

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง การนำเสนอแนวคิดสาธารณสุขมูลฐานและการส่งเสริมสุขภาพสู่การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ของทันตบุคลากร ระหว่างปี พ.ศ. 2520 - 2552 ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางการศึกษา โดยมีเนื้อหาตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน
2. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
3. แนวคิดนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. แนวคิดนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
5. พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน

ความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงในวงการสาธารณสุขโลกในรอบ 50-60 ปี ที่ผ่านมานับว่าได้รับอิทธิพลหลัก จากแนวคิดผ่านองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการขานรับ คำประกาศอัลมา - อัลตา (The Declaration of Alma-Ata) ซึ่งเกิดขึ้นจากการประชุมระดับนานาชาติ เรื่อง สาธารณสุขมูลฐานโดยองค์การอนามัยโลก และองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

1. ความเป็นมา

องค์การอนามัยโลกผู้เป็นแกนนำในการผลักดัน ทิศทางและนโยบายพัฒนาสุขภาพของประชาชนในประเทศสมาชิก ทั่วโลก ได้จัดประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องการสาธารณสุขมูลฐานขึ้น ณ กรุง อัลมา - อัลตา ประเทศสหภาพโซเวียต เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2521 และได้มี “คำประกาศกรุงอัลมา-อัลตา” โดยชูคำขวัญว่า “สุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543” (Health for All by the Year

2000) และขอให้ประเทศไทยมีพันธสัญญาในการดำเนินที่เรียกว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” ซึ่งถือว่าเป็นกุญแจนำไปสู่เป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ของประชาชน ในประเทศต่าง ๆ

คำประกาศนี้อยู่ในยุคสมัยที่ความรู้ และเทคโนโลยีการแพทย์และการสาธารณสุขได้พัฒนาเติบโตเต็มที่ จนเชื่อว่าสามารถแก้ทุกต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ได้ แต่พัฒนาการของระบบในประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศกำลังพัฒนา ก็ยังไม่สามารถทำให้ระดับสุขภาพโดยรวมดีขึ้นเท่าที่ควร มีหน้าซ้ำยังทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบท คนรวยกับคนจน ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และความไม่เป็นธรรมในสังคม

ดังนั้น ประเทศต่าง ๆ จึงมีข้อสรุปร่วมกันว่า “ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ที่จะมีส่วนร่วม (ทั้งในลักษณะปัจเจกบุคคลและกลุ่มบุคคล) ในการวางแผนและดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง และถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน” นี่คือการมาของแนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2551)

2. ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริม สนับสนุน การบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญในการดำเนินงานระดับตำบลและหมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการศึกษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ที่ดำเนินการโดยประชาชน ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงานและการประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาศึกษาฝึกอบรม และระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาการสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาทางการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้ (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2528)

3. กลยุทธ์ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกได้เสนอกกลยุทธ์ที่เรียกว่า “ Strategies for health for by year 2000” เป็นแนวทางการดำเนินงานสำหรับประเทศต่าง ๆ ที่สำคัญ ๆ ได้แก่

1. เจตจำนงทางการเมืองที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน
2. การกำหนดนโยบายและการวางแผนสาธารณสุขให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศ
3. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข และการพัฒนากำลังคนทางด้านสาธารณสุข เพื่อให้การสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน
4. การพัฒนาการบริหารงาน

5. การพัฒนามาตรการทางกฎหมายและระเบียบข้อสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน
6. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
7. การวิจัย
8. การมีส่วนร่วมของประชาชน
9. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
10. ความร่วมมือและประสานงานระหว่างภาคส่วน
11. การจัดทรัพยากรให้เพียงพอ

จะเห็นว่ากลยุทธ์เหล่านี้ได้มุ่งให้มีการปฏิรูประบบสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องของจุดมุ่งหมาย หลักการ นโยบาย การวางแผน และวิธีการ ความสำเร็จของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อสุขภาพที่ดีวันหน้าจึงขึ้นอยู่กับ การนำเอากลยุทธ์เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ อย่างเหมาะสม (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550)

4. องค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานว่าครอบคลุมอย่างน้อย 8 ประการ ดังนี้

1. การให้การศึกษแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขที่พบบ่อย รวมทั้งวิธีการป้องกันและควบคุม
2. การควบคุมและป้องกัน โรคที่พบบ่อยประจำถิ่น
3. การให้ภูมิคุ้มกันโรค
4. การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
5. การจัดหายาจำเป็น
6. การส่งเสริมให้มีอาหารเพียงพอและโภชนาการที่ถูกต้อง
7. การรักษาพยาบาลขั้นต้นอย่างง่าย ๆ
8. การจัดหา น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล

องค์ประกอบทั้ง 8 ประการ จะมุ่งเน้นไปที่ประเทศกำลังพัฒนาหรือด้อยพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนชนบท อย่างไรก็ตามประเทศต่าง ๆ ก็สามารถเพิ่มเติมองค์ประกอบอื่น ๆ ตามลักษณะปัญหาที่พบ เช่น สุขภาพจิต สุขภาพช่องปากและฟัน การป้องกันยาเสพติด การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ การคลายเครียด เป็นต้น

ในองค์ประกอบทั้ง 8 นี้ องค์ประกอบข้อที่ 1 การให้การศึกษแก่ประชาชน นับว่ามีความสำคัญเป็นอันดับแรกสุด เพราะในอดีตความรู้ทางสุขภาพ ได้ถูกปิดบังซ่อนเร้นเป็นความลับ และการดูแลสุขภาพตนเองถูกประมาทว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ประชาชนส่วนใหญ่จึงขาด

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและดูแลตนเองอย่างไม่เหมาะสม จนกล่าวได้ว่าประชาชนยังมี “ความรู้ภาษาสุขภาพ” (Health illiteracy) ดังนั้น ภารกิจที่สำคัญที่สุดคือการทำให้ประชาชนเกิด “ความรู้ภาษาสุขภาพ” (Health literacy) ด้วยเหตุนี้ ระบบบริการสาธารณสุข (โรงพยาบาล สถานีอนามัย และสถานบริการทุกแห่ง) นอกจากจะให้บริการแก่ประชาชนแล้ว ยังต้องแปลงเป็น “โรงเรียนสาธารณสุข” ที่ให้การศึกษาแก่ประชาชนพร้อมกันไปด้วย นอกจากนี้ยังต้องสนับสนุน การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน เช่น การนิเทศ เวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น บทบาทของบุคลากรสาธารณสุขจะต้องเปลี่ยนจากผู้ให้บริการ (provider) เป็นผู้สนับสนุน (supporter) และประชาชนจะต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้รับบริการ (client) เป็นผู้กระทำ (actor) (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ, 2550)

5. หลักการของงานสาธารณสุขมูลฐาน

นายแพทย์ฮาส์ฟแดน มาห์เลอร์ อดีตผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ผู้ผลักดันเรื่องนี้ ได้กล่าวถึงหลักการสำคัญของงานสาธารณสุขมูลฐานไว้ 5 ประการ ดังนี้

1. ความเสมอภาค การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความเสมอภาคกันในการกระจายทรัพยากรที่มีส่วนในการปรับปรุงสุขภาพของประชาชน ทั้งนี้ทั้งระบบบริการสาธารณสุขด้วย
2. การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของ ชุมชนชุมชนจะต้องมีบทบาทสำคัญที่สุดในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของพวกเขาการพัฒนาไปสู่การพึ่งตนเอง นับเป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน
3. การให้ความสำคัญแก่การป้องกันโรค การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องให้ความสำคัญแก่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพยิ่งกว่าการรักษาพยาบาล
4. เทคโนโลยีที่เหมาะสม วัสดุและวิธีการที่จะใช้ต้องเป็นที่ยอมรับของสังคม และสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นจริง
5. การผสมผสานระหว่างสหสาขา สุขภาพเกิดจากปัญหาหลายด้าน รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และนิเวศวิทยา ในการพัฒนาสุขภาพมีอาจจะจำกัดอยู่แต่ในเรื่องของสาธารณสุขเท่านั้น แต่จะต้องสัมพันธ์กับการเกษตร การศึกษา การชลประทาน และตลาดสำหรับผลผลิตในท้องถิ่น (สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ, 2535)

6. การประยุกต์แนวความคิดการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย

การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดกลวิธีและแนวทางในการดำเนินงาน เพื่อจะช่วยให้การวางแผนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวความคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ด้วยตนเองโดยการจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงจะถือว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวความคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวความคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เขาทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐานเท่ากับการสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวความคิดที่ 5 “ความร่วมมือของชุมชน ” คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือ ในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวความคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาในด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร สหกรณ์ การศึกษาและพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวความคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐาน ต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ได้

- เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม
- ประหยัดและราคาถูก
- ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้
- มีผลต่อการแก้ปัญหา

แนวความคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

แนวความคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ไขปัญหา ตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวความคิดที่ 10 บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน ได้แก่ การให้การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาล โรคง่าย ๆ ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

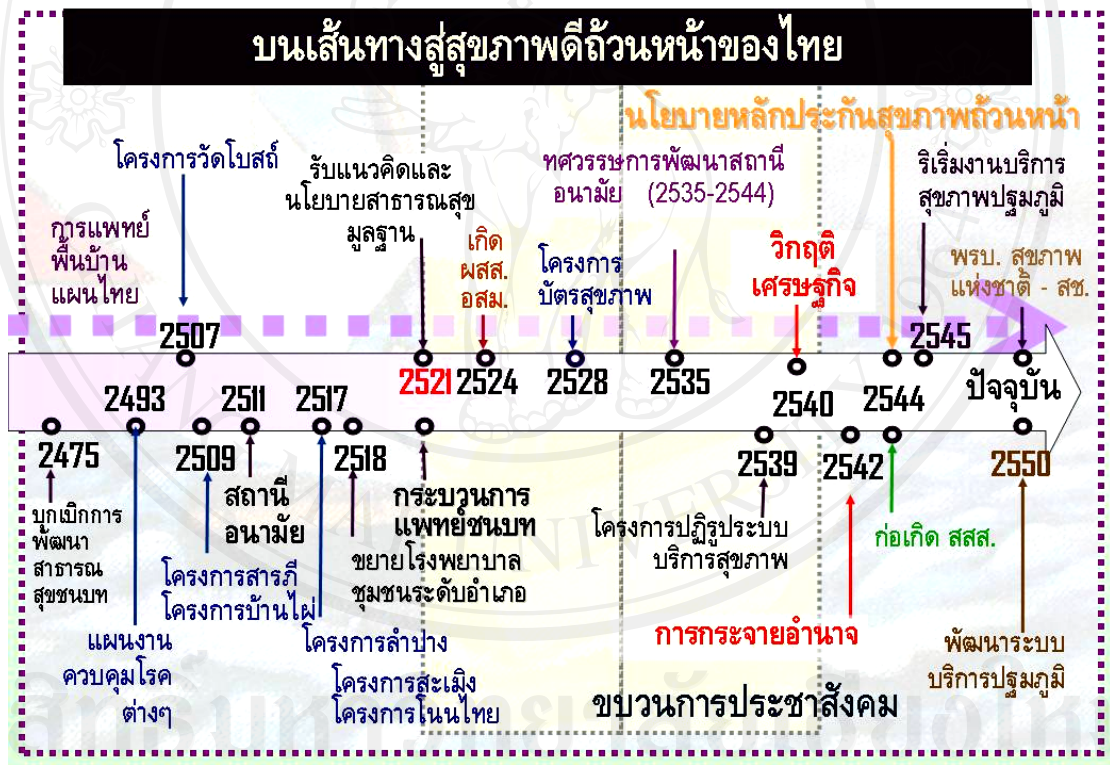
แนวความคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาล การให้การศึกษา ต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข (อมร นนทสุด, 2528)

7. การดำเนินงานสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าในประเทศไทย

ประเทศไทยยืนอยู่แถวหน้าของการดำเนินนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน จนกลายเป็นแบบอย่างสำหรับการเรียนรู้ของนานาประเทศ ด้วยประสบการณ์การทำงานควบคุมโรคมาเลเรียที่อาศัยชุมชนเป็นฐาน (community-based malaria program) ในช่วงปี พ.ศ. 2493 และประสบการณ์งานสุขภาพชุมชนในโครงการนาร่องสำคัญ เช่น โครงการสารภีและโครงการลำปางใน ปี พ.ศ. 2503 รวมทั้งบทเรียนและการบุกเบิกในการสร้างระบบบริการสุขภาพในระดับชุมชนที่ผ่านม าดังแผนภาพที่ 1 รัฐบาลไทยได้ริเริ่มแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในปี พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นปีเริ่มต้นของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 ก่อนการประกาศอย่างเป็นทางการ ในการประชุมที่อัลมา - อัลตาในปี พ.ศ. 2521 ในช่วงหลายปีติดต่อกันหลังจากนั้น แผนงานโครงการและกิจกรรมสำคัญ ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องโภชนาการ การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน การจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล การฉีดวัคซีนในเด็ก การรักษาโรคที่พบบ่อยในชุมชน การสุศึกษา รวมทั้งการอนามัยแม่และเด็กก็ได้รับการเร่งรัดอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งกองทุนและกรรมการในชุมชน การจัดตั้งและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจกล่าวได้ว่า ในช่วงทศวรรษแรกของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น แนวคิดและปรัชญาการทำงานสุขภาพตามนโยบายดังกล่าว ไม่เพียงแต่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังมีผลอย่างสำคัญต่อทิศทางการพัฒนาโดยรวมของประเทศ โดยเฉพาะในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 อย่างเด่นชัด

งานสาธารณสุขมูลฐานของไทยยังคงดำเนินไปและมีการปรับเปลี่ยนไปตามบริบททางสังคมการเมืองและนโยบายด้านการแพทย์สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ในยุคหลังสงครามเย็นที่เส้นแบ่งและการเผชิญหน้าระหว่างอุดมการณ์ทางการเมืองของฝ่ายเสรีทุนนิยมและสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ล่มสลายลง กระแสโลกาภิวัตน์ที่เชี่ยวกรากไม่เพียงแต่ทำให้เรื่องสุขภาพและการสาธารณสุขกลายเป็นเรื่องไร้พรมแดนเท่านั้น แต่ทุนนิยมโลกและการค้าเสรียังทำให้สังคมไทยมี

การเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานไปอย่างรวดเร็ว การเติบโตทางเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการลงทุนข้ามชาติทำให้เศรษฐกิจไทยพัฒนาไปอย่างก้าวกระโดด และในขณะเดียวกันก็ได้สร้างให้เกิดการขยายตัวของกลุ่มคนชั้นกลางอย่างไม่เคยมีมาก่อน (Pasuk Phongpaichit and Baker 1998 อ้างใน โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552) การเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเมืองและวิถี ชีวิตสมัยใหม่กลายเป็นส่วนหนึ่งของสังคมร่วมสมัยของไทย แนวนโยบายการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจสังคมและด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการ นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ทำให้โรคเรื้อรัง และโรคอุบัติใหม่กลายเป็นปัญหาสำคัญ เหล่านี้เป็นบริบทใหม่ที่เราจำเป็นต้องพิจารณาในการ ทบทวน เพื่อกำหนดทิศทางในอนาคตของการสาธารณสุขมูลฐาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2552)



ภาพที่ 1 บนเส้นทางสู่สุขภาพดีถ้วนหน้าของไทย

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

การดำเนินงานทันตสาธารณสุข ภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งการนำแนวคิดมาสู่การปฏิบัติต้องคำนึงถึงระบบสังคม วัฒนธรรม และการเมืองที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขของการประยุกต์ใช้ ต้องพิจารณาถึงกระแสหลักที่ค้ำให้น้ำหนักในเรื่อง “โรค” (disease-oriented) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากการเน้นเรื่องโรค มาเน้นเรื่อง “สุขภาพดี” ซึ่งก็คือการพัฒนาศักยภาพ “คน” และ “ชุมชน” ถือได้ว่าเป็นการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงที่รากฐานทางความคิดอย่างยิ่งใหญ่ (paradigm shift) (กองทันตสาธารณสุขกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2549)

1. กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ

กระบวนทัศน์ทางสุขภาพ คือ กรอบแนวคิดพื้นฐานที่ใช้สำหรับการเข้าใจโลก ความจริง ชีวิตของคนและการเจ็บป่วย การที่คนเราจะรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การเจ็บป่วยอย่างไร ล้วนถูกกำกับด้วยกระบวนทัศน์ทั้งสิ้น การที่คนเราต่างวัฒนธรรมรับรู้การเจ็บป่วยและมีวิธีการดูแลสุขภาพหรือรักษาโรคแตกต่างกันก็เพราะมีกระบวนทัศน์พื้นฐานในการเข้าใจโลกและชีวิตแตกต่างกัน การที่ชาวจีนมีความเชื่อพื้นฐานที่ว่าสุขภาพที่ดีต้องมาจากความสมดุลของธาตุ อากาศร้อนใน การรักษาจึงเป็นการใช้สมุนไพรการแพทย์แผนจีน (Stella YL. Kwan and M. Holwes, 1999 อ้างใน ทรงวุฒิตวงรัตนพันธ์ และคณะ, 2546) ในขณะที่ความเชื่อพื้นฐานของชาวจีนในชนบทไทยเห็นว่าความเจ็บป่วยบางอย่างเป็นผลมาจากการกระทำที่ “ผิดผี” มีวิธีการแก้ไขปัญหาคือการเจ็บป่วยด้วยพิธี เสน่สงรวงบูชา สำหรับการแพทย์ปัจจุบันหรือการแพทย์ตะวันตก ซึ่งตกอยู่ภายใต้กรอบกระบวนทัศน์วิทยาศาสตร์ที่เชื่อว่า ความเจ็บป่วยเกิดจากปัจจัยตัวกำหนด อาจจะเป็นเชื้อโรค หรือยีน ตลอดจนจากการทำงานที่ผิดปกติของระบบอวัยวะในร่างกาย การแก้ปัญหาคือการเจ็บป่วยก็ด้วยการกำจัดปัจจัย ด้วยการใช้ยา การผ่าตัดด้วยเทคโนโลยี กระบวนทัศน์ทางสุขภาพจึงเปรียบเสมือนกรอบพื้นฐานที่กำหนดวิธีคิด เทคนิควิธีเพื่อจัดการกับสุขภาพ (ทรงวุฒิตวงรัตนพันธ์ และคณะ, 2546)

2. การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ตามกฎบัตรออกตาวา

ได้มีการทบทวนถึงยุทธศาสตร์การทำงาน ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดว่าประชาชนจะมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 หรือ ค.ศ. 2000 ซึ่งพบว่าอุปสรรคสำคัญในการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ดังกล่าวก็คือ งานทางด้านสาธารณสุขในยุคที่ผ่านมามีจุดเน้นอยู่ที่การรักษาและป้องกันโรค (disease prevention) เมื่อขอบเขตของงานถูกตีกรอบด้วยแนวคิดเรื่องโรค (disease oriented) การแก้ไขจึงเน้นไปที่การแพทย์ เน้นสถาบัน สำนักงานผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาชีพเป็นหลัก ไม่ได้เปิดโอกาสการเข้ามามีส่วนร่วมของคนข้างนอก และ

ภายใต้แนวคิดแบบนี้ทำให้ถึงที่สุดก็ได้เพียงการลดโรคซึ่งไม่จำเป็นที่ต้องหมายถึง การมีสุขภาพที่ดี ที่องค์การอนามัยโลกเองได้ให้ความหมายว่า เป็นความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

จากการทบทวนดังกล่าว ได้มีความเห็นสอดคล้องที่จะปรับยุทธศาสตร์ซึ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันหมายถึงแนวทางการทำงานที่อยู่ภายใต้แนวคิดของคำว่าสุขภาพ (health/ มิใช่ disease) ซึ่งเป็นพื้นที่ (area) ที่ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร คนนอกวงการสาธารณสุข และที่สำคัญคือชาวบ้านสามารถเข้ามาเป็นผู้กระทำได้ทุกคน การเน้นในแนวทางนี้บทบาทการทำงานของบุคลากรจะต้องเปลี่ยนไปจากเดิมที่ทำหน้าที่เป็นผู้หยิบบัญชี (the giver) หรือเป็นผู้ทำให้/จัดตั้งให้ (the doer) มาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้จุดประกาย ผู้กระตุ้น สนับสนุน (the catalyst/ the facilitator) ให้เขาทำงาน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเขาขึ้นมา ดังนั้นการทำงานแนวใหม่นี้ต้องการ การเข้ามา ร่วมกันทำงานของหลาย ๆ ภาค เน้นความเท่าเทียมและเคารพในความคิดซึ่งกันและกัน หรือที่เรียกว่าเป็น “บทบาทแห่งยุคของทุกคน”

ดังนั้นงานส่งเสริมสุขภาพจึงมีองค์ประกอบที่กว้างกว่างานป้องกันโรคเพราะเป็นงาน ที่ทำกับคน พฤติกรรมของคนและสิ่งแวดล้อมที่กำหนดพฤติกรรมของคน องค์ประกอบของงาน ส่งเสริมสุขภาพจะมีใช้เพียงงานสุขศึกษาแบบเดิมที่วงการสาธารณสุขคุ้นเคยแต่ต้องมีองค์ประกอบ ของยุทธศาสตร์ทางสังคม ยุทธศาสตร์ทางการเมือง มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะของคนในการเผชิญ กับปัญหา ให้ความสำคัญกับการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่มาสนับสนุนให้คนลุกขึ้นมาประกอบ ตัวเอง และท้ายที่สุดเป็นเรื่องของการสร้างอำนาจให้กับองค์กรชุมชนเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพของพวกเขา (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

3. ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการ ควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และ สังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถ ตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้

