

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าความคาดหวังต่อบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ท่ามกลางกระแสการปฏิรูปในสังคมไทย ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีต่างๆจากเอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรายงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับใช้เป็นแนวทางในการวางกรอบความคิด เพื่อช่วยให้สามารถอธิบายถึงสถานการณ์ต่างๆได้อย่างละเอียดสมบูรณ์ ครอบคลุมในประเด็นต่างๆดังนี้

2.1 ประวัติและความเป็นมาของทันตภิบาล

2.2 บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลในปัจจุบัน และร่างข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาล (4 ปี)

2.3 การปฏิรูประบบสุขภาพ

2.4 การปฏิรูประบบราชการ

2.5 การปฏิรูปการปกครองส่วนท้องถิ่น

2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ประวัติและความเป็นมาของทันตภิบาล

“คนทำฟัน” ได้เริ่มปรากฏให้เห็นเป็นครั้งแรกโดยช่างทำฟันชาวจีน หลังจากนั้นจึงมีผู้ให้บริการทันตกรรมหลากหลายจากอเมริกา อังกฤษ จีน ญี่ปุ่นและคนไทย ทั้งที่เป็นทันตแพทย์และแพทย์ทั่วไป รวมทั้งผู้ที่ฝึกหัดเอง จนเกิดร้านทำฟันขึ้นมามากมายในเมืองหลวง และเนื่องจากผู้ให้บริการทันตกรรมไม่เพียงพอ ต่อมาในปี 2460 โรงเรียนแพทย์ทหารบกจึงผลิตทันตแพทย์หลักสูตร 2 ปีขึ้นมา 1 รุ่นและต่อมาได้ยกเลิกการผลิต แต่เปลี่ยนเป็นการฝึกอบรมเพื่อเป็นผู้ช่วยงานบริการทันตกรรม โดยภาครัฐมีบทบาทในการจัดบริการทางทันตกรรมอย่างชัดเจนในปี 2462 โดยกรมสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงมหาดไทยขึ้นที่วชิรพยาบาล เพื่อให้บริการตรวจและบำบัดโรคฟันแก่ประชาชน หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2466 มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติการแพทย์ ซึ่งได้เปลี่ยนเป็น พรบ.ควบคุมการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ.2479 ทำให้ผู้ที่เรียนจบทันตแพทย์ซึ่งในสมัยนั้นเป็นผู้ที่เรียนจบจากต่างประเทศและผู้ผ่านการฝึกอบรมเท่านั้น มีผลทำให้บุคลากรอื่นๆซึ่งในอดีตเคยมีบทบาทในการดูแลทันตสุขภาพ ถูกลดบทบาทลงด้วยกฎหมายกำหนด หลัง

จากนั้นวิชาชีพทันตแพทย์ก็มีความชัดเจนมากขึ้น มีการตั้งคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งแรกขึ้นที่มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ โดยใช้องค์ความรู้แบบตะวันตกในการผลิตทันตแพทย์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2485 ได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการมอบให้คณะทันตแพทย์จัดฝึกอบรมทันตแพทย์ชั้น 2 หลักสูตร 2 ปี โดยได้รับใบประกอบโรคศิลปะชั้น 2 และเปลี่ยนเป็นหลักสูตร ทันตอนามัยในปี 2495 และหลักสูตรนี้ยกเลิกไปในปี พ.ศ.2516 ซึ่งในระยะเริ่มต้นนั้นการให้บริการด้านทันตกรรมยังแพร่หลายเฉพาะในเขตเมืองเท่านั้น ต่อมาในปี พ.ศ.2499 ได้จัดให้มีแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการทันตกรรมในส่วนภูมิภาค หลังจากนั้นก็ได้มีการขยายบริการด้านทันตสุขภาพลงไปในระดับอำเภอ (คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกฯ, 2542)

“ทันตภิบาล” ได้ถือกำเนิดเนื่องมาจากในปี พ.ศ.2503 องค์กรอนามัยโลกสำรวจสถานะสุขภาพของคนไทย (Interdepartmental Committee on Nutrition Defense, 1960 อ้างใน วราภรณ์ จิระพงษาและคณะ, 2547) พบว่าคนไทยถึงแม้จะพบมีฟันผุน้อย แต่กลับพบโรคปริทันต์สูงมาก ประกอบกับยังขาดแคลนทันตบุคลากรในระดับอำเภอสูงมาก จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาทางทันตกรรมขึ้น ซึ่งคณะกรรมการดังกล่าวได้เสนอกระทรวงสาธารณสุขให้เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กเพื่อเป็นการป้องกันปัญหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จึงได้เสนอให้ผลิต “ทันตภิบาล” เพื่อทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ในระดับอำเภอ “ทันตภิบาล” จึงได้ถือกำเนิดขึ้นเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2511 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มเปิดหลักสูตรผลิตทันตภิบาลซึ่งเป็นหลักสูตร 2 ปี ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขชลบุรี จบแล้ว มีสัญญาใช้ทุนกับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งครั้งแรกบรรจุเป็นข้าราชการลงปฏิบัติงานในสถานอนามัยชั้นหนึ่ง ซึ่งต่อมาได้รับปรับเปลี่ยนเป็นโรงพยาบาลระดับอำเภอ โดยมีวัตถุประสงค์ของการผลิตทันตภิบาลเริ่มแรกคือ คือให้บริการทันตกรรมแบบเพิ่มทวี (Incremental Dental Care - IDC) โดยได้ก่อตั้งโรงเรียนทันตภิบาลซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากประเทศนิวซีแลนด์ ทำให้หลักสูตรและบทบาทหน้าที่เมื่อสำเร็จการศึกษาจึงคล้ายกับประเทศนิวซีแลนด์ คือให้บริการแก่นักเรียนประถมศึกษาทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน และรักษา (ทวีศักดิ์ สุททวาทีน, 2529)

หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2518 รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลระดับอำเภอ พร้อมทั้งกำหนดให้มีฝ่ายทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งในปัจจุบันเรียกว่าโรงพยาบาลชุมชน ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาโครงสร้าง (infrastructure) งานทันตสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2525) ทำให้ระบบบริการทันตสุขภาพระดับอำเภอขยายตัวออกไปทั่วประเทศ ซึ่งในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 4 นี้ได้มีการเพิ่มการผลิตทันตภิบาล โดยได้มีการสร้างโรงเรียนทันตภิบาล

แห่งที่สองขึ้นที่วิทยาลัยการสาธารณสุขขอนแก่นใน พ.ศ.2522 (สมนึก ชาญด้วยกิจ, 2524) ได้มีการปรับแก้ไขบทบาทของทันตภิบาลอีกครั้งใน พ.ศ.2518 โดยกำหนดให้ทันตภิบาลสามารถรักษาทันตกรรมบางอย่างได้เฉพาะในเด็กที่มีอายุไม่เกิน 14 ปี เมื่องานทันตสาธารณสุขในระดับอำเภอ มีการขยายงานกว้างมากขึ้น ทำให้ประสบปัญหาการขาดแคลนทันตบุคลากร เนื่องจากในช่วงเวลานั้นมี ทันตแพทย์รับราชการในระดับอำเภอน้อยมาก ในช่วงนั้นทันตภิบาลจึงต้องให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไปด้วยและในปีพ.ศ.2539 กระทรวงสาธารณสุขจึงออกระเบียบใหม่ให้ทันตภิบาลสามารถให้บริการทันตกรรมโดยไม่จำกัดอายุ โดยกำหนดขอบเขตบริการไว้เท่าที่จำเป็นเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ออกระเบียบเพื่อรองรับการให้บริการทันตกรรมของทันตภิบาลในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539 โดยทันตภิบาลปฏิบัติงานภายใต้ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขฉบับนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้ (กองการประกอบโรคศิลปะ ที่ สช 0204 /03 ว50 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2543)

บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลเปลี่ยนไปอีกครั้ง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีอนามัย (ทสอ.) ระหว่าง พ.ศ.2535 – 2544 ในการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุขนั้น ได้กำหนดให้ทันตภิบาลลงไปปฏิบัติงานในสถานีอนามัยขนาดใหญ่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรวัสดุครุภัณฑ์เพื่อสนับสนุนในพื้นที่ที่มีความพร้อม หลังจากนั้นใน พ.ศ.2539 ก.พ.อนุมัติให้เปลี่ยนตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 1 ตำแหน่งเป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข และต่อมาในพ.ศ.2540 จำนวนทันตภิบาลเริ่มเต็มกรอบโรงพยาบาลชุมชน ทำให้ทันตภิบาลลงบรรจุเพื่อปฏิบัติงานในสถานีอนามัยมากขึ้น ส่งผลให้จำนวนสถานีอนามัยที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำเริ่มมากขึ้นด้วย สัดส่วนทันตภิบาลต่อประชากรค่อยๆดีขึ้นอย่างช้าๆ ใน การปฏิบัติงานของทันตภิบาลในสถานีอนามัยนั้นอยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของหัวหน้าสถานีอนามัยและสาธารณสุขอำเภอ ทำให้มีรูปแบบการดำเนินงานแตกต่างกันไปตามพื้นที่ โดยบางพื้นที่ทันตภิบาลปฏิบัติงานเฉพาะงานทันตสาธารณสุข ในขณะที่บางพื้นที่มีการรับผิดชอบงานอื่นๆของสถานีอนามัยด้วย บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลเมื่อปฏิบัติงานในสถานีอนามัย เริ่มมีการพูดถึงในประเด็นของขอบเขตการปฏิบัติงานและระเบียบที่รองรับกันมากขึ้น และเมื่อมีการกระจายทันตภิบาลลงปฏิบัติงานในสถานีอนามัย โดยในปี 2546 มีทันตภิบาลปฏิบัติงานในสถานีอนามัย 959 คน (สุนีย์ วงศ์คงคาเทพ และ โกเมศ วิชชาวุธ, 2547) ทำให้ในระหว่าง พ.ศ.2537-2546 ได้มีขยายการผลิตทันตภิบาลโดยได้เพิ่มการผลิตในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี พิษณุโลก ยะลา ตรัง และสุพรรณบุรี รวมทั้งสิ้น 7 แห่ง

หลังจากนั้นในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ประเทศไทยเกิดวิกฤตเศรษฐกิจตกต่ำ ส่งผลให้รัฐบาลนำนโยบายการปฏิรูประบบราชการมาใช้ เพื่อแก้ปัญหาโดย

มาตรการหนึ่งที่รัฐบาลจำเป็นต้องดำเนินมาตรการคือการลดกำลังคนในภาครัฐ “ทันตภิบาล” เป็นบุคลากรหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ โดยในปี พ.ศ.2543 ได้ลดการผลิตทันตภิบาลจากเดิมปีละ 300 คน ลงครึ่งหนึ่งเหลือเพียงปีละ 150 คน ผลกระทบต่อทันตภิบาลอีกประเด็นหนึ่งที่สืบเนื่องจากมาตรการลดกำลังคนในภาครัฐคือ จากเดิมนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทันตภิบาลก็เป็นหนึ่งในนักเรียนทุนของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วจะได้รับการบรรจุให้รับราชการตามภูมิลำเนานั้น สำนักนายกรัฐมนตรี สำนักงาน ก.พ. ได้ยกเลิกการทำสัญญาฯ ใช้ทุนในทุกหลักสูตรที่ผลิตโดยกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับผู้ที่เข้าศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2544 เป็นต้นไป) กำหนดให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2543 ปฏิบัติงานในตำแหน่งพนักงานของรัฐ มาตรการนี้ได้สร้างผลกระทบและความรู้สึกไม่มั่นคงให้กับบุคลากรเป็นอย่างมาก ต่อมาได้มีนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมาตรการเด่นอย่างหนึ่งของรัฐบาลในช่วงนั้น คือนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพิ่มการผลิตบุคลากรให้เพียงพอต่อความต้องการในปี พ.ศ.2545 บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขได้รับการปรับเปลี่ยนตำแหน่งจากเดิมที่มีตำแหน่งเป็นพนักงานของรัฐตั้งแต่ปี 2543 ให้ได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ และได้มีการเพิ่มการผลิตทันตภิบาลเป็นปีละ 300 คน และโดยในส่วนของ การเพิ่มการผลิตนั้นได้มีโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ เพื่อศึกษาต่อแล้วปรับเปลี่ยนตำแหน่งเป็นทันตภิบาล ในจำนวนนักศึกษาที่รับปีละ 300 คน นั้นในจำนวนนี้เป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ 100 คน และรับผู้จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดต้นสังกัดอีก 200 คน ในช่วงนี้ส่งผลให้หน่วยบริการทันตสาธารณสุขมีแนวโน้มขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์มากขึ้น สืบเนื่องจากหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ได้เลิกการผลิตไปตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ทำให้จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ในหน่วยบริการทันตสาธารณสุขมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ และยังมีแนวโน้มลดลงอีกเมื่อมีโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ไปศึกษาต่อในหลักสูตรทันตภิบาล ซึ่งส่งผลให้สัดส่วนผู้ให้บริการทันตกรรมต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ลดต่ำลงอย่างเห็นได้ชัด และส่งผลกระทบต่อเกิดการด้อยประสิทธิภาพในการให้บริการ จากมาตรการลดกำลังคนภาครัฐตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ ทำให้ “ทันตภิบาล” และผู้ที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร 2 ปีของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 ต้องมีสถานภาพเป็น “ลูกจ้างชั่วคราว” เนื่องจาก ไม่มีการทำสัญญาฯ ใช้ทุนในทุกหลักสูตรของกระทรวงสาธารณสุข (วารสาร จิระพงษา และคณะ, 2547)

2.2 บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลในปัจจุบัน และร่างข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาล (4 ปี)

2.2.1 บทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลในปัจจุบัน

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยมอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 28(4) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพ ทันตกรรม พ.ศ.2537 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกระเบียบไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย มอบหมายให้ประกอบวิชาชีพทันตกรรมในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ.2539”

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ 3 ในระเบียบนี้

“เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างสังกัดกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทย

“องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่น” หมายความว่า ส่วนราชการหรือหน่วยงานที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศในราชกิจจานุเบกษา

“ควบคุม” หมายความว่า การดูแลหรือการกำกับดูแล

ข้อ 4 บุคคลที่กระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นหรือสภาอากาศไทยจะมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรมได้ต้องเป็นบุคคลซึ่งระเบียบนี้กำหนด

ข้อ 5 ให้บุคคลซึ่งได้รับมอบหมายทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้เฉพาะ

5.1 ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ หรือเงื่อนไขที่ระเบียบนี้กำหนด

5.2 เป็นการปฏิบัติราชการหรืออยู่ในระหว่างการปฏิบัติราชการตามหน้าที่หรือตามที่ได้รับมอบหมาย

5.3 ต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม
ข้อ 6 ให้บุคคลที่มีวุฒิประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตภิบาล ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์ (ทันตกรรม) ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ดังต่อไปนี้

6.1 ด้านทันตกรรมป้องกัน

- 6.1.1 ใช้สารฟลูออไรด์ เพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- 6.1.2 ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ
- 6.1.3 ชูดหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

6.2 ด้านทันตกรรมบำบัดฉุกเฉิน

- 6.2.1 บำบัดฉุกเฉินด้านทันตกรรมเบื้องต้น เพื่อลดความเจ็บปวด การกรอฟันเพื่อระบายหนอง
- 6.2.2 ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ก่อน ระหว่าง และหลังการรักษาทางทันตกรรม เช่น ภาวะเลือดออกมาก
- 6.2.3 คัดแยกโรคและส่งต่อผู้ป่วยด้านทันตกรรม เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบ

6.3 ด้านทันตกรรมบำบัด

- 6.3.1 ตรวจรักษาและคัดแยกโรคภายในช่องปาก
- 6.3.2 อุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนด้วยวัสดุอุดฟัน
- 6.3.3 ถอนฟันที่ขึ้นปกติที่ไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

6.4 รักษาโรคเหงือกอักเสบโดยการชูดหินน้ำลาย

ข้อ 7 ให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ชั้นสอง ผู้มีวุฒิประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล และผดุงครรภ์ ประกาศนียบัตรพนักงานอนามัย ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) ประกาศนียบัตรสาธารณสุขศาสตร์และประกาศนียบัตรพนักงานสุขภาพชุมชน ทำการจ่ายยาเพื่อบำบัดรักษาฉุกเฉินด้านทันตกรรมเบื้องต้น หรือลดความเจ็บปวดและการอักเสบ

ข้อ 8 ให้บุคคลตามข้อ 7 ที่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรทันตกรรมป้องกันที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรมได้ ดังต่อไปนี้

8.1 ชูคหินน้ำลายและทำความสะอาดฟัน เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบ

8.2 ใช้สารเคลือบหลุมร่องฟัน เพื่อป้องกันโรคฟันผุ

8.3 อุดฟันเริ่มแรกชั่วคราวด้วยวัสดุอุดฟันชนิดที่มีสารป้องกันโรคฟันผุ

ข้อ 9 ให้บุคคลที่ได้รับมอบหมายให้ทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรม ตามระเบียบนี้ สามารถทำการประกอบวิชาชีพทันตกรรม นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ เป็นการเฉพาะ รายหรือกรณีโดยให้อยู่ในดุลยพินิจของผู้บังคับบัญชา ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

ข้อ 10 ในกรณีที่มีปัญหาตามระเบียบนี้ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

ข้อ 11 ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

2.2.2 ร่างข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ (Competence) ของทันตภิบาล (หลักสูตร 4 ปี) ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการพิจารณาร่างฯ ครั้งที่ 3/2548
ข้อตกลงเบื้องต้น : ร่างข้อเสนอความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาล(หลักสูตร 4ปี)เป็นดังนี้

