

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย ในบริบทสุขภาพโลก

ภัทรพล จิงสมเจตไพศาล พ.บ., วว. (ศัลยศาสตร์ออร์ปิดิกส์)

สำนักวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 15 ม.ค. 2562

วันแก้ไข: 18 พ.ย. 2562

วันตอบรับ: 26 พ.ย. 2562

บทคัดย่อ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพโลก โดยการเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ ในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลเผยแพร่สาธารณะขององค์การอนามัยโลก องค์การระดับนานาชาติ หน่วยงานภาครัฐ และฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (ThaiJO) เพื่อคัดเลือกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 3 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) บริการสุขภาพ 2) กำลังคน และ 3) การจัดการงบประมาณ จากนั้นนำมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลของทุกประเทศ ผลการศึกษาพบว่าระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีส่วนคล้ายกับประเทศส่วนใหญ่ในเขต SEAR มีการให้บริการสุขภาพหลากหลายตามชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น การบูรณาการบริการสุขภาพแผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) การพัฒนาบริการสุขภาพในชุมชน และการใช้ประโยชน์จากศักยภาพของเทคโนโลยีสมัยใหม่ อย่างไรก็ตาม หลายๆ ประเทศยังคงมีผู้ใช้บริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิน้อยกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทั้งนี้ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังประสบปัญหาในเรื่องของกำลังคนและการจัดการงบประมาณ โดยทุกประเทศขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ และในพื้นที่ซึ่งมีแพทย์ไม่เพียงพอจำเป็นต้องทดแทนด้วยบุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติม งบประมาณของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยการเหมาจ่ายเป็นรายหัวให้กับสถานบริการโดยตรง ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนในภูมิภาคลดลงแต่ยังคงอยู่ในระดับที่มากกว่าค่ากลางของระดับโลก จากผลการศึกษาดังกล่าวระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยต้องมีการพัฒนาที่ตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไป โดยควรเน้นการสร้างความตระหนักในสุขภาพของประชาชนให้มีความใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองให้มากขึ้น รวมถึงการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในการติดตามและให้การดูแลสุขภาพของประชาชนให้มากขึ้น

คำสำคัญ: สุขภาพปฐมภูมิ; สุขภาพโลก; หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทนำ

การทำงานขององค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกต่างๆ ทั่วโลกมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี ทั้งสุขภาพกาย ใจ และสังคมสุขภาวะ รวมทั้งการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพโดยเน้นการพัฒนา

ความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary health care, PHC) ทั้งนี้เพราะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้สะดวกที่สุด โดยบริการสุขภาพที่จัดให้ประชาชนเป็นบริการที่มีการบูรณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นทั้งการส่งเสริม-

สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล รวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดและสิ้นเปลืองทรัพยากรน้อยที่สุดที่จะสามารถผลักดันให้ทั่วโลกประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage, UHC)⁽¹⁾ เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable development goals, SDG) ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ข้อที่ 3 คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁽²⁾

ถึงแม้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในประเทศไทยจะถือได้ว่าประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ความเปลี่ยนแปลงสำคัญของปัญหาสุขภาพของประชาชนซึ่งเกิดจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความก้าวหน้าของเทคโนโลยี การเข้ามามีบทบาทด้านสุขภาพของภาคส่วนอื่นนอกเหนือจากภาครัฐ⁽³⁾ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจำเป็นต้องมีการพัฒนาเชิงรุกให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพและประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากแรงงานและผู้อพยพข้ามพรมแดน เป็นต้น ทั้งนี้ การศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลประสบการณ์จากประเทศที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินับว่าเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกได้มีการติดตามความก้าวหน้าและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศสมาชิกมาโดยตลอด โดยในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Global Conference on Primary Health Care) ในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลกได้จัดทำและเผยแพร่สรุปกรณีศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจาก 18 ประเทศ⁽⁴⁾ ได้แก่ ออสเตรเลีย บราซิล แคนาดา จีน อียิปต์ เอลซาวาดอร์ เอสโทเนีย ฟินแลนด์

การ์น่า อิหร่าน จาไมกา คาซัคสถาน ชามัวร์ ศรีลังกา ซูรินามิ ตุรกี เวียดนาม และไทย ซึ่งทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ลักษณะของงานบริการสุขภาพที่จัดบริการประชาชน และความท้าทายใหม่ๆ ที่แต่ละประเทศได้ประสบและต้องก้าวผ่านไปให้ได้

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลกรณีศึกษาจาก 18 ประเทศดังกล่าว เป็นข้อมูลที่มีความหลากหลายทั้งในแง่ของบริบทของประเทศ (context) การพัฒนาระบบสุขภาพ (health systems development) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) ที่แต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน การวิเคราะห์ข้อมูลจากกรณีศึกษาดังกล่าวมาประยุกต์ใช้อาจยังไม่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย การศึกษาจากประสบการณ์ของประเทศที่มีบริบทใกล้เคียงประเทศไทยมากกว่า คือในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (WHO South-East Asia Region, SEAR) ซึ่งประกอบด้วยประเทศไทยและประเทศอื่นๆ อีก 10 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ ภูฏาน เกาหลีเหนือ อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา และติมอร์เลสเต น่าจะทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถช่วยยกระดับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยให้สามารถเป็นผู้นำในระดับภูมิภาคต่อไป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน และวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยกับประเทศอื่นๆ ในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพระดับโลกและภูมิภาค

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research designs) โดยรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลที่เผยแพร่สาธารณะที่น่าเชื่อถือแบบเจาะจง (purposive

selection) มีแหล่งการสืบค้นข้อมูลจากองค์การอนามัย-
โลก องค์การระดับนานาชาติ หน่วยงานภาครัฐ และจาก
ฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย
(Thai Journals Online, ThaiJO) คัดเลือกข้อมูลจาก
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งใน
ประเทศไทย และประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
(SEAR)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เอกสาร (docu-
mentary analysis) จากข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ จาก
นั้นจัดกลุ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ
และเปรียบเทียบประสบการณ์จากกลุ่มประเทศในภูมิภาค
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในประเด็นการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพปฐมภูมิ และประสบการณ์การดำเนินการ
ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 3 ประเด็นสำคัญได้แก่
(1) บริการสุขภาพ (2) กำลังคน และ (3) การจัดการ
งบประมาณ

ผลการศึกษา

1. ลักษณะโดยภาพรวมของกลุ่มประเทศ SEAR
ประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
(SEAR) มีความแตกต่างในคุณลักษณะของประเทศทั้ง
ด้านทางด้านเศรษฐกิจ ประชากร ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
รวมถึงดัชนีความครอบคลุมของการประกันสุขภาพ-

ถ้วนหน้า (UHC service coverage index) โดยค่าใช้จ่าย
สุขภาพรายหัว (health expenditure per capita) ของกลุ่ม
ประเทศ SEAR อยู่ในช่วง 34.2 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ
ในบังคลาเทศ ไปจนถึง 1,047.8 เหรียญดอลลาร์สหรัฐ
ในมัลดีฟส์ โดยประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพอยู่ที่
221.9 ดอลลาร์สหรัฐ ในส่วนของดัชนีความครอบคลุม
ของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า ประเทศไทยมี
ดัชนีการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด
ร้อยละ 85.0 ในขณะที่ บังคลาเทศ เมียนมาร์ และ
ติมอร์เลสเต มีดัชนีการเข้าถึงเพียงร้อยละ 50.0 – 54.0
รายละเอียดตามตารางที่ 1

2. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของกลุ่มประเทศ SEAR

ในช่วงแรกของการมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น
ประชาชนส่วนใหญ่ยังคงเข้ารับบริการสุขภาพในโรง-
พยาบาลใหญ่ แม้ว่าปัญหาสุขภาพนั้นสามารถจัดการได้ที่
หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มว่า
ประชาชนจะเข้ารับบริการจากหน่วยบริการสุขภาพปฐม-
ภูมิมากขึ้นตั้งตัวอย่างจากประเทศมัลดีฟส์ ศรีลังกา และ
ประเทศไทย ในภาพที่ 1^(2,6)

ในส่วนของการบริการสุขภาพที่แต่ละประเทศได้จัด
บริการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมินั้น สามารถจัดเป็น
ประเด็นต่างๆ ดังนี้

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับชาติ ด้านเศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพ ของประเทศในภูมิภาค SEAR⁽⁵⁾

	BGD	BTN	PRK	IND	IDN	MDV	MMR	NPL	LKA	THA	TLS
Economic Indicators											
GDP (current US\$) (billions)	274	2.5	-	2726.3	1042.2	5.3	71.2	28.8	88.9	505	2.6
GDP growth (annual %)	7.9	2.3	-	7	5.2	6.1	6.2	6.3	3.2	4.1	2.8
Population, total (millions)	161.4	0.8	25.5	1352.6	267.7	0.5	53.7	28.1	21.7	69.4	1.3
Population growth (annual %) (2000-2018)	1.3	1.4	0.6	1.4	1.3	3.4	0.8	0.9	0.8	0.5	2
Poverty headcount ratio at \$1.90 a day (2011 PPP) (% of population)	14.8	1.5	-	21.2	5.7	7.3	6.2	15	0.8	0	30.7
Education Indicators											
Adult Literacy rate (Male %, ages 15 and older, 2010-2019)	77	75	-	82	97	97	80	79	93	95	72

การบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยในบริบทสุขภาพโลก

ตารางที่ 1 ตัวชี้วัดระดับชาติ ด้านเศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพ ของประเทศในภูมิภาค SEAR⁽⁵⁾ (continued)

