

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระบบสาธารณสุขไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นหลายครั้งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ที่นับว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพไทยอย่างชัดเจนได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการจัดการระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่โดยก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้นเพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่บทบาทการจัดบริการยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ดังเดิมเกิดปฏิรูปเปลี่ยนแปลงการบริหารงบประมาณจากการคลังด้านอุปทาน “Supply side financing” มาเป็นการคลังด้านอุปสงค์ “Demand side financing” ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูป คือ การแยกบทบาทการซื้อบริการออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้การบริหารงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารและการจัดสรรงบประมาณอย่างมาก เนื่องจากก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะถูกจัดสรรไปยังจังหวัดต่างๆก่อน โดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางปัจจัยด้านอุปทาน (Supply) เป็นส่วนใหญ่ เช่น จำนวนสถานพยาบาลและขนาดของสถานพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและจัดสรรต่อไปยังโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดสรรต่อไปยังสถานอนามัยภายใต้สังกัดที่รับผิดชอบ แต่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณผู้ป่วยนอกจะถูกจัดสรรตรงไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักสำหรับบริการปฐมภูมิ (CUP) ตามปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand) คือ จำนวนประชากรที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุของประชากร (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2555)

การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กรในระยะเปลี่ยนผ่าน 3 ปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี พ.ศ. 2545 - 2548) งบประมาณรายหัวจัดสรรผ่านการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขไปยังจังหวัดขณะที่การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการ

ดำเนินงานของส่วนภูมิภาค ใน พ.ศ. 2549 สปสช. เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมด ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทปรับเปลี่ยนงบประมาณในส่วนที่จะจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัด แต่ สปสช. ยังคงอาศัยกรมวิชาการในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นกิจกรรมที่องค์กรวิชาการเกือบทั้งหมด) และการบริหารจัดการโครงการแนวดิ่ง (vertical program) เช่น โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการจัดหาวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันในเด็ก (EPI) การเคลื่อนหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 สปสช. มีทิศทางนโยบายในปีงบประมาณ 2551 ลดจำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารแนวดิ่งระดับประเทศ และปรับปรุงการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ (PP area based) ให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนกลางเองปรับบทบาทมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการจัดเวทีให้กรมกองวิชาการมาร่วมกำหนดแนวทางของนโยบาย และตัวชี้วัดและติดตามประเมินผล (เพ็ญแข ลากยัง, 2553)

ในปีงบประมาณ 2553 ได้มีแนวคิดในการจัดทำข้อเสนอร่างงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก “งบกองทุนทันตกรรม” โดยแยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว สืบเนื่องจากแนวโน้มสภาวะสุขภาพของประชาชนในเขตชนบทเพิ่มขึ้นและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนต่ำ ถึงแม้จะมีการจัดบริการทันตกรรมในทุกระดับการบริการ ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัยในหลายพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน ไปจนกระทั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมในภาครัฐยังคงต่ำ จากข้อมูลกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2551 พบว่า มีประชาชนไปใช้บริการทันตกรรมในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพียงร้อยละ 15 ยิ่งไปกว่านั้นแม้จะมีการสนับสนุนกิจกรรมทันตกรรมส่งเสริมและทันตกรรมป้องกันอย่างเป็นรูปธรรมในรูปแบบ vertical program แก่เด็กวัยประถมศึกษา ได้แก่ การเคลื่อนหลุมร่องฟัน และการตรวจสุขภาพ แต่กลับพบว่ามียังมีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่ได้รับบริการทันตกรรม เมื่อพิจารณาถึงอัตราการให้บริการ ทันตกรรมของทันตบุคลากรจากข้อมูลกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี พ.ศ. 2551 ทันตบุคลากรหนึ่งคนสามารถให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนได้ประมาณ 1,500 คน คิดเฉลี่ยประมาณสัปดาห์ละ 30 คนเท่านั้น อย่างไรก็ตามข้อมูลของสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า ควรมีอัตราทันตแพทย์เท่ากับ 6,578 คน แต่ปัจจุบันมีทันตแพทย์เพียงร้อยละ 47.8 เท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการและมีการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเมืองใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรุงเทพมหานคร และกว่าร้อยละ 50 ของทันตแพทย์ในเขตเมืองอยู่ในภาคเอกชน เป็นเหตุให้เขตชนบทยังคงประสบปัญหาขาดแคลนทันตบุคลากรที่มีคุณภาพ แม้จะมีความพยายามในการผลิตทันตภิบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระแก่ทันตแพทย์

ก็ตาม แต่ยังคงมีไม่เพียงพอ ยิ่งกว่านั้น ในจำนวนนี้ มีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และยังคงช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในสถานที่ทำงานด้วย จึงยิ่งทำให้ผลลัพธ์ของงานด้านทันตกรรมในภาพรวมต่ำ (คู่มือบริหารกองทุนทันตกรรม, 2553)

