมและไม่คุ้มค่าพอที่จะลงทุน นอกจากนี้ยังขาดมุมมองเชิงระบบในการพัฒนาระบบสุขภาพ ทำให้เกิดการวางแผนแบบแยกส่วนซึ่งทำให้การพัฒนาขาดประสิทธิภาพ

4) อุปสรรคอันเกิดจากความอ่อนแอในเชิงเทคนิคอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการขับเคลื่อนระบบ PHC เช่น การพัฒนาประสิทธิภาพการให้สุศึกษาแก่ประชากร การพัฒนาระบบสุขภาพขั้นพื้นฐาน การพัฒนาระบบสื่อสารและขนส่งสาธารณะ รวมไปถึงการพัฒนาข้อมูลสุขภาพ

โดยเฉพาะการใช้ข้อมูลเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ประเด็นเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแนวทางใหม่นี้

2. Primary health care ในฉบับแรกเริ่ม: คุณค่าและความหมายจาก Declaration of Alma-Ata

ข้อมูลเชิงวิชาการที่ได้กล่าวถึงในส่วนก่อนหน้านี้ ได้นำไปสู่ Declaration of Alma-Ata⁽⁴⁾ ในปี ค.ศ. 1978 ดังที่อธิบายความเชื่อมโยงในตอนต้น เจตนารมณ์ทั้ง 10 ข้อ เป็นข้อเรียกร้องให้รัฐบาลทุกแห่ง บุคลากรด้านสุขภาพทุกคน และประชาคมโลก ดำเนินการโดยเร่งด่วนเพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของทุกคนในโลกใบนี้ ซึ่งเนื้อหาสาระในภาพรวม สรุปใจความได้ดังนี้

สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของทุกคน สุขภาพเป็นสถานะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งกาย ใจ สังคม ไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากความเจ็บป่วย ดังนั้นการพัฒนาให้เกิดสุขภาพของทุกคนจึงไม่จำกัดเพียงการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพเท่านั้น แต่จำเป็นต้องมีการจัดการทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจร่วมด้วย ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพไม่ใช่ปัญหาเฉพาะด้านสาธารณสุข แต่เป็นประเด็นปัญหาทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจที่ไม่สามารถยอมรับได้ โดยการพัฒนาระบบสังคมและเศรษฐกิจจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพของประชากร ในทางกลับกันการที่ประชากรมีสุขภาพที่ดีก็ส่งผลให้เกิดการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศเช่นกัน ในส่วนนี้เป็นกรอธิบายว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีมีทั้งส่วนภายในตัวระบบสุขภาพเองและส่วนที่อยู่ภายนอกระบบสุขภาพแต่เกี่ยวข้องในระบบอื่นๆ ของสังคม ซึ่งผลผลิตจากระบบต่างๆ เหล่านี้ก็จะเกิดผลกระทบซึ่งกันและกันและกระทบกลับมาที่ระบบสุขภาพในท้ายที่สุด ดังนั้นพัฒนาระบบสุขภาพจำเป็นต้องวางแผนและดำเนินการให้ครอบคลุมทุกส่วนที่เกี่ยวข้องนี้ จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายการยกระดับสุขภาพของประชากรอย่างถ้วนหน้าได้อย่างแท้จริง ทั้งนี้ยังเน้นว่า เป้าหมายของระดับสุขภาพที่ดีคือระดับสุขภาพ



ที่ทำให้ประชากรสามารถดำรงชีวิตทางสังคมและเศรษฐกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการพัฒนา

PHC เป็นรูปแบบบริการที่หมายรวมทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อบรรลุตามเป้าหมายข้างต้น เป็นการบริการสุขภาพที่มีราคาพอประมาณ ไม่แพงจนเกินกว่าที่ครอบครัวหรือชุมชนสามารถแสวงหาได้เองเพื่อกระจายให้ทุกคนสามารถเข้าถึงอย่างเท่าเทียมกัน โดยรูปแบบบริการเหล่านั้นต้องผ่านการทดสอบตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ที่พิสูจน์ได้ว่ามีประสิทธิภาพและนำไปปฏิบัติได้จริง รวมทั้งต้องเป็นที่ยอมรับของคนในสังคมด้วย โดยระบบบริการสุขภาพตามแนวคิด PHC นั้นไม่ได้หมายความว่าเฉพาะการจัดบริการที่ด้านหน้า เพียงแต่เน้นความสำคัญของการพัฒนาประตูด้านหน้า ซึ่งเป็นต้นทางที่รับประชาชนเข้ามาสู่ระบบสุขภาพในภาพใหญ่ บริการด้านหน้าจึงควรต้องนำไปจัดใกล้ๆ ในพื้นที่ที่มีคนอาศัยอยู่ เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกให้ทุกคนสามารถเข้ามาสู่ระบบสุขภาพของประเทศได้โดยไม่มีอุปสรรค ในส่วนของบริการสุขภาพระดับสูงก็ต้องเตรียมการสนับสนุนระบบรับส่งต่อที่เหมาะสม เพื่อทำให้เกิดการจัดบริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่บริการที่ด้านหน้าไปยังปลายทางเกิดเป็นบริการที่ครบวงจรตามความต้องการของประชากร ซึ่งจะนำไปสู่ความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพในภาพรวม ทั้งนี้บุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพที่ร่วมทำงานเป็นทีมสุขภาพนี้จะต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมทั้งในเชิงเทคนิคการทำงานและทักษะในเชิงสังคม เพื่อที่จะสามารถให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนได้อย่างแท้จริง

สำหรับรายละเอียดกิจกรรมบริการที่ควรจะมีในระบบการดูแลสุขภาพตามแนวคิด PHC นี้ อาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละประเทศ ซึ่งต้องออกแบบภายใต้ข้อมูลทางวิชาการ ทั้งจากการประยุกต์ผลการศึกษาวิจัยหรือประสบการณ์จากการดำเนินงานสาธารณสุขของประเทศนั้นๆ หัวใจสำคัญคือระบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อ