ความสามารถที่พึงประสงค์ของทันตภิบาล สามารถแบ่งได้เป็น 4 ด้านหลัก ดังนี้

1. ความสามารถที่พึงประสงค์ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
 - 1.1 มีแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพช่องปาก ว่าเป็นกระบวนการกระตุ้นให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง โดยไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น
 - 1.2 สามารถนำความรู้ทางระบาดวิทยาและสังคมวิทยาวิเคราะห์สภาวะสุขภาพและสุขภาพช่องปากของชุมชนได้ ในระดับที่เหมาะสม
 - 1.3 มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม
 - 1.4 สามารถวางแผนและดำเนินงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทางวิชาการร่วมกับสภาพความเป็นจริงทางสังคมของชุมชน
 - 1.5 สามารถติดตามและประเมินผล โครงการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน
 - 1.6 สามารถสื่อสารให้ชุมชนรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเหมาะสม
 - 1.7 สามารถส่งเสริมให้ชุมชนดูแลสุขภาพของตนเอง โดยผ่านกระบวนการกระตุ้นให้ชุมชนรับรู้ เข้าใจและปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมากกว่าการให้ผู้อื่นมาดูแล

- 1.8 สามารถเพิ่มศักยภาพที่มีอยู่ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลสุขภาพช่องปาก
2. ความสามารถที่พึงประสงค์ด้านการป้องกันโรคในช่องปาก
 - 2.1 มีทักษะในการประเมินภาวะเสี่ยง วินิจฉัย คัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในช่องปากและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
 - 2.2 มีทักษะในการดำเนินมาตรการทางทันตกรรมป้องกัน (เช่น การควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ การให้ฟลูออไรด์เฉพาะที่และทางระบบ การเคลือบหลุมร่องฟัน และการใช้วัสดุอุดฟันอื่นๆ เพื่อการป้องกัน เป็นต้น) และสามารถเลือกใช้มาตรการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับบุคคล ครอบครัวและชุมชน
 - 2.3 มีทักษะในการประยุกต์หลักจิตวิทยาเพื่อการ โน้มน้ำวและติดตามผู้ป่วยระดับบุคคลและครอบครัวอันนำสู่การปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
3. ความสามารถที่พึงประสงค์ด้านการรักษาโรคในช่องปาก เฉพาะในเด็กอายุ ≤ 15 ปี
 - 3.1 งานทันตกรรมหัตถการ ประกอบด้วย
 - 3.1.1 การอุดฟันน้ำนมที่ผู้ไม่ถึงโพรงประสาท และรอยผุไม่ซับซ้อน
 - 3.1.2 การอุดฟันแท้ที่ผู้ไม่ถึงโพรงประสาท และรอยผุไม่ซับซ้อน
 - 3.1.3 การอุดฟันชั่วคราวเพื่อการส่งต่อ ด้วยวัสดุอุดชั่วคราว
 - 3.2 งานดูแลสุขภาพปริทันต์ ควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ ขูดหินน้ำลาย และทำความสะอาดฟันทั้งปากในผู้ป่วยที่มีเหงือกอักเสบระดับน้อยถึงปานกลาง
 - 3.3 งานทันตศัลยกรรม ประกอบด้วย การถอนฟันน้ำนมที่มีข้อบ่งชี้ โดยการฉีดยาเฉพาะที่ ด้วยวิธี Local infiltration
 - 3.4 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อการส่งต่อเมื่อมีภาวะฉุกเฉินและมีภาวะแทรกซ้อน จากการรักษาทางทันตกรรมของการให้บริการ
 - 3.5 การจ่ายยาตามบัญชียาของศูนย์สุขภาพชุมชน
4. ความสามารถด้านอื่นๆ ที่พึงประสงค์ เช่น
 - 4.1 การให้การปฐมพยาบาลสำหรับผู้ป่วย FIRST AIDS
 - 4.2 การจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงาน
 - 4.3 การจัดระบบการบำรุงรักษาวัสดุและครุภัณฑ์
 - 4.4 การป้องกันและควบคุมการแพร่เชื้อในงานบริการทันตกรรม
 - 4.5 การวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน โรคในช่องปาก

2.3 การปฏิรูประบบสุขภาพ(สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545)

กระแสความเคลื่อนไหวเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ได้เกิดขึ้นพร้อมๆกับ กระแสการปฏิรูปด้านอื่นๆในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปการกระจายอำนาจ การปฏิรูปการศึกษาโดยในปี พ.ศ.2520 ที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลกได้เรียกร้องให้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพ เพื่อเอื้ออำนวยให้ประชากรทั่วโลกมีระดับสุขภาพที่สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ โดยยืนยันว่า “สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษยชน และเป็นเป้าหมายของสังคมโลกที่จำเป็นที่ทุกคนในสังคมโลกพึงได้รับ” จากคำประกาศและการยอมรับเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี ค.ศ.2000” ขององค์การอนามัยโลก ได้ใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจสำคัญในการพัฒนา

เหตุผลและปัญหาที่นำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยนั้นแนวคิดเรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้เกิดขึ้นมากกว่า 20 ปี ดังจะเห็นได้จากการนำแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ได้มีการเสนอให้จัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นเพื่อทำหน้าที่เป็นกลไกประสานทุกส่วนราชการเข้ามาช่วยกำหนดนโยบายทิศทางการพัฒนาระบบสาธารณสุขแห่งชาติร่วมกัน แต่ก็ยังไม่ประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบัน จนมาถึงช่วงหลัง พ.ศ.2540 เมื่อประเทศไทยได้มีรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ที่ส่งเสริมสิทธิภาคพลเมือง เปิดช่องการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนอย่างกว้างขวาง มุ่งการกระจายอำนาจและจัดระบบสำคัญๆขึ้นในสังคม โดยในรัฐธรรมนูญได้บัญญัติเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ไว้หลายประการ เช่น ในมาตราที่ 52 ของหมวดที่ 3 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” หรือในมาตรา 82 ของหมวดที่ 5 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” เป็นต้น ประกอบกับในปี 2540 ประเทศไทยประสบกับปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบให้ระบบราชการและระบบต่างๆ ที่ดำรงอยู่มาช้านานต้องปรับตัวเพื่อรองรับกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ตัวอย่างของการปฏิรูปที่ได้ดำเนินการจริงจังก้เช่น ระบบการศึกษาและระบบการกระจายอำนาจ

ปัญหาก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย

1. แนวคิดด้านสุขภาพของสังคม เป็นไปเพื่อการช่อมสุขภาพ ไม่ใช่เพื่อการสร้างสุขภาพให้ดี ซึ่งการช่อมสุขภาพนั้นต้องใช้เงินมาก มีการคิดถึงการสร้างสุขภาพด้วยทางเลือกต่างๆที่น้อยกว่าการช่อมรักษา คนในสังคมถูกทำให้เชื่อว่า มีทางเลือกทางเดียวสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเองทางเลือกอื่นไม่น่าเชื่อถือหรือเป็นไสยศาสตร์

2. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยสูงมาก โดยสูงกว่าปีละ 2.5 แสนล้านบาทและมีปริมาณเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ 16 ทุกปี ในขณะที่สุขภาพคนไทยแย่ลงทุกที ดังนั้นงบประมาณที่สูญเสียไปนี้ไม่ได้เป็นสิ่งสะท้อนว่าคนไทยจะมีสุขภาพดีขึ้นตามไปด้วย

3. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จ่ายไป เป็นไปเพื่อการช่อมสุขภาพที่เสียหาย โดยค่าใช้จ่ายจำนวนมากที่เสียไปกับการช่อมสุขภาพที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต รวมทั้งค่าใช้จ่ายดังกล่าว มีการรั่วไหลทั้งแบบตั้งใจและไม่ตั้งใจ

4. สภาวะสุขภาพของคนไทยไม่ดีเท่าที่ควร ดังจะเห็นได้จากสภาวะของคนในเขตเมืองโดยรวม แตกต่างกับสภาวะของคนในเขตยากจน เช่น โรคติดเชื้อ ขาดสารอาหาร จากการพัฒนาทางวัตถุและเศรษฐกิจเช่นนี้ คนไทยควรมีสภาวะด้านกายโดยรวมดีกว่านี้แต่กลับไม่ใช่คนไทยมีรายได้น้อยต่อหัวสูงกว่าคนศรีลังกาถึง 3 เท่า แต่มีอัตราการตายทารก 34 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ในขณะที่ศรีลังกา 15 คนต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน นอกจากนี้ยังมีโรคจากโรงงานอุตสาหกรรม โรคจากปัญหาสิ่งแวดล้อม โรคทางจิตประสาทจากปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจและสังคม จากการฆ่าตัวตายและอาชญากรรม จากการได้และใช้ยาผิดวิธี ยาเสพติดก็เป็นปัญหาที่ทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกที

5. ระบบบริการด้านสุขภาพมีปัญหา สรุปได้ดังนี้

- ระบบไม่ใช่อะไรที่ต้องการหรือสอนกันมาในโรงเรียนแพทย์
- ระบบมีปัญหาเชิงคุณภาพและมาตรฐานที่ไม่สอดคล้องกับสังคมไทย
- เป็นระบบที่เลียนแบบ ต้องใช้เงินมาก เป็นระบบที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีเงินพึ่งพาตนเองไม่ได้
- มีการใช้ทรัพยากรอย่างขาดประสิทธิภาพ
- ระบบไม่เอื้ออำนวย เข้าถึงไม่ได้ เชื้อซ้ำ ขาดความเป็นธรรม เลือกปฏิบัติ
- ไม่มีหลักประกันสุขภาพที่มีมาตรฐานของคนทั่วสังคม

6. ระบบการเมืองไม่รองรับสนับสนุน ระบบการเมืองไทยไม่รองรับชีวิตที่ดีในสังคมได้มาซึ่ง นักการเมืองที่มีคุณภาพไม่เพียงพอและไม่ซื่อสัตย์สุจริต และไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาด้านสุขภาพ ใ้งบประมาณด้านสาธารณสุขน้อย ดำเนินนโยบายซ้ำซาก ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผล ทำให้

ลดทอนขวัญกำลังใจของผู้ที่ตั้งใจจะแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอย่างจริงจัง และทำให้การแก้ไขปัญหานั้นเป็นไปด้วยความยากลำบากมากขึ้น

7. คนและสังคม ทั้งสังคมถูกทำให้เชื่อและเคยชิน และหลงไปกับการรักษาพยาบาลทางเดียวแบบสมัยใหม่ โดยไม่ได้รับการฝึกคิดให้มองหาทางเลือกอื่นที่มีผลในการสร้างสุขภาพของตนเอง

ปัญหาใหญ่ๆ ทั้งหมดนี้สะท้อนปัญหาช่องปากเช่นกัน หากจะแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก ก็ต้องดำเนินไปในแนวเดียวกัน เข้าร่วมกระบวนการด้วยแนวคิด โครงสร้าง ระบบ และการปฏิบัติ ที่สอดคล้องกัน และมีรายละเอียดของการดูแลสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน

แนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพในปัจจุบันเป็นระบบแบบตั้งรับ รอให้เกิดภาวะเจ็บป่วยก่อน แล้วค่อยมารักษา ทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพภาพ ชีวิต และทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก ดังนั้นในปี พ.ศ.2542 โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขได้ช่วยกันระดมภาคีจัดประชุมใหญ่จุดชนวนการปฏิรูป โดยคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เสนอต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อจัดกลไกระดับชาติสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสำคัญคือมุ่งสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ สำหรับเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของคนไทย และดำเนินการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อการปฏิรูปความคิดของคนในสังคมไทยจากการตั้งรับไปสู่การรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี เป็นการขยายมุมมองของการปฏิรูปให้กว้างขึ้นกว่าการปฏิรูประบบบริการสุขภาพเท่านั้น รวมถึงการพิจารณาเงื่อนไขของภาวะวิกฤติสุขภาพและชี้แจงถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของสังคมไทยต่อระบบสุขภาพและโครงสร้างทางนโยบายของระบบสุขภาพ ในที่สุดคณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ.2543 มีประเด็นสำคัญประกอบด้วย

- 1) สภาวะสุขภาพของประชาชนอยู่ในภาวะวิกฤติ จำต้องจัดให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ
- 2) จัดทำเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การจัดร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นกลไกการระดมความร่วมมือของประชาคมต่างๆ ให้มีการจัดกระบวนทัศน์และร่วมปฏิรูประบบสุขภาพ
- 3) จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีสถาบันวิจัยสาธารณสุขจัดองค์กรภายในขึ้นทำหน้าที่เป็นสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพเป็นเลขานุการ ทำหน้าประสานงานกับประชาคมต่างๆ เพื่อระดมความร่วมมือ

ในวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2543 ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ และเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ.2543 การประชุมคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ครั้งแรกก็เกิดขึ้น การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติเพื่อใช้เป็นรัฐธรรมนูญด้านสุขภาพของชาติ เป็นการประกาศเจตนารมณ์ด้านสุขภาพของคนไทย โดยการกำหนดเงื่อนไขระบบโครงสร้างหลัก เพื่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพของชาติอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติไม่ใช่เป้าหมายสุดท้าย แต่เป็นเครื่องมือสำหรับการสร้างกระแสปรับเปลี่ยนวิถีคิด ระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมเพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มแรกของการปฏิรูประบบสุขภาพ

หลักการ / กลไก / เป้าหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพ และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

หลักการ/ กลไก/ เป้าหมาย ทั้งหมดนี้อาจไม่ครอบคลุมทั้งหมดแต่มีความเชื่อมโยงกันได้แก่

1. หลักการพื้นฐานของการปฏิรูป วางอยู่บนหลักการพื้นฐาน 3 ประการคือ
 - 1.1 ความเป็นองค์รวม (Holistic) มุ่งสร้างสัมมาทิฐิต่างสุขภาพ ให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ การพัฒนาระบบสุขภาพโดยพิจารณาปัจจัยเชื่อมโยงกับสภาพแวดล้อมและปัจจัยด้านปัจเจก นอกจากนี้จะมุ่งพัฒนาทั้งระบบบริการสุขภาพที่ใช้ทั้งเทคโนโลยีตะวันตกและภูมิปัญญาท้องถิ่น
 - 1.2 สิทธิและการมีส่วนร่วม (Right and Participation) มุ่งเน้นพัฒนาบทบาทที่เหมาะสมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน ครอบครัว และปัจเจกบุคคล โดยคำนึงถึงสิทธิในด้านสุขภาพของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ
 - 1.3 การพัฒนาด้วยปัญญา (Wisdom based development) มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพทางสติปัญญา พัฒนาองค์ความรู้ เพื่อให้การปฏิรูประบบสุขภาพ วางอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ ที่เป็นไปตามหลักวิทยาศาสตร์และมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน
2. กลไกสำคัญ

กลไกสำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส. – สปรส. / อนุกรรมการและคณะทำงาน) และภาคีปฏิรูประบบสุขภาพรวมทั้งสังคมทั้งมวล
3. หลักการพื้นฐาน 3 ประการ มุ่งสู่การบรรลุเป้าหมาย 3 ระดับ ซึ่งจะเกิดขึ้นคู่ขนานกันไป
 - 3.1 เป้าหมายขั้นต้น
 - 3.1.1 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

3.1.2 การเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อสนับสนุนการปฏิรูป

3.2 เป้าหมายชั้นกลาง

3.2.1 ระบบสังคมที่ทั้งสังคมร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพ

3.2.2 ระบบการควบคุมป้องกันโรคที่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

3.2.3 ระบบบริการสุขภาพ

- 1) ความเสมอภาค
- 2) คุณภาพและการตอบสนองความต้องการของประชาชน
- 3) ประสิทธิภาพ
- 4) ความสามารถในการพึ่งตนเอง
- 5) ความโปร่งใสตรวจสอบได้
- 6) การคุ้มครองผู้บริโภค

3.3 เป้าหมายชั้นปลาย คือสุขภาพของคนไทยทุกคน (สุขภาพ)

ความหมายของการปฏิรูประบบสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่เป็นปกติสุข ทั้งมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาพจึงมิได้หมายความว่าเพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัต กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่

1. ปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล เช่น กรรมพันธุ์ พฤติกรรม จิต วิญญาณ
2. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม เช่น ทางเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ ชีวภาพ
3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสุขภาพ

ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ ตลอดจนปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2546)

การปฏิรูประบบสุขภาพ หมายถึง กระบวนการใดๆ อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นระบบที่มุ่งให้ประชาชนทั้งหมดสามารถมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนมุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นธรรม และมีคุณภาพได้ตามมาตรฐาน

ระบบสุขภาพมีองค์ประกอบจากกลไกของระบบย่อยหลากหลาย และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆ หลายประการ ครอบคลุมตั้งแต่ปัจจัยจากจิตวิญญาณของบุคคล ความต้องการของบุคคล ภาวะทางชีวภาพ วิธีชีวิต อาหาร การศึกษา สิ่งแวดล้อมและคุณภาพของสังคม ระบบสุขภาพจึงมีความเชื่อมโยงกับระบบเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง เกี่ยวเนื่องกับสุขภาพของปัจเจก ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังเชื่อมโยงถึงระบบ นโยบายการพัฒนาประเทศ และการค้าระหว่างประเทศ แนวคิดทางด้านสุขภาพจึงปรับเปลี่ยนไปตามยุคตามสมัย ในปัจจุบันยึดหลักรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี พ.ศ.2540 ซึ่งกำหนดให้สุขภาพเป็นประเด็นสิทธิมนุษยชน คือ ประชาชนไม่ควรที่จะป่วย พิการ ตาย โดยปราศจากเหตุอันควร หากต้องป่วยหรือพิการก็ควรจะเกิดขึ้นในระดับที่น้อยที่สุด หากพิการก็ต้องสามารถดำรงชีพได้โดยอิสระเท่าที่ทำได้ สอดคล้องกับระบบสุขภาพของโลกที่มีแนวโน้มที่เปลี่ยนไปอย่างน้อย 6 ประการคือ

