

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องแนวคิดและการกระทำของทันตบุคลากรต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากภายใต้กองทุนทันตกรรมที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดลำปางมีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งได้เป็นหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 2.1 กรอบแนวคิดและวิวัฒนาการงานส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย
 - 2.1.1 วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย
 - 2.1.2 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1.3 พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงโครงสร้าง
- 2.2 แนวคิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.2.2 ลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.2.3 การใช้แหล่งการคลังจากภาษี
 - 2.2.4 การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กร
 - 2.2.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- 2.3 พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข
 - 2.3.1 ความเป็นมาของแผนงานทันตสาธารณสุข
 - 2.3.2 งานทันตสาธารณสุขในกระแสนของการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 2.3.3 รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ
 - 2.3.4 กลยุทธ์การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของไทยก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.3.5 การจัดการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - 2.3.6 การประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.4 แนวคิดและการดำเนินงานนโยบายกองทุนทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้า

2.4.1 หลักการสำคัญในการดำเนินการกองทุนทันตกรรมภายใต้หลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า

2.4.2 เป้าหมายและแนวทางการบริหารกองทุนทันตกรรมปี 2556

2.5 พฤติกรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุขภายใต้เงื่อนไขกลไกการจ่ายเงินและงานวิจัย
ที่เกี่ยวข้อง

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 กรอบแนวคิดและวิวัฒนาการงานส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ในกรอบคิดของการสาธารณสุข (Public health) จำแนกกระบวนการงานสำคัญไว้ 4 ประการ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)
2. การควบคุมและป้องกันโรค (Disease control and prevention)
3. การวินิจฉัยโรคและรักษาพยาบาล (Prompt diagnosis and treatment)
4. การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation)

สำหรับการส่งเสริมสุขภาพหรือที่ปัจจุบันนิยมเรียกกันว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แต่เดิมมักจะหมายถึง การบริการด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุข (Health promotion intervention) อันได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานวางแผนครอบครัว งานสุขศึกษา งานอนามัยชุมชน เป็นต้น ในขณะเดียวกันก็มีอีกความหมายหนึ่ง คือ การส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพที่ประชาชนปฏิบัติด้วยตนเอง (Self-health promotion) เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เชื่อมต่อกับสุขภาพ การลด ละ เลิกบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550)

ในปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามใหม่ของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ และไม่ใช่ว่าเพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น คำนิยามดังกล่าวได้ขยายมิติของสุขภาพออกเป็น 4 ด้าน และได้เน้นถึงความเป็นพลวัตของสุขภาพ ซึ่งมีนัยว่าสุขภาพมีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงและขึ้นกับเหตุปัจจัยอันสลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นภาวะคงที่ตายตัว หรือขึ้นกับเหตุปัจจัยอันใดอันหนึ่ง ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ให้นิยามว่า “สุขภาพ หมายความว่า ถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และให้นิยามคำว่า “ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อแผ่ โดยจะขยายความมิติสุขภาพ 4 ด้านดังนี้

1. สุขภาพทางกาย (Physical well-being) หมายถึง การมีร่างกายที่แข็งแรง มีกำลัง คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง ทั้งนี้ยังหมายความรวมถึง ผู้ที่มีโรคทางกาย (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคภูมิแพ้ เป็นต้น) และผู้ที่มีความพิการทางกายที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถประกอบกิจกรรมได้เช่นคนปกติหรือเกือบเท่าคนปกติ

2. สุขภาพทางจิต (Mental well-being) หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสบายใจ มีอารมณ์สดชื่น ร่าเริง แจ่มใส นอนหลับดี ไม่มีความเครียดวิตกกังวล ความคิดฟุ้งซ่าน อารมณ์ซึมเศร้า หรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่เสพยาอนหลับและสารเสพติดรวมทั้งแอลกอฮอล์ บุคคลที่ไม่มีสุขภาพทางจิตจำเป็นต้องพึ่งพาจิตแพทย์ ยาทางจิตประสาทในการบำบัดรักษา รวมทั้งวิธีการทางจิตวิทยาสมัยใหม่

3. สุขภาพทางสังคม (Social well-being) หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีกับผู้อื่น ทั้งในครอบครัว สถานศึกษา ที่ทำงาน ชุมชน และวงสังคมต่างๆ โดยมีความรักใคร่ กลมเกลียว เอื้ออาทร และช่วยเหลือกัน รวมทั้งการบำเพ็ญประโยชน์ต่อผู้อื่น ไม่มีการทะเลาะวิวาท ทำร้ายกัน รู้จักแก้ปัญหาความขัดแย้งด้วยสันติวิธี นำมาซึ่งการมีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม เสมอภาค มีภาพลักษณ์ และสันติภาพ บุคคลที่มีสุขภาพทางสังคมที่ดีย่อมมีคุณค่าต่อผู้อื่น และได้รับการยอมรับนับถือจากผู้อื่น

4. สุขภาพทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) (Spiritual well-being) หมายถึง การมีความสงบสุข หรือสันติสุขภายในด้วยการมีสติและปัญญาสมบูรณ์ มีความฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ เข้าใจสรรพสิ่งตามความเป็นจริง เข้าถึงความดีงามถูกต้อง มีคุณธรรมและไม่เห็นแก่ตัว

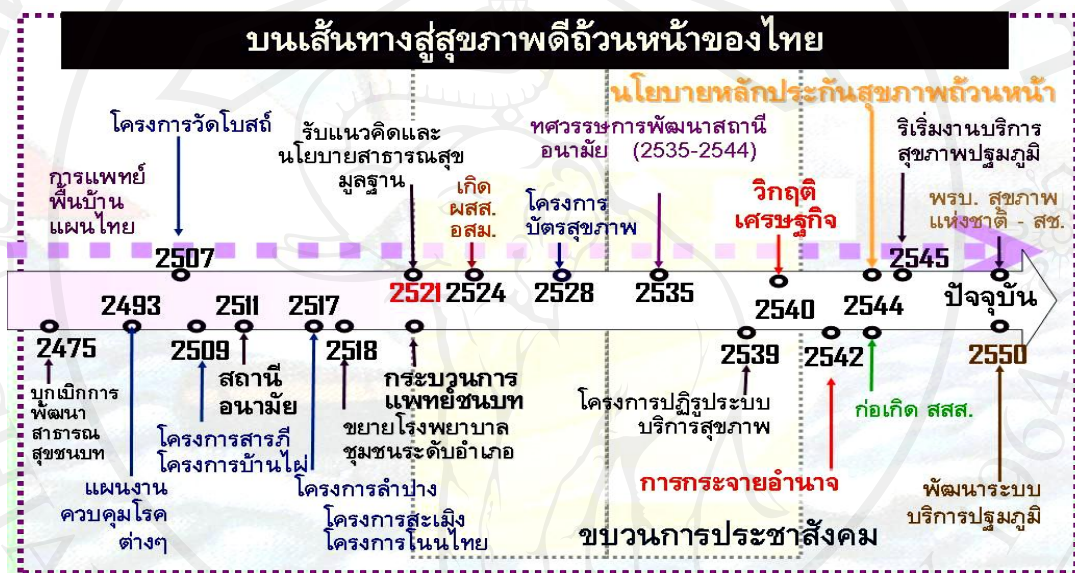
มิติสุขภาพทั้ง 4 ด้านล้วนมีความเชื่อมโยงและส่งผลต่อกันและกันอย่างเป็นองค์รวม เช่น การเจ็บป่วยทางร่างกาย โดยเฉพาะหากเป็นโรคร้ายหรือร่างกายพิการ ก็มักจะส่งผลกระทบต่อมิติทางจิต สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา) อย่างเป็นลูกโซ่ ในทางตรงกันข้าม การมีสุขภาพทางจิตวิญญาณก็ย่อมส่งผลดีต่อมิติสุขภาพอื่นอย่างเป็นลูกโซ่เช่นเดียวกัน (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550)

2.1.1 วรรณกรรมการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

ความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุขโลกในรอบ 50-60 ปี ที่ผ่านมานับว่าได้รับอิทธิพลหลักจากแนวคิดผ่านองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการงานรับคำประกาศอัลมาอะตา (The Declaration of Alma-Ata) ซึ่งเกิดขึ้นจากการประชุมระดับนานาชาติ เรื่องสาธารณสุขมูลฐานโดยองค์การอนามัยโลกและองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544 อ้างถึงใน ปิยะดา สังข์วงศ์, 2554)

ด้วยกลยุทธ์และองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานขององค์การอนามัยโลกและได้กลายเป็นหลักการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา โดยได้เน้นการจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และได้มีกิจกรรมในชุมชนต่อเนื่องอีกหลายโครงการ เช่น โครงการสหกรณ์ยา (ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ. 2521 ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน)

กองทุนโภชนาการประจำหมู่บ้าน (เริ่มปี พ.ศ. 2524) กองทุนสุขภาพตำบลประจำหมู่บ้าน (เริ่มปี พ.ศ. 2525) กองทุนพัฒนาหมู่บ้าน (เริ่มปี พ.ศ. 2525) โครงการสมุนไพรกับการสาธารณสุขมูลฐาน (เริ่มปี พ.ศ. 2526) โครงการหมู่บ้านพึ่งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐาน (เริ่มปี พ.ศ. 2526) โครงการป็นรงค์คุณภาพชีวิตของประชาชนในชาติ (เริ่มปี พ.ศ. 2528-2530) โครงการจังหวัดเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือจังหวัดมินิไทยแลนด์ (เริ่มปี พ.ศ. 2528) โครงการศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) (เริ่มปี พ.ศ. 2535) เป็นต้น (อำพล จินดาวัฒนะและคณะ, 2550)



ภาพที่ 1 การดำเนินงานสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าในประเทศไทย (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552)

ประเทศไทยยืนอยู่แถวหน้าของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐานจนกลายเป็นแบบอย่างสำหรับการเรียนรู้ของนานาประเทศด้วยประสบการณ์การทำงานควบคุมโรคมาเลเรีย ที่อาศัยชุมชนเป็นฐาน (community-based malaria program) ในช่วงปี พ.ศ. 2493 และประสบการณ์งานสุขภาพชุมชนในโครงการนำร่องสำคัญเช่นโครงการสารภีและโครงการลำปางในปี พ.ศ. 2503 รวมทั้งบทเรียนและการบุกเบิกในการสร้างระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนที่ผ่านมารัฐบาลไทยได้ริเริ่มแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 ก่อนการประกาศอย่างเป็นทางการในการประชุมที่อัลมาอะดา ในปี พ.ศ. 2521 ในช่วงหลายปีติดต่อกันหลังจากนั้นแผนงานโครงการและกิจกรรมสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชนไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการการจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การจัดหาหน้าสะอาดและการสุขาภิบาล การฉีดวัคซีนในเด็ก การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การสุกศึกษารวมทั้งการ

อนามัยแม่และเด็กก็ได้รับการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกองทุนและกรรมการในชุมชนการจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจกล่าวได้ว่าในช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานนั้นแนวคิดและปรัชญาการทำงานสุขภาพตามนโยบายดังกล่าวไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีผลอย่างสำคัญต่อทิศทางการพัฒนาโดยรวมของประเทศโดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 อย่างเด่นชัด

งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยยังคงดำเนินไปและมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมการเมืองและนโยบายด้านการแพทย์สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไปในยุคหลังสงครามเย็นที่เส้นแบ่งและการเผชิญหน้าระหว่างอุดมการณ์ทางการเมืองของฝ่ายเสรีทุนนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ล่มสลายลงกระแสโลกาภิวัตน์ที่เชียวกรากไม่เพียงแต่ทำให้เรื่องสุขภาพและการสาธารณสุขกลายเป็นเรื่องไร้พรมแดนเท่านั้น แต่ทุนนิยมโลกและการค้าเสรียังทำให้สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานไปอย่างรวดเร็ว การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการลงทุนข้ามชาติทำให้เศรษฐกิจไทยพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดดและในขณะเดียวกันก็ได้สร้างให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มคนชั้นกลางอย่างไม่เคยมีมาก่อน (Pasuk Phongpaichit and Baker, 1998 อ้างถึงใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองและวิถีชีวิตสมัยใหม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมร่วมสมัยของไทย แนวนโยบายการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจสังคมและด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการกระจายอำนาจการปฏิรูประบบราชการนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้โรคเรื้อรังและโรคอุบัติใหม่กลายเป็นปัญหาสำคัญเหล่านี้ เป็นบริบทใหม่ที่เรากำลังต้องพิจารณาในการทบทวนเพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตของการสาธารณสุขมูลฐาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552)

2.1.2 แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ

หลังคำประกาศอัลมาอะตา ว่าด้วยเป้าหมายแห่ง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และยุทธศาสตร์แห่ง “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นเวลาประมาณ 10 ปี องค์การอนามัยโลกจึงได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง โดยได้จัดการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องนี้ขึ้นเป็นครั้งแรกที่กรุงออกตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 และได้ประกาศกฎบัตรออกตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพและกลวิธีดำเนินการแห่งการส่งเสริมสุขภาพ 5 ประการ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพที่ดี การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน และการปรับระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจวบจนปัจจุบัน แม้ว่ากฎบัตร

ออกตาวาจะประกาศออกมาแต่ประเทศไทยมีการพูดถึงกันน้อยมาก กระทรวงสาธารณสุขยังคงดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐานตามแนวมุขมเครงทั้งเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดการประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ของสถาบัน โดยใช้หัวข้อการประชุมนี้ว่า “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคทุกคน” ในการประชุมครั้งนี้ยังใช้คำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ซึ่งแปลมาจากคำว่า “Health promotion”

ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” มี 2 ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก คือ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข ให้ประชาชนทั่วไปที่ไม่เป็นโรค มีสุขภาพแข็งแรง เช่น การให้สุขศึกษาให้คนทั่วไปมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การสุขภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ลักษณะที่สอง คือ กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น ทั้งในคนปกติทั่วไปและผู้เจ็บป่วย

ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่สับสน จึงใช้คำว่า “การสร้างเสริมสุขภาพ” แทนความหมายในลักษณะที่สอง และยังคงคำว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” ไว้สำหรับความหมายในลักษณะแรกเป็นการเฉพาะ

การประชุมในครั้งนี้ได้มีการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดแห่งกฎบัตรออกตาวาและโครงการส่งเสริมสุขภาพทั้งในและนอกประเทศ จัดพิมพ์เป็นเอกสารวิชาการหลายชุดออกเผยแพร่ รวมทั้งได้เผยแพร่แนวคิดและตัวอย่างกิจกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในที่ประชุมหลังจากการประชุมในครั้งนี้ได้มีการเคลื่อนไหวผลักดันการออก “พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ” ซึ่งประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2544 และมีการก่อตั้ง “สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)” โดยทำหน้าที่บริหารกองทุนที่เกิดจากการเก็บภาษีพิเศษจากสุราและยาสูบ เพื่อสนับสนุนหน่วยงานทุกภาคส่วนดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง

ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะหรือความสามารถในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพตนเอง จึงได้ชูแนวทางที่ว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าเพราะประชาร่วมใจ (Health for all, All for health)” (คำขวัญองค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2531) และได้เน้นหลักการสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1. การเสริมพลัง (Empowerment) หมายถึง การเพิ่มศักยภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพของพวกเขา

2. การมีส่วนร่วมของสาธารณะ (Public participation) หมายถึง การส่งเสริมบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้สามารถมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสุขภาพของพวกเขา

3. การให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ

4. การลดความไม่เป็นธรรม

5. การกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (Intersectoral cooperation) ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

สำหรับประเทศไทย ได้มีการพัฒนาทิศทางและกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรไทยมาเป็นเวลายาวนาน โดยเริ่มจากการพัฒนาและขยายเครือข่ายระบบบริการและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข มาสู่การส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง (อำพล จินดาวัฒนะและคณะ, 2550)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นิยามการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคว่าเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องตามเป้าหมาย

1. ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Health risks) และภาระโรคที่สามารถป้องกันได้ สุขภาพดีเป็นทรัพยากรสำคัญในการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจและเป็นองค์ประกอบสำคัญในคุณภาพชีวิตบุคคล

2. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่จำเป็นและมีคุณภาพมาตรฐานอย่างเท่าเทียม

3. ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพของครัวเรือนและงบประมาณ

4. ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (self care)

5. คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (ภายใต้จิตวิญญาณ)

ในความหมายกว้างการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงประกอบด้วย 4 กลุ่มคือบริการส่วนบุคคล (personal care) บริการระดับชุมชนหรือสังคม (community/ social care) การพัฒนาทักษะความสามารถด้านสุขภาพ (capacity building) และการขับเคลื่อนทางสังคม (social movement) เพื่อสร้างความตระหนักหรือกระแสและค่านิยมทางสังคมบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทมากที่สุด ในกลุ่มที่ 1 คือบริการส่วนบุคคล (personal care) โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ในกลุ่มถัดไปตามลำดับเป้าหมายสูงสุดคือความเข้มแข็งของบุคคลครอบครัวชุมชนและสังคมเพื่อการพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพ

1. บริการส่วนบุคคลอาจให้บริการในสถานพยาบาล (facility based) หรือนอกสถาน-พยาบาล เช่น บริการที่บ้าน (home based care) โดยหน่วยเคลื่อนที่หรือในสาขาบริการที่จัด

ตั้งอยู่ในชุมชน (community based care) ทั้งนี้ อาจเป็นบริการเชิงเดี่ยวหรือเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเฉพาะที่ต้องการเพิ่มการเข้าถึงบริการดังกล่าว

2. บริการระดับชุมชนซึ่งมีผู้รับประโยชน์ในวงกว้าง เช่น การเฝ้าระวังโรคป้องกันอุบัติเหตุจราจร กลุ่มครองผู้บริโภครูปปรับปริมาณฟลูออไรด์ในแหล่งน้ำบริโภค
3. กระบวนการพัฒนาทักษะความสามารถให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีศักยภาพในการคิดวิเคราะห์ตัดสินใจดำเนินการเพื่อสุขภาพและสุขภาพของตนเองครอบครัวชุมชน
4. การขับเคลื่อนทางสังคมหรือเพื่อสร้างกระแสและค่านิยมทางสังคม (supra ideology) ให้บุคคลครอบครัวชุมชนสังคม เกิดความตระหนักและร่วมมือกันในการจัดการปัญหาสุขภาพ (เพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2553)