จัดการปัญหาสุขภาพของคนส่วนใหญ่ในชุมชนนั้น โดยขั้นต่ำจะต้องมีการดำเนินการในด้านต่างๆ ดังนี้คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นทั่วไป รวมถึงวิธีการป้องกันโรคและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การส่งเสริมการจัดหาอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม การจัดหา น้ำอย่างเพียงพอและการสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน การดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและควบคุมโรคเฉพาะถิ่น การรักษาโรคทั่วไปและการบาดเจ็บที่เหมาะสม และการจัดหายาที่จำเป็นพื้นฐาน

ในส่วนท้ายของ Declaration of Alma-Ata ได้ขยายความเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของภาคส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชาติและชุมชน ซึ่งอยู่นอกเหนือการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสุขภาพโดยตรง โดยเรียกร้องให้เกิดการประสานงานกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะภาคการเกษตร อาหาร อุตสาหกรรม การศึกษา ที่อยู่อาศัย งานสาธารณสุข การสื่อสารและภาคอื่นๆ และยังเน้นการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองของบุคคลและชุมชน สนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผน การดำเนินงานและการควบคุมกำกับการพัฒนา ระบบการดูแลสุขภาพของชุมชนตนเอง โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และอื่นๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ยังเรียกร้องให้รัฐบาลของประเทศกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการระดับชาติ ที่สนับสนุนให้หลักการ PHC เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้เจตจำนงทางการเมืองที่ชัดเจนในการที่จะระดมทรัพยากรของประเทศและใช้ทรัพยากรภายนอกที่มีอยู่อย่างสมเหตุผล โดยเรียกร้องให้นานาประเทศร่วมขับเคลื่อนในทิศทางนี้ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชากรทุกคนบนโลกนี้ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดจะได้รับประโยชน์นี้ และยังคงยืนยั่งเรื่องสันติภาพของโลกด้วย

จะเห็นได้ว่า เจตนารมณ์เริ่มแรกของ PHC จาก Declaration of Alma-Ata มีขอบเขตของการดูแลสุขภาพครอบคลุมอย่างกว้างขวางออกไปนอกระบบสุขภาพ ไป

จนถึงภาพใหญ่ของสังคม และยิ่งลงลึกไปเกินกว่าการ จัดบริการสุขภาพโดยวิชาชีพทางด้านสุขภาพ ไปจนถึง บุคคลและชุมชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพที่แท้จริง กล่าวได้ว่าเป็น การมองภาพระบบสุขภาพแบบองค์รวมอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม นับจากวันแรกที่มีการประกาศเจตนารมณ์ ระดับโลกนี้ จวบจนปัจจุบันก็ล่วงเลยมากกว่า 40 ปีแล้ว แต่ ความเข้าใจต่อความหมายและคุณค่าของ PHC ไปจนถึง การตั้งเป้าหมายการพัฒนา ระบบสุขภาพและแนวทาง ปฏิบัติยังพบความคลาดเคลื่อนไปจากเจตนารมณ์เริ่มแรก ดังจะกล่าวในส่วนต่อไป

3. Primary health care ในทางปฏิบัติ

จากแนวคิดที่กว้างขวางของ PHC และการเป็นมุมมองใหม่ที่แตกต่างกันจากการมองสุขภาพโดยเน้นที่การเจ็บป่วยด้วยโรค โดยไม่ได้กำหนดรายละเอียดกิจกรรมเพื่อให้แต่ละประเทศสามารถออกแบบให้เหมาะสมตามบริบทของตนเอง ทำให้ในทางปฏิบัติ ผู้ตีความอาจกำหนดขอบเขต การดำเนินการที่แคบลงกว่าเจตนารมณ์เริ่มแรกของ PHC ซึ่งหนึ่งในสาเหตุสำคัญเกิดจากแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง ของกลุ่มวิชาชีพหลักด้านสุขภาพ⁽³⁾ สอดคล้องกับประเด็นที่ Djukanovic และ Mach ได้เน้นย้ำไว้ว่า ความเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างองค์กรต่างๆ ภายในระบบสุขภาพเองจะเป็น หนึ่งในอุปสรรคต่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในแนวทางใหม่⁽⁵⁾ โดยมีการอ้างถึงบทความวิชาการเรื่อง “Selective Primary Health Care: an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries” ซึ่งเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1979⁽⁶⁾ หรือหนึ่งปีหลังจากที่ Declaration of Alma-Ata ได้เผยแพร่สู่สาธารณะ โดยระบุถึง “Selective Primary Health Care” ว่าเป็นการลดทอนหลักการของ PHC ให้เหลือเพียงการจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและรักษาบางโรคซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต การเจ็บป่วย และภาวะทุพพลภาพของประชากรส่วนใหญ่ในประเทศ ด้อยพัฒนา แม้จะยังคงเน้นย้ำการเลือกมาตรการที่ได้รับการพิสูจน์ว่าสามารถจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แต่แนวคิดดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการมองสุขภาพโดยยึดที่ตัวโรคเป็นหลัก ตัดตอนองค์ประกอบอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากระบบสุขภาพ และอยู่นอกเหนือจากการจัดการ โดยวิชาชีพด้านสุขภาพซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของ PHC ออกไปแทบทั้งหมด โดยให้เหตุผลว่าประเทศด้อยพัฒนามีข้อจำกัดของทรัพยากรในการดำรงชีวิต ขณะที่การนำแนวคิดที่กว้างขวางตามนิยามเริ่มแรกของ PHC มาใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพของประชากรจำเป็นต้องอาศัย ทรัพยากรมหาศาล ดังนั้นแนวคิดดังกล่าวนี้ไม่มีทางดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี ค.ศ. 2000 ได้อย่างแน่นอน แต่หากลดทอนการดำเนินการลงเหลือเฉพาะปัญหาสุขภาพที่สำคัญก็จะมีความเป็นไปได้ ในทางปฏิบัติ โดยหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 4 ข้อ ได้แก่ 1) ความชุกของโรค (prevalence) 2) การเจ็บป่วยและทุพพลภาพจากโรค (morbidity) 3) การเสียชีวิตจากโรค (mortality) และ 4) ความเป็นไปได้ในการควบคุมโรค ทั้งในด้านประสิทธิภาพของมาตรการและต้นทุนในการดำเนินการ (feasibility of control)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการลดทอนเป้าหมายของการดำเนินงานตามแนวคิด selective PHC นี้ พบว่าการให้ความสำคัญเพียงผลลัพธ์ในแง่ของการลดอัตราการเสียชีวิต การเจ็บป่วย และทุพพลภาพจากโรค สาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากระบาดวิทยาของโรคในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาที่ส่วนใหญ่เป็นปัญหาจากโรคติดเชื้อ เมื่อร่วมกับการมองปัญหาสุขภาพด้วยมุมมองที่ยึดตัวโรค และความเป็นเจ้าของพื้นที่ด้านสุขภาพของบุคลากรสายวิชาชีพด้านสุขภาพ จึงทำให้แนวคิดการแก้ปัญหาที่อาศัยการจัดการในระบบบริการสุขภาพเป็นหลัก ส่งผลให้การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (primary health care) ได้ถูกลดทอนเหลือเพียงการจัดบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (primary care) ไปโดยปริยาย ซึ่งท้ายที่สุดแล้วก็ทำให้ไม่สามารถไปสู่เป้าหมายในแง่การยกระดับสุขภาพของประชากรตามแนวคิดต้นฉบับของ