ดังนั้น สุขภาพจึงถูกมองเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน มิใช่เป้าหมายของการ ดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นในเรื่องทรัพยากรบุคคลและสังคม รวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่อยู่ในความรับผิดชอบของภาค สาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของกรมชีวิตเพื่อสุขภาพจนไปถึงเรื่องของสุขภาพะ โดยรวม (สุรเกียรติ์ อชานานุกาภาพ, 2535)

4. กลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ ประกอบด้วย

1. การก่อกระแสกลุ่มพลังทางสังคม (Advocate) โดยให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน เพื่อสร้างกระแสสังคม และสร้างแรงกดดันให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบายเพื่อสุขภาพ การจุดประกายความคิด ชักชวนให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหากลงมือทำในลักษณะรวมคิดร่วมทำหรือชี้ให้เห็นผลเสียหากเพิกเฉย ซึ่งกระบวนการนี้ หมายถึง การสร้างจิตสำนึกประชาชนร่วมกัน โดยหวังว่าจะทำให้เกิดปฏิบัติการทางสังคมขึ้น (A call for social action)

2. เอื้ออำนวยให้ประชาชน ได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Enable) โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพ มีทักษะในการดำเนินชีวิต มีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพแทนที่จะถูกขัดเยียดให้คิดและทำอะไรไม่มีทางเลือกได้ นั่นคือมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Self-efficacy) รวมทั้งมาตรการนี้สามารถนำไปประยุกต์สู่การทำงานเพื่อก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของหญิง-ชายด้วย

3. เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่มองค์กรต่าง ๆ (Mediate) ทำให้เกิดความเข้าใจในโครงการที่เกิดขึ้นในชุมชนอย่างถ่องแท้ หรือช่วยไกล่เกลี่ยปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

ซึ่งกลยุทธ์ทั้ง 3 ประการจะนำไปสู่กิจกรรมหลักที่สำคัญ 5 ประการ คือ

ประการที่หนึ่ง การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้ออำนวยให้มีการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (Build Healthy Public Policy) การทำให้เป็นประเด็นสาธารณะนี้ ในความหมายก็คือ การที่ทำให้คนที่มีอำนาจในการตัดสินใจหมู่บ้าน หน่วยงานรัฐ กระทรวง ทบวงต่างๆ ไม่เฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุขเท่านั้นมาสร้างมาตรการใหม่ นโยบายส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการทางกฎหมาย การเงินการคลัง มาตรการทางภาษีหรือการปรับองค์กร ปรับโครงสร้างใหม่ เป็นต้น มาตรการเหล่านี้จะต้องประสานกัน เพื่อนำไปสู่เรื่องการเมือง สุขภาพ รายได้และความเสมอภาค รวมตลอดถึงการคุ้มครองผู้บริโภค การเอาใจใส่หมู่มวลชนสมาชิกในฐานะที่เป็นมนุษย์และเป็นเจ้าของสิทธิพื้นฐาน

ประการที่สอง การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสุขภาพ (Create Supportive Environment) ยุทธศาสตร์นี้เห็นว่าไม่สามารถแยกสุขภาพออกจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เนื่องจากสังคมมีความสัมพันธ์ซับซ้อนและเชื่อมโยงส่ง ผลกระทบต่อกัน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องกระตุ้น (encourage) ประชาชนดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น ในภูมิภาคและเชื่อมโยงเห็นความเกี่ยวเนื่องในโลก นอกจากนี้ยังหมายถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การทำงาน การพักผ่อน การปรับเปลี่ยน

สังคมในที่ทำงานที่จะส่งผลต่อสุขภาพ หรือจัดสิ่งแวดล้อมให้ง่ายต่อการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตัวเอง โดยหวังว่าจะไปถึงการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (healthy society) สร้างสรรค์เมืองที่มีสุขภาพดี (healthy city) สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพดี (healthy workplace) สร้างสรรค์ครอบครัวที่มีสุขภาพที่ดี (healthy family) และโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีของทั้งครูและนักเรียน (healthy school)

ประการที่สาม การเสริมความเข้มแข็งของการทำงานในชุมชน (Strengthen Community Action) การที่จะสามารถสร้างกระแสให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีชีวิตชีวา มีสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ผู้ที่เข้าไปทำงานจะต้องไม่ล้อมกรอบตนเองเฉพาะหน้าที่เฉพาะส่วน แต่จะต้องเห็นภาพกว้างเห็นความเชื่อมโยง และเข้าร่วมทำงานกับคนอื่น ทั้งนี้เพราะกิจกรรมของสังคมที่เข้มแข็งเป็นเรื่องเดียวกับการพัฒนาชุมชน การหนุนช่วยให้ชุมชนได้รวมกลุ่ม หรือรวมตัวทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกัน โดยจะต้องเป็นประเด็นที่ชุมชนเป็นเจ้าของประชาชนมีส่วนร่วม และที่สำคัญ โครงการส่งเสริมทั้งหลาย นั้น ประชาชนเป็นคนทำและบุคลากรภายนอก เป็นเพียงไปเอื้อให้ชุมชนนั้นทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้เช่นนี้จะทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง กล่าวได้ว่าหัวใจของยุทธศาสตร์นี้ก็คือ กระบวนการสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน สร้างความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ สร้างพลังที่จะบากบั่นสู่จุดหมายปลายทางที่เป็นความฝัน/ความหวังของชุมชน

ประการที่สี่ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills) ในที่นี้มิได้มีความหมายเกี่ยวกับทักษะทางกาย (เช่น การแปรงฟันถูกรูขี ของทันตแพทย์) แต่มีความหมายที่กว้างขวางกว่านั้นมาก เพราะเนื่องจากโลกในยุคสมัยนี้เต็มไปด้วยสิ่งยั่วยวนสิ่งล่อลวงในรูปแบบที่สลับซับซ้อน การส่งเสริมสุขภาพจึงควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนารู้จักชีวิต (life skills) มีความสามารถที่จะควบคุมสุขภาพของตนเอง ไม่ตกเป็นเหยื่อต่อสิ่งยั่วยวน และควบคุมสิ่งแวดล้อมซึ่งส่งผลต่อสุขภาพได้ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลนี้จึงหมายถึงการเสริมอำนาจให้กับตนเองของฝ่ายประชาชน (self-empowerment) โดยเป็นกิจกรรมหรือโครงการที่มีคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

ประการที่ห้า การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services) ระบบบริการสาธารณสุขปัจจุบันเน้นในเรื่องการรักษาหรือหากจะขยายมากกว่านั้นก็ยังคงอยู่ในรูปแบบของการป้องกันโรค จึงต้องปรับระบบให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งปรับระบบทัศนคติ ปรับความคิดของบุคลากรทั้งหลาย ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือปรับบทบาทของตนสู่การเป็นผู้กระตุ้น ผู้อำนวยการ หรือผู้สนับสนุนให้บุคคล/องค์กรชุมชนได้รู้ฟื้น พัฒนาศักยภาพที่ตนเองมีหรือเคยมีอยู่ในการดูแลส่งเสริมให้ตนเองและสังคมสิ่งแวดล้อมให้มุ่งสู่สุขภาพที่ดี

เมื่อพิจารณากิจกรรมสำคัญและยุทธศาสตร์การทำงานจะเห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา นั้นให้ความสำคัญทั้งกับการพัฒนาในระดับบุคคล การปรับโครงสร้างทางอำนาจของระบบสาธารณสุข การเพิ่มพลังทางสังคมแก่องค์กรชุมชน แสขรให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม/ระบบนิเวศน์ และ การดำเนินการทางการเมืองนโยบายสาธารณะ (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การสร้างนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นับเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย เพราะทำให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสุขภาพโดยรวม ทั้งในเรื่องการจัดบริการซึ่งเปลี่ยนจุดเน้นจากการจัดบริการโดยโรงพยาบาลมาเป็นการจัดบริการโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ การปฏิรูประบบการเงินการคลังเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้โดยไม่มีปัญหาอุปสรรคเรื่องภาระการเงิน ในการรับบริการรักษาพยาบาลอีกต่อไป นอกจากนี้ยังมีการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารเพื่อสนับสนุนระบบบริหารจัดการ (พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2547)

1. ความเป็นมาของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (คณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2544)

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน.. .ตามที่กฎหมายกำหนด ” ซึ่งยังไม่มีกฎหมายใด

2. เมื่อเจ็บป่วยประชาชนส่วนใหญ่ได้รับความเดือดร้อนด้านค่าใช้จ่ายจนอาจเป็นเหตุให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มีประชาชนอย่างน้อย ร้อยละ 30 ของประเทศที่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลทั้งหมดเอง ครอบครัวยาว ร้อยละ 60 เคยประสบความเดือดร้อนทางการเงินในคราวที่เจ็บป่วยหนัก (และในบางกรณี ค่ารักษาทำให้เกิดภาระหนี้สินเกินกว่าที่จะแบกรับได้)

3. ประชาชนถึง 20 ล้าน คนไม่อยู่ในการดูแลของระบบหลักประกันใด ๆ เลย ส่วนประชาชนอีก 23 ล้านคน ได้รับการดูแลด้วยระบบการสงเคราะห์ ซึ่งไม่มีหลักประกันใดที่คุ้มครองให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกัน

4. ประชาชนในระบบสวัสดิการสุขภาพทั้ง 5 ระบบ (รวมถึงระบบสงเคราะห์) ได้รับบริการที่เหลื่อมล้ำ หลายคนไม่พอใจ ประชาชนส่วนใหญ่ที่ไม่ใช่ข้าราชการ ผู้มีประกันสังคม

หรือผู้มีฐานะดีพอจะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ รู้สึกด้อยศักดิ์ศรีเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีโอกาสดีกว่าซึ่งมีจำนวนเพียง ร้อยละ 20 ของประชาชนทั้งประเทศ

5. ตลาดเสรีของบริการสุขภาพขาดประสิทธิภาพ เนื่องจากประชาชน (ผู้บริโภค) ขาดข้อมูล และความเข้าใจเพียงพอที่จะเลือกซื้อบริการสุขภาพ โดยไม่มีการจัดระบบที่รัดกุมเพียงพอ ยิ่งถ้าประชาชนต้องการการประกันสุขภาพ ขอบการพร้อมของกลไกตลาดจะยิ่งประจักษ์ชัดเจนขึ้น ดังจะเห็นได้จากบทบาทที่ค่อนข้างจำกัดของธุรกิจประกันสุขภาพของเอกชนในประเทศไทย

6. แม้การเพิ่มรายได้ประชาชนจะทำได้ยาก แต่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถลดรายจ่ายที่ประชาชนทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศไทยในการแก้ปัญหาความยากจน

2. หลักการสำคัญของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือ การที่ประชาชนในสังคมมีการ “เฉลี่ยทุกข์เฉลี่ยสุข” กัน โดยจัดระบบให้คนที่มีความเสี่ยงที่จะต้องประสบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจึงมีผลสำคัญต่อการยกระดับความสามารถของประเทศไทยในการแก้ปัญหาความยากจน

2. ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเป็นระบบที่มีความยั่งยืน (sustainable system) ทั้งนี้ประกอบด้วย