2.1.3 พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงโครงสร้าง

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบทบาทเดิมของกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) ต่อมาเมื่อมีพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เมื่อมี พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทพัฒนาชุมชนอย่างรอบด้านทั้งเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมและจัดบริการสาธารณะเพื่อความอยู่ดีมีสุขของประชาชน และพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยอปท. มีแนวโน้มสนับสนุนงบประมาณด้านสาธารณสุขเพิ่มขึ้นแม้จะอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่

1. กำจัดสิ่งปฏิกูล/มูลฝอย
2. ควบคุมสุขลักษณะของอาคารเพื่อมิให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้อยู่อาศัย
3. ป้องกันและระงับเหตุอันอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ
4. ควบคุมการเลี้ยงสัตว์หรือปล่อยสัตว์เพื่อรักษาสุขภาพความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชนในท้องถิ่นและเพื่อป้องกันอันตรายจากเชื้อโรคที่เกิดจากสัตว์
5. กำกับดูแลกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
6. กำกับดูแลกิจการตลาดสถานที่จำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะให้เป็นไปตามสุขลักษณะอนามัย

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าภายใต้การบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีส่วนสำคัญยิ่งในการทำให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคชัดเจนเป็นรูปธรรมออกมาเป็นชุดสิทธิประโยชน์และมีความเป็นระบบในด้านการจัดการและดำเนินงานโดยสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวหรือตามกิจกรรมหรือตามผลงานบริการ (per capita/ activity หรือ performance based) กระทั่งมีการปรับสิทธิประโยชน์แก่ผู้มีสิทธิอื่น (non UC population)

ตามมา ใน พ.ศ. 2544 ยังมีกลไกสำคัญเกิดขึ้นคือ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพบริหารโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้ พ.ร.บ.กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 ซึ่งมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนให้กลุ่มทางสังคมริเริ่มกิจกรรมโครงการขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้เกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพและร่วมกันการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่าง พ.ศ. 2551 - 2553 สสส. มีแผนสนับสนุนเป้าประสงค์ ในการขยายโอกาสการสร้างนวัตกรรมลดปัจจัยเสี่ยงรองและพัฒนาสุขภาพของครัวเรือนมากที่สุดคือ ร้อยละ 25, 22 และ 19 (ของงบประมาณสนับสนุนทั้งหมด) ตามลำดับ การส่งเสริมสมรรถนะของระบบสุขภาพและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 15) การพัฒนาระบบกลไกที่จำเป็นในการลดปัจจัยเสี่ยง (ร้อยละ 10) และสร้างความตื่นตัวและค่านิยมใหม่ในสังคม (ร้อยละ 9) และร่วมมือกับ สปสช. ด้วยแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (LINK) ระยะ 3 ปี ในปีงบประมาณ 2549 สปสช. สนับสนุนให้อปท. และชุมชนเข้ามาบริหารจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนเองผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล ซึ่งอปท. ต้องร่วมสมทบกองทุนในอัตราร้อยละ 10, 20 และ 50 สำหรับ อปท. ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ตามลำดับ ภายใต้การบริหารของคณะกรรมการซึ่งมีตัวแทนจากภาคสาธารณสุขและชุมชนด้วย ปีแรกมี อบต. และเทศบาล 800 แห่ง เข้าร่วมโครงการ และเพิ่มเป็น 2,696 และ 3,940 แห่งในปีงบประมาณ 2551 และ 2552 ตามลำดับ (ร้อยละ 51 ของ อบต. และเทศบาลทั่วประเทศ)

กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปี พ.ศ. 2552-2555 เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยยกระดับการให้บริการของสถานีนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีขอบเขตการดำเนินงานแบบผสมผสานเชิงรุกสามารถให้บริการต่อเนื่องได้ 24 ชั่วโมง ขอคำปรึกษาจากแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยงและส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่น มีเป้าหมายดำเนินการ 1,000 แห่ง ในปีงบประมาณ 2552 และขยายครบทุกแห่งในปี 2555 ภายใต้การสนับสนุนร่วมจาก สปสช. สสส. สวรส. อปท. มีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) บริหารงานโดยคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (นายกรัฐมนตรีเป็นประธานและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน กำกับโดยสำนักนายกรัฐมนตรี) เป็นกลไกเชื่อมประสานในและนอกภาคสาธารณสุข สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ภารกิจหลัก คือ

1. จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ
2. ให้คำปรึกษาต่อคณะรัฐมนตรีในนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และติดตามผลการดำเนินงาน

3. จัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือประเด็น
4. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการติดตามประเมินผลระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ
5. แต่งตั้งคณะกรรมการคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมาย (เพ็ญแข ลาภยี่ง, 2553)

2.2 แนวคิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบสาธารณสุขไทยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกิดขึ้นหลายครั้งในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ที่นับว่าเป็นการปฏิรูประบบสุขภาพไทยอย่างชัดเจน ได้แก่ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข การจัดตั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดการปฏิรูปการจัดการระบบการคลังสาธารณสุขแบบใหม่ โดยก่อตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่บริหารกองทุนและจัดซื้อบริการแก่ประชาชนภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในขณะที่บทบาทการจัดบริการยังคงอยู่กับกระทรวงสาธารณสุข ดังเดิม เกิดปฏิรูปเปลี่ยนแปลงการบริหารงบประมาณจากการคลังด้านอุปทาน “Supply side financing” มาเป็นการคลังด้านอุปสงค์ “Demand side financing” ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูป คือ การแยกบทบาทการซื้อบริการออกมาจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเดิมทำหน้าที่ทั้งบริหารงบประมาณและจัดบริการแบบเบ็ดเสร็จในองค์กรเดียว ทั้งนี้การบริหารงบประมาณภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิธีการบริหารและการจัดสรรงบประมาณอย่างมาก เนื่องจากก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณกระทรวงสาธารณสุขนั้นจะถูกจัดสรรไปยังจังหวัดต่างๆ ก่อน โดยอาศัยหลักเกณฑ์ทางปัจจัยด้านอุปทาน (Supply) เป็นส่วนใหญ่ เช่น จำนวนสถานพยาบาลและขนาดของสถานพยาบาล โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เป็นผู้บริหารและจัดสรรต่อไปยังโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดสรรต่อไปยังสถานีอนามัยภายใต้สังกัดที่รับผิดชอบ ทั้งนี้หลักเกณฑ์การจัดสรรในแต่ละระดับและพื้นที่ก็แตกต่างกันไป แต่โดยหลักแล้วมักเป็นไปตามประสบการณ์ในอดีตซึ่งใช้ตัวแปรด้านอุปทาน (Supply) เช่น จำนวนเตียงจำนวนบุคลากรและอัตราการให้บริการ เป็นต้น

ด้วยวิธีการจัดสรรดังกล่าวทำให้การเมืองสามารถแทรกแซงโดยการโอนย้ายงบประมาณไปยังพื้นที่ที่ตนต้องการได้ง่าย แต่ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้างบประมาณผู้ป่วยนอก

จะถูกจัดสรรตรงไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาหลักสำหรับบริการปฐมภูมิ (CUP) ตามปัจจัยด้านอุปสงค์ (Demand) คือ จำนวนประชากรที่ปรับตัวด้วยโครงสร้างอายุของประชากร อย่างไรก็ตามเนื่องจากการกระจายภาระเสี่ยงของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน ขณะเดียวกันบางพื้นที่ก็มีปัญหาการขาดประสิทธิภาพเชิงขนาด (เช่น CUP ที่มีประชากรน้อยกว่า 3,000 หรือสถานีนอมนัยที่มีประชากรน้อยกว่า 2,500 คน) ทำให้ สปสช.ต้องกันเงินผู้ป่วยนอกออกมาเพื่อจัดสรรเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่เฉพาะ ได้แก่ CUP ที่มีประชากรน้อยตั้งอยู่ในพื้นที่ทุรกันดารพื้นที่ชายแดน พื้นที่เสี่ยงภัย ขณะเดียวกันในระยะหลังได้มีการศึกษาคำนวณต้นทุนคงที่สำหรับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก ซึ่งแท้จริงแล้วรูปแบบดังกล่าวได้ถูกใช้มาก่อนหน้านี้ในระบบประกันสังคมโดยสำนักงานประกันสังคมทำสัญญากับหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชนซึ่งก็ทำให้หน่วยบริการตอบสนองและมีความรับผิดชอบต่อผู้มีสิทธิภายใต้ระบบสังคมมากกว่ารูปแบบการบูรณาการของระบบ สปร. หรือบัตรประกันสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารและให้บริการไปด้วย (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ, 2555)

ดังนั้นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งอดีตทำหน้าที่เบ็ดเสร็จทั้งการจัดการด้านการคลังสุขภาพ และการจัดบริการซึ่งส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจกำหนดทิศทางระบบสาธารณสุขอย่างผูกขาดเพียงผู้เดียว แต่เมื่อแยกผู้จ่ายเงินออกจากผู้จัดบริการอำนาจด้านการเงินของกระทรวงสาธารณสุขจึงลดลง งบประมาณที่ได้รับลดลงทำให้บทบาทกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงและอ่อนแอ สปสช. มีอำนาจการจ่ายเงินเพื่อซื้อบริการแทนประชาชนรับผิดชอบอำนาจการซื้อบริการจึงเป็นบทบาทความรับผิดชอบของ สปสช. เพียงผู้เดียว การซื้อบริการให้มีประสิทธิผลนั้นต้องมีการบริการที่จำเป็นไว้ให้ซื้อและต้องมีการแข่งขันกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสภาพความเป็นจริง พบว่าบางพื้นที่ไม่มีบริการที่จำเป็นสำหรับให้ซื้อ เช่น ไม่มีนักกายภาพบำบัดสำหรับจัดบริการในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ไม่มีบริการเชิงรุกในชุมชนสำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ขณะเดียวกันก็มีการผูกขาดโดยธรรมชาติของการให้บริการในต่างจังหวัดและในชนบท เช่น ในอำเภอหนึ่งๆ มีเพียงโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวที่ให้บริการ ไม่สามารถเลือกผู้ให้บริการรายอื่นได้ทำให้ สปสช. ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ (system manager) มากกว่าเป็นผู้ซื้อบริการเพียงอย่างเดียวโดยการจัดการระบบแบบใช้กลไกด้านการคลังส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาการบริการใหม่ๆขึ้น เช่น พัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมืองและชนบท ฯลฯ เป็นต้น เพื่อการบริหารจัดการที่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น สปสช. จึงจัดตั้งสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ขึ้นจำนวน 13 แห่ง กระจายตามภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร และแต่งตั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นสำนักงานสาขาเขตพื้นที่จังหวัดทำหน้าที่ซื้อบริการตามที่ สปสช. กลาง

มอบหมาย โดยนโยบายและทิศทางการพัฒนายังถูกกำหนดจากสำนักงานส่วนกลาง (วินัย ลีสมีทธิ์ และคณะ, 2554)

แนวคิดหลักของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งให้ประชาชนในสังคมมีการเฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุขโดยการกระจายความเสี่ยงของภาระทางการเงิน และจัดระบบให้มีความยั่งยืน โดยพิจารณาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องใน 3 ด้าน คือ

1. ความยั่งยืนทางนโยบายโดยให้มีกฎหมาย “พรบ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ”
2. ความยั่งยืนทางการเงิน ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณอย่างเพียงพอตาม พรบ. หลักประกันฯ และมีระบบการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. ความยั่งยืนทางสถาบันและองค์กร คือ มีการเตรียมความพร้อมขององค์กร รวมทั้งภาคประชาชน ดังนั้นนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค จึงกำหนดให้ประชากรไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาค ด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยภาระค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น (ศูนย์ปฏิบัติการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2545 อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550)

2.2.1 ความหมายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ คณะ, 2555)

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหมายถึงสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้าด้วยเกียรติและศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น ดังนั้นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงไม่ใช่สิ่งต่อไปนี้

1. ไม่ใช่บริการสงเคราะห์หรือบริการราคาถูกเพียงเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะหน้าเท่านั้นแต่เป็นบริการที่ต้องมีมาตรฐาน
2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการ “สมัคร” หรือ “ร้องขอ” จึงจะได้รับบริการแต่เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงได้รับ
3. ไม่ใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งแต่เป็นของประชาชนทุกคน

โดยมีวัตถุประสงค์ไว้ 4 ประการด้วยกันกล่าว คือ

1. ความเสมอภาค (equity) นอกจากความเสมอภาคในแง่สิทธิตามกฎหมายแล้ว ความเสมอภาคยังรวมถึงการกระจายภาระด้านค่าใช้จ่าย ในลักษณะก้าวหน้าและเป็นธรรมและการ

เข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพมาตรฐานเพียงพออย่างเสมอภาค และเพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลใจในเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อจะไปใช้บริการทางการแพทย์ และได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมมีคุณภาพและได้มาตรฐานการรักษาที่เสมอภาคไม่มีการแบ่งแยก

2. ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึง ระบบที่ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดคุ้มค่าที่สุดโดยใช้ระบบบริหารจัดการที่เคร่งครัดและเน้นบริการผ่านเครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ (primary care network) ซึ่งเป็นบริการที่สร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยต้นทุนที่ต่ำ

3. ทางเลือกในการรับบริการ (choice) ประชาชนควรมีสิทธิเลือกใช้บริการที่หลากหลายจากผู้ให้บริการประเภทต่างๆ รวมถึงสถานบริการของภาคเอกชนสามารถเข้าถึงง่ายและเลือกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การ “สร้าง” ให้มีสุขภาพดีถ้วนหน้าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามุ่งสู่การสร้างสุขภาพดีไม่เพียงคุ้มครองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเท่านั้น โดยเน้นส่วนที่เป็นบริการสุขภาพส่วนบุคคล (personal health care) ที่เป็นบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภัยต่อสุขภาพด้วย

2.2.2 ลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ขณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544 อ้างถึงใน ปิยะดา วงศ์สังข์, 2554)

1. ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ง่ายมีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความจำเป็นเจ้าของควบคุมกำกับ และร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุสมผล

2. มีการบริหารจัดการที่จัดความซ้ำซ้อนสร้างความสอดคล้องกันของวิธีปฏิบัติและป้องกันภาวะผลประโยชน์ขัดกับบทบาทหน้าที่ (conflicts of interest) โดยมีระบบตรวจสอบและคานอำนาจที่แยกบทบาทของผู้ถือกฎกติกาผู้ให้บริการผู้ให้หรือผู้ขายบริการและผู้ตรวจสอบ

3. มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้สามารถกำหนดแผนการจัดสรรงบประมาณการเบิกจ่าย (claim processing) การตรวจสอบ (auditing) และพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้อย่างรัดกุมมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

4. มีการเลือกใช้วิธีการจ่ายเงิน (payment method) แก่ผู้ให้บริการที่จูงใจให้ใช้ทรัพยากรทางสุขภาพอย่างสมเหตุผลและควบคุมพฤติกรรมการจัดบริการสุขภาพ อันส่งผลดีต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม

5. มีการกำหนดบทบาทของผู้รับประกันสุขภาพภาคเอกชนอย่างเหมาะสมเพื่อเปิดโอกาสให้ธุรกิจประกันสุขภาพเข้ามาเสริมส่วนที่เป็นความต้องการของตลาด โดยไม่ก่อผลเสียต่อหลักการกระจายความเสี่ยง

6. เปิดโอกาสให้สถานบริการสุขภาพภาคเอกชนเข้ามาแข่งขันให้บริการด้วย
กติกาคือเป็นธรรม

7. ระบบเป็นที่ยอมรับของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

2.2.3 การใช้แหล่งการคลังจากภาษี

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกใช้แหล่งการคลังจากภาษีด้วยเหตุผลหลัก คือ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมากที่สุดสำหรับประชาชนที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบเป็นทางการ นอกจากนี้ยังพบว่า การคลังจากภาษีของประเทศไทยมีลักษณะอัตราก้าวหน้า (กล่าวคือคนยิ่งรวยขึ้นจะจ่ายภาษีในสัดส่วนที่เพิ่มมากขึ้น) จะยึดหลักการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มหรือแบบถ้วนหน้า นักเศรษฐศาสตร์บางท่านให้ความเห็นว่ารัฐบาลควรมุ่งให้การช่วยเหลือเฉพาะคนจนเป็นหลักและปล่อยให้คนรวยจ่ายค่าบริการเองอย่างไรก็ดีแนวคิดดังกล่าวมิได้รับการยอมรับ เนื่องจากการช่วยเหลือเฉพาะกลุ่มคนจนมีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 แต่พบว่าประชาชนไทยอีกร้อยละ 30 ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ

นอกจากนี้พบว่า การออกบัตรรายได้น้อยตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ยังคงขาดประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มคนจน กล่าวคือยังคงมีคนยากจนจำนวนมากไม่ได้รับบัตร สปร. ขณะเดียวกันคนได้รับบัตรจำนวนไม่น้อยที่มิได้ยากจนจริง ยิ่งไปกว่านั้นแนวคิดนี้ขัดแย้งกับสิทธิตามรัฐธรรมนูญที่กำหนดให้ประชาชนไทยทุกคนพึงได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นที่รัฐจัดให้ ขณะเดียวกันคนร่ำรวยภาษีเงินได้ในอัตราก้าวหน้า (ร้อยละ 37 ของรายได้สุทธิ) เช่นเดียวกับ ภาษีนิติบุคคล (ร้อยละ 30 ของรายได้สุทธิ) ซึ่งนับว่าเป็นสัดส่วนที่สูง ดังนั้นคนร่ำรวยก็ควรได้รับการคุ้มครองจากภาครัฐเช่นกัน ซึ่งในที่สุดก็ได้ข้อสรุปว่าประเทศไทยควรจัดระบบประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้า