	BGD	BTN	PRK	IND	IDN	MDV	MMR	NPL	LKA	THA	TLS
Health Systems Indicators											
Current health expenditure (% of GDP)	2.4	3.5	-	3.7	3.1	10.6	5.1	6.3	3.9	3.7	4
Out-of-pocket expenditure (% of CHE)	71.9	20.1	-	64.6	37.3	19.1	74	55.4	50.1	12.1	8.9
Health expenditure per capita (current US\$)	34.2	91.3	-	62.7	111.6	1047.8	62.1	45.5	153.1	221.9	79.9
Physicians per 1000 people	0.5	0.4	3.7	0.8	0.4	1	0.9	0.7	1	0.8	0.7
Health Outcome Indicators											
Life expectancy at birth, total (years), 2017	72	71	72	69	71	78	67	70	77	77	69
Mortality rate, under-5 (per 1,000 live births), 2018	30	30	18	37	25	9	46	32	7	9	46
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	210	86	77	170	313	68(2)	178(2)	258(2)	31	20(2)	557
Fertility rate, total (births per woman)	2.1	2	1.9	2.2	2.3	1.9	2.2	2	2.2	1.5	4.1
Skilled Birth Attendance (% of total)	50	89	100	81	93	100	60	58	100	99	57
Health Outcome Indicators											
Immunization, measles (% of children ages 12-23 months)	97	97	98	90	75	99	93	91	99	96	77
Immunization, DTP3 (% of children ages 12-23 months)	98	97	97	89	79	99	91	91	99	97	83
UHC Indicators											
UHC services coverage index (% Coverage), 2019	54	73	77	61	65	68	54	59	66	85	50
Catastrophic expenditure on health (% of people spent more than 10% of their household's total expenditure on health care)	24.7	1.8	-	-	2.7	10.3	14.4	10.7	5.4	2.2	2.9
Improvishment (% people pushed into poverty because of OOP)	7	0.6	-	-	0.2	0	0.6	1.7	0.7	0	1

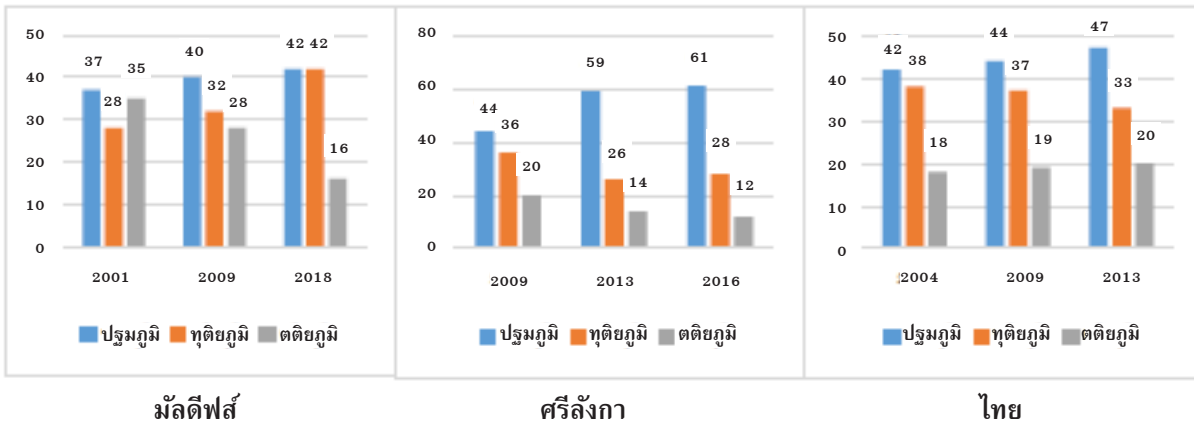
หมายเหตุ BGD = บังกลาเทศ, BTN = ภูฏาน, PRK = เกาหลีเหนือ, IND = อินเดีย, IDN = อินโดนีเซีย, MDV = มัลดีฟส์, MMR = เมียนมาร์, NPL = เนปาล, LKA = ศรีลังกา, THA = ประเทศไทย, TLS = ตีมอร์เลสเต

2.1 ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น (Essential health service package) หรือชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ โดยในส่วนของประเทศไทย ถือเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 ร่วมกับการปฏิรูประบบการเงินการคลังด้านสุขภาพด้วยการใช้วิธีการจ่ายเงินให้สถานพยาบาล (provider payment method) ด้วยวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) และระบบกลุ่ม

วินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis related groups – DRGs)⁽⁷⁾ ครอบคลุมบริการทั้งส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษาฟื้นฟู ทั้งในและนอกสถานพยาบาล รวมถึงบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

สำหรับประเทศอื่น ๆ ในกลุ่มประเทศ SEAR นั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีการพัฒนาชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก โดยในศรีลังกาและ

ภาพที่ 1 สัดส่วนและจำนวนของการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ป่วยนอกตามระดับของสถานพยาบาลในประเทศมัลดีฟส์ ศรีลังกา และไทย^(2,6)



