

รายงานวิจัย

เรื่อง

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปาก
ในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ระยะที่ 1 : วิเคราะห์สถานการณ์

Oral Health Promotion and Prevention Process in the Contracting Unit of Primary Care Under the Universal Health Coverage Policy : Situation Analysis

โดย

ผศ.ดร.ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์

ดร.อังคณา เขียวมนตรี

ผศ.ปิยะนารถ จาติเกตุ

วิชัย วิวัฒน์คุณูปการ

ปิยะฉัตร พัทธานนัต

ทัศนีย์ ธรรมเรือง

สุกัญญา เขียววิวัฒน์

ณัฐจิรา สุขสุเดช

ผศ.ดร. สุปรีดา อุดุลยานนท์

ดร.ทรงชัย จิตโสสมกุล

อารีรัตน์ นิรันดร์สิทธิรักษ์

ธงชัย ปรีชา

นุสรา ภูมาศ

ชลธิชา เตชะณัฐนิธินันท์

วรรณะ พิษพรชัยกุล

สุธี สุขสุเดช

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส)

กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

Executive summary

Abstract

บทที่ 1 บทนำ

1-3

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คำถามการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

4-36

วิวัฒนาการทันตสาธารณสุขของไทย

กระบวนการทัศน์สุขภาพ

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

- การส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรอตตาวา
- การส่งเสริมสุขภาพภายใต้วัฒนธรรมวิทยาศาสตร์
- การส่งเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค

พัฒนาการและสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของไทย

การส่งเสริมสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

37-48

พื้นที่ศึกษา

การคัดเลือกหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเป็นประชากรศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล

ระยะเวลาในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	49-84
ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ศึกษา	
ส่วนที่ 2 สถานการณ์โดยรวมของการดำเนินงานโครงสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
*การบริหารจัดการด้านโครงสร้างกายภาพ	
*การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	
*การบริหารจัดการด้านทันตบุคลากร	
ส่วนที่ 3 แนวคิดและทัศนะของทันตบุคลากรต่องานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	
*ทัศนะของทันตแพทย์ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	
*แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้ให้บริการ	
ส่วนที่ 4 แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากของประชาชน	
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	85-96
5.1 สรุปสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ	
5.2 บทวิเคราะห์	
1) ปัญหาเชิงกระบวนการทัศนสุขภาพ	
2) ปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบวัฒนธรรม	
3) ปัญหาเชิงวัฒนธรรมวิชาชีพทันตแพทย์	
เอกสารอ้างอิง	97-101

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การศึกษาศาถานการณและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนในช่องปากในหน่วยคู้สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นการศีกษาวิจัยแบบคุณภาพ ทั้งนี้พื้นที่เพื่อการศีกษาเป็นแบบการคัดเลือกเฉพาะ (purposive selection) จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วยเชียงใหม่ น่าน ขอนแก่น บุรีรัมย์ สงขลา พัทลุง ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร โดยมีหน่วยคู้สัญญาหลักบริการปฐมภูมิจำนวน ๔๘ หน่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างประชากรศีกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง และใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตตั้งแต่ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการบริหารงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร และประชาชนในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือนมีนาคม 2546 โดยมีผลสรุปดังนี้

1. การจัดการด้านการบริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก. สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดไว้มีความสอดคล้องกับระบบบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในสถานบริการก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย รักษาคลองรากฟัน และใส่ฟัน ตลอดจนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันในช่องปากอันประกอบด้วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก การให้ความรู้สุขภาพศีกษา การเคลือบหลุมร่องฟัน และการให้ฟลูออไรด์ อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย กลุ่มหญิงมีครรภ์ ในคลินิก ANC กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนใน WBC และในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุ

ข. การจัดการบริการทันตกรรมของหน่วยคู้สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP) เพื่อรองรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) เป็นการทำให้มีหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลหมุนเวียนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ที่ไม่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้มารับบริการ งานบริการส่วนใหญ่เป็นงานรักษา ถอนฟัน อุดฟัน หรือขูดหินน้ำลาย ไม่มีงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคในช่องปาก สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ที่มีทันตบุคลากรโดยเฉพาะทันตภิบาลปฏิบัติงานให้บริการแก่ผู้มารับบริการ งานบริการส่วนใหญ่ก็ยังเป็นงานรักษา

ค. ภายหลังจากที่มีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยคู้สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ (CUP) ไม่สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาได้ดังเดิม เพราะปริมาณผู้มารับบริการที่หน่วยคู้สัญญาหลัก หรือ (CUP) เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะงานบริการรักษาและการใส่ฟัน โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการร้อยละ 15-20 และผู้รับบริการที่ต้องการใส่ฟันมีวันนัด 8 เดือนถึง 2 ปี ขณะที่จำนวนทันตบุคลากรเท่าเดิม และภาวะการโอนย้าย (Turnover) ของทันตแพทย์ซึ่งก็เป็นธรรมชาติของวิชาชีพด้านสุขภาพ ก็ยังคงมีอยู่ จึงส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากขาดการต่อเนื่อง นอกจากนี้ การดำเนินงานพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้การรองรับคุณภาพบริการจาก Hospital Accreditation (HA) ก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลให้ทันตแพทย์และทันตบุคลากรต้องลดละงานอื่น ๆ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก

2. โครงสร้างการบริหารด้านการเงินการคลังภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 8 จังหวัด มีโครงสร้างที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวดิ่ง (vertical) มากกว่าแนวนอน (horizontal) อย่างไรก็ตาม การบริหารการเงินการคลังภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะที่ผ่านมาไม่นิ่งของนโยบายการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ ระยะเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(ปี๒๕๔๔) การจัดสรรเงินเป็นแบบ Inclusive คือ จัดสรรเงินทั้งหมดทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) งบส่งเสริมและป้องกัน (P X P) ไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP โดยตรง ระยะต่อมาก็มีการกันเงินเดือนไว้ที่จังหวัด และงบผู้ป่วยใน (IPD) ไว้ที่จังหวัด ขณะที่จัดสรรเงินผู้ป่วยนอก OPD และงบส่งเสริมป้องกันเท่านั้นไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ในปัจจุบัน(ปี๒๕๔๖)มีการกันเงินเดือนไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นภาวะความไม่นิ่งของนโยบายการจัดสรรเงินงบประมาณทำให้ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในภาพรวม

นอกจากนี้ในระยะแรกของการจัดสรรเงินงบประมาณส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ที่ยังมีความไม่ชัดเจน ทำให้เกิดภาวะความชะงักงันของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตาม ขณะนี้แนวทางการจัดสรรเงินงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีความชัดเจนมากขึ้น คือ มีการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งเป็นค่าดำเนินการและค่าเบี้ยเลี้ยงทำงานล่วงเวลาให้คือศูนย์สุขภาพชุมชนประมาณ 15,000 บาท /เดือน/ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนที่เหลือร้อยละ 40 จัดสรรตามผลงานที่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 40 จัดสรรตามประชากรที่รับผิดชอบ และร้อยละ 20 จัดสรรตามโครงการที่เสนอมา ทั้งนี้ มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นหน่วยงานกลางประสานงาน

๓. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์ ยังคงเป็นแนวคิดที่ใช้โรคเป็นศูนย์กลาง และทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดและทักษะการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนในการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ อีกทั้งรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคก็ยึดโยงอยู่กับกิจกรรม เช่น การให้ความรู้สุขภาพ การเคลื่อนไหว หมุนรอบฟัน การให้ฟลูออไรด์ เป็นต้น

๔. ประชาชนยังให้ความสำคัญกับการรักษาสุขภาพช่องปากมากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน แม้ว่าได้มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากอย่างชัดเจน สิ่งที่ประชาชนรับรู้ผ่านสื่อและการประชาสัมพันธ์คือ ๓๐บาทรักษาทุกโรค สิทธิประโยชน์ที่ประชาชนรับรู้ก็คือ ถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน สำหรับฟันปลอมเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนรับรู้และสนใจมากที่สุด

๕. ปรากฏการณ์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์และทันตบุคลากรในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ(CUP) และในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังกล่าวเป็นผลพวงจาก

ก) ปัญหาเชิงกระบวนการหรือกรอบแนวคิดด้านสุขภาพ

การจัดระบบบริการสุขภาพของศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU ควรต้องมีปรัชญาแนวคิดที่เน้น “คน”เป็นศูนย์กลาง สุขภาพของบุคคลมิใช่เพียงปราศจากโรค แต่เป็นสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ของบริบทแวดล้อมหรือบริบทเชิงนิเวศน์วิทยา ขณะที่โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ(CUP)ได้นำระบบบริการที่เน้นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบที่คุ้นเคยจากพื้นฐานแนวคิดการนำโรคเป็นศูนย์กลาง (disease oriented) เข้าไปใช้กับระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐม

ภูมิ (PCU) ด้วยการใช้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP หมุนเวียนไปให้บริการประชาชนในลักษณะหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือ Extended OPD ทำให้เกิดความขัดแย้งเชิงกระบวนการทัศนกับแนวทางการปฏิบัติ

) ปัญหาเชิงระบบวัฒนธรรมราชการ

ระบบวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข เป็นระบบที่รวมศูนย์อำนาจและการถ่ายทอดกระบวนการปฏิบัติงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั่วไปเป็นการถ่ายทอดแบบสั่งการมากกว่าการสร้างการเข้าใจ และมักจะถ่ายทอดวิธีการหรือกิจกรรมมากกว่าการให้ความสำคัญกับปรัชญาแนวคิดของโครงการ มุ่งเน้นที่กฎระเบียบมากกว่าผลงาน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มุ่งเพียงแต่การปฏิบัติตามโดยปราศจากซึ่งกรอบแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหาระบบวัฒนธรรมราชการจึงส่งผลกระทบต่อการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ทันตแพทย์และทันตบุคลากรมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันในช่องปากอันประกอบด้วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก การให้ความรู้สุขภาพ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการให้ฟลูออไรด์ เพราะเป็นสิทธิประโยชน์ที่ถูกกำหนดไว้ และละเอียดถึงปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้ ระบบวัฒนธรรมราชการยังมุ่งเน้นที่การปฏิบัติตามโครงการ/กิจกรรม มากกว่า การให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนหรือบุคลากร ดังรายงานการศึกษานี้พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำมาซึ่งการเตรียมความพร้อมและสร้างทักษะในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรได้เรียนรู้และเข้าใจถึงการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข คือ พยายามปรับจาก supply side มาสู่ demand side พยายามปรับจากการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนผู้ให้บริการและจำนวนเตียงผู้ป่วยมาสู่จำนวนผู้รับบริการ

) ปัญหาเชิงวัฒนธรรมวิชาชีพทันตแพทย์

วิชาชีพทันตแพทย์ไม่ต่างจากวิชาชีพแพทย์ถูกหล่อหลอมด้วยระบบการศึกษาที่มุ่งเน้นการรักษาโรค (disease-oriented) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงถูกทำให้เป็นวิชาชายขอบ (marginalized subject) แม้ว่าได้มีการปรับหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์มุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อรองรับทันตแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในสถานบริการระดับอำเภออย่างน้อย 3 ปี ตามโครงการแก้ปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ แต่ระบบการศึกษาทันตแพทย์ก็ยังคงหล่อหลอมให้ทันตแพทย์รักษาดุลยคติตัวของตัวเองเป็นผู้ให้การบำบัดรักษาทันตกรรม อีกทั้งการบริการสุขภาพช่องปากเป็นสินค้าเชิงเอกชนมากกว่าสาธารณะ มันเป็นการยากอย่างยิ่งที่ทำให้ทันตแพทย์เคลื่อนย้ายบทบาทตนเองออกจากการรักษามาสู่การส่งเสริมป้องกัน

Executive summary

This situation analysis of health promotion and oral disease prevention in the contracting unit of primary care (CUP) under the Universal health coverage policy is a qualitative study. The sample consisted of 48 primary health care units located in 8 purposively selected studied areas which are Chiangmai, Nhan, Khonkhane, Bureerum, Songkla, Phattalung, Prathumthanee, and Bangkok. The depth interview using semi-structured questionnaire and the observation techniques were used in the stage of data collection. The respondents were the executive officers, those who involved in the health care service under the health insurance for all policy at the province level, dentists, dental hygienists, and resident population. The study period is between July, 2002- March 2003. The summary is reported as followed.

1. The dental service management under the Universal health coverage program

- a. The dental benefits specified in the Universal health coverage program is conformed with the existing dental service provided prior to the program. These include the general dental treatment such as filling, extraction, scaling, root canal treatment, and prosthodontic treatment, and also the health promotion and prevention activities such as screening for the high risk group, oral health education, dental sealant and fluoride therapy. The main target groups for health promotion and prevention program are the pregnant women attending ANC, preschool children in WBC and child care centers, primary school children and the elderly.
- b. In order to serve the PCU level with the shortage of dental health personnel, the CUP provides mobile unit with the rotation of the dentists and dental nurses to the PCU. The services focused mostly on dental treatment such as extraction, filling, and scaling. There was no health promotion and prevention activities provided. For those PCU where dental health personnel, mainly dental nurses, are available, the service still focused on dental treatment.
- c. After the introducing of the Universal health coverage program, dental health personnel in the community hospital or CUP were unable to proceed the health promotion and prevention activities, particularly the dental health surveillance in primary schools, due to the increasing of customers at the CUP level. The increasing health needs were primarily general dental treatment and prosthodontic treatment. There was 15-20% increase in customers and the waiting list for prosthodontic treatment was 8 months to 2 years long, while the number of dental health personnel was not increased. Moreover, the high turn over rate of the dentists and the enforcement of hospital accreditation measures could also lead to the abandonment of health promotion and prevention activities.

2. Fiscal management structure under the Universal health coverage program

There was no different in fiscal management structure of 8 provinces studied since the administrative system of Ministry of Public Health is more vertical than

horizontal. However, the fiscal management has been unstable, that is, in the leading period of the program (2001), the budget was allocated inclusively with the overall budget (including OPD, IPD, PXP budgets) directly allocated to the CUP, while later, the salary and IPD budget was kept at the provincial level whereas the OPD and PXP budget was allocated to the CUP, and at present (2003), the salary was kept at the Ministry of Public Health. Therefore, this unstable fiscal policy would generally affect the implementation of health promotion and prevention activities.

Moreover, the unstable fiscal policy also resulted in cessation of health promotion and disease prevention at the community level. Fortunately, at present, the direction of budget allocation for the health promotion and prevention is more predictable. An incentive of about 15,000 baht/month/community center was given mainly for administration and overtime cost, then, 40% of the rest would be rewarded according to the outcome of health promotion and prevention delivered, another 40% would be allocated according to the number of resident population responsible, and the final 20% would be allocated according to the proposed project..

3. Dentist's health promotion and disease prevention concept is still disease-oriented.

Most dentists are lack of understanding and skill in the new health promotion concept which focused on self-care potency development and controlling of risk factors. Moreover, the pattern of health promotion and prevention is attached to activities such as oral hygiene instruction, dental sealant, and application of fluoride.

4. The overemphasis on the importance of treatment services rather than health promotion and prevention among population.

Even though the benefits in oral health promotion and disease prevention have been clearly defined, populations perceived, mainly from the “30 baht for any treatment” campaign, that the benefits are treatment services such as extraction, filling and scaling and the dental prosthesis has gained the highest attention.

5. The health promotion and disease prevention phenomena among dental health personnel in CUP and PCU as mentioned above is resulted from

a. Paradigm of health

The philosophy of health service system of the PCU should focus on “human” oriented concept. Health of an individual is not just the absence of disease but a healthy individual in relation to the environment or in a ecological context. Nevertheless, the biomedical model of health care service (disease oriented) which focused on delivery of treatment of illness was dominantly practiced at the CUP. This model was also used in the PCU by rotating of the health personnel from the CUP to the extended OPD, and, as a result, led to the conflict in the practice and paradigm.

b. Problem of bureaucratic cultural system

The bureaucratic cultural system of ministry of public health is a centralization system. The system was managed based on commanding rather than by development of understanding. The process is more emphasized than the philosophy underlying the program. Similarly, the regulations is more emphasized rather than the outcomes. The

dental health personnel would follow the routine guideline without understanding of underlying philosophy. The bureaucratic cultural system would cause problems on health promotion and prevention program in many ways. For instance, dental health personnel focused on the specified activities of the Universal health coverage insurance benefits such as screening of high risk group, dental health education, dental sealant, fluoride application, and neglect the philosophy underlying health promotion and health insurance for all program. Moreover, the bureaucratic cultural system emphasis on activities and projects rather than staff training. From this study, we found that This health insurance for all program was lack of staff preparation in understanding of fiscal policy reform which changed from supply side to demand side by allocate the budget according to the number of service utilization rather than the number of service providers and number of beds.

c. Problem of dental professional culture

Dental profession is similar to medical profession that the education system is diseased-oriented and health promotion and prevention is marginalized. Even though the dental curriculum has been changed and health promotion and disease prevention has been more emphasized, the dental educational system still bring up the dentist identity as a dental care giver. Moreover, dental service is more a private goods than public goods. It is quite hard to motivate the dentist to move out of treatment and move in to promotion and prevention.

บทคัดย่อ

การศึกษาศาถานการณ้และการสงเสริมสุขภาพและการปองกันโรคในช่องปากในหนวยคูลัญญาบริการระดับปฐมภูมิกายได้นโยบายหลักประกันสุขภาพถว้นหน้านี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบคุณภาพ ทั้งนี้พื้นที่เพื่อการศึกษาเป็นแบบการคัดเลือกเฉพาะ (purposive selection) จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วยเชียงใหม่น่านขอนแก่นบุรีรัมย์สงขลาพัทลุงปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร โดยมีหนวยคูลัญญาหลักบริการปฐมภูมิจำนวน ๔๘ หนวยเป็นกลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง และใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตตั้งแต่วุ้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการบริหารงานหลักประกันสุขภาพถว้นหน้าระดับจังหวัด ทันตแพทย ทันตบุคลากร และประชาชนในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือนมีนาคม 2546 ผลการศึกษาพบว่า สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมทั้งการรักษา การสงเสริมสุขภาพและการปองกันโรคในช่องปากมีความสอดคล้องกับการจัดบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในสถานบริการก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถว้นหน้า กิจกรรมการสงเสริมสุขภาพและการปองกันในช่องปากประกอบด้วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก การให้ความรู้สุขภาพ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการให้ฟลูออไรด์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลัก ประกอบด้วย กลุ่มหญิงมีครรภ์ ในคลินิก ANC กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนใน WBC และในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา แต่กิจกรรมดังกล่าวมีทิศทางที่ลดลง เนื่องจาก ปริมาณผู้มารับบริการที่หนวยคูลัญญาหลัก หรือ (CUP) เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะงานบริการรักษาและการใส่ฟัน โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการร้อยละ 15-20 และผู้รับบริการที่ต้องการใส่ฟันมีคิวนัด 8 เดือนถึง 2 ปี ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดสงเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการพัฒนาสุขภาพของคนในการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ อีกทั้งขาดทักษะการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน เงื่อนไขของการจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมการสงเสริมสุขภาพและการปองกันโรคในช่องปากก็ยึดไขอยู่กับกิจกรรมของการให้ความรู้สุขภาพ การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ ก็เป็นปัจจัยอีกประการหนึ่งที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนารูปแบบอื่นๆเพื่อการสงเสริมสุขภาพช่องปาก นอกจากนี้การดำเนินงานพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้การรองรับคุณภาพบริการจาก Hospital Accreditation (HA) ก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลให้ทันตแพทย์ต้องลดละงานอื่น ๆ โดยเฉพาะงานสงเสริมสุขภาพและการปองกันโรคในช่องปาก อย่างไรก็ตาม ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อหลักการของโครงการหลักประกันสุขภาพถว้นหน้า แต่ไม่เห็นด้วยกับการประชาสัมพันธ์ภายใต้้นโยบาย “๓๐บาทรักษาทุกโรค” เพราะยังเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนมุ่งเน้นสู่การมารับบริการเพื่อการรักษามากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ

Abstract

This situation analysis of oral health promotion and prevention in the contracting unit of primary health care under the Universal health coverage policy is a qualitative study. The sample consisted of 48 contracting unit of primary health care located in 8 purposively selected studied areas which are Chiangmai, Nhan, Khonkhane, Bureerum, Songkla, Phattalung, Prathumthanee, and Bangkok. The depth interview using semi-structured questionnaire and the observation techniques were used in the stage of data collection. The respondents were the executive officers, those who involved in the health care service under the Universal health coverage insurance for all policy at the province level, dentists, dental nurses, and resident population. The study period is between July, 2002- March 2003. The summary is reported as followed. Dental benefits specified in the program are conformed with the existing dental service provided prior to the Universal health coverage program. These include the general dental treatment such as filling, extraction, scaling, root canal treatment, and prosthodontic treatment, and also the health promotion and prevention activities such as screening for the high risk group, oral health education, dental sealant and fluoride therapy. The main target groups for health promotion and prevention program are the pregnant women attending ANC, preschool children in WBC and child care centers, primary school children and the elderly. But the activities were decreased because of the increasing of the treatment for dental care in the CUP, approximately 15-20%. Most dentists were lack of understanding in the concept of health promotion and skill in empowerment for the people to take care themselves. The other workload in the hospital, such as , hospital accreditation activities, were the condition for dentists to step down their oral health care promotion and prevention activities. However, most of them still had a good attitude for the principle of the health care insurance project, but they were not agree with the propaganda on the “ 30 bath for all treatment”.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นนโยบายพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ โดยเน้นถึงหลักความเสมอภาค ความเป็นธรรมในการกระจายการใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีความจำเป็น โดยบริการนั้นต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ทางเลือกสำหรับบริการที่มีคุณภาพ และเน้นการสร้างสุขภาพนอกเหนือไปจากการซ่อมสุขภาพของประชาชน ความสำคัญของการเน้นกระบวนการ ทักษะของสุขภาพ (Health) แทนที่กระบวนการทศน์ของโรค (Disease) และบริการสุขภาพที่มุ่งสู่การสร้างเสริมสุขภาพในแนวทางที่มีมิติการทำงานกว้างขวางกว่าเก่า ปรากฏชัดในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกในสองทศวรรษที่ผ่านมา (Dhillon and Phillip, 1994) ในประเทศไทยทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 ได้กำหนดการปรับเปลี่ยนจุดเน้นมาหาการสร้างเสริมสุขภาพเป็นรูปธรรมเชิงระบบอย่างชัดเจนขึ้น (สำนักปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) จากนโยบายและความสำคัญดังกล่าวนี้เอง หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) จึงถูกจัดตั้งขึ้นโดยให้บริการ ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยใช้แนวทางจากงานเวชศาสตร์ครอบครัว

งานบริการสุขภาพช่องปากนับได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพทั่วไป จากข้อมูลทางระบาดวิทยา ยังพบว่าประชากรไทยในทุกกลุ่มอายุมีประสบการณ์การเป็นโรคในช่องปากที่ควรได้รับการป้องกันและแก้ไข ทั้งยังมีประชาชนจำนวนมากที่เข้าถึงบริการได้น้อย เนื่องจากค่าบริการที่แพงและอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ดังนั้นเพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและดูแลซึ่งกันและกันได้ งานบริการสุขภาพช่องปากจึงเป็นอีกงานหนึ่งที่ต้องมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งงานรักษาทางทันตกรรม งานสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก งานควบคุมและป้องกันโรค งานฟื้นฟูสภาพ และสนับสนุนการดูแลและพึ่งตนเองของประชาชน องค์กรประชาชนและชุมชนด้านสุขภาพ โดยเฉพาะงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งถือเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพใหม่

จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่หมายถึงกระบวนการเพิ่มความสามารถของมนุษย์ในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เพื่อบรรลุการมีสุขภาพดี เป็นสภาวะทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเน้นยุทธศาสตร์การปฏิรูปเชิงนโยบาย การปฏิรูปการเงินการคลัง และการผลักดันการออกกฎหมาย ตลอดจนพัฒนากลวิธีที่เน้นการส่งเสริมพลังประชาคม (Civil Society) ดังนั้นในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องได้มีการประมวลเอาความรู้ในด้านต่าง ๆ ทั้ง วิทยาศาสตร์การแพทย์ สังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ รัฐศาสตร์ และอื่น ๆ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสังคม วัฒนธรรมและการเมืองในแต่ละท้องถิ่น จากความสำคัญดังกล่าวการสร้างความรู้ที่ละเอียดในทุกองค์ประกอบจึงต้องอาศัยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดของระบบเรียนรู้โดยองค์กร (Learning organization) หรือเรียนรู้อย่างมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive learning through action) ซึ่งจะก่อให้เกิดการวิจัยระบบสาธารณสุขที่จะแก้ปัญหาได้ โดยเชื่อมโยงองค์ความรู้ทุกด้านในบริบทจริงโดยมีปัญหาคือตัวตั้ง การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) จึงมีบทบาทในการประสานจุดแข็งทั้งสองด้าน คือมิได้เน้นเพียงผลงานวิจัยเป็นหลัก แต่เป็นกระบวนการที่เพิ่มพลัง

(Empower) แก่บุคลากรและชุมชน เพื่อให้ได้ร่วมกันจัดการชีวิตตนเอง เป็นทางหนึ่งที่จะสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนได้ (ประวิติ บุญ-หลง, 2543: Comwall and Jewkes, 1995) นอกจากนั้นการนำเอาการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการศึกษารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังเป็นการทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การวางแผน การประเมินผล และการจัดบันทึกการเรียนรู้อย่างเป็นระบบ สามารถสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจบทเรียนจากการทำงานในที่หนึ่งไปสู่ผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และกว้างขวางกว่าการดูงานหรือการบรรยายเสนอผลการทำงาน ซึ่งมักฉายภาพความสำเร็จและการเรียนรู้ที่สวยเท่านั้น

จากการประเมินสถานการณ์การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกองทันตสาธารณสุข (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ, 2544) ในพื้นที่ 6 จังหวัดน่านได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ชัยภูมิ ปทุมธานี สมุทรสาครและยะลา ในช่วง 6 เดือนแรกของการดำเนินการ พบว่า

1.งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ยังไม่ชัดเจนว่าจะเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพแบบใหม่นี้ได้อย่างไร นอกจากนั้นกิจกรรมที่เคยดำเนินการควบคุมโรคในช่องปาก และส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา ที่เคยอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกิดปัญหาว่าใครจะรับผิดชอบดำเนินการและใช้งบประมาณส่วนไหนมาดำเนินการและเป็นที่น่าสังเกตคือไม่มีข้อคิดเห็นในเรื่องบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากจากทันตแพทย์

2.ชนิดการบริการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมเอง ไม่ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ

3.หลักการสำคัญของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องต่างจากการรับรู้เดิมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งทันตบุคลากรมาก ต้องการอาศัยการยอมรับ ทำความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติ สิ่งเหล่านี้ต้องมีกระบวนการดำเนินการและการจัดการพัฒนาอีกยาวนาน

จากแนวคิดและระบบสุขภาพที่กำลังปรับเปลี่ยนดังกล่าว งานสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิอาจเรียกได้ว่าเป็นงานในรูปแบบใหม่ ที่ยังขาดตัวอย่างเชิงรูปธรรม และยังไม่มีกรอบรวมองค์ความรู้ในเรื่องนี้อย่างเป็นระบบ ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับในแต่ละพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและป้องกันโรคในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ(CUP) และศึกษาระบวนการสร้างเงื่อนไขและพัฒนาารูปแบบเพื่อเป็นบทเรียนและประสบการณ์ต่อหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิแห่งอื่นต่อไป

คำถามการวิจัย

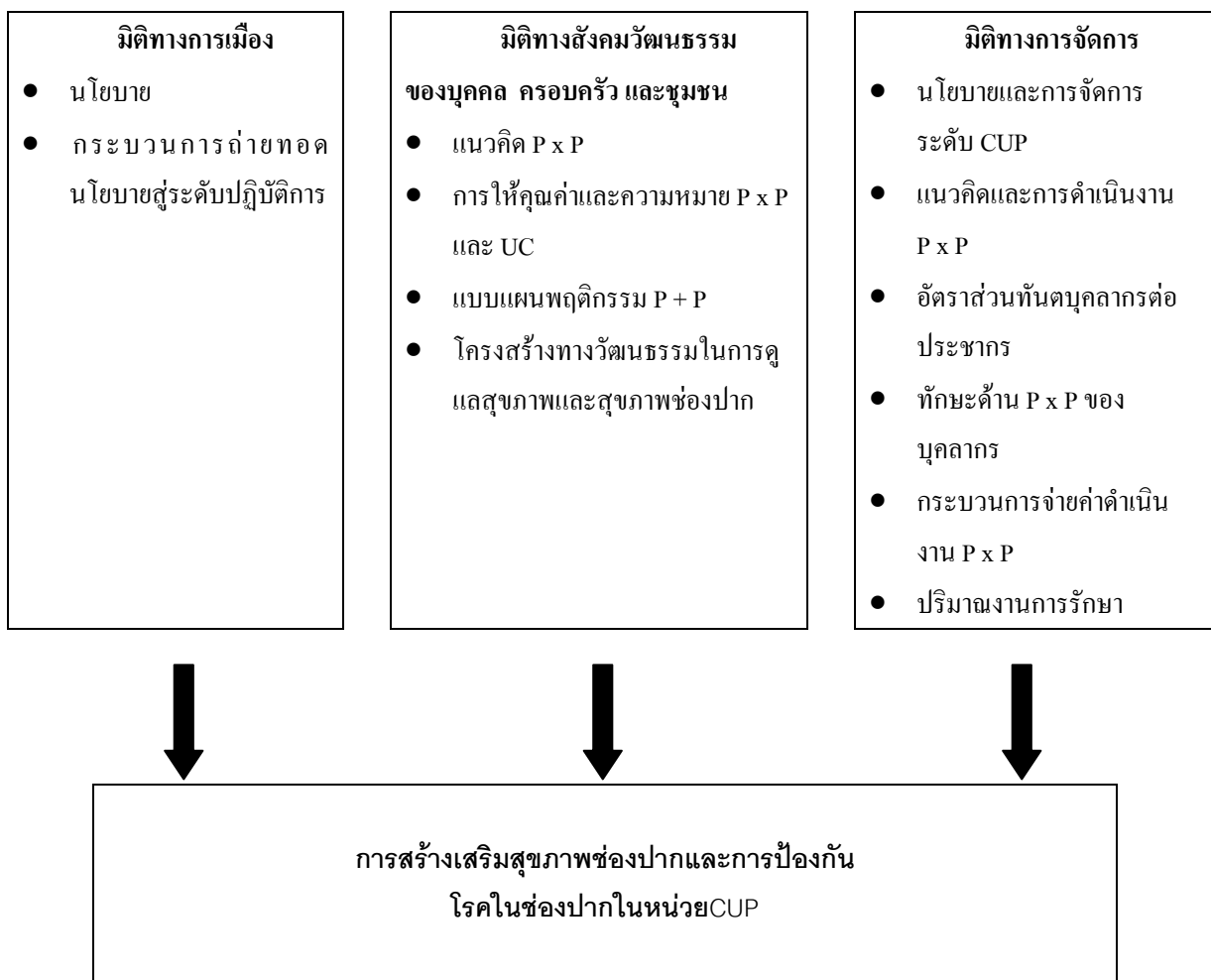
1. สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีรูปแบบอย่างไรและมีการดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง ภายใต้เงื่อนไขบริบทอะไร
2. แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมกรรมการดำเนินการงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ให้บริการ (ทันตบุคลากร) เป็นอย่างไรด้วยเงื่อนไขบริบทอะไร

3. แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้ใช้บริการ (ประชาชน) เป็นอย่างไร ด้วยเงื่อนไขบริบทอะไร (มีแนวโน้มพึ่งตนเอง หรือพึ่งพาสถานบริการมากขึ้น)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของประเทศภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. เพื่อศึกษาแนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้ให้บริการ (ทันตบุคลากร) ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิตลอดจนเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้อง ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อศึกษาแนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้รับบริการ (ประชาชน) ที่มารับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตลอดจนเงื่อนไขและบริบทที่เกี่ยวข้องภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



* P + P = Promotion and Prevention

UC = Universal coverage

CUP = Contracting unit of primary care

PCU = Primary care unit

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจสถานการณ์และกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเงื่อนไขบริบทที่เป็นแรงเสริมเชิงบวกและลบ
2. เข้าใจแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในบทนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยนี้ เพื่อที่จะทำความเข้าใจและตรวจสอบกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้อธิบายกระบวนการทัศนสุขภาพ กระบวนการทัศนทางการแพทย์ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แนวคิดว่าด้วยวาทกรรม อำนาจและความรู้ และแนวคิดว่าด้วยการสร้างทุนทางวัฒนธรรม อีกทั้งวิวัฒนาการทันตสาธารณสุขของไทย สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก สิ่งเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานหรือต้นทุนทางวิชาการในการศึกษาวิจัยต่อไป

1. วิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย

ระยะที่ 1 (อดีต-ก่อนมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม)

ในอดีต ผู้ให้บริการทันตกรรมในประเทศไทย เป็นช่างทำฟันชาวจีนและแขกชาวศรีลังกา ที่มาตั้งรกรากในประเทศไทย ในสมัยรัชกาลที่ 3 ส่วนใหญ่ได้รับการฝึกฝนและถ่ายทอดความรู้จากบรรพบุรุษหรือนายจ้างเก่า และออกมาหาความชำนาญเองโดยการเปิดร้านทำฟัน งานส่วนใหญ่เป็นการถอนฟันและการตัดฟันให้ปลายเรียบ เสมอกันกับการเล็มฟันทอง ซึ่งเป็นที่นิยมของคนไทยสมัยนั้น จนกระทั่งปี 2434 หมอยอร์ช บี แมคฟาลแลนด์ (อำมาตย์เอกพระยาอาจิวิยาภม) เป็นทันตแพทย์ชาวอเมริกัน ที่สำเร็จการศึกษาวิชาทันตแพทยศาสตรจากสถาบันการศึกษาของประเทศสหรัฐอเมริกา เข้ามารับราชการที่โรงพยาบาลศิริราช และเปิดคลินิกทันตกรรมนอกเวลาราชการที่สังกัดพระยาศรี อันถือได้ว่าเป็นคลินิกทันตกรรมเอกชน แห่งแรกในประเทศไทย (อิสระ ยุคตะนันท์)

ต่อมาเริ่ม มีทันตแพทย์ชาวต่างประเทศ เข้ามาประเทศไทยมากขึ้น ทั้งชาวเดนมาร์ก จีน และญี่ปุ่น ที่สำเร็จการศึกษาจากสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตรในต่างประเทศ ได้มาประกอบวิชาชีพทันตแพทย์ในประเทศไทย และทันตแพทย์เหล่านี้ก็มักจะฝึกอบรมผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนตัว ทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์เหล่านี้ต่างก็แยกย้ายมาประกอบอาชีพให้บริการบำบัดรักษาโรคฟัน โดยอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงทำให้ปริมาณผู้ให้บริการทันตกรรมมีจำนวนเพิ่มขึ้นทีละน้อย ทั้งในกรุงเทพฯ และหัวเมืองใหญ่

อย่างไรก็ตาม ผู้ให้บริการทันตกรรมก็ยังไม่มีเพียงพอกับการให้บริการแก่ประชาชน จนในปี พ.ศ. 2460 รัฐบาลก็ได้จัดตั้งโรงเรียนทันตแพทย์ โดยสังกัดอยู่โรงเรียนทันตแพทย์ทหารบก ทำการผลิตทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปี ขึ้น 1 รุ่น และเลิกผลิต แต่ก็มีมีการฝึกอบรมนายสิบและจำพวกทหาร ขึ้นมาเป็นผู้ช่วย ในงานบริการทันตกรรม

ในปี 2466 รัฐบาลก็ได้ออกพระราชบัญญัติการแพทย์ (ต่อมาเปลี่ยนเป็น พระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ ในปี 2479) เพื่อคุ้มครองสวัสดิภาพของประชาชนในการรับบริการโดยกำหนดให้ผู้ประกอบโรคศิลป์ (รวมทันตกรรม) ต้องขึ้นทะเบียนและได้รับอนุญาตจึงดำเนินการได้ การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบโรคศิลป์ สาขาทันตกรรมมี 2 กลุ่ม กล่าวคือ ชั้น 1 คือ กลุ่มผู้ที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรปริญญาทันตแพทยศาสตร ซึ่งระยะนั้นยังไม่มีโรงเรียนทันตแพทย์ในประเทศไทย ผู้ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้

ประกอบโรคศิลป์ สาขาทันตกรรม ชั้น 1 ส่วนใหญ่จึงเป็นทันตแพทย์ชาวต่างประเทศและทันตแพทย์คนไทยที่ศึกษามาจากต่างประเทศ ส่วนชั้น 2 ก็คือ กลุ่มนายสิบ จำ หรือช่างทำฟัน ที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว แต่ไม่ได้ผ่านการศึกษาด้านหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ (ทวีศักดิ์ สุกทวาทีน,2529)

ผลจากภาวะการขาดแคลนผู้ให้บริการทันตกรรมทั้ง ชั้น 1 และ ชั้น 2 ดังกล่าว รัฐบาลจึงได้ตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งแรกขึ้นที่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2483 เพื่อผลิตทันตแพทย์ระดับปริญญาและเมื่อมีการตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นในปี พ.ศ. 2485 รัฐบาลก็ได้ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดการฝึกอบรมทันตแพทย์ชั้น 2 หลักสูตร 2 ปี สำเร็จแล้วได้รับใบประกอบโรคศิลป์สาขาทันตกรรมชั้น 2 ซึ่งต่อมาปี 2495 ได้เปลี่ยนหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรทันตอนามัยโดยยังคงมีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเป็นผู้จัดการฝึกอบรม หลักสูตรดังกล่าวนี้ ได้ถูกยกเลิกไปในปี 2516 หลังจากที่มีการตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล (ปี พ.ศ. 2511 และมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (พ.ศ. 2516) เพื่อเพิ่มการผลิตบัณฑิตทันตแพทย์

ในช่วงเวลานั้นรัฐบาลมีนโยบายให้กระทรวงสาธารณสุขจัดตั้งโรงพยาบาลให้ครบทุกจังหวัด ซึ่งทำได้สำเร็จในปี 2499 การให้บริการทันตกรรมจึงเริ่มมีการขยายจากกรุงเทพฯ และหัวเมืองใหญ่ไปสู่ภูมิภาค โดยในปี 2507 มีทันตแพทย์ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด 32 แห่งและมีทันตอนามัย ในโรงพยาบาล 55 แห่ง แต่ก็ไม่พบเอกสารที่แสดงถึงการให้บริการสุขภาพช่องปากในระดับอำเภอและตำบล (สุวิทย์ วัฒนผล ประเสริฐ,2542)

ในภาพรวม ในระยะแรก เริ่มต้นของการบริการทันตกรรมในประเทศไทยเป็นการบริการเพื่อการบำบัดและรักษาโรคในช่องปาก สถาบันที่ผลิตบัณฑิตทันตแพทย์ ก็จัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยในสมัยนั้น เป็นการฝึกฝนให้มีทักษะในการให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน คือ ถอนฟัน อุดฟัน และใส่ฟัน อันเป็นความต้องการขั้นต้นของประชาชน

ระยะที่ 2 (ช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 1-3 พ.ศ. 2504-2519)

ใน พ.ศ. 2503 องค์การอนามัยโลกได้สำรวจทันตสุขภาพของคนไทย ถือว่าเป็นการสำรวจสุขภาพช่องปาก ครั้งแรกในประเทศไทย (ศูนย์ทันตสาธารณสุขระหว่างประเทศ ,2529) และพบว่าประชาชนไทยมีฟันผุน้อย แต่มีโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์สูง อีกทั้งยังระบุว่ามีการขาดแคลนทันตบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอและไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบการบริหารงานทันตสาธารณสุขของประเทศ ต่อมาในปี 2511 กระทรวงสาธารณสุขก็ได้เปิดหลักสูตรทันตภิบาลที่วิทยาลัยสาธารณสุขชลบุรี เป็นหลักสูตร 2 ปี ผู้ที่สำเร็จหลักสูตรนี้มีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุขและปฏิบัติงานในสถานบริการในภูมิภาคโดยเฉพาะสถานีอนามัยชั้น 1 โดยเน้นให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเด็กต่ำกว่าอายุ 14 ปี ทั้งนี้อยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของทันตแพทย์ ดังนั้นทันตภิบาลจึงเป็นบุคลากรด้านทันตสาธารณสุขกลุ่มแรกที่เป็นจุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพช่องปากในระดับอำเภอที่ชัดเจนเป็นครั้งแรกขณะเดียวกันรัฐบาลได้ตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์ ขึ้นอีก 2 แห่ง คือ ที่มหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2511 และ 2516 เพื่อขยายการผลิตทันตแพทย์เพิ่มขึ้น แต่ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ยังให้บริการในกรุงเทพฯ และเมืองใหญ่ๆ มีทันตแพทย์น้อยมากที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ (พ.ศ. 2519 มีทันตแพทย์เพียง 9 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลอำเภอ) ดังนั้นในการให้บริการทันตกรรมอำเภอจึงตกเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ทันตภิบาลต้องปรับบทบาทตัวเองจากการให้

การบริการส่งเสริมป้องกันในเด็กโดยเฉพาะเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา มาเป็นการให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไป (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2518 รัฐบาลได้ปรับปรุงฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยมาเป็นโรงพยาบาลอำเภอ และปี 2525 ก็เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชน พร้อมทั้งกำหนดกรอบอัตรากำลังให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลระดับอำเภอ จึงทำให้ระบบบริการทันตสาธารณสุข ได้ขยายครอบคลุมทั่วประเทศ สัมพันธ์กับการเพิ่มจำนวนของโรงพยาบาลระดับอำเภอตามนโยบายของรัฐบาล

ระยะที่ 3 (ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4-6 พ.ศ. 2520-2534)

แผนพัฒนาการสาธารณสุขที่ชัดเจนเป็นครั้งแรกเกิดขึ้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) และในแผนพัฒนาสาธารณสุขนี้ ก็มีโครงการทันตสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของแผนนี้ด้วย โดยในโครงการทันตสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษา เริ่มนำมามาตรการการป้องกันฟันผุ โดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์บ้วนปากในนักเรียนประถมศึกษา และตั้งโรงเรียนทันตภิบาลแห่งที่ 2 ขึ้นที่จังหวัดขอนแก่นในปี 2522 เพิ่มเพิ่มการผลิตทันตภิบาลมากขึ้นให้ดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาเป็นหลัก (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2533)