ดังนั้น งบประมาณกองทุนทันตกรรมจึงเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุขภาพรวมประจำปีงบประมาณ 2554 แต่มีการกำหนดประเภทการบริการที่มีความจำเป็นในการพัฒนา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ และส่งเสริมการพัฒนาสถานะสุขภาพได้ จากการศึกษาคำนวณ ษนิงาน ปริมาณงาน และจำนวนเป้าหมายที่ประสงค์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของกองทุน ย่อนี้ รวมทั้งงบประมาณในการพัฒนาระบบ เพื่อรองรับการจัดบริการตามที่ออกแบบไว้ ภายใต้ กรอบวงเงินที่ได้รับการจัดสรรเบื้องต้น โดยกำหนดกรอบรูปแบบของการบริหารจัดการแบบ กองทุนทันตกรรมที่มีความต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปี คือ ดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2554 – 2556 ในช่วงระยะดำเนินการดำเนินการกองทุนต้องสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมบริการและเป้าหมายให้ เหมาะสมสนองต่อความต้องการ และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ที่สำคัญ (สุธา เจียรณิโชติชัย, 2552)

จากผลการสรุปบทเรียนนโยบายกองทุนทันตกรรมฯ จะเห็นว่างานส่งเสริมสุขภาพ ช่ง ปากในระดับจังหวัดและอำเภอเพิ่มขึ้นตั้งแต่เริ่มดำเนินการกองทุนทันตกรรม ปีงบประมาณ 2554 (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2555) ในการจัดสรรงบประมาณสำหรับกองทุนทันตกรรมได้ปรับเปลี่ยนจาก การจัดสรรงบประมาณตามกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามเป้าหมายของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด มาเป็นงบประมาณสำหรับหน่วยบริการประจำ(CUP) โดยตรง และให้CUP เขียนโครงการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ในคู่มือกองทุนทันตกรรม ทั้งนี้ให้โอกาสCUP ได้มีงานบูรณาการและงานเชิงรุกในลักษณะยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการและระบบกำลังคน เพื่อให้บริการเป้าหมายของกองทุนทันตกรรม คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการและควบคุมโรคในช่องปาก (access to oral care and control oral disease) ซึ่งการจัดสรรงบประมาณจากด้านอุปทาน (supply side) มายังด้านอุปสงค์ (demand side) ย่อมมีผลต่อพฤติกรรมการทำงานส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร สาธารณสุข (ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิลและคณะ, 2546)

เนื่องด้วยผู้ศึกษาเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานภายใต้กองทุนทันตกรรมใน อ.เสริมงาม จ.ลำปางและ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย จึงสนใจว่ากองทุนทันตกรรม ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลต่อแนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรในจังหวัด ลำปางต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างไร

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาแนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้กองทุนทันตกรรม

## 1.3 คำถามการศึกษา

การจัดตั้งกองทุนทันตกรรมส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนแนวคิด และการกระทำของทันตบุคลากรจังหวัดลำปางต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างไร

## 1.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาแนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายหลังการจัดตั้งกองทุนทันตกรรมเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการศึกษานี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ การสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ดำเนินการรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556

## 1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**1.5.1 แนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก** หมายถึง ความเข้าใจและการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากของทันตบุคลากร

**1.5.2 ทันตบุคลากร** หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานให้บริการการรักษาทางทันตกรรมและทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในสถานบริการของรัฐของจังหวัดลำปาง ได้แก่ ทันตแพทย์ ทันตภิบาล

**1.5.3 การส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และภาระโรคที่สามารถป้องกันได้

**1.5.4 หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** หมายถึง สิทธิประกันสุขภาพที่รัฐบาลออกให้กับผู้มีสัญชาติไทยที่ลงทะเบียนใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อเป็นหลักฐานในการเข้ารับ

บริการสาธารณสุขของโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)/สสช. และสถานพยาบาลต่างๆในยามจำเป็น โดยประชาชนมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะสามารถใช้สิทธินี้ได้ และประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมโดยที่ภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น

**1.5.5 กองทุนทันตกรรม** หมายถึง งบประมาณที่เป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุขภาพรวม เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2554 โดยบริหารงบประมาณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเน้นการจัดบริการทันตกรรมโดยเฉพาะ ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

#### 1.5.6 ความหมายของคำย่อในการศึกษา

|        |                                                |
|--------|------------------------------------------------|
| คปสอ.  | หมายถึง คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ |
| ผดด.   | หมายถึง ผู้ดูแลเด็ก                            |
| สสช.   | หมายถึง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ       |
| สสจ.   | หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด               |
| สสอ.   | หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ                 |
| รพ.สต. | หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล            |
| อปท.   | หมายถึง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น              |
| อบต.   | หมายถึง องค์การบริหารส่วนตำบล                  |
| อสม.   | หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน             |
| ศพด.   | หมายถึง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก                     |
| AIC    | หมายถึง กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม           |
| ANC    | หมายถึง กลุ่มหญิงมีครรภ์                       |
| CUP    | หมายถึง หน่วยบริการประจำ                       |
| WBC    | หมายถึง กลุ่มคลินิกเด็กดี                      |

### 1.6 ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

**1.6.1** เข้าใจแนวความคิดการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและการป้องกันโรคในช่องปากของทันตบุคลากรภายใต้นโยบายกองทุนทันตกรรม

1.6.2 เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค  
ในช่องปากให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved