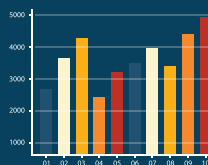


แนวทางการพัฒนาการจัดบริการ

สุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิ

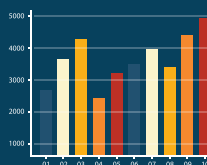
สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



แนวทางการพัฒนาการจัดบริการ

สุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิ

สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



"แนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง"

ที่ปรึกษา

นายสุเทพ เพชรமாக

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

นายสุทธิพงษ์ วสุโสภาพล

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

นายแพทย์เจวดสรร นามวาท

ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายสมเกียรติ พิทักษ์กมลพร

ผู้อำนวยการสำนักนโยบายสาธารณะภาคใต้ (สช.ต.)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คณะผู้จัดทำ

ทพญ.สุณี วงศ์คงคาเทพ

ทพญ.จันทนา อึ้งชูศักดิ์

นางสาวรัชณี ลิ้มสวัสดิ์

นางสาวสิริกร คำภูไทย

นางสาวดวงกมล ศรอากาศ

นางสาวชติยาภรณ์ แสนภูมิ

นางสาวนภาพร ลิ้มประยูร

จัดพิมพ์และ เผยแพร่โดย

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.วิภาวดี ๑๔

หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐

โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒

ISBN

๙๗๘-๖๑๖-๕๖๙-๐๔๑-๖

พิมพ์ที่

บริษัท พิมพ์ลิขิตพัฒนา จำกัด

๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน

เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐

โทรศัพท์ ๐-๒๘๐๔-๕๔๔๗

พิมพ์ครั้งที่ ๑

มิถุนายน ๒๕๖๘ จำนวน ๕๐๐ เล่ม

กราฟิก

vecteezy.com

คำนำ

โครงการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิจนเปลี่ยนแปลงผ่านการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ให้ อบจ. ดำเนินการโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากภายใต้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีวัตถุประสงค์โครงการ ๓ เรื่อง คือ ๑) พัฒนา รพ.สต. สังกัด อบจ. สามารถจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากตามภารกิจถ่ายโอนฯ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ๒) พัฒนา รพ.สต. พื้นที่ต้นแบบ (Sandbox) ในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากแบบมุ่งผลลัพธ์ร่วมกับการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็กเพื่อลดปัญหาฟันผุ และ ๓) จัดทำข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนบริการสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของประชาชน

ทางโครงการฯ มีการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนสร้างเสริมสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. สังกัด อบจ. เป็นไปตามเป้าหมาย และได้มีการจัดเวทีสรุปทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนั้นทางโครงการฯ จึงได้จัดทำเอกสารสรุปสังเคราะห์ “การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งจะเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพช่องปากใน รพ.สต. สังกัด อบจ. เป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของโครงการ ๓ เรื่อง คือ ๑) พัฒนา รพ.สต. สังกัด อบจ. สามารถจัดบริการด้านสุขภาพช่องปากตามภารกิจถ่ายโอนฯ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ได้ เพื่อเพิ่มการถึงบริการ ๒) พัฒนา รพ.สต. พื้นที่ต้นแบบ (Sandbox) ในการพัฒนาการจัดบริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากแบบมุ่งผลลัพธ์ ร่วมกับการจัดระบบนิเวศการเรียนรู้ในศูนย์เด็กเล็กเพื่อลดปัญหาฟันผุ และ ๓) จัดทำข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองของประชาชน การดำเนินการขับเคลื่อนตามกลยุทธ์และกิจกรรมพัฒนาได้รับความร่วมมือจากจังหวัดต่าง ๆ เป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณทีมงานพื้นที่ที่ช่วยขับเคลื่อนพัฒนา และขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน

การจัดทำเอกสารสรุปสังเคราะห์ “การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ได้รับเกียรติจาก ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่าน ได้ให้ความเห็นต่อ ทิศทาง และกลยุทธ์การกระจายอำนาจและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งทางโครงการขอขอบคุณมา ณ ที่นี้พร้อมกับขอบคุณผู้แทนจาก ๙ จังหวัดที่นำเสนอตัวอย่างผลการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : ๙ กรณีศึกษา

สารบัญ

บทที่ ๑ :

ทิศทาง และกลยุทธ์การกระจายอำนาจและการพัฒนาระบบ
บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

หน้า

๖

บทที่ ๒ :

ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ต่อบทบาทของการกระจายอำนาจ
และทิศทางของระบบบริการปฐมภูมิ

๑๗

บทที่ ๓ :

ผลการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ
โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : ๙ กรณีศึกษา
(จังหวัดน่าน, จังหวัดระยอง, จังหวัดหนองบัวลำภู, จังหวัดปทุมธานี,
จังหวัดศรีสะเกษ, จังหวัดนครสวรรค์, จังหวัดเชียงใหม่, จังหวัด
นครปฐม และจังหวัดเชียงราย)

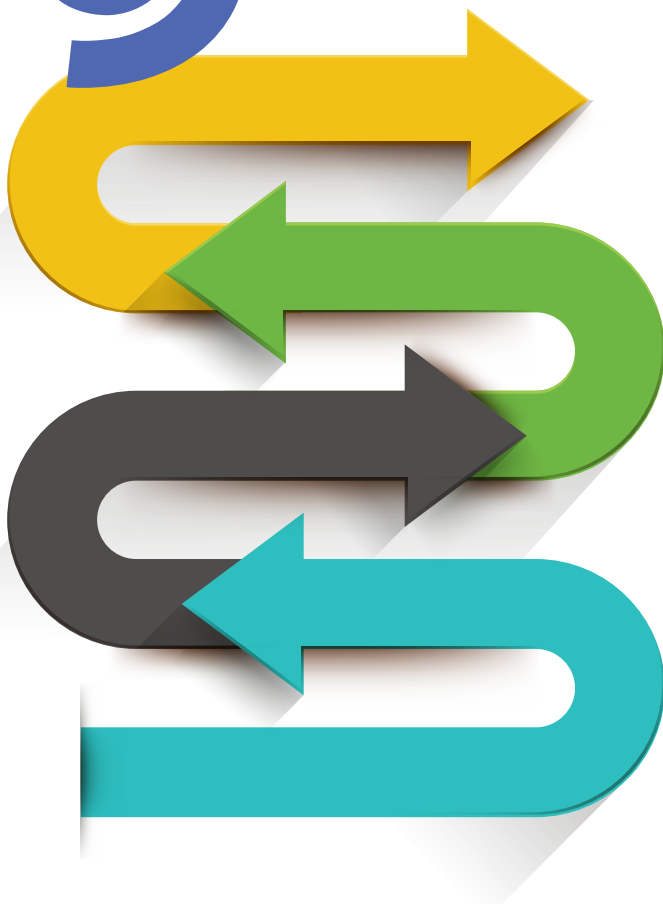
๓๖

บทที่ ๔ :

การส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยต่าง ๆ
(กลุ่มวัยเด็ก ๐ - ๕ ปี, กลุ่มเด็กวัยรุ่น, กลุ่มวัยทำงาน/โรคไม่ติดต่อ
NCD และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ)

๙๒

บทที่ ๑



ทิศทาง และกลยุทธ์การกระจายอำนาจ และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

โดย นายสุทธิพงษ์ วสุโสภณ

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



นายสุทธิพงษ์ วสุโสภภาพล

รองเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

“ปัจจุบันทิศทางการพัฒนาประเทศมุ่งไปสู่การกระจายอำนาจ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการปฏิรูปประเทศและระบบสุขภาพก็เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปประเทศไปด้วย การดำเนินงานเหล่านี้มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนทั้งคุณภาพและปริมาณที่มีมาตรฐาน และที่สำคัญ คือ การตอบสนองและสอดคล้องกับการพัฒนาตามบริบทของแต่ละพื้นที่ นั่นหมายถึง หากมีการกระจายอำนาจเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์แล้ว จะทำให้เกิดการกระจายอำนาจในการจัดการระบบสุขภาพให้ไปอยู่ใกล้กับประชาชน มีบทบาทมีอำนาจในการออกแบบการจัดการระบบสุขภาพของตนเอง

โดยใช้ข้อมูลของพื้นที่เป็นฐาน และพื้นที่ต่างๆ จะเอาสิ่งที่มีในพื้นที่โดยเฉพาะความต้องการมาออกแบบและบูรณาการเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองได้ดียิ่งขึ้น ผมเห็นด้วยและเชื่อมั่นว่า การกระจายอำนาจ บทบาทและภารกิจนี้ จะเป็นทิศทางที่ตอบสนองต่อความร่วมมือ ที่นำไปสู่ความสำเร็จได้ เพราะมีบางเรื่องที่มีความซับซ้อน และรายละเอียดสูงเกินกว่าที่ส่วนกลางจะทำได้ ขณะเดียวกัน ปัญหาในพื้นที่ก็มีมากและใหญ่ขึ้นเกินกว่าที่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งจะดำเนินการ ให้เกิดผลสำเร็จได้โดยเพียงลำพัง การสร้างการมีส่วนร่วมในทุกพื้นที่จะเป็นโอกาสการเข้าถึง ได้มากขึ้น

ในโอกาสการมาแลกเปลี่ยนและเสนอแนะมุมมองแนวคิดการกระจายอำนาจ โดยขอเสนอผ่านประสบการณ์การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ต่างๆ ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรภาคีเครือข่ายในหลายพื้นที่ ตลอดจนการได้ร่วมพัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ไปพร้อมกัน เพื่อเสนอในการประชุมวิชาการสังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในวันนี้”

หลักการสำคัญของการกระจายบทบาท ภารกิจและอำนาจผ่านการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะเป็น“การเพิ่มพลังอำนาจ หรือเพิ่มความสามารถ (Empowerment) ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน และสังคมให้เข้มแข็งขึ้น อีกทั้งการใช้พันธะผูกพันในการตอบสนองความต้องการซึ่งกันและกัน ของประชาชนและท้องถิ่น ที่จะมีสูงกว่าส่วนกลาง มาเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการพัฒนาอย่างมุ่งมั่นสู่ความสำเร็จไปด้วย” สิ่งแรกที่ยากจะกล่าวถึง คือแนวโน้มและทิศทางที่สำคัญ ของการ

กระจายอำนาจในประเทศซึ่งจะมีส่วนในการเกี่ยวข้องกันกับระบบสุขภาพ
ปฐมนุญเป็นอย่างไรบ้าง?

ประการแรก การกระจายอำนาจจากหน่วยงานของภาครัฐจาก
ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคถ่ายโอนไปยังท้องถิ่นจะมีมากขึ้น โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งงานสาธารณสุขเรื่องการบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค
งานบริการสังคมและรัฐสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
ผู้พิการ จะถูกถ่ายโอนไปยังท้องถิ่น เนื่องจากหน่วยงาน ของภาครัฐส่วนกลาง
และภูมิภาค ไม่สามารถทำสิ่งเหล่านี้ได้ดีเท่ากับการปกครองส่วนท้องถิ่น
ซึ่งอยู่ในพื้นที่และใกล้ชิดกับประชาชนอยู่แล้ว

สอง เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพของระบบการเงิน
การคลังของระบบสุขภาพ โดยมีการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลาง
บางส่วนไปสู่ท้องถิ่น และท้องถิ่นร่วมสนับสนุน เพื่อรองรับภารกิจและ
แก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ ส่วนการดำเนินการผ่านด้านสุขภาพที่เป็นเรื่อง
ส่วนกลางบางอย่างก็ยังคงอยู่ส่วนกลาง เช่น ระบบการดำเนินงานตามกฎหมาย
เฉพาะต่างๆ กำลังคนด้านสุขภาพบางส่วน

สาม เป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่น
มากขึ้น ประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมทำให้เกิดระบบธรรมาภิบาลโปร่งใส
ตรวจสอบได้ ประชาชนสามารถเข้ามามีส่วนในการกำกับติดตามการ
ดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมากขึ้น

ที่สำคัญ คือ จะมีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างท้องถิ่นกับ
ภาครัฐส่วนกลางส่วนภูมิภาค และเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ ในลักษณะ
การอภิบาลระบบแบบเครือข่าย (Governance by Network) ซึ่งการทำงาน
เครือข่ายในลักษณะนี้จะเสริมหนุนพลังการทำงานให้เกิดมากขึ้นเรื่อย ๆ



ในขณะเดียวกัน การกระจายอำนาจและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ก็มี**ข้อท้าทายที่สำคัญบางประการ** ที่ต้องมีการพัฒนาควบคู่กันไปด้วย ไม่เช่นนั้น อาจทำให้เกิดอุปสรรคและประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้เช่น **ท้องถิ่นแต่ละแห่งมีศักยภาพแตกต่างกัน** ทั้งเรื่องงบประมาณและศักยภาพของบุคลากรที่แตกต่างกัน ตลอดจนความสนใจที่แตกต่างกันหลากหลาย อาจทำให้บางเรื่องที่เป็นแนวทางกลาง หรือ Norm ไม่มีการดำเนินงานในบางพื้นที่

บุคลากรที่จะเข้ามารองรับภารกิจที่มีความซับซ้อนและเป็นผู้ที่มีทักษะสูง ยังมีไม่เพียงพอ ซึ่งยังต้องจัดทีมสนับสนุนหมุนเวียนบริการอยู่ทุกพื้นที่ **กลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่จะมารองรับการดำเนินงานเพื่อกระจายอำนาจ** ยังมีไม่เพียงพอ เพราะเริ่มมีการถ่ายโอนงานจากส่วนกลางมาสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้นเรื่อย ๆ จนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจจะตั้งรับไม่ทัน หรือ สับสน (Chaos) ไม่รู้จะจัดการอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นงานที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกระทรวงมหาดไทย หรืออื่นๆ และ**ต้องมีการบริหารจัดการข้อมูลด้วยระบบดิจิทัล** และมีการใช้ข้อมูลในการวางแผนและตัดสินใจมากขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมินี้ ก็ได้มีการพัฒนาระบบข้อมูล ที่มาจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงไปสู่ระบบรายงานขององค์กร ได้ด้วยโดยไม่เป็นภาระเพิ่มแก่ผู้ปฏิบัติงาน

การกระจายอำนาจยังเป็นการเพิ่มโอกาสและสร้างจุดแข็งของระบบสุขภาพของประเทศในภาพรวมอีกด้วย ซึ่งระบบสุขภาพปฐมนุฏีของประเทศไทย มีโครงสร้างของสถานบริการสุขภาพปฐมนุฏีครอบคลุมอยู่ทุกตำบล บางพื้นที่มีหน่วยบริการปฐมนุฏีถึง ๒ - ๓ แห่ง และบุคลากรที่อยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก็มีประสบการณ์และเข้าใจบริบทของชุมชนที่ตัวเองอยู่แล้วเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังมีระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็งเชื่อมโยงกับชุมชน อันนี้ เป็นจุดแข็งของระบบสาธารณสุขมูลฐานหรือระบบสุขภาพชุมชนประเทศที่มีความต่อเนื่อง ซึ่งการกระจายอำนาจบนฐานที่เป็นจุดแข็งเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มพลังการจัดการได้มากยิ่งขึ้น

ส่วนสิ่งที่ยังเป็นจุดอ่อน คือ ความต้องการบุคลากรในทักษะวิชาชีพต่างๆ ให้เพียงพอ รวมทั้งความต้องการเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยยังมีไม่เพียงพอ การประสานงานระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ยังมีข้อติดขัดระบบข้อมูลอยู่บ้าง เพื่อปิดจุดอ่อนหรือช่องว่าง ในระยะแรกนี้ ขอเสนอกลยุทธ์สำคัญและจำเป็นที่ควรนำมาขับเคลื่อนการพัฒนา ดังนี้

ประการแรก ควรที่จะมีการบูรณาการเรื่องระบบข้อมูล (Database) ในการวางแผนการดำเนินงาน ตลอดจนการเชื่อมโยงกับระบบบริการ ยกตัวอย่างเช่น โครงการวิจัยของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีการจัดการระบบการส่งต่อคนไข้ที่อยู่อำเภอเชียงดาว ไชยปราการ เวลาส่งตัวมายังโรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลนครพิงค์หรือโรงพยาบาลมหาราชน จะสามารถเช็คได้ก่อนเลยว่ามียาเพียงพอไหม ถ้าไปจะต้องมีระบบในการรองรับได้แน่นอน จะได้ไม่เป็นภาระแก่ผู้รับบริการ ไม่ใช่ต้องตื่นตั้งแต่ตี ๔ มาถึงโรงพยาบาลแล้วบอกว่าเตียงเต็มก็กลับบ้าน เพราะฉะนั้นการเชื่อมโยงระบบข้อมูลจะเป็นโอกาสหนึ่งที่สำคัญ

สอง การมีส่วนร่วมของชุมชนที่จะรองรับการกระจายอำนาจ จะช่วยให้เกิดกลไกชุมชนในการวางแผนการจัดบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะสร้างกลไกชุมชนให้ลุกขึ้นมาแก้ปัญหาพร้อมในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ชุมชน ซึ่งจะเกิดความเข้มแข็งมากขึ้นจากมาตรการทางสังคม ที่สนับสนุนร่วมกับมาตรการทางวิชาการ

สาม พัฒนาทีมสุขภาพหรือทีมหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้นำชุมชนและ อสม. รวมกันให้เป็นทีมสุขภาพหรือทีมหมอครอบครัว ต้องมีการพัฒนาทักษะบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ให้ความรู้เบื้องต้นสำหรับการดูแลระบบสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ถ้าหากยังอยู่แบบเดิมความเป็นองค์รวมจะไม่เกิดความต่อเนื่องที่ดีได้

สี่ พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพและส่งต่อบริการโดยการใช้เทคโนโลยี เพื่อช่วยการเชื่อมต่อระบบข้อมูล กำลังคน งบประมาณ และการจัดบริการให้กับประชาชนได้ เช่นการแพทย์ทางไกล Telemedicine โดยองค์กรท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญ

จากกลยุทธ์แนวทางที่สำคัญที่เสนอไป จะต้องมีการปรับจุดอ่อนเป็นจุดแข็ง ไปด้วย เริ่มตั้งแต่การ **ปรับวิถีคิด** ว่าเราจะต้องร่วมมือกันอย่างไรให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาของประชาชน (ไม่เริ่มที่ตัวชีวิตของแต่ละหน่วยงานก่อน) โดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐส่วนกลาง ภูมิภาคและท้องถิ่น ๓ ส่วนนี้ ในพื้นที่เป็นเรื่องที่สำคัญ ดำเนินการร่วมกันในลักษณะการทำงานแบบองค์กรร่วม (Collaborative organization) มี อบจ. เป็นแกนหลักขององค์กรท้องถิ่น สิ่งแรกที่ต้องคิดคือ **ทิศทางและเป้าหมายสุขภาพของจังหวัดตนเอง การสนับสนุนทรัพยากร รวมทั้งการแสวงหาความร่วมมือทางวิชาการเข้ามาเสริม** และปรับนโยบายนั้น ให้เหมาะสมกับพื้นที่ของตนเอง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยงานที่มีคน เงิน ของ และการจัดการอยู่ในนั้นแล้ว เพียงแต่ว่าองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จะเสริมนโยบายใส่เข้าไปให้เหมาะกับพื้นที่ตัวเอง เช่น นโยบายเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ (NCDs) นโยบายเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ระบบการแพทย์ที่เชื่อมโยงระบบปฐมภูมิ รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพื้นที่ และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนในชุมชน ในเรื่องของระบบปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ ใส่เข้าไปในระบบข้อมูล จากนั้นเพิ่ม **การจัดการ** ต้องใช้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างท้องถิ่นกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ระหว่างท้องถิ่นระหว่างรัฐ และพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่ใช้ประโยชน์ร่วมกัน แบ่งบทบาทกัน อบจ. อาจจะหนุนเทคโนโลยี ครุภัณฑ์ ที่มีราคาสูงหรือว่าจำนวนมาก ส่วนเทศบาลและ อบต. ดูแลหน่วยบริการเพราะดูแลพื้นที่ท้องถิ่น เพราะฉะนั้นเทศบาลกับ อบต. ต้องไปทำหน้าที่จัดหน่วยบริการที่สอดคล้องกับวิถีของชุมชนของตนเองให้มีประสิทธิภาพ ก่อนจะสร้างเพิ่มขึ้นอีก การจัดการนี้ จะเป็นแนวทางในการสร้างความร่วมมือระหว่าง อบจ. เทศบาล และ อบต. กับชุมชนในพื้นที่ไปโดยมีภารกิจเป็นตัวเชื่อมการทำงานร่วมกัน

ในท้ายนี้จากประเด็นคำถามที่ว่า **การพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ จะต้องทำอะไรเพิ่มอีกไหม?** จะขอเสนอเป็นแนวทางเพื่อการถกแถลงแลกเปลี่ยน นำไปประยุกต์ใช้ต่อไปให้เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่ ซึ่งบางแห่งอาจจะมีภารกิจดำเนินงานที่เข้มแข็งอยู่แล้ว แต่บางพื้นที่อาจจะยังมีความจำเป็น ที่ต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติม **ประการแรก ต้องสนับสนุนงานเชิงวิชาการ** ไม่ว่าจะเป็นการตั้งศูนย์พัฒนาวิชาการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น หมายถึง อบจ. เชื่อมโยงกับสถาบันการศึกษาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องนี้ พัฒนาข้อมูลความรู้ที่ดีสำหรับท้องถิ่นให้ท้องถิ่นจัดการระบบสุขภาพตนเองได้ **ประการที่สอง ต้องบรรจุเรื่องสุขภาพช่องปากไว้ในแผนพัฒนาจังหวัด** เป็นแผนพัฒนาระบบสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมระหว่าง รพ.สต.

รพช. รพท. กับท้องถิ่นมีแผนพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก ซึ่งแผนจะช่วยให้เกิดการวางแผนร่วมกัน เพราะตอนนี้มีบุคลากรที่เข้ามามีบทบาทต่อสุขภาพช่องปากเพิ่มมากขึ้น ไม่ได้แต่มีแต่ทันตแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น เพราะฉะนั้นการจัดทำแผนจะช่วยทำให้การพัฒนาาร่วมกันได้ดียิ่งขึ้น

ประการที่สาม ต้องมีการติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ มีการเยี่ยมเสริมพลัง มีการติดตามแบบบูรณาการ ทุกภาคส่วนในจังหวัดสามารถเข้าถึงข้อมูลระบบสุขภาพต่างๆ บนฐานข้อมูลได้ นำข้อมูลไปวางแผนได้ ก่อนหน้านี้การเข้าถึงข้อมูลยากมาก แต่เวลานี้สิ่งที่เป็นตัววัดความสำเร็จที่สำคัญ คือ **การเข้าถึงข้อมูลและสามารถนำข้อมูลที่ตัวเองเข้าถึงไปสู่การวิเคราะห์และใช้ในการวางแผนได้** ซึ่งก็คือ รับรู้ เข้าใจ นำไปวิเคราะห์ นำไปสู่การตัดสินใจ และปฏิบัติตามสิ่งที่ตัดสินใจนั้นได้ ถึงจะครบวงจรของความรอบรู้ ไม่ใช่รู้เข้าใจเท่านั้น **การติดตามประเมินผลจะทำให้เกิดการเข้าถึงข้อมูลร่วมกัน** เข้าไปดูได้ พอประเมินเสร็จก็เอาข้อมูลมาแลกเปลี่ยนกัน เป็นการเสริมพลังกันได้อีกแบบหนึ่ง

เติมทางการพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิ

สนับสนุนงานเชิงกลไกวิชาการ

- พัฒนาศูนย์วิชาการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น โดย อบจ. เชื่อมกับสถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ ในการ
- การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและมาตรการทางสังคมร่วมกับมาตรการทางวิชาการ



บรรจุงานสุขภาพช่องปากไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดผ่านกลไก กสพ.

- เป็นแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากแบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่
- พัฒนากลไกการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

มีการติดตามและประเมินผลแบบบูรณาการ

มีการเยี่ยมเสริมพลัง มีการติดตามแบบบูรณาการ ทุกภาคส่วนสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพต่าง ๆ และนำข้อมูลไปวางแผนร่วมกันได้

จากที่กล่าวมาทั้งหมดเป็นเพียงส่วนหนึ่ง ของการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังท้องถิ่นซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เพราะ จะทำให้การมีบริการระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพและมาตรฐานเกิดขึ้น เกิดระบบบริการที่มีความครอบคลุม การแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ที่จะเกิดขึ้นโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งในแต่ละพื้นที่และนอกพื้นที่

ในขณะนี้ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมมือกับ ๘ หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) (พอช.), สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) หน่วยบริหารและจัดการทุนด้านการพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่ร่วมมือกันขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด โดยเชื่อมโยงประสานกลไกในจังหวัด เพื่อร่วมกันสร้างพื้นที่กลางในการบูรณาการความเข้มแข็งการพัฒนา



จังหวัด ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเหล่านี้ยังมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้าง ศักยภาพของ อบจ. และ รพ.สต. ให้สามารถพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดี ยิ่งขึ้นอีกด้วย

สำหรับการประชุมในครั้งนี้ ก็เช่นกัน ได้จัดขึ้นเพื่อเป็นเวทีในการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และสังเคราะห์บทเรียนจากการดำเนินงานพัฒนาบริการ สุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ โดยความร่วมมือขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการพัฒนา บริการสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ โดยการนำเสนอผลงานและบทเรียน จากการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา บริการสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิ และได้นำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์เพื่อนำไปสู่การพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ที่เหมาะสมทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย ซึ่งจะตรงกับแนวทางที่เป็น กลยุทธ์ดังที่กล่าวมาข้างต้น

“การกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ไปยังองค์กรบริหารส่วนจังหวัดและเชื่อมการทำงานกับ องค์กรท้องถิ่นระดับอื่นๆ ไปด้วย จะเป็นโอกาสและจุดเปลี่ยนที่สำคัญ เพราะจะทำให้บริการระดับปฐมภูมิมีประสิทธิภาพนำไปสู่ประสิทธิผล สูงสุดเกิดขึ้นในแต่ละพื้นที่ เกิดระบบบริการที่มีความครอบคลุม การแก้ไข ปัญหาที่สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในแต่ละ พื้นที่ที่มีบริบทต่างกัน โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ร่วมกัน” ซึ่งในอนาคตจะนำไปสู่การพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมที่ดี ของพื้นที่ โดยพื้นที่และเพื่อประชาชนในพื้นที่ต่อไป



ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ
ต่ออนาคตของการกระจายอำนาจ
และทิศทางของระบบบริการปฐมภูมิ



นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

อนาคตของการกระจายอำนาจและทิศทางของระบบบริการปฐมภูมิ

ท้ายที่สุดแล้ว ระบบบริการปฐมภูมิต้องมุ่งสู่การกระจายอำนาจอย่างสมบูรณ์ แม้ว่าจะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ในทันที แต่จะดำเนินไปตามความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งถือเป็นแนวทางที่ดี กระบวนการนี้จะเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยไม่ได้เป็นการย้ายอำนาจอย่างสิ้นเชิง แต่เป็นการปรับให้เกิดความสมัครใจและความพร้อมในการทำงานร่วมกัน

สำหรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยเฉพาะด้านสุขภาพช่องปาก อะไรที่เก็นศักยภาพของ รพ.สต. เช่นการรักษา รากฟันหรือการใส่ฟันเทียม จะต้องส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน หรือในบางพื้นที่อาจประสานงานกับทันตแพทย์จากโรงพยาบาลหลัก หรือจ้างทันตแพทย์ เอกชนเข้ามาให้บริการเป็นครั้งคราว ทั้งหมดนี้เป็นการพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป

บทบาทของกระทรวงสาธารณสุขในระบบบริการปฐมภูมิควรมีแนวทางอย่างไร

กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการใช้อำนาจรัฐ มาเป็นการใช้อำนาจทางปัญญาและองค์ความรู้ เนื่องจากกระทรวงเป็นองค์กร ที่ได้รับการยอมรับและมีอิทธิพลด้านวิชาการสูง การแนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้แก่ท้องถิ่นเป็นสิ่งที่ควรทำ แต่หากใช้เพียงอำนาจรัฐเพื่อบังคับ อาจนำไปสู่ความขัดแย้งทางการเมืองและเป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกัน

การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต้องอาศัยกระบวนการที่อิงกับปัญญาและองค์ความรู้ กระทรวงควรพัฒนาไปสู่การเป็นผู้นำทางวิชาการและเป็นแหล่งอ้างอิงด้านสาธารณสุข เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา

การที่มีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิและการบัญญัติเรื่องนี้ไว้ในรัฐธรรมนูญทำให้แนวทางการทำงานมีความชัดเจนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การที่กระทรวงเป็นผู้กำหนดตัวชี้วัดเพียงฝ่ายเดียวอาจทำให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่ดูเหมือนมีข้อจำกัดมากขึ้น

ปัจจุบันโลกเปลี่ยนไปมาก การใช้อำนาจรัฐเพียงอย่างเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ กระทรวงต้องเสริมสร้างอำนาจทางสังคมและอำนาจทางปัญญา ไปด้วย นี่คือจุดที่ต้องพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้ระบบปฐมภูมิเดินหน้าไปได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงของบริการสุขภาพปฐมภูมิ อยากให้มองว่า ระบบปฐมภูมิของไทยไม่ได้แย่นขนาดนั้น หากเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ประเทศไทยถือว่ามึระบบปฐมภูมิที่แข็งแกร่ง ปัจจุบันวิถีชีวิตของประชาชน เปลี่ยนไปมากขึ้น ผู้คนย้ายเข้าสู่เมืองมากขึ้น มีการคมนาคมที่สะดวกขึ้น รวมถึงสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านดิจิทัลได้อย่างง่ายดาย

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนี้อาจทำให้การให้บริการเชิงรุกลดลง เช่น การเยี่ยมบ้านลดลงส่งผลต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น เราจำเป็นต้องใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence-based) ในการปรับปรุง ระบบบริการ อย่าด่วนสรุปจากเพียงความรู้สึกหรือมุมมองส่วนตัว เพราะอาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้

กลไกสำคัญในการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จำเป็นต้องเพิ่มขีดความสามารถให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งสามารถเปรียบเทียบกับได้กับโครงสร้างสมองของมนุษย์ เมื่อเรียนรู้มากขึ้น โครงข่ายเซลล์ประสาทก็จะแข็งแกร่งขึ้น หากองค์กรหนึ่งทำงานเพียงลำพัง ประสิทธิภาพจะมีจำกัด แต่หากรวมตัวเป็นเครือข่ายจะสามารถทำงาน ได้มากขึ้น แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักการพัฒนาแบบ ๗๐:๒๐:๑๐ โดยเน้น การเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติจริงเป็นหลัก

ทฤษฎี ๗๐:๒๐:๑๐ นั้นคือการมองภาพรวมของการเรียนรู้และพัฒนา เทียบกระบวนการทั้งหมดนับเป็น ๑๐๐ เปอร์เซนต์ ในร้อยละ ๗๐ นั้นจะเป็น กระบวนการลงมือทำ เพื่อให้เกิดประสบการณ์ทำงานจริง เห็นผลลัพธ์ ของการพัฒนาอย่างชัดเจน และช่วยย้ำให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน เช่น On the job training (OJT) หรือ การมอบหมายโครงการให้ปฏิบัติ เป็นต้น ในขณะที่ร้อยละ ๒๐ คือกระบวนการพี่เลี้ยงหรือโค้ช เพื่อการแนะนำแนวทาง ในการนำความรู้ที่ได้จากการเรียนรู้ไปปฏิบัติจริง และช่วยติดตาม ดูแลความคืบหน้าของโครงการที่มอบหมาย หรือผลการ OJT ส่วนร้อยละ ๑๐ คือการเรียนรู้แบบอบรมในห้องเรียนเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่ควรมีในการทำงาน

แนวทางพัฒนาโครงการสุขภาพช่องปาก

ควรมีการกำหนดจุดเป้าหมายที่ชัดเจน และใช้ข้อมูลผลลัพธ์ เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจดำเนินโครงการต่อไป นอกจากนี้ควรมีแผน สืบทอดโครงการให้กับบุคลากรหรือองค์กรที่สามารถดำเนินงานต่อได้ อย่างยั่งยืน เพื่อให้โครงการสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกได้อย่างต่อเนื่อง



นายแพทย์ประทีป ธนกิจเจริญ

อนาคตของการกระจายอำนาจในประเทศไทย

การกระจายอำนาจหมายถึงการถ่ายโอนภารกิจและการบริหาร ทรัพยากรจากรัฐบาลกลางไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มาจากการ เลือกตั้งของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นผู้ที่เข้าใจปัญหาท้องถิ่นและมีความ รับผิดชอบโดยตรงต่อประชาชน เป้าหมายหลักของการกระจายอำนาจคือ การกระจายความเจริญจากเมืองใหญ่ไปสู่ทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

กระบวนการกระจายอำนาจในไทยยังคงมีความซับซ้อนและได้รับ อิทธิพลจากปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม อย่างไรก็ตาม การพัฒนา ทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยี รวมถึงความตื่นตัวของประชาชน ทำให้แนวคิด การปฏิรูปการปกครองและการกระจายอำนาจได้รับการยอมรับมากขึ้น ปัจจุบันมีแนวคิดใหม่ ๆ เช่น การจัดการตนเองของจังหวัด การเลือกตั้งผู้ว่าราชการ

จังหวัดโดยตรง และการถ่ายโอนหน่วยงานบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปอยู่ภายใต้การบริหารขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งมีศักยภาพด้านงบประมาณและการบริหารสูงกว่าหน่วยงานท้องถิ่นขนาดเล็ก เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

ผลจากการปรับนโยบายให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน ทำให้ในช่วง ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา การถ่ายโอน รพ.สต. มีความคืบหน้าอย่างชัดเจน ปัจจุบันมี รพ.สต. มากกว่า ๔,๐๐๐ แห่ง ที่อยู่ภายใต้การบริหารของ อบจ. หลายจังหวัดได้ดำเนินการถ่ายโอนครบทุกแห่ง เช่น ลำพูน หนองบัวลำภู ขอนแก่น ร้อยเอ็ด ปราจีนบุรี และสุพรรณบุรี

ทิศทางและกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของไทยพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเติบโตของระบบบริการรักษาพยาบาลระดับสูง เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนมีคุณภาพและสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงต้องให้ความสำคัญกับหลักการสำคัญ ๔ ประการ ได้แก่

๑. การเข้าถึงและคุณภาพของบริการ - ต้องสามารถให้บริการโดยไม่มีอุปสรรค โดยเฉพาะสำหรับประชาชนในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มเปราะบาง

๒. ความครอบคลุมและการใช้ข้อมูล บริการสุขภาพต้องครอบคลุมตั้งแต่การตรวจสุขภาพ การรักษาโรค การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอิงหลักฐานทางสาธารณสุขที่น่าเชื่อถือ

๓. การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง บริการต้องมีมาตรฐานสูงและสามารถติดตามผลได้อย่างเป็นระบบ

๔. การประสานงานและการมีส่วนร่วมของชุมชน ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการกำหนดแนวทางบริการสุขภาพ

แม้ระบบสุขภาพปฐมภูมิของไทยจะได้รับการสนับสนุนจากกฎหมาย และนโยบายต่าง ๆ แต่ยังคงมีความท้าทาย เช่น การขาดความต่อเนื่องของ นโยบายทางการเมือง ทรัพยากรที่จำกัด และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยัง ไม่เต็มที่ ดังนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิต้องอาศัยกลยุทธ์ระยะยาว ได้แก่ การขยายการเข้าถึงบริการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การพัฒนา ศักยภาพบุคลากร การใช้เทคโนโลยีและการวิจัย และการสนับสนุนให้ชุมชน เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสุขภาพ

บทบาทของ อบจ., เทศบาล และ อบต. ในการพัฒนา รพ.สต.

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ โดย อบจ. ซึ่งรับผิดชอบ รพ.สต. ควรทำงานร่วมกับเทศบาลและ อบต. ที่ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน มีตัวอย่างโครงการ ที่ประสบความสำเร็จ เช่น โครงการลดปัญหาฟันผุในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยมีการดำเนินงาน ในจังหวัดต้นแบบ ได้แก่ ขอนแก่น กาฬสินธุ์ บุรีรัมย์ และสระบุรี

โครงการนี้เน้นการสร้างระบบนิเวศการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ช่องปากสำหรับเด็กเล็ก เปลี่ยนบทบาทของทันตบุคลากรจากผู้ให้บริการ เป็นผู้สนับสนุนให้เด็กดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง พร้อมกับมีระบบ ติดตามผลลัพธ์ เช่น อัตราการเกิดฟันผุที่ลดลง ความสะอาดของช่องปาก ที่ดีขึ้น เป็นต้น โครงการลักษณะนี้สามารถขยายผลไปยัง รพ.สต. ในสังกัด อบจ. ทั่วประเทศ

กลไกการพัฒนาและขับเคลื่อนความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ปัจจุบัน การกระจายอำนาจในภาคสุขภาพมีแนวโน้มที่ดีขึ้น กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนงบประมาณและอำนาจให้แก่ อบจ. มากขึ้น ทำให้หลายจังหวัดสามารถจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีอุปสรรคในช่วงแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. แต่ปัจจุบัน อบจ. หลายแห่งสามารถพัฒนาระบบบริการได้ดีขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก เช่น

- **สปสช.** – ปรับระบบการเบิกจ่ายให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละจังหวัด
- **สสส.** – สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพ
- **สข.** – สนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและมาตรฐานการจัดบริการของ รพ.สต.
- **สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)** – ส่งเสริมการวิจัยและการประเมินผล

ปัจจุบันมี ๗ หน่วยงานหลักที่ร่วมมือกันขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด ได้แก่ สข., สปสช., สสส., สวรส., สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (พอช.), สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) และหน่วยบริหารและจัดการทุนด้านพัฒนาระดับพื้นที่ (บพท.) ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานเหล่านี้มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของ อบจ. และ รพ.สต. ให้สามารถพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น

การพัฒนาและกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับท้องถิ่น ถือเป็นแนวทางที่สำคัญในการสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในอนาคต



นายแพทย์พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

อนาคตของการกระจายอำนาจในประเทศไทย

ผมเห็นด้วยอย่างยิ่งกับแนวทางการกระจายอำนาจ เพราะหากระบบราชการไทยยังคงยึดแนวทางการรวมศูนย์ จะไม่สามารถจัดการปัญหาที่ยากและซับซ้อนในระดับพื้นที่ซึ่งต้องอาศัยการลงรายละเอียดและลงลึกในปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันการบริหารงานในระดับภูมิภาคยังคงถูกบริหารจัดการโดยระบบราชการส่วนกลาง ซึ่งยากที่จะตอบสนองได้ทันการณ์ รวมถึงมีความยากในการบูรณาการเชิงประเด็นได้อย่างแท้จริง เพราะสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเร็ว ปัญหาที่เกิดขึ้นถ้าแก้ยากก็ถูกแก้ไปหมดแล้ว

จึงเหลือแต่ปัญหาที่มีความซับซ้อนมาก การกระจายอำนาจด้านการบริหาร และงบประมาณไปสู่ราชการส่วนท้องถิ่นจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้สามารถ แก้ไขปัญหาของประชาชนได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามปัญหาที่พบคือ ส่วนกลางและส่วนภูมิภาคมีการวางระบบต่าง ๆ ไว้ค่อนข้างมาก รวมทั้งมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญสูงในระบบ ส่วนกลางค่อนข้างมาก ขณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ยังมีทรัพยากรบุคคลที่จำกัด การวางระบบต่าง ๆ ต้องใช้เวลานาน จึงทำให้หลายคนมองว่าท้องถิ่นยังไม่มีศักยภาพเพียงพอ ไม่สามารถพัฒนาให้ทันส่วนกลางได้ มุมมองเหล่านี้ยังเป็นอุปสรรคต่อการกระจายอำนาจ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับ

เราต้องเริ่มจากความเชื่อมั่นว่าการกระจายอำนาจคือแนวทางที่ถูกต้อง เพียงแต่ต้องหาวิธีทำให้เกิดขึ้นได้จริง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดคือ บทบาทของผู้บริหารระบบสาธารณสุขในระดับจังหวัด ยังต้องทำตามนโยบายของผู้ตรวจราชการ รวมถึงปลัดกระทรวงสาธารณสุขในภาพกว้าง ในขณะที่ปัญหาสุขภาพแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งเชิงวัฒนธรรม ความเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง สาเหตุการตาย ถ้าเราสามารถทำให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่นนายก อบจ. หรือ นายก อบต. เข้ามามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อปัญหาสุขภาพ และสามารถตอบสนองต่อโจทย์สุขภาพที่ตรงกับพื้นที่ได้ โดยร่วมกันทำงานกับราชการส่วนภูมิภาค จะทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพ มีการบูรณาการและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เพราะปัญหาสุขภาพปัจจุบัน ทั้งโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ล้วนเป็น ปัญหาพฤติกรรมที่บุคลากรทางสาธารณสุขยากที่จะแก้และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้เพียงลำพัง

แนวทางยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

เราต้องแยกความแตกต่างระหว่าง “ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ” กับ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเน้นการให้ประชาชนเป็นผู้รับบริการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่มาจากยุคที่โรคติดต่อเป็นปัญหาหลัก และจำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญในการรักษา แต่ปัจจุบันเรากำลังเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การใช้ชีวิตมากกว่าการติดเชื้อ การแก้ปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเอง

ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่แท้จริงจึงควรเป็นระบบที่ชุมชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ใช่เพียงรอรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ซึ่งไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว สิ่งสำคัญคือ การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขกับชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

ปัญหาและความท้าทายของบุคลากรสาธารณสุข

บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ได้รับการฝึกฝนให้ทำงานภายใต้ระบบที่เน้นการรักษาโรคติดต่อ ทำให้ขาดทักษะในการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน นอกจากนี้ กระแสของทุนนิยมยังส่งเสริมให้ผู้คนบริโภคมากขึ้น ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องที่ทำนาย เพราะมนุษย์มักไม่ตระหนักถึงความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงจนกว่าจะป่วย ดังนั้น

บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีทักษะในการสร้างแรงจูงใจ และใช้ความ
น่าเชื่อถือจากบทบาทของตนเองเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตั้งแต่นั้น
เนิ่น ๆ แทนที่จะรอจนเกิดโรคแล้วค่อยรักษา

การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้ อบจ.

ดูแล

ในช่วง ๓ ปีแรกของการถ่ายโอน รพ.สต. ให้ อบจ. ดูแล ถือเป็นช่วง
ของการเรียนรู้และพัฒนา สิ่งที่ต้องทำคือการใช้แนวคิด “การเรียนรู้ร่วมกัน”
โดยให้องค์กรที่มีศักยภาพสูงช่วยเป็นพี่เลี้ยงให้กับองค์กรที่ยังพัฒนา
ไม่เต็มที่ แทนที่จะพยายามแก้ปัญหาทั้งหมดพร้อมกัน แนวทางนี้จะช่วยให้
เกิดกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นธรรมชาติ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับ
ศักยภาพของท้องถิ่นโดยรวมได้ในระยะยาว

บทบาทของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีบทบาท
สำคัญในการสนับสนุนภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ
ระดับท้องถิ่น สสส. ให้ทุนสนับสนุนโครงการต่างๆ ที่ส่งเสริมการเรียนรู้และ
การทำงานร่วมกันระหว่างภาคประชาชน รัฐ และวิชาการ แม้กระบวนการ
นี้อาจใช้เวลานาน แต่ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ยั่งยืน

แนวทางการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิให้เข้มแข็ง การพัฒนา
ระบบบริการปฐมภูมิต้องอาศัย ๒ กลยุทธ์หลัก:

- Data-Driven Strategy: การใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือในการกำหนด
แนวทางพัฒนา เช่น การวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตจากโรคต่าง ๆ ในแต่ละ

จังหวัด เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถวางแผนป้องกันปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การกระตุ้นความร่วมมือในระดับพื้นที่: การใช้แนวคิด “ไตรพลัง” หรือ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ซึ่งเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และภาควิชาการ เพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับจังหวัดและตำบล

ข้อเสนอในการขับเคลื่อนสุขภาพช่องปาก

ปัญหาสุขภาพช่องปากมักถูกมองข้ามเมื่อเทียบกับโรคภัยร้ายแรงอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม สุขภาพฟันที่ดีส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมในระยะยาว ยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการปลูกฝังพฤติกรรมดูแลสุขภาพฟันตั้งแต่วัยเด็ก โดยทำให้การแปรงฟันและการหลีกเลี่ยงอาหารหวานเป็นส่วนหนึ่งของจิตใต้สำนึกเด็กตั้งแต่เล็ก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียน ชุมชน และระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ หากสามารถสร้างต้นแบบในพื้นที่หนึ่งให้สำเร็จและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้ ก็จะสามารถพัฒนาแนวทางที่ยั่งยืนในการดูแลสุขภาพฟันของประชาชนในระยะยาว

อนาคตการกระจายอำนาจไทย

การกระจายอำนาจ หรือ Decentralization เป็นแนวทางหลักที่ประเทศพัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา เยอรมนี ญี่ปุ่น และสวีเดน ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ และตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างตรงจุด โดยให้อำนาจท้องถิ่นตัดสินใจในนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้การพัฒนามีความยั่งยืนและลดความเหลื่อมล้ำ



พันตแพทย์ภุชดา เรืองอารีรัชต์

สำหรับประเทศไทย การกระจายอำนาจยังต้องเดินต่อไปอย่างมั่นคงและต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริง โดยต้องเน้น

๑. การถ่ายโอนอำนาจและงบประมาณที่แท้จริง ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ไม่ใช่เพียงแค่การมอบหมายหน้าที่ แต่ต้องให้อิสระในการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร

๒. การสร้างระบบตรวจสอบและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มั่นใจว่าการกระจายอำนาจนำไปสู่การพัฒนาที่เป็นรูปธรรม

๓. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ผ่านกลไกเช่น สภาท้องถิ่น หรือกระบวนการรับฟังความคิดเห็น เพื่อให้นโยบายสะท้อนความต้องการที่แท้จริงของชุมชน

หากไทยสามารถขับเคลื่อนการกระจายอำนาจได้อย่างเต็มที่ จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำระหว่างเมืองและชนบท และเสริมสร้างศักยภาพของท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาประเทศในระยะยาว

ทิศทางและกลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไทย

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นประเด็นสำคัญที่จะยกระดับระบบสุขภาพของประเทศให้แข็งแกร่งและยั่งยืน โดยต้องเปลี่ยนแนวคิดจากการทำงานแบบ “ตั้งรับ” มาเป็น “เชิงรุก” ที่ลงไปทำงานในชุมชนอย่างแท้จริง เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ต้นทาง ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศในระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ

จุดแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิไทย

๑. มีโครงข่าย รพ.สต. และ อสม. ที่ครอบคลุมทั่วประเทศ
๒. นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ

จุดอ่อนและความท้าทาย

๑. ความไม่สมดุลของทรัพยากร บางพื้นที่ขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์
๒. ระบบข้อมูลยังไม่เชื่อมโยง ระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่น
๓. ความท้าทายหลังกระจายอำนาจ คือการสร้างเชื่อมโยงระหว่างระบบสุขภาพของท้องถิ่นกับกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์การพัฒนา

๑. กระจายอำนาจให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม

ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่า และมีความคล่องตัวในการจัดการทั้งด้านงบประมาณและกำลังคน จึงควรให้มีบทบาทในการจัดสรรทรัพยากร และออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

๒. สร้างระบบเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลางและท้องถิ่น

ควรมีการจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพขั้นต่ำที่ทุกพื้นที่ต้องปฏิบัติตาม เพื่อให้บริการมีคุณภาพเท่าเทียมกันทั่วประเทศ พร้อมทั้งพัฒนาระบบแพลตฟอร์มข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วยและติดตามผลการรักษาอย่างรวดเร็ว

๓. ทำงานเชิงรุกในชุมชน

ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกสำรวจสุขภาพเชิงป้องกัน เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อในกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งจัดตั้งคลินิกชุมชนเคลื่อนที่เพื่อให้บริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกลที่ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก

๔. ลดค่าใช้จ่ายด้วยการป้องกันโรค

ควรลงทุนในโครงการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง เช่น โครงการลดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจะช่วยลดภาระค่ารักษาพยาบาลในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กองทุนสุขภาพตำบล

มีส่วนร่วมในการระดมทุนและออกแบบกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

บทบาทและการพัฒนา รพ.สต. ถ่ายโอนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดย อบจ. เทศบาลและ อบต.

การพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งสามหน่วยงานหลัก ได้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล โดยแต่ละหน่วยงานมีบทบาทที่ชัดเจนและสามารถเสริมสร้างซึ่งกันและกันได้

องค์การบริหารส่วนจังหวัดในฐานะหน่วยงานระดับจังหวัด ควรทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางเชิงยุทธศาสตร์ ด้วยการจัดสรรเงินอุดหนุนเฉพาะกิจสำหรับพัฒนาศักยภาพ รพ.สต. ถ่ายโอน พร้อมทั้งจัดระบบสนับสนุนทางเทคนิคผ่านศูนย์สนับสนุนบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด และทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมโยงระหว่างนโยบายระดับชาติกับความต้องการระดับพื้นที่

สำหรับเทศบาลในฐานะหน่วยงานที่ใกล้ชิดชุมชนเมืองมากที่สุด ควรเน้นการพัฒนากระบวนการข้อมูลสุขภาพเชิงพื้นที่แบบบูรณาการ เพื่อให้สามารถจัดบริการเชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพเคลื่อนที่สำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะที่อาจเข้าถึงบริการสุขภาพได้ยาก

ขณะที่องค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในระดับหมู่บ้านที่สุด ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านกลไกกองทุนสุขภาพตำบล การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนการจัดระบบเฝ้าระวังสุขภาพระดับหมู่บ้านที่สามารถตรวจจับปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

กลไกขับเคลื่อนความร่วมมือและการพัฒนาศักยภาพหน่วยงาน ท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนภายในจังหวัด

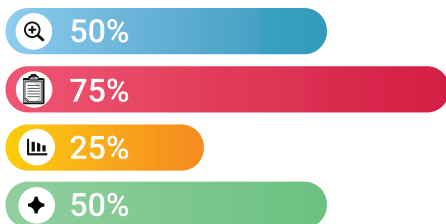
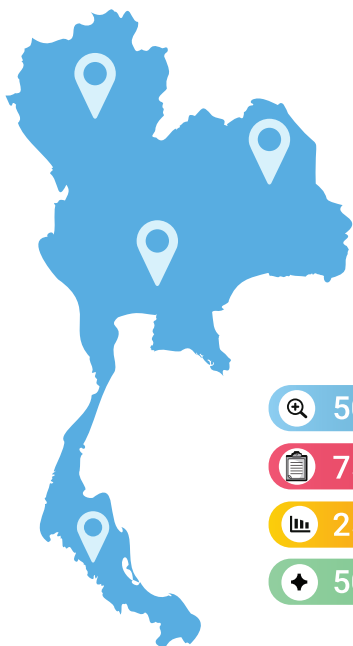
แนวทางการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ จำเป็นต้องพัฒนากลไกประสานงานในทั้งสามระดับ ได้แก่ ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพที่ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานท้องถิ่น ผู้บริหาร รพ.สต. ตัวแทนเครือข่ายประชาชน และผู้แทนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและกำหนดทิศทางที่ชัดเจน และเพื่อให้เกิดการทำงานที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ

หน่วยงานส่วนกลาง ดังเช่น สช. สสส. สปสช. กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ ควรทำหน้าที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ความร่วมมือ และทรัพยากร โดยใช้แผนงานและความต้องการของพื้นที่เป็นตัวตั้ง และให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของคนอย่างต่อเนื่อง

การสร้างระบบสนับสนุนร่วมกันก็เป็นปัจจัยสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน โดยเฉพาะระบบข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ที่เชื่อมโยงกัน ระบบฝึกอบรมบุคลากรแบบบูรณาการ และระบบประเมินผลร่วมตามดัชนีชี้วัดสุขภาพพื้นที่ ที่จะช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพและวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม

เงื่อนไขความสำเร็จที่สำคัญของการทำงานร่วมกันนี้ประกอบด้วย การออกแบบระบบบริหารจัดการที่ชัดเจน การจัดสรรทรัพยากรอย่างเป็นธรรมตามบริบทพื้นที่ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงจากภาคประชาชน และระบบติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่แข็งแกร่ง มีเอกภาพ แต่ยังคงความยืดหยุ่นตามความต้องการเฉพาะของแต่ละพื้นที่ อันเป็นปัจจัยสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพระดับพื้นฐานของประเทศให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ ๓



ผลการขับเคลื่อน

การจัดบริการสุขภาพช่องปากระดับปฐมภูมิ
โดยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น :
๙ กรณีศึกษา

๑. จังหวัดน่าน

โดย ทพญ.วรางคณา เศรษฐชัยยันต์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน



จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่ใหญ่เป็นลำดับที่ ๑๓ ของประเทศ แต่มีจำนวนประชากรอยู่ในลำดับที่ ๕๘ ทำให้ความหนาแน่นของประชากรค่อนข้างต่ำ และพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นภูเขาและที่ราบสูง ทำให้การให้บริการทางสาธารณสุขโดยเฉพาะด้านทันตกรรมมีความยากลำบาก เนื่องจากการเดินทางและสภาพภูมิประเทศที่ท้าทายปัจจุบันจังหวัดน่านมีหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) ทั้งหมด ๑๒๔ แห่ง แบ่งเป็นสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวม ๙๕ แห่งคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๗๖

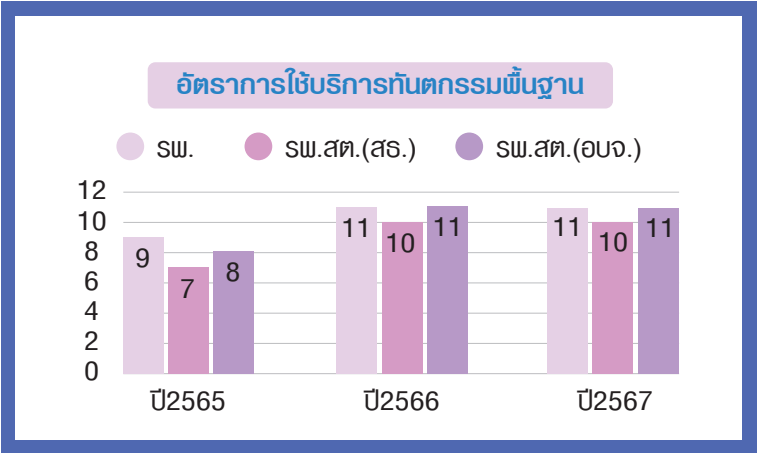
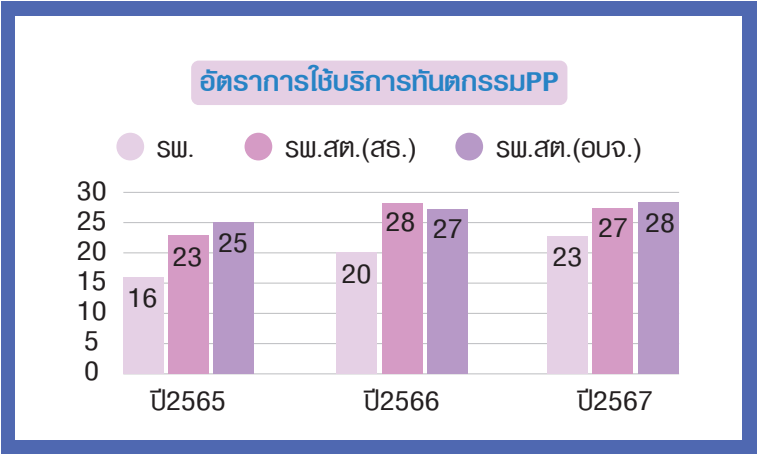
สถานการณ์ด้านทรัพยากรทันตสาธารณสุข

จังหวัดน่านมีทันตภิบาลปฏิบัติงานใน รพ.สต. รวม ๕๙ คน ในจำนวนนี้ ๔๓ คนอยู่ในสังกัด อบจ. โดย รพ.สต. ที่ถ่ายโอนแล้วมีอัตราการมีทันตภิบาลประจำอยู่ที่ประมาณร้อยละ ๔๕ สำหรับครุภัณฑ์ทางทันตกรรม (Dental Unit) มีใช้งานอยู่ใน ๗๓ แห่ง ซึ่งมากกว่าจำนวน รพ.สต. ที่มีทันตภิบาลประจำ ทั้งนี้เนื่องจากการบริหารจัดการในลักษณะหมุนเวียนการให้บริการจากบุคลากรในพื้นที่

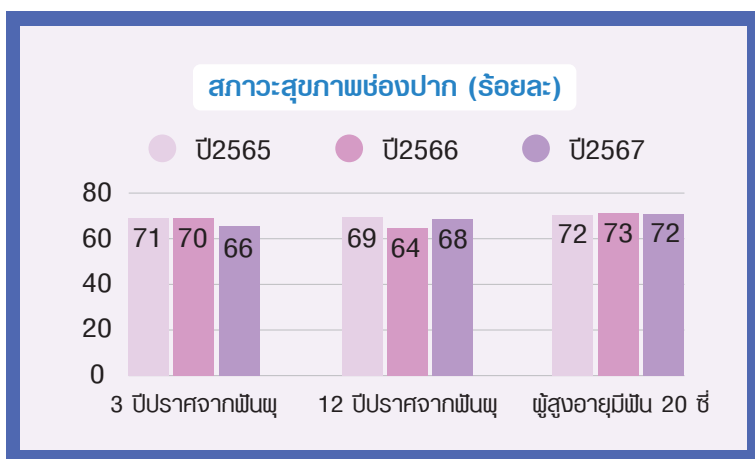
ผลการดำเนินงานบริการสุขภาพช่องปาก

ผลการให้บริการด้านทันตกรรมย้อนหลังตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ พบว่าอัตราการรับบริการด้านส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก (PP) และอัตราการรับบริการทันตกรรมพื้นฐานของประชาชนยังอยู่ในระดับไม่สูงนัก อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับระหว่าง รพ.สต. ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กับ รพ.สต. ที่สังกัด อบจ. แล้วไม่พบความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ของจังหวัดน่าน ไม่ส่งผลกระทบในทางลบต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนแต่อย่างใด



ข้อมูลด้านสุขภาพช่องปากของประชากร พบว่ายังมีปัญหาในกลุ่มเด็ก โดยเฉพาะในช่วงอายุ ๓ ปี และ ๑๒ ปี พบอัตราปราศจากโรคฟันผุต่ำกว่า ค่ามาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันใช้งานอย่างน้อย ๒๐ ซี่ ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง



ผลงานการพัฒนาเชิงประจักษ์ของจังหวัด

พบว่ามีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สะท้อนถึงความก้าวหน้าอย่างชัดเจน ในหลายด้าน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. การสนับสนุนครุภัณฑ์ด้านทันตกรรม

องค์การบริหารส่วนจังหวัดน่าน (อบจ.น่าน) มีบทบาทสำคัญในการ สนับสนุนครุภัณฑ์และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการให้บริการทันตกรรมอย่าง ครบคลุม และสามารถดำเนินการจัดสรรได้อย่างรวดเร็วและตอบสนอง ความต้องการของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพ

อบจ.น่าน ให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพด้านทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมบุคลากรทุกสังกัด ไม่เฉพาะเพียงบุคลากรในสังกัดของ อบจ. เท่านั้น แต่รวมถึงบุคลากรจากหน่วยบริการอื่น ๆ ด้วย ทำให้เกิดการยกระดับความรู้ ความสามารถ และทักษะในการให้บริการได้อย่างทั่วถึง

๓. การส่งเสริมความก้าวหน้าวิชาชีพของทันตภิบาลในสังกัด อบจ.

หนึ่งในผลลัพธ์ที่เห็นได้ชัดคือ ความก้าวหน้าในสายงานของทันตภิบาลที่อยู่ในสังกัดของ อบจ. ซึ่งได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านโอกาสในการพัฒนาและความมั่นคงในสายอาชีพ

จุดแข็งของการดำเนินงานภายหลังการถ่ายโอน

๑. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน: จังหวัดน่านมีความสัมพันธ์อันดีระหว่าง สสจ. และ อบจ. มาอย่างยาวนาน ส่งผลให้การประสานงานยังคงมีความราบรื่นหลังการถ่ายโอน

๒. การบูรณาการตัวชี้วัด: สสจ. ยังคงมอบตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขให้ อบจ. ใช้ในการกำกับดูแลงานบริการทันตกรรมโดยไม่มีการตัดลดเป้าหมาย

๓. การบริหารจัดการบุคลากร: แม้บาง รพ.สต. ไม่มีทันตภิบาลประจำ แต่มีการมอบหมายความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการจากทั้งสองหน่วยงาน ทำให้ทุกพื้นที่ได้รับการดูแล

๔. งบประมาณสนับสนุน: อบจ. มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนงบประมาณทั้งในการจัดซื้อครุภัณฑ์ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ซึ่งเดิมเคยมีข้อจำกัดเมื่ออยู่ภายใต้สังกัด สสจ.

๕. มีระบบข้อมูลที่ทันสมัย: จังหวัดน่านมีระบบฐานข้อมูลที่เข้มแข็งทำให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดที่พบ

๑. การเข้าถึงงบประมาณ: บางส่วนยังคงมีความยากในการเข้าถึงหรือบริหารจัดการ โดยเฉพาะในระดับกองสาธารณสุขของ อบจ. ที่มีบุคลากรจำกัด

๒. ระบบข้อมูลบางส่วนยังไม่สมบูรณ์: จากการปรับเปลี่ยนโปรแกรมทำให้ข้อมูล HDC บางส่วนยังไม่สามารถแสดงผลได้ครบถ้วน



การพัฒนา รพ.สต. ที่ถ่ายโอนอย่างต่อเนื่องในช่วงปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๙

ปี ๒๕๖๖: เริ่มกระบวนการถ่ายโอน โดยเน้นการประชุมสร้างความเข้าใจร่วมกับบุคลากรทันตกรรมทุกสังกัด และ ลงพื้นที่นิเทศเสริมพลังร่วมกัน



ปี ๒๕๖๗: อบจ. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร และส่งเสริมกิจกรรมในกลุ่มวัยเรียน , การพัฒนาระบบข้อมูลด้านทันตกรรม และจัดงานมหกรรมสุขภาพช่องปากจังหวัดน่านครั้งที่ ๑



ปี ๒๕๖๘: ขยายกิจกรรมสู่การพัฒนา
อสม. เพื่อเสริมการเข้าถึงกลุ่มเด็กเล็ก และ
เตรียมจัดมหกรรมสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด

ปี ๒๕๖๙: วางแผนพัฒนาคุณภาพ
การจัดบริการ อบจ.สนับสนุนงบประมาณ
เพื่อจัดซื้อรถทันตกรรมเคลื่อนที่จำนวน ๒ ยูนิต
(งบประมาณ ๑๐ ล้านบาท)

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

จังหวัดน่านได้มีการเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐาน
ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านบุคลากร
ครุภัณฑ์ และระบบการบริหารจัดการ ซึ่งถือเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนา
คุณภาพบริการในระยะยาว โดยในอนาคต มีแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน
สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ที่จะมุ่งเน้นไปที่ การพัฒนาคุณภาพของงานบริการ
ทันตกรรม ให้มีความครอบคลุมและได้มาตรฐานยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังมีเป้าหมาย
ที่จะยกระดับการดำเนินงานให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งอ้างอิงจาก
แนวทางและข้อกำหนดของทันตแพทยสภา เพื่อให้บริการที่ประชาชนได้รับ
มีความปลอดภัย มีคุณภาพ และสามารถสร้างความเชื่อมั่นได้อย่างยั่งยืน

สรุป: การถ่ายโอนภารกิจด้านทันตสาธารณสุขในจังหวัดน่าน
ไปยัง อบจ. ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ หากแต่ช่วยเสริมความ
คล่องตัวในการบริหารจัดการทรัพยากร ส่งผลให้คุณภาพของงานบริการ
มีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

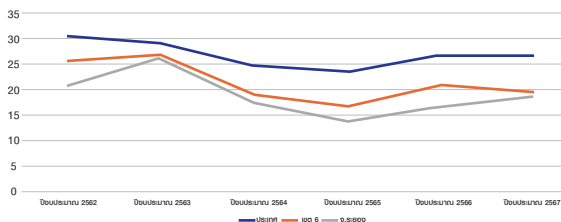
๒. จังหวัดระยอง

โดย ทพญ.เกศยา ทรัพย์สมพล
โรงพยาบาลระยอง

จังหวัดระยองได้เริ่มกระบวนการถ่ายโอนภารกิจด้านบริการ
ทันตกรรมตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ และถ่ายโอนครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ เมื่อวันที่
๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ซึ่งภายหลังการถ่ายโอนพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการ
ของประชาชนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับประเทศ ระดับเขต
และในจังหวัดเอง ทั้งนี้การเข้าถึงบริการในภาครัฐไม่ถึงร้อยละ ๒๐ แม้แต่
เป้าหมายที่ส่งเสริมให้ประชาชนตรวจฟันปีละ ๒ ครั้ง ก็ยังไม่สามารถทำได้

Background

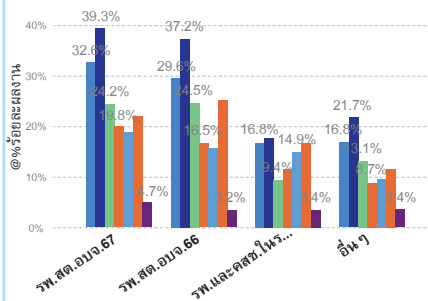
ความครอบคลุมบริการสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร (ร้อยละ)



การเข้าถึงบริการทันตกรรมมีแนวโน้มลดลง
หลังการถ่ายโอนภารกิจ sw.สด.
(การจัดบริการภาครัฐไม่ถึงร้อยละ 20)

%% ร้อยละผลงาน by หน่วยบริการ and b_year

b_year ● 2562 ● 2563 ● 2564 ● 2565 ● 2566 ● 2567



sw.สด. เริ่มถ่ายโอน 2565
ถ่ายโอน 100% 1 ตุลาคม 2567

การดำเนินการศึกษาปัญหาในหลายด้านเพื่อแก้ไขปัญหา โดย

๑. การสำรวจสถานการณ์ทันตสุขภาพ

จังหวัดระยองได้จัดทำการศึกษาสำรวจสถานะทันตสุขภาพครั้งแรกในปี ๒๕๖๖ พบปัญหาหลัก ๒ เรื่องเมื่อเทียบกับระดับประเทศ คือ: อัตราฟันผุในเด็กยังสูงกว่าระดับประเทศ และ ผู้สูงอายุมีฟันใช้งานน้อยกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ

๒. ปัญหาคิวการรับบริการ

โรงพยาบาลในระยองมีคิวยาวมาก โดยเฉพาะฟันเทียม อุดฟัน และรักษารากฟัน ซึ่งติดอันดับต้น ๆ ของประเทศ ทางจังหวัดได้ร่วมมือกับสถาบันทันตกรรม ออกหน่วยทำฟันเทียมดิจิทัล และบริหารจัดการลดช่องว่างทำให้คิวเริ่มดีขึ้น

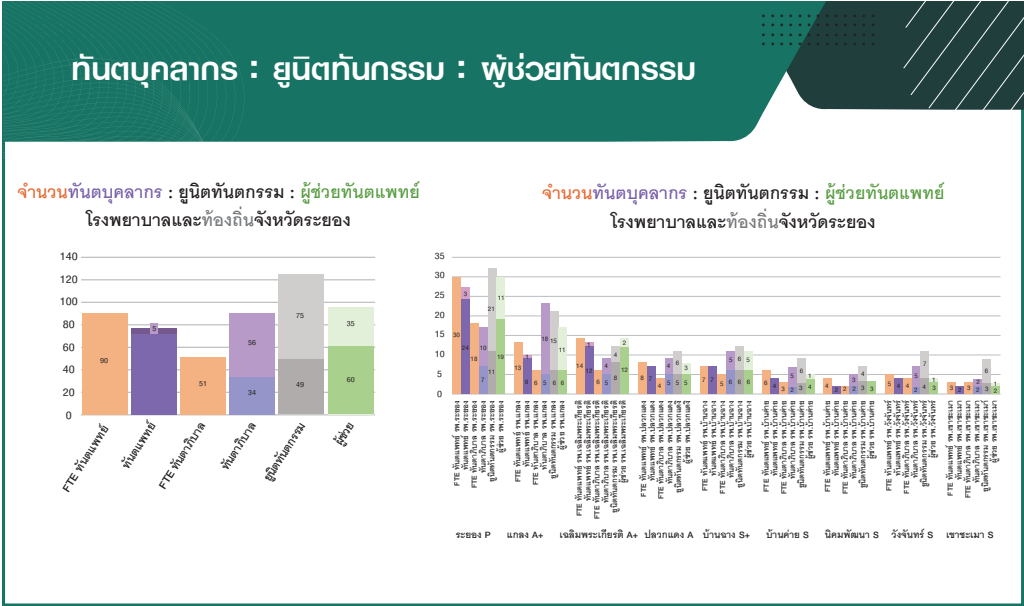
๓. การนิเทศติดตามร่วมกันระหว่าง สสจ. และ อบจ.

ที่ผ่านมาไม่มีงบประมาณสำหรับการนิเทศเลย แต่เมื่อมีรองนายแพทย์ สสจ. มาเป็นที่ปรึกษาเข้ามาช่วยผลักดัน ก็สามารถจัดนิเทศครบทุกแห่งได้ภายใน ๒ ปี ทำให้พบสิ่งดี ๆ ที่สามารถนำมาบอกต่อและปัญหาจริงในแต่ละพื้นที่ เช่น บางแห่งไม่รับ Walk-in บางแห่งขาดหมอเฉพาะทาง ทำให้เกิดการแก้ไขอย่างเป็นรูปธรรม

๔. โครงสร้างพื้นที่

จังหวัดระยองเป็นเขตอุตสาหกรรม มีประชากรแฝงสูงมากกว่าประชากรจริง มีทั้งหมด ๘ อำเภอ ๙ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ๙๕ แห่งที่อยู่ภายใต้การดูแลของหลายหน่วยงาน การบริหารจัดการจึงซับซ้อน ต้องคุยกับหลายองค์กร เช่น อบจ. และท้องถิ่นอื่นกว่า ๑๐ แห่ง

๕. ปัญหาทรัพยากร ได้แก่ ขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์และยูนิตทำฟัน หน่วยงานท้องถิ่นมียูนิตแต่ไม่มีบุคลากร ในขณะที่โรงพยาบาลมีบุคลากรแต่ไม่มีอุปกรณ์ และ ยูนิตต่อประชากรน้อยที่สุดในประเทศ (มีความจำเป็นต้องเร่งเพิ่มยูนิตใน รพ.สต.)