ตลอดช่วงแผนฯ 4 แม้ว่าประเทศไทยจะรับอิทธิพลจากคำประกาศสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all the year 2000 ที่ กรุงอัลมาออตตา ในปี พ.ศ. 2521 โดยยึดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และในปี พ.ศ. 2522 กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้เพิ่มงานทันตสาธารณสุขเข้าไปเป็นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน แต่การบริการทันตสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในระดับอำเภอเป็นไปอย่างเชื่องช้า กระทรวงสาธารณสุขโดยคณะกรรมการทันตสุขภาพแห่งชาติ ก็ได้เสนอโครงการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการ ทำให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาต้องรับราชการในสถานบริการส่วนภูมิภาคโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนเป็นเวลาอย่างน้อย 3 ปี ทั้งนี้ตั้งแต่ พ.ศ. 2532 ทำให้มีทันตแพทย์ให้บริการในระดับอำเภอเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2542)

สำหรับแผนฯ 5 (พ.ศ. 2525-2529) เริ่มมีการกำหนดแผนงานทันตสาธารณสุขอย่างชัดเจนในแผนสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขโดยแผนฯ นี้ กิจกรรมของงานทันตสุขภาพก็จะเป็นไปตามกรอบและทิศทางของงานสาธารณสุขมูลฐานของประเทศ มีงานทันตสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลยุทธ์หลักด้วยการจัดให้มีการอบรม อาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม.) เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ตั้งกองทุนแปรง-ยาสีฟัน ในหมู่บ้านและโรงเรียนอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความสามารถตรวจวินิจฉัยและบรรเทาโรคฟันและเหงือกในเบื้องต้น เพื่อเป็นการเพิ่มการบริการทันตกรรมในระดับตำบล ดังนั้นงานบริการทันตกรรมก็ได้ก้าวมาสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านอย่างชัดเจนในขณะนี้ นอกจากงานทันตสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นการจัดบริการในชนบท ในแผนฯ นี้ก็ยังมีการบริการเขตเมือง อีกทั้งยังคงมีการดูแลทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่สืบเนื่องมาจากแผนฯ 4 (กองทันตสาธารณสุข, กรมอนามัย, ไม่ระบุปีที่พิมพ์)

ในแผนฯ 6 (พ.ศ. 2529-2534) ยังคงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก แต่ได้ปรับแนวทางการดูแลทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา มาเป็นโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพนักเรียน โดยการใช้กลวิธีทางสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการให้ครูในโรงเรียนเป็นผู้ตรวจสภาวะฟันและเหงือกของเด็กนักเรียน และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียนในโรงเรียนด้วยตนเองด้วยคู่มือครูทำได้ อัน

เป็นคู่มือที่กองทันตสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานประถมศึกษาแห่งชาติได้จัดทำขึ้น (กองทันตสาธารณสุข,กรมอนามัย, ไม่ระบุปีที่พิมพ์)

นอกจากนี้ยังมีมาตรการการแก้ปัญหาการกระจายทันตแพทย์ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ต้องทำสัญญาผูกพันกับรัฐบาล โดยปฏิบัติงานในสถานบริการระดับอำเภออย่างน้อย 3 ปี ในช่วงเวลานี้ก็มีการตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์เพิ่มอีก 2 แห่ง ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น (พ.ศ. 2522) และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์(พ.ศ. 2525) และได้มีแผนการผลิตทันตแพทย์ที่ชัดเจน คือ ขยายการผลิตทันตแพทย์จากปีละ 220 คน มาเป็น ปีละ 360 คน โดยเมื่อถึงปี 2543 จะมีทันตแพทย์ทั่วประเทศประมาณ 8,000 คน หรือในอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร เท่ากัน 1 : 7,000 (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,2537)

โดยสรุปในแผนฯ 4-6 แม้ว่าจะให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ แต่กิจกรรมส่วนใหญ่ก็ยังคงเป็นการบำบัดรักษาเป็นส่วนใหญ่ และมีการขยายงานลงสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน ตามกรอบแนวทางของสาธารณสุขมูลฐานของประเทศที่วางไว้ ในระยะนี้ อาสาสมัครหมู่บ้าน(อสม) และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย แม้กระทั่งครูในโรงเรียนก็กลายเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานแทนบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ตามหลักการการมีส่วนร่วมของชุมชน การพึ่งตัวเองของชุมชนและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม พร้อมทั้งการผสมผสานการบริการสุขภาพ ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน แกไขการกระจายของทันตแพทย์โดยให้ทำสัญญาผูกพันทำงานในสถานบริการภูมิภาคอย่างน้อย 3 ปี และขยายการผลิตทันตแพทย์อย่างต่อเนื่อง ตามแผนพัฒนากำลังคนด้านทันตสาธารณสุข เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 โดยพัฒนาความสามารถของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ให้สามารถชุดหินน้ำลาย โดยเน้นรองรับกลุ่มเด็กประถมศึกษา ที่ส่งต่อมาจากโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียน โรงเรียนประถมศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงสาระสำคัญและกิจกรรมหลักของแผนงานทันตสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4,5 และ 6 ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ

	ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)	ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529)	ระยะแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534)
สาระสำคัญที่เกี่ยวข้องและได้ระบุในแผนพัฒนาสาธารณสุข	ปรับปรุงวิธีการและขยายบริการด้านทันตสาธารณสุข	เร่งรัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานให้เข้าถึงประชาชนในเขตเมืองและชนบทโดยทั่วไป..เน้นหนักการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัวและทันตสุขภาพแสวงหามาตรการกระจายเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้	สนับสนุนการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการโภชนาการ อนามัยแม่และเด็ก การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด การอาชีวอนามัย การทันตสาธารณสุข และการส่งเสริมสุขภาพจิต

		ปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคได้ อย่างทั่วถึง	
กิจกรรมหลัก ในแผนงาน ทันตฯ ที่เกี่ยวข้อง กับระบบ บริการทันตสา ธารณสุขระดับ อำเภอ	- ทันตกรรมเพิ่มทวี(นร. ประถม) - ทันตกรรมป้องกัน(นร. ประถม) - บริการทันตกรรมบำบัด (สนับสนุน)ให้มีฝ่ายทันตสุขภาพในโรงพยาบาลอำเภอ - ทันตศึกษา	- ดูแลทันตสุขภาพนักเรียน ประถมศึกษา - จัดบริการในชนบท(เพิ่มความสามารถ สอ.บริการทันตกรรม) - จัดบริการเขตเมืองและกทม. - เผยแพร่ทันตศึกษา	- เฝ้าระวังทันตสุขภาพ - ทันตสาธารณสุขชุมชน (อบรมเพิ่มความรู้การดูแลทันตสุขภาพแก่ อสม.) - พัฒนาบริการ - เผยแพร่ประชาสัมพันธ์

ระยะที่ 4 (แผนฯ 7 ถึงปัจจุบัน)

ในช่วงแผนฯ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ยังคงมีแผนงานทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข โดยในช่วงนี้ยังคงเน้นการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก แต่เริ่มมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายหลักจากกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาไปสู่กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน หลังจากที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษามากกว่า 15 ปี คือ เริ่มตั้งแต่แผนฯ 4 แต่เนื่องจากสภาพปัญหาโรคฟันผุในกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเป็นผลจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2532 ดังนั้นจึงมีกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพ ตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กที่มารับวัคซีนจนถึงเด็กในสถาบันก่อนประถมศึกษา เช่น ศูนย์เด็กเล็ก เป็นต้น สำหรับกลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษายังเป็นกลุ่มเป้าหมายรอง และยังคงดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการเริ่มนำมาตรการเคลือบหลุมร่องฟันมาใช้ในเด็กประถมปีที่ 1 เพื่อป้องกันฟันกรามถาวร ซึ่งแรกๆ การดำเนินกิจกรรมทันตสุขภาพในแผนฯ 7 ก็ยังคงทำอย่างต่อเนื่องในแผนฯ 8 (กองทันตสาธารณสุข, 2540)

ในช่วงระยะเวลานี้ ก็ได้มีการตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์เพิ่มขึ้นอีก 3 แห่ง คือ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยนเรศวร มีการตั้งโรงเรียนทันตภิบาลเพิ่มอีก 4 แห่ง เมื่อนับเนื่องตั้งแต่ระยะที่ 1 จนถึงปัจจุบันมีคณะทันตแพทยศาสตร์ 8 แห่ง ด้วยอัตราการผลิตทันตแพทย์ 360 คนต่อปี โรงเรียนทันตภิบาล 4 แห่ง โรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ 1 แห่ง โรงเรียนช่างทันตกรรม 1 แห่ง และมีจำนวนทันตแพทย์ รวมทั้งสิ้น 5,999 คน ทำงานอยู่ในสถานบริการภาครัฐ ร้อยละ 51 และภาคเอกชน ร้อยละ 49 มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 788 คน (ข้อมูลปี 2541) อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรในกรุงเทพฯ เท่ากับ 1 : 3,800 ขณะที่อัตราส่วนของทันตแพทย์ต่อประชากรในเขตชนบทเท่ากับ 1 : 52,206 (ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, 2542)

โดยสรุประบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันมีภาพที่เห็นเพียงด้านเดียว คือ ระบบบริการทันตสาธารณสุข(Oral health service system) สำหรับระบบสุขภาพช่องปากอื่นๆ ที่เป็นระบบสุขภาพช่องปากทางเลือก เช่น การรมคว้น หมอพื้นชาวจีนเถาถนจนเจริญกรุง เป็นต้น มีการกล่าวถึงน้อยมากในเอกสารทางวิชาการและถ้าจะกล่าวถึงก็มักเป็นภาพด้านลบ ทันตแพทย์ที่สำเร็จการศึกษา

ทันตแพทยศาสตร์ จากสถาบันการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยก็พยายามสร้างวาทกรรมให้มีความเข้าใจว่า ระบบสุขภาพช่องปากอื่นๆ เป็นความล้าหลัง ไม่ทันสมัย ไม่เป็นวิทยาศาสตร์และที่สำคัญคือ ไม่มีใบรับรองการประกอบโรคศิลป์สาขาทันตกรรม แม้กระทั่งระบบที่ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง การใช้ไม้ข่อยสีฟัน การแปรงฟันด้วยเกลือ การใช้ยาขางทาแผลร้อนใน (aphthous ulcer) ก็ถูกการลบเลือนด้วยภาพของ side effect หรือผลข้างเคียงของการกระทำ เช่น เกลือมีลักษณะเป็นเม็ดหยาบ เมื่อสีฟันจะทำให้ฟันสึก หรือแผลในช่องปากอาจเป็นมะเร็งประเภทหนึ่งก็ได้ เป็นต้น ดังนั้นระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทยจึงมีมิติเดียว การพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุข จึงมุ่งเน้นที่องค์ความรู้ที่ได้รับจากทันตแพทย์ตะวันตก คณะทันตแพทยศาสตร์ในประเทศไทย ทั้ง 8 แห่ง ก็มีหลักสูตรและวิธีการสอนมาจากมหาวิทยาลัยต่างประเทศ แม้แต่การเพียรพยายามทำให้ระบบบริการทันตสาธารณสุข เข้าถึงชุมชนก็โดยการนำเทคโนโลยีที่ได้รับมาจากต่างประเทศ การฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ขุดหินน้ำลายให้กับประชาชน การให้ครูตรวจฟันเด็กนักเรียนปีละสองครั้งในโรงเรียน ประถมศึกษาโดยใช้ดัชนีการตรวจฟันและเหงือกที่ส่วนกลางได้จัดทำขึ้นและใช้ทั่วประเทศ กล่าวคือ การพัฒนาระบบทันตสาธารณสุขเป็นการพยายามนำเทคโนโลยีและแนวคิดจากศูนย์กลางกระจายลงสู่ชุมชน โดยละเอียดถึงระบบสุขภาพช่องปากอื่นๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น ระบบการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ทั้งนี้เป็นมิจนาทิจของหน่วยงานภาครัฐที่มองเห็นชุมชนมิดิเคียว (Polgar, 1963) คือ ชุมชนว่างเปล่าไม่รู้อะไรเลย จำเป็นอย่างยิ่งที่ชุมชนประชาชนต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ความเข้าใจในด้านทันตสาธารณสุขที่ภาครัฐได้กำหนดขึ้น ปีนที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่างานทางด้านทันตแพทยศาสตร์นั้น ปกคลุมด้วยบรรยากาศของการรักษาและผูกติดกับเงื่อนไขของความเจ็บป่วย โดยบรรยากาศดังกล่าวหล่อหลอมอยู่ทั้งในระบบคิดของทันตบุคลากร และสาธารณสุขทั่วไป

หากพิจารณาวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพช่องปากของประเทศไทย พบว่างานทันตสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเป็นต้นแบบที่มีอิทธิพลสูง การจัดการเรียนการสอนและวางแผนทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในประเทศไทยก็มีเค้าหลอมจากงานทันตสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกาเช่นกัน กล่าวคือ พัฒนาการของงานทันตสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาที่ก้าวพ้นจากเรื่องของเทคนิคการรักษาทางกายภาพหรือการบำบัดรักษา เริ่มต้นในช่วงปี 2493 - 2502 (ค.ศ. 1950 - 1959) ด้วยการเพิ่มความสำคัญกับแง่มุมทางจิตวิทยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ และการจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการ ต่อมาอีก 5 ปีหลังจากนั้น จึงได้ให้ความสนใจกับการป้องกันโรคแก่สาธารณชน โดย มาตรการให้ชุมชนยอมรับการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา กล่าวได้ว่าโครงการนี้นับเป็นก้าวแรกที่งานทางด้านทันตแพทย์ต้องสัมพันธ์กับกลุ่มคนในวงกว้าง เป็นการเปิดประเด็น dental issue สู่ public (อาจกล่าวได้ว่าเป็นย่างก้าวแรกของ Dental public health) และเปิดให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับคนในวงการอื่น เช่น นักสังคมศาสตร์ นักจิตวิทยา นักเศรษฐศาสตร์ นักมานุษยวิทยาวัฒนธรรม นับจากนั้นมา จึงได้มีความเคลื่อนไหวของการทำงานและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ กำลังคนทางด้านทันตสาธารณสุข การให้สุศึกษา การอบรม มาตรการเกี่ยวกับฟลูออไรด์ และเมื่อก่อตั้งภาควิชาทันตกรรมชุมชนหรือทันตกรรมป้องกัน ในสหรัฐอเมริกาในช่วงปี พ.ศ. 2503 - 2512 (ค.ศ. 1960 - 1969) ก็ยิ่งเน้นงานระบาดวิทยา การป้องกันโรค และการควบคุมโรคในช่องปาก งานทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจผู้ป่วยให้แสวงหาและยอมรับโปรแกรมการป้องกันสุขภาพช่องปาก จากพัฒนาการงานตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาถูกระบุว่างานที่เกิดขึ้นน้อยมากก็คือ งานที่จะสนับสนุนให้ผู้นำในชุมชน (community organizer) ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ภายใต้กระบวนการบริหารและกระบวนการทางการเมืองของชุมชนเอง (Cohen, 1981)

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการทำงานด้านทันตสาธารณสุข นับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและยังคงเป็นกระแสหลักในขณะนี้ก็คือ แนวคิดของการป้องกันโรค (หรือบางครั้งใช้คำว่าส่งเสริมสุขภาพ แต่ใช้สุขภาพในความหมายของการปราศจากโรค) ที่มี “(ความรู้และความคิดความเชื่อของ) ทันตบุคลากรเป็นศูนย์กลาง” โดยทั่วไปแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคอย่างเฉพาะเจาะจงและการให้สุขศึกษา (Specific prevention and health education)

ในทางทันตสาธารณสุขอาจเป็นได้ทั้งการป้องกันโรคโดยผ่านเทคนิคบริการเช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ หรือการสอนเกี่ยวกับทันตสุขภาพเช่น การแปรงฟัน สอนการใช้เส้นใยขัดฟัน สอนเรื่องการควบคุมอาหารและการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ อาจโดยผ่านเอกสาร แผ่นพับ สื่อสารมวลชน ผ่านบุคลากรเช่น ครู หรือ บุคลากรด้านสุขภาพอื่น

ระดับที่ 2 การค้นหาและการให้การรักษาทันที (Early detection and prompt treatment) ทางทันตสาธารณสุขคือ การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ รวมทั้งการให้การรักษาทันทีอย่างเร่งด่วนทุกชนิด

ระดับที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เช่น การใส่ฟันปลอม เป็นต้น

รูปแบบของการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ เห็นได้ว่าให้ความสำคัญกับโรคและหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จนไม่ได้ให้ความสำคัญกับ “คน” จึงได้มีการปรับการทำงานที่เน้นเกี่ยวกับ “พฤติกรรมสุขภาพ” และการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในงานทันตสาธารณสุขก็ได้มีการปรับเช่นกันกล่าวคือ

- ในแง่มุมด้านพฤติกรรม (Behavioral change)

ได้ให้ความสำคัญกับ การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่ “ไม่พึงประสงค์” ไปเป็น “พฤติกรรมที่พึงประสงค์” โดยเน้นกลวิธีที่จะให้ทันตสุขภาพและการชักชวนเพื่อปรับพฤติกรรม (education and persuasion) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละบุคคล (individual - oriented) นอกจากนั้นยังได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมวิทยาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อ “ควบคุมและเสริมแรง” ในการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมโดยกลุ่ม (group control over the individual) เช่น การควบคุมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโดยผู้นำนักเรียนที่ได้รับการอบรมแล้ว การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยบุคคลในครอบครัว เป็นต้น

- ในแง่มุมของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี (Environmental change)

ได้มีความพยายามในการทำงานป้องกันโรคและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยการทำงานกับชุมชน สังคม และสถาบัน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะลดความเสี่ยงต่อการมีโรคในช่องปาก ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานจากฐานของโรงเรียน เช่น การรณรงค์ทางทันตสาธารณสุข การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน การควบคุมการบริโภคขนมหวานในโรงเรียน

อย่างไรก็ตามดังได้กล่าวแต่ต้นว่า ความพยายามทั้งหมดในการทำงานอยู่บนศูนย์กลางความคิด การสั่งการ และการดำเนินการโดยบุคลากรทันตสาธารณสุขเป็นหลัก แม้เมื่อเคลื่อนมาสนใจใน 2 ประเด็นหลังที่ให้ความสำคัญกับ การให้ข้อมูลข่าวสารหรือการสื่อสาร และการทำงานในชุมชน แต่มีประเด็นที่ยังไม่เปิดกว้างกล่าวคือ

ในส่วนของการสื่อสารนั้น ให้ความสำคัญของการสื่อสารในฐานะเป็น “เครื่องมือของวิชาชีพทันตแพทย์” ที่จะให้ความรู้ หรือชักจูง หรืออบรม โดยอาจผ่านทั้งสื่อส่วนกลางและผ่านผู้นำชุมชน (opinion

leadership) เพื่อให้คนในชุมชนเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่ถูกนำเข้ามาจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกชุมชน

ในประเด็นของชุมชน กล่าวได้ว่า การทำงานภายใต้กรอบของบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งสาธารณสุขนั้น มองชุมชนในแนวคิดทางสังคมที่เรียกว่าแนวคิดเชิงโครงสร้างหน้าที่ (structural - functional theory)¹ กล่าวคือ มองเห็นสังคมที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายใต้โครงสร้าง (ที่แม้ว่าจะแตกต่างกัน) ที่สังคมกำหนดขึ้น ผู้ใดอยู่ในตำแหน่งใดในสังคมก็ยึดมั่นในหน้าที่ของตนและทำหน้าที่ของตนอย่างดีที่สุด

เมื่อมองผ่านงานทันตสาธารณสุขในกระแสของการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย งานทันตสาธารณสุขที่ก้าวล่วงพ้นมาจากการออกหน่วยให้บริการเคลื่อนที่และให้ทันตสุขศึกษา ซึ่งทำงานโดยทีมทันตบุคลากรเพียงลำพัง มาสู่การทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขอื่นได้เริ่มต้นในช่วงของการนำแนวคิด “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาสู่ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2523

อย่างไรก็ตามภาพโดยรวมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมสูงสุดของประชาชน เมื่อนำสู่การปฏิบัติได้ถูกลดทอนลงเพียงการดึงให้ประชาชนเข้ามาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขภายใต้การกำกับแนวคิดและการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ งานทันตสาธารณสุขที่เข้าไปผนวกกับระบบดังกล่าวภายหลัง (ในปี พ.ศ. 2528) ยอมตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวอย่างไม่น่าแปลกใจ

เมื่อพิจารณาลักษณะของงานทันตสาธารณสุขในยุคที่กระแสแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกระแสหลัก พบว่างานทันตสาธารณสุข ได้พยายามเข้าไปผนวกกับกระแสดังกล่าวใน 3 ระดับคือ

1) การเข้าร่วมในระดับหมู่บ้าน โดยเข้าไปผนวกกับระบบของการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกองทุนยาในหมู่บ้าน ด้วยการอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนยาสี่ฟัน - แปรงสีฟันในหมู่บ้าน รวมทั้งพยายามอบรมอาสาสมัครในหมู่บ้านให้สามารถดูดหินน้ำลายด้วยมือได้ (village scaler) แต่โครงการหลังนี้ในช่วงต่อมาไม่ได้ถูกยอมรับในระดับนโยบาย

2) การพัฒนารูปแบบการทำงานในโรงเรียน

นอกเหนือจากการแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปากและฟัน เข้าไปในการอบรมผู้นำนักเรียนร่วมกับงานอนามัยโรงเรียนแล้ว พบว่ามีการปรับงานเดิม จากอดีตงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนใช้ระบบงานทันตกรรมเพิ่มทวี ซึ่งเป็นการให้บริการและดูแลช่องปากโดยทันตภิบาลให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน ในยุคสมัยของ “การสาธารณสุขมูลฐาน” งานทันตสาธารณสุขได้พัฒนาสู่รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ ซึ่งประยุกต์รูปแบบมาจากงานโภชนาการในชุมชนที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ โดยเปลี่ยนผู้ทำงานจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่บันทึกน้ำหนักเด็ก มาเป็น ครู ทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจช่องปากให้กับนักเรียน ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับโครงสร้างการประถมศึกษาแห่งชาติให้กำหนดเป็นนโยบายให้ครูปฏิบัติทั่วประเทศ และกำหนดไว้ในนโยบายทันตสาธารณสุขในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งยังคงดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน งานในรูปแบบนี้จึงถือว่าเป็นการส่งเสริมให้ร่วมมือ ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ (สุกร ถัดไป, 2543)

3) การกระจายงานทันตสาธารณสุขสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

ได้มีความพยายามในการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเพื่อให้สามารถตรวจวินิจฉัยโรคในช่องปากในระยะเริ่มแรก ได้ภายใต้ชื่อ โครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูล

ฐาน 1 (ทสสม.1) และเพิ่มความสามารถให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบลให้สามารถชุดหินน้ำลายได้ ภายใต้อำนาจ โครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2 (ทสสม. 2) เพื่อรองรับการส่งต่อนักเรียนใน โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

ความเคลื่อนไหวของงานทันตสาธารณสุขตั้งแต่ยุคสาธารณสุขมูลฐานเป็นต้นมา ได้รับการวิเคราะห์ว่า แทบไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพซึ่งไม่สามารถผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่นที่มีอยู่ในพื้นที่ ทำให้เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และครูในโรงเรียน (สุภร, 2543)

ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน งานทันตสาธารณสุขยังคงวนเวียนอยู่ที่เรื่องโรค และการจัดการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตกรรม

แม้โดยรูปธรรมงานทันตสาธารณสุข ได้ก้าวไกลออกมาจากคลินิกและการรักษาบูรณะฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ผู้การทำงานร่วมกับคน กลุ่มคน และสถาบันอื่น แต่หากพิจารณาในแนวคิดเบื้องหลังที่กำหนดทิศทางของการทำงานยังคงพบว่ายังตกอยู่ในวังวนการทำงานแบบเดิมของ การค้นหาโรค การป้องกันโรคจนถึงการรักษาหรือที่เรียกว่าการทำงานที่เน้นสุขภาพในเชิงลบ (negative health) อันสะท้อนถึงปรัชญาความเชื่อที่ว่าสุขภาพดีคือการปราศจากโรค ทั้งที่การรับเอากลยุทธงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ภายใต้การนิยามคำว่า สุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพคือ ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายจิตใจ และสังคมมิใช่เพียงปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น

การติดกับดักความคิดของโรคและการผูกขาดวิทยาการในการแก้ไขปัญหาไว้กับวิชาชีพทันตแพทย์ ทำให้งานทันตสาธารณสุขไม่สามารถจะเปิดกว้างให้บุคคลนอกวิชาชีพเข้ามาร่วมในกระบวนการคิดอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา

ทั้งนี้ยังไม่กล่าวถึงการยอมรับในความรู้ของประชาชนที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งเป็นมิติที่ห่างไกลจากความคิดเรื่องเชื้อโรค ซึ่งเป็นความคิดกระแสหลัก

ความท้าทายของงานทันตสาธารณสุขในยุคต่อไปก็คือ การขยายกรอบคิดที่พ้นไปจากเรื่องโรค และให้ความสำคัญความเชื่อมโยงของสุขภาพช่องปากกับเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม รูปธรรมที่ก่อให้เกิดความท้าทายดังกล่าวคือ โรคฟันผุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศโลกที่สาม ในขณะที่ประเทศอุตสาหกรรมมีการลดลงอย่างมาก ที่สำคัญก็คือ ปรากฏการณ์ที่แตกต่างกันทั้งสองปรากฏการณ์นั้นมิได้เกิดขึ้นด้วยการแก้ไขทางเทคนิควิธีทางทันตกรรมแบบดั้งเดิมที่เน้นงานด้านคลินิก

ข้อมูลดังกล่าว บ่งชี้ว่างานทันตสาธารณสุขในอนาคตมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมองให้ไกลไปกว่าศาสตร์ทางด้านคลินิกแบบเดิม ซึ่งหมายถึงความท้าทายให้เปิดจากโลกของผู้เชี่ยวชาญสู่มิติที่มีใช้การปฏิบัติการในวิธีคิดแบบคลินิก อันหมายถึง การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ งานทันตกรรมป้องกันในชุมชนและการดำเนินกิจกรรมร่วมกับชุมชน (Petersen, 1997 : 20)

การทำงานนอกมิติคลินิกทันตกรรมต้องการความเข้าใจความสัมพันธ์ทางสังคมกับสุขภาพช่องปาก

งานวิจัยทางระบาดวิทยาในช่วงหลังได้จำแนกการวิเคราะห์สภาวะในช่องปากของประชาชนโดยแบ่งตามชนชั้นทางสังคม ซึ่งพบว่าแม้ในประเทศอุตสาหกรรมซึ่งแนวโน้มของโรคในช่องปากลดลงอย่างมากรุนั้น ชนชั้นล่างในสังคม เช่นแรงงานไร้ฝีมือ ยังคงมีสภาวะในช่องปากด้อยกว่าชนชั้นบนอย่างเห็นได้ชัด (Petersen, 1997)

ความแตกต่างของโอกาสในการเกิดโรคในช่องปาก โอกาสในการได้รับบริการทางทันตกรรมสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิตและบุคลิกภาพของกลุ่มคนแต่ละชนชั้น รวมไปถึงโอกาสของชีวิต (life chances) ที่จะดำรงอยู่ภายใต้เงื่อนไขที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี มีการศึกษาที่ดี และการได้รับการปกป้องภายใต้กฎหมาย กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือยังอยู่ในชนชั้นล่างมากเท่าใด เงื่อนไขชีวิตยิ่งโน้มเข้าสู่การเป็นโรคมายิ่งขึ้น และความเป็นไปได้ในการกำหนดชะตาชีวิตของตนเองให้ปลอดจากโรคยิ่งเป็นไปได้ยากเมื่อเทียบกับชนชั้นสูงกว่า

ดังนั้นการทำงานทันตสาธารณสุขกับสาธารณสุขซึ่งเป็นปัญหาใหญ่ในกลุ่มชนชั้นล่าง โดยเน้นในกลวิธีด้านคลินิกและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาในระดับปัจเจกบุคคลไม่ว่าเพื่อให้ได้รับการป้องกันอย่างเฉพาะเจาะจง (specific protection) หรือเพื่อปรับพฤติกรรม จึงประสบความสำเร็จได้ยาก ความสำเร็จจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อต้องทำงานเพื่อปรับเปลี่ยนเงื่อนไขทางสังคมที่ล้อมรอบปัจเจกบุคคล เพื่อเปิดโอกาสให้ปัจเจกบุคคลได้ใช้ศักยภาพของตน ในการดูแลสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวม

งานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ภายใต้กฎบัตรออกตาวา : ความสอดคล้องกับทิศทางการทำงานทันตสาธารณสุขในเงื่อนไขสังคมปัจจุบัน

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ภายใต้กฎบัตรออกตาวา ซึ่งได้เสนอกลวิธีที่ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การสร้างเสริมศักยภาพแวดล้อมที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี การสร้างพลังความเข้มแข็งในชุมชนให้ดำเนินการด้วยตนเองได้ การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลซึ่งได้รับการขยายแนวคิดอย่างมากในช่วงปัจจุบัน อันเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการทำงานกับกลุ่มคนในชุมชน ตลอดจนทำงานกับเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อมและการเมืองที่จะเอื้อให้อำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี นับเป็นทิศทางการทำงานที่สอดคล้องกับการทำงานทางทันตสาธารณสุขที่ควรจะเป็นในอนาคต

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการทำงานภายใต้แนวคิดดังกล่าวดำเนินในสังคมวัฒนธรรมของประเทศอุตสาหกรรมนำเอาแนวคิดมาสู่การปฏิบัติในประเทศโลกที่สาม ซึ่งมีระบบสังคมวัฒนธรรมและการเมืองที่แตกต่างกันจึงมิได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยง่าย เฉพาะอย่างยิ่งในเงื่อนไขของการประยุกต์ใช้ในประเด็นของงานทันตสาธารณสุขซึ่งกระแสนักการทำงานหลักถูกผูกขาดไว้กับวิชาชีพ และเน้นในเรื่อง “โรค (disease - oriented)” การปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากการเน้นเรื่องโรค มาเน้นเรื่อง “สุขภาพดี” ซึ่งก็คือการเน้นเรื่องการพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” ถือได้ว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงรากฐานความคิดอย่างยิ่งใหญ่ (paradigm shift)

2. กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ

กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ คือ กรอบแนวคิดพื้นฐานที่ใช้สำหรับการเข้าใจโลก ความจริง ชีวิตของคน และการเจ็บป่วย การที่คนเราจะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยอย่างไร ส่วนถูกกำกับด้วยกระบวนทัศน์ทั้งสิ้น การที่คนเราต่างวัฒนธรรมรับรู้การเจ็บป่วยและมีวิธีการดูแลสุขภาพหรือรักษาโรคแตกต่างกันก็เพราะมีกระบวนทัศน์พื้นฐานในการเข้าใจโลกและชีวิตแตกต่างกัน การที่ชาวจีนมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าสุขภาพที่ดีต้องมาจากความสมดุลย์ของธาตุ อากาศร้อนใน การรักษาจึงเป็นการใช้สมุนไพรการแพทย์แผนจีน (Stella YL. Kwan and M. Holwes, 1999) ในขณะที่ความเชื่อพื้นฐานของชาวจีนในชนบทไทยเห็นว่าความเจ็บป่วยบางอย่างเป็นผลมา

จากการกระทำที่ “ผิดศีล” มีวิธีการแก้ไขปัญหามารเจ็บป่วยด้วยพิธีเส้นสรวงบูชา สำหรับการแพทย์ปัจจุบันหรือการแผนตะวันตกซึ่งตกอยู่ภายใต้กรอบกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ที่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากปัจจัยตัวกำหนด อาจจะเป็นเชื้อโรค หรืออื่น ตลอดจนการทำงานที่ผิดปกติของระบบอวัยวะในร่างกาย การแก้ปัญหามารเจ็บป่วยก็ด้วยการกำจัดปัจจัยด้วยการใช้ยา การผ่าตัดด้วยเทคโนโลยี กระบวนทัศน์ทางสุขภาพจึงเปรียบเสมือนกรอบพื้นฐานที่กำหนดวิธีคิด เทคนิควิธีเพื่อจัดการกับสุขภาพ

“กระบวนทัศน์” เป็นคำที่บัญญัติขึ้นเพื่อใช้แทนคำว่า “Paradigm” Paradigm มาจากคำว่า “Para (Beside)” + “deigm (example)” หมายถึงความคิดหรือทัศนะพื้นฐานในการมองโลกที่เป็นต้นเหตุหรือบ่อเกิดเหตุ ความคิด “ (วรรณนิภา นาควัฒนา, 2545) อย่างไรก็ตาม Paradigm ก็มีการเรียกขานหรือแปลศัพท์มาเป็นภาษาไทยคำอื่นๆ เช่น พระประชา ปสันนธัมโม และคณะ (2539) ใช้คำว่า “ทัศนะแม่บท” วีระ สมบูรณ์ (2541) ใช้คำว่า “แม่บท” สงวน นิตยารัมย์พงศ์ (2543) ใช้คำว่า “แนวคิด” หรือ “กรอบคิด” Thomas Kuhn นักประวัติศาสตร์วิทยาศาสตร์ใช้คำว่า Paradigm เพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงแนวคิดที่เกิดขึ้นในวงการวิทยาศาสตร์ในงานเขียนว่าด้วย โครงสร้างการปฏิวัติทางวิทยาศาสตร์ (The structure of scientific revolution) เมื่อปี 1962 ซึ่งเขาได้เสนอประเด็นหลักว่า

“กระบวนการศึกษาของนักวิทยาศาสตร์ทำงานโดยอาศัยความเชื่อที่ยึดถือร่วมกันภายในสังคมกลุ่มสาขา ความเชื่อเหล่านั้นจะเป็นตัวกำหนดทิศทางการศึกษาและองค์ความรู้ในช่วงนั้น จนกระทั่งมีความเชื่อหรือทฤษฎีอย่างใหม่เกิดขึ้นมาท้าทายความเชื่อเดิม ซึ่งหากความเชื่อใหม่มีน้ำหนักเพียงพอที่จะเปลี่ยนทิศทางการศึกษาไปจากเดิม เรียกว่า Paradigm shift “

กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่เป็นกระแสหลักในปัจจุบัน และเป็นกระบวนทัศน์ที่แทบทุกประเทศทั่วโลกยึดถือเป็นกรอบพื้นฐานในการจัดการกับสุขภาพล้วนอิงแบบอยู่กับกระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์ในปัจจุบันเป็นวิทยาศาสตร์ที่มีฐานความรู้ทางฟิสิกส์แบบนิวตัน โดยมีฐานคิดว่ากระบวนกรชีววิทยา และชีวการแพทย์ดำเนินไปตามกฎเกณฑ์ชุดเดียวกัน และถูกควบคุมโดยตัวกำหนดบางอย่าง จากความรู้ความเข้าใจในฐานองค์ความรู้ทางฟิสิกส์จึงขยายต่อขยายความเข้าใจมาในเชิงเคมี จากเคมีถึงมาเข้าใจชีววิทยา (Biology) จากชีววิทยาจึงมาสู่ชีวการแพทย์ (Bio-medicine)

กระบวนทัศน์ทางวิทยาศาสตร์และวิทยาศาสตร์การแพทย์ต่างก็ตกอยู่ภายใต้ฐานคิดฟิสิกส์แบบนิวตันชีวฟิสิกส์แบบนิวตันวางอยู่บนทัศนะสามประการ (Lipton ,B, 2000)

- 1) **ทัศนะแบบสสารนิยม หรือวัตถุนิยม (Materialism)** ถือว่าปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความจริงที่เป็นรากฐานที่สุด ฐานคิดอธิบายว่ามีแค่สสารเท่านั้นที่ทำงานอยู่ในร่างกาย และทำให้กลไกชีววิทยาขับเคลื่อนไป
- 2) **ทัศนะแบบลดส่วน (Reductinism)** ถือว่าปรากฏการณ์ต่างๆ มีความสลับซับซ้อนอยู่ เราจะสามารถอธิบายได้โดยการถอดชิ้นส่วนออกเป็นชิ้นส่วนย่อยๆ เพื่อไปอธิบายส่วนใหญ่ ในฐานคิดแบบนิวตัน เราสามารถถอดชิ้นส่วนอวัยวะร่างกายของมนุษย์ออกมาเป็นชิ้นส่วนย่อยและดูว่าชิ้นส่วนแต่ละชิ้นทำงานเกี่ยวข้องกันอย่างไรก็จะสามารถอธิบายชีวิตได้
- 3) **ทัศนะที่ว่ามิตัวกำหนดหรือปัจจัยกำหนด (Deteminism)** ถ้ารู้ตัวปัจจัยใดบ้างกำหนดสิ่งต่างๆ ให้เป็นอย่างนั้นก็สามารถคาดเดาว่าถ้าทำอย่างนั้นอย่างนี้จะเกิดสิ่งนั้นสิ่งนั้นตามมา ในทางการแพทย์ทัศนะแบบเก่าถูกแปรเป็นรูปธรรมโดยการให้ยา ยาคือชิ้นส่วนเล็กๆ ของเคมีที่ถูกดูดซึมเข้าไปในร่างกาย และการเข้าไปกระทำต่อกลไกทางชีววิทยาที่เกิดขึ้นเพื่อที่จะรักษาโรค

เทคโนโลยีด้านทันตกรรม อาทิ การใช้ฟลูออไรด์ การแปรงฟัน การใช้สารเคมีเพื่อกำจัดเชื้อจุลินทรีย์ ก็วางอยู่บนพื้นฐานคติทั้งสามของฟิสิกส์แบบนิวตัน

กระบวนทัศน์หรือวิธีคิดก่อนยุควิทยาศาสตร์สมัยใหม่ เป็นความเชื่ออย่างหนึ่งที่แพร่ในหลายวัฒนธรรม คือ ทศนะที่ว่าความเป็นจริงนั้นมีมากกว่าสิ่งที่เห็นหรือรับรู้ด้วยอายตนะทั้งห้า (พระโศภิต วิชาโล, 2532) ไม่ยอมให้ความรู้ถูกจำกัดด้วยความรับรู้ข้อเท็จจริงที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ไม่แยกระหว่างกายและจิตออกจากกัน ไม่แยกขาดจากกันของความรู้และสภาวะแห่งการรู้ มีทศนะในการมองโลกแบบองค์รวม ไม่แยกส่วนลดทอน จนกระทั่งศตวรรษที่ 16 กาลิเลโอ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการศึกษาทางวิทยาศาสตร์เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณด้วยการทดลองที่มีชื่อเสียงของเขาที่หอคอยปิซา เพื่อแสดงให้เห็นว่าการใช้ความรู้ลึกหรือคิดเอาว่าวัตถุที่หนักกว่าจะตกถึงพื้นเร็วกว่าวัตถุที่เบากว่านั้นเป็นวิธีคิดที่ใช้ไม่ได้ ความรู้แบบวิทยาศาสตร์ไม่ได้มาจากการคาดเดาหรือกะเงาด้วยความรู้สึกนึกคิด แต่ต้องมาจากจากพิสูจน์ให้เห็นจริง ตรวจสอบได้ พิสูจน์ได้ (โกมาตร, 2545)

ต่อมา เรอเน่ เดส์การ์ต ในศตวรรษที่ 17 ได้เสนอความคิดการแยกกายและจิตใจออกเป็นสองปริมาตรทางชีวิตที่แยกขาดกัน การศึกษาความเป็นจริงทั้งสองส่วนที่แยกจากกันต้องอาศัยวิธีการที่ต่างกัน (พระโศภิต วิชาโล, 2532) กระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์จึงเริ่มต้นด้วยการแยกส่วน การค้นหาความจริงตามกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์นั้น เดส์การ์ต เห็นว่า ร่างกายไม่ต่างจากเครื่องจักรซึ่งประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่เป็นอิสระจากกัน แม้มีความซับซ้อนเพียงใดก็สามารถทำความเข้าใจได้ ไม่ต้องคำนึงถึงจิตใจเลย ดังคำของเดส์การ์ตที่ว่า

“ ร่างกายเป็นเครื่องจักรซึ่งสร้างและประกอบด้วยเส้นประสาท กล้ามเนื้อ เลือด และหนัง ซึ่งแม้จะไม่มีจิตใจในร่างกายเลย ก็ยังไม่หยุดทำงาน ”

(Foss and Rothenberg, 1988 อ้างในโศภิต วิชาโล, 2532)

Issac Newton ยังยืนยันคำพูดของ เดส์การ์ต ว่า

“ ผมเห็นว่าร่างกายของคนเราก็เหมือนเครื่องจักร ในความคิดของผมเปรียบคนป่วยเหมือนนาฬิกาที่มีการประกอบไม่ดีพอ และเปรียบคนที่มีสุขภาพดีกับนาฬิกาที่มีการประกอบอย่างดี ”

(พระประชา ปสันนัมโม และคณะ, 2542)

ความคิดของ เดส์การ์ต มีอิทธิพลอย่างมากต่อผู้คนในเวลานั้น ทศนะการมองสรรพสิ่งแบบกลไก และลดส่วนจึงมีอิทธิพลอย่างมหาศาลต่อปรัชญาตะวันตก นอกจากนี้แนวคิดเดส์การ์ตยังเป็นการวางแนวทางสำคัญให้แก่การแพทย์แผนใหม่ ซึ่งเมื่อตัดจิตออกไปก็ทำให้การศึกษา ปรัชญาการณต่างๆ ในร่างกายลดความยุ่งยากซับซ้อนไปมาก ทำให้ชีววิทยามีฟิสิกส์และเคมีเป็นพื้นฐานเข้ามามีอิทธิพลในทางการแพทย์แผนใหม่มีข้ออีกอย่างว่า “การแพทย์ชีวภาพ หรือชีวการแพทย์” (Biomedicine) พร้อมกันนั้นแนวคิดร่างกายทำงานไม่ต่างจากเครื่องจักรกล แพทย์จึงหันมาสนใจความผิดปกติเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ไม่ต่างจากช่างซ่อมเครื่อง

จักรที่ชำรุดเสียหาย (พระประชา ปันนัมโม, 2542, พระไพศาล วิสาโล, 2532) ต่อมาการค้นพบของ William Harvey ในเรื่องการไหลเวียนของเลือดซึ่งทำงานแบบกลไก mechanic มีหัวใจทำหน้าที่คล้ายปั๊มสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายก็ยังคงเป็นการตอกย้ำทัศนะการมองชีวิตแบบกลไกมากขึ้น (พระไพศาล วิสาโล, 2532)