PHC อย่างแท้จริง

ในส่วนของประเทศไทยนั้น มีพัฒนาการด้านสาธารณสุขในชนบทมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนมีการประกาศขององค์การอนามัยโลก โดยมีแนวคิดการพัฒนาแปรเปลี่ยนไปตามบริบทการพัฒนาของประเทศ ตั้งแต่อดีตระหว่างที่ประเทศยังอยู่ในช่วงกำลังพัฒนา การพัฒนาในเรื่องการสุขภาพเคยเป็นหัวใจสำคัญเพื่อจัดการกับสถานการณ์โรคระบาด โดยโครงสร้างงานด้านสาธารณสุขในระยะแรกนั้นอยู่ภายใต้กระทรวงมหาดไทยซึ่งแสดงให้เห็นว่าพัฒนาการเรื่องการดูแลสุขภาพของประชากรไทยในอดีตนั้น เริ่มจากการที่รัฐออกแบบภารกิจด้านสุขภาพโดยเน้นที่การสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตความเป็นอยู่ประจำวันของราษฎร ในระยะต่อมาเมื่อไทยเริ่มสร้างความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ การสาธารณสุขไทยก็มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยยังคงเน้นทิศทางการพัฒนาในด้านการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพอนามัยของประชากรเป็นหลัก เพราะประเทศในขณะนั้นยังขาดแคลนงบประมาณสำหรับการจัดบริการรักษาฟื้นฟูสุขภาพ จนกระทั่งประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการปกครอง พ.ศ. 2475 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน หลังจากนั้นจึงเริ่มมีการขยายหน่วยบริการด้านสุขภาพ เริ่มจากการสร้างโรงพยาบาลประจำจังหวัดให้ครบทุกจังหวัด สร้างสุขศาลาให้ครบทุกอำเภอเพื่อให้บริการดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมีการออกกฎหมายเพื่อใช้ในการกำกับดูแลด้านสุขภาพหลายฉบับ โดยให้อำนาจหน้าที่แก่หน่วยงานระดับท้องถิ่นเพื่อใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรในแต่ละพื้นที่ แนวโน้มของงานด้านการสาธารณสุขในช่วงนี้สอดคล้องกับแนวคิด PHC อย่างมาก เรียกได้ว่าเกิดก่อน Declaration of Alma-Ata ถึงสี่ทศวรรษโดยประมาณ⁽⁷⁾

หลังเกิดการเปลี่ยนรัฐบาลเป็นช่วงสมัยจอมพล ป.พิบูลสงคราม การปกครองประเทศได้ดำเนินไปภายใต้แนวคิดชาตินิยมและลัทธิทหารนิยมโดยให้อำนาจแก่ผู้นำ

โดยเปิดเสรีเจ็ดเขต ซึ่งทิศทางการพัฒนาประเทศในขณะนั้นได้มุ่งสร้างชาติให้เป็นอารยประเทศ ในด้านการสาธารณสุขก็ได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นใน พ.ศ. 2485 โดยรวมงานสาธารณสุขที่เดิมกระจายในภาคส่วนต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน หลังจากนั้นทิศทางการพัฒนาการสาธารณสุขไทยก็เริ่มเอนเอียงไปในด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นตามนโยบายของรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศ ในช่วงต่อมา อย่างไรก็ตามประเทศไทยในช่วงเวลานั้นก็ยังคงอยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา จึงได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศมาโดยตลอด ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยจึงถูกปั้นแต่งไปตามทิศทางที่ประเทศต้นทางได้วางแนวทางไว้ และดูจะสอดคล้องกับการวิเคราะห้ของบทความวิชาการที่เป็นต้นขั้วทางความคิดของ Declaration of Alma-Ata ที่กล่าวว่าการขยายการจัดบริการสุขภาพตามทิศทางของประเทศที่พัฒนาแล้ว แทนการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศเป็นหนึ่งในอุปสรรคต่อการยกระดับสุขภาพของประชากรอย่างถ้วนหน้า แต่ด้วยทุนเดิมของประเทศที่ได้วางรากฐานการสาธารณสุขในช่วงก่อนหน้านั้น ผนวกกับกระแสการปรับทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวทาง PHC ประเทศไทยจึงมีการประกาศนโยบายแห่งชาติว่าด้วยการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้มีการดำเนินการด้านสุขภาพโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและมีการดำเนินการโดยประชาชน มีการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ ติดตามด้วยทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย⁽⁷⁾

4. Primary Health Care: Now More Than Ever

นับจากนั้นต่อเนื่องมาเกือบ 30 ปี นานาประเทศทั่วโลกต่างก็มุ่งมั่นที่จะพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศตนเองเพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าตามที่ได้ตั้งปณิธานไว้ร่วมกัน อย่างไรก็ตามทิศทางหลักที่นานาประเทศนำไปปรับใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของตนเอง ยังคงมีขอบเขตเพียงแนวคิดของ selective PHC หรือการเน้นที่

การพัฒนา primary care นั้นเอง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงไม่สามารถจัดความเหลื่อมล้ำทางด้านสุขภาพของประชากรโลก จนกระทั่งในปี 2008 องค์การอนามัยโลกได้นำหลักการ PHC มาปิดฝุ่นใหม่อีกครั้ง โดยรวบรวมหลักฐานทางวิชาการจากนานาประเทศทั่วโลก แล้วเผยแพร่เป็นรายงานชื่อ “Primary Health Care: Now More Than Ever”⁽⁸⁾ โดยได้ต่อยอดมุ่งหมายเดิมของ PHC นั่นคือ การยกระดับสุขภาพของประชากรทุกคนบนโลกใบนี้ ตามสิทธิที่ทุกคนมี อย่างยุติธรรม โดยเน้นถึงความสำคัญของการเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีดำเนินงานด้วยการใช้คำว่า “ปฏิรูป (reform)” ใน 4 องค์ประกอบ คือ 1) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal coverage reform) 2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (service delivery reform) 3) การปฏิรูปภาวะการนำ (leadership reform) 4) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะ (public policy reform) ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนี้จำเป็นต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กันและสอดคล้องกันไปในทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพได้ตามเป้าหมายด้วยหลักการ PHC รายงานฉบับนี้ชี้ให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าการจัดบริการสุขภาพเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งเท่านั้น การมุ่งพัฒนาในส่วนนี้อย่างเดียวโดยไม่คำนึงถึงการพัฒนาในส่วนอื่นๆ จะไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายในภาพรวมได้

PHC มีเป้าหมายเพื่อการยกระดับสุขภาพของประชากร เป้าหมายในระดับต่างๆ ของแต่ละประเทศอาจต่างกันเนื่องจากมีจุดเริ่มต้นที่ต่างกัน อีกทั้งพลวัตทางสังคมที่เปลี่ยนไปตามเวลาจึงทำให้ความคาดหวังของสังคมต่อระบบสุขภาพเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย เป้าหมายด้านสุขภาพของประชากรแต่ละประเทศจึงไม่ใช่เป้าหมายที่คงที่ แต่สามารถปรับเปลี่ยนให้ดีขึ้นกว่าเดิมได้เสมอ ระบบการดูแลสุขภาพด้วยหลักการ PHC นี้เป็นระบบที่ต้องสามารถปรับให้เหมาะสมตามกาลเวลาโดยมีความจำเพาะในแบบฉบับของแต่ละประเทศ ไม่ได้หมายความว่าเฉพาะระบบบริการสุขภาพที่เน้นจัดบริการด้วยต้นทุนต่ำ เน้นเฉพาะปัญหาพื้นฐาน เช่น แม่เสียชีวิต เด็กเสียชีวิต อย่างเช่นที่นำ

ไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศด้อยพัฒนาในอดีต เพราะในขณะที่โลกเปลี่ยนไปทุกวัน อีกกลุ่มประเทศก็ยังคงพบความท้าทายของระบบสุขภาพที่แตกต่างออกไป เช่น การเตรียมรับมือกับสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งความท้าทายเหล่านี้ยังคงสามารถนำหลักการของ PHC ไปใช้ได้เช่นกัน

ในส่วนของ การปฏิรูป (reform) ใน 4 องค์ประกอบสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1) การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ โดยลดอุปสรรคทางการเงินต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในทุกๆ ระดับ ทั้งบริการที่จัดโดยบุคลากรที่เป็นวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้ที่ไม่ใช่วิชาชีพด้านสุขภาพ ดังนั้นองค์ประกอบในส่วนนี้จึงพูดถึงการปฏิรูปด้านการเงินการคลังเป็นสำคัญ โดยการขยายบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการบริการสุขภาพถ้วนหน้านั้นต้องพัฒนาใน 3 ส่วน คือ 1) ความครอบคลุมของประชากรที่ได้รับการคุ้มครอง 2) ความครอบคลุมของชนิดบริการที่จำเป็นตามระดับสุขภาพของประชากร 3) ความครอบคลุมของค่าใช้จ่ายในการรับบริการ โดยลดสัดส่วนค่าใช้จ่ายที่ประชากรต้องร่วมจ่าย และเพิ่มสัดส่วนของการคุ้มครองโดยรัฐ ผ่านกลไกทางการเงินการคลัง

2) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ประชาชนเกิดการยอมรับในการจัดบริการสุขภาพว่าเป็นสิ่งที่จะช่วยเยียวยาความเจ็บป่วยของตนได้ จนเกิดเป็น “ความจำเป็นที่รับรู้ (perceived need)” โดยการสร้างระบบบริการให้เป็นที่ยอมรับนี้ หมายความว่าทั้งการทำให้ประชาชนเกิด “ความไว้วางใจ (trust)” ในคุณภาพของการรักษาอาการเจ็บป่วย การไม่รู้สึกว่าคุณแบ่งแยกชนชั้นหรือถูกกีดกันในการเข้ารับบริการ (discrimination) รวมไปถึงไม่มีความกังวลต่อค่ารักษาพยาบาล ซึ่งระบบบริการสุขภาพดังกล่าวนี้ จะต้องเริ่มต้นจากการสร้างความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการทั้งในระดับบุคคล ชุมชน รวมไปถึงผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นพื้นฐานสำคัญในการนำไปสู่การบริการที่เห็นความเป็น



มนุษย์มากกว่าการรักษาเพียงตัวโรค โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centeredness) ประกอบกับการจัดบริการที่สามารถให้การดูแลแบบเบ็ดเสร็จทุกด้านของผู้ป่วยทั้งกาย จิตและสังคม ครอบคลุมทุกรูปแบบการดูแล ทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู โดยอาศัยทุกวิธีการและทุกระดับของการปฏิบัติ (comprehensiveness and integration) ก็จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความไว้วางใจจนเกิดเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่อง (continuity of care) และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (participation of patients, families and communities) ซึ่งการจะสร้างให้เกิดการบริการสุขภาพที่มีลักษณะเช่นนี้ จำเป็นต้องมีการจัดการของทั้งระบบอย่างเหมาะสม โดยอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดบริการที่อยู่ใกล้ผู้รับบริการ มีการกำหนดจำนวนประชากรในขอบเขตความรับผิดชอบที่เหมาะสม ไม่มากจนเกินความสามารถในการดูแลอย่างทั่วถึง และต้องอาศัยความร่วมมือกับบริการภาคสังคมและภาคอื่นๆ ในพื้นที่ รวมทั้งการประสานงานและการมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลและทีมผู้เชี่ยวชาญในการที่จะสนับสนุนระบบรับส่งต่อ รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนเอง

3) การปฏิรูปนโยบายสาธารณะ ที่ส่งเสริมการมีสุขภาพของประชาชน โดยหมายความถึงการปฏิรูปนโยบายใน 3 ส่วน คือ 1) นโยบายเกี่ยวกับระบบสุขภาพ หมายถึงนโยบายที่ต้องเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้ง 6 ด้าน (six building blocks of health system) ได้แก่ ด้านการเงินการคลัง ด้านกำลังคน ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านยาและเวชภัณฑ์ ด้านการจัดบริการ และด้านการอภิบาลระบบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการจัดบริการที่ครอบคลุมถ้วนหน้าอย่างมีประสิทธิภาพ 2) นโยบายด้านสาธารณสุข โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการจัดการปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ 3) นโยบายในด้านอื่นๆ ของสังคม ต้องสอดคล้องไปกับนโยบายสุขภาพและสนับสนุนการมีสุขภาพของประชากร 4) การปฏิรูปภาวะการนำ การปฏิรูปในทุกองค์

ประกอบก่อนหน้านี้จะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อภาครัฐสามารถแสดงบทบาทที่เข้มแข็งในการเป็นผู้นำในการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยภาครัฐจำเป็นต้องปฏิรูปตนเองจากการนำด้วยรูปแบบการสั่งการตามโครงสร้างระบบบัญชาการ มาสู่การทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อนการปฏิรูปในทุกองค์ประกอบให้เป็นไปได้ในทิศทางเดียวกัน

ในส่วนของประเทศไทยนั้น ผลพวงจากการพัฒนาโครงสร้างของระบบบริการที่มีการกระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศผนวกกับพัฒนาการของระบบประกันสุขภาพที่มีประวัติศาสตร์มาอย่างยาวนาน จนกระทั่งผลักดันได้สำเร็จผ่านนโยบายทางการเมืองจนเกิดเป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมานั้น แสดงให้เห็นความสำเร็จของไทยและเป็นผู้นำของโลกในประเด็นที่หนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การปฏิรูปในอีกสามประเด็นที่เหลือยังคงเป็นความท้าทายของประเทศที่ยังต้องพัฒนากันไป⁽⁹⁾ โดยในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำหน้าที่เป็นองค์กรหลักในการอภิบาลระบบสุขภาพของประเทศ ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาผ่าน 3 นโยบายสำคัญได้แก่ 1) แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ซึ่งแบ่งตามกลุ่มโรคและบริการหลักที่เป็นปัญหาของประชากรไทย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดเป็น “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ตั้งแต่ระบบบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ จนถึงศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนได้เบ็ดเสร็จภายในเครือข่าย เสริมสร้างการเข้าถึงบริการของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมได้อย่างแท้จริง 2) การบริหารจัดการแบบเขตสุขภาพ 12 เขต และกรุงเทพมหานคร แต่ละเขตครอบคลุม 4-8 จังหวัด ประชากร 4-6 ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสมในการจัดระบบการบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ได้ตรงกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยมุ่งหวังเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และ 3) นโยบายส่งเสริมการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

(district health system) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างเป็นเอกภาพ มีเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนผู้รับบริการ โดยส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการปรับปรุง การบริหารจัดการระบบบริการปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ตามแต่ละบริบท⁽¹⁰⁾

บทสรุป

ประเด็นท้าทายในการดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทยตามหลักการ PHC

ตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ตัวชี้วัดในการกำกับติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากได้อาศัยการเทียบเคียงจากอัตราการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพของประชากรไทยในภาพรวมเป็นสำคัญ แม้ว่า “การใช้บริการทันตสุขภาพ” จะเป็นหนทางหนึ่งสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดี แต่การตีความขอบเขตของสุขภาพเพียงแค่นั้น บ่งบอกถึงการยึดติดกับตัวโรคที่ต้องพึ่งพาผู้รักษาโรค แนวทางการยกระดับสุขภาพช่องปากโดยเน้นที่การขยายการจัดบริการทันตกรรมโดยหวังพึ่งการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของประชากรดังเช่นที่ผ่านมา ปรากฏชัดแล้วว่าไม่สามารถบรรลุเป้าหมายนั้นได้จริง สถิติการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชากรไทยนั้นพบว่ามีอัตราที่ต่ำมาโดยตลอด ภาพรวมการใช้บริการทันตกรรมของประชากรไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550–2560 มีอัตราผู้เข้ารับบริการต่ำกว่าร้อยละ 10 ในทุกรอบการสำรวจ ในขณะที่อัตราประชากรที่มีความจำเป็นแต่ไม่ได้รับบริการทันตกรรมยังไม่ลดจำนวนลงในช่วงสิบปีที่ผ่านมาเช่นเดียวกัน⁽¹¹⁾ และยังพบความแตกต่างของการเข้าถึงบริการทันตกรรมระหว่างกลุ่มประชากรที่มีเศรษฐกิจฐานะทางสังคมต่างกัน กล่าวคือคนรายมีโอกาส