กระบวนการขับเคลื่อน

๑. เริ่มมีการจัดทำ “วิสัยทัศน์ - พันธกิจ - KPI” อย่างจริงจัง โดยทำหายตัวเองเพิ่มบริการร้อยละ ๑๐-๒๐ ต่อปี แม้จะไม่มีทรัพยากรเพิ่ม โดยการทำงานร่วมกับ อบจ. คือ อบจ. มีหลักคิดว่าหลังถ่ายโอน ต้องดีกว่าเดิม จึงสนับสนุนเต็มที่ และได้ตั้งอนุกรรมการทันตกรรมขึ้นมาโดยเฉพาะ และมีระบบติดตามงานผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ

๒. การบริหารข้อมูล ใช้ระบบสารสนเทศร่วมกัน เช่น JHCIS, Power BI, หมอพร้อม ฯลฯ เพื่อลดความสับสนของประชาชน และทำให้การวัดผลผลงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และ อบจ. ใช้ข้อมูลเหล่านี้ในการประเมินผลงานและพิจารณาขึ้นเงินเดือน ผ่าน Looker studio

๓. การบริการเชิงรุก โดยขยายบริการใกล้บ้านใกล้ใจ เนื่องจากยูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาลไม่เพียงพอ ใช้โมเดล “จ้างออกหน่วย” โดยที่ อบจ. หรือท้องถิ่นเป็นผู้ว่าจ้าง มีค่าตอบแทนให้ทั้งทันตแพทย์และผู้ช่วย ทำให้บุคลากรมีแรงจูงใจ และ มีการจัดทำ CPG และแนวทางการ Consult ให้บุคลากรเชื่อมต่อกับหมอเฉพาะทางได้ง่ายขึ้น



ตารางการออกให้บริการทันตกรรม

วัน	รพ.สต.	ทันตแพทย์
จันทร์	รพ.สต.พ	กพ.นารายณ์ เบนพุกศรี
	รพ.สต.บ้านไร่จันทร์	กพ.บวรศก ทอสงฆ์
	สบส.เบ็ญพระ	กพ.ญ.นิรุรี ดวงแก้ว
อังคาร	รพ.สต.ท่าเรือแหลม	กพ.ญ.ปกรัตน์ บุญฤ
	สบส.กับมา	กพ.ญ.วิรัตน์ ดลพัฒน์พงษ์
	รพ.สต.ตะพาน	กพ.ญ.สุจิตา กอรัชย์
พุธ	สบส.เบ็ญพระ	กพ.ญ.กนกพร ชื่นชาย
	รพ.สต.บตาขีรวัว	กพ.ญ.อารยา ธีรจารุ
	รพ.สต.บ้านยายจัน	กพ.จกภพล สมสะอาด
พฤหัสบดี	รพ.สต.หนองจอก	กพ.ญ.ญาณีรัตน์ รัตนดีกุล
	สบส.เบ็ญพระ	กพ.ญ.จุฬารัตน์ เอี่ยมศรี
	รพ.สต.กับมา	กพ.ญ.จุฑารัตน์ เหลืองศรีบุญ
ศุกร์	รพ.สต.ตะพาน	กพ.ญ.วรัญญา ปทุมสยา
	สบส.เบ็ญพระ	กพ.ญ.นกุล บุญเยี่ยม
	สบส.เบ็ญพระ	ทันตแพทย์สาธารณสุข จังหวัดระยอง



ขยายพื้นที่

วังจันทร์
ปลวกแดง
แกลง



เบอร์โทรศัพท์ 080-7599339 / scan QR code เพิ่มเติม

๔. การเตรียมกำลังคน มีแผนเปิด “โรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์” การจัดสรรคนตามแนวทาง “๑ Operator ต่อ ๑ ยูนิต ต่อ ๑ ผู้ช่วย” และใช้จิตอาสาช่วยงานในพื้นที่ที่ยังขาดบุคลากร

๕. การเงินและทุนสนับสนุน ได้รับการสนับสนุนจากหลายกองทุน เช่น กองทุนไฟฟ้าสำหรับลดภาระด้านทันตกรรม

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

จังหวัดระยองเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ ในปี ๒๕๖๗ อย่างไรก็ตาม กระบวนการถ่ายโอนได้เริ่มต้นตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ โดยเฉพาะในด้านการให้บริการทันตกรรม ซึ่งจากประสบการณ์ที่ผ่านมา พบว่าการดำเนินงานหลังการถ่ายโอนยังคงดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ไร้รอยต่อ และไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพของการบริการแก่ประชาชน สิ่งที่น่าสังเกตคือ แม้จะมีการเปลี่ยนผ่านหน่วยงานที่รับผิดชอบ แต่การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดยังคงดำเนินไปได้อย่างดี ตัวอย่างที่ชัดเจนคือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดระยอง (อบจ.ระยอง) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเข้มแข็งโดยมีการแต่งตั้งผู้จัดการโครงการ (Project Manager) ระดับจังหวัด ทำให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นไปได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ เดิมทีการขอสนับสนุนงบประมาณเพื่อเพิ่มหน่วยทันตกรรมหรือครุภัณฑ์ต่างๆ ค่อนข้างเป็นเรื่องยากและล่าช้า แต่หลังจากถ่ายโอนมายัง อบจ. แล้ว พบว่ามีความยืดหยุ่นมากขึ้น งบประมาณที่เคยได้รับอย่างไม่สม่ำเสมอในอดีต ได้รับการจัดสรรอย่างชัดเจนและเพียงพอมากขึ้น เช่น การสนับสนุนหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ หรือการจัดซื้อครุภัณฑ์ใหม่โดยไม่ต้องรอปรับค่าเสื่อมจากของเดิม เป็นต้น ในด้านบุคลากร ก็ถือว่าได้รับการสนับสนุนอย่างดีเช่นกัน โดยในรอบแรกของการถ่ายโอน จังหวัดระยองสามารถเพิ่มทันตบุคลากรได้ถึงกว่า ๑๐ คน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการวางแผนด้านกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ และการจ้างงานก็ไม่ได้พบปัญหาแต่อย่างใด นอกจากนี้ ทุกท้องถิ่นในจังหวัดยังให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและป้องกันทันตกรรมเป็นอย่างมาก หากพบว่าขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญ ก็มีการสนับสนุนและจัดหาทันที

กล่าวโดยสรุป การถ่ายโอนภารกิจด้านทันตกรรมในจังหวัดระยอง ถือเป็นตัวอย่างของการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งไม่เพียงแต่รักษาคุณภาพ การให้บริการไว้ได้ แต่ยังยกระดับการบริการให้ดียิ่งขึ้นด้วยซ้ำ

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต คือ ในปัจจุบัน จังหวัด ระยองมีการแต่งตั้ง Project Manager ในระดับอำเภอ ซึ่งถือเป็นอีกหนึ่ง พัฒนาการสำคัญที่ช่วยให้การบริหารจัดการภารกิจต่าง ๆ เป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้การประสานงานในระดับพื้นที่มีความ คล่องตัว และสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้รวดเร็ว กว่าเดิม

อย่างไรก็ตาม เรายังมี รพ.สต.บางแห่งและ ศบส. ที่สังกัดอยู่กับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น ๆ เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วน ตำบล ซึ่งไม่ได้อยู่ภายใต้การกำกับของ อบจ.ระยองโดยตรง ถึง ๒๒ แห่ง กรณีนี้ทำให้การประสานงานมีความซับซ้อนมากขึ้น เพราะต้องติดต่อหลาย ภาคส่วน ทั้งในระดับของผู้บริหาร เช่น นายกเทศมนตรี และในระดับของ หัวหน้า รพ.สต. แต่ละแห่ง ซึ่งการดำเนินงานต่าง ๆ เช่น การวางแผน การอนุมัติโครงการ หรือการสนับสนุนทรัพยากร มักต้องใช้เวลาานาน โดยเฉลี่ย แล้วอาจต้องใช้ระยะเวลาถึง ๒ ปีขึ้นไป กว่าที่จะเห็นผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากต้องมีการดำเนินการอย่างถูกต้องตามขั้นตอนของแต่ละท้องถิ่น ในสถานการณ์เช่นนี้ สิ่งที่เรายึดถือและดำเนินการมาตลอดคือ ความร่วมมือ (Collaboration) ระหว่างหน่วยงาน เช่น หากบางพื้นที่ประสบปัญหา ขาดแคลนบุคลากร เราก็ขอความสนับสนุนจาก อบจ. ในขณะเดียวกัน หากบางท้องถิ่นไม่มีเครื่องมือหรือวัสดุ เราก็เข้าไปช่วยเหลือกันตาม ความเหมาะสม

นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการ ระหว่างหน่วยงาน อย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับการทำงานในภาพรวม ที่ผ่านมา งานทันตกรรม ของเรามากเน้นในเชิงปริมาณ เช่น การทาฟลูออไรด์ในพื้นที่ต่าง ๆ ให้ได้ ครอบคลุมมากที่สุด แต่ปัจจุบันเราเริ่มปรับทิศทางการทำงานไปสู่การทำงาน เชิงคุณภาพมากขึ้น ตัวอย่างเช่น การเริ่มต้นประเมินผลการยึดติดของ Sealant หลังจากที่ได้รับบริการ รวมถึงการตั้งคำถามร่วมกันว่าและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ช่องปากของประชาชน จะดียิ่งขึ้นกว่าที่เป็นอยู่หรือไม่? ทั้งหมดนี้คือแนวทาง ที่จังหวัดระยองกำลังดำเนินการและเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้การถ่ายโอน ภารกิจไม่เพียงเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างเท่านั้น แต่ยังเป็นโอกาส ในการพัฒนาคุณภาพงานบริการและสร้างผลลัพธ์ที่ยั่งยืนให้กับประชาชน ในระยะยาว

บทเรียนจากระยอง

การขับเคลื่อนต้องอาศัยทั้ง “การมีข้อมูลที่ชัดเจน การร่วมมืออย่าง ต่อเนื่อง และการประชุมติดตามอย่างมีประสิทธิภาพ” แม้จะพบข้อจำกัด ด้านทรัพยากร แต่ถ้าออกแบบระบบให้ทุกฝ่ายเห็นคุณค่าและเดินหน้า ไปด้วยกัน ก็สามารถยกระดับการบริการได้อย่างเห็นผลชัดเจน





๓. จังหวัดหนองบัวลำภู

โดย นางรุ่งนภา สู้หนู
องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู

ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบบริการสาธารณสุข จากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หลายพื้นที่ทั่วประเทศต้องเผชิญกับความท้าทายที่แตกต่างกัน สำหรับจังหวัดหนองบัวลำภู การเปลี่ยนผ่านครั้งนี้คือบททดสอบของระบบ ความร่วมมือ และหัวใจของ “คนทำงาน” จริงในพื้นที่

จากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริง มิใช่ผู้อำนวยการหรือทันตแพทย์ผู้บริหาร แต่คือ “ข้อต่อเล็ก ๆ” ที่ทำให้ระบบขับเคลื่อนได้อย่างแท้จริง

จุดเริ่มต้นของการลุกขึ้น “ลงมือทำ”

ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจในปี ๒๕๖๗ ทาง อบจ.หนองบัวลำภู ยังไม่มีแนวทางดำเนินการที่ชัดเจน ทีมเจ้าหน้าที่ในพื้นที่จึงเริ่มตั้งคำถามว่า “เมื่อไหร่เราจะได้เริ่มบริการประชาชน” เสียงจากน้อง ๆ ที่จบมาใหม่ อยากทำงาน อยากช่วยชาวบ้าน เป็นแรงผลักดันให้เกิดการรวมกลุ่ม ร่วมกันจัดทำเวทีวางแผนและจัดทำ MOU กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ขึ้นเป็นครั้งแรก สสจ. ทำหน้าที่เป็นโค้ช พี่เลี้ยง คอยแนะนำแนวทาง พร้อมเชื่อมโยงให้การทำงานร่วมกันเดินหน้าได้

ขยับจาก “แผนบนกระดาษ” สู่การลงมือปฏิบัติ

โครงการทันตกรรมเคลื่อนที่เป็นกิจกรรมแรกที่ถูกหยิบขึ้นมาทดลองใช้ นอกจากให้บริการประชาชนในพื้นที่ห่างไกลแล้ว ยังเป็นเวทีให้ทีมงานได้เรียนรู้ข้อจำกัด ศักยภาพ และช่องว่างของระบบ



จากจุดเล็ก ๆ นี้ คณะอนุกรรมการจึงถูกจัดตั้งขึ้น มีตัวแทนจาก ทั้ง สสจ. และ อบจ. เพื่อเปิดเวทีพูดคุย กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกันภายใต้หลักการ “Win-Win” ที่ทุกฝ่ายเกื้อกูลกัน

การขับเคลื่อนด้วยข้อมูลและการมีส่วนร่วม

งานด้านสุขภาพไม่สามารถขับเคลื่อนได้ด้วยเพียงความตั้งใจ ทีมงาน นำเครื่องมือ Power BI มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ - ๕๙ ปี ที่สามารถกระจายความรู้สู่ครอบครัว ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทุกกิจกรรมเกิดจากความร่วมมือ ไม่ว่าจะเป็นแผนงาน การวิเคราะห์ หรือการออกหน่วยบริการ ต่างฝ่ายต่างเกื้อหนุนกัน สร้างพลัง “Synergy” ที่ผลักดันให้ระบบขับเคลื่อนได้เร็วยิ่งขึ้น

เสียงของประชาชนคือพลังที่แท้จริง

การลงพื้นที่ไม่เพียงให้บริการทางทันตกรรม แต่ยังได้สัมผัสกับหัวใจ ของประชาชนอย่างใกล้ชิด คุณยายคนหนึ่งที่ได้รับการถอนฟันกล่าวอย่าง สะเทือนใจว่า “ถ้าวันนี้หมอไม่มา ยายก็คงตายไปพร้อมกับฟันนี้”

ในอีกเคสหนึ่ง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายขอฟันปลอมไว้สำหรับใส่ในงานบุญ ก่อนเสียชีวิต ความต้องการเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า “ฟัน” ไม่ใช่แค่เครื่องมือ บดเคี้ยวอาหาร แต่เป็นเรื่องของศักดิ์ศรี ความมั่นใจ และคุณภาพชีวิต

การจัดการทรัพยากรและบุคลากรอย่างชาญฉลาด

ในพื้นที่ที่ไม่มีทันตแพทย์ อบจ.ทำจดหมายเชิญตรงไปยัง สสจ. ได้ทันตแพทย์มาร่วมทีม ๒ คน พร้อมสนับสนุนผู้ช่วยทันตแพทย์แบบจ้างเหมาช่วง เพื่อให้การให้บริการไม่สะดุด แม้ต้องใช้วิธีฝึกคนในชุมชนก็ตาม อบจ.ลงทุนซื้อยูนิตทำฟันเคลื่อนที่ ๒ เครื่องในงบประมาณเพียง ๓๐๐,๐๐๐ บาท โดยให้กองช่างดูแลติดตั้งอุปกรณ์เอง คล้ายรถหมอล้อ ออกเดินทางตามหมู่บ้านแบบประหยัดแต่เปี่ยมด้วยประสิทธิภาพ

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา หลังจากมีการถ่ายโอนบุคลากรด้านทันตกรรม ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดหนองบัวลำภูได้ดำเนินโครงการ “หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่” ซึ่งถือเป็นหนึ่งในโครงการสำคัญที่สะท้อน



ให้เห็นถึงศักยภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ในการสนับสนุนการให้บริการด้านทันตกรรมในพื้นที่ การดำเนินงานหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่不僅แต่ช่วยขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล แต่ยังเป็นเครื่องมือที่ทำให้เรา มองเห็นขีดความสามารถของ อบจ. ทั้งในแง่ของสิ่งที่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และข้อจำกัดที่ยังคงต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อเต็มเต็มศักยภาพในการให้บริการ จากการลงพื้นที่ เราได้เรียนรู้ว่าบางประเด็นยังจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติม เช่น บุคลากร

เครื่องมือ หรือทรัพยากรบางประเภท ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้เราสามารถวางแผนเพื่อ ต่อยอดหรือพัฒนารูปแบบบริการ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างแท้จริง ในภาพรวม การดำเนินโครงการหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในปีที่ผ่านมา ไม่เพียงสะท้อนถึง ศักยภาพของท้องถิ่นในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ช่างปาก แต่ยังแสดงให้เห็นถึงทิศทางของการทำงานเชิงรุก ที่เน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

ในระยะต่อไป เป้าหมายของเราคือการ ต่อยอดบริการทันตกรรม ให้ครอบคลุมและเท่าเทียมสำหรับประชาชนทุกกลุ่ม โดยให้ความสำคัญกับการเข้าใจว่าประชาชนต้องการบริการทันตกรรมรูปแบบใด และมีความคาดหวังอย่างไร หนึ่งในกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่เราวางแผนจะดำเนินการคือ กลุ่มวัยทำงาน (ช่วงอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความต้องการด้านบริการทันตกรรมในระดับสูง และยังเป็นช่วงวัยที่มีบทบาทสำคัญในครอบครัวและสังคม แนวทางในการดำเนินงานจะมุ่งเน้นให้กลุ่มวัยทำงานได้รับทั้งบริการทันตกรรม และความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากไปพร้อมกัน เพื่อสร้างความตระหนักรู้และพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพในระยะยาว หากสามารถดำเนินการในกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้กลุ่มวัยทำงานกลายเป็น “แกนนำสุขภาพ” ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และเป็นแบบอย่างให้กับคนในครอบครัว ลูกหลาน และเพื่อนร่วมงานของตนเอง ซึ่งในระยะยาว จะนำไปสู่การสร้างสุขภาพช่องปากที่ดีในระดับครัวเรือน และชุมชน โดยใช้ต้นทุนที่ไม่สูงนัก แต่ได้ผลตอบแทนเชิงสุขภาพที่คุ้มค่า



บทเรียนและโอกาสที่มองเห็น

สิ่งที่ อบจ.หนองบัวลำภูได้เรียนรู้คือการหา “Key Person” จากทุกภาคส่วน ทั้งฝ่ายบริหาร การเมือง และทีมสาธารณสุข ที่จะมาเชื่อมต่อการทำงานให้ไม่สะดุด แม้มืออุปสรรค เช่น ระบบเบิกจ่ายที่ยังไม่ลงตัว หรือข้อจำกัดด้านงบประมาณ แต่หากมีสัมพันธภาพที่ดี มีการพูดคุยและวางเป้าหมายร่วมกัน ทุกฝ่ายก็สามารถเดินหน้าไปพร้อมกันได้ ในอนาคตเทคโนโลยีอย่าง AI ตรวจสอบสุขภาพช่องปาก หรือระบบเวชระเบียนด้วยเสียง อาจเข้ามาช่วยเสริมคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น ทีมงานในพื้นที่ยังมองหาโอกาสใหม่ ๆ อยู่เสมอ

สรุป: พลังของคนทำงานจริงคือหัวใจของการเปลี่ยนแปลง

แม้จะเป็นเพียง “ข้อต่อเล็ก ๆ” แต่การทำงานของเจ้าหน้าที่ภาคสนามในหนองบัวลำภูได้พิสูจน์แล้วว่า “หัวใจของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่คนทำงานจริง” ไม่ใช่เพียงนโยบายจากเบื้องบน และ ความร่วมมือ ความเข้าใจ และความศรัทธาซึ่งกันและกัน คือรากฐานสำคัญที่ทำให้ระบบสุขภาพภายหลังการถ่ายโอนเดินหน้าได้อย่างมั่นคง

๔. จังหวัดปทุมธานี

โดย ทพญ.ฐิติพร บุณนาค
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี



สำหรับจังหวัดปทุมธานี แม้การถ่ายโอนภารกิจยังไม่ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ (อยู่ที่ ๒๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๘) แต่เรามีความภาคภูมิใจในบริบทและ พัฒนาการของจังหวัดในแบบของเราเอง โดยจังหวัดปทุมธานีเป็นจังหวัดใน เขตปริมณฑล มีประชากรประมาณ ๑.๒ ล้านคน เป็นลำดับที่ ๒ ในเขต สุขภาพที่ ๔ และ อันดับที่ ๑๗ ของประเทศ มีประชากรแฝงอีกกว่า ๕๐๐,๐๐๐ คน ทำให้ภาพรวมประชากรอยู่ที่ประมาณ ๑.๘ ล้านคน

ลักษณะพื้นที่แบ่งออกเป็นสองฝั่งแม่น้ำเจ้าพระยา ซึ่งมักเรียกกันว่า “ฝั่งยุโรป” และ “ฝั่งเอเชีย” โดยฝั่งยุโรปครอบคลุมอำเภอธัญบุรี หนองเสือ ลำลูกกา คลองหลวง และลำลูกกา ส่วนฝั่งเอเชีย ได้แก่ อำเภอเมือง ลาดหลุมแก้ว และสามโคก

จังหวัดมีความหลากหลายของแหล่งทรัพยากร เช่น นิคม อุตสาหกรรม (นวนครและบางกะดี), โรงงานกว่า ๓,๗๐๐ แห่ง, ระบบขนส่ง ที่ครอบคลุมทั้งรถไฟฟ้ามหานครสายสีแดงและสีเขียว, แหล่งการค้าสำคัญอย่างตลาดไท ตลาดโอโยรา ตลาดสี่มุมเมือง รวมถึงสถาบันอุดมศึกษากว่า ๑๓ แห่ง ซึ่งรวมถึง สถาบันที่มีคณะทันตแพทยศาสตร์ เช่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รังสิต, มหาวิทยาลัยรังสิต และมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น มีเรือนจำ ๖ แห่ง สถานสงเคราะห์ ๗ แห่ง โครงการบ้านเอื้ออาทร ๒๕ โครงการ หมู่บ้านอีกกว่า ๑,๕๐๐ แห่ง คอนโดมิเนียมกว่า ๒๐๐ แห่ง และโรงแรมอีกกว่า ๔๐๐ แห่ง แสดงให้เห็น ถึงความหลากหลายของชุมชนและกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ในด้านการถ่ายโอนงานด้านทันตกรรม แม้จะยังไม่ครบ ๑๐๐ เปอร์เซ็นต์ แต่มีการถ่ายโอนเกิดขึ้นในทุกอำเภอ โดยเริ่มต้นจากความร่วมมืออันแน่นแฟ้นของทีมผู้บริหารในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ที่จังหวัดปทุมธานีเผชิญกับการระบาดรุนแรงในช่วงต้น มีการวางแผนแก้ไขสถานการณ์เป็นขั้นตอน ภายใต้การนำของทีมผู้บริหาร พล.ต.ท.คำรณวิทย์ ธูปกระจ่าง (นายกอบจ.ท่านปัจจุบัน) นายณรงค์ศักดิ์ โอสถธนากร (ผู้ว่าราชการจังหวัดในขณะนั้น) นายแพทย์ภูงศ ไซยชิน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและทีมงานผู้บริหารระดับต่างๆ การถ่ายโอนที่เกิดขึ้นจึงเกิดเป็นความร่วมมือที่ดี อาทิ การลงนามในบันทึกข้อตกลง (MOU) ที่เริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ โดยเฉพาะปี ๒๕๖๗ ที่มีตัวแทนทันตแพทย์เข้าร่วมลงนาม เพื่อแสดงเจตจำนงในการดูแลหน่วยงานที่ถ่ายโอนแล้ว และยังคงทำงานในลักษณะ “บัดดี้เดนท” (Buddy Dent) ที่ทางจังหวัดดำเนินการมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๘

กลไกการบริหารจัดการ

ได้มีความพยายามเสนอให้มีคณะกรรมการด้านสุขภาพช่องปาก แยกต่างหาก แต่เนื่องจากข้อจำกัดด้านผู้บริหารเป็นท่านเดียวกัน จึงรวมอยู่ภายใต้คณะกรรมการด้านสาธารณสุขมูลฐานและปฐมภูมิ โดย ทันตแพทย์ได้รับมอบหมายให้เข้ามามีบทบาทในคณะกรรมการดังกล่าว พร้อมเพิ่มประเด็นด้านทันตกรรมเข้าไปในอำนาจและหน้าที่ของคณะกรรมการชุดดังกล่าว

ด้านตัวชีวิตของงานทันตกรรม จังหวัดได้มีการประชุมร่วมกันทั้งสาธารณสุขและ อบจ. เพื่อคัดเลือก โดยเน้นผลลัพธ์ที่สำคัญ ไม่เน้นกิจกรรม รายย่อย ตัวชีวิตที่เลือกคือ อัตราเด็ก ๐ - ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีฟันผุ (ร้อยละ ๘๔) พร้อมกันนี้ทันตแพทย์ยังเข้าไปร่วมในคณะกรรมการระดับจังหวัด เช่น MCH Board ทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ Service plan สาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งการทำงานร่วมกันจะช่วยเสริมพลังการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพร่วมกับสหสาขาวิชาชีพอื่น

จุดแข็งของจังหวัดปทุมธานี คือ ความร่วมมือที่แข็งแกร่งจากหลายภาคส่วน ทั้งจากภายในจังหวัดเอง และจากการตัดสินใจเข้าร่วมการประชุมครั้งแรกเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศสุขภาพช่องปากที่ช่วยเสริมพลังความคิดและแผนปฏิบัติอย่างมีระบบที่ทางคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จัดขึ้น ทำให้มีแนวทางจัดการเรื่องข้อมูลเพิ่มขึ้น นำไปสู่การวิเคราะห์เสนอแก่ผู้บริหารและออกแบบนโยบายอย่างมีข้อมูลรองรับ

ด้านกำลังคน จังหวัดมีปัญหาขาดแคลนทันตบุคลากร โดยเฉพาะทันตภิบาล/นวก. ที่มีประจำอยู่เพียง ๑๔ แห่งจาก ๒๔ แห่งที่ถ่ายโอนการจัดบริการใน รพ.สต. ที่มีคลินิกทันตกรรมยังคงมีในรูปแบบการหมุนเวียนโดยทันตแพทย์ของ รพ.แม่ข่าย แต่การจัดบริการเชิงรุกใน Setting ต่างๆ อาทิ โรงเรียน ศพด. ชุมชนมีผลงานลดลง จึงได้มีโอกาสนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ของปัญหาแก่ที่ปรึกษาพิเศษ ร้อยเอกนายแพทย์พงษ์ศักดิ์ เจริญงามเสมอ พร้อมข้อเสนอ เช่น การส่งนักเรียนทุนกลับมาประจำถิ่น การสนับสนุนจากภาคเอกชน และการจัดบริการด้วยรถทันตกรรมเคลื่อนที่ ซึ่งปัจจุบันมีหลายคลินิกที่จัดบริการในจังหวัดปทุมธานี

นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งไลน์กลุ่ม “Dent อบจ. สธ. ปทุมธานี” เพื่อเป็นพื้นที่ในการประสานงาน สื่อสาร และขับเคลื่อนภารกิจร่วมกันระหว่างสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ อบจ. ซึ่งจากการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ของ รพ.สต. สังกัด อบจ. พบปัญหาในกลุ่มวัยเรียนเกิดเป้าหมายร่วมคือ โครงการเด็กฟันสะอาด ฟันดี วิถีปทุม

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

หลังจากมีการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปอยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

จังหวัดปทุมธานีได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมเชิงนโยบายกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ซึ่งเป็นโครงการที่เปิดพื้นที่ให้ทั้งภาคสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ได้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนและวางแผนร่วมกัน จุดเด่นของการประชุมครั้งนี้คือ การส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมสามารถ “ใช้ข้อมูลให้เป็น” โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงและใช้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ มีความหลากหลาย ด้วยโปรแกรมใหม่ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการนำเสนอข้อเสนอและประเด็นปัญหาให้แก่ผู้บริหาร โดยเฉพาะในส่วนของ อบจ. ที่อาจยังไม่คุ้นชินกับแนวทางด้านสาธารณสุข แต่เมื่อมีข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจน ก็สามารถสร้างความเข้าใจและความมั่นใจแก่ผู้บริหารในการสนับสนุนงานด้านสุขภาพได้เป็นอย่างดี การประชุมยังมีการร่วมกันวางแผนและจัดทำนโยบายในระดับจังหวัด ซึ่งถือเป็นโอกาสอันดีที่หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งจากทางสาธารณสุขและท้องถิ่น ได้ร่วมมือกันอย่างแท้จริงบนพื้นฐานของข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องร่วมกัน ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานจากจังหวัดอื่น ๆ ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้



ให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดปทุมธานีได้อย่างเป็นรูปธรรม ในช่วงสุดท้ายของการประชุมมีการพูดถึงการประเมินผล ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าหมายและติดตามผลการดำเนินงานได้ชัดเจนขึ้น ทำให้การวางแผนด้านสุขภาพช่องปากในระดับจังหวัดมีความครบถ้วนยิ่งขึ้น ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดของจังหวัดปทุมธานี คือ การแก้ปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็กวัยเรียน โดยนโยบายของ อบจ. เกิดเป็นโครงการ “โรงเรียนฟันสะอาด ฟันดี วิถีปทุม” ในส่วนสาธารณสุขแก้ปัญหาด้วยโครงการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีที่ดำเนินการภายใต้กรอบนโยบายกระทรวงฯ ซึ่งการดำเนินงานของฝั่ อบจ. มีความยืดหยุ่นและสามารถออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่นได้มากกว่า โดยได้มีการของบประมาณจำนวน ๕ ล้านบาทสำหรับโครงการดังกล่าวในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ - ๒๕๗๐ ซึ่งถือเป็นข้อได้เปรียบของฝั่ อบจ. ที่สามารถสนับสนุนงบประมาณในการทำงานได้อย่างคล่องตัว ในขณะที่ฝ่ายสาธารณสุขอาจมีข้อจำกัดด้านงบประมาณ การดำเนินงานนี้จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะพิสูจน์ว่าแนวทางแก้ปัญหาที่ทาง อบจ. ดำเนินการ หากสามารถจัดการงานสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลลัพธ์ที่ได้จะสามารถขยายเป็นแนวทางต้นแบบในระดับจังหวัด และอาจเป็นแบบอย่างสำหรับพื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป

เวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ต่อเนื่องเป็นระยะในลักษณะนี้ ได้เปิดโอกาสให้ทั้งฝ่ายสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ.) ได้มาพบปะ พูดคุย และทำงานร่วมกัน ซึ่งในบริบทของจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะจังหวัดปทุมธานี การที่จะจัดประชุมที่มีทั้งฝ่ายสาธารณสุขและ อบจ. หรือ อบต. มาร่วมกันนั้นไม่ได้เกิดขึ้นได้ง่ายนัก เวทีกลางจึงช่วย “เชื่อม” หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าหากัน ทำให้สามารถเริ่มต้นการสื่อสารและประสานงานอย่างต่อเนื่องได้ เช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ (LINE Group) ของทีมจังหวัด

เพื่อใช้เป็นช่องทางในการติดต่อ ส่งข้อมูล และติดตามงานกันได้อย่างใกล้ชิด อีกตัวอย่างของการต่อยอดจากเวทีนี้คือ การมีตำแหน่ง “Dent Manager” หรือผู้ประสานงานด้านทันตสาธารณสุขของจังหวัดผัง อบจ. ซึ่งเดิมที่จังหวัด ปทุมธานียังไม่มีบทบาทนี้อย่างชัดเจน แต่จากการเรียนรู้แนวทางของจังหวัด อื่นๆ จึงได้มีผู้แทนของทันตบุคลากรในส่วนของ อบจ. ขึ้นมา เพื่อเป็น ตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างฝ่ายสาธารณสุขและ อบจ. ให้การดำเนินงาน ในพื้นที่เป็นไปอย่างราบรื่น

นอกจากนี้ ยังเห็นพัฒนาการด้านอื่นที่สามารถนำมาต่อยอดได้ เช่น ความก้าวหน้าในสายงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอาวุโสจากการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวที พบว่า หลายจังหวัดสามารถผลักดันให้เกิดตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอาวุโสได้แล้ว ทำให้จังหวัดปทุมธานีมีข้อมูล สนับสนุนสามารถเร่งดำเนินการในส่วนนี้ จนสามารถประเมินค่างานได้แล้ว จำนวน ๓ ตำแหน่ง และมีการเปิดรับสมัครทันตแพทย์ประจำ อบจ. ปัจจุบัน จังหวัดปทุมธานีมีการลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ให้ทันตแพทย์จาก ฝ่ายสาธารณสุขช่วยดูแลงานทันตกรรมของ รพ.สต. ที่ถ่ายโอนมาแล้ว และ



ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีแผนเปิดรับสมัคร ทันตแพทย์ประจำของ อบจ. จำนวน ๓ ตำแหน่ง ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงและต่อเนื่องของงานบริการ ในระยะยาว การได้ร่วมประชุมในทุกครั้งของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงไม่เพียงเป็นโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่านั้น แต่ยังช่วยแรงให้เกิด ความก้าวหน้า และต่อยอดแนวคิดที่สามารถนำไปปรับใช้กับบริบทของ จังหวัดตนเองได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีทิศทางชัดเจน

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

โดยส่วนตัวเห็นว่าการประชุมในรูปแบบนี้เป็นสิ่งที่มีประโยชน์อย่างมาก เพราะนอกจากจะได้เรียนรู้จากวิทยากรที่มีความรู้ความสามารถแล้ว ยังมี บทบาทเป็น “พี่เลี้ยง” ที่ช่วยแนะนำและสนับสนุนการทำงานของทีมงานจังหวัด อย่างใกล้ชิด สิ่งสำคัญคือ การประชุมเป็นระยะทำให้เกิดการขับเคลื่อน อย่างต่อเนื่อง เกิดผลงานเชิงประจักษ์ที่เห็นชัด สำหรับจังหวัดปทุมธานี ในปี ๒๕๖๘ นี้ จะมีคณะอนุกรรมการด้านสุขภาพช่องปากแยกออกมา อย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการด้านสาธารณสุขมูลฐานและปฐมภูมิ และ อบจ. ได้จัดสรรงบประมาณ ๕ ล้านบาทเพื่อดำเนินโครงการโรงเรียน ฟันสะอาด ฟันดี วิถีปทุม และมีการบรรจุแผนจัดซื้อ รถทันตกรรมเคลื่อนที่ เพื่ออุดช่องว่างด้านการจัดบริการทันตกรรมเชิงรุกในพื้นที่ของ รพ.สต. ถ้ำไอนที่ไม่มี ทันตบุคลากรประจำ รวมถึงพื้นที่อื่น ๆ ที่เป็นปัญหาของ จังหวัดร่วมกัน



๕. จังหวัดศรีสะเกษ

โดย ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บริบทจังหวัดศรีสะเกษ

ศรีสะเกษมีทั้งหมด ๒๒ อำเภอ โดยมีอำเภอเมืองเป็นศูนย์กลางประชากรตามทะเบียนประมาณ ๑.๔ ล้านคน แต่ในความเป็นจริงแล้วมีมากถึง ๑.๖ ล้านคน ถือเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในด้านทรัพยากรสาธารณสุข จังหวัดมีรพ.สต. รวม ๒๔๕ แห่ง ซึ่งถ่ายโอนแล้วเกือบร้อยละ ๕๐ ส่วนบุคลากรด้านทันตกรรมยังมีปัญหาการขาดแคลนทันตแพทย์ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์

สถานการณ์ด้านสุขภาพช่องปากพบว่า โรคในช่องปากติดอันดับ ๑ ใน ๕ ของกลุ่มโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยนอกของจังหวัด

จุดแข็งของการทำงานร่วมกับ อบจ. ศรีสะเกษ

๑. ผู้บริหารให้การสนับสนุน ทั้งเชิงนโยบายและการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง
๒. ผู้ประสานงานหลักมีความมุ่งมั่นสูง ทำให้การทำงานร่วมกันมีประสิทธิภาพ
๓. สนับสนุนงบประมาณและเปิดกว้าง พร้อมให้ทีมจาก สสจ. เข้ามาทำงานร่วม

จุดอ่อนที่พบ

๑. บุคลากรของกองสาธารณสุขใน อบจ. ยังไม่เพียงพอ
๒. ไม่มีประสบการณ์ด้านงานสุขภาพช่องปากมาก่อน
๓. ระบบงานอยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงต้องใช้เวลาในการวางระบบให้สมบูรณ์

ความเปลี่ยนแปลงหลังถ่ายโอน ๓ ปีที่ผ่านมา

- มีการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย (Policy) ผ่านคณะกรรมการ กสพ. และทำ MOU ร่วมกัน
- เกิดแผนพัฒนาท้องถิ่นที่บรรจุเรื่องสุขภาพช่องปากอย่างชัดเจน
- มีการสนับสนุนครุภัณฑ์ด้านทันตกรรมจาก อบจ. เพิ่มเติม
- มีการจัดทำแผนอัตรากำลัง และวางแผนการเติมบุคลากรเข้าสู่ระบบ
- พัฒนาตำแหน่ง “ทันตภิบาลอาวุโส” แล้ว ๕ ตำแหน่ง และกำลังจะเพิ่มอีก ๒ ซึ่งถือเป็นจังหวัดแรกของประเทศที่มีตำแหน่งนี้
- มีการเปิดสอบเปลี่ยนสายงานให้กับบุคลากรเพื่อโอกาสก้าวหน้า

บทเรียนที่ได้จากการทำงานร่วมกัน

๑. ต้องเข้าใจ Time Line การทำงานประมาณของ อบจ. ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนสิงหาคม ต่างจากระบบของเรา (สาธารณสุข) ที่เริ่มช้ากว่า
๒. การทำงานต้องหันหน้าเข้าหากัน ไม่ใช่ต่างคนต่างอยู่ ต้องปรับตัวทั้งสองฝ่าย

๓. **ประชาชนต้องเป็นศูนย์กลางของการทำงาน** ไม่ว่าจะเป็นนโยบายของ อบจ. หรือสาธารณสุข ต้องตอบโจทย์ประชาชน

๔. **พัฒนาศักยภาพร่วมกัน** ทั้ง Hard skill, Soft skill และ Transferable Skills ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนางานอื่น ๆ ได้

๕. **กลไกการทำงานเกิดจาก “ความสัมพันธ์ที่ดี”** ไม่ว่าจะเป็นกลไกทางการ เช่น คณะกรรมการ หรือกลไกไม่เป็นทางการ เช่น ทีมทำงานอย่างใกล้ชิด

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

จังหวัดศรีสะเกษได้ดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยยึดหลักการพัฒนาใน ๔ ด้านสำคัญ หรือ ๔M ได้แก่ Man, Money, Material และ Management ซึ่งสะท้อนผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์ได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

๑. Man (บุคลากร) มีการวางแผนอัตรากำลังร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) อบจ. ศรีสะเกษสนับสนุนด้านการจัดหาบุคลากรเพิ่มเติม เพื่อเสริมกำลังในหน่วยบริการ มีการผลักดันและสนับสนุนความก้าวหน้าของเจ้าหน้าที่ โดยจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดแรกของประเทศที่มีการแต่งตั้งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขระดับอาวุโสจำนวน ๕ ตำแหน่ง

๒. Money (งบประมาณ) อบจ. ศรีสะเกษได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งด้านการให้บริการสุขภาพช่องปาก และการจัดซื้อครุภัณฑ์ที่จำเป็น

๓. Material (วัสดุ/ครุภัณฑ์) มีการสนับสนุนเครื่องมือและครุภัณฑ์ที่จำเป็นอย่างเหมาะสมและทันต่อความต้องการ เพื่อให้การให้บริการมีประสิทธิภาพ

๔. Management (การบริหารจัดการ) มีการจัดตั้งคณะกรรมการกลุ่มการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับพื้นที่ (กสพท.) และคณะอนุกรรมการด้านสุขภาพช่องปากกลไกเหล่านี้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายและวางแผนดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ

จากความร่วมมือและการสนับสนุนอย่างรอบด้านขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในระดับปฐมภูมิของจังหวัดศรีสะเกษ มีพัฒนาการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต คือ จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพช่องปากในพื้นที่ และมีข้อเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ดังนี้

๑. เริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดี

การมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสองหน่วยงาน เช่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสาธารณสุขจังหวัด ถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ เพราะเมื่อมีความเข้าใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การทำงานจะราบรื่นและไร้อุปสรรค

๒. ร่วมกันมองปัญหาในทิศทางเดียวกัน

หลังจากสร้างสัมพันธภาพแล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการมองเห็นปัญหาในมุมมองเดียวกัน เป็นการ “โฟกัสที่ปัญหา” อย่างตรงจุด ซึ่งจะก่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันถึงสิ่งที่ควรได้รับการแก้ไข

๓. แก้ปัญหาร่วมกันในลักษณะ “Together”

เมื่อเห็นปัญหาแล้ว หน่วยงานควรร่วมกันออกแบบแนวทางการแก้ไข ไม่แยกฝั่ง ไม่แบ่งฝ่าย การทำงานร่วมกันเช่นนี้จะนำไปสู่ความสำเร็จที่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจอย่างแท้จริง

๔. เกิดผลลัพธ์ในรูปแบบโครงการหรือกิจกรรมร่วม

ความร่วมมือจะนำไปสู่การดำเนินโครงการ กิจกรรม หรือการกำหนดตัวชี้วัดที่ตอบโจทย์ร่วมกัน ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและยั่งยืน

๕. “เมื่อไม่มีเขา ไม่มีเรา มีแต่ ‘เรา’ ที่ทำเพื่อประชาชน”

แนวคิดนี้จะนำไปสู่การทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกันอย่างแท้จริง โดยมีประชาชนเป็นผู้ได้รับประโยชน์สูงสุด

บทสรุป

จากประสบการณ์ ๓ ปี จุดที่สำคัญที่สุดคือ “ความสัมพันธ์ระหว่างสาธารณสุข กับ อบจ.” ถ้าจุดเริ่มต้นคือความร่วมมือ ไม่ใช่ตัวชี้วัด เราจะสามารถร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา สร้างโครงการ แก้ปัญหาได้จริง และสุดท้ายผลลัพธ์จะตอบโจทย์ทั้งองค์กรและประชาชน



การลงนามMOUความร่วมมือการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



คณะกรรมการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



การประชุมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ



๖. จังหวัดนครสวรรค์

โดย นางศิริวรรณ สมพงษ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์



จังหวัดนครสวรรค์เป็นหนึ่งในจังหวัดภาคกลาง มีพื้นที่ส่วนใหญ่อยู่ในลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยา ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีทั้งหมด ๑๕ อำเภอ โดยจังหวัดได้ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ภายใต้ความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งมีรูปแบบการดำเนินงานคล้ายกับหลายจังหวัด แต่สิ่งที่โดดเด่นคือ ความร่วมมือที่แน่นแฟ้นระหว่างทีมงานและผู้บริหารที่ยึดประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก



การวิเคราะห์สถานการณ์ (SWOT Analysis)

จุดแข็ง : การทำงานเป็นทีมและการประสานงานที่ดี ผู้บริหารมีวิสัยทัศน์และให้ความสำคัญกับประชาชน

จุดอ่อน : อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ ๓ ปีสูงกว่าค่าเฉลี่ยของเขต มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล ได้แก่ ทันตภิบาล และผู้ช่วยทันตแพทย์ใน รพ.สต.

โอกาส : ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัด และสามารถขยายผลเป็นโมเดลต้นแบบระดับจังหวัด

อุปสรรค : การถ่ายโอนบุคลากรยังมีข้อจำกัดในระเบียบและการบริหารจัดการ ทำให้การดำเนินงานบางส่วนชะงักหรือดำเนินงานได้ยากขึ้น

แนวทางการดำเนินงาน : จังหวัดนครสวรรค์ได้เลือกใช้ประเด็น “การลดโรคฟันผุเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก” เป็นประเด็นขับเคลื่อน โดยเฉพาะในเด็กอายุ ๓ ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอัตราฟันผุสูง

เป้าหมายหลัก : อัตราเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕ โดยมีการดำเนินงานเชิงรุกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ๑๔ แห่ง ทุกอำเภอ จังหวัดนครสวรรค์

การขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน จังหวัดนครสวรรค์

กิจกรรมที่ดำเนินการ

๑. การสร้างความตระหนักรู้

ร่วมมือกับ ศพด. และชุมชน สร้างความเข้าใจถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เช่น

๑.๑. ให้ความรู้ผ่านsocial media (Facebook , Line) / เสียงตามสายหมู่บ้าน

๑.๒. ค้นข้อมูลสถานะทันตสุขภาพ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ใน ศพด. ต่อเวทีประชาคมหมู่บ้าน เป็นต้น

๒. กิจกรรมตรวจฟัน

๒.๑. ตรวจฟัน และบันทึกการตรวจฟัน

๒.๒. ใช้แบบประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ (เสียงต่ำ, เสียงสูง, เสียงสูงมาก) และให้คำแนะนำ จัดบริการทันตกรรมตามระดับการประเมินความเสี่ยงโรคฟันผุ

๒.๓. ค้นข้อมูล ผลการตรวจฟันให้ครู และผู้ปกครอง

๓. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก (ตามเกณฑ์มาตรฐาน 4D ในส่วนของ ศพด.)

๓.๑. มีสถานที่แปรงฟันเพียงพอ สะอาด เป็นสัดส่วนและปลอดภัย

๓.๒. มีการแจกแปรงสีฟันและยาสีฟันกับเด็กใน ศพด. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแปรงฟันทุกวัน

๓.๓. มีกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก และตรวจความสะอาด
ช่องปากประจำวันโดยครู/ผู้ดูแลเด็ก

๓.๔. มีกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

๓.๕. เด็กได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร อย่างน้อย
ปีละ ๒ ครั้ง

๔. กิจกรรมอบรมพัฒนาความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปาก
เด็กก่อนวัยเรียนสำหรับครูและผู้ปกครอง

๔.๑. จัดอบรมครูและผู้ปกครอง ในการดูแลสุขภาพช่องปากของ
เด็ก (โครงการของ รพ.สต./ศพด. หรือในวันประชุมผู้ปกครอง)

๔.๒. ฝึกทักษะการแปรงฟัน Hand on ใน ผู้ปกครอง/ผู้ดูแล

๔.๓. มีการวัดความรู้ก่อน-หลัง





ภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วม

๑. ผู้บริหารท้องถิ่น : สนับสนุนนโยบายและงบประมาณ
๒. ทันตบุคลากร : เป็นผู้นำด้านวิชาการ ส่งเสริมดูแลและให้บริการในพื้นที่
๓. ผู้ปกครอง : ปฏิบัติตามคำแนะนำของทันตบุคลากร แปร่งฟันให้บุตรหลาน ลด/ละ/เลิก นมขวด เลี่ยงขนมหวานขนมกรุบกรอบ พาบบุตรหลานตรวจฟัน
๔. ครู ศพด. : เฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก เก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงานใน ศพด.
๕. ชุมชนและร้านค้า : ร่วมรณรงค์ไม่จำหน่ายนมหรือของหวานให้เด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี

กลไกการขับเคลื่อน

๑. มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน
๒. ใช้ระบบเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเป็นเครื่องมือหลัก
๓. มีการจัดสรรงบประมาณในการขับเคลื่อนการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ
๔. สสจ. เป็นผู้กำกับติดตามภาพรวม และมีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Output & Outcome)

๑. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมทั้งหมด ๑๔ แห่ง มีระบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสม
๒. เด็กมีทักษะและวินัยในการดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถเติบโตไปสู่ช่วงวัยเรียนได้อย่างมีคุณภาพ
๓. อัตราการเกิดโรคฟันผุลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นจากเดิม
๕. ภาคีเครือข่ายทั้ง ๕ กลุ่มมีบทบาทร่วมกันอย่างเป็นระบบ

ปัญหาและอุปสรรค

๑. ขาดแคลนทันตภิบาล โดยเฉพาะใน รพ.สต. อัตราทันตภิบาลต่อประชากรอยู่ที่ ๑:๑๐,๐๐๐ (ควรเป็น ๑:๕,๐๐๐)
๒. ขาดผู้ช่วยข้างเตียงทันตแพทย์ในหลายอำเภอ (มีเพียง ๒ อำเภอที่มีผู้ช่วยครบ)
๓. ระบบการรวมทีมระหว่างพื้นที่ (CUP) ยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร
๔. การเปลี่ยนผ่านภายหลังการถ่ายโอนบุคลากรยังมีความไม่ชัดเจนในข้อกำหนดและบทบาท

โอกาสในการพัฒนา

๑. หากสามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนและประเมินผลในเดือนกันยายนนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถเสนอผลลัพธ์กลับไปยังผู้บริหาร อบจ. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๒. ในอนาคตสามารถขยายผลไปสู่การทำ MOU กับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น เช่น อบต. หรือ ศพด. ได้อย่างเป็นรูปธรรม

๓. หากมีการสนับสนุนเพิ่ม เช่น การจัดสรรผู้ช่วยทันตแพทย์ในทุกอำเภอ จะช่วยลดภาระงานและเพิ่มคุณภาพบริการได้มากยิ่งขึ้น

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

จังหวัดนครสวรรค์ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน เนื่องจากข้อมูลที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ ๓ ปีอยู่ในระดับค่อนข้างสูง และเป็นปัญหาที่สะสมมาเป็นระยะเวลานาน จากสถานการณ์ดังกล่าว จังหวัดนครสวรรค์จึงได้กำหนดให้ประเด็นสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน เป็นประเด็นหลักในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่โดยเฉพาะศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญที่สามารถเริ่มต้นดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างเป็นระบบ หลังจากมีการประชุมหารือร่วมกับทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบในช่วงปลายปีที่ผ่านมา จังหวัดได้วางกลไกการขับเคลื่อนที่ชัดเจน โดยให้แต่ละอำเภอทำการคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินงานตามเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

๑. เด็กอายุ ๓ ปี มีอัตราการเกิดโรคฟันผุสูง มากกว่า ร้อยละ ๒๕

๒. ผลการดำเนินการตรวจฟัน เด็กอายุ ๐ - ๒ ปี มากกว่า ร้อยละ ๕๐

๓. เด็กใน ศพด. มีฟันน้ำนมผุที่ยังไม่ทะลุโพรงประสาทฟัน อย่างน้อย ๑ ซี่ จำนวน ๑๐ -๑๕ คน

๔. มีทันตภิบาลประจำในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน

๕. มี ศพด. ในเขตรับผิดชอบ

๖. มีการดำเนินงานทันตสาธารณสุขใน ศพด.อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นอย่างดี (ผู้บริหารและครูผู้ดูแลเด็ก)

กิจกรรมที่ดำเนินการเบื้องต้น ได้แก่

๑. การประชุมเชิงปฏิบัติการ วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๘ เพื่อชี้แจง แนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ

๒. การแต่งตั้ง “ผู้จัดการการขับเคลื่อนงาน” (Manager) สำหรับ ดูแลการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

๓. การคัดเลือกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๑๔ แห่ง

เป้าหมายของการดำเนินงานในระยะถัดไป

คือการลงพื้นที่เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่ม เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ได้รับคัดเลือก พร้อมกับพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ เพื่อเป็นต้นแบบในการขยายผลสู่พื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