1. สุขภาพ (Health) มีบริบทที่กว้างขวางขึ้น สุขภาพดีจึงไม่ได้หมายถึงแค่การปราศจากโรคและการรักษาโรคเท่านั้น แต่วิวัฒนาการของความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในปัจจุบันได้เปลี่ยนความเชื่อของมนุษย์ไปสู่แนวคิดที่ว่า โรคเกือบทุกโรคสามารถป้องกันได้ สุขภาพจึงมีความเกี่ยวข้องกับกาย จิตใจ จิตวิญญาณ พฤติกรรม วิธีชีวิต สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม
2. สุขภาพเป็นสิทธิมนุษยชน (Human Rights) ได้กำหนดจุดยืนอย่างเด่นชัดว่ามนุษย์ทุกคนต้องการความมั่นคงทางสุขภาพ ไม่ควรป่วย หรือพิการ หรือเสียชีวิตอันควร และเมื่อป่วยหรือพิการก็ควรได้รับการดูแลจากสังคมตามความจำเป็น
3. สังคมแห่งการเรียนรู้ (Learning Society) ระบบสุขภาพจะต้องวางอยู่บนพื้นฐานของความรู้และการเลือกใช้ความรู้ที่สอดคล้องกับสถานการณ์
4. คุณภาพ (Quality) เป็นหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพและบริการสุขภาพ จำเป็นต้องกำหนดเกณฑ์ชีวิตที่มีมาตรฐาน วิธีการประเมินและพัฒนาคุณภาพของสินค้าหรือบริการสุขภาพเพื่อเชื่อมโยงไปสู่กระบวนการผลิต การบริหารจัดการ เนื่องจากเทคโนโลยีและกลวิธีในการจัดบริการสุขภาพให้มีคุณภาพเป็นสิ่งที่ซับซ้อนมาก รัฐและชุมชนจึงต้องช่วยกันสร้างความโปร่งใสให้สาธารณชนได้รับรู้เงื่อนไขของคุณภาพในส่วนต่างๆของระบบสุขภาพด้วย
5. การคลังสุขภาพ (Health Care Financing) ถือเป็นหลักคิดในการแบ่งปันทรัพยากรอันจำกัดให้ส่วนรวมเกิดการกระจายภารกิจให้ครอบคลุมระบบสุขภาพอย่างเป็นธรรมต่อชุมชนในสังคม โดยคำนึงถึงความเสมอภาคและสิทธิของปัจเจกชน ให้เกิดความสมดุลด้วย
6. อุตสาหกรรมสุขภาพ (Health Industry) และธุรกิจสุขภาพ (Health Business) ที่จะขยายตัวอย่างรวดเร็วอันเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิวัติอุตสาหกรรมบริการ และการใช้ทรัพยากรแต่เกิด

การแสวงหาผลประโยชน์โดยเอารัดเอาเปรียบจากกลุ่มที่ด้อยโอกาสที่ขาดข้อมูลข่าวสารทำให้มองข้ามประเด็นปัญหาในเชิงของมนุษยธรรมไป

การปฏิรูประบบสุขภาพตั้งอยู่บนพื้นฐานปรัชญาหลัก อันประกอบด้วย

- 1) องค์กรรวมของสุขภาพ (Holistic Approach) ระบบสุขภาพจำเป็นต้องเป็นกลไกที่สามารถจัดการ ส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและแก้ไขฟื้นฟูสุขภาพมนุษย์ ทั้งในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะมีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา เพศ วัย หรือภาวะบกพร่องเจ็บป่วยของร่างกายเป็นอย่างไรก็ตาม จัดว่าเป็นปรัชญาที่ใช้กำหนดทั้งเป้าหมาย และกลวิธี ที่จะจัดวางให้ระบบสุขภาพตอบสนองต่อมวลมนุษยชาติ กระบวนทัศน์ใหม่นี้จึงจัดว่าเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการออกแบบให้เกิดระบบสุขภาพที่ยั่งยืน
- 2) การใช้ปัญญาเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพ (Wisdom Based Health Systems) เป็นการสร้างศักยภาพทางปัญญามุ่งใช้กลวิธีการเรียนรู้และเหตุผลทางวิชาการตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการจัดกลไกต่างๆในระบบสุขภาพ วิชาการขององค์ความรู้และเทคโนโลยีจะเป็นไปอย่างรวดเร็วและหลากหลาย การเตรียมองค์กรต่างๆ และสาธารณชนให้สามารถใช้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ใหม่ๆ ได้รวดเร็ว มีสมรรถนะเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเคลื่อนระบบสุขภาพให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 3) การพึ่งพาตนเอง (Self Reliance) ระบบสุขภาพจำเป็นต้องสร้างเสริมระบบสุขภาพของคนไทยให้พึ่งพาภูมิปัญญาไทย ทั้งในระดับบุคคลที่ต้องมีทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้ในการดูแลรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระดับชุมชนสามารถรวมตัวกันอย่างเข้มแข็ง เพื่อทำหน้าที่ปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพคนและสิ่งแวดล้อมในชุมชน ตลอดจนหน่วยงานระดับท้องถิ่นและระดับชาติตั้งพัฒนาสมรรถนะบริการและเทคโนโลยีให้สามารถพึ่งตนเองได้ ลดการพึ่งพาและการนำเข้าบริการ สินค้า ตลอดจนเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพจากต่างประเทศ
- 4) ความมีส่วนร่วม (Participation) ระบบสุขภาพต้องเป็นระบบเปิด โปร่งใส ให้โอกาสทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนด และควบคุมนโยบาย รวมทั้งการบริหารจัดการ อันจะนำไปสู่การจัดการสุขภาพที่ชุมชนและประชาคมเข้ามามีส่วนร่วมเป็นเจ้าของกับรัฐ เสรีภาพของประชาชนที่มีส่วนร่วมในกลไกรัฐเป็นบทบาทพื้นฐานที่จะเชื่อมโยงประชาธิปไตยเข้ากับ ความมั่นคงของชีวิตและประชาคม การมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพเป็นเครื่องช่วยตัดสินใจให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ต่อสาธารณชนอย่างกว้างขวาง

5) ความเสมอภาค (Equity) ระบบสุขภาพจำเป็นต้องสร้างให้เกิดความเสมอภาคในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน การจัดโครงสร้างทางนโยบาย กฎหมาย ต้องมุ่งเน้นให้เกิดพื้นฐานในการเข้าถึงการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพได้

6) ประสิทธิภาพ (Efficiency) การออกแบบระบบสุขภาพจะต้องคำนึงความคุ้มค่าของค่าใช้จ่าย ที่ลงทุน โดยเฉพาะต้องวิเคราะห์ความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ได้รับจากการบริหารนโยบายสุขภาพ ทั้งยังต้องคำนึงถึงศักยภาพทางการคลัง ของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับปัจเจก ชุมชน ท้องถิ่น หรือรัฐบาล ซึ่งมีภาระทางการเงินที่จำเป็นต้องเลือกใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์สูงสุด

7) คุณภาพ (Quality) ระบบสุขภาพจำเป็นต้องมีคุณภาพได้มาตรฐาน มุ่งเน้นให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุดอย่างจริงจัง ซึ่งจะต้องส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนาและควบคุมคุณภาพในการจัดระบบสุขภาพทุกๆด้าน ตลอดจนกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเพื่อช่วยให้ประชาชนที่มีระดับการศึกษาและความรู้แตกต่างกัน สามารถมีความรู้ความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกได้เองอย่างเหมาะสม

8) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) ระบบสุขภาพจะเป็นกลไกเชื่อมโยงโครงการพัฒนานโยบายสาธารณะต่างๆ ในทุกระดับของสังคมไทยเพื่อให้เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย นโยบายหรือโครงการต่างที่จะเกิดขึ้นต้องได้รับการตรวจสอบและมีเหตุผลทางวิชาการรองรับเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะป้องกันประชาชนจากผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตจากนโยบายเหล่านั้นได้ และสิ่งใดที่จะก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพประชาชน จะได้รับการสนับสนุนให้มีการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย

9) พลังผู้บริโภค (Consumer Empowerment) ประชาชนเป็นส่วนสำคัญที่สุดของระบบสุขภาพ การสร้างระบบสุขภาพต้องอาศัยพลังของประชาชน หากประชาชนทุกคนสามารถเป็นผู้บริโภคที่เข้มแข็ง ได้รับข้อมูลข่าวสารเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกสินค้าหรือบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนมีสมรรถนะเพียงพอที่จะตรวจสอบและเรียกร้องความถูกต้องของบริการหรือผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นหัวใจสำคัญในการควบคุมระบบสุขภาพให้ขับเคลื่อนได้อย่างมีคุณภาพ เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพได้อย่างยั่งยืน

2.4 การปฏิรูประบบราชการ (สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ, 2544)

แต่เดิมข้าราชการจะยึดผู้บังคับบัญชาเป็นหลักในการปฏิบัติหน้าที่ราชการ ตามความคิดระบบเจ้าขุนมูลนาย ซึ่งเป็นการฝังรากลึกกันมานานับร้อยปี แต่เมื่อประเทศมีเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ อย่างรวดเร็ว สาเหตุเกิดจากทั้งปัจจัยภายใน เช่น การเพิ่มขึ้นของประชากร ลักษณะอาชีพ การย้ายถิ่นฐาน และที่สำคัญคือปัจจัยภายนอกเนื่องจากสังคมโลกในปัจจุบันมีการค้าขาย การเดินทาง การติดต่อสื่อสาร มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันระหว่างประเทศต่างๆ อย่างใกล้ชิดที่เรียกกันว่า “ยุคโลกาภิวัตน์” (Globalization) ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สังคมไทยต้องเผชิญกับอิทธิพลของต่างประเทศ ทั้งในด้านวัฒนธรรม รูปแบบการบริหาร รูปแบบการลงทุน และต้องแข่งขันอย่างหนักกับต่างประเทศ ดังนั้นการปฏิบัติงานของข้าราชการจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเปลี่ยนแปลง ข้าราชการจะต้องเปลี่ยนมายึดประชาชนเป็นหลักในการปฏิบัติหน้าที่ราชการ เป็นการเปลี่ยนจากระบบเจ้าขุนมูลนายมาเป็นผู้รับใช้ประชาชน สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบทบาทของรัฐบาลที่จะต้องดูแล โดยการดำเนินงานต้องอาศัยระบบราชการในการขับเคลื่อน จะเห็นว่าที่ผ่านมาระบบราชการของประเทศไทยประสบกับปัญหาหลายประการ (โกติน พลกุล, 2539) ปัญหาที่มีความสำคัญที่สุดมีอยู่ 2 ประการคือปัญหาประชาชนขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของรัฐบาลและระบบการเมือง ในการเข้ามาแก้ไขปัญหาของประเทศ และไม่มั่นใจในบุคคลที่เข้ามาทำหน้าที่ ไม่มั่นใจว่าทำเพื่อประเทศชาติหรือเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง ประกอบกับรัฐบาลที่เข้ามาบริหารประเทศมักมุ่งเน้นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ในระยะสั้นๆ ไม่มีการแก้ปัญหาในภาพรวมระยะยาว ปัญหาอีกประการหนึ่งคือปัญหาเกี่ยวกับการบริหารราชการแผ่นดิน และกฎหมายได้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญในการบริหารประเทศ แทนที่จะเป็นกลไกสนับสนุน เพราะฉะนั้นเพื่อให้ประเทศสามารถยืนหยัดอยู่ภายใต้กระแสของโลกได้ ปัญหาการบริหารราชการแผ่นดินต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยเมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาทางกฎหมายและการบริหารราชการแผ่นดินที่เป็นอุปสรรคต่อการบริหารประเทศปัญหาที่สำคัญมีอยู่ 8 ประการคือ

1. รัฐธรรมนูญออกมาควบคุมการประกอบกิจการหรือการประกอบอาชีพเอกชน โดยไม่จำเป็นและซ้ำซ้อนมาก การควบคุมบางอย่างยังมีปัญหาเรื่องความซ้ำซ้อนและขัดแย้งกันเอง มีหน่วยงานที่ควบคุมหลายหน่วยงาน ซึ่งบางครั้งมากเกินไป ความขัดแย้งของหน่วยงานเหล่านี้หลายครั้งก่อให้เกิดความเสียหายแก่เอกชน

2. รัฐเข้ามามีบทบาทในฐานะผู้ดำเนินการทางเศรษฐกิจและสังคมมากเกินไป จนเกิดกระแสเรียกร้อง ให้มีการลดบทบาทของรัฐในฐานะผู้ดำเนินการลง โดยเปิดโอกาสให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการแทน โดยให้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐ

3. ระบบราชการมีการรวมศูนย์อำนาจไว้ที่ส่วนกลางมากเกินไปมิได้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเท่าที่ควร ซึ่งเนื่องมาจากปัญหาหลายประการไม่ว่าจะเป็น เพราะ การปกครองส่วนท้องถิ่นมีโครงสร้างที่หลากหลาย ปัญหาการจัดแบ่งภารกิจระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัญหาการเงินการคลัง ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบกับกระแสเรียกร้องให้กระจายอำนาจ

4. โครงสร้างของการบริหารแบบดั้งเดิมไม่สามารถตอบสนองต่อความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมและการแข่งขันทางการค้าระหว่างประเทศได้ โดยโครงสร้างแบบเดิมแบ่งตามความชำนาญเฉพาะด้านในแต่ละหน่วยงานมีการจัดลำดับขั้นตามสายการบังคับบัญชา มีขั้นตอน ยุ่งยากทำให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงาน ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวเป็นอุปสรรคในการบริหารราชการในปัจจุบัน

5. กฎหมายให้อำนาจดุลพินิจแก่เจ้าหน้าที่ของรัฐมากเกินไป โดยปราศจากการควบคุมการใช้ดุลพินิจที่ดี มีขั้นตอนตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับมากเกินไป ซึ่งก่อให้เกิดความล่าช้าและสร้างความไม่แน่นอนให้แก่ภาคเอกชน

6. กฎหมายจำนวนมากล้าสมัยและเป็นอุปสรรคต่อการบริหารประเทศ

7. กระบวนการนิติบัญญัติล่าช้าทำให้ไม่สามารถแก้ไขปรับปรุงกฎหมายที่ล้าสมัยหรือตรากฎหมายขึ้นใหม่ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมได้

8. นักกฎหมายของฝ่ายบริหารส่วนใหญ่ยังมีความสับสนในแนวความคิดทางกฎหมายมหาชนและขาดความเชี่ยวชาญในกฎหมายที่ตนรับผิดชอบ

วิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2540 เป็นจุดหักเหสำคัญของสังคมไทย ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาต่างๆ ที่สะสมกันมานาน ซึ่งประสบกับสถานการณ์ที่มีปัญหามากมายเช่นนี้ ภาครัฐขาดความสามารถในการปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้การปฏิรูประบบราชการมีความสำคัญยิ่ง ประกอบกับรัฐธรรมนูญใหม่ปี พ.ศ.2540 เปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการปกครองมากยิ่งขึ้น รวมทั้งให้มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นให้สามารถตัดสินใจในกิจการของท้องถิ่นได้ ในขณะเดียวกันแผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการ พ.ศ.2540-2544 แม้ว่าได้ผลในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินการในภาพรวมยังคงอยู่ในลักษณะการตั้งรับ ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการปฏิรูประบบราชการเกิดผลในทางปฏิบัติโดยเร็ว จึงมีการจัดทำแผนปฏิรูประบบบริหารภาครัฐขึ้นเป็นรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้(สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ, 2544)

1. เพื่อให้ภาครัฐสามารถนำบริการที่มีคุณภาพสูงไปสู่ประชาชน

2. เพื่อให้ภาครัฐมีระบบการทำงานและเจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงเท่าเทียมกับมาตรฐานสากล

3. เพื่อให้ภาครัฐมีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

4. เพื่อให้ภาครัฐเป็นระบบที่เชื่อถือและตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนอย่างรวดเร็ว มีความยืดหยุ่นและปรับตัวได้ รวมทั้งเสริมสร้างวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล

5. เพื่อให้ภาครัฐ เป็นระบบที่ได้รับความเชื่อถือศรัทธาของประชาชน

ทั้งนี้จุดมุ่งหมายสูงสุดของการปฏิรูปภาครัฐคือ เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเป็นอยู่ที่ดี และมีความสุข สังคมไทยมีเสถียรภาพและชาติไทยมีเกียรติภูมิ ได้รับความเชื่อถือและมีความสามารถสูงสำหรับการแข่งขันในเวทีโลก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และจุดมุ่งหมายดังกล่าว ระบบบริหารภาครัฐจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) เป็นระบบที่สร้างประโยชน์ให้ประชาชนและประเทศชาติ
- 2) เป็นที่เชื่อถือศรัทธาของประชาชน
- 3) เป็นระบบที่มีความรับผิดชอบ และเป็นที่ยิ่งของประชาชน
- 4) เป็นระบบที่เข้มแข็ง ทนทานต่ออุปสรรคกล้าหาญต่อสู้เพื่อคุณธรรม มีเกียรติภูมิ และมีศักดิ์ศรี
- 5) เป็นระบบที่ทันสมัย ทันต่อสถานการณ์
- 6) เป็นระบบที่มีวัฒนธรรมที่มุ่งความเป็นเลิศของงาน

รูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ เน้นการทำงานโดยยึดผลลัพธ์เป็นหลัก มีการวัดผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายอย่างเป็นรูปธรรม มอบหมายอำนาจหน้าที่แก่ผู้ปฏิบัติงานแทนการควบคุมอย่างเคร่งครัด วัดผลงานอย่างเป็นรูปธรรม มีความโปร่งใสในการตัดสินใจ มีวิธีการทำงานที่ รวดเร็วและคล่องตัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสังคม เป็นระบบที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

แผนการปฏิรูประบบราชการมีสาระสำคัญครอบคลุม 5 ด้านคือ

1. การปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจและวิธีการบริหารงานของภาครัฐ โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- 1.1 การทบทวนบทบาทภารกิจของรัฐไม่ให้ซ้ำซ้อนกัน ทำให้ขนาดองค์กรเล็กลงและมีความสมดุลงมากขึ้น

- 1.2 ให้นำหน่วยงานภาครัฐมีแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม และต้องเปิดเผยต่อสาธารณะ
 - 1.3 พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี ให้สามารถสนับสนุนการบริหารจัดการของภาครัฐ แนวใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.4 สร้างมาตรฐานการให้บริการของภาครัฐให้มีประสิทธิภาพและโปร่งใส
 - 1.5 สร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ เพื่อให้ภาครัฐสามารถปรับมาตรฐานให้เป็นที่ตามความต้องการของสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันการณ์
 - 1.6 สร้างระบบการประเมินผลการดำเนินงาน สนับสนุนการบริหารที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ เพื่อสามารถวัดผลงานเทียบกับต้นทุนและผลลัพธ์ขั้นสุดท้าย
 - 1.7 กำหนดบทบาทที่ชัดเจนของข้าราชการการเมืองและข้าราชการประจำ เพื่อความชัดเจนในบทบาทหน้าที่
2. การปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ การเงิน การพัสดุ
- 2.1 พัฒนาระบบงบประมาณที่มุ่งเน้นผลงาน
 - 2.2 พัฒนาระบบประเมินผลระดับแผนงานขึ้นไป และการรายงานผลทั้งการเงินและผลงาน
 - 2.3 พัฒนาระบบการกระจายอำนาจด้านงบประมาณ เพื่อความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน
 - 2.4 เพิ่มขอบเขตความครอบคลุมของงบประมาณ โดยเน้นประสิทธิภาพและประสิทธิผลในด้านรายรับและรายจ่ายในเชิงมหภาค
 - 2.5 พัฒนาระบบบัญชีภาครัฐที่เทียบเท่ามาตรฐานสากล เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวิเคราะห์แผนการเงินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงิน
 - 2.6 พัฒนาระบบการจัดทำงบประมาณรายจ่ายล่วงหน้า เพื่อให้ทราบถึงภาระทางการเงินในอนาคต และกำหนดผลที่ต้องการได้
 - 2.7 การกระจายอำนาจการจัดทำงบประมาณและการบริหารงบประมาณ ผู้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของท้องถิ่นในการตัดสินใจแก้ปัญหาและพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง
 - 2.8 พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างเสถียรภาพ ความโปร่งใส และความรับผิดชอบทางการเงินและการคลังของประเทศ
 - 2.9 ทบทวน ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการงบประมาณเพื่อความคล่องตัว รวดเร็ว และสนับสนุนจุดเน้นด้านผลผลิต ผลลัพธ์ และความรับผิดชอบต่อ
 - 2.10 ทบทวนการบริหารงานพัสดุภาครัฐ เพื่อสร้างระบบการบริหารงานพัสดุที่มีประสิทธิภาพ

- 2.11 ขยายผลการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณ การเงิน และการพัสดุ
3. การปรับเปลี่ยนระบบบริหารงานบุคคล
- 3.1 พัฒนารูปแบบการจ้างงานในภาครัฐเพื่อมีความยืดหยุ่นในการจ้างงาน
- 3.2 ปฏิรูประบบจำแนกตำแหน่งและค่าตอบแทนเพื่อให้ระบบตำแหน่งเอื้อต่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ และระบบค่าตอบแทนที่เทียบเคียงกับภาคเอกชน
- 3.3 พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินผล เพื่อวัดความแตกต่างระหว่างผู้ที่มีผลงานและผู้ไม่มีผลงาน
- 3.4 สร้างระบบผู้บริหารระดับสูง (SES) เพื่อให้ผู้บริหารทำงานอย่างเต็มความสามารถเตรียมสร้างผู้นำสำหรับอนาคต
- 3.5 ปรับลดกำลังคนภาครัฐ เพื่อลดอัตรากำลังคนในภาครัฐ และหาทางออกสำหรับผู้ที่ไม่ประสงค์จะทำงานต่อในภาครัฐ
- 3.6 ปรับปรุงระบบการแต่งตั้งและพัฒนาเจ้าหน้าที่ของรัฐ ให้เป็นระบบเปิดภายในระบบราชการ เพื่อพัฒนาเจ้าหน้าที่ของรัฐให้เป็นผู้มืออาชีพ
- 3.7 ปรับปรุงระบบวินัย เพื่อให้ระบบสอบสวนทางวินัย อุตธรรม ร้องทุกข์มีความรวดเร็วและเป็นธรรม
- 3.8 ปรับระบบการออกจากระบบราชการ เพื่อให้การออกจากราชการเป็นกระบวนการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
- 3.9 ทบทวนบทบาทอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานกลางบริหารงานบุคคล เพื่อปรับเปลี่ยนการบริหารบุคคลของหน่วยงานกลางให้มีมาตรฐานและเป็นธรรม
4. การปรับเปลี่ยนกฎหมาย
- 4.1 ปรับกฎหมายให้สอดคล้องกับระบบบริหารภาครัฐแนวทางใหม่และเป็นไปตามเจตนารมณ์ของการปฏิรูประบบราชการ
- 4.2 พัฒนาประสิทธิภาพในการจัดทำกฎหมายให้มีความรวดเร็วและถูกต้อง
- 4.3 ดำเนินการปรับปรุงกฎระเบียบที่เป็นอุปสรรคในการให้บริการประชาชนที่มีประสิทธิภาพ
5. การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมและค่านิยม
- 5.1 จัดทำค่านิยมสร้างสรรค์ และจรรยาบรรณเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติหน้าที่
- 5.2 ปรับกระบวนทัศน์เจ้าหน้าที่ของรัฐให้มุ่งเน้นประโยชน์ของประชาชนและสังคม
- 5.3 รมรงค์และส่งเสริมค่านิยมสร้างสรรค์ และจรรยาบรรณของเจ้าหน้าที่ของรัฐ
- 5.4 ปรับปรุงกระบวนการให้รางวัลและลงโทษ ให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว
- 5.5 สร้างฐานข้อมูลเรื่องคอร์รัปชัน เพื่อศึกษาค้นหาวิธีการป้องกันปราบปรามที่ได้ผล

5.6 รมรงค์เพื่อลดการทุจริตประพฤตมิชอบในภาครัฐ โดยให้ภาคเอกชนสื่อมวลชนและประชาชนมีส่วนร่วมในการตรวจตราการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ

5.7 สร้างระบบคุ้มครองผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อภาครัฐ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและ คุ้มครองผู้ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อภาครัฐ

ในภาพรวมแล้วการปฏิรูประบบราชการยังคงเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้น จะเห็นว่าเป็นการปฏิรูปเฉพาะบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น ตามที่รัฐบาลเห็นว่าเป็นปัญหาเร่งด่วน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ความพยายามในการปฏิรูปยังไม่ประสบผลเท่าไรนัก ภาคราชการยังปรับตัวไม่ทันกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปและยังล้าหลังอยู่มากเมื่อเทียบกับเอกชน การมีกฎระเบียบขั้นตอนในการปฏิบัติงานมากก็กลายเป็นการเพิ่มต้นทุนให้ราชการ นอกจากนี้ในเรื่องการกระจายอำนาจการปกครองส่วนท้องถิ่น ยังมีความรู้สึกของการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง รัฐบาลและข้าราชการยังใช้อำนาจควบคุมและสั่งการ ตระเรียบข้อบังคับให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติจนเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา

การปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินในปัจจุบัน มีนโยบายด้านการบริหารที่ชัดเจนหลักมุ่งปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินและพัฒนากฎหมายให้สอดคล้องกับการพัฒนาทางการเมือง การบริหารเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน และวางรากฐานสำหรับการพัฒนาประเทศในอนาคต มีการแต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการขึ้นเมื่อวันที่ 9 มกราคม พ.ศ.2540 โดยที่แผนแม่บทการปฏิรูประบบราชการไทย (พ.ศ.2540-2544) ประกอบด้วยหลักการใหญ่ 2 หลักการคือการปรับบทบาทภารกิจและขนาดของหน่วยงานของรัฐ ซึ่งมีวิธีปฏิบัติ 12 วิธี และการปรับปรุงระบบการทำงานของหน่วยงานรัฐ ซึ่งมีวิธีปฏิบัติ 10 วิธี หลักการต่างๆ โดยสังเขปมีดังนี้

หลักการที่ 1. การปรับบทบาทภารกิจและขนาดของหน่วยงานของรัฐ ประกอบด้วย 12 วิธีการคือ

1) จัดกลุ่มภารกิจของรัฐ

(1) ภารกิจที่รัฐต้องดำเนินการ

(2) ภารกิจที่รัฐต้องกระจายให้หรือร่วมดำเนินการกับองค์กรปกครองท้องถิ่น

(3) ภารกิจที่รัฐมอบให้ หรือดำเนินการกับภาคเอกชน

ทั้งนี้เพื่อปรับบทบาทและหน้าที่กำลังของทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนาประเทศให้สามารถแข่งขันประชาคมโลกได้

- 2) จัดโครงสร้างส่วนราชการ ให้กะทัดรัด มีประสิทธิภาพ ยืดหยุ่น คล่องตัว มีฝ่ายการเชื่อมโยงประสานงานที่ศูนย์สั่งการเดียว สามารถใช้ทรัพยากรให้ประโยชน์สูงสุด
- 3) กระจายอำนาจการปกครองสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อเปิดระบบราชการสู่กระบวนการประชาธิปไตย ให้มีการแบ่งสรรอำนาจอย่างสมานฉันท์และสร้างสรรค์ระหว่างรัฐกับชุมชนท้องถิ่น ชูธุรกิจเอกชน และเพื่อให้องค์กรท้องถิ่นมีสมรรถนะปกครองตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการบริหาร
- 4) ปรับปรุงกลไกและวิธีการในการบริหารงบประมาณแผ่นดินเพื่อให้การวางแผนการจัดสรรและการประเมินผลการใช้งบประมาณ รวมทั้งระบบการใช้ทรัพยากรของรัฐสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายในการพัฒนาประเทศอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด
- 5) ปรับปรุงกลไกและวิธีการเกี่ยวกับการบริหารพัสดุ เพื่อให้มีความโปร่งใส และมีประสิทธิภาพ
- 6) การแปรสภาพกิจกรรมรัฐเป็นกิจกรรมเอกชนเพื่อให้รัฐทำหน้าที่หลักมากขึ้น ให้เอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ลดการผูกขาดโดยรัฐและสร้างการแข่งขันอันเป็นการยกระดับมาตรฐานการทำงานของรัฐบาลลดภาระงบประมาณด้านเงินเดือนและสวัสดิการ ขณะเดียวกันก็มีกำลังทรัพยากรมนุษย์จากภาคเอกชน เข้ามาร่วมทำกิจกรรมรัฐ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีขึ้นโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง
- 7) ปรับปรุงโครงสร้างและระบบงานของรัฐวิสาหกิจเพื่อให้มีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส
- 8) มอบอำนาจการบริหารราชการจากกระทรวง กรม ไปสู่กอง จังหวัดและประชาชน เพื่อให้การปฏิบัติงานรวดเร็วมีประสิทธิภาพ และสนองตอบความต้องการของประชาชนอย่างทั่วถึง
- 9-12) ปรับบทบาท ภารกิจและขนาดหน่วยงานของรัฐมุ่งลดขนาดของส่วนราชการ ให้มีบุคลากรน้อยลง มีขั้นตอนการทำงานสั้นกระชับ กระจายงานให้ท้องถิ่น หรือภาคเอกชน มีการพัฒนาเทคโนโลยี และระบบสารสนเทศโดยมุ่งจัดระบบข้อมูลของราชการให้เชื่อมโยงกันเป็นระบบ single data entry ระบบข้อมูลที่ไม่ใช่ความลับราชการให้เชื่อมโยงกับระบบของภาคเอกชนด้วย

หลักการที่ 2. การปรับปรุงระบบการทำงานของภาครัฐ ประกอบด้วย 8 วิธีการ

- 1) ให้นำหน่วยงานรัฐรายงานแผนงานให้ประชาชนและสาธารณชนได้ทราบ เพื่อให้หน่วยงานรับผิดชอบต่อประชาชน และเพื่อให้ประชาชนรับรู้และติดตามตรวจสอบการทำงานของรัฐบาลได้
- 2) ให้นำหน่วยงานภาครัฐมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการในระบบเปิด เพื่อให้การประเมินผลการทำงานของรัฐบาลเป็นไปตามจริงไม่บิดเบือน และเพื่อปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมทางการบริหารให้ข้าราชการต้องรับผิดชอบต่อประชาชน

- 3) ให้นำหน่วยงานของรัฐจัดให้มีประชาพิจารณ์ในนโยบายกิจการหรือโครงการ ที่มีความสำคัญที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่าย เพื่อให้การกำหนดนโยบาย โครงการสำคัญๆ ได้รับการยอมรับจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะได้ไม่มีอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายได้
- 4) กำหนดให้มีทศวรรษการส่งเสริมและการบริการประชาชน เพื่อแสดงถึงความห่วงใยของรัฐบาล ในการให้บริการแก่ประชาชน อันจะเป็นการระดมพลังประชาชนให้ช่วยกิจกรรมของรัฐ ทั้งยังเป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ส่วนราชการ ให้ความสำคัญต่อการให้บริการด้วยความเป็นธรรม เสมอภาคมีประสิทธิภาพ สนองตอบต่อความต้องการของประชาชนผู้รับบริการ ผู้บริโภคและผู้ประกอบการภาคเอกชน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน
- 5) จัดตั้งคณะกรรมการส่งเสริมการบริการประชาชนของรัฐประจำจังหวัด เพื่อให้กลุ่มที่หลากหลายได้มีส่วนร่วมปรับปรุงการให้บริการของภาครัฐ และบูรณาการภาครัฐทั้งในระดับภูมิภาค และระดับชาติ
- 6) จัดทำคู่มือและการประชาสัมพันธ์การบริหารของรัฐในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประชาชนเข้าใจระบบการให้บริการของรัฐ จะได้เกิดความร่วมมือระหว่างข้าราชการและประชาชน โดยยึดผลประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่
- 7) ส่งเสริมให้มีอาสาสมัครประชาชน เพื่อผลักดันประชาชนทั่วประเทศให้เข้าร่วมรับผิดชอบและร่วมเป็นเจ้าของกิจกรรมของรัฐ
- 8) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการให้รางวัลข้าราชการดีเด่นของประชาชน เพื่อสร้างวัฒนธรรมใหม่ในการทำงาน ให้ข้าราชการทำงานเพื่อประโยชน์ของประชาชน ส่งเสริมคนดีให้อยู่ในภาคราชการได้อย่างมีเกียรติและได้รับการยกย่องจากสังคม

การดำเนินงานตามกรอบของแผนแม่บทได้บรรลุผลอย่างเป็นรูปธรรมดังต่อไปนี้

1. การจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชนอิสระ ซึ่งมีฐานะเป็นหน่วยงานของรัฐ รูปแบบที่ 3 ที่ไม่ใช่ส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และมีใช้รัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ สำหรับองค์การมหาชนอิสระนั้นจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินภารกิจของรัฐด้านการศึกษาวิจัยพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี การกีฬา และศิลปวัฒนธรรม การสังคมสงเคราะห์ หรือกิจการอันเป็นสาธารณประโยชน์อื่นใด ตลอดจนการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรธรรมชาติหรือโครงการเฉพาะกิจต่างๆ ของรัฐบาล โดยอาจจัดตั้งขึ้นเป็นการถาวรหรือชั่วคราวก็ได้ องค์การมหาชนอิสระแต่ละแห่งจะมีคณะกรรมการบริหารกิจการของตนเอง

ส่วนบุคคลากรผู้ปฏิบัติงานอาจขอขี้มตัว ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมาช่วยชั่วคราวหรือโอน มาเลยก็ได้

2. การจัดตั้งหน่วยงานถาวรในการปฏิรูประบบราชการ เพื่อให้มีความต่อเนื่องและมี ประสิทธิภาพ โดยให้มีคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน กรรมการ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่พิจารณาจัดทำแผนแม่บท กำกับดูแลให้มีการดำเนินการ ตามแผน เสนอแนะคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการปรับบทบาทภารกิจของรัฐ

3. การพัฒนาและนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ปรับปรุงการทำงานในหน่วยงานของ รัฐ ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับสภาพปัญหาของการพัฒนาเทคโนโลยีและสารสนเทศ ตลอดจนแนว ทางในการพัฒนาระบบ

4. การจัดทำร่างกฎหมายว่าด้วยระเบียบข้าราชการท้องถิ่น โดยในระดับชาติให้มี “คณะกรรมการข้าราชการส่วนท้องถิ่น” ส่วนระดับจังหวัดให้มี “คณะอนุกรรมการสามัญประจำ จังหวัด”

หลังจากมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปฏิรูปโครงสร้างระบบราชการทั้ง 2 ฉบับ ทำ ให้บางหน่วยงานต้องมีการยุบ ยกเลิกหรือโยกย้าย สำหรับหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้ รับผิดชอบมากนัก มีเพียงการ โอนย้ายหน่วยงานบางส่วนเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุข ประกอบ ด้วยส่วนราชการต่างๆ ได้แก่ สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวง และหน่วยงานระดับ เทียบเท่ากรมอีก 3 หน่วยงาน ซึ่งนอกจากกลุ่มอำนวยการแล้วได้มีการแบ่งกลุ่มภารกิจเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข และกลุ่มภารกิจด้าน สนับสนุนงานบริการสุขภาพ จุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่กระทบต่อระบบบริการสุขภาพ คือ ใน ราชการส่วนกลาง หน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงเดิม มีกองโรงพยาบาลภูมิภาคดูแล โรงพยาบาลศูนย์ / ทั่วไป และกองสาธารณสุขภูมิภาคสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน และสถานอนามัย แต่ภายใต้โครงสร้างใหม่ได้มีการ ย้ายทั้งสองกองไปรวมกันเป็น สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สังกัดกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ จุดที่หักเหคือ เมื่อหน่วยงานสนับสนุนย้ายไปสังกัดกรมใหม่แต่หน่วยบริการในส่วนภูมิภาคยังคงสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงฯ ประเด็นนี้คงไม่สามารถเอื้อให้การประสานงานทำได้ อย่างรวดเร็วขึ้นตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการได้ (วารสารหมออนามัย พศชกิจายน – ธันวาคม 2545)

การเปลี่ยนแปลงจากการปฏิรูประบบราชการที่เกิดขึ้นในการบริการด้านทันตสาธารณสุข นั้น หน่วยงานกลางที่เคยให้การสนับสนุนการดำเนินงานทันตสาธารณสุข และการจัดบริการ ทันตกรรมถูกกำหนดบทบาทหน้าที่เฉพาะด้านวิชาการเท่านั้น สำหรับหน่วยงานในส่วนภูมิภาคนั้น

ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประกอบด้วย 5 กลุ่มงานด้วยกันคือ ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานพัฒนาวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โดยในโครงสร้างใหม่นี้ไม่ได้มีงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มงานทั้ง 5 ซึ่งทำให้งานทันตสาธารณสุขขาดหน่วยงานระดับจังหวัดที่เคยทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข จากมาตรการลดกำลังคนภาครัฐตามนโยบายการปฏิรูประบบราชการ ทำให้ “ทันตภิบาล” และผู้ที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร 2 ปีของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 ต้องมีสถานภาพเป็น “ลูกจ้างชั่วคราว” เนื่องจากไม่มีการทำสัญญาขาดเงินทุนในทุกหลักสูตรการผลิตของกระทรวงสาธารณสุข (วารสารณ์ จิระพงษาและคณะ, 2547)

เมื่อมีการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขเริ่มนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพสำหรับประชาชน โดยได้มีการจัดสรรงบประมาณให้แก่งานหน่วยปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วยสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งกำหนดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit) เพื่อให้บริการสุขภาพแบบผสมผสาน ต่อเนื่องและเชิงรุกโดยบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนเป็นผู้กำกับดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม รวมถึงกำหนดและตรวจสอบมาตรฐาน ตลอดจนควบคุมคุณภาพบริการไม่ใช่ผู้จัดบริการอย่างที่ผ่านมา

มีการปรับเปลี่ยน โครงสร้างตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.2545

- โดยได้ยุบกองโรงพยาบาลภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาค ซึ่งทำหน้าที่อำนวยการและสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการจัดบริการสาธารณสุขให้กับสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค แล้วได้มีการจัดตั้งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- เพิ่มกลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ ในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โดยกำหนดให้มีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มภารกิจนี้ แยกต่างหากจากกลุ่มงานทันตกรรมซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ
- เมื่อหลังปี 2540 ประเทศไทยมีการปฏิรูประบบราชการ มีการกำหนดมาตรการหลายประการเพื่อลดกำลังภาครัฐ โดยในช่วงปลาย 2545 ได้มีการปรับโครงสร้างและภารกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สืบเนื่องและเกิดขึ้นพร้อมๆกับการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยได้กำหนดให้ (หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 0203/90 / ว227 ลงวันที่ 3 กันยายน 2545) กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดสรรบุคลากรลงตามโครงสร้างภารกิจใหม่ 5 กลุ่ม โดยงานทันตสาธารณสุข มิได้มีการกำหนดไว้ในกลุ่มภารกิจใดทั้งสิ้น ในส่วนของทันตบุคลากรนั้นให้อยู่ในส่วนของกลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ โดยยังไม่มีกำหนดภารกิจด้าน

ทันตสาธารณสุขที่ชัดเจน และยังไม่มีการจัดองค์กรหรือกลุ่มงานใด ๆ เพื่อรองรับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัด

2.5 การปฏิรูปการปกครองส่วนท้องถิ่น

การปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) ถือเป็นรูปแบบการปกครองที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในสภาพสังคมในปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะพื้นที่ต่างๆ ในประเทศจะมีความแตกต่างหลากหลายกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นสภาพเศรษฐกิจ สภาพทางสังคม หรือแม้แต่สภาพทางการเมือง ซึ่งจากความแตกต่างและหลากหลายนั้น ทำให้รัฐบาลส่วนกลางย่อมไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ถูกต้องและเหมาะสมในทุกกรณี ดังนั้นการจัดการปกครองโดยจัดให้มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นรูปแบบการปกครองที่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เลือกตัวแทนของท้องถิ่นมาเป็นผู้กำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนา ซึ่งลักษณะการปกครองเช่นนี้น่าจะสอดคล้องต่อความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้นๆ มากกว่าหลักการสำคัญที่นำมาใช้ในการจัดการปกครองท้องถิ่นก็คือ “หลักการกระจายอำนาจ (Decentralization)” นั่นเอง

ความหมายของการกระจายอำนาจ (Decentralization) ได้ถูกใช้ในสองทางด้วยกัน คือ การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) และการโอนอำนาจ (Devolution)

การแบ่งอำนาจ (Deconcentration) หมายถึง การที่ท้องถิ่นมิได้มีอำนาจในการตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายได้โดยอิสระ แต่เท่ากับการตัดสินใจหรือนโยบายที่เกิดขึ้นนั้น จะกระทำโดยหน่วยงานหรือตัวแทนของรัฐบาลกลางที่ลงไปทำงานในท้องถิ่น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการตัดสินใจที่ดำเนินการไปภายใต้กรอบนโยบาย หรือความต้องการของรัฐบาลในส่วนกลางนั่นเอง (บางครั้งการกระจายอำนาจในลักษณะนี้เรียกว่า **Administrative or Bureaucratic Decentralization**)

การโอนอำนาจ (Devolution) หมายถึง การที่ท้องถิ่นได้รับโอนอำนาจการตัดสินใจอย่างแท้จริงโดยหน่วยการปกครองท้องถิ่น หรือตัวแทนของท้องถิ่นที่ประชาชนเลือกนั้นจะทำหน้าที่เป็นผู้ตัดสินใจหรือกำหนดนโยบายได้ด้วยของตนเอง โดยที่ส่วนกลางไม่เข้ามามีบทบาทหรืออาจจะมึบทบาทที่จำกัดอย่างมากเฉพาะอยู่ในบางเรื่องที่มีความสำคัญต่อความมั่นคงของประเทศเท่านั้น (บางครั้งการกระจายอำนาจในลักษณะนี้เรียกว่า **Political or Democratic Decentralization**)

การกระจายอำนาจ หมายถึง การถ่ายโอนอำนาจการตัดสินใจและภารกิจจากภาครัฐส่วนกลางให้แก่องค์กรหรืออื่นใด ไม่ว่าจะเป็นองค์กรภาครัฐ ส่วนภูมิภาค องค์กรอิสระ องค์กรท้องถิ่น หรือแม้แต่เอกชน ไปดำเนินการแทน ซึ่งอาจเป็นการถ่ายโอนชนิดของภารกิจ หรือถ่ายโอน

ความรับผิดชอบ ในพื้นที่หนึ่งพื้นที่ใดก็ได้ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จึงเป็นการจัดความสัมพันธ์ทางอำนาจหน้าที่ระหว่างส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์บ้านเมืองที่เปลี่ยนแปลงไปในสภาวะที่สังคมมีความหลากหลาย มีความต้องการและความคาดหวังจากรัฐที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่รัฐมีขีดความสามารถและทรัพยากรที่จำกัด ในการตอบสนองปัญหาความต้องการที่เกิดขึ้นในแต่ละท้องถิ่นได้ทันต่อเหตุการณ์ และตรงกับความต้องการของท้องถิ่น

จะเห็นว่าการกระจายอำนาจในความหมายของการโอนอำนาจ (Devolution) จะสะท้อนถึงการกระจายอำนาจในระดับที่สูงกว่าในความหมายของการแบ่งอำนาจ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการกระจายอำนาจ (Decentralization) นั้นเป็นความหมายกลางๆที่ครอบคลุมทั้งการแบ่งอำนาจและโอนอำนาจ ซึ่งการจะมองว่าเป็นการกระจายอำนาจแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับการศึกษาในรายละเอียดตามมิติและขอบเขตนั้น อย่างไรก็ตามในปัจจุบันนี้การกระจายอำนาจจะเป็นไปในลักษณะของการแบ่งอำนาจ (Deconcentration) มากกว่า

แนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจในการบริหารและการพัฒนาไปสู่ระดับล่าง โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่นนั้นได้เริ่มมาตั้งแต่ช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2525-2529) แต่เพิ่งมีการดำเนินงานอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในช่วงปลายแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) การเสริมสร้างศักยภาพและการกระจายการบริหาร การตัดสินใจและการดำเนินงานลงสู่ระดับชุมชนมีความสำคัญในการสร้างสมดุลในการพัฒนา ที่สามารถรองรับผู้คนหมู่มากในสังคมได้ การที่ภาคราชการสามารถกระจายการบริหารจัดการลงสู่ระดับล่าง จะนำไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำด้านการพัฒนาที่เป็นช่องว่างระหว่างเมืองและชนบทลงได้ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งในการบริหารจัดการบ้านเมืองของรัฐในระบบประชาธิปไตย โดยมุ่งลดบทบาทของรัฐในส่วนกลาง ให้เหลือแต่ภารกิจหลักที่ต้องทำเท่าที่จำเป็น และเพิ่มบทบาท ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้าดำเนินการแทนในภาระงานที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของประชาชน ส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงการดูแลสุขภาพวัยเยาว์ การพัฒนาท้องถิ่นและการจัดบริการสาธารณะ ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งส่งเสริมประชาชนให้มีส่วนร่วม ในการจัดการบริการสาธารณะ การพัฒนาและจัดการแก้ไขปัญหาของท้องถิ่น ตามเจตนารมณ์ของประชาชนมากขึ้น

กระแสที่ช่วยเร่งผลักดันให้มีการเร่งออกพระราชบัญญัติ ที่กระจายอำนาจลงสู่ระดับชุมชนนี้มาจากปัญหาที่สะสมกันมานานในเรื่อง การจัดการพัฒนาชนบทในระดับชุมชน และมาเห็นชัดเจนในระยะที่มีการดำเนินงานด้านการพัฒนาชนบทภายใต้ระบบ กชช. ซึ่งภาคราชการได้พยายามที่จะสร้างกลไกในการประสานงานและพัฒนาปรับปรุงศักยภาพของภาคราชการมาโดยตลอด แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร (ศูนย์ฝึกอบรมและการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง, 2543) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจ

การปกครองส่วนท้องถิ่น สรุปลงสาระสำคัญได้ว่า รัฐต้องให้ความเป็นอิสระแก่ท้องถิ่นตามหลักแห่งการปกครองตนเองตามเจตนารมณ์ของประชาชนในท้องถิ่น พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 มาตรา 35 กำหนดให้คณะกรรมการจัดทำแผนตามมาตรา 30 และแผนปฏิบัติการตามมาตรา 32 ให้แล้วเสร็จภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่กรรมการเริ่มปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 ตามมาตรา 30 ของพระราชบัญญัติดังกล่าวนี้ คณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบและนำเสนอรัฐสภาทราบ พร้อมทั้งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 118 ตอนพิเศษ 4 ง วันที่ 18 มกราคม 2544

แผนการกระจายอำนาจแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ได้กำหนดขอบเขตความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะของรัฐและขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้วยกันเองให้ชัดเจน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดหรือแห่งใดที่มีความพร้อมในการรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่ในภารกิจให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 4 ปี สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทใดหรือแห่งใดที่ไม่สามารถที่จะรับการถ่ายโอนอำนาจหน้าที่และภารกิจภายใน 4 ปี ให้ดำเนินการถ่ายโอนภายใน 10 ปี รวมทั้งกำหนดการจัดสรรภาษีและอากร เงินอุดหนุนและรายได้อื่นให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินการตามอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทอย่างเหมาะสม โดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้รัฐบาลภายในปี พ.ศ. 2544 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้ของรัฐบาลภายในไม่เกิน พ.ศ.2549 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35 โดยการเพิ่มสัดส่วนอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับภารกิจที่ถ่ายโอน

กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

โดยยึดหลักและสาระสำคัญ 3 ด้านคือ

- 1) ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นย่อมมีอิสระในการกำหนดนโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การบริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง โดยยังคงรักษาความเป็นรัฐเดี่ยว และความมีเอกภาพของประเทศ การมีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และความมั่นคงของ

ชาติเอาไว้ได้ ตลอดจนมีการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่น ภายใต้ระบบประชาธิปไตย

2) ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเอง และตัดสินใจในกิจการของตนเองมากขึ้น โดยปรับบทบาทและภารกิจของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคและเพิ่มบทบาทให้ส่วนท้องถิ่นเข้าดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค และภารกิจที่เกินกว่าขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ โดยกำกับดูแลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านนโยบาย และด้านกฎหมายเท่าที่จำเป็น ให้การสนับสนุน ส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ และตรวจสอบติดตามประเมินผล

3) ด้านประสิทธิภาพการบริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐต้องกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการสาธารณะที่ดีขึ้นหรือไม่ต่ำกว่าเดิมมีคุณภาพมาตรฐานการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการให้มากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร่วมดำเนินงานและติดตามตรวจสอบ

วัตถุประสงค์ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แผนการกระจายอำนาจฯ มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1) เพื่อให้มีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542

2) กำหนดกรอบทิศทางและแนวทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ชัดเจน โดยมีกระบวนการที่ยืดหยุ่น สามารถปรับวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และมีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น

3) กำหนดแนวทางการดำเนินงานของแผนปฏิบัติการ ซึ่งจะกำหนดหลักการทั่วไปในการพิจารณาถ่ายโอนภารกิจ รูปแบบการถ่ายโอน ภารกิจที่ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคจะถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระยะเวลาการถ่ายโอน แนวทางการจัดแบ่งอำนาจและหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะระหว่างรัฐกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบ แนวทางการจัดสรรทรัพยากรด้านการเงิน

การคลัง และบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับอำนาจหน้าที่และภารกิจ
ปรับบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค
และราชการบริหารส่วนท้องถิ่น รวมทั้งแก้ไขกฎหมายและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) รัฐจะกระจายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบ อำนาจการตัดสินใจ อำนาจการบริหาร
จัดการทรัพยากรการเงินการคลัง และบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเภทต่างๆ
สร้างความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งเสริมให้ประชาชนและภาคประชาสังคมมี
ส่วนร่วมในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2) รัฐจะดำเนินการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วน
ภูมิภาค ปรับโครงสร้างภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับปรุงกฎหมายและระเบียบที่
เกี่ยวข้อง พัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อสนับสนุนการกระจายอำนาจ รวมทั้งสร้างระบบติดตาม
ตรวจสอบ กำกับดูแลและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

การสร้างระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หลักการทั่วไป

1) ในการถ่ายโอนการจัดบริการสาธารณะจากราชการบริหารส่วนกลางไปให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานของการจัดบริการสาธารณะขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นไปพร้อมกันด้วย ซึ่งจะสอดคล้องกับแนวคิดของการกระจายอำนาจให้แก่ องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น และหลักการส่งเสริมการบริหารจัดการที่ดี

2) หน่วยราชการส่วนกลางยังคงต้องกำหนดมาตรฐานทั่วไป ของการจัดบริการ
สาธารณะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติหรือเป็นคู่มือปฏิบัติงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ
กำกับดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบ รวมทั้งมาตรฐานต่างๆ
ที่รัฐเห็นว่าจำเป็นต้องควบคุมดูแลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปฏิบัติตาม

3) สร้างแรงจูงใจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ
สาธารณะโดยมีการแข่งขันระหว่างท้องถิ่น โดยรัฐหรือองค์กรปกครองกลางเข้ามาทำการประเมิน
ร่วมกับประชาชนและภาคประชาสังคม

แนวทางในการถ่ายโอนบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

1) การถ่ายโอนบุคลากรจากราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาคให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องสอดคล้องภาระหน้าที่และความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรอันจะเกิดขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งคำนึงถึงประโยชน์ของท้องถิ่นและประเทศชาติโดยรวม

2) กระบวนการถ่ายโอนต้องมีความราบรื่น คล่องตัว สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างระบบการถ่ายโอนและระบบการบริหารงานบุคคลท้องถิ่นที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น จูงใจให้คนทำงานในท้องถิ่นและมีหลักประกันความก้าวหน้าแก่ข้าราชการที่ถ่ายโอน ข้าราชการที่ถ่ายโอนไปท้องถิ่นต้องได้รับสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าในการทำงานไม่ต่ำกว่าเดิมหรือดีกว่าเดิม โดยคำนึงถึงความหลากหลายของสายอาชีพด้วย นอกจากนี้รัฐต้องให้การสนับสนุนงบประมาณด้านบุคลากรเท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะในระยะแรกที่มีการถ่ายโอน

3) การบริหารงานบุคคลท้องถิ่น จะต้องยึดหลักการตามระบบคุณธรรม และมีกลไกดูแลความเป็นธรรม เพื่อให้การบริหารงานบุคคลสร้างหลักประกันความก้าวหน้าและความเป็นธรรมแก่พนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นต้องมีความทันสมัย เอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นที่พึงพอใจของประชาชน

4) การบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ต้องมีมาตรฐานในหลักการและหลักเกณฑ์วิธีการที่สำคัญใกล้เคียงกับมาตรฐานการบริหารงานบุคคลของเจ้าหน้าที่ของรัฐอื่นๆ เพื่อให้การบริหารงานบุคคลของรัฐโดยภาพรวมเกิดเอกภาพ และมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามมาตรา 30 แห่งพระราชบัญญัติและขั้นตอนการกระจายอำนาจบรรลุเจตนารมณ์ที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายไม่เป็นแผนเสร็จ มีกระบวนการยืดหยุ่น สามารถปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น แบ่งเป็น 3 ช่วงดังนี้

ในช่วง 4 ปีแรก (พ.ศ.2544-2547) เป็นช่วงของการปรับปรุงระบบการบริหารงานภายในขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การพัฒนาบุคลากร การสร้างความพร้อมในการรองรับการถ่ายโอนภารกิจ บุคลากร งบประมาณ และทรัพย์สิน รวมทั้งการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ช่วงที่สอง (พ.ศ.2548-2553) เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านมีการปรับบทบาทของราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนที่จะเรียนรู้ร่วมกันในการถ่ายโอนภารกิจมีการปรับกลไกความสัมพันธ์กันอย่างกลมกลืน รวมทั้งมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารงานมากขึ้น และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการดำเนินงานกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความโปร่งใส

ช่วงที่สาม (พ.ศ.2554 เป็นต้นไป)ประชาชนในท้องถิ่นจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีบทบาทในการกำกับดูแลและตรวจสอบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น

เหตุผลของการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข ประเด็นปัญหาของประเทศกำลังพัฒนาส่วนหนึ่งคือ ความพยายามที่จะเพิ่มการกระจายอำนาจทางด้านสาธารณสุข ด้วยเชื่อว่าจะทำให้เกิดระบบสาธารณสุขที่ดีกว่า การกระจายอำนาจ เป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถแก้ปัญหาข้อจำกัดของรัฐบาลกลาง ในมีจุดอ่อนในแก้ปัญหาระดับท้องถิ่นเนื่องจากไม่ได้ใกล้ชิดและเข้าใจปัญหาเท่าที่ควรและการกระจายอำนาจสามารถลดขั้นตอนและวิธีการที่ยุงยาก จากการรวมอำนาจไว้ที่ส่วนกลาง(สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2541) แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2543 ได้มีการกำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้าน “การสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ในระยะที่ 2 ของแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ.2543-2553) เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีความพร้อมเพียงพอที่จะรับการถ่ายโอนภายใน 4 ปีสาธารณสุขเป็นหัวข้อหนึ่งที่มีการกำหนดไว้ใน กฎหมายกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรา 16 ให้เทศบาลเมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเองคือการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว และการรักษาพยาบาล และมาตรา 17 ภายใต้อำนาจมาตรา 16 ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีอำนาจและหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง คือ การจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ

แนวทางการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีประเด็นการถ่ายโอนงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

1) การถ่ายโอนงานสาธารณสุข จะถ่ายโอนไปยังคณะอนุกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) โดยกรอบหลักให้เป็นการถ่ายโอนไปให้เขตพื้นที่จังหวัด แต่อย่างไรก็ตามสามารถจัดให้มี

เขตพื้นที่ที่มีขนาดย่อมลงมากกว่าจังหวัดได้หากมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับแผนการกระจายอำนาจ แต่โครงสร้างคงต้องเป็นองค์ประกอบระหว่างผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้บริหารวิชาชีพ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้แทนภาคประชาสังคม ที่จะเข้ามาร่วมในการจัดการ

2) อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ คืออำนาจหน้าที่ในการจัดสรรทรัพยากรทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร การบริหารงาน รวมทั้งการกำหนดมาตรฐาน การตรวจสอบในระดับจังหวัดนั้นๆ ด้วยตามที่กำหนดไว้ในแผนการกระจายอำนาจ

3) รูปแบบโครงสร้างสถานบริการจะถ่ายโอนเป็นพวง (เครือข่าย 3 ระดับ) ส่วนใดที่สามารถถ่ายโอนให้ท้องถิ่นปฏิบัติเองได้ก็ถ่ายโอนไป โดยอยู่ภายใต้การกำกับของ กสพ. เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ หรืองานป้องกันบางเรื่องให้โอนให้ อบต.หรือเทศบาล ส่วนด้านการรักษาพยาบาลที่ต้องการระบบส่งต่อให้ดำเนินการอยู่ในพวงเดียวกันและให้มีการบริหารงานภายใต้คณะกรรมการ

4) การพัฒนาไปสู่การดำเนินงานด้านสาธารณสุขด้วยตนเองของท้องถิ่น (Local Autonomous Body) คงเป็นเรื่องในระยะยาวที่หากทางกระทรวงสาธารณสุข เห็นว่าน่าจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ก็สามารถให้ข้อเสนอมาได้เพื่อพิจารณาในข้อกฎหมายต่อไป

5) ประเด็นในเรื่องสถานภาพคณะกรรมการสุขภาพ ควรจะเป็นนิติบุคคลหรือไม่นั้น ต้องหารือกับฝ่ายกฎหมายก่อนว่าโดยอำนาจหน้าที่แบบนี้ องค์กรควรจะเป็นอย่างไร

การถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรอบที่ตกลงระหว่างคณะกรรมการกระจายอำนาจกับกระทรวงสาธารณสุข “ด้านงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต” ในหัวข้อขอบเขตการถ่ายโอน (ไม่ได้ระบุการถ่ายโอนภารกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ในขณะที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เสนอภารกิจที่คาดว่าจะถ่ายโอนได้ 8 ภารกิจ) ดังนี้

1) กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการกำกับดูแล และบริหารจัดการระบบสุขภาพในภาพรวม เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมในแง่สถานะสุขภาพระหว่างประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพของท้องถิ่น กำหนดมาตรฐานกลาง มาตรฐานบริการ ควบคุมคุณภาพและตรวจสอบ

2) ถ่ายโอนสถานบริการสาธารณสุขด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ไม่ดำเนินการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจังหวัด

3) ถ่ายโอนงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพและควบคุมโรคติดต่อ ให้เทศบาลเมือง พัทยา อบต. อบจ. และ กทม.

การกระจายอำนาจในการบริหารภาครัฐ และกระแสการเปลี่ยนแปลงในระบบ สาธารณสุข มีความสัมพันธ์ระหว่างกันดังต่อไปนี้

1. รากฐานระบบราชการ : รวมศูนย์สร้างพลังพัฒนาประเทศ
การรวมศูนย์การบริหารของภาครัฐสืบเนื่องมาตั้งแต่การปกครองระบอบสมบูรณาญา
สิทธิราช เพื่อที่จะสร้างความเป็นเอกภาพของชาติ มีการบริหารโดยใช้ระบบราชการขนาดใหญ่
ประกอบด้วยการรวมศูนย์ของกระทรวง ทบวง กรม ต่างๆ ในช่วง 4 ทศวรรษแรกของประชาธิปไตย
ของไทย เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้ยิ่งเพิ่มอำนาจของการรวมศูนย์มากขึ้น กระทรวง
มหาดไทยมีอำนาจสูงสุดเหนือท้องถิ่นทั้งปวง รวมทั้งหน่วยงานตัวแทนจากกระทรวงอื่นๆ ด้วย
2. กระจายอำนาจผ่านระบบแผนพัฒนา แต่มีเพียงส่วนเล็กน้อยของแผนและงบประมาณ
ทั้งหมด บุคคลที่มีบทบาทสำคัญยังคงมาจากหน่วยงานที่ส่วนกลางแต่งตั้งขึ้น เช่น ผู้ว่า
ราชการจังหวัด ซึ่งเป็นตัวแทนของกระทรวงมหาดไทย ส่วนหน่วยงานบริหารราชการส่วนท้องถิ่น
กลับได้รับบทบาทที่ไม่สำคัญ ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 เป็นต้นมา แม้จะเป็นการวาง
แผนแบบรวมศูนย์จากส่วนกลางแต่ได้มีความพยายามในการบูรณาการแผนงานด้านสาธารณสุข
หน่วยงานในระดับภูมิภาคมีการประสานงานกันมากขึ้น ภายใต้แนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ให้
องค์กร ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและดำเนินงาน ทำให้การแก้ไขปัญหาสาธารณสุข
ประสบผลที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง
3. การปรับโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข เพิ่มศักยภาพและเอกภาพการบริหารงาน
สาธารณสุขระดับจังหวัด คือให้สถานบริการสาธารณสุขในระดับภูมิภาคทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแล
โดยตรงของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทำให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานได้ดีขึ้น
4. การขยายตัวของโครงสร้างระบบบริการสู่ชนบท ทำให้เห็นความจำเป็นมากขึ้น ที่
จะต้องกระจายอำนาจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการเนื่องจากยังมีปัญหาการกระจาย
ทรัพยากรที่ยังไม่ทั่วถึงและเท่าเทียมกัน ประกอบกับอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายของรัฐบาลท้องถิ่น
คือเน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งท้องถิ่นมีศักยภาพใน
การดำเนินงานมากกว่าส่วนกลาง
5. กระจายบทบาทในหมู่บ้านสาธารณสุข เพิ่มผลการให้บริการประชาชน แต่ยัง
รวมศูนย์อำนาจการวางแผนและการบริหารงานบุคคล มีการปรับขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ
โดยมุ่งให้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์มีความสามารถในการให้บริการได้มากขึ้น ทำให้การกระจาย
บริการทางการแพทย์กระจายอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. ปรับเพิ่มบทบาทของหน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในภาครัฐและเอกชนผ่านระบบการประสานแผนและงบประมาณ ซึ่งในปัจจุบันนี้หน่วยงานอื่นๆ ที่นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขได้รับงบประมาณมากขึ้น เป็นการแก้ปัญหาาร่วมกันทำให้เกิดการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. อนาคตของการพัฒนาระบบสาธารณสุขภายใต้บริบทของความต้องการและความจำเป็นในการกระจายอำนาจ มีมาตรการที่ได้พิจารณาดำเนินการ เช่น งบประมาณ บุคลากร โครงสร้างรองรับนโยบายการกระจายอำนาจบทบาทส่วนใดควรอยู่ในความรับผิดชอบของระดับใด

การกระจายอำนาจกับการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข

การเปลี่ยนแปลงของปริมาณ คุณภาพและการกระจายของกำลังคนด้านสาธารณสุข ได้ถูกใช้เป็นตัวชี้วัดการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ ส่วนหนึ่งเนื่องจากความเชื่อว่าสุขภาพอนามัยที่ดีเป็นผลมาจากการพัฒนาของระบบบริการสาธารณสุข แม้ว่าแนวคิดเรื่องสุขภาพอนามัยจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม โดยยอมรับกันว่าระบบบริการสาธารณสุขเป็นเพียง สิ่งหนึ่งที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น แต่ก็ยังถือว่ากำลังคนด้านสาธารณสุขยังเป็นประเด็นที่สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ จากที่ผ่านมาอันระบบการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขอาจกล่าวได้ว่า ยังมีลักษณะของการรวมศูนย์การตัดสินใจและดำเนินการอยู่ไม่น้อย แต่ก็มีนโยบายและมาตรการทั้งโดยชัดเจนและไม่ชัดเจนและที่เกิดขึ้นตามเงื่อนไขต่างๆ ที่มีส่วนในการกระจายประโยชน์ จากการพัฒนาไปยังส่วนอื่น ๆ ของประเทศอยู่ตามสมควร

ปัญหาด้านกำลังคนในช่วงแรกจะมีปัญหาด้านปริมาณ และช่วงต่อมาพบว่ามีปัญหาด้านการกระจายกำลังคนที่ผลิตออกมา เพื่อให้ไปปฏิบัติงานในส่วนภูมิภาคได้อย่างทั่วถึง และเหมาะสม จึงได้มีการเสนอมาตรการในการปรับปรุงวิธีการกระจายกำลังคนไปสู่ชนบทได้มากขึ้น ได้มีการปรับหลักสูตรการเรียนการสอนกำลังคนด้านสาธารณสุขไม่ว่าแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เพื่อให้สอดคล้องกับความสามารถปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่ที่จะตอบสนองการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชนได้อย่างจริงจัง กำลังคนอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญคือกำลังคนที่ปฏิบัติงานในระดับสถานีอนามัย ซึ่งเป็นบริการที่เชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับบริการสาธารณสุขระดับปลายสุด ยังพบปัญหาว่ามีปัญหาความขาดแคลนทั้งด้านปริมาณ และขีดความรู้ความสามารถและเจตคติ ในบทบาทผู้สนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนางานสาธารณสุขและสุขภาพอนามัย แม้ในภาพรวมจะมีการเพิ่มการผลิตและพยายามกระจายบุคลากรประเภทต่างๆ ที่สำคัญไปในชนบทมากกว่าที่จะกระจุกตัวอยู่ในเมือง แต่ก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่มากพอสมควร โดยระบบบริการสาธารณสุขในชนบทได้อาศัยบุคลากรประเภทอื่นๆ ได้แก่ ผดุงครรภ์และพนักงาน

อนามัย เป็นส่วนสำคัญในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นมาตั้งแต่เริ่มต้นระบบบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ.2482

ถึงแม้ว่าปัญหาด้านปริมาณกำลังคนจะสามารถแก้ไขปัญหาลงไปได้อย่างมาก แต่ปัญหาที่สำคัญคือรัฐบาลท้องถิ่น ยังไม่สามารถแสดงบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหรือจัดบริการด้านสาธารณสุขให้แก่ประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างจริงจัง ไม่สามารถเป็นผู้กำหนดนโยบาย และมาตรการต่างๆเกี่ยวกับความต้องการกำลังคน โดยการบริหารจัดการกำลังคนของภาครัฐยังคงเป็นแบบรวมศูนย์ การมองความสำเร็จของการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยในอนาคต โดยมองจากการกระจายตัวของบุคลากรสาธารณสุขประเภทต่างๆ ตามพื้นที่ อาจจะไม่สามารถสะท้อนสภาพที่พึงต้องการอย่างแท้จริง เพราะบุคลากรประเภทต่างๆ ที่ใช้เป็นตัวชี้วัดมักเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีบทบาทในสถานบริการด้านรักษาพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่อนาคตอาจมีความต้องการและจะต้องมีบุคลากรในลักษณะที่ดูแลหรือแสดงบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอาจจะหมายถึง ประชาชนหรือชุมชนที่มีศักยภาพและบทบาทเพิ่มขึ้นมากกว่าเพียงจำนวนบุคลากร เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ที่เรามักจะให้ความสำคัญอย่างที่ผ่านมาในอดีต การจัดระบบเพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีบุคลากรมาปฏิบัติหน้าที่ในแต่ละพื้นที่ อาจจะสามารถปล่อยในแต่ละพื้นที่จัดการเองได้ แต่การผลิตบุคลากรคงไม่สามารถจะมีสถาบันเพื่อการผลิตที่บริหารจัดการหรือควบคุมโดยแต่ละท้องถิ่นได้ การเพิ่มขึ้นของปริมาณกำลังคน มีผลให้การกระจายกำลังคนดีขึ้น

แนวทางการถ่ายโอนบุคลากรให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น

1) การถ่ายโอนบุคลากรจากราชการบริหารส่วนกลาง และราชการบริหารส่วนภูมิภาค ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องสอดคล้องภาระหน้าที่และความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยคำนึงถึงภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรอันจะเกิดขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งคำนึงถึงประโยชน์ของท้องถิ่นและประเทศชาติโดยรวม

2) กระบวนการถ่ายโอนต้องมีความราบรื่น คล่องตัว สอดคล้องกับความจำเป็นและความต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการสร้างระบบการถ่ายโอนและระบบการบริหารงานบุคคลท้องถิ่นที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น จูงใจให้คนทำงานในท้องถิ่น และมีหลักประกันความก้าวหน้าแก่ข้าราชการที่ถ่ายโอน ข้าราชการที่ถ่ายโอนไปท้องถิ่นต้องได้รับสิทธิประโยชน์และความก้าวหน้าในการทำงานไม่ต่ำกว่าเดิมหรือดีกว่าเดิม โดยคำนึงถึงความหลากหลายของสายอาชีพด้วย นอกจากนี้รัฐต้องให้การสนับสนุนงบประมาณด้านบุคลากรเท่าที่จำเป็น โดยเฉพาะในระยะแรกที่มีการถ่ายโอน

3) การบริหารงานบุคคลท้องถิ่น จะต้องยึดหลักการตามระบบคุณธรรม และมีกลไกดูแลความเป็นธรรม เพื่อให้การบริหารงานบุคคลสร้างหลักประกันความก้าวหน้าและความเป็นธรรมแก่พนักงานส่วนท้องถิ่น ระบบการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่นต้องมีความทันสมัย เอื้ออำนวยให้การปฏิบัติงานและการให้บริการสาธารณะมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เป็นที่พึงพอใจของประชาชน

4) การบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น ต้องมีมาตรฐานในหลักการและหลักเกณฑ์วิธีการ ที่สำคัญใกล้เคียงกับมาตรฐานการบริหารงานบุคคลของเจ้าหน้าที่ของรัฐอื่น ๆ เพื่อให้การบริหารงานบุคคลของรัฐโดยภาพรวมเกิดเอกภาพ และมีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน

2.6 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้มีการศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาล ในการปฏิบัติงานทั้งในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ซึ่งผลการศึกษาสะท้อนภาพความเป็นจริงในการปฏิบัติงานของทันตภิบาล หลายการศึกษาสะท้อนภาพความไม่ชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้เกิดระบบบริการทันตสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นเหตุผลหรือความจำเป็นที่จะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากร และทันตภิบาล ดังนี้

สุณี วงศ์คงคาเทพ และบุญเอื้อ ยงวานิชกร (2545) ได้ศึกษาเรื่องการจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิใน โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้สอบถามทันตบุคลากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานในเครือข่ายปฐมภูมิแห่งละ 1 คน ได้ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของทันตบุคลากร โดยจากผลการศึกษาจะเห็นว่าสัดส่วนประชากรแต่ทันตแพทย์ถ้าพิจารณาแต่จำนวนในเชิงปริมาณ ภาพที่ได้จะทำให้เข้าใจว่าการกระจายและความครอบคลุมดีขึ้น แต่ประเด็นที่ควรพิจารณาคือ บทบาทหลักของทันตบุคลากรแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน จะเห็นว่าบทบาทหลักของทันตภิบาลเน้นให้บริการทันตกรรมในระดับปฐมภูมิและงานส่งเสริมป้องกัน ขณะที่ทันตแพทย์ใน รพช. / รพท. มีบทบาทหลักในการบริการทันตกรรมในทุติยภูมิและตติยภูมิ และทันตแพทย์ใน รพช. มีบทบาทหลักในการบริการทันตกรรมระดับทุติยภูมิ การกำหนดมาตรฐานสัดส่วนประชากรต่อทันตบุคลากร จึงควรพิจารณาแยกแยะตามบทบาทหน้าที่หลักในการทำงานร่วมด้วย

สาเหตุที่ทำให้บทบาทหน้าที่ทันตภิบาลไม่สามารถทำบางด้านได้ พบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยร่วมกันดังนี้

1) งานบริการในคลินิกเด็กดีทำในวันที่มารับการฉีดวัคซีนซึ่งมี 1-2 ในแต่ละเดือนซึ่งแต่ละครั้งก็จะมีเด็กมารับบริการจำนวนมาก ประกอบกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนมีน้อย ดังนั้น สภาพการปฏิบัติหน้าที่จึงไม่เอื้อให้ทันตภิบาลปฏิบัติงานในเชิงส่งเสริมสุขภาพได้เต็มที่

2) ทันตภิบาลยังขาดทักษะและความรู้ ในการดำเนินการเยี่ยมบ้านและให้ความรู้ในชุมชน

3) การเคลือบหลุมร่องฟันในกลุ่มเด็กต้องอาศัยความพร้อมวัสดุและครุภัณฑ์เฉพาะ ทำให้หน่วยให้บริการบางแห่งไม่สามารถจัดสรรได้

โดยจากการศึกษาพบว่า ชนิดของบริการทันตกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลทั้งประจำและหมุนเวียน ทำได้สูงสุดคือ การถอนฟันร้อยละ 69.7 และการอุดฟันร้อยละ 67.4 ส่วนการบริการเพื่อป้องกัน เช่นการบริการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 63.9 กองทันตสาธารณสุข (2547) ได้รายงานในผลการศึกษาในโครงการ “การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ภายใต้โครงการ “หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ถึงความจำเป็นที่จะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่ทันตภิบาลไว้ว่า ประชาชนในแต่ละกลุ่มอายุมีความจำเป็นด้านทันตสุขภาพไม่เท่ากันและไม่เหมือนกัน ทิศทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มุ่งหวังให้พื้นที่โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ความสามารถในการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Operation / Action Plan) เพื่อตอบสนองความจำเป็นหรือความต้องการที่หลากหลายของพื้นที่ด้วยการปรับโครงสร้างและการบริหารจัดการให้การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ ลงไปที่หน่วยบริการโดยตรง แต่ยังคงการพัฒนาผู้ให้บริการให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการประเมินหาความจำเป็นด้านทันตสุขภาพของประชาชน แต่เป็นเรื่องที่ยาก เพราะประชาชนจะรับรู้ได้เฉพาะ Felt need เช่น ความต้องการด้านการรักษา โดยเฉพาะเมื่อเกิดปัญหาทันตสุขภาพจนกระทั่ง ทำงาน / ดำรงชีวิตปกติสุข ไม่ได้แต่ไม่สามารถรับรู้ความต้องการด้านส่งเสริมป้องกันซึ่งเป็น Unfelt need ได้ ผู้ปฏิบัติงานจึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกฝนอย่างเป็นระบบจนเกิดทักษะในการประเมินชุมชนให้ได้ตามความเป็นจริง มีทักษะในการสร้างทีมงานทันตสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีความรู้ เทคโนโลยี และทักษะที่จำเป็นในการจัดบริการทันตสุขภาพ

เพ็ญแข ลากยั้งและวสิน เทียนกิ่งแก้ว (2545) ได้ให้ความคิดเห็นไว้ในการศึกษาเรื่อง การบริการสุขภาพช่องปากภาครัฐในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยการประกันสุขภาพช่องปากในประเทศไทย : การเงินการคลังเพื่อความเป็นธรรม โดยมีข้อเสนอแนะในการศึกษาเกี่ยวกับทันตภิบาล ซึ่งเป็นกำลังคนด้านทันตสุขภาพที่สำคัญ โดยเห็นว่าในการให้บริการนั้นกำลังคนถือเป็นประเด็นปัญหาสำคัญ ของการให้บริการสุขภาพช่องปาก จึงต้องพิจารณาอย่างจริงจังว่า กระทรวงสาธารณสุขจะสามารถเพิ่มการผลิตทันตภิบาล

ได้หรือไม่ ทั้งในส่วนของปริมาณการผลิต และปรับปรุงหลักสูตรให้เน้นงานส่งเสริมป้องกัน แทนที่จะเป็นการรักษาอย่างในปัจจุบัน เพื่อบรรเทาปัญหาขาดแคลนทันตแพทย์ และในส่วนของการทำงานผู้ช่วยทันตแพทย์ทดแทน ในกรณีที่ผู้ช่วยทันตแพทย์ศึกษาต่อทันตภิบาลเพื่อป้องกันปัญหาการใช้บุคลากรผิดประเภท และควรมีการศึกษาผลิตภาพและภาระงานของทันตบุคลากรแต่ละประเภท เพื่อเป็นฐานในการจัดสรรทันตบุคลากรและการประเมินการจัดบริการเชิงประสิทธิภาพ

สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง **ประวัติศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขไทย** : บทวิเคราะห์การกระจายอำนาจและผลกระทบต่อระบบสาธารณสุข โดยได้ให้ข้อสังเกตถึงการประเมินความสำเร็จของการพัฒนาด้านสุขภาพไว้ว่าการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขตั้งแต่ในอดีตที่ผ่านมาถือว่าประสบความสำเร็จในแง่ของปริมาณ โดยมีสัดส่วนของบุคลากรต่อประชากรดีขึ้น แต่การมองความสำเร็จของการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยในอนาคต โดยมองการกระจายของบุคลากรประเภทต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการกระจายตามพื้นที่หรือภูมิภาคนั้น อาจไม่สามารถสะท้อนความต้องการที่แท้จริงได้ เพราะบุคลากรสาธารณสุขที่นำมาเป็นตัวชี้วัด มักเป็นบุคลากรที่มีบทบาทในสถานพยาบาลเป็นหลัก ในขณะที่ในอนาคตอาจมีความต้องการบุคลากรในลักษณะที่ดูแลหรือแสดงบทบาทในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งอาจจะหมายถึง ประชาชนหรือชุมชนที่มีศักยภาพ

มีผู้สนใจศึกษาถึงบทบาทหน้าที่ ของทันตภิบาลในการให้บริการตามสภาพความเป็นจริงหลายการศึกษาด้วยกัน ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญในการสะท้อนให้เห็นถึงภาระงานเพื่อจะได้นำมาประกอบการพิจารณาว่าถึงเวลาหรือยังที่บทบาททันตภิบาลควรได้รับการทบทวน ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

สุณี วงศ์ลงคาเทพ และบุญเอื้อ ยงวานิชกร (2545) ได้ศึกษาเรื่อง**การจัดบริการสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า** ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อบทบาททันตภิบาลในการจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่ามีทั้งทันตแพทย์และทันตภิบาลผู้ให้บริการต่างมีความเห็นตรงกัน คือ บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานที่กำหนดเหมือนเดิมเป็นส่วนใหญ่ แต่มีจุดเน้นเชิงนโยบายที่เปลี่ยนไป กล่าวคือโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเน้นการทำงานส่งเสริมสุขภาพและการทำงานในเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ผลทำให้บุคลากรต้องปรับตัวในการทำงาน โดยเฉพาะทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ถูกคาดหวังให้ทำงานในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ศักยภาพในการบริการด้านต่างๆ ของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าส่วนใหญ่มีศักยภาพในงานด้านการรักษา สามารถทำได้ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดร้อยละ 64.6 สามารถผสมผสานการดูแลสุขภาพช่องปากในงานแม่และเด็กและคลินิกเด็กได้เพียงร้อยละ 34 และการทำงานเชิงรุก

ในชุมชนได้แก่ การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ในชุมชนได้เพียงร้อยละ 42.1 ขณะที่บริการเคลื่อนหูลมร่องฟันในเด็กทำได้เพียงร้อยละ 47.7 ซึ่งจะเห็นว่าต่ำกว่าร้อยละ 50

วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2544) ได้ศึกษาแนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย โดยการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประเมินผลการจัดชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรมในจังหวัดปทุมธานี โดยการจัดสนทนากลุ่มทั้งฝ่ายผู้จัดบริการและผู้รับบริการ และการจัดลำดับความสำคัญของประเภทการบริการ การร่วมจ่ายและเงื่อนไขอื่นๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มวิชาชีพ และตัวแทนประชาชน การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดปทุมธานี พบว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของประชาชนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้มารับบริการถอนฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.20 การอุดฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.31 การขูดหินปูนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.15 ผลจากความต้องการเพิ่มขึ้นขณะที่ทรัพยากรและบุคลากรยังมีจำกัด การนำครีมาในสถานบริการระดับโรงพยาบาล ณ เดือน กุมภาพันธ์ 2545 มีการนัดใส่ฟันปลอม 164 ราย งานรักษารากฟันแท้ 136 ราย ผู้จัดบริการมีการตีความชุดสิทธิประโยชน์แตกต่างกันไป ขาดการเตรียมพร้อมของบุคลากรและระบบบริการ รายละเอียดของชุดบริการไม่ชัดเจน

ในส่วนของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำในสถานอนามัยนั้น **วราภรณ์ จิระพงษาและคณะ (2547)** ได้ศึกษาระบบบริการทันตสุขภาพในประเทศไทยในโครงการ “การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ทันตกรรม ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2547” พบว่า การที่ทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานอนามัยขนาดใหญ่ต้องอยู่ภายใต้สายการบังคับบัญชาของหัวหน้าสถานอนามัยและสาธารณสุขอำเภอ ไม่ได้ขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลชุมชน จึงมีรูปแบบการดำเนินงานที่แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ อาทิเช่น

- ให้บริการเฉพาะงานทันตสาธารณสุขอย่างเดียว ไม่ต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ
- ให้บริการทันตสุขภาพทั้งหมด และรับผิดชอบงานอื่นๆด้วย
- ให้การป้องกันและรักษาทางทันตกรรม บุคลากรอื่นรับผิดชอบงานส่งเสริม
- ให้การป้องกันและรักษาทางทันตกรรม ไม่มีงานส่งเสริมทันตสุขภาพ

สุณี วงศ์คงคาเทพและคณะ (2540) มีการศึกษาพฤติกรรมกรให้บริการของทันตภิบาลที่ปฏิบัติงานประจำในสถานอนามัยในปี พ.ศ. 2539 สถานการณ์การให้บริการทันตกรรมในสถานอนามัยของทันตภิบาล พบว่า บริการทันตกรรมที่มากที่สุดคือการถอนฟัน ถึงร้อยละ 50.1 โดยรวมแล้วทันตภิบาลประจำสถานอนามัยใช้เวลาในการบริการรักษาขั้นพื้นฐานถึงร้อยละ 86.5 (ถอนฟัน อุดฟัน ขูดหินปูน) ในขณะที่บริการทันตกรรมป้องกันโดยวิธีเคลื่อนหูลมร่องฟันมีแค่ร้อยละ 5.8 และงานส่งเสริมป้องกันร้อยละ 24.6

หลังจากที่สังคมไทยได้มีการปฏิรูปสังคมในหลายๆส่วน ไม่ว่าจะเป็นการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูปการกระจายอำนาจ และการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีสนใจศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับระบบบริการทันตสุขภาพไว้หลายท่าน ซึ่งจะเป็นประโยชน์การประเมินความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยผลที่เกิดขึ้นหลังจากระแสการปฏิรูปเกิดขึ้น จากการศึกษาต่อไปนี้

หลังจากมีการปฏิรูประบบสุขภาพ วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ (2544) ได้ศึกษาแนวทางการจัดชุดบริการสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมในจังหวัดปทุมธานี การประเมินผลการจัดบริการสุขภาพช่องปาก ในนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า พฤติกรรมการเข้ารับบริการทันตกรรมของ ประชาชนเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้มารับบริการถอนฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 16.20 การอุดฟันเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.31 การขูดหินปูนเพิ่มขึ้นร้อยละ 25.15 ผลจากความต้องการที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ทรัพยากรและบุคลากรมีจำกัด จะเห็นว่ามีรายงานการนัดรับการรักษาในสถานบริการระดับโรงพยาบาล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2545 มีการนัดใส่ฟันปลอม 164 ราย นักรักษาครอบรากฟันในฟันแท้ 136 ราย ซึ่ง จะ เห็นว่าเป็นภาระงานที่ค่อนข้างหนักเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุคลากรที่มี

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชาลูนัย โห้สวน (2545) การศึกษาผลกระทบของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อแบบแผนการให้บริการทันตกรรมของทันตแพทย์ไทย พบว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลกระทบต่อระบบบริการทันตกรรมในหลายประเด็น ไม่เพียงแต่ทันตแพทย์ที่อยู่ใน โครงการจะมีปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ทันตแพทย์เหล่านี้ยังมีแบบแผน การให้บริการทันตกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่เน้นบริการรักษาเพิ่มขึ้นจากเดิม ประเภทบริการที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญคือ การถอนฟัน และการใส่ฟันปลอมชนิดถอดได้ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงปัญหาในเชิงคุณภาพบริการอยู่ 2 ประเด็น ประการแรกคือ ปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นสูงขึ้นเกินกว่าอุปทานที่มีอยู่ในระบบบริการ อาจจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในบัญชีรอเรียกยาวนานขึ้น ประการที่สองคือ แบบแผนบริการที่เน้นหนักเรื่องการรักษาเป็นหลักมากกว่าป้องกัน ยังไม่ใช่เป็นแบบแผนบริการที่มีระดับคุณภาพที่พึงประสงค์ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ วิชาชีพทันตแพทย์ต้องพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาค่าดำเนินงานเหล่านี้ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้สำเร็จ

มีการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับทันตภิบาล หลังจากที่มีการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งประเด็นที่กล่าวถึงกันมากคือ มาตรการลดกำลังคน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่ออัตรากำลังทางด้านทันตสุขภาพ จะเห็นได้จากผลการศึกษาต่อไปนี้

เพ็ญแข ลากยั้ง และนิธิ ต่อเสวตพงศ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องงานสุขภาพช่องปากในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปีงบประมาณ 2545 กรณีศึกษาห้าจังหวัด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพช่องปาก เมื่อโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปได้หนึ่งปี นับจาก 1 ตุลาคม 2544 ถึง ตุลาคม 2545 พบว่านอกจากทันตแพทย์โรงพยาบาลจะมีภาระงานบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นซึ่งกระทบถึงงานเชิงรุกแล้ว ยังมีงานบริหารจัดการงานทันตสาธารณสุขระดับเครือข่ายบริการเพิ่มขึ้นด้วย และเห็นพ้องกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลว่า การจำกัดกำลังคนภาครัฐ ขัดแย้งกับหลักการของ โครงการขยายฐานงานให้ประชาชนเข้าถึงบริการและมีงานเชิงรุกเพิ่มขึ้น ซึ่งควรต้องมีบุคลากรเพิ่มจึงจะไปตามนโยบาย ขณะที่ทันตภิบาลที่บรรจุลงสถานีนอมนัยมักถูกผู้บังคับบัญชากำหนดให้ทำงานบริการและงานในภาพรวมของสถานีนอมนัย มากกว่าจะทำงานเชิงรุกด้านทันตสาธารณสุข ซึ่งเป็นเพราะงานถูกเร่งรัดจากนโยบาย ในขณะที่งานทันตสาธารณสุขไม่เคยเป็นนโยบาย นอกจากนี้ยังเห็นว่านโยบายการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์ศึกษาต่อหลักสูตรทันตภิบาล ทำให้เกิดปัญหาขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ตามมา หากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลไม่อนุมัติให้คนมาทดแทน และเกือบทั้งหมดเห็นว่าบริการทันตสุขภาพที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการใช้ทรัพยากรที่ไม่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับที่โรงพยาบาล อีกทั้งยังมีโอกาสเกิดปัญหาในการบริการมากกว่า และปัญหาทักษะความสามารถด้านบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถอนฟันของทันตภิบาลที่อยู่ประจำในสถานีนอมนัย ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งเกิดความไม่มั่นใจ จึงมารับบริการที่โรงพยาบาลถึงแม้จะมีบริการที่สถานีนอมนัยซึ่งใกล้บ้าน