อินเดีย นั้น ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นจะให้บริการกับประชาชนครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษา และฟื้นฟู เช่นเดียวกัน โดยในส่วนของหน่วยบริการปฐมภูมิในศรีลังกาจะมุ่งเน้นการให้บริการพื้นฐานสำหรับการป้องกันและรักษากลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) เป็นหลัก^(7,8) ในขณะที่อินเดียมีการพัฒนาศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ (Primary health centers) ให้กลายเป็น ศูนย์สุขภาพและสุขภาวะ (health and wellness centers)⁽⁷⁾ สำหรับเนปาล ติมอร์เลสเต และบังคลาเทศ เพิ่งเริ่มใช้ชุดบริการสุขภาพที่จำเป็น โดยในเนปาลนั้น ชุดบริการสุขภาพพื้นฐานได้กำหนดให้บังคับใช้ภายใต้บริบทของกระบวนการในระบอบสหพันธรัฐ ในขณะที่ติมอร์เลสเตจำกัดการใช้บริการสุขภาพพื้นฐานในระดับการบริการสุขภาพปฐมภูมิเท่านั้น⁽⁷⁾

2.2 การบูรณาการบริการสุขภาพแผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม (Traditional medicine) โดยประเทศไทยได้มีการให้บริการทั้งในแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมไปถึงการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาสมุนไพร การรักษาด้วยหัตถบำบัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของการแพทย์แผนไทยในทุกรูปแบบ อีกทั้งยังนำเทคโนโลยีดิจิทัลแอปพลิเคชันเข้ามาช่วยในการติดตามบริการสุขภาพทางการแพทย์แผนไทยแบบตามเวลาจริง (Real-time) ในขณะที่เกาหลีเหนือมีการ

ยอมรับการแพทย์แผนดั้งเดิมอย่างเป็นทางการและกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้ สำหรับอินเดีย มีศูนย์สุขภาพและสุขภาวะถึง 12,500 แห่งที่สามารถให้บริการสุขภาพด้วยระบบการแพทย์แผนดั้งเดิมได้⁽⁷⁾

2.3 การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs) มัลดีฟส์มีการวางแผนเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนและอบรมบุคลากรสุขภาพชุมชน (Community health workers) ให้สามารถติดตามและให้บริการแก่ผู้ป่วยตามชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Package of Essential Non-Communicable Disease, PEN) ของ WHO ในขณะที่ภูฏานได้เริ่มดำเนินการใช้ชุดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (PEN) ในพื้นที่นำร่องสองเขต ในปี 2561 โดยเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีการให้คำปรึกษาและดูแลให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันโทรศัพท์เคลื่อนที่⁽⁷⁾

2.4 การพัฒนาบริการสุขภาพในชุมชน โดยในเนปาลได้มีการอบรมอาสาสมัครสตรีในชุมชนให้เข้าใจและสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพเพื่อให้บริการในชุมชนได้ ในขณะที่ติมอร์เลสเตให้บริการปฐมภูมิในเขตชุมชนและเขตเทศบาลอย่างครอบคลุมภายใต้โครงการ “Saude na Familia” ซึ่งเป็นการเข้าถึงทีมบุคลากรทางการแพทย์

แพทย์ผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ ในบังคลาเทศได้มีการอบรมอาสาสมัครสุขภาพจากคนในชุมชนท้องถิ่นกว่า 9,000 คน เพื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับชุมชน รวมถึงการเยี่ยมบ้านสำหรับงานอนามัยแม่และเด็ก การสร้างภูมิคุ้มกัน และการป้องกันโรคติดต่อในพื้นที่เขตนาร์อง⁽⁷⁾

2.5 การใช้ประโยชน์จากศักยภาพของเทคโนโลยีสมัยใหม่ ภูฏานและเกาหลีเหนือ ได้ใช้การแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อเชื่อมโยงผู้ให้บริการจากสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ ถึงกันได้ ในขณะที่อินเดียมีการรายงาน ติดตาม และประเมินการบริการสุขภาพปฐมภูมิผ่านทางแอปพลิเคชันกว่า 30 แอปพลิเคชัน อีกทั้งยังมีการพัฒนาแอปพลิเคชันสำหรับผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพ เช่น BeHealthy BeMobile และ mDiabetes ในพม่าใช้แท็บเล็ตเคลื่อนที่เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของกำลังคนด้านสุขภาพและให้ข้อเสนอแนะการตัดสินใจ โดยเริ่มจากการเล็งเป้าหมายที่โรคติดต่อ สำหรับศรีลังกาและเมือง คอกส์บาร์ชาร์ของบังคลาเทศ มีการทดลองใช้แอปพลิเคชัน MedMon ขององค์การอนามัยโลกเพื่อติดตามราคา ยา และความสามารถในการเข้าถึงยา โดยมีราคาที่เหมาะสมและทันเวลา⁽⁷⁾