จังหวัดนครสวรรค์อยู่ในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงานขับเคลื่อนสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการสร้างผลลัพธ์ร่วมกันในระดับพื้นที่ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหารที่ดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ครูผู้ดูแลเด็ก ทันตบุคลากร ผู้ปกครอง ร้านค้าในชุมชน และตัวแทนจากชุมชน ในระยะเริ่มต้น ขณะนี้สามารถเชื่อมประสานได้แล้ว ๓ กลุ่มหลัก ได้แก่ ทันตบุคลากร ครูผู้ดูแลเด็ก และผู้ปกครอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างฐานการดูแลสุขภาพช่องปากที่เข้มแข็งในเด็กก่อนวัยเรียน แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๗ เดือนมิถุนายน จะมีการดำเนินกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการ พร้อมกับการอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง มีการจัดกระบวนการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเด็ก โดยมีทันตบุคลากรเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน เดือนกันยายน จะมีการประเมินผลการดำเนินงาน โดยจะวิเคราะห์ว่าเด็กและผู้ปกครองตอบรับกระบวนการต่าง ๆ อย่างไร รวมถึงการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของทีมในพื้นที่ ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานจะถูกนำเสนอและรายงานต่อผู้บริหารของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากผลการดำเนินงานในปีนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ในการขยายผล จังหวัดมีเป้าหมายที่จะต่อยอดแนวทางนี้ให้เป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น โดยผลักดันให้เกิด บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) เชิงนโยบาย ระหว่างหน่วยงานภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในปีถัดไป และในระยะต่อไปยังมีแผนที่จะขยายความร่วมมือไปยังร้านค้าในชุมชน รวมถึงภาคประชาชน เพื่อร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากของเด็กในระยะยาว

๗. จังหวัดเชียงใหม่

โดย ทพญ.อัมพร เดชพิทักษ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่



การขับเคลื่อนงานสุขภาพช่องปาก จังหวัดเชียงใหม่: รูปธรรม แห่งการเปลี่ยนเพื่อสิ่งที่ดีกว่า (Change for Good @Chiang Mai)

ในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา จังหวัดเชียงใหม่ได้มีการขับเคลื่อนการพัฒนา
ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แนวคิด “Change for Good @Chiang Mai”
โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีคิด
และสร้างความร่วมมือที่เป็นรูปธรรม

หลักคิดการกระจายอำนาจ: ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

การกระจายอำนาจในรูปแบบของเชียงใหม่ ยึดหลักการบริการ
ที่ประชาชนพึงพอใจ เข้าถึงได้ สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ โดยมุ่งเน้น
“น้อยแต่มาก” ตัวชี้วัดไม่มาก แต่เน้นผลลัพธ์สำคัญที่ส่งผลต่อความพึงพอใจ
ของประชาชนเป็นหลัก ภายใต้แนวคิด “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”

บริบทและศักยภาพของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดใหญ่ มีความซับซ้อนสูง แบ่งการให้บริการเป็น ๕ โซน ครอบคลุม
๒๕ อำเภอ มีหน่วยบริการสุขภาพมีจำนวนมาก เช่น:รพ.สต. ๒๖๙ แห่ง
(ถ่ายโอนไป อบจ. แล้ว ๘๒ แห่ง หรือประมาณ ๑/๓) คลินิกมากกว่า ๓๐๐ แห่ง
โรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก และ ประชากรทั้งหมดมากกว่า ๒ ล้านคน
(รวมแรงงานต่างด้าวและประชากรแฝง)

จุดเด่น

- มีคณะทันตแพทย์ ๓ มหาวิทยาลัย (รัฐ ๑ เอกชน ๒)
- ทันตแพทย์เกือบ ๙๐๐ คน (อัตราส่วน ๑:๒,๐๐๐) เทียบเท่าประเทศพัฒนาแล้ว
- โรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์หลักสูตร ๑ ปี ซึ่งช่วยเสริมทีมได้ดี

การดูแลกลุ่มเปราะบางและกลุ่มด้อยโอกาส

จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรกลุ่มเปราะบางประมาณ ๒๓,๐๐๐ คน ประกอบด้วย: เด็กพิการทุกกลุ่ม กลุ่มผู้ต้องขัง (ชายหญิงรวมกว่า ๗,๐๐๐ คน) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มากกว่า ๒,๐๐๐ คน พระภิกษุและสามเณร ๖,๐๐๐ รูป ในวัดกว่า ๑๔,๐๐๐ แห่ง

ปัญหาในอดีต: กลุ่มเหล่านี้เข้าไม่ถึงบริการ โดยเฉพาะในช่วงโควิด-๑๙

แนวทางแก้ไข: ยกระดับกลุ่มนี้เป็น “Priority” ด้วยการจัดบริการเชิงรุก เช่น รถทันตกรรมเคลื่อนที่

กระบวนการขับเคลื่อน

๑. เตรียมความพร้อมร่วมกัน ตั้งแต่ปี ๒๕๖๕
๒. ลงนาม MOU (๘ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๖) ระหว่าง สสจ. กับ อบจ. โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่เป็นสักขีพยาน
๓. จัดตั้ง “คณะอนุกรรมการสุขภาพช่องปาก” เพื่อเชื่อมโยงการทำงานระหว่างกระทรวงต่าง ๆ และสนับสนุนการบริหารทรัพยากรร่วมกัน
๔. จัดทำแผนสุขภาพช่องปากร่วมกัน โดยในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๗ เน้นบริการเชิงรุกในกลุ่มเปราะบาง

นวัตกรรมที่เพิ่มการเข้าถึงบริการ ด้วยมาตรการ

- รถทันตกรรมเคลื่อนที่: ใช้บริการในโรงเรียนคนตาบอดและบ้านพักคนชรา ลดอุปสรรคในการเดินทาง
- การฝึกอาชีพในเรือนจำ: ผู้ต้องขังหญิง: ฝึกเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ ผู้ต้องขังชาย: ฝึกซ่อมเครื่องมือทันตกรรม
- การบริการพระสงฆ์: จัดรถทันตกรรมเข้าวัด เช่น ที่วัดศรีโสดา ช่วยแก้ปัญหาการเข้ารับบริการของพระสงฆ์ที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่

ตัวอย่าง: การร่วมกันสร้างต้นแบบ “รถทันตกรรมไฟฟ้า” ภายใต้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ อบจ. เชียงใหม่ ทันตแพทย์สมาคมมหาวิทยาลัยปทุมธานี รพ.สต. และโรงพยาบาลรัฐ - เอกชน โดยจะส่งมอบในเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๘ นี้

จุดแข็ง:

- มีบุคลากรครบทุกด้าน
- หน่วยบริการทั้งรัฐและเอกชนมีจำนวนมาก
- การทำงานเป็นทีม การ support และการร่วมมือเป็นเลิศ
- มีโรงเรียนผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ตอบโจทย์การเสริมกำลังบุคลากร

จุดอ่อน:

- การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพยังน้อย โดยเฉพาะ Power BI
- เปลี่ยนโปรแกรมฐานข้อมูลบ่อย ทำให้ข้อมูลขาดช่วง

พื้นที่

- บุคลากรบางประเภท (ทันตแพทย์-ผู้ช่วย) ยังไม่เพียงพอในบาง
- ขาดระบบซ่อมบำรุงเครื่องมือทันตกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางพัฒนาต่อไป

๑. ใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และวางแผนให้มากขึ้น
๒. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่อง
๓. ยกระดับคุณภาพของ PCU และ NPCU
๔. ขยายกรอบการจ้างงานทันตแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ
๕. พัฒนาระบบซ่อมบำรุงอุปกรณ์

ข้อสรุปสำคัญ (Key Message)

๑. ลงมือทำ เรียนรู้จากการลงมือจริง ไม่กลัวความผิดพลาด
๒. ทำงานเป็นทีม พลังของ teamwork คือหัวใจสำคัญ
๓. สานต่ออย่างต่อเนื่อง ขับเคลื่อน พัฒนา และต่อยอดอย่างไม่

หยุดยั้ง

ผลงานเชิงประจักษ์ของจังหวัด

นับตั้งแต่มีการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขมายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) จังหวัดเชียงใหม่ได้ถ่ายโอนหน่วยบริการจำนวนประมาณ ร้อยละ ๓๐ หรือประมาณหนึ่งในสามของทั้งหมด ภายในระยะเวลา ๒ - ๓ ปีที่ผ่านมา ผลการดำเนินงานที่เห็นได้ชัดคือการ เพิ่มการเข้าถึงบริการด้าน

สุขภาพช่องปากในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มด้อยโอกาส กลุ่มเป้าหมายที่ให้ความสำคัญ ได้แก่เด็กพิเศษ ผู้สูงอายุ พระภิกษุและสามเณร และผู้ต้องขังในเรือนจำ (ซึ่งจังหวัดเชียงใหม่มีเรือนจำทั้งหมด ๓ แห่ง) จากการทำงานดังกล่าว ส่งผลให้สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มเหล่านี้ได้มากขึ้น โดยมีจำนวนผู้ได้รับบริการสะสมแล้วเกือบ ๑๐,๐๐๐ ราย นับเป็นผลงานที่สะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ภายใต้การบริหารของ อบจ. ที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของประชากรกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

ในส่วนของการดำเนินงานร่วมกันระหว่างองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้ให้ความสำคัญกับการทำงานที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกัน ภายใต้แนวคิด “One Province One Team” โดยมุ่งเน้นให้เกิดการแบ่งปันและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้าน บุคลากร งบประมาณ และองค์ความรู้ รูปแบบความร่วมมือครอบคลุมถึง การสนับสนุนกำลังคนในการให้บริการ การสนับสนุนด้านวิชาการ เช่น การอบรมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน การบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกัน เพื่อให้การดำเนินงานมีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป้าหมายสำคัญของการทำงานร่วมกันนี้ คือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในทุกช่วงวัย อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนทั้งจังหวัดในระยะยาว



พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) การดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ ระหว่าง สสจ.เชียงใหม่ และ อบจ.เชียงใหม่

วันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖



การออกหน่วยรถทันตกรรมเคลื่อนที่เชิงรุก จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มเปราะบาง (เรือนจำหญิง) จังหวัดเชียงใหม่



การออกหน่วยรถทันตกรรมเคลื่อนที่เชิงรุก จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมในกลุ่มเปราะบาง

๘. จังหวัดนครปฐม

โดย ทพ.ภัทรวิทย์ เงินทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม และ
นางสุดใจ มอนไช้ ผอ.รพ.สต.ตำบลวังน้ำเขียว
ผู้แทน ผอ.กองสาธารณสุข อบจ.นครปฐม



สรุปการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข จังหวัดนครปฐม (หลัง การถ่ายโอน รพ.สต. สู่ อบจ.)

ในภาพรวมของการดำเนินงานของจังหวัดนครปฐม ถึงแม้จะ
ไม่ได้มี “โครงการเด่น” ที่เป็นจุดขายชัดเจน แต่เราพยายามขับเคลื่อนงาน
ทันตสาธารณสุขในทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วม
ในโครงการต่าง ๆ ร่วมกับสำนักทันตฯ และภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในทุกระดับ
รวมถึงระดับประเทศ เราเห็นว่าแม้บางครั้งจะเกิดความเหนื่อยที่ต้องทำงาน
ร่วมกับหลายภาคส่วน แต่สุดท้ายแล้ว ทุกประเด็นที่เราทำกลับกลายเป็น
ประโยชน์ และนำมาใช้ต่อได้ทั้งหมด

สถานการณ์การถ่ายโอน รพ.สต.

จังหวัดนครปฐมถ่ายโอน รพ.สต. ไปแล้ว ๓๖ แห่ง จากทั้งหมด ๑๓๔ แห่ง
(ประมาณร้อยละ ๒๗ – ๓๐) ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ จนถึงตอนนี้ยังคง
เท่าเดิม แม้ในช่วงเริ่มต้นจะมีความกังวลทั้งจากฝั่ง สสจ. และ อบจ. แต่เมื่อ
ได้พูดคุยกันตั้งแต่ช่วงเตรียมการและทำงานร่วมกันมากขึ้นก็พบว่าทำงาน
ร่วมกันได้ดี โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของผู้นำทั้งสองฝ่ายที่มีแนวคิด
สอดคล้องกัน คือ “ประชาชนต้องไม่เสียประโยชน์ หรืออย่างน้อยต้องได้
เท่าเดิม คือไม่มีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลง ด้วยนโยบายที่ชัดเจนของ
ผู้บริหารทั้งฝ่ายสาธารณสุขและ อบจ. ที่ยึดถือหลักว่า “แม้จะมีการ
เปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แต่ประชาชนต้องได้รับผลกระทบน้อยที่สุด และยังคง

“ได้รับบริการที่มีคุณภาพเช่นเดิม หรือดียิ่งกว่าเดิม” ทำให้การดำเนินงานสามารถปรับตัวและเดินหน้าต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดระยะเวลาประมาณ ๒ ปีที่ผ่านมา สิ่งที่เห็นได้ชัดเจนคือ ความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างทันตภิบาลใน รพ.สต. และฝ่ายสาธารณสุข ยังคงดำเนินการบริการสุขภาพช่องปากร่วมกันได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในงานด้านการส่งเสริมและป้องกัน (PP) รวมถึงการให้บริการทันตกรรมพื้นฐานตามขอบเขตศักยภาพของเจ้าพนักงานทันตกรรม ซึ่งยังคงดำเนินการได้ต่อเนื่อง และมีคุณภาพ

บทบาทของทันตบุคลากรหลังถ่ายโอน

- ทันตบุคลากรของจังหวัดมีครบเกือบทุกสาขา ทั้งในโรงพยาบาลแม่ข่ายและระดับชุมชน
- อัตราทันตแพทย์ต่อประชากรดีขึ้น จาก ๑:๕,๐๐๐ เป็นประมาณ ๑:๔,๐๐๐
- จุดอ่อนคือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ยังขาดแคลน โดยเฉพาะใน รพ.สต. แต่ช่วง ๒ ปีที่ผ่านมาเริ่มมีการปรับสัดส่วนดีขึ้นแล้ว เช่น เริ่มมีผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อทันตบุคลากรมากขึ้น
- ปัจจุบันมีทันตแพทย์ที่ถ่ายโอนไป อบจ. แล้ว ๑๔ คน ทำงานใน ๑๔ แห่ง

ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ

- ได้รับการสนับสนุนอย่างดีจากผู้บริหาร โดยเฉพาะรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านทันตสาธารณสุข - หมอแอน ที่เป็นเหมือนผู้คอยให้คำแนะนำและสนับสนุนในทุกกลุ่มวัย
- การทำงานเน้น “ไร้รอยต่อ” โดยยังคงใช้กลไกกรรมการทันตฯ ร่วมกัน มีการประชุมร่วมกันทุกครั้งทั้งฝั่ง สสจ. และ อบจ.

- ร่วมคิดวางแผนโมเดล ๓ กลุ่มวัยหลัก (ANC-เด็กเล็ก, วัยเรียน, ผู้สูงอายุ) โดยไม่แยกกันทำ แต่คิดร่วมกัน และลงมือทำพร้อมกัน

การทำงานร่วมกันในพื้นที่

- มีการทำ MOU ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ปี ๒๕๖๖ เพื่อกำหนดกรอบความร่วมมือ เช่น การดูแลทันตแพทย์ใน อบจ. โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (๑ ต่อ ๓ คน)
- มีคณะกรรมการด้านสุขภาพช่องปากร่วมประชุมและขับเคลื่อนงานโดยมีฝ่ายเลขานุการเป็นตัวแทนจากกองสาธารณสุข อบจ.
- ในการประเมินต่าง ๆ เช่น สพร. 4D, TDCA ฯลฯ ก็ยังทำงานร่วมกันต่อเนื่องเหมือนเดิม

โอกาส-อุปสรรค

- โอกาส: นครปฐมเป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการดึงดูดทันตแพทย์และบุคลากรอื่นเข้ามาทำงาน
- อุปสรรค: ระบบข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกันทุกแห่ง เช่น โรงพยาบาลบางแห่งยังใช้ระบบไม่เหมือนกัน

ข้อเสนอแนะ

- หากมีทันตแพทย์ประจำใน อบจ. จะช่วยให้การสะท้อนปัญหาชัดเจนมากขึ้น
- ถึงแม้โรงพยาบาลยังยินดีช่วยดูแลน้อง ๆ ที่ถ่ายโอนไป แต่ก็มีคำถามว่า “จะดูแลไปถึงเมื่อใด?” จึงควรมีกรอบความชัดเจนมากขึ้นในระยะยาว

สรุปภาพรวม

สิ่งที่อยากเน้นคือ “การทำงานต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ” ซึ่งถือเป็นจุดแข็งของนครปฐม เราไม่หยุดแค่ถ่ายโอนแล้วแยกกันทำงาน แต่ยังเดินไปด้วยกันเหมือนเดิม แถมมีบางจุดที่ดีกว่าเดิมด้วยซ้ำ เช่น ผลงานบางด้านของ อบจ. ที่เข้าไปช่วยหนุนในโรงเรียนบางแห่งมากกว่าเดิม และทำให้ทันตภิบาลในพื้นที่ยังสามารถทำงานได้ดีเหมือนเดิม จุดแข็งที่สำคัญของจังหวัด คือ ความราบรื่นในการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติงานของทั้งสองฝ่าย และการสนับสนุนจากผู้บริหารที่สามารถสื่อสารและประสานงานกันได้อย่างดี ส่งผลให้การขับเคลื่อนงานสุขภาพช่องปากสามารถ “เชื่อมต่อระบบ” (Maintain and Connect the System) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ แม้จะมีความเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารจัดการ

ข้อเสนอในการพัฒนาและต่อยอดในอนาคต

เพื่อต่อยอดจากการดำเนินงานในปัจจุบัน ซึ่งส่วนใหญ่ยังคงเน้นในการกิจประจำ (Routine Work) ที่ดำเนินมาอย่างต่อเนื่อง เราเล็งเห็นโอกาสในการยกระดับการทำงานร่วมกันระหว่างสาธารณสุขและ อบจ. โดยการจัดทำ โครงการร่วมในลักษณะของ “จุดเน้น” (Focus Point) หรือกิจกรรมเฉพาะด้านที่ตอบโจทย์ความต้องการของแต่ละพื้นที่อย่างชัดเจน จังหวัดนครปฐม ซึ่งได้พัฒนาโครงการในลักษณะ PPA (Prevention and Promotion Area-based) โดยมุ่งเน้นงานส่งเสริมป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น การคัดกรองสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบร่วมกันระหว่างสาธารณสุขและ อบจ. โดยมีบุคลากรในพื้นที่ ทั้งทันตภิบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมกันขับเคลื่อน

อย่างต่อเนื่อง หากสามารถพัฒนารูปแบบความร่วมมือในลักษณะนี้
ให้ครอบคลุมและเป็นรูปธรรมมากขึ้น ก็จะส่งผลให้การดำเนินงานด้าน
สุขภาพช่องปากสามารถเติบโตอย่างต่อเนื่อง (Seamless Development)
และสามารถตอบโจทย์ความต้องการของประชาชนได้อย่างตรงจุดและยั่งยืน
ในระยะยาว





๙. จังหวัดเชียงราย

โดย นายไพรัช มหาวงศ์นันท์
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย



จังหวัดเชียงรายถือเป็นจังหวัดที่ถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ครบ ๑๐๐ เปอร์เซนต์ โดยมี รพ.สต. ที่อยู่ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลรวมทั้งสิ้น ๒๑๑ แห่ง

แนวทางการดำเนินงานของเรายังคงเป็นลักษณะของ “เครือข่ายความร่วมมือ” เนื่องจากเราเชื่อว่า การทำงานด้านสุขภาพไม่สามารถสำเร็จได้โดยลำพังหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จึงใช้แนวคิด “สุขภาพเพื่อทุกคน” (Health for All) ซึ่งได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี ๒๕๔๓ โดยเน้นการบูรณาการข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ และการระดมพลังจากทุกภาคส่วน ภายใต้บันทึกข้อตกลง (MOU) การดำเนินงานของจังหวัดเชียงรายมีข้อกำหนดชัดเจนว่า ทันตแพทย์ประจำแต่ละเครือข่ายจะทำหน้าที่ควบคุมวิชาชีพด้านทันตกรรมของเจ้าหน้าที่ในสังกัด และสนับสนุนบุคลากรให้แก่ รพ.สต. ที่ไม่มีบุคลากรถ่ายโอนตามมาด้วย และมีการแต่งตั้งคณะทำงานทันตสาธารณสุขจังหวัด โดยดึงบุคลากรจาก รพ.สต. เดิม รวมถึงบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ ภาครีเครือข่ายต่าง ๆ มาทำงานร่วมกัน ปัจจุบัน อบจ.เชียงรายมีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ถ่ายโอนแล้วเพียง ๕๖ คน จากจำนวนตำแหน่งทั้งหมด ๑๒๓ ตำแหน่ง และ ยังมีหน่วยบริการอีกกว่า ๖๐ แห่งที่ไม่มีบุคลากรด้านทันตกรรมโดยตรง ซึ่งถือเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบดำเนินการ



ในระยะสั้น อบจ.เชียงรายได้แก้ไขโดยการหมุนเวียนทันตแพทย์จากเครือข่ายต่างๆ เข้าไปให้บริการ รวมถึงขอรับการสนับสนุนจากเครือข่ายบริการ (CUP) พร้อมจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการออกหน่วยบริการในอัตราครั้งละ ๑,๐๐๐ บาท ผ่านระบบมติคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ นอกจากนี้ได้จ้างบุคลากรเพิ่มเติม เช่น ทันตแพทย์เกษียณอายุ หรือ ผู้ที่ลาออกจากระบบ รวมทั้งสนับสนุน อสม. ให้มีบทบาทเข้ามาช่วยสนับสนุนงานบริการบางด้าน

ในระยะกลาง อบจ.เชียงรายได้ร่วมกับวิทยาลัยพัฒนวิทย์ศาสตร์และเทคโนโลยีสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก มอบทุนการศึกษาแก่นักเรียนที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงราย เพื่อให้สามารถกลับมาทำงานที่บ้านเกิด ปัจจุบันมีผู้ได้รับทุนรวม ๗ ราย

ในระยะยาว เราเปิด “ห้องเรียนเตรียมวิทยาศาสตร์สุขภาพ” สำหรับนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔ และ ทำความร่วมมือกับมหาวิทยาลัยต่าง ๆ เพื่อพัฒนาหลักสูตรต่อเนื่อง

รวมถึงการพัฒนาบุคลากรให้ก้าวหน้า เช่น การสอบเปลี่ยนสายงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งเพิ่งเปิดสอบและได้รับการแต่งตั้งแล้ว ๒๔ ตำแหน่ง

ในด้านแผนยุทธศาสตร์ อบจ.เชียงรายได้บรรจุ “ยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปาก” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ของแผนสุขภาพระดับจังหวัด ภายใต้แนวคิด “ใกล้บ้านพลัส อยู่ที่ไหนก็ใกล้หมอ” เป้าหมายของเราคือภายในปี ๒๕๗๐ จะต้องมีส่วนต้นแบบในทุกอำเภอ และ ปรับปรุงยูนิตโดยจัดซื้อทดแทนยูนิตพื้นที่มีอายุใช้งานเกิน ๑๐ ปี ด้วยการใช้งบประมาณจาก อบจ. และ ยังส่งเสริมให้ รพ.สต. ใช้งบประมาณเหมาะสมจ่ายรายหัวอย่างน้อย

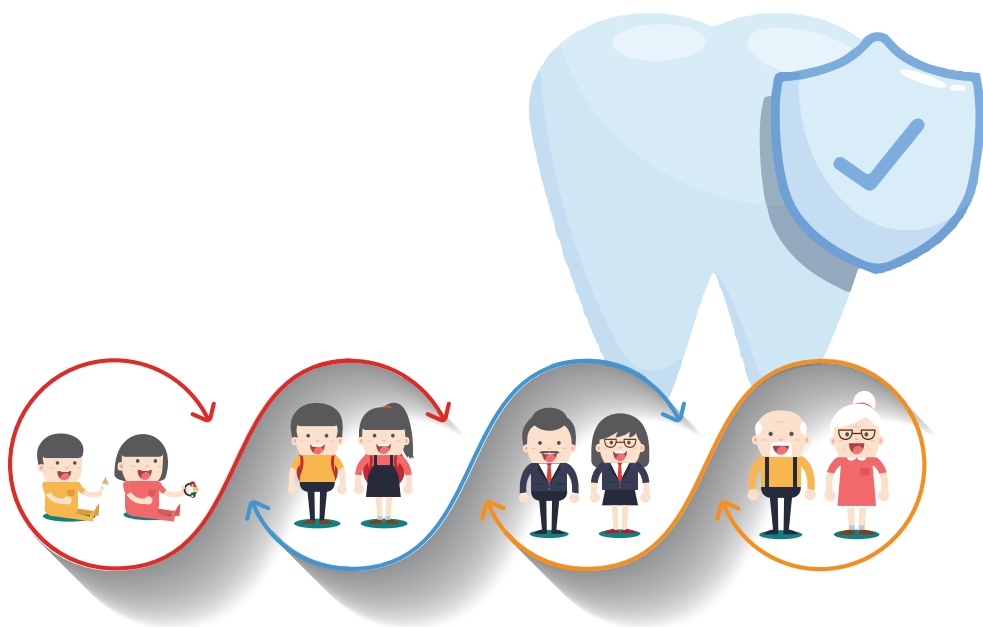
ร้อยละ ๒๐ - ๖๐ ตามขนาดหน่วยบริการ เพื่อทำโครงการเชิงรุกในพื้นที่
พร้อมกันนี้ มีการประเมินผลแบบพัฒนา โดยประยุกต์ใช้แนวทางของ LPA
เพื่อวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานตามแผน

สุดท้ายนี้ จังหวัดเชียงรายถือว่าโชคดีที่ได้นายก อบจ. ที่มีวิสัยทัศน์
ชัดเจน มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาเพียงอย่างเดียว
และให้การสนับสนุนการทำงานในทุกระดับอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งหมดนี้

คือแนวทางและประสบการณ์
ที่จังหวัดเชียงรายได้ดำเนินการ
ในการพัฒนาระบบสุขภาพ
ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ
หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็น
ประโยชน์ และสามารถ
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
ต่อไปได้



บทที่ ๔



การพัฒนาส่งเสริมและป้องกัน
สุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยต่าง ๆ



๑. การพัฒนาส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กวัย ๐ - ๕ ปี

สถานการณ์ปัญหาและแนวโน้มฟันผุในเด็ก ๐ - ๕ ปี

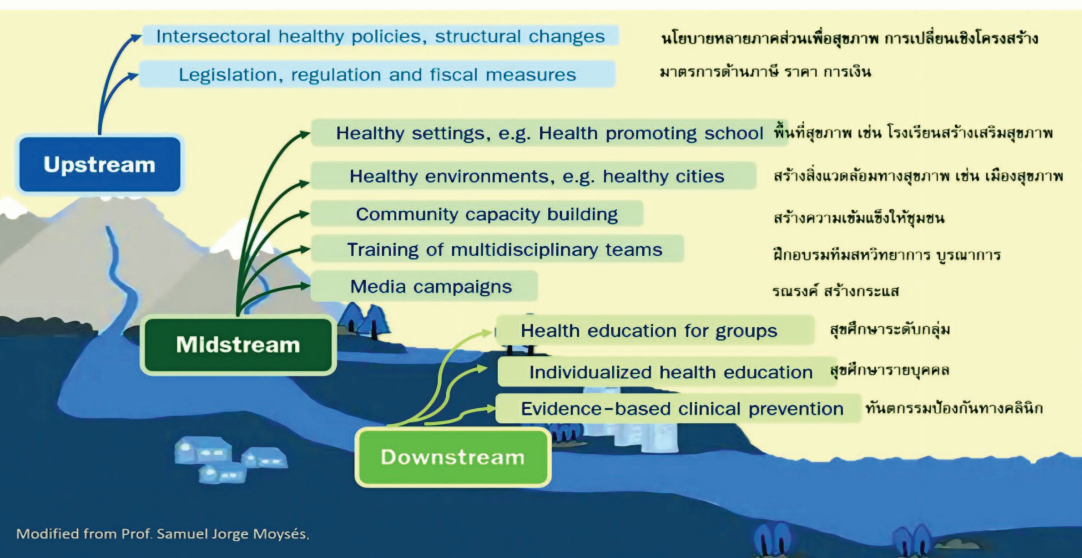
ข้อมูลระดับโลกชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความชุกของฟันผุในเด็กสูง เมื่อพิจารณาระดับประเทศ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากครั้งที่ ๙ พบว่าความชุกของฟันผุในเด็ก ๓ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๔๗ และในเด็ก ๕ ปี อยู่ที่ร้อยละ ๗๒ นอกจากนี้ยังพบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็ก ๓ ปี ที่ร้อยละ ๓๘ และเด็ก ๕ ปี ที่ร้อยละ ๔๕.๕ และในภาคใต้มีความชุกของฟันผุในเด็ก ๓ ปีที่โดดเด่น สูงถึงร้อยละ ๕๗.๕ และยังมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก ๐ - ๕ ปี ในสัดส่วนที่ต่ำ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากในเด็ก ๐ - ๕ ปี

พบมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การปล่อยให้เด็กแปรงฟันเองโดยไม่แปรงซ้ำให้ การใช้ขวดนมเป็นระยะเวลานาน ทั้งไม่เลิกนมขวดภายใน ๑ ขวบปีแรก และไม่เลิกนมม้อนดึก ตลอดจนการบริโภคนมหวานและน้ำหวานซึ่งมีสัดส่วนที่สูงในเด็กวัย ๓ ปี

กลยุทธ์และมาตรการดำเนินการ ได้แก่ แนวคิดแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในระดับต้นน้ำ (Upstream) ซึ่งให้ความสำคัญในการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้นหรือต้นทางของปัญหาในภาพรวมของระดับมหภาคที่จะช่วยควบคุมสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยภาพรวมของประชากร ลดโอกาสความเหลื่อมล้ำของสังคม ระดับกลางน้ำ (Midstream) เน้นการสร้างความเข้มแข็งในระดับพื้นที่ และการสร้างวัฒนธรรม ให้ความสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมและดำเนินการร่วมกัน และระดับปลายน้ำ (Downstream) มุ่งหวังควบคุมและจัดการโรคเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิตของบุคคล เพิ่มความสำคัญกับการจัดการให้เหมาะกับบุคคล (Customized individual oral health care) โดยแบ่งเป็นระดับ self-care, community care และ professional care



ที่มา: แนวทางการควบคุมและจัดการโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย สำนักทันตสาธารณสุข, 2568

ในระดับปฏิบัติการ มีการนำเสนอตัวอย่างโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กเล็กจากหลายพื้นที่ เช่น

จังหวัดสตูล โครงการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก ๓ - ๕ ปี ซึ่งทำงานร่วมกับมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยใช้กลยุทธ์ professional care ให้บริการควบคุมและป้องกันโรคฟันผุโดยใช้ silver diamine fluoride, Fluoride varnish และ SMART technic ใช้สีย้อม plaque และมีการกระตุ้นผู้ปกครองผ่านทาง Smart phone ผลจากการดำเนินงานพบว่า มีเด็กเกิดฟันผุใหม่เพียงร้อยละ ๓ หลังได้รับการรักษา

จังหวัดสงขลา มีกิจกรรมในโครงการเดียวกันในกลุ่มวัย ๒ - ๕ ปี ทั้งจังหวัด และ มีการส่งเสริมให้ทุกอำเภอสร้างสื่อเพื่อประชาสัมพันธ์กิจกรรม

จังหวัดน่าน เน้นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากเด็ก ๐ - ๒ ปี และมีนวัตกรรมต่าง ๆ เช่น การใช้ Intra-oral camera (อินตราออร์ลาคาเมรา) ในการเยี่ยมบ้าน และการใช้หลอดดูดตัดปลายชุดคราบ Plaque เพื่อเช็คความสะอาดในการแปรงฟัน

จังหวัดปัตตานี เน้นการทำความเข้าใจปัจจัยทางสังคมของผู้ปกครอง (Social determinant of health) และจัดบริการโดยคำนึงถึงบริบทของครอบครัว

จังหวัดเชียงราย ได้บูรณาการการส่งเสริมพัฒนาการสมองส่วนหน้า (EF) เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็ก ๐ - ๓ ปี โดยเชื่อว่าการปลูกฝังพฤติกรรมที่ดีตั้งแต่เด็กเล็ก จะช่วยให้เด็กมีนิสัยติดตัวที่ดี มีการจัดกิจกรรมคาราวานหมุนเวียนไปตามอำเภอต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในเรื่องต่าง ๆ เช่น โฆษณา การเล่นเกม และการสอนแปรงฟันที่ถูกต้อง โดยเน้นให้ผู้ปกครองสอนการแปรงฟัน โดยการยืนอยู่ข้างหลังเด็กและจับมือเด็ก เพื่อให้เด็กรู้สึกถึงท่าทางที่ถูกต้อง

ตัวแทนจาก อปท. (ในกลุ่มมี ๒ จังหวัด) ให้ข้อมูลว่า แม้จะมีการทำ MOU แล้ว แต่การขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กเล็กยังมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ และ ยังไม่มีการทำงานร่วมกันอย่างชัดเจน บางจังหวัดยังประสบปัญหาการถ่ายโอนภารกิจรพ.สต.และขาดแคลนทันตบุคลากร อย่างไรก็ตามหากสามารถประสานกับหน่วยงานของ สธ. ได้ จะทำให้จัดบริการทำได้ใกล้เคียงกับก่อนถ่ายโอน

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น การบริหารจัดการงบประมาณของแต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ที่ยังไม่ชัดเจนและไม่ทั่วถึง การขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ปัญหาด้านทรัพยากรและงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ความหลากหลายของผู้ดูแลเด็ก และความเชื่อที่ฝังลึกของผู้ดูแลเกี่ยวกับฟันน้ำนม รวมถึงปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจฟันที่ยังมีน้อย

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

๑. เน้นย้ำถึงความสำคัญของการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ตั้งแต่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพช่องปากตั้งแต่ในครรภ์ การแจกแปรงสีฟันสำหรับเด็กที่มีฟันขึ้นแล้ว การใช้ฟลูออไรด์วานิช หรือ ซิลเวอร์ไดอะไมนฟลูออไรด์ในเด็กโตขึ้น

๒. ในระดับชุมชน (Midstream) ควรมีการสร้างกระแสและรณรงค์ให้เกิดการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนตามบริบทพื้นที่

๓. ในระดับนโยบาย (Upstream) เสนอให้มีการผลักดันนโยบายระดับท้องถิ่น ให้มีการสนับสนุนการแจกแปรงสีฟัน และมีแคมเปญที่เกี่ยวข้อง

แนวทางการปรับปรุงระบบบริการ

- เน้นการบูรณาการโดยการจัดคลินิกตามรอยฟันผุควบคู่ไปกับการฉีดวัคซีน ส่งเสริมโภชนาการ และพัฒนาการ การตรวจความสะอาดควรใช้นวัตกรรมหลอดดูดดัดปลาย ในการสอนแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ โดยเน้น

ตั้งแต่การบิบบาสีฟัน การใช้ผ้าเช็ดฟัน และการแหวกริมฝีปากเด็ก

- เสนอให้มีการประเมินสถานะสุขภาพช่องปากเด็กเป็นประจำ
- พัฒนาศักยภาพของ อสม. สนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแปรงฟันในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- ผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดของกรมอนามัยเพื่อกระตุ้นการทำงาน
- การให้ความรู้และส่งเสริมทักษะแก่ผู้ปกครอง ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพในคลินิกเด็กดีหรือ ANC การบูรณาการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเข้ากับงานพัฒนาการเด็ก เช่น โครงการมหัศจรรย์ตำบล ๑,๐๐๐ วัน พลัสสู่ ๒,๕๐๐ วัน
- การสอนแปรงฟันต้องเน้นให้ผู้ปกครองทำลงมือทำ
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในสถานดูแลเด็กให้เอื้อต่อการมีสุขอนามัยช่องปาก เช่น มีสถานที่แปรงฟันที่เหมาะสมกับเด็ก มีการจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน
- ทำงานร่วมกับผู้ดูแลเด็กที่หลากหลาย ในวัยเด็กมีผู้ดูแลที่หลากหลาย (พ่อแม่, ปู่ย่าตายาย, ผู้รับจ้างเลี้ยงดู) ซึ่งแต่ละคนอาจมีความเชื่อที่ฝังลึกเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก การบูรณาการจึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายนี้
- การใช้กลไกทางสังคมในการสนับสนุน เช่น เพื่อน(บ้าน) ช่วยเพื่อน(บ้าน) เยี่ยมส่งเสริมกันเองในบ้านที่มีเด็กปฐมวัย

ความสำคัญของการป้องกันการเกิดฟันผุในช่วงอายุ ๙ - ๑๘ เดือน

ถือเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจสอบร่องรอยการเกิดฟันผุ และการผสมผสานการสอนแบบปฏิบัติจริงและการเยี่ยมบ้านเพื่อเสริมกำลังใจ การประยุกต์ใช้หลักการแพทย์ครอบครัวในการดูแลเด็กและครอบครัวในบริบทของพื้นที่ มีการเน้นย้ำว่าการดูแลสุขภาพช่องปากในกลุ่มวัยนี้ต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์ และส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง จนถึงการทำสะอาดช่องปากเมื่อเด็กคลอด รวมถึงการมีโรงเรียนพ่อแม่เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ

โดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเด็กวัย ๐ - ๕ ปี เป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งครอบครัว ชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีกลยุทธ์และมาตรการที่หลากหลายในการดำเนินงาน แต่ยังคงมีปัญหาและอุปสรรคที่ต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้เด็กวัยนี้มีสุขภาพช่องปากที่ดีต่อไป



๒. การพัฒนาส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กวัยเรียน

สถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก ของเด็กวัยเรียน

จากการฉายภาพปัญหาที่ซ่อนอยู่ภายใต้รอยยิ้มที่ดูสวยงามของเด็ก ซึ่งเมื่อพิจารณาอย่างใกล้ชิดจะพบ คราบ Plaque และฟันผุ รวมทั้งปัญหาอื่นๆ ในช่องปาก ข้อมูลจากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พบว่า เด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ปราศจากฟันผุคือไม่มีฟันผุเลยทั้งปากมีเพียงร้อยละ ๕๐.๓ มีฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาอีกร้อยละ ๓๖.๖ และ ที่น่ากังวลคือ มีรอยผุระยะเริ่มต้นถึงประมาณร้อยละ ๕๒.๗ หากไม่ได้รับการจัดการจะลุกลามไปสู่การผุและการรักษาที่อาจมีค่าใช้จ่ายตามมาในที่สุด นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่น่าสนใจว่า เด็กประถมศึกษาซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก กลับมีสัดส่วนของผู้ที่แปรงฟันตอนเช้าทุกวันน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่น แปรงฟันก่อนนอนทุกวันน้อยกว่าทุกกลุ่มวัย และแปรงฟันนาน ๒ นาทีขึ้นไปน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่น ซึ่งอาจสะท้อนว่า กิจกรรมที่ทำในโรงเรียนยังไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมการปฏิบัติจริงของเด็กได้

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากในวัยเรียน

หากไม่สามารถจัดการปัญหาในช่วงวัยนี้ได้ จะส่งผลเรื้อรังไปยังวัยทำงานและวัยสูงอายุ และส่งผลต่อเนื่องไปยังสุขภาพช่องปากของบุตรในอนาคต ปัญหาที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนคือ เหงือกอักเสบและฟันผุ ซึ่งมีสาเหตุหลักจากการแปรงฟันไม่สะอาดหลังรับประทานอาหาร หากไม่จัดการปัญหาเหล่านี้ตั้งแต่ระยะเริ่ม จะนำไปสู่ปัญหาฟันผุจนต้องสูญเสียฟันในอนาคต

สิ่งสำคัญคือการสร้างทักษะชีวิต ให้เด็กวัยเรียนสามารถแปรผันเป็นและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมก่อนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖ สุขภาพช่องปากที่ดีไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเคี้ยวอาหาร แต่ยังเกี่ยวข้องกับ บุคลิกภาพ คุณภาพชีวิต และโอกาสในการเข้าสู่สังคม

เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพช่องปากวัยเรียน

เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพช่องปากวัยเรียนตามที่ระบุในแหล่งข้อมูล สรุปได้ดังนี้:

- ป้องกันและลดปัญหาทันตสุขภาพในระยะยาว หากไม่จัดการปัญหาสุขภาพช่องปากในช่วงวัยเรียน จะส่งผลเสียต่อเนื่องไปยังวัยทำงานและวัยสูงอายุ และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพช่องปากของลูกหลานในอนาคตได้
- สร้างเสริมทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพช่องปาก วัยเรียนควรได้รับการสอนและฝึกฝนให้สามารถแปรผันอย่างถูกวิธีและเลือกรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพช่องปากได้ ก่อนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ ๖
- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและโอกาสทางสังคม สุขภาพช่องปากที่ดีมีความสำคัญต่อบุคลิกภาพ คุณภาพชีวิต และโอกาสในการเข้าสู่สังคมของเด็ก การมีฟันที่แข็งแรงและสวยงามช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ
- มุ่งเน้นการป้องกันฟันผุ การทำให้เด็กปราศจากฟันผุ หรือมีประสบการณ์ฟันแท้ผุน้อยที่สุด ถือเป็นเป้าหมายสำคัญ การป้องกันรอยผุระยะเริ่มต้นไม่ให้อุณหภูมิเป็นปัญหาที่ต้องรักษาในอนาคตก็มีความสำคัญ
- ส่งต่อเด็กที่มี “ฟันดี” สู่การเป็นผู้ใหญ่ คำว่า “ฟันดี” ในบริบทนี้รวมถึงการมีฟันที่ปราศจากฟันผุและมีฟันครบทุกซี่ไปตลอดชีวิต

- ส่งเสริมให้เกิด “ปากสะอาด” นอกเหนือจากการตรวจหาฟันผุแล้ว การประเมินความสะอาดของช่องปากและการส่งเสริมให้เด็กแปรงฟันอย่างมีประสิทธิภาพก็เป็นเป้าหมายสำคัญ

- สร้างการรับรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง การให้เด็กประเมินสภาพช่องปากของตนเองและรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของตนเอง จะช่วยกระตุ้นให้เกิดความใส่ใจและดูแลตนเองได้

โดยรวมแล้ว เป้าหมายหลักของการดูแลสุขภาพช่องปากวัยเรียน คือ การสร้างรากฐานสุขภาพช่องปากที่ดีให้กับเด็ก เพื่อป้องกันปัญหาในระยะยาว ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดช่วงชีวิต

มาตรการในโรงเรียนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปาก สามารถแบ่งออกได้ดังนี้:

- นโยบายด้านสุขภาพช่องปาก โรงเรียนสามารถกำหนดและดำเนินนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพช่องปากในหมู่เด็กนักเรียนได้

- การจัดการเรียนรู้ในโรงเรียน บรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเข้าไปในหลักสูตรการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

- การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน โรงเรียนควรส่งเสริมให้ผู้ปกครองและชุมชนเข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน

- ระบบเฝ้าระวัง การมีระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพช่องปากในโรงเรียนจะช่วยให้สามารถระบุปัญหาและวางแผนแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

- สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการดูแลสุขภาพช่องปาก เช่น การมีสถานที่และอุปกรณ์สำหรับการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

- กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างเป็นระบบ การดำเนินการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างสม่ำเสมอถือเป็นมาตรการเชิงส่งเสริมและป้องกันที่สำคัญ และจะส่งผลในระยะยาวต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

- พิจารณาการแปรงฟันตอนเช้าก่อนเข้าเรียน ในกรณีที่เด็กไม่สามารถแปรงฟันก่อนนอนได้ การแปรงฟันในตอนเช้าก่อนเข้าเรียนก็เป็นทางเลือกหนึ่งในการฝึกทักษะและสร้างนิสัยการดูแลสุขภาพช่องปาก

- ใช้กระจกขณะแปรงฟัน การมีกระจกให้เด็กดูขณะแปรงฟันจะช่วยให้เด็กมีสมาธิและใส่ใจในการแปรงฟันมากขึ้น

- การประเมินสภาพช่องปากด้วยตนเอง ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนประเมินสุขภาพช่องปากของตนเอง เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง

- การใช้เทคโนโลยีในการขับเคลื่อนงาน นำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้เป็นสื่อในการให้ความรู้และกระตุ้นให้เด็กเห็นสภาพช่องปากของตนเองและเกิดความตระหนักในการดูแล เช่น การใช้ซีจีเจล (Easy gel) สีย้อมคราบจุลินทรีย์หรือกล้อง Intra oral camera

- การกำหนดประกาศด้านสุขภาพช่องปากในโรงเรียน โรงเรียนควรให้ความสำคัญและดำเนินการตามประกาศต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก เช่น การห้ามจำหน่ายน้ำอัดลมในโรงเรียน และการส่งเสริมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

มาตรการเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพช่องปากที่ดี และป้องกันปัญหาที่จะส่งผลกระทบต่อเอน้องไปยังวัยทำงานและวัยสูงอายุ โดยการจัดการสุขภาพช่องปากในวัยเรียนอย่างเหมาะสม จะช่วยลดปัญหาฟันผุและเหงือกอักเสบ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน และยังส่งผลดีต่อบุคลิกภาพ คุณภาพชีวิต และโอกาสในการเข้าสังคมของเด็กอีกด้วย

ตัวอย่างกรณีศึกษาการดำเนินการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๔ จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา พิษณุโลก เชียงใหม่ และ อำเภอนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

จังหวัดนครราชสีมา มีจุดเด่นด้านการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากระดับจังหวัดทั้ง ๔ กลุ่มวัยเป็นประจำทุกปี มีการทำ Rapid Survey และมีการ Mapping สถานการณ์สุขภาพช่องปากในแต่ละพื้นที่ รวมถึงการกำหนด KPI ร่วมกันระหว่าง สสจ. และ อบจ. ในการทำงานวัยเรียน โดย สสจ. นครราชสีมา มีบทบาทเป็นทั้งผู้กำกับติดตามและผู้สนับสนุนการขับเคลื่อนงาน

จังหวัดพิษณุโลก มีประเด็นนโยบายหลักของจังหวัด คือ นโยบาย No Caries School ที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง มีการประกวดโรงเรียน No Caries School และ มีการติดตามประเมินผลโดย สสจ. มีการสำรวจสถานะช่องปากในเด็กวัยเรียน และ มีการใช้งบประมาณ PPA ในระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงาน

จังหวัดเชียงใหม่ ขับเคลื่อนงานการจัดบริการสุขภาพแบบมุ่งเน้นคุณค่า มีการสำรวจพฤติกรรมและตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยตั้งเป้าหมายให้เด็กมีฟันไม่ผุมากกว่าร้อยละ ๗๐ มีระบบการแจ้งผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก และ ระบบการจัดบริการทันตกรรมที่มีการนัดหมายที่ชัดเจน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยครองพาเด็กมารับบริการเพิ่มขึ้น

อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด มีการใช้ข้อมูล (Data driven) ในการขับเคลื่อนงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และใช้ระบบงานรายงานเฝ้าระวัง มีการขับเคลื่อนสังคมพนมไพรให้เด็กฟันดี และขยายเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีสู่ชุมชน

อุปสรรคในการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก กลุ่มวัยเรียน

ประเด็นอุปสรรคในการทำงานทันตสุขภาพวัยเรียนตามทีระบุในแหล่งข้อมูล สรุปได้ดังนี้:

- การขาดข้อมูลที่จำเป็นหรือข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือในระดับพื้นที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานสุขภาพช่องปากร่วมกับภาคีเครือข่าย
- ปัญหาเรื่องอัตรากำลัง หรือ การบริหารอัตรากำลังของบุคลากร เนื่องจากไม่ได้มีบุคลากรทันตกรรมอยู่ในทุกหน่วยบริการเหมือนวิชาชีพอื่น และ เมื่อมีการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) การบริหารอัตรากำลังร่วมกันทำได้ยากขึ้น
- การขาดประสานและการทบทวนภารกิจและบทบาทร่วมกันที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนงานสุขภาพช่องปากระหว่างวิชาชีพต่างๆ เช่น ทันตแพทย์ ทันตภิบาล และนักวิชาการสาธารณสุข รวมถึงบทบาทของแต่ละหน่วยงาน เช่น อบจ., โรงพยาบาล, และ รพ.สต.
- มุมมอง ความรู้ และทักษะของบุคลากรทันตกรรมในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากที่แตกต่างกัน โดยไม่ใช่ทุกคนจะมีทักษะในด้านนี้เท่าเทียมกัน
- ประกาศด้านสุขภาพช่องปากในโรงเรียนไม่มีผลในทางปฏิบัติ เช่น

เรื่องโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม หรือการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ซึ่งมีเพียงตัวหนังสือใช้อ้างอิงได้แต่ไม่ได้รับการปฏิบัติจริง

- ภายหลังการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขไปยัง อบจ. พบว่างานทันตกรรมในโรงเรียนซึ่งเคยเป็นงานสำคัญ กลับมีผลงานที่อ่อนแอลงเนื่องจากปัญหาการไม่มีบุคลากรไปให้บริการ โดยภารกิจงานโรงเรียนกลายเป็นภารกิจหลักของผู้ที่ถูกถ่ายโอนไป

- การเน้นการตรวจฟันผุเพียงอย่างเดียว โดยขาดการให้ความสำคัญที่สื่อถึงการมี “ปากสะอาด” และให้ความรู้เรื่องการแปรงฟันอย่างเข้มข้น ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ตรงจุดและไม่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่แท้จริง

- นอกจากนี้ ยังมีประเด็นเรื่อง MOU (Memorandum of understanding) หรือข้อตกลงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่อาจจะยังไม่มี ความชัดเจน เป็นรูปธรรมเพียงพอ หรือมีผลบังคับใช้จริงในการปฏิบัติงาน รวมถึงความแตกต่างของรูปแบบการทำงานและแผนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของแต่ละองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

ข้อเสนอแนะในการพัฒนา

- โครงสร้างภายใน อบจ.ควรมีการ ปรับเปลี่ยนโครงสร้าง เพื่อให้มีความชัดเจนในการทำงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

- ประกาศนโยบายหรือ MOU ต่าง ๆ ควรมีผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง

- การคืนข้อมูลให้แก่หน่วยงาน ภาคีเครือข่าย และตัวเด็กเอง ควรเป็นข้อมูลที่ครบถ้วนและลึกซึ้งกว่าแค่เรื่องฟันผุเหงือกอักเสบ เช่น ข้อมูล Plaque ที่แสดงให้เห็นความสะอาดช่องปาก เพื่อให้เด็กสามารถดูแลตนเองได้

- บทบาทของ อบจ. และท้องถิ่นสอดคล้องกับโครงการพัฒนาเด็กไทยศตวรรษที่ ๒๑ ในส่วนของ Health โดยเน้นสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพช่องปาก และพัฒนาทักษะการแปรงฟัน เป้าหมายคือการส่งต่อเด็กฟันดีสู่การเป็นผู้ใหญ่ฟันดีมีฟันครบทุกซี่ตลอดชีวิต ตาม Ottawa Charter บทบาทขององค์กรท้องถิ่นจึงมีความสำคัญคือ การมี MOU ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม การบริหารอัตรากำลัง บุคลากร การจัดสรร งบประมาณ และการมีนโยบายด้านสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อมและการเสริมพลังศักยภาพประชาชนในการดูแลตนเอง

- นโยบายระดับชาติมีความสำคัญในการสร้างบรรยากาศ แต่ต้องมีนโยบายระดับพื้นที่รองรับเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง มีข้อเสนอแนะว่า บทบาท สจจ. ในฐานะพี่เลี้ยง ควรเข้าไปพูดคุยกับ อบจ. เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพช่องปากที่ชัดเจน และกำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานถือเป็นหัวใจที่สำคัญ มีการยกตัวอย่างการดำเนินงานของศรีสะเกษที่เน้นการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติ และ การปรับแผนให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละจังหวัด

- ประเด็นเรื่อง MOU ระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานด้านสาธารณสุข ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง

- มีการอภิปรายถึงปัญหาที่บริการทันตกรรมในโรงเรียนลดลง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัญหาการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.ให้ อบจ. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ การปรับปรุงการตรวจสุขภาพช่องปากให้ครอบคลุมถึง ความสะอาดของช่องปาก ฟันผุ และเหงือกอักเสบ และคืนข้อมูลให้เด็กทุกคน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการดูแลตนเอง การส่งเสริมการแปรงฟันในโรงเรียนและมีการประเมินประสิทธิภาพการแปรงด้วยใช้ Easy gel เป็นแนวทางที่แนะนำให้ดำเนินการ



๓. การพัฒนาส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มวัยทำงาน

สถานการณ์และปัญหาของสุขภาพช่องปากในวัยทำงาน มีประเด็นที่น่าสนใจ ๓ องค์ประกอบคือ สถานะของโรคในช่องปาก ความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงร่วมและโรคร่วม และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทันตกรรม

๑. จากการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากวัยทำงาน พบว่าปัญหาสุขภาพช่องปากในกลุ่มนี้ยังคงสูงอยู่มาก ได้แก่ ฟันผุ โรคปริทันต์ โดยโรคฟันผุที่ยังไม่ได้รับการรักษาร้อยละ ๕๒.๓ โรคเหงือกอักเสบร้อยละ ๘๑ (ร้อยละ ๕๑ ร่วมกับหินน้ำลาย) โรคปริทันต์อักเสบร้อยละ ๓๒.๖ และร้อยละ ๖๓.๒ ไม่เคยเข้ารับบริการทันตกรรม ร้อยละ ๔.๔ ไม่เคยแปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ ๖๘ แปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์

๒. ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้แก่ การบริโภคน้ำตาล การสูบบุหรี่ มีความเชื่อมโยงกันทั้งโรคทางร่างกายและโรคในช่องปาก ปัญหาการอักเสบของปริทันต์ในผู้ป่วยเบาหวานส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และมีผู้ป่วยเบาหวานโอกาสสูญเสียฟันสูง การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากและพบว่าวัยทำงานสูบบุหรี่ในอัตราที่สูงรวมถึงบุหรี่ไฟฟ้าด้วย

๓. ผู้ป่วยจำนวนมากยังไม่อยากรับการตรวจฟันหรือไม่สะดวกในการเดินทางเพื่อรับบริการทางทันตกรรม อัตราการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวานยังอยู่ในระดับประมาณร้อยละ ๒๐ และอัตราการเข้ารับบริการประมาณร้อยละ ๒๐ - ๓๐ ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มักจะไม่ได้รับบริการ การศึกษา

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของวัยทำงานในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบความสัมพันธ์ของความรู้ การรับรู้ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีผลต่อการเข้าถึงบริการ

มาตรการและแนวทางการพัฒนา แบ่งเป็น ๓ ส่วน คือ การดำเนินงานเชิงรุกในสถานที่ทำงาน การจัดการกลุ่มเสี่ยง และการสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขภาพช่องปากของ تیمสหวิชาชีพ และบุคลากรทุกระดับของ อบจ. ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายท้องถิ่น

มาตรการเชิงรุกในสถานที่ทำงาน

- สำนักทันตสาธารณสุขมีมาตรการในการผลักดันและสร้างความร่วมมือในระดับนโยบาย สนับสนุนศักยภาพประชาชนและครอบครัว ด้วยเทคโนโลยี ใช้ Digital platform และส่งเสริมการมีส่วนร่วม รวมถึงการดำเนินงานในระดับพื้นที่ (Area base)

- บางจังหวัดมีการพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ PPA เพื่อสนับสนุนการตรวจสุขภาพช่องปาก

- บางหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญากับประกันสังคม มีการจัดบริการในสถานประกอบการเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้รับบริการในส่วนของประกันสังคม เข้าถึงบริการได้ และมีการนัดหมายเพื่อให้บริการ

- บาง รพ.สต. มีการจัดบริการในทุกกลุ่มวัย โดยมีการบูรณาการในการทำงานเชิงรุกร่วมกับวิชาชีพอื่น

- ให้มีการตรวจช่องปากให้กับกลุ่มประกันสังคม และให้สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงบริการใน รพ.สต. โดยมีการขอขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการสิทธิประกันสังคมในพื้นที่ที่ไม่มีคลินิกทันตกรรม

- มีรูปแบบการเพิ่มความรอบรู้สุขภาพช่องปาก การให้บริการและส่งเสริมการลดการสูบบุหรี่ในสถานประกอบการ รวมถึงการใช้ใบสั่งพฤติกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- มีการผลักดันให้มีการเพิ่มการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการใกล้บ้านหรือในพื้นที่ห่างไกล โดยอาจใช้รถทันตกรรมควบคู่ไปกับการสร้างความตระหนักรู้

- มีการสร้างภาคีเครือข่ายการรับบริการในคลินิกทันตกรรมชุมชนอบอุ่น โดยชวนคลินิกเข้าร่วมกับประกันสังคม

- บาง อบจ. มีการทำ MOU ทันตกรรมกับประกันสังคมของจังหวัด ให้ รพ.สต.ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการทันตกรรมของประกันสังคม หรือการให้บริการด้วยรถทันตกรรม

- หน่วยบริการมีการจัดบริการนอกเวลาราชการและคลินิก SMC ทันตกรรม เพื่ออำนวยความสะดวกให้กลุ่มผู้ประกันตนเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีการนัดหมายออนไลน์ผ่านระบบหมอพร้อม

- มีแผนปรับปรุง โดย สสจ. ประสานงานผ่าน ชมรม HR จังหวัด เข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากวัยทำงานในสถานประกอบการ และจัดทำแนวทาง การจัดตั้งคลินิกทันตกรรมในสถานประกอบการขนาดใหญ่

มาตรการเฉพาะสำหรับกลุ่มเสี่ยง:

- มีการพัฒนามาตรฐานการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามแนวทางการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง

- มีแผนปรับปรุงข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเบาหวานและพัฒนาระบบการจัดบริการ การสร้างความตระหนักรู้ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวาน
- มีการพัฒนาทักษะบุคลากรในการตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปาก และจัดระบบการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- มีการบูรณาการการคัดกรองช่องปากของวัยทำงาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่ม PEMD การคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
- มีแผนปรับปรุงระบบติดตามผลการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาตามความรุนแรงด่วน เขียว เหลือง แดง มีผลการดำเนินการชัดเจนในกลุ่มเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้
- มีข้อเสนอให้จัดทำแนวทางให้มีการกำหนดการตรวจช่องปากในคลินิก DM Remission ให้คล้ายกับคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ
- ในบางพื้นที่ มีการจัดการบริการด้วยการฝึกสติแบบสั้นในผู้ป่วยเบาหวาน และจัดบริการในสถานประกอบการเพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการได้ มีการนำเลเซอร์ทางทันตกรรมมาใช้ในระดับปฐมภูมิและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เลเซอร์ พยาบาล NCD จะมีการจัดระบบบริการให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เช่น การทำตราประทับในสมุดประจำตัวเพื่อแสดงว่าได้รับการตรวจช่องปากแล้ว พร้อมทั้งระบบวันที่ในการนัดหมาย
- มีแผนการวิจัยนำร่องระบบการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้ได้รับการดูแลเรื่องโรคปริทันต์

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากของทิมสหวิชาชีพ และบุคลากรทุกระดับของอบจ.ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายท้องถิ่น:

- มีการสร้างทิมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารหวานและการทำความสะอาดช่องปากไปพร้อมกัน
- สสจ. จะมีการให้บริการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในที่ทำงาน และติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายบุคคล
- อบจ. จะมีการสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของบุคลากรในหน่วยงานที่ให้บริการกับประชาชน และเน้นสร้างแนวทางในการประเมินสุขภาพตนเองโดยใช้แอปพลิเคชัน
- บทบาทของส่วนกลางคือต้องการให้สนับสนุนหลักสูตร หรือสื่อของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอมาตรการในระดับนโยบาย:

สำนักทันตสาธารณสุขควรนำเสนอมาตรการที่มีประสิทธิผล (หลักฐานเชิงประจักษ์) ในการผลักดันและสร้างความร่วมมือในระดับนโยบาย (Policy advocacy)

ข้อเสนอการสำรวจและติดตาม ควรมีการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากวัยทำงานในแต่ละปีแต่ละรอบ เพื่อติดตามปัญหา

ข้อเสนอบทบาทของหน่วยงานต่างๆ

ส่วนกลาง: สนับสนุนหลักสูตรสำหรับอบรมบุคลากรท้องถิ่น หรือสื่อการสร้างความรู้ เสนอให้จัดทำ Data exchange ข้อมูลผู้ป่วย

เบาหวานที่ได้รับการตรวจช่องปากและบริการทางทันตกรรมเพื่อติดตาม ค่าน้ำตาลในเลือดได้ด้วย รวมถึงกำหนดการตรวจช่องปากในคลินิก DM revision ให้คล้ายกับคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.): ในการให้บริการแก่เจ้าหน้าที่ ในที่ทำงานและควรมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นรายบุคคล, เชิญชวน คลินิกเอกชนเข้าร่วมกับประกันสังคม และเชิญชวน รพ.สต. ขึ้นทะเบียนเป็น หน่วยบริการสิทธิประกันสังคมในพื้นที่ที่ไม่มีคลินิกทันตกรรม และเสนอให้ ทำ MOU ระหว่างโรงงานกับ รพ.สต. ในการตรวจช่องปากและให้บริการ ทันตกรรม และสสจ.อาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณ PPA สำหรับการตรวจ ช่องปากและการชุดหินปูนสำหรับวัยทำงานบาง อบจ.

องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.): สร้างความตระหนักรู้ด้าน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากของบุคลากรในหน่วยงานที่ให้บริการประชาชน และบุคลากรท้องถิ่นทุกระดับ เน้นการประเมินสุขภาพตนเองโดยใช้ แอปพลิเคชัน เพื่อให้เกิดการระดมทรัพยากรไปแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ให้ประชาชน เช่นการสนับสนุนชุดสาธิตการแปรงฟันให้กับวัยทำงาน และกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน หรือการจัดหน่วยบริการทันตกรรมให้ครอบคลุม พื้นที่ รวมถึงการกำหนดให้หน่วยบริการภายใต้สังกัดจัดบริการด้านสุขภาพ ช่องปากตาม พ.ร.บ. ปฐมภูมิ

หน่วยบริการ (รพ.สต., โรงพยาบาล): จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ช่องปากให้กับบุคลากรของรัฐ จัดบริการนอกเวลาราชการและคลินิก SMC ทันตกรรม เพื่อให้ผู้ประกันตนเข้าถึงบริการมากขึ้น และมีการนัดหมาย ออนไลน์ผ่านระบบหมอพร้อม บูรณาการการคัดกรองช่องปากของวัยทำงาน และคุณภาพบริการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและ PEMD จัดบริการในทุกกลุ่มวัย โดยบูรณาการการทำงานเชิงรุกร่วมกับวิชาชีพอื่น มีการจัดระบบบริการให้

ผู้ป่วยเบาหวานสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น และให้บริการโดยไม่ต้อง
งรอคิว มีทางด่วนให้วัยทำงานนัดหมายเพื่อรับบริการทันตกรรมที่ รพ.สต.
หรือโรงพยาบาล

สรุป

การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพช่องปาก ควรบูรณาการเป็น
ส่วนหนึ่งของระบบบริการของกลุ่มวัยทำงานทั้งการดำเนินงานเชิงรุก
และการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการในสถานพยาบาลโดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัย
เสี่ยงและโรคร่วมกับโรคในช่องปาก องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะว่า
ให้การจัดการโรคในช่องปากเป็นส่วนหนึ่งของมาตรการจัดการโรค
ไม่ติดต่อด้วย



๔. การพัฒนาส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเกือบถึงร้อยละ ๒๐ แนวโน้มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ส่งผลให้อัตราส่วนของวัยทำงานต่อผู้สูงอายุลดลงอย่างมาก (จากประมาณ ๙:๑ ในปี ๒๕๓๗ เป็นน้อยกว่า ๑:๑ ในปี ๒๕๖๗) ทำให้วัยทำงานมีภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลิตภาพโดยรวมของประเทศ

ปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีความชุกและความรุนแรงของปัญหามากกว่ากลุ่มวัยอื่นอย่างชัดเจน จากการสำรวจปี พ.ศ. ๒๕๖๖ พบว่าผู้สูงอายุตอนต้น (๖๐ - ๗๔ ปี) มีฟันถาวรเฉลี่ยเพียง ๑๙.๖ ซี่ต่อคน และมีเพียงร้อยละ ๖๐.๙ เท่านั้นที่มีฟันถาวรใช้งานได้น้อย ๒๐ ซี่ ปัญหาที่พบได้บ่อยแต่ยังไม่ได้รับการดูแลรักษา ได้แก่ เหงือกอักเสบ (ร้อยละ ๗๔.๓), โรคปริทันต์อักเสบ (ร้อยละ ๔๘.๗ โดยร้อยละ ๑๘.๗ อยู่ในระดับรุนแรง), และฟันผุบริเวณตัวฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา (ร้อยละ ๖๐) นอกจากนี้ยังพบภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ปัญหาเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลา อาจลุกลาม นำไปสู่ความเจ็บปวด กระบวนการดำเนินชีวิต และเกิดการสูญเสียฟันในอนาคตได้

สิ่งที่น่ากังวลคือ แนวโน้มการดำเนินงานด้านส่งเสริมและป้องกัน (PP) สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุในประเทศไทยกลับลดลงอย่างต่อเนื่อง (จากร้อยละ ๔๒.๗ ในปี ๒๕๖๒ เหลือร้อยละ ๓๓.๙ ในปี ๒๕๖๗ และเพียงร้อยละ ๑๒.๙ ในช่วงครึ่งแรกของปี ๒๕๖๘) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงอุปสรรคในการดำเนินงานที่ยังมีอยู่ ในขณะที่ปัญหาการเข้าถึงบริการช่องปากของ

ผู้สูงอายุยังคงมีน้อย และสถานะช่องปากไม่ดี รวมถึงปริมาณฟันที่เหลืออยู่น้อยยังพบได้ในบางพื้นที่ ทำให้การดูแลส่วนใหญ่เน้นไปที่การรักษาและฟื้นฟูมากกว่าการส่งเสริมป้องกัน

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
ที่ถูกระบุไว้ ได้แก่:

- ความห่างไกล ของพื้นที่ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการและการดำเนินงานเชิงรุก
- ความยุ่งยากของแบบบันทึกข้อมูล ที่ต้องใช้ร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ และ ความเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างหน่วยงาน/สังกัดที่ยังไม่สมบูรณ์
- การกำกับติดตาม ที่อาจมีแนวคิดแตกต่างกันในแต่ละสังกัด จำเป็นต้องอาศัย MOU
- การขาดแคลนกำลังคน ในบางพื้นที่ และความต้องการความก้าวหน้าในตำแหน่งวิชาชีพของบุคลากรท้องถิ่น
- รูปแบบการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ กับกลุ่มเปราะบางที่ยังไม่เข้มแข็งในบางพื้นที่
- ความตระหนักถึงความสำคัญ ของงานทันตสาธารณสุขผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไป โดยผู้นำที่ตระหนักมักจะให้ความสำคัญมากกว่า
- ระบบการส่งต่อ (Refer) ที่ยังไม่ชัดเจน ในบางพื้นที่
- การพัฒนา Intervention package สำหรับการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ยังไม่ชัดเจนเท่า Intervention package ของเด็ก

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา

เพื่อแก้ไขสถานการณ์ดังกล่าว ความร่วมมือและการบูรณาการจากหลายภาคส่วนเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ แนวทางและปัจจัยที่ถูกเน้นย้ำรวมถึง:

- การบูรณาการแบบสหวิชาชีพ ที่เข้มแข็ง รวมถึงการนำนโยบาย “๓ หมอ” (อสม., บุคลากรสาธารณสุข, ทันตแพทย์) มาใช้
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่าย และ การพัฒนาระบบ Consult และระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ
- การบูรณาการงานทันตสาธารณสุขผู้สูงอายุเข้ากับแผนยุทธศาสตร์ และแผนงานของท้องถิ่น โดยเฉพาะแผนคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจรวมเข้ากับการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
- การสร้างความตระหนัก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปาก กับสุขภาพโดยรวม ทั้งในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ และส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน
- การสร้างการเข้าถึงบริการ ด้านสาธารณสุขที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ
- การพัฒนาชุดกิจกรรมการส่งเสริมและป้องกัน (PP intervention package) ที่ชัดเจนสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางและเป้าหมายที่ชัดเจน ไม่เน้นเพียงแค่การรักษาและฟื้นฟู
- การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทั้ง อบจ., อบต., และเทศบาล ในด้านงบประมาณ สถานที่ กำลังคน และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในชุมชน รวมถึงการประเมินสุขภาพร่วมกับ อบต. และสหวิชาชีพ

- การใช้กลไกความร่วมมือในชุมชน เช่น แนวคิด “งานหน้าหมู่” ที่อาศัยการรวมแรงร่วมใจโดยไม่หวังผลตอบแทนที่เป็นเงิน
- การมีผู้นำหรือผู้บริหาร ที่มีความเข้มแข็งและมีความเข้าใจต่องานด้านผู้สูงอายุ

ตัวอย่างจังหวัดที่การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ

จังหวัดลพบุรี โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลพระนารายณ์ ซึ่งได้รับการชื่นชมในเรื่องการทำงานบูรณาการแบบสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง การพัฒนาระบบ Consult และการส่งต่อที่ไร้รอยต่อ และการดำเนินงานด้าน COC (Continuity of care) และ Home service ซึ่งนำไปสู่แนวโน้มการเข้าถึงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

จังหวัดเชียงราย ซึ่งมีผลงานด้าน Holistic health approach ที่น่าสนใจ และมีการสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงแนวคิด “งานหน้าหมู่”

จังหวัดลำปาง ได้การขับเคลื่อนกิจกรรมผ่านชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และขยายการดำเนินงานร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านและพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปากในหอผู้ป่วย

บทบาทของ อปท. ในการสนับสนุนสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น อาศัยความร่วมมือและการบูรณาการจากหลายภาคส่วน ซึ่งรวมถึงหน่วยงานสาธารณสุข, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.), ชุมชน, และกองทุนต่าง ๆ โดย อปท. อันประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.), องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), และเทศบาล มีบทบาทและความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนงานด้านนี้

บทบาทของ อบท. ในการสนับสนุนสุขภาพช่องปากครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณ ซึ่งอาจมาจากแหล่งทุนต่าง ๆ ที่ อบท. สามารถเข้าถึงได้ เช่น กองทุนฟื้นฟู, กองทุน ปตท., หรือ กปท. รวมถึงการจัดหา สถานที่, การจัดสรรกำลังคน, และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดีของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ อบท. ยังมีส่วนร่วมใน การประเมินสุขภาพ ของผู้สูงอายุร่วมกับ อบต. และ สหวิชาชีพ

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มีการกล่าวถึงความจำเป็นในการทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่างหน่วยงานต่างๆ และมีข้อเสนอแนะให้ บูรณาการงานด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเข้ากับแผนยุทธศาสตร์และแผนงานของท้องถิ่น เช่น แผนคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้การดำเนินงานได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนต่าง ๆ เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ อบท. สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้

รูปแบบการทำงานในชุมชนก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน โดยยกตัวอย่างรูปแบบการทำงานร่วมกันในชุมชน เช่น กรณี “งานหน้าหมู่บ้าน” ที่จังหวัดเชียงราย ซึ่งแสดงถึงการรวมแรงรวมใจของผู้สูงอายุโดยไม่หวังผลตอบแทนทางการเงิน การ พัฒนาเครือข่าย เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดสังคม ก็ช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้นและได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายในชุมชนได้ นอกจากนี้ ความตระหนักและความร่วมมือจากผู้นำหรือผู้บริหารในพื้นที่ ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมต่างๆ ขึ้น

โดยสรุปแล้ว การขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุข, อปท., ชุมชน, และกองทุนต่าง ๆ เพื่อก้าวข้ามอุปสรรคและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

กลยุทธ์ย่อยพัฒนาระบบสุขภาพช่องปาก ระดับปฐมภูมิ

สนับสนุนงานเชิงกลไกวิชาการ

ระหว่าง สาธารณสุข

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ร่วมกับสถาบันการศึกษาและ

สภาวิชาชีพ ในการพัฒนาข้อมูล

นวัตกรรมและ การวิจัยและพัฒนา



จัดทำแผนพัฒนา

ระบบสุขภาพช่องปาก

แบบมีส่วนร่วมกับ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ

ผ่านกลไกคณะกรรมการ

สุขภาพพื้นที่ (กสพ)



มีการประเมินผลแบบบูรณาการ และเสริมพลังการพัฒนา

สามารถนำข้อมูลผลการประเมิน

มาวางแผนร่วมกันได้อย่างต่อเนื่อง



ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ 88/39 ถนนวิภาวดี 14

หมู่ที่ 4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 10100



0 2832 9000



nhco@saraban.mail.go.th



www.nationalhealth.or.th



9 786165 690416