การแพทย์ชีวภาพมีชัยชนะเหนือการแพทย์ดั้งเดิมเมื่อหลุยส์ ปาสเตอร์ พบว่าโรคเกิดจากจุลชีพ มิได้มาจากภูติผีปิศาจ หรือความไร้สมดุของธาตุภายในร่างกาย โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยหนุน และนักวิทยาศาสตร์รุ่นต่อๆ มาอธิบายได้ว่า สาเหตุแท้จริงของโรคอยู่ที่จุลชีพและการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี และยังคงค้นพบต่อไปว่าโรคแต่ละชนิดเกิดจากแบคทีเรียต่างชนิดกัน ทำให้ผู้คนยอมรับอย่างกว้างขวางในทฤษฎีสาเหตุเฉพาะของโรค (Theory of specific etiology) แม้ว่าภายหลังจะขยายครอบคลุมไปถึงไวรัส สารเคมี กัมมันตภาพรังสี และยีนหรือ DNA ในฐานะที่เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ กัน แต่สาระสำคัญก็ไม่เปลี่ยนแปลงคือ มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่ทำให้เกิดโรค โรคเกิดจากสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดเพียงอย่างเดียว และสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดต่างกันก่อให้เกิดโรคต่างกัน ทั้งหมดยังเป็นการมองในกรอบของกลศาสตร์แบบฟิสิกส์นั่นคือ สิ่งก่อโรค (Pathogen) เปรียบดังแรง (force) ที่มากระทำกับเครื่องจักร (ร่างกาย) จนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหรือชำรุดเสียหาย (พระไพศาล วิสาโล, 2532)

ทฤษฎีสาเหตุเฉพาะของโรค (Theory of specific etiology) เป็นพลังผลักดันให้แพทย์แผนใหม่เจริญก้าวหน้ารวดเร็ว วัคซีน และยารักษาโรคคิดค้นขึ้นต่างๆ ทะยอยออกมาจากห้องแลป และได้เสริมย้ำแนวคิดที่ว่าโรคนั้นคือความผิดปกติของสรีรวิทยา ซึ่งสามารถตรวจและพิสูจน์ได้ด้วยวิธีการทางภาวะวิสัย (objectivity) โดยมีสาเหตุจากปัจจัยทางกายภาพ ความผิดปกติดังกล่าวสามารถแก้ไขได้ด้วยวิธีการทางกายภาพเช่นกัน (Foss and Rothenberg, 1988 อ้างใน ไพศาล วิสาโล, 2532)

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวิทยาศาสตร์ที่รากฐานของวิธีการ คือ ฟิสิกส์ได้เปลี่ยนจากแนวคิดฟิสิกส์แบบนิวตันมาเป็นฟิสิกส์แบบควอนตัมของไอน์สไตน์ โดยการมองจักรวาลแบบจักรกลของนิวตันเป็นจักรกลประกอบด้วยพลังงานที่เป็นส่วนสำคัญที่สุด อาจกล่าวได้ว่าร่างกายมนุษย์ไม่ได้ประกอบด้วยสสาร แต่เป็นพลังงาน มีแบบแผนของพลังงานในลักษณะต่างๆ กันอยู่ ซึ่งมีผลต่อกระบวนการทางชีววิทยาหลายลักษณะ

แนวคิด Quantum Physic จึงทำให้แนวคิดวัตถุนิยม หรือสสารนิยม (Materialism) ถูกแทนที่ด้วยแนวคิดเกี่ยวกับพลังงาน (Energetic) แนวคิดการลดส่วน (Reductionism) ถูกแทนที่ด้วยวิธีคิดแบบองค์รวม (Holism) ซึ่งถือว่าองค์ประกอบส่วนรวมมีมากกว่าองค์ประกอบที่มารวมกันเข้า และแนวคิดที่ถือว่าเป็นปัจจัยกำหนดแน่นอน (determinism) และแนวคิดทฤษฎีสาเหตุเฉพาะโรค (Theory of specific etiology) กลายมาเป็นว่าสรรพสิ่งมีความซับซ้อนและไม่แน่นอน (Uncertainly) ดังนั้นการศึกษาชีวิตและสุขภาพจึงต้องสนใจสิ่งอื่นๆ นอกเหนือจากชีววิทยาแบบเดิม ต้องสนใจสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งไม่เพียงแต่มวลเท่านั้น ยังประกอบด้วยพลังงาน รวมทั้งสนใจความสัมพันธ์ของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ (Bruce Lipton, 2000)

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์จากฟิสิกส์แบบ Newton มายังฟิสิกส์แบบควอนตัม แต่กระบวนทัศน์ทางการแพทย์ก็ยังไม่ได้ขยับเขยื้อนไปไหน ยังคงยึดติดอยู่กับกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์แบบนิวตัน เป็นกระบวนทัศน์ที่มีวิธีการมองสุขภาพการเป็นโรคแบบกลไก ลดทอน จำแนกสิ่งต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยเพื่อแสวงหาสาเหตุของการเกิดโรค ทำให้แพทย์สนใจที่ร่างกายเฉพาะจุดเฉพาะส่วนจากอวัยวะสู่เนื้อเยื่อ เซลล์ โมเลกุล เพื่อหาสาเหตุที่เป็นปัจจัยก่อโรค ไม่ว่าจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส พืช และยีน กระบวนการเหล่านี้ทำให้แพทย์ตีกรอบความสนใจแคบลงเรื่อยๆ จนมิติทางจิตใจและสิ่งแวดล้อมถูกตัดออกไป กลายเป็นการแพทย์ชีวภาพหรือชีวการแพทย์เต็มที (พระไพศาล วิสาโล, 2532)

Bruce Lipton (2000) ได้เสนอแนวคิด Biology of Belief ว่า ชีวิตวิทยาของชีวิตต่างๆ ไม่ได้ถูกกำหนดมาจากยีน หรือพันธุกรรมที่ตายตัว แต่ถูกกำหนดจากสิ่งแวดล้อมหรือการรับรู้ของเราต่อสิ่งแวดล้อมนั่นเอง

พระไพศาล วิสาโล (2532) ได้เสนอว่า ถ้าเชื่อว่าแนวคิดด้านสุขภาพเป็นตัวกำหนดแนวทางการปฏิบัติด้านสุขภาพ หากมองสุขภาพเป็นเรื่องดุลยภาพท่ามกลางปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม แนวทางรักษาสุขภาพก็จะเน้นที่การดำรงชีวิตให้มีความสอดคล้องประสานกับกฎเกณฑ์ธรรมชาติ และมีความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างราบรื่น แต่หากมองว่าสุขภาพหมายถึงการปลอดโรค ซึ่งจำกัดเฉพาะความผิดปกติในทางกายภาพ แนวทางด้านสุขภาพก็มุ่งเน้นที่การบำบัดโรค แนวคิดดังกล่าวจะทำให้บทบาทของแพทย์มุ่งเน้นที่รักษาโรคเพียงอย่างเดียว และยังทำให้แพทย์มีบทบาทสำคัญที่สุดต่อสุขภาพของผู้คน ทำให้เชื่อว่าสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับ การแทรกแซงทางการแพทย์เป็นสำคัญ และมอบความรับผิดชอบทางด้านสุขภาพของตนเองให้แก่แพทย์

อันที่จริงแล้วบรรดาโรคที่สร้างปัญหาให้แก่มนุษย์นั้น มีไม่มากนักที่จำเป็นต้องอาศัยแพทย์ หรือเป็นโรคที่แพทย์เท่านั้นจึงจะสามารถบำบัดได้อย่างสัมฤทธิ์ผลแท้จริง ดังนั้นจึงควรมีการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบด้านสุขภาพไปให้บุคคลและสังคมได้มีบทบาทในการเสริมสร้างสุขภาพอย่างทั่วถึงด้วย ซึ่งหมายถึงการทำให้ประชาชนพึ่งพิงแพทย์น้อยลง เป็นอิสระจากแพทย์มากขึ้น กลับมาเชื่อมั่นในตนเองและมีความพร้อมที่จะดูแลรักษาตนเอง โดยตระหนักว่าการมีสุขภาพที่ดีไม่ได้หมายความว่าต้องพึ่งพิงแพทย์ตั้งแต่เกิดจนตาย การกระจายความรับผิดชอบให้ประชาชนยังหมายถึงการเน้นบทบาทของผู้ป่วยในกระบวนการรักษาด้วย แทนที่จะเน้นการแทรกแซงของแพทย์ด้วยเทคโนโลยีดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้ การแพทย์แผนใหม่ยังได้เข้ามามีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้กับหมอ เนื่องจากปรากฏว่าแพทย์แผนใหม่มีอำนาจสูงมาก สังเกตได้จากเวลาที่ไปหาหมอ คนไข้จะรู้สึกท้อแท้ของตัวตัวเอง พ่อแม่ก็ไม่มีภูมิรู้อีกแล้วจะต้องไปพึ่งหมอเสียทั้งหมด ธรรมชาติของการรักษาแบบนี้ทำให้คนไข้อยู่ใต้อำนาจของหมออย่างสิ้นเชิง จากการศึกษาประวัติศาสตร์การแพทย์ไทยพบว่า ในระยะแรกผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนตะวันตกในประเทศไทยเป็นข้าราชการทั้งสิ้น และข้าราชการไทยสมัยก่อนที่ไปสัมพันธ์กับชาวบ้านจะมีอำนาจเหนือชาวบ้านมาก ซึ่งนั่นอาจเป็นเหตุที่ทำให้แพทย์ต้องรักษาระเบียบราชการ โดยการปฏิบัติต่อคนไข้ประหนึ่งคนที่ไร้อำนาจศักดิ์ศรีอย่างยิ่ง เพราะในความเป็นจริงหมอที่เป็นข้าราชการก็สืบทอดเอาวิธีคิดและความสัมพันธ์ของระบบราชการกับประชาชนมาใช้ในการปฏิบัติต่อคนไข้ (นิธิ เอียวศรีวงศ์, 2545)

ในยุคอุตสาหกรรมอันเป็นยุคของความพิเศษเฉพาะทาง (specialization) ทำให้แพทย์ซึ่งอยู่ในยุคสมัยนี้ที่มีความโน้มเอียงไปตามกระบวนการทศวรรษนี้ด้วย คือนอกจากจะเป็นผู้ชำนาญพิเศษในเรื่องการรักษาโรคแล้ว แม้แต่ในการรักษาโรคนั้นเองก็จะเจาะลงไปเฉพาะอย่างแคบลงเรื่อยๆ จนกระทั่งรักษาเฉพาะชิ้นส่วน คืออวัยวะชิ้นนั้นๆ ขึ้นนี้ แม้แต่ในอวัยวะชิ้นเดียวกันก็จะแบ่งและแยกกันในส่วนนั้นๆ การปฏิบัติวิธีนี้ในแง่หนึ่งก็ทำให้แพทย์เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในเรื่องนั้น และการรักษาเฉพาะส่วนนั้นโดยมากจะได้ผล แต่ในขณะเดียวกันก็ทำให้เกิดความแคบ เป็นการแยกชีวิตออกเป็นเสี่ยงๆ ทำให้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนขึ้น พร้อมกับเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจแก่ผู้ป่วยทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายสิ้นเปลืองมากมาย เนื่องจากคนไข้คนเดียวแต่ต้องแบ่งแยกกันไปรักษาเฉพาะแต่ละอย่าง ในความเป็นจริงนั้น การเกิดโรคหนึ่งอาจทำให้โยงต่อเกิดโรคในอวัยวะอื่นอีกหลายอวัยวะ ทำให้คนไข้ต้องไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลายคน ชีวิตของคนเราจึงเป็นเหมือนกับเครื่องยนต์ชนิดหนึ่งซึ่งมีชิ้นส่วนอยู่มากมาย แล้วก็มีผู้เชี่ยวชาญมาแก้ไขเฉพาะจุดที่ตนเองชำนาญเป็นพิเศษ แต่ไม่สามารถมองคนเป็นคนที่ทั้งตัว นอกจากนี้แล้วการแยกออกไปรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหากมีระบบการประสานงานระหว่างหน่วยไม่ดี การ

รักษาก็ไม่ประสานกัน ไม่ช่วยเสริมกันและไม่จับไวทันการ ทำให้ผู้ที่เคราะห์ร้ายคือตัวคนไข้ นั่นเอง (พระธรรมปิฎก(ป.อ. ปยุตโต), 2539)

ในปัจจุบันทัศนกรรมการมองระบบร่างกายมนุษย์แบบกลไกกลไกนั้น ได้ก่อให้เกิดวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพคือ ความเจ็บไข้ถูกลดทอนลงเป็นเพียงข้อขัดข้องทางกลไกและลดทอนการบำบัดรักษาทางการแพทย์ลงเป็นเพียงการจัดการทางเทคนิคเท่านั้น ซึ่งตัวแพทย์เองก็ได้รับผลกระทบจากการมองปัญหาสุขภาพแบบกลไกนี้เช่นกัน พบว่าแพทย์ส่วนมากได้รับทัศนคติที่ไม่ถูกต้องมาโดยตรง นับตั้งแต่เริ่มอยู่ในโรงเรียนแพทย์ และการที่การรักษาทางการแพทย์ต้องขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีที่ยุ่ยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้นทุกทีนี้เอง เป็นตัวเร่งให้เกิดแนวโน้มไปสู่ระบบผู้เชี่ยวชาญและมีผลผลักดันให้แพทย์มีแนวโน้มที่จะสนใจเฉพาะส่วนส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย ทั้งนี้ในส่วนของร่างกายที่แตกต่างกันก็จะได้รับการบำบัดรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญคนละแผนกกัน โดยหลงลืมความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะบุคคลโดยองค์รวม และแทนที่จะบำบัดรักษามูลค่าที่เจ็บป่วย แพทย์กลับเน้นหนักไปที่การบำบัดโรคของผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว

ถึงแม้ว่าการเชื่อมโยงความเจ็บป่วยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งให้สัมพันธ์กับส่วนหนึ่งส่วนใดที่แน่นอนของร่างกายเป็นสิ่งที่มิมีประโยชน์มากในหลายกรณี แต่วงการวิทยาศาสตร์การแพทย์สมัยใหม่ ได้มีการเน้นหนักไปที่วิธีการลดส่วนมากเกินไป และทำให้เกิดแบบแผนของความชำนาญเฉพาะสาขาขึ้น จนถึงขั้นทำให้แพทย์ไม่สามารถมองเห็นความเจ็บป่วยในฐานะองค์ชีวิตทั้งระบบอีกต่อไป หากแต่มุ่งความสนใจบำบัดรักษาเฉพาะอวัยวะหรือเนื้อเยื่อตรงที่เป็นโรคเท่านั้น และตามปกติก็ไม่พิจารณาส่วนอื่นๆ ของร่างกายที่เหลือเลย พบว่าแพทย์มากกว่าร้อยละ 75 กลายเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่จำกัดความสนใจในการรักษาเฉพาะวัย เฉพาะโรค เฉพาะส่วนของร่างกาย (พระประชา ปัตนินธัมโม และคณะ, 2542)

โดยสรุปกระบวนการทัศน์ วิชิต และการจัดการกับสุขภาพแบบกลไก แยกส่วน และลดทอน ก่อให้เกิด ทำลายบูรณาการของมนุษย์ (กาย จิต ปัญญา) (อรศรี รวมวิทยาพงษ์, 2545)

ความหมายของ “ชีวิต” แยกและลดเหลือเพียงกายเป็นหลัก จิตและปัญญาจะดีได้ด้วยกายเป็นฐาน และกายเองก็ดีเป็นส่วนๆ กระบวนทัศน์นี้สะท้อนชัดเจนในการรักษาและบำรุงสุขภาพโดยเฉพาะอาหารเสริม นอกจากนี้กระบวนทัศน์นี้ยังได้ครอบงำความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็ก (ชีวิต) ทำให้พ่อแม่หรือผู้ใหญ่สนใจแต่การบำรุง “ส่วนกาย” ของเด็ก เพราะทำง่าย “ชีวิต” จึงถูกทำให้มีความหมายที่ตีเงินขาดบูรณาการ และทำลายบูรณาการในสังคม

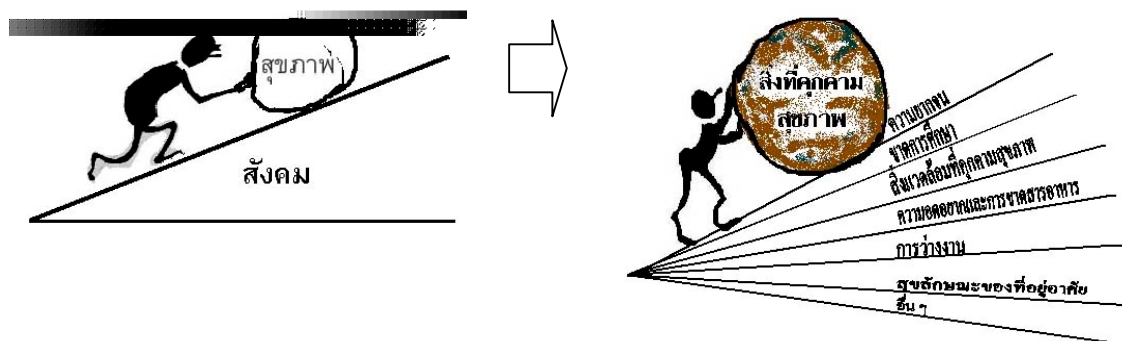
กระบวนทัศน์สุขภาพแบบกลไกได้แยกมนุษย์ออกจากกันในระดับต่างๆ คือ แยกผู้ป่วยออกจากครอบครัว ชุมชน แยกบุคคลออกจากบริบทชุมชน สิ่งแวดล้อม แยกกระบวนการรักษาออกเป็นส่วนๆ จำแนกเป็น การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ ในลักษณะคล้ายกับ division of labor

ด้วยกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพที่แอบอิงอยู่บนฐานของกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ จึงกลายเป็นข้อจำกัดในการจัดการสุขภาพของมนุษย์ของระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้กระบวนทัศน์ด้านสุขภาพก็ได้ถูกการผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่องผ่านการบ่มเพาะในระบบการศึกษาในวิชาชีพทางการแพทย์ วิชาชีพทางการแพทย์ได้ถูกปลูกฝังกระบวนทัศน์ด้านสุขภาพในลักษณะเป็นการแยกส่วน ลดทอน และเป็นกลไก จึงทำให้แพทย์มุ่งหาสาเหตุของโรคโดยดูเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แยกชอยออกเป็นส่วนย่อย นอกจากนี้เทคโนโลยีถูกคิดค้นขึ้นมาเพื่อตรวจหาความผิดปกติของร่างกายทางกายภาพ แพทย์ถูกปลูกฝังความคิดว่าคนทุกคนมีสุขภาพดีจนกว่าจะเจ็บป่วย (ทัศนในการมองแบบ DUALISM) ทำให้แพทย์มุ่งจัดการกับโรคร้ายไข้เจ็บ เพราะถือว่าเมื่อโรคถูกจัดสุขภาพย่อมกลับคืนมาดังเดิม ทัศนะเช่นนี้ทำให้แพทย์มุ่งสนใจรักษาโรคร้ายกว่าส่งเสริมสุขภาพ

3. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

สุขภาพของประชาชนเป็นผลสืบเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ทั้งด้านสังคม การเมืองและเศรษฐกิจ จากการศึกษาวិจัยพบว่า สุขภาพของประชาชนขึ้นกับนิเวศโดยรวม (Total ecology) มากที่สุด อิทธิพลรองลงมาคือ พฤติกรรมสุขภาพและบริการสุขภาพ ส่วนที่มีอิทธิพลน้อยที่สุดคือ ปัจจัยทางชีววิทยาและพันธุกรรมของมนุษย์ (Tarlov and St. Peter, 2000) เช่นเดียวกับ Mc Keown (1979) ที่สรุปว่าปัจจัยที่มีผลต่อการลดโรค และแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพคือ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และพฤติกรรม มิใช่การบริการด้านการแพทย์ที่เน้นการซ่อมสุขภาพมากกว่าสร้างสุขภาพดี

นับเป็นระยะเวลาว่าสองทศวรรษที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายและระยะเวลาร่วมกันในหม่อมวลสมาชิก มีพันธะสัญญาร่วมกันที่จะผลักดัน “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2000” ด้วยยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน คำประกาศดังกล่าวแสดงให้เห็นที่ยอมรับว่าการบรรลุสุขภาพที่ดีจะเป็นไปไม่ได้ หากไม่มีการปรับปรุงเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการเมือง ทั้งนี้ประกาศ ณ เมือง Alma Ata เมื่อปี พ.ศ. 2520 โดยสรุป การสาธารณสุขมูลฐานสะท้อนให้เห็นถึงการพยายามขับเคลื่อนกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) จากประเด็นสุขภาพที่เป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลไปยังความรับผิดชอบของชุมชนและสังคม ดังแสดงในรูปภาพ



ภาพที่ 1 เปรียบเทียบความสลับซับซ้อนของความคิดเกี่ยวกับสุขภาพเมื่อเชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทางสังคม

ต่อมาในปี พ.ศ. 2529 องค์การอนามัยโลกได้จัดการประชุมระดับนานาชาติว่าด้วยเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนผู้สาธารณสุขแนวใหม่ ขึ้นที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา และได้เสนอกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) เป็นยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนสุขภาพทั้งระดับบุคคล สังคม และชุมชน และมีการประชุมครั้งที่ 2 เรื่อง นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพในปี พ.ศ. 2531 ณ กรุงเอ็ดินเบิร์ก ประเทศออสเตรเลีย ครั้งที่ 3 เรื่อง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ณ กรุงซิดนีย์ ประเทศสวีเดน ครั้งที่ 4 เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพสู่ศตวรรษที่ 21 ปี 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย และต่อมาครั้งล่าสุดคือ ครั้งที่ 5 เรื่อง จากแนวคิดสู่ปฏิบัติการ ณ กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก ปี 2543 (ลักขณา เดิมศิริชัยกุล, 2545)

Bunton, R and Macdonald, G (1992) ได้เสนอผ่านบทความเรื่อง Health Promotion :: discipline and diversity ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเติบโต และพัฒนาจากการศึกษา (Health promotion itself grew out of the legacy of health education) โดยสืบเนื่องมาจากในช่วงศตวรรษที่ 19 การสาธารณสุขได้มีการพัฒนาและมุ่งเน้นที่ภาวะแวดล้อม โครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของปวงชน ต่อมาในต้นศตวรรษที่ 20 ได้มีการพัฒนาวัคซีนและโครงการภูมิคุ้มกันโรคทำให้ความมั่นใจที่จะพัฒนาสุขภาพเปลี่ยนเป้าหมายจากภาวะแวดล้อมสู่ปัจเจกชน ในระยะนี้บทบาทของศึกษาจึงกำเนิดขึ้นเพื่อที่จะตอบสนองกับปัจเจกให้บุคคลมีความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ตลอดจนทักษะเพื่อเป้าหมายคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ครั้นมาในช่วงกลางศตวรรษที่ 20 ก็ได้มีการปรับแนวคิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปัจเจกหันกลับมาสู่การสนใจสร้างนิเวศวิทยาภาวะแวดล้อม และโครงสร้างสังคมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ดังนั้น ยุทธศาสตร์การศึกษา (Health education) จึงถูกปรับมาสู่ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันเป็นการขับเคลื่อนการสาธารณสุขยุคใหม่

3.1 การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรอตตาวา

ได้มีการทบทวนถึงยุทธศาสตร์การทำงานภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดว่าประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 หรือ ค.ศ.2000 ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญในการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวก็คือ งานทางด้านสาธารณสุขในยุคที่ผ่านมามีจุดเน้นอยู่ที่การรักษาและป้องกันโรค (disease prevention) เมื่อขอบเขตของงานถูกตีกรอบด้วยแนวคิดเรื่องโรค (disease oriented) การแก้ไขจึงเน้นไปที่การแพทย์ เน้นสถาบัน สำนักงาน ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพเป็นหลัก ไม่ได้เปิดโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมของคนข้างนอก และภายใต้แนวคิดแบบนี้ทำให้ถึงที่สุดก็ได้เพียงการลดโรคซึ่งไม่จำเป็นที่ต้องหมายถึง การมีสุขภาพที่ดี ที่องค์การอนามัยโลกเองได้ให้ความหมายว่า เป็นความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

จากการทบทวนดังกล่าวได้มีความเห็นสอดคล้องที่จะปรับยุทธศาสตร์ซึ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันหมายถึงแนวทางการทำงานที่อยู่ภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (health/มิใช่ disease) ซึ่งเป็นพื้นที่ (area) ที่ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร คนนอกวงการสาธารณสุข และที่สำคัญคือชาวบ้านสามารถเข้ามาเป็นผู้กระทำได้ทุกคน การเน้นในแนวทางนี้บทบาทการทำงานของบุคลากรจะต้องเปลี่ยนไปจากเดิมที่ทำหน้าที่เป็นผู้หยิบยื่นให้ (the giver) หรือเป็นผู้ทำให้/จัดตั้งให้ (the doer) มาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย ผู้กระตุ้นสนับสนุน (the catalyst/ the facilitator) ให้เขาทำงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเขาขึ้นมา ดังนั้นการทำงานแนวใหม่นี้ต้องการการเข้ามาร่วมกันทำงานของหลายๆภาคี เน้นความเท่าเทียมและเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าเป็น “บทบาทแห่งยุคของทุกคน” (อุทัยวรรณ กาญจนกมล, 2541)

ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพจึงมีองค์ประกอบที่กว้างขวางกว่างานป้องกันโรคเพราะเป็นงานที่ทำกับคน พฤติกรรมของคนและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมของคน องค์ประกอบของงานส่งเสริมสุขภาพจะมีไม่เพียงงานสุขภาพศึกษาแบบเดิมที่วงการสาธารณสุขคุ้นเคยแต่ต้องมีองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ทางสังคม ยุทธศาสตร์ทางการเมือง มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญกับปัญหา ให้ความสำคัญกับการสรรค์สร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้คนลุกขึ้นมาประกอบตัวเอง และท้ายที่สุดเป็นเรื่องของการสร้างอำนาจให้กับองค์กรชุมชนเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพของพวกเข

ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter of Health Promotion)

“การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายจิตใจและสังคม”

เมื่อพิจารณานิยามความหมายดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพให้ความสำคัญในกระบวนการพัฒนาคน (ประชาชน) และปรับการทำงานของนักวิชาชีพให้เป็นผู้กระตุ้น ผู้สนับสนุน และผู้จุดประกายความคิด

กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ประกอบด้วย(ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย,2541)

- 1) การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ การจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะร่วมคิดร่วมทำ หรือชี้ให้เห็นผลเสียหากเพิกเฉย ซึ่งกระบวนการนี้หมายถึงการสร้างจิตสำนึกประชาชนร่วมกัน โดยหวังว่าจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น (A call for social action)
- 2) เอื้ออำนวยให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่(Enable) โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำเนินชีวิต มีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพแทนที่จะถูกยัดเยียดให้คิดและทำอย่างไม่มีทางเลือกได้ นั่นคือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ(Self-efficacy) รวมทั้งมาตรการนี้สามารถนำไปประยุกต์สู่การทำงานเพื่อก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของหญิง-ชายด้วย
- 3) เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มองค์กรต่างๆ(Mediate) ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกล่เกลี่ยปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

ซึ่งกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการจะนำไปสู่กิจกรรมหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ

- ประการที่หนึ่ง การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพของปวง (Build Healthy Public Policy) การทำให้เป็นประเด็นสาธารณะนี้ ในความหมายก็คือ การที่ทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจหมู่บ้าน หน่วยงานรัฐ กระทรวง ทบวงต่างๆ ไม่เฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้นมาสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่างๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษีหรือการรับรองการ ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกัน เพื่อนำไปสู่เรื่องการมีสุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมตลอดถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หมู่มวลชนในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

- ประการที่สอง การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

ยุทธศาสตร์นี้เห็นว่าไม่สามารถแยกสุขภาพออกจากสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เนื่องจากสังคมมีความสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงส่งผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (encourage) ประชาชนดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ในภูมิภาคและเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก นอกจากนี้ยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยนสังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือ จัดสิ่งแวดล้อมที่ให้ง่าย

ต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง โดยหวังว่าจะไปถึงซึ่งการสร้าง สรรค์สังคมที่มีสุขภาพดี (healthy society) สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี (healthy city) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี (healthy workplace) สร้างสรรค์ ครอบครัวที่มีสุขภาพดี (healthy family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพดี คือของทั้งครูและนักเรียน (healthy school)

- **ประการที่สาม การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action)** การที่จะสามารถจะสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมกรอบตนเองเฉพาะหน้าที่เฉพาะส่วน แต่จะต้องเห็นภาพกว้างเห็นความเชื่อมโยง และเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดย จะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของ ประชาชนมีส่วนร่วม และที่สำคัญ โครงการส่งเสริมทั้งหลายนั้น ประชาชนเป็นคนทำและบุคลากรภายนอกเป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนนั้นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกรับรู้ของการเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน
- **ประการที่สี่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)** ในที่นี้ไม่ได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย (เช่น การแปร่งฟันถูกวิธี ของทันตแพทย์) แต่มีความหมายที่กว้างขวางกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวนสิ่งล่อลวงในรูปแบบที่สลับซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพจึงควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้ มีทักษะชีวิต (life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งยั่วยวน และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน (self-empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา
- **ประการที่ห้า การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)** ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันเน้นในเรื่องการรักษา หรือหากจะขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่ในรูปแบบของการป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น รวมทั้งปรับกระบวนการทัศน์ ปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลายให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของคนที่รู้การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยความสะดวก หรือผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้รู้ฟืน พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีหรือเคยมีอยู่ในการดูแลส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณากิจกรรมสำคัญและยุทธศาสตร์การทำงาน จะเห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวานั้นให้ความสำคัญทั้งกับการพัฒนาในระดับบุคคล การปรับโครงสร้างทางอำนาจของระบบสาธารณสุข การเพิ่มพลังทางสังคมแก่องค์กรชุมชน และการให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม/ระบบนิเวศน์ และการดำเนินการทางการเมืองผ่านนโยบายสาธารณะ

1.2 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ภายใต้วัฒนธรรมการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ (ศศิธร ชัยประสิทธิ์, 2544)

ในวิชาการด้านสังคมศาสตร์ การนำเสนอแนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่” เข้าสู่สังคมซึ่งความรู้ทางด้านการแพทย์และสุขภาพอยู่ในอำนาจของวิชาชีพแพทย์ จึงถือว่าในด้านหนึ่งเป็นความท้าทายหรือความ

พยายามในการลดทอนอำนาจและการผูกขาดความรู้ หรือลดทอนการผูกขาดในการกำหนดความถูกต้องในการดูแลรักษาสุขภาพของกลุ่มคนในวิชาชีพ และในทางตรงกันข้ามก็คือการเปิดเงื่อนไขโอกาสให้กลุ่มคน องค์กรนอกวิชาชีพ(รวมทั้งประชาชน)ได้มีพื้นที่ในการให้นิยามความหมายของคำว่าสุขภาพ ความเจ็บป่วยให้กว้างขวางไปกว่าเรื่องเชื้อโรค และที่สำคัญได้มีโอกาสนำปฏิบัติการภายใต้การให้ความหมายใหม่นั้น (Thorogood,1999)

อย่างไรก็ตามเนื่องจากการเปิดประเด็นใหม่ในการทำงาน ได้รับการตอบรับจากคนในวงการแพทย์และสาธารณสุขเอง มากกว่าคนนอกวงการ ข้อที่น่าสงสัยก็คือ ฐานคิดการทำงานเดิมของผู้ที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีฐานคิดหลักในการทำงานป้องกันโรคและสุขศึกษาซึ่งเป็นวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ในขณะที่การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ อาศัยแนวคิดทาง สังคมศาสตร์เป็นหลัก จึงเป็นที่มาของความสงสัยว่าการปฏิบัติภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวจะเป็นอย่างไร

โทมัส คูน (Thomus S. Kuhn) ผู้ที่มีชื่อเสียงในการอธิบายการปฏิวัติวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ ด้วยการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ (paradigm shift) ได้ให้ข้อโต้แย้งถึงการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ที่เกิดขึ้นโดยการขับเคลื่อนทางสังคม (social movement) ในชุมชนวิทยาศาสตร์ ซึ่งเต็มไปด้วยผู้ที่มีความเชื่อในทฤษฎีและกระบวนทัศน์เดิม ว่า เมื่อรับกระบวนทัศน์ใหม่ ก็จะถูกดูดกลืนเข้าไปในกระบวนทัศน์เก่า (Rawson, 1995)

อย่างไรก็ตามในเงื่อนไขของการส่งเสริมสุขภาพ ที่พยายามออกแบบการทำงานให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมเป็นภาคีในการทำงานด้วยกัน ก็อาจเป็นเงื่อนไขที่จะเกื้อหนุนให้สามารถก้าวพ้นกรอบความคิดเดิม ทั้งนี้ข้อสำคัญก็คือผู้ทำงานจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับรากความคิดทฤษฎีดังกล่าวด้วย (ทั้งนี้เพราะผู้ทำงานภาคปฏิบัติมักจะ ไม่ชอบหรือต่อต้านการนำเสนอในเชิงแนวคิด)

กล่าวโดยสรุป คำถามในเชิงแนวคิดที่สำคัญก็คือ การส่งเสริมสุขภาพที่กำลังดำเนินการนั้นเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมอย่างแท้จริงหรือไม่? หรือเป็นเพียงการต้อยอดความคิดและการปฏิบัติของคนในวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข

และภายหลังจากการนำแนวคิดนี้สู่การปฏิบัติในช่วง 5-6 ปีที่ผ่านมา ได้มีการตั้งข้อสังเกตว่ามีข้อจำกัดในการลงสู่ปฏิบัติ เหตุผลสำคัญมาจากกระบวนการในการแปรความจากแนวคิดสู่การปฏิบัติ ซึ่ง พยายามอธิบายแนวคิดที่สลับซับซ้อน ของการส่งเสริมสุขภาพให้ง่ายต่อการปฏิบัติ และสามารถใช้อย่างครอบคลุม (generalize) ซึ่งในด้านหนึ่งทำให้กระแสนิยมรับแนวคิดนี้เป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่ผลกระทบก็คือ ในท้ายที่สุดแบบจำลองซึ่งมีความท้าทายแห่งยุคสมัยที่จะแหวกวงล้อมความเชื่อเดิมๆด้านสุขภาพ ก็ถูกลดทอนลง เหลือเพียง การให้คำจำกัดความในแง่ของปฏิบัติการ (operational definition) การส่งเสริมสุขภาพคืออะไร จึงขึ้นอยู่กับสิ่งที่นักส่งเสริมสุขภาพชี้ให้เห็นว่า คืออะไร(เหมือนกับที่สติปัญญาของมนุษย์ถูกทำให้มีค่าเท่ากับการตีความจากแบบทดสอบทางเชาว์ปัญญา) แทนที่จะเสนอว่า การส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ยังไม่มีผู้ใดพัฒนาขึ้นมาเลย เหตุฉะนั้นแนวคิดทฤษฎีที่พัฒนามาจากระดับปฏิบัติการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาขึ้น (Rawson, 1995)

การป้องกันโรค สุขศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

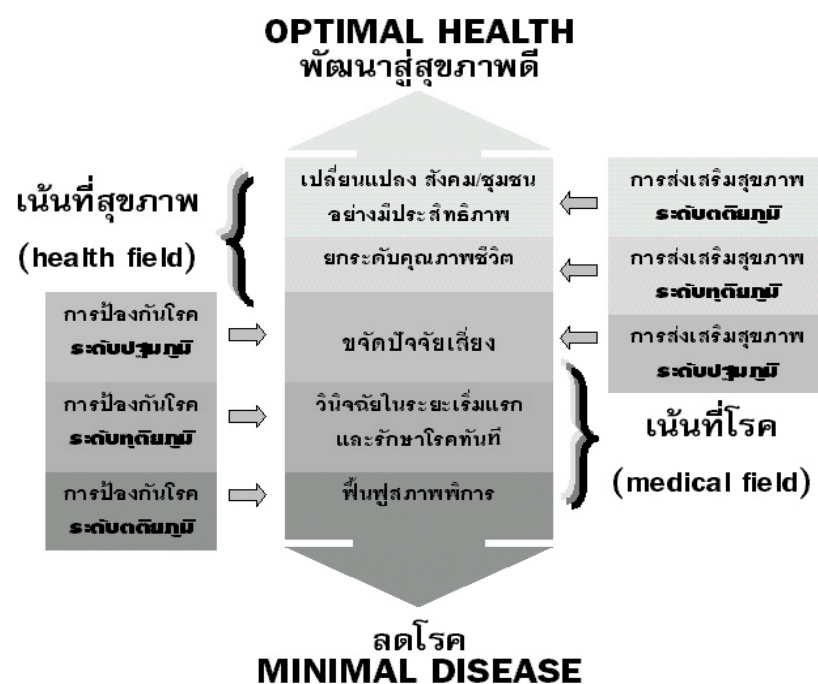
ดังได้กล่าวว่าประเด็นที่อยู่ในความคิดของคนทำงานด้านสาธารณสุขมาอย่างยาวนานก็คือ เรื่องการป้องกันโรค และสุขศึกษา การทำความเข้าใจในความแตกต่าง หรือ ความเชื่อมโยงของทั้ง 2 ประเด็น กับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ จึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้ทำงาน เพื่อมิให้เกิดความสับสน

การป้องกันโรค(Disease Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค คือ การใช้มาตรการที่จำเป็นทั้งหมด เพื่อรักษาและคงสภาพของการมีสุขภาพที่ดี(ในที่นี้คือการปราศจากโรค) โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (primary disease prevention) คือกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อกำจัดสิ่งที่จะเป็นความเสี่ยงต่อสุขภาพ ระดับทุติยภูมิ (secondary disease prevention) คือกิจกรรมที่เป็นการวินิจฉัยค้นพบการดำเนินโรคในระยะเริ่มต้น และ ระดับตติยภูมิ (tertiary disease prevention) คือการฟื้นฟูสุขภาพให้ผู้ป่วยผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย ซึ่งการแบ่งทั้ง 3 ระดับจะสัมพันธ์กับการจัดระบบบริการเพื่อการป้องกันโรค และมักจะเป็นการจัดกิจกรรมที่จำเพาะในแต่ละโรค กล่าวโดยรวมก็คือ การป้องกันโรคนั้นเน้นในการกำจัดอาการ การลดปัจจัยเสี่ยง และการปรับพฤติกรรมในระดับปัจเจกบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ

บราวน์(Brown, 1985, อ้างใน อุทัยวรรณ กาญจนกมล,2541) ได้พัฒนารอบความคิดเพื่ออธิบายแง่มุมของการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างจากรอบความคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคดังนี้



(จากรอบความคิดของ Brown, 1985)

รูปนี้แสดงให้เห็นว่า การทำงานด้านการป้องกันโรคนั้น เป้าหมายสูงสุดที่ไปถึงก็คือ การลดโรค และเป็นกระบวนการทำงานภายใต้แนวคิดทางการแพทย์(ของบุคลากรทางการแพทย์) ในขณะที่การทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพนั้น เป้าหมายสูงสุดก็คือการบรรลุถึงสุขภาพที่เหมาะสม และเป็นกระบวนการทำงานภายใต้แนวคิดด้านสุขภาพที่เปิดกว้างให้ผู้คนเชื่อมั่นว่าสุขภาพคืออะไร และสามารถเข้ามาดำเนินการเพื่อบรรลุสุขภาพภายใต้ความหมายนั้นๆ

จากรอบความคิดของบราวน์ การส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (primary health promotion) หมายถึง กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อขจัดเงื่อนไขที่จะเสี่ยงต่อสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับทุติยภูมิ

(secondary health promotion) หมายถึงกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับตติยภูมิ (tertiary health promotion) หมายถึงกิจกรรมที่หวังผลเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมที่จะเอื้อให้เกิดสุขภาพดี

ทั้งนี้จะสังเกตได้ว่ากิจกรรมการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมินั้น เหมือนกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ โดยความแตกต่างอยู่ที่แนวคิดภายใต้การดำเนินกิจกรรมนั้น กล่าวคือ หากการดำเนินกิจกรรมเพื่อขจัดปัจจัยเสี่ยงนั้นมีความหมายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมองแยกส่วนระหว่างโรคและปัจจัยทางสังคม การเมืองที่เกี่ยวข้องกันอย่างไม่แยกไม่ออก แนวโน้มในการทำงานก็จะเน้นสนใจเฉพาะโรคและแน่นอนที่ว่าผู้กำหนดหลักคือบุคลากรการแพทย์ แต่หากให้ความหมายของปัจจัยเสี่ยงอย่างเป็นองค์รวมทั้งสัมพันธ์กับเงื่อนไขของชีวิต และเงื่อนไขทางสังคมสิ่งแวดล้อม การแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพก็จะต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อม นั้นหมายถึงต้องการมากกว่าบุคลากรการแพทย์(ทั้งคนและความคิด) เข้ามาดำเนินการ

กล่าวโดยสรุปก็คือ การพยายามแบ่งการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพให้ออกจากกันโดยสิ้นเชิงโดยยึดวัตถุประสงค์ของกิจกรรมอาจไม่ได้ขึ้นอยู่กับความเป็นจริง ข้อพิจารณาที่สำคัญก็คือวิธีการทำงานภายใต้กิจกรรมนั้นๆ อยู่บนแนวคิดแบบแยกส่วนหรือองค์รวม

การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการให้สุขศึกษา

แม้ว่าหลายหน่วยงานเช่น องค์การอนามัยโลก(WHO, 1984) หรือในหลักการทางวิชาการจะพยายามแยกการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคออกจากกันให้ชัดเจน โดยให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับการทำงานเชิงบวกด้านสุขภาพ และการป้องกันโรคเน้นการทำงานเชิงลบหรือสัมพันธ์กับการลดโรค แต่ผู้ทำงานภาคปฏิบัติรวมทั้งสาธารณสุขชนต่างรับรู้และมีความเชื่อว่า การให้สุขศึกษา (health education) เป็นกิจกรรมสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) และในขณะเดียวกัน การให้สุขศึกษาก็เป็นส่วนย่อย (subset) ของการป้องกันโรค (prevention)

ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อพิจารณางานวิจัยที่เขียนขึ้นโดยกลุ่มที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพบุคลากรทางการแพทย์ ฯลฯ ที่ใช้คำว่า การส่งเสริมสุขภาพกลับเป็นกิจกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนใหญ่เช่นการให้วัคซีน การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

แนวโน้มความสับสนที่เพิ่มขึ้นถูกนำไปเป็นประเด็นแลกเปลี่ยนในการประชุมของสมาคมของนักสุขศึกษาเพื่อหาแนวทางและปรับบทบาทของตน ซึ่งก็ไม่ได้ประสบความสำเร็จในการตีความให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานสุขศึกษา กล่าวได้ว่า ณ ขณะนี้งานส่งเสริมสุขภาพได้เดินทางมาสู่ขอบเขตที่หลุดจากการยึดกุมของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา

ข้อที่น่ากังวลก็คือสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในยุครุ่งโรจน์ของการสื่อสารคำว่า การส่งเสริมสุขภาพจึงถูกเข้าใจผิดจากอิทธิพลของคำในโลกของการสื่อสารซึ่ง “การส่งเสริม” (promotion) มีความหมายเกี่ยวกับการขายและการตลาด กลายเป็นการขายและการทำงานด้านการตลาดเกี่ยวกับสินค้าสุขภาพ