2.6 การเปลี่ยนแปลงบทบาทของโรงพยาบาลในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยในภูฏานได้ขยายการบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้ครอบคลุมการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟู โดยเพิ่มความสามารถของบุคลากรผ่านทาง การอบรมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม การปรึกษาหรือเข้าพบผู้เชี่ยวชาญ การสนับสนุนการทำงาน และการลงเยี่ยมพื้นที่จากโรงพยาบาลที่เป็นที่เสี่ยง โดยแพทย์จากโรงพยาบาลที่เสี่ยงจะติดตามและดูแลการให้บริการให้ได้มาตรฐาน ส่วนในศรีลังกา ให้บริการสำหรับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีการฝึกอบรมเพิ่มเติมให้กับบุคลากรในหน่วยงานระดับทุติยภูมิเพื่อให้สามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้ ในขณะที่ติมูจิตเวชชุมชนในบริการสุขภาพปฐมภูมิให้บริการเกี่ยวกับการติดตามการรักษาของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีแนวทางปฏิบัติที่ระบุขอบเขตของความรับผิดชอบของบุคลากรแต่ละระดับอย่างชัดเจนเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะ

ได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีบริการรพพยาบาลที่สามารถเข้าไปให้การดูแลฉุกเฉินในพื้นที่ชุมชนได้⁽⁷⁾

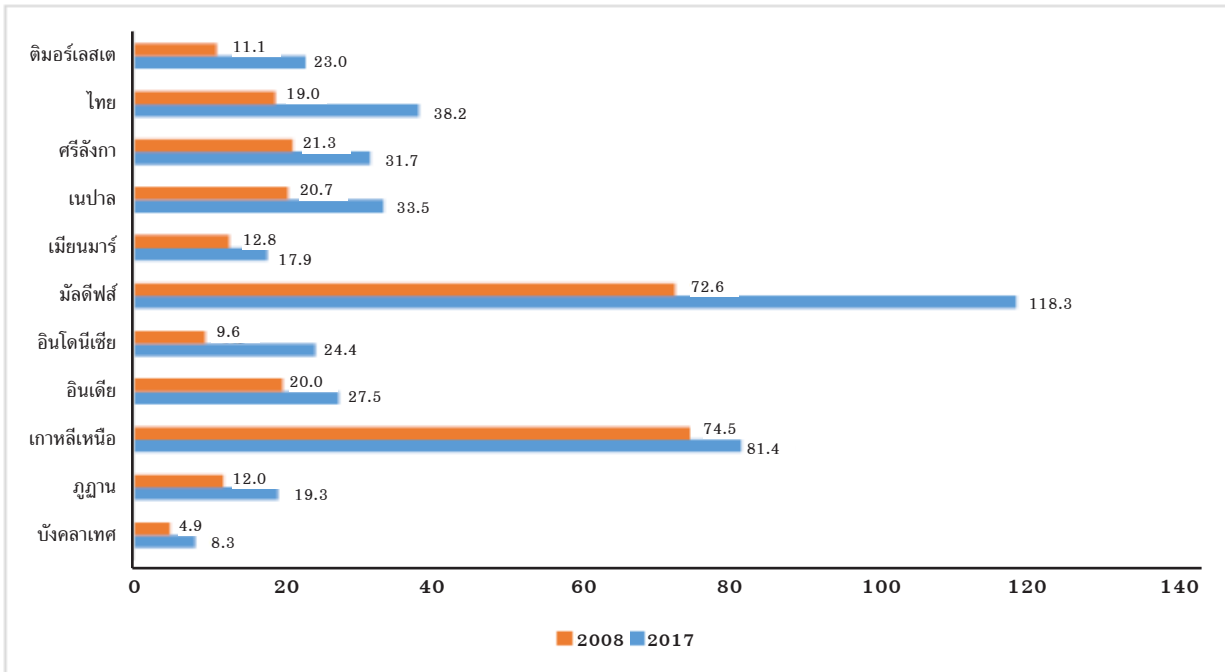
3. กำลังคนด้านสุขภาพ

ในระดับภูมิภาค กลุ่มประเทศ SEAR มีค่าเฉลี่ยจำนวนแพทย์ พยาบาล และผดุงครรภ์รวมกัน เพิ่มขึ้นจาก 21.5 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี พ.ศ. 2557 เป็น 27.1 ต่อประชากรหมื่นคน ในปี พ.ศ. 2560 ซึ่งอยู่เหนือเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่ระดับ 22.8 ที่กำหนดไว้เมื่อปี พ.ศ. 2549 แต่หากเทียบกับเกณฑ์ใหม่ที่กำหนดขึ้นในปี พ.ศ. 2559 ที่ระดับ 44.5 ต่อประชากรหมื่นคน พบว่ามีเพียงมัลดีฟส์และเกาหลีเหนือเท่านั้นที่มีระดับบุคลากรตามเกณฑ์ รายละเอียดดังภาพที่ 2⁽⁹⁾ โดยประเทศไทยมีสัดส่วนของแพทย์ต่อประชากรหมื่นคนอยู่ที่ 0.8 ภูฏานและอินโดนีเซียมีสัดส่วนน้อยที่สุดที่ 0.4 และเกาหลีเหนือมีสัดส่วนมากที่สุดที่ 3.7⁽⁵⁾

จากข้อมูลข้างต้น อาจสรุปในทำนองเดียวกันได้ว่าใน ส่วนของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินั้นมีความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์เช่นเดียวกัน โดยในพื้นที่ที่ขาดแคลนแพทย์ บุคลากรทางด้านสุขภาพอื่น ๆ ซึ่งใช้เวลาในการศึกษาเพียง 2-4 ปี จะทำงานในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลทางคลินิกได้เช่นเดียวกับแพทย์⁽¹⁰⁾ ดังตัวอย่างในภูฏานและอินเดีย โดยในภูฏาน ผู้ช่วยด้านสุขภาพ (Health assistant) ซึ่งผ่านการอบรม 2 ปี จะเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health unit) ในขณะที่อินเดีย บุคลากรหลักจะเป็นพยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผู้ปฏิบัติวิชาชีพแพทย์อายุรเวทที่ผ่านการอบรมเพิ่มเติมหกเดือน โดยบุคลากรเหล่านี้สามารถจ่ายยาได้แต่ไม่สามารถออกไปสั่งยาได้⁽⁹⁾

หลายประเทศในกลุ่มประเทศ SEAR ได้เริ่มมีการบรรจุแพทย์ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยในเกาหลีเหนือและติมอร์เลสเต ได้บรรจุแพทย์รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีหน้าที่ในการป้องกัน การส่งเสริม และการรักษา แต่ให้ความสำคัญไปในส่วนของ

ภาพที่ 2 สถานการณ์บุคลากรด้านสุขภาพของกลุ่มประเทศในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEAR) ระหว่างปี พ.ศ. 2551 และ 2560 (ค.ศ. 2008 และ 2017)⁽⁹⁾



การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ โดยในเกาหลีเหนือ จะเรียกแพทย์กลุ่มนี้ว่า “หมอประจำบ้าน (Household doctor)” ในขณะที่ มัลดีฟส์ อินโดนีเซีย ศรีลังกา และ ไทย ได้เริ่มให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family doctor) หรือแพทย์ปฐมภูมิ (Primary care physician) ปฏิบัติงานบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการให้บริการปฐมภูมิและทีมเวชปฏิบัติครอบครัว (family practice team)⁽⁹⁾

การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพทำให้หลาย ๆ ประเทศพัฒนากลยุทธ์เพื่อการคงอยู่ในชนบทของบุคลากรสุขภาพ (rural retention of health workforces) โดยกลยุทธ์ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของการให้ทุนการศึกษาเพื่อให้กลับมาใช้ทุนในถิ่นเกิดหรือชนบทโดยกำหนดระยะเวลาการใช้ทุน การเพิ่มค่าตอบแทนสำหรับพื้นที่ยากลำบาก และการหมุนเวียนเพื่อปฏิบัติงานทางคลินิกในสถานบริการสุขภาพในเขตชนบท เป็นต้น⁽⁹⁾ โดยในประเทศไทยมีการเพิ่มโอกาสความก้าวหน้าในอาชีพสำหรับแพทย์ที่ทำหน้าที่ในเขตชนบท และปรับปรุง

โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ และการจัดระบบส่งต่อและให้คำปรึกษา^(11,12) ในขณะที่อินเดียมีการจัดตั้งวิทยาลัยแพทย์โดยความร่วมมือกับโรงพยาบาลในท้องถิ่นเพื่อให้มีการคงอยู่ของแพทย์ในพื้นที่นั้น⁽¹³⁾

4. การจัดการงบประมาณ

งบประมาณในการดำเนินงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยใช้หลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติที่บริหาร โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จ่ายเงินด้วยอัตราเหมาจ่ายรายหัวและตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (ซึ่งรวมเงินเดือนของบุคลากรสุขภาพ) คำนวณจากต้นทุน และอัตราการใช้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงค่าแรง ยา วัสดุและค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์งบประมาณทั้งหมดถูกคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัว คูณด้วยจำนวนสมาชิกของสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ ในส่วนของประเทศอื่น ๆ ในกลุ่มประเทศ SEAR นั้น อินโดนีเซียได้รับการจัดสรรจาก National health insurance โดยจ่ายในอัตราเหมาจ่ายราย

หัวเช่นเดียวกัน⁽⁷⁾ สำหรับอินเดียกำลังปรับให้เป็นแบบอัตราเหมาจ่ายรายหัว ในขณะที่มัลดีฟส์ได้รับงบประมาณจากภาครัฐซึ่งบางส่วนมาจากเงินบริจาคจากภายนอก⁽⁷⁾

วิจารณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขององค์การอนามัยโลก (SEAR) เบื้องต้นอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่าประเทศอื่นๆ ในภูมิภาคนี้ เห็นได้จากความครอบคลุมการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สูงถึงร้อยละ 85.0 ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรัฐบาลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในลักษณะเหมาจ่ายให้กับสถานบริการสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมาเป็นระยะเวลายาวนานถึง 40 ปี^(14,15) ความเชื่อมั่นในบริการสุขภาพของภาครัฐได้ถูกสร้างขึ้นอย่างเข้มแข็งจากการพัฒนาความพร้อมของบริการสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพและทักษะที่หลากหลายของบุคลากรในงานสุขภาพปฐมภูมิ รวมถึงการเสริมพลังให้กับชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในขณะที่ SEAR ได้คาดการณ์ไว้ว่าประเทศในเขตภูมิภาคนี้มีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่จะบรรลุความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ถึงร้อยละ 80.0 ของบริการสุขภาพที่จำเป็น ภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)⁽²⁾

บริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยมีแนวโน้มคล้ายคลึงกับในประเทศอื่นๆ ของ SEAR โดยครอบคลุมหรือพยายามให้ครอบคลุมการส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง ตรวจรักษา ฟันฟู ทั้งในและนอกสถานพยาบาล ตามหลักพื้นฐานความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ตามระดับอายุ และตามภาวะสุขภาพ โดยหลายประเทศมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เนื่องจากมีอัตราความชุกเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุซึ่งมักมีโรคประจำตัวในกลุ่มนี้เพิ่มตามมาด้วย ทั้งนี้ สังเกตได้ว่าประเทศใน

ภูมิภาคนี้ใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะประเทศอินเดียที่มีการใช้แอปพลิเคชันในการเชื่อมโยงข้อมูลทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ และระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งน่าจะทำให้การให้บริการมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้นโดยมีค่าใช้จ่ายไม่มาก

ทุกประเทศในภูมิภาค SEAR รวมถึงประเทศไทยประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะแพทย์ ทั้งการขาดแคลนโดยรวม การกระจุกแต่ไม่กระจาย รวมถึงปัญหาการคงไว้ของบุคลากรในระบบสุขภาพภาครัฐและการทำงานในชนบท โดยในภาพรวมจะพบว่าสัดส่วนของแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เภสัชกร และทันตแพทย์ กำลังเป็นไปในทางที่ดีขึ้นในทุกประเทศ แต่สัดส่วนของบุคลากรสุขภาพต่อประชากร อาจยังไม่สามารถสะท้อนความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิ⁽⁹⁾ การอบรมอาสาสมัครหรือบุคลากรอื่นๆ เพื่อทำหน้าที่บางอย่างแทนแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิจึงเป็นทางออกของแทบทุกประเทศในภูมิภาคนี้ ในขณะเดียวกันมีการเร่งผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างเร่งด่วนและหากกลยุทธ์จูงใจให้แพทย์คงอยู่ในระบบภาครัฐและในพื้นที่ชนบทให้ยาวนานขึ้น รวมถึงการปรับปรุงประสิทธิภาพของบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ เพื่อให้บริการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีประสิทธิภาพเพียงพอในการดูแลประชาชนตามความต้องการบริการที่เปลี่ยนแปลงไป

งบประมาณของสถานบริการสุขภาพปฐมภูมิส่วนใหญ่ได้รับจากภาครัฐในรูปแบบของหลักประกันสุขภาพตามจำนวนของผู้รับบริการและระดับของการบริการจำเป็นสำหรับประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทำให้สัดส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพของประชากรลดลงในประเทศที่มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพในระดับสูง โดยงบประมาณจากภาครัฐดังกล่าวมีที่มาจากภาษีของประชาชนในประเทศเป็นหลัก⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตาม สัดส่วนของงบประมาณด้านสุขภาพเมื่อเทียบกับ GDP ของบางประเทศ

ยังคงน้อยอยู่⁽⁵⁾ จึงมีข้อเสนอให้รัฐบาลเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพมากขึ้น หรือมีการจัดการเกี่ยวกับการประกันสุขภาพจากภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะในเมืองใหญ่ที่ประชาชนมีรายได้มากพอที่จะสามารถซื้อประกันสุขภาพได้⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

กว่า 40 ปีที่ผ่านมาของการมีระบบบริการสุขภาพ-ปฐมภูมิและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าจะมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงมีประชากรที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ประกอบกับความต้องการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามสังคมและโครงสร้างประชากรของประเทศ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงยังคงต้องการการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิควรเน้นการบริการเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับประชาชน โดยเฉพาะในการป้องกันโรคตั้งแต่วัยเยาว์น้อยๆ เพื่อไม่ให้ส่งผลถึงสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความคุ้มค่าทั้งในด้านการบริการสุขภาพและด้านงบประมาณ โดยใช้กลยุทธ์ที่เห็นชัดเจน เช่น มาตรการภาษีสุขภาพ เป็นต้น

2. รัฐบาลควรสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนหรือองค์กรอิสระในการสนับสนุนงบประมาณให้กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยอาจเป็นลักษณะของความรับผิดชอบต่อสังคม (corporate social responsibility) เพื่อเพิ่มโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเปราะบางและกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