เมื่อตกลงว่าจะให้หลักประกันสุขภาพแบบถ้วนหน้าแล้วทางเลือกแหล่งการคลังที่มาจากภาษีจึงเป็นทางเลือกเดียวที่เป็นไปได้มากที่สุดและจะทำให้รัฐบาลสามารถดำเนินนโยบายนี้ได้สำเร็จอย่างรวดเร็ว เนื่องจากการเก็บเงินสมทบจากประชาชนในกลุ่มที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานแบบเป็นทางการมีความซับซ้อนเชิงเทคนิคมากและจะส่งผลกระทบต่อคะแนนนิยมทางการเมืองของรัฐบาล ดังนั้นแหล่งการคลังจากระบบภาษีจึงถูกนำมาใช้เป็นแหล่งทุนหลักการเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้กระบวนการจัดทำงบประมาณมีความโปร่งใสและชัดเจนมากขึ้นโดยยึดประชาชนเป็นตัวตั้ง

ทั้งนี้งบประมาณทั้งหมดของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเท่ากับอัตราเหมาจ่ายรายหัวคูณด้วยจำนวนสมาชิกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปีงบประมาณนั้นๆ ทั้งนี้

ก่อนหน้านี้ระบบการตั้งงบประมาณมีลักษณะเป็นรายกิจกรรมและรายโครงการ จะได้รับงบประมาณเท่าใดขึ้นอยู่กับภาระจากร่องระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานงบประมาณ เป็นสำคัญ ขาดความชัดเจนของผลลัพธ์และเกณฑ์การพิจารณาทำให้สามารถใช้อำนาจในการ ต่อรองและดึงงบประมาณกันได้ ระบบใหม่นี้ทำให้เกิดความโปร่งใสในการตรวจสอบมากขึ้น เนื่องจากการเจรจาต่อรองอัตราเหมาจ่ายรายหัวตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ของอัตราการใช้ บริการต้นทุนของการจัดบริการและศักยภาพการคลังภาครัฐเป็นสำคัญ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียรและคณะ, 2555)

2.2.4 การอภิบาลระบบสุขภาพและศักยภาพองค์กร

ในระยะเปลี่ยนผ่าน 3 ปีแรกของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ปี 2545 - 2548) งบประมาณรายหัวจัดสรรผ่านการบริหารจัดการของกระทรวงสาธารณสุขไปยังจังหวัดขณะที่การ ปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขมีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานของส่วนภูมิภาคใน พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เข้ามาบริหารจัดการงบประมาณทั้งหมด ส่วนกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทปรับเกลี่ยงบประมาณในส่วนที่จะจัดสรรให้กับหน่วยบริการในสังกัด แต่ สปสช. ยังคงอาศัยกรมวิชาการในการกำหนดชุดสิทธิประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อิงกรมวิชาการเกือบทั้งหมด) และการบริหารจัดการโครงการแนวดิ่ง (vertical program) เช่น โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การจัดหาวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ในเด็ก (EPI) การเคลื่อนหลุมร่องฟันกรมแท่งที่ 1 สปสช. มีทิศทางนโยบายในปีงบประมาณ 2551 ลดจำนวนโครงการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่บริหารแนวดิ่งระดับประเทศและปรับปรุงการบริหารงบประมาณในระดับพื้นที่ (area based) ให้ตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนกลางเองปรับบทบาทมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการจัดเวทีให้กรมกองวิชาการ มาร่วมกำหนดแนวทางของนโยบายและตัวชี้วัดและติดตามประเมินผลกิจกรรมและงบประมาณตามตัวชี้วัด โดยเขตตรวจราชการกระทรวงฯ ศักยภาพขององค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคในการทำงานในบริบทใหม่เป็นจุดอ่อน อีกประการพบว่ากลไกการบริหารจัดการและการกำกับทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคยังไม่สามารถสนับสนุนการทำงานในระดับพื้นที่ได้อย่างเพียงพอ ในส่วนกลางขาดนโยบายและยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับชาติที่สามารถผลักดันให้เกิดผล ยุทธศาสตร์สุขภาพประชาชนได้จริง ขาดการประสานระหว่างหน่วยงานต่างสังกัด หน่วยงานส่วนกลางที่ตั้งอยู่ในภูมิภาคยังรองรับนโยบายจากส่วนกลางเป็นหลัก มิได้เข้าไป

สนับสนุนหน่วยงานที่ได้รับการถ่ายโอนภารกิจให้สามารถทำงานตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กลไกการประสานพัฒนามีสนับสนุนกำกับและติดตามประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ที่ไม่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพตามบริบทใหม่ที่เกิดขึ้น ในระดับพื้นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทหลากหลายกว่าเดิม ศักยภาพของบุคลากรจึงเป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง

การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและ สปสช. เป็นการแยกบทบาทระหว่างผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการออกจากกัน ทิศทางงบประมาณ (รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ส่งผลให้อำนาจบังคับบัญชาและบริหารจัดการในอดีตเปลี่ยนแปลงไปกล่าวคือเส้นทางงบประมาณที่จัดสรรลงพื้นที่ย้ายจากกระทรวงสาธารณสุขมาเป็น สปสช. จัดสรรตรงไปยังจังหวัด ลดทอนอำนาจบริหารงบประมาณของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นการสั่งการและควบคุม (command and control) ขณะเดียวกันก็มีการเคลื่อนย้ายของบุคลากรจากกระทรวงสาธารณสุขส่วนกลางและภูมิภาคไปยัง สปสช. ประกอบกับการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข มีการยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคส่งผลให้ขาดกลไกในการประสานและสนับสนุนส่วนภูมิภาคการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ศักยภาพในการบริหารจัดการและสนับสนุนระบบโดยรวมของหน่วยงานส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุขลดลงแม้จะมีการจัดตั้งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพแต่บทบาทก็ต่างไปจากเดิม

ระยะต่อมาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ได้รับผลกระทบจากงบประมาณที่ผ่านตรงไปยัง CUP เช่นกัน ประกอบกับงบประมาณในการบริหารจัดการลดลงต้องพึ่งพิงงบประมาณ CUP ในทำนองเดียวกันความขาดแคลนงบประมาณในการบริหารจัดการของ สสอ. ก็ทำให้ต้องอาศัยงบประมาณของโรงพยาบาลหรือเงินบำรุงของสถานีนอนาณัย (สอ.) ในกรณีที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล การกำกับระดับจังหวัดและอำเภอจึงอ่อนแอลงทั้งในเชิงโครงสร้างและกลไกการบริหารระบบบริการในระดับอำเภอเป็นจุดเปลี่ยนแปลงสำคัญในรูปคณะกรรมการบริหาร CUP เพื่อจัดบริการและสนับสนุนการทำงานของ สอ. ในด้านงบประมาณกำลังคนและวิชาการด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมักมีบทบาทนำใน CUP เนื่องจากงบประมาณลงไปโรงพยาบาล

การมีงบประมาณเพื่อจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเขตพื้นที่ (PP areabased) บริหารโดย สปสช. เขต และคาดหวังให้ สสจ. เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานรวมทั้งติดตามประเมินผลโดยมีงบประมาณเพื่อพัฒนาระบบจังหวัดอำเภอและดำเนินการแก้ไขปัญหาในจังหวัดช่วยให้ สสจ. เข้ามามีบทบาทเพิ่มขึ้น กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการผลสำเร็จของกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลขึ้นกับศักยภาพของ อปท. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน สปสช. และแผนงานร่วมสนับสนุนการอบรมคณะกรรมการ

บริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลร่วมกับการใช้กระบวนการจัดการความรู้ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลเพื่อเสริมพลังอำนาจแก่คณะกรรมการฯ อปท. มีงบประมาณแต่ขาดองค์ความรู้ขณะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องปรับมโนทัศน์ในการทำงาน และปรับบทบาทจากผู้ดำเนินการมาสนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้เกิดแผนงาน โครงการการดำเนินการ ชุมชนเองก็ต้องรับการเสริมพลังให้สามารถทำงานร่วมกับอีกสองภาคส่วนอย่างทัดเทียมกันการ นิเทศจากระดับอำเภอและการติดตามประเมินจากระดับจังหวัดเป็นกลไกร่วมในการพัฒนา ศักยภาพที่สำคัญเช่นเดียวกับการปรับกระบวนการทศน์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่มีอำนาจในการ บริหารงบประมาณ CUP ซึ่งบางแห่งผลักดันให้ สอ. ไปของงบประมาณทำกิจกรรมสุขภาพจาก กองทุนตำบลแทนผนวกกับการไม่เปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นทำให้มีความขัดแย้งในการบริหาร งบประมาณ CUP ในทางปฏิบัติ อปท. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมักมีบทบาทนำในการดำเนิน กิจกรรม ความราบรื่นจึงขึ้นกับความสัมพันธ์ที่มีระหว่างกัน จุดอ่อนสำคัญคือขาดกลไกสนับสนุน และติดตามนิเทศการดำเนินงานกองทุนฯซึ่งเดิม สสจ. และ สสอ. มีบทบาทน้อยมากในระยะแรก เมื่อกองทุนตำบลขยายจำนวนอย่างรวดเร็วขณะที่ สปสช. เขต มีศักยภาพจำกัด กลไกในพื้นที่ คือ สสจ.และสสอ. จึงเข้ามามีบทบาทดังกล่าว (เพ็ญแข ลาภยัง, 2553)

2.2.5 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. ชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายบุคคล (benefit package)

4 ลักษณะบริการ (และสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัว) คือ การซักประวัติ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจร่างกายการตรวจทางห้องปฏิบัติการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ความรู้ และการส่งเสริมภูมิคุ้มกัน ไข้หวัด การเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเจ็บป่วย แบ่งเป็น 10 กลุ่ม ตามกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมายในทางปฏิบัติงบประมาณแบบเหมาจ่าย 109.86 บาทต่อ ประชากรไทยทุกคน (หักเงินเดือนก่อนการจัดสรร) ถูกจัดสรรให้หน่วยบริการเป็นค่าชดเชยบริการ ที่มีการใช้บริการเด่นชัด (expressed demand services) สำหรับประชากร UC และ non UC ดังนี้

1.1 บริการสำหรับสิทธิ UC ได้แก่ 1) การตรวจก่อนและหลังคลอด 2) การให้ ภูมิคุ้มกันโรคทุกช่วงอายุ 3) การดูแลสุขภาพเด็ก 4) การวางแผนครอบครัว 5) การเคลื่อนหูลมร่อง ฟันกรามแท้ในเด็กอายุ 6-12 ปี 6) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโครงการณรงค์ภายใต้ ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. 7) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงใน ประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยหน่วยบริการได้รับงบรายหัวประชากรสิทธิ UC ปรับตาม โครงสร้างอายุที่ระดับจังหวัดโดย

- 1) ตรวจสอบและดูแลเพื่อสร้างเสริมสุขภาพหญิงมีครรภ์และหลังคลอด
 - 2) ดูแลสุขภาพพัฒนาการภาวะโภชนาการเด็กและให้ภูมิคุ้มกันโรค
 - 3) ตรวจสอบสุขภาพประชาชนทั่วไป
 - 4) ตรวจสอบคัดกรองโรคในกลุ่มเสี่ยงอายุตั้งแต่ 15 ปี
 - 5) ให้ยาด้านไวรัสเอดส์เพื่อการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- และในผู้ติดเชื้อ
- 6) วางแผนครอบครัว
 - 7) เชื่อมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
 - 8) ให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
 - 9) ให้คำปรึกษาและการสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม

สุขภาพ

- 10) ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากโดยแบ่งประชากรออกเป็น 10 กลุ่มได้แก่หญิงมีครรภ์หญิงหลังคลอด เด็กแรกเกิด - 3 ปี เด็กก่อนวัยเรียน 3 - 6 ปี เด็กวัยประถมศึกษา 6 - 13 ปี เด็กโต 13-19 ปี เยาวชน 19 - 25 ปี ผู้ใหญ่วัยแรงงาน 25 - 35 ปี วัยแรงงานตอนปลาย 35 - 60 ปี และผู้สูงอายุ

1.2 บริการสำหรับสิทธิ non UC เป็นบริการที่ไม่ซ้ำกับสิทธิประโยชน์ตามสิทธิที่มีอยู่เดิม ได้แก่บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการคุมกำเนิด (ยกเว้นการทำหมันหญิงชาย) บริการรับฝากครรภ์และการตรวจหลังคลอด (เฉพาะสิทธิประกันสังคมเพศหญิงที่ส่งเงินสมทบไม่ครบ 7 เดือนและยังไม่ได้รับสิทธิจากกองทุนประกันสังคม) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉพาะประกันสังคมเพศหญิงตามโครงการณรงค์ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. โดยหน่วยบริการได้รับงบประมาณตามปริมาณผลงาน

2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารจัดการโดยส่วนกลาง (National priority program and central procurement) สำหรับประชากรทุกสิทธิประกอบด้วย

2.1 การจัดซื้อจัดจ้าง 3 กลุ่ม คือ 1) วัคซีนป้องกันโรคและจัดสรรให้หน่วยบริการตามการบริการจริง (งบประมาณ 800 ล้านบาท) โดยเพิ่มวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้เป็นโรคเรื้อรังสำคัญ 7 โรค คือ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย หัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และมะเร็งที่รักษาด้วยเคมีบำบัด (งบประมาณ 7.6 บาทต่อหัวประชากรสิทธิ UC ซึ่งมี 47,026 ล้านคน) 2) สมุดบันทึกสุขภาพแม่เด็กและนักเรียนด้วยงบประมาณ 10 และ 10.94 ล้านบาทตามลำดับ

และ 3) นมผงสำหรับเด็กที่มีภาวะ PKU โดยจัดสรรงบประมาณ 3 ล้านบาทให้กรมอนามัย ดำเนินการ

2.2 โครงการสำคัญ (priority program) ที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาความจำเป็นนโยบายยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับประเทศและเป็นโครงการระยะสั้นก่อนเปลี่ยนผ่านไปสู่การบริการแบบปกติ (งบประมาณ 153.50 ล้านบาท) ในปีงบประมาณ 2552 คือโครงการสุขภาพดีวิถีไทย (โรคเบาหวานและอ้วนลงพุง) และโครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวเพื่อพัฒนาคุณภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี

3. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน (community-based services) ครอบคลุมประชากรทุกสิทธิอาจดำเนินการโดยหน่วยบริการหรือ อปท. ดำเนินการร่วมกับชุมชนภายใต้คณะกรรมการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (งบประมาณ 37.50 บาทต่อประชากรทุกสิทธิ 63,614 ล้านคนในปีงบประมาณ 2552) จำแนกเป็น 2 กลุ่มคือ

3.1 การป้องกันโรคติดต่อได้แก่ไข้เลือดออกมาลาเรียโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ AIDS และพฤติกรรมทางเพศ

3.2 การป้องกันโรคไม่ติดต่อได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือดสมองเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรคมะเร็งอุบัติเหตุโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมสุขภาพจิตและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (เพ็ญแข ลาภขัย, 2553)

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงวิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัวกรณีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545- 2554 (สุรจิต สุนทรธรรม และคณะ, 2555)

ปีงบประมาณ	วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว
พ.ศ. 2546 - 2549	(1) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานในชุดโครงการ (project based) ที่ สปสช. กำหนดลงไป (vertical programs) (2) จ่ายตามการดำเนินงานที่หน่วยบริการ (facility based) (3) จ่ายตามการดำเนินงานในชุมชน (community based)
พ.ศ. 2550	(1) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานในชุดโครงการที่ สปสช. กำหนดลงไป (2) เหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยบริการสำหรับการดำเนินงานที่หน่วยบริการ (3) เหมาจ่ายรายหัวให้ระดับจังหวัดสำหรับการดำเนินงานในชุมชน (4) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานรวมทั้งมีเงินเพิ่มพิเศษเมื่อมีการครอบคลุมได้ดีขึ้นและมีบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
พ.ศ. 2551	(1) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานในชุดโครงการที่ สปสช. กำหนดลงไป (2) เหมาจ่ายรายหัวให้หน่วยบริการสำหรับการบริการตามอุปสงค์ชัดเจน (express demand) (3) เหมาจ่ายรายหัวให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและระดับจังหวัดสำหรับการดำเนินงานในชุมชน (4) เหมาจ่ายรายหัวให้ระดับจังหวัด/เขตสำหรับการดำเนินงานในเขตพื้นที่ (area based)
พ.ศ. 2552	(1) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานในชุดโครงการตามลำดับความสำคัญของชาติและรวมการจัดหาโดย สปสช. (central procurement) (2) เหมาจ่ายรายหัวจำแนกตามโครงสร้างอายุประชากรให้หน่วยบริการสำหรับการบริการตามอุปสงค์ชัดเจน (3) เหมาจ่ายรายหัวให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและระดับจังหวัดสำหรับการดำเนินงานในชุมชน (4) เหมาจ่ายรายหัวให้ระดับจังหวัด/เขตสำหรับการดำเนินงานในเขตพื้นที่

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ปีงบประมาณ	วิธีการจ่ายแบบเหมาจ่ายรายหัว
พ.ศ. 2553 - 2554	(1) จ่ายตามปริมาณผลการปฏิบัติงานในชุดโครงการตามลำดับความสำคัญของชาติและรวมการจัดหาโดย สปสช. (central procurement) (2) จ่ายตามรายบริการ (fee for service) สำหรับการบริการตามอุปสงค์จัดแจ้ง 10 รายการและเหมาจ่ายรายหัวจำแนกตามโครงสร้างอายุประชากรให้หน่วยบริการสำหรับการบริการตามอุปสงค์จัดแจ้งส่วนที่เหลือ (3) เหมาจ่ายรายหัวให้กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและระดับจังหวัด/เขต สำหรับการดำเนินงานในชุมชนและเขตพื้นที่

2.3 พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข

2.3.1 ความเป็นมาของแผนงานทันตสาธารณสุข

ทันตสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขถือกำเนิดขึ้นจากงานให้บริการทันตกรรม อยู่ในแผนกสุขาภิบาลโรงเรียน สังกัดกระทรวงธรรมการ มีหน้าที่ให้บริการทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน และเริ่มให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในปี พ.ศ. 2466 ต่อเมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น ในปี พ.ศ. 2485 งานทันตกรรมจึงอยู่ภายใต้การบริการงานของกองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นมีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขอีก 2 ครั้ง ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักทันตสาธารณสุข สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยช่วงแรกงานทันตสาธารณสุขอยู่ในวงแคบ และไม่มีการวางแผนงานที่แน่นอน ทำให้ไม่อาจแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขได้จนได้รับการบรรจุในแผนระดับชาติครั้งแรกเป็นลำดับต่อมาจนถึงปัจจุบัน (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550; เพ็ญแข ลากยัง, 2554)

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการทำงานด้านทันตสาธารณสุขนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและยังคงเป็นกระแสหลักในขณะนี้ คือ แนวคิดของการป้องกันโรค (หรือบางครั้งใช้คำว่า “ส่งเสริมสุขภาพ” แต่ใช้สุขภาพในความหมายของการปราศจากโรค) ที่มีความรู้และความคิดความเชื่อของทันตบุคลากรเป็นศูนย์กลางโดยทั่วไปแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคอย่างเฉพาะเจาะจงและการให้รู้สุขภาพ (Specific prevention and health education) ในทางทันตสาธารณสุขอาจเป็นได้ทั้งการป้องกันโรคโดยผ่านเทคนิคบริการ เช่น การเคลือบหลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ หรือการสอนเกี่ยวกับทันตสุขภาพ เช่น การแปรงฟัน

สอนการใช้เส้นใยขัดฟัน สอนเรื่องการควบคุมอาหารและการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยผ่านเอกสาร แผ่นพับ สื่อสารมวลชน ผ่านบุคลากรเช่น ครู หรือ บุคลากรด้านสุขภาพอื่น

ระดับที่ 2 การค้นหาและการให้การรักษาทันที (Early detection and prompt treatment) ในทางทันตสาธารณสุข คือ การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำรวมทั้งการให้การรักษาทันทีอย่างเร่งด่วนทุกชนิด

ระดับที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เช่น การใส่ฟันปลอม เป็นต้น ต่อมาเมื่อมีการทบทวนรูปแบบของการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ เห็นได้ว่าให้ความสำคัญกับโรคและหน้าที่ของวัยต่างๆ จนไม่ได้ให้ความสำคัญกับ “คน” จึงได้มีการปรับการทำงานที่เน้นเกี่ยวกับ “พฤติกรรมสุขภาพ” และการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในงานทันตสาธารณสุขก็ได้มีการปรับเช่นกัน กล่าวคือในแง่มุมด้านพฤติกรรม (Behavioral change) ได้ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่ “ไม่พึงประสงค์” ไปเป็น “พฤติกรรมที่พึงประสงค์” โดยเน้นกลวิธีที่จะให้ทันตศึกษาและการชักชวนเพื่อปรับพฤติกรรม (education and persuasion) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละบุคคล (individual - oriented) นอกจากนั้นยังได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมวิทยาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อ “ควบคุมและเสริมแรง” ในการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรมโดยกลุ่ม (group control over the individual) เช่น การควบคุมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันโดยผู้นำนักเรียนที่ได้รับการอบรมแล้ว การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยบุคคลในครอบครัว และในแง่มุมของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี (Environmental change) ได้มีความพยายามในการทำงานป้องกันโรคและส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยการทำงานกับชุมชนสังคม และสถาบัน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะลดความเสี่ยงต่อการมีโรคในช่องปาก ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานจากฐานของโรงเรียน เช่น การรณรงค์ทางทันตสาธารณสุขการบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน การควบคุมการบริโภคขนมหวาน ในโรงเรียน

อย่างไรก็ตาม ในการทำงานทันตสาธารณสุขอยู่บนศูนย์กลางความคิดการสั่งการและการดำเนินการโดยบุคลากรทันตสาธารณสุขเป็นหลัก แม้เมื่อเคลื่อนมาสนใจใน 2 ประเด็นหลัง ที่ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารหรือการสื่อสาร และทำงานในชุมชน แต่มีประเด็นที่ยังไม่เปิดกว้างกล่าวคือในส่วนของการสื่อสารนั้นให้ความสำคัญของการสื่อสารในฐานะเป็น “เครื่องมือของวิชาชีพทันตแพทย์” ที่จะให้ความรู้ ชักจูง หรืออบรม โดยอาจผ่านทั้งสื่อส่วนกลาง และผ่านผู้นำชุมชน (opinion leadership) เพื่อให้คนในชุมชนเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่ถูกนำเข้าจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกชุมชน ในประเด็นของชุมชน กล่าวได้ว่า การทำงานภายใต้กรอบของบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งสาขานั้น มองชุมชนในแนวคิดทางสังคมที่เรียกว่า แนวคิดเชิงโครงสร้าง

หน้าที่ (structural - functional theory) กล่าวคือ มองเห็นสังคมที่มีความเป็นอันหนึ่ง อันเดียวกันภายใต้โครงสร้าง (ที่แม้ว่าจะแตกต่างกัน) ที่สังคมกำหนดขึ้น ผู้ใดอยู่ในตำแหน่งใดในสังคมก็ยึดมั่นในหน้าที่ของตน และทำหน้าที่ของตนอย่างดีที่สุด (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544 อ้างถึงในทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, 2546)

2.3.2 งานทันตสาธารณสุขในกระแสของการสาธารณสุขมูลฐาน

ในประเทศไทยงานทันตสาธารณสุขที่ก้าวล่วงพ้นมาจากการออกหน่วยให้บริการเคลื่อนที่และให้ทันตศึกษา ซึ่งทำงานโดยทีมทันตบุคลากรเพียงลำพัง มาสู่การทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขอื่นได้เริ่มต้นในช่วงของการนำแนวคิด “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาสู่ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2523 อย่างไรก็ตามภาพโดยรวมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมสูงสุดของประชาชน เมื่อนำสู่การปฏิบัติได้ถูกลดทอนลงเพียงการดึงให้ประชาชนเข้ามาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขภายใต้การกำกับ แนวคิด และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ งานทันตสาธารณสุขที่เข้าไปผนวกกับระบบดังกล่าวภายหลัง (ในปี พ.ศ. 2528) ย่อมตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว

เมื่อพิจารณาลักษณะของงานทันตสาธารณสุขในยุคที่กระแสแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกระแสหลัก พบว่างานทันตสาธารณสุขได้พยายามเข้าไปผนวกกับกระแสดังกล่าวใน 3 ระดับ คือ

1. การเข้าร่วมในระดับหมู่บ้าน โดยเข้าไปผนวกกับระบบของการจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกองทุนยาในหมู่บ้าน ด้วยการอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนยาสีฟัน - แปรงสีฟันในหมู่บ้าน รวมทั้งพยายามอบรมอาสาสมัครในหมู่บ้านให้สามารถขีดหินนำลายด้วยมือได้ (village scaler) แต่โครงการหลังนี้ในช่วงต่อมาไม่ได้ถูกยอมรับในระดับนโยบาย

2. การพัฒนารูปแบบการทำงานในโรงเรียนนอกเหนือจากการแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันเข้าไปในการอบรมผู้นำนักเรียนร่วมกับงานอนามัยโรงเรียนแล้ว พบว่ามีการปรับงานเดิม จากอดีตงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนใช้ระบบงานทันตกรรมเพิ่มทวี ซึ่งเป็นการให้บริการและดูแลช่องปากโดยทันตภิบาลให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน ในยุคสมัยของการสาธารณสุขมูลฐานงานทันตสาธารณสุขได้พัฒนามาสู่รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพซึ่งประยุกต์รูปแบบมาจากงานโภชนาการในชุมชนที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ โดยเปลี่ยนผู้ทำงานจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่บันทึกน้ำหนักเด็ก มาเป็นครูทำหน้าที่เป็นผู้ตรวจช่องปากให้กับนักเรียน ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับโครงสร้างการประถมศึกษา

แห่งชาติ กำหนดเป็นนโยบายให้ครูปฏิบัติทั่วประเทศ และกำหนดไว้ในนโยบายทันตสาธารณสุข
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งยังคงดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

3. การกระจายงานทันตสาธารณสุขสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ได้มีความ
พยายามในการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อให้สามารถ
ตรวจวินิจฉัยโรคในช่องปากระยะเริ่มแรกได้ภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูล
ฐาน 1 (ทสสม.1) และเพิ่มความสามารถให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ให้สามารถขูด
หินน้ำลายได้ภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2 (ทสสม. 2) เพื่อ
รองรับการส่งต่อนักเรียนในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

ความเคลื่อนไหวของงานทันตสาธารณสุขตั้งแต่ยุคสาธารณสุขมูลฐานเป็นต้นมา ได้รับ
การวิเคราะห์ว่า แทบไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ
เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งไม่สามารถผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่น
แทบทุกระดับ เป็นโครงการที่แปลกแยกโดดเดี่ยวจากงานสุขภาพอื่น ๆ ทำให้เป็นการเพิ่มภาระให้กับผู้
ที่เขามาเกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และครูในโรงเรียน (สุกร ฉัตรไชยฤกษ์, 2543
อ้างถึงใน ทรงวุฒิ ดวงรัตน์พันธ์, 2546)

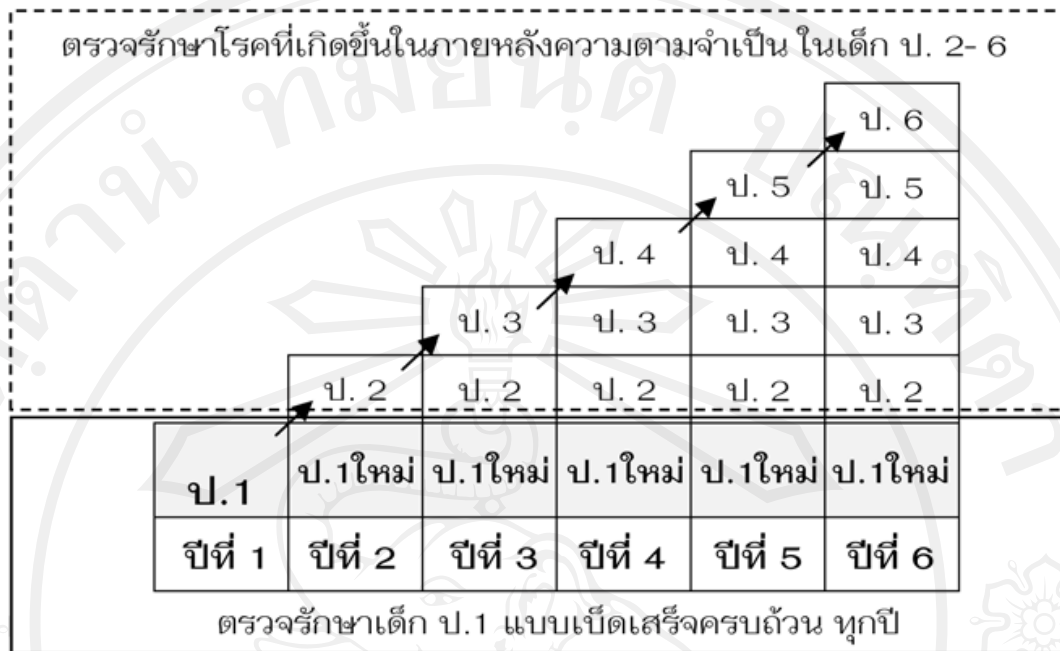
2.3.3 รูปแบบการจัดบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษา

การรับบริการทันตกรรมกลุ่มเด็ก 0-12 ปี เป็นกลุ่มที่ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลโดย
ไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรวมถึงบริการทันตกรรมด้วยหากแต่การใช้บริการทันตกรรมในเด็กกลุ่มนี้มีไม่
มากนักจากการสำรวจในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ใน พ.ศ. 2543 - 2544 พบว่าเด็กเพียงร้อยละ 42.75 เคย
ไปรับบริการทันตกรรมในสถานบริการ ซึ่งความผิดปกติส่วนใหญ่เป็นปัญหาของโรคฟันผุ อัตรา
การใช้บริการลดลงเมื่อเด็กเป็นวัยรุ่นพบเพียงร้อยละ 28.3 ของเด็กอายุ 15 ปี ที่ไปรับบริการทันต
กรรม รายงานการประเมินการจัดบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิภายใต้โครงการหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า พ.ศ.2547 พบว่าสัดส่วนการให้บริการของสถานบริการจะมีน้ำหนักการให้บริการ
รักษาพยาบาลมากกว่าการบริการส่งเสริมสุขภาพและมีรายงานอย่างชัดเจนถึงความจำกัดของ
บริการเชิงรุก ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการให้บริการสุขภาพแนวใหม่ที่มุ่งเน้นการบริการ
แบบเป็นองค์รวมต่อเนื่องและความมุ่งมั่นในการบริการส่งเสริมป้องกันมากกว่าการรักษาพยาบาล
(สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ, 2548 อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2549)

1. การจัดบริการทันตกรรมเพิ่มทวี (พ.ศ. 2513 - 2530)

การจัดบริการทันตสุขภาพในเด็กวัยประถมศึกษาของประเทศไทยปรากฏชัดเจน
เป็นครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 2480 โดยการจัดตั้งแผนกฟันในกองอนามัยโรงเรียนเพื่อทำฟันให้แก่นักเรียน

โดยเฉพาะ หลังจากนั้นมีการขยายบริการทันตสุขภาพไปในระดับจังหวัดพร้อมกับการจัดตั้งโรงพยาบาลจังหวัดจนครบทุกจังหวัดใน พ.ศ. 2499 ส่วนการบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอเริ่มมีขึ้น พ.ศ. 2513 เมื่อทันตภิบาลซึ่งจบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรีบรรจุลงปฏิบัติงานในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง (ซึ่งภายหลังเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลอำเภอ) เพื่อให้บริการ “ทันตกรรมเพิ่มทวี” แก่นักเรียนประถมศึกษาถือว่าเป็นยุคแรกของการให้บริการทันตสุขภาพแบบผสมผสานทั้งส่งเสริมป้องกันและรักษาซึ่งต่อมาโครงการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาได้ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) มีลักษณะการดำเนินโครงการโดยแบ่งโรงเรียนเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับหนึ่งให้บริการทันตกรรมเพิ่มทวีเป็นบริการทันตสุขภาพแบบผสมผสานทั้งส่งเสริมป้องกันและรักษาโดยจัดบริการให้แก่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และตามดูแลต่อเนื่องไปที่ละชั้นปีจนครอบคลุมทั้ง 6 ชั้นปีระดับสองให้บริการอมน้ำยาบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุก 2 สัปดาห์ร่วมกับการฝึกแปรงฟัน ระดับสามให้ทันตสุขภาพตามหลักสูตรโดยครู ทั้งนี้เป็นไปตามสภาพและเงื่อนไขของแต่ละโรงเรียนผู้ให้บริการสำหรับโรงเรียนระดับ 1 และ 2 คือ ทันตภิบาลซึ่งขณะนั้นจำนวนทันตภิบาลยังมีน้อยมากไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนเด็กนักเรียนจากการประเมินผลของกองทันตสาธารณสุข เมื่อสิ้นสุดแผนฯ 5 พบว่าสามารถให้บริการทันตกรรมครอบคลุมนักเรียนได้ร้อยละ 4.7 โดยบริการทันตกรรมเพิ่มทวีครอบคลุมได้เพียงร้อยละ 0.9 ของนักเรียนประถมศึกษา นักเรียนส่วนหนึ่งได้รับเพียงกิจกรรมฝึกแปรงฟันและอมน้ำยาฟลูออไรด์บ้วนปากทุก 2 สัปดาห์ ขณะที่นักเรียนส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมทันตสาธารณสุขแต่อย่างใด จากการสำรวจปัญหาสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สพช.) โดยครูใน พ.ศ. 2524 พบว่าปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของนักเรียนคือ “ปัญหาฟันผุ”



ภาพที่ 2 ผังตรวจรักษาเด็กประถมศึกษาในระบบทันตกรรมเพิ่มทวี
(WHO Expert Committee on Dental Health, 1965 อ้างถึงใน เพ็ญแข ลากยัง, 2554)

หลักการพื้นฐานของทันตกรรมเพิ่มทวีประกอบด้วย การตรวจรักษาโรคในช่องปากและรักษาตามความจำเป็นของเด็กอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ภายในหนึ่งปี เริ่มจากชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เมื่อเด็กกลุ่มนี้เลื่อนขึ้นไปอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จะได้รับการตรวจและบริการดูแลสุขภาพฟันผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่ ส่วนเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 รุ่นใหม่จะได้รับการตรวจรักษาอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เมื่อเข้าสู่ปีที่ 3 มีเด็กอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 และ 3 และเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 รุ่นใหม่ในปีที่ 6 เด็กแรกอยู่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 การบริการจึงมีเป็นระยะ (periodic) เพื่อรักษาโรคที่อาจเกิดขึ้นใหม่ให้ทันเวลาก่อนจะลุกลามรุนแรง และต้องเป็นบริการตรวจและคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ทันกับความจำเป็นในการรักษาในปีแรก ไม่ค้างค้ำไปถึงปีที่สอง โดยคาดหวังว่าเด็กกลุ่มนี้มีความจำเป็น เพียงบริการพื้นฐานเพื่อคงสภาพ (maintenance) ในปีถัดไป จนจบชั้นประถมศึกษาขณะที่เด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 รุ่นใหม่จะได้รับการครบถ้วนสมบูรณ์ เหตุเพราะทรัพยากรมีจำกัดจึงต้องเริ่มจากกลุ่มอายุน้อยที่สุดที่มีนัยสำคัญ แทนที่จะทำในทุกชั้นเรียนตั้งแต่แรก แนวคิดนี้ ให้ความสำคัญกับตรวจพบรอยโรคในแต่ละปีและให้การรักษาก่อนโรคลุกลาม รวมทั้งมีบริการและมาตรการป้องกันโรคอื่นๆ เพื่อเก็บรักษาฟันแท้ แต่ประสิทธิภาพของระบบทันตกรรมเพิ่มทวีนี้ขึ้นกับแนวคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องด้วยทั้งเด็ก ผู้ปกครอง และบุคลากรโดยสรุป บริการทันตกรรมเพิ่มทวี (incremental dental care) คือ การบริการเป็นระยะเพื่อ

การรักษาตั้งแต่ระยะแรกของโรคประกอบด้วย บริการตรวจวินิจฉัยและหัตถการที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพเพื่อไม่ให้โรคสะสมเพิ่มขึ้นทั้งในแง่ปริมาณและความรุนแรง หลังจากนั้นมีการบริการเป็นระยะเพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นใหม่เป็นการคงสภาพสุขภาพช่องปากให้อยู่ในระดับปกติ (maintenance) ตามความหมายนี้มีคำสำคัญ 2 คำคือ บริการเบ็ดเสร็จครบถ้วน (comprehensive care) และสมบูรณ์ในเด็กแต่ละคน (complete case) (เพ็ญแข ลาภยิ่ง, 2554)

2. การเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา (พ.ศ. 2531 - 2549) (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2549) พ.ศ. 2528 มีการประชุมระดับชาติจัดทำเป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543 เพื่อเป็นเข็มมุ่งของการทำงานทันตสาธารณสุขในทุกระดับ ซึ่งเป้าหมายสำคัญ คือการควบคุมโรคฟันผุในเด็กวัยประถมศึกษาโดยกลุ่มอายุ 12 ปี (เป็นกลุ่มดัชนีเปรียบเทียบสถานะทันตสุขภาพ) มีค่าเฉลี่ยฟันผุตอนอุดไม่เกิน 1.5 ซี่ต่อคน ในปีเดียวกันนี้ยังมีเหตุการณ์สำคัญคือการประสานความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดระหว่างกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณะกรรมการการประถมศึกษาแห่งชาติกระทรวงศึกษาธิการ (สพข.) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาซึ่งใช้เวลาประมาณ 2 ปีในการทดสอบและปรับเกณฑ์จัดทำแบบเรียนด้วยตนเองสำหรับครูอนามัย(คู่มือครูทำได้) และสื่อต่างๆตลอดจนอบรมศึกษานิเทศก์หลังจากนั้นจึงมีหนังสือสั่งการให้โรงเรียนประถมศึกษาทุกแห่งในสังกัด สพข.ดำเนินการพร้อมกันทั่วประเทศ ตั้งแต่ปีการศึกษา 2531 เป็นต้นไป (ภายหลังได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายขยายผลการดำเนินการครอบคลุมนักเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด) จุดเด่นของโครงการอยู่ที่การแบ่งบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนระหว่างครูและทันตบุคลากรโดย

- ครูมีบทบาทด้านส่งเสริมทันตสุขภาพของนักเรียนได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาโดยครูปีละ 2 ครั้ง การจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ที่โรงเรียน การอนามัยน้ำบ้วนปากผสมฟลูออไรด์ทุก 2 สัปดาห์ (กิจกรรมนี้ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์)

- ทันตบุคลากรมีบทบาทสนับสนุนการทำงานของครูและให้บริการส่งเสริมป้องกันรักษา ได้แก่ ให้ยาเม็ดฟลูออไรด์ในเด็กกลุ่มเสี่ยง (ตั้งแต่ พ.ศ.2540 - 2543) ให้บริการเคลือบหลุม ร่องฟันในเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 2 (ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 - 2544) ให้นมฟลูออไรด์ (ตั้งแต่ พ.ศ.2543 - 2549) จัดอบรมครูอนามัย จัดอบรมเพิ่มขีดความสามารถเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในการดูดหินน้ำลาย (ตั้งแต่ พ.ศ. 2529 - 2539) แต่จากการประเมินผลใน พ.ศ. 2537 พบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นงานยากใช้เวลามากและเจ้าหน้าที่มีภาระงานมากเพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ คือ นักเรียนได้รับการพัฒนาให้สามารถดูแลรักษาทันตสุขภาพตนเองได้รับการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพและได้รับการบริการ

ทันตกรรมที่จำเป็น มีการตั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการจากทั้ง 2 กระทรวง พร้อมทั้งจัดทำระบบรายงานและดำเนินการนิเทศติดตามร่วมกันจัดประกวดโรงเรียนระดับประเทศ (พ.ศ. 2533, 2534 และ 2535) จัดรณรงค์ “ฟันดีมีสุข” เพื่อจัดตั้งกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟันในโรงเรียน ผลพวงจากการดำเนินโครงการนี้กลายเป็นที่มาของการจัดสรรเงินค่ารักษาพยาบาลรายหัวนักเรียน 30 บาทซึ่งเป็นผลงานที่เด่นมากในช่วงแผนงานทันตสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) จากรายงานผลการปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2532 - 2537 พบว่านักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยครูเพิ่มขึ้น(จากร้อยละ 41.9 เป็นร้อยละ 75.6) แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 60.2 เป็นร้อยละ 83.7) อนามัยยาฟลูออไรด์บ้วนปากเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 74.4 หยุดสนับสนุน ใน พ.ศ.2543) ได้รับบริการทันตกรรมเพิ่มขึ้น (จากร้อยละ 14.5 เป็นร้อยละ 20.3) ปัจจัยที่ช่วยเสริมความครอบคลุมดังกล่าวคือการที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) พ.ศ. 2535 - 2544 โดยสร้างสถานีอนามัยขนาดใหญ่เพื่อเป็นต้นแบบและแม่ข่ายในการพัฒนา และกำหนดให้มีทันตภิบาลประจำในสถานีอนามัยขนาดใหญ่เป็นผลให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 เริ่มมีทันตภิบาลไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ อย่างไรก็ตามนับแต่ พ.ศ.2538 จนถึง พ.ศ. 2545 มีการปรับโครงสร้างส่วนราชการต่างๆในกระทรวงสาธารณสุขงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในเด็กในส่วนกลางได้รับการถ่ายโอนความรับผิดชอบจากกองทันตสาธารณสุขไปยังหน่วยงานอื่นตามหลักการบูรณาการ ฝ่ายทันตสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถูกลดบทบาทจนท้ายที่สุดไม่มีหน่วยงานหรือกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบการดำเนินงานทันตสาธารณสุขโดยเฉพาะ ซึ่งจากการประเมินสถานการณ์งานทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา โดยกองทันตสาธารณสุขเมื่อ พ.ศ.2547 พบว่าโรงเรียนส่วนใหญ่ยังคงมีการดำเนินกิจกรรมทันตสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทั้งการตรวจสุขภาพช่องปากของนักเรียนโดยครูและการจัดกิจกรรมแปรงฟันในโรงเรียน แต่คุณภาพของกิจกรรมมีความแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด (ขึ้นกับระบบจัดการของแต่ละจังหวัด) สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนยังขาดความเชื่อมโยงกับระบบบริการ ทันตกรรมขาดการสนับสนุนติดตามประเมินกระตุ้นและพัฒนาการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างเป็นระบบบทบาทหน้าที่และแนวทางการมีส่วนร่วมของนักเรียน ผู้ปกครองและชุมชนไม่ชัดเจน

3. งานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (พ.ศ.2542 - 2549) (สุณี วงศ์กนกเทพ, 2549)

พ.ศ. 2542 เป็นปีแรกที่กรมอนามัยประกาศให้มีการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่สร้างสุขภาพให้แก่ทุกคนในโรงเรียนตลอดจนชุมชนรอบข้าง

งานทันตสุขภาพถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดที่กระจายอยู่ในองค์ประกอบต่างๆของเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ข้อดี คือ การบูรณาการกับงานสุขภาพโดยรวมเจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมและเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัยได้มีส่วนร่วมในการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ แต่ข้ออ่อนคือการไม่ทราบสถานภาพที่แท้จริงของปัญหาทันตสุขภาพในโรงเรียนทั้งที่โรคฟันผุเป็นปัญหาในอันดับต้นๆของเด็กนักเรียน ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้นักเรียนต้องขาดเรียน ใน พ.ศ.2548 สำนักส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นแกนในการปรับเกณฑ์ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาทันตสุขภาพในเด็กประถมศึกษาจึงมีการปรับเกณฑ์งานทันตสุขภาพให้เหมาะสมยิ่งขึ้นทั้งในด้านของกิจกรรมและน้ำหนักคะแนนพร้อมกันนี้กองทันตสาธารณสุขยังได้รวบรวมเกณฑ์ประเมินงานทันตสุขภาพที่กระจายอยู่ตามองค์ประกอบต่างๆของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเข้าด้วยกันจัดทำเป็นแบบฟอร์มเก็บข้อมูลรายปี เพื่อใช้ในการติดตามประเมินผลและพัฒนากิจการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนอย่างต่อเนื่องเริ่มมีแนวโน้มของการปรับเปลี่ยนทิศทางการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2549) ดังนี้

1. การปรับและพัฒนาบทบาทของฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยครูและนักเรียน ซึ่งเป็นผู้ได้รับผลจากโครงการโดยตรงเป็นผู้มีบทบาทหลัก ทันตบุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสนับสนุนในทุกด้านเพื่อที่จะผสมผสานความรู้ความชำนาญและประสบการณ์ของทุกฝ่ายในการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในสถานศึกษาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและศักยภาพพื้นที่ โดยมีจุดมุ่งหมายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเรื่องทันตสุขภาพการสร้างนิสัยและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้แก่ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ และการบริโภคที่เหมาะสมประการสำคัญ คือ การจัดการสภาพแวดล้อมในโรงเรียนเพื่อให้เด็กได้อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อทันตสุขภาพทั้งทางด้านกายภาพและทางด้านสังคม

2. การกระตุ้นสนับสนุนติดตามประเมินผลและพัฒนากิจการดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

3. การจัดบริการทันตสุขภาพที่เชื่อมโยงกันทั้งส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟูสภาพ

4. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็กภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2548 “ยิ้มสดใสเด็กไทยฟันดี”

โครงการนี้เกิดขึ้นเนื่องจากพบว่าการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี พบว่าเด็กอายุ 12 ปี (ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในกลุ่มเด็กประถมศึกษา) มีแนวโน้มการเป็นโรคฟันผุเพิ่มมากขึ้นโดยมีสัดส่วนผู้เป็นโรคฟันผุร้อยละ 49.2, 53.9 และ 57.3 ในปี 2532, 2537 และ 2544 ตามลำดับ มีค่าเฉลี่ยฟันผุดูดอน 1.5, 1.55 และ 1.64 ซี่ต่อดอน ในช่วงเวลาเดียวกันแปรงฟันที่

โรงเรียนลดลงจากร้อยละ 83.7 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 26.3 ในปี 2544 และแปรงฟันสม่ำเสมอลดลงจากร้อยละ 70.6 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 56.1 ในปี 2544 กินขนมมากขึ้นแต่กินอาหารมีเส้นใยลดลงจากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็ก 0 - 12 ปี ที่มีผลต่อสุขภาพช่องปาก ปี 2547 พบว่าเด็กกินขนมวันละ 3 - 5 ครั้ง ใช้เงินค่าขนมวันละ 13 บาท ได้รับบริการทันตกรรมลดลงจากการประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2547 พบว่าเด็กได้รับบริการทันตกรรมลดลงจากร้อยละ 20.3 ในปี 2537 (ระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข) เป็นร้อยละ 16.5 ในปี 2546 (การสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) ความครอบคลุมบริการเคลือบหลุมร่องฟันมีอัตราต่ำมากจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติปี 2544 พบว่าเด็กอายุ 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งเพียงร้อยละ 5.3 จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคฟันผุ ปี 2544 พบว่าเด็กมีอัตราการผุของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่ง (หรือถ้านับตาม location ในปากคือฟันซี่ที่หก) สูงกว่าฟันซี่อื่นๆ ในช่องปากคือ ร้อยละ 51.4 ของเด็กอายุ 12 ปี โดยมีการผุของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งของขากรรไกรล่างในสัดส่วนที่สูงอย่างชัดเจนคือ ร้อยละ 36.4 รองลงมาเป็นการผุในขากรรไกรบนร้อยละ 17.5 ซึ่งเมื่อนับรวมกับฟันที่เริ่มผุหรือเสี่ยงต่อโรคฟันผุหากไม่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันหรือการป้องกันแบบอื่นจะเป็นเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งถึงร้อยละ 55.2 ในขากรรไกรล่างและร้อยละ 41.0 ในขากรรไกรบนดังนั้นการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในฟันซี่นี้จะสามารถลดการเกิดโรคฟันผุในภาพรวมได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อลักษณะการสบฟันซึ่งมีผลต่อเนื่องต่อการใช้งานของชุดฟันแท้ตลอดช่วงชีวิตการป้องกันการเกิดฟันผุในฟันซี่นี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตด้วยวิธีการป้องกันการเกิดโรคฟันผุในฟันซี่นี้ได้แก่การทำการเคลือบหลุมร่องฟัน (Sealant) ในช่วงวัยที่ฟันเริ่มขึ้นมาในช่องปาก (อายุ 6 ปี) เพื่อรอเวลาให้ฟันขึ้นเต็มที่ในช่องปากซึ่งต้องใช้เวลาอีก 2 ปี ต่อมาพร้อมกันนี้เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันฟันผุฟันที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแล้วยังจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลทำความสะอาด และได้รับฟลูออไรด์อย่างสม่ำเสมอมาตรการที่เหมาะสมในที่นี้คือ การแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันซึ่งเป็นกระบวนการสร้างสุขนิสัยที่ต้องอาศัยความเพียรพยายามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานพอสมควรจึงจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียนซึ่งเป็นช่วงที่ฟันแท้กำลังจะขึ้นไปจนถึงเด็กวัยประถมศึกษาซึ่งฟันแท้กำลังทยอยโผล่ขึ้นมาในช่องปาก โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะสนับสนุนให้เด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยเรียนทุกคนในสถานศึกษาระดับประถมศึกษาได้รับการดูแลทันตสุขภาพอย่างเหมาะสมโดยมุ่งเน้นบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพที่มีคุณภาพและครอบคลุมร่วมกับการพัฒนาศักยภาพของเด็กในการดูแลรักษาอนามัยในช่องปากของตนเองโดยคาดว่าจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในฟันกราม

แท็กซี่ที่หนึ่งลงได้ร้อยละ 50 ในเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี นอกจากนี้ยังเป็นจุด พลิกผันที่สำคัญเพราะเป็นครั้งแรกของประเทศไทยที่มีการจัดระบบบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็กทั่วประเทศด้วยวิธีบริหารจัดการแบบ Vertical program ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยครอบคลุมและเชื่อมโยงทุกมิติทั้งระบบการเงินการคลังระบบสารสนเทศระบบบริหารจัดการระบบพัฒนาคนและระบบสนับสนุนภายใต้การประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ การดำเนินโครงการนี้จึงมุ่งที่จะจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการจัดระบบบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพและการบริหารจัดการที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทที่แตกต่างกันของพื้นที่ และสามารถตอบสนองความจำเป็นของเด็กในสถานศึกษาระดับประถมศึกษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2549)

จากกิจกรรมส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนที่กล่าวถึงข้างต้นพบว่าภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน งานทันตสาธารณสุขยังคงวนเวียนอยู่ที่เรื่องโรคและการจัดการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตกรรมแม้โดยรูปธรรมงานทันตสาธารณสุขได้ก้าวไกลออกมาจากคลินิกและการรักษาบูรณะฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้องสู่การทำงานร่วมกับคน กลุ่มคน และสถาบันอื่น แต่หากพิจารณาในแนวคิดเบื้องหลังที่กำหนดทิศทางของการทำงานยังคงพบว่ายังกดอยู่ในวังวนการทำงานแบบเดิมของการค้นหาโรค การป้องกันโรค จนถึงการรักษาหรือที่เรียกว่าการทำงานที่เน้นสุขภาพในเชิงลบ (negative health) อันสะท้อนถึงปรัชญาความเชื่อที่ว่าสุขภาพดีคือการปราศจากโรคทั้งที่การรับเอากลยุทธ์งานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ภายใต้การนิยามคำว่า สุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพ คือ ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงปราศจากโรคและทุพพลภาพเท่านั้น การติดกับดักความคิดของโรคและการผูกขาดวิทยาการในการแก้ไขปัญหาไว้กับวิชาชีพทันตแพทย์ ทำให้งานทันตสาธารณสุขไม่สามารถเปิดกว้างให้บุคลากรนอกวิชาชีพเข้าร่วมในกระบวนการคิดอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ยังไม่กล่าวถึงการยอมรับในความรู้ของประชาชนที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สัมพันธ์กับเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี อันเป็นมิติที่ห่างไกลจากความคิดเรื่องเชื้อโรค ซึ่งเป็นความคิดกระแสหลัก (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544 อ้างถึงใน ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, 2546)

2.3.4 กลยุทธ์การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของไทยก่อนที่จะมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัย, 2549 อ้างถึงใน ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์, 2546)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกลยุทธ์หลักในการส่งเสริมทันตสุขภาพ และป้องกันโรคในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับ 4 - 9 โดยกำหนดกลวิธีและมาตรการส่งเสริมทันตสุขภาพและ

ป้องกันโรค เน้นการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กอย่างเป็นระบบ การจัดการเกือบทั้งหมดเป็น
ดำเนินการโดยภาครัฐเป็นหลัก สามารถประมวลให้เห็นภาพพัฒนาการที่สำคัญ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ปี พ.ศ. 2513 - 2527

ใช้รูปแบบบริการทันตสุขภาพแบบเพิ่มทวีแก่นักเรียนประถมศึกษา เป็นการ
ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ประกอบด้วยกิจกรรมต่อไปนี้ คือ ตรวจสอบสุขภาพช่องปากนักเรียน การ
รักษาพยาบาลโดยเฉพาะการถอนฟันและอุดฟัน ทันตกรรมป้องกันโดยการเคลือบฟลูออไรด์ การ
ป้องกันฟันผุโดยการอมน้ำยาฟลูออไรด์ การแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน เป็นต้น

ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2528 - 2544

เริ่มดำเนินการรูปแบบเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา

ระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2535 - 2544

เริ่มดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0 - 3 ปี ประกอบด้วย

- 1) การให้ทันตสุขศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์
- 2) ให้ทันตสุขศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็ก
- 3) มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปีครึ่ง - 2 ปี)
- 4) ให้น้ำยาฟลูออไรด์ แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

ที่ของรัฐ

2.3.5 การจัดการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของไทยภายใต้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอันเป็นนโยบายในการพัฒนาระบบสุขภาพของ
ประเทศ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นการ “สร้าง” สุขภาพนอกเหนือไปจากการ “ซ่อม” สุขภาพ
ของประชาชน แต่เมื่อพิจารณาถึงชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ยังคงให้ความสำคัญด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการ
ป้องกันควบคุมโรคด้วยการจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อการรักษาพยาบาล 934 บาทต่อคนต่อปี เมื่อ
เทียบกับงบประมาณเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคได้เพียง 175 บาทต่อคนต่อปี
(กระทรวงสาธารณสุข, 2544 อ้างถึงในทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์และคณะ, 2546) สำหรับชุดสิทธิ
ประโยชน์ในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีการระบุถึงกิจกรรมด้านการส่งเสริม
สุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องให้บริการ ได้แก่

- ให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่าง
ต่อเนื่อง

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

2.3.6 การประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของไทยภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จากการประเมินสถานการณ์การจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของกองทันตสาธารณสุข (ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์ และคณะ, 2544 อ้างถึงใน ทรงวุฒิ ตวงรัตนพันธ์ และคณะ, 2546) ในพื้นที่ 6 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ พะเยา นครสวรรค์ ยโสธร ปทุมธานี สมุทรสาครและยะลา ในช่วง 6 เดือนแรกของการดำเนินการพบว่า

1. งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ยังไม่ชัดเจนว่าจะเกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพแบบใหม่ นอกจากนั้นกิจกรรมที่เคยดำเนินการควบคุมโรคในช่องปาก และส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาที่เคยอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เกิดปัญหาไม่มีผู้รับผิดชอบดำเนินการและไม่สามารถหางบประมาณมาดำเนินการและเป็นที่น่าสังเกตคือไม่มีข้อคิดเห็นในเรื่องบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากจากทันตแพทย์
2. ชนิดการบริการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์หลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เน้นสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ

3. หลักการสำคัญของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นเรื่องที่ต่างจากการรับรู้เดิมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งทันตบุคลากรมาก ต้องการอาศัยการยอมรับ ทำความเข้าใจ และเปลี่ยนทัศนคติ สิ่งเหล่านี้ต้องมีกระบวนการดำเนินการและการจัดการพัฒนาในระยะยาว

4. ยังไม่มีการจัดหน่วยบริการปฐมภูมิในช่วงที่เริ่มดำเนินการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติของไทยได้กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรมอย่างชัดเจนประกอบด้วยบริการการอุดฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนมและการใส่เพดานเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ รวมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากได้แก่การตรวจช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคฟันผุ และการเคลือบหลุมร่องฟัน เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมชนิดรายการทันตกรรมในชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิรักษาพยาบาลประเภทต่างๆ พบว่าชุดสิทธิประโยชน์ของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถครอบคลุมรายการให้ประเภทบริการสูงสุดเพื่อพัฒนามาตรการ และกลไกการบริหารจัดการ ในการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในอนาคต (วิรัชศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2546 อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550)

ในอดีต บริการป้องกันโรคในช่องปากถูกจัดไว้เฉพาะนักเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 ในนามโครงการทันตกรรมเพิ่มทวีและพัฒนามาเป็นโครงการเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 ในปัจจุบันยกเว้นโครงการประกันสังคมแล้ว ล้วนแต่มีสิทธิประโยชน์ด้านป้องกันโรคด้วย โครงการประกันสังคมซึ่งเริ่มคุ้มครองด้านทันตกรรม ในเดือนมกราคม พ.ศ.2540 จึงมีสิทธิประโยชน์ต่ำสุดในด้านรักษา ได้แก่ ขูดหินปูน อุดฟัน และถอนฟัน และไม่มีสิทธิประโยชน์ด้านอื่น แม้ว่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน และ ควบคุมโรคในช่องปากจะอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม แต่การ ไปใช้บริการส่งเสริมป้องกันของประชาชนไทยอยู่ในระดับต่ำการศึกษาของ ศิริเพ็ญ อรุณประพันธ์และคณะ ปี 2545 (อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550) แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน และควบคุมโรคในช่องปาก เมื่อเทียบจำนวนครั้งของการมารับบริการของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแล้วโรงพยาบาลศูนย์มีสัดส่วนให้บริการเพียงร้อยละ 1.9 และ 1.5 บริการ โรงพยาบาลทั่วไปให้บริการเพียงร้อยละ 1.6 และ 1.4 ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนให้บริการร้อยละ 2.6 และ 1.7 ในปี พ.ศ.2543 และ 2544 ตามลำดับ ซึ่งแสดงถึงการมีส่วนร่วมการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันที่ต่ำมาก และมีแนวโน้มที่ปริมาณการทำงานด้านการส่งเสริมป้องกันในคลินิกจะลดน้อยลงโดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ขณะเดียวกันการดำเนินงานเฝ้าระวังในโรงเรียนได้เปลี่ยนเป็นกิจกรรมในความรับผิดชอบของหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐม

ภูมิ (CUP) ในส่วนของหน่วยคู่สัญญาสถานบริการระดับปฐมภูมิในเขตเมือง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป บุคลากรที่ให้บริการส่วนใหญ่เป็นทันตแพทย์เฉพาะทาง และทันตแพทย์ทั่วไป ดังนั้นจึงเน้นน้ำหนักการทำงานด้านการรักษาเป็นหลักและไม่ได้ให้ความสำคัญต่องานส่งเสริมป้องกันเท่าที่ควร เนื่องจากขาดกำลังทันตภิบาลซึ่งเป็นกำลังสำคัญ ในการทำงานส่งเสริมป้องกัน ดังนั้นอุปสรรคสำคัญที่เป็นเหตุให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีผลงานงานส่งเสริมป้องกันต่ำ เนื่องจากไม่มีทันตภิบาลในการปฏิบัติงาน จากการวิเคราะห์ผลงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลักในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พบว่าโรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 40 - 50 มีผลงานบริการในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเท่าเดิม ยกเว้นในกลุ่มสูงอายุที่ผลงานเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 40.4 ของโรงพยาบาลที่ศึกษา ขณะที่การศึกษาของ สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเอื้อ ยงวานิชการ ปี 2546 (อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550) ได้ศึกษาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2545 จำนวน 415 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) 2004 แห่ง พบว่า ร้อยละ 44 ของ ศสช.ที่ศึกษายังไม่มีการจัดบริการทันตกรรม มี ศสช. เพียงร้อยละ 5.8 ที่มีทันตแพทย์บริการประจำ และที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาถึงศักยภาพในการให้บริการด้านงานรักษาของ ศสช. พบว่าร้อยละ 64.7 ของ ศสช.สามารถให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนด ส่วนบทบาทที่ทำได้ต่ำ คือ การผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานคลินิกฝากครรภ์/คลินิกเด็กดี และการทำงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธุ์ และคณะ ปี 2546 (อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550) ที่ได้ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในปี 2545 ใน 8 จังหวัด พบว่ารูปแบบและกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในช่องปากยังคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แต่มีแนวโน้มผลงานให้บริการที่ลดลงในส่วนของการจัดบริการทันตกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) เป็นสถานีอนามัยขนาดใหญ่ส่วนใหญ่ที่มีทันตภิบาลให้บริการทันตกรรมเป็นหลัก และในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครที่เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (PCU) ส่วนใหญ่มีทันตแพทย์ให้บริการทันตกรรม ในหน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) ส่วนใหญ่จัดให้มีหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ โดยมีทันตแพทย์หรือทันตภิบาลเคลื่อนที่หมุนเวียนให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนในศูนย์สุขภาพชุมชน บางศูนย์สุขภาพชุมชนที่ใกล้หน่วยบริการคู่สัญญาหลัก (CUP) มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่หมุนเวียนไปให้บริการสัปดาห์ละ 1 - 2 ครั้ง บางศูนย์สุขภาพชุมชนมีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปบริการเดือนละครั้ง และศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ไกลจากหน่วยบริการคู่สัญญาหลักส่วนใหญ่ไม่มีหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ไปให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ ปี 2547 (อ้างถึงใน สุณี วงศ์คงคาเทพ, 2550) ซึ่งพบว่า ปี 2544 ที่เป็นช่วงต้นของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังพบว่าเด็ก

อายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับบริการร้อยละ 6 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีนโยบายฯ ในขณะที่ผู้ใหญ่มารับบริการเพิ่มขึ้นถึงเกือบร้อยละ 30 และ ปี 2546 มีการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพแก่เด็กในคลินิก เด็กดีได้ต่ำกว่าร้อยละ 50 การประเมินผลการจัดกิจกรรมสำหรับแม่และเด็ก จากการรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2546 เฉพาะสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีได้รับการตรวจฟันร้อยละ 26.9 เด็กที่ตรวจฟันได้รับการทันตกรรมป้องกัน โดยฟลูออไรด์เจลอ ร้อยละ 3.8 ฟลูออไรด์วาร์นิช ร้อยละ 1.4 ผู้ปกครองเด็ก ได้รับการฝึกแปรงฟันร้อยละ 20.2 แสดงให้เห็นได้ว่าการดูแลทันตสุขภาพเด็กที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างครอบคลุม ไม่ได้สร้างหลักประกันว่าเด็กจะได้รับบริการการส่งเสริมป้องกันตามสิทธิที่ระบุซึ่งสำคัญในการควบคุม ป้องกันโรคฟันผุในอนาคต

ต่อมาในปี 2548 มีการศึกษาผลกระทบของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการบริการส่งเสริมป้องกันเมื่อโครงการดำเนินไปได้ระยะหนึ่ง พบว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมิได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สุทธิ วงศ์กมล และคณะ ปี 2548 (อ้างถึงใน สุทธิ วงศ์กมล, 2550) ประเมินผลผลลัพธ์การให้บริการส่งเสริมป้องกันตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ปี 2547 พบว่าผลงานบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากมีร้อยละ 17 เมื่อจำแนกผลงานบริการตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 0 - 14 ปี ได้รับการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 14 กลุ่มอายุ 15 - 59 ปี ได้รับการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 20.1 ส่วนใหญ่เป็นบริการการขูดหินน้ำลายและขัดฟัน ส่วนกลุ่มสูงอายุได้รับการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพเพียงร้อยละ 5.2 เมื่อจำแนกผลงานบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามผู้ให้บริการ พบว่าทันตภิบาลให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพร้อยละ 22.3 โดยทันตภิบาลในเครือข่ายบริการแต่ละระดับให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในสัดส่วนที่ต่างกัน คือ ทันตภิบาลในเครือข่ายรพช.ให้บริการร้อยละ 31.6 เครือข่ายรพท. ให้บริการร้อยละ 29.4 ใน รพช.ขนาดใหญ่ให้บริการร้อยละ 24.5 และ รพช.ขนาดเล็กให้บริการเพียงร้อยละ 19.4 แสดงให้เห็นว่า ทันตภิบาลในเครือข่ายบริการขนาดใหญ่(รพช./รพท.) มีโอกาสให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพมากกว่าเครือข่ายบริการขนาดเล็ก (รพช.) ประเภทบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 - 75 คือ กิจกรรมการตรวจคัดกรอง การให้ทันตสุขศึกษา และการฝึกทักษะแปรงฟันในกลุ่มเด็กปฐมวัย เด็กวัยก่อนเรียนในสถาบัน เด็กนักเรียนประถมศึกษา และหญิงมีครรภ์ ซึ่งถือเป็นกิจกรรมสำคัญ มีการดำเนินการเพียงร้อยละ 50 ของ ศสช.ตัวอย่าง ส่วนบริการเพื่อการป้องกันในกลุ่มเด็กไม่พบว่ามีบริการให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่ในกลุ่มเด็กปฐมวัย 0.5 ปี การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กประถมศึกษา มีการให้บริการเพียงร้อยละ 33.3 จะเห็นว่าการบริการส่งเสริมป้องกันมีทิศทางลดลง ที่สำคัญพบว่ากลุ่มเป้าหมายกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนไม่ได้รับการบริการเพื่อการป้องกันในส่วนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้านทันตสุขภาพ พบว่าศูนย์ที่มีการแปรงฟันหลัง

อาหารกลางวันทุกวัน มีร้อยละ 83.1 บางวัน ร้อยละ 15.4 ศูนย์ที่ อบต.เป็นผู้จัดซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟันให้แก่เด็ก ร้อยละ 29.0 พ่อแม่เป็นผู้จัดซื้อร้อยละ 56.1 ได้รับการสนับสนุนจากฝ่าย สาธารณสุข ร้อยละ 14.6 หลังจากประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยังคงมีการ ดำเนินการโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา (เริ่ม พ.ศ.2528 ถึงปัจจุบัน) และโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน 0 - 3 ปี (เริ่ม พ.ศ.2535 ถึง ปัจจุบัน) ประกอบด้วย

- 1) การให้ทันตศึกษาและตรวจช่องปากหญิงมีครรภ์
- 2) ให้ทันตศึกษาแก่มารดาหรือผู้ปกครองที่พาเด็กมารับวัคซีนในคลินิกเด็กที่
ของรัฐ
- 3) มอบแปรงสีฟันแก่เด็กที่มารับวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 1 (อายุ 1 ปี ครึ่ง - 2 ปี)
- 4) ให้น้ำฟลูออไรด์แก่เด็กในพื้นที่ที่มีโรคฟันผุสูง

การดำเนินโครงการส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กที่ผ่านมา รัฐได้ให้น้ำหนักมาตรการและ กิจกรรมดำเนินการที่กลุ่มนักเรียนประถมศึกษาเป็นจุดหลักมาตลอดระยะเวลา 25 ปีที่ผ่านมา ยังผลให้ แนวโน้มปัญหาฟันผุในกลุ่มเด็กวัยรุ่น (กลุ่ม 12 ปี และ กลุ่ม 15 - 18 ปี) มีแนวโน้มในทิศทางที่ไม่ เพิ่มขึ้นในหลายภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขณะที่กลุ่มเด็กเล็กซึ่งเริ่มมีโครงการส่งเสริม ป้องกันอย่างชัดเจนเมื่อ 10 ปีมานี้ ยังพบแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กเล็กกลับสูงขึ้นโดย ตลอด แสดงให้เห็นชัดเจนว่ามาตรการดำเนินการดังกล่าว ไม่สามารถเกิดผลสัมฤทธิ์ในเชิงส่งเสริม ป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยังผลให้ค่าผุตอนอุดในกลุ่ม 5 - 6 ปี เพิ่มขึ้น 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2527 กับปี 2543 - 2544

การใช้บริการสุขภาพช่องปากใน พ.ศ.2549

จากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อต้องการเพิ่มการเข้าถึงการ บริการทางทันตกรรมอย่างเป็นธรรม จากผลการศึกษาในรอบปี พ.ศ. 2549 (ระหว่างเมษายน 2549 ถึงมีนาคม 2550) พบว่าคนไทยใช้บริการสุขภาพช่องปากจากสถานพยาบาลทุกประเทศรวมกัน 5.7 ล้านคน คิดเป็นอัตรา 8.69 คน ต่อ 100 ประชากรทั้งประเทศ เฉลี่ยเท่ากับ 0.13 ครั้ง ต่อคนต่อปี น้อย กว่าผลการสำรวจ พ.ศ. 2545 (เมษายน 2545 - มีนาคม 2546) ซึ่งมีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 10.19 คน ต่อ 100 ประชากร หรือเฉลี่ย 0.16 ครั้งต่อคนต่อปี เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรพบว่าเพศหญิง มีอัตราการใช้บริการมากกว่าเพศชาย กลุ่มอายุที่ใช้บริการสูงสุด คือ กลุ่ม 5 - 14 ปี (12.66 คนต่อ 100 ประชากร และ 0.14 ครั้งต่อคนต่อปี) กลุ่มอายุที่ใช้บริการต่ำสุด คือ กลุ่ม 0 - 4 ปี (2.07 คนต่อ 100 ประชากร) ทั้งนี้ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มเดียวที่มีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นจากปี

พ.ศ. 2545 (จาก 7.68 เพิ่มขึ้น 9.47 คนต่อ 100 ประชากร) เมื่อจำแนกตามภูมิภาค กรุงเทพมหานคร มีอัตราใช้บริการสูงที่สุดคือ 14.15 คนต่อ 100 ประชากร ความถี่ 0.21 ครั้งต่อคนต่อปี และต่ำที่สุดในภาคใต้ (6.78 คนต่อ 100 ประชากร 0.10 ครั้งต่อคนต่อปี) เมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2545 ทุกภูมิภาคใช้บริการลดลง ยกเว้นกรุงเทพฯ ที่มีอัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ความถี่ลดลง ในเขตเมืองและเทศบาล (รวมกรุงเทพมหานคร) มีอัตราการใช้บริการ 10.94 คน ต่อ 100 ประชากร มากกว่าในเขตชนบท (7.71 คน ต่อ 100 ประชากร) (นโยบายทันตสาธารณสุขไทย, 2552)

2.4 แนวคิดและการดำเนินงานนโยบายกองทุนทันตกรรมภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.4.1 หลักการสำคัญในการดำเนินการกองทุนทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ทิศทางและเจตนารมณ์กองทุนทันตกรรมในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และควบคุมโรคในช่องปากให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลถึงการมีสุขภาพช่องปากของประชาชนดีในระยะยาว ด้วยการกำหนดกิจกรรมพื้นฐานที่ควรดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยกำหนดทิศทางการทำงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ ให้เกิดผลการขับเคลื่อนการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลอันส่งผลให้ประชาชนมีสภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี ภายใต้ข้อจำกัดของกำลังทันตบุคลากรและภาระงานด้านอื่นโดยมีหลักการสำคัญในการดำเนินการดังนี้

1. เนื่องจากในปัจจุบัน ประชาชนไทยยังประสบปัญหาสุขภาพช่องปากสูงมากในทุกกลุ่มอายุ แต่กำลังการผลิตทันตบุคลากรยังคงมีขีดจำกัด จำนวนทันตบุคลากรที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการได้อย่างเพียงพอและเหมาะสม ในภาพรวม จึงยังคงไม่สามารถจำกัดและควบคุมการเกิดโรคฟันผุและเหงือกอักเสบได้ ภายใต้ข้อจำกัดเหล่านี้ จึงควรต้องกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักที่ชัดเจนในการควบคุมสภาวะสุขภาพช่องปากอย่างจริงจัง และสามารถส่งผลต่อการมีสุขภาพดีในระยะยาว กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในระบบการศึกษา สามารถจัดรูปแบบการบริการได้อย่างเป็นระบบ และสร้างความร่วมมือกับองค์กร หน่วยงานต่างๆ ได้ง่าย หากสามารถส่งเสริมให้มีสุขภาพช่องปากดีได้ จะส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี มีสุขภาพแข็งแรงด้วย จึงควรบูรณาการงานส่งเสริมทันตสุขภาพและบริการทันตกรรมในรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างผสมผสาน (comprehensive care) โดยครอบคลุมกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียน นอกเหนือจากการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กแล้ว การให้การดูแลขยายไปในกลุ่มหญิงมีครรภ์ อาจเป็นการเตรียมมารดาให้รู้จักการดูแลสุขภาพของตนและบุตรในครรภ์ด้วย โดยกำหนดกรอบรูปแบบของการบริหารจัดการแบบกองทุนทันตกรรมที่มีความต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปี คือ