เข้าถึงบริการทันตกรรมได้มากกว่า⁽¹²⁾ ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่าทิศทางการจัดบริการทันตกรรมยังโน้มเอียงไปสู่การจัดบริการที่มีความซับซ้อนที่ต้องอาศัยทรัพยากรในการจัดบริการที่มากขึ้นไปอีก⁽¹³⁾ กล่าวง่าย ๆ คือผู้ให้บริการทำงานที่ยากขึ้นแต่ทำได้น้อยลง สถานการณ์เช่นนี้เป็นสัญญาณเตือนที่ชัดเจนว่า หากปล่อยให้ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากยังวนเวียนในแนวทางนี้ จะยังมีโอกาสขยายช่องว่างของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพช่องปากระหว่างประชากรไทยมากขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต อย่างไรก็ตาม ก็ตามทิศทางการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมสำหรับบริบทประเทศไทยจำเป็นต้องอาศัยผู้เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วนร่วมกันคิดหาคำตอบ บทความในส่วนนี้จึงมีจุดประสงค์เพื่อเสนอแนะประเด็นคำถามและความท้าทายที่สังเคราะห์จากการทบทวนหลักการ PHC ในมุมมองภาพรวมทั้งหมดของการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ใช่เพียงแค่การลงรายละเอียดเฉพาะการจัดระบบบริการสุขภาพในแบบ selective PHC ดังนี้

1. “เป้าหมายของสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างถ้วนหน้าของประชากรไทยในบริบทปัจจุบันคืออะไร”

คำถามนี้เป็นคำถามข้อแรกที่ต้องการคำตอบที่ชัดเจนก่อนที่จะก้าวเดินกันต่อไปในอนาคต สิ่งสำคัญคือคำตอบนั้นต้องได้รับการยอมรับร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยเฉพาะประชาชนผู้เป็นเจ้าของสุขภาพช่องปากตัวจริง ซึ่งเมื่อสืบค้นประวัติศาสตร์การวางแผนระบบสุขภาพช่องปากก็พบว่าในอดีตเคยมีการกำหนดเป้าหมายสุขภาพช่องปากของประชากรไทยในระดับประเทศจำนวน 2 ครั้ง ในช่วงเวลาที่สอดคล้องกับพัฒนาการของ PHC ในภาพรวมประกอบด้วย 1) การกำหนดเป้าหมายทางทันตสุขภาพของประเทศไทยและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2528⁽¹⁴⁾ และ 2) การกำหนดเป้าหมายทันตสุขภาพประเทศไทย 2563 ซึ่งจัดทำขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2547–2549⁽¹⁵⁾ โดยพบว่าขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายทั้งสองครั้งนั้นเริ่มต้นจากฝั่งผู้ให้บริการ โดยเฉพาะทันตแพทย์เป็นสำคัญ ภายใต้การอ้างอิงข้อมูล

สภาวะสุขภาพช่องปากของประชากรที่ได้ทำการสำรวจ ในภาพรวมของประเทศมาอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี ซึ่งเป็น ข้อมูลที่ใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานในระดับ ประชากรด้วย และเมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการของผลลัพธ์ ในด้านสุขภาพช่องปากของประชากรไทยในแต่ละกลุ่ม อายุกับเป้าหมายที่เคยกำหนดไว้ในอดีตนั้น แม้จะพบว่ามี พัฒนาการที่ดีขึ้นบ้างในด้านของการลดจำนวนฟันผุในกลุ่ม เด็กวัยเรียน แต่ก็เป็นที่น่าสังเกตว่าผลลัพธ์หลายข้อนั้นไม่ สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ โดยเฉพาะการลดโรคฟันผุ ในเด็กเล็ก และการลดโรคเหงือกอักเสบในเด็กวัยเรียนและ วัยรุ่น ต่อเนื่องไปจนถึงปัญหาโรคปริทันต์ในกลุ่มวัยทำงาน แม้ว่ากลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานนี้มีอัตราผู้ที่มีจำนวนซี่ ฟันคงเหลือในช่องปากผ่านตามเป้าหมาย แต่ปัญหาโรค ปริทันต์ที่ยังไม่สามารถจัดการได้นี้ ก็ส่งผลสืบเนื่องไปที่ ปัญหาการสูญเสียฟันในช่วงวัยสูงอายุ ดังที่พบว่าการคง จำนวนฟันที่ใช้งานได้ในช่วงปากในกลุ่มผู้สูงอายุก็ยังไม่ สามารถบรรลุตามเป้าหมายเช่นกัน (ตารางที่ 1) สิ่งที่น่า กังวลคือ ในขณะที่การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพช่อง ปากเหล่านี้ยังไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ดูเหมือนว่าเป้าหมาย เหล่านี้เริ่มถูกลดทอนความสำคัญในการกำกับติดตาม โดย มาเน้นที่การเพิ่มการเข้าถึงบริการที่จัดโดยทันตบุคลากร ตั้งแต่ช่วงที่เริ่มมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2545 ดังที่กล่าวถึงข้างต้น รวมทั้งการเน้นที่การพัฒนา คุณภาพการให้บริการในระดับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบ บริการในรูปแบบ service plan ในปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา

2. “ระบบบริการทันตกรรมในปัจจุบันสามารถ นำไปสู่การมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างถ้วนหน้าของ ประชากรไทยได้หรือไม่”

คำถามในข้อนี้มุ่งชี้ชวนให้เกิดการทบทวนองค์ ประกอบทั้ง 6 ส่วนของระบบสุขภาพ (six building blocks of health system) ว่าสถานการณ์การให้บริการทันตกรรม ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันดำเนินไปเพื่อขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย ตามคำตอบในข้อแรกอยู่หรือไม่ อาศัยการตีความย้อน

กลับจากคุณลักษณะที่คาดหวังให้เกิดจากการปฏิรูป ระบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องตามหลักการ PHC พบ ประเด็นท้าทายในการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้ เกิดคุณลักษณะ ดังนี้

2.1 บริการสุขภาพช่องปากนั้นจะต้องตรงกับ ความต้องการขั้นพื้นฐานของประชากรส่วนใหญ่ ซึ่งอาจ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ในส่วนนี้จะต้องอาศัยการ วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพช่อง ปากตามแนวคิด selective PHC ซึ่งลำดับของปัญหาอาจ แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ แต่ผลลัพธ์สุดท้ายจะต้องเป็น สิ่งเดียวกันนั่นคือการมีสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างถ้วนหน้า ตามเป้าหมายของประเทศ โดยเน้นการวัดผลความสำเร็จ ที่สุขภาพช่องปากของประชากร ไม่ใช่วัดผลเพียงแคตัว กิจกรมบริการที่มี นั่นคือระบบบริการสุขภาพช่องปากที่ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client-centeredness)

2.2 บริการสุขภาพช่องปากนั้นจะต้องมีระบบส่ง ต่อที่สามารถเชื่อมประสานระหว่างการจัดบริการสุขภาพ ช่องปาก ณ หน่วยบริการที่ระดับปฐมภูมิ (primary setting/ level) และการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่หน่วยบริการ ในระดับที่สูงกว่า (secondary and tertiary setting/ level) รวมทั้งการเชื่อมประสานกับระบบดูแลสุขภาพช่อง ปากในชุมชนเอง (community setting/level) ดังนั้น การออกแบบชุดบริการ ณ จุดบริการที่ระดับปฐมภูมิจึงไม่ จำเป็นต้องเหมือนกันในทุกพื้นที่ แต่ต้องขึ้นอยู่กับภาพรวม ระบบบริการในพื้นที่นั้นๆ ว่าจะกระจายบริการในรูปแบบ ไດจึงจะเหมาะสมกับบริบททั้งทางกายภาพและทางสังคม ของแต่ละแห่ง ในภาพรวมก็จะเกิดเป็นระบบบริการสุขภาพ ช่องปากแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensiveness and integration) และมีการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (participation of patients, families and communities) ภายใต้การทำงานของทีมผู้ให้บริการ สุขภาพช่องปาก

2.3 บริการสุขภาพช่องปากนั้นจะต้องมีความ สามารถในการติดตามความเคลื่อนไหวด้านสุขภาพของ

Table 1 Oral health outcomes among Thai during 1984–2017 comparison with the global and national goals

Age group	Indicator	Oral health goal		Oral health outcomes among Thai population by survey year							
		year 2000		year 2020		2001					
		Global	Thailand	Thailand	Thailand	1984	1989	1994	2000–	2012	2017
5 years	Percentage of population with caries free	≥50	≥30	≥50	≥50	25.6*	17.2*	14.8*	12.6	21.5	24.4
12 years	DMFT (teeth/person)	≤3	≤1.5	-	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.3	1.4
	Percentage of population with all first molar remaining	-	-	100							
15 years	Normal periodontal status (sextant)	-	≥3	-	1.5	1.4	1.4	1.4	1.9	4.1	2.7
	Percentage of population having ≥28 teeth	≥85	≥75	-	65.0**	79.0**	66.5**	71.4	72.3	81	79.3
	Normal periodontal status (sextant)		≥2**	-	0.9**	1.3**	1.1**	1.4	2.5	3.6	2.5
	Percentage of population with CPI = 1, 2	-	-	≤60	83.4**	89.9**	91.4**	95	85.6	78.4	47.2
	Percentage of population with CPI = 0	-	-	≥40	1.3**	3.4**	2.4**	3.8	13.9	21.6	12.7
35-44 years	Percentage of population having ≥20 teeth	≥75	≥95	-	92.7	91.7	91.9	92.3	96.2	97.8	98.1
	Percentage of population with CPI = 3, 4	-	-	≤20	58.2	45.3	57.6	37.3	37.6	15.6	25.9
60-74 years	Percentage of population having ≥20 teeth	≥50	≥50	≥80	47.2***	40.8***	47.7***	49	54.8	57.8	56.1

* age group 5-6 years

** age group 18 years

*** age group 60+ years

CPI = community periodontal index; DMFT = decayed, missing and filled teeth



ประชากรในความรับผิดชอบแต่ละคนได้ โดยควรเป็นหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ (primary oral care practitioner) ในการเป็นคนกลางที่ติดตามความเคลื่อนไหวของประชากร และส่งต่อข้อมูลที่สำคัญให้กับผู้ให้บริการ ณ จุดอื่นๆ ภายในสายธารของการรับบริการจากหน่วยบริการทั้งระบบ (patient journey) ทั้งนี้จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เอื้อให้เกิดการทำงานในลักษณะดังกล่าว ระบบข้อมูลนี้จึงจำเป็นที่จะต้องมีความคิดที่ตัวผู้รับบริการเป็นสำคัญ การพัฒนาในทิศทางนี้จึงจะสามารถนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพช่องปากที่มีความต่อเนื่องอย่างยั่งยืน (continuity of care)

3. “ปัจจัยใดบ้างของประชากรไทยที่มีผลกระทบต่อการใช้บริการทันตกรรม”

คำถามนี้ น่าจะเป็นคำถามที่หาคำตอบได้ยากที่สุด เมื่อเทียบกับสองคำถามที่ผ่านมา จากการทบทวนเอกสารวิชาการและสรุปเป็นเนื้อความในส่วนต้นของบทความนี้ จำเป็นอย่างยิ่งที่แนวทางการพัฒนาสุขภาพช่องปากจะต้องถอยออกมาจากการมุ่งพัฒนาเพียงระบบบริการทันตกรรมสู่การขยายออกไปจัดการที่ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) อันเป็นฐานรากที่แท้จริงของการมีสุขภาพที่ดีอย่างถาวร ซึ่งต้องอาศัยการทำงานร่วมกับระบบอื่นๆ ในสังคมที่นอกไปจากระบบบริการสุขภาพ

ความชัดเจนของทั้งสามประเด็นดังกล่าวจะช่วยในการทบทวนทิศทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากของประชากรไทยภายใต้ 3 นโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถบรรลุผลตามเป้าหมายที่แท้จริงในการยกระดับสุขภาพที่ดีของประชากรอย่างถาวร

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทยตามหลักการ PHC

1. การทบทวนการกำหนดให้มีเป้าหมายทันตสุขภาพ

ระยะยาวควบคู่ไปกับเป้าหมายการพัฒนาระบบบริการผ่านการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. การขับเคลื่อนสู่เป้าหมายระยะยาวโดยอาศัยกลยุทธ์การบูรณาการไปกับนโยบายในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา PHC ได้แก่ การบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