3. ควรมีการเพิ่มคุณภาพของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในส่วนของบุคลากรและทรัพยากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรมความรู้ที่จำเป็นให้กับบุคลากรที่ทำหน้าที่ทดแทนแพทย์และมีแพทย์เป็นพี่เลี้ยงให้กับบุคลากรเหล่านั้น การจัดหาทรัพยากรที่จำเป็น เช่น

ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ระบบสาธารณสุขโรคต่างๆ ให้พร้อมใช้อย่างมีประสิทธิภาพและเพียงพอ เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการให้บริการที่ด้อยคุณภาพ

4. พัฒนาแนวทางการใช้เทคโนโลยีให้เป็นประโยชน์ให้มากขึ้น เช่น การบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ (big data) เพื่อการส่งต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อระหว่างระบบบริการสุขภาพและระหว่างพื้นที่ หรือการสร้างความเท่าเทียมของบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลด้วยการใช้บริการสุขภาพทางไกล (telemedicine) เป็นต้น

5. เร่งผลิตบุคลากรด้านสุขภาพและสร้างกลยุทธ์ที่จะสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพอยู่ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่ที่ใกล้ชิดประชาชน

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากเอกสารเผยแพร่สาธารณะ และการเข้าถึงข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐของประเทศอื่นๆ ใน SEAR บางประเทศมีข้อจำกัดในเรื่องของภาษา เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ทำให้ขาดความละเอียดชัดเจนของข้อมูลบางส่วน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
2. World Health Organization. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South-East Asia Region: 2019 update. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2019.
3. กระทรวงสาธารณสุข. กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. World Health Organization. Progressing primary health care: a series of country case studies. Geneva: World

- Health Organization; 2019.
5. World Bank. World Bank development indicators [Internet]. [cited 2018 Jan 27]. Available from: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/>
 6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2554-2558. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
 7. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Strengthening frontline services for universal health coverage by 2030. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2019.
 8. Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine. Sri Lanka essential health service package 2019 [Internet]. [cited 2018 Jan 27]. Available from: http://www.health.gov.lk/moh_final/english/public/elfinder/files/publications/2019/SLESP-2019.pdf
 9. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Decade for health workforce strengthening in the South-East Asia Region 2015-2024; second review of progress, 2018. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
 10. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Mid-level health workers: a review of the evidence. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2018.
 11. Pagaiya N, Kongkam L, Sriratana S. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study. Hum Resour Health [Internet]. 2015 [cited 2018 Jan 27];13:10. Available from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0001-y>
 12. Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Hum Resour Health [Internet]. 2003 [cited 2018 Jan 27];1(1):12. Available from: <http://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-1-12>
 13. Rajya Sabha Council of States. Medical college in every district [Internet]. 2018 [cited 2018 Jan 27]. Available from: http://164.100.47.5/official_debate_hindi/Floor/243/F18.07.2017.pdf
 14. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Lancet 2018;391(10126):1205-23.
 15. Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Panichkriangkrai W, Pachanee K, Pongkantha W, et al. Why and how did Thailand achieve good health at low cost? In: London School of Hygiene & Tropical Medicine. Good health at low cost' 25 years on what makes a successful health system? London: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2011.
 16. World Health Organization. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Thailand. Geneva: World Health Organization; 2017.
 17. Zodpey S, Farooqui HH. Universal Health Coverage in India: progress achieved & the way forward. Indian J Med Res 2018;147(4):327-9.

Abstract: Thailand's Primary Health Care in Global Health Context

Pattarapol Jungsomjatepaisal, M.D., Dip.Thai Board in Orthopedic Surgery

Health Technical Office, Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:152-62.

This study aimed to illustrate the overall picture of the Thailand's primary healthcare in global health context by comparing to the situation in other Southeast Asia Region (SEAR) countries. A qualitative research design was employed. All data were collected from the specific reliable public information sources including World Health Organization (WHO), national level enterprises, government agencies, and Thai Journals Online (ThaiJO) database. The selected data were related to primary healthcare of Thailand and WHO SEAR countries, including the following topics: (1) health services, (2) manpower, and (3) budget management. Documentary analysis along with comparative process were performed to analyzed data from all countries. The results of the study revealed that the primary health care of Thailand was resembling to most countries in the SEAR. There were various health services compliance to essential health service package, integration of modern and traditional medicine, continuing care for non-communicable diseases, community health services, and utilization of new technology. However, there were less clients in primary health care level, compared to the secondary and tertiary hospitals in many countries. This was due to the lack of man power and budget management of the primary health care. All SEAR countries encountered with health workers shortage. In the region that was lack of physicians, other health professionals were trained to perform physicians' tasks. The primary health care as well as the universal health coverage had been financed by the government based on direct expenditure per capita. This led to the reduction of out-of-pocket payment in the region, but it was still higher than the median figure at the global level. The results suggest that the primary health care in Thailand needs to step forwards to respond to the transformation of health problems due to the economic and the social change. Making people realize and understand how to take care of their health should be the main focus. Utilization of advanced technology in monitoring and caring of people's health should also be promoted.

Keywords: primary health care; global health; universal health coverage