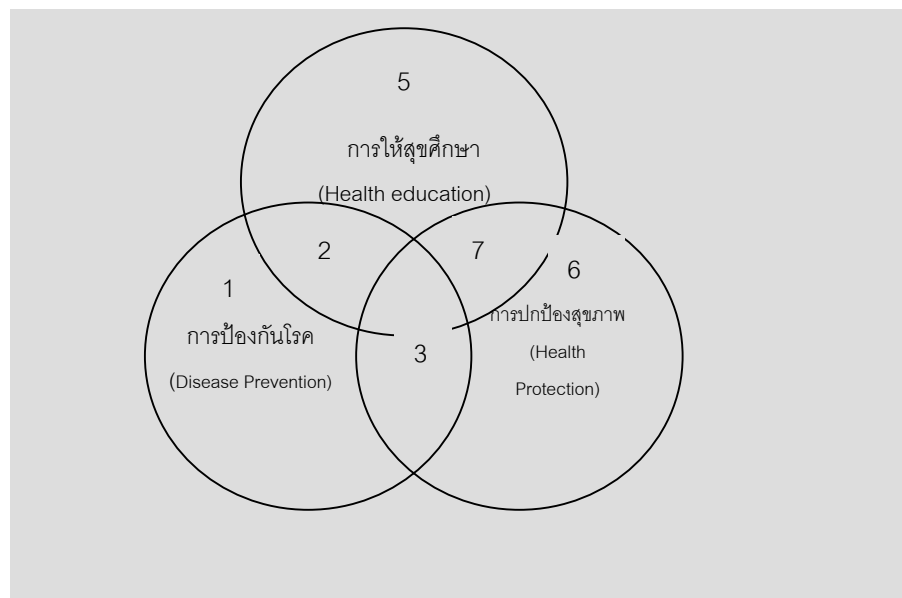
อย่างไรก็ตามในท่ามกลางความพยายามตีความแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ยังผูกพันกับวิชาชีพที่ถูกจับจองในวงการสาธารณสุข ก็มีการขยายความคิดของการส่งเสริมสุขภาพในทัศนะที่กว้าง ซึ่งทัศนะนี้ใช้แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพในฐานะที่เป็น “ร่ม” (Umbrella) ปกคลุมทั้งการให้สุขศึกษาและการสร้างสรรค์สังคมใหม่

(social engineering) (ผ่านการปรับโครงสร้างการเงินการคลัง, กฎหมายและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง) (Tones, 1983 อ้างถึงใน Downie. et al., 1990 : 57)

ด้วยเหตุที่ “การส่งเสริมสุขภาพ” มีความหมายได้มากมายเสียจนแทบจะไม่มี ความหมายใด, แทนนาฮิล (Tannahill) (อ้างถึงใน Downie. et al., 1990) จึงได้พัฒนาแบบจำลองเพื่อให้คำจำกัดความ วางแผน และปฏิบัติการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

ในแบบจำลองของแทนนาฮิล (Tannahill model) การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย องค์ประกอบของวงกลมของกิจกรรม 3 ส่วน ที่มีบางส่วนซ้อนทับกันคือ การให้สุขศึกษา (health education) การป้องกันโรค (disease prevention) และการปกป้องสุขภาพ (health protection)

การซ้อนทับกันทำให้แบบพื้นี่วงกลมออกเป็น 7 ส่วน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปภายใต้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ดังภาพ



ภาพที่ 3 แสดงแบบจำลองของการส่งเสริมสุขภาพของแทนนาฮิล (Tannahill)

- พื้นที่ส่วนที่ 1 คือ การป้องกันโรคโดยการให้บริการภายใต้บริการภายใต้ศาสตร์ของผู้เชี่ยวชาญ (Preventive services) เช่นการให้ภูมิคุ้มกันโรค การตรวจมะเร็งปากมดลูก, การพัฒนาโปรแกรม การเฝ้าระวังโรค การใช้หมากฝรั่งที่มีส่วนผสมของนิโคติน เพื่อช่วยลดการสูบบุหรี่ เป็นต้น
- พื้นที่ส่วนที่ 2 คือ การป้องกันโรคโดยมาตรการการให้สุขศึกษา (Preventive health education) ในที่นี้หมายความว่ารวมถึงการให้สุขศึกษาที่พยายามให้บุคคลเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรค และการให้สุขศึกษาที่กระตุ้นให้มารับบริการป้องกันโรคที่จัดไว้ในสถานพยาบาล
- พื้นที่ส่วนที่ 3 คือ การป้องกันโรคโดยมาตรการการปกป้องสุขภาพ (Preventive health protection) ตัวอย่างเช่นการเติมฟลูออไรด์ในน้ำดื่ม และอื่นๆ ดังยกตัวอย่างที่ผ่านมา

- พื้นที่ส่วนที่ 4 การให้สุศึกษา เพื่อป้องกันโรคโดยเน้นมาตรการปกป้องสุขภาพ (Health education for preventive health protection) เช่น การเจาะลอบบี้เพื่อให้มีการออกกฎหมายใช้เข็มขัดนิรภัย ซึ่งร่วมกับการกระตุ้นกระแสของสังคมให้ยอมรับมาตรการดังกล่าว
- พื้นที่ส่วนที่ 5 คือ การให้สุศึกษาในเชิงบวก (Positive health education) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การให้สุศึกษาที่มีจุดมุ่งหมายให้บุคคลกระทำมีพฤติกรรมใดๆ ที่เป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี เช่นการใช้เวลาว่างในการออกกำลังกาย อีกประการหนึ่งเป็นการให้สุศึกษาที่จะช่วยเหลือปัจเจกบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ในการพัฒนาคุณสมบัติของตนที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี เช่น พัฒนาทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ พัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (self - esteem)
- พื้นที่ส่วนที่ 6 คือ การปกป้องสุขภาพเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Positive health protection) เช่น การออกนโยบายห้ามสูบบุหรี่ของสถานที่ทำงาน (workplace) เพื่อให้มีอากาศที่บริสุทธิ์ต่อคนงานคนอื่น นโยบายกองทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- พื้นที่ส่วนที่ 7 คือ การให้สุศึกษาที่มุ่งเน้นเพื่อให้มีมาตรการปกป้องสุขภาพ ที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดี (Health education aimed at positive health protection) การทำงานในแง่มุมนี้เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความตระหนักของสาธารณชนการสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัยของสาธารณสุข และการดำเนินมาตรการการป้องกันสุขภาพแก่สาธารณชน โดยผ่านการทำงานทั้ง 2 ระดับคือ กับสาธารณชนและผู้ตัดสินใจด้านนโยบาย

จากแบบจำลองนี้ การส่งเสริมสุขภาพ จึงหมายถึง องค์ประกอบของความพยายามในการเข้าถึงสุขภาพในเชิงบวกและการป้องกันโรค ผ่านแนวคิดที่ซ้อนทับกันของการให้สุศึกษาการป้องกันโรค และการปกป้องสุขภาพ โดยหัวใจของหลักการส่งเสริมสุขภาพ คือ การเพิ่มพลังให้บุคคลชุมชน และสังคม (empowerment)

ดังนั้น การให้สุศึกษา ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ คือสร้างเสริมพลังอำนาจ (empower) ให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชน โดยการให้ข้อมูลที่สำคัญ และช่วยให้พวกเขาได้พัฒนาทักษะและยกระดับสู่การเข้าใจและเคารพตนเอง (self - esteem) ทั้งนี้เพื่อให้เขารู้สึกว่าเขามีความสามารถและมีความสำคัญในการกำหนดและควบคุมพฤติกรรมของเขาเอง แทนที่จะเป็นหุ่นที่ถูกชักใยจากปัจจัยภายนอกทั้งนี้มาตรการการป้องกันโรคที่ดำเนินโดยสถานบริการ ตลอดจนมาตรการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องสุขภาพก็สามารถดำเนินการได้ภายใต้กระบวนการเพิ่มพลังให้บุคคลและสังคม ดังกล่าว

3.4 พัฒนาการและสถานการณ์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของประเทศไทย

การพัฒนางานส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากของไทย ได้ดำเนินการต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี ตั้งแต่การบรรจุในแผนตามแผนสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 (2520-2524) โดยกองทันตสาธารณสุขได้ประสานและผลักดันให้มีโครงการทันตสาธารณสุขขึ้นในแผนนี้ ซึ่งตามโครงการได้ดำเนินกิจกรรมเน้นหนักด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากมากกว่าการรักษา ได้เริ่มนำมาตรการป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์

บ้วนปากในเด็กประถมศึกษามาใช้ โดยเฉพาะในแผนงานทันตสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (2530-2534) ได้กำหนดให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนา โดยจัดให้มีโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพ โครงการรณรงค์ฟันดีมีสุข รวมไปถึงโครงการแปรงสีฟันอัน แรกของหนู การรณรงค์เนื่องในวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ โครงการรณรงค์ฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง การ เน้นโครงการเคลือบหลุมและร่องฟันนักเรียน อายุ 5-7 ปี ในพินทราแมชีที่ 1 ในช่วงปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา นอกจากนี้ยังมีนโยบายสำคัญอื่นๆ ที่เป็นนโยบายรัฐบาลตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งคณะกรรมการชุด โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต (สุวิทย์ วิบุลผล ประเสริฐ, 2542) สรุปไว้มี 4 เรื่องใหญ่ๆ ดังนี้คือ

- 1) การเริ่มผลิตทันตภิบาลให้ไปประจำในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ใน พ.ศ. 2511 เพื่อดูแลสุขภาพช่อง ปากในกลุ่มเด็กทั้งด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากรวมถึงการรักษา โดยเน้นดำเนิน การงานทันตกรรมเพิ่มทวีในโรงเรียน (Incremental dental care) และบริการทันตสาธารณสุขแบบ เพิ่มทวีนี้ ได้ปรากฏในแผนพัฒนาทันตสาธารณสุข ฉบับที่ 4 และเปลี่ยนมาเป็นการดำเนินโครง การเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา แทนในระยะต่อมา
- 2) การดำเนินโครงการกระจายทันตแพทย์ โดยกำหนดเงื่อนไขการเข้ารับราชการเพื่อแก้ปัญหา การขาดแคลนทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ทันตแพทย์ที่จบการศึกษาใน พ.ศ. 2532 ต้องรับราชการในส่วนภูมิภาคเป็นเวลา 3 ปี ผลจากการนี้ช่วยให้มีทันตแพทย์ในระบบบริการ ทันตสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคมากขึ้น
- 3) การผสมผสานงานทันตสาธารณสุขเข้าในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 และ 6 การจัดทำแผนงานทันตสาธารณสุขได้ยึดเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าและใช้ หลักการสาธารณสุขมูลฐาน อันเป็นอิทธิพลมาจากคำประกาศที่กรุงอัลมาออตตา เมื่อ พ.ศ. 2521 และกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มงานทันตสาธารณสุขเข้าไปในองค์ประกอบของงานสาธารณสุข มูลฐานซึ่งมีสาระสำคัญ ดังนี้ คือ
 - 3.1 การเริ่มดำเนินงานทันตสาธารณสุขเข้าในงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน โดยการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน ร่วมกับกองทุนยาในหมู่บ้าน การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถดูดหินน้ำลาย ด้วยมือได้
 - 3.2 ทันตบุคลากรในระดับอำเภอเข้าไปทำงานร่วมกับสถานอนามัย โดยอบรมให้เจ้าหน้าที่ สถานอนามัยสามารถตรวจวินิจฉัย และบรรเทาโรคเหงือกและโรคฟันเบื้องต้นได้ ภายใต้ ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 1 (ทสสม. 1) และเพิ่มขีดความ สามารถให้เจ้าหน้าที่สถานอนามัยให้สามารถดูดหินน้ำลายได้ ภายใต้ชื่อโครงการทันต สาธารณสุขมูลฐาน 2 (ทสสม. 2) เพื่อรองรับการส่งต่อนักเรียนในโครงการเฝ้าระวังทันต สุขภาพ
 - 3.3 การดูแลสุขภาพนักเรียนประถมศึกษา ได้มีการเสนอแนวทางเฝ้าระวังและส่งเสริม ทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานในการดำเนินการ หลังจากได้ทดสอบและประเมินความเหมาะสมแล้วจึงนำมากำหนดเป็นกิจกรรมสำคัญใน

แผน ๑ 6 แทนพันธุกรรมแบบเพิ่มทวี โดยกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกันจัดทำโครงการขึ้น นับเป็นการดูแลทันตสุขภาพนักเรียนประถมอย่างเป็นระบบและชัดเจนครอบคลุมทั่วประเทศสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการระดับอำเภอ

- 4) การกำหนดให้มีทันตภิบาลไปประจำในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่ ซึ่งเป็นไปตามโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานื่อนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ. 2535- 2544 โดยได้กำหนดให้มีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่แห่งละ 1 คน ใน พ.ศ. 2536 โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ การพัฒนางานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับสถานี ให้มีความครอบคลุมและมีคุณภาพมากขึ้น นับเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายบริการทันตสาธารณสุขไปสู่ระดับตำบล

จากสถานการณ์ที่ผ่านมาถือว่ากองทุนสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินนโยบายด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก โดยประสานการจัดทำแผนทันตสาธารณสุขตลอดมา และเริ่มเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ในแผนงานทันตสาธารณสุขฉบับที่ 7 และ 8 (ปี 2535-2544) มีการเน้นกิจกรรมการส่งเสริมทันตสุขภาพตั้งแต่กลุ่มตั้งครรภ์โดยการให้ทันตสุขภาพศึกษา และให้บริการตามความจำเป็นในกลุ่มแม่หรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีน มีการให้ทันตสุขภาพศึกษาและแจกแปรงสีฟันเด็ก การแจกยาสีฟันหลอดไรด์ ส่วนการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในสถาบัน (อายุ 3-5 ปี) มีการสอนและควบคุมเด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโดยครูและผู้ดูแลเด็ก การตรวจฟันเด็ก การจัดอาหารที่เหมาะสม การแนะนำผู้ปกครอง การจ่ายยาเม็ดฟูลอไรด์ ส่วนกลุ่มเป้าหมายรองลงมายังคงเป็นกลุ่มนักเรียนประถมและยังใช้กิจกรรมเฝ้าระวังทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบของงานส่งเสริมทันตสุขภาพเป็นการสั่งการให้ร่วมมือมาจากส่วนกลางคือกองทุนสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สถานื่อนามัย ตามลำดับ กิจกรรมที่เสนอแนะอยู่ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐ มีการสนับสนุนวัสดุ / อุปกรณ์ต่างๆ เช่น สื่อการสอนทันตสุขภาพและตรวจสุขภาพช่องปาก แปรงสีฟัน ยาสีฟัน วัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน เป็นต้น รวมไปถึงการสนับสนุนงบประมาณการอบรมผู้ดูแลเด็ก การอบรม อบต. ในพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดฟูลอไรด์เป็นพิษ เป็นต้น ซึ่งจากรายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ปีงบประมาณ 2544 (กระทรวงสาธารณสุข, 2544) พบว่าผลการดำเนินงานนั้นเป็นเพียงกิจกรรมหรือสิ่งสนับสนุนซึ่งก็ได้ดำเนินการบรรลุไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ส่วนผลลัพธ์และผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนั้นมุ่งไปที่การลดอัตราความชุกของการเกิดโรคเท่านั้น

เมื่อประมวลสถานการณ์ปัญหาทันตสุขภาพ จากการสำรวจทันตสุขภาพแห่งชาติในช่วงปี 2527 ถึง ปี 2544 พบแนวโน้มสรุปได้ดังนี้ แนวโน้มของปัญหาโรคฟันน้ำนมผุในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เริ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สุณี วงศ์กนกเทพ, ศรีสุดา ลีละศิริ, 2544)

จากสถานการณ์ของปัญหาทันตสุขภาพ แสดงให้เห็นชัดเจนว่าการดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0-5 ปี ไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริมการป้องกันโรคฟันผุได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ บุปผา ไตรโรจน์ และคณะ (2544) เรื่องกระบวนการดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน ในช่วงอายุ 0-2 ปี พบว่า การดำเนินกิจกรรมยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่ว่าจะเป็นการให้ทันตสุขภาพศึกษาทั้งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มผู้ปกครองเด็ก หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติในช่องปาก ให้ความใส่ใจไปรับการรักษาไม่ถึงครึ่ง ปัจจัยที่เป็นข้ออ่อนในการดำเนินงานคือ เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญต่อ

งานรักษามากกว่างานส่งเสริมสุขภาพ การให้ทันตศึกษาเป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียวและขาดความต่อเนื่อง การดำเนินงานในกลุ่ม 3-5 ปี มีเป้าหมายหลักที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่า แม่ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมมาแล้ว แต่การที่มีวุฒิการศึกษาต่ำและประสบการณ์ด้านสุขภาพอนามัยน้อย จึงมีข้อจำกัดในด้านแนวคิดการดำเนินงาน ความมั่นใจในการตรวจฟันและการแนะนำผู้ปกครองในส่วนของโรงเรียนแม้จะมีข้อดี ที่สามารถจัดหาอุปกรณ์การแปรงฟันให้เด็กได้ แต่ก็มีข้ออ่อนคือครูและผู้บริหารการศึกษาให้ความสนใจต่อสุขภาพอนามัยของเด็กไม่มากนัก ขาดการจัดการที่ดี ประกอบกับการะงายที่มีหลายอย่างจึงทำให้การดำเนินงานในเชิงคุณภาพมีน้อย จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานภายใต้นโยบายจากส่วนกลางของภาครัฐ นอกจากไม่มีความครอบคลุมแล้วยังไม่ส่งผลให้ทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เหล่านี้ยังต้องการข้อมูลในส่วนกลไกของการเกิดโรคและการพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและเงื่อนไขในแต่ละพื้นที่ การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ในปัญหาเฉพาะพื้นที่ของตน เพื่อนำมาสร้างแผนแก้ปัญหาและสร้างสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับสถานการณ์จริงของพื้นที่ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่ทีมทันตสุขภาพในแต่ละพื้นที่ควรจะทำ

จากสถานการณ์การเป็นโรคในช่องปากและปัญหาการดำเนินงานในปัจจุบัน ทำให้มีคำถามว่าตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาสองทศวรรษที่ผ่านมา การพัฒนางานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพของไทยไม่ประสบผลสำเร็จเพราะเหตุใด อาจเป็นไปได้ว่าในอดีตที่ผ่านมาโครงการกิจกรรมมุ่งไปที่การกำจัดโรคในช่องปากเพียงอย่างเดียว ไม่ได้มองไปที่สุขภาพแบบองค์รวม ทำให้คำว่าส่งเสริมสุขภาพดูไม่ค่อยมีพลัง งานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในเมืองไทยดำเนินการภายใต้แนวคิดการป้องกันโรค ไม่ได้มองปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปากว่ามีถึงความสัมพันธ์ไม่เฉพาะปัจจัยทางด้านชีววิทยาและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงปัจจัยต่างๆ อีกมากมายไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ประกอบกับประชาชนไม่ตระหนักในศักยภาพของตนเอง และไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยคิดว่าเป็นเรื่องของทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (บุญเอื้อ ชงวานิชกร และคณะ, 2544) นอกจากนี้ยังการจัดการบริการทันตสาธารณสุขยังเน้นให้ความสำคัญกับการรักษา ฟันผุสภาพในช่องปากมากกว่า มีการใช้เวลาในการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันไม่ถึงร้อยละ 5 และการทำงานส่วนใหญ่ก็เป็นการตั้งรับอยู่ในสถานบริการ (กฤษณ์บุญ พรเพิ่มพูน และคณะ, 2538) โดยทั่วไปการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพของทันตบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สาธารณสุขต่างๆ ทั้งชนบท ในเมือง ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ส่วนใหญ่เป็นการให้ทันตศึกษาเป็นรายบุคคลและให้เป็นรายกลุ่ม (ชินดา วิชชาวุธ, 2544) แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนโดยการให้ศึกษาโดยผ่านสื่อต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นแผ่นปลิวหรือโปสเตอร์ทำให้มีความรู้เพิ่มก็จริง แต่ไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมคนในระยะยาวได้ (Kay, Locker, 1998) การที่มีปัจจัยด้านลบต่อสภาวะสุขภาพช่องปากมีความสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้นตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมยุคโลกาภิวัตน์ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากแบบเดิมที่แยกออกจากโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป พบว่าไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (Sheiha et al., 2000) ในปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพยึดหลักการ Total patient care ดังนั้นการแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก จำเป็นต้องดำเนินควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาสุขภาพทั่วไป

กล่าวโดยสรุปว่าน่าจะวิเคราะห์ได้ว่างานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเมืองไทยไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรเนื่องจาก

- 1) ขอบข่ายแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ที่มีแนวคิดแบบเดิมๆ มีลักษณะเป็นกิจกรรมเฉพาะในการป้องกันโรคในช่องปากแต่ละชนิด การดูแลสุขภาพช่องปากแยกออกจากอวัยวะอื่นของร่างกาย ดำเนินกิจกรรมแยกออกจากทีมสุขภาพอื่นในลักษณะต่างคนต่างทำ ที่สำคัญคือยึดติดกับการดูแลรักษาโดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นศูนย์กลาง หากจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากสิ่งแรกที่ต้องดำเนินการคือการปรับทัศนคติและการทำงานของทีมงานทันตสุขภาพ
- 2) งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ผ่านมายังขาดการสร้างปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมสำคัญๆ หลายอย่าง เช่น กฎหมายหรือนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ส่งผลให้มีสุขภาพช่องปากดี
- 3) แผนงานและโครงการที่ผ่านมานั้นไปที่การป้องกันโรคในช่องปาก ของกลุ่มที่มีปัญหาหรือกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
- 4) ขาดการพัฒนาผลงานวิจัย การสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญๆ รองรับเพื่อแสดงถึงปัญหาและความต้องการที่แท้จริงในการดูแลสุขภาพช่องปากในบริบทของแต่ละพื้นที่
- 5) กลยุทธ์ต่างๆ ที่ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ยังมีข้อจำกัดอยู่มากมาย โดยส่วนใหญ่จะเน้นกลยุทธ์เชิงปริมาณของกิจกรรมที่เฉพาะ ขาดการส่งเสริมในเชิงองค์รวมที่เน้นสุขภาพในทุกด้านของคน ขณะเดียวกันกิจกรรมซึ่งมีความเฉพาะในแต่ละกลุ่มเป้าหมายนี้ นอกจากจะไม่ครอบคลุมแล้วยังขาดองค์ประกอบที่สำคัญ ในการเร้าหรือจูงใจให้ประชาชนเกิดความตระหนักหรือต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง
- 6) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กร ภาคีความร่วมมือต่างๆ ในการดำเนินงาน หน่วยงานรัฐไม่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจ เกี่ยวกับแผนงานหรือกิจกรรมในการดูแลสุขภาพของชุมชนเอง

จากภาพสะท้อนถึงปัญหาการจัดการบริการทันตสาธารณสุขในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่องปากที่ผ่านมา ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือสร้างพฤติกรรมทันตสุขภาพที่เหมาะสมให้เกิดกับประชาชนทำกลุ่มอายุได้ ในระยะเปลี่ยนผ่านของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การพัฒนาและจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ เป็นบริการที่ใกล้ชิดกับประชาชน จึงน่าจะถึงเวลาของการเปลี่ยนแปลงไปสู่แนวคิดใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ที่มีลักษณะเป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม ไม่ใช่บริการที่จัดโดยองค์กรสุขภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสังคม มุ่งดูแลสุขภาพช่องปากและสุขภาพโดยรวมไม่เพียงสุขภาพฟันอย่างเดียว เน้นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนความร่วมมือระหว่างภาคี ประชาคมต่างๆ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ที่สอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา เพื่อให้ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นผู้จัดการสุขภาพช่องปากเป็นผู้ลงมือจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอันเกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปากอย่างแท้จริง

3.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังที่มีการกล่าวถึงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการ “สร้าง” สุขภาพนอกเหนือไปจากการ “ซ่อม” สุขภาพของประชาชน แต่เมื่อพิจารณาถึงชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงให้ความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน-ควบคุมโรคด้วยการ

จัดสรรเงินงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี เมื่อเทียบกับงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคได้เพียง 175 บาทต่อคนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

สำหรับชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการระบุถึงกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน-ควบคุมโรคที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องให้บริการ ได้แก่

- ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
- การตรวจและดูแลส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์
- การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการ และภาวะโภชนาการของเด็ก รวมถึงการให้ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ
- การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
- การให้ยาต้านไวรัสเอดส์กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- การวางแผนครอบครัว
- การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
- การให้คำปรึกษานับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
- การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่
 - การตรวจสุขภาพช่องปาก
 - แนะนำด้านทันตสุขภาพ
 - การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
 - เคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

จากการประเมินสถานการณ์การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกองทันตสาธารณสุข (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ, 2544) ในพื้นที่ 6 จังหวัดน่านได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาครและยะลา ในช่วง 6 เดือนแรกของการดำเนินการ พบว่า

1.งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ยังไม่ชัดเจนว่าจะเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพแบบใหม่นี้ได้อย่างไร นอกจากนั้นกิจกรรมที่เคยดำเนินการควบคุมโรคในช่องปาก และส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษา ที่เคยอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกิดปัญหาว่าใครจะรับผิดชอบดำเนินการและใช้งบประมาณส่วนไหนมาดำเนินการและเป็นที่น่าสังเกตคือไม่มีข้อคิดเห็นในเรื่องบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากจากทันตแพทย์

2.ชนิดการบริการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมเอง ไม่ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ

3.หลักการสำคัญของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นเรื่องที่ต่างจากการรับรู้เดิมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งทันตบุคลากรมาก ต้องการอาศัยการยอมรับ ทำความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติ สิ่งเหล่านี้ต้องมีกระบวนการดำเนินการและการจัดการพัฒนาอีกยาวนาน

4.ยังไม่มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงที่ศึกษานี้

ผลการศึกษาสอดคล้องกับรายงานการวิจัย ของเพ็ญแข ลากยัง (2545) ในตัวแทน 4 จังหวัดของทุกภาค (เก็บข้อมูลเดือนธันวาคม 2544 – เดือนกุมภาพันธ์ 2545) ซึ่งมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งในเรื่องนโยบายยัง

ไม่มีความชัดเจนที่เข้าใจตรงกัน ปัญหาการจัดบริการนักเรียนประถมในเขตเมือง ปัญหาในการจัดการกับทรัพยากรที่มีจำกัด ทั้งจำนวนบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ในบางแห่งทันตแพทย์ไม่ได้เข้าไปมีส่วนในการจัดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการปฐมภูมิ ทันตภิบาลทำหน้าที่เป็นเพียงผู้ช่วยทันตแพทย์ หรือช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำงานธุรการ หากมองเป็นองค์กรร่วมงานส่งเสริมและป้องกันเป็นงานที่บุคลากรอื่นทำหรือเป็นทีมงานที่มีทักษะความสามารถในการทำงานกับชุมชน แต่ในเรื่องช่องปากยังเป็นเรื่องที่ยังปฏิบัติงานให้ความสำคัญในลำดับท้ายๆ เพราะมองว่าเป็นเรื่องที่ทำได้ ดังนั้นแม้จะเป็นองค์กรร่วมแต่ทีมงานยังอยากให้ฝ่ายทันตสาธารณสุขออกดำเนินการเอง

สมนึก ชาญด้วยกิจ ได้อธิบายลักษณะการทำงานด้านสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย

1) ทำเพื่อแก้ Ill health (การมองปัญหาเชิงขัดข้อง) ได้แก่ การบำบัดเบื้องต้น การทำ ART การอุดฟัน การขูดหินน้ำลาย การรักษาโรคปริทันต์ การรักษาคลองรากฟัน การถอนฟัน การใส่ฟันปลอม การทำรากเทียม การจัดฟัน การผ่าตัดเหงือก การออกหน่วยเคลื่อนที่ทันตกรรม การรณรงค์ด้านบำบัดรักษา และการเฝ้าระวังและแก้ไขโรคในช่องปาก

2) ทำเพื่อป้องกัน Risk to Health (การมองปัญหาเชิงป้องกัน) ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การฝึกแปรงฟันในเด็กเล็ก การใช้สารฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ การทำ Plaque-control การเคลือบหลุมร่องฟัน การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและสิ่งแวดล้อมที่กระทบสุขภาพช่องปาก การป้องกันโรคมะเร็งในช่องปาก และการสำรวจสุขภาพช่องปาก

3) ทำเพื่อพัฒนา Good Health (การมองปัญหาเชิงพัฒนา) ได้แก่ การส่งเสริมโภชนาการที่เสริมสร้างฟันให้แข็งแรง การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและครอบครัว การเสริมสร้างให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปาก การคุ้มครองผู้บริโภค และการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ เช่น โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงงานส่งเสริมสุขภาพ เมืองน่าอยู่ เป็นต้น

สำหรับนิยามการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) จากองค์การอนามัยโลกที่ประกาศใน The Ottawa Charter นั้นการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง (WHO, 1986) ขณะที่ธนาคารโลกได้เสนอกฎสำคัญ 3 ประการ (World Bank, 1993) ซึ่งจำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพดี ได้แก่

- (1) บริการสาธารณสุขสำหรับปวงชน (Health service to the population)
- (2) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (Healthy Behavior)
- (3) การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy environment)

โดยสรุปการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการสร้างอำนาจ (Empowerment) แก่ประชาชนเพื่อไปสู่สุขภาพดี โดยอาศัยวิธีการปรับเปลี่ยน “พฤติกรรม” และปรับปรุง “สิ่งแวดล้อม” และการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการทำงานเพื่อพัฒนา Good health การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นการจัดวางกระบวนการทัศน์ที่สุขภาพของคน (Health oriented) มิใช่จัดวางที่ “โรค” (disease oriented)

นอกจากนี้การให้ความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพช่องปาก (Health and Oral Health Education) ภายใต้นโยบายการส่งเสริมสุขภาพคือการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empower) ให้นุคคลกลุ่มคนและชุมชน โดยการให้ข้อมูลที่สำคัญ และช่วยให้เขาได้พัฒนาทักษะและยกระดับความเข้าใจและเคารพตนเอง (Self esteem) ทั้งนี้

เพื่อให้เขารู้สึกว่าเขามีความสามารถและมีความสำคัญในการกำหนดและควบคุมพฤติกรรมของเขาเอง แทนที่จะเป็นหุ่นที่ถูกชักใยจากปัจจัยภายนอก ทั้งนี้มาตรการป้องกันโรคที่ดำเนินโดยสถานบริการ ตลอดจนมาตรการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เป็นสิ่งแวดล้อมที่ปกป้องสุขภาพก็สามารถดำเนินการได้ภายใต้กระบวนการเพิ่มพลังให้บุคคลและสังคม (ศศิธร, 2544)

ดังนั้นชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากจึงยังคงเป็นคำถามที่ต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าชุดสิทธิประโยชน์ดังกล่าวดำเนินการภายใต้กรอบความคิดเพื่อป้องกันโรคหรือป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก (Risk to Health) อันเป็น disease-oriented คือเน้นที่โรคเป็นศูนย์กลาง หรือกรอบความคิดเพื่อการพัฒนาสุขภาพช่องปาก (Good Health) อันเป็น Health-oriented คือให้ความสำคัญกับสุขภาพ โดยมีคนเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้กิจกรรมการแนะนำสุขภาพช่องปาก การให้ความรู้สุขภาพสามารถบรรลุถึงแนวคิดการให้สุศึกษาภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพอันหมายถึงการสร้างเสริมอำนาจ (Empower) ให้กับบุคคล , ครอบครัวและสังคม หรือชุมชนได้หรือไม่

โดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากที่ได้ดำเนินการมาแล้วมากกว่าสองทศวรรษเป็นการพัฒนาสุขภาพในมิติของ disease-oriented ตั้งรับอยู่ในสถานบริการ การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นการสร้างสุขภาพยังต้องมีการพัฒนาเพื่อแสวงหาดุลยภาพระหว่างการรักษาและการฟื้นฟูสภาพกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ แสวงหาแนวทางการขับเคลื่อนจาก disease-oriented ไปสู่ health-oriented เพื่อสอดคล้องกับมิติการพัฒนาสุขภาพเชิงรุก “สร้างนำซ่อม” ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากก็ยังมีบริบทอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือจากกรอบแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อาทิเช่น

- อัตราส่วนของทันตบุคลากรต่อประชากร โดยในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ระบุว่า ในหน่วยบริการปฐมภูมิต้องจัดให้มีทันตแพทย์ในอัตราส่วนไม่น้อยกว่า 1 : 20,000 ในพื้นที่ที่มีทันตแพทย์ไม่เพียงพอ อาจจัดให้มีทันตภิบาลในอัตราส่วนอย่างน้อย 1 : 20,000 ภายใต้การดูแลของทันตแพทย์ รวมทั้งหมดไม่เกิน 1 : 40,000 คน

คำถามที่น่าสนใจก็คือ จำนวนทันตแพทย์และจำนวนทันตภิบาลมีเพียงพอที่จะปฏิบัติงานในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ (CUP) และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และคุณภาพหรือไม่ ในปัจจุบันจากการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับทันตแพทย์และทันตบุคลากรอื่น ๆ พบว่า บางโรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นหน่วย contracting unit of primary care : CUP มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมากกว่า 1 แห่งขึ้นไป และมีการให้ทันตแพทย์บ้าง ทันตภิบาลบ้าง วนเวียนไปตาม PCU สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ซึ่งส่วนใหญ่ก็เป็นการให้การรักษามากกว่าการส่งเสริมและป้องกันโรค

- ปริมาณงานการรักษาด้านสุขภาพช่องปาก ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเบื้องต้นพบว่าปริมาณงานด้านการอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะงานการใส่ฟันปลอม จากการศึกษาของวิชัย วิวัฒนคุณูปการ(2547) พบว่า ปริมาณงานด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพช่องปากในโรงพยาบาลเอกชน 8 แห่งของจังหวัดเชียงใหม่ มีปริมาณงานเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 30 ของปริมาณงานเมื่อเทียบกับช่วงเวลาเดียวกัน เมื่อก่อนที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำถามต่อมาก็คือ ถ้าทันตแพทย์และทันตภิบาลยังคงมีปริมาณงานรักษาและฟื้นฟูสภาพโรคในช่องปากเพิ่มขึ้น ทันตบุคลากรจะมีเวลาในการสร้างสุขภาพช่องปากให้กับประชาชนได้อย่างไร และถ้าทันต

บุคลากรดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากตามแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จะต้องมีกลยุทธ์อย่างไรบ้าง

- ทักษะของการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้แนวคิด การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ของทันตบุคลากรก็เป็นประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ เนื่องจากการเรียนการสอนในคณะทันตแพทยศาสตร์ที่มุ่งเน้นการรักษาเป็นพื้นฐาน (Clinical based) ดังตัวอย่างในคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประกอบด้วย 10 ภาควิชา แต่มี 9 ภาควิชาที่มุ่งเน้นที่การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก และมีเพียง 1 ภาควิชา คือภาควิชาทันตกรรมชุมชน ที่รับผิดชอบการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปาก เป็นต้น ดังนั้น ทักษะของทันตแพทย์ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปากก็ยังคงเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่จะบรรลุการสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีให้กับประชาชน

- กระบวนการจ่ายเงินงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เนื่องจากในบางจังหวัดได้จัดให้มีการจ่ายเงินงบประมาณด้านนี้ด้วยปริมาณงานที่ดำเนินการตามสิทธิประโยชน์ เช่น ให้ฟลูออไรด์ก็คน เคลือบหลุมร่องฟันก็ซี่ ตรวจฟันก็คน เป็นต้น การพิจารณาปริมาณงานการป้องกันโรคโดยพิจารณาที่ผลงานนี้ก็เป็นสิ่งที่มีเหตุผล แต่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากคงไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุวัตถุประสงค์ การสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีได้ถ้ามีวิธีการจ่ายงบประมาณด้วยวิธีดังกล่าว

การประเมินผลงานจากการปฏิบัติงานแบบการคิดปริมาณงานให้ฟลูออไรด์ก็ตาม การเคลือบหลุมร่องฟันก็ตาม เป็นการประเมินแบบ Performance-based โดยมีได้พิจารณาถึงสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงานซึ่งเป็น outcome การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อสร้างอำนาจให้กับประชาชนในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ครอบครัว คงไม่สามารถประเมินผลงานได้ด้วย Performance-based การประเมินผลที่มุ่งถึงการพัฒนาสุขภาพช่องปากควรต้องมุ่งที่ผลสัมฤทธิ์ (Result-based) ดังนั้นกระบวนการจ่ายเงินงบประมาณด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากอาจจะเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ไม่เอื้ออำนาจให้มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

- มิติด้านการเมืองที่ผลักดันโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือภายใต้โครงการ 30 บาท รักษาได้ทุกโรคก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปากให้ได้ประสิทธิภาพและคุณภาพ เพราะทางเงื่อนไขทางการเมืองที่มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับการรักษาด้านทันตกรรมและการใส่ฟันปลอม และยังคงมีกระบวนการป้องกันโรคมากกว่าการสร้างสุขภาพก็คงจะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

- มิติด้านสังคมและวัฒนธรรมในแต่ละท้องถิ่น ประชาชนแต่ละท้องถิ่นได้ให้คุณค่าและความหมายของงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปากอย่างไร ประชาชนมีแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากอย่างไร ชุมชนสังคมมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่เอื้ออำนวยต่อการควบคุมปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมหรือไม่ และระบบการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลครอบครัวของชุมชนสังคมมีอะไรบ้าง สิ่งเหล่านี้ก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในมิติใหม่ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ระเบียบวิธีการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ในระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย

- ศึกษาปริมาณงานและกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ
- ศึกษาแนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้ให้บริการ (ทันตบุคลากร) ในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ
- ศึกษาแนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของผู้รับบริการ (ประชาชน) ในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิ

พื้นที่ศึกษา (Site or area of study)

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) เพื่อศึกษาข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในภาพรวมระดับจังหวัด โดยพื้นที่เพื่อการศึกษาประกอบด้วย

ภาคเหนือ : จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดน่าน

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดบุรีรัมย์

ภาคกลาง : กรุงเทพมหานคร และจังหวัดปทุมธานี

ภาคใต้ : จังหวัดสงขลา และ จังหวัดพัทลุง

การเลือกพื้นที่ศึกษาดังกล่าว เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเงื่อนไขที่คณะผู้วิจัยได้กำหนด กล่าวคือ คณะผู้ร่วมวิจัยเกิดจากการรวมตัวของคณาจารย์ในภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ 8 มหาวิทยาลัย การกำหนดพื้นที่ศึกษาเป็นไปตามบริบทของคณะทันตแพทยศาสตร์แต่ละสถาบันที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูล โดย

*คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เก็บข้อมูลในพื้นที่ ภาคเหนือ: จังหวัดเชียงใหม่ และ จังหวัดน่าน

*คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ : จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดบุรีรัมย์

*คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เก็บข้อมูลในพื้นที่ภาคใต้ : จังหวัดสงขลา และ จังหวัดพัทลุง

*คณะทันแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เก็บข้อมูลในพื้นที่ จังหวัดปทุมธานี

*คณะทันแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒเก็บข้อมูลในพื้นที่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร

การคัดเลือกประชากรศึกษา

ในเบื้องต้น การศึกษานี้มีความประสงค์ที่จะใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care Unit : PCU) เป็น Unit of Analysis แต่เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในระยะแรกพบว่าหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือ ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCUมีบุคลากรทางทันตสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่น้อย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อปี2544 เรื่องระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอ พบว่ามีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาลปฏิบัติงานอยู่ประจำสถานีอนามัยขนาดใหญ่อยู่เพียงร้อยละ๑๑ ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ปรับประชากรศึกษาเป็นหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ หรือ Contracting unit of primary care: CUP แทน โดยแต่ละพื้นที่ศึกษา มีหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน 6-12 หน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิเป็นกลุ่มตัวอย่าง(sample size) ในการศึกษา

-จังหวัดเชียงใหม่ เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๑๒ แห่ง จากจำนวน ๓๖ CUP โดยพิจารณาจากความแตกต่างของพื้นที่ที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ในการศึกษาแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๓ เขต ดังนี้

* เขตเมือง ๔ โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม และ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงมหาดไทย

* เขตกึ่งเมือง ๓ โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

* เขตชนบท ๕ โรงพยาบาล ประกอบด้วย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

-จังหวัดน่าน เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๑๔ CUP เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

-จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๒๓ CUP เป็นโรงพยาบาลเอกชน ๑ แห่งและโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๔ แห่ง

-จังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๒๑ CUP เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

-จังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๒๑ CUP เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

-จังหวัดพัทลุง เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๑๑ CUP เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

-จังหวัดปทุมธานี เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP จำนวน ๖ แห่ง จากจำนวน ๑๓ CUP เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

-จังหวัดกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP ที่เป็นหัวหน้าโซน จำนวน ๔ แห่ง และจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP ที่อยู่ในโซนเดียวกันอีก ๔

แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลเอกชน ๒ แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๓ แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ๑ แห่ง และโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ๒ แห่ง นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลจากศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่ทำหน้าที่เป็น หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ PCU ของหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP' และ เป็นเพียง subcontractor ของหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ หรือ CUP เพราะการจัดโครงสร้างทางกายภาพของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพของกรุงเทพมหานคร มีความแตกต่างและซับซ้อนกว่าโครงสร้างทางกายภาพของการบริหารจัดการหลักประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการเก็บข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยได้มีการประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนการดำเนินงานการวิจัย และร่วมกันสร้างเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิในพื้นที่ที่ถูกคัดเลือก เพื่อการวิจัย คือ 8 จังหวัด (ภาคละ 2 จังหวัด)
2. คณะผู้วิจัยต่างก็เริ่มดำเนินการสัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ดูแลงานนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดเป้าหมายทั้ง 8 จังหวัด เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นในภาพรวมของสถานการณ์การดำเนินงานภายใต้นโยบายดังกล่าว และสถานภาพของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
3. คณะผู้วิจัยทำการสรุปข้อมูลที่ได้จากการดำเนินการในขั้นตอนที่ 2 เพื่อคัดเลือกหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ โดยพิจารณาจากรายงานการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของโรงพยาบาล ร่วมกับการให้ความเห็นจากทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นจังหวัดที่เป้าหมาย
4. คณะผู้วิจัยทั้งหมดดำเนินการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลเชิงปริมาณการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิใน 8 จังหวัด ที่เป็นพื้นที่ศึกษา พร้อมกับร่วมกันสร้างกรอบคำถามเพื่อศึกษาแนวคิดและแบบแผนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการระดับปฐมภูมิ และผู้ใช้บริการ (ประชาชน) ที่มาใช้บริการในสถานบริการดังกล่าว
5. ผู้ร่วมวิจัยแต่ละภาคทำการเก็บข้อมูลตามกรอบคำถามที่ได้สรุปขึ้นในข้อ 4 ตามตารางที่ 1-3 ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ เชิงลึก (In-depth Interview) ร่วมกับการพูดคุยเป็นกลุ่ม (Focus group discussion) และการสังเกตในหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิเป้าหมายที่กำหนดในขั้นตอนที่ 3
6. ผู้ร่วมวิจัยแต่ละภาคจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพในภาพรวมแต่ละจังหวัด
7. ผู้ร่วมวิจัยทั้งหมดจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 6 ในเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และช่วยกันสังเคราะห์สถานการณ์ การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ
8. ผู้ร่วมวิจัยสรุปและรายงานผลฉบับสมบูรณ์ในการศึกษาระยะที่ 1

แนวคำถามประกอบการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้างนี้

คำถามวิจัยข้อที่ 1 : สถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นอย่างไร มีการดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง ภายใต้เงื่อนไขบริบทอะไร

ประเด็น/ตัวอย่าง	เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือ	ช่วงเวลา
A. ภาพรวมของโครงการ 30 บาท (มิติการบริหาร, บริการ และพัฒนาบุคลากร) 1. การเตรียมบุคลากรให้เข้าใจ concept และวิธีการ 2. coverage 3. โครงสร้างการเงินการคลัง เช่น 3.1 เงินที่ได้รับ 1,202 บาท ใช้จ่ายอย่างไรบ้าง 3.2 การจัดสรรเงินสู่ CUP 3.3 การกันเงินค่าจ้างไว้ส่วนกลาง 4. ปัญหา, อุปสรรค, การบริการ และการบริหารจัดการ 4.1 การขอ Contingency fund 5. การทำงานส่งเสริมป้องกันในโครงการฯ ของจังหวัดมีการดำเนินอย่างไรบ้าง * ความหมายของการส่งเสริม, ป้องกัน ของจังหวัด * 5.1 ปัญหาอุปสรรคการทำงานส่งเสริม ป้องกัน และปัจจัยใดที่ทำให้งานส่งเสริมป้องกันดำเนินงานได้	- คณะกรรมการโครงการ 30 บาท ของจังหวัด - เอกสารประกอบ เช่น คู่มือการดำเนินงาน สุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด - รายงาน - หน่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สัมภาษณ์	
5.2 สถานภาพการทำงานด้านส่งเสริม ป้องกัน ใน cup ต่าง ๆ เป็นอย่างไร			

ประเด็น/ตัวอย่าง	เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูล และเครื่องมือ	ช่วงเวลา
6. ทักษะที่มีต่อโครงการ 30 บาท - ทักษะที่มีต่องานส่งเสริมป้องกันในโครงการ 30 บาท - ทักษะที่มีต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ			
B. ภาพรวมของงานทันตฯ ในโครงการ 30 บาท 1. สิทธิประโยชน์ของงานด้านทันตกรรม งานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก มีอะไรบ้าง 2. เปรียบเทียบงานส่งเสริมป้องกันด้านทันตสุขภาพ ก่อน – หลังโครงการ 3. ทักษะที่ต้องงานโครงการ 30 บาท 3.1 งานรักษา, ส่งเสริม, ป้องกันในสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมของโครงการ 30 บาท เหมาะสมหรือไม่ประการใด 3.2 แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพช่องปากประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง 3.3 แนวคิดการป้องกันโรคในช่องปาก ประกอบด้วยกิจกรรมอะไรบ้าง	• ฝ่ายทันตฯ, สสจ. • เอกสาร เช่น คู่มือสุขภาพถ้วนหน้า, รายงาน, ผลการดำเนินงานย้อนหลัง ทั้งจากจังหวัดและ รพช.		