- ความยั่งยืนทางนโยบาย (policy sustainability) ซึ่งเป็นหลักประกันว่านโยบายดังกล่าวจะมีการดำเนินการและได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องไม่เปลี่ยนแปลงตามผู้กำหนดนโยบาย/ผู้บริหาร การยั่งยืนทางนโยบายจะเกิดขึ้นได้ ก็โดยการผลักดันให้มีกฎหมายพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น (ขณะนั้นร่างกฎหมายดังกล่าวอยู่ในขั้นตอนการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร)

- ความยั่งยืนทางการเงิน (financial sustainability) เกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อระบบหลักประกัน มีงบประมาณอย่างพอเพียงและต่อเนื่องสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นรายละเอียดที่จะต้องกำหนดในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องมีการจัดระบบให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ

- ความยั่งยืนทางสถาบัน/องค์กร (institutional sustainability) องค์กรที่รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีความยั่งยืนได้ ต้องมีความ

พร้อมขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนในเรื่องบทบาท และมีการพัฒนาขีดความสามารถขององค์กร ให้สอดคล้องกับบทบาทดังกล่าว ครอบคลุมประชาชนและองค์กรในชุมชนด้วย

3. การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายรวมถึงภาคประชาชน โดยเป็นเจ้าของร่วมกัน รับผิดชอบร่วมกัน และมีเป้าหมายสูงสุดคือ สุขภาวะของคนไทยทุกคนตามหลักการสุขภาพพอเพียง รูปแบบของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่พัฒนาขึ้น ต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น (local wisdom) มาผสมผสานและบูรณาการใช้อย่างเหมาะสม

4. การสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (primary care) ใกล้บ้าน เป็นบริการด่านแรก (front line service) ที่สามารถให้บริการผสมผสาน (comprehensive care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ บริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น จะรับผิดชอบในการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานบริการอื่น การให้ความสำคัญดังกล่าวจะดำเนินการ โดยกำหนดให้หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่

- เป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (main contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ
- เป็นหน่วยรับขึ้นทะเบียนประชาชน (unit for registration) สำหรับบริการปฐมภูมิ
- เป็นสถานพยาบาลด่านแรก (front line service) ซึ่งทำหน้าที่ ทั้งให้บริการผสมผสาน และรับผิดชอบประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความจำเป็นด้านสุขภาพ หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้มีชื่อเรียกว่า “ศูนย์สุขภาพชุมชน” และให้ใช้ชื่อ “ศูนย์สุขภาพชุมชน” เป็นชื่อในการประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับประชาชนและสาธารณสุข

5. การบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นกระจายอำนาจ (decentralization) ให้พื้นที่คือ เขต และจังหวัด มีบทบาทและมีอำนาจในการตัดสินใจดำเนินการภายใต้หลักเกณฑ์แนวทาง และมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง มีการแยกบทบาทผู้ซื้อและผู้ให้บริการออกจากกัน (purchaser provider split) ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (cost containment system) โดยที่ไม่กระทบต่อคุณภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน และไม่ทำให้เกิดสภาพที่ประชาชนพึ่งพาบริการมาก

เกินความจำเป็น รูปแบบการจ่ายเงินแบบปลายปิด (close end) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งผลลัพธ์ การดำเนินงาน (performance related payment)

7. ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต้องจัดให้มีระบบที่สนับสนุนให้ประชาชน รับทราบ “สิทธิ” ปกป้อง และคุ้มครอง “สิทธิ” ของประชาชน สิทธิ ดังกล่าวครอบคลุมสิทธิที่จะ ได้รับบริการจากหน่วยบริการหรือเครือข่ายของหน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอยู่ใกล้บ้านหรือที่ทำงานที่ตนเองพึงพอใจ (พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข, 2547)

การเกิดขึ้นของระบบหลักประกันสุขภาพ มีผลทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของคน ไทยดีขึ้น เครือข่ายบริการปฐมภูมิที่กว้างขวางขึ้น ทำให้ประชาชนมีความพึงพอใจกับการใช้บริการ ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่ดูเหมือนจะมาพร้อมกับการเสื่อมคลายของจิตสำนึกแห่งการพึ่งตนเองทางสุขภาพ ของปัจเจก ครอบครัว และชุมชน ในส่วนของการพัฒนาของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในบริบทของ หลักประกันสุขภาพ ดูเหมือนจะมีผลให้เกิดการกลับหัวของบทบาทในระบบบริการสาธารณสุขที่ ต้องอยู่อยู่กับการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการที่มีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ เป็นตัวชี้วัด โดยที่ชุมชนและปัจเจกถอยกลับไปเป็นผู้ใช้บริการที่พึงพึงและอ่อนแอตามลำดับ (ลือชัย ศรีเงินยวง และศุภลักษณ์ เลิศมน โนรัตน์, 2552)

นโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. สถานการณ์ ประเด็นปัญหา และนโยบาย ที่เกี่ยวข้อง

1. ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี โดยมีสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน กระจายไปสู่ระดับตำบลทั่วประเทศ และมีโรงพยาบาล ชุมชนเกือบทุกอำเภอ ทั้งนี้ในระยะสิบปีที่ผ่านมา ความต้องการบริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตามจำนวนและโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า ทว่าสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในด้านศักยภาพ และกลไกการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้ไม่สามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อ “สร้างสุขภาพ” และ บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ประชาชนจำนวนมากยังคงเดินทางไปรับบริการที่ โรงพยาบาลในเขตเมือง ทำให้เกิดความแออัดในการให้บริการรักษาพยาบาล และเป็นภาระอย่างมากต่อประชาชนทั้งค่าเดินทาง และเวลาที่สูญเสียไปในการเดินทาง ทั้งที่ปัญหาสุขภาพเหล่านั้น ส่วนใหญ่สามารถจัดการได้ในระดับสถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน

2. จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.549 พบว่า สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งทั่วประเทศ จำนวน 9,810 แห่ง มีบุคลากรเฉลี่ยแต่ละ

2.9 คน ในจำนวนนี้เพียงหนึ่งในสามหรือ 2,968 แห่งที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ และ 1,200 แห่งที่มีทันตภิบาลประจำ ขณะที่สถานีอนามัยจำนวนมากต้องดูแลประชากรมากกว่า 5,000 คน และประมาณร้อยละ 17 ต้องดูแลประชากรกว่า 10,000 คน ในขณะที่ระบบสุขภาพยังผลิตกำลังคนได้ไม่เพียงพอและมีปัญหาในระบบการจ้างงาน ที่เป็นอุปสรรคในการจัดหากำลังคนที่เพียงพอ ต่อการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

3. รัฐบาลภายใต้การนำของนายกรัฐมนตรี ฯพณฯ อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ แถลงนโยบายด้านสาธารณสุข ดังนี้คือ

3.1 สนับสนุนการดำเนินการตามแนวทางของกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ โดยเร่งดำเนินการมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยประสานความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากภาคีการพัฒนาในสาขาต่าง ๆ ตลอดจนภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจ รมรงค์ให้เกิดการพัฒนาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอนามัย รวมทั้งส่งเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการผลิต และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยจัดสรรทุนให้เพื่อกลับมาทำงานในท้องถิ่น

3.2 ปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุข โดยลงทุนพัฒนาระบบบริการสุขภาพภาครัฐ ทุกระดับให้ได้มาตรฐาน ยกกระดับสถานีอนามัยเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อในทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ระบบหลักประกันสุขภาพมีคุณภาพอย่างเพียงพอทั่วถึง มีทางเลือกหลากหลายรูปแบบ และครอบคลุมได้ถึงการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

3.3 ลงทุนผลิตและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควบคู่กับการสร้างขวัญ กำลังใจให้มีความก้าวหน้าในอาชีพ มีการปรับปรุงกฎระเบียบเพื่อให้มีรายได้จากเงินเดือน และค่าตอบแทนอื่น ๆ ที่เหมาะสม เป็นธรรม มีการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ตลอดจนการลงทุนพัฒนาและเชื่อมโยงระบบข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพให้ทันสมัย มีมาตรฐานสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างคุ้มค่า

เพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและนโยบายของรัฐดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วน ในการปรับโฉม การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของประเทศไทย ให้เปลี่ยนจากบริการเชิงรับมาเป็นเชิงรุก โดยเห็นสมควร จัดทำ “แผนทศวรรษเพื่อการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2553 - 2562” ขึ้นเพื่อเป็นกรอบแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

2. กรอบแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. คุณลักษณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พึงประสงค์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการยกระดับศักยภาพของสถานีนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในระดับตำบล โดยมุ่งให้มีคุณลักษณะสำคัญ ดังนี้

1.1 ขอบเขตการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีขอบเขตการดำเนินการบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้

- ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ
- บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลที่เลี้ยง หรือ ส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับผู้ป่วยไว้นอนค้างคืน และหากมีกรณีฉุกเฉิน ก็มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ
- มีความเชื่อมโยงและมีส่วนร่วม โดยมีความเชื่อมโยงกับบริการสุขภาพในระดับอื่น ในการดูแลผู้ป่วยรายกรณีอย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่น

1.2 พื้นที่การทำงาน

- มีเขตพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) อย่างชัดเจน
- เปลี่ยนระบบแนวคิดโดยถือว่าพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดเป็น “พื้นที่สำนักงาน” เช่น การใช้บ้านเป็นเรือนผู้ป่วย (home ward)

1.3 บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

- มีความรู้และทักษะในการให้บริการผสมผสาน และมีทักษะเพิ่มเติมเฉพาะด้าน
- มีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม
- มีศักยภาพในการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- มีศักยภาพในการใช้ และการจัดการระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

สารสนเทศ

1.4 การบริหารจัดการ สนับสนุนการปฏิรูประบบการบริหารจัดการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน/ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ราชการส่วนภูมิภาค องค์กรเอกชน โดยมีเป้าหมายร่วมให้เกิดระบบที่มีความยืดหยุ่น คล่องตัว มีความยั่งยืน มีความเป็นธรรม มีประสิทธิภาพ เป็นระบบที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ

1.5 ระบบสนับสนุน (supporting system)

- ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ
- มีระบบการปรึกษาโรงพยาบาลที่เลี้ยงตลอดเวลา
- ระบบเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา
- ที่สอดคล้องกับ โรงพยาบาลที่เลี้ยง

2. ขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบกำหนดระดับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย /ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิรูปแบบอื่นๆ สามารถพัฒนาหรือยกระดับการดำเนินงานเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้หลายระดับ โดยจำแนกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดเล็ก รับผิดชอบประชากรไม่เกิน 3,000 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดกลาง รับผิดชอบประชากร 3,000- 6,000 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพขนาดใหญ่ รับผิดชอบประชากร 6,000 คนขึ้นไป

3. บุคลากร มีบุคลากร 5 - 10 คน ขึ้นอยู่กับขนาดของสถานบริการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดเล็ก มีบุคลากรสาธารณสุข 5 - 6 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดกลาง มีบุคลากรสาธารณสุข 6 - 8 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใหญ่ มีบุคลากรสาธารณสุข 8 - 10 คน ทั้งนี้อาจมีแพทย์ และบุคลากร แพทย์แผนไทย เกษัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ร่วมให้บริการ ทั้งเต็มเวลาหรือบาง เวลาตามความจำเป็น และความเหมาะสม (ในกรณีจำเป็นให้ปรับลดหรือเพิ่มบุคลากรได้ตามความเหมาะสม โดยให้มีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 1 คนต่อประชากร 1,250 คน)

3. เป้าหมายในการดำเนินการ

ระยะที่ 1 นำร่อง (เมษายน - กันยายน 2552) มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประมาณ 500 แห่ง ในอำเภอหรือพื้นที่ที่มีโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป ที่พร้อมสนับสนุนการพัฒนา

ระยะที่ 2 ขยายผลให้ครอบคลุม (ภายในกันยายน 2555) ขยายผลจากระยะที่ 1 ให้ สถานีอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน ประมาณ 4,500 แห่ง เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายใน 3 ปี

ระยะที่ 3 พัฒนาอย่างต่อเนื่องให้สมบูรณ์ ดำเนินการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ใหม่ศักยภาพในการดำเนินการได้ตามเป้าหมายและเวลาที่กำหนด (คณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบาย โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล, 2552)

พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข

1. ความเป็นมาของแผนงานทันตสาธารณสุข

ทันตสาธารณสุข เป็นหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข ถือกำเนิดขึ้นจากงานให้บริการทันตกรรม อยู่ในแผนกสุขาภิบาลโรงเรียน สังกัดกระทรวงธรรมการ มีหน้าที่ให้บริการทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน และเริ่มให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป ในปี พ.ศ. 2466 ต่อเมื่อมีการสถาปนากระทรวงสาธารณสุขขึ้น ในปี พ.ศ. 2485 งานทันตกรรมจึงอยู่ภายใต้การบริการงานของกองอนามัยโรงเรียน กระทรวงสาธารณสุข จากนั้นมีการปรับปรุงส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขอีก 2 ครั้ง ปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสำนักทันตสาธารณสุข สังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยช่วงแรกงานทันตสาธารณสุขอยู่ในวงแคบและไม่มีการวางแผนงานที่แน่นอน ทำให้ไม่อาจแก้ปัญหาทันตสาธารณสุขได้ จนได้รับการบรรจุในแผน ระดับชาติครั้งแรก เป็นลำดับต่อมาจนถึงปัจจุบันซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) ถูกกำหนดให้เป็น “โครงการทันตสาธารณสุข ” มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความชุก ชุมของโรคในช่องปาก โดยการให้บริการทันตกรรม การให้ทันตศึกษา การดำเนินงาน ทันตกรรมเพิ่มทวีและทันตกรรมป้องกัน ในโรงเรียนประถมศึกษา โดยมีทันตภิบาลเป็นผู้ดำเนินการ ในขณะเดียวกันก็ได้เร่งการผลิตทันตภิบาลให้มากขึ้น โดยตั้งโรงเรียนทันตภิบาลขึ้นเป็นแห่งที่ 2 ในจังหวัดขอนแก่น (โรงเรียนทันตภิบาลแห่งแรกในจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2511) นอกจากนี้ได้มีการโครงสร้างการบริหาร ซึ่งในส่วนกลางได้จัดตั้งคณะกรรมการทันตสาธารณสุขแห่งชาติ รับผิดชอบการกำหนดนโยบาย การประสานงาน ควบคุมการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของประเทศ และจัดตั้งศูนย์ทันตสาธารณสุขในเขตต่าง ๆ ของจังหวัดและในส่วนภูมิภาค และได้จัดตั้งฝ่ายทันตสาธารณสุขขึ้นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อทำหน้าที่ในสนับสนุนงานด้านส่งเสริมป้องกันการบริการสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานสนับสนุนด้านการบริหารและด้านวิชาการทันตสาธารณสุขของจังหวัด

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้พัฒนาให้เป็น “แผนงาน ทันตสาธารณสุข ” ยึดเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543” ด้วยการใช้กลวิธีสาธารณสุขมูลฐานเป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน เพื่อกระจายทันตสาธารณสุขไปสู่ระดับ

อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านให้ มากขึ้น การดำเนินงานของแผนฯ ฉบับที่ 5 นี้ ได้แบ่งออกเป็น โครงการหลักได้แก่ การดำเนินงานเผยแพร่ทันตสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป กิจบริการ ทันตสาธารณสุขในชนบท การดูแลทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา การให้บริการทันตสุขภาพในโรงเรียนมัธยมศึกษา และจัดบริการทันตสาธารณสุขในเขตกรุงเทพฯ และเขตเทศบาลอื่นๆ ในส่วนของกลุ่มโครงการสนับสนุน มีการดำเนินการเกี่ยวกับการพัฒนาโครงสร้างและระบบในการจัดการ การพัฒนาบุคลากร การวิจัยและสาธิตกิตติบริการทางทันตสาธารณสุข และดำเนินการประสานงานและอำนาจการ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) มุ่งเน้นการควบคุมโรคฟันผุและปรับปรุงสภาวะปริทันต์ โดยการดำเนินการยังคงจำแนกเป็นกลวิธีหลัก ได้แก่ การดำเนินงานเฝ้าระวังและดูแลทันตสุขภาพในนักเรียนประถมศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของแผนฯ ฉบับที่ 6 แผนงาน ทันตสาธารณสุข ชุมชน การบริการทันตสาธารณสุข การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และในส่วนของกลวิธีสนับสนุน ได้แก่ การพัฒนาองค์กร การพัฒนากำลังคน และการพัฒนาทางเทคโนโลยีทางทันตสาธารณสุข ในแผนฯ ฉบับที่ 6 นี้ ได้มีการกระจายทันตบุคลากรไปสู่ส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการบริการแก่ประชาชน โดยการจัดโครงการทันตแพทย์ผู้ทำสัญญา การเพิ่มขีดความสามารถทางทันตกรรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล นอกจากนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารงานทันตสาธารณสุขจากเดิมเล็กน้อย คือ โครงการศูนย์ทันตกรรม กรมการแพทย์ แยกออกไปจากฝ่ายทันตกรรม โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์ เป็นสถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ ทำให้การบริหารงานด้านวิชาการทันตกรรมคล่องตัวมากขึ้น

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) แผนงานทันตสาธารณสุข ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 มีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อควบคุมสภาวะโรคในช่องปาก ลดการสูญเสียฟันและแก้ไขความพิการของอวัยวะในช่องปากของประชาชน โดยการเร่งรัดพัฒนาการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข พัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสม ในการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ และในแผนงาน ทันตสาธารณสุขฉบับที่ 7 ประกอบด้วย 2 แผนงานรองคือ

1. แผนงานรองพัฒนา ทันตสาธารณสุขประกอบด้วยงานบริหารและพัฒนาการทันตสาธารณสุข มีกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ และงานสนับสนุนบริการทันตสาธารณสุข มีกองสาธารณสุขภูมิภาค กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ

2. แผนงานรองพัฒนา ทันตกรรมบำบัดและฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย งานบริหารและ พัฒนาการทันตกรรม และงานพัฒนาเทคโนโลยี ทันตกรรมบำบัดและฟื้นฟูสภาพ มีสถาบัน ทันตกรรมและกลุ่มงานทันตกรรม กรมการแพทย์ เป็นหน่วยงานรับผิดชอบ

สำหรับการดำเนินงาน ทันตสาธารณสุข ในแผนฯ ฉบับที่ 7 นี้ ได้มีการกำหนดแนวทาง และกลวิธีการดำเนินงานของแต่ละงานต่าง ๆ ตามแผนงานรองดังกล่าว ซึ่งมุ่งเน้นที่การแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยในช่องปากของประชาชน โดยส่วนหนึ่งเป็นการดำเนินงานต่อเนื่องจากแผนฯ ฉบับที่ 6 และขยายงานไปยังกลุ่มเป้าหมายที่มีแนวโน้มของปัญหาที่เพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการทันตสาธารณสุข และการปรับปรุงพัฒนาระบบสนับสนุน ทั้งทางวิชาการ การบริหารจัดการและกำลังคน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหา ทันตสาธารณสุขของประเทศ (กลุ่มงานแผนงานและประเมินผล กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2530 - 2534) นับเป็นจุดเปลี่ยน สำคัญของการวางแผนพัฒนาประเทศ ทั้งในด้านกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในสังคม ผลจากการมีรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2540 และแนวคิดใหม่ที่เปลี่ยนมานั้น ให้คนเป็นศูนย์กลาง พัฒนา ดังนั้นแผนกาพัฒนาการ สาธารณสุขในช่วงแผนฯ ฉบับที่ 8 ได้กำหนด ภาพลักษณ์ด้านสุขภาพของคนไทย ภายใต้ปรัชญาที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง งานทันตสาธารณสุขใน แผนฯ ฉบับนี้ได้กำหนดให้อยู่ในสาขาการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค โดยเป็นงานใน แผนงานรองสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มประชากร วัยประถมศึกษา และวัยก่อนเรียนเป็นกลุ่มประชากรสำคัญของแผน ช่วงนี้เริ่มมีการบริหารองค์กรตามโครงสร้าง ใหม่ มีความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก คัดเลือกศูนย์ พัฒนาเด็กเล็กดีเด่น และองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ มีการวางแผนแนวทางการพัฒนาบุคลากร และองค์ที่ชัดเจน มีการผลักดันให้งานทันตสาธารณสุข ปรากฏเป็นตัวชี้วัดในการส่งเสริมสุขภาพ และมีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปาก (ครั้งที่ 5) ที่ไม่เหมือนครั้งก่อน ๆ คือ ให้จังหวัดดำเนินการ เอง โดยส่วนกลางเป็นผู้อบรมและให้เกณฑ์ในการสำรวจ

เริ่มมีโครงการหลักประกัน ลงไปในพื้นที่ระดับตำบลและกำหนดการให้บริการด้าน สุขภาพช่องปากร่วมด้วย

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) เนื่องจากในช่วง แผนฯ ฉบับที่ 8 ประเทศไทยประสบวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อคนและสังคม แผนพัฒนาสุขภาพ (จากเดิมเรียกว่าแผนพัฒนาการสาธารณสุข) ตามแผนฯ ฉบับที่ 9 ซึ่งยุทธศาสตร์ การพัฒนาในช่วงแผนนี้ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เน้นการมีหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนและคุณภาพบริการ โดยใช้แนวทางการบริหาร การพัฒนาเชิง ยุทธศาสตร์ ซึ่งกองทันตสาธารณสุขมีโครงการระดับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการ สนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการทันตกรรมป้องกันในเด็กนักเรียนประถมศึกษาโดยการเคลือบหลุมร่องฟัน และโครงการ ฟันเทียมพระราชทาน

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ได้นำเอาปรัชญา เศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางปฏิบัติควบคู่ไปกับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มีคน เป็นศูนย์กลางการพัฒนา มุ่งสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน แผนฯ ฉบับนี้ ได้วางยุทธศาสตร์ไว้ 5 ข้อ ด้วยกันคือ การพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทยสู่สังคมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ การสร้างความเข้ม แข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานความหลากหลายทางชีวภาพ และการสร้างความมั่นคงของ ฐานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม การเสริมสร้างธรรมาภิบาล ในการบริหารจัดการประเทศ ดังนั้นการ พัฒนางานทันตสาธารณสุขตามแผน ฯ นี้จึงเป็นงานที่ต้องบูรณาการและถ่ายทอดสู่การปฏิบัติตาม ยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โครงการในช่วง แผนพัฒนาสุขภาพ ฉบับที่ 8, 9 และ 10 ที่ สำคัญได้แก่ โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านทันตสุขภาพ แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า โครงการ ธรรมรงค์เพื่อเด็กไทยไม่กินหวาน ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี โครงการเรียนรู้วิถีชีวิต ตอน “อาหารกับ ฟันผุ” เป็นต้น (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากเอกสารประกอบการอบรมวิชาการ บริหารและพัฒนาทางด้านทันตสาธารณสุข (Dental public health administration & development) หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพทันตกรรมสาขา ทันตสาธารณสุข หัวข้อ “การวางแผนงานทันต สาธารณสุขและกะมะเมินผล” วันที่ 4 มีนาคม 2553 ณ สำนักทันตสาธารณสุข โดยทันตแพทย์หญิง วราภรณ์ จิระพงษา ได้นำเสนอแผนพัฒนาทันต สาธารณสุข ใน แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ดังนี้

พัฒนาการของงานทันตสาธารณสุข		
แผนพัฒนาฯ 2-3 (2510-19)	จัดตั้งรพ.ครบทุกจว. 2490-99	มีแผนกทันตกรรมในรพ.จว.
	ทก.ปฏิบัติงานในสอ.ชั้นหนึ่ง 2513	"ทันตกรรมเพิ่มทวี" ให้บริการผสมผสาน ในร.ประจำ
	2515	จัดตั้งกองทันตสาธารณสุข
แผนพัฒนาฯ 4 (2520-24)	จัดตั้งรพ.อก.ให้ครบทุกอก. 2518	มีฝ่ายทส.ในรพ.อก.≥30เตียง
	2520	NOHS I
	หลักการสาธารณสุขมูลฐาน 2521	มีฝ่ายทส.ในสสจ.
แผนพัฒนาฯ 5 (2525-29)	(HFA by 2000) 2523	งานทส.เป็นองค์ประกอบของ PHC (2522)
	2525	ทสสม.1 (อบรมจนท.สอ.,อสม.)
	2526	มีฝ่ายทส.ในรพช.ทุกขนาด
	2527	มีฝ่ายทส.ในรพช.ทุกขนาด
	2528	ทพ.คู่สัญญา (นศ.รุ่นแรกที่ทำสัญญา)
แผนพัฒนาฯ 6 (2530-34)	ทำเกณฑ์ พมส.ใช้เป็นแนวทาง 2529	NOHS II
	พัฒนาคุณภาพบริการ	เป้าหมายทันตสุขภาพดีถ้วนหน้า พ.ศ.2543
		มีเกณฑ์ทันตกรรม. ทสสม.2 (อบรม scaling)

พัฒนาการของงานทันตสาธารณสุข (ต่อ)		
แผนพัฒนาฯ 6 (2530-34)	2531	"เฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพในร. ประจำ"
	2532	ทันตแพทย์คู่สัญญาใน รพช./สสจ.
	2532	NOHS III
แผนพัฒนาฯ 7 (2535-39)	ทศวรรษแห่งการพัฒนาสอ. 2535-44	"ดูแลสุขภาพช่องปากแม่และเด็ก"
	2536	2536 ทก.ในสอ.ขนาดใหญ่
	2537	NOHS IV
แผนพัฒนาฯ 8 (2540-44)	2536-48	"ปรับระดับฟลูออไรด์ในน้ำประปา"
	2538-40	"ดูแลทันตสุขภาพนร.พิการหูหนวก,ตาบอด"
	จัดตั้งสำนักส่งเสริมสุขภาพ 2540	กองทันตฯเป็นกองวิชาการ,ไม่มีบทบาท implement
	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 2542	บูรณาการกับงานส่งเสริมสุขภาพในร.
	2542-43	"เคลือบหลุมร่องฟันเฉลิมพระเกียรติ"
พรม.กระจายอำนาจ 2542-53	..เงิน,คน,งาน,โครงสร้าง.....ส่งต่อความรู้..	
	2543-44	NOHS V

พัฒนาการของงานทันตสาธารณสุข (ต่อ)		
	การวางแผนเชิงกลยุทธ์เพื่อปรับปรุง ปสภ.การบริหารสาธารณสุข	พัฒนาคุณภาพบริการ,สร้างสุขภาพเชิงรุก, พัฒนาศักยภาพปช.และอปท.
	นโยบายหลักประกันสุขภาพ 2545 ก้าวหน้า (30บาท)	กรมวิชาการในกสธ.ไม่ได้รับจัดสรรงบ. สำหรับการจัดบริการสุขภาพ
แผนพัฒนาฯ 9 (2545-49)	ปรับโครงสร้าง,ยุบกองรพ.และ กองภ.,ตั้งกรมสนับสนุนบริการฯ	ยุบฝ่ายทส.ในสสจ.
	2546-48	"แม่ลูกฟันดี 102 ปี สมเด็จพระเจ้า"
	2546	"เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน"
	2548	"ยิ้มสดใส เด็กไทยฟันดี", "ประกวดร."
	2548-49	"เรียนรู้คู่วิจัย ตอน อาหารกับฟันผุ"
	2548	"ฟันเทียมพระราชทาน"
แผนพัฒนาฯ 10 (2550-54)	"ระบบสุขภาพพอเพียง" สุขภาพดี บริการดี สังคมดี	NOHS VI
	ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง	แผนกลยุทธ์ส่งเสริมทันตสุขภาพ4ปี (53-56)
	2549-50	"ประกวดคุนู", "เครือข่ายร."
	2551-52	ปรับเปลี่ยนเป็นสำนักทันตสาธารณสุข
	2551-53	
	2553	

หมายเหตุ : เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลกระทบต่อรวมทั้งประเทศ ตามช่วงปีงบประมาณ

ที่มา วราภรณ์ จิระพงษา, 2553

ภาพที่ 2 พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่างานทางด้านทันตแพทยศาสตร์นั้น ปกคลุมด้วยบรรยากาศของการรักษา และผูกติดกับเงื่อนไขของความเจ็บป่วย โดยบรรยากาศดังกล่าวห้อมล้อมอยู่ในระบบคิดของทันตบุคลากร และสาธารณสุขชนทั่วไป

หากพิจารณาจากต้นแบบของงานทันตสาธารณสุขในสหรัฐอเมริกา ซึ่ง มีอิทธิพลสูงต่อการจัดการเรียนการสอนและวางแผนทางการ ดำเนินงาน ในประเทศไทยก็ พบสิ่งเดียวกัน กล่าวคือ พัฒนาการงานทันตสาธารณสุข ที่ก้าวพ้นจากเรื่องของ เทคนิคการรักษาทางกายภาพ หรือ การบำบัดรักษา เริ่มต้นในช่วงปี พ.ศ. 2493 - 2502 (ค.ศ. 1950 - 1959) ด้วยการให้ความสำคัญกับแง่มุมทางจิตวิทยาของผู้ป่วยที่มารับบริการ และการจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยมารับบริการ ต่อมาอีก 5 ปี หลังจากนั้น จึงได้ให้ความสนใจกับการป้องกันโรคแก่สาธารณสุขชน โดยมาตรการให้ชุมชนยอมรับการเติมฟลูออไรด์ในน้ำประปา กล่าวได้ว่าโครงการนี้นับเป็นก้าวแรกที่งานทางด้านทันตแพทย์ต้องสัมผัสกับกลุ่มคนในวงกว้าง และเปิดให้มีการทำงานร่วมกันในทีมกับคนในวงการอื่น เช่น นักสังคมศาสตร์ นักจิตวิทยา นักเศรษฐศาสตร์ นักมานุษยวิทยาวัฒนธรรมากันนี้จึงมีการเคลื่อนไหวของการทำงานและงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับ กำลังคนทางด้านทันตสาธารณสุข การให้สุศึกษา

การอบรมมาตรการเกี่ยวกับฟลูออไรด์ และเมื่อก่อตั้งภาควิชาทันตกรรมชุมชนหรือทันตกรรมป้องกันในสหรัฐอเมริกาในช่วงปี พ.ศ. 2503 - 2512 (ค.ศ. 1960 - 1969) ก็ยังเน้นงานระบาดวิทยา การป้องกันโรค และการควบคุมโรคในช่องปาก งานทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการจูงใจผู้ป่วยให้แสวงหาและยอมรับโปรแกรมการป้องกันสุขภาพช่องปาก จากพัฒนาการงานตั้งแต่นั้นเริ่มแรกจนกระทั่งปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาดูกระบวนงานที่เกิดขึ้นน้อยมากก็คือ งานที่จะสนับสนุนให้ผู้นำในชุมชน (community organizer) ปฏิบัติการในระดับพื้นที่ภายใต้กระบวนการบริหารและกระบวนการทางการเมืองของชุมชนเอง (Cohen, 1981 อ้างใน ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

2. งานทันตสาธารณสุขภายใต้แนวคิดการป้องกันโรค(กาส่งเสริมสุขภาพที่เป็นการขยายขอบเขตงานป้องกันโรค)

แนวคิดที่มีอิทธิพลต่อการทำงานด้านทันตสาธารณสุข นับแต่อดีตจนปัจจุบันและยังคงเป็นกระแสหลักในขณะนี้ก็คือ แนวคิดของการป้องกันโรค (หรือบางครั้งคำว่าส่งเสริมสุขภาพ แต่ใช้สุขภาพในความหมายขมพรปราศจากโรค) ที่มี “(ความรู้และความคิดความเชื่อของ) ทันตบุคลากรเป็นศูนย์กลาง” โดยทั่วไปแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันโรคแบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับ ที่ 1 การป้องกันโรคอย่างเฉพาะเจาะจงและการให้สุศึกษา (Specific prevention and health education) ในทางทันตสาธารณสุขอาจเป็นได้ทั้งการป้องกันโรคโดยผ่านเทคนิคบริการ เช่น การเคลือบ หลุมร่องฟัน การให้ฟลูออไรด์ หรือการสอนเกี่ยวกับทันตสุขภาพ เช่น การแปรงฟัน สอนการใช้เส้นใยขัดฟัน สอนเรื่องการควบคุมอาหารและการควบคุมแผ่นคราบจุลินทรีย์ โดยผ่านเอกสาร แผ่นพับ สื่อสารมวลชน ผ่านบุคลากร เช่น ครู หรือ บุคลากรด้านสุขภาพอื่น

ระดับ ที่ 2 การค้นหาและการให้การรักษาย่าง ทันท่วงที (Early detection and prompt treatment) ในทางทันตสาธารณสุข คือ การตรวจสุขภาพช่องปากเป็นประจำ รวมทั้งการให้การรักษาย่างเร่งด่วนทุกชนิด

ระดับ ที่ 3 การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เช่น การใส่ฟันปลอม เป็นต้น ต่อมาเมื่อมีการทบทวนรูปแบบ ของการป้องกันโรคทั้ง 3 ระดับ เห็นได้ว่าให้ความสำคัญกับโรคและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จนไม่ได้ให้ความสำคัญกับ “คน” จึงได้มีการปรับการทำงานที่เน้นเกี่ยวกับ “พฤติกรรมสุขภาพ” และการปรับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในงานทันตสาธารณสุขก็ได้มีการปรับเช่นกัน กล่าวคือ ในแง่มุมด้านพฤติกรรม (Behavioral change) ได้ให้ความสำคัญกับ การให้ความรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่ “ไม่พึงประสงค์” ไปเป็น “พฤติกรรมที่พึงประสงค์” โดยเน้นกลวิธีที่จะให้ทันตสุศึกษาและการชักชวนเพื่อปรับพฤติกรรม (education and persuasion) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละบุคคล (individual - oriented) นอกจากนั้นยังได้

ประยุกต์ใช้แนวคิดทางสังคมวิทยาโดยใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อ “ควบคุมและเสริมแรง” ในการปรับพฤติกรรมที่พึงประสงค์ซึ่ง เน้นการควบคุมพฤติกรรมโดยกลุ่ม (group control over the individual) เช่น การควบคุมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน โดยผู้นำนักเรียนที่ได้รับการอบรมแล้ว การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโดยบุคคลในครอบครัว และในแง่มุมมองของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สุขภาพที่ดี (Environmental change) ได้มีความพยายามในการทำงานป้องกันโรค และส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วยการทำงานกับชุมชน สังคม และสถาบัน เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่จะลดความเสี่ยงต่อการมีโรคในช่องปาก ซึ่งกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการทำงานจากฐานของโรงเรียน เช่น การรณรงค์ทางทันตสาธารณสุข การบ้วนปากด้วยน้ำยาฟลูออไรด์ในโรงเรียน การควบคุมการบริโภคขนมหวานในโรงเรียน

อย่างไรก็ตามดังได้กล่าวแต่ต้นว่า ความพยายามทั้งหมดในการทำงานอยู่บนศูนัยกลางความคิดการสั่งการ และการดำเนินการ โดยบุคลากรทันตสาธารณสุขเป็นหลัก ก แม้เมื่อเคลื่อนมาสนใจใน 2 ประเด็นหลังที่ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลข่าวสารหรือการสื่อสาร และการทำงานในชุมชน แต่มีประเด็นที่ยังไม่เปิดกว้าง กล่าวคือในส่วนของ การสื่อสารนั้นให้ความสำคัญของการสื่อสารในฐานะเป็น “เครื่องมือของวิชาชีพทันตแพทย์” ที่จะให้ความรู้ ชักจูง หรืออบรม โดยอาจผ่านทั้งสื่อส่วนกลางและผ่านผู้นำชุมชน (opinion leadership) เพื่อให้คนในชุมชนเปลี่ยนแปลงตามเงื่อนไขและข้อกำหนดที่ถูกนำเข้ามาจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกชุมชน

ในประเด็นของชุมชน กล่าวได้ ว่า การทำงานภายใต้กรอบของบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งสาธาณสุขนั้น มองชุมชนในแนวคิดทางสังคมที่เรียกว่าแนวคิดเชิงโครงสร้าง หน้าที่ (structural - functional theory) กล่าวคือ มองเห็นสังคมที่มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันภายใต้โครงสร้าง (ที่แม้ว่าจะแตกต่างกัน) ที่สังคม กำหนดขึ้น ผู้ใดอยู่ในตำแหน่งใดในสังคมก็ยึดมั่นในหน้าที่ของตนและทำหน้าที่ของตนอย่างดีที่สุด (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

3. งานทันตสาธารณสุขในกระแสของการสาธารณสุขมูลฐาน

ในประเทศไทย งานทันตสาธารณสุขที่ก้าวล่วงพ้นมาจากการออกหน่วยให้บริการเคลื่อนที่และให้ทันตสุขศึกษา ซึ่งทำงาน โดยทีมทันตบุคลากรเพียงลำพัง มาสู่การทำงานร่วมกับทีมสาธารณสุขอื่น ได้เริ่มต้นในช่วงของการนำแนวคิด “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาสู่ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2523

อย่างไรก็ตาม ภาพโดยรวมของงานสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการมีส่วนร่วมสูงสุดของประชาชน เมื่อนำสู่การปฏิบัติได้ถูกลดทอนลงเพียงการดึงให้ประชาชนเข้ามาช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุข ภายใต้การกำกับแนวคิด และการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ งานทันตสาธารณสุข

ที่เข้าไปผนวกกับระบบดังกล่าวภายหลัง (ในปี พ.ศ. 2528) ย่อมตกอยู่ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าวอย่างไม่
น่าแปลกใจ

เมื่อพิจารณาลักษณะของงานทันตสาธารณสุขในยุคที่กระแสแนวคิดการสาธารณสุขมูล
ฐานเป็นกระแสหลัก พบว่างานทันตสาธารณสุข ได้พยายามเข้าไปผนวกกับกระแสดังกล่าวใน 3
ระดับ คือ

1. การเข้าร่วมในระดับหมู่บ้าน โดยเข้าไปผนวกกับระบบของการจัดตั้งอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกองทุนยาในหมู่บ้าน ด้วยการอบรมให้ความรู้ด้านทันตสุขภาพ
และจัดตั้งกองทุนยาสีฟัน - แปรงสีฟันในหมู่บ้าน รวมทั้งพยายามอบรมอาสาสมัครในหมู่บ้านให้
สามารถชูดหินน้ำลายด้วยมือได้ (village scaler) แต่โครงการหลังนี้ในช่วงต่อมาไม่ได้ถูกยอมรับใน
ระดับนโยบาย

2. การพัฒนารูปแบบการทำงานในโรงเรียน นอกเหนือจากการแทรกเนื้อหาความรู้
เกี่ยวกับสุขภาพปากและฟัน เข้าไปในกรอบรรมผู้นำนักเรียนร่วมกับงานอนามัยโรงเรียนแล้ว พบว่า
มีการปรับงานเดิม จากอดีตงานทันตสาธารณสุขในโรงเรียนใช้ระบบงานทันตกรรมเพิ่มทวี ซึ่งเป็น
การให้บริการและดูแลช่องปากโดยทันตภิบาลให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียน ในยุคสมัยของการ
สาธารณสุขมูลฐาน งานทันตสาธารณสุขได้พัฒนา มาสู่รูปแบบของการทำงานเฝ้าระวังทาง
ทันตสุขภาพ ซึ่งประยุกต์รูปแบบมาจากงานโภชนาการในชุมชนที่ดำเนินการมาก่อนหน้านี้ โดย
เปลี่ยนผู้ทำงานจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ทำหน้าที่บันทึกน้ำหนักเด็ก มาเป็นครูทำหน้าที่
เป็นผู้ตรวจช่องปากให้กับนักเรียน ทั้งนี้ได้มีการประสานงานกับโครงสร้างการประถมศึกษา
แห่งชาติ กำหนดเป็นนโยบายให้ครูปฏิบัติทั่วประเทศ และกำหนดไว้ในนโยบายทันตสาธารณสุข
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ซึ่งยังคงดำเนินการสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

3. การกระจายงานทันตสาธารณสุขสู่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ได้มีความพยายาม
ในการจัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล เพื่อให้สามารถตรวจ
วินิจฉัยโรคในช่องปากระยะเริ่มแรกได้ ภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูล
ฐาน 1 (ทสสม. 1) และเพิ่มความสามารถให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ให้สามารถชูด
หินน้ำลายได้ ภายใต้ชื่อโครงการทันตสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2 (ทสสม. 2) เพื่อ
รองรับการส่งต่อนักเรียนในโครงการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ

ความเคลื่อนไหวของงานทันตสาธารณสุขตั้งแต่ยุคสาธารณสุขมูลฐานเป็นต้นมา ได้รับ
การวิเคราะห์ว่า แทบไม่มีการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ
เฝ้าระวังทางทันตสุขภาพในโรงเรียนประถมศึกษา ซึ่งไม่สามารถผสมผสานกับงานสาธารณสุขอื่น
แทบทุกระดับ เป็นโครงการที่แปลกแยกโดดเดี่ยวจากงานสุขภาพอื่น ๆ ทำให้เป็นการเพิ่มภาระ

ให้กับผู้ที่เขามาเกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล และครูในโรงเรียน (สุกร นัตรไชยฤกษ์, 2543)

ภายใต้แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐาน งานทันตสาธารณสุขยังคงวนเวียนอยู่ที่เรื่องโรค และการจัดการภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญทางด้านทันตกรรม

แม้โดยรูปธรรมงานทันตสาธารณสุข ได้ก้าวไกลออกมาจากคลินิก และการรักษาบูรณะ ฟันและอวัยวะที่เกี่ยวข้อง สู่การทำงานร่วมกับคน กลุ่มคน และสถาบันอื่น แต่หากพิจารณาใน แนวคิดเบื้องหลังที่กำหนดทิศทางของการทำงานยังคงพบว่ายังตกอยู่ในวังวนการทำงานแบบเดิม ของการค้นหาโรค การป้องกันโรคจนถึงการรักษาหรือที่เรียกว่าการทำงานที่เน้นสุขภาพในเชิงลบ (negative health) อันสะท้อนถึงปรัชญาความเชื่อที่ว่าสุขภาพดี คือการปราศจากโรค ทั้งที่การรับเอา กลยุทธ์งานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ภายใต้การนิยามคำว่า สุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า สุขภาพคือ ภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสังคม มิใช่เพียงปราศจากโรคและทุพพลภาพ เท่านั้น

การติดกับดักความคิดของโรคและการผูกขาดวิทยาการในการแก้ไขปัญหาไว้กับวิชาชีพ ทันตแพทย์ ทำให้งานทันตสาธารณสุขไม่สามารถเปิดกว้างให้บุคลากรนอกวิชาชีพเข้ามาร่วมใน กระบวนการคิดอันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ยังไม่กล่าวถึงการยอมรับในความรู้ของ ประชาชนที่สามารถดูแลสุขภาพช่องปาก รวมทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สัมพันธ์กับ เส้นใยที่จะทำให้เกิดสุขภาพช่องปากที่ดี อันเป็นมิติที่ห่างไกลจากความคิดเรื่องเชื้อโรค ซึ่งเป็น ความคิดกระแสหลัก (ศศิธร ไชยประสิทธิ์, 2544)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษากระบวนการนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานสู่การกำหนดนโยบาย และการ ปฏิบัติของโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ ของสุกร นัตรไชยฤกษ์ (2543) พบว่า โครงการนี้นำหลักการสาธารณสุขมูลฐานและกลวิธีทั้ง 4 มาใช้ดำเนินงานเป็นระยะเวลากว่า 10 ปี แต่ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยเหตุผลที่ผู้ริเริ่ม โครงการยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อแนวคิดและกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน และตกอยู่ในวงจร ของระบบราชการที่เน้นการสั่งการจากศูนย์กลาง

ถ้าเปรียบเทียบกับโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพกับโครงการอาหารกลางวันใน โรงเรียนที่ดำเนินการในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ปรากฏว่าโครงการอาหารกลางวัน ชุมชนมีส่วนร่วม

อย่างเป็นรูปธรรมมากกว่า โดยเสนอการพัฒนาบุคลากรในทุกระดับ ให้เข้าใจ (วารสารณ์ จิระพงษา และสุรพงศ์ พูลสุวรรณ, 2540)

บุญเอื้อ ขวานิชกร และเพ็ญแข ลากยั้ง ศึกษาการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษา : จังหวัด สุพรรณบุรี ภูเก็ต สุโขทัย และอุบลราชธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการและดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลกระทบของนโยบายรวมทั้งประมวลปัญหาอุปสรรค และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงาน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2544 ถึงกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่มทันตบุคลากรในสี่จังหวัด ซึ่งเลือกอย่างเฉพาะเจาะจง ตามรูปแบบการบริหารจัดการงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด ในทัศนะของทันตบุคลากร แม้ว่าโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักการแนวคิดที่คำนึงถึงประโยชน์ของประชาชน แต่ดำเนินการด้วยความเร่งรีบเร่งรัด ภายใต้การเตรียมการไม่เพียงพอ และความไม่ชัดเจนของระบบที่เกี่ยวข้อง ส่งผลถึงการดำเนินงานของจังหวัด และกระทบขวัญกำลังใจของทันตบุคลากร โครงการนี้เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ของประชาชน โดยกำหนดสิทธิประโยชน์เหนือกว่าโครงการสวัสดิการอื่น ๆ และประชาสัมพันธ์อย่างกว้างขวาง แต่มีปัญหาในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตามแนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว และมีแนวโน้มกระทบถึงงานเชิงรุก ในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาในอนาคต หากไม่มีการปรับวิธีการจัดสรรเงินให้เครือข่ายบริการ รวมทั้งทบทวนสิทธิประโยชน์บนพื้นฐานความเป็นจริงด้านกำลังการผลิต บริการ และงบประมาณ ควรมีการพิจารณามาตรการป้องกันโรคในช่องปากระดับสังคมอย่างจริงจัง และผลักดันให้เป็นโครงการระดับประเทศ เพื่อลดอุบัติการณ์ ของโรคและควบคุมค่าใช้จ่ายในอนาคต

การสังเคราะห์บทบาท และโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิในบริบทของ วิชาชีพทันตกรรม : กรณีศึกษา 5 แห่ง (สุณี ผลดีเยี่ยม และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2545) พบว่าโครงสร้างและรูปแบบของระบบบริการ จากการวิเคราะห์ อาจแบ่งเป็น 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ (1) PCU ในโรงพยาบาลให้บริการทันตกรรมครอบคลุมทุกอย่าง มีทันตแพทย์เฉพาะทางปฏิบัติงานในบางสาขา (2) PCU ที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำ ให้บริการถอนฟัน อุดฟัน ชูดหินปูน เคลือบหลุมร่องฟันและเคลือบฟลูออไรด์ และการส่งเสริมป้องกันเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย (3) PCU ที่มีหน่วยจากโรงพยาบาลเวียนไปให้บริการถอนฟัน ซึ่งการบริหารจัดการที่พบทั้ง 3 รูปแบบนี้จะขึ้นกับจำนวนเครื่องมือ อุปกรณ์ทันตกรรม และบุคลากรที่มี โดยชนิดงานบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ ขึ้นกับทรัพยากรและรูปแบบของการจัดบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จากผลการปฏิบัติงานของกรณีศึกษาทั้ง 5 แห่ง พบว่ามีการดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายทั้งหญิงมีครรภ์ เด็กใน

ศูนย์เด็กเล็ก นักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา มีข้อสังเกตว่าในระดับ PCU ที่อยู่ในโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีบริการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ตามที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วน PCU ที่ไม่ได้ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล จะไม่มีบริการใส่ฟันปลอมฐานพลาสติก รักษาโรคฟันน้ำนม และใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่ สำหรับกลไกและการกำกับมาตรฐานบริการส่วนใหญ่ขึ้นกับวิชาชีพ (Clinical Practice Guideline) และตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล

ทรงวุฒิ ดวงรัตนพันธ์ และคณะ (2546) ทำการศึกษาสถานการณ์และการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยดูแลสุขภาพบริการระดับปฐมภูมิ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่า สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมทั้งการรักษา การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในช่องปากมีความสอดคล้องกับการจัดบริการทันตกรรมที่มีอยู่ในสถานบริการก่อนที่จะมีโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กิจกรรมมีทิศทางที่ลดลง ทันตแพทย์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจในแนวคิดส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ อีกทั้งขาดทักษะการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปากในระดับชุมชน การจัดสรรงบประมาณและการดำเนินงานพัฒนาการบริการเพื่อให้ได้การรองรับคุณภาพจาก Hospital Accreditation (HA) ก็เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่งส่งผลให้ทันตแพทย์ต้องลดงานอื่น ๆ โดยเฉพาะงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ปริญญา คงทวีเลิศ และสุณี วงศ์คงคาเทพ ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่าในปี 2549 ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 64.1 ไม่มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก เป็นบริการโดยทันตภิบาลประจำร้อยละ 23.5 และบริการในรูปแบบของหน่วยเคลื่อนที่ ร้อยละ 12.5 การจัดบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในงานบริการพื้นฐาน ทั้งในโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีทันตภิบาลปฏิบัติงานประจำที่ครอบคลุมกว่าร้อยละ 90 คือ งานบริการในคลินิกฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี และงานอนามัยโรงเรียนกิจกรรม ส่วนใหญ่ คือ การตรวจ การให้ความรู้ การฝึกทักษะการแปรงฟัน การบริการทันตกรรมป้องกัน และบำบัดรักษาผู้ให้บริการส่วนใหญ่ คือ ทันตภิบาล ขณะที่บริการเยี่ยมบ้านและคลินิกโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ไม่มีการดำเนินการ ดังนั้น เพื่อให้การจัดบริการส่งเสริมป้องกันในหน่วยบริการปฐมภูมิส่วนภูมิภาค สามารถดำเนินการได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพัฒนาระบบการสนับสนุนการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค ในเรื่อง การวางแผนส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพระดับพื้นที่ การสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการกำกับติดตามและประเมินผล และพัฒนาศักยภาพของทีมงานสุขภาพ

สุณี วงศ์คงคาเทพ (2550) ศึกษาความเป็นธรรมใน การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไทย พ.ศ. 2550 พบว่าประชาชนไทยมีหลักประกันสุขภาพสูงถึง ร้อยละ 96.3 เป็น

หลักประกันด้วยการมีสิทธิ 30 บาท ร้อยละ 73.6 แสดงให้เห็นว่าโครงการหลักประกันสุขภาพ จะสร้างหลักประกันให้ประชาชนไทย แต่กลุ่มสิทธิ 30 บาทซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนยากจนและอยู่ในพื้นที่ชนบท กลับพบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งควรเข้าถึงบริการเพื่อการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากมากที่สุด กลับพบอัตราใช้บริการเพียง ร้อยละ 2 - 3 เท่านั้น และบริการทันตกรรม 3 อันดับที่ใช้สูงสุดใน พ.ศ. 2550 คือ บริการถอนฟัน ขูดหินปูน และอุดฟัน คิดเป็นร้อยละ 40.6, 23.0 และ 18.6 ตามลำดับ ประชากรทุกกลุ่มอายุใช้บริการถอนฟันสูงสุด คือ ร้อยละ 34.7 - 56.1 ยกเว้นกลุ่มวัยรุ่นส่วนใหญ่ได้รับบริการขูดหินปูน และอุดฟัน

จากข้อมูลระบาดวิทยาของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่าความชุกของโรคฟันผุในฟันน้ำนมอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในเขตชนบท แม้ว่าประเทศไทยจะกำหนดเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ให้มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากสำหรับเด็กปฐมวัย แต่ความกระตือรือร้นที่จะให้เด็กได้รับบริการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษายังไม่ชัดเจน การประเมินผลชี้ให้เห็นว่าแม้มีการตรวจช่องปากเด็กซึ่งเป็นมาตรการที่ดีตามหลักการเฝ้าระวังโรค แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การให้บริการด้านทันตกรรมป้องกันหรือการรักษาแก่เด็ก (จันทนา อึ้งชูศักดิ์ และคณะ, 2547)

แม้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินงานทันตสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ระบาดวิทยาของสุขภาพช่องปากยังคงชี้ว่ามีขนาดไม่ลดน้อยลงมากนัก ประกอบกับปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมมีส่วนหนุนให้โรคในช่องปากยังคงเพิ่มขึ้นอีกต่อเนื่อง แม้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผลของปัญหาสุขภาพช่องปากมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งการสูญเสียทางเศรษฐกิจด้วย แต่ธรรมชาติของโรคในช่องปากที่คุกคามต่อชีวิตน้อย ทำให้คนมองข้ามความสำคัญของการป้องกันโรคไป ยกเว้นบ้างสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบเรื่องความเจ็บปวดและบุคลิกภาพ การรักษาทางทันตกรรมมีต้นทุนค่อนข้างแพง (ไม่ว่ารัฐจะเป็นผู้รับภาระ หรือประชาชนรับภาระเองกรณีไปรับบริการที่สถานพยาบาลภาคเอกชน) เนื่องจากเทคโนโลยีและวัสดุทันตกรรมส่วนใหญ่เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศเกือบทั้งนั้น

การรักษาทางทันตกรรมที่ต้องพึ่งพา ทันตบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งทันตแพทย์ที่มีปริมาณจำกัดแล้ว ยังมีปัญหาการกระจุกตัวในเขตเมือง ทำให้ประเทศไทยยังคงมีปัญหาการจัดบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การปรับแนวคิดของการลดปัญหาต้องให้ประเด็นการป้องกันก่อนการเกิดโรค โดยที่ประชาชนหรือสังคมร่วมดูแลจัดการปัญหาด้วยกันได้ ทั้งนี้จำเป็นต้องใช้มาตรการทางสังคมและนโยบายสาธารณะ ที่ส่งเสริมให้ประชาชนที่มีวิถีชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีร่วมกัน (วีระศักดิ์ พุทธาศรี และคณะ, 2552)

กรอบแนวคิดของการศึกษา