ดำเนินการตั้งแต่ปี 2554 - 2557 ในช่วงระยะต้นการดำเนินการกองทุนต้องสามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมบริการและเป้าหมายให้เหมาะสมสนองต่อความต้องการและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่เป็นสำคัญ

1. ควรเพิ่มสมรรถนะการให้บริการทันตกรรมในภาครัฐให้มากขึ้น มีการกำหนดภาระงานที่เหมาะสม และสร้างกลไกการจ่ายเงินที่สามารถกระตุ้นให้เกิดการจัดบริการตามเป้าหมายและมีคุณภาพด้วย
2. ด้วยเหตุที่มีกำลังคนในภาคเอกชนเป็นจำนวนมาก การสร้างกลไกความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการบริการทันตกรรม จะช่วยแบ่งเบาภาระงานในภาครัฐลงได้มาก และส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการได้มาก
3. ควรมีการเตรียมการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยบริการทันตกรรมอย่างเป็นระบบและเป็นธรรม ให้สอดคล้องกับกลยุทธ์การสร้างร่วมมือกับภาคเอกชน
4. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางทันตกรรมที่เอื้อต่อการติดตามการบริการ และสามารถสะท้อนสถานะทันตสุขภาพของประชาชนด้วย
5. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและราบรื่น จึงเสนอให้กำหนดแผนงานระยะยาวขึ้นมีการจัดสรรงบประมาณบางส่วนเพื่อการพัฒนา ระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบข้อมูลสารสนเทศทางทันตกรรมและการเร่งรัดการกระจายทันตภิบาลลงในระดับโรงพยาบาลตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน

ในปีงบประมาณ 2553 ได้มีแนวคิดในการจัดทำข้อเสนอร่างงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพช่องปาก “งบกองทุนทันตกรรม” โดยแยกออกจากงบเหมาจ่ายรายหัว สืบเนื่องจากแนวโน้มสถานะสุขภาพของประชาชนในเขตชนบทเพิ่มขึ้นและการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนต่ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุธา เจริญนิโชติชัย, 2552)

การเข้าถึงระบบบริการด้านทันตกรรม

แม้จะมีการจัดบริการทันตกรรมในทุกระดับการบริการ ตั้งแต่ระดับสถานอนามัยในหลายพื้นที่ โรงพยาบาลชุมชน ไปจนกระทั่งโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย แต่การเข้าถึงบริการด้านทันตกรรมในภาครัฐยังคงต่ำ จากข้อมูลกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2551 พบว่ามีประชาชนไปใช้บริการทันตกรรมในระบบ UC เพียงร้อยละ 15 ยิ่งไปกว่านั้น แม้จะมีการสนับสนุนกิจกรรมทันตกรรมส่งเสริมและทันตกรรมป้องกันอย่างเป็นรูปธรรมในรูปแบบ vertical program แก่เด็กวัยประถมศึกษา ได้แก่ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการตรวจสุขภาพ แต่กลับพบว่า มีเพียงร้อยละ 35 เท่านั้นที่ได้รับบริการทันตกรรม เมื่อพิจารณาถึงอัตราการใช้บริการทันตกรรม

ของทันต-บุคลากรจากข้อมูลกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2551 ทันตบุคลากรหนึ่งคนสามารถให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนได้ประมาณ 1,500 คน คิดเฉลี่ยประมาณ 1 ปีคนละ 30 คนเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ข้อมูลของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานว่า ควรมีอัตราทันตแพทย์เท่ากับ 6,578 คน แต่ปัจจุบันมีทันตแพทย์เพียงร้อยละ 47.8 เท่านั้น ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ และมีการกระจุกตัวของทันตแพทย์ในเมืองใหญ่เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรุงเทพมหานคร และกว่าร้อยละ 50 ของทันตแพทย์ในเขตเมืองอยู่ในภาคเอกชน เป็นเหตุให้เขตชนบทยังคงประสบปัญหาขาดแคลนทันตบุคลากรที่มีคุณภาพ (สุธา เกียรติชัย, 2552) แม้จะมีความพยายามในการผลิตทันตภิบาลมาช่วยแบ่งเบาภาระแก่ทันตแพทย์ก็ตาม แต่ยังคงมีไม่เพียงพอ ยิ่งกว่านั้นในจำนวนนี้ มีเพียงส่วนน้อยที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และยังคงช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในสถานที่ทำงานด้วย จึงยังทำให้ผลลัพธ์ของงานด้านทันตกรรมในภาพรวมต่ำ

งบประมาณกองทุนทันตกรรมเป็นส่วนหนึ่งของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปีงบประมาณ 2554 แต่มีการกำหนดประเภทการบริการที่มีความจำเป็นในการพัฒนา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริการ และส่งเสริมการพัฒนาสถานะสุขภาพได้ จากการศึกษาคำนวณชนิดงาน ปริมาณงาน และจำนวนเป้าหมายที่ประสงค์ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของกองทุนย่อยนี้ รวมทั้งงบประมาณในการพัฒนาระบบ เพื่อรองรับการจัดบริการตามที่ออกแบบไว้ ภายใต้กรอบวงเงินที่ได้รับการจัดสรรเบื้องต้น 39.25 บาทต่อหัวประชากร UC มีจำนวนงบประมาณทั้งสิ้น 1,884,007,645 บาท แบ่งเป็นหมวดงบประมาณ 2 หมวด (สุธา เกียรติชัย, 2552) ได้แก่

1. หมวดงบประมาณบริการทันตกรรมเพื่อใช้ในการจัดบริการทันตกรรมแก่กลุ่มเป้าหมายหลัก ตามชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็ก 6 - 12 ปี กลุ่มมัธยมและวัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ
2. หมวดงบประมาณพัฒนาระบบบริการทางทันตกรรม ซึ่งใช้ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการในระดับพื้นที่ และการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูลทางทันตกรรม

กลุ่มเป้าหมายของกองทุนทันตกรรม

จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากและการเข้าถึงบริการทันตกรรม จึงได้กำหนด

กลุ่มเป้าหมายของกองทุนทันตกรรม คือ

1. กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ กลุ่มหญิงมีครรภ์ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน (เน้นเด็กชั้น ป.1 โดยให้จัดบริการทันตกรรมผสมผสานอย่างสมบูรณ์ ส่วนเด็กชั้นปีอื่นให้บริการตามความจำเป็น) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

2. กลุ่มเป้าหมายรองได้แก่กลุ่มเยาวชนและวัยทำงาน

2.4.2 เป้าหมายและแนวทางการบริหารกองทุนทันตกรรมปี 2556

1. เพิ่มความร่วมมือในการพัฒนาระบบและการจัดบริการทันตกรรมระหว่างหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญกับบทบาทของมหาวิทยาลัยและภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้น
2. มีแผนยุทธศาสตร์ด้านทันตสาธารณสุขระดับประเทศแผนพัฒนาระบบและการจัดบริการทันตกรรม (Service Plan) ระดับจังหวัดและแผนให้บริการทันตสาธารณสุขที่จำเป็นของแต่ละ คปสอ. โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม
3. ทุกจังหวัดมีการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบและการบริการทันตกรรม (Service Plan) และมีระบบข้อมูลที่สนับสนุนการบริหารระบบ
4. มีการสนับสนุนการผลิตพัฒนาศักยภาพและการกระจายทันตบุคลากรสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิโดยเฉพาะรพ.สต.อย่างจริงจัง
5. มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุขผสมผสานกับงานอนามัยอื่นๆในศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาลและโรงเรียนประถมศึกษาอย่างเข้มข้นและนักเรียน ชั้น ป.1 ได้รับบริการ ทันตกรรม Comprehensive care อย่างทั่วถึง

ตัวชี้วัดและการติดตามประเมินผลกองทุนทันตกรรม

1. ตัวชี้วัดกระบวนการ

1) ระดับจังหวัด

- 1.1 มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดเพื่อติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี
- 1.2 มีระบบการจัดเก็บและฐานข้อมูลสถานะทันตสุขภาพในภาพรวมของระดับจังหวัด

2) ระดับอำเภอ

- 2.1) มีคณะกรรมการคปสอ.ต้องมีทันตบุคลากรผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้แทนภาคประชาชน
- 2.2) มีการประชุมคณะกรรมการ คปสอ. เพื่อติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี

การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระบวนการ

โดยประเด็นในการจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานมีดังนี้

1) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดสรุปย่อรายละเอียด/ผลลัพธ์ของแผนงาน/โครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัดรายงานการประชุมในแต่ละครั้งที่มีการพิจารณาและติดตามงานแผนดำเนินงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากและกระตุ้นการจัดบริการระดับจังหวัดและคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอสรุปย่อรายละเอียด / ผลลัพธ์ของโครงการที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่รายงานการประชุมในแต่ละครั้งที่มีการพิจารณาและติดตามงานแผนดำเนินงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากทันตกรรมป้องกันและรักษาในกลุ่มเป้าหมายหลักในพื้นที่คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่ประกอบด้วยทันตบุคลากรผู้แทนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม

3) ตัวชี้วัดผลผลิต

- เด็กชั้น ป.1 ในพื้นที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 70
- เด็กชั้น ป.1 ได้รับการบริการทันตกรรมผสมผสาน (comprehensive care) ตามแผนการรักษาร้อยละ 20
- จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม 45,000 ราย (จังหวัดเป็นผู้กำหนดเป้าหมาย)

หมายเหตุ : **Comprehensive care** ได้แก่การให้บริการทันตกรรมส่งเสริมป้องกันและรักษาดังนี้การให้บริการทันตกรรมส่งเสริมได้แก่การให้คำแนะนำส่งเสริมการแปรงฟันและควบคุมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มการให้บริการทันตกรรมป้องกันได้แก่เคลือบหลุมร่องฟันในฟันแท้ซี่ 6 และให้ฟลูออไรด์เสริมที่เหมาะสมการให้บริการทันตกรรมรักษาได้แก่การให้บริการอุดฟันแท้ซี่ 6 และการควบคุมการติดเชื้อและการลุกลามของฟันผุ (control infection and caries progression control) เน้นในฟันน้ำนมซี่ D และ E

การกำหนดเป้าหมายเชิงปริมาณในแต่ละตัวชี้วัดสามารถยืดหยุ่นได้ตามข้อตกลง สปสช. สาขาจังหวัด และ สปสช.เขต ทั้งนี้ ต้องไม่ต่ำกว่าเป้าหมายที่เคยทำได้ในปีงบประมาณปีก่อน นอกจากนี้ สปสช.สาขาจังหวัด ยังสามารถกำหนดตัวชี้วัดของจังหวัดเองได้ เช่น

- ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เข้าถึงกิจกรรมหรือบริการสุขภาพช่องปาก
- ร้อยละของเด็กประถมศึกษาเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
- การมีโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างน้อย

หน่วยบริการละ 1 โครงการ

2.5 พฤติกรรมของผู้ให้บริการสาธารณสุขภายใต้เงื่อนไขกลไกการจ่ายเงิน

เนื่องจาก สปสช.มีบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการจากกระทรวงสาธารณสุขแทนประชาชนและทำหน้าที่เป็นผู้จัดการระบบ (system manager) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สปสช.จึงได้ทำกลไกการจ่ายเงินเพื่อให้เป็นกลไกควบคุมพฤติกรรมผู้ให้บริการสาธารณสุข รูปแบบการซื้อบริการเป็น 3 รูปแบบ คือ รัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลในสังกัดจัดบริการ ตั้งองค์กรหรือกองทุนซื้อบริการ (purchaser-provider split) และบุคคลใช้บริการและจ่ายค่าบริการเองกลไกการจ่ายเงิน (payment mechanism) มีหลายวิธีดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกลไกการจ่ายเงินที่ส่งผลต่อพฤติกรรมผู้ให้บริการสาธารณสุข

กลไกการจ่ายเงิน	พฤติกรรมผู้ให้บริการสาธารณสุข			
	ป้องกันปัญหา สุขภาพ	บริการแก้ปัญหา สุขภาพ	ตอบสนองความ คาดหวัง	ควบคุมค่าใช้จ่าย
ระบบงบประมาณ ตามรายการ (Line item budget)	+/-	--	+/-	+++
ระบบงบประมาณ รวมทั้งก้อน(Global budget)	++	--	+/-	+++
ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation)	+++	--	++	+++

ตารางที่ 2 (ต่อ)

กลไกการจ่ายเงิน	พฤติกรรมผู้ให้บริการสาธารณสุข			
	ป้องกันปัญหา สุขภาพ	บริการแก้ปัญหา สุขภาพ	ตอบสนองความ คาดหวัง	ควบคุมค่าใช้จ่าย
ระบบวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnostic related payment)	+/-	++	++	++
ระบบจ่ายเงินตามราย บริการ(Fee-for- service)	+/-	+++	+++	---

ที่มา : The World health report 2000. Health systems : improving performance อ้างถึงใน เพ็ญแข
ลาภยิ่ง, 2554

หมายเหตุ : +++ มีผลดีมาก ++ มีผลดีบ้าง +/- ไม่มีผลหรือผลไม่ชัดเจน
-- มีผลเสียบ้าง --- มีผลเสียอย่างมาก

วิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนบริการ ที่ดีต้องไม่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงจนเกิดปัญหาด้านการเงิน ขณะเดียวกันก็ต้องจูงใจให้เกิดการบริการที่ตอบสนองต่อความคาดหวังของกลุ่มเป้าหมายเพื่อ ประโยชน์ด้านสุขภาพทั้งป้องกันและแก้ปัญหา การจ่ายวิธีหนึ่งจูงใจให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์แต่ ละข้อต่างกัน ผู้ซื้อบริการ (purchaser) จึงต้องใช้หลายวิธีในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ เช่น การจ่ายเงินในรูปแบบประมาณแบบแสดงรายการ (line item budgets) ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีแต่มี แรงจูงใจน้อยต่อ วัตถุประสงค์ที่เหลือ ขณะที่การจ่ายตามการบริการที่เกิดขึ้น (Fee-for-service : FFS) มีแรงจูงใจสูงต่อการบริการและจะมีค่าใช้จ่ายของระบบบริการสูงตามมา ส่วนการจัดสรรแบบ งบประมาณรวม (Global budget) ควบคุมค่าใช้จ่ายได้ดีและส่งเสริมให้เกิดการบริการป้องกันโรค แต่มีผลลบต่อการรักษา ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ป้องกันปัญหาสุขภาพและควบคุม ค่าใช้จ่ายได้ดีมากจึงใช้กันอย่างแพร่หลาย แต่ก็ขึ้นกับประโยชน์ที่ ผู้ให้บริการจะได้จากวัตถุประสงค์ ทั้งสองนี้ด้วย หากระยะเวลาของสัญญา (ซื้อบริการ) สั้นเกินไปแรงจูงใจจะน้อยหรือไม่จูงใจให้เกิด บริการที่มีผลป้องกันโรคแท้จริง (เพราะเป็นบริการที่มีประสิทธิผลเฉพาะช่วงนั้น) นอกจากนี้ หากผู้ ให้บริการไม่ได้ประโยชน์เลยจากต้นทุนที่ประหยัดได้ ก็จะไม่จูงใจให้เขาควบคุมต้นทุน ซึ่งการ ควบคุมต้นทุนทำให้สถานพยาบาลมีความยั่งยืนทางการเงินถ้าผู้ให้บริการเลือกผู้ให้บริการได้อย่าง

เสรี (จากการแข่งขันบริการ) การจัดบริการจะตอบสนองต่อผู้ใช้บริการเองโดยอัตโนมัติ ไม่ว่ากลไกการจ่ายเงินเป็นวิธีใดก็ตาม โดยเฉพาะเมื่อเป็นวิธีที่สร้างความมั่นใจให้ผู้ใช้บริการ คือ FFS และตามการวินิจฉัยโรค (diagnostic related payment) ในการซื้อบริการเป็นต้องไม่ทำให้การเข้าถึงบริการลดลงด้วยแนวทางดังนี้

- 1) เปลี่ยนการจ่ายสำหรับปัจจัยนำเข้าเพื่อจัดบริการเช่น line item budgets (ซึ่งไม่ค่อยปรับตัวให้ตอบสนองต่อแรงงูงในภายนอกองค์กร) มาเป็นการจ่ายตามอุปสงค์บริการ
- 2) ทำสัญญาซื้อบริการอย่างเปิดเผยและสื่อสารให้ผู้มีสิทธิเข้าใจ
- 3) เปลี่ยนจาก FFS มาเป็นการจ่ายที่มีการเฉลี่ยความเสี่ยง

จาก ข้อ 1) และ 2) ต้องอาศัยความสามารถด้านเทคนิคและการจัดการขั้นสูง รวมทั้งแรงสนับสนุนทางการเมือง เพราะมักมีแรงต่อต้านจากผู้ให้บริการ โดยเฉพาะในภาครัฐที่ไม่ต้องการรับภาระความเสี่ยงเพิ่มขึ้นและต้องทำงานอย่างโปร่งใสตรวจสอบได้ (accountable)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Jostein Grytten ปี ค.ศ.2005 เพื่อทบทวนระบบการเงินของระบบการให้บริการทันตกรรมโดยเปรียบเทียบทั้งข้อดีและข้อเสียของระบบการเงินต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและพฤติกรรมของทันตแพทย์ จากผลการศึกษาพบว่าในระบบประกันสุขภาพผู้ป่วยไม่มีสิทธิเลือกทันตแพทย์ ต้องรักษากับทันตแพทย์ที่บริษัทประกันเลือกเท่านั้น และระบบการจ่ายค่าชดเชยสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของทันตแพทย์ได้ หากแต่มีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ระดับการศึกษาต่อหลังปริญญาตรี วัฒนธรรมองค์กร ผู้นำประเทศ เป็นต้น