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัย เพื่อพัฒนาทางเลือกของรูปแบบระบบบริการทันตสุขภาพในระดับอำเภอในอนาคต (2542) พบว่าบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลได้รับผลกระทบจากการที่รัฐบาลมีมาตรการลดกำลังคนในภาครัฐ ในส่วนของทันตภิบาลเองนั้นนับตั้งแต่ พ.ศ.2543 มีการลดกำลังคนภาครัฐ โดยเปลี่ยนแปลงการบรรจุทันตภิบาลเป็นลูกจ้างชั่วคราว เป็นการซ้ำเติมสภาพปัญหาซึ่งก่อนหน้านี้ทันตภิบาลประสบปัญหาขาดความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานในตำแหน่งของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จนทันตภิบาลส่วนหนึ่งต้องศึกษาต่อปริญญาตรีเพื่อจะได้สอบปรับตำแหน่งเป็นนักวิชาการหรือเจ้าหน้าที่สายบริหาร ซึ่งช่วยให้มีโอกาสก้าวหน้าทางราชการและที่ส่งผลกระทบจากอีกประเด็นหนึ่ง คือ จากนโยบายการยกเลิกการผลิตผู้ช่วยทันตแพทย์ ซึ่งเป็นหนึ่งในทีมทันตสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบถึงกัน โดยเมื่อมีการยกเลิกการผลิต ก็ทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์มีจำนวนน้อยลง และจำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ยังมีจำนวนน้อยลงอีกเมื่อมีโครงการคัดเลือกผู้ช่วยทันตแพทย์เพื่อศึกษาต่อแล้วเปลี่ยนตำแหน่งเป็นทันตภิบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ.2545 จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นส่งผลสัดส่วนผู้ให้บริการทันตกรรมต่อผู้ช่วยข้าง

เก้าอี้เป็นอย่างมาก ซึ่งผลที่ตามมาคือเกิดผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการให้บริการ และทำให้มีการใช้บุคลากรผิดหน้าที่ เช่น ให้ทันตภิบาลทำหน้าที่แทนผู้ช่วยทันตแพทย์ สถานการณ์นี้เป็นตัวชี้ความบกพร่องที่ชัดเจนในระบบบริหารงานบุคคล ของระบบบริการทันตสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาทางเลือกฯ(2542) พบว่า มีทันตภิบาลร้อยละ 33.0 ศึกษาต่อเนื่องในระดับปริญญาตรี ดังนั้นแม้ว่าทันตภิบาลจะมีการกระจายที่ดีแต่เนื่องจากขาดโอกาสก้าวหน้าในสายงานและไม่สามารถให้บริการทันตกรรมนอกภาครัฐการได้ ทันตภิบาลส่วนใหญ่จึงขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพเป็นลูกจ้างชั่วคราว ในอนาคตจึงเป็นไปได้ว่าอาจจะหาผู้ที่มีความรู้ความสามารถมาเป็นทันตภิบาลได้มากยิ่งขึ้น

จากการปฏิรูประบบราชการมีการปรับโครงสร้างของส่วนราชการในกระทรวงสาธารณสุข เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรมอนามัย โดยโครงสร้างใหม่นี้ไม่มีงานทันตกรรมระบุไว้ในกลุ่มภารกิจใดๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการให้บริการโดยจากการศึกษาของ จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2545) พบว่า การบริการด้านส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในโรงเรียนของเขตเมืองที่เคยอยู่ในความดูแลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องหยุดชะงักไป ไม่มีการดำเนินการต่อเนื่องหลังจากที่โรงเรียนเปลี่ยนมาอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในขณะที่การจัดบริการของภาคเอกชนยังคงจัดอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลเป็นหลัก ส่วนใหญ่ไม่มีการออกให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการตั้งเงื่อนไขในการให้บริการ และพบว่าเมื่อมีการปรับโครงสร้างกรมอนามัยใน พ.ศ.2539 และ 2545 ทำให้กองทันตสาธารณสุขคงเหลือเพียงบทบาททางวิชาการ ได้มีการผสมผสานงานทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษาเป็นส่วนหนึ่งในโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพภายใต้หน่วยงานรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ทำให้น้ำหนักของงานทันตสุขภาพในโรงเรียน เบาบางลงไป เนื่องจากตัวชี้วัดงานทันตสุขภาพเป็นเพียงประเด็นย่อยที่แทรกในองค์ประกอบอื่นๆ ของเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนจึงสามารถผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงงานทันตสุขภาพให้ครบวงจรอย่างมีประสิทธิภาพ

ได้มีการศึกษาความพึงพอใจและเกณฑ์ที่ใช้ตัดสินคุณภาพ ในมุมมองของผู้รับบริการด้านทันตกรรม ซึ่งเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานทันตกรรม ให้เหมาะสมกับสภาวะของการเปลี่ยนแปลง ดังต่อไปนี้

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาทางเลือกฯ (2542) พบว่า รูปแบบบริการที่ทันตภิบาลอยู่ประจำที่สถานีอนามัย เป็นที่พึงพอใจของประชาชนและผู้บริหารทั้งในระดับ

จังหวัด อำเภอและผู้ร่วมให้บริการในระดับตำบลเป็นอย่างมาก แต่กระนั้นก็ตามสถานพยาบาลก็ไม่สามารถจัดบริการได้ตามความพึงพอใจทั้งหมด เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ ซึ่งเกิดภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นตัวแปรเกี่ยวกับรายรับรายจ่าย ประสิทธิภาพและความคุ้มค่า ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อที่จะทำให้เกิดบริการที่ลงตัวที่สุด จึงทำให้รูปแบบการจัดบริการด้านทันตสาธารณสุข ที่เกิดขึ้นมีความแตกต่างกันไปตามบริบทและเงื่อนไขของแต่ละพื้นที่

มีผลการศึกษาที่ได้กล่าวถึงความต้องการและคาดหวังในบทบาทหน้าที่ของทันตภิบาลจากหลายๆ ฝ่ายด้วยกันซึ่งเป็นการสะท้อนความคิดเห็นจากหลายๆมุมมอง ดังต่อไปนี้

เพ็ญแข ลากยั้ง และนิธิ ต่อเสวตพงศ์ (2545) ผลการศึกษาพบว่าทันตแพทย์ส่วนใหญ่และผู้อำนวยการ โรงพยาบาล เห็นพ้องกันว่า ทันตภิบาลควรมีบทบาทหลักในงานป้องกันและบริการพื้นฐานต่างๆ ส่วนทันตแพทย์ควรอยู่ในโรงพยาบาลและแพทย์ เนื่องจากสถานการณ์กำลังคนที่มีอยู่จำกัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนเห็นพ้องกันว่า ผู้ให้บริการหลักในโรงพยาบาลควรเป็นทันตแพทย์ ส่วนทันตภิบาลควรมีบทบาทหลักในงานเชิงรุก โดยที่ทันตแพทย์ภาคเอกชนต้องการให้แก้กฎหมายให้ทันตภิบาลสามารถทำงานในเครือข่ายบริการเอกชนได้

ข้อเสนอของ คณะอนุกรรมการการพัฒนาเครือข่ายบริการ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (2545) เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการบริการทันตสุขภาพระดับปฐมภูมิของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit - PCU)

1) ดำเนินการร่วมกับประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ทำความเข้าใจถึงสถานการณ์สุขภาพช่องปากของประชาชน ทำให้เกิดความแจ่มชัดในสภาพปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือ การสร้างความรับรู้และตระหนักถึงศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อที่จะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมายและดำเนินกลวิธีร่วมกันที่จะช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม พึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพช่องปากโดยมีคุณภาพที่พอดี ระหว่างการพึ่งบริการกับการพึ่งตนเองของประชาชน ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุข

2) บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านสุขภาพช่องปาก และการให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ โดยจะต้องเป็นบริการที่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ หญิงมีครรภ์ เด็ก 0-12 ปี ผู้สูงอายุโดยยึดหยุ่นตามพื้นที่และสถานการณ์ ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขและทันตบุคลากร

3) บริการทันตกรรมพื้นฐานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก ได้แก่ การให้ฟลูออไรด์เสริมในคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน การทำความสะอาดฟันและขูดหินปูน การอุดฟันชนิดไม่ซับซ้อนและไม่ทะลุโพรงประสาทด้วยวัสดุอุดชนิดถาวร การถอนฟันที่ไม่ซับซ้อนและการบริการอื่นๆที่จำเป็นต่อการป้องกันและควบคุมโรคในช่องปาก ดำเนินการโดยทันตบุคลากร

คณะกรรมการชุดโครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาทางเลือกฯ (2542) ได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการพัฒนาบุคลากรไว้ดังนี้

1) ทันตบุคลากรในระดับตำบล นอกจากจะให้บริการทันตสาธารณสุขที่มีคุณภาพแล้ว ยังต้องให้บริการเชิงสังคม ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน การให้บริการที่ต่อเนื่อง ผสมผสาน และมีลักษณะองค์รวม สามารถทำงานเป็นหนึ่งในทีมงานของหน่วยบริการด่านแรกได้ จึงควรได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพสูงด้านการป้องกันและส่งเสริมทันตสุขภาพ มีพื้นฐานด้านสาธารณสุขสุขภาพทั่วไปและด้านสังคมศาสตร์ การให้บริการทันตกรรมควรเน้นการบริการเพื่อการส่งเสริมป้องกัน ควรมีทักษะในการตรวจวินิจฉัยและตัดสินใจให้การรักษาด้วยตนเองหรือส่งต่อ

2) สำหรับทันตบุคลากรที่อยู่ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ควรได้รับการพัฒนาให้เกิดทักษะด้านระบาดวิทยา การค้นหาปัญหา การจัดทำโครงการและงบประมาณเพื่อการแก้ปัญหาของอำเภอ รวมถึงการประเมินผลเพื่อแสดงให้เห็นผลของการลงทุนและการจัดบริการ ในด้านเทคโนโลยีจะต้องมีความสามารถในการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อน เพื่อรับการส่งต่อจะระดับอำเภอ โรงพยาบาล ชุมชนควรเป็นสถานบริการที่สามารถให้บริการทันตกรรมแบบเบ็ดเสร็จ และเป็นตัวหลักในการวางแผนการทำงานให้ตรงกับปัญหาของอำเภอและตำบล และสามารถเป็น พี่เลี้ยงด้านทันตสาธารณสุขให้แก่ระดับตำบลได้

3) การจัดลำดับความสำคัญในการปฏิรูประบบกำลังคนภาครัฐ การลดการผลิตกำลังคน และจำกัดกำลังคน ควรจะดำเนินการโดยมีการจัดลำดับความสำคัญที่เหมาะสม กำลังคนที่มีน้อยและกระจายบริการไปสู่ชนบทระดับตำบล อย่างเช่นทันตภิบาล ควรจะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เพราะเป็นการเพิ่มโอกาสการรับบริการของคนชนบท

ลักษณะของทันตภิบาลในอนาคต ต้องสามารถให้คำแนะนำ คำปรึกษา และให้บริการแก่ประชาชน ที่พื้นที่รับผิดชอบได้ถูกต้อง เหมาะสม มีคุณภาพ นอกจากนี้ต้องมีความรู้ในเรื่องปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อระบบบริการทันตสุขภาพ ทั้งเรื่องสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ และต้องคิดอย่างเป็นระบบแก้ปัญหาได้

สุปรีดา อุดุลยานนท์และคณะ (2545) ได้ศึกษาการปฏิรูประบบสุขภาพกับทันตบุคลากรไทยในอนาคต 2545 พบว่าอย่างไรก็ตามแม้จะเห็นด้วยกับการทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและ

การป้องกันโรคของทันตภิบาล แต่ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ข้อคิดในการปรับลดขอบเขตของ การรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาลลง โดยควรคำนึงถึงการกระจายบริการสู่ประชาชน และ การช่วยแบ่งเบาภาระให้ทันตแพทย์เพื่อให้ทันตแพทย์สามารถทำงานชั้นสูงได้มากขึ้น ในส่วนของ การกำหนดขอบเขตบทบาทการรักษาพยาบาลจะมากขึ้นเพียงแค่นั้นนั้นควรจะมาจากวิจัย เพื่อ ป้องกันปัญหาข้อครหาว่าเป็นการกีดกันทางวิชาชีพ

บทบาทหน้าที่ระหว่างทันตแพทย์และทันตภิบาล เป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับการเรียกร ้องให้ทบทวนจากหลายๆฝ่ายอยู่ตลอดมา โดยสามารถประมวลปัญหาและข้อจำกัดในมุมมอง ต่างๆ พบว่า

1) ขอบเขตการทำงานของทันตแพทย์กับทันตภิบาลในปัจจุบันมีความทับซ้อนกันสูง ซึ่งปัญหาความทับซ้อนนี้เกิดกับงานบริการพื้นฐาน เช่น การถอนฟัน อุดฟัน ปัญหานี้ในโรง พยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ไม่มีความขัดแย้งมากนักเนื่องจากจำนวนทันตบุคลากรมีน้อยแต่ ความต้องการรับบริการของประชาชนมีมาก แต่เมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพ มีการชี้ให้เห็นปัญหา ที่อาจจะเกิดขึ้นจากประเด็นนี้มากขึ้น การทับซ้อนของงานปรากฏให้เห็นชัดในลักษณะการทำงาน เป็นทีมคำ โดยมักจะแยกกันทำเป็นส่วนใหญ่

2) การที่ทันตภิบาลต้องทำงานอยู่ภายใต้การกำกับของทันตแพทย์ในภาคราชการไม่ สอดคล้องกับสภาพการณ์จริง เนื่องจากทันตภิบาลที่อยู่ในสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชน บางแห่ง ต้องให้บริการทันตกรรมตามลำพังและต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดในการรักษาที่เกิ ดขึ้น และการที่ทันตภิบาลถูกจำกัดให้ทำงานได้เฉพาะภาคราชการ ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกับ ภาคเอกชนที่เข้าร่วมทำสัญญาในหน่วยปฐมภูมิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ทันตภิบาลประสบปัญหาด้านความก้าวหน้าในวิชาชีพ ทำให้ทันตภิบาลจำนวน ไม่น้อยที่มีการปรับเปลี่ยนสายงาน ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อจำนวนทันตบุคลากร

แนวทางแก้ไขที่ได้เสนอแนะมี 4 แนวทางคือ

1) น้อยลง ให้เหลือเพียงงานทันตกรรมป้องกันเป็นหลัก เช่น การขูดหินปูน การ เคลือบหลุมร่องฟัน และการรักษาอย่างง่าย เช่น การอุดฟันด้วยกาสไอโอโนเมอร์โดยไม่มีการกรอ ฟันซึ่งข้อดีก็คือ ทำให้เกิดความชัดเจนในขอบเขต หน้าที่ของทันตแพทย์และทันตภิบาล แต่ข้อ ด้อยคือแนวทางนี้คงต้องเพิ่มจำนวนทันตภิบาลมากขึ้นซึ่งขัดแย้งกับนโยบายลดกำลังคนภาครัฐ

2) การกำหนดว่าขอบเขตการให้บริการของทันตภิบาลจะมีมากน้อยเพียงไรนั้น ควร ศึกษาข้อมูลโดยใช้การวิจัย เพราะนอกจากจะป้องกันการครหาว่าเป็นการกีดกันทางวิชาชีพแล้ว สิ่ง ที่ควรคำนึงถึงคือหากปรับลดขอบเขตการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาล ในขณะที่ใน ปัจจุบันการกระจายบริการสู่ประชาชนยังไม่ทั่วถึงอยู่อาจจะทำให้เป็นการเพิ่มปัญหาได้ และการให้

บริการรักษาพยาบาลอย่างง่ายของทันตภิบาลเป็นการเอื้อให้ทันตแพทย์สามารถทำงานชั้นสูงได้มากขึ้น

3) ในกรณีของการให้มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพทันตกรรมชั้นสอง เพื่อให้ทันตภิบาลมีอิสระที่จะรับผิดชอบงานในขอบเขตที่ตนให้บริการ โดยตรงนั้น มีผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านมีความกังวลเกี่ยวกับขอบเขตการให้บริการที่ไม่ชัดเจนและอาจจะทำงานเกินความสามารถได้ง่าย เนื่องจากเห็นว่าบทบาทระหว่างทันตภิบาลกับทันตแพทย์เป็นบุคลากรวิชาชีพเดียวกัน โดยทันตภิบาลเป็นบุคลากรข้างเคียงซึ่งต่างจากบทบาทระหว่างแพทย์กับพยาบาล ประกอบกับเห็นว่าประเทศไทยยังมีจุดอ่อนในการบังคับใช้กฎหมาย จึงเห็นว่าควรให้มาตรการทางสังคมและการควบคุมมีประสิทธิภาพว่านี่ก่อนจึงจะพิจารณาเรื่องใบประกอบวิชาชีพทันตกรรม

4) ให้ทันตภิบาลขยายระยะเวลาในการศึกษาจาก 2 ปีเป็น 4 ปี เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถ ในการให้บริการทางทันตกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยสามารถทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคแบบองค์รวมได้อย่างสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ซึ่งแนวทางนี้มีข้อจำกัดคือต้องอาศัยระยะเวลาในผลิตและการจ้างงาน การยอมรับในบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ และการทันตแพทย์อาจเห็นว่าเป็นการทับซ้อนในบทบาทหน้าที่ที่มากกว่าเดิม

กรอบแนวคิด