ประเด็น/ตัวอย่าง	เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูลและเครื่องมือ	ช่วงเวลา
4. ความคิดเห็นต่อ CUP 4.1 CUPหรือโรงพยาบาลชุมชนในธรรมชาติของผู้ที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดกับงานทันตสาธารณสุขที่เห็นว่าการส่งเสริม/ป้องกันโรคในช่องปากก่อนข้างคี่สัก 3-5 CUP และCUP ใดที่มีงานส่งเสริม/ป้องกันน้อยสัก 3-5 CUP 4.2 ลงรายละเอียดงานส่งเสริมป้องกัน เช่น ในสถานบริการ (WBC/ANC) และนอกสถานบริการ, การ integrate กับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่น ๆ เช่น การลงพื้นที่ร่วมกับฝ่ายอื่น ๆ	+ โทรศัพท์คุยกับ cup เพื่อเก็บข้อมูล + เอกสาร เช่น ระเบียบ-รายงานทันตสาธารณสุข		
C. ข้อมูลเชิงปริมาณ 1. มีการตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงมีครรภ์ ● จำนวนครั้งต่อเดือนหรือสัปดาห์ ● จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับบริการต่อครั้งต่อเดือน ● กิจกรรมที่ให้การ - ชูดหินปูน ราย - ตรวจฟัน ราย - อุดฟัน ราย - ทันตสุขภาพ ราย - อื่น ๆ	● ระเบียบรายงานทั้งของจังหวัดและอำเภอ		

2. ดูแลเด็กในโรงเรียนประถมศึกษาตามโครงการเฝ้าระวังฯ - ครูตรวจฟัน - เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - ให้ทันตสุขศึกษา 3. ดูแลเด็กใน well-baby clinic - จำนวนเด็กที่มาใช้บริการต่อเดือน - กิจกรรมที่ทำ เช่น ให้แปรงสีฟันอันดับแรกของหนู, ให้ฟลูออไรด์, อื่น ๆ 4. ตรวจสอบสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง - กลุ่มผู้สูงอายุ - กลุ่มเด็กมัธยม - อื่น ๆ 5. เยี่ยมบ้าน (กี่ครั้ง/สัปดาห์/เดือน) 6. ให้ฟลูออไรด์ในคลินิก (คน) 7. ให้ sealant ในคลินิก (ชี/คน) 8. ให้ทันตสุขศึกษา (คน) 9. plaque control program 10. โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากอื่น ๆ (ถ้ามี)			
--	--	--	--

คำถามวิจัยข้อที่ 2 : แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมป้องกันของผู้ให้บริการ (ทันตบุคลากร) และเงื่อนไขบริบทที่เกี่ยวข้อง

ประเด็น/ตัวอย่าง	เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูล และเครื่องมือ	ช่วงเวลา
D. กรอบแนวคำถามสำหรับทันตบุคลากร (Key Informant) ใน CUP เป้าหมาย 1. ภูมิหลังประวัติการทำงานของ Key Informant • ประสบการณ์ในการทำงาน • สำเร็จการศึกษาจากสถาบันอะไร 2. ภูมิหลังด้าน โครงการ 30 บาท • ทราบถึงแนวคิดของโครงการ 30 บาท มีที่มาอย่างไร ภายใต้นโยบายอะไร • มีการเตรียมความพร้อมอย่างไรบ้าง ความพร้อมของ key Informant ความพร้อมของผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล • มีความคิดเห็นอย่างไรกับโครงการ 30 บาท ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ กิจกรรมอะไรบ้างที่เรียกว่า Oral Health Promotion	• ทันตบุคลากร	• สัมภาษณ์ Indepth interview	

ประเด็น/ตัวอย่าง	● เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูล และเครื่องมือ	ช่วงเวลา
● เข้าใจถึงแนวคิดการป้องกันโรคในช่องปากอย่างไร แตกต่างจากส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างไร กิจกรรมอะไรบ้างที่เรียกว่างานป้องกันโรคในช่องปาก ● ให้คุณค่าและความหมายต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากหรือไม่ อย่างไร ● เจออะไรที่จะพิจารณา งานส่งเสริมและป้องกัน ● มีตัวชี้วัดอะไรที่บอกว่างานส่งเสริมป้องกันประสบความสำเร็จ			
3. Family folder งานทันต จะ integrate ได้อย่างไร			
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชน ในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน			
E 1. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขทั้งบวกและลบ 2. จะ integrate งานทันตฯ ใน family folder ได้อย่างไร 3. กิจกรรม/งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากที่ดำเนินการ เช่น การดำเนินงานร่วมกัน 4. การมีส่วนร่วมของชุมชน/ประชาชน ในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน	● ผู้อำนวยการ-โรงพยาบาล ● เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม ● เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม ● ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ● เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม ● ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ● เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริม	สัมภาษณ์ indepth-interview	

คำถามวิจัยข้อที่ 3 : แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมและป้องกันของผู้ใช้บริการ
(ประชาชน)

ประเด็น/ตัวอย่าง	เก็บข้อมูลจาก	วิธีการเก็บข้อมูล และเครื่องมือ	ช่วงเวลา
F • ทักษะต่อสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมตามโครงการ 30 บาท • มีความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากอย่างไรบ้าง • พฤติกรรมการมารับบริการทันตกรรมอะไรบ้าง งานรักษา, งานส่งเสริมป้องกัน • เคยได้รับความรู้ทันตสุขภาพจากทันตบุคลากรในคลินิก และนอกคลินิกหรือไม่ อะไรบ้าง • เคยได้รับการเยี่ยมบ้านหรือส่งเสริมสุขภาพชุมชนจาก CUP บ้างไหม	ผู้ให้บริการใน CUP หรือประชาชนในชุมชน • กระจายตามอายุ, เศรษฐฐานะ, กายภาพ อย่างเหมาะสม • ผู้ให้บริการใน ANC/WBC หรือโครงการอื่น ๆ	• สัมภาษณ์	
G • มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังจากมีโครงการ 30 บาท เช่น เปลี่ยนแปลงในกิจกรรมต่างๆ ทางด้านทันตสุขภาพในโครงการเฝ้าระวังฯ	ครูในโรงเรียนประถม (ครูอนามัย)	• สัมภาษณ์	

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาศาสนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นการศึกษาด้วยกระบวนการวิจัยทางคุณภาพ โดยพื้นที่เพื่อการศึกษา

นี้เป็นการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย

- | | |
|-----------------|------------|
| - เชียงใหม่ | -น่าน |
| - ขอนแก่น | -บุรีรัมย์ |
| - สงขลา | -พัทลุง |
| - กรุงเทพมหานคร | -ปทุมธานี |

ในรายงานการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 สถานการณ์โดยรวมของการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ศึกษา

ส่วนที่ 3 แนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์ (ผู้ให้บริการ)

ส่วนที่ 4 แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของประชาชน (ผู้รับบริการ)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น

จังหวัดที่ใช้เป็นพื้นที่สำหรับการศึกษาศาสนาการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

1. จังหวัดเชียงใหม่

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544
- ประชากร 1,605,233 คน
- มีหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) 34 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 23 แห่ง เป็น โรงพยาบาลจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง
 - โรงพยาบาลเอกชน 7 แห่ง (มีโรงพยาบาลเอกชนทั้งสิ้น 14 แห่ง)
 - โรงพยาบาลในสังกัดอื่น ๆ 4 แห่ง
 - ▲ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย
 - ▲ โรงพยาบาลเทศบาล
 - ▲ โรงพยาบาลค่ายกาวิละ

▲ โรงพยาบาล กองบิน 41

- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) 90 แห่ง จำแนกเป็น
 - ศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักของกระทรวงสาธารณสุข 75 แห่ง
 - ศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักของเอกชน 10 แห่ง
 - ศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดอื่น ๆ 5 แห่ง
- มีการครอบคลุมของประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 77.4
- มีจำนวนทันตแพทย์รวมทั้งสิ้น 256 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 5,652 คน ในจำนวนทันตแพทย์ทั้งหมดนี้เป็นทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 64 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์เฉพาะในสถานบริการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขต่อประชากร 1 : 29,100 (ทันตแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง มีเพียง 50 คน เท่านั้น) นอกจากนี้มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 72 คน คิดเป็นอัตราส่วนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขต่อประชากร 1 : 24,628 คน

2. จังหวัดน่าน

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544
- ประชากร 487,593 คน
- มีหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) 14 แห่ง ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 13 แห่ง
 - โรงพยาบาลค่ายสุริยพงษ์ สังกัดกระทรวงกลาโหม 1 แห่ง

สถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) ที่รับผิดชอบประชากรมากที่สุด (71,385 คน) คือ โรงพยาบาลสา และสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) ที่รับผิดชอบประชากรน้อยที่สุด (3,961 คน) คือ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ

(ศูนย์ทันตสุขภาพ ซึ่งเดิมเป็นส่วนหนึ่งของฝ่ายทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน เมื่อมีการปรับโครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน ก็ได้โอนศูนย์ทันตสุขภาพมาอยู่ในสังกัดโรงพยาบาลน่าน และทำหน้าที่ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากให้กับโรงพยาบาลน่าน)
- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ในปี 2545 มี 23 แห่ง และในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 43 แห่ง เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล 13 แห่ง นอกโรงพยาบาล 1 แห่ง และอยู่ในสถานีนอนมัย 29 แห่ง
- มีการครอบคลุมประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 95.2 เน้นบัตรทองร้อยละ 75.4%
- มีทันตแพทย์ 28 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อทันตแพทย์ 1 : 17,377 และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 46 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 17,883 บุคลากรทางทันตสาธารณสุขทั้งทันตแพทย์และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขล้วนแต่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3. จังหวัดขอนแก่น

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544
- ประชากร 1,747,730 คน
- มีหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) ในระยะเริ่มต้นมี 27 แห่ง ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ 2546 สถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักบางแห่งได้ออนตัวจากโครงการ เนื่องจากการปรับเปลี่ยนบทบาทของสถานบริการบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลแม่และเด็ก โรงพยาบาลของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ เป็นต้น ทำให้มีสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก 23 แห่ง จำแนกเป็น
 - โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 20 แห่ง
 - โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย 1 แห่ง
 - โรงพยาบาลของนครเทศบาล 1 แห่ง
 - โรงพยาบาลเอกชน 1 แห่ง
- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ PCU ในระยะแรกมี 257 แห่ง ต่อมาในเดือนกุมภาพันธ์ 2546 มีจำนวนหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ 142 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยบริการที่ทำหน้าที่เป็น subcontractor ทำสัญญากับหน่วยคู่สัญญาหลักหรือ main contractor อาทิ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำหน้าที่เป็น subcontractor ดูแลสุขภาพช่องปากทั้งงานรักษา งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- มีทันตแพทย์ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 66 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 24,274 และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 96 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อ ประชากร 1 : 18,206
- การครอบคลุมของประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 90 เป็นบัตรทองร้อยละ 74

4. จังหวัดบุรีรัมย์

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544
- ประชากร 1,533,874 คน
- มีสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (main contractor) หรือ CUP 21 แห่ง สถานบริการเหล่านี้ล้วนแต่เป็นสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง หน่วยคู่สัญญาหลักหรือ CUP ที่ใหญ่ที่สุด คือ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รับผิดชอบประชากร 240,000 คน และหน่วยคู่สัญญาหลักที่เล็กที่สุดคือโรงพยาบาลโนนสุวรรณ รับผิดชอบประชากร 22,000 คน

เป็นที่น่าสังเกตว่าในเขตอำเภอเมือง ซึ่งมีประชาชนจำนวนมาก มีแต่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ที่ทำหน้าที่เป็น CUP รับผิดชอบประชาชนเหล่านี้ ไม่มีหน่วยงานอื่น ๆ ที่เชื่อมต่อ (subcontractor) เลย แม้ว่าในเขตอำเภอเมืองมีโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลก็ตาม

- มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) 72 แห่ง เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง และเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในสถานีนอนาถ 61 แห่ง ในศูนย์สุขภาพชุมชนมีแพทย์หมุนเวียน 18 แห่ง มีแพทย์ประจำ 11 แห่ง (คือ PCU อยู่ในโรงพยาบาล)
- การครอบคลุมของการมีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 92 เป็นบัตรทองร้อยละ 78
- มีจำนวนทันตแพทย์ 39 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 34,555 และมีเจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 43 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 23,757

5. จังหวัดสงขลา

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544
- ประชากร 1,233,802 คน
- มีสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) 21 แห่ง จำแนกเป็น

- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	17	แห่ง
- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม	2	แห่ง
- โรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย	1	แห่ง
- โรงพยาบาลเอกชน	1	แห่ง
- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU 218 แห่ง
- มีจำนวนทันตแพทย์ 63 คน (ไม่นับรวมทันตแพทย์ในสังกัดมหาวิทยาลัยสงขลา) มีทันตแพทย์ในสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข คือ โรงพยาบาลชุมชน 15 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง เพียง 50 คน คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 19,832 มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 53 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชากร 1 : 23,574
- มีการครอบคลุมของประชากรการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองร้อยละ 68

6. จังหวัดพัทลุง

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544
- ประชากร 503,057 คน
- มีสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (main contractor) 11 แห่ง เป็นสถานบริการหรือ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด คือ โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาล ชุมชน 10 แห่ง (จังหวัดพัทลุงมีโรงพยาบาลเอกชนถึง 3 แห่ง แต่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า)
- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU 36 แห่ง เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ตั้งอยู่ใน CUP ทั้ง 11 แห่ง และอยู่ที่สถานีนอนาถ 25 แห่ง
- มีจำนวนทันตแพทย์ 26 คน (เป็นทันตแพทย์ภาคเอกชน 3 คน) คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร 1 : 19,348 และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 28 คน คิดเป็น อัตราส่วนต่อประชากร 1 : 17,966
- มีการครอบคลุมของประชากรต่อการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือบัตรทองร้อยละ 74

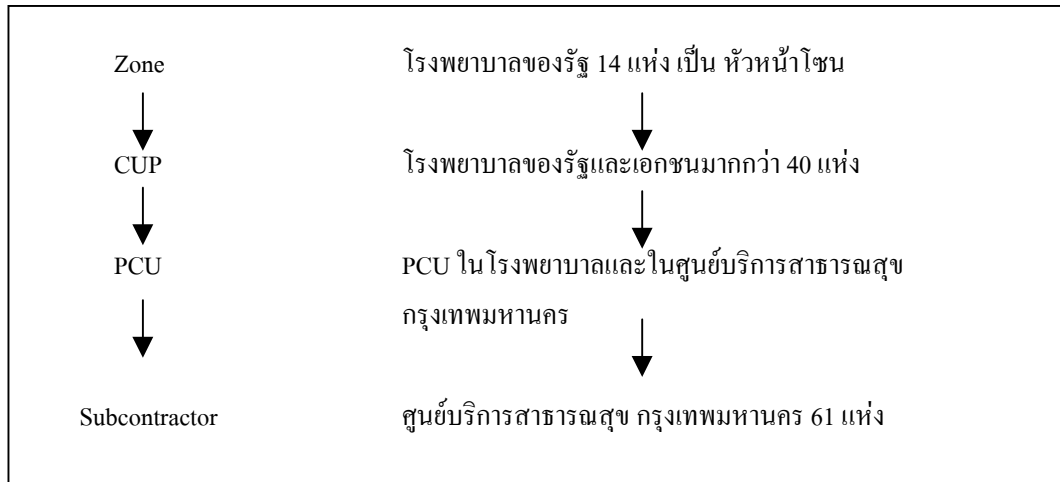
7. จังหวัดปทุมธานี

- เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544
- ประชากร 679,417 คน ตามทะเบียนราษฎร
- มีสถานบริการที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลัก (CUP) 13 แห่ง จำแนกเป็น
 - สถานบริการหรือโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 8 แห่ง เป็นโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง
 - สถานบริการหรือโรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลอินเตอร์-นวนคร โรงพยาบาลเอกปทุม ศูนย์บริการแพทย์ฉุกเฉิน และโรงพยาบาลภัทรธนบุรี (คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้มี subcontract กับศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน ด้านสุขภาพช่องปาก ทั้งการให้บริการรักษาและการส่งเสริมป้องกัน)
 - สถานบริการหรือโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- มีศูนย์สุขภาพชุมชน 28 แห่ง เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนในโรงพยาบาล 13 แห่ง
- มีจำนวนทันตแพทย์ 31 คน ในสังกัดเฉพาะสถานบริการในกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นอัตราส่วนทันตแพทย์ต่อประชาชน 1 : 21,916 และมีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล 28 คน คิดเป็นอัตราส่วนต่อประชาชน 1 : 24,265
- มีการครอบคลุมประชากรที่มีหลักประกันสุขภาพถึงร้อยละ 88 เป็นบัตรทองร้อยละ 70 ประกันสังคมร้อยละ 17 และข้าราชการร้อยละ 11 ประชาชนที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพร้อยละ 12 นั้นส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลอินเตอร์-นวนคร ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน และโรงพยาบาลภัทรธนบุรี ทั้งนี้เป็นเพราะร้อยละ 34 ของประชากรกลุ่มนี้ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้าน ร้อยละ 16 ไม่สนใจทำบัตรทอง และอีกร้อยละ 16 ไม่รู้ว่ามีสิทธิทางสุขภาพ

8. กรุงเทพมหานคร

- เริ่มเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2544 และครอบคลุมทุกพื้นที่ เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2545
 - ประชากรตามทะเบียนราษฎร 5.7 ล้านคน
 - มีการจัดโครงสร้างเชิงกายภาพของการจัดการภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยแบ่งพื้นที่ของกรุงเทพมหานครออกเป็น 14 โซน แต่ละโซนมีโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐ จำนวน 14 แห่ง เป็นหัวหน้าโซน ประกอบด้วย
 - โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬา โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นกลุ่มโรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์
 - โรงพยาบาลภูมิพล โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎ และโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
 - โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลวชิระ โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นกลุ่มโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
- ในแต่ละโซนก็มีหน่วยคู่สัญญาหลัก (main contractor หรือ CUP) ซึ่งมีทั้งโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนมากกว่า 40 แห่ง

- มีศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU โดยเป็น PCU ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล และ PCU ที่ตั้งที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร
นอกจากนี้ยังมีศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร 61 แห่ง ทำหน้าที่เป็น subcontractor รับบทบาทของการให้บริการผู้ป่วยนอกและงานส่งเสริมป้องกันให้กับ CUP



- มีทันตแพทย์ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 3,708 คน (ข้อมูลปี 2544) จากจำนวนทันตแพทย์ทั้งประเทศ 7,175 คน มีทันตแพทย์เพียง 399 คน ที่ให้บริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ไม่นับรวมทันตแพทย์ในมหาวิทยาลัย 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร และทันตแพทย์ในกรม/กองต่าง ๆ ของหน่วยงานของรัฐ) มีทันตแพทย์จำนวน 88 คน ให้บริการสุขภาพช่องปากในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร 61 แห่ง

ตารางที่ 2 : ข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ศึกษา

จังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	หน่วยคู่สัญญาหลัก CUP (แห่ง)	หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ PCU (แห่ง)	จำนวนทันตแพทย์ (คน)	อัตราส่วน ทพ. : ประชากร
เชียงใหม่	1,605,233	รวม 34 แห่ง * สังกัด สธ. 23 แห่ง * รพ. เอกชน 7 แห่ง * รพ.มหาวิทยาลัย 1 แห่ง * อื่น ๆ 3 แห่ง	รวม 40 แห่ง	รวม 256 คน สังกัด สธ. 64 คน เอกชน 59 คน อื่น ๆ 133 คน	1 : 5,652 ทั้งจังหวัด 1 : 29,100 (เฉพาะ สธ.)
น่าน	487,593	รวม 44 แห่ง * สังกัด สธ. 13 แห่ง * สังกัดกลาโหม 1 แห่ง	รวม 43 แห่ง ใน รพ. 13 แห่ง นอก รพ. 1 แห่ง	รวม 28 คน สังกัด สธ. 28 คน	1 : 17,377

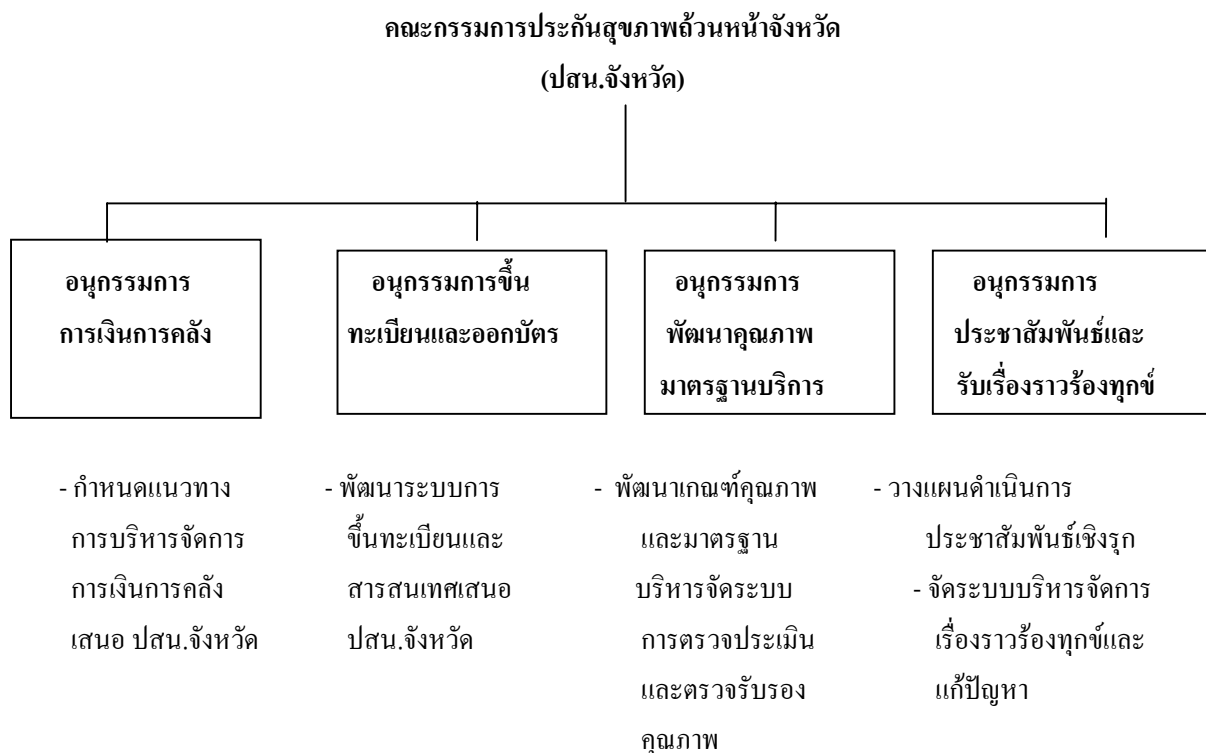
			สถานีอนามัย 29 แห่ง		
ขอนแก่น	1,747,730	รวม 23 แห่ง * สังกัด สธ. 20 แห่ง * รพ. เอกชน 1 แห่ง * รพ.มหาวิทยาลัย 1 แห่ง * รพ.เทศบาล 1 แห่ง	รวม 142 แห่ง	รวม 72 คน (ไม่รวมมหาวิทยาลัย) สังกัด สธ. 66 คน	1 : 24,274 (เฉพาะ สธ.)
บุรีรัมย์	1,533,874	รวม 21 แห่ง * สังกัด สธ. 21 แห่ง	รวม 72 แห่ง ใน รพช 11 แห่ง ใน สอ. 61 แห่ง	39 คน	1 : 23,757
สงขลา	1,233,802	รวม 21 แห่ง * สังกัด สธ. 17 แห่ง * รพ. เอกชน 1 แห่ง * รพ.มหาวิทยาลัย 1 แห่ง * สังกัดกลาโหม 1 แห่ง - อื่น ๆ 1 แห่ง	รวม 218 แห่ง	63 คน (ไม่รวมมหาวิทยาลัย) สังกัด สธ. 50 คน	1 : 19,832
พัทลุง	503,057	รวม 11 แห่ง	รวม 36 แห่ง อยู่ใน รพ. 11 แห่ง อยู่ใน สอ. 25 แห่ง	26 คน (เอกชน 3 คน)	1 : 19,348
ปทุมธานี	679,417	รวม 13 แห่ง * สังกัด สธ. 7 แห่ง * รพ. เอกชน 5 แห่ง * อื่น ๆ 1 แห่ง	รวม 28 แห่ง	31 คน เฉพาะในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข	1 : 21,916
กรุงเทพมหานคร	5.7 ล้าน	โรงพยาบาลรัฐและเอกชนมากกว่า 40 แห่ง	เป็น PCU ในโรงพยาบาลที่เป็น CUP และ PCU ที่อยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	73 คน เฉพาะในสังกัด สธ. 88 คน ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	1 : 78,441

ส่วนที่ 2: สถานการณ์โดยรวมของการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ ศึกษา

2.1 การบริหารจัดการด้านโครงสร้างทางกายภาพ

โดยทั่วไปการจัดองค์กรภายใต้โครงการหลักประกันถ้วนหน้าของพื้นที่ที่ศึกษามีโครงสร้างเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดคือ มีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด และแต่ละจังหวัดก็มีอนุกรรมการเพื่อดูแลรับผิดชอบแต่ละด้าน คือ

- อนุกรรมการการเงินการคลัง
- อนุกรรมการขึ้นทะเบียนและออกบัตร
- อนุกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ
- อนุกรรมการประชาสัมพันธ์และรับเรื่องราวร้องทุกข์



นอกจากนี้แต่ละพื้นที่ศึกษาก็มีคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัด หรือเรียกกันว่า WAR Room อันสอดคล้องกับโครงสร้างการจัดการของส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข

สำหรับการจัดโครงสร้างเครือข่ายบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดนั้น จากการศึกษานี้พบว่าในพื้นที่ศึกษาทั้ง 8 จังหวัด สามารถจำแนกโครงสร้างเครือข่ายบริการที่เป็นพื้นฐาน (Basic or Simple) ถึงโครงสร้างที่ซับซ้อน (complex) ออกเป็น 3 รูปแบบ

. โครงสร้างเครือข่ายบริการที่ไม่ซับซ้อน

โครงสร้างเครือข่ายบริการเบื้องต้นหรือแบบปกติไม่ซับซ้อน คือ โครงสร้างที่ประกอบด้วย หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (Main contractor or Contracting Unit of Primary Care : CUP) และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (Primary care unit :PCU) โดยหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ประกอบด้วยสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน มีทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม เช่น โรงพยาบาลค่าย โรงพยาบาลกองบิน เป็นต้น และโรงพยาบาลเอกชน

สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ PCU ส่วนใหญ่หน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP มักจัด PCU 1 แห่งไว้ใน CUP โดยแยกพื้นที่บริการของ PCU ออกจากพื้นที่การบริการสำหรับผู้ป่วยนอก (OPD) นอกจากนี้ก็มี PCU ที่ถูกจัดอยู่ที่สถานีนอนมัยขนาดใหญ่

พื้นที่ศึกษาในการศึกษานี้ที่มีโครงสร้างเครือข่ายบริการอย่างง่ายดังกล่าวก็คือ จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดน่าน จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสงขลา จังหวัดพัทลุง

<u>CUP</u>	<u>PCU</u>
* โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	* PCU ในโรงพยาบาล
* โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม	* PCU ในสถานีนอนมัย
* โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงมหาดไทย	
* โรงพยาบาลเอกชน	

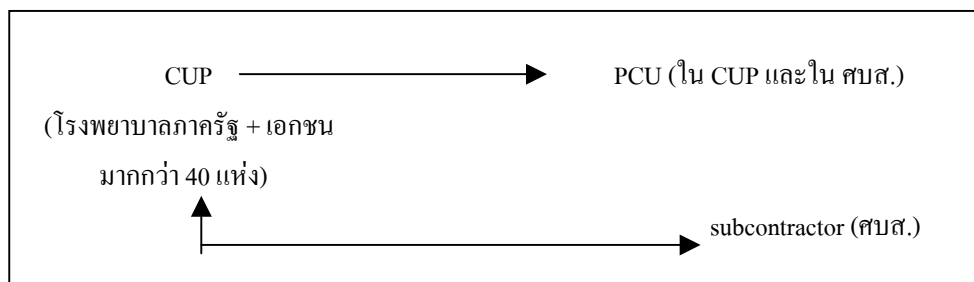
สำหรับงานบริการทันตกรรมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ PCU นั้น ถ้าเป็น PCU ที่ตั้งอยู่ในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิหรือใน CUP โดยส่วนใหญ่ไม่มีงานบริการทันตกรรมใน PCU นั้น งานบริการทันตกรรมสำหรับผู้มารับบริการทุกประเภท ทั้งผู้ที่มีบัตรทองภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ที่ใช้สิทธิของข้าราชการ และผู้ที่ไม่ใช่สิทธิพิเศษอื่นใด ล้วนต้องมารับบริการในฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาล ทั้งนี้ฝ่ายทันตกรรมไม่ได้มีการแยกแยะประเภทของสิทธิของผู้มารับบริการ ผู้มารับบริการทุกคนต้องมาตามคิวอย่างเท่าเทียมกัน

ส่วนงานทันตกรรมในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่อยู่ในสถานีนอนมัยนั้น ถ้าเป็นสถานีนอนมัยขนาดใหญ่ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล ก็จะมีงานบริการทันตกรรมตามปกติ ยกเว้น งานใส่ฟัน ส่วนสถานีนอนมัยที่ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขหรือทันตภิบาล ก็จะมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลจากหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิหรือ CUP หมุนเวียนกันให้บริการ ถ้าสถานีนอนมัยที่ใกล้โรงพยาบาลก็อาจจะสับค้ำแต่ละครั้ง ถ้าสถานีนอนมัยที่ไกลโรงพยาบาลก็เป็นเดือนละครั้ง หรือนานกว่านั้น งานบริการที่ให้โดยมากเป็นงานบริการรักษา ซึ่งไม่ต่างกับการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ของฝ่ายทันตกรรมที่ได้ปฏิบัติกันมาก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยสรุป โครงสร้างเครือข่ายบริการด้านทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีลักษณะที่ไม่ค่อยแตกต่างจากโครงสร้างการบริหารก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ มีการให้บริการด้านทันตกรรมทั้งการส่งเสริมป้องกันและรักษาในฝ่ายทันตกรรมของสถานบริการ และมีการจัดทีมทันตสุขภาพออกไปให้บริการเน้นการรักษาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ PCU ที่อยู่นอกสถานีย่อย

. โครงสร้างเครือข่ายบริการที่ซับซ้อน

นอกจากโครงสร้างเครือข่ายบริการที่ประกอบด้วยหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ (CUP) และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ในกรณีโครงสร้างเครือข่ายบริการที่ซับซ้อนยังประกอบด้วยหน่วยบริการคู่สัญญาของ (subcontractor) ซึ่งหน่วยบริการคู่สัญญารองนี้จะทำสัญญากับหน่วยคู่สัญญาหลักหรือ main contractor ในการจัดบริการตามสิทธิประโยชน์หลักด้านรักษาหรือด้านส่งเสริมป้องกัน แล้วแต่กรณี



พื้นที่ศึกษาในการศึกษานี้ที่มีโครงสร้างเครือข่ายบริการที่มีหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) ก็มีจังหวัดขอนแก่น จังหวัดปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร

กรณีจังหวัดขอนแก่น คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ทำสัญญาหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontracting) กับ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รับดูแลงานทันตกรรมทั้งงานส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ สำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลศรีนครินทร์ได้จัดสรรงบประมาณสำหรับการบริการตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมให้กับคณะทันตแพทยศาสตร์ด้วยอัตรา 27 บาทต่อหัวประชากร นอกจากนี้วิทยาลัยสาธารณสุขสุรินทร์ ขอนแก่นก็ทำสัญญาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญารองให้กับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลราชพฤกษ์ (โรงพยาบาลเอกชน) เนื่องจากโรงพยาบาลราชพฤกษ์ไม่มีแผนกทันตกรรม และไม่มีทันตบุคลากรของโรงพยาบาล โดยวิทยาลัยสาธารณสุขสุรินทร์รับผิดชอบทั้งงานส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสภาพตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมที่โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดไว้

กรณีจังหวัดปทุมธานีศูนย์การแพทย์คูคตได้ทำสัญญากับคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โดยให้เป็นหน่วยบริการคู่สัญญารอง(subcontractor)เฉพาะงานทันตกรรม ทั้งนี้คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้จัดทันตแพทย์ประจำที่ศูนย์การแพทย์คูคตให้บริการแก่ประชาชนตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม

สำหรับกรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (สบส.) 61 แห่ง ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) ให้กับ CUP หรือหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก ทั้งนี้เป็นตามเงื่อนไขของแต่ละ CUP ที่ตกลงกับ สบส. เช่น

- โรงพยาบาลศิริราช ได้ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 1, 31, 33 และ 45 เป็นหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) โดยรับผิดชอบการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบตามสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรม ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลศิริราชจัดสรรงบประมาณตามที่ศูนย์บริการสาธารณสุขได้จ่ายจริง
- โรงพยาบาลภูมิพลได้ให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 60 และ 61 เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) และให้ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 24, 56, 53 เป็นหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) โดยทางโรงพยาบาลภูมิพลมีข้อตกลงจ่ายให้หน่วยบริการคู่สัญญารอง 100 บาทต่อครั้ง กรณีผู้ป่วยนอก (OPD case) ส่วนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จ่ายตามข้อตกลงเช่น

ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา	30 บาทต่อครั้ง
ให้บริการฟลูออไรด์เจล	50 บาทต่อครั้ง
เคลือบหลุมร่องฟัน	50 บาทต่อซี่

อนึ่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครสามารถทำสัญญาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) ให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก main contractor มากกว่า 1 แห่งก็ได้ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 24 เป็นหน่วยบริการคู่สัญญารองให้กับโรงพยาบาลภูมิพล และโรงพยาบาลราชวิถี หรือศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 53 ทั้งสองห้องทำสัญญาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญารองให้กับโรงพยาบาลภูมิพลควบคู่กับ โรงพยาบาลรามารินทร์

สำหรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ได้จัดตั้งขึ้น ส่วนใหญ่มีการจัดตั้ง PCU ในโรงพยาบาลที่เป็น CUP และจัดตั้ง PCU อยู่ในศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร เช่น โรงพยาบาลจุฬาฯ ไม่มีหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ PCU ในโรงพยาบาล แต่จัดให้ศูนย์บริการสาธารณสุขลุมพินีทำหน้าที่เป็น PCU แทน ขณะที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพญาไท ต่างก็มีการจัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ไว้ในโรงพยาบาล แต่แยกพื้นที่บริการอยู่อีกตึกหนึ่งไม่รวมอยู่กับหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) อย่างไรก็ตาม งานบริการทันตกรรมสำหรับประชาชนที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงใช้บริการที่ฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลที่เป็น CUP ยกเว้น โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพญาไท ที่จัดทันตแพทย์ให้บริการที่ PCU ในโรงพยาบาล

โดยสรุป โครงสร้างเครือข่ายบริการที่มีหน่วยบริการคู่สัญญารอง (subcontractor) ร่วมกับการมีหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) และหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) นอกจากพื้นที่ศึกษาจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดปทุมธานีที่มีการทำสัญญาให้หน่วยบริการ เช่น คณะทันตแพทยศาสตร์ เป็นต้น ให้การรับผิดชอบจัดบริการทันตกรรมตามสิทธิประโยชน์ ส่วนกรุงเทพมหานครนั้น ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครทำสัญญาเป็นหน่วยบริการคู่สัญญารองให้กับ CUP จัดบริการสุขภาพรวมทันตกรรมตามสิทธิประโยชน์

ปรากฏการณ์จากการศึกษานี้พบว่า ในกรณีที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่จัดขึ้นในสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP มักไม่มีการแยกงานบริการทันตกรรมจากฝ่ายทันตกรรมของสถานบริการหรือ CUP มาให้บริการสำหรับผู้มารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ PCU ที่อยู่ใน CUP โดยผู้ให้ข้อมูลที่เป็นทันตแพทย์ได้กล่าวไว้ว่า

"...ที่ฝ่ายมีทันตแพทย์อยู่ 2 คน แยกไปให้บริการที่ PCU ในโรงพยาบาลไม่ได้หรอก เพราะการให้บริการต้องการยูนิตทำฟันอีกชุดหนึ่ง การทำงานของทันตแพทย์ต่างจากแพทย์ที่ไม่ต้องใช้อุปกรณ์อะไรมา..."

(ทันตแพทย์คนหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชน)

"...แม้ว่าที่ฝ่ายจะมีทันตแพทย์เกือบ 10 คน แต่คนไข้ที่มารับบริการแต่ละวันก็ร้อยละกว่าคน ให้ทันตแพทย์ไปอยู่ PCU ของโรงพยาบาลก็คงทำงานไม่ได้มาก โดยปกติทันตแพทย์หนึ่งคนก็ให้บริการได้ 10-15 คน เท่านั้น รวมกันอยู่ที่ฝ่ายช่วยกันทำงานดีกว่า..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกรุงเทพมหานคร)

อย่างไรก็ตาม การให้บริการทันตกรรมให้กับผู้มารับบริการทุกประเภททั้งบัตรทองในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือผู้ที่มีสิทธิอื่น ๆ รวมทั้งผู้มารับบริการโดยไม่มีสิทธิ (fee for service) รวมกันในฝ่ายทันตกรรมของหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) โดยผู้มารับบริการทุกคนต่างก็ต้องมารับบัตรคิวเหมือนกัน ทั้งนี้ฝ่ายทันตกรรมมักมีการจำกัดจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวัน เนื่องจากธรรมชาติของการทำงานของทันตแพทย์ต้องการเวลาในการให้บริการสำหรับผู้มารับบริการแต่ละคนอย่างน้อย 15-30 นาที บางครั้งก็อาจใช้เวลามากกว่านี้ ทันตแพทย์คนหนึ่งให้ความเห็นว่า การให้บริการทันตกรรมในโครงการ 30 บาท ควรแยกออกจากการบริการผู้ป่วยนอก OPD ของทันตกรรมในฝ่ายทันตกรรม

"รู้สึว่าผู้ป่วยโครงการ 30 บาท ค่อนข้างมีความระแวงในการรับบริการอยู่แล้ว มักมีการร้องเรียนกันในเรื่องการมารับบริการ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เข้าใจธรรมชาติของการบำบัดรักษาด้านทันตกรรมว่าเป็นงานต้องใช้เวลามากกว่าการตรวจ/รักษาโรคทั่วไป และบางครั้งก็ต้องใช้เวลามากกว่าที่คาดไว้ ทำให้รอนานขึ้น ...ผู้ป่วยโครงการ 30 บาท บางคนก็เข้าใจผิดว่าเอาใจใส่ดูแลเขาน้อยกว่าผู้ป่วยอื่นก็มักจะร้องเรียนขึ้นมา..."