ระบบการจ่ายค่าตอบแทนมี 3 แบบ คือ

1. ระบบจ่ายแบบเงินเดือน ส่งผลให้ทันตแพทย์รักษาผู้ป่วยจำนวนน้อยลง ทำให้เกิดต้นทุนในการรักษาค่อนข้างสูง แต่หากมีส่วนตอบแทนรายหัวประชากรเพิ่มเติมจากเงินเดือนจะทำให้ทันตแพทย์รักษาผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ค่าตอบแทนส่งผลต่อการคงอยู่ของทันตแพทย์ในพื้นที่ห่างไกล
2. ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ระบบนี้ไม่เหมาะสมในพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรน้อยและ อาศัยอยู่อย่างกระจายตัว ส่งผลให้ไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพงานได้และอาจส่งผลให้ทันตแพทย์ลงจำนวนผู้มารับบริการมากเกินไปจนเป็นจริง
3. ระบบจ่ายเงินตามรายบริการ (Fee-for-service) สามารถทำให้ทันตแพทย์รักษาผู้ป่วยมีคุณภาพมากกว่าค่าตอบแทนรายหัวต่อหัวประชากร และทำให้ต้นทุนการรักษาค่อนข้างสูง

การศึกษาของ Jostein Grytten และคณะ ปี ค.ศ. 2009 ประเมินผลกระทบของระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ต่อค่าตอบแทนของทันตแพทย์เพื่อกระตุ้นการให้บริการและคุณภาพของการให้บริการของประเทศนอร์เวย์ โดยประเมินจากจากจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ จำนวนเวลาที่ใช้ในการทำงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากและระดับความรุนแรงของโรคฟันผุ ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการให้บริการทันตกรรมในประเทศนอร์เวย์ จำแนกกลุ่มผู้รับบริการเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่มเด็กอายุ 0-18 ปี 2.กลุ่มผู้พิการ 3.กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มเด็กอายุ 3 - 18 ปี กำหนดให้ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ 1 ครั้ง และไม่เสียค่าใช้จ่าย และทางรัฐบาลได้ปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ให้บริการตั้งแต่เดือนมกราคม ปี ค.ศ.2000 เป็น 2 รูปแบบ คือ ส่วนเงินเดือนและส่วนค่าตอบแทนรายหัวเพิ่มเติมคำนวณจากประชากรที่เพิ่มอีก 1,100 คน ผลกระทบด้านคุณภาพการรักษาจากการปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทน เช่น ในรูปแบบการจ่ายแบบเงินเดือน ทันตแพทย์อาจจะละเลยไม่รักษาผู้ป่วยที่มีโรคฟันผุ ส่วนในรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนรายหัวอาจทำให้ทันตแพทย์ใช้เวลารักษาน้อยลงเพื่อที่จะได้จำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และหน่วยงานจากรัฐบาลจะเป็นหน่วยงานจัดประชากรในเขตรับผิดชอบของทันตแพทย์แต่ละคน เพื่อป้องกันปัญหาทันตแพทย์คัดเลือกเฉพาะประชากรที่มีสุขภาพช่องปากดี

ผลการวิเคราะห์คุณภาพและการคัดเลือกผู้ป่วยจากการสุ่มการบันทึกการรักษาผู้ป่วย อายุ 18 ปี ช่วง Autumn ปี ค.ศ.1999 ถึงสิ้นปี ค.ศ. 2002 ได้ทั้งหมด 1,360 คน โดยวัดระดับฟันผุโดยใช้การถ่ายภาพรังสีในช่องปาก เหตุที่เลือกผู้ป่วยอายุ 18 ปีเนื่องจากเป็นช่วงที่ได้รับสิทธิการรักษาครบถ้วนแล้ว การตรวจจำแนกเป็น 3 ประเด็น คือ ในการใช้ระบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) ทำให้ทันตแพทย์ใช้เวลาในการทำงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากน้อยลง และพบว่าการเคลือบหลุมร่องฟันเป็นวิธีที่ทันตแพทย์เลือกใช้ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุสูงมากที่สุด และระบบค่าตอบแทนใหม่ทำให้เพิ่มระดับความรุนแรงของโรคฟันผุหรือไม่ จากการประเมินผลติดตามในระยะเวลา 2 ปี ถิ่นว่าน้อยเกินไป ไม่เพียงพอที่จะประเมินการผุกรุดในชั้นเคลือบฟันและเนื้อฟัน แต่จากผลการสำรวจก็ไม่พบความแตกต่างระหว่างระบบเดิมและระบบใหม่ สุดท้ายระบบค่าตอบแทนให้บริการรักษาครอบคลุมหรือไม่ ซึ่งผลการสำรวจพบว่าจำนวนฟันที่ได้รับการรักษาไม่มีการเปลี่ยนแปลงโดยสรุประบบการจ่ายค่าตอบแทนตามรายหัวสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น โดยไม่กระทบต่อคุณภาพการให้บริการและการเลือกผู้ป่วย

นอกจากนี้มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรให้บริการของ Clarkson JE. และคณะ ปี ค.ศ. 2008 เพื่อประเมินทฤษฎีการใช้กระบวนการการให้ค่าตอบแทนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรให้บริการของทันตแพทย์ โดยสุ่มเด็กอายุ 12 - 14 ปี ที่ได้รับทันตสุขศึกษาจากทันตแพทย์ในช่วง 6 เดือน สุ่มจำนวนเด็ก 25 คนต่อทันตแพทย์ 1 คน และสุ่มเลือกทันตแพทย์ 150 คน เด็กที่ไม่ได้ร่วม

ผลการศึกษา คือ เด็กที่ฟันกรามซี่ที่ 2 ยังไม่ขึ้น โดยส่งแบบสอบถามให้ทันตแพทย์ภายหลังจากที่ทำการรักษาเด็กประมาณ 1 ปี เพื่อที่จะได้ตอบแบบสอบถามในส่วนติดตามผลการดำเนินงาน กรอบทฤษฎีที่ใช้ศึกษา คือ Skinner's theory โดยใช้ Fee-for-services ในการกระตุ้นการให้บริการของทันตแพทย์ โดยเริ่มวัดการเคลือบหลุมร่องฟันเนื่องจากถือว่าเป็นงานทันตกรรมป้องกันและการสอนให้ทันตสุขศึกษา โดยแบ่งกลุ่มการศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มแรกทำการเคลือบหลุมร่องฟันอย่างเดียว กลุ่มที่สองทำการให้ทันตสุขศึกษา กลุ่มที่สามทำทั้งสองวิธี และกลุ่มที่สี่ไม่ทำการรักษาใดๆ ผลการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ที่อยู่ในกลุ่มที่ให้การเคลือบหลุมร่องฟันมีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากการเคลือบหลุมร่องฟันทันตแพทย์จะได้รับค่าตอบแทน และพบว่า การเคลือบหลุมร่องฟันเพียงอย่างเดียวมีประสิทธิภาพในการป้องกันฟันผุมากที่สุด

และมีการศึกษาของ Andersen LB. ปี ค.ศ.2009 ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินพฤติกรรม การให้บริการของวิชาชีพสาธารณสุขซึ่งขึ้นอยู่กับระบบการให้ค่าตอบแทน แรงจูงใจในการให้บริการสาธารณะ (Public service motivation : PSM) หรือจรรยาบรรณในวิชาชีพ (Professional norms) โดยจำแนกตามหลักทฤษฎี 5 ข้อ (Goodrick and Salancik, 1996)

1. นักวิชาชีพสาธารณสุขที่ทำงานในส่วนรัฐบาลไม่มีแรงจูงใจในการให้บริการเพื่อสาธารณะมากกว่านักวิชาชีพสาธารณสุขที่อยู่ในภาคเอกชน
2. นักวิชาชีพสาธารณสุขมีพฤติกรรมในการให้บริการที่แตกต่างกันออกไปตามรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน หากไม่ได้ควบคุมโดยจรรยาบรรณวิชาชีพ
3. นักวิชาชีพสาธารณสุขมีพฤติกรรมในการให้บริการที่คล้ายคลึงกันถึงแม้จะมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนที่แตกต่างกันหากมีจรรยาบรรณวิชาชีพควบคุมอยู่
4. รูปแบบการให้บริการจะแตกต่างกันตามรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน หากไม่มีหลักจรรยาบรรณในวิชาชีพควบคุม
5. รูปแบบการให้บริการคล้ายคลึงกัน แม้จะมีรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแตกต่างกันหากมีหลักจรรยาบรรณวิชาชีพมาควบคุม

โดยใช้หลักทฤษฎี 5 ข้อนี้ ประเมินกลุ่มวิชาชีพทันตแพทย์ แพทย์สัลยกรรมกระดูก แพทย์ทั่วไป ประเมินระบบการให้ค่าตอบแทน แรงจูงใจในการให้บริการสาธารณะ (Public service motivation: PSM) หรือจรรยาบรรณในวิชาชีพ (Professional norms) ระบบค่าตอบแทนของรัฐบาลเป็นเงินเดือน และของเอกชนเป็นรูปแบบการจ่ายตามหัตถการและต่อประชากร รูปแบบการศึกษาคือเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 รูปแบบการสัมภาษณ์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชาชีพ	มีจรรยาบรรณวิชาชีพควบคุม	ไม่มีจรรยาบรรณวิชาชีพควบคุม
ทันตแพทย์	ประเมินการสอนแปรงฟัน (วัดร้อยละเด็กที่ปราศจากฟันผุ)	ประเมินเคลือบหลุมร่องฟัน (จำนวนด้านฟันที่ผุ)
ศัลยแพทย์กระดูก	การให้ยาปฏิชีวนะก่อนการผ่าตัด สะโพก (ร้อยละที่กลับไปผ่าตัดใหม่)	การคัดเลือกผู้ป่วยรับการผ่าตัดสะโพก (ระยะเวลารอคอย)
แพทย์ทั่วไป	การให้คำปรึกษาที่เฉพาะเจาะจง (ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ ในการดูแล)	การพูดให้คำปรึกษา (ความพึงพอใจในการเข้าถึงบริการ)

ตารางที่ 4 ผลการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิชาชีพ	วิธีการและตัวชี้วัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	แหล่งข้อมูล
ทันตแพทย์	- วัดการสอนแปรงฟัน และเคลือบหลุมร่องฟัน - เด็กที่ได้รับการเคลือบ หลุมร่องฟัน - จำนวนเด็กที่ปราศจาก ฟันผุ,จำนวนด้านที่ฟันผุ	186 คน 606,015 คน 271 โรงเรียน	ผลการสำรวจทันต แพทย์ทุกคน ตั้งแต่ ค.ศ. 1997 ข้อมูลการ ประเมิน ตั้งแต่ ค.ศ.1996 - 2001 ข้อมูลการ ประเมิน ตั้งแต่ ค.ศ. 1996 - 2001
ศัลยแพทย์กระดูก	- ร้อยละของการผ่าตัด สะโพกที่ได้รับประทาน ยาปฏิชีวนะก่อนการ ผ่าตัดและการกลับมา รักษาเนื่องจากมีปัญหาที่ สะโพก - การเลือกผู้ป่วยผ่าตัด สะโพก - ระยะเวลารอคอย	43 โรงพยาบาล ศัลยแพทย์ 12 คน 41 คลินิกกระดูก	ข้อมูลการประเมิน ค.ศ. 2007 สัมภาษณ์กึ่งทางการ ปี ค.ศ.2007 ข้อมูลการประเมิน ค.ศ. 2007

ตารางที่ 4 (ต่อ)

วิชาชีพ	วิธีการและตัวชี้วัด	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	แหล่งข้อมูล
แพทย์ทั่วไป	- การให้คำปรึกษาที่เฉพาะและการพูดให้คำปรึกษา - ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เข้าถึงบริการและได้รับการรักษา	แพทย์ 257 คน ผู้ป่วย 28,260 คน	ข้อมูลการประเมินตั้งแต่ ค.ศ.1997 - 2006 ข้อมูลการประเมิน ค.ศ. 2007

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับ PSM ประเมินจากการตอบคำถามการสัมภาษณ์ “อะไรเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการทำงานของคุณ” พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งนักสาธารณสุขในรัฐบาลและเอกชน
2. หากไม่มีจรรยาบรรณวิชาชีพควบคุม พฤติกรรมการให้บริการแตกต่างกันตามรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทน เนื่องจากเด็กที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในคลินิกเอกชนน้อยกว่าภาครัฐบาลเนื่องจากการรักษาทางทันตกรรมได้ค่าตอบแทนสูงกว่า ศัลยแพทย์ในภาคเอกชนมักจะปฏิเสธผู้ป่วยที่ทำการรักษาจากเนื่องจากค่าใช้จ่ายจะสูงแต่รัฐบาลจ่ายค่าตอบแทนตามหัตถการ แพทย์ทั่วไปจะได้รับค่าตอบแทนในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยดังนั้นพบว่าผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเพิ่มมากขึ้น
3. หากมีจรรยาบรรณวิชาชีพมาควบคุม พฤติกรรมการให้บริการของทั้ง 3 วิชาชีพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างรูปแบบการให้ค่าตอบแทน โดยในทันตแพทย์พบว่าเด็กที่ปราศจากฟันผุไม่พบความแตกต่างทั้งในระบบราชการและเอกชนและศัลยแพทย์อัตราการรักษาซ้ำก็พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของทิพากรณ์ โพธิ์ถวิลและคณะในปี พ.ศ.2546 เรื่อง พฤติกรรมและการตอบสนองของแพทย์ต่อระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจที่มีความหมายต่อการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

- 1) ความรู้ความเข้าใจและการให้บริการของแพทย์ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 2) กระบวนการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

3) มาตรการจูงใจและกลไกการจ่ายค่าตอบแทนต่างๆแก่แพทย์ที่มีผลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ

4) สภาพ/เงื่อนไขการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์

5) แนวทางการพัฒนาระบบผลตอบแทนและมาตรการจูงใจเพื่อพฤติกรรม การตอบสนองของแพทย์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาล 4 ประเภทคือโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชนรวม 15 แห่ง เป็นกลุ่มตัวอย่างและตัวแทนของ โรงพยาบาล ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้และภาคกลาง เก็บข้อมูลโดยการ สัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาล 26 คน แพทย์ผู้ให้บริการ 41 คน จัดกลุ่มสนทนาผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับแพทย์ 106 คน และแจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการตอบ 300 ชุด ผลการศึกษาพบว่า แพทย์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นการป้องกันโรคการมีสุขภาพดีใน 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยลดภาระในการรักษา และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนแต่ก็มีแพทย์เพียงไม่กี่คนที่มี ความรู้ความเข้าใจอย่างครอบคลุมตามที่กล่าวมา และแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่านโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าที่มุ่งเน้นให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่ไปกับการรักษาเป็นสิ่งที่ดีแต่นโยบาย ดังกล่าว ยังไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลพฤติกรรมของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ในปัจจุบันยังทำได้น้อย แพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ส่วนใหญ่จะเป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้าน เวชปฏิบัติครอบครั หรือแพทย์ที่มีความสนใจปฏิบัติงานด้วยความสมัครใจสนใจ และตระหนักว่า การสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยไม่ต้องมารับการรักษาที่ โรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลและแพทย์ไม่ต้องรับภาระ และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายด้านการรักษา แพทย์ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคู่ไปกับการะงานหลักด้านการรักษาการปฏิบัติงาน ของแพทย์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 4 บทบาทหลัก คือ

1) บทบาทการเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนรายบุคคล

2) บทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนเป็นรายกลุ่ม

3) บทบาทการเป็นผู้กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

4) บทบาทในการเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน

แพทย์ส่วนใหญ่มีอิสระในการนำเสนอความคิดเห็น และเข้าร่วมกิจกรรมโครงการสร้าง เสริมสุขภาพของโรงพยาบาล แต่แพทย์มีภาระงานมากไม่มีเวลาพอ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ของแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลทั้ง 4 ประเภท ที่ทำการศึกษามีความแตกต่าง กันอยู่บ้าง โดยโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่า

โรงพยาบาลชุมชนแต่ยังมากกว่าโรงพยาบาลเอกชน ส่วนใหญ่จะเน้นกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยมากกว่าก่อนเจ็บป่วยหรือหลังเจ็บป่วย และยังไม่สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม ยังคงให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพทางร่างกายมากกว่าจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แม้จะพยายามให้ญาติผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม แต่ก็ยังขาดการติดตามผลการปฏิบัติของผู้ป่วย และญาติ

เงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อการพัฒนากิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของแพทย์ เกิดจากความไม่ชัดเจนของนโยบายของรัฐการจัดสรรงบประมาณไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน จำนวนผู้ป่วยมีมากภาระงานของแพทย์ผลของการปฏิบัติงานวัดยาก และเห็นผลช้าการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นความชำนาญเฉพาะด้านที่แพทย์ไม่ถนัด โอกาสความก้าวหน้าน้อยการยอมรับของแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้น้อย ผลตอบแทนและมาตรการจูงใจสำหรับแพทย์ และบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ขณะนี้ไม่มีอย่างเป็นรูปธรรมสิ่งที่ทำให้แพทย์บางท่านสนใจปฏิบัติงานขณะนี้ เกิดจากตัวแพทย์เองจากผู้นำทีมงาน และขวัญกำลังใจจากผู้ป่วยเป็นหลักข้อคิดเห็นของแพทย์ต่อปัจจัยที่ส่งเสริมการปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ คือผลตอบแทนที่เหมาะสม และเป็นธรรมสำหรับแพทย์ การยอมรับในเกียรติศักดิ์ศรีของแพทย์ โอกาสความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ การมีแพทย์เพียงพอกับปริมาณงาน ระบบการศึกษาของโรงเรียนแพทย์ที่สอดคล้องกับนโยบายการเพิ่มพูนความรู้แก่แพทย์ การสนับสนุนของผู้บริหารความชัดเจนของนโยบาย เป็นต้น

2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

เนื่องจาก สปสช. ต้องการเพิ่มสมรรถนะการให้บริการทันตกรรมในภาครัฐให้มากขึ้น จึงสร้างกลไกการจ่ายเงินที่สามารถกระตุ้นให้ทันตบุคลากรทำงานโดยการจัดบริการทันตกรรมให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดที่ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยเป็นผู้กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย งานด้านการรักษา และงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยลักษณะการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในแต่ละพื้นที่ แตกต่างกันตามแนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพของแต่ละคน