3. การบริหารจัดการให้มีทันตบุคลากรที่มีสมรรถนะเหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานในระบบดูแลสุขภาพช่องปากของประชากรไทยตามหลักการ PHC เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าการจัดบริการสุขภาพเป็นงานที่ต้องอาศัยแรงงานจากกำลังคนเป็นปัจจัยนำเข้าหลัก (labor intensive) ดังนั้นทันตบุคลากรจึงต้องสามารถเป็นทั้งผู้วางแผนการจัดบริการ ผู้ปฏิบัติในการให้บริการ และผู้ประสานงาน ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติงานตามเป้าหมายนโยบายหลักทั้งสามของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การบริหารจัดการในรูปแบบเขตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ โดยสมรรถนะที่จำเป็นสำหรับทันตบุคลากร ควรประกอบด้วย

- สมรรถนะในการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนออกแบบการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ของตนเอง

- สมรรถนะในการเสริมพลัง (empower) ให้กับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อที่ชุมชนจะได้มาร่วมคิดร่วมตัดสินใจในการพัฒนาระบบบริการของพื้นที่ตนเองให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

- สมรรถนะในด้านทันตกรรม สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพช่องปาก ออกแบบชุดบริการที่เหมาะสมรายบุคคลของผู้รับบริการ รวมทั้งวางแผนการจัดบริการและวางแผนการส่งต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- ควรมีความรู้ในการจัดการปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) และมีสมรรถนะในการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากด้วยมาตรการ

เชิงนโยบายสาธารณสุข (public health policy)

ทั้งหมดนี้ กลายเป็นคำถามย้อนกลับถึงผู้บริหารระบบสุขภาพช่องปากในภาพรวมของประเทศว่า จะทำอย่างไรที่จะยกระดับการจัดบริการสุขภาพช่องปากด้วยแนวคิด PHC ให้เป็นหัวใจของระบบดูแลสุขภาพช่องปาก และจะสร้างแรงจูงใจอย่างไรเพื่อให้ผู้ให้บริการในแต่ละระดับกลายเป็นกลจักรที่มีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยในอนาคต การประเมินประสิทธิภาพการผลิตและการจ้างงานทันตบุคลากรในปัจจุบันจึงควรมีการดำเนินการควบคู่ไปกับการวางแผนระบบบริการ เพื่อพัฒนาการบริหารจัดการทันตบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบบริการ

ประเด็นที่ชวนสังเกตก็คือหลักการของ PHC ที่แท้จริงตั้งแต่ครั้งแรกเริ่มสืบเนื่องถึงปัจจุบัน ไม่ใช่เพียงแค่การให้แนวทางการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพอย่างผิวเผิน แต่เป็นการประกาศจุดยืนที่ชัดเจนในการเปลี่ยนระบบการคิดทั้งหมด (mindset) ของคำว่า “สุขภาพ” ภายใต้การสอดแทรกไปถึงทิศทางของสังคมที่คาดหวังตามอุดมการณ์ทางการเมือง (political ideology) ของความเป็นประชาธิปไตย (democracy) ดังการเน้นย้ำถึงเป้าหมายของการยกระดับสุขภาพของประชากรอย่างเท่าเทียมตาม “สิทธิ (right)” ที่ทุกคนมี โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการกำหนดระบบการดูแลสุขภาพของตนเอง อันเป็นการแสดงออกถึงความพยายามถ่ายโอนความเป็นเจ้าของสุขภาพจากรัฐสู่ประชาชน และให้ความสำคัญกับการสร้างนำซ่อม เพื่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การพยายามลงลึกไปถึงอุดมการณ์ทางการเมืองที่อยู่เบื้องหลังหลักการ PHC คงเป็นเรื่องที่ฟังเพื่อเกินความจำเป็นในบริบทสังคมไทยในปัจจุบัน แต่สิ่งหนึ่งที่ควรกระตุ้นเตือนให้แต่ละภาคส่วนของระบบสุขภาพช่องปากหันกลับมาทบทวนก็คือบทบาทหน้าที่ที่เป็นอยู่และสิ่งที่จะควรจะเป็นขององค์กรในแต่ละระดับ หากมุ่งหมายที่จะร่วมกันยกระดับสุขภาพช่องปากของประชากรไทยอย่างแท้จริง บทความนี้ทำหน้าที่ได้เพียงการทบทวนอดีต เพื่อ

ชวนคิดฝันถึงภาพอนาคต เหลือเพียงการร่วมมือกันของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในแต่ละภาคส่วนในปัจจุบันที่จะลงมือ เปลี่ยนภาพฝันให้กลายเป็นจริง...เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างถ้วนหน้าของประชากรไทย

References

1. World Health Organization. How the World Health Assembly works [internet]. [cited 2020 Mar 8]. Available from: https://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/how_wha_works/en/.
2. World Health Organization. Thirty-second World Health Assembly, Geneva, 7-25 May 1979: resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 1979.
3. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74.
4. International Conference on Primary Health Care, World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978.
5. Djukanovic V, Mach EP, World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF) Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries: a joint UNICEF/WHO study / edited by V. Djukanovic, E. P. Mach. Geneva: World Health Organization; 1975.
6. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301(18):967-74.
7. Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 2011–2015. Bangkok: WVO Office of Printing Mill, War Veterans Organization of Thailand; 2016. (in Thai)
8. Lerberghe W, Evans T, Rasanathan K, Mechbal A, Mertens T, Evans D, et al. Primary health care, now more than ever. *The World Health Report 2008*. Geneva: WHO press; 2008.
9. 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 (London, England)* 2018;391(10126):1205-23.
10. World Health Organization. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Thailand, abridged version. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



11. National Statistical Office. The 2017 survey on health and welfare. Bangkok: Ministry of Information and Communication Technology; 2018. (in Thai)
12. Tussanapirom T, Panichkriangkrai W, Vongmongkol V. Equity in utilization of oral health services among Thai population: results from health and welfare survey 2017. *Journal of Health Systems Research* 2019;13(3):271-83. (in Thai)
13. Jaichuen W. Accessibility to dental care according to type of service in Thai population. *Journal of Health Systems Research* 2018;12(4):636-44. (in Thai)
14. Ministry of Public Health. Thailand national oral health goals and strategies in achieving health for all by the year 2000. Thailand national conference for determining oral health goals in achieving health for all by the year 2000; 1985. (in Thai)
15. Bureau of Dental Health. Thailand Oral Health Goal 2020. Bangkok: WVO Office of Printing Mill, War Veterans Organization of Thailand; 2007. (in Thai)