นอกจากนี้การให้บริการทันตกรรมที่ไม่ได้แยกประเภทของผู้รับบริการสำหรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีผู้มารับบริการจำนวนมากต่อวัน และมีระบบการจัดบริการด้วย มีทันตแพทย์ทำการตรวจและให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และนัดหมายมารับบริการรักษาในวันถัดไป สิ่งที่ได้รับรู้จากผู้รับบริการบัตรทองหรือโครงการ 30 บาท จากการศึกษานี้

"...อุตสาหกรรมมาแต่เช้ามารับบัตรคิว พอได้พบหมอ หมอก็ตรวจเสร็จ ไม่ได้ทำอะไรเลย นึกมาอุดฟันวันถัดไป วันนี้ก็เสีย 30 บาท พอมาอุดฟันก็เสียอีก 30 บาท ก่อนมีบัตรทอง 30 บาทนี้ ไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครที่ใกล้โรงพยาบาลนี้ ไปถึงได้ทำฟันเลยไม่ต้องนัด ไปแต่เช้ารับบัตรคิวเหมือนกัน พอมาโครงการ 30 บาทถูกจำกัดให้ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลทีเดียว..."

(ผู้มารับบริการคนหนึ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เขตกรุงเทพฯ)

สำหรับกรณีการตั้งหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ภายในโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็น CUP แต่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่แยกจากงานบริการผู้ป่วยนอกหรือ OPD และใน PCU นี้มีงานทันตกรรมร่วมอยู่ด้วย เช่น โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดให้ทันตแพทย์ 2 คน จากฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาล เวียนมาให้บริการทันตกรรมที่ PCU ของโรงพยาบาล โดยมีการจำกัดผู้มารับบริการ 20 คนต่อวัน หรือโรงพยาบาลพญาไท 3 ก็ให้ทันตแพทย์ 1 คน อยู่ประจำที่ PCU ของโรงพยาบาลที่อยู่คนละตึกกับ OPD ปกติ แม้ว่าการบริหารจัดการบริการทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทโดยเฉพาะ แต่ก็ยังมีผู้รับบริการบางคนสะท้อนความรู้สึกบ้าง

"...ก็ไม่ว่าบัตรทองที่เสียเงิน 30 บาท มาทำฟันที่นี้จะต่างจากห้องฟันข้างบนหรือเปล่า ที่นี้มีหมอกคนเดียวดูห้องก็ค่อนข้างว่าง เครื่องไม้เครื่องมือก็ดูน้อยกว่าข้างบน..."

กล่าวโดยสรุป หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่ถูกจัดขึ้นในหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP โดยใน PCU นั้นจะมีงานบริการทันตกรรม หรือไม่มีงานบริการทันตกรรม แต่จัดให้รวมที่ฝ่ายทันตกรรมของ CUP ต่างก็มีข้อจำกัดเงื่อนไขทั้งสิ้น การเกิดความไม่เข้าใจหรือการรับรู้ของผู้มารับบริการในเชิงลบก็มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทั้งสองรูปแบบ

2.2 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

โดยภาพรวมการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในพื้นที่ศึกษาของการศึกษานี้ มีการจัดสรรงบประมาณโดยการกันเงินเดือนไว้ที่จังหวัดก่อนที่จะมีการจัดสรรงบประมาณในหมวดอื่น ๆ ดังนี้

- เหม่าจ่ายรายหัวให้สถานพยาบาลคู่สัญญาหลักหรือ CUP ในงบประมาณผู้ป่วยนอก OPD และงบส่งเสริมป้องกันหรือ P x P
- งบผู้ป่วยใน (IPD) บริหารรวมที่จังหวัดโดยจ่ายเงินให้สถานพยาบาลตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs)

สำหรับงบประมาณผู้ป่วยนอก OPD ที่สถานบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ที่ได้รับการจัดสรร ก็ได้มีการจัดสรรต่อไปยังสถานอนามัยที่อยู่ในพื้นที่ โดยทาง CUP จัดสรรให้ 15,000 บาทต่อสถานอนามัย

ในกรณีงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P x P) ประมาณร้อยละ 10-16 ของงบประมาณที่สถานบริการคู่สัญญาหลักได้รับ ขึ้นกับกระบวนการจัดสรรในแต่ละพื้นที่ศึกษา ส่วนใหญ่งบประมาณส่งเสริมป้องกัน (P x P) จัดสรรส่งมายังหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก CUP โดยตรง และมีการจัดสรรต่อดังนั้น

- ค่าเบี้ยเลี้ยง OT 15,000 บาท/เดือน/สถานอนามัย

- ที่เหลือ ร้อยละ 40 จัดสรรตามผลงาน
 - ร้อยละ 40 จัดสรรตามประชากร
 - ร้อยละ 20 จัดสรรตามโครงการที่ต้องเขียน

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั่วไปไม่ค่อยมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ศึกษา เพราะกระบวนการบริหารจัดการถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง แต่ด้วยความไม่แน่นอนของการจัดสรรงบประมาณในระยะเวลาเปลี่ยนผ่านของการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สามารถจัดแบ่งวิธีการจัดสรรงบประมาณได้ 3 ระยะ

- ระยะที่ 1 ช่วงแรก ๆ ของการดำเนินโครงการ 30 บาท หรือปีงบประมาณ 2544 การจัดสรรเงินมายังจังหวัดนั้น และมายังหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ใช้การจัดสรรเงินลงมายัง CUP โดยตรง ให้ CUP บริหารจัดการเงินต่าง ๆ รวมทั้งงานส่งเสริมป้องกัน
- ระยะที่ 2 ปีงบประมาณ 2545 ใช้การกันเงินเดือนและเงินประจำตำแหน่ง มาไว้ที่จังหวัดก่อน และจัดสรรเงินที่เหลือไปยัง CUP
- ระยะที่ 3 ปีงบประมาณ 2546 ใช้การกันเงินเดือน เงินประจำตำแหน่งมาไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข และจัดสรรเงินที่เหลือมายังจังหวัด

ปรากฏการณ์ความไม่แน่นอนของการจัดสรรเงินทำให้ส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ทำให้ CUP บางแห่งสะท้อนถึงการไม่สามารถวางแผนพัฒนางานส่งเสริมป้องกัน (P x P) ได้

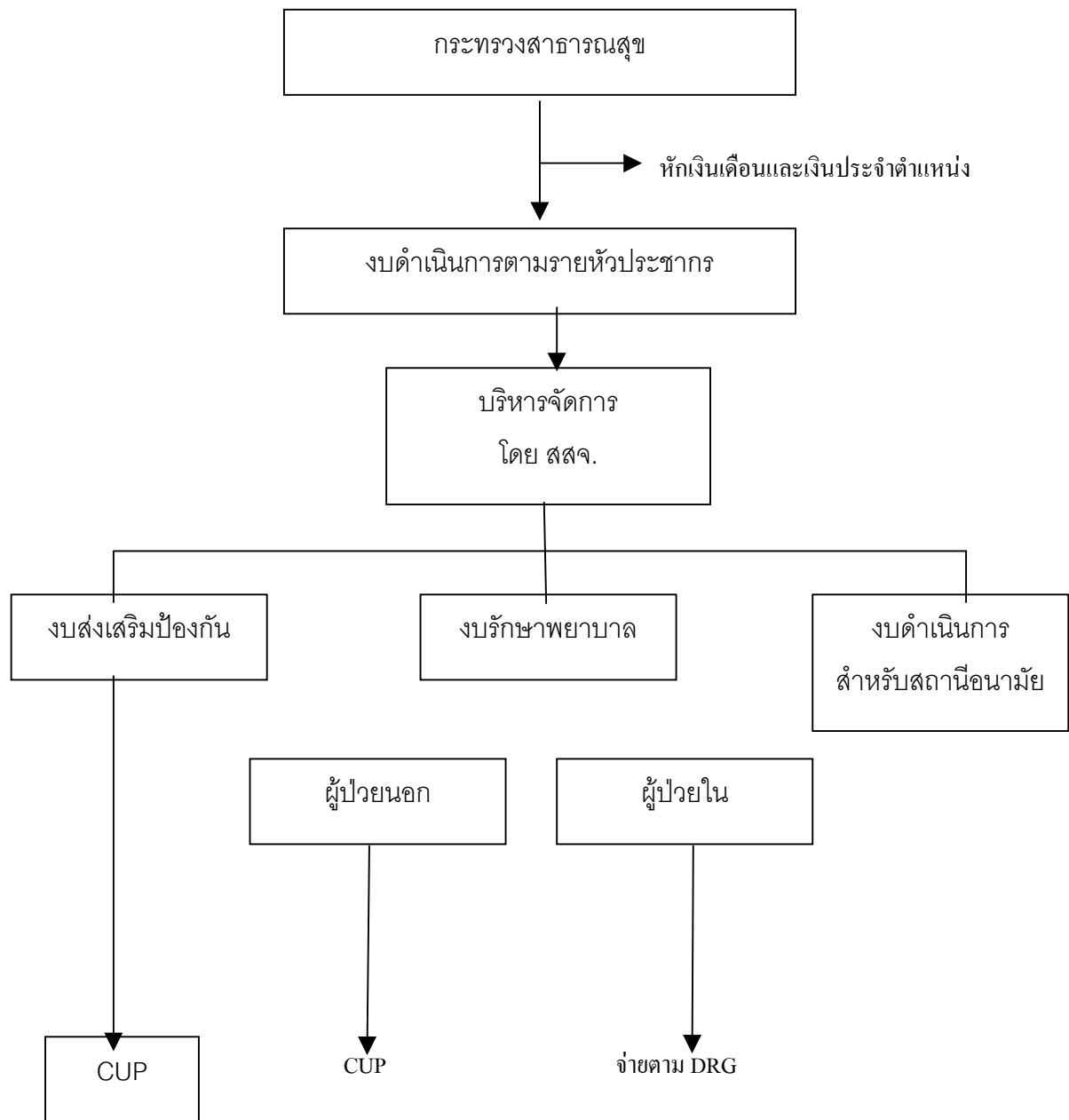
"...ในระยะแรก ๆ ก็ได้ใช้เงินเพื่อพัฒนางานเชิงรุก ต่อมามีการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรเงินงบประมาณ เงินมายังโรงพยาบาลลดลง การทำงานเชิงรุกก็เลยชะงัก..."
(ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)

นอกจากนี้หลายพื้นที่ที่มีการกล่าวถึงงบประมาณส่งเสริมป้องกันที่ต้องมีการเขียนโครงการเพื่อขอใช้งบประมาณ

"...ทางจังหวัด (สสจ.) จำเป็นต้องสร้างเงื่อนไขการทำงาน P x P เพราะปีแรก ๆ พอจัดสรรเงินงบประมาณ P x P ทั้งหมดลงสู่ CUP บาง CUP ก็ไม่มีผลงาน P x P ปีต่อมาจึงใช้วิธีการกำหนดว่าให้เงินส่วนหนึ่ง อีกส่วนใช้ผลงานมาแลก พอปีนี้ก็กันเงิน P x P อีกส่วน เพื่องานพัฒนา คือ มีการ feed back ว่าทาง CUP อยากทำงานที่เชิงรุก แต่อยู่นอกกรอบวิธีการของสิทธิประโยชน์ที่วางไว้ ก็เลยเรียกว่างานพัฒนาวิจัย..."
(เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง)

"...การที่ต้องเขียนโครงการเพื่อขอเงินงบประมาณอีกส่วนของ P x P มาทำงาน ทำให้ยุ่งยากขึ้น"

(ทันตแพทย์คนหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง)



- เบี้ยเลี้ยง OT สำหรับ สอ.
- จ่ายตาม - ผลงาน
 - รายหัวประชากร
 - โครงการพิเศษ

อย่างไรก็ตาม การจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะงบ P x P ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ศึกษาแต่ละแห่งก็พยายามสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ เพื่อให้ทั้ง CUP และ PCU ได้มีผลงานเป็นรูปธรรมมากขึ้น และมีกระบวนการกำกับมากขึ้น จังหวัดเชียงใหม่นับได้ว่าเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีการจัดสรรเงินงบ (P x P) ที่มีระบบมากที่สุดจังหวัดหนึ่ง)

ในปีงบประมาณ 2546 มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการเงินส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยการจัดสรรยังคงเฉลี่ยเหมาจ่ายรายหัว 175 บาท/คน/ปี ดังรายละเอียดย่อย ๆ ดังนี้

1. ค่าวัสดุต่าง ๆ ได้แก่ (18%)
 - 1.1 สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวบุคคลอย่างต่อเนื่อง / สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
 - 1.2 การตรวจและดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์, เด็ก และประชาชน
 - 1.3 ค่าวิตามินหญิงตั้งครรภ์
 - 1.4 การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและนมผงทารก
 - 1.5 การวางแผนครอบครัว
 - 1.6 การเยี่ยมบ้าน, ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน, การให้ความรู้และคำปรึกษา
 - 1.7 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปาก
 - 1.8 ค่าวัสดุอาหารสำหรับหญิงมีครรภ์ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
 - 1.9 ค่าวัสดุอาหารสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ขาดสารอาหารระดับ 3, 2, 1
2. ค่าแรง (62% ของต้นทุนทั้งหมด) ได้แก่
 - 2.1 เงินเดือน 45% x 175 บาท x 1,231,490 บัตร
 - 2.2 งบดำเนินการ สอ / PCU
 - 2.3 ค่าบริหารจัดการระบบข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ (5 บาท/คน/ปี)
3. อัตราเหมาจ่ายสำหรับกลุ่มเสี่ยง (คิด 20% ของกลุ่มประชาชนทั่วไป) โดยใช้เป็นงบตรวจสุขภาพนักเรียน ป.1 - ป. 3 และงบสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง (CF-PP)

โดยสรุป การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน เพราะนโยบายการจัดสรรงบประมาณขึ้นกับส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม ในช่วงระยะเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา (๒๕๔๔-๒๕๔๗) การจัดสรรเงินงบประมาณสู่หน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิมีความไม่แน่นอน หรือไม่แน่ใจ ทำให้ส่งผลต่อการวางแผนดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สำหรับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทางส่วนกลางได้กำหนดไว้ ๑๗๕บาท/คน/ปี โดยทั่วไป หน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิจะจัดสรรให้ไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิหรือ PCU อย่างไรก็ตาม มีจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ศึกษา มีการกำหนดกิจกรรมค่อนข้างชัดเจนในการจัดสรรงบประมาณ P&P

2.3 การจัดการด้านการบริการทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดยทั่วไปงานบริการทันตกรรมที่ดำเนินการอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่แตกต่างจากงานบริการทันตกรรมก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาท เพราะงานบริการทันตกรรมทั้งด้านการรักษา การส่งเสริมและป้องกันที่กำหนดในสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าล้วนเป็นงานบริการที่ทันตแพทย์และทันตบุคลากรได้มีการให้บริการอยู่แล้ว ทั้งการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย เคลือบหลุมร่องฟัน ใส่ฟัน งานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงมีครรภ์ กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มเด็กโรงเรียนประถมศึกษา เพียงแต่หน่วยงานบริการทันตกรรมเหล่านี้ อาจจะมีการให้บริการงานทันตกรรม

บางประเภทมากประเภทน้อย ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการทันตกรรมอยู่ภายใต้โครงสร้างสาธารณสุขหรือโครงสร้างสุขภาพระดับใด ตัวอย่าง

- ในฝ่ายทันตสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีทันตแพทย์ 1-2 คน งานบริการก็เป็นงานบริการพื้นฐานเป็นส่วนใหญ่ อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กประถมศึกษา กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน และอาจมีงานบริการรักษาลong rak ฟัน โดยเฉพาะฟันน้ำนม และใส่ฟันค่อนข้างน้อย หรือบางโรงพยาบาลชุมชนอาจไม่มีการให้บริการทันตกรรมในประเภทดังกล่าวเลย

- ในกลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลระดับจังหวัด ซึ่งมีทันตแพทย์ 6-10 คน ส่วนใหญ่ก็จะจัดวางระบบงานทันตกรรมในระดับทุติยภูมิ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ก็มักให้บริการงานเฉพาะสาขามากขึ้น

- แผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่อยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร งานบริการทันตกรรมก็ถูกจัดวางระบบงานทันตกรรมระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิ ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ก็ให้บริการงานทันตกรรมเฉพาะสาขาตามความชำนาญของแต่ละคน

ดังนั้น หน่วยงานบริการทันตกรรมส่วนใหญ่ก็ยังจัดระบบบริการทันตกรรมเหมือนเดิม ผู้มารับบริการทุกประเภททั้งผู้ที่ใช้สิทธิบัตรทอง โครงการ 30 บาท ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสังคม ผู้ที่ใช้สิทธิอื่น ๆ ต่างก็มารับบริการทันตกรรมในฝ่ายทันตกรรมหรือแผนกทันตกรรมของหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก หรือ CUP ด้วยการให้บริการ

"ส่วนใหญ่ก็ไม่ได้มีการเตรียมการอะไร คนไข้ทุกคนก็มารับบัตรคิว ก็ให้บริการตามปกติ บางวันก็ให้บริการน้อยหรือมากขึ้นกับจำนวนหมอที่มีแต่ละวัน วันหนึ่ง ๆ ก็ทำได้เท่านี้แหละ 12-15 คนต่อหมอหนึ่งคน"

(โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร)

"ตอนเช้าก็รับคนไข้ 30 คน ก็ทำงานพื้นฐานอุดฟัน ถอนฟัน และขูดหินปูน ถ้างานยาก เช่น ผ่าฟันคุด หรือใส่ฟันก็ต้องนัด ตรวจให้ก่อนและออกใบนัด พอมีโครงการ 30 บาท คนไข้มากขึ้น แต่ก็จัดระบบเหมือนเดิม ระยะแรก ๆ รับคนไข้ไม่อื่น แต่ทำได้ไม่นาน เรายังก็แย่งกันต้องกำหนดจำนวนคนไข้"

(โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

อย่างไรก็ตามก็มีบางหน่วยงานจัดระบบช่วงพิเศษเพิ่มเติมเพื่อรองรับผู้มารับบริการตามสิทธิโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า บางแห่งก็ใช้แผนกทันตกรรมเดิม แต่มีช่องบริการพิเศษโดยใช้สถานที่ วัสดุอุปกรณ์เดิมของหน่วยงาน

"ทางเราก็จัดเตรียมแผนการรองรับงานบริการทันตกรรมสำหรับโครงการ 30 บาท โดยผู้มารับบริการใช้สิทธิบัตรทองไม่ต้องรอเข้าตามระบบปกติ มีอาจารย์และนักศึกษาลงปฏิบัติงานทุกวัน เพื่อให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจ"

(หน่วยงานบริการในสถาบันการศึกษาแห่งหนึ่ง)

"ที่นี้จัดเก้าอี้ทำฟันรองรับไว้ 2 ตัว ให้บริการโดยอาจารย์ทันตแพทย์ในช่วงเวลาราชการ จันทร์ถึงศุกร์ จำนวนคนไข้เฉลี่ย 12-15 คนต่อช่วง (เช้าหรือบ่าย) โดยหน่วยบริการนี้เปิดให้บริการผู้ป่วยที่ไปด้วยคิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่มีสิทธิตามบัตรทอง ประมาณ 70-80%

(หน่วยงานบริการในวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง)

อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ของหน่วยบริการที่จัดระบบการบริการทันตกรรมในช่วงพิเศษสำหรับผู้มารับบริการโครงการ 30 บาท ล้วนแต่เป็นหน่วยบริการที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการปกติที่เคยให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป

โดยภาพรวมประเภทของงานทันตกรรมที่ให้บริการในหน่วยบริการทันตกรรมในหน่วยคู่สัญญาหลัก บริการปฐมภูมิหรือ CUP ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แต่สิ่งที่ปรากฏชัดคือจำนวนหรือปริมาณงานเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการใส่ฟันดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3: งานบริการทันตกรรมแยกตามประเภทของการบริการปี 2542-2545 ของโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

งานบริการทันตกรรม	2542	2543	2544	2545
ถอนฟัน	30,392	31,371	33,433	36,670
อุดฟัน	22,603	20,173	24,118	25,208
อุดหินปูน	6,681	6,771	10,291	12,587
รักษารากฟันแท้	949	1,701	1,163	1,475
รักษารากฟันน้ำนม	787	1,157	434	656
เคลือบหลุมร่องฟัน	3,495	4,412	3,960	3,686
ศัลยกรรมช่องปาก	1,683	1,707	1,735	2,147
รักษาปริทันต์	946	1,095	747	1,061
ใส่ฟันแบบ TP	344	350	427	863
ใส่ฟันทั้งปาก CD	6	12	6	296

ตารางที่ 4: จำนวนผู้มารับบริการปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

งานบริการ	2544	2545	
ผู้มารับบริการทั้งหมด	21927	33508	
อุดฟัน	5688	3929	
ถอนฟัน	7017	5989	
ศัลยกรรมช่องปาก	1485	1250	คิวนัด 2 เดือน
รักษารากฟัน	129	282	คิวนัด 2 เดือน
ฟันปลอมถอดได้	817	1932	คิวนัด 1 ปี
ฟันปลอมติดแน่น	128	98	คิวนัด 8 เดือน
งานทันตกรรมเด็ก	612	1176	คิวนัด 3 เดือน
ANC	416	14	
WBC	0	0	
เคลือบหลุมร่องฟัน	468	82	
เคลือบฟลูออไรด์	472	267	

ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียงของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเล่าให้คณะผู้วิจัยว่า

"ปี 2545 คนไข้มีบัตรทองมาใส่ฟันมากขึ้น ตอนแรกผมก็ไม่แน่ใจ แต่พอมาดูตัวเลข
ในรายงานเพิ่มขึ้นเท่าตัว ปี 2544 งานฟันปลอม TP (ถอดได้ฐานพลาสติก) 103 ราย ปี
2545 เพิ่มมา 200 ราย งานฟันปลอมทั้งปากปี 2544 10 ราย ปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 45 ราย..."

สถานบริการหลายแห่งมีการจำกัดจำนวนผู้มารับบริการทางทันตกรรม ทำให้อาจจะไม่ทราบว่าผู้มา
รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นหรือไม่

"พี่ก็ไม่รู้ว่าผู้มาขอรับบริการเพิ่มขึ้นเท่าไร แต่ปกติก็ใช้บัตรคิวตอนเช้า 10-15 คน
แล้วแค่เงื่อนไของงานแต่ละวัน ที่อยู่คนเดียว พี่ก็นั่งทำงานอย่างนี้ก่อนจะมีโครงการ
30 บาท คนไข้จะมากี่คนพี่ก็ทำได้เท่านี้"

ทันตแพทย์คนหนึ่งในศูนย์บริการสาธารณสุข)

"ที่นี่มีทันตแพทย์ 5 คน โดยปกติผู้ป่วยที่มาทำฟันที่นี่ก็ไม่ได้มีจำนวนมากถึงกับทำไม่
ทัน แต่ทางแผนกทันตกรรมก็ยังไม่มีความจำเป็นต้องจำกัดคิวผู้ป่วย OPD โดยทันต
แพทย์ 1 คน ก็สามารถให้การรักษาผู้ป่วยได้ 12-13 คนต่อวัน ยกเว้นกรณีเปิดเทอมมีผู้มา
รับบริการมาก ก็ต้องตรวจและนัด แต่ปกติผู้ป่วยเขาก็รู้ว่าหมอทำคนไข้ได้แค่นี้มากที่สุด
15 คนต่อคน เขาก็จะปิดรับบัตรเอง..."

(โรงพยาบาลแห่งหนึ่งใจกลางกรุงเทพมหานคร)

สำหรับเขตพื้นที่ศึกษาในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลหรือสถานบริการที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) โดยทั่วไปฝ่ายทันตกรรมของโรงพยาบาลดังกล่าวมักเป็นโรงพยาบาลใหญ่ที่มีรูปแบบการให้บริการแบบตติยภูมิ หรือตติยภูมิ คือมีทันตแพทย์เฉพาะสาขาก็เป็นข้อจำกัดอีกอย่างหนึ่งของการให้บริการ ทันตกรรม

"...ที่นี่มีทันตแพทย์ 13 คน มาทำงาน 11 คน อีก 2 คนถูกยืมตัวไปช่วยหน่วยอื่น ทางแผนกทันตกรรมก็สร้างระบบบริการทันตกรรมที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอยู่แล้ว ก่อนที่มีโครงการ 30 บาท มีทันตกรรมเด็ก ทันตกรรมประดิษฐ์ ทันตกรรมจัดฟัน เป็นต้น พอมี case คนไข้ใส่ฟันก็ส่งให้หมอใส่ฟันที่นี่มีหมอใส่ฟันคนเดียว..."

(โรงพยาบาลขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร)

สถานการณ์การบริการทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในด้านการรักษาทันตกรรม โดยเฉพาะการใส่ฟัน จำนวนผู้มารับบริการด้านการรักษาและฟื้นฟูสภาพด้านทันตกรรมมากขึ้น ย่อมส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังทันตแพทย์คนหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคเหนือให้ความเห็นว่า

"มันมีเงื่อนไขอะไรที่ทำให้การส่งเสริมป้องกันทำไม่ได้...ปริมาณจำนวนคนไข้ครับ เมื่อโครงการ 30 บาทเข้ามาเนี่ย จำนวนคนไข้ที่นี่เยอะมาก ในขณะที่บุคลากรก็มีอยู่เท่าเดิมมีอยู่แค่นี้ ตอนนี้กระแส HA มาแรงมากครับ ตอนนี้เขาตีกรอบให้ผมอยู่ตรงนี้ ไปไหนไม่ได้เลย ไปได้แต่ไปเสริมจิบ เราต้องกลับมาทำงานที่ค้างของของ HA ตอนนี้ HA จับแค่งานบริการ งานส่งเสริมป้องกันหรืองานเชิงรุกยังไม่ได้จับเลย..."

ยังมีทันตแพทย์อีกหลายคนที่สะท้อนให้เห็นถึงปริมาณผู้มารับบริการทันตกรรม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

"คนไข้ที่นี่เยอะมาก ก่อน 30 บาท เฉลี่ยไม่เกิน 30 คน พอมี 30 บาท เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 50 คนขึ้นไปต่อวัน"

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือของประเทศ)

"คิดว่า 30 บาททำให้งานส่งเสริมลดลง เหมือนกับว่าถ้าดูภาระงานที่ทำจะเพิ่มขึ้น งานรักษาเพิ่มขึ้น คนไข้เยอะกว่าเดิม"

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้)

"หลังจากมี 30 บาท ...อนามัยโรงเรียนออกกะ แต่ไม่สม่ำเสมอ เวลาไม่ค่อยมี คนไข้เยอะขึ้น ส่วนมากมีแต่ฟันปลอม ฟันปลอมเยอะมาก และเห็นชัดเจนว่าเพิ่มขึ้น อย่างถ้าเป็นคนไข้ชาวเขาว่าเขารู้จักมากเป็นลำนรอก บางทีเราไม่ทำก็ไม่ได้ เขาบอกว่าเขาอยู่

ไกล ตอนแรกมี 5 ส ก่อน 5 ส มาก่อน 30 บาท HA มาทีหลัง ถ้าปัญหาของเราก็คือ HA เขายังคับให้เราต้องเข้าประชุม..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน เขตภาคเหนือของไทย)

แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคไม่มีความแตกต่างในรูปแบบ แต่มีปริมาณผลงานลดลง หรือการครอบคลุมลดลง

"ที่ผ่านมามงาน $P \times P$ ก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลง ยังคงเน้นกลุ่มเป้าหมายเดิมค่ะ กลุ่มหญิงมีครรภ์ในคลินิก ANC มีการตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ทันตศึกษา แจกแปรงสีฟันเพื่อกระตุ้นและสนใจในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ กลุ่มเด็ก 0-5 ปี ก็ดำเนินการในคลินิก WBC ให้ทันตศึกษาแจกแปรงสีฟัน ตรวจสุขภาพ บางคนก็ทำฟลูออไรด์วานิช กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาที่ดำเนินการตามโครงการเฝ้าระวัง (ทันตสุขภาพ) เหมือนเดิมและมีกิจกรรมเคลือบหลุมร่องฟันในเด็ก ป.1 กลุ่มเป้าหมายสามกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก ถ้าโรงพยาบาลชุมชนไหนมีความสามารถมีทันตแพทย์มากก็มีโครงการฟันสะอาดเหงือกแข็งแรงในกลุ่มเด็กมัธยมศึกษา..."

(ทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

จากข้อมูลจำนวนผู้มารับบริการของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ในตารางที่ 3 พบได้ชัดว่าในปีงบประมาณ 2545 มีการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากลดลงมากเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2544 กล่าวคือ งานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มหญิงมีครรภ์ในคลินิก ANC ปี 2544 ได้ให้บริการ 416 ราย ขณะที่ปี 2545 ให้บริการแค่ 14 ราย และในกรณีเคลือบหลุมร่องฟันเป็นงานทันตกรรมป้องกันในเด็กมีการให้บริการ 468 ครั้ง ในปี 2544 สำหรับปี 2545 มีการให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันเพียง 82 ครั้ง

นอกจากนี้จากรายงานการปฏิบัติงานด้านงานส่งเสริมและป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย ต่าง ๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ในปีงบประมาณ 2543-2545 ดังตารางที่ 5 ก็พบว่าการครอบคลุมงานส่งเสริมป้องกันมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 5 การครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทันตสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในปีงบประมาณ
2543-2545 จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละของการครอบคลุม		
	ปี 2543	ปี 2544	ปี 2545
1. หญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทันตสุขภาพ	92.10	90.81	62.40
2. เด็กอนุบาลและเด็กเล็กได้รับแปรงสีฟัน			
3. นักเรียนประถมศึกษาได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	92.30	55.24	50.08
4. นักเรียนประถมได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	88.60	87.50	75.82
5. นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	49.0	34.63	29.18
	84.0	75.03	60.66

สิ่งที่ได้พบจากการศึกษานี้ก็คือการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากมีปริมาณมากในโรงพยาบาลที่เป็น CUP หรือหน่วยคู่สัญญาหลัก แต่งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากนี้จะทำกันได้น้อยใน หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU ที่ตั้งอยู่ในสถานีนามัย

"โรงพยาบาลคูแลร์บผิชอบ 4 PCU ตั้งอยู่ที่สถานีนามัย โดยมี เพียง 1 PCU ที่มีทันตภิบาลประจำ อีก 3 PCU ก็ต้องให้ทันตภิบาลที่โรงพยาบาลหมุนเวียนออกไป แต่ไม่ทุกวัน สัปดาห์ละครั้ง ส่วนใหญ่ไปก็ทำแค่ treatment งานส่งเสริมป้องกันทำไม่ได้"
(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนเขตภาคใต้)

"ตอนนี้ PCU ก็ยังเน้นการรักษาอยู่เลย ถ้า PCU ใหญ่ ๆ เขา (ทันตภิบาล) ก็พยายามทำส่งเสริมออกโรงเรียน ออกศูนย์ (เด็กเล็ก) เหมือนกัน แต่ก็ทำได้ไม่เต็มที่ เพราะเขาต้องช่วยงานสถานีนามัยด้วย แต่ PCU อื่นก็ให้ทันตภิบาลไปอาทิตย์ละ 1 วัน ก็ treat อย่างเดียว คนไข้เฉลี่ยประมาณ 7 คนต่อวัน"
(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ)

"ตอนออก mobile ไป PCU ก็มีทันตภิบาลคนหนึ่ง ผู้ช่วย 2 คน ขนอุปกรณ์ไปมีเก้าอี้ mobile หนึ่งตัว คนไข้ก็อุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน ถ้าช่วงโรงเรียนเปิด งานเฝ้าระวังเอาเด็กมา sealant ด้วยก็เยอะนะ วันละประมาณ 20 คน Sealant ที่ทำก็เป็นการ treat ไม่ได้ส่งเสริมเลย"
(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนภาคเหนือ)

"พอมีโครงการ 30 บาทมาก็อยากให้เขา (ทันตแพทย์ในโรงพยาบาล) เห็นความสำคัญ ของการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้ว่าจะทำให้ยาก แต่ก็อยากให้เขาทำ ในสัดส่วนงานบริการต่องานส่งเสริมป้องกัน 50 : 50 แต่ทุกวันนี้เน้นกันแต่งานบริการ ทุกคนไม่อยากให้เกิดการร้องเรียน ทุ่มเวลา ทรัพยากรเพื่องานบริการรักษา ทำงานส่งเสริมป้องกันน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และบอกว่าไม่มีเวลาทำงานเชิงรุก เพราะต้องให้บริการตั้งแต่เช้าจนเย็น หรืออ้างว่าไม่มีรถออกทำงานบ้าง นื่องที่จบใหม่ก็ยิ่งให้ความสำคัญกับงานรักษาอยู่ในคลินิก และยิ่งทันตแพทย์หัวหน้าฝ่ายไม่ออกหรือไม่บอก ทัน ตาภิบาลก็ไม่ไป"

(ทันตแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

อย่างไรก็ตาม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็สามารถส่งผลให้โรงพยาบาลเอกชนบาง แห่งที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันได้บ้าง

"แต่ก่อนไม่เคยมี พอรับงาน 30 บาท ก็ต้องตั้งงาน P&P ขึ้นเป็นเฉพาะเลย เพราะทาง สสจ. เขากำหนดแนวทางกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ทำ และเขามีเงื่อนไข ในการจ่ายเงินซึ่งจ่ายตามผลงาน"

(โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากที่ค่อนข้างสังเกต เห็นได้ชัดก็คือ เงื่อนไขในการจ่ายงบประมาณ P x P ด้านนี้ โรงพยาบาลเอกชนมีงานหรือกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากเพิ่มขึ้นกว่าเดิม ก่อนที่จะเข้าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะงานตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน และการให้ฟลูออไรด์ เพราะเป็นกิจกรรมที่ทางจังหวัดจัดสรรตามผล งานที่ทำ

ส่วนในกรุงเทพมหานคร หน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP มีการดำเนินการด้านการส่งเสริมและ ป้องกันค่อนข้างน้อย เนื่องจากการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในพื้นที่กรุงเทพมหานครคือ สำนักงาน ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปชช) จ่ายเงินมายังสำนักงานประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร และสำนักงานนี้ได้จัด สรรเงินไปยังโรงพยาบาลที่เป็นหัวหน้าโซน และหัวหน้าโซนจ่ายเงินไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP อันหมายถึงงบประมาณด้านการส่งเสริมป้องกัน (P x P) 175 บาทต่อหัวประชากรที่รับผิดชอบถูกส่งตรงไปยัง CUP โดยขาดเงื่อนไขในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกัน อย่างไรก็ตามสำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานครซึ่งรับ ผิดชอบศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร ได้ทำสัญญากับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยคู่สัญญาหลักหรือ CUP โดยบางศูนย์สาธารณสุขก็ทำหน้าที่เป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ PCU ขณะที่บางศูนย์สาธารณสุขก็ทำหน้าที่ เป็นเพียงหน่วยบริการคู่สัญญารอง หรือ subcontractor ทั้งนี้มีเงื่อนไขในการรับการจัดสรรงบประมาณจาก main contractor หรือ CUP เช่น Sealant 50 บาทต่อซี่ ตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตสุขศึกษา 30 บาทต่อราย เป็นต้น ทำให้ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครมีกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก อย่างเป็นทางการ แต่งานส่งเสริมและป้องกันของศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครยังคงเป็นงานส่งเสริม ป้องกันในสถานบริการเท่านั้น

นอกจากนี้กรณีสถานื่อนามัยในพื้นที่ศึกษาที่อยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) แม้ว่าหลายพื้นที่ศึกษามีเงื่อนไขในการจ่ายงบประมาณด้านการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ ตามผลการดำเนินงาน และตามโครงการที่เขียนขึ้นมา เช่น จังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเงินงบประมาณด้านการส่งเสริมป้องกัน (175 บาท) ออกเป็น 3 ส่วน ร้อยละ 40 คิดตามรายหัวประชากรที่รับผิดชอบจ่ายไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ร้อยละ 40 จ่ายตามผลงานที่ดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และร้อยละ 20 เป็นโครงการที่เขียนขึ้นมา งานส่งเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรคในช่องปากในสถานื่อนามัยที่เป็น PCU ก็ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรมมากนัก ด้วยข้อจำกัดของบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข หรือเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข หรือทันตภิบาลที่มีอยู่ในสถานื่อนามัยขนาดใหญ่เท่านั้น และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขก็ยังขาดทักษะในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่น ๆ เพราะการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากแบบแยกส่วนด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขคนเดียวทำได้ยาก อีกทั้งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขยังต้องทำงานด้านสุขภาพอื่น ๆ ในสถานื่อนามัยอีกด้วย

ส่วนที่ 3 : แนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์ผู้ให้บริการ

วิธีปฏิบัติย่อมสะท้อนถึงวิธีคิด วิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาท ย่อมสะท้อนถึงทัศนะของทันตแพทย์ที่มีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก

ในรายงานผลการศึกษาแนวคิดและแบบแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์จะแบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ

- . ทัศนะของทันตแพทย์ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- . แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์
- . ทัศนะของทันตแพทย์ต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 8 จังหวัด ทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรส่วนใหญ่มีทัศนะที่ดีต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในหลักการที่เน้นการสร้างสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี มีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โรงพยาบาลระดับจังหวัด กล่าวคือ หลังจากเริ่มต้นดำเนินการตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในระดับโรงพยาบาลจังหวัดเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด เพราะก่อนหน้านี้ที่โรงพยาบาลระดับจังหวัดให้ความสำคัญกับการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมป้องกันมีเฉพาะในเขตพื้นที่ที่โรงพยาบาลรับผิดชอบ มักเป็นแค่เขตเมือง ส่วนพื้นที่ใกล้เคียงเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“การส่งเสริมป้องกันมีการทำมากขึ้นที่เห็นชัดเจนคือการเข้าประชิดตัว โดยการทำแบบเวชปฏิบัติครอบครัวมีพยาบาลออกไปเยี่ยมบ้าน ออกไปทำข้อมูล *family folder*...”
(ผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้)

“...ชุดดีสำหรับนโยบาย 30 บาท มีแผนส่งเสริมป้องกัน กำหนดในสิทธิประโยชน์ด้าน $P \times P$ กำหนดเม็ดเงินให้อีก 175 บาท...”
(ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือ)

ขณะที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการคู่ สัญญาหลักหรือ CUP ก็ให้ความเห็นว่า แม้ว่าวิธีหรือแผนปฏิบัติทั่วไปของการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันคงเหมือนเดิม แต่ก็ทำให้มีโอกาสเข้าถึงชุมชนมากขึ้น

“ก็ดีขึ้นนโยบายสนับสนุนการส่งเสริมป้องกันรูปแบบการทำงานก็ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ไม่ว่าจะเป็น ANC, การให้ภูมิคุ้มกัน การวางแผนครอบครัว แต่ก็ดีที่มีการเยี่ยมบ้าน แต่ที่สำคัญคือ ทศนคติของบุคลากร ควรต้องเปลี่ยนไปอย่างนั้นก็เป็นการจัดรับ รับสุขภาพไม่ดี”

(ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ามุมมองของผู้บริหารด้านสาธารณสุขต่อนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเชิงบวกในทัศนะต่อหลักการหรือแนวคิด แต่เมื่อพิจารณาถึงภาคปฏิบัติ ส่วนใหญ่ก็ยังเห็นว่าเป็นการยากที่จะบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เพราะโดยหลักการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการสร้างสุขภาพ แต่ภาคปฏิบัติของการประชาสัมพันธ์กลับมุ่งเน้นที่การรักษา เน้น 30 บาทรักษาทุกโรค

“ก็ยอมรับในหลักการแนวคิดของโครงการ 30 บาท แต่ด้านการจัดการกลับมุ่งเน้นที่การรักษา 30 บาทรักษาทุกโรค ประชาชนก็แห่มารักษา...เรา *respond* การเมืองเร็วเกินไปทีเดียวทั่วประเทศ...”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้)

“นโยบาย 30 บาทนี้หลักการดี สร้างความเสมอภาคกับประชาชน แต่การจัดการกลับเอาระบบธุรกิจมาใช้ สังเกตใช้เวลาประเมินโครงการ 30 บาท เขามักจะรายงานว่าผู้มารับบริการพอใจก็เปอร์เซ็นต์ เขาไม่เคยพูดถึงความพอใจของผู้ให้บริการระบบธุรกิจ เขาจัดการโดยยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลาง ผู้ให้บริการเหมือนเครื่องจักรอยู่ในระบบสายพานของโรงงาน ระบบธุรกิจไม่ค่อยแคร์ผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการก็อึดอัดคนใช้มากน้อยก็พูดไม่ได้...”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

“โดยหลักการผมคิดว่ารัฐบาลคิดไม่ผิด แต่ว่ารัฐบาลคิดแต่เรื่องว่า คนทุกคนต้องได้รับบริการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล แต่รัฐบาลไม่ได้คิดถึง หนึ่ง infrastructure และสองคือ วัฒนธรรมองค์กร”

(ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดในภาคใต้)

“นโยบายนี้ได้ใช้ระบบการเงินการคลังเพื่อเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของผู้ให้บริการ โดยแต่ก่อนกำหนดด้วย supply side กลับมาเป็น demand side เราไม่ได้เตรียมคนไข้ให้พร้อม และอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการปรับโครงสร้างสาธารณสุขโดยเฉพาะ สสจ. ก็เลยโกลาหล และระยะแรก ๆ มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการด้านงบประมาณบ่อยมาก สถานบริการแต่ละแห่งปรับตัวไม่ทัน WAR ROOM ก็แยเหมือนกัน...”

(ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“เมื่อ 30 บาทเข้ามา กลายเป็นว่าสิ่งที่เขาประชาสัมพันธ์เป็นการข่มขู่หมดเลย คุณเป็นอะไรคุณไปโรงพยาบาลได้หมดเลย เห็นโฆษณาขึ้นหนึ่งรับไม่ได้เลยที่บอกว่าป็นโรคฟันก็ไปหาได้ เป็นโรคหัวใจก็หาได้ ไม่ค่อยเห็นด้วยกับการประชาสัมพันธ์แบบ 30 บาทรักษาทุกโรค ไม่ใช่ไม่ชอบโครงการนะ แต่ไม่ชอบการประชาสัมพันธ์ ทำให้ประชาชนไม่ต้องดูแลตนเอง คุณเป็นอะไรไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข...”

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

“สร้างนำซ่อม ... ไม่จริงค่ะ คนไข้พอรู้ว่าฟรี มาก่อนแหละฟรีอะไรก็ไม่ว่า โรงพยาบาลต้องรักษาให้ฉัน มาเลยทุกอย่าง แคร์รักษามันก็บอกแล้วว่าซ่อม มันไม่ได้สร้าง...”

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

อย่างไรก็ตาม การมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังสามารถใช้เป็นเงื่อนไขในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพชุมชนในโรงพยาบาลหรือสถานบริการที่มีพื้นฐานการดำเนินงานสุขภาพชุมชน หรือมีต้นทุนทางสังคมและวัฒนธรรมองค์กรอยู่บ้าง ดังโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งที่ผู้นำองค์กรมีประสบการณ์และสามารถปรับตัวสอดคล้องประสานกับสถานการณ์นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ช่วยทำให้องค์กรปรับตัวในช่วงเปลี่ยนนี้ได้เร็วขึ้น

“Family med ที่นี้เริ่มมาก่อน..วิสัยทัศน์โรงพยาบาลต้องเป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวด้วย ที่ได้รับการรับรอง HA โดยมีพันธกิจสร้างวิสัยทัศน์เป็นโรงพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวมาประมาณ 3 ปีแล้ว นี่ก็เกือบ 4 ปี อีกอย่าง 30 บาทเป็นแรงผลักดันมากขึ้นทำให้เราต้องเร่งงานส่งเสริมมากขึ้น เป็นตัวบังคับให้เราทำงานส่งเสริมแบบ work load เราก็สร้างให้มากขึ้นเพื่อลดการซ่อม...”

(ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

“พอมี 30 บาท ก็ตรงกับ concept ของโรงพยาบาล ผู้อำนวยการเน้นการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ผู้อำนวยการเคยได้รับรางวัลแพทย์ดีเด่นและนโยบายของโรงพยาบาลเป็นนโยบายชุมชน ผู้อำนวยการพยายามทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนของโรงพยาบาลมีหน้าที่คล้ายกันคือ เป็นหมอประจำบ้าน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลก็ต้องอยู่ใน PCU ร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ทุกคนต้องทำ family folder เยี่ยมบ้าน

(ผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

“เมื่อก่อนฝ่ายส่งเสริมลงชุมชนบ้าง และต้องทำงานในโรงพยาบาลด้วย พอมี 30 บาท ก็ได้โอกาสร่วมงานส่งเสริมกับสุขภาพบาลเข้าด้วยกัน มีพยาบาลร่วมด้วย ทำให้มีบุคลากรเพิ่มขึ้น เรียกเป็นฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว งานส่งเสริมก็ลงชุมชนได้มากขึ้น...”

(ผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้)

โดยสรุปในทัศนะของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบทั้งหมดเห็นด้วยในหลักการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงการบริการสุขภาพของประชาชน และหลักการการสร้างสุขภาพ แต่ก็ยังมีความเห็นว่าแนวทางปฏิบัติภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดูเหมือนขัดแย้งกับหลักการ การประชาสัมพันธ์กลับมุ่งเน้นให้ประชาชนรักษาโรคโดยการมารับบริการ นอกจากนี้ยังมีปัญหาอุปสรรคด้านการบริหารจัดการโครงการในทัศนะของผู้ปฏิบัติงานอยู่

“ในปีแรกของการดำเนินงาน สถานการณ์ด้านนโยบายและกฎระเบียบเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน และขาดบรรทัดฐานจนเกิดสภาวะซุลมุนวุ่นวาย ศูนย์อำนาจไม่ชัดเจนส่วนใหญ่ขึ้นกับ WAR ROOM มากกว่าผู้บริหารในสายบังคับบัญชาปกติ ประกอบกับการเปลี่ยนบทบาทของ สสจ. ทำให้ภาวะการนำของ สสจ. ชะงักลง และทำได้อย่างจำกัด...”

(ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

“โครงการ 30 บาทเป็นโครงการนโยบายจาก TOP แล้ว DOWN ลงมา ไม่ใช่ขึ้นมาจากล่าง ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของรัฐบาลแล้วให้นโยบายลงมาผ่านกลไกกระทรวง คือ จังหวัด การเตรียมบุคลากรก็นั้นเรื่องการชี้แจงมากกว่า พูดย่อย ๆ ว่าเป็นการสั่งการมากกว่า แม้ว่าทางจังหวัดจะเรียกประชุมชี้แจง 4-5 รอบก็ตาม แนวทางปฏิบัติในแต่ละจังหวัดก็ต้องมาตกลงกันเองในรายละเอียดก็วุ่นวายอยู่นะ”

(ผู้บริหาร CUP แห่งหนึ่งในภาคใต้)

นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคในการจัดการงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P x P) อยู่บ้าง อันเกิดจากทักษะของผู้ปฏิบัติงาน และเงื่อนไขการจ่ายงบประมาณ

“เมื่อก่อนมีโครงการจาก สสจ. แล้วส่งต่อมา แต่ตอนนี้กลับกัน เราต้องเขียนโครงการส่งขึ้นไป เมื่อก่อนโครงการของ สสจ. มาพร้อมเงิน ปัจจุบันต้องเขียนโครงการไปเงินอาจจะได้รับมาหรือไม่ก็ยังไม่รู้ นอกจากนี้การเขียนงบประมาณยากกว่าทุกปี เขียนหลายรอบกว่าจะผ่าน คือมีคณะกรรมการหน่วยบริการดูความจำเป็นของการใช้เงิน”

(เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้)

“...โครงการ 30 บาทมีค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ในการทำงานส่งเสริมป้องกันได้มากขึ้น ค่าตอบแทนที่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยก็ได้ค่านี้ไป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ได้รับ นอกจากนี้จังหวัดยังตัดค่าตอบแทนให้สถานีนามัยละหนึ่งหมื่นบาท ขณะที่ทางโรงพยาบาลเจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติครอบครัวต้องเขียนโครงการขึ้นไปค่าตอบแทนก็ไม่ได้รับ...”

(ผู้อำนวยการ CUP แห่งหนึ่งในภาคใต้)

การบริหารจัดการด้านการเงินงบประมาณที่มีความไม่แน่นอน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งเรียกว่า “ไม่นิ่ง” ไม่แน่นอนในแต่ละปี ในปี 2545 จ่ายงบประมาณให้กับหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP แบบ Inclusive capitation คือรวมงบประมาณผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และงบสร้างเสริมสุขภาพ ขณะที่ปีงบประมาณ 2546 กลับใช้ระบบ Exclusive capitation เขามาจ่ายให้ CUP เฉพาะงบประมาณผู้ป่วยนอก และงบสร้างเสริมสุขภาพ (P x P) ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งปรับตัวไม่ทัน

“หลังจากมี 30 บาท งานเฝ้าระวัง (ทันตสุขภาพ) ก็ยังทำอยู่จนมาปีงบประมาณใหม่ มีปัญหากับสถานีนามัย เรื่องเงิน คือ เมื่อก่อนนี้กำหนดตารางออกโรงเรียน ไปตรวจ แล้วนัดมาก่อน ตอนนี้มีปัญหาเรื่องเงิน ผอ. เลยบอกให้ สอ. ในเขตที่โรงเรียนอยู่ทำโครงการขึ้นมา ถ้าไม่มีเราก็ไม่ออก... “นอกจากนี้ทาง ผอ. ก็ขอมว่า เวลาออกทำฟันมีต้นทุน ค่ารถ ค่าสเตอร์ไรค์เครื่องมือ ค่าวัสดุ ถ้ามาคนไข้ไม่ถึง 10 case ก็ไม่ออก ถ้า สอ. นัดได้ครบ 10 case ก็โทรมาบอกก็จะออก ก็คือ 10 case ก็ได้ 300 ถ้าไม่ถึง 300 ก็ไม่ออก...”

(ทันตแพทย์โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

นอกจากนี้ ทิศนะของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ที่มีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น เห็นด้วยในแนวคิด แต่มีปัญหาภาคปฏิบัติอยู่บ้าง สาธารณสุขอำเภอในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือคนหนึ่งให้ความเห็นว่า

“ก่อนหน้าที่ สสอ. เป็นผู้ดูแล สอ. เป็นสายบังคับบัญชาโดยตรง พอมีโครงการ 30 บาท งบประมาณส่งผ่านไปยัง สอ. โดยตรง สอ. ก็ลำบากใจเพราะตามสายงานยังขึ้นกับ สสอ. โชคดีที่นี้ สอ. กับ ผอ. โรงพยาบาลเข้าใจกัน ยังไงก็ตาม โรงพยาบาล (ชุมชน) ไม่ควรก้าวท่ายการบริหารงานตามโครงสร้าง แต่ควรให้ สสอ. มีส่วนร่วมในการบริหาร สอ. และ สสร. (ศูนย์สุขภาพชุมชน) ถ้ามองโรงพยาบาล ปัญหาคือ ขาดแพทย์

เพียงพอ มีงบประมาณจ้างหาคนไม่ได้ ระบบการส่งต่อของบัตรทองปัจจุบันค่อนข้างมีปัญหา ไม่ยืดหยุ่นให้อึดตามสถานการณ์จริงของประชาชนเท่าที่ควร...”

“โรงพยาบาลไม่เข้าใจธรรมชาติการทำงานของ สอ. มักมีการแวงว่า สอ.ไม่ทำงาน ได้เงินมาแล้วไม่ทำงานเท่าที่ควร โรงพยาบาลก็คุ้นกับการรักษา ไม่เคยลงพื้นที่เอง สอ.ต้องเดินทางลำบากกว่าจะเข้าถึงพื้นที่ ค่าใช้จ่าย ค่าน้ำมัน ค่าเสื่อมของรถที่ใช้ก็ไม่รู้จะเบิกกับใคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่ได้ค่าเบี้ยเลี้ยง แต่ก็เบิกค่า OT ได้...”

(นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัยแห่งหนึ่งก็สะท้อนถึงระบบการเงินการคลังที่เป็นอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก CUP ทำหน้าที่เป็นผู้จัดสรรงบประมาณด้วย ให้บริการด้วย

“...วันก่อน สอ. นี้ทำหน้าที่เป็น PCU ได้รับ case ผู้ป่วยมะเร็งที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนที่เป็น CUP พอไปตรวจที่โรงพยาบาล คนไข้ต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในจังหวัด ทางโรงพยาบาลที่เป็น CUP ก็เกลี้ยจนให้ สอ. เราเป็นคน Refer คนไข้ ทางโรงพยาบาลหลังต้องตามจ่าย ทั้งที่ทางจังหวัดก็กันเงิน Refer ไว้แล้ว โรงพยาบาลถือเงินงบประมาณเอง และยังให้บริการด้วย ดูไม่ค่อยเหมาะสม น่าจะมีหน่วยงานที่เป็น Purchaser แทนโรงพยาบาล อาจเป็น กสพ. (คณะกรรมการสาธารณสุขระดับพื้นที่) สอ.กับโรงพยาบาลก็เป็น provider อย่างเดียว”

โดยสรุปทัศนคติของบุคลากรด้านสาธารณสุขตั้งแต่ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด ผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอ ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน หรือ CUP และ PCU รวมถึงสถานีอนามัยที่ทำหน้าที่ PCU หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ รวมถึงทันตแพทย์ที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขต่างก็เห็นด้วยในหลักการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีทัศนคติต่อโครงการดังกล่าว แต่ในภาคปฏิบัติยังมีปัญหาด้านการบริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณ รวมถึงวัฒนธรรมองค์กร ที่ยังคงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สามารถขับเคลื่อนได้ตามนโยบายที่ส่วนกลางได้กำหนด แม้กระทำการเตรียมบุคลากรเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการรองรับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งยังคงใช้วัฒนธรรม วิธีการทำงานแบบเดิม คือ การสั่งการมากกว่าการมีส่วนร่วมในการพัฒนางาน/กิจกรรม นอกจากนี้บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นผู้ให้บริการก็มีความไม่มั่นคงในจิตใจและอารมณ์ ภาวะการเปลี่ยนผ่านของระบบที่เดิมเป็น supply side มาสู่ demand side ให้มีความสำคัญกับผู้รับบริการเป็นสำคัญ

) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์ (ผู้ให้บริการ)

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากนั้น การให้ความหมายต่อคำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” และ “การป้องกันโรค” อาจเป็นประเด็นหนึ่งที่แสดงถึงทัศนะและแนวทางการดำเนินงานของทันตแพทย์และทันตบุคลากร

จากการศึกษานี้พบว่ารูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคไม่มีความแตกต่างจากรูปแบบการดำเนินงานก่อนมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ยังคงดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากตามแนวทางเดิม

“...ก็ไม่แตกต่างจากก่อนมีโครงการ 30 บาท ตัวอย่างเช่น Sealant ในสิทธิประโยชน์ ระบุครอบคลุมเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยก่อนหน้านี้ Sealant ถูกระบุให้ทำในเด็กอายุ 12 ปี หรือฟันกรมแทชีแรกก็ขยายขอบเขตจาก 12 ปี เป็น 15 ปี ก็ทำเหมือนเดิมก็คือ กลุ่มเด็กนักเรียนในโรงเรียน”

“สิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรมก็ไม่มีอะไรใหม่ ก็เป็นสิ่งที่ทำอยู่แล้ว ทำเหมือนเดิม แต่ตอนนี้ก็ลดความเข้มข้นลงเพราะภาระงานมากขึ้นในการให้บริการรักษา คนไข้มากขึ้น...”

ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้)

“งานส่งเสริมไม่ค่อยได้ทำเลย มีแต่ให้ทันตสุศึกษา งานส่งเสริมมีรูปแบบไม่นั่นนอน ไม่รู้จะไปทำยังไง คิดไม่ออก..ไปเล่นกับพฤติกรรมสุขภาพมันก็ยาก ที่ผ่านมาก็ทำเหมือนเดิมก่อนและหลังโครงการ 30 บาทก็เหมือนกัน มีงาน ANC WBC Sealant เฝ้าระวังในโรงเรียน...”

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

“งานส่งเสริมป้องกันก่อนและหลังโครงการมันยังเหมือนเดิม แต่ก็คิดว่าพยายามปรับอยู่ กิจกรรมก็คล้ายกัน ในส่วนของพี่เองก็พยายามทำอยู่ เช่น ออกโรงเรียน บริการถอนฟันเป็นปัญหาเร่งด่วนของจังหวัดแล้วก็ Sealant ป.1 ถ้ามีฟันผุก็อุด แต่ ป.1 กับอนุบาล 2 ที่ทำคือบ่อยมากที่จะ sealant ให้ ส่วนใหญ่ผุก็ถอน ... พอมีโครงการ 30 บาท คนไข้ก็ประดังเข้ามาที่โรงพยาบาล เรา (ทันตแพทย์) ก็เลยไม่ออก ให้ทันตภิบาลออก มีทันตภิบาล 4 คน แต่ก่อนออก 4 คน (ทันตภิบาล + ทันตแพทย์) ผู้ช่วย 3 คน ตอนนี้ก็ให้ทันตภิบาลออก 4 คน ไปถอนฟันและตรวจ screen เด็กที่จะ sealant ก็นำมาโรงพยาบาลให้เขาเอง เวลาที่เหลือก็ให้สุศึกษา อาจถอนแค่ครึ่งวัน Screen ครึ่งวันและให้สุศึกษา”

(หัวหน้าฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้)

ด้วยผู้มารับบริการที่มากขึ้นเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ดังเสียงสะท้อนของทันตแพทย์คนหนึ่งในสถานบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

"...ทุกวันนี้ก็ทำแต่งงานบริการ ทุกคนก็พยายามดิ้นรนไม่ให้เกิดการร้องเรียน ทุ่มเวลาทรัพยากรเพื่องานบริการรักษา การส่งเสริมป้องกันน้อยกว่าที่ควรจะเป็น ไม่มีเวลาบริการเชิงรุก เพราะให้บริการเข้าจนเย็น...อย่างดีที่สุดทำได้เพียงให้ทันตสุขศึกษาหน้าห้องฟัน..."

สำหรับกรณีการให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าทั้งงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่สามารถแยกออกจากกันได้

"...แยกไม่ออกหรอกนะ ส่งเสริมป้องกัน ดู ๆ เหมือนส่งเสริมส่งที่เขาดีอยู่ สภาพดีอยู่ก็ส่งเสริมให้ มา Sealant นี่ก็เป็นการป้องกัน ส่วนเคลือบฟลูออไรด์ก็ป็น ๆ กันไม่ชัดเจน...ส่งเสริมนี้คงแบบคนไข้อาจจะยังไม่เป็น ส่งเสริมเขาให้สุขภาพดี เป็นกิจกรรมที่เขาทำอะไรแล้วส่งเสริมให้เขามีสุขภาพดี ใน sense ของป้องกันก็หมายถึงไปทำอะไรให้เขา เช่น เคลือบฟลูออไรด์"

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเทศบาลในภาคเหนือ)

"...การป้องกันมีการรักษาร่วมด้วย เพราะชื่อก็บอกว่าป้องกันโรค ส่วนส่งเสริมสุขภาพคือการแนะนำ กิจกรรมที่เป็นงานป้องกันโรคก็คือ เคลือบหลุมร่องฟันให้ฟลูออไรด์ ส่วนส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก ให้ทันตสุขศึกษา แนะนำทำความสะอาดช่องปาก อบรม ให้ฟลูออไรด์ในเด็กที่ฟันไม่ผุ..."

(ทันตแพทย์คนหนึ่งโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้)

"ทันตสุขศึกษานี้เป็นการส่งเสริมหรือป้องกัน ... การป้องกันคือ ไม่ให้เกิดโรค ส่งเสริมคือ ทำยังไงให้เกิดสุขภาพดี ให้เขารู้จักตนเองว่าควรมาหาหมอเมื่อไหร่ รู้ว่าสิ่งไหนควรฟังทันตแพทย์ Sealant ฟลูออไรด์ ป้องกันแน่ ๆ ส่วนส่งเสริมคือให้ทันตสุขศึกษา ซึ่งอธิบายให้ดูในปากตัวเองจากกระจกให้เห็นว่าตัวเองมีปัญหาอะไร เห็นความสำคัญของสุขภาพช่องปาก"

(ทันตแพทย์คนหนึ่งโรงพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

"งานส่งเสริมน่าจะหมายถึงงานเชิงรุก ออกนอกสถานบริการ แต่ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้ออกนอกสถานที่เลย แค่อำนาจการทำงานที่เห็นอยู่ก็ไปไหนไม่ได้ ที่อยู่คนเดียว พี่ก็แค่ทำงานป้องกันในคลินิก ให้ฟลูออไรด์ ทำ Sealant ในคลินิก ส่วน Sealant ในโรงเรียน โดยนโยบายของ กทม. (กองทันตสาธารณสุข กทม.) ให้ทำ Sealant ในเด็ก ป. 1 ใช้วิธี

การระดมทันตภิบาลจากหลาย ๆ ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. ที่อยู่ ในโซนเดียวกัน และเดินสายทำ sealant โดยทางศูนย์ (ศูนย์บริการสาธารณสุข) เป็นผู้ประสานกับโรงเรียน

(ทันตแพทย์คนหนึ่งในศูนย์บริการสาธารณสุข กทม.)

โดยภาพรวมทันตแพทย์ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำจำกัดความหรือให้ความหมายของคำว่า ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้ โดยทั่วไปก็ใช้กิจกรรมเป็นตัวแบ่ง เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ เป็นงานป้องกัน ขณะที่การให้สุขศึกษา การแนะนำ การจัดอบรม เป็นการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ก็ยังมีทันตแพทย์ที่ใช้ลักษณะการทำงานเป็นการแบ่งงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค กล่าวคือ ถ้าออกนอกสถานที่เป็นงานส่งเสริม ให้บริการในสถานบริการเป็นการป้องกัน แม้ว่าจะเป็นกิจกรรมของงานเหมือนกัน เช่น การเคลือบหลุมร่องฟันในสถานบริการเป็นการป้องกัน ขณะที่การเคลือบหลุมร่องฟันในโรงเรียนโดยเป็นการออกเคลื่อนที่จากสถานบริการไปยังโรงเรียนก็ถูกแยกให้เป็นงานส่งเสริมสุขภาพ

"ส่งเสริมก็คืองานเข้าหมู่บ้าน เข้าโรงเรียน ไปศูนย์เด็กเล็ก การไปทำ Sealant ก็เป็นการส่งเสริม เราไปกระตุ้นให้พ่อแม่ผู้ปกครองรู้..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

สำหรับทันตแพทย์ในสถานบริการภาครัฐและเอกชนต่างก็มีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมองค์กร กล่าวคือยังมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในเชิงลบ ให้ความสำคัญน้อย

"...ถ้าคิดเหมือนกับว่าถ้าโรงพยาบาลเอกชนมันอาจจะเป็นธุรกิจหน่อย ยิ่งเราทำส่งเสริม เสียเงินค่าใช้จ่ายมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล ยิ่งออกมาก็ยิ่งเสียมาก เขาก็เลยไม่ค่อยอยากทำการส่งเสริมกัน...."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในภาคเหนือ)

"งานส่งเสริมป้องกันก็น่าเป็นงานที่เน้นในกลุ่มเด็ก ไม่ว่าจะเคลือบฟลูออไรด์ เคลือบหลุมร่องฟัน นอกจากนี้ก็ให้ความรู้ ดูแลทันตสุขภาพ แต่ที่ (ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล) ก็คิดได้แค่นี้ สมัยที่เรียนทันตแพทย์ก็ยังไม่ค่อยเน้นป้องกันมากนัก..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนของ กทม.)

"ความหมายของงานส่งเสริมและป้องกันในความเข้าใจก็เป็นเรื่องของการป้องกันและดูแลสุขภาพตนเอง โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งทันตแพทย์ เพียงแค่อาจมาให้เราช่วยตรวจและประเมินสุขภาพให้..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งใน กทม.)

"งาน P x P ที่นี้จะเน้นในคลินิกทันตกรรม ให้ความรู้ มี VEDEO ให้ดู ตอนเช้าก็มี ผู้ช่วยให้ดูศึกษารายกลุ่มบริเวณที่คนใช้นั่งรอ ส่วนนอกโรงพยาบาลก็ไปตรวจฟันเด็ก ที่โรงเรียน นึกมาทำ Sealant ...งานส่งเสริมป้องกันก็ให้ความรู้กับคนใช้มาก ๆ ..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ ใน กทม.)

จะเห็นได้ว่าแต่ละสถานบริการต่างก็มีวัฒนธรรมแบบองค์กรที่ต่างกัน สถานบริการของเอกชน แนวคิดส่งเสริมและป้องกันมีพื้นฐานจากการคิดถึงเรื่องการคุ้มครองผลกำไร ขณะที่สถานบริการของรัฐขนาดใหญ่ก็มีวัฒนธรรมองค์กรอีกแบบหนึ่ง ซึ่งมักจะมีทันตแพทย์จำนวนมาก และเป็นทันตแพทย์เฉพาะสาขา แนวคิดส่งเสริมป้องกันก็มีพื้นฐานของการลดโรค (disease oriented) ตั้งรับในสถานบริการเป็นหลัก

นอกจากนี้ทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความคิดแบบแยกส่วน จำแนกบทบาทงานส่งเสริมและป้องกัน จากงานบริการการรักษา โดยยกงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับทันตภิบาล ขณะที่งานบริการรักษาเป็นบทบาทหน้าที่ของทันตแพทย์ ทั้งนี้ทำให้มองเห็นถึงการให้ความสำคัญต่องานส่งเสริมป้องกันของทันตแพทย์

"...ที่นี้แยกบทบาทหน้าที่ชัดเจน ทันตภิบาลทำหน้าที่ส่งเสริมทันตแพทย์ รับงานบริการ งานส่งเสริมก็แยกแยะชัดเจน ถ้างานทันตกรรมโรงเรียนให้บริการก็เป็นเรื่องของทันตภิบาล ส่วนงานอบรม อสม. ผู้นำนักเรียน ที่(ทันตแพทย์ผู้ให้ข้อมูล) ออกเอง ที่นี้ก็ต่างจากโรงพยาบาลอื่น ๆ นะ บางโรงพยาบาลก็แบ่งพื้นที่รับผิดชอบ มีทันตแพทย์ 2 คน ทันตภิบาล 2 คน รวม 4 คน ก็แบ่งพื้นที่ออกเป็น 4 ส่วน ต่างคนต่างรับผิดชอบพื้นที่ตัวเอง แต่โดยทั่วไปทันตแพทย์ออกพื้นที่น้อย เพราะงานบริการในโรงพยาบาลมาก..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

การแยกส่วนของทันตแพทย์ยังส่งผลถึงการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแยกออกจาก การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ เช่น การดำเนินงานอนามัยโรงเรียน หลาย ๆ พื้นที่ทันตแพทย์หรือทันตบุคลากรดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนโดยขาดการประสานงานกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพหรือฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแม้แต่การออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ก็ตาม

"ที่จริงเขา (ฝ่ายส่งเสริมของโรงพยาบาล) มีโปรแกรมออกโรงเรียนพอดีของเราถ้าออกพร้อมเขา เขาจะทำงานไม่ทัน เขาจะออก (ไปโรงเรียน) ซ้ำกว่าเรา ก็เลยแยกกันออก..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนหนึ่งในภาคเหนือ)

"ที่นี้ฝ่ายทันตกรรมมีทันตแพทย์ 2 คน รับผิดชอบ PCU 6 แห่ง ทุกเช้าทันตแพทย์ทั้งสองคนก็จะออกไป PCU ด้วยรถโรงพยาบาล เราไปด้วยรถโรงพยาบาล 1 คัน เพราะเครื่องมือเรามาก ทางฝ่ายเวชกรรมก็ไปอีกคัน ส่วนหมอเขาไปเองเขาอดส่วนตัวเขาไป

ไปถึง PCU ก็ต่างคนต่างทำงาน ต่างคนต่างกลับ...ส่วนงานอนามัยโรงเรียนเรามีโรงเรียนรับผิดชอบที่ต้องดูแลก็มีทันตแพทย์ที่ฝ่ายไปตรวจฟันให้บริการ โรงเรียนที่เราดูแลคนละโรงเรียนกับฝ่ายเวชกรรม เขา..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

อย่างไรก็ตามก็ยังมีทันตแพทย์และทันตบุคลากรที่มีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากที่สอดคล้องกับนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ขึ้นกับสถานบริการแต่ละแห่งโดยเฉพาะสถานบริการที่เป็นสถานบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ที่มีแนวทางการปรับเปลี่ยนของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และฝ่ายสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคมาเป็นฝ่ายเวชศาสตร์ครอบครัว ทำให้มีแนวทางการทำงานแบบใหม่

"...ที่นี้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาเก่ง เคยได้รางวัลแพทย์ดีเด่น เขาก็จัดทีมโรงพยาบาล เรา (ทันตแพทย์) ก็อยู่ในทีมโรงพยาบาลด้วย เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบคล้าย ๆ กัน คือ เป็นหมอประจำบ้าน ทันตภิบาลของเราที่อยู่ในทีมร่วมกับเจ้าหน้าที่คนอื่นรับผิดชอบ ทีมละ 1 PCU ไม่เกี่ยวกับฟัน ต้องไปร่วมกับคนอื่นเขา..."

(ทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ)

"ทันตภิบาลหลายคนลงไปอยู่ PCU เขา Happy ขึ้น เขาได้ทำงานที่กว้างขึ้น ทำ family folder และเขาก็บันทึกสุขภาพช่องปากใน family folder ด้วย อยู่ PCU เน้นชุมชนมากกว่ารักษา แต่เดิมเข้าแต่โรงเรียน แต่เดี๋ยวนี้ก็เข้าชุมชนด้วย ทันตภิบาลได้เรียนรู้งานอื่น ๆ ทั้งโภชนาการ ดูแลสุขภาพอนามัยอื่น ๆ นอกจากช่องปาก ..."

(ทันตแพทย์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

โดยสรุป ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังคงมีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก โดยมีเป้าหมายที่การลดโรค เป็นกระบวนการทำงานภายใต้แนวคิดการแพทย์ และมีแนวคิดแยกส่วน แยกการส่งเสริมออกจากการป้องกัน แยกงานส่งเสริมป้องกันออกจากการรักษา ในขณะที่กระบวนการทันตสุขภาพใหม่ ซึ่งมีแนวคิดแบบองค์รวม เน้นที่กระบวนการมากกว่าผลลัพธ์ ดังนั้นการรักษาที่เป็นกระบวนการหนึ่งที่เป็นเครื่องมือนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายสูงสุดที่การค้นหาศักยภาพให้ประชาชนควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น (Brown 1985 อ้างในอุทัยวรรณ กาญจนกมล 2541)

ส่วนที่ 4 : แนวคิดและแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของ ประชาชน (ผู้รับบริการ)

ภายใต้หลักการของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค แม้ว่าจะพยายามมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพให้มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก มีการกำหนดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากด้านทันตกรรมอย่างชัดเจน นอกเหนือจากสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาทันตกรรม แต่สิ่งที่ประชาชนรับรู้และเข้าใจต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังคงเป็นการรักษา

"ไม่รู้หรอกว่า เรื่องฟันที่อยู่ในโครงการ 30 บาทมีอะไรบ้าง รู้แต่ว่ามีอุดฟัน ถอนฟัน และใส่ฟันปลอม"

(ผู้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร)

"ก็ไม่ว่าทำฟันในโครงการ 30 บาท หมอเขาทำอะไรให้บ้าง รู้แต่ว่าเมื่อปวดก็ไปโรงพยาบาลเสียเงิน 30 บาท..."

(ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

"...ก่อนนี้มีบัตร 500 (บัตรสุขภาพ 500 บาทต่อครอบครัว) เคยมาทำฟัน อุดฟัน ถอนฟัน พอมีบัตรทอง 30 บาทก็บริการเหมือนเดิม แต่ก็คิดว่าบัตร 500 บาทน่าจะดีกว่า 30 บาท แต่แต่ละครั้งคงแพงกว่า..."

(ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้)

"โครงการ 30 บาทก็เหมือนเดิม แต่ก็ดีมีหมอ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) มาหาประชาชนบ่อยขึ้น"

(ผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ)

โดยภาพรวมประชาชนมีทัศนคติที่ดีต่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ประชาชนยังไม่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ทั้งหมดด้านทันตกรรมว่าครอบคลุมอะไรบ้าง ทราบแต่เพียงสิทธิประโยชน์ที่เป็นการรักษาทั่ว ๆ ไป เช่น การถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน ไม่แน่ใจว่ารักษาลongรากฟันได้หรือไม่ อีกประการหนึ่ง ฟันปลอมเป็นสิทธิประโยชน์ที่ประชาชนรับรู้และให้ความสนใจค่อนข้างมาก โดย ทันตแพทย์คนหนึ่งในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ให้ความเห็นต่อการรับบริการของประชาชนว่า

"คนไข้มาถึงบอกถอนเลยหมอ และจะใส่ปลอม ฟันปลอม 30 บาท ที่นี่ (โรงพยาบาลที่นี่) มีคนไข้ใส่ฟันปลอมเยอะมากก็ต้องทำให้เขา นัคนานก็ไม่ได้ เดี่ยวโรงพยาบาลถูกคนไข้ร้องเรียน..."

แต่เมื่อถามถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ประชาชนส่วนใหญ่จะคิดถึง การแปรงฟัน รู้ว่าการแปรงฟันเป็นวิธีการที่สำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปาก

"...เคยทำฟันมาหลายครั้งแล้ว ก่อนหน้าที่จะมีโครงการ 30 บาท บางครั้งก็ไปที่ศูนย์ (ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร) ที่ใกล้บ้าน บางทีก็ไปคลินิก หมอเคยแนะนำ ให้แปรงฟันแทบทุกครั้ง"

(ผู้รับบริการคนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร)

"เรื่องป้องกันหรือก็ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเวลาถอน และตอนนี้ฟันไม่มีแล้ว ไม่รู้จะดูแลอย่างไร ที่เหลือก็จะถอนและรอใส่ฟัน"

(ผู้รับบริการคนหนึ่งในภาคใต้)

"...คิดว่า การป้องกันโรคฟันผุก็คือการแปรงฟัน แปรงให้สะอาด แปรงให้ถูกวิธี..."

(ผู้รับบริการคนหนึ่งในภาคเหนือ)

นอกจากเรื่องแปรงฟัน เป็นวิธีการป้องกันการเกิดโรคฟันผุแล้ว ประชาชนส่วนใหญ่ก็ยังไม่เข้าใจแนว คิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก มีประชาชนบางคนที่แสดงความคิดเห็นถึงการส่งเสริม การป้องกันที่เป็นรูปธรรมก็คือ การบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนให้กับเด็กนักเรียนประถมศึกษา

"...ที่เห็นอยู่ก็หน่วยบริการทันตกรรมในเด็กนักเรียน ถอนฟัน สอนแปรงฟัน ใน กลุ่มเด็กเล็กที่มารับวัคซีนก็ได้แจกแปรงสีฟันเป็นการป้องกันไม่ให้เด็กฟันผุ..."

(ผู้รับบริการคนหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

โดยภาพรวมประชาชนยังมีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก เพียงแค่การ แปรงฟันป้องกันการเกิดโรคฟันผุ ประชาชนยังมองไม่เห็นถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ โดยเฉพาะการบริโภคน้ำตาล ความหวาน ซึ่งเป็นมุมมองหนึ่งที่ทันตแพทย์ปัจจุบันให้ความสนใจ โดยเฉพาะมีโครงการรณรงค์เด็กไทยไม่กิน หวาน แต่ประชาชนทั่วไปก็ยังไม่รับรู้เกี่ยวกับโครงการนี้มากนัก อีกประการหนึ่ง สิ่งที่ประชาชนรับรู้เกี่ยวกับ สุขภาพช่องปากมากที่สุดคือ โรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบ หรือโรคอื่น ๆ ในช่องปาก เกือบจะไม่มีกรกล่าวถึงเลย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาศาถนการณและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคนในช่องปากในหน่วยคูลัญญวบริการระดับปฐมภูมิภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ เป็นการศึกษาวิจัยแบบคุณภาพ ทั้งนี้พื้นที่เพื่อการศึกษาเป็นแบบการคัดเลือกเฉพาะ (purposive selection) จำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วยเชียงใหม่ น่าน ขอนแก่น บุรีรัมย์ สงขลา พัทลุง ปทุมธานี และกรุงเทพมหานคร โดยมีหน่วยคูลัญญาหลักบริการปฐมภูมิจำนวน ๔๘ หน่วยเป็นกลุ่มตัวอย่างประชากรศึกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการใช้แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง และใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกตตั้งแต่ ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในการบริหารงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับจังหวัด ทันตแพทย์ ทันตบุคลากร และประชาชนในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2545 ถึงเดือนมีนาคม 2546 โดยมีผลสรุปดังนี้

1. การจัดโครงสร้างเครือข่ายบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การจัดโครงสร้างเครือข่ายบริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั่วไปโครงสร้างเครือข่ายบริการเป็นแบบง่ายหรือพื้นฐาน (simple or Basic) คือมีหน่วยบริการคูลัญญาหลักหรือ CUP และศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ PCU แต่ก็มีบางพื้นที่ที่ศึกษาและโครงสร้างเครือข่ายบริการแบบเป็นซับซ้อน ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นที่ศึกษา อาทิเช่น จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางของภูมิภาค อย่าง กรุงเทพฯ และขอนแก่น ยังมีหน่วยบริการคูลัญญารอง หรือ sub contractor ร่วมด้วยนอกเหนือจากหน่วยบริการคูลัญญาหลักหรือ CUP และศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ PCU เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานครก็ทำหน้าที่เป็น subcontractor ให้กับโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคูลัญญาหลัก และคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นก็ทำหน้าที่เป็น subcontractor ให้กับโรงพยาบาลขอนแก่น เป็นต้น

นอกจากนี้ สถานบริการหรือโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคูลัญญาหลักหรือ CUP มักมีการตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ในสถานบริการหรือโรงพยาบาลนั้น โดยแยกศูนย์สุขภาพชุมชนออกหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ปกติ และแยกบุคลากรสาธารณสุขหนึ่งปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ทั้งที่อยู่ในสถานบริการหรือโรงพยาบาลเดียวกัน

2. โครงสร้างการบริหารด้านการเงินการคลังภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 8 จังหวัด มีโครงสร้างการบริหารด้านการเงินการคลังของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวดิ่ง (vertical) มากกว่าแนวนอน (horizontal) อย่างไรก็ตาม การบริหารการเงินการคลังภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยที่ผ่านมามีความไม่มั่นคงของนโยบายการจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ ระยเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรงบประมาณ กล่าวคือ ระยเริ่มต้นโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรเงินเป็นแบบ Inclusive คือ จัดสรรเงินทั้งหมดทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) งบส่งเสริมและป้องกัน (P X P) ไปยังหน่วยบริการคูลัญญาหลักหรือ CUP โดยตรง ระยต่อมาก็มีการกันเงินเดือนไว้ที่จังหวัด และงบผู้ป่วยใน (IPD) ไว้ที่จังหวัด ขณะที่จัดสรรเงินผู้ป่วยนอก OPD และงบส่งเสริมป้องกันเท่านั้นไปยังหน่วย

บริการคู่สัญญาหลัก ในปัจจุบันมีการกันเงินเดือนไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นภาวะความไม่มั่นคงของนโยบายการจัดสรรเงินงบประมาณทำให้ส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในภาพรวม

นอกจากนี้ในระยะแรกของการจัดสรรเงินงบประมาณส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากไปยังหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัย ที่ยังมีความไม่ชัดเจน ทำให้เกิดภาวะความชะงักงันของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในศูนย์สุขภาพชุมชน อย่างไรก็ตาม ขณะนี้แนวทางการจัดสรรเงินงบประมาณ ส่วนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีความชัดเจนมากขึ้น คือ มีการจัดสรรเงินส่วนหนึ่งเป็นค่าดำเนินการและค่าเบี้ยเลี้ยงทำงานล่วงเวลาให้แก่อายุสุขภาพชุมชนประมาณ 15,000 บาท /เดือน/ศูนย์สุขภาพชุมชน ส่วนที่เหลือร้อยละ 40 จัดสรรตามผลงานที่ปฏิบัติตามสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมป้องกัน ร้อยละ 40 จัดสรรตามประชากรที่รับผิดชอบ และร้อยละ 20 จัดสรรตามโครงการที่เสนอมา ทั้งนี้มีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นหน่วยงานกลางประสานงาน

3. การจัดการด้านการบริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ก. **สิทธิประโยชน์ในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่กำหนดไว้**เกี่ยวกับการให้บริการทันตกรรมทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก มีความสอดคล้องกับระบบบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในสถานบริการก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินน้ำลาย รักษาคลองรากฟัน และใส่ฟัน ตลอดจนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันในช่องปากอันประกอบด้วย การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคในช่องปาก การให้ความรู้สุขภาพ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการให้ฟลูออไรด์ อีกทั้งกลุ่มเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ประกอบด้วย กลุ่มหญิงมีครรภ์ ในคลินิก ANC กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียนใน WBC และในศูนย์เด็กเล็ก กลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุ

แต่ปรากฏการณ์ของการบริการทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้จากการศึกษาก็คือปริมาณผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 15-20 งานบริการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือการใส่ฟัน ดังนั้นปริมาณงานบริการรักษาที่เพิ่มขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีแนวโน้มที่จะมีกิจกรรมดังกล่าวลดลง

ข. **การจัดบริการทันตกรรมเพื่อรองรับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU)** ในกรณีที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิหรือ PCU เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ก็มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมเป็นหลัก หรือในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) หรือเป็นหน่วยบริการคู่สัญญาของ subcontract ก็มีทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรมรองรับอยู่

ในขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ที่ไม่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานประจำ เพื่อให้บริการแก่ผู้มารับบริการ ทางหน่วยบริการคู่สัญญาหลักช่วย CUP ก็จัดให้มีหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใกล้เคียงหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ก็มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง บางศูนย์สุขภาพชุมชนก็มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปบริการเดือนละครั้ง บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ไกลจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักก็อาจไม่มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปให้บริการ

บางพื้นที่ศึกษาที่มีความพร้อมและเข้าใจในหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัว (family medicine) การบริการทันตกรรมก็อาจมีการเชื่อมบ้านร่วมทำ family folder อันเป็นการผสมผสานกับสุขภาพอื่น ๆ

อย่างไรก็ตาม ภาพรวมของการบริการทันตภายในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ยังคงมีความเป็นอัตลักษณ์แยกส่วน แม้ว่าโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลักมีการตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนภายในโรงพยาบาล แต่แยกส่วนจากหน่วยบริการผู้ป่วยนอก (OPD) งานบริการทันตกรรมก็ยังคงอยู่ในฝ่ายทันตกรรม การออกหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ก็ยังคงแยกการให้บริการจากงานส่งเสริมสุขภาพหรืองานเวชศาสตร์ครอบครัว

4. เงื่อนไขของระบบบริการทันตกรรมที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- ปริมาณผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะงานบริการรักษาและการใส่ฟัน โดยมีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการร้อยละ 15-20 และผู้รับบริการที่ต้องการใส่ฟันมีคิวนัด 8 เดือนถึง 2 ปี

งานบริการด้านการรักษาและใส่ฟัน จึงส่งผลต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะการส่งเสริมป้องกันนอกสถานบริการ เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน และชุมชน เป็นต้น งานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายหลักที่ดำเนินการอยู่เป็นกิจวัตร โดยเฉพาะการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาค่อนข้างสะดวกไม่ต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะงานบริการด้านการรักษาและการใส่ฟันเป็นงานที่ต้องการเวลาในการให้บริการค่อนข้างมาก

- การจัดระบบบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ที่มีรูปแบบการจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือ PCU ในการดูแลรับผิดชอบของหน่วยบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากลดลง เพราะการให้บริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่เป็นงานรักษาเป็นหลัก

- ความไม่นิ่งหรือความผันแปรของการจัดสรรงบประมาณของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มต้นจัดแบบ Inclusive ต่อมาจัดสรรแบบ Exclusive รวมทั้งงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่จัดสรรส่วนหนึ่งให้สถานอนามัยที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก โดยเฉพาะในโรงเรียนประถมศึกษาและศูนย์เด็กเล็กจึงถูกโอน (โยน) ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนรับผิดชอบ อีกทั้งเป็นนโยบายของการบริหารการเงินของผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากจึงขาดการต่อเนื่องและขาดระบบการประสานงานและกำกับที่เหมาะสม

- ภาระงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาลในช่วงการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดำเนินงานพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้การรองรับคุณภาพบริการจาก Hospital Accreditation (HA) ก็เป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ส่งผลให้ทันตแพทย์และทันตบุคลากรต้องลดละงานอื่น ๆ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ทันตแพทย์และทันตบุคลากรส่วนใหญ่ก็มักมีบทบาทในคณะกรรมการของการพัฒนาคุณภาพของการบริการเพื่อการได้มาของ HA

- อัตราการลาออกและโอนย้ายของทันตแพทย์ค่อนข้างสูง แม้ว่าภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายังไม่มีหลักฐานยืนยันว่าทันตแพทย์ลาออกมากกว่าก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ภาวะการโอนย้าย (Turnover) ของทันตแพทย์ซึ่งก็เป็นธรรมชาติของวิชาชีพด้านสุขภาพคงมีอยู่ก็ส่งผลให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากขาดการต่อ

เนื่อง เนื่องจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ และในพื้นที่ต่าง ๆ ก็ย่อมต้องอาศัยทักษะและการคุ้นเคยในการเริ่มต้นปฏิบัติงาน

5. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์

ยังคงเป็นแนวคิดที่ใช้โรคเป็นศูนย์กลาง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อการลดโรค ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง การดำเนินส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในการดูแลสุขภาพตนเองและควบคุมภาวะแวดล้อมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

ทันตแพทย์ยังคงมีแนวคิดแยกส่วน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงมักแยกออกจากงานส่งเสริมสุขภาพโดยรวม อีกทั้งรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคก็ยึดโยงอยู่กับกิจกรรม เช่น การให้ความรู้สุขภาพ การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ เป็นต้น

ทันตแพทย์ยังขาดทักษะการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในระดับปัจเจกก็ขาดการประเมินผลที่เหมาะสม

6. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของประชาชน

ประชาชนมีแนวคิดการรักษาสุขภาพช่องปากมากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน และประชาชนมีการพูดถึงโรคฟันผุมากขณะที่โรคในช่องปากอื่น ๆ แทบจะไม่มีใครกล่าวถึงหรือให้ความสนใจ การแปรงฟันจึงเป็นวิธีการป้องกันฟันผุที่ดีที่สุดที่ทุกคนในทัศนะของประชาชน

บทวิเคราะห์

จากการที่รัฐบาลมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อคุ้มครองประชาชนทุกคนให้มีหลักประกันด้านการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและมีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอันรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพด้วยกัน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการนำร่องตามนโยบายดังกล่าวในพื้นที่ 6 จังหวัด เมื่อวันที่ 1 เมษายน 2544 และอีกสิบห้าจังหวัดเมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2544 ในเดือนตุลาคม 2544 ได้ดำเนินการโครงการทุกจังหวัดในส่วนภูมิภาค และบางเขตในกรุงเทพมหานครจนท้ายที่สุดได้ดำเนินการเต็มพื้นที่กรุงเทพมหานครเมื่อเดือนเมษายน 2545

อย่างไรก็ตาม เป้าหมายของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามิได้ปรารถนาให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ปรารถนาให้ประชาชนจะต้องสามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพมากขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพโดยถือว่า “สุขภาพเป็นของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health and Health for All) ทั้งหมดจะทำให้ระบบเน้นที่การ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ ดังนั้นชุดสิทธิประโยชน์หลักของระบบประกันสุขภาพแห่งชาตินอกจากจะประกอบด้วยบริการพื้นฐานด้วยการรักษาและยังเพิ่มเติมด้วยสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคอีกด้วย (กระทรวงสาธารณสุข 2544น 13-15) สำหรับงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคได้กำหนดไว้ 175 บาทต่อคนต่อปี ในปี 2544-2545

สิทธิประโยชน์และการจัดสรรงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคจึงเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทางสำนักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้ในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการควบคุม

ป้องกันโรค เพื่อให้บรรลุถึงการ “สร้าง” สุขภาพที่ควบคู่กับการ “ซ่อม” สุขภาพในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

สำหรับสุขภาพช่องปากก็เช่นเดียวกับสุขภาพทั่วไป นอกจากสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาทันตกรรมที่ถูกกำหนดในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ก็มีการกำหนดสิทธิประโยชน์สำหรับการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากอย่างชัดเจน ได้แก่

- การตรวจสุขภาพช่องปาก
- แนะนำด้านทันตสุขภาพ
- การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ
- การเคลือบหลุมร่องฟัน (ในกลุ่มอายุไม่เกิน 15 ปี)

ได้มีการศึกษาข้อเสนอต่อนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในงานทันตสาธารณสุข (วิรัชดี พุทธาศรี และสุณี ผลดีเยี่ยม , 2545) ให้ทันตบุคลากรที่ดำเนินงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ คือหน่วยคู่สัญญาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (CUP) และศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีกระบวนการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพและการบริการสุขภาพ ร่วมกับการเรียนรู้ จากการทำงานกับวิชาชีพอื่น ๆ ตามความหมายของการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เรียนรู้ร่วมกับประชาชนและชุมชนเพื่อเข้าใจสภาพปัญหาและสาเหตุปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก ทั้งนี้การบริการส่งเสริมสุขภาพควรเน้นกลุ่มเป้าหมายหลักคือหญิงมีครรภ์ เด็กในศูนย์เด็กเล็ก และนักเรียนประถม รวมทั้งบริการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก เป็นการบริการทันตกรรมพื้นฐานที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน

จากการศึกษานี้พบว่ารูปแบบและกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากไม่มีความแตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ทันตแพทย์และทันตบุคลากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP (โรงพยาบาล) ก็ยังคงดำเนินการในแนวทางเดิม คือ มีการตรวจสุขภาพช่องปากและให้ความรู้ในหญิงมีครรภ์ ตรวจสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนในคลินิกสุขภาพเด็กดี (WBC) และศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นหลัก แต่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ด้วยปัจจัยหลักที่สำคัญคือปริมาณงานบริการที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษานี้พบว่าผู้มารับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 15-20 โดยงานบริการ ทันตกรรมที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนคือการใส่ฟัน มีผู้มารับบริการอยู่ในคิวที่รอรับการใส่ฟันจำนวนมากเป็นระยะเวลา รอเรียกเพื่อมารับการใส่ฟัน 8 เดือน ถึง 2 ปี ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิรัชดี พุทธาศรี และคณะ (2545) สุณี วงศ์กศาทพ และบุญเอื้อ ยาวานิชการ (2546) ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ (2545) และเพ็ญแข ลากยัง และคณะ (2546) ปริมาณงานรักษาทันตกรรมที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อภาระโดยตรงต่อการลดลงของกิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก เพราะทันตแพทย์และทันตบุคลากรมีจำนวนไม่เพิ่มขึ้น อีกทั้งอัตราการโยกย้ายลาออกของทันตแพทย์ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ทันตแพทย์และทันตบุคลากรมีความจำเป็นต้องให้การบริการรักษาทันตกรรมแก่ผู้มารับบริการในสถานบริการ หรือในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ CUP ตามนโยบายของรัฐที่ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสำคัญ อีกทั้งเพื่อหลีกเลี่ยงการร้องเรียนร้องทุกข์ของผู้รับบริการ

ปรากฏการณ์การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตแพทย์และทันตบุคลากรในหน่วยคู่สัญญาหลักบริการปฐมภูมิ (CUP) และในศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) ดังกล่าวเป็นผลพวงจาก

1) ปัญหาเชิงกระบวนการที่ต้นหรือกรอบแนวคิดด้านสุขภาพ

ด้วยนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคมีกระบวนการปฏิรูประบบบริหารจัดการดังสโลแกน “สร้างนำซ่อม” และ “บริการใกล้บ้านใกล้ใจ” การจัดบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิถือได้ว่าเป็นหัวใจของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิอย่างไรสะท้อนถึงปรัชญาแนวความคิดด้านสุขภาพหรือกระบวนการทัศน์ด้านสุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่เป็นอยู่ก็สามารถสะท้อนถึงการบรรลุถึงความหมายของการสร้างนำซ่อม และบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

จากการศึกษานี้พบว่าสถานบริการคู่สัญญาหลักบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้นำระบบบริการที่เน้นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบที่คุ้นเคยจากพื้นฐาน แนวคิด การนำโรคเป็นศูนย์กลาง (disease oriented) เข้าไปใช้กับระบบบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ด้วยการใช้นุเคราะห์ทางการแพทย์และสาธารณสุขจากสถานบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP หมุนเวียนไปให้บริการประชาชนในลักษณะหน่วยแพทย์เคลื่อนที่หรือ Extended OPD

ทันตแพทย์และทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในสถานบริการคู่สัญญาหลักหรือ CUP ซึ่งก็เป็นทันตแพทย์และทันตภิบาลในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ต่างก็ใช้วิธีให้ทันตแพทย์และทันตภิบาลหมุนเวียนไปให้บริการสุขภาพช่องปากที่ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ PCU ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำ บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ใกล้โรงพยาบาลก็อาจจะหมุนเวียน 2 วันต่อสัปดาห์ ขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ไกลจากโรงพยาบาลก็อาจจะไม่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากเลยด้วยระยะทางและระยะเวลาในการเดินทาง การออกหมุนเวียนให้บริการสุขภาพช่องปากของทันตแพทย์และทันตภิบาลก็ไม่ต่างจากการออกหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการการรักษาทางทันตกรรมเป็นหลัก ทั้งนี้ทันตแพทย์สามารถอธิบายได้ว่าเป็นการจัดบริการที่ใกล้บ้าน ผลการศึกษานี้จึงสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเชื้อ ขววนิชการ (2546) ที่พบว่าร้อยละ 36.7 ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตแพทย์/ทันตภิบาล หมุนเวียนให้บริการบางวัน ขณะที่ร้อยละ 44.1 ของศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีการจัดบริการทันตกรรม และมีศูนย์สุขภาพชุมชนเพียงร้อยละ 13.1 ที่มีทันตภิบาลให้บริการประจำ แต่ก็เป็งานบริการที่เน้นการรักษา นอกจากนี้การศึกษาของเพ็ญแข ลากยัง และคณะ (2546) ก็ได้ผลการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน คือ พบว่ามีการจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ให้บริการหมุนเวียนไปตามศูนย์สุขภาพชุมชน

ปรากฏการณ์ดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นถึงปรัชญาแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากของทันตแพทย์และทันตบุคลากรที่ยังไม่ได้อยู่ในสถานะที่มีความก้าวหน้าในทิศทางของการ “สร้างนำซ่อม” หรือในสถานที่ใกล้บ้านแต่ยังไม่ใกล้ใจ ตามเป้าประสงค์ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปรัชญาแนวคิดในการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากของทันตแพทย์และทันตบุคลากรยังคงอยู่ในกระบวนการทัศน์เดิมคือกระบวนการทัศน์ชีวการแพทย์ (Biomedicine) ที่เน้นที่ “โรค” เป็นสำคัญ

ระบบบริการสุขภาพระดับต้นหรือปฐมภูมิ คือระบบบริการสุขภาพที่เน้นบริการบุคคลครอบครัวชุมชน มีความยุ่งยากซับซ้อนเชิงวิชาการ และเทคโนโลยีไม่มาก แต่ยุ่งยากซับซ้อนในมิติของมนุษย์และสังคมเป็น

บริการผสมผสานทั้งส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพรักษายาบาล และฟื้นฟูสุขภาพป้องกันควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพรักษายาบาล และฟื้นฟูสุขภาพบริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพระดับกลางและอื่น ๆ ในชุมชน (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2545) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการจัดระบบบริการสุขภาพระดับต้นหรือปฐมภูมิ ควรต้องมีปรัชญาแนวคิดที่เน้น “คน” เป็นศูนย์กลาง สุขภาพของบุคคลที่มีไข้เพียงปราศจากโรค และเป็นสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่แวดล้อมและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคน กล่าวคือมิได้เพียงแค่มองเห็นสุขภาพของคน แต่ควรต้องมองเห็นถึงบริบทแวดล้อมหรือบริบทเชิงนิเวศวิทยา (Ecology) รอบ ๆ สุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน

ปริดา เต๋ออาร์กซ์ (2545) ได้วิเคราะห์ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัจจุบันคือ แนวคิดการจัดบริการของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ไม่ชัดเจน แม้ว่าผู้กำหนดนโยบายและนักวิชาการจะมีความชัดเจนแต่การถ่ายทอดและการทำความเข้าใจยังมีปัญหาทำให้การปฏิบัติทำได้แค่เพียงระบบบริหารผู้ป่วยนอก (OPD) หรือการออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เท่านั้น ทั้งนี้รากเหง้าของปัญหามาจากการเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ที่สอนให้แพทย์มองแคบและมุ่งการเรียนการสอนแบบเฉพาะทางมากเกินไป ดังนั้นต้นตอของปัญหาที่แท้จริงอยู่ที่ระบบความคิด การแก้ไขปัญหาสังคมหลายต่อหลายเรื่อง จึงควรให้ความสนใจที่จะปรับเปลี่ยนวิธีคิด

การจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ต่างก็มุ่งให้ความสำคัญกับวิถีปฏิบัติมากกว่าวิธีคิดหรือแนวคิดสุขภาพแนวใหม่ แนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพ การบริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจอันหมายถึงการบริการที่เข้าถึงวิถีชีวิต วิถีความเป็นอยู่ของผู้คน ปรากฏการณ์ของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก จากการศึกษาวิจัยนี้จึงไม่อาจบรรลุถึงเป้าประสงค์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากความขัดแย้งเชิงกระบวนทัศน์หรือความคิดกับแนวทางการปฏิบัติ

2) ปัญหาเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมราชการ

ระบบวัฒนธรรมสาธารณสุขเป็นระบบที่ประกอบด้วยระบบวัฒนธรรมราชการ และระบบวัฒนธรรมวิชาชีพสุขภาพ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2546) ระบบวัฒนธรรมราชการเป็นระบบที่มีรากเหง้าจากการปฏิรูปการปกครองในสมัยรัชกาลที่ 5 ซึ่งมีการดึงอำนาจเข้าสู่ศูนย์กลางและเป็นการสั่งการจากส่วนกลางระบบวัฒนธรรมราชการ จึงเป็นระบบที่มุ่งเน้นกฎระเบียบ พิธีกรรม ขั้นตอน และวินัยเป็นสำคัญ การกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ให้ความสำคัญกับขั้นตอนมากกว่าผลลัพธ์ หรือความสามารถของบุคลากร องค์กรในระบบราชการมีแนวโน้มมุ่งสู่อำนาจเผด็จการ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในหน่วยงานเป็นแนวดิ่งมากกว่าแนวระนาบ ระบบวัฒนธรรมราชการได้มีการพัฒนาตามการบริหารจัดการแบบใหม่ด้วยการแบ่งงานเป็นหน้าที่ บุคลากรที่ทำงานในองค์กรเปรียบเหมือนปัจจัยหนึ่งในกระบวนการผลิตไม่ต่างจากวัสดุหรือเครื่องจักรในระบบอุตสาหกรรม ทุนนิยม บุคลากรทำตามคำสั่งภายใต้กฎระเบียบขั้นตอนอย่างเคร่งครัด (มบุญ วงศ์นารี)

ขณะที่ระบบวัฒนธรรมวิชาชีพสุขภาพแม้ว่าจะพัฒนาจากแนวคิดการแบ่งงานแบ่งหน้าที่เป็น ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ชำนาญการแต่ละสาขา แต่ความสัมพันธ์ของบุคลากรมีแนวโน้มสัมพันธ์แนวระนาบมากกว่าแนวดิ่ง การปฏิสัมพันธ์ด้วยความคิดเชิงมนุษยมากกว่ากลไก กล่าวคือ ด้วยธรรมชาติของงานทำให้มีความเอื้ออาทร (caring) และการรักษา (curing) มากกว่างานแบบเครื่องจักรอุตสาหกรรม แต่ในระยะ 5-10 ปีที่ผ่านมา องค์กรระบบสุขภาพโดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดการภายใต้วัฒนธรรมอำนาจมากกว่าวัฒนธรรมวิชาชีพ ดัง

อาจารย์บรรลุ ศิริพานิช ได้สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงใน “อำนาจและคอร์รัปชั่น” ของโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์

“...วัฒนธรรมการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนแปลงมาจากการให้คุณค่าและการยอมรับนับถือภายใต้วิชาการมาสู่ระบบอุปถัมภ์การสั่งการ”

ปัจจุบันโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งถูกผลักดันด้วยการเมืองและได้นำเอาระบบการจัดการภายใต้ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม ทำให้ระบบแพทย์และทันตแพทย์ต่างก็ถูกแปรเปลี่ยนให้เป็นสินค้าซึ่งผลิตโดยอุตสาหกรรมสุขภาพ แพทย์ก็ดี ทันตแพทย์ก็ดีต่างก็เป็นส่วนหนึ่งหรือเป็นปัจจัยการผลิต ทำหน้าที่ผลิตงานบริการสุขภาพ และสุขภาพช่องปากไปสู่ผู้บริโภค การบริหารจัดการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งเน้นที่ผู้รับบริการหรือผู้บริโภคเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยละเลยมิติของผู้ให้บริการ เกิดความรู้สึกแปลกแยกของผู้ให้บริการต่อระบบสุขภาพซึ่งผู้ให้บริการคุ้นเคย กลายเป็นความทุกข์ของผู้ให้บริการ ส่งผลให้ผู้ให้บริการไม่ว่าเป็นแพทย์ ทันตแพทย์ ต่างก็มีอัตราการโอนย้ายลาออกเพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์การโอนย้ายลาออกที่เพิ่มขึ้นของวิชาชีพทันตแพทย์ก็เป็นที่ประจักษ์ จากการศึกษาครั้งนี้เช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชานูชัย โห้สงวน (2546) ที่พบว่าทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเครียดเพิ่มขึ้นจากการทำงานในวิชาชีพมากกว่าทันตแพทย์ที่ไม่ได้เข้าอยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

นอกจากนี้ระบบวัฒนธรรมราชการสาธารณสุข เป็นระบบที่รวมศูนย์อำนาจและการถ่ายทอดกระบวนการปฏิบัติงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั่วไปเป็นการถ่ายทอดแบบสั่งการมากกว่าการสร้างการเข้าใจ เป็นการถ่ายทอดส่งต่ออำนาจแบบแนวดิ่งมากกว่าแนวระนาบ และมักเป็นการถ่ายทอดวิธีการหรือกิจกรรมมากกว่าการให้ความสำคัญกับปรัชญาแนวคิดของโครงการ มุ่งเน้นที่กฎระเบียบมากกว่าผลงานตามระบบวัฒนธรรมราชการ วัฒนธรรมอำนาจดังกล่าวทำให้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพราะปรัชญาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังอำนาจให้กับเจ้าของสุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นที่กระบวนการเรียนรู้เพื่อจัดการกับภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ การใช้วัฒนธรรมอำนาจเพื่อหรือมีมิติทางด้านการเมืองขับเคลื่อน”การสร้างสุขภาพ”จึงเป็นการขัดแย้งกับปรัชญาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

ขณะที่ปรัชญาแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งให้ความสำคัญกับการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุข คือ พยายามปรับจาก supply side มาสู่ demand side พยายามปรับจากการจัดสรรงบประมาณตามจำนวนผู้ให้บริการและจำนวนเตียงผู้ป่วยมาสู่จำนวนผู้รับบริการ แต่ปัญหาที่ประสบจากการศึกษานี้คือความพร่องของมิติการจัดการ กล่าวคือขาดการเตรียมความพร้อมและสร้างทักษะในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากร และการถ่ายทอดโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับวิธีการหรือกิจกรรมมากกว่าปรัชญาแนวคิดของโครงการ อีกทั้งโครงการดังกล่าวถูกผลักดันด้วยการเมือง ทำให้เกิดความรีบเร่งในการดำเนินการ โดยละเลยกระบวนการเรียนรู้ คือ เริ่มโครงการนำร่อง 6 จังหวัดแรกในเดือนเมษายน 2544 อีก 3 เดือนต่อมาคือเดือนมิถุนายน 2544 ขยายเพิ่มอีก 15 จังหวัด โดยที่ยังไม่มีการประเมินผลที่ดีพอใน 6 จังหวัดแรก และในเดือนตุลาคม 2544 ประกาศขยายครอบคลุมทั่วประเทศ ยกเว้นบางเขตของกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ทำให้ปรัชญาแนวคิดของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีแนวคิดให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพร่วมกับการซ่อมสุขภาพ

อีกทั้งแนวคิดการปฏิรูปการเงินการคลังสาธารณสุขจาก supply side มาสู่ demand side เมื่อนำมาสู่การปฏิบัติภายใต้ระบบวัฒนธรรมราชการ จึงกลายเป็นการปฏิบัติงานใหม่ภายใต้โครงสร้างระบบวัฒนธรรมเดิม หรือการใช้วิธีการจัดการมิติเดิมภายใต้โครงสร้างใหม่ กระบวนการจัดการขาดมิติการออกแบบใหม่เพื่อรองรับกับปรากฏการณ์ใหม่

สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งถูกกำหนดในสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคที่ถูกครอบงำด้วยโครงสร้างระบบวัฒนธรรมราชการ กล่าวคือ มีการกำหนดเงื่อนไขการจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในช่องปากด้วยเป้าหมายการดำเนินงานตามสิทธิประโยชน์ การประเมินผลการดำเนินงานที่มุ่งเน้นที่ได้ดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยละเลยต่อเป้าหมายที่แท้จริงของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่อการเพิ่มพลังอำนาจหรือการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชน (Empowerment) กล่าวคือ ระบบวัฒนธรรมราชการมุ่งประเมินผลเพียงแค่ output หรือกิจกรรมที่ได้ดำเนินการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้มากกว่าการประเมินกระบวนการ (process) ผลสัมฤทธิ์ effect และผลกระทบต่อสุขภาพช่องปาก

นอกจากนี้โครงการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรคของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

- การตรวจสุขภาพช่องปากและให้ทันตศึกษากับกลุ่มหญิงมีครรภ์
- การตรวจสุขภาพช่องปาก ให้คำแนะนำกับผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียน
- การตรวจสุขภาพช่องปาก และให้สุศึกษากับเด็กประถมศึกษา
- การเคลือบหลุมร่องฟัน
- การให้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง
- ฯลฯ

กิจกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง และถูกกำหนดให้ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขของการจัดสรรงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน ทำให้กิจกรรมเหล่านี้ตกอยู่ภายใต้การอธิบายของ Polgar (1963) ว่าโครงการสุขภาพทั้งหลายทั่วโลกล้วนตกอยู่ในมิจลพิฐ 4 (Four fallacy of Health Program) คือ ผู้เสนอโครงการมักมองไม่เห็นความแตกต่างของผู้รับบริการในแต่ละภูมิภาคมักเสนอโครงการสำเร็จรูปนำมาใช้ทั่วประเทศ

ปัญหาเชิงโครงสร้างและระบบวัฒนธรรมราชการยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และโรงพยาบาลที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิหรือ CUP กล่าวคือ ก่อนหน้าที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การทำงานของสถานีอนามัยอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นหน่วยงานบังคับบัญชาโดยตรง ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนกับสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่ประสานงานภายใต้คณะกรรมการผู้ประสานงานสาธารณสุขกับอำเภอ (คปสอ.) เมื่อมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การจัดสรรเงินงบประมาณจะผ่านจากสำนักงานประกันสุขภาพระดับจังหวัดไปสู่หน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิหรือ CUP ซึ่งก็คือโรงพยาบาล จากหน่วยคู่สัญญาบริการปฐมภูมิจึงจัดสรรเงินลงไปสู่สถานีอนามัยโดยตรง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพราะสถานีอนามัยอยู่ภายใต้สายบังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ระบบวัฒนธรรมราชการ ที่ยังฝังรากลึกในสังคมไทยกลายเป็นปัญหาเชิงโครงสร้างหนึ่งในการดำเนินงานภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ปัญหาเชิงวัฒนธรรมวิชาชีพทันตแพทย์

วิชาชีพทันตแพทย์ไม่ต่างจากวิชาชีพแพทย์ที่ถูกหล่อหลอมด้วยระบบการศึกษาที่มุ่งเน้นการรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงถูกทำให้เป็นวิชาชายขอบ (marginalized subject) ทั้งนี้การที่จะเข้าใจถึงธรรมชาติของระบบการศึกษาทางสุขภาพด้านทันตแพทยศาสตร์ก็ต้องเข้าใจถึงวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพช่องปาก

การจัดบริการสุขภาพช่องปากให้กับประชาชนถูกจัดวางให้เป็นสินค้าส่วนบุคคล หรือสินค้าเอกชน (private goods) ทั้งนี้พิจารณาได้จากวิวัฒนาการของระบบบริการสุขภาพช่องปาก เริ่มต้นยุคแรกเป็นการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยภาคเอกชน การมีทันตแพทย์ชาวต่างประเทศเข้ามาในประเทศไทยสมัยรัชกาลที่ 3 มาเปิดร้านทำฟันให้การบริการบำบัดโรคฟัน การถอนฟัน และการใส่ฟัน การเลี่ยมฟันทอง ต่อมารัฐบาลได้ตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งแรกขึ้นที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2483 ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์หลักของการผลิตบัณฑิตทันตแพทยศาสตร์เพื่อให้การบำบัดรักษาโรคในช่องปากเป็นหลักอันสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในสมัยนั้น ฝึกฝนให้มีทักษะในการให้บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐานคือ ถอนฟัน อุดฟัน และใส่ฟัน อันเป็นความต้องการขั้นต้นของประชาชน (สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ, 2542)

ในระยะต่อมาเมื่อภาครัฐได้เข้ามารับผิดชอบงานบริการสาธารณสุขภาครัฐได้กำหนดโครงการทันตสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) โดยโครงการทันตสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ทั้งนี้ได้เริ่มนำมามาตรการ การป้องกันโรคฟันผุด้วยการอมน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ การตรวจฟันและการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ในเด็กนักเรียนประถมศึกษา การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ อย่างไรก็ตามกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากด้านล่างถูกผลักดันให้เป็นบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ทันตแพทย์ยังคงให้บริการด้านการบำบัดรักษา

แม้ว่าได้มีการปรับหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์มุ่งให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก เพื่อรองรับทันตแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในสถานบริการระดับอำเภออย่างน้อย 3 ปี ตามโครงการแก้ปัญหาการกระจายของทันตแพทย์ แต่ระบบการศึกษาทันตแพทย์ก็ยังคงหล่อหลอมให้ทันตแพทย์รักษา อัตลักษณ์ตัวตนของตนเองเนนผู้ให้การบำบัดรักษาทันตกรรม

จากการศึกษาของสุปริดา อุดุลยานนท์ และคณะ (2546) สะท้อนถึงความเป็นตัวตนของทันตแพทย์ว่า โดยนักวิชาการด้านสังคมศาสตร์คนหนึ่งว่า

“จากจนปัจจุบันเองก็ยังไม่คิดเลยว่าทันตแพทย์จะกระโดดก้าวออกสู่ช่องปากได้อย่างไร ผลลัพธ์ของการทำงานของวิชาชีพทันตแพทย์ค่อนข้างน่าสนใจและสอดคล้องกับบริบทของการพาณิชย์ การบริการสุขภาพช่องปากเป็นสินค้าเชิงเอกชนมากกว่าสาธารณะ มันเป็นการยากอย่างยิ่งที่ทำให้ทันตแพทย์เคลื่อนย้ายบทบาทตนเองออกจากการรักษามาสู่การส่งเสริมป้องกัน ทั้งนี้อาจทำให้เป็นการลดตัวตนอัตลักษณ์ของตนเองก็ได้ อัตลักษณ์ของทันตแพทย์ถูกหล่อหลอมจากระบบการศึกษาที่มีพื้นฐานของคลินิกเป็นที่ตั้ง...”

จากการศึกษานี้ก็เป็นที่น่าประจักษ์ถึงตัวตนของทันตแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษา ยังมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นก็ยิ่งทำให้ทันตแพทย์สละหลุดจากการรักษาได้ยากยิ่ง จึงเป็นโอกาสที่จะเลือกที่จะลดกิจกรรมการส่งเสริม สุข

ภาพและการป้องกันโรคในช่องปาก ทั้งนี้การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเอื้อ ขงวานิชการ (2546)

ดังนั้นวัฒนธรรมวิชาชีพทันตแพทย์จึงเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังไม่สามารถพัฒนาและส่งผลต่อประชาชนเท่าที่ควรจะเป็น

ข้อเสนอแนะ

- . การกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนกลางหรือผู้กำหนดนโยบาย จำเป็นที่ต้องเข้าใจปรัชญาแนวคิดหรือกระบวนการทศนวิคิดการส่งเสริมสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพหรือการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) และกระบวนการมีส่วนร่วม (participation) ให้กับบุคคลทุกระดับ ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ
- . การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายจิตใจและสังคม มิติของการจัดการหรือกระบวนการจัดการ โครงการการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างและหลากหลาย กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการจัดการความรู้จึงควรเป็นบทบาทของผู้จัดการดูแลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกระดับ
- . การกำหนดสิทธิประโยชน์หลักด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นการป้องกันโรคมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งมีการกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่ยึดโยงกับแนวทางการจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพราะเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพอยู่ที่กระบวนการเสริมพลัง empowerment และการมีส่วนร่วม participation ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ดังนั้น การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปากต้องเป็นรูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การนำเสริม best practice ด้านส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มิใช่การวัดการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามที่ส่วนกลางกำหนดไว้ดังที่ผ่านมา
- . การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรต้องเข้าใจวัฒนธรรมวิชาชีพทันตแพทย์ที่มีต้นรากจากการบำบัดรักษาโรคในช่องปาก ทันตแพทย์ถูกหล่อหลอมบ่มเพาะอัตลักษณ์ของการเป็นทันตแพทย์จากสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ ดังนั้น การที่จะให้ทันตแพทย์หันมามุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคก็ต้องเริ่มต้นที่สถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าทันตแพทย์จะเรียนรู้แนวคิดและกระบวนการส่งเสริมสุขภาพก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข(ทันตภิบาล)ควบคู่กัน นอกจากนี้บุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับและทุกประเภทควรต้องมีการปรับปรุงหลักสูตรและกระบวนการเรียนการสอนที่มุ่งสู่ปรัชญาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จึงจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเข้าสู่มิติใหม่อย่างแท้จริงสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์

เอกสารอ้างอิง

1. กวี วงศ์พุด, วิเคราะห์นโยบายของรัฐบาล พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร กับ นายชวน หลีกภัย. พิมพ์ ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2544.
2. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, แผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; [ม.ป.ป.].
3. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543-2544 ประเทศไทย [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ป.]: ม.ป.ป.; 2544.
4. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. แนวคิดจากการประชุมสตรีโลกที่ปักกิ่ง กลยุทธ์ในการพัฒนาสุขภาพสตรี: การเสริมสร้างพลังอำนาจ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2539; 14(1):9-18.
5. คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
6. คณะทำงานพัฒนาแนวทางการดำเนินงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายรัฐบาลในช่วงระยะเปลี่ยนผ่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544; 10(2): 194-202.
7. โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป (เล่ม 1) สรุปเนื้อหาสำคัญโครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2542ก.
8. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, ดาวเรือง แก้วขันธ์, บุญอื้อ ขวณิชกร, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ. สถานการณ์การจัดบริการทันตสาธารณสุขโดยทันตภิบาลในสถานอนามัย พ.ศ. 2540-2541. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2544; 6(2): 75-88.
9. จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สันสนี รัชกุล, สุนี วงศ์กาศเทพ. การกระจายอำนาจกับความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในท้องถิ่น: แกะรอยประสบการณ์ทันตสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; 2543.
10. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์; 2543.
11. จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์. ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
12. ชื่อดา วิชาวุธ. ทักษะและการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันของทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขและโรงพยาบาลชุมชนในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2544; 6(1):27-34.
13. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, ชยยุทธ พงษ์สุภาพ, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ, รวินันท์ ศิริกนกวิไล. ศูนย์แพทย์ชุมชน: การให้บริการสาธารณสุขแบบเวชปฏิบัติครอบครัว. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2538; 3 (4): 215-25.
14. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ, รวินันท์ ศิริกนกวิไล. การวิจัยระบบสาธารณสุข: บทเรียนจากอยุธยา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2536; 1(1): 38-51.

15. นัยนา เกิดวิชัย. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐. นครปฐม: สำนักพิมพ์ นิติชัย; 2543.
16. น้ำเพชร ตั้งอึ้งยง, เพ็ญศรี สมชัย. การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านทันตสาธารณสุขแบบชุมชนมีส่วนร่วม. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2543; 5(1): 32-41.
17. บุญเรียง ชูชัยแสงรัตน์. ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, ไพจิตร เพ็งไพบุรล์, อุทัย ม่วงศรีเมืองดี, สุรสิทธิ์ ไมตรีจิตร, วิระ ค้างชู, และคณะ. “การพัฒนาของสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะ” รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2539.
18. บุญเอื้อ ขวาวนิชากร, ดาวเรือง แก้วขันดี. วราภรณ์ จิระพงษา, ศุภดี จันทร์บาง. สถานการณ์การดูแลสุขภาพช่องปากและการใช้บริการทันตกรรมของประชาชน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2544; 6(2): 105-17.
19. บุญผา ไตรโรจน์, นนทินี ตั้งเจริญดี, สุรางค์ เชษฐพจนนท์, เกสร อังสุสิงห์, สุภาวดี พรหมมา, กระบวน การดำเนินงานโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2544; 6(1): 46-58.
20. ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์, สุปรีดา อุดุลยานนท์, นุศราพร เกษสมบุรณ์, ปิยะฉัตร พัทธานันต์, พรทิพย์ คำพอ, กรแก้ว จันทภาษา, และคณะ. ลักษณะของผู้ป่วยประเภท ขอฟรี จังหวัดขอนแก่น; 2543.
21. ประเวศ วะสี. *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ; 2543.
22. ปิยะดา ประเสริฐสม, ศรีสุดา ลีละศิธร. สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหาตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: ชมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2542.
23. ปิยะวัติ บุญ-หลง. *การวิจัยเพื่อท้องถิ่น*. เชียงใหม่: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2543.
24. ปรีดา แด่อารักษ์, บรรณาธิการ. *ผลกระทบวิกฤตเศรษฐกิจต่อสุขภาพอนามัยของคนไทย*. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข; 2542.
25. ปรีดา แด่อารักษ์, ปาณบดี เอกะจัมปะกะ, สิทธิสารณ์ วัฒนมะโน, รุจิรา ทวีรัตน์, จุฑามาศ โมฬี, สุรศักดิ์ ศักดิ์ อธิคมานนท์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2544; 10(4): 664-71.
26. พิสมัย จันทวิมล. *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
27. เพ็ญแข ลากยัง. การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2545.
28. ไพจิตร ปะบุตร. *แนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้า*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2537.
29. ไพฑูรย์ สงวนสัตย์, จิตมณี ก้างออนตา, ประนอม เห็นถูก, อารีย์ วิลาวลัย. รูปแบบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขแบบผสมผสาน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2542; 4(2): 36-42.

30. โยชิน แสงวงศ์, พิมลพรรณ อิศรภักดี, มาลี สันภูวรรณ. ปัญหาและทุกข์ของประชาชนเมื่อใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข. รายงานการวิจัย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
31. รวิพันธ์ กนกศิริวิไล, ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อระบบบริการสาธารณสุขแบบองค์รวม. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2538; 3(1): 11-20.
32. รุจิรา มั่งคละศิริ. การประเมินผลโครงการวิจัยและพัฒนาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2541; 6(1): 5-14.
33. ลักขณา เตมศิริชัยกุล, และคณะ (แปล). **คู่มือการประเมินผลของการส่งเสริมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
34. วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, จิรุตน์ ศรีรัตนบัลล์, **คู่มือการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ**. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
35. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ยศ ตีระพัฒนานนท์, ภูษิต ประคองสาย. งบประมาณในการดำเนินนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า: 1,202 บาทต่อคนต่อปีมาจากไหน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544; 10(3): 381-9.
36. วงเดือน จินดาวัฒนะ, ปิยะ หาญวรวงษ์ชัย. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย: การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงบริการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544; 10(2): 242-51.
37. ศศิธร ไชยประสิทธิ์. **สุขภาพช่องปาก สุขภาพสังคม จากแนวคิดและทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่สู่ภาคปฏิบัติ**. เชียงใหม่: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
38. ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ, สุณี ผลดีเยี่ยม, เพ็ญแข ลากยิ่ง, แพร จิตตินันท์, พินธุสร เหมพิสุทธิ. พัฒนาการและแนวโน้มของระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอ. วิทยาลัยทันตสาธารณสุข. 2544; 6(2): 45-61.
39. ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์, บุญเอื้อ ขวานิชกร, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, วราภรณ์ จิระพงษ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปิยะดา ประเสริฐสม, และคณะ. **สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณี 6 จังหวัด 1 เมษายน พ.ศ. 2544**. [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.].
40. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. **เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข: ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก: ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2544ก.
41. ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. ห่วงไข-ผลไข-คู่มือไข: ความห่วงใยทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดนำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2544ข; 10(2): 205-14.
42. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2538; 3(3): 134-45.
43. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, มิ่งขวัญ สุพรรณพงศ์, นิชากร ศรีกนกวิไล, วิไลลักษณ์ วิชาสะ. **ปัจจุบันและอนาคตคลินิกเอกชนไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกลด์สโตน; 2542.

44. สาธารณสุข, กระทรวง. รายงานผลการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ปีงบประมาณ 2544 (ตล. 43- กย. 44). [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.].
45. สาธารณสุข, กระทรวง. ทางเลือกบริการ เพื่อทันตสุขภาพคนไทย. รายงานการวิจัย คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.]; 2544.
46. สุณี วงศ์กมล และศรีสุดา ลีละศิริธร. สภาพและแนวโน้มปัญหาทันตสาธารณสุขในประเทศไทย. [เอกสารอัดสำเนา]. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการส่งเสริมทันตสุขภาพประชาชนไทย; วันที่ 3-4 ตุลาคม 2544; ณ บ้านผู้หว่าน นครปฐม.]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; ม.ป.ป.].
47. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. อะไรคือ เวชปฏิบัติครอบครั ระบบบริการปฐมภูมิ และบริการด่านแรก. ใน: พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, ทศนีย์ สุรกิจโกศล, บรรณาธิการ. เวชปฏิบัติครอบครั บริการสุขภาพที่ใกล้ใจและใกล้บ้าน: แนวคิดและประสบการณ์. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; 2542.
48. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ปิยธิดา ศรีรักษา, ประภาพรณ คำคม. ระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย สถานการณ์ และข้อเสนอต่อการพัฒนา. นนทบุรี: โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข; 2539.
49. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. พัฒนาการของแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไปในประเทศไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2538; 3(2): 88-98.
50. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สถานการณ์ของบริการสาธารณสุขระดับต้น/บริการด่านแรก. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2539; 4(4): 281-91.
51. สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. การสาธารณสุขมูลฐานสำหรับพยาบาล. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่; 2530.
52. สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขกลยุทธ์ใหม่ในการพัฒนาสาธารณสุข. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข. 2537; 2(2): 91-124.
53. สุรเกียรติ์ อาษาอนุภาพ. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.
54. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ?. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2543.
55. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ (2). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ; 2543.
56. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. “(ร่าง)กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ” วิทยาสารทันตสาธารณสุข 2544; 6(1): 59-75.
57. สำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับผู้ปฏิบัติ. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2544.
58. สำนักงานพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ. มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. [เอกสารอัดสำเนา]. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.]; 2544.

59. สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, คณะมนุษยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์ การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ปี 2543. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์; 2544.
60. สำเริง แหะงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. ศูนย์สุขภาพชุมชน. นครราชสีมา: บริษัทแสงโชกมาเกิดตั้งจำกัด; 2545.
61. เสาวคนธ์ รัตนวิจิตรศิลป์. ระบบประกันสุขภาพ: ประสบการณ์จาก 10 ประเทศ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
62. สมนึก ชาญด้วยกิจ, จันทนา อึ้งชูศักดิ์, สุณี ผลดีเยี่ยม, ปราณี เหลืองวร. สถานการณ์การจัดบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอของประเทศไทย ปี 2540-2541. *วิทยาสารทันตสาธารณสุข*. 2544; 6(2): 63-73.
63. อัมมาร สยามวาลา. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: เป้าหมายเชิงนโยบาย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2544; 10(2): 189-93.
64. อุกฤษฏ์ มลิณทางกูร, อำพล จินดาวัฒนะ, สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, สุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร, นาฏวิมล พรหมชนะ. ภาพลักษณ์ของสถานอนามัยในสองทศวรรษหน้าและกลยุทธ์ในการพัฒนา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2539; 4(4) 310-21.
65. อุทัยวรรณ กาญจนกมล. การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชุมชน. *ขม. ทันตสาร*. 2541; 19: 6-10.
66. Bisbee Jr GE, editor. Management of Rural Primary care: Concepts and Cases. Chicago: The Hospital Research and Education Trust; 1982.
67. Chinombo AM. Empowering Communities: A Strategy Use in Malawi. **International Nursing Review**. 1998; 45(3): 81-84,88.
68. Cornwall A, Jewkes R. What is Participatory Research?. **Social Science & Medicine**. 1995; 41(12): 1667-76.
69. Downie RS, Fyfe C and Tannahill. A Health promotion: Models and value. New York: Oxford University Press; 1990.
70. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. 1991; 16: 354-61.
71. Green LW, Kreuter MW. **Health Promotion Planning: An Education and Environmental Approach**. 2nd ed. Toronto: Mayfield publishing company; 1991.
72. Hjort PR and Waaler HT. Health: Persona and political responsibilities. In: Gjermo, P. (ed). Promotion of self care in oral health. A symposium held in Oslo, Norway, 10-12 September; 1986.
73. Kay E, Locker D. A Systemic review of the effectiveness of health promotion Aimed at improving oral health. **Community Dental Health**. 1998; 26(Supplement1); 49-61.
74. Mach EP, Abel-Smith B. **Planning the finances of the health sector: Annual for developing countries**. Geneva: World Health Organization; 1983.
75. McWhinner LR. Primary care: core values, Core value in a changing world. **BMJ**. 1998; 316: 1807-9.

76. Muller F. Contrasts in community participation: case study from Peru. In Morley D, Rohde I, Williams G, editors. **Practicing Health for All**. New York: Oxford University Press; 1987.
77. Rawson D. The growth of health Promotion theory and its rational reconstruction: Lessons from the philosophy of science, In: Bunton R and Macdonald G. (eds). **Health Promotion: Discipline and diversity**. Routledge, London, 1995, 201-221.
78. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**. 1996; 23: 303-13.
79. Rifkin SB, Muller F, Bichmann W. Primary health care: on measuring participation. **Social Science & Medicine**. 1998; 26(9): 931-40.
80. Rifkin SB. **Community Participation in Maternal and Child Health / Family Planning Programmes**. Geneva: World Health Organization; 1990.
81. Sheiham A, Watt RG. The common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. **Community Dent Oral Epidemiology**. 2000; 28: 299-406.
82. Thorogood N. What is the relevance of sociology for health promotion?, In: Bunton R and Macdonald G. (eds). **Health Promotion: Discipline and diversity**. Routledge, London, 1995, 